

2016



دولة فلسطين

ديوان الرقابة المالية والادارية

تقرير ربع السنوي الثاني حول
ادارة وتنظيم التأمين الصحي في دولة
فلسطين

تشرين أول / 2016

رقابة وتدقيق من أجل البناء والتنمية وتعزيز

الحكم الرشيد





فهرس المحتويات

4	.....تقديم
5	.....الملخص التنفيذي
11	.....مقدمة
12	.....أولاً: الإطار القانوني
16	.....ثانياً: بيانات التأمين الصحي
16	.....أ- إيرادات التأمين الصحي
18	.....ب- بطاقات التأمين الصحي الصادرة
20	.....ج- نفقات التأمين الصحي / وزارة الصحة
22	.....د- العلاج في الخارج (التحويلات الطبية)
25	.....هـ- فترة الانتظار للتأمين الصحي
27	.....ثالثاً: برنامج التأمين الصحي المحوسب
31	.....رابعاً: الإدارة العامة للتأمين الصحي
34	.....خامساً: قطاعات التأمين الصحي
34	.....أ- قطاع التأمين الصحي للفئات المهمشة (الشؤون الاجتماعية)
39	.....ب- قطاع التأمين الصحي للأسرى والمحربين
44	.....ج- قطاع التأمين الصحي للعاطلين عن العمل
49	.....د- قطاع التأمين الصحي لأسر الشهداء والجرحى
51	.....هـ- قطاع التأمين الصحي للجان الزكاة
52	.....و- التأمين الصحي لمقاتلي الثورة
53	.....الاثر المالي



في إطار الجهود التي يبذلها الديوان للقيام بأعمال الرقابة والتدقيق على القطاع الصحي الحكومي باعتباره أحد الجهات والقطاعات المهمة والجوهرية الخاضعة لرقابة الديوان، نظراً للخدمات الطبية والرعاية الصحية التي يقدمها لشريحة واسعة من المواطنين، حيث يسعى الديوان إلى تعزيز الشفافية والنزاهة وحسن الإدارة والتنظيم والكفاءة في أداء هذا القطاع.

لقد أظهر التقرير أن موازنة الدولة تتحمل أعباء 70% من مستفيدي خدمات التأمين الصحي، من خلال تعدد أنواع التأمين التي تغطي من نفقة مؤسسات الدولة (التأمين المجاني، تأمين الشؤون الاجتماعية، تأمين الأسرى، تأمين العاطلين عن العمل)، وإن الإيرادات التي يتم تحصيلها من التأمين الصحي تغطي نسبة قليلة من النفقات على تكلفة العلاج للمستفيدين، في ظل غياب آلية واضحة وضوابط كافية على إصدار ومنح بطاقة التأمين الصحي لبعض الفئات، ومع استمرار صرف مبالغ عالية نتيجة التحويلات الطبية للعلاج خارج مقر وزارة الصحة، فإن ذلك يثقل من كاهل الموازنة العامة.

إن دولة فلسطين في أمس الحاجة إلى تنظيم ورفع كفاءة إدارة قطاع التأمين الصحي وترشيد نفقاته بما لا يؤثر على مستوى أداء تقديم الخدمة الصحية للمواطن الفلسطيني، والسعي إلى تحديث النظام الصحي والخدمات المقدمة والإجراءات القانونية للحصول عليه، إضافة إلى رفع كفاءة البرنامج المحوسب لنظام التأمين الصحي، والعمل على توسيع دائرة التكافل الاجتماعي مع المواطنين بما يؤدي إلى إحداث نقلة نوعية في تعظيم القيمة المضافة لعملية الإصلاح والتنظيم، ويمهد الطريق الأقوم للوصول إلى الحكم الرشيد وبناء دولة المؤسسات والقانون.

بناء على الصلاحيات المخولة لي قانوناً، يشرفني أن أقدم التقرير ربع السنوي الثاني لديوان الرقابة للعام 2016 بعنوان "إدارة وتنظيم التأمين الصحي في دولة فلسطين" والذي يعتبر منتجاً رقابياً جديداً ومميزاً لديوان الرقابة المالية والإدارية، وعملاً يستحق المتابعة والتوجيه، ويستوجب إعطائه المزيد من الاهتمام، والأخذ بما جاء فيه من توصيات ومقترحات تساهم في الرقي بالأداء وتحسين جودة العمل المؤسسي.

والله ولي التوفيق.

المستشار/ إياد تيم

رئيس ديوان الرقابة المالية والإدارية

المخلص التنفيذي

يظهر التقرير أهم الملاحظات الجوهرية الخاصة بإدارة وآلية منح التأمين

الصحي الحكومي عن العام 2014، حيث خلص الديوان إلى أهم الملاحظات والمخالفات التالية:

انخفاض نسبة إيراد التأمين الصحي مقارنة بنفقاته

بلغت الإيرادات المتأتية من التأمين الصحي (176,975,799) شيقل وتمثل نسبة 10% فقط من النفقات الفعلية لوزارة الصحة والبالغة (1,716,990,069) شيقل، مما يعطي مؤشر إلى أن هذه النسبة منخفضة جداً.

التضارب في بيانات التأمين الصحي بين التقارير الصادرة عن الوزارة

تبين لنا وجود اختلاف وتضارب بين البيانات المفصح عنها في التقرير السنوي الصادر عن وزارة الصحة للعام 2014، والتقارير الصادرة عن الإدارة العامة للتأمين الصحي للعام 2014، حيث بلغت عائدات التأمين في المحافظات الشمالية (الضفة الغربية) مبلغ 176,975,475 شيقل حسب التقرير السنوي لوزارة الصحة للعام 2014، في حين بلغت وفقاً لبيانات الإدارة العامة للتأمين الصحي مبلغ 177,471,090 شيقل، بفرق (495,291) شيقل لذات العام.

أكثر من نصف المستفيدين من خدمات التأمين الصحي هم من فئة العاطلين عن العمل

تبين لنا من خلال التدقيق أن أعلى نسبة للمستفيدين من خدمات التأمين الصحي الحكومي هم من فئة قطاع العاطلين عن العمل، حيث بلغت نسبة المستفيدين من هذا القطاع ما يقارب 54% من مجموع المستفيدين من خدمات التأمين الصحي الحكومي، مع العلم أنه لا يتم جباية أي أقساط أو رسوم تأمين من قبل المستفيدين من هذا القطاع.

70% من مستفيدي خدمات التأمين الصحي هم على نفقة الدولة

تتحمل الدولة أعباء 70% من مستفيدين خدمات التأمين الصحي من خلال أنواع التأمين التي تغطي من نفقة مؤسسات الدولة (مجاني، الشؤون الاجتماعية، الأسرى، العاطلين عن العمل)، بالإضافة إلى عدم قيام الوزارة باحتساب تكلفة العلاج لكل مريض على حده، وإصدار فواتير بها، مما يؤدي إلى صعوبة احتساب التكاليف الخاصة لكل مريض وقطاع على حدة.

أكثر من 50% من نفقات العلاج خارج مراكز وزارة الصحة هي على حساب الدولة

بلغت نسبة المبالغ المصروفة على العلاج خارج وزارة الصحة ومراكزها للتأمينات التي تقوم الدولة بتغطيتها من الموازنة العامة (المجاني، الشؤون الاجتماعية، العمل، قطاع غزة، أسر الشهداء، الأسرى، وغيرها) 51% وبمبلغ (311,413,447) شيقل من مجموع المبالغ المصروفة على التحويلات الخارجية والتي بلغت (615,908,175) شيقل، وهذا يعطي مؤشر إلى أن الدولة تتحمل نصف المصاريف الخاصة بالتحويلات الخارجية.

وجود فجوة كبيرة بين إيرادات التأمين الصحي وتكاليف

العلاج لفئة الاشتراك الجماعي والاختياري

بلغت مصاريف التحويلات الخارجية للمستفيدين من خدمات التأمين الصحي لفئة الاشتراك الجماعي والاختياري (170,994,556) شيقل، في حين بلغت الإيرادات المتأتية من تلك الاشتراكات (23,432,031) شيقل فقط، أي أن نسبة الإيرادات من مصاريف التحويلات الخارجية كانت 14% فقط، دون احتساب مصاريف العلاج داخل مراكز وزارة الصحة.



الاختلاف في عدد البطاقات الصادرة بين تقارير الوزارة وتقارير الإدارة المختصة

وجود فرق في عدد البطاقات الصادرة للمنتفعين من خدمات التأمين الصحي

بواقع (307) بطاقة، وذلك بين البيانات المفصح عنها في التقرير السنوي الصادر عن وزارة الصحة والتي كانت بموجبه (162,979) بطاقة، وبين البيانات المتوفرة لدى الإدارة العامة للتأمين الصحي والبالغة (162,672) بطاقة، دون التطرق الى بيانات العاطلين عن العمل والتي بلغ عدد المستفيدين من خدمات التأمين الصحي منها (191,064).

التضارب في تطبيق أنظمة التأمين الصحي بين النظام المطبق

(الملغي) وبين النظام غير المعمول به والواجب التطبيق

عدم التزام وزارة الصحة ممثلة بالإدارة المختصة (الإدارة العامة للتأمين الصحي) بتطبيق قرار مجلس الوزراء رقم (09/56/5م.و/أ.ق) لسنة 2006، حيث لا زالت تطبق قرار مجلس الوزراء رقم (113) لسنة 2004 بالرغم من إلغائه بموجب قرار مجلس الوزراء رقم (09/56/5م.و/أ.ق) لسنة 2006 بنص المادة (31)، مما أدى اختلاف ألساط التأمين الصحي ونسبة المساهمة بين النظامين، مما ينعكس على الأثر المالي الضائع على وزارة الصحة والدولة أو على المستفيدين.

بلغت أعلى تكلفة للتحويلات الخارجية في المحافظات الشمالية للمستفيدين من خدمات التأمين الصحي لقطاع النقابات بمبلغ 119,781,606 شيقل، أي ما نسبته 25% من تكلفة التحويلات الخارجية الكلية، مع العلم أن نسبة المستفيدين من هذه القطاع بلغت 6% فقط من عدد المستفيدين بشكل عام، وأن الإيرادات المتأتية من تأمين النقابات في العام 2014 بلغت (213,998) شيقل فقط، وبنسبة لم تصل الى نصف بالمئة من تكلفة التحويلات الخارجية، دون احتساب تكلفة العلاج داخل مراكز الوزارة، كما لا يوجد التزام بفترة الانتظار من قبل معظم فئات التأمين التي نص عليها نظام التأمين الصحي (60 يوم لسريان مفعول التأمين)، حيث تبين أن معظم التأمينات تسري قبل انتهاء فترة الانتظار، بعد تسديد الرسوم لسنة ونصف فقط، وليس كون الحالة طارئة وفقا للنظام، بالإضافة إلى وجود العديد من بطاقات التأمين سري مفعولها قبل تاريخ بداية التأمين، مما يؤكد احتمالية أنه تم الاستفادة من خدمات العلاج قبل إصدار بطاقة تأمين للمستفيد.

البرنامج المحوسب للتأمين الصحي

➤ البرنامج المحوسب الخاص بالتأمين الصحي لا يلبي

استغلال التأمين الحكومي لأغراض الاستفادة من العلاج في الخارج

➤ وجود فرق في عدد بطاقات التأمين الصحي الصادرة للفئات المهمشة بين وزارة الصحة ووزارة الشؤون الاجتماعية بلغ (23,717) بطاقة من أصل (35,307) بطاقة بنسبة 67% من المجموع الكلي للبطاقات الصادرة.

➤ وجود حالات تم منحها تأمين صحي من قبل وزارة الشؤون الاجتماعية ولا تنطبق عليها شروط استحقاق التأمين.

➤ يتم منح التأمين لأشخاص تحت مسمى حالة خاصة دون وجود أي مبرر قانوني.

➤ لم يتوفر معايير واضحة ومحددة في وزارة الشؤون الاجتماعية من أجل منح التأمين عن العام 2014.

➤ عدم وجود آلية وضوابط كافية على إصدار بطاقة التأمين الخاصة بالشؤون الاجتماعية حيث أن وزارة الشؤون الاجتماعية هي من تحدد المنتفعين من التأمين وليس وزارة الصحة.

احتياجات الوزارة والمؤسسات ذات العلاقة، بسبب العديد من المشاكل الفنية والتقنية فيه.

- لا يدعم البرنامج آلية إصدار التقارير في بعض الأحيان.
- لا يوجد آلية للرقابة على البرنامج ولا يوجد فصل في الصلاحيات.
- عدم اكتمال ربط البرنامج مع البرامج الأخرى لتسهيل عملية الوصول لأي معلومة أو احتسابها لأغراض التأمين الصحي.
- الفروق الكبيرة بين أعداد بطاقات التأمين الصحي المدخلة على النظام مقارنة

وزارة الصحة الفلسطينية Ministry of Health



مع

عدد البطاقات الصادرة عن المؤسسات ذات العلاقة، وهذا يؤثر على صحة ومصداقية البيانات الصادرة عن البرنامج.

الإدارة العامة للتأمين الصحي

- غياب الرقابة على آلية منح التأمين الصحي الحكومي من قبل المؤسسات الأخرى.
- عدم تجديد وصياغة الاتفاقيات حسب نظام التأمين الصحي، بالإضافة إلى عدم تجديدها بشكل سنوي.
- التضارب في البيانات بين وزارة الصحة والمؤسسات ذات العلاقة في نوع التأمين.
- الاستفادة من خدمات التأمين الصحي بالرغم من عدم الالتزام بالدفع وتراكم الديون، وتجميد الديون عند إعادة تفعيل التأمين.
- يتم الاستفادة من خدمات التأمين الصحي بالرغم من انتهاء صلاحية بطاقة التأمين نتيجة لعدم ربط البرنامج الإلكتروني مع المستشفيات.

دولة فلسطين وزارة التنمية الاجتماعية Ministry of Social Development



منح التأمين الصحي من قبل وزارة الشؤون الاجتماعية

منح التأمين الصحي من قبل مؤسسة رعاية أسر الشهداء والجرحى

وجود فرق بين بيانات وزارة الصحة ومؤسسة رعاية أسر الشهداء لعدد بطاقات التأمين الصحي الصادرة، بلغ (292) بطاقة من أصل (5,853)، بنسبة 5% من المجموع الكلي للبطاقات الصادرة.

منح التأمين الصحي من قبل لجان الزكاة

تبين قيام لجنة الزكاة بإصدار تأمين صحي لأشخاص من خارج الفئة المستهدفة لا تنطبق عليهم شروط التأمين الصحي الخاص بلجان الزكاة، كونهم لديهم إمكانية الحصول على تأمين اختياري، مما أدى إلى ضياع مبالغ طائلة على خزينة الدولة.

منح التأمين الصحي من قبل هيئة شؤون الأسرى والمحررين



وجود فرق في عدد بطاقات التأمين الصحي بين وزارة الصحة وهيئة شؤون

الأسرى والمحررين بلغ (4,657) بطاقة من أصل (6,833)، وبنسبة 68% من المجموع الكلي للبطاقات الصادرة.

تم منح تأمين صحي من قبل الهيئة لبعض الأشخاص لم يثبت أنهم أسرى. عدم توفر بيانات لدى مديرية شؤون الأسرى في رام الله عن التأمينات الممنوحة للأسرى كما لم يتم رفع أي تقارير عن التأمينات الصادرة عن المديرية لدائرة التأمين الصحي في الهيئة 2014.

يتم منح التأمين لبعض الأسرى الذين لا تنطبق عليهم شروط منح التأمين الصحي بناءً على تقارير طبية خاصة أو ورقة مراجعة للعيادات الخارجية وليس تقريراً طبياً صادراً من اللجنة الطبية المختصة في وزارة الصحة.

منح التأمين الصحي من قبل وزارة العمل

وجود فرق في عدد بطاقات التأمين الصحي بين وزارة الصحة ووزارة العمل بلغ (194,168) بطاقة من أصل (209,831)، وبنسبة 92% من المجموع الكلي للبطاقات الصادرة.

عدم استيفاء بعض الطلبات للشروط الواجبة للحصول على التأمين الصحي، وعدم دقة وفاعلية آليات التحقق من حالة العاطلين عن العمل، وعدم وجود أدلة إثبات كافية للتأكد من صحة البيانات المدرجة في الطلب، كما أن بيانات وزارة العمل مكررة وغير دقيقة، ولا يوجد قاعدة بيانات مكتملة تخص تأمين العاطلين عن العمل في وزارة الصحة.

بلغت قيمة المبالغ التي تحملتها وزارة الصحة بدل تأمينات العاطلين عن العمل عن العام 2014 مبلغ (7,569,737) شيقل دون مقابل كونه تأمين مجاني.

- وجود فئات تأمين لا داعي لوجودها تحت بند مسميات خاصة بها، كونه يمكن انضمامها لفئات منصوص عليها في نظام التأمين الصحي مثل (فئة لجان الزكاة وفئة مقاتلي الثورة).

- قيام المؤسسات التي تصدر التأمين الصحي بمنح بعض الأشخاص بطاقة تأمين صحي بالرغم من عدم انطباق شروط منح التأمين الصحي عليهم وفقاً لأهداف تلك المؤسسة لمنح التأمين الصحي لمستحقيه وفقاً لنظام التأمين الصحي المطبق.

- يتم استعادة العديد من الأشخاص من خدمات التأمين الصحي الحكومي، بالرغم من إلغاء التأمين الخاص بهم، أو تراكم الديون وعدم الالتزام بالسداد.

- عدم التزام وزارة الصحة بتطبيق قرار مجلس الوزراء رقم (09/56/5م.و/أ.ق) لسنة 2006، حيث لا زالت تطبق قرار مجلس الوزراء رقم (113) لسنة 2004، لدواعي عدم نشره في الجريدة الرسمية، مما أدى إلى ضياع مبالغ على خزينة الدولة وعلى المستفيدين في بعض الأحيان.

- إن برنامج التأمين الصحي المحوسب غير مرتبط مع المؤسسات ذات العلاقة مما يعيق عملية التواصل والرقابة والتنظيم والتوثيق والدقة بين تلك المؤسسات، فيما يتعلق بسهولة الحصول على المعلومة والتأكد من صحتها لتقادي العديد من التجاوزات المحتملة لاستغلال التأمين الصحي الحكومي.

- التضارب والاختلاف بين البيانات الخاصة بالمستفيدين من خدمات التأمين الصحي في وزارة الصحة، وبين المؤسسات الأخرى التي تصدر التأمين الصحي للمنتفعين بناء على أهداف تلك المؤسسات.

- إن الإيرادات المتأتية من التأمين الصحي تغطي نسبة قليلة جداً فقط من النفقات الفعلية لوزارة الصحة.

- الاختلاف والتضارب بين البيانات المفصّل عنها في التقرير السنوي الصادر عن وزارة الصحة للعام 2014، والتقارير الصادرة عن الإدارة العامة للتأمين الصحي.

- تتحمل الدولة أعباء ومصاريف معظم الفئات المنتفعة من التأمين الصحي بما يقارب ثلثي المنتسبين لفئة التأمين الصحي.

- تتحمل الدولة مبالغ طائلة نتيجة التحويلات الطبية للعلاج خارج مقر وزارة الصحة ومراكزها.

- إن فئات التأمين من الأفراد والمؤسسات الخاصة (الاشتراكي والاختياري) تكلف الدولة مبالغ طائلة مقارنة بالإيرادات المتأتية من تلك الفئات بنسبة إيرادات بلغت 14% فقط من النفقات، وخاصة في ما يتعلق بمصاريف العلاج في الخارج.

- تبين لنا أن المتعارف عليه فيما يتعلق بسريان التأمين في فترة الانتظار هو مدى الالتزام بدفع رسوم وأقساط التأمين لسنة ونصف فقط وليس كون الحالة طارئة وفقاً لنظام التأمين الصحي.

بناءً على ما سبق من ملاحظات واستنتاجات، خلص التقرير إلى العديد من التوصيات العامة، والتي تؤثر وبشكل مباشر على آلية منح التأمين الصحي الحكومي مما يستدعي على وزارة الصحة وكافة المؤسسات ذات العلاقة تطبيقها:

- قيام وزارة الصحة بتطبيق نظام التأمين الصحي الصادر بقرار مجلس الوزراء رقم (09/56/5م.و.أ.ق) لسنة 2006، لضمان عدم الضرر بمصالح المنتفعين من خدمات التأمين الصحي.

- ضمان أن يكون البرنامج المحسوب قادر على تلبية احتياجات قطاع التأمين الصحي ويحتوي على عناصر الأمان اللازمة.

