إدارة مخاطر الفساد في القطاع الصحي

2018

الفهرس:

المُلخص التنفيذي 5

1. خلفية الدراسة وأهميتها 11

1.1 الإطار القانوني الناظم للقطاع الصحي في فلسطين 14
1.2 ضبط مفاهيم ومصطلحات الدراسة 15
1.2.1 .تعريف الفساد في القطاع الصحي 15
1.2.2 .تعريف القرارات الإدارية المُنحرفة 16
1.2.3 .قياس مخاطر الفساد في القطاع الصحي 16
1.3 حدود الدراسة 17
2. الضوابط المنهجية والأخلاقية للدراسة 18

2.1 المكونات الأساسية لخطة إدارة مخاطر الفساد في القطاع الصحي 18
2.2 أدوات البحث العلمي المُستخدمة في الدراسة 22
2.3 الضوابط الأخلاقية للدراسة:(Ethical Issues) 23
3. إدارة مخاطر الفساد لدى وحدة شراء الخدمة في وزارة الصحة 24

3.1 خريطة تدفق العمل لدى وحدة شراء الخدمة 24
3.2 تقييم مخاطر الفساد لدى وحدة شراء الخدمة 27
3.3 مواجهة مخاطر الفساد لدى وحدة شراء الخدمة 42
3.3.1 التدخلات الخاصة بوحدة شراء الخدمة بشان التخفيف من أثار الفساد وخفض إحتمالية وقوعه 42
3.3.2 مصفوفة مخاطر الفساد لوحدة شراء الخدمة الطبية 45
4. إدارة مخاطر الفساد لدى إدارة التأمين الصحي 48

4.1 خريطة تدفق العمل لدى إدارة التأمين الصحي 48
4.2 تقييم مخاطر الفساد لدى إدارة التأمين الصحي 50
4.3 مواجهة مخاطر الفساد لدى إدارة التأمين الصحي 64
4.3.1 التدخلات الخاصة بإدارة التأمين الصحي بشان التخفيف من أثار الفساد وخفض إحتمالية وقوعه 65
4.3.2 مصفوفة مخاطر الفساد لإدارة التأمين الصحي 69
5. إدارة مخاطر الفساد لدى وحدة التوريدات في وزارة الصحة 72

5.1 خريطة تدفق العمل لدى وحدة التوريدات 72
5.2 تقييم مخاطر الفساد لدى وحدة التوريدات 77
5.3 مواجهة مخاطر الفساد لدى وحدة التوريدات 84

DRAFT

5.3.1 التدخلات الخاصة بوحدة التوريدات بشان التخفيف من أثار الفساد وخفض إحتمالية وقوعه 84
5.3.2 مصفوفة مخاطر الفساد لوحدة التوريدات 85
6. الخاتمة 87
قائمة المصادر والمراجع.....93

DRAFT

تنويه:

تم إنجاز هذه الدراسة من قبل فريق مُختص بعضوية كل من:

الدكتوره/ أميرة الهندي	مدير عام وحدة شراء الخدمة في وزارة الصحة
الدكتور/ باسم الريماوي	مدير عام إدارة التأمين الصحي في وزارة الصحة
الدكتور/ معتصم المحيسن	مدير عام الرقابة والتفتيش في الوزارة
الدكتور/ بسام صبح	مدير وحدة الشكاوى في الوزارة
السيد/ خالد مطور	رئيس وحدة التوريدات لدى وزارة الصحة
الصيدلانية/ غادة البشتاوي	قائم بأعمال مدير دائرة العطاءات والعقود/ وحدة التوريدات
الدكتور/ حمدي الخواجا	مدير عام التخطيط لدى هيئة مكافحة الفساد
الأستاذ/ زياد سراحنة	مدير التخطيط والتطوير لدى هيئة مكافحة الفساد
الأستاذه/ هنادي أبو بكر	مدير عام الشؤون الإدارية والمالية لدى الهيئة
الأستاذ/ عصام عبد الحليم	مدير المعلومات والمتابعة لدى الهيئة
الأستاذ/ وسيم بدر	مدير الرقابة الداخلية لدى هيئة مكافحة الفساد
السيدة/ ليانا ناصر	UNDP
الدكتور/ فادي ربايعة	الخبير المحلي/ UNDP – مُحرر الدراسة

أُعدت هذه الدراسة بالشراكة بين كل من هيئة مكافحة الفساد و وزارة الصحة، و برنامج الأمم المتحدة الإنمائي/ برنامج مساعدة الشعب الفلسطيني وهيئة الأمم المتحدة للمساواة بين الجنسين وتمكين المرأة و اليونيسف. إن النتائج او الأفكار الواردة في هذه الدراسة لا تعبر بالضرورة عن المؤسسات الشريكة في إعداد هذه الدراسة.

المُلخص التنفيذي

يُمثل القطاع الصحي في فلسطين أحد أهم القطاعات الحيوية من الناحية الإنسانية والخدماتية. ولعل حجم الإنفاق المالي الهائل على هذا القطاع يعكس الأهمية التي تُوليها الحكومة على الصحة. وتُعتبر وزارة الصحة من المؤسسات الرسمية الأكثر إلتحاما مع المواطن الفلسطيني وتأثيرا على حياته الشخصية. فهي المسؤولة عن تنظيم هذا القطاع وضمان الموارد اللازمة لإستدامته وتطوره بما في ذلك الخدمات الصحية الحكومية الوقائية والتشخيصية والعلاجية والتأهيلية. غير أنه رغم الإنفاق المُتزايد على هذا القطاع الصحي، لم تكن نتائج هذا الإنفاق مُتفقة مع توقعات وطموحات المواطن الفلسطيني. لذلك تزداد الحاجة الى ضرورة التعرف على مخاطر الفساد في هذا القطاع الحيوي كخطوة تمهيدية من أجل تبني سياسات وقائية لمكافحة الفساد إذا ما سعت المؤسسة للتطور والإزدهار.

غير أنه إنطلاقا من فكرة أن الصحة لا تكون فقط مسؤولية الوزارة، بل هي مسؤولية تضامنية تشترك بها أطياف المجتمع بمختلف منابعه، تاتي الشراكة بين كل من هيئة مكافحة الفساد، وزارة الصحة، وبرنامج "سواسية"، حيث جرى العمل على تدشين فريق مُختص (National Task Force) بعضوية ممثلين عن المؤسسات الثلاث، تكون مهمته إنجاز دراسة حول "إدارة مخاطر الفساد في القطاع الصحي"، على أن تختص الدراسة بالوحدات الثلاث التالية العاملة في وزارة الصحة: (1) وحدة شراء الخدمة الطبية، (2) إدارة التأمين الصحي، و (3) وحدة التوريدات.

وتهدف هذه الدراسة الى رصد مجموعة المخاطر التي لها تأثير فعال على جودة الخدمات الطبية التي تسعى وزارة الصحة الى تقديمها للمواطن في فلسطين، ووضع الخطط الكفيلة بمواجهة هذه المخاطر. سوف تُساهم هذه الدراسة في دعم وزارة الصحة ومساعدتها على خلق بيئة عمل نزيهة خالية من أي إستغلال للمنصب العام على كافة المستويات في الوزارة بما يخدم غاية أسمى وهي تعزيز صمود الشعب الفلسطيني للوصول الى دولته الفلسطينية المستقلة. وإنطلاقا من ذلك فإن الأهداف الفرعية التي تسعى هذه الدراسة الى تحقيقها تتمثل بالآتي:

- تحديد مخاطر الفساد من خلال التعرف على القرارات الإدارية الهامة التي ترسم مسار سير العمل في القطاعات المستهدفة من الدراسة. ومن ثم التعرف على أشكال وصور الإنحراف في القرار الإداري

- تقييم مخاطر الفساد في القطاعات المستهدفة عبر تحديد مستوى التأثير التي يُمكن للقرار الإداري المُنحرف عن مساره الطبيعي أن يُسببه، والتنبؤ بإحتمالية وقوع ذلك الإنحراف وفق ما تفرزه بيئة العمل الداخلية الخارجية من تحديات تُؤثر على مسار القرار الإداري السليم.
- السيطرة على مخاطر الفساد من خلال دراسة التدخلات والإصلاحات المُتاحة والقابلة للتطبيق بغية تخفيف المخاطر، ومن ثم يجري توزيع مسؤوليات التعامل معها.

وفي سبيل تحقيق الغايات المرجُوة منها، تتبع هذه الدراسة منهجا يعتمد على مبدأ التحليل المزدوج حيث يتضمن أسلوب التحليل الإستقرائي والتحليل الإستنباطي في ضوء مصادر المعلومات المتاحة عن الموضوع. كما يتبع هذا البحث أدوات بحث تطبيقية وذلك عبر إجراء مجموعة من المقابلات التي تستهدف خبراء عاملين في القطاع الصحي أو المؤسسات ذات العلاقة.

وقد توصلت هذه الدراسة الى جملة من النتائج حيث يُمكن إيراد أبرزها على النحو الآتي:

1) على الرغم من ثُقل الأعباء والمسؤوليات المُلقاه على كاهل اللجان الطبية الفرعية (والمُختصة بدراسة وتقييم طلبات شراء الخدمة من خارج المرفق الصحي الحكومي)، إلا أنها تُنجز المهام المنوطة بها بجد وفعالية. فالجان الطبية الفرعية تدرس ما يُقارب 200-250 طلب تحويل طبي أسبوعيا. غير أن ضعف نظام الحوافز والمُكافآت التشجيعية من شأنه أن يُقلل من الرضا الوظيفي ويزيد من إحتمالية رضوخ العاملين في اللجان الطبية الفرعية للضغوط والإغراءات التي تُفرزها طبيعة المهام الحساسة الموكل لهم القيام بها.
2) إن معايير التشخيص الطبية التي ينتهجها الأطباء بشان تصنيف حالة المريض الصحية ووضعها في خانة الحالات غير الطارئة أو الحالات الطارئة (التصنيف الثنائي) لا تتناسب مع التطور الطبي في إجراءات العمل والمتعارف عليها عالميا (التصنيف الخماسي في تشخيص حالة المريض). إن إستمرار إتباع التصنيف الثنائي في التشخيص يُسبب تزاحم الحالات الطارئة وبالتالي زيادة العبء والضغط المجتمعي على كاهل وحدة شراء الخدمة واللجان الطبية المُتفرعة عنها.
3) لا يوجد تصنيف جودة خاص بالمستشفيات غير الحكومية (شهادة إعتماد الجودة الطبية) سواء أكانت داخل فلسطين أو خارجه، مما يُرهق عمل الجهات المُوكل لها شراء الخدمة الطبية من تلك المرافق الخاصة، ويُسبب إرباكا للجهات الرقابية في عملية التدقيق والمتابعة لضمان سلامة القرار الإداري.

DRAFT

4) جاءت النصوص القانونية الواردة في النظام الخاص بالتحويلات الطبية خالية من تنظيم وضبط الحالات الإستثنائية للتحويل الطبي والتي - بموجب النظام - تمنح وزير الصحة سلطة واسعة تُمكنه من إختراق كافة الإجراءات الإعتيادية المُتبعة أصولا. كما لم يشترط النظام على الوزير ذكر الأسباب المُوجبة لإختيار منحنى الإستثناء عوضا عن إتباع الإجراء الطبيعي في التحويلات الطبية (راجع المادة الأولى من من قرار مجلس الوزراء رقم 108 للعام 2004 بشان اللجنة الطبية العليا للتحويلات).

5) إن إتباع سياسة حجب المعلومات عن الجمهور بشان التحويلات الطبية ولاسيما الحالات الإستثنائية لشراء الخدمة الطبية لها تأثير سلبي على تعزيز الشفافية وإشاعة روح المساءلة في المجتمع. فالسرية غير المُبررة للمعلومات في عمل الحكومة تُعتبر مرتعا خصبا لتنامي ظاهرة الفساد وإستفحاله.

6) تمتلك الإدارة العامة للتأمين الصحي سلطات محدودة جدا لضبط الإنحراف المُحتمل في غالبية القرارات الإدارية الهامة. إن شروط حصول طالب التأمين الصحي على التامينات الصحية الأكثر تميزا مرهون في أغلب الأحوال بوثائق تمنحها له مؤسسات أو هيئات خارجة عن رادار تحكم ورقابة وزارة الصحة.

7) لا يوجد قاعدة بيانات يُمكن لإدارة التأمين الصحي اللجوء لها للتأكد من سلامة الوثائق التي يتقدم بها طالب التأمين الصحي ومدى إستحقاقه لها. ويُمكن القول بان مستوى التنسيق بين كل من إدارة التأمين الصحي وبعض المؤسسات ذات العلاقة تكاد تكون في أدنى مستوياتها. ومن الأمثلة على المؤسسات ذات العلاقة: هيئة الأسرى والمُحررين، مؤسسة رعاية أسر الشهداء والجرحى، لجان الزكاة، الإتحادات العمالية، و وزارة العمل.

8) إن نظام الأرشفة الإلكترونية المعمول به لدى إدارة التأمين الصحي يتضمن عدد من الثغرات التي يُمكن أن تزيد من إحتمالية وقوع فساد وتنقلها الى مستويات عالية جدا. فالنظام الإلكتروني المعمول به حاليا لا يستجيب لمتطلبات التمحيص والتدقيق الإلكتروني الكفؤ.

9) إن عملية حساب نسبة العجز الصحي والتي تقوم بها اللجان الطبية المُختصة التابعة لوزارة الصحة لا تزال تخضع لنهج قديم أقرته التشريعات الأردنية قبل العام 1967 ولا يمتاز بالدقة والتطور. وقد خلى قرار مجلس الوزراء رقم (113) للعام 2004 بنظام التأمين الصحي الحكومي من إيراد أي نصوص قانونية بشأن إتباع معايير طبية حديثة لقياس نسبة العجز الصحي للمريض.

10) لقد خلا النظام الخاصة بالشراء العام من أية نصوص قانونية تُوجب على السلطات العامة أن تُفصح أو تحجب التكلفة التقديرية للسلع أو الخدمات المُستهدفة في العطاءات في مواجهة المناقصين المنافسين. مما

DRAFT

يمنح سلطة تقديرية للسلطات العامة في الإفصاح عن التكلفة التقديرية تارة أو عدم الإفصاح عنها في مناسبة أخرى. وهو ما يمكن أن يُشكل نافذة للفساد في المستقبل.

11) لا يوجد أية أدلة تفيد بقيام وحدة التوريدات بإتباع سياسة التدوير الوظيفي للعاملين في الوحدة. كما ان ذلك القول ينطبق على لجان المشتريات الخاصة التي جرى تشكليلها من قبل وزير الصحة. إن الإبقاء على بعض العاملين في مواقع نافذة أو ذات إرتباط مباشر بالتعاملات والصفقات المالية الكبيرة يُمكن أن يخلق مراكز قوى وتضارب مصالح وشراء ذمم بعض الأشخاص من ضعاف النفوس.
12) لا يوجد دليل إجراءات مُحدث لدى وحدة التوريدات يُوضح الإجراءات الواجب إتباعها في عمليات الشراء المختلفة.
13) الرقابة الداخلية التي تُمارسها وحدة الرقابة لدى وزارة الصحة بحاجة الى مزيد من التمكين نظرا لما يُمكن أن تلعبه من دور في غاية الأهمية لضمان إمتثال الإدارات والوحدات المختلفة في وزارة الصحة بالقوانين وإجراءات العمل الخاصة بها.
14) بالرغم من إعتماد وزارة الصحة لمدونة السلوك الوظيفي والمعايير الأخلاقية للعاملين في القطاع الصحي، إلا أنه لم يجر تبني سياسة تدريب شاملة في الوزارة لكافة العاملين في هذا القطاع الحيوي. إن عملية التدريب على مكافحة الفساد وتعزيز قيم النزاهة والشفافية ومبادئ المساءلة بالنسبة للموظف العام تُعتبر منصة أساسية لتطوير وإزدهار القطاع العام.

وعلى ضوء النتائج التي تمخضت عنها هذه الدراسة، فقد خلُصت الدراسة بتقديم عدد من التوصيات الرامية الى منع وقوع الفساد أو على الأقل التخفيف من حدة أو أثر النتائج المُترتبة على وقوعه. وُيمكن إيراد أهم التوصيات على النحو الآتي:

1) إعتماد نظام الحوافز الإدارية والمُكافآت التشجيعية للعاملين في وحدة شراء الخدمة عموما واللجان الطبية الفرعية بوجه خاص، بما يُسهم برفع مستوى الرضا الوظيفي للعاملين و زيادة كفائتهم الإنتاجية ويشجعهم على مقاومة الإغراءات والضغوط التي يتعرضون لها بسبب طبيعة المهام الحساسة الموكل لهم القيام بها.
2) حث الأطباء الحكوميين العاملين في مراكز الرعاية الصحية الأولية أو المستشفيات الحكومية على إتباع التصنيف الخماسي لتشخيص حالة المريض الصحية (resuscitation, emergency, urgent, semi urgent, and non-urgent)، عوضا عن التصنيف الثنائي (حالة طارئة او حالة غير طارئة). إن ذلك

يتطلب من وزارة الصحة أن تشْرع بإطلاق برنامج تدريبي لكافة الأطباء العاملين في الطوارئ والأقسام الطبية المُتخصصة خاص بإتباع التشخيص الخماسي سابق الذكر.

3) العمل على تحديث مذكرات التفاهم التي جرى التوقيع عليها بين وزارة الصحة ومزودي الخدمة الطبية من داخل فلسطين أو خارجه بشكل دوري أو سنوي.

4) إدخال برنامج خاص لقيام أو تصنيف جودة المستشفيات غير الحكومية والتي يجري التعامل معها بهدف شراء الخدمة الطبية عند عدم توفرها في المرافق الطبية الحكومية (شهادة إعتماد الجودة الطبية).

5) إنشاء نظام محوسب مركزي يجري إدارته من قبل "غرفة عمليات مركزية تتبع الإدارة العامة للمستشفيات الحكومية" بحيث يتوفر لديها معلومات دقيقة حول عدد الأسِرّة المُتوفرة في المستشفيات الحكومية.

6) تعديل النصوص القانونية الواردة في النظام الخاص بالتحويلات الطبية، بحيث يجري ضبط أو تنظيم الحالات الإستثنائية التي تسمح لوزير الصحة بإختراق الإجراءات الإعتيادية عند التعامل معها (بالتحديد نص المادة الأولى من قرار مجلس الوزراء رقم 108 للعام 2004 بشان اللجنة الطبية العليا للتحويلات).

7) زيادة وتيرة الرقابة والتدقيق من قبل وحدة الرقابة الداخلية على وثائق التحويل الطبي الصادرة عن المستشفيات الحكومية.

8) تكثيف التدقيق والمتابعة من قبل وحدة الرقابة الداخلية لدى وزارة الصحة على المستشفيات ومراكز الرعاية الأولية في الوزارة، وزيادة وتيرة التمحيص في الحالات الإستثنائية التي يجري التعامل معها على غير الإجراءات المألوفة.

9) إتباع سياسة الإفصاح عن المعلومات ونشرها - كلما أمكن ذلك – خاصة فيما يتعلق بعمليات شراء الخدمة الطبية والحالات الإستثنائية ومبرراتها عندما يجري إتباع مسلك غير مألوف لذلك. ويُمكن نشر كافة التقارير والتعليمات المُتعلقة بعمل وحدة شراء الخدمة في الموقع الإلكتروني للوزارة على نحو يسهُل معه للجمهور الإطلاع عليها.

10) إنشاء قاعدة بيانات إلكترونية يُمكن لإدارة التأمين الصحي اللجوء لها للتأكد من سلامة الوثائق التي يتقدم بها طالب التأمين الصحي ومدى إستحقاقه لها. وزيادة مستوى ويُمكن القول بان مستوى التنسيق بين كل من إدارة التأمين الصحي وبعض المؤسسات ذات العلاقة.

11) تطوير نظام الأرشفة الإلكترونية لدى إدارة التأمين الصحي على نحو يسمح بتتبع أي تعديل أو تغيير في البيانات يقوم بها الموظف سواء في قسم الحاسوب المركزي أو الأقسام الفرعية لإدارة التأمين الصحي والمُنتشرة في مختلف محافظات الوطن.

DRAFT

12) إعتماد نظام المصادقة على مرحلتين أو ما يعرف بـ "مستويات مختلفة للمصادقة" عند الحاجة الى إدخال او تعديل أو تغيير البيانات الخاصة بالتأمينات الصحية لدى الحاسوب المركزي للإدارة.
13) تعديل النصوص القانونية الواردة في النظام الخاص بالتأمينات الصحية بحيث تضمن الأخذ بنظام حساب متطور لنسبة العجز الصحي عوضا عن الأسلوب القديم المُتبع حاليا بهذا الشأن.
14) حث لجان التقييم و لجان المشتريات الموكل لها دراسة عمليات الشراء بإعادة التمحيص وتقييم الشروط والمواصفات التي تضعها المرافق الطبية الطالبة للخدمة أو السلعة الطبية خاصة في الحالات التي تنطبق بها الشروط الخاصة بعملية الشراء على شركة او مُورد واحد فقط.
15) إصدار دليل إجراءات مُحدث لدى وحدة التوريدات يُوضح الإجراءات الواجب إتباعها في عمليات الشراء المختلفة إستنادا لقانون الشراء العام ساري المفعول والذي حلَ محل قانون اللوازم العام المُلغى.
16) تعديل نصوص قانون الشراء العام والنظام الخاص بالشراء العام على نحو يُلزم فيه السلطات العامة القائمة على العطاء بالإفصاح عن التكلفة التقديرية للسلع او الخدمات المُستهدفة في العطاءات في مواجهة المناقصين المنافسين كافة.
17) تعديل نصوص قانون الشراء العام على نحو يُلزم فيه المناقصين المنافسين أو أي من الموظفين العاملين في أي من لجان المشتريات الخاصة أو لجان تقييم العطاءات بالإفصاح عن أي علاقات عائلية أو صداقة أو مصلحة مالية ترتبط بالمناقصة التي يجري دراستها (حالة تضارب مصالح).
18) إنتهاج سياسة التدوير الوظيفي لكافة الموظفين العاملين في مناصب عليا أو الموكل لهم مهام جسيمة تُؤثر بشكل ظاهر على المال العام للدولة.
19) تدريب كافة الموظفين العاملين في وزارة الصحة، بما في ذلك كبار موظفي الوزارة والأطباء العاملين بمختلف التخصصات على تدعيم قيم النزاهة والشفافية ومكافحة الفساد في الوظيفة العمومية بما يُسهم في تعزيز التصرفات والأفعال القويمة.

DRAFT

1. خلفية الدراسة وأهميتها

إن متابعة التطورات الحاصلة في القطاع الصحي في فلسطين، سواء كان ذلك من خلال التقارير الرسمية أو الإخبارية أو الجولات الميدانية، تمنح مُؤشرات قوية على أن هناك تطورا متواصلا في هذا القطاع الحيوي[1]. وهذا التطور ليس فقط نتاج ما ما تبذُله المؤسسة الرسمية متمثلة في وزارة الصحة من جهود متواصلة، إنما ينبع أيضا من الإستثمارات الربحية الناجحة ومشاريع القطاع الخاص البناءة في هذا القطاع الحيوي[2].

والقطاع الصحي في فلسطين – كغيره من دول العالم- من المفترض أن يتربع على أعلى سلم الأولويات الحكومية نظرا لبالغ الأثر الذي يُشكله هذا القطاع على حياة المواطن الفلسطيني. فعلى سبيل المثال وصلت قيمة الإنفاق العام على القطاع الصحي في فلسطين للعام 2015 ما يقارب 11% من الناتج المحلي الإجمالي[3]، حيث تتجاوز هذه القيمة متوسط دول الشرق الأوسط وشمال إفريقيا البالغ 2.6% من إجمالي الناتج المحلي لهذه الدول[4]. كما أنه في العام 2018، إستكملت وزارة الصحة الفلسطينية تنفيذ عدد من الخطط الإصلاحية والتطويرية في القطاع الصحي إستنادا لما تم إقراره في الخطة الإستراتيجية لوزارة الصحة الفلسطينية للعام الحالي. وتتجلى هذه الخطة في تحقيق الأهداف التالية: (1) توفير خدمات صحية شاملة للمواطن الفلسطيني والعمل على توطينها محليا، (2) تعزيز برامج الرعاية الصحية الوقائية وبرامج الوعي الصحي، (3) إعتماد نظام الجودة العالي في تقديم الخدمة الصحية، (4) تعزيز وتطوير نظام الموارد البشرية، (5) تعزيز نظام الحوكمة الصحية وبناء منظومة التشريعات القانونية للقطاع الصحي، (6) تعزيز التمويل الصحي وضمان الحمائية المالية للمواطن في مواجهة التكاليف الصحية[5].

---

[1] عقل أبو قرع، 2017. تطور القطاع الصحي الفلسطيني بين الإيجابيات والتحديات. وكالة وطن للانباء. http://www.wattan.tv/news/215099.html. [Accessed 10/5/2018]

[2] جمعية الصحة العالمية الثامنة والستون، 2014. الأحوال الصحية في الأراضي الفلسطينية المحتلة، بما فيها القدس الشرقية والجولان السوري المحتل. منظمة الصحة العاملية بالشراكة مع وزارة الصحة الفلسطينية. تقرير رقم (A68/Inf./5). http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A68_INF5-ar.pdf صفحة 6.

- حمدي خواجا وكامل المنسي، 2011. الحق في الصحة. سلسلة دراسات الحقوق الإقتصادية والإجتماعية والثقافية في فلسطين. مركز الديمقراطية وحقوق العاملين. فلسطين، رام الله. صفحة رقم (75).

[3] وفا الإخبارية، 2015. تقرير احصائي: ارتفاع مجموع النفقات الجارية على الصحة خلال 2014-2015. http://www.wafa.ps/ar_page.aspx?id=TSez7Qa734148952845aTSez7Q. [Accessed 12/5/2018]

[4] البنك الدولي، 2014. الملخص التنفيذي لتقرير "مراجعة الإنفاق العام". صفحة 12.

[5] وزارة الصحة الفلسطينية. الإستراتيجية الصحية الوطنية 2017-2022. الإدارة العامة للسياسات الصحية والتخطيط. https://www.site.moh.ps/. [Accessed 12/5/2018].

غير أنه رغم النتائج الإيجابية التي تحققت من جراء إتساع رقعة الخدمات الصحية التي تُقدمها وزارة الصحة للمواطن وزيادة مراكز الرعاية الصحية الأولية والمستشفيات ومضاعفة أعداد المواطنين المستهدفين من الخدمات الصحية، فإن ذلك بالمقابل قد يضاعف إحتمالية وقوع الإنحراف في تقديم الخدمات بالجودة المطلوبة ويزيد من فرص وقوع الفساد في القطاع الصحي، مما يُرتب آثار سلبية على بيئة العمل في القطاع الصحي ويُقوض من الجهود الرامية لتطوير هذا القطاع الحيوي.

ونظرا لمساس الفساد بالحقوق والحريات الأساسية للمواطن الفلسطيني بما فيها حقه بتوافر المقومات الأساسية للصحة وحقه في الحصول على الرعاية الصحية المناسبة، فقد أولت السلطة الوطنية الفلسطينية إهتماما ملحوظا بهيئة مكافحة الفساد كونها الجهة المختصة قانونا بمحاربة هذه الآفة. وربما يكون إقرار قانون الكسب غير المشروع رقم (1) لسنة 2005 وما تلاه من إقرار لقانون مكافحة الفساد (المُعدل) رقم (7) لسنة 2010 يُمثل إنعكاسا ملحوظا في الإرادة السياسية الفلسطينية بإتجاه محاربة الفساد والفاسدين. وقد بدأت الهيئة أعمالها بشكل فعلي في العام 2011 وإستمرت بتطور متصاعد رغم التحديات الهائلة التي تُقوض من فرص تحقيق الهيئة لأهدافها المرجوة. ولعل إستمرار الإعتداءات التي يقوم بها الإحتلال الإسرائيلي بشكل ممنهج في المناطق الفلسطينية والإنقسام السياسي والجغرافي الفلسطيني تُعتبر من أهم المعيقات التي من شانها أن تُضعف المحاولات الرامية للوصول الى بيئة نزيهة خالية من الفساد[6].

وتسعى هيئة مكافحة الفساد الى بناء جسور شراكة مع المؤسسات الرسمية الحكومية وغير الحكومية والتي تتقاطع معها في تحقيق غايتها المنشودة. وبناء عليه، تأتي خطط الشراكة والتعاون بين كل من الهيئة وبرنامج "سواسية"[7] (برنامج تعزيز سيادة القانون في الأرض الفلسطينية المحتلة: العدالة والأمن للشعب الفلسطيني) لتجسد المساعي الرامية الى تعزيز فرص قيام دولة فلسطينية قابلة للحياة. ويهدف البرنامج بشكل أساسي الى تعزيز سيادة القانون في فلسطين من خلال بناء وتطوير قطاع العدالة للوصول الى منظومة أمنية كفؤة وناجعة ومتناغمة، تراعي

[6] الإستراتيجية الوطنية لمكافحة الفساد 2015-2018. هيئة مكافحة الفساد الفلسطينية. http://www.pacc.pna.ps/ar/files/plans/Nationalstratigy2015-2018w.pdf. صفحة (8).

[7] الوكالات المنفذة للبرنامج هي: برنامج الأمم المتحدة الإنمائي/ برنامج مساعدة الشعب الفلسطيني وهيئة الأمم المتحدة للمساواة بين الجنسين وتمكين المرأة و اليونيسف.

مسالة النوع الإجتماعي وتحترم الحقوق وتحافظ على الفئات الإجتماعية الأقل حظا خصوصا النساء والفتيات القاصرات[8].

وتأتي هذه الدراسة في إطار التعاون المشترك بين كل هيئة مكافحة الفساد، و وزارة الصحة، وبرنامج "سواسية". وتهدف هذه الدراسة الى رصد مجموعة المخاطر التي لها تأثير فعال على جودة الخدمات الطبية التي تسعى وزارة الصحة الى تقديمها للمواطن في فلسطين، ووضع الخطط الكفيلة بمواجهة هذه المخاطر من خلال منع وقوعها أو الحد من آثارها السلبية على المؤسسة الرسمية وعلى جودة الخدمة الطبية المُقدمة للمواطن. سوف تُساهم هذه الدراسة في دعم وزارة الصحة ومساعدتها على خلق بيئة عمل نزيهة خالية من أي إستغلال للمنصب العام على كافة المستويات في الوزارة بما يخدم غاية أسمى وهي تعزيز صمود الشعب الفلسطيني للوصول الى دولته الفلسطينية المستقلة. وإنطلاقا من ذلك فإن الأهداف الفرعية التي تسعى هذه الدراسة الى تحقيقها تتمثل بالآتي:

1) تحديد مخاطر الفساد من خلال التعرف على القرارات الإدارية الهامة التي ترسم مسار سير العمل في القطاعات المستهدفة من الدراسة. ومن ثم التعرف على أشكال وصور الإنحراف في القرار الإداري
2) تقييم مخاطر الفساد في القطاعات المستهدفة من الدراسة عبر تحديد مستوى التأثير التي يُمكن للقرار الإداري المُنحرف عن مساره الطبيعي أن يُسببه، والتنبؤ بإحتمالية وقوع ذلك الإنحراف وفق ما تفرزه بيئة العمل الداخلية والخارجية من تحديات تُؤثر على مسار القرار الإداري السليم.
3) السيطرة على مخاطر الفساد من خلال دراسة التدخلات والإصلاحات المُتاحة والقابلة للتطبيق بغية تخفيف المخاطر، ومن ثم يجري توزيع مسؤوليات التعامل معها.

وحتى يتسنى لهذه الدراسة من تحقيق أهدافها المنشودة، فقد جرى الإتفاق بين الشركاء الثلاث على تدشين فريق مُختص (National Task Force) بعضوية ممثلين عن المؤسسات الثلاث، تكون مهمته إنجاز الدراسة في

[8] سوف يساهم برنامج "سواسية" في الوصول الى النتائج التالية: (1) تعزيز قدرات مؤسسات العدالة والأمن والعلاقات فيما بينها؛ (2) تعزيز مساهمة المجتمع المدني في مجال سيادة القانون ووصول المجتمع للعدالة في الضفة الغربية؛ (3) تعزيز مساهمة المجتمع المدني في مجال سيادة القانون ووصول المجتمع للعدالة في قطاع غزة؛ (4) تعزيز إستجابة الفاعلين في مجال العدالة والأمن والتشريع للنوع الإجتماعي؛ (5) تعزيز وصول النساء للعدالة والأمن من خلال ضمان توفير مسؤول للخدمات لمنع العنف والحماية منه ومجابهته، وكذلك من خلال التعامل مع إحتياجاتهم القانونية العامة؛ (6) تحسن عدالة الأحداث والإلتزام بحقوق الطفل؛ (7) إزدياد قدرات ذوي العلاقة والفاعلين الرئيسيين في مجال مراقبة التقدم ونتائج تطور سيادة القانون. برنامج تعزيز سيادة القانون في الأرض الفلسطينية المحتلة: العدالة والأمن للشعب الفلسطيني "سواسية". الخطة الإستراتيجية للبرنامج، 2014-2017.

غضون 90 يوما. ونظرا لضيق المجال الزمني لإنجاز الدراسة، فقد جرى التركيز على الوحدات الثلاث التالية: (1) وحدة شراء الخدمة، (2) إدارة التأمين الصحي، و (3) وحدة التوريدات.

1.1 الإطار القانوني الناظم للقطاع الصحي في فلسطين

يُقّر القانون الأساسي الفلسطيني بان التمتع بأعلى مستوى من الصحة يُمكن تحقيقه يُمثل حقا جوهريا لكل مواطن فلسطيني. ويشتمل الحق في الصحة على باقة من الإستحقاقات المنصوص عليها دستوريا كحق المرء في التحكم بصحته من خلال منع إجراء أي تجربة علمية أو طبية دون رضائه القانوني او إخضاعه للفحص الطبي أو العلاج إلا بما تُمليه أحكام القانون. بهذا الشأن[9]. كما أن توافر نظام حماية صحية يضمن تكافئ الفرص بين الكافة يُشكل محورا هاما في ممارسة الحق في الصحة، وهو ما أكدته المادة (22) من القانون الأساسي الفلسطيني.

ويُمثل قانون الصحة الفلسطيني رقم (20) لسنة 2004 المرجع الأساس للصحة في فلسطين. فقد إعترف القانون بحق المواطن الفلسطيني في الحصول على سلة من الحقوق الصحية أهمها[10]:

- الحصول على الرعاية الصحية الفورية في الحالات الطارئة التي لا تحتمل الإرجاء أو التأخير.
- حق المريض في إحترام خصوصيته الشخصة ومعتقادته الدينية وكرامته الإنسانية.
- حق المريض في إخطاره بالعلاج المُقترح ومنحه حرية الإختيار بتلقي العلاج او رفضه ذلك.
- حرية إختيار المريض في الموافقة على المشاركة في الأبحاث الطبية من عدمه.
- حق المريض في تقديم الإعتراضات والشكاوى في مواجهة المرفق او الأشخاص العاملين في المرفق إذا ما شعر المريض بقصور في أداء الخدمة الطبية.

