



دولة فلسطين

وزارة الصحة
الفلسطينية

الجهاز المركزي
للإحصاء الفلسطيني

الحسابات الصحية الفلسطينية 2016

شباط/ فبراير، 2018

تم إعداد هذا التقرير حسب الإجراءات المعيارية المحددة في ميثاق الممارسات للإحصاءات الرسمية الفلسطينية 2006



معاً وسوياً لبنى الوطن

© جمادى الآخر، 1439 هـ – شباط، 2018.
جميع الحقوق محفوظة.

في حالة الاقتباس، يرجى الإشارة إلى هذه المطبوعة كالتالي:

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، وزارة الصحة الفلسطينية، 2018. الحسابات الصحية الفلسطينية 2016.
رام الله - فلسطين.

جميع المراسلات توجه إلى:

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني
ص.ب. 1647، رام الله - فلسطين.
أو على
وزارة الصحة الفلسطينية
ص.ب. 14، نابلس - فلسطين.

هاتف: 2384771-6 9 (970/972)
فاكس: 2384777 9 (970/972)

هاتف: 2982700 2 (970/972)
فاكس: 2982710 2 (970/972)
الرقم المجاني: 1800300300

بريد إلكتروني: Palestinian.ministry.of.health@gmail.com
صفحة إلكتروني: <http://www.moh.ps>

بريد إلكتروني: diwan@pcbs.gov.ps
صفحة إلكترونية: <http://www.pcbs.gov.ps>



شكر وتقدير

يتقدم الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني بالشكر والتقدير إلى جميع مصادر البيانات الخاصة بالحسابات الصحية الوطنية من الوزارات والمؤسسات والممثلات التي ساهمت في توفير البيانات اللازمة لإعداد الحسابات الصحية.

لقد تم إعداد تقرير الحسابات الصحية الفلسطينية للعام 2016، بقيادة فريق فني من الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني بالشراكة مع وزارة الصحة الفلسطينية، وبدعم مالي مشترك بين كل من دولة فلسطين ومجموعة التمويل الرئيسية للجهاز (CFG) لعام 2018 ممثلة بمكتب الممثلة النرويجية لدى دولة فلسطين، الوكالة السويسرية للتنمية والتعاون (SDC).

يتقدم الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني بجزيل الشكر والتقدير إلى أعضاء مجموعة التمويل الرئيسية للجهاز (CFG) الذين ساهموا بالتمويل على مساهمتهم القيمة في تنفيذ هذا المشروع.

فريق العمل

- إعداد التقرير
 - من الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني
 - آمنة النتشه
 - رامي الدبس
 - هاني الأحمد
 - من وزارة الصحة
 - سامر جبر
- تدقيق معايير النشر
 - حنان جناجره
- المراجعة الأولية
 - أمينة خصيب
 - حسام خليفة
 - د. صالح الكفري
- المراجعة النهائية
 - محمد قلالوة
- الإشراف العام
 - علا عوض

رئيس الجهاز

تنويه للمستخدمين

- تم إعداد بيانات الإنفاق الصحي في فلسطين للعامين 2015، 2016 بالاعتماد على نظام الحسابات الصحية الموحد (SHA 2011)، والصادر بتعاون كل من: منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية (OECD)، ومنظمة الصحة العالمية (WHO)، والمكتب الإحصائي للاتحاد الأوروبي (Eurostat)، كإطار عمل شامل يوجه كافة الجهود الإحصائية المبذولة في الحقل الصحي. علماً بأن البيانات السابقة للأعوام 2000-2014 تم العمل على إعدادها بناءً على نظام الحسابات الصحية 2000 الصادر عن منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية (OECD).
- بسبب اعتماد نظام الحسابات الصحية الموحد (SHA 2011)، والذي ينص على بعض التعديلات الفنية في معالجة البيانات وإعادة تصنيف للمعاملات، يلاحظ أن البيانات الواردة في التقرير لا تنطبق مع بيانات عام 2014 التي تم نشرها في السابق، كما يتعذر إجراء مقارنات مع الأعوام السابقة لاختلاف المنهجية.
- يضم نظام الحسابات الصحية 2011 عدداً من التغيرات والتحسينات مقارنة بالنظم الدولية السابقة المستخدمة بإعداد الحسابات الصحية، وأبرزها:
 - تعزيز العلاقة ثلاثية المحاور المتأصلة ما بين (التمويل، الاستهلاك، التقديم)، أي توضيح مفصل لما تم استهلاكه ومن خلال ما تم تقديمه ومصدر تمويله.
 - يوفر النظام تغطية أشمل في سياق التصنيف الوظيفي في مجالات معينة، مثال ذلك: الوقاية والرعاية طويلة الأمد. كما يعطي صورة أكثر إيجاز لعالم مقدمي الرعاية الصحية.
 - الاعتماد على تصنيف جديد لمشروعات التمويل (نظم التمويل، وعوائد التمويل).
- فيما يخص بيانات الإنفاق الحكومي، فقد تم الاعتماد على بيانات الإنفاق (الرواتب والأجور، والنفقات التشغيلية والرأسمالية) بشكل مجاميع.
- يتم تسجيل معاملات الحكومة فيما يتعلق بالإنفاق سواء رواتب وأجور، نفقات تشغيلية، نفقات رأسمالية، أو مقابل العلاج في الخارج بالشيفر الإسرائيلي بينما يتم معالجة البيانات للنشر بالدولار الأمريكي. والجدول التالي يبين معدل سعر صرف الدولار مقابل الشيفل الإسرائيلي خلال العامين 2015-2016:

المؤشر	العام	2015	2016
معدل سعر صرف الدولار مقابل الشيفل الإسرائيلي (السنوي)		3.8863	3.8432

- (-): تعني لا يوجد بيانات من المصدر وغير معلوم القيمة إن كانت صفر أو غير ذلك.
- قد يلاحظ بعض الاختلافات الطفيفة لقيم نفس المتغير بين الجداول المختلفة، أو بين مفردات المتغير ومجموعه، ونجم ذلك عن التقريب المصاحب لعمليات جدولة البيانات.

قائمة المحتويات

الصفحة	الموضوع
	قائمة الجداول
	المقدمة
17	الفصل الأول: المصطلحات والمؤشرات والتصنيفات
17	1.1 المصطلحات والمؤشرات
26	2.1 التصنيفات
27	الفصل الثاني: النتائج الرئيسية
27	1.2 الإنفاق على الصحة في فلسطين
27	2.2 تمويل الرعاية الصحية
28	3.2 الإنفاق الجاري وفق وظائف الرعاية الصحية
29	4.2 الإنفاق وفق مزودي الخدمات الصحية
29	5.2 إجمالي الإنفاق على الصحة كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي بالأسعار الجارية
31	الفصل الثالث: المنهجية
31	1.3 نظرة عامة
31	2.3 منهجية إعداد الحسابات الصحية الفلسطينية
35	الفصل الرابع: الجودة
35	1.4 الدقة
35	2.4 مقارنة البيانات
35	3.4 جودة البيانات
36	4.4 الملاحظات الفنية
37	الجداول الإحصائية

قائمة الجداول

الصفحة	الجدول
39	جدول 1: مؤشرات مختارة في فلسطين للأعوام 2015، 2016
39	جدول 2: التوزيع النسبي للإنفاق الجاري على الصحة في فلسطين حسب نظم التمويل للأعوام 2015، 2016
40	جدول 3: التوزيع النسبي للإنفاق الجاري على الصحة في فلسطين حسب وكلاء التمويل للأعوام 2015، 2016
41	جدول 4: الإنفاق الجاري على الصحة في فلسطين حسب نظم التمويل ووكلاء التمويل الصحي للأعوام 2015، 2016
42	جدول 5: الإنفاق الجاري على الصحة في فلسطين حسب نظم التمويل وعائدات التمويل الصحي للأعوام 2015، 2016
43	جدول 6: الإنفاق الجاري على الصحة في فلسطين حسب نظم التمويل ومزودي الخدمات الصحية للأعوام 2015، 2016
44	جدول 7: الإنفاق الجاري على الصحة في فلسطين حسب نظم التمويل ووظائف الرعاية الصحية للأعوام 2015، 2016
46	جدول 8: الإنفاق الجاري على الصحة في فلسطين حسب مزودي الخدمات الصحية ووظائف الرعاية الصحية للأعوام 2015، 2016

المقدمة

ضمن سعي الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني لإنتاج الرقم الإحصائي وتوفير المعلومات الإحصائية لصانعي القرار، فقد ارتأى الجهاز العمل على تأسيس نظام الحسابات الصحية الفلسطينية ليعكس واقع الإنفاق على الصحة في فلسطين. حيث تقدم الحسابات الصحية وصفاً إحصائياً منظماً للقطاع الصحي ككل، وبنفس الوقت تعمل على توفير البيانات الإحصائية المفصلة عن التعاملات التي تجري بين مختلف الأطراف في المجتمع الصحي من جهة، وبين الاقتصاد المحلي وباقي دول العالم من جهة أخرى، بالإضافة إلى الوقوف على اتجاهات النمو في الاقتصاد الوطني من سنة لأخرى ومراقبة الأداء الاقتصادي الصحي وتقلباته عبر السنوات، لذلك فإن إعداد سلسلة زمنية متسقة ومنسجمة لبيانات الحسابات الصحية الفلسطينية تكتسب أهمية قصوى لما يعنيه ذلك من فتح آفاق المقارنة والقياس والتحليل الاقتصادي الصحي.

تبنى الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني بالتعاون مع وزارة الصحة نظام الحسابات الصحية الموحد (طبعة 2011)، كإطار عمل دليلي شامل وموحد لتوجيه كافة الجهود الإحصائية المبذولة في الحقل الصحي لإصدار بيانات الأعوام 2015-2016. حيث عمل الجهاز سابقاً، بالتعاون مع وزارة الصحة على إصدار سلسلة زمنية لبيانات الحسابات الصحية الفلسطينية للأعوام 2000-2014 باعتماد نظام الحسابات الصحية 2000 الصادر عن منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية (OECD)، بما تطلبه ذلك من دراسة وتدقيق في تجارب الدول من حيث المنهجيات والفرضيات المستخدمة، والتي تأثرت بشكل كبير بحدثة التجربة في العمل على موضوع الحسابات الصحية.

تمحور الهدف الرئيسي للمشروع حول بناء نظام حسابات صحية فلسطيني، وتوفير قاعدة بيانات حول الإنفاق على قطاع الخدمات الصحية من قبل مقدمي هذه الخدمات في فلسطين.

نأمل أن يساهم هذا التقرير في مساعدة المخططين وصناع القرار في مراقبة وتحسين النظام الصحي في فلسطين، وأن يثير درب متخذي القرار وصانعي السياسات الصحية في مسيرة التنمية الوطنية الشاملة.

والله ولي التوفيق،،،

علا عوض
رئيس الجهاز

شباط، 2018

الفصل الأول

المصطلحات والمؤشرات والتصنيفات

تعرف المصطلحات والمؤشرات المستخدمة وفق معجم المصطلحات الإحصائية ودليل المؤشرات الإحصائية، الصادرة عن الجهاز والمعتمدة على أحدث التوصيات الدولية المتعلقة بالحسابات الصحية والمنسجمة مع النظم الدولية، وهي: نظام الحسابات الصحية الموحد SHA 2011 الصادر عن منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية (OECD)، ومنظمة الصحة العالمية (WHO)، والمكتب الإحصائي للاتحاد الأوروبي (Eurostat).

1.1 المصطلحات والمؤشرات

1.1.1 مفاهيم عامة

الحسابات الصحية:

هي أداة توفر وصفاً منهجياً للتدفقات المالية المتصلة باستهلاك سلع الرعاية الصحية وخدماتها. والمقصود منها هو وصف النظام الصحي من منظور الإنفاق لمدة زمنية محددة. وهي تصف أيضاً المصادر والاستخدامات والقنوات لكل مورد من الموارد المالية المخصصة لقطاع الصحة، وآليات تدفق هذه الأموال والمصادر في نظام الرعاية الصحية على مستوى الوظيفة.

النفقات الجارية:

يحدد الإنفاق الحالي على الصحة، كمية الموارد الاقتصادية التي أنفقت على وظائف الرعاية الصحية التي عينتها حدود الاستهلاك. أضف إلى ذلك أن نظام الحسابات الصحية يهتم بالدرجة الأولى بسلع وخدمات الرعاية الصحية التي تستهلكها الوحدات المقيمة فقط، بغض النظر عن مكان وقوع هذا الاستهلاك أو الجهة الفعلية التي تدفع نفقاته. ولذلك فإن صادرات سلع وخدمات الرعاية الصحية تستبعد "من هذا الإنفاق بينما تعتبر واردات سلع وخدمات الرعاية الصحية للاستعمال النهائي" متضمنةً فيه.

التكوين الرأسمالي لمزودي الخدمات الصحية:

يقاس "تكوين إجمالي رأس المال" في نظام الرعاية الصحية بالقيمة الإجمالية للأصول أو الموجودات التي حصل عليها مقدموا الخدمات الصحية خلال فترة المحاسبة مطروحاً منها قيمة ما تم التخلص منه من الموجودات المماثلة من نفس النمط، والتي استعملت أكثر من مرة، أو لمدة تزيد على السنة في سياق تقديم الخدمات الصحية. ويضم هذا البند إجمالي تكوين رأس المال المحلي اللازم لتوفير الرعاية الصحية للمؤسسات باستثناء تلك المدرجة تحت البيع بالتجزئة للمواد والأدوات الطبية وغيرها من مقدمي الخدمات الطبية والسلع.

أساس الاستحقاق:

هو الذي يعرف بتحميل كل فترة مالية بجميع المصروفات التي تخصها سواء دفعت أم لم تدفع، وكذلك حصر جميع الإيرادات التي اكتسبت واعتبرت لنفس الفترة سواء قبضت أم لم تقبض.

الرعاية الصحية:

هي معالجة وتشخيص المرض، والمحافظة على الصحة من خلال الخدمات التي تقدمها العلاجات الطبية، طب الأسنان، الخدمات التكميلية والبديلة، والمستحضرات الدوائية، والعلوم السريرية (التشخيص في المختبر)، والتمريض، والمهن الصحية. وتشمل الرعاية الصحية جميع السلع والخدمات المقدمة لتعزيز الصحة، بما في ذلك "التدخلات الوقائية والعلاجية والمسكنة، سواء الموجهة للأفراد أو للسكان".

القطاع الحكومي:

يتألف من وحدات الحكومة المركزية والحكومات المحلية إلى جانب صناديق الضمان الاجتماعي التي تفرسها وتسيطر عليها تلك الوحدات وتشمل كذلك المؤسسات غير الهادفة للربح التي تنتج إنتاجاً غير سوقي وتسيطر عليها وتمولها بصورة رئيسة الوحدات الحكومية أو صناديق الضمان الاجتماعي.

قطاع المؤسسات غير الهادفة للربح والتي تخدم الأسر المعيشية:

يتألف هذا القطاع من مؤسسات لا تولد دخلاً أو ربحاً للوحدات التي تملكها. بحيث يتألف هذا القطاع من جميع المؤسسات المقيمة غير الهادفة للربح والتي توفر سلعاً وخدمات غير سوقية للأسر المعيشية عدا تلك المؤسسات التي تسيطر عليها الحكومة وتمولها بصورة رئيسة. ويمكن تقسيمها إلى ثلاث مجموعات: مجموعة تخدم قطاع الأعمال (مثل غرف التجارة والصناعة) ومجموعة تشكل جزءاً من قطاع الحكومة (كالمستشفيات المملوكة للحكومة) ومجموعة المؤسسات التي تخدم الأسر المعيشية كالاتحادات العمالية والمهنية والكنائس والجمعيات الخيرية ومنظمات الإغاثة المملوكة من القطاع الخاص.

الأسرة:

هي فرد أو مجموعة أفراد يعيشون في نفس الوحدة السكنية ويتناولون الطعام معاً ويشتركون في توفير احتياجاتهم المعيشية وقد تربطهم علاقة قرابة ليشكلوا عائلة، أو لا تربطهم هذه العلاقة.

الإقامة:

يدخل مفهوم الإقامة في الحسابات الصحية من خلال تحديد ما إذا كان مصدر التمويل ومزود الخدمة مقيم أو من باقي العالم. وعليه يعتبر الأفراد والمنشآت مقيمين في الاقتصاد الذي يشكل مركز اهتمامهم الاقتصادي. وهذا يعني أنهم سيقومون في ذلك الاقتصاد بجزء هام من أنشطتهم الاقتصادية ويمكنون لفترة طويلة. وبهذا فإن مفهوم الإقامة تعرف من منظور اقتصادي لا قانوني، والمعيار الأساسي لتحديد الإقامة لكيان ما، هو مركز المصلحة الاقتصادية والذي يعرف بأنه وجود محل سكني أو موقع إنتاجي أو مواقع أخرى داخل الإقليم الاقتصادي لبلد ما تقوم فيه أو منه بمباشرة أنشطة ومعاملات اقتصادية على نطاق واسع بقصد الاستمرار فيها لأجل غير مسمى أو لمدة محددة أو غير محددة، ولكنها عادةً ما تكون طويلة.

وبالنسبة للأفراد، فإن المعيار الرئيسي لتحديد مركز الاهتمام الاقتصادي هو قاعدة "السنة الواحدة": فإذا ما بقي فرد، أو كان لديه النية أن يبقى في بلد ما لمدة تزيد عن سنة واحدة، فإنه يعتبر مقيماً في ذلك البلد من حيث المدلول الاقتصادي. ويستثنى من هذه القاعدة الطلاب والمرضى والعاملين لدى السفارات والبعثات الدبلوماسية والمنظمات الدولية من غير مواطني الدولة التي تقيم فيها هذه الهيئات. ويعتبر الأفراد من المجموعات الثلاثة المذكورة غير مقيمين في الاقتصاد الذي يعيشون فيه، بل مقيمون في بلدانهم الأصلي بغض النظر عن مدة تواجدهم.