- وجود قاعدة بيانات مكتملة ودقيقة لكافة أنواع التأمينات الصحية في وزارة الصحة منعاً للازدواجية والتكرار في منح التأمين الصحي.

- أن يتم ربط برنامج التأمين الصحي الإلكتروني مع المؤسسات ذات العلاقة لتسهيل أغراض العمل والفحص والرقابة لضبط عملية منح التأمين الصحي للمستفيدين وفقاً للقانون والنظام (وزارة الداخلية، وزارة الشؤون الاجتماعية، وزارة العمل، وزارة الأسرى، وزارة المالية، ديوان الموظفين العام).

- ضرورة الالتزام بالأنظمة والتعليمات والإجراءات التي تنظم منح التأمين الصحي لكل قطاع على حده.

- ضرورة توفير اجراءات الضبط ووسائل الرقابة اللازمة وتفعيل وحدات الرقابة الداخلية فيما يخص الرقابة على قطاعات المستفيدين من نظام التأمين الصحي الحكومي.

- ضرورة توفير الملفات ذات الصلة بالمستفيدين من التأمين الصحي، ورفاق كافة المعززات اللازمة لاثبات أحقية المستفيدين وفقاً للإجراءات والتعليمات والنظام والقانون.

- ينبغي على وزارة الصحة أن تقوم باحتساب تكلفة العلاج لكل مريض على حدة، وإصدار فواتير بذلك.

- أن يتم ضبط آليات منح بطاقة التأمين الصحي الحكومي لمستحقيها من خلال الالتزام بتطبيق نظام التأمين الصحي الحكومي، كون الدولة تتحمل مصاريف العلاج لما يقارب 70% من عدد المنتفعين الحاليين من خدمات التأمين الصحي الحكومي.

- أن يكون هناك ثقة في البيانات الصادرة عن وزارة الصحة والإدارات التابعة لها للحصول على بيانات دقيقة وموحدة.

- إعادة النظر بأقساط ورسوم بعض فئات التأمين والتي تنتفع من خدماته وتكلف الدولة مبالغ طائلة مقارنة مع إيراداتها والتي تغطي نسب ضئيلة من التكاليف مثل (تأمين لجان الزكاة، والنقابات، مقاتلي الثورة).

- ضرورة إعادة النظر ببعض القرارات الصادرة والتي تم استغلالها للاستفادة من خدمات التأمين الصحي الحكومي مما أثقل كاهل الدولة وأرهق موازنتها، مثل تأمين انتفاضة الأقصى وتأمين قطاع غزة.

- الإلتزام بفترة الانتظار من قبل جميع الفئات التي نص عليها نظام التأمين الصحي (60 يوم لسريان مفعول التأمين)، وتسديد الرسوم لسنة ونصف في حال كانت الحالة طارئة وفقاً للنظام.

- وضع ضوابط إلزامية لضمان عدم استغلال بطاقة التأمين الصحي للعلاج بالخارج فقط، بحيث يحول للعلاج بالخارج على نفقة الدولة المشتركين والملتزمين بدفع أقساط التأمين الصحي قبل فترة لا بأس بها من تاريخ إنشاء بطاقة التأمين.

- التنسيق مع كافة الأطراف ذات العلاقة بالتأمين الصحي بشكل منهجي ومنظم.

يقوم التأمين الصحي على نظرية الأعداد الكبيرة في الاشتراك وفلسفة التكافل الاجتماعي في تحمل نفقاته، واعتماده على التمويل الذاتي من اشتراكات المنتفعين، مقابل تقديم الخدمات الصحية لهم ولعائلاتهم، وعلى الرغم من أن الدولة مسؤولة عن تقديم العلاج بصورة مجانية، استناداً إلى حقوق المواطنة، إلا أن ارتفاع تكلفة العلاج يجعل الدولة غير قادرة على توفيره بصورة شاملة عبر مستشفياتها ومراكزها العلاجية.

لقد أولت دولة فلسطين اهتماماً كبيراً لبناء نظام التأمين الصحي الحكومي الفلسطيني، من أجل توفير الخدمة الصحية المتميزة لجميع المواطنين على قدم المساواة، وذلك بتوفير الرعاية الصحية في جميع مستوياتها في مؤسسات وزارة الصحة أو خارجها.

يأتي إعداد التقرير ربع السنوي الثاني للعام 2016 تحقيقاً لمتطلبات قانون ديوان الرقابة المالية والإدارية رقم (15) لسنة 2004 المادة (26) والتي تنص على أن " يرفع رئيس الديوان تقارير ربع سنوية أو عند الطلب متضمنة نتيجة تحركاته ودراساته وأبحاثه ومقترحاته والمخالفات المرتكبة والمسؤولية المترتبة عليها والملاحظات والتوصيات بشأنها إلى رئيس السلطة الوطنية والمجلس التشريعي ومجلس الوزراء لاتخاذ ما يلزم بشأنها ".

يهدف التقرير إلى توفير تأكيد معقول بأن الجهات ذات الاختصاص في منح التأمين الصحي بكافة أنواعه ملتزمة بالقوانين والأنظمة والتعليمات النافذة ذات العلاقة، وبأنها تطبق باقتصاد وكفاءة وفاعلية.

تبرز أهمية التقرير في تعزيز المصداقية والثقة بالإجراءات الإدارية للجهات ذات الاختصاص في منح التأمين الصحي والإجراءات المتبعة في أعمالها، والمساعدة في رفع مستوى الأداء وتطوير الممارسات المستندة إلى القوانين والأنظمة وتطبيقها بشكل فعال وإبلاغها للمعنيين لتقديم خدمات ذات جودة عالية.

أجرى ديوان الرقابة المالية والإدارية فحصاً رقابياً على إجراءات منح التأمين الصحي لدى كل من وزارة الصحة، ووزارة الأسرى، ووزارة الشؤون الاجتماعية، مؤسسة رعاية أسر الشهداء ولجان الزكاة، وذلك عن العام 2014، لقد قمنا بالرقابة والتدقيق وفقاً للمعايير الدولية لممارسة أعمال التدقيق والتأكيد وقواعد أخلاقيات المهنة بهدف الحصول على تأكيد معقول بمدى الالتزام بالقوانين والأنظمة سارية المفعول وخلو البيانات المالية والإدارية من الأخطاء الجوهرية.

أملين أن نتمكن دائماً من تقديم كافة التقارير السنوية والربعية إلى الجهات المختصة وفقاً للقانون بما يحقق الغاية منها، ويساعد أصحاب القرار في دولة فلسطين في صنع وتصويب السياسات والبرامج بما يخدم الصالح العام.

يرحب ديوان الرقابة المالية والإدارية بالملاحظات والآراء الهادفة إلى الارتقاء بجودة التقرير الرقابي ونشر وتنمية ثقافة

الرقابة والتدقيق في المؤسسات والمجتمع الفلسطيني.

يعتبر التأمين الصحي جزء من منظومة التشريعات الصحية في فلسطين، يستقي أهميته باعتباره أحد أهم آليات إيصال خدمة الرعاية الصحية للمواطنين، ووسيلة رئيسية في تغطية تكاليف الرعاية الصحية، وبالتالي فإن إصلاح التشريعات الصحية يرتبط بجودة وفعالية نظم التأمين الصحي الموجودة، ومن خلال الاطلاع على الإطار التشريعي النافذ والمنظم لهذا القطاع في دولة فلسطين تبين أن التشريعات المنظمة له هي:



- القانون الأساسي المعدل لعام 2003.
- قرار مجلس الوزراء رقم (19) لسنة 2010 بنظام إعفاء الأسرى والمحربين من رسوم التعليم الجامعي والتأمين الصحي.
- قانون الصحة العامة رقم (20) لسنة 2004م.
- قرار مجلس الوزراء رقم (113) لسنة 2004.
- قرار مجلس الوزراء رقم (09/56/5م.و.أ.ق) لسنة 2006.

ومن أجل وضع اللبنة الأساسية للنظام القانوني الفلسطيني المنظم للأحكام المتعلقة بالتأمين الصحي الحكومي بما ينسجم مع المعايير الدولية ذات العلاقة، فإننا نلخص الرأي القانوني فيما يلي:

مادة (2) من نظام التأمين الصحي 2006: على جميع الجهات المختصة تنفيذ هذا القرار (قرار مجلس الوزراء رقم (09/56/05)م.و.أ.ق) لسنة 2006 بشأن المصادقة على نظام التأمين الصحي والعلاج خارج الوزارة)) كل فيما يخصه، ويعمل به من تاريخ صدوره، وينشر مع النظام المذكور في الجريدة الرسمية.

- إن قرار مجلس الوزراء رقم (113) لسنة 2004 بنظام التأمين الصحي صدر في 2004/8/9 ونشر في العدد (52) من الوقائع الفلسطينية بتاريخ 2005/1/18.
- قرار مجلس الوزراء رقم (09/56/5م.و.أ.ق) لسنة 2006 صدر بتاريخ 2006/3/27 ونص في المادة (2) منه على (على جميع الجهات المختصة تنفيذ هذا القرار كل فيما يخصه، ويعمل به اعتبارا من تاريخ صدوره، وينشر مع النظام المذكور في الجريدة الرسمية).
- المادة (31) من نظام التأمين الصحي لعام 2006 نصت وبشكل صريح على إلغاء نظام التأمين الصحي رقم (113) لسنة 2004 (يلغى قرار مجلس الوزراء رقم (113) لسنة 2004 بنظام التأمين الصحي).
- لم يتم نشر نظام التأمين الصحي لعام 2006، إلا أن النشر في الجريدة الرسمية يقتصر على القوانين حتى تكون نافذة وفقا لأحكام القانون الأساسي، وأما بالنسبة للأنظمة واللوائح والتعليمات والقرارات التنظيمية فإنها تكون نافذة من تاريخ صدورها دون حاجة لنشرها.

وبناء على ما تم استعراضه للأنظمة أعلاه والمنظمة لقطاع التأمين الصحي في دولة فلسطين فإننا نبين ما يلي:

- قرار مجلس الوزراء رقم (113) لسنة 2004 بنظام التأمين الصحي يعتبر بمثابة لائحة صدرت عن مجلس الوزراء وهي واجبة التطبيق ما لم يتم إلغاؤها بلائحة أخرى.
- إن قرار مجلس الوزراء رقم (5/09/56/م.و.أ.ق) لسنة 2006 هو النظام الساري والواجب التطبيق بما لا يلحق الضرر بالأفراد، وقرار مجلس الوزراء رقم (113) لسنة 2004 هو نظام ملغي بموجب المادة (31) من نظام 2006 وغير ساري.
- تقوم وزارة الصحة بتطبيق قرار مجلس الوزراء رقم (113) لسنة 2004 بنظام التأمين الصحي الملغي بموجب قرار مجلس الوزراء رقم (5/09/56/م.و.أ.ق) لسنة 2006 وعدم تطبيقها للنظام الواجب التطبيق والساري.

تم اسناد الملاحظات الواردة في التقرير الى:

- نظام التأمين الصحي لعام 2004 والمعمول به في وزارة الصحة .
- نظام التأمين الصحي للعام 2006 الساري والواجب التطبيق من قبل وزارة الصحة.

إن تطبيق الإدارة العامة للتأمين الصحي في وزارة الصحة لقرار مجلس الوزراء رقم (113) لسنة 2004 بنظام التأمين الصحي أدى إلى اختلاف أقساط التأمين الصحي ونسبة المساهمة بين النظامين، مما ينعكس على الأثر المالي الضائع على وزارة الصحة والدولة أو على المستفيدين، ونبين ذلك في ما يلي:

1. نسبة مساهمة وزارة الصحة:

عدم احتساب نسبة مساهمة وزارة الصحة في تكاليف العلاج بالشكل الصحيح وفقا للنظام الساري للتأمين الصحي للعام 2006، حيث انخفضت نسبة مساهمة المنتفعين من خدمات التأمين الصحي على حساب نسبة مساهمة وزارة الصحة وفقا لنظام التأمين الصحي للعام 2006 مقارنة بالعام 2004، مما يلحق الضرر بمصالحهم نتيجة الاستمرار بتطبيق نظام التأمين للعام 2004 بسبب ارتفاع نسبة مساهمتهم بتكاليف العلاج، ويبين الجدول التالي الفروق بين النظامين (2004 و 2006) في نسبة مساهمة الوزارة من تكاليف العلاج:

نسبة مساهمة وزارة الصحة في تكاليف العلاج حسب نوع كل تأمين بين نظامي التأمين الصحي لسنة 2004 و 2006

ت	نوع التأمين	نظام 2004	نظام 2006
1	صحي إجباري	95%	95%
2	صحي اختياري اقل من شهرين	65%	70%
3	صحي اختياري اقل من ستة أشهر وأكثر من شهرين	75%	80%
4	صحي اختياري منتظم لفترة ستة أشهر وأقل من خمس سنوات	80%	90%
5	صحي اختياري منتظم دون انقطاع لفترة خمس سنوات أو أكثر	90%	90%
6	تأمين الشؤون الاجتماعية	95%	95%

2. قيمة أقساط التأمين:

عدم احتساب قيمة قسط التأمين للمستفيدين من أنواع التأمين بالشكل الصحيح وفقاً للنظام الساري للتأمين الصحي للعام 2006، مما أدى إلى اختلاف رسوم التأمين الواجبة على المستفيدين تجاه وزارة الصحة، حيث تقوم وزارة الصحة بتطبيق نظام التأمين الصحي للعام 2004، ويبين الجدول التالي الفروق بين النظامين (2004 و 2006) في قسط التأمين الملزم لكل قطاع:

الفرق بين قسط التأمين الشهري حسب الفئات بين نظام التأمين الصحي لسنة 2004 و 2006

ت	نوع التأمين	نظام 2004	نظام 2006
1	موظفي القطاع الحكومي	اقتطاع 5% بحد أدنى 40 شيقل وحد أعلى 75 شيقل	اقتطاع 5% بحد أدنى 50 شيقل وحد أعلى 100 شيقل
2	المتقاعدون	اقتطاع 5% بحد أعلى 75 شيقل	اقتطاع 5% بحد أعلى 100 شيقل
3	موظفي وعمال المؤسسات المرخصة	5% من الراتب الإجمالي بحد أدنى 50 وحد أعلى 75 شيقل	5% من الراتب الإجمالي بحد أدنى 50 وحد أعلى 100 شيقل
4	النقابات المهنية	75 شيقل	80 شيقل
5	تأمين الاسرة اختياري	75 شيقل	80 شيقل

ملحق (5) مادة (2) يجتسب ويحصل قسط التأمين (ماعدا رسوم

الإضافات للمرافقين) / نظام التأمين الصحي 2006

أ- لموظفي القطاع الحكومي ومن في حكمهم يقتطع 5% من الراتب الأساسي بحد أدنى لا يقل عن 40 شيقل وحد أعلى لا يزيد عن 100 شيقل شهريا.

ب- للمتقاعدين من الخدمة المدنية الحكومية يقتطع 5% من الراتب الأساسي بحد أعلى لا يزيد عن 100 شيقل شهريا.

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

ث- أعضاء النقابات المهنية الذين ليس لهم دخل محدد 80 شيقل شهريا

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

ح- لتأمين الأسرة الاختياري 80 شيقل شهريا.

خ- لتأمين الأعزب الاختياري 50 شيقل شهريا.

د- لتأمين الطالب الجامعي 20 شيقل شهريا.

مادة (8) أقساط التأمين الصحي نظام التأمين الصحي 2004

أ- يقتطع 5% من الراتب الأساسي لموظفي القطاع الحكومي ومن في حكمهم بحد أدنى لا يقل عن 40 شيقل وحد أعلى لا يزيد عن 75 شيقل، واستثناء المتقاعدين من الحد الأدنى.

ب- يقتطع 5% من الراتب الإجمالي لموظفي وعمال المؤسسات المرخصة (الذين يتقاضون مرتبات شهرية) بشكل جماعي دون المرافقين بين الحدين الأدنى 50 شيقل والأعلى 75 شيقل، ويطبق عليهم نظام الإضافات للمرافقين.

ت- يحدد القسط الشهري 75 شيقل ما عدا رسوم الإضافات للمرافقين وذلك لأعضاء النقابات المهنية الذين ليس لهم دخل محدد.

ث- يحدد القسط الشهري لنقابات العمال 50 شيقل شهريا ما عدا رسوم الإضافات للمرافقين.

ج- يكون الدفع للفئة (د) على النحو التالي:

- للمؤمن عليه الجديد يدفع أقساط مالية كاملة.

- للمؤمن عليه القديم يدفع أقساط سنة مالية على دفعتين.

3. تكلفة الأجهزة والمعدات والأدوات التي تستخدم لعلاج المريض داخل مراكز وزارة الصحة:

لم يشر نظام التأمين الصحي للعام 2004 لاحتساب نسبة من تكلفة الأجهزة والأدوات على المريض، والتي نص عليها نظام التأمين الصحي للعام 2006 والتي تستخدم لعلاج داخل مراكز وزارة الصحة، مما أدى إلى ضياع مبالغ على خزينة وزارة الصحة والدولة، والجدول التالي يبين النسب الواجب اقتطاعها من المريض لتكلفة الأجهزة والأدوات على النحو التالي:

ت	أنواع التأمين الصحي	المبلغ/ شيقل
1	إلزامي موظفو الوزارة	0
2	إلزامي غير موظفي الوزارة	5%
3	شؤون اجتماعية	5%
4	اختياري أكثر من سنة منتظم وساري المفعول	10%
5	اختياري حتى سنة منتظم وساري المفعول	20%
6	اختياري اقل من شهرين حالة طارئة	30%

4. تكلفة الأجهزة والمعدات والأدوات التي تستخدم لعلاج المريض خارج مراكز وزارة الصحة:

وجود اختلاف في احتساب نسبة تكلفة الأجهزة والأدوات على المريض والتي تستخدم لعلاج خارج مراكز وزارة الصحة ما بين نظام العام 2004 المطبق ونظام العام 2006 الساري، مما أدى إلى ارتفاع نسبة مساهمة المستفيدين من خدمات التأمين الصحي، والضرر بمصالح المؤمنين نتيجة زيادة مساهمتهم بتكاليف العلاج بسبب تطبيق نظام التأمين الصحي للعام 2004، والجدول التالي يبين النسب الواجب اقتطاعها من المريض لتكلفة الأجهزة والأدوات على النحو التالي:

ت	نوع التأمين	نظام 2004	نظام 2006
	صحي إجباري	25%	5%
2	صحي اختياري اقل من شهرين	25%	30%
3	صحي اختياري اقل من ستة أشهر وأكثر من شهرين	25%	20%
4	صحي اختياري منتظم لفترة ستة أشهر وأقل من خمس سنوات	25%	10%
5	صحي اختياري منتظم دون انقطاع لفترة خمس سنوات أو أكثر	25%	10%
6	تأمين الشؤون الاجتماعية	25%	5%

التوصية: التزام وزارة الصحة بتطبيق نظام التأمين الصحي للعام 2006، ووقف الهدر الناتج عن ذلك، لضمان عدم الضرر بمصالح المنتفعين من خدمات التأمين الصحي.

ثانياً: بيانات التأمين الصحي

اشتمل هذا البند على إجراء مقارنات بين التقارير الصادرة عن كل من وزارة الصحة والإدارة العامة للتأمين الصحي والإدارة العامة للشؤون المالية في وزارة الصحة، ومدى الاختلاف والفروق فيما بينها، بالإضافة الى تحليل البيانات المالية الصادرة عن الإدارة العامة للتأمين الصحي المتعلقة بإيرادات ونفقات التأمين الصحي وعدد البطاقات الصادرة للمستفيدين من خدمات التأمين الصحي.

أ- إيرادات التأمين الصحي

تبين لنا من خلال الاطلاع على التقرير السنوي الصادر عن وزارة الصحة للعام 2014، والتقرير الصادر عن الإدارة العامة للشؤون المالية لوزارة الصحة، والبيانات المتوفرة للإدارة العامة للتأمين الصحي، وجود بعض الفروق بينها، ويظهر الجدول التالي الفرق بين إيرادات وزارة الصحة من التأمين الصحي بين كل من التقرير السنوي الصادر عن الوزارة، وبيانات الإدارة العامة للتأمين الصحي للعام 2014:

ت	أنواع التأمين الصحي	المبلغ حسب تقرير وزارة الصحة 2014 / شيقل	المبلغ حسب تقرير الإدارة العامة للتأمين الصحي 2014 / شيقل	تقرير الإدارة العامة للشؤون المالية / وزارة الصحة
1	الزامي	58,489,251	58,489,251	لا تجبى من قبل وزارة الصحة
2	اختياري	1,580,600	1,580,600	لا تجبى من قبل وزارة الصحة
3	عمال خط اخضر	48,833,892	49,329,507	لا تجبى من قبل وزارة الصحة
4	اشترك جماعي	21,851,431	21,851,431	22,987,515
5	شؤون اجتماعية	15,442,750	15,442,750	لا تجبى من قبل وزارة الصحة
6	الأسرى	6,537,400	6,537,400	لا تجبى من قبل وزارة الصحة
7	مجاني	0	0	لا تجبى من قبل وزارة الصحة
8	العاطلين عن العمل	0	0	لا تجبى من قبل وزارة الصحة
9	مساهمات	24,240,151	24,240,151	لا تجبى من قبل وزارة الصحة
	المجموع	176,975,475	177,471,090	22,987,515

• إيرادات التأمين الصحي التي تجبى من قبل وزارة الصحة حسب بيانات وزارة المالية 35,365,412 شيقل.