كما عمد المشرع الفلسطيني الى إعتماد و إصدار باقة من التشريعات القانونية الناظمة للقطاع الصحي، كالتشريعات الناظمة لعمل النقابات الطبية، وقانون المجلس الطبي الفلسطيني رقم (1) لسنة 2006. علاوة على قيام مجلس الوزراء بإصدار مجموعة من الأنظمة التي تجعل من القوانين موضعت للتنفيذ، نورد منها قرار

[9] مادة رقم (16) من القانون الأساسي الفلسطيني المُعدل للعام 2003.

[10] هديل قزاز، 2017. دراسة حول "جسر الفجوات : العلاقة بين الفساد وحقوق الإنسان في الواقع الفلسطيني" الإتلاف من أجل النزاهة والمسائلة "أمان". رام الله. صفحة رقم 11.

مجلس الوزراء رقم (113) لسنة 2004 بشان التأمين الصحي، وقرار رقم (1) لسنة 2013 بشان المكاره الصحية.

1.2 ضبط مفاهيم ومصطلحات الدراسة

1.2.1 .تعريف الفساد في القطاع الصحي

على الرغم من الأهمية التي تحظى بها جهود مكافحة الفساد حول العالم، إلا أنه لا يوجد إتفاق دولي على تحديد مفهوم الفساد. فهناك تباين ملحوظ بين القوانين الوطنية في التعامل مع تعريف الفساد . فبينما ذهبت بعض الدول الى إدراج تعريف محدد للفساد في تشريعاتها، إرتأت دول أخرى الى تعداد الأفعال الجرمية المشكلة لجرائم فساد في القانون، وهو ما أخذ به المشرع الفلسطيني في قانون مكافحة الفساد رقم (1) لسنة 2005. وبناء عليه فقد حصر القانون جرائم الفساد بسبعة حالات تتضمن: "(1) الجرائم المُخلة بواجبات الوظيعة العامة والجرائم المُخلة بالثقة العامة الواردة في قوانين العقوبات السارية،(2) الجرائم الناتجة عن غسل الأموال، (3) كل فعل يؤدي الى المساس بالاموال العامة، (4) إساءة إستعمال السلطة خلافا للقانون، (5) قبول الواسطة والمحسوبية التي تُلغي حقا و تُحق باطلا، (6) الكسب غير المشروع، (7) وجميع أفعال الفساد التي جرمتها الإتفاقيات الدولية والمصادق عليها من قبل السلطة الوطنية الفلسطينية"[11].

و تجدر الإشارة هنا الى أن فقهاء القانون وعلم الإجتماع لهم أيضا إجتهاداتهم الخاصة في تعريف الفساد، حيث نجد بان تلك التعريفات متباينة وفقا لسياق الموضوع الذي تستهدفه الدراسة او الجهة المخاطبة بالتعريف. فعلى سبيل المثال، عرفت منظمة الشفافية العالمية (Transparency International) الفساد بأنه: "إساءة إستخدام السلطات العامة بغية تحقيق أهداف شخصية" . بينما ذهبت أراء فقهية أخرى الى توسيع مجال التعريف بحيث يشتمل الفساد في القطاعين العام والخاص .

أما فيما يخص هذه الدراسة، فإن الفريق المُكلف بإعداد هذه الوثيقة إعتمد تعريف محدد للفساد في القطاع الصحي، حيث يُعتبر الفعل فاسدا إذا كان ينطوي على "إساءة إستخدام السلطة العامة المُوكلة بغية تحقيق أهداف شخصية"[12]. وهنا تجدر الإشارة الى أن هذا التعريف يأتي منسجما أيضا مع ما أقرتُه منظمة الشفافية العالمية

[11] المادة (1) من قانون مكافحة الفساد رقم (1) لسنة 2005 وتعديلاته.

[12] UNDP, 2018. Conceptual Framework: Corruption Risk Assessment at sectoral Level". UNDP Regional Project on Anti-Corruption and Integrity in Arab Countries. Page (12).

بشان تعريفها للفساد. كما ان كافة أشكال الفساد التي أوردها التشريع الوطني الفلسطيني تجتمع في عنصرين: إساءة إستخدام السلطة خلافا للقانون، وتحقيق مكسب شخصي (مادي أو معنوي) لمُرتكب أفعال الفساد.

وبناء على ذلك، فإن هذه الدراسة سوف تقتصر على رصد تلك القرارات الإدارية المنحرفة التي تندرج ضمن تعريف الفساد سابق الذكر، بما يُخرج الأفعال التي تُشكل سوء إدارة أو تلك الأفعال التي لا يكون مقصدُها التربح الشخصي من دائرة الدراسة[13]. مما لاشك فيه بأن سوء الإدارة له أثر سلبي كبير على قدرة وكفاءة القطاع الصحي، إلا أن هدف الدراسة الأساسي هو البحث فقط في مخاطر الفساد على القطاع الصحي، بما يُلزم القائمين على هذه الوثيقة بتحديد أفعال الفساد بدقة على النحو المذكور آنفا .

1.2.2 .تعريف القرارات الإدارية المُنحرفة

حتى يتسنى تحديد وتوزيع مخاطر الفساد، فإنه لابد من تحديد ماهية الإنحراف في القرار الإداري السليم وتقييم هذا الإنحراف من ناحية الأثر السلبي الذي يُنتجه وإحتمالية وقوعه واقعيا[14]. وبناء عليه فإن القرار الإداري المُنحرف هو ذلك القرار الذي يحيدُ عن قاعادة تخصيص الأهداف التي يقُرها المشرع القانوني. فعدم التقيد بالأهداف المشروعة لإصدار القرار من شأنه أن يُعيب القرار الإداري ويؤدي الى البطلان. وهنا تجدر الإشارة الى أن مدى مشروعية القرار يُقاس بعنصرين: حماية حقوق الأفراد، وعدم تعسف السلطة مُصدرة القرار. فعلى الرغم من أن تمتع الإدارة بسلطة تقديرية في إختيار الهدف من إصدار القرار- إلا أن المشرع يشترط أن يكون ذلك في إطار تحقيق المصلحة التي يحددها القانون وتكون السلطة التقديرية للإدارة في إصدارها للقرارات مرتبط بتلك المصلحة المُقررة سابقا بحكم القانون .

1.2.3 .قياس مخاطر الفساد في القطاع الصحي

يُمكن تعريف الخطر بأنه "حدوث شيء ما يكون له أثر سلبي على في تحقيق الهدف أو يؤدي الى خسائر بشرية أو مادية او معنوية"[15]. وقد عرفته مؤسسة إدارة المخاطر في لندن أنه: " مزيج من إحتمالية وقوع الخطر وعواقبه"[16]. وبناء على ذلك فإن المخاطر هي بمثابة أذى محتمل الوقوع في المستقبل بسبب سلوك أو سياسة

[13] ibid

[14] INPEX,6 Risk Assessment Methodology. http://www.inpex.com.au. [Accessed 18/5/2018].

[15] إستراتيجية إدارة المخاطر للعام 2015-2017 المركز الجغرافي الملكي الأردني صفحة رقم (14).

[16] The Institute of Risk Management, 2001. A Risk Management Standard [pdf] Available at:

معينة، وهذا الأذى –إذا ما وقع- فإنه يُسبب خسارة مالية مباشرة أو خسارة في المصداقية أو في ضياع فرص إستثمارية وقد تصل الى خسارة في حياة المواطنين. أما عملية تقييم المخاطر فيُمكن تعريفها انها "إجراء تحليل ودراسة إحتمالية وأثر وقوع أفعال فساد وذلك بهدف العمل على تخفيفها"[17]. إن التعرف على مخاطر الفساد وتقييمها في أي مؤسسة بوجه عام له مسوغات هامة لا يُمكن تجاهلها إذا ما سعت المؤسسة للتطور والإزدهار. ولعل تبني سياسات وقائية لمكافحة الفساد وضبط أداء العاملين ووضع خطط تطويرية للعمل يرتكز بشكل قوي على إدارة مخاطر الفساد في المؤسسة المُستهدفة[18].فهي تكون بمثابة عملية وليست هدف بحد ذاتها. وتختلف عملية تقييم مخاطر الفساد عن تقييم الفساد بحد ذاته في أن تقييم المخاطر تُركز على إحتمالية وقوع الفساد وليس الإفعال الفاسدة التي وقعت بالفعل أو مدى الإنتشار الفعلي للفساد[19].

1.3 حدود الدراسة

تم إعداد هذه الدراسة لتحقيق مجموعة من الأهداف المحددة مسبقا، ونظرا لضيق المسساحة المخصصة لإعداد الدراسة فلم يجد القائمون عليها من بدٍ سوى إستبعاد بعض الموضوعات التي وإن كانت مرتبطة بالنظام الصحي عموما، إلا انها لا تشكل رابطا حيويا مع تلك الإدارات والوحدات المُستهدفة في هذه الدراسة، ولا يُؤثر إستبعادها على صحة ومصداقية مخرجات الدراسة. وتتضمن تلك الموضوعات ما يلي:

- هذه الدراسة لا تتطرق للإجراءات الخاصة بالتأمين الصحي العسكري الممنوح للعاملين في قوى الأمن الفلسطينية. فهذا النوع من التأمين الحكومي - وإن كان يشترك مع نظيره في التأمين الحكومي المدني بإلزامية الخضوع له - إلا انه يخضع لنظام خاص مستقل تُديره المنظومة الأمنية/ العسكرية بعيدا عن سلطة إدارة التأمين الصحي لدى وزارة الصحة، ونتيجة لذلك فقد جرى إستبعاده من مجال البحث في هذه الدراسة.

---

https://www.theirm.org/media/886059/ARMS_2002_IRM.pdf

[17] Risl assessment can broadly be defined as “the analysis and study of the likelihood and impact of specefic corrupt acts for the purpose of mitigating them”. UNDP, 2018. Conceptual Framework: Corruption Risk Assessment at sectoral Level”. UNDP Regional Project on Anti-Corruption and Integrity in Arab Countries. Page (10).

[18] World Customs Orgasnisation, 2015. Quide to Corruption Risk Mapping. The United States. Page 4,

[19] Dye, M.K. 2007. Corruption and Fraud Detection by Supreme Audit Institutions [pdf]. Page (305). Available at: http://www.u4.no/recommended-reading/corruption-and-fraud-detection-by-supreme-audit-institutions/.

- التأمين الصحي الحكومي في قطاع غزة: نظرا لما أفرزته الظروف والتعقيدات السياسية في فلسطين من إنقسام داخلي في المنظومة السياسية الداخلية، ناهيك عن الإجراءات القمعية التي تُمارسها قوات الإحتلال الإسرائيلية، فلم يجر تمكين الحكومة الفلسطينية في قطاع غزة من القيام بالمهام المُوكلة لها قانونا. فرغم إستمرار تحمل الحكومة الفلسطينية لأعبائها المالية فيما يخص القطاع الصحي، إلا أن وزارة الصحة لا تملك أي سلطة فعلية على أرض الواقع وليس لها أدنى قدرة على إجراء تدخلات أو إصلاحات في المرافق الصحية في قطاع غزة.

2. الضوابط المنهجية والأخلاقية للدراسة

إن دراسة حول إدارة مخاطر الفساد تتضمن التعرف على مخاطر وقوع فساد في القطاع المستهدف وتقييم هذه المخاطر وتحديد الخطوات اللازمة لإزالتها أو تحويلها الى فرص لتنمية القطاع. غير أن دراسة المخاطر تنطوي بطبيعتها على درجة من عدم اليقين وغياب الجزم، فالتعرف على مخاطر الفساد لا يستلزم بالضرورة توافر أدلة قوية على وجود فساد، إنما يكون ذلك من خلال تقييم البيئة الناظمة للقطاع المستهدف ومحاولة معرفة أوجه القصور في أنظمة العمل. وبناء على ذلك، تسعى هذه الدراسة الى خفض مستوى عدم اليقين ورفع درجة المصداقية من خلال إتباع الخطوات التالية:

2.1 المكونات الأساسية لخطة إدارة مخاطر الفساد في القطاع الصحي

ترتكز عملية إدارة المخاطر عموما على التعرف على المخاطر وتحديد أليات المعالجة. فهي بمثابة إجراءات مستمرة ترتبط بتحديد الأهداف بدقة، قياس وتقييم المخاطر، تصميم آليات المكافحة أو المنع، جعل هذه الآليات موضع التنفيذ، ومن ثم إعادة تقييم التغيير الحاصل في المؤسسة المُستهدفة[20]. وهذه الإجراءات أصبحت مُتعارف عليها عالميا وواسعة الإنتشار حيث جرى تطبيقها في العديد من دول العالم النامية والمتطورة على حد سواء[21].

[20] The Institute of Risk Management, 2001. A Risk Management Standard [pdf] Available at: https://www.theirm.org/media/886059/ARMS_2002_IRM.pdf

[21]- الهيئة الوطنية لمفحة الفساد، 2018. أليـة تقيـيم المخـاطر في الهيئـة الوطنيـة لمكافحـة الفسـاد. الريـاض. www.nazaha.gov.sa

- أنظر أيضا:

united nations Global Compact, 2013. A Guide for Anti-Corruption Risk Assessment. New York Available at:http://www.copadvanced.org/sites/default/files/docs/RESSOURCES/Lutte_contre_la_corruption/AG

غير أن مؤسسة UNDP قدمت دراسة بشان "الإطار المفاهيمي لتقييم المخاطر على المستوى القطاعي"[22] والتي عملت بموجبها على تطوير المنهجية المُتعارف عليها عالميا في إدارة مخاطر الفساد. ركزت الدراسة في منهجيتها على ما يُعرف بـ "نقاط القرارات المُنحرفة" حيث يجري العمل على تحديد نقاط القرارات السليمة أو واجبة الإتباع والتي تُؤثر بشكل رئيسي على سير العمل، ومن ثم تحديد "نقاط القرارات المُنحرفة" عن المسلك السليم للقرار الإداري. وتمتاز هذه المنهجية في انها تُركز فقط على الإنحراف في القرار الإداري الذي ينشئ بسبب محاولة صاحب القرار أن يحصد كسب شخصي له أو لأفراد عائلته أو لغيره سواء أكان ذلك الكسب مادي أو معنوي. وبذلك تُخرج هذه المنهجية المخاطر المُحتمل حدوثها لأسباب تتعلق بعدم كفاءة العاملين في القطاع، او بسبب أفعال تندرج في خانة الجرائم الجزائية الإعتيادية ولا تُمثل جرائم فساد وفق التعريف القانوني لذلك[23]. بمعنى آخر، لا تكترث المنهجية سابقة الذكر لكافة المخاطر التي يُمكن أن تعصف بالمؤسسة إنما يجري التركيز فقط على الإنحراف في القرار الإداري بنية الفساد.

كما تعرض الوثيقة الخاصة بـ UNDP الأنشطة الرئيسية المُرتبطة بالصحة عموما في مختلف دول العالم، وهي على النحو الآتي: (1) وضع السياسات والقوانين (تشمل الإتفاقيات والمعاهدات الدولية، التشريعات الوطنية، والخطط الإستراتيجية والتنفيذية وإجراءات العمل لوزارة الصحة)، (2) توفير الخدمات (وتشمل الخدمات توفير العلاج الأولي والثانوي وبرامج التدريب، والتعليم، ومجال البحث العلمي)، (3) توريد المنتجات (وتشتمل على مجال الصناعة الوطنية، وإجراءات إستيراد الأدوية والمعدات الطبية من الخارج)، (4) دفع الخدمات (تتضمن الدفع المباشر للخدمة من قبل المريض، وأنظمة الدفع عن طريق طرف ثالث كنظام التأمين والتغطية الصحية والتبرعات من جهات مانحة) ، (5) الرقابة التنظيمية (وتشمل الرقابة على جودة الخدمة الصحية المُقدمة للمستفيد)[24].

ويُمكن القول هنا بأن المهام المُوكلة للقطاع الصحي في فلسطين تندرج جميعها أيضا في الوظائف الخمس الأساسية سابقة الذكر[25]، فالهيكل التنظيمي لوازرة الصحة الفلسطينية تم تصميمه ليغطي هذه الوظائف الأساسية

uideforAntiCorruptionRiskAssessment.pdf

[22] UNDP, 2018. Conceptual Framework: Corruption Risk Assessment at sectoral Level". UNDP Regional Project on Anti-Corruption and Integrity in Arab Countries. Page (12).

[23] ibid

[24] ibid. Page (17).

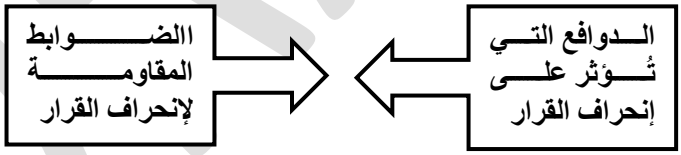
[25] الخطة الإستراتيجية الوطنية 2017-2022 لوزارة الصحة الفلسطينية.

من خلال توزيع المهام على (12) إدارة عامة و (16) دائرة ووحدة عمل داخل الوزارة[26]. ورغم التسليم بالأهمية القصوى التي تضطلع بها هذه الإدارات والوحدات من أدوار فاعلة، سوف يقتصر مجال هذه الدراسة على تقييم وإدارة مخاطر الفساد في الإدارات الثلاث التالية: (1) وحدة شراء الخدمة، (2) إدارة التأمين الصحي، و (3) وحدة التوريدات. ويجري التركيز على هذه المجالات الحيوية الثلاث نظرا لحجم التعقيدات التي تواجهها أثناء مباشرتها للإختصاصات الموكلة لها، علاوة على إتساع رقعة مخاطر الفساد بحسب ما تفرضه طبيعة عمل هذه الإدارات[27].

إن المنهجية التي تتّبعُها هذه الدراسة في تحليلها لإدارة الفساد في القطاع الصحي هو نقل أو إستعارة من حقل الدراسة التي تُقدمها مؤسسة UNDP حول "الإطار المفاهيمي لتقييم الفساد على المستوى القطاعي". وبناء على ذلك، سوف تعمل هذه الدراسة على إتباع الخطوات التالية:

اولا: تقييم مخاطر الفساد: ويكون ذلك من خلال تحديد شجرة القرارات التي تُؤثر على مسار سير القطاع الصحي، وتحديد الجهة المُختصة بإصدار القرار. ومن ثم التعرف على أشكال أو صور إنحراف القرار الإداري، وتحليل إحتمالية حدوث ذلك، وتقييم الأثر المُترتب على ذلك الإنحراف.

وتجدر الإشارة هنا الى أن تحليل إحتمالية وقوع القرار المُنحرف يعتمد على تحليل الدوافع التي تزيد من إحتمالية الوقوع، وبالمقابل تقييم الضوابط التي تجعل من حدوث الإنحراف في القرار الإداري مستبعدا.



ثانيا: السيطرة على مخاطر الفساد: بعد الإنتهاء من تقييم مخاطر الفساد المُتوقع حدوثها في الإدارات والوحدات المُستهدفة لدى وزارة الصحة، تأتي الخطوة الثانية لبحث ومناقشة خيارات الإصلاح المُتاحة أمام وزارة الصحة بغية تفادي وقوع أفعال فساد والتخفيف من أثارها السلبية. تُقدم هذه الدراسة مجموعة من التوصيات والتي تدور

---

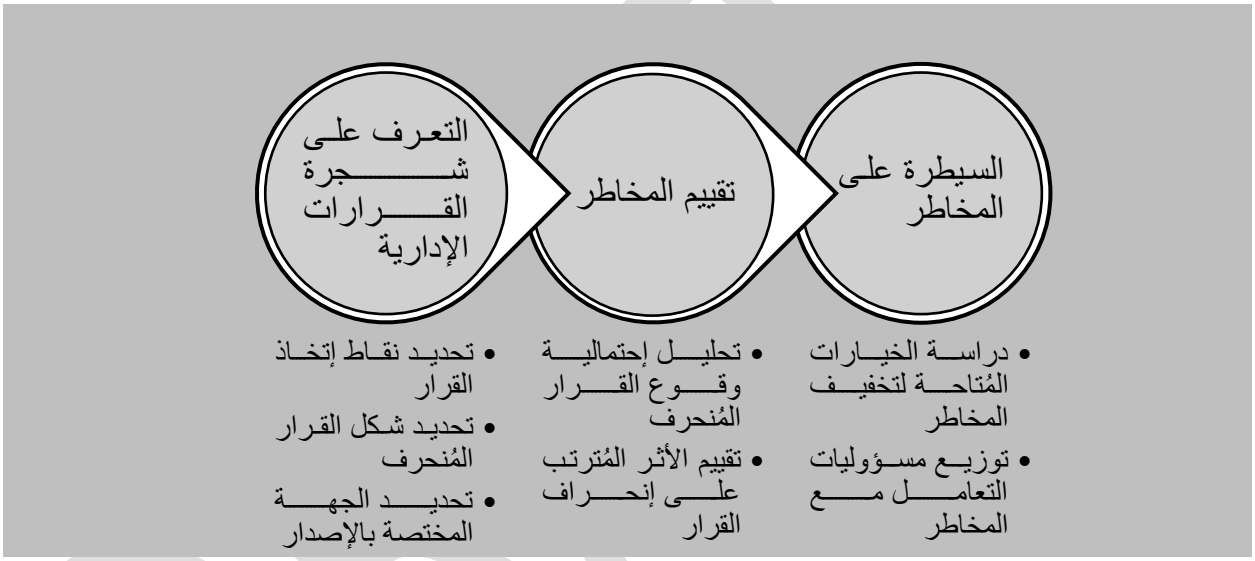
https://www.site.moh.ps/index/Books/BookType/1/Language/ar

[26] الصفحة الرسمية الإلكترونية لوزارة الصحة الفلسطينية. https://www.site.moh.ps/index/Books/BookType/1/Language/ar

[27] إستنادا للإتفاقية المُوقعة بين كل من هيئة مكافحة الفساد ووزارة الصحة الفلسطينية، فقد جرى الإتفاق على أن تقتصر هذه الدراسة على تقييم وإدارة مخاطر الفساد فيما يتعلق الإدارات الثلاث المذكوره أعلاه.

رحاها في فكرتين أساسيتين: الأولى تكمن في تقليل الفائدة التي يُمكن للشخص الفاسد أن يحصل عليها إذا ما إنحرف في قراره الإداري، والثانية تتمثل في زيادة الأخطار التي سوف يواجهها الشخص الفاسد عند إتيانه أفعال فساد. وهنا لابد من الإشارة الى أن هذه الإستراتيجية مستوحاه من نظرية " البيئة الظرفية الطاردة للفساد/ Situational Prevention Techniques" والتي جرى تطويرها من قبل العديد من المؤسسات والعلماء المختصين بمكافحة الفساد[28].

يُحدد الرسم التخطيطي (1) الخطوات المُتبعه في هذه الدراسة لتقييم مخاطر الفساد وإجراءات السيطرة عليها:



رسم بياني رقم (1) يُوضح خطوات تقييم وإدارة مخاطر الفساد

وحتى يتسنى لهذه الدراسة من تحقيق أهدافها المنشودة، فإن عملية جمع وتحليل البيانات والمعلومات المُستخدمة في هذه الدراسة خضعت لأدوات البحث العلمي الوادرة في الجدول رقم (2) أدناه.

[28] - EDE, A., HOMEL, R. & PRENZLER, T. 2002. Situational Corruption Prevention. In: PRENZLER, T. & RANSLEY, J. (eds.) Police Reform: Building Integrity. Annandale, NSW: Hawkins Press.

- CLARKE, R. V. G. 1997. Situational Crime Prevention: Successful Case Studies, Guilderland, New York: Harrow and Heston.

2.2 أدوات البحث العلمي المُستخدمة في الدراسة

المنهج العلمي	وصف عام لتطبيقات المنهج في الدراسة
المنهج التحليلي (Analytical Method)	هذه الدراسة تتبع منهجا يعتمد على مبدأ التحليل المزدوج حيث يتضمن أسلوب التحليل الإستقرائي والتحليل الإستنباطي في ضوء مصادر المعلومات المتاحة عن الموضوع. إن الدراسات النظرية بشان مخاطر الفساد في القطاع الصحي، والدراسات الإحصائية، والتقارير الرسمية الصادرة عن المؤسسات الحكومية أو غير الحكومية سوف تُشكل قاعدة تُبنى عليها مخرجات الدراسة شريطة إخضاعها الى منطق التحليل العلمي السليم. إن قياس مدى موثوقية الدراسة و جودة مخرجاتها تعتمد بشكل أساسي على إتساع رقعة المعلومات والبيانات المُستخرجة من الدراسات والتقارير الرسمية ومدى عمق تحليل هذه البيانات للخروج بنتائج تُحاكي واقع الحال في القطاع الصحي وتُؤسس لتوصيات قابلة للتطبيق .
مناقشات ومباحثات جماعية (Focus Group Discussions)	نظرا لندرة الدراسات الوطنية المتعلقة بمخاطر الفساد عموما وفي القطاع الصحي بشكل خاص، ونظرا للبيئة المُعقدة التي تجري بها أنشطة الفساد بعيدا عن رقابة المجهر الأكاديمي في كثير من الأحيان، فإن ذلك يستتبع إتباع أدوات بحث تطبيقية غير تقليدية يُمكن من خلالها التعرف بشكل أعمق على مخاطر الفساد في القطاع الصحي. ومن هنا تأتي أهمية تعزيز الشراكة مع أصحاب الإختصاص في وزارة الصحة ورجال الخبرة لدى هيئة مكافحة الفساد. إن ما يُقدمه أصحاب الإختصاص لدى وزارة الصحة من عرض ونقاش حول طبيعة وآليات العمل في الإدارات التابعة لوزارة الصحة وشرح مُفصل حول حالات واقعية/ أو سيناريوهات مُحتملة لأفعال تندرجُ ضمن تعريف الفساد من شانه أن يُساهم في تجسير الهوّة بين النظريات الأكاديمية وواقع الحال حول مخاطر الفساد وآليات مكافحته. إن ما يُقدمه أصحاب الخبرة العملية من آراء ووجهات نظر يُشكل قيمة علمية عالية لا يُمكن الإستعاضة عنها بمجرد قراءة وتحليل التقارير والدراسات السابقة. هذه الدراسة هي الأولى في فلسطين التي تجمع بين ما تُوفره الدراسات السابقة من بيانات وما يُقدمه ذوي الخبرة والدراية في إدارة القطاع الصحي من معلومات وأفكار تُساهم ببناء منظومة دفاعية صارمة ضد أوجه الفساد ومخاطر وقوعه

	في القطاع الصحي في فلسطين.
المقابلات المغلقة المفتوحة *(Semi-structured Interviews)*	يُستخدم هذا النوع من المقابلات لمنح الحرية للمقابل بطرح أسئلة بصيغ مختلفة، وطلب الإجابة من المستجيب مع إمكانية منحه فُسحة للتوضيح وضرب الأمثلة والسناريوهات. وتسعى هذه الدراسة الى إجراء عدد من اللقاءات الثنائية مع باقة من الخبراء في القطاع الصحي الحكومي وقطاع مكافحة الفساد في فلسطين بغية جمع معلومات معمقة حول النظام الصحي في فلسطين وإستقصاء الآراء المختلفة حول سبل مكافحة الفساد في هذا القطاع الحيوي.

2.3 الضوابط الأخلاقية للدراسة :(Ethical Issues)

إن إجراء دراسة حول إدارة مخاطر الفساد في القطاع الصحي في فلسطين تأتي فقط لخدمة البحث العلمي، بحيث يُمكن لأصحاب القرار الإستفادة من هذه الدراسة في تطوير الخطط الإستراتيجية والتشغيلية الخاصة بالقطاع الصحي. وهنا يتوجب التأكيد على أن هذه الدراسة لا تسعى بأي حال من الأحوال الى تقصي الحقائق حول قضية محددة أو أشخاص محددين بأسمائهم أو صفاتهم. وبناء على ذلك فإن برنامج الأمم المتحدة الإنمائي UNDP يُهيب بكافة المشاركين في إنجاز هذه الدراسة عدم ذكر أشخاص أو التليمح بأسمائهم أو بصفتهم الوظيفية او الكشف عن أفعال محددة يُمكن أن تندرج ضمن تعريف جرائم الفساد خلال عقد اللقاءات وندوات العمل الخاصة بالمشروع. هذه الدراسة تُقدم نظرة شمولية لمخاطر الفساد في القطاع الصحي ولا تسعى بأي حال من الأحوال الى إثبات أو نفي أفعال فساد في القطاع الصحي في فلسطين.

DRAFT

3. إدارة مخاطر الفساد لدى وحدة شراء الخدمة في وزارة الصحة

يتمحور هذا الجزء من الدراسة حول ثلاث فروع، يعرض الفرع الأول إجراءات العمل الخاصة بوحدة شراء الخدمة بغية التعرف على شجرة القرارات الإدارية ونقاط القرار الإدراي المُنشئة للمراكز القانونية[29]، في حين يعرض الفرع الثاني تقييم لمخاطر الفساد في الوحدة من خلال تحليل إحتمالية وقوع الإنحراف في القرار الإداري والآثار الناتجة عن ذلك الإنحراف إذا ما وقع، اما الفرع الثالث فإنه مُخصص لبحث الخيارات المُتاحة لتخفيف تلك المخاطر والتعامل معها ضمن الإمكانيات المُتاحة لوزارة الصحة في فلسطين.

3.1 خريطة تدفق العمل لدى وحدة شراء الخدمة

يُعتبر نظام التحويلات الطبية أبرز ملامح عمل وحدة شراء الخدمة في وزارة الصحة. فقد تم تصميم هذا النظام لتعويض النقص في الخدمة لدى المرافق الطبية الحكومية سواء أكان ذلك بسبب نقص الخبرات الطبية او غياب الأجهزة والمعدات والمباني المؤهلة لإستيعاب أعداد غفيرة من المرضى، فيأتي تعويض النقص من خلال شراء الخدمة الصحية من المرافق غير الحكومية من داخل فلسطين أو خارجها. وجاء قرار مجلس الوزراء رقم (11) لسنة 2006 بشان نظام التأمين الصحي والعلاج خارج الوزارة أساسا قانونيا لتأسيس وتنظيم عمل التحويلات الطبية من قبل وحدة شراء الخدمة لدى وزارة الصحة.

وتسعى وحدة شراء الخدمة الى توفير أفضل الخدمات الصحية لمستحقيها بكل يسر ودون إعاقة أو تمييز بين مختلف فئات المجتمع، وتعمد الدائرة الى تحقيق أهدافها عبر ترشيد وتوطين الخدمات الصحية ووضع السياسات والخطط الفاعلة ومراقبة مستوى أداء الجهات ذات العلاقة بالتحويلات الطبية وتصويب أي إنحراف بالنشاط[30].

[29] يُقصد بالقرار الإداري المُنشئ لمركز قانوني هو ذلك القرار الذي يترتب على صدوره أو عدم صدوره إنشاء أو تعديل أو إلغاء مركز قانوني معين يمس الأفراد أو المؤسسات، وهو بذلك يختلف عن القرار الإداري الكاشف الذي لا يُنشئ حالة جديدة او يُؤثر عليها، إنما يقتصر دوره على إثبات هذه الحالة أو الكشف عن وجودها. كمال الجوهري، 2010. الإستشارات القانونية والشكاوى والتظلمات وصيغ العقود ومذكرات التفاهم. سلسلة المستشار القانوني، المركز القومي للإصدارات القانونية، الكويت. صفحة رقم (225).

[30] الصفحة الرسمية الإلكترونية لوزارة الصحة الفلسطينية. https://www.site.moh.ps/index/Books/BookType/1/Language/ar

ويشتمل نشاط وحدة شراء الخدمة على مجموعة من إجراءات العمل التي تهدف الى تسهيل وصول المواطن للخدمة الصحية بجودة عالية وتوفير التغطية المالية له. ويُمكن تلخيص مسار القرارات الإدارية التي يتم إتخاذها بشان التحويلات الطبية بالآتي:

- عند دخول المريض الى المستشفى الحكومي يتم عرضه على الطبيب المختص والذي يقوم بتشخيص حالته المرضية وتحديد ما إذا كانت الحالة طارئة أم لا. فإذا كانت حالة المريض غير طارئة (إعتيادية) وتعسر علاجه في ذات المستشفى الحكومي وتبين بأن الخدمة الصحية مُتوفرة في مستشفى حكومي آخر، يصدر الطبيب قرار الإحالة الفوري الى المرفق الحكومي المُستهدف.
- غير أنه في حالة عدم توفر الخدمة الصحية في المرافق الحكومية، يبدأ مسار شرء الخدمة الطبية من خارج القطاع الحكومي عبر قيام المستشفى الحكومي بتعبئة إستمارة التحويل الطبي للمريض مُوقعة من قبل الطبيب المُختص ورئيس القسم ومدير عام المستشفى وإحالتها الى لجنة طبية تُسمى "اللجنة الطبية الفرعية" وتتبع وزارة الصحة[31]. ولابد من الإشارة هنا الى أن اللجان الطبية الفرعية المُشكلة لهذا الغرض هي ثلاث: الأولى في نابلس (تغطي محافظة نابسل وسلفيت وجنين وطولكرم وقليقلية وطوباس)، والثانية في رام الله (تغطي محافظة رام الله والبيرة وأريحا)، والثالثة في الخليل (تغطي محافظات الخليل وبيت لحم). كما عمدت وزارة الصحة الى تشكيل لجان طبية متخصصة مهمتها تقرير شراء الخدمة الطبية للمرضى المصابين ببعض الأمراض المحددة على سبيل الحصر مثل لجنة الأورام، ولجنة العيون، ولجنة جراحة المعدة ولجنة زراعة الكبد والرئة.
- تعمل اللجان الطبية الفرعية تحت الإشراف المباشر لمدير وحدة شراء الخدمة[32]. وتعقد كل لجنة طبية فرعية إجتماعا واحدا على الأقل بشكل دوري كل أسبوع لدراسة وتقييم طلبات شراء الخدمة من خارج القطاع الصحي الحكومي (مستشفى خاص أو أهلي) داخل فلسطين أو خارجه. وإستنادا الى مجموعة من المعايير المُحددة بشأن التحويل الطبي تُقرر اللجنة الطبية الفرعية إما رفض شراء الخدمة الخارجي وتحويل المريض الى إحدى المرافق الحكومية لإستكمال العلاج، أو الموافقة على تحويل المريض الى مرفق طبي

[31] الدليل العام للتحويلات، 2006. وزارة الصحة الفلسطينية. الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية (USAID). صفحة 18.

