التأمين الصحي الخاص

في فلسطين

سلسلة التقارير الخاصة رقم (119)

التأمين الصحي الخاص في فلسطين

سلسلة تقارير خاصة رقم (119)

إعداد الباحثين: أ. معن شحدة دعيس، أ. هند البطة

متابعة وإشراف: أ. خديجة زهران، د. عمار الدويك

تدقيق لغوي: أ. أكرم مسلم

التصميم والطباعة:
شركة ثيرد دايمنشن للتصميم والطباعة

© جميع الحقوق محفوظة لـ:

الهيئة المستقلة لحقوق الإنسان «ديوان المظالم»، فلسطين.

ISBN: 978-9950-401-21-1

رام الله - 2022

لا يجوز نشر أي جزء من هذا الكتاب، أو نقله على أي وجه، أو بأي حال، أو بأي طريقة إلا بموافقة مسبقة من الهيئة المستقلة لحقوق الإنسان «ديوان المظالم».

الهيئة المستقلة
لحقوق الإنسان
ديوان المظالم

سلسلة التقارير
الخاصة
119

التأمين الصحي الخاص
في فلسطين

2022

عناوين مكاتب
الهيئة المستقلة لحقوق الإنسان «ديوان المظالم» - فلسطين

- ### المقر الرئيس

4 شارع الأم تيريزا، رام الله، فلسطين. الرمز البريدي P6009059

هاتف: 2986958 / 2960241 2 970 + فاكس: 2987211 2 970 + ص.ب 2264

البريد الإلكتروني: ichr@ichr.ps الصفحة الإلكترونية: www.ichr.ps

- ### مكتب الوسط

وحدة 302، 16 شارع البلدية، رام الله، فلسطين، P6008326

هاتف: 2989838 2 970 + فاكس: 2989839 2 970 +

- ### مكتبا الشمال

نابلس- شارع سفيان - عمارة اللحام - ط 1

هاتف: 2335668 9 970 + فاكس: 2366408 9 970 +

طولكرم - قرب مستشفى ثابت ثابت - عمارة دعباس - ط3

تلفاكس: 2687535 9 970 +

- ### مكتبا الجنوب

الخليل- رأس الجورة - بجانب دائرة السير – عمارة حريزات – ط 1

هاتف: 2295443 2 970 + فاكس: 2211120 2 970 +

بيت لحم - عمارة نزال - ط 2 - فوق البنك العربي

هاتف: 2750549 2 970 + فاكس: 2746885 2 970 +

- ### مكتب غزة والشمال

الرمال – مقابل المجلس التشريعي – خلف بنك القدس

هاتف: 2824438 8 970 + فاكس: 2845019 8 970 +

- ### مكتب الوسط وجنوب غزة

خانيونس - شارع جمال عبد الناصر – عمارة الحسن ط3 – بجوار عصيرات رمانة 2

هاتف: 2060443 8 970 + فاكس: 2062103 8 970 +

المحتويات

مقدمة 7

أولاً: التغطية الصحية الشاملة في الإطار الدولي 8

ثانياً: الإطار القانوني الوطني للتأمين الخاص 12

القواعد الدولية لعام 2003 والمبادئ التوجيهية لعام 2011 التي تحكم التزام مؤسسات الأعمال الوطنية (شركات التأمين الوطنية وعبر الوطنية) واحترامها حقوق الإنسان 12

غياب الإطار القانوني الوطني المنظم للتأمين الصحي 14

غياب رقابة وزارة الصحة الرسمية على قطاع التأمين الصحي الخاص 15

عدم وجود ضوابط مكتوبة ومنشورة للرقابة على التأمين الصحي الخاص 16

ثالثاً: التأمين الصحي الخاص، قضية غائبة في الأدبيات 18

رابعاً: التأمين الصحي في فلسطين 20

خامساً: التحليل 27

كيف تحدد شركات التأمين الرسوم والمدفوعات المالية المختلفة وسلة الخدمات الصحية المشمولة واستثناءات ذلك؟ 27

الخلل في التأمين الصحي الخاص وحالات التحايل فيه 29

إيرادات أعمال قطاع التأمين الصحي ونتائجه 32

رؤية شركات التأمين لوجود تأمين صحي وطني شامل 38

سادساً: رأي المؤمنين في التأمين الصحي الخاص 40

سابعاً: الاستنتاجات والتوصيات 57
الاستنتاجات 57
التوصيات 62

مرفقات 64
نموذج الاستمارة 64

منشورات الهيئة 73

مقدمة[1]

تحاول هذه الدراسة تسليط الضوء على موضوع التأمين الصحي الخاص كأحد أنواع التأمينات الصحية المقدمة في فلسطين. يأتي هذا الجهد البحثي نتاج تعاون بين مرصد السياسات الاجتماعية والاقتصادية (المرصد) والهيئة المستقلة لحقوق الإنسان (ديوان المظالم) ضمن عملهما المستمر على قضايا ذات علاقة بالحق بالصحة بشكل عام، وتوفير نظام تأمين صحي عادل وشامل على وجه التحديد.

تناقش الدراسة على وجه التحديد التأمين الصحي الخاص من وجهتي نظر شركات التأمين الخاص والمستفيدين والمستفيدات منه، بهدف توصيف مجموعة من القضايا ذات العلاقة بالموضوع محل الدراسة، نذكر منها: الإطار الرقابي والقانوني الناظم لهذا القطاع، ماهية تعامل شركات التأمين الخاص مع التأمين الصحي ضمن خدمات التأمين المختلفة، ما هي الفلسفة وراء اعتماد هذا النوع من التأمين على الرغم من عدم تحقيقه أرباحاً لشركات التأمين؟ طبيعة الخدمات التي تقدم من خلاله وما هي حدودها وسقفها؟ بالإضافة إلى آراء المستفيدين والمستفيدات من هذا النظام.

كما حاولت الدراسة تقديم رؤية القطاع الخاص في وجود نظام تأمين صحي شامل وعادل يكون هو جزءاً منه، وما هو الدور الذي يمكن أن تلعبه الشركات ضمنه، وتقديم رؤية بديلة بالاستفادة من تجارب الدول المحيطة.

تنبع أهمية هذه الدراسة من محاولة مراجعة موضوع لم تتناوله الأدبيات بشكل خاص، إذ ركزت معظمها على قضية التغطية الصحية الشاملة، فضلاً عن التعرف إلى وجهات نظر طرفي عملية التأمين (المؤمِّن والمؤمَّن عليه).

إن التطرق لجزئية من نظام التأمين الصحي في فلسطين ودراستها بعينها قد توفر معلومات أكثر تخصصية وقدرة أعلى على التشخيص، وتشكّل بالتالي خطوة نحو فهم ماهية التغطية الصحية الشاملة التي نريد من ناحية، وتوضح مدى استعداد شركات التأمين الخاص للعمل ضمن نظام تأمين صحي وطني شامل، من ناحية أخرى.

1 عرضت الهيئة المستقلة لحقوق الإنسان ومرصد السياسات الاجتماعية والاقتصادية مسودة استنتاجات هذه الدراسة وتوصياتها في ورشة عمل بتاريخ 2022/10/31 حضرها العديد من المؤسسات الحقوقية وشركات التأمين الفلسطينية وعدد من خبراء الصحة الوطنيين.

أولاً: التغطية الصحية الشاملة في الإطار الدولي

يتطلب الحديث عن التأمين الصحي الخاص توطئة تتناول موضوع التغطية الصحية الشاملة، لأن الأخيرة تعني أن يحصل جميع الأفراد والمجتمعات على الخدمات الصحية التي يحتاجون إليها دون التعرض لضائقة مالية جراء ذلك، وهي تشمل مجموعة كاملة من الخدمات الصحية الضرورية والجيدة، ابتداء من تعزيز الصحة، وصولاً إلى الوقاية والعلاج والتأهيل والرعاية.

يركز تعريف منظمة الصحة العالمية للتغطية الصحية الشاملة على حماية الناس من العواقب المالية لقاء الحصول على الخدمات الصحية، مما يحدّ من مخاطر تعريضهم للوقوع في براثن الفقر المدقع بسبب الإصابة بأمراض غير متوقعة تقتضي منهم إنفاق مدخراتهم أو بيع أصولهم أو الاقتراض.

من هنا لا بد من الحديث عن نظام التأمين الصحي الخاص ضمن إطار التغطية الصحية الشاملة، كون التأمين الخاص يعزز الفروق داخل المجتمع من خلال ربط الخدمة ونوعها وحدودها بالإنفاق عليها،[2] حيث إن التمويل العام للخدمات الأساسية، أو توفيرها ضمن إطار عام يحكمها تشرف عليه الدولة، هو ضمان لتوفيرها على نحو منصف داخل المجتمعات، هذا بالإضافة إلى أن تعدد الجهات التي تقدم خدمات من نوع الخدمة الصحية قد يؤدي إلى ازدواجية في الخدمة وارتفاع في التكلفة.

دعت منظمة الصحة العالمية في العام 2005 إلى ضرورة توفير التغطية الصحية الشاملة لتعزيز حق الإنسان في الصحة،[3] وفي اجتماع هيئتها العامة في أيار من العام 2019، أصدرت المنظمة قراراً خاصاً بالتغطية الصحية الشاملة لتعزيز حق الإنسان في الصحة، وطالبت فيه الدول بتسريع وتيرة الوصول إلى التغطية الصحية الشاملة، مع التركيز على الفئات المهمشة والفقراء، وتمويل قطاع الصحة، وضرورة إقامة نظم صحية مستدامة وقادرة على الصمود وتركز على الناس، بالإضافة إلى أهمية الاستثمار في الرعاية الصحية الأولية وتعزيزها.[4]

من خلال مراجعة أهداف التنمية المستدامة، نجد أنها تصب في غالبها في مجال الحق في الصحة، كهدف القضاء على الفقر، والحد من أوجه انعدام المساواة وضمان حصول الجميع على خدمات رعاية الصحة الجنسية والإنجابية، هذا بالإضافة إلى تركيز الهدف الثالث من

2 منظمة الصحة العالمية، التغطية الصحية الشاملة، https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-uhc

3 منظمة الصحة العالمية، 58. 2005. التأمين الصحي الاجتماعي: التأمين الصحي المستدام، والتغطية الشاملة، والتأمين الصحي الاجتماعي. منظمة الصحة العالمية .https://apps.who.int/iris/handle/10665/21389

4 جمعية الصحة العالمية، 72، (2019)، التغطية الصحية الشاملة: توفير الرعاية الصحية الأولية من أجل تحقيق التغطية الصحية الشاملة، منظمة الصحة العالمية، https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_12-ar.pdf

أهـداف التنميـة المسـتدامة عـلى قضيـة الصحـة بصـورة مبـاشرة مـن خـلال مـا نـص عليـه مـن ضرورة ضـمان تمتـع الجميـع بأنمـاط عيـش صحيـة ورفاهيـة في جميـع الأعـمار.

ركـزت منظمـة الصحـة العالميـة في سـياق الحديـث عـن الوصـول إلى التغطيـة الصحيـة الشـاملة عـلى مجموعـة مـن النقـاط، أهمهـا: كيفيـة تمويـل هـذا النظـام الصحـي، وكيفيـة حمايـة النـاس مـن العـبء المـادي المترتـب عـلى ظروفهـم الصحيـة وتوفـير الخدمـات الصحيـة.

وفقـاً لمـا ذكـره التحقيـق الوطنـي بشـأن التأمـين الصحـي الشـامل 2019 – 2021 الذي أعدتـه الهيئة المسـتقلة لحقـوق الإنسـان بالشراكـة والتعـاون مـع عـدد مـن المؤسسـات الصحيـة والحقوقيـة،[5] لم تتنـاول الاتفاقيـات والمواثيـق الدوليـة المتعلقـة بحقـوق الإنسـان موضـوع التأمـين الصحـي بشـكل مبـاشر كموضـوع حقوقـي، وإنمـا اعتُـبر إحـدى السياسـات الحكوميـة التـي تتيـح وصـول الأفـراد إلى الحـق في الصحـة. كـما أشـار التحقيـق إلى أن المواثيـق والمعاهـدات الدوليـة تدعـو إلى تعزيـز مبـدأ الوصـول إلى الخدمـة الصحيـة، علـماً أن التأمـين الصحـي هـو البوابـة الرئيسـة للوصـول إليهـا. وفي هـذا السـياق، أشـار التعليـق العـام رقـم (14) للـمادة (12) مـن العهـد الـدولي الخـاص بالحقـوق الاجتماعيـة والاقتصاديـة والثقافيـة إلى وجـود عوائـق وعوامـل كالفقـر وبنـى بعـض نمـاذج الاقتصـاد المحـلي والـدولي الهيكليـة التـي تحـول دون التمتـع الكامـل بالحـق بالصحـة، حيـث تؤثـر بشـكل أسـاسي عـلى الوصـول إلى الخدمـات الصحيـة، وتتسـم إمكانيـة الوصـول بأربعـة أبعـاد متداخلـة: عـدم التمييـز، إمكانيـة الوصـول المـادي، إمكانيـة الحصـول عـلى الخدمـة الصحيـة اقتصاديـاً (القدرة عـلى تحمـل نفقاتهـا)، إمكانيـة الوصـول إلى المعلومـات.[6]

وعلى اعتبار أن التأمين الصحي جزء من التأمين الاجتماعي، تشير المادة (9) من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاجتماعية والاقتصادية والثقافية إلى حق كل شخص في الضمان الاجتماعي، بما في ذلك التأمينات الاجتماعية. وعليه، هناك إلزام للدول أن يتضمن نظام الضمان الاجتماعي فيها إنشاء منظومة صحية لتوفير سبل تكفي لحصول جميع الأشخاص على خدمات الرعاية الصحية بتكلفة ميسورة.

هـذا بالإضافـة إلى أن بعـض الاتفاقيـات الدوليـة ألزمـت الـدول الموقعـة توفـير الرعايـة الصحيـة للفئـات المهمشـة، إمـا مجانـاً وإمـا مـن خـلال أنظمـة التأمـين الصحـي، ومـن أبـرز هـذه الاتفاقيات، اتفاقيـة القضـاء عـلى جميـع أشـكال التمييـز ضـد المـرأة (سـيداو) للعـام 1979. كـما ألزمـت منظمة العمـل الدوليـة الـدول الأعضـاء توفـير تأمـين صحـي، نذكـر منهـا اتفاقيـة التأمـين الصحـي رقـم (24) لسـنة 1927، التـي تختـص بالتأمـين الصحـي للعـمال في المنشـآت الصناعيـة، واتفاقيـة التأمـين

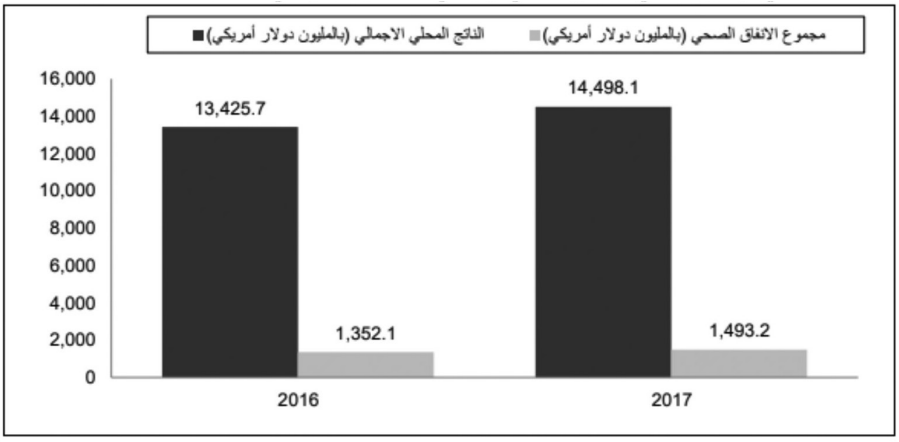
5 للمزيد حول هذا التحقيق راجع الموقع الإلكتروني للهيئة المستقلة لحقوق الإنسان www.ichr.ps

6 مرجع سابق، الهيئة المستقلة لحقوق الإنسان، ص 40 – 41.

الصحي رقم (25) لسنة 1927 التي تختص بالتأمين الصحي لعمال الزراعة، واتفاقية التأمين الصحي رقم (56) لسنة 1936، التي تلزم الدول إقامة تأمين صحي للبحارة.[7]

أما على المستوى المحلي، وفي إطار نقاشات التغطية الصحية الشاملة وعلاقتها بالموضوع محل الدراسة، تجدر الإشارة إلى أن هناك منطقاً ما وراء الدعوة لتوفير منظومة تأمين صحي تديرها مؤسسة وطنية، وقد تمت الإشارة إلى منطق مشابه في تقرير التنمية البشرية الصادر عن برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، حيث أشار التقرير إلى أن التمويل العام للخدمات الأساسية هو ضمان لتوفيرها على نحو منصف داخل المجتمعات، هذا بالإضافة إلى أن تعدد الجهات التي تقدم خدمات مثل الخدمة الصحية قد يؤدي إلى ازدواجية في الخدمة وارتفاع في التكلفة، كما أن تجارب الدول الغنية تشير إلى أنه -لتوفير الخدمة بشكل منصف- لا بد أولاً أن توفرها الدولة بشكل شامل، ومن ثم تعمل الدولة على تنفيذ تدخلات أكثر استهدافاً، ومن ثم يتم التفكير في عقد شراكات مع القطاع الخاص أو غيره من القطاعات، إلا أن الواقع يشير إلى عكس ذلك، حيث إن الإنفاق على الصحة لم يتجاوز (10%) من الناتج المحلي الإجمالي وفقاً للتقرير الإحصائي، الحسابات الصحية الفلسطينية 2017، كما يبين الشكل أدناه. [8]

الشكل رقم (1): إجمالي الإنفاق الصحي والناتج المحلي الإجمالي بالأسعار الجارية في فلسطين 2016، 2017



7 مرجع سابق، الهيئة المستقلة لحقوق الإنسان، ص 42.

8 الجهاز المركزي للإحصاء، وزارة الصحة، تقرير الحسابات الصحية الفلسطينية 2017، رام الله، 2019.
https://www.pcbs.gov.ps/Downloads/book2428.pdf

وفي دراسة أجراها بعنوان «نظام الرعاية الصحية الفلسطيني: هل يمكن زيادة تمويله ورفع جودة خدماته؟»، يشير الباحث جهاد حرب إلى إشكالية تمويل الإنفاق على قطاع الصحة، إذ تُظهر الإحصائيات أن نسبة إنفاق الأسر المعيشية خلال السنوات الخمس الماضية تراوحت بين (38 – 41%) من الإنفاق على الصحة، ويشير ذلك إلى أن المواطن الفلسطيني غير محمي من الصدمات المالية الناجمة عن التطورات في الأوضاع الصحية، وأن الفئات الفقيرة بشكل خاص هي الأكثر تضرراً، حيث إن النفقات الصحية الشخصية تستهلك الجزء الأكبر من مجموع الدخل.

كما أن زيادة النفقات الحكومية على الخدمات الصحية دون وجود نظام تأمين صحي إلزامي وتكافلي يضمن ديمومة الإيرادات لهذا الجهاز، ستزيد من عجز الخزينة العامة في ظل محدودية موارد الحكومة الفلسطينية المالية أو سوء توزيعها.

إن نسبة إيرادات وزارة الصحة (المساهمات المتأتية من رسوم التأمين الصحي وأقساطه باختلاف أنواعه، التي تبلغ 238.6 مليون شيكل) والمساهمة في ثمن الدواء و/ أو صور الأشعة و/ أو الفحوص المخبرية (التي تبلغ 58.6 مليون شيكل) تشكل نحو (17%) من إنفاق وزارة الصحة الفلسطينية (أو 297 مليون شيكل من إجمالي 1,767 مليون شيكل مجمل نفقات وزارة الصحة في العام 2018). في المقابل، ارتفعت مساهمات المواطنين (المساهمة في ثمن الدواء و/ أو صور الأشعة و/أو الفحوص المخبرية) من نحو 24 مليون شيكل في العام 2014 إلى 58 مليون شيكل في العام 2018، ويعزى ذلك لرفع الوزارة أسعار الخدمات (أي مساهمات المواطنين) التي تقدمها في مؤسساتها.

تشير بيانات وزارة الصحة الفلسطينية للعام 2018 إلى أن تكلفة شراء الخدمة من خارج مؤسساتها بلغت نحو 725 مليون شيكل، أو ما يشكل (41%) من مجمل إنفاقها للعام نفسه، وهي النسبة الثانية بعد رواتب العاملين في الوزارة.[9]

9 نظام الرعاية الصحية الفلسطيني: هل يمكن زيادة تمويله ورفع جودة خدماته؟ جهاد حرب، المركز الفلسطيني للبحوث السياسية والمسحية، http://pcpsr.org/ar/node/802

ثانياً: الإطار القانوني الوطني للتأمين الخاص

نتحدث في هذه الجزئية عن بندين، الأول له علاقة بما وضعته الأمم المتحدة من التزامات على مؤسسات الأعمال في ما يتعلق بواجبها في إعمال حقوق الإنسان بعامة وحقه في الصحة بخاصة، والبند الثاني عن الوضع القانوني الوطني المنظم للتأمين الصحي الخاص.

- **القواعد الدولية لعام 2003 والمبادئ التوجيهية لعام 2011 التي تحكم التزام مؤسسات الأعمال الوطنية (شركات التأمين الوطنية وعبر الوطنية) واحترامها حقوق الإنسان[10]**

بهدف زيادة عملية إعمال حقوق الإنسان، ليس فقط من الجهات الرسمية للدول المختلفة التي اعتمدت الاتفاقيات الدولية لحقوق الإنسان وانضمت إليها، وإنما كذلك من جهات فاعلة ومؤثرة أخرى. اعتمدت لجنة الأمم المتحدة الفرعية لتعزيز حقوق الإنسان وحمايتها في العام 2003 القواعد[11] المتعلقة بمسؤوليات الشركات عبر الوطنية وغيرها من مؤسسات الأعمال في مجال حقوق الإنسان.[12] وقد أوجبت هذه القواعد على شركات الأعمال الوطنية، كالشركات التي تقدم خدمات التأمين الصحي على المستوى الوطني أو عبر الوطني، أن تتكفل باحترام حقوق الإنسان المدنية والسياسية وإعمالها، وكذلك احترام الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والتنموية المختلفة وإعمالها. ومن ثم اعتمد مجلس حقوق الإنسان في العام 2011 مجموعة مبادئ توجيهية في الخصوص نفسه.

من بين الالتزامات التي أشارت إليها هذه المبادئ في ما يتعلق بإعمال الحق في الصحة من الشركات عبر الوطنية ومؤسسات الأعمال الأخرى كشركات التأمين، الالتزامات الآتية:

- **واجب الدول القائمة باحترام حقوق الإنسان وحمايتها وإعمالها:**

تؤكد المبادئ التوجيهية أن واجب الدولة في حماية الأفراد من انتهاكات حقوق الإنسان التي

10 للمزيد راجع تقرير الهيئة حول الموضوع نفسه في العام 2022.

11 للمزيد حول هذه القواعد راجع الموقع الإلكتروني للمكتبة العربية لحقوق الإنسان في جامعة مينيسوتا: http://hrlibrary.umn.edu/arabic/

12 عرّفت هذه القواعد «الشركات عبر الوطنية» بأنها (أي كيان اقتصادي يعمل في أكثر من بلد واحد أو إلى مجموعة كيانات اقتصادية تعمل في بلدين أو أكثر، أياً كان الشكل القانوني الذي تتخذه سواء في موطنها أو في البلد الذي تمارس فيه نشاطها وسواء نظر إليها منفردة أو مجتمعة). كما عرّفت هذه القواعد «مؤسسات الأعمال الأخرى» على أنها (أي كيان تجاري بصرف النظر عن الطابع الدولي أو المحلي لأنشطته، بما في ذلك الشركة عبر الوطنية أو المتعاقد أو المتعاقد من الباطن أو المورد أو حامل الترخيص أو الموزع، وأي شكل يستخدم لإنشاء الكيان سواء اتخذ شكل شركة مساهمة أو شركة تضامن أو أي شكل قانوني آخر يستخدم لترسيخ الكيان).

ترتكبها مؤسسات الأعمال يقتضي منها اتخاذ تدابير تشريعية وسياساتية. ينبع هذا الواجب من واجبات حقوق الإنسان القائمة التي أخذتها الدول على عاتقها بالتصديق على معاهدة أو أكثر من المعاهدات الدولية لحقوق الإنسان. ويجب على الدول ألا تكفل فحسب وجود قوانين وسياسات مناسبة تتطلب من مؤسسات الأعمال العاملة في إقليمها أو الخاضعة لولايتها احترام حقوق الإنسان، وإنما أن تصدر أيضاً توجيهات وقائية، وأن توفّر الجبر عن طريق آليات قضائية أو غير قضائية. وينطبق واجب الحماية أيضاً في الحالات التي تتعاقد فيها الدولة مع مؤسسات أعمال من أجل تقديم خدمات عامة كالرعاية الصحية أو المياه، وهذا ينطبق أيضاً عندما تتصرف الدول في إطار منظمات متعددة الأطراف.

- **مسؤولية شركات ومؤسسات الأعمال عن احترام حقوق الإنسان:**

توضح المبادئ التوجيهية أن جميع مؤسسات الأعمال مسؤولة عن احترام جميع حقوق الإنسان المعترف بها دولياً، حيثما زاولت نشاطها. ويعني هذا أن تتجنب هذه المؤسسات انتهاك حقوق الإنسان الخاصة بالآخرين، وأن تعالج ما تتسبب فيه من تأثيرات ضارة بهذه الحقوق. وتشرح المبادئ التوجيهية بالتفصيل الخطوات التي يجب على مؤسسات الأعمال اتخاذها لكي تتمكن من «إدراك وإظهار» اضطلاعها بهذه المسؤولية. وحيثما تستنتج مؤسسات الأعمال أنها تسببت أو ساهمت في الضرر، يجب عليها إتاحة عمليات جبر فعالة أو المشاركة فيها. ومن المهم الإشارة إلى أن المبادئ التوجيهية توضح أن مسؤولية الشركات عن احترام حقوق الإنسان مستقلة عن قدرة الدول على القيام بواجب حماية حقوق الإنسان أو عن مدى استعدادها للقيام بذلك.

- **وصول الضحايا إلى سبل الانتصاف:**

يجب على الدول أن تكفل وصول الأشخاص الذين تأثرت حقوق الإنسان الخاصة بهم بأنشطة الأعمال التجارية إمكانية إلى سبيل انتصاف فعال عن طريق نظام المحاكم أو عن طريق عملية مشروعة غير قضائية. أما الشركات فيتوقَّع منها أن تنشئ آليات تظلم فعالة، أو تشارك في إنشاء هذه الآليات، لكي توفر للأفراد أو الجماعات إمكانية تصحيح أي تأثير سلبي تتسبب فيه الشركات.

- **غياب الإطار القانوني الوطني المنظم للتأمين الصحي:**

يعتبر قانون التأمين الفلسطيني رقم 20 لسنة 2005 وتعديلاته المختلفة وقانون هيئة سوق رأس المال رقم 13 لسنة 2004 بمثابة الإطار القانوني الذي يحكم التأمين الصحي الخاص الذي تقدمه شركات التأمين الخاصة.[13] وفي الوقت نفسه، لم يضع مجلس الوزراء أي لوائح تنفيذية خاصة بذلك تنفيذاً لهذه القوانين، كما لا توجد أي تعميمات أو قرارات منشورة بالخصوص من هيئة سوق رأس المال أو من وزارة الصحة الجهة الرسمية المكلفة إعمالَ حق الإنسان في الصحة.

نجد من خلال مراجعة هذه القوانين أن المادة 3 من قانون التأمين المذكور قد اعتبرت أن «التأمين الصحي»، وبنص صريح، أحد فروع التأمين التي يمكن أن تُقدم، وأن المواد (4-6) من القانون نفسه أناطت بهيئة سوق رأس المال مهمة الرقابة والإشراف على قطاع التأمين بفروعه كافة بما فيها التأمين الصحي الذي تقدمه شركات التأمين.