أما بالنسبة للمنشآت فإنها تعتبر دوماً مقيمة في البلد الذي تتواجد فيه. وهذا منسجم مع مفهوم الإقامة بأنه مكان مركز الاهتمام الاقتصادي، لان ممارسة نشاط إنتاجي لا يتم عادة بشكل عابر دون أن تكون هناك النية للبقاء لفترة طويلة. والاستثناء الوحيد في حالة المنشآت، هي تلك التي تشغل معدات متقلة، مثل صيادي الأسماك الذين يبقون في مياه دولة ما لفترة محددة من الزمن، وكذلك بعض شركات المقاولات التي تقوم بالالتزام التعاقدية لإنجاز مشروع محدد دون توفر النية لتمديد الإقامة بعد إنجاز هذا الالتزام، حيث تعتبر هذه الأنشطة مقيمة في الاقتصاد الوطني للعاملين فيها طالما أنهم لا يحتفظون بحسابات مستقلة لنشاطهم في الخارج. أما إذا كانوا يحتفظون بحسابات مستقلة لنشاطهم في الدولة التي يمارسونه فيها حيث يدفعون الضرائب ويحظون بترخيص في مزاولة عملهم، فيعتبر نشاطهم حينئذ مقيماً في تلك الدولة.

الرعاية الصحية الأولية:

هي الفحص الأولي والرعاية الصحية الشاملة المتواصلة بما فيها التشخيص والعلاج الأولي والإشراف الصحي وإدارة الخدمات الصحية الوقائية والحالات المزمنة، ولا يتطلب توفير الرعاية الصحية الأولية معدات وأجهزة متطورة أو مصادر متخصصة.

الرعاية الصحية الثانوية:

هي العلاج من قبل اختصاصي في المستشفى المقدم للمريض المحول من الرعاية الصحية الأولية أو في حالة طوارئ.

الرعاية الصحية الثالثة:

هي الرعاية الاستشارية المتخصصة التي عادة ما تحول من الرعاية الصحية الأولية أو من الرعاية الطبية الثانوية وتقدم في مركز لديه مرافق للفحوصات والعلاج المتخصص.

مراكز التأهيل:

هي المرافق التي تقدم العلاج والتدريب بهدف التأهيل. وهي المراكز التي تقدم العلاج الوظيفي، العلاج الحركي، العلاج المهني، وتدريبات خاصة كعلاج النطق لإستشفاء من الإصابة أو المرض إلى الحد الطبيعي الممكن.

التأمين الصحي:

هو تعويض عن خسارة مادية ترتبط بتغطية التكاليف المتعلقة بمشكلة صحية ما وعلاجها. وهو عقد ما بين المؤمن والمؤمن عليه يتعلق بتغطية التكاليف المتعلقة بمشكلة صحية ما وعلاجها.

بالاعتماد على تصنيفات منظمة الصحة العالمية والواردة بدليل نظام الحسابات الصحية الموحد 2011، فقد قسمت التعريفات الخاصة بالتصنيفات الصحية الواردة أدناه حسب (نظم التمويل، عملاء التمويل، وظائف الرعاية الصحية، مزودي الخدمات الصحية إضافة إلى عوائد تمويل الرعاية الصحية).

2.1.1 نظم التمويل الصحي

النظم والبرامج الحكومية ونظم تمويل الرعاية الصحية المساهمة الإلزامية:

تضم هذه الفئة جميع المشروعات التي تهدف إلى ضمان الحصول على الرعاية الصحية الأساسية للمجتمع بأسره، أو لجزء كبير منه، أو على الأقل لبعض المجموعات سريعة التأثير. بما فيها: المشروعات الحكومية، والتأمين الصحي الاجتماعي،

والتأمين الخصوصي الإلزامي، وحسابات المدخرات الطبية الإلزامية. والسبب المنطقي الرئيسي للمداخلة الحكومية في النظم الصحية هو ضمان الحصول على الرعاية الصحية الأساسية للمجتمع بأسره (أو للمجموعات الاجتماعية سريعة التأثير).

نظم وبرامج غير الإلزامي مقابل الرعاية الصحية:

تتضمن هذه الفئة جميع مشروعات تمويل الرعاية الصحية مسبقاً الدفع محلياً والتي بواسطتها يمكن الحصول على الخدمات الصحية بحسب تقدير الجهات الفاعلة الاقتصادية الخصوصية (بالرغم من أن هذا التقدير "يمكن أن، وغالباً ما، يتأثر بالقوانين والتشريعات الحكومية). وهي تتضمن: التأمين الصحي الطوعي، ومشروعات تمويل المؤسسات غير الربحية التي تخدم الأسر المعيشية ومشروعات التمويل المؤسسية.

إنفاق الأسر المعيشية:

يعرف الإنفاق من المال الخاص للأسر بكونه دفعاً مباشراً للخدمات من الدخل الأولي للأسرة أو من مدخراتها (وليس هنالك من وسيط للدفع)، ويتم الدفع من قبل المستخدم في وقت استخدام الخدمات. ويتضمن ذلك مشاركة التكاليف والدفعات غير المنتظمة (نقدياً وعينياً). والمدفوعات من المال الخاص تبين العبء المباشر للتكاليف الطبية الذي تتحمله الأسر في وقت استخدام الخدمة. ولإنفاق من المال الخاص دورها في كل نظام للرعاية الصحية. ففي البلدان ذات الدخل المنخفض، غالباً ما يكون الإنفاق من المال الخاص هو الصيغة الرئيسية لتمويل الرعاية الصحية.

باقي العالم:

تشتمل هذه الفئة على التدابير المالية التي ترتبط بكيانات مؤسسية (أو التي تدار من قبل كيانات مؤسسية) تقيم في الخارج، لكنها تقوم بجمع، وتجميع الموارد وشراء سلع وخدمات الرعاية الصحية بالنيابة عن المقيمين، دون أن تنقل الأموال عبر مشروع مقيم.

3.1.1 وكلاء التمويل الصحي

إن وكلاء التمويل عبارة عن وحدات مؤسسية تقوم بإدارة مشروع تمويل أو أكثر: فهي تجمع العائدات وتشتري الخدمات وفقاً لقواعد مشروع (أو مشروعات) تمويل الرعاية الصحية المفروض. وهذا يتضمن الأسر المعيشية كوكلاء تمويل للنققات من المال الخاص. ويتضمن:

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

4.1.1 مفاهيم عائدات التمويل الخاص بالرعاية الصحية

التحويلات من العائدات المحلية الحكومية:

يشير هذا البند إلى الأموال المخصصة من العائدات المحلية الحكومية للغايات الصحية.

التحويلات التي توزعها الحكومة من مصادر خارجية أجنبية:

إن التحويلات التي تنشأ في الخارج (ثنائية الأطراف، أو متعددة الأطراف، أو الأنواع الأخرى من التمويل الخارجي) التي يتم توزيعها بواسطة الحكومة العامة يتم تسجيلها في هذه الفئة. وبالنسبة للمشروع الذي يتلقى هذه الأموال، يكون مقدم الأموال هو الحكومة، لكن هذه الأموال نفسها تكون ذات مصدر خارجي. ويتم تسجيل مصدر العائدات فقط في مستوى التعامل التجاري بالعائدات.

مساهمات التأمين الاجتماعي:

تؤخذ مساهمات التأمين الصحي الاجتماعي إما من أرباب العمل بالنيابة عن موظفيهم، أو من الموظفين أو الأشخاص الذين يعملون لحسابهم الخاص أو غير الموظفين بالأصالة عن أنفسهم بما يكفل لهم التأهيل لمناصب التأمين الصحي الاجتماعي. والفئات الفرعية لمساهمات التأمين الاجتماعي يتم تصنيفها بحسب نوع الوحدات المؤسسية التي تدفع قيمة المساهمة بالتأمين الاجتماعي بالنيابة عن الشخص المؤمن.

الدفع غير الإلزامي:

وهو يتضمن أقساط التأمين الخصوصي الطوعي. وأقساط التأمين الخصوصي الطوعي هي دفعات تؤخذ من المؤمن أو من وحدات مؤسسية أخرى بالنيابة عن المؤمن وهي تكفل التأهيل لمناصب مشروعات التأمين الصحي الطوعي. والفئات الفرعية من الدفع الطوعي يتم تصنيفها بحسب نوع الوحدات المؤسسية التي تدفع العائدات ، كما يلي:

- الدفع الطوعي من قبل الأفراد أو الأسر.
- الدفع الطوعي من أرباب العمل.
- عائدات طوعية أخرى مسبقة الدفع.

عائدات محلية أخرى غير مصنفة في مكان آخر:

تتضمن هذه الفئة العائدات المحلية من مشروعات التمويل غير المتضمنة في الفئات أعلاه، ويتم تعريف الفئات الفرعية بحسب الوحدات المؤسسية التي تقدم التحويلات الطوعية:

- عائدات أخرى من الأسر غير مصنفة في مكان آخر.
- عائدات أخرى من الشركات غير مصنفة في مكان آخر.
- عائدات أخرى من مؤسسات غير ربحية غير مصنفة في مكان آخر.

التحويلات الخارجية (الأجنبية) المباشرة:

تتمثل بالطرق الرئيسية التي تأتي بالعائدات من كيانات خارجية بصورة مباشرة (عن طريق التحويلات) إلى مشروعات تمويل صحية، والتي يتم التعامل بها هي:

- عائدات تمويلية خارجية مباشرة مخصصة للصحة، وعادة ما تكون هذه العائدات هبات من وكالات دولية أو حكومات أجنبية، أو تحويلات طوعية (التبرعات) من المنظمات غير الحكومية أو الأفراد المشتركين مباشرة بتمويل مشروعات التمويل الصحية المحلية؛
- إعانات عينية خارجية مباشرة (من سلع وخدمات الرعاية الصحية).

5.1.1 مفاهيم وظائف الرعاية الصحية

خدمات الرعاية العلاجية:

تشمل الرعاية العلاجية الاتصالات التي يكون المقصد الرئيسي منها هو تخفيف وطأة أعراض المرض أو الإصابة، أو التقليل من وخامة مرض أو إصابة ما، أو الحماية من تفاقم أو تعقيد مرض أو إصابة أو كليهما مما يمكن أن يهدد الحياة أو الوظائف الطبيعية للجسم. وتشتمل عملية الاتصال لغايات الرعاية العلاجية على اتصال فردي مع النظام الصحي، يمكن أن ينطوي على سلسلة من المكونات، كالتوصل إلى تشخيص للحالة، وصياغة وصفة طبية وخطة علاجية، ورصد وتقييم التطور السريري، أو استكمال العملية بالتصوير والفحوص المخبرية والوظيفية لأغراض التشخيص وتقييم التطور. ويمكن لعملية الاتصال أو التماس أن تشتمل أيضاً على وسائل علاجية متعددة، كالمستحضرات الدوائية والسلع الطبية الأخرى (ومثال ذلك الأدوات العلاجية التقييمية كالنظارات، والأجهزة البديلة، كالأسنان أو الأطراف الاصطناعية)، بالإضافة إلى الإجراءات العلاجية، كالجراحات الجراحية، التي تتطلب متابعة إضافية. كما تعتبر بعض الإجراءات الإدارية الروتينية، كاستيفاء وتحديث سجلات المرضى، جزءاً لا يتجزأ من الخدمة.

الخدمات العلاجية المقدمة للمرضى المدخلين:

الرعاية الطبية بما فيها الخدمات المساندة المقدمة للمرضى ممن هم بحاجة لمبيت، وتقديم جميع الخدمات التي يحتاجها المريض من الناحية الطبية خلال إقامته.

الخدمات العلاجية المقدمة لمرضى العيادات الخارجية:

الرعاية الطبية والخدمات الطبية المساندة المقدمة من خلال مراكز الرعاية الأولية والعيادات الخارجية والتي تقدم خارج المستشفيات للمرضى ممن ليسوا بحاجة للخدمات الطبية الخاصة بالمبيت. وقد تكون جزء من خدمات المستشفيات، على سبيل المثال قد تحتوي المستشفى على عيادات خارجية متخصصة.

الرعاية العلاجية في عيادات طب الأسنان:

ويضم هذا البند الخدمات الطبية لعلاج الأسنان (بما في ذلك طب الأسنان الاصطناعية) التي تقدم للمرضى في العيادات الخارجية من قبل الأطباء. وهي تضم مجموعة الخدمات التي عادة ما يقدمها الأطباء المختصين في طب الأسنان كاملة.

الرعاية العلاجية المتخصصة في العيادات:

يضم هذا البند الخدمات الطبية بجميع التخصصات المقدمة للمرضى في العيادات الخارجية من قبل الأطباء المتخصصين وغير متخصصين (أطباء عامين)، وتشمل خدمات التشخيص والعناية بالأسنان. وتشمل الصحة النفسية ومعالجة تعاطي مواد الإدمان والعلاج والجراحة خارج المستشفيات.

خدمات الرعاية التأهيلية:

التأهيل هو إستراتيجية متكاملة تهدف إلى تمكين الأشخاص الذين يمرون بظروف صحية معينة ويعانون أو يحتمل أن يعانون نوعاً من العجز، من تحقيق الإنجاز الأفضل، والحياة الكريمة، والانخراط في حياة الجماعة والمجتمع، والاستمرار في ذلك.

خدمات التمريض طويلة الأجل:

تتألف الرعاية المديدة/ طويلة الأجل (الصحية) من مجموعة من خدمات الرعاية الطبية والشخصية التي يتم استهلاكها بالدرجة الأولى بهدف تخفيف الألم والمعاناة، وخفض أو تدبير تدهور الوضع الصحي للمرضى الذين يعانون قدرًا من اعتماد الإعاقة طويلة الأجل.

خدمات الرعاية الصحية المساندة:

كثيراً ما تكون الخدمات المساعدة جزءاً لا يتجزأ من الخدمات التي تتصل الغاية منها بالتشخيص والرصد. ولذلك، فإن الخدمات المساعدة لا غاية لها بذاتها: وإنما الغاية أصلاً هي الشفاء والوقاية من المرض، وما إلى ذلك. وتصب الخدمات المساعدة في مجملها في خانة الغاية الأولى للخدمات، وتأتي في المقام الثاني من حيث طراز تقديم الرعاية الذي يتم استهلاك الخدمات على أساسه.

السلع الطبية:

يتم تقسيم السلع الطبية في المستوى الثاني إلى مستحضرات دوائية وغيرها من المستحضرات الطبية غير المعمرة، والأجهزة العلاجية والسلع الطبية الأخرى. ويشمل ذلك: السلع الطبية التي يحصل عليها المستفيد (الذي يستعملها)، سواء نتيجة لوصفة طبية عقب اتصال يتم في إطار النظام الصحي، أو نتيجة لوصف الدواء ذاتياً. ويتم استبعاد السلع الطبية التي يتم استهلاكها أو إيتاؤها في سياق الرعاية الصحية، والتي يتم وصفها من قبل أحد المهنيين الطبيين.

الخدمات الوقائية والصحة العامة:

تهدف الوقاية إلى تجنب أو خفض عدد الإصابات والأمراض وتبعيتها ومضاعفاتها وتقوم الوقاية على إستراتيجية لتعزيز الصحة، تتطوي على عملية من شأنها تمكين الناس من تحسين صحتهم، عن طريق التحكم في بعض محدّداتها المباشرة. ويشمل هذا مجموعة واسعة من النتائج المرتقبة، التي تغطي بمداخلات مختلفة، وتنظم في مستويات ثلاثة: أولية، وثانوية، وثالثية.

الحكومة، النظام الصحي وإدارة التمويل:

تركز هذه الخدمات على النظام الصحي بدلاً من تركيزها على الرعاية الصحية المباشرة، وينظر إليها على أنها جماعية، فهي غير موزعة بين أفراد محددين بل ينتفع بها كافة مستخدمي القطاع الصحي، وهي توجه وتدعم عمل النظام الصحي، ويتوقع من هذه الخدمات أن تحافظ على، وتزيد من فعالية وكفاءة النظام الصحي وتحسن من عدالته. وتحمل الحكومات عبء هذه النفقات بصورة غالبية لكنها ليست حصريّة. وهي تشمل صياغة وإدارة السياسات الحكومية؛ ووضع المعايير؛ والتشريع أو الترخيص أو الإشراف على المنتجين؛ وإدارة جمع الأموال؛ وإدارة ومراقبة وتقييم هذه الموارد؛ وما إلى ذلك. لكن بعض هذه الخدمات تقدمها كذلك الكيانات الخصوصية، بما فيها المجتمع المدني (المنظمات غير الحكومية/ منظمات المجتمع المدني) والتأمين الطبي الخاص.

الوظائف المرتبطة بالرعاية الصحية:

هناك معايير أخرى مرتبطة بالصحة (على سبيل المثال (نوع الرعاية: حديث أو تقليدي)، نوع الإجراء: الفحص الجسدي، استكمال الإجراءات، التحاليل المخبرية) وقد تكون ضرورة لوضع السياسات واخذ القرارات الخاصة بالنظام الصحي. بالتالي قد تشمل أنشطة ضرورية لاستكمال الوظائف الصحية ولكنها لا تندرج ضمن الأنشطة الصحية في التنفيذ (مثل:

إعادة التأهيل والرعاية طويلة الأجل والتي تشمل رعاية صحية واجتماعية). لذلك يتم توضيح ما يتم إنفاذه على هذه البنود والإبلاغ عن العناصر التي تقع خارج حدود الرعاية الصحية من خلال فئتين للبنود المرتبطة بالصحة.