[32] تم تشكيل ثلاث لجان طبية فرعية مُوزعة على محافظات الوطن (شمال، وسط، وجنوب)، بعضوية عدد من الأطباء الأخصائيين العاملين في وزارة الصحة، وتعقد كل لجنة طبية إجتماعا واحدا على الأقل بشكل دوري كل أسبوع لدراسة وتقييم التحويلات الطبية من المرفق الحكومية الى المرافق غير الحكومية داخل الوطن. وتجدر الإشارة هنا الى أنه يجري العمل على تغيير الأعضاء المنضمين لهذه اللجان من وقت لآخر.

غير حكومي، حيث يشتمل القرار الموافقة على تحديد الجهة التي يُحال لها المريض والمستشفى الخارجي مُزود الخدمة الطبية للمريض (شريطة أن يكون المرفق غير الحكومي طرفا في مذكرة تفاهم تُبرمها وزارة الصحة الفلسطينية).

- تقوم وحدة شراء الخدمة بمراجعة القرارات المتعلقة بالتحويلات التي تُصدرها اللجان الطبية الفرعية للتأكد من مراعاتها للمعايير والأنظمة المعمول بها وفق الأصول. وتجدر الإشارة هنا الى أنه عندما يتعلق الأمر بشراء الخدمة لبعض الأمراض التي تدخل في إختصاص اللجان الطبية المُتخصصة (مثل جراحة المعدة أو زراعة الكبد أو الرئة أو الأورام) والتي لا تتوفر بإحدى المشافي الخاصة أو الأهلية داخل فلسطين، فإن اللجنة الطبية الفرعية تُحيل قرار إختيار الدولة التي يُحال لها المريض و وتحديد مزود الخدمة الصحية الى وحدة شراء الخدمة للفصل بهذا الشأن[33].
- اما في حالة ما إذا كان تشخيص الحالة المرضية فور دخولها المستشفى او خلال تقديم الخدمة بانها حالة طارئة لا تحتمل الإرجاء او التأخير، وتبين بأن الخدمة الطبية غير متوفرة في المرافق الطبية داخل فلسطين، يصدر قرار التحويل الطبي الى خارج الوطن من قبل وحدة شراء الخدمة متضمنا الدولة والمستشفى المُستضيف[34].

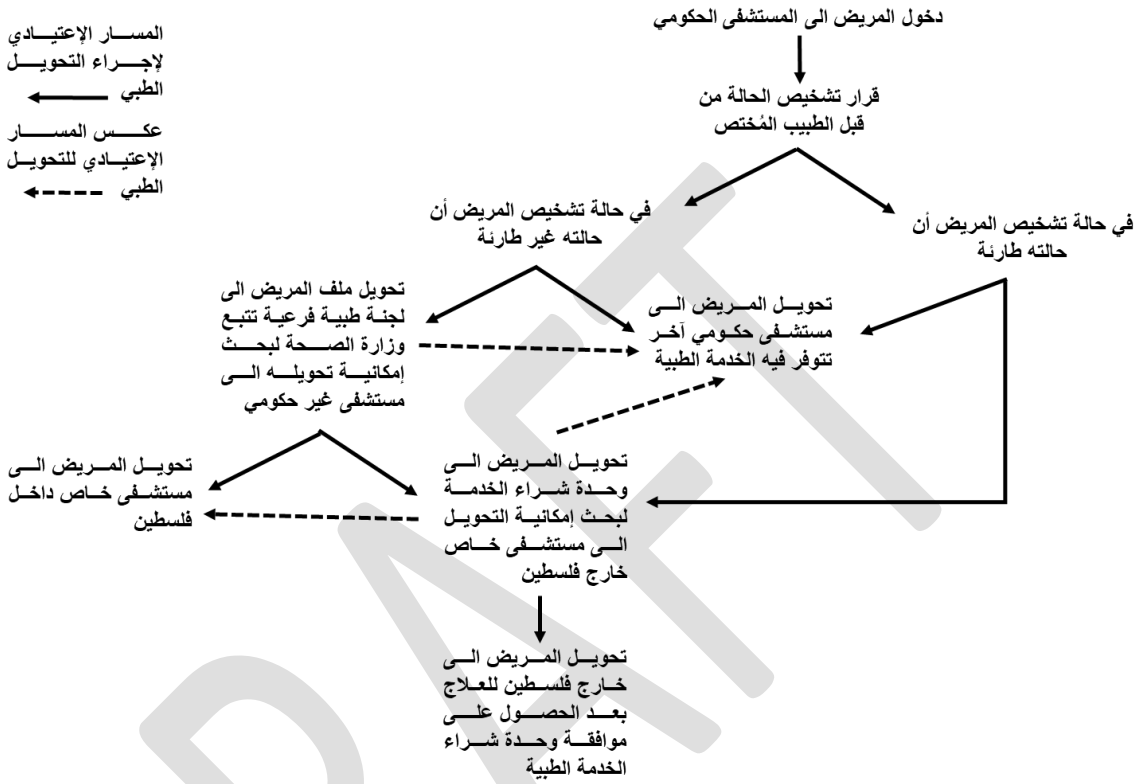
يوضح الرسم البياني رقم (3) مسارات العمل التي يتم إتخاذُها بشان التحويلات الطبية لدى وزارة الصحة.

DRAFT

[33] عندما يتعلق الأمر ببعض الأمراض المذكورة آنفا، تكتفي اللجنة الطبية الفرعية بتحرير عبارة "شأن وحدة شراء الخدمة" على الإستمارة المُحالة إليها من قبل المستشفى الحكومي.

[34] تم جمع هذه المعلومات وتحليلها خلال المباحثات الجماعية لفريق العمل المُختص بإعداد دراسة إدارة مخاطر الفساد في القطاع الصحي. وهنا وجب الإشارة الى العرض التوضيحي الذي قدمته الدكتور/ أميرة الهندي- مدير وحدة شراء الخدمة بشان خريطة تدفق العمل والإجراءات الخاصة بالتحويلات الطبية لوزارة الصحة، وذلك في الورشة التدريبية المنعقدة في الأردن بتاريخ 5/4/ 2018.

الرسم البياني رقم (3) يُوضح مسارات العمل التي يجري إتباعها بشأن التحويلات الطبية



غير أنه في الوقع العملي قد يشوب مسار القرارات الإدارية عيب أو إنحراف يؤدي الى نتائج لا تتفق مع المصلحة العامة ولا تخدم الغايات التي حددها القانون، مما يُفسح المجال لنمو بيئة حاضنة للفساد في وحدة شراء الخدمة. لذلك سوف تسعى هذه الدراسة الى تحديد مخاطر الفساد وفقا لنقاط القرارات الإدارية المتعلقة بالتحويلات الطبية.

3.2 تقييم مخاطر الفساد لدى وحدة شراء الخدمة

إن تقييم مخاطر الفساد لدى وحدة شراء الخدمة يستدعي التعرف على صور أو أشكال الإنحراف في القرار الإداري إستنادا لخريطة تدفق العمل في الوحدة، ومن ثم يجري العمل على تحليل إحتمالية حدوث الإنحراف، وتقييم الأثر المُترتب على ذلك الإنحراف إذا ما وقع. ومن خلال الإطلاع على الرسم البياني رقم (3) المذكوره أعلاه، يُمكن إيراد نقاط القرارات الإدارية المُرتبطة بالتحويلات الطبية بما يلي:

DRAFT

نقطة قرار رقم (1): قرار تشخيص الحالة المرضية

يُعتبر قرار تشخيص الحالة الصحية للمريض (حالة طارئة أو حالة غير طارئة) مفصلا هاما في مسار شراء الخدمة للمريض، حيث يختلف مسار العمل في التحويلات الطبية والجهة المُختصة بالإصدار وسرعة إتخاذ القرار وفقا لتشخيص الحالة المرضية. وقد ينحرف القرار الإداري عن الهدف المنشود منه بأن يُصدر الطبيب المناوب قرارا يقضي بان الحالة الصحية للمريض تستدعي إجراء طارئ رغم أنه في حقيقة الأمر تكون الحالة المرضية غير طارئة.

ويأتي الإنحراف في القرار الإداري لأسباب عدة منها أن الطبيب المُختص قد يُساوره الشك وعدم اليقين في تشخيصه الأولي لحالة المريض الصحية إما لنقص في المعدات الطبية اللازمة أو لقلة الدراية والكفاءة العلمية، وهنا قد يُفضل الطبيب عدم المخاطرة ويُصدر قرارا بأن الحالة الطبية طارئة رغم ترجيحه أن الحالة لا تستدعي ذلك. وقد يكون الدافع وراء التشخيص غير الصحيح لحالة المريض أن الطبيب يسعى للحصول على مكسب شخصي من قبل المريض الذي يسعى بدوره للإستفادة مما تُتيحه الحالة الصحية الطارئة من إختزال للإجراءات وتحويل طبي سريع لمرفق غير حكومي. ويجدر الإشارة هنا الى أن قيام الأطباء بإجراء التشخيص الأولي للمريض في فلسطين يقع ضمن خيارين فقط (حالة طارئة أو حالة غير طارئة)، ذلك على خلاف التصنيفات العالمية المُتبعة بهذا الشأن. ففي أستراليا مثلا، يخضع التشخيص لخمس تصنيفات (1. resuscitation, 2. emergency, 3. urgent, 4. semi urgent, and 5. non-urgent).[35] كما أن الفريق الطبي العامل في المستشفى قد يرضخ لتأثير وضغط أقرباء المريض بإعتماد الحالة أنها طارئة من أجل التسريع في الخدمة الطبية أو الحصول عليها من مشفى آخر.

كما يُمكن توقُع ان يقوم طبيب الطوارئ بتشخيص الحالة أنها طارئة إستنادا لتوجيهات الطبيب المُختص التي حصل عليها عبر الهاتف نظرا لتقاعس الأخير عن القيام بعمله أو القدوم الى المستشفى في وقت متأخر من الليل. حينها يُمكن أن تندرج هذه الحالة تحت سوء إستخدام السلطة ومحاولة الإحتيال على الأنظمة واجبة الإتباع أُصولا.

[35] Bhatia, N. 2015. Critically Impaired Infants and End of Life Decision Making: Resource Allocation and Difficult Decisions. London and New York. Routledge. Page 195.

وتكمن خطورة الإنحراف في قرار التشخيص الطبي فيما يُرتبه ذلك الإنحراف من أثر مالي قوي على خزينة الدولة وعلى جودة الخدمة الطبية عبر التحويل الى مرفق آخر. ويُمكن القول بأن إحتمالية وقوع ذلك الإنحراف هي معتدلة لكون الجهات الرقابية (رئيس القسم ومدير عام المستشفى الحكومي) التي يُفترض أن تُقيم قرار الطبيب المختص قد تتردد كثيرا في تغيير التشخيص من طارئ الى غير طارئ خوفا من تحمل المسؤلية القانونية والأخلاقية على أية مضاعفات صحية قد تحدث لاحقا للمريض، ناهيك عن تأثير أقرباء المريض ومرافقيه على قرار التشخيص.

كما أنه رغم وجود عدد من الحالات المُسجلة انها طارئة والتي تظهر فيما بعد أنها لم تكن كذلك، لم يحدث أن شُكلت لجان متخصصة لمراجعة وتقييم سبب حدوث ذلك وتحديد مسؤولية الجهات ذات العلاقة بالتشخيص الخاطئ للحالة المرضية. مما يُشكل باعثا قويا لإستمرارية حدوث ذلك الإنحراف في قرار التشخيص.

<u>نقطة قرار رقم (2): التحويل الطبي لحالة غير طارئة - قرار إحالة المريض من مستشفى حكومي الى مستشفى غير حكومي</u>

قد لا يُشكل قرار الطبيب المُختص بتحويل المريض من مرفق صحي حكومي الى آخر حكومي فارقا يُذكر، غير أن التحويل الطبي الى مستشفى غير حكومي قد يدُرّ مكاسب تصب لمصلحة المرفق الخاص أو حتى المريض. مما يُشكل دافعا لإنحراف القرار الإداري عن مساره السليم عبر توقع أن يقوم الطبيب المُختص بإصدار قرار التحويل الى المستشفى غير الحكومي رغم توفر الخدمة الطبية في المرافق الطبية الحكومية.

DRAFT

وعلى الرغم من الأثر المالي القوي الذي يُنتجه القرار المنحرف على خزينة الوزارة[36] وأثره على جودة الخدمة، إلا أن إحتمالية وقوع الإنحراف يبقى ضعيفا لعدة أسباب، منها أن قرار الطبيب المختص بالتحويل يتطلب مصادقة كل من رئيس القسم ومدير المستشفى الحكومي[37]، كما ان قرار التحويل لابد أن يتبعه قرار لاحق بالمصادقة عليه تُصدره اللجنة الطبية الفرعية التابعة لوزارة الصحة، ناهيك عن سهولة التعرف على سلة الخدمات الصحية المُتوفرة في المرافق الطبية الحكومية مما يجعل قرار التحويل المُنحرف لغير المرافق الطبية الحكومية صعب التبرير[38].

وتجدر الإشارة هنا الى أن إحتمالية وقوع القرار المُنحرف تبقى قائمة (وإن كانت بدرجة ضعيف) لأنه في بعض الحالات الإستثنائية فإن الطبيب المُختص الذي يُوقع على التحويل الطبي ينوب عن كل من رئيس القسم ومديرعام المستشفى في إصدار المصادقة[39]، مما يجعل من الرقابة الداخلية للمشفى محدودية الفائدة. ورغم ذلك تبقى إحتمالية وقوع الإنحراف ضعيفة بسبب الدور الرقابي الخارجي الذي تمارسه كل من اللجان الطبية الفرعية ووحدة شراء الخدمة لدى وزارة الصحة على القرارات التي يُصدرها المستشفى الحكومي بخصوص شراء الخدمة الخارجي.

DRAFT

[36] في العام 2016، بلغت الكلفة الإجمالية "التقديرية" لجميع التحويلات 566,720,980 شيكل،) وهو ما يعادل (77.7%) من تكلفة شراء الخدمة من خارج وزارة الصحة. مركز المعلومات الوطني الفلسطيني "وفا". http://info.wafa.ps/atemplate.aspx?id=3015

[37] ملحق رقم (7) بشأن إجراءات التحويل، والمنصوص عليها في قرار مجلس الوزراء رقم (11) لسنة 2006 بشان نظام التأمين الصحي والعلاج خارج الوزارة.

[38] أشارت الدكتوره/ أميرة الهندي- مدير وحدة شراء الخدمة في وزارة الصحة في مقابلة أُجريت معها بان نسبة القرارات التي تُصدرها اللجنة الطبية الفرعية برفض التحويل الطبي الذي أقره الطبيب المختص تكون (5-7%) من مُجمل القرارات التي تنظر بها اللجنة. مما يُعطي مُؤشرا على أن إحتمالية وقوع الفساد من قبل الطبيب المختص في المستشفى الحكومي ضعيفة. عُقدت المقابلة بتاريخ 21/ 5/ 2018 في وزارة الصحة، رام الله.

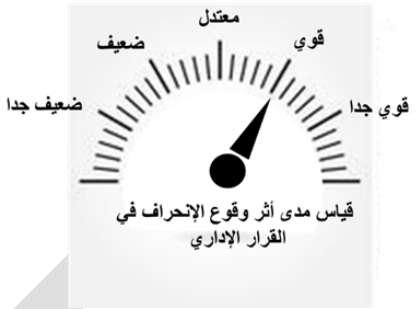
[39] قد يحدث في بعض الأحيان أن يُوقع الطبيب المناوب نيابة عن الطبيب المختص بعد الحصول على موافقته "عبر الهاتف" بشأن الإحالة المرضية، رغم أن الإجراء واجب الإتباع يُلزم المستشفى بضرورة توفير طبيب مختص على مدار الساعة في المستشفى بشكل فعلي وليس صوري. مقابلة مع الدكتوره أميرة الهندي- مدير عام وحدة شراء الخدمة الطبية لدى وزارة الصحة. عُقدالإجتماع في تمام الساعة 14:00 ظهرا لمدة ساعة بتاريخ 2018/7/27.

نقطة قرار رقم (3): التحويل الطبي لحالة غير طارئة - قرار إحالة المريض من مستشفى حكومي الى مستشفى غير حكومي لوجود إكتظاظ في المستشفى الحكومي

قد يُصدر الطبيب المُختص في المستشفى الحكومي - بعد الحصول على موافقة كل من رئيس القسم الطبي ومدير عام المستشفى- قرارا بإحالة المريض الى مستشفى غير حكومي، ولكن على خلاف نقطة القرار رقم (2) المذكوره أعلاه، لأسباب تتعلق بالإكتظاظ في المرفق الحكومي وعدم وجود أماكن كافية للمرضى الجدد او عدم توفر حاضنة للأطفال في حالة الولادة. ففي هذه الحالة تكون الخدمة الطبية متوفرة في المرفق الحكومي ولكنها غير متاحة بالوقت الذي يحتاجها المريض. ويمكن هنا تصور الإنحراف في القرار الإداري عند إدعاء الطبيب المختص بعدم إتاحة الخدمة الطبية رغم ان ذلك غير صحيح ويكون مقصده من ذلك إحالة المريض الى المشفى الخاص الذي يرغب به في الأساس بناء على إتفاق مسبق معه لواسطة او محسوبية أو رشوة.

علاوة على الأثر القوي الذي يُمكن لذلك الإنحراف أن يُلحقه بالمال العام، فإن إحتمالية وقوع ذلك الإنحراف قد تكون قوية وذلك لعدم توفرآلية تسمح لوحدة شراء الخدمة بمعرفة عدد الأسِرّة المُتاحة في المستشفيات الحكومية.

DRAFT



نقطة قرار رقم (4): التحويل الطبي لحالة غير طارئة - قرار اللجنة الطبية الفرعية بشان المصادقة على تحويل المريض الى مستشفى غير حكومي

أجاز قرار مجلس الوزراء رقم (108) لسنة 2004 لوزارة الصحة شراء الخدمة الطبية من مرافق غير حكومية داخل فلسطين أو خارجه في حالة تعثر تقديم الخدمة أو عدم توفرها في القطاع الصحي الحكومي. وتختص اللجنة الطبية الفرعية بدراسة كافة طلبات التحويل الطبي المُحالة لها من قبل المستشفيات الحكومية وإصدار قرار بالموافقة على طلب شراء الخدمة الخارجي إذا ما توافرت عدة شروط، منها أن تكون الخدمة الطبية غير متوفرة لدى المرفق الحكومي، او أن فترة إنتظار المريض للحصول على الخدمة المطلوبة طويلة جدا. كما تختص اللجنة الطبية الفرعية بتحديد الجهة والمرفق غير الحكومي المُستهدف من قرار شراء الخدمة الصحية وذلك إستنادا لعدة معايير مثل جودة الخدمة، والتكلفة، وأثر الموقع الجغرافي على المريض متلقي الخدمة[40].

غير أنه نظرا لحساسية المهام الموكلة للجنة الطبية الفرعية وأثرها البالغ على كل من المرافق الحكومية وغير الحكومية ومتلقي الخدمة الصحية، فإن القرارات التي تُصدرها اللجنة تكون بحسب طبيعتها عُرضة للفساد والإنحراف عن المسار المشروع. وقد يأخذ إنحراف القرار حالة ما إذا صادقت اللجنة الطبية الفرعية على قرار التحويل الطبي رغم توفر الخدمة في المرافق الحكومية، مما يرهق كاهل وزارة الصحة بأعباء مالية كبيرة.

وعلى الرغم من الأثر المالي القوي الذي يُنتجه القرار المنحرف سابق الذكر، إلا أن إحتمالية وقوعه تبقى ضعيفة. فالنظام الإلكتروني المعمول به في وحدة شراء الخدمة يسمح بتتبع كافة الخدمات التي تُوفرها المرافق الحكومية

[40] الدليل العام للتحويلات، 2006. وزارة الصحة الفلسطينية. الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية (USAID). صفحة 14.

وأماكن توافر هذه الخدمات، إلا أن أعداد التحويلات الطبية الهائلة قد يُرهق أعضاء اللجان الطبية الفرعية مما يسمح لبعض القرارات المُنحرفة بالإفلات من مقصلة الرقابة التي تمارسها هذه اللجان[41].

نقطة قرار رقم (5): التحويل الطبي لحالة غير طارئة - قرار اللجنة الطبية الفرعية بشأن تحديد مزود الخدمة الطبية غير الحكومي

قد تُصدر اللجنة الطبية الفرعية قرار صحيحا بشان المصادقة على التحويل الطبي لمرفق غير حكومي ويكون هذا القرار مستوفيا لكافة الشروط القانونية، غير أنه يبقى قرار اللجنة عُرضه للإنحراف عندما يتعلق الأمر بتحديد المرفق الطبي غير الحكومي المُستضيف للمريض. إن الإنحراف في إختيار مزود الخدمة الطبية غير الحكومي (كإختيار مستشفى باهض الثمن مقارنة بغيره من المستشفيات التي تتيح نفس جودة الخدمة أو أفضل منها) لا يُرتب فقط أعباء مالية غير مبررة على وزارة الصحة، إنما يؤثر بشكل قوي على جودة الخدمة المُقدمة للمريض ويزعزع المركز المالي للمرافق الطبية غير الحكومية عبر منح مفاضلة غير منصفة لإحدى هذه المرافق على حساب المرافق الأخرى. إن الإختيار الخاطئ لمزود الخدمة الطبية غير الحكومي بهدف التربح الشخصي لصانع القرار قد يُضاعف تكلفة العلاج الى مستويات عالية جدا، ذلك لأن الحالة الصحية لمتلقي الخدمة تصبح مُرجّحة للإنتكاسة عند إختيار مشفى غير كفئ، فتضطر حينها وزارة الصحة الى إجراء تحويل طبي آخر أو عدة تحويلات طبية لمستشفيات أكثر كفاءة بغية إنقاذ حياة المريض، فتصبح التكلفة باهضة جدا بسبب الإنحراف في مسلك

[41]- في العام 2016، بلغ عدد التحويلات الطبية الى المرافق الطبية غير الحكومية داخل فلسطين (76949) حالة والتي مثلت (83.7%) من مُجمل تحويلات وزارة الصحة. التقرير الصحي السنوي للعام 2016. الإدارة العامة للسياسات الصحية والتخطيط، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، 2017. https://www.site.moh.ps.

- رصد ديوان الرقابة الإدارية والمالية بعض التحديات التي تواجهها اللجان الطبية الفرعية وذلك في زيارة مفاجئة أجراها رئيس الديوان مع بعض العاملين في اللجان الطبية الفرعية وذلك بتاريخ 2014/3/24. وتُعتبر كثافة التحويلات الطبية التي يتوجب على اللجان الطبية البت فيها إحدى أهم تلك التحديات. لمزيد من المعلومات، أنظر التقرير المنشور على الصفحة الإلكترونية الرسمية لديوان الرقابة الإدارية والمالية: http://www.saacb.ps/news_temp.aspx?id=3059

القرار الإداري سابق الذكر. ويُمكن أن تعمد بعض المستشفيات غير الكفؤة الى إجراء فحوصات غير لازمة للمريض بهدف تضخيم قيمة فاتورة العلاج.

إن تقدير إحتمالية إنحراف القرار المتعلق بإختيار مزود الخدمة الطبية هي مهمة ليست باليسيرة، نظرا لتوافر دوافع قوية تُشجع ظهور الإنحراف في مقابل عدد من الضوابط الصارمة التي تقلل من إحتمالية الوقوع. فعلى سبيل المثال، تسعى وحدة شراء الخدمة الى ضبط التحويلات الطبية غير الضرورية عبر إيفاد أطباء الى المستشفيات غير الحكومية تكون مهمتهم متابعة الحالات الصحية لمُتلقي الخدمة الطبية وتقييم الفحصوصات التي أُجريت لهم للتأكد من حاجة المرضى لها[42]. غير أن كثرة عدد التحويلات الطبية وعدم كفاية الأطباء المُوفدين من قبل وحدة شراء الخدمة من شانه أن يُضعف الرقابة على تلك المستشفيات[43]. كما أن عدم إتباع سياسة التدوير الوظيفي على مستوى مديريات الصحة للأطباء المُوكلة لهم مهام الرقابة على مزويدي الخدمة الطبية قد يزيد من إحتمالية تقاعس الإطباء عن أداء مهامهم الوظيفية مقابل صفقات غير مشروعة يُبرموها مع تلك المستشفيات.

وتجدر الإشارة هنا الى أنه بغية ضبط التكلفة المالية لشراء الخدمة، عمدت وحدة شراء الخدمة الى إجراء بعض الإتفاقيات/ مذكرات التفاهم مع مزودي الخدمة الطبية غيرالحكوميين مضمونها تحديد تكاليف العلاج وتمكين الوزارة من التعرف على البيانات التفصيلية للتكلفة، مما يجعل من عملية الإختيار غير المنصفة ظاهرة للعيان وغير مبررة. غير أن بعض هذه الإتفاقيات لم تخضع للتحديث منذ فترة طويلة، مما يؤثر في قدرة الوحدة على ضبط التكلفة المالية للخدمة الطبية. هذا بالإضافة الى عدم توفر معايير واضحة لتصنيف وقياس جودة الخدمة الطبية (أو ما يُسمى بشهادة إعتماد الجودة الطبية)، حيث تقتصر الوزارة في تصنيفها لجودة الخدمة على عدد الأخطاء الطبية التي تسبب بها مزودو الخدمة الطبية وعدد الشكاوى المُقدمة ضدهم من قبل مُتلقي الخدمة. إن غياب الإتفاقيات او قوائم تحديد تكلفة الخدمة الطبية بالنسبة للمرافق الطبية خارج الوطن تُفسح مجالا لإنحراف القرار الإداري عن أهدافه المشروعة.

[42] أشار بعض الأطباء العاملين لدى وحدة شراء الخدمة في الإجتماع المنعقد في رام الله بتاريخ 2018/6/4 لأغراض إنجاز هذه الدراسة أنه خلال السنوات الماضية، رصدت الوحدة عدد من التجاوزات من قبل بعض المستشفيات غير الحكومية تتعلق بجودة تقديم الخدمة الطبية للمرضى المستهدفين من التحويلات الطبية وحساب تكلفتها، ونتج عن ذلك ان قامت الوزارة بوقف التحويلات الطبية لهذه المستشفيات. غير أنه بعد إجراء عدد من المفاوضات مع إدارة هذه المستشفيات فقد تم إعادة إدراجها في التحويلات الطبية شريطة توافر بعض الضمانات التي تكفل إنصياع تلك المستشفيات للوائح والتعليمات الوزارية المعمول بها أصولا.

[43] مقابلة مع الدكتورة/ أميرة الهندي- مدير وحدة شراء الخدمة لدى وزارة الصحة. عُقدت المقابلة في مقر وزارة الصحة في رام الله بتاريخ 21/ 5/ 2018.

كما وجب القول بأن السلطة التقديرية الممنوحة اللجنة الطبية الفرعية بشأن إختيار مزود الخدمة الطبية قد تضييق في حالات إستثنائية، منها ما أنتجته القرارات الصادرة عن مجلس الوزراء بدعم بعض المستشفيات ووضعها على سلم أولوية الإختيار عند شراء الخدمة الصحية من قبل الوزارة، وخاصة المستشفيات المقدسية[44]. وبناء على ذلك، تُعطى أولوية الإختيار للمستشفيات الفلسطينة في القدس، تليها في المرتبة المستشفيات الأهلية غير الهادفة للربح، ومن ثم المستشفيات الوطنية الخاصة، في حين تقبع المستشفيات خارج فلسطين في أدنى سلم الأولويات بالنسبة لسياسة شراء الخدمة الصحية. وهذا من شانه أن يُشكل ضابطا مانعا لأفعال فساد تتعلق بالإختيار غير المنصف للمرافق الطبية داخل فلسطين. وبناء عليه يُمكن القول بأن إحتمالية وقوع القرار المنحرف تكون معتدلة نسبيا للأسباب سابقة الذكر.

نقطة قرار رقم (6): التحويل الطبي لحالة غير طارئة - وحدة شراء الخدمة تُدقق التحويلات الطبية التي تُصدرها اللجان الطبية الفرعية بما فيها اللجان الطبية المتخصصة

تختص وحدة شراء الخدمة بمهام الرقابة والتدقيق على كافة الإجراءات الخاصة بشراء الخدمة بدءا من قرار الطبيب المختص بضرورة التحويل الطبي للمريض إنتهاءا بعمل اللجان الطبية الفرعية واللجان الطبية المُتخصصة. وفي سبيل ذلك، تعمد وحدة شراء الخدمة الى ندب طبيب مُختص بالفحص والمتابعة يجري إدارجه في كل من اللجان الطبية الفرعية والمتخصصة، والذي يقوم بدوره بإحالة كافة الملفات الطبية الى وحدة شراء الخدمة بغية إجراء التدقيق اللازم أصولا. كما تُخصص الوحدة مُدقق حسابات مالي من أجل تدقيق الفواتير الخاصة بشراء الخدمة.

[44] القرارات الصادرة عن مجلس الوزراء بشان دعم القدس والتي صدرت في جلسة مجلس الوزراء في مقر محافظة القدس ببلدة الرام في ضواحي القدس، وذلك بتاريخ 2017/7/25.

- لقاء صحفي مع وزير الصحة/ جواد عواد بتاريخ 2018/4/9، جريدة الحياة، فلسطين، رام الله. [Accessed 21/7/2018]. http://www.alhaya.ps/ar_page.php?id=3b32b48y62073672Y3b32b48

ولابد من الإشارة هنا الى انه قد يجري العمل من قبل وحدة شراء الخدمة على شراء بعض الأدوية الطبية غير المُتوفرة في سلة الخدمات التي يغطيها التأمين الصحي وذلك بناء على قرار "إستثنائي" يُصدره وزير الصحة بهذا الشأن. وبناء عليه، فإن قرارات وحدة شراء الخدمة (سواء فيما يتعلق بشراء الأدوية إستثناءا او تدقيق التحويلات الطبية) قد يتعرض كغيره من القرارات سابقة الذكر لإنحراف في تحقيق الأهداف التي أقرها المشرع. كأن يصدر قرار بشراء الخدمة من دولة خارج فلسطين رغم توفر الخدمة محليا. ويُرتب هذا الإنحراف -إذا ما حدث- أثرا ماليا قوي جدا لما قد تتحمله خزينة السلطة الوطنية الفلسطينة من أعباء مالية باهضة لقاء ذلك الإنحراف في مسار القرار الإداري السليم.

وعلى الرغم من سهولة التعرف على سلة الخدمات التي يُمكن للمرافق الطبية الحكومية توفيرها داخل الوطن، تبقى إحتمالية وقوع إنحراف في القرار معتدلة وذلك لتوافع بعض البواعث التي تذهب بالقرار الإداري نحو الإنحراف. فالمُعتقد الثقافي السائد عند جمهور المواطنين بأن المرافق الحكومية غير موثوقة مقارنة بغيرها من المرافق الطبية خارج فلسطين والتي تتمتع أيضا برفاهية أعلى من تلك التي تُوفرها المرافق المحلية. وهذا من شانه أن يزيد من إصرار المريض أو ذويه على حث وحدة شراء الخدمة من أجل إستصدار قرار تحويل طبي غير صائب، خاصة عندما يتعلق الأمر بمريض له ثُقله الوطني أو الإجتماعي في المنطقة الجغرافية التي يقطنها.

نقطة قرار رقم (7): التحويل الطبي لحالة غير طارئة - قرار وحدة شراء الخدمة بشان تحديد المرفق الطبي خارج فلسطين

بعد قيام وحدة شراء الخدمة بالموافقة على التحويل الطبي الى خارج الوطن، فإن ذلك يتبعه وجوب تحديد المستشفى المستضيف. وهنا يُمكن أن يتعرض القرار الإداري للإنحراف عن الهدف المنشود منه، كأن يتم إختيار مستشفى ذي أسعار مرتفعة عن الحد المقبول لتكلفة الخدمة الطبية المُستهدفة، أو أن تكون الخدمة التي يقدمها

المستشفى الذي وقع عليه الإختيارذي جودة متدنية قياسا بتكلفة الخدمة. حينها يكون لذلك القرار المُنحرف أثر مالي قوي على خزينة الدولة، علاوة على الأثر السلبي الواقع على مستوى جودة الخدمة الصحية.

وعلى الرغم من الدور الرقابي الذي تلعبه إدارة الرقابة والتفتيش لدى وزارة الصحة في مواجهة الفساد في القطاع الصحي، تبقى إحتمالية إنحراف قرار إختيار المرفق الطبي معتدلة وذلك لنفس الأسباب التي تعرضت لها هذه الدراسة في نقطة قرار رقم (5) والتي سبق شرحها آنفا.

<u>نقطة قرار رقم (8): التحويل الطبي لحالة غير طارئة - قرار وزير الصحة بشأن التحويل الطبي خارج المرفق الطبي الحكومي</u>

إن قرار مجلس الوزراء رقم (108) للعام (2004) بشان التحويلات الطبية يُعطي صلاحية لوزير الصحة بإجراء تحويل طبي لأي مريض لأسباب خاصة يقررها الوزير بهذا الشأن[45]. وقد تكون هذه الصلاحيات الإستثنائية التي منحها النظام لوزير الصحة مردُها خلق درجة من المرونة الإدارية تعطي مساحة كافية لإستيعاب حالات مرضية أو ظروف غير إعتيادية لم يتوقعها المشرع عند تنظيمه لإجراءات شراء الخدمة. لم يُحدد النظام الحالات الإستثنائية التي تُوجب عدم الإمتثال للإجراءات المُتبعة أصولا بشان التحويلات الطبية، ولم يشترط كذلك على الوزير أن يقوم بتسبب أو تعليل قراره عند إستخدامه لهذه السلطة التقديرية، مما يجعل من قرار الوزير الإستثنائي - حتى وإن أُستُخدم لغايات مشروعة – موضعا للريبة والتشكيك من قبل المواطنين خاصة المرضى الذين لم يُستجاب لمطالبهم بالتحويل الطبي الخارجي.

[45] مادة رقم (1) من قرار مجلس الوزراء رقم (108) للعام 2004 بشان اللجنة الطبية العليا للتحويلات.

ولاشك بان هذه السلطة التقديرية لها موجباتها المشروعة إذا ما أُستعملت للغاية التي قصدها المشرع. غير انه قد يُساء أيضا إستخدام هذه السلطة التقديرية عندما يتم اللجوء لها في حالات مرضية لا تستدعي ذلك كأن تكون الخدمة الطبية متوفره في المرفق الحكومي ويًصار الى إجراء التحويل الطبي الى مستشفيات غير حكومية. أو أن يًصدر الوزير توجيهاته لوحدة شراء الخدمة بتحويل مريض الى مرفق طبي غير حكومي باهض الثمن رغم توصية الوحدة بإجراء التحويل الى مرفق طبي أقل كلفة وذات الكفاءة.