كذلك نصت المادة 3 من قانون هيئة سوق رأس المال رقم 13 لسنة 2004 على أن: «تهدف الهيئة إلى تهيئة المناخ الملائم لتحقيق استقرار رأس المال ونموه، وتنظيم سوق رأس المال في فلسطين وتطويره ومراقبته، وحماية حقوق المستثمرين، وعليها في سبيل تحقيق هذه الأهداف القيام بما يأتي وفقاً لأحكام القانون» ... بما في ذلك « الإشراف على ... شركات التأمين».

وألزمت المادة 189 من قانون التأمين والمادة 27 من قانون هيئة سوق رأس المال المذكورين مجلس الوزراء وضعَ اللوائح اللازمة لتنفيذ هذه القوانين أو إقرارها وإصدارها.

على المستوى التطبيقي لهذه القوانين، وبمراجعة الجريدة الرسمية الفلسطينية «الوقائع الفلسطينية» وهيئة سوق الرأس المال[14] يلاحظ أنه لم تصدر أي أنظمة أو لوائح أو تعليمات تبين الكيفية التي تراقب بها هيئة سوق رأس المال التأمين الصحي الذي تقدمه شركات التأمين العاملة في الأراضي الفلسطينية.

وأفادت دائرة التأمين في هيئة سوق رأس المال، بأنها لم تصدر أي لوائح أو تعليمات خاصة بالتأمين الصحي على وجه التحديد، لكنها وبما لها من دور رقابي على قطاع التأمين بعامة

13 علمًا أن المادة (3) من القرار بقانون رقم 19 لسنة 2016 وتعديلاته قبل إلغائه كانت قد اعتبرت أن هذا القرار بقانون يشمل التأمينات الاجتماعية المختلفة بما فيها التأمين الصحي، ونصت في المادة 116 من هذا القرار بقانون على أن «تبقى سارية المفعول جميع الأنظمة أو الترتيبات أو الاتفاقيات المتعلقة بـ ... التأمين الصحي للمؤمن عليه الصادرة قبل نفاذ أحكام هذا القرار بقانون».
ومن جانب آخر، لم يكن قانون التأمينات الاجتماعية رقم 3 لسنة 2003 النافذ المفعول، قبل إلغائه في العام 2007، قد اعتبر التأمين الصحي أحد أنواع التأمينات الاجتماعية المقدمة للعامل في القطاع الخاص.

14 بحسب ما جاء في لقاء الهيئة المستقلة لحقوق الإنسان بمدير دائرة التأمين في هيئة سوق رأس المال السيد أمجد جدوع، ومدير الدائرة القانونية فيها الأستاذ أمجد قبها بتاريخ 2022/3/7.

تقوم بمراجعة عقود التأمين الصحي التي تبرمها شركات التأمين الخاصة للتأكد من اتفاقها مع أحكام القوانين والأنظمة بشكل عام، والتأكد من أنها لا تحتوي على أي مخالفات، لكن دون وضوح أو وجود تعليمات خاصة تحدد الضوابط التي تحكم ذلك.

أما في ما يتعلق بشروط التأمين الصحي التي لا تخالف الإطار القانوني العام، فتظل خاضعة للأحكام القانونية العامة التي تحكم إرادة المتعاقدين في القانون المدني النافذ. وهذا الأمر لا تتدخل فيه هيئة سوق رأس المال، ويظل خاضعاً لإرادة الطرفين (شركة التأمين والمؤمن)، التي تترجم من خلال ما يتم الاتفاق عليه. وإذا ما حدثت أي مخالفة بهذا الخصوص فهي تخضع لتقدير محكمة الموضوع وتكييفها.

علماً أن هذه الاتفاقات قد تختلف من عقد إلى آخر، ومن شركة مؤمنة إلى أخرى، ومن سنة إلى أخرى حتى وإن كانت مع المؤمن والمؤمن عليه نفسيهما، ومن مؤمن إلى آخر حسب ظروف كل حالة.

من جانب آخر، أصدرت هيئة سوق رأس المال في العام 2010 تعليمات بشأن إجازة شركات إدارة النفقات الطبية والخدمات التأمينية وترخيصها،[15] ووضعت في هذه التعليمات مجموعة من الأحكام المنظمة للمسؤوليات والمهام التي تقوم بها هذه الشركات، وتتلخص في تسوية المطالبات ودفعها بالنيابة عن شركة التأمين، وإدارة برامج التأمين الطبية المعتمدة من شركة التأمين، وإعداد الأنظمة المحوسبة لإدارة التأمين الطبي وضبط النفقات الطبية وتنفيذها وتسويقها وتطويرها. كذلك بينت هذه التعليمات إجراءات الحصول على إجازة لتأسيس مثل هذه الشركات وترخيصها والشروط الواجب توفرها فيها.

• غياب رقابة وزارة الصحة الرسمية على قطاع التأمين الصحي الخاص

على الرغم من دورها في إعمال الحق في الصحة بصورة عامة والتأمين الصحي بصورة خاصة، فإن وزارة الصحة لا تقوم بأي دور في ما يتعلق بالتأمين الصحي، وينحصر دورها الرقابي والتنظيمي على التأمين الصحي الحكومي فقط. لذلك، فإن وزارة الصحة لم تصدر أي أنظمة أو تعليمات أو قرارات بهذا الخصوص.[16]

15 تعليمات رقم 4 لسنة 2010 بشأن منح إجازة لشركات إدارة النفقات الطبية والخدمات التأمينية وأسس تنظيم أعمالها الصادرة عن مجلس إدارة هيئة سوق رأس المال الفلسطينية بتاريخ 2010/3/7 والمنشورة في الجريدة الرسمية الفلسطينية «الوقائع الفلسطينية» رقم (89) الصادرة بتاريخ 2011/1/1. وعلى الرغم من أن هذه التعليمات صدرت قبل اثنتي عشرة سنة فإنه لم يتم العمل بها فعلاً إلا قبل نحو سنتين بحسب ما أفادت به هيئة سوق رأس المال في اجتماعها مع الهيئة سالف الذكر.

16 بحسب الاتصال الهاتفي الذي أجراه باحث الهيئة المستقلة لحقوق الإنسان مع الأستاذة أروى التميمي رئيسة الدائرة القانونية في وزارة الصحة بتاريخ 2022/3/9، وكذلك الاتصال الهاتفي مع الدكتور سليمان الأحمد مدير عام التأمين الصحي في وزارة الصحة في التاريخ المذكور نفسه.

وتشير الوزارة إلى أن هذا الأمر خاضع لرقابة هيئة سوق رأس المال، على الرغم من أن هيئة سوق رأس المال تراقب القضايا المتعلقة بسوق رأس المال، من ناحية تمكين رأس المال وتحفيزه على العمل وضبطه من جهة، وإزالة العقبات التي قد تعترضه من جهة أخرى، ولا تختص بالرقابة على مضمون العمل الذي يعمل فيه رأس المال، التأمين الصحي مثلاً. وبالتالي يظل من الضروري واللازم على الجهة المختصة بالرقابة على مضمون العمل الذي يعمل فيه رأس المال القيام بدورها الرقابي على ذلك، ومثالنا في هذه الحالة وزارة الصحة وما يجب عليها من دور رقابي على موضوع التأمين الصحي، حتى وإن كان تأميناً صحياً تجارياً وليس تأميناً صحياً حكومياً.

وكمثال تقريبي على هذه الحالة، موضوع تسجيل الجمعيات، فبحسب قانون الجمعيات فإن الجهة المختصة بتسجيل الجمعية هي وزارة الداخلية، لكن يجب أخذ موافقات أخرى من وزارة الاختصاص كوزارة الصحة عندما تكون طبيعة عمل الجمعية صحية، وهكذا.

- **عدم وجود ضوابط مكتوبة ومنشورة للرقابة على التأمين الصحي الخاص**

نص القانون الأساسي[17] على أن يقوم النظام الاقتصادي في فلسطين على أساس الاقتصاد الحر، وعلى أنه تكفل حرية النشاط الاقتصادي وفقاً لما ينظمه القانون.

ويضمن القانون للمتعاقدين حرية كاملة في تنظيم العقود التي يوقعونها، التي تظل خاضعة للأحكام العقدية المنظمة لحرية التعاقد في القانون المدني، لكن من جانب آخر - لاسيما بعد انضمام دولة فلسطين إلى عدد من الاتفاقيات الدولية لحقوق الإنسان، كالعهد الدولي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية الذي يتضمن الحق في الصحة أياً كانت الآلية التي يتم بها توفير هذا الحق - أصبح من الضروري ضبط حرية التعاقد بمجموعة من الضوابط المكتوبة والمنشورة والمحددة، التي تحقق التوازن المنشود بين ما للمواطن من حرية في تحديد شروط التعاقدات التي يجريها وبين الالتزام بما تفرضه هذه الاتفاقيات من التزامات وما تعطيه من حقوق.

وبالتالي، لا توجد ضوابط عمل مكتوبة ومنشورة وواضحة بشأن ما ينبغي على شركات التأمين تقديمه من خدمة التأمين الصحي.

17 نصت المادة 21 من القانون الأساسي للسلطة الوطنية في العام 2002 على أنه: « -1 يقوم النظام الاقتصادي في فلسطين على أساس مبادئ الاقتصاد الحر ويجوز للسلطة التنفيذية إنشاء شركات عامة تنظم بقانون. -2 حرية النشاط الاقتصادي مكفولة، وينظم القانون قواعد الإشراف عليها وحدودها...».

لهـذا تقـترح الهيئـة ضرورة وضـع مجموعـة مـن الضوابـط التـي مـن شـأنها أن تحقـق التـوازن المنشـود، كمثـل الضوابـط الآتيـة:

- ضرورة التـزام شركات التأمـين في مـا تقدمـه مـن خدمـات تأمـين صحـي بمبـدأ المنافسـة الحـرة والعادلـة والشـفافة والمفتوحـة، وعـدم الدخـول في اتفاقـات مـع شركات تأمـين أخـرى تعمـل عـلى تحديـد الأسـعار أو تقسـيم مجـالات النشـاط التأمينـي الصحـي أو تخلـق حالـة مـن الاحتـكار.

- ضرورة حمايـة حقـوق المسـتهلك/ المسـتفيد مـن الخدمـة الطبيـة التـي تقدمهـا شركـة التأمـين وأي حقـوق أخـرى.

- ضرورة التـزام شركات التأمـين بعـدم إتيـان أي أفعـال تمييزيـة في مـا تضعـه مـن عقـود أو اسـتثناءات سـواء عـلى أسـاس العمـر أو الجنـس أو الإعاقـة. إضافـة إلى ضرورة عـدم اشـتمال اتفاقيـة التأمـين عـلى اسـتثناء فئـة المنتفعـين بخدمـات الصحـة النفسـية مـن الاسـتفادة مـن التغطيـة التأمينيـة الخاصـة.

- ضرورة التـزام شركات التأمـين بتغطيـة احتياجـات الأشـخاص ذوي الإعاقـة الذيـن يحتاجـون إلى أدويـة وعلاجـات خاصـة مسـتمرة وعـدم إدراج اسـتثناءات خاصـة بهـم.

- تلتـزم شركات التأمـين بالقواعـد الدوليـة المتعلقـة بمسـؤولية الـشركات عـبر الوطنيـة وغيرهـا مـن مؤسسـات الأعـمال في مجـال حقـوق الإنسـان، لاسـيما واجبهـا في بلـوغ أعـلى مسـتوى مـن الصحـة البدنيـة والعقليـة، والتزامهـا بالامتنـاع عـن أي تصرفـات تعـوق إعـمال هـذا الحـق أو تعرقلـه.

ثالثاً: التأمين الصحي الخاص، قضية غائبة في الأدبيات

تطرقت مجموعة من الدراسات والتقارير إلى قضية التأمين الصحي والتغطية الصحية الشاملة. يهدف هذا الملخص إلى تقديم أبرز المعلومات الواردة في التقارير والدراسات المُراجَعة، التي يمكن أن تساهم في التوطئة لموضوع التأمين الصحي الخاص محل الدراسة، من حيث توفير المعلومات العامة حول هذا القطاع (القوانين الناظمة له، آليات الرقابة عليه وبنيته)، والتطرق إلى قضايا عدة ذات علاقة، مثل الخدمات المشمولة به، التحديات التي تواجه طرفي التأمين، جودة الخدمات وقضايا التحايل.

بنيت هذه المراجعة على مجموعة دراسات محلية وتقارير محلية ودولية، في محاولة لبناء إطار نظري يؤطر الموضوع محل الدراسة. ومن أبرز الدراسات التي تم الاستناد إليها في إعداد هذا التقرير «التحقيق الوطني بشأن التأمين الصحي: نحو تأمين صحي عادل وشامل»، الصادر عن الهيئة المستقلة لحقوق الإنسان في العام 2021، [18] بالإضافة إلى ورقة صادرة من معهد أبحاث السياسات الاقتصادية الفلسطيني (ماس) ضمن المنتدى التشاوري حول الحماية الاجتماعية الشاملة في فلسطين تحت عنوان «الطريق إلى التغطية الصحية الشاملة في دولة فلسطين ونظام التأمين الصحي المطلوب» من إعداد فتحي أبو مغلي.[19]

هذا بالإضافة إلى مراجعة مجموعة تقارير ومذكرات صادرة من منظمة الصحة العالمية: مذكرة بعنوان «التأمين الصحي الاجتماعي التمويل الصحي المستدام، والتغطية الشاملة، والتأمين الصحي الاجتماعي»،[20] وتقرير صادر من أمانة منظمة الصحة العالمية تحت عنوان «التأمين الصحي الاجتماعي»،[21] بالإضافة إلى تقرير صادر من الجمعية الدولية للضمان الاجتماعي حول مرتكزات الضمان الاجتماعي الذي يركز على البحث في سبل توسعة التغطية الصحية، وعرض نماذج دولية لها.

بالإضافة إلى مراجعة مجموعة من التقارير الصادرة من وزارة الصحة الفلسطينية، والجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، وهيئة سوق رأس المال، حيث تم الاستناد إلى: تقرير الحسابات الصحية الفلسطينية الصادر من وزارة الصحة الفلسطينية والجهاز المركزي للإحصاء

18 الهيئة المستقلة لحقوق الإنسان (2021)، https://bit.ly/34HnDZw

19 فتحي أبو مغلي، الطريق إلى التغطية الصحية الشاملة في دولة فلسطين ونظام التأمين الصحي المطلوب، معهد أبحاث السياسات الاقتصادية (ماس)، 2021، https://mas.ps/publications/4518.html

20 منظمة الصحة العالمية، التأمين الصحي الاجتماعي التمويل الصحي المستدام، والتغطية الشاملة، والتأمين الصحي الاجتماعي، 2005، https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/21389/A58_20-ar.pdf?sequence=1&isAllowed=y

21 منظمة الصحة العالمية، التأمين الصحي الاجتماعي، 2004، https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/22239/B114_16-ar.pdf?sequence=1&isAllowed=y

الفلسطيني[22]، التقرير الصحي السنوي 2018 والتقرير الصحي السنوي 2019 الصادرين من وزارة الصحة الفلسطينية،[23] بالإضافة للتقارير السنوية الصادرة من هيئة سوق رأس المال.[24]

كما تجدر الإشارة إلى أن هناك غياباً لدراسات متخصصة تسلط الضوء على نظام التأمين الصحي الخاص في فلسطين على وجه التحديد وعلاقته بأنظمة التأمين الصحي الأخرى وطرق التكامل معها، وقد يعزى ذلك إلى اعتبار التأمين الصحي الخاص شأناً خاصاً بشركات التأمين، مع العلم أن وجوده يؤثر بشكل كبير على نظام التأمين الصحي داخل الدولة بشكل عام، وتكامله مع أنظمة التأمين الصحي الأخرى، التي يتم ضمانها من خلال وضع ضوابط لهذا القطاع والرقابة عليه. ويزيد ذلك من أهمية هذه الدراسة في تسليط الضوء على نظام التأمين الصحي الخاص في فلسطين، وحدود التغطيات التي يوفرها، وتقديم رؤية عن ماهية الدور الذي تلعبه شركات التأمين ضمن سياق الحديث عن نظام تأمين صحي عادل وشامل.

22 تقارير الحسابات الصحية الفلسطينية، https://www.pcbs.gov.ps/PCBS_2012/Publications_AR.aspx?CatId=56

23 موقع وزارة الصحة الفلسطينية، https://site.moh.ps/index/Books/BookType/2/Language/ar

24 موقع هيئة سوق رأس المال،
https://www.pcma.ps/%d8%a7%d9%84%d8%aa%d9%82%d8%a7%d8%b1%d9%8a%d8%b1-%d8%a7%d9%84%d8%b3%d9%86%d9%88%d9%8a%d8%a9/

رابعاً: التأمين الصحي في فلسطين

يعرّف التأمين الصحي وفق الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني بأنه تعويض عن خسارة مادية مرتبطة بتغطية التكاليف المتعلقة بمشكلة صحية ما وعلاجها، وهو عقد بين المؤمِن والمؤمَن عليه يتعلق بتغطية التكاليف المتعلقة بمشكلة صحية ما وعلاجها. [25]أنواع التأمين الصحي:

أنواع التأمينات الصحية[26]

تتعدد أنواع التأمينات الصحية في فلسطين وطرق تمويلها وفقاً لطبيعة نظام الدول الاقتصادي والاجتماعي والسياسي، ويمكن تصنيف التأمينات الصحية إلى نظامين صحيين أساسيين: نظام التأمين الصحي الحكومي، الذي تنشئه الدولة وتديره، ويُموّل من خلال الضرائب، وغالباً تُخصص ضرائب تقتطع لغاية تمويله. والنوع الثاني وهو التأمين الصحي غير الحكومي ينقسم الى:

- **التأمين الصحي الخاص:**

يقوم التأمين الصحي الخاص على مبدأ المرابحة والاتجار، والعلاقة التي تربط بين الجهة المقدمة للتأمين والمنتفع منها، تمتاز بكونها علاقة تعاقدية، ينتفع من خلالها المؤمن بالخدمة الصحية.

حدد قانون هيئة سوق رأس المال رقم (13) للعام 2004، وقانون التأمين رقم (20) للعام 2005، مهام هيئة سوق رأس المال الفلسطينية وصلاحياتها بصفتها الجهة المخولة الرقابة على قطاع التأمين والإشراف عليه، وأن تضع سياسات مفصلة تهدف إلى تطوير قطاع التأمين وتنميته، وأن تعد الأنظمة والتعليمات والقرارات والأوامر اللازمة لتحقيق غاياتها، بهدف توفير المناخ الملائم لنمو صناعة التأمين وتقدمها، بما يعود بالنفع العام على مجمل النشاط الاقتصادي في فلسطين، بالتعاون والتنسيق مع الجهات المعنية. وتتولى الإدارة العامة للتأمين في الهيئة: الإشراف والرقابة على أعمال التأمين، والعمل على تطوير هذا القطاع، ومتابعة التقيد بالأنظمة والتعليمات والقرارات، واتخاذ الإجراءات الضرورية لضمان ذلك.

25 الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني ووزارة الصحة الفلسطينية، الحسابات الصحية الفلسطينية 2019، ص19.
https://www.pcbs.gov.ps/Downloads/book2558.pdf

26 مرجع سابق، الهيئة المستقلة لحقوق الإنسان، ص 45 – 47.

يتكون قطاع التأمين من مجموعة من المكونات الرئيسة، وهي:

- الإدارة العامة للتأمين في هيئة سوق رأس المال.
- شركات التأمين العاملة في فلسطين والمجازة من هيئة سوق رأس المال الفلسطينية.
- الصندوق الفلسطيني لتعويض مصابي حوادث الطرق.
- الاتحاد الفلسطيني لشركات التأمين.
- وكلاء التأمين.
- أصحاب المهن التأمينية المساندة.

- **التأمين الصحي التعاوني:**

يقوم هذا التأمين على فكرة التعاون بين فئات اجتماعية معينة في سبيل توفير خدمة رعاية صحية لهم بمبالغ مالية أقل من التكلفة الحقيقية، وذلك من خلال التعاقد مع موردي الخدمات الصحية من أجل تبادل المنافع بين الطرفين. لا يوجد تشريع فلسطيني ينظم هذا النوع من التأمين.

- **التأمين الخاص باللاجئين الفلسطينيين «الأونروا»:**

تقدم وكالة الأمم المتحدة لإغاثة وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين (الأونروا) خدمات شمولية للاجئين الفلسطينيين في الرعاية الصحية الأولية. ويستفيد من هذه الخدمات نحو 655,709 نسمة، يخضع هذا التأمين في تنظيمه لقرار الأمم المتحدة بإنشاء الوكالة، الذي جعل من مهامها تقديم الخدمات الصحية.

التصنيف وفق نظم التمويل الصحي:[27]

- النظم والبرامج الحكومية ونظم تمويل الرعاية الصحية المساهمة الإلزامية: تضم هذه الفئة جميع المشروعات التي تهدف إلى ضمان الحصول على الرعاية الصحية الأساسية للمجتمع بأسره، أو لجزء كبير منه أو على الأقل المجموعات سريعة التأثر. بما فيها المشروعات الحكومية والتأمين الصحي الاجتماعي، والتأمين الخصوصي الإلزامي، وحسابات المدخرات الطبية الإلزامية. والسبب وراء هذا التدخل الحكومي في النظم الصحية هو ضمان الحصول على الرعاية الصحية الأساسية للمجتمع بأسره (أو للمجموعات الاجتماعية سريعة التأثر).

27 المرجع السابق، ص 19 – 26.

- النظم والبرامج غير الإلزامية مقابل الرعاية الصحية: تتضمن جميع مشروعات تمويل الرعاية الصحية مسبقة الدفع محلياً التي يمكن بوساطتها الحصول على الخدمات الصحية بحسب تقدير الجهات الفاعلة الاقتصادية الخاصة، وتتضمن: التأمين الصحي الطوعي، مشروعات تمويل المؤسسات غير الربحية التي تخدم الأسر المعيشية ومشروعات التمويل المؤسسية.

- إنفاق الأسر المعيشية: وهو الإنفاق من المال الخاص للأسر والدفع بشكل مباشر للخدمات من الدخل الأولي للأسرة أو من مدخراتها (وليس هناك وسيط للدفع)، ويتم الدفع من المستخدم وقت استخدام الخدمات.

بالإضافة إلى التصنيف وفقاً لوكلاء التمويل الصحي القائم على اساس تجميع العائدات وشراء الخدمات وفقاً لقواعد مشروع تمويل الرعاية الصحية المفروض، ويتضمن هذا التصنيف:

- الحكومة المركزية.
- شركات التأمين.
- مؤسسات غير هادفة للربح تخدم الأسر المعيشية.
- الأسر المعيشية.
- باقي العالم.

الشكل رقم (2): تعريفات خاصة بالتصنيفات الصحية

مفاهيم عائدات التمويل الخاص بالرعاية الصحية	وكلاء التمويل الصحي	نظم التمويل الصحي
• التحويلات من العائدات المحلية الحكومية. • التحويلات التي توزعها الحكومة من مصادر خارجية أجنبية. • مساهمات التأمين الاجتماعي • الدفع غير الإلزامي. • التحويلات الخارجية (الأجنبية) المباشرة.	• الحكومة المركزية. • شركات التأمين. • مؤسسات غير هادفة للربح وتخدم الأسر المعيشية. • باقي العالم.	• النظم والبرامج الحكومية ونظم تمويل الرعاية الصحية المساهمة الإلزامية. • نظم وبرامج غير إلزامية مقابل الرعاية الصحية. • إنفاق الأسر المعيشية. • باقي العالم.

الإنفاق على التأمين الصحي في فلسطين:

لم تستطع الدول، في غالب الحالات، تحقيق التغطية الصحية الشاملة، خاصة خلال العقود الثلاثة الماضية التي شهدت فيها المجتمعات تراجعاً لدور الدولة في تقديم الخدمات، وحالة من عدم الاستقرار السياسي، مما أدى إلى تعميق حدة اللامساواة بين الأفراد على مستوى الدخل والفرص المتاحة، وانعكس سلباً على الأنظمة الصحية الهشة وأنظمة الحماية الاجتماعية بشكل عام التي تتبناها هذه البلدان، وهذا يؤثر بشكل أساسي على الفئات الأكثر تهميشاً، فتلجأ إما للتخلي عن وجود رعاية صحية أو تضطر إلى دفع تكلفة الحصول عليها.[28]

تشير الإحصاءات إلى أن الدول ذات الدخل المرتفع تنفق (10%) من ناتجها المحلي الإجمالي على الصحة، مقابل (6%) تنفقها الدول متوسطة الدخل، وتنخفض هذه النسبة إلى ما دون (5%) في الدول متدنية الدخل، بواقع أقل من 34 دولاراً للفرد الواحد. وعليه، فإن الإنفاق الفردي على الصحة في الدول منخفضة الدخل يصل إلى (60%) من إجمالي الإنفاق على الصحة.[29]

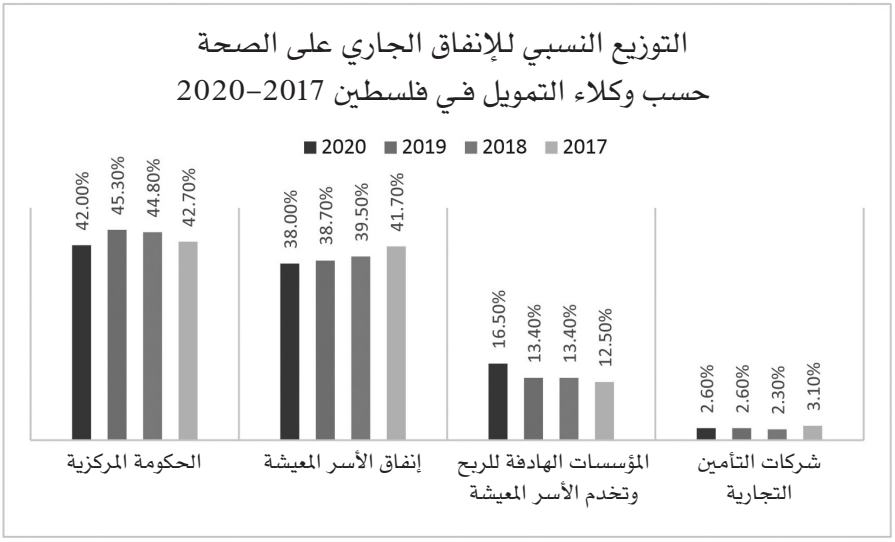
على المستوى المحلي، شكل الإنفاق الحكومي من إجمالي الإنفاق على الصحة ما نسبته (42.5%)، وقد بلغت هذه النسبة خلال العام 2019 (45.3%)، تليها في ذلك مساهمة الأسر المعيشية بنسبة (38.4%) للعام 2020، هذا بالإضافة إلى أن مساهمة المؤسسات غير الهادفة للربح وتخدم الأسر المعيشية بلغت (16.5%) للعام 2020، فيما بلغت (13.4%) في العام 2019، بينما حافظت شركات التأمين على نسبة مساهمتها خلال العامين 2019 – 2020 بنسبة لا تتجاوز (2.6%). بلغت نسبة الإنفاق على الصحة من الناتج المحلي الإجمالي (10.3%) خلال العام 2020، و(9.2%) في العام 2019.[30]

28 الجمعية الدولية للضمان الاجتماعي، إضاءات على السياسات الاجتماعية، توسعة التغطية الصحية.

29 المرجع السابق، ص 2.

30 الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، الكتاب الإحصائي السنوي 2020، https://www.pcbs.gov.ps/Downloads/book2545.pdf

الشكل رقم (3): التوزيع النسبي للإنفاق الجاري على الصحة حسب وكلاء التمويل في فلسطين 2017-2020



يمكن ملاحظة أن إنفاق الأسر المعيشية على الصحة يقارب نسبة الإنفاق الحكومي عليها، وينعكس ذلك بشكل كبير على هذه الأسر، حيث يؤدي إلى إفقارها أو لجوئها إلى الاستدانة أو التوقف عن طلب الخدمات الصحية، وبالتالي فقدانها الحق في الصحة.

