

نهاية داوود *

السياسات الصحية تجاه المجتمع الفلسطيني في الداخل في ظل جائحة كورونا وما قبلها: أين نحن من العدل الصحي؟

الأقلية العرقية الأفريقية في أمريكا^٦ والسكان الأصليون في كندا^٧ وأستراليا^٨ والأفارقة تحت نظام الأبرتهيد العنصري في جنوب أفريقيا^٩. لا يمكن بناء على مبدأ العدل الصحي تحقيق المساواة في الصحة فقط من خلال تقديم الخدمات الصحية وتوزيعها، بل يجب الأخذ بعين الاعتبار مجمل العوامل الاجتماعية الاقتصادية والثقافية وتقاطعها، ومكانة السكان الأصليين السياسية وفقاً للسياق التاريخي،^{١٠} والواقع الكولونيالي الاستيطاني الذي تعيشه، لما لها من تداعيات مهمة على تحصيل الحق بالصحة والسياسات الصحية والتعزيز الصحي.^{١١}

تشير الأبحاث إلى أن جذور انعدام المساواة في الصحة لدى المجموعات الأصلية والأقليات العرقية ترتبط ارتباطاً وثيقاً بتاريخها السياسي،^{١٢} وبهيكليّة المبنى الاقتصادي وبالفجوات الطبقيّة والجنديّة التي تنم جميعها عن سياسات التمييز العنصري والممنهج

تعتمد هذه الورقة مبدأ العدل الصحي لفهم وتحليل المكانة الصحية والسياسات الصحية تجاه المجتمع الفلسطيني في الداخل في ظل جائحة كورونا، معتبرة هذه السياسات امتداداً لسياسات التمييز العنصري في ظل السياق الاستعماري والاستيطاني الذي يعاني منه الفلسطينيون منذ النكبة في العام ١٩٤٨. يستند مبدأ العدل الصحي^{١، ٢}، على نظرية العدل الاجتماعي (social justice)^٤ ونظريات ماركسية واشتراكية في الاقتصاد السياسي،^٥ حيث ينظر للمكانة الصحية كحق أساس من حقوق الإنسان يرتبط ارتباطاً وثيقاً بحقوق أساسية أخرى، وفقاً للسياق التاريخي وسياسي واجتماعي واقتصادي طبقي للمجتمعات. لقد طُوّر مفهوم العدل الصحي في الأبحاث خاصة في ما يتعلق بمجتمعات الأقليات العرقية والسكان الأصليين، مثل

* محاضره جامعّة وباحثة أكاديمية وناشطة في الصحة العامة، عضو مؤسس للجنة المتابعة القطرية للصحة ومنتهى الصحة العامة

والتوزيع غير المتساوي للموارد، وعلاقات القوة داخل المجتمع.^{١٣ ١٤ ١٥} فطالما عانت هذه المجموعات على حد سواء من سياسات التهميش والتمييز والتهميش وسلب الأراضي والقمع السلطوي مما يعتبر انتهاكاً لحقوق الإنسان ويؤثر سلباً على صحتها.^{١٦ ١٧}

حيث إن الحق في الصحة حق أساس من حقوق الإنسان وفقاً لوثيقة حقوق الإنسان، والعديد من المعاهدات الدولية التي وضعتها الأمم المتحدة،^{١٨} تعتبر الصحة مصدراً أساسياً لمجتمع سليم ومنتج، وقد ناشدت منظمة الصحة العالمية من خلال إعلان ألما آتا في العام ١٩٧٨ جميع الدول الأعضاء بتطبيق مبدأ المساواة في الصحة وتقليص الفجوات فيها.^{١٩} إلا أن جميع دول العالم تعاني من هذه الفجوات،^{٢٠} كما من الفجوات الطبقيّة والاقتصادية. لا يوجد في الكثير من الدول قانون أساس وعام لتحقيق الحق في الصحة ومناخية الخدمات الصحية، ولا توجد سياسات توزيع متساوٍ للخدمات الصحيّة.^{٢١} كما توجد فروقات شاسعة في المكانة الصحيّة الجسمانية والنفسيّة خاصة في ما يتعلق بالأقليات العرقية والسكان الأصليين.^{٢٢} كما شهدت على ذلك السنة الأخيرة إبان أزمة كورونا. الفلسطينيون - وهم سكان البلاد الأصليين - بعيدون كل البعد عن نيل الحق في الصحة وفقاً لأبحاث وأدبيات كثيرة نأتى على ذكرها في هذه الورقة. حيث أنه وعلى مدار القرن الأخير يعمل الجهاز الصحي في إسرائيل كذراع مؤسسية لتعزيز الكيان الصهيوني الاستيطاني في البلاد. إذ أدركت الحركة الصهيونية قبل قيام إسرائيل أهمية الصحة والخدمات الصحية بالنسبة للمهاجرين اليهود لفلسطين.^{٢٣} استُخدمت من خلال هذا الجهاز سياسات عنصرية مؤسسية لضمان الفوقية العرقية لليهود. من هنا يتم التعامل مع الجهاز الصحي كأداة للهيمنة لكي تضمن غالباً «الأمن الصحي» لفئة واحدة وهي اليهود. يقتصر دور المهنيين العرب في الجهاز الصحي على تقديم الخدمات، ولا يكونون شركاء في صنع القرار حتى ولو تبوؤوا مناصب إدارية عليا في الخدمات الصحية. من هنا يتم غالباً وضع احتياجات الفلسطينيين الصحية في الداخل جانباً أو يتم التعامل معها على أنها هامشية.^{٢٤} كما يتم غالباً التعامل مع صحة الفلسطينيين من منظور فوقية وليس من قبل خصوصيتهم الثقافية الاجتماعية والاقتصادية. بل يتم تزيينهم بوضعهم الصحي المتردي.

كما أن وزارة الصحة تعتمد سياسة العصا والجزرة في ما يتعلق بصحتهم. مثلاً قامت بإغلاق عيادات الرعاية الصحية أثناء الإضرابات أو الأحداث السياسية، كما امتنعت على مدى سنوات عن تطوير خدمات صحية في القرى غير المعترف بها في النقب.

اعتماداً على ما ورد أعلاه، تشمل هذه المقالة أربعة أجزاء أساسية: يعرض الجزء الأول تداعيات أزمة كورونا وأساليب التعامل مع معها عالمياً، ويتناول الجزء الثاني السياسات الصحية التي اعتمدتها حكومة إسرائيل ووزارة الصحة الإسرائيلية في علاج الأزمة عامة في البلاد، في ما يركز الجزء الثالث على المكانة الصحية للفلسطينيين في الداخل في ظل أزمة كورونا وسياسات علاج الأزمة في المجتمع الفلسطيني في الداخل وتأثيره على الإصابة بالكورونا. الجزء الرابع وهو الأهم من حيث فهم السياسات الصحية تجاه الفلسطينيين بالداخل وتحليلها على مدى العقود السبعة الأخيرة، حيث يضم محورين أساسيين: يقوم الأول بعرض المكانة الصحية وتحليلها وفقاً لمبدأ الحق في الصحة بما يشمل تقاطع المكانة السياسية والاجتماعية والاقتصادية للمجتمع أبان النكبة إلى يومنا هذا وتأثيرها على الصحة. ويتعلق المحور الثاني بمدى تحقيق الحق في الصحة من خلال السياسات الصحية تجاه المجتمع الفلسطيني في الداخل ووفقاً لحقب تاريخية قبل سن قانون الصحة العام وبعده، ومن ناحية منالية الخدمات وإتاحتها وتوزيعها من خلال المنظومة الصحية في إسرائيل. أنهى المقال باقتراحات لإستراتيجيات عمل عينية من شأنها أن تعمل على النهوض بصحة الفلسطينيين في الداخل. أشير هنا إلى أنه لم يتم التعامل من خلال هذه الورقة مع الوضع الصحي في مناطق الضفة وغزة، حيث أن واقعها السياسي والصحي يحتم ورقة خاصة تتناول تركيبة الوضع هناك.

