



annd

Arab NGO Network for Development
شبكة المنظمات العربية غير الحكومية للتنمية



AMERICAN
UNIVERSITY OF BEIRUT
FACULTY OF HEALTH SCIENCES

الحق في الصحة في فلسطين

2023



علي نشأت الشعار

يُنشر هذا التقرير كجزءٍ من سلسلة تقارير الراصد العربي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية (AWR) لشبكة المنظمات العربية غير الحكومية للتنمية (ANND). يُعدُّ تقرير الراصد العربي منشورًا دوريًا تصدره الشبكة ويركز كلَّ إصدار على حقٍّ معيَّن وعلى السياسات والعوامل الوطنية والإقليمية والدولية التي تساهم في انتهاكه. يتمُّ تطوير تقرير الراصد العربي من خلال عملية تشاركية تجمع ما بين أصحاب المصلحة المعنيين، بما في ذلك المجتمع المدني، والخبراء في المجال، والأكاديميين، وممثلي الحكومة في كلِّ من البلدان الواردة في التقرير، وذلك كوسيلةٍ لزيادة ملكية التقرير في ما بينهم وضمان توطينه وتعزيز صلته بالسياق.

يُرَكِّز التقرير السادس للراصد العربي على موضوع الحقِّ في الصحة. ويمثِّل تقرير الراصد العربي للحقِّ في الصحة للعام 2023 جهدًا مشتركًا بين شبكة المنظمات العربية غير الحكومية للتنمية، وكلية العلوم الصحية في الجامعة الأميركية في بيروت. وقد أعدَّ بهدف تقديم تحليل شامل ونقديٍّ لوضع الحقِّ في الصحة في المنطقة والتوقعات لما بعد مرحلة كوفيد-19. ويُؤمل أن تُشكِّل المعلومات والتحليلات المقدَّمة منصَّة للدعوة إلى أعمال هذا الحقِّ للجميع.

تُعبر الآراء الواردة في هذه الوثيقة عن رأي المؤلف حصرا، ولا تعكس بالضرورة وجهات نظر شبكة المنظمات العربية غير الحكومية للتنمية، والجامعة الأميركية في بيروت، Brot für die Welt، دياكونيا، أو المساعدات الشعبية النرويجية.

بيروت، حقوق النشر © 2023. جميع الحقوق محفوظة.

التقرير صادر عن **شبكة المنظمات العربية غير الحكومية للتنمية**. يمكن الحصول عليه من الشبكة أو يمكن تحميله عن الموقع: <http://www.annd.org>

يُحظر إعادة إنتاج هذا التقرير أو أي جزء منه أو استخدامه بأي طريقة كانت من دون إذن خطي صريح من الناشر باستثناء استخدام الاقتباسات الموجزة.

بدعم من

Brot
für die Welt



Norwegian People's Aid

People
Change
the World
Diakonia

الحق في الصحة في فلسطين

علي نشأت الشعار

الدكتور علي نشأت الشعار من فلسطين، طبيب يحمل خبرة محلية ودولية في مجال الصحة المجتمعية والنظم الصحية. له خبرة واسعة في مجالات التعزيز الصحي، الصحة الانجابية، الطفولة المبكرة والتدخلات الإغاثية..

جوانب المتابعة الصحية الشاملة لمرضى السكر

MICROCLINIC

عامر

التعاقد مع الطبيب والرفقة الى

علاج

تأجيل

تقليل الأعباء في يومياتنا

مراقبة السكر من وقت لآخر

تناهات

مواظبة على العلاج

تقليل العدوى

السكر

تناهات

مواظبة على العلاج

التقليل من التوتر

أكل

نقلنا لك الصحة

كيف تغسل يديك؟

الاستعداد جيد عند التمشط يمكننا من تجنب العدوى أو استخدام مستحضرات العناية الشخصية

مدة الإجراء من 40 إلى 60 ثانية

1. تبليل اليدين بالماء الجاري
2. تدليك اليدين ببعض الماء
3. تدليك راحة اليد بالخطأ
4. تدليك راحة اليد بالخطأ
5. تدليك راحة اليد بالخطأ
6. تدليك راحة اليد بالخطأ
7. تدليك راحة اليد بالخطأ
8. تدليك راحة اليد بالخطأ
9. تدليك راحة اليد بالخطأ
10. تدليك راحة اليد بالخطأ



06	مقدّمة عامة
09	تمهيد/ الحق في الصحة
13	المنهجية
14	الوضع الديمغرافي والصّحي في فلسطين
14	• المؤسّسات الصحيّة الأساسية
20	الحق في الصحة في فلسطين / المُحدّدات الأساسية
20	• الأثار المُباشرة للاحتلال
25	• الإنقسام
28	حوكمة النظام الصّحي
28	• التشريعات
30	• التخطيط والمشاركة المُجتمعية
33	تبني التغطية الصحيّة الشاملة
36	الإنفاق على الصحة
36	• النجاعة المالية (الإنفاق الذاتي على الخدمات)، الإنفاق على التحويلات
39	الاستنتاجات الأساسيّة
41	التوصيات
42	المراجع

مقدمة

فلسطين التاريخية هي أحد البلدان العربية، تقع على الجهة الشرقية من البحر الأبيض المتوسط ولها حدود مع الأردن، مصر، لبنان وسوريا بمساحة تبلغ 27000 كيلومتر مربع. تزرع فلسطين ومنذ العام 1948 تحت احتلال عسكري إحتلالي تسبب في تهجير الغالبية العظمى من المواطنين الفلسطينيين إلى البلدان العربية المجاورة وإلى مخيمات اللجوء في الضفة الغربية وقطاع غزة في ما يُسمى النكبة الفلسطينية.

شكّلت النكسة في العام 1967 محطة أخرى في مسيرة الهجرة والتهجير والاحتلال بحيث قامت إسرائيل في هذا العام باحتلال الضفة الغربية، قطاع غزة، صحراء سيناء المصرية ومرتفعات الجولان السورية وتشريد مئات الآلاف من الفلسطينيين إلى البلدان العربية المُجاورة.

على الرغم من أنّ اتفاقية السلام المُبرمة مع إسرائيل عام 1993 تضمنت انسحاب الدولة المُحتلة من الضفة الغربية، قطاع غزة والقدس الشرقية، إلا أنّ الانسحاب المذكور لم يحصل، بل وأدت طريقة إسرائيل في إنفاذ هذه الاتفاقية من خلال ممارساتٍ أحادية الجانب اعتمدت على مُصادرة الأراضي وتوسيع المستوطنات وإنشاء شبكةٍ من الطرق الخاصة بها إضافةً إلى ما يزيد عن 600 حاجز بين المناطق، إلى شردمة وتقطيع المساحة الجغرافية للمناطق الفلسطينية وإنهاء أو إعاقة إمكانية قيام دولةٍ فلسطينية على مناطق مُتواصلة جغرافياً.

وفقاً لإحصاءات العام 2022 بلغ عدد الفلسطينيين 14.3 مليون نسمة

جدول 1. محل إقامة الفلسطينيين

العدد (مليون نسمة)	منطقة السكن
3.19	الضفة الغربية والقدس الشرقية
2.17	قطاع غزة
1.7	المناطق المحتلة عام 1948
6.4	البلدان العربية*
0.8	البلدان الأجنبية
14.3	المجموع

* اللاجئون الفلسطينيون والمقيمون في هذه الدول من أصل فلسطيني

بناءً على اتفاقيات السلام مع دولة الاحتلال، تمَّ تعريفُ المناطق الفلسطينية على أنها المناطق التي تمَّ احتلالها عام 1967 والتي حسب قرارِ الأمم المتحدة (242 و338) ستكون الأراضي التي ستقوم عليها الدولة الفلسطينية وهي الضقة الغربية، القدس الشرقية وقطاع غزة. هذه المناطق هي المقصودة في التعريفات ضمن التقرير الحالي.

يسكنُ ما مجموعه 5.4 ملايين فلسطيني في مناطق الضقة الغربية، قطاع غزة والقدس الشرقية. تتميز التركيبة الديمغرافية للمجتمع الفلسطيني في المناطق المذكورة بمستوى مرتفع من الخصوبة وبالتالي من ارتفاع نسبة صغار السنّ بحيث إن 38% من السكّان هم تحت سنّ 14 عاماً بينما يشكّل المسنّون فوق سنّ الخامسة والستين 3% من السكّان. ويسكنُ في قطاع غزة والتي تبلغ مساحته 360 كلم مربعاً 2.17 مليون نسمة ممّا يجعله واحدة من أكثر المناطق في العالم من ناحية الكثافة السكانية حيث تبلغ 6027 نسمة لكل كلم مربع.

نتيجةً للواقع السياسي والأمني المتردّي والناجم عن سياسة الاحتلال العسكري وممارسات الفصل العنصري والإغلاق، فإن البطالة والفقر هما أبرز ملامح الحياة في المناطق الفلسطينية بحيث تعيش نسبة 26.4% من السكّان تحت مستوى الفقر موزعةً على 15% في الضقة الغربية و47% في قطاع غزة.

من المُهمّ في بداية التقرير الحديث عن الواقع الحقوقي للشعب الفلسطيني في مناطق الضقة الغربية، قطاع غزة والقدس الشرقية، والخروقات القانونية التي يمثلها استمرار الاحتلال العسكري وممارساته الإقصائية والعنصرية (الاطلاع على المربع 1 لما ورد في الرأي الاستشاري لمحكمة العدل الدولية).

الرأي الاستشاري المقدم لمحكمة العدل الدولية

تُسلم اللجنة بأن استمرار الاحتلال الإسرائيلي، وتوسيع المستوطنات، واستمرار الحصار على قطاع غزة، وهي أمور غير قانونية بمقتضى القانون الدولي ()، تشكّل تحديات خطيرة وتعمق التنفيد الكامل لالتزاماتها بموجب الاتفاقية وتؤدي إلى انتهاكات جسيمة لحقوق الفلسطينيين، مثل الاحتجاز التعسفي والتعذيب وسوء المعاملة، والإفراط في استخدام القوة وسوء المعاملة من قوّات الأمن الإسرائيلية، وأعمال العنف التي يرتكبها المستوطنون الإسرائيليون، والقيود المفروضة على حريّة التنقل، والتشريد القسريّ وعمليّات الإخلاء، والاستيلاء على الأراضي الخاصة، وهدم المنازل، وبناء المستوطنات غير القانونية، والقيود المفروضة على الحصول على خدمات الرعاية الصحية، ومنع الحصول على المساعدات الإنسانية. وتذكّر اللجنة بالتزامات إسرائيل، بوصفها قوّة الاحتلال، بموجب القانون الدولي الإنساني والقانون الدولي لحقوق الإنسان. وتسلم أيضاً بأن التحديات المذكورة أيضاً تحدّ من تحكّم الدولة الطرف الفعليّ في ولايتها على إقليمها وقدرتها على منع التعذيب وسوء المعاملة ومكافحتها بفاعليّة، غير أنها تذكر الدولة الطرف بأن الاتفاقية تسري في كامل إقليمها وبأن الدولة الطرف ينبغي أن تتخذ جميع التدابير المُمكنة من أجل تنفيذها في جميع أرجاء إقليمها. وتُعرب اللجنة عن أسفها في هذا الصدد لأن الدولة الطرف، رغم اتفاق حركتي فتح وحماس على إنهاء

الانقسام الفلسطيني الموقع في 12 تشرين الأول/أكتوبر 2017، لم تُحرز سوى تقدّم محدود في حلّ القضايا السياسية الداخلية التي تؤثر سلباً على تمتع الفلسطينيين في الضفة الغربية، بما فيها القدس الشرقية، وقطاع غزة، تمتعاً كاملاً بحقوقهم بموجب الاتفاقية وتسهم في التفتت السياسي والجغرافي لإقليم الدولة الطرف. وتُلاحظ أنّ الفلسطينيين ما زالوا يخضعون، بسبب هذا التفتت، لنُظم قانونية متعدّدة تعوق أعمال حقوقهم بمقتضى الاتفاقية إعمالاً كاملاً

في الوقت الذي يُعتبر فيه الحقُّ في الصحة أحدَ أهمِّ الحقوق الإنسانية الأساسية، فإنَّ إعمال هذا الحقِّ في بلدٍ تحت الاحتلال يشكِّلُ تحدياً كبيراً لدى المجتمع والمؤسسة الصحيَّة الفلسطينية. تُعاني فلسطين من تداخل المؤثرات في الحقِّ في الصحة والمُحدِّدات لهذا الحقِّ من ناحية الشمولية، التأثير المباشِر على الصحة وارتباط هذه المُحدِّدات بعواملٍ سياسية، اجتماعية، اقتصادية وبيئية. يهدُف هذا التقرير إلى دراسة وبيان مدى حصول أصحاب الحقِّ على حقوقهم وأيضاً مدى التَّزام حاملي الواجب بتطوير تشريعاتٍ وإنفاذٍ قوانين وتطويرِ نظامٍ خدماتي يحترم الحقِّ في الصحة ويوصله إلى أصحابه بعدالة.

لا يشكِّل التقرير عن الحقِّ في الصحة في فلسطين دراسةً تقييم لأداء النظام الصحيِّ بكافة مرافقه وقطاعاته ولا يطمح إلى توجيه اللوم أو تحقيل المسؤولية إلى أيِّ جهةٍ بقدر ما يحاول تسليط الضوء على النجاحات والإخفاقات التي صاحبت عملية بناءِ نظامٍ صحيِّ في واقع الظروف الموضوعية والذاتية، وقياسَ مدى الوصول إلى إعمال الحقِّ في الصحة. يبتغي التقرير وضع ملاحظاتٍ شفافةٍ حول الواقع بهدف تفعيل جهودٍ وطنيةٍ متعدِّدة القطاعات للوصول إلى مستوى أفضل من الرعاية.