بلغت نسبة المؤمنين صحياً في فلسطين (78.9%) من مجمل السكان في العام 2017، وفق ما ورد في الكتاب الإحصائي السنوي 2020. وقد توزعت هذه النسبة حسب التغطية بالتأمين الصحي ونوعه كالآتي: (31.7%) تأمين حكومي، (15%) تأمين وكالة الغوث، (1.7%) تأمين خاص، (28.6%) لديهم تأمين حكومي ووكالة، وما نسبته (21%) من السكان دون تأمين. [31]

يلاحظ أن (33.5%) ممن لا يمتلكون تأميناً يقطنون في محافظات الضفة الغربية، مقابل نسبة لا تتجاوز (4.5%) في قطاع غزة، كما ترتفع نسب المؤمنين تأميناً حكومياً وتأمين وكالة الغوث معاً في قطاع غزة لتصل إلى (53%)، مقابل (10%) فقط في الضفة الغربية.

في المقابل، بلغت إيرادات التأمين الصحي ضمن موازنة وزارة الصحة نحو 260,500,000 شيكل، تشكل نحو (74%) من إيرادات الوزارة، مقابل بنود الإيرادات الأخرى التي لا تتجاوز أكبرها - وهي الإيرادات العامة للرعاية الصحية الأولية - ما نسبته (17%) من الموازنة، وهذا يشير إلى أن الرعاية الصحية التي تقدمها الوزارة غير شاملة ولا تغطي احتياجات المواطن

31 المرجع السابق.

بالشكل المطلوب، وأن المواطن يغطي النسبة الأكبر من إيرادات الوزارة.[32] فيما بلغت نسبة إيرادات التأمين الصحي في العام 2019 (35%) من مجمل إيرادات الوزارة. [33]

جدول رقم (1): توزيع التأمين الصحي حسب نوعه وأعداد الأسر المستفيدة والعائد السنوي (شيكل)[34]

نوع التأمين	عدد بطاقات التأمين الصحي المستفيدة 2019	العائد السنوي (بالشيكل) 2019	عدد بطاقات التأمين الصحي المستفيدة 2020	العائد السنوي (بالشيكل) 2020
إلزامي (حكومي)	77,090	62,801,701	78,252	92,375,914
طوعي (اختياري)	2,679	816,354	2,664	675,710
العمال الفلسطينيون في الداخل	65,627	78,542,685	66,025	64,349,955
عقود جماعية	93,483	56,211,929	17,771	59,106,553
وزارة التنمية الاجتماعية	49,726	26,193,150	51.387	29,839,150
الأسرى والمحررون	23,548	12,315,250	18,878	10,883,950
أسر الشهداء			5,717	3,395,750
النقابات			77,835	
المتعطلون عن العمل			18,105	
مساهمات (دواء، أشعة، مختبر)			-	54,033,229
مجاني	38,764	0	20,184	0
المجموع		236,811,069	356,818	314,660,211

نجد من خلال الأرقام الواردة في الجدول أعلاه، الواردة في التقرير الصحي السنوي، والمقارنة بين عامي 2019 – 2020، أن هناك انخفاضاً في عدد الأسر التي تغطيها الحكومة بشكل مجاني، مع الإشارة إلى أن غالبية هذه الأسر تسكن في قطاع غزة، هذا بالإضافة إلى انخفاض عدد أسر الأسرى والمحررين التي يغطيها التأمين كما تشير الأرقام أعلاه، وهناك ارتفاع طفيف في عدد الأسر المغطاة بشكل إلزامي. يمكن الاستدلال من خلال ذلك أن هناك تراجعاً في خدمات

32 التقرير الصحي السنوي 2020، وزارة الصحة الفلسطينية، ص35، https://site.moh.ps/Content/Books/mv2fIO4XVF1TbERz9cwytaKo WKAsRfslLobNuOmj7OPSAJOw2FvOCI_DQYaIXdf2i8gCmPHbCsav29dIHqW26gZu9qJDiW2QsifZt6FrdS4H2.pdf

33 التقرير الصحي السنوي 2019، وزارة الصحة الفلسطينية، ص 42، https://site.moh.ps/Content/Books/HYM2UGrm8hFDOPe1AW6z2W6 ZDvbJbuYGykdfV6B1lEulthrx5QMAyC_5WFKDTWWGKW3O7rk4vgIUzRlhJdSYyQXxFKscP6Uqz3UhrxoWLcHIT.pdf

34 المراجع السابقة.

التأمين الصحي المقدمة من خلال وزارة الصحة، أو وزارة التنمية الاجتماعية، أو هيئة الأسرى، ومحاولة التركيز على العائدات السنوية من الاشتراك في التأمين الإلزامي والطوعي.

تجدر الإشارة إلى أنه تم إلغاء قرار إعفاء المحافظات الجنوبية من رسوم الخدمات كافة، الصادر سنة 2007، بموجب قرار بقانون رقم (10) لسنة 2017، الذي ألغى هذا الإعفاء. كما ينسحب ذلك على العاطلين عن العمل الذين كانوا يحصلون على تأمين صحي مجاني قبل صدور قرار بقانون رقم (9) لسنة 2017 الذي نص على إلغاء الإعفاءات.

من هنا نلاحظ أن هناك عدم شمولية في التغطية الصحية التي تقدمها الحكومة، فقد خرجت منها فئات عدة مثل: العاطلون عن العمل، المزارعون، النساء المعيلات للأسر، وغيرهم من الفئات.[35]

35 الهيئة المستقلة لحقوق الإنسان، مرجع سابق، ص83.

خامساً: التحليل

إن النقاش المطروح حول التأمين الصحي الخاص - وبالأخص من شركات التأمين - يمكن اختصاره بالسؤال الآتي: هل يستنزف التأمين الصحي شركات التأمين؟ وهذا يعزى خلال النقاش إلى الثقافة التأمينية للمستفيدين ومزودي الخدمات الطبية الضعيفين، ويرى أصحاب هذا الرأي أن ضعف الخدمات يؤثر على تقديم الخدمة بالطريقة اللازمة.

يدور هذا النقاش في العادة حول النظر إلى سلوك المستفيدين من التأمين الصحي كأحد أهم الجوانب التي ينبغي وضعها تحت المجهر، بهدف بلورة الحلول خدمةً لكل الأطراف، فبعض المستفيدين يظنون أنّه بمجرد حصولهم على بطاقة التأمين الصحي فإنهم سيحصلون على الخدمات الطبية كافة، سواء أكانت ضرورية أم غير ضرورية، دون مراعاة عقود التأمين من حيث التغطيات والأسقف والاستثناءات.

وبالتالي فإن منطق الربح والتكلفة هو ما يحكم التأمين الخاص، وهذا ما تحاول الدراسة تسليط الضوء عليه من خلال التطرق إلى وجهة نظر أطراف التأمين المختلفة، لتسليط الضوء بشكل أكبر على أهمية توفير تغطية صحية شاملة.

كيف تحدد شركات التأمين الرسوم والمدفوعات المالية المختلفة وسلة الخدمات الصحية المشمولة واستثناءات ذلك؟

تعمل شركات التأمين الخاص على تقديم خدمة التأمين الصحي كجزء من رزمة من التأمينات التي تقدمها، وهي تنظر إلى التأمين الصحي كمدخل للحصول على باقي التأمينات ضمن عقودها مع الشركات والمؤسسات الأهلية والبنوك. ولا يُنظر لهذا التأمين على أنه منظومة مساندة أو متكاملة مع نظام التأمين الصحي الحكومي أو أي نظام تأمين متوفر في فلسطين، فبحسب شركات التأمين، أصبح التأمين الصحي مطلباً لكل فرد، ومن هنا بدأت الشركات والبنوك والمؤسسات بتقديمه كجزء من رزمة حقوق تقدمها لموظفيها.[36]

وفقاً لمجموعة المقابلات التي أجريت مع شركات التأمين التي تقدم خدمة التأمين الصحي، فإنها ترى أن التأمين الصحي يأتي ضمن رزمة تأمينات أخرى تقدمها، وأنه جزء من منظومة تأمين شاملة مثل تأمينات الحريق والمصاعد، وتأمينات إصابات العمل، وغيرها من التأمينات العامة.

36 مقابلة مع رولى سعيد العكة، مديرة شركة إدارة الخدمات الطبية في شركة المشرق للتأمين، 29 أيار 2022.

مـن منطلـق الربـح والخسـارة، فـإن شركات التأمـين في غالبهـا، لا تقـدم سـوى تأمينـات جماعيـة، وغالبـاً لا تقـدم خدمـة التأمـين الفـردي، يعـود ذلـك إلى أنهـا لا تحبـذ تقديـم خدمـة التأمـين الصحـي، لأنـه تأمـين مُسـتَهلِك، أي أن اسـتخدامه مؤكـد، ويختلـف عـن تأمـين السـيارات والحـوادث عـلى سـبيل المثـال، حيـث هنـاك احتماليـة لعـدم اسـتخدام الأخـير، عـلى عكـس التأمـين الصحـي، حيـث إن كل شـخص معـرض مـن لحظـة اسـتلامه البطاقـة إلى أن يتـصرف في التأمـين في الحـالات المرضيـة، ومـن هنـا فـإن التأمـين الصحـي لا يعـود بأربـاح عـلى شركات التأمـين، لـذا يجـب أن يكـون ضمـن رزمـة تأمينـات حتـى تتمكـن الشركـة مـن سـد خسـائره.[37]

مـن وجهـة نظـر أخـرى تعـارض الفكـرة الأولى، تـرى بعـض شركات التأمـين أن التأمـين صناعـة، وبحكـم تراكـم الخـبرات والدراسـات، فـشركات التأمـين قـادرة عـلى تقديـر التكاليـف الفعليـة للتأمـين، وبالتـالي تفـادي حـدوث خسـارة. ولا تنكـر وجهـة النظـر هـذه أن التأمـين الصحـي تكلفتـه مرتفعـة، إلا أن تراكـم الخـبرات سـمح بتقديـر متوسـط عـدد المـرات التـي يمـرض فيهـا الإنسـان خـلال فـترة زمنيـة معينـة، وتقديـر تكلفـة ذلـك، أمـا بالنسـبة للحـالات الخطـيرة، أو تلـك التـي تحتـاج إلى تكاليـف أعـلى كالـولادة، فهنـا تسـتخدم شركات التأمـين مفهـوم «الوعـاء أو Bowl» الـذي ينظـر إلى شركـة مـا، أو إلى مجموعـة المسـتفيدين عـلى أنهـم كتلـة كاملـة موضوعـة في الوعـاء نفسـه، ويتـم تقديـر أقسـاط هـذه المجموعـة بنـاء عـلى أعمارهـم وحالاتهـم المرضيـة وجنسـهم.[38]

تشـير بعـض شركات التأمـين الخاصـة إلى أن مـا تقدمـه شركات التأمـين ليـس تأمينـاً صحيـاً، وإنمـا يمكـن تسـميته عقـود مسـاعدات تأمـين صحـي، بمعنـى أن شركات التأمـين لا تغطـي الخدمـات الصحيـة كافـة التـي يمكـن أن يحتاجهـا شـخص مـا. وطالمـا أن مـا تقدمـه شركات التأمـين ليـس شـاملاً، فهـو يخضـع لعقـد مبنـي عـلى اتفـاق بـين شركـة التأمـين والمنتفـع. وللوصـول إلى هـذا تُـدرس طبيعـة الشركـة وموظفيهـا بالتركيـز عـلى الفئـات العمريـة (أطفـال، كبـار سـن، نسـاء في سـن الإنجـاب)، الجنـس، عـدد المؤمنـين/ات مـن الشركـة، الحالـة الاجتماعيـة، بالإضافـة إلى مراجعـة قـدرة الشركـة - أو المؤسسـة المؤمنـة - الماليـة، وبنـاء عليـه يتـم تصميـم تغطيـات خاصـة بـكل شركـة.[39]

هـذا بالإضافـة إلى أن شركات التأمـين قـد تتقـدم للحصـول عـلى عطـاءات، التـي في غالـب الأحيـان تحـدد فيهـا التغطيـات مـن الشركـة التـي تطـرح العطـاء، وبنـاء عليـه تـدرس شركـة التأمـين إمكانيـة التغطيـة مـن عدمهـا وتحـدد السـعر. ومـن المهـم الإشـارة إلى أن تحديـد سـلة تغطيـات التأمـين

37 المرجع السابق.

38 سيمون شحادة، مدير دائرة التأمين الصحي والحياة، شركة تمكين للتأمين/ فلسطين، 8 حزيران 2022.

39 عمار وبشارات وجعفر الخواجا، شركة ترست العالمية للتأمين/ فلسطين، 10 أيار 2022.

الصحـي، يرتبـط بشـكل أسـاسي بحجـم التأمينـات الأخـرى المرافقـة للتأمـين، فـإذا كانـت قيمـة التأمـين الصحـي عـلى سـبيل المثـال مليـون شـيكل، وكل قيمـة التأمينـات الأخـرى مثـل تأمـين العـمال والحريـق 30 أو 40 ألـف شـيكل، فإنـه يتـم رفـض تقديـم خدمـة التأمـين الصحـي، أو يتـم العمـل عـلى تقليـل التغطيـات أو رفـع الأسـعار ونسـب المسـاهمات.[40]

الخلل في التأمين الصحي الخاص وحالات التحايل فيه

تشـير شركات التأمـين إلى أن الخلـل الحقيقـي في موضـوع التأمـين الصحـي، هـو المنافسـة المفتوحـة بـين الـشركات وعـدم وجـود محـددات أسـعار، وينتـج عـن ذلـك عـدم مواءمـة بـين الأقسـاط والخدمـات المقدمـة، حيـث تضطـر الـشركات إلى تخفيـض الأسـعار، وترتبـط هـذه الظاهـرة بالأسـاس بغيـاب أي نـوع مـن محـددات الأسـعار في مـا يخـص التأمـين الصحـي، مـع العلـم أن هيئـة سـوق رأس المـال حـددت حـداً أدنى لأسـعار تأمينـات السـيارات، ووضعـت كذلـك العديـد مـن محـددات تأمـين العـمال المرتبطـة بشـكل أسـاسي بمـدى خطـورة عمـل المؤمـن عليـه، فغيـاب الضبـط عـن قطـاع التأمـين الصحـي يـؤدي بشـكل أسـاسي إلى وجـود فـوضى في تحديـد الأسـعار وطبيعـة الخدمـات والتغطيـات التـي تقدمهـا شركات التأمـين الصحـي.[41]

بالإضافـة إلى التطـرق إلى موضـوع خصخصـة الخدمـات الصحيـة، وكيفيـة تسـعير الخدمـات المقدمـة مـن العيـادات الخاصـة والمستشـفيات، حيـث إن تسـعير الخدمـات يختلـف مـن مستشـفى إلى آخـر ومـن طبيـب إلى آخـر، ويعـزى ذلـك بشـكل أسـاسي إلى غيـاب دور المؤسسـات الحكوميـة في وضـع محـددات عامـة للعمـل وضبـط آليـات السـوق، مـن خـلال وضـع إطـار عـام ناظـم ينظـم العلاقـات داخـل السـوق ويدعـم القـدرات التنافسـية بطريقـة تقلـل مـن الآثـار الاجتماعيـة السـلبية عـلى الأفراد.

فمثـلاً، تشـير بعـض الأدبيـات، إلى أن الإفـراط في العـلاج هـو مشـكلة تواجـه شركات التأمـين الخـاص في الـدول الناميـة عـلى وجـه التحديـد، وتذكـر الدراسـة عـلى سـبيل المثـال أن عمليـات الـولادة القيصريـة مثـال واضـح عـلى ذلـك، حيـث يميـل الأطبـاء في المستشـفيات الخاصـة إلى التوليـد عـن طريـق العمليـات القيصريـة لأنهـا أعـلى أجـراً، هـذا بالإضافـة إلى الفحـوص غـير الضروريـة.[42]

أضـف إلى ذلـك أن خصخصـة الخدمـات الصحيـة ترتبـط بموضـوع تفـاوت جـودة الخدمة وأسـعارها

40 سوسن أبو جودة، مديرة دائرة التأمين الصحي في شركة فلسطين للتأمين، 11 أيار 2022.

41 المرجع السابق.

42 الخصخصة في القطاع الصحي، مؤسسة لجان العمل الصحي، 2019، ص 33 – 36.

بين مستشفى وآخر، فقد أشارت سوسن أبو جودة، مديرة التأمين الصحي في شركة فلسطين للتأمين، إلى أن هناك تفاوتات واضحة على مستوى التسعير في المحافظات، فرام الله تختلف عن الخليل، كما أشار مدير دائرة التأمين الصحي في شركة تمكين للتأمين إلى أن محافظة بيت لحم محافظة مكلفة بالنسبة لهم. كما أن هناك تفاوتات بين المستشفيات الخاصة والأهلية، وينتج ذلك عن فرض الضريبة، فالمستشفيات الخاصة تدفع ضرائب، والمستشفيات التابعة لجمعيات خيرية لا تدفع ضرائب، مما يؤثر على تسعير الخدمات الصحية، كما أنه يغيب أي معيار لضبط سؤال ما المسموح للقطاع الخاص به؟ حيث إن المستشفيات الخاصة والأطباء يستطيعون رفع نسبة أرباحهم دون وجود أي ضابط.[43]

كما أشار مديرو/ مديرات دوائر التأمين الصحي في مختلف الشركات إلى أن هناك تحدياً إضافياً في قطاع التأمين الصحي، ألا وهو **غياب شركات إعادة التأمين**، ونعني بإعادة التأمين، عملية توزيع الخطر على مجموعة من شركات التأمين داخل الدولة أو خارجها، بغرض تسهيل تأمين جميع الأخطار مهما كانت جسيمة، وتسمح هذه العملية لشركات التأمين بالتوسع في تقديم خدماتها التأمينية، حتى لو ترتبت عليها مخاطر، لأنها تعمل على تحقيق توازن بين الأموال التي تدفعها للمؤمّن عليهم كتعويضات والأرباح التي تحققها من استثماراتها، مما يضمن استمراريتها.[44]

وقد أشار جعفر الخواجا، مدير دائرة التأمين الصحي في شركة ترست، إلى أن التأمين الصحي هو التأمين الذي يفتقر لشركات إعادة تأمين على عكس التأمينات الأخرى، وأشار إلى أن فكرة إعادة التأمين تقوم على وجود شركات ضخمة مالياً حول العالم، تعمل على شراء حصص من محافظ التأمين، مقابل أن تتحمل جزءاً من المخاطرة، وغياب هذا النوع من الشركات عن التأمين الصحي، يعني أن شركات التأمين تتحمل وحدها الخسائر المترتبة عليه.[45]

وأشار الخواجا عند سؤاله عن سبب غياب معيدي التأمين عن قطاع التأمين الصحي، إلى أن شركات إعادة التأمين تعتبر هذا التأمين خاسراً، ويرتبط ذلك بالأسعار التي تمنحها شركات التأمين التي لا تتناسب مع التغطيات، لهذا فإن شركات إعادة التأمين لا تستثمر في قطاعات خاسرة.

43 مرجع سابق، مقابلة سوسن أبو جودة، 11 أيار 2022.

44 هارفارد بزنس ريفيو، تمت زيارة الموقع بتاريخ 13 آب 2022. https://hbrarabic.com/%D8%A5%D8%81%D9%84%D9%A7%D8%A9-%D8%AF%D8%A7%D8%B9%D9%85%D9%8A%D9%87%D9%85%D8%A5%D8%B1%D8%A7%D8%AF%D8%A5%D8%84%D9%A7%D8%85-%D9%8A%D9%87%D9%85%D9%86%D8%A9-%D8%AA%D8%A3%D9%85%D9%8A%D9%86/

45 مرجع سابق، مقابلة عمار بشارات وجعفر الخواجا، 10 أيار 2022.

حالات التحايل في قطاع التأمين الصحي الخاص، ماهيتها وكيف تعاملت شركات التأمين معها؟

إن من أبرز المعيقات التي تواجه شركات التأمين الخاص، حالات التحايل التي يرتكبها المؤمَّن عليهم أو مزودو الخدمات الطبية. يشير سيمون شحادة، مدير دائرة التأمين الصحي في شركة تمكين للتأمين، في مقالة له إلى أن سلوك المستفيدين والمستفيدات من التأمين الصحي، من أهم الجوانب التي يجب وضعها تحت المجهر خدمة لأطراف التأمين.[46]

يرتبط ذلك بحسب المقابلات التي أجريت خلال هذا البحث، بحالات التحايل التي يرتكبها أطراف التأمين، سواء المؤمنون والمؤمنات، أو مزودو الخدمات، وقد أشار مديرو أقسام التأمين الصحي في شركات التأمين إلى أن التحايل يتخذ العديد من الأشكال:

- استخدام البطاقات من غير أصحابها، كالتوائم أو الأقارب. وقد حاولت شركات التأمين محاربة هذه الظاهرة من خلال وضع صور المؤمنين والمؤمنات، أو الاستناد لملحق الهوية لتبيان عدد أفراد الأسرة وأسمائهم.
- التحايل في تغطيات الأسنان والنظارات، ويتم ذلك من خلال اتفاق مع مزود الخدمة، بكتابة تقرير طبي غير صحيح لشراء نظارة شمسية على سبيل المثال. كما أنه في حالات الأسنان يتم تقدير العمل من الطبيب بناء على سقف التغطية، وليس على أساس حال المريض وحاجته الحقيقية.
- حالات التعاقد من الباطن بين مزودي الخدمات، كإرسال المرضى إلى مختبر أو صيدلية معينة، مقابل الحصول على خدمة.
- قيام مزودي الخدمات الطبية بإجراءات مبالغ فيها لمرضى التأمين، كالإسهاب في طلب الأدوية والفحوص الطبية، وتغيير التشخيص الطبي لصالح المريض.
- استغلال ازدواج التأمين، فقد يستغل المريض امتلاكه أكثر من نوع تأمين صحي (وكالة، حكومة، أو خاص)، فيعمل على صرف الأدوية نفسها على تأمينات مختلفة والتصرف فيها في ما بعد.

من جهة أخرى، أشار محمد مشعشع، مدير دائرة التأمين الصحي في شركة التأمين الوطنية، إلى أن التحول من النظام الورقي إلى النظام الإلكتروني ساعد في التقليل من حالات التحايل، كما أن التعاقد مع شركات إدارة خدمات طبية، ساعد على مراقبة سلوكيات الأفراد ومزودي الخدمات بشكل أكبر، وبالتالي التقليل من حالات التحايل. [47]

46 مجلة الاتحاد الفلسطيني لشركات التأمين، هل التأمين الصحي يستنزف أرباح شركات التأمين؟، سيمون شحادة، ص32، https://www.pif.org.ps/articles/browse_pdf/269#book/3

47 محمد مشعشع، مدير دائرة التأمين الصحي والحياة في الشركة الوطنية للتأمين، 2 حزيران 2022.

ويرى فريق البحث أن حالات التحايل ترتبط في الحقيقة بحاجة المؤمن والمؤمنة إلى وجود تأمين صحي شامل، يحصلان من خلاله على الخدمات الطبية كافة، وليست ظاهرة مرتبطة بثقافة الأفراد كما يدعي البعض، ونرى أن توفير هذا النوع من التأمين؛ تأمين عادل وشامل، سيخفف من حالات التحايل، من خلال تلبية احتياجات الأفراد بشكل كامل، وربط أطراف التأمين كافة بنظام موحد، وبالتالي وجود قاعدة بيانات موحدة تمنع حالات التحايل.

إيرادات أعمال قطاع التأمين الصحي ونتائجه

من خلال مراجعة البيانات الصادرة من هيئة سوق رأس المال في الأعوام بين 2010 – 2020، الموضحة في الجدول أدناه، وجدنا أن الارتفاع في أقساط التأمين الصحي لا يسير بوتيرة الارتفاع نفسها في إجمالي أقساط التأمين المكتتبة من خلال شركات التأمين، إذا تراوحت أقساط التأمين بين 19 مليون دولار – 32 مليون دولار خلال السنوات العشر الماضية، أي بنسبة زيادة وصلت (62%)، في حين ارتفع إجمالي أقساط التأمين المكتتبة خلال السنوات العشر الماضية بنسبة (140%).

جدول رقم (2): مجموع أقساط التأمين الصحي وإجمالي إقساط التأمين خلال الفترة بين 2010 -2020[48]

السنة	مجموع أقساط التأمين الصحي	إجمالي أقساط التأمين	نسبة التأمين الصحي من محفظة التأمين
2020	32103237	303244103	%11
2019	35119320	302509068	%11.60
2018	34586201	279370598	%12.40
2017	29783673	255421729	%11
2016	28693418	195618330	%15
2015	29336962	164814461	%18
2014	31528273	171002187	%18.44
2013	27529464	158707973	%17
2012	20379721	144465157	%14.11
2011	23144999	150461249	%15
2010	19799781	125801552	%16

48 التقارير السنوية الصادرة من هيئة سوق رأس المال،
https://www.pcma.ps/%d8%a7%d9%84%d8%aa%d9%82%d8%a7%d8%b1%d9%8a%d8%b1-%d8%a7%d9%84%d8%b3%d9%86%d9%88%d9%8a%d8%a9/

يمكـن تفسـير ذلـك بـأن هنـاك شـبه ثبـات في سـوق التأمـين، بمعنـى أن هنـاك مجموعـة مـن المؤسسـات التـي تتنافـس عليهـا شركات التأمـين، وهـذا مـا أشـارت إليـه مديـرة دائـرة التأمـين الصحـي في شركـة فلسـطين للتأمـين، مـن أن هنـاك منافسـة شـديدة في سـوق التأمـين، حيـث تتنافـس شركات التأمـين عـلى (30%) مـن حجـم السـوق الفلسـطينية، وهـي الـشركات والمؤسسـات التـي توفـر تأمينـات للعاملـين فيهـا، وهـذا مـا بينتـه تقاريـر هيئـة سـوق رأس المـال، حيـث يشـير الجـدول (2) إلى أهـم المـؤشرات التأمينيـة التـي تعكـس الأهميـة النسـبية لقطـاع التأمـين في الاقتصـاد الوطنـي، حيـث لا تـزال مسـاهمة التأمـين إلى الناتـج المحـلي الإجـمالي متواضعـة، عـلى الرغـم مـن نمـو هـذه النسـبة عـبر الأعـوام الثلاثـة الماضيـة، حيـث بلغـت نسـبة الاخـتراق التأمينيـة (إجـمالي المحفظـة التأمينيـة منسـوبة إلى إجـمالي الناتـج المحـلي الإجـمالي بالأسـعار الجاريـة)، مـع نهايـة العـام 2021 (2%)، أمـا مـن حيـث الكثافـة التأمينيـة التـي تشـير إلى حصـة الفـرد مـن إجمالي المحفظـة التأمينيـة، فقـد بلغـت نهايـة العـام 2021 نحـو 69 دولاراً أمريكيـاً.[49]

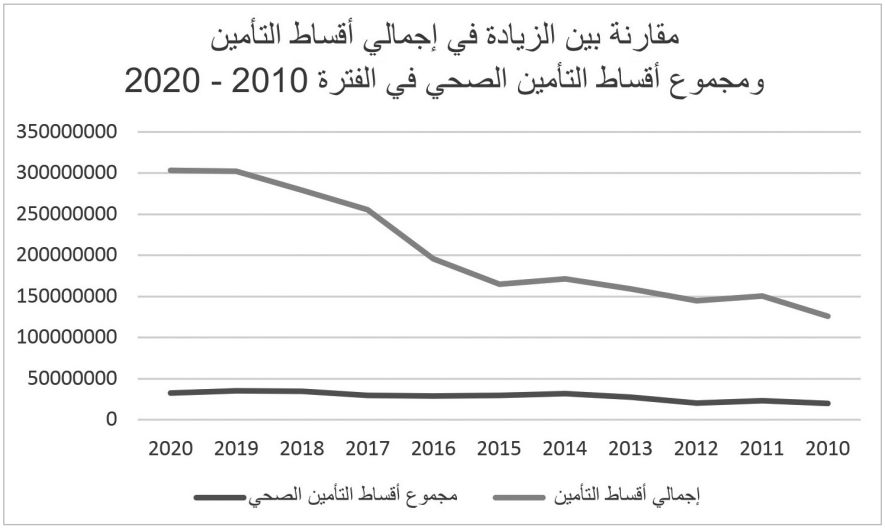
جدول رقم (3): انتشار الخدمات والمنتجات التأمينية[50]

العام	نسبة الاختراق التأمينية	الكثافة التأمينية (دولار أمريكي)
2018	%1.70	56.8
2019	%1.80	60
2020	%1.90	58.7
***2021**	%2.00	68.6

49 النشرة الربعية الصادرة من هيئة سوق رأس المال، العدد الرابع عشر، ص 9 – 10،
pcma.ps/ereports/quarterly-report2022/?b-generate-pdf=true&taxonomy=ereports&term=199

50 المرجع السابق.

