

مركز بيسان للبحوث والإنماء
Bisan Center
for Research & Development

ورقة بحثية

حول أداء الحكومة الفلسطينية في جائحة كورونا

من منظور الحق بالصحة والحماية الاجتماعية

مركز بيسان للبحوث والإنماء

الماصيون رام الله

المقدمة

يتضح من مراجعة بعض المؤشرات والإحصائيات حول جائحة كورونا في الضفة الغربية وقطاع غزة ومقارنتها بعدد من الدول الأخرى، أن نسبة الوفيات من المرضى المُشخصين هي أعلى من تلك التي لدى دولة الاحتلال ولبنان ولكنها أقل من الأردن والولايات المتحدة الأمريكية. إلا أن هذه النسبة قد لا تعكس حقيقة الوضع، حيث أن نسبة الفحوصات إلى عدد السكان لدى الفلسطينيين هي الأقل مقارنة مع هذه البلدان. إلا أن المثير للقلق أن نسبة الإصابات لعدد الفحوصات هي من الأعلى، إذ تزيد على 18% في الأسبوع الأخير المنتهي يوم 17 من كانون الثاني 2021.

الشكل رقم (1)

الدولة	نسبة الوفيات من المصابين	عدد الفحوصات لكل ألف نسمة	نسبة الإيجابي من الفحوصات	مؤشر الفحوصات	عدد الإصابات المؤكدة من السكان
الأردن	1.32%	16	4.6%	6	314,514
الولايات المتحدة الأمريكية	1.67%	41	11.5%	7	23,556,676
إسرائيل	0.74%	88	6.5%	7	529,939
الضفة الغربية وقطاع غزة (تشمل القدس)	1.1%	5.7	18.6%	5	171,215
لبنان	0.75%	23	21.3%	6	252,812

المصدر: منظمة الصحة العالمية

لقد طغت مثل هذه الأخبار والإحصائيات الوبائية التي سببها فيروس كورونا المستجد على كل ما عداها من أخبار وقضايا خلال العام الماضي، فاستأثر الفيروس على الجزء الأكبر من اهتمام البشرية على كافة الأصعدة والمستويات الشعبية والرسمية وأصبح شغلهم الشاغل. بالإضافة لتتبع أعداد الإصابات والوفيات وخارطة الانتشار محليا وعالميا... إلخ، انشغل قطاع واسع على المستوى الشعبي والمؤسسي بتقييم الإجراءات التي قامت بها دولهم لمحاصرة الفيروس من حيث توقيتها، نجعتها، مدى شموليتها وعدالتها. في هذا السياق، ستحاول هذه الورقة تقييم دور وأداء الحكومة في ظل جائحة كورونا من منظور الحق في الصحة من خلال رصد سياسات وإجراءات وقرارات الحكومة الفلسطينية في مواجهة الجائحة.

الجائحة في ظل الاحتلال

بداية، لا بد من التنكير بأن السلطة الفلسطينية تحتمي عادة خلف ثنائية (الدولة - اللا-دولة). فهي تحتمي خلف خطاب الدولة ذات السيادة أثناء قيامها بالدور المناط بها في إدارة الشأن اليومي ابتداء من تنظيم حركة السير وصولاً إلى جباية الضرائب. لكنها لا تتوانى عن الاحتماء خلف خطاب اللا-دولة (الدولة المحتلة) لتبرير تقصيرها وعجزها عن القيام بدورها في حماية شعبها اقتصادياً وسياسياً ابتداء من عدم قدرتها على دفع رواتب موظفيها وصولاً إلى عدم قدرتها على حماية الأراضي من المصادرة. هذه الورقة ترى أن السلطة الفلسطينية ليست دولة مستقلة وأو دولة ذات سيادة، لذا قبل الحديث عن أداء السلطة الفلسطينية والدور الذي لعبته سياساتها وإجراءاتها في انكشاف بعض الشرائح الاجتماعية، لا بد من التطرق لسياسات وممارسات ودور الاحتلال في محاصرتنا وانكشافنا كشعب مُحتمل في ظل الجائحة.

استمر الاحتلال الإسرائيلي خلال الأزمة بالتعامل مع الفلسطينيين وفق منظومة الهيمنة التي تعتبر الفلسطيني خطراً أمنياً يمكن تصفيته أو اعتقاله وعنصراً فائضاً يمكن تقريبه، أو إقصاءه حسب ما تقتضيه حاجة الاحتلال أمنياً سياسياً واقتصادياً. يتضح هذا في مجمل السياسات التي مارسها الاحتلال بحق الفلسطينيين منذ بدء الجائحة، هذه بعضها:

1. سياسة العقاب الجماعي: فقد تم فرض الإغلاق على الضفة الغربية ومنع حركة العمال إلى سوق العمل الإسرائيلية، دون تحمل المشغل الإسرائيلي أي مسؤولية اتجاه العمال الفلسطينيين الذين خسروا مصادر رزقهم.
2. التعامل اللاإنساني مع المصابين بالفيروس: تم توثيق عدة حالات لعمال فلسطينيين ظهرت عليهم أعراض الإصابة بالفيروس فتم إلقائهم على الحواجز من دون تقديم أي معونة أو رعاية طبية.
3. معاقبة الأسرى: مما لا شك فيه أن سلطات الاحتلال استخدمت الاحتياجات الإنسانية واليومية للأسرى كوسيلة للضغط والعقاب وهو ما استمر خلال الجائحة من خلال العديد من السياسات والممارسات. مثلاً منذ الأيام الأولى للجائحة حُرم الأسرى من التمتع بالحد الأدنى من إجراءات ولوازم الحجر الصحي، كما قرر ما يسمى بوزير الأمن الداخلي في حكومة الاحتلال حرمان الأسرى من الحصول على تطعيم كورونا بما يتنافى مع حقوق الإنسان والتزامات الاحتلال وفق القانون الدولي ومعاهدات جنيف.
4. استغلال الجائحة كوسيلة للضغط والمساومة السياسية: على الرغم من أن الاحتلال الإسرائيلي هو المسؤول قانونياً حسب اتفاقيات الأمم المتحدة ومعاهدات جنيف عن الوضع الصحي في الضفة الغربية وقطاع غزة، إلا أنه تنصل من مسؤولياته.

فقام بتوفير لقاح كورونا للمستوطنين الإسرائيليين وحرمان الفلسطينيين منها. لكنه لم يكتف بذلك فقد اتخذ من الجائحة وسيلة للضغط على الفلسطينيين ومساومتهم على احتياجاتهم الإنسانية والصحية مقابل تنازلات أو تفاهات سياسية. مثلاً، صدر عن حكومة الاحتلال عدد من التصريحات الإعلامية التي ربطت إرسال الأجهزة الطبية والمعدات الصحية لقطاع غزة بترتيبات سياسية مع حركة حماس.

الحق في الصحة

كفلت المادة 25 من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان حق كل فرد من أفراد المجتمع في الحصول على الرعاية الصحية والخدمات الاجتماعية الضرورية. إلا إن السياسات والبرامج الاقتصادية والاجتماعية النيوليبرالية الجديدة أتت على معظم مكتسبات الرفاه الاقتصادي والاجتماعي التي انتزعتها الشرائح الدنيا في الهرم الاجتماعي من خلال نضالاتها على امتداد القرنين الماضيين. على الرغم من أن جائحة كورونا هي جائحة كونية لا تفرق بين الأفراد والدول على أساس اللون أو العرق أو الدين، لكن أثارها وأعبائها سواء على المستوى الصحي أو الاقتصادي أو الاجتماعي، لم تتوزع على جميع الفئات والطبقات الاجتماعية بالتساوي. ففي ظل الجائحة الكونية، كانت الدول الضعيف والفقيرة هي الأكثر تضرراً من هذه الجائحة وتبعاتها نظراً لسياسات إعادة الهيكلة وتقليص إنفاق القطاع العام على الخدمات الاجتماعية حسب الأجندة النيوليبرالية التي فرضتها توصيات واشترطات البنك الدولي وصندوق النقد الدولي . ظهر هذا التباين على مستوى البلد الواحد، فقد انعكست التبعات الاقتصادية والاجتماعية للجائحة بشكل متفاوت على الشرائح الاجتماعية المختلفة بحيث عانت الفئات المهمشة والأكثر فقراً من هذه التبعات بشكل مضاعف بسبب تقلص (أو انقطاع) مصادر دخلها وغياب الدور الاجتماعي للدولة النيوليبرالية لتعويضهم بما يضمن استمرار تمتعهم بحقوقهم في الصحة وحقوقهم في حياة كريمة. تسعى هذه الورقة إلى تبيان كيفية أداء الحكومة الفلسطينية خلال جائحة كورونا من منظور مسؤولياتها في الحماية الاجتماعية وخصوصاً مدى التزامها بتوفير الحق بالصحة للمواطنين.

