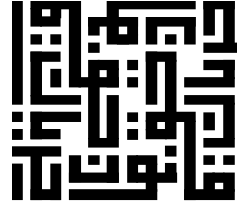


الهيئة الفلسطينية المستقلة

لحقوق المواطن

The Palestinian Independent
Commission for Citizens' Rights



نظم التأمين الصحي في مناطق السلطة الوطنية الفلسطينية

سلسلة تقارير قانونية رقم (68)

نظم التأمين الصحي في مناطق السلطة الوطنية الفلسطينية

الباحثة القانونية
المحامية
خديجة حسين نصر

سلسلة تقارير قانونية رقم (68)

ورقة الممولين

جميع الحقوق محفوظة للهيئة الفلسطينية المستقلة لحقوق المواطن، ولا تمناع
الهيئة من اقتباس أي فقرات من هذا التقرير شرط الإشارة إلى المصدر.

رام الله - أيار 2007

عناوين مكاتب الهيئة

<p>غزة الرمال - مقابل المجلس التشريعي - خلف بنك فلسطين الدولي هاتف: 2836632 - 8 - 972 2824438 فاكس: 2845019 - 8 - 972</p>	<p>رام الله خلف المجلس التشريعي، مقابل مركز الثلاثيميا "أبوقراط" هاتف: 2986958 - 2987536 - 2 - 972 2960241 فاكس: 2987211 - 2 - 972 ص.ب. 2264</p>
<p>بيت لحم شارع المهدي - عمارة نزال ط 3 تلفاكس: 2750549 - 2 - 972</p>	<p>نابلس عمارة جاليريا سنتر ط 5 - بالقرب من مجمع الكراجات الغربي تلفاكس: 2335668 - 9 - 972</p>
	<p>الخليل رأس الجورة - بجانب دائرة السير - عمارة حريزات ط - 2 تلفاكس: 2295443 - 2 - 972</p>

E - mail: piccr@piccr.org; piccr@palnet.com

piccr-g@palnet.com

Internet: <http://www.piccr.org>

المحتويات

رقم الصفحة	
7	مقدمة
11	المبحث الأول: ماهية التأمين الصحي
11	أولاً: مفهوم التأمين الصحي
13	ثانياً: أهداف التأمين الصحي
15	ثالثاً: المرجعيات العالمية للتأمين الصحي
17	المبحث الثاني: أنواع التأمين الصحي
18	أولاً: أنواع التأمين الصحي في التجارب العالمية
23	ثانياً: أنواع التأمين الصحي في التجربة العربية
27	ثالثاً: أنواع التأمين الصحي في فلسطين
33	المبحث الثالث: أساليب تقديم خدمة الرعاية الصحية في نظم التأمين الصحي
34	أولاً: أساليب تقديم خدمة الرعاية الصحية في التجربة العالمية
37	ثانياً: أساليب تقديم خدمة الرعاية الصحية في التجربة العربية
42	ثالثاً: أساليب تقديم خدمة الرعاية الصحية في فلسطين

44	المبحث الرابع: الفئات المشمولة بالتأمين الصحي
44	أولاً: الفئات المشمولة بالتأمين الصحي في التجربة العالمية
46	ثانياً: الفئات المشمولة بالتأمين الصحي في التجربة العربية
50	ثالثاً: الفئات المشمولة بالتأمين الصحي في فلسطين
52	المبحث الخامس: تمويل خدمة الرعاية الصحية بموجب نظم التأمين الصحي
52	أولاً: تمويل خدمة الرعاية الصحية في التجربة العالمية
55	ثانياً: تمويل خدمة الرعاية الصحية في التجربة العربية
58	ثالثاً: تمويل خدمة الرعاية الصحية في فلسطين
60	المبحث السادس: الخدمات المشمولة بالتأمين الصحي والخدمات المستثناة
60	أولاً: الخدمات المقدمة والخدمات المستثناة في التجربة العالمية
63	ثانياً: الخدمات المقدمة والخدمات المستثناة في التجربة العربية
66	ثالثاً: الخدمات المقدمة والخدمات المستثناة في فلسطين
69	خاتمة / استنتاجات وتوصيات

مقدمة

الصحة حق أساسي من حقوق الإنسان، لا غنى عنه، من أجل التمتع بحقوق الإنسان الأخرى. ويحق لكل إنسان أن يتمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه، ويفضي إلى العيش بكرامة. تقوم الدولة بإعمال الحق في الصحة من خلال طرق عدة مثل وضع سياسات صحية، بناء مؤسسات صحية، تقديم خدمات صحية بمستوى لائق، مع ما يتطلبه ذلك من تأهيل العاملين في القطاع الصحي، وضع الأنظمة اللازمة للاستفادة من الخدمات الصحية كنظام التأمين الصحي، وأنظمة التحويل خارج المؤسسات الصحية الرسمية.

يعتبر التأمين الصحي أهم فروع التأمين الاجتماعي، حيث يعنى بخطر المرض وهو خطر واسع الانتشار ويصيب الإنسان بصورة عامة بغض النظر عن كونه من العاملين أو من غير العاملين، وعلى الرغم من أن الدولة مسؤولة عن تقديم العلاج بصورة مجانية، استنادا إلى حقوق المواطنة، إلا أن ارتفاع تكلفة العلاج يجعل الدولة غير قادرة على توفيره بصورة شاملة عبر مستشفياتها ومراكزها العلاجية.

والتأمين الصحي كمنظومة شأنه شأن التأمين الاجتماعي يقوم على نظرية الأعداد الكبيرة في الاشتراك وفلسفة التكافل الاجتماعي في تحمل نفقاته، واعتماده على التمويل الذاتي من اشتراكات المشتركين، مقابل تقديم الخدمات الصحية لهم ولعائلاتهم.

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

إن التأمين الصحي جزء لا يتجزأ من منظومة التشريعات الصحية في فلسطين، يستقي أهميته باعتباره أحد أهم آليات إيصال خدمة الرعاية الصحية، ووسيلة رئيسة في تغطية تكاليف الرعاية الصحية، وبالتالي فإن إصلاح التشريعات الصحية يرتبط بجودة وفعالية نظم التأمين الصحي الموجودة.

ويتركز هدف الهيئة من الاطلاع على الإطار التشريعي المنظم لقطاع التأمين الصحي النافذ في فلسطين، ومقارنته مع التوجهات العالمية الحديثة وبعض التجارب العالمية والإقليمية، في محاولة وضع اللبنة الأساسية للنظام القانوني الفلسطيني المنظم للأحكام المتعلقة بالتأمين الصحي الحكومي بما ينسجم مع المعايير الدولية ذات العلاقة.

وفي سبيل إعداد هذا التقرير، تم دراسة وتحليل التشريعات الفلسطينية المتعلقة بموضوع التأمين الصحي، ودراسة وتحليل تشريعات وتجارب دولية ناجحة في مجال التأمين الصحي، وقد تم اختيار تجربة استراليا وتجربة اليابان للاستفادة منهما، وذلك بسبب نجاح

هاتين الدولتين في توفير رعاية صحية لكافة المواطنين، مع اختلاف رؤية كل منهما لدورهما في مجال تمويل الرعاية الصحية المقدمة من خلال نظم التأمين الصحي. وقد تم كذلك دراسة وتحليل تشريعات وتجارب دول عربية مجاورة كالأردن وسوريا، وذلك بسبب تقارب الوضع الاقتصادي لهاتين الدولتين من الوضع الفلسطيني، وتبني هاتان الدولتان نظم اقتصادية مختلفة عن بعضها البعض. فالأردن يتبع المذهب الرأسمالي وينطلق باتجاه خصخصة مؤسسات الخدمات الحكومية، وسوريا تتبع المذهب الاشتراكي، الذي يعطي الدولة الحق في السيطرة على الموارد والتحكم بالخدمات.

سيتم في هذا التقرير، دراسة التأمين الصحي من خلال عدة مباحث تتناول الموضوعات التالية: ماهية التأمين الصحي، أنواع التأمين، أساليب تقديم خدمة الرعاية الصحية، الفئات الاجتماعية المشمولة بالتأمين الصحي، تمويل خدمة الرعاية الصحية بموجب نظم التأمين الصحي، وكذلك خدمات الرعاية الصحية المقدمة والخدمات المستثناة في نظم التأمين الصحي المختلفة.

وفي الختام، يسجل التقرير مجموعة من الاستنتاجات يتم الخروج منها بمجموعة من التوصيات.

المبحث الأول: ماهية التأمين الصحي

أدى تسارع وتيرة التقدم التقني في مجال الرعاية الصحية، الى ارتفاع متزايد في تكاليف الرعاية الصحية، الأمر الذي ترتب عليه عدم قدرة الشرائح الاجتماعية الفقيرة والمتوسطة الحصول على هذه الخدمة، مما دفع كثيراً من الدول الى القيام بالتدخل في مجال الرعاية الصحية، من خلال برامج محددة عُرفت بإسم التأمين الصحي.

أولاً: مفهوم التأمين الصحي

التأمين في اللغة العربية مشتق من الأمن، وهو طمأنينة النفس وزوال الخوف، وأمن أماناً وثق به وأركن إليه، وله معان منها: إعطاء الأمان، مثل تأمين الحربي إذا نزل في بلاد المسلمين، ومنها التأمين على الدعاء وهو قول أمين أي استجب¹.

وأقرب معاني التأمين في المصطلح المالي المعاصر هو "إعطاء الأمان"، ذلك أن التأمين هو نشاط تجاري، غرضه أن يتم تأمين الأفراد والشركات من بعض ما يخافون من المكاره مقابل عوض مالي فهو معنى جديد وان كان اشتقاقاً صحيحاً من كلمة "أمن".

عقد التأمين في القانون: أي اتفاق أو تعهد يلتزم بمقتضاه المؤمن أن يؤدي إلى المؤمن له أو إلى المستفيد الذي اشترط التأمين لصالحه مبلغاً من المال، أو إيراداً أو مرتباً أو أي عوض مالي آخر في حالة

¹ - بطرس البستاني، محيط الخيط - قاموس مطول للغة العربية، ص 17.

وقوع الحادث، أو تحقق الخطر المبين بالعقد، وذلك نظير قسط أو أية دفعة مالية أخرى يؤديها المؤمن له للمؤمن².

وبالتالي، فإن التأمين الصحي هو وسيلة لدفع بعض أو كل تكلفة الرعاية الصحية، فهو يحمي المؤمن عليهم من دفع التكلفة العالية للعلاج في أحوال المرض³.

وقد بدأ التأمين الصحي في ألمانيا عام 1883، ثم في بريطانيا عام 1911 ثم فرنسا، ثم انتشر في أوروبا⁴.

ويعتبر التأمين الصحي فرعاً من فروع التأمين الاجتماعي، يقدم الخدمة الطبية مقابل الاشتراكات الدورية للمؤمن عليهم، ويوفر الرعاية الطبية عند الحاجة إليها بصورة فورية، ويمول من الأطراف المعنية ولا يهدف للربح. فجميع المؤمن عليهم يتوقعون خسارات مالية متساوية أو متشابهة تقريباً، الأمر الذي يدخل هذه الظاهرة فيما يعرف بتوقع الخسارة أو التوقع الرياضي، وهو تلك القيمة التي إذا دفعت بواسطة جميع الأفراد المعرضين لخطر معين، وجمعت بمعرفة جماعتهم أو جماعة متخصصة أخرى منهم، فإنها تكفي لدفع

² - المادة رقم 1 من قانون التأمين الفلسطيني رقم 20 لسنة 2005.

³ - محمد حسن خليل، رؤى مختلفة لفلسفة التأمين الصحي في زمن العولمة، ورقة عمل ضمن تقرير عن المؤتمر العام الرابع: باتجاه التأمين الصحي الاجتماعي الشامل المنعقد في الفترة 23-24 كانون ثاني 2003، دار الضيافة جامعة عين شمس - القاهرة، 2003.

⁴ - عبد الوهاب الخميس، التأمين الصحي بين منطلقاتهم ومنطقاتنا، على الصفحة الإلكترونية:

مجموع قيم الخسارات المالية المتوقعة التي قد تصيب بعضهم نتيجة تحقق الخطر المفترض .

ويتألف نظام التأمين الصحي من عدة مسائل أهمها:

- مدى مشاركة المنتفع بالمخاطر.
- كيفية تحديد أساس الاشتراك، هل هو على أساس دخل المنتفع أم على أساس مستوى المخاطر المعرض لها.
- مدى إلزامية أو عدم إلزامية الاشتراك في التأمين الصحي.
- أساليب تمويل التأمين الصحي.
- أساليب تنظيم التأمين الصحي، ما إذا كان منظماً بإطار تشريعي، أو اتفاقات جماعية بين الأفراد.

ثانياً: أهداف التأمين الصحي

يمكن للتأمين الصحي أن يهدف إلى تحقيق غايات عدة منها:

- إزالة العائق المالي بين المريض وحصوله على الخدمة الطبية، وتوفير خدمة طبية متكاملة للمواطن بكلفة مقبولة، بالإضافة إلى رفع مستوى الاطمئنان الاجتماعي لدى الفرد، وتحسين مستوى الخدمات الطبية المقدمة له، وكذلك الحث على مزيد من التنويع والمنافسة في تقديم الخدمات الطبية.⁵ إذ يحقق التأمين الصحي الفائدة للأطراف ذات العلاقة، فبالنسبة للمؤمن عليه سواء كان موظفاً أو عاملاً أو طالباً، ومع زيادة كلفة الخدمات الصحية، أصبح المرض الذي يهدده

⁵ - عوني محمود عبيدات، شرح قانون الضمان الاجتماعي، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، 1998، ص 7-8.

لا يشكل هماً لما يحمله من معاناة جسدية بقدر ما يرافقه من أعباء مالية، وبدون التأمين الصحي فإن الخيارات المتاحة لمن ابتلي بمرض إما الصبر على المرض وعدم المعالجة أو اللجوء لبيع الممتلكات أو الاستئانة، وأحياناً اللجوء إلى ممارسات غير أخلاقية كالسرقة⁶.

- ويكفل التأمين الصحي الاطمئنان الاجتماعي لدى العمال والموظفين، لا سيما إذا كان التأمين الصحي شاملاً للموظف ولمن يعول، كما يعزز التأمين الصحي ويوثق العلاقة بين الموظف أو العامل وزملائه، عندما يشعر كل فرد منهم أن زملاءه ساهموا في تحمل أعباء العلاج معه، بما يدفعونه من أقساط.

- المساهمة في توفير موارد مالية لتمويل نفقات القطاع الصحي الباهظة التكاليف، وبالتالي تخفيف الأعباء عن الميزانيات العامة للحكومات والمؤسسات أو الشركات أو الأفراد المسؤولين عن علاج العاملين لديهم، حيث تبين من تجارب الدول المتقدمة الغنية انه لا يمكن لأي دولة مهما بلغت قوتها الاقتصادية أن تتحمل نفقات القطاع الصحي الباهظة بالكامل وبدون مشاركة من الأفراد المستفيدين من هذه الخدمات.

- توفير فرص عمل جديدة في شركات ومؤسسات التأمين التجارية، حيث تسمح الدول بتأسيس شركات تتعاطى أعمال التأمين، وتحتاج هذه الشركات إلى كادر وظيفي، الأمر الذي يسهم بتوفير مدخولات إضافية للدخل القومي، وإنعاش الحركة الاقتصادية.

⁶ - عوني محمود عبيدات، المرجع السابق، ص 7-8.

ثالثاً: المرجعيات العالمية للتأمين الصحي

تضمنت المادة 25 من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان الصادر في العام 1949 الإشارة إلى أنه على الدولة اتخاذ تدابير لضمان تمتع جميع المواطنين بمستوى معيشي مناسب، فيما يخص المأكل والملبس والسكن والعناية الطبية والخدمات الاجتماعية الضرورية؛ كعناصر أساسية لمستوى معيشي مناسب على صعيد الصحة والرفاهة. غير أن الوقوف على معايير محددة لتلك العناصر أمر بالغ الصعوبة نظراً لأن أوضاع الدول وتاريخها الاقتصادي والاجتماعي مختلف وهو ما ينعكس في تبنيتها لمعايير مختلفة لما يعد "مستوى معيشي لائق".

وأوردت المادة 12 من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية الصادر في العام 1966 الحق في الصحة باعتباره: "...يحق لكل إنسان التمتع بأعلى مستوى من الصحة الجسمية والعقلية يمكن بلوغه".