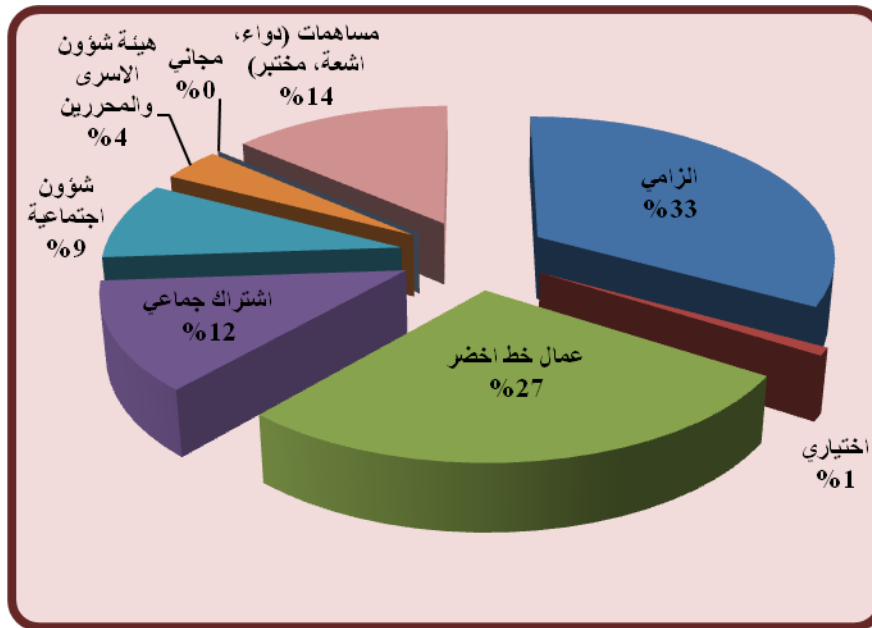
وبناء عليه سجلت الملاحظات التالية:

1. إيرادات التأمين الصحي المفصح عنها لدى الإدارة العامة للشؤون المالية بمبلغ (22,987,515) شيقل (تجبى عن طريق الوزارة)، في حين بلغت الإيرادات الخاصة بالتأمين الصحي حسب التقرير السنوي للوزارة (177,471,090) شيقل، نتيجة لجباية إيرادات التأمين الصحي من أكثر من جهة حسب نوع كل تأمين، ولا تجبى جميعها عن طريق وزارة الصحة (الالزامي، الشؤون الاجتماعية، الأسرى، عمال الخط الأخضر).
2. الاختلاف والتضارب بين البيانات المفصح عنها في التقرير السنوي الصادر عن وزارة الصحة 2014، والتقارير الصادرة عن الإدارة العامة للتأمين الصحي، حيث بلغت عائدات التأمين في الضفة الغربية 176,975,475 شيقل حسب التقرير

السنوي لوزارة الصحة للعام 2014، في حين بلغت وفقا لبيانات الإدارة العامة للتأمين الصحي 177,471,090 شيكل، حيث تبين لنا ما يلي:

- بلغت عائدات التأمين الصحي للعاملين داخل الخط الأخضر حسب التقرير السنوي للعام 2014 لوزارة الصحة 48,833,892 شيقل، في حين بلغت تلك العائدات حسب تقرير الإدارة العامة للتأمين الصحي في وزارة الصحة 49,329,507 شيقل، بفرق بلغ 495,615 شيكل. بلغت عائدات المساهمات حسب التقرير السنوي للعام 2014 لوزارة الصحة 24,240,475 شيقل، في حين بلغت تلك العائدات حسب تقرير الإدارة العامة للتأمين الصحي في وزارة الصحة 24,240,151 شيقل، بفرق بلغ 324 شيكل.

الشكل رقم (1) والذي يبين نسبة إيراد كل قطاع من التأمين الصحي



3. تتحمل وزارة الصحة تكاليف علاج جميع سكان قطاع غزة، مما يثقل كاهل الدولة ويحملها أعباء التكاليف المرتفعة والتي لا تلبى حاجات العديد من المستفيدين من خدمات التأمين الصحي.

التوصيات:

- ضرورة قيام وزارة الصحة بالتنسيق مع وزارة المالية بإجراء التسويات اللازمة لتصحيح البيانات المالية للوصول إلى مبلغ موحد لإيرادات التأمين الصحي.
- المساواة والعدالة في تطبيق نظام التأمين الصحي على جميع المواطنين فيما يتعلق بدفع الرسوم، وأن يمنح التأمين حسب الفئات المذكورة في نظام التأمين الصحي للعام 2006.
- أن يتم توحيد البيانات الصادرة عن وزارة الصحة وتلك الصادرة عن الإدارة العامة للتأمين الصحي ومعالجة الفروق بما يضمن إصدار بيانات دقيقة وصحيحة وموحدة.

ب- بطاقات التأمين الصحي الصادرة

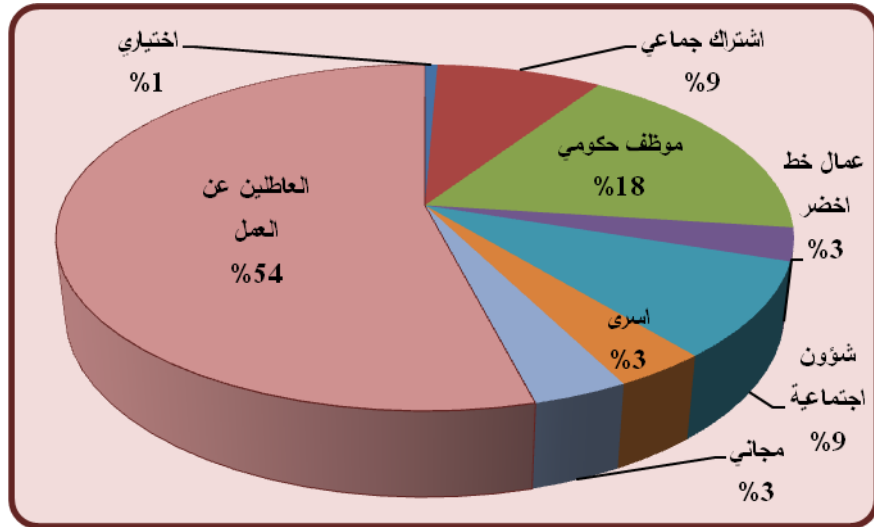
تبين لنا من خلال الاطلاع على البيانات الصادرة عن الإدارة العامة للتأمين الصحي أن عدد البطاقات الصادرة عن الوزارة حتى نهاية العام 2014 بلغت (162,672) بطاقة، ويظهر الجدول التالي مقارنة بين عدد المستفيدين من خدمات التأمين الصحي لكل قطاع في تقرير وزارة الصحة، وبين التقرير الصادر عن الإدارة العامة للتأمين الصحي للعام 2014:

الفرق	تقرير الإدارة العامة للتأمين الصحي 2014	تقرير وزارة الصحة 2014	أنواع التأمين الصحي	ت
322	62,610	62,932	الزامي	1
0	2323	2323	اختياري	2
0	10,844	10,844	عمال خط اخضر	3
12	30,775	30,763	اشترك جماعي	4
1	31,389	31,388	شؤون اجتماعية	5
2	12,216	12,214	الأسرى	6
0	12,515	12,515	مجاني	7
0	0	0	العاطلين عن العمل	8
337	162,672	162,979	المجموع	

وبناء عليه سجلت الملاحظات التالية:

- وجود فرق في عدد البطاقات الصادرة بلغ (337) بين البيانات المفصّل عنها في التقرير السنوي الصادر عن وزارة الصحة، والتقارير الصادرة عن الإدارة العامة للتأمين الصحي، حيث تبين لنا ما يلي:
- بلغ عدد البطاقات في التأمين الحكومي الإلزامي حسب تقرير وزارة الصحة 62,932 بطاقة للعام 2014، في حين بلغت حسب بيانات الإدارة العامة للتأمين الصحي في وزارة الصحة 62,610 بطاقة، بفرق (322) بطاقة.
- بلغ عدد البطاقات في التأمين الجماعي حسب تقرير وزارة الصحة 30,763 بطاقة للعام 2014، في حين بلغت حسب بيانات الإدارة العامة للتأمين الصحي في وزارة الصحة 30,775 بطاقة، بفرق (12) بطاقة.
- عدم تطرق التقرير السنوي للعام 2014 الصادر عن وزارة الصحة إلى عدد المستفيدين من تأمين العاطلين عن العمل والبالغ عددهم (191,064)، بالرغم من أن نسبة المستفيدين منه بلغت 54%، مما ينعكس على الإفصاح واكتمال البيانات وعدم دقتها.

الشكل رقم (2) والذي يبين نسبة المستفيدين من كل قطاع من التأمين الصحي



1. إن أعلى نسبة للمستفيدين من خدمات التأمين الصحي الحكومي هم قطاع العاطلين عن العمل بنسبة 54% من مجموع المستفيدين، مع العلم انه لا يتم جباية أي اقساط او رسوم تأمين من قبل المستفيدين من هذا القطاع، مما يرتب عليه أعباء إضافية على خزينة الدولة.
2. تتحمل الدولة أعباء 70% من عدد بطاقات المستفيدين من خدمات التأمين الصحي من خلال التأمين المجاني على نفقة مؤسسات الدولة (مجانى، الشؤون الاجتماعية، الأسرى، العاطلين عن العمل).
3. بلغت نسبة المستفيدين من خدمات التأمين الصحي والتي تساهم بدفع رسوم واقساط التأمين الصحي لوزارة الصحة 30% من نسبة المستفيدين فقط، وهذه نسبة قليلة وتعكس سلبا على إيرادات التأمين الصحي.

التوصيات:

- العمل على توحيد البيانات الصادرة عن وزارة الصحة وتلك الصادرة عن الإدارة العامة للتأمين الصحي فيما يتعلق بعدد البطاقات الصادرة ومعالجة الفروق بما يضمن إصدار بيانات دقيقة وصحيحة وموحدة.
- ضرورة اتخاذ الإجراءات اللازمة لضمان التزام وزارة العمل بتزويد وزارة الصحة ببيانات العاطلين عن العمل.
- ضرورة اتخاذ الإجراءات اللازمة لتطبيق نظام التأمين الصحي للعام 2006 لزيادة إيرادات التأمين الصحي الحكومي.

ج- نفقات التأمين الصحي/ وزارة الصحة

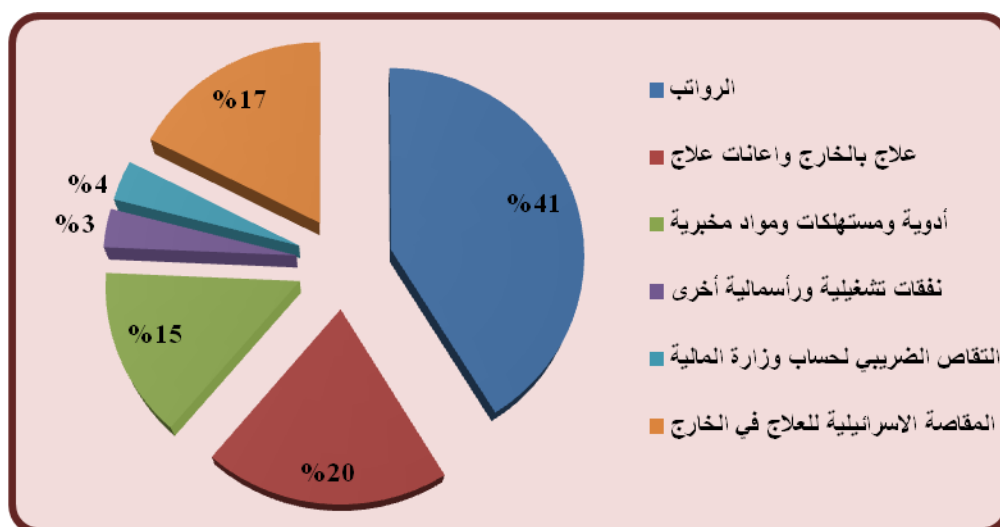
من خلال الاطلاع على التقرير السنوي لوزارة الصحة للعام 2014، تبين لنا أن إجمالي المدفوعات لوزارة الصحة ومراكزها بلغ 1,716,990,069 شيقل، والجدول التالي يبين تفاصيل تلك النفقات:

ت	اسم البند	اجمالي المدفوعات/ شيقل	اجمالي صافي الديون/ شيقل
1	الرواتب	708,469,000	-
2	علاج بالخارج وإعانات علاج	342,342,972	344,425,118
3	أدوية ومستهلكات ومواد مخبرية	248,875,287	274,671,263
4	نفقات تشغيلية ورأسمالية أخرى	57,302,810	35,514,559
5	التقاص الضريبي لحساب وزارة المالية	60,000,000	-
6	المقاصة الإسرائيلية للعلاج في الخارج	300,000,000	-
	المجموع	1,716,990,069	654,610,559

وبناء عليه سجلت الملاحظات التالية:

1. عدم قيام وزارة الصحة باحتساب تكلفة العلاج لكل مستفيد على حده، وإصدار فواتير بذلك، مما يؤدي إلى صعوبة احتساب تكلفة التأمين الخاصة بكل قطاع على حدة.

الشكل رقم (3) والذي يبين نسب النفقات من المجموع الكلي

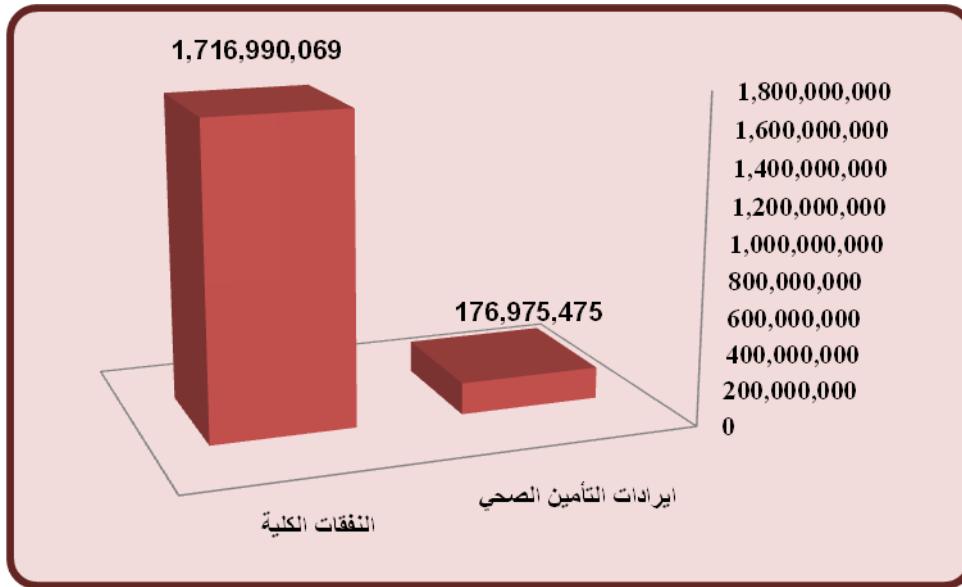


2. بلغت الديون في العام 2014 (294,439,993) شيقل، بنسبة 45% من الديون المدورة (654,610,939) شيقل من العام 2013 وما قبل، وهذا يعطي مؤشر على تزايد الديون بشكل سنوي مما يؤدي إلى تراكم الديون على موازنة وزارة الصحة.

3. بلغت الديون المتراكمة على العلاج في الخارج ما يقارب (344,425,118) شيقل بنسبة 53% من إجمالي صافي الديون، وهذا يعطي مؤشر على أن التحويلات الخارجية تستنزف أموال كبيرة من موازنة الدولة.

4. تبين أن الإيرادات المتأتية من التأمين الصحي (76,975,799 شيقل) وتمثل نسبة 10% فقط من النفقات الفعلية لوزارة الصحة والبالغة (1,716,990,069 شيقل)، مما يعطي مؤشر على أن هذه النسبة منخفضة جداً نتيجة لعدم الالتزام بتطبيق النظام أصولاً.

الشكل رقم (4) والذي يبين نسبة إيرادات التأمين الصحي من النفقات الكلية



5. تتحمل وزارة الصحة تكاليف علاج جميع سكان قطاع غزة، مما يثقل كاهل الدولة ويحملها أعباء التكاليف المرتفعة والتي لا تلبى حاجات العديد من المستفيدين من خدمات التأمين الصحي.

التوصية:

- أن تقوم وزارة الصحة باحتساب تكلفة العلاج للمرضى المستفيدين من خدمات التأمين الصحي الحكومي بشكل فردي، كما يجب العمل على اتخاذ الإجراءات المناسبة لتطبيق النظام والذي ينعكس على زيادة الإيرادات المتأتية من التأمين الصحي الحكومي
- المساواة والعدالة في تطبيق نظام التأمين الصحي على جميع المواطنين فيما يتعلق بدفع الرسوم، وأن يمنح التأمين حسب الفئات المذكورة في نظام التأمين الصحي للعام 2006.