السياسات التنموية والاجتماعية للسلطة الفلسطينية

في الحالة الفلسطينية - كالعادة - تبدو الأمور أكثر تعقيداً، نظراً لتعدد مستويات العنف. فبالإضافة إلى عنف الاحتلال ، عانت المناطق المحتلة عام 67 من عنف النهب النيوليبرالي على مدى العقود الثلاثة الماضية. فالسلطة الفلسطينية هي أيضاً وليدة المجتمع الدولي وخاضعة لشروطه وإملاءات أذرعته المالية¹. لذا، فقد انتهجت الحكومات الفلسطينية المتعاقبة سياسات اقتصادية اجتماعية نيوليبرالية منحازة للأغنياء على حساب الفقراء وخاضعة لوصفات واملاءات مؤسسات التمويل الدولية. فكانت النتيجة تفكيك شبكة الأمان والحماية الاجتماعية على المستوى الشعبي، انسحاب الحكومة من المجال الاقتصادي والاجتماعي وبالتالي غياب الشبكات الرسمية في مجال الحماية والضمان الاجتماعي.

أما فيما يتعلق بالنظام الصحي بالذات، فقد أدى انسحاب السلطة من مجال الخدمات الاجتماعية - ناهيك عن الفساد وسوء الإدارة المالي والإداري² - إلى بناء نظام صحي غير كفو وغير عادل، تغيب فيه التغطية الصحية

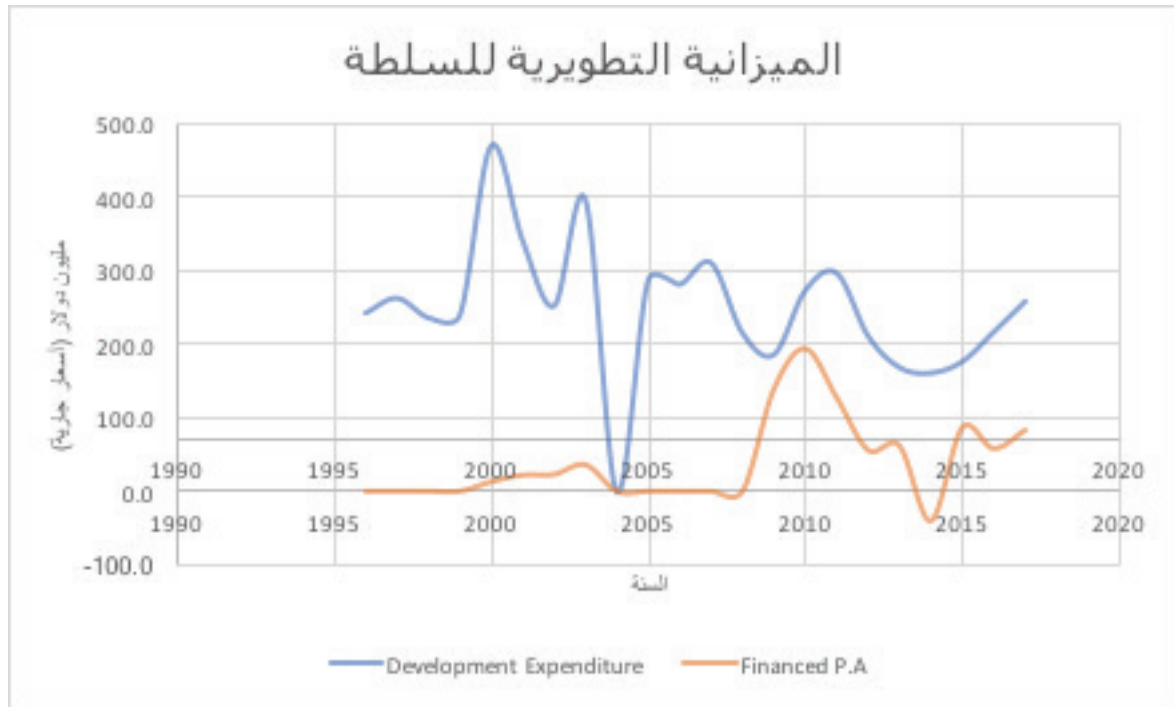
1 Khalidi Raja, Samour Sobhi; Neoliberalism as Liberation, The Statehood Program and the Remaking of the Palestinian Nation. al Movement; Journal of Palestine Studies; Vol 40 No.2 2010/2011

2 الائتلاف من أجل النزاهة والمساءلة أمان، 2017، جسر الفجوات: العلاقة بين الفساد وحقوق الإنسان في الواقع الفلسطيني (حالة الحق في الصحة نموذجاً) رام الله- فلسطين

الشاملة³، ويغيب فيه التأمين الصحي الإلزامي للمواطنين، الأمر الذي جعل المجتمع أسيراً للإمكانيات الضعيفة للحكومة ولوزارة الصحة، ورهنًا للقطاع الصحي الخاص وتكاليفه المرتفعة. لهذه الأسباب مجتمعة فقد لجأت الحكومة لتعويض فشلها في تقديم الخدمات الصحية إلى اتخاذ إجراءات إدارية حتى وإن كان لا مفر منها، إلا أنها لم توفر الحد الأدنى من الجاهزية لمواجهة الكوارث والأوبئة. وتظهر تجارب الدول العديدة أن غياب البنية الصحية المؤهلة يشكل عائقاً أساسياً أمام مواجهة الكوارث والأوبئة.

انعكس هذا النهج النيوليبرالي على أوجه صرف الموازنة العامة للسلطة وألوية توزيعها بين القطاعات الاجتماعية والتنمية المختلفة. فخلال العقود الماضية لم تقم السلطة الفلسطينية بالاستثمار الجدي في البنية التحتية لقطاع الخدمات العامة⁴، بل اعتمدت بشكل أساسي على المانحين الدوليين ومؤسسات الأمم المتحدة والقطاع الأهلي في تنفيذ الاستثمارات التنموية الأساسية في القطاعات الحيوية ومنها القطاع الصحي. ويظهر الجدول أدناه الاستثمار التنموي للسلطة منذ عام 1995 وحتى عام 2018.

الشكل رقم (2)



المصدر: سلطة النقد الفلسطينية

3 مركز بيسان للبحوث والإنماء، الحق بالصحة، 2018

4 دفعت السلطة مئات ملايين الشواقل (وربما مليارات) ثمنًا للتحويلات الطبية التي تلقت علاجها في مستشفيات الاحتلال، بينما كان الأجدر بها أن تستثمر هذه الملايين في قطاع صحي حكومي يساهم في خدمة الأجيال القادمة ويوقف هذا النزف للموارد المالية لصالح القطاع الصحي في دولة الاحتلال.

يتضح من الشكل أعلاه أن المخصص للموازنة التطويرية يميل للانخفاض والتقليص بمقابل ارتفاع مساهمة السلطة المباشرة في الموازنة التطويرية إلا أنها تبقى دون المستوى المطلوب، بحيث بلغت الموازنة التطويرية المخصصة من قبل السلطة لذروتها في العام 2010 بحوالي 200 مليون دولار، إلا أنها انخفضت بعد ذلك لتشهد تذبذباً بل وحتى قيماً سالبة في العام 2014 وذلك نتيجة إستعمال السلطة الأموال المخصصة للموازنة التطويرية لتغطية النفقات الجارية. وتراوحت قيمة الإنفاق الإجمالي على الموازنات التطويرية للخمسة عشر عاماً الأخيرة ما بين 200 إلى 300 مليون دولار سنوياً، وهو بالطبع مبلغ لا يلبي احتياجات القطاعات المختلفة. مثلاً حسب تقديرات وزارة الصحة الفلسطينية تراوح الاحتياج السنوي للنفقات الرأسمالية ما بين 77 – 173 مليون دولار سنوياً للأعوام 2017 - 2020⁵ (هذا فقط لشراء المعدات والأصول دون احتساب باقي النفقات التطويرية من تدريب وتطوير للكوادر وغيرها)، هذا مع الأخذ بعين الاعتبار أن وزارة الصحة حسب التقديرات عانت من فجوات تمويلية للنفقات الرأسمالية والتشغيلية بما يتراوح ما بين 347 – 477 مليون دولار للأعوام نفسها⁶.