وقد حددت منظمة الصحة العالمية تسعة عناصر أساسية حول الحق في الرعاية الصحية، وهي: أن تكون مباحة، ومتاحة، ومقبولة، وعادلة، وبتكلفة مناسبة، وب نوعية جديدة، ومنسقة من حيث التخصص الطبي. كما ترى منظمة الصحة العالمية أن التأمين الصحي ليس إلا وسيلة لتغطية تكاليف الرعاية الصحية. وتحرص الحكومات التي ترغب في ضمان استفادة سكانها من الخدمات الصحية على توفير الحماية الصحية والاجتماعية لهم، عن طريق نظام ميسور التكلفة أو برنامج تموله الحكومة، ويمكن أو لئك السكان من الحصول على الخدمات الصحية الأساسية، دون التعرض لمخاطر الفقر أو ضائقة مالية حادة.

وتضمنت الاتفاقيات الدولية الصادرة عن منظمة العمل الدولية رقم 102 لعام 1992 قائمة بالأهداف المطلوب تحقيقها على صعيد الحماية الاجتماعية وتشمل فروع الضمان الاجتماعي بأنواعها وتأمين إصابات عمل، تأمين الشيخوخة، العجز، الوفاة الطبيعية، التأمين الصحي، تأمين البطالة.

ودعا مؤتمر العمل الدولي الدول الأعضاء إلى وجوب توفير خدمات الرعاية الصحية، واتخاذ التدابير المناسبة لضمان تمتع العاملين في الصناعة، والمزارعين، والبحارة بخدمات التأمين الصحي، وذلك من خلال: 1- الاتفاقية رقم 24 لعام 1927 المتعلقة باتفاقية التأمين الصحي للعمال في الصناعة والتجارة وخدم المنازل، 2- الاتفاقية رقم 25 لعام 1927، والمتعلقة بالتأمين الصحي للعمال الذين يعملون في الزراعة، 3- والاتفاقية رقم 56 لعام 1936، والمتعلقة بوجوب تمتع البحارة بالتأمين الصحي.

ورببت اتفاقية حقوق الطفل للعام 1990، التزامات على عاتق الدول الموقعة، بخصوص توفير رعاية صحية شاملة للأطفال ذكورا وإناثا حتى انتهاء سن الطفولة البالغ 18 سنة، واتخاذ التدابير الملائمة لإعمال هذا الحق.

واعتبرت الاتفاقية العربية رقم 3 للعام 1971 والصادرة عن منظمة العمل العربية الخاصة بالمستوى الأدنى للتأمينات الاجتماعية التأمين الصحي احد فروع الضمان الاجتماعي، واعتبرت أن التأمين الصحي في معظم بلدان العالم هو احد صناديق الضمان الاجتماعي وهذا يتناسب مع المعايير الدولية واتفاقيات جنيف ومؤتمرات العمل العربية والدولية.

المبحث الثاني: أنواع التأمين الصحي

تختلف أنواع التأمين الصحي تبعاً لطبيعة النظام السياسي والاقتصادي والاجتماعي للدولة، ومواردها وقدراتها الاقتصادية، ومدى تخصيصها من موازنات لصالح التأمين الصحي. ويمكن تحديد الأنواع المختلفة للتأمين الصحي المتعارف عليها عالمياً، بنظامين رئيسيين:

1- **نظام التأمين الصحي الحكومي:** وهو التأمين الذي تنشأه وتديره الدولة، ويطلق عليه أيضاً نظام التأمين الصحي الإلزامي، ويتم تمويل هذا النوع من التأمين عن طريق الرسوم أو الضرائب أو الاثنين معاً، وبموجبه يحق لكل دافع ضريبة أن يتلقى خدمة الرعاية الصحية التي تقدمها الدولة، مقابل الاقتطاع الإلزامي لصالح الضرائب المخصصة لتمويل التأمين الصحي، ويطبق هذا النظام في الدول الأوروبية مثل ألمانيا، وكذلك في استراليا واليابان.

2- **نظام التأمين الصحي الخاص:** يمكن تقسيم هذا النظام إلى نظامين فرعيين هما التأمين التجاري، والتأمين غير التجاري، وذلك حسب الجهة التي تقوم بتنفيذ وتمويل البرنامج، وما إذا كانت شركات أو مؤسسات تجارية أو تعاونية أو غير ربحية أو هيئات تطوعية، وينتشر التأمين الخاص التجاري في العديد من الدول، ويكون في معظم الأحيان بالتوازي مع وجود نظام تأمين حكومي.⁷

⁷ - محمد حسن قاسم، قانون التأمين الاجتماعي، دار الجامعة الجديدة للنشر، الإسكندرية، 2003، ص 16.

أولاً: أنواع التأمين الصحي في التجارب العالمية⁸

1- التجربة الأسترالية

تعتبر أستراليا من الدول التي تشمل التغطية الصحية فيها كافة المواطنين والمواطنات أي بنسبة 100%⁹.
تضطلع حكومة الكومنولث والحكومة الفيدرالية والمقاطعات بوضع السياسات الصحية اللازمة لإدارة خدمات الرعاية الصحية، بما فيها خدمات التأمين الصحي، وذلك من خلال الإدارة الصحية، وهي إدارة حكومية مستقلة.

وتنطلق الحكومة الأسترالية في تنفيذ سياساتها الصحية عبر برامج التأمين، من خلال رؤيتها المستندة على منح مواطنيها ومواطناتها حق التمتع في الاختيار بين أكثر من نظام تأمين صحي للحصول

⁸ - للمزيد من المعرفة حول مواضيع التأمين الصحي في أستراليا وفي اليابان، يمكن الاطلاع على الصفحات الإلكترونية التالية:-

http://www.healthinsite.gov.au/content/topic_map/topic_map.cfm.
<http://www.phiac.gov.au/insurenotsure/surchargesincentives/lifetime.htm>
Australia: Health and welfare—Encyclopaedia Britannica.
www.Britannica.com/eb/articl-45034
http://www.austlii.edu.au/au/legis/cth/consol_act/hia1973164/
http://www.drs.org.au/new_doctor/75/fact_sheet_4.html
<http://www.who.int/features/qa/35/ar/>
[http://www.health.gov.au/internet/wcms/publishing.nsf/content/health-pathology-leg-index.htm/\\$file/leg_acc_appprinc_2005.pdf](http://www.health.gov.au/internet/wcms/publishing.nsf/content/health-pathology-leg-index.htm/$file/leg_acc_appprinc_2005.pdf)
<http://www.phiac.gov.au/insurenotsure/surchargesincentives/lifetime.htm>
http://www.jiwe.or.jp/english/law/law4_2_5.html

⁹ :- Australian Bureau of Statistics-ABS (1998). Health Insurance Survey :-⁹

على الرعاية الصحية التي يرتأونها، ولذلك أتاحت الفرصة لإيجاد أكثر من نظام تأمين صحي.¹⁰

(أ) **التأمين الصحي الحكومي (Medicare)**: تتولى الدولة مهام تنظيم التأمين الصحي، والإشراف والرقابة عليه، ويعكس هذا النوع من التأمين فلسفة الحكومة الاسترالية لدورها في مجال تقديم الخدمات الصحية، حيث تنطلق هذه الفلسفة باعتبار أن الدولة مسؤولة عن تقديم كافة خدمات الرعاية الصحية، لجميع مواطنيها دون استثناء، باعتبار أن التأمين الصحي وسيلة لتلبية مثل هذه الخدمات.

وظهر التأمين الصحي الحكومي (Medicare) في استراليا عام 1973، بعد المصادقة على قانون التأمين الصحي. وشهد النظام الصحي الحكومي العديد من التعديلات حسب المقتضيات والاحتياجات المجتمعية، ويشمل هذا القانون جميع الخدمات الصحية التي تقدم في المراكز والمستشفيات الحكومية¹¹.

وتتصف خدمات الرعاية الحكومية "Medicare"، وتسمى أيضا بالخدمة الصحية الوطنية، بأنها خدمات مجانية، تقدم بموجبها خدمة الرعاية الصحية في المستشفيات العامة، والمساعدة بتكاليف الرعاية خارج المستشفى والعلاج المجاني، ويشمل نظام Medicare جميع

¹⁰ - Francesca Colombo Nicole Tapay, **Private Health Insurance in Australia**. case Study. OECD Health Working Papers No. 8. Andre-Pascal. 75775Paris, CEDEX16. France. copyright OCED2003. pa:8

¹¹ - الصحة والخدمات الاجتماعية-فرصة عادلة للجميع. مقالة على الصفحة الإلكترونية:

www.dfat.gov.au/aib/Arabic/health.htm

المقيمين في استراليا، سواء كانوا يحملون الجنسية الاسترالية، أو أجانب، ما داموا مقيمين بشكل شرعي. ويتم تمويل التأمين الصحي الحكومي من خلال برامج الاقتطاع الضريبي بموجب قانون الضرائب الجديد لعام 1999.

ب) نظام التأمين الخاص أو الاختياري

يعتبر التأمين الخاص الخيار الثاني المتاح لمواطني ومواطنات استراليا، من خلال اللجوء إلى الحصول على خدمة رعاية صحية خاصة، ومتميزة، ويعتبر التأمين الصحي الخاص مكون أساسي في عملية الرعاية الصحية في استراليا¹².

والتأمين الصحي الخاص أو الاختياري هو ذلك النوع من التأمين الذي تقوم به شركات التأمين التجارية، ويدفع الأفراد المشتركين فيه مبالغ مالية إضافية، فضلا عن المبالغ المالية التي تقتطع منهم كضرائب لصالح التأمين الإلزامي، ويمنح هذا النظام حرية اختيار أوسع لنوع خدمة الرعاية الصحية التي يريدها الأفراد.

ويعد النظام الاقتصادي والسياسي من أكبر مشجعي التأمين الخاص كوسيلة للحصول على رعاية صحية انتقائية، حيث أن موضوع الدفع في التأمين ينعكس بدوره على مستوى ونوعية الخدمات المقدمة في المستشفيات الخاصة.

¹² - Francesca Colombo, Nicole Tapay المرجع السابق أعلاه . ص: 8-9.

ويمكن للمنتفعين من نظام التأمين الصحي الخاص الانتفاع أيضا بخدمات الرعاية الصحية المقدمة في مراكز الرعاية الصحية والمستشفيات الحكومية¹³.

2- تجربة اليابان

ظهر التأمين الصحي في اليابان في عام 1922، وكانت بداية ظهوره كتأمين صحي خاص بالعمال والمستخدمين، وتأخر تطوير هذا التأمين حتى عام 1927 بسبب زلزال "كانتو الكبير" عام 1923، وسارعت اليابان باتخاذ خطوات جدية في سبيل توفير تغطية صحية لمواطنيها ومواطناتها قبيل الحرب العالمية الثانية من أجل تقوية قوتها العاملة، فأُسست وزارة الصحة والرفاه اليابانية عام 1938، وابتدأ معها العمل بنظام التأمين الصحي.

مر قانون التأمين الصحي الياباني منذ بدء العمل به بتاريخ 1938 بتطورات عديدة ارتبطت مع إعادة قراءة تعديلات على القوانين الصحية سواء تلك المتعلقة بالحقوق الصحية، أو تلك المتعلقة بالخدمات الصحية¹⁴، والاستراتيجيات المتبناة في هذا السياق.

ورغم تزايد الطلب على خدمات الرعاية الصحية في اليابان، إلا أنه تم تطوير هذه الخدمة كما ونوعا، ما أدى إلى اتسامها بالاستمرارية والعدالة.

¹³ - Francesca Colombo, Nicole Tapay ، المرجع السابق أعلاه، ص12.

¹⁴ - قانون الرفاه وكبار السن 1973، قانون الخدمة الطبية 1983.

تتطلب اليابان في تقديمها لخدمات الرعاية الصحية على أساس حق كافة المواطنين والمواطنات والأجانب في الحصول على رعاية صحية جيدة، انطلاقاً من إعلانها لنفسها كدولة رفاة، وتعتمد اليابان في فلسفتها للتأمين الصحي على قاعدة الدفع مقابل الخدمة أو المشاركة في الأقساط المالية اللازمة، وتعتبر أن جوهر نجاح نظام التأمين لديها هو تأمين ورصد الأموال الكافية للاستمرار في تقديم خدمة الصحية لمواطنيها والأجانب المقيمين فيها¹⁵.

يتم تمويل خدمة الرعاية الصحية المقدمة عبر برامج التأمين الصحي من خلال مساهمات الأفراد، والدعم المقدم من الحكومة، وتختلف قيمة مساهمات المواطنين، والدعم المالي المقدم من الحكومة باختلاف نوع التأمين، وتقوم الدولة بتقديم ثلاثة أنواع للتأمين الصحي، يختلف كل نوع عن الآخر حسب الشريحة الاجتماعية التي يغطيها نوع التأمين، وكذلك تختلف الاقتطاعات المالية المخصصة لتمويل صناديق التأمين.

يقسم نظام التأمين الصحي المعمول به في اليابان إلى ثلاثة أنواع: التأمين الصحي الوطني، التأمين العمالي، التأمين الصحي لكبار السن:

Tetsuo Fukawa. **Public Health Insurance in Japan**. 2002. The - 15
International Bank for Reconstruction 1818 H Street, N. w. Washington, D.
C. 20433. U. S. A. pa: 13.

أ- **التأمين الصحي الوطني**: ينظم التأمين الصحي الوطني، جميع العاملين خارج القطاع الرسمي، مثل المزارعين، العمال في المشاريع الصغيرة، المتقاعدين، الأجانب، وطلاب الجامعات.

ب- **التأمين العمالي**: يشمل هذا التأمين العمال غير المشمولين بموجب التأمين الوطني.

ج- **التأمين الصحي لكبار السن**: بدأ العمل في هذا التأمين في عام 1983 لتخفيف الأعباء المالية على شريحة كبار السن، ويضم هذا التأمين كبار العمر ممن يبلغ عمرهم 70 سنة فأكثر، وكبار السن من المعوقين من سن 65-69 سنة¹⁶.

ثانياً: أنواع التأمين الصحي في التجربة العربية

1- تجربة الأردن

تعتمد الأردن كأغلب دول العالم في تقديمها للرعاية الصحية على نظامين متوازيين:

أ- **نظام التأمين الحكومي**: حاولت الحكومة الأردنية أن تمكن أكبر شريحة من المواطنين والمواطنات من الاستفادة من خدمات الرعاية الصحية الحكومية، من خلال إعتمادها على مبدأ التكافل الاجتماعي الذي تقوم عليه فكرة التأمين الحكومي، فقامت بإنشاء عدد من صناديق التأمين الصحي معتمدة بذلك على نظام الشرائح الاجتماعية "موظفين مدنيين، موظفين عسكريين".

¹⁶ Fukawa. Tetsuo المرجع السابق الذكر ص: 5.

تقوم الدولة باقتطاع مبالغ مالية كبديل اشتراك شهري في نظم التأمين الحكومية، وذلك على خلاف بعض نظم التأمين الصحي المقارنة، حيث لا يتم تقديم الخدمة الصحية مجاناً. ولا يمثل رسم الاشتراك ثمن معادل للخدمة الصحية التي يتلقاها المنتفع أو المنتفعة.

ويأخذ التأمين الصحي الحكومي عدة مستويات، حيث تكون الإقامة في المستشفيات منسجمة مع الدرجة الوظيفية التي يشغلها المريض، فمثلاً موظفي الدرجة الأولى التي تشمل (الوزراء، أعضاء مجلس الأمة، وموظفي الفئة العليا والدرجتين الخاصة والأولى من الفئات الأولى والثانية والثالثة والقضاة النظاميين والشرعيين والمنتفعين مع أي منهم) تكون إقامتهم في غرفة ذات سرير واحد، بينما تكون الإقامة في المستشفيات لموظفي الدرجة الثالثة وباقي الفئات الثانية والثالثة والرابعة ولغير المقتردين والمعاقين والمنتفعين مع أي منهم، والمتبرعين بالدم، والحاصلين على بطاقة متبرع بالأعضاء، في غرفة ذات ثلاثة أسرة أو أكثر.

ب- نظام التأمين الخاص: الذي يوازي نظام التأمين الصحي الحكومي، وهو مرتبط بالقطاع الخاص والقائم على أساس التجارة والمرابحة. والتأمين الصحي الخاص يقوم على ثلاثة أطراف: المنتفع، الشركة، والجهاز الطبي.