6.1.1 تصنيف مزودي الخدمات الصحية

المستشفيات:

يضم هذا البند المؤسسات المرخص لها والعاملة بشكل أساسي في توفير العلاج الطبي والتشخيص وتقديم الخدمات التي تشمل: الأطباء، والتمريض، وغيرها من الخدمات الصحية للمرضى المقيمين بالإضافة إلى خدمات السكن والخدمات المتخصصة التي يطلبها المرضى. ويمكن أيضاً أن تقدم المستشفيات خدمة العيادات الخارجية كنشاط ثانوي. وكثير من هذه الخدمات لا يمكن توفيرها إلا باستخدام المرافق والمعدات المتخصصة التي تشكل عامل هام لا يتجزأ من عملية الإنتاج. في بعض البلدان، المرافق الصحية تحتاج إلى الحد الأدنى من المعدات (مثل عدد الأسرة) لتسجل باعتبارها مستشفى.

المستشفيات العامة:

تضم هذه الفئة المؤسسات المرخصة المشتركة بصورة أولية في تقديم المعالجة التشخيصية والطبية العامة (الجراحية وغير الجراحية) للمرضى المدخلين " في مجموعة متنوعة واسعة من الحالات الطبية". كما يمكن لهذه المؤسسات أن تقدم خدمات أخرى، مثل خدمات المرضى الخارجيين، أو الخدمات الباثولوجية التشريحية، أو الخدمات الإشعاعية التشخيصية، أو الخدمات المخبرية السريرية أو خدمات غرف العمليات لمجموعة متنوعة من الإجراءات والخدمات الصيدلانية، التي يستخدمها عادة المرضى المدخلين بالإضافة إلى المرضى الخارجيين.

مستشفيات الصحة النفسية:

المؤسسات المرخصة المشتركة بصورة أولية في تقديم المعالجة التشخيصية والطبية وخدمات المراقبة للمرضى الداخليين الذين يعانون من مرض نفسي وخيم أو اضطرابات ناتجة عن معاقرة المخدرات . وتتطلب المعالجة غالباً إقامة مطولة في بيئة للمرضى الداخليين، تتضمن معالجة دوائية مركزة. ولتحقيق هذه المجموعة المعقدة من أزمها، تقدم مستشفيات الصحة النفسية عادةً خدمات غير خدمات المرضى الداخليين، كالرعاية الصحية النفسية للمرضى الخارجيين، والاختبارات المخبرية السريرية، والخدمات الإشعاعية وخدمات تخطيط كهرباء الدماغ التشخيصية، والتي غالباً ما تتاح للمرضى الداخليين والخارجيين. ويستبعد من مستشفيات الصحة النفسية وحدات المرضى الداخليين النفسية مجتمعية المرتكز في المستشفيات العامة.

المستشفيات المتخصصة:

يضم هذا البند المؤسسات المرخصة المشتركة بصورة أولية في تقديم المعالجة التشخيصية والطبية، إضافة إلى خدمات المراقبة للمرضى المقيمين " بنوع محدد من المرض أو الحالة الطبية".

التمريض ومرافق الرعاية مع مبيت:

تضم فئة " مرافق الرعاية طويلة الأمد للمقيمين " المؤسسات المشتركة بصورة أولية في تقديم الرعاية طويلة الأمد للمقيمين والتي تشمل التمريض أو الإشراف أو الأنواع الأخرى من الرعاية التي يحتاجها المقيمون. وفي هذه المؤسسات، هنالك جزء مهم من عملية الإنتاج والرعاية المقدمة هي مزيج من الخدمات الصحية والاجتماعية، مع كون الخدمات الصحية عموماً

في مستوى الرعاية التمريضية، إلى جانب خدمات الرعاية الشخصية. إلا أن المكونات الطبية للرعاية أقل تركيزاً بكثير من تلك المقدمة في المستشفيات.

الممارسات الطبية:

يضم عيادات الممارسين للطب العام وعيادات الأطباء المتخصصين (باستثناء ممارسة طب الأسنان) والتي يحمل فيها الممارسون الأطباء درجة دكتور في الطب (وفق التصنيف المعياري الدولي للمهن (ISCO-08) رمز 1121) . كما تتضمن هذه المجموعة ممارسة الطب التقليدي المكمل والبديل المعتمد على ثقافة طبية مناسبة.

عيادات طب الأسنان:

يتألف هذا البند من المنشآت الصحية التي يديرها ويعمل بها طبيب أسنان، وبصورة رئيسية مستقلة تعمل في مجال ممارسة طب الأسنان المتخصصة أو العامة أو جراحة الأسنان. وتكون ضمن القطاع الخاص أو مجموعة عيادات أو في المرافق الأخرى، مثل المستشفيات والمراكز الطبية. ويمكن أن تقدم إما رعاية شاملة وقائية شاملة، أو تجميلية، أو في خدمات الطوارئ.

ممارسين لرعاية صحية أخرى:

تضم هذه الفئة الفرعية مجموعة مساعدي الأطباء والممارسين للمهن الصحية المستقلين الآخرين (غير المهن الطبية: الأطباء العامين أو المتخصصين، وأطباء الأسنان)، مثل المعالجين أخصائيو البصر، والمعالجين النفسيين، واختصاصيي المعالجة الفيزيائية والمعالجة المهنية ومعالجة النطق، والمؤسسات الاختصاصية بالسمع. بصورة أولية يتم تقديم الرعاية للمرضى من خلال عيادات خارجية. وتكون ضمن القطاع الخاص أو مجموعة من المراكز، مثل المستشفيات والمراكز الطبية.

مراكز الرعاية الأولية:

وتضم المؤسسات العاملة في مجال توفير مجموعة واسعة من الخدمات للمرضى من قبل فريق من الأطباء والعاملين في مجال الطب، وموظفي الدعم في كثير من الأحيان، وعادة ما يجمع بين تخصصات عدة، لتقديم وظائف محددة في خدمة الرعاية الأولية والثانوية. هذه المؤسسات بصورة عامة تقدم العلاج للمرضى الذين لا يحتاجوا لمبيت.

مقدمي الخدمات المساندة:

تضم هذه الفئة المؤسسات التي تقدم نوعاً من الخدمات المساندة محدد مباشرة للمرضى ضمن العيادات الخارجية، بإشراف المهنيين في مجال الصحة وغير المغطاة بالمعالجة في المستشفيات، أو مرافق الرعاية التمريضية، أو مقدمي الرعاية الإسعافية، أو مقدمي الرعاية الآخرين. وهي تشمل مقدمي نقل المرضى والإنقاذ والطوارئ، والمختبرات الطبية والتشخيصية، ومختبرات الأسنان. ويمكن لمقدمي الرعاية المتخصصين هؤلاء طلب الدفع من مرضاهم مباشرة مقابل تقديم خدماتهم أو تقديم هذه الخدمات المساندة كمنافع عينية في عقود خدمات خاصة.

بيع بالتجزئة وغيرها من مزودي السلع الطبية:

ويضم هذا البند المؤسسات التي تمثل نشاط تجارة التجزئة وبيع السلع والمواد الطبية لعامة الناس لأغراض شخصية أو الاستهلاك المنزلي أو الاستخدام. وتشمل أيضاً المؤسسات التي تعمل في نشاط تصنيع السلع الطبية لبيعها للجمهور العام مباشرة للاستعمال الشخصي أو المنزلي بالإضافة إلى تكاليف تصنيع وتوصيل الأدوات الطبية.

مقدمي خدمات الطب الوقائي:

تضم هذه الفئة المنظمات التي تقدم بصورة أولية البرامج الوقائية الجماعية وبرامج الحملات الصحية، أو البرامج الصحية لمجموعات محددة من الأفراد، مثل الوكالات الخاصة بتعزيز وحماية الصحة أو المؤسسات الصحية العمومية إضافة إلى المؤسسات المتخصصة التي تقدم الرعاية الوقائية الأولية كنشاط رئيسي لها. وهذا يشمل تعزيز وتحسين أنماط الحياة الصحية في المدارس من قبل متخصصين أو وكالات أو منظمات.

مقدمي الخدمات الإدارية والمالية للنظام الصحي:

يضم هذا البند المؤسسات المشتركة بصورة أولية في تشريع نشاطات الوكالات التي تقدم الرعاية الصحية وفي الإدارة الشاملة لقطاع الرعاية الصحية، بما في ذلك إدارة التمويل الصحي. ومع أنه في المرتبة الأولى يرتبط بنشاطات الحكومة ووكالاتها في التحكم والإدارة لنظام الرعاية الصحية بمجمله، فإن الشأن الأخير يعكس الإدارة المرتبطة بزيادة الأموال وشراء سلع وخدمات الرعاية الصحية من قبل الوكلاء للقطاعين الخاص والعام.

قطاعات الاقتصاد الأخرى:

ويتألف هذا البند من الصناعات غير المصنفة في مكان آخر والتي تقدم الرعاية الصحية الثانوية أو غيرها من المنتجين. وتشمل منتجي الرعاية الصحية المهنية، والرعاية المنزلية المقدمة من خلال الأسر المعيشية بشكل خاص.

باقي العالم لمزودي الخدمة الصحية:

يشمل هذا البند كافة الوحدات غير المقيمة التي تقدم سلع وخدمات الرعاية الصحية إضافة إلى الوحدات المشتركة في نشاطات متصلة بالصحة. وفي كلتا الحالتين يتم تقديم الرعاية للاستخدام النهائي للمقيمين في البلاد.

2.1 التصنيفات

اعتمد في عملية جمع ومعالجة البيانات الإحصائية على التصنيفات المعتمدة والمستخدم في الجهاز وفق المعايير الدولية والتي تستند على نظام الحسابات الصحية الموحد SHA 2011 وبما يتلاءم مع الخصوصية الفلسطينية، حيث تم استخدام التصنيف أدناه في معالجة بيانات هذا التقرير:

- تصنيف نظام الحسابات الصحية الموحد- طبعة 2011، والصادر بتعاون كل من: منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية (OECD)، ومنظمة الصحة العالمية (WHO)، والمكتب الإحصائي للاتحاد الأوروبي (Eurostat).

الفصل الثاني

النتائج الرئيسية

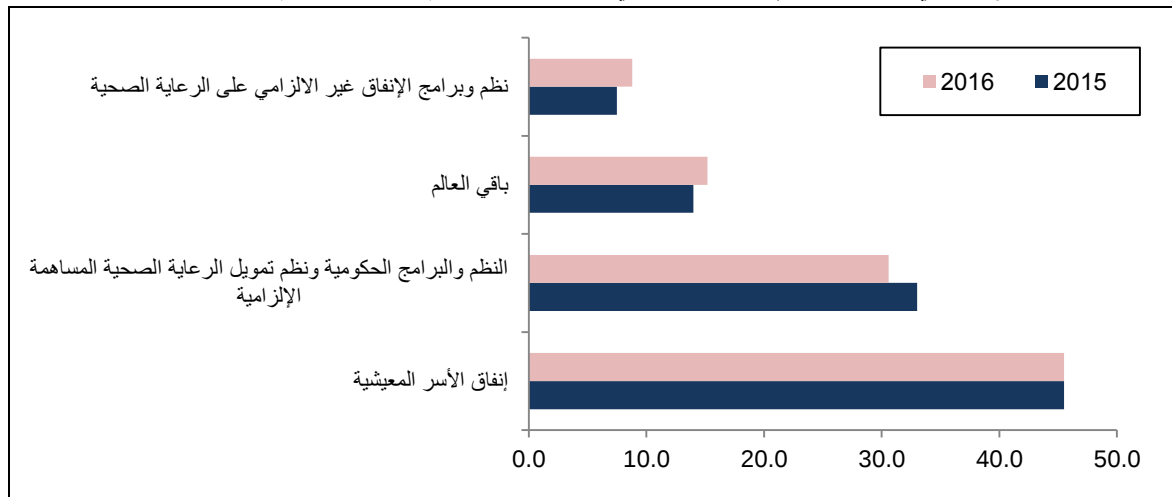
1.2 الإنفاق على الصحة في فلسطين

تشير بيانات الحسابات الصحية الفلسطينية للعام 2016 إلى أن مجموع النفقات الجارية على الصحة بلغت 1,419.5 مليون دولار أمريكي بارتفاع نسبته 7.4% مقارنة مع العام 2015 الذي بلغ 1,321.3 مليون دولار أمريكي. وبلغ التكوين الرأسمالي الإجمالي المرصود خلال العام 2016 ما يعادل 18.4 مليون دولار أمريكي، في حين بلغ 28.9 مليون دولار أمريكي في العام 2015.

2.2 تمويل الرعاية الصحية

يقدم نظام الحسابات الصحية الموحد SHA 2011، إطاراً محاسبياً جديداً لمفاهيم التمويل الصحي، حيث تعتبر التصنيفات الثلاثة (نظم التمويل، عائدات التمويل، ووكلاء التمويل) أدوات تبين بصورة شاملة تمويل الرعاية الصحية، وتدفق الموارد المالية في النظام الصحي. فنجد أن النسبة الأعلى لنظم التمويل التي توضح المصادر التي يتم من خلالها دفع تكاليف الخدمات الصحية في الاقتصاد الفلسطيني سُجلت من خلال ما يتم دفعه من قبل الأسر المعيشية حيث بلغت 45.5% في العام 2016، وهي نفس نسبة مساهمة الأسر المعيشية للعام 2015 في مجموع تمويل تكاليف الخدمات الصحية. ويلي ذلك النظم والبرامج الحكومية ونظم المساهمة الإلزامية لتمويل الرعاية الصحية والتي بلغت 33% في العام 2015، وانخفضت في العام 2016 لتصل إلى 30.5%. ويعتمد الاقتصاد الفلسطيني أيضاً على باقي العالم كأحد المصادر التي يتم توفير التمويل من خلاله وتبلغ نسبة مساهمته 14% في العام 2015، مقابل 15.2% في العام 2016. كما أن نظم وبرامج الإنفاق غير الإلزامي تساهم في تمويل القطاع الصحي بنسبة 7.5% في العام 2015، مقابل 8.8% في العام 2016.

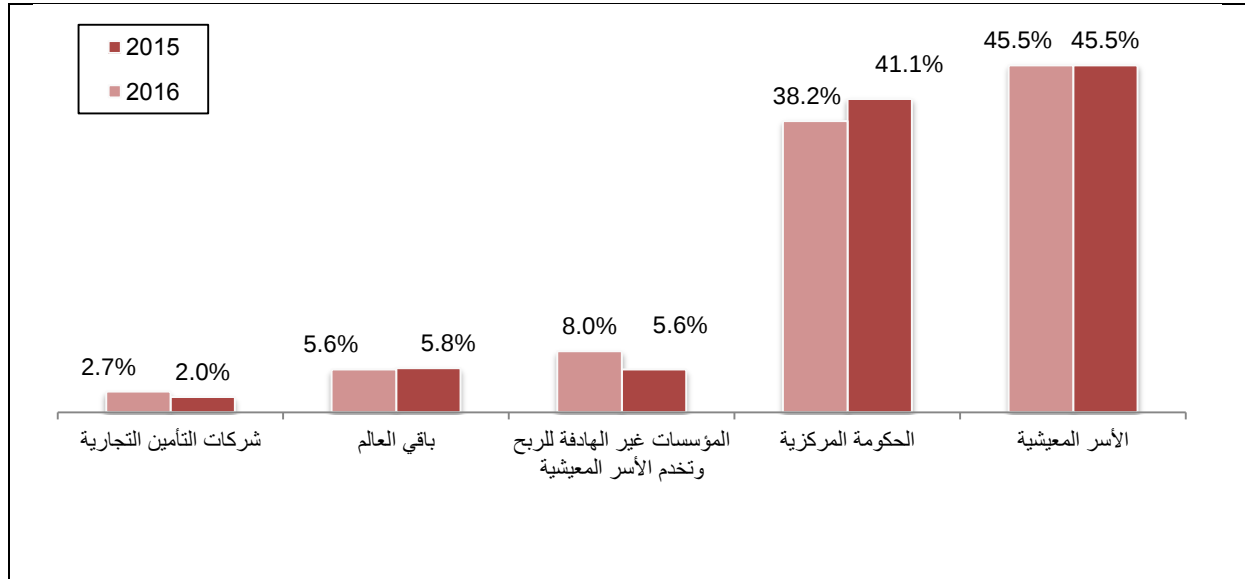
التوزيع النسبي للإنفاق الجاري على الصحة في فلسطين حسب نظم التمويل للأعوام 2015، 2016



تشير البيانات أن وكلاء التمويل، والتي تعرف بأنها الوحدات المؤسسية التي تقوم بإدارة المشاريع الصحية من خلال جمع العائدات وشراء الخدمات والسلع، أن أعلى نسبة مساهمة كانت في العام 2015، و 2016 هي للأسر المعيشية، حيث بلغت 45.5% للعامين، يليه الحكومة المركزية التي بلغت 41.1% في العام 2015، وانخفضت في العام 2016 إلى

38.2%. ونجد أن باقي العالم ساهم من خلال إدارته المباشرة للمشاريع الصحية بـ 5.8% في العام 2015، وتراجعت في العام 2016 بشكل طفيف لتصل 5.6%. بينما بلغت نسبة مساهمة المؤسسات غير الهادفة للربح وتخدم الأسر المعيشية 5.6% في العام 2015، وارتفعت في عام 2016 لتصل إلى 8%. وارتفعت نسبة مساهمة شركات التأمين بشكل طفيف في العام 2016 إلى 2.7%، مقارنة مع 2% في العام 2015.