ومن الجدير ذكره بأن القرار المنحرف له أثر مالي قوي على خزينة الحكومة، إضافة الى الأثر السلبي االمُدمر الذي قد يعصف بسمعة وزارة الصحة ومدى ثقة المواطنين بالنظام الصحي الوطني عندما تكون التحويلات الإستثنائية التي يصدرها الوزير غير مُسببة أو أن يكون التسبيب غير مُقنع للعامة.

كما وجب القول بأن إحتمالية وقوع القرار المنحرف هنا قد يكون قوي جدا، ذلك لكون النظام الذي أصدره مجلس الوزراء لم ينص على شروط أو ضوابط يتوجب على الوزير التقيد بها عند إستعماله لهذه الصلاحيات الإستثنائية. كما لم يشترط النظام تسبيب أو تعليل القرار الوزاري القاضي بمنح التحويل الطبي. إن الأوضاع السياسية الإستثنائية التي تعيشها الحكومة الفلسطينية كغياب المجلس التشريعي تجعل من الرقابة الخارجية على أعمال أو قرارات الوزراء كافة مهمة أكثر تعقيدا. كما أنه لا يمكن التعويل كثيرا على الرقابة الداخلية عندما يتعلق الأمر بتقييم وبحث قرارات يًصدرها الوزير. وبناء عليه، تكون فرص وقوع إنحراف في القرار الوزاري سابق الذكر قوية جدا.

وقد يكون لسياسة حجب المعلومات عن الجمهور بشان التحويلات الطبية ولاسيما الحالات الإستثنائية لشراء الخدمة الطبية تأثير سلبي على تعزيز الشفافية وإشاعة روح المساءلة في المجتمع. فالسرية غير المُبررة للمعلومات في عمل الحكومة تُعتبر مرتعا خصبا لتنامي ظاهرة الفساد وإستفحاله.

نقطة قرار رقم (9): التحويل الطبي لحالة طارئة - إصدار تحويل طبي لمريض مُتواجد في مستشفى غير حكومي

قد يُضطر المريض المتواجد في مستشفى غير حكومي الى طلب تحويل طبي خارج الوطن لإستكمال العلاج. وهنا تقتضي الإجراءات المعمول بها في وحدة شراء الخدمة بضرورة نقل المريض الى المستشفى الحكومي بداية لإجراء الفحص الأولي ومن ثم تُستكمل الإجراءات حسب ما تم شرحه في هذه الدراسة. غير أن الواقع العملي يُفرز سيناريوهات للتحايل على النظام المُتبع، كأن يقوم الطبيب المختص في المستشفى الحكومي وبالتعاون مع موظف التسجيل بإجراء تسجيل صوري للمريض المتواجد في مستشفى خاص بغية نقل العبء المالي على كاهل الوزارة. وحتى يتسنى للطبيب المُختص إخفاء ذلك، يعمد الى إصدار قرار يُفيد بأن حالة المريض الصحية تستدعي تدخلات طارئة، ويقوم بإصدار قرار التحويل الى المستشفى الخاص الذي يقبع به المريض في الأساس. وهذا القرار من شانه أن يرتب أثر ماليا معتدلا على خزينة الدولة وتكون إحتمالية وقوع الإنحراف في القرار حينها متوسطة إستنادا لما سبق شرحه في نقطة القرار رقم (2).

نقطة قرار رقم (10): التحويل الطبي لحالة طارئة - قرار إصدار تحويل طبي لمريض يُعالج في مرفق حكومي ونقله الى الى مُستشفى خاص

تصبح الأمور اكثر تعقيدا عندما يتعلق الأمر بإجراء تحويل طبي لحالة مرضية طارئة لا تحتمل التأخير. ففي هذه الأحوال عادة ما يقوم الطبيب المختص الذي يتابع حالة المريض في المرفق الحكومي بإجراء إتصال هاتفي مع طبيب الحالات الطارئة المتواجد في وحدة شراء الخدمة، والذي يقوم بدوره بالإتصال بالمرافق الطبية الخاصة لبحث إمكانية تقديم الخدمة الطبية للمريض بأسرع وقت ممكن. عادة ما يقوم الطبيب العامل في وحدة شراء الخدمة بإختيار المرفق الطبي غير الحكومي إستنادا لعدة معايير منها سرعة تقديم الخدمة الطبية، وكفاءة الخدمة، وتكلفة الخدمة الطبية. وقد ينحرف القرار الإداري عن مسلكه المشروع إذا ما تم إختيار مزود الخدمة الطبية دون

الأخذ بالإعتبار المعايير السابقة. كأن يقرر الموظف العامل لدى وحدة الشراء بإجراء تحويل طبي لمشفى بعينه لأسباب تتعلق بكسب مادي شخصي أو لمحاباة أو وساطة طرف ثالث.

ويكون الأثر المالي المترتب على الإنحراف في القرار الإداري قوي جدا، إضافة الى أثره القوي على مستوى الخدمة الطبية المُقدمة للمريض. غير أن إحتمالية وقوع ذلك الإنحراف تكون معتدله وذلك لسهولة التعرف على سلة الخدمات الطبية التي يُمكن للمرافق الطبية غيرالحكومية توفيرها للمريض. ولابد من التنويه هنا الى أن التحويلات الطبية داخل الخط الأخطر في الحالات الطارئة أصبحت أكثر إنضباطا مقارنة مع السنوات السابقة، حيث عمدت وحدة شراء الخدمة الى إتباع الرسائل النصية الإلكترونية لإجراء التحويلات الطبية للمشافي داخل الخط الأخضر وعدم الإكتفاء "بإجراء مكالمة هاتفية" للتحويل الطبي. وبناء عليه فقد إستطاعت الوحدة متابعة وتعقب كافة التحويلات الطبية وتقييمها لاحقا بعد إنقاذ الحالة المرضية الطارئة.

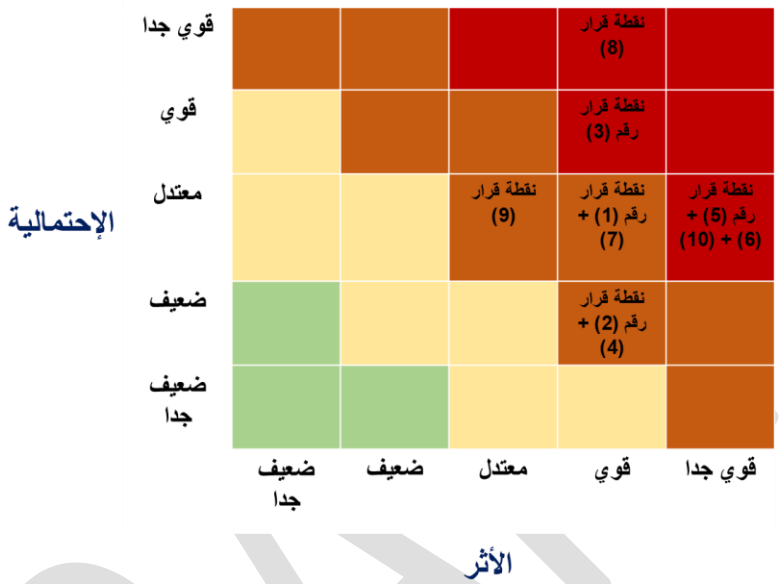
كما وجب التنويه الى أنه في بعض الحالات الطارئة جدا والتي تُوصف أنها حالات "إنقاذ حياة" يتم إجراء التحويل الطبي للمريض مباشرة من قبل الطبيب المختص في المشفى الحكومي دون المرور بوحدة شراء الخدمة، على أن تقوم الوحدة لاحقا بإجراءات التدقيق والتمحيص في الإجراء التي تم إتخاذه.

<u>مُلخص لتقييم مخاطر الفساد لدى وحدة شراء الخدمة</u>

من خلال إستعراض صور وأشكال الإنحراف المُحتمله في القرارات الإدارية التي تصدُرها وحدة شراء الخدمة وإجراء تقييم لإحتمالية وقوع ذلك الإنحراف وأثره السلبي على إيقاع العمل، فإن نتائج تقييم مخاطر الفساد تُظهر بأن الأثر السلبي المُترتب على وقوع الفساد (سواء أكان ذلك الأثر مالي أو مُتعلق بجودة الخدمة الطبية المُقدمة للمرضى) يتراوح بين معتدل الى قوي جدا (أنظر الرسم البياني رقم 4 أدناه). وهو ما يجعل من عمل وحدة شراء

الخدمة والجهود المبذولة لضبط الإجراءات في غاية الأهمية نظرا لخطورة الأثر وشدته إذا ما إرتفعت إحتمالية وقوع الفساد لدى هذه الوحدة. الرسم البياني رقم (4) يُوضح تقييم مخاطر الفساد لدى وحدة شراء الخدمة:

الرسم البياني رقم (4) يُوضح تقييم مخاطر الفساد لدى وحدة شراء الخدمة



غير انه من وجهة أُخرى، قد تُعطي نتائج التقييم أساسا للتفاؤل ومدعاة للفخر لكون إحتمالية وقوع الإنحراف في غالبية القرارات الإدارية الخاصة بهذه الوحدة تتراوح بين مقياس ضعيف الى معتدل (أنظر الرسم البياني رقم 4 أدناه). ولاشك بأن الإجراءات التي تم إتخاذُها في السنوات الخمس المنصرمة قد ساهمت في خفض إحتمالية وقوع الفساد وأسست لبناء أنظمة أكثر صرامة في مواجهة هذه الآفة.

ولكن ذلك لا يعني بأي حال من الأحوال أن وحدة شراء الخدمة مُحصنة بشكل تام من الفساد. فنتائج الدراسة أفرزت بعض القرارات الإدارية التي تكون إحتمالية وقوع الإنحراف فيها قوية جدا. وهنا يتوجب على أصحاب القرار وكل ذي مصلحة وطنية إجراء التدخلات اللازمة من أجل تحصين هذه القرارات من الفساد. وهو ما سوف يتم التطرق له في الجزء الثاني من هذه الدراسة.

3.3 مواجهة مخاطر الفساد لدى وحدة شراء الخدمة

من خلال إجراء تقييم دقيق لمخاطر الفساد لدى وحدة شراء الخدمة، فإنه يُمكن للمؤسسة الرسمية القيام ببعض التدخلات والإصلاحات التي من شأنها أن تُساهم في الحد من الإنحرافات المُحتملة في القرارات الإدارية والتخفيف من أثرها قدر المُستطاع. وسوف يجري مناقشة ذلك تفصيلا كما هو مبين في هذه الدراسة أدناه.

3.3.1 التدخلات الخاصة بوحدة شراء الخدمة بشان التخفيف من أثار الفساد وخفض إحتمالية وقوعه

نقطة قرار رقم (1): يُمكن للإنحراف في القرار الإداري الذي يُصدره الطبيب المُختص بتصنيف حالة المريض الصحية أنها طارئة رغم كونها في حقيقة الأمر غير طارئة أن ينعدم او على الأقل أن يُصار الى الحد من وقوعه من خلال حث الأطباء المتخصصين العاملين في مراكز الرعاية الطبية الأولية والمستشفيات الحكومية بإتباع التصنيفات العالمية المُتعارف عليها في تشخيص حالة المرضى، فعوضا عن إتباع التصنيف الثنائي (حالة طارئة أو حالة غير طارئة)، يكون من المستحسن إعتماد التصنيف الخماسي لحالة المريض (1. resuscitation, 2. emergency, 3. urgent, 4. semi urgent, and 5. non-urgent). إن إعتماد المستشفيات لهذا النوع من التصنيفات من شانه أن يحصر الحالات المرضية الطارئة ويمنع تزاحمها مع تلك الحالات الصحية غير الطارئة، وبذلك يصبح من الصعوبة على الطبيب أن ينحرف في تشخيصه الطبي للمريض من الحالة الأقل عرضة للخطر ويضعها في تصنيف الحالة الصحية التي تُوصف بالحرجة جدا.

نقطة قرار رقم (2): في سبيل تفادي وقوع إنحراف في القرار الإداري القاضي بتحويل المريض المُصنفه حالته أنها غير طارئة من مستشفى حكومي الى آخر غير حكومي رغم توفر الخدمة الطبية في المستشفى الحكومي، تُوصي هذه الدراسة بأن تعمد وحدة الرقابة الداخلية لدى وزارة الصحة - والتي تُعنى بالتدقيق الميداني على كافة أوجه النشاط الفني والطبي للمرافق الطبية الحكومية[46] – بزيادة وتيرة الرقابة والتدقيق على وثائق التحويل الطبي الصادرة عن المستشفيات الحكومية وحث كل من رئيس القسم الصحي ومدير عام المستشفى الحكومي على القيام بمهامهم الوظيفية خاصة فيما يتعلق بالتحويل الطبي الذي يُوصي به الطبيب المختص في المرفق الحكومي.

[46] الصفحة الرسمية الإلكترونية لوزارة الصحة الفلسطينية.
https://www.site.moh.ps/index/Books/BookType/1/Language/ar

نقطة قرار رقم (3): يُمكن تفادي وقوع الإنحراف في القرار الإداري القاضي بإحالة المريض الى مستشفى خاص بحجة الإدعاء بوجود إكتظاظ في الأسرة او الحاضنات الخاصة بالرضع الجدد، ويكون ذلك من خلال إنشاء نظام محوسب مركزي يجري إدارته من قبل "غرفة عمليات مركزية تتبع الإدارة العامة للمستفيات الحكومية" بحيث يتوفر لديها معلومات دقيقة حول عدد الأسِرّة المُتوفرة في المستشفيات الحكومية. ويجري الإتصال بها من قبل الطبيب المُختص أو المناوب للحصول على معلومات حول أقرب المستشفيات الحكومية التي يُمكن أن تُقدم الخدمة الطبية للمريض صاحب الحاجة عند وجود إكتظاظ في المستشفى الحكومي الذي يتواجد به المريض.

نقطة قرار رقم (4): قد تُصادق اللجنة الطبية الفرعية على قرار تحويل المريض المُصنفه حالته الصحية أنها غير طارئة لمشفى غير حكومي رغم توفر الخدمة في المرفق الحكومي، مما يُنتج أثرا ماليا سلبيا على خزينة الدولة. ويُمكن للجان الطبية الفرعية تفادي وقوع ذلك من خلال التدقيق والتمحيص في طلبات التحويل الطبي على نحو يسمح فقط للحالات التي تستوجب النقل الى مرفق غير حكومي بالحصول على مصادقة للجان الفرعية على ذلك. ولعل إعتماد نظام الحوافز الإدارية والمالية للعاملين في وحدة شراء الخدمة عموما واللجان الطبية الفرعية بوجه خاص من شانه أن يرفع من مستوى الرضا الوظيفي للعاملين ويُساهم من رفع كفائتهم الإنتاجية. كما ان إتباع أسلوب التدوير الوظيفي للأطباء العاملين في لجان التحويل الفرعية قد تُقلل من إحتمالية وقوع الفساد. إن مستوى الإغراءات والضغوط التي يُمكن للعاملين في اللجان الطبية الفرعية أن يتعرضوا له عال مقارنة بأقرانهم من الموظفين في الوحدات والإدارات المختلفة. وبناء عليه فإن الحوافز والعلاوات التشجيعية من جهة والرقابة الداخلية من جهة أخرى سوف تتضافر معا في التقليل من الإنحراف الإداري لدى وحدة شراء الخدمة في الوزارة.

نقطة قرار رقم (5): في سبيل تفادي قيام اللجنة الطبية الفرعية بإختيار مستشفى خاص يُقدم جودة طبية أقل من المستوى المرغوب فيه وبأسعار مُرتفعة لأسباب تتعلق بكسب شخصي أو وساطة، تُهيب هذه الدراسة وحدة شراء الخدمة لدى الوزارة بتكثيف رقابتها الخارجية على التحويلات الطبية لخارج المرافق الحكومية. فعادة ما تُرسل الوحدة طبيب متخصص لتشخيص وتقييم حالة المريض في المرفق غير الطبي. وهنا تُوصي هذه الدراسة ان يجري العمل على إتباع أسلوب التدوير الوظيفي للأطباء المراقبين على المستشفيات غير الحكومية، وذلك بهدف خفض إحتمالية قيام المستشفى غير الحكومي بشراء ذمم الأطباء وحثهم على التقاعس عن أداء واجباتهم الوظيفية.

إن الجهود التي قامت بها وحدة شراء الخدمة والمتعلقة بإجراء إتفاقيات/ مذكرات تفاهم مع مزودي الخدمة الطبية غير الحكوميين مضمونها تحديد تكاليف العلاج وتمكين الوزارة من التعرف على البيانات التفصيلية للتكلفة، قد

DRAFT

ساهم كثيرا في خفض إحتمالية وقوع فساد. غير أن العديد من هذه المذكرات لم يجر العمل على تحديثها. لذلك توصي هذه الدراسة وحدة شراء الخدمة بإجراء تحديثات دورية على هذه المذكرات بغية خفض فاتورة العلاج قدر المستطاع وكشف أية محاولة لهدر المال العام او الإستيلاء عليه عبر قيام مزودي الخدمة بتضخيم صوري لفاتورة العلاج.

نقطة قرار رقم (6): فيما يتعلق بقيام وحدة شراء الخدمة بشراء بعض الأدوية التي لا تغطيها سلة الخدمات لدى التأمين الصحي الحكومي بناء على قرار إستثنائي يُصدره وزير الصحة، تُقدم هذه الدراسة توصيتها للجهات المختصة بضرورة إنشاء لجنة مُختصة بشراء الأدوية الطبية التي لا تتوفر في المستودعات الطبية المركزية لدى وزارة الصحة والتي تُوصف الحاجة لها أنها طارئة ولا تحتمل الإرجاء أو التأخير.

نقطة قرار رقم (7): قد تُصدر وحدة شراء الخدمة قرارا بتحويل المريض الذي يُعاني من حالة صحية غير طارئة الى مستشفى غير حكومي خارج فلسطين يُوصف بأسعاره المُرتفعة عن الحد المقبول رغم توافر مستشفيات أخرى تمتاز بجودة عالية وتكلفة أقل من المستشفى الذي وقع عليه الإختيار. ورغم توقيع الوزارة عددا من مُذكرات التفاهم مع بعض المستشفيات خارج فلسطين، إلا انه لا يوجد لدى الوزارة معايير واضحة لتصنيف وقياس جودة الخدمة الطبية التي تُقدمها تلك المُستشفيات. فلا يصح أن تعتمد وحدة شراء الخدمة في إختيارها لتلك المُستشفيات على سجل الأخطاء الطبية او الحوادث التي تسببت بها او عدد الشكاوى التي يُقدمها المرضى بحق تلك المرافق. إن توافر معايير واضحة لقياس جودة الخدمة الطبية من شانه أن يجعل من عملية الإختيار غير المنصفة ظاهرة للعيان وغير مُبررة مما يُزيد من فُرص كشف الإنحراف في القرار الإداري. لذلك فإنه لابد من تصميم ما يُعرف بـ"شهادة إعتماد الجودة الطبية" لكل مستشفى غير حكومي قد تلجأ له وزارة الصحة في سعيها لشراء الخدمة الطبية. وقد يتطلب الأمر هنا تدخل المشرع من خلال تعديل النظام الخاص بالتحويلات الطبية وإدراج "شهادة إعتماد الجودة الطبية" كإحدى الشروط الخاصة بإختيار المرافق الطبية غير الحكومية.

نقطة قرار رقم (8): قد يستخدم وزير الصحة الصلاحيات المُخولة له قانونا بإجراء تحويل طبي لمريض خارج المستشفيات الحكومية لأسباب إستثنائية. ونظرا لغياب نص قانوني يُلزم الوزير بضرورة إيراد الأسباب التي دعته لإستخدام هذه الصلاحية فلإن ذلك يجعل من قراره الإستثنائي - حتى وإن أُستُخدم لغايات مشروعة – موضعا للريبة والتشكيك من قبل المواطنين خاصة المرضى الذين لم يُستجاب لمطالبهم بالتحويل الطبي الخارجي. بناء على ذلك، تُقدم هذه الدراسة توصية بتعديل نص المادة الأولى من النظام الخاص بالتحويلات الطبية عبر قيام

المشرع بتحديد إطار يجري من خلاله تنظيم الحالات الإستثنائية المُوجبة للتحويلات الطبية الخارجية. كما انه من المستحسن أن يجري العمل على إشتراط التعليل أو التسبيب من قبل الوزير إذا ما أراد إستخدام سلطاته الإستثنائية بشأن التحويل الطبي الخارجي. كما توصي هذه الدراسة الجهات الرقابية الخارجية كديوان الرقابة الإدارية والمالية بتكثيف جهود التدقيق والتمحيص على الحالات الإستثنائية الخاصة بالتحويل الطبي والتي لا تخضع بطبيعتها للإجراءات المُعتمدة لدى وحدة شراء الخدمة الطبية.

كما توصي هذه الدراسة بإتباع سياسة الإفصاح عن المعلومات ونشرها - كلما أمكن ذلك – خاصة فيما يتعلق بعمليات شراء الخدمة الطبية والحالات الإستثنائية ومبرراتها. ويُمكن نشر كافة التقارير والتعليمات المُتعلقة بعمل وحدة شراء الخدمة في الموقع الإلكتروني للوزارة على نحو يسهُل معه للجمهور الإطلاع عليها.

نقطة قرار رقم (9): قد يصدر الطبيب المُختص في المرفق الطبي الحكومي قرارا يقضي بتحويل مريض تُوصف حالته بالحرجة الى مستشفى غير حكومي رغم عدم معاينته الفعلية للمريض كون الأخير مُتواجد في مستشفى خاص. ويُمكن خفض إحتمالية وقوع ذلك الإنحراف من خلال تكثيف الرقابة الداخلية التي تُمارسها وحدة الرقابة الداخلية لدى وزارة الصحة على المستشفيات ومراكز الرعاية الأولية في الوزارة. ومن الضروري كذلك حث كل من رئيس القسم الصحي ومدير عام المستشفى الحكومي على القيام بمهامهم الوظيفية خاصة فيما يتعلق بالتحويل الطبي الذي يُوصي به الطبيب المختص في المرفق الحكومي.

نقطة قرار رقم (10): قد يجري العمل على إجراء تحويل طبي خارجي لمريض تُوصف حالته بالحرجة الى مستشفى خاص يجري إختياره من قبل الموظف العامل في وحدة شراء الخدمة لأسباب شخصية تتعلق بالكسب الشخصي أو المحاباة. ويُمكن خفض إحتمالية وقوع ذلك من خلال الرقابة والتمحيص التي تقوم بها وحدة الرقابة الداخلية لدى وزارة الصحة. وفي سبيل تيسير عمل الرقابة الداخلية سواء تلك التي يُمارسها مدير وحدة شراء الخدمة على الموظفين العاملين في الوحدة او تلك التي تُمارسها وحدة الرقابة الداخلية في الوزارة على كافة الوحدات والإدارات، فإن ما أوصت به هذه الدراسة سابقا بشان وجوب العمل على تصنيف المشافي الخاصة وفقا لما يُعرف بـ"شهادة إعتماد الجودة الطبية" (راجع نقطة قرار رقم 6) من شانه تخفيض إحتمالية وقوع إنحراف في القرار الإداري المتعلق بإختيار مزود الخدمة من خارج المرفق الحكومي.

3.3.2 مصفوفة مخاطر الفساد لوحدة شراء الخدمة الطبية

	وصف للقرار المُنحرف	درجة الإحتمال	مستوى التأثير	ألية المعالجة	المسؤول عن إتخاذ القرار
1	يُصنف الطبيب الحكومي المختص حالة المريض الصحية أنها طارئة رغم كونها غير طارئة	معتدلة	قوي	إعتماد التصنيفات العالمية المُتعارف عليها في تشخيص حالة المرضى الصحية (1. resuscitation, 2. emergency, 3. urgent, 4. semi urgent, and 5. non-urgent). والعمل على تدريب كافة الأطباء العاملين في أقسام الطوارئ والأقسام التخصصية على نظام التشخيص الحديث لحالة المريض الصحية.	▪ الإدارة العامة للرعاية الطبية الأولية ▪ الإدارة العامة للمستشفيات ▪ وحدة شراء الخدمة الطبية
2	يُقرر الطبيب الحكومي المختص تحويل المريض المُصنفه حالته أنها غير طارئة الى مستشفى خاص رغم توفر الخدمة الطبية في المستشفى الحكومي	ضعيفة	قوي	- زيادة وتيرة الرقابة والتدقيق من قبل وحدة الرقابة الداخلية على وثائق التحويل الطبي الصادرة عن المستشفيات الحكومية - حث كل من رئيس القسم الصحي ومدير عام المستشفى الحكومي على التدقيق في التحويل الطبي الذي يُوصي به الطبيب المختص في المرفق الحكومي.	▪ وحدة الرقابة الداخلية ▪ رئيس القسم في المرفق الطبي الحكومي ▪ مدير عام المستشفى الحكومي
3	يُقرر الطبيب إحالة المريض الى مستشفى خاص بحجة الإدعاء بوجود إكتظاظ في الأسرة او الحاضنات الخاصة بالرضع الجدد في المستشفى الحكومي	قوية	قوي	إنشاء نظام محوسب مركزي يجري إدارته من قبل "غرفة عمليات مركزية" بحيث تصب فيها كافة المعلومات والبيانات الخاصة بعدد الأسِرّة المُتوفرة في المستشفيات الحكومية. ويجري الإتصال بها من قبل الطبيب المُختص أو المناوب عند وجود إكتظاظ في المستشفى الحكومي الذي يتواجد به المريض.	▪ وزير الصحة ▪ الإدارة العامة للمستشفيات الحكومية ▪ وحدة شراء الخدمة الطبية
4	تُصادق اللجنة الطبية الفرعية على قرار تحويل المريض المُصنفه حالته الصحية أنها غير طارئة لمشفى غير حكومي رغم توفر الخدمة في المرفق الحكومي	ضعيفة	قوي	- إعتماد نظام الحوافز الإدارية والمالية للعاملين في اللجان الطبية الفرعية بما يُهم في رفع مستوى الرضا الوظيفي للعاملين و زيادة كفائتهم الإنتاجية - إتباع أسلوب التدوير الوظيفي للأطباء العاملين في اللجان الطبية الفرعية.	▪ وحدة شراء الخدمة لدى الوزارة. ▪ وزير الصحة
5	تُقرر اللجنة الطبية الفرعية إحالة المريض لمستشفى خاص يُقدم جودة طبية أقل من المستوى المرغوب فيه بأسعار أعلى من نظرائه من المستشفيات التي تمتاز بجودة طبية عالية	معتدلة	قوي	- إتباع أسلوب التدوير الوظيفي للأطباء المراقبين على المستشفيات غير الحكومية. - إجراء تحديثات دورية على مذكرات التفاهم التي تُوقعها وزارة الصحة مع المرافق الطبية الخاصة داخل فلسطين.	▪ وحدة شراء الخدمة لدى الوزارة. ▪ وزير الصحة
6	تُقرر وحدة شراء الخدمة إجراء شراء أدوية لا تتوفر في المستودعات الطبية المركزية لدى وزارة الصحة	مُعتدلة	قوي جدا	توصي هذه الدراسة بإنشاء لجنة مُختصة بشراء الأدوية الطبية التي لا تتوفر في المستودعات الطبية المركزية لدى وزارة الصحة والتي تُوصف الحاجة لها أنها	▪ وحدة شراء الخدمة لدى الوزارة. ▪ وزير الصحة

DRAFT

	والتي تُوصف الحاجة لها أنها طارئة ولا تحتمل الإرجاء أو التأخير.			طارئة ولا تحتمل الإرجاء أو التأخير.	
7	تُقرر وحدة شراء الخدمة تحويل المريض الذي يُعاني من حالة صحية غير طارئة الى مستشفى خارج فلسطين يُوصف بأسعاره المُرتفعة رغم توافر الخدمة الطبية في مرافق أقل تكلفة وأعلى جودة	معتدلة	قوي	- إجراء تصنيف جودة خاص بالمشافي الخاصة خارج فلسطين لتيسير عملية إختيار المستشفى المُستهدف في التحويل الطبي	▪ وحدة شراء الخدمة لدى الوزارة. ▪ وزير الصحة
8	يصدر وزير الصحة توجيهاته بتحويل أحد المرضى المصنفة حالته الصحية أنها غير طارئة لمستشفى خاص داخل فلسطين أو خارجه رغم توفر الخدمة الطبية في فلسطين أو توفرها في مرفق طبي حكومي	قوية	قوي جدا	- تعديل نص المادة الأولى من النظام الخاص بالتحويلات الطبية بما يؤدي الى تنظيم الحالات الإستثنائية المُوجبة للتحويلات الطبية الخارجية. كما لابد من أن يشمل التعديل وجوب إشتراط التعليل أو التسبيب من قبل الوزير إذا ما أراد إستخدام سلطاته الإستثنائية بشأن التحويل الطبي الخارجي. - يتوجب على الجهات الرقابية الخارجية تكثيف جهود التدقيق والتمحيص على الحالات الإستثنائية الخاصة بالتحويل الطبي.	▪ مجلس الوزراء ▪ ديوان الرقابة الإدارية والمالية
9	يُقرر الطبيب الحكومي المُختص تحويل مريض تُوصف حالته بالحرجة الى مستشفى غير حكومي رغم عدم معاينته الفعلية للمريض كون الأخير مُتواجد في مستشفى خاص.	معتدلة	معتدل	- تكثيف التدقيق والمتابعة من قبل وحدة الرقابة الداخلية لدى وزارة الصحة على المستشفيات ومراكز الرعاية الأولية في الوزارة. - حث كل من رئيس القسم الصحي ومدير عام المستشفى الحكومي على التدقيق في التحويل الطبي الذي يُوصي به الطبيب المختص في المرفق الحكومي.	▪ وحدة الرقابة الداخلية ▪ رئيس القسم في المرفق الطبي الحكومي ▪ مدير عام المستشفى الحكومي
10	قيام وحدة شراء الخدمة بتحويل طبي خارجي لمريض تُوصف حالته بالحرجة الى مستشفى خاص ذي جودة متدنية أو أن يكون باهض الثمن	معتدلة	قوي جدا	- تكثيف الرقابة الداخلية على القرارات الخاصة بالتحويل الطبي الخارجي - تصنيف المشافي الخاصة وفق ما يُعرف بـ"شهادة إعتماد الجودة الطبية"، لابد من تعديل قرار مجلس الوزراء رقم (108) للعام 2004 بشان التحويلات الطبية. - إتباع سياسة الإفصاح عن المعلومات ونشرها - كلما أمكن ذلك – خاصة فيما يتعلق بعمليات شراء الخدمة الطبية والحالات الإستثنائية ومبرراتها عندما يجري إتباع مسلك غير مألوف لذلك.	▪ مدير وحدة شراء الخدمة ▪ وحدة الرقابة الداخلية ▪ مجلس الوزراء

DRAFT

4. إدارة مخاطر الفساد لدى إدارة التأمين الصحي

يتمحور هذا الجزء من الدراسة حول ثلاث فروع، يعرض الفرع الأول إجراءات العمل الخاصة بإدارة التأمين الصحي بغية التعرف على شجرة القرارات الإدارية ونقاط القرار الإدراي المُنشئة للمراكز القانونية، في حين يعرض الفرع الثاني تقييم لمخاطر الفساد في إدارة التأمين الصحي من خلال تحليل إحتمالية وقوع الإنحراف في القرار الإداري والآثار الناتجة عن ذلك الإنحراف إذا ما وقع، اما الفرع الثالث فإنه مُخصص لبحث الخيارات المُتاحة لتخفيف تلك المخاطر والتعامل معها ضمن الإمكانيات المُتاحة لوزارة الصحة في فلسطين.

4.1 خريطة تدفق العمل لدى إدارة التأمين الصحي

تختص إدارة التأمين الصحي التابعة لوزارة الصحة بوضع السياسات والخطط الخاصة بأنظمة التأمين الصحي والإشراف على تنفيذها، سعيا لتحقيق رؤية شاملة مضمونها توفير الخدمة الصحية المُتميزة لجميع الموطنين على قدم المساواة، مع الأخذ بعين الإعتبار مقدرة كل مواطن على الدفع وليس فقط حاجته للخدمة الصحية[47]. وتتكون إدارة التأمين الصحي من الدوائر الرئيسية التالية: دائرة التسجيل وشؤون الموظفين، الدائرة المالية، دائرة الحاسوب، والمكاتب الفرعية التابعة للإدارة.

إن قرارات مجلس الوزراء رقم (113) لسنة 2004، والقرار رقم (11) لسنة 2006 بشان نظام التأمين الصحي والعلاج خارج الوزارة تمثل منصة قانونية تنطلق منها إجراءات العمل الخاصة بالإدارة العامة للتأمين الصحي لدى وزارة الصحة.

يُمثل الإطار القانوني الناظم لعمل إدارة التأمين الصحي. ومن أبرز المبادئ التي أرساها النظام بأن جعل التأمين الصحي في فلسطين يعتمد بشكل أساسي على فكرة التكافل الإجتماعي في تغطية تكاليف الخدمات الصحية. كما أقر النظام الأحكام المتعلقة بالإنضمام للتأمين الصحي، وصوره والجهة المستفيدة من التأمين، وقيمة المساهمة المالية للمُؤمن، وسلة الخدمات المُقدمة، ومدد سريانه.

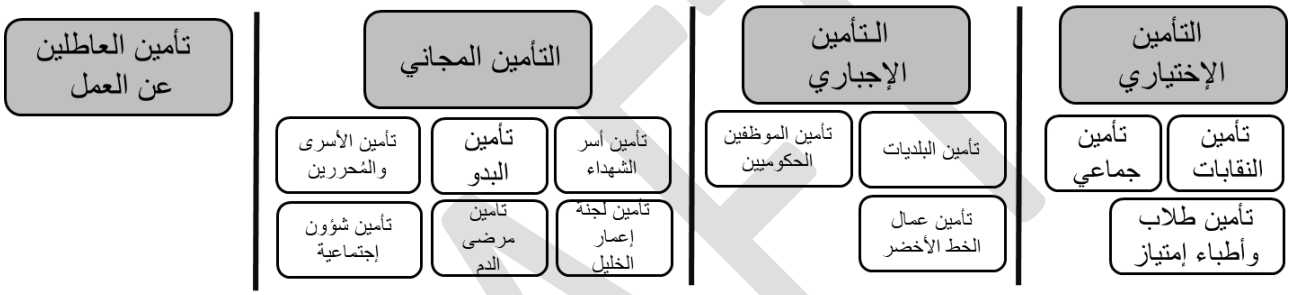
أما فيما يتعلق بالأسلوب المُتبع في تقديم خدمة الرعاية الصحية، فقد إعتمد النظام الفلسطيني على الأسلوب المزدوج (وهو مزيج بين كل من الأسلوب المباشر الذي يعتمد على المؤسسات الصحية التابعة لمقدم الخدمة في

[47] الخطة الإستراتيجية الوطنية 2017-2022 لوزارة الصحة الفلسطينية. https://www.site.moh.ps/index/Books/BookType/1/Language/ar

تقديم الخدمات الصحية، واسلوب التعاقد الذي تتعاقد بموجبه الجهة المنظمة للتأمين مع مراكز تقديم الخدمات في القطاعيين العام والخاص[48]). فالأصل أن يتم تقديم الخدمة في المرافق الطبية الحكومية، ويكون شراء الخدمة من مرافق طبية خاصة إستثناءا عن الأصل في حالة عدم توفرها أو قصورها لدى القطاع الحكوم، كما سبق شرحُه أنفا في هذه الدراسة.