وتتصف الخدمات الصحية المقدمة بموجبه بتميزها عن الخدمات الصحية المقدمة من قبل التأمين الحكومي، ويتمتع المنتفع بخدمات التأمين الصحي الخاص بحرية اختيار أوسع لمراكز ومستشفيات

الرعاية الصحية من تلك الممنوحة بموجب نظام التأمين الحكومي. وينظم قانون التأمين الأحكام المتعلقة بعمل هذه الشركات.

لكن على الرغم من جودة الخدمات المقدمة بموجب نظام التأمين الخاص إلا أنها تتسم بارتفاع أسعارها، الأمر الذي يعيق انخراط فئات اجتماعية عديدة في هذه النظم، ويجعلها خارج التغطية الصحية¹⁷.

2- تجربة سوريا

بعد انتصار ثورة البعث، وتقلدها مناصب الحكم في سوريا، أعلنت تبنيها لمبادئ الحكم الاشتراكي، وبموجبه أصبحت سوريا كدولة، هي الرعاية والمقدمة والناظمة فقط لقطاع الخدمات، وبالتالي ألغت تدريجياً التشريعات المخالفة لهذه المبادئ، وما كان سائداً من أنظمة تأمينية. وينص الدستور السوري المعدل رقم 9 لعام 2000 على أن:

1- تكفل الدولة لكل مواطن وأسرته في حالات الطوارئ والمرض والعجز واليتم والشيخوخة.

2- تحمي الدولة صحة المواطنين وتوفر لهم وسائل الوقاية والمعالجة والتداوي. والمادة 47: "تكفل الدولة الخدمات الثقافية والاجتماعية والصحية وتعمل بوجه خاص على توفيرها للقرية وفقاً لمستواها".

¹⁷ - نائل العجلوني، التأمين الصحي في القطاع الخاص، عرض لأسلوب جديد. مقالة نشرت في صحيفة الدستور، بتاريخ 2007/3/5.

أ- **التأمين الصحي الحكومي:** في عام 1979 تم نشر قانون الضمان الصحي الحكومي، للعمل على تقديم خدمة الرعاية الصحية وتمويلها، من خلال مجلس إدارة الهيئة العامة للضمان الصحي، التي تتمتع بالشخصية الاعتبارية والاستقلال المالي والإداري، وتهدف هذه الهيئة إلى تحقيق الضمان الصحي لمواطني القطر السوري بشكل تدريجي، طبقاً لخطة يضعها المجلس الصحي خلال مدة أقصاها عشر سنوات من تاريخ نفاذ قانون الضمان الصحي الحكومي.

والجدير ذكره، أن المجلس التشريعي السوري وبالتعاون مع مجلس الوزراء يقوم حالياً بمناقشة لقانون ضمان صحي جديد، يعتمد على إدماج القطاع الخاص في الاستفادة من خدمات التأمين الصحي، وتوسيع الشريحة المجتمعية المستفيدة من قانون الضمان الصحي.

ب- **التأمين الصحي التعاوني:** نشأ التأمين الصحي التعاوني في العام 1969، واستمر العمل به مدة عشرة سنوات حتى عام 1979 حين صدر قانون الضمان الصحي الذي ألغى هذا النوع من التأمين، وتم تحويل كامل موجودات الصناديق التعاونية إلى خزينة الهيئة.

ج- **التأمين الصحي التجاري:** انطلقا من الدور السياسي والاقتصادي والاجتماعي الذي تؤديه سوريا كدولة اشتراكية- منشئة وناظمة لقطاع الخدمات-، فقد منعت الأفراد من تعاطي أعمال التأمين بما فيها التأمين الصحي، حيث احتكرت الدولة هذه المجالات.

في عام 2005 صدر المرسوم رقم 43 الذي أعاد تنظيم قطاع التأمين في سورية، إذ سمح للقطاع الخاص دخول هذا القطاع الذي بقي حكراً على الدولة لأكثر من أربعة عقود. وسمح المرسوم لشركات التأمين الخاصة بدخول السوق السورية، وفق ضوابط واشتراطات مماثلة لما هو موجود في دول المنطقة¹⁸.

ثالثاً: أنواع التأمين الصحي في فلسطين¹⁹

هناك نظامان متوازيان للتأمين الصحي في مناطق السلطة الوطنية الفلسطينية، التأمين الصحي الحكومي، والتأمين الصحي الخاص، ولكل من النظامين إطاره القانوني الناظم، وخصائصه المحددة.

أ- **التأمين الصحي الحكومي:** بدأ العمل بالتأمين الصحي الحكومي في الضفة الغربية وقطاع غزة منذ العام 1978، وكان يشمل موظفي الإدارة المدنية، والعاملين في إسرائيل، والحالات الصعبة المتبناة من دائرة الشؤون الاجتماعية، وبعض الأسر على أساس فردي. ومنذ قيام السلطة الوطنية، توسعت الفئة المشمولة بالتأمين الصحي

¹⁸ - حازم شعار، عبد اللطيف عبده. مشروع قانون يهتم كل مواطن. الضمان الصحي على طاولة البحث من جديد. صحيفة الثورة السورية بتاريخ 2007/22/4. منشور على الصفحة الإلكترونية:

<http://thawra.alwehda.gov.sy>

¹⁹ - قامت الهيئة المستقلة لحقوق المواطن بعقد لقاء متخصص لمناقشة الأطر التشريعية والتنظيمية لنظم التأمين الصحي في فلسطين، بتاريخ 2007/4/30، وشارك في اللقاء كل من مدير دائرة التأمين الصحي الحكومي في وزارة الصحة، ومديرة التأمين الصحي في شركة فلسطين للتأمين، ومدير الخدمات الصحية العسكرية، وممثلة عن الاتحاد العام لنقابات العمال.

الحكومي لتشمل جميع الدوائر الحكومية التي استحدثت، كالوزارات، والأجهزة الأمنية، وقطاع العمال الخاضعين لقانون التأمينات الاجتماعية، وتم توفير تغطية صحية مجانية لعائلات الشهداء والأسرى، وكذلك الأطفال دون سن الثالثة من العمر.

نص القانون الأساسي الفلسطيني في المادة 22 منه، على وجوب تنظيم خدمات التأمين الصحي بقانون، وأنط قانون الصحة العامة رقم 20 لعام 2004 بوزارة الصحة، العمل على توفير التأمين الصحي للسكان ضمن الإمكانيات المتوفرة.

اعتبر المشرع الفلسطيني أن مفهوم الرعاية الصحية المقدمة، بموجب أنظمة التأمين يقوم على أساس التكافل الاجتماعي، بين المواطنين أنفسهم، وبينهم وبين الدولة من جهة أخرى، ويأتي هذا انسجاماً مع رؤية الدولة وفلسفتها في علاقتها بمواطنيها، وقد نصت المادة 3 من نظام التأمين الصحي والعلاج خارج الوزارة لعام 2006 على أنه: "تعتمد في تقديم الخدمات الصحية طبقاً لهذا النظام المبادئ التالية:

- 1- حق المواطنين في الحصول على الخدمات الصحية وفقاً لهذا النظام.

- 2- واجب المواطنين التكافل في تغطية تكاليف الخدمات الصحية.
- 3- المساواة والعدالة بين المواطنين في تلبية احتياجاتهم الصحية.
- 4- إعطاء الأولوية لتلبية الاحتياجات الوطنية ضمن الميزانية المتاحة".

يقدم نظام التأمين الصحي الخدمة الصحية للعديد من الشرائح المجتمعية، حيث تشمل هذه الشرائح: الموظفين المدنيين بموجب أحكام نظام التأمين الصحي والعلاج خارج الوزارة لعام 2006، وشريحة العمال بموجب أحكام قانون التأمينات الاجتماعية لعام 2003.

ويقوم المنتفعون والمنفعات من صناديق التأمين بدفع اشتراكات شهرية ثابتة، تخصم مباشرة من رواتبهم، ويحد التأمين الصحي الحكومي من حرية اختيار المنتفع في تلقي خدمة الرعاية الصحية إذا ما توفرت في المراكز والمستشفيات التابعة لوزارة الصحة.

ب- التأمين الصحي الخاص: يقوم التأمين الخاص على مبدأ المراجعة والاتجار، ويقوم على أساس حساب المخاطر، وتتميز العلاقة بين المنتفع من نظام التأمين الخاص، بكونه علاقة تعاقدية، ينتفع من خلالها المؤمن للفترة المتفق عليها، ونظم قانون التأمين الفلسطيني لعام 2005 الأحكام المتعلقة بالتأمين الصحي الخاص.

على الرغم من أن التأمين الخاص يمنح المنتفع أو المنتفعة حرية أوسع في اختياره لمراكز الرعاية الصحية، إلا أنه يتميز بوجود سقف مالي محدد للتغطية المالية في الاتفاقية المبرمة بين الطرفين، الأمر الذي لا ينسجم مع مبدأ الاستقرار والأمن الاجتماعي، على خلاف التأمين الحكومي.

ج- التأمين الصحي التعاوني: يعد هذا النوع من أقدم وسائل التأمين الصحي، ويتم بموجبه تعاون فئات اجتماعية معينة في سبيل توفير خدمة رعاية صحية لهم بمبالغ مالية أقل من التكلفة الحقيقية لخدمة الرعاية الصحية، من خلال تعاقدهم مع موردي الخدمات الصحية من أجل تبادل المنافع بين الطرفين. ويعتبر هذا النوع من التأمين غير مغطى تشريعياً في فلسطين²⁰.

²⁰ - أسامة حامد، سامية البطمة. صناديق التقاعد والتأمين الصحي في أماكن العمل في الضفة الغربية وقطاع غزة. تشرين ثاني-1997. ص: 25-32.

الاختلاف بين أنظمة التأمين الصحي

الخصائص	التأمين الحكومي	التأمين التجاري	التأمين التعاوني
هدف التأمين	لا يهدف إلى الربح، وإنما يهدف إلى تحقيق أهداف الدولة، بما يتعلق بتوفير رعاية صحية للمواطن والمواطنات	يهدف إلى الربح	لا يهدف إلى الربح
الشكل العام	حكومي يطبق بالقانون وعلى علاقة وثيقة بالتأمينات الاجتماعية	غير مطبق بقانون خاص، وتقوم به شركة تجارية، ضمن الأعمال التجارية التي تقوم بها	غير مطبق بقانون، تمارسه هيئات طوعية مثل الاتحادات الهيئات الخيرية
الاشتراك	مبني على فكرة اشتراك العامل وصاحب العمل بنسبة ثابتة من الدخل شهريا	مبني على فكرة اشتراك فردي من الشخص بنظم اشتراكات مختلفة (يختلف بطبيعة العلاج المطلوب)	مبني على فكرة اشتراك فردي من الأفراد
أنواع المنتفعين	التطبيق على شرائح كاملة،	التطبيق فردي	التطبيق فردي، وأحيانا على شرائح محددة، بناء على ارتباطها بمحدد اجتماعي

الخصائص	التأمين الحكومي	التأمين التجاري	التأمين التعاوني
وسائل تقديم الخدمات الطبية	مباشرة عن طريق المنظمات الصحية التابعة لشركات وهيئات التأمين العامة أو بطريق غير مباشر عن طريق التعاقد مع الخدمة	مباشر وغير مباشر	مباشر
نوع الخدمة المقدمة	خدمات شاملة في جميع مراحل الخدمة. ولا يوجد اختيار للطبيب المعالج	الخدمات غير شاملة. ومحددة بسقف مالي معين معلوم منذ بداية التعاقد. ويوجد حرية اختيار لطبيب المعالجة والمركز الصحي.	الخدمات غير شاملة، يدفع المشترك نسبة معينة من كل خدمة صحية يتلقاها. ولا يوجد حرية اختيار لطبيب المعالجة والمركز الصحي.

المبحث الثالث: أساليب تقديم خدمة الرعاية الصحية في نظم التأمين

يعتبر التأمين الصحي آلية للسعي إلى ضمان تمتع كافة المواطنين بخدمة الرعاية الصحية، ويتحدد أسلوب تقديم خدمة الرعاية الصحية من خلال النظم الإدارية والاقتصادية والسياسية المطبقة، وحجم الميزانيات المخصصة للرعاية الصحية، وحجم استيعاب مراكز الرعاية الصحية. ويتم تقديم الخدمة الصحية من خلال عدد من الأساليب، وهي:

- 1- الأسلوب المباشر، تقدم خدمة الرعاية الصحية من خلال المؤسسات الصحية التابعة لمقدم الخدمة، ومن خلال موظفيها الذين يعينهم الجهاز الإداري الناظم، وتقوم هذه الجهة بتحمل نفقاتها كاملة.
- 2- الأسلوب غير المباشر (التعاقد)، ويتم من خلاله تحديد الخدمات الصحية، ومعاييرها، وضوابط استحقاقها، ونظم تقديمها، وتتعاقد الجهة النازمة للتأمين مع مراكز تقديم الخدمات في القطاعين العام أو الخاص لتقديم خدمة الرعاية الصحية.
- 3- الأسلوب المزدوج، وهو أسلوب يجمع بين الأسلوب المباشر وغير المباشر.

أولاً: أساليب تقديم خدمة الرعاية الصحية في التجربة العالمية

1- تجربة استراليا

تعتبر استراليا أن الدولة هي الناظم الأول والمكلف بتأمين خدمة الرعاية الصحية لمواطنيها، وتعتقد كذلك بضرورة منح مواطنيها حق اختيار نظام الرعاية الصحية الذي يرتأونه. وتعتبر نسبة التغطية الصحية في استراليا من أعلى النسب في العالم، ويتصف نظام الرعاية الصحي بالفعالية، وجودة الخدمات الصحية المقدمة²¹.

اتبعت استراليا الأسلوب المزدوج في تقديمها لخدمات الرعاية الصحية، حيث اعتمدت نظم التأمين الصحي في استراليا على تقسيم الخدمة الصحية ما بين القطاع الحكومي والقطاع الخاص على النحو التالي:

- تقديم الخدمة في التأمين الصحي الحكومي "Medicare" تقوم الحكومة الاسترالية من خلال إدارة الصحة والمسنين بتقديم كافة أشكال الرعاية الصحية داخل نطاق المراكز والمؤسسات الصحية الحكومية.

ويعتمد مدى توفير خدمات الرعاية الصحية داخل المراكز والمستشفيات الحكومية على حجم التكلفة المالية المترتبة على تقديم مثل هذه الخدمات في تلك المراكز، ففي حين تقوم المراكز الصحية

²¹ - مقالة منشورة على الموقع:

http://www.healthinsite.gov.au/content/topic_map/topic_map.cfm

التابعة للحكومة بتقديم كافة خدمات الرعاية الصحية إلا أنها تستثني بعض الخدمات ذات التكلفة العالية، مثل التصوير التشخيصي، الاستشارات الطبية من قبل أطباء اختصاصيين، ويتم تقديم هذه الخدمات في المراكز الصحية الخاصة، من خلال تغطية الحكومة للمبالغ المالية التي يدفعها المنتفع بنسبة مالية تعتمد على نوع هذه الخدمة، فيما إذا كانت خدمة يقدمها اختصاصي أو صور تشخيصية.

- تقديم الخدمة في نظام التأمين الخاص: ويتم تقديم خدمة الرعاية الصحية، انطلاقاً من مبدأ احترام حق اختيار المنتفع لأسلوب الخدمة الذي يرتأيه، سواء كان ذلك، بالتوجه إلى المراكز الصحية التابعة للحكومة، أو عبر التوجه إلى المراكز الصحية الخاصة، دون الالتفات إلى تكاليف هذه الخدمة، باعتبار أن المنتفع في هذه الحالة يقوم بدفع النفقات المالية لخدمة الـ "Medicare"، بالإضافة إلى تكاليف إضافية يتكدها للحصول على توسيع حق اختياره للمراكز الصحية التي يتوجه إليها.

وبموجب النظامين يتم تقديم خدمة الرعاية الصحية مباشرة إلى المنتفعين منها، معتمدين في ذلك على كفاية وفعالية الخدمة الصحية في مراكز الرعاية الصحية الموجودة²².