يُتأثَّرُ إعمالُ الحقِّ في الصحة في فلسطين بمجموعةٍ متشابهةٍ من المُحدِّدات العامة والخاصة. لعلَّ جائحة كوفيد-19 ونمط التعامل عالمياً ومحلياً كَمَلَّ تحدياتٍ تتعلَّقُ بعدم عدالة توزيع موارد الوقاية والعلاج عالمياً. ارتباكُ النُظم الصحيَّة وحدوثُ عجزٍ في المواجهة حتَّى في الدول المتقدِّمة وانحسارُ مجموعةٍ مهمَّة من الخدمات الصحيَّة لصالح مواجهة الجائحة عواملٌ تتطبَّقُ علي الكثير من البلدان بما فيها فلسطين. لكن وعلى الرغم من المذكور أعلاه، فإنَّ مكافحة جائحة كوفيد-19 في فلسطين واجهت مجموعةً من التحديات التي وصلت إلى مستوى الإخفاق، وهي الآتي:

1. تركَّزَ عملُ النظام الصحيِّ على الوقاية من الجائحة والتعامل مع المصابين بها وأغفلَ قطاعاتٍ صحيَّةٍ وطبيَّةٍ على مستوى من الأهقيَّة والخطورة مثل رعاية الأمومة، مَرَضَى الكلى، المَرَضَى النفسيين ومَرَضَى السرطان. عانى جميع المذكورين عجزاً واضحاً في الوصول إلى والحصول على الخدمات والأدوية. من المهمَّ الإشارة هنا إلى أنَّ معدَّلَ وفيات الأمهات سجَّل تصاعداً خطيراً أثناء وبعد الجائحة في إشارةٍ إلى انحسار الخدمات الأساسية المتعلقة بالسلامة الإنفاسية.
2. تعدَّدت مصادرُ ونوعيةُ الرسائل الموجهة إلى المواطنين خلال وبعد الإغلاق الأوَّل (آذار/مارس- حزيران/يون 2020). تحديداً فيما يتعلَّق بإجراءات الأمان والدخول إلى حالة إغلاقٍ ثانية والتعارض فيما يتعلَّق بأولوية الاقتصاد أم الصحة. للأسف، فإنَّ هذه التعددية وعدم توحيد الرسالة الصحيَّة أدَّى إلى تراجع ثقة المواطنين بالمعلومة وبالتالي إلى التراجع الكبير في الامتثال إلى تعليمات الوقاية ممَّا أدَّى إلى موجاتٍ مُتتالية من الإصابات والوفيات.
3. في محاولةٍ للتغلُّب على توفُّر اللقاح في المناطق الفلسطينية، وافقت هيئات وزارة الصحة على تلقي كميةٍ من اللقاحات من الجانب الإسرائيلي قريبة موعداً

انتهاء الصلاحية ممّا أدى إلى إرباكٍ شديد ومشكلةٍ رأيّ عام في حينه. وممّا لا شكّ فيه، أنّ مشكلة استقبال مطاعيم فايزر (Pfizer) من إسرائيل التي وصلت إلى حدّ لزوم تشكيل لجنةٍ تحقيقٍ شكّلت تحدياً جدّياً لترويج تلقي التطعيم ضدّ فيروس كوفيد على الرغم من عدم وجود توصيات بمتابعاتٍ جزائيةٍ أو مهنية للمشاركين بها.

تتأثر النُظم الصحيّة والاجتماعية في البلدان النامية بسياسات وممارسات النيوليبرالية التي تفرض أنماطاً من السياسات والممارسات المحليّة التي تُعمّق الشرخ الطبقي، تُعيد توزيع الموارد لصالح الفئات الأكثر ثراءً وتُقيّد برامج استهداف وتحسين حياة الأفقر والأشدّ عوزاً من المجتمعات أو الفئات المُجمّعة. على الرغم من أنّ تقرير فلسطين لن يتطرق بعمقٍ إلى تأثير النيوليبرالية على الحق في الصحة لوجود الأولويات الملتهّة ضمن محاور خاصّة بواقع فلسطين، إلّا أنّه من المهمّ الإشارة إلى هذا التأثير ضمن الواقع المحلي. ويُمكن تلخيص أثر النيوليبرالية على واقع فلسطين ضمن المحاور التالية:

1. تأثر برامج التنمية بسياسات المؤسسات الدوليّة والمانحين: على مدى سنوات بناء الدولة ومؤسساتها في فلسطين، تنامي عددٌ وحجمٌ مؤسسات المعونة والإغاثة والتنمية. لكن وبعد سنواتٍ طويلة، لا يرتقي الحصاد التنموي إلى حجم الإنفاق بسبب تشرّدُم الآليات وسياسات المُمولين وحقيقة أنّ قسماً كبيراً من التمويل يحمل طابعاً وشروطاً سياسية. بالطبع يشمل ذلك البرامج التي استهدفت القطاع الصحيّ إغائياً وتنقوياً. ضمن التقرير الحالي، لم يتسنّ النظر بعمقٍ إلى دور المؤسسات الدوليّة بما فيها مؤسسات الأمم المتحدة، ولكنّ تراكم مجموعةٍ من المشاهدات والبيانات الخاصة ببعضها يُشير إلى ضرورة إجراء مراجعةٍ حول هذا الدور.
2. تَعوُّل الاحتلال في واقع وأفق النُمو الاقتصادي من خلال اتفاقياتٍ مُججفة ربطت عجلة النُمو الاقتصادي بنظام الاحتلال: تُشكّل اتفاقية باريس الاقتصادية أحد أهمّ مناجي الإجحاف بحق فلسطين في أعمال تنمية اقتصادية متوازنة. يُحقّق الاحتلال 41 مليار دولار سنوياً كأرباح نتيجة استغلال الموارد الطبيعية التي من المُفترض أنها تخضع لولاية وسيطرة السُلطة الفلسطينية. إضافةً إلى ذلك تُخسرُ السُلطة الوطنية الفلسطينية 3-4 مليارات دولار سنوياً بسبب مصادرة أموالٍ وفرض ضرائبٍ مججفة وتضييق اقتصادي.
3. تأثير الشركات العالمية للصناعات الدوائية والتجهيزات الطبيّة على السوق المحلي

الأدوية والمُستحضرات:

تُشكّل التغييرات السريعة على العلوم الطبيّة والدوائية، بالإضافة إلى غياب بروتوكولاتٍ علاجيةٍ صارمةٍ للكثير من الحالات المُستجدة، ووجود ضغطٍ على شركات تصنيع واستيراد الأدوية أهمّ أسباب وجود قائمةٍ واسعةٍ ومتكرّرة التغيّر للأدوية في فلسطين. تلعب التطويرات المُتلاحقة على المُستحضرات الطبيّة، واستراتيجيات الترويج للمُستحضرات تحت التجربة المُكتشفة حديثاً وعالية الكلفة، وأيضاً الضُغط على القرّضى ومقدّمي الرعاية، دوراً مهمّاً في رفع كلفة فاتورة الدواء على النظام الصحيّ والمرضى على حدٍ سواء.

تُساهم النقطة المذكورة أعلاه، بالإضافة إلى عدم وجود بروتوكولاتٍ طبيّة واضحة ومُلزمة للكثير من الأمراض، إلى ضغطٍ مُشابهٍ على القرّضى والنظام

الصحي لاستخدام بدائل علاجية مُكلفةٍ من خارج السلة الأساسية للأدوية ممّا يؤدي إلى تفعيل آلية الشراء الخاص، وبالتالي تأخير حصول المرضى على الأدوية واضطرارهم اللجوء إلى تحويلات عالية الكلفة أو فقدان وقت ثمين في انتظار هذه البدائل.

التشريعات بالإعفاء من المُساءلة:

جاء في المادة (4) للقرار بقانون رقم (11) لسنة 2021م بشأن تنظيم المُنتجات الطبية لمكافحة فيروس كوفيد-19 أنه "باستثناء حالة الوفاة أو الإصابة البالغة التي يسببها سوء السلوك القصدى أو مخالفة شروط الاتفاقية الموقعة مع الوزارة، لا تقوم المسؤولية على الشركة المُنتجة أو الموردة جزاء الضرر الناتج عن الأفعال أو الأنشطة المتعلقة بتنظيم المُنتج الطبي أو عن نتائج هذه الأفعال أو الأنشطة".

جاءت هذه المادة انسجاماً مع التعليمات والسياسات الدولية التي منحت غطاءً قانونياً يُعفي شركات إنتاج اللقاح من المُساءلة القانونية في حال حدوث ضرر من اللقاح المُنتج حديثاً والمُستخدم دون المرور في عمليات البحوث التقليدية. في نفس الوقت، فإن هذا الإعفاء منح الشركات هامشاً كبيراً لتعميم معناه وأثره بقصد تحقيق الأرباح.

تقرير الحق في الصحة/ مناهي تركيز التقرير الوطني

مع الأخذ بعين الاعتبار العوامل والمُحدّات المذكورة أعلاه، يحاول التقرير الحالي تسليط الضوء على الحق في الصحة في فلسطين انسجاماً مع الجهد الإقليمي لبحث هذا الحق في الواقع العربي، ومع الأخذ بعين الاعتبار الطبيعة المعقدة والمتعدّدة للمُحدّات المرتبطة بالحق في الصحة، فإن تقرير فلسطين سوف يُركّز على الأسباب الأكثر ارتباطاً بوجود اجفافٍ وحرمانٍ يصيبان المجتمع الفلسطيني وفئاته المختلفة.

1. الاحتلال العسكري الإحلالي في فلسطين يُشكّل المُحدّد والتحدّي الأكبر لإعمال الحق في الصحة، ولعلّ التأثير المباشر للاحتلال واجراءاته على الحق الأساسي ألا وهو الحق في الحياة وصحة الفلسطينيين ويظهر جلياً في أعداد الشهداء، الجرحى والمعاقين كنتيجة مباشرة للعمليات العسكرية لجيش الاحتلال وقواته الخاصة وقطعان مستوطنيه. يُشير تقرير مركز القدس لحقوق الإنسان إلى أن عام 2022 على سبيل المثال لا الحصر، شهد استشهاد 154 فلسطينياً وجرح 10000 في الضفة الغربية على يد قوّات الاحتلال والمستوطنين (مركز القدس لحقوق الإنسان 2023). وبلغ عدد الأسرى في سجون الاحتلال حتى كتابة هذا التقرير 4700 أسيراً منهم 150 طفلاً و460 سيدة. يُضاف إلى الأرقام أعلاه التأثير غير المباشر على الحق في الصحة والذي يتجلى في تعرّض المجتمع الفلسطيني للمضايقات المعيشية المتعلقة بحرية الحركة، العمل، الحصول على الموارد والخدمات يُصاحبها ارتفاع ملحوظ في نسبة الفلسطينيين الذين يعانون من اضطرابات نفسية.
2. استكمالاً للعامل أعلاه، يأتي انقسام السلطة في مناطق فلسطين وما يُرافقه من حصار لقطاع غزة كُمحدّد مهمّ ينتج عنه تدهور قدرات الرعاية الصحية وتراجع الوصول إلى الخدمات المتخصصة وتدفق الموارد الأساسية اللازمة لتشغيل الخدمات الصحية وبالتالي المستوى العالي من الحرمان.

3. على مدى 30 عاماً من عملية بناء النظام الصحي الفلسطيني كجزء من مكونات الدولة الفلسطينية العتيدة، تواجه عملية البناء بالإضافة إلى الإعاقات الناتجة عن ممارسات الاحتلال تحديات مرتبطة بحوكمة النظام الصحي الفلسطيني ونجاعة وجودة الخدمات. لا يزال هنالك صعوبات في بناء النظام الصحي الفلسطيني تُعيق الوصول إلى ما يطمح له المواطن الفلسطيني من وصول شامل وعادل إلى خدمات عالية الجودة. من المهمّ التشديد على أنه وعلى الرغم من تعدد قطاعات العمل الصحي، فإن المسؤولية في إعمال الحق للمواطن الفلسطيني تقع على عاتق الهيئة الحكومية حاملة الواجب من خلال رسم استراتيجيات وطنية، تفعيل التشاركية والتكاملية في تغطية الاحتياجات الخدماتية الصحية وضبط جودة هذه الخدمات.

سُشكّل المُحدّثات الثلاثة المذكورة أعلاه محاور التركيز في وصف الحق في الصحة وإعماله في الواقع الفلسطيني مع عدم إغفال المحاور الأخرى المرتبطة بشكل مباشر أو غير مباشر.

اعتمد التقرير على منهجية بحثية استقصائية شملت ثلاثة عناصر:

1. مراجعة الأدبيات والتقارير المحليّة والدولية حول الحقّ في الصحة: شمل ذلك الاطلاع على تقارير وزارة الصحة الفلسطينية، الجهاز المركزي للإحصاء ومنشورات الهيئة التشريعية والتنفيذية. شملت المراجعات أيضاً تقارير المؤسسات الدولية وتحديدًا منظمة الصحة العالمية، مكتب الأمم المتحدة لمتابعة الشؤون الإنسانية ومؤسسة الأمم المتحدة الإنمائية. كما شملت المراجع أيضاً تقارير المؤسسات الحقوقية الفلسطينية مثل الهيئة المستقلّة لحقوق الإنسان، مركز القدس للمساعدة القانونية والإرشاد والمعهد الفلسطيني للدراسات الاقتصادية (ماس).
 2. لقاءات فردية وجماعية مع ممثلي الهيئات الحكومية والأهلية العاملة في قطاع الصحة.
 3. اجتماعات مع شبكة منظمات المجتمع المدني الفلسطينية.
- لقاء المجموعة الدولية للصحة (لم يتمّ بسبب عدم استجابة منسق المجموعة).
تمّ بناءً على الاجتماع التمهيدي مع شبكة المنظمات الأهلية الفلسطينية تطوير مفهوم مشترك حول التقرير والمحاوّر التي ينبغي تغطيتها في تقرير فلسطين. بناءً على ذلك تمّت مراجعة الأدبيات وعقد مشاورات مع ممثلي مجموعة من المؤسسات، وتطوير مسودة أولية قامت منسقة العمل الإقليمية بمراجعتها وإعطاء ملاحظات أدت إلى تطوير مسودة ثانية قُدمت إلى الشبكة وتمّ نقاشها وإعطاء ملاحظات شاملة قادت إلى تطوير المسودة الثالثة وقبل النهائية.