وبالإطلاع على نظام التأمين الصحي والقرارات الوزارية ذات العلاقة، يُمكن حصر أنواع التأمين الصحي بالآتي:

الرسم البياني رقم (5) يُوضح أنواع التأمين الصحي



تختلف إجراءات منح التأمين الصحي لمستحقيه بإختلاف نوعه، ويُمكن تلخيص هذه الإجراءات بما يلي:

- يكون تأمين الموظفين الحكوميين إجباري لكافة الموظفين الحكوميين. والموظف الحكومي هو الشخص المُعين بقرار من الجهة المختصة لشغل وظيفة مُدرجة في نظام تشكيلات الوظائف المدنية على موازنة إحدى الدوائر الحكومية[49]. ويجري خصم قسط التأمين الشهري من راتب الموظف الحكومي بشكل تلقائي من قبل وزارة المالية. ويمتاز هذا النوع من التأمين بأنه إجباري فلا يُمنح الموظف الحكومي خيارا في قبول أو رفض خضوعه للتأمين. وتنحصر إرادة الموظف في الإختيار في حالة رغبته في إضافة مرافقين (كالأب أو الأم) الذين لا يشملهم التامين. وعلى خلاف التأمين الإختياري، فإن قيمة القسط الشهري عند إضافة المرافقين في التأمين الإجباري تبقى كما هي دون زيادة[50].

[48] خديجة نصر، 2007. نظام التأمين الصحي في مناطق السلطة الوطنية الفلسطينيةة. الهيئة المستقلة لحقوق الإنسان. سلسلة تقارير قانونية رقم (68). رام الله.

[49] المادة (1) من قانون الخدمة المدنية رقم (4) لسنة 1998 وتعديلاته.

[50] يُستثنى من ذلك التأمين الإجباري للموظفين العسكريين العاملين في المؤسسة العسكرية والأمنية، حيث يترتب على إضافة بعض المرافقين (كالأب أو الأم) زيادة في الدفعة الشهري المُستحقة للتأمين.

- ويشترك نظام تأمين البلديات وتأمين عمال الخط الأخضر مع التأمين الحكومي في إجبارية الخضوع للتأمين، حيث تقوم البلدية بإستقطاع القسط الشهري للتأمين من راتب موظف البلدية وتحويله الى وزارة المالية بشكل مباشر. وتقوم نقابة العمال الإسرائيلية التي يتبع لها عمال الأخط الأخضر بخصم القسط الشهري للتأمين وإحالة الى خزينة السلطة الوطنية الفلسطينية دون إشتراط موافقة العامل على ذلك.
- اما فيما يتعلق بالتأمين الإختياري، فإن الجهات المُتعاقدة مع وزارة الصحة كاالنقابات، او الأشخاص الراغبين في التأمين الإختياري والذين تنطبق عليهم شروط خاصة كطلبة الجامعة، يتوجب عليهم تزويد إدارة التأمين الصحي بالوثائق التي تُثبت تبعيتهم للمؤسسات المستهدفة من أجل الإستفادة من مزايا وشروط التأمين الصحي وفق إتفاقيات جرى إعتمادها بين كل من وزارة الصحة وهذه المؤسسات.
- بالنسبة للفئات المُستفيدة من التأمين المجاني وتأمين العاطلين عن العمل، تقوم الجهات الرسمية ذات الإختصاص بمنح الأشخاص الخاضعين لهذه الفئات وثائق تُثبت المركز القانوني لهذه الفئات. وبناء على ذلك تمنح إدارة التأمين الصحي لدى وزارة الصحة بطاقة التأمين المجاني لمستحقيها.

4.2 تقييم مخاطر الفساد لدى إدارة التأمين الصحي

إن تقييم مخاطر الفساد لدى إدارة التأمين الصحي تستوجب بداية التعرف على أشكال الإنحراف في القرار الإداري إستنادا لخريطة تدفق العمل في الإدارة والتي سبق شرحها، ومن ثم يجري العمل على تحليل إحتمالية حدوث الإنحراف، وتقييم الأثر المُترتب على ذلك الإنحراف إذا ما وقع. من خلال الإطلاع على الرسم البياني رقم (5) المذكور أعلاه، يُمكن إيراد نقاط القرارات الإدارية المُرتبطة بمنح التأمين الصحي بالآتي:

<u>نقطة قرار رقم (1): قرار إدارة التأمين الصحي بمنح المواطن التأمين المُخصص للنقابات العمالية</u>

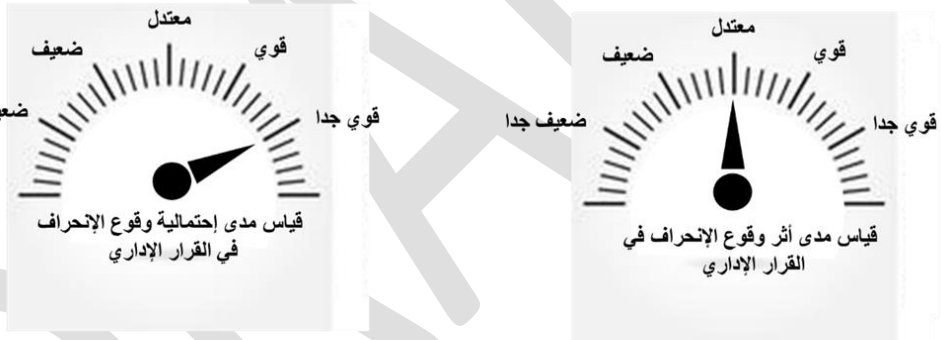
قامت وزارة الصحة الفلسطينية مُمثلة بوزيرها بتوقيع عدد من الإتفاقيات مع النقابات العمالية المختلفة[51]، حيث منحت الوزارة باقة من التسهيلات المالية والخدماتية لموظفي النقابات تفوق تلك الممنوحة لحاملي بطاقات التامين الأخرى[52]. هذه الإمتيازات الممنُوحة لموظفي النقابات يُمكن ان تفتح شهية الفئات الأخرى بالإنضمام لهذا النوع

[51] وقعت الإتفاقيات بين كل من وزارة الصحة من جهة، وكل من (1) نقابة عمال فلسطين، (2) نقابة إتحاد عمال فلسطين، و (3) إتحاد النقابات المستقلة. من جهة أخرى.

[52] تتضمن التسهيلات المالية والخدماتية الممنوحة لحاملي تأمين النقابات أن القسط الشهري للتأمين يبلغ (50 شيكل) ويجوز أن يتم دفعه على أقساط، كما يتم تقديم الخدمة الصحية للمريض مباشرة من قبل المرافق الحكومية دون الحاجة الى مراجعة وزارة الصحة للحصول على موافقة سابقة على الخدمة الطبية. كما

من التأمين الصحي. مما يزيد من فرص إنحراف القرار الإداري، حيث يُمكن تصور القرار المُنحرف بقيام إدارة التأمين الصحي بمنح إحدى المواطنين التأمين المُخصص للنقابات رغم عدم إستحقاقه لهذا النوع من التأمين بناء على كتاب أو وثيقة يحصل عليها طالب التأمين من إحدى النقابات العمالية تُؤكد تبعيته للنقابة بهدف الإستفادة من مزايا التأمين الصحي.

وتكمن خطورة إنحراف القرار الإداري ليس فقط في الأثر المالي الذي يُنتجه (أثر مالي مُعتدل)، إنما في الإحتمالية القوية جدا لوقوع هذا الإنحراف. فالنقابة تحصل عادة على رسوم إشتراك مقابل منحها الوثيقة لكل من يطلبها دون أن تتحمل لقاء ذلك أية أعباء مالية. كما أن الإدارة العامة للتأمين الصحي لا تملك في حقيقة الأمر أي سلطة رقابية لضبط الإنحراف. فشرط حصول طالب التأمين على هذا النوع من التأمين مرهون فقط بالوثيقة التي تمنحها له النقابة العمالية. ناهيك عن أن قانون العمل الفلسطيني قد أخذ بالمفهوم الواسع للعامل، مما يزيد من أعداد الأشخاص المُدرجين في فئة العمال[53].



نقطة قرار رقم (2): قرار إدارة التأمين الصحي بمنح المواطن التأمين الجماعي (مثل التأمين المُخصص للجنة الزكاة أو التأمين المخصص للنقابات المهنية، أو تأمين الفلاحين).

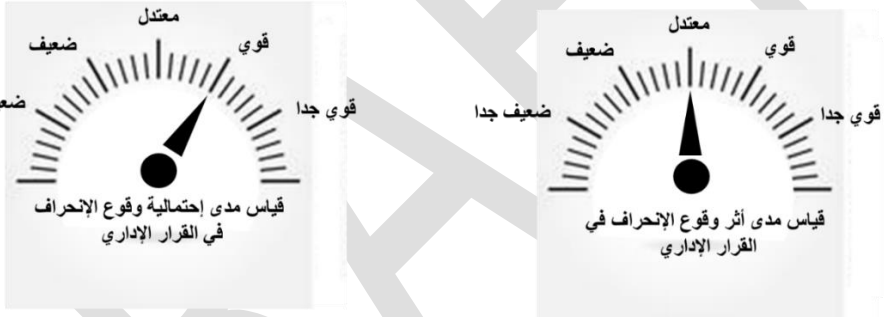
التأمينات الجماعية هي عبارة عن إتفاقيات منفصلة تعقدها وزارة الصحة مع مؤسسات مختلفة، تمنح بموجبها الوزارة هذه المؤسسات عدد من الإمتيازات الخاصة بالتأمين الصحي. ويجدر الإشارة هنا الى أن هذه الإمتيازات

ان الشخص الحاصل على المين يستفيد من سلة الخدمات الطبية مباشرة دون الحاجة للإنتظار شهرين وفق الإجراء المتبع في بقية التأمينات الصحية. كما تبلغ الغطية المالية 90% علا خلاف التأمين الإختياري الذي يبلغ 65%.

[53] في العام 2017، بلغ عدد العائلات المشاركة في هذا التأمين 55231 عائلة، وها العدد يُمثل زيادة ملحوظة إذا ما تمت مقارنته في العام 2015 حيث كان عدد المسجلين 23498 عائلة.

تتفاوت وفق طبيعة الإتفاقية الموقع عليها كل من وزير الصحة ومدير المؤسسة الخاضع أفرادها للتأمين الصحي. فعلى سبيل المثال منحت وزارة الصحة لجنة زكاة نابلس إمتيازات أفضل من تلك الممنوحة للجان الزكاة المختلفة.

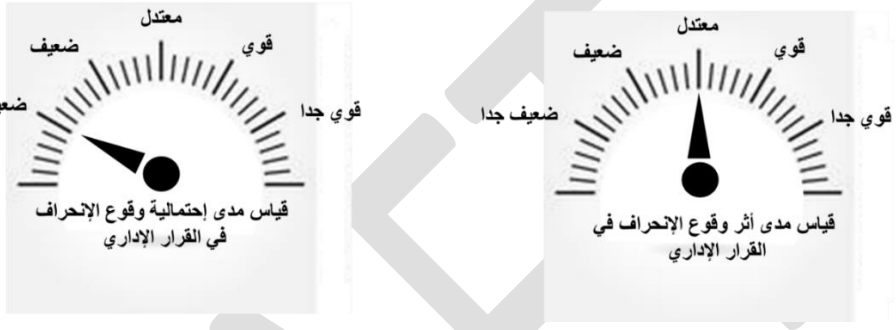
نظرا لتمتع التأمين الجماعي (كالتأمين المُخصص للجنة الزكاة أو التأمين المخصص للنقابات المهنية) بإمتيازات مالية وخدماتية تفوق التأمينات الأخرى، يُصبح القرار الإداري عُرضة للإنحراف. فقرار منح هذا النوع من التأمين لغير مُستحقيه يأخذ نفس شكل الإنحراف المُحتمل حدوثه في نقطة القرار رقم (1) والتي سبق شرحها. ويأتي الإنحراف نتيجة لقيام لجنة الزكاة مثلا بمنح شخص ما وثيقة تُتيح له الحصول على التأمين الجماعي رغم عدم إستحقاقه ذلك. وتبقى إحتمالية وقوع الإنحراف قوية نظرا لتعذر قدرة إدارة التأمين الصحي على الرقابة على قرار المنح الصادر من قبل المؤسسات ذات العلاقة كالنقابات المهنية. ويكون الأثر المالي الناتج عن إنحراف القرار مُعتدل نوعا ما.



نقطة قرار رقم (3): قرار إدارة التأمين الصحي بمنح الشخص المُستحق تأمين الطالب

تمنح وزارة الصحة للطلبة المُسجلين لدى المؤسسات التعليمية بمختلف أنواعها (خاصة أو حكومية) وبغض النظر عن المُؤهل الأكاديمي الذي يسعى له الطالب، نوعا خاصا من التأمين الصحي والذي يمتاز بإنخفاض قيمة القسط الشهري للتأمين مقارنة بغيره من التأمينات. وبناء عليه فقد يصبح القرار الإداري المذكور أعلاه عُرضة للإنحراف كغيره من القرارات التي تُصدرها إدارة التأمين الصحي وذلك عبر منح التأمين لغير الطلبة.

ورغم الأثُر المالي المعتدل الذي يُمكن أن يُنتجه القرار المُنحرف، تبقى إحتمالية وقوع الإنحراف ضعيفة جدا لأسباب عديدة. فحصول الطالب على هذا النوع من التأمين مرهون بإثباته أنه طالب جامعي من خلال حصوله على كتاب رسمي من قبل الجامعة يُثبت إلتحاقه بالجامعه، أو من خلال إبرازه إيصال دفع أقساط الجامعة. كما ان محدودية عدد الخاضعين لهذا التأمين يُعطي مؤشرا بأن إحتمالية إنحراف القرار الإداري سابق الذكر لا تزال في مستوياتها الدنيا[54].



نقطة قرار رقم (4): قرار إدارة التأمين الصحي بمنح المواطن تأمين عمال الخط الأخضر

يُعتبر تأمين الخط الأخضر من قبيل التأمينات الإجبارية. فلا يُترك للعامل في مناطق الخط الأخضر حرية الإختيار في الإنضمام للتأمين من عدمه، حيث تعمد نقابة العمال الإسرائيلية الى خصم قيمة الإشتراكات الخاصة بالتأمين من رواتب العمال الفلسطينين وتنقلها الى خزينة وزارة المالية الفلسطينية بشكل دوري. ومن الجدير بالذكر هنا بأن الأقساط المالية الخاصة بهذا النوع من التأمين أعلى من غيرها من التأمينات (93 شيكل شهريا) مما يجعل تأمين عمال الخط الأخضر غير مجد بالنسبة لغير العاملين من الإنضمام إليه. وبناء عليه، لا يُمكن تصور حدوث إنحراف في القرار الإداري لعدم توفر دافع او مكسب مادي أو معنوي يدفع غير مستحقي التأمين للحصول عليه.

نقطة قرار رقم (5): قرار إدارة التأمين الصحي بمنح المواطن تأمين بلديات

[54] إستنادا لما قدمه الدكتور/ باسم الريماوي- مدير إدارة التأمين الصحي لدى وزارة الصحة من بيانات، فقد بلغ عدد الطلبة المُسجلين في هذا النوع من التأمين 37 طالب للعام 2017. وذلك بزايدة قدرها 6 طلاب مقارنة بالعام 2016. مقابلة لدى وزارة الصحة في رام الله بتاريخ 21/أيار/2018.

لا يُمكن تصور إنحراف القرار الإداري المتعلق بمنح تأمين البلديات لغير مستحقيه، فهذا النوع من التأمين يقبع في فلك التأمينات الإجبارية، وتكون قيمة الإشتراكات الشهرية أعلى من غيرها من التأمينات الصحية. مما يجعل هذا النوع من التأمين خارج دائرة الفساد أو الإنحراف في القرار الإداري.

نقطة قرار رقم (6): قرار إدارة التأمين الصحي بمنح المواطن تأمين حكومي

يُعتبر التأمين الحكومي من قبيل التأمينات الإجبارية، حيث تعمد وزارة المالية الى خصم قيمة الإشتراكات الشهرية للتأمين بشكل تلقائي ووجوبي من رواتب الموظفين العموميين. كما تُعتبر قيمة الإشتراكات الشهرية أعلى من غيرها من التأمينات الصحية، وعليه لا يتصور الإنحراف في القرار الإداري عبر السماح لغير مستحقي التأمين الحكومي من الإنضمام له وذلك لإنعدام الدافع أو المصلحة المادية او المعنوية التي تُهيئ أو تشجع ظهور الفساد.

نقطة قرار رقم (7): قرار إدارة التأمين الصحي بمنح المواطن تأمين مجاني لكونه من أسر الشهداء أو من عائلة أسير لدى الإحتلال أو محرر من المعتقلات الإسرائيلية، أو لكونه من القاطنين في المناطق البدوية المُتاخمة لجدار الفصل العنصري والمُهددة بالتهجير.

نظرا للظروف القاهرة التي يتعرض لها أبناء الشعب الفلسطيني نتيجة للقتل والإعتقال والتهجير الجبري على يد جيش الإحتلال الإسرائيلي، فإن المستوى السياسي الفلسطيني أوجب على الحكومة الفلسطينية أن تتحمل أعباء الخدمات الصحية لبعض الفئات التي تتعرض للقهر والعدوان المباشر من قبل المُحتل، كأسر الشهداء والأسرى والمحررين من الإعتقال، وقبائل البدو التي تقطن المناطق المتاخمة لجدار الفصل العنصري. وبناء عليه تُقدم وزارة الصحة تأمين مجاني للفئات المُستهدفة سابقة الذكر[55].

[55] جرى العمل سابقا على منح مقاتلي الثورة الفلسطينية الذين إنتسبوا الى منظمة التحرير الفلسطينية في سبعينات وثمانينات القرن الماضي تأمينا مجاني بإسم "تأمين مقاتلي الثورة الفلسيطينة"، غير أنه تم إلغاء هذا التأمين قبل نحو عامين من قبل وزارة الصحة لإنتفاء الغرض منه. فالغالبية العظمى من مقاتلي الثورة الفلسطينية يحصلون على رعاية طبية من خلال إستحقاقهم لأنواع أخرى من التأمينات كالتأمين الحكومي او التأمين المجاني لأسر الشهداء أو تأمين الصحي الجماعي، ناهيك عن أن المستحقين لتأمين مقاتلي

وقد جرى العمل من قبل إدارة التأمين الصحي على منح التأمين المجاني للفئات المُستهدفة سابقة الذكر إستنادا لوثائق تُعزز أحقيتهم بذلك، بحيث يلجأ طالب التأمين - كل حسب فئته – الى المؤسسة ذات العلاقة، وذلك على النحو الآتي:

- مؤسسة رعاية أسر الشهداء والجرحى[56] هي المُختصة بمنح أسر الشهداء والجرحى وثائق تُعزز مركزهم القانوني لغايات الحصول على تأمين مجاني إعمالا لنص المادة (22) من القانون الأساسي الفلسطيني والتي أوجبت على الحكومة مسؤولية تقديم الرعاية الصحية لهذه الفئة من المواطنين[57]. ومن الجدير ذكره بأن المؤسسة تقوم بتنظيم ملفات خاصة بكل منتفع بحيث يحتوي الملف على تقارير إجتماعية لأسر الشهداء أو طبية للجرحى المُنتفعين من المؤسسة. وهذه البيانات تستوجب توخي الحذر والدقة وإجراء تحديث لها بشكل دوري وفق المُستجدات على حالة المُنتفع صاحب الملف. وبناء عليه، فإنه يتوجب على طالب التأمين الصحي المجاني من فئة أسر الشهداء أو الجرحى أن يحصل على وثيقة من قبل المُؤسسة تُثبت تبعيته لهذه الفئة بغية تقديمها لإدارة التأمين الصحي لدى وزارة الصحة.
- هيئة شؤون الأسرى والمحررين[58] هي المُختصة بمتابعة قضايا الأسرى والأسيرات الفلسطينين والعرب القابعين في المعتقلات الإسرائيلية، فهي تسعى لتمثيل الأسرى ومتابعة شؤونهم اليومية ودعم عائلاتهم من خلال توفير الخدمات الإجتماعية والصحية لهم. وبناء عليه، فإنه يتوجب على طالب التأمين الصحي المجاني من فئة عائلة الأسرى والمحريين أن يحصل على وثيقة من قبل الهيئة تُثبت تبعيته لهذه الفئة بغية تقديمها لإدارة التأمين الصحي لدى وزارة الصحة.

الثورة هم من الجيل القديم الذين رحل غالبيهم ولم يبقى منهم سوى عدد محدود. مقابلة مع الدكتور باسم الريماوي- مدير عام إدارة التأمين الصحي لدى وزارة الصحة، جرت المقابلة في تمام الساعة 8:30 صباحا لمدة ساعة ونصف بتاريخ 2018/7/25.

[56] تُعتبر مؤسسة رعاية أسر الشهداء والجرحى إحدى المؤسسات التابعة لمنظمة التحرير الفلسطينية والتي جرى تأسيسها في العام 1965. وتهدف هذه المؤسسة الى تحقيق مستوى معيشي كريم لأسر الشهداء والجرحى والمتضررين من الإحتلال الإسرائيلي داخل الوطن وخارجه وذلك من خلال السعي لتوفير منح تعليمية وبرامج تأهيلية وخدمات طبية وإجتماعية إضافة الى توفير فرص عمل مناسبة للفئات المُستهدفة. لمزيد من المعلومات راجع: النظام الداخلي لمؤسسة رعاية أسر الشهداء والجرحى للعام 1965.

[57] تنص المادة (22) في البند الثاني من القانون الأساسي الفلسطيني على أنه: "رعاية أسر الشهداء والأسرى ورعاية الجرحى والمتضررين والمعاقين واجب ينظم القانون أحكامه، وتكفل السلطة الوطنية لهم خدمات التعليم والتأمين الصحي والإجتماعي".

[58] تُعتبر هيئة االأسرى والمحررين إحدى المؤسسات التي تتبع منظمة التحرير الفلسطينية والتي تأسست بموجب مرسوم رئاسي بتاريخ 2014/5/29، وهي تُعتبر الوريث الرسمي والقانوني لوزارة شؤون الأسرى والمحررين والتي تأسست سابقا في العام 1998. ومن الجدير ذكره بان هيئة الأسرى والمحررين تعتبر هيئة مستقلة إداريا وماليا ويكون رئيسها بدرجة وزير. وينظم القرار رقم (58) للعام 2015 والصادر عن رئيس دولة فلسطين نظام عمل هيئة شؤون الأسرى والمحررين.

- هيئة مقاومة الجدار والإستيطان[59] هي المُختصة بتوفير الحماية القانونية للأراضي المُستهدفة بالإستيطان، وتوفير الدعم اللازم للنشاطات الشعبية والتطوعية في مناهضة الإستيطان ودعم المتضررين من الإستيطان سواء في المجال الإجتماعي أوالصحي. وبناء عليه، فإنه يتوجب على طالب التأمين الصحي المجاني والذي يتبع لإحدى العائلات البدوية المُهددة بالتهجير أن يحصل على وثيقة من قبل الهيئة تُثبت تبعيته لهذه الفئة بغية تقديمها لإدارة التأمين الصحي لدى وزارة الصحة.

ورغم عدالة الأسباب المُوجبة بمنح تأمين صحي مجاني للفائات المُستهدفة سابقة الذكر، إلا أن القرار الإداري قد يصبح عُرضة للفساد عبر منح هذا النوع من التأمين لغير مستحقيه. مما يُرتب أثرا ماليا قويا جدا على خزينة السلطة الوطنية الفلسطينية، فالمستفيد من التأمين سوف يحصد سلة الخدمات الصحية التي تُقدمها الوزارة دون الحاجة الى دفع إشتراك التامين الصحي.

اما فيما يتعلق بإحتمالية وقوع الإنحراف في القرار الإداري فيمكن التنبؤ بأن تكون الإحتمالية معتدلة إستنادا للمعطيات الخاصة بالضوابط المانعة لوقوع الفساد من جهة، والدوافع التي تُشجع على وقوعه من جهة أخرى. فعلى سبيل المثال، تشترط هيئة الأسرى والمحررين على الشخص المُستهدف بالحصول على التأمين المجاني أن يُقدم وثيقة من الصليب الأحمر يثبت من خلالها أنه أسير محرر، كما تعمل الهيئة على إدخال كافة البيانات الخاصة بالأسرى والمحررين بالنظام الإلكتروني المُحوسب لديها، مما يُشكل ضابطا مانعا للفساد[60]. إلا أن سهولة تعديل البيانات الإلكترونية من قبل الموظف المختص بشكل غير مشروع، وعدم تبادل البيانات الخاصة بعائلات الأسرى والمحررين بين كل من الهيئة و وزارة الصحة من شأنه أن يزيد من فرص وقوع فساد.

[59] تُعتبر هيئة مقاومة الجدار والإستيطان هي الوريث القانوني لوزارة الدولة لشؤون الجدار الدولة والإستيطان التي أنشأتها الحكومة الفلسطينية في العام 2003. ويُمثل المرسوم الرئاسي رقم (46) للعام 2014 "بشأن إنشاء هيئة الجدار والإستيطان" الأساس القانوني الناظم لعمل الهيئة.

[60] مقابلة مع السيد/ عبد العال العناني- مدير الإدارة العامة للجمعيات والمشاريع المساندة لدى هيئة الأسرى والمحررين. عُقدت المقابلة في تمام الساعة 16:30 ظهرلمدة ساعة واحدة، وذلك بتاريخ 2018/7/19.

وفيما يتعلق بالإجراءات التي تنتهجها مؤسسة رعاية أسر الشهداء والجرحى، وعلى الرغم من سعي المؤسسة الدؤوب الى تحديث البيانات الخاصة بالفئات المُستهدفة، غير أن نقص الكادر البشري لدى المؤسسة (كل باحث مسؤول عن متابعة ما يقارب 1000 ملف) قد يُؤثر في دقة المعلومات المتوفرة وتعديلها، فالمتابعة الدورية الشهرية لكل منتفع تُصبح مستحيلة، كما ان غياب الأرشفة الإلكترونة للسجلات الخاصة بالمنتفعين يجعل الملفات عرضة للتلف أو الضياع أو التزوير[61]، مما يزيد من إحتمالية حصول شخص غير مستحق على وثيقة من قبل المؤسسة بغرض الإستفادة من التأمين الصحي المجاني لدى وزارة الصحة.

إن متطلبات الحصول على التأمين المجاني تتضمن بينات أو أوراق ثبوتية من قبل مؤسسات رسمية لا سيطرة لإدارة التأمين الصحي عليها، فالأمر مرهون بمستوى الشفافية والنزاهة والإنضباط التي تتمتع به الجهات الرسمية المانحة للأوراق الثبوتية، ولا يكون لإدارة التأمين الصحي لدى الوزارة من خيار سوى منح التأمين لكل من يتقدم بطلب الإنضمام للتأمين المجاني مصحوبا بالأوراق الثبوتية التي تُؤهله الحصول على ذلك.

كما وجب التنويه كذلك الى أن برنامج التأمين الصحي المُحوسب غير مرتبط مع المؤسسات ذات العلاقة، مما يصعب عملية التوثيق والتنسيق مع هذه المؤسسات فيما يتعلق بمقارنة البيانات وسهولة الحصول على المعلومات[62].

نقطة قرار رقم (8): قرار إدارة التأمين الصحي بمنح تأمين مجاني للمواطنين القانطين في البلدة القديمة في الخليل

[61] أمان، 2010. مؤسسة رعاية أسر الشهداء والجرحى: واقع وتحديات. سلسلة تقارير (31)، الإئتلاف من أجل النزاهة والمساواة (أمان). فلسطين، رام الله. صفحة رقم (8)

[62] ديوان الرقابة المالية والإدارية، 2016. التقرير ربع السنوي الثاني حول إدارة وتنظيم التأمين الصحي في دولة فلسطين. رام الله. صفحة رقم (9).

نظرا لما يعانيه الموطنين الفلسطينين من سكان البلدة القديمة في مدينة الخليل من مشاكل إجتماعية وإقتصادية وتلوث في البيئة وتدمير في البنية التحتية للمنطقة نتيجة لمساعي الإحتلال الإسرائيلي في تهجير السكان من منازلهم، إضافة لمضايقات المستوطنين الإسرائيليين الممنهجة ضد الفلسطينين، فقد أصدر الرئيس الراحل ياسر عرفات قرارا رئاسيا في العام 1996 يقضي بمنح تامين مجاني لكافة السكان الفلسطينين القانطين في البلدة القديمة في الخليل[63]. كما أولت الحكومة الفلسطينية إهتماما ملحوظا بدعم صمود السكان الفلسطينين في البلدة القديمة من خلال حزمة من الإجراءات والتسهيلات منها تأسيس صناديق مالية لدعم الفقراء ومشاريع لتأهيل المنازل والبنية التحتية، إضافة لتكليف كل من وزارة التنمية الإجتماعية و وزارة الصحة بزيادة عدد الحالات الإجتماعية التي تحتاج لرعية صحية وإجتماعية، بما يشمل ذلك زيادة عدد المواطنين المستفيدين من التأمين الصحي المجاني الخاص بسكان البلدة القديمة في مدينة الخليل[64].

أما فيما يتعلق بإجراءات منح التأمين المجاني للسكان القانطين في البلدة القديمة في مدينة الخليل، فقد جرى العمل من قبل إدارة التأمين الصحي على إشتراط قيام طالب التأمين بتزويد الإدارة بوثيقة تُثبت أنه من سكان البلدة القديمة يحصل عليها من قبل لجنة مختصة تسمى "لجنة إعمار الخليل"[65]. ويُمكن تصور الإنحراف في القرار الإداري بأن يُمنح شخص تأمين مجاني رغم كونه من غير السكان القانطين في البلدة القديمة أو انه لم يعد من سكان البلدة القديمة عند حصوله أو تمتعه بمزايا التأمين المجاني. ويكون لذلك الإنحراف وجه فساد إن أقدم الموظف العامل في لجنة إعمار الخليل بمنح المواطن الوثيقة رغم علمه بعدم إستحقاقه لها طمعا في مكسب شخصي، أو واسطة ومحسوبية، أو لأسباب تتعلق بالشفقة على حال المواطن.

[63] قرار رئاسي بشأن منح تأمين مجاني لسكان البلدة القديمة في مدينة الخليل، صدر في الثاني عشر من أب للعام 1996.

[64] قرار مجلس الوزراء بشأن "تعزيز صمود المواطنين الفلسطينين في محافظة الخليل" الصادر في جلسته رقم (75) المُنعقدة في مدينة رام الله بتاريخ 2015/11/3.

[65] صدر قرار رئاسي في العام 1996 بتشكيل "لجنة إعمار الخليل" من شخصيات مستقلة لها مكانتها الإجتماعية في محافظة الخليل (شخصيات عامله في مؤسسات أهلية او قطاع خاص). وتهدف اللجنة بشكل أساسي الى المحافظة على البلدة القديمة في الخليل من خلال ترميم أبنيتها وتراثها الثقافي ودعم صمود سكانها في مواجهة إجراءات البطش والتهجير بحقهم من قبل الإحتلال الإسرائيلي. لمزيد من المعلومات، أرجو الإطلاع على التقرير السنوي للعام 2016 للجنة إعمار الخليل HRC، http://www.hebronrc.ps/index.php/ar/

وكما هو الحال في كافة التأمينات المجانية، فإن الأثر المالي لوقوع ذلك الإنحراف يكون قوي جدا فالمستفيد من التأمين سوف يحصد سلة الخدمات الصحية التي تُقدمها الوزارة دون الحاجة الى دفع إشتراك التامين الصحي. أما فيما يتعلق بإحتمالية وقوع ذلك الإنحراف فيمكن تصورها بالمعتدلة نظرا لعدم توفر أية أداة رقابية بيد إدارة التأمين الصحي لإجراء تمحيص في مصداقية الوثائق التي تمنحها اللجنة. فالوثائق الثبوتية مرهونة فقط بمستوى الشفافية والنزاهة والإنضباط التي يتمتع به العاملون في هذه اللجنة، ولا يكون لإدارة التأمين الصحي من خيار سوى منح التأمين لكل من إستوفى الوثائق المطلوبة. إن الميزات التي يُوفرها التأمين المجاني تُشكل دافعا قويا لوقوع الفساد خاصة في ظل ضعف الإجراءات المضادة او المانعة لوقوعه.

نقطة قرار رقم (9): قرار إدارة التأمين الصحي بمنح مرضى الدم تأمين صحي مجاني

نصت المادة (20) من نظام التأمين الصحي على منح المرضى المصابين بأمراض الدم (الهيموفيليا والثلاسيميا) تأمين صحي مجاني. ويُمكن تصور وقوع الإنحراف في القرار الإداري عبر منح التأمين لغير مُستحقيه.

ورغم الأثر المالي القوي جدا لهذا الإنحراف، إلا أنه تبقى إحتمالية وقوعه ضعيفة جدا، وذلك لخضوع المريض لفحص طبي من قبل لجنة طبية حكومية كشرط لحصوله على التأمين المجاني، مما يُشكل ضابطا مانعا للفساد.

نقطة قرار رقم (10): قرار إدارة التأمين الصحي بمنح الأسير المُحرر الذي أمضى أقل من سنة واحدة في المعتقلات الإسرائيلية، والذي يعاني من عجز صحي أكثر من 60% تأمين صحي مجاني

يُمكن تصور الإنحراف في القرار الإداري عبر منح الأسير المُحرر تأمين صحي مجاني رغم عدم إنطباق الشروط الخاصة بذلك كأن يكون العجز الصحي أقل من النسبة المُقررة لمنح التأمين الصحي المجاني. حينها يكون الأثر المالي المُترتب على الإنحراف قوي جدا، نظرا للأعباء المالية التي تتكبدها خزينة الدولة بسبب مجانية التأمين الصحي.

كما يُمكن هنا قياس إحتمالية وقوع الإنحراف ومنحه تقديرا قويا. وذلك نتيجة التعاطف النفسي والضغوطات الإجتماعية التي يُمكن للجنة الطبية الفاحصة أن تتعرض له عند تعاملها مع أسير محرر له ثقله الإجتماعي والوطني داخل المجتمع الفلسطيني.

كما أن عملية حساب نسبة العجز الصحي تخضع للمعايير التي أقرها القانون الأردني المعمول به في المناطق الفلسطينية، حيث لم يخضع القانون للتعديل منذ فترة طويلة مما يجعل المعايير ضبابية وغير صارمة. ويترتب على ذلك سهولة حصول الكثير من المواطنين على نسبة عجز تفوق 60% لمجرد خضوعهم لعملية قسطرة أو ضغط دم أو سكري.

نقطة قرار رقم (11): قرار إدارة التأمين الصحي بمنح مواطن تأمين خاص بالعاطلين عن العمل

تُقدم إدارة التأمين الصحي لفئة الفقراء العاطلين عن العمل تأمين صحي مجاني. ويكون امر تحديد الأشخاص الخاضعين لهذه الفئة بيد وزارة العمل من خلال لجنة مُختصة بذلك تضم في عضويتها باحثين يعملون أيضا لدى وزارة التنمية الإجتماعية. وتختص هذه اللجنة بمتابعة وتقييم حالة كل شخص للتأكد من إستحقاقه لهذا التأمين.

وقد يتعرض هذا القرار كغيره من القرارات التي تُنتجها إدارة التأمين الصحي للإنحراف عن مساره المشروع، ويكون ذلك عبر منح التأمين الخاص بالعاطلين عن العمل (تأمين مجاني) لفئات غير مُستحقه له. سوف يُرتب ذلك الإنحراف أثرماليا قويا جدا يزيد من الأعباء المالية على كاهل الدولة نظرا لمنح خدمات صحية مجانية لغير المستحقين لها.

غير أن إحتمالية وقوع هذا الإنحراف تبقى في المستوى المتوسط. فعلى الرغم من أن مساهمة الوزارة في تكلفة العلاج هي 100% (مما يشكل دافعا للفساد)، إلا أن سريان التأمين هي ستة أشهر يتم تجديدها عبر تحديث قرار اللجنة الفاحصة من قبل وزارة العمل. فهذا النوع من التأمين يلفت إنتباه الطامعين بالخدمة المجانية بدرجة أقل من غيره من صور التأمين المجاني كون المستفيد منه لا يحق له الحصول على تحويل طبي خارج المرافق الصحية الحكومية، فسلة الخدمات الصحية التي يُتيحها هذا التأمين محصورة بما تُقدمه المرافق الحكومية الطبية من خدمة.

DRAFT

نقطة قرار رقم (12): قرار إدارة التأمين الصحي بإضافة مرافقين للإنضمام الى التأمين الصحي الممنوح للمُؤمن

يُتيح نظام التأمين الصحي لفئات معينة أن تستفيد من التأمين الصحي (بمختلف أنواعه) الذي تم منحه للمؤمن. ومن أمثلة المستفيدين من التأمين: البنت العزباء تحت رعاية المستفيد من التأمين، ذوي المُؤمن البالغ عمرهم 60 سنة فما فوق وذويه العاجزين صحيا، أبنائه الملتحقين في الجامعة حتى 26 سنة، الأم الأرملة، الأخوة دون 18 سنة، و زوجة الأب). ويكون الإنحراف في القرار الإداري عبر منح المرافقين الذين لا تنطبق عليهم الشروط القانونية من الإستفادة من التأمين الممنوح للمؤمن.

ويكون الأثر المالي المترتب على ذلك الإنحراف قوي. كما أن إحتمالية وقوعه قوية، وذلك لكون تكلفة الإشتراك الخاص بالمرافقين شبه مجاني. كما انه لا سلطة فعلية لإدارة التأمين المجاني على ذلك، حيث يعتمد قرار إضافة المرافقين على الشهادة التي يستخرجها صاحب الحاجة من قبل الجهات المُختصة لدى المحاكم الشرعية. وهنا يُطلب من المؤمن حلف اليمين امام قاضي المحكمة الشرعية ويحصل بالمقابل على الوثيقة المطلوبة.

وتجدر الإشارة هنا الى أن عدم وجود نظام توثيق محوسب لإدخال البيانات والأوراق الثبوتية الخاصة بالمرافقين المنضمين الى التأمين الصحي يزيد من إحتمالية وقوع الفساد. إن قصور النظام الإلكتروني المحوسب يجعل من الصعوبة جدا على إدارة التأمين الصحي التدقيق في مدى صحة الإجراء الذي قام به الموظف التابع لها والعامل في إحدى مديريات الصحة، حيث يمكن للموظف -إذا ما أراد ذلك- إضافة مرافقين لأي تأمين صحي بشكل إلكتروني حتى دون الحاجة الى توافر أوراق ثبوتية تدعم قراره. مما يجعل من إحتمالية وقوع إنحراف في القرار الإداري قوية جدا.

<u>نقطة قرار رقم (13): قرار منح أو إدخال أو تغيير أو تعديل بيانات خاصة بالتأمين الصحي لدى إدارة التأمين الصحي</u>

قد لا يكون للموظفين العاملين في إدارة التأمين الصحي الموزعين على المديريات المختلفة لوزارة الصحة سلطة تعديل أو تغيير بيانات خاصة بالتأمينات الصحية بشكل تلقائي دون الرجوع الى الإدارة العامة للتأمين الصحي لدى الوزارة. فهذه الصلاحيات محصورة فقط بيد مدير قسم الحاسوب في إدارة التأمين الصحي الذي يملك سلطة الدخول الى الحاسوب المركزي للإدارة وتغيير أوتعديل او شطب البيانات المحوسبة إلكترونيا.

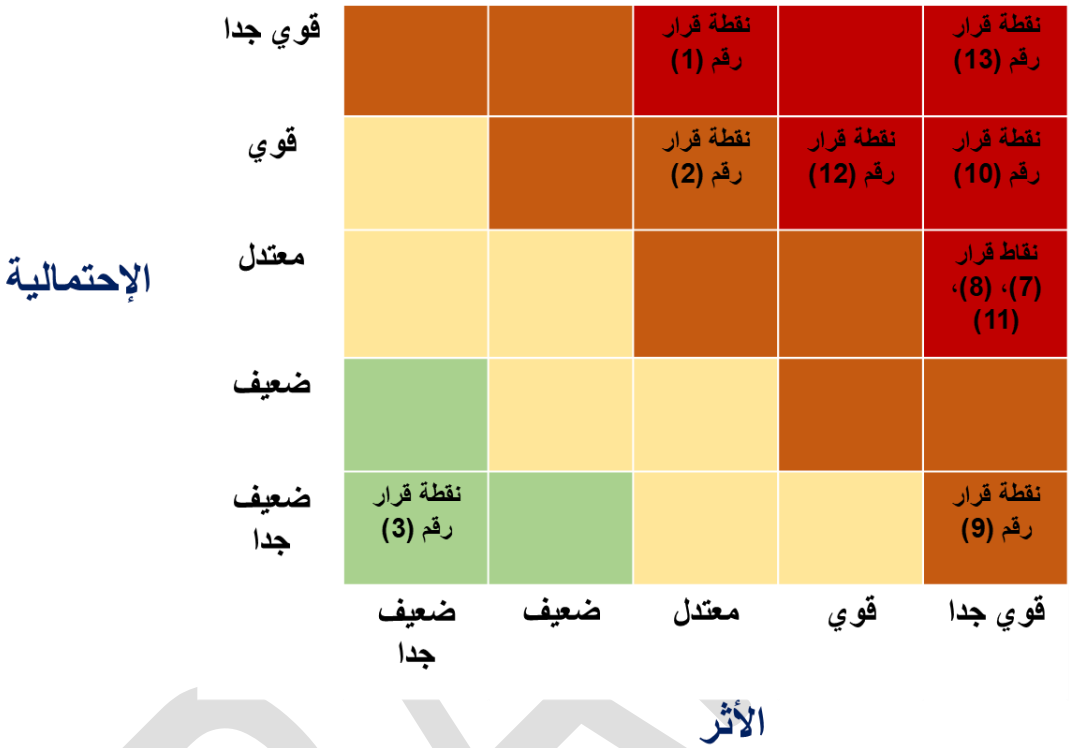
وهنا يمكن تصور إنحراف في الإجراءات المتبعة بهذا الشأن. حيث يتصور الإنحراف عبر قيام موظف الحاسوب المركزي بإجراء تعديل في البيانات أو إضافة أي شخص للتأمين أو تغيير نوع التأمين -كيف ما شاء- دون أن يتطلب ذلك وجوب إدخال وثائق تدعم التعديل في البيانات. كما أن النظام المحوسب لا يتضمن عدة مستويات من المصادقة على التعديلات. فالأمر متروك لنزاهة ومصداقية موظف الحاسوب المركزي، مما يجعل من إحتمالية وقوع الفساد قوية جدا. كما أن الأثر المالي المترتب على الإنحراف في إستعمال السلطة قوي جدا نظرا للخسائر المالية الباهضة التي يمكن أن تتحملها خزينة الدولة جراء ذلك الإنحراف.

<u>مُلخص لتقييم مخاطر الفساد لدى إدارة التأمين الصحي:</u>

لقد سبق الإشارة أعلاه الى أن عملية إستعراض صور الإنحراف المُحتملة في القرارات الإدارية والتكهن بشان إحتمالية الوقوع وأثارها السلبية يهدف الى تقييم مخاطر الفساد لدى إدارة التأمين الصحي. ومن خلال تحليل هذه المخاطر يتبين في هذه الدراسة بأن الأثر السلبي الذي يُمكن أن يُنتجه الفساد يقبع في مرتبة مرتفعة نوعا ما (يتراوح الأثر السلبي للفساد بين معتدل الى قوي جدا، أنظر الرسم البياني رقم 6 أدناه). ولعل ذلك مرجعه أن تجاهل شروط منح التأمينات الصحية ذات الإشتراكات المنخفضة ومنحها لغير مستحقيها من شانه أن يضاعف من الأعباء المالية التي تتكبدها الدولة خاصة فيما يتعلق بالتأمين الصحي المجاني ويقلل بشكل ملحوظ ومُؤثر من الإيرادات السنوية التي تجنيها الدولة من الإشتراكات الخاصة بالتأمين.

DRAFT

الرسم البياني رقم (6) يُوضح تقييم مخاطر الفساد لدى إدارة التأمين الصحي



وعلى خلاف مخاطر الفساد لدى وحدة شراء الخدمة، فإن إحتمالية وقوع إنحراف في القرارات الإدارية لدى إدارة التأمين الصحي تتمترس في مستويات عالية (تتراوح بين معتدل الى قوي جدا). ويُمكن التكهن بأن سبب ذلك يعود لكون الإدارة العامة للتأمين الصحي لا تملك في حقيقة الأمر سلطات رقابية فعلية في مواجهة الوثائق التي تُصدرها جهات رسمية أخرى والتي يُعتمد عليها بشكل أساسي في منح التأمين الصحي للمواطن، مما يزيد من إحتمالية وقوع الفساد عبر منح تأمينات صحية مجانية لغير مستحقيها.

4.3 مواجهة مخاطر الفساد لدى إدارة التأمين الصحي

بعد الإنتهاء من عملية تقييم مخاطر الفساد لدى إدارة التأمين الصحي والتي إستندت في جوهرها على تصور الإنحراف في القرار الإداري والتنبؤ بشدة أثاره وإحتمالية وقوعه، سوف يجري مناقشة التدخلات والإصلاحات التي يُمكن للجهات المختصة في الوزارة تبنيها بغية الحد من مخاطر الفساد او على الأقل التخفيف من الأثار السلبية التي يمكن أن يُنتجها الإنحراف في القرار الإداري السليم.

4.3.1 التدخلات الخاصة بإدارة التأمين الصحي بشان التخفيف من أثار الفساد وخفض إحتمالية وقوعه

نقطة قرار رقم (1): قد تمنح إدارة التأمين الصحي أحد المواطنين التأمين المُخصص للنقابات العمالية رغم عدم إستحقاقه لهذا النوع من التأمين وذلك إستنادا للوثيقة التي تمنحها له النقابات العمالية والتي تفيد بأن حاملها يتبع للنقابة. وبناء على ذلك فإنه ليس من الحكمة التعويل بشكل كبير على النقابات العمالية لضبط ذلك الإنحراف. تُوصي هذه الدراسة أن يجري ربط إلكتروني بين كل من إدارة التأمين الصحي في الوزارة والمؤسسات التي تملك قاعدة بيانات خاصة بقطاع العمل مثل مؤسسة التقاعد العام ومؤسسة الضمان الإجتماعي ووزارة المالية التي تختص بجباية ضريبة الدخل، وزارة الإقتصاد الوطني، إضافة الى مؤسسة الغرف التجارية التي تملك بيانات خاصة بالتجار (قد يلجأ التاجر للحصول على تأمين خاص بالنقابات العمالية دون وجه حق). إن حصول إدارة التأمين الصحي على هذه البيانات من شانه أن يساهم في حصر نسبة الأشخاص الذين يتمتعون بتأمين خاص بناقابات العمال دون ان يكونو من المستحقين لذلك.

غير أنه في حالة عجز وزارة الصحة عن الوصول لقاعدة البيانات سابقة الذكر، فإن خيار إعادة البحث في الإتفاقية التي وقعتها وزارة الصحة مع نقابات العمال في فلسطين - والتي مُنحت على إثرها إمتيازات تأمينية تفوق نظرائها من المؤسسات الأخرى- يجب ان يبقى مُتاحا على طاولة الخيارات. بمعنى آخر، إن لم تستطع وزارة الصحة السيطرة على نظام منح التأمين الصحي الخاص بالنقابات العمالية، فإن إلغاء هذه الإتفاقيات والعدول عن الإمتيازات الممنوحة للنقابات العمالية يصبح خيارا منطقيا للحد من هدر المال العام والعمل على خفض فاتورة التأمين الصحي التي تتكفل بها الوزارة.

نقطة قرار رقم (2): قد تمنح إدارة التأمين الصحي لأحد المواطنين تأمين صحي من فئة التأمين الصحي الجماعي رغم عدم إستحقاقه لها وذلك إستنادا للوثيقة التي تمنحها له الجهات ذات العلاقة (لجان الزكاة أو النقابات المهنية) والتي تفيد بأن حاملها يتبع لها. ويُمكن للجهات الرسمية المُختصة التقليل من فرص حدوث الإنحراف في القرار الإداري من خلال قاعدة البيانات المُقترحة في نقطة القرار رقم (1) سابقة الذكر. كما يُصبح من الضروري إعادة التفكير في الإبقاء على هذا النوع من التأمينات الصحية عند تعذر التحقق من مدى إستحقاق طالبي التأمين من الإستفادة من مزايا هذا النوع من التأمينات الصحية.

نقطة قرار رقم (3): قد تمنح إدارة التأمين الصحي لأحد المواطنين تأمينا صحيا خاص بالطلبة رغم عدم إستحقاقه لهذا النوع من التامين كونه غير طالب مُسجل في أي من المؤسسات او المعاهد التعليمية. إن الطلبة المسجلين في

هذا النوع من التأمين مُلزمون بإظهار إيصال دفع رسوم الجامعة او إبرازهم كتاب رسمي من الجامعة لإثبات إلتحاقهم الفعلي بالمؤسسة التعليمية. ونظرا لعدد الطلبة المحدود جدا المسجلين في هذا النوع من التأمين كما سبق الإشارة الى ذلك أعلاه، فإنه يُمكن التحقق من صحة الوثائق الثبوتية للطالب من خلال قيام إدارة التأمين الصحي بمراسلة الجامعات والمؤسسات التعليمية المختلفة.

نقطة قرار رقم (7): في سبيل تفادي الإنحراف في القرار الإداري الخاص بمنح تأمينا صحيا مجاني خاص بأسر الشهداء أو عائلات الأسرى أو المحررين أو القانطين في المناطق المتاخمة لجدار الفصل العنصري لغير مستحقيه، تقترح هذه الدراسة أن يجري العمل على ربط إلكتروني بين كل من وزارة الصحة وبعض الوزارات والمؤسسات ذات العلاقة كوزارة الداخلية التي تمتلك قاعدة بيانات لعائلات أسر الشهداء والأسرى المحررين واماكن سكن البدو المتاخمين لجدار الفصل العنصري، وهيئة مقاومة الجدار والإستيطان، ومؤسسة رعاية أسر الشهداء والجرحى.

نقطة قرار رقم (8): في سبيل تفادي الإنحراف في القرار الإداري الخاص بمنح تأمين صحي مجاني لغير مستحقيه إستنادا لوثائق غير صحيحة تفيد بأن طالب التأمين هو من سكان البلدة القديمة في الخليل، يُمكن لإدارة التأمين أن تشترط حصول طالب التأمين على وثيقة مُعززة من قبل بلدية الخليل بحيث يرتبط منح هذه الوثيقة بإشهار إشتراكات لخدمة المياه والكهرباء بإسم طالب الوثيقة (هذه الإجراءات تكون شبيهة بتلك الإجراءات التي يستوجبها ديوان الخدمة المدنية من الموظفين لإثبات مكان سكنهم لغايات حساب تكلفة المواصلات).

نقطة قرار رقم (9): قد تمنح إدارة التأمين الصحي لبعض المواطنين تأمينا صحيا مجاني خاص بمرضى الدم رغم عدم إستحقاق طالبي التأمين هذا النوع من التأمين بسبب عدم إنتمائهم في حقيقة الأمر لهذه الفئة من المرضى. أشارت هذه الدراسة في السابق الى أن منح هذا النوع من التأمين مُرتبط بقرار لجنة طبية حكومية تتبع وزارة الصحة تُؤكد إصابة طالب التأمين بمرض الدم. وفي سبيل ضمان صحة التقارير التي تُقدمها اللجنة الطبية الحكومية بشأن تشخيص حالة المريض، يُمكن لإدارة التأمين الصحي التواصل مع وحدة شراء الخدمة لدى وزارة الصحة لتأكيد أو نفي إصابة الشخص الحاصل على التأمين بمرض الدم وذلك من خلال الوثائق الطبية الخاصة بالمريض والمُؤرشفة لدى مراكز الرعاية الطبية الأولية أو المستشفيات الحكومية.

نقطة قرار رقم (10): قد تمنح إدارة التأمين الصحي تأمين صحي مجاني للأسير المُحرر من المعتقلات الإسرائيلية رغم أنه لا يُعاني من عجز صحي نسبته تتجاوز 60% وفق ما يشترطه النظام الخاص بالتأمينات

الصحية. أشارت هذه الدراسة في السابق الى أن منح هذا النوع من التأمين مُرتبط بقرار لجنة طبية حكومية تتبع وزارة الصحة تُؤكد إصابة طالب التأمين بعجز صحي نسبته تتجاوز 60%. وفي سبيل تفادي وقوع إنحراف في ذلك، تقترح الدراسة قيام وحدة الرقابة الداخلية بتكثيف دورها الرقابي على عمل اللجان الطبية والتأكد من نزاهة الإجراءات التي تقوم بها. كما تقترح الدراسة على وزير الصحة أن يتبع سياسة التدوير الوظيفي بالنسبة للجان الطبية المُوزعة على المحافظات الفلسطينية المختلفة وذلك لتفادي حدوث مراكز قوى يُمكن أن يجري إستغلالها لحمل اللجنة على كتابة تقارير طبية مغايرة للحقيقة.

كما تقترح هذه الدراسة أن يجري العمل على تعديل قرار مجلس الوزراء رقم (113) للعام 2004 بنظام التأمين الصحي الحكومي، بما يسمح التعديل بإضافة بنود قانونية جديدة تتعلق بعملية حساب نسبة العجز الصحي وفقا لمعايير طبية حديثة متعارف عليها عالميا.

نقطة قرار رقم (11): قد تمنح إدارة التأمين الصحي بعض المواطنين تأمينا صحيا مجاني خاص بالعاطلين عن العمل رغم عدم إنتمائهم في حقيقة الأمر لهذه الفئة من المجتمع. وعلاوة على الضوابط التي تعتمدها وزارة التنمية الإجتماعية و وزارة العمل لتحديد فئة العاطلين عن العمل، إلا انه يُمكن لإدارة التأمين الصحي خفض إحتمالية وقوع الإنحراف في القرار الإداري سابق الذكر إذا ما جرى ربط إلكتروني بين كل من وزارة الصحة وبعض الوزارات او المؤسسات ذات العلاقة كما سبق الإشارة الى ذلك في نقطة قرار رقم (1) أعلاه[66].

نقطة قرار رقم (12): قد تمنح إدارة التأمين الصحي تأمينا صحيا لبعض الأفراد من عائلة الشخص المُؤمن (إضافة مرافقين للتأمين الصحي) رغم عدم توافر الشروط التي أقرها النظام الخاص بالتأمين للأفراد الذي جرى إضافتهم في التأمين الصحي. ويعتمد قرار إضافة المرافقين على الشهادة التي يستخرجها صاحب الحاجة من قبل الجهات المُختصة، كحلف يمين من قبل المحاكم الشرعية تُفيد مثلا بأن الأم أرملة ولا مُعيل لها سوى إبنها الحاصل على التأمين أو أن ذوي الشخص المُؤمن يبلغون من العمر فوق 60 ولا معيل لهم سوى الإبن. وتُوصي هذه الدراسة ان يجري ربط إلكتروني بين كل من وزارة الصحة والمؤسسات ذات العلاقة كما سبق الإشارة الى ذلك في نقطة قرار رقم (1) وذلك بهدف الحصول على قاعدة بيانات موثوقة يُمكن التعويل عليها في قرار منح أو عدم منح تأمين صحي للمرافقين من عائلة الشخص المُؤمن.

[66] وجب الإشارة هنا الى وجود نظام ربط إلكتروني بين كل من الإدارة العامة للتأمين الصحي في وزارة الصحة و وزارة التنمية الإجتماعية، إلا ان هذا النظام غير مطبق بالنسبة لوزارة العمل او الوزارات الأخرى ذات العلاقة.

كما ان عدم وجود نظام توثيق محوسب لإدخال البيانات والأوراق الثبوتية الخاصة بالمرافقين المنضمين الى التأمين الصحي يزيد من إحتمالية وقوع الفساد. وبناء على ذلك، تُقدم هذه الدراسة توصية مفادها وجوب إعتماد نظام مُحوسب لإدخال كافة البيانات والوثائق الخاصة بالمرافقين في كافة فروع إدارة التأمين الصحة القابعة في مختلف مديريات الصحة، بحيث يُمكن لإدارة التأمين الصحي أو أي جهة رقابية أخرى التدقيق والتمحيص في الأسباب التي دعت الموظف الى منح تأمين صحي للمرافقين من عائلة الشخص المُؤمن.

نقطة قرار رقم (13): قد يلجأ مدير قسم الحاسوب لدى إدارة التأمين الصحي - ودون الرجوع الى مدير عام إدارة التأمين الصحي- الى منح تأمين صحي لأي شخص غير مُستحق لذلك أو تغيير نوع تأمينه الصحي أو تعديل في البيانات الخاصة بالتأمين أو إضافة مرافقين جدد من غير المستحقين لذلك نظرا لما له من صلاحية للدخول على كافة البيانات المُؤرشفة إلكترونيا في الحاسوب المركزي لإدارة التأمين الصحي. وفي سبيل تفادي ذلك، تُقدم هذه الدراسة توصية مفادها وجوب العمل على تعديل نظام الأرشفة الإلكتروني بحيث يستوجب أي تغيير أو تعديل في البيانات ضرورة المصادقة الإلكترونية والتي يجري تصميمها لتكون على عدة مستويات. كما لابد للنظام االإلكتروني المُقترح أن يتمتع بخاصية حفظ كافة التعديلات أو التغييرات التي تطرأ على البيانات الخاصة بالتأمين الصحي حتى وإن مضى على ذلك عدة سنوات، بما يُسهل دور أنظمة الرقابة الداخلية والخارجية على عمل إدارة التأمين الصحي.

DRAFT

4.3.2 مصفوفة مخاطر الفساد لإدارة التأمين الصحي

نقـــاط القرار	وصف للقرار المُنحرف	درجة الإحتمال	مستوى التأثير	ألية المعالجة	المسؤول عن إتخاذ القرار
1	قيام إدارة التأمين الصحي بمنح أحد المواطنين التأمين المُخصص للنقابات العمالية رغم عدم إستحقاقه لهذا النوع من التأمين، إستنادا لوثائق غير صحيحة تمنحها الجهة ذات العلاقة	قوية جدا	معتدل	- أن يجري العمل على ربط إلكتروني بين كل من إدارة التأمين الصحي في الوزارة والمؤسسات التي تملك قاعدة بيانات خاصة بقطاع العمل مثل مؤسسة التقاعد العام ومؤسسة الضمان الإجتماعي ووزارة المالية. - في حالة عجز وزارة الصحة عن الوصول لقاعدة البيانات سابقة الذكر، فإن خيار إلغاء الإتفاقية التي وقعتها وزارة الصحة مع نقابات العمال يجب ان يبقى مُتاحا على طاولة الخيارات.	▪ وزير الصحة ▪ مدير إدارة التأمين الصحي ▪ مؤسسة التقاعد العام ▪ مؤسسة الضمان الإجتماعي ▪ وزارة المالية ▪ وزارة الإقتصاد الوطني ▪ مؤسسة الغرف التجارية ▪ النقابات العمالية
2	قيام إدارة التأمين الصحي بمنح أحد المواطنين فئة التأمين الصحي الجماعي (مثل التأمين المُخصص للجان الزكاة أو النقابات المهنية أو تأمين الفلاحين) رغم عدم إستحقاق طالب التأمين هذا النوع من التأمينات الصحية، إستنادا لوثائق غير صحيحة تمنحها الجهة ذات العلاقة	قوية	معتدلة	- أن يجري العمل على ربط إلكتروني بين كل من إدارة التأمين الصحي في الوزارة والمؤسسات ذات العلاقة - إعادة التفكير في الإبقاء على هذا النوع من التأمينات الصحية عند تعذر التحقق من مدى إستحقاق طالبي التأمين من الإستفادة من مزايا هذا النوع من التأمينات الصحية.	▪ وزير الصحة ▪ مدير إدارة التأمين الصحي ▪ مؤسسة التقاعد العام ▪ مؤسسة الضمان الإجتماعي ▪ وزارة المالية
3	قيام إدارة التأمين الصحي بمنح أحد المواطنين تأمينا صحيا خاص بالطلبة رغم عدم إستحقاقه لهذا النوع من التامين إستنادا لوثائق غير صحيحة تمنحها الجهة ذات العلاقة	ضعيفة جدا	معتدل	التنسيق مع الجامعات والمؤسسات التعليمية بغية التحقق من صحة الوثائق الثبوتية للطالب	▪ إدارة التأمين الصحي ▪ الجامعات والمؤسسات التعليمية المختلفة
7	قيام إدارة التأمين الصحي بمنح بعض المواطنين تأمينا صحيا مجاني خاص بأسر الشهداء أو عائلات الأسرى أو المحررين أو القاطنين في المناطق المتاخمة لجدار الفصل العنصري، رغم عدم إستحقاق المُؤمن لهذا النوع	مُعتدلة	قوي جدا	أن يجري العمل على ربط إلكتروني بين كل من وزارة الصحة وبعض الوزارات والمؤسسات ذات العلاقة كوزارة الداخلية التي تمتلك قاعدة بيانات لعائلات أسر الشهداء والأسرى المحررين واماكن سكن البدو المتاخمين لجدار الفصل العنصري.	▪ وزير الصحة ▪ إدارة التأمين الصحي ▪ وزارة الداخلية ▪ هيئة مقاومة الجدار والإستيطان ▪ مؤسسة رعاية أسر الشهداء

DRAFT

	من التأمين إستنادا لوثائق غير صحيحة تمنحها الجهة ذات العلاقة				والجرحى
8	قيام إدارة التأمين الصحي بمنح تأمين مجاني للمواطنين القاطنين في البلدة القديمة في الخليل إستنادا لوثائق غير صحيحة تمنحها الجهة ذات العلاقة	معتدلة	قوي جدا	إشترط حصول طالب التأمين على وثيقة مُعززة من قبل بلدية الخليل بحيث يرتبط منح هذه الوثيقة بإشهار إشتراكات لخدمة المياه والكهرباء بإسم طالب الوثيقة	▪ الإدارة العامة للتأمين الصحي ▪ بلدية الخليل
9	قيام إدارة التأمين الصحي بمنح بعض المواطنين تأمينا صحيا مجاني خاص بمرضى الدم رغم عدم إستحقاق طالبي التأمين لهذا النوع من التأمين، إستنادا لوثائق غير صحيحة تمنحها الجهة ذات العلاقة	ضعيفة جدا	قوي جدا	التنسيق بين كل من إدارة التأمين الصحي و وحدة شراء الخدمة لتأكيد أو نفي إصابة الشخص الحاصل على التأمين بمرض الدم وذلك من خلال الوثائق الطبية الخاصة بالمريض والمُؤرشفة لدى مراكز الرعاية الطبية الأولية أو المستشفيات الحكومية.	▪ إدارة التأمين الصحي ▪ وحدة شراء الحدمة الطبية
10	قيام إدارة التأمين الصحي بمنح تأمين صحي مجاني للأسير المُحرر رغم أنه لا يُعاني من عجز صحي نسبته تتجاوز 60%، إستنادا لوثائق غير صحيحة تمنحها الجهة ذات العلاقة	قوية	قوي جدا	- قيام وحدة الرقابة الداخلية بتكثيف دورها الرقابي على عمل اللجان الطبية والتأكد من نزاهة الإجراءات التي تقوم بها. - إعتماد سياسة التدوير الوظيفي بالنسبة للجان الطبية المُوزعة على المحافظات الفلسطينية المختلفة . - تعديل قرار مجلس الوزراء رقم (113) للعام 2004 بنظام التأمين الصحي الحكومي، بما يسمح التعديل بإضافة بنود قانونية جديدة تتعلق بعملية حساب نسبة العجز الصحي وفقا لمعايير طبية حديثة متعارف عليها عالميا.	▪ مجلس الوزراء ▪ وزير الصحة ▪ إدارة التأمين الصحي ▪ وحدة الرقابة الداخلية
11	قيام إدارة التأمين الصحي بمنح بعض المواطنين تأمينا صحيا مجاني خاص بالعاطلين عن العمل رغم عدم إنتمائهم لهذه الفئة من المجتمع، إستنادا لوثائق غير صحيحة تمنحها الجهة ذات العلاقة	معتدلة	قوي جدا	العمل على ربط إلكتروني بين كل من وزارة الصحة وبعض الوزارات او المؤسسات ذات العلاقة	▪ وزير الصحة ▪ إدارة التأمين الصحي ▪ مؤسسة التقاعد العام ▪ مؤسسة الضمان الإجتماعي ▪ وزارة المالية ▪ وزارة التنمية الإجتماعية ▪ وزارة العمل
12	قيام إدارة التأمين الصحي بمنح تأمينا صحيا لبعض	قوية	قوي	- ان يجري ربط إلكتروني بين كل من وزارة الصحة والمؤسسات ذات العلاقة	▪ وزير الصحة ▪ إدارة التأمين

DRAFT

	الأفراد من عائلة الشخص المُؤمن رغم عدم توافر الشروط المنصوص عليها قانونا			- وجوب إعتماد نظام مُحوسب لإدخال كافة البيانات والوثائق الخاصة بالمرافقين في كافة فروع إدارة التأمين الصحة القابعة في مختلف مديريات الصحة.	الصحي ▪ مؤسسة التقاعد العام ▪ مؤسسة الضمان الإجتماعي ▪ وزارة المالية ▪ وزارة التنمية الإجتماعية ▪ وزارة العمل
13	قيام مدير قسم الحاسوب لدى إدارة التأمين الصحي بالتلاعب إلكترونيا بالبيانات الخاصة بالتأمين الصحي من خلال إلغاء أو إضافة أو تعديل أو تغيير في قاعدة البيانات.	قوي جدا	قوية جدا	- وجوب العمل على تعديل نظام الأرشفة الإلكتروني بحيث يستوجب أي تغيير أو تعديل في البيانات ضرورة المصادقة الإلكترونية والتي يجري تصميمها لتكون على عدة مستويات. - أن يتمتع النظام المُحوسب بخاصية حفظ كافة التعديلات أو التغييرات التي تطرأ على البيانات الخاصة بالتأمين الصحي حتى وإن مضى على ذلك عدة سنوات.	▪ وزير الصحة ▪ مدير عام التأمين الصحي

DRAFT

5. إدارة مخاطر الفساد لدى وحدة التوريدات في وزارة الصحة

يتمحور هذا الجزء من الدراسة حول ثلاث فروع، يعرض الفرع الأول إجراءات العمل الخاصة بوحدة التوريدات بغية التعرف على شجرة القرارات الإدارية ونقاط القرار الإدراي المُنشئة للمراكز القانونية، في حين يعرض الفرع الثاني تقييم لمخاطر الفساد في الوحدة من خلال تحليل إحتمالية وقوع الإنحراف في القرار الإداري والآثار الناتجة عن ذلك الإنحراف إذا ما وقع، اما الفرع الثالث فإنه مُخصص لبحث الخيارات المُتاحة لتخفيف تلك المخاطر والتعامل معها ضمن الإمكانيات المُتاحة لوزارة الصحة في فلسطين.

5.1 خريطة تدفق العمل لدى وحدة التوريدات

تُعتبر وحدة التوريدات إحدى أهم الوحدات العاملة لدى وزارة الصحة في فلسطين، فهي الجهة المختصة بتوفير السلع الصحية والأدوية والأشغال للقطاع الصحي العام. ولا يقتصر مهام الوحدة على ذلك، فهي مُستدعى لإنجاز مهامها وفق مواصفات ومعايير عالية الجودة وأسعار معقولة. وتختص وحدة التوريدات بعدة مهام أهمها: (1) متابعة عمليات شراء اللوازم والأشغال والخدمات الطبية والتدقيق في مدى توافر الشروط والمواصفات الخاصة بالشراء سواء أكان ذلك من خلال العطاءات أو إستدراج العروض أو الشراء المباشر، (2) متابعة تنفيذ العقود الموقعة مع الموردين او المتعهدين ولإتخاذ الإجراءات اللازمة بحق المخالفين وفق الأصول القانونية المتبعة بهذ الشأن، (3) تحضير خطة الشراء السنوية وإعداد الموازنة الخاصة بالعطاءات والمشاركة في تنظيم الخطط الإستراتيجية والتطويرية لوزارة الصحة[67]. ويُعتبر القرار بقانون رقم (8) لسنة 2014 بشان الشراء العام وما يتبعه من لوائح تنفيذية[68] الأساس القانوني الذي تستند عليه وحدة التوريدات في أداء المهام الموكلة لها أصولا.