ظهور فيروس كورونا المستجد

والسياسات الصحية للتعامل مع الجائحة عالمياً

كان لظهور فيروس كورونا المستجد (كوفيد-١٩) أهمية كبيرة في الكشف عن محدودية المنظومات الصحية من حيث جاهزيتها وإمكاناتها في حماية صحة الجمهور بمواجهة الجائحة في كافة دول العالم.^{٢٥} كما أبرزت عمق الفجوات في الصحة بين الفئات

اتسمت إدارة أزمة كورونا في إسرائيل بالهيمنة العسكرية والأمنية واستعمالها سياسيًا من قبل رئيس الحكومة، حيث تم إبعاد مهنيي الصحة العامة والفلسطينيين عن طاولة القرارات.

إن مقدرة الدول على مواجهة الفيروس تتفاوت اعتمادًا على شكل نظام الحكم^{٣٦} وتداعيات هذا النظام أيضًا على المنظومة الاقتصادية والبنية الطبقية وبالتالي على المنظومة الصحية^{٣٧}. إذ إن مكافحة الكورونا والقضاء عليه تعتمد أيضًا على مميزات الجهاز الصحي. من هنا شهدنا أن الدول التي تعتمد أنظمة اجتماعية أكثر مساواة من ناحية الدخل، والفروقات الاقتصادية فيها قليلة، وتعمل فيها منظومات صحية شاملة، كانت هي الأنجع في إدارة أزمة كورونا. حيث كانت فيها نسبة الإصابة بالفيروس ونسبة الوفيات أقل نسبيًا من غيرها مثل الدول الإسكندنافية، مقابل نسب الإصابة والوفيات المرتفعة في أميركا والبرازيل والهند التي تعتمد نظامًا اقتصاديًا رأسماليًا ونظامًا صحيًا غير شامل^{٣٨}.

سياسات التعامل مع جائحة كورونا في إسرائيل

اتسمت إدارة أزمة كورونا في إسرائيل بالهيمنة العسكرية والأمنية واستعمالها سياسيًا من قبل رئيس الحكومة، حيث تم إبعاد مهنيي الصحة العامة والفلسطينيين عن طاولة القرارات. منذ أن ظهرت الحالة الأولى من الإصابة في فيروس كوفيد-١٩ في إسرائيل بتاريخ ٢٧/٢/٢٠٢٠، قامت الحكومة ووزارة الصحة بالعديد من الخطوات من أجل ما يسمى «تسطيح المنحنى» والتقليل من انتشار العدوى والاصابات الجديدة. حيث قامت بنشر المعلومات عن طرق الحماية من فيروس كورونا عبر موقع وزارة الصحة الإلكتروني ووسائل التواصل الاجتماعي وقامت أيضًا بتطوير

المختلفة في المجتمعات خاصة تلك المتعلقة بالأقليات والطبقات المسحوقة اقتصاديًا^{٣٩} بسبب اعتماد الانظمة النيوليبرالية والاقتصاد الرأسمالي وضع المنظومات الصحية العامة في أدنى سلم الأولويات^{٤٠}. حيث تعاني المنظومات الصحية في الكثير من دول العالم، من تدنٍ، بل تراجع، في الميزانيات والقوى البشرية والبنى التحتية وميزانيات التطوير والأبحاث، مما انعكس سلبًا على مستوى الخدمات الصحية وجودتها. أدى ذلك وفقًا لتقارير من دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية OECD إلى تعميق الفجوات الصحية^{٤١}. وقد كان لظهور أزمة كورونا تداعيات مهمة ليس فقط على الوضع الصحي والسياسات الصحية إنما أيضًا على الاقتصاد^{٤٢}.

منذ أن أعلنت منظمة الصحة العالمية بتاريخ ٢٠٢٠/٣/٩ أن فيروس الكورونا هو جائحة؛ أي وباء عالمي، وأنه يتوجب على كافة دول العالم التصدي له^{٤٣} أصبحت الدول في سباق مع الزمن من ناحية مقدرتها على حماية صحة الجمهور، في ظل عدم اكتشاف علاج ناجع وعدم وجود تطعيم ضد الفيروس (قبل اكتشاف التطعيمات). من هنا اعتمدت جميع الدول توصيات منظمة الصحة العالمية بالتباعد الاجتماعي (الجسماني) ووضع الكمامات وغسل اليدين^{٤٤}. لقد كان انصياع الجمهور لهذه التعليمات والوقاية هو الاستراتيجية المعتمدة الأهم، إلى جانب إجراء الفحوصات والمسوحات من أجل حصر أماكن انتشار المرض حرصًا منها على الفصل بين المرضى وبين حاضني المرض الذين هم مرضى ولا تظهر عليهم علامات المرض والمعافين.

تطبيق خاص للكشف عن مكان المصابين. تبعت ذلك خطوات العزل المنزلي للمصابين وفحوصات مخبرية للكورونا من أجل تشخيص الحالات الجديدة وفحص الوافدين من خارج البلاد وتوجيههم لفنادق خاصة. أعلن بتاريخ ٢٠٢/٣/١٠ عن أول عدوى جماهيرية بالكورونا في إسرائيل؛^{٣٩} أي حالة إصابة لا يعرف مصدرها. بعد أن تحولت العدوى إلى جماهيرية أعلنت وزارة الصحة في إسرائيل عن إغلاق تام يطال جميع السكان ويلزمهم منازلهم. وقد جاء ذلك بشكل تدريجي حيث أغلقت أولاً المدارس والجامعات، ثم أماكن الترفيه والمقاهي وتبعها أماكن عمل غير ضرورية.. إلخ. فرض على جميع السكان حظر تجول حيث سمح لهم بالخروج من البيت للتزود بالطعام وشراء الأدوية والتوجه للطبيب أو إجراء الفحوصات. طُوِّرت بعدها آليات للرصد الوبائي للمرضى من أجل تقصي الأماكن التي مكثوا فيها وتحديد الأشخاص الذين كانوا على تواصل معهم. إضافة لذلك جُهِّزت المستشفيات من ناحية المعدات وحُصِّصت أقسام لاستقبال مرضى الكورونا. وأُرشدت الطواقم الطبية إلى كيفية التعامل مع مرضى الكورونا. لحقها أيضاً خطوات للتعامل مع المرضى في خدمات الصحة الأولية (أي عيادات صناديق المرضى) وفي الرعاية الصحية. من ناحية فحوصات الكورونا فقد أجرتها في البداية مؤسسة الإسعافات الأولية (مادا) ومن ثم نقلت إلى المستشفيات ونقاط فحص أقيمت خصيصاً لذلك في المدن والتجمعات السكانية الكبيرة وأخيراً وصلت إلى عيادات صناديق المرضى.

على الرغم من هذه الخطوات فقد جرى نقاش داخلي حاد في إسرائيل حول نجاعة هذه الخطوات التي قامت بها الحكومة ووزارة الصحة من أجل كبح انتشار الفيروس. تمثلت هذه النقاشات بانقسامات بين أطراف مهنية وأخرى سياسية وحملت أبعاداً سياسية واقتصادية وأمنية.