■ التحدّيات:

1. عدم التمكّن من إشراك المؤسسات الدولية في عملية البحث حيث لم يكن هنالك استجابة مع دعوة ممثلي المجموعة الصحية مع طلب اللقاء.
2. يعمل في فلسطين عدد كبير من المؤسسات الإغاثية والتنمية ومنظمات الأمم المتحدة، لم يتمكّن التقرير من تغطية إسهامات المؤسسات المذكورة في أعمال الحقّ في الصحة ولعلّ هذا الجانب يكون محتوى دراسة مُتخصّصة وعميقة.

الوضع الديمغرافي والصحي في فلسطين

يمثل المجتمع الفلسطيني نموذجاً للمجتمعات الفئتيّة ولارتفاع نسبة الخصوبة التي حسب آخر تعدادٍ سكاني وصلت إلى 4.1 وحيث إنّ الفئة تحت سنّ 15 تمثل 56% من السكان. يمثل الشباب 15-29 عاماً ما نسبته 30% من السكان في إشارة إلى الفرصة الإنتاجية والاقتصادية، وتبلغ نسبة كبار السنّ (فوق 65 عاماً) 3% (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني 2022a) من السكان. ويبلغ معدّل السنّ المتوقع للحياة عند الولادة 74 عاماً (76 للإناث و72 للذكور) (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني 2022b).

من الناحية الوبائية، وبسبب تطوّراتٍ كثيرةٍ صاحبت نمط الحياة وتوفّر خدماتٍ صحيّة ذات تغطيةٍ عاليةٍ ووضعٍ اقتصاديٍّ جيّد، حقّق نمطُ المراضة في فلسطين انتقالاً مُهمّاً بحيث:

1. تلاشت مجموعة من الأمراض المُعدية التي كانت سبباً في ارتفاع معدّلات وفيات الأطفال نتيجة لوصول فلسطين إلى نسبة 100% من التغطية باللقاحات الأساسية للقضاء على مرض شلل الأطفال، النكاف والحصبة الألمانية (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني 2021) ممّا أدّى إلى انخفاض وفيات الأطفال وبالتالي ارتفاع مؤشّر توقّعات الحياة عند الولادة.
2. أدّت التغيّرات البيئية بالإضافة إلى نمط الحياة المعتمد على التكنولوجيا وتراجع النشاط البدني لدى الفلسطينيين، إلى دخول المجتمع في موجة الأمراض المُزمنة بحيث تمثّل أمراض القلب والشرايين، السكّري والسرطان أهمّ ثلاثة أسباب لوفاة البالغين (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني 2021).
3. تركز فلسطين تحت احتلالٍ عسكريٍّ امتدّ وجوده على أرضها لفترةٍ تزيد عن 75 عاماً صاحبه موجاتٌ من العنف، والإغلاقات ومنع التنقّل بين مناطق فلسطين، وارتفاع مؤشّرات البطالة والفقر ممّا ساهم بانتشار مظاهر الضغط والإجهاد النفسي والأمراض الناتجة عنه.

المؤشّرات الصحيّة الأساسية

جدول 2 يقدم المؤشّرات الصحية الرائدة بناءً على أحدث الدراسات الاستقصائية.

جدول 2. مؤشّرات صحيّة أساسية

2019/2020	المؤشّر
9.4/1000	معدّل وفيات الأطفال حديثي الولادة لكلّ ألف ولادة حيّة ¹
12.1/1000	معدّل وفيات الأطفال الرضّع لكلّ ألف ولادة حيّة ¹

14.2/1000	معدّل وفيات الأطفال دون الخامسة لكلّ 1000 ^١
99.8%	نسبة التغطية بالمطاعيم ^٢
47/100000	معدّل وفيات الأمّهات النفاسية لكلّ 100000 ^٣
99.6%	نسبة الولادات التي تتم داخل المستشفيات
94.8%	الرعاية الصحيّة أثناء الحمل (4 زيارات على الأقل) ^٤
4.1	معدّل الخصوبة الإجماليّ ^٥
74	متوسط مأمول الحياة عند الولادة (سنوات) ^٦
1.3	عدد أيسرّة المستشفيات لكلّ 1000 نسمة ^٧
5000	متوسط عدد المواطنين لكلّ مركز صحيّ
2.3	عدد الأطباء لكلّ ألف مواطن
2.7	عدد كوادر التمريض لكلّ ألف مواطن

^١ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني 2021 b
^٢ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني 2020

^٣ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني 2021 a
^٤ وزارة الصحة الفلسطينية 2019 a
^٥ وزارة الصحة الفلسطينية 2022

يبيّن الجدول أعلاه أنّ الوضع الصحيّ في فلسطين قد وصل إلى مؤشّرات جيّدة من حيث المخرجات، ومن العدل الإشارة إلى أنّ ذلك جاء كنتيجة لعمل مُنهج وعالي المهنيّة من قبل الكوادر الصحيّة الحكومية، الأهليّة والخاصة. شكّل بناء نظام صحيّ وطني أحد أهمّ الأعمدة في بناء الدولة الفلسطينية من خلال مؤسّسات قطاعية وطنية في فترة ما بعد اتفاق اوسلو واستلام المؤسّسة الوطنية مهام إدارة القطاع الصحيّ.

من المهمّ الإشارة إلى أنّه وقبل إنشاء السلطة الوطنية الفلسطينية واستلام وزارة الصحة مسؤولية النظام الصحيّ، عملت مؤسّسات المجتمع المدني الفلسطيني على بناء منظومة خدمات صحيّة مقاومة هدّفت إلى دعم الفلسطينيين وتوفير خدمات رعاية صحيّة للمهقّشين منهم. بدأت مرافق الرعاية الصحيّة الأولى بالتكوّن والنموّ في الفترة 1978 وامتدّت تدريجياً لتُغطّي الجغرافيا الفلسطينية وليصل مستوى مساهمتها في تقديم الخدمات إلى 28% من الاحتياج في مجال الرعاية الصحيّة الأولى بشكل عام (البرغوثي 1991).

ساهمت التطوّرات الاجتماعية والاقتصادية خلال فترة ما بعد إنشاء السلطة الوطنية الفلسطينية في تحسّن الواقع التغذويّ، الخدمات والمعلوماتي لدى المواطنين وتحديد الجهد المهمّ في التثقيف الصحيّ الذي قامت به وزارة الصحة بالتعاون الوثيق مع مؤسّسات المجتمع المدني الصحيّة في تعزيز السلوكيات الصحيّة المتعلقة برعاية الأمّ والطفل، الالتزام بالتطعيمات والوصول إلى الرعاية الصحيّة الوقائية والعلاجية. تراكّم التحسّن في الأمور أعلاه أدّى إلى انخفاض مهمّ لوفيات الأطفال وارتفاع متوسط مأمول الحياة عند الولادة والمؤشّرات الصحيّة مثل التغطية والوصول إلى الخدمات.

ساهم الاستثمار في تدريب وتعليم الكوادر الصحية خلال السنوات السابقة بما في ذلك افتتاح وتوسيع كليات الطب والتمريض والعلوم الصحية إلى تأهيل وبالتالي توفير حجم مهم من الكوادر الصحية التي ساهمت بشكل كبير في تحسين كم ونوع الخدمات الصحية في فلسطين.

يتم تقديم الرعاية الصحية في فلسطين من خلال شبكة معقدة من المرافق على المستويات الأولى والثانوي والثالثي تُغطي مناطق الضفة الغربية، قطاع غزة والقدس الشرقية. من ناحية القطاعات يُشكل القطاع الحكومي المُقدم الأكبر للرعاية الصحية الأولية والثانوية فيما تساهم وكالة غوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين (UNRWA) في تقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية للاجئين الذين يشكلون 40% من السكان، ويساهم قطاع المؤسسات الصحية غير الحكومية (الأهلية) بنسبة 8% من خدمات الرعاية الأولية. يقدم القطاع الخاص خدمات على المستوى الأول من خلال العيادات الخاصة ويتركز عمل هذا القطاع على المستويين الثاني والثالث ويرتبط عضواً بالنظام الحكومي من خلال برنامج التحويلات أو شراء الخدمة.

جدول 3. وفيات الأطفال (مقارنة مؤشر وفيات الأطفال للعامين 2014 و2020)

وفيات الأطفال الخدج (أول 28 يوم) وفاة لكل 1000 ولادة حية		وفيات الأطفال (بعد الولادة) وفاة لكل 1000 ولادة حية		سنة القياس	
2020	2014	2020	2014		
9.4	11.2	2.7	7.1	كل فلسطين	المنطقة
9.8	10.9	1.9	6.2	الضفة الغربية	
8.8	11.5	3.9	8.1	قطاع غزة	
9.3	12.0	2.2	7.0	سكان المدينة	مكان السكن
9.5	8.0	3.4	9.7	سكان الريف	
10.5	9.4	7.0	2.7	سكان المخيمات	
9.6	11.8	3.6	19.9	تعليم ابتدائي	التعليم
10.8	14.7	2.3	7.3	تعليم ثانوي	
8.1	10.4	2.7	2.7	تعليم عالي	
9.2	7.2	5.6	10.3	الأفقر	الوضع الاقتصادي
14.3	15.9	1.8	6.2	المتوسط	
7.8	6.0	0.8	5.6	الأغنى	

حققت فلسطين تقدماً مهماً على صعيد خفض وفيات الأطفال وجاء ذلك نتيجة لعوامل متعددة تتعلق بـ: نسبة الولادات تحت إشراف طبي في المستشفيات، التقدم الطبي ومهارات إنعاش الأطفال الخدج وأيضاً نسبة التطعيمات التي تقترب من 100%. كما ورد في قسم آخر في التقرير، فإن معدل وفيات الأطفال تحت سن سنة واحدة وصلت إلى مستوى 12 وفاة لكل ألف ولادة حية (وزارة الصحة الفلسطينية 2021). يُلاحظ في الجدول أعلاه أن نسبة عالية من وفيات الأطفال تحدث في الأيام الأولى بعد الولادة، وحسب مبادئ الصحة العامة تُعزى هذه الوفيات إلى اختلال أثناء الحمل إضافة إلى أسباب تتعلق بجودة الرعاية الطبية في هذه الفترة الحرجة.

التفاوت الواضح في معدلات وفيات الأطفال في فلسطين بالاعتماد على التعليم، مكان السكن والوضع الاقتصادي يُشير بوضوح إلى معايير الهشاشة في المجتمع والتي ترتبط بالحصول على الموارد، الوصول إلى الخدمات والوعي الكافي لتقديم الرعاية المثلى للطفل. المستوى المُتدني لوفيات الأطفال لدى قاطني المخيمات إشارة واضحة إلى جودة برامج الرعاية الصحية الأولية المُتبعة لدى مُقدمي الخدمات في المخيمات، ألا وهي وكالة غوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين.

جدول 4. صحة المرأة (الحصول على خدمات الصحة الإنجابية الأساسية)

الولادة القيصرية (%)		الولادة تحت اشراف مؤهل (%)		الحصول على أربعة زيارات متابعة الحمل (%)		سنة القياس	
2020	2014	2020	2014	2020	2014		
25.8	20.3	100	100	94.8	95.5	كلّ فلسطين	المنطقة
28.2	22.7	100	100	94.3	95.7	الضفة الغربية	
22.4	17.4	100	100	95.4	95.3	قطاع غزة	
24.8	19.4	100	100	94.7	95.6	سكان المدينة	مكان السكن
30.5	24.1	100	100	95.2	94.7	سكان الريف	
24.9	22.4	100	100	94.6	94.3	سكان المخيمات	
25.8	22.3	100	100	91.3	93.8	تعليم ابتدائي	التعليم
22.5	18.9	100	100	94.6	95.9	تعليم ثانوي	
25.2	20.2	100	100	96.1	96.3	تعليم عالي	
20.0	17.7	100	100	94.3	95.4	الأفقر	الوضع الاقتصادي
29.0	20.3	100	100	92.2	96.1	المتوسط	
34.0	26.5	100	100	97.0	96.3	الأغنى	

جدول 5. صحة المرأة: (تنظيم الأسرة)

استخدام أي وسيلة لتنظيم الأسرة (%)		استخدام وسيلة تنظيم أسرة حديثة		الحاجة غير المُلبّاة لتنظيم الأسرة (%)		سنة القياس	
2020	2014	2020	2014	2020	2014		
57.3	57.2	42.8	44.1	12.9	10.9	كلّ فلسطين	المنطقة
55.9	59.8	42.8	46.3	13.6	11.0	الضفة الغربية	
59.4	53.4	42.8	40.8	11.9	10.7	قطاع غزة	
57	56.6	42.3	43.4	12.6	10.5	سكّان المدينة	مكان السكن
56.9	59.9	43.5	45.2	14.8	10.8	سكّان الريف	
61.1	57.6	47.1	48.1	11.9	11.7	سكّان المخيمات	
62.0	61.1	48.6	48.7	10.9	14.3	تعليم ابتدائي	التعليم
56.5	56.7	42.5	43.7	12.6	10.9	تعليم ثانوي	
54.8	53.4	39.4	39.4	14.4	10.5	تعليم عالي	
56.3	49.0	100	100	94.3	95.4	الأفقر	الوضع الاقتصادي
54.5	55.9	100	100	92.2	96.1	المتوسط	
58.5	66.3	100	100	97.0	96.3	الأغنى	

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء، 2021

على الرغم من مستوى التغطية المرتفع في خدمات صحة المرأة والصحة الجنسية والإنجابية في فلسطين، إلا أنّ معدّل وفيات الأمّهات المسجّل في العام 2021 والذي بلغ 47 وفاة لكل 100000 ولادة حيّة يُعتبر مُقلقاً، خاصةً أنه يشكّل ارتفاعاً بمقدار 3 أضعاف عن المعدّل الذي وصل إليه في العام 2017. يُبيّن تقرير وفيات الأمّهات في العام المذكور أنّ 80% من الوفيات كان من المُمكن تفاديها ممّا يشير بوضوح إلى معضلة تتعلّق بجودة الرعاية الصحيّة. من الملاحظ أنّ وفيات الأمّهات شهدت ارتفاعاً كبيراً في الفترة بين 2017-2022 بلغ أربعة أضعاف في قطاع غزة. وبما أنّ مؤسّر وفيات الأمّهات تحديداً يشكّل مؤسّراً مهماً لقياس أداء النظام الصحيّ، فإنّه من المهمّ دراسة الأسباب التي أدّت إلى هذه الزيادة حيث من غير الممكن في هذا التقرير تغطية الأسباب المتعدّدة التي ترتبط بوفيات الأمّهات.