التوزيع النسبي للإنفاق الجاري على الصحة في فلسطين حسب وكلاء التمويل للأعوام 2015، 2016



3.2 الإنفاق الجاري وفق وظائف الرعاية الصحية

يوضح الجدول التالي تصنيف وظائف الرعاية الصحية بحسب التصنيف الدولي للحسابات الصحية للفترة 2015-2016:

2016		2015		وظائف الرعاية الصحية
الإنفاق الجاري (بالآلاف دولار أمريكي)	نسبة المساهمة	الإنفاق الجاري (بالآلاف دولار أمريكي)	نسبة المساهمة	
1,017,514.9	71.7	971,728.5	73.5	الرعاية العلاجية
1,204.2	0.1	1,062.2	0.1	الرعاية التأهيلية
28.2	0.0	26.3	0.0	رعاية طويلة الأمد (للصحة)
51,905.1	3.7	47,102.7	3.6	خدمات الرعاية الصحية المساندة
260,155.2	18.3	238,155.8	18.0	السلع الطبية
51,314.6	3.6	27,386.9	2.1	الرعاية الوقائية
37,336.1	2.6	35,824.5	2.7	الحكم، النظام الصحي وإدارة التمويل

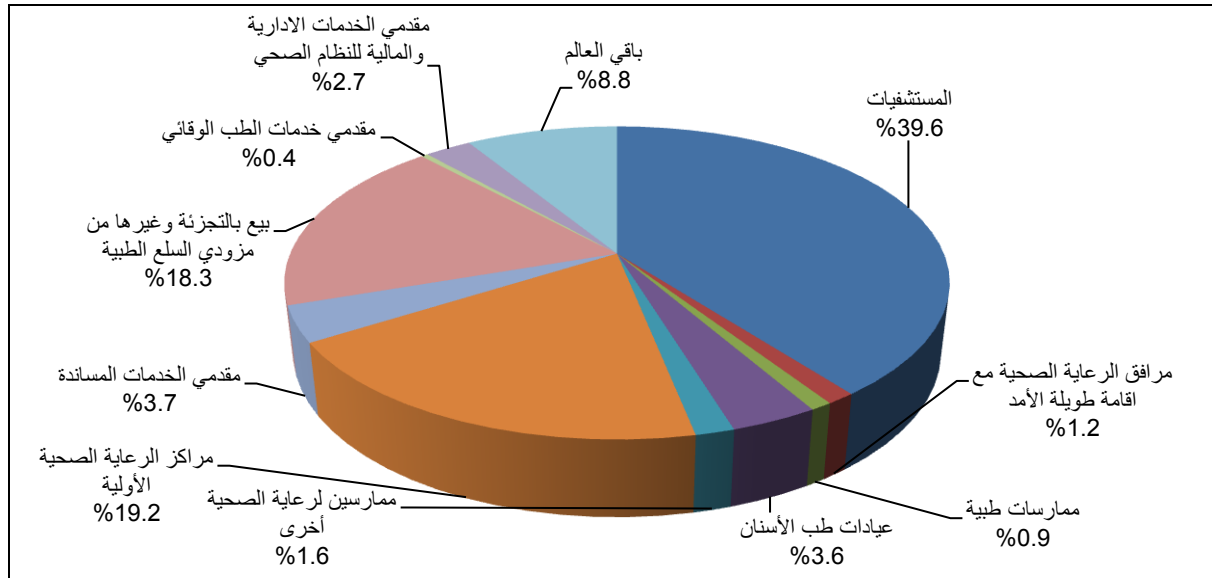
مما تقدم نجد أن الرعاية العلاجية بشقيها للمرضى المدخلين، أو ضمن العيادات الخارجية، تستحوذ على القسط الأكبر من الإنفاق على الخدمات الصحية بحيث تبلغ 71.7% من إجمالي الإنفاق خلال العام 2016، يليها الإنفاق على السلع الطبية بنسبة 18.3% من إجمالي الإنفاق خلال العام 2016، والجزء الأقل يذهب للإنفاق على خدمات الرعاية المساندة، والرعاية الوقائية، بالإضافة إلى الإنفاق على الحكم والنظام الصحي وإدارة التمويل.

4.2 الإنفاق وفق مزودي الخدمات الصحية¹

من خلال تصنيف مزودي الخدمات الصحية ضمن نظام الحسابات الصحية الموحد SHA 2011، يتم تحديد البنية التنظيمية للقطاع الصحي في فلسطين. وعليه نجد أن النسبة الأعلى للإنفاق الصحي وفق مزود الخدمة كان من خلال المستشفيات (العامة، والمتخصصة، ومستشفيات الصحة النفسية)، حيث سجل 41.6%، 39.6% للعامين 2015، و2016. ويليه الإنفاق من خلال مراكز الرعاية الصحية الأولية، فقد بلغ 20.4% من إجمالي الإنفاق الجاري خلال العام 2015، بينما انخفضت في العام 2016 لتصل إلى 19.2% من إجمالي الإنفاق الجاري.

وتشير البيانات إلى أن المجتمع الفلسطيني بجميع قطاعاته قد أنفق على البيع بالتجزئة وغيرها من مزودي السلع الطبية في عام 2016 ما يعادل 259.6 مليون دولار أمريكي، أي ما نسبته 18.3% من إجمالي الإنفاق على الصحة.

التوزيع النسبي للإنفاق الجاري على الصحة بحسب مزودي الخدمات الصحية في فلسطين للعام 2016



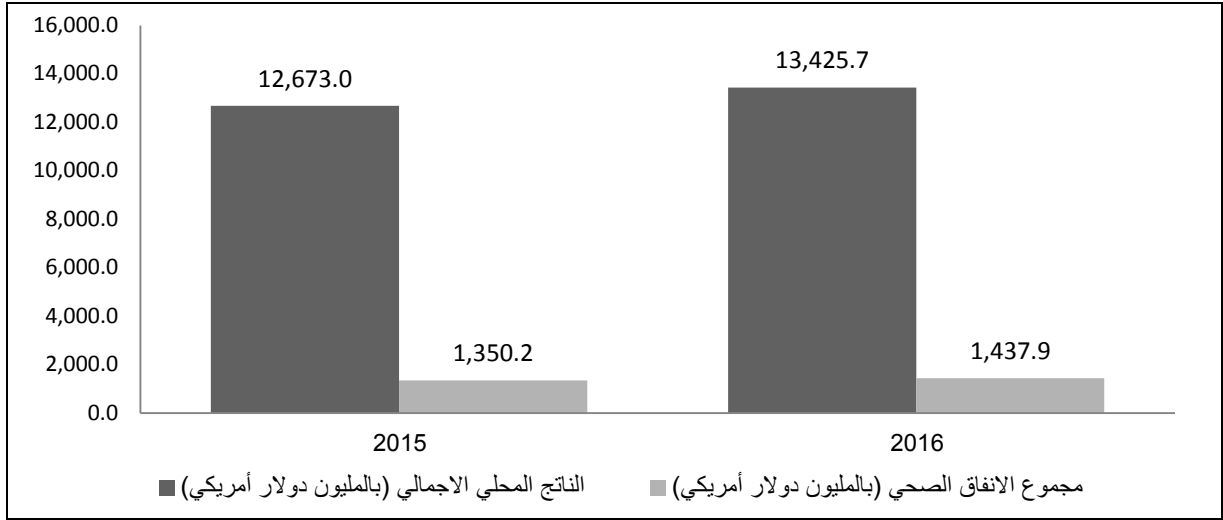
5.2 إجمالي الإنفاق على الصحة كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي بالأسعار الجارية

بلغت نسبة الإنفاق على الصحة من الناتج المحلي الإجمالي في فلسطين 10.7% خلال العام 2016، وهي ذات النسبة في العام 2015.²

¹ تشمل جميع مصادر التمويل.

² تشمل مجموع النفقات الجارية والتكوين الرأسمالي الإجمالي.

مجموع الإنفاق الصحي³ والناتج المحلي الإجمالي بالأسعار الجارية في فلسطين للأعوام 2015، 2016



³ مجموع الإنفاق الصحي يشمل النفقات الجارية والتكوين الرأسمالي الإجمالي.

الفصل الثالث

المنهجية

يتناول هذا الفصل منهجية إعداد الحسابات الصحية الفلسطينية بالأسعار الجارية للعامين 2015-2016، حيث سيتم التطرق إلى تبويب ومعالجة البيانات التي تم جمعها من جميع المصادر من أجل قياس الإنفاق على الصحة في فلسطين من حيث مزودي، ونظم تمويل الخدمات الصحية.

1.3 نظرة عامة

1.1.3 النظام الرئيسي للحسابات الصحية الفلسطينية

فيما يلي الأسس العامة التي اتبعت في إعداد الحسابات الصحية الفلسطينية بالأسعار الجارية:

1. تحديث مصادر البيانات كلما كان ذلك ممكناً: حيث تم اعتماد مصادر البيانات الأكثر حداثة للسجلات الإدارية كالحكومة ووكالة الغوث، وتلك المتعلقة بتقديرات عدد السكان.
2. توحيد منهجية إعداد البيانات من مصادرها المختلفة عبر السنوات والتي توفر الأساس اللازم للقيام بأي عمليات لمقارنة البيانات أو احتساب لنسب النمو عبر السنوات.
3. توحيد مستوى التغطية للبيانات بما يضمن قدر الإمكان تهميش أي معدلات زيادة ناجمة عن تطور التغطية الإحصائية عبر السنوات المختلفة.

2.1.3 التغطية الجغرافية

للأغراض الإحصائية، فإن فلسطين قسمت إلى المناطق الرئيسية: الضفة الغربية مستثنى منها ذلك الجزء من محافظة القدس والذي ضمته إسرائيل عنوة بعيد احتلالها للضفة الغربية عام 1967، وقطاع غزة.

2.3 منهجية إعداد الحسابات الصحية الفلسطينية

1.2.3 نظم التصنيف

إن مجموعة التصنيفات الفلسطينية للبيانات اعتمدت على التصنيف الدولي للحسابات الصحية المستخدم ضمن نظام الحسابات الصحية الموحد (SHA 2011)، والصادر بتعاون كل من: منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية (OECD)، ومنظمة الصحة (WHO)، والمكتب الإحصائي للاتحاد الأوروبي (Eurostat)، والمتوافق مع نظام الحسابات القومية SNA 93 باعتبار الحسابات الصحية الوطنية حقلاً من حقول الحسابات الفرعية التابعة والمدرجة ضمن النظام. يتم تصنيف البيانات حسب الأبعاد التالية: نظم التمويل، وكلاء التمويل، عوائد التمويل، وظائف الرعاية الصحية بالإضافة إلى مزودي الخدمة. بحيث تكون آلية معالجة الملفات معتمدة على الخطوات التالية:

1. تصنيف البيانات كخطوة أولى وفق الأبعاد المذكورة أعلاه، وحسب تصنيفات نظام الحسابات الصحية الموحد SHA 2011 والصادر بتعاون كل من: منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية (OECD)، ومنظمة الصحة (WHO)، والمكتب الإحصائي للاتحاد الأوروبي (Eurostat).

2. المعالجة الأولية للبيانات وحوسبتها.
 3. إعداد الصفحات التجميعية لإجمالي الإنفاق على الصحة.
- وبناء عليه يتم توفير البيانات ضمن مجموعة من المصفوفات الإحصائية التي تعكس المعاملات المسجلة في الحسابات الصحية الفلسطينية وفق الأبعاد المذكورة أعلاه.

2.2.3 المعالجة الأولية للبيانات حسب المصدر

في عملية المعالجة الأولية لبيانات الحسابات الصحية للعامين 2015-2016، تم معالجة كل مصدر من مصادر البيانات بمعزل عن البيانات من المصادر الأخرى، والغرض من هذه العملية هو:

1. الحصول على أرقام موثوق بها ومتسقة على مستوى المعاملات ذات الصلة مع الترميز والتصنيف الصحيح.
2. تسهيل وتسريع إعداد البيانات في السنوات المقبلة.

القطاع الاقتصادي	المصدر	ملاحظات فنية
القطاع الحكومي	- وزارة الصحة.	1. يتم الحصول على البيانات التفصيلية للإيرادات والنفقات، بالإضافة إلى تكلفة العلاج في الخارج (خارج المستشفيات التابعة للقطاع الحكومي، أو خارج البلاد). 2. يتم تصنيف الإنفاق الحكومي الصحي من خلال وزارة الصحة وفق نظم التمويل بالاعتماد على مصادر التمويل للقطاع الحكومي. 3. يتم الاعتماد على نتائج دراسات تقدير تكلفة وظائف الرعاية الصحية في المستشفيات الحكومية، لتصنيف التكاليف الإجمالية حسب وظائف الرعاية الصحية.
	- السجلات الإدارية للخدمات الطبية العسكرية.	يتم تقدير الإنفاق على الصحة من خلال الخدمات العسكرية بالاعتماد على أعداد المرضى المراجعين للخدمات العسكرية، وبشأن افتراض (أن تكاليف هذه الخدمات المقدمة من قبل الخدمات الطبية العسكرية على مستوى مماثل لتكلفة الخدمات المقدمة من قبل وزارة الصحة).
باقي العالم، بالإضافة إلى القطاعات الأخرى	وزارة المالية والتخطيط الفلسطينية	يتم الحصول على بيانات حول المشاريع الموجه لدعم القطاع الصحي في فلسطين والمسجلة لدى قاعدة بيانات الوزارة.

القطاع الاقتصادي	المصدر	ملاحظات فنية
المؤسسات غير الهادفة للربح وتخدم الأسر المعيشية	- منظمة الأمم المتحدة لإغاثة وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين (UNRWA).	يتم الاعتماد على الإنفاق الإجمالي للأونروا ومن ثم تقدير قيمة الإنفاق حسب البند بالاعتماد على عدد الطاقم الطبي، إضافة إلى عدد الزيارات لمراكز الرعاية الأولية والمستشفيات.
	- المؤسسات غير الهادفة للربح من مسح الخدمات ضمن المسوح الاقتصادية التي ينفذها الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني سنوياً.	تم العمل على تصنيف نظم تمويل المؤسسات غير الهادفة للربح باعتماد نسبة توزيع إيرادات كل مؤسسة على حدا من الداخل والخارج.
قطاع الأسر المعيشية	تقديرات مبنية على مسح إنفاق واستهلاك الأسرة والمنفذ من خلال الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني للعام 2011.	
شركات التأمين	من خلال مرفق لمسح المالية والتأمين الذي ينفذه الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني بشكل سنوي، ويتضمن المرفق بيانات تتعلق بالتأمين الصحي.	يتم الحصول على الأقساط المكتسبة والمستحقة حسب الوظيفة العلاجية المقدمة، وفي حال عدم توفر البيانات يتم تقديرها على المستوى التفصيلي للبيانات.
القطاع الخاص الربحي	تقديرات مبنية على مسح إنفاق واستهلاك الأسرة والمنفذ من خلال الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني للعام 2011.	يتم تحديد ما قامت الأسر الفلسطينية بتمويله مقابل الخدمات الصحية المقدمة من قبل مزودي الخدمات الصحية والتي تغطي القطاع الخاص، بالإضافة إلى ما تم إنفاقه من قبل الأسر على الأدوية والأجهزة الطبية.

الفصل الرابع

الجودة

1.4 الدقة

يتم إعداد الحسابات الصحية الفلسطينية في فلسطين بالاستناد إلى مجموعة من المصادر الإحصائية (مسوح وسجلات إدارية) والمنهجيات العلمية المعتمدة دولياً. كما أن كافة المعالجات للبيانات تتم بصورة آلية من خلال البرامج المحوسبة والتي تقلص كثيراً احتمالات الخطأ البشري. ويحتوي النظام المحوسب للملفات على مجموعة من الفحوص من خلال معادلات للتأكد من عدم وجود أخطاء في المعالجة أو التحويل أو غيرها. وتكفل هذه الإجراءات تهميش الأخطاء التي قد تتجم عن السهو أو عدم الدقة عند إعداد البيانات.

2.4 مقارنة البيانات

يقدم التقرير جداول الحسابات الصحية الفلسطينية للعامين 2015-2016، التي تقدم صورة مفصلة حول تمويل القطاع الصحي في فلسطين من حيث: نظم التمويل، وكلاء التمويل، طبيعة عائدات التمويل. كما تقدم الجداول صورة مفصلة حول الوظائف الصحية المقدمة وقيمة الإنفاق من خلالها، بالإضافة إلى طبيعة مزودي الخدمات الصحية في فلسطين وقيمة الإنفاق من خلالها. وتم إعداد الجداول بطريقة تساعد مستخدم البيانات على الربط ما بين المتغيرات بحيث أعدت المصفوفات الخاصة بالإنفاق من قبل مزودي الخدمات مع تحديد نظم التمويل، والإنفاق الصحي من خلال الوظائف الصحية حسب نظم التمويل. بالإضافة إلى قيمة إنفاق مزودي الخدمات الصحية حسب الوظائف الصحية.

3.4 جودة البيانات

1.3.4 التغطية والشمول

عمل الجهاز منذ بداية إعداد منظومة الحسابات الصحية الفلسطينية بشكل حثيث على توسيع نطاق التغطية والشمول وذلك عن طريق الخطوات التالية:

- تنفيذ مسوح متخصصة تغطي الجوانب الصحية مثل مسح مقدمي الخدمات الصحية والمستفيدين منها.
- إضافة مرفق خاص لبيانات التأمين الصحي ضمن مسح المالية والتأمين ويغطي كافة شركات التأمين.
- تحسين جودة البيانات الخاصة بتفصيل بنود الإنفاق الصحي حسب مزودي الخدمات والوظائف الصحية بالاعتماد على دراسات متخصصة.
- تحسين مستوى الاتساق العام لهيكليّة البيانات: فبعد أن يتم تحديث البيانات من مصادرها المختلفة وتوحيد منهجية إعدادها ما أمكن ذلك، يتم النظر في هيكلية هذه البيانات من حيث نسبة مجموع الإنفاق الصحي لكل من مصادر التمويل، مزودي الخدمات الصحية، ووظائف الرعاية الصحية بالإضافة إلى مقارنة الاتساق العام للبيانات عبر السنوات.