دارت النقاشات المهنية حول جاهزية الجهاز الصحي في إسرائيل للتعامل بشكل جدي مع الجائحة.^{٤٠} على الرغم من أن الجهاز الصحي في إسرائيل هو شامل وفقاً لقانون الصحة العام منذ سنة ١٩٩٤، فقد حُصِّص الكثير من الخدمات على مدى السنوات خاصة العشر الأخيرة، ولم تُحدد معايير للخدمات الصحية العامة حتى يومنا هذا.^{٤١} إذ يعاني الجهاز الصحي من حيث الميزانيات والخدمات والبنى التحتية والمعدات والقوى العاملة فيه. يحتاج الجهاز الصحي في إسرائيل بحسب تقارير عديدة إلى نحو

١٤ مليار دولار من أجل سدّ هذه الثغرة، ومليارات عدّة أخرى من أجل ضمان تمكنه من مواجهة حالة الطوارئ مثل جائحة كورونا. حيث أنه وفقاً لمعايير الدول الصناعية الـ OECD فإن نسبة الممرضات والأطباء لكل ١٠٠٠ من السكان منخفضة نسبياً، والأدوار للخدمات الصحية تطول أكثر مثلاً للجراحة والتخصصات على أشكالها خاصة الصحة النفسية. أدى شح ميزانيات الجهاز الصحي إلى تعميق الفجوات في توفر الخدمات الصحية بين المناطق المختلفة خاصة المركز والشمال والجنوب. بحسب تقارير وزارة الصحة، هناك فجوات واضحة من حيث عدد الأسرة في المستشفيات الحكومية، وعدد الأطباء والممرضات والمتخصصين بين المناطق المختلفة. أدى ذلك كلّه إلى خوف شديد من انهيار الجهاز الصحي في إسرائيل من الجائحة. لذلك طالبت الجهات المهنية في الصحة بتقوية الجهاز الصحي من ناحية الميزانيات، كما طالبت بأخذ دورها في إدارة التعامل مع الجائحة حيث لم تشمل الهيئة العليا للطوارئ المسؤولية عن اتخاذ قرارات تتعلق بالجائحة مهنيين في البداية واقتصرت على فئات سياسية وعسكرية.^{٤٢}

تركّز النقاش الاقتصادي على تأثير الإغلاقات على سوق العمل والتغيرات التي طرأت عليه خلال الجائحة وفقدان قرابة مليون شخص من فئات مختلفة أماكن عملهم، خاصة ذوي المصالح الصغيرة ومن لا يتمتعون باستقرار وظيفي مثل العمال ومقدمي الخدمات. طالب هؤلاء بتوفير الدخل لهم وتأمين ظروف معيشية أساسية تمكنهم من تجاوز الأزمة. قامت الحكومة بتحديد معايير معينة توفر دخلاً أساساً لهؤلاء لكن وفقاً لتقارير مختلفة لم يتم ذلك بالقدر الكافي.

أما النقاش السياسي فتمحور حول تسييس أزمة كورونا، واستخدامها لتحقيق مكاسب سياسية خاصة من قبل رئيس الحكومة، إثر عدم استقرار الحكومات في إسرائيل، وعدم تمكن نتنياهو من تشكيل حكومة على مدار الانتخابات الأربع الأخيرة، واستعماله الكورونا كأداة لتشكيل ائتلاف حكومي جديد مع خصومه السياسيين. من هنا تمت السيطرة على إدارة أزمة كورونا من قبل مكتب رئيس الحكومة، وأبعدت الطواقم المهنية في الصحة العامة عن المشاركة في صنع القرار. وقد شهدنا ظهور نتنياهو يومياً تقريباً على الإعلام من أجل «توضيح» طرق التعامل مع الكورونا! أدى ذلك حسب أبحاث مختلفة إلى ضعفة الثقة بين

كان لظهور أزمة كورونا دور كبير في إبراز الفجوات في الصحة والخدمات الصحية تجاه فلسطيني الداخل. حيث شهدت البلدات العربية بُعيد الموجة الأولى نسبة مرتفعة من الإصابات، خاصة الحالات الصعبة والوفيات، من دون أن تمتلك القدرة الكافية على حماية نفسها من الكورونا وتداعياتها.

قامت حكومة إسرائيل خلال هذه المدة بمفاوضات من وراء الكواليس من أجل شراء التطعيمات من شركات الأدوية خاصة فايزر، التي كانت السبابة للحصول على موافقة إدارة الدواء والغذاء الأمريكية (FDA) من حيث الأمان والنجاعة. حيث تم في شهر كانون الأول ٢٠٢٠ البدء بحملة التطعيمات بين الطواقم الطبية، تلتها حملة تطعيمات جماهيرية حسب مجموعات الخطر والجيل. انتهت هذه الحملة في شهر آذار ٢٠٢١ بنسبة تطعيم تفوق الـ ٨٠٪ من الفئة المستهدفة من جيل ١٥ وما فوق. في المقابل، حصلت شركة فايزر على معطيات صحية عن نجاعة التطعيمات جماهيريًا في البلاد. في بداية شهر حزيران ٢٠٢١ ألغيت جميع التقييدات المتعلقة بالشارة الخضراء (التي تعطي حرية التنقل لذوي التطعيم والذين يحملون نتيجة سلبية لفحص الكورونا) والبنفسجية (التي تلزم الزائرين للأماكن العامة والترفيه بالتباعد الاجتماعي). يتم الآن النقاش في إسرائيل حول تطعيم الأطفال من جيل ١٢-١٥ سنة. مع أنه كان هناك فائض من التطعيمات إلا أن حكومة إسرائيل لم توافق على منح هذه التطعيمات للفلسطينيين في الضفة وغزة متجاهلة قرارات منظمة الصحة العالمية ووثائق حقوق الإنسان. لا يتسع المجال للتطرق لها بشكل مفصل.

السياسات الصحية تجاه المجتمع

الفلسطيني في الداخل أبان أزمة كورونا

كان لظهور أزمة كورونا دور كبير في إبراز الفجوات في الصحة والخدمات الصحية تجاه فلسطيني الداخل. حيث شهدت البلدات العربية بُعيد الموجة الأولى نسبة مرتفعة من الإصابات، خاصة الحالات الصعبة والوفيات،^{٤٤} من دون أن تمتلك القدرة الكافية على حماية نفسها من الكورونا وتداعياتها. حيث تعاني

السكان في إسرائيل بالنسبة للتجاوب مع تعليمات وزارة الصحة. ومن هنا بات الكثيرون، خاصة بعد الموجة الأولى في شهر نيسان ٢٠٢٠، لا يكتثون بهذه التعليمات، مما أدى إلى ارتفاع نسبة العدوى بشكل كبير في الموجتين الثانية والثالثة وفرض الإغلاقات العامة خلال الأشهر الستة التي تلتها.

أما النقاش الأمني فقد ارتبط بالنقاش السياسي الذي ركز على التعامل مع الكورونا كعامل من شأنه زعزعة أمن إسرائيل وقوتها في المنطقة وفي العالم وركز على حماية سكانها، خاصة اليهود منهم. إذ فرضت إسرائيل خلال فترة الكورونا قوانين الطوارئ، وتمت عسكرة الأزمة حيث تدخل الجيش في إدارتها على المستوى القطري والمحلي في البلدات المختلفة ومنها البلدات العربية. قامت حكومة إسرائيل باستعمال قانون الطوارئ وسن قانون تعقيم على إدارة الأزمة ومنع نشر حيثيات إدارتها مدة ٣٠ عامًا! وقد تم تفعيل أو بناء غرف طوارئ محلية على مستوى البلدات وتوزيع رزم أغذية على المحتاجين وغيره. تم التأكيد على أهمية تدخل جهاز الأمن الإسرائيلي (الشاباك) في كبح انتشار الكورونا. حيث بُني تطبيق يمكن جهاز الأمن من تعقب السكان وفحص أماكن تواجدهم، الأمر الذي جوبه بمعارضة من قبل جهات ومؤسسات حقوقية للموضوع.