الشكل رقم (3)⁷

تطور نفقات وزارة الصحة حسب بنود الإنفاق الرئيسية خلال السنوات 2012-2017 (الموازنة بالآلاف شيكل)

	2012	%	2014	%	2015	%	2016	%	2017	%
رواتب وأجور	633,000	48.6	637,000	44.0	716,786	41.2	739,643	43.6	782,746	45.3
مصاريف تشغيلية	614,965	47.2	739,501	51.0	937,997	53.9	868,099	51.1	852,005	49.3
مصاريف تحويلية	80,725	3.5	71,469	5.0	76,965	4.4			83,522	4.8
مصاريف رأسمالية	8,999	0.7	10,031	1.0	9,714	0.6	9,000	0.5	8,500	0.5
المجموع	1,302,765	100.0	1,458,001	100.0	1,741,372	100.0	1,697,467	100.0	1,726,773	100.0

المصدر: معهد ماس 2018

5 الائتلاف من أجل النزاهة والمساءلة أمان، 2019، واقع النفقات التطويرية في الموازنة العامة في ظل تراجع المنح والمساعدات الخارجية وتأثيرها على تقديم الخدمات العامة للتعليم والصحة والتنمية الاجتماعية، رام الله - فلسطين

6 نفس المصدر السابق.

7 سمير عبد الله (2018)، نقص وفجوة المهارات في القطاع الصحي في الأرض الفلسطينية المحتلة، معهد أبحاث السياسات الاقتصادية، رام الله - فلسطين.

سياسات وإجراءات الحكومة في التعامل مع الجائحة وتداعياتها

في الشأن الاقتصادي والاجتماعي بشكل عام

سارعت السلطة لتفعيل قانون الطوارئ وفرض إجراءات الحجر العام منذ منتصف شهر مارس وهو ما ساعد في احتواء الأزمة بشكل ملحوظ، حيث لم يتجاوز عدد الإصابات بضعة مئات في الشهور الثلاثة الأولى من الجائحة (حتى منتصف حزيران) فيما لم يتجاوز عدد حالات الوفاة خمس حالات. كما سارعت السلطة منذ الأسابيع الأولى لانتشار الفيروس لوضع خطة حماية اجتماعية للحد من الآثار الاقتصادية والاجتماعية الصعبة التي فرضتها الجائحة. وقد تجسدت هذه الخطة في ثلاثة محاور رئيسية:

أولاً: أبرمت الحكومة ممثلة بوزارة العمل اتفاقاً في شهر آذار/مارس مع ممثلين عن القطاع الخاص والنقابات العمالية بما «يكفل صرف الأجور عن شهري آذار/مارس ونيسان/أبريل للعاملين في القطاع الخاص المحلي»⁸. وقد نصت بنود الاتفاقية على التالي: -

- يلتزم القطاع الخاص بقرار وزير العمل بشأن دوام الأمهات العاملات.
 - يدفع القطاع الخاص الأجور عن شهري آذار/مارس ونيسان/أبريل بنسبة 50% من الأجر وبما لا يقل عن 1,000 شيكل (270 دولاراً)، على أن يدفع المبلغ المتبقي بعد انتهاء الأزمة.
 - تسري المادة الثانية أعلاه فقط على القطاعات التي تضررت من الأزمة أو أوقفت أو قلصت عملها. أما القطاعات التي لم تتأثر فستواصل دفع الأجور كالمعتاد.
 - يتم تشكيل لجنة ثلاثية الأطراف لمتابعة وعلاج كافة القضايا المتعلقة بالآثار الناتجة عن حالة الطوارئ المرتبطة بأزمة فيروس كوفيد-19.
 - أي اتفاق ثنائي بين أصحاب العمل والعاملين خارج هذا الاتفاق، وبما لا يتعارض مع القانون، سيتم احترامه من قبل كافة الأطراف.
 - يتم العمل على إنشاء صندوق طوارئ لمعالجة الآثار الناتجة عن حالة الطوارئ، بما يشمل تعويض أصحاب العمل والعمال في المنشآت التي انهار مركزها المالي كاملاً.
- لكن هذا الاتفاق أجحف بحق العاملين بأجر، حيث خالف الاتفاق قانون العمل الذي يضمن للعاملين حقهم في أخذ أجر كامل عن عملهم الكامل، كما أن الحد الأدنى للرواتب حسب خطة الطوارئ (1000 شيقل) هو أقل من الحد الأدنى للأجور (1450 شيقل) وأقل من خط الفقر المدقع (ما يقارب 2000 شيقل).

مع العلم أن هذه الخطة العاجلة لتفعيل الحماية الاجتماعية في ظل الجائحة افتقرت للرؤية الشاملة التي تراعي جميع القطاعات الاقتصادية وجميع الفئات الاجتماعية، لذا شابها بعض النواقص والثغرات. مثلاً كان من اللافت عدم تطرق الاتفاق المبرم بين الحكومة والقطاع الخاص للعاملين لحسابهم الخاص (يقدر عددهم بـ 50 ألف عامل)⁹ والعاملين في القطاع غير المنظم أو غير الرسمي (يقدر عددهم بـ 270 ألف عامل في الضفة وغزة)¹⁰. كما لم تفرق

8 وزارة العمل (2020)، خطة الحد من تأثيرات جائحة فيروس كوفيد - 19 على العاملين

9 وزارة العمل (2020)، مصدر سبق ذكره.

10 مكتب منظمة العمل الدولية (2019)، مراجعة تقنية للحد الأدنى من الأجور في الأرض الفلسطينية المحتلة.

بنود الاتفاق بين المنشآت الصغيرة التي لا تتجاوز أرباحها بضعة آلاف الدولارات والمنشآت الاقتصادية التي تصل أرباحها السنوية لمئات ملايين الدولارات. إن مثل هذه السياسة الموحدة فيها إجحاف بحق المنشآت الصغيرة وإعفاء للرأسمال الوطني من تحمل جزء أكبر من المسؤولية الاجتماعية في ظل الجائحة، بالذات في ظل الخطاب المتكرر عن الشراكة بين القطاع العام والقطاع الخاص.

ثانياً: إنشاء صندوق «وقفة عز» بقرار من رئيس الوزراء د. محمد اشتية بهدف «مواجهة تداعيات أزمة انتشار فيروس كورونا في فلسطين وأبعادها الاقتصادية والاجتماعية والصحية ... وتعزيز التضامن والتكافل بين مختلف أبناء الشعب الفلسطيني»¹¹.

بالرغم من أهمية هذه المبادرة الحكومية – بالذات للفئات والقطاعات التي لم يشملها الشق الأول من خطة الحماية الاجتماعية – لمواجهة تبعات الجائحة بالتكافل المجتمعي، إلا أنها لم تنجح في جمع المبلغ الذي حدده الصندوق لنفسه – وهو 20 مليون دينار أردني أو ما يعادل تقريباً 100 مليون شيكل. إذ يشير الموقع الإلكتروني للصندوق أن التبرعات بلغت 12.5 مليون دينار أردني وتعادل 61 مليون شيكل.¹² وقد دفع هذا المبلغ لمستحقيه على ثلاث مراحل وتم توزيعه كالتالي: 28 مليون شيكل وزعت على 40 ألف للعمال العاطلين عن العمل بواقع 700 لكل عامل؛ 15 مليون شيكل وزعت على 30 ألف أسرة متضررة بواقع 500 شيكل لكل أسرة؛ 2 مليون شيكل وزعت في القدس المحتلة للعمال العاطلين وللأسر المنكشفة؛ 6 مليون شيكل وزعت على الجمعيات الخيرية في فلسطين والمخيمات في فلسطين وسوريا ولبنان؛ فيما صرف المبلغ المتبقي (حوالي 10 مليون شيكل) لدعم القطاع الصحي.¹³

إن أقل ما يمكن قوله عن المبالغ التي تم توزيعها من خلال الحكومة والصندوق بأنها متواضعة جداً وأقل بكثير من أن تشكل شبكة حماية اجتماعية، بالذات إذا ما قورنت بخسائر الاقتصاد الفلسطيني التي قد تصل إلى 2.5 مليار دولار في نهاية العام 2020 حسب توقعات الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني¹⁴. في حين تشير بعض الدراسات أن العاملين في الداخل المحتل يخسرون يومياً 33 مليون شيكل، فيما يخسر العاملون في القطاع غير المنظم 27 مليون شيكل في اليوم¹⁵. لذا يمكن القول بأن المساعدات النقدية وصلت إلى نسبة قليلة جداً من العاطلين والأسر الفقيرة، حيث وصل عدد العاطلين عن العمل مؤقتاً بسبب الجائحة 867 ألف، هذا بالإضافة لعدد العاطلين عن العمل قبل الجائحة وهو 257 ألف، فيما يتوقع أن تزداد نسبة الأسر الفقيرة إلى 30% في الضفة و 64% في غزة¹⁶. مع العلم أن نسبة الحقيقية للعائلات الفقيرة ربما تكون أكثر من ذلك إذا ما أخذنا في عين الاعتبار أن السلطة منذ شهر نيسان 2020 وحتى تشرين الثاني لم تنتظم بدفع رواتب موظفيها بشكل كامل بسبب أزمة المقاصة، وتزامن ذلك مع انقطاع العمال عن العمل بالسوق الإسرائيلي لفترات متباعدة، وقد أبلغت المنشآت الاقتصادية أن 71% منها قد أغلقت أبوابها لفترات متباعدة¹⁷، كما أبلغت 14% من المنشآت أنها اضطرت إلى تسريح جزء من العاملين لديها¹⁸، بينما قامت 9%

11 <https://www.waqfetizz.ps> صندوق وقفة عز.