22 - مقالة منشورة على موقع التأمين الصحي الخاص الاسترالي:

<http://www.phiac.gov.au/insurenotsure/surchargesincentives/lifetime.htm>

2- تجربة اليابان

تقوم الحكومة اليابانية بتزويد المنتفعين بخدمات الرعاية الصحية من خلال برامج التأمين الصحي. وتتبع اليابان الأسلوب المباشر في تقديم خدمة الرعاية الصحية من خلال المراكز والمستشفيات الصحية، ويتسم نظام تقديم خدمة الرعاية الصحية بالفاعلية، والكفاية، والعدالة. وهناك ثلاثة محددات لقياس مدى فاعلية خدمة الرعاية الصحية وهي: مدى القدرة على إيصال الخدمة الصحية للفئات المنتفعة على اختلاف المواقع الجغرافية لهذه الفئات، ونوعية الخدمة الصحية المقدمة وجودتها، والتكامل في تقديم الخدمة. والتكامل يعني وجود نظام تحويل جيد يسهل على المرضى الحصول على رعاية صحية²³.

ويقصد بالتحويل هنا، التحويل بين المستوصفات والعيادات العامة وبين تلك المستشفيات الكبيرة والعيادات المتخصصة، والتي في اغلب الأحيان تتبع لجهات مستقلة مثل الجامعات، والمعاهد. ويتألف نظام المستشفيات من مستشفيات عامة، مستشفيات تابعة للجامعات، ومستوصفات²⁴. وتتميز المستشفيات الكبيرة بأنها مزودة بأطباء اختصاصيين، وأدوية كافية، وجراحة، وعناية حثيثة²⁵.

²³ - Fukawa. Tetsu. المرجع السابق أعلاه. ص: 12

²⁴ - Thai. V. Khi, Edward T Wimberley, Sharon M Mcmanus, **Hand book of International Health care systems**, Public Administration and public policy, 1996. pa:456

²⁵ Fukawa. Tetsu. المرجع السابق أعلاه. ص: 13

ويعتبر التحويل أحد أبرز المشاكل التي يعاني منها النظام التأميني الصحي، والتي تحاول اليابان إيجاد حلول مناسبة لها. حيث يفضل المنفعين التوجه إلى المستشفيات الكبيرة المتخصصة، أكثر من لجوئهم إلى المراكز أو المستوصفات الطبية الصغيرة، وذلك للحصول على رعاية صحية متميزة عما تقدمه المراكز والمستوصفات الطبية²⁶.

ثانياً: أساليب تقديم خدمة الرعاية الصحية في التجربة العربية

1 - تجربة الأردن

يحدد نظام التأمين الصحي الأردني طرق وأساليب تقديم الرعاية الصحية استناداً إلى واقع تقديم الرعاية الصحية في الأردن عموماً، وإلى واقع تقديمها في المراكز والمستشفيات الصحية التابعة لوزارة الصحة الأردنية بصورة خاصة، وعليه فقد اتبع هذا النظام الأسلوب المزدوج في تقديم خدمة الرعاية الصحية من خلال اعتماده ثلاثة أساليب على النحو التالي:-

²⁶ Tetsuo Fukawa. **Public Health Insurance in Japan**. 2002. The International Bank for Reconstruction and development/The World Bank. 1818 H Street, N. W. Washington, D. c. 20433, USA. Pa: 456

1- تقديم الرعاية الصحية داخل المراكز والمستشفيات التابعة لوزارة الصحة: الأصل أن يتم تقديم خدمة الرعاية الصحية للمنتفعين بنظام التأمين الصحي في مراكز ومستشفيات الرعاية الصحية التابعة لوزارة الصحة، ويعتمد تقديم الرعاية الصحية داخل المراكز والمستشفيات التابعة لوزارة الصحة على مدى توافر خدمة الرعاية الصحية المشمولة بالتأمين في هذه المراكز والمستشفيات.

ونظم النظام آليات الإقامة في المستشفيات الحكومية وقسم خدمة الرعاية فيها إلى درجات تتناسب مع الدرجات الوظيفية التي يشغلها الموظف أو الموظفة في وظيفته. إذ نصت المادة 21 من نظام التأمين على النحو التالي: أ- تكون الإقامة في المستشفيات على النحو التالي "1- الوزراء، أعضاء مجلس الأمة، وموظفي الفئة العليا والدرجتين الخاصة والأولى من الفئات الأولى والثانية والثالثة والقضاة النظاميين والشرعيين والمنتفعين مع أي منهم وتكون الإقامة في غرفة ذات سرير واحد. 2- في الدرجة الثانية لموظفي الفئات الأولى والثانية والثالثة من الدرجة الثانية حتى السادسة والمنتفعين مع أي منهم وتكون الإقامة في غرفة ذات سريرين. 3- في الدرجة الثالثة لباقي المشتركين من الفئات الثانية والثالثة والرابعة ولغير المقتردين والمعاقين والمنتفعين مع أي منهم والمتبرعين بالدم والحاصلين على بطاقة متبرع بالأعضاء وتكون الإقامة في غرفة ذات ثلاثة أسرة أو أكثر .

2- العلاج خارج مراكز ومستشفيات وزارة الصحة، وداخل نطاق المملكة:

حدد نظام التأمين الأسباب التي يضطر فيها المنتفع من التأمين للحصول على العلاج خارج مراكز الرعاية والمستشفيات التابعة لوزارة الصحة وذلك في الأحوال التالية:-

أ- إذا لم يتوافر في المستشفى أو المركز السرير أو درجة الإقامة التي يستحقها المريض المشترك أو المنتفع معه فتمت معالجته داخل المملكة في المستشفيات والمراكز الأخرى غير التابعة للوزارة بموافقة مسبقة من الوزير أو من يفوض إليه هذه الصلاحية ويتحمل الصندوق في هذه الحالة تكاليف المعالجة حسب الدرجة التي يستحقها المشترك أو المنتفع وفقا لأحكام هذا النظام.

ب- إذا لم تتوافر المعالجة التخصصية اللازمة في المستشفى أو المركز فتمت معالجة المشترك أو المنتفع داخل المملكة في المستشفيات والمراكز الأخرى غير التابعة للوزارة بقرار من الوزير أو من يفوض إليه هذه الصلاحية بناء على تنسيب اللجنة الطبية المركزية العلاجية، ويتحمل الصندوق في هذه الحالة تكاليف المعالجة حسب الدرجة التي يستحقها المشترك أو المنتفع وفقا لأحكام هذا النظام .

ج- إذا لم يتوافر الإجراء التشخيصي اللازم في الوزارة فيحول المشترك أو المنتفع إلى المستشفيات والمراكز التشخيصية غير التابعة للوزارة بقرار من الوزير أو من يفوض إليه هذه الصلاحية وعلى حساب الصندوق .

د- إذا لم يتوافر الدواء في المستشفيات والمراكز الشاملة التابعة للوزارة فيتم توفيره للمريض وفقا للتعليمات التي يصدرها الوزير لهذه الغاية .

هـ- إذا دخل المشترك أو المنتفع إلى مستشفى غير تابع للوزارة في حالة طارئة فيترتب على إدارة المستشفى الذي ادخل إليه أو ذويه تبليغ مدير مستشفى البشير إذا كان المريض في عمان أو تبليغ مدير الصحة أو مدير مستشفى تابع للوزارة يعتمده الوزير في المحافظة أو اللواء إذا كان المريض خارج العاصمة، وذلك خلال مدة لا تزيد على 24 ساعة من إدخال المريض إلى المستشفى على أن يكون هو الأنسب للحالة المرضية والأقرب إلى موقع حدوثها.

3- العلاج خارج المملكة

نظمت التعليمات رقم 4 لسنة 2004 المعالجة خارج المملكة، بمقتضى نظام التأمين الصحي رقم 83 لسنة 2004، ويتم علاج المشتركين والمنتفعين خارج المملكة، في حال عدم توافر المعالجة التخصصية اللازمة.

وترك أمر تحديد الأمور المتعلقة بالمعالجة خارج المملكة، بما فيها تمديد مدة المعالجة والمبالغ المالية التي تصرف مقابل نفقات المعالجة وأجور سفر المريض وضرورة وجود مرافق له والمبالغ التي تصرف له بموجب تعليمات يصدرها مجلس الوزراء لهذه الغاية. ويتم تقديم الخدمة في التأمين الصحي الخاص في مراكز ومستشفيات الرعاية الصحية ضمن الشروط والمحددات المنفق في اتفاقية التأمين، وضمن المبالغ التي تغطيها شركة التأمين.

2- تجربة سوريا

يعتمد التأمين الصحي السوري الحكومي النظام المزدوج في تقديم خدمة الرعاية الصحية، حيث اعتبر القانون أن جهات العلاج هي المستشفيات والعيادات العادية والعيادات الشاملة التابعة للهيئة، والعيادات الخارجية للمستشفيات التي تعتمدها الهيئة والعيادات الخاصة للأطباء العاملين وأطباء الأسنان العاملين والأطباء الاختصاصيين الذين تكلفهم الهيئة العامة للضمان الصحي.

وقسمت العيادات التي يتم فحص المنتفع لديها إلى: أ-العيادات العادية التابعة للهيئة العامة للضمان الصحي، وهي العيادات التي يتم فيها فحص المنتفع أو معالجته من قبل الطبيب العام ب- العيادات الشاملة، وهي العيادات التابعة للهيئة والمتعددة الاختصاصات والمنافع الصحية. ج- العيادات الخارجية، وهي العيادات التابعة لمشافي الهيئة أو المشافي العامة أو المشافي التي تعتمدها الهيئة ويجري فحص المنتفع من قبل طبيب اختصاصي.

د- العيادات الخاصة، وهي العيادة الخاصة للطبيب العام أو طبيب الأسنان العام أو الطبيب الاختصاصي المكلف من قبل الهيئة بتقديم خدمات للمنتفعين .

كما حدد القانون آليات العلاج ومرآطها، حيث يتطلب القانون أن يتوجه المريض بداية إلى الطبيب العام أو الطبيب العام للأسنان في العيادات المذكورة أعلاه .

وإذا كانت حالة المنتفع تستدعي معالجته من قبل اختصاصي فيحال إليه من قبل الطبيب العام أو طبيب الأسنان العام باستثناء الولادات وأمراض الأطفال حيث تقفص من قبل الاختصاصي

مباشرة أما حالات الإسعاف فنتم معالجتها من قبل المستشفيات مباشرة . ويتم فحص المنتفع ومعالجته من قبل الطبيب الاختصاصي في العيادات الشاملة أو في العيادات الخارجية أو في العيادات الخاصة . كما خصص القانون عيادات خاصة تابعة للمنشآت والمصانع تقدم خدمة الرعاية الصحية للعاملين والعمالات في هذه المنشأة .

ثالثاً: أساليب تقديم خدمة الرعاية الصحية في فلسطين

اعتمد نظام التأمين الصحي الأسلوب المزدوج في تقديم خدمة الرعاية الصحية، ويعتبر أن الأصل في تقديم العلاج للمشاركين وللمنتفعين من التأمين الحكومي في مراكز الرعاية الصحية والمستشفيات التابعة لوزارة الصحة ما دامت الخدمة الصحية اللازمة للمنتفع أو المشترك متوفرة، في حين يوفر التأمين العلاج خارج مراكز الرعاية الصحية والمستشفيات التابعة للسلطة، سواء كان هذا العلاج داخل الوطن وخارج نطاق المستشفيات والمراكز الحكومية، أو كان خارج نطاق الوطن.

واشترط نظام التأمين الصحي للاستفادة من الخدمات الصحية خارج الوزارة توافر الشروط التالية:

- 1- أن تكون بطاقة التأمين الصادرة وفق هذا النظام سارية المفعول لأغراض التحويل خارج مراكز الوزارة .
- 2- أن تكون الخدمات المراد الاستفادة منها غير مستثناة من سلة الخدمات الصحية التي توفرها الوزارة

3- موافقة لجنة التحويل على القرار الطبي المقترح في نموذج التحويل الخاص بذلك وان يكون هذا النموذج موقعا من الاختصاصي المعالج ورئيس القسم أو المدير الطبي ومصدقا من مدير المستشفى.

وقرر النظام تشكيل لجننتين للتحويل خارج وزارة الصحة، الأولى في المحافظات الجنوبية، والثانية في المحافظات الشمالية. وتتاط بلجنة التحويل المهام التالية:

- 1- دراسة ملفات الحالات المرضية المرشحة للتحويل خارج الوزارة واتخاذ القرارات المناسبة بشأنها .
- 2- دراسة الملفات الطبية والفواتير التي تعرضها عليها خارج الوزارة.

3- تدوين قراراتها في سجل خاص لأغراض التوثيق والمتابعة

4- ترفع تقريرا شهريا مفصلا عن أعمالها واقتراحاتها .

ويعتمد التأمين الصحي الخاص الأسلوب المزدوج في تقديم الخدمة في مراكز ومستشفيات الرعاية الصحية الواردة في اتفاقية التأمين، وكذلك في مراكز الرعاية الصحية غير الواردة في اتفاقية التأمين، في حال عدم توافر خدمة الرعاية الصحية في تلك المراكز المنصوص عليها، وذلك ضمن الشروط والمحددات المتفق في اتفاقية التأمين، في نطاق وضمن السقف المالي المتفق عليه.

المبحث الرابع: الفئات المشمولة بالتأمين الصحي

على الرغم من أن سائر الاتفاقيات الدولية المتعلقة بمنح المواطنين والمواطنات الحق في رعاية صحية، إلا أن العديد من الدول لم تشمل رعايتها الصحية كافة المواطنين والمواطنات، واكتفت بشمول جزء من رعاياها في خدمات الرعاية الصحية، اعتماداً على مواردها المالية، وموارد نظام الرعاية الصحية، والأساليب الإدارية والمالية التي تنتهجها لتحصيل تمويل نظام الرعاية الصحية.

أولاً: الفئات المشمولة بالتأمين الصحي في التجربة العالمية

1- تجربة استراليا:

يشمل التأمين الصحي الاسترالي الحكومي "الإجباري" جميع المقيمين في استراليا بشكل شرعي وتشمل هذه الفئة: 1- المواطنين الاستراليين، 2- الأشخاص الذين تنطبق عليهم قواعد قانون الهجرة 1958، 3- الأشخاص النيوزلنديين الذين يتمتعون بالمواطنة الكاملة في استراليا، 4- الأشخاص الذين لا تنطبق عليهم الصفات أعلاه ولكن لا يقيد وجودهم في استراليا أي تشريع أو قانون، 5- الأشخاص أحملي بطاقة فيزا إقامة مؤقتة، 6- الأطفال وهم دون سن السادسة عشرة، وطلاب المدارس، 7- الأطفال المستقلين: الأطفال المتبنين، طلاب المدارس المتبنين. 8- الطلاب: وهم الطلاب في الفترة العمرية ما بين 16-25 سنة. والطلاب المتفرغين للدراسة في المدارس الكليات والجامعات، 9- الأسر، 10- الأفراد،

- 11- الشريكة المتزوجة بصفة قانونية، والتي لا تقيم مع شريكها،
12- والشريكة بحكم الواقع.

كما يشمل التأمين الصحي جميع المواطنين، بغض النظر عن الشرائح أو القطاعات الاجتماعية، أو التوزيع الجغرافي للسكان، فيمتد في جميع مناطق استراليا الريفية والحضرية .

هذا بالإضافة إلى أن الحكومة الاسترالية أتاحت الفرصة أمام الأجانب للحصول على خدمة الرعاية الصحية مقابل دفع مبالغ مالية، وذلك من خلال التأمين الصحي الخاص، وتبلغ نسبة المشتركين في هذا التأمين 45.1 % في عام 2001²⁷ .

2- تجربة اليابان:

يسعى التأمين الصحي في اليابان لتقديم خدمة رعاية صحية لجميع الأفراد، فالتأمين الوطني يغطي ما نسبته 34.7% من سكان اليابان، وتأمين العمال الذين يعملون في الإدارات التابعة للحكومة ويغطي ما نسبته 25.4% من سكان اليابان، بينما يغطي تأمين العمل الذين يعملون في شركات خاصة ما نسبته 30.7% من السكان .

Australian Bureau of statistics ABS(2001) Private Health Insurance, - 27
2001 .