د- العلاج في الخارج (التحويلات الخارجية)

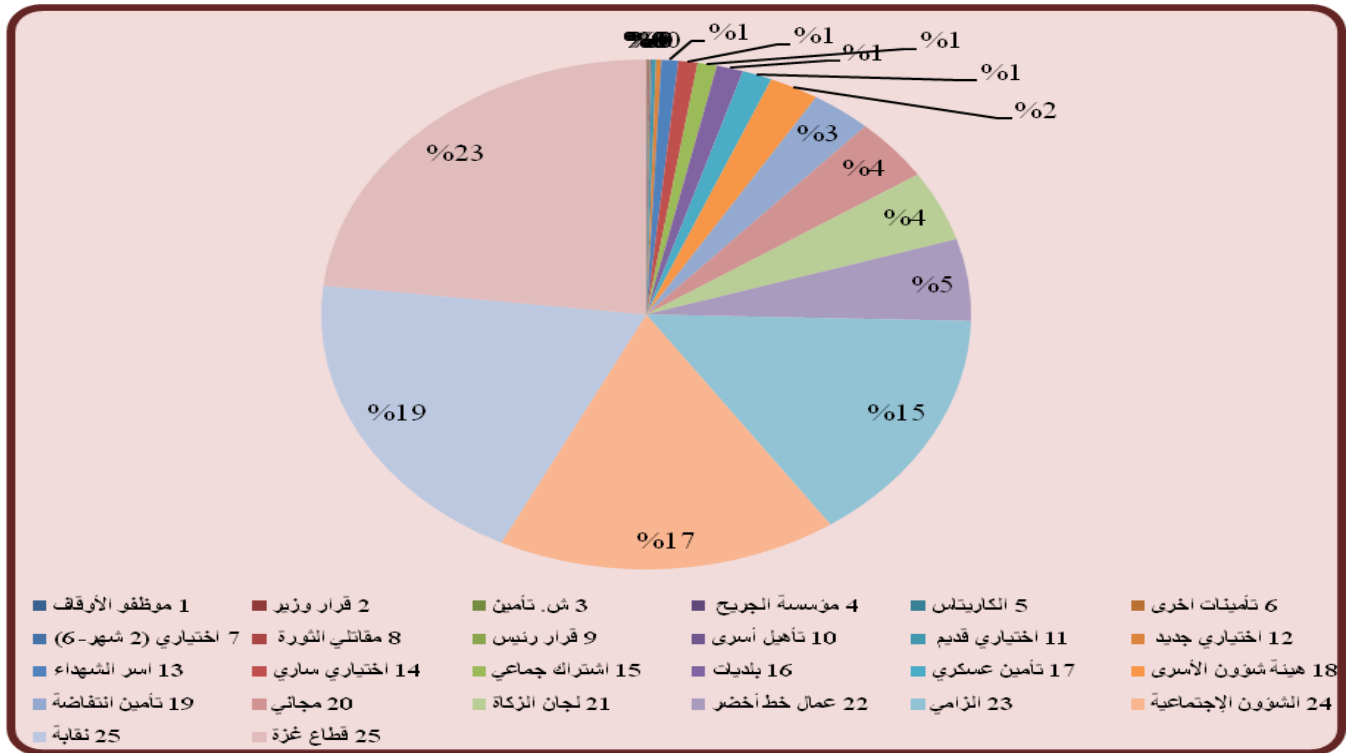
تبين لنا من خلال التدقيق على بيانات التحويلات لدى الإدارة العامة للتأمين الصحي، أن مصاريف التحويلات الطبية بلغت 615,908,175 شيقل، موزعة بين مستشفيات داخل الخط الأخضر والقدس ومحافظات الشمال ومصر والأردن، والجدول التالي يبين تكاليف التحويلات لكل قطاع:

ت	نوع التأمين	المبلغ	ت	نوع التأمين	المبلغ	ت	نوع التأمين	المبلغ
1	موظفو الأوقاف	3800	10	تأهيل أسرى	419509	19	تأمين انتفاضة	18622579
2	قرار وزير	12000	11	اختياري قديم	1325909	20	مجاني	24469356
3	ش. تأمين	27960	12	اختياري جديد	1613537	21	لجان الزكاة	27533719
4	مؤسسة الجريح	53300	13	اسر الشهداء	5126211	22	عمال خط أخضر	31902178
5	الكاريتاس	97823	14	اختياري ساري	5883476	23	إلزامي	92431804
6	تأمينات أخرى	201407	15	اشترك جماعي	5920351	24	الشؤون الاجتماعية	104407532
7	اختياري (2 - 6) أشهر	226409	16	بلديات	8079674	25	نقابة	119781606
8	مقاتلي الثورة	302685	17	تأمين عسكري	9166190	25	قطاع غزة	142,833,512
9	قرار رئيس	324783	18	هيئة شؤون الأسرى	15140865		المجموع الكلي	615,908,175

وبناء عليه سجلت الملاحظات التالية:

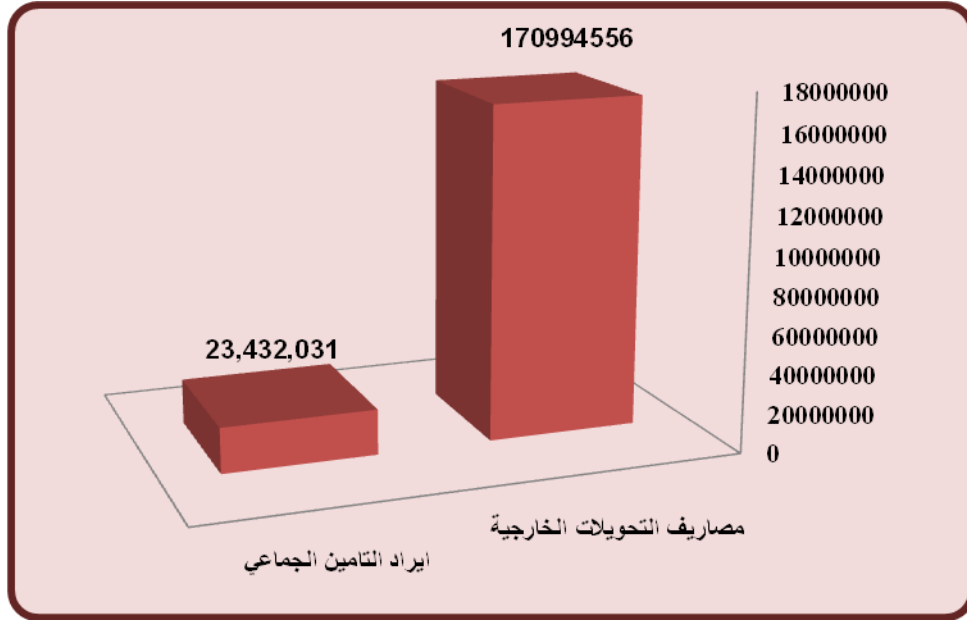
1. بلغت تكلفة التحويلات الخارجية للمستفيدين من خدمات التأمين الصحي لقطاع غزة 142,833,512 شيقل، وتمثل أعلى مبلغ تم صرفه على قطاع المستفيدين من خدمات التأمين الصحي بنسبة 23% من مصاريف التحويلات للخارج، بالرغم من أنه مجاني ولا يتم جباية أي أقساط بدل خدمات التأمين الصحي الحكومي.
2. بلغت أعلى تكلفة للتحويلات الخارجية في المحافظات الشمالية (الضفة الغربية) للمستفيدين من خدمات التأمين الصحي لقطاع النقابات بمبلغ 119,781,606 شيقل، أي ما نسبته 25% من تكلفة التحويلات الخارجية الكلية في الضفة الغربية، بالرغم من أن نسبة المستفيدين من هذا القطاع بلغت 6% فقط من عدد المستفيدين بشكل عام، مع العلم أن الإيرادات المتأتية من تأمين النقابات في العام 2014 بلغت (12,723,024) شيقل فقط، وبنسبة 11% من تكلفة التحويلات الخارجية، ودون احتساب تكلفة العلاج داخل وزارة الصحة ومراكزها.
3. بلغت نسبة الاستفادة من التحويلات الخارجية لفئة موظفي النقابات 64% في العام 2014 مقارنة بعدد المستفيدين (17,774) لهذا القطاع، في حين بلغت نسبة الاستفادة لفئة التأمين الصحي الإلزامي 19% في العام 2014 مقارنة بعدد المستفيدين (62,610)، مع العلم أن إيرادات كل منهما كانت للنقابات (213,998) شيقل وللتأمين الإلزامي (58,489,251) شيقل.

الشكل رقم (5) والذي يبين تكاليف التحويلات لكل قطاع



4. بلغت نسبة المبالغ المصروفة على التحويلات الخارجية للتأمينات التي تقوم الدولة بتغطيتها من الموازنة العامة 51% (311,413,447 شيقل) من المبالغ المصروفة على التحويلات الخارجية، وهذا يعطي مؤشر إلى أن الدولة تتحمل أكثر من نصف المصاريف الخاصة بالتحويلات الخارجية مما يتحمل كاهل الدولة.
5. بلغ عدد التحويلات للعلاج خارج وزارة الصحة ومراكزها في المحافظات الشمالية (الضفة الغربية) حسب التقرير السنوي للعام 2014 الصادر عن وزارة الصحة 54,345 تحويلة، في حين بلغ عدد تلك التحويلات حسب تقرير الإدارة العامة للتأمين الصحي في وزارة الصحة 54,258 تحويلة، بفرق (87) تحويلة.
6. بلغت تكلفة شراء الخدمة من خارج وزارة الصحة في المحافظات الشمالية (الضفة الغربية) حسب التقرير السنوي للعام 2014 الصادر عن وزارة الصحة في 426,754,668 شيقل، في حين بلغت التكلفة حسب تقرير الإدارة العامة للتأمين الصحي في وزارة الصحة 473,074,663 شيقل، بفرق بلغ 46,319,995 شيقل.
7. بلغت مصاريف التحويلات الخارجية للمستفيدين من خدمات التأمين الصحي لفئة الاشتراك الجماعي والاختياري (170,994,556 شيقل)، في حين بلغت الإيرادات المتأتية من تلك الاشتراكات (23,432,031 شيقل) فقط، أي أن نسبة تغطية الإيرادات من مصاريف التحويلات الخارجية كانت 14% فقط، دون احتساب مصاريف العلاج داخل مراكز وزارة الصحة ومستشفياتها.

الشكل رقم (6) والذي يبين تكاليف التحويلات للتأمين الجماعي مقارنة بالإيرادات



التوصيات:

- ضرورة معاملة المستفيدين من التأمين الصحي في المحافظات الجنوبية وفقا لنظام التأمين الصحي أسوة بباقي المستفيدين في المحافظات الشمالية.
- إعادة النظر برسوم بعض قطاعات التأمين والتي تنفق عليها الدولة مبالغ مرتفعة بشكل يرهق موازنتها.
- العمل على توحيد البيانات الصادرة عن وزارة الصحة وتلك الصادرة عن الإدارة العامة للتأمين الصحي فيما يتعلق بتكلفة شراء الخدمة ومعالجة الفروق بما يضمن إصدار بيانات دقيقة وصحيحة ومتوافقة.

هـ - فترة الانتظار للتأمين الصحي الحكومي

تبين لنا من خلال التدقيق على آلية الاستعادة من خدمات التأمين الصحي أثناء فترة الانتظار وقبل سريان مفعول التأمين، أنها تتم بشكل مخالف لنظامي التأمين الصحي للعام 2006 والعام 2004، حيث يظهر الجدول التالي بعض البيانات حول ذلك في العام 2014:

نوع التأمين	عدد المشتركين	الساري في نفس اليوم	نسبة السريان	رسوم واقساط التأمين	تكاليف التحويلات	نسبة تكلفة التحويلات الى رسوم واقساط التأمين
اختياري	217	107	49%	1,580,600	9,049,331	573%
عمال خط اخضر	3,258	3,217	99%	49,329,507	31,902,178	65%
اشترك جماعي	1,165	991	85%	21,851,431	153,538,361	703%
نقابات	3,885	3,201	82%			
اختياري طالب	6	5	83%			
مقاتلي الثورة	5	4	80%			
زكاة	791	783	99%			
المجموع	9327	8308	82%	72,761,538	194,489,870	267%

من خلال الجدول أعلاه يتبين لنا ما يلي:

1. إن بعض فئات التأمين المشتركة بنظام التأمين الصحي في العام 2014 كانت نسبة سريانها أثناء فترة الانتظار ما يقارب 99% مثل تأمين عمال الخط الأخضر وتأمين الزكاة، مما يؤدي إلى احتمالية استغلال التأمين الصحي الحكومي للاستفادة من خدماته للحصول على التحويلات للعلاج خارج مراكز وزارة الصحة.
2. بلغت نسبة النفقات المصروفة على فئة (الاشترك الجماعي، النقابات، الزكاة، مقاتلي الثورة، اختياري طالب) من التحويلات الخارجية (دون تكاليف العلاج داخل وزارة الصحة ومراكزها) 703% مقارنة مع إيراداتها في العام 2014.
3. إن نسبة سريان تأمين (الاشترك الجماعي، النقابات، الزكاة، مقاتلي الثورة، اختياري طالب) في أثناء فترة الانتظار بلغت ما يقارب 86% (متوسط الفئات المذكورة) من عدد المستفيدين في العام 2014، دون وجود ما يثبت أنها حالات طارئة، مما يؤكد على استغلال خدمات التأمين الصحي للاستفادة من العلاج خارج مراكز وزارة الصحة.
4. إن معظم فئات التأمين والتي تتدرج غالبيتها تحت نطاق المؤسسات الخاصة ترهق موازنة الدولة نتيجة للمصاريف التي تتكبدها التحويلات الخارجية، حيث تبين من البيانات أعلاه أن نسبة التأمين التي سرت في فترة الانتظار بلغت 82%، في حين أن النفقات المصروفة على التحويلات الخارجية لهذه الفئات بلغت (194,489,870) شيقل بما نسبته 267% من الإيرادات المتأتية منها والبالغة

مادة (10) فترة الانتظار/

نظام التأمين الصحي

2004

أ. تكون فترة الانتظار ستين

يوماً من تاريخ الدفع، ولا

تسري أحكام فترة الانتظار

على المؤمن عليهم إجبارياً

ومن في حكمهم.

ب. تسري أحكام فترة

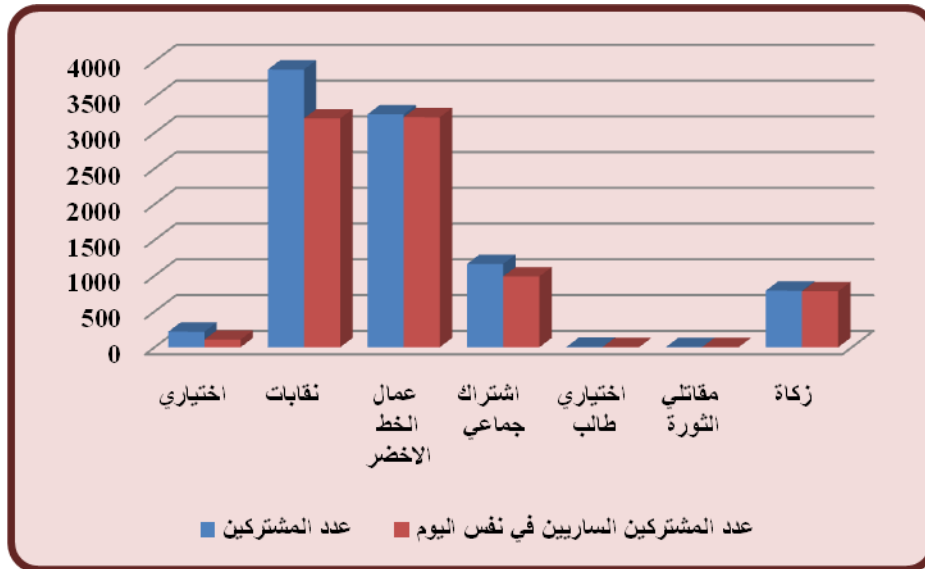
الانتظار على المرافقين من

كافة الفئات.

(72,761,538) شيقل.

5. لا يتم الالتزام بالنظام فيما يتعلق بفترة الانتظار للمرافقين، حيث يسري التأمين الصحي للمرافقين مع صاحب التأمين بنفس اليوم، دون الالتزام بأحكام المادة رقم (10) من نظام التأمين الصحي للعام 2006، والمادة (10) من نظام التأمين الصحي للعام 2004، والتي نصت على أن أحكام فترة الانتظار تسري على المرافقين من كافة الفئات، مما يؤدي إلى احتمالية العلاج في تلك الفترة داخل وخارج مراكز وزارة الصحة.

الشكل رقم (7) والذي يبين تكاليف التحويلات لكل قطاع



6. تبين من خلال فحص ومراجعة البيانات الخاصة بسريان مفعول التأمين أن بعض التأمينات سارية المفعول قبل تاريخ بداية التأمين، مما يعطي احتمالية الاستفادة من خدمات العلاج قبل إصدار بطاقة تأمين للمستفيد.

رأي الديوان:

لا يوجد التزام بفترة الانتظار من قبل معظم فئات التأمين التي نص عليها نظام التأمين الصحي (60 يوم لسريان مفعول التأمين)، والتي نصت على أن تكون فترة الانتظار ستين يوماً من تاريخ الدفع، إلا المؤمن عليهم إجبارياً ومن في حكمه لا تسري عليهم فترة الانتظار، ودون ذلك لا يسري التأمين إلا في الحالات الطارئة، (من خلال البيانات أعلاه تبين أن معظم التأمينات تسري قبل انتهاء فترة الانتظار، ولا يتم الالتزام بالسداد المباشر لسنة ونصف وفقاً للنظام، مما يؤدي إلى احتمالية استغلال التأمين الصحي الحكومي للحصول على التحويلات للعلاج خارج وزارة الصحة ومراكزها، خلافاً للمادتين رقم (10,15) من نظام التأمين الصحي للعام 2006 والمادة (12) من نظام التأمين الصحي للعام 2004.

التوصية:

أن يتم الالتزام بما نص عليه النظام فيما يتعلق بفترة الانتظار، وأن لا يسري التأمين إلا بعد انقضاء الفترة القانونية لذلك، إلا في الحالات الطارئة فقط، وأما فيما يتعلق بالمرافقين فيجب الالتزام بفترة الانتظار من كافة الفئات دون استثناء.

ثالثاً: البرنامج المحوسب للتأمين الصحي



اشتمل هذا البند على البرنامج المحوسب الخاص ببيانات المستفيدين من خدمات التأمين الصحي، فيما يتعلق بالمرونة في التعامل مع تلك البيانات وأمن وسرية المعلومات، ومدى وجود ضوابط لمستخدمي البرنامج، وآلية الإدخال والحذف والتعديل، بالإضافة إلى إجراء المقارنات اللازمة للتأكد من مصداقية البيانات الموجودة فيه مقارنة مع بيانات المؤسسات ذات العلاقة بالتأمين الصحي.

ومن خلال فحص برنامج التأمين الصحي المحوسب في الإدارة العامة للتأمين الصحي، سجل الديوان الملاحظات التالية:

1. مركزية قواعد البيانات

الملاحظة: إن برنامج التأمين الصحي مركزي من ناحية قواعد البيانات إلا أن البرمجيات الخاصة بنظام التأمين موزعة على أجهزة منفصلة في المحافظات والمناطق، وبالتالي فإن أي تعديل أو تحديث على البرنامج يتطلب نسخ التعديلات والتحديثات على كافة الأجهزة في كافة المناطق، مما قد يؤخر المستخدمين عن أداء أعمالهم لحين الانتهاء من نسخ كافة التعديلات، ويضعف من مرونة العمل على النظام من قبل المستخدمين.

التوصية: تطوير قاعدة البيانات إلى النسخة الأحدث Oracle12g المزودة بالدعم الفني، والعمل على تطوير النظام من Desktop application إلى Web based application، بما يمكن من الوصول إلى النظام من أي جهاز في الوزارة حسب صلاحيات المستخدمين دون الحاجة إلى أي برامج على أجهزة المستخدمين في المحافظات.

2. مركزية التعديل على قاعدة البيانات.

الملاحظة: مسؤول قاعدة البيانات هو الشخص المسؤول عن أي تعديلات على قاعدة البيانات وذلك من خلال الدخول على قواعد البيانات مباشرة وليس من خلال شاشات البرنامج، مما قد يؤثر على ضمان صحة البيانات وسرية المعلومات والبطء في إجراء التعديل نظراً لضغط العمل، وخاصة للحركات التالية:

- الاحتساب الشهري.
- الاحتساب السنوي.
- حذف وتعديل على دفعات للمؤمنين.
- إلغاء المراقبين فوق السن القانونية للتأمين الصحي " من سن 18 عام فما فوق ".
- أرشفة البيانات التاريخية.

التوصية: ضمان صحة البيانات وسرية المعلومات من خلال تطوير شاشات متعددة ومنح صلاحيات محددة للمستخدمين للتعديل على البيانات، مع تعزيز إجراءات المتابعة والمراقبة من قبل القسم المختص.

3. آلية احتساب قيم التأمين الصحي

الملاحظة: لوحظ أن قيم التأمين الصحي يتم احتسابها وإدخالها يدوياً على البرنامج دون أن تكون الرسوم مدخلة كقيم موحدة في البرنامج، مما قد يؤدي إلى احتمالية حدوث أخطاء في الاحتساب والإدخال.

التوصية: ضرورة تحديث البرنامج الإلكتروني بما يضمن احتساب الرسوم إلكترونياً وفقاً لنوع التأمين المطلوب.

4. التقارير الصادرة عن البرنامج

الملاحظة:

4.1 افتقار التقارير التي تصدر عن النظام إلى كثير من التفاصيل والإيضاحات والتي تساعد في عملية اتخاذ القرار، حيث أن النظام المستخدم لا يدعم إصدار تقارير شاملة مفصلة، ومثال ذلك:

- تقرير مفصل بأسماء المؤمنین الذين حصلوا على سريان مفعول خلال فترة زمنية يتم تحديدها من قبل المستخدم.
- تقرير تفصيلي بالديون المتراكمة على كافة أسماء المؤمنین.

4.2 لا يمكن استخراج تقارير إحصائية من برنامج التأمين الصحي في مديريات الصحة (أقسام التأمين الصحي) والتقارير الوحيد الذي يمكن استخراجه من البرنامج هو التقرير المالي اليومي والشهري.

التوصية: ضرورة العمل على تحديث برنامج التأمين الصحي بحيث يمكن من الحصول على كافة البيانات ذات الصلة ببيانات المؤمنین، ويسمح باستخراج كافة أنواع التقارير والتي تساعد في عملية اتخاذ القرار.

5. التعديل والتحديث على بيانات المؤمنین:

الملاحظة: يتم التعديل والتحديث على الملف الخاص ببيانات المؤمن بإضافة بعض الملاحظات التي تؤثر على كيفية الاحتساب الشهري مثل حالة المؤمن (يتيم، متقاعد، وريث) دون أن تظهر بشكل مباشر، وذلك من خلال إدخال الملاحظة من الموظف على شكل نص، حيث إن ذلك قد يؤدي إلى إظهار التقارير الصادرة بصورة مغايرة للواقع الفعلي.

التوصية: ضرورة إنشاء جدول أو حقل جديد لحالة المؤمن وربطه بنوع التأمين، بحيث يتم التوضيح من خلاله طبيعة التأمين وكافة الحالات المستخدمة، وعدم السماح للمستخدم بكتابة نص وإنما الاختيار من القائمة.