يُشير الجدول أعلاه إلى تراجع في مؤسّر آخر يتعلّق بالصحة الإنجابية للسيدات حيث إنّ الحاجة غير المُلبّاة لتنظيم الأسرة تراجع بين العام 2014 والعام 2021 من 10.9% إلى 12.9% وهذا يستوجب البحث كون هذا المؤسّر يرتبط بقضية حقوقية لدى النساء إضافةً إلى قضايا اجتماعية مثل جهة اتخاذ القرار في تنظيم الأسرة، الوصول

إلى الخدمات ووسائل تنظيم الأسرة ومنع الحمل إضافةً إلى جودة الخدمات في حال توفرها. يُشار إلى أنّ الحاجة غير المُلبّاة لتنظيم الأسرة ارتفعت بنسبة كبيرة لدى سكّان الريف والمدن مقارنةً بسكّان المخيمات في إشارةٍ إلى استقرار هذه الخدمات في وكالة الغوث وتراجع هذه الخدمات خلال فترة المقارنة لدى وزارة الصحة، المُزوّد الأساسي للخدمات في المدن والقرى على التوالي.

الحق في الصحة في فلسطين / المُحدّات الأساسية

الآثار المباشرة للاحتلال

بناءً على إحصائيات الجهاز المركزي للإحصاء، فإن عدد شهداء انتفاضة الأقصى حسب السنة 2000 - 2018 بلغ 10577 شهيداً وبلغ عدد الجرحى للفترة 2000-2008، 35099 جريحاً بينما يبلغ عدد المعتقلين في سجون الاحتلال في أي وقتٍ حوالي 6000 معتقلاً. على الرغم من أن الإحصائيات المذكورة أعلاه هي غير محدثة، إلا أن الحياة اليومية في فلسطين تُعطي فكرة واضحة عن استمرار الانتهاك للحق في الحياة والصحة كنتيجة مباشرة للاحتلال وممارساته. من المهم الإشارة في هذا السياق إلى الحقائق التالية:

- أن سقوط الشهداء والجرحى، والمعتقلين لا يحصل في إطار اشتباكٍ عسكريٍّ بين قوتين متساويتين، وإنما نتيجة تغوّل قوى احتلال ومستوطنين مسلّحين على مناطق ومجتمعات مدنية غير مسلحة في مناطقٍ معروفة حسب القانون الدولي على أنها تحت الاحتلال العسكري.
 - أن الآثار الناتجة عن القتل، الإعاقة والاعتقال تتجاوز الأثر المباشر على الصحة الفيزيائية للمُصاب لتؤثر على مستقبل الشخص والمحيطين به.
 - أن العدد الكبير للإصابات وخاصة الناتجة عن الاجتياحات الكبيرة تعمل على إضعاف النظام الصحيّ الخدماتي الذي يعاني أصلاً من تحدّيات لها علاقة بالموارد البشرية والمالية.
 - تعرّضت الأراضي الفلسطينية إلى عددٍ كبيرٍ من الاجتياحات العسكرية التي عملت أيضاً على ضرب البنية التحتية للنظام الصحيّ. تُشير الإحصائيات الواردة من قطاع غزّة على سبيل المثال إلى أنه، ونتيجة للعمليات العسكرية على قطاع غزّة في العام 2014، أصاب التلف 50% من المُعدّات الطبيّة وخرجت عن الخدمة، تمّ ضرب وتدمير ستّة مشافي، 50 مركزاً للرعاية الصحيّة الأولية وتمّ إغلاق 30 مركزاً نتيجة الإصابة البالغة في البنية التحتية (UNFPA, WHO, MOH, 2014).
- سيتمّ في القسم أدناه مناقشة موضوع كلّ من الشهداء والأسرى بالتفصيل:

الشهداء

لعلّ الحديث عن موضوع الشهداء بالمعنى الكميّ يصف ضخامة الأثر السلبيّ للاحتلال على أبسط حقوق الإنسان ألا وهو الحق في الحياة. يتصاعد بشكلٍ كبيرٍ الأثر الاجتماعي والنفسي للاستشهاد داخل المجتمع الفلسطيني ليكون موضوع الشهادة والفقدان محور حركاتٍ مجتمعية تهدف إلى التخفيف من أثر الفقدان على أسرة الشهيد، إيجاد مصادر دعم نفسي وماديّ وأيضاً وضع سياق الشهادة بعيداً عن التبسيط العددي للظاهرة. لعلّ ظاهرة احتجاز جثامين الشهداء والتي تُمارس من قبل سلطات الاحتلال تتساوى بل وتتجاوز بوحشيتها عمليات القتل والإعدام.

وتُشكّل ممارسة احتجاز جثامين الشهداء بعدد 375 جثماً مخالفةً مرّكبّةً للقانون الدولي الإنساني، تبدأ في الاعتداء على الحق في الحياة، حيث أفادت تقارير الأمم

المتحدة أنّ 62% من الفلسطينيين الذين تمّ اغتيالهم منذ مطلع العام 2022 لم يكونوا مسلّحين ولم يتمّ قتلهم في اشتباكاتٍ مسلّحة. ومن بينهم نسبة كبيرة من الأطفال (مركز القدس للمساعدة القانونية والإرشاد 2022).

توقف جيش الاحتلال عن إجراء حتّى التحقيقات الشكلية التي كان يُجريها سابقاً، وذلك منذ غيّر هذا الجيش تعليمات إطلاق النار وسمح بإطلاق النار رداً على القاء الحجارة وذلك منذ كانون الأوّل/ديسمبر 2021، وهذا ما أدّى إلى ارتفاع كبير في جرائم القتل التي تستهدف الشباب وليصبح عام 2022 الأكثر دموية في العقدين الأخيرين. ترفض سلطات الاحتلال إصدار شهادات وفاة بحق الشهداء المُحتجزة جثامينهم، وتبقى حالاتهم معلّقة، وينطبق على أغلبيتهم تعريف الإخفاء القسري في ظلّ عدم التيقن من استنساخهم.

وفي حالاتٍ عديدة وعند تحرير بعض الجثامين، كانت سلطات الاحتلال تسلّم جثامين الشهداء بقوالب من جليد وتشتترط دفنهم خلال ساعتين لعدم السماح بذوبان الجليد عنهم، وفي حالاتٍ أخرى تضع شروطاً على الدفن من بينها منع إجراء تشريحٍ عدلي وتستوفي كفالات من أهاليهم لتغريمهم في حال خرق تلك التعليمات.

■ الأسرى

لا تلتزم سلطات الاحتلال بالمعايير والقوانين الدولية الخاصة بمعاملة الأسرى وخاصةً فيما يتعلّق بالصحة:

”من خلال مراقبة الوضع الصحي للأسرى، اتضح أنّ مستوى العناية الصحية بالأسرى شديد السوء؛ فهو شكليّ وشبه معدوم بدليل الشهادات التي يُدلي بها الأسرى، وارتفاع الشهداء من بينهم، وازدياد عدد المرضى منهم، وبشكلٍ متصاعد؛ وتقارير المؤسسات المحلية والدولية التي تُعنى بحقوق الإنسان وتهتم بشؤون الأسرى، والتي تؤكد أنّ علاج الأسرى بات موضوعاً تخضعه إدارات السجون الإسرائيلية للمساومة والابتزاز والضغط على المعتقلين؛ الأمر الذي يشكّل خرقاً فاضحاً لمواد اتفاقيتي جنيف الثالثة والرابعة (المواد 29 و30 و31) من اتفاقية جنيف الثالثة، والمادتين (91 و92) من اتفاقية جنيف الرابعة، والتي أوجبت حقّ العلاج والرعاية الطبية، وتوفير الأدوية المناسبة للأسرى المرضى، وإجراء الفحوصات الطبية الدورية لهم“ (تقرير مركز المعلومات الوطني الفلسطيني 2022).

يقبّع في سجون الاحتلال 4700 أسير فلسطيني بينهم 150 طفلاً وقاصراً و850 معتقلاً إدارياً (معتقلون لأسباب احترازية دون توجيه تهم أو إبداء أسباب الاعتقال). يتمّ الاعتقال الإداري كتمارس لجان قانون بريطاني تمّ فرضه على فلسطين أيام الانتداب واستمرت سلطات الاحتلال الإسرائيلي في مُمارسته ضد الفلسطينيين ليومنا هذا. بلغ عدد الشهداء من الأسرى 233 استشهدوا خلال الفترة منذ العام 1967 بسبب أمراض أصابتهم أثناء الأ، سر ويقبع خلف القضبان 500 أسير في وضعٍ صحيّ سيء حيث أنّهم مصابون بأمراضٍ مستعصية مثل الأورام، أمراض الجهاز العصبي والكلّي والدورة الدموية.

أمثلة على حالة الأسرى في سجون الاحتلال

أحمد مناصرة

ولد أحمد مناصرة في 22 كانون الثاني / يناير عام 2002 في بيت حنينا بالقدس المحتلة، اعتقل في 12 تشرين الأول / أكتوبر 2010 وكان عمره 13 عاماً بتهمة القيام بعمله طعن.

وفي 7 تشرين الثاني / نوفمبر 2016 أصدرت المحكمة المركزية حكماً بالسجن الفعلي على مناصرة لمدة 12 عاماً بزعم طعن مستوطنين، كما فرضت عليه دفع غرامتين مائتين قدرهما مئة وثمانين ألف شيكل (50000 دولار أميركي).

ذكر القاضي أن «صغر سنّ الطفل لا يمنحه الحصانة من فرض العقوبة»، واحتُجز أحمد في الحبس الانفرادي منذ مطلع تشرين الثاني / نوفمبر 2021، وفي 17 نيسان / أبريل 2022، طلبت مصلحة السجون الإسرائيلية تجديد الحبس الانفرادي لمدة ستة أشهر أخرى. في تشرين الأول / أكتوبر 2022 شخّصت طبيبة نفسية إسرائيلية مستقلة تعمل مع منظمة «أطباء من أجل حقوق الإنسان في إسرائيل» حالة أحمد مناصرة بأنه يعاني من مُشكلات نفسية حادة، وذكرت أن هذه المشكلات نشأت منذ حبسه.

وفي شباط / فبراير 2022، تمّ تشخيص أحمد بالفصام، ويعاني من تيّلات ذهانية، كما أنه يعاني من اكتئابٍ حادٍ مصحوب بأفكار انتحارية (الجزيرة 2016).

ناصر أبو حميد

استشهد الأسير ناصر أبو حميد في مستشفى بعد إهمال علاجه من قبل سلطات الاحتلال لمدة 12 عاماً متتالياً بعد اكتشاف إصابته بسرطان الرئة. على الرغم من ترديّ حالة الأسير ناصر على مدى السنوات الماضية لدرجة القرب من الموت، إلا أن السلطات العسكرية رفضت إطلاق سراحه أو منحه تسهيلات لزيارة ذويه لغاية ساعاتٍ قبل وفاته. كما أن السلطات الاحتلالية رفضت الإفراج عن جثمان الأسير وأصرّت على سجن الجثمان في الثلاجة لحين قضاء فترة المحكومية.

أيضاً، يُشير تقرير مركز المعلومات الوطني الفلسطيني إلى أن تحويل المرضى إلى مرافق متخصصة أو مشافي تتم فقط عند وجود تهديدٍ مباشر للحياة ويتم ذلك ضمن ظروف مهينة وخالية من الالتزام بالمواثيق الحقوقية الدولية. على سبيل المثال، يتم نقل الأسرى المرضى باستخدام سيارات نقلٍ عادية، مُدكّمة الإغلاق ويتم وضعهم في المشافي وهم مقيدون بالأصفاد.

تُعاني الأسيرات الفلسطينيات في السجون الإسرائيلية من واقعٍ صحيّ وإنسانيّ مهين حيث لا يتوفّر للأسيرات الفلسطينيات خدماتٌ طبيّة خاصة حتى في ظروف الحمل أو الولادة ويقوم بالتعامل معهنّ أطباءٌ عامّون. إضافةً إلى ذلك، لا يتم احترام الأبعاد الطبيّة والإنسانية لدى الأسيرات في وضع الحمل أو الولادة حيث تُجبر الأسيرات على الولادة وهنّ مقيدات اليدين.

■ إعاقة الحصول على الخدمات

تُشكل سياسة الإغلاقات ومنع الحركة وحصار قطاع غزة الذي تفرضه سلطات الاحتلال عائقاً جدياً في إعمال الحق في الصحة والوصول إلى الخدمات الصحية في فلسطين. تُقسم المناطق الفلسطينية إلى ثلاثة أقسام جغرافية معزولة عن بعضها البعض بشكل كامل ويخضع التنقل بينها إلى نظام عزل مدعوم بسياسة تصاريح حركة مرتبطة بشكل وثيق بالمنظومة الأمنية لدولة الاحتلال.

يخضع قطاع غزة إلى حصار كامل منذ 2007 جعل من القطاع السجن المفتوح الأكبر في العالم، وعمل الحصار على تقييد أي إمكانيات نمو اقتصادية، خدماتية أو إنسانية. خلص تقرير هيئة الأمم المتحدة للإنتاج (UNDP) للعام 2017، إلى أنه إذا استمر الحصار والواقع المعيشي في غزة على نفس الوتيرة، فإن القطاع لن يكن ملائماً للعيش بحلول العام 2020.

في نطاق الرعاية الصحية، عانت مرافق وزارة الصحة من ظاهرة نقص العديد من أصناف الأدوية بنسبة 41% وعجز في المستلزمات الطبية المختلفة بنسبة 17%. شكّل الانقطاع في الامدادات وقطع الغيار إلى تعطل العديد من الأجهزة الطبية.

يعاني سكان قطاع غزة وخاصة المحتاجون منهم لرعاية صحية خارج القطاع من حصار مُضاعف حيث يحتاج المريض إلى تصريح خاص يخضع للبحث الأمني حول المريض/ة والمرافق/ة وقد يتعدى ذلك إلى أشخاص من العائلة. يتم منع التصاريح في حال وجود سبب أمني ونتيجة لذلك فقد العديد من الأشخاص بما فيهم الأطفال حياتهم في انتظار التصريح أو نتيجة لرفضه من قبل سلطات الاحتلال. على أثر اندلاع الإنتفاضة الثانية في أيلول/سبتمبر 2000م عانى قطاع غزة من الاعتداءات الإسرائيلية المتكررة ومن الحصار وعزل القطاع عن العالم الخارجي. أثر ذلك سلباً على القطاع الصحي عامة ووزارة الصحة خاصة والتي لم تعد قادرة على توفير نفقاتها التشغيلية وتوقفت فيها جميع المشاريع التطويرية. الهجوم على المرافق الصحية شكّل أحد أشكال الحرب على غزة حيث على سبيل المثال، نتج عن الحرب على غزة في العام 2014 تدمير ستة مشافي، خمسين مركزاً للرعاية الأولية وإصابة 30 مركزاً بأضرار جسيمة أدت إلى إغلاقها. (UNFPA, 2014)

تُشكل سياسة التصاريح التي تتبناها سلطات الاحتلال تحدياً في حصول الفلسطينيين على الرعاية الصحية حيث يخضع إصدار التصريح للحالات المرضية إلى نظام التدقيق الأمني الذي ينتج عنه إعاقة أو حرمان كامل. تُشير بيانات العام 2021 إلى أن نسبة التأخير في إصدار تصاريح العلاج وصلت إلى 40% بالمجمل.

غزة 21 أيلول/سبتمبر (بترا)- أمجد الشّوا- قالت منظمة حقوقية إن مريضاً من قطاع غزة توفي بسبب حرمانه من السفر لتلقي العلاج في مستشفى المطلع بمدينة القدس المحتلة. ويرتفع بذلك عدد حالات المرضى المتوقّنين نتيجة منعهم من السفر للعلاج في الخارج منذ بداية العام الحالي إلى 6 وفيات، من بينهم 3 أطفال (وكالة الأنباء الأردنية 2023).

جدول 6. يُبين الجدول أدناه نسبة الموافقة على تصاريح تحويل المَرَضَى من قطاع غزّة لشهر آب/اغسطس 2022

نسبة الموافقة		عدد الطلبات المقدّمة		آب/اغسطس 2022
ذكر	أنثى	ذكر	أنثى	الفئة العُمرية
60%	59%	92	59	0-3
51%	52%	276	218	4-17
44%	56%	271	273	18-40
56%	66%	218	270	41-60
68%	77%	209	181	60 فوق
54%	62%	1066	1001	المجموع
58%		2067		الكلّي

المصدر: منطمة الصحة العالمية 2022

تعيش مناطق الضفة الغربية ضمن نظام كتنونات مُحكّم تديره سلطات الإحتلال ويشمل 362 حاجزاً ونقطة تفتيش بين المناطق. تعمل هذه النقاط على عزل المناطق عن بعضها البعض ويؤدّي إغلاقها إلى تقييد حركة المواطنين بما في ذلك المَرَضَى. تُشير احصائيات الجهاز المركزي للإحصاء إلى أنّه وفي الوقت الذي وصلت فيه نسبة الولادة في المستشفى في فلسطين إلى 99.6%، فإن السنوات بين 2000 و2007 أظهرت أنّ نسبة الولادات على الحواجز أو على الطريق إلى المستشفى بلغت 1.4% (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني 2007) أي ما يعادل 1400 حالة ولادة سنوياً. أدّت هذه الإغلاقات إلى العديد من الوفيات والإعاقات للوصول إلى الخدمات الصحيّة الأساسية في خرق واضح لإعمال الحق في الصحة وفشل سلطات الإحتلال تنفيذ واجبها تجاه المدنيّين. تُنفذ دولة الإحتلال نظام تصاريح يضبط حركة المواطنين عبر المعابر من وإلى مناطق السلطة الوطنيّة الفلسطينيّة. بالإضافة إلى سكّان مدينة القدس، يتحرّك على المعابر المذكورة 140000 عامل فلسطيني يدخلون بشكل يومي إلى سوق العمل كما هو مُبين في الصورة أدناه. الحركة خلال المعابر هي الطريق التي يتبعها المَرَضَى المحوّلون إلى مستشفيات القدس أو مستشفيات الداخل الفلسطيني من الضفة الغربية وقطاع غزّة. وعدا عن بعض الاستثناءات، يضطر المَرَضَى إلى الدخول من خلال معابر شديدة الاكتظاظ ممّا يدفع بعضهم إلى الإحجام عن الذهاب إلى العلاج حتّى في حال تقيت الموافقة على تصريح الدخول.

يشير تقرير البنك الدولي إلى أنّ أكثر من نصف سكان غزّة يعانون من أعراض مرتبطة بالأكتئاب وأنّ ثلث المواطنين في قطاع غزّة يعانون من أعراض متلازمة ما بعد الصدمة كإشارة إلى أثار الوضع السياسي والاجتماعي على وضع الصحة النفسية في القطاع (البنك الدولي والجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني 2023).

■ الحرمان من الموارد الطبيعية - المياه

تُشكل المياه في فلسطين تحدياً كبيراً بحيث تتأثر بالتغيرات المناخية ولكن إلى حدٍ أبعد بحقيقة سيطرة الاحتلال الإسرائيلي على مصادر المياه بشكلٍ شبه مطلق. يستهلك المستوطن الإسرائيلي بالمعدل 13 ضعفاً من كمية المياه مقارنةً بالمواطن الفلسطيني، ويمكن تلخيص مُعضلة الحق في الوصول إلى الاحتياجات من المياه في المجتمع الفلسطيني إلى:

- التمييز في التوزيع: أعربت لجنة الأمم المتحدة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية عن قلقها إزاء "عدم الإنصاف" في وصول الفلسطينيين إلى مصادر المياه. ولاحظت اللجنة أن الجدار "من شأنه أن يحدّ أو يحول دون الوصول إلى الأرض وموارد المياه". دعت لجنة الأمم المتحدة المعنية بالقضاء على التمييز العنصري إسرائيل إلى "ضمان المساواة للجميع في الوصول إلى موارد المياه دون أي تمييز".
- منع الحصول على المياه: كميات المياه المُتاحة للتجمّعات المحليّة الفلسطينية في بعض المناطق أقلّ بكثير من المستويات المقبولة دولياً.
- مياه غير آمنة: هناك معدّلات غير مقبولة من الكلور والنترات في موارد مياه الشرب في قطاع غزّة ممّا يعرّض الصحة العامة للخطر، وبالأخصّ صحة الأطفال، يقوم بأئعو المياه غير المرخص لهم في المناطق الخاضعة للسلطات الفلسطينية ببيع مياه ذات نوعيةٍ مشكوك فيها في كثيرٍ من الأحيان وبأسعارٍ مبالغٍ فيها.
- تدمير البنية التحتية: وثّقت بعثة الأمم لتقصّي الحقائق بخصوص النزاع في غزّة التدمير الواسع النطاق للبنى التحتية للمياه والصرف الصحي من قبل الجيش الإسرائيلي خلال عملية "الرصاص المصبوب". ووثقت منظمة العفو الدولية تدمير خزانات وصهاريج المياه وغيرها من البنى التحتية في التجمّعات المحليّة في مختلف أنحاء الضفة الغربية من قبل الجيش الإسرائيلي والمستوطنين على حدّ سواء.
- الحصار على غزّة: دعا منسّق الأمم المتحدة للشؤون الإنسانية في الأراضي الفلسطينية المحتلة إلى الإنهاء الفوريّ للحصار حيث إن "تدهور وانهيار مرافق المياه والصرف الصحي في غزّة يضاعفان النكران المتواصل للكرامة الإنسانية في قطاع غزّة".
- الكلفة: يدفع المواطن الفلسطيني 11% من الدخل على المياه أكثر من أيّ مواطن في الإقليم العربي حيث في الوقت الذي يدفع المواطن في الإقليم ما معدّله 2% من دخله على المياه.

■ الإنقسام

أدت الخلافات بين حركتي فتح وحماس إثر نتائج انتخابات المجلس التشريعي في بداية عام 2006 إلى وقوع اشتباكاتٍ مسلحة بينهما، انتهت بسيطرة حركة حماس على قطاع غزّة بقوة السلاح في منتصف حزيران/يونيو 2007، لينشأ واقع جديد عزز من حالة الانقسام الجغرافي بين الضفة الغربية وقطاع غزّة، ونتج عن ذلك حكومة في الضفة الغربية لا سلطة لها في قطاع غزّة ولا تُشرف على مرافق وزارة الصحة، وحكومة أخرى في غزّة (وأحياناً لجنة حكومية) تدير القطاع، بالإضافة إلى تعطل

أعمال المجلس التشريعي الفلسطيني ومن ثم حلّه.

نتج عن انقسام السلطات الفلسطينية بعد العام 2007 واقعٌ شاذ يتمثل في تعدد المرجعيات السياسية والخدمية في كلٍّ من الضفة الغربية وقطاع غزة. ساعد وجود هذا الوضع سلطات الاحتلال على تشديد الخناق على قطاع غزة المحاصر أصلاً بالإضافة إلى الوحشية التي مارسها الاحتلال من خلال سلسلة حروب على قطاع غزة وما نتج عنها من عددٍ هائل من الشهداء والجرحى والمعاقين وتدمير البنية التحتية الأساسية للحياة. من ناحية الحق في الصحة نتج عن تشديد الحصار تدهورٌ في قدرة النظام الصحي في غزة على الاستجابة إلى الإحتياجات الخدمية في الصحة. ضرب ذلك بشكلٍ مباشر حق المواطن الفلسطيني في الصحة وأيضاً حقه في الحصول على الخدمات الصحية على قدم المساواة مع المواطن في الضفة الغربية.

عكست حالة الانقسام نفسها على قطاع الصحة في قطاع غزة، فشهد أحداثاً سلبية عديدة أثرت على أداء القطاع الصحي وهددت وجوده، مما انعكس سلباً على صحة المواطن الفلسطيني، وهذا يعود للعديد من الممارسات نتيجة للتضارب الإداري بين جناحي الوطن في الضفة والقطاع، وظهر ذلك واضحاً عبر:

- توقّف غالبية موظفي وزارة الصحة في قطاع غزة عن العمل بعد الانقسام، وترتب عن ذلك فقدان الخبرات والكفاءات في مجال الصحة.
- وقف الرواتب: حيث امتنعت السلطة الفلسطينية في رام الله عن دفع رواتب عدد كبير من موظفي وزارة الصحة في غزة. وخلال سنوات الانقسام الممتدة من العام 2007، لم يتم توظيف أي موظف في وزارة الصحة في غزة على بند رواتب حكومة رام الله، بالرغم من أن المئات من موظفي الوزارة قد شغرت وظائفهم بسبب التقاعد أو الوفاة.
- الصراع على إدارة قطاع الصحة ما بين حكومتي غزة ورام الله، وغياب خطة مؤددة لقطاع الصحة، وإقدام الصحة في إطار المناكفات السياسية.
- تقليص عدد التحويلات للعلاج الخارجي، وتدني جودة الخدمات المقدمة لمرضى القطاع المُحوّلين خارجياً، فتحت شعار توطين "العلاج في الخارج" تمّ تركيز تحويل مرضى قطاع غزة إلى مرافق القطاع الصحي الخاص في الضفة الغربية الذي ينمو بشكل متسارع على حساب إهمال خدمات القطاع الصحي العام، خصوصاً في قطاع غزة.
- التمييز في حقوق الموظفين في قطاع الصحة ما بين موظفي غزة ورام الله، وعلى الرغم من أن حكومة رام الله تقوم بدفع رواتب جزء كبير من موظفي وزارة الصحة المُسجّلين على قيود الوزارة في كلٍّ من غزة ورام الله؛ فإنها تُعامل موظفيها في الضفة الغربية بشكلٍ تفضيلي عن أمثالهم في قطاع غزة، حيث إنّ موظفي القطاع محرومون من البدلات مثل بدل طبيعة المهنة، وينتج عن ذلك الضالة النسبية لرواتبهم مقارنةً بأقرانهم في الضفة الغربية، ويترتب عن ذلك التأثير على تحفيز الموظفين في وزارة الصحة في غزة.
- تُنفيق وزارة الصحة في رام الله على العلاج التخصصي في الخارج لمرضى قطاع غزة وعلى احتياجات مرافقها من الأدوية والمستلزمات الطبية؛ إلا أنّ وعلى الرغم من تحسّن هذا الوضع مؤخراً، فإن إرساليات الوزارة في رام الله من الأدوية والمستهلكات الطبية إلى مرافقها في قطاع غزة اتّسمت ولفترّة طويلة بالسخّ والموسمية.

- عدم توفير الموازنات المالية اللازمة لتغطية المصاريف الجارية لمرافق وزارة الصحة في قطاع غزة.
- يمكن تلخيص أثر الانقسام على الحق في الصحة بالآتي:
- إزدواجية المرجعية السياسية والإجرائية داخل وزارة الصحة ممّا أربك الأداء الخدماتي وبروتوكولات إدارة الموارد.
- تعقيد إجراءات العمل فيما يتعلّق بأولويات التطوير، صيانة المرافق، توريد الأدوية والمستلزمات، التدريبات والتحويلات.
- عدم استقرار وديمومة توفّر المُدخلات المادية والبشرية.
- تراجع القدرات العملية نتيجة شحّ التدريب والتطوير.
- تنامي قطاع خدماتي جديد يعمل على رأب الصدع وتوفير ما يمكن من خدمات غير متوفّرة ضمن النظام الحكومي (الخدمة العامة، القطاع الخاص). على الرغم من أهميته، إلّا أنّ هذا القطاع حمل عبئاً مالياً كبيراً على المواطنين ووضع قضية الحصول على الرعاية مُقتصراً على من يستطيع الدفع.

حوكمة النظام الصحي

التشريعات

على الرغم من حقيقة أن الاحتلال هو السبب الجذري لعدم إعمال الحق في الصحة للفلسطينيين، فإن هذا القسم من التقرير يتعمق بمراجعة مدى التزام التشريعات الفلسطينية في توضيح الحق وتشريع القوانين والسياسات التي تؤدي إلى إعماله.

لم يتطرق القانون الأساسي الفلسطيني للحق في الصحة بشكل مباشر، وإنما نص في المادة 10 منه على الالتزام بحقوق الإنسان وحرياته الأساسية وأنها مُلزمة وواجبة الاحترام، وأوجب على السلطة الوطنية أن تعمل، دون إبطاء، على الانضمام إلى الإعلانات والمواثيق الإقليمية والدولية التي تحمي حقوق الإنسان عامة، وبما فيها المواثيق التي تؤكد على الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة. كما تطرق القانون الأساسي إلى عددٍ من الموضوعات ذات العلاقة بالحق في الصحة كالتجارب العلمية الطبية والقضايا المتعلقة برعاية الأمومة والطفولة والصحة المهنية. وعلى الرغم من عدم تطرق قانون الصحة العامة الفلسطيني رقم 20 لعام 2004 لتعريف مفهوم الحق في الصحة بشكل مباشر، إلا أنه يمكن استخلاص مفهوم الحق في الصحة في القانون الفلسطيني من خلال جملة الموضوعات الصحية التي عالجها القانون، وجملة المهام المنوطة بوزارة الصحة، ولا سيما موضوعات رعاية الأمومة والطفولة، ومكافحة الأمراض المعدية والأوبئة، والحجر الصحي، والمكافحة الصحية، وصحة البيئة، والصحة المهنية، والثقافة الصحية، والعقاقير الطبية، والوهن الطبية المساعدة، وسلامة الأغذية والمستشفيات والعيادات، والمراكز الصحية. هذا مع الأخذ في الاعتبار العوامل الاقتصادية المختلفة التي يفرضها الاحتلال الإسرائيلي وتؤثر بشكل كبير في واقع وقدرات السلطة الوطنية الفلسطينية لتحديد مفهوم الحق في الصحة، سيما مع وجود آلاف الشهداء والجرحى والحوادث الاحتلالية التي تؤثر بشكل أو بآخر على ما يمكن تقديمه من رعاية صحية.

فيما عدا توصيف حق المريض في المؤسسة الصحية على الرعاية وتلقي الشروح حول العلاج، احترام الخصوصية وتقديم الشكاوى كما ظهرت في المادة 60 من قانون الصحة العامة للعام 2004، فإن المسوّغ الحقوقي غاب عن التشريعات والقوانين الصادرة عن السلطة الوطنية الفلسطينية. ظهر في القانون المذكور أعلاه واجب الهيئات الصحية العامة تقديم الخدمات الأساسية ضمن مرافقها وتحديدًا تلك الموجهة للطفل والمرأة.

تم التعامل مع الحق في الحصول على الخدمات عن طريق قرارات بقانون تهدف إلى تيسير الوصول إلى الرعاية الصحية وحيازة التغطية بالتأمين الصحي الحكومي بشرائحه المختلفة. لعل أهم قرار قانوني في هذا المجال هو قرار الرئيس الفلسطيني بإعفاء أهالي قطاع غزة من رسوم التأمين الصحي ومنحهم تغطية شاملة ضمن هذا التأمين.

وكذلك هناك جملة من التشريعات والأحكام القانونية الصحية الفلسطينية (أو النافذة في فلسطين) الأخرى التي تساهم في بيان مفهوم الحق في الصحة في النظام القانوني الفلسطيني. لكن في المقابل، لا تزال كثير من الموضوعات التي

ذكرها قانون الصحة مُغَيِّبَةً، بسبب عدم وضع لوائح تنفيذية لها حتى الآن، ولم يتضمّن القانون قضايا هامة كالأحكام المتعلقة بالتأمين الصحي والقضايا المتعلقة بالصحة النفسية ورعاية بعض الفئات مثل المسنين وذوي الاحتياجات الخاصة، إضافةً إلى الاهتمام فقط بالدور الإيجابي للمرأة دون الاهتمام بمراحل حياتها الأخرى.

بمراجعة المنظومة القانونية الصحية الفلسطينية سألقة الذكر ودراسة مدى إعمالها للحق في الصحة الذي كفلته المواثيق الدولية التي أشرنا لها في السابق، يُلاحظ أنّها خُطت خلال السنوات الأخيرة التالية لوضع القانون الأساسي في العام 2002 وقانون الصحة العامة في العام 2004 خطوات متقدمة في مجال التنظيم التشريعي لعدد من الموضوعات الصحية المُعمّلة للحق في الصحة كما جاءت بها الاتفاقيات والمواثيق الدولية للحق في أعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه، دون أن تعمل كل ما جاءت به هذه الاتفاقيات والمواثيق، ودون أن يتم بناء قانون الصحة وفق المنهج المبني على الحقوق (Human-Rights Based Approach - HRBA)، وإنما بُني على أساس أن الصحة خدمة يحتاجها المواطن وأن هذه الخدمة تحتاج إلى تنظيم قانوني ينظّمها.

إنّ تحديد مدى اتساق قانون الصحة والمنظومة القانونية الصحية الفلسطينية مع المعايير الدولية لحقوق الإنسان بشكلٍ دقيق وفعال يحتاج إلى مراجعة للأنظمة والقرارات والسياسات التنفيذية لدى الجهات المكلفة بإعمال الحق في الصحة أيضاً، وليس فقط مراجعة القوانين، والمطالبة بمواءمتها مع المعايير الدولية. فقد تكون هناك قوانين وأحكام قانونية صحية جيدة، لكنّها لا تُلقي التنفيذ الجيد، فيصبح الوضع الصحي سيئاً، رغم حُسن تلك القوانين. وكذلك الأمر بالنسبة لتنفيذ/ صرف الموازنة المخصّصة لتطبيق القانون الصحي، فكلّما كانت الإدارة المالية ذات كفاءة عالية في إدارة الموازنة المخصّصة لقطاع الصحة، كلّما اقتربت هذه الموازنة من الإعمال الفعلي للحق في الصحة.

من ناحية أصحاب الحق، فإنّه وحسب تعريف من تمّ لقاؤهم من أصحاب الرأي، يغيب التعريف الحقوقي حول الصحة لدى الغالبية الساحقة من الفلسطينيين. يتركز الفهم الحقوقي حول الحق في تلقي الخدمات، توقّر المرافق والأدوية وضمان تغطية جميع المعضلات الصحية على مستوى الفرد، العائلة والمجتمع. يرافق هذا النوع والمستوى من المعرفة حول الحقوق الصحية ممارسة موسمية وانخراط عشوائي في التأمين الصحي الحكومي إضافةً إلى تعدّد وازدواجية استخدام المرافق الصحية.

لا يزال هنالك غياب في توصيف واضح للحق ومنهجية التنمية المبنية على حقوق الإنسان (HRBA) ولا تزال الأجسام الوطنية الحقوقية تتعامل مع ظواهر التقصير في إعمال الحق وطرحها للمساءلة وبالتالي لا يوجد لجنة أو لجان مخصّصة في مراقبة وتعقب الحق في الصحة بالمفهوم الشمولي خارج نطاق الخدمات الطبية أو الصحية، ولكن تتمتع فلسطين بوجود شبكة عالية التميز والتخصّص في المجال الحقوقي بشكل عام، بما يشمل السعي لإعمال الحق في الصحة والمدافعة عن حق الفلسطينيين في التمتع بالمستوى الأعلى من الرفاه الجسدي، النفسي والاجتماعي.

وَضَعَ المجلس الصحي الأعلى والذي تمّ تشكيله بناءً على قرار منظمّة التحرير الفلسطينية في بداية تسلم مهام إدارة الحياة في مناطق السلطة الفلسطينية دليلاً حول حقوق المريض على اعتبار أنّ تقديم الرعاية الصحية يجب أن يتسم بالأمان

والكرامة. على الرغم من أهمية الدليل المذكور، إلا أنه ولغاية الآن لا توجد وثيقة مشابهة تتطرق إلى الحقوق الصحية للمواطن ويأتي ذلك استمراراً لغياب التعامل مع الصحة كحق أساسي من حقوق المواطن خارج نطاق الخدمات الصحية.

التخطيط والمشاركة المجتمعية

على مدى وجود السلطة الوطنية الفلسطينية واستلامها ملف الصحة، تم تطوير مجموعة من الخطط الصحية الاستراتيجية¹. تركّزت الخطط المذكورة على بناء النظام الصحي وضمان تقديم خدمات ذات جودة عادلة لجميع الفلسطينيين بشكلٍ عادل وشامل. في العام 2019، وبناءً على تكليف من مجلس الوزراء، تم تطوير خطة صحية من خلال لجنة صحية وطنية لتغطي الفترة 2019-2030. تطرقت الخطة المذكورة بشكل واضح لموضوع الحق في الصحة وأهمية التعايش مع المُحدّثات الاجتماعية للصحة وإعمال الحق في الصحة والخدمات التي تضمن الوصول إلى ذلك.²

تشمل الخطة الاستراتيجية والتقارير الصحية محاور واسعة مثل صحة الأم والطفل، الصحة الجنسية والإنجابية، الصحة النفسية، الأمراض المزمنة والمُعدية. في مجال الصحة الجنسية والإنجابية والتي تشكّل خدماتياً ما يعادل 40% من عمل منظومة الخدمات، توجد استراتيجية وطنية تتطرق بشكلٍ تفصيلي إلى هذه الجوانب وتحكم الفترة 2018-2022 (وزارة الصحة الفلسطينية 2018). يتم العمل الآن على خطة استراتيجية وطنية للصحة النفسية لدى الأطفال وتم مؤخراً إصدار خطة وطنية استراتيجية للحد من ظاهرة الانتحار أو محاولات إيذاء الذات. يتم تطوير الخطة الصحية الاستراتيجية في فلسطين من خلال عملية تشاركية تجمع القطاعات العاملة في الخدمات الصحية. يتشكّل النظام الصحي الفلسطيني من منظومة مرافق على المستوى الأول، الثاني والثالث وتتبع هذه المرافق لوائح من القطاعات التالية:

- القطاع الحكومي ويشمل وزارة الصحة الفلسطينية ومرافق الخدمات التابعة لها وأيضاً الخدمات الطبية العسكرية التي تُعنى بتقديم خدمات صحية لقطاع العاملين في الأجهزة العسكرية والمؤسسات الأمنية.
- القطاع الأهلي (غير الحكومي).
- وكالة غوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين (UNRWA).
- القطاع الخاص.

تُشارك جميع القطاعات المذكورة في إعداد الخطة الاستراتيجية وعلى الرغم من وجود ازدواجية ومستوى مرتفع من عدم تنسيق تقديم الخدمات، إلا أن هنالك نوعان من التكامل في تقديم الخدمات الصحية بين القطاع العام، الأهلي والخاص:

- تقوم المؤسسات الأهلية (المجتمع المدني) التي تُقدّم خدمات رعاية صحية بتنسيق عملها مع وزارة الصحة الفلسطينية من خلال مرافق مشتركة يتم فيها تناغم وتكاملٍ برامجي. نجحت هذه الآلية في مجموعة من المناطق الفلسطينية ونتج عنها توفير خدمات على مستوى جيد تحديداً في المناطق المهشمة.

¹ الخطة الصحية الاستراتيجية (1999-1994، 2004-1999، 2007-2004، 2010-2007، 2022-2018)

² الخطة الصحية الوطنية

- تقوم المؤسسات الأهلية أيضاً بعمل مشترك فيما بينها وبين وزارة الصحة الفلسطينية بتقديم خدمات الرعاية الصحية ضمن شبكة من العيادات المتنقلة تستفيد منها المجتمعات النائية. تُفيد هذه الشبكة في تيسير وصول أهالي المناطق المهذدة بالإبعاد والتهجير القسري إلى الخدمات الصحية الأساسية وتعزيز صمودهم في مناطقهم المهذدة.
- تعمل وزارة الصحة مع القطاع الأهلي والخاص في إطار الرعاية الصحية الثانوية والثالثية ضمن سياق شراء الخدمات من خلال نظام التحويلات وشراء خدمات بين القطاع العام والخاص. يعمل هذا النظام على تأمين الخدمات الصحية غير المتوفرة في مرافق وزارة الصحة ويشكّل رافداً خدمتياً يحقق مصلحةً مشتركة بين القطاعين والمستخدمين.

لا يزال صوتُ المنتفعين والفئات الهشة غائباً عن عملية التخطيط وأيضاً التأثير على السياسات والممارسات المتعلقة بأعمال الحق في الصحة. وعلى الرغم من وجود أجسام تمثّل وتدافع عن حقوق الفئات المختلفة، إلا أن دور هذه الأجسام يأتي في مرحلة تلقي الخدمات إن وجدت. يعاني المصابون بأمراض مُستعصية ومُزمنة من حرمان واضح فيما يتعلق بتوفر الخدمات، الأدوية والتجهيزات الخاصة. وعلى الرغم من تواجد هيئات ومؤسسات مجتمع مدنيّ فاعلة في المناصرة والدفاع عن حقوقهم، إلا أن الوصول إلى مستوى الكفاية يُعدّ تحدياً كبيراً للمرضى والمؤسسات والنظام الصحيّ على حدّ سواء. يمثل الوصول إلى وتغطية الأشخاص ذوي الإعاقة نموذجاً واضحاً على الحرمان حيث لا يزال ممثلو هذه الفئة يراودون في إقرار وتنفيذ حقّ الأشخاص ذوي الإعاقة في الحصول على تأمين صحيّ عادلٍ وشامل.