ويشمل التأمين الصحي الوطني الفئات الاجتماعية غير المشمولة بقانون الخدمة العامة، وفئة العاملين في القطاع الخاص التي تتولى وزارة الصحة إدارة وتنظيم تأمينهم الصحي. وهذه الفئات هي الفئات خارج قطاع العمل الرسمي مثل: العمال الزراعيين، الأفراد الذين يعملون بأشغال خاصة بهم، المتقاعدين، وطلاب الجامعات، والأجانب، والرياضيين...إلخ. ويغطي التأمين الوطني ما نسبته 34,7% من السكان عام 1997. هذا بالإضافة إلى التأمين الصحي الخاص بفئة كبار السن وبالمعوقين وعائلاتهم²⁸.

ثانياً: الفئات المشمولة بالتأمين الصحي في التجربة العربية

1- تجربة الأردن

تتكون الفئات المشمولة بالتأمين من فئات الموظفين العاملين في الحكومة، والفئات المنتفعة من التأمين الخاص أو التجاري . ويتشكل نظام التأمين الصحي الحكومي كالتالي:

1- نظام التأمين الصحي للقوات المسلحة والذي يغطي جميع منتسبي القوات المسلحة والأمن العام والدفاع المدني والمخابرات وبعض الفئات الأخرى وعائلاتهم .

2- تقدم الدولة أيضا خدمة المعالجة لكافة الفئات غير المشمولة بالنظامين مقابل دفع جزء من التكلفة، وينص على ذلك نظام التأمين الصحي في بند معالجة القادرين .

²⁸-Fukawa. Tetsuo . المرجع السابق أعلاه. ص:13

3- الحالات الفردية لمواطنين يحتاجون خدمة طبية متخصصة ولا يستطيعون تحمل تكلفة العلاج في القطاع الخاص، يستفيد هؤلاء من مكرمة الديوان الملكي الأردني، حيث يغطي تكاليف معالجتهم في القطاع العام .

4- التأمين الصحي الحكومي الأردني لقطاع الموظفين المدنيين ويشمل الفئات التالية:
المشركين:

- موظفي وموظفات جهاز الدولة وعائلاتهم .
- الوزراء وأعضاء مجلس الأمة .
- المتقاعدون .
- العاملون في المؤسسات والهيئات الرسمية العامة التي يقرر مجلس الوزراء إشمالهم، بناء على تنسيب الوزير .
- طلبة المعاهد وكلليات المجتمع الأردنية الموفدون في أية بعثة من الحكومة خلال فترة دراستهم .
- الموظفون المحالون على الاستيداع.
- الموظفون المحالون على التقاعد .

ويكون الاشتراك في الصندوق اختياريًا للفئات التالية:
- الموظفون وعمال المياومة الذين انتهت خدماتهم في أي دائرة بسبب إكمالهم السن القانونية المقررة لانتهاء الخدمة أو بسبب المرض وورثتهم .

- الموظفون وعمال المياومة الذين انتهت خدماتهم في أي دائرة قبل نفاذ مفعول نظام التأمين الصحي الحكومي، وكانوا يتقاضون راتبًا تقاعديًا بمقتضى أحكام قانون الضمان الاجتماعي وورثتهم .

- الموظف المعار أو المجاز دراسيا أو المجاز دون راتب وعلاوات أو المحال على الاستيداع بناء على طلبه .
- العامل في أي مؤسسة عامة ممن كان مشمولاً بالتأمين الصحي وتم إجراء التخاصية عليها بتحويلها إلى شركة .
- تصرف بطاقة التأمين الصحي لغير المقدر والأردني المتبرع بالدم، وأحد أقارب المتوفى بالأعضاء من الدرجة الأولى .
- المنفعين:
- يقسم المنفعون إلى مجموعتين: الأولى، يكون انتفاعهم مشمولاً ببدل الاشتراك الشهري للمشارك شريطة عدم انتفاعهم من أي تأمين صحي آخر وهم:
- الزوجة، الزوج .
- الأولاد مما لم يكملوا الثامنة عشرة من العمل، الأولاد المعاقون أو العاجزون صحياً عن إعالة أنفسهم .
- الأولاد الذين يتلقون العلم في الكليات أو الجامعات داخل المملكة حتى تاريخ إنهائهم الدراسة أو إكمالهم الخامسة والعشرين من العمر، أي التاريخين اقرب .
- الوالدان العاجزان صحياً والذان يتولى المشترك إعالتهم شرعاً وإخوانه وأخواته منهنما لحين إكمالهم الثامنة عشرة من العمر .
- البنات العازبات غير العاملات .
- والمجموعة الثانية، فيكون انتفاعهم مشروطاً بدفع مبلغ مالي مقابل الاشتراك مع المؤمن الأصلي في التأمين، وهم
- الإخوة والأخوات حتى إكمالهم الثامنة عشرة .
- البنات الأرامل والمطلقات اللواتي ليس لهن أبناء تجاوزت أعمارهم الخامسة والعشرين .
- الإخوة والأخوات من العاجزين صحياً عن إعالة انفسهم .
- الوالدان .

كما وافق مجلس الوزراء الأردني على توسيع مظلة التأمين الصحي الحكومي ليشمل المواطنين من فئة كبار السن 60 عام فأكثر، وفئة النساء الحوامل بالتأمين الصحي الخاص بالموظفين المدنيين في بداية العام 2007 .

أما التأمين الخاص (التجاري) فيشمل فئة العاملين في القطاع الخاص من مؤسسات وشركات تلتزم بالتعاقد مع شركات التأمين التجارية، لتقديم خدمة الرعاية الصحية لموظفي وموظفات هذه المؤسسات والشركات. وتختلف الفئات المشمولة بموجب أنظمة التأمين الحكومية عن الفئات المشمولة بموجب أنظمة التأمين الخاصة، حيث تقتصر التغطية الصحية على شخص المؤمن فقط، بموجب أنظمة التأمين الخاصة ولا تشمل أي من المعالين مالياً من قبل المشترك في التأمين، إلا بعد استيفاء المتقدم بالانتماء للشروط المطلوبة من قبل شركة التأمين.

2- تجربة سوريا:

بدأ تطبيق قانون الضمان الصحي السوري على عدة مراحل، وذلك لأسباب مالية، وللاستفادة من تجربة تطبيق هذا القانون واستخلاص العبر والنتائج للاستفادة منها في مراحل لاحقة . حدد القانون عددا من الفئات التي يشملها في المرحلة الأولى، ولكنه لم يضع آليات وأسس حول إنفاذه في المراحل اللاحقة . وشملت المرحلة الأولى:

- موظفي ومستخدمي وعمال الوزارات والإدارات والمؤسسات والهيئات العامة والشركات العامة والمنشآت وسائر جهات القطاع العام والمشارك .

- من يحال على المعاش من الفئات الواردة في الفقرة السابقة.
- أفراد عائلات المذكورين أعلاه .
وتم في عام 1989 تطبيق التأمين الصحي على الأطفال حتى انتهاء
المرحلة الابتدائية. كما تم في عام 1999 سن قانون ضمان صحي
للأجانب.

ثالثاً: الفئات المشمولة بالتأمين الصحي في فلسطين:

تهدف الدول من خلال أنظمة وقوانين التأمين الصحي إلى تغطية
كافة مواطنيها ومواطناتها بخدمة الرعاية الصحية، ويتم تطبيق
التأمين الصحي ابتداءً على فئات الموظفين، والعمال الخاضعين
لقانون العمل وذلك لسهولة التحصيل والاقتطاع .

ويتألف التأمين الصحي الحكومي من الفئات التالية:

- 1- فئة قوى الأمن الوطني.
- 2- الفئات المشمولة بأحكام قانون التأمينات الاجتماعية رقم 3 لعام
2003، وهي الفئات التالية:
 - أ. العمال الخاضعين لأحكام قانون العمل .
 - ب. العمال والموظفين بعقود غير المشمولين بأحكام قانون التأمين
والمعاشات .
 - ج. من يصدر بشمولهم قرار من مجلس الوزراء .
- 3- أسر الشهداء والأسرى ورعاية الجرحى والمتضررين
والمعاقين، حيث كفل قانون المعوقين رقم 4 للعام 1999 ضمان
الخدمات الصحية المشمولة في التأمين الصحي الحكومي مجاناً
للمعوق ولأسرته.

4- الموظفين المدنيين في القطاع الحكومي. إذ يعتبر هذا النظام أن جميع موظفي القطاع الحكومي مؤمنون تلقائياً مقابل الأقساط التي تخصم من رواتبهم شهرياً. ويلحق بالموظف المؤمن أسرته ومرافقيه، والأسرة بموجب أحكام النظام تتألف من الزوج والزوجات والبنات حتى سن 18 سنة. ويشمل المرافقين كل من لا دخل لهم ومعالين من قبل صاحب التأمين الصحي، وتشمل: الأب وألام فوق سن الستين شريطة أن لا يكون لهم دخل، وكل من ليس دخل ومعال من قبل صاحب التأمين على أن يعزز ذلك بمستندات ثبوتية وهم: الأم الأرملة، الأخوة والأخوات حتى سن 18 سنة (الأيتام وبأمر وصاية) أبناء الأخوة أو الأخوات حتى سن 18 (الأيتام وبأمر وصاية) البنات المطلقة وأولادها إذا كانت تحت رعاية المؤمن عليه، البنات الأرملة وأولادها إذا كانت تحت رعاية المؤمن عليه، الأب العاجز عن العمل دون 60 سنة ومن يعيلهم شريطة أن يبرز تقريراً طبياً من اللجنة الطبية المختصة، الأخت العزباء فوق سن 18 سنة على أن تكون معالة من صاحب التأمين بموجب حجة شرعية، زوجة الأب.

5- الفئات المستفيدة من سلة الخدمات الصحية بموجب نظام التأمين سواء كان مؤمن عليهم أو غير مؤمن داخل مراكز الوزارة، وهم الأطفال دون سن ثلاث سنوات، وكل من يتعرض لإصابات أثناء فعاليات رسمية في المدارس الحكومية ومراكز التدريب المهني والمؤسسات الحكومية الأخرى.

المبحث الخامس: تمويل خدمة الرعاية الصحية المقدمة بموجب نظم التأمين

أولاً: تمويل خدمة الرعاية الصحية المقدمة بموجب نظم التأمين في
التجربة العالمية

1- تجربة استراليا: تعتبر الرعاية الصحية مكون جوهرى للنشاط الاقتصادي الاسترالي، ويشكل عدد الموظفين في قطاع الصحة ما نسبته 7% من قوة العمل، وتبلغ نسبة إنفاق الحكومة الاسترالية على قطاع الصحة ما نسبته 8.5 % من مجموع الإنفاق الوطني، وهذا يعني أن مقدار الإنفاق على صحة الفرد الواحد في استراليا تتعدى \$ 2.500 سنوياً²⁹.

يعتمد التأمين الصحي الأسترالي على أساس نظرية تحمل المخاطر وتوزيعها، حيث أن معظم التكلفة يتم تقاسمها بين الأفراد، ولكن في حالة التأمين الخاص يتحمل الأفراد المؤمنين نفقات إضافية مقابل حصولهم على نوعية أفضل واختيارات متعددة للخدمة الصحية. وتعتبر الحكومة الاسترالية ممولا أساسيا لأنظمة التأمين الصحي، وذلك من خلال عائدات الضرائب التي تتناسب مع الدخل، ويدفع القطاع الخاص حوالي ثلث تكاليف الرعاية الصحية بما فيه التأمين

Thai. V. Khi., T. Edward Wimberley Sharon M McManus - 29

المرجع السابق الذكر. ص: 487.

الصحي الخاص. وتمول خدمات الرعاية الصحية الحكومية ميديكير من الضرائب العامة، والضرائب المخصصة لميديكير، وتقتطع بنسبة 1.5% من الدخل، وفي عام 1997 زادت نسبة الضرائب المخصصة للميديكير بنسبة 1% على الدخل المرتفعة للأفراد.

وتعتمد استراليا في تمويلها للخدمة الصحية على دعم الاتحاد الاسترالي، والحكومة، وحكومات المقاطعات، والضرائب.³⁰ ويحق للمنتفع بموجب نظام التأمين الخاص التوجه إلى مراكز الرعاية الصحية الحكومية أو الخاصة. وتأتي هذه الميزة نتيجة التزام المنتفعين بنظام التأمين الصحي بدفع الضرائب المترتبة عليهم لصالح التأمين الحكومي، ونتيجة دفعهم لمبالغ إضافية نتيجة اشتراكهم في التأمين الخاص.³¹

2- تجربة اليابان: يتم تمويل خدمة الرعاية الصحية المقدمة في التأمين الصحي من خلال مساهمات الأفراد، والدعم المقدم من الحكومة، وتختلف قيمة مساهمات المواطنين، والدعم المالي المقدم من الحكومة باختلاف نوع التأمين على النحو التالي:-

(1) التأمين الصحي للعمال: تقوم الحكومة بالتغطية المالية للعمال الذين يعملون في القطاع الخاص، ولا يتمتعون بالتأمين الوطني، ويتم إدارتها من خلال 298 مكتبا فرعيا في المدن اليابانية، ويتم

30 - Francesca Colombo. Nicole Tapay. المرجع السابق الذكر. ص: 21

31 - Australia: Health and welfare—Encyclopaedia Britannica.

Www.britannica.com/eb/article-45034

اقتطاع 8.5% من راتب العامل، وتقنسم هذه النسبة مناصفة بين العامل وبين رب العمل.

ونظرا لمحدودية راتب هؤلاء العمال، وكونهم يتقاضون راتبا اقل من راتب العمال الذين يعملون في القطاع الحكومي فان الدولة تساهم في تمويل نفقات الرعاية الصحية لهم بنسبة 13% من قيمة تكاليف الانتفاع بخدمة الرعاية الصحية، وجميع النفقات الإدارية³².

(2) التأمين الصحي الوطني: تغطي نفقات الرعاية الصحية بنفس الطريقة التي تغطي بها نفقات تأمين العمال، ولكن قيمة مساهمة المريض في هذا النوع من التأمين تكون أعلى من تلك المساهمة في تأمين العمل، وتختلف نسبة المساهمات تبعا لطبيعة المهنة، ومقدار راتب العامل، والموجودات التي يمتلكها.

وفي حالة عدم وجود رب عمل في قطاع العمل غير الرسمي تقوم الدولة بدفع نسبة 50% من تكاليف نفقة الرعاية الصحية، وذلك بموجب خطط وموازنات البلديات، وتقوم بتغطية 32-52% من نفقة العاملين الحرفيين، بموجب خطط وموازنات البلديات .

(3) التأمين الصحي للمسنين: ظهر التأمين الصحي للمسنين في عام 1983 كتأمين مستقل لتزويد كبار السن بخدمة الرعاية الصحية، ويضم هذا التأمين الفئة العمرية التي تزيد عن 70 سنة، وكبار السن من المعاقين الذين تتراوح أعمارهم بين 65-69 سنة، ولا تتمتع هذه

Thai. V. Khi, Wimberley. T. Edward, McManus. M. Sharon - 32

المرجع السابق الذكر. ص:458

الفئات بالتأمين الوطني، أو بتأمين العمال. وفي هذا النوع من التأمين يتمتع المسنين بتغطية صحية شاملة يتقاسم تمويلها عدة جهات، 10% من الحكومات المحلية، 20% من الحكومة الوطنية، 70% ممول من الدعم المخصص لصندوق المرض. ونتيجة لأهمية الرعاية طويلة الأمد للمسنين رفعت نسبة المساهمة الحكومية من 30%- 50% في الحالات التي تحتاج لرعاية طويلة الأمد.

ثانياً: تمويل خدمة الرعاية الصحية بموجب نظم التأمين في التجربة العربية

1- التجربة الأردنية

قامت الحكومة الأردنية مؤخراً بدعم موارد صندوق التأمين المالية، حيث قرر مجلس الوزراء الأردني مؤخراً دعم صندوق التأمين الصحي واعتماد آلية تمويل الكلف المالية التي ستتحملها وزارة المالية والناجمة عن توسعة مظلة التأمين الصحي وشمول المواطنين من فئة كبار السن 60 عاماً فأكثر وفئة النساء الحوامل بالتأمين الصحي المدني. وقد وافق المجلس في جلسة له مؤخراً على دعم الصندوق برصد مبلغ سبعة ملايين دينار ضمن الموازنة العامة للسنة المالية 2007، في الوقت الذي هيأت الوزارة نفسها وأنهت استعدادها لبدء إدارة التأمين الصحي للراغبين بالاشتراك اختيارياً من هاتين الفئتين في بداية شهر كانون الأول من العام 2007.