6. التعديل اليدوي على النظام

الملاحظة: لا تتم معالجة التعديلات على النظام بشكل سليم، حيث تتم معالجتها بشكل يدوي من خلال التعديل المباشر على قواعد البيانات عن طريق الموظف الفني، إن ذلك قد يؤدي إلى حدوث أخطاء ولا يضمن صحة البيانات وسرية المعلومات.

التوصية: يجب أن يتم معالجة الفروق في النظام من خلال شاشات خاصة وأن لا تتم المعالجة عن طريق التعديل المباشر على قواعد البيانات.

7. الربط مع البرامج الأخرى لوزارة الصحة

الملاحظة: لا يوجد ربط إلكتروني ما بين البرنامج المحوسب للتأمين الصحي مع البرامج ذات العلاقة في وزارة الصحة (نظام التحويلات الصحية، برنامج المستشفيات)، إن من شأن ذلك أن يضعف من إجراءات التحقق من صحة سريان التأمين أو دقة بيانات المؤمنین، بالإضافة إلى احتمالية التعديل أو التلاعب في الإدخال على الأنظمة الأخرى.

التوصيات:

- ضرورة العمل على إجراء ربط إلكتروني ما بين البرنامج المحوسب للتأمين الصحي مع البرامج ذات العلاقة في وزارة الصحة بما يعزز من إجراءات التحقق والرقابة على الأنظمة.
- العمل على ربط برنامج التأمين الصحي مع وزارة الداخلية من أجل قراءة كافة المعلومات التي تتعلق بالمؤمن عند إدخال رقم الهوية، بالإضافة لإدخال المواليد الخاصة بكل مؤمن مباشرة بعد إدخالها من قبل وزارة الداخلية على البرنامج الخاص بهم.

8. نظام المراقبة

الملاحظة:

- عدم تفعيل نظام التدقيق لمراقبة سجل حركات قاعدة البيانات، كما لا يوجد سجل لبعض الحركات والتعديلات بالنظام (Logs)، مما يؤدي إلى احتمالية عدم الاحتفاظ بالتعديلات التي تمت ويضعف من تحديد مسؤولية الأخطاء في حالة حدوثها.
- لا يوجد موظف يدقق عملية الإدخالات للتأمين لأول مرة على النظام وذلك عند إصدار تأمين جديد في مديريات الصحة، مما يؤدي إلى احتمالية إصدار تأمينات لغير مستحقيها.

التوصية: تفعيل نظام التدقيق لمراقبة سجل حركات قاعدة البيانات ومتابعة سجل الحركات والتعديلات على النظام، وضرورة تدقيق الإدخالات من قبل موظف مستقل عن الموظف الذي ادخل البيانات.

9. الأمان والسرية للبرنامج

الملاحظة: عدم تحديث الصلاحيات للمستخدمين بشكل مستمر، حيث تبين أن هناك موظفين انتقلوا من الإدارة العامة للتأمين الصحي وبقيت لديهم صلاحيات على النظام، مما يشكل خطر على صحة وسرية معلومات التأمين الصحي، وإمكانية دخول موظفين غير مخولين إلى النظام.

التوصية: ضرورة تحديث وتعديل الصلاحيات للمستخدمين في حال تغيير الموظفين لضمان سرية المعلومات والوصول الآمن إلى النظام.

10. مشاكل في البرمجة

- لا يوجد قيود على حقل (رقم الهوية) الخاص بالمؤمن، حيث يوجد بعض البيانات الخاصة بهذا الحقل تحتوي على نص، حيث تبين وجود ما يقارب (104) حقل فيها مشاكل في رقم الهوية.
- لا يوجد قيود على حقل (التاريخ) الخاص بكل من تاريخ بداية التأمين وتاريخ سريان مفعول التأمين وتاريخ الإلغاء الخاص بالمؤمن، حيث يوجد بعض البيانات الخاصة بهذا الحقل ليست بصيغة تاريخ.

التوصية: ضرورة وجود قيود على حقول الهوية والتاريخ الخاصة بالمؤمن في قواعد البيانات بحيث يضمن عدم قبول أي إدخالات بغير صيغة الرقم أو التاريخ.

11. التضارب في البيانات بين وزارة الصحة والمؤسسات ذات العلاقة في نوع التأمين

الملاحظة: تبين لنا من خلال تدقيق البيانات المتوفرة لدى وزارة الصحة والمؤسسات ذات العلاقة، أن هناك ما يقارب 874 بطاقة تأمين يختلف فيها تسجيل نوع الفئة في وزارة الصحة عن نوع الفئة في المؤسسة ذات العلاقة.

التوصية: ضرورة تصحيح البيانات وتوحيدها بين وزارة الصحة والمؤسسات ذات العلاقة لمنع التضارب والاختلاف بينها.

رابعاً: الإدارة العامة للتأمين الصحي

اشتمل هذا البند على آلية عمل الإدارة العامة للتأمين الصحي للتأكد من القيام بالمهام الموكلة إليها لتحقيق الأهداف العامة في متابعة الإجراءات التنفيذية اللازمة لاستفادة المواطنين من خدمات التأمين الصحي الحكومي، ومدى تطبيق الأنظمة واللوائح الصادرة، ومراجعة وتدقيق الطلبات بأنواعها، إعداد الإحصائيات اللازمة بالخصوص، ومراجعة العقود الخاصة بالمؤسسات والجمعيات والاشتراكات الجماعية، ونبين فيما يلي بعض الملاحظات التي تم تسجيلها على إدارة التأمين الصحي:

1. رقابة وزارة الصحة على آلية منح التأمين الصحي الحكومي من قبل المؤسسات الأخرى.

الملاحظة: لا تقوم وزارة الصحة ممثلة بالإدارة العامة للتأمين الصحي بالرقابة على آلية منح التأمين الصحي من قبل بعض المؤسسات المخولة بذلك (وزارة الشؤون الاجتماعية، وزارة العمل، هيئة شؤون الأسرى والمحررين، لجان الزكاة)، مما قد يؤدي إلى احتمالية إضافة مستفيدين غير خاضعين للشروط المعن عنها لكل قطاع.

التوصية: ضرورة أن تقوم الإدارة العامة بالتأمين الصحي بالرقابة على آلية منح التأمين الصحي من قبل المؤسسات التي تقوم بذلك وفقاً للصلاحيات المخولة لها بموجب القانون والنظام والاتفاقيات الموقعة.

2. تجديد وصياغة الاتفاقيات حسب نظام التأمين الصحي في حينه.

الملاحظة: عدم قيام الإدارة العامة للتأمين الصحي بتجديد الاتفاقيات مع المستفيدين من خدمات التأمين الصحي الجماعي بناء على نظام التأمين الصحي للعام 2004، وأيضاً نظام التأمين الصحي للعام 2006 فيما بعد، مما يؤدي إلى عدم الالتزام بتطبيق النظام ويؤدي إلى ضياع أموال على خزينة الدولة نتيجة اختلاف الرسوم حيث تبين مخالفة الاتفاقيات لنظامي التأمين الصحي للعام 2006 و2004، فيما يتعلق برسوم القسط الشهري للتأمين، ورسوم المرافق الإضافي، مما ينتج عنه ضياع مبالغ على خزينة الدولة، والجدول التالي يبين عينة من ذلك:

ت	المؤسسة	سنة الاتفاقية	قيمة الاشتراك وفقاً للاتفاقية	قيمة الاشتراك وفقاً للنظام 2004	قيمة الاشتراك وفقاً للنظام 2006
1	اتحاد جمعيات المزارعين الفلسطينيين	2006	45	5% من الراتب	5% من الراتب
2	جمعية الهلال الأحمر الفلسطيني	2006	50	5% من الراتب الإجمالي بحد أدنى 50 وحد أعلى 100 شيقل	5% من الراتب الإجمالي بحد أدنى 50 وحد أعلى 100 شيقل
3	لجنة الانتخابات المركزية	2008	75	أدنى 50 وحد أعلى 75 شيقل	أدنى 50 وحد أعلى 100 شيقل
4	رابطة مقاتلي الثورة القدامى	2008	45	أدنى 50 وحد أعلى 75 شيقل	أدنى 50 وحد أعلى 100 شيقل
5	لجنة المريض الفقير	2007	45	أدنى 50 وحد أعلى 75 شيقل	أدنى 50 وحد أعلى 100 شيقل

التوصية: ضرورة أن يتم تجديد الاتفاقيات بما يتماشى ونظام التأمين الصحي الساري في حينه، لضمان عدم ضياع أي مبالغ على خزينة الدولة.

3. تجديد الاتفاقيات بشكل سنوي.

الملاحظة: عدم التزام الإدارة العامة للتأمين الصحي بتجديد الاتفاقيات مع المؤسسات المرخصة بشكل سنوي حسب بنود الاتفاقية الموقعة بين الطرفين، ما يثير الشك حول قانونية تلك الاتفاقيات لعدم تجديدها بشكل سنوي.

ت	المؤسسة	سنة الاتفاقية	ت	المؤسسة	سنة الاتفاقية
1	اتحاد جمعيات المزارعين الفلسطينيين	2006	6	جمعية المقاصد الخيرية	2004
2	جمعية الهلال الأحمر الفلسطيني	2006	7	نقابة محامي فلسطين	2000
3	لجنة الانتخابات المركزية	2008	8	جمعية لجنة العلوم والثقافة الإسلامية	2004
4	رابطة مقاتلي الثورة القدامى	2008	9	شركة النصر التجارية الصناعية	2002
5	لجنة المريض الفقير	2007	10	اتحاد عام عمال فلسطين	2000

التوصية: ضرورة أن يتم الالتزام ببنود الاتفاقيات الموقعة بين الأطراف والمؤسسات ذات العلاقة وخاصة فيما يتعلق بتجديدها بشكل سنوي.

4. تجميد الديون في حال تم تغيير نوع التأمين

الملاحظة: يتم تجميد الديون السابقة على المؤمن في حال تم تغيير نوع التأمين إلى تأمين آخر (شؤون اجتماعية، أسرى، معاق) دون الالتزام بسداد الديون السابقة، خلافاً لأحكام المادة (14) من نظام التأمين الصحي للعام 2006، والمادة (12) من نظام التأمين الصحي للعام 2004.

التوصية: ضرورة تحصيل الديون المستحقة لصالح التأمين الصحي، والتأكد من حالة صاحب التأمين عند تغيير نوع تأمينه إلى نوع آخر.

5. الاستفادة من خدمات التأمين الصحي بالرغم تراكم الديون.

الملاحظة: يتم تفعيل التأمين الصحي للعديد من المستفيدين بالرغم من تراكم الديون من أعوام سابقة، مما يؤدي إلى الاستفادة من خدمات التأمين الصحي داخل وزارة الصحة ومراكزها، خلافاً لأحكام المادة رقم (12) من نظام التأمين الصحي للعام 2006 والمادة رقم (11) من نظام التأمين الصحي للعام 2004، مما يرهق موازنة

الدولة بسبب تكاليف العلاج، ويضيع مبالغ الديون على خزينة الدولة نتيجة عدم الالتزام بدفع تلك الديون.

ت	نوع التأمين	عدد بطاقات المؤمنین المتراكمة ديونهم	مجموع الديون المتراكمة
1	نقابات	230	87,874
2	اشترك جماعي	334	147,064
3	بلديات	322	133,248
	المجموع	886	368,186

مادة (11) تعليق الاستفادة من التأمين

الصحي/ نظام التأمين الصحي 2004

أ. تعلق الاستفادة من الخدمات الصحية في حالة التخلف عن الدفع حتى مطلع الشهر الذي يلي شهر الاستحقاق.

ب. يعتبر التأمين الصحي معلقاً جزئياً إذا تخلف صاحبه عن دفع الأقساط المستحقة لمدة ثلاثة أشهر (تأمين معلق جزئياً)

ج. يعتبر التأمين الصحي معلقاً كلياً إذا تخلف صاحبه عن دفع الأقساط المستحقة لمدة ستة أشهر (تأمين معلق كلياً)

مادة (12) بشأن فترة الانتظار والتأمين

المعلق/ نظام التأمين الصحي 2004

لسريان مفعول التأمين الصحي أثناء فترة

الانتظار في الحالات الطارئة والمستعجلة يجب

على المؤمن عليه الجديد أن:

- يدفع أقساط سنة مالية كاملة دون خصم

عن السنة المالية الجارية.

- يدفع أقساط سنة أشهر بدل فترة الانتظار.

أما بالنسبة للمؤمن عليه المتوقف عن الدفع

(المعلق جزئياً) فيجب عليه أن:

- يدفع المستحقات المترتبة عليه حتى نهاية

السنة المالية.

- تطبق عليه فترة الانتظار.

- لسريان المفعول يطبق عليه الفقرة "2" من

المؤمن عليه الجديد من مادة (11)

وأما بالنسبة للمؤمن عليه (المعلق كلياً حسب

الفقرة (3) من المادة (10) فيجب عليه أن:

- يدفع المبالغ المستحقة عليه سابقاً بما لا

يزيد عن أقساط سنة كاملة.

- يدفع أقساط سنة مالية كاملة دون خصم

عن السنة المالية الجارية.

- يدفع أقساط ستة أشهر بدل فترة الانتظار.

- يدفع رسوم الاشتراك المقررة.

التوصية: ضرورة الالتزام بالنظام فيما يتعلق بالمستفيدين غير الملتزمين بدفع أقساط الاشتراك بالتأمين الصحي، ووقف الاستعادة من التأمين جزئياً أو كلياً وفقاً لنظام التأمين الصحي للعام 2006.

6. تجميد الديون

الملاحظة: يتم تجميد الديون السابقة للمؤمن في حال التجديد له ومطالبته بدفع ديون سنة سابقة فقط دون إلزامه بدفع الديون السابقة جميعها، وهذا يؤدي إلى ضياع أموال على خزينة الدولة، خلافاً لأحكام المادة (14) من نظام التأمين الصحي للعام 2006 والمادة (12) من نظام التأمين الصحي للعام 2004.

التوصية: ضرورة تسديد كامل الديون المترتبة على المؤمنين وعدم تجميدها عند تجديد التأمين الصحي، لضمان الالتزام بسداد تلك الديون.

7. انتهاء صلاحية بطاقة التأمين:

الملاحظة: يتم الاستعادة من خدمات التأمين الصحي للعديد من المستفيدين بالرغم من انتهاء صلاحية البطاقة وإلغائها، مما يرهق موازنة الدولة بسبب تكاليف العلاج.

التوصية: ضرورة اتخاذ الإجراءات اللازمة من قبل وزارة الصحة لضمان عدم الاستعادة من خدمات التأمين الصحي بعد انتهاء صلاحية البطاقة أو إلغائها.

خامساً: قطاعات التأمين الصحي

اشتمل هذا البند التدقيق على المؤسسات التي لها الصلاحية في منح التأمين الصحي للمستفيدين، ومدى انطباق الشروط اللازمة على المتقدمين لمنحهم بطاقة التأمين الصحي حسب أهداف ورؤية تلك المؤسسات، للاستفادة من خدمات التأمين الصحي الحكومي، وإظهار التجاوزات التي ظهرت بناء على العينات التي تم تدقيقها من قبل طاقم الديوان، مع التأكيد على أن الملاحظات المذكورة في كل قطاع هي من مسؤولية المؤسسة أو الوزارة التي أوصت بمنح بطاقة التأمين الصحي للمستفيد، وفيما يلي نبين الملاحظات لكل قطاع على حدة:

أ- قطاع التأمين الصحي للفئات المهمشة (الشؤون الاجتماعية)

1. التضارب بين بيانات وزارة الصحة ووزارة الشؤون الاجتماعية

تبين لنا من خلال المقارنة بين بيانات وزارة الصحة ووزارة الشؤون الاجتماعية للمستفيدين من خدمات التأمين الصحي للفئات المهمشة للعام 2014 ما يلي:

البيان	العدد
عدد التأمينات من خلال بيانات وزارة الصحة	21,219
عدد التأمينات من خلال بيانات وزارة الشؤون الاجتماعية	25,678
المشترك بين وزارة الصحة ووزارة الشؤون الاجتماعية	11,590
ظهرت في وزارة الشؤون الاجتماعية ولم تظهر في وزارة الصحة	13,415
ظهرت في وزارة الصحة ولم تظهر في وزارة الشؤون الاجتماعية	9,629
تأمينات صدرت من وزارة الشؤون الاجتماعية وظهرت في وزارة الصحة ضمن تأمينات أخرى	673
العدد الإجمالي لعدد البطاقات الصادرة	35,307

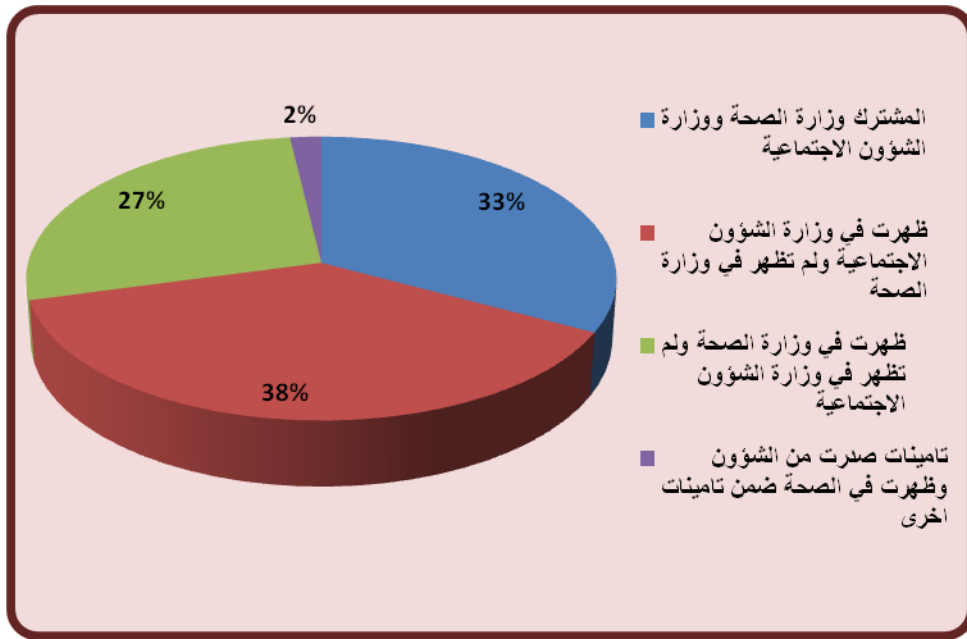
ومن خلال البيانات الواردة في الجدول أعلاه، سجلت الملاحظات التالية:

- إن عدد بطاقات التأمين الصحي الصادرة للفئات المهمشة في كل من وزارة الصحة ووزارة الشؤون الاجتماعية (35,307) بطاقة، منها (11,590) بطاقة مشتركة بين الوزارتين، و(13,415) بطاقة ظهرت في وزارة الشؤون الاجتماعية ولم تظهر في وزارة الصحة، و(9,629) بطاقة ظهرت في وزارة الصحة ولم تظهر في وزارة الشؤون الاجتماعية، و(673) بطاقة صدرت من وزارة الشؤون الاجتماعية على أنها بطاقات للفئات المهمشة ولكنها ظهرت في وزارة الصحة تحت مسميات لفئات تأمين أخرى، وهذا يعطي مؤشر واضح عن مدى التضارب والاختلاف بين بيانات كل من وزارة الشؤون الاجتماعية ووزارة الصحة وغياب التنسيق بينهما وعدم وجود تحديد واضح للصلاحيات والمسؤوليات.
- إن عدد البطاقات الصادرة عن وزارة الشؤون الاجتماعية لفئة المستفيدين من خدمات التأمين الصحي للحالات الاجتماعية (25,678) بطاقة، ظهر منها في وزارة الصحة (11,590) بطاقة فقط، وأن (13,415) بطاقة لم

تظهر، مما يؤدي إلى احتمالية وجود خلل في التنسيق والتواصل بين وزارة الشؤون الاجتماعية ووزارة الصحة فيما يتعلق بالإضافة والإلغاء.

- إن عدد البطاقات الصادرة من وزارة الصحة لفئة المستفيدين من خدمات التأمين الصحي للحالات الاجتماعية (21,219) بطاقة، منها (11,590) بطاقة مشتركة بينها وبين وزارة الصحة، و(9,629) بطاقة ظهرت لدى وزارة الصحة ولم تظهر في وزارة الشؤون الاجتماعية، مما يؤدي الى احتمالية قيام وزارة الصحة بإصدار بطاقات تأمين لفئة الشؤون الاجتماعية غير صادرة عن وزارة الشؤون الاجتماعية، أو أنه تم إلغاؤها من قبل وزارة الشؤون الاجتماعية ولم تلغى من قبل وزارة الصحة.