الشكل رقم (4): مقارنة بين الزيادة في إجمالي أقساط التأمين ومجموع أقساط التأمين الصحي في الفترة 2010-2020

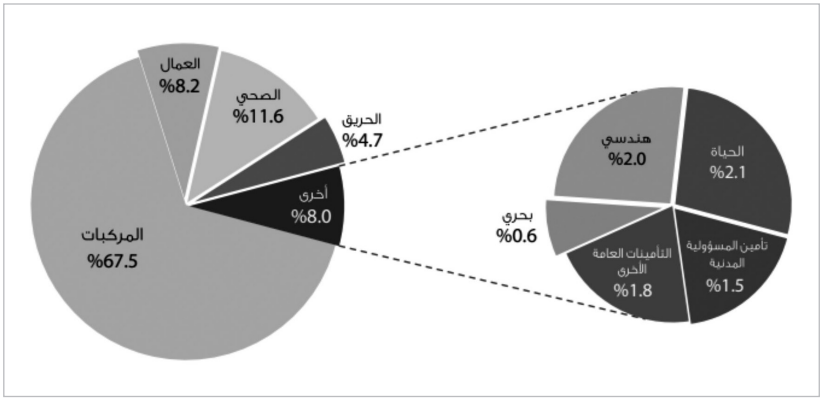


يبين هذا السياق أن شركات التأمين تحاول التطور وزيادة أرباحها دون وجود رؤية أو خطة إستراتيجية تحكم ذلك، لذلك فهي تركز على تأمين المركبات كتأمين إلزامي تصل نسبته إلى نحو (68%) من المحفظة التأمينية، والتأمين الصحي، لأن هناك سهولة في هذه الأنواع، مع وعي هذه الشركات بأن التأمين الصحي هو أكثر أنواع التأمين خسارة، إلا أنها تستغل المنافسة السعرية مع إدراكها أن الأموال الناتجة عن التأمين الصحي لا تصلح للفعل الاستثماري، فهي أسهل الأنواع تدويراً في إعادتها للموردين حتى قبل استلام أقساطها في بعض الأحيان، وبالتالي فإن المنافسة السعرية في التأمين الصحي تستوجب خسائر سريعة ومباشرة وأضراراً بالمؤمن لهم والموردين وقدرتهم على تقديم خدماتهم بشكل جيد. [51]

لذلك، لا يزال التأمين الصحي وتأمين المركبات يستحوذان على النسبة الأكبر من قطاع التأمين، وذلك مع نهاية العام 2019، حيث شكلا معاً ما نسبته (79.1%) من الحصة السوقية في هذا القطاع، في حين حافظت مختلف أنواع المنتجات التأمينية على حصص مستقرة نسبياً خلال السنوات الخمس الماضية.

51 الغائب الأهم في العملية التأمينية، عدنان الصباح، مجلة مرآة التأمين، العدد الثامن عشر، كانون الثاني 2016، ص 52، https://www.pif.org.ps/uploads/articles/c892364cc50e797cb66ba7b3ce183b42.pdf

الشكل رقم (5): توزيع إجمالي محفظة التأمين البالغة 5.302 مليون دولار أمريكي حسب منتجات قطاع التأمين:[52]



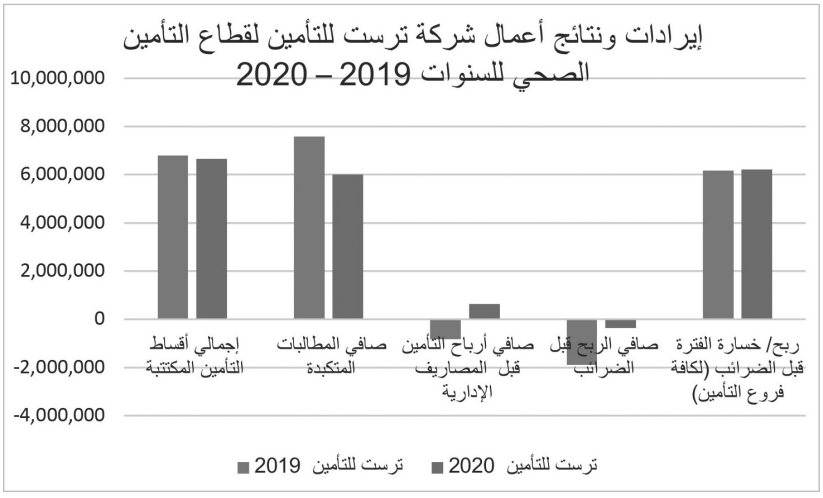
مـن خـلال مراجعـة تقاريـر هيئـة سـوق رأس المـال، يلاحـظ أن هنـاك تركـزاً واضحـاً في الحصـص السـوقية بـين شركات التأمـين، حيـث تسـتحوذ ثـلاث مـن أصـل عـشر شركات عاملـة في القطـاع عـلى نحـو (52%) مـن إجـمالي الأقسـاط المكتتبـة في قطـاع التأمـين الفلسـطيني، حيـث تسـتحوذ شركـة ترسـت العالميـة للتأمـين عـلى نحـو (20%) مـن محفظـة التأمـين، تليهـا شركـة التأمـين الوطنيـة بحصـة (17.2%) مـن المحفظـة، وتليهـا الشركـة العالميـة المتحـدة للتأمـين بحصـة (15.3%) مـن محفظـة التأمـين. لذلـك قمنـا بمراجعـة إيـرادات هـذه الـشركات الثـلاث ونتائـج أعمالهـا في قطـاع التأمـين الصحـي.

52 التقرير السنوي الصادر من هيئة سوق رأس المال 2019،
http://www.pcma.ps/wp-content/uploads/2021/12/Anuual_Report_2019.pdf

جدول رقم (6): إيرادات ونتائج أعمال شركات التأمين لقطاع التأمين الصحي للسنوات 2019 – 2020

الشركة	السنة	إجمالي أقساط التأمين المكتتبة	صافي المطالبات المتكبدة	صافي أرباح التأمين قبل المصاريف الإدارية	صافي الربح قبل الضرائب	ربح/ خسارة الفترة قبل الضرائب (لفروع التأمين كافة)
ترست للتأمين[53]	2019	6,788,591	7,572,758	-816,990	-1,883,390	6,178,799
	2020	6,652,526	6,004,124	622,551	-358,500	6,208,994
الشركة الوطنية للتأمين[54]	2019	7,140,687	6,643,067	454,080	65,428	8,786,383
	2020	7,654,328	6,573,536	1,317,548	796,995	9,799,608
العالمية للتأمين[55]	2019	9,392,861	11,239,969	-1,991,659	-2,030,086	999,990
	2020	5,377,151	5,312,226	-51,160	-165,640	2,533,878

الشكل رقم (7): إيرادات أعمال شركة ترست للتأمين ونتائجها لقطاع التأمين الصحي للسنوات 2019-2020

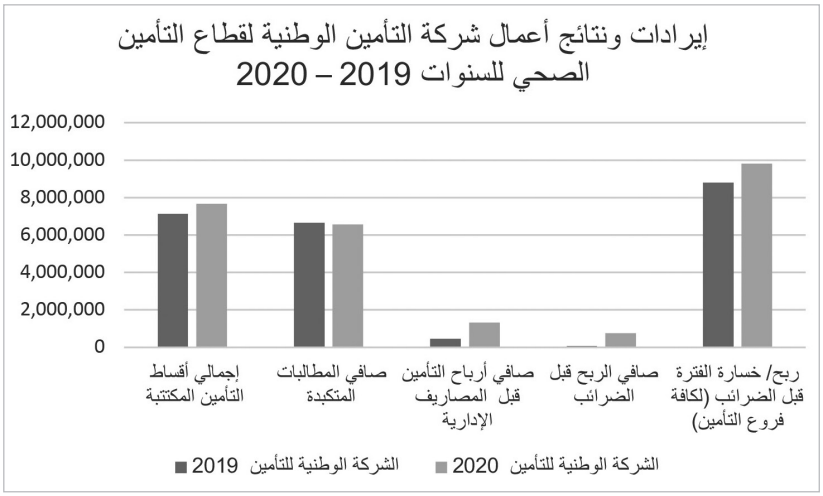


53 التقرير السنوي 2020، شركة ترست للتأمين، https://www.trustpalestine.com

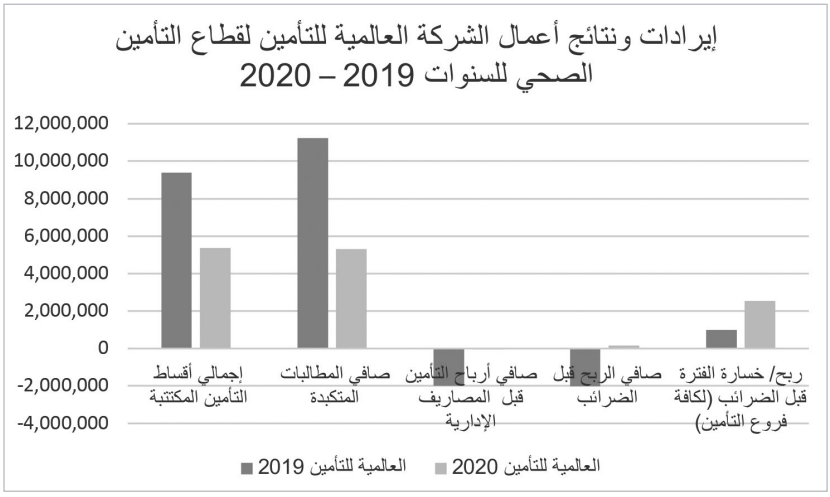
54 التقرير السنوي 2020، شركة التأمين الوطنية، https://www.nic-pal.com/PDFfILES

55 التقرير السنوي 2020، العالمية المتحدة للتأمين، https://www.gui.ps/articles/view/170/ar

الشكل رقم (8): إيرادات أعمال شركة التأمين الوطنية ونتائجها لقطاع التأمين الصحي للسنوات 2019-2020



الشكل رقم (9): إيرادات أعمال الشركة العالمية للتأمين ونتائجها لقطاع التأمين الصحي للسنوات 2019-2020



نلاحظ من خلال ما سبق، أن التأمين الصحي لا يحقق ربحاً، بل يكبد شركات التأمين خسائر، وفي حال تحقيق ربح فإن هامش هذا الربح ضئيل جداً، إلا أن شركات التأمين تلجأ إلى التأمين الصحي كمورد وجاذب للتأمينات الأخرى كما ذكرنا سابقاً، وقد أشارت إيمان عبد الحق، مديرة التأمين الصحي في الشركة العالمية إلى أن التأمين الصحي بشكل عام «مخسر»، إلا أنه لا يغطي على التأمينات الأخرى، ويوجِد مرابح، وهذا ما توضحه الأشكال أعلاه على مستوى الربح قبل الضرائب في فروع التأمين كافة.

رؤية شركات التأمين لوجود تأمين صحي وطني شامل

كان من أبرز التوصيات التي تم التأكيد عليها ضمن العمل على التحقيق الوطني بشأن التأمين الصحي، الذي عملت على إنجازه الهيئة المستقلة لحقوق الإنسان، ضرورة العمل على فرض تأمين صحي إلزامي على المواطنين والمواطنات كافة، وفق معايير ونسب عادلة، مقابل التغطية التأمينية الشاملة للخدمات الطبية كافة التي يحتاجونها، ودون أي استثناء.

وفي الإطار نفسه، طُرح سؤال على مديري ومديرات دوائر التأمين الصحي في شركات التأمين الخاص، حول رأيهم في وجود مؤسسة تأمين وطنية، توفر تأميناً شاملاً وعادلاً للمواطنين والمواطنات كافة.

أشار معظم شركات التأمين إلى أن هناك حاجة لتطوير نظام تأمين صحي شامل، يزيل عن كاهل القطاع الخاص حمل التأمين الصحي، كونه يثقل موازناته ويسبب له خسائر. إذ أشار جعفر الخواجا، مدير دائرة التأمين الصحي في شركة ترست إلى أنه من مصلحة شركات التأمين الخاص أن تتوحد تحت مظلة واحدة، واستشهد بالتجربة الأردنية، التي تم من خلالها تقدير حجم الإنتاج لشركات التأمين كافة وجمعها تحت مظلة واحدة، وهذا من شأنه أن يعمل على تقليل المنافسة بين الشركات، وتوحيد الاتفاقيات والإجراءات وبالتالي العدالة في تقديم الخدمات.

إلا أن شركات التأمين في هذا الإطار، أبدت مجموعة من التخوفات والتحديات التي يمكن أن تواجه فكرة إنشاء مؤسسة وطنية للضمان الاجتماعي، ويمكن تلخيص ما جاء في المقابلات على النحو الآتي:

- غياب رؤية واضحة وخطة تفصيلية لبناء مؤسسة تأمين وطنية، حيث أشارت سوسن أبو جودة، مديرة دائرة التأمين الصحي في شركة فلسطين للتأمين، إلى أنها كانت جزءاً

مـن سلسـلة ورش عقـدت لنقـاش موضـوع التأمـين الصحـي الشـامل التـي شـملت عـدداً مـن الأطـراف (شركات التأمـين، المستشـفيات الخاصـة، وزارة الصحـة، نقابـة الأطبـاء وغيرهـا مـن الجهـات). وقـد أشـارت إلى أنهـا ضمـن النقـاش كان لديهـا العديـد مـن الأسـئلة حـول ماهيـة التغطيـات، الأسـعار، مسـاهمات الأفـراد، كيفيـة شراء الخدمـة مـن القطـاع الخـاص، وكيفيـة توزيـع الحصـص عـلى شركات التأمـين في حـال كان لهـا دور ضمـن هـذه المؤسسـة، ولفتـت إلى أن غيـاب إجابـات تفصيليـة عـن هـذه الأسـئلة، يعنـي غيـاب وجـود خطـة تفصيليـة ورؤيـة لإدارة هـذا الملـف.

- ضعف النظام الصحي في فلسطين. اتفق معظم مديري دوائر التأمين الصحي ومديراته، على أن ضعف البنية التحتية للنظام الصحي، سيشكل عائقاً أمام بناء منظومة تأمين صحي متكاملة.

- كما تمت الإشارة خلال المقابلات، إلى العجز المالي الذي تعاني منه وزارة الصحة على وجه التحديد، وملف التحويلات الطبية، والمستحقات المتأخرة على الوزارة للمستشفيات، التي ترتبط بسياسة الإنفاق الحكومي بشكل عام وضرورة إصلاحها.

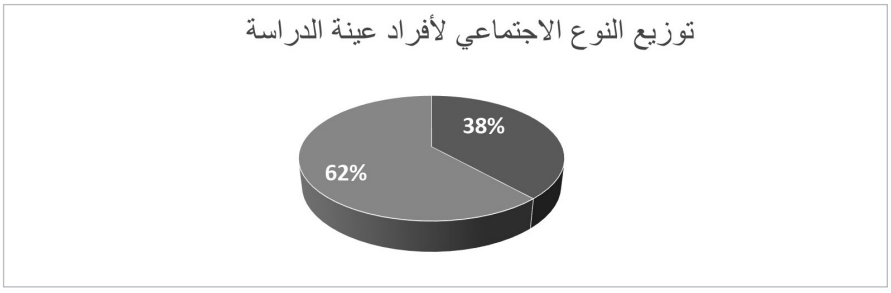
سادساً: رأي المؤمنين في التأمين الصحي الخاص

في إطار تعميق الفهم والاطلاع على جزئيات التأمين الصحي/ الخاص، ومن أجل المساعدة في بلورة تأمين صحي وطني شامل، عملنا على تصميم استمارة لقياس[56] وجهة نظر عدد من الأشخاص الذين يحملون تأميناً صحياً تجارياً/ خاصاً عن هذا التأمين.

- **البيانات التعريفية لمدلي البيانات**

أجاب (49) مواطناً على الاستمارة المذكورة في الفترة الواقعة بين 22-2022/6/30،[57] (38%) منهم ذكور و(62%) إناث. ويشكل هذا العدد (0.00056) من المؤمنين تأميناً صحياً خاصاً/ تجارياً بحسب الإحصاء الذي نفذه الجهاز المركزي الفلسطيني للإحصاء في العام 2017 وأشار فيه إلى أن نسبة حاملي التأمين الخاص لا تشكل أكثر من (1.7%) من المواطنين في الضفة الغربية وقطاع غزة معاً.[58]

الشكل رقم (10): توزيع النوع الاجتماعي لأفراد عينة الدراسة



وبلغت أعمار المُستطلَعين بحسب الفئات العمرية لكل عشر سنوات ابتداء من سن 21 سنة على النحو الآتي: (2%) من سن 21-30 سنة، (25%) من سن 31-40 سنة، و(23%) من سن 41-50 سنة، (39%) من سن 51- 60 سنة، و(11%) من سن 61-70 سنة.

وتوزعوا من حيث المؤسسات التي يعملون فيها على (7) مؤسسات، (25.5%) منهم يعملون

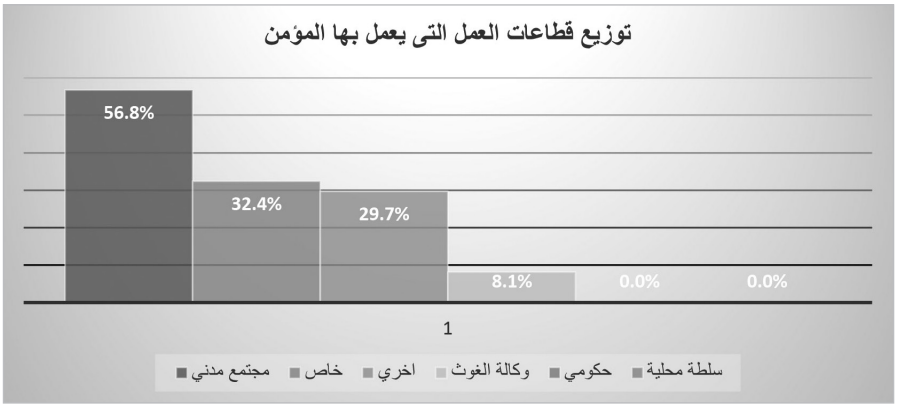
56 للاطلاع على تفاصيل هذه الاستمارة، انظر المرفق بهذا التقرير رقم (1).

57 هناك استمارتان وصلتا الهيئة في 2022/8/15.

58 للمزيد راجع الجزئية المتعلقة بنسب المواطنين الذين يحملون تأميناً صحياً (حكومياً، خاصاً، وكالة غوث) في الجزئية المتعلقة بنظم الإنفاق على الصحة في فلسطين بداية هذا التقرير.

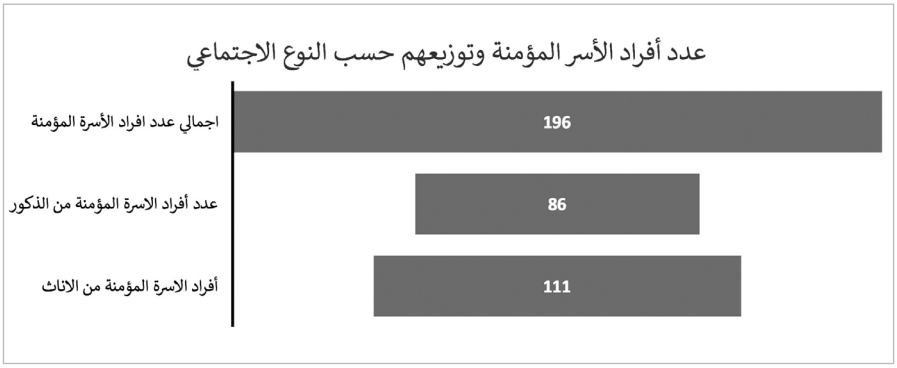
في مؤسسات خاصة، و(6.4%) في وكالة الغوث، و(44.7%) في مؤسسات مجتمع مدني حقوقية، و(23.4%) منهم كانوا يعملون في مؤسسات أخرى.

الشكل رقم (11): توزيع قطاعات العمل التي يعمل بها المؤمن



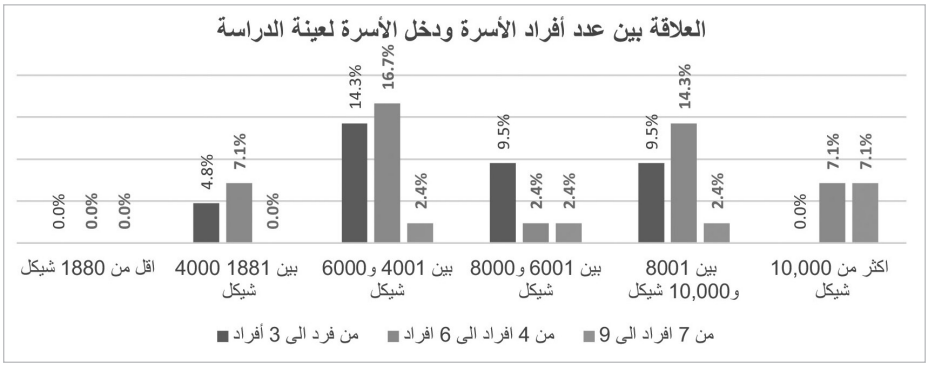
بلغ عدد أفراد أسر مدلي البيانات المشمولين بالتأمين 197 شخصاً، (56%) منهم من الإناث و(44%) من الذكور، بمتوسط 4 أفراد لكل عائلة. كان (6.3%) من مدلي البيانات من قطاع غزة و(93.7%) من الضفة الغربية، (86.7%) منهم متزوجون (13.3%) غير متزوجين، وكان أغلب المدلين بالبيانات هم أرباب أسر سواء الزوج (47.7%) أو الزوجة (40.9%).

الشكل رقم (12): عدد أفراد الأسر المؤمنة وتوزيعهم حسب النوع الاجتماعي



كان (12.2%) من مدلي البيانات يتقاضون رواتب تتراوح بين 1881-4000 شيكل، و(34.1%) يتقاضون رواتب تتراوح بين 4001-6000 شيكل، و(12.2%) يتقاضون رواتب بين 6001-8000 شيكل، و(26.8%) يتقاضون رواتب بين 8001-10000 شيكل، في حين بلغت نسبة الأفراد الذين يتقاضون أكثر من 10000 شيكل من مدلي البيانات (14.6%)، ولم يكن هناك أي فرد من مدلي البيانات يقل راتبه عن 1880 شيكلاً (الحد الأدنى للأجور).

الشكل رقم (13): العلاقة بين أفراد الأسرة ودخل الأسرة لعينة الدراسة



ومما سبق، يمكن أن يستنتج من هذه البيانات ما يأتي:

1. ارتفاع نسبة الإناث اللواتي ساهمن في ملء هذه الاستمارة إلى (62%) من مدلي البيانات مقارنة بـ (38%) من الذكور. مع أن نسبة مشاركة النساء في القوى العاملة في العام 2021 لم تزد على (17%) من النساء في سن العمل.[59]

2. أغلب المؤسسات التي يعمل فيها مدلو البيانات ويحملون تأميناً خاصاً مؤسسات حقوقية (44.7%)، تليها مؤسسات خاصة (25.5%)، ومن ثم مؤسسات أخرى لم يحدد مدلو البيانات هويتها (23.4%).

3. أن (12.2%) من مدلي البيانات فقط كانوا ممن تراوحت رواتبهم بين 1880-4000 شيكل/ شهرياً، ولا يوجد أي شخص يحمل تأميناً خاصاً ممن كانت رواتبهم أقل من الحد الأدنى الرسمي للأجور (1880 شيكلاً). في المقابل، فإن (87.8%) ممن يحملون تأميناً خاصاً هم ممن تجاوزت رواتبهم الشهرية 4000 شيكل.

59 بحسب ما جاء في بيان الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني الذي أصدره في يوم المرأة العالمي 8 آذار، بتاريخ 2022/3/7، منشور على الموقع الإلكتروني للجهاز: https://www.pcbs.gov.ps.

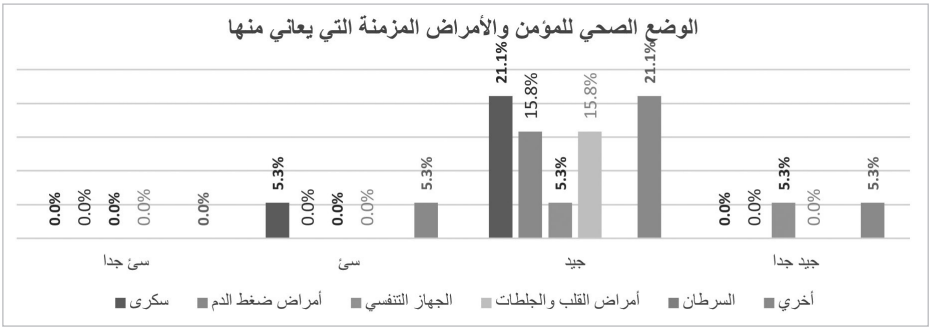
4. بلغ معدل عدد أفراد أسرة حامل التأمين الخاص الذين عبؤوا الاستمارة المذكورة 4 أشخاص.

5. زادت نسبة المستفيدين من التأمين الخاص من الإناث على (56%)، في حين بلغت نسبة الذكور (44%).

- **تفاصيل الحالة الصحية لمدلي البيانات**

أفاد (63.3%) من مدلي البيانات بأن وضعهم الصحي جيد، و(34%) أن وضعهم الصحي جيد جداً. كما أفاد (36.9%) بنعم على سؤال: هل لديك أمراض مزمنة (سكري، ضغط، الجهاز التنفسي، سرطان، وأخرى) وتتلقى علاجاً بصورة مستمرة سواء المبحوث أو أحد أفراد أسرته.

الشكل رقم (14): الوضع الصحي للمؤمن والأمراض المزمنة التي يعاني منها



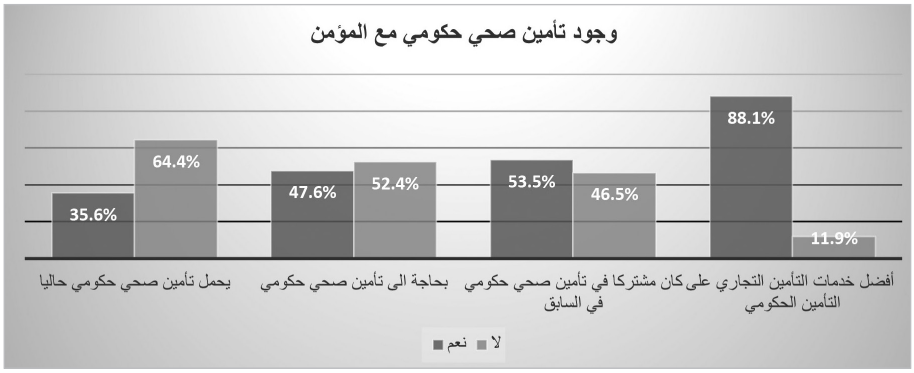
وأفاد (82.6%) من المبحوثين بأنهم أو أحد أفراد عائلاتهم احتاجوا لإجراء طبي معين لمرض غير مزمن خلال الأشهر الثلاثة الأخيرة. وأن (93.5%) من حاملي التأمين الخاص قد استخدموه أو أحد أفراد عائلاتهم في تسديد تكلفة الإجراء الطبي، و(6.5%) فقط هم الذين لم يستخدموه. وأن (39.9%) استخدموا التأمين الصحي الحكومي، في حين أن (60.6%) من حملة التأمين الحكومي لم يستخدموه بالمطلق في العلاج خلال الأشهر الثلاثة الأخيرة.