على ضوء ضغوطات كبيرة على الحكومة في إسرائيل من قبل لجنة كورونا في الكنيست (السلطة التشريعية)، عُيّن في شهر آب ٢٠٢٠ مفوض لإدارة أزمة كورونا وهو طبيب مهني، كان خاضعًا مباشرة لرئيس الحكومة وشهد تعيينه الكثير من النزاعات بين الجانبين المهني والسياسي. إثر تعيينه اعتمدت إسرائيل في بداية شهر أيلول ٢٠٢٠ نظام الشارة الضوئية الذي يقسم البلدات حسب العبء الوبائي فيها إلى: حمراء وبرتقالية وصفراء وخضراء. وفقًا لذلك، تخضع البلدات الحمراء والبرتقالية لإغلاقات بينما تبقى البلدات الأخرى مفتوحة.^{٤٥}

البلدات العربية من مخلفات السياسات العنصرية من حيث البنى التحتية والوضع الاقتصادي والخدمات الصحية، كما أن وضعها من ناحية الأمراض المزمنة يضيف على عوامل الخطر. أضف إلى ذلك، أبعاد اعتماد أساليب عسكرية وأمنية في إدارة أزمة كورونا من قبل المؤسسة الإسرائيلية واستخدام هذه الأزمة لتحقيق مكاسب سياسية من قبل السلطة الحاكمة، الفلسطينين المهنيين في مجال الصحة عن موقع اتخاذ القرار في ما يتعلق بإدارة الأزمة. من هنا، كانت هناك إخفاقات كثيرة في البلدات العربية مما كان له تأثير كبير على ثقة الفلسطينين بكل ما يتعلق بالكورونا ومن ثم التزامهم بالتعليمات المتعلقة بالصحة العامة وبتقبلهم للتطعيمات.

على الرغم من أن فلسطيني الداخل يشكلون خمس السكان - وهذا له وزن مهم من الناحية الوبائية وتأثيرهم على انتشار العدوى في إسرائيل- فلم تؤخذ الحاجات الصحية في بلداتهم بالحسبان منذ البداية. من ناحية الصحة العامة، يعتبر المجتمع الفلسطيني في الداخل مجتمعاً في خطر من ناحية انتشار الكورونا ومن ناحية قدرته على مواجهة جائحة بهذا الحجم ومنع انتشارها. على الرغم من أن أغلبية الفلسطينين يسكنون في بلدات منفصلة عن الأغلبية اليهودية، وعلى الرغم من كونهم مجتمعاً شاباً في من ناحية معدل العمر، فإن المجتمع العربي في الداخل يعاني من نسبة مرتفعة من الأمراض المزمنة (السكري والسرطان وأمراض القلب) ومن نسبة تدخين مرتفعة، ما قد يشكل أرضاً خصبة للإصابة بالكورونا. كما أن الوضع الاقتصادي المتدني في البلدات العربية ومشاكل البنى التحتية وقلة الخدمات قد تشكل وضعا كارثيا من ناحية تفشي الوباء.^{٤٩} لم يتم التعامل مع الأزمة في البلدات العربية من خلال خصوصيتها من ناحية إمكانية العدوى أو انتشار الفيروس. من هنا، وبعد انتهاء الموجة الأولى في شهر أيار ٢٠٢٠ وبعد انتهاء عيد الفطر ورمضان من تلك السنة، شهدنا ارتفاعاً كبيراً في عدد الإصابات في البلدات العربية. حسب نموذج الشارات الضوئية، بقيت البلدات العربية حمراء أو برتقالية مدة طويلة، وكانت تعاني من إغلاقات متكررة من منتصف سنة ٢٠٢٠ حتى نهاية حملة التطعيمات في آذار ٢٠٢١.

لقد كانت نسبة الإصابات مرتفعة أكثر في البلدات

العربية (٩,٧٪) مقارنة بالبلدات اليهودية غير المتدينة (٧,٣٪) وبالبلاد عامة (٩,٢٪). إلا أن هذه النسبة تتأثر بعدد الفحوصات التي كانت أيضاً نسبتها قليلة أكثر من البلدات العربية مقابل البلدات اليهودية، فالنسبة قد تكون أكثر من ذلك بكثير. أما نسبة الوفيات بسبب الكورونا في جيل ٤٥ وما فوق فقد كانت مضاعفة عند العرب مقارنة باليهود. ٥,٣ لكل ١٠٠٠ مقابل ١,٨ لكل ١٠٠٠.^{٥٠}

أبرزت هذه النسب المرتفعة، وكون هذه البلدات حمراء خلال الموجتين الثانية والثالثة، العديد من الفجوات التي تنم ليس فقط عن سياسات تمييز إدارية خلال الجائحة، إنما تنم عن سياسات تمييز ممنهج تاريخية في المجال الصحي قبل الجائحة. تأتي هنا على أهم آليات هذا التمييز خلال الجائحة:^{٥١}

- أولاً- إقصاء الطواقم المهنية العاملة في مجال الصحة الفلسطينية من طاقم الطوارئ المهني القطري لعلاج أزمة كورونا في إسرائيل. علماً أن الكثير من هذه الطواقم وقفت في الواجهة لمواجهة الجائحة وعملت في أقسام الكورونا في المستشفيات الإسرائيلية.^{٥٢} حيث أن نسبة الفلسطينين من بين الطواقم الطبية والصحية مرتفعة نسبياً، إذ إنهم يشكلون نحو الـ ٢٠٪ من الأطباء وثلاث الممرضات ونحو ٤٠٪ من الصيادلة وفقاً لمعطيات وزارة الصحة. على الرغم من ذلك لم يتم شملهم ضمن طواقم صنع القرار. حيث أن طاقم الطوارئ القطري في إسرائيل الذي فُعل خلال أزمة كورونا هو طاقم طوارئ أمريكي، ولم يسبق له أن قام بالتعامل مع حالات طوارئ صحية بهذا الحجم أو الشكل. تاريخياً، تعتمد أنماط عمل هذا الطاقم على العسكر والجيش والمخابرات ولا تشمل أيّاً من المواطنين العرب الفلسطينين في إسرائيل. استخدمت الحكومة ووزارة الصحة أساليبها القديمة مع الفلسطينين في تعيين «حارس البوابة» الذي يحفظ لهم مصالحهم من دون أن يحتاجوا إلى تغسيل أيديهم. حيث عُيّن في شهر أيلول ٢٠٢٠ مفوض كورونا عربي لكنه لم يكن مهنياً من مجال الصحة. قامت وزارة الصحة من ناحيتها بتعيين موظف أيضاً من دون أي كفاءات في الصحة العامة ليتولى علاج كورونا في المجتمع العربي. كما لجأت وزارة الصحة إلى تعيين لجنة لإدارة كورونا في البلدات العربية من دون أن



تطعيم الفلسطينيين في الداخل: وصول متأخر، ورواية رسمية استشراقية. (رويترز)

كان العاملون في الرصد الوبائي من خارج البلدات العربية ولم يستطيعوا تحديد حركة المرضى بشكل يتلاءم مع مبنى البلدات العربية، لذلك كانت نجاعة هذا الرصد في حصر المرض ضئيلة.

- رابعاً- الفجوة في خدمات الطوارئ والإسعاف الأولي العامة وجاهزيتها في البلدات العربية. حيث تعاني البلدات العربية في البلاد من فجوات بنيوية في الخدمات الصحية مقارنة مع تلك اليهودية، حيث تعتمد خدمات الطوارئ المحلية على الحاجة الأمنية للبلدة، ما يعني أنها قد تكون معدومة في الكثير من البلدات العربية. تعتمد خدمات الطوارئ والإسعاف الأولي في البلدات العربية في غالبيتها على شركات خاصة لم تؤهل لمواجهة أزمة الكورونا ولم تُزود بالمعدات الطبية اللازمة. حيث أن فحوصات الكورونا رُكزت بأيدي خدمات الطوارئ في نجمة داوود الحمراء (ماداد) التي لم يتم تطويرها منذ أحداث تشرين الأول ٢٠٠٠.