- تتألف الموارد المالية لصناديق التأمين في الأردن بحسب:
- (أ) **التأمين الصحي الحكومي** - تتألف الموارد المالية للصندوق من:
- أ- المخصصات التي ترصد في الموازنة العامة لحساب الصندوق.
- ب- اقتطاعات بدل الاشتراك المقررة بمقتضى أحكام هذا النظام.
- ج- أجور المعالجة في المستشفيات والمراكز.
- د- أي اشتراك أو بدل يتأتى من معالجة الأفراد أو العاملين في المؤسسات أو الشركات وفقاً للتعليمات الصادرة بموجب أحكام هذا النظام.
- هـ- أثمان الأدوية.
- و- أي بدل مقرر بمقتضى أحكام هذا الصندوق.
- ز- عوائد استثمار أموال الصندوق.
- ح- الهبات والتبرعات التي ترد للصندوق شريطة موافقة مجلس الوزراء عليها إذا كانت من مصدر غير أردني.
- ط- أي إيراد يتأتى للصندوق بموجب أي تشريع آخر.
- ويكون بدل الاشتراك الشهري في الصندوق بنسبة 3% من مجموع راتب وعلاوات أو مخصصات المشترك على أن لا يزيد المبلغ الذي يتم استيفاؤه عن 30 ديناراً، ويتم اقتطاعه على النحو التالي:
- 1- من رئاسة الوزراء عن الوزراء.
 - 2- من مجلس الأمة عن الأعيان والنواب.
 - 3- من الدائرة عن الموظف أو عامل المياومة الذي يعمل لديها.
 - 4- من وزارة المالية أو المؤسسة العامة للضمان الاجتماعي عن المتقاعدين لدى أي منهما.
 - 5- من البلدية عن موظفيها والمتقاعدين منهم.

(ب) التأمين الخاص (التجاري)

تتكون موارد الرعاية الصحية بموجب أحكام التأمين الخاص من الاشتراكات الشهرية للمؤمنين، ومن النسب المالية لمشاركة المرضى في فواتير العلاج ووصفات الأدوية، وتحدد شركات التأمين الخاص نسبة مشاركة المنفعين من خلال دراسات اکتوارية، وتعتمد شركات التأمين التجارية إلى تفضيل التأمين الصحي الجماعي، من خلال التعاقد مع المؤسسات والشركات الخاصة، لتغطية موظفيها بالرعاية الصحية.

2- تجربة سوريا

تتكون إيرادات الهيئة العامة للضمان الاجتماعي في سوريا من:
- الاشتراكات المقتطعة شهريا من المشتركين وفق النسب المقرر في اللائحة التنفيذية بما لا يتجاوز 2% من الراتب أو الأجر المقطوع أو المعاش للمشمولين بالضمان وتعويضاتهم ومكافأاتهم، عدا تعويض الانتقال والتعويض العائلي.

- الاشتراكات التي تدفعها الوزارات والإدارات والمؤسسات والهيئات العامة والشركات العامة والمنشآت وسائر جهات القطاع العام والمشارك ومقدارها 3% من الرواتب والأجور الأصلية وتعويضاتهم ومكافأاتهم للمشمولين بالضمان الصحي .

- الأجور التكاليف الرمزية المحددة في اللائحة التنفيذية التي يدفعها المنفعون لقاء الخدمات الطبية التي تقدم لهم.

- الإعانات الحكومية والهبات والتبرعات والوصايا التي يقرر المجلس قبولها وتحمل الدولة أي عجز يلحق بميزانية الضمان الصحي.

- الرسوم المفروضة على الأجانب مقابل الخدمات الصحية، بواقع 50 دينار كويتيا شهريا، 40 دينار كويتيا عن الزوجة، 30 دينار كويتي شهريا عن الأولاد والبنات الذين لم يتموا 18 سنة.

ثالثاً: تمويل خدمة الرعاية الصحية في فلسطين

ترتبط الموارد المالية لصندوق التأمين الصحي الحكومي بنظام الموارد المالي المحدد في النظام، وفي حجم الميزانية المخصصة لوزارة الصحة، ومقدار ما تنفقه في دعم نظام التأمين الصحي الحكومي، وتتحدد الموارد المالية للتأمين حسب نوعه:

أ- التأمين الحكومي

لم يوضح نظام التأمين آليات تمويل الرعاية الصحية المقدمة من خلاله، واقتصر على المادة (1) حيث أورد توضيحاً لرسوم وأقساط التأمين. فنص على أن تحصل رسوم التأمين التالية:

1- رسوم اشتراك على النحو التالي:

أ- موظفي القطاع الحكومي ومن في حكمهم يقتطع 5% من الراتب الأساسي بحد أدنى لا يقل عن 50 شيكلاً وبعده أعلى لا يزيد عن 100 شيكلاً شهرياً.

ب- المتقاعدين من الخدمة المدنية الحكومية يقتطع 5% من الراتب الأساسي بحد أعلى لا يزيد عن 100 شيكلاً شهرياً.

ت- موظفي وعمال المؤسسات المرخصة يحصل بشكل جماعي 5 % من الراتب الإجمالي بين الحدين الأدنى 50 شيكلا والأعلى 100 شيكل شهريا.

ث- لأعضاء النقابات المهنية الذين ليس لهم دخل محدد 80 شيكلا شهريا.

ج- لنقابات العمال 50 شيكلا شهريا تدفع عن السنة المالية كاملة للمؤمن عليه الجديد وعلى دفعتين للمؤمن عليه القديم.

ح- تأمين الأسرة الاختياري 80 شيكلا شهريا.

خ- تأمين الأعزب الاختياري 50 شيكلا شهريا.

س- تأمين الطالب الجامعي 20 شيكلا شهريا.

ش- قسط شهري مقداره 10 شيكلا عن كل مرافق يسمح هذا النظام بإضافته لبطاقة التأمين.

ص- المساهمات التي يدفعها المريض نتيجة تلقيه خدمة الرعاية الصحية، وتختلف نسبة هذه المساهمة حسب نوع الخدمة المقدمة، وحسب الفئة العمرية لمتلقي خدمة الرعاية الصحية، وحسب نوع التأمين.

2- رسم بدل تالف أو ضائع لبطاقة التأمين الصحي 30 شيكل.

ب- التأمين الخاص

أما التأمين الخاص فتحدد أساليب تمويله شركات التأمين التجارية، ويحدد بعض هذه المصادر من خلال 1- قيمة الاشتراك الشهري المحدد في نظام اتحاد شركات التأمين والمحدد بموجب دراسات اكتوارية، وتختلف قيمة مبلغ التأمين الصحي، بحسب إذا كان هذا التأمين فرديا أو اسريا أو جماعيا، فكلما كان عدد المشتركين في التأمين أكثر، كلما قلت قيمة مبلغ التأمين. 2- المشاركة في دفع قيمة كل وصفة طبية بنسبة 25% المستشفى من فاتورة عند الإقامة في الدرجة الأولى و15% عند إقامته في الدرجة الثانية.

المبحث السادس: الخدمات المشمولة بالتأمين الصحي والخدمات المستثناة

أولاً: الخدمات المقدمة والخدمات المستثناة من التأمين الصحي في
التجربة العالمية

1- تجربة استراليا

(أ) التأمين الصحي الحكومي: تغطي خدمة المديكير خدمات الرعاية الصحية وبرامج الرعاية المجانية في المستشفيات العامة، والمساعدة بتكاليف الرعاية خارج المستشفى والعلاج الطبي المجاني أو المخفض من قبل ممارسي المهنة مثل الأطباء والأخصائيين وأطباء العيون المشاركين، ويساعد نظام المديكير بتكاليف كل الأدوية الموصوفة من قبل الأطباء، والتي تدخل ضمن لائحة المنفعة الطبية، المحددة من قبل وزارة الصحة، وتقدم التغطية بموجب لائحة المنفعة الطبية دعماً مقداره 85% من قيمة العلاج خارج المستشفيات الحكومية، و75% من قيمة العلاجات داخل المستشفيات بالنسبة لمشاركي التأمين الخاص.

يستثنى التأمين الحكومي في استراليا العديد من الخدمات منها:

1- الخدمات الطبية المقدمة من قبل الأطباء المتدربين الخارجيين وهم الأشخاص الذين لم يحصلوا على شهادة الطب في المعاهد والكليات الاسترالية، ولا يعملون في المراكز والمستشفيات الصحية العامة، وتبقى الخدمات الصحية التي يقدمها هؤلاء غير

مشمولة بالتأمين حتى تاريخ استيفائهم للشروط التي يحددها المجلس الطبي الاسترالي.

2- الخدمات المقدمة من قبل الأطباء الذين نقضوا عقودهم مع اتحاد الكومنولث بخصوص العمل في مناطق الأرياف والمناطق المهمشة.

3- الخدمات الطبية المقدمة من قبل أشخاص لم يحصلوا على ترخيص بمزاولة المهنة.

ب) التأمين الصحي الخاص: يعتبر التأمين الصحي الخاص العمود الرئيسي لنظام التأمين الصحي، ويغطي النسبة الأكبر من المواطنين، حيث يزود شريحة واسعة من المواطنين بالخدمات الصحية، فالتأمين الذي يغطي المستشفيات الخاصة يغطي أيضا الطبابة في المستشفيات الحكومية، ويغطي التأمين الخاص، كذلك الخدمات الطبية المساعدة التي لا يشملها التأمين الحكومي، مثل الاستشارات الطبية الخاصة، والعلاجات المتنقلة، وعلاجات الأسنان، العلاج الطبيعي، والنظارات، الرعاية الطبية المنزلية، لأعضاء الصناعية، أجهزة السمع.

يقوم التأمين الصحي الخاص بتغطية كافة أثمان الأدوية التي لا يقوم التأمين الحكومي بتغطيتها. كما يغطي التأمين الخاص العلاج في المستشفيات الخاصة والعامة، ويمكن أن يشمل بعض الخدمات التي لا يغطيها المديكير مثل خدمات فحص وعلاج الأسنان والعيون.

ولا يغطي التأمين الحكومي الخدمات الطبية المساندة بينما يغطي التأمين الخاص كافة المصاريف والنفقات الطبية المساندة .

2- تجربة اليابان

(أ) **الخدمات المقدمة:** تغطي كافة أنواع التأمين قطاع واسع من الخدمات الطبية المقدمة بموجب أنظمة التأمين، مثل نفقات الإقامة في المستشفيات، والرعاية الطبية، وعلاج الأسنان، والأدوية، وفي بعض الأحيان يقوم التأمين بتغطية نفقات المواصلات. وتقوم أنظمة التأمين الصحي بتغطية بسيطة للصحة الوقائية، وتتركز النسبة العالية للتغطية في مجال الصحة الوقائية في تأمين العمال. ولا تشمل تغطية التأمين الصحي عملية الولادة لان اليابان لا تنظر لعملية الولادة كمرض، ويقدم بدلا من التغطية الصحية لعملية الولادة، منحة مالية للطفل تعتمد على نوعية نظام التأمين، والمبلغ المدفوع للتأمين من قبل المشترك، وفي حال وفاة الطفل فإن المنحة تغطي مصاريف الجنازة، وتقدم خدمات الرعاية الصحية للأطفال حتى سن السادسة من العمر مجانا.

(ب) **الخدمات المستثناة:** لا يغطي التأمين علاج تقويم الأسنان، الجراحات التجميلية، المطاعم، الإجهاض؟، الجروح التي تحدث نتيجة تعاطي الكحول أو المشاجرة، والعلاج في الخارج. وفي حالة حوادث السير فان المتسبب يدفع كافة التكاليف المالية التي تسبب بها، ولكن إذا تعذر دفع المتسبب عن الضرر في حوادث السير، فان التأمين الوطني يقوم بتغطية كافة المصاريف.

ثانياً: الخدمات المقدمة والخدمات المستثناة في نظم التأمين العربية

1- تجربة الأردن

- **التأمين الصحي الحكومي:** تقدم وزارة الصحة بموجب أحكام نظام التأمين الصحي مجاناً كل من الخدمات التالية:
أ- إعطاء الأمصال والمطاعيم بقصد الوقاية والمعالجة من الأمراض السارية.

ب- خدمات الأمومة والطفولة وتنظيم الأسرة وذلك وفقاً لتعليمات يصدرها الوزير لهذه الغاية. وتشمل هذه الخدمات: تقدم وزارة الصحة الفيتامينات والمعادن بأنواعها، مضادات الحموضة المعدية، خافضات الحرارة للأطفال، مسحوق التحمية عن طريق الفم، وسائل منع الحمل المؤقتة وربط الأنابيب، الفحوصات المخبرية والتشخيصية مجاناً ضمن خدمات الأمومة والطفولة لكل من الأم والطفل، وخدمات تنظيم الأسرة.

وتشمل خدمات تنظيم الأسرى الفحص السريري، فحص مجاميع الدم لمعرفة النوع، فحص العامل الريزوسي وفحص الأجسام المضادة إذا لزم، فحص الهيموجلوبين، فحص التأكد من الحمل، فحص الزهري والسفلس، فحص السكري وتحمل السكر، فحص البول العام والروتيني حسب البروتوكول المقرر لهذه الغاية، فحص البراز للطفل بعد إتمامه العام وعند ملاحظة، الفحص على جهاز أمواج فوق الصوتية، خدمات الصحة المدرسية وتشمل خدمة الكشف الدوري لطلاب المدارس الحكومية من قبل الطبيب وطبيب الأسنان مجاناً، فحص البول أو البراز، مسحة الحلق، فحص قوة الدم، فحص عدد

كريات الدم البيضاء، صورة أشعة مصغرة في مركز الأمراض الصدرية لغايات البحث عن التدرن.

ج- الفحص الطبي للموفدين في أي بعثة علمية ولطالبي الاستخدام الذين تم تحويلهم من الدوائر التي تسري عليها أحكام هذا النظام.

د- فحص التلاسيميا للمقبلين على الزواج .

هـ- فحص الدم لغايات التبرع بالدم.

و- خدمات الصحة المدرسية وفقا لتعليمات يصدرها الوزير لهذه الغاية.

ز- أي حالة أخرى يقررها الوزير حفاظا على الصحة العامة.

توفير الدواء للمشاركين إلزاميا في التأمين الصحي أو أي من منتفعيهم في حال عدم توافره في المستشفيات والمراكز الشاملة التابعة للوزارة .

أما الخدمات التي لا يغطيها التأمين الصحي فتشمل حالات العمق والإجهاض المتكرر والضعف الجنسي، المعالجة التجميلية غير الوظيفية، المعالجة السنوية التجميلية بما في ذلك المعادن الثمينة، زراعة الأسنان أو تلييسها بالمعادن الثمينة، معالجة النظر بالليزر والعدسات اللاصقة بكافة أنواعه، صرف نظارات طبية لمن هم فوق المرحلة الأساسية للمدرسة، المستحضرات التجميلية بما فيه المستحضرات الواقية للجلد، حالات نقص النمو .

- **التأمين الصحي الخاص:** يقوم التأمين الصحي التجاري بتقديم الخدمات الطبية المتعاقد عليها مع الهيئات والمراكز الصحية، والواردة في دليل التأمين الخاص بكل شركة، وتقوم شركات التأمين

بإصدار نشرة دورية من حين لآخر تحدد فيه إضافة أو إنقاص أعداد المرافق الطبية المشمولة بالتغطية، بموجب دراسة يعدها الخبير الاكتواري لشركة التأمين.

2- تجربة سوريا

- **الخدمات الصحية المقدمة في قانون الضمان الصحي:** يقدم هذا التأمين الخدمات الطبية التي يؤديها الطبيب العام وطبيب الأسنان والاختصاصي، الزيارة الطبية المنزلية عند الاقتضاء، الإقامة في المستشفى أو المصحة مع المعالجة، العمليات الجراحية ومختلف الأعمال الطبية الأخرى، جميع الفحوص المخبرية والإشعاعية والكهربائية وسائر الفحوص التشخيصية الأخرى، العناية بالحوامل وإجراء الولادات بأنواعها، صرف الأدوية اللازمة، توفير الخدمات التأهيلية وتقديم الأجهزة الطبية الصناعية والتعويضية التي يصدر بتحديدتها قرار من المجلس، إجراء الفحوص الطبية الدورية حسب الأحكام القانونية النافذة، التعاقد مع الأطباء العامين وأطباء الأسنان والاختصاصيين وغيرهم، التعاقد مع مراكز التأهيل والمخابر ودور الأشعة واختصاصها، وبناء وشراء واستئجار المستشفيات وغيرها من المؤسسات العلاجية كلاً أو جزء، وذلك في حدود الخطة العامة التي يضعها المجلس الصحي.