لكن في الوقت نفسه، أفاد (35.6%) من مدلي البيانات بأن لديهم تأميناً صحياً حكومياً إلى جانب التأمين الصحي الخاص.

أفاد (47.6%) بأنهم بحاجة إلى تأمين صحي حكومي على الرغم من أنهم يحملون التأمين الصحي الخاص لأسباب كثيرة، أحدها أن التأمين الصحي الخاص لا يغطي علاج من يعاني من

أمـراض مزمنـة أو بعـض الأمـراض والعمليـات. ومـن الأسـباب الأخـرى التـي وضعهـا مدلـو البيانـات حـول السـبب الـذي يجعلهـم يشـتركون أيضـاً في التأمـين الصحـي الحكومـي إلى جانـب التأمـين الخـاص مـا يـأتي: «بعـض الأمـراض التـي لا يغطيهـا التأمـين الخـاص»، «أضمـن في حالـة الحاجـة إلى عمليـة»، «لأننـي بحاجـة لـه في الـولادة»، «هنـاك بعـض العمليـات أو الفحـوص التـي لا يغطيهـا التأمـين الخـاص»، «للحـالات الطارئـة التـي لا يغطيهـا التأمـين الصحـي الخـاص»، «التأمـين الصحـي الخـاص لا يشـمل أطفـالي وفي حـال تـم التأمـين لهـم أنـا مجـبرة عـلى دفـع مبلـغ كبـير يخصـم مـن الراتـب»، «لأن التأمـين الحكومـي (الإسرائيـلي) ملـزم»، «لأن زوجـي موظـف حكومـي»، «لأننـي لم أكـن أملـك تأمينـاً خاصـاً».

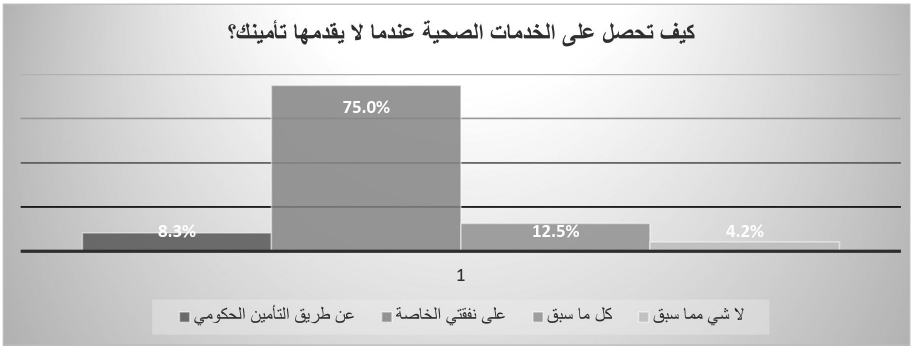
الشكل رقم (15): وجود تأمين صحي حكومي مع المؤمن



في الإطـار نفسـه، أفـاد (53.5%) مـن مـدلي البيانـات بأنهـم كانـوا/ أو مـا زالـوا يحملـون تأمينـاً صحيـاً حكوميـاً.

وفي الإجابـة عـن سـؤال: كيـف تحصـل عـلى الخدمـات الصحيـة عندمـا لا يقدمهـا تأمينـك الخـاص؟ أفـاد (75%) مـن مـدلي البيانـات بأنهـم يحصلـون عـلى هـذه الخدمـة عـلى نفقتهـم الخاصـة، في حـين أفـاد (8.3%) بأنهـم يحصلـون عـلى تلـك الخدمـة مـن خـلال التأمـين الصحـي الحكومـي، وأفـاد (12.5%) منهـم بأنهـم يحصلـون عـلى تلـك الخدمـة بالاشـتراك بـين التأمـين الصحـي الحكومي ونفقتهـم الخاصـة.

الشكل رقم (16): كيف تحصل على الخدمات الصحية عندما لا يقدمها تأمينك؟



من جانب آخر، أفاد (17.3%) من مدلي البيانات بأنهم استخدموا التأمينين الصحيين معاً (الخاص والحكومي) للمشكلة الصحية نفسها خلال الأشهر الثلاثة الأخيرة، وأفاد (17.3%) بأنهم استخدموا التأمينين إلى حد ما للغرض نفسه.

ما يشمله/ يغطيه التأمين الخاص من إجراءات طبية

أفاد (80.5%) من مدلي البيانات بأن تأمينهم الخاص يغطي المراجعات الطبية قبل الولادة، و(67.6%) أفادوا بأن تأمينهم الخاص يغطي أيضاً أجور الأدوية والمقويات قبل الولادة، وأفاد (85.7%) بأن التأمين الصحي يشمل الولادة الطبيعية، و(68.6%)، كان تأمينهم يغطي أجور الولادة القيصرية بشكل كامل، و(17.1%) يغطي تكاليف الولادة القيصرية بشكل جزئي، في حين أن (14.3%) لا يغطي تأمينهم أي أجور للولادة القيصرية.

كذلك أفاد (53.6%) من مدلي البيانات بأن تأمينهم الصحي يشمل خدمة رعاية الأطفال الخداج بشكل كامل، في حين أفاد (21.4%) منهم بأن تأمينهم يغطي هذا الإجراء الطبي «إلى حد ما»، و(25%) لا يغطي تأمينهم أي تكاليف لرعاية الأطفال الخداج.

وأفاد (24%) فقط من مدلي البيانات بأن تأمينهم الصحي الخاص يشمل رعاية صحية لكبار السن ممن هم فوق سن 60 وبدون تكلفة إضافية، و(12%) إلى حد ما. في حين لا تتجاوز هذه النسبة الـ (5.3%) لكبار السن ممن هم فوق سن السبعين سنة، ولا تتجاوز نسبة من يغطيهم التأمين الصحي «إلى حد ما» الـ(15.8%).

أما الأشخاص ذوو الإعاقة، فأفاد أغلب مدلو البيانات (59.1%) بأن التأمين الخاص لا يغطي

الخدمات الصحية التي يحتاجونها، وأفاد (18.2%) بأنهم يحصلون على هذا النوع من الخدمات الصحية «إلى حد ما».

وأفاد (56.5%) من مدلي البيانات بأن تأمينهم الخاص لا يغطي الخدمات الصحية للمنتفعين بخدمات الصحة النفسية مطلقاً، في حين أفاد (21.7%) بأن تأميناتهم الصحية الخاصة تشمل الخدمات الصحية التي تحتاجها هذه الفئة إلى حد ما.

أما بالنسبة لتغطية التأمين الخاص للأمراض الجلدية المزمنة، فقد أفاد (50%) من مدلي البيانات بأن تأمينهم لا يغطي هذه الأمراض بالمطلق، في حين أفاد (25%) منهم بأن تأمينهم الخاص يغطي هذه الأمراض إلى حد ما، و(25%) فقط هم الذين أفادوا بأن تأميناتهم الصحية الخاصة تغطي علاج هذا النوع من الأمراض.

وبالنسبة لتغطية التأمين الخاص لعلاج مرض الفشل الكلوي، أفاد (64%) من مدلي البيانات بأن تأمينهم الصحي الخاص لا يشمل علاج هذا المرض، في حين أفاد (12%) بأنه يشمل علاج هذا المرض إلى حدّ ما، و(24%) أفادوا بأن تأميناتهم الخاصة تشمل علاج هذا المرض.

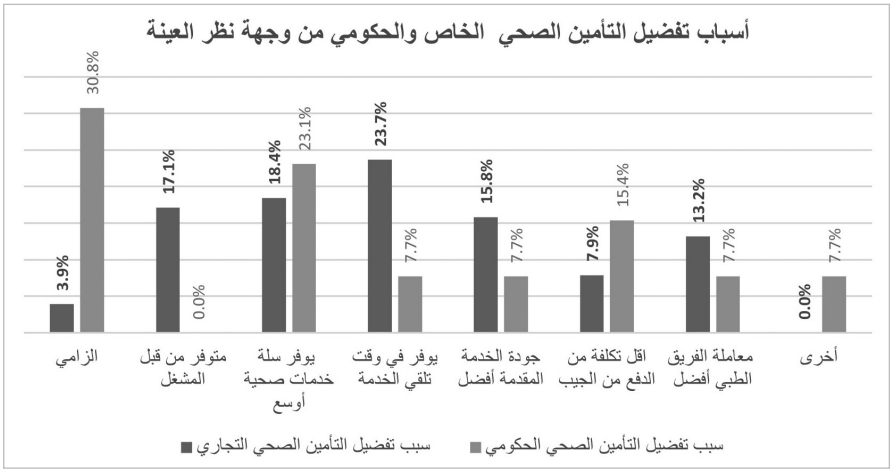
وفي الختام، أفاد (36.8%) من مدلي البيانات فقط بأن تأمينهم الخاص يغطي علاج الأسنان، في حين أفاد (63.2%) منهم بأنه يغطيه إلى حدّ ما.

مدى تفضيل أي التأمينين الصحيين (الخاص أم العام)

أفاد (88%) من مدلي البيانات بأنهم يفضلون التأمين الخاص على التأمين الحكومي، في حين فضّل (12%) فقط التأمين الحكومي على الخاص.

وقد أعاد من يفضلون التأمين الخاص على الحكومي ذلك إلى أنه إلزامي (4%) من مدلي البيانات) أو متوفر من المشغل (17%) أو يوفر سلة خدمات صحية أوسع (18.4%)، أو لجودة الخدمات الصحية التي يقدمها (24%) أو يوفر في وقت تلقي الخدمة (15.8%)، أو أقل تكلفة من الدفع من الجيب (7.9%)، أو معاملة الفريق الطبي أفضل (13.2%). وكانت نسبة من استجابوا وأجابوا عن هذا السؤال من إجمالي عدد مدلي البيانات (91.3%).

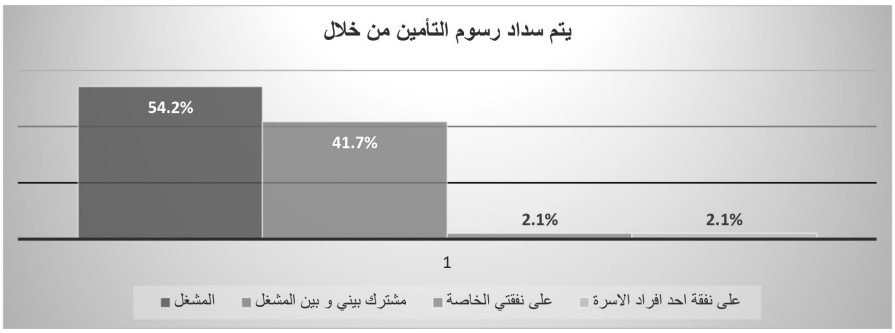
الشكل رقم (17): أسباب تفضيل التأمين الصحي الخاص والحكومي من وجهة نظر العينة



في حين أعطى مفضلو التأمين الحكومي على التأمين الخاص نسباً مختلفة لسبب تفضيلهم على النحو الآتي: لأنه إلزامي (30.8% من مدلي البيانات) أو يوفر سلة خدمات صحية أوسع (23.1%)، أو لجودة الخدمات الصحية التي يقدمها (7.7%) أو يوفر في وقت تلقي الخدمة (7.7%) أو أقل تكلفة من الدفع من الجيب (15.4%)، أو معاملة الفريق الطبي أفضل (7.7%). وكانت نسبة من استجابوا وأجابوا عن هذا السؤال من إجمالي عدد مدلي البيانات (10.8%).

وأفاد (54.2%) من مدلي البيانات بأن من يغطي رسوم التأمين الصحي الخاص هو المشغل، في حين أفاد (41.7%) منهم بأن تغطية رسوم التأمين مشتركة بين المؤمن والمشغل.

الشكل رقم (18): يتم سداد رسوم التأمين من خلال



وحـول شـمول التأمـين الخـاص أفـراد الأسرة كافـة، أفـاد (31.8%) بـأن التأمـين الخـاص للمؤمـن فقـط، في حـين أفـاد (43.2%) بأنـه يشـمل أفـراد الأسرة كافـة، وأفـاد (25%) بـأن التأمـين الخـاص جـزئي لبعـض أفـراد العائلـة وليـس جميعهـم.

ويرجـع سـبب كـون التأمـين للمؤمـن/ مـدلي البيانـات فقـط، أو يضـاف إليـه بعـض أفـراد أسرتـه وليـس جميعهـم إلى أن «أولاده فـوق سـن 18 ولا يتعلمـون في الجامعـة»، أو «أفـراد أسرتـه يعملـون في مؤسسـات أخـرى»، لأن «ثمنـه غـالٍ»، «التكاليـف الباهظـة»، أو «والـدي مـن كبـار السـن الذيـن لا تقبـل شركات التأمـين الخاصـة تأمينهـم».

تحليل المعلومات أعلاه

من مجمل الأرقام أعلاه يمكن أن نستنتج الآتي:

- أن أغلـب حملـة التأمـين الخـاص هـم في حالـة صحيـة جيـدة (63%) أو جيـدة جـداً (34%)، وإن كان (36.9%) منهـم مصابـون بأمـراض مزمنـة.

- أغلـب حملـة التأمين الخاص (82%) اسـتخدموا هم أو أفراد عائلاتهم هذه التأمين خلال الأشـهر الثلاثـة الأخـيرة، و(39.9%) اسـتخدموا كذلـك التأمـين الحكومـي. وهم يعتقـدون أن لا غنى لهم عـن التأمـين الصحـي الحكومـي لأسـباب كثيرة سـبق ذكرهـا، أهمهـا أن التأمين الحكومي أشـمل في التغطيـة مـن التأمـين الخـاص، لاسـيما في حالـة الأمـراض المزمنـة والعمليـات المكلفـة ومرض السرطـان. علـماً أن تكلفـة التأمـين الصحـي الخـاص تتجـاوز بأضعاف تكلفـة التأمـين الحكومي. فمثـلاً إحـدى العائـلات مكونة من سـتة أفـراد: الأم والأب وأربعـة أطفال، يحملـون تأميناً خاصاً، وكذلـك تأميناً حكومياً. يدفعـون 660 شـيكلًا/ سـنوياً تكلفـة التأمـين الصحـي الحكومي في حين يدفعـون نحـو 9000 شـيكل تكلفـة التأمـين الخـاص (سـواء مـا يدفعـه المشـغل عـن الموظـف وعائلتـه أو مـا يدفعـه الموظـف عن عائلتـه أيضاً).

- من أخطر المعلومات التي كشف عنها مدلو البيانات أن بعضهم ممن يحمل التأمينين (الحكومي والخاص) يضطر أيضاً إلى شراء أدوية ومستلزمات طبية لا يغطيها هذا التأمين أو ذاك.

- أن (17.9%) مـن الأشـخاص الذيـن يحملـون تأمينـين (الخـاص والحكومـي) سـبق لهـم أن اسـتخدموا التأمينـين في عـلاج المـرض نفسـه، وأفـادت هـذه النسـبة نفسـها تقريبـاً باسـتخدام التأمينـين للمـرض نفسـه إلى حـدّ مـا.

وإذا قارنا مجموع هاتين النسبتين من الذين يحملون التأمينين معاً واستخدموهما للمرض نفسه مع إجمالي نسبة الأشخاص الذين يحملون تأمينين من مدلي البيانات التي بلغت بحسب ما ذكر سابقاً (35.6%) فإننا سنجد أن جميع من يحملون تأمينين في آن واحد تقريباً قد استخدموا التأمينين لعلاج المرض نفسه.

- أن التأمين لا يغطي كامل الاحتياجات الصحية التي تحتاجها المرأة الحامل، فهو وإن كان يغطي النسبة الأكبر من الإجراءات الطبية قبل الولادة (80.5%)، فإن تغطيته للأدوية والمقويات كانت أقل من ذلك، وتتفاوت نسبة التغطية للعمليات القيصرية من فرد إلى آخر، حيث تصل نسبة من لا يغطي تأمينهم الخاص العملية القيصرية إلى (25%).

- يلاحظ من إجابات مدلي البيانات حول الخدمات الصحية التي يغطيها التأمين الخاص أنه لا يغطي علاج كبار السن إلا بقدر بسيط جداً، وكذلك الأمر بالنسبة لخدمات المنتفعين بالصحة النفسية والحاجات الصحية للأشخاص ذوي الإعاقة، وحتى الأمراض الجلدية المزمنة، وعلاج مرضى الكلى. كما لا يغطي التأمين إلا جزءاً بسيطاً من علاج الأسنان.

- يلاحظ أن هناك أسباباً تدفع مدلي البيانات إلى تفضيل تأمين خاص على حكومي أو حكومي على خاص، لكن يظهر من آرائهم في الوقت نفسه أن هناك نسبة ليست بالقليلة منهم التي تحمل الآن التأمينين معاً أو كانت تحمل التأمينين أو على الأقل تشعر بأهمية أن يكون معها التأمين.

كل هذا يؤشر إلى أن لكل من التأمينين مزاياه الخاصة حتى وإن كان يترتب عليهما التزامات مالية معينة، لكن في الوقت نفسه وعلى الرغم من حمل نسبة ليست بالقليلة من مدلي البيانات تأمينين، كما سبق أن أوضحنا، فإنهم قد يضطرون إلى دفع نفقات مالية أخرى على بعض الإجراءات الطبية التي لا يتمكنون من الحصول عليها.

يقود هذا كله إلى ضرورة وضع نظام تأمين صحي يحقق كثيراً من المزايا، كتمكين المواطن من الحصول على حقه في الصحة بشكل وافٍ، وألّا يضطر الى دفع نفقات إضافية ليست في الحسبان، وفي الوقت نفسه، لا يتم هدر المال دون أساس صحي يقتضي ذلك، لاسيما عندما يتم علاج المرض نفسه مرتين، الأولى على التأمين الخاص والثانية على التأمين الحكومي.

تقييم مدلي البيانات العام لشركة التأمين التي يتعاملون معها

وفي إطار تقييم مدلي البيانات/ المتعاملين مع شركات التأمين لهذه الشركات، فقد أفاد (41.3%) منهم بأنهم غيروا شركة التأمين التي تقدم التأمين الخاص، في حين أفاد (58.7%) منهم بأنهم لم يغيروا شركة التأمين.

وفي ما يتعلق بتقييم العاملين في المراكز الصحية من حيث سرعة الإنجاز والاهتمام، فقد تنوعت إفادات مدلي البيانات على العبارات المقيمة للعاملين على النحو الآتي: (76.2%) وافقوا على أنهم يثقون بخبرات الأطباء ومهاراتهم ومؤهلاتهم، و(4.8%) وافقوا بشدة، في حين بلغت نسبة غير الموافقين على هذه العبارة (11.9%). من جانب آخر، وصلت نسبة الموافقين أو الموافقين بشدة على أن العاملين في المراكز الصحية الواردة في قوائم شركات التأمين على استعداد تام للتعامل مع المرضى الـ (85.3%)، فيما وصلت نسبة الموافقين أو الموافقين بشدة على عبارة أن الكادر الطبي في المركز الطبي المذكور من الشركة يفي بالاحتياج إلى (74.3%).

أما في ما يتعلق بالتكلفة المالية للإجراءات الطبية التي تقدمها شركات التأمين، فقد بلغت نسبة الذين وافقوا أو وافقوا بشدة على عبارة أن تكلفة بطاقة التأمين مناسبة للخدمات التي تغطيها (68.8%)، لكن كانت نسبة غير الموافقين أو غير الموافقين بشدة (26.7%). وبلغت نسبة الذين وافقوا ووافقوا بشدة على أن رسوم التأمين الخاص مناسبة لدخل الأسرة (76.7%)، في حين أن (21%) لم يوافقوا بشدة أو لم يوافقوا على ذلك.

من جانب آخر، وفي إطار التكلفة المالية للتأمين الخاص، فقد بلغت نسبة الذين وافقوا أو وافقوا بشدة على أن نسبة المشاركة التي يدفعها المريض مقابل الدواء أو مقابل الإجراءات الصحية الأخرى مناسبة مع دخل المؤمن (81.8%). لكن من جانب آخر، انخفضت نسبة من وافقوا أو وافقوا بشدة على أن نسبة المساهمة التي يدفعها المريض لا تشكل عبئاً اقتصادياً على دخل الأسرة إلى (53.5%)، وارتفعت نسبة غير الموافقين وغير الموافقين بشدة على هذه العبارة إلى (41.9%) من مدلي البيانات.

نفقات إضافية على الصحة على الرغم من وجود تأمين أو اثنين

أفاد (86%) من مدلي البيانات بأنهم قد يدفعون مبالغ نقدية إضافية من جيوبهم مقابل بعض الإجراءات الطبية على الرغم من أنهم يحملون تأميناً صحياً خاصاً أو ربما أيضاً تأميناً حكومياً. في حين أفاد (37.2%) من مدلي البيانات بأن مساهمتهم في تكلفة الأدوية

والإجراءات الطبية الأخرى تزيد على أربعين شيكلاً في كل معالجة طبية. وأفاد (14.3%) فقط من مدلي البيانات بأنهم صرفوا هم أو أفراد عائلتهم خلال الأشهر الثلاثة الأخيرة ما يزيد على نصف ثمن القسط التأميني الذي دفعوه، في حين رأى الأغلبية (85.7%) أن كل الإجراءات الطبية التي أجروها هم أو أفراد عائلاتهم خلال الأشهر الثلاثة الأخيرة لم تتجاوز نصف قسط التأمين السنوي.

حدود الصرف الفعلي على بعض الإجراءات الطبية

وحول سؤال عن عدد المرات التي استفاد منها مدلو البيانات أو أحد أفراد عائلتهم في عمل نظارات طبية خلال السنوات الخمس الأخيرة فقد بلغت 93 مرة، في حين بلغ عدد مرات مراجعتهم هم أو أفراد عائلتهم لطبيب الأسنان وعمل إجراءات طبية معينة خلال السنوات الخمس الأخيرة (200) مرة. وبلغ عدد المرات التي استفاد منها مدلي البيانات أو أحد أفراد عائلته من إجراء عملية ولادة عادية أو قيصرية 25 مرة.

تحليل البيانات

يلاحظ من إجمالي المعلومات المتعلقة بتقييم الشركات المقدمة لخدمة التأمين الصحي:

1. أنه لا يوجد ثبات من مدلي البيانات على اختيار شركة التأمين وإنما تختلف في الأغلب من سنة إلى أخرى، يعود هذا التغيير المستمر وعدم الثبات -بحسب تحليلنا- إلى مسألتين: التكلفة، وقائمة الإجراءات الطبية التي تحتويها قائمة شركة عن قائمة الإجراءات التي تقدمها شركة أخرى.

2. وحيث إن ما يقدمه التأمين من سلة خدمات تغلب عليها خدمات رعاية صحية أولية وقليل من خدمات الرعاية الصحية الثانية، فقد وافق أغلب مدلي البيانات على أنهم يثقون بخبرات ومهارات ومؤهلات العاملين الصحيين من أطباء وممرضين وغيرهم المتوفرين في قائمة الشركة المقدمة لخدمة التأمين الصحي، وأنهم يتمتعون بكفاءة ومهارة عاليتين، وأنهم كافون من حيث العدد، ولديهم الاستعداد التام للتعامل مع المرضى.

3. وافق أغلب مدلي البيانات على أن تكلفة رسوم التأمين جيدة ولم تؤثر على دخل أسرهم، ووافقوا كذلك على أن نسبة الاشتراك التي يشاركون بها في تكلفة الدواء أو تكلفة الإجراء الطبي المتخذ مناسبة.

هـذا الأمـر، وكذلـك الأمـر الـذي ورد في البنـد الـذي سـبقه، يجـب أن يفهـم في سـياق مسـألتين أساسـيتين: الأولى، أن أغلـب مـدلي البيانـات (87.7%) تزيـد رواتبهـم عـلى 4000 شـيكل، وأن (41.4%) منهـم تزيـد رواتبهـم عـلى 8000 شـيكل. والثانيـة، هـي أن هـذه التأمينـات الخاصـة لا تشـمل أغلـب الخدمـات الصحيـة الثانيـة والثالثـة كمعالجـة الأمـراض المزمنـة وأمـراض السرطـان، وأن أغلـب احتياجـات مـدلي البيانـات هـي للرعايـة الأوليـة، حيـث أفـاد (14%) فقـط مـن مـدلي البيانـات بأنهـم قامـوا بإجـراءات طبيـة خـلال الأشـهر الثلاثـة الأخـيرة قـد تتجـاوز في تكلفتهـا نصـف قسـط التأمـين السـنوي.

ومسألة أخرى تجعل مدلي البيانات يقولون إن تكلفة رسوم التأمين الخاص مناسبة، وهي أن المشغل في أغلب الأحوال هو من يتكفل بتغطية رسوم التأمين الصحي كنوع من الامتيازات الإضافية للموظف، سواء بشكل كلي أو جزئي، التي تدخل بالأساس في حساب تكلفة الموظف على المشغل.

4. وصـل عـدد مـرات عمـل مـدلي البيانـات أو أحـد أفـراد عائلتـه نظـارة طبيـة خـلال السـنوات الخمـس الأخـيرة إلى 93 مـرة، مـع الأخـذ في الاعتبـار أن هنـاك سـقفاً لثمـن النظـارة الطبيـة (500 شـيكل عـلى الأغلـب) التـي تسـمح بهـا الشركـة، وكل مـا زاد عـلى ذلـك يكـون عـلى حسـاب المؤمـن نفسـه. كذلـك الأمـر وصـل عـدد مـرات مراجعـة مـدلي البيانـات أو أحـد أفـراد عائلتـه أسرتـه طبيـب الأسـنان إلى 200 مـرة، مـع الأخـذ في الاعتبـار أن عـدد المؤمنـين وأفـراد أسرهـم الذيـن أجابـوا عـن الاسـتمارة هـم 197 فـرداً، وأن هنـاك سـقفاً معينـاً للمبلـغ الـذي يجـوز فيـه للمؤمـن اسـتهلاكه، وأن هنـاك سـقفاً لطبيعـة الإجـراءات الطبيـة التـي بإمكانـه اتخاذهـا وصرف ذلـك السـقف المـالي عليهـا، فمثـلاً بإمكانـه أن يقلـع سـناً أو يحشـوه حشـوة عاديـة وقـد يسـمح بحشـوة عصـب، لكـن إذا لم يحصـل أي شيء مـن تلـك الأمـور فليـس بإمكانـه اسـتهلاك ذلـك السـقف المـالي عـلى عـلاج اللثـة أو تنظيـف الأسـنان أو وضـع سـن بديـل عـن المفقـود (الجـسر أو زراعـة).

- **الوصول إلى المعلومات الصحية**

وفي مـا يتعلـق بالوصـول إلى المعلومـات المتعلقـة بالتأمـين الصحـي الخـاص الـذي يحملـه بعـض الأشـخاص، وافـق (6.5%) فقـط مـن مـدلي البيانـات بشـدة عـلى أن لديهـم المعرفـة الكافيـة بتكلفـة التأمـين الصحـي الخـاص، في حـين وافـق (63%) عـلى هـذه العبـارة بـدون تشـدد، ولم يوافـق (21.7%) منهـم عـلى هـذه العبـارة. مـن جهـة أخـرى، وافـق (10.9%) فقـط مـن مـدلي البيانـات بشـدة عـلى أن لديهـم المعرفـة الكافيـة بالخدمـات الصحيـة المشـمولة بالتأمـين، في حـين وافـق

(50%) على هذه العبارة دون تشدد، ولم يوافق عليها (30.4%). كما وافق بشدة (11.1%) من مدلي البيانات على أن الموظف المختص في المؤسسة التي أعمل بها يقوم بتقديم معلومات كافية عن التأمين، ووافق (53.3%) دون تشدد على هذه العبارة، في حين سجل (33.3%) عدم موافقتهم (28.9% غير موافق و4.4% غير موافق بشدة).

في الإطار نفسه المتعلق بالوصول للمعلومات الصحية، فقد وافق (58.7%) من مدلي البيانات على أن شركة التأمين المقدمة لخدمة التأمين الصحي أو من يمثلها تتعامل معهم بشكل واضح في حال حاجة الإجراء الطبي لموافقة الشركة، لكن من جانب آخر لم يوافق (37%) (8.7% غير موافق بشدة، و28.3% غير موافق) على هذه العبارة.

تحليل البيانات

يلاحظ من إجابات مدلي البيانات حول مسألة الوصول إلى المعلومات الصحية أن النسبة الأغلب (60% تقريباً) قالت إنها تملك المعرفة الكافية عن المعلومات الصحية التي يجب أن تعرفها عن التأمين الصحي الذي تحمله، وبتحليلنا فإن هذه النسبة غير القليلة عائدة إلى أن النسبة الأغلب ممن أجابت عن الاستبانة ممن يعملون في مؤسسات منتظمة العمل (حقوقية أو غيرها) وهم في الأغلب على معرفة أو يحملون شهادات جامعية وكان بإمكانهم الاطلاع على اتفاقية التأمين الموقعة بين المشغل وشركة التأمين، غير أن هذا الأمر لم يمنع مجموعة كبيرة أيضاً (40% تقريباً) من مدلي البيانات من القول بعدم امتلاكهم المعرفة الكافية من المعلومات الصحية عن تأمينهم.

باعتقادنا فإن من أهم الأسباب العائدة لإجابة كهذه ونسبة كهذه هو أنه على الرغم من وجود اتفاقية موقعة بين المشغل وشركة التأمين، فإن المؤمن/ مدلي البيانات الذي يعمل عند المشغل كانت تواجهه العديد من المشكلات حول ما تغطيه شركة التأمين وما لا تغطيه عندما يحتاج إلى إجراء عملية ما أو إجراء طبي معين، حيث يكتشف عند ذلك أنه بحاجة إلى موافقة شركة التأمين، وهي قد توافق أو ترفض.

وبالتالي يكتشف عند ذلك أنه لم يكن يعرف معلومات كاملة عما يشمله التأمين أو لا يشمله حتى وإن كان قد قرأ الاتفاقية الموقعة بين المشغل وشركة التأمين، وحتى في بعض الأحيان لو كان عضواً في لجنة العطاءات، عند المشغل، التي بحثت في عروض شركات التأمين المتقدمة لأخذ عطاء التأمين الصحي للموظفين عن المشغل وعائلاتهم.

- **الوصول إلى الخدمة وتوفرها**

وفي ما يتعلق بالوصول إلى خدمة التأمين الصحي الخاص للأشخاص الذين يحملون بطاقة تأمين سارية المفعول، وافق (68.9%) (13.3% موافق بشدة و55.6% موافق) من مدلي البيانات على أن المراكز الصحية في منطقتهم تقدم الخدمات الطبية التخصصية المختلفة، في حين لم يوافق (26.6%) (2.2% غير موافق بشدة 24.4% غير موافق) منهم على ذلك.

من جهة أخرى، وافق (71.2%) (15.6% موافق بشدة و55.6 موافق) على أنه يتوفر في المركز الصحي في منطقتي أنواع الأدوية كافة التي أحتاجها، في حين لم يوافق (24.4%) (2.2% غير موافق بشدة 22.2% غير موافق) على ذلك.

ووافق (80%) (68.9% موافق و11.1% موافق بشدة) من مدلي البيانات على عبارة أنه «يتوفر في المركز الصحي في منطقتي الخدمات الصحية المساندة تحليل مختبرات، أشعة وغيرها»، في حين لم يوافق (15.6%) على ذلك.

ووافق (64.5%) (55.6% موافق و8.9% موافق بشدة) من مدلي البيانات على عبارة أنه «سبق أن توجهوا إلى مراكز صحية خارج التأمين الصحي نظراً لعدم توفر الخدمة الصحية في المراكز الصحية المشمولة»، في حين لم يوافق 33.3%) (28.9% غير موافق و4.4% غير موافق بشدة) على ذلك.

وكذلك وافق (90.9%) (75% موافق و15.9% موافق بشدة) من مدلي البيانات على أنهم اضطروا خلال الـ 12 شهراً الأخيرة إلى شراء أدوية لا يغطيها التأمين.

تحليل البيانات

إن الملاحظة الأبرز التي يمكن أخذها من إجمالي النتائج التي أدلى بها مدلو البيانات/ المؤمنون هي أن أغلبهم أفاد (68.9%) بأنه توجد خدمات طبية متخصصة مختلفة في المراكز الصحية الواقعة في منطقتهم، وأفاد أغلبهم كذلك (71.2%) بأنه توجد أنواع الأدوية كافة التي يحتاجونها في تلك المراكز، وأفاد أغلبهم (68.9%) أيضاً بأنه تتوفر في تلك المراكز الخدمات الصحية كافة من تحليل وأشعة وغيرها، لكن في الوقت نفسه أفاد أغلبهم أيضاً (64.5%) بأنهم سبق لهم أن توجهوا إلى مراكز صحية خارج سلة التأمين الصحي الخاص الذي يحملونها.

هـذا الأمـر، وهـذه النتائـج المتضاربـة قـد تُفهـم بشـكل أدق عندمـا ننظـر إلى أسـئلة أخـرى في الاسـتمارة سـبقت الإشـارة إليهـا التـي تؤكـد أن وصـول مـدلي البيانـات إلى الخدمـة الصحيـة لا يتحقـق بالكامـل إذا حمـل تأميناً خاصاً فقـط، وحتـى وإن حمـل إلى جانبـه تأميناً حكومياً، فهـو مـع هـذا وذاك قـد يضطـر إلى دفـع مبالـغ ماليـة أخـرى للحصـول عـلى بعـض الإجـراءات الطبيـة.

- **معيار المحاسبة**

أفـاد (62.2%) مـن مـدلي البيانـات بأنهـم يعلمـون كيـف يمكـن أن يشـتكوا في حـال وجـدوا تقصـيراً أو سـوء معاملـة خـلال تلقيهـم خدمـة التأمـين الصحي الخـاص، في حين أفـاد (37.8%) بخـلاف ذلك.

مـن ناحيـة أخـرى، أفـاد (24.4%) بأنـه سـبق لهـم أو لأحـد يعرفونـه أن قـام بتعبئـة طلـب شـكوى تتعلـق بسـوء معاملـة أو تقصـير خـلال تلقيهـم خدمـة التأمـين الصحـي، في حـين أفـاد (75.6%) بخـلاف ذلـك.

وأفـاد (20%) مـن مـدلي البيانـات بأنهـم غـير راضـين عـن التعامـل مـع الشـكوى التـي تقدمـوا بهـا (15.6% غـير راضٍ و4.4% غـير راضٍ أبـداً). في حـين عـبر (17.8%) عـن رضاهـم عـن التعامـل مـع الشـكوى.

وأفـاد (31.1%) بأنهـم يعتقـدون أنـه سـتكون هنـاك نتيجـة مـن رفـع هـذه الشـكوى، في حـين يـرى (15.6%) أنـه لـن تكـون هنـاك نتيجـة، و(48.9%) لا يعرفـون كيـف سـتكون النتيجـة.

تحليل البيانات

عـلى الرغـم مـن أن نسـبة مـن أفـادوا بأنهـم يعلمـون كيـف يشـتكون فيـما لـو واجهتهـم مشـكلة متعلقـة بالتأمـين الـذي يحملونـه مرتفعـة (62.2%) فـإن نسـبة مـن لا يعرفـون ظلـت مرتفعـة أيضـاً (38.8%). كـما أن نسـبة الذيـن تقدمـوا بشـكوى أو يعرفـون أحـداً تقـدم بشـكوى بالفعـل لم تكـن كبـيرة (24.4%) فقـط، وأن نسـبة غـير الراضـين عـن طريقـة التعامـل مـع الشـكوى مـن إجـمالي المتقدمـين وصلـت إلى مـا لا يقـل عـن (80%) ممـن تقدمـوا بشـكواهم.

قـد يكـون سـبب انخفـاض مسـتوى الشـكاوى المقدمـة إمـا لعـدم قناعـة المؤمنـين بجـدوى تقديـم شـكوى أو لمعرفتهـم بـأن التأمـين لا يغطـي إلا قـدراً معينـاً مـن الأمـراض وليـس جميعهـا وسـقفاً معينـاً مـن تكلفـة الإجـراء الطبـي، بحسـب الاتفـاق الموقـع مـع شركـة التأمـين.

- **الإنفاق على الصحة للجميع**

وفي الإجابة عن سؤال: هل واجهتك صعوبة مالية بسبب الإنفاق على خدمات الرعاية الصحية خلال الأشهر الثلاثة الماضية على الرغم من أنك تحمل تأميناً صحياً خاصاً؟ أفاد (46.7%) من مدلي البيانات بأنهم لم يعانوا من صعوبات مالية، في حين أفاد (53.3%) بأنهم واجهوا صعوبات مالية في الإنفاق على الصحة على الرغم من أنهم يحملون تأميناً خاصاً (44.4% أفادوا بأنهم واجهوا صعوبات مالية في بعض الأحيان و8.9% واجهوا صعوبات مالية كبيرة).

وأفاد (73.3%) من مدلي البيانات بأنهم لم يتخلوا عن زيارة طبيب أو يؤجلوها بسبب التكلفة المالية خلال الأشهر الثلاثة الماضية، لكن في المقابل أفاد (26.7%) (20% في بعض الأحيان و6.7% كثيراً) بأنهم بالفعل تخلو عن زيارة الطبيب بسبب التكلفة المتوقعة، على الرغم من أنهم يحملون تأميناً خاصاً.

كما أفاد (80%) من مدلي البيانات بأنهم لم يتخلوا خلال الأشهر الثلاثة الماضية عن شراء علاج موصوف بسبب تكلفته المالية، في حين أن (20%) (15.6% في بعض الأحيان و4.4% في الكثير من الأحيان) أفادوا بأنهم بالفعل تخلوا عن شراء علاج موصوف بسبب تكلفته المالية خلال الأشهر الثلاثة الماضية.

ولم يخفض (70%) من مدلي البيانات خلال الأشهر الثلاثة الماضية إنفاقهم على الاحتياجات الأساسية مثل الطعام والملبس ليكونوا قادرين على دفع تكاليف الرعاية الصحية، في حين أفاد (26.6%) (22.2% في بعض الأحيان، و2.2% كثيراً)، بأنهم بالفعل خفضوا تكاليفهم المعيشية لهذا السبب.

تحليل البيانات

الاستنتاج الأساس الذي يمكن أن نخلص إليه من البيانات المتعلقة بالإنفاق على الصحة هو أن أغلب مدلي البيانات قالوا إنهم عانوا من صعوبات مالية في موضوع الإنفاق على الصحة، لاسيما أن أغلبهم كان يهتمون بوضعهم الصحي وأغلبهم لم يتخل، بسبب وضعه الاقتصادي، عن مراجعة الطبيب وقت الحاجة أو شراء العلاج الموصوف، في حين أن بعضهم وعلى الرغم من أنهم يتقاضون رواتب قد تكون جيدة بالنسبة للرواتب التي يدفعها سوق العمل، فإنهم شعروا بأثر العلاج الطبي على دخلهم ومقدرتهم الاقتصادية، مما دفعهم في بعض الأحيان إلى التخلي عن شراء علاج موصوف أو مراجعة طبيب أو اتخاذ إجراء طبي معين.

سابعاً: الاستنتاجات والتوصيات

الاستنتاجات

- لم تتجاوز نسبة من يحملون تأميناً صحياً خاصاً من إجمالي المواطنين الذين يحملون أي نوع من أنواع التأمين الصحي (حكومي، خاص، وكالة غوث، خلافه) الـ (1.7%) فقط.

- على الرغم من تشجيع المجتمع الدولي وتحفيزه حركة رأس المال وإزالة العوائق التي تعوق عمل المؤسسات الوطنية أو عبر الوطنية العاملة في ذلك، فإنه لم يشأ أن يترك هذه المؤسسات دون حسيب أو رقيب، ففي العام 2003 وضعت لجنة الأمم المتحدة الفرعية لتعزيز وحماية حقوق الإنسان قواعد خاصة بمسؤوليات الشركات عبر الوطنية وغيرها من مؤسسات الأعمال، كشركات التأمين، عن إعمال حقوق الإنسان ومنها حقه في الصحة، تلتها في العام 2011 مبادئ توجيهية بشأن الأعمال التجارية وحقوق الإنسان: تنفيذ إطار الأمم المتحدة المعنون بـ «الحماية والاحترام والانتصاف».

- هناك أساس قانوني ينيط بهيئة سوق رأس المال مهمة الرقابة على قطاع التأمين الصحي وأكثر من حكم قانوني ينيط بوزارة الصحة العمل على إعمال الحق في الصحة والرقابة عليه، لكن لم تصدر عن أي من هاتين المؤسستين أو عن مجلس الوزراء أي لوائح أو أنظمة أو تعليمات أو ضوابط مكتوبة تنظم عمل التأمين الصحي الخاص والرقابة الفنية عليه. وانحصر الدور الرقابي الذي تقوم به هيئة سوق رأس المال في هذا الشأن على مراجعة اتفاقيات التأمين الصحي التي تعقدها شركات التأمين وعدم وجود مخالفات في هذه الاتفاقيات للإطار القانوني العام النافذ، وتترك، بعد ذلك، الاتفاق بين المؤمن في التأمين الصحي والمؤمن له ليخضعا للأحكام العامة للقانون المدني.

- لا ترى وزارة الصحة أن لها أي دور رقابي على هذا النشاط أو على شركات التأمين العاملة فيه .

- تنظر شركات التأمين للتأمين الصحي على أنه تأمين مُستهلِك وتكلفته مرتفعة، إلا أنه تأمين جاذب للتأمينات الأخرى مثل تأمينات الحريق والمباني وتأمينات إصابات العمال وغيرها.

- أدت المنافسة المفتوحة بين شركات التأمين، وغياب ضوابط ناظمة لأسعار التأمين الصحي

الخاص، إلى وجود نوع من الفوضى في تحديد الأسعار وفي طبيعة الخدمات والتغطيات التي تقدمها شركات التأمين، وزاد من حدة التفاوتات بين المستفيدين والمستفيدات ارتفاع تكاليف التأمين الصحي على طرفي التأمين مما أدى إلى زيادة حالات الاستغلال.

- أدى غياب شركات إعادة التأمين التي تحمل جزءاً من مخاطر قطاع التأمين، عن قطاع التأمين الصحي بشكل خاص، خلافاً لقطاعات التأمين الأخرى، إلى ارتفاع أقساط التأمين مع تقليل التغطيات والسقوف.

- هناك صعوبة في تحديد نسبة حالات التحايل وحصرها، وفقاً لشركات التأمين، كونها تأتي على أشكال عدة، وتتم بالتنسيق بين مزود الخدمة والمستفيد/ المستفيدة. ويرى فريق البحث أن السبب الأساسي لحالات التحايل يرتبط بغياب نظام تأمين صحي متكامل يوفر خدمات صحية شاملة.

- غياب تام للتنسيق بين شركات التأمين الخاصة ووزارة الصحة واقتصر التنسيق مع نقابات الأطباء والصيادلة والطب المخبري على الاتفاق على الحد الأدنى للأسعار، وتنظيم بعض القضايا ذات العلاقة بمزودي الخدمات.

- ترى شركات التأمين أن هناك حاجة لوجود مؤسسة أو مظلة وطنية للتأمين الصحي، كونها ستحمل عبء التأمين الصحي عن الشركات الخاصة، وتقلل من المنافسة وتعمل على ضبط الأسعار، لكن هناك مجموعة من التخوفات في ما يخص وجود مؤسسة تأمين صحي وطنية بحسب هذه الشركات وهي:
  - غياب رؤية واضحة وتفصيلية.
  - ضعف النظام الصحي في فلسطين.
  - العجز المالي الذي تعاني منه وزارة الصحة، ومن ضمنه ملف التحويلات الطبية ومتأخرات الحكومة للقطاع الخاص.

- أظهرت البيانات المالية لشركات التأمين أن التأمين الصحي يحقق هامش ربح بسيطاً، وقد تنجم عنه خسائر في بعض الأحيان، إلا أن التأمين الصحي لا يزال ثاني أكبر قطاع في المحفظة التأمينية، حيث تتم تغطية خسائره من خلال التأمينات الأخرى.

استنتاجات استمارة رأي المستفيدين من التأمين الخاص

بقراءة عامة لنتائج الاستمارة التي وزعت على أشخاص يحملون تأميناً صحياً خاصاً، وعلى الرغم من أن نتائج العدد المحدود مما تمت تعبئته منها لا يمكن تعميمه ولا يمكن أن تشكل رأياً علمياً مكتمل الأركان يبنى عليه وأن الاستمارة لم تعد وفق الأسس والمعايير الإحصائية التي تستخدمها المؤسسات الإحصائية المتخصصة، فإن هذه النتائج قد تشكل مؤشراً عاماً يمكن من خلاله أن تثير انتباه الدارسين والمختصين إلى أخذ عدد من القضايا التي تضمنتها هذه الاستمارة ونتائجها وإخضاعها للدراسة والبحث والاستفادة منها في إطار بناء منظومة تأمين صحي وطنية شاملة، تجمع بين حسنات أنواع التأمين الصحي المختلفة الموجودة (حكومي مدني وعسكري، تجاري/ خاص، وكالة غوث، تعاوني) وتتلافى سلبيات هذه الأنواع المختلفة من التأمين الصحي.

في ما يأتي أهم الاستنتاجات العامة التي يمكن تسجيلها من نتائج هذه الاستمارة:

- ارتفاع نسبة الإناث اللواتي ساهمن في ملء الاستمارة مقارنة بالذكور.
- أغلب المؤسسات التي يعمل فيها من يحملون تأميناً صحياً خاصاً مؤسسات حقوقية تليها مؤسسات خاصة.
- أغلب من يحملون تأميناً صحياً خاصاً هم ممن تجاوزت أجورهم الشهرية 4000 شيكل.
- أغلب حملة التأمين الخاص هم في حالة صحية جيدة، وإن كانت نسبة منهم مصابة بأمراض مزمنة.
- أغلب حملة التأمين الخاص استخدموا هم أو أفراد عائلاتهم هذا التأمين خلال الأشهر الثلاثة الأخيرة، لكنهم كذلك يعتقدون أن لا غنى لهم عن التأمين الصحي الحكومي لأسباب كثيرة.
- أن هناك نسبة ليست بالقليلة ممن يحملون تأمينين صحيين خاصاً وحكومياً اضطروا لشراء أدوية ومستلزمات طبية لا يغطيها هذان التأمينان.
- أغلب الأشخاص الذين يحملون تأمينين صحيين (خاص وحكومي) سبق لهم أن استخدموا التأمينين في علاج المرض نفسه.
- أن التأمين الصحي الخاص لا يغطي كامل الاحتياجات الصحية التي تحتاجها المرأة الحامل، أثناء الحمل وخلال الوضع وبعده.

- أن التأمين الخاص لا يغطي علاج كبار السن إلا بقدر بسيط جداً، وكذلك الأمر بالنسبة لخدمات المنتفعين بالصحة النفسية والحاجات الصحية للأشخاص ذوي الإعاقة، وحتى الأمراض الجلدية المزمنة، وعلاج مرض الكلى، وعلاج الأسنان الكامل.

- هناك أسباب تدفع مدلي البيانات إلى تفضيل تأمين خاص على حكومي أو حكومي على خاص، لكن في الوقت نفسه تظهر من آراءهم أن هناك نسبة ليست بالقليلة تحمل الآن التأمينين معاً أو كانت تحمل التأمينين، وتشعر بأهمية أن يكون معها التأمينان.

- لا يوجد ثبات من حاملي التأمين الخاص على شركة تأمين واحدة وإنما تختلف الشركة في الأغلب من سنة إلى أخرى، وفي الأغلب يعود ذلك إلى مسألتين حسب مدلي البيانات: التكلفة، وقائمة الإجراءات الطبية التي تحتويها القائمة التي تقدمها الشركة.

- وافق أغلب حاملي التأمين الخاص على أنهم يثقون بخبرات العاملين الصحيين ومهاراتهم ومؤهلاتهم من أطباء وممرضين وغيرهم المتوفرين في قائمة الشركة المقدمة لخدمة التأمين الصحي، وأنهم يتمتعون بكفاءة ومهارة عاليتين، وأنهم كافون من حيث العدد، ولديهم الاستعداد التام للتعامل مع المرضى.

مع الأخذ في الاعتبار أن التأمين الخاص في الأغلب الأعم يغطي الرعاية الطبية الأولية ولا يغطي الرعاية الصحية الثانية وما بعدها.

- وافق أغلب مدلي البيانات على أن تكلفة رسوم التأمين الصحي جيدة ولم تؤثر على دخل أسرهم، ووافقوا كذلك على أن نسبة الاشتراك التي يشاركون بها في تكلفة الدواء أو تكلفة الإجراء الطبي المتخذ مناسبة.

وهذا أيضاً لا يمكن فهمه إلا بأخذ مسألتين في الاعتبار، هما: أن أغلب حملة التأمين الخاص هم ممن تتجاوز رواتبهم 4000 شيكل، وكذلك أن التأمين الخاص يغطي في الأغلب الأعم الرعاية الطبية الأولية ولا يغطي الرعاية الصحية الثانية وما بعدها.

- أفاد أغلب حاملي التأمين الصحي الخاص بأنهم يملكون المعرفة الكافية عن المعلومات الصحية التي يجب أن يعرفوا بها عن التأمين الصحي الذي يحملون.

- أفاد أغلب حملة التأمين بأنه توجد خدمات طبية متخصصة مختلفة في المراكز الصحية الواقعة في منطقتهم، وتوجد الأدوية التي يحتاجونها في تلك المراكز، وتتوفر في تلك المراكز

الخدمات الصحية كافة من تحليل وأشعة وغيرها، إلا أنه في الوقت نفسه أفاد أغلبهم بأنهم سبق لهم أن توجهوا إلى مراكز صحية خارج سلة التأمين الصحي الخاص الذي يحملونه.

- هذا الأمر وهذه النتائج المتضاربة قد تُفهم بشكل أدق عندما ننظر إلى أسئلة أخرى في الاستمارة سبقت الإشارة إليها تؤكد أن وصول مدلي البيانات إلى الخدمة الصحية لا يتحقق بالكامل إذا حمل تأميناً خاصاً فقط، حتى وإن حمل إلى جانبه تأميناً حكومياً، فهو مع هذا وذاك قد يضطر إلى دفع مبالغ مالية أخرى للحصول على بعض الإجراءات الطبية.

- إن الملاحظة الأبرز التي يمكن أخذها من إجمالي النتائج التي أدلى بها مدلو البيانات/ المؤمنون هي أنهم وإن أفاد أغلبهم بأنه توجد خدمات طبية متخصصة مختلفة في المراكز الصحية الواقعة في منطقتهم، وأفاد أغلبهم كذلك بأنه توجد أنواع الأدوية كافة التي يحتاجونها في تلك المراكز، وأفاد أغلبهم أيضاً بأنه تتوفر في تلك المراكز الخدمات الصحية كافة من تحليل وأشعة وغيرها، فإنه في الوقت نفسه أفاد أغلبهم أيضاً بأنه سبق لهم أن توجهوا إلى مراكز صحية خارج سلة التأمين الصحي الخاص.

- على الرغم من أن نسبة من أدلوا بأنهم يعلمون كيف يشتكون فيما لو واجهتهم مشكلة متعلقة بالتأمين الذي يحملونه مرتفعة من مدلي البيانات، فإن نسبة من لا يعرفون ظلت مرتفعة أيضاً. كما أن نسبة الذين تقدموا بشكوى أو يعرفون أحداً تقدم بشكوى بالفعل لم تكن كبيرة، وأن نسبة غير الراضين عن طريقة التعامل مع الشكوى من إجمالي المتقدمين وصلت إلى ما لا يقل عمن تقدموا بشكواهم. وقد يكون سبب انخفاض مستوى الشكاوى المقدمة إما عدم قناعة المؤمنين بجدوى تقديم شكوى أو لمعرفتهم بأن التأمين الخاص لا يغطي إلا قدراً معيناً من الأمراض وليس جميعها، وسقفاً معيناً من تكلفة الإجراء الطبي، بحسب الاتفاق الموقع مع شركة التأمين.

- أغلب مدلي البيانات قالوا إنهم عانوا من صعوبات مالية في موضوع الإنفاق على الصحة، لاسيما أن أغلبهم كان من الواضح أنهم يهتمون بوضعهم الصحي وأغلبهم لم يتخل، بسبب وضعه الاقتصادي، عن مراجعة الطبيب وقت الحاجة أو شراء العلاج الموصوف، في حين أن بعضهم وعلى الرغم من أنهم يتقاضون رواتب قد تكون جيدة بالنسبة للرواتب التي يدفعها سوق العمل فإنهم شعروا بأثر سلبي للعلاج الطبي على دخلهم ومقدرتهم الاقتصادية ودفعهم هذا في بعض الأحيان إلى التخلي عن شراء علاج موصوف أو مراجعة طبيب.

التوصيات

- لابد من الإشارة في بداية توصياتنا هذه إلى أن من الضروري أن تعالج كل القضايا ذات العلاقة بالتأمين الخاص ضمن المعالجة الشاملة التي ستتم لمنظومة التأمين الصحي الوطني الشامل الذي من شأنه أن يوفر تغطية صحية شاملة لكل المواطنين بعدالة ومساواة ومراعاة للحق في الصحة بكل مشتملاته.

- ضرورة دمج برامج التأمين المتاحة لتجميع المخاطر من خلال إنشاء نظام تأمين صحي وطني، من شأنه أن يتضمن تحولاً على مستوى السياسة الصحية، من خلال إعادة تنظيم العلاقة بين القطاعين العام والخاص للموازنة بين عنصري الجودة والسعر.

- من الضروري تقديم حوافز لمقدمي الرعاية الصحية في كل من القطاعين العام والخاص لتحسين أدائهم وكذلك رضا المرضى.

- يجب معالجة متطلبات القوى العاملة في النظام الصحي على جميع المستويات.

- إجراء استشارة حول المبادرات المقترحة مع أصحاب المصلحة الرئيسين وإجراء حوار مع صانعي السياسات ومقدمي الخدمات الصحية وشركات التأمين وممثلي القطاع الصحي الخاص والمجتمع المدني.

- ضرورة وضع نظام خاص بالرقابة الرسمية (كهيئة سوق رأس المال ووزارة الصحة) على التأمين الصحي وعدم تركه لإرادة المتعاقدين وما يحكمها من أحكام قانونية عامة وفضفاضة، لاسيما أن الأطراف المتعاقدة (شركات التأمين والمؤمنين صحياً) لا تملك قوة تعاقدية متوازنة لأسباب كثيرة، ولأن مستوى الرقابة الرسمية على هذا القطاع أدنى من المستوى المطلوب.

- ضرورة وضع مجموعة من الضوابط التي توازن بين تمكين المؤسسات من العمل وتقديم خدمات التأمين الصحي وفي الوقت نفسه أن تحترم هذه المؤسسات حق المواطن في الصحة بعدالة ومساواة وعدم تمييز.

- ضرورة قيام وزارة الصحة بدورها الرقابي على قطاع التأمين الصحي باعتبارها المكلفة رسمياً بإعمال الحق في الصحة.