12 نفس المصدر.

13 أنظر الدقيقة 9:20 من المؤتمر الصحفي <https://www.youtube.com/watch?v=56rx6lgkHdU>

14 <http://pcbs.gov.ps/postar.aspx?lang=ar&ItemID=3799> مقابلة مع د. علا عوض، رئيسة الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني بتاريخ 6 أيلول 2020

15 أشرف سمارة (2020)، الخسائر والخاسرون جراء أزمة كورونا في الأراضي الفلسطينية، مرصد السياسات الاجتماعية والاقتصادية، رام الله.

16 المرجع السابق.

17 الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني ووزارة الاقتصاد الفلسطينية، بيان بتاريخ 2020\11\16

18 المصدر السابق

من المؤسسات بتخفيض أجور ورواتب العاملين لديها¹⁹، و11% من المؤسسات قامت بإعطاء العاملين لديها إجازات من دون راتب²⁰. وهنا لا بد من الإشارة إلى أن الاستجابة الحكومية لهذه التحديات بقيت محدودة ولم تتجاوز حسب المصادر التي تم حصرها تعويض 70 شركة بمبلغ إجمالي 800 ألف دولار أي بمعدل دون 12 ألف دولار للشركة فيما بلغ عدد المنشآت التي تأثرت بالإغلاقات ما يزيد على 100 ألف منشأة في الضفة والقطاع. وحسب تقديرات الجهاز المركزي للإحصاء فقد ما يزيد على 66 ألف عامل عملهم بشكل كامل خلال عام 2020.

لا بد أيضاً من الإشارة إلى وجود بعض شبهات الفساد والمحسوبية في توزيع دفعات الصندوق المذكورة أعلاه، فقد أعلن أحد أعضاء اللجنة التنفيذية للصندوق عن نيتهم تشكيل لجنة تحقيق في هذه الشبهات²¹، إلا أن نتائج هذا التحقيق لم تنشر بعد.

ثالثاً: التوجه نحو تشكيل لجان طوارئ محلية ذات طابع تطوعي في القرى والبلدات والمخيمات، حيث اضطلعت هذه اللجان بمساعدة أجهزة الأمن والجهات الرسمية في ضمان تنفيذ إجراءات الحجر والتباعد الاجتماعي، نشر التوعية حول الفيروس، جمع التبرعات المادية والعينية، ومساعدة الأسر المحتاجة. مما لا شك فيه أن هذا الجهد التطوعي والتكاتف الاجتماعي ليس جديداً على المجتمع الفلسطيني، فقد ساهمت هذه الجهود التطوعية تاريخياً باستدامة المجتمع وتماسكه خلال الانتفاضات والأزمات المتتالية. وبالفعل قامت هذه اللجان بدور مهم «في تطبيق الإجراءات والتدابير الوقائية، لا سيما في المناطق التي لا تخضع للسيطرة الكاملة للأجهزة الرسمية الفلسطينية بفعل القيود التي تفرضها سلطات الاحتلال الإسرائيلي، كما قامت بجهود عالية ومهمة في مجال تقديم المساعدات الاجتماعية للفئات المتأثرة من الأزمة»²².

لكنها أيضاً لاقت العديد من الانتقادات على المستوى الشعبي والمؤسسي لخصها ديوان المظالم الفلسطيني على النحو التالي: -²³

• إطارها القانوني الناظم: لم يستند تشكيل لجان الطوارئ إلى قانون الدفاع المدني والأنظمة الصادرة بموجبه مما أدى لغياب آلية واضحة وموحدة في تشكيل اللجان وتحديد مرجعيتها القانونية وتبعيتها الإدارية. وقد أدى عدم وضوح مرجعية وصلاحيات لجان الطوارئ لمقتل المواطن عماد الدين دويكات في بلاطة البلد نابلس - وهو أمين سر حركة فتح في المحافظة ومسؤول في لجنة الطوارئ - على يد أحد عناصر الأجهزة الأمنية.²⁴ ففي الوقت الذي أصر أفراد العناصر الأمنية تطبيق الحجر وإغلاق بعض المحلات المفتوحة أصر دويكات على أن لديه تصريح من المحافظ وهو ما قاد لمشادة كلامية انتهت بمقتل دويكات وإصابة أحد أقاربه.

• احترامها لحقوق المواطنين: حذر ديوان المظالم بناء على مجموعة من الشكاوى التي وصلته إلى أن سلوك وتصرفات أعضاء لجان الطوارئ شكل تقييداً لحقوق وحرريات المواطنين في الحركة والخصوصية. وقد شكلت هذه السلوكيات خرقاً

19 المصدر السابق

20 المصدر السابق

21 مقال نشر في موقع رام الله الإخباري بتاريخ 20\05\2020

22 الهيئة المستقل لحقوق الانسان (2020)، ورقة عمل رقم 2، حول لجان الطوارئ المحلية المشكلة في سياق مواجهة جائحة فيروس كورونا المستجد في الضفة الغربية.

23 المرجع السابق، بتصرف ص 2-4.

24 <https://ichr.ps/ar/1/26/2936> انظر القصة كاملة على موقع الهيئة المستقلة لحقوق الانسان على الرابط

للحقوق والحريات التي يكفلها القانون الأساسي وقانون حقوق الإنسان بالذات لأنها مورست من قبل اشخاص لا يتمتعون بالصفة الرسمية.

- شفافتها ونزاهتها في التعامل المواطنين: وصلت ديوان المظالم العديد من الشكاوى حول عدم العدالة في توزيع المساعدات وفي عدم المساواة في التعامل مع جميع المواطنين حسب معايير موحدة.
- تركيبها الحزبية: إذ تبين أن الطابع الحزبي هو الطابع الغالب في تشكيل لجان الطوارئ من خلال سيطرة تنظيم فتح بدعم من الأجهزة الأمنية ومحافظي المحافظات على تشكيل وإدارة هذه اللجان. مع العلم أن هذا الطابع الحزبي الغالب رفض وأعاق مشاركة المبادرات الفردية في تشكيل اللجان وفي قبول أطراف حزبية أخرى داخلها. في هذه النقطة الأخيرة يجدر الإشارة أن الأجهزة الأمنية قد اعتقلت بعض النشطاء ممن بادروا لجمع التبرعات وتوزيعها خارج إطار لجان الطوارئ²⁵.

في النهاية يمكن القول إن فرض إجراءات الحجر الصحي وما مثله من شلل للحياة الاجتماعية والاقتصادية مترافقاً مع عدم قدرة السلطة بالاضطلاع بدورها الاجتماعي في سد احتياجات الناس خلق حالة من عدم الثقة بالحكومة وسياساتها وخطاباتها قادت لحالة تملل على المستوى الشعبي رأيها في الجماهير الغفيرة التي طالبت بأداء صلاة عيد الفطر في الجوامع واستئناف الحياة الاجتماعية والاقتصادية. مع العلم أن الحكومة انصاعت لهذا التملل الشعبي بعد إصابة مواطنين في مخيم الدهيشة على يد الأجهزة الأمنية²⁶ تبعته مواجهات واطلاق نار على المواطنين في طوباس ومظاهرات ليلية حاشدة في الخليل وجنين وسلفيت²⁷ إلا أن إجراءات الحجر العام بعد العيد كانت ما زالت تفرغ وترفع حسب الحاجة وحسب تقديرات الحكومة.