يشتمل نشاط وحدة التوريدات على مجموعة من إجراءات العمل التي تهدف الى تنفيذ عمليات شراء السلع والأدوية الطبية بجودة عالية وأسعار منافسة. ويُمكن تلخيص مسار القرارات الإدارية التي يتم إتخاذها بشان التوريدات بالآتي:

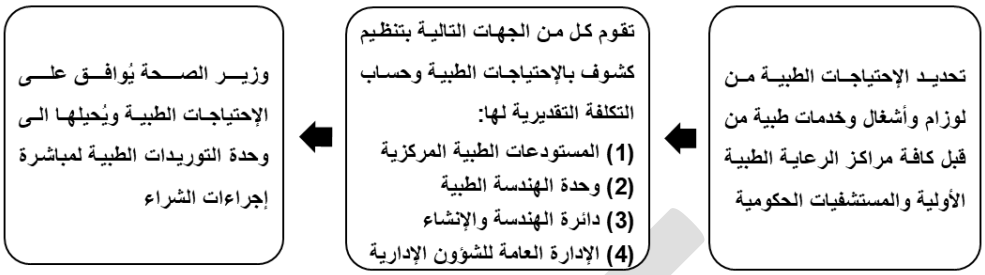
[67] الصفحة الرسمية الإلكترونية لوزارة الصحة الفلسطينية. https://www.site.moh.ps/index/Books/BookType/1/Language/ar

[68] مثاله قرار مجلس الوزراء رقم 5 لسنة 2014 بنظام الشراء العام.

- تسبق عملية الشراء مرحلة تحديد الإحتياجات الخاصة لوزارة الصحة من لوازم وأشغال وخدمات طبية (أنظر الرسم البياني رقم 7 أدناه). تُرسِل كافة مراكز الرعاية الطبية الأولية والمستشفيات الحكومية لدى مختلف مديريات الصحة إحتياجاتها الطبية (اللوازم والأشغال والخدمات) الى الجهات التالية، كل حسب إختصاصه:
  - المستودعات الطبية المركزية والتي تضم مستودعات اللوازم، مستودعات الأدوية، ومستودعات المُستهلكات الطبية. وتختص المستودعات المركزية بشراء الأدوية والمستهلكات الطبية والأجهزة الطبية المختلفة.
  - وحدة الهندسة الطبية والتي تختص بصيانة الأجهزة الطبية
  - دائرة الهندسة والإنشاء والتي تختص بإنجاز الأشغال والبناء وصيانة المباني والخدمات المُلحقة بالمباني
  - الإدارة العامة للشؤون الإدارية والتي تُؤمن خدمات النظافة للمراكز الصحية الأولية والمستشفيات، وخدمات الإعاشة من مأكل ومشرب، والنقليات (تشمل نقل الموظفين خلال الدوام للمراكز الصحية التابعة لوزارة الصحة ونقل مرضى السرطان لمستشفى المُطّلع).
- تقوم الجهات الأربع بتحديد قوائم الإحتياجات الخاصة بالوزارة - كل حسب إختصاصه – حيث تقوم بدراسة ومراجعة إحتياجات الوزارة المستقبلية لفترة تغطي 21 شهرا[69]. كما تُوكل لهذه الجهات الأربع أيضا مسؤولية تحديد التكلفة التقديرية للوازم والأشغال والخدمات الطبية بما يُسهم لاحقا في تحديد أسلوب الشراء العام.
- تُحال قوائم الشراء وتكلفتها التقديرية لوزير الصحة، والذي يحيلها بدوره في حالة موافقته عليها الى وحدة التوريدات لدى الوزارة.

[69] فيما يتعلق بتحديد الإحتياجات الخاصة بالوزارة من أدوية وسلع طبية، ويكون تقييم الإحتياجات من خلال الأخذ بعين الإعتبار ما يلي: السلع الطبية واللوازم المُتوفرة في المراكز الطبية التابعة للوزارة، حجم السلع الطبية التي تم إستخدامها أو توزيعها خلال العام المنصرم، السلع الطبية المتوفرة في المستودعات المركزية للوزارة، السلع الطبية والأدوية التي لاتزال قيد التوريد لدى الشركات أو الموردين المتعاقدين مسبقا مع الوزارة، يُؤخذ بعين الإعتبار الزيادة السكانية في المجتمع الفلسطيني من خلال إضافة 5% على كمية الأدوية والسلع الطبية التي تم إستخدامها خلال العام المنصرم.

الرسم البياني رقم (7) يُوضح الإجراءات التمهيدية السابقة لعملية الشراء لدى وزارة الصحة



يبدأ عمل وحدة التوريدات عند إحالة كشوف الشراء من قبل وزير الصحة لها، وتُقسم المهام الرئيسية لهذه الوحدة على الأقسام التالية: (1) قسم العطاءات والتي تختص بطرح المناقصات، (2) و قسم المشتريات والتي تختص بالشراء المباشر أو الشراء عبر إستدراج عروض للأسعار. يقوم كل قسم من هذه الأقسام بدراسة قوائم الشراء وإقتراح ألية الشراء وفق التكلفة التقديرية لها. ويقوم كل قسم حسب إختصاصه ووفق الحاجة الى ذلك بالحصول على ما يُعرف بـ "المُخصص المالي أو الحجز المالي" من قبل الإدارة المالية في وزارة الصحة أو الجهات المختصة لدى وزارة المالية، إضافة الى تجهيز أوراق الشراء أو المناقصة حسب الحاجة. ويجري إحالتها الى وزير الصحة للحصول على موافقته على الشراء.

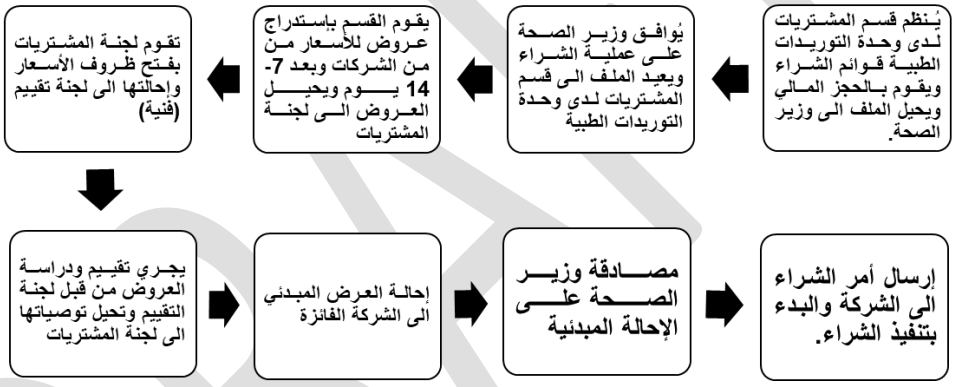
- بالنسبة لقسم المشتريات لدى وحدة التوريدات، فإذا كان السقف المالي للشراء يسمح بإتباع أسلوب الشراء المباشر للأدوية والسلع الطبية[70]، يقوم الموظف المختص بقسم المشتريات بتجهيز الملف الخاص بالشراء ويُسلمه لإحدى لجان المشتريات المُشكلة من قبل رئيس الوزراء أو الوزير المختص (حسب النوع اللجنة المراد تشكيلها)[71]، والتي تقوم بدورها بالتوجه الى بعض الشركات المستهدفة ولها إجراء التفاوض بغية الحصول على أعلى جودة للمنتج بأقل الأسعار.

[70] إستنادا للملحق (أ) من قرار مجلس الوزراء رقم (5) للعام 2014 بنظام الشراء العام، يكون السقف المالي للشراء المباشر (لوازم أو خدمات صغيرة) 3,000$، ويكون بالنسبة للشراء المباشر (أشغال) 5,000$.

[71] في شهر آب من العام 2017، أصدر وزير الصحة قرارات تتعلق بتشكيل ثلاث لجان مشتريات خاصة على النحو الآتي: (1) قرار تشكيل لجنة مشتريات للوازم العامة والخدمات غير الإستشارية برئاسة رئيس وحدة التوريدات وسبعة أعضاء آخرين، (2) قرار تشكيل لجنة مشتريات للأشغال العامة والخدمات الإستشارية برئاسة وحدة الهندسة لدى وزارة الصحة وعضوية سبعة أعضاء آخرين، و (3) وقرار تشكيل لجنة مشتريات اللوزام الطبية برئاسة مديرة الإدارة العامة للصيدلة وعضوية سبعة أعضاء آخرين.

- أما في حالة إتباع أسلوب إستدراج عروض الأسعار[72]، فإن الإجراء المُتبع - كما هو مبين في الرسم البياني رقم (8) أدناه – بأن يجري العمل على إستدراج عروض للأسعار من قبل قسم المشتريات لدى وحدة التوريدات يُستهدف منها الشركات المنافسة ذات العلاقة. تُحال هذه العروض للجنة المشتريات المُختصة بذلك، والتي تقوم بدورها بفتح ظروف الأسعار وإحالتها الى لجان تقييم خاصة (فنية) يجري تشكيلها من قبل وكيل وزارة الصحة بناء على تنسيب لجنة المشتريات. بعد قيام لجنة التقييم بدراسة العروض تُحيل توصياتها الى لجنة المشتريات والتي تحيل الملف بدورها الى وزير الصحة للحصول على مصادقته النهائية بشان الشراء. ومن ثم يجري إصدار أمر الشراء من قبل قسم المشتريات لدى وحدة التوريدات لصالح الشركة التي وقع عليها الإختيار.

الرسم البياني رقم (8) يُوضح الإجراءات الخاصة بعملية الشراء من خلال إتباع إسلوب إستدراج عروض الأسعار



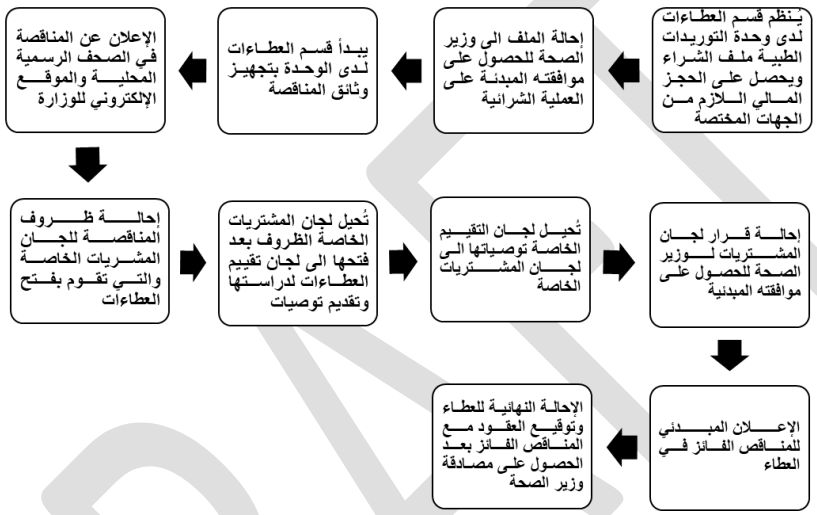
- أما بالنسبة لقسم العطاءات لدى وحدة التوريدات والتي تختص بأسلوب المناقصة لتأمين اللوازم والأشغال والخدمات التي تزيد عن السقف المالي المُحدد لإستخدام أسلوب إستدراج عروض للأسعار[73]، فإن الإجراء

[72] كما يقضي قرار مجلس الوزراء رقم (5) للعام 2014 بنظام الشراء العام في ملحقه (أ) بأن السقف المالي لإستدراج عروض أسعار خاصة بالأدوية والمستهلكات الطبية والمختبرات لدى وزارة الصحة تكون لغاية 20,000$، ويكون السقف المالي لإستدراج عروض اللوازم لدى وزارة الصحة يكون من 20,000$ الى 50,000$، اما إستدراج عروض الأشغال من قبل الوزارة فيكون من 5,000$ الى 50,000$.

[73] كما يقضي قرار مجلس الوزراء سابق الذكر بأن الأسقف المالية للعطاءات التي تجري لدى وزارة الصحة تكون بالنسبة للوازم هي 50,000، وعطاء الأشغال هي 500,000$، وعطاء الخدمات غير الإستشارية هي 50,000$، وعطاء الخدمات الإستشارية هي 50,000$. فإن تجاوزت عمليات الشراء هذه الأسقف المالية تُحال الى دائرة اللوازم العامة ودائرة العطاءات المركزية لتنفيذها. إلا أنه يُستثنى من ذلك الأدوية بحيث يُمكن شراءها من خلال لجان المشتريات لدى وزارة الصحة مهما بلغت تكلفتها الشرائية وذلك إستنادا لقرار مجلس الوزراء رقم (10) لسنة (2016) بشان تشكيل لجنة عطاءات خاصة للوازم الطبية. يقضي قرار

المُتبع أصولا بأن يقوم قسم العطاءات - وبعد الحصول على الحجز المالي وموافقة وزير الصحة - بتجهيز كافة الملفات الخاصة بالمناقصة وطرحها في الجريدة الرسمية حسب الأصول وإستلام الظروف من قبل الشركات المُنافسة، ومن ثم يجري العمل على إحالة هذه الظروف الى لجان المشتريات المُختصة (كما هو مُوضح في الرسم البياني رقم 9 أدناه).

الرسم البياني رقم (9) يُوضح الإجراءات الخاصة بعملية الشراء من خلال إتباع إسلوب المناقصة



- تقوم لجان المشتريات المختصة بفتح ظروف الأسعار وإحالتها الى لجنة التقييم (الفنية) الخاصة بتقييم ودراسة العطاءات وفحص وثائق المناقصة ومدى مطابقتها للمعايير والمواصفات المُعتمدة، وبناء عليه تُعد هذه اللجان تقارير مفصلة بذلك وتحدد العطاء ذو التكلفة الأقل والمستجيب جوهريا لشروط المناقصة، ومن ثم تحيل تقاريرها للجنة المشتريات المختصة بالمناقصة.
- تُقرر لجنة المشتريات المناقص الفائز في العطاء، وهنا لابد من الإشارة الى أن هذه اللجنة لها الخيار في إتباع او تجاهل التوصيات المحالة لها من قبل لجنة التقييم التي قامت بدراسة العطاءات وفحصها. تقوم وحدة التوريدات بناء على قرار لجان المشتريات الخاصة بالإعلان مبدئيا عن المناقص الفائز، والذي يلتزم بدوره بتقديم كفالة حسن التنفيذ وتوقيع مبدئي للعقد خلال المدة المُحددة بوثائق المناقصة. وتُعطى الشركات المشاركة

مجلس الوزارء بان يكون وكيل وزارة الصحة أو من يفوضه بذلك رئيسا للجنة، وعضوية كل من رئيس وحدة التوريدات ومدير وحدة المستودعات من وزارة الصحة، إضافة الى ممثلين عن كل من مجلس الوزراء، وزارة المالية والتخطيط، وزارة الإقتصاد الوطني، مؤسسة المواصفات والمقاييس، ديوان الرقابة الإدارية والمالية، وممثل عن الخدمات الطبية العسكرية فيما يخص العطاءات الخاصة بالخدمات الطبية العسكرية.

في العطاء خمسة أيام عمل للإعتراض على القرار. و في حالة إعتراض اي من الشركات المنافسة على قرار المتعلق بإختيار المناقص الفائز، تُحال الإعتراضات الى لجنة المشتريات للإطلاع عليها والبت فيها.

- أما في حالة عدم وردود أي إعتراض، تقوم لجنة المشتريات بإتخاذ قرار الإحالة النهائية للعطاء بعد مصادقة وزير الصحة على ذلك. يجري توقيع العقود مع المناقص الفائز في العطاء من قبل وزير الصحة، ويتم إرسال نسخة من العقد الى الجهة المستفيدة من التنفيذ لدى وزارة الصحة
- في حالة الحاجة الى إجراء تغيير أو تعديل على العطاء الذي جرى التوقيع عليه، تقوم الشركة المنفذة للعطاء بمخاطبة الجهة المستفيدة أو وحدة التوريدات مُبينة الأسباب التي إستدعتها لإجراء التعديل على خطط التنفيذ. تقوم وحدة التوريدات بإحالة الطلب الى لجنة المشتريات المَختصة والتي تقوم بدورها بدراسة طلب التعديل في العطاء وإعلام الشركة المنفذة للعطاء بالموافقة أو رفض التعديل وذلك بعد الحصول على موافقة وزير الصحة بذلك.
- تقوم الجهة الطالبة للوازم أو الأشغال أو الخدمات الطبية بالفحص والتدقيق على ما يتم توريده من قبل الشركة المُنفذة للعطاء للتأكد من مطابقتها للمعايير والمواصفات المُقررة في العقود الخاصة بالعطاء.

وهنا لابد من التنويه الى أن أن وحدة التوريدات لدى وزارة الصحة تملك سلطة إدارية محدودة فيما يتعلق بإجراءات شراء الأدوية والمعدات الطبية، حيث أن لجان المشتريات الخاصة تكون المَختصة بتقييم العطاءات وإرسائها بعد الحصول على مصادقة وزير الصحة. ولا يتعدى دور وحدة التوريدات في الوزارة بتنظيم إداري وفني لجداول الشراء والملفات الخاصة بالعطاءات.

5.2 تقييم مخاطر الفساد لدى وحدة التوريدات

إن تقييم مخاطر الفساد لدى وحدة التوريدات تستجوب التعرف على صور أو أشكال الإنحراف في القرار الإداري إستنادا لخريطة تدفق العمل في الوحدة، ومن ثم يجري العمل على تحليل إحتمالية حدوث الإنحراف وتقييم الأثر المُترتب على ذلك الإنحراف إذا ما وقع. ومن خلال تحليل إجراءات تدفق العمل في الوحدة، يُمكن إيراد نقاط القرارات الإدارية المُرتبطة بالتحويلات الطبية بما يلي:

نقطة قرار رقم (1): قيام وحدة التوريدات بإتاحة فرصة مُتكافئة دون تمييز بين كافة المناقصين سواء عند إصدارها قرارا بالإفصاح أو عدم الإفصاح عن التكلفة التقديرية للوازم والأشغال والخدمات الطبية المطروحة في عملية الشراء.

إن النظام الخاص بالشراء العام لم يشترط على السلطات العامة عدم الإفصاح عن التكلفة التقديرية للسلع أو الأشغال موضوع المناقصة، مما يمنحها سلطة تقديرية في الإفصاح عن التكلفة التقديرية أو إبقائها طي الكتمان في مواجهة المناقصين كافة طالما خلا النظام من أية قيود أو شروط بهذا الشأن. وقد تلجأ جهات الرسمية الى إبقاء التكلفة التقديرية سرية بغية الحصول على أفضل العروض الممكنة، كأن يطرح المناقصين عطاءات تستجيب جوهريا لشروط المناقصة وبتكلفة أقل من تلك التي قدرتها المؤسسة الرسمية.

ولكن قد يُتصور الإنحراف في إستخدام السلطة التقديرية سابقة الذكر إذا ما قام أحد العاملين في قسم العطاءات لدى وحدة التوريدات بإبلاغ إحدى الشركات المنافسة بالقيمة التقديرية لتكلفة شراء السلع الطبية او الخدماتية دون أن يُخطر بقية المنافسين بذلك. مما يُتيح للشركة المُطلعة على التكلفة فرصة أكبر للربح بالعطاء لأن بإمكانها أن تُقدم عرضا أقرب الى التكلفة التقديرية دون أن يكون لبقية المنافسين ميزة الإطلاع على ذلك. وهو ما يُعتبر تمييزا وعدم مساواة في إتباع الإجراءات الخاصة بالعطاء.

ونظرا لعدم وجود سياسة ممنهجة في وحدة التوريدات لتدوير الموظفين العاملين في تنظيم وثائق العطاءات، تبقى إحتمالية خلق علاقات "صداقة" بين العاملين في الوحدة و شركات الأدوية أو شركات الخدمات والأشغال قائمة. وبناء عليه تكون إحتمالية وقوع الإنحراف في القرار الإداري سابق الذكر قائمة أيضا (إحتمالية معتدلة)، إلا أن الأثر المالي المترتب على ذلك يكون محدود وذلك لأن الجهات المختصة بوضع التكلفة التقديرية للسلع الطبية المنوي شراؤها عادة ما تستند في تقديرها الى الأسعار الشرائية للسلع الطبية التي جرى إعتماها في مناقصات سابقة. فالخطأ المُتوقع في التقدير المالي قد لا يتعدى 5% من التكلفة الفعلية للسلع الطبية المنوي شراؤها. لذلك يُمكن القول بأن الأثر المالي الذي يُحدثه الإنحراف في القرار الإداري يبقى ضعيفا.

نقطة قرار رقم (2): قرار لجنة المشتريات بإرساء العطاء على مناقص لم توصي به اللجنة الفنية الخاصة بتقييم العطاءات

لقد سبق القول في هذه الدراسة بأن لجنة المشتريات هي الجهة المخولة أصولا بإختيار المناقص الفائز في المناقصة. وعادة ما تتبع هذه اللجنة توصيات لجنة التقييم الفنية، إلا ان لجنة المشتريات غير ملزمة قانونا بذلك، حيث يُمكن للجنة المشتريات إذا ما إستشعرت لأسباب منطقية عدم صحة ما ذهبت إليه اللجنة الفنية لتقييم العطاءات أن تخالفها الرأي وتقرر من تلقاء نفسها المناقص الفائز في العطاء. فمثلا قد تُقرر لجنة المشتريات إستبعاد توصية لجنة التقييم بشان شراء مواد مخبرية أو مُستهلكات طبية تتصف بجودة عالية وأقل الأسعار لكونها غير مُجربة سابقا، أو قد يحدث العكس بأن تُقرر لجنة المشتريات شراء تلك السلع الطبية ةالتي لم يجر تجربتها مسبقا على أن تُمنح الشركة المنافسة فترة زمنية لتجربتها قبل إتمام عملية الشراء[74]. غير أن هذه الصلاحية الممنوحة للجنة المشتريات يُمكن أن يُساء إستخدامها من خلال إصرار أحد أعضاء اللجنة على إرساء المناقصة لمصلحة شركة أو مناقص غير كفؤ بغية تحقيق مكسب شخصي غير نزيه.

ورغم أن القانون لم يُلزم لجنة المشتريات بتعليل سبب إمتناعها عن الأخذ برأي اللجنة الفنية الخاصة بتقييم العطاءات، إلا انه تبقى إحتمالية وقوع الإنحراف في القرار الإداري ضعيفة، ذلك لأن النظام الخاص بالشراء العام يُلزم وحدة التوريدات بتبليغ جميع المناقصين خطيا بقرار الإحالة المبدئي على المناقص الفائز ويكون لمن لم يحالفه الحظ الحق في معرفة أسباب عدم إختياره. وهنا يتوجب على لجنة المشتريات الرد عليه خلال 7 أيام عمل رسمية من تاريخ تقديم الطلب. وتجدر الإشارة الى أنه في حالة وقوع الإنحراف في القرار الإداري فإن الأثر المالي الذي تدفعه السلطة الوطنية الفلسطينية من خزينتها قد يكون قويا نظرا لإختيار عطاءات بتكلفة عالية لا يبررها مستوى الجودة الخاصة بالسلعة الطبية المُستهدفة في المناقصة.

[74] مقابلة مع السيد/ خالد مطور- مدير عام وحدة التوريدات لدى وزارة الصحة. عقد الإجتماع في مقر وزارة الصحة في نابلس، في تمام الساعة 10:30 صباحا بتاريخ 2018/7/26.

كما انه لابد من الإشارة الى أن قانون الشراء العام ولائحته التنفيذية قد خلت من نصوص قانونية تُجبر المناقصين المنافسين أو أي من الموظفين العاملين في أي من لجان المشتريات الخاصة أو لجان تقييم العطاءات من الإفصاح عن أي علاقات عائلية أو صداقة أو مصلحة مالية ترتبط بالمناقصة التي يجري دراستها (حالة تضارب مصالح). مما يضعف من بيئة النزاهة والشفافية في إجراءات الشراء العام.

نقطة قرار رقم (3): قرار لجان المشتريات المختصة بشراء اللوازم او الأشغال او الخدمات الطبية إستنادا للمواصفات التي يطلبها المرفق الطبي الحكومي المستفيد من عملية الشراء

لقد سبق الإشارة أعلاه الى أن عملية الشراء لدى وزارة الصحة تسبِقُها إجراءات تمهيدية تتعلق بتحديد إحتياجات المرافق الطبية الحكومية من أدوية أو سلع طبية أو أشغال أو خدمات صحية. وهذه الإحتياجات عادة ما تُقررها المرافق الطبية الحكومية الطالبة لها، فهي أيضا التي تُقرر مواصفات هذه الخدمات أو الأجهزة الطبية أو الأدوية.

ورغم توافر المُبرر المنطقي لهذا الإجراء كون الجهة الطالبة للسلعة او الخدمة الطبية هي الأقدر فنيا وإداريا على تحديد إحتياجاتها، إلا ان ذلك من جهة أخرى قد يُشكل نافذة للفساد وذلك عبر قيام الجهة الطالبة بوضع مواصفات أو شروط للسلعة أو الخدمة الطبية على نحو تجعلها غير مُتاحة إلا لدى شركة أو مُورِد محدد ومعروف مسبقا، ويكون مسعى الجهة الطالبة من وراء ذلك الحصول على مكسب شخصي كرشوة أو خدمة أو لأسباب تتعلق بالواسطة والمحسوبية.

DRAFT

إن الأثر الذي يُرتِبُه هذا الإنحراف في القرار الإداري يكون قوي لكونه يتسبب في هدر فادح بالمال العام. كما ان إحتمالية وقوع ذلك الإنحراف تكون أيضا قوية وذلك بسبب الحجم الكبير للمغريات المُتحصلة من الفساد وسهولة تحقيق ذلك، فعملية ضبط أو إثبات وقوع ذلك ليست مهمة يسيرة خاصة وان الشخص الفاسد قد لا يضطلع بمهام رئاسة لجنة المشتريات أو لجنة التقييم التي ساهمت في إرساء العطاء على الشركة. وهنا وجب القول بانه في العديد من الحالات يكون الموظف الذي وضع المواصفات أو شروط السلعة الطبية أو الدواء هو ذاته من يُشارك في لجان المشتريات أو لجان التقييم، وهو ذاته أيضا من يقوم بإستلام السلعة أو الدواء من الشركة الفائزة في العطاء[75].

نقطة قرار رقم (4): قرار لجنة المشتريات المُختصة بعملية الشراء بالإحجام عن تغريم الشركات أو الموردين الذين رسى عليهم العطاء أو أوامر الشراء رغم تأخرهم عن تنفيذ الصفقة الشرائية

إن أي تأخير أو إرجاء في تنفيذ الصفقة الشرائية من قبل الشركة الفائزة في المناقصة أو أذونات الشراء ولأسباب لا تتعلق بالقوة القاهرة المنصوص عليها قانونا تُوجب على لجنة المشتريات التي أعدت الصفقة الشرائية بتغريم الشركة الفائزة عبر إستقطاع جزء أو كل المبلغ المالي المرهون لمصلحة التنفيذ لدى وزارة الصحة. ولعل تأخر الشركة الفائزة في التنفيذ مردُه قيام الشركة ببيع الأدوية أو السلع الطبية "بالتجزئة" للمرفق الطبي الطالب للسلعة أو الدواء بالأساس. فلا يكون امام المرفق الطبي الحكومي سوى طلب شراء حاجته من الدواء عبر الشراء

[75] فعلى سبيل المثال، يبلغ عدد الخبراء العاملين في دائرة الهندسة والإنشاء والتي تختص بإنجاز الأشغال والبناء وصيانة المباني والخدمات المُلحقة بالمباني (6) أشخاص فقط بحيث يجري تدويرهم على لجان الأشغال ولجان التقييم ولجان الإستلام. مقابلة مع السيد/ خالد مطور- مدير عام وحدة التوريدات لدى وزارة الصحة. عقد الإجتماع في مقر وزارة الصحة في نابلس، في تمام الساعة 9:00 صباحا لمدة ساعة ونصف وذلك بتاريخ 2018/6/27.

المباشر من ذات الشركة الفائزة في العطاء والتي تُرجئ تنفيذ الإتفاقية، ولكن يكون الشراء المباشر حينها بأسعار تفوق السعر المُحدد في المناقصة.

وقد يأتي غض الطرف من قبل لجنة المشتريات على تغريم الشركة لأسباب شخصية تتعلق بالفساد وإساءة إستخدام السلطة. ويكون حينها الأثر المالي المترتب على خزينة الدولة معتدل، فرغم ما تتحمله خزينة الدولة من أعباء مالية إضافية وغير مُبررة، إلا انه تبقى الأسقف المالية للشراء المباشر محدودة نوعا ما. أما إحتمالية وقوع ذلك الإنحراف فيُمكن وصفه بالضعيف جدا

لصعوبة قيام الشركة بالتنسيق مع لجنة المشريات وذات الوقت إجراء تنسيق آخر مع الجهة الطالبة للسلعة الطبية أو الدواء لإقناعها بطلب شراء الدواء عبر الشراء المباشر من ذات الشركة. كما ان عملية الشراء المباشر (من خلال نظام السلفة المالية) تتصف بأسقفها المالية المحدودة جدا والتي لا تتجاوز 300$ في المرة الواحدة[76]. ومن الأسباب الأخرى التي تجعل من إحتمالية وقوع الإنحراف محدودة جدا أن حظرت وزارة الصحة على المراكز الصحية المختلفة شراء الأدوية او السلع الطبية من المورد أو الشركة التي رست عليها المناقصة. ويُمكن للمراكز الصحية التعرف على الإحالة المُعلنة في الشراء من خلال الموقع الإلكتروني الرسمي للوزارة[77].

[76] مقابلة مع السيد/ خالد مطور- مدير عام وحدة التوريدات لدى وزارة الصحة. عقد الإجتماع في مقر وزارة الصحة في نابلس، جرت المقابلة في تمام الساعة 10:30 صباحا بتاريخ 2018/7/26.

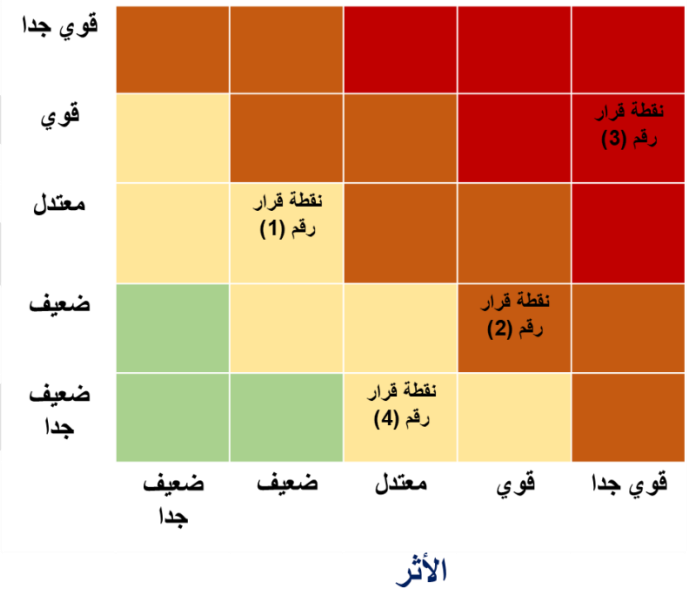
[77] مقابلة مع الصيدلانية/ غادة البشتاوي- قائم بأعمال مدير دائرة العطاءات والعقود في وحدة التوريدات لدى وزارة الصحة في نابلس. جرت المقابلة تمام السعة 11:00 صباحا بتاريخ 2018/7/3.

مُلخص لتقييم مخاطر الفساد لوحدة التوريدات:

أشارت الدراسة سابقا الى أن عملية إستعراض القرارات الإدارية المُنحرفة التي يُمكن تصورها لدى وحدة التوريدات والتكهن بشدة أثارها وإحتمالية وقوعها من شانه أن يُساهم في تقديم تقييم دقيق لمخاطر الفساد لدى وحدة التوريدات في الوزارة. ومن خلال تحليل هذه المخاطر يتبين في هذه الدراسة بأن الأثر السلبي الذي يُمكن ان يُنتجه الإنحراف في القرارات الإدارية الخاصة بعمل هذه الوحدة يتربع في أعلى مراتب الضرر (إن غالبية القرارات الإدارية المُنحرفة المُتوقع حدوثها يكون لها أثر مالي قوي الى قوي جدا، إضافة لتأثيرها القوي على جودة الأدوية والسلع الطبية المختلفة، أنظر الرسم البياني رقم 7 أدناه).

غير أن إحتمالية وقوع إنحراف في القرارات الإدارية قد تقبع في مرتبة متوسطة وضعيفة نوعا ما. ولعل ذلك مردُه الإصلاحات التي إنتهجتها وزارة الصحة في السنوات الماضية بشأن شراء الأدوية والسلع الطبية المختلفة. ناهيك عن الآثار الإيجابية التي يمكن للتشريعات القانونية الحديثة التي إعتمدها المشرع الفلسطيني في الآونة الأخيرة بالنسبة للشراء العام الحكومي.

الرسم البياني رقم (10) يُوضح تقييم مخاطر الفساد لدى وحدة التوريدات



5.3 مواجهة مخاطر الفساد لدى وحدة التوريدات

من خلال إجراء تقييم دقيق لمخاطر الفساد لدى وحدة التوريدات، فإنه يُمكن للجهات المُختصة إجراء التدخلات اللازمة للحد من إحتمالية وقوع الفساد او السيطرة على آثارها السلبية قدر الإمكان. وسوف يجري مناقشة ذلك تفصيلا كما هو مُبين في هذه الدراسة أدناه.

5.3.1 التدخلات الخاصة بوحدة التوريدات بشان التخفيف من أثار الفساد وخفض إحتمالية وقوعه

نقطة قرار رقم (1): يُمكن للسلطة المُوكلة لوحدة التوريدات أن يجري إستغلالها من خلال قيام أحد العاملين في الوحدة بإخطار أحد المناقصين المنافسين حول التكلفة التقديرية للسلع او الخدمات الطبية أو الأشغال المطروحة للشراء مع عدم الإفصاح عنها في مواجهة بقية المناقصين المنافسين. وفي سبيل تفادي وقوع ذلك الإنحراف، تُقدم هذه الدراسة توصية مفادُها وجوب إتباع سياسة التدوير الوظيفي للموظفين العاملين في وحدة التوريدات. فالتدوير الوظيفي يُعتبر من السياسات الناجعه في مكافحة الفساد والحد من تضارب المصالح في الوظيفة العمومية[78].

نقطة قرار رقم (2): في سبيل تفادي قيام لجنة المشتريات بإرساء العطاء على أحد المناقصين بخلاف ما ذهبت له لجنة التقييم الفنية للعطاء وذلك لأسباب تتعلق بكسب شخصي او محاباة أو واسطة لمصلحة أحد أعضاء لجنة المشتريات. تُقدم هذه الدراسة توصياتها بضرورة تعديل النظام الخاص بالشراء العام بحيث يجري إضافة نص قانوني يُلزم لجنة المشتريات بتسبيب أو تعليل قرارها المُناقض لقرار لجنة تقييم العطاءات وذلك من خلال إيراد الأسباب التي دعت لجنة المشتريات لإستبعاد رأي لجنة التقييم وإختيار المناقص الفائز في العطاء. فلابد أن يخضع القرار النهائي الذي تُصدره لجنة المشتريات لرقابة وزير الصحة.