- ضرورة التزام شركات التأمين -في ما تقدمه من خدمات تأمين صحي- بمبدأ المنافسة الحرة والعادلة/ والشفافة والمفتوحة وعدم الدخول في اتفاقات مع شركات تأمين أخرى تعمل على

تحديـد الأسـعار أو تقسـيم مجـالات النشـاط التأمينـي الصحـي أو تخلـق حالة مـن الاحتكار.

- ضرورة حمايـة حقـوق مسـتهلك/ المسـتفيد مـن الخدمـة الطبيـة التـي تقدمهـا شركـة التأمـين وأي حقـوق أخـرى.

- ضرورة التـزام شركات التأمـين بعـدم إتيـان أي أفعـال تمييزيـة في مـا تضعـه مـن عقـود أو اسـتثناءات سـواء عـلى أسـاس العمـر أو الجنـس أو الإعاقـة. إضافـة إلى ضرورة عـدم اشـتمال اتفاقيـة التأمـين عـلى اسـتثناء فئـة المنتفعـين بخدمـات الصحـة النفسـية مـن الاسـتفادة مـن التغطيـة التأمينيـة الخاصـة.

- ضرورة التـزام شركات التأمـين بتغطيـة احتياجـات الأشـخاص ذوي الإعاقـة الذيـن يحتاجـون إلى أدويـة وعلاجـات خاصـة مسـتمرة وعـدم إدراج اسـتثناءات خاصـة بهـم.

- ضرورة التـزام شركات التأمـين بالقواعـد الدوليـة المتعلقـة بمسـؤولية الـشركات عـبر الوطنيـة وغيرهـا مـن مؤسسـات الأعـمال في مجـال حقـوق الإنسـان لاسـيما واجبهـا في بلـوغ أعـلى مسـتوى مـن الصحـة البدنيـة والعقليـة، والتزامهـا بالامتنـاع عـن أي تصرفـات تعـوق إعـمال هـذا الحـق أو تعرقلـه.

- ضرورة التـزام شركات التأمـين في مـا تقدمـه مـن خدمـات تأمـين صحـي بمبـدأ المنافسـة الحـرة والعادلـة والشـفافة والمفتوحـة، وعـدم الدخـول في اتفاقـات مـع شركات تأمين أخـرى تعمل على تحديـد الأسـعار أو تقسـيم مجـالات النشـاط التأمينـي الصحـي أو تخلـق حالـة مـن الاحتكار.

- ضرورة حمايـة حقـوق مسـتهلك (المسـتفيد مـن) الخدمـة الطبيـة التـي تقدمهـا شركـة التأمـين وأي حقـوق أخـرى.

- ضرورة التـزام شركات التأمـين بعـدم إتيـان أي أفعـال تمييزيـة في مـا تضعـه مـن عقـود أو اسـتثناءات سـواء عـلى أسـاس العمـر أو الجنـس أو الإعاقـة. إضافـة إلى ضرورة عـدم اشـتمال اتفاقيـة التأمـين عـلى اسـتثناء فئـة المنتفعـين بخدمـات الصحـة النفسـية والأشـخاص ذوي الإعاقـة مـن الاسـتفادة مـن التغطيـة التأمينيـة الخاصـة.

مرفقات

نموذج الاستمارة

استمارة التأمين الصحي الخاص 2022

تنفـذ الهيئـة المسـتقلة لحقـوق الإنسـان (ICHR) ومرصـد السياسـات الاجتماعيـة والاقتصاديـة (مرصـد) هـذا المسح بغـرض الاطـلاع عـلى وجهـة نظـر حاملـي التأمـين الصحـي، مـن حيـث حجـم الخدمـات الصحيـة التـي يغطيهـا هـذا التأمـين، وكيفيـة تغطيتهـم للخدمـات الصحيـة الأخـرى التـي لا يغطيهـا هـذا التأمـين.

سيشـار لنتائـج هـذه الاسـتمارة في الدراسـة التـي تنفذهـا المؤسسـتان، وذلـك ضمـن الحملـة التـي تنفذهـا مـع عـدد مـن المؤسسـات وصـولاً إلى بلـورة نظـام تأمـين صحـي وطنـي يضـم كافـة المواطنـين، ويقـدم تغطيـة صحيـة شـاملة إنفـاذاً لواجـب الدولـة في إعـمال الحـق في الصحـة.

عدد أفراد الأسرة المؤمنة			
أفراد الأسرة من الذكور		أفراد الأسرة من الإناث	
1. البيانات التعريفية لمدلي البيانات			**رقم الاختيار**
1.1	الجنس	1. ذكر 2. انثي	
1.2	العمر بالسنوات		
1.3	مكان السكن	1. الضفة الغربية 2. قطاع غزة	
1.4	الحالة الاجتماعية	1. متزوج/متزوجة 2. غير متزوج/متزوجة	

1.5	العلاقة برب الأسرة	1. رب الأسرة 2. زوجة/زوجة 3. ابن/ابنة 4. أب/أم	
1.6	القطاع الذي تعمل/ عملت فيه؟	1. خاص 2. حكومي 3. سلطة محلية 4. وكالة الغوث 5. مؤسسات مجتمع مدني 6. أخرى: حدد	
1.7	مجموع دخل الأفراد المنتجين داخل الأسرة بالشيكل؟	1. أقل من 1880 شيكلاً 2. بين 1881 4000 شيكل 3. بين 4001 و6000 شيكل 4. بين 6001 و8000 شيكل 5. بين 8001 و10,000 شيكل 6. أكثر من 10,000 شيكل	
2.	**تفاصيل الحالة الصحية لمدلي البيانات**		
2.1	بشكل عام، كيف تصف/ي وضعك الصحي؟	1. سيئ جداً 2. سيئ 3. جيد 4. جيد جداً	
2.2	هل لديك أي من الأمراض المزمنة الآتية، وتتلقى علاجاً له بصورة مستمرة؟ يمكن اختيار أكثر من إجابة	1. سكري 2. أمراض ضغط الدم 3. الربو (الجهاز التنفسي) 4. أمراض القلب والجلطات 5. السرطان 6. أخرى: **حدد.....**	
2.3	هل لدى أي من أفراد أسرتك أحد الأمراض المزمنة الآتية ويتلقى علاجاً له بصورة مستمرة؟ يمكن اختيار أكثر من إجابة	1. سكري 2. أمراض ضغط الدم 3. الربو (الجهاز التنفسي) 4. أمراض القلب والجلطات 5. السرطان 6. أخرى: حدد.....	
2.4	هل احتجت أنت أو أحد أفراد أسرتك إلى أي إجراء طبي (أدوية/ علاج/ فحوصات/ عمليات) لمرض غير مزمن خلال الثلاثة أشهر الأخيرة؟	1. نعم 2. لا	
2.5	إلى جانب تأمينك/ الخاص، هل تحمل تأميناً صحياً حكومياً؟	1. نعم 2. لا	
2.6	هل أنت بحاجة إلى تأمين صحي حكومي؟	1. نعم 2. لا	

	إذا كانت الإجابة نعم على السؤال السابق؟ حدد لماذا؟	.....	
2.7	هل كنت مشتركاً في تأمين صحي حكومي في السابق؟	1. نعم 2. لا	
2.8	في حال كانت الاجابة بنعم على السؤال السابق: ما هو سبب اشتراكك في التأمين الصحي الحكومي رغم أنك تحمل تأميناً خاصاً؟	....	
2.9	كيف تحصل على الخدمات الصحية عندما لا يقدمها تأمينك؟	1. عن طريق التأمين الحكومي 2. على نفقتي الخاصة 3. كل ما سبق 4. لا شيء مما سبق	
2.10	هل تفضل خدمات التأمين على التأمين الحكومي؟	1. نعم 2. لا	
2.11	في حال كانت الإجابة بنعم على السؤال السابق: ما سبب تفضيل التأمين الخاص على التأمين الحكومي؟	1. إلزامي 2. متوفر من قبل المشغل 3. يوفر سلة خدمات صحية أوسع 4. جودة الخدمة المقدمة أفضل 5. يوفر في وقت تلقي الخدمة 6. أقل تكلفة من الدفع من الجيب 7. معاملة الفريق الطبي أفضل 8. أخرى: حدد/ي:	
2.12	في حال كانت الإجابة بلا على السؤال قبل السابق: ما سبب تفضيل التأمين الحكومي على التأمين الصحي الخاص؟	1. إلزامي 2. يوفر سلة خدمات صحية أوسع 3. يوفر في وقت تلقي الخدمة 4. جودة الخدمة المقدمة أفضل 5. أقل تكلفة من الدفع من الجيب 6. معاملة الفريق الطبي أفضل 7. أخرى: حدد/ي:	
2.13	يتم سداد رسوم التأمين الخاص من خلال:	1. المشغل 2. مشترك بيني وبين المشغل 3. على نفقتي الخاصة 4. على نفقة أحد أفراد الأسرة 5. أخرى: حدد/ي:.....	

1.14	هل التأمين الصحي الخاص المتوفر لديكم يشمل كل أفراد الأسرة؟	1. فقط لي شخصياً 2. لجميع أفراد الأسرة 3. لبعض أفرد الأسرة	
2.15	في حال كانت الإجابة: «لى فقط» أو «لبعض أفراد الأسرة"، أرجو تحديد سبب عدم شمول التغطية للأسرة كلها"	....	
2.16	خلال الأشهر الثلاثة الماضية، هل استخدمت أنت أو أي فرد من أفراد أسرتك التأمين الصحي؟	1. نعم أنا فقط 2. نعم أكثر من فرد من أفراد الأسرة 3. أستخدمه جميع أفراد الأسرة 4. لم يستخدم أبداً	
2.17	خلال الأشهر الـثلاثة الماضية، هل استخدمت أنت أو أي فرد من أفراد أسرتك التأمين الصحي الحكومي؟	1. نعم أنا فقط 2. نعم أكثر من فرد من أفراد الأسرة 3. أستخدمه جميع أفراد الأسرة 4. لم يستخدم أبداً	
	خلال ثلاثة أشهر مضت، هل استخدمت التأمينين للمشكلة نفسها؟	1. نعم 2. إلى حدّ ما 3. لا	

2.18	هل يغطي تأمينك الفئات الآتية: أختر كل ما ينطبق	النساء الحوامل	أجور المراجعات الطبية قبل الولادة	1. نعم 2. إلى حد ما 3. لا	
2.19			أجور الأدوية والمقويات قبل الولادة	1. نعم 2. إلى حد ما 3. لا	
2.20			الولادة الطبيعية	1. نعم 2. إلى حد ما 3. لا	
2.21			الولادة القيصرية	1. نعم 2. إلى حد ما 3. لا	
2.22			خدمات رعاية الأطفال الخدج	1. نعم 2. إلى حد ما 3. لا	
2.23		كبار السن بدون تكلفة إضافية	بين 60 و 70 عاماً	1. نعم 2. إلى حد ما 3. لا	
2.24			فوق سن 70 عاماً	1. نعم 2. إلى حد ما 3. لا	
2.25		الأشخاص ذوو العلاقة		1. نعم 2. إلى حد ما 3. لا	
2.26		الأشخاص المنتفعين بخدمات الصحة النفسية		1. نعم 2. إلى حد ما 3. لا	
		الأمراض الجلدية المزمنة		1. نعم 2. إلى حد ما 3. لا	
		الفشل الكلوي		1. نعم 2. إلى حد ما 3. لا	
		طب الأسنان		1. نعم 2. إلى حد ما 3. لا	
.3					
.4	**تقييمك لشركة التأمين التي تتعامل معها**				
3.1	هل غيّرت شركة التأمين الخاص بك خلال الـ 12 شهراً الماضية؟	1. نعم	2. لا		

3.2	في ما يتعلق بتقييم العاملين في المراكز الصحية من حيث سرعة الإنجاز والاهتمام 1. موافق 2. موافق بشدة 3. غير موافق 4. غير موافق بشدة 9. لا أعرف	1. أثق بخبرات ومهارات ومؤهلات الأطباء والممرضين وغيرهم من العاملين الصحيين		
3.3		2.يبدي العاملون في المراكز الصحية الواردة في قائمة الشركة الاستعداد الدائم للتعاون مع المرضى		
		3.عدد الكادر الطبي بالمركز الصحي/ بقائمة شركة التأمين يفي بالاحتياجات		
3.4	في ما يتعلق بالتكلفة المالية لخدمات التأمين الصحي وتبعاته، سوف أقرأ عليك عدداً من العبارات وتخبرني لكل منها إذا كنت: 1. موافق 2. موافق بشدة 3. غير موافق 4. غير موافق بشدة 5. لا أعرف	1. تعتبر تكلفة بطاقة التأمين الصحي مناسبة مقارنة بالخدمات المقدمة		
3.5		2. رسوم التأمين الصحي مناسبة بالنسبة لدخل أسرتي		
3.6		3. الرسوم التي تدفع مقابل الدواء والخدمات الصحية الأخرى التي يوفرها التأمين الصحي مناسبة لدخلي		
3.7		4. لا تشكل الرسوم التي تدفع للحصول على إقامة في المستشفى عبئاً اقتصادياً على أسرتي		
3.8		5. لا تشكل نسبة مشاركتي في الخدمات الصحية (أدوية، فحوصات مخبرية، فحوصات تصوير، عملية ... إلخ) عبئاً إضافياً على دخلي ودخل أسرتي		
3.9	هل تدفع مبالغ نقدية من جيبك أخرى مقابل بعض الإجراءات الطبية رغم أنك تحمل تأميناً صحيا تجارياً وربما تأميناً حكومياً؟	1. نعم	2. لا	
3.10	هل تزيد نسبة مساهمتك في تكلفة الإجراء الطبي الذي يغطيه تأمينك الخاص (أدوية و/ أو كشفية طبيب) عن 40 شيكلاً؟	1. نعم	2. لا	
3.11	هل صرفت أنت و/أو أفراد عائلتك خلال الثلاثة أشهر الأولى من السنة التأمينية أكثر من قيمة نصف القسط التأميني السنوي الذي دفعته؟	1. نعم	2. لا	
3.13	كم مرة استفدت أنتَ/أنتِ أو أحد أفراد عائلتك من عمل نظارة طبية خلال السنوات الخمس الأخيرة؟			
3.14	كم مرة قمت أنتَ/أنتِ أو أحد أفراد عائلتك بزيارة طبيب الأسنان خلال السنوات الخمس الأخيرة؟			
3.15	كم مرة استفدت أنتَ/أنتِ أو أحد أفراد عائلتك من عملية ولادة عادية أو عملية ولادة قيصرية خلال السنوات الخمس الأخيرة"			
5.	**الوصول إلى المعلومات**			

4.1	في ما يتعلق بالوصول للمعلومات حول خدمات التأمين الصحي، سوف أقرأ عليك عدداً من العبارات وتخبرني لكل منها إذا كنت: 1. موافق 2. موافق بشدة 3. غير موافق 4. غير موافق بشدة 9. لا أعرف	1. لدي المعرفة الكافية حول تكلفة التأمين الصحي	
4.2		2. لدي المعرفة الكافية حول الخدمات المشمولة في التأمين الصحي	
4.3		3. يقوم الموظف المختص في المؤسسة التي أعمل بها بتقديم معلومات كافية حول سلة الانتفاع (الخدمات المتوفرة) المقدمة من التأمين الصحي	
4.4		4. تتعاون شركة التأمين ومن يمثلها بشكل واضح معي في حال طلبي موافقة على إجراء طبي	
.6	**الوصول إلى الخدمة وتوفرها**		
5.1	في ما يتعلق بالوصول للخدمات الصحية التي يوفرها التأمين الصحي الخاص، سوف أقرأ عليك عدداً من العبارات وتخبرني لكل منها إذا كنت: 1. موافق 2. موافق بشدة 3. غير موافق 4. غير موافق بشدة 5. لا أعرف	1. المراكز الصحية في منطقتي تقدم خدمات طبية تشمل التخصصات الطبية المختلفة	
5.2		2.تتوافر في المركز الصحي في منطقتي كافة أنواع الأدوية التي أحتاجها	
5.3		3. يتوافر في المركز الصحي في منطقتي الخدمات الصحية المساندة "تحليل مختبرات، أشعة وغيرها"	
5.4		4.سبق أن توجهت إلى مراكز صحية خارج التأمين الصحي نظراً لعدم توافر الخدمة الصحية في المراكز الصحية المشمولة	
5.5		5.خلال الـ 12 شهراً الماضية اضطررت إلى شراء أدوية لا يغطيها التأمين الصحي	
.7	**معيار المحاسبة**		
6.1	في حال وجدت تقصيراً أو سوء معاملة خلال تلقيك خدمة التأمين الصحي، فهل تعلم كيف يمكن أن تشتكي؟	1. نعم 2. لا	
6.2	هل سبق لك (أو لأحد تعرفه) أن قمت/ قام بتعبئة طلب شكوى تتعلق بسوء معاملة أو تقصير خلال تلقيك/ تلقيه خدمة التأمين الصحي؟	1. نعم 2. لا	
6.3	هل أنت راض عن طريقة التعامل مع الشكوى؟	1.غير راض أبداً 2. غير راض 3. راض 4. راض جداً 5. لا أعرف	

6.4	إذا قام أحد برفع شكوى تتعلق بسوء معاملة أو تقصير، فهل تعتقد أنه سيكون هناك نتيجة لهذه الشكوى؟	1. نعم 2. لا 3. لا أعرف	
8.	**الإنفاق على الصحة (للجميع)**		
7.1	خلال الأشهر الثلاثة الماضية هل واجهت صعوبات مالية بسبب الإنفاق على خدمات الرعاية الصحية رغم أنك تحمل تأميناً صحيًا خاصاً؟	1. لا 2. فى بعض الأحيان 3. كثيراً	
7.2	خلال الأشهر الثلاثة الماضية، هل قمت بالتخلي عن أو تأجيل زيارة طبيب بسبب التكلفة المالية رغم أنك تحمل تأميناً خاصاً؟ ولماذا؟	1. لا 2. فى بعض الأحيان 3. كثيراً حدد لماذا	
7.3	خلال الأشهر الثلاثة الماضية، هل قمت بالتخلي عن شراء علاج موصوف بسبب التكلفة المالية رغم أنك تحمل تأميناً خاصاً؟ لماذا؟	1. لا 2. فى بعض الأحيان 3. كثيراً حدد لماذا	
7.4	خلال الأشهر الثلاثة الماضية، هل خفضت إنفاقك على الاحتياجات الأساسية مثل الطعام والملبس لتكون قادراً على دفع تكاليف الرعاية ال صحية؟	1. لا 2. فى بعض الأحيان 3. كثيراً	
7.5	خلال الأشهر الثلاثة الماضية، هل خفضت إنفاقك على الاحتياجات الأساسية مثل الطعام والملبس لتكون قادراً على دفع تكاليف الرعاية ال صحية؟	1. لا 2. فى بعض الأحيان 3. كثيراً	

9.	استخدام الخدمات الصحية "للجميع"	
8.1	خلال الأشهر الثلاثة الماضية، كم عدد المرات التي زرت أنت و/ أو أحد أفراد أسرتك فيها المستشفى؟	
8.2	خلال الأشهر الثلاثة الماضية، كم عدد المرات التي احتجت فيها أنت و/أو أحد أفراد أسرتك إلى عمل تحاليل طبية (مختبرات) وتصوير أشعة؟	
8.3	خلال الأشهر الثلاثة الماضية، كم عدد المرات التي احتجت فيها أنت و/ أو أحد أفراد أسرتك إلى أدوية أو أي مراجعة أو علاج طبي آخر؟	

منشورات الهيئة

سلسلة التقارير السنوية

1. التقرير السنوي الأول، شباط 1994 - حزيران 1995، 1995.
2. التقرير السنوي الثاني، 1 تموز 1995 - 31 كانون الأول 1996، 1997.
3. التقرير السنوي الثالث، 1 كانون الثاني 1997 - 31 كانون الأول 1997، 1998.
4. التقرير السنوي الرابع، 1 كانون الثاني 1998 - 31 كانون الأول 1998، 1999.
5. التقرير السنوي الخامس، 1 كانون الثاني 1999 - 31 كانون الأول 1999، 2000.
6. التقرير السنوي السادس، 1 كانون الثاني 2000 - 31 كانون الأول 2000، 2001.
7. التقرير السنوي السابع، 1 كانون الثاني 2001 – 31 كانون الأول 2001، 2002.
8. التقرير السنوي الثامن، 1 كانون الثاني 2002 – 31 كانون الأول 2002، 2003.
9. التقرير السنوي التاسع، 1 كانون الثاني 2003 – 31 كانون الأول 2003، 2004.
10. التقرير السنوي العاشر، 1 كانون الثاني 2004 – 31 كانون الأول 2004، 2005.
11. التقرير السنوي الحادي عشر، 1 كانون الثاني 2005 – 31 كانون الأول 2005، 2006.
12. التقرير السنوي الثاني عشر، 1 كانون الثاني 2006 – 31 كانون الأول 2006، 2007.
13. التقرير السنوي الثالث عشر، 1 كانون الثاني 2007 – 31 كانون الأول 2007، 2008.
14. التقرير السنوي الرابع عشر، 1 كانون الثاني 2008 – 31 كانون الأول 2008، 2009.
15. التقرير السنوي الخامس عشر، 1 كانون الثاني 2009 – 31 كانون الأول 2009، 2010.
16. التقرير السنوي السادس عشر، 1 كانون الثاني 2010- 31 كانون الأول 2010، 2011.
17. التقرير السنوي السابع عشر، 1 كانون الثاني 2011- 31 كانون الأول 2011، 2012.
18. التقرير السنوي الثامن عشر، 1 كانون الثاني 2012- 31 كانون الأول 2012، 2013.
19. التقرير السنوي التاسع عشر، 1 كانون الثاني 2013- 31 كانون الأول 2013، 2014.
20. التقرير السنوي العشرون، 1 كانون الثاني 2014- 31 كانون الأول 2014، 2015.
21. التقرير السنوي الواحد والعشرون، 1 كانون الثاني 2015- 31 كانون الأول 2015، 2016.
22. التقرير السنوي الثاني والعشرون، 1 كانون الثاني 2016 -31 كانون الأول 2016، 2017.
23. التقرير السنوي الثالث والعشرون، 1 كانون الثاني 2016 -31 كانون الأول 2017، 2018.
24. التقرير السنوي الرابع والعشرون، 1 كانون الثاني 2018-31 كانون الأول 2018، 2019.
25. التقرير السنوي الخامس والعشرون، 1 كانون الثاني 2019 - 31 كانون الأول 2019، 2020.
26. التقرير السنوي السادس والعشرون، 1 كانون الثاني 2020 - 31 كانون الأول 2020، 2021.
27. التقرير السنوي السابع والعشرون، 1 كانون الثاني 2021 - 31 كانون الأول 2021، 2022.

سلسلة التقارير القانونية

1. محمود شاهين. تقرير حول لجان التحقيق الفلسطينية، 1998.
2. أريان الفاصد. تقرير حول آليات المساءلة وسيادة القانون في فلسطين، 1998.
3. حسين أبو هنود. تقرير حول التشريعات وآلية سنّها في السلطة الوطنيـة الفلسطينيـة "دراسـة تحليليـة"، 1998.
4. جبريل محمد. دراسة حول فاقدي الهوية، 1998.
5. عمار الدويك. الحركة عبر الحواجز، تقرير حول تقييد حرية حركة الفلسطينيين في الضفة الغربية وقطاع غزة، 1998.
6. قيس جبارين. تقرير حول جنوح الأحداث في التشريعات الفلسطينية، 1998.
7. عيسى أبو شرار (وآخرون). مشروع قانون السلطة القضائية: دراسات وملاحظات نقدية، 1998.

8. زياد عريف (وآخرون). قوانين الشرطة في فلسطين: دراسات وملاحظات نقدية، 1998.
9. عزمي الشعيبي (وآخرون). قانون المطبوعات والنشر: "دراسات وملاحظات نقديّة"، 1999.
10. محمود شاهين. تقرير حول النيابة العامة الفلسطينية، 1999.
11. Gil Friedman, The Palestinian Draft Basic Law: Prospects and Potentials, 1999.
12. أريان الفاصد. أصوات الصمت: تقرير حول حرية التعبير في ظل السلطة الوطنية الفلسطينية، 1999.
13. عزيز كايد. تقرير حول تداخل الصلاحيات في مؤسسات السلطة الوطنية الفلسطينية، 1999.
- بيير شلستروم. تقرير حول مشروع قانون الأحزاب السياسية الفلسطيني، 1999.
14. مصطفى مرعي. الحق في جمع شمل وإقامة الأطفال الفلسطينيين، الممارسة الإسرائيلية في ضوء معايير حقوق الإنسان الدولية. 1999.
15. حسين أبو هنود. محاكم العدل العليا الفلسطينية، التطورات والإشكاليات، والأداء في مجال حماية الحقوق والحريّات، 1999.
16. أ. د. محمد علوان ود. معتصم مشعشع. حقوق الإنسان في قانوني العقوبات الفلسطيني والأردني، 1999.
17. فراس ملحم (وآخرون). الإطار القانوني للضمان الاجتماعي في فلسطين، 1999.
18. أ. د. محمد علوان (وآخرون). حقوق الإنسان في قوانين العقوبات السارية في فلسطين "دراسات وملاحظات نقدية"، 1999.
19. عمار الدويك. عقوبة الإعدام في فلسطين بين التشريعات السارية والمعايير الدولية، 1999.
20. أمينة سلطان. تقرير حول ممارسة التعذيب في التحقيق، 2000.
21. معتز قفيشة. تقرير حول الجنسية الفلسطينية، 2000.
22. مصطفى مرعي. تقرير حول عملية التشريع في فلسطين، الآليات والأهداف والأولويات، 2000.
23. مصطفى مرعي. الهيئة الفلسطينية المستقلة لحقوق المواطن، في ضوء المعايير الدولية بشأن الهيئات الوطنية لحقوق الإنسان، 2000.
24. موسى أبو دهيم. تقرير حول تفتيش المساكن، 2000.
25. حسين أبو هنود. تقرير حول نقابة المحامين الفلسطينيين، 2000.
26. عزيز كايد. تقرير حول إشكالية العلاقة بين السلطتين التشريعية والتنفيذية في السلطة الوطنية الفلسطينية، 2000.
27. جهاد حرب. تأثير النظام الانتخابي على الأداء الرقابي للمجلس التشريعي، 2000.
28. أ. د. نضال صبري. الجوانب المالية والقانونية للموازنة الفلسطينية، 2000.
29. عزيز كايد. قراءة في مشروع الدستور الفلسطيني المؤقت، 2000.
30. فاتن بوليفة. تشغيل الأطفال بين القانون والواقع، 2000.
31. عبد الرحيم طه. تعويض المتضررين مادياً جراء الأعمال العدائية خلال انتفاضة الأقصى، 2001.
32. طارق طوقان. اللامركزية والحكم المحلي في فلسطين، 2001.
33. أ. د. عدنان عمرو. إبطال القرارات الإدارية الضارة بالأفراد والموظفين، 2001.
34. باسم بشناق. الرقابة المالية على الأجهزة الحكومية في ظل السلطة الوطنية الفلسطينية (هيئة الرقابة العامة)، 2001.
35. داود درعاوي. جرائم الحرب والجرائم ضد الإنسانية: مسؤولية إسرائيل الدولية عن الجرائم خلال انتفاضة الأقصى، 2001.
36. زياد عمرو، حقوق ذوي الاحتياجات الخاصة في التشريعات السارية في فلسطين، 2001.
37. عزيز كايد. السلطة التشريعية بين نظام المجلس الواحد ونظام المجلسين، 2001.
38. حسين أبو هنود. مراكز الإصلاح والتأهيل الفلسطينية، 2001.
39. موسى أبو دهيم. التأمينات الاجتماعية، 2001.
40. عزيز كايد، الرقابة البرلمانية على المعاهدات التي تبرمها السلطة التنفيذية، 2002.
41. لؤي عمر. الأوقاف الإسلامية في الضفة الغربية، 2002.
42. باسم بشناق. الوظيفة العامة في فلسطين بين القانون والممارسة، 2002.
43. عيسى أبو شرار، محمود شاهين، داود درعاوي. مشروع قانون العقوبات الفلسطيني، -أوراق وملاحظات نقدية - 2001.
44. مازن سيسالم، أيمن بشناق، سعد شحير. دليل المحاكم النظامية في فلسطين – على ضوء صدور قانون تشكيل المحاكم النظامية وقانون الإجراءات الجزائية، 2001.
45. معن ادعيس، فاتن بوليفة، ربحي قطامش، رشا عمارنة. حول قانون العمل الفلسطيني الجديد – أوراق عمل – 2002.
46. خالد محمد السباتين. الحماية القانونية للمستهلك، 2002.