الشكل رقم (8) مقارنة بيانات التأمين الصحي الصادرة بين وزارة الصحة ووزارة الشؤون الاجتماعية



التوصية: أن يكون هناك تنسيق وتواصل مستمر بين كل من وزارة الصحة ووزارة الشؤون الاجتماعية، لضمان دقة البيانات وتوافقها بين الوزارتين للمستفيدين من خدمات التأمين الصحي للفئات المهمشة لتقادي التضارب الحاصل في البيانات الصادرة بالخصوص، والمتابعة الفورية للتحديث المستمر لحالات الإضافة والإلغاء، وعدم إصدار أي بطاقات من قبل وزارة الصحة دون علم وزارة الشؤون الاجتماعية بذلك للتأكد من أحقية المستفيدين لها.

2. تقارير الديوان السابقة

عدم استرداد المبالغ التي حصل عليها الموظفين في مديرية الشؤون الاجتماعية في رام الله عن طريق الاحتياطي على المواطنين، حيث تبين ان مجموع التأمينات الصادرة من وزارة الصحة على انها تأمينات شؤون اجتماعية (17,324) تأمين ولا يوجد لها بيانات في وزارة الشؤون الاجتماعية، وبلغت تكلفة هذه التأمينات وفق نظام التأمين الصحي (50x17,324)

القسط الشهري $12 \times 10,394,400 = 123,932,800$ مليون شيقل)، الأمر الذي أدى إلى ضياع الأموال على خزينة الدولة وإلى استغلال جهل المواطنين لأغراض الاحتيال (القضية لدى هيئة مكافحة الفساد).

التوصية: ضرورة الالتزام بتنفيذ توصيات تقارير ديوان الرقابة المالية والإدارية، والعمل على اتخاذ الإجراءات اللازمة للحد من استغلال المال العام.

3. المعايير والآليات اللازمة لمنح التأمين الصحي للفئات المهمشة

الملاحظة: عدم تنظيم اتفاقية أو اعتماد معايير أو آليات واضحة لصلاحيات منح التأمين الصحي للفئات المهمشة لدى وزارة الشؤون الاجتماعية في العام 2014، وعدم وجود آلية واضحة للتعامل بينها وبين وزارة الصحة في ما يخص منح التأمين الصحي لمستحقيه من الفئات المهمشة.

التوصية: ضرورة وجود اتفاقيات أو تعليمات واضحة لآلية منح التأمين لمستحقيها من الفئات المهمشة، بالإضافة إلى تنظيم التعامل بين وزارة الصحة ووزارة الشؤون الاجتماعية لضمان الالتزام بالنظام.

4. إضافة مرافقين مستفيدين من خدمات التأمين الصحي.

الملاحظة: يتم إضافة مرافقين لبطاقة التأمين الصحي خلافا للمادة رقم (2) ملحق رقم (3) من نظامي التأمين الصحي للعام 2006 و2004، حيث يتم إضافة الإبن على تأمين الأب رغم تجاوزه السن القانونية، أو الأخت على تأمين الأخ، وهذا يؤدي إلى زيادة الأعباء على الدولة وتكاليف علاج إضافية.

التوصية: ضرورة الالتزام بنظام التأمين الصحي فيما يتعلق بإضافة مرافقين لبطاقة التأمين الصحي.

5. منح بعض التأمينات بناء على تقارير طبية.

الملاحظة: تم منح التأمين لبعض الأشخاص الذين لا تنطبق عليهم شروط منح التأمين الصحي، بناءً على تقارير طبية خاصة، وليس بناء على تقارير طبية صادرة عن اللجنة الطبية المختصة في وزارة الصحة، تثبت الحالة المرضية للشخص الذي يستحق الحصول على تأمين صحي من وزارة الشؤون الاجتماعية، إن ذلك لا يعطي تأكيد بصحة ومصداقية تلك التقارير.

التوصية: ضرورة الاعتماد على التقارير الطبية الصادرة عن اللجنة الطبية المختصة في وزارة الصحة، لضمان مصداقيتها وصحتها.

ملحق رقم (3) مادة (2) / نظام التأمين الصحي 2004

مرافقو المؤمن عليه: (الأب فوق سن 60 شريطة أن لا يكون له دخل، الأم إذا كان الأب فوق سن 60 سنة شريطة أن لا يكون له دخل، الأم الأرملة، كل من ليس له دخل ومعال من صاحب التأمين على أن يعزز ذلك بمسندات ثبوتية وهم: (الأخوة والاحوات حتى سن 18 سنة (الأيتام وبأمر وصاية)، البنت المطلقة وأولادها إذا كانت تحت رعاية المؤمن عليه، البنت الأرملة وأولادها إذا كانت تحت رعاية المؤمن عليه، الأب العاجز دون سن 60 سنة ومن يعيلهم (الأم والأولاد حتى سن 18 سنة) شريطة أن يبرز تقريرا طبييا من اللجنة الطبية، أبناء الأخوة أو الأخوات حتى سن 18 سنة (الأيتام وبأمر وصاية)، الأخت العزباء فوق سن 18 على أن تكون معالة من صاحب التأمين بموجب حجة شرعية، زوجة الأب تعتبر أما ثانية.

6. إصدار تأمين صحي دون القيام بالزيارة الميدانية لبعض الحالات.

الملاحظة: يتم منح التأمين الصحي لبعض حالات الشؤون الاجتماعية دون اجراء الزيارة الميدانية من قبل الباحثين الميدانيين، خلافا لتعليمات منح التأمين الصحي، الأمر الذي قد يؤدي الى منح التأمين الصحي لأشخاص لا تنطبق عليهم الشروط.

التوصية: ضرورة إجراء الزيارة الميدانية والتحقق من حاجة الحالة قبل إصدار التأمين الصحي.

7. إصدار بطاقات تأمين صحي قبل الزيارة الميدانية لبعض الحالات.

الملاحظة: يتم منح التأمين الصحي لبعض حالات الشؤون الاجتماعية قبل إجراء الزيارة الميدانية من قبل الباحثين الميدانيين، الأمر الذي قد يؤدي إلى منح التأمين الصحي لأشخاص لا تنطبق عليهم الشروط.

التوصية: ضرورة الالتزام بإجراء الزيارة الميدانية والتحقق من حاجة الحالة قبل إصدار بطاقة التأمين الصحي لمستحقيها.

8. إصدار تأمين صحي لأسر غير فقيرة ولا تدخل ضمن فئات الشؤون الاجتماعية.

الملاحظة: تم منح التأمين الصحي لبعض العائلات خلافا لتعليمات منح التأمين الصحي للشؤون الاجتماعية كونها لا تستحق التأمين (غير فقيرة)، حيث تبين لنا من خلال تدقيق بعض الملفات للمستفيدين من خدمات التأمين الصحي أن رب الأسرة بحالة جيدة وقادر على العمل، أو أن أحد الأبناء موظف حكومي يمكن اضافة الوالدين لتأمينه، وبعضهم يعمل داخل الخط الأخضر، مما يعني عدم الدقة والمهنية في البيانات الواردة في استمارات الاستهداف وغياب لآليات التحقق من الفئة المستهدفة، ويؤدي في النهاية إلى زيادة أعباء اضافية من تكاليف العلاج على الدولة لأشخاص لا تنطبق عليهم شروط منح التأمين الصحي.

التوصية: ضرورة وضع آلية ضبط لتحديد الفئات الفقيرة والمهمشة والالتزام بالتعليمات الخاصة بمنح التأمين الصحي للفئات التي تستحقه.

9. إصدار عدة تأمينات لأكثر من شخص على بيانات استمارة واحدة

الملاحظة: يتم اصدار أكثر من بطاقة تأمين لأكثر من شخص على نفس الاستمارة لشخص آخر غير صاحب الاستمارة وبنفس استمارة الإستهداف دون أن يكون هناك أي تحديث أو زيارة ميدانية، مما لا يعطي تأكيد بمصادقية منح التأمين لأشخاص لا تنطبق عليهم الشروط.

التوصية: ضرورة أن لا يتم الاعتماد على بيانات استمارة واحدة لأكثر من شخص، وأن يتم تعبئة استمارة خاصة بكل شخص على حدة.

10. منح التأمين للحالات الخاصة.

الملاحظة: يتم منح التأمين لبعض الأشخاص تحت مسمى حالة خاصة من قبل بعض مديريات الشؤون الاجتماعية، دون وجود أي مبرر أو اسناد قانوني أو معايير خاصة، ودون تبيان وتوضيح تفاصيل تلك الحالات الخاصة، مما يؤدي الى منح تأمين صحي لغير مستحقيه.

التوصية: ضرورة أن يكون هناك معايير واضحة وقانونية لتحديد الحالات الخاصة ومدى أحقيتها للتأمين الصحي الحكومي.

11. الاستفادة من خدمات التأمين الصحي لتأمينات ملغية

- **الملاحظة:** تبين لنا وجود العديد من التأمينات ظهرت في بيانات وزارة الصحة على أنها فعالة وظهرت في بيانات وزارة الشؤون الاجتماعية على أنها ملغية، مما يؤدي إلى الاستفادة من الخدمات الصحية وهي ملغية، وزيادة أعباء ومصاريف الدولة على تكاليف العلاج دون مقابل.
- **الملاحظة:** تأمينات تم إلغاؤها في بيانات وزارة الصحة بعد تاريخ انتهائها في بيانات وزارة الشؤون الاجتماعية بفارق بين التاريخين، مما يؤدي إلى احتمالية الاستفادة من الخدمات الصحية وهي ملغية.

التوصية: ضرورة التنسيق ما بين وزارة الصحة ووزارة الشؤون الاجتماعية لتحديث البيانات في كلا الوزارتين باستمرار.

12. إصدار تأمين صحي لحالات لا تدخل ضمن الفئات المهمشة.

الملاحظة:

- تم منح التأمين الصحي بالرغم من توصية المرشد بحجب التأمين لكونهم أشخاص لا يدخلون ضمن الفئات المهمشة في المجتمع، حيث كانت توصية المرشد بأن الاسرة قادرة على عمل تأمين طبي كون رب الأسرة يعمل على سيارة خاصة.

الملاحظة:

- تم اضافة زوجة لبطاقة التأمين الصحي تختلف عن اسم الزوجة الموجود في هوية الزوج، مما يثير الشك حول مصداقية بعض البيانات الصادرة عن الوزارة (أ.ص).

التوصية: ضرورة بيان أسباب منح تلك التأمينات، وان يتم منح التأمين الصحي وفقا للاحتياج الحقيقي للمستفيدين له، بما يتوافق مع النظام والقانون.

ب-قطاع التأمين الصحي للأسرى والمحريين

من خلال الفحص والتدقيق على هيئة شؤون الأسرى والمحريين وما توفر لدينا من بيانات حول التأمين الصحي الممنوح للأسرى سجل الديوان الملاحظات التالية:

1. التضارب بين بيانات وزارة الصحة وهيئة شؤون الأسرى والمحريين

تبين لنا من خلال المقارنة بين بيانات وزارة الصحة وهيئة شؤون الأسرى والمحريين للمستفيدين من خدمات التأمين الصحي للأسرى ما يلي:

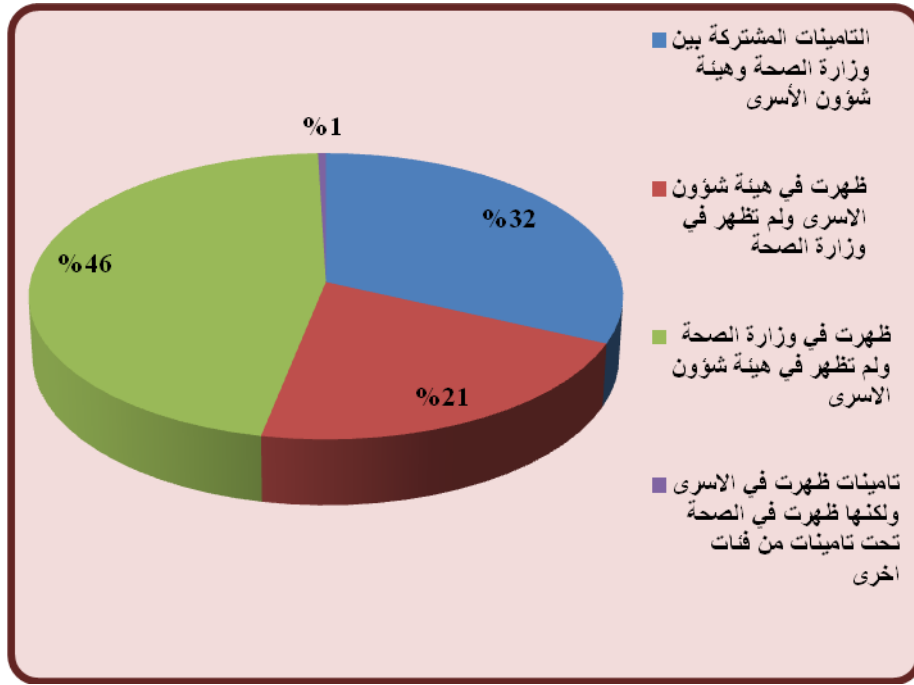
البيان	العدد
عدد التأمينات الصادرة من واقع بيانات وزارة الصحة	5,344
عدد التأمينات الصادرة من واقع بيانات هيئة شؤون الأسرى والمحريين	3,665
التأمينات المشتركة بين هيئة شؤون الأسرى والمحريين و وزارة الصحة	2,176
تأمينات ظهرت في هيئة شؤون الأسرى ولم تظهر في وزارة الصحة	1,457
تأمينات ظهرت في وزارة الصحة ولم تظهر في هيئة شؤون الأسرى	3,168
تأمينات ظهرت في هيئة شؤون الأسرى ولم تظهر في وزارة الصحة على أنها أسرى بل ظهرت تحت تأمينات أخرى	32
العدد الاجمالي للتأمينات	6,833

ومن خلال البيانات الواردة في الجدول أعلاه، سجلت الملاحظات التالية:

- إن عدد بطاقات التأمين الصحي الصادرة عن هيئة شؤون الأسرى والمحريين في كل من وزارة الصحة وهيئة شؤون الأسرى والمحريين (6,833) بطاقة، منها (2,176) بطاقة مشتركة بينهما، و(1,457) بطاقة ظهرت في هيئة شؤون الأسرى والمحريين ولم تظهر في وزارة الصحة، و(3,168) بطاقة ظهرت في وزارة الصحة ولم تظهر في هيئة شؤون الأسرى والمحريين، و(32) بطاقة صدرت من هيئة شؤون الأسرى والمحريين على أنها بطاقات لفئة الأسرى ولكنها ظهرت في وزارة الصحة تحت مسميات لفئات تأمين أخرى، وهذا يعطي مؤشر واضح عن مدى التضارب والاختلاف بين بيانات كل من هيئة شؤون الأسرى ووزارة الصحة وغياب التنسيق بينهما وعدم وجود تحديد واضح للصلاحيات والمسؤوليات.
- إن عدد البطاقات الصادرة من هيئة شؤون الأسرى والمحريين لفئة المستفيدين من خدمات التأمين الصحي للأسرى (3,665) بطاقة، ظهر منها في وزارة الصحة (2,176) بطاقة، وأن (1,457) بطاقة لم تظهر، مما يؤدي إلى احتمالية وجود خلل في التنسيق والتواصل بين هيئة شؤون الأسرى والمحريين ووزارة الصحة فيما يتعلق بالإضافة والإلغاء.
- إن عدد البطاقات الصادرة من وزارة الصحة لفئة المستفيدين من خدمات التأمين الصحي للأسرى (5,344) بطاقة، منها (2,176) بطاقة مشتركة بينها وبين هيئة شؤون الأسرى والمحريين، و(3,168) بطاقة ظهرت لدى وزارة الصحة ولم تظهر في هيئة شؤون الأسرى والمحريين، مما يؤدي الى احتمالية قيام وزارة الصحة بإصدار بطاقات

تأمين لفئة الأسرى غير صادرة عن هيئة شؤون الأسرى والمحررين، أو أنه تم إلغاؤها من قبل هيئة شؤون الأسرى والمحررين ولم تلغى من قبل وزارة الصحة.

الشكل رقم (9) والذي يبين مقارنة بيانات التأمين الصحي الصادرة بين وزارة الصحة وهيئة شؤون الأسرى



التوصية: أن يكون هناك تنسيق وتواصل مستمر بين كل من وزارة الصحة وهيئة شؤون الأسرى والمحررين، لضمان دقة البيانات وتوافقها بين الوزارتين للمستفيدين من خدمات التأمين الصحي لفئة الأسرى والمحررين لتقادي التضارب الحاصل بين البيانات الصادرة بالخصوص، والمتابعة الفورية للتحديث المستمر لحالات الإضافة والإلغاء.

2. مخالفة بعض بنود الاتفاقية لنظامي التأمين الصحي للعام 2006 والعام 2004.

مخالفة بعض بنود الاتفاقية الموقعة بين وزارة الصحة وهيئة شؤون الأسرى والمحررين لنظام التأمين الصحي للعام 2006، حيث خالفت الاتفاقية الموقعة في العام 2015 النظام في البنود التالية:

- إن التأمين يشمل الأب والأم بغض النظر عن العمر، خلافا للمادة رقم (2) من ملحق رقم (3) من نظام التأمين الصحي للعام 2006 والعام 2004، والذي نص على أن يكون الأب فوق سن 60 شريطة أن لا يكون له دخل، والأم إذا كان الأب فوق سن 60 وليس له دخل، أو الام الأرملة، أو الأب العاجز دون سن 60 ومن يعيلهم.
- لم تشر الاتفاقية لعدد سنوات الاعتقال للأسير الذي تنطبق عليه شروط الاتفاقية، خلافا للمادة رقم (5) من قانون الأسرى والمحررين رقم 19 لسنة 2004، والتي حددت الاعفاء من رسوم التأمين الصحي لكل أسير أمضى في سجون الاحتلال مدة لا تقل عن سنة كلياً أو جزئياً من الرسوم.
- تجريد الديون السابقة للمرشحين للانتفاع من خدمة التأمين الصحي، خلافا للمادة رقم (11) من نظامي التأمين الصحي للعام 2006 والعام 2004، والتي نصت على أن تكون الأقساط مسددة للانتفاع من الخدمات الصحية.

- تحديد القسط الشهري للبطاقة (50) شيقلاً، خلافاً للمادة رقم (2) من الملحق رقم (4) لنظام التأمين الصحي لسنة 2006، والتي نصت على أن قسط التأمين لموظفي وعمال المؤسسات المرخصة يحصل بشكل جماعي 5% من الراتب الإجمالي بين الحدين الأدنى 50 شيقلاً والأعلى 100 شيقلاً شهرياً.
- يسري مفعول التأمين الصحي للعلاج فوراً، خلافاً للمادة رقم (10) من نظامي التأمين الصحي للعام 2006 للعام 2004 والتي نصت على أن تكون فترة الانتظار ستين يوماً من تاريخ الدفع إلا للحالات الطارئة.

التوصية: ضرورة أن تكون الاتفاقيات الموقعة بين وزارة الصحة وهيئة شؤون الأسرى والمحررين متوافقة والأنظمة والقوانين التي تنظم عمل التأمين الصحي.

3. غياب آلية للتحقق من حالة الاعتقال الأمني من الجنائي

الملاحظة: عدم وجود ما يثبت طبيعة الاعتقال (أمني أو جنائي)، وغياب آلية للتحقق من ذلك، مثل كتاب من الصليب الأحمر، خلافاً للمادة رقم (6) من قرار مجلس الوزراء رقم (19) لعام 2010 بإعفاء الأسرى المحررين من رسوم التعليم والتأمين والدورات التأهيلية، مما قد يؤدي إلى حصول سجناء جنائيين على خدمات التأمين الصحي الممنوح للأسرى والمحررين دون وجه حق.

التوصية: ضرورة اعتماد آليات للتحقق من صحة وطبيعة الاعتقال للأسير الحاصل على خدمات التأمين الصحي الحكومي لفئة الأسرى والمحررين.

مادة (6) قرار مجلس الوزراء رقم (19) لعام

2010 بإعفاء الأسرى المحررين من رسوم

التعليم والتأمين والدورات التأهيلية

يلتزم المستفيد من الإعفاء بموجب هذا النظام

بإحضار الأوراق الثبوتية والمستندات التالية:

1. شهادة اثبات اعتقال صادرة عن الصليب

الأحمر.