في الجانب الآخر من المشهد، كان هناك تملل من قبل رأس المال وأصحاب المصالح الاقتصادية الكبرى منذ الأسبوع الأول للحجر العام، وقد تمثل بتوجيه كتاب لرئيس الوزراء بتاريخ الأول من نيسان صادر عن المجلس التنسيقي لمؤسسات القطاع الخاص للمطالبة بـ «إعادة جزئية للأعمال الاقتصادية» كما يشير عنوان الكتاب²⁸. وصل هذا التملل ذروته في 12 تموز اثر تمديد إجراءات الحجر العام لمدة 4 أيام في أربعة محافظات (رام الله والبيرة، الخليل، نابلس، وبيت لحم)، فقد أدت ضغوطات الغرف التجارية إلى إعلانات متضاربة من كل محافظ وبشكل منفرد باستثناء مدينته من إجراءات الحجر وهو ما سبب الكثير من التخبط في تصريحات المسؤولين المختلفين في الحكومة فبدت الحكومة منقسمة على ذاتها في اتخاذ قرار موحد بشأن الحجر. إلا ان رئيس الوزراء أعلن في صباح اليوم التالي استمرار الإغلاق لحين الاجتماع مع الغرف التجارية لرفع توصيات جديدة²⁹ فكان القرار النهائي هو إلغاء تمديد الحجر في حينه. مع العلم أنه لم يصدر أي قرار باستئناف الحجر العام منذ هذه الحادثة، حتى في اليوم الذي شهد 14 حالة وفاة بالفيروس في أواخر شهر أيلول، حتى إصدار الحكومة قرارها بالإغلاق أيام الجمع والسبت ويومياً من الساعة السابعة مساءً، دون دراسة وتوضيح حول أثر هذه الإغلاقات الجزئية على منحنيات الإصابة والوفاة.

25 ورقة موقف صادرة عن الهيئة المستقلة لحقوق الإنسان بتاريخ 2020\4\15، تم الحصول عليها من الموقع الإلكتروني www.ICHR.ps

26 <https://ichr.ps/ar/1/26/2873> الهيئة المستقلة لحقوق الإنسان

27 <http://shahed.cc/news/2468>

28 <http://www.banksnews.ps/news/5e9c6b4bef8aed61c011f47f>

29 https://www.al-ayyam.ps/ar_page.php?id=1406d528y335992104Y1406d528

في الشأن الصحي بشكل خاص

يعتبر الحق في الصحة حقاً أساسياً مثل باقي الحقوق التي كفلها الإعلان العالمي لحقوق الإنسان وباقي الاتفاقيات والمعاهدات الدولية، حيث يحق لكل إنسان التمتع بأعلى مستوى صحي يمكن بلوغه بما يضمن له العيش بكرامة.³⁰ إلا أنه وفي العقود الأخيرة تراجع أو تأكل هذا الحق الذي كفلته المواثيق والمعاهدات الدولية في كثير من دول العالم بفعل ضغط سياسات ووصفات المؤسسات المالية الدولية (البنك الدولي وصندوق النقد الدولي) نحو تحرير الاقتصاد وخصخصة الخدمات العامة. كانت أولى النتائج المباشرة لمثل هذه السياسات هي تخفيض الإنفاق الحكومي على تقديم الخدمات العامة - بما فيها الخدمات الصحية - وزيادة استثمارات الشركات الخاصة الهادفة للربح مما حول الخدمات الصحية إلى سلعة خاضعة لقانون العرض والطلب ومبدأ الربح. بكلمات أخرى، أصبح الوصول إلى الرعاية الصحية - إلى حد بعيد جداً - مرهوناً بالقدرة المالية للأفراد بدلاً من كونه حق أساسي كفلته المواثيق الدولية، فساعات الأحوال الصحية للشرائح الفقيرة والمهمشة ممن لا يملكون دفع ثمن الطبابة.

إن هذا السيناريو الذي تكرر في الكثير من دول العالم ينطبق على السلطة الفلسطينية التي اعتمدت اقتصاد السوق الحر منذ تأسيسها ورضخت لسياسات الخصخصة التي تملئها المؤسسات الدولية. بالتالي يمكن القول أن النظام الصحي والبنية التحتية للصحة العامة هي ليست أولوية لدى الحكومات الفلسطينية المتعاقبة بعد أن انسحبت تدريجياً من مجال الخدمات الاجتماعية، حيث تنفق الحكومة %33 من إجمالي الإنفاق على الصحة فيما تتحمل الأسر (المرضى) ما نسبته %31.45.5 كما يظهر هذا الانسحاب من مجال الخدمات العامة جلياً من خلال الفروقات الشاسعة في توزيع الموازنة العامة التي يذهب معظمها للشأن الأمني فيما تعاني باقي الوزارات الخدمية شحاً في المصادر وبالتالي عدم جاهزيتها لخدمة المواطنين. تعتبر هذه الفروقات في توزيع الموازنة بين القطاعات المختلفة خلافاً هيكلياً ما زالت تعاني منه الموازنة العامة.³² وينعكس هذا الخلل بشكل أساسي من خلال تدني حصة قطاع الخدمات من الموازنة العامة، حيث بلغت موازنة أربعة وزارات مجتمعة (الصحة والتعليم والتنمية الاجتماعية والزراعة) %40 فقط من موازنة العام 2017 بينما حظي قطاع الأمن منفرداً على %33.26

فيما يتعلق بالقطاع الصحي، ينعكس هذا الإهمال على شكل نقص في التجهيزات الطبية والكادر البشري في القطاع الصحي الحكومي، هذا بالإضافة لنقص في العديد من التخصصات الطبية في مجال الأورام، والطب النفسي وأمراض الدم وجراحة الأعوية والعناية والمركزة والأمراض العصبية وحيثي الولادة.³⁴ كما ينعكس هذا الإهمال من خلال العديد من المؤشرات الصحية المتدنية بالمقارنة مع المقاييس العالمية نذكر منها: -

- نسبة عدد الأطباء إلى إجمالي عدد السكان: هناك 1.1 طبيب عام في القطاع الحكومي لكل 1000 مواطن، تجدر الإشارة هنا أنه لدينا أيضاً 1 رجل أمن لكل 80 مواطن.³⁵

30 مادة 12 من العهد الدولي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية للعام 1966 كما ورد في دراسة لجان العمل الصحي (2019)، الخصخصة في القطاع

الصحي وتأثيراتها على الوصول العادل للصحة

31 المرجع السابق

32 ماس (2019)، ورقة خلفية: جلسة طاولة مستديرة (5): أداء الموازنة العامة في 2018 بالمقارنة مع 2017 وأزمة إيرادات المقاصة 2019.

33 ماس (2019)، مصدر سابق؛ أنظر أيضاً ورقة الفريق الأملي لدعم شفافية الموازنة العامة، التقرير السنوي لموازنة 2017، صدر في شباط 2018

34 لجان العمل الصحي (2019)، مرجع سابق

35 <https://www.aljazeera.net/news/politics/2019/12/13/%D9%85%D9%88%D8%A7%D8%B2%D9%86%D8%A9-%D8%A7%D9%84%D8%B3%D9%84%D8%B7%D8%A9-%D8%A7%D9%84%D9%81%D9%84%D8%B3%D8%B7%D9%8A%D9%86%D9%8A%D8%A9-%D8%A7%D9%84%D8%A3%D9%85%D9%86-%D8%A7%D9%84%D8%B5%D8%AD%D8%A9>

• نسبة عدد الاسرة الطبية المتوفرة إلى عدد السكان: هناك 162.3 سرير لكل 100,000 مواطن (أي سرير واحد لكل 616.14 مواطن). وهي تمثل ثلث النسبة في دول منظمة التعاون الاقتصادي ونصف المقياس العالمي.³⁶

• التصنيف من حيث تقديم الخدمات الصحية: صنفت فلسطين في المرتبة 113 حسب تقرير التنمية البشرية الصادر عن هيئة الأمم المتحدة.³⁷

• رغم كل المحاولات والجهود المبذولة من قبل الحكومة ووزارة الصحة فيها، إلا أن خدمات الرعاية الصحية ظلت خلال الجائحة - كما قبلها - محكومة بالإطار النيوليبرالي الذي انتهجته السلطة منذ تأسيسها وبواقع النظام الصحي الفلسطيني قليل التجهيز من حيث المعدات والكادر البشري، ناهيك عن قلة الخبرة في التعامل مع الأوبئة.