- **الخدمات المستثناة:** لم يأت قانون الضمان الصحي بأية استثناءات لخدمات الرعاية الصحية.

ثالثاً: الخدمات الصحية المقدمة والخدمات المستثناة في نظم التأمين في فلسطين

أ) الخدمات المقدمة مجاناً لجميع المواطنين مؤمنين وغير مؤمنين تشمل هذه الخدمات التطعيمات المشمولة ببرنامج التطعيم الموحد، معالجة الأمراض المعدية بما فيها السل الرئوي والأوبئة أو أي مرض يعرض صحة الجمهور للخطر وفقاً لقائمة الأمراض التي تنشرها وزارة الصحة، خدمات الرعاية الأولية في مراكز الأمومة والطفولة، خدمات الصحة المدرسية التي تقدم بمبادرة من وزارة من وزارة الصحة والمتعلقة بالصحة العامة، خدمات الكوارث الطبيعية والحروب، معالجة الأطفال حتى سن ثلاث سنوات، معالجة المصابين بالأمراض العقلية المزمنة، أي خدمات أخرى يوافق عليها مجلس الوزراء بالتنسيق من وزير الصحة.

وكذلك تقدم الخدمات الصحية مجاناً وبدون مساهمة لجميع المصابين والمخالطين سواء كانوا مؤمناً عليهم أم غير مؤمن عليه في حالات الأمراض السارية الواردة حصراً وهي التالية: الكلب، القزاز، الكوليرا، السحايا، مرض التيفوس، السل، الايدز، الجذام، الشلل الرخوي الحاد، التسمم الغذائي، الحمى المالطية، التهاب الكبد الوبائي الفيروسي الحاد بأنواعه، وأي مرض ساري أو وبائي آخر بقرار من وزير الصحة.

وكذلك في حالة إجراء فحوصات IGM وفي فحص IGG في مختبر الصحة العامة للأمراض التالية: مرض الحصبة، مرض الحصبة الألمانية، مرض التكتسيبولازما، مرض النكاف، وأي مرض مستجد يقره مدير عام الصحة العامة.

ت-الخدمات الصحية المستثناة من التأمين، والتي يعامل فيها المؤمن كغير المؤمن

هناك بعض الخدمات الصحية التي يعامل فيها المؤمن وغير المؤمن بنفس الطريقة، وتحتاج الى تغطية كاملة من المريض. وتتمثل هذه الخدمات في الآتي: الأجهزة واللوازم الطبية المساعدة كالأطراف الصناعية والكراسي المتحركة، النظارات والعدسات اللاصقة وأجهزة السمع والقوقعة، تركيب الأسنان، أجهزة صدمات القلب، الجراحة البلاستيكية لأغراض تجميلية غير ضرورية صحياً، معالجات العقم، تشطيب القرنية والإجراءات العلاجية المشابهة، الأدوية من خارج قائمة الأدوية الأساسية المعتمدة، تغطية نفقات الإقامة لمرافق المريض ما لم تقرر لجنة التحويل لأسباب طبية خلاف ذلك، حوادث الطرق وحوادث العمل والحوادث القضائية، الحالات غير الطارئة في مراكز الطوارئ حسب بروتوكولات إدارة المستشفيات، استخدام سيارة الإسعاف بطلب ذاتي، المساهمة حسب النظام، التطعيم لأغراض السفر للخارج، تصديق الوثائق، الفحص لطلب رخصة سياقة، التقارير الطبية بطلب شخصي، تصوير الملفات وفقاً للأنظمة.

ب- التأمين الخاص (التجاري)

يقوم التأمين الصحي التجاري بتقديم الخدمات الطبية المتعاقد عليها مع الهيئات والمراكز الصحية، والواردة في دليل التأمين الخاص بكل شركة، وتقوم شركات التأمين بإصدار نشرة دورية من حين لآخر تحدد فيه إضافة أو إنقاص أعداد المرافق الطبية المشمولة بالتغطية، بموجب دراسة يعدها الخبير الاكتواري لشركة التأمين.

خاتمة/ استنتاجات وتوصيات

استنتاجات عامة

- باستثناء ما ورد في أدبيات منظمة الصحة العالمية، فإن المرجعيات العالمية والاتفاقيات الدولية تفتقر للأطر والمعايير الناظمة للتأمين الصحي.
- يعتبر التأمين الصحي إحدى وسائل إيصال خدمة الرعاية الصحية إلى كافة المواطنين والمواطنات انطلاقاً من حقوق المواطنة.
- يعتبر التأمين الصحي فرعاً من فروع التأمين الاجتماعي، ووسيلة لتغطية تكاليف الرعاية الصحية، وترجمة لمبدأ أعمال الحق في الصحة.
- يهدف التأمين الصحي إلى تمكين الأفراد من الحصول على خدمة الرعاية الصحية بشكل ميسور، وتحقيق مبدأ التكافل الاجتماعي.
- يقسم التأمين الصحي إلى نوعين، التأمين الحكومي والتأمين الخاص، ويقسم التأمين الخاص إلى التأمين التجاري (الربحي) والتأمين غير التجاري (التعاوني).
- يتم تنظيم شؤون التأمين الصحي الحكومي كاملاً بموجب تشريع رئيسي (قانون)، أو تشريع ثانوي (نظام).
- يعتمد نظام التأمين الذي تختاره الدولة على فلسفتها ورؤيتها لدورها في مجال تقديم الخدمات للمواطنين.
- تعتمد معظم الدول في العالم باستثناء الدول الاشتراكية في تقديم خدمة الرعاية الصحية على نوعين من أنواع التأمين الصحي: التأمين الحكومي، والتأمين الخاص.

- يهدف التأمين الصحي الحكومي إلى إيصال خدمة الرعاية الصحية إلى أكبر شريحة من أفراد المجتمع، مقابل أداء مالي من المشترك لا يتناسب مع القيمة المالية للخدمة الصحية المقدمة، بينما يهدف التأمين الصحي الخاص إلى تمكين الأفراد من الحصول على رعاية صحية مميزة، مقابل سقف مالي يغطي التكلفة.
- تنيط بعض الدول مسؤولية التأمين الصحي الحكومي بهيئة حكومية تتمتع باستقلال مالي وإداري، بينما تتبع بعض الدول الأخرى مسؤولية التأمين الصحي بوزارة الصحة أو بوزارات أخرى.
- تتفاوت نسبة الفئات المشمولة بالتأمين الصحي بين دولة وأخرى، وذلك اعتماداً على الموارد المخصصة للرعاية الصحية، والموارد المالية للصندوق.
- تعتمد بعض الدول على الضرائب لتغطية تكاليف الرعاية الصحية، بينما تعتمد دول أخرى على رسوم الاشتراك الشهرية، والرسوم المفروضة على بعض الخدمات الصحية.
- لا تشمل الرعاية الصحية المقدمة في نظم التأمين جميع أنواع الخدمات الصحية، حيث أن هناك عدداً من خدمات الرعاية الصحية التي لا يشملها التأمين الصحي، نتيجة اعتبارات كثيرة.

الاستنتاجات الخاصة بنظم التأمين الفلسطينية

- تعتبر وزارة الصحة المسئول المباشر عن تقديم خدمات الرعاية الصحية بموجب نظام التأمين الصحي والعلاج خارج الوزارة.
- ينطلق التأمين الصحي الحكومي من اعتبارات التكافل الاجتماعي في تغطية تكاليف الخدمات الصحية، والمساواة والعدالة بين المواطنين في توزيع هذه الخدمات الصحية، بينما يقوم التأمين التجاري على مبدأ المراجعة.
- تخلو التشريعات الفلسطينية من إطار تشريعي ناظم لقطاع الموظفين العسكريين، فيما يتعلق بالتأمين الصحي.
- تسمح طبيعة التشريعات الفلسطينية بتنوع نظم التأمين، حيث يوجد نظام التأمين الحكومي بصناده المتعددة (التأمين الصحي للموظفين المدنيين، التأمين الصحي لفئة العمال والتأمين التعاوني والتأمين التجاري الخاص).
- يتم تمويل نظام التأمين الصحي الحكومي من خلال رسوم الاشتراك، ومن خلال ميزانية وزارة الصحة أو ميزانية الوزارات الأخر كوزارة الشؤون الاجتماعية. بينما يتم تمويل التأمين التجاري من خلال رسوم اشتراك الأفراد.
- تشمل خدمات الرعاية الصحية التي يشملها التأمين الصحي تقديم الخدمات الطبية الوقائية، والخدمات الطبية العلاجية المحددة في نظام التأمين الصحي.
- تختلف نسبة الاقتطاع بين الشرائح المنتفعة من نظام التأمين الصحي الحكومي.
- تتحول الفئات الاجتماعية غير المشمولة بنظام التأمين الصحي الحكومي، وغير قادرة على تحمل تكاليف نفقات التأمين الصحي، إلى

فئات اجتماعية فقيرة، تتولى وزارة الشؤون الاجتماعية تقديم بطاقة تأمين صحي لها، من الميزانية المحددة لوزارة الشؤون الاجتماعية.

التوصيات

- من مجمل ما جاء في التقرير، نوصي بما يلي:
 - ضرورة إيجاد إطار قانوني عصري متكامل، ينظم ويوحد نظم التأمين الصحي المقدمة من الدولة، بما فيها التأمين الصحي المدني وكذلك التأمين الصحي العسكري.
 - ضرورة أن ينص الإطار القانوني للتأمين الصحي الحكومي على إنشاء هيئة مستقلة للتأمين الصحي تتبع مجلس الوزراء، وتتمتع باستقلال إداري ومالي، وتقوم بتوحيد النظم الإدارية والمالية لكافة الصناديق الاجتماعية للتأمين الصحي.
 - ضرورة **النص على** ديمومة انتفاع المشترك بالخدمة الصحية المقدمة من خلال نظم التأمين الصحي الحكومي، وعدم ربطها بعمالة المشترك في القطاع الحكومي.
 - ضرورة **النص على** توسيع الموارد المالية لصندوق التأمين من خلال اللجوء إلى موارد مالية جديدة مثل الضرائب المباشرة وغير المباشرة، وعدم الاقتصر على الرسوم التي يدفعها المشتركين.
 - ضرورة **النص على** توسيع شريحة الفئات الاجتماعية المنتفعة من خدمة الرعاية الصحية في نظام التأمين الصحي الحكومي مثل فئة المزارعين، والعاملين في المشاريع العائلية، والنساء معيلات الأسر، وخدم المنازل.

- ضرورة النص على وجوب تمتع الأطفال حتى سن الثامنة عشر من العمر بخدمات الرعاية الصحية المجانية.
- ضرورة النص على الآليات والتدابير المناسبة لتسهيل حصول المواطنين في المناطق المهمشة أو المجالس المحلية في القرى والبلديات على الاشتراك بخدمة التأمين الصحي المتمركزة في مراكز المدن.

قائمة المراجع

- المراجع العربية

- * أسامة حامد، سامية البطمة. صناديق التقاعد والتأمين الصحي في أماكن العمل في الضفة الغربية وقطاع غزة. تشرين ثاني 1997. معهد أبحاث السياسات الاقتصادية الفلسطيني (ماس).
- * عوني محمود عبيدات. شرح قانون الضمان الاجتماعي. الطبعة الاولى 1998. دار وائل للنشر - عمان.
- * محمد حسن قاسم. قانون التأمين الاجتماعي. 2003. دار الجامعة الجديدة- الإسكندرية.
- * محمد حسن خليل. رؤى مختلفة لفلسفة التأمين الصحي في زمن العولمة. ورقة عمل ضمن تقرير عن المؤتمر العام الرابع: باتجاه التأمين الصحي الاجتماعي الشامل. 23-24 يناير 2003. دار الضيافة جامعة عين شمس - القاهرة. فبراير 2003.
- * عبد الوهاب بن عبد الله الخميس. التأمين الصحي بين منطلقاتهم ومنطلقاتنا. مقالة منشورة على الصفحة الالكترونية: [www. Aleqtisadiah. Com](http://www.Aleqtisadiah.Com)
- * الصحة والخدمات الاجتماعية- فرصة عادلة للجميع. مقالة على الصفحة الالكترونية: www. dfat. gov. au/aib/Arabic/health. htm
- * نائل العجلوني. التأمين الصحي في القطاع الخاص، عرض لأسلوب جديد. مقالة نشرت في صحيفة الدستور. بتاريخ 5/ 2007/3، على الصفحة الالكترونية:
- www. Addustour. com/news/Viewoldnews. asp
- * حازم شعار، عبد اللطيف. مشروع قانون يهتم كل مواطن. . الضمان الصحي على طاولة البحث من جديد. صحيفة الثورة السورية بتاريخ

http://thawra. alwehda. منشور على الصفحة الالكترونية: 2007/22/4
gov. sy

- المراجع الانكليزية:

- Francesca Colombo and Nicole Tapay. Private Health Insurance in Australia. Acase Study. OECD HEALTH WORKING PAPERS. JT00152575. copyright OCED2003

- Tetsuo Fukawa. Public Health Insurance in Japan. 2002. The International Bank for Reconstruction and development/The World Bank. 1818 H Street, N. W. Washington, D. c. 20433, .USA

- Thai. V. Khi, Edward T Wimberley, Sharon M McManus, Hand book of International Health care systems, Public Administration and public policy, 1996. Pa: 456

- Australian Bureau of Statistics-ABS (1998). Health Insurance Survey

- Australian Bureau of statistics ABS (2001) Private Health Insurance, 2001

- مواقع الكترونية متخصصة تم الاستعانة بها:

[http://www.healthinsite.gov.](http://www.healthinsite.gov.au/content/topic_map/topic_map.cfm)

[au/content/topic_map/topic_map.cfm](http://www.healthinsite.gov.au/content/topic_map/topic_map.cfm)

[http://www.phiac.gov.](http://www.phiac.gov.au/insurenotsure/surchargesincentives/lifetime.htm)

[au/insurenotsure/surchargesincentives/lifetime.htm](http://www.phiac.gov.au/insurenotsure/surchargesincentives/lifetime.htm)

Australia: Health and welfare—Encyclopaedia Britannica.

www.britannica.com/eb/article-45034
<http://www.britannica.com/eb/article-45034/Australia>
http://www.healthinsite.gov.au/topics/Health_Insurance
http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=320084
http://www.jpma.or.jp/12english/guide_industry/healthcare/healthcare
http://www.drs.org.au/new_doctor/75/fact_sheet_4.html
<http://www.who.int/features/qa/35/ar/>
[http://www.health.gov.au/internet/wcms/publishing.nsf/content/health-pathology-leg-index.htm/\\$file/leg_acc_appprinc_2005.pdf](http://www.health.gov.au/internet/wcms/publishing.nsf/content/health-pathology-leg-index.htm/$file/leg_acc_appprinc_2005.pdf)
<http://www.phiac.gov.au/insurenotsure/surchargesincentives/lifetime>
http://www.jiwe.or.jp/english/law/law4_2_5.html
http://www.austlii.edu.au/au/legis/cth/consol_act/hia1973164/

منشورات الهيئة

التقارير السنوية

- التقرير السنوي الأول، شباط 1994 - حزيران 1995، 1995.
- التقرير السنوي الثاني، 1 تموز 1995 - 31 كانون أول 1996، 1997.
- التقرير السنوي الثالث، 1 كانون ثاني 1997 - 31 كانون أول 1997، 1998.
- التقرير السنوي الرابع، 1 كانون ثاني 1998 - 31 كانون أول 1998، 1999.
- التقرير السنوي الخامس، 1 كانون ثاني 1999 - 31 كانون أول 1999، 2000.
- التقرير السنوي السادس، 1 كانون ثاني 2000 - 31 كانون أول 2000، 2001.
- التقرير السنوي السابع، 1 كانون ثاني 2001 - 31 كانون أول 2001، 2002.
- التقرير السنوي الثامن، 1 كانون ثاني 2002 - 31 كانون أول 2002، 2003.
- التقرير السنوي التاسع، 1 كانون ثاني 2003 - 31 كانون أول 2003، 2004.
- التقرير السنوي العاشر، 1 كانون ثاني 2004 - 31 كانون أول 2004، 2005.
- التقرير السنوي الحادي عشر، 1 كانون ثاني 2005 - 31 كانون أول 2005، 2006.