- خامساً- الفجوة في الفحوصات، إتاحتها ومنايلتها. في بداية الجائحة كانت نسبة الفحوصات المخصصة للكورونا التي أُخذت في البلدات العربية لا تتعدى الـ ٦٪ من مجمل الفحوصات العام، ومن هنا ساد انطباع عام مفاده أن نسبة المرض منخفضة في البلدات العربية.^٩ حيث لم يتجاوز عدد الإصابات بالكورونا في البلدات العربية الـ ٣٪ من مجمل المرضى بناءً على ما نشرته وزارة الصحة. بناءً على هذه النتائج المغلوطة (التي تعتمد على نسبة فحوصات قليلة)، اتخذت سياسات مغلوطة لعلاج الجائحة خُصصت من خلالها ميزانيات محدودة

يكون لها أي تأثير على صنع القرار. اعتبرت هذه التعيينات والأساليب سياسية مما كان له أيضاً تأثير سلبي.

- ثانياً - الفجوة في النشر والإعلام وتقديم المعلومات الرسمية عن الكورونا. حيث أن النشر الرسمي باللغة العربية من قبل وزارة الصحة في إسرائيل جاء متأخراً ودائماً على الأقل أسبوعين بعد النشر باللغة العبرية. كما أن طريقة النشر أنت بشكل أقل ما يمكن قوله إنها مستعربة وفوقية وغريبة عن واقع المجتمع العربي. إذ تم تحضيرها من قبل دائرة الإعلام الحكومية بطريقة غير مهنية، فهي تستثني قطاعات واسعة من المجتمع العربي خاصة المختصين في الصحة العامة والنساء ولا تخاطب المجتمع العربي بل هدفها حماية المؤسسة. أدى فشل الإعلام باللغة العربية وتأخر المعلومات الرسمية من قبل وزارة الصحة إلى انتشار الأقاويل عن الكورونا، مما أدى إلى حالة من الهلع وخلق جو من وصمة العار على المرض والمريض. أدى ذلك إلى تثبيت الشعور بعدم الثقة بالحكومة ونواياها بالنسبة لحماية السكان العرب من الكورونا وانتشار الإشاعات حول نظريات المؤامرة. حيث أن عدم الثقة هذا تجاه الحكومة له أسبابه المتمثلة في سياسات التمييز العنصرية المؤسسية.

- ثالثاً - انعدام الشفافية بالنسبة للمعطيات الوبائية والبيانات وكمية الفحوصات في البلدات العربية. حيث امتنعت وزارة الصحة وبشكل ممنهج حتى نهاية شهر آذار ٢٠٢٠ عن نشر أي معطيات وبائية (إبيدميولوجية) بالنسبة لانتشار فيروس كورونا في البلدات العربية. من ناحية الصحة العامة تعتبر هذه المعلومات مهمة جداً في منع نشر المرض. أصاب عدم الحصول عليها الطواقم المحلية في لجنة متابعة القضايا الصحية بالإحباط، وحالة من فقدان السيطرة على الوضع. حيث فُعلت طواقم محلية على مستوى البلديات للعمل على إنقاذ الوضع سوف نأتي على ذكرها لاحقاً.

كما قامت وزارة الصحة بنشر معلومات عن الرصد الوبائي للمصابين وأماكن تواجدهم إحصائية نشرهم للمرض في أماكن مختلفة، ولم يتم نشر مثل هذه المعلومات عن المرضى العرب أو باللغة العربية. كانت هذه المعطيات مهمة جداً في رصد تحرك المرضى ومنع انتشار المرض في البلدات العربية. كما

لمواجهة مرض الكورونا وانتشاره في البلدات العربية في الداخل في بداية الأزمة. بعد مطالبة أعضاء الكنيسة العرب، تمت زيادة عدد نقاط الفحوصات في البلدات العربية، إلا أن هذه النقاط كانت في أغلبيتها متنقلة مما أدى إلى صعوبة في مناليتها من قبل الفلسطينيين، في ما كانت الفحوصات متاحة في البلدات اليهودية بشكل متواصل أكثر.

بناء على الفجوات أعلاه، شهدنا إبان أزمة كورونا فقدان الثقة بالحكومة والتعليمات الصادرة عن وزارة الصحة عند الفلسطينيين في الداخل. وعليه كان عدم الانصياع للتعليمات هو الغالب على المشهد. فقد أظهرت دراسة قمنا بها خلال الإغلاقات الثلاثة شملت عينة من العرب واليهود، أن الثقة بالتعليمات عند الفلسطينيين كانت منخفضة بل وتراجعت مع مرور الوقت. كانت هناك علاقة مباشرة بين الثقة القليلة وقلة الانصياع للتعليمات مثل التباعد الجسماني ووضع الكمامات^{٥٠}. حيث انتشرت المناسبات الاجتماعية مثل الأعراس وغيرها دون مراعاة هذه التعليمات مما أدى إلى ارتفاع نسبة الإصابات بالكورونا في البلدات العربية.

إثر إخفاق الحكومة في علاج أزمة كورونا في البلدات العربية، كان على الفلسطينيين الاعتماد على أنفسهم واستخدام الطاقات المهنية لديهم. حيث فُعلت لجنة المتابعة للقضايا الصحية التي تضم نحو ٤٠ مختصاً من مجالات الصحة المختلفة وطاقمها المصغر الذي يشمل نحو الـ ١٠ أشخاص، كما عملت جمعيات ومؤسسات محلية كثيرة على مساندة السلطات المحلية العربية في مجابهة الأزمة. رصد العمل المحلي هذا نجاحاً كبيراً في مواجهة الموجة الأولى وكان تأثيره أقل في الموجتين الثانية والثالثة. سوف نأتي على تحليل هذا الدور ربما في نشر آخر.

ليست السياسات الحكومية والصحية تجاه الفلسطينيين في إسرائيل خلال الكورونا الجديدة، فهي لها امتدادها منذ النكبة إلى يومنا هذا كما سنفصل في الجزء التالي من هذا المقال.

السياسات الصحية تجاه الفلسطينيين

في الداخل منذ قيام إسرائيل

تعود جذور الفجوات في الصحة إلى الواقع الاستيطاني والكولونيالي للفلسطينيين في البلاد في القرن الأخير وإلى السياسات الصحية ما قبل إقامة دولة إسرائيل^{٥١}، إبان

الحكم العثماني والانتداب البريطاني ومن ثم النكبة في العام ١٩٤٨، يتبعها الحكم العسكري واحتلال الضفة وغزة والصراع العربي الفلسطيني إلى يومنا هذا.

كما ذكرت في بداية هذا المقال، فالحق في الصحة هو حق أساس وفقاً لوثائق دولية مهمة تعتمدها غالبية دول العالم. وقد خصصت هذه الوثائق بنود خاصة بالسكان الأصليين وصحتهم لما يواجهونه من تحديات. تكمن أهم التحديات الصحية بالنسبة للمجتمع العربي الفلسطيني في الداخل في سياسات التمييز وعدم نيله حقوقه الصحية والعدل الصحي وفقاً لواقعته ووفقاً للسياق التاريخي والواقع الاستيطاني والكولونيالي الذي يعيشه ووفقاً لمكانته السياسية والاجتماعية والاقتصادية. كونه مجتمع أقلية أصلانية، يناضل من أجل التمسك بهويته ومكانته القانونية في البلاد، منذ عقود من سياسات التمييز والتهميش والتجهيل المنهجية والمؤسسية التي أدت إلى تدهور وضعه الصحي وعدم تمكنه من حماية نفسه صحياً^{٥٢}. حيث أدت سياسات التمييز هذه من قبل حكومات إسرائيل على مدى عقود، ومن ضمنها السياسات الصحية، إلى خلق فجوات مزمنة في الصحة وفي الخدمات الصحية. اتسعت هذه الفجوات بل وتفاقت خاصة منذ ظهور جائحة كورونا العالمية لتظهر حجم الأزمة وانعدام المساواة.

بالنظر إلى المكانة الصحية للمجتمع الفلسطيني في الداخل، هناك محوران أساسيان يؤثر كل منهما على الآخر لتحقيق العدل الصحي والمساواة في الصحة. ينجم المحور الأول عن مجمل العوامل الجذرية الراسخة المتعلقة بالمكانة السياسية والاجتماعية والاقتصادية والطبقية للمجتمع الفلسطيني^{٥٣}. في ما يتعلق المحور الثاني بالحق في الصحة، ويعتمد على تطبيق سياسات المنظومة الصحية وفقاً لقانون الصحة وتوفير الخدمات وجودتها وتوزيعها مما له إسقاطات مهمة على الوضع الصحي.

بالنسبة للمحور الأول، على الرغم من كون الفلسطينيين في البلاد أقلية كبيرة نسبة لأقليات أصلانية أخرى بالعالم، إذ إن نسبتهم تقارب خمس السكان، فإنهم يفتقرون إلى القوة السياسية وحق تقرير المصير، مما كان له، ولا يزال، تداعيات مهمة على صحتهم. إن لسياسات التمييز والإجحاف المنهجية على مدى سبعة عقود، والتي تعود جذورها إلى الاستعمار والاحتلال

على الرغم من كون الفلسطينيين في البلاد أقلية كبيرة نسبة لأقليات
أصلانية أخرى بالعالم، إذ إن نسبتهم تقارب خمس السكان، فإنهم يفتقرون
إلى القوة السياسية وحق تقرير المصير، مما كان له، ولا يزال، تداعيات مهمة
على صحتهم.

أنهم لا يعانون من العنصرية.^{٦٠} كما أن التعرض للعنصرية متعددة الأشكال (عنصرية عرقية، جنسية، طبقية وغيرها) وتقاطعها معاً، كان له علاقة قوية بحالات الاكتئاب بعد الولادة عند النساء الفلسطينيات في دراسة نشرناها مؤخراً. لقد وجدنا أن نسبة الاكتئاب عن النساء الفلسطينيات اللواتي صرحن أنهن تعرضن لأشكال مختلفة من العنصرية أعلى بما يتعدى الـ ١٢ مرة مقارنة بالنساء اللواتي اليهوديات.^{٦١} مما يعرض هؤلاء الفلسطينيات ومواليدهن الجدد إلى مضار صحية كبيرة. تؤثر سياسات التمييز المنهجية هذه على كافة مجالات الحياة، ومن هنا تكون لها تداعيات مهمة على الصحة النفسية والجسدية على حد سواء. فقد وجدنا في دراسة أجريتها بعد مرور ٦٠ عاماً من النكبة، أن صحة المهاجرين الفلسطينيين وأبناء عائلاتهم كانت أسوأ ممن لم يتم تهجيرهم حيث كانوا يعانون من أمراض مزمنة ونفسية بنسبة مرتفعة أكثر.^{٦٢} كما وجدنا في دراسة أخرى، أن من استطاع أن يحتفظ بالأرض من الفلسطينيين كان يتمتع بصحة أفضل ويعاني من نسبة أقل من الأمراض المزمنة.^{٦٣} وقد وجدنا أن سياسة هدم البيوت في النقب تؤثر سلباً على الصحة النفسية، حيث كانت مقرونة بنسبة اكتئاب مضاعفة عند النساء البدويات.^{٦٤} أيضاً سياسات التضييق في خطط التنظيم والبناء داخل البلدات العربية، وتدني البنى التحتية وإهمال الحيز العام ونقص المرافق والخدمات والمؤسسات العامة وتفاقم العنف والجريمة المجتمعية، كانت لها عواقب كبيرة من حيث ارتفاع حالات الخوف والقلق (anxiety) عند النساء والأمهات الشابات في البلدات العربية، وذلك مقابل النساء في البلدات اليهودية، وفقاً لدراسة حديثة لنا شملت عينة من ١٤٠٠ امرأة.^{٦٥} هذا إضافة إلى أن سياسات التمييز المنهجية في ميزانيات

والنكبة والحكم العسكري، أثرها البالغ على صحة الفلسطينيين النفسية والاجتماعية والجسدية. تشكل الفجوات في الصحة وانعدام الأمن والعدل الصحي أهم التحديات التي يواجهها فلسطينيو الداخل في المجال الصحي. على الرغم من قانون الصحة العام والشمولي منذ العام ١٩٩٤ الذي ينص على مبدئي المساواة والعدل الصحي، وعلى الرغم من التحسن الذي طرأ على المؤشرات الصحية لمجمل السكان منذ قيام إسرائيل حتى اليوم، فإن التحسن كان ملحوظاً أكثر عند الأغلبية اليهودية، ومن هنا نجد فجوات شاسعة في الصحة بين الفلسطينيين واليهود.^{٥٤، ٥٥} تظهر هذه الفجوات تقريباً في جميع المؤشرات الصحية المعتمدة عالمياً. مثلاً مقارنة مع المجتمع اليهودي، فإن مؤمل العمر المتوقع عند الولادة عند الفلسطينيين هو أقل بأربع سنوات؛^{٥٦} ووفيات الأطفال دون سن السنة هي مضاعفة.^{٥٧، ٥٨} كما يعاني الفلسطينيون من نسبة مرتفعة أكثر من الأمراض المزمنة (مثل السكري وسرطان الرئة وأمراض القلب). كما أننا نشهد ارتفاعاً في الفجوات الصحية بالنسبة لبعض المؤشرات، فعلى سبيل المثال، كان الفرق في مؤمل العمر المتوقع عند الولادة بين اليهود والعرب قبل عشرين عاماً عامين، لكنه يبلغ اليوم ٣،٣ عام لصالح المجموعة السكانية اليهودية.^{٥٩} أضف إلى ذلك أن السنوات الأخيرة تشهد ارتفاعاً حاداً في مشاكل الصحة النفسية، مثل: الاكتئاب وحالات الخوف والقلق وأمراض نفسية حادة ومزمنة.

لقد وجدنا في العديد من الأبحاث التي قمنا بها أن سياسات التمييز التي يعاني منها الفلسطينيون تؤثر سلباً على صحتهم النفسية. مثلاً، كانت نسبة الاكتئاب والقلق مرتفعة عند الرجال العرب المدخنين الذين يعانون من العنصرية مقابل الآخرين الذين صرحوا

بعد قيام إسرائيل وإبان الحكم العسكري على الفلسطينيين تم تأسيس نظامين صحيين في البلاد؛ نظام خاص باليهود وآخر خاص بالعرب. خضع النظام الصحي الخاص بالعرب للحاكم العسكري حتى سنة ١٩٥١ ومن ثم تم توحيد هذين الجهازين في جهاز واحد، لكن الخدمات الصحية الخاصة بالعرب بقيت خاضعة للحاكم العسكري.

الطبية الحديثة قدمها أطباء في عياداتهم الخاصة. لقد كان هناك عدد قليل من الأطباء في القرى والمدن الفلسطينية الذين درسوا خارج فلسطين أو أتوا إليها ضمن بعثات تبشيرية دينية كما كان هناك أيضًا عدد ضئيل من الممرضات. كان تقريبًا في كل بلدة مُعالج يتداول بما يسمى الطب الشعبي. كانت الدايات تقوم بتوليد النساء في البيت وفي الحالات المستعصية يتم استحضار الطبيب وأحيانًا يكون ذلك متأخرًا جدًا. كانت نسبة وفيات الأطفال مرتفعة وكذلك نسبة الأمراض المعدية التي شهدتها المنطقة في تلك الفترة. قامت الحركة الصهيونية خلال الانتداب البريطاني في فلسطين بإنشاء بؤادر للخدمات الصحية على شكل صناديق رعاية صحية من أجل تقديم الخدمات الصحية للمهاجرين اليهود والاهتمام بصحتهم. كان الفلسطينيون يستخدمون هذه الخدمات الصحية أيضًا عند الحاجة.^{٧٢}

الحقبة بين النكبة والحكم العسكري حتى ١٩٦٦ كان للنكبة حاليًا بعد قيام دولة إسرائيل تأثير كبير على صحة الفلسطينيين النفسية والجسدية. حيث هُجّر نحو ٨٠٪ من الفلسطينيين وتحولوا إلى لاجئين في البلاد العربية المجاورة ودول أخرى. نحو ١٠٪ من الباقين هُجّروا داخليًا حيث خسروا الأرض والمسكن بين ليلة وضحاها، واضطر هؤلاء إلى السكن المؤقت في بلدات عربية مجاورة كانت هي نفسها في وضع صعب. كان المهجرون يفتقرون إلى الاحتياجات المعيشية الأساسية وأصبحوا بحاجة إلى عمل لتأمين لقمة العيش. كان لذلك أثر كبير على صحتهم، حيث سادت الأمراض المعدية (التيفوس والملاريا وجذري الماء) في أوساطهم. على الرغم

جهازي التعليم والرفاة الاجتماعي وعدم توفر فرص العمل كانت أيضًا هي أيضًا مقرونة بنسبة مرتفعة من الاكتئاب والقلق والأمراض المزمنة عند الرجال الفلسطينيين المدخنين.^{٦٦، ٦٧} حيث كانت نسبة التدخين المرتفعة بينهم مرتبطة بتعرضهم للعنصرية المؤسسية والشخصية.^{٦٨} ترفع هذه السياسات من الضغط النفسي عند الرجال والنساء على حدٍ سواء مما قد يعرضهم للأمراض النفسية إذا لم يتم التعامل معها. كما يشكل تدني معدل الدخل والارتفاع المستمر في نسبة الفقر بين العائلات الفلسطينية في الداخل، إذ يعيش أكثر من نصف الأطفال من فلسطيني الداخل في عائلات تحت خط الفقر، عاملًا مهمًا في تفسير الفجوات في الصحة النفسية والجسمانية عند الفلسطينيين وبينهم وبين السكان اليهود.^{٦٩}

بالنسبة للمحور الثاني، المتعلق بالسياسات الصحية تجاه الفلسطينيين، أقف هنا على أهم العوامل الجذرية للسياسات الصحية والعنصرية المؤسسية التي أدت إلى عدم المساواة في الصحة بين اليهود والفلسطينيين في الداخل، وذلك من خلال الرجوع إلى حقبة تاريخية عدة:

الحقبة الأولى قبل النكبة - إثر الاستعمار العثماني في فلسطين كان وضع الخدمات الصحية في حالة يرثى لها.^{٧٠} حيث لم يكن هناك جهاز صحي بمفهومه الحديث، وكانت هناك خدمات صحية قليلة تقتصر على الوقف الإسلامي ومستشفيات قليلة في عدد من المدن مثل الناصرة والقدس.^{٧١} شكّل الفلسطينيون خلال الانتداب البريطاني أغلبية مطلقة في البلاد وتلقّوا خدمات صحيّة حديثة وأخرى تقليدية.^{٧٢} الخدمات

من ذلك، وعلى الرغم من الصدمة إبان النكبة والتهجير، تم تجاهل الوضع الصحي واحتياجات الرعاية الصحية للفلسطينيين في تلك الفترة من قبل الكيان الصهيوني الجديد. إلا أنه في تلك الفترة جرى تهميش الاحتياجات الصحيّة للبقية المتبقية من الفلسطينيين لصالح التركيز على الاحتياجات الصحية لأفواج المهاجرين اليهود الذين وصلوا إلى البلاد.^{٧٤} بعد قيام إسرائيل وإبان الحكم العسكري على الفلسطينيين تم تأسيس نظامين صحيين في البلاد؛ نظام خاص باليهود وآخر خاص بالعرب.^{٧٥} خضع النظام الصحي الخاص بالعرب للحاكم العسكري وقد استمر كذلك حتى سنة ١٩٥١ ومن ثم تم توحيد هذين الجهازين في جهاز واحد، ولكن بقيت الخدمات الصحية الخاصة بالعرب تخضع للحاكم العسكري. من هنا بدأت الفجوات الصحية بين الفلسطينيين واليهود في إسرائيل بالنمو. فقد عمل جهاز «الخدمات الصحيّة للأقليات» من خلال التنسيق التام مع الحكم العسكري الذي خضع له مواطنو إسرائيل الفلسطينيون على امتداد ١٨ عامًا (١٩٤٨ - ١٩٦٦). لم تُطوّر الخدمات الصحيّة في المجتمع العربي بالشكل الكافي خلال هذه الفترة بينما طوّرت الخدمات الصحية في البلدات اليهوديّة، وهنا أهدرت الدولة فرصة بناء جهاز طبيّ يضمن المساواة للجميع، وفقًا لنيرة رايس، كان عدد الرعاية الصحية للام والطفل أقل في البلدات العربية مقابل البلدات اليهودية.^{٧٦}

الفترة الممتدة بين ١٩٦٧ إلى ١٩٩٣، بعد انتهاء الحكم العسكري على الفلسطينيين بدأ قسم منهم ممن يعملون في سوق العمل الإسرائيلي بالانتماء لصندوق المرضى التابع لنقابة العمال العامة «الهستدروت». حيث حصل أعضاء نقابة العمّال العامّة «الهستدروت» وأبناء عائلاتهم على الإمكانية استعمال الخدمات الصحية من خلال الاشتراك بالتأمين الصحي المدفوع من قبل المشغلين اليهود أو بشكل خاص. حيث أنه بعد النكبة، وبعد إلغاء الحكم العسكري، تحول قسم كبير من الفلسطينيين من مزارعين إلى عمال في سوق العمل الإسرائيلي لفقدانهم غالبية الأراضي. من بين الفلسطينيين استطاع الاشتراك بالتأمين الصحي للهستدروت العمال وآخرون من المقربين من الأحزاب التي سيطرت على الهستدروت مثل مباي وغيرها.^{٧٧} على هذا النحو، بقي أكثر من ربع السكّان الفلسطينيّين في إسرائيل من دون تأمين صحيّ قرابة نصف قرن. حيث كان العاملون في

منظمات عمل تابعة لنقابة العمال مؤهلين للحصول على التأمين مقابل الدفع.^{٧٨} أمّا الموارد التي استثمرت في تطوير الخدمات الصحيّة في المدن والقرى العربيّة، فقد كانت شحيحة مقارنةً بتلك التي جرى استثمارها في البلدات اليهوديّة. حيث أنه وفقًا لشوفال وأنسون،^{٧٩} بدأ تطوير جدي أكثر للبنى التحتية للخدمات الصحية في البلدات العربية فقط في الثمانينيات.

الفترة بين ١٩٩٤ إلى ٢٠١٠ - تم في سنة ١٩٩٤ سن قانون الصحة الشامل في إسرائيل. وفقًا لهذا القانون فإن جميع سكان إسرائيل مؤهلون للحصول على خدمات صحية متساوية بلا فرق من ناحية الجيل أو الجنس أو الانتماء العرقي. إلا أن القانون لم ينجح في إغلاق الفجوات في الصحة بين العرب واليهود، وذلك على الرغم من أن إسرائيل تعتبر الجهاز الصحيّة فيها من أفضل الأجهزة الصحيّة في العالم، وعلى الرغم من أن القانون ينص على وضّمن سلة خدمات صحيّة متساوية لكل مواطن.^{٨٠} إلا أن المساواة في الصحة حسب القانون لا تمكن الفلسطينيين من تحصيل العدل الصحي. حيث أنه وبسبب طبيعة القانون الشمولية، لم يتم التطرّق إلى المشاكل الصحيّة الخاصة بالمجتمع الفلسطيني، كما لم تتطرّق السياسات التي اتبعتها وزارة الصحة إلى خصوصيته الثقافيّة والسياسية والاقتصادية والاجتماعية. هذا الامر عزز من الفجوات في الصحة وهي في تنامي مستمر وذلك وفقًا لتقارير صادرة عن وزارة الصحة نفسها. إلا أن هذه التقارير حرصت فقط على وصف الفروقات، لكنها وبشكل منهجي لم تعترف بالعنصرية المؤسسية من قبل جهاز الصحة تجاه الفلسطينيين. حيث إن العاملين في المجال يعتبرون موضوع الصحة موضوعًا عالميًا خاليًا من أي اعتبارات السياسيّة، ويتم التعامل معه كمجال عامّ خالٍ من سياسات القوة. على الرغم من أن تقارير وزارة الصحة تشير إلى فجوات شاسعة في إتاحة الخدمات الصحية ومنايتها بين البلدات العربية واليهودية فإنها تعتبر هذه الفجوات جغرافية بين منطقة المركز ومناطق الشمال والجنوب وأنها ليست فروقات عرقية. حيث يضم الشمال تجمّعات كبيرة للبلدات العربية التي يسكنها أكثر من ٧٥٪ من السكان الفلسطينيين.^{٨١} كما أن الملفّات الطبيّة للمرضى لا تحتوي على الانتماء القومي، هناك صعوبة في تحديد مستوى الخدمات التي يحصل

عليها الفلسطينيين مقارنةً باليهود بشكل دقيق. لذلك تدعي الوزارة أنه من الصعب تحديد سياسات لغلغ هذه الفجوات من الناحية الكمية أو جودة الخدمات.^{٨٢} وفقاً لذلك تغاضت وزارة الصحة الإسرائيلية عن الفجوات العرقية الإثنية بالصحة والخدمات الصحية على مدى سنوات ولم تعمل على تقليصها.^{٨٣} كانت هناك برنامج تقتصر على مشكلات صحية عينية يعتبر فيها الفلسطينيون هم «المذنبون الرئيسيون». مثلاً برنامج لتقليص وفيات الرضع في جنوب البلاد الذي كان أساسه فوقي معتبراً زواج الأقارب أساس المشكلة وليس الواقع الاقتصادي الصعب للعائلات في الجنوب.^{٨٤} حيث جاء هذا البرنامج «لتعليم» الأمهات البدويات كيف يعتنين بأطفالهن من دون أي مراعاة للسباق الاستعماري الذي يعيشه.

حيث أنه كان لسياسات التمييز التي تمارسها إسرائيل تجاه مواطنيها الفلسطينيين منذ سنين طويلة أثر كبير على صحتهم.^{٨٥} مثلاً عدم أخذهم بعين الاعتبار في خطط النمو الاقتصادي، دفعاً إلى تدهور في أوضاعهم الاقتصادية، وكان هذا عاملاً مهماً أدى لاتساع فجوات في الصحة بينهم وبين اليهود.^{٨٦} إذ إن العلاقة بين الاقتصاد والصحة هي علاقة وثيقة حيث يتأثر كل منهما بالآخر. كما أدت سياسات التهجير،^{٨٧} وسياسة مصادرة الأراضي وهدم المنازل،^{٨٨} إلى تغييرات متسارعة على نوع العمالة وعلى الاقتصاد، وبالتالي على أنماط الحياة في المجتمع الفلسطيني في العقود الأخيرة. حيث تحول المجتمع من مجتمع زراعي منتج إلى مجتمع مستهلك عمالي يعمل في أغلبيته في مجال الخدمات. من هنا حدث تغير كبير على أنماط التغذية والنشاط الجسماني مما كان له أثره السلبي على الصحة. أثرت هذه العوامل كلها على مفهوم الصحة وعلى السلوكيات الصحية.^{٨٩}

الفترة بين ٢٠١٠ إلى وقتنا الحالي ٢٠٢١ - في العام ٢٠١٠، انضمت إسرائيل إلى دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية. شكل ذلك عاملاً ضاعطاً على حكومات إسرائيل لتقليص الفجوات مجال الصحة. حيث اعترفت وزارة الصحة بعدم المساواة في الصحة سنة ٢٠٠٩ وحُدّد تقليص الفجوات كأحد أهداف الوزارة المهمة. إلا أنه لم يتم الاعتراف بالفجوات العرقية والإثنية في الصحة. حيث أنشئ قسم لعلاج الفجوات في الصحة هدفه تقليص الفجوات من أجل

تحسين الوضع الصحي العام في إسرائيل. من ناحية العنصرية، تم الاعتراف بالعنصرية المؤسسية في الصحة سنة ٢٠١٨ وذلك ضمن تقرير عن العنصرية في الجهاز الصحي، أنشئت بناء عليه وحدة لعلاج العنصرية، إلا أن عمل هذه الوحدة يكاد يكون غير ملموس.

من خلال مراجعة التقرير الأخير الذي أصدرته وزارة الصحة عن الفجوات في الصحة من سنة ٢٠١٩، يظهر أنه يتم اليوم الإشارة إلى الفجوات بين السكان اليهود والفلسطينيين في إسرائيل، علماً أنه -حتى كتابة هذه السطور- لا يجري تطبيق سياسة تقليص هذه الفجوات، على الرغم من تطبيق هذه السياسة عند أقليات أخرى مثل المهاجرين من أثيوبيا.^{٩٠} التدخين هو أحد الأمثلة الصارخة في المجال، حيث تفوق نسبة المدخنين بين الرجال الفلسطينيين نسبتها عند نظرائهم اليهود (نحو ٤٣٪ مقابل نحو ٢٠٪).^{٩١} وقد أظهرت الأبحاث أن ثمة علاقة مباشرة بين التدخين ونسب الإصابة المرتفعة بسرطان الرئة بين الرجال الفلسطينيين، لكن على الرغم من ذلك لم يجرِ حتى الآن تطبيق أي خطة لتقليص هذه الفجوة.^{٩٢} حيث يشكل الرجال الفلسطينيون نحو الثلث من مجمل المدخنين في البلاد، وعليه فهم يدخلون لخزينة الدولة من الضرائب على منتجات التبغ نحو الـ ٢ إلى ٣ مليار شيكل سنوياً. على الرغم من ذلك لا يُخصّص أي برامج لهم لمنع التدخين أو الإقلاع عنه، على الرغم من أن نسبة التدخين بينهم هي من أعلى النسب في العالم (نحو ٤٣٪).^{٩٣}

إذ يتم على مدى العقد الأخير خصخصة جهاز الصحة الإسرائيلي فإن ذلك يؤدي إلى ارتفاع النفقات على الصحة من قبل الأفراد والأسر. أضرت هذه الخصخصة بالمساواة في منالية الخدمات الصحية خاصة المنالية الاقتصادية في الطبقات السكانية المستضعفة، ومن هنا كان تعميق الفجوات في الصحة ومنالية الخدمات بين الفلسطينيين واليهود.^{٩٤} يعود ذلك إلى التقاطع بين العرق والحالة الاقتصادية في إسرائيل. حيث تصل نسبة الفقر عند العائلات العربية إلى نحو ٥٠٪، بينما تصل هذه النسبة إلى ١٤٪ عند العائلات اليهودية.^{٩٥} ومن هنا يمتنع قسم من المرضى من الفئات المهمشة وغالبهم من الفلسطينيين عن استهلاك خدمