

دراسة بعنوان :

حق الوصول الى
المرافق والسلع والخدمات الصحية
(الواقع الفلسطيني)

مؤسسة لجان العمل الصحي

آذار 2018

تشكر مؤسسة لجان العمل الصحي الباحث الأستاذ إسلام
التميمي على إعداد هذه الدراسة، والأستاذة شذى عودة
والأستاذ عبد الرزاق غزال على مراجعتها.



كلمة مؤسسة لجان العمل الصحي

لكل فرد الحق في الصحة. وهو يتصل، في آن معاً، بحق الأفراد في الحصول على مستوى لائق من الصحة والرعاية الصحية وبالتزام الحكومة بضمان مستوى جودة من الصحة للمجتمع عموماً، ويشمل الحق في الصحة الحصول على الرعاية الصحية بسهولة ونفاذ وفي الوقت المناسب دون المساومة بين تلك الحقوق وقدرة المواطنين المالية؛ وبما لا يدفعهم الى دائرة الفقر نتيجة انفاقهم على الخدمات والسلع الصحية المختلفة.

ومن غير الممكن فصل وتجاوز قضية ضعف تمتع المواطن بممارسة حقه في الصحة عن جذور السياسات الاستعمارية المستمرة بالتأثير على مختلف بيئة الحياة الفلسطينية، حيث لا تزال البيئة المعيشة في فلسطين تشهد تدهوراً مستمراً نتيجة القيود التي يفرضها الاحتلال العسكري الإسرائيلي للأراضي الفلسطينية في القدس والضفة الغربية بجانب الحصار المستمر لقطاع غزة من

جهة، ومن جهة أخرى لا يزال نهج واستراتيجيات عمل المؤسسات الفلسطينية سواء كانت تشريعية أو تنفيذية أو قضائية يشوبهما القصور في التصدي لمعوقات النمو الاقتصادي وارتفاع معدلات البطالة والفقر إضافة الى تشوه وتآكل الجهاز الإنتاجي الفلسطيني والذي يعاني التبعية للاحتلال، بما يؤثر حتماً على انعدام العدالة في الوصول والحصول الى المرافق والسلع والخدمات الصحية، فحينما تجنح الفئات الضعيفة والمهمشة في المجتمع الى تحمل عبء المشاكل الصحية يصبح من الضرورة بمكان التصدي الى كافة المعوقات التي تقف أمام تمتع المواطنين بالحقوق الصحية، والتي بدورها تنعكس على مجمل الحقوق الأساسية التي تنص عليها المواثيق والمعايير الدولية لحقوق الانسان لا سيما العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية.

تؤمن مؤسسة لجان العمل الصحي أن تمكين ودعم المواطنين هو الأساس في الوصول الى التنمية الصحية والمجتمعية في الأرض الفلسطينية، وان عملية التمكين والدعم يجب أن تسير وفق منظور حقوقي لكافة شرائح المجتمع وبخاصة الفقراء والمهمشين، وتسعى المؤسسة الى اعمال استراتيجية الضغط والمناصرة بهدف التأثير في السياسات والتشريعات بما ينعكس على تمتع المواطنين بحقوقهم وانصافهم في الحصول والوصول والمشاركة الفاعلة في السياسات والاستراتيجيات التي تمس حياتهم الصحية بشكل مباشر.

ان مؤسسة لجان العمل الصحي بذلت جهداً خاصاً في هذه الدراسة والتي تتناول الحق في الوصول الى المرافق والسلع والخدمات الصحية في الواقع الفلسطيني، ونعتبر هذه الدراسة هي إضافة في طريق محاورة الواقع الفلسطيني الصحي بكافة تجلياته مولين اهتماماً خاصاً بالجوانب السياسية والتشريعية والاجرائية والمعوقات المختلفة وربط تلك العوامل بالمعايير والمواثيق الدولية لحقوق الانسان والتي انضمت اليها فلسطين مؤخراً، املين ان تساهم تلك الدراسة في تطوير وتهيئة الظروف وتسلط الضوء على معايير الإنصاف والعدالة في الوصول الى الرعاية الصحية والحصول عليها وبمواصفات تأخذ بعين الاعتبار القدرة على الانفاق المالي والجودة والمقبولية.

أ. شذى عودة

مدير عام مؤسسة لجان العمل الصحي

الفهرس

1. المقدمة 9
2. خلفية عامة 14

القسم الأول: سياق تطور مفهوم الحق في الصحة

- أولاً: مفهوم الحق في الصحة وعناصره الأساسية 19
1. تعريف منظمة الصحة العالمية 19
2. تعريف اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية 20
3. العناصر الأساسية للحق في الصحة 21
- ثانياً: الحق في الصحة كهدف تنموي 24
1. النهج الشمولي المرتكز على حقوق الإنسان 24
2. الصحة الجيدة كهدف تنموي من أهداف التنمية المستدامة 27

القسم الثاني: الإطار القانوني الناظم للحق في الصحة

- أولاً: الإطار القانوني الدولي الناظم للحق في الصحة 31
1. الحق في الصحة في القانون الدولي لحقوق الإنسان 32
- أ. الحق في الصحة في الاتفاقيات والمواثيق الدولية الأساسية لحقوق الإنسان. 32
- ب. التزامات الدول الأطراف تجاه الحق في الصحة 36
2. الحق في الصحة في القانون الإنساني الدولي 37
- أ. مبدأ حماية الجرحى والمرضى وأمثالهما من مخاطر الحرب 38
- ب. مبدأ الحصول على الإمدادات الطبية 38
- ت. حماية حقوق الأسرى الصحية 39
- ثانياً: الإطار القانوني الوطني الناظم للحق في الصحة 40
1. الحق في الصحة في القانون الأساسي الفلسطيني 40
2. الحق في الصحة في التشريعات الثانوية الخاصة بالحق في الصحة 41

47 **القسم الثالث: معوقات الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية في فلسطين**

49 _____ لمحة عامة

51 أولاً: أثر السياسات والإجراءات الاحتلالية الإسرائيلية على الحق في الصحة —

1. أثر الحواجز ونقاط التفتيش على حق المواطنين في الوصول إلى

51 الخدمات الصحية

53 2. أثر الإجراءات الإسرائيلية على الحق في الصحة في قطاع غزة

3. الإجراءات الإسرائيلية في المناطق المصنفة "ج" وأثرها على حق المواطنين

60 في الوصول إلى الخدمات الصحية

4. أثر جدار الضم والتوسع على حق المواطنين في الحصول على الخدمات

61 الصحية، والوصول إليها

5. القيود والعقبات التي تفرضها إسرائيل بشأن الوصول إلى الخدمات

64 الصحية في القدس

64 أ. الوضع القانوني لمدينة القدس

65 ب. واقع المشافي الفلسطينية في القدس

67 6. حق الأسرى الفلسطينيين في الحصول على الخدمات والرعاية الصحية

71 **القسم الرابع: واقع الحق في الوصول إلى الخدمات والمرافق الصحية، والحصول عليها**

73 أولاً: المؤشرات الوطنية حول إمكانية الوصول إلى الخدمات الصحية —

73 1. بيانات إحصائية عامة حول الوصول إلى الخدمات الصحية

74 2. حق الفئات المهمشة في الوصول إلى الخدمات الصحية

74 أ. حق النساء في الوصول إلى الخدمات الصحية، والحصول عليها

ب. حق الأشخاص ذوي الإعاقة في الوصول إلى الخدمات الصحية،

79 والحصول عليها

85 ت. حق الأطفال في الوصول إلى الرعاية الصحية، والحصول عليها

86 3. أثر الفساد على الحق في الوصول إلى الخدمات الصحية، والحصول عليها

- ثانياً: السياسات والتدابير الوطنية من أجل الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية،
والحصول عليها 88
1. الخطط والاستراتيجيات الوطنية الصحية 89
- أ. مراجعة للسياسات والاستراتيجيات الحكومية في الفترة 1994-2014.. 89
- ب. الاستراتيجية الصحية الوطنية 2017-2022 90
2. دور وزارة الصحة في إعمال حق المواطنين في الوصول إلى الخدمات الصحية، والحصول عليها 91
3. الإنفاق على القطاع الصحي 104
- ثالثاً: الجهات الفاعلة غير وزارة الصحة في مجال تقديم الخدمات الصحية — 108

109 القسم الخامس: آليات الرصد والحماية الوطنية والدولية للحق في الصحة

- أولاً: الآليات الوطنية لرصد الحق في الصحة، وحمايته 111
1. الآليات الحكومية لمعالجة الشكاوى 112
- أ. الإدارة العامة للشكاوى في مجلس الوزراء 113
- ب. وحدة الشكاوى في وزارة الصحة 114
2. الهيئة المستقلة لحقوق الإنسان "ديوان المظالم" بصفتها آلية وطنية مستقلة.. 116
- ثانياً: الآليات الدولية لرصد الحق في الصحة، وحمايته 119
1. حماية الحق في الصحة في إطار الآليات التعاقدية 120
2. حماية الحق في الصحة في إطار الآليات غير التعاقدية 121
3. حماية الحق في الصحة في إطار الوكالات المتخصصة 123
4. اللجنة الدولية للصليب الأحمر 124

- الخاتمة 127
- الاستنتاجات 129
- التوصيات 132

قائمة المختصرات

منظمة الصحة العالمية	WHO
اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية	CESCR
النهج المرتكز على الحق	HRBA
أهداف التنمية المستدامة 2030	SDG3



المقدمة

يعتبر الحصول على خدمات الرعاية الصحية أمراً بالغ الأهمية للصحة الجيدة، حيث إن قدرة الشخص على الوصول إلى الخدمات الصحية لها تأثير عميق على كل جانب من جوانب صحته. إلا أن المواطنين الفلسطينيين يواجهون مجموعة متنوعة من الحواجز والمعوقات أمام الوصول.

وفي هذا السياق الذي تعيشه فلسطين المحتلة، لا يزال الواقع الفلسطيني متأثراً بتبعات تلك السياسات الاستعمارية المستمرة بالتأثير على الحقوق الصحية والحياة الأسرية وبيئة الحياة الفلسطينية عموماً. وهنا نؤكد على الحاجة إلى فهم بيئة السياسات الاقتصادية والاجتماعية المتمثلة بالبيئة التشريعية والسياساتية للسلطة الفلسطينية.

إن تحليل الحقوق الصحية يتأتى من خلال مقاربتها مع القضايا البنيوية، وبالتركيز على البيئة المعيشية، سواء من قيود وممارسات استعمارية أو تلك المرتبطة بنهج عمل المؤسسات الفلسطينية سواء كانت تشريعية أو تنفيذية أو قضائية، خاصة وأنها ذات ارتباط بكل قضايا الصحة في سياقها الخاص والعام. فهناك علاقة وطيدة

بين الظروف الاقتصادية والسياسية وبين الظروف الصحية على حد سواء، فنتيجة للإجراءات الإسرائيلية يشهد الاقتصاد الفلسطيني تدهوراً ملحوظاً في مستويات المعيشة، وارتفاع معدلات البطالة، وارتفاع حجم الإعالة الاقتصادية، وزيادة معدلات السكان الذين يعيشون ظروف الفقر. كذلك ما زالت بنية عمل المؤسسة الرسمية قاصرة في سياساتها وأطرها التشريعية والتنفيذية في الوقوف بمسؤولية تجاه متطلبات الرعاية والحماية الصحية.

تتناول هذه الدراسة موضوع حق الوصول إلى الخدمات الصحية والمعوقات التي تحول دون الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية. ويتقدم الباحث في هذا السياق بإطار تحليلي لمفهوم هذا الحق وتفسيره والجوانب الأساسية المرتبطة به والعناصر المكونة له بالتركيز على عنصر الإتاحة أو إمكانية الوصول إلى المرافق الصحية بكل سهولة ويسر وبأمان. كما تتناول هذه الدراسة مركز ومكانة هذا الحق ضمن السياق القانوني والدولي على قاعدة المساواة وعدم التمييز، وآليات حماية هذا الحق في إطار أجهزة الأمم المتحدة ذات العلاقة بحقوق الإنسان كهيئة المعاهدات ومجلس حقوق الإنسان، والمنظمات المتخصصة كمنظمة الصحة العالمية.

كما تركز هذه الدراسة على واقع الحق في الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية والمعوقات التي تحول دون وصول المواطنين إلى هذا الحق، وأثر هذه المعوقات على الفئات الضعيفة والمهمشة كالنساء والأطفال والأشخاص ذوي الإعاقة وغيرهم، إضافة إلى الفلسطينيين الذين يعيشون واقعاً مهماً في المناطق المصنفة وفق اتفاقية أوسلو بـ (مناطق ج)، إلى جانب الظروف شديدة التعقيد التي يعيشها الفلسطينيون في قطاع غزة والإشارة إلى الإجراءات الإسرائيلية باعتبارها قيوداً على ممارسة هذا الحق، مع التركيز على جدار الفصل العنصري وعلى الحواجز والقيود على حرية المواطنين في التنقل، إضافة إلى حصار قطاع غزة والإجراءات المشددة في الوصول إلى القدس الشرقية، بجانب واقع حق الصحة للأسرى والمعتقلين في السجون الإسرائيلية.

كما وتلقي هذه الدراسة الضوء أيضاً وبشكل نقدي على واقع الحق في الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية في ضوء التدابير والسياسات والتدخلات الحكومية ومؤشرات الحق في الصحة بشكل عام وإمكانية الوصول بشكل خاص، وذلك بالإشارة إلى مستوى الإنفاق على هذا الحق والخطط والبرامج الحكومية. في ضوء المنطلقات الرئيسية لمعالجة مفهوم الحق في الصحة وإتاحته للمواطنين دون أية عوائق والتي تستند إلى نهج شمولي يركز على مفهوم الحق مقابل مفهوم الحاجة، وهذه البرمجة التنموية تلتقي إلى حد كبير بأهداف التنمية المستدامة الـ 17 والأهداف الفرعية الـ 169 المنبثقة عنها وغاياتها ومقاصدها¹.

كما تتعرض الدراسة إلى الآليات الدولية والوطنية لرصد الحق في الصحة وحمايته، ودور هذه الأدوات في الرقابة على أداء أصحاب الواجب والسلطة القائمة بالاحتلال في فلسطين، وضمان العمل من أجل تمكين المواطنين من الوصول إلى المرافق والسلع والخدمات الصحية.

وخلصت الدراسة إلى مجموعة من الاستنتاجات والتوصيات خاصة على المستوى الحكومي الفلسطيني وعلى مستوى الجهات الفاعلة الأخرى حول آليات العمل والتحرك لمنصرة وحماية هذا الحق.

1 بتاريخ 2015/9/25 اعتمدت 193 دولة عضواً في الأمم المتحدة رسمياً أجندة التنمية المستدامة 2030 ، وبدأ نفاذها في 1 كانون الثاني/يناير 2016. وبموجب هذه المبادئ ستعمل البلدان على حشد الجهود للقضاء على الفقر بجميع أشكاله ومكافحة عدم المساواة ومعالجة تغير المناخ، وهذه الأهداف ليست ملزمة قانوناً، وفي هذا الإطار تأخذ الحكومات زمام ملكيتها وتضع أطر وطنية لتحقيقها. للمزيد حول أهداف خطة التنمية المستدامة 2030 يمكنكم الاطلاع على الموقع الإلكتروني <http://www.un.org/sustainabledevelopment/ar>

الهدف من الدراسة

يكمن الهدف الرئيس من إعداد هذه الدراسة البحثية في الوقوف على الواقع الراهن في فلسطين فيما يخص الحق في الوصول إلى الخدمات الصحية، وعليه فإن لهذه الدراسة أربعة أهداف فرعية نوضحها فيما يأتي:

أولاً: تحديد الإطار المفاهيمي للحق في الصحة والعناصر الأساسية المكونة له، وعلاقة المفهوم بأطر التنمية المستدامة.

ثانياً: تحديد الإطار المعياري من خلال مراجعة وتحليل الاتفاقيات والمواثيق الدولية والتشريعات الوطنية التي نصت على إعمال الحق في الصحة والوصول إلى الخدمات الصحية. وتسليط الضوء على الفجوات وأوجه القصور التي اعترت التشريعات الوطنية، من أجل تحديد موقع هذه التشريعات من المعايير الدولية الضامنة لحق المواطنين في الوصول إلى الخدمات والمرافق والسلع الصحية، والحصول عليها.

ثالثاً: التعرف على واقع الوصول إلى المرافق والسلع والخدمات الصحية في فلسطين وذلك من خلال التطرق إلى السياسات والتدابير التي اتخذتها دولة فلسطين لضمان حق الوصول عبر التطرق إلى سياسات واستراتيجيات وجهود وزارة الصحة في التغلب على المعوقات التي تحول دون وصول المواطن الفلسطيني إلى الخدمات الصحية.

رابعاً: التعرف على آليات الحماية الدولية والوطنية للحق في الوصول إلى الخدمات والمرافق والسلع الصحية، والحصول عليها، عبر التطرق إلى منظومة الحماية الوطنية بشقيها الحكومي وغير الحكومي، ومنظومة الحماية الدولية من خلال الآليات والمنظمات المتخصصة برصد ومراقبة حقوق الإنسان ومن ضمنها المنظمات المتخصصة في بناء التدخلات وتقييم الأوضاع الصحية، ومستوى الاستفادة من هذه المنظومة في حماية الحقوق الصحية للمواطنين الفلسطينيين.

منهجية الدراسة

تعتمد هذه الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي حيث يقوم بوصف الوقائع وتحليلها بالاستناد إلى المصادر الثانوية من الأدبيات السابقة ذات العلاقة بموضوع الدراسة. تتكون هذه الدراسة من خمسة أقسام في القسم الأول ستنناول الدراسة الإطار المفاهيمي والمعياري للحق في الصحة، وسيتم التركيز على تطور المفهوم وتحديد العناصر الأساسية المكونة له. وفي القسم الثاني تستعرض الدراسة الإطار القانوني الدولي والوطني الناظم للحق في الصحة في سياق الاتفاقيات والمواثيق الدولية التي انضمت إليها دولة فلسطين، وتبعات ذلك على المستوى الوطني، كما تتناول هذه الدراسة بالمراجعة والتحليل القوانين والتشريعات الوطنية النازمة للحق في الصحة، عبر التطرق إلى الفجوات التي تعترى التشريعات السارية ومدى انسجامها مع الاتفاقيات الدولية. وفي القسم الثالث تتناول الدراسة المعوقات التي تحول دون وصول المواطنين إلى الخدمات الصحية من خلال تحليل ومناقشة الأسباب والظروف التي تُعيق الوصول إلى الخدمات والرعاية الصحية، والحصول عليها، ومنها ما سيكون متعلقاً بمسؤولية الحكومة الفلسطينية، ومنها ما يتعلق بإجراءات الاحتلال العسكري الإسرائيلي).

فيما يتطرق القسم الرابع إلى واقع الحق في الوصول إلى الخدمات الصحية والحصول عليها، وهنا سيتم التركيز على قراءة المؤشرات الوطنية كونها أداة تقييمية لمعرفة الوجهة الصحيحة للنظام الصحي في فلسطين إضافة إلى السياسات والتدابير والجهات الفاعلة والمؤثرة على صعيد إعمال هذا الحق.

أما القسم الخامس فيعالج آليات الرصد والحماية الدولية والوطنية للحق في الوصول إلى الخدمات الصحية، وهذا يقودنا إلى طرح مجموعة من التساؤلات التي تبحث في آليات الرصد والحماية الوطنية، وإلى أي مدى تنسجم مع الآليات والتعهدات الدولية ذات الصلة بحقوق الإنسان وحيثياته الأساسية كما ستطرح الدراسة جملة من الاستنتاجات والتوصيات والتي من شأنها أن تلقي الضوء على واقع الحق في الوصول إلى الخدمات الصحية والحصول عليها في فلسطين. بهذا وعبر مراجعة نصوص المواد القانونية ذات الصلة بموضوع البحث الواردة في الاتفاقيات والمواثيق الدولية والتشريعات الوطنية، إضافة إلى مراجعة تقارير وزارة الصحة والمؤسسات العاملة وتحليلها حاول الباحث إيجاد الرابط والعلاقة ما بين الإطار المعياري والتطبيق العملي مستعيناً بالتقارير والوثائق والبيانات المتوفرة والتي من شأنها إعطاء مؤشرات ذات دلالة لمدى إعمال الحق في إمكانية الوصول إلى الخدمات والمرافق والسلع الصحية والحصول عليها.

خلفية عامة

يشير التقرير الصادر عن مجموعة البنك الدولي ومنظمة الصحة العالمية إلى وجود فجوات كبيرة في التغطية الصحية، لا سيما في المجتمعات الفقيرة والمهمشة. وفي عام 2015، ووفقا لبحوث مجموعة البنك الدولي ومنظمة الصحة العالمية اتضح أن 400 مليون شخص لا يحصلون حتى الآن على الخدمات الصحية الأساسية، وأشار التقرير أيضا إلى أن 6 في المائة من السكان في 37 بلدا يميلون إلى الفقر المدقع أو يدفعون إلى مزيد من الفقر (1.25 دولار في اليوم) لأن عليهم دفع تكاليف الخدمات الصحية من جيوبهم الخاصة. وعندما أخذت الدراسة في مقياس الفقر البالغ 2 دولار في اليوم، كان 17 في المائة من السكان في هذه البلدان فقراء، أو أكثر فقرا، بسبب النفقات الصحية².

وقد تدرت إحصاءات منظمة الصحة العالمية في العام 2010 أن عدد الناس الذين يعانون من الآلام بسبب عدم قدرتهم على الحصول على العقاقير يُقدر بعشرات الملايين. وفي العديد من البلدان تشكل الأدوية ما يزيد عن نصف إجمالي النفقات الصحية، وغالبا ما تكون غير متاحة للمستهلكين الذين يحتاجون إليها ولا يستطيعون تحمل تكلفتها.

ولا يزال ما يقرب من 90 ٪ من السكان في البلدان النامية يشترون الأدوية بأسعار تفوق قدراتهم المالية ويتعرضون في أغلب الأحيان إلى خطر النفقات الكارثية، كما وأكدت منظمة (هيومان رايتس ووتش) في تقرير لها يحمل عنوان (أرجوكم.. لا تجعلونا نعاني أكثر) أن الحصول على عقاقير تخفيف الألم هو حق إنساني، وقد أوضح التقرير أن سكان بعض المناطق في العالم عجزوا عن الوصول إلى أنواع معينة من العقاقير ومن ضمنها عقاقير تخفيف الألم³.

وتواجه النظم الصحية في البلدان المتوسطة الدخل أيضا تحديات تزايد أعداد السكان المسنين وعبء أمراض نمط الحياة الجديد. ويتزايد عبء الأمراض غير المعدية مثل السرطان وأمراض القلب والأوعية الدموية والسكري والصحة النفسية. وتشكل الأمراض غير السارية الآن السبب في 63 ٪ من الوفيات على الصعيد العالمي، وتقع 80 ٪ من هذه الوفيات في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل. وفي الوقت نفسه، وعلى الرغم من التقدم المحرز في الحد من عبء الأمراض المعدية، لا

2الموقع الإلكتروني للبنك الدولي <http://www.albankaldawli.org/ar/topic/health/overview> تمت الزيارة 6/11/2017

3لمزيد بنظر مقالة جميل عودة حق الإنسان في الحصول على الصحة، مركز آدم للدفاع عن الحقوق والحريات

2015 <https://pulpit.alwatanvoice.com/content/print/360090.html> تمت الزيارة 7/11/2017

تزال المعدلات مرتفعة في أجزاء كثيرة من العالم بسبب سوء التغذية، والاحتياجات التي لا تتم تلبيتها من خدمات الصحة الجنسية والإنجابية ووفيات الأمهات⁴. يعمل النظام الصحي في الأرض الفلسطينية المحتلة في ظل ضغوط حادة يفرضها النمو السكاني السريع وقلة الفرص الاقتصادية وعدم كفاية الموارد المالية ونقص الإمدادات الأساسية والقيود المتأصلة المتمثلة في الاحتلال والحصار. كما أن التحديات التي تعيق التنسيق والتعاون فيما بين الضفة الغربية وقطاع غزة تطرح عراقيل إضافية⁵.

وبسبب الاحتلال الإسرائيلي وإجراءاته أيضا معيقا للحق في الصحة، فسياسة الإغلاق والحواجز وعرقلة حرية المواطنين في التنقل وتشديد الحصار وتقييد الحركة في غزة كلها عوامل تعيق الوصول إلى الخدمات الصحية وبالتالي تدنى مستويات الصحة، وتحديدًا في المناطق الريفية التي يسكنها قرابة نصف المجتمع الفلسطيني إلى جانب من يعيشون في المخيمات. ويعاني المواطنون الذين يعيشون في المناطق الريفية من الإجراءات بنسبة أعلى من غيرهم الذين يعيشون في المدن بسبب اضطرابهم إلى التنقل واستخدام طرق مختلفة للوصول إلى المشافي والخدمات الصحية المتمركزة في المدن. وهذا يزيد من معاناة المرضى المحتاجين لعلاج دوري ودائم كمرضى غسيل الكلى والسرطان والأمراض المزمنة⁶.

⁴الموقع الإلكتروني للبنك الدولي <http://www.albankaldawli.org/ar/topic/health/overview> تمت الزيارة 29/10/2017

⁵أنظر تقرير عن تقييم ميداني للأحوال الصحية في الأرض الفلسطينية المحتلة، أمبروجيو مانييتي، تقرير صادر عن منظمة الصحة العالمية، شباط/

فبراير 2016 http://apps.who.int/gb/Statements/Report_Palestinian_territory تاريخ 6/11/2017

Lein, Y. 2001. civilians under siege. Jerusalem :Btslem publication P36 6

نص مقتبس من دراسة بحثية بعنوان "حق الوصول إلى الخدمات والمرافق والسلع الصحية" إعداد: شذى عودة 2010



القسم الأول:

سياق تطور مفهوم الحق
في الصحة

القسم الأول: سياق تطور مفهوم الحق في الصحة

سنتناول في هذا القسم ماهية الحق في الصحة في مطلبين، المطلب الأول نخصه لمفهوم الحق في الصحة وفي المطلب الثاني سنتناول العناصر الأساسية للحق في الصحة.

أولاً: مفهوم الحق في الصحة وعناصره الأساسية

لكل فرد الحق في الصحة. وهو يتصل، في الوقت ذاته بحق الأفراد في الحصول على مستوى معين من الصحة والرعاية الصحية وبالتزام الدول بضمان مستوى معين من الصحة العامة للمجتمع عموماً، وفي هذا السياق سنتطرق إلى التعريفات المختلفة التي تناولت الحق في الصحة كمفهوم:

1. تعريف منظمة الصحة العالمية WHO

إن التعريف الأكثر تداولاً لمفهوم الصحة، هو الذي وصفته المنظمة العالمية للصحة في المادة الأولى من ميثاقها، أثناء الندوة العالمية بنيويورك بتاريخ 1946/07/22، بنصها على أنها: "حالة من اكتمال السلامة بدنيا وعقليا واجتماعيا، لا مجرد الخلو من المرض أو العجز".⁷ ونجد أن هذا التعريف هو تعريف شامل يتسم ببعد النظر في وصف الصحة وهذه النظرة الشمولية لمفهوم الصحة تعبر عن واقع ان الكثير من السياسات التي تحدد معايير الحق في الصحة، إنما ترسم خارج إطار قطاع الصحة التقليدي وتؤثر على العناصر الاجتماعية التي تحكم الحق في الصحة.

إن الغاية من تعريف منظمة الصحة العالمية هو جعل كافة الشعوب تصل إلى أعلى مستوى ممكن من الصحة، كما أن هناك غايات عديدة يمكن استخلاصها من هذا التعريف، فالصحة ليست فقط الخلو من المرض والعجز؛ ولكن حالة من الرفاهية البدنية والعقلية والاجتماعية التامة. ويضع التعريف - في الحقيقة - هدفاً مثالياً ينبغي بلوغه، ذلك أنه يفترض تضافر مجموعة من العوامل المواتية تتعلق بالبيئة التي يقضي فيها الإنسان حياته، لذا فإن أي تصور فضفاض لا يساعد على إدماج الحق في الصحة ضمن مفاهيم ذات قيمة تشريعية⁸.

⁷ للمزيد ينظر الموقع الإلكتروني لمنظمة الصحة العالمية <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/ar> تمت الزيارة إلى الموقع

الإلكتروني 17/11/2017

⁸ قنديل رمضان، الحق في الصحة في القانون الجزائري (دراسة تحليلية مقارنة)، دفاثر السياسة والقانون، العدد 6 جانفي 2012

ويتمحور هدف منظمة الصحة العالمية حول مساعدة الحكومات في تقوية المصالح الصحية، من إعلام وتنوعية، وتحسين، ورعاية الأمومة والوقاية، وكذلك تشجيع التعاون بين الباحثين والمهنيين في المجال الصحي واقتراح اتفاقيات وعقود دولية، ومن تم تأسيس معايير علمية للمنتجات الطبية والصيدلانية. فالصحة التي تدعو إليها المنظمة العالمية للصحة هي وضع برنامج عمل يخدم صحة الأفراد والمجتمع على حد سواء⁹.

2. تعريف اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية CESCR

عرّفت اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية في دورتها الثانية والعشرين للعام 2000 مفهوم الحق في الصحة، بحيث تشمل: "حق الإنسان في التحكم في صحته وجسده وحقه في أن يكون في مأمن من التدخل مثل الحق في أن يكون بمأمن من التعذيب ومن معالجه طبيًا أو إجراء تجارب طبية عليه بدون رضاه، والحق في الاستفادة من نظام الحماية الصحي الذي يتيح تكافؤ الفرص أمام الناس للتمتع بأعلى مستوى من الصحة بمجموعة متنوعة من المرافق والسلع والخدمات والظروف لبلوغ أعلى مستوى ممكن من الصحة."

وتُفسر اللجنة الحق في الصحة، وفقاً للتعريف الوارد في المادة 12/1 من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، على أنه حق شامل لا يقتصر على تقديم الرعاية الصحية المناسبة وفي حينها فحسب، بل يشمل أيضاً المقومات الأساسية للصحة مثل الحصول على مياه الشرب المأمونة والإصحاح المناسب، والإمداد الكافي بالغذاء الآمن والتغذية والسكن، وظروف صحية للعمل والبيئة، والحصول على التوعية والمعلومات فيما يتصل بالصحة، بما في ذلك ما يتصل منها بالصحة الجنسية والإنجابية. ويمثل جانب هام آخر في مشاركة السكان في كامل عملية اتخاذ القرارات المرتبطة بالصحة على الصعد المجتمعية والوطنية والدولية¹⁰.

وعلى صعيد مسؤوليات الدولة تجاه أعمال الحق في الصحة ينبغي أن تكفل الدول الحريات والحقوق على حد سواء. وتتضمن الحريات حق الإنسان في التحكم في صحته وجسده، بما في ذلك حرته الجنسية والإنجابية، والحق في أن يكون بمأمن من التدخل مثل التعذيب أو الخضوع للمعالجة الطبية أو التجارب الطبية من غير رضاه¹¹.

⁹المصدر السابق

¹⁰التعليق العام رقم (14) اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية- الدورة 22 لسنة 2000 <http://hrlibrary.umn.edu/arabic/ce-2000>

scr-gc14.html

¹¹ينظر الموقع الإلكتروني الشبكة العالمية للحقوق الاقتصادية والثقافية والاجتماعية <https://www.escr-net.org/ar/resources/368846> تمت الزيارة 12/11/2017

أما الحقوق فتتضمن إمكانية الحصول على الخدمات الصحية والوصول إلى مرافق الرعاية الصحية الملائمة ، فضلا عن قيام الدول باتخاذ التدابير الملائمة المتعلقة بالمقومات الاجتماعية والاقتصادية للصحة مثل الغذاء والمياه والصرف الصحي وظروف العمل الآمنة والصحية والإسكان والحد من الفقر¹².

ويتداخل الحق في الصحة على نحو وثيق مع العديد من حقوق الإنسان الأخرى، من بينها الحق في الغذاء والسكن والعمل والتعليم والحياة وعدم التمييز والخصوصية والوصول إلى المعلومات وحظر التعذيب وغير ذلك .وهذا ما تؤكد عليه خصائص حقوق الإنسان التي تتسم بالترابط والشمولية وعدم قابليتها للتجزئة. غير أن الاعتراف بالحق في الصحة، كما هو منصوص عليه في المواثيق الدولية، لم يكن كافيا لتجسيده تجسيدا فعليا، حيث ما زال العالم يعرف تفاوتات كبيرة بالنسبة للسياسات الصحية المتبعة والموارد المالية التي تتفققها مختلف الدول على الصحة¹³.

3. العناصر الأساسية للحق في الصحة

وقد قدمت لجنة الأمم المتحدة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية إرشادات مفصلة للدول بشأن التزاماتها باحترام الحق في الصحة وحمايته والوفاء به. كذلك أشارت اللجنة إلى أن هذا الحق يتضمن السمات المترابطة والأساسية الواجب تضمينها في السياسات الصحية التي يتوقف تطبيقها الدقيق على الظروف السائدة في دولة طرف محددة حيث بينت اللجنة في تعليقها العام رقم 14، أن الحق في الصحة بجميع أشكاله وعلى جميع المستويات، يشمل العناصر التالية:

• **التوافر:** يجب أن تضمن الدولة توفير القدر الكافي من الأجهزة ومرافق الرعاية الصحية العاملة العامة والفردية على كامل أراضيها، فضلا عن توفير المياه المأمونة ومرافق الصرف الصحي، والموظفين الطبيين والمهنيين المدربين الذين يتقاضون أجراً منصفاً، والعقاقير الأساسية وفقاً لتعريفها في برنامج العمل المتعلق بالعقاقير الأساسية الذي وضعت منظمة الصحة العالمية لعام 199. والمشافي والعيادات وغيرها من المبانى المرتبطة بالصحة ويختلف الطابع المحدد للمرافق والسلع والخدمات وفقاً لعوامل عديدة، من بينها المستوى الإنمائي للدولة الطرف¹⁴.

¹²المصدر السابق

¹³ينظر سياسات التمويل الصحية والبدائل المقترحة ، هذه الورقة جزء من مشروع "الاقتصاد البديل" الذي يقوم به منتدى البائل العربي للدراسات بالتعاون مع مؤسسة روزا لوكسمبورج- مكتب شمال أفريقيا منشور على الموقع الإلكتروني <http://bel-ahmar.net/?p=2057>

¹⁴الحق في الصحة، صحيفة الوقائع رقم 31، مفوضية الأمم المتحدة السامية لحقوق الإنسان، الأمم المتحدة، نيويورك وجنيف 2008.

¹⁵المصدر السابق

• **إمكانية الوصول:** ينبغي أن يتمتع الجميع بإمكانية الاستفادة من المرافق والسلع والخدمات الصحية داخل الولاية القانونية للدولة الطرف. وتتسم إمكانية الوصول بأربعة عناصر أساسية هي:

1. عدم التمييز: ويعني ذلك ضمان تمتع جميع المواطنين بإمكانية الاستفادة من الخدمات والسلع الصحية ولا سيما الفئات الأكثر ضعفاً أو تهميشاً من بين المواطنين بحكم القانون وبحكم الواقع، دون أي تمييز على أساس أي سبب من الأسباب المحظورة¹⁵.
2. المقبولة: ينبغي أن تحترم كل المرافق الصحية الأخلاق الطبية وثقافة الأفراد والمجتمعات، فضلاً عن مراعاتها لمتطلبات الجنسين ودورة الحياة. وأن يتيح تصميمها احترام مبدأ السرية وتحسين الحالة الصحية للأشخاص المعنيين.
3. الجودة: ينبغي أن تكون المرافق الصحية ملائمة من الناحيتين العلمية والطبية وذات نوعية جيدة. وهذا الأمر يتطلب من جملة أمور أخرى: توفر العقاقير والمعدات اللازمة، وموظفين طبيين ماهرين، ومرافق المياه والصرف الصحي المأمونة.
4. إمكانية الوصول: يعني هذا المصطلح "قدرة الأشخاص على التحرك والتنقل من مكان إلى آخر بسهولة ويسر وبالتالي يعطي العلاقة المكانية ما بين موقع النشاط (الخدمة) وغيره من العوامل الأخرى مثل (المنطقة)¹⁶.

أ. إمكانية الوصول المادي أو الجغرافي: ويعني ذلك أن تضمن الدولة أن تكون المرافق والسلع والخدمات الصحية في المتناول الجغرافي والأمن لجميع فئات السكان، خاصة الفئات الضعيفة أو المهمشة، والأقليات الإثنية والشعوب الأصلية، والنساء، والأطفال، والمراهقين، وكبار السن، والأشخاص ذوي الإعاقة والأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز. كما أن إمكانية الوصول تعني ضمناً أن تكون الخدمات الطبية والمقومات الأساسية للصحة، مثل مياه الشرب المأمونة ومرافق الإصحاح الكافية، في المتناول المادي والأمن للسكان بما في ذلك سكان المناطق الريفية. وتشمل إمكانية الوصول كذلك تمكين الأشخاص ذوي الإعاقة من الوصول إلى المباني والمرافق¹⁷.

ب. إمكانية الوصول بالمنظور الاقتصادي: أي أن يتحمل المواطنون تبعات نفقاتها وتكاليفها. وفي هذا الإطار تكفل الدولة أن يتمكن الجميع من تحمل نفقات المرافق

16 غرود عوادة، مقاييس سهولة الوصول إلى الخدمات العامة في المدن الفلسطينية، 2007
17 المصدر السابق

والسلع والخدمات المرتبطة بالصحة. والخدمات المرتبطة بالمقومات الأساسية للصحة، بناءً على مبدأ الإنصاف، الذي يكفل القدرة للجميع، بمن فيهم الفئات المحرومة والفقيرة على دفع تكلفة هذه الخدمات سواء أكانت مقدمة من القطاع الخاص أم من القطاع العام. ويقتضي الإنصاف عدم تحميل الأسر الفقيرة عبء نفقات صحية لا يتناسب مع قدرتها مقارنة بالأسر الأغنى. ولا يجوز حرمان الفقراء بحكم عدم مقدرتهم على الدفع إذ يكون هذا تمييزاً على أساس الدخل أو الخلفية الاجتماعية¹⁸. ت. إمكانية الوصول إلى المعلومات: تشمل هذه إمكانية الحق في الوصول إلى المعلومات الصحية والحصول عليها ونقلها، غير أنه لا ينبغي لإمكانية الوصول إلى المعلومات أن تؤثر على الحق في معاملة البيانات الصحية الشخصية بسرية¹⁹. في سياق تفسير المفهوم بينت اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية²⁰ المقصود بإمكانية الوصول بأنها: استخدام الخدمات الصحية الشخصية في الوقت المناسب لتحقيق أفضل النتائج الصحية الممكنة. ومن السمات الهامة لهذا التعريف أنه يعتمد على استخدام الخدمات الصحية والنتائج الصحية كمعايير للحكم على ما إذا كان الوصول قد تحقق أم لا.

إن اختبار حقوق الوصول ينطوي على تحديد ما إذا كانت هناك فروق منهجية في الاستخدام والنتائج بين المجموعات في المجتمع، وما إذا كانت هذه الاختلافات ناتجة عن الحواجز المالية أو غيرها من الحواجز التي تحول دون الرعاية²¹. وكثيراً ما يعزو الناس السبب إلى صعوبة الحصول على تغطية تأمينية أو وجود عدد كاف من الأطباء والمشافي في المنطقة الجغرافية التي يعيشون فيها، بسبب الصعوبات التي تعترض تحديد هذا المفهوم وقياسه²².

ثانياً: الأثر الصحي للوصول إلى الخدمات الصحية

يؤثر مبدأ الوصول إلى الخدمات الصحية على صحة الشخص ورفاهه، من أهم الآثار المترتبة على الحصول المنتظم على الخدمات الصحية ما يلي:

- الوقاية من المرض والإعاقة.
- كشف وعلاج الأمراض أو غيرها من الظروف الصحية.
- زيادة نوعية الحياة.
- التقليل من احتمال الوفيات المبكرة.
- زيادة متوسط العمر المتوقع.

18المصدر السابق

19المصدر السابق

20المصدر السابق

21المصدر السابق

16/11/2017 تمت الزيارة بتاريخ <https://www.nap.edu/read/2009/chapter/2> 22

ويلعب مقدمو الرعاية الأولية دوراً مهماً في حماية صحة وسلامة المجتمعات التي يخدمونها، حيث يمكن لمقدمي الخدمات الصحية تطوير علاقات هادفة ومستدامة مع المرضى وتقديم خدمات متكاملة أثناء ممارسة العمل في سياق الأسرة والمجتمع، ويرتبط وجود مقدم الرعاية الصحية المعتاد بما يلي:

- ثقة أكبر للمريض في مقدم الخدمات الصحية
- التواصل الجيد بين المريض والمقدم للخدمات الصحية
- زيادة احتمال حصول المرضى على الرعاية المناسبة.²³

بناءً على ما سبق يتضح أن حق الإنسان في الصحة يتأثر بمجموعة من العوامل والعناصر الأساسية والمهمة كمحددات ومتطلبات أساسية ينبغي على الدول أن تضعها نصب عينيها. وبغياب هذا العنصر يتأثر بشكل سلبي حق المواطنين في الوصول إلى المرافق والخدمات الصحية، فالصحة حق متكامل له مقوماته وأبعاده المبنية على ترابط العناصر الأساسية المكونة له كما أشرنا سابقاً. ولكي يتمتع الإنسان بمتطلبات الصحة الجيدة ينبغي أن تكون متوفرة على قدم المساواة دون تمييز، ولكي يحصل المواطن على مستوى جيد من الصحة ينبغي أن تكون الخدمات سهلة المنال، بما يمكن الوصول إليها والانتفاع بها والاستفادة من التغطية الصحية الشاملة، بحيث لا يشكل الإنفاق والصرف على العلاجات عبئاً يحول دون قدرة المواطن على تحملها.

ثالثاً: تطور الحق في الصحة كبعد تنموي

1. النهج الشمولي المرتكز على حقوق الإنسان (HRBA) Human Rights Based Approach

يعتبر النهج القائم على حقوق الإنسان الإطار الأشمل للتعامل مع الصحة كحق لجميع الأفراد. ويفرض هذا النهج التزاماً من جانب الحكومة باحترام هذا الحق وحمايته وتبليته. وبالتالي فإن المدخل القائم على الحقوق لا ينتهج الإحسان أو الإغاثة أو التنمية الاقتصادية فحسب، بل يقتضي تمكين الذين لا يتمتعون بحقوقهم للمطالبة بها. ويتطلب ذلك زيادة الوعي بأن ما يطالب به الإنسان ليس امتيازاً أو طموحاً بل هو حق له. ويرتكز النهج القائم على حقوق الإنسان على التفرقة بين منهج الحق والحاجة، فالحق يأتي كاستحقاق لا لشيء إلا لكون الإنسان إنساناً. وهو يفرض على الحكومة ومليزم لها في تبليته. أما الحاجة فهي مطلب وإن كان مشروعاً، ولكنه لا يكون ملزماً بتبليته. بمعنى آخر إشباع الحاجة لا يمكن فرضه.²⁴

<https://www.healthypeople.gov/2020/leading-health-indicators/2020-lhi-topics/access-to-health-services> 23

24 ينظر شذى عودة، ورقة عمل بعنوان عالمية الحقوق الصحية في الوثائق الدولية، قدمت إلى مؤتمر "حقوق المرأة الصحية في ظل الاحتلال"، مركز المرأة للإرشاد القانوني والاجتماعي، فلسطين، 2005، ص 26

وينطبق النهج المرتكز على حقوق الإنسان على جميع مستويات البرمجة (استراتيجيات البلد، برامج واستراتيجيات القطاع أو المؤسسة، والتدخلات الفردية وغير ذلك)، وعلى كل مرحلة من مراحل إدارة دورة التدخل. فعلى سبيل المثال، وفي سياق الأهداف، كالحق في الصحة يتطلب النهج المرتكز على حقوق الإنسان إسناد التدخلات والأهداف بشكل واضح ودقيق إلى قانون وقواعد حقوق الإنسان الدولية، وتحديد الإستراتيجيات، والخطوات المتخذة، وتطبيق، ومراجعة هذه الإستراتيجيات، إضافة إلى تعزيز، وضمان مشاركة فاعلة للمواطنين وخاصة الفقراء منهم في العملية. كما يعتبر الاستخدام الدقيق للغة حقوق الإنسان الخاصة (إقرار الحقوق والمسؤوليات المتعلقة) أحد الأوجه الرئيسة لعملية تمكين ومشاركة المواطنين في هذه العملية. وقد أقرت المفوضية السامية لحقوق الإنسان في الأمم المتحدة مجموعة من المبادئ العامة والتوجيهية المتعلقة بمبادئ النهج المرتكز على الحق تمثلت بما يلي: المبدأ الأول: تطبيق الإطار القانوني الدولي وفي هذا الإطار يخضع الحق في الصحة لمفهوم التطبيق التدريجي، أي أن تأخذ الدول خطوات واضحة نحو تمكين جميع الناس من التمتع بهذا الحق، وأي خطوات عكسية تعتبر محظورة.

المبدأ الثاني: المسؤولية الأساسية، إذ تقع على عاتق الدول مسؤولية الإيفاء بالحق في الصحة، وهذا يتطلب على الأقل، توفير الرعاية الصحية الأولية، والغذاء والسكن، والشبكات الصحية، والأدوية. ويتطلب أيضا استراتيجيات وطنية للصحة وخطة عمل، ورعاية الصحة الإنجابية، والتطعيم، وإجراءات وقائية ضد الأوبئة، وتدريب العاملين في المهن الصحية. وكذلك ضمان تمكين أصحاب الحقوق والجهات المسؤولة من إعمال هذه الحقوق (يتضمن ذلك المعرفة في حقوق الإنسان، وكيفية المطالبة بتلك الحقوق). المبدأ الثالث: ضمان مشاركة فاعلة، وحرية، وذات مغزى، حيث يتطلب الحق في الصحة مشاركة جميع السكان في صناعة القرار المتعلق بالقضايا الصحية على مستوى المجتمع المحلي، والوطني، والدولي. وبغية تحقيق ذلك يجب نشر الوعي والتثقيف حول القضايا الصحية، واحترام الحق في التعبير عن وجهات النظر بحرية، وتطبيق الشفافية في عملية رسم السياسات الصحية.

المبدأ الرابع: معالجة موضوع المساواة وعدم التمييز والنوع الاجتماعي ومنح الأولوية للمجموعات الضعيفة، فيحظر الحق في الصحة التمييز في الحصول على الرعاية الصحية والعناصر الأساسية للصحة، فعلى الدولة تعزيز المساواة بين الجنسين، وعدم التمييز ضد الفئات المهمشة. وفيما يتعلق بتحديد الفئات التي يهدد وضعها الصحي الخطر بشكل كبير، يعتمد الأمر على البلد ذاتها، والسياسات المقترحة في حماية هذه الفئات، لكن يمكن القول بشكل عام إن هذه الفئات تشمل سكان الريف، والمناطق

والتجمعات السكانية النائية، والنساء، والفقراء، والمسنين والأشخاص ذوي الإعاقة والمراهقين الذين يعانون من وضع صحي سيء.

المبدأ الخامس: ضمان مبدأ المساواة على المستوى القانوني، والسياسي، والإداري. حيث يتطلب الحق في الصحة الوصول إلى آليات مساواة فعالة، ويشمل ذلك المعالجات الإدارية والقضائية على المستويين الوطني والدولي حيث يجب ضمان تعويضات كافية لضحايا انتهاك الحق في الصحة كالتعويض، أو المراضاة، أو ضمان عدم تكرار تلك الانتهاكات²⁵.

المبدأ السادس: إن الحصول على المعلومات المتعلقة بالصحة أمر ضروري بالنسبة للحق في الصحة، وبالتالي على الدول ضمان توفير تلك المعلومات للجميع في اللغات المحلية، وحماية الحق في طلب تلك المعلومات ونشرها باستثناء تلك التي تتعلق بأمور الصحة الشخصية التي ينبغي الحفاظ على سريتها.

لقد تطور مفهوم "التنمية" ليعني قيام نظام متكامل متعدد الأوجه، محوره أعضاء البشرية والمساهمة الإنسانية، وتحسين مستوى الإنسان والتوزيع العادل للثروة ورفع مستوى قدرات الإنسان، وتعطي التنمية بهذا المفهوم أولوية قصوى لإزالة الفقر، وإدماج المرأة في عملية التنمية، والاعتماد على الذات، وحقوق الشعوب في تقرير مصيرها وسيطرتها على مواردها وثرواتها الطبيعية وتمتع المواطنين بالحقوق الأساسية كالحق في مستوى معيشي لائق.

أما السمات الأساسية لحقوق الإنسان فتكمن في أنها مضمونة دولياً ومحمية بالقانون، وترتكز على حماية كرامة الإنسان، وتحمي الأفراد والجماعات، وتضع التزاماً على الدولة وأجهزتها، ولا يجوز مصادرتها أو الانتقاص منها، كما أنها متساوية ومتداخلة ومترابطة وغير قابلة للتجزئة وعالمية.

إن مبادئ وقواعد حقوق الإنسان مضمنة في الإعلان العالمي لحقوق الإنسان والعهد والمواثيق والاتفاقيات الدولية والإقليمية، فضلاً عن الإعلانات والقواعد الإرشادية التي تصدرها منظمات الأمم المتحدة والمنظمات الدولية المختلفة.

كما أن العلاقة بين التنمية وحقوق الإنسان هي ذات طبيعة تبادلية أي أن كل حركة تخدم الأخرى. فالتنمية بإمكانها خلق الثروة الكفيلة بضمن الحاجات الأساسية المرتبطة بالحياة وتحقيق الكرامة. أما حقوق الإنسان فهي قائمة على فرضية أنه كلما كان تمكين فعلي أكبر انتعشت الحياة الاقتصادية بشكل ينمي حركية التنمية ذاتها²⁶.

25 ينظر الفصل الخامس

26 الموسوعة الجزائرية للدراسات السياسية والاستراتيجية

<https://www.politics-dz.com/threads/altnmi-alsani-mqarb-myrfi.1696>

2. الصحة الجيدة كهدف تنموي من أهداف التنمية المستدامة 2030 Sustainable Development Goal SDG3

في أيلول (سبتمبر) 2015، أقرت الأمم المتحدة (17) هدفاً عالمياً للتنمية المستدامة، من أجل القضاء على الفقر وتعزيز الرخاء وحماية البيئة بحلول سنة 2030. ويدعو الهدف الثالث، أو الهدف 3 (SDG3)، البلدان إلى "ضمان تمتع الجميع بأنماط عيشٍ صحيةٍ وبالرفاه في جميع الأعمار". وتعكس المقاصد المحددة لهذا الهدف توسعاً ملحوظاً في الأجندة الصحية السابقة للأهداف الإنمائية للألفية (MDGs). ففي حين حددت أهداف

الألفية المعايير الإرشادية لصحة الأم والطفل ولعدد من الأمراض السارية مثل الإيدز والملاريا، تبني الهدف 3 الجديد توجهاً أكثر شمولية يدعو إلى الاهتمام بجميع الأمراض السارية وغير السارية (بما في ذلك أمراض الصحة النفسية)، والوفيات والإصابات الناجمة عن حوادث الطرق، وإساءة استعمال المواد (تعاطي المخدرات وتناول الكحول على نحو يضر بالصحة)، والأخطار البيئية، بالإضافة إلى صحة الأم والطفل. وهو يدعو إلى ضمان حصول الجميع على خدمات رعاية الصحة الجنسية والإنجابية، وإلى تحقيق التغطية الصحية الشاملة من أجل ضمان تطبيق مبدأ الإنصاف²⁷. أما فيما يتعلق بالمؤشرات المرتبطة في الصحة العامة فقد تم التأكيد على ضرورة التقليل من نسبة الوفيات الناتجة عن التعرض للمواد الملوثة والخطرة، وتعزيز تطبيق بروتوكول منظمة الصحة العالمية لمحاربة التدخين. وقد صادقت على هذه الأهداف والمؤشرات (193) دولة والتي من المتوقع تحقيقها مع حلول 2030²⁸. وفي سياق تتبع أهداف التنمية المستدامة من البرنامج غير المكتمل للأهداف الإنمائية للألفية، نجد أن العديد من الغايات الصحية الأخرى مستمدة من قرارات منظمة الصحة العالمية وخطط العمل المتعلقة بها. وفي الوقت ذاته، فمن الأهمية بمكان أن نقر باتساع نطاق الخطة الجديدة، وذلك في ضوء عدم تمكن الأطراف الفاعلة من الوصول إلى كافة الأهداف المحددة في خطة التنمية المستدامة السابقة MDG، لذلك ينبغي النظر إلى هذا التطور على أساس أنه يضع في أولوياته ضمان تمتع الجميع بأنماط عيش صحية وبالرفاهية في جميع الأعمار، بل إن الصحة ومحدداتها تؤثر بموجبها في الأهداف والغايات الأخرى وتتأثر بها، نظراً لكونها جزءاً لا يتجزأ من التنمية المستدامة²⁹.

27 ورقة بحثية بعنوان: الصحة هدف تنموي مستدام، من أجل الرفاه والبقاء في العالم العربي، تقرير المنتدى للبيئة والتنمية 2016، البيئة العربية والتنمية المستدامة في مناخ عربي متغير، كيف تحقق الدول العربية أهداف التنمية المستدامة بحلول سنة 2030، ص 112 منشور على الموقع الإلكتروني <http://www.afedonline.org>

28 رنين خواجه، ورقة سياسات للقطاع الصحي الفلسطيني، 2016. شبكة المنظمات الأهلية
29 تقرير من الأمانة العامة لمنظمة الصحة العالمية، الصحة في خطة التنمية المستدامة 2030، 2015 يمكن الاطلاع على التقرير كاملاً عبر الرابط http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB138/B138_14-ar.pdf تمت الزيارة 1/11/2017

تتيح أهداف التنمية المستدامة فرصةً سانحةً للعالم العربي، خصوصاً عنصر الصحة أي الهدف (3) الذي قد يمثل هدفاً إقليمياً موحداً من أجل تشجيع الرفاه والبقاء في المنطقة العربية. ولا يمكن تحقيق أي من المقاصد الصحية للهدف (3) دون نظام صحي موثوق وأداء جيد لخدمات الصحة العامة يشمل نظام رصد ومراقبة لقياس التقدم المحرز وللاستجابة للمخاطر الصحية المحلية والعالمية³⁰.

لكن تحقيق مقاصد هذا الهدف ضمن هذه التحديات الكبيرة يتطلب مقاربات جديدة تعوّل على التعاون الإقليمي والتجارب والخبرات السابقة. وعلى ذلك فإن المطلوب إطار عملي للشراكة بين الدول العربية وعلى المستوى الداخلي لرفع مستوى التعاون والتنسيق بين المؤسسات الوطنية والدولية ذات العلاقة يروج للتشارك في الموارد والخبرات، كما يشجع التضامن من أجل تحقيق الهدف (3) وأهداف التنمية المستدامة كافة، من أجل التغلب على التحديات المتشابكة والمتشعبة التي تتعلق بهذه الأهداف³¹.

30 ينظر <http://www.afedonline.org> تمت الزيارة 1/11/2017
31 مصدر سابق.

القسم الثاني :
الإطار القانوني الناظم
للحق في الصحة



القسم الثاني: الإطار القانوني الناظم للحق في الصحة

في هذا القسم سنتناول الإطار القانوني الناظم للحق في الصحة في جزأين، ففي الجزء الأول سنلقي الضوء على الإطار القانوني الناظم للحق في الصحة من خلال مراجعة القانون الدولي لحقوق الإنسان والقانون الدولي الإنساني وما جاء فيهما من ضمانات لحماية هذا الحق وفي الجزء الثاني سنتناول الإطار القانوني الوطني الناظم للحق في الصحة من خلال مراجعة التشريعات ذات الصلة.

أولاً: الإطار القانوني الدولي الناظم لحماية الحق في الصحة

للصحة ارتباط وثيق بالحياة، وجدارتها بالحماية يتطلب أساساً للوصول إلى الرعاية والتمكين والحصول عليها، بحكم كونها من جملة مقومات الحياة، والمحافظة عليها وحمايتها تدخل في دائرة حقوق الإنسان، لاتصال هذا الحق بأصل حقوق الإنسان جميعاً، وهو الحق في الحياة، فحماية هذا الحق شرط لازم لحماية حق الإنسان في الحياة، وأساس لتأمين ممارسة دوره فيها³². وقد تأكد هذا الدور من خلال مرجعين قانونيين دوليين، الأول من خلال القانون الدولي لحقوق الإنسان والذي يركز على الشرعة الدولية لحقوق الإنسان ومن ضمنها الإعلان العالمي لحقوق الإنسان (1948) والعهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والثقافية والاجتماعية (1966)³³. والثاني من خلال القانون الدولي الإنساني المطبق وقت النزاعات المسلحة. ينص القانون الدولي الإنساني على قواعد تحمي الحصول على خدمات الرعاية الصحية في أوقات النزاعات المسلحة، إلى جانب حماية وتجنيد المشافي والمنشآت الطبية والعاملين فيها وفي المراكز والمرافق الصحية الأعمال الحربية، وتلزم هذه القواعد الدول والجماعات المسلحة من غير الدول. أما القانون الدولي لحقوق الإنسان فينطبق في جميع الأوقات؛ أي في أوقات السلم والحرب معاً، ما لم تقرر الدول الانتقاص منه. ومع أن القانون الدولي لحقوق الإنسان أقل تحديداً من القانون الدولي الإنساني، إلا أنه يتضمن عدة قواعد تحمي الحق في الحصول على الرعاية الصحية³⁴.

32 ينظر <https://revues.univ-ouargla.dz>

33 العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية هي معاهدة متعددة الأطراف اعتمدها الجمعية العامة للأمم المتحدة في 16 ديسمبر 1966 ودخلت حيز النفاذ في 3 يناير 1976. تلزم أطرافها العمل من أجل منح الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية في أقاليمها وبما في ذلك حقوق العمال والحق في الصحة وحق التعلم والحق في مستوى معيشي لائق. انضمت دولة فلسطين بدون تحفظ إلى هذا العهد بتاريخ نيسان ابريل 2014.

34 ينظر الموقع الإلكتروني للجنة الدولية للصليب الأحمر - احترام الرعاية الصحية وحمايتها في النزاعات المسلحة وفي الحالات التي لا يشملها القانون الدولي الإنساني <https://www.icrc.org/ara> تمت الزيارة 29/10/2017

1. الحق في الصحة في القانون الدولي لحقوق الإنسان

يعترف القانون الدولي لحقوق الإنسان بالحق في الصحة بوصفها جزءاً لا يتجزأ من منظومة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، وقد جاء ذلك من خلال مجموعة من النصوص الدولية الرئيسية التي أشارت صراحة إلى هذا الحق ونبينها على النحو التالي:

أ. الحق في الصحة في الاتفاقيات والمواثيق الدولية الأساسية لحقوق الإنسان

يعتبر حق الإنسان في الصحة من الحقوق الأساسية المسلم بها فقد أولت الاتفاقيات والمواثيق الدولية اهتماماً خاصاً به نظراً لما يمثله من أهمية لحياة الإنسان، حيث جاء في الإعلان العالمي لحقوق الإنسان للعام (1948)، في المادة (25) فقرة (1) "لكل شخص الحق في مستوى من المعيشة كاف للمحافظة على الصحة والرفاهية له ولأسرته، ويتضمن ذلك التغذية والملبس والسكن والعناية الطبية وكذلك الخدمات الاجتماعية اللازمة، وله الحق في تأمين معيشته في حالات البطالة والمرض والعجز والتمرد والشيخوخة وغير ذلك من فقدان وسائل العيش نتيجة لظروف خارجة عن إرادته"³⁵. وجاء في مواد العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، أكثر شمولاً وتفصيلاً وتأكيداً لحق الإنسان في التمتع بالحق في الصحة، وطالب العهد الدول الأطراف في المادة (12) فقرة (1): بأن "تقر الدول الأطراف في هذا العهد بحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى من الصحة الجسمية والعقلية يمكن بلوغه"³⁶. وحدد العهد بعض الخطوات الضرورية للوصول لإعمال الحق في الصحة في المادة (12) فقرة (2) بند (أ): العمل على خفض معدل موتى المواليد ومعدل وفيات الرضع وتأمين نمو الطفل نمواً صحياً³⁷ بند(ب): تحسين شتى جوانب الصحة البيئية والصناعية. وبند (ج): الوقاية من الأمراض الوبائية والمهنية والأمراض الأخرى وعلاجها ومكافحتها. وبند(د). تهيئة ظروف من شأنها تأمين الخدمات الطبية والعناية الطبية للجميع في حالة المرض³⁸. وفسرت اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية في التعليق العام رقم (14) على المادة رقم (12) فقرة (2) بند (د) من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية "تهيئة ظروف من شأنها تأمين الخدمات الطبية والعناية الطبية للجميع في حالة المرض" الجسدي والعقلي على حد سواء" بحيث تشمل توفير إمكانية الوصول على قدم المساواة وفي الوقت المناسب إلى

35 المادة (15) من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان.

36 المادة (12) من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية 1966.

37 الفقرة (أ) من المادة (12) من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية 1966.

38 الفقرات (ب، ج، د) من المادة (12) من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية 1966.

الخدمات الصحية الأساسية الوقائية والعلاجية والتأويلية، والتثقيف الصحي؛ وبرامج الفحص المنتظم؛ والعلاج الملائم للأمراض السائدة، والإصابات، وحالات العوق، ويفضل أن يكون ذلك على الصعيد المجتمعي؛ وتوفير العقاقير الأساسية؛ والعلاج والرعاية المناسبة للصحة العقلية.

ويتمثل أحد الجوانب الهامة الأخرى في تحسين وتعزيز مشاركة السكان في تقديم الخدمات الصحية الوقائية والعلاجية، مثل تنظيم قطاع الصحة، ونظام التأمين، وخاصة المشاركة في القرارات السياسية المرتبطة بالحق في الصحة والمتخذة على كل من الصعيدين المجتمعي والوطني.³⁹

وفي نفس الاتجاه، أكد إعلان ألما-آتا⁴⁰ على حق الجميع في بلوغ أرفع مستوى صحي ممكن، وواجب الحكومات في أن تعتبر هذه المهمة أحد الأهداف الاجتماعية الهامة للغاية.

كما أكدت الاتفاقية الدولية للقضاء على جميع أشكال التمييز العنصري للعام (1965) في المادة (5) على ضرورة الامتثال للالتزامات الأساسية المقررة في المادة (2) من هذه الاتفاقية، بحيث تتعهد الدول الأطراف بحظر التمييز العنصري بكافة أشكاله، وبضمان حق كل إنسان، دون تمييز بسبب العرق، أو اللون، أو الأصل القومي أو الإثني، في المساواة أمام القانون، لا سيما بصدد التمتع بالحقوق التالية (هـ): "الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، ولا سيما الحقوق التالية: (4) حق التمتع بخدمات الصحة العامة والرعاية الطبية والضمان الاجتماعي والخدمات الاجتماعية"⁴¹.

ونصت المادة (24) من اتفاقية حقوق الطفل للعام (1989) فقرة (1) على أن: "تعترف الدول الأطراف بحق الطفل في التمتع بأعلى مستوى صحي يمكن بلوغه وبحقه في مرافق علاج الأمراض وإعادة التأهيل الصحي. وتبذل الدول الأطراف قصارى جهدها لتضمن ألا يحرم أي طفل من حقه في الحصول على خدمات الرعاية الصحية هذه".

وبحسب التعليق العام رقم (14) لسنة 2013 الصادر عن لجنة حقوق الطفل المتعلق بحق الطفل في إيلاء الاعتبار الأول لمصالحه الفضلى، فقد اعتبرت أن حق الطفل في الصحة وحالته الصحية، أمران أساسيان في تقييم مصالحه الفضلى،

39 التعليق العام رقم 14 للجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية البوردة 22 سنة 2000

40 في أيلول/سبتمبر 1978 عقدت منظمة الصحة العالمية واليونيسيف مؤتمرًا دوليًا تاريخيًا بشأن الرعاية الصحية الأولية في ألما-آتا، عاصمة كازاخستان آنذاك. وركز المؤتمر على أهمية الرعاية الصحية الأولية في الخدمات الصحية الوطنية وكذلك على مبادئها ونماذجها التنظيمية وأفاق التعاون الدولي في هذا المجال. واعتمد المؤتمر إعلان ألما-آتا الذي حدّد الرعاية الصحية الأولية كوسيلة مناسبة لبلوغ المرمى المتمثل في "توفير الصحة للجميع بحلول عام 2000".

41 المادة 5 من الاتفاقية الدولية للقضاء على جميع أشكال التمييز العنصري.

وفسر التعليق العام رقم (15) الصادر في العام 2013 عن ذات الجهة، حق الطفل في الصحة على أنه حق شامل لا يقتصر على تقديم خدمات مناسبة وفي حينها، في مجالات الوقاية والإرشاد الصحي والعلاج والتأهيل والتخفيف من الألم فحسب، بل يشمل أيضاً حق الطفل في النماء والتطور لتحقيق قدراته كاملة والعيش في ظروف تمكنه من بلوغ أعلى مستوى صحي، من خلال تنفيذ برامج تتناول المحددات الأساسية للصحة.

ونصت القواعد النموذجية الدنيا لمعاملة السجناء في المادة (22) على أنه: "يجب أن توفر في كل سجن خدمات طبيب مؤهل واحد على الأقل، يكون على بعض الإلمام بالطب النفسي. وينبغي أن يتم تنظيم الخدمات الطبية على نحو وثيق الصلة بإدارة الصحة العامة المحلية أو الوطنية. كما يجب أن تشمل على فرع للطب النفسي بغية تشخيص حالات الشذوذ العقلي وعلاجها عند الضرورة"⁴².

أما السجناء الذين يتطلبون عناية متخصصة فينقلون إلى سجون متخصصة أو إلى مشافي مدنية. ومن الواجب، حين تتوفر في السجن خدمات العلاج التي تقدمها المشافي، أن تكون معداتها وأدواتها والمنتجات الصيدلانية التي تزود بها وافية بغرض توفير الرعاية والمعالجة الطبية اللازمة للسجناء المرضى، وأن تضم جهازاً من الموظفين ذوي التأهيل المهني المناسب.

كما وتنص مبادئ آداب مهنة الطب المتصلة بدور الموظفين الصحيين، ولا سيما الأطباء، في حماية المسجونين والمحتجزين من التعذيب وغيره من ضروب المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة على ضمانات لحماية حق الصحة للسجناء والمحتجزين فقد نص المبدأ رقم (1) على أن: من واجب الموظفين الصحيين المكلفين بالرعاية الطبية للمسجونين والمحتجزين ولا سيما الأطباء من هؤلاء الموظفين، وأن يوفر لهم حماية لصحتهم البدنية والعقلية ومعالجة لأمرضهم من نفس النوعية والمستوى المتاحين لغير المسجونين أو المحتجزين⁴³.

يقوم الطبيب بفحص كل سجين في أقرب وقت ممكن بعد دخوله السجن، ثم يفحصه بعد ذلك كلما اقتضت الضرورة، وخصوصاً بغية اكتشاف أي مرض جسدي أو عقلي يمكن أن يكون مصاباً به واتخاذ جميع التدابير الضرورية لعلاج، ويكلف الطبيب بمراقبة الصحة البدنية والعقلية للمرضى، وعليه أن يقابل يومياً جميع السجناء المرضى. وجميع أولئك الذين يشكون من اعتلال، وأي سجين استرعى

42 القواعد النموذجية الدنيا لمعاملة السجناء أوصى باعتمادها مؤتمر الأمم المتحدة الأول لمنع الجريمة ومعاملة المجرمين المعقد في جنيف عام 1955 وأقرها المجلس الاقتصادي والاجتماعي بقراريه 663 (د24-) المؤرخ في 31 تموز/يوليو 1957 و2076 (د62-) المؤرخ في 13 أيار،

43 المبدأ رقم (1) من مبادئ آداب مهنة الطب المتصلة بدور الموظفين الصحيين، ولا سيما الأطباء، في حماية المسجونين والمحتجزين من التعذيب وغيره من ضروب المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة اعتمدت ونشرت على الملأ بموجب قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة 37/194 المؤرخ في 18 كانون الأول/ديسمبر 1982

انتباهه على وجه خاص. وفي هذا السياق يقدم الطبيب تقريراً إلى المدير كلما بدا له أن الصحة الجسدية أو العقلية لسجين ما قد تضررت أو ستتضرر من جراء استمرار سجنه أو من جراء أي ظرف من ظروف هذا السجن⁴⁴.

ونصت (قواعد نيلسون مانديلا) لمعاملة السجناء التي اعتمدتها لجنة الأمم المتحدة لمنع الجريمة والعدالة الجنائية في أيار 2015، والتي تشمل مراجعات رئيسة متعلقة بالقواعد الدولية لمعاملة السجناء على أن "تتولى الدولة مسؤولية توفير الرعاية الصحية المجانية للسجناء. وينبغي أن يحصلوا على نفس مستوى الرعاية الصحية المتاح في المجتمع، وينبغي أن يكون لهم الحق في الحصول على الخدمات الصحية الضرورية مجاناً، ودون تمييز على أساس وضعهم القانوني"⁴⁵.

لقد بينت المواثيق الدولية كافة الجوانب المتطقة بالخدمات الصحية ومسؤوليات والتزامات الدول والسلطات القائمة بالاحتلال تجاهها، وضرورة التعاون مع كافة المؤسسات المحلية سواء الحكومية أو الأهلية، وكذلك المؤسسات الدولية لضمان مستوى جيد من الخدمات الصحية يضمن تقديم العلاج والوقاية والتأهيل المناسبين للمرضى من خلال البعد الإنساني التكاملي الذي يراعي الحق في الصحة ولا يجرئه عن باقي الحقوق الإنسانية الأساسية، إلى اشتماله على حقوق السجناء وكافة المحرومين من حريتهم.

يشير هذا التطور الحاصل في منظومة حقوق الإنسان وعلى وجه الخصوص المواثيق ذات الصلة والآليات المنبثقة عنها وتفسيرات اللجان المعنية للنصوص والمواد القانونية وخاصة اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية في معرض رصدتها وتفسيرها لنص المادة 12 من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية إلى مستوى التعاون والتنسيق ما بين اللجان وأجسام الأمم المتحدة في وضع الإطار المعياري لحقوق الإنسان، وبالتوازي مع ذلك تشهد تحولاً في مستوى تطور مفاهيم ومعايير الرعاية الصحية، على نحو يتحدى الفهم الكلاسيكي للصحة، ويتجلى هذا التحول في منظومة السياسات والخطط التنموية المرتبطة بتمكن كافة الشعوب من الوصول للخدمات الصحية بجانب تأكيدها على أدوات الرقابة والاستجابة والتنسيق بين الأجسام واللجان والوكالات الدولية المتخصصة.

44 المواد 22 و23 و24 و25 من القواعد النموذجية الدنيا لمعاملة السجناء أوصى باعتمادها مؤتمر الأمم المتحدة الأول لمنع الجريمة ومعاملة المجرمين المعقد في جنيف عام 1955 وأقرها المجلس الاقتصادي والاجتماعي بقراريه 663 جيم (د-24) المؤرخ في 31 تموز/يوليو 1957 و 2076 (د-62) المؤرخ في 13 أيار/مايو 1977

45 القاعدة (24) من القواعد النموذجية الدنيا لمعاملة السجناء المراجعة في 2015 "قواعد مانديلا" وهذه القواعد هي الصيغة المنقحة والمحدثة " للقواعد النموذجية الدنيا لمعاملة السجناء " والتي اعتمدها الجمعية العامة للأمم المتحدة في كانون الأول/ ديسمبر 2015 للمزيد ينظر الموقع الإلكتروني للأمم المتحدة <http://www.un.org/ar/events/mandeladay/rules.shtml> تمت الزيارة بتاريخ 22/11/2017

ب. التزامات الدول الأطراف تجاه الحق في الصحة

يقع على الدول الأطراف التزامات عامة وأخرى أساسية في إعمال الحق في الصحة. ووفق التعليق العام رقم (14) الذي أصدرته اللجنة الاقتصادية الاجتماعية والثقافية المختصة في أيار 2000 فقد حدد مستويات الالتزامات للدول الأطراف الموقعة على العهد الدولي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية في ثلاثة مستويات، هي⁴⁶:

1. **الالتزام بالاحترام:** ويتم من خلال عدة طرق، ومنها إتاحة الفرص المتكافئة للجميع في الحصول على الخدمات الصحية بأنواعها المختلفة، وكذلك الامتناع عن القيام بممارسات تمييزية، وعدم القيام بأي نوع من إعاقة الرعاية الصحية وخدماتها، وكذلك عدم تسويق أدوية غير مأمونة وعدم تلويث الهواء والمياه والتربة بطريقة غير قانونية، والامتناع عن تقييد الحصول على الخدمات الصحية كتدبير عقابي مثلاً، أثناء النزاعات المسلحة بما في ذلك من انتهاك للقانون الإنساني الدولي.

2. **الالتزام بالحماية:** وتشمل واجبات الدول في وضع تشريعات وسياسات من شأنها أن تكفل المساواة في فرص الحصول على الرعاية الصحية المختلفة، واتخاذ التدابير بحيث لا تشكل خصخصة القطاع الصحي تهديداً في توفير الخدمات الصحية ومرافقها والسلع الضرورية لها وإمكانية الوصول إليها . وضرورة مراقبة تسويق الأدوية والمعدات الطبية من قبل أطراف ثالثة، واتخاذ الإجراءات اللازمة لضمان كفاءة أداء العاملين في المجال الصحي في الجانب العلمي والفني والأخلاقي.

3. **الالتزام بالأداء والتطبيق:** ضرورة أن تقوم الدول بالإقرار بالحق في الصحة في النظم القانونية الوطنية لها ، من خلال تبني تشريعات حديثة، ووضع سياسة وخطة وطنية صحية لإعمال الحق في الصحة، بما فيها الالتزام بتقديم الرعاية الصحية وما يشملها من برامج تحصين وطنية ضد الأمراض المعدية والخطيرة، وضمان التمتع بمقومات الصحة الأساسية كالغذية السليمة والمياه الصالحة للشرب والسكن اللائق. أما الالتزامات الأساسية للدول فيتوجب تكريسها بصفة إلزامية أو إجبارية للوفاء بالمادة (12) من العهد الدولي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية⁴⁷.

ولئن كان القصد أن يجري إعمال جميع الحقوق المنصوص عليها بموجب العهد تدريجياً، فإن الدول عليها بعض الالتزامات الأساسية الدنيا ذات الأثر الفوري. وتشتمل هذه الالتزامات الفورية على ضمانات عدم التمييز وضمان المساواة للجميع فيما يتعلق بالوصول إلى المرافق والحصول على الخدمات والسلع والمقومات

46 اللجنة الاقتصادية والاجتماعية والثقافية. 2000. التعليق العام رقم 14. فقرة 33 و 34 و 35 و 36
47 اللجنة الاقتصادية والاجتماعية والثقافية. 2000. التعليق العام رقم 14. فقرة 43

الأساسية للصحة، وفي هذا الإطار يجب على الدول أن تسد الاحتياجات المختلفة الخاصة بالمجموعات السكانية مثل النساء، والأطفال، الأشخاص ذوي الإعاقة، المسنين، والفقراء، ممن يواجهون تحديات صحية خاصة مثل معدلات الوفيات المرتفعة أو التعرض للأمراض معينة⁴⁸. كما يقع على عاتق الدول الالتزام باتخاذ خطوات مدروسة ومحددة وهادفة نحو الأعمال الكامل للحق في الصحة، مثل إعداد استراتيجية وخطة عمل وطنيتين للصحة العامة. ويعني الأعمال التدريجي أن على الدول التزاما محددا ومستمرًا بالتحرك على أسرع وأكفأ نحو ممكن في اتجاه الأعمال الكامل للحق في الصحة⁴⁹.

مما تقدم نجد أن العهد الدولي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية قد أكد على الدول الأطراف بشكل رئيس ضرورة الإقرار بالحق في الصحة وتبني تشريعات حديثة تكفل الحصول على الخدمات الصحية دون تمييز ووضع السياسات والخطط الوطنية الصحية لأعمال الحق في الصحة، إلى جانب أنه وضع آليات متابعة وتوجيهات تتعلق بمعايير الجودة والكفاية الصحية للبرامج والسياسات والتشريعات المتعلقة بالتزامات الدول، وذلك عبر توطين تلك الالتزامات بالأدوار المنوطة باللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية وعلاقة تلك اللجنة بالأجسام والمنظمات التابعة لهيئة الأمم المتحدة وغيرها من المنظمات.

2. الحق في الصحة في القانون الدولي الإنساني:

تكمن أهمية القانون الدولي الإنساني في أنه يشكل آلية لحماية المدنيين في أوقات النزاعات المسلحة وذلك من خلال حماية الحد الأدنى من الحقوق الأساسية التي يجب احترامها وعدم المساس بها من قبل الأطراف المتنازعة تحت أي ظرف كان. وتتمثل المصادر الأساسية للقانون الدولي الإنساني في قانون المعاهدات المتمثل باتفاقيات جنيف الأربع لعام (1949) والبروتوكولين الإضافيين لعام (1977). والمصدر الثاني للقانون الدولي للإنسان فهو اتفاقية لاهاي الخاصة بقوانين وأعراف الحرب والأنظمة الملقة عليها.

يعد توافر المرافق والسلع والخدمات الصحية وسهولة الوصول إليها ومقبوليتها وجودتها أمورا بالغة الأهمية في أوقات النزاع. ويعد وجود نظام صحي فعال بما في ذلك توافر العاملين في مجال الرعاية الصحية أمرا حيويا للتمتع بالحق في الصحة للأشخاص المتضررين من النزاع و/أو المشاركين فيه⁵⁰.

48 حقوق الإنسان، والصحة، واستراتيجيات الحد من الفقر، سلسلة منشورات الصحة وحقوق الإنسان، العدد رقم 5، المفوضية السامية لحقوق الإنسان ومنظمة الصحة العالمية، الأمم المتحدة، 2010، ص 8

49 ينظر الموقع الإلكتروني للمفوضية السامية لحقوق الإنسان

<http://www.ohchr.org/AR/Issues/Health/Pages/SRRHealthIndex.aspx>

50 ينظر تقرير المقرر الخاص المعني بحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى من الصحة البدنية والعقلية يمكن بلوغه فيما يتعلق بالحق في الصحة الواجب للأشخاص المتضررين من حالات الصراع و/أو المشاركين فيها، 2013، ص 33

إن حق المدنيين في الصحة حظي بعناية كبيرة في القانون الدولي الإنساني، ويعد ضمن الحق في الصحة توفير المواد الطبية والمشافي وحمايتهم وضمان سلامة أفرادها. وتتجلى ضمان حماية حق المدنيين في الحصول على الخدمات الصحية، في المبادئ والقواعد القانونية التالية:

أ. مبدأ حماية الجرحى والمرضى وأمثالهم من مخاطر الحرب.

يحظى الجرحى والمرضى والنساء والحوامل والأطفال دون الخامسة عشرة من العمر باحترام الأطراف المتشاركة في النزاع، ويتحقق ذلك عنهم وإخراجهم من المناطق المعرضة للهجوم أو المحصورة، ونقلهم إلى مواقع وأماكن آمنة ومنشأة لهذا الغرض ولا تجوز مهاجمتها⁵¹، وذلك وفقاً لما جاء في نص المادة 16 من اتفاقية جنيف الرابعة: "يكون الجرحى والمرضى وكذلك العجزة والحوامل موضع حماية واحترام خاصين"⁵².

وبقدر ما تسمح به مقتضيات العسكرية، يُسهل كل طرف من أطراف النزاع الإجراءات التي تتخذ للبحث عن القتلى أو الجرحى، ومعاونة الغرقى وغيرهم من الأشخاص المعرضين لخطر كبير وحمايتهم من السلب وسوء المعاملة⁵³.

وعن إنشاء مواقع الاستشفاء والأمان، نصت كذلك المادة 14 من اتفاقية جنيف الرابعة أنه: "يجوز للأطراف السامية المتعاقدة في وقت السلم، ولأطراف النزاع بعد نشوب الأعمال العدائية أن تنشئ في أراضيها، أو في الأراضي المحتلة إذا دعت الحاجة، مناطق ومواقع استشفاء وأمان منظمة بكيفية تسمح بحماية الجرحى والمرضى والعجزة والمسنين والأطفال دون الخامسة عشرة من العمر، والحوامل وأمّهات الأطفال دون السابعة"⁵⁴.

ومنحت الاتفاقية المذكورة حق انعقاد الاتفاقيات للأطراف المتحاربة من أجل الاعتراف بتلك المواقع وتسهيل التعرف عليها من جانب المنظمات الإنسانية، وكذلك الحق في إنشاء المواقع المشار إليها في الأقاليم التي يجري على أراضيها القتال بقصد حماية الأشخاص المذكورين من قبل⁵⁵.

ب. مبدأ الحصول على الإمدادات الطبية:

حفاظاً على صحتهم، يحق للمدنيين الحصول على الإمدادات الطبية والصحية، ويكون ذلك بإعطاء الحق للمنظمات الإنسانية تقديم الرعاية الطبية للمحتاجين دون تمييز إلا إذا اقتضت الحاجة الطبية ذلك⁵⁶.

51 أم بيدار، حماية حقوق الإنسان أثناء النزاعات المسلحة الدولية بين الشريعة والقانون، منشورات الحلبي الحقوقية، بيروت، الطبعة الأولى، 2009.

52 المادة 16 من اتفاقية جنيف الرابعة

53 ينظر: المادة 16 من اتفاقية جنيف الرابعة 1949.

54 المادة 14 من اتفاقية جنيف الرابعة 1949

55 ينظر: المواد 14 و15 من اتفاقية جنيف الرابعة 1949.

56 ينظر: فقرة 2 المواد 1، 10، 70 من البروتوكول الإضافي الأول 1977.

وبضرورة قيام الأطراف المتنازعة بتقديم كافة التسهيلات اللازمة لمرور الوسائل والآلات التي تنقل المواد الطبية من أجل إيصالها إلى المحتاجين بأسرع ما يمكن، مع تقديم الحماية الكافية لها حتى تصل إلى المكان المطلوب⁵⁷. ويجب على القائمين باعتقال المدنيين - بناء على ما سبق - توفير الرعاية الصحية الكافية لهم. وبهذا تكون عملية حصول المدنيين على الإمدادات الطبية سهلة لسد حاجاتهم بها⁵⁸.

ث. حماية حقوق الأسرى الصحية في ضوء القانون الدولي الإنساني:

نصت المادة (76) من اتفاقية جنيف الرابعة على أن يخضع الأسرى والمعتقلون لنظام غذائي وصحي يكفل المحافظة على صحتهم، وينظر على الأقل النظام المتبع في سجون البلد المحتل، وتقدم لهم الرعاية الطبية التي تتطلبها حالتهم الصحية ...؛ وتلقي طرد إغاثة مرة واحدة شهريا على الأقل⁵⁹.

فيما أكدت المادة (85) من الاتفاقية ذاتها على ضرورة أن تتخذ الدولة الحائزة جميع التدابير اللازمة والممكنة لضمان إيواء الأشخاص المحميين، منذ بدء اعتقالهم في مبان تتوفر فيها الشروط الصحية وضمانات السلامة، ويجب أن تكون المباني محمية تماماً من الرطوبة، وكافية التدفئة والإضاءة، وأن تكون أماكن النوم كافية الاتساع والتهوية. وحول الشروط الصحية والرعاية الطبية، فقد أكدت المادتان (91) و(92) من اتفاقية جنيف الرابعة على أنه يجب أن تتوفر في كل معتقل عيادة مناسبة، يشرف عليها طبيب مؤهل، يحصل فيها المعتقلون على ما يحتاجونه من رعاية طبية، وأن تجرى الفحوصات الطبية للمعتقلين مرة واحدة على الأقل شهريا، حتى تكون هناك مراقبة على الحالة الصحية والتغذية للمعتقلين، وكذلك اكتشاف الأمراض المعدية⁶⁰.

وتلتزم الدول في أثناء النزاع المسلح باحترام الحق في الصحة وحماية هذا الحق وإعماله. ويشمل ذلك الحالات التي تحتل فيها دول أراضي أجنبية أو تمارس بأي طريقة أخرى سيطرة فعلية عليها، وتكون جميع الالتزامات بموجب الحق في الصحة سارية في هذه الأراضي⁶¹. وتقع أيضا على الدول التزامات أخرى تتعلق بحقوق الإنسان، تشمل على سبيل المثال لا الحصر الحق في الحياة والالتزام بالامتناع عن التعذيب وغيره من ضروب المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة⁶².

57 ينظر: المادة 23 من اتفاقية جنيف الرابعة 1949.

58 بيدار، مصدر سابق.

59 ينظر: المادة (76) من اتفاقية جنيف الرابعة 1949.

60 ينظر المواد 91، 92 من اتفاقية جنيف الرابعة 1949.

61 فتوى محكمة العدل الدولية بشأن الآثار القانونية القانونية الناشئة الناشئة عن تشييد جدار في الأرض الفلسطينية الفلسطينية المحتلة 2004، الفقرة 112. للمزيد <http://www.icj-cij.org/files/advisory-opinions>

62 تقرير المقرر الخاص المعني بحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى من الصحة البدنية والعقلية يمكن بلوغه، 2013، ص 7، الفقرة 13.

ويقتضي الالتزام باحترام الحق في الصحة عدم تدخل الدول في تمتع الأشخاص بهذا الحق وذلك بالامتناع عن الممارسات التمييزية. وينبغي ألا تقوم الدول بوضع سياسات أو التصرف بطرق تنشئ حواجز أمام تمتع الأشخاص بالحق في الصحة، مثل إعاقة الوصول إلى المرافق والسلع والخدمات الصحية بوجه عام⁶³.

من العناصر الأساسية للمتع بالحق في الصحة توافر المشافي والعيادات العاملة وسهولة الوصول إليها والدول ملزمة بضمان ألا تتعرض المرافق الصحية لضرر نتيجة للنزاع. ومع ذلك، يفرض عدد من الحواجز المادية في أوقات النزاعات المسلحة، مما يؤثر بشدة على الوصول إلى المرافق والخدمات الصحية. وتتسبب العقوبات مثل الطرق الالتفافية القسرية، واستجواب المرضى وفرض تصاريح السفر والإيقاف التعسفي عند نقاط التفتيش في تدهور أحوالهم الصحية. كما أن التدابير الأخرى مثل الحصار وحظر التجوال الطويل أو غير المحدد وحواجز الطرق تقيد أيضاً حركة الأشخاص والنقل، وبالتالي تؤثر سلباً على الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية الأساسية في المناطق المتضررة من النزاعات المسلحة وتقديم تلك الخدمات. في ضوء ما سبق فقد كفل القانون الإنساني الدولي الحقوق الصحية للسكان المدنيين الواقعين تحت سلطة الاحتلال⁶⁴ ويشمل كذلك المسائل المتعلقة بالأسرى سواء كان الاحتجاز أو الغذاء أو الملابس أو النظافة والرعاية الطبية⁶⁵.

ومن الجدير ذكره أن انتهاك بعض الحقوق الصحية يأتي في إطار المخالفات الجسيمة للقانون الدولي الإنساني بما يشمل التجارب الخاصة بعلم الحياة وتعمد إحداث آلام شديدة، أو الإضرار الخطير بالسلامة البدنية أو بالصحة (اتفاقية جنيف الرابعة، 1949، المادة (147) إلى جانب قرار مجلس الأمن رقم 1612 الذي يطالب فيه الأمانة العامة للأمم المتحدة بإنشاء آلية للرصد والإبلاغ فيما يتعلق بالأطفال المتضررين من النزاعات المسلحة، وتشمل الهجوم على المدارس أو المشافي.

ثانياً: الإطار القانوني الوطني الناظم للحق في الصحة

أ. القانون الأساسي الفلسطيني وتعديلاته

على المستوى الوطني، تعتبر الحقوق الأساسية مبادئ عامة للقانون يركز عليها النظام القانوني الفلسطيني حيث يقف هذا القانون على هرم القوانين الوطنية التي

63 المصدر السابق، الفقرة 13.

64 تنص المادة 42 من لائحة لاهاي لعام 1907 على ما يلي "تعتبر أرض الدولة محتلة حين تكون تحت السلطة الفعلية لجيش العدو. ولا يشمل الاحتلال سوى الأراضي التي يمكن أن تمارس فيها هذه السلطة بعد قيامها".

65 الموقع الإلكتروني للجنة الدولية للصليب الأحمر <https://www.icrc.org/ara/war-and-law>

نصت صراحة على مبدأ المساواة بين المواطنين، وفي هذا الصدد نصت المادة (9) منه على: "الفلسطينيون أمام القانون والقضاء سواء لا يميّز بينهم العرق أو الجنس أو اللون أو الدين أو الرأي السياسي أو الإعاقة". وكفلت المادة (10) من القانون الأساسي حماية حقوق الإنسان حيث نصت على: أ. أن حقوق الإنسان وحرياته الأساسية ملزمة وواجبة الاحترام. ب. تعمل السلطة الوطنية الفلسطينية دون إبطاء على الانضمام إلى الإعلانات والمواثيق الإقليمية والدولية التي تحمي حقوق الإنسان. إذا لم يتناول القانون الأساسي الفلسطيني لعام 2002 وتعديلاته الحق في الصحة بشكل مباشر، أو ضمن مادة مستقلة، وإنما من خلال الحقوق الأخرى⁶⁶، مثل الحق في العمل، وقضايا رعاية الأمومة والطفولة، والتجارب العلمية، كما نص على خدمات التأمين الاجتماعي والصحي، التي تكفلها السلطة الوطنية لأسر الشهداء والأسرى والجرحى والمتضررين والمعاقين.⁶⁷ كما أكد على عدم جواز إخضاع أي تجربة طبية أو علمية على أحد دون رضا قانوني مسبق، ولا يجوز إخضاع أحد للفحص الطبي أو للعلاج أو لعملية جراحية، إلا بموجب القانون الذي ينظم ذلك،⁶⁸ وتناول كذلك تنظيم علاقات العمل بما يكفل العدالة للجميع، ويوفر للعمال الأمن والرعاية الصحية والاجتماعية.⁶⁹ وأكد أيضا على عدم استغلال الأطفال لأي غرض كان، وعدم السماح لهم بالقيام بعمل يلحق ضرراً بسلامتهم أو بصحتهم أو بتعليمهم.⁷⁰

وعليه وفي هذا القسم سنقوم بمراجعة التشريعات والقوانين الثانوية الخاصة بالحق في الصحة، وإلقاء الضوء على واقع الحق في الصحة في فلسطين من خلال مؤشرات عملية على ذلك. واستيضاح مدى تضمين حق الوصول إلى الخدمات والمرافق والسلع الصحية في المواد القانونية.

ب. القوانين والتشريعات الخاصة بالحق في الصحة

حدد قانون الصحة العامة الفلسطيني رقم 20 لسنة (2004) الإطار القانوني للتشريعات الصحية المتعلقة بالحق في الصحة بين الضفة الغربية وقطاع غزة، وتناول العديد من المسائل الصحية، مثل رعاية الأمومة والطفولة، ومكافحة الأمراض المعدية والأوبئة، والحجر الصحي، والمكاره الصحية، وصحة البيئة، والصحة المهنية، والثقافة الصحية، والعقاقير الطبية، والمهن الطبية المساعدة، وسلامة الأغذية والمشافي والعيادات، والمراكز الصحية،

66 المزيد بنظر الوثيقة التوجيهية حول إدماج حقوق الإنسان في خطط التنمية الوطنية الفلسطينية، 2014، دولة فلسطين، وزارة العدل ووزارة التخطيط والتنمية الإدارية، الصفحة 100.

67 المادة (22) من القانون الأساسي الفلسطيني المعدل لعام 2003.

68 المادة (16) من القانون الأساسي الفلسطيني المعدل لعام 2003.

69 المادة (25) من القانون الأساسي الفلسطيني المعدل لعام 2003.

70 المادة (29) من القانون الأساسي الفلسطيني المعدل لعام 2003.

والعقوبات المقررة على من يخالف أحكام القانون. كما نص على أن من مهام وصلاحيات وزارة الصحة "توفير التأمين الصحي للسكان ضمن الإمكانيات المتوفرة"⁷¹.

مع ذلك لم يراع قانون الصحة العامة، بالقدر الكافي، المعايير الدولية الخاصة بحقوق الإنسان والصحة. فلم يعالج مثلاً الحقوق الصحية للسجناء والمعتقلين، ولم يعالج مسألة الممارسات الطبية الخاطئة، ولم يحدد دور نقابات المهن الطبية، وغابت عنه الضوابط التي تنظم العلاقة بين أصحاب المهن الطبية والمرضى، وافتقر لنصوص تحمي الأطباء والعاملين في المهن الطبية عند ممارستهم للمهنة ولم يعالج أخطاء المهنة الطبية، وافتقر إلى تنظيم نقل الأعضاء، والتأمين الصحي⁷². وحق الفئات المهمشة في الرعاية الصحية حيث لم ينص قانون الصحة العامة على الضمانات القانونية اللازمة للأشخاص ذوي الإعاقة، بمن فيهم النساء والأطفال ذوو الإعاقة، والمسنين. كما لم يشر القانون إلى مفهوم الحق في الصحة ومعايير إعمال هذا الحق، أو ينطلق في ديباجته من أن الصحة حق، ولم تؤكد مواده على حقوق المنتفعين والمرضى في الصحة⁷³. ويؤخذ على الحكومة في هذا الإطار عدم وضع الأنظمة التنفيذية لهذا القانون، لا سيما بشأن موضوع التحقيق في شكاوى المواطنين الذين يتعرضون للضرر في أعقاب تلقيهم معاملة طبية، وإجراءات عمل لجان التحقيق الفنية، وطريقة عملها، وتوثيق كافة مجريات عملية التحقيق التي تقوم بها⁷⁴.

من جهته ضمن قانون الطفل الفلسطيني رقم (7) لسنة 2004 الحق في الصحة للطفل باعتباره من الحقوق الأساسية في المادة (22) التي نصت على "أن للطفل الحق الحصول على أفضل مستوى ممكن من الخدمات الصحية المجانية مع مراعاة قانون التأمين الصحي وأنظمتها المعمول بها، وعلى ألا تستوفي أي رسوم عن تطعيم الأطفال، وأن تقدم الخدمات الصحية المجانية للأطفال دون سن السادسة وفقاً للضوابط والمعايير التي تضعها وبما لا يتعارض مع قانون الصحة العامة والقوانين الأخرى ذات العلاقة".

كما نصت المادة (22) من القرار بقانون رقم (4) لسنة 2016م بشأن حماية الأحداث بضرورة عرض الحدث أو الطفل المعرض لخطر الانجراف فور توقيفه أو إيداعه على جهة طبية معتمدة لضمان تقديم الرعاية الصحية الوقائية والعلاجية التي تتطلبها حالته البدنية أو العقلية⁷⁵.

71 المادة (2) من قانون الصحة العامة رقم 20 لسنة 2004.

72 المرزبد ينظر الوثيقة التوجيهية حول إدماج حقوق الإنسان في خطط التنمية الوطنية الفلسطينية، 2014، دولة فلسطين، وزارة العدل ووزارة التخطيط والتنمية الإدارية، الصفحة 101.

73 الهيئة المستقلة لحقوق الإنسان، 2008 وضع حقوق الإنسان في مناطق السلطة الفلسطينية: التقرير السنوي : رام الله: منشورات الهيئة، ص122

73 ادعيس، م.، 2008. واقع الحق في الصحة في أراضي السلطة الفلسطينية. رام الله: منشورات الهيئة، ص18-19

74 المرزبد ينظر التقرير السنوي الحادي والعشرون للهيئة المستقلة لحقوق الإنسان حول وضع حقوق الإنسان في فلسطين 2015، ص228

75 قرار بقانون رقم (4) لسنة 2016م بشأن حماية الأحداث.

وكذلك الأمر نصت المادة 10 من قانون حقوق المعوقين رقم (4) لسنة 1999 على حق الأشخاص ذوي الإعاقة في الرعاية الصحية والحقوق المتعلقة بإعادة تأهيلهم⁷⁶. كما نصت المادة (12) من القانون على أن: "تقوم وزارة التنمية الاجتماعية بالتنسيق مع الجهات المختصة بالعمل على رعاية وتأهيل المعوقين في الفئتين الثانية والسادسة، فتضمنت الفقرة الثانية في المجال الصحي: تشخيص وتصنيف درجة الإعاقة لدى المعوق، ضمان الخدمات الصحية المشمولة في التأمين الصحي الحكومي مجاناً للمعوق ولأسرته، كذلك تقديم الرعاية الطبية اللازمة لمختلف إعاقاتهم، وتقديم وتطوير خدمات الاكتشاف المبكر للإعاقة والرعاية الصحية المبكرة والعمل مع الأشخاص المعوقين وأسراهم بهدف منع التدهور الصحي والوظيفي للشخص المعوق. توفير الأدوات والأجهزة الطبية اللازمة لمساعدة المعوق وتقديم الخدمات الوقائية والعلاجية التي تهدف إلى تقليل نسبة الإعاقة في المجتمع. توفير العلاجات اللازمة حسب النظام المعمول به وإجراء العمليات الطبية والجراحية والتشخيصية لكل شخص معوق، وفي حالة عدم توفرها تتكفل وزارة الصحة بتسديد النفقات أو شراء الخدمة من القطاع الخاص سواء داخل الوطن أو خارجه⁷⁷".

المادة ذاتها من القانون نصت على التدابير الوقائية من حيث أهمية التوعية وواجب وزارة التنمية ووزارة الصحة في ذلك: "الفقرة السادسة: في مجال التوعية الجماهيرية: تقوم وزارة الشؤون الاجتماعية بحملات توعية الجماهير حول الإعاقات بجميع أنواعها من خلال ما يلي: 1. القيام بحملات توعية الجماهير على صعيد الوطن حول الإعاقات بجميع جوانبها من مسببات ونتائج وآثار وحاجات مثل أسباب الإعاقة:

أ- أسباب وراثية: التي تنتج عن خلل جيني والإعاقات البصرية والسمعية ولبن العظام.
ب- أسباب بيئية: مثل: الأمراض المعدية والأمراض غير المعدية، الإصابات المختلفة، الكحول والعقاقير، الأمراض العقلية. ت- أسباب اجتماعية: مثل الحمل والولادة والحوادث والزواج المبكر وسوء التغذية... الخ. 2. التوعية لتطوير أسس الرعاية الصحية والأولية من حيث التغذية والمحافظة على مصادر المياه وتنقيتها والتشخيص المبكر للإعاقات. 3. القيام بحملات توعية لتلقيح الأطفال بالتطعيم اللازمة. 4. نشر المعلومات والبيانات المتعلقة بالوقاية من الإعاقة بهدف تقليل نسبتها أو الحد منها وذلك بالبعد عن مسببات الإعاقة".

وفي قراءة تحليلية نقدية لهذا القانون وخاصة في مجال تقديم الخدمات الصحية للأشخاص ذوي الإعاقة، نجد أنه لم يقدم مزايا إيجابية لصالح

76 المادة 10 من قانون حقوق المعوقين الفلسطينيين رقم 4 لسنة 1999

77 المادة 12 من قانون حقوق المعوقين الفلسطينيين رقم 4 لسنة 1999

النساء أو الأطفال ذوي الإعاقة وكذلك لم تسهم اللائحة التنفيذية في تقديم توضيح أو تفسير لتقديم آليات تساعد في تمكين وصول النساء والأطفال ذوي الإعاقة إلى الخدمات والمرافق الصحية والحصول عليها دون معوقات من شأنها تعطيل تمتعهم بحقوقهم الصحية، من جانب آخر فإن الادعاء بأن القانون لا يميز بين الإناث والذكور وهو ينطبق على الجنسين هو أمر غير كافٍ لتمكين النساء من نيل حقوقهن، فمن غير المعلوم إذا كانت هذه الشكاوى تمكن النساء من الانتصاف والوصول إلى العدالة وهل هي كافية للاستجابة؟ وكذلك معالجة الانتهاكات الواقعة على النساء؟

اشتمل القانون على أن تقوم الوزارة المختصة (وزارة الشؤون الاجتماعية) بالتنسيق مع الجهات المعنية بالعمل على رعاية المعوقين في المجال الصحي، ولم يتضمن القانون أية صفة إلزامية لتقديم هذه الخدمات.

الفقرة (ب) من المادة (2/10) ضمنت تقديم الخدمات الصحية المجانية للشخص ذو الإعاقة وأسرته، إلا أن القانون ساوى بين الشخص ذا الإعاقة والشخص غير المعوق بتحديد هذه الخدمات بما فيها⁷⁸ الخدمات المشمولة بالتأمين الصحي الحكومي، في حين أن الشخص ذو الإعاقة بسبب إعاقته لا يستطيع تغطية نفقات الخدمات الصحية الأخرى غير المشمولة بالتأمين الصحي الحكومي، لذا من الواجب التعديل في القانون بما يشمل تقديم الخدمات الصحية اللازمة للأشخاص ذوي الإعاقة كاملة.

ولم تضيف المادة (22) من اللائحة التنفيذية الكثير إلى ما ورد في القانون غير أنها أشارت إلى تقديم العلاجات وتغطية نفقات العمليات الجراحية للأشخاص ذوي الإعاقة وشراء الخدمة من القطاع الخاص على نفقة وزارة الصحة، ولكن يظل هذا الأمر محكوماً بنظام التأمين الصحي المعمول به والذي يلزم المؤمن دفع نسبة من هذه النفقات، هذا ويجب أن تتضمن اللائحة التنفيذية تفصيلات أشمل لنوع الخدمات والنفقات العلاجية المطلوبة.

لدى تحليل النصوص نرى أن " قانون حقوق المعوقين " انطوى على تمييز واضح بين الأشخاص ذوي الإعاقة أنفسهم في الحصول على الخدمات الطبية المساعدة كما في البند (د) من المادة (2/10) حيث أعفت الأشخاص ذوي الإعاقة

78 تنص المادة 10/2 من قانون حقوق المعوقين رقم 4 لسنة 1999 على توفير مجموعة من الخدمات في المجال الصحي وهي:

أ. تشخيص وتصنيف درجة الإعاقة لدى المعوق.
ب. ضمان الخدمات الصحية المشمولة في التأمين الصحي الحكومي مجاناً للمعوق ولأسرته.
ت. تقديم وتطوير خدمات الاكتشاف المبكر للإعاقات.
ث. توفير الأدوات والأجهزة الطبية اللازمة لمساعدة المعوق وفقاً للمادة (5) من هذا القانون.
ج. تقديم الخدمات الوقائية والعلاجية التي تهدف إلى تقليل نسبة الإعاقة في المجتمع.

بسبب مقاومة الاحتلال من المساهمة بالنفقات العلاجية والأجهزة المساعدة ، وذلك وفقا للمادة (5) من القانون التي حددت أن "المعوق عليه المساهمة بنسبة لا تزيد عن 25 ٪ من تكلفة توفير الأدوات والأجهزة الطبية اللازمة لمساعدته".

لم يعف القانون الأطفال ذوي الإعاقة من نسبة المساهمة في تكلفة توفير الأدوات الطبية والعلاجية بالرغم من أنهم لا يعملون وبالتالي لا يوجد لديهم دخل يمكن من خلاله تغطية نسبة المساهمة، وبالرغم من أنه يُفهم من القانون حق الأطفال ذوي الإعاقة في أن تكفل لهم السلطة خدمات الرعاية الصحية وكما أكد على ذلك أيضا قانون الطفل الفلسطيني، إلا أن الواقع يشير إلى تحميل أسر الأشخاص ذوي الإعاقة نسبة من قيمة الخدمات الطبية أو الأجهزة المساعدة وهو ما يؤدي إلى زيادة أعباء الأسر التي لديها أطفال ذوو إعاقات.

بالمقابل فإن عدم توائم قانون الصحة العامة والقوانين المرتبطة به ذات العلاقة مع الاتفاقيات والمواثيق الدولية حتى الآن يؤثر بشكل سلبي على حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة في الوصول إلى المرافق والحصول على الرعاية والسلع الصحية المناسبة، مما يتطلب -على أقل تقدير في الوقت الحالي ولحين تعديل التشريعات- القيام باتخاذ تدابير وإجراءات ضرورية لضمان تمتع الأشخاص ذوي الإعاقة برزمة الخدمات الصحية دون تمييز.

من جهة أخرى نصت المادة (13) من قانون مراكز الإصلاح والتأهيل الفلسطيني لسنة 1998 على أن: تنشأ في كل مركز عيادة وتزودها الخدمات الطبية بطبيب وعدد من الممرضين وبالمعدات والأدوية اللازمة ويقوم الطبيب بمعاينة كل نزيل لدى دخوله المركز وقبل الإفراج عنه ويدون تقريراً عن حالته الصحية موضحاً به تاريخ وساعة إعداد ذلك التقرير. وكذلك الإشراف الصحي الدائم على النزلاء في حالة الإضرار عن الطعام. و العناية بصحة النزلاء وتقديم تقرير دوري إلى المدير متضمناً توصياته بهذا الشأن.

كما كفل القرار بقانون رقم 19 لسنة 2016 بشأن الضمان الاجتماعي منافع العناية الطبية التي تشمل تكاليف العلاج الطبي والإقامة في المشفى و تكاليف التنقل الناجمة عن إصابة العمل التي يتكبدها العامل المصاب المؤمن عليه نتيجة التنقل ذهاباً وإياباً من مكان العمل أو الإقامة إلى المكان الذي يتلقى فيه العلاج، إضافة إلى توفير الخدمات التأهيلية والأجهزة، بما في ذلك الأطراف الصناعية التي يقرر المرجع الطبي مواصفاتها.⁷⁹

79 المواد 74 و75 من القرار بقانون رقم 19 لسنة 2016 بشأن الضمان الاجتماعي، الوقائع الفلسطينية عدد ممتاز 13، 20/10/2016.

وبخصوص التزامات صاحب العمل فقد نصت المادة (75) على أن يلتزم صاحب العمل بنقل العامل المؤمن عليه المصاب فور وقوع إصابة العمل في مكان العمل إلى أقرب مشفى أو أي جهة مختصة بالعلاج معتمدة من المؤسسة. وعلاوة على قانون الصحة العامة المذكور، فقد تناول عددا من التشريعات الفلسطينية التي وضعتها السلطة الوطنية الفلسطينية قضايا صحية مختلفة، تصب في إطار الجهد التشريعي الرسمي للحق في توفير مستوى صحي لائق للمواطن، كقانون المجلس الطبي الفلسطيني لعام 2006، وقانون مكافحة التدخين لعام 2005، وقانون المياه لعام 2002، وقانون العمل لعام 2000، وقانون حقوق المعوقين لعام 1999، وقانون البيئة لعام 1999، وقانون التأمين لعام 2005. وقانون مراكز الإصلاح والتأهيل لعام 1998.

إن التشريعات والقوانين الوطنية وعلى رأسها القانون الأساسي الفلسطيني لم تتناول الحق في الصحة كحق ولم تضع تعريفا للحق في الصحة ولم تتناول معايير أعمال الحق في الصحة ولم تفرد أحكاما خاصة وضمانات قانونية للحق في الصحة للفئات المهمشة في المجتمع الفلسطيني. إلا أنه وعلى الصعيد التشريعي فقد أصدرت دولة فلسطين مجموعة من التشريعات تهدف إلى توفير مستوى صحي لائق للمواطن الفلسطيني، إلا أن هذه التشريعات والقوانين لا تتواءم مع الاتفاقيات الدولية التي انضمت إليها دولة فلسطين.

القسم الثالث :

معيقات الوصول إلى
خدمات الرعاية الصحية
في فلسطين

القسم الثالث: معوقات الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية في فلسطين

يتناول هذا القسم الحواجز والمعوقات التي تحول دون الوصول إلى الخدمات الصحية والحصول عليها، وذلك من خلال أربعة أجزاء، الجزء الأول: يتناول أثر السياسات والإجراءات الإسرائيلية على حق المواطن الفلسطيني في الوصول إلى الخدمات والمرافق والسلع الصحية، أما الجزء الثاني: فيتناول واقع الحق في الوصول إلى الخدمات والمرافق والسلع الصحية في فلسطين والحصول عليها ويسلط الضوء في هذا الفرع على التدابير والسياسات الوطنية التي اتخذتها الحكومة الفلسطينية لضمان الوصول إلى هذه الخدمات. والجزء الثالث: يلقي الضوء على أثر الفساد على حق المواطنين في الوصول إلى الخدمات الصحية. سيستعرض هذا القسم المعوقات التي تؤثر على إمكانية وصول المواطنين إلى المرافق والخدمات الصحية في ظل مجموعة من الإجراءات والممارسات الاحتلالية.

لمحة عامة

شهد العام 2017 تصاعدا خطيرا أقدم عليه الاحتلال العسكري بحق الفلسطينيين وأراضيهم وممتلكاتهم وما زالت الانتهاكات الإسرائيلية تؤثر بشكل سلبي على حياة المواطنين الفلسطينيين اليومية، فبالرغم من المساعي الدولية الحثيثة خلال الأعوام الماضية لإنهاء الاحتلال العسكري إلا أن دولة الاحتلال الإسرائيلي ما زالت تتماهى في انتهاكاتها بحق الشعب الفلسطيني، وتستمر في النشاطات الاستيطانية في الأراضي الفلسطينية المحتلة والمتمثلة بمصادرة الأراضي الفلسطينية والتوسعات الاستيطانية المختلفة وشرعنة تلك البؤر الاستيطانية غير القانونية وعمليات الهدم الإسرائيلية التي استهدفت مئات المنازل والمنشآت الفلسطينية في الضفة الغربية المحتلة وشردت العديد من العائلات الفلسطينية (من أطفال وكبار السن ونساء)، إضافة إلى انتهاكات المستوطنين التي باتت تشكل خطورة كبيرة على المواطنين الفلسطينيين وحياتهم اليومية، هذا بالإضافة إلى استهداف القطاع الزراعي الفلسطيني من اقتلاع للأشجار الفلسطينية وبخاصة أشجار الزيتون التي تعتبر مصدر دخل رئيسيا وهاما للعائلات الفلسطينية، وكذلك تدمير المنشآت والمعدات الزراعية والمصادر التي تبعثها من أجل شل الحركة الزراعية والاقتصادية، هذا بالإضافة إلى مئات أوامر الهدم ووقف العمل الإسرائيلية التي استهدفت تجمعات فلسطينية بأكملها تحت مسميات واهية، من أجل السيطرة على الأراضي التي تقوم عليها هذه التجمعات⁸⁰.

80 ينظر Monitoring Israeli Colonizing activities in the Palestinahttp://poica.org/2018/01 تمت الزيارة 1/12/2017

يستغل الاحتلال الإسرائيلي أكثر من 85 ٪ من مساحة فلسطين التاريخية، حيث لم يتبق للفلسطينيين سوى حوالي 15 ٪ من مساحة الأراضي فقط، وقد بلغت نسبة الفلسطينيين 48 ٪ من إجمالي السكان في فلسطين التاريخية. حيث تضع سلطات الاحتلال كافة العراقل وتشدد الخناق على التوسع العمراني للفلسطينيين خاصة في القدس والمناطق المسماة (ج) والتي تزيد مساحتها عن 60 ٪ من مساحة الضفة الغربية. وفي قطاع غزة أقام الاحتلال الإسرائيلي منطقة عازلة على طول الشريط الحدودي بعرض يزيد عن 1500م على طول الحدود الشرقية للقطاع وبهذا يسيطر الاحتلال الإسرائيلي على حوالي 24 ٪ من مساحة القطاع الذي يعتبر من أكثر المناطق ازدحاما وكثافة للسكان في العالم بحوالي 5,000 فرد/كم²، وفي الضفة الغربية تسيطر إسرائيل على أكثر من 90 ٪ من مساحة غور الأردن والذي يشكل ما نسبته 29 ٪ من إجمالي مساحة الضفة الغربية، بالإضافة إلى جدار الضم والتوسع الذي عزل أكثر من 12 ٪ من مساحة الضفة الغربية.⁸¹

كما بلغ عدد المواقع الاستعمارية والقواعد العسكرية الإسرائيلية في الضفة الغربية 413 موقعا، منها 150 مستعمرة و119 بؤرة استعمارية، يقطنها 617,291 مستعمر، حيث تشكل نسبة المستعمرين إلى الفلسطينيين في الضفة الغربية حوالي 21 مستعمرا مقابل كل 100 فلسطيني، كما بلغت في محافظة القدس حوالي 69 مستعمرا مقابل كل 100 فلسطيني (سياسة تهويد القدس). إضافة إلى ذلك يسيطر الاحتلال الإسرائيلي على 85 ٪ من المياه المتدفقة من الأحواض الجوفية، ويسيطر الاحتلال الإسرائيلي على معظم الموارد المائية المتجددة في فلسطين والبالغة نحو 750 مليون م³ سنويا، ولا يحصل الفلسطينيون سوى على نحو 110 ملايين م³ من الموارد المتاحة أي بنسبة (15 ٪)، مما يجبر الفلسطينيين على شراء المياه من شركة المياه الإسرائيلية "ميكروت"، حيث وصلت كمية المياه المشتراة 70.2 مليون م³، وهو بذلك يعيد الاحتلال بيع المياه للفلسطينيين علما أن حصة الفلسطينيين من الأحواض الجوفية حسب اتفاقية أوسلو تبدأ من 118 مليون م³ وكان من المفترض أن تصبح هذه الكمية 200 مليون م³ بحلول العام 2000 لو تم تنفيذ الاتفاقية المرحلية، فيما بلغت حصة الفرد الفلسطيني 82.2 لتر/يوم من المياه في فلسطين، ويتراوح هذا المعدل بين 84.3 لتر/يوم في الضفة الغربية، و79.2 لتر /يوم في قطاع غزة مع الأخذ بعين الاعتبار أن ما يزيد عن 97 ٪ من مياه قطاع غزة لا تنطبق عليها معايير منظمة الصحة العالمية لمياه الشرب، وهي من حيث الكمية أقل من الحد الأدنى الذي توصي به المنظمة ذاتها وهو (100 لتر/فرد/يوم) كحد أدنى. (حصة الفرد في إسرائيل 5

81 ينظر الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني <http://www.pcbs.gov.ps/postar.aspx?lang=ar&ItemID=2777> تمت الزيارة 14/11/2017

أضعاف حصة الفرد الفلسطيني من المياه)، ومع سوء المورد الأساسي للحياة في قطاع غزه المتمثل بمياه الشرب إضافة إلى الضغط الديموغرافي على أرض القطاع والذي يعكس من خلال الكثافة السكانية المرتفعة، يتركز حوالي 2 مليون شخص في مساحة لا تتجاوز 365 كم² معظمهم من اللاجئين، هذا من جانب ومن جانب آخر فإن الحروب العدوانية الثلاث الأخيرة التي شنت على القطاع أدت إلى دمار شبه كامل في أبسط مقومات الحياة للفرد الفلسطيني لتتصاعد معها معدلات البطالة والفقر وسوء التغذية وهو ما يُشير إلى كارثة بيئية وإنسانية مستمرة.⁸²

أولاً: أثر السياسات والإجراءات الاحتلالية الإسرائيلية على الحق في الصحة

يعتبر الاحتلال معوقاً رئيساً في طريق تمتع الفلسطينيين بأعلى مستوى ممكن من الصحة يمكن بلوغه، وذلك بسبب ممارساته التي تقوض فرص العيش الكريم، وتحد من قدرة المواطنين والمواطنات على التنقل لتلقي العلاج والوصول إلى المرافق الصحية بأمان.

1. أثر الحواجز ونقاط التفتيش الإسرائيلية على حق المواطنين في الوصول إلى الخدمات الصحية، والحصول عليها:

تشكل الحواجز العسكرية الإسرائيلية أحد المعوقات الرئيسية التي تحد من إمكانية وصول المواطنين في الزمان والتوقيت المناسب لتلقي العلاج وفي هذا السياق ينتشر في أنحاء الضفة الغربية حوالي 40 حاجزاً عسكرياً ثابتاً معززاً بالجنود وحوالي 15 حاجزاً معززاً بين الفينة والأخرى في الشوارع الالتفافية الرئيسية والفرعية التي تربط المدن والقرى الفلسطينية بعضها ببعض، وهذا لا يشمل الحواجز العسكرية المنصوبة على الخط الأخضر أو التي تشكل نقطة الفحص الأخيرة ما بين الضفة الغربية والخط الأخضر⁸³. بالإضافة إلى ذلك، تقام مئات الحواجز (الطّيارة) كل شهر على الطرقات في مختلف أنحاء الضفة الغربية. إن انتهاج سلطات الاحتلال هذا الشكل من العراقيل الأمنية حسب ادعاءاتها من خلال إجراء فحوصات وعمليات تفتيش مستمرة يقوم بها جنود الاحتلال المقيمين على الحواجز المنتشرة، إلى جانب المعاملة المهينة والدور الطويل، تمنع السائقين الفلسطينيين حتى من استعمال قسم من الشوارع التي لا

82 المصدر السابق

83 ينظر الموقع الإلكتروني لمؤسسة حقوق الإنسان تقرير بعنوان "قيود على حرية التنقل والحركة - الحواجز والشوارع المنعقة، 2017، https://www.btselem.org/arabic/israeli_civilians/freedom_of_movement تمت الزيارة 20/11/2017

تسري عليها التقييدات والمنع. نتيجة لذلك، فإن حركة الفلسطينيين في جزء من الشوارع الرئيسة في الضفة الغربية شحيحة للغاية، بينما تتوفر هذه الشوارع للاستعمال الحصري من قبل المستوطنين⁸⁴. وهو ما يعتبر شكلاً من أشكال الإجراءات العنصرية والتمييزية بحق الفلسطينيين، ويظهر ذلك بشكل واضح وجلي في ممارسات الاحتلال بحق سكان البلدة القديمة في الخليل التي تقع تحت سيطرة الاحتلال بالكامل وفق اتفاقية الخليل الذي عزل أحياءها عن بقية أحياء المدينة، مما أثر على قدرة المواطنين على الوصول إلى العلاج الطبي⁸⁵.

كما تزداد المشكلة صعوبة أيضاً بالنسبة للقرى والتجمعات السكانية النائية والمحاذية لمعسكرات الجيش والمستوطنات، حيث يعاني سكانها جراء التدابير المشددة من قبل سلطات الاحتلال⁸⁶.

وخير مثال على ذلك حرمان شريحة واسعة من المواطنين من الوصول إلى القدس لتلقي العلاج في المشافي العربية بذرائع أمنية، والمثال الآخر هو حرمان الغزيين من التنقل عبر المعابر الخاضعة لسيطرة الاحتلال لتلقي العلاج في الضفة الغربية أو خارج البلاد، وترصد المنظمات الدولية الانتهاكات هذه بشكل دائم⁸⁷.

لقد أدت الإجراءات الاسرائيلية المكثفة والتعسفية، المتمثلة بسياسة الإغلاق والحواجز والبوابات الإلكترونية⁸⁸، إلى حرمان عشرات النساء من الوصول إلى المشافي لتلقي الخدمات الصحية اللازمة.

يشار إلى أن عدداً من المرضى توفوا على الحواجز والمعابر جراء الفترة الزمنية الطويلة التي يستغرقها وصولهم إلى المشفى أو المراكز الصحية المتوفرة فيها خدمات طبية مناسبة وكذلك جراء إجراءات التفتيش التي يقوم بها الجنود على المعابر والحواجز والتي لا يراعون فيها المرضى وحياتهم المعرضة للخطر جراء التأخير في وصولهم للمشافي⁸⁹.

إن حرمان الفلسطينيين من حقهم في حرية الحركة والتنقل داخل الأراضي الفلسطينية المحتلة يعد انتهاكاً لما جاء في المادة (13) من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان المؤرخ في 10 كانون الأول/ديسمبر 1948 والذي ينص على أن "لكل فرد

84 المصدر السابق

85 ينظر تقرير صحافي بعنوان "الاستيطان في الخليل"، 2017، <http://www.wafainfo.ps/atemplate.aspx?id=20116> تمت الزيارة 1/12/2017

86 للمزيد حول نموذج لهذه المناطق، ينظر الموقع الإلكتروني لمؤسسة بيتسيلم، تقرير بعنوان مسافر بطا.. منطقة إطلاق نار 2016

918 https://www.btsalem.org/arabic/south_hebron_hills/firing_zone، ينظر أيضاً معهد الأبحاث التطبيقية - أريج، دليل منطقة

التواني ومسافر بطا <http://vprofile.arj.org>، تمت الزيارة 1/12/2017

87 ينظر الموقع الإلكتروني لمؤسسة لجان العمل الصحي - http://www.hwc-pal.org/ar_page.php?id=D1QxJl3dwla29481APqryQL VeT8

88 مصدر سابق

89 ينظر الأحياء المقدسية خلف الجدار، جمعية حقوق المواطن 4734 <https://www.acri.org.il/ar/?p=4734> تمت الزيارة 23/11/2017

حرية التنقل واختيار محل إقامته داخل حدود كل دولة". كما يناهض هذا العمل الاستعماري المعاهدة الدولية الخاصة بالحقوق المدنية والسياسية المؤرخة في 16 كانون/ ديسمبر 1966 والتي تشدد أيضاً على أهمية الحق في حرية الحركة والتنقل من خلال المادة (12) فقرة (1) التي تنص على أن " لكل فرد يوجد على نجو قانوني داخل إقليم دولة ما حق حرية التنقل فيه وحرية اختيار مكان إقامته"، كما أن الحق في حرية الحركة هو ضرورة لتحقيق حقوق أخرى راسخة في العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، كالحق في الصحة التي نصت عليه (المادة 12)⁹⁰.

2. أثر الإجراءات الإسرائيلية على الحق في الصحة في قطاع غزة:

يؤدي الحصار المستمر ونظام التصاريح إلى تقييد إمكانية وصول سكان قطاع غزة إلى الضفة الغربية وإسرائيل، وفي داخل القطاع أيضاً، تقييد الحركة في المناطق الحدودية الواقعة بالقرب من السياج مع إسرائيل، حيث تقيم قوات الاحتلال مناطق عازلة⁹¹.

ووفقاً لاتفاقات أوسلو، فقد فتحت إسرائيل طريقاً يسمى (الممر الآمن) في تشرين الأول/ أكتوبر 1999، مما أتاح لـ 12000 من سكان قطاع غزة السفر إلى الضفة الغربية كل شهر. لكن هذه الطريق أغلقت في أيلول/ سبتمبر 2000، عقب اندلاع الانتفاضة الثانية. وبحلول آذار / مارس 2005، أي قبل خمسة أشهر من إخلاء إسرائيل لمستوطنات غزة، تراجعت حركة السفر إلى الضفة الغربية من قطاع غزة بنسبة 98 ٪. واعتبر تنقل الأشخاص مستحيلاً عملياً ومكلفاً⁹².

وبعد أن تسلمت حماس مقاليد الأمور في غزة في عام 2007، فرض نظام حصص صارم. وبات الحصول على التصاريح محصوراً في فئات محددة من الأشخاص، كالأشخاص المصابين المحتاجين للنقل الطبي الطارئ، والمرضى الحاليين للعلاج خارج مشافي غزة، وبعض رجال الأعمال، والحالات الإنسانية⁹³. غير أنه من غير الواضح توفر معايير شفافة ومعلنة من جهة السلطة الفلسطينية فيما يتعلق بالحالات التي يتم نقلها للعلاج خارج القطاع للعلاج، إلى جانب خضوع كافة الحالات التي يتم تقديمها عبر ما يسمى الارتباط المدني الإسرائيلي الفلسطيني إلى شروط وضوابط أمنية صارمة تضعها سلطات الاحتلال على الغزيين المرضى وذويهم المرافقين المنوي نقلهم إلى العلاج في الخارج، والكثير منها يواجه بالرفض للأسباب والدواعي الأمنية التي تفرضها سلطات الاحتلال.

90 ينظر <http://poica.org/Monitoring-Israeli-Colonizing-activities-in-the-Palestinian> تمت الزيارة 1/12/2017
91 ينظر تقرير الأمين العام للأمم المتحدة حول حالة حقوق الإنسان في الأرض الفلسطينية المحتلة، بما فيها القدس الشرقية، 2016، ص 10

92 المصدر السابق

93 المصدر السابق

وتفاقمَت آثار القيود الإسرائيلية المفروضة على حرية التنقل بسبب إقفال السلطات المصرية لمعبر رفح في 24 تشرين الأول/ أكتوبر 2014، باستثناء فترات قليلة كانت تسمح بها السلطات المصرية بفتح المعبر جزئياً⁹⁴. وبالرغم ممّا شهده قطاع الصحّة في الأراضي الفلسطينية من تطوّر منذ إنشاء السلطة الوطنية، إلّا أنّه بقي دون الحدّ المطلوب للتمتّع بالحقّ في الصحّة، حيث حال العديد من المعوقات دون تطوّر قطاع الصحّة، ودون القدرة على تقديم الخدمات للمواطنين بالشكل المطلوب. وعلى رأس هذه المعوقات، ممارسات دولة الاحتلال من حصار وإغلاق؛ ونجن هنا لا يمكننا فهم أبعاد تأثيرات الإغلاق على مناحي الحياة المختلفة في قطاع غزة، ولاسيّما واقع الصحّة، دون النظر إلى ما تسبّب فيه الاحتلال من تدمير شبه كامل وانهدار البنية الصحيّة في القطاع، بحيث جعلها عاجزة عن تقديم الخدمات الطّبيّة الهامة والحيوية كالعلاجات الجراحية الكبيرة والدقيقة، ما عمّق من تبعية القطاع في اعتماده على المشافي الإسرائيلية وتلك الموجودة في القدس، لإنقاذ حياة المئات من المرضى. وبسبب الإغلاق، فإن هؤلاء المرضى يُحرَمون من إجراء عملياتهم أو متابعة العلاج، ونخصّ بالذكر مرضى السرطان ممّا تسبّب في وفاة العديد منهم بسبب الإغلاق، حيث إنّ هناك صعوبة في تحويل الحالات الحرجة إلى الخارج، سواء إلى إسرائيل أو إلى جمهورية مصر العربية بسبب إغلاق معبر رفح. كما نشير إلى النقص الشديد في الأدوية والمستلزمات الطّبيّة ونفاد بعض أنواعها الضرورية لمرضى الصرع والفشل الكلوي⁹⁵.

يعمل النظام الصحي في الأرض الفلسطينية المحتلة تحت ضغط شديد بسبب آثار الاحتلال، والحصار، والنمو السكاني السريع، وانعدام الموارد المالية الكافية والنقص في الإمدادات الأساسية. ففي قطاع غزة، أدت سنوات الحصار والقيود على الحركة المفروضة على الناس والمواد، بما في ذلك الموارد الطبية، التي تفاقمَت بسبب الانقسام الفلسطيني الداخلي، إلى تدهور خطير في توافر وجودة الخدمات الصحية، وزيادة معدلات البطالة والفقر وتراجع مؤشرات التنمية الاقتصادية والاجتماعية، حيث أشارت تقارير وزارة الصحة الفلسطينية ومنظمة الصحة العالمية إلى نقص كبير في قدرة النظام الصحي على التعامل مع خدمات الرعاية الصحية الروتينية وتلبية احتياجات المرضى اليومية بسبب النقص الحاد في الموارد والإمكانات⁹⁶.

94 المصدر السابق.

95 تقرير بعنوان تأثير الحصار الإسرائيلي على الواقع الاجتماعي والاقتصادي والنفسي للفلسطينيين في قطاع غزة <http://www.bahethcenter.net/essaydetails.php>

96 ينظر السلطة الوطنية الفلسطينية، تقرير خاص حول العدوان الصهيوني وإدارة القطاع الصحي، 2014.

خلال السنوات العشر الماضية 2010-2017 تفاقمت وبشكل تصاعدي الأزمة الإنسانية والصحية نتيجة إغلاق معابر قطاع غزة، والاعتداءات الإسرائيلية المتكررة، واستمرار الحصار المفروض عليه، إضافة للانقسام السياسي بين حركتي فتح وحماس واثّر ذلك على قدرة الحكومة على القيام بمهامها، هذا الواقع ألقى بأعباء كثيرة على المواطنين، وانعكست الخدمات الأساسية بشكل واضح وتحديدًا على القطاع الصحي ومختلف الخدمات الصحية التخصصية في مشافي القطاع؛ وبات الخطر يهدد حياة المئات من المرضى، نتيجة للنقص الكبير في 154 صنفًا من الأدوية، إضافة إلى 342 صنفًا من المستهلكات الطبية. وعانت المشافي من فقدان 32 ٪ من الأدوية و38 ٪ من المستهلكات الطبية⁹⁷. ولم تتمكن وزارة الصحة من إدخال الأدوية اللازمة وتوفير ما يحتاجه القطاع الصحي للحفاظ على حياة المرضى، أو إخراج الحالات الصعبة للعلاج في الخارج، نظرًا لعرقلة سفر المرضى ورفض تصاريح بعضهم لأسباب أمنية. وتأثرت الخدمات الطبية نتيجة لنقص الكهرباء واضطرت المشافي إلى تأجيل الجراحات الاختيارية عند ترتيبها للجراحات الطارئة. وتشير البيانات في هذا الإطار إلى أن أكثر من 80,000 شخص في قطاع غزة يعلنون من محدودية فرص الحصول على الخدمات الصحية بسبب الدمار الذي لحق بالمرافق الصحية التي تخدم مجتمعاتهم المحلية بشكل مباشر، ويواجه أكثر من 250,000 في مجتمعات محلية ضمن مناطق تخضع لقيود التنقل على بعد كيلو مترين اثنين من حدود قطاع غزة، وما يزيد على مليون شخص ضمن الفئات القابلة للتضرر في مختلف أنحاء القطاع، من بينهم 287,000 من الأطفال وحديثي الولادة و 60,000 امرأة حاملًا، و 700,000 شخص يعانون من أمراض مزمنة، و 41,000 من المسنين، و 6,475 من الأشخاص ذوي الإعاقات الناجمة من الصراع وهم الأكثر قابلية للتضرر⁹⁸.

وقد طرأ تراجع ملموس على عدد الفلسطينيين الذين سُمح لهم بالوصول إلى غزة والخروج منها خلال العام 2017، بالمقارنة مع العام 2016. ولم يزل التنقل عبر أراضي 1948 يشهد تراجعًا منذ منتصف العام 2016 على (معبر بيت حانون). كما طرأ تراجع على تنقل الفلسطينيين عبر معبر رفح البري، الخاضع للسيطرة المصرية، خلال هذا العام من المستوى المتدني الذي كان عليه أصلاً. ومع تصاعد حدة الانقسام الداخلي الفلسطيني، فرضت وزارة الصحة في السلطة الفلسطينية قيوداً على التنقل لأغراض طبية خلال معظم العام 2017، حيث عملت الوزارة على تأخير الدفقات المستحقة على المرضى الذين جرى تحويلهم للعلاج الطبي خارج غزة أو تعليقها⁹⁹.

97 اشرف القفّرة، الناطق باسم وزارة الصحة، 6 <http://www.alraynewspaper.ps>، 2015 آب.

98 ينظر تقرير عن تقييم ميداني للأحوال الصحية في الأرض الفلسطينية المحتلة، أميرجيو مانينتي، تقرير صادر عن منظمة الصحة العالمية، شباط/فبراير 2016، ص 22 <http://apps.who.int/gb/Statements/Report> تمت الزيارة 10/11/2017

99 تقرير أوتشا

ومن مجمل عدد طلبات الحصول على تصاريح العبور لأغراض صحية البالغ 168278 طلباً مقدماً للسلطات الإسرائيلية، كان مصير 16.4 ٪ منها (12.8٪ للمرضى و19.5٪ للمرافقين) إما الرفض أو عدم تلقي أي جواب. وبالنسبة للمرضى في قطاع غزة، فقد ارتفع عدد طلبات الحصول على تصاريح العبور للخروج من خلال معبر بيت حانون (إيرز) للحصول على الرعاية الطبية لحالات الإحالة بنسبة 17 ٪ على مدار عام واحد لتتجاوز 22 ألف حالة، في الوقت الذي تضاعفت فيه تقريباً نسبة الطلبات المرفوضة (من 2.89 ٪ إلى 5.72 ٪) في العام 2017. وتزيد احتمالات رفض طلبات العبور الخاصة بحالات العظام وجراحة الأعصاب والجراحة العامة ورعاية الأمراض النفسية، فيما واصل عدد الإحالات من قطاع غزة إلى مصر الانخفاض في عام 2015 بسبب إغلاق معبر رفح. ويعوق نقص التمويل إعادة بناء المرافق الصحية، وخصوصاً في قطاع غزة، بالإضافة إلى القيود المفروضة على استيراد مواد البناء والأجهزة الطبية. ومنذ تشرين الأول/ أكتوبر عام 2015، أدى تصاعد وتيرة العنف في الأرض الفلسطينية المحتلة إلى إقامة حواجز طرق ونقاط تفتيش جديدة ووضع قيود على تحركات سيارات الإسعاف، وترافق ذلك مع حدوث تأخيرات متتالية في الحصول على الرعاية الصحية¹⁰⁰.

إن ارتفاع عدد طلبات الحصول على طلبات العبور على أغراض صحية خلال العام 2017 يشير إلى عدة أسباب مرتبطة جميعها بعدم تمكن المواطنين من الوصول إلى المرافق والخدمات والسلع الصحية وكذلك عدم توافر العلاج اللازم للمرضى من أخصائيين وأدوية ومستلزمات وأجهزة طبية، وبالتالي عدم قدرة الجهاز الصحي في القطاع على القيام بالمهام الموكلة إليه في تقديم الرعاية الصحية للمواطنين، في المقابل انخفض عدد الموافقات على طلبات وتصاريح العبور إلى المشافي الواقعة خارج القطاع سواء في مشافي القدس أو الضفة أو إسرائيل. ويشير تقرير صادر عن الأمم المتحدة بعنوان (غزة بعد عشر سنوات) عن الحياة في غزة بحلول سنة 2020 إلى أن الخدمات الصحية في القطاع بحاجة إلى 800 سرير إضافية بواقع 100 سرير مشفى سنوياً لمواجهة حاجات السكان وأن القطاع الصحي بحاجة إلى أكثر من 1000 طبيب إضافي وأكثر من 1000 ممرض/ة إضافي لنفس الفترة.¹⁰¹

وقد تأثرت الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين بفعل استمرار الإغلاق من نفاد اللقود، وفقدان عدد كبير من الأصناف الدوائية الهامة. وتمتد تلك الإشكاليات إلى عدم توفر الأصناف المهمة المستخدمة في خدمات الجراحة والعناية الفائقة

100 المصدر السابق.

101 ينظر تقرير صادر عن الأمم المتحدة بعنوان "غزة بعد عشر سنوات" الموقع الإلكتروني للأمم المتحدة 11/11/2017 تمت الزيارة على <http://www.un.org/arabic/news/story.asp?newsID=29111#> WkEJXNKWbccc

لي سجل رصيد 19 صنفاً صفراً دوائياً. واعتبرت وزارة الصحة أن فقدان مثل هذه الأصناف المهمة من الأدوية كالمضادات الحيوية وأدوية التخدير تهدد حياة المرضى وتعرضهم للخطر نتيجة عدم توفر الخيوط الجراحية، والمستهلكات الطبية الخاصة بالمنظير الجراحية¹⁰².

كما أثر الإغلاق على مراكز خدمات الرعاية الأولية التي تعتبر خط الدفاع الأول عن صحة الإنسان، والتي تعتمد بشكل أساسي على الأدوية والمهمات الطبية، لدى فإن العجز فيهما أوجد أزمة كبيرة في السيطرة على الوضع الصحي. حيث تشير بيانات وزارة الصحة في غزة إلى وصول نسبة العجز في الأدوية والمستلزمات الطبية ما بين 40% حتى 60% ويتجسد هذا العجز في الكثير من أصناف الأدوية والمهمات الطبية غير المتوفرة تماماً أو متوفرة بكميات غير كافية أو كميات غير منتظمة. وفيما يتعلق بصحة الأم والطفل، أكدت الوزارة أن الحليب العلاجي الخاص بحالات الأطفال الذين يعانون من (التبول الفيولي) مفقود تماماً وقد يتسبب فقده في تعرض الطفل إلى التخلف العقلي، كما أثرت أزمة الحصار على خدمات تنظيم الأسرة مما يهدد صحة الأم التي تعاني من مشكلات صحية في حال حدوث الحمل غير المرغوب به طبياً والذي يعرض حياتها وجنينها للخطر¹⁰³.

وقد أظهر تقرير أصدره مركز الميزان لحقوق الإنسان منتصف العام 2017 واقع التحويلات الطبية التي تجريها وزارة الصحة الفلسطينية للمرضى، الذين يتعذر - في ظل محدودية الإمكانيات الصحية - علاجهم في قطاع غزة، ومنهم مرضى السرطان، ومرضى القلب المفتوح، ومرضى العيون، ومرضى العظام، ومرضى جراحة المخ والأعصاب، ومرضى الغدة النخامية وخزغ الكلى، حيث أشار التقرير إلى معايير ومتطلبات تحويل المريض وسلسلة الإجراءات الطبية والإدارية التي يخضع لها الملف الطبي للمريض، وعمليات المراجعة والتدقيق من اللجان المختصة في دائرة العلاج بالخارج، والفحوصات التي تجريها اللجنة الطبية، وإرسال الملف إلى دائرة التنسيق والارتباط في وزارة الصحة، وبعد استيفاء الوثائق اللازمة يرسل الملف إلى سلطات الاحتلال الإسرائيلي عبر قسم التنسيق والارتباط في وزارة الصحة الفلسطينية، للحصول على تصريح يسمح للمريض الغزيّ باجتياز معبر بيت حانون (إيريز). ويظهر التقرير البيانات والأرقام التي تشير إلى ارتفاع عدد المرضى والحالات المحولة خلال السنوات الماضية، مدفوعة بالزيادة السكانية، والتأثير السلبي والعميق للحصار المفروض على قطاع غزة الذي أفضى إلى تدهور أوضاع الخدمات الصحية، وقد بلغ عدد التحويلات

102 ينظر الموقع الإلكتروني لوزارة الصحة - غزة <http://www.moh.gov.ps/portal> تمت الزيارة 1/11/2017

103 المصدر السابق

(13.764) تحويلة عام (2012م)، وارتفعت النسبة إلى (53.6٪) وسُجلت (21.152) تحويلة عام (2016م). ويوضح التقرير نتائج طلبات المرضى، "حيث تقف القيود التي تفرضها سلطات الاحتلال الإسرائيلي عقبة حقيقية أمام قدرة المريض على الوصول إلى المشفى، كما أن استيفاء المريض للإجراءات كافة وحصوله على التحويل لا يعني على الإطلاق أن المريض سيحصل على الموافقة من سلطات الاحتلال الإسرائيلي للسماح له بالسفر لتلقى العلاج. وفي هذا السياق تتذرع تلك السلطات بحجج أمنية واهية، حيث تؤكد ظروف المرضى وأوضاعهم الصحية مدى زيف هذه الذرائع، كون المريض لا يمكن أن يشكل خطراً أمنياً في أي حال من الأحوال، فحالة بعض المرضى الصحية لا تؤهلهم القيام بأبسط الأنشطة الفسيولوجية، حيث إن العديد منهم يرقد في أقسام العناية الفائقة في المشافي". وأورد التقرير سياسة الرفض والمماطلة التي تتبعها سلطات الاحتلال في منح كثير من المرضى تصاريح المرور، ودون إبداء سبب واضح يُمكن المريض من متابعة حالته أو الدفاع عن حقه في حرية الحركة والتنقل وحقه في الحصول على الرعاية الصحية المناسبة. وتشير البيانات إلى أن عدد طلبات المرضى المقدمة للسلطات الإسرائيلية منذ مطلع عام (2017م) حتى (7 مايو 2017م) بلغ (10162) طلباً سجلت فيها نسبة الرفض والمماطلة (46٪)¹⁰⁴.

منذ مطلع عام (2017م) تم رصد وتوثيق وفاة طفلين، وثلاث سيدات، ومسن، أثناء انتظارهم الحصول على تصاريح المرور لتلقى العلاج جراء استمرار سياسة المماطلة والابتزاز، في وقت تتضاعف فيه أوضاع المرضى تعقيداً بخاصة في ظل استمرار إغلاق معبر رفح البري، وعدم فتحه بانتظام، وتساعد أزمة انقطاع التيار الكهربائي مما فاقم من تدهور الأوضاع الصحية. وبلغت التقرير النظر إلى أن المرضى وفي ظل هذه الإجراءات أصبحوا لا يفكرون كثيراً بنتائج العلاجات التي سيخضعون لها بقدر قلقهم على قدرتهم على الوصول إلى المشفى وتلقي العلاج، مما يسبب مضاعفات صحية شديدة الخطورة لهؤلاء المرضى، التي تتجاوز كونها عقوبات جماعية لتتحول إلى عمليات ابتزاز وقتل منظم وإن كانت بطريقة غير مباشرة، دلالة على ذلك أشارت البيانات الصادرة عن مكتب منظمة الصحة العالمية في غزة إلى أن أكثر من 400 مريض من قطاع غزة تم استدعاؤهم منذ بداية العام الحالي لإجراء مقابلات أمنية مع جهاز المخابرات الإسرائيلي المسمى (الشاباك) على معبر بيت حانون كشرط للتعامل مع طلبهم بالحصول على تحويلة طبية.¹⁰⁵

كما أنه ومنذ شهر نيسان حتى شهر تموز من العام الحالي 2017 لم يفتح معبر رفح البري ولا حتى ليوم واحد، أي أنه خلال أربعة أشهر لم يخرج من خلال معبر رفح أي مريض من قطاع غزة لتلقي العلاج في الخارج¹⁰⁶.

منح التصريح مرات ورفضه أخرى يشير إلى نية واضحة بتعطيل رحلة العلاج والإسهام بتدهور الحالات الصحية خاصة عندما يتعلق الأمر بمرضى السرطان. ويعرض التقرير عددا من الروايات الإنسانية المؤلمة، والأرقام المفزعة جراء معاناة المرضى وذويهم في ظل الرفض والفحص الأمني، ومنعهم غير المبرر من الوصول إلى المشفى، وتعريض حياتهم للخطر لرفضهم الرضوخ لابتزاز سلطات الاحتلال ومساومتها لهم لإجبارهم على العمل لصالح أجهزتها الأمنية.

وقد بلغ عدد التحويلات الطبية التي وافقت عليها اللجنة الطبية العليا في قطاع غزة منذ بداية شهر 2017/7 وحتى تاريخ إعداد هذا التقرير، أكثر من 2500 تحويلة طبية لمرضى يعانون أمراضا خطيرة، ولا يتوفر لهم علاج في مشافي القطاع، وما يزالون في انتظار الموافقة على التغطية المالية لتحويلهم للعلاج في الخارج، فيما لم تصدر دائرة العلاج في الخارج في رام الله سوى نحو 400 تحويلة طبية فقط¹⁰⁷.

إن دولة الاحتلال، ملزمة قانونا بأن تضمن ما يكفي ومعايير الصحة العامة، فضلا عن توفير الغذاء والرعاية الطبية للسكان، حيث دأبت دولة الاحتلال بالتخلي عن مسؤوليتها بادعاء نقل تلك المسؤولية إلى السلطة الفلسطينية، وفق اتفاقيات أوصلو، وتحويلها إلى الجهاز الطبي الفلسطيني، إلا أن القطاع الطبي الفلسطيني ازداد تعقيدا خلال العقدين الماضيين بأجهزة السيطرة الإسرائيلية الإحلالية، سواء بشكل مباشر، وذلك حينما يجري الحديث عن تحويل أموال الضرائب مثلا، والسيطرة على الميزانية العامة للسلطة الفلسطينية، أو بشكل غير مباشر في مجالات عدة تتعلق بالجهاز الصحي¹⁰⁸.

إن قيام دولة الاحتلال بتقييد وحرمان المرضى من الحصول على الخدمات الصحية يشكل انتهاكا واضحا وصريحا لقواعد القانون الدولي الإنساني والقانون الدولي لحقوق الإنسان من خلال جملة من الإجراءات والممارسات التي تنتهجها والتي تشكل مسا صريحا ومتعمدا بالحياة كحق إنساني أصيل تُبنى عليه منظومة حقوق الإنسان، وتظهر تحلل سلطات الاحتلال الواضح من أبسط التزاماتها التي

106 المصدر السابق

107 ينظر تقرير خاص صادر عن المركز الفلسطيني لحقوق الإنسان في قطاع غزة حول <http://pchrghaza.org/ar/?p=13573> تمت الزيارة

4/11/2017

108 ينظر الموقع الإلكتروني <https://www.alhadath.ps/article/9948/article.php?id=UmizKdmnM1a261525A2JcsCrhR2V>

تقع على عاتقها كونها طرفاً في اتفاقية جنيف الرابعة بشأن حماية المدنيين لعام 1949، فيما يتعلق بخدمات الرعاية الصحية وإمداداتها التي تصل إلى حد الالتزام بتقديم الخدمة لسكان الأراضي المحتلة مثلما تقدم لمواطني دولة الاحتلال نفسها¹⁰⁹. إن سياسة دولة الاحتلال في ابتزاز ومساومة المرضى من قطاع غزة ومقايضتهم واستغلال حاجتهم في الحصول على العلاج تعتبر انتهاكاً صارخاً للمعاملة المهينة والمذلة والحاطة بالكرامة الإنسانية.

3. الإجراءات الإسرائيلية في المناطق المصنفة (ج) وأثرها على حق المواطنين في الوصول إلى الخدمات الصحية

يعيش حوالي 300,000 مواطن في المناطق المصنفة ج¹¹⁰، في 532 منطقة سكنية¹¹¹ من ضمنها مناطق واقعة خلف الجدار والمنطقة المحيطة بمدينة القدس، وجزء كبير من هذه التجمعات عبارة عن قرى صغيرة وتجمعات بدوية رعوية يقع العديد منها في مناطق نائية، ويعتبر هؤلاء أكثر المواطنين في الضفة الغربية احتياجاً، ويعيشون في مبان هشة (مثل الخيام، وبيوت الصفيح، وغيرها) كما أن قدرتهم على الوصول إلى الخدمات الأساسية كالصحة والتعليم والخدمات الاجتماعية والثقافية والرياضية محدودة جداً، ولا توجد لديهم أي بنى تحتية خدمية مناسبة (كشبكات المياه، والصرف الصحي والكهرباء) وترتفع في أوساط هذه التجمعات نسبة انعدام الأمن الغذائي¹¹²، وذلك بسبب الحصار والحواجر العسكرية وعنف المستوطنين، وانعدام المواصلات العامة. بالإضافة إلى صعوبة وصول العاملين الصحيين إلى أماكن عملهم في مشافي القدس الشرقية بسبب نظام التصاريح (الأمني) التي تفرضه سلطات الاحتلال، إلى جانب عراقيل وموانع البناء في المناطق المصنفة (ج)، وعليه لا يمكن بناء مراكز صحية فيها، لذلك تقوم العديد من منظمات المجتمع المدني ووزارة الصحة بتقديم خدمة العيادة المتنقلة فيها¹¹³.

109 تقرير صادر عن مركز الميزان لحقوق الإنسان حول انتهاكات سلطات الاحتلال الإسرائيلي المنظمة لحقوق المرضى في قطاع غزة، 2017 <http://www.mezan.org/post/23650>

110 في اتفاق أوسلو (ب) الذي جرى توقيعه عام 1995 جرى تقسيم الضفة الغربية إلى ثلاثة أناطق - وكان يُفترض أن يسرى ذلك التقسيم لمدة خمس سنوات فقط، على النحو التالي: المناطق التي كان يشغل معظمها العمران الفلسطيني حين توقيع الاتفاق وفيها سكن وما زال يسكن معظم السكان الفلسطينيين وقد صُنفت كمناطق A و-B. هذه المناطق التي تفتقر إلى التواصل الجغرافي حيث تتوزع على 165 "جزيرة" منعزلة تنتشر في أنحاء الضفة نُقلت السيطرة عليها شكلياً ليد السلطة الفلسطينية. بقية أراضي الضفة الغربية أي ما نسبته 61٪ من مجمل مساحتها جرى تصنيفها كمناطق C وهي منطقة متصلة جغرافياً، أقيمتها إسرائيل تحت سيطرتها في مجال الأمن وجميع المجالات المدنية المتعلقة بالأراضي بما في ذلك التخطيط والبناء ومراقب البنى التحتية والتطوير. تقسيم الضفة الغربية على هذا النحو هو تقسيم مصطنع لا يعكس الواقع الجغرافي ولا المجال الفلسطيني.

111 ينظر تقرير "تحت التهديد"، صادر عن مكتب الأمم المتحدة لتنسيق الشؤون الإنسانية في الأراضي الفلسطينية المحتلة OCHA https://www.ochaopt.org/sites/default/files/demolition_orders_in_area_c_of_the_west_bank_ar.pdf تمت الزيارة 3/11/2017

112 المصدر السابق

113 ينظر تقرير وزارة الصحة الفلسطينية حول الأوضاع الصحية في فلسطين المحتلة، والمقدم إلى منظمة الصحة العالمية، 2015، ص 10

وقد استغلت إسرائيل تعطل (العملية السياسية) منذ عام 2000 لفرض الحقائق على الأرض، ليس من خلال بناء جدار الضم والتوسع العنصري والاستيطان وتهويد القدس فحسب، بل ومن خلال العمل على تهويد وضم الأغوار وباقي أراضي المناطق المسماة (ج) التي تشكل معظم أراضي الضفة الغربية¹¹⁴. كما شكلت الطرق المخصصة للمستوطنين حواجز إضافية للفلسطينيين، وكذلك فصل الطرق المخصصة لتواصل الفلسطينيين، إلى جانب تنمية المستوطنات في كثير من الأحيان على مقربة أو بشكل متاخم مباشرة للمدن والقرى الفلسطينية، مما خفض إمكانية التواصل بين المدن والبلدات والقرى الفلسطينية بحرية وأمان، وبالتالي فقد ارتفعت قيمة بعض الأراضي الشاغرة في المنطقة (أ و ب) التي تم فصلها عن مراكز الحياة الاقتصادية¹¹⁵. يمثل انعدام الوصول إلى الخدمات الصحية الجيدة بأسعار معقولة مصدر القلق الرئيس، حيث يواجه العديد من التجمعات، وخاصة في المنطقة (ج)، قيوداً على الوصول إلى الرعاية الصحية الأساسية نتيجة لانعدام الأمن بسبب وجود الحواجز الإسرائيلية والإجراءات المتبعة عندها وعنف المستوطنين، وتعتبر القيود المفروضة على حرية تنقل المرضى وسيارات الإسعاف مصدر قلق خاص بالنسبة لأولئك الذين يسعون للعلاج التخصصي في مشافي القدس¹¹⁶.

تواصل دولة الاحتلال انتهاك الحق في الصحة لسكان المناطق المصنفة (ج)، حيث تقوم الحواجز الإسرائيلية بتقطيع أوصال الضفة الغربية والمناطق (ج)، وتعرقل الوصول إلى الخدمات الصحية الآمنة لمواطنيها. وهناك عشرات الانتهاكات التي تحدث يومياً على الحواجز، ومعوقات التنقل التي يزيد عددها عن (542) حاجزاً بحق المواطنين الفلسطينيين. كما يعيق جدار الضم والتوسع إمكانية وصول المواطنين إلى المرافق الصحية، وحرية تنقل المرضى من وإلى المشافي، والمراكز الصحية في المدن¹¹⁷.

4. أثر جدار الضم والتوسع على حق المواطنين في الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية

في عام 2002، وافقت حكومة الاحتلال الإسرائيلي على بناء جدار في الضفة الغربية وحولها بذريعة منع الهجمات العنيفة التي يرتكبها الفلسطينيون

114 ينظر وكالة الأنباء والمعلومات الفلسطينية "وفا"، في مواجهة سياسة الاحتلال.. نحو إستراتيجية وطنية للاستثمار في مناطق (ج) 11/11/2017 http://www.wafa.ps/ar_page.aspx?id=7yEycza604049076510a7yEycz تمت الزيارة

115 المصدر السابق

116 ينظر الموقع الإلكتروني <https://www.ochaopt.org/ar/content/health-and-nutrition-0> تمت الزيارة 4/11/2017

117 عائشة أحمد، السياسات الإسرائيلية في المناطق المصنفة "ج" معوقات التنمية فيها وتدخلات الحكومة الفلسطينية في مواجهتها "خطط وتحديات"، سلسلة تقارير خاصة رقم (85)، منشورات الهيئة المستقلة لحقوق الإنسان، 2016.

في إسرائيل. وقد تم الاستيلاء على أراض لبناء أقسام الجدار داخل الضفة الغربية من ملاك أراضي الفلسطينيين. وخلال العام 2017 دأبت الحكومة الإسرائيلية على بناء مقاطع جديدة من الجدار في الضفة الغربية المحتلة. حيث يبلغ طول الجدار في الضفة الغربية المحتلة 771 كيلومترا ويعزل ما مساحته 705 كيلومتر مربع من أراضي الضفة الغربية¹¹⁸، منها 85 في المائة داخل الضفة الغربية. ويعرقل الجدار الوصول إلى الخدمات والموارد كما يعرقل الحياة الأسرية والاجتماعية ويقوض سبل العيش، ويزيد من تجزئة الأراضي الفلسطينية المحتلة، وفي 9 تموز / يوليه 2004، أصدرت محكمة العدل الدولية فتوى بأنه، ينتهك التزامات إسرائيل بموجب القانون الدولي وينبغي تفكيكه¹¹⁹. واعتبرته كذلك جريمة حرب.

وفي آب/ أغسطس من العام 2010، أعربت اللجنة المعنية بحقوق الإنسان والتي مهمتها مراقبة امتثال الدول للالتزاماتها بالعهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية، عن قلقها بخصوص القيود على حرية الحركة المفروضة على الفلسطينيين، وصرحت بأن هذه القيود قد أثرت "بشكل خاص على الأشخاص المقيمين في (مناطق التماس) الواقعة بين الجدار وإسرائيل". ووفقا لما توصلت إليه لجنة حقوق الإنسان، فإن وجود الجدار والنظام المرافق له يعتبر انتهاكا للعديد من حقوق الإنسان، مثل حرية الحركة، والحق في الحياة الأسرية، والحق في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة¹²⁰. وفيما يتطرق بجانب الخدمات الصحية ثمة قيود على إتاحتها وتوافرها بسبب هذا الجدار ونقاط التفتيش، التي تحول دون وصول المرضى والعاملين الصحيين وسيارات الإسعاف مباشرة إلى مشافي الإحالة الفلسطينية الرئيسية الموجودة في القدس العربية. وتمثلت الفئة العمرية 60 عاما فأكثر 23.3٪ من الإحالات في عام 2015، على الرغم من أن هذه الفئة لا تتجاوز 4.5٪ من السكان، مما يعكس حجم العبء الناجم عن الأمراض غير السارية. وبالنسبة للفلسطينيين المقيمين في الضفة الغربية وقطاع غزة باستثناء القدس، فإنه لا يتاح لهم الوصول إلى مراكز الإحالة الطبية في القدس العربية إلا بعد الحصول على تصاريح صادرة من السلطات الإسرائيلية، وذلك في إطار عملية معقدة يمكن أن تؤدي إلى تأخير الحصول على الرعاية والحرمان منها لمن يحصلون على موافقة أمنية بالحصول على التصاريح. وفي عام 2015، كان أكثر من نصف إحالات وزارة الصحة إلى وجهات تشترط

118 المصدر السابق

119 فتوى محكمة العدل الدولية بشأن الآثار القانونية الناشئة عن تشييد جدار في الأرض الفلسطينية المحتلة ينظر

<http://www.icj-cij.org/files/advisory-opinions/advisory-opinions-2004-ar.pdf>

120 تقرير حول تأثير انتهاكات الاحتلال الإسرائيلي على المرأة الفلسطينية، صادر عن مجموعة من المؤسسات الحقوقية الفلسطينية (مؤسسة الحق، مركز الميزان لحقوق الإنسان، مركز المرأة للإرشاد القانوني والاجتماعي طاقم شؤون المرأة، جمعية والفكر الحر، 2014.

الحصول على تصاريح للعبور¹²¹.

لقد أثر الجدار بشكل كبير على الحياة الصحية للسكان الفلسطينيين الذين يعيشون غرب الجدار¹²²؛ إذ أصبح من المستحيل أحيانا الوصول إلى المراكز الصحية والمشافي الواقعة شرق الجدار، فالقرى الفلسطينية الواقعة غرب الجدار، لا تتمتع بأي خدمات طبية¹²³.

كما أعاق بناء الجدار أيضا الوصول إلى المرافق الصحية في القرى التي يحيط بها، لا سيما بالنسبة للذين يعيشون بين الجدار والخط الأخضر، وأدى هذا إلى زيادة تردي مستوى الخدمات الصحية المتردية أصلا نتيجة لزيادة القيود على الحركة وعمليات الإغلاق العسكرية التي فرضتها قوات الاحتلال الإسرائيلي.

يساهم وجود الجدار في تقييد حرية التنقل والحركة، لمواطني التجمعات الواقعة خلفه، وفي صعوبة الوصول إلى المشافي الواقعة في المدن المجاورة، وحرمانهم من الخدمات الصحية خاصة الطارئة منها. حيث يحكم على 80.1٪ من السكان الفلسطينيين الموجودين غربي الجدار و48.3٪ من السكان الموجودين شرقي الجدار أن يقطعوا مسافة تزيد على (4كم) عن تلك المسافة التي كان يجب عليهم أن يقطعوها للوصول لأقرب مشفى. إضافة إلى ذلك، يشكل الجدار عقبة أمام الوصول الضروري إلى الخدمات الصحية بالنسبة لـ 73.7٪ من الأسر الموجودة غربي الجدار و38.6٪ من الأسر الموجودة شرقيه. ونظرا لصعوبة الوصول إلى المرافق الصحية، ازداد الوضع الصحي للمواطنين في المناطق الواقعة خلفه تدهورا، خاصة النساء الحوامل، حيث تعاني 1176000 امرأة حامل، ومن بينهن 17640 امرأة وضع الحمل الخطر، من انعدام سبل الوصول إلى خدمات ما قبل الولادة، وما بعد الولادة، والإشراف المنظم خلال فترة الحمل¹²⁴.

تؤدي الحواجز العسكرية إلى عزل القرى التي يمر من خلالها الجدار، لتحويلها إلى كاتنونات، ما أثر سلبا على إمكانية وصول المرضى إلى عيادات الأطباء الاختصاصيين، والخدمات المخبرية، والمشافي ومرافق الخدمات المركزية، ما يشكل مَسا بالحقوق المدنية الأساسية للفلسطينيين، وهناك 92 ٪ من المرضى القاطنين غرب الجدار، واجهوا صعوبات الوصول إلى الخدمات الصحية، حتى أن بعضهم توقفوا عند هذه البوابات، بعد منعهم من الوصول إلى المشافي.

121 تقرير تقييم الأحوال الصحية في الأرض الفلسطينية المحتلة، بما فيها القدس الشرقية، وفي الجولان السوري المحتل، منظمة الصحة العالمية، 2016.

122 يقصد بمناطق غرب الجدار وهي المنطقة الواقعة بين الجدار الذي أقامته دولة الاحتلال في العام 2002 والخط الأخضر- خط الهدنة لسنة 1949

123 تقرير منشور وفا وكالة الأنباء والمعلومات الفلسطينية بعنوان " أثر جدار الفصل على المواطنين الفلسطينيين.

8/11/2017 http://www.wafainfo.ps/atemplate.aspx?id=4109 تمت الزيارة

124 مصدر سابق.

5. القيود والعقبات التي تفرضها إسرائيل بشأن الوصول إلى الخدمات

الصحية في القدس

أ. الوضع القانوني لمدينة القدس

تعتبر القدس أراضي فلسطينية محتلة بحسب المواثيق والقرارات الدولية الصادرة عن المجتمع الدولي ومجلس الأمن والهيئة العامة للأمم المتحدة غير أن إسرائيل كدولة تعتبر نفسها فوق القانون ضمت المدينة بعد احتلالها في عام 1967م بقرارات صادق عليها البرلمان الإسرائيلي (الكنيست) وتم اعتبار القدس عاصمة لإسرائيل بحدود جديدة لها وهو ما يسمى الآن (بلدية القدس).¹²⁵ وعلى خلفية إقدام دولة الاحتلال على ضم القدس صدر قرار مجلس الأمن رقم (252) في 21 أيار 1968 ليؤكد عدم مشروعية الإجراء ووجوب المحافظة على وضع القدس، وذلك من خلال تأكيده على أن (جميع الإجراءات التشريعية والإدارية والأعمال التي اتخذتها إسرائيل من أجل تغيير وضع القدس، بما في ذلك مصادرة الأراضي والممتلكات، هي أعمال باطلة ولا يمكن تغيير وضع القدس).¹²⁶

ونظراً لعدم امتثال إسرائيل لهذا القرار، ومواصلتها لسياساتها وإجراءاتها غير القانونية تجاه المدينة صدر قرار مجلس الأمن رقم 267 (3 تموز 1969) الذي أكد على القرار السابق، ودعا إسرائيل مرة أخرى إلى أن تبطل جميع الإجراءات التي تؤدي إلى تغيير وضع مدينة القدس، وتطلب منها أن (تمتنع عن اتخاذ أية إجراءات مماثلة في المستقبل).¹²⁷

وبحسب القانون الإسرائيلي المفروض على القدس تم اعتبار السكان الأصليين الفلسطينيين (مقيمين) في المدينة وليسوا مواطنين لهم حقوق المواطنة الكاملة. فعلى سبيل المثال ينطبق قانون التأمين الصحي الوطني الإسرائيلي على الفلسطينيين المقيمين، غير أن الخدمات الصحية المتاحة للإسرائيليين والفلسطينيين المقيمين، يمكن أن تختلف على أرض الواقع، ففي داخل القدس، يفصل الجدار مادياً بعض التجمعات السكانية الفلسطينية في القدس الشرقية عن مركز المدينة رغم أن هذه المناطق تبقى داخل الحدود البلدية التي أعلنتها إسرائيل، ويحتفظ السكان بوضع الإقامة الدائمة في المدينة والآن يحتاج الفلسطينيون الذين يعيشون في تلك المناطق لعبور حواجز

125 تم احتلال القدس منذ العام 1947، وفي العام 1967 أُحتل الجزء القديم من المدينة، وانتزع من الأردن بالقوة. وفي العام 1980، أقر البرلمان الإسرائيلي "الكنيست" قانون اعتبار القدس "عاصمة إسرائيل الموحدة".

126 ينظر قرار مجلس الأمن رقم 252 (1968) بتاريخ 21 أيار /مايو 1968. دعوة إسرائيل إلى إلغاء جميع إجراءاتها لتغيير وضع القدس. http://www.palestinearabic.com/Docs/inter_arab_res/UNSC/UNSC_Res_252_A.pdf تمت الزيارة 1/12/2017

127 ينظر قرار مجلس الأمن رقم 267 (1969) بتاريخ 3 تموز/يوليو 1969، دعوة إسرائيل مجدداً إلى إلغاء جميع الإجراءات التي من شأنها تغيير وضع القدس. http://www.palestinearabic.com/Docs/inter_arab_res/UNSC/UNSC_Res_267_A.pdf تمت الزيارة 1/12/2017

للوصول إلى المرافق والحصول على خدمات الصحة التي يستحقونها، كمقيمين في القدس¹²⁸. والتي هي في الأصل شحيحة أو تنعدم تماما. وليس للسلطة الفلسطينية أي نفوذ في هذه المناطق¹²⁹.

ومثال على ذلك السكان المقيمون في مخيم شغاف¹³⁰ الذي تديره وكالة غوث وتشغيل اللاجئين حيث يحول الجدار ونقاط التفتيش دون وصولهم إلى أماكن تقديم الخدمات الصحية¹³¹.

ب. واقع المشافي الفلسطينية في القدس

لا تزال مشافي القدس تمثل مشافي الإحالة الرئيسة بالنسبة للمواطنين الفلسطينيين. وتؤثر القيود المفروضة على التنقل والعبور، ونقاط التفتيش، والحواجز، تأثيراً سلبياً على أولئك المرضى الذين تستدعي حالاتهم الحصول على خدمات الرعاية في مشافي القدس الشرقية الستة، وهي: مشفى أوغستا فكتوريا- المطلاع، ومشفى المقاصد، ومشفى العيون- سانت جون، ومشفى مار يوسف، ومشفى الهلال الأحمر ومشفى الأميرة بسمة. أو في المشافي الإسرائيلية التي تقدم خدمات صحية متخصصة لا تتوافر في أي مكان آخر في الأرض الفلسطينية المحتلة¹³².

بموجب القرارات التي اتخذها مجلس الوزراء الأمني لحكومة الاحتلال، فقد ارتفع عدد الطرق التي أغلقت، ونقاط التفتيش والحواجز، حيث أقيمت نقاط تفتيش عسكرية بجوار مشافي أوغستا فيكتوريا، والمقاصد، وسانت جون في القدس الشرقية، وقد أثرت سلباً وعرقلت على الدوام عمل تلك المشافي، من حيث تأخير وصول العاملين والمرضى إليها. فيما ازدادت إجراءات الفحص والتدقيق الأمني وما يصاحبها من عمليات تأخير على تلك الحواجز. حيث أصبح هناك حاجز نفسي يتوجب على الناس أن يتخطوه من أجل الوصول إلى القدس حتى بوجود تصاريح نظرا للتأخير على الحواجز العسكرية، والطرق الالتفافية الطويلة والمضايقات المحتملة التي تؤثر بشكل كبير، لدرجة أن العديد من الناس لا يريدون حتى محاولة السفر لتلقي العلاج الأمر الذي أدى إلى التناقص المتواصل لأعداد المرضى مما يؤثر على استدامة المشافي¹³³.

128 ينظر تقرير بعنوان "التجمعات السكانية الفلسطينية في القدس الشرقية الواقعة خلف الجدار 2016، صادر مكتب الأمم المتحدة للشؤون الإنسانية أوتشا"، ف.

129 ينظر تقرير بعنوان "أثر الجدار على منطقة القدس" صادر عن مكتب الأمم المتحدة للشؤون الإنسانية، 2017 <https://www.ochaopt.org/ar> تمت الزيارة 27/11/2017

130 التجمعات السكانية المتضرران في الأساس هما كفر عقب ومنطقة مخيم شغاف (والأخيرة تضم مخيم شغاف، ورأس خميس، ورأس شحادة ومنطقة ضاحية السلام في بلدة عنتاب). وتشمل الجيوب الأصغر الشياح، وقرية قلندية وجزءاً من السواحة الشرقية. والمناطق المتضررة أيضاً بير عونة وجزء من الولجة في محافظة بيت لحم، والتي ضمتها إسرائيل داخل حدود بلدية القدس عام 1967، للمزيد ينظر مصدر التقرير السابق.

131 ينظر تقرير عن تقييم ميداني للأحوال الصحية في الأرض الفلسطينية المحتلة، أمبروجيو مانينتي، تقرير صادر عن منظمة الصحة العالمية، شباط/فبراير 2016 <http://apps.who.int/gb/Statements/Report> تمت الزيارة 2/11/2017

132 تقرير تقييم الأحوال الصحية في الأرض الفلسطينية المحتلة، بما فيها القدس الشرقية، وفي الجولان السوري المحتل، منظمة الصحة العالمية، 2016. الموقع الإلكتروني لوكالة القدس <http://alqudsgateway.ps/wp/?p=367> تمت الزيارة 5/11/2017

وعلى صعيد خدمات الإسعاف في المناطق المهمشه خلف جدار الضم والتوسع فإنه لا توجد سيارات إسعاف لنقل المرضى إلى المشافي والمراكز الصحية، مما يضطر سكان هذه المناطق إلى الاستعانة بسيارات الإسعاف من مناطق السلطة الفلسطينية التي تقوم بإيصال المريض إلى الحواجز والمعابر ويمنع دخولها إلى داخل الجدار حيث تكون هناك سيارة إسعاف إسرائيلية داخل الجدار لنقل المريض الأمر الذي يستغرق وقتاً طويلاً ويعرض حياة المريض للخطر¹³⁴. وفيما يتعلق بالحق في الصحة لسكان المناطق المهمشة خلف الجدار فقد أصدرت حكومة الاحتلال قراراً حكومياً تطرق في المادة (د) منه¹³⁵ إلى الواجبات الملقاة على كاهل وزارة الصحة الإسرائيلية. والذي تضمن تشجيع المشافي وعيادات الطب العام على فتح مقرات لها في المناطق الواقعة خلف الجدار، إلا أن مثل هذه المقرات لم تفتح أبداً. ففي الأحياء التي تقع خلف الجدار لا يوجد مشفى أو مركز لخدمات الطوارئ الطبية، باستثناء مشفى الولادة الذي يقع في منطقة كفر عقب. وقد جاء في القرار أيضاً أن على الوزارة أن تضع نُظم تنقل تسمح بتقديم خدمات سريعة وإنسانية للمحتاجين، إلى جانب نُظم عبور للأطباء والمعدات من داخل الأحياء خلف الجدار إلى داخل القدس¹³⁶.

إلا أن الواقع العملي يشير إلى أن الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين في المناطق الواقعة خلف الجدار سيئة مما يشكل خطراً على حياتهم بل وتنتهك حقهم في الصحة وسلامة الجسد¹³⁷.

إن واقع القدس لأهميتها التي تعتبر مرجعية للمشافي يستدعي وجود استراتيجيات من شأنها تحسين واقع الخدمات الصحية في القدس والمتمثلة بتطوير وتوسيع شبكة العيادات ومراكز الصحة الأولية في المناطق خارج حدود بلدية القدس وإيجاد نظام تحويلي للمشافي في القدس من عيادات ومراكز الصحة التابعة لوزارة الصحة الفلسطينية وتحسين وتطوير برامج الصحة النفسية وتطوير نوعي لمشافي القدس بما يؤهلها أن تكون مرجعية مهنية وذات كفاءة وقدرة عالية. وتتمثل كذلك بتطوير مراكز الإسعاف التابعة لللال الأحمر الفلسطيني وافتتاح مراكز أخرى في القدس وخصوصاً للمناطق القريبة من المستوطنات الإسرائيلية وإيجاد مرجعية صحية في القدس وتطوير آليات العمل وتطوير البرامج لتخدم الشباب والفئات المهمشة والعمل على تجنيد الأموال لمؤسسات القدس الصحية

134 جمعية حقوق المواطن في إسرائيل <https://www.acri.org.il/ar/?p=4734> تمت الزيارة 4/11/2017

135 للمزيد من المعلومات مراجعة الموقع الإلكتروني لرئاسة وزراء حكومة الاحتلال <http://www.pmo.gov.il/Secretary/GovDecisions/2005/Pages/des3873.aspx> تمت الزيارة 4/11/2017

136 المصدر السابق

137 المصدر السابق

وتنظيم برامج الضغط والمناصرة للقدس خصوصا فيما يتعلق بانتهاكات الاحتلال في مجال الصحة وحقوق الإنسان¹³⁸. وعلى وجه الخصوص وقف كافة السياسات والإجراءات الاحتلالية المتمثلة في نظام الحواجز الذي يعيق ويقيّد حرية المواطنين في التنقل والحركة واثّر ذلك على الحق في الوصول إلى مراكز الرعاية الصحية. كما تؤثر آليات السيطرة الإسرائيلية على القوى البشرية الطبية، بدءاً من مراحل التدريب، ومروراً بالاستكمال المهني، وحتى تسلم العمل. وكمثال على ذلك فإن دولة الاحتلال تحدد عدد أفراد الطواقم الطبية الفلسطينية الذين يُسمح لهم بالعمل في القدس، التي توجد فيها المشافي الستة الرئيسة للفلسطينيين¹³⁹. مما تقدم نجد أن واقع الحق في الحصول على الخدمات الصحية للمواطنين في مدينة القدس يتعرض لانتهاكات عديدة وينطوي على تمييز من قبل سلطات الاحتلال، بحيث تم فصل التجمعات السكانية عن بعضها البعض، مما وضع عقبات في الوصول تمثلت بصعوبة التنقل، كما وتمارس سلطات الاحتلال سياسات لوضع العقبات أمام المواطنين وذلك بوضع الحواجز العسكرية التي تفاقم من مشكلة وصول المواطنين في الوصول إلى المشافي في مدينة القدس خصوصا وأن المشافي في مدينة القدس هي المرجعية الأساسية في إحالة المرضى إليها.

6. حق الأسرى الفلسطينيين في الحصول على الخدمات والرعاية الصحية
تقر الاتفاقيات والمواثيق الدولية بحق السجناء والمحتجزين بالاحتفاظ بحقوقهم الأساسي في التمتع بصحة جيدة، من الناحيتين العقلية والجسدية، ويحتفظون بحقوقهم في الحصول على مستوى مقبول من الرعاية الصحية، وقد وضعت الأمم المتحدة في قواعدها الدنيا النموذجية لمعاملة السجناء معايير تتضمن مبادئ توفير الرعاية الصحية أثناء السجن¹⁴⁰. ويخضع المعتقلون الفلسطينيون لإهمال طبي متعمد من قبل إدارة مصلحة السجون الإسرائيلية، كما يخضعون في بعض الأحيان للمساومات من قبل إدارة السجون من أجل تلقي العلاج. وقد رصدت مراكز حقوق الإنسان العديد من حالات الوفاة لمعتقلين يشتهب أنها حدثت نتيجة لإهمال طبي متعمد من قبل مصلحة السجون¹⁴¹.

138 المصدر السابق

139 ينظر الموقع الإلكتروني لصحيفة الحدث <https://www.alhadath.ps/article/9948/index.php>. تمت الزيارة 5/11/2017
140 القواعد النموذجية الدنيا لمعاملة السجناء 1955. نصت القاعدة (24) من القواعد النموذجية الدنيا لمعاملة السجناء المراجعة في أيار 2015 "قواعد مانيلا" على أن "تتولى الدولة مسؤولية توفير الرعاية الصحية المجانية للسجناء، وينبغي أن يحصلوا على نفس مستوى الرعاية الصحية المتاحة في المجتمع، وينبغي أن يكون لهم الحق في الحصول على الخدمات الصحية الضرورية مجاناً، ودون تمييز على أساس وضعهم القانوني". كما نصت المادة (76) من اتفاقية جنيف الرابعة على أن يخضع الأسرى والمعتقلون لنظام غذائي وصحي يكفل المحافظة على صحتهم، وينظر على الأقل النظام المتبع في سجون البلد المحتل، وتقدم لهم الرعاية الطبية التي تتطلبها حالتهم الصحية.. وتلقي طرد إغاثة مرة واحدة شهرياً على الأقل. وتنص المادة 12 من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية على أن: من حق كل فرد التمتع بأعلى مستوى من الصحة البدنية والعقلية يمكن بلوغه
141 ينظر الموقع الإلكتروني للمركز الفلسطيني لحقوق الإنسان <http://pchrgaza.org/ar/?p=13478> تمت الزيارة 3/11/2017

الانتهاكات الصحية التي يتعرض لها الأسرى الفلسطينيون في السجون الإسرائيلية

تشير إحصاءات (هيئة شؤون الأسرى) و(نادي الأسير الفلسطيني) وغيرها من المؤسسات الحقوقية في نيسان 2017، إلى أن عدد الأسرى والأسيرات المرضى في سجون الاحتلال الإسرائيلي يصل إلى 1007 سجناء يعانون من أمراض ومشاكل صحية مختلفة؛ وأن 140 أسيراً من بين هؤلاء في حالة صحية صعبة؛ نظراً لطبيعة الأمراض التي يعانون منها، وعدم تلقيهم العناية الطبية اللازمة؛ فمنهم أكثر من 40 حالة مرضية حرجة، و يقيم 20 أسيراً منهم بشكل دائم في مشفى سجن الرملة لخطورة أوضاعهم

الصحية؛ ويعاني 25 أسيراً من مرض السرطان؛ و11 أسيراً من الشلل؛ بينما يوجد أكثر من 20 أسيراً يعانون من أمراض نفسية؛ وبعضهم يقبعون في زنازين العزل الانفرادي¹⁴².

وبحسب (نادي الأسير) في 9 آب 2017، تراجع عدد الأسرى في عيادة سجن الرملة إلى 13 أسيراً مريضاً يعانون أوضاعاً صحية وحياتية قاسية؛ مر على وجود بعضهم داخل (عيادة الرملة) أكثر من 10 سنوات، دون أن يطرأ أي تغيير على سياسات إدارة سجون الاحتلال بحقهم، وأهمها: المماطلة في تقديم العلاج؛ حيث تماطل سلطات الاحتلال في نقلهم إلى المشافي لإجراء الفحوص اللازمة، أو لإجراء عمليات جراحية¹⁴³.

يعيش الأسرى الفلسطينيون والعرب في السجون الإسرائيلية أوضاعاً صحية استثنائية؛ فهم يتعرضون إلى أساليب تعذيب جسدي ونفسي ممنهجة، تؤدي وتضعف

أجساد الكثيرين منهم، ومن هذه الأساليب: الحرمان من الرعاية الطبية الحقيقية، والمماطلة في تقديم العلاج للأسرى المرضى والمصابين، والقهر والإذلال والتعذيب التي تتبعها طواقم الاعتقال والتحقيق، والسجانون التابعون للعديد من الأجهزة الأمنية والعسكرية الإسرائيلية¹⁴⁴. كذلك تعتمد سلطات السجون إلى الامتناع عن إجراء العمليات الجراحية للأسرى المرضى، إلا بعد خطوات احتجاجية يقوم بها الأسرى من أجل تلبية مطالبهم المتمثلة بتوفير العلاج المناسب للأسرى المرضى كل حسب طبيعة مرضه، وإيجاد أطباء اختصاصيين داخل السجن، كأطباء العيون

142 ينظر الموقع الإلكتروني لوكالة الأنباء والمعلومات الفلسطينية وفا <http://info.wafa.ps/atemplate.aspx?id=4000> تمت الزيارة 3/11/2017

143 ينظر الموقع الإلكتروني لهيئة شؤون الأسرى والمحررين <http://cda.gov.ps/index.php/ar/ar-enthakat/ar-medical-negligence> تاريخ الدخول 3/11/2017

144 وكالة الأنباء والمعلومات الفلسطينية وفا <http://info.wafa.ps/atemplate.aspx?id=4000> ينظر أيضا الموقع الإلكتروني لهيئة شؤون الأسرى والمحررين <http://cda.gov.ps/index.php/ar/ar-enthakat/ar-medical-negligence>

والأسنان والأنف والاذن والحنجرة. هذا وتفتقر عيادات السجون إلى وجود أطباء مناوبين ليلاً لعلاج الحالات الطارئة. وعدم وجود مشرفين ومعالجين نفسيين؛ حيث يوجد العديد من الحالات النفسية، التي تستلزم إشرافاً طبياً خاصاً، كما يعاني الأسرى من عدم توفر الأجهزة الطبية المساعدة للأشخاص ذوي الإعاقة، كالأطراف الصناعية لفاقد الأطراف، والنظارات الطبية، وكذلك أجهزة التنفس والبخاخات لمرضى الربو، والتهابات القصبة الهوائية المزمنة وعدم وجود غرف أو عابرين عزل للمرضى المصابين بأمراض معدية، كالتهابات الأمعاء الفيروسية الحادة والمعدية، والجرب؛ ما يهدد بانتشار المرض بسرعة بين صفوف الأسرى؛ نظراً للازدحام الشديد داخل المعتقلات؛ ولا تتوفر إمكانية وجود غرف خاصة للأسرى ذوي الأمراض النفسية الحادة؛ ما يشكل تهديداً لحياة زملائهم. إضافة إلى ذلك تقوم إدارة مصلحة السجون الإسرائيلية بنقل الأسرى المرضى إلى المشافي، وهم مكبلو الأيدي والأرجل، في سيارات شحن عديمة التهوية، بدلاً من نقلهم في سيارات إسعاف مجهزة ومريحة، الأمر الذي يشكل مساً بمبدأ الكرامة الإنسانية، كما تنتهج إدارة مصلحة السجون الإسرائيلية سياسة حرمان الأسرى ذوي الأمراض المزمنة من أدويتهم، كنوع من أنواع العقاب داخل السجون، بالإضافة لفحص الأسرى المرضى بالمعاينة بالنظر، وعدم لمسهم والحديث معهم ومداداتهم من خلف شبك الأبواب. وفيما يتعلق بظروف الاعتقال يعاني الأسرى المرضى من ظروف اعتقال سيئة، تتمثل في: قلة التهوية، والرطوبة الشديدة، والاكتظاظ الهائل¹⁴⁵، الأمر الذي يشكل خرقاً فاضحاً لمواد اتفاقيتي جنيف الثالثة والرابعة¹⁴⁶، اللتين أوجبتا حق العلاج والرعاية الطبية، وتوفير الأدوية المناسبة للأسرى المرضى، وإجراء الفحوصات الطبية الدورية لهم.

ورصد تقرير أعده نادي الأسير وهيئة شؤون الأسرى قيام إدارة السجون بتقديم أدوية منتهية الصلاحية للأسرى. كما رصدت انتهاكات صحية أخرى تمثلت بعدم تقديم العلاج لبعض الأسرى المصابين أو المرضى عند اعتقالهم واحتجازهم في ظروف غير صحية؛ ما يفاقم معاناتهم ويزيد ألامهم، ويعرض حياتهم للخطر، ويؤثر على وضعهم الصحي¹⁴⁷.

وفيما يتعلق بالأسيرات فيعانين من عدم وجود أخصائي أو أخصائية أمراض نسائية؛ إذ لا يوجد سوى طبيب عام، خاصة أن من بين الأسيرات من اعتقلوهن حوامل، وبحاجة إلى متابعة صحية، خاصة أثناء فترة الحمل وعند الولادة. وتجبر

145 ينظر الموقع الإلكتروني لهيئة شؤون الأسرى والمحررين، تقرير بعنوان "الأوضاع الصحية للأسرى الفلسطينيين" <http://cda.gov.ps> تمت

الزيارة 11/11/2017

146 المواد (29 و30 و31) من اتفاقية جنيف الثالثة والمواد (91 و92) من "اتفاقية جنيف الرابعة"

147 مصدر سابق (تقرير هيئة شؤون الأسرى)

إدارة السجون الأسيرات الحوامل على الولادة، وهن مقيدات الأيدي، دون الاكتراث بمعاناتهن آلام المخاض والولادة¹⁴⁸.

وأما الوصول إلى الخدمات الصحية بالنسبة للمعتقلين الفلسطينيين من الضفة الغربية وقطاع غزة المحتجزين في السجون الإسرائيلية فيفتقر إلى الشفافية ولا يخضع لإشراف وزارة الصحة الإسرائيلية، كما يمنع الأطباء الخارجيون المستقلون من الزيارة، وفي عام 2014 رفعت أكثر من 200 دعوى بالنيابة عن سجناء للاعتراض على عدم إمكانية الوصول إلى الخدمات الطبية وقدمت إلى المحاكم ثلاث عرائض تطلب السماح للأطباء المستقلين بالزيارة. وكان الأشد تعرضاً للخطر الأطفال المعتقلون في السجون بسبب إساءة معاملتهم من قبل إدارة مراكز الاحتجاز الإسرائيلية على نحو شائع ومنهجي ومؤسسي. وهو ما يمكن أن يضر برفاهم النفسي¹⁴⁹.

مما سبق يتضح أن سلطات الاحتلال لا تقيم وزناً للمعاهدات والمواثيق الدولية وخاصة تلك المتعلقة بمعاملة السجناء ومعايير الاحتجاز والتي سبق لها التوقيع عليها، وبموجب هذه الحقائق القانونية فإن سلطات الاحتلال الإسرائيلي كدولة موقعة على اتفاقيات جنيف الرابعة ملزمة بتطبيق كافة الالتزامات الواردة في هذه الاتفاقية على الفلسطينيين في الأرض المحتلة، كما أن سلطات الاحتلال عليها التزام آخر بموجب القانون الدولي لحقوق الإنسان، سيما العهد الدولي للحقوق المدنية والسياسية بأن (يعامل جميع المحرومين من حريتهم معاملة إنسانية، تحترم الكرامة الأصلية في الشخص الإنساني). إن استمرار تنكر سلطات الاحتلال لحقوق الأسرى الصحية في ظل إهمال مصلحة السجون الإسرائيلية ملف الأسرى الطبي وتهريبها من التزاماتها سوف يزيد من معاناة الأسرى المتردية ويفاقم حالتهم الصحية.

148 مصدر سابق
149 تقرير الأحوال الصحية في الأرض الفلسطينية المحتلة، بما فيها القدس الشرقية، وفي الجولان السوري المحتل، منظمة الصحة العالمية، 2015، ص3

القسم الرابع:

واقع الحق في الوصول إلى
الخدمات والمرافق الصحية،
والحصول عليها

القسم الرابع: واقع الحق في الوصول إلى الخدمات والمرافق الصحية، والحصول عليها

مقدمة هذا القسم

أولاً: المؤشرات الوطنية حول إمكانية الوصول إلى الخدمات الصحية

1. بيانات إحصائية عامة حول الوصول إلى الخدمات الصحية

بالرجوع إلى التقارير الخاصة بجهاز الإحصاء المركزي الفلسطيني نجد أن آخر تقرير أجراه الجهاز المركزي كان سنة 2003، وتضمن هذا التقرير بيانات ومؤشرات إحصائية حول إمكانية المواطنين الفلسطينيين من الوصول إلى الخدمات الصحية وقد انتهى التقرير إلى النتائج التالية:

أجرى الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني مسحاً حول الوصول للخدمات الصحية أفادت أبرز نتائجه أن 94.3٪ من الأسر الفلسطينية يتوفر لها مركز صحي و38٪ من الأسر يتوفر لها مشفى في نفس التجمع وتكون في غزة أعلى منها في الضفة (وهذه نتيجة منطقية بسبب صغر المساحة وزيادة الكثافة السكانية). كما بينت نتائج المسح أن 88.9٪ ممن احتاجوا الخدمة الصحية قد تلقوها. وبالمقابل أفاد 4٪ ممن تلقوا الخدمة بأنهم احتاجوا إلى أكثر من ساعة لوصولها بينما كانت 0.4٪ قبل اندلاع الانتفاضة، ما أبرز الصعوبات لتلقى الخدمة فكانت طول الانتظار بنسبة 29٪ ونقص الأدوية بنسبة 28٪ وقد اعتبر سكان المناطق الريفية أن الإغلاق الإسرائيلي وإجراءاته هي أهم معيق للوصول إلى الخدمة بنسبة 24٪، أما الأسباب في عدم الوصول للخدمة وتلقى العلاج فكانت: بسبب عدم توفر الخدمة بنسبة 19٪ في التجمع، وارتفاع التكاليف بنسبة 58٪، والانشغال بنسبة 79٪، والانتظار الطويل للحصول على الخدمة بنسبة 64٪، وعدم المعرفة بالخدمة بنسبة 12٪، والاحتلال وعواقبه بنسبة 4٪، وكانت الإشكالية أعلى لدى المخيمات بنسبة 10٪ والريف بنسبة 9٪، كما أن عدم توفر المواصلات كان إشكالية أعلى لدى المناطق الريفية بنسبة 8٪ ولم تكن كذلك لدى الحضر والمخيمات، وتشكل عدم الرغبة في تلقي العلاج ما نسبته 42٪¹⁵⁰.

مما تقدم نجد أن هذا المسح الأخير الذي قام به الجهاز المركزي الفلسطيني في العام 2003 أي أنه مضى عليه أكثر من 16 عاماً، لذلك ينبغي

150 جهاز الإحصاء المركزي. 2003. مسح الوصول للخدمات الصحية. رام الله. منشورات الجهاز المركزي للإحصاء ص23-21.

العمل على إجراء مسح دورية محدثة حول إمكانية الوصول إلى الخدمات الصحية من أجل وضع السياسات وبناء التدخلات اللازمة لتحسين واقع الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين بما يتفق مع المعايير الدولية والأهداف الاستراتيجية التي تضعها وزارة الصحة وبما ينسجم مع متطلبات انضمام فلسطين للعهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية. وبالتأكيد أنه ما بين العام 2003 والعام 2017 طرأ كثير من المتغيرات على واقع الحق في الصحة في فلسطين على المستوى السياسي والاقتصادي والخدمي. من خلال مراجعة البيانات وفق الإحصائيات المطروحة أعلاه يتبين أن الفلسطينيين يواجهون معوقات في إمكانية الوصول إلى الخدمات الصحية وتمثلت هذه المعوقات في صعوبة التنقل بالنسبة لسكان الريف حيث يعانون من عدم توفر وسائل النقل بنسبة أعلى من المدن والمخيمات، وكذلك عدم توفر الخدمة الصحية وارتفاع تكاليف الحصول على الخدمة الصحية، ونقص الأدوية، وطول الانتظار قبل الحصول على الخدمة الصحية وبعد الخدمة الصحية عن مكان الإقامة وعدم توافر الخدمات الصحية المطلوبة.

2. واقع حق الفئات المهمشة في الوصول إلى الخدمات الصحية

يشير مفهوم الفئات المهمشة إلى وجود مجموعات أو جماعات من الناس ضمن ثقافة وسياق معين معرضين لخطر التعرض للتمييز المتعدد على أساس اللغة والمعتقد والعرق والجنس والجغرافيا وما زالوا في حالة من الحرمان والإقصاء والتهميش، ونتيجة لذلك لم يتمكنوا من نيل المساواة والتكافؤ مع قطاعات المجتمع الأخرى، إن هذه الجماعات، التي حرمت من نصيبها بالمساواة في الحقوق والامتيازات والموارد السياسية والاجتماعية والاقتصادية للبلد لا تزال في وضع ضعيف رغم إقرار العديد من القوانين والتشريعات على الصعيدين الدولي والوطني. يركز هذا القسم على حق النساء والأطفال والأشخاص ذوي الإعاقة -على سبيل المثال لا الحصر- في الوصول إلى الخدمات والسلع الصحية، كونهم في الكثير من الأحيان من بين الأشخاص الأكثر تهميشاً في جميع المجتمعات وغالباً ما يواجهون تحديات فريدة في التمتع بحقوق الإنسان.

أ. حق النساء في الحصول على الخدمات الصحية

أعطى القانون المنظم للقطاع الصحي في فلسطين، قانون الصحة العامة رقم (20) لسنة 2004، الأولوية لرعاية صحة المرأة واعتبارها جزءاً لا يتجزأ من

الاستراتيجية الإنمائية لفلسطين، وألزم وزارة الصحة بتوفير الخدمات الوقائية والتشخيصية والعلاجية والتأهيلية المتعلقة بصحة الأم والطفل. كما لم يتم اشتراط حصول المرأة على موافقة وليها أو زوجها حتى تتمكن من تلقي الرعاية الصحية، بما في ذلك استخدام وسائل تنظيم الأسرة، بل على العكس، أقرت هذه القوانين حق كل المرضى، بمن فيهم النساء، في الحصول على الرعاية اللازمة، والرعاية الأولية، وعلى العلاج الفوري في الحالات الطارئة، وتلقي شرح واضح للعلاج المقترح، كما أن لهم الحق في الموافقة الشخصية على تعاطي ذلك العلاج أو رفضه، ويجب أن تحترم في ذلك كله خصوصية المرضى وكرامتهم ومعتقداتهم الدينية والثقافية¹⁵¹. غير أن القيود والأعراف الاجتماعية تحول في كثير من الأحيان دون تمكن النساء من المشاركة والقرار فيما يتعلق بالأمور الصحية التي تخصهن، بما فيها قرارات الصحة الإنجابية إضافة إلى مؤشرات العنف ضد النساء، والوقت المتاح للمرأة لمتابعة أوضاعها الصحية، إلى جانب ضعف مشاركتها في إقرار السياسات والإجراءات المتعلقة بصحة النساء على الصعيد المحلي.

كما نص قانون مراكز الإصلاح والتأهيل رقم (6) لسنة 1998 على تدابير من شأنها حماية أمومة نزيلات مراكز الإصلاح والتأهيل، إذ تنص المادة (27) منه على أنه (تعامل النزيلات الحامل ابتداء من ظهور أعراض الحمل عليها وإلى ما بعد الوضع بستين يوماً، معاملة خاصة من حيث التغذية وأوقات النوم والعمل، وتوفر لها العناية والرعاية الطبية وفق ما يوصي به الطبيب وتتخذ التدابير اللازمة كي تضع حملها في المشفى)، كما يحمي هذا القانون خصوصية المرأة النزيلات وطفلها، إذا تنص المادة (28) على أنه (إذا وضعت النزيلات طفلها في المركز فلا يذكر ذلك في السجلات الرسمية ولا في شهادة الميلاد ويعتبر المشفى مكان الولادة ويبقى الطفل بمعية أمه حتى بلوغه السنتين من العمر وعلى المدير أن يوفر للأم المرضع مكاناً منفصلاً عن بقية النزيلات)¹⁵².

تشكل النساء في نهاية العام 2016 قرابة نصف عدد سكان فلسطين، المقدّر بحوالي 4.75 مليون مواطن، منهم ما نسبته 50.9٪ من الرجال و49.1٪ من النساء¹⁵³. كما تشير بيانات الجهاز المركزي للإحصاء التي استعرضها عشية يوم المرأة العالمي 2017 أن أكثر من خمس الأفراد (21.4٪) تزوجوا في عمر مبكر حيث بلغت نسبة الزواج المبكر للإناث 20.3٪ مقابل 1.1٪ للذكور وذلك من

151 قانون الصحة العامة رقم (20) لسنة 2004م منشور على صفحة المفتحي <http://muqtafi.birzeit.edu/pg/getleg.asp?id=14778> تمت الزيارة بتاريخ 14/11/2017

152 ينظر التقرير الأولي لدولة فلسطين حول تنفيذ اتفاقية القضاء على كافة أشكال التمييز ضد المرأة، منشور على موقع المفوضية السامية لحقوق الإنسان. تمت الزيارة 17/11/2017 http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/TBSearch.aspx?Lang=ar&TreatyID=3&DocTypeID=29

153 ينظر الموقع الإلكتروني للجهاز المركزي للإحصاء <http://www.pcbs.gov.ps/postar.aspx?lang=ar&ItemID=1867> تمت الزيارة 29/10/2017

المجموع الكلي للأفراد المتزوجين في فلسطين، حيث بلغت هذه النسبة في الضفة الغربية؛ 19.7٪ من إجمالي الأفراد المتزوجين في الضفة الغربية وفي قطاع غزة 23.7٪ من إجمالي الأفراد المتزوجين خلال عام 2015. ووفقاً لمؤشرات الجهاز المركزي للإحصاء فإن أكثر من نصف النساء المتزوجات في العمر 15-49 سنة في فلسطين يستخدمن وسيلة تنظيم أسرة (57.2٪)، حيث أن النساء المتزوجات في العمر 15-49 سنة في الريف أكثر استخداماً لوسائل تنظيم الأسرة من النساء في الحضر والمخيمات فقد بلغت نسبة الاستخدام بين نساء الريف 59.9٪ مقارنة مع 56.6٪ بين نساء الحضر و57.6٪ بين نساء المخيمات¹⁵⁴.

ووفقاً لبيانات المسح الفلسطيني العنقودي متعدد المؤشرات، فإن هناك فجوة في موضوع تنظيم الأسرة، حيث إن حوالي 11٪ من النساء لديهن حاجة غير ملباة إلى تنظيم الأسرة¹⁵⁵. وفيما يتعلق بالرعاية الصحية بعد الولادة فتبين أن 90.7٪ من النساء بين 15 - 49 سنة تلقين رعاية صحية بعد الولادة، سواء خلال إقامتهن في المؤسسات الصحية أو في المنزل بعد الولادة، أو خلال زيارة المركز الصحي بعد الولادة خلال يومين من بعد الولادة¹⁵⁶.

وفي هذا الصدد تقدم وزارة الصحة رعايتها وخدماتها الصحية للنساء في فترة ما قبل وأثناء وما بعد الولادة مع إيلاء اهتمام أقل لاحتياجاتهن الصحية خلال دورة حياتهن. الأمر الذي يؤثر على تكريس الأدوار النمطية للمرأة في رؤية وفهم وزارة الصحة، ومن شأن ذلك أن يؤثر على نوعية وتوزيع الخدمات المقدمة مثل تقديم المشورة، وتشوهات الرحم، والكشف عن سرطان الثدي، والاختبار الوقائي لفيروس نقص المناعة (الإيدز)، وصحة المراهقين، والخدمات الصديقة للشباب، وعلاجات العقم والخصوبة، التي إن وجدت فهي لا توفر إلا في العيادات المركزية للوزارة، ومدى توافق هذه الخدمات مع احتياجات جميع أعضاء المجتمع. كما تقوم وزارة الصحة بإدماج خدمات الصحة الإنجابية ورعاية الحوامل وتنظيم الأسرة في مراكز الرعاية الصحية الأولية المنتشرة في جميع أرجاء فلسطين والتابعة للوزارة وهو تدبير بمثابة تمييز إيجابي إزاء المرأة¹⁵⁷.

وتواجه النساء الفلسطينيات مشاكل وتحديات جمة تحول دون وصولهن إلى الخدمات والمرافق والسلع الصحية ففي دراسة أجرتها مؤسسة مفتاح بعنوان

154 ينظر الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، الإحصاء الفلسطيني يصدر بياناً صحفياً بمناسبة اليوم العالمي للصحة 07/04/2016 <http://www.pcbs.gov.ps/postar.aspx?tabID=512&lang=ar&ItemID=1634&mid=3265&wversion=Staging> تحت الزيارة

1/11/2017

155 المصدر السابق.

156 المصدر السابق

157 وزارة الصحة - مركز المعلومات الصحي الفلسطيني، التقرير الصحي السنوي - فلسطين 2016، تموز 2017

"تحليل خدمات القطاع الصحي من منظور النوع الاجتماعي" تناولت بالتحليل خدمات القطاع الصحي من منظور النوع الاجتماعي ومن ضمنها المعوقات التي يواجهها المواطنون في الحصول على الخدمات الصحية من منظور النوع الاجتماعي، فقد أفادت الدراسة أن: 13.2٪ من النساء مقابل ما نسبته 9.8٪ من الرجال يواجهن صعوبات في سعيهن للحصول على الخدمات الصحية تمثلت في الانتظار الطويل. وفيما يتعلق بتوافر الأدوية أظهرت الدراسة أن ما نسبته 11.3٪ من النساء مقابل 1.8٪ فقط من الرجال يعانون من نقص الأدوية، كما أشارت الدراسة إلى أن 9.8٪ من النساء مقابل 7.3٪ من الرجال يواجهن صعوبات مالية في السعي للحصول على خدمات الصحة الأولية، ويظهر أن هناك فروقا في النسب لدى النساء عنها عند الرجال، وتساوت نسبة الرجال مقابل النساء من حيث عوائق الحواجز وجدار الضم والتوسع، وفيما يتعلق بوقت الوصول إلى الخدمة الصحية فقد أشارت الدراسة إلى أن النساء يحتجن إلى ساعتين أو أكثر للوصول إلى الخدمة في حين اعتبرت أقل بالنسبة للرجال من ساعتين، وفيما يتعلق بالمشافي فإن النساء يحتجن إلى ثلاث ساعات في حين أن الرجال يحتاجون لأقل من ساعتين. وحول توافر وإتاحة الخدمات الصحية وتقديمها خاصة الخدمات الحكومية فكانت النسب كالآتي: 30٪ موافقون و37٪ موافقون إلى حد ما أي أن ما نسبته 33٪ يعتقدون أن خدمات الحكومة غير متوفرة ومتاحة للجميع¹⁵⁸.

وفي سياق تمكين النساء من الحصول على الخدمات الصحية والوصول إليها فقد اتخذت وزارة الصحة الفلسطينية، بعض التدابير الخاصة، حيث عملت على إدماج خدمات الصحة الإنجابية ورعاية الحوامل وتنظيم الأسرة في مراكز الرعاية الصحية الأولية، وأوجدت وحدات الأمومة والطفولة في هذه المراكز ضمن هيكليتها؛ بهدف تحسين الوصول إلى خدمات صحة إنجابية متكاملة وعالية الجودة في مراكز الأمومة والطفولة في الرعاية الصحية الأولية، وخاصة في المناطق المهمشة والمناطق التي يوجد فيها صعوبة في الحركة نتيجة لجدار الضم والتوسع والحواجز العسكرية، كذلك تقديم خدمة ذات نوعية جيدة في المشافي وخاصة في أقسام الولادة وما بعد الولادة¹⁵⁹.

وفي مراجعة لبيانات وزارة الصحة تبين وجود ضعف في إقبال النساء على خدمات الرعاية لما بعد الولادة حيث كان إقبال النساء على خدمات ما بعد الولادة محدودا، مما أثر على عدم تلبية بعض الاحتياجات الصحية للنساء،

158 أبو زينة. 2010. تحليل خدمات القطاع الصحي من منظور النوع الاجتماعي. رام الله: منشورات مؤسسة مفتاح. ص40-41 راجع أيضاً دراسة شذى عودة، حق الوصول إلى الخدمات والمرافق والسلع الصحية، 2010 غير منشورة.

159 دولة فلسطين- وزارة الصحة- مركز المعلومات الصحية- التقرير الصحي السنوي 2016، تموز 2017

لا سيما فيما يتعلق ببعض جوانب الصحة الإنجابية والإعاقة ولفئات معينة من النساء، مثل كبيرات السن وغير المتزوجات وغير الحوامل والنساء اللواتي يسكنن في المناطق المسماة (ج)¹⁶⁰. حيث بلغ عدد زيارات الأمهات ما بعد الولادة (15394) زيارة أي ما نسبته 12.1 ٪ من إجمالي المواليد الأحياء.¹⁶¹ لقد كشفت لنا هذه المعطيات عن حجم ومستوى معيقات الوصول إلى الخدمات الصحية من منظور الجنس، فأظهرت تمييزاً في الحصول على الخدمات الصحية على أساس الجنس أي فيما بين الرجال والنساء فالمعوقات والصعوبات التي تواجهها النساء أعلى منها لدى الرجال، كما أن هناك صعوبات مالية وصعوبات في الوصول الجغرافي وصعوبات في مدى توافر وإتاحة الخدمات الصحية، وهذه الدراسة تكشف وجود معيقات في الحصول على الخدمات لصحية للرجال والنساء الفلسطينيين وإن كانت النسب عند النساء أعلى منها عند الرجال.¹⁶²

وبالنسبة للنساء ذوات الإعاقة فإنهن يعانين من تمييز مضاعف كونهن إناثاً ومن ذوات الإعاقة أيضاً، ويتضح ذلك من خلال نتائج مسح الإعاقة الذي أجراه الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني في عام 2011، الذي أظهر أن ما نسبته (43.3 ٪) من النساء ذوات الإعاقة (18 سنة فأكثر) يواجهن صعوبة في التواصل مع الناس في أماكن أخرى كالحى اللواتي يعشن فيه، كما أن (62.9) ٪ من النساء ذوات الإعاقة يواجهن صعوبة بسبب عدم مواءمة البنية التحتية للأرصفت، في حين أن (43.6 ٪) من النساء ذوات الإعاقة يواجهن صعوبة بسبب عدم مواءمة البنية التحتية من حيث الإشارات الإرشادية، و(54.3 ٪) من النساء ذوات الإعاقة يواجهن صعوبة بسبب عدم مواءمة البنية التحتية في مواقف السيارات، و(48.3 ٪) من النساء ذوات الإعاقة (18 سنة فأكثر) يواجهن صعوبة بسبب عدم مواءمة البنية التحتية في الخدمات الترفيهية.¹⁶³

ورغم هذه النسبة فإن واقع النساء يشير إلى تكون فجوة التمييز وعدم المساواة بين الجنسين، حيث لا تتمتع النساء بالحقوق ذاتها التي يتمتع بها الرجال، ويعود ذلك للعديد من الأسباب التي بُنيت نتيجة لعلاقات القوة داخل المجتمع الفلسطيني، كالتشريعات المميزة، ونقص السياسات المراعية للنوع الاجتماعي، والمنظومة الثقافية والاجتماعية للمجتمع الفلسطيني. ومن خلال مراجعة الخطط والاستراتيجيات تتركز رؤية وزارة الصحة تجاه توفير الخدمات الصحية على النساء المتزوجات، باستثناء

160 ينظر وضع حقوق الإنسان في فلسطين 2016 التقرير السنوي للهيئة المستقلة لحقوق الثاني والعشرون، ص 116 للمزيد ينظر أيضاً "شركاء في البناء" الاستراتيجية الوطنية عبر قطاعية لتعزيز العدالة والمساواة بين الجنسين وتمكين المرأة 2017-2022 وزارة شؤون المرأة.

161 المصدر السابق.

162 المصدر السابق.

163 ينظر نتائج مسح الأفراد ذوي الإعاقة، الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني ووزارة الشؤون الاجتماعية عام 2011.

نسبة من النساء والفتيات اللواتي يحصلن على الرعاية والخدمات الصحية الأساسية اللازمة، كالإسعاف والطوارئ وغيرهما.

ب. حق الأشخاص ذوي الإعاقة في الحصول على الخدمات الصحية في فلسطين

بالرغم من صدور قانون حقوق المعوقين ولأئحته التنفيذية إلا أنه لم يتم تطبيقه فعلياً خاصة في المجال الصحي، حيث تستثني التعليمات الخاصة بالتأمين الصحي الأدوات المساعدة والمستلزمات الطبية، ولا يلبي نظام التأمين الصحي حاجة الأشخاص ذوي الإعاقة للأطراف الصناعية، كما أن هناك بعض الفحوصات الطبية للأشخاص ذوي الإعاقة لا يشملها التأمين الصحي ويتحمل هؤلاء أعباء تغطيتها بشكل شخصي، مع العلم أن ما نسبته 99 ٪ من الأشخاص ذوي الإعاقة لا يغطيهم التأمين الصحي من الشركات الخاصة¹⁶⁴. وفي تحليل لنظام التأمين الصحي يتضح أن الأشخاص الذين تقل نسبة إعاقته عن 60 ٪ مستثنون من الخدمات الصحية التي يغطيها التأمين، بل ويصنفها هذا النظام على أنها خدمات تجميلية وهو ما يتناقض صراحة مع قانون حقوق المعوقين، كما لا يوجد إجراءات واضحة ومفصلة للحصول على هذه الخدمات مما يقلص من فرص الأشخاص ذوي الإعاقة في الحصول على الخدمات الصحية النوعية.

وبالنسبة لمرجعيات العمل الصحي وكفاءة الطواقم الصحية فإن الأشخاص ذوي الإعاقة يعانون من غياب التدابير اللازمة من قبل وزارة الصحة ومراكزها الصحية المختلفة من قبيل:

- * عدم توفر لغة الإشارة في أقسام ودوائر ومراكز وزارة الصحة.
- * عدم مراعاة الفروق الفردية واحتياجات الأفراد وخاصة النساء ذوات الإعاقة.
- * طول فترة الانتظار في مراكز وعيادات وزارة الصحة، الأمر الذي يؤثر بشكل خاص على الأشخاص ذوي الإعاقة.
- * عدم وجود سجل طبي وطني يشمل الأشخاص ذوي الإعاقة.
- * إضافة إلى قلة المعرفة في التواصل مع الأشخاص ذوي الإعاقة وخاصة فيما يتعلق بالمحافظة على السرية والخصوصية، واستخدام لغة تركز التمييز والإقصاء والوصمة تجاه الأشخاص ذوي الإعاقة، مثل كلمات (مكسح وأعمى ومتخلف ومقعد) وغيرها من الألفاظ التي يعتبرها الأشخاص ذوي الإعاقة مهينة وتمس بكرامتهم الإنسانية.
- يقر قانون حقوق المعاقين لعام 1999 بمجموعة من الحقوق الصحية للأشخاص ذوي الإعاقة، ومنها: إصدار بطاقة المعوق في المجال الصحي، وتشخيص وتصنيف

164 أنظر الموقع الإلكتروني لشبكة فلسطين الإخبارية <http://pnn.ps/news/276150> تمت الزيارة 17/11/2017

درجة الإعاقة لدى المعوق، وضمان الخدمات الصحية المشمولة في التأمين الصحي الحكومي مجاناً للمعوق ولأسرته، وتقديم وتطوير خدمات الاكتشاف المبكر للإعاقات، وتوفير الأدوات والأجهزة الطبية اللازمة لمساعدة المعوق وفقاً للمادة (5) من هذا القانون، وتقديم الخدمات الوقائية والعلاجية التي تهدف إلى تقليل نسبة الإعاقة في المجتمع. وفيما يتعلق بواقع الحق في الصحة للأشخاص ذوي الإعاقة تشير البيانات الإحصائية الوطنية إلى أن الأسباب المرضية هي من أكثر مسببات الإعاقة، حيث أن ما نسبته 43.7٪ من الإعاقات البصرية سببها مرضي. و 42.9٪ من الإعاقات الحركية أيضاً سببها مرضي، فيما كانت الأسباب الخلقية الأكثر وراء إعاقة التواصل بنسبة بلغت 165.33.6٪ وأن ما نسبته 79.4٪ من الأشخاص ذوي الإعاقة الحركية يعانون من صعوبة الوصول إلى الخدمات الصحية، يتلوهم 65.6٪ من الأشخاص ذوي إعاقة التواصل يعانون من صعوبة الوصول إلى الخدمات الصحية¹⁶⁶.

كما يعاني الأشخاص ذوو الإعاقة من عدم تلبية بعض احتياجاتهم الصحية حيث إن ما نسبته 18.2٪ من الأفراد ذوي الإعاقة البصرية بحاجة إلى عدسات مكبرة، و 45.5٪ من ذوي الإعاقة السمعية بحاجة إلى سماعة طبية دون محول بيئية التلفون، و 14.3٪ بحاجة إلى القوقعة الصناعية، و 12.5٪ بحاجة إلى منبهات مرئية وحسية، وأن 37.1٪ من ذوي الإعاقة الحركية بحاجة إلى خدمات العلاج الطبيعي، و 24٪ بحاجة إلى أدوات خاصة للحمامات، و 23.5٪ إلى كرسي متحرك، و 21٪ بحاجة إلى أدوات مساعدة للمشي، وأن 32.5٪ من ذوي الإعاقة بحاجة إلى أدوية، والأفراد الذين يعانون من بطء التعلم بحاجة إلى خدمات دعم نفسي. وبالنسبة للأشخاص ذوي الأمراض النفسية، فإن 38.2٪ من الأشخاص ذوي الأمراض النفسية بحاجة إلى خدمات مقدمة من طبيب نفسي، و 34.7٪ بحاجة إلى دعم ومساندة من مراكز متخصصة¹⁶⁷. فيما يتعلق بالإعاقة العقلية، يوجد مشفى واحد فقط على مستوى الضفة الغربية لذوي الإعاقة العقلية. ومن المهم الإشارة لمراكز التأهيل والرعاية لذوي الأمراض العقلية والإعاقات الذهنية بأنواعها.

وعند محاولة التعرف على المعوقات التي تحول دون وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى الخدمات الصحية، تبين أن هناك صعوبات على كافة المستويات. فعلى الصعيد المادي، هناك أكثر من 80٪ ممن استهدفهم المسح لا يستطيعون تحمل نفقات العلاج، وما يقارب 70٪ ممن استهدفهم المسح غير قادرين على تحمل تكاليف المواصلات¹⁶⁸.

165 الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، نتائج مسح الأفراد ذوي الإعاقة، 2011.

166 المصدر السابق.

167 المصدر السابق.

168 التقرير السنوي 21 المذكور عن: (مشروع تمكين الأشخاص ذوي الإعاقة للمطالبة بحقوقهم واستحقاقاتهم، فلسطين: مركز دراسات التنمية - جامعة بيرزيت، 2014).

جهود وزارة الصحة لإعمال حق الأشخاص ذوي الإعاقة في الوصول إلى الصحة

تقدم وزارة الصحة للأشخاص ذوي الإعاقة مجموعة من الخدمات الصحية (الوقائية والعلاجية وخدمات الصحة العامة) التي تقدم للأشخاص الآخرين ضمن قانون الصحة العامة ونظام التأمين الصحي على قدم المساواة. كما تتوفر الخدمات الصحية في المجتمعات الريفية والنائية من خلال عيادات الرعاية الصحية الأولية¹⁶⁹. ويمكن لجميع الأشخاص ذوي الإعاقة الحصول على نفس النطاق والتنوعية والميعار ومستوى الرعاية والبرامج الصحية المجانية أو معقولة التكلفة، بما فيها خدمات الصحة الإنجابية والجنسية والصحة العامة.

بخصوص وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى الخدمات الصحية بسهولة ويسر تشير بيانات وتقارير وزارة الصحة أنها توائم جميع المشافي الحكومية لوصول الأشخاص ذوي الإعاقة الحركية. وتؤكد أنها عملت بشكل جزئي على موازنة مديريات الصحة وعيادات الرعاية الصحية الأولية للأشخاص ذوي الإعاقة الحركية، وأنها تعمل على استكمال موازنة المراكز والعيادات الصحية ومديريات الصحة لتسهيل حصول الأشخاص ذوي الإعاقة -بمن فيهم الأطفال- على الخدمات الصحية من جهة أخرى تؤكد وزارة الصحة على أنها تعمل على إجراء فحص للأشخاص ذوي الإعاقة من أجل تحديد نسبة الإعاقة لديهم، حيث تقدم خدمات للأشخاص الذين تتجاوز إعاقتهم 60 ٪ فقط وهو ما يخالف القانون الذي ينص عليه القانون الأساسي الفلسطيني على أن الخدمات يجب أن تقدم للجميع دون تحديد أو تمييز¹⁷⁰. ومن غير الواضح التدابير والإجراءات التي اتخذتها وزارة الصحة بشأن تمكين الأشخاص ذوي الإعاقة من الوصول إلى الخدمات والمرافق الصحية، وهذا يعكس عدم جدية الوزارة في إجراء الترتيبات التيسيرية من مواعيد فيزيائية للمباني والمرافق الصحية وتأهيل وتدريب الكوادر الطبية للتعامل مع الأشخاص ذوي الإعاقة، وإدخال لغة إشارة الصم إلى مرافق وزارة الصحة، وتوفير الأدوات والأجهزة المساعدة ضمن القائمة المشمولة بخدمات التأمين الصحي، وهذا يقودنا أيضاً إلى ضرورة العمل على إصدار بطاقة المعاق التي تتضمن مجموعة من الخدمات الاجتماعية والتي تنقطع وزارة الصحة إلى جانب وزارة التنمية الاجتماعية ووزارات أخرى في توفيرها وتأمينها لهم.

169 إسلام التميمي وعلاء نزال، مراجعة حقوقية لحق الأشخاص ذوي الإعاقة في التعليم والصحة والحماية الاجتماعية، الهيئة المستقلة لحقوق الإنسان، رام الله 2016.

170 ينظر <http://pnn.ps/news/276150> تمت الزيارة 7/11/2017

وعلى مستوى السياسات، تبين وزارة الصحة أنها تعمل على تطوير سياساتها المتعلقة بمعايير الأجهزة المساندة وخدمات التأهيل من أجل ضمان حصول الأشخاص ذوي الإعاقة على أدوات مساندة وتأهيل حسب المعايير الوطنية وبنوعية وأسعار مناسبة. كما تفيد أنها تعمل على تطوير سياسات التأهيل للأشخاص ذوي الإعاقة على المستوى الوطني من أجل ضمان حصولهم على خدمات تأهيل ذات جودة عالية تستند إلى المعايير الدولية.

إلا أن وزارة الصحة لا تزود ذوي الإعاقة بالأجهزة والأدوات المساعدة حتى الآن ضمن نظام التأمين الصحي، حيث لا يزالون يتحملون أعباء شرائها مما يمثل عائقاً أمامهم في الوصول إلى الخدمات الصحية والحصول عليها، إلى جانب تحمل أسرهم لأعباء إضافية في توفير الأجهزة والوسائل المساعدة والتي تتناسب مع حاجاتهم.

وفي قطاع غزة تنوعت أدوات المساعدة التي تم تقديمها من قبل وزارة الصحة لذوي الإعاقة في العام 2016 من أسرة طبية وفرشات هوائية وعكازين ومشايات¹⁷¹ (Walkers) وأدوات أخرى لمساعدة المرضى، حيث يمكن للمريض أن يحصل على أكثر من أداة مساعدة في آن واحد حسب الاحتياج. وقد مثلت أسطوانة الأكسجين أعلى نسبة من الأدوات المساعدة التي تم تقديمها (221) أسطوانة تلاها الكراسي المتحركة بواقع (95) كرسي متحرك¹⁷².

كما تقدم وزارة الصحة في قطاع غزة خدمة التأهيل للمرضى والأشخاص ذوي الإعاقة عبر لجنة متخصصة بإشراف وحدة العلاج الطبيعي، من خلال شراء خدمة التأهيل من مشفى الوفاء للتأهيل الطبي التابع للمنظمات الأهلية؛ حيث بلغ عدد الطلبات المقدمة للجنة التأهيل في مشفى الوفاء 347 طلباً، وقد تم الموافقة على 294 حالة، دخل منها فعلياً 257 مريضاً إلى المشفى بنسبة 87.7٪ من الطلبات الموافق عليها لخدمة التأهيل الطبي. وقد بلغ عدد (45) من المرضى الذين تلقوا خدمة إعفاء كامل 100٪ من قبل وزارة الصحة، و182 مريضاً كانت مساهمة الوزارة لهم بنسبة 95٪ فيما تراوحت نسبة مساهمة الوزارة ما بين 70-90٪ لحوالي 30 مريضاً¹⁷³.

تشير الخطة التنفيذية لعام 2014 وفق الاستراتيجية الوطنية للصحة -2016 إلى قائمة البرامج تحت كل هدف من أهداف الاستراتيجية، والتكلفة التقديرية

171 من التقنيات المساعدة للأشخاص ذوي الإعاقة الحركية، تستخدم المشايات للأشخاص الذين يعانون من مشاكل في التوازن أو عدم قدرة الأطراف السفلية على تحمل ثقل الجسم وتعمل المشايات على مساعدة الشخص الموقوف على المشي والتدريب عليه و تصنع معظمها من أنابيب الألمنيوم وهي قابلة للتعديل في الارتفاع.

172 ينظر مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، وزارة الصحة، التقرير السنوي للعام 2016، غزة، ص 30، تاريخ الدخول 20/11/2017
<http://www.moh.gov.ps/portal/wp-content/uploads/Annual-Report-2016.pdf>

173 المصدر السابق

لكل برنامج، ورغم إشارة الاستراتيجية ضمن أهدافها وبرامجها الفرعية إلى تأهيل ومواءمة المشافي والمباني والعيادات، إلا أنها لم تبرز أرقاماً ومخصصات محددة لتنفيذ هذه البرامج الفرعية. وتحدد هذه الخطة برنامجي/ تدخل مباشرين لقطاع الإعاقة، الأولي تعلق بتطوير بروتوكولات الكشف المبكر بحيث يشمل صعوبات التعلم والإعاقات العقلية والجسدية والأمراض المزمنة التي لم تشملها البروتوكولات الحالية وبتكلفة 30 ألف شيكل، والثاني يشمل تدريب الكوادر الطبية على برامج الكشف المبكر عن الإعاقات والأمراض المزمنة وصعوبات التعلم وبتكلفة 40 ألف شيكل¹⁷⁴، والبرنامجين يقعان تحت دائرة الصحة المدرسية، أي أنهما موجهان للطلبة. حيث تبلغ قيمة البرنامجين من مجمل إنفاق وزارة الصحة 0.6٪، 0.2٪ من مجمل قيمة الإنفاق على البرنامج الأول، فيما يشكل ما نسبته 0.4 ٪ من مجمل إنفاق وزارة الصحة على البرنامج الثاني، وهي نسبة لا تكاد تذكر.

تحت إطار الهدف الأول في الاستراتيجية (ضمان توفير خدمات صحية شاملة ومتكاملة لجميع فئات الشعب) مع الأخذ بعين الاعتبار النوع الاجتماعي، والتوزيع الجغرافي، والوضع الفلسطيني السياسي، والاقتصادي والاجتماعي يتم الحديث عن توفير وتطوير البنية التحتية المناسبة لضمان تقديم الخدمات الصحية، بما يشمل توفير البنى التحتية الملائمة والأمنة وسهلة الوصول إلى كافة شرائح المجتمع لاسيما كبار السن وذوي الإعاقة، وذلك من خلال تعزيز بيئة المراكز الصحية والمشافي والعيادات ومواعمتها لذوي الإعاقة¹⁷⁵، ويتم ذلك من خلال البرنامج الأول - البرنامج الفرعي الثاني: (إنشاء وصيانة عيادات رعاية صحية أولية في مختلف المناطق الجغرافية مع مراعاة مواعمتها لذوي الاحتياجات الخاصة)¹⁷⁶، وكذلك البرنامج الثاني - البرنامج الفرعي الثاني (تطوير البنية التحتية لخدمات الرعاية الثانوية والثالثية¹⁷⁷)، فيما يقع تحت الهدف الثاني (تعزيز الرعاية الصحية الوقائية وتحسين إدارة الأمراض غير السارية)¹⁷⁸ عبر برامج الكشف المبكر للأمراض المزمنة والإعاقة. ويغيب تحليل مبني على النوع الاجتماعي، والإعاقة، والنوع الاجتماعي للإعاقة عن الخطة التنفيذية، وعن برامج وتدخلات وزارة الصحة، ولا يوجد في قائمة وزارة الصحة أي خدمات للأشخاص ذوي الإعاقة من قبيل الأدوات والأجهزة الطبية اللازمة لهم دون أي تبرير يذكر.

174 وزارة الصحة، الخطة التنفيذية: <http://www.moh.ps/Content/Books/R71mo9EHhQKtd5D6AxNBV5t1cX9ThLG83gjA27cpUQMseU->

175 الاستراتيجية الصحية الوطنية، ص 27. 18/11/2017 تمت الزيارة بتاريخ j13GZcwm_2qltTW7J5Z5s1e9x6VenRtLUM1FX7TZ1r9qv6iqBwwHlogQC78hg.pdf

176 المرجع السابق ص 32

177 المرجع السابق ص 40

178 المرجع السابق ص 178

هذا الأمر انعكس على طبيعة الخدمات المقدمة للأشخاص ذوي الإعاقة وخاصة الخدمات التأهيلية التي لا تتوفر لدى وزارة الصحة، حيث تقوم الوزارة بشراء هذه الخدمة من القطاع الخاص، ويحصل الأشخاص ذوو الإعاقة على خدمات التأهيل من القطاع الخاص بدعم وزارة الصحة ضمن نظام التأمين الصحي. كما أن أية خدمات طبية أو صحية متخصصة ينطبق عليها ما ينطبق على مثيلاتها المقدمة للأشخاص غير ذوي الإعاقة.

وعلى صعيد تمكين الأشخاص ذوي الإعاقة من الوصول إلى الخدمات الصحية ينشط في الأراضي الفلسطينية عدد من المنظمات والمؤسسات والجمعيات غير الحكومية التي تعنى بقضايا الأشخاص ذوي الإعاقة، سواء على صعيد الرعاية والتأهيل الاجتماعي والطبي والمهني أو الحقوقي، وتساهم بعض هذه المؤسسات في رصد ومتابعة التزام الحكومة بتنفيذ التشريعات والسياسات الوطنية، بالإضافة إلى مساهماتها في تنفيذ بعض السياسات الوطنية بالشراكة مع الحكومة¹⁷⁹.

أن إمكانية الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية والحماية الاجتماعية لن تتأتى للأشخاص ذوي الإعاقة دون تمكنهم من الوصول إلى الأماكن التي تقدم فيها تلك الخدمات، فحتى عندما يكون الوصول إلى المباني التي تقدم فيها خدمات الرعاية الصحية وخدمات الحماية الاجتماعية ممكناً، فإن عدم توفير وسائل نقل ميسورة يجعل الأشخاص ذوي الإعاقة عاجزين عن الانتقال إلى الأماكن التي تقدم فيها الخدمات ومن الأهمية بمكان مراعاة البعد من منظور الجنس لإمكانية الوصول لدى تقديم الرعاية الصحية، خصوصاً الرعاية في مجال الصحة الإنجابية للنساء والفتيات ذوات الإعاقة¹⁸⁰.

يتضح مما سبق أن السياسات والإجراءات المتبعة في وزارة الصحة في تقديم الخدمات الصحية للأشخاص ذوي الإعاقة تقوم على مفهوم النموذج الطبي والإغاثي والتأهيلي قصير المدى، وما زالت الوزارة تتعامل معهم على أساس أنهم مرضى، الأمر الذي يتعارض مع فلسفة النهج الحقوقي التنموي، والذي سبق وأشرنا إليه في مقدمة الدراسة، وعلى الرغم من أهمية الخدمات المقدمة من توفير أدوات مساعدة وخدمات تأهيلية إلا أن هذه الخدمات تقوم على نهج الاحتياج الأنّي مقابل النهج المرتكز على الحق في الصحة وعلاقته بالحقوق الأخرى بغية تمكين ذوي الإعاقة من ممارسة الحق في الصحة إلى جانب القدرة على ممارسة الحقوق الأخرى كالحق في المعاملة اللائقة وعدم التمييز والمشاركة في القرارات الصحية وغيرها من القرارات الحياتية، والحق في العمل والتنقل بحرية، وتلك الحقوق من بين ما كفلته المواثيق الدولية والتشريعات الوطنية وعلى رأسها اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة والتي

179 إسلام التميمي، مراجعة حقوقية لحق الأشخاص ذوي الإعاقة في العمل اللائق، الهيئة المستقلة لحقوق الإنسان، 2013، ص 76
180 تعليق اللجنة المعنية بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة العام على المادة (9) إمكانية الوصول. الدورة الحادية عشرة آذار 2014

انضمت إليها دولة فلسطين في العام 2014.

ج. حق الأطفال في الوصول إلى الرعاية الصحية، والحصول عليها

تكفل التشريعات الفلسطينية حق الطفل في التمتع بمستوى صحي ملائم؛ ولاسيما في القانون الأساسي الفلسطيني وقانون الصحة العامة وقانون الطفل الفلسطيني المعدل ونظام التأمين الصحي، و(قانون حقوق المعوقين الفلسطيني) بمساواة ودون أي تمييز بحسب الجنس أو الإعاقة، وفي هذا الإطار شهد واقع الحق في الصحة للأطفال تحسناً ملموساً فيما يتعلق بنوعية صحة الطفل والحصول على الخدمات الصحية، حيث تضمنت المواد (22، 23) من قانون الطفل الفلسطيني المعدل حق الطفل في الحصول على أعلى مستوى صحي مجاناً مع مراعاة قانون الصحة العامة.

كما ألزم قانون الصحة العامة وزارة الصحة "إعطاء الأولوية لرعاية صحة المرأة والطفل واعتبارها جزءاً لا يتجزأ من الاستراتيجية الإنمائية للسلطة الوطنية الفلسطينية"¹⁸¹. وكذلك "توفير الخدمات الوقائية والتشخيصية والعلاجية والتأهيلية المتعلقة بصحة الأم والطفل"¹⁸².

تؤكد وزارة الصحة أنها تقدم الخدمات الصحية المجانية للأطفال دون سن السادسة، ولقد سجلت مراكز الرعاية الصحية الأولية في فلسطين خلال العام 2015 (870.087) زيارة للأطفال الذين تقل أعمارهم عن 3 سنوات، وبلغ عدد الأطفال الذين تلقوا خدمات الرعاية في مراكز وزارة الصحة 117.261 طفلاً، وبلغت نسبة التغطية 92.6 ٪ من إجمالي المواليد المبلغ عنهم¹⁸³.

وفي إطار تقديم الرعاية الصحية للطفل بعد الولادة، قامت وزارة الصحة بمبادرة (مشفى صديق للطفل) والتي تشمل المشافي الحكومية، ومشافي الهلال الأحمر الفلسطيني في القدس والبيرة، ومشفى وكالة غوث وتشغيل اللاجئين، وعدد من المشافي الخاصة، من خلال دعم وتشجيع الرضاعة الطبيعية، وقد حازت 4 مرافق صحية حكومية على لقب مشفى صديق الطفل.¹⁸⁴ وهذا يعني أن العيادات الطبية تقوم بمراقبة تطور ونمو الطفل، وتزود الكشف المبكر عن الإعاقات والأمراض المحتملة وتقديم التطعيمات المختلفة.

نخلص مما تقدم إلى أنه بالرغم من وجود التشريعات والسياسات الوطنية التي تضمن حق الأطفال في الحصول على الخدمات الصحية إلا أن هناك عوائق

181 المادة 4 من قانون الصحة العامة رقم (20) للعام 2004

182 المادة 5 من قانون الصحة العامة رقم (20) للعام 2004

183 وزارة الصحة - الإدارة العامة للرعاية الصحية الأولية التقرير السنوي للإدارة العامة للرعاية الصحية الأولية - فلسطين 2015 أغسطس 2016

184 للمزيد الموقع الإلكتروني لوزارة الصحة الفلسطينية شبكة المشافي الحكومية، حصاد 2016.

4/11/2017 تمت الزيارة <http://www.moh.ps/index/ArticleView/ArticleId/3640/Language/ar>

عديدة تواجه تقديم وتنفيذ الحقوق الصحية للأطفال وخاصة ما يتعلق بإمكانية الوصول والحصول على الخدمات والسلع والمرافق الصحية، فالحكومة لا تملك السيادة والسيطرة على الأرض وعلى الموارد، وهي تعتمد على المعونات الخارجية، ولا تزال الأوضاع الإنسانية والطارئة والمتقلبة قائمة في فلسطين بسبب وجود الاحتلال والمستوطنات والحواجز وجدار الضم والتوسع، وترتفع مع ذلك معدلات الفقر والبطالة ويستمر تطبيق نظام مشدد من الإغلاق وعدم التمكن من الوصول إلى الخدمات والمرافق بشكل عام.

3. أثر الفساد على الحق في الوصول إلى الخدمات الصحية والحصول عليها

أظهرت العديد من الدراسات التي أجريت عالمياً ومحلياً مدى تأثير الفساد على حقوق الإنسان الأساسية ومن ضمنها الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة، ففي كل عام يفقد العالم ملايين الدولارات على الخدمات الصحية، ويتم تمويل معظمها من قبل دافعي الضرائب، وتعد هذه التدفقات الكبيرة من الأموال هدفاً جذاباً لإساءة استخدامها وأوجه صرفها¹⁸⁵، ويمكن أن يعني الفساد في قطاع الصحة الفرق بين الحياة والموت، والفقراء هم الأكثر تضرراً وتأثراً لعدم مقدرتهم على الإنفاق الذاتي على الرعاية الصحية التي يحتاجونها، ويشكل الفساد في الحكومة والمؤسسات والمجتمع عموماً عقبة كبرى أمام تمتع الأفراد والجماعات بالحق في الصحة، وفي البلدان التي تسجل معدلات أعلى من غيرها في الفساد الوطني هناك تردد واضح في الأحوال الصحية يفوق كثيراً ما تشهده بلدان أخرى¹⁸⁶. يمكن أن يؤثر الفساد تأثيراً مدمراً على كل من الحكم الرشيد وسيادة القانون والتنمية والتمتع المنصف بجميع حقوق الإنسان، بما في ذلك الحق في الصحة، ويشكل الفساد موضوع التزامات قانونية دولية كما أصبح مؤخراً موضوع التزامات سياسية، وتنص كل من خطة التنمية المستدامة لعام 2030 وأهداف التنمية المستدامة (الغيتان 5-16 و 6-16) على الحد بقدر كبير من الفساد والرشوة بجميع أشكالهما بحلول عام 2030، وعلى إنشاء مؤسسات فعالة وشفافة وخاضعة للمساءلة على جميع المستويات¹⁸⁷.

ويؤثر الفساد الذي يحدث في المجتمع بوجه عام (الفساد العام)، وكذلك الذي يحدث تحديداً في القطاعات الصحية أو غيرها من القطاعات ذات الصلة بالصحة،

185 ينظر الموقع الإلكتروني لمنظمة الشفافية العالمية، https://www.transparency.org/research/gcr/gcr_health/0 تمت الزيارة بتاريخ 16/11/2017

186 المصدر السابق

187 تقرير المقرر الخاص المعني بحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة البدنية والعقلية في الأمم المتحدة، حول الفساد والحق في الصحة، منشور على الموقع الإلكتروني لكتب المفوض السامي <http://www.ohchr.org/EN/Issues/Health/Pages>، تمت الزيارة بتاريخ 5/11/2017

تأثيراً سلبياً على التمتع بالحق في الصحة. كما يشكل الفساد تحدياً هاماً إزاء توفير الرعاية الصحية الجيدة التي تعد أساسية لكل من إعمال الحق في الصحة والوفاء بالالتزام الوارد في إطار الهدف الثالث من أهداف التنمية المستدامة الذي يرمي إلى توفير التغطية الصحية للجميع، والقطاع الصحي هو قطاع معرض إلى حد كبير للفساد بكافة مستوياته الكبيرة والصغيرة، والسياسي والمؤسسي، وهو يحدث في القطاعين العام والخاص على السواء، وتشير التقديرات إلى أن مبلغاً قدره 180 بليون يورو يُهدر سنوياً جراء الغش والفساد في مجال الرعاية الصحية على الصعيد العالمي، ويؤثر فساد القطاع الصحي سلباً على الموارد (المالية) المتاحة للرعاية الصحية؛ كما أن الموارد التي تستنزف بالاختلاس والاحتيايل في المشتريات تصبح غير متوفرة لدفع المرتبات وتمويل عملية تقديم الرعاية الصحية أو الإبقاء عليها¹⁸⁸.

وعلى المستوى الوطني تم وضع قانون لمكافحة الفساد أطلق عليه في حينها قانون الكسب غير المشروع وذلك في العام 2005، وفي العام 2010 مع إنشاء هيئة مكافحة الفساد تم تعديل القانون وتعديل تسميته، وفي العام 2014 انضمت دولة فلسطين إلى اتفاقية الأمم المتحدة لمكافحة الفساد.

وتشكل مكافحة الفساد مدخلاً مهماً من أجل حماية وصون حقوق الإنسان، وتمكين الناس من الحصول على حقوقهم السياسية والاجتماعية المختلفة ومن ضمنها الحقوق الصحية. وهناك صور وأشكال عديدة من انتهاكات الفساد التي تشكل عائقاً حقيقياً أمام قدرة الناس على الوصول إلى الخدمات الصحية والحصول عليها. وعلى سبيل المثال يؤثر فساد الأطباء في القطاعين العام والخاص على حق المرضى في تلقي الخدمات العلاجية اللازمة، وهناك شكل آخر للفساد في القطاع الصحي يتمثل في المشتريات وإدارة المرفق الصحي من مشافي ومراكز صحية وفي التعامل مع المستلزمات الطبية والمستودعات، ويشكل عدم المساواة والعدالة مظهراً من مظاهر الفساد خاصة في التأمين الصحي، وهناك صور أخرى للفساد في عدم اتخاذ إجراءات المساءلة والمحاسبة في قضايا الأخطاء الطبية¹⁸⁹.

بينت نتائج استطلاع رأي المواطنين حول الفساد ومكافحته في فلسطين، الذي نفذته ائتلاف أمان عام 2017 فيما يتعلق بالخدمات العامة التي كانت أكثر مجالاً للفساد خلال العام 2017، بناءً على تجارب شخصية للمبحوثين أو لأحد القريبين منهم، أن الخدمات الصحية احتلت المرتبة الثانية كثاني أكبر مجال للفساد ونسبة 17.3 ٪ (19 ٪ في الضفة الغربية، و14 ٪ في قطاع غزة)¹⁹⁰.

188 المصدر السابق، ص 5

189 للمزيد ينظر معن الدعيس، العلاقة بين حقوق الإنسان والفساد، الهيئة المستقلة لحقوق الإنسان، 2016، ص 26

190 للمزيد ينظر التقرير السنوي العاشر، واقع النزاهة ومكافحة الفساد فلسطين 2017، الائتلاف من أجل النزاهة والمساءلة (أمان)، ص 78

نستنتج مما تقدم أن الفساد يشكل تحدياً فعلياً أمام وصول المواطنين إلى المرافق وحصولهم على الخدمات والسلع الصحية، فغياب تدابير الحكم الرشيد، والرقابة والمساءلة على أداء القائمين على إدارة المرافق الصحية على اختلاف تخصصاتها وخدماتها، مثل المشافي والمراكز الصحية ومستودعات الأدوية، والدولة في هذا السياق بصفتها صاحبة الواجب على إعمال الحق في الصحة ينبغي أن تتخذ الإجراءات والتدابير التشريعية والإدارية المستدامة لضمان حصول جميع المواطنين على الحقوق الصحية المكفولة لهم، والقطاع الصحي من أكثر القطاعات الحيوية والأساسية التي يمكن أن يبرز فيها الفساد عبر تضارب مصالح الموظفين الصحيين من أطباء وصيادلة ومهنيين صحيين وإداريين، الأمر الذي يضاف إلى قائمة المعوقات التي تحول دون حصول المواطنين على الخدمات والسلع الصحية. لا توجد أرقام وبيانات حول عدد الشكاوى أو الدعاوى المتعلقة بشبهة الفساد في القطاع الصحي، إلا أن العديد من الشكاوى التي وردت إلى الهيئة المستقلة لحقوق الإنسان التي تم من خلالها مخاطبة وزير الصحة للتحقيق في إفادات المشتكين، ومساءلة الموظفين المسؤولين عن ارتكاب المخالفات والتجاوزات، إلا أنه تعذر الوصول إلى معلومات فيما إذا تم اتخاذ إجراءات إدارية أو قضائية بحق هؤلاء.

ثانياً: السياسات والتدابير الوطنية من أجل الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية

تلعب السياسات والاستراتيجيات والخطط الوطنية دوراً في تحديد وترتيب الأولويات ومواءمتها مع الاحتياجات الصحية الفعلية للمواطنين، وتحسين الاستفادة من جميع الموارد المتاحة لقطاع الصحة، حتى يتسنى لجميع المواطنين في الأماكن كافة الحصول على رعاية صحية عالية الجودة تطيل عمرهم وتمتعهم بصحة أفضل، وعليه لا بد من اعتماد مبدأ الشراكة عند وضع الاستراتيجيات والخطط الصحية والمعتمدة أساساً على تقدير وتحديد الأولويات.

وقد شهد القطاع الصحي في دولة فلسطين تحسناً ملموساً منذ العام 2000، فقد ارتفع عدد المشافي العاملة في فلسطين من 65 إلى 81 مشفى، وزاد عدد مراكز الرعاية الصحية الأولية من 595 إلى 767 مركزاً. وخلال هذه الفترة، ازداد عدد أفراد طواقم التمريض ما يقارب ثلاثة أضعاف، كما ارتفع عدد الأطباء ما نسبته 56٪. وتراجعت معدلات وفيات المواليد من 27.8 إلى 18.2 وفاة لكل 1000 ولادة حية. وتلقى 90٪ من مجموع أطفال

فلسطين في العام 2014 (ممن تتراوح أعمارهم من 12 إلى 23 شهراً) المجموعة الكاملة من التطعيمات الموصى بها، مقابل 66 ٪ من الأطفال الذين كانوا يتلقون هذه التطعيمات في المناطق الحضرية و46 ٪ في المناطق الريفية في العام 2000 ومما لاشك فيه أن الحاجة تستدعي إضفاء المزيد من التحسينات على الخدمات الصحية المرتبطة بعناصر ومحددات الحق في الصحة من حيث المقبولة والجودة وإمكانية الوصول، على الرغم من المعطيات الإيجابية التي سجلتها دولة فلسطين في هذا المضمار.¹⁹¹

1. الخطط والاستراتيجيات الوطنية الصحية

أ. مراجعة للسياسات والاستراتيجيات الحكومية في الفترة 1994-2014
وضعت الحكومة الفلسطينية عدداً من الخطط ووثائق السياسات المختلفة والمتكاملة ما بينها لدعم الإنماء الصحي، حيث قامت وزارة الصحة الفلسطينية بوضع خطة إستراتيجية للقطاع الصحي الفلسطيني في عام 1994 وقد ركزت على تحديد النظام الصحي وموارده، واحتياجاته، كما أنها تضمنت إعادة تأهيل البنية التحتية للقطاع الصحي، وتعزيز قدرات الكوادر البشرية، هذا بالإضافة إلى إنشاء وحدات وأقسام صحية جديدة لتقديم الخدمات الصحية من خلال كوادر صحية، ولقد تم بلورة استراتيجية أخرى عام 1999 التي ركزت في حيثياتها على ضمان تقديم الخدمات الصحية مع مراعاة مبدأ المساواة، وتم وضع خطة لتطوير الموارد البشرية والتعليم، ولكن هذه الخطة لم يتم تقييمها بسبب اندلاع الانتفاضة الثانية عام 2000، وأما الخطة الإستراتيجية المسماة خطة الإصلاح والتنمية الفلسطينية للفترة بين (2008-2010)، فقد تزامنت مع غياب الاستقرار السياسي والأمني وذلك بسبب الحصار والإغلاق والانقسام بين قطاع غزة والضفة الغربية، وكذلك مع تدهور الأوضاع الاقتصادية، إضافة إلى عجز السلطة الفلسطينية عن تحصيل العائدات الضريبية من سلطات الاحتلال.

وكان من أهم أهداف الخطة توفير ورفع مستوى خدمات الرعاية الصحية، وتطوير نظام التمويل الصحي، وتحسين وتطوير جودة الخدمات الصحية، وتطوير جودة البنية التحتية للخدمات الصحية، وتنمية الموارد البشرية، وتعزيز وتطوير عملية التخطيط ورسم السياسات والتنظيم والإشراف في القطاع الصحي. وتم تحقيق عدد من الانجازات ضمن الخطة الإستراتيجية 2008 - 2010 وتمثلت في إعداد مسودة لقانون تأمين صحي وطني، وهذا الإنجاز كان الركيزة الأساسية لتطوير نظام التمويل الصحي الفلسطيني، كما تم

191 أجنحة السياسات الوطنية 2017-2022، دولة فلسطين، كانون الأول 2016.

البدء بتأسيس مجمع فلسطين الطبي وإنشاء العديد من المراكز الصحية والعيادات في القرى النائية، وقد ساهمت هذه الانجازات في تحقيق أهداف الخطة المتعلقة بتطوير جودة الخدمات الصحية والبنية التحتية للخدمات الصحية، إلى جانب ذلك تم العمل على تفعيل تقوية عملية التخطيط ووضع الخطط التنفيذية السنوية وموازنتها بالإضافة إلى تحديد آليات المتابعة والتقييم لهذه الخطط. وكان هذا الانجاز الأخير مهما لمساهمة في تعزيز وتطوير عملية التخطيط ورسم السياسات والتنظيم والإشراف في القطاع الصحي. ومن ثم أعقبها وضع الخطة الإستراتيجية للفترة 2011 - 2013 والتي تميزت عن سابقتها بأن أهدافها ركزت على تعزيز التخطيط الإداري السليم والقيادة للقطاع الصحي.

هذا بالإضافة إلى تعزيز الشراكة والتكامل بين القطاع العام والخاص وبين مختلف القطاعات. وكذلك تعزيز التمويل والإدارة المالية للقطاع الصحي.

أما الخطة الإستراتيجية للعام 2014-2016 فقد هدفت إلى ضمان توفير خدمات صحية شاملة ومتكاملة لجميع فئات الشعب، وتعزيز الرعاية الصحية الوقائية وتحسين إدارة الأمراض غير السارية، وبناء نظام فعال ودائم للجودة، وتوفير موارد بشرية كفؤة، وتعزيز التنمية المؤسساتية والحكومية الصحية. وقد تم تحقيق عدد من الإنجازات التي تعزز بلورة أهداف الخطة الاستراتيجية¹⁹².

هذا بالإضافة إلى تزويد 3 مشاف حكومية بأجهزة التصوير بالرنين المغناطيسي. كما أنه تم تشغيل مستودعات الأدوية المركزية في نابلس، وفي المشافي الحكومية تم تطوير وحدات الإنعاش، وأقسام الحضانة والعمليات، وغسل الكلى. وكذلك تم تزويدها بمحطات أكسجين جديدة. هذا بالإضافة إلى تشغيل مركز العلاج بالبدايل لمدمني المخدرات. وتشير وزارة الصحة إلى أن نسبة التطعيم في فلسطين التي تقدم من خلال الرعاية الصحية الوقائية في الوزارة أو القطاعات الصحية الأخرى، مثل وكالة غوث وتشغيل اللاجئين تفوق نسبة 98 %¹⁹³.

ب. الاستراتيجية الصحية الوطنية 2017-2022

تم إعداد هذه الاستراتيجية انسجاماً مع أجندة السياسات الوطنية ومنهجية التخطيط الوطني المعتمدة، والالتزام الوطني بنحو خطة الأمم المتحدة للتنمية المستدامة 2030. وتتضمن الاستراتيجية الأهداف والسياسات الوطنية التي سيتم العمل عليها في القطاع الصحي خلال السنوات القادمة، وترتكز على ستة أهداف استراتيجية وهي: ضمان توفر خدمات

192 ينظر الموقع الإلكتروني لوزارة الصحة الفلسطينية <http://www.moh.ps/index/ArticleView/ArticleId/3528/Language/ar>
193 المصدر السابق

صحية شاملة لجميع المواطنين، والعمل على توطين الخدمات الصحية في فلسطين، وتعزيز برامج إدارة الأمراض غير السارية والرعاية الصحية الوقائية والوعي الصحي المجتمعي وقضايا النوع الاجتماعي، ومأسسة نظم الجودة في كافة نواحي تقديم الخدمة الصحية بما في ذلك الإدارة الفاعلة للقطاع الصحي وتطوير القوانين والتشريعات، والتنسيق عبر القطاعات والتكامل ما بين مقدمي الخدمات وصولاً إلى توطين الخدمات والتغطية الصحية الشاملة، وتعزيز التمويل الصحي وتعزيز الحماية المالية للمواطن في مواجهة التكاليف الصحية.¹⁹⁴

2. دور وزارة الصحة في إعمال حق المواطنين في الوصول إلى الخدمات الصحية والحصول عليها

تقوم وزارة الصحة بتقديم الخدمات الصحية الأساسية، والتي تشمل، خدمات الرعاية الصحية الأولية والثانوية، وصحة البيئة، والأمراض السارية في فلسطين، والعمليات الجراحية، وغسل الكلى، والأشعة، وشراء الخدمات الصحية من خارج وزارة الصحة، بالإضافة إلى الخدمات الأخرى، مثل التأمين الصحي والتحويلات العلاجية، وذلك وفقاً لما يلي:

أ. الرعاية الأولية في فلسطين

1. مراكز الرعاية الصحية الأولية في فلسطين حسب القطاع المقدم للخدمة: تقدم وزارة الصحة خدمات الرعاية الصحية الأولية من خلال شبكة واسعة من مراكز الرعاية الصحية حيث بلغ عدد مراكز الرعاية الأولية في فلسطين (739) مركزاً، منها (587) مراكز في الضفة الغربية و(152) مركزاً في قطاع غزة. وتتبع الغالبية العظمى من هذه المراكز لوزارة الصحة الفلسطينية؛ حيث بلغ عدد مراكز الرعاية الصحية الأولية الحكومية (466) مركزاً صحياً، تشكل 63.1٪ من إجمالي مقدمي الخدمات الصحية؛ بينما بلغ عدد مراكز وكالة غوث وتشغيل اللاجئين التي تقدم خدماتها للاجئين الفلسطينيين (64) مركزاً، وبلغ عدد المراكز الصحية التي تديرها المنظمات غير الحكومية (189) مراكز؛ بينما بلغ عدد المراكز التابعة للخدمات الطبية العسكرية (20) مركزاً.¹⁹⁵

وتشير بيانات وزارة الصحة إلى أن معدل عدد السكان لكل مركز صحي في فلسطين بلغ 6159 مواطناً؛ في الضفة الغربية 4549 مواطناً لكل مركز صحي؛ وفي قطاع غزة 12376 مواطناً لكل مركز صحي. ولا تظهر هذه البيانات مستوى

194 التقرير السنوي الثاني والعشرون حول وضع حقوق الإنسان في فلسطين 2016
195 المصدر السابق

انتشار هذه المراكز وتغطيتها للمناطق والتجمعات السكانية النائية.

2. مراكز الرعاية الصحية الأولية حسب المستوى: ارتفع عدد مراكز الرعاية الصحية الأولية التابعة لوزارة الصحة في فلسطين من 203 مراكز (28 في قطاع غزة و 175 في الضفة الغربية) في نهاية العام 1994 إلى 466 مركزاً في العام 2016، بزيادة بلغت 129.6 ٪. وتصنف وزارة الصحة مراكز الرعاية الصحية الأولية إلى أربعة مستويات تبعاً لتصنيف منظمة الصحة العالمية بالإضافة إلى عيادات متنقلة؛ منها 71 مركزاً من المستوى الأول، وتشكل 15.2 ٪ من إجمالي مراكز الرعاية الصحية الأولية التابعة لوزارة الصحة؛ ويبلغ عدد مراكز المستوى الثاني 245 مركزاً، بنسبة 52.6 ٪ من إجمالي المراكز؛ و 108 مراكز من المستوى الثالث، بنسبة 22.9 ٪ من إجمالي مراكز الرعاية الصحية الأولية؛ و 24 مركزاً من المستوى الرابع، بنسبة 5.1 ٪ من إجمالي هذه المراكز. كما وتقدم الرعاية الصحية الأولية خدمات صحية من خلال العيادات المتنقلة في كل من: أريحا، والأغوار، والقدس، وبيت لحم، وجنوب الخليل؛ حيث يبلغ عدد هذه العيادات 5 عيادات متنقلة، تشكل 1.1 ٪ من العيادات¹⁹⁶.

تقدم مراكز الرعاية الصحية الأولية في وزارة الصحة، بالإضافة إلى خدمات الطب العام، مجموعة من الخدمات الصحية؛ حيث تقدم (306) مراكز من هذه المراكز خدمات تنظيم الأسرة؛ و (234) مراكز منها عيادة طبية تخصصية؛ ويقدم (37) مركزاً منها خدمات صحة الفم والأسنان، وتقدم الخدمات المخبرية في (188) مركزاً؛ وخدمة الحمل الخطر تقدم في الضفة الغربية في (72) مركزاً؛ بينما يتم تصوير الثدي الشعاعي في (12) مركزاً في الضفة الغربية؛ والأشعة في (15) مركزاً من مراكز الرعاية الصحية الأولية التابعة لوزارة الصحة في الضفة الغربية.¹⁹⁷

يتضح مما تقدم الجهود التي تبذلها وزارة الصحة في إنشاء المرافق والخدمات الصحية واتخاذها لجملة من التدابير المتمثلة بفتح مراكز رعاية صحية أولية قد تساهم في الوقاية من الأمراض وتحسين السلوك الصحي والعلاجي، ولها دور إيجابي في منع انتشار الأمراض والأوبئة وتفاقم الأمراض، ومن الأهمية بمكان الإشارة إلى قيام وزارة الصحة بتسيير بعض العيادات المتنقلة للتغلب على معوقات وصول المواطنين في بعض المناطق لتلقيهم للخدمات الصحية في ظل تواجدهم في المناطق النائية وللتغلب أيضاً على بعض المعوقات التي تفرضها سياسة الحواجز الإسرائيلية والتي تحول غالباً دون وصول المواطنين في الزمان والمكان المناسبين لمراكز الخدمات الصحية.

196 المصدر السابق

197 المصدر السابق

وتجدر الإشارة إلى أن هذا العدد من العيادات المتنقلة غير كاف في ظل الاستمرار في تقطيع أوصال محافظات الوطن واستمرار بقاء الحواجز الاحتلالية الدائمة والطّيارة على الطرق والشوارع الفلسطينية، كما أن الوضع الديموغرافي السكاني في ازدياد والتجمعات السكانية تتسع تبعاً لذلك وهذا يتطلب وضع خطط ورؤى مستقبلية لفتح مراكز صحية دائمة ومتطورة في هذه الأماكن، وإن من شأن ذلك أن يخفف من نسب الوفيات والعجز والمرض وبالتالي فإن له مدلولاته على المدى البعيد في خفض النفقات العلاجية في المستقبل.

ب. الرعاية الصحية الثانوية (المشافي) أ. عدد المشافي في فلسطين

تعتبر وزارة الصحة المسؤولة والمقدم الرئيس لخدمات الرعاية الصحية الثانوية في فلسطين، ففي العام 2016 بلغ عدد المشافي العاملة في فلسطين 81 مشفى، يعمل 51 منها في الضفة الغربية بما فيها القدس الشرقية، وتشكل ما نسبته 63٪ من مجمل المشافي العاملة في فلسطين¹⁹⁸. بينما يوجد 13 مشفى من مشافي وزارة الصحة في قطاع غزة؛ يبلغ إجمالي عدد أسرة المشافي (بما في ذلك مشافي الأمراض النفسية والعصبية) 6146 سريراً، بمعدل 784 نسمة لكل سرير بما فيها أسرة مشافي القدس بمعدل 783 نسمة لكل سرير في الضفة الغربية، و يبلغ عدد أسرة مشافي وزارة الصحة في قطاع غزة 1664 سريراً، أي 50٪ من مجمل أسرة مشافي وزارة الصحة في فلسطين. بمعدل 784 نسمة لكل سرير في قطاع غزة.¹⁹⁹

ب. عدد الأسرة في المشافي

وفقاً لتقارير وزارة الصحة خلال العام 2016 تملك وتدير الوزارة 63.1٪ من المشافي العاملة في الضفة الغربية وقطاع غزة، و 39.2٪ من أسرة المشافي المتخصصة، و 14.5٪ من أسرة الولادة، وجميع أسرة الأمراض النفسية والعصبية. أما أسرة مراكز التأهيل والعلاج الطبيعي فجميعها مملوكة ومدارة من قبل الجهات غير الحكومية. و يبلغ عدد مشافي وزارة الصحة 27 مشفى، بسعة سريرية قدرها 3325 سريراً، أي 54.1٪ من إجمالي عدد الأسرة في فلسطين.²⁰⁰

وتقدم المشافي وزارة الصحة خدماتها للمرضى غير المنومين (المخيلين) من خلال العيادات الخارجية وأقسام الطوارئ ووحدات غسل الكلى. وقد بلغ العدد الإجمالي لزيارة مراجعي العيادات الخارجية في مشافي وزارة الصحة خلال العام

198 ينظر وزارة الصحة - مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، التقرير الصحي السنوي - فلسطين 2016 تموز 2017 ص 55
199 المصدر السابق

200 المصدر السابق (تقرير وزارة الصحة السنوي، تموز 2017 ص 18)

2016 للمرضى غير المنومين 581,713 زيارة في الضفة الغربية.²⁰¹

ت. المشافي غير التابعة لوزارة الصحة الفلسطينية

في العام 2016 بلغ عدد المشافي غير التابعة لوزارة الصحة في فلسطين 54 مشفى، بسعة سريرية قدرها 2821 سرير، تشكل ما نسبته 45.9٪ من مجموع أسرة المشافي في فلسطين. حيث يملك القطاع الخاص ويدير 16 مشفى، منها بسعة سريرية مقدارها 536 سريرا، أي ما نسبته 7.9٪ من مجموع أسرة المشافي في فلسطين.²⁰²

بينما تملك المنظمات غير الحكومية وتدير 34 مشفى، بسعة سريرية قدرها 2061 أي ما نسبته 33.5٪ من مجموع أسرة المشافي في فلسطين، هذا بالإضافة إلى المشافي التي تدار من قبل الخدمات الطبية العسكرية وعددها ثلاثة مشاف في قطاع غزة بسعة تبلغ 161 سريرا وكذلك مشفى وكالة غوث وتشغيل اللاجئين في قلقيلية بسعة تبلغ 63 سريرا.²⁰³ حيث تم افتتاحه في أيار من عام 2016، ويقدم هذا المرفق الرعاية الصحية الأولية لحوالي 54,000 مريض من لاجئي فلسطين سنويا ويعمل فيه 18 موظفا صحيا تابعين للأونروا.²⁰⁴

يعتبر توفر المشافي ومراكز الرعاية الصحية من خلال تنوع الخدمات الصحية التي تقدمها مؤشرا فعليا على مدى التزام دولة فلسطين بالمبادئ التوجيهية التي وضعتها اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية بأن تكون المرافق الصحية الوقائية والعلاجية والمتخصصة في إعادة التأهيل، وكذلك السلع والخدمات، في متناول جميع الأفراد، بمن في ذلك كبار السن، والأشخاص ذوو الإعاقة، ولا يكفي الإشارة هنا إلى عدد هذه المشافي والمراكز بل ينبغي الأخذ بعين الاعتبار جودة هذه الخدمات ومقبوليّتها ونوعيتها وقدرة المواطنين في الوصول إليها عملا بمحددات مفهوم الحق في الصحة الذي تم التطرق إليه سابقا وهنا يبرز سؤال: هل ينطبق هذا الحق على كل المناطق والتجمعات والمجموعات خاصة في ظل استمرار الحصار والإغلاق المفروض على قطاع غزة وبروز معاناة مرضى السرطان من أجل الوصول إلى المشافي في الضفة الغربية والقدس، وشح الأدوية، وأزمة الوقود التي أثرت على قدرة الجهاز الصحي من العمل بكفاءة وبأقصى طاقته. وعادة ما يعاني المواطنون الأشد فقرا وذوو الدخل المنخفض والأشخاص ذوو الإعاقة والمرضى المزمنون من تحمل تكاليف أنواع معينة من الرعاية (المتخصصة) (مثل الصحة الإنجابية والعقلية، وخدمات الصحة النفسية، وإعادة التأهيل).

201 المصدر السابق

202 المصدر السابق

203 المصدر السابق ص 18

204 ينظر الموقع الإلكتروني لشبكة فلسطين الإخبارية <http://pnn.ps/news/249064> تمت الزيارة 14/11/2017

ت. الصحة النفسية

قدمت خدمات الصحة النفسية في فلسطين في العام 2016 من خلال 16 عيادة صحة نفسية ومجتمعية متخصصة في الضفة الغربية. كما بلغ عدد الحالات الجديدة المسجلة في مراكز الصحة النفسية في العام 2016 حوالي 2712 حالة، 57.7 ٪ منها ذكور و 42.3 ٪ إناث. ووقعت (40٪) منها لفئة من 25-49 سنة. هذا مقارنة بـ 2735 حالة مسجلة في العام 2015²⁰⁵.

ث. شراء الخدمة الصحية

تقوم وزارة الصحة بشراء الخدمات الصحية من خارج الوزارة من خلال دائرة شراء الخدمة التي هي إحدى دوائر وزارة الصحة إذ يقع على عاتقها توفير الخدمات الصحية التشخيصية والعلاجية للمرضى الفلسطينيين، فتعمل على الموافقة على صرف نفقات الخدمات الطبية للمرضى في مرافق خارج وزارة الصحة، وقد وضعت وزارة الصحة مجموعة من المعايير لتحديد الحالات التي يمكن أن تحول إلى مؤسسات أخرى، وهي:

- أ. عدم توفر الخدمة المطلوبة في المؤسسات الصحية الحكومية.

- ب. عدم توفر المعدات والأجهزة الطبية اللازمة للعلاج.

- ت. عدم وجود أسرة بسبب نسبة الإشغال الكاملة.

- ث. وجود قائمة انتظار طويلة تزيد عن 6 أشهر.

- ج. الالتزام بدفع ما يترتب على المريض من نسبة مساهمة من التكلفة الإجمالية للعلاج كما ينص عليها قانون التأمين الصحي.

- ح. الحصول على موافقة لجان التحويل الطبية على التوصية المقدمة من قبل المشافي الحكومية.

- خ. وجوب توفير تأمين صحي ساري المفعول لدى المريض قبل اتخاذ قرار التحويل.²⁰⁶

وفي مراجعة لسياسات وزارة الصحة خلال الأعوام الماضية وتحديداً منذ العام 2014 نرى حدوث تطور في موضوع شراء الخدمات الصحية من خارج وزارة الصحة (نظام التحويلات لخارج قطاع الصحة الرسمي)²⁰⁷ فقد شكلت وزارة الصحة نهاية عام 2014، ثلاث لجان صحية فنية، موزعة على كافة المناطق

205 معن شحدة دعيس، حقوق الأشخاص المتنفذين بخدمات الصحة النفسية في فلسطين، (فلسطين: الهيئة المستقلة لحقوق الإنسان-ديوان المطالمة)، 2017.
206 ينظر الموقع الإلكتروني لوزارة الصحة الفلسطينية <https://www.site.moh.ps/Index/Circle/CircleId/41/Language/ar> تمت الزيارة 15/11/2017

207 يوجد في وزارة الصحة الفلسطينية جهتان مسؤولتان عن تحويل المرضى للعلاج خارج المؤسسات الطبية التابعة لها وهما: اللجنة الطبية العليا للعلاج خارج مستشفيات وزارة الصحة وتم تشكيلها استناداً إلى قرار وزير الصحة رقم (12) لسنة 2004 الصادر بتاريخ 1/3/2004، والنظام الصادر عن مجلس الوزراء بتاريخ 3/8/2004 بشأن اللجنة الطبية العليا للتحويلات، ثم تشكيل اللجنة الطبية العليا لتحويلات العلاج للخارج. ودائرة شراء الخدمة وهي إحدى دوائر وزارة الصحة المركزية

الجغرافية (المنطقة الشمالية، والوسط، والجنوب)، مهمتها اتخاذ القرارات الخاصة بعملية التحويلات الطبية من وزارة الصحة إلى خارج القطاع الصحي الرسمي، في حين يكون على دائرة شراء الخدمة التنفيذ فقط، ولا يسمح لها باعتماد أية تحويلية إلا من خلال هذه اللجان، وذلك من أجل تفعيل عملية الرقابة والمحاسبة على المخالفات المرتكبة.²⁰⁸ وضمن إجراءات وزارة الصحة خلال العام 2016 سعت إلى تقليل عدد التحويلات الطبية خارج مرافق وزارة الصحة من خلال عدد من الإجراءات تمثلت في إدخال خدمات العناية المكثفة في جميع المشافي الحكومية بالضفة الغربية باستثناء مشفى واحد، ويجري العمل حالياً على إدخال هذه الخدمة إليه، وزيادة عدد الحاضنات في المشافي الحكومية وإدخال أجهزة الرنين المغناطيسي في (3) مشافٍ حكومية، وأجهزة التصوير الطبقي، إضافة إلى تطوير أقسام الأشعة.²⁰⁹ يشير تقرير وزارة الصحة السنوي لعام 2017 إلى أن العدد الكلي لتحويلات شراء الخدمة من خارج مرافق وزارة الصحة في العام 2016 بلغ (91,927) تحويلية، بزيادة مقدارها 4.9 % عن العام 2015؛ حيث كان عدد التحويلات حينها 87,620 تحويلية، وبزيادة قدرها 23.1 % عن العام 2014؛ حيث كان العدد الكلي لتحويلات شراء الخدمة من خارج مرافق وزارة الصحة في ذلك العام 74,683 تحويلية.²¹⁰ وفي العام 2016، بلغت الكلفة الإجمالية لجميع التحويلات 566,720,980 شيقلاً، بزيادة قدرها 1.04 % عن العام 2015؛ حيث بلغت تكلفة التحويلات حينها 560,873,668 شيقلاً.²¹¹

أ. حجم مساهمة وزارة الصحة في تغطية تكاليف تحويلات المرضى:

حددت المادة (6) من النظام المتعلق بالعلاج التخصصي الصادر عن وزير الصحة بتاريخ 2004/3/15 - حجم مساهمة وزارة الصحة في علاج المرضى خارج المؤسسات الطبية الحكومية وذلك على النحو التالي:

في حالة التأمين الصحي الإجباري، تغطي وزارة الصحة نسبة 95 % من تكاليف العلاج، ويتحمل المريض 5 % من التكلفة.

ب. توزيع تحويلات شراء الخدمة خلال العام 2016 حسب الجنس:

بلغ عدد الذكور المحولين للعلاج خارج مشافي وزارة الصحة 48,680 ذكراً، بنسبة قدرها 53 %، وبلغ عدد الإناث 43,247 أنثى؛ ونسبتهن 47 % من المرضى المحولين في العام 2016.²¹²

208 للمزيد ينظر التقرير السنوي للهيئة المستقلة لحقوق الإنسان الواحد والعشرون حول وضع حقوق الإنسان في فلسطين للعام 2015
209 ينظر مقابلة مع الدكتورة أميرة الهندي، مدير عام دائرة شراء الخدمة في وزارة الصحة الفلسطينية منشورة على الموقع الإلكتروني الإخباري

<https://paltoday.ps/ar/post/283400> تمت الزيارة 1/12/2017

210 وزارة الصحة - مركز المعلومات الصحية الفلسطيني - لتقرير الصحي السنوي - فلسطين 2016 - تموز 2107

211 المصدر السابق

212 المصدر السابق

بلغ عدد التحويلات من قطاع غزة 24,616 تحويلة، وهو ما نسبته 26.8٪ من مجمل عدد التحويلات خلال العام 2016، وبتكلفة بلغت 164,948,307 شيقلاً؛ أي 29.1٪ من تكلفة شراء الخدمة من خارج مرافق وزارة الصحة. وبلغ عدد التحويلات من الضفة الغربية 67,311 تحويلة، بنسبة 73.2٪ من مجمل التحويلات، وبتكلفة قدرها 401,772,673 شيقلاً؛ أي 70.9٪ من تكلفة شراء الخدمة من خارج وزارة الصحة²¹³. وهذا يشير إلى واقع الخدمات الصحية المقدمة في قطاع غزة التي لا تستطيع هذه المراكز المشافي الصحية في قطاع غزة من تقديمها للمواطنين وأهمها بسبب الأوضاع السياسية من حصار وإغلاق وتقييد حرية التنقل وإدخال المستلزمات والأجهزة والمعدات والكوادر الطبية إلى غزة.

في العام 2016 بلغ العدد الإجمالي لتحويلات شراء الخدمة من مشافي القدس الشرقية 40,214 تحويلة، وهو ما نسبته 43.7٪ من تحويلات العلاج خارج مرافق وزارة الصحة، وبتكلفة بلغت 260,904,507 شواقل، وهو ما يعادل 40.8٪ من إجمالي تكلفة شراء الخدمة من خارج وزارة الصحة، وبمتوسط تكلفة 6,230 شيقلاً للتحويل الواحد؛ حيث تم إعطاء 29,633 تحويلة لمرضى من سكان الضفة الغربية، وبتكلفة مقدارها 83,877,542 شيقلاً؛ و10,581 حالة من قطاع غزة، وبتكلفة مقدارها 228,827,732 شيقلاً، وهو ما يعادل 40.8٪ من إجمالي تكلفة شراء الخدمة من خارج وزارة الصحة، وبمتوسط تكلفة 6,230 شيقلاً للتحويل الواحد²¹⁴.

تبرز هذه البيانات والمؤشرات خصوصية مشافي القدس من حيث مجالات الخدمة الصحية التي تقدمها للمواطنين، والتي لا يمكن للجهاز الصحي الفلسطيني الاستغناء عنها وتشكل إلى حد كبير عصب المشافي في فلسطين. وتشير المعطيات الواردة في هذا الصدد إلى أن الخدمات التي تقدمها مشافي القدس كبيرة، الأمر الذي أدى إلى تراكم ديون وزارة الصحة لصالح هذه المشافي. وهو ما قد صرحت بها إدارة هذه المشافي وأبدت تخوفها من عدم القدرة على استقبال المرضى وتقديم الخدمات الصحية اللازمة لهم جرّاء ذلك²¹⁵.

ج. شراء الخدمة من المشافي الخارجية (خارج فلسطين):

وهذه تشمل المشافي في كل من جمهورية مصر العربية والمملكة الأردنية الهاشمية، وكذلك المشافي الموجودة داخل الخط الأخضر؛ حيث تم إعطاء 14,978 تحويلة، وهو ما نسبته 16.3٪ من مجموع تحويلات وزارة الصحة في العام

213 المصدر السابق

214 المصدر السابق

215 للمزيد ينظر <https://www.alaraby.co.uk> تمت الزيارة 11/11/2017

2016، وبتكلفة إجمالية بلغت 126,238,121 شيقلاً، وتعادل ما نسبته 22.3٪ من إجمالي تكلفة شراء الخدمة من خارج وزارة الصحة، بمتوسط تكلفة 8428 شيقلاً للتحويلة الواحدة. أما في العام 2015 فبلغت تكلفة التحويلات إلى خارج فلسطين 128,669,902 شيقلاً وعادلت ما نسبته 22.9٪ من إجمالي تكلفة شراء الخدمة من خارج وزارة الصحة، وبمتوسط تكلفة 10,606 شيقلاً للتحويلة الواحدة.²¹⁶

تعكس الأرقام والمعطيات الواردة في تقارير وزارة الصحة السنوية حجم الجهود المبذولة في ضمان وصول المواطنين إلى الخدمات الصحية وخاصة فيما يتعلق بتلقي العلاج اللائق للمرضى، ويظهر ذلك في نسب التحويلات العلاجية وشراء الخدمة سواء من المشافي المحلية، أو المشافي الخارجية ونقصد بذلك خارج فلسطين، ومن ضمنها تحديد بلد العلاج، وعلى الرغم من هذه الجهود وحجم الإنفاق على هذه الخدمة إلا أن الأنظمة والإجراءات المتعلقة بإدارة هذا الملف غير واضحة، ولا يوجد معايير موحدة تضبط هذه التحويلات، الأمر الذي من شأنه أن يؤثر على حق المواطنين في الحصول على الرعاية الصحية اللازمة وفي الوقت المناسب.

3. التأمين الصحي في فلسطين

يعتبر التأمين الصحي²¹⁷ إحدى الوسائل التي تكفل الحصول على خدمة الرعاية الصحية مقابل بدل مالي يدفعه المشتركون بصورة إجبارية، كالعاملين في الدوائر الحكومية، أو بصورة طوعية، وقد أولت دولة فلسطين اهتماماً كبيراً لبناء نظام التأمين الصحي الحكومي الفلسطيني، من أجل توفير الخدمة الصحية المتميزة لجميع المواطنين على قدم المساواة، وذلك بتوفير الرعاية الصحية في مستويها الأول والثاني مع المساهمة في توفير الرعاية الصحية في مستواها الثالث في مؤسسات وزارة الصحة أو خارجها.²¹⁸

ومن ضمن سياسات وزارة الصحة في توفير وإتاحة نظام تأمين صحي حكومي يتمتع به كافة المواطنين من التغطيات الصحية المختلفة عمل الإدارة العامة للتأمين الصحي على وضع أهداف لهذا التأمين يتمكن من خلاله المواطنون من الوصول إلى التغطيات الصحية المختلفة، ومن هذه الأهداف:

216 المصدر السابق

217 التأمين الصحي هو أحد أنواع التأمين ضد مخاطر الظروف الصحية لدى الفرد، ويشمل تكاليف فحصه وتشخيصه وعلاجه، ودعمه النفسي والجسدي. كما قد يتضمن تغطية بدل انقطاعه عن العمل لفترة معينة أو عجزه الدائم. وهو أحد الطرق لإيصال الرعاية الصحية للأفراد والمجموعات. وتقوم فلسفة التأمين الصحي على مبدأ تجميع المخاطر، وتعني جمع مخاطر الإصابة بالمرض التي تصيب المجتمع أو مجموعة معينة، وتقاسمها بين الأفراد بشكل متساو، وذلك عبر جمع الأموال اللازمة لعلاج هذه المخاطرة المجمع بشكل متساو، ثم توزيعها على الأفراد حسب حاجتهم للعلاج مما يؤدي إلى تخفيف الأعباء والتكاليف المترتبة عند معالجة الحالات المرضية التي يتعرض لها المؤمن عليهم ويضمن وصول الرعاية الصحية لجميع محتاجيها مقابل مبلغ يسير من المال وثابت يدفعه جميع الأفراد المشتركين بالتأمين.

218 ينظر الموقع الإلكتروني لوزارة الصحة الفلسطينية <http://www.moh.ps/index/ArticleView/ArticleId/3143/Language/ar>

تمت الزيارة 4/11/2017

1- تأمين صحي شامل: (Universal):

يتم تقديم هذا التأمين لكافة المواطنين الذين يرغبون بالمشاركة والاستفادة من خدمات النظام بصرف النظر عن القدرة على الدفع أو كمية الحاجة للخدمات الصحية، مع إبقاء الخيار لمن لا يريد المشاركة في التأمين الصحي الحكومي ويستطيع دفع تكلفة الخدمات الصحية خارج نطاق مؤسسات وزارة الصحة بالاستفادة من الخدمات الصحية في القطاع الخاص، مع إدراك دور وزارة الصحة في مراقبة وتنظيم ذلك القطاع من أجل المحافظة على صحة ومصلحة المواطن.²¹⁹

2- تأمين صحي يشتمل على كافة الخدمات الصحية: (Comprehensive)

في المجالات الصحية للمستوى الأول (Primary Health Care) والثاني (Secondary Health Care) والثالث (Tertiary Health Care) وتوفيرها داخل وخارج مؤسسات وزارة الصحة مع الأخذ بعين الاعتبار دور الدفعات التعاونية (-Co-Pay ment) التي يدفعها المواطن في الحد من الإسراف في استخدام الخدمات الصحية وترشيدها وخصوصاً في مجال الرعاية الصحية في مستواها الثالث (Tertiary Health Care) - الأدوية - الفحوصات.²²⁰

3- تأمين الخدمات الصحية المتاحة لكل مواطن: (Accessible)

ومن أجل تحقيق ذلك لابد من التخطيط السليم لتوفير كافة الخدمات الصحية في كافة أماكن تواجد الشعب الفلسطيني على أرضه مع مراعاة الكثافة السكانية والعوامل الجغرافية عند التخطيط لإنشاء الوحدات الصحية المختلفة.²²¹

4- الاستمرار في تقديم الخدمات الصحية: (Sustainable)

ويتم بالاستفادة المثالية من الموارد المتاحة وتقييم المشاريع على أساس من دراسات فاعلية الجدوى والبدايل المناسبة بحيث تستطيع الوزارة الاستمرار في إدارة وتطوير هذه الخدمات عاماً بعد عام.²²²

5- المحافظة على مبدأ تقديم خدمات ذات نوعية جيدة: (Quality)

وحتى يتم الاستمرار في تقديم هذه النوعية من الخدمات لا بد من إنشاء برامج إدارة الكفاءة والبروتوكولات اللازمة في كافة مجالات تقديم الرعاية الصحية.²²³

219 المصدر السابق

220 المصدر السابق

221 المصدر السابق

222 المصدر السابق

223 ينظر الموقع الإلكتروني للإدارة العامة للتأمين الصحي - وزارة الصحة الفلسطينية <http://www.moh.ps/Index/Circle/CircleId/19/Languar>

6- توفير الخدمات الصحية بشكل عادل: (Equitable)

خلق حالة من التوازن بين المقدرة على الدفع والاحتياجات الصحية، آخذين بعين الاعتبار مبدأ التكافل الاجتماعي، وبدون هذا المبدأ من الصعب توفير العدالة على أساس الاشتراك المادي، حيث تختلف مقدرة فئات المجتمع على الدفع، وقد لا تتناسب أحياناً مع الاحتياج الفعلي، ولكن مبدأ المشاركة الاجتماعية يتيح لكافة طبقات الشعب الحصول على احتياجاتها من الخدمات الصحية بشكل عادل دون النظر إلى مقدرتها الاقتصادية.²²⁴

ولكن السؤال الذي يبقى مطروحاً هنا هو: ما مدى تطبيق هذه القواعد والأهداف على أرض الواقع؟ وهل ما توفره وزارة الصحة الفلسطينية من خدمات تأمين صحي للمواطن الفلسطيني يعكس الأهداف التي جاء بها نظام التأمين الصحي؟

آلية إصدار التأمين الصحي وتكاليفه

بحسب إجراءات وزارة الصحة فإن إصدار التأمين الصحي لا يتطلب سوى ذهاب المواطن للدائرة الصحية الموجودة في مكان سكنه، وإثبات هويته ودفع الرسوم المطلوبة منه، وهذه أصناف التأمينات:

1. التأمين الاختياري للمتزوج: 75 شيكلاً شهرياً، يبدأ سريان مفعوله بعد 60 يوماً من دفع مستحقات التأمين.
2. تأمين اختياري للأعزب: 50 شيكلاً شهرياً، يبدأ سريان مفعوله بعد 60 يوماً من دفع مستحقات التأمين.
3. تأمين اختياري للطالب: 20 شيكلاً شهرياً، يبدأ سريان مفعوله بعد 60 يوماً من دفع مستحقات التأمين.
4. التأمين الإلزامي: 5٪ من الراتب على ألا يقل عن 50 شيكلاً شهرياً ولا يزيد عن 75 شيكلاً، ويكون لموظفي القطاع الحكومي.
5. تأمين طلاب الامتياز، يكون بكتاب رسمي من وزارة الصحة ولا تتعدى مدته عاماً واحداً ولا يتحمل طالبه أي رسوم.²²⁵

وعلى الرغم من التزام وزارة الصحة بتقديم قائمة من الأدوية والمعالجات الطبية، إلا أن شهادات مراجعي التأمين التي وثقتها بعض التحقيقات الصحفية، تؤكد أن الأدوية التي يحتاجونها تغيب عن مشافي وزارة الصحة أو أنها لا تتوفر على الدوام وبخاصة الأدوية المتعلقة بذوي الأمراض المزمنة والأمراض النفسية،

224 المصدر السابق

225 ينظر الموقع الإلكتروني لوزارة الصحة الفلسطينية <http://www.moh.ps/index/ArticleView/ArticleId/3143/Language/ar>

كما يضطرون لدفع أثمان فحوصات خارج مراكز وزارة الصحة نظرا لعدم توفرها أيضا.²²⁶

إن فرض رسوم التأمين مع عدم وجود خطة حقيقية لزيادة الثقة بالقطاع الصحي تجعل من الفقراء الممول الرئيس للخدمات الحكومية، ولكنهم يتعاطون معها كخيار وحيد. إن النقشف في الإنفاق على القطاع الصحي مقابل غياب أي إجراءات جوهرية تمس القطاعات والمؤسسات التي تستنزف ميزانية السلطة يعتبر دليلا على غياب سياسات عادلة، وبالنتيجة فإن عددا كبيرا من الفقراء والمحرومين لن يتمكنوا من تسديد الرسوم ونسب الاشتراك، مما يعني حرمانهم من التغطية الصحية الحكومية.²²⁷

التأمين الصحي في الضفة الغربية:

في العام 2016 ارتفع عدد العائلات المشتركة في التأمين الصحي فقد بلغ عدد هذه العائلات في الضفة الغربية 214,982 عائلة مقابل (178,178) عائلة في العام 2015، كما بلغ عدد العائلات الحاصلة على تأمين مجاني 15,304 عائلة، وبلغت عائدات التأمين في الضفة الغربية 178,609,441 شيقلًا، وقد بلغت عائدات المساهمات الرمزية في بعض الخدمات (أدوية وأشعة ومختبر) 51,263,161 شيقلًا. وسُجل أكبر عدد للعائلات المؤمنة في محافظة الخليل؛ حيث بلغ 55,446 عائلة، يليها محافظة رام الله والبيرة، وبلغت 30,366 عائلة، وسجل أقل عدد للعائلات المؤمنة في محافظة أريحا والأغوار، وبلغ 4,500 عائلة.²²⁸

قد يعزى تسجيل محافظة الخليل أكبر عدد للعائلات المؤمنة، نظراً لكونها أكبر محافظة من حيث تعداد السكان في الوطن وكذلك الأمر بالنسبة لمحافظة أريحا كأقل عدد للعائلات المؤمنة لقلة عدد السكان مقارنة بالمحافظات الأخرى.²²⁹

التأمين الصحي في قطاع غزة:

بموجب المادة (2) من القرار الرئاسي الصادر بتاريخ 26/6/2007، والذي ينص على أنه: (يُعفى كافة المواطنين في المحافظات الجنوبية إعفاءً كاملاً من كافة رسوم الخدمات التي تقدمها وزارات وهيئات ومؤسسات السلطة الوطنية الفلسطينية اعتباراً من تاريخه، بما فيها الخدمات التي تقدم لأول مرة)، فإن جميع سكان قطاع غزة يتمتعون

226 تحقيق صحفي بعنوان "التأمين الصحي في فلسطين.. نقص الدواء وضعف الفعالية"، 2016، منشور على الموقع الإلكتروني <https://www.alaraby.co.uk/investigations/2016/6/24/16/11/2017> تمت الزيارة 16/11/2017

227 المصدر السابق

228 وزارة الصحة الفلسطينية/ التقرير الصحي السنوي فلسطين/ تموز 2017

229 يقدر عدد سكان محافظة الخليل بحسب إحصائيات الجهاز المركزي للإحصاء حتى العام 2016 بحوالي 729,194 ألف نسمة، في المقابل

يقدر عدد سكان محافظة أريحا والأغوار 53,562 ألف نسمة، للمزيد ينظر الموقع الإلكتروني للجهاز المركزي للإحصاء http://www.pCBS.gov.ps/Portals/_Rainbow/Documents/gover.htm تمت الزيارة 12/11/2017

بخدمات التأمين الصحي المجاني المقدم من وزارة الصحة، منذ ذلك الحين؛ أي أن نسبة تغطية سكان قطاع غزة بالتأمين الصحي لوزارة الصحة يبلغ 100%.²³⁰

أنواع التأمين الصحي

هناك نظامان متوازيان للتأمين الصحي في فلسطين، التأمين الصحي الحكومي، والتأمين الصحي الخاص، ولكل من النظامين إطاره القانوني الناظم، وخصائصه المحددة²³¹. إضافة إلى تأمين وكالة غوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين، والذي ينتفع بخدماته اللاجئون الفلسطينيون المسجلون.

تنقسم التأمينات الصحية الحكومية، إلى قسمين: التأمينات العادية المتعلقة بالنظام الرسمي مثل التأمينات الاختيارية والاشتراكات الجماعية، إضافة إلى التأمينات الصادرة للحالات المحولة من الشؤون الاجتماعية وأسر الشهداء والجرحى وغير ذلك، والقسم الآخر يتعلق بالتأمينات المجانية التي تمنحها الوزارة إلى بعض الفئات من المجتمع، بناء على قرار من الرئيس الراحل (أبو عمار عام 2000) بمنح المتعطلين عن العمل داخل الخط الأخضر تأميناً صحياً مجانياً يتم بموجبه علاجهم داخل مراكز وزارة الصحة وكان عددهم في ذلك الوقت 39000 عامل وتشير وزارة الصحة إلى أن هذا الرقم في الوقت الحالي تجاوز 200,000 بطاقة وأصبح يشكل عبئاً كبيراً على ميزانية وزارة الصحة وقد عمدت وزارة الصحة بالتعاون مع وزارة العمل والوزارات ذات الاختصاص بخطة لتحديث معلومات حاملي هذا النوع من التأمين.²³²

بالنسبة لأنواع التأمين الصحي الحكومي في فلسطين، هناك ستة أنواع، وهي:

1. **التأمين الإجباري Compulsory**: يشترك في هذا النمط من التأمين موظفو القطاع الحكومي والبلديات والمتقاعدون. وقد بلغ عدد العائلات المشاركة في هذا التأمين 67,331 عائلة في الضفة الغربية، وبلغ العائد منه 60,619,111 شيقلاً.
2. **التأمين الطوعي Voluntary**: بلغ عدد العائلات المشاركة في هذا التأمين 2,662 عائلة في الضفة الغربية، وبلغ العائد منه 1,910,583 شيقلاً.
3. **تأمين العامل داخل الخط الأخضر Workers in Israel**: بلغ عدد العائلات المستفيدة من هذا التأمين 40,330 عائلة في الضفة الغربية، وبلغ العائد منه 62,680,977 شيقلاً.

230 المصدر السابق

231 خديجة حسين، نظم التأمين الصحي في مناطق السلطة الوطنية الفلسطينية، سلسلة تقارير قانونية رقم (68)، رام الله 2007

232 ينظر الموقع الإلكتروني لوزارة الصحة الفلسطينية <http://www.moh.ps/index/ArticleView/ArticleId/3143/Language/ar>

4. تأمين الجماعي / العقود Group Contracts: بلغ عدد العائلات المشاركة في هذا التأمين 42,616 عائلة في الضفة الغربية، وبلغ العائد التقدي منه 30,572,870 شيقلاً.
5. تأمين الشؤون الاجتماعية Social Welfare: قيمته 50 شيكلاً شهرياً تدفعها الوزارة، يسري مفعوله مباشرة من تاريخ بداية التأمين وقد بلغ عدد العائلات المشاركة في هذا التأمين 31,727 عائلة في الضفة الغربية، وبلغ العائد منه 14,860,900 شيقلاً.
6. تأمين الأسرى Prisoners: تأمين مجاني، وقد بلغ عدد الأسرى المؤمنين وعائلاتهم في هذا التأمين 15,012 عائلة في الضفة الغربية، وبلغ العائد منه 7,965,000 شيقلاً.

كما أن هناك تأمينات أخرى مثل: تأمين النقابات: 50 شيكلاً شهرياً، يسري مفعوله بعد 60 يوماً من الدفع. والتأمين المجاني، وهو للأشخاص ذوي الإعاقة ومرضى التلاسيميا والهموفيليا، وتأمين المتعطلين عن العمل، والتأمين الصحي للجنة الزكاة²³³. وتوضح السياسات المعمولة في وزارة الصحة أن هناك عدداً من الحالات التي لا يغطيها التأمين الصحي وهي: حوادث الطرق، وحوادث العمل، والحوادث القضائية، والحالات غير الطارئة في مراكز الطوارئ، حسب بروتوكولات إدارة المشافي، واستخدام سيارة الإسعاف بطلب ذاتي، والمساهمة المعتمدة للمريض في بعض الحالات والتدخلات الطبية والجراحية، والتطعيم بغرض السفر للخارج، تصديق الوثائق، والفحص لطلب رخصة السياقة، والتقارير الطبية بشكل شخصي، وتصوير الملفات وفقاً للأنظمة²³⁴.

وعلى الرغم من وجود أنظمة تأمين صحي معمول بها في فلسطين إلا أن الفائدة التي يجنيها المرضى قليلة ولا ترتقي إلى المستوى المطلوب الأمر الذي يزيد من معاناة المرضى والمراجعين، الذين تتحمل كاهلهم أسعار الأدوية التي يضطرون لابتعاها خارج التأمين الصحي، أو من يضطرون إلى دفع مبالغ مالية من جراء إجراء فحوصات أو أشعة، على نفقتهم الخاصة لعدم توفرها في المشافي الحكومية، على الرغم من اشتراكهم في التأمين الصحي الفلسطيني.

ومن الأمثلة على ذلك ما أشار إليه عدد من المواطنين الحاصلين على تأمين مجاني من وزارة التنمية الاجتماعية جراء عدم توفر أدوية علاج الكلى لدى وزارة الصحة، وبالأذات الأنواع "المرتفعة السعر". مما يضطرهم إلى ابتعاها خارج التأمين الصحي²³⁵.

233 المصدر السابق

234 المصدر السابق

235 للمزيد ينظر الموقع الإلكتروني لمؤسسة أمان - الائتلاف من أجل النزاهة - تحقيق صحفي بعنوان "التأمين الصحي في فلسطين نقص الدواء وضعف الفعالية" <https://www.aman-palestine.org/ar/media-center/6005.html> تمت الزيارة 6/11/2017

مما تقدم أعلاه نجد أن نظام التأمين الصحي في فلسطين لا يلبي الأهداف الذي وضع من أجل تحقيقها بإيجاد تأمين صحي شامل ذات جودة عالية متاح لكافة المواطنين واستمرارية في تقديم الخدمات الصحية، حيث نجد أن نظام التأمين الصحي يعتره العديد من الثغرات في تغطية النفقات الصحية هذا من جانب ومن جانب آخر فإن العديد من المواطنين وخاصة الفقراء ومحدودي الدخل لا يستطيعون تسديد الرسوم ونفقات الصرف على الخدمات الصحية مما يعني حرمان العديد من المواطنين من الحصول على خدمات الرعاية الصحية، وهذا يتطلب من الحكومة العمل على شمول كافة المواطنين بتأمين صحي مناسب، يكفل التغطية الصحية الشاملة، بما يحقق فرص الحصول والوصول إلى خدمات الرعاية الصحية وإلا فإن أهداف التأمين الصحي التي وضعتها وزارة الصحة الفلسطينية تبقى حبرا على ورق.

إن عدم قيام وزارة الصحة بإصلاح نظام التأمين الصحي، الذي يشوبه العديد من الثغرات وأوجه القصور بنظام تأمين صحي إجباري شامل يحقق العدالة والمساواة في فرص الحصول على الخدمات والسلع الصحية وبما يمكن الفقراء والفئات المهشمة من تلقي العلاج وتحسين جودة الخدمات الطبية وتطوير المرافق الصحية التابعة لوزارة الصحة يبقى نظام التأمين قاصراً عن تلبية احتياجات المواطنين الصحية.

3. الإنفاق على القطاع الصحي

تعتبر نسبة الإنفاق على الصحة أحد المؤشرات المهمة لدى تطبيق الدول ووفائها بالتزاماتها تجاه مستوى الرعاية الصحية المقدمة لهم.

أولاً: توزيع الموازنة الصحية والإنفاق

تعد الموازنة العامة أكثر أدوات السياسة الاقتصادية الحكومية أهمية، حيث تعكس الأولويات الحكومية اقتصادياً واجتماعياً أكثر من أي وثيقة أخرى، فمن خلالها تترجم الحكومة الالتزامات السياسية والأهداف في صورة قرارات تحكم أين ينبغي أن تنفق الأموال وكيف يجب أن تجمع.

بلغت موازنة وزارة الصحة التشغيلية في العام 2017 الـ (1,720,773,000) شيكل من الموازنة العامة البالغة (17,786,000,000) شيكل، أي بنسبة (9,7٪) من إجمالي الموازنة، ونسبة (11,32٪) من إجمالي النفقات الجارية، مقارنة بـ (1,711,900,000) شيكل في العام 2016، أي بنسبة 11,5٪ من إجمالي الموازنة الجارية. وبلغت نسبة الرواتب والأجور من موازنة وزارة الصحة للعام 2017 ما يقرب من 45٪، مقارنة بـ 50٪ من موازنة العام 2016، وقُدِّرَت الموازنة التشغيلية لوزارة الصحة في العام 2015 بـ 1.6 مليار شيكل، يُشكل نصفها الرواتب والأجور، بنسبة 45 ٪ من إجمالي الموازنة العامة.²³⁶

236 للمزيد راجع لتقرير السنوي الثاني والعشرون، وضع حقوق الإنسان في فلسطين، الهيئة المستقلة لحقوق الإنسان، 2016، ص 114

وقد حصرت الموازنة صرفها في إطار ثلاثة برامج:

البرنامج الأول، خدمات رعاية صحية أولية مستدامة ذات جودة عالية وتعزيز أنماط الحياة، من خلال تقديم خدمات رعاية صحية أولية في الوحدات الصحية. وخصص لهذا البرنامج (218,651,185) شيكلاً من موازنة الوزارة، ما نسبته (12,71٪) من الموازنة التشغيلية الإجمالية لوزارة الصحة.²³⁷

والبرنامج الثاني، خدمات رعاية صحية ثانية وثالثة مستدامة ذات جودة عالية، وذلك من خلال تعزيز إدارة المشافي بإعداد الخطط التنفيذية السنوية لكل مشفى، ورفع مستوى الوعي العام في إطار التعزيز الصحي والتواصل مع المواطنين، وقد خصص لهذا البرنامج (657,172,133) شيكلاً من موازنة الوزارة التشغيلية أي بنسبة (38,19 ٪) من الموازنة الإجمالية لوزارة الصحة.²³⁸

البرنامج الثالث، البرنامج الإداري والحكومي، ويغطي هذا البرنامج الإدارة والإدارة العليا وخدمات الدعم التي تتيح المجال لبرامج تقديم الخدمات الأساسية للوزارة أو المؤسسة إنجاز خدماتها، وخصص لهذا البرنامج (844,949,682) شيكلاً من موازنة الوزارة التشغيلية، أي بنسبة (49,10 ٪) من الموازنة الإجمالية لوزارة الصحة.²³⁹

ومن خلال مراجعة تحليلية للموازنة المخصصة للقطاع الصحي في فلسطين في العام 2017، يتبين أن الوزارة لم تصرح بالموازنة التطويرية المخصصة لقطاع الصحة منذ بداية العام، رغم إعلان وزير الصحة عن إنفاق ما يقرب من 290 مليون شيكل في إطار النفقات التطويرية في هذا العام، وما يظهر من إنفاق وزارة الصحة على النفقات التطويرية في الموازنة في نهاية العام 2017 ما يزيد عن 41 مليون شيكل. إضافة إلى انخفاض حجم النفقات الفعلية عن النفقات المقدرة في الموازنة العامة للعام 2017، حيث يظهر مع نهاية العام المذكور أن النفقات الصحية الفعلية لم تتجاوز (95.5٪) من النفقات المقدرة في موازنة الوزارة، والمعلن عنها في بداية العام، رغم ارتفاع النفقات الصحية الفعلية المذكورة عن النفقات الفعلية العامة في الموازنة العامة والتي لم تتجاوز الـ (85٪) من الموازنة المقدرة.²⁴⁰

كما لا يظهر من طبيعة المشروعات التطويرية المذكورة في موازنة الوزارة اتجاهها لتوطين الخدمات الطبية، فالمشاريع التطويرية المذكورة في الموازنة لا تذهب باتجاه زيادة القدرة الاستيعابية للرعاية الثانية والثالثة التي بإمكانها زيادة القدرة الاستيعابية للمشافي من ناحية عديدة ونوعية.²⁴¹

237 تحليل الموازنة العامة لسنة 2017 قراءة حقوقية، الهيئة المستقلة لحقوق الإنسان، 2017، ص 18

238 المصدر السابق

239 المصدر السابق

240 المزيد راجع التقرير السنوي الثالث والعشرون، وضع حقوق الإنسان في فلسطين 2017، ص 135

241 المزيد راجع تحليل الموازنة العامة لسنة 2017، قراءة حقوقية، الهيئة المستقلة لحقوق الإنسان، 2017

ثانياً: الإنفاق على القطاع الصحي في فلسطين

يتحمل القطاع الحكومي النسبة الأكبر من الصرف على الخدمات الصحية في الأراضي الفلسطينية، واستمراراً للجهود المشتركة التي قامت بها كل من وزارة الصحة الفلسطينية والجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، تم إعداد تقرير إحصائي حول الإنفاق على الصحة في فلسطين وذلك ضمن الإصدار السنوي المشترك للحسابات الصحية الوطنية.

تشير النتائج الأولية للحسابات الصحية الفلسطينية إلى أن مجموع النفقات الجارية على الصحة قد ارتفعت ما بين عامي 2014 و2015، حيث بلغ مجموع الإنفاق ما قيمته 1,321.3 مليون دولار في العام 2015 بينما بلغ في العام 2014 ما قيمته 1,234.2 مليون دولار أمريكي.

سجلت نسبة الإنفاق على نشاط الصحة من إجمالي الناتج المحلي بالأسعار الجارية ارتفاعاً خلال الفترة ما بين 2014 و2015، حيث بلغت 10.7% في العام 2015 مقارنة بـ 9.8% في العام 2014.²⁴²

كما بلغ نصيب الفرد من إجمالي الإنفاق على الصحة خلال العام 2015 ما قيمته 282.2 دولار أمريكي، في حين بلغ 271.2 دولار في العام 2014.²⁴³ وقد بلغ الإنفاق الصحي على الأدوية والمستلزمات الطبية في القطاع الصحي الحكومي خلال العام 2016 حوالي 311 مليون شيقل، بنسبة 20% من إجمالي نفقات وزارة الصحة.²⁴⁴

وفيما يتعلق بالإنفاق على التأمين الصحي فقد بلغ مقدار الإيرادات السنوي من التأمين الصحي نحو 300 مليون شيقل، في حين تتفق الوزارة ما يقارب مليار و300 مليون شيقل سنوياً.²⁴⁵

وتشير بيانات وزارة الصحة إلى أن قائمة الأدوية الأساسية المتداولة خلال عام 2016 ضمت 522 صنفاً بكافة الأشكال الصيدلانية، إضافة إلى قائمة أدوية تكميلية تضم 40 صنفاً، حيث توفر وزارة الصحة هذه الأدوية للمرضى الفلسطينيين، في حين تتكون قائمة المستلزمات الطبية الأساسية من 1600 صنف.²⁴⁶

كما أعلنت وزارة الصحة عن تخفيض أسعار أكثر من ألف صنف دوائي محليٍّ ومستورد، بنسبة وصلت 20% من الأصناف التي يتم تداولها في السوق

242 الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، وزارة الصحة الفلسطينية، 2015. الحسابات الصحية الفلسطينية 2013 رام الله - فلسطين.

243 المصدر السابق

244 ينظر الموقع الإلكتروني لوزارة الصحة الفلسطينية <http://www.moh.ps/Index/ArticleView/ArticleId/3656/Language/ar> تمت

الزيارة 30/10/2017

245 المصدر السابق <http://www.moh.ps/index/ArticleView/ArticleId/3143/Language/ar> تمت الزيارة 30/10/2017

246 المصدر السابق

الفلسطينية، منذ العام 2016؛ تماشياً مع تعليمات التسعيرة المقررة منذ العام 2009²⁴⁷.

وعلى العموم، ولبلوغ التغطية الشاملة بالنسبة للدول التي لا زال مواطنوها يعانون من إشكالية الوصول إلى الخدمات الصحية، يجب رفع الميزانية الخاصة بالصحة لتوفير المنشآت والتجهيزات اللازمة لتقديم خدمات كافية وجيدة. أما بالنسبة للدول الفقيرة، فيمكن للحكومات، تنفيذاً لتوصيات منظمة الصحة العالمية، فرض ضرائب على المواد المضرة بالصحة كالسجائر أو المشروبات الغازية أو المواد التي تحتوي على كميات كبيرة من السكر أو الملح، للحفاظ على الصحة من جهة ولتوفير موارد مالية إضافية من جهة أخرى. كما أن بلوغ التغطية الصحية الشاملة يقتضي الوصول إلى المناطق النائية والسكان المتضررين من النزاع حيث توجد تحديات هائلة بسبب تهالك البنية التحتية ونقص الموارد البشرية المؤهلة. وبناءً على ما تقدم فإن المواطنين الفلسطينيين يواجهون نمطاً مركباً من التحديات وإشكاليات الوصول، نظراً لوقوع فلسطين تحت الاحتلال، إضافة إلى السياسات الصحية الحكومية وما تواجهه على المستوى الداخلي. من حيث تضائل الموارد المالية المخصصة وعدم كفايتها إضافة إلى الأوضاع السياسية من حيث تبعات الانقسام ما بين الضفة الغربية وقطاع غزة وعدم استكمال عملية المصالحة وبالتالي استمرار العراقيل والعقبات أمام قيام الحكومة بتنفيذ برامجها وخططها، إضافة إلى استمرار الحصار المفروض على قطاع غزة.

الإنفاق الصحي وفق مصادر التمويل:

تم تمويل 33% من مجموع النفقات الجارية على الصحة من خلال النظم والبرامج الحكومية، بينما بلغت نسبة إدارة وتشغيل الأنشطة الصحية من قبل الحكومة 41.1% في عام 2015، مقارنة بـ 42.6% في العام 2014²⁴⁸. بينما نجد أن أعلى نسبة لمصادر التمويل في العام 2015 كانت من خلال الأسر المعيشية²⁴⁹ وقد بلغت 45.5% من مجموع ما يتم تمويله مقابل 43.1% في العام 2014²⁵⁰. مما يعني أن العبء الأكبر في تمويل السلع والخدمات الصحية يقع على كاهل المواطنين.

وتوضح البيانات أن تمويل القطاع الصحي يعتمد بنسبة 29.7% على التحويلات من العائدات المحلية الحكومية في العام 2015، مقابل 52.5% من خلال

247 تنص المادة 17 من تعليمات تسعير الأدوية لسنة 2009 الصادرة عن وزارة الصحة، على أنه "في كل الأحوال يجب ألا يزيد سعر أي دواء للجمهور والذي يحمل نفس العلامة التجارية في فلسطين عن سعره في أقرب دولة مجاورة". ينظر أيضاً <http://pbc.ps/News> تمت الزيارة 30/11/2017

248 الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، وزارة الصحة الفلسطينية، 2015. الحسابات الصحية الفلسطينية 2013. رام الله - فلسطين. ص 17

249 المصدر السابق

250 المصدر السابق

عائدات محلية أخرى، و/4.4 من التحويلات الخارجية (الأجنبية) المباشرة.²⁵¹

ثالثاً: الإنفاق الصحي وفق مزودي الخدمات الصحية:

بلغ الإنفاق على الصحة من خلال المشافي 41.6% في العام 2015، توزع بواقع 73.8% من خلال المشافي العامة، و24.5% من خلال المشافي المتخصصة.²⁵² وقد سجلت مراكز الرعاية الصحية الأولية ما نسبته 20.4% من مجموع الإنفاق الكلي على الصحة في فلسطين في العام 2015، بينما في العام 2014 كانت النسبة 20.8%. يليه الإنفاق من خلال مزودي الخدمات الخاصة ببيع السلع الطبية وغيرها بالتجزئة حيث بلغ الإنفاق 237.4 (بالمليون دولار أمريكي)، أي 18% من مجمل الإنفاق في العام 2015.²⁵³

إن النقص في الأدوية يشكل خطراً على حياة العديد من المواطنين بسبب عدم قدرتهم في الحصول على العلاج في الوقت المناسب مما يضطرهم إلى شرائها على نفقتهم الخاصة، وهذا مرهق مالياً خاصة للفقراء منهم، وبالتالي فإن عدم توفر الأدوية والعلاج المناسب في الوقت المناسب هو خرق لمعايير إعمال الحق في الصحة بما فيها الحصول على خدمات وسلع صحية مثل الأدوية.

ثالثاً: الجهات المؤسسية الفاعلة غير وزارة الصحة في مجال تقديم الخدمات الصحية

يتضمن العمل ضمن القطاع الصحي الفلسطيني أربعة شركاء رئيسيين هم وزارة الصحة الفلسطينية، ووكالة الغوث وتشغيل اللاجئين (الأونروا)، والمنظمات غير الحكومية، والقطاع الخاص، والخدمات الطبية العسكرية. ولكل من هذه القطاعات دوره ومسؤولياته تجاه القطاع الصحي. إضافة إلى جهات مساندة للقطاع الصحي مكونة من عدد من الوزارات والدوائر التي تدعم القطاع الصحي منها وزارة المالية والتخطيط، ووزارة التربية والتعليم والتعليم العالي، ووزارة التنمية الاجتماعية، ووزارة شؤون المرأة، ووزارة العمل، والأمانة العامة لمجلس الوزراء، والجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، ومؤسسة المواصفات والمقاييس، ووزارة الاقتصاد الوطني، وجهاز الضابطة الجمركية. وعبر السنوات كان للأمانة العامة لمجلس الوزراء ووزارة المالية والتخطيط دور مهم في تنفيذ وتقييم السياسات والاستراتيجيات القطاعية المختلفة من خلال دورها التنموي والتنظيمي على المستوى الوطني. وأما وزارة المالية فلا زالت تلعب دوراً مهماً في رصد وتوفير الأموال للقطاع الصحي الفلسطيني.²⁵⁴ يضاف إلى ذلك دور الخدمات الطبية العسكرية في تقديم الخدمات الصحية للمواطنين.

251 المصدر السابق

252 وهي مشاف تقدم خدمات متخصصة، متقدمة، وشاملة في مجال الرعاية الصحية الثانوية والثالثية، وفي العام 2016 بلغ عددها في فلسطين 21 مشفى، بسعة سريرية قدرها 1,206 أسرة. للمزيد ينظر التقرير الصحي السنوي لوزارة الصحة للعام 2016، فلسطين تموز 2017. ص 56

<https://www.alhadath.ps/article/53058> 253

254 رنين دار خواجه، ورقة سياسات القطاع الصحي في فلسطين من منظور شبكة المنظمات الأهلية، رام الله، 2016

القسم الخامس :

الآليات الوطنية والدولية
لرصد وحماية الحق
في الصحة



القسم الخامس: الآليات الوطنية والدولية لرصد وحماية الحق في الصحة

يتناول هذا القسم آليات رصد وحماية الحق في الصحة على المستويين الوطني والدولي، فعلى المستوى الوطني ينشط في فلسطين الدور الحكومي من خلال منظومة الشكاوى الحكومية والتي خصصنا استعراضها للإدارة العامة للشكاوى في مجلس الوزراء على سبيل المثال لا الحصر، فالقضاء والنيابة والبرلمان تشكل آليات حماية في إطار الحكومة في المقابل تلعب المؤسسات الوطنية لحقوق الإنسان والتي يناظرها هنا في فلسطين الهيئة المستقلة لحقوق الإنسان " ديوان المظالم " دورا بارزا في مجال الرصد الوطني والمساءلة عن تطبيق قواعد ومعايير حقوق الإنسان ومدى امتثال الدولة لتعهداتها في هذا المجال وسنسلط الضوء في الجزء الأول من هذا القسم على هذه الآليات. مع العلم أن المجتمع المدني من منظمات أهلية ونقابات واتحادات هو أيضا أحد ركائز رصد وحماية حقوق الإنسان وله دور بارز في عملية الضغط والمناصرة والمساءلة عن أي انتهاكات أو إخفاقات قد تقع عند التطبيق. ولكن مع الأسف فإن البيانات في هذا الإطار شحيحة أو تكاد تكون غير متوفرة، وإن توفرت فإننا نجدها جاءت في سياق مشاريع أو تقارير غير دورية، ويرى الباحث أنه في ظل تنامي دور هذه المؤسسات بعد انضمام دولة فلسطين إلى اتفاقيات حقوق الإنسان صار لزاما تطوير أدوات عملها بآلا ينحصر دورها فقط في إطار تقديم الخدمات الإغاثية والطبية والإنسانية، فالدور المتوقع منها هو التفاعل مع آليات الحماية الدولية والوطنية في إطار تعزيز البعد الحقوقي وترسيخه كنهج تطبيقي ملازم للعمل المجتمعي التنموي.

وفي الجزء الثاني من القسم الخامس سنلقي الضوء على آليات الحماية الدولية في سياق منظومة الأمم المتحدة واللجنة الدولية للصليب الأحمر.

أولاً: الآليات الوطنية لرصد وحماية الحق في الصحة

تلزم المساواة الدولة بتفسير ما تفعله وشرح أسبابه، وكيف تتحرك بكل ما يمكن من سرعة وفعالية صوب إعمال الحق في الصحة للجميع، ولا يحدد القانون الدولي لحقوق الإنسان صيغة بعينها للآليات المحلية للمساءلة والانتصاف، بحيث يمكن إعمال الحق في الصحة ورصده من مختلف الآليات، ويجب كحد أدنى أن تكون جميع آليات المساواة مفتوحة وشفافة وفعالة ويمكن الجميع من الوصول إليها.²⁵⁵

255 الحق في الصحة، صحيفة الوقائع رقم 31، مفوضية الأمم المتحدة السامية لحقوق الإنسان، الأمم المتحدة، نيويورك وجنيف 2008.

ويقع على الدولة التزام أولي باحترام وحماية وتعزيز حقوق الإنسان للناس الذين يعيشون في أراضيها. وهكذا فإن التماس تنفيذ الحق في الصحة على الصعيد الوطني يتسم بأهمية خاصة، وفي حالة وجود وتشغيل الآليات الوطنية فإن الوصول إليها يكون في كثير من الأحيان أسرع وأسهل من الوصول إلى الآليات الإقليمية أو الدولية.²⁵⁶

آلية الشكاوى كأداة مساءلة وتدخل لحماية الحق في الصحة

أحد الحلول المتبناة من قبل العديد من الدول هو منح مواطنيها الفرصة لتقديم الشكاوى مباشرة للمؤسسات المختصة بالشكاوى. واعتمادا على السياق وتكوين الدولة، تكون مثل هذه المؤسسات مستقلة إما عن الحكومة وأجهزتها التنفيذية أو مرتبطة مباشرة بهذه المؤسسات.

وقد أسس العديد من الدول هيئات متخصصة، تسمح للمواطنين بتقديم شكواهم ضد ممارسات وأداء المؤسسات الحكومية ومن ضمنها جهات إنفاذ القانون، ومقدمو الخدمات الأساسية كالعليم والصحة وبالرغم من ذلك، لا يوجد نموذج معياري لآليات الشكاوى. حيث تحتاج كل دولة لإيجاد حلول تتلاءم مع السياق السياسي، والتاريخي والثقافي الخاص بها.

وقد أسست دولة فلسطين في إطار التزاماتها بتعزيز سيادة القانون نظام للتعامل مع شكاوى المواطنين بحيث تقوم عدة مؤسسات بتلقي شكاوى المواطنين المقامة ضد الجهات الحكومية بشقيها المدني والأمني، وفي هذا الإطار تعمل الهيئة المستقلة لحقوق الإنسان كمؤسسة رسمية للبت في المظالم وحقوق الإنسان لدى دولة فلسطين. بالإضافة إلى ذلك، تم تأسيس إدارة عامة خاصة بالشكاوى داخل مجلس الوزراء، وإيجاد وحدات شكاوى في عدة وزارات، مثل وحدة الشكاوى في وزارة الصحة، كما تقوم دائرة شؤون المحافظات، ودائرة الشؤون القانونية في مكتب الرئيس والمستشارين القانونيين في مكاتب المحافظين بتلقي الشكاوى، وتلعب منظمات المجتمع المدني ووسائل الإعلام دورا في مجال رصد الانتهاكات وتلقي الشكاوى ومساءلة الجهات صاحبة الواجب.

1. الآليات الحكومية لمعالجة الشكاوى

هناك أكثر من نظام لتقديم الشكاوى على المستوى الوطني، سواء من خلال الآليات الحكومية أو غير الحكومية، فعلى سبيل المثال هناك نظام شكاوى إداري

معمول به من قبل مجلس الوزراء²⁵⁷، كما تستخدم بعض مؤسسات المجتمع المدني آلية الشكاوى في عملها مثل مؤسسة أمان التي تختص بمكافحة الفساد.

أ. الإدارة العامة للشكاوى في مجلس الوزراء

تشرف الإدارة على وحدات ومكاتب للشكاوى في جميع الدوائر الحكومية الفلسطينية وتتعاون معها في معالجة شكاوى المواطنين، كما تتلقى الإدارة العامة للشكاوى شكاوى المواطنين وتتابعها.²⁵⁸

وتمارس الإدارة العامة مجموعة من الصلاحيات من ضمنها رسم السياسات الخاصة بالشكاوى ووضع الخطط الاستراتيجية لتطويرها بهدف تقديم خدمة متميزة، واستقبال الشكاوى التي تدخل ضمن اختصاصها ومتابعتها. وإحالة الشكاوى التي ترد إلى الإدارة العامة للوحدات والأقسام المعنية، كما تقوم الإدارة العامة للشكاوى بالبحث والتحقيق والتقصي حول موضوع الشكاوى، وتشكيل لجان متخصصة تكون الإدارة العامة مقرراً لها أو من تفوضه. كما تقوم الإدارة العامة للشكاوى بالتنسيق والمتابعة مع وحدة شؤون المحافظات التابعة لمكتب مستشار الرئيس لشؤون المحافظات وكذلك مع وحدة الشكاوى في وزارة الداخلية ووحدات الشكاوى في الأجهزة الأمنية بما يشمل معالجة الشكاوى الواردة، وإعداد التقارير السنوية والدراسات وتنفيذ الدورات التدريبية لوحدات الشكاوى والجهات ذات العلاقة.²⁵⁹ وفيما يتعلق بإجراءات المتابعة والمتعلقة تحديداً بتعزيز نظام المساءلة والمرتکز على الشكاوى فتتص المادة رقم (13) من نظام الشكاوى أنه: "في حال وجود شبهة بأن موضوع الشكاوى يشكل جريمة وفقاً لأحكام القوانين السارية، فإن للإدارة العامة أو الوحدة أو القسم، رفع توصياتها إلى الوزير المختص بإحالة الملف كل حسب الاختصاص إلى النيابة العامة أو ديوان الرقابة المالية والإدارية، أو هيئة مكافحة الفساد، أو أي جهة أخرى مختصة".²⁶⁰

الشكاوى المتعلقة بالحق في الصحة التي نظرت بها الإدارة العامة للشكاوى في مجلس الوزراء

بلغ إجمالي الشكاوى المعالجة التي تتعلق بالصحة والحق بالعلاج خلال العام 2016 (87) شكاوى، وقد تقاسمت الوزارات والمحافظات علاج هذه الشكاوى (41) شكاوى للوزارات و(44) شكاوى للمحافظات). وقد عالجت الأمانة العامة لمجلس الوزراء 28 شكاوى من أصل 30 شكاوى، بينما عالجت وزارة الصحة أقل من نصف

257 للمزيد حول إجراءات تلقي الشكاوى ومتابعتها ينظر قرار مجلس الوزراء رقم (8) لسنة 2016 بنظام الشكاوى ودليل الإجراءات والنماذج الخاصة به. <https://cs.pmo.gov.ps/info/arabic.pdf>

258 للمزيد ينظر الموقع الإلكتروني للإدارة العامة للشكاوى في مجلس الوزراء <http://palestinecabinet.gov.ps>

259 مصدر سابق

260 مصدر السابق

الشكاوى التي نظرت فيها و المتعلقة بالموضوع ذاته، إذ عالجت 9 شكاوى من أصل 20 شكاوى منظورة. وقد عالجت محافظة سلفيت 23 شكاوى تتعلق بالصحة والحق بالعلاج، ومحافظة رام الله والبيرة 11 شكاوى، ومحافظة طولكرم 9 شكاوى. وكان عدد الشكاوى التي نظرت فيها وعالجتها الخدمات الطبية العسكرية بالخصوص شكاوى واحدة من إجمالي الشكاوى المنظورة أمامها وهي 5 شكاوى.²⁶¹

لا تظهر تقارير الإدارة العامة للشكاوى تفصيلات بشأن طبيعة الشكاوى التي تقدم بها المواطنون وآليات معالجتها وما ترتب على حل هذه الإشكاليات من تحسين وتطوير السياسات والخدمات المقدمة للمواطنين، كما لم تعكس هذه التقارير الجهود والتدابير التي لجأت إليها في تفعيل آليات المساءلة المشار إليها في المادة 13 من نظام الشكاوى الحكومي.

بمراجعة نظام الشكاوى الحكومي يتبين أن مجال اختصاص الإدارة العامة للشكاوى ينحصر فقط في متابعة الشكاوى ذات الطابع الإداري الخدماتي فقط، مع الإشارة إلى بعض الانتهاكات التي تعتبر محلاً للشكاوى مثل الحق في الصحة والعلاج، والحق في الحياة والسلامة الجسدية، ولم يتم الأخذ بعين الاعتبار طائفة الحقوق المدنية والسياسية والاقتصادية والاجتماعية كما نصت عليها المعايير الدولية والتشريعات الوطنية، كما لم يأخذ هذا النظام بالاعتبار وضع الفئات المهمشة كالنساء والأطفال والأشخاص ذوي الإعاقة والمسنين وآليات حمايتها ورصدها ضمن منظومة الشكاوى.

ب. وحدة الشكاوى في وزارة الصحة الفلسطينية:

أنشئت وحدة الشكاوى بناءً على قرار مجلس الوزراء بإنشاء وحدات متخصصة في مجلس الوزراء والوزارات لمتابعة شكاوى المواطنين بتاريخ 13/10/2003، من أجل تنظيم العمل وحفاظاً على حقوق المواطن حيث تم وضع نظام للشكاوى بتاريخ 9/3/2005 وتم تعديله بتاريخ 8/3/2009.

تسعى الوحدة إلى تعديل نظام الشكاوى بحيث يضمن تطور الإدارة العامة للشكاوى ووحدات الشكاوى قانونياً وإدارياً لتصبح أكثر قوة للتنفيذ على الأرض و الانتهاء من إعداد برنامج إلكتروني مركزي يربط جميع وحدات الشكاوى بشكل واضح، ويضمن التواصل الفعال بين جميع مراكز استقبال الشكاوى، إضافة لاعتماده كآلية لتلقي شكاوى المواطنين والعمل على تطوير كادر الشكاوى في وزارة الصحة من خلال عقد دورات تدريبية وورش عمل متخصصة، والاطلاع على تجارب دول أخرى رائدة في مجال الشكاوى. والشروع في تنفيذ خطة إعلامية متكاملة تشمل التوجيه والتوعية والإخبار والتواصل ومعالجة الشكاوى إعلامياً.

261 دولة فلسطين، دولة فلسطين، الأمانة العامة لمجلس الوزراء، الإدارة العامة للشكاوى، التقرير السنوي الرابع للشكاوى الحكومية 2016، أيلول 2017.

وتتضمن الوحدة دائرتين هما:

1- دائرة الشكاوى الداخلية.

2- دائرة الشكاوى الخارجية.

مهام وحدة الشكاوى:

1- استقبال ومتابعة شكاوى المواطنين المتعلقة بأداء المؤسسة الحكومية وموظفيها.

2- التنسيق والتعاون مع الإدارة العامة للشكاوى في مجلس الوزراء.

3- التنسيق والتعاون مع الوحدات والمكاتب فيما بينها.

الشكاوى المنظورة أمام الوحدة:

1- الشكاوى المقدمة ضد وزارة الصحة.

2- الشكاوى المتعلقة بمتابعة تنفيذ الأحكام القضائية النهائية الصادرة ضد

وزارة الصحة.

3- الشكاوى المقدمة من مؤسسات المجتمع المدني والمتعلقة بأداء وزارة الصحة.

أهداف وحدة الشكاوى:

1- مساندة الجهاز القضائي من خلال تخفيف الضغط عليه في معالجة

عدد من الشكاوى قبل وصولها إلى القضاء.

2- رفع مستوى الرقابة على أداء وزارة الصحة من خلال دوائر حكومية فاعلة

ومؤثرة .

3- رفع مستوى التنسيق مع مؤسسات المجتمع المدني باعتبار ذلك ركناً

أساسياً من أركان الحكم الرشيد.

4- تعزيز أداء الرقابة الشعبية على العمل الحكومي ، وقياس مستوى

أولويات مطالب وهموم المواطنين، للإسهام في توجيه سياسة الحكومة.²⁶²

وفي هذا الإطار تشير بيانات وزارة الصحة إلى استقبالها (171) شكوى

متعلقة بالقطاع الصحي بشكل عام منها (70) شكوى متعلقة بقضايا إهمال طبي، وقد

شكلت الوزارة لجاناً للتحقيق في (85) شكوى منها، وقد خرجت هذه اللجان بمجموعة

من التوصيات. غير أن الوزارة لم تفصح عن ماهية هذه الشكاوى والموضوعات التي

تضمنتها، ولا عن طبيعة الشكاوى التي شكلت فيها لجان تحقيق، ولا طبيعة التوصيات

التي خرجت بها هذه اللجان. وبالنسبة لم توضّح ردود الوزارة إجراءات المسائلة

والمحاسبة المتخذة بشأن هذه الشكاوى، ولا تصلح للاعتماد عليها في وضع طلب أو

توجيه توصية معينة أو معرفة حقيقة وجدوى هذه المعالجة.²⁶³

262 ينظر الموقع الإلكتروني لوزارة الصحة الفلسطينية – وحدة الشكاوى

<http://www.moh.ps/mohsite/Index/Circle/CircleId/25/Language/ar>

263 ينظر التقرير السنوي الثاني والعشرون حول وضع حقوق الإنسان في فلسطين 2015، 2016، ص 117

أن غياب التدابير الواضحة لمعالجة الشكاوى والاستجابة لقضايا المواطنين الصحية سواء ما يتعلق منها بتوفير خدمات الرعاية الصحية، أو تلك المتعلقة بإجراءات المساءلة والمحاسبة والتحقيق في شكاوى المواطنين نتيجة التقصير أو الإهمال في تقديم علاج أو خدمة صحية يستحقها المواطن، كل ذلك من شأنه أن يقلل من فرص وحصول المواطنين على الخدمات والمرافق والسلع الصحية، وهذا يتطلب بالضرورة موازنة التشريعات الوطنية وخاصة إقرار نظام خاص بالمسؤولية الطبية بالاستناد إلى قانوني الصحة العامة والتأمين الفلسطيني.

وفي هذا الإطار لم يتضمن قانون الخدمة المدنية الناظم لعمل الوظيفة العمومية أحكاماً تراعي طبيعة وخصوصية المهن الطبية وبالذات مهنة الطب، وبيان الواجبات الواجب على الأطباء مراعاتها أثناء عملهم في المشافي والعيادات العامة، وبيان الأفعال التي تدخل في إطار الإهمال أو الخطأ الطبي. إن غياب النصوص القانونية التي تنظم أحكام المسؤولية الطبية، سيؤدي إلى صعوبة التحقيق في الجرائم والمخالفات الناتجة عن سلوك الطبيب الخاطئ وإثباته، وصعوبة إثبات الخطأ الطبي أمام المحاكم. الأمر الذي يستدعي قيام وزارة الصحة باتخاذ التدابير اللازمة للتحقيق في شكاوى المواطنين الذين يتعرضون لانتهاك لأحد حقوقهم الصحية، وخاصة حقهم في الوصول إلى المرافق والخدمات الصحية.

2. الآليات الوطنية المستقلة لحماية الحق في الصحة

الهيئة المستقلة لحقوق الإنسان "ديوان المظالم"²⁶⁴

أنشئت الهيئة المستقلة لحقوق الإنسان بتاريخ 30/9/1993، وهي تتعامل مع قضايا انتهاكات حقوق الإنسان التي تمارسها المؤسسات التنفيذية والأجهزة الأمنية، ومع شكاوى المواطنين بشأن انتهاكات حقوق الإنسان.

وتعمل الهيئة على نشر الوعي القانوني، ولها دور رقابي على التشريعات والسياسات الوطنية، ومدى مواءمتها للمعايير الدولية الخاصة بحقوق الإنسان، وتتمتع الهيئة بعضوية كاملة في اللجنة التنسيقية الدولية للهيئات الوطنية لحقوق الإنسان. الإطار القانوني

ينظم عمل الهيئة القانون الأساسي الفلسطيني لعام 2003، والمرسوم الرئاسي رقم (59) لسنة 1993 بتشكيل الهيئة الوطنية الفلسطينية العليا لحقوق الإنسان (المنشور في الوقائع الفلسطينية تحت رقم (59) لعام 1995). ولا تزال مسودة قانون تنظيم عمل الهيئة الفلسطينية لحقوق الإنسان بانتظار الإقرار، وهناك

264 الموقع الإلكتروني للهيئة المستقلة لحقوق الإنسان <http://www.ichr.ps/ar/1/3/69> تمت الزيارة 11/11/2017

دليل لتنظيم تعامل الهيئة مع شكاوى المواطنين أقره مجلس مفوضي الهيئة.
الولاية والاختصاص

تختص الهيئة بمتابعة الشكاوى المتعلقة بحقوق الإنسان وحرياته في جميع المجالات التي يكفلها القانون الأساسي والتشريعات الوطنية أو المواثيق الدولية لحقوق الإنسان، سواء وقع الانتهاك من الجهات العامة أم شبه العامة، وسواء أكانت تلك الجهات مدنية أم أمنية. وتتابع الهيئة في هذا المجال أي شكوى تمس أيًا من الحقوق المنصوص عليها في الباب الثاني من القانون الأساسي، المسمى باب الحقوق والحرريات العامة، الذي أشار إلى عدد من الحقوق ومن ضمنها الحقوق الصحية كالحق في الحصول على العلاج والتأمين الصحي ورعاية الأمومة والطفولة والتطعيم.

الشكاوى المتعلقة بالحق في الصحة التي تابعتها الهيئة

يأتي رصد الهيئة للانتهاكات والحوادث المتعلقة بالحق في أعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه تماشيًا مع الالتزامات والمسؤوليات التي أقرتها الاتفاقيات الدولية ذات العلاقة وعلى رأسها العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية.

تلقت الهيئة في العام 2017 (91) شكوى مقابل (72) شكوى في العام 2016 ومثلها في العام 2015 بشأن الحق في الصحة وقد توزعت انتهاكات العام 2017 على (12) شكوى حول مدى توفر التطعيمات والأدوية مقارنة بـ (9) شكاوى في 2016 كما تلقت الهيئة (36) شكوى عن عدم توفر الخدمات الصحية المناسبة والمطالبة بخدمات طبية إضافية للمناطق النائية مقارنة بـ (21) شكوى في العام 2016، و (17) شكوى حول تحويلات طبية، و (43) شكوى حول المسؤولية عن الإهمال الطبي مقارنة بـ (23) شكوى في العام 2016. كما توزعت هذه الشكاوى من حيث الجنس على (26) شكوى خاصة بإناث و (46) شكوى خاصة بذكور، ومن حيث السن قدمت (11) شكوى خاصة بـأطفال و (61) خاصة ببالغين.²⁶⁵ كما تلقت الهيئة (15) شكوى حول التحويلات الطبية خارج المؤسسة الصحية الرسمية أي بنسبة 21٪ من إجمالي الشكاوى الواردة بشأن الحق في الصحة في كل من الضفة الغربية وقطاع غزة.²⁶⁶

265 التقرير السنوي الثاني والعشرون حول وضع حقوق الإنسان في فلسطين 2016، ص 113
266 المصدر السابق، ص 113.

جدول يوضح أنماط وأعداد الشكاوى الصحية التي تلقتها الهيئة خلال الأعوام 2015-2017²⁶⁷

المجموع 72 شكوى	9	أدوية لأمراض مزمنة	2015
	50	عدم توفر خدمات صحي مناسبة والمطالبة بخدمات إضافية	
	13	تحويلات طبية وإهمال	
المجموع 72 شكوى	9	عدم توفر التطعيمات والأدوية	2016
	21	عدم توفر خدمات صحي مناسبة والمطالبة بخدمات إضافية	
	17	تحويلات طبية وإهمال	
	23	إهمال طبي	
المجموع 91 شكوى	12	عدم توفر التطعيمات والأدوية	2017
	36	عدم توفر خدمات صحية مناسبة والمطالبة بخدمات إضافية وفتح مراكز في مناطق نائية	
	17	تحويلات طبية	
	43	إهمال طبي	

267 معلومات تم الحصول عليها من بيانات وتقارير الهيئة المستقلة لحقوق الإنسان.

لا يعني ازدياد أو انخفاض عدد شكاوى الصحة الواردة إلى الهيئة المستقلة لحقوق مؤشراً على تراجع الخدمات الصحية، فهناك أسباب عديدة تعزى لتفسير وإيضاح طبيعة هذه الشكاوى بعد تحليلها وفقاً لمجموعة من المعطيات، منها ما هو مرتبط بمستوى أنشطة الهيئة من رصد وتوثيق زيارات ميدانية للتجمعات والمناطق النائية وبالتالي تعزيز فرص الوصول والتواصل مع المواطنين القاطنين في تلك التجمعات. ومنها ما هو مرتبط أيضاً بأنشطة التوعية والتعريف بالهيئة ودورها ومجالات اختصاصها وأنماط الانتهاكات والشكاوى التي تتلقاها وتتابعها، وقد ازدادت هذه الأنشطة خلال العام 2017 مقارنة بالأعوام الماضية. وخاصة ما قامت به الهيئة من إجراء مسح حول مدى معرفة المواطن بحقوقه حيث أشار المسح إلى أن نسبة العارفين بالحق في الصحة والتأمين الصحي هم الأكثر حيث وصلت نسبتهم إلى 92.1%²⁶⁸.

وبالنظر إلى طبيعة الشكاوى التي سجلتها الهيئة المستقلة لحقوق الإنسان، فيما يتعلق بالانتهاكات الواقعة على الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه، نجد أن شكاوى عدم توفر خدمات صحية مناسبة والمطالبة بخدمات إضافية وفتح مراكز في مناطق نائية أخذت الجانب الأبرز من بين الشكاوى التي رصدها الهيئة، كما استمر تلقي الهيئة الشكاوى المتعلقة بالتحويلات الطبية وذلك يعود إلى استمرار أزمة التحويلات الطبية. وفيما يتعلق بموضوع المسؤولية عن الإهمال الطبي فما زالت الإشكالية في هذا الجانب تراوح مكانها، إذ من غير الواضح قيام وزارة الصحة باتخاذ أية إجراءات ملموسة بشأن المسألة عن قضايا الإهمال الطبي، الأمر الذي يشير إلى غياب الإدارة الجدية والحقيقية في تعزيز نظم المسألة، كما يشير إلى غياب التشريعات والأنظمة المتعلقة بالمسؤولية الطبية عن الأخطاء الطبية. ورغم الجهود التي تبذلها الهيئة مع وزارة الصحة لمعالجة الشكاوى إلا أن التجاوب مع هذه المخاطبات محدود.

ثانياً: الآليات الدولية لرصد وحماية الحق في الصحة

يضطلع عدد من أجهزة الأمم المتحدة بأنشطة ترمي إلى أعمال الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية المشمولة بالالتزامات العامة التي تعهدت بها الدول الأعضاء جميعاً بمقتضى الميثاق، وقد انضمت فلسطين إلى العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية في 2 أبريل/ نيسان 2014، وبموجب صك الانضمام ترتب على ذلك مجموعة من التبعات على المستويين الوطني والدولي، يتمثل الأول باتخاذ مجموعة من الإجراءات والخطوات الإدارية والتشريعية والقضائية تتلخص

268 دراسة مسحية حول مدى معرفة المواطن الفلسطيني بحقوقه، الهيئة المستقلة لحقوق الإنسان، 2016

بإجراء المواعيد الكفيلة باقترانها مع ما جاء في نصوص الاتفاقيات . والثاني مرتبط بالتزام دولة فلسطين بتقديم التقارير الأولية والدورية إلى هيئة المعاهدات والتي ترصد به الواقع الذي تعالجه هذه الاتفاقيات.

يتناول هذا القسم الأجهزة المعنية بحماية حقوق الإنسان في إطار أجهزة الأمم المتحدة بالتركيز على ثلاث آليات حماية دولية رئيسية ومباشرة لحماية الحق في الصحة، الأولى: الآليات التعاقدية بالتركيز على اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، والثانية: الآليات غير التعاقدية والتي يطلق عليها نظام الإجراءات الخاصة بالتركيز على المقرر الخاص المقرر الخاص المعني بحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة البدنية والعقلية والثالثة: البرامج والوكالات المتخصصة بالتركيز على منظمة الصحة العالمية، هذا وتضطلع أجهزة وآليات أخرى في الأمم المتحدة بحماية الحق في الصحة ورصد ومراقبة امتثال الدول الأطراف للاتفاقيات المنضمة إليها.

أولاً: حماية الحق في الصحة في إطار الآليات التعاقدية²⁶⁹

يبلغ عدد آليات الأمم المتحدة التعاقدية ثمانية، وقد أُنشئت بموجب اتفاقيات أو عهود دولية اعتمدها الأمم المتحدة بغرض رصد امتثال وتطبيق الدول الأعضاء لأحكامها

اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية CESC

اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية هي هيئة الخبراء المستقلين التي ترصد تنفيذ دولها الأطراف للعهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية. وقد أُنشئت اللجنة بموجب قرار المجلس الاقتصادي والاجتماعي 1985/17 المؤرخ 28 أيار/مايو 1985 للاضطلاع بوظائف الرصد المسندة إلى المجلس الاقتصادي والاجتماعي للأمم المتحدة (المجلس الاقتصادي والاجتماعي في الجزء الرابع من العهد).²⁷⁰

269 يضطلع العديد من اللجان برصد تطبيق الاتفاقيات المشار إليها هنا وهي على الترتيب: اللجنة المعنية بالقضاء على التمييز العنصري CERD، انبثقت عن الاتفاقية الدولية للقضاء على جميع أشكال التمييز العنصري التي تعود للعام 1965م. - اللجنة المعنية بحقوق الإنسان HRC، انبثقت عن العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية الذي يعود للعام 1966م. - اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية CESC، أُنشئت بقرار من المجلس الاقتصادي والاجتماعي حيث لم ينص العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية صراحة على إنشاء لجنة لمساعدة المجلس الاقتصادي والاجتماعي التابع للأمم المتحدة في أعماله التي يقتضيها العهد. - اللجنة المعنية بالقضاء على التمييز ضد المرأة CEDAW، انبثقت عن اتفاقية القضاء على كافة أشكال التمييز ضد المرأة التي تعود للعام 1979م. - لجنة مناهضة التعذيب CAT، انبثقت عن اتفاقية مناهضة التعذيب وبغيره من ضروب المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة التي تعود للعام 1984م. - اللجنة المعنية بحقوق الطفل CRC، انبثقت عن اتفاقية حقوق الطفل التي تعود للعام 1989م. - لجنة حقوق العمال المهاجرين CMW، انبثقت عن الاتفاقية الدولية لحماية حقوق العمال المهاجرين وأفراد أسرهم التي تعود لتاريخ الثامن عشر من ديسمبر 1990م. - لجنة الأشخاص ذوي الإعاقة CDP، انبثقت عن اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة التي تعود لتاريخ 13 كانون الأول ديسمبر/2006

270 الموقع الإلكتروني للمفوضية السامية لحقوق الإنسان <http://www.ohchr.org/AR/HRBodies/CESCR/Pages/CESCRIntro.aspx> تمت الزيارة 1/11/2017

وجميع الدول الأطراف ملزمة بتقديم تقارير منتظمة إلى اللجنة عن كيفية أعمال الحقوق، ويجب على الدول الأطراف أن تقدم تقريراً أولاً في غضون سنتين من تاريخ الانضمام للعهد وأن تقدم بعد ذلك تقريراً كل خمس سنوات. وتفحص اللجنة كل تقرير وتوافي الدولة الطرف ببواحث قلقها وتوصياتها في شكل "ملاحظات ختامية".²⁷¹ وبالإضافة إلى إجراء تقديم التقارير، فإن البروتوكول الاختياري للعهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، الذي دخل حيز النفاذ في 5 أيار/ مايو 2013، يمنح اللجنة اختصاص تلقي وبحث البلاغات المقدمة من أفراد يدعون أن حقوقهم بموجب العهد انتهكت، ويمكن للجنة أيضاً وفي ظروف معينة، إجراء تحقيقات بشأن الانتهاكات الجسيمة أو المنهجية لأي من الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية المنصوص عليها في العهد، والنظر في الشكاوى بين الدول.

وتجتمع اللجنة في جنيف وتعد عادة دورتين كل سنة، تتألف كل منهما من جلسات عامة لمدة ثلاثة أسابيع واجتماع مدته أسبوع للفريق العامل لما قبل الدورة، وتشر اللجنة أيضاً تفسيرها لأحكام العهد، المعروف بالتعليقات العامة. وفي هذا الإطار قامت اللجنة بوضع التعليق العام رقم (14) على المادة (12) من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والمتعلقة بالحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه وجاء ذلك في الدورة (22) سنة 2000.²⁷²

ثانياً: حماية الحق في الصحة في إطار الآليات غير التعاقدية (نظام الإجراءات الخاصة)

منذ عام 1979، وضعت لجنة حقوق الإنسان - الهيئة المعنية بحقوق الإنسان في الأمم المتحدة - آليات خاصة لبحث أوضاع قطرية محددة أو مواضيع محددة من منظور حقوق الإنسان. وقد عهدت لجنة الأمم المتحدة لحقوق الإنسان، التي حل محلها مجلس حقوق الإنسان في حزيران/يونيه 2006، إلى خبراء بولاية دراسة قضايا معينة في مجال حقوق الإنسان. ونظام الخبراء هذا معروف على نطاق أوسع باسم نظام الإجراءات الخاصة.

المقرر الخاص المعني بحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة البدنية والعقلية

ينفذ المقرر الخاص²⁷³ الولاية من خلال وسائل وأنشطة مختلفة. ووفقاً للمهام

271 مصدر سابق

272 مصدر سابق

273 ولاية المقرر الخاص المعني بحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة البدنية والعقلية أنشأتها أصلاً لجنة حقوق الإنسان في نيسان/أبريل 2002 بالقرار 2002/31. وبعد إحلال مجلس حقوق الإنسان محل اللجنة في حزيران/يونيه 2006، أقر مجلس حقوق الإنسان الولاية ومدها بقراره 6/29 المؤرخ 14 كانون الأول/ديسمبر 2007. للاطلاع على مزيد من المعلومات عن تاريخ الولاية، رجاء الرجوع إلى الوصلة التالية: لحة عامة عن الولاية <http://www.ohchr.org/EN/Issues/Health/Pages/OverviewMandate.aspx> تمت الزيارة بتاريخ 4/11/2017

المسندة بموجب القرارات المختلفة المتعلقة بالولاية وهي:

- يقدم المقرر الخاص تقارير سنوية إلى مجلس حقوق الإنسان وإلى الجمعية العامة عن الأنشطة والدراسات المضطلع بها تنفيذاً للولاية (ينظر التقارير السنوية)²⁷⁴
- يرصد المقرر الخاص حالة الحق في الصحة في جميع أنحاء العالم. ويحدد المقرر الخاص الاتجاهات العامة المتعلقة بالحق في الصحة، ويقوم بزيارات قطرية تزوده بمعلومات مباشرة عن الوضع الخاص بالحق في الصحة في بلد معين (ينظر الزيارات القطرية)²⁷⁵
- يتواصل المقرر الخاص مع الدول والأطراف المعنية الأخرى فيما يتعلق بالحالات التي يُدعى فيها حدوث انتهاكات للحق في الصحة، (ينظر الشكاوى الفردية) وبالمسائل الأخرى المتعلقة بولايته.²⁷⁶
- يشجع المقرر الخاص على الأعمال الكاملة للحق في الصحة وذلك من خلال الحوار مع الجهات الفاعلة ذات الصلة بالمشاركة في الحلقات الدراسية والمؤتمرات واجتماعات الخبراء.

الشكاوى الفردية بشأن انتهاكات الحق في الصحة

ووفقاً للقرار 2002/31، يستجيب المقرر الخاص للمعلومات التي تلقتها ويرى أنها موثوقة فيما يتعلق بالانتهاكات المزعومة للحق في الصحة، وذلك بالكتابة إلى الحكومة المعنية وطلب إيضاح، وتذكير الحكومة بالتزاماتها بموجب القانون الدولي فيما يتعلق بالحق في الصحة، وطلب معلومات، عن الخطوات التي تتخذها السلطات لمعالجة الوضع المعني. ويحث المقرر الخاص جميع الحكومات على الاستجابة بسرعة لرسائله، وفي اتخاذ جميع الخطوات اللازمة لمعالجة الحالات التي تنطوي على انتهاك الحق في الصحة.

وتتناول رسائل المقرر الخاص الادعاءات المتعلقة بانتهاكات حقوق الإنسان الواردة فيما يتعلق بما يلي:

- الانتهاكات السابقة لحقوق الإنسان، التي يمكن أن تكون موضوع رسالة ادعاء.
- الانتهاكات المستمرة أو المحتملة لحقوق الإنسان، التي يمكن أن تكون موضوع نداء عاجل.
- الشواغل المتعلقة بمشاريع القوانين أو التشريعات أو السياسات أو الممارسات التي لا تتمثل للقانون والمعايير الدولية لحقوق الإنسان.²⁷⁷

²⁷⁴ <http://www.ohchr.org/EN/Issues/Health/Pages/AnnualReports.aspx> تمت الزيارة بتاريخ 4/11/2017

²⁷⁵ <http://www.ohchr.org/EN/Issues/Health/Pages/CountryVisits.aspx> تمت الزيارة بتاريخ 4/11/2017

²⁷⁶ <http://www.ohchr.org/EN/Issues/Health/Pages/IndividualComplaints.aspx> تمت الزيارة بتاريخ 4/11/2017

²⁷⁷ <http://www.ohchr.org/EN/Issues/Health/Pages/IndividualComplaints.aspx>

ثالثاً: حماية الحق في الصحة ضمن نظام الوكالات المتخصصة، منظمة الصحة العالمية نموذجاً

يتكون نظام الأمم المتحدة، المعروف بصفة غير رسمية بـ "أسرة الأمم المتحدة" من منظمة الأمم المتحدة ذاتها وعديد من المنظمات التابعة لها التي تسمى برامج وصناديق ومفوضيات ووكالات متخصصة، ولكل واحدة من تلك المنظمات أعضاؤها وقيادتها وميزانيتها، وتمول برامج الأمم المتحدة وصناديقها بالتبرعات الطوعية، أما الوكالات المتخصصة فهي منظمات دولية مستقلة تُمول بالمساهمات المحددة القيمة والتبرعات الطوعية، ومن ضمن هذه المنظمات التي تعنى بالحق في الصحة بشكل أساسي منظمة الصحة العالمية.²⁷⁸

منظمة الصحة العالمية WHO

بدأ عمل المنظمة عندما دخل دستورها حيز النفاذ في 7 نيسان/أبريل 1948، وهو التاريخ الذي يحتفل فيه العالم حالياً كل عام بيوم الصحة العالمي، ومنظمة الصحة العالمية هي سلطة التوجيه والتنسيق في منظومة الأمم المتحدة فيما يتعلق بالصحة على المستوى الدولي.²⁷⁹

وتعمل منظمة الصحة العالمية مع كل الدول الأعضاء لمساندة جهودها الإنمائية الصحية الوطنية، بصرف النظر عما إذا كان للمنظمة حضور ميداني فيها أم لا، وتقوم بذلك من خلال:

- الاضطلاع بدور قيادي في معالجة المسائل الحاسمة للصحة والانخراط في شراكات عندما يلزم القيام بعمل مشترك.
- صياغة جدول أعمال بحثي وتحفيز إعداد وترجمة ونشر المعارف القيمة.
- وضع القواعد والمعايير وتعزيز ورصد تنفيذها.
- تحديد خيارات السياسات الأخلاقية القائمة على الأدلة.
- تقديم الدعم التقني، وتحفيز التغيير وبناء القدرات المؤسساتية المستدامة.
- رصد الوضع الصحي وتقييم الاتجاهات الصحية.

تهدف منظمة الصحة العالمية إلى بناء مستقبل أفضل وأوفر صحة للناس في أنحاء العالم كافة، ويعمل موظفو المنظمة من خلال المكاتب الموجودة في أكثر من (150) بلداً جنباً إلى جنب مع الحكومات والشركاء الآخرين لضمان تمتع جميع الناس بأعلى مستوى صحي يمكن بلوغه، وتسعى مع الشركاء والأطراف الفاعلة إلى مكافحة الأمراض المعدية، مثل الإنفلونزا وفيروس العوز المناعي البشري، والأمراض

278 ينظر الموقع الإلكتروني للأمم المتحدة

<http://www.un.org/ar/sections/about-un/funds-programmes-specialized-agencies-and-others>

279 الموقع الإلكتروني لمنظمة الصحة العالمية <http://www.who.int/about/ar>

غير السارية، من قبيل السرطان وأمراض القلب، وتساعد الأمهات والأطفال في البقاء على قيد الحياة والتمتع بالرخاء لكي يتسنى لهم أن يتطلعوا إلى التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة، وتكفل سلامة الهواء الذي يتنفسه الناس ومأمونية الطعام الذي يتناولونه والماء الذي يشربونه والأدوية واللقاحات التي تلزمهم.²⁸⁰ وفي الأراضي الفلسطينية تقوم منظمة الصحة العالمية برصد الحواجز والعوائق التي تحول دون وصول المرضى الفلسطينيين غير المقيدين إلى مرافق الرعاية الصحية منذ عام 2003، وقد دعت المنظمة حكومة الاحتلال عبر تقاريرها إلى ضمان ذلك بالكامل. وأبرزت التقارير السنوية²⁸¹ السابقة لمنظمة الصحة العالمية مشكلات الوصول إلى الخدمات الصحية.²⁸²

اللجنة الدولية للصليب الأحمر

هي مؤسسة إنسانية مستقلة أسست في جنيف بسويسرا في عام 1863 بهدف تقديم مساعدة عملية للجرحى الذين يسقطون في ميدان القتال، وكان ذلك في بدايات فكرة نشأتها، ثم تطور واتسع نطاق عملها ليشمل مساعدة ضحايا النزاع المسلح والعنف الداخلي في أنحاء العالم كافة، وتعمل اللجنة الدولية للصليب الأحمر كوسيط محايد لتقديم الحماية والمساعدة إلى ضحايا النزاعات المسلحة الدولية وغير الدولية، كما تعمل اللجنة الدولية للصليب الأحمر كحارس للقانون الدولي الإنساني، وهو دور مركب ذو صلة وثيقة بتأسيس اللجنة نفسها، وعهد به إليها فيما بعد رسمياً من قبل المجتمع الدولي.²⁸³

يقوم عمل اللجنة الدولية على اتفاقيات جنيف لعام 1949 وبروتوكولاتها الإضافية، ونظامها الأساسي، والنظام الأساسي للحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر، وقرارات المؤتمرات الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر، واللجنة الدولية منظمة مستقلة ومحايدة تضمن الحماية والمساعدة في المجال الإنساني لضحايا النزاعات المسلحة وحالات العنف الأخرى، وتتخذ إجراءات لمواجهة حالات الطوارئ وتبرز في الوقت ذاته احترام القانون الدولي الإنساني وإدراجه في القوانين الوطنية.

وفي العام 1990 قررت الجمعية العامة للأمم المتحدة في سياق تعزيز التعاون منح اللجنة الدولية مركز المراقب، عبر المشاركة في دورات الجمعية العامة وأعمالها.²⁸⁴

280 مصدر سابق

281 للمزيد ينظر تقرير عن تقييم ميداني للأحوال الصحية في الأرض الفلسطينية المحتلة، أمبروجيو مانييتي، تقرير صادر عن منظمة الصحة العالمية، شباط/فبراير 2016 <http://apps.who.int/gb/Statements/Report> تمت الزيارة 29/11/2017

282 للمزيد ينظر <http://www.emro.who.int/images/stories/palestine/documents/WHO> تمت الزيارة 29/11/2017

283 ينظر الموقع الإلكتروني للجنة الدولية للصليب الأحمر - اللجنة الدولية للصليب الأحمر بصفتها حارس للقانون الدولي الإنساني

<https://www.icrc.org/ara> تمت الزيارة 2/11/2017

284 للمزيد ينظر قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة <http://hrlibrary.umn.edu/arab/icrc13.html> تمت الزيارة 3/11/2017

وفي مجال الرعاية الصحية تعمل اللجنة الدولية للصليب الأحمر على توفير الخدمات الصحية الأساسية الوقائية والعلاجية إلى الأشخاص المتضررين من النزاعات وفقاً للمعايير المعترف بها دولياً. وفي سبيل تحقيق هذه الغاية، تقدم اللجنة الدولية يد العون إلى مقدمي الخدمات الصحية محلياً أو قد تحل مكانهم بشكل مؤقت.²⁸⁵

قد أطلقت الحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر في العام 2013 مبادرة تحت شعار "مشروع الرعاية الصحية في خطر"، بهدف إلى التصدي لقضية العنف الذي يستهدف المرضى، والعاملين في مجال الرعاية الصحية، ومرافقها ومركباتها، وإلى ضمان الحصول على خدمات الرعاية الصحية وتقديمها بأمان في حالات النزاع المسلح وحالات الطوارئ الأخرى.²⁸⁶

حيث أدت الحوادث والأعمال العسكرية في مناطق النزاع إلى مغادرة العاملين في مجال الرعاية الصحية وإغلاق مرافق الرعاية الصحية وترك المئات وحتى الآلاف من الأشخاص المحتاجين دون حصولهم على الرعاية الصحية في مناطق جرى هجرها بالفعل من العاملين في مجال الرعاية الصحية.²⁸⁷ وفيما يتعلق بانطباق اتفاقية جنيف الرابعة على الأراضي الفلسطينية، فإن موقف اللجنة الدولية للصليب الأحمر بموجب تفسيرها للمادة الثانية ينحصر في ضرورة ووجوب انطباق الاتفاقية على الأراضي التي احتلتها إسرائيل خلال حرب 1967 باعتبار أن كافة الدول التي شاركت في الحرب (إسرائيل، سورية، الأردن، مصر) أطراف متعاقدة في الاتفاقية الرابعة. بالإضافة لذلك، عبرت اللجنة الدولية عن موقفها القاضي بوجوب تطبيق الاتفاقية على الأراضي المحتلة.²⁸⁸

وتقع على عاتق إسرائيل التزامات ايجابية بموجب القانون الدولي الإنساني والقانون الدولي لحقوق الإنسان، فبموجب القانون الدولي الإنساني تحتفظ السلطة القائمة بالاحتلال بالتزامات ايجابية متعلقة بضمان الرعاية للسكان بما في ذلك توفير الإمدادات الطبية.²⁸⁹

285 ينظر الموقع الإلكتروني للجنة الدولية للصليب الأحمر <https://www.icrc.org/ara> تمت الزيارة 3/11/2017

286 ينظر الموقع الإلكتروني لمبادرة مشروع الرعاية الصحية في خطر <http://the-issue/healthcareindanger.org/ar> تمت الزيارة 3/11/2017

287 المصدر السابق

288 اد. نزار أيوب، القانون الدولي الإنساني وتطبيقاته على الأراضي المحتلة، <https://www.arab48.com> تمت الزيارة 14/11/2017

289 تقرير الأمين العام للأمم المتحدة حول حالة حقوق الإنسان في الأراضي الفلسطينية المحتلة بما فيها القدس الشرقية، 2015.

تعتبر اللجنة الدولية للصليب الأحمر إحدى آليات الحماية الدولية للمدنيين في أوقات النزاعات المسلحة الدولية وغير الدولية، وهو ما يشكل أداة إضافية لما تقدم من أدوات الحماية التي كفلها القانون الدولي لحقوق الإنسان، من خلال الأنشطة والمهام التي تضطلع بها اللجنة الدولية للصليب الأحمر وفقاً لمبادئ عملها وولايتها. في تقديم العون والإغاثة الطبية والإنسانية لمتضرري النزاعات والكوارث.

وفي فلسطين ومنذ عام 1967م واصلت اللجنة الدولية للصليب الأحمر زيارات الأسرى في السجون ومراكز التحقيق، ورفع ملاحظاتها وتوصياتها إلى السلطات المسؤولة على نجوسري؛ إضافة إلى أنها تضطلع بمهمة نقل أهالي الأسرى لزيارة أبنائهم في السجون، وتبادل الرسائل بين الأسرى وأهاليهم؛ كما تعمل على إبلاغ أهالي الأسرى بآماكن احتجاز أبنائهم، وتتلقى شكاوى أهالي الأسرى، وتتابعها مع المسؤولين في سلطات السجون.

وقامت اللجنة بتوفير المساعدات المادية للأسرى في السجون من مواد غذائية وثقافية، وأجهزة طبية للمرضى. وكل ذلك بشرط موافقة سلطات الاحتلال. بصورة عامة تشكل الآليات سالفه الذكر أدوات يستطيع المواطن الفلسطيني، سواء بشكل فردي أو من خلال المؤسسات والمنظمات الأهلية اللجوء إلى استخدامها في سياق الدفاع عن حقوقه بشكل عام وحقه في الوصول إلى الخدمات الصحية بشكل خاص، عبر تقديم الشكاوى الفردية التي توثق الانتهاكات التي تقوم بها السلطات، فهذا النوع من الإجراءات لا يشترط به أن تكون الدولة المنتهكة للحق موقعة أو منضمة إلى أي من اتفاقيات حقوق الإنسان. بعكس الآليات التعاقدية التي يتوجب معها أن تكون الدولة طرفاً في المعاهدة محل البحث.

الخاتمة

يحظى الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه للجميع باعتراف القانون الدولي لحقوق الإنسان وبأن تطبيق هذا الحق لا يمكن تحقيقه بين عشية وضحاها، حيث يخضع هذا الحق صراحة لكل من الأعمال التدريجي والموارد المتاحة، وعلى الرغم من أن هذا الحق الأساسي مؤهل بهذه الطريقة، إلا أنه يفرض بعض الالتزامات ذات الأثر الفوري، مثل عدم التمييز، واشتراط أن تقوم الدولة على الأقل بإعداد خطة وطنية للرعاية الصحية والحماية، ويتطلب هذا الحق وضع مؤشرات ومعايير لرصد إعماله التدريجي ويشمل المشاركة النشطة والمستنيرة للأفراد والمجتمعات المحلية في اتخاذ القرارات الصحية التي تؤثر عليهم، وبموجب معايير القانون الدولي لحقوق الإنسان، تتحمل الدول بعض المسؤوليات تجاه إعمال الحق في الصحة وخاصة تجاه تمكين الفئات المهمشة والفقيرة من الوصول والحصول على خدمات الرعاية والسلع والمرافق الصحية.

يشكل الاحتلال العسكري الإسرائيلي وإجراءاته التعسفية على الأرض من إقامة الحواجز وعزل المناطق واستمرار الحصار على قطاع غزة، وسياساته في

المناطق المصنفة (ج) أحد أبرز المعوقات التي تحول دون حصول ووصول المواطنين الفلسطينيين إلى الخدمات والمرافق الصحية، عدا عن إجراءاته بحق الأسرى من سياسة الإهمال الطبي والمماطلة في تقديم العلاج واستمرار حجزه للمرضى دون تقديم العلاج اللازم لهم، إضافة إلى سياسة العزل الانفرادي وإساءة معاملته للسجناء والمعتقلين الفلسطينيين.

إن الحق في الصحة وفي الرعاية الصحية وتوفير الخدمات الصحية والأدوية والوصول إليها ومن ضمنها خدمات الطوارئ ومراكز الرعاية الأولية والثانوية وغيرها أمر لا يمكن المساس به حتى في ظل الاحتلال، ويقع على النظام الاحتلالي توفير الخدمات الصحية للمواطنين وخاصة القاطنين بمحاذاة الجدار وفي قطاع غزة وأولئك الذين يضطرون للمرور عبر الحواجز العسكرية للوصول إلى الخدمات الطبية.

من خلال المراجعة السابقة يتبين أن الحق في الوصول إلى الخدمات والمرافق والسلع الصحية والحصول عليها في الأراضي الفلسطينية بما فيها القدس يواجه عقبات وتحديات معقدة بسبب إجراءات وممارسات الاحتلال الإسرائيلي على الأرض، هذا من ناحية، ومن ناحية أخرى رغم التقدم المحرز في الاستراتيجيات الصحية التي قامت بها دولة فلسطين من خلال وضع الاستراتيجيات الوطنية لإعمال الحق في الصحة إلا أن الواقع العملي يشوبه بعض القصور ولم يصل إلى تحقيق الأهداف الاستراتيجية التي تم وضعها.

الاستنتاجات

على ضوء الدراسة التي سبق عرضها لمعيقات الحصول على الخدمات والمرافق والسلع الصحية والوصول إليها نستنتج ما يلي:

1. لكي يتمتع الإنسان بمتطلبات الصحة الجيدة ينبغي أن تكون متوفرة على قدم المساواة دون تمييز ، كما ينبغي أن تكون الخدمات سهلة المنال ويمكن الوصول إليها والانتفاع بها والاستفادة من التغطية الصحية الشاملة، بحيث لا يشكل الإنفاق والصرف على العلاجات عبئاً يحول دون قدرة المواطن على تحملها.

2. تكشف المراجعة التحليلية للأطر القانونية وجود ثغرات قانونية في كفالة الحق في الوصول إلى الخدمات الصحية، حيث نجد أن تنظيم الحق في الصحة لم ينظم في القانون الأساسي الفلسطيني وإنما نظم بموجب قانون الصحة العامة. ولم يتم اعتباره كحق مثل العمل والتعليم واكتفى بصبغه بطابع مجموعة من الخدمات المقدمة للمواطنين.

3. إن عدم مواعة قانون الصحة العامة والقوانين المرتبطة به ذات العلاقة مع الاتفاقيات والمواثيق الدولية حتى الآن يؤثر بشكل سلبي على حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة في الوصول إلى المرافق والحصول على الرعاية والسلع الصحية المناسبة، مما يتطلب على أقل تقدير في الوقت الحالي ولحين تعديل التشريعات القيام باتخاذ تدابير وإجراءات ضرورية لضمان تمتع الأشخاص ذوي الإعاقة برزمة الخدمات الصحية دون تمييز.

4. ما زالت إجراءات الاحتلال تطال القدس والأحياء الواقعة خلف الجدار والمناطق المصنفة (ج) والتي تقتصر للخدمات بسبب القيود والحواجز ونقاط التفتيش المنتشرة الأمر الذي يحد من إمكانية التواصل والتنقل الآمن بين المناطق الفلسطينية ، مما أثر على فرص وصول المواطنين إلى الخدمات والمرافق والسلع الصحية في ظل غياب استراتيجيات وطنية واضحة لسد هذا الفراغ عبر التصدي للممارسات الاحتلالية التمييزية من خلال رفع الشكاوى الدولية، أو من خلال بناء التدخلات الحكومية الصحية للتعويض عن غياب الخدمات في هذه المناطق.

5. تشكل سياسة سلطات الاحتلال في ابتزاز ومساومة المرضى من قطاع غزة ومقايضتهم واستغلال حاجتهم في الحصول على العلاج انتهاكا صارخا للمعاملة المهينة والمذلة والحاطة بالكرامة الإنسانية.

6. إن استمرار تنكر سلطات الاحتلال لحقوق الأسرى الصحية في ظل إهمال مصلحة السجون الإسرائيلية ملف الأسرى الطبي وتهريبها من التزاماتها سوف يزيد من معاناة الأسرى المتردية أصلا ويفاقم حالتهم الصحية .

7. يلاحظ أن موازنة وزارة الصحة لم تبين انطلاقاً من منظور الحقوق وغياب مؤشرات لقياس الحق في الصحة، ولا سيما عنصري توافر الخدمات والجودة في الرعاية الصحية، الأمر الذي حال دون تحليل البرامج في الموازنة المذكورة لمعرفة مدى إعمال الموازنة لحق الإنسان في الصحة، ومدى استجابتها للمعايير الدولية لهذا الحق.

8. كما يلاحظ وجود تفاوت وعدم عدالة في توزيع الخدمات الصحية ما بين المناطق الجغرافية. وخاصة سكان المناطق النائية والبعيدة عن مراكز المدن.

9. ما زال النهج المتبع في تقديم الخدمات الصحية يقوم على أنماط ونماذج تقليدية تركز نهج المنظور الطبي الإغاثي الأمر الذي يتعارض مع فلسفة النهج الحقوقي التنموي، وهذا يستدعي تطوير المعرفة وبناء القدرات وتطوير التشريعات لضمان النهوض بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة وتمكينهم من الحصول على الخدمات الصحية. ورغم انضمام دولة فلسطين إلى الاتفاقية الدولية لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة والتي تتبنى النهج الحقوقي التنموي في التعامل قضايا الأشخاص ذوي الإعاقة، إلا أن الوزارة تتعامل معهم على أساس أنهم مرضى، وهذا يتنافى مع التوجهات التي جاءت بها اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة التي تنظر للإعاقة على أنها تفاعل سلبي بين الشخص المصاب بإعاقة وبين البيئة المحيطة، سواء كانت بيئة فيزيائية أو ثقافية أو اجتماعية.

10. يتوفر في فلسطين نظام تأمين صحي يغطي سلة الخدمات المقررة في نظام التأمين الصحي، من خلال المراكز والمشافي الحكومية، ومن خلال التعاقد مع المشافي الأهلية والخاصة، وفي حالات معينة التعاقد مع مشافي خارج فلسطين لتوفير بعض الخدمات التي لا تتوفر في مشافي القطاع الصحي وفقا للنظام المعمول به. ومع

ذلك لا يوجد معايير واضحة توضح آلية الاستفادة من سلة الخدمات هذه. مع غياب لنظام التأمين الصحي الشامل والذي يضمن استمرارية التمويل وتحسين وتطوير الخدمات الصحية.

11. عدم وجود نظام تقييم ومتابعة شامل للأوضاع الصحية في الأراضي الفلسطينية بما يتفق مع الخطط الاستراتيجية التي تقوم الحكومة بوضعها.

12. على الرغم من وجود أنظمة تأمين صحي معمول بها في فلسطين إلا أن الفائدة التي يجنيها المرضى قليلة ولا ترتقي إلى المستوى المطلوب، الأمر الذي يزيد من معاناة المرضى والمراجعين، الذين تثقل كاهلهم أسعار الأدوية التي يضطرون لابتاعها خارج التأمين الصحي، أو من يضطرون إلى دفع مبالغ مالية من جراء إجراء فحوصات أو أشعة، على نفقتهم الخاصة لعدم توفرها في المشافي الحكومية، على الرغم من اشتراكهم في التأمين الصحي الفلسطيني.

13. يشير واقع النساء إلى وجود فجوة التمييز وعدم المساواة بين الجنسين، حيث لا تتمتع النساء بالحقوق ذاتها التي يتمتع بها الرجال، ويعود ذلك للتشريعات المميزة، ونقص السياسات المراعية للنوع الاجتماعي، والمنظومة الثقافية والاجتماعية للمجتمع الفلسطيني.

14. من خلال مراجعة الخطط والاستراتيجيات تتركز رؤية وزارة الصحة تجاه توفير الخدمات الصحية على النساء المتزوجات، باستثناء نسبة من النساء والفتيات اللواتي يحصلن على الرعاية والخدمات الصحية الأساسية اللازمة، كالإسعاف والطوارئ وغيرهما.

15. خلصت الدراسة إلى أن الإجراءات العملية المتخذة من قبل وزارة الصحة في معالجة شكاوى المواطنين الصحية رغم أهميتها إلا أنها غير كافية وما زال يكتنفها الكثير من أوجه القصور، الأمر الذي يتطلب من القائمين على القطاع الصحي تفعيل نهج المساءلة وتكريسه كنهج مستدام.

16. ما زال الدور الذي تلعبه المنظمات الأهلية يقتصر بشكل أساسي مع بعض الاستثناءات على تقديم الخدمات الطبية الإغاثية دون وجود برامج أو خطط أو استراتيجيات منسجمة ومتسقة مع ما فرضته الوقائع والمتغيرات التي طرأت على البيئة القانونية الفلسطينية بعد انضمام فلسطين إلى الاتفاقيات الأساسية لحقوق

الإنسان، وفي ظل غياب المؤسسات الدستورية مثل البرلمان الذي مهمته مراقبة أداء الحكومة وإقرار التشريعات والسياسات والموازنات، فإن هذا الواقع يفرض تحديات جديدة واحتمالات مفتوحة على لعب دور أكبر تقوم به المنظمات الأهلية.

17. يشكل الفساد تحدياً هاماً إزاء توفير الرعاية الصحية الجيدة التي تعد أساسية لكل من أعمال الحق في الصحة، والوفاء بالالتزام الوارد في إطار الهدف الثالث من أهداف التنمية المستدامة الذي يرمي إلى توفير التغطية الصحية للجميع. وينعكس الفساد على واقع تقديم الخدمات الصحية للمواطنين، في ظل تقصير الجهات ذات العلاقة وعلى رأسها الحكومة في موضوع المساءلة ومكافحة مظاهر الفساد داخل القطاع الصحي.

التوصيات

1. العمل على إجراء مراجعة شاملة لرزمة التشريعات ذات العلاقة بدءاً من القانون الأساسي الفلسطيني مروراً بقانون الصحة العامة والتشريعات الثانوية ذات الصلة والعمل على مواءمتها مع الاتفاقيات الدولية التي انضمت إليها دولة فلسطين وخاصة ما جاء في نص المادة (12) من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والثقافية والاجتماعية والتعليق العام رقم (14) على المادة المذكورة للجنة المعنية برصد تطبيق الاتفاقية.
2. إدخال تعديلات جوهرية على قانون الصحة العامة بحيث ينص على الضمانات القانونية الضرورية اللازمة لحق المواطنين في الوصول إلى الخدمات والمرافق الصحية، بما يشمل إصدار اللوائح التنفيذية لهذا القانون.
3. اتخاذ التدابير الفورية لتمكين المواطنين من الوصول إلى الخدمات الصحية خاصة في القرى والتجمعات النائية من خلال افتتاح العيادات والمراكز الصحية الدائمة وتفعيل خدمات الرعاية الصحية في تلك المناطق.
4. تفعيل إجراءات المساءلة والمحاسبة من قبل وزارة الصحة من خلال التحقيق الفاعل والجدي في الشكاوى المتعلقة بانتهاكات الحق في الصحة، والعمل على نشرها والتوعية بها.
5. ضرورة قيام المجتمع الدولي بالضغط على حكومة الاحتلال لوقف ممارساتها

التعسفية وإجراءاتها التمييزية بحق المواطنين وعلى وجه الخصوص إنهاء الاحتلال والقيود المفروضة على المواطنين خاصة في قطاع غزة وسكان المناطق المصنفة (ج). من أجل ضمان وصولهم إلى الخدمات الصحية.

6. تنسيق وتوحيد الجهود المشتركة ما بين مقدمي الخدمات الصحية، ووضع نظام وسياسات نافذة للإحالة فيما بينها.

7. إجراء الدراسات المسحية الخاصة بإمكانية الوصول، وتوفير المعلومات للمساعدة في بناء نظام صحي يعزز مفهوم التغطية الصحية الشاملة.

8. تجنب الخدمات الصحية والخدماتية وتحييدها عن التجاذبات السياسية وإفرازات الانقسام لوضع حد للانتهاكات التي تطال الحق في الصحة وفي مقدمتها حرمان مواطني القطاع من حقهم في العلاج بالخارج، ووصولاً لأدوية والمستلزمات الطبية، والإسراع في عملية المصالحة.

9. ضرورة توحيد الجهود الحكومية وغير الحكومية في رصد وتقييم الأوضاع الصحية للمواطنين الفلسطينيين تحت الاحتلال وخاصة في المناطق الواقعة خلف الجدار والمناطق المصنفة (ج) ، وسكان القدس، وواقع سكان قطاع غزة. والعمل على إعداد وتنظيم حملات ضغط ومناصرة دولية لوقف حكومة الاحتلال عن المضي قدماً في إجراءاتها التعسفية التي تحرم الفلسطينيين من ممارسة حقوقهم الصحية.

10. ضرورة قيام مؤسسات المجتمع المدني بلعب دور أكبر في الضغط على الحكومة نحو تعزيز حق الوصول وتعزيز المساءلة ورصد مدى امتثال دولة فلسطين بالوفاء بالتزاماتها، من خلال إعداد ورفع تقارير الظل والتفاعل مع آليات الأمم المتحدة المختلفة.

11. ضرورة قيام مؤسسات المجتمع المدني بالتنسيق فيما بينها في تصميم وتنفيذ برامج التوعية والتثقيف وبناء القدرات التي تستهدف العاملين الصحيين وخاصة مقدمي الخدمات الصحية بهدف تطوير منظومة الصحة وفق نهج مركّز على حقوق الإنسان.

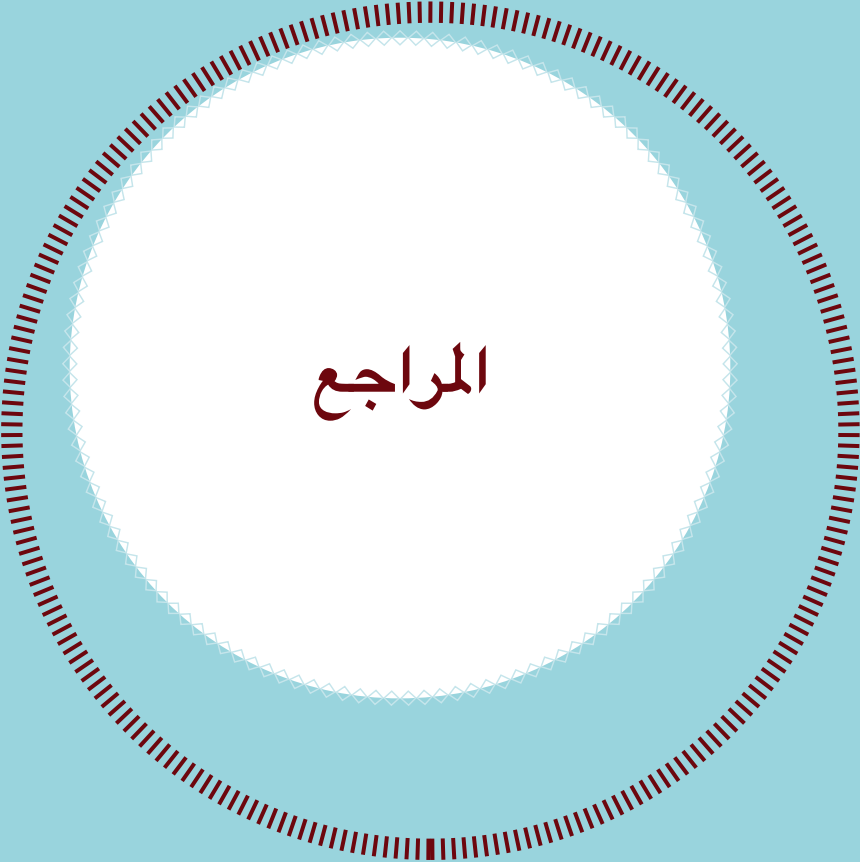
12. العمل على توعية المواطنين بالحق في الصحة وحق الوصول إلى الخدمات والمرافق، وتمكين المواطنين من اللجوء إلى آليات الحماية الدولية والوطنية عبر قيام الجهات الحكومية والمنظمات الأهلية بتبني السياسات والبرامج والخطط التثقيفية والتدريبية المختلفة لإذكاء الوعي بكيفية المطالبة بالحقوق، والدفاع عنها.

13. التنسيق مع الجهات التي تتولى مهمة تلقي الشكاوى في تحويل ومتابعة الحالات. لتحقيق التكامل والاستجابة السريعة والعملية في حل قضايا ومشاكل المواطنين كل حسب مجالات اختصاصه ومهامه.

14. تخصيص موازنة أكثر عدالة في التوزيع والتطوير لضمان وصول المواطنين إلى الخدمات والمرافق والسلع الصحية. من خلال تخصيص الأموال والموارد الكافية لفائدة الفئات المهمشة والتجمعات السكانية النائية، وكذلك للمؤسسات الواقعة في القدس العربية، وقطاع غزة ، وكذلك المراكز والمستوصفات الصحية المحاذية للجدار والبؤر الاستيطانية حيث يتعذر على السكان القاطنين في تلك المناطق الوصول الأمن إلى المرافق والخدمات والسلع الصحية.

15. تقديم تأمين صحي وطني عادل وشامل ونوعي للخدمات، والحد من مظاهر تسليع الصحة وخصخصتها. من خلال سلة دوائية وعلاجية تلبي حاجة المواطن، وتوقف إهدار فاتورة العلاج في الخارج.

16. بالرغم من انضمام فلسطين إلى الاتفاقيات الدولية إلا أن البنية المؤسسية تحتاج إلى تمتين وتطوير وتعزيز الاتجاهات.



المراجع

المراجع:

القوانين والتشريعات الوطنية

1. القانون الأساسي الفلسطيني المعدل لعام 2003.
2. قانون الصحة العامة رقم 20 لسنة 2004.
3. قانون الطفل الفلسطيني رقم (7) لسنة 2004.
4. قانون مراكز الإصلاح والتأهيل الفلسطيني لسنة 1998.
5. قانون حقوق المعوقين رقم (4) لسنة 1999.
6. القرار بقانون رقم (4) لسنة 2016م بشأن حماية الأحداث.
7. القرار بقانون رقم 19 لسنة 2016 بشأن الضمان الاجتماعي، الوقائع الفلسطينية عدد ممتاز 13، 20/10/2016.

الاتفاقيات والمواثيق الدولية:

8. الإعلان العالمي لحقوق الإنسان المؤرخ بتاريخ 10 ديسمبر 1948.
9. العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية اعتمدها الجمعية العامة للأمم المتحدة في 16 ديسمبر 1966 ودخلت حيز النفاذ من 3 يناير 1976.
10. الاتفاقية الدولية للقضاء على جميع أشكال التمييز العنصري 1965.
11. اتفاقية حقوق الطفل 1989.
12. مبادئ آداب مهنة الطب المتصلة بدور الموظفين الصحيين، ولا سيما الأطباء، في حماية المسجونين والمحتجزين من التعذيب وغيره من ضروب المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة اعتمدت ونشرت على الملأ بموجب قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة 37/194 المؤرخ في 18 كانون الأول/ديسمبر 1982.
13. القواعد النموذجية الدنيا لمعاملة السجناء التي أوصى باعتمادها مؤتمر الأمم المتحدة الأول لمنع الجريمة ومعاملة المجرمين المعقود في جنيف عام 1955 وأقرها المجلس الاقتصادي والاجتماعي بقراريه 663 جيم (د24-) المؤرخ في 31 تموز/يوليو 1957 و 2076 (د62-) المؤرخ في 13 أيار/مايو 1977.
14. التعليق العام رقم 14 للجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية الدورة 22 سنة 2000 اتفاقية جنيف الرابعة 1949.

تقارير ودراسات

15. أوراق عمل مؤتمر "حقوق المرأة الصحية في ظل الاحتلال"، مركز المرأة للإرشاد القانوني والاجتماعي، فلسطين 2005.
16. عائشة أحمد، السياسات الإسرائيلية في المناطق المصنفة "ج" معوقات التنمية فيها وتدخلاات الحكومة الفلسطينية في مواجهتها "خطط وتحديات"، سلسلة تقارير خاصة رقم (85)، منشورات الهيئة المستقلة لحقوق الإنسان. 2016.
17. دليل حول رصد أوجه عدم المساواة في الصحة: مع التركيز بوجه خاص على البلدان

- ذات الدخل المنخفض والمتوسط، منظمة الصحة العالمية. 2017.
18. شذى عودة، حق الوصول إلى الخدمات والمرافق والسلع الصحية، 2010، دراسة غير منشورة.
19. قندلي رمضان، الحق في الصحة في القانون الجزائري (دراسة تحليلية مقارنة)، دفاتر السياسة والقانون، العدد 6 جانفي 2012.
20. د. سامر نجم الدين جامعة الخليل - الخليل دولة فلسطين الجوانب القانونية لتأثير بناء الجدار والاستيطان على البيئة في فلسطين، بدون تاريخ.
21. فاطمة عيتاني وعاطف دغلس، معاناة المريض الفلسطيني تحت الاحتلال الإسرائيلي، مركز الزيتونة للدراسات والاستشارات، بيروت، لبنان الطبعة: الأولى نيسان/ أبريل 2011.
22. الحق في الصحة، صحيفة الوقائع رقم 31، مفوضية الأمم المتحدة السامية لحقوق الإنسان، الأمم المتحدة، نيويورك وجنيف 2008.
23. رنين خواجه، ورقة سياسات للقطاع الصحي الفلسطيني، شبكة المنظمات الأهلية، رام الله، فلسطين، 2016.
24. جهاز الإحصاء المركزي، مسح الوصول للخدمات الصحية. رام الله. منشورات الجهاز المركزي للإحصاء 2003.
25. أبو زينه. م. تحليل خدمات القطاع الصحي من منظور النوع الاجتماعي: منشورات مؤسسة مفتاح، رام الله 2010.
26. الهيئة المستقلة لحقوق الإنسان، وضع حقوق الإنسان في مناطق السلطة الفلسطينية: التقرير السنوي : رام الله: منشورات الهيئة. 2008.
27. معن ادعيس، واقع الحق في الصحة في أراضي السلطة الفلسطينية. رام الله: منشورات الهيئة المستقلة لحقوق الإنسان. 2008.
28. آدم بيدار، حماية حقوق الإنسان أثناء النزاعات المسلحة الدولية بين الشريعة والقانون، منشورات الحلبي الحقوقية، بيروت، الطبعة الأولى، 2009.
29. إسلام التميمي وعلاء نزال، مراجعة حقوقية لحق الأشخاص ذوي الإعاقة في التعليم والصحة والحماية الاجتماعية، الهيئة المستقلة لحقوق الإنسان، رام الله 2016.
30. إسلام التميمي، مراجعة حقوقية لحق الأشخاص ذوي الإعاقة في العمل اللائق، الهيئة المستقلة لحقوق الإنسان، 2013.
31. دولة فلسطين، الأمانة العامة لمجلس الوزراء، الإدارة العامة للشكاوى، التقرير السنوي الرابع للشكاوى الحكومية 2016، أيلول 2017.
32. خديجة حسين، نظم التأمين الصحي في مناطق السلطة الوطنية الفلسطينية، سلسلة تقارير قانونية رقم (68)، رام الله 2007.
33. وزارة الصحة - مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، التقرير الصحي السنوي - فلسطين 2016 تموز 2017.
34. حقوق الإنسان، والصحة، واستراتيجيات الحد من الفقر، سلسلة منشورات الصحة وحقوق الإنسان، العدد رقم 5، المفوضية السامية لحقوق الإنسان ومنظمة الصحة العالمية، الأمم المتحدة، 2010.
35. تقرير المقرر الخاص المعني بحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى من الصحة البدنية والعقلية يمكن بلوغه.

36. السلطة الوطنية الفلسطينية، تقرير خاص حول العدوان الصهيوني وإدارة القطاع الصحي، 2014.
37. تقرير وزارة الصحة الفلسطينية حول الأوضاع الصحية في فلسطين المحتلة، والمقدم إلى منظمة الصحة العالمية، 2015.
38. دراسة مسحية حول مدى معرفة المواطن الفلسطيني بحقوقه، الهيئة المستقلة لحقوق الإنسان، 2016.
39. الوثيقة التوجيهية حول إدماج حقوق الإنسان في خطط التنمية الوطنية الفلسطينية، دولة فلسطين، وزارة العدل ووزارة التخطيط والتنمية الإدارية. 2014.
40. وزارة الصحة – الإدارة العامة للرعاية الصحية الأولية التقرير السنوي للإدارة العامة للرعاية الصحية الأولية – فلسطين 2015 – أغسطس 2016.
41. التقرير السنوي العاشر، واقع النزاهة ومكافحة الفساد فلسطين 2017، الائتلاف من أجل النزاهة والمساءلة (أمان).

مواقع الانترنت

42. الموقع الإلكتروني لوزارة الصحة [/https://www.site.moh.ps](https://www.site.moh.ps)
43. الموقع الإلكتروني لوزارة الصحة في غزة [/http://www.moh.gov.ps/portal](http://www.moh.gov.ps/portal)
44. الموقع الإلكتروني للإدارة العامة للشكاوى في مجلس الوزراء <http://palestinecabinet.gov.ps>
45. الموقع الإلكتروني للبنك الدولي <http://www.albankaldawli.org/ar/topic/health/> overview
46. تقرير عن تقييم ميداني للأحوال الصحية في الأرض الفلسطينية المحتلة، أمبروجيو مانينتي، تقرير صادر عن منظمة الصحة العالمية، شباط/فبراير 2016 <http://apps-who.int/gb/Statements/Report>
47. الموقع الإلكتروني الشبكة العالمية للحقوق الاقتصادية والثقافية والاجتماعية <https://www.escri-net.org/ar/resources/368846>
48. مقالة جميل عودة حق الإنسان في الحصول على الصحة، مركز آدم للدفاع عن الحقوق والحريات الموقع الإلكتروني لوكالة دنيا الوطن الإخبارية <https://pulpit.alwatanvoice.com/content/print/360090.htm>
49. الموقع الإلكتروني لمكتبة حقوق الإنسان، جامعة مينسوتا <http://hrlibrary.umn.edu/arabic/cescr-gc14.html>
50. <https://www.healthypeople.gov/topics/access-to-health-services>
51. الموقع الإلكتروني للجان العمل الصحي www.hwc-pal.org
52. الموقع الإلكتروني للإغاثة الطبية الفلسطينية <http://www.pmr.ps>
53. الموقع الإلكتروني لجمعية الهلال الأحمر الفلسطيني <https://www.palestinercs.org>
54. الموقع الإلكتروني للجنة الدولية للصليب الأحمر <https://www.icrc.org/ara>
55. الموقع الإلكتروني لمؤسسة بيتسليم لحقوق الإنسان <https://www.btselem.org/ar-abic>

56. جمعية حقوق المواطن في إسرائيل <https://www.acri.org.il/ar/?p=4734>
57. الموقع الإلكتروني لوكالة راية الإخبارية <http://www.alraynewspaper.ps>
58. الموقع الإلكتروني لصحيفة الحدث <https://www.alhadath.ps>
59. الموقع الإلكتروني للهيئة المستقلة لحقوق الإنسان <http://www.ichr.ps/ar/1/3/69>
60. الموقع الإلكتروني للأمم المتحدة <http://www.un.org/ar>
61. الموقع الإلكتروني لمفوضية الأمم المتحدة السامية لحقوق الإنسان <http://www.ohchr.org/AR>
62. الموقع الإلكتروني لمنظمة الصحة العالمية <http://www.who.int>
63. مكتب الأمم المتحدة لتنسيق الشؤون الإنسانية في الأراضي الفلسطينية المحتلة <https://www.ochaopt.org>
64. الموقع الإلكتروني لمركز الميزان لحقوق الإنسان <http://www.mezan.org/post/23650>
65. الموقع الإلكتروني للمركز الفلسطيني لحقوق الإنسان <http://pchrghaza.org/ar/?p=13478>
66. الموقع الإلكتروني لوكالة الأنباء والمعلومات الفلسطينية وفا www.wafa.ps
67. الموقع الإلكتروني لمحكمة العدل الدولية <http://www.icj-cij.org>
68. الموقع الإلكتروني لبوابة القدس <http://alquds.gateway.ps/wp/?p=367>
69. الموقع الإلكتروني لرئاسة وزراء حكومة الاحتلال <http://www.pmo.gov.il>
70. الموقع الإلكتروني لصحيفة الحدث <https://www.alhadath.ps/article/9948/index.php>
71. الموقع الإلكتروني لمبادرة مشروع الرعاية الصحية في خطر <http://healthcareindanger.org/ar/the-issue>
72. الموقع الإلكتروني لمنظمة الشفافية العالمية https://www.transparency.org/research/gcr/gcr_health/0
73. الموقع الإلكتروني لمؤسسة أمان تحقيق صحفي بعنوان "التأمين الصحي في فلسطين نقص الدواء وضعف الفعالية" <https://www.aman-palestine.org>
74. الموقع الإلكتروني للخدمات الطبية العسكرية <http://mms.pna.ps/ar/index.php?p=home>
75. الموقع الإلكتروني لهيئة شؤون الأسرى والمحررين <http://cda.gov.ps>
76. الموقع الإلكتروني لمركز جيل للبحث العلمي <http://jilrc.com>
77. الموقع الإلكتروني لمركز باحث للدراسات الفلسطينية والاستراتيجية <https://www.bahethcenter.net>
78. الموقع الإلكتروني للإخباري <https://paltoday.ps/ar/post/283400> تمت الزيارة 1/12/2017
79. الموقع الإلكتروني لصحيفة العربي الجديد <https://www.alaraby.co.uk/investigations/2016/6/24>

14. Allocate budgets that are more equitable in terms of distribution and development to guarantee citizens' access to health services, goods, and facilities by allocating sufficient funds and resources for the benefit of marginalized groups and remote communities, as well as for Jerusalem-based organizations and Gaza Strip, health centers and clinics in the seam zone and near settlement outposts where it is difficult for the residents there to safely access health services, goods, or facilities.

15. Provide a fair national health system that is comprehensive with quality services and minimize the phenomena of commercializing and privatization of health by providing a basket of medical treatment and medicines that meet the needs of the citizens and stop the squandering of money on medical treatment bills abroad.

16. Despite Palestine's accession to international agreements, yet the institutional structure requires further strengthening, development, and enhanced approaches.

remote areas and communities by opening clinics and permanent health centers and operationalizing health care services in those areas.

4. Activate accountability measures by the Ministry of Health through effective and serious investigation into the complaints related to violations of the right to health, publishing them and raising awareness about them.

5. The international community should pressure the occupation government to stop its arbitrary practices and discriminatory measures against the citizens, particularly in terms of ending the occupation and the restrictions imposed on citizens especially in Gaza Strip and residents of the so-called Area C in order to guarantee their access to health services.

6. Coordinate and unify joint efforts among healthcare service providers and establish a system and effective policies for referrals among them.

7. Conduct survey studies on accessibility and provide the information needed to build a health system that strengthens the concept of comprehensive health coverage.

8. Keep health services out of political polarization and repercussions of the internal Palestinian division to end violations of the right to health, at the forefront of which is the deprivation of Gaza Strip residents from their right to receive medical treatment abroad, to medicines and medical supplies, and accelerate the process of reconciliation.

9. The need to unify governmental and non-governmental efforts in monitoring and evaluation of health conditions of Palestinian residents under the occupation particularly in areas behind the Wall, the so-called Area C, Jerusalem residents, and residents of Gaza Strip. Work on preparing and organizing international lobbying and advocacy campaigns to stop the occupation authorities from moving forward with their arbitrary measures that deprive Palestinians from practicing their health rights.

10. Civil society organizations need to play a bigger role in lobbying the government towards enhancing the right of access, strengthening accountability, and monitor state of Palestine's compliance with its obligations by preparing and submitting shadow reports and interaction with the various UN mechanisms.

11. Civil society organizations should coordinate among themselves in terms of design and implementation of awareness-raising, educational, and capacity-building programs targeting health workers, particularly providers of health services with the purpose of developing a rights-based health system.

12. Raise awareness of citizens of the right to health and the right to accessibility to services and facilities and empower them to resort to national and international protection mechanisms through the adoption by government institutions and non-governmental organizations of various educational and training policies, programs, and plans to increase awareness for demanding these rights and defending them.

13. Coordinate with parties that handle complaints in terms of referrals and follow up on the cases to achieve complementarity and respond efficiently and practically to solve cases and problems of citizens each in their own field and competency.

despite having Palestinian health insurance.

13. The status of women indicates the existence of gender-based discrimination and inequity as women do not enjoy the same rights like men. This is due to discriminatory legislations and lack of gender-sensitive policies as well as the socio-cultural structure of the Palestinian society.

14. The review of plans and strategies revealed that the vision of the Ministry of Health still focuses on providing health services to married women with the exception of a percentage of women and girls who receive necessary basis health care and services such as ambulance and emergency services.

15. The study concluded that despite the importance of the practical measures taken by the Ministry of Health in addressing citizens' health-related complaints, yet these measures remain insufficient and still suffer from flaws. This requires health sector officials to strengthen accountability and consolidate it as a sustainable approach.

16. The role played by NGOs is still primarily limited, with few exceptions, to provision of humanitarian relief medical services without coherent programs, plans, or strategies that are consistent with the facts and changes that emerged within the Palestinian legal environment following Palestine's ratification of the main human rights conventions. Furthermore, there is the absence of constitutional institutions such as the parliament that is tasked with oversight of the government's performance, passing legislations, policies, and budgets. These realities impose new challenges and open opportunities for NGOs to play a bigger role in this sector.

17. Corruption poses a significant challenge to the provision of good healthcare services that are considered basic for the enjoyment of the right to health, and the fulfillment of the obligation invoked within the framework of Goal 3 of the SDGs that aims at providing health coverage for all. Corruption reflects itself on the context of health service provision to citizens, especially in view of the failure of relevant parties, at the forefront of which is the government, to exert sufficient efforts in terms of accountability and the fighting of corruption within the health sector.

Recommendations

1. Conduct a comprehensive review of the package of relevant legislations starting with the Palestinian Basic Law, to the Law on Public Health and relevant secondary legislations, aligning them with international agreements ratified by the state of Palestine, particularly in terms of article 12 of the International Covenant on Economic, Cultural, and Social Rights (ICECS) and the General Comment number 14 on this article by the Committee on Economic, Cultural, and Social Rights.

2. Introduce substantial amendments to the Law on Public Health to provide for the necessary legal guarantees and safeguards for the citizens' right to access health services and facilities, including issuing the executive regulations for this Law.

3. Take immediate actions to enable citizens to access health services particularly in

6. The occupation authorities' continued denial of the prisoners' health rights in view of the Israeli prison administration's neglect of the medical file of prisons and its ongoing evasion of its obligations will increase the already deteriorating health conditions and suffering of the prisoners.

7. Noteworthy is the fact that the budget of the Ministry of Health was not developed using the rights-based approach and lacks indicators for measuring the right to health, particularly in terms of availability of services and quality healthcare. This has prevented the analysis of the programs incorporated within the aforementioned budget in terms of assessing the extent to which the budget enables the right to health and its responsiveness to the international criteria for this right.

8. It is noted also that there are discrepancies and lack of equity in terms of distribution of health services among the different geographical areas, particularly in terms of communities in remote areas outside urban centers.

9. The methodology used for providing health services is still based on traditional models and forms that consolidate an approach of humanitarian medical relief thus contradicting the philosophy of the rights-based developmental approach. This requires the development of knowledge, capacity building, and upgrading of legislations to guarantee the promotion of the rights of persons with disabilities and enable them to access health services. Despite the fact that Palestine has ratified the Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD) that adopts a rights-based approach in dealing with the issues related to persons with disabilities, yet the Ministry of Health continues to deal with them as sick people. This contradicts the approaches of the Convention that constructs disability as the result of negative interactions between an individual's impairment and the physical - social or cultural environment.

10. Palestine has a system of health insurance that covers the basket of services listed in the health insurance system. These services are provided by government centers and hospitals, through contracts with private hospitals, and in some cases through contractual arrangements with hospitals outside Palestine to provide some of the services that are not available in the health sector hospitals according to the effective system. However, there are no clear criteria explaining the mechanism of benefiting from this basket of services with the absence of a comprehensive health system that guarantees the continuity of funding, improvement, and development of health services.

11. Absence of a comprehensive monitoring and evaluation system for the health conditions in the Palestinian territories in line with the government strategic plans.

12. Despite the existence of effective health insurance systems in Palestine, yet the benefit to the patients remain minimal and short of meeting the required standard. This exacerbates the suffering of the patients who are overburdened by the costs of medicine that they are forced to buy from outside the health insurance system, or who are forced to pay extra for medical tests or x-rays because they are not available at public hospitals

with international mechanisms and safeguards relevant to human rights and basic freedoms. The study provides a set of conclusions and recommendations that could shed light on the status of the right to access and obtain health services in Palestine. Through this and the review of legal provisions relevant to the topic of the research incorporated in national agreement and conventions as well as in national legislations, as well as review and analysis of Ministry of Health and other organizations' reports, the researcher attempted to find the link and the relation between the normative framework and the practical implementation of this right by depending on available reports, documents and data that could provide significant indicators regarding the extent of enforcement of the right to access and attain health services, goods, and facilities.

Main conclusions

In light of the study presented briefly above regarding the obstacles towards accessing and obtaining health services, goods, and facilities, we can conclude the following:

1. For individuals to enjoy good health, health services should be made available on the basis of equality and non-discrimination. The services should be readily available, can be accessed and used, and to benefit from the comprehensive health coverage so that expenditures on medical treatment do not overburden the citizens.
2. The analytical review of the legal frameworks reveals legal gaps in guaranteeing the right to access health services. The right to health was not stipulated by the Palestinian Basic Law but rather through the law on public health. It was not considered a right such as the right to work and education but was rather limited to a range of services provided to citizens.
3. Failure to align the law on public health and relevant associated legislations with the international agreements and conventions until this date affects negatively the rights of persons with disabilities to access health facilities and obtain appropriate healthcare services and goods. This requires, at a minimum level, that for the time being and until the amendment of the legislations that all necessary measures and regulations are undertaken to guarantee that persons with disabilities enjoy a package of non-discriminatory health services.
4. The occupation measures continue to affect Jerusalem, neighborhoods isolated by the Wall, and "C" areas that lack services due to the restrictions and checkpoints in place. This in turn, limits interaction and safe travel among Palestinian areas thus affecting citizens' accessibility to health services, goods, and facilities in view of the absence of clear national strategies that fill this vacuum by confronting the discriminatory practices of the occupation through filing international complaints or through the development of governmental health interventions to compensate for lack of services in these areas.
5. The occupation authorities' policy of blackmailing Gaza Strip patients and exploiting their need for medical treatment as a trade-off constitutes a blatant violation of the Convention against torture, cruel, inhuman or degrading treatment or punishment.

to overcome the obstacles that hamper Palestinian citizens' access to health services.

Forth: identify international and national protection mechanisms for the right to access and attain health services, goods, and facilities by researching the governmental and non-governmental national protection system, as well as the international system of protection through mechanisms and agencies that are specialized in monitoring and overseeing status of human rights including agencies mandated to develop interventions and assess health conditions and the extent to which this system can serve the purpose of protecting the health rights of Palestinian citizens.

Importance of the study

The importance of the study comes from the fact that it is one of very few studies that tried to link the concept of health as a right stipulated by international agreements and conventions and its areas of application on the ground by identifying the gaps within national legislations and policies and the role of main actors in the enforcement of accessibility and availability rights to health services, goods, and facilities, analyzing the obstacles that prevent citizens from accessing these services.

Methodology of the study

The study uses an analytical descriptive methodology that describes and analyzes the facts by relying on secondary sources from previous literature relevant to the topic of the study. The study has five sections: section one addresses the conceptual and normative framework for the right to health. In this section, the study focuses on the evolution of the concept and identifies its main components. In section two, the study presents the international and national regulatory framework that governs the right to health within the framework of international agreements and conventions ratified by the state of Palestine and their implications on the national domestic level. It also reviews and analyzes national laws and legislations that regulate the right to health by identifying the gaps within effective legislations and the extent of their alignment with international agreements. In section three, the study reviews the obstacles that hamper citizens' access to health services by analyzing and discussing the reasons and the conditions that hinder access and attain healthcare services, some of which relate to the responsibility of the Palestinian government, while others will be related to measures by the Israeli military occupation.

Section four of the study addresses the status of the right to access and obtain health services. The section will focus on reviewing the national indicators as an evaluation tool to understand the proper orientation of the health system in Palestine in addition to the policies, measures, actors and stakeholders influencing the enforcement of this right. Section five addresses national and international monitoring and protection mechanisms of the right to access health services, leading us to pose a range of questions that look into national monitoring and protection mechanisms and extent of their alignment

Apartheid Wall, the checkpoints, and the restrictions on citizens' freedom of movement in addition to the blockade impost on Gaza Strip and the stringent measures for accessing East Jerusalem. The study examines also the status of the right to health of prisoners and detainees in Israeli jails.

The study sheds light from a critical perspective on the status of the right to access healthcare services in view of the governmental measures, policies, and interventions, the indicators of the right to health in general, and accessibility to these services. This is done by referring to the value of expenditures on this right as well as the government plans and programs in view of the main premise to addressing the concept of the right to health and its accessibility for citizens without obstructions based on a comprehensive rights-based approach rather than the concept of need and charity. This developmental programming overlaps to a large extent with the purposes and intentions of the 17 Sustainable Development Goals (SDGs) and their 169 sub-goals.¹

The study reviews national and international mechanisms for monitoring and safeguarding the right to health as well as the role of these instruments in oversight of the performance of the duty-bearers and the occupying authority in Palestine guaranteeing efforts are made to empower people to access healthcare services, goods, and facilities.

The study concluded with several findings and recommendations especially at the Palestinian governmental level as well as the other actors regarding mechanisms of action and mobilization to advocate and protect this right.

Objective of the Study

The main objective of this research paper is to ascertain the existing situation in Palestine in terms of the right to access health services. Therefore, the study has four sub-objectives as follows:

First: identify the conceptual framework for the right to health, its main components, and its relation to the sustainable development frameworks.

Second: identify the normative framework by reviewing and analyzing international agreements and conventions as well as national legislations that stipulated the enforcement of the right to health and access to healthcare services. Additionally, to highlight gaps and flaws within national legislations and assess where these legislations stand in comparison with the international criteria that guarantee the right of citizens to access and attain health services, goods, and facilities.

Third: identify status of accessibility to health services, goods, and facilities in Palestine by reviewing policies and measures taken by the state of Palestine to guarantee this right through studying the policies, strategies, and efforts of the Ministry of Health

1 On 25/9/2015, 193 countries adopted officially the Agenda of Sustainable Development 2030 which became effective on January 1, 2016. According to these principles, countries will mobilize their efforts to eliminate all forms of poverty, fight inequality, and address climate change. These goals are not legally binding, and as such governments take ownership over these goals and devise national frameworks to realize them. For more information about the Sustainable Development Agenda 2030, please see <http://www.un.org/sustainabledevelopment/ar/>

Study on Right to access to health facilities, goods, and services

The Palestinian context

Summary

Introduction

The right to obtain healthcare services is considered crucial for good health. The ability to access health services has deep impact on all aspects of an individual's health. However, Palestinian citizens face a wide range of access obstacles and difficulties.

In this regard, the context in occupied Palestine continues to be affected by the repercussions of those colonial policies that constantly affect health rights, family life, and the overall environment of Palestinian life generally. We should reiterate here the need to understand the environment of the socio-economic policies reflected in the legislative and policy framework of the Palestinian Authority.

The analysis of health rights can be undertaken by approximating them to structural issues and focusing on the living conditions whether in terms of colonial restrictions and practices, or those associated with the *modus operandi* of the Palestinian legislative, executive, or judicial institutions especially given their relevance to the private and general context of all health issues. There is a close relationship between the economic and political conditions on the one hand and health conditions on the other. As a result of the Israeli measures, the Palestinian economy suffers from a tangible deterioration in living standards, high rates of unemployment, high level of economic dependence, and increased rate of citizens suffering from poverty. Furthermore, the work structure of official institutions remains lacking in terms of their legislative and executive frameworks and policies to assume responsibility for requirements of healthcare and protection.

This study addresses the right to access health services and the obstacles that hamper it. In this context, the researcher presents an analytical framework for the concept of this right, its definition, its main relevant aspects, and its constituting elements by focusing on easy and safe availability or accessibility of health facilities. The study addresses also the centrality and status of this right within the legal and international context on the basis of equality and non-discrimination, and protection mechanisms of this right within the framework of relevant UN agencies such as the treaty bodies, the Human Rights Council, and specialized agencies such as WHO.

The study focuses also on the status of the right to access healthcare services and the obstacles that undermine this right. It examines the impact of these obstacles on vulnerable and marginalized groups such as women, children, persons with disabilities, and others, in addition to the Palestinians who suffer from marginalization in Area "C" as classified by the Oslo Agreement. It also focuses on the highly complex conditions that Palestinians in Gaza Strip experience and refers to the Israeli measures as being restrictions to the practice of this right. Furthermore, it underscores the impact of the