■ واقع الخدمات الصحية للأشخاص ذوي الإعاقة في فلسطين

في عام ١٩٩٩ تمّ سنّ قانون حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة رقم ٩٩/٤ لينظّم حياة الأشخاص ذوي الإعاقة بعد الفراغ الطويل الذي عاشه ذوو الإعاقة بسبب عدم وجود تشريعات وقوانين محلية تتحدث عن حقوقهم. وفي الوقت الذي تحدّث فيه القانون عن حقوق ذوي الإعاقة مثل الحق في التعليم والحق في العمل والحق في المواطنة وغيرها من الحقوق، إلا أنه تحدّث بالعموميات ولم يتعمّق بالتفاصيل، إضافةً إلى أنه افتقر إلى إدراج آليات واضحة ومعايير مؤدّدة بين مقدّمي الخدمات واللجان ذات العلاقة في تحديد نوع ومستوى التغطية. وهنا يجدر الحديث عن اشتراط التغطية بوجود نسبة إعاقة 40% يتمّ تحديدها بشكلٍ لا يخلو من الارتجال وعدم التوحيد بين المناطق ممّا يؤدّي إلى حرمان واضح وعشوائية في تقديرات نسبة الإعاقة وبالتالي الأهلية في الحصول على الخدمات والامتيازات. أدّى أيضاً غياب الشروط الجزائية التي تُجبر الهيئات على تنفيذ القانون إلى مطاطية في تنفيذ هذا القانون ما جعل حقوق ذوي الإعاقة تخضع لاجتهادات الوزارات أو هيئات ولجان المناطق والأفراد.

يمكن تلخيص الحرمان الذي يتعرّض له الأشخاص ذوي الإعاقة فيما يتعلّق بالحقوق الصحية بالتالي:

- **أولاً:** الحق في الحصول على الأدوية اللازمة. في الحديث عن الأدوية المتوفرة في الصحة هناك عددٌ كبيرٌ من الأدوية التي يحتاجها الأشخاص ذوي الإعاقة غير متوفرة في مديريات الصحة فيضطّرون إلى شرائها من خارج صيدليات الصحة ممّا يزيد العبء عليهم وعلى أسرهم.
- **ثانياً:** الحق في الحصول على الأدوات المساعدة. تقدّم الحكومة بعض

هذه الأدوات كهباتٍ ضمن مناسباتٍ أو استجابةً لنداءاتٍ فردية، بينما تتحمل مؤسسات المجتمع التي تعمل أو تساند الأشخاص ذوي الإعاقة العبء الأكبر في تأمين هذه الأدوات من أطراف صناعية وكراسي كهربائية وكراسي متحركة وأجهزه للمساعدة على المشي لشلل الأطفال وغيرها.

• **ثالثاً:** تشخيص وتحديد نسبة الإعاقة من قبل اللجان الطبية. تعتمد اللجان في تحديد نسبة العجز على كتاب يرجع تاريخه لعام 1965 أيام الإدارة المدينة الإسرائيلية ولإزال لم يتم التعديل عليه أو اعتماد تصنيف منظمة الصحة العالمية المعدل لعام 1997 كأساس لتحديد نوع الإعاقة ونسبتها رغم وجود تغيير كبير في مفاهيم الإعاقة ودخول عدّة إعاقات لم يكن يُعرف عنها شيءٌ سابقاً مثل مرض اضطراب التوّدد، بالإضافة إلى المشوار الطويل الذي يحتاجه الشخص للحصول على هذا التصنيف من تكاليف وإرهاقٍ جسدي.

• **رابعاً:** الحصول على المُستهلكات الطبيّة حيث لا تشمل سلّة التغطية ضمن التأمين الصحيّ المُستهلكات الطبيّة للأشخاص ذوي الإعاقة والتي تُعتبر عنصراً مهماً في عملية العلاج التأهيلي والانخراط في الحياة العادية.

تبني التغطية الصحية الشاملة

التزمت فلسطين ومنذ 2012 بمبدأ التغطية الصحية الشاملة وتم تعريف المنهجية والآلية التي تمحورت حول نموذج طب الأسرة. يشكّل مبدأ التغطية الصحية الشاملة بوصلة تخطيط البرامج الصحية لدى وزارة الصحة الفلسطينية والشركاء وفيما يتعلق بنموذج طب الأسرة، تراكمت خبرة مهمة في نظام وكالة غوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين (UNRWA) على مستوى الإقليم وبالتأكيد في مناطق السلطة الوطنية الفلسطينية.

يواجه تنفيذ المفهوم على الأرض مجموعة من العوائق يُمكن تفصيلها بالآتي:

- على الرغم من الالتزام السياسي والسياساتي بهذا المبدأ، يغيّب التحليل البرامجي الواضح فيما يتعلّق بمواءمة المفهوم مع الواقع الديمغرافي والوبائي للمجتمع الفلسطيني.
- يتبع النقطة الأولى غياب رصد وتعريف واضح لسلّة الخدمات وتوزيع المرافق الصحية المناسبة والآلية استحقاق الخدمات للفئة تحت التغطية.
- تَعَثَّرُ جهود تطوير نظام تأمين صحي شامل وموَدَّد.
- عدم كفاية التناغم والتكامل في تقديم الخدمات الصحية بين القطاعات المختلفة.
- العقبات المالية الناجمة عن شح التمويل ونجاعة إدارة الموارد ضمن القطاع الصحي.

جدول 7. الانخراط في التأمين الصحي *

الانخراط في التأمين الحكومي (%)	الانخراط بأي تأمين (%)		
75.6	79.3	كلّ فلسطين	المنطقة
68.4	68.9	الضفة الغربية	
83.4	94.8	قطاع غزة	
75.2	79.6	سكّان المدينة	مكان السكن
84.0	68.3	سكّان الريف	
68.9	95.1	سكّان المخيمات	

76.3	78.5	تعليم ابتدائي	التعليم
76.0	78.7	تعليم ثانوي	
75.0	80.1	تعليم عالي	
82.3	93.4	الأفقر	الوضع الاقتصادي
72.0	74.5	المتوسط	
65.6	72.0	الأغنى	

* جميع النُظم التأمينية: حكومي، وكالة الغوث، الخاص

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، المسح متعدّد المؤشّرات 2021

يشمل نظام التأمين الصحيّ في فلسطين مجموعةً من منظومات وشرائح تأمين تختلف من حيث مُقدّم التأمين، مُقوّل الخدمة، سلّة الخدمات ومساهمة المؤمن. حسب تقرير الهيئة المستقلة لحقوق الإنسان، تتوفّر المنظومات التأمينية التالية في فلسطين:

- التأمين الصحيّ الحكومي وتديره وزارة الصحة الفلسطينية.
- تأمين وكالة غوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين وتديره المؤسسة المذكورة لصالح اللاجئين المسجّلين لديها.
- التأمين الصحيّ التابع للخدمات الطبيّة العسكرية ويُغطّي العاملين في المؤسسة الأمنية والعسكرية الفلسطينية وعائلاتهم ويتقاطع مع التأمين الصحيّ الحكومي.
- التأمين الصحيّ الخاص والذي تديره شركات تأمين خاصة ويشكّل ما نسبته 2% من التغطية ويعتمد سقف تغطية وسلّة خدمات محدودة.

تنخرط نسبة 79% من المجتمع الفلسطيني بوحدة أو أكثر من المنظومات المذكورة أعلاه ويمكن الحديث عن مستوى عالٍ من عدم استجابة النظام المعمول به في فلسطين للاحتياجات الخدماتية وعدم النجاعة المالية وحرمان فئاتٍ معيّنة من الخدمات. يغطّي التأمين الصحيّ الحكومي 64% من المواطنين بنسبة 68% في الضفّة الغربية و83% في قطاع غزّة، وعلى الرغم من ذلك فإن نسبة الإنفاق الذاتي على الصحة (out of pocket) تبلغ 39% أي أن المواطن الفلسطيني يدفع من جيبه 39% من احتياجاته الخدماتية الصحيّة. تشكّل هذه النسبة إنفاقاً كارثياً على الخدمات تؤدّي إلى الإفكار حسب تعريفات منظمة الصحة العالمية. تشير هذه النسبة أيضاً إلى ضرورة العمل على تعريف واضح لسلّة الخدمات الملائمة للإدراج ضمن التأمين الصحيّ الحكومي وضمان عدالة الوصول لها.

يعاني النظام الصحيّ الفلسطيني وتحديدًا نظام التأمين الصحيّ الحكومي من مستوىّ ضئيل من التحصيل مقابل مستوىّ عالٍ من الإنفاق على الصحة يصل إلى 11% من الناتج المحلي. وحسب تقارير وزارة الصحة، فإن الإيرادات المالية للوزارة تصل فقط إلى 10% من الإنفاق (وزارة الصحة الفلسطينية 2019a). بالإشارة إلى أنّ سلّة التغطية في الخدمات الصحيّة ضمن التأمين الصحيّ الحكومي هي سلّة مفتوحة تشمل العديد من التدخّلات عالية الكلفة، إضافةً إلى أنّ القائمة الأساسية للأدوية تشتمل على بنودٍ مفتوحة تُتيح استخدام وشرَاء أدوية خارج السلّة بناءً على

توصيات مُقدّمي الخدمة مما يُؤدّي إلى تضخّم الإنفاق وتفاقم مسألة عدم العدالة والمساواة في الحصول على الخدمات الصحيّة. إن المستوى المتدنّي من الإيراد للتأمين الصحي وعلى الرغم من أنّه يشكّل عائقاً لرفع مستوى الخدمات والتغطية، إلّا أنّه يجب أن يتمّ الأخذ بعين الاعتبار أنّ المواطن الفلسطيني ومن خلال دفع الضرائب والرسوم المختلفة، يساهم في رفد الميزانية الوطنية وبالتالي، فإنّ المواطن يجب أن يتمتّع بانعكاس ذلك على الخدمات الصحيّة.

الإنفاق على الصحة

تشكّل ميزانية وزارة الصحة 13% من موازنة السلطة الفلسطينية ويبلغ الإنفاق على الفرد من هذه الموازنة 320 دولاراً للفرد في العام. يُعتبر هذا الإنفاق من الأعلى بين الدول ذات المستوى الاجتماعي والاقتصادي المُشابه لفلسطين. على الرغم من المذكور أعلاه، يعاني الإنفاق على الصحة من مجموعة من التحديات المرتبطة بالمُخرجات، النجاعة وجودة الرعاية سيتمّ التطرّق إلى أهمّها في هذا الجزء من التقرير.

النجاعة المالية (الإنفاق الذاتي على الخدمات)

في هذا السياق يجري الحديث عن مجموعة من المؤشرات المترابطة والتي تُقدّم وصفاً للحق في الحصول على الخدمات (انخراط 79% من المواطنين في التأمين الصحي)، الفجوة بين إيرادات وزارة الصحة (68 مليون دولار) (وزارة الصحة الفلسطينية 2019a) والإنفاق (714 مليون دولار)، الإنفاق الذاتي على الرعاية الصحية (39.5%). عند مراجعة الأرقام أعلاه يتبيّن أنّ هنالك تحدياً كبيراً في تغطية النفقات من خلال الإيرادات وبالتالي الاعتماد على المُموّلين في تغطية الإنفاق ووجود عجز مُزمن على ميزانية الصحة على الرغم من أنّ تمويل الرعاية الصحية يجب أن يتم أيضاً من خلال ما يدفعه المواطن من ضرائب ورسوم مختلفة. تستلزم دراسة الجدوى المالية لعمل النظام الصحي الفلسطيني دراسة تفصيلية موجهة في إطار تنفيذ رؤيا القطاع الصحي والتزامه بمبدأ التغطية الصحية الشاملة. يستوجب ذلك العمل بمنهجية باتجاه تحديد الإحتياج ضمن الواقع الديمغرافي والخصائص الوبائية، تعريف أدوار ومساهمات القطاعات المختلفة في تقديم الخدمات ضمن مفهوم الاختصاصية والقدرة وأيضاً ترشيد استخدام الموارد المالية بشكلٍ ناجع ومُستدام.

بلغت كلفة شراء الخدمات الصحية من خارج مرافق وزارة الصحة الفلسطينية في العام 2019 ما يقدر بـ 264 مليون دولار (وزارة الصحة الفلسطينية 2019b) ما يعادل 35% من ميزانية وزارة الصحة الكلية. وعلى الرغم من أنّ الوزارة نجحت في توظيف الخدمات الصحية إلى حدّ كبير وبات الإنفاق على هذا البند يذهب بشكلٍ أساسي إلى المؤسسات الصحية الفلسطينية خارج مرافق وزارة الصحة، إلّا أنّ هذا الجانب يُعدّ إنفاقاً عالياً ويستوجب النظر في إمكانية ديمومته وعدالته والتزامه ببروتوكولات الرعاية الفضلى. كما في الفقرة أعلاه، يستوجب الإنفاق على شراء الخدمة من خارج مرافق وزارة الصحة بما ينسجم مع الحقوق، الأهلية والنجاعة المالية.

جدول 8. عدد تحويلات شراء الخدمة من خارج وزارة الصحة خلال السنوات 2011-2021

عدد التحويلات	العام
56468	2011
56076	2012
61635	2013
74683	2014
87620	2015
91927	2016
94939	2017
109818	2018
104881	2019
80020	2020
99064	2021

جودة الخدمات الصحيّة

على الرغم من القفزة النوعية التي حقّقتها النظام الصحيّ الفلسطيني خلال فترة السلطة الوطنية الفلسطينية نتيجة للعمل المُخلص للكوادر الصحيّة الوطنية في أقسى الظروف، وبالرغم من أن مجموعة مهمة من المؤشرات الوطنية ترتقي إلى مستويات الدول المتطورة، إلا أنه أيضاً ممّا لا شك فيه أن جودة الرعاية الصحيّة في فلسطين تشكّل تحدياً يعيق وصولنا إلي ما نطمح إليه من حقّ في صحّة ورفاهية بما ينسجم مع الطاقات والخبرات وأيضاً توقّعات المواطنين.