سلسلة التقارير القانونية

- محمود شاهين، تقرير حول لجان التحقيق الفلسطينية، 1998.
- أريان الفاصد، تقرير حول آليات المساءلة وسيادة القانون في فلسطين، 1998.
- حسين أبو هنود، تقرير حول التشريعات وآلية سنّها في السلطة الوطنية الفلسطينية "دراسة تحليلية"، 1998.
- جبريل محمد، دراسة حول فاقد الهوية، 1998.
- عمار الدويك، الحركة عبر الحواجز، تقرير حول تقييد حرية حركة الفلسطينيين في الضفة الغربية وقطاع غزة، 1998.
- قيس جبارين، تقرير حول جنوح الأحداث في التشريعات الفلسطينية، 1998.
- عيسى أبو شرار (وآخرون)، مشروع قانون السلطة القضائية: دراسات وملاحظات نقدية، 1998.
- زياد عريف (وآخرون)، قوانين الشرطة في فلسطين: دراسات وملاحظات نقدية، 1998.
- عزمي الشعبي (وآخرون)، قانون المطبوعات والنشر: دراسات وملاحظات نقدية، 1999.
- محمود شاهين، تقرير حول النيابة العامة الفلسطينية، 1999.
- Gil Friedman, *The Palestinian Draft Basic Law: Prospects and Potentials*, 1999.
- أريان الفاصد، أصوات الصمت: تقرير حول حرية التعبير في ظل السلطة الوطنية الفلسطينية، 1999.
- عزيز كايد، تقرير حول تداخل الصلاحيات في مؤسسات السلطة الوطنية الفلسطينية، 1999.
- ببير شلستروم، تقرير حول مشروع قانون الأحزاب السياسية الفلسطيني، 1999.

- مصطفى مرعي، الحق في جمع شمل وإقامة الأطفال الفلسطينيين، الممارسة الإسرائيلية في ضوء معايير حقوق الإنسان الدولية، 1999
- حسين أبو هنود، محاكم العدل العليا الفلسطينية، التطورات والإشكاليات، والأداء في مجال حماية الحقوق والحريات، 1999.
- أ.د. محمد علوان و د. معتصم مشعشع، حقوق الإنسان في قانوني العقوبات الفلسطيني والأردني، 1999.
- فراس ملح (وآخرون)، الإطار القانوني للضمان الاجتماعي في فلسطين، 1999.
- أ.د. محمد علوان (وآخرون)، حقوق الإنسان في قوانين العقوبات السارية في فلسطين "دراسات وملاحظات نقدية"، 1999.
- عمار الدويك، عقوبة الإعدام في فلسطين بين التشريعات السارية والمعايير الدولية، 1999.
- أمينة سلطان، تقرير حول ممارسة التعذيب في التحقيق، 2000.
- معتز قفيشة، تقرير حول الجنسية الفلسطينية، 2000.
- مصطفى مرعي، تقرير حول عملية التشريع في فلسطين، الآليات والأهداف والأولويات، 2000.
- مصطفى مرعي، الهيئة الفلسطينية المستقلة لحقوق المواطن، في ضوء المعايير الدولية بشأن الهيئات الوطنية لحقوق الإنسان، 2000.
- موسى أبو دهيم، تقرير حول تفتيش المساكن، 2000.
- حسين أبو هنود، تقرير حول نقابة المحامين الفلسطينيين، 2000.
- عزيز كايد، تقرير حول إشكالية العلاقة بين السلطين التشريعية والتنفيذية في السلطة الوطنية الفلسطينية، 2000.
- جهاد حرب، تأثير النظام الانتخابي على الأداء الرقابي للمجلس التشريعي، 2000.
- أ.د. نضال صبري، الجوانب المالية والقانونية للموازنة الفلسطينية، 2000.

- عزيز كايد، قراءة في مشروع الدستور الفلسطيني المؤقت، 2000.
- فاتن بوليفة، تشغيل الأطفال بين القانون والواقع، 2000.
- عبد الرحيم طه، تعويض المتضررين مادياً جراء الأعمال العدائية خلال إنتفاضة الأقصى، 2001.
- طارق طوقان، اللامركزية والحكم المحلي في فلسطين، 2001.
- أ. د. عدنان عمرو، إبطال القرارات الإدارية الضارة بالأفراد والموظفين، 2001.
- باسم بشناق، الرقابة المالية على الأجهزة الحكومية في ظل السلطة الوطنية الفلسطينية (هيئة الرقابة العامة)، 2001.
- داود درعاوي، جرائم الحرب والجرائم ضد الإنسانية: مسؤولية إسرائيل الدولية عن الجرائم خلال إنتفاضة الأقصى، 2001.
- زياد عمرو، حقوق ذوي الإحتياجات الخاصة في التشريعات السارية في فلسطين، 2001.
- عزيز كايد، السلطة التشريعية بين نظام المجلس الواحد ونظام المجلسين، 2001.
- حسين أبو هنود، مراكز الإصلاح والتأهيل الفلسطينية، 2001.
- موسى أبو دهيم، التأمينات الإجتماعية، 2001.
- عزيز كايد، الرقابة البرلمانية على المعاهدات التي تبرمها السلطة التنفيذية، 2002.
- لؤي عمر، الأوقاف الإسلامية في الضفة الغربية، 2002.
- باسم بشناق، الوظيفة العامة في فلسطين بين القانون والممارسة، 2002.
- العدائية خلال إنتفاضة الأقصى، 2001.
- عيسى أبو شرار، محمود شاهين، داود درعاوي، مشروع قانون العقوبات الفلسطيني، -أوراق وملاحظات نقدية - 2001.

- مازن سيسالم، أيمن بشناق، سعد شحبير، دليل المحاكم النظامية في فلسطين - على ضوء صدور قانون تشكيل المحاكم النظامية وقانون الإجراءات الجزائية، 2001.
- معن ديعيس، فاتن بوليفة، ربحي قطامش، رشا عمارنة، حول قانون العمل الفلسطيني الجديد - أوراق عمل - 2002.
- خالد محمد السباتين، الحماية القانونية للمستهلك، 2002.
- معن إدعيس، اللوائح التنفيذية للقوانين، 2002.
- نزار أيوب، القانون الدولي الإنساني والقانون الدولي لحقوق الإنسان، 2003.
- معن إدعيس، المؤسسات العامة والسلطة التنفيذية الفلسطينية - الإشكاليات والحلول - ، 2003.
- باسم بشناق، التنظيم الإداري للمحافظات في فلسطين، 2003.
- ناصر الرئيس، محمود حمّاد، عمار الدويك، محمود شاهين، مشروع قانون العقوبات الفلسطيني - أوراق عمل - ، 2003.
- محمود شاهين، حول الحقّ في التنظيم النقابي، 2004.
- مصطفى عبد الباقي، العدالة الجنائية في مجال الأحداث، الواقع والطموح، 2004.
- بلال البرغوثي، الحق في الإطلاع، أو (حرية الحصول على المعلومات) 2004.
- معين البرغوثي، عقود الإمتياز (حالة شركة الإتصالات الفلسطينية)، 2004.
- معتز قفيشة، **Defining The Role Of National Human Rights Institutions With Regard To The United Nations**، 2004. (لغة إنجليزية)
- معتز قفيشة، تحديد علاقة المؤسسات الوطنية لحقوق الإنسان بنظام الأمم المتحدة لحقوق الإنسان، 2004. (لغة عربية)

- كلودي بارات، **The Advisory Opinion of the International Court of Justice on the Construction of a Wall in the Occupied Palestinian Territory**، 2004. (لغة إنجليزية)
- معن إدعيس، **حول صلاحيات جهاز الشرطة**، 2004.
- كلودي بارات، **تحليل قانوني للرأي الاستشاري لمحكمة العدل الدولية حول بناء الجدار الفاصل في الأراضي الفلسطينية المحتلة**، 2004. (لغة عربية).
- معين البرغوثي، **حول المفهوم القانوني للرسم (تحليل للمبادئ الدستورية والسياسات التشريعية)**، 2005.
- د. فتحي الوحيد، **حول المحكمة الدستورية العليا الفلسطينية في مشروع القانون الخاص بها**، 2005.
- ثائر أبو بكر، **ضمانات المتهم في مرحلة التحقيق الابتدائي**، 2005.
- بهاء الدين السعدي، **الرقابة البرلمانية على أداء الأجهزة الأمنية**، 2005.
- إبراهيم شعبان، أحمد قنديل، معن إدعيس، سامي جبارين، ماجد العاروري، **أوراق قانونية، (الانسحاب من قطاع غزة، مراجعة القوانين، والحريات الأكاديمية)**، 2006.
- معين البرغوثي، **حول حالة السلطة القضائية ومنظومة العدالة في العام 2005، 2006**.
- أحمد الغول، **حرية الرأي والتعبير في المواثيق الدولية والتشريعات المحلية**، 2006.
- معن إدعيس، معين البرغوثي، باسم بشناق، سامي جبارين، أحمد الغول، **صلاحيات رئيس السلطة الوطنية الفلسطينية بالمقارنة مع صلاحيات مجلس الوزراء والمجلس التشريعي في القانون الأساسي (أوراق عمل)**، 2006.
- سامي جبارين، **حول إستغلال النفوذ الوظيفي**، 2006.

سلسلة تقارير خاصة

- لا لعدالة الشارع، تقرير خاص حول قضايا محالة إلى محاكم أمن الدولة والمحاكم العسكرية بسبب ضغط الرأي العام، 2000
- السكن المشترك، مشاكل وحلول مقترحة، 2000
- الإعتقال السياسي من قبل السلطة الوطنية الفلسطينية خلال عام 2000.
- الجاهزية الطبية الفلسطينية لحالات الطوارئ، 2000.
- الدفاع المدني الفلسطيني في ظل الإنتفاضة ، المضمون والتشكيل والأداء، 2001.
- الجاهزية المجتمعية لتأهيل معوقى الإنتفاضة، 2001.
- أداء المحاكم النظامية الفلسطينية خلال إنتفاضة الأقصى، 2001.
- التأثيرات الصحية والبيئية الناتجة عن التلوث بالنفايات الصلبة والمياه العادمة في الأراضي الفلسطينية، 2001.
- السلامة العامة على الطرق الفلسطينية، 2001.
- حول التحقيق والتشريح - حالات الوفاة في السجون ومراكز التوقيف الفلسطينية - ، 2001.
- تدمير المنازل والمنشآت الخاصة من قبل قوات الإحتلال الإسرائيلي خلال إنتفاضة الأقصى، الفترة من 2000/9/28 - 2001/8/31.
- الإهمال الطبي في مناطق السلطة الوطنية الفلسطينية، 2002.
- سوء إستخدام السلاح من قبل العاملين في الأجهزة الأمنية الفلسطينية خلال العام 2001، 2002.
- ظاهرة أخذ القانون باليد - أحداث رام الله بتاريخ 2002/1/31، 2002.
- تشكيل الجمعيات في مناطق السلطة الوطنية الفلسطينية - بين القانون والممارسة - ، 2002.

- تبعات الإعتداءات الإسرائيلية على السجون ومراكز التوقيف الفلسطينية ، 2002.
- لجان إدارة والإشراف على الإنتخابات العامة، 2002.
- معاناة الفلسطينيين على معبري الكرامة ورفح، 2002.
- التصرف بأراضي الدولة وإدارتها بين القانون والممارسة، 2003.
- حول تباين أسعار المياه في مناطق السلطة الوطنية الفلسطينية، 2003.
- حول توزيع المساعدات على المتضررين جراء الإعتداءات الإسرائيلية (حالة محافظتي جنين ورفح)، 2003.
- تفزيون فلسطين وقناة فلسطين الفضائية، -الإدارة، التمويل، والسياسات البرنامجية-، 2003.
- حول إشغال المناصب العليا في السلطة الوطنية الفلسطينية، 2003.
- **Creeping Annexation – The Israeli Separation Wall and its Impact on the West Bank, June 2003**
- حول تعيين الموظفين في الهيئات المحلية الفلسطينية (الأسس، الإجراءات، جهات الإختصاص)، 2003.
- حول ضريبة الأملاك في مناطق السلطة الوطنية الفلسطينية - قطاع غزة، إشكاليات وحلول، 2003.
- حول معاناة مرضى الفشل الكلوي في مناطق السلطة الوطنية الفلسطينية، 2003.
- حول بؤس الرقابة على المستحضرات الصيدلانية في مناطق السلطة الوطنية الفلسطينية، 2004.
- حول أزمة مياه الشرب في مناطق السلطة الوطنية الفلسطينية، 2004.
- حول الإختفاء القسري في أعقاب الإعتقال أو الإختطاف في مناطق السلطة الوطنية الفلسطينية، 2004.

- حول تباين أسعار الكهرباء في مناطق السلطة الوطنية الفلسطينية، 2004.
- **Concerning Enforced Disappearance Following Arrest ,or Kidnapping in Palestinian National Authority Areas** 2004.
- حول إساءة معاملة الموقوفين في نظارات المباحث الجنائية في محافظات شمال الضفة الغربية، 2004.
- حول دور الجهات الأمنية في مجال الوظيفة العامة، 2004.
- حول تحويلات العلاج إلى خارج المؤسسات الطبية الحكومية، 2004.
- حول إنتخابات الهيئات المحلية بالضفة الغربية بتاريخ 2004/12/23، 2004.
- **Concerning Local Authority Elections In The West** 2004 ,Bank on 23/12/2004.
- حول عملية إنتخابات رئاسة السلطة الوطنية الفلسطينية والتي جرت بتاريخ 2005/1/9، 2005
- حول جاهزية مراكز الإصلاح والتأهيل الفلسطينية، 2005.
- حول أداء اللجنة العليا للانتخابات المحلية المرحلة الثانية من إنتخابات الهيئات المحلية الفلسطينية بتاريخ 2005/5/5، 2005.
- قطاع الزراعة الفلسطيني خلال إنتفاضة الأقصى (الأضرار، والمساعدات ومعايير تقديمها) - 2005.
- البيئة في أراضي السلطة الوطنية الفلسطينية (حالة دراسية: محافظة بيت لحم) - 2005.
- إدارة إنتخاب الهيئات المحلية في المرحلة الثالثة بتاريخ 2005/9/29 - 2005.

- تقرير حول الإنتخابات الفلسطينية في العام 2005(الإنتخابات الرئاسية، الإنتخابات المحلية، إنتخابات مجلس نقابة المحامين) - 2005.
- حول حالة الإنفلات الأمني وضعف سيادة القانون في أراضي السلطة الوطنية الفلسطينية - 2005.
- حول عملية الإنتخابات التشريعية الثانية التي جرت في تاريخ 2006/1/25، 2006.
- بعد مرور عام على الإخلاء الإسرائيلي لقطاع غزة، الآثار القانونية للإخلاء، إدارة الأراضي المخلاه، المناطق المهمشة، 2006.
- حقوق الطفل، الحق في الحماية، 2006.
- حقوق المعوقين في المجتمع الفلسطيني، 2006.
- المسؤولية القانوني عن إقتحام سلطات الإحتلال الإسرائيلي لسجن أريحا المركزي وإختطاف المعتقلين السياسيين بتاريخ 2006/3/14 / 2006.
- أثر إضراب الموظفين العموميين على القطاعات الحيوية في فلسطين، 2006.
- الإنتهاكات الإسرائيلية لحقوق الإنسان الفلسطيني خلال عام 2006، وأثرها على أداء السلطة الوطنية الفلسطينية، 2007.
- أداء هيئة الحج والعمرة في موسم الحج للعام 1427 هـ / 2006 م، 2007.
- إنتهاكات حقوق الإنسان في مناطق السلطة الوطنية على ضوء عمليات الإقتتال التي إندلعت في قطاع غزة منذ تاريخ 2007/6/7، 2007.

سلسلة تقارير الرصد وتقصي الحقائق

- نتائج تقصي حقائق حادث مقتل الشاب حسام أبو عطية في مدينة رام الله بتاريخ 2006/6/13، 2006.
- التحقيق في وفاة المواطنة منال صيدم بتاريخ 2006/9/21، بعد إجراء عملية تنظيفات لها في أحد المستشفيات، 2007.
- تقرير تقصي حقائق حول حادثة انفجار محطة النبالي للوقود بتاريخ 2007/2/8، 2007.