اما عن السياسات الصحية المباشرة في إدارة الأزمة، فقد أشادت منظمة الصحة العالمية في بداية الأزمة بالإجراءات والخطوات المتقدمة التي قامت بها الحكومة³⁸، وقد احتضت الحكومة كثيراً يمثل هذه الإشادة التي تعزز صورة الحكومة والسلطة كدولة مستقلة ذات سيادة. بينما كان الأجدر بالحكومة الابتعاد عن مثل هذه الصورة المتخيلة والتركيز على كونها سلطة تحت الاحتلال وعلى أن المسؤولية الصحية تقع على عاتق سلطات الاحتلال حسب القوانين والمعاهدات الدولية. من جهة أخرى، فقد فرضت هذه الإجراءات والخطوات المتقدمة بمعزل عن توفير نظام حماية اجتماعية واقتصادية يلبي الاحتياجات الأساسية واليومية لعشرات آلاف العمال والموظفين الذين تراجعت أو انقطعت مصادر دخلهم.

من خلال تحليل بسيط للإحصائيات التي توفرها منظمة الصحة العالمية، يمكن الاستنتاج أن السلطة الفلسطينية فشلت بالقيام بعدد كافي من الفحوصات، حيث أن معدل الفحوصات التي قامت بها وزارة الصحة الفلسطينية لم تتجاوز 5.7 فحص لكل ألف مواطن، وهي نسبة متدنية بالمقاييس العالمية (انظر الشكل رقم 1). كما أن السلطة الفلسطينية فشلت حتى اللحظة من تأمين أحد اللقاحات التي تم تطويرها لمكافحة الفيروس.

في ظل هذا الواقع كان هناك العديد من الانتقادات والملاحظات على سياسات وإجراءات الحكومة في التعامل مع الجائحة أهمها: -

• أن أحد أهم استراتيجيات تسويق النموذج النيوليبرالي هي أن القطاع الخاص أكثر كفاءة وفاعلية ومهنية في تقديم الخدمات الاجتماعية على العكس من البنية البيروقراطية الحكومية الفاسدة وغير الكفؤة. وبالتالي تم تصديق رأس الجمهور على امتداد العقد الماضي بالمقالات المكتوبة والبرامج الإذاعية والتلفزيونية التي تنظر وتجل الشراكة بين القطاع الخاص والحكومي (عادة يضاف لهما القطاع الأهلي). ففي ظل الجائحة ظلت هذه الاستراتيجية مجرد لفظ إذاعي ومهني وأكاديمي بعيد كل البعد عن أرض الواقع، فلم تكشف لنا الجائحة عن أي مظاهر ملموسة لحالة التكامل أو شراكة بين القطاع الصحي الخاص والعام. مثلاً، لم تتضمن قوانين وتعليمات الطوارئ الصادرة أي إلزام أو طلب من المستشفيات الخاصة لتقديم حد معين من الموارد البشرية والمادية لمواجهة الجائحة. مع العلم أن السماح لبعض المختبرات الخاصة بتقديم خدمة إجراء الفحص (مدفوعة الأجر) لصالح الشركات والمؤسسات الراغبة «بالاطمئنان» على سلامة موظفيها هو مسألة تدور حولها الكثير من علامات الاستفهام وشبهات استغلال الجائحة لتحقيق الربح، بالذات في الوقت الذي عانت منه الحكومة - كما هي حال معظم دول العالم - من شح مسحات الفحص، ناهيك عن شبهة الفساد حول السماح

36 معهد أبحاث السياسات الاقتصادية الفلسطينية - ماس (2020)، تقييم القطاع الصحي الفلسطيني: دراسة تحليلية على المستوى الكلي

37 <https://www.al-bayader.org/2020/06/382572>

38 انظر موقع وزارة الصحة الفلسطينية <http://www.moh.ps/mohsite/index/ArticleView/ArticleId/4851/Language>

لبعض المختبرات دون غيرها.

• أدى النقص الحاد في الكادر الطبي إلى مضاعفة ساعات عملهم وإلى مراكمة الكثير من الضغط الجسدي والنفسي عليهم. مثلاً، في الأسابيع الأولى من وصول الجائحة كان هناك فقط 11 عامل وعاملة يقومون بفحص جميع العينات المسحوبة في الضفة، وقد توزعوا على مختبرين حكوميين في رام الله وبيت لحم (تم مضاعفة مراكز الفحص لتشمل نابلس والخليل ومدن أخرى). تعرض هؤلاء لضغوط جسدية ونفسية عالية بسبب طول ساعات العمل التي وصلت في بعض الأحيان لـ 16 ساعة عمل متواصلة وبسبب انقطاعهم عن أسرهم لفترات طويلة بالإضافة لضغط التعامل مع فيروس خطير وغير معروف.³⁹

• إن إهمال الحكومات الفلسطينية المتعاقبة للقطاع الصحي وعدم تخصيص الموارد المالية اللازمة من خلال الموازنة العامة انعكس أثناء الجائحة من خلال النقص الواضح في التجهيزات الصحية والطبية في المستشفيات المراكز الطبية الحكومية. وقد حد ذلك من القدرة الاستيعابية للمؤسسات للمرضى وإلى اعتماد الحكومة على وعي المصابين في الانضباط وحجر أنفسهم بأنفسهم. في المجمل، حرمت استراتيجية الحجر المنزلي الشخصي الكثير من المصابين الحصول على حقهم في خدمات الرعاية الصحية اللازمة والواجب على الحكومة والوزارة تقديمها، ناهيك عن أن مثل هذه الاستراتيجية تركز على مستوى الوعي الشخصي للمصاب مما يعرض المحيطين به للإصابة في حال غياب الوعي اللازم. مع العلم أن الحكومة نجحت في بداية الجائحة وبسبب العدد القليل جداً للمصابين من توفير مراكز حجر ملائمة، إلا أنه مع ازدياد أعداد المصابين بدأت معايير مراكز الحجر تنحدر شيئاً فشيئاً. مثلاً، كان هناك الكثير من التذمر حول مستوى جاهزية مركز الحجر في أريحا والمخصص لاستقبال المواطنين العائدين من الخارج، وفي نهاية الأمر لم يوافق العائدون على دخول الحجر وسمح لهم حجر أنفسهم في منازلهم.

• كان من المستغرب تحميل الحكومة الفلسطينية - كما هو الحال في العديد من دول المنطقة والعالم - كامل تكلفة فحص الكورونا للمواطن. ربما كان من المقبول والمنطقي فرض رسوم رمزية، إلا أنه لا يوجد ما يبرر إلقاء التكلفة كاملة على كاهل المواطن إلا من المنظور النيوليبرالي الذي لا يرى أن تقديم الرعاية الصحية الأساسية والمجانية هو واجب الحكومة - بالذات بسبب الظروف الاقتصادية الصعبة التي خلقتها الجائحة. ومع ذلك، ما زال هناك الكثير من عدم الوضوح في آليات إجراء الفحص سواء من حيث اختيار العينات العشوائية أو تكلفة إجراء الفحص. بشكل عام، لا يعفى من دفع الرسوم إلا من ثبت أنه مخالط من الدرجة الأولى، لكن الاشتباه بالإصابة لا يعفى من دفع التكلفة وقيمتها⁴⁰ 150 شيكل (ما يعادل \$43). كما فرضت الحكومة رسوم مماثلة على اصدار شهادة خلو من الفيروس. ما يؤكد هذا التوجه الربحي في التعامل مع الجائحة إن الحكومة سمحت لأحد الجامعات الخاصة في أحد الضواحي «الراقية» في مدينة رام الله بإجراء الفحص، إلا أن التكلفة في هذه الحالة تصل إلى 250 شيكل أي بنسبة 160% عما هي عليه لدى الجهات الحكومية.

• أن مسألة الفساد الإداري والمالي للسلطة الفلسطينية هي دائماً أحد أهم الجوانب التي يتم التطرق لها عند تقييم أداؤها. في بيانها الصحفي يوم 25 شباط 2020 أعلنت وزارة الصحة أنها عممت على جميع المختبرات الطبية الامتناع عن إجراء فحص كورونا لضمان سلامة المواطنين وإجراء المتابعة الصحية اللازمة مع التشديد على أنه سيتم ملاحقة المخالفين قانونياً⁴¹. لذا، لا بد من التساؤل حول الآلية والمعايير التي تم من خلالها السماح لبعض مختبرات القطاع الخاص دون غيرها بإجراء الفحوصات، بالذات في الوقت الذي أظهرت فيه هذه المختبرات عدم كفاءة بعد صدور نتائج خاطئة عن أحد

https://www.al-ayyam.ps/ar_page.php?id=13bd9c0ey331193358Y13bd9c0e 39

40 تم تخفيض المبلغ إلى 120 شيكل

https://wafa.ps/ar_page.aspx?id6=EW47Ja870975819384a6EW47J 41

هذه المختبرات مما اضطره للاعتذار على وسائل التواصل الاجتماعي كما اضطرت الوزارة لسحب ترخيص إجراء البحث من جميع المختبرات الخاصة، لتعود وتعطيها لعدد من المختبرات فيما بعد لإجراء الفحص السريع.

• لم تصدر الحكومة أية قوانين أو تعليمات تلزم شركات التأمين لإدراج فحص كورونا ضمن خدماتها. مع العلم ان إلزام قطاع التأمين بتحمل تكلفة الفحص أو حتى جزء منه هو نوع من التكافل المجتمعي والمسؤولية المجتمعية الواجبة على الشركات الكبرى، وتطبيق عملي لخطاب الشراكة بين القطاع العام والخاص.

كانت هذه بعض الملاحظات والانتقادات حول إجراءات وقرارات الحكومة في التعامل مع الجائحة الصحية. مع التذكير أن إهمال القطاع الصحي من قبل الحكومات المتعاقبة أدى إلى تقصير الحكومة في توفير حق جميع مواطنيها بخدمات صحية ملائمة وفيها صون للكرامة. وهي انتقادات لم تستطع الحكومة معالجتها بعد بالسياسات وبالخطاب الشعائري ولا حتى بالحلول الأمنية لاحتواء الفيروس. وهو ما خلق حالة من عدم الثقة بالحكومة وسياساتها وخطاباتها وقد كان لعدم الثقة دورا مهما في تجاوز الناس لكثير من القرارات الحكومية فخرجت العديد من الأصوات المعارض - على المستوى الشعبي أو على مستوى المصالح رأس المال - للسياسات والإجراءات الحكومية المتبعة كانت الغلبة فيها للقوى الاقتصادية على حساب الحق في الصحة.

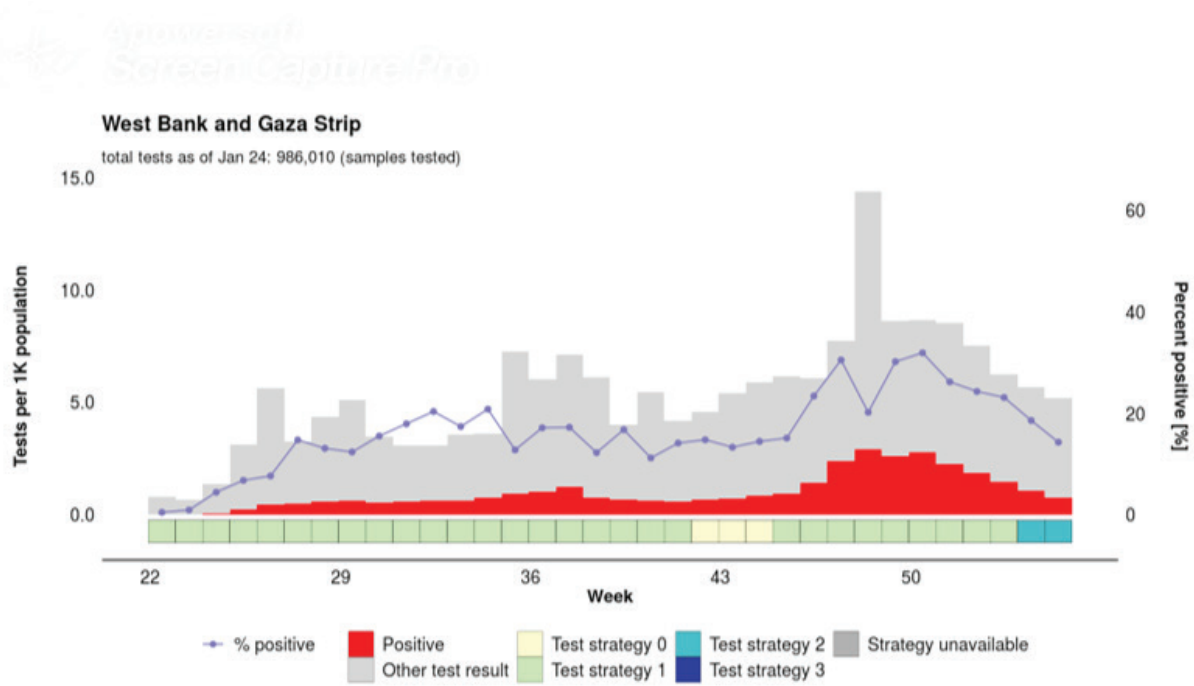
خاتمة

حاولت هذه الورقة تقييم دور وأداء الحكومة في ظل جائحة كورونا من منظور الحق في الصحة من خلال رصدها لسياسات وإجراءات وقرارات الحكومة الفلسطينية في مواجهة الجائحة. حيث خلصت إلى أن أداء الحكومة شابه الكثير من الثغرات تعود في جزء منها لأسباب تقنية (مثل عدم الكفاءة والفساد المالي والإداري) إلا أن الجزء الأكبر من هذه الثغرات يعود لأسباب بنيوية تتعلق بتبني الحكومة نهجا نيوليبراليا قادها للتخلي عن الدور الاجتماعي المناط بها ومهد لتسليع الخدمات الصحية (والخدمات الاجتماعية عموما)، وهو ما أدى إلى انكشاف شرائح واسعة من الطبقات الفقيرة والمهمشة وانتهاك حقهم في الحصول على خدمات صحية تضمن لهم عيشا كريما.

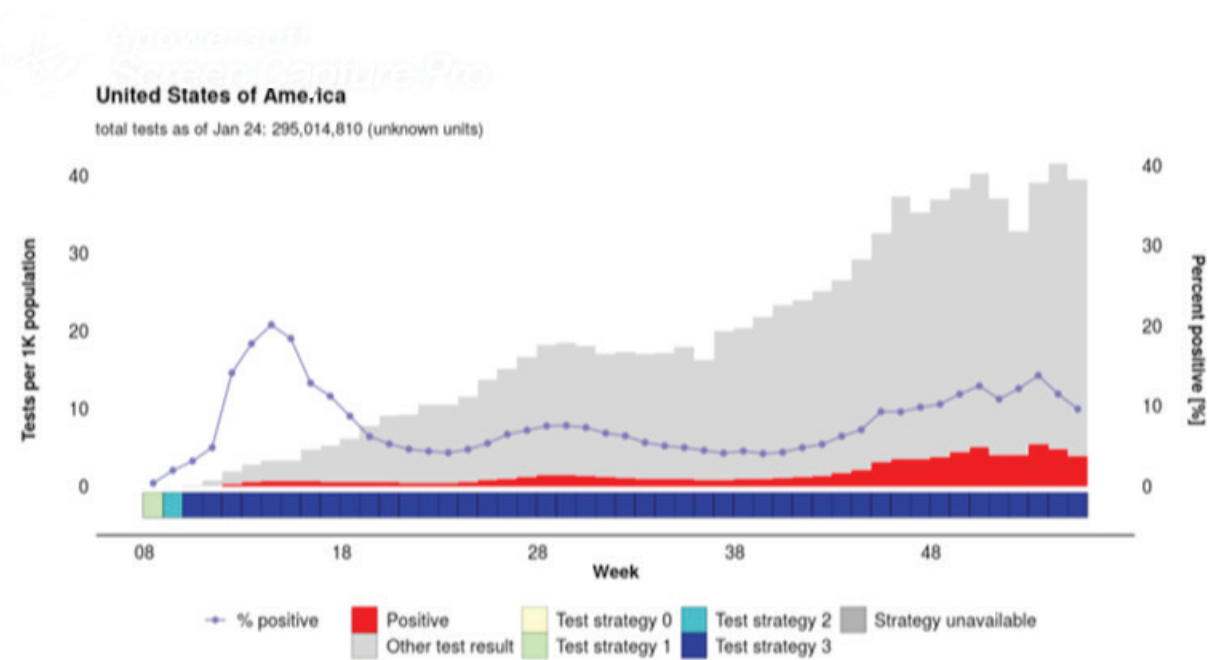
التوصيات:

1. ضرورة إعادة النظر في مجمل السياسات الصحية والتنمية للسلطة الفلسطينية، وخصوصا من ناحية توزيع الموازنة وإعادة الإعتبار للموازنة التطويرية في القطاع الصحي، فمن غير المعقول بقاء هذا الإنفاق المستعر على التحويلات الطبية بمقابل عدم الإستثمار في توطين الخدمة الطبية في المستشفيات المحلية وخصوصا الحكومية.
2. ضرورة وجود قانون ملزم ينظم التأمين الصحي العادل والشامل والإلزامي لكافة المواطنين، حيث يسعى هذا التأمين لخلق التضامن الاجتماعي عن طريق فرض ضريبة ونسبة مشاركة على الدخل، يضاف لها مساهمات الحكومة المباشرة، وقد يكون تشكيل مؤسسة مختصة بالتأمين الصحي (وقد يضاف لها فيما بعد أنواع أخرى من التأمينات).
3. ضرورة أن تضع الحكومة الفلسطينية الاحتلال الإسرائيلي أمام مسؤولياته بتوفير الرعاية الطبية بما فيها اللقاحات كون الاحتلال لا يزال يمارس سيطرته على الأرض ويفرض نظاما ممنهجا للتمييز العرقي ضد الفلسطينيين.
4. ضرورة وجود منظومة للحماية الاجتماعية تقوم بالعناية بالمواطنين الفلسطينيين وتوفير الخدمات الأساسية لهم، وفق منطق التضامن الاجتماعي، بحيث يتم توفير ضمان الدخل للأسر المحتاجة خصوصا في أوقات الأزمات.
5. ضرورة تفعيل التشريعات العمالية المختلفة وخصوصا قانون العمل الفلسطيني ورفع الحد الأدنى للأجور وتطبيقه، بما يوفر نوعا من الاستقرار الاقتصادي للعاملين الفلسطينيين.
6. ضرورة إعادة التفكير في السياسات التنموية وخصوصا تلك المتعلقة بالقطاع الزراعي، بحيث يتم تفعيل الإنتاج الأسري الصغير والمتوسط بما يكفل توفير حاجة السوق المحلي من مجموعة من المواد الأساسية الغذائية خصوصا وحماية وتشجيع هذا الإنتاج خصوصا عبر الزراعة البيئية وتطبيق مفهوم السيادة على الغذاء، وقد ظهرت هذه الحاجة مع تعطل سلاسل إنتاج وتجارة الغذاء العالمية خصوصا في الفترات الأولى للإغلاق.

ملحق بياني رقم (1) يوضح استراتيجيات الفحص لدى السلطة الفلسطينية بالمقارنة مع 4 دول



المصدر: WHO Website



Activate Window
Go to Settings to activate

المصدر: WHO Website

Jordan

total tests as of Jan 24: 3,691,350 (samples tested)



Measure

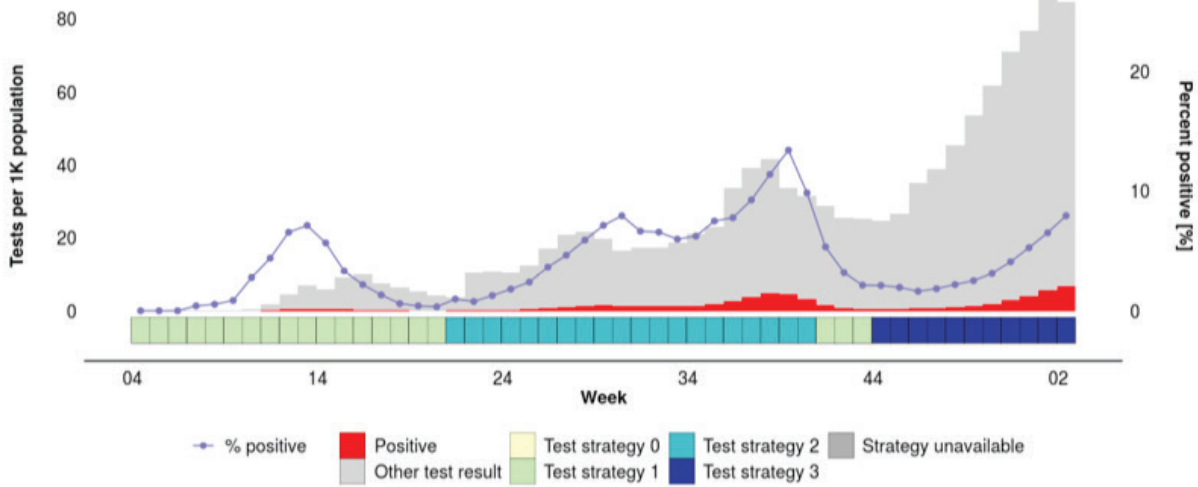
Values

Activate Window:
Go to Settings to activate

المصدر: WHO Website

Israel

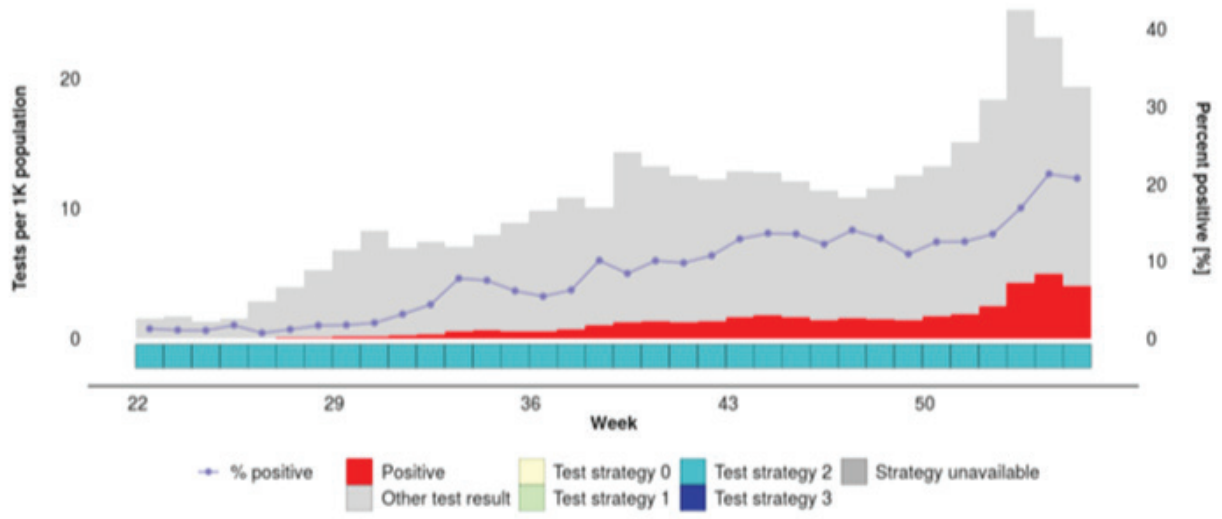
total tests as of Jan 17: 10,137,297 (samples tested)



المصدر: WHO Website

Lebanon

total tests as of Jan 24: 2,495,677 (samples tested)



Activate Window
Go to Settings to activ

Measure Values

المصدر: WHO Website

ملحق بياني رقم (2): يوضح الفجوة في المعدات واللوازم الطبية للقطاع الصحي الفلسطيني اثناء جائحة كورونا











في شهر 4 - 2020

Health Supplies Needs as per PA Revised Plan

Item	Baseline West Bank	Delivered West Bank	Baseline Gaza	Delivered Gaza	Under procurement (overseas)	Total Needed (as per PA revised plan)	Gap
Testing items for no. ppl	18,390	3,400	2,772	3,500		500,000	(471,938)
PCR machines				1	1	6	(5)
Patient monitor				14		1,500	(1,486)
PPEs		50,000		13,600		100,000	(36,400)
Face masks		13,800		6,550		165,000	(144,650)
Ventilators	175		120		100	1,200	(905)
Oxygen concentrators					15	150	(150)
ICU beds (PA)	255		120			1,200	(825)
ICU beds with ventilator (WHO sitrep)	213		87		37	1,200	(900)
Goggles/eye wear		800		800		20,000	(18,400)

المصدر: OCHA Situation Report No. 5

في شهر 01 - 2021

Supply Category	Item / Unit	Estimated Qty (as per IA Response)	Delivered	Pipeline	Current Gap
Case Management	 Ventilator, medical, invasive, adult/child	250	105	125	20
	 Patient Monitor (vital signs)	250	130	164	(44)
	 Oxygen Concentrator	250	59	134	57
	 ICU Hospital Beds	250	87	79	84
	 Patient Beds	400	86	264	50
Infection Prevention and Control (IPC)	 Surgical Mask	4,000,000	2,080,750	354,050	1,565,200
	 N-95 Respirator	300,000	297,624	68,380	(66,004)
	 Surgical gloves	8,000,000	5,796,323	1,699,022	504,655
Laboratory Testing	 COVID-19 PCR Tests	500,000	205,344	9,600	285,056
	 Swabs / Medium, sample collection	500,000	241,500	20,100	238,400

المصدر: OCHA Situation Report No. 26