كما تُقدم هذه الدراسة توصية مفادها وجوب تعديل نصوص قانون الشراء العام على نحو يُلزم فيه المناقصين المنافسين أو أي من الموظفين العاملين في أي من لجان المشتريات الخاصة أو لجان تقييم العطاءات بالإفصاح عن أي علاقات عائلية أو صداقة أو مصلحة مالية ترتبط بالمناقصة التي يجري دراستها (حالة تضارب مصالح).

[78] نضال بدر، 2016. رسالة ماجستير بعنوان: التدوير الوظيفي ودوره في الكفاءة الإنتاجية في الوزارات الفلسطينية. أكاديمية الإدارة والسياسة للدراسات العليا. فلسطين، غزة.

نقطة قرار رقم (3): في سبيل تفادي قيام الجهة الطالبة للسلعة أو الخدمة الطبية من وضع مواصفات أو شروط لها على نحو تجعلها غير مُتاحة إلا لدى شركة أو مُورد محدد ومعروف مسبقا بغية تحقيق مكسب غير مشروع، تُقدم هذه الدراسة توصيتها بان تقوم لجان التقييم أو لجان المشتريات الموكل لها دراسة عمليات الشراء بإعادة التمحيص وتقييم الشروط والمواصفات التي تضعها المرافق الطبية الطالبة للخدمة أو السلعة الطبية. ولعل ظهور شركة أو مُورد واحد تنطبق عليه المواصفات المستهدفة من عملية الشراء قد يُشكل بحد ذاته إشارة أو مُنبه لوجود حالة تثير الريبة والشك. وهذا لا يعني بالضرورة أن حدوث ذلك يُمثل دليلا قاطعا على وجود فساد، إنما قد تُشكل عملية تكرار هذه الحالة سببا وجيها لتوخي الحذر وإجراء تمحيص دقيق لضمان عدم حصول إنحراف في القرار الإداري سابق الذكر.

كما تُقدم هذه الدراسة توصية مفادها وجوب إتباع سياسة التدوير الوظيفي (الداخلي والخارجي) بالنسبة للأعضاء العاملين لدى كل من لجان المشتريات و لجان التقييم على حد سواء.

نقطة قرار رقم (4): يمكن أن يتصور الإنحراف في القرار الإداري من خلال إحجام لجنة المشتريات المُختصة بعملية الشراء عن تغريم الشركات أو الموردين الذين رسى عليهم العطاء أو أوامر الشراء رغم تأخرهم في تنفيذ الصفقة الشرائية. وتوصي هذه الدراسة الجهات الرقابية المختصة لدى وزارة الصحة بحث لجان المشتريات على تغريم الشركات الفائزة في العطاء إذا ما تأخرت لأسباب لا توصف بالقاهرة عن تنفيذ الإتفاق المُبرم بينها وبين وزارة الصحة.

5.3.2 مصفوفة مخاطر الفساد لوحدة التوريدات

نقـاط القرار	وصف للقرار المُنحرف	درجة الإحتمال	مستوى التأثير	ألية المعالجة	المسؤول عن إتخاذ القرار
1	قيام أحد العاملين في وحدة التوريدات بإخطار أحد المناقصين المنافسين حول التكلفة التقديرية للسلع الطبية المطروحة للشراء مع عدم الإفصاح عنها بالنسبة لبقية المناقصين المنافسين.	معتدلة	ضعيف	وجوب إتباع سياسة التدوير الوظيفي للموظفين العاملين في وحدة التوريدات	▪ وزير الصحة ▪ مدير وحدة التوريدات
2	قيام لجنة المشتريات بإرساء العطاء على أحد المناقصين بخلاف ما ذهبت له لجنة تقييم العطاءات لأسباب غير	ضعيفة	قوي	- تعديل النظام الخاص بالشراء العام بحيث يجري إضافة نص قانوني يُلزم لجنة المشتريات بتسبيب أو تعليل قرارها المُناقض لقرار لجنة تقييم	▪ مجلس الوزراء ▪ وزير الصحة ▪ لجان المشتريات

	مُبررة قانونا			العطاءات - وجوب تعديل نصوص قانون الشراء العام على نحو يُلزم فيه المناقصين المنافسين أو أي من الموظفين العاملين في أي من لجان المشتريات بالإفصاح عن أي علاقات عائلية أو صداقة أو مصلحة مالية ترتبط المناقصين. - إتباع أسلوب التدوير الوظيفي (الداخلي أو الخارجي) للعاملين في لجان المشتريات ولجان التقييم	الخاصة
3	قيام الجهة الطالبة للسلعة أو الخدمة الطبية بوضع مواصفات أو شروط لها على نحو تجعلها غير مُتاحة إلا لدى شركة أو مُورد محدد ومعروف مسبقا بغية تحقيق مكسب غير مشروع	قوية	قوي جدا	التوصية بان تقوم لجان التقييم أو لجان المشتريات الموكل لها دراسة عمليات الشراء بإعادة التمحيص وتقييم الشروط والمواصفات التي تضعها المرافق الطبية الطالبة للخدمة أو السلعة الطبية خاصة في الحالات التي تنطبق بها الشروط الخاصة بعملية الشراء على شركة او مُورد واحد فقط. وجوب إتباع سياسة التدوير الوظيفي بالنسبة للأعضاء العاملين لدى لجان المشتريات او لجان التقييم.	▪ وحدة التوريدات ▪ لجان المشتريات ▪ لجان التقييم ▪ إدارة المستودعات الطبية المركزية ▪ وحدة الهندسة الطبية ▪ دائرة الهندسة والإنشاءات ▪ الإدارة العامة للشؤؤون الإدارية
4	إحجام لجنة المشتريات عن تغريم الشركات أو الموردين الذين رسى عليهم العطاء أو أوامر الشراء رغم تأخرهم في تنفيذ الصفقة الشرائية.	ضعيفة جدا	معتدلة	حث لجان المشتريات على تغريم الشركات الفائزة في العطاء إذا ما تأخرت لأسباب لا توصف بالقاهرة عن تنفيذ الإتفاق المُبرم بينها وبين وزارة الصحة.	▪ وزير الصحة ▪ لجان المشتريات ▪ وحدة الرقابة الداخلية ▪ وحدة التوريدات

DRAFT

6. الخاتمة

من الأمور المتفق عليها عالميا بان الفساد يحد من فرص التنمية الإجتماعية والإقتصادية ويُقوض تكافؤ الفرص بين المواطنين وينتهك حقوق الإنسان وحرياته الأساسية في العيش الكريم. لذلك فإن المؤسسات الرسمية في فلسطين وبالتعاون مع العديد من المؤسسات المدنية غير الربحية والقطاع الخاص تسعى لتحقيق غاية مضمونها تنمية المجتمع وإزدهاره في بيئة خالية من الفساد. وفي سبيل تحقيق هذه الغاية، تظافرت جهود كل من وزارة الصحة الفلسطينية، وهيئة مكافحة الفساد، وبرنامج "سواسية" (البرنامج المشترك لبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي/ برنامج مساعدة الشعب الفلسطيني وهيئة الأمم المتحدة للمرأة وهيئة الأمم التمحدة للطفولة) للخروج بدراسة مُركزة حول إدارة مخاطر الفساد في القطاع الصحي. وقد تم الإتفاق على دشين فريق مُختص (National Task Force) بعضوية ممثلين عن المؤسسات الثلاث، تكون مهمته إنجاز هذه الدراسة.

ونظرا لضيق المجال الزمني الذي أُنجزت فيه هذه الدراسة، فقد جرى التركيز على الوحدات الثلاث التالية: (1) وحدة شراء الخدمة، (2) إدارة التأمين الصحي، و (3) وحدة التوريدات. و تهدف هذه الدراسة الى رصد مجموعة المخاطر التي لها تأثير فعال على جودة الخدمة الطبية التي تُقدمها وزارة الصحة للمواطن الفلسطيني بالنسبة للوحدات الثلاث سابقة الذكر. كما تهدف هذه الدراسة الى تقييم هذه المخاطر وبحث مجموعة من التدخلات والإصلاحات التي يُمكن أن تُساهم في الحد من أخطار الفساد أو على الأقل خفض مستوى التأثير السلبي لهذه الأخطار.

بعد الإنتهاء من عملية تحليل وتقييم لمخاطر الفساد في القطاع الصحي، أفرزت هذه الدراسة مجموعة من النتائج الهامة وكان أبرزها الآتي:

وقد توصلت هذه الدراسة الى جملة من النتائج حيث يُمكن إيراد أبرزها على النحو الآتي:

1) على الرغم من ثُقل الأعباء والمسؤوليات المُلقاه على كاهل اللجان الطبية الفرعية (والمُختصة بدراسة وتقييم طلبات شراء الخدمة من خارج المرفق الصحي الحكومي)، إلا أنها تُنجز المهام المنوطة بها بجد وفعالية. فالجان الطبية الفرعية تدرس ما يُقارب 200-250 طلب تحويل طبي أسبوعيا. غير أن ضعف نظام الحوافز والمُكافآت التشجيعية من شأنه أن يُقلل من الرضا الوظيفي ويزيد من إحتمالية رضوخ العاملين في اللجان الطبية الفرعية للضغوط والإغراءات التي تُفرزها طبيعة المهام الحساسة الموكل لهم القيام بها.

2) إن معايير التشخيص الطبية التي ينتهجها الأطباء بشان تصنيف حالة المريض الصحية ووضعها في خانة الحالات غير الطارئة أو الحالات الطارئة (التصنيف الثنائي) لا تتناسب مع التطور الطبي في إجراءات العمل والمتعارف عليها عالميا (التصنيف الخماسي في تشخيص حالة المريض). إن إستمرار إتباع التصنيف الثنائي في التشخيص يُسبب تزاحم الحالات الطارئة وبالتالي زيادة العبء والضغط المجتمعي على كاهل وحدة شراء الخدمة واللجان الطبية المُتفرعة عنها.

3) لا يوجد تصنيف جودة خاص بالمستشفيات غير الحكومية (شهادة إعتماد الجودة الطبية) سواء أكانت داخل فلسطين أو خارجه، مما يُرهق عمل الجهات المُوكل لها شراء الخدمة الطبية من تلك المرافق الخاصة، ويُسبب إرباكا للجهات الرقابية في عملية التدقيق والمتابعة لضمان سلامة القرار الإداري.

4) جاءت النصوص القانونية الواردة في النظام الخاص بالتحويلات الطبية خالية من تنظيم وضبط الحالات الإستثنائية للتحويل الطبي والتي - بموجب النظام - تمنح وزير الصحة سلطة واسعة تُمكنه من إختراق كافة الإجراءات الإعتيادية المُتبعة أصولا. كما لم يشترط النظام على الوزير ذكر الأسباب المُوجبة لإختيار منحنى الإستثناء عوضا عن إتباع الإجراء الطبيعي في التحويلات الطبية (راجع المادة الأولى من من قرار مجلس الوزراء رقم 108 للعام 2004 بشان اللجنة الطبية العليا للتحويلات).

5) إن إتباع سياسة حجب المعلومات عن الجمهور بشان التحويلات الطبية ولاسيما الحالات الإستثنائية لشراء الخدمة الطبية لها تأثير سلبي على تعزيز الشفافية وإشاعة روح المساءلة في المجتمع. فالسرية غير المُبررة للمعلومات في عمل الحكومة تُعتبر مرتعا خصبا لتنامي ظاهرة الفساد وإستفحاله.

6) تمتلك الإدارة العامة للتأمين الصحي سلطات محدودة جدا لضبط الإنحراف المُحتمل في غالبية القرارات الإدارية الهامة. إن شروط حصول طالب التأمين الصحي على التامينات الصحية الأكثر تميزا مرهون في أغلب الأحوال بوثائق تمنحها له مؤسسات أو هيئات خارجة عن رادار تحكم ورقابة وزارة الصحة.

7) لا يوجد قاعدة بيانات يُمكن لإدارة التأمين الصحي اللجوء لها للتأكد من سلامة الوثائق التي يتقدم بها طالب التأمين الصحي ومدى إستحقاقه لها. ويُمكن القول بان مستوى التنسيق بين كل من إدارة التأمين الصحي وبعض المؤسسات ذات العلاقة تكاد تكون في أدنى مستوياتها. ومن الأمثلة على المؤسسات ذات العلاقة: هيئة الأسرى والمُحررين، مؤسسة رعاية أسر الشهداء والجرحى، لجان الزكاة، الإتحادات العمالية، و وزارة العمل.

DRAFT

8) إن نظام الأرشفة الإلكترونية المعمول به لدى إدارة التأمين الصحي يتضمن عدد من الثغرات التي يُمكن أن تزيد من إحتمالية وقوع فساد وتنقلها الى مستويات عالية جدا. فالنظام الإلكتروني المعمول به حاليا لا يستجيب لمتطلبات التمحيص والتدقيق الإلكتروني الكفؤ.

9) إن عملية حساب نسبة العجز الصحي والتي تقوم بها اللجان الطبية المُختصة التابعة لوزارة الصحة لا تزال تخضع لنهج قديم أقرته التشريعات الأردنية قبل العام 1967 ولا يمتاز بالدقة والتطور. وقد خلى قرار مجلس الوزراء رقم (113) للعام 2004 بنظام التأمين الصحي الحكومي من إيراد أي نصوص قانونية بشأن إتباع معايير طبية حديثة لقياس نسبة العجز الصحي للمريض.

10) لقد خلا النظام الخاصة بالشراء العام من أية نصوص قانونية تُوجب على السلطات العامة أن تُفصح أو تحجب التكلفة التقديرية للسلع أو الخدمات المُستهدفة في العطاءات في مواجهة المناقصين المنافسين. مما يمنح سلطة تقديرية للسلطات العامة في الإفصاح عن التكلفة التقديرية تارة أو عدم الإفصاح عنها في مناسبة أخرى. وهو ما يمكن أن يُشكل نافذة للفساد في المستقبل.

11) لا يوجد أية أدلة تفيد بقيام وحدة التوريدات بإتباع سياسة التدوير الوظيفي للعاملين في الوحدة. كما ان ذلك القول ينطبق على لجان المشتريات الخاصة التي جرى تشكليلها من قبل وزير الصحة. إن الإبقاء على بعض العاملين في مواقع نافذة أو ذات إرتباط مباشر بالتعاملات والصفقات المالية الكبيرة يُمكن أن يخلق مراكز قوى وتضارب مصالح وشراء ذمم بعض الأشخاص من ضعاف النفوس.

12) لا يوجد دليل إجراءات مُحدث لدى وحدة التوريدات يُوضح الإجراءات الواجب إتباعها في عمليات الشراء المختلفة.

13) الرقابة الداخلية التي تُمارسها وحدة الرقابة لدى وزارة الصحة بحاجة الى مزيد من التمكين نظرا لما يُمكن أن تلعبه من دور في غاية الأهمية لضمان إمتثال الإدارات والوحدات المختلفة في وزارة الصحة بالقوانين وإجراءات العمل الخاصة بها.

14) بالرغم من إعتماد وزارة الصحة لمدونة السلوك الوظيفي والمعايير الأخلاقية للعاملين في القطاع الصحي، إلا أنه لم يجر تبني سياسة تدريب شاملة في الوزارة لكافة العاملين في هذا القطاع الحيوي. إن عملية التدريب على مكافحة الفساد وتعزيز قيم النزاهة والشفافية ومبادئ المساءلة بالنسبة للموظف العام تُعتبر منصة أساسية لتطوير وإزدهار القطاع العام.

DRAFT

وعلى ضوء النتائج التي تمخضت عنها هذه الدراسة، فقد طرح الفريق المُكلف بإعداد الدراسة مجموعة من التوصيات التي تمتاز بالوضوح والقابلية للتطبيق نظرا لأخذها بعين الإعتبار البيئة السياسية والإقتصادية والإجتماعية التي تُؤثر وتتأثر بالقطاع الصحي في فلسطين. ويُمكن إيراد لأهم التوصيات الواردة في هذه الدراسة على النحو الآتي:

1) إعتماد نظام الحوافز الإدارية والمُكافآت التشجيعية للعاملين في وحدة شراء الخدمة عموما واللجان الطبية الفرعية بوجه خاص، بما يُسهم برفع مستوى الرضا الوظيفي للعاملين و زيادة كفائتهم الإنتاجية ويشجعهم على مقاومة الإغراءات والضغوط التي يتعرضون لها بسبب طبيعة المهام الحساسة الموكل لهم القيام بها.
2) حث الأطباء الحكوميين العاملين في مراكز الرعاية الصحية الأولية أو المستشفيات الحكومية على إتباع التصنيف الخماسي لتشخيص حالة المريض الصحية (resuscitation, emergency, urgent, semi urgent, and non-urgent)، عوضا عن التصنيف الثنائي (حالة طارئة او حالة غير طارئة). إن ذلك يتطلب من وزارة الصحة أن تشْرع بإطلاق برنامج تدريبي لكافة الأطباء العاملين في الطوارئ والأقسام الطبية المُتخصصة خاص بإتباع التشخيص الخماسي سابق الذكر.
3) العمل على تحديث مذكرات التفاهم التي جرى التوقيع عليها بين وزارة الصحة ومزودي الخدمة الطبية من داخل فلسطين أو خارجه بشكل دوري أو سنوي.
4) إدخال برنامج خاص لقيام أو تصنيف جودة المستشفيات غير الحكومية والتي يجري التعامل معها بهدف شراء الخدمة الطبية عند عدم توفرها في المرافق الطبية الحكومية (شهادة إعتماد الجودة الطبية).
5) إنشاء نظام محوسب مركزي يجري إدارته من قبل "غرفة عمليات مركزية تتبع الإدارة العامة للمستشفيات الحكومية" بحيث يتوفر لديها معلومات دقيقة حول عدد الأسِرّة المُتوفرة في المستشفيات الحكومية.
6) تعديل النصوص القانونية الواردة في النظام الخاص بالتحويلات الطبية، بحيث يجري ضبط أو تنظيم الحالات الإستثنائية التي تسمح لوزير الصحة بإختراق الإجراءات الإعتيادية عند التعامل معها (بالتحديد نص المادة الأولى من قرار مجلس الوزراء رقم 108 للعام 2004 بشان اللجنة الطبية العليا للتحويلات).
7) زيادة وتيرة الرقابة والتدقيق من قبل وحدة الرقابة الداخلية على وثائق التحويل الطبي الصادرة عن المستشفيات الحكومية.

DRAFT

8) تكثيف التدقيق والمتابعة من قبل وحدة الرقابة الداخلية لدى وزارة الصحة على المستشفيات ومراكز الرعاية الأولية في الوزارة، وزيادة وتيرة التمحيص في الحالات الإستثنائية التي يجري التعامل معها على غير الإجراءات المألوفة.
9) إتباع سياسة الإفصاح عن المعلومات ونشرها - كلما أمكن ذلك – خاصة فيما يتعلق بعمليات شراء الخدمة الطبية والحالات الإستثنائية ومبرراتها عندما يجري إتباع مسلك غير مألوف لذلك. ويُمكن نشر كافة التقارير والتعليمات المُتعلقة بعمل وحدة شراء الخدمة في الموقع الإلكتروني للوزارة على نحو يسهُل معه للجمهور الإطلاع عليها.
10) إنشاء قاعدة بيانات إلكترونية يُمكن لإدارة التأمين الصحي اللجوء لها للتأكد من سلامة الوثائق التي يتقدم بها طالب التأمين الصحي ومدى إستحقاقه لها. وزيادة مستوى ويُمكن القول بان مستوى التنسيق بين كل من إدارة التأمين الصحي وبعض المؤسسات ذات العلاقة.
11) تطوير نظام الأرشفة الإلكترونية لدى إدارة التأمين الصحي على نحو يسمح بتتبع أي تعديل أو تغيير في البيانات يقوم بها الموظف سواء في قسم الحاسوب المركزي أو الأقسام الفرعية لإدارة التأمين الصحي والمُنتشرة في مختلف محافظات الوطن.
12) إعتماد نظام المصادقة على مرحلتين أو ما يعرف بـ "مستويات مختلفة للمصادقة" عند الحاجة الى إدخال او تعديل أو تغيير البيانات الخاصة بالتأمينات الصحية لدى الحاسوب المركزي للإدارة.
13) تعديل النصوص القانونية الواردة في النظام الخاص بالتأمينات الصحية بحيث تضمن الأخذ بنظام حساب متطور لنسبة العجز الصحي عوضا عن الأسلوب القديم المُتبع حاليا بهذا الشأن.
14) حث لجان التقييم و لجان المشتريات الموكل لها دراسة عمليات الشراء بإعادة التمحيص وتقييم الشروط والمواصفات التي تضعها المرافق الطبية الطالبة للخدمة أو السلعة الطبية خاصة في الحالات التي تنطبق بها الشروط الخاصة بعملية الشراء على شركة او مُورد واحد فقط.
15) إصدار دليل إجراءات مُحدث لدى وحدة التوريدات يُوضح الإجراءات الواجب إتباعها في عمليات الشراء المختلفة إستنادا لقانون الشراء العام ساري المفعول والذي حلَ محل قانون اللوازم العام المُلغى.
16) تعديل نصوص قانون الشراء العام والنظام الخاص بالشراء العام على نحو يُلزم فيه السلطات العامة القائمة على العطاء بالإفصاح عن التكلفة التقديرية للسلع او الخدمات المُستهدفة في العطاءات في مواجهة المناقصين المنافسين كافة.

DRAFT

17) تعديل نصوص قانون الشراء العام على نحو يُلزم فيه المناقصين المنافسين أو أي من الموظفين العاملين في أي من لجان المشتريات الخاصة أو لجان تقييم العطاءات بالإفصاح عن أي علاقات عائلية أو صداقة أو مصلحة مالية ترتبط بالمناقصة التي يجري دراستها (حالة تضارب مصالح).
18) إنتهاج سياسة التدوير الوظيفي لكافة الموظفين العاملين في مناصب عليا أو الموكل لهم مهام جسيمة تُؤثر بشكل ظاهر على المال العام للدولة.
19) تدريب كافة الموظفين العاملين في وزارة الصحة، بما في ذلك كبار موظفي الوزارة والأطباء العاملين بمختلف التخصصات على تدعيم قيم النزاهة والشفافية ومكافحة الفساد في الوظيفة العمومية بما يُسهم في تعزيز التصرفات والأفعال القويمة.

DRAFT

قائمة المصادر والمراجع

التشريعات القانونية

القانون الأساسي الفلسطيني المُعدل للعام 2003

قانون الخدمة المدنية رقم (4) لسنة 1998 وتعديلاته

قانون مكافحة الفساد رقم (1) لسنة 2005 وتعديلاته

قرار رئاسي بشأن منح تأمين مجاني لسكان البلدة القديمة في مدينة الخليل، صدر في الثاني عشر من أب للعام 1996.

المرسوم الرئاسي رقم (16) لسنة 2014، بشأن إنشاء هيئة شؤون الأسرى والمحررين.

المرسوم رقم (46) لسنة 2014 بشأن إنشاء هيئة مقاومة الجدار والاستيطان

قرار رئاسي رقم (58) لسنة 2015 بنظام عمل هيئة شؤون الأسرى والمحررين

قرار مجلس الوزراء رقم (113) لسنة 2004 بنظام التأمين الصحي الحكومي.

قرار مجلس الوزراء رقم (108) للعام 2004 بشان اللجنة الطبية العليا للتحويلات.

قرار مجلس الوزراء رقم (5) للعام 2004 بنظام الشراء العام.

قرار مجلس الوزراء رقم (11) لسنة 2006 بشان نظام التأمين الصحي والعلاج خارج الوزارة.

قرار مجلس الوزراء بشأن "تعزيز صمود المواطنين الفلسطينين في محافظة الخليل" الصادر في جلسته رقم (75) المُنعقدة في مدينة رام الله بتاريخ 2015/11/3.

القرارات الصادرة عن مجلس الوزراء بشان دعم القدس والتي صدرت في جلسة مجلس الوزراء في مقر محافظة القدس ببلدة الرام في ضواحي القدس، وذلك بتاريخ 2017/7/25.

قرارات أصدرها وزير الصحة الفلسطيني في شهر آب من العام 2017 بشأن تشكيل لجان مشتريات خاصة للأدوية واللوازم الطبية العامة الخدمات غير الإستشارية، ووكذلك بشان الأشغال العامة والخدمات الإستشارية.

النظام الداخلي لمؤسسة رعاية أسر الشهداء والجرحى للعام 1965.

DRAFT

الكتب والمقالات

حمدي خواجا وكامل المنسي، 2011. الحق في الصحة. سلسلة دراسات الحقوق الإقتصادية والإجتماعية والثقافية في فلسطين. مركز الديمقراطية وحقوق العاملين. فلسطين، رام الله.

خديجة نصر، 2007. نظام التأمين الصحي في مناطق السلطة الوطنية الفلسطينيةة. الهيئة المستقلة لحقوق الإنسان. سلسلة تقارير قانونية رقم (68). رام الله.

عقل أبو قرع، 2017. تطور القطاع الصحي الفلسطيني بين الإيجابيات والتحديات. وكالة وطن للانباء. [Accessed 10/5/2018] .http://www.wattan.tv/news/215099.html

كمال الجوهري، 2010. الإستشارات القانونية والشكاوى والتظلمات وصيغ العقود ومذكرات التفاهم. سلسلة المستشار القانوني، المركز القومي للإصدارات القانونية، الكويت.

وفا الإخبارية، 2015. تقرير احصائي: ارتفاع مجموع النفقات الجارية على الصحة خلال 2014-2015 .http://www.wafa.ps/ar_page.aspx?id=TSez7Qa734148952845aTSez7Q [Accessed 12/5/2018]

هديل قزاز، 2017. دراسة حول "جسر الفجوات : العلاقة بين الفساد وحقوق الإنسان في الواقع الفلسطيني" الإتلاف من أجل النزاهة والمسائلة "أمان". رام الله.

نضال بدر، 2016. رسالة ماجستير بعنوان: التدوير الوظيفي ودوره في الكفاءة الإنتاجية في الوزارات الفلسطينية. أكاديمية الإدارة والسياسة للدراسات العليا. فلسطين، غزة.

المراجع الأجنبية

Bhatia, N. 2015. Critically Impaired Infants and End of Life Decision Making: Resource Allocation and Difficult Decisions. London and New York. Routledge.

CLARKE, R. V. G. 1997. Situational Crime Prevention: Successful Case Studies, Guilderland, New York: Harrow and Heston.

Dye, M.K. 2007. Corruption and Fraud Detection by Supreme Audit Institutions [pdf]. Available at: http://www.u4.no/recommended-reading/corruption-and-fraud-detection-by-supreme-audit-institutions/. [Accessed 09/7/2018].

EDE, A., HOMEL, R. & PRENZLER, T. 2002. Situational Corruption Prevention. In: PRENZLER, T. & RANSLEY, J. (eds.) Police Reform: Building Integrity. Annandale, NSW: Hawkins Press.

DRAFT

INPEX,6 Risk Assessment Methodology. http://www.inpex.com.au. [Accessed 18/5/2018].

The Institute of Risk Management, 2001. A Risk Management Standard [pdf] Available at: https://www.theirm.org/media/886059/ARMS_2002_IRM.pdf

UNDP, 2018. Conceptual Framework: Corruption Risk Assessment at sectoral Level". UNDP Regional Project on Anti-Corruption and Integrity in Arab Countries.

World Customs Orgasnisation, 2015. Quide to Corruption Risk Mapping. The United States.

التقارير الإستقصائة والإرشادية والخطط الإستراتيجية

الإستراتيجية الوطنية لمكافحة الفساد 2015-2018. هيئة مكافحة الفساد الفلسطينية. http://www.pacc.pna.ps/ar/files/plans/Nationalstratigy2015-2018w.pdf

إستراتيجية إدارة المخاطر للعام 2015-2017 المركز الجغرافي الملكي الأردني.

أمان، 2010. مؤسسة رعاية أسر الشهداء والجرحى: واقع وتحديات. سلسلة تقارير (31)، الإئتلاف من أجل النزاهة والمساواة (أمان). فلسطين، رام الله.

امان، 2011. مدونة السلوك والمعايير الأخلاقية للعاملين في القطاع الصحي. الإئتلاف من أجل النزاهة والمساواة (أمان). فلسطين، رام الله.

برنامج تعزيز سيادة القانون في الأرض الفلسطينية المحتلة: العدالة والأمن للشعب الفلسطيني "سواسية". الخطة الإستراتيجية للبرنامج، 2014-2017.

البنك الدولي، 2014. الملخص التنفيذي لتقرير "مراجعة الإنفاق العام".

التقرير السنوي للعام 2016، لجنة إعمار الخليل HRC، http://www.hebronrc.ps/index.php/ar/

التقرير الصحي السنوي للعام 2016. الإدارة العامة للسياسات الصحية والتخطيط، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، 2017. https://www.site.moh.ps.

التقرير السنوي للعام 2017. الهيئة المستقلة لحقوق الإنسان. فلسطين، رام الله.

جمعية الصحة العالمية الثامنة والستون، 2014. الأحوال الصحية في الأراضي الفلسطينية المحتلة، بما فيها

DRAFT

القدس الشرقية والجولان السوري المحتل. منظمة الصحة العاملية بالشراكة مع وزارة الصحة الفلسطينية. تقرير رقم (A68/Inf./5). http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A68_INF5-ar.pdf.

الدليل العام للتحويلات، 2006. وزارة الصحة الفلسطينية. الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية (USAID).

ديوان الرقابة الإدارية والمالية، 2014. تقرير إخباري حول زيارة مفاجئة لرئيس ديوان الرقابة الإدارية والمالية تستهدف وحدة شراء الخدمة الطبية في وزارة الصحة. رام الله. الصفحة الإلكترونية الرسمية لديوان الرقابة الإدارية والمالية: http://www.saacb.ps/news_temp.aspx?id=3059

ديوان الرقابة المالية والإدارية، 2016. التقرير ربع السنوي الثاني حول إدارة وتنظيم التأمين الصحي في دولة فلسطين. رام الله.

الخطة الإستراتيجية الوطنية 2017-2022 لوزارة الصحة الفلسطينية. https://www.site.moh.ps/index/Books/BookType/1/Language/ar

لقاء صحفي مع وزير الصحة/ جواد عواد بتاريخ 2018/4/9، جريدة الحياة، فلسطين، رام الله. http://www.alhaya.ps/ar_page.php?id=3b32b48y62073672Y3b32b48 [Accessed 21/7/2018].

الهيئة الوطنية لمكافحة الفساد، 2018. ألية تقييم المخاطر في الهيئة الوطنية لمكافحة الفساد. الرياض. www.nazaha.gov.sa

وزارة الصحة الفلسطينية. الإستراتيجية الصحية الوطنية 2017-2022. الإدارة العامة للسياسات الصحية والتخطيط. https://www.site.moh.ps/ [Accessed 12/5/2018].

المواقع الإلكترونية

الصفحة الرسمية الإلكترونية لوزارة الصحة الفلسطينية: https://www.site.moh.ps/index/Books/BookType/1/Language/ar

الصفحة الرسمية الإلكترونية للهيئة المستقلة لحقوق الإنسان: http://ichr.ps/ar/1

الصفحة الرسمية الإلكترونية لديوان الرقابة الإدارية والمالية: http://www.saacb.ps/

الصفحة الرسمية الإلكترونة للجنة إعمار الخليل HRC: http://www.hebronrc.ps/index.php/ar/

الصفحة الرسمية لمركز المعلومات الوطني الفلسطيني "وفا"

http://info.wafa.ps/atemplate.aspx?id=3015

المقابلات و المناقشات الجماعية

دورة تدريبية حول "إدارة مخاطر الفساد في القطاع الصحي في فلسطين"، والتي عُقدت في الأردن خلال الفترة من 3-5/ أيار/2018، وذلك برعاية كل من هيئة مكافحة الفساد في فلسطين، وزارة الصحة الفلسطينية، وبرنامج الإمم المتحدة الإنمائي UNDP. http://undp-aciac.org/publications/health%20sector%20palestine.pdf [Accessed 9/5/2018].

مقابلتين مع الدكتوره أميرة الهندي- مدير عام وحدة شراء الخدمة الطبية لدى وزارة الصحة. عقد الإجتماع الأول في مقر وزارة الصحة في رام الله، في تمام الساعة 10:00 صباحا لمدة ساعتين وذلك بتاريخ 2018/5/21. في حين عقد الإجتماع الثاني في تمام الساعة 14:00 ظهرا لمدة ساعة بتاريخ 2018/7/27.

مقابلتين مع الدكتور باسم الريماوي- مدير عام إدارة التأمين الصحي لدى وزارة الصحة. عقدت المقابلات في مقر وزارة الصحة في رام الله، حيث جرت المقابلة الأولى في تمام الساعة 12:00 ظهرا لمدة ساعتين وذلك بتاريخ 2018/5/21، في حين جرت المقابلة الثانية في تمام الساعة 8:30 صباحا لمدة ساعة ونصف بتاريخ 2018/7/25.

مقابلتين مع السيد/ خالد مطور- مدير عام وحدة التوريدات لدى وزارة الصحة. عقد الإجتماع الأول في مقر وزارة الصحة في نابلس، في تمام الساعة 9:00 صباحا لمدة ساعة ونصف وذلك بتاريخ 2018/6/27. في حين عقد الإجتماع الثاني في تمام الساعة 10:30 صباحا بتاريخ 2018/7/26.

مقابلة مع الصيدلانية/ غادة البشتاوي- قائم بأعمال مدير دائرة العطاءات والعقود/ وحدة التوريدات/ وزارة الصحة. عقد الإجتماع في مقر وزارة الصحة في نابلس، في تمام الساعة 11:00 صباحا لمدة ساعة ونصف وذلك بتاريخ 2018/7/3.

مقابلة مع السيد/ عبد العال العناني- مدير الإدارة العامة للجمعيات والمشاريع المساندة لدى هيئة الأسرى والمحررين. عقدت المقابلة في تمام الساعة 16:30 ظهرلمدة ساعة واحدة، وذلك بتاريخ 2018/7/19.

مناقشة جماعية (Group Discussion) حضره كافة أعضاء الفريق المُكلف بإعداد الدراسة، إضافة الى بعض الخبراء الزوار الذين قدموا ملاحظات جوهرية وأفكار خلاّقة بشان آاليات التعامل مع مخاطر الفساد في القطاع الصحي. وهم: الأستاذ جهاد مشعل/ مؤسسة إنتراهيلت، الدكتور عبد الناصر ضراغمة- وحدة شراء الخدمة الطبية، والأستاذ فراس مجاهد- الإدارة المالية لدى وزارة الصحة.

DRAFT