ضمن الواقع الفلسطيني، يُمكن تلخيص مظاهر انخفاض الجودة في الرعاية الصحيّة بالآتي:

- المستوى العالي (غير المُبرّر) للوفيات والمضاعفات المُصاحبة للرعاية الصحيّة. تشير تقارير لجنة وفيات الأمّهات أنّ معدّل وفيات الأمّهات في فلسطين للعام 2021 وصلت إلى 47 وفاة لكل مائة ألف ولادة حيّة ممّا يشير إلى تصاعد كبير في المعدّل الذي وصل في العام 2017 إلى 15 وفاة. يشير التقرير الأخير إلى أنّ 80% من وفيات الأمّهات في فلسطين تندرج تحت فئة القابلة للمنع (avoidable) (وزارة الصحة الفلسطينية 2022). على الرغم من الميل إلى إرجاع سبب تضاعف معدّل وفيات الأمّهات إلى جائحة كوفيد-19، إلا أنّ معدّلات الإصابة، أسباب الوفيات وحقيقة أنّ نمط الارتفاع المضطرب في وفيات الأمّهات بدأ في العام 2017 أي قبل الجائحة بثلاث سنوات، يشير إلى أنّ الأسباب الفعلية في الارتفاع هي تلك المُرتبطة بتراجع أنظمة الرصد والوقاية من وفيات

الأُمّهات على المستوى الوطني.

- انتشار وتفشي ظاهرة ما يُسمّى بالأخطاء الطبيّة بدون وجود نظام أو منهجية للحدّ منها أو الاستفادة منها للتقدّم بجودة الرعاية الصحيّة. يستمرّ ظهور حالات الأخطاء الطبيّة بدون وجود نظام واضح لمراجعة هذه الحالات وأخذ العِبَر ويتمّ التعامل معها ضمن إطار قانونيّ جزائيّ لا يأخذ أبعاد الجودة بعين الاعتبار. من المهمّ الإشارة في هذا السياق إلى قيام وزارة الصحة، نقابة الاطباء، شبكة المشافي الخاصة، وتحت مظلة مجلس الوزراء في حينه، بإنفاذ قرار بقانون رقم (31) لسنة 2018 بشأن الحماية والسلامة الطبيّة والصحيّة والذي وبسبب عدم توفّر نظام لتأمين العاملين الصحيّين لم يتمّ تطبيقه على أرض الواقع.
 - تفشّي ظاهرة التسوّق في طلب واستخدام مرافق الرعاية الصحيّة كنتيجة لانعدام التناغم والتنسيق بين مُقدّمي الخدمات الصحيّة وأنظمة التأمين الصحيّ المعمول بها في البلد، وذلك بدون أيّ قيمة إضافية على جودة المُخرجات. بلغ معدّل زيارات متابعة الحمل في فلسطين 7,7 لكلّ امرأة للحمل الواحد، في حين أنّ الموصى به علمياً هو 4 زيارات. كما أنّ نسبة 60% من مُستخدمي طوارئ المستشفيات تكون لأغراضٍ يمكن التعامل معها ضمن مرافق الرعاية الصحيّة مما يعكس فجوة واضحة لدى كلّ من المرافق والمستخدمين.
 - عدم اكتمال آليات التقصي للأمراض الأكثر خطورة وإثقالاً على الرعاية الصحيّة مثل السرطان. تشير التقارير أنّ 70% من حالات سرطان الثدي يتمّ اكتشافها في المرحلة الثالثة أو الرابعة من نموّ وتفشي المرض.
- تُعتبر النقاط أعلاه مؤشراً على ضرورة التوجّه لجودة الرعاية الصحيّة كأحد محاور أعمال الحقّ في الصحة حيث ينتج عنها أثراً سلبياً على ثقة الناس في نظام الرعاية الصحيّة وتسبب نزيفاً مالياً يُثقل النظام ويُعيق عمليات تطويره.

الاستنتاجات الأساسية

الاحتلال العسكري الإسرائيلي يشكّل المُحدّد الأساس في إعاقة وصول الفلسطينيين إلى حقهم في الصحة. يمثل الاحتلال وممارساته المختلفة تهديداً للحق في الحياة أولاً وثم تتدرج الانتهاكات لتمسّ المُحدّدات الأخرى المرتبطة بالحصول على الخدمات وجودتها وكفائتها. إنهاء الاحتلال هو الشرط الأولوية عند الحديث عن إعمال الحق في الصحة للفلسطينيين.

على الرغم من محاولة تغطية المُحدّدات الاجتماعية والاقتصادية المرتبطة بالحق في الصحة في فلسطين، إلا أنّ مركزية الخدمات الصحية شكّلت المفهوم الأساسي للحق في الصحة ضمن المفهوم التشريعي والمؤسّساتي والمجتمعي. تفتقر الوثائق التشريعية الفلسطينية والقانون الأساسي الفلسطيني إلى موادٍ وبنود واضحة فيما يتعلق بالحق في الصحة على الرغم من وجود قانون صحة عامّة مُتقدّم من ناحية المحتوى. من الواضح أنّ الحق في الصحة تَحوّر حول توفير خدمات رعاية صحيّة.

الحق في الصحة في فلسطين مفهوم عالي التعقيد حيث تلعب عناصر النيوليبرالية، الواقع السياسي وواقع الطوارئ متعدّدة الأشكال دوراً مهماً في إعاقة الوصول إلى الحق. لم يكن هنالك إمكانية للنظر بعمق إلى دور المؤسّسات الأمامية ولكنّ تراجع مجموعة من المؤسّسات الصحية المرتبطة برسالة وبرنامج عمل بعض المؤسّسات المذكورة يشير إلى ضرورة مراجعة هذا الدور ووضعها في إطاره الصحيح.

على الرغم من أهمية النظر إلى الإنقسام كتحدٍّ مهمّ للواقع السياسي والمؤسّساتي في فلسطين، وعلى الرغم من التأثير السلبي للإنقسام على أداء النظام الصحي الوطني، إلا أنّ ذلك لا يمكن النظر إليه بعزلة عن سياسة العزل والحصار التي تُمارس ضدّ قطاع غزّة.

النظام الصحي الفلسطيني يشكّل مثلاً لنظام مُتعدّد القطاعات وعلى الرغم من صغر الفئة السكانية التي يخدمها هذا النظام، يحدّ تشرّد الخدمات وتعدّد السياسات والمصالح داخل هذا النظام من نجاعة إعمال الحق في الصحة، وبالتالي إلى ضياع فرص مهمّة للعدالة والتطوير.

يوجد فروقات مهمّة في توزيع الخدمات بين المناطق الجغرافية والفئات المُجتمعية. الأشخاص من ذوي الإعاقة يعانون من حرمان واضح في الحصول على الحق في الصحة والامتيازات التي تُراعي صحتهم وكرامتهم.

الإنفاق من الجيب على الصحة والذي يصل إلى 40% يشكّل مؤشراً واضحاً على حالة عدم الكفاية والحرمان فيما يتعلق بالتغطية، العدالة وشمولية الحصول على الخدمات الصحية. على الرغم من أنّ هذا المؤشر يصل إلى مستويات أعلى في بعض الدول العربية الشقيقة، إلا أنّ طبيعة المجتمع الفلسطيني، وتعدّد قطاعات الرعاية الصحية وتوزيع المرافق تستوجب حدّاً أدنى من الإنفاق من الجيب. يجدر هنا النظر إلى نجاعة الإدارة الاقتصادية (الإكثوارية) للقطاع الصحي.

يُعتبر معدّل وفيات الأمّهات مؤشراً شمولياً يعكس أداء النظام الصحي في البلدان

المختلفة. إن تضاعف معدّل وفّيات الأمّهات في فلسطين خلال السنوات الخمس الأخيرة يُعدّ دليلًا على التراجع المنهجي في أداء النظام الصحيّ وهنا يجب الأخذ بعين الاعتبار جميع اللادعين المحليين والدوليين ذوي العلاقة. حيث إنّ التقرير الحالي لم ينظر بشكلٍ معقّق إلى أداء المؤسسات الدولية، وإن دراسةً معقّقةً على هذا الصعيد تُعتبر ضروريةً.

يجب الحديث بالشمولية والتفصيل عن حوكمة النظام الصحيّ وضرورة العمل ضمن محاور توطين الخدمات الصحيّة، تعظيم التكامل بين قطاعات الرعاية، زيادة نجاعة الإنفاق على الصحيّ والتغطية ضمن نظام تأمين صحيّ وطني شاملٍ وعادلٍ وتحسين جودة الخدمات الصحيّة كلّ على حدة. ضمن التقرير الحالي، فإن حوكمة النظام هي شرطٌ أساسيٌّ لإعمال الحقّ في الصحة. ومن الجدير الإشارة إلى جهود قائمة على هذا الصعيد ولكنها لا تزال في طور التخطيط.

تتحقّل سلطات الاحتلال الإسرائيلي مسؤولية تردّي الواقع والخدمات الصحيّة في فلسطين. على الدولة القائمة بالاحتلال احترام المواثيق الدولية والقانون الدولي الإنساني في هذا السياق.

الحكومة الفلسطينية بشكل عام ووزارة الصحة بشكل خاص هي الهيئة حاملة الواجب فيما يتعلّق بالحقّ في الصحة. يجب على الحكومة والوزارة تحمّل المسؤولية القانونية والأخلاقية تجاه حياة المواطنين الفلسطينيين وضمان الحصول على رعاية صحيّة ذات جودة عالية تضمّن لهم العيش وتلقّي الخدمات بكرامة.

توصيات خاصّة

1. العمل على التطبيق الوافي والأمين للمنظومة الصحيّة الوطنية، مع ما يتطلّب ذلك من وضع الجهات التنفيذية للقرارات واللوائح والأنظمة والتعليمات وكافة الإجراءات التنفيذية الأخرى لهذه النصوص.
2. العمل على تطوير المنظومة القانونية الصحيّة العامة بما يتلاءم مع التطوّرات العالمية والوطنية في هذا الشأن، ولا سيما مع وضع العالم لأهدافه التنموية المُستدامة السبعة عشر (أهداف التنمية المُستدامة 2030)، انسجاماً مع انضمام دولة فلسطين للعهد الدولي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية في العام 2014، وما ربّته على نفسها من التزام بتوفيق أوضاع تشريعاتها الصحيّة بما يتلاءم مع أحكام هذا العهد.
3. إنهاء الاحتلال والضغط على حكومة الإحتلال لوقف ممارساتها ضد المواطنين الفلسطينيين والنظام الصحي الفلسطيني ورفع الحصار عن غزّة من أجل ضمان الوصول إلى الخدمات الصحيّة.
4. تعديل قانون الصحة العامة بحيث ينصّ على ضمان الحقّ في الوصول إلى الخدمات الصحيّة من خلال خطّة وطنية تركز على توطین الخدمات الصحيّة وتعزيز الشراكة بين مُقدّمي هذه الخدمات.
5. تنفيذ نظام تأمين صحيّ شامل يركّز على حقّ المواطن بسلّة خدمات تُغطّي احتياجاته وتمنّع حدوث العبء المالي الناتج عن الإنفاق من الجيب.

المراجع

- United Nations Population Fund, World Health Organization, Ministry of Health, Palestine. 2014. Victims in the Shadow. [Link](#).

- الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني. 2022. "أوضاع السكان في فلسطين بمناسبة اليوم العالمي للسكان." [الرابط](#).
- الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني. 2022. "نشرة خاصة بمناسبة اليوم العالمي للمسنين." [الرابط](#).
- الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني. 2021. "واقع حقوق الطفل الفلسطيني." [الرابط](#).
- وزارة الصحة الفلسطينية. 2022. "تقرير وفيات الأمهات." [الرابط](#).
- وزارة الصحة الفلسطينية. 2019a. "التقرير السنوي." [الرابط](#).
- وزارة الصحة الفلسطينية. 2019b. "الحسابات الصحية الفلسطينية - 2019." [الرابط](#).
- وزارة الصحة الفلسطينية. 2018. "الاستراتيجية الوطنية الإنجابية والجنسية في فلسطين 2018-2022." [الرابط](#).
- الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني. 2021. "المسح متعدد المؤشرات."
- الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني. 2020. "كتاب فلسطين الإحصائي السنوي." [الرابط](#).
- البرغوثي، مصطفى. 1991. "الخدمات الصحية في فلسطين، معهد الاعلام والسياسات الصحية والتنمية. hdip."
- الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني. 2022. "أوضاع الفلسطينيين في نهاية عام 2022." [الرابط](#).
- وكالة الانباء الأردنية. 2023. "وفاة مريض من غزة جراء منعه من العلاج بالقدس المحتلة." [الرابط](#).
- البنك الدولي والجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني. 2023. "الصحة النفسية في الضفة الغربية وقطاع غزة." [الرابط](#).



AMERICAN
UNIVERSITY OF BEIRUT
FACULTY OF HEALTH SCIENCES



annd

Arab NGO Network for Development
شبكة المنظمات العربية غير الحكومية للتنمية

تهدف كلية العلوم الصحيّة في الجامعة الأميركية في بيروت منذ إنشائها إلى وضع مسار للصحة العامة من خلال إعداد المهنيين ليُكونوا صانعي التغيير ويعملوا على البحوث التي تُؤثر على الممارسات والسياسات وبالتالي على صحة السكان.

الجامعة الأميركية في بيروت
ص.ب 11-0236 / كلية العلوم الصحيّة
رياض الصلح / بيروت 1107 2020
لبنان

تعمل شبكة المنظمات غير الحكوميّة العربيّة للتنمية في 12 دولة عربيّة، مع 9 شبكة وطنيّة (وعضويّة ممتدة لـ 250 منظمة مجتمع مدني من خلفيات مختلفة) و 25 عضو من منظمات غير حكوميّة.
ص.ب المزرعة 14/5792 بيروت، لبنان