2. شهادة اثبات صادرة عن المؤسسة

التعليمية.

3. صورة عن البطاقة الشخصية

4. أية وثائق أخرى تطلبها الإدارة المختصة

4. إصدار تأمين صحي لأشخاص غير مثبت أنهم أسرى.

الملاحظة: تم منح التأمين الصحي لبعض الأشخاص والذين لم يثبت أنهم أسرى، وأن بعضهم استفاد من خدمات العلاج خارج مراكز الوزارة (تحويلات خارجية)، خلافاً للمادة رقم (6) من قرار مجلس الوزراء رقم (19) لعام 2010 بإعفاء الأسرى المحررين من رسوم التعليم والتأمين والدورات التأهيلية وهذا ناتج عن ضعف إجراءات الضبط الداخلي في منح الخدمات للأسرى، حيث أن ذلك يعتبر استغلالاً للمال العام.

التوصية: تعزيز الإجراءات الرقابية في منح التأمين الصحي للأسرى والتحقق من صحة الحالة (أسير أممي) وعدم منح الخدمة لأشخاص غير الأسرى، وأن يتم اعتماد ضوابط ووسائل مراجعة كفيلة بعدم منح أي تأمين أو خدمة لأشخاص غير الأسرى.

5. عدم توفر بيانات المستفيدين من خدمات التأمين الصحي في مديرية هيئة شؤون الأسرى/ رام الله.

● **الملاحظة:** عدم توفر بيانات لدى مديرية شؤون الأسرى في رام الله عن التأمينات الممنوحة للأسرى لديهم، مما لا يعطي تأكيد بآلية عمل المديرية فيما يتعلق بالتأمين الصحي الممنوح للأسرى، ويؤدي إلى غياب الشفافية والمصداقية في منح التأمين الصحي لدى المديرية.

● **الملاحظة:** لم تلتزم مديرية شؤون الأسرى في رام الله برفع أي تقارير عن التأمينات الصادرة عن المديرية لدائرة التأمين الصحي في الهيئة من تاريخ 2013/10/1 ولغاية 2014/12/31، كما لم يتم التعاون مع فريق الديوان بخصوص توفير أي بيانات عن التأمين الصحي في المديرية، إن من شأن ذلك أن لا يعطي تأكيداً بصحة ومصداقية التأمينات الصحية الصادرة عن مديرية شؤون الأسرى والمحريين/ رام الله.

التوصية: ضرورة أن تلتزم مديرية شؤون الأسرى والمحريين في رام الله بتوفير جميع البيانات اللازمة فيما يتعلق بالتأمينات الصادرة عنها.

6. عدم دقة البيانات بين مديرية رام الله وهيئة شؤون الأسرى ووزارة الصحة.

● **الملاحظة:** عدم تطابق البيانات الواردة بين إدارة التأمين الصحي في هيئة شؤون الأسرى وبين التأمينات الواردة حسب كشف وزارة الصحة في نهاية 2013، وبين بطاقات التأمين الصادرة من مديرية رام الله لغاية 2013/9/30، وهو التاريخ الذي توفرت لنا بيانات لحينه عن تأمينات مديرية هيئة شؤون الأسرى رام الله، حيث تظهر كشف المديرية (992) تأمين وكشف وزارة الصحة يظهر (1512) تأمين صادر عن المديرية بفرق (520) تأمين وبذلك تكون الوزارة قد تكبدت مبلغ الفارق والذي بلغ (520*600 شيقل=312000 شيقل).

التوصية: ضرورة توضيح أسباب هذا الفرق الكبير في أعداد التأمينات، وأن تقوم هيئة شؤون الأسرى والمحريين ووزارة الصحة باتخاذ الإجراءات اللازمة للحد من هذا الخلل.

7. منح بعض التأمينات استثناء لبعض الأسرى المحريين بشكل غير قانوني

● **الملاحظة:** منح تأمين صحي لبعض الأسرى المحريين خلال العام 2014 استثناءً دون وجود تقرير من اللجنة الطبية، ودون اعتماد الاستثناء من الوزير المختص (وزير شؤون الأسرى والمحريين) خلافاً لتعليمات منح التأمين الصحي، كون مدة اعتقالهم أقل من سنة، مما يجعل عملية منح التأمين دون ضوابط.

التوصية: التقيد والالتزام بقانون الأسرى والأنظمة والتعليمات الخاصة بمنح التأمين الصحي للأسرى والمحريين.

8. إضافة مرافقين مستفيدين من خدمات التأمين الصحي للأسرى خلافاً لتعليمات منح التأمين الصحي.

● **الملاحظة:** يتم إضافة مرافقين لبطاقة التأمين الصحي الخاص بالأسير خلافاً لتعليمات منح التأمين الصحي، والذي قد يترتب عليه أعباء إضافية نتيجة لزيادة تكاليف العلاج.

التوصية: ضرورة التقيد بتعليمات منح التأمين الصحي للأسرى فيما يتعلق بقانونية إضافة المرافقين للاستفادة من خدمات التأمين الصحي للأسرى.

9. منح تأمينات للمستفيدين بناء على تقارير طبية غير صادرة عن اللجنة الطبية المختصة.

الملاحظة: تم منح تأمين صحي لبعض الأسرى الذين لا تنطبق عليهم شروط منح التأمين الصحي، بناءً على تقارير طبية خاصة أو ورقة مراجعة للعيادات الخارجية، وليس تقريراً طبياً صادراً عن اللجنة الطبية المختصة في وزارة الصحة، حيث أن ذلك لا يعطي تأكيداً بصحة ومصداقية تلك التقارير.

التوصية: ضرورة الاعتماد في منح التأمين على التقارير الطبية الصادرة عن اللجنة الطبية المختصة في وزارة الصحة.

10. منح بعض التأمينات لبعض الأسرى بناء على تقارير طبية غير مرفقة في ملفاتهم.

الملاحظة: تم منح التأمين لأسرى لا تنطبق عليهم الشروط استناداً إلى تقرير طبي، حيث تبين من خلال الفحص عدم وجود التقرير الطبي في ملف الأسير، مما يؤدي إلى عدم المصادقية في منح التأمين لأشخاص لا تنطبق عليهم الشروط.

التوصية: ضرورة عدم منح التأمين الصحي إلا بعد إرفاق كافة معززات منح التأمين الصحي في ملف الأسير.

11. عدم وجود ملفات لبعض الأسرى المستفيدين من خدمات التأمين الصحي.

الملاحظة: عدم وجود ملفات لبعض الأسرى في بعض المديریات، حيث أن ذلك يؤدي إلى غياب أدلة الإثبات والمعززات التي تثبت حالة الأسير من عدمه.

التوصية: ضرورة توفر كافة ملفات الأسرى في كل مديرية وأن يتم بيان أسباب فقدان بعض الملفات.

12. عدم القيام بتصديق الطلبات من قبل الموظفين المفوضين بالتوقيع.

الملاحظة: عدم تصديق بعض طلبات التأمين الصحي الحكومي الممنوح للأسرى من قبل الموظفين المفوضين بالتوقيع، مما يؤدي إلى احتمالية إصدار بطاقات تأمين لغير مستحقيها.

التوصية: ضرورة تصديق جميع طلبات التأمين من قبل الأشخاص المفوضين بالتوقيع للمستفيدين من خدمات التأمين الصحي الحكومي لفئة الأسرى.

ج- قطاع التأمين الصحي للعاطلين عن العمل



من خلال الفحص والتدقيق ومن واقع ما توفر لنا من بيانات ومستندات ووثائق من العينة المختارة في التأمين الصحي المجاني للعاطلين عن العمل وكذلك للمسجلين على نظام سوق العمل الفلسطيني كعمالة فقيرة سجل الديوان مايلي:

1. التضارب بين بيانات وزارة الصحة ووزارة العمل للمستفيدين من خدمات

التأمين الصحي للعاطلين عن العمل:

الملاحظة: عدم تطابق بيانات التأمين الصحي المتوفرة لدى وزارة الصحة مع البيانات المتوفرة لدى وزارة العمل، والجدول التالي يبين ذلك:

البيان	العدد
عدد البطاقات الصادرة من خلال بيانات وزارة الصحة	132,031
عدد البطاقات الصادرة من خلال بيانات وزارة العمل	93,463
التأمينات المشتركة بين وزارة الصحة ووزارة العمل	15,663
ظهرت في وزارة العمل ولم تظهر في وزارة الصحة	77,800
ظهرت في وزارة الصحة ولم تظهر في وزارة العمل	116,368
العدد الإجمالي للتأمينات	209,831

ومن خلال البيانات الواردة في الجدول أعلاه، سجلت الملاحظات التالية:

- إن عدد بطاقات التأمين الصحي الصادرة في كل من وزارة الصحة ووزارة العمل (209,831) بطاقة، منها (15,663) بطاقة مشتركة بينهما، و(77,800) بطاقة ظهرت في وزارة العمل ولم تظهر في وزارة الصحة، و(116,368) بطاقة ظهرت في وزارة الصحة ولم تظهر في وزارة العمل، وهذا يعطي مؤشر واضح عن مدى التضارب والاختلاف بين بيانات كل من وزارة العمل ووزارة الصحة وغياب التنسيق بينهما وعدم وجود تحديد واضح للصلاحيات والمسؤوليات.
- إن عدد البطاقات الصادرة من وزارة العمل لفئة المستفيدين من خدمات التأمين الصحي للعمال (93,463) بطاقة، ظهر منها في وزارة الصحة (15,663) بطاقة، وأن (77,800) بطاقة لم تظهر، مما يؤدي إلى احتمالية وجود خلل في التنسيق والتواصل بين وزارة العمل ووزارة الصحة فيما يتعلق بالإضافة والإلغاء.
- إن عدد البطاقات الصادرة من وزارة الصحة لفئة المستفيدين من خدمات التأمين الصحي للعمال (132,031) بطاقة، منها (15,663) بطاقة مشتركة بينها وبين وزارة العمل، و(116,368) بطاقة ظهرت لدى وزارة الصحة ولم تظهر في وزارة العمل، مما يؤدي إلى احتمالية قيام وزارة الصحة بإصدار بطاقات تأمين لفئة العمال غير صادرة عن وزارة العمل، أو أنه تم إلغاؤها من قبل وزارة العمل ولم تلغى من قبل وزارة الصحة.

التوصية: أن يكون هناك تنسيق وتواصل مستمر بين كل من وزارة الصحة ووزارة العمل، لضمان دقة البيانات وتوافقها للمستفيدين من خدمات التأمين الصحي لفئة العاطلين عن العمل لتقادي التضارب الحاصل بين البيانات الصادرة بالخصوص، والمتابعة الفورية للتحديث المستمر لحالات بالإضافة والإلغاء.

2. إعفاء العمال من رسوم التأمين الصحي الحكومي (تأمين الانتفاضة).

الملاحظة: زيادة عدد المستفيدين من خدمات التأمين الصحي الحكومي من العاطلين عن العمل بنسبة 54% من عدد المشتركين الكلي للمستفيدين من خدمات التأمين الصحي الحكومي وبشكل مجاني، حيث صدر قرار الرئيس الراحل الشهيد ياسر عرفات بخصوص إعفاء العمال من رسوم التأمين الصحي في أعقاب اندلاع الانتفاضة الثانية (انتفاضة الأقصى) في ايلول عام 2000 وذلك لمواجهة سحب اسرائيل لتصاريح 50,000 عامل فلسطيني وما ترتب على تلك الفترة الطارئة من انقطاع مصدر رزق لهؤلاء العمال وعدم قدرتهم على تحمل أعباء إضافية في الحصول على العلاج فجاء صدور قرار الرئيس لتخفيف العبء عنهم ومواجهة هذه الحالة الطارئة التي واجهت الشعب الفلسطيني، وأسوة بالعمال تم رفع كتب للرئيس الشهيد ياسر عرفات من قبل الاتحاد العام للفلاحين ورابطة جرحى فلسطين بإعفائهم من رسوم التأمين وتم التأشير بالموافقة، إلا أنه وبالرغم من انتهاء الحالة الطارئة والظروف التي أوجبت صدور القرار بإعفاء العمال من رسوم التأمين وعودة العمال للحصول على تصاريح العمل في اسرائيل استمر إعفاء شريحة واسعة من رسوم وأقساط التأمين الصحي الحكومي، مما أرق كاهل الدولة في تحمل أعباء تلك المصاريف كونهم يمثلون نسبة عالية من المستفيدين من خدمات التأمين الصحي فاقت النصف من عدد المشتركين الكلي.

التوصية: من واقع الظروف التي أوجبت مثل هذا القرار، وحيث أن أسباب الاستمرار بإعفاء العمال من رسوم التأمين الصحي قد انتهت، يرى الديوان أن يتم دراسة القرار السابق وظروف صدوره وإعادة تنظيم قطاع التأمين لفئة العمال.

3. عدم استيفاء شروط الحصول على تأمين العاطلين عن العمل.

الملاحظة: من خلال الفحص والتدقيق لبيانات التأمين الصحي التي توفرت لدينا في وزارة العمل قبل تاريخ 2015/3/1 وهو تاريخ التسجيل على نظام سوق العمل الفلسطيني تبين ما يلي:

- تم منح التأمين الصحي لأشخاص تتجاوز أعمارهم 65 عام وعددهم (949) شخص، وأشخاص تقل أعمارهم عن 18 عام وعددهم (105) أشخاص، خلافاً لقرار وزير العمل رقم (12/227/ط) لسنة 2009 المادة رقم (2) البند الأول الشرط رقم (3).
- تم منح التأمين الصحي للعاطلين عن العمل والمدخلين على برنامج سوق العمل خلال الفترة 2015/3/1-2015/4/19 وعددهم (10,784) منهم (46) شخص تجاوزت أعمارهم 60 عام و(8) أشخاص تقل أعمارهم عن 18 عام، خلافاً للاتفاق الموقع بين مدير عام الإدارة العامة للتأمين الصحي ومدير عام الإدارة العامة للتشغيل في وزارة العمل بتاريخ 2015/3/2.

إن منح تأمين صحي لأشخاص خلافاً لتعليمات منح التأمين الصحي للعمال، يؤدي إلى تحمل وزارة الصحة تكاليف وأعباء مالية إضافية.

التوصية: ضرورة التأكد من استيفاء شروط منح التأمين الصحي للعاطلين عن العمل.

4. عدم كفاية أدوات التحقق من العاطلين عن العمل.

الملاحظة: عدم كفاية الإجراءات المعتمدة للتحقق من صحة المعززات المرفقة لإثبات أحقية المنتفعين من خدمات التأمين الصحي الحكومي، حيث لا يتم عمل بحث ميداني والتأكد من مصداقية الوثائق والمستندات المقدمة، ومثال ذلك: وجود تناقض في كتابين من مجلس قروي دير قديس الأول يفيد أن الشخص يعمل براتب 1000 شيكل والكتاب الآخر يفيد أن نفس الشخص عاطل عن العمل والشهادتان تحملان نفس التاريخ، إن عدم دقة وكفاية أدوات التحقق تؤدي إلى منح التأمين الصحي لأشخاص لا تنطبق عليهم الشروط ولا يعطي تأكيداً بأنه يتم إصدارها وفق الأصول.

التوصية: العمل على إجراء بحث ميداني للتأكد من انطباق الشروط على المتقدم للحصول على تأمين صحي.

5. التكرار في البيانات وعدم الدقة في إدخالها من قبل وزارة العمل.

الملاحظة: تبين من خلال الفحص والتدقيق لبيانات وزارة العمل ما يلي:

- وجود (100,598) عاطل عن العمل مسجل لدى وزارة العمل، منهم (7,130) اسم مكرر والعدد المتبقي (93,468).
- من خلال فحص البيانات المدخلة على برنامج سوق العمل الفلسطيني، تبين وجود خطأ في إدخال تاريخ الميلاد، حيث أن تاريخ الميلاد له دلالة على الأحقية في منح التأمين، مما يؤكد على عدم دقة البيانات المدخلة وقد يؤدي إلى حصول أشخاص أقل من السن القانوني على التأمين الصحي المجاني، كما ويؤثر إلى ضعف إدارة ومتابعة الإجراءات.

التوصية: ضرورة توفير قاعدة بيانات محدثة ودقيقة والتأكد من صحة البيانات المدخلة، تقادياً لحدوث أي خلل قد يؤثر على مصداقية تلك البيانات.

6. عدم احتمال شروط ومعززات طلب الحصول على تأمين صحي.

الملاحظة: تبين من خلال الفحص والتدقيق للبيانات الموجودة في مديريات وزارة العمل (نابلس، طولكرم)، أنه قد تم منح تأمين صحي دون إرفاق معززات تثبت صحة حالة العاطل عن العمل، وهذا لا يعطي تأكيداً معقولاً بأن الأشخاص الذين تم منحهم التأمين الصحي تنطبق عليهم شروط منح التأمين الصحي.

التوصية: ضرورة وجود المعززات والمستندات اللازمة لإصدار وثيقة التأمين والتأكد من أن الأشخاص الذين يمنحون التأمين الصحي تنطبق عليهم الشروط الواردة في التعليمات.

7. اشخاص مسجلين كعاطلين عن العمل ويملكون مركبات

الملاحظة: تبين من خلال الفحص ومقارنة البيانات التي تم الحصول عليها من وزارة العمل ووزارة النقل والمواصلات أن هناك (3,256) شخص من أصل (26,856) شخص مسجلين في نظام سوق العمل الفلسطيني كعاطلين عن العمل

وحاصلين على التأمين الصحي المجاني، يملكون سيارات تجارية وسيارات نقل ركاب عمومي مما يؤشر بأنهم ليسوا عاطلين عن العمل، حيث أن ذلك يؤدي إلى تحميل وزارة الصحة أعباء علاجية إضافية لغير مستحقيها، والجدول التالي يوضح عدد مالكي مركبات مختلفة من أصل مجموع المسجلين على نظام سوق العمل بالوزارة :

وزارة العمل	سوق العمل	نوع السيارة
23	1	تعليم سيطرة
19426	2518	سيارة خصوصي
769	124	تراكتور
5225	519	مركبات ثقيلة
1336	82	صالون عمومي
77	12	جيب
26856	2256	مجموع

التوصية: ضرورة التحقق من بيانات الأشخاص المتقدمين لطلبات الحصول على تأمين العاطلين عن العمل والتأكد من استحقاقهم وإجراء البحث الميداني عنهم من خلال إجراءات متابعة فاعلة تضمن منح التأمين لمستحقيه.

8. تأمين الموظفين المتقاعدين.

الملاحظة: تبين من خلال الفحص والتدقيق لبيانات التأمين الصحي للعاطلين عن العمل، أن هناك موظفين متقاعدين قد حصلوا على تأمين العاطلين عن العمل وبنفس الوقت يحملون تأمين إلزامي وتم تجديد التأمين لهم على نظام سوق العمل الفلسطيني، مما يؤدي إلى حصول بعض الأشخاص على أكثر من نوع من التأمينات.

التوصية: تنظيم بيانات جميع المؤمنين في برنامج موحد للتأمين الصحي لتجنب الازدواجية في الحصول على التأمين الصحي.

9. موظفو العقود.

الملاحظة: تبين من خلال الفحص والتدقيق للبيانات التي تم الحصول عليها من وزارة العمل، أن هناك موظفي عقود قد حصلوا على التأمين الصحي للعاطلين عن العمل، وأن دخلهم يتجاوز الحد الأدنى للأجور خلافا للتعليمات الخاصة بمنح التأمين للعمالة الفقيرة، وبهذا لا تنطبق عليهم شروط منح التأمين الصحي للعاطلين عن العمل.

التوصية: ضرورة التحقق من بيانات الأشخاص المتقدمين لطلبات الحصول على تأمين العاطلين عن العمل، والتأكد من انطباق الشروط عليهم وانهم من ضمن العمالة الفقيرة.

10. حصول الأشخاص على أكثر من نوع من التأمينات الصحية.

الملاحظة: حصول بعض الأشخاص على تأمين العاطلين عن العمل على الرغم من أن لديهم تأمينات أخرى مثل (شؤون اجتماعية، أسرى، اختياري، لجان الزكاة، نقابات، أسر الشهداء) وهذا ناتج عن عدم وجود تنسيق وتحديث للبيانات من قبل وزارة الصحة والمؤسسات ذات العلاقة، والجدول التالي يبين ذلك:

نوع التأمين	تأمينات مكررة حسب بيانات وزارة العمل (مسجلة عاطلين عمل)	تأمينات مكرره حسب بيانات برنامج سوق العمل (مسجلة عاطلين عمل)
تأمين اختياري	39	1
أسرى	129	8
شؤون اجتماعية	815	71
زكاة	818	45
نقابات	1922	103
اسر الشهداء	90	0

التوصية: ضرورة أن تعمل وزارة الصحة على إنشاء قاعدة بيانات دقيقة لكافة أنواع التأمين الصادرة عنها وربطها ببيانات التأمين الصحي الأخرى لتجنب الازدواجية في الحصول على التأمين.