2.3.4 قضايا فنية حول اعتماد نظام الحسابات الصحية الموحد الطبعة 2011 للأعوام 2015-2016

- فيما يلي أبرز القضايا التي تم العمل عليها خلال الانتقال لتبني نظام الحسابات الصحية الموحد SHA 2011، التي استدعت العمل على مراجعة آليات المعالجة للبيانات وتحديث مصادر البيانات على النحو التالي:
- معالجة مصادر التمويل الخاصة بالإتفاق الحكومي على الصحة: والتي يتم تمويل الإتفاق الصحي من خلالها باعتماد نسبة التمويل الخارجي (باقي العالم) إلى التمويل المحلي (الإيرادات المحلية) لوزارة الصحة.
 - العمل على اعتماد قيم الإتفاق الصحي من خلال مشاريع المانحين كما هي مسجلة ضمن قاعدة بيانات وزارة المالية الفلسطينية، دون أن يتم عمل أي تقديرات للمشاريع غير المسجلة، لعدم وجود مصدر موثوق يمكن الاعتماد عليه في تقدير نقص التغطية.
 - إعادة تصنيف المعاملات لتتواءم والتصنيفات الخاصة بنظام الحسابات الصحية الوطنية SHA 2011، علماً بأنه ووفق النظام الجديد تم نقل بعض الوظائف الخاصة بالرعاية الصحية الأساسية إلى وظائف تابعة للرعاية الصحية بالتالي تم استثناءها من الإتفاق الجاري على الصحة.
 - لموائمة المفاهيم الواردة في النظام تم إلغاء أقساط التأمين (للشركات، والحكومة)، والتي يتم دفعها من قبل الأسر المعيشية الفلسطينية من مجموع الإتفاق الأسري الفلسطيني، مع إضافة قيمة إنفاق الأسر على العلاج في الخارج وفق ما تم توفيره من المصدر للعامين 2015-2016.
 - وفق توجيهات دليل إعداد الحسابات الصحية الموحد SHA 2011 تم الفصل بين الإتفاق الجاري على الصحة والإتفاق الرأسمالي كما هو وارد ضمن النظام.

4.4 الملاحظات الفنية

- وعلى الرغم من ذلك، تبقى هناك بعض الإشكاليات في مجال تطوير التغطية والشمول في البيانات، نوردتها في المحاور الرئيسية التالية:
- نقص في البيانات المالية الخاصة بقطاع الخدمات الطبية العسكرية، والتي تعتبر جزء من الإتفاق الحكومي.
 - فيما يتعلق بالمؤسسات غير الهادفة للربح وتخدم الأسر المعيشية، تم الاعتماد على مصدرين الأول وهو الأونروا (لأنها ذات وزن نسبي كبير في تقديم الخدمات الصحية في فلسطين)، بالإضافة إلى المؤسسات التابعة للجان الزكاة والمؤسسات الصحية الأخرى غير الهادفة للربح وتعمل على تقديم الخدمات الطبية في المحافظات المختلفة، والواردة في المسوح الاقتصادية، والتي تم إجراء عملية التوزين لها لتعكس واقع الاقتصاد العام.
 - تم تقدير قيم الإتفاق على الصحة بشكل إجمالي على مستوى فلسطين لعدم توفر بيانات من مصدرها على مستوى الضفة الغربية وقطاع غزة كل منها على حدة.

الجدول الإحصائي

Statistical Tables

جدول 1: مؤشرات مختارة في فلسطين* للأعوام 2015، 2016

Table 1: Selected indicators in Palestine* for the years 2015, 2016

Indicator	2016	2015	المؤشر
Total current expenditure on health (Million USD)	1,419.5	1,321.3	مجموع النفقات الجارية على الصحة (مليون دولار أمريكي)
Gross capital formation (Million USD)	18.4	28.9	التكوين الرأسمالي الإجمالي (مليون دولار أمريكي)
Gross domestic product at current prices (Million USD)	13,425.7	12,673.0	الناتج المحلي الإجمالي بالأسعار الجارية (مليون دولار أمريكي)
Total population (in thousand), mid year**	4,551.6	4,422.1	إجمالي عدد السكان (بالآلاف) منتصف العام**
Health expenditure as percentage of GDP (%)***	10.7	10.7	نسبة الإنفاق على الصحة من الناتج المحلي الإجمالي (%)***

* The data excludes that part of Jerusalem which was annexed forcefully by Israel following its occupation of the West Bank in 1967.

** Revised population estimates for 2015-2016 based on the final results of population, housing and establishment census, 2007.

*** Share of total current expenditure on health to Gross Domestic Product includes gross capital formation in health care providers.

* البيانات باستثناء ذلك الجزء من محافظة القدس الذي ضمته إسرائيل عنوة بعيد احتلالها للضفة الغربية عام 1967.

** التقديرات السكانية المنقحة للعام 2015-2016 مبنية على النتائج النهائية لتعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت، 2007.

*** نسبة الإنفاق على الصحة من الناتج الإجمالي تشمل مجموع النفقات الجارية على الصحة مضاف له التكوين الرأسمالي لمزودي الخدمات الصحية.

جدول 2: التوزيع النسبي للإنفاق الجاري على الصحة في فلسطين* حسب نظم التمويل للأعوام 2015، 2016

Table 2: Percentage of current health expenditure in Palestine* distributed by financing schemes for the years 2015, 2016

Financing schemes	2016	2015	نظم التمويل
Government schemes and compulsory contributory health care financing schemes	30.5	33.0	النظم والبرامج الحكومية ونظم المساهمة الإلزامية لتمويل الرعاية الصحية
Central government schemes	27.8	29.5	نظم وبرامج الحكومة المركزية
Social health insurance schemes	2.7	3.5	نظم وبرامج التأمين الصحي الحكومي الاجتماعي
Voluntary health care payment schemes	8.8	7.5	نظم وبرامج الانفاق غير الإلزامي على الرعاية الصحية
Voluntary health care insurance schemes	2.8	2.1	نظم وبرامج التأمين الصحي غير الإلزامي
NPISH financing schemes	6.0	5.4	نظم وبرامج تمويل المؤسسات غير الربحية التي تخدم الأسر المعيشية
Household out-of-pocket payment	45.5	45.5	إنفاق الأسر المعيشية
Rest of the world financing schemes	15.2	14.0	باقي العالم
Total	100	100	المجموع
Total Current Expenditure (Value in 1000 USD)	1,419,458.3	1,321,286.9	مجموع النفقات الجارية (ألف دولار أمريكي)

* The data excludes that part of Jerusalem which was annexed forcefully by Israel following its occupation of the West Bank in 1967.

* البيانات باستثناء ذلك الجزء من محافظة القدس الذي ضمته إسرائيل عنوة بعيد احتلالها للضفة الغربية عام 1967.

جدول 3: التوزيع النسبي للإنفاق الجاري على الصحة في فلسطين* حسب وكلاء التمويل للأعوام 2015، 2016

Table 3: Percentage of current expenditure on health in Palestine*distributed by financing agents for the years 2015, 2016

Financing agents	2016	2015	وكلاء التمويل
Central government	38.2	41.1	الحكومة المركزية
Insurance corporations	2.7	2.0	شركات التأمين التجارية
Non-profit institutions serving households (NPISH)	8.0	5.6	المؤسسات غير الهادفة للربح وتخدم الأسر المعيشية
Households	45.5	45.5	الأسر المعيشية
Rest of the world	5.6	5.8	باقي العالم
Total	100	100	المجموع
Total Current Expenditure (Value in 1000 USD)	1,419,458.3	1,321,286.9	مجموع النفقات الجارية (ألف دولار أمريكي)

* The data excludes that part of Jerusalem which was annexed forcefully by Israel following its occupation of the West Bank in 1967.

* البيانات باستثناء ذلك الجزء من محافظة القدس الذي ضمته إسرائيل عنوة بعيد احتلالها للضفة الغربية عام 1967.

جدول 4: الإنفاق الجاري على الصحة في فلسطين* حسب نظم التمويل ووكلاء التمويل الصحي للأعوام 2015، 2016

Table 4: Current expenditure on health in Palestine* by financing schemes and financing agents for the years 2015, 2016

Value in USD 1000

القيمة بالآلاف دولار أمريكي

Financing schemes	وكلاء التمويل						السنة	نظم التمويل
	المجموع	باقي العالم	الأسر المعيشية	المؤسسات غير الهادفة للربح وتخدم الأسر المعيشية	شركات التأمين	الحكومة المركزية		
	Total	Rest of the world	Households	NPISH	Insurance corporations	Central government	Year	
Government schemes and compulsory contributory health care financing schemes	435,447.9	-	-	-	-	435,447.9	2015	النظم والبرامج الحكومية ونظم المساهمة
	432,804.6	-	-	-	-	432,804.6	2016	الإلزامية لتمويل الرعاية الصحية
Voluntary health care payment schemes	98,928.2	-	-	71,974.9	26,953.3	-	2015	نظم وبرامج الاتفاق غير الإلزامي على الرعاية
	125,469.9	-	-	87,060.0	38,410.0	-	2016	الصحية
Household out-of-pocket payment	601,294.1	-	601,294.1	-	-	-	2015	اتفاق الأسر المعيشية
	645,313.1	-	645,313.1	-	-	-	2016	
Rest of the world	185,616.7	76,817.5	-	1,678.8	-	107,120.4	2015	باقي العالم
	215,870.7	79,783.5	-	26,762.2	-	109,324.9	2016	
Total	1,321,286.9	76,817.5	601,294.1	73,653.7	26,953.3	542,568.4	2015	المجموع
	1,419,458.3	79,783.5	645,313.1	113,822.2	38,410.0	542,129.5	2016	

* The data excludes that part of Jerusalem which was annexed forcefully by Israel following its occupation of the West Bank in 1967.

* البيانات باستثناء ذلك الجزء من محافظة القدس الذي ضمته إسرائيل عنوة بعيد احتلالها للضفة الغربية عام 1967.

جدول 5: الإنفاق الجاري على الصحة في فلسطين* حسب نظم التمويل وعائدات التمويل الصحي للأعوام 2015، 2016

Table 5: Current expenditure on health in Palestine* by financing schemes and revenues of health care financing schemes for the years 2015, 2016

Value in USD 1000

القيمة بالآلاف دولار أمريكي

Revenues of health care financing schemes	Financing schemes										عائدات التمويل
	المجموع		باقي العالم		إنفاق الأسر المعيشية		نظم وبرامج الاتفاق غير الالزامي على الرعاية الصحية		النظم والبرامج الحكومية ونظم المساهمة الإلزامية لتمويل الرعاية الصحية		
	Total		Rest of the world financing schemes		Household out-of-pocket payment		Voluntary health care payment schemes		Government schemes and compulsory contributory health care financing schemes		
	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	
Transfers from government domestic revenues	398,665.7	392,650.2	3,883.1	3,307.5	-	-	-	-	394,782.6	389,342.7	التحويلات من العائدات المحلية الحكومية
Transfers distributed by government from foreign origin	105,441.8	103,892.6	105,441.8	103,892.6	-	-	-	-	-	-	التحويلات التي توزعها الحكومة من مصادر خارجية أجنبية
Social insurance contributions	38,022.0	46,105.2	-	-	-	-	-	-	38,022.0	46,105.2	مساهمات التأمين الاجتماعي
Voluntary prepayment	38,410.0	26,953.3	-	-	-	-	38,410.0	26,953.3	-	-	الدفع غير الالزامي
Other domestic revenues n.e.c.	760,957.2	693,767.6	28,584.2	20,498.6	645,313.1	601,294.1	87,060.0	71,974.9	-	-	عائدات محلية أخرى غير مصنفة في مكان آخر
Direct foreign transfers	77,961.6	57,918.0	77,961.6	57,918.0	-	-	-	-	-	-	التحويلات الخارجية (الأجنبية) المباشرة
Total	1,419,458.3	1,321,286.9	215,870.7	185,616.7	645,313.1	601,294.1	125,469.9	98,928.2	432,804.6	435,447.9	المجموع

* The data excludes that part of Jerusalem which was annexed forcefully by Israel following its occupation of the West Bank in 1967.

* البيانات باستثناء ذلك الجزء من محافظة القدس الذي ضمته إسرائيل عنوة بعيد احتلالها للضفة الغربية عام 1967.

جدول 6: الإنفاق الجاري على الصحة في فلسطين* حسب نظم التمويل ومزودي الخدمات الصحية للأعوام 2015، 2016

Table 6: Current Expenditure on health in Palestine* by financing schemes and health care providers of for the years 2015, 2016

Value in USD 1000

القيمة بالآلاف دولار أمريكي

Provider	Financing schemes										مزود الخدمة
	المجموع		باقي العالم		إنفاق الأسر المعيشية		نظم وبرامج الاتفاق غير الالزامي		النظم والبرامج الحكومية ونظم المساهمة		
	Total		Rest of the world		Household out-of-pocket payment		Voluntary health care payment schemes		الإلزامية لتمويل الرعاية الصحية		
	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	
Hospitals	561,015.9	550,131.2	78,602.3	82,079.8	128,547.8	114,686.1	71,602.4	67,096.8	282,263.4	286,268.5	المستشفيات
General hospitals	405,460.2	405,791.1	48,234.0	52,952.7	128,547.8	114,686.1	57,294.8	58,231.7	171,383.6	179,920.6	المستشفيات العامة
Mental health hospitals	9,472.1	9,543.3	2,036.5	2,051.8	-	-	-	-	7,435.6	7,491.5	مستشفيات الصحة النفسية
Specialized hospitals	146,083.6	134,796.8	28,331.8	27,075.3	-	-	14,307.6	8,865.1	103,444.2	98,856.4	المستشفيات المتخصصة
Residential long-term care facilities	16,705.0	9,663.4	11,543.5	9,036.2	28.2	26.3	5,133.3	600.9	-	-	مرافق الرعاية الصحية طويلة الأمد للمقيمين
Providers of ambulatory health care	87,847.1	63,756.2	17,614.3	2,958.1	54,023.4	51,611.2	16,209.4	9,186.9	-	-	مقدمي الرعاية الصحية الأولية
Medical practices	12,810.3	10,485.2	-	-	2,547.2	2,360.5	10,263.1	8,124.7	-	-	ممارسات طبية
Dental practice	51,729.6	50,049.0	1,019.9	1,533.2	50,686.9	48,515.8	22.8	-	-	-	عيادات طب الأسنان
Other health care practitioners	23,307.2	3,222.0	16,594.4	1,424.9	789.3	734.9	5,923.5	1,062.2	-	-	ممارسين للرعاية الصحية الأخرى
Ambulatory health care centers	273,218.4	270,110.5	70,441.0	70,923.7	95,831.1	94,110.0	10,892.8	7,546.0	96,053.5	97,530.8	مراكز الرعاية الصحية الأولية
Providers of ancillary services	52,527.7	46,201.3	476.0	34.9	46,769.9	43,498.0	5,281.8	2,668.4	-	-	مقدمي الخدمات المساندة
Retailers and other providers of medical goods	259,612.3	237,420.3	-	-	249,888.6	230,681.1	9,723.7	6,739.2	-	-	بيع بالتجزئة وغيرها من مزودي السلع الطبية
Providers of preventive care	5,497.6	9,938.4	-	4,852.8	5,497.6	5,085.6	-	-	-	-	مقدمي خدمات الطب الوقائي
Providers of health care system administration and financing	37,879.0	36,309.9	7,003.6	7,073.9	660.1	379.9	6,626.5	5,090.0	23,588.8	23,766.1	مقدمي الخدمات الادارية والمالية للنظام الصحي
Rest of the economy	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	قطاعات الاقتصاد الاخرى
Rest of the world	125,155.3	97,755.7	30,190.0	8,657.3	64,066.4	61,215.9	-	-	30,898.9	27,882.5	باقي العالم
Total	1,419,458.3	1,321,286.9	215,870.7	185,616.7	645,313.1	601,294.1	125,469.9	98,928.2	432,804.6	435,447.9	المجموع

* The data excludes that part of Jerusalem which was annexed forcefully by Israel following its occupation of the West Bank in 1967.

* البيانات باستثناء ذلك الجزء من محافظة القدس الذي ضمته إسرائيل عنوة بعيد احتلالها للضفة الغربية عام 1967.