47. معن ادعيس. اللوائح التنفيذية للقوانين، 2002.
48. نزار أيوب. القانون الدولي الإنساني والقانون الدولي لحقوق الإنسان، 2003.
49. معن ادعيس. المؤسسات العامة والسلطة التنفيذية الفلسطينية – الإشكاليات والحلول، 2003.
50. باسم بشناق. التنظيم الإداري للمحافظات في فلسطين، 2003.
51. ناصر الريّس، محمود حمّاد، عمار الدويك، محمود شاهين. مشروع قانون العقوبات الفلسطيني – أوراق عمل، 2003.
52. محمود شاهين. حول الحقّ في التنظيم النقابي، 2004.
53. مصطفى عبد الباقي. العدالة الجنائية في مجال الأحداث، الواقع والطموح، 2004.
54. بلال البرغوثي. الحق في الاطلاع، أو (حرية الحصول على المعلومات)، 2004.
55. معين البرغوثي. عقود الامتياز (حالة شركة الاتصالات الفلسطينية)، 2004.
56. معتز قفيشة. تحديد علاقة المؤسسات الوطنية لحقوق الإنسان بنظام الأمم المتحدة لحقوق الإنسان، 2004، باللغتين (العربية والإنجليزية).
57. معن ادعيس. حول صلاحيات جهاز الشرطة، 2004.
58. كلودي بارات. تحليل قانوني للرأي الاستشاري لمحكمة العدل الدولية حول بناء الجدار الفاصل في الأراضي الفلسطينية المحتلة. 2004، (باللغتين العربية والإنجليزية).
59. معين البرغوثي. حول المفهوم القانوني للرسم (تحليل للمبادئ الدستورية والسياسات التشريعية)، 2005.
60. د. فتحي الوحيدي. حول المحكمة الدستورية العليا الفلسطينية في مشروع القانون الخاص بها، 2005.
61. ثائر أبو بكر. ضمانات المتهم في مرحلة التحقيق الابتدائي، 2005.
62. بهاء الدين السعدي، الرقابة البرلمانية على أداء الأجهزة الأمنية، 2005.
63. إبراهيم شعبان، أحمد قنديل، معن ادعيس، سامي جبارين، ماجد العاروري. أوراق قانونية، (الانسحاب من قطاع غزة، مراجعة القوانين، والحريات الأكاديمية)، 2006.
64. معين البرغوثي. حول حالة السلطة القضائية ومنظومة العدالة في العام 2005، 2006.
65. أحمد الغول. حرية الرأي والتعبير في المواثيق الدولية والتشريعات المحلية، 2006.
66. معن ادعيس، 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.
67. سامي جبارين. حول استغلال النفوذ الوظيفي، 2006.
68. خديجة حسين نصر. نظم التأمين الصحي في مناطق السلطة الوطنية الفلسطينية، 2007.
69. معن شحدة ادعيس. مراجعة قانونية لأحكام التعذيب في النظام القانوني الفلسطيني، 2009.
70. صلاح موسى، ياسر علاونة، مراجعة قانونية لمشروع القانون الصحي الوطني، 2009.
71. آية عمران. النيابة العامة الفلسطينية وفقاً لقانون الإجراءات الجزائية رقم 3 لسنة 2001، وقانون السلطة القضائية رقم 1 لسنة 2002، 2009.
72. معن شحدة ادعيس. مراجعة قانونية لعقوبة الإعدام في النظام القانوني الفلسطيني، 2010.
73. ياسر غازي علاونة. المدافعون عن حقوق الإنسان- الضمانات القانونية الدولية والوطنية، 2010.
74. معن شحدة ادعيس. التوازن بين حقوق الملكية الفكرية والحق في الصحة، 2010.
75. غاندي الربعي. جهاز المخابرات الفلسطيني وفقاً لأحكام القانون، 2010.
76. ياسر غازي علاونة. فلسطين وعضويتها في الأمم المتحدة، 2011.
77. معن شحدة ادعيس. الأخطاء الطبية: نحو حماية قانونية متوازنة لأطراف الأخطاء الطبية، 2012.
78. خديجة حسين نصر. السفاح "قتل الروح"، 2012.
79. ياسر غازي علاونة. الاستحقاقات القانونية المترتبة على حصول فلسطين على دولة مراقب في الأمم المتحدة، 2013.
80. أحمد الأشقر. الحماية القضائية للحقوق والحريات العامة في فلسطين، 2013.
81. غاندي الربعي. سياسة التجريم والعقاب في فلسطين، 2013.
82. خديجة حسين نصر. تبعات مصادقة دولة فلسطين على اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة (سيداو) 1979، 2013.
83. إسلام التميمي. مراجعة حقوقية لحق الأشخاص ذوي الإعاقة في العمل اللائق في فلسطين، 2013.

84. معن شحدة دعيس. نحو نظام قانوني شامل للتحقيق الإداري في قضايا الأخطاء الطبية، 2014.
85. معن شحدة دعيس. العلاقة بين حقوق الإنسان والفساد، 2016.
86. معن شحدة ادعيس. حقوق الأشخاص المنتفعين بخدمات الصحة النفسية في فلسطين، 2017.
87. معن شحدة ادعيس. إعفاء منتجي منتجات كوفيد - 19 من المسؤولية القانونية عن أضرار منتجاتهم، 2021.

سلسلة تقارير خاصة

1. لا لعدالة الشارع، تقرير خاص حول قضايا محالة إلى محاكم أمن الدولة والمحاكم العسكرية بسبب ضغط الرأي العام، 2000.
2. السكن المشترك، مشاكل وحلول مقترحة، 2000.
3. الاعتقال السياسي من قبل السلطة الوطنية الفلسطينية خلال العام 2000، 2000.
4. الجاهزية الطبية الفلسطينية لحالات الطوارئ، 2000.
5. الدفاع المدني الفلسطيني في ظل الانتفاضة، المضمون والتشكيل والأداء، 2001.
6. الجاهزية المجتمعية لتأهيل معوقي الانتفاضة، 2001.
7. أداء المحاكم النظامية الفلسطينية خلال انتفاضة الأقصى، 2001.
8. التأثيرات الصحية والبيئية الناتجة عن التلوث بالنفايات الصلبة والمياه العادمة في الأراضي الفلسطينية، 2001.
9. السلامة العامة على الطرق الفلسطينية، 2001.
10. حول التحقيق والتشريح - حالات الوفاة في السجون ومراكز التوقيف الفلسطينية، 2001.
11. تدمير المنازل والمنشآت الخاصة من قبل قوات الاحتلال الإسرائيلي خلال انتفاضة الأقصى، الفترة من 2000/9/28 - 2001/8/31، 2001.
12. الأخطاء الطبية في مناطق السلطة الوطنية الفلسطينية، 2002.
13. سوء استخدام السلاح من قبل العاملين في الأجهزة الأمنية الفلسطينية خلال العام 2001، 2002.
14. ظاهرة أخذ القانون باليد – أحداث رام الله بتاريخ 2002/1/31، 2002.
15. تشكيل الجمعيات في مناطق السلطة الوطنية الفلسطينية – بين القانون والممارسة، 2002.
16. تبعات الاعتداءات الإسرائيلية على السجون ومراكز التوقيف الفلسطينية، 2002.
17. لجان إدارة والإشراف على الانتخابات العامة، 2002.
18. معاناة الفلسطينيين على معبري الكرامة ورفح، 2002.
19. التصرف بأراضي الدولة وإدارتها بين القانون والممارسة، 2003.
20. حول تباين أسعار المياه في مناطق السلطة الوطنية الفلسطينية، 2003.
21. حول توزيع المساعدات على المتضررين جراء الاعتداءات الإسرائيلية (حالة محافظتي جنين ورفح)، 2003.
22. تلفزيون فلسطين وقناة فلسطين الفضائية - الإدارة، التمويل، والسياسات البرنامجية، 2003.
23. Creeping Annexation – The Israeli Separation Wall and its Impact on the West Bank, June 2003
24. حول إشغال المناصب العليا في السلطة الوطنية الفلسطينية، 2003.
25. حول تعيين الموظفين في الهيئات المحلية (الأسس، الإجراءات، جهات الاختصاص)، 2003.
26. حول ضريبة الأملاك في مناطق السلطة الوطنية الفلسطينية – قطاع غزة، إشكاليات وحلول، 2003.
27. حول معاناة مرضى الفشل الكلوي في مناطق السلطة الوطنية الفلسطينية، 2003.
28. حول بؤس الرقابة على المستحضرات الصيدلانية في مناطق السلطة الوطنية الفلسطينية، 2004.
29. حول أزمة مياه الشرب في مناطق السلطة الوطنية الفلسطينية، 2004.
30. حول الاختفاء القسري في أعقاب الاعتقال أو الاختطاف في مناطق السلطة الوطنية الفلسطينية، 2004، باللغتين (العربية والإنجليزية).
31. حول تباين أسعار الكهرباء في مناطق السلطة الوطنية الفلسطينية، 2004.
32. حول إساءة معاملة الموقوفين في نظارات المباحث الجنائية في محافظات شمال الضفة الغربية، 2004.
33. حول دور الجهات الأمنية في مجال الوظيفة العامة، 2004.

34. حول تحويلات العلاج إلى خارج المؤسسات الطبية الحكومية، 2004.
35. حول انتخابات الهيئات المحلية بالضفة الغربية بتاريخ 2004/12/23، 2004، باللغتين (العربية والإنجليزية).
36. حول عملية انتخابات رئاسة السلطة الوطنية الفلسطينية التي جرت بتاريخ 2005/1/9، 2005.
37. حول جاهزية مراكز الإصلاح والتأهيل الفلسطينية، 2005.
38. حـــول أداء اللجنة العليا للانتخابات المحلية المرحلة الثانية من انتخابات الهيئات المحلية الفلسطينية بتاريخ 2005/5/5، 2005.
39. قطـاع الزراعـــة الفلسطينـــي خلال انتفاضة الأقصى (الأضرار، والمساعدات ومعايير تقديمها)، 2005.
40. البيئة في أراضي السلطة الوطنية الفلسطينية (حالة دراسية: محافظة بيت لحم)، 2005.
41. إدارة انتخاب الهيئات المحلية في المرحلة الثالثة بتاريخ 2005/9/29، 2005.
42. تقرير حول الانتخابات الفلسطينية في العام 2005 (الانتخابات الرئاسية، الانتخابات المحلية، انتخابات مجلس نقابة المحامين)، 2005.
43. حول حالة الانفلات الأمني وضعف سيادة القانون في أراضي السلطة الوطنية الفلسطينية، 2005.
44. حول عملية الانتخابات التشريعية الثانية التي جرت في تاريخ 2006/1/25، 2006.
45. بعد مرور عام على الإخلاء الإسرائيلي لقطاع غزة، الآثار القانونية للإخلاء، إدارة الأراضي المخلاة، المناطق المهمشة، 2006.
46. معن دعيس، غاندي ربعي، نجاح صبح، إسلام التميمي، وليد الشيخ، صلاح عبد العاطي، ياسر علاونة، حسن حلاسة، خلود نجم. حقوق الطفل- الحق في الحماية، 2006.
47. بهاء السعدي. حقوق المعوقين في المجتمع الفلسطيني، 2006.
48. ياسر علاونة. المسؤولية القانونية عن اقتحام سلطات الاحتلال الإسرائيلي لسجن أريحا المركزي واختطاف المعتقلين السياسيين بتاريخ 2006/3/14، 2006.
49. معين البرغوثي، نجاح صبح، إسلام التميمي، مأمون عتيلي، علاء نزال. أثر إضراب الموظفين العموميين على القطاعات الحيوية في فلسطين، 2006.
50. عائشة أحمد. الانتهاكات الإسرائيلية لحقوق الإنسان الفلسطيني خلال العام 2006، وأثرها على أداء السلطة الوطنية الفلسطينية، 2007.
51. معن دعيس، أحمد الغول، مأمون عتيلي، إسلام التميمي. أداء هيئة الحج والعمرة في موسم الحج للعام 1427 هـ/ 2006م، 2007.
52. انتهاكات حقوق الإنسان في مناطق السلطة الوطنية على ضوء عمليات الاقتتال التي اندلعت في قطاع غزة منذ تاريخ 2007/6/7، 2007.
53. قطاع غزة بعد الاقتتال: الحريات والحقوق في غياب سلطة القانون، 2007.
54. الاعتقالات في الضفة الغربية في أعقاب الإعلان عن حالة الطوارئ بتاريخ 2007/6/14، 2007، (باللغتين العربية والإنجليزية).
55. الاعتداء على الجمعيات الخيرية خلال حالة الطوارئ (6/14 – 2007/7/13)، 2007.
56. حول بدء موسم الحج للعام 1428 هـ في قطاع غزة، 2007.
57. الأوضاع الصحية في قطاع غزة في شهر آب 2007، 2007.
58. الاعتقالات خارج نطاق القانون في قطاع غزة، 2007.
59. حول الحريات الإعلامية في مناطق السلطة الوطنية الفلسطينية خلال الفترة من 6/15 – 2007/11/30، 2007.
60. الحق في العمل وتولي الوظيفة العامة (قضية إنهاء عقود التشغيل المؤقت)، (قضية وقف عقود توظيف وتعيينات في الوظيفة العمومية)، 2007.
61. يوسف وراسنة. حول أداء هيئة الحج والعمرة في موسم الحج للعام 1428هـ/2007م، 2008.
62. عائشة أحمد. حول أثر الانتهاكات الإسرائيلية في العام 2007 على قدرة السلطة الوطنية الفلسطينية في حماية حقوق الإنسان، 2008.
63. معن دعيس، أحمد الغول، عائشة أحمد، وليد الشيخ. حول واقع الحق في الصحة في أراضي السلطة الوطنية الفلسطينية، 2008.
64. غاندي ربعي. حول احتجاز المدنيين لدى الأجهزة الأمنية الفلسطينية بقرار من هيئة القضاء العسكري، 2008.
65. صلاح موسى، ياسر علاونة. حول واقع الحريات الإعلامية في مناطق السلطة الوطنية الفلسطينية خلال العام 2008، 2008.
66. صلاح موسى، ياسر علاونة. حول واقع الجمعيات الخيرية في مناطق السلطة الوطنية الفلسطينية خلال العام 2008، 2008.
67. عائشة أحمد. أثر الانتهاكات الإسرائيلية في العام 2008 على قدرة السلطة الوطنية الفلسطينية على حماية حقوق الإنسان، 2009.

68. العدوان الإسرائيلي على قطاع غزة - جرائم حرب وعقوبات جماعية غير مسبوقة في ظل صمت عربي ودولي فاضح، 2009.
69. صلاح موسى، آية عمران، وديانا بشير. حول واقع الجمعيات الخيرية في مناطق السلطة الوطنية الفلسطينية خلال العام 2009، 2009.
70. حازم هنية. الحق في السكن وإعادة الإعمار في قطاع غزة، 2010.
71. ياسر غازي علاونة. حول واقع المستشفيات الحكومية في مناطق السلطة الوطنية الفلسطينية، 2009.
72. خديجة حسين. دور مفتشي العمل في حماية الحقوق العمالية، 2009.
73. ياسر غازي علاونة. إعدام خارج نطاق القانون، 2010.
74. عائشة أحمد. أثر الانتهاكات الإسرائيلية على قدرة السلطة الوطنية الفلسطينية على حماية حقوق الإنسان، 2010.
75. غاندي ربعي. فلسطينيون بلا عدالة، 2011.
76. ياسر غازي علاونة. الحق في التجمع السلمي في مناطق السلطة الوطنية الفلسطينية، 2012.
77. غاندي ربعي. ضمانات النساء في خلافهن مع القانون في فلسطين، 2011.
78. حازم هنية. وفيات الإنفاق- حقوق ضائعة، 2012.
79. معن شحدة دعيس. الانتخابات المحلية في العام 2012، 2013.
80. حازم هنية. جاهزية الدفاع المدني في قطاع غزة، الدور والأداء، 2012.
81. إسلام التميمي، وحازم هنية. حق الأشخاص ذوي الإعاقة في العمل اللائق في فلسطين (دراسة ميدانية)، 2013.
82. حازم هنية. الأطفال العاملون، أيادٍ صغيرة، وحقوق مهدورة، 2014.
83. عائشة أحمد. السياسات والقيود الإسرائيلية في المناطق المصنفة "ج" والحقوق الأساسية للمواطن الفلسطيني "الحياة على الهامش"، 2014.
84. روان فرحات. الحماية الاجتماعية، برنامج المساعدات النقدية في وزارة الشؤون الاجتماعية، 2015.
85. عائشة أحمد. السياسات الإسرائيلية في المناطق المصنفة "ج" ... معيقات التنمية فيها وتدخلات الحكومة الفلسطينية في مواجهتها "خطط وتحديات"، 2016.
86. عمار جاموس. تنظيم دور الحضانة والرقابة عليها، 2016.
87. حازم هنية، أوضاع النزيلات في مراكز الإصلاح والتأهيل في فلسطين،2017.
88. عائشة أحمد. المؤسسات العاملة في مجال رصد وتوثيق الانتهاكات الإسرائيلية واستخدام الآليات الدولية لحقوق الإنسان، 2017.
89. طاهر المصري. الحق في التعليم والأزمة المالية في الجامعات الفلسطينية العامة، 2017.
90. حازم هنية. تدخل الشّرطة العسكريَّة في حل النزاعات المالية في قطاع غزة، 2017.
91. معن ادعيس. الرقابة على الانتخابات المحلية، 2017.
92. أ. حازم هنية. أ. عمار جاموس. أ. طاهر المصري. أ. معن ادعيس. تحليل الموازنة العامة للعام من منظور حقوق الإنسان 2017.
93. معن ادعيس، قائمة أحكام الإعدام في فلسطين (1995-2018)
94. حازم هنية. تقرير تحليلي حول أحكام عقوبة الإعدام الصادرة في قطاع غزة (2014 -2017).
95. أ. حازم هنية. أ. عمار جاموس. أ. طاهر المصري. أ. معن ادعيس. تحليل الموازنة العامة للعام من منظور حقوق الإنسان 2018.
96. أ. معن ادعيس، كبار السن بين مظلة الحقوق ومطرقة الإهمال 2018.
97. أ. عائشة أحمد، التلوث البيئي بفعل المناطق الصناعية ومكبات النفايات الإسرائيلية في الأرض الفلسطينية المحتلة "منطقة سلفيت نموذجاً"، 2019
98. د. علياء العسالي، تحليل محتوى الكتب المدرسية (اللغة العربية، الرياضيات، التربية الإسلامية، التنشئة الوطنية والاجتماعية، العلوم والحياة) للصفوف من الأول حتى التاسع الأساسية 2019/2018 في ضوء مدى حساسيتها للنوع الاجتماعي، 2019
99. أ. معن ادعيس، نحو استراتيجية وطنية شاملة للسلامة على الطرق في فلسطين، 2019
100. د. عبد الكريم أيوب، تحليل محتوى الكتب المدرسية (اللغة العربية، العلوم والحياة) للصفوف من الأول حتى التاسع الأساسية 2019/2018 من منظور حقوق الإنسان، 2019
101. أ. حازم هنية، الوفيات الناتجة عن عدم اتّباع معايير السلامة والصحة المهنية في بيئة العمل، تقرير تحليلي (2014-2018)، 2019
102. أ. عمار جاموس، الإصلاح العشائري من منظور حقوقي وقيمي دستوري، 2019
103. أ. عائشة أحمد، سياسات ومخططات سلطات الاحتلال الإسرائيلي وأثرها على إعمال الحق في التعليم في القدس المحتلَّة، 2019
104. أ. طاهر المصري، حقوق المنتسبات لقوى الأمن الفلسطينية: المساواة وعدم التمييز، 2019

105. أ. أحمد الغول، إساءة معاملة وتعذيب الأطفال في نزاع مع القانون، تقرير تحليلي من واقع شكاوى انتهاك الحق في السلامة الجسدية في الاعوام (2016-2018)، 2020
106. أ. معن شحدة دعيس، جاهزية دولة فلسطين لإعمال الحق في الصحة أثناء جائحة كرونا (COVID-19) من منظور حقوقي، 2020
107. أ. عائشة أحمد، الأسرى الفلسطينيون المرضى في سجون الاحتلال الإسرائيلي «سياسات الاحتلال تجاههم والتدخلات الفلسطينية بحقهم»، 2020
108. أ. عمَّار ياسر جاموس، الاحتجاز على ذمة المحافظ، 2020.
109. أ. طاهر المصري، إعمال الحق في التعليم العام خلال جائحة كورونا في فلسطين، 2020.
110. أ.د. محمد حاج يحيى، السياسات والإجراءات المُتَّبَعَة لمنع التحرش الجنسي في أماكن العمل في القطاع العام في دولة فلسطين (دراسة استكشافية)، 2021.
111. أ. طاهر تيسير المصري، الحق في حرية التنظيم النقابي دراسة حالة: الحق في حرية التنظيم النقابي في الوظيفة العامة، 2021.
112. أ. عائشة أحمد، العدوان الإسرائيلي على قطاع غزة وتداعياته على حالة الحقوق الأساسية، 2021.
113. أ. مؤيد عفانة، مخصصات الفقراء في وزارة التنمية الاجتماعية، تقرير مقارن 2018 - 2021، 2021.
114. أ. حازم هنية، تعذيب النساء وإساءة معاملتهن في مراكز التوقيف ومراكز الإصلاح والتأهيل، تقرير تحليلي للشكاوى التي تلقتها الهيئة في الفترة من (2018-2021)، 2022.
115. أ. عمار جاموس، الحق في الخصوصية بين المعايير الدولية والواقع الفلسطيني، 2022.
116. أ. معن شحدة دعيس، الرقابة على الانتخابات الفلسطينية المرحلة الرابعة (2021-2022)، 2022.
117. أ. مؤيد عفانة، المحامي حازم هنية، حقوق الفئات الفقيرة والمهمشة في موازنة برنامج الحماية الاجتماعية في وزارة التنمية الاجتماعية (تقرير مقارن 2019 – 2021)، 2022.
118. أ. معن شحدة ادعيس، أ. طاهر تيسير المصري، أ. عمَّار ياسر جاموس، الأعمال التجارية وحقوق الإنسان قضايا مختارة، 2022.

سلسلة تقارير تقصي الحقائق

1. نتائج تقصي حقائق حادث مقتل الشاب حسام أبو عطية في مدينة رام الله بتاريخ 2006/6/13، 2006.
2. التحقيق في وفاة المواطنة منال صيدم بتاريخ 2006/9/21 بعد إجراء عملية تنظيفات لها في أحد المستشفيات، 2007.
3. تقصي حقائق حول حادثة انفجار محطة النبالي للوقود بتاريخ 2007/2/8، 2007.
4. تقصي حقائق حول حادثة اختطاف ومقتل المواطن عزت رشيد حسن، 2007.
5. تقصي حقائق حول أحداث جامعة النجاح الوطنية بتاريخ 2007/7/24، 2007.
6. تقصي حقائق حول وفاة المواطن مجد عبد العزيز البرغوثي في مقر تحقيق المخابرات العامة/رام الله بتاريخ 2008/2/22، 2008.
7. تقصي حقائق حول وفاة المواطن عز مصطفى الشافعي بتاريخ 2008/1/15، 2008.
8. تقصي حقائق حول الأحداث التي وقعت في قلقيلية بتاريخ 2009/5/30 و2009/6/4، 2009.
9. تقصي حقائق حول حادثة غرق الطفلين دراغمة ومكاوي في برك سليمان بمدينة بيت لحم خلال شهر نيسان من العام 2009، 2009.
10. تقصي حقائق حول وفاة المواطن نهاد الدباكة أثناء احتجازه لدى جهاز الأمن الداخلي، 2010.
11. تقصي حقائق حول وفاة المواطن أسامة منصور في مقر الاستخبارات العسكرية، 2013.
12. تقصي حقائق حول الأحدث التي وقعت في مدينة نابلس خلال شهر آب من العام 2016، 2017
13. تقصي حقائق بشأن الأحداث التي وقعت في حي الأمريكية شمال غزة بتاريخ 4 نيسان 2017
14. تقصي حقائق حول حادثة وفاة المواطن وليد الدهيني في مركز شرطة رفح بقطاع غزة 2018
15. تقصي حقائق حول وفاة المواطن محمود الحملاوي في مركز إصلاح وتأهيل رام الله 2019
16. تقصي حقائق حول وفاة الشقيقين عمار وضياء الديك بتاريخ 2020/6/14، 2020
17. تقصي حقائق بشأن مقتل الناشط السياسي نزار بنات بتاريخ 24 حزيران/ يونيو 2021، 2021

سلسلة أدلة تدريبية

1. غاندي الربعي. دليل الإجراءات الجزائية، 2010.
2. غاندي الربعي. دليل العدالة الجنائية للأحداث وفق القواعد الدولية والقوانين الوطنية، 2010.
3. صلاح عبد العاطي وليلى مرعي. دليل المدرب لدورات تدريبية متخصصة في مناهضة عقوبة الإعدام، 2011.
4. غاندي ربعي. دليل رصد ضمانات المحاكمة العادلة وفق القواعد الدولية والقوانين الوطنية في فلسطين، 2012.

سلسلة أوراق سياسات عامة

1. خديجة حسين. ورقة سياسات حول القرار بقانون رقم (6) بشأن الضمان الاجتماعي للعام 2016، 2016.

سلسلة تقارير الظل

1. دائرة الرقابة على السياسات والتشريعات الوطنية. تقرير الظل المقدم للجنة الأمم المتحدة للقضاء على كافة أشكال التمييز ضد المرأة بخصوص التقرير الاولي لدولة فلسطين. يوليو. 2018 .

2. المقدم إلى لجنة حقوق الطفل في الأمم المتحدة بخصوص التقرير الأولي المقدم من دولة فلسطين بموجب المادة 44 من اتفاقية حقوق الطفل الواجب تقديمه في 2016 الجلسة رقم 83 (20 كانون الثاني 2020 – 7 شباط 2020)

3. المقدم إلى لجنة القضاء على جميع أشكال التمييز العنصري في الأمم المتحدة، حول التقريران الدوريان الأولي والثاني المقدمان من دولة فلسطين بموجب المادة 9 من الاتفاقية، الواجب تقديمهما في عام 2017 الجلسة رقم 99 (5 - 29 آب 2019)

4. تقرير الظل المقدم إلى لجنة حقوق الطفل في الأمم المتحدة بخصوص التقرير الأولي المقدم من دولة فلسطين بموجب المادة 44 من اتفاقية حقوق الطفل الواجب تقديمه في 2016 الجلسة رقم 83 (20 كانون الثاني 2020 – 7 شباط 2020)

5. تقرير الظل المقدم من الهيئة المستقلة لحقوق الانسان (ديوان المظالم) عن التقرير الأولي لدولة «فلسطين» بشأن تنفيذ اتفاقية مناهضة التعذيب وغيره من ضروب المعاملة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة لعام 1984 الجلسة رقم 1921 و 1924 (19 - 20 يوليو/تموز 2022)

سلسلة تقارير تقييم أماكن الإحتجاز

1. تقرير تقييم مواءمة مراكز الإصلاح والتأهيل في فلسطين للمعايير الدولية للسجون (مراكز إصلاح وتأهيل الضفة الغربية)، 2019.

سلسلة التحقيقات الوطنية

1. التأمين الصحي - نحو تأمين صحي شامل وعادل، 2021