د - قطاع التأمين الصحي لأسر الشهداء والجرحى

التضارب بين بيانات وزارة الصحة ومؤسسة رعاية أسر الشهداء

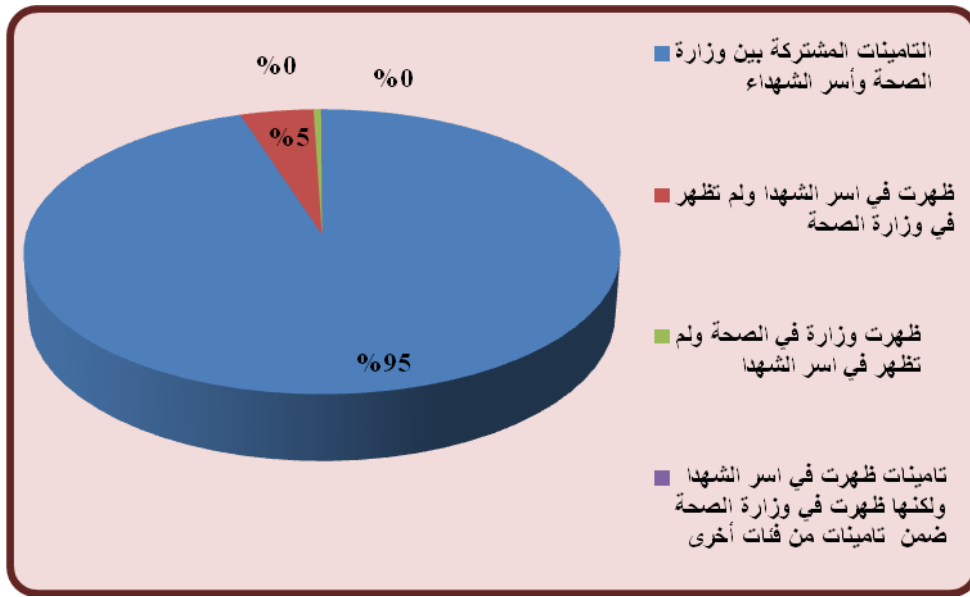
1. تبين لنا من خلال المقارنة بين بيانات وزارة الصحة ومؤسسة رعاية أسر الشهداء والجرحى للمستفيدين من خدمات التأمين الصحي لأسر الشهداء ما يلي:

البيان	العدد
عدد التأمينات من خلال بيانات وزارة الصحة	5,588
عدد التأمينات من خلال بيانات أسر الشهداء	5,826
التأمينات المشتركة بين وزارة الصحة ومؤسسة رعاية أسر الشهداء	5,561
ظهرت في أسر الشهداء ولم تظهر في الصحة	262
ظهرت في الصحة ولم تظهر في أسر الشهداء	27
تأمينات صدرت من أسر الشهداء وظهرت في الصحة ضمن تأمينات أخرى	3
العدد الإجمالي للتأمينات	5,853

ومن خلال البيانات الواردة في الجدول أعلاه، سجلت الملاحظات التالية:

- إن عدد بطاقات التأمين الصحي الصادرة لأسر الشهداء في كل من وزارة الصحة ومؤسسة أسر الشهداء (5,853) بطاقة، منها (5,561) بطاقة مشتركة بينهما، و(262) بطاقة ظهرت في مؤسسة أسر الشهداء ولم تظهر في وزارة الصحة، و(27) بطاقة ظهرت في وزارة الصحة ولم تظهر في مؤسسة أسر الشهداء، و(3) بطاقات صدرت من مؤسسة أسر الشهداء على أنها بطاقات لفئة أسر الشهداء ولكنها ظهرت في وزارة الصحة تحت مسميات لفئات تأمين أخرى، وهذا يعطي مؤشر واضح عن مدى التضارب والاختلاف بين بيانات كل من مؤسسة رعاية أسر الشهداء والجرحى ووزارة الصحة وغياب التنسيق بينهما وعدم وجود تحديد واضح للصلاحيات والمسؤوليات.
- إن عدد البطاقات الصادرة من مؤسسة رعاية أسر الشهداء لفئة المستفيدين من خدمات التأمين الصحي لأسر الشهداء (5,826) بطاقة، ظهر منها في وزارة الصحة (5,561) بطاقة، وأن (262) بطاقة لم تظهر، مما يؤدي الى احتمالية وجود خلل في التنسيق والتواصل بين مؤسسة رعاية أسر الشهداء ووزارة الصحة فيما يتعلق بالإضافة والإلغاء.
- إن عدد البطاقات الصادرة من وزارة الصحة لفئة المستفيدين من خدمات التأمين الصحي لأسر الشهداء (5,588) بطاقة، منها (5,561) بطاقة مشتركة بينهما وبين مؤسسة أسر الشهداء، و(27) بطاقة ظهرت لدى وزارة الصحة ولم تظهر في مؤسسة أسر الشهداء، مما يؤدي الى احتمالية قيام وزارة الصحة بإصدار بطاقات تأمين لفئة أسر الشهداء غير صادرة عن مؤسسة أسر الشهداء، أو أنه تم إلغاؤها من قبل مؤسسة أسر الشهداء ولم تلغى من قبل وزارة الصحة.

الشكل رقم (10) والذي يبين مقارنة بيانات التأمين الصحي الصادرة بين مؤسسة أسر الشهداء ووزارة الصحة



التوصية: أن يكون هناك تنسيق وتواصل مستمر بين كل من وزارة الصحة ومؤسسة رعاية أسر الشهداء والجرحى، لضمان دقة البيانات وتوافقها للمستفيدين من خدمات التأمين، لتفادي التضارب الحاصل بين البيانات الصادرة بالخصوص، والمتابعة الفورية للتحديث المستمر لحالات الإضافة والإلغاء، وعدم إصدار أي بطاقات من قبل وزارة الصحة دون علم مؤسسة رعاية أسر الشهداء بذلك للتأكد من أحقية المستفيدين لها.

1. مخالفة بعض بنود الاتفاقية لنظام التأمين الصحي للعام 2006 والعام 2004.

مخالفة بعض بنود الاتفاقية الموقعة بين وزارة الصحة ولجنة الزكاة/ نابلس لنظامي التأمين الصحي للعام 2006 والعام 2004، حيث خالفت الاتفاقية الموقعة النظام في البنود التالية:

- التأمين يشمل الأب والأم بغض النظر عن العمر، خلافا للمادة رقم (2) من الملحق رقم (3) نظامي التأمين الصحي للعام 2006 والعام 2004، والذي نص على أن يكون الأب فوق سن 60 شريطة أن لا يكون له دخل، والأم إذا كان الأب فوق سن 60 وليس له دخل، أو الأم الأرملة، الأب العاجز دون سن 60 ومن يعيلهم.
- تحديد القسط الشهري للبطاقة (50) شيقل، خلافا للمادة رقم (2) من الملحق رقم (4) لنظام التأمين الصحي لسنة 2006، والمادة (8) من نظام التأمين الصحي للعام 2004، حيث لا يوجد في النظام ما يشير إلى المنتفعين من خدمات التأمين الصحي لفئة لجان الزكاة، بحيث يجب تحديد تبعية هذه الفئة لأي منتسبين في النظام الخاص بالتأمين الصحي ليتم بناء عليها تحديد القسط.
- يسري مفعول التأمين الصحي للعلاج فوراً، خلافا للمادة رقم (10) من نظامي التأمين الصحي للعام 2006 والعام 2004، والتي نصت على أن تكون فترة الانتظار ستين يوماً من تاريخ الدفع إلا للحالات الطارئة.

التوصية: ضرورة أن تكون الاتفاقيات الموقعة بين وزارة الصحة وهيئة شؤون الأسرى والمحررين متوافقة والأنظمة والقوانين التي تنظم عمل التأمين الصحي.

2. استغلال تأمين لجان الزكاة لأشخاص لا تنطبق عليهم شروط المستفيدين من فئة لجان الزكاة.

الملاحظة: قيام لجنة الزكاة بإصدار تأمين صحي لأشخاص من خارج الفئة المستهدفة التي لا تنطبق عليهم شروط التأمين الصحي الخاص بلجان الزكاة، كونهم قادرين على الحصول على تأمين اختياري، حيث يقوم الشخص بدفع مبلغ 600 شيقل فقط للجنة الزكاة، ويتمتع بمزايا تأمين اللجنة ويسري التأمين الصحي من تاريخه، بدلا من دفع مبلغ 1410 شيقل في حالة التأمين الاختياري، مما يؤدي إلى ضياع مبالغ طائلة على خزينة الدولة، حيث بلغ عدد هؤلاء الأشخاص 2,170 شخص لا تساهم الزكاة في تأمينهم، والمبلغ الضائع على خزينة الدولة $(810 * 2170) = 1,757,700$ شيقل سنوياً.

التوصية: ضرورة أن تقوم لجنة الزكاة بوقف منح التأمين الصحي لأشخاص خارج دائرة استهداف اللجنة والتقدير بمنح هذا التأمين للفقراء المستفيدين من خدمات اللجنة فقط.

3. استغلال الأشخاص المنتفعين من خدمات التأمين الصحي الحكومي لفئة لجان الزكاة

الملاحظة: تقوم لجنة أموال الزكاة باستيفاء مبلغ 10 شيقل لصالح اللجنة من كل حاصل على تأمين الزكاة باستثناء المستفيدين من خدمات اللجنة (الذين تساهم اللجنة عنهم) وتم رفع هذا المبلغ إلى (80) شيقل مقابل كل تأمين تمنحه، مما يزيد الأعباء على المستفيدين.

التوصية: أن تلتزم اللجنة بتحصيل الرسوم والأقساط وفقاً لنظام التأمين الصحي الساري.

1. عدم وجود أي قاعدة بيانات تثبت أنهم مقاتلي ثورة.

الملاحظة: من خلال الفحص والتدقيق على تأمين رابطة مقاتلي الثورة، تبين أنه لا يتم توفير أو الاحتفاظ بقاعدة بيانات لمنسوبي رابطة مقاتلي الثورة لإثبات الحالة للشخص من أنه كان أحد أفراد الثورة الفلسطينية منذ انطلاقتها وأنه تنطبق عليه حالة مقاتل قديم في الثورة أم لا، مما يؤدي إلى احتمالية إصدار التأمين لغير مستحقه.

التوصية: ضرورة أن تكون هناك قاعدة بيانات يمكن الاعتماد عليها للتأكد من أحقية المنتفعين من خدمات التأمين الصحي لمقاتلي الثورة.

2. إصدار بطاقات تأمين صحي لغير مستحقها - رابطة مقاتلي الثورة

الملاحظة: من خلال الفحص والتدقيق على التأمين الصحي الممنوح لأعضاء رابطة مقاتلي الثورة تبين أن الرابطة تمنح التأمين الصحي لمنسوبيها صغار السن لا تنطبق عليهم شروط رابطة مقاتلي الثورة، مقابل اشتراك سنوي، إن ذلك لا يعطي تأكيد بصحة انضمام هؤلاء الأشخاص لرابطة مقاتلي الثورة.

التوصية: وجود آلية واضحة لضمان إصدار بطاقات التأمين الصحي لمستحقها، وفقا لمعززات واضحة تثبت ذلك.

3. إضافة مرافقين خلافا للقانون من قبل رابطة مقاتلي الثورة

الملاحظة: من خلال الفحص والتدقيق على تأمين رابطة مقاتلي الثورة، تبين أنه يتم إضافة مرافقين خلافا لنظامي التأمين الصحي للعام 2006 والعام 2004، بحيث لا يوجد ما يثبت أن المرافقين تنطبق عليهم الشروط الواجبة وفقا للنظام.

التوصية: أن يتم إضافة المرافقين وفقا لما نص عليه نظام التأمين الصحي للعام 2006، وإرفاق المعززات التي تثبت ذلك.

4. عدم الالتزام بالتوقيع على التعهد المتعلق بحاجة المتقدم للتأمين ومصادقية البيانات فيه - رابطة مقاتلي الثورة.

الملاحظة: تبين لنا أن معظم الحاصلين على التأمين الصحي للمنتفعين من مقاتلي الثورة، لا يقومون بالتوقيع على التعهد الخاص بقبول نظام التأمين الصحي، خلافا للمادة رقم (2) من نظامي التأمين الصحي لسنة 2006 وسنة 2004.

التوصية: ضرورة قيام اللجنة بالزام المنتفعين من التأمين بالتوقيع على التعهد الخاص بمعلومات التأمين، لضمان صحة البيانات الموجودة فيه.

5. عدم توثيق تاريخ الحصول على التأمين - رابطة مقاتلي الثورة.

الملاحظة: من خلال الفحص والتدقيق على تأمين رابطة مقاتلي الثورة، تبين أنه لم يذكر في طلبات إصدار التأمين وتجديده تاريخ الحصول على التأمين أو تاريخ سريانه.

التوصية: ضرورة أن يظهر لدى تاريخ حصول المنتفعين من خدمات التأمين الصحي على بطاقات التأمين الصحي.

6. الشطب والتعديل في المعززات - رابطة مقاتلي الثورة

الملاحظة: وجود تعديل وشطب على الكتاب المرفق من قبل رابطة مقاتلي الثورة، دون التوقيع بجانب مكان الشطب أو التعديل مما يثير الشك حول مصداقية تلك المعززات.

التوصية: ضرورة أن لا يتم الشطب أو التعديل على المعززات المرفقة بشكل يثير الشك في مصداقية تلك المعززات.

اشتمل هذا البند على المبالغ الضائعة على خزينة الدولة بشكل مباشر وغير مباشر نتيجة مخالفة القوانين والأنظمة التي تنظم عمل التأمين الصحي الحكومي، من خلال صرف مبالغ من خزينة الدولة بدل مصاريف العلاج داخل وخارج مراكز وزارة الصحة لأشخاص لا تنطبق عليهم شروط الانتفاع من خدمات التأمين الصحي.

أولاً: الأثر المالي الضائع على خزينة الدولة والذي تم احتسابه بناء على بيانات وزارة الصحة

1. عدم احتساب قيمة قسط التأمين للمستفيدين من أنواع التأمين وفقاً للنظام الساري للتأمين الصحي للعام 2006، مما أدى إلى اختلاف قيمة القسط الواجبة على المستفيدين تجاه وزارة الصحة، نتيجة تطبيق نظام التأمين الصحي للعام 2004، وبين الجدول التالي آلية احتساب الأثر المالي الضائع:

الفرق بين قسط التأمين حسب نوع كل تأمين بين نظامي التأمين الصحي لسنة 2004 و 2006

ت	نوع التأمين	نظام 2004	نظام 2006
1	موظفي القطاع الحكومي	اقتطاع 5% بحد أدنى 40 شيقل وحد أعلى 75 شيقل	اقتطاع 5% بحد أدنى 50 شيقل وحد أعلى 100 شيقل
2	المتقاعدون	اقتطاع 5% بحد أعلى 75 شيقل	اقتطاع 5% بحد أعلى 100 شيقل
3	موظفي وعمال المؤسسات المرخصة	5% من الراتب الاجمالي بحد أدنى 50 وحد أعلى 75 شيقل	5% من الراتب الاجمالي بحد أدنى 50 وحد أعلى 100 شيقل
4	النقابات المهنية	75 شيقل	80 شيقل
5	تأمين الاسرة اختياري	75 شيقل	80 شيقل

آلية الاحتساب للأثر المالي الضائع بناء على المحددات أعلاه للعام 2014 (على أساس الحد الأعلى في النظامين)

ت	نوع التأمين	عدد المؤمنین	آلية الاحتساب	الأثر المالي/ شيقل
1	موظفي القطاع الحكومي	2177	25*12*2177	653,100
2	المتقاعدون			
3	موظفي وعمال المؤسسات المرخصة	5887	25*12*5887	1,766,100
4	النقابات المهنية	3885	5*12*3885	233,100
5	تأمين الاسرة اختياري	217	5*12*217	13,020
	المجموع			2,665,320

2. المبالغ التي حصل عليها موظفون في مديرية الشؤون الاجتماعية/ رام الله عن طريق الاحتيال على المواطنين، حيث تبين ان مجموع التأمينات الصادرة (17,324) تأمين ولا يوجد لها بيانات في وزارة الشؤون الاجتماعية، وبلغت تكلفة هذه التأمينات وفق نظام التأمين الصحي (17,324x50x12=10,394,400 مليون شيقل)، (القضية قيد المتابعة لدى هيئة مكافحة الفساد).

ثانياً: الأثر المالي الضائع على خزينة الدولة والذي لم يتم احتسابه لصعوبة الحصول على البيانات، نتيجة التجاوزات في الأنظمة والقوانين والتي نتج عنها ضياع مبالغ على خزينة الدولة نذكر منها:

1. عدم احتساب نسبة من تكلفة الأجهزة والأدوات على فاتورة المريض والتي تستخدم لعلاج داخل مراكز الوزارة وفقاً لنظام التأمين الصحي للعام 2006، (الإلزامي والحالات الاجتماعية 5%، والاختياري (10% - 30%)) كون النظام السابق للتأمين (2004) والمطبق في الوزارة لم يشر إلى احتسابها.
2. عدم الالتزام من قبل المستفيدين من التأمين الصحي بدفع رسوم سريان التأمين أثناء فترة الانتظار، يؤدي إلى احتمالية إلغاء التأمين بعد الاستفادة من خدمات التأمين الصحي الحكومي مباشرة، وضياع مبالغ على خزينة الدولة نتيجة عدم دفع الأقساط لسنة ونصف مقدماً لضمان حقوق الدولة.
3. عدم الالتزام بتجديد الاتفاقيات مع المستفيدين من خدمات التأمين الصحي بناء على نظام التأمين الصحي للعام 2004، ونظام التأمين الصحي للعام 2006 فيما بعد، أدى إلى ضياع أموال على خزينة الدولة نتيجة اختلاف رسوم القسط الشهري للتأمين، ورسوم المرافق الإضافي.
4. عدم تجميد بطاقة التأمين الصحي للمتخلفين عن الدفع نتيجة تراكم الديون من أعوام سابقة، يؤدي إلى الاستفادة من خدمات التأمين الصحي داخل مراكز وزارة الصحة، مما يرهق موازنة وزارة الصحة والدولة بسبب تكاليف العلاج، ويضيع مبالغ الديون على خزينة الدولة.
5. إن الاستفادة من خدمات التأمين الصحي داخل مراكز وزارة الصحة للعديد من المستفيدين بالرغم من انتهاء صلاحية البطاقة وإلغائها، يؤدي إلى ضياع أموال على خزينة الدولة بسبب تكاليف العلاج.
6. إن إضافة مرافقين لبطاقة التأمين الصحي خلافاً للنظام يؤدي إلى زيادة الأعباء على الدولة في تكاليف العلاج.
7. إن منح التأمين الصحي لبعض المستفيدين للفئات المهمشة غير المستحقين لخدمات التأمين الصحي (غير فقيرة)، كما أن التقارير الطبية المرفقة تقتقد للمصادقية، وبعض الحالات لم يتم زيارتها ميدانياً للتأكد من حاجتها للتأمين، مما يؤدي إلى زيادة تكاليف العلاج على الدولة.
8. استفادة العديد من خدمات التأمين الصحي لفئة الأسرى والمحربين داخل وخارج مراكز الوزارة بالرغم من عدم استحقاقهم له (الأشخاص الذين لم يثبت أنهم أسرى، عدم وجود تقرير اللجنة الطبية في وزارة الصحة، ودون اعتماد الاستثناء من الوزير المختص للحالات الخاصة).
9. استفادة العديد من خدمات التأمين الصحي لفئة عاطلين عن العمل داخل مراكز الوزارة بالرغم من عدم استحقاقهم للتأمين الصحي (أشخاص تجاوزت أعمارهم 60 عام، وأشخاص تقل أعمارهم عن 18، موظفي عقود دخلهم يتجاوز الحد الأدنى للأجور، أشخاص ليسوا عاطلين عن العمل).
10. استفادة العديد من الأشخاص لفئة مقاتلي الثورة من خدمات التأمين الصحي داخل وخارج مراكز الوزارة بالرغم من عدم انطباق الشروط عليهم.
11. عدم قيام وزارة الصحة باحتساب رسوم بدل المرافق والبالغة (10) شواقل للمرافق الواحد، للمنتفعين من خدمات التأمين الصحي.

انتهى،،،،