جدول 7: الإنفاق الجاري على الصحة في فلسطين* حسب نظم التمويل ووظائف الرعاية الصحية للأعوام 2015، 2016

Table 7: Current Expenditure on health in Palestine* by financing schemes and function of care for the years 2015, 2016

Value in USD 1000

القيمة بالآلاف دولار أمريكي

Health care functions	Financing schemes										وظائف الرعاية الصحية
	المجموع		باقي العالم		إنفاق الأسر المعيشية		نظم وبرامج الاتفاق غير الالزامي		نظم والبرامج الحكومية ونظم تمويل		
	Total		Rest of the world financing schemes		Household out-of-pocket payment		Voluntary health care payment schemes		Government schemes and compulsory contributory health care financing schemes		
	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	
Curative care	1,017,514.9	971,728.5	175,980.4	168,126.5	341,499.9	320,721.5	102,897.7	83,368.5	397,136.9	399,512.0	الرعاية العلاجية
Unspecified inpatient curative care	381,720.6	384,949.0	73,872.8	70,681.5	471.7	335.7	33,836.3	39,709.0	273,539.8	274,222.8	الخدمات العلاجية المقدمة للمرضى المدخلين غير مصنفة
Outpatient curative care	449,998.0	415,958.0	102,107.6	97,445.0	155,231.9	149,916.0	69,061.4	43,307.8	123,597.1	125,289.2	الخدمات العلاجية المقدمة لمرضى العيادات الخارجية
- Dental outpatient curative care	50,709.7	48,515.8	-	-	50,686.9	48,515.8	22.8	-	-	-	- الخدمات العلاجية المقدمة لمرضى عيادات الأسنان
- Specialised outpatient curative care	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	- الخدمات العلاجية المقدمة من خلال عيادات متخصصة
- Unspecified outpatient curative care (n.e.c.)	399,288.3	367,442.2	102,107.6	97,445.0	104,545.0	101,400.2	69,038.6	43,307.8	123,597.1	125,289.2	- خدمات علاجية من خلال عيادات خارجية غير مصنفة
Unspecified curative care (n.e.c)	185,796.3	170,821.5	-	-	185,796.3	170,469.8	-	351.7	-	-	خدمات علاجية غير مصنفة
Rehabilitative care	1,204.2	1,062.2	-	-	-	-	1,204.2	1,062.2	-	-	الرعاية التأهيلية
Inpatient rehabilitative care	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	الرعاية التأهيلية للمرضى المقيمين
Unspecified rehabilitative care (n.e.c)	1,204.2	1,062.2	-	-	-	-	1,204.2	1,062.2	-	-	الرعاية التأهيلية غير المصنفة
Long-term care (health)	28.2	26.3	-	-	28.2	26.3	-	-	-	-	رعاية طويلة الأمد (للصحة)
Ancillary services (non-specified by function)	51,905.1	47,102.7	-	34.8	47,738.5	44,399.5	4,166.6	2,668.4	-	-	خدمات الرعاية الصحية المساندة
Medical goods	260,155.2	238,155.8	543.0	735.3	249,888.6	230,681.4	9,723.6	6,739.1	-	-	السلع الطبية
Preventive care	51,314.6	27,386.9	32,886.7	10,131.5	5,497.6	5,085.6	851.3	-	12,079.0	12,169.8	الرعاية الوقائية
Governance, and health system and financing administration	37,336.1	35,824.5	6,460.6	6,588.6	660.3	379.8	6,626.5	5,090.0	23,588.7	23,766.1	الحكم، النظام الصحي وإدارة التمويل
Total	1,419,458.3	1,321,286.9	215,870.7	185,616.7	645,313.1	601,294.1	125,469.9	98,928.2	432,804.6	435,447.9	المجموع

جدول 7 (تابع): الإنفاق الجاري على الصحة في فلسطين* حسب نظم التمويل ووظائف الرعاية الصحية للأعوام 2015، 2016

Table 7 (Cont.): Current Expenditure on health in Palestine* by financing schemes and function of care for the years 2015, 2016

Value in USD 1000

القيمة بالآلاف دولار أمريكي

Health care functions	Financing schemes										وظائف الرعاية الصحية		
			المجموع		باقي العالم		إنفاق الأسر المعيشية		نظم وبرامج الاتفاق غير الالزامي			النظم والبرامج الحكومية ونظم المساهمة الإلزامية لتمويل الرعاية الصحية	
	Total		Rest of the World		Household out-of-pocket payment		Voluntary health care payment schemes		Government schemes and compulsory contributory health care financing scheme				
	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015			
Memorandum items/ Reporting items	7,352.3	6,956.7	2,125.4	1,677.9	50.2	63.2	-	-	5,176.7	5,215.6	بنود أخرى مرتبطة		
Health promotion with multi-sectoral approach	3,529.6	3,092.6	1,314.3	860.7	-	-	-	-	2,215.3	2,231.9	تعزيز الصحة بالأسلوب متعدد القطاعات		
Inpatient (Traditional complementary alternative medicines)	628.8	633.5	135.2	136.2	-	-	-	-	493.6	497.3	المرضى المقيمين (الأدوية التقليدية البديلة المكملة)		
Outpatient and home -based (Traditional complementary alternative medicines)	3,143.8	3,167.4	675.9	681.0	-	-	-	-	2,467.9	2,486.4	العيادات الخارجية والعلاج المنزلي (الأدوية التقليدية المكملة البديلة)		
Prevention and public health services	50.2	63.2	-	-	50.2	63.2	-	-	-	-	الوقاية والخدمات الصحية العامة		

* The data excludes that part of Jerusalem which was annexed forcefully by Israel following its occupation of the West Bank in 1967.

* البيانات باستثناء ذلك الجزء من محافظة القدس الذي ضمته إسرائيل عنوة بعيد احتلالها للضفة الغربية عام 1967.

جدول 8: الإنفاق الجاري على الصحة في فلسطين* حسب مزودي الخدمات الصحية ووظائف الرعاية الصحية للأعوام 2015، 2016

Table 8: Current expenditure on health in Palestine* by provider of health and function of care for the years 2015, 2016

Value in USD 1000

القيمة بالآلاف دولار أمريكي

Provider	وظائف الرعاية الصحية								السنة	مزود الخدمة
	المجموع	الحكم، النظام الصحي وإدارة التمويل	الرعاية الوقائية	السلع الطبية	خدمات الرعاية الصحية المساندة	رعاية طويلة الأجل (للصحة)	الرعاية التأهيلية	الرعاية العلاجية		
	Total	Governance, and health system and financing administration	Preventive care	Medical goods	Ancillary services (non- specified by function)	Long-term care (health)	Rehabilitative care	Curative care	Year	
General hospitals	405,791.1	-	-	-	-	-	-	405,791.1	2015	المستشفيات العامة
	405,460.2	-	-	-	-	-	-	405,460.2	2016	
Mental health hospitals	9,543.3	-	-	-	-	-	-	9,543.3	2015	مستشفيات الصحة النفسية
	9,472.1	-	-	-	-	-	-	9,472.1	2016	
Specialised hospitals	134,796.8	-	-	-	-	-	-	134,796.8	2015	المستشفيات المتخصصة
	146,083.6	-	-	-	-	-	-	146,083.6	2016	
Residential long-term care facilities	9,663.4	-	-	-	-	26.3	-	9,637.1	2015	مراكز الرعاية الصحية مع إقامة طويلة الأمد
	16,705.0	-	2,413.7	-	-	28.2	99.6	14,163.5	2016	
Medical practices	10,485.2	-	-	-	-	-	-	10,485.2	2015	ممارسات طبية
	12,810.3	-	-	-	-	-	-	12,810.3	2016	
Dental practice	50,049.0	-	-	-	-	-	-	50,049.0	2015	عيادات طب الأسنان
	51,729.6	-	-	-	-	-	-	51,729.6	2016	
Other health care practitioners	3,222.0	-	924.9	250.1	-	-	1,062.2	984.8	2015	ممارسين لرعاية الصحية أخرى
	23,307.2	-	6,288.8	-	-	-	1,104.6	15,913.8	2016	
Ambulatory health care centers	270,110.5	-	15,502.9	-	901.4	-	-	253,706.2	2015	مراكز الرعاية الصحية الأولية
	273,218.4	-	15,387.3	-	968.8	-	-	256,862.3	2016	
Providers of ancillary services	46,201.3	-	-	-	46,201.3	-	-	-	2015	مقدمي الخدمات المساندة
	52,527.7	-	-	-	50,936.3	-	-	1,591.4	2016	

جدول 8 (تابع): الإنفاق الجاري على الصحة في فلسطين* حسب مزودي الخدمات الصحية ووظائف الرعاية الصحية للأعوام 2015، 2016

Table 8 (Cont.): Current expenditure on health in Palestine* by provider of health and function of care for the years 2015, 2016

Value in USD 1000

القيمة بالآلاف دولار أمريكي

Provider	وظائف الرعاية الصحية								السنة	مزود الخدمة
	المجموع	الحكم، النظام الصحي وإدارة التمويل	الرعاية الوقائية	السلع الطبية	خدمات الرعاية الصحية المساندة	رعاية طويلة الأمد (للصحة)	الرعاية التأهيلية	الرعاية العلاجية		
	Total	Governance, and health system and financing administration	Preventive care	Medical goods	Ancillary services (non- specified by function)	Long-term care (health)	Rehabilitative care	Curative care	Year	
Retailers and other providers of medical goods	237,420.3	-	-	237,420.3	-	-	-	-	2015	بيع بالتجزئة وغيرها من مزودي السلع
	259,612.3	-	-	259,612.3	-	-	-	-	2016	الطبية
Providers of preventive care	9,938.4	-	9,938.4	-	-	-	-	-	2015	مقدمي خدمات الطب الوقائي
	5,497.6	-	5,497.6	-	-	-	-	-	2016	
Providers of health care system administration and financing	36,309.9	35,824.5	-	485.4	-	-	-	-	2015	مقدمي الخدمات الإدارية والمالية
	37,879.0	37,336.1	-	542.9	-	-	-	-	2016	للنظام الصحي
Rest of the economy	-	-	-	-	-	-	-	-	2015	قطاعات الاقتصاد الأخرى
	-	-	-	-	-	-	-	-	2016	
Rest of the world	97,755.7	-	1,020.7	-	-	-	-	96,735.0	2015	باقي العالم
	125,155.3	-	21,727.2	-	-	-	-	103,428.1	2016	
Total	1,321,286.9	35,824.5	27,386.9	238,155.8	47,102.7	26.3	1,062.2	971,728.5	2015	المجموع
	1,419,458.3	37,336.1	51,314.6	260,155.2	51,905.1	28.2	1,204.2	1,017,514.9	2016	

* The data excludes that part of Jerusalem which was annexed forcefully by Israel following its occupation of the West Bank in 1967.

* البيانات باستثناء ذلك الجزء من محافظة القدس الذي ضمته إسرائيل عنوة بعيد احتلالها للضفة الغربية عام 1967.



State of Palestine

**Palestinian Central
Bureau of Statistics**

**Ministry of
Health**

Palestinian Health Accounts 2016

February, 2018

PAGE NUMBERS OF ENGLISH TEXT ARE PRINTED IN SQUARE BRACKETS.
TABLES ARE PRINTED IN ARABIC ORDER (FROM RIGHT TO LEFT).

This document is prepared in accordance with the standard procedures stated in the Code of Practice for Palestine Official Statistics 2006



© February 2018.
All rights reserved.

Citation:

Palestinian Central Bureau of Statistics, Ministry of Health, 2018. *Palestinian Health Accounts 2016*: Ramallah - Palestine.

All correspondence should be directed to:
Palestinian Central Bureau of Statistics
P.O.Box 1647, Ramallah- Palestine.

Tel: (972/970) 2 2982700
Fax: (972/970) 2 2982710
E-Mail: diwan@pcbs.gov.ps

Toll free.: 1800300300
Web-site: <http://www.pcbs.gov.ps>

Or Ministry of Health
P.O. Box 14, Nablus- Palestine.

Tel: (972/970) 9 238 4771-6
Fax: (972/970) 9 238 4777
E-Mail: Palestinian.ministry.of.health@gmail.com

Web-site: <http://www.moh.ps>

Reference ID: 2354

Acknowledgement

The Palestinian Central Bureau of Statistics (PCBS) extends its sincere gratitude and appreciation to all the major official sources of data for their contribution to the success of collecting the data required for the compilation of the National Health Accounts.

The Palestinian Health Accounts report for 2016 was prepared by a technical team from PCBS in partnership with the Ministry of Health with joint funding by the State of Palestine and the Core Funding Group (CFG) for the year 2018, represented by the Representative Office of Norway to the State of Palestine and the Swiss Development and Cooperation Agency (SDC).

PCBS also extends its sincere gratitude and appreciation to the members of the Core Funding Group (CFG) for their invaluable contribution in funding the project.

Work Team

- **Report Preparation**
 - **Palestinian Central Bureau of Statistics**
Amneh Al Natshah
Rami Al Dibs
Hani Al Ahmad
 - **Ministry of Health**
Samer Jaber
 - **Dissemination Standards**
Hanan Janajreh
 - **Preliminary Review**
Amina Khasib
Husam Khalifa
Saleh Al Kafri, PhD
 - **Final Review**
Mohammad Qalalwa
 - **Overall Supervision**
Ola Awad
- President of PCBS

Notes for Users

- PCBS has adopted the System of Health Accounts (SHA 2011) which was issued by the Organization for Economic Co-operation and Development (OECD), World Health Organization (WHO) and Statistical office of the European Communities (Eurostat) as a comprehensive framework for health statistics for 2015-2016 data. In the past, PCBS has adopted the System of Health Accounts 2000 issued by the Organization for Economic Co-operation and Development (OECD) for Palestinian health accounts 2000-2014.
- Due to the adoption of the System of Health Accounts (SHA 2011), the data in this report is not consistent and not comparable with 2014 data which was published previously.
- SHA 2011 introduces a number of changes and improvements compared with previous system of health accounts, are summarized as following:
 - It reinforces the tri-axial relationship that is at the root of the System of Health Accounts and its description of healthcare and long-term care expenditure – that is, what is consumed has been provided and financed.
 - SHA 2011 offers more complete coverage within the functional classification in areas such as prevention and long-term care.
 - More precise approach for tracking financing in the healthcare sector using the new classification of financing schemes.
- Data of government health expenditure were derived from the total expenditure on salaries and wages, operating expenses and capital expenditures.
- Government transactions (salaries and wages, operational expenses, capital expenses, and treatment abroad) computed in New Israeli Shekel (NIS) while the data processed to be published was in US Dollar. The following table presents USD-NIS exchange rate evolution over the period 2015-2016:

Indicator	Year	2015	2016
Exchange rate USD compared with NIS, annual average		3.8863	3.8432

- (-): Data is unavailable from sources and the value cannot be determined if it equals zero or not available.
- Differences in the results of certain variables are due to approximation.

Table of Contents

Subject	Page
List of Tables	
Introduction	
Chapter One: Terms, Indicators and Classifications	[15]
1.1 Terms and Indicators	[15]
1.2 Classifications	[23]
Chapter Two: Main Findings	[25]
2.1 Total Expenditure on Health in Palestine	[25]
2.2 Funding of Health care	[25]
2.3 Health Expenditure According to Function of Health Care	[26]
2.4 Health Expenditure by Health Care Provider	[26]
2.5 Percentage of Health Expenditures to Gross Domestic Product (GDP)	[27]
Chapter Three: Methodology	[29]
3.1: General Overview	[29]
3.2 Methodology of Palestinian Health Accounts	[29]
Chapter Four: Quality	[31]
Accuracy	[31]
Comparability	[31]
Data Quality	[31]
Technical Comments	[32]
Statistical Tables	37

List of Tables

Table	Page
Table 1: Selected indicators in Palestine for the years 2015, 2016	39
Table 2: Percentage of current expenditure on health in Palestine distributed by financing schemes for the years 2015, 2016	39
Table 3: Percentage of current expenditure on health in Palestine distributed by financing agents for the years 2015, 2016	40
Table 4: Current expenditure on health in Palestine by financing schemes and financing agents for the years 2015, 2016	41
Table 5: Current expenditure on health in Palestine by financing schemes and revenues of health care financing schemes for the years 2015, 2016	42
Table 6: Current Expenditure on health in Palestine by financing schemes and health care providers of for the years 2015, 2016	43
Table 7: Current Expenditure on health in Palestine by financing schemes and function of care for the years 2015, 2016	44
Table 8: Current expenditure on health in Palestine by provider of health and function of care for the years 2015, 2016	46

Introduction

As the primary provider of official statistics for Palestine, the Palestinian Central Bureau of Statistics (PCBS) has strived to develop the Palestinian Health Accounts to provide accurate indicators on the status of health expenditures in Palestine to inform policy and decision making.

The Palestinian health accounts are designed to provide a systematic statistical description of the health sector as a whole. The report also provides detailed statistics on transactions among the various components of the health sector as well as between the national health sector and the rest of the world. In order to measure growth rates and economic trends in the performance of the health sector and its cycle over years, it is necessary to develop a systematic time series and comprehensive framework for the compilation of national health accounts. This tool will facilitate comparisons over different years and consequently data analysis.

PCBS, in the cooperation with Ministry of health has adopted the System of Health Accounts, SHA 2011 edition, as the comprehensive framework for all health statistics for 2014-2016. The compilation of time series data for national health accounts for 2000-2014 depends on the System of Health Accounts, 2000 edition, which was issued by the Organization for Economic Co-operation and it required revision of various methodologies and hypotheses to ensure relevancy within the Palestinian context. The team working on the Health Accounts Report demonstrated competence and commitment to developing a Palestinian health accounts system.

The main objective behind establishing the Palestinian health accounts is providing a database for health services providers' expenditure in Palestine.

This report presents the main indicators of Palestinian health accounts and PCBS hoping it will empower planners and decision makers in their effort to monitor and upgrade existing health services in Palestine

February, 2018

**Ola Awad
President of PCBS**

Chapter One

Terms, Indicators and Classifications**1.1 Terms and Indicators****1.1.1 General Concepts****Health Accounts:**

It proposes a framework for the systematic description of the financial flows related to health care. The aim of SHA is to describe the health care system from an expenditure perspective both for international and national purposes. It is an essential part of assessing the success of the health care system and of identifying opportunities for improvement.

Current expenditure:

Current expenditure on health quantifies the economic resources spent on the health care functions as identified by the consumption boundaries. Furthermore, SHA concerns itself primarily with the health care goods and services consumed by resident units only, irrespective of where that consumption takes place (i.e. in the economic territory or in the rest of the world), or indeed who is paying. Therefore, exports of health care goods and services (provided to non-resident units) are excluded, whereas imports of health care goods and services for final use, for example, those goods and services consumed by residents while abroad, are included.

Capital Formation for Health Care Providers:

Capital formation in the health care system is measured by the total value of the assets that providers of health services have acquired during the accounting period less the value of the disposals of assets of the same type and that are used repeatedly or for more than one year in the provision of health services. This item comprises gross capital formation of domestic health care providers for institutions excluding those listed under retail sale and other providers of medical goods.

Accrual Basis:

The accrual accounting record flows at the time economic value is created, transformed, exchanged, transferred or extinguished. This means that the flows which imply a change of ownership are entered when ownership passes, services are recorded when provided, output at the time products are created, and intermediate consumption when materials and supplies are being used.

Health Care:

The sum of activities performed either by institutions or individuals pursuing the application of medical, paramedical and nursing knowledge and technology, dental, complementary and alternative services, pharmaceutical, and clinical sciences (in vitro diagnostics), nursing, health professions. Health care covers all health care goods and services to promote health.

Government Sector:

The general government sector consists mainly of central, state and local government units together with social security funds imposed and controlled by those units. In addition, it includes NPIs engaged in non-market production that are controlled and mainly financed by government units or social security funds.

Non-profit Institution Serving Households (NPISH):

As the name indicates, in spite of producing goods and services, non-profit institutions do not generate income or profit for those entities that own them. They may be divided into three groups: those serving businesses (e.g., a chamber of commerce which is grouped in the non-financial corporation sector); those which form part of the government sector (e.g., a government-owned hospital); and non-profit institutions serving households. The latter consist mainly of trade unions, professional unions, churches, charities and privately financed aid organizations.

Household:

One person or group of persons with or without a family relationship who live in the same dwelling unit, share meals and make joint provisions for food and other essentials of living.

Residence:

Persons and establishments are considered residents of the economy wherein their center of economic interest lies; this means that they will undertake a considerable part of their economic activities there. It is defined in economic and not legal terms. The main criterion to determine residence of an entity is its center of economic interest. Persons are considered residents of the country where they live for at least one year. Exceptions to this rule are students, medical patients and non-natives of the resident economy employed at foreign (to the resident economy) embassies, diplomatic missions and military establishments. These three categories are considered non-residents of the economy in which they live and are residents of their country of origin, irrespective of length of stay. This does not apply to locally employed people in these institutions who are residents of the country where they live.

Establishments are always considered residents in the country where the activity takes place. This is in line with the concept of the center of economic interest because a productive activity is not started at whim without an intention to stay for some length of time.

Primary Health Care:

This comprises first contact and continuing comprehensive health care, including basic or initial diagnosis and treatment, health, supervision, management of chronic conditions and preventive health services. The provision of primary care does not necessarily require highly sophisticated equipment or specialized resources.

Secondary Care Institutions:

The institutions providing specialized health care recommended by primary health care providers or in emergency cases.

Tertiary Health Care:

This includes specialized consultative care, usually on referral from primary health or secondary medical care personnel, by specialists working in a center that has personnel and facilities for special examination and treatment.

Rehabilitation Center:

It is a facility which provides therapy and training for rehabilitation. Such centers may offer occupational therapy, physiotherapy, vocational training, and other kinds of special training such as speech therapy for recovery from injury or illness to resume normal function where possible.

Health Insurance:

A contract between the insured and the insurer to the effect that in the event of specified events occurring (determined in the insurance contract), the insurer will pay compensation

either to the insured person or to the health service provider. Health insurance includes governmental, private, military, UNRWA and Israeli insurance.

Based on the system of health accounts (SHA 2011 edition) classifications the detailed categories (financing schemes, financing agents, providers, functions, and revenues) in the health accounts are listed below. More detailed information is available in the the system of health accounts (SHA 2011 edition).

1.1.2 Classification of Financing Schemes

Government schemes and compulsory contributory health care financing scheme:

This category includes all schemes aimed at ensuring access to basic health care for the whole society, a large part of it, or at least some vulnerable groups. Included are: government schemes, social health insurance, compulsory private insurance and compulsory medical saving accounts. A key rationale for government intervention in health systems is to ensure access to basic health care for the whole society (or vulnerable social groups).

Voluntary health care payment schemes:

This category includes all domestic pre-paid health care financing schemes under which the access to health services is at the discretion of private actors (though this “discretion” can and often is influenced by government laws and regulations). Included are: voluntary health insurance, NPISH financing schemes and Enterprise financing schemes.

Household out-of-pocket payment:

It is a direct payment for services from the household primary income or savings (no third-party payer is involved): the payment is made by the user at the time of the use of services. Included are cost-sharing and informal payments (both in cash and kind). Out-of-pocket payments (OOP) show the direct burden of medical costs that households bear at the time of service use. OOP play an important role in every health care system. In lower-income countries, out-of-pocket expenditure is often the main form of health care financing.

Rest of the World:

This item comprises financial arrangements involving institutional units (or managed by institutional units) that are resident abroad, but who collect, pool resources and purchase health care goods and services on behalf of residents, without transiting their funds through a resident scheme.

1.1.3 Financing agents:

Financing agents are institutional units that manage one or more financing schemes: they collect revenues and/or purchase services under the rules of the given health care financing scheme(s). This includes households as financing agents for out-of-pocket payments. This includes:

- Central government.
- Insurance corporations.
- Nonprofit institutions serving households (NPISH).
- Household.
- Rest of the world.

1.1.4 Revenues of Health Care Financing Schemes

Transfers from government domestic revenues:

This item refers to the funds allocated from government domestic revenues for health purposes.

Transfers distributed by government from foreign origin:

Transfers originating abroad (bilateral, multilateral or other types of foreign funding) that are distributed through the general government are recorded here. For the financing scheme receiving these funds, the provider of the fund is the government, but the fund itself is from a foreign origin. The origin of the revenue can only be registered at the level of the transaction of the revenue.

Social insurance contributions:

Social health insurance contributions are receipts either from employers on behalf of their employees or from employees, the self-employed or non-employed persons on their own behalf that secure entitlement to social health insurance benefits. Sub-categories of social insurance contributions are classified by the type of institutional units that pay the social insurance contribution on behalf of the insuree.

Voluntary prepayment:

This includes voluntary private insurance premiums. Voluntary insurance premiums are payments received from the insuree or other institutional units on behalf of the insuree that secure entitlement to benefits of the voluntary health insurance schemes. Subcategories of voluntary prepayment are classified by the type of institutional units paying the revenues, as follows:

- Voluntary prepayment from individuals/households.
- Voluntary prepayment from employers.
- Other voluntary prepaid revenues (for example, received from institutional units other than households and employers).

Other domestic revenues:

This category includes other domestic revenues of financing schemes not included under transfers from government domestic revenue, and Transfers distributed by government from foreign, and Social insurance contributions, Voluntary prepayment sub-categories are defined according to the institutional units that provide the voluntary transfers:

- Other revenues from households.
- Other revenues from corporations.
- Other revenues from non-profit institutions.

Direct foreign transfers:

The main ways that revenues from foreign entities directly (via transfers) received by health financing schemes may be transacted are:

- Direct foreign financial revenues earmarked for health. These revenues are usually grants by international agencies or foreign governments, or voluntary transfers (donations) by foreign NGOs or individuals that contribute directly to the funding of domestic health financing schemes;
- Direct foreign aid in kind (health care goods and services).

1.1.5 Classification of Health Care's Functions

Curative care services:

Curative care comprises health care contacts during which the principal intent is to relieve symptoms of illness or injury, to reduce the severity of an illness or injury, or to protect against exacerbation and/or complication of an illness and/or injury that could threaten life or normal function.

contact for curative care comprises an individual contact with the health system and can be made up of a sequence of components, such as to establish a diagnosis, to formulate a prescription and therapeutic plan, to monitor and assess the clinical evolution or to complement the process by imaging, laboratory and functional tests for diagnosis and evolution assessment. The contact can also include various therapeutic means such as pharmaceuticals and other medical goods (e.g. orthoses, such as glasses, and prosthetic appliances, such as artificial teeth or limbs), as well as therapeutic procedures, such as surgical procedures, which require additional follow-up. Routine administrative procedures such as completing and updating patient records are also an integral part of the service.

Inpatient curative care:

Inpatient curative care comprises medical and paramedical services delivered to inpatients during an episode of curative care for an admitted patient.

Outpatient curative care:

Outpatient curative care comprises medical and paramedical services delivered to outpatients during an episode of curative care. Outpatient health care comprises mainly services delivered to outpatients by physicians in establishments of the ambulatory health care industry. Outpatients may also be treated in establishments of the hospital industry, for example, in specialized outpatient wards, and in community or other integrated care facilities.

Dental Outpatient curative care:

This item comprises dental medical services (including dental prosthesis) provided to outpatients by physicians. It includes the whole range of services performed usually by medical specialists of dental care, in an outpatient setting such as tooth extraction, fitting of dental prosthesis, and dental implants.

All other specialized health care:

This item comprises all specialized medical services provided to outpatients by physicians other than basic medical and diagnostic services and dental care. Included are mental health, substance abuse therapy and outpatient surgery.

Rehabilitative care:

Rehabilitation is an integrative strategy that aims at empowering persons with health conditions who are experiencing or are likely to experience disability so that they can achieve and maintain optimal functioning, a decent quality of life and inclusion in the community and society.

long-term care:

Long-term care (health) consists of a range of medical and personal care services that are consumed with the primary goal of alleviating pain and suffering and reducing or managing the deterioration in health status in patients with a degree of long -term dependency.

Ancillary services:

Ancillary services are frequently an integral part of a package of services whose purpose is related to diagnosis and monitoring. Ancillary services do not, therefore, have a purpose in themselves: the purpose is to be cured, to prevent disease, etc. The ancillary service is aggregated within the first-digit purpose class and the second-digit MoP in which it was consumed.

Medical goods:

Medical goods are broken down at the second level into pharmaceuticals and other medical non-durables and therapeutic appliances and other medical goods. The medical goods include medical goods acquired by the beneficiary either as a result of prescription following a health system contact or as a result of self-prescription. And exclude: medical goods consumed or delivered during a health care contact that are prescribed by a health professional.

Preventive care:

Prevention is any measure that aims to avoid or reduce the number or the severity of injuries and diseases, their sequel and complications (Pomey et al., 2000). Prevention is based on a health promotion strategy that involves a process to enable people to improve their health through the control over some of its immediate determinants. This includes a wide range of expected outcomes, which are covered through a diversity of interventions, organised as primary, secondary and tertiary prevention levels.

Governance, and health system and financing administration:

These services focus on the health system rather than direct health care, and are considered to be collective, as they are not allocated to specific individuals but benefit all health system users. They direct and support health system functioning. These services are expected to maintain and increase the effectiveness and efficiency of the health system and may enhance its equity.

These expenditures are incurred mostly but not exclusively by governments. Included are the formulation and administration of government policy; the setting of standards; the regulation, licensing or supervision of producers; management of the fund collection; and the administration, monitoring and evaluation of such resources, etc. However, some of these services are also provided by private entities, including by civil society (NGOs) and private medical insurance.

Reporting items/memorandum items of health care:

Other approaches (e.g. the type of care: modern or traditional; or the type of component: physical examination, procedures performed, laboratory analysis) may also be relevant for decision-making. In addition, important components of the programme and intervention may go beyond the health care boundary and involve non-health activities (e.g. rehabilitation and long-term care involve health and social services). Therefore, components of health expenditure identified using different approaches and the reporting of components that lie beyond the health care boundary are targeted through two different memorandum categories. These are termed reporting items and health care-related classes, respectively.

1.1.6 Classification of Health Care Providers**Hospitals:**

Licensed establishments primarily engaged in providing medical, diagnostic, and treatment services that include physicians, nursing, and other health services to inpatients and including

specialized accommodation services. Hospitals may also provide outpatient services as a secondary activity. Hospitals provide inpatient health services, many of which can only be provided using the specialized facilities and equipment that form a significant and integral part of the production process. In some countries, health facilities need to meet minimal requirements (such as number of beds) in order to be registered as a hospital.

General hospitals:

Licensed establishments that are primarily engaged in providing general diagnostic and medical treatment (both surgical and non-surgical) to inpatients with a wide variety of medical conditions. These establishments may provide other services, such as outpatient services, anatomical pathology services, diagnostic X-ray services, clinical laboratory services or operating room services for a variety of procedures and/or pharmacy services, that are usually used by internal patients (intermediate outputs within the hospital treatment) but also by outside patients.

Mental health hospitals:

Licensed establishments primarily engaged in providing diagnostic and medical treatment and monitoring services to in patients who suffer from mental illness or substance abuse disorders. The treatment often requires an extended stay in an inpatient setting, including hostelling and nutritional facilities. To fulfill the complexity of these tasks, mental health hospitals usually provide services other than inpatient services, such as outpatient mental health care, clinical laboratory tests, diagnostic X-rays and electroencephalography services, which are often available for both internal and outside inpatients but also for outpatients. Mental health hospitals exclude community-based psychiatric inpatient units of general hospitals.

Specialized (other than mental health and substance abuse) hospital:

Licensed establishments that are primarily engaged in providing diagnostic and medical treatment as well as monitoring services to inpatients with a specific type of disease or medical condition.

Residential long-term care facilities:

The category of Residential long-term care facilities comprises establishments that are primarily engaged in providing residential long-term care that combines nursing, supervisory or other types of care as required by the residents. In these establishments, a significant part of the production process and the care provided is a mix of health and social services, with the health services being largely at the level of nursing care, in combination with personal care services. The medical components of care are, however, much less intensive than those provided in hospitals.

Medical practices:

This subcategory comprises both offices of general medical practitioners and offices of medical specialists (other than dental practice) in which medical practitioners holding the degree of a doctor of medicine (Code 2210 ISCO-08) are primarily engaged in the independent practice of general or specialized medicine. This group also includes the practices of TCAM professionals with a corresponding medical education.

Dental practice:

This item comprises establishments of health practitioners holding the degree of doctor of dental medicine or a qualification at a corresponding level primarily engaged in the independent practice of general or specialized dentistry or dental surgery. These practitioners operate independently or as part of group practices in their own offices or in the facilities of

others, such as hospitals or HMO medical centers. They can provide either comprehensive preventive, cosmetic, or emergency care, or specialize in a single field of dentistry.

Other health care practitioners:

Establishments of independent health practitioners (other than physicians and dentists) such as chiropractors, optometrists, mental health specialists, physical, occupational, and speech therapists and audiologists primarily engaged in providing care to outpatients. These practitioners operate independently or as part of group practices in their own offices or in the facilities of others, such as hospitals or medical centers.

Ambulatory health care centers:

Establishments primarily engaged in providing health care services directly to outpatients who do not require inpatient services. This includes establishments specialized in the treatment of day cases and in the delivery of home care services. Consequently, these establishments do not usually provide inpatient services. Health practitioners in ambulatory health care primarily and secondary provide services to patients visiting the health professional's office, except for some pediatric and geriatric conditions.

Providers of ancillary services:

Comprises establishments that provide specific ancillary type of services directly to outpatients under the supervision of health professionals and not covered within the episode of treatment by hospitals, nursing care facilities, ambulatory care providers or other providers. Included are providers of patient transportation and emergency rescue, medical and diagnostic laboratories, dental laboratories and other providers of ancillary services. These specialized providers may charge patients directly for their services rendered or may provide these ancillary services as benefits-in-kind under special service contracts.

Retailers and other providers of medical goods:

They include establishments whose primary activity is the retail sale of medical goods to the general public for personal or household consumption or utilization, including fitting and repair done in combination with sale.

Providers of preventive care:

This category comprises organizations that primarily provide collective preventive programmes and campaigns/public health programmes for specific groups of individuals or the population-at-large, such as health promotion and protection agencies or public health institutes as well as specialised establishments providing primary preventive care as their principal activity. This includes the promotion of healthy living conditions and lifestyles in schools by special outside health care professionals, agencies or organizations.

Providers of health care system administration and financing:

This item comprises establishments that are primarily engaged in the regulation of the activities of agencies that provide health care and in the overall administration of the health care sector, including the administration of health financing. While the former relates to the activities of government and its agencies in handling governance and managing the health care system as a whole, the latter reflects administration related to fund raising and purchasing health care goods and services by both public and private agents.

Rest of the economy:

This item comprises industries not classified elsewhere that provide health care as secondary producers or other producers. Included are producers of occupational health care and home

care provided by private households. It includes: Households as providers of home health care, All other industries as secondary providers of health care, Other industries n.e.c.

Rest of the world:

This item comprises all non-resident units providing health care goods and services as well as those involved in health-related activities. In both cases the provision is directed for final use to country residents.

1.2 Classifications

The methodology used to collect and process statistical data based on adoption international standard by PCBS, and it is depend on System of Health Accounts, SHA 2011 edition, which was issued by the Organization for Economic Co-operation and Development (OECD) and World health organization (WHO) and European Union (Eurostat).

- A System of Health Accounts, 2011 edition. OECD, Eurostat, WHO.

Chapter Two

Main Findings

2.1 Total Expenditure on Health in Palestine

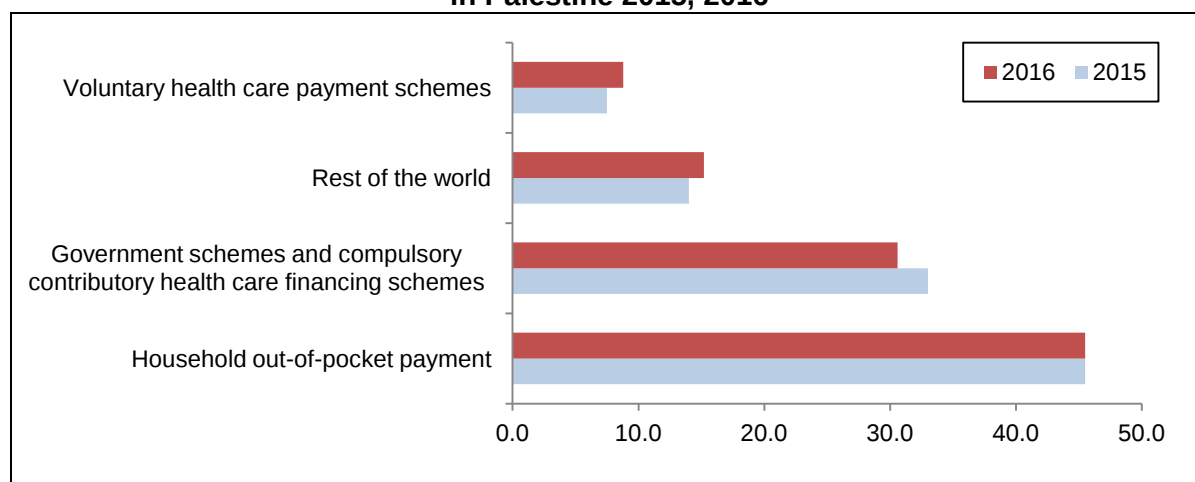
The results of the Palestinian Health Accounts for 2016 in Palestine indicated that the total expenditure on health increased by 7.4% compared to 2015 in all institutional sectors: In 2015 health expenditure totalled USD 1,321.3 millions compared to USD 1,419.5 millions in 2016. While registered capital expenditure was USD 18.4 million in 2016, compared to USD 28.9 million in 2015.

2.2 Funding of Health care

SHA 2011 further develops the health care financing interface to allow for systematic assessment of how finances are mobilized, managed and used, including the financing arrangements (Financing schemes), the institutional units (Financing agents) and the revenue-raising mechanisms (Revenues of financing schemes).

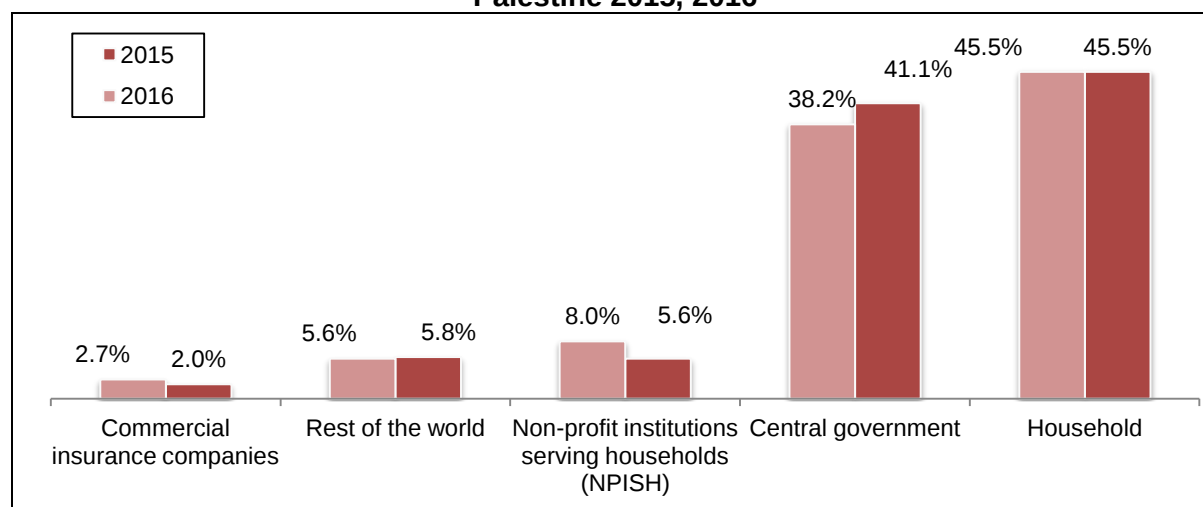
During 2015, 2016 the household's out-of-pocket payment scheme contributed to 45.5% of health funding. Government schemes and compulsory contributory health care financing scheme decreased between 2015-2016 from 33% to 30.5%. Rest of the world is the main source of funding in Palestinian economy, it contributed with 14.0% in 2015 and 15.2% in 2016. The contribution of voluntary health care payment schemes reached 7.5% in 2015 while it was 8.8% in 2016.

Percentage Distribution of Total Current Expenditure on Health by Financing Schemes in Palestine 2015, 2016



Expenditure by financing agents shows households managed and paid 45.5% of health expenditure in 2015 and 2016. Followed by central government who managed 41.1% in 2015, and 38.2% in 2016. Rest of the world managed directly 5.8% in 2015, and it decreased slightly in 2016 to 5.6%. Also, the percent contribution of non-profit institutions serving households (NPISH) as financing agent was 5.6% in 2015, and it increased to 8.0% in 2016. Insurance corporations increased slightly from 2% in 2015 to 2.7% in 2016.

Percentage Distribution of Total Current Expenditure on Health by Financing Agents in Palestine 2015, 2016



2.3 Health Expenditure According to Function of Health Care

The following table shows the distribution of current expenditure on health by function of health care in Palestine for 2015 and 2016:

Health care functions	2015		2016	
	Health expenditure (value in USD 1000)	Percent contribution	Health expenditure (value in USD 1000)	Percent contribution
Curative care	971,728.5	73.5	1,017,514.9	71.7
Rehabilitative care	1,062.2	0.1	1,204.2	0.1
Long-term care (health)	26.3	0.0	28.2	0.0
Ancillary services (non-specified by function)	47,102.7	3.6	51,905.1	3.7
Medical goods	238,155.8	18.0	260,155.2	18.3
Preventive care	27,386.9	2.1	51,314.6	3.6
Governance, and health system and financing administration	35,824.5	2.7	37,336.1	2.6

Most of the total health expenditure was spent by curative care (inpatient curative care and outpatient curative care) with a percentage of about 71.7%, while data shows that about 18.3% of the total health expenditure was spent on medical goods in 2016. And there was expenditure by small part on rehabilitative care, long-term care (health), ancillary services (non-specified by function), preventive care and governance, and health system and financing administration.

2.4 Health Expenditure by Health Care Provider¹

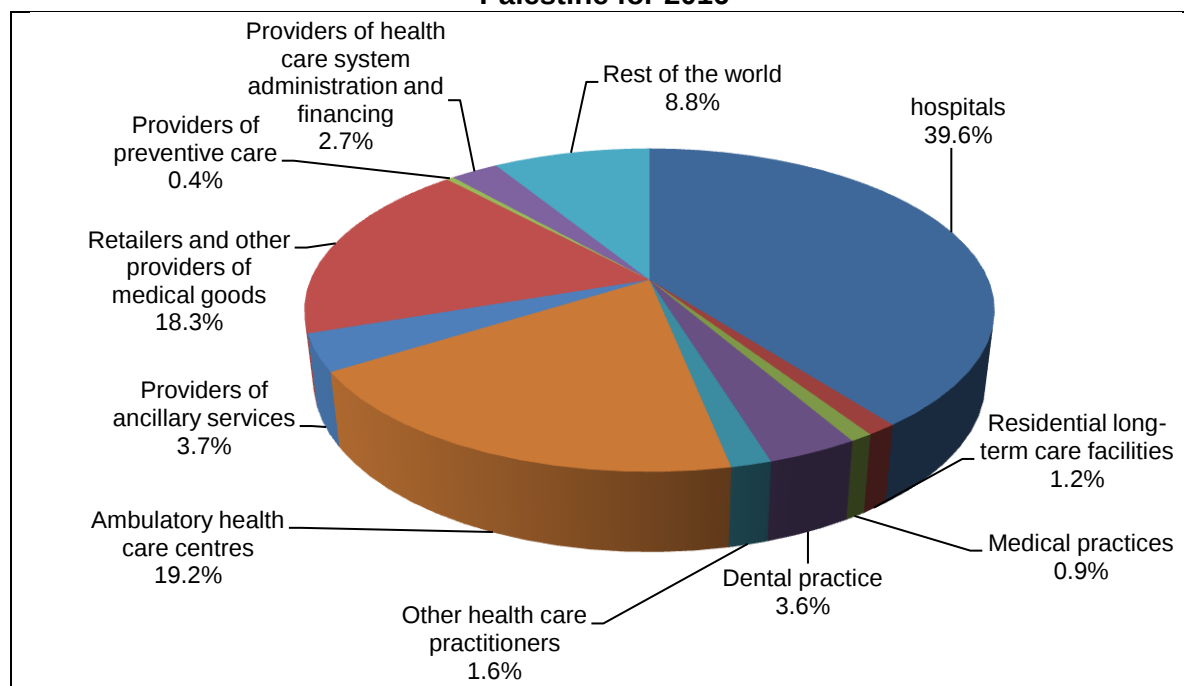
Hospitals, which were classified according to type: general hospitals, mental health hospitals and specialized hospitals, held the highest-rank in the percent contribution in current health expenditure. They spent equivalent of 41.6% and 39.6%, respectively in the years 2015 and 2016.

¹ Include all sources of funding.

Providers of ambulatory health care centre recorded a decrease in primary health care services between 2015 and 2016, The percent contribution of total health expenditure for this category was about 20.4% in 2015, while it reached about 19.2% in 2016.

Total expenditure by providers on retailers and other providers of medical goods in all sectors in Palestine reached 259.6 millions in 2016, where it was equivalent to 18.3% of total expenditure on health.

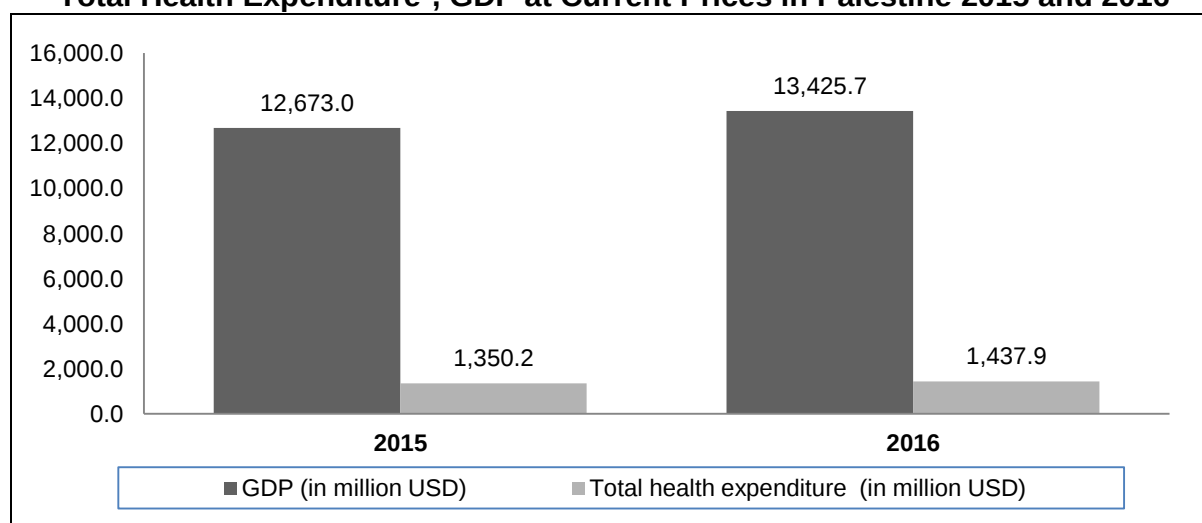
Percentage Distribution of Total Current Expenditure on Health by Providers in Palestine for 2016



2.5 Percentage of Health Expenditures to Gross Domestic Product (GDP)

The percentage of health expenditure of the Gross Domestic Product (GDP) in Palestine at current prices was 10.7% in 2015 and 2016.²

Total Health Expenditure³, GDP at Current Prices in Palestine 2015 and 2016



² Include gross capital formation in health care providers.

³ Include total current expenditure and gross capital formation.

Chapter Three

Methodology

The methodology used to compile the Palestinian Health Accounts at current prices for 2015-2016 was based on data tabulation, in addition to processing data from all available sources to measure expenditure by health service provider and funding parties.

3.1 General Overview

3.1.1 Framework of Palestinian Health Accounts

1. Updating of data sources according to the latest available administrative records from government and UNRWA sources, in addition to population estimates.
2. Harmonizing the methodologies from various data sources based on the most recent for the purposes of consistency and data comparison.
3. Unifying the coverage of data.

3.1.2 Geographical Coverage

For statistical purposes, Palestine was divided into two regions: the West Bank (WB), excluding those parts of Jerusalem annexed forcefully by Israel in 1967, and the Gaza Strip.

3.2 Methodology of Palestinian Health Accounts

3.2.1 Classification Systems

The set of Palestinian classifications is based on International Classification for Health Accounts which used the System of Health Accounts (2011 edition), issued by the Organization for Economic Co-operation and Development (OECD), World health organization (WHO) and European Union (Eurostat), and it is compatible with SNA-93.

Since health accounts are a branch of satellite accounts, each item should be explicitly allocated to the category in which it belongs.

The compilation of Palestinian health accounts within the following dimensions: financing scheme, financing agents, revenues of health care financing scheme, functional classification of health care provider, at current prices depends on the following three main parts:

1. Classification systems for various data dimensions based on System of Health Accounts issued by the Organization for Economic Co-operation and Development (OECD), World health organization (WHO) and European Union (Eurostat).
2. Preliminary treatment of data was in computer programs.
3. Aggregated sheet for the total value of expenditures.

3.2.2 Preliminary Treatment of Data from Individual Sources

In the treatment process of data for 2015 and 2016, data sets of each given source were treated independently from other sources. The purpose of this method is twofold:

1. To obtain reliable and consistent numbers on relevant transactions with the correct coding and classification;
2. To facilitate and speed up data preparation in future years.

Economic Activity	Source	Technical Notes
Government sector	- Ministry Of Health	1. Obtained detailed data of revenues, expenditures and treatment inside Palestine and transfers abroad. 2. Financing schemes for government expenditure of health was determined by source of financing for government. 3. Reclassifying the total cost by health functions was based on cost analysis study for government hospitals.
	- Administrative records of military services.	It was not possible to obtain any financial data on these services but PCBS obtained data on patient activities from military health facilities. It was recommended to use the data to generate estimates of the relevant expenditures by assuming that the cost level of these services is similar to that of the Ministry of Health.
Rest of the world and other sectors	Ministry of Finance and Planning.	PCBS obtained a list of projects that support the health sector in Palestine, as registered in the Ministry of Planning.
Non-profit institution serving households	- United Nations Relief and Works Agency for Palestine Refugees (UNRWA).	Based on the total expenditure by UNRWA, PCBS estimated the value of expenditure per item by using the number of staff and number of visits to UNRWA's primary health care centers.
	- Nonprofit institutions of health activities from the services survey within the economic surveys series conducted annually by PCBS.	Data was classified by financing scheme depending on distribution of establishment revenues (inside/outside) from annual economic surveys.
Household sector	Estimates based on the Palestinian expenditure and consumption survey conducted by the Palestinian Central Bureau of Statistics (PCBS) for the year 2011.	
Insurance enterprises	Survey of insurance enterprises attached to the Finance and Insurance Survey conducted annually by PCBS.	Determining premiums and claims for health insurance in the total economy.
Private sector	Estimates based on the Palestinian expenditure and consumption survey conducted by PCBS for the year 2011.	Determining household out-of-pocket expenditure for private sector to determine the value of expenditure on medical and pharmaceutical goods.

Chapter Four

Quality

4.1 Accuracy

Palestinian Health Accounts is prepared in Palestine based on a set of statistical sources (surveys and administrative records) and scientific methodologies according to international standards. Data processing is automated through computerized programs, which minimize the probabilities of human errors. The computerized system of files contains a set of tests through equations to ensure that there are no errors in processing, conversion...etc. These procedures ensure the minimization of errors that may result from omission or inaccuracy when preparing data.

4.2 Comparability

This report represents annual Palestinian health expenditure tables for 2015-2016, which illustrate Palestinian financing schemes, financing agents and types of financing revenues. As well as total expenditure distributed by health functions and providers of health services in Palestine. The data was presented as matrix of health expenditure by providers and financing schemes, matrix of functions and financing schemes and total expenditure by providers and health functions.

4.3 Data Quality

4.3.1 Coverage and Inclusiveness

Since the Palestinian health accounts were established, PCBS has worked strenuously to ensure data quality and coverage by the adoption of a number of practices, which may be summarized as follows:

- Conducting specialized surveys covering health activities; such as the health care providers and beneficiaries survey.
- Conducting it as an annex to finance and insurance survey to cover health insurance.
- Developing data quality for the detailed items of the health expenditure by providers and function of care based on specialized studies.
- Developing the consistency of data after updating from various sources and comparing data structure (percentage of total health expenditure according to the source of funding, health care provider and function of care) in addition to comparing consistency during the time series.

4.3.2 Technical issues about adoption of the System of Health Accounts, 2011 edition as a comprehensive framework

- Processing of financing source of Ministry of Health: through distribution of revenues by source: internal (local revenues) and external (rest of the world).
- Database of Ministry of Finance and Planning (DARP) is the source of health projects which were conducted by rest of the world.
- Reclassification of health expenditure transaction after changing the system of health accounts (2011 edition) taking into consideration - while being implemented- that some of the transaction were transferred to the reporting items in the new system that were deducted from the total current health costs in the new system.
- Premium of health insurance which was paid by households was canceled through processing of 2015-2016 data depending on system of health accounts concepts while the

total expenditure on health outside Palestine by household was added to Palestinian current health expenditure.

- Splitting the total health expenditure to current expenditure and capital expenditure based on guidance of system of health accounts (2011 edition).

4.4 Technical Comments

Despite the said measures, some problems and challenges remained in the development of coverage and the comprehensiveness of the data, primarily:

- The lack of financial statements for the military medical services sector, which is part of government spending.
- Data for non-profit institutions serving households (NPISH) have two sources, namely UNRWA (as the main provider of health services in Palestine) and secondly, charitable associations working to provide medical services in different governorates as ascertained in the economic surveys and weighted to reflect conditions in the general economy.
- Health expenditure covered Palestine excluding those parts of Jerusalem, annexed by Israel in 1967 and Gaza Strip, due to the lack of detailed data from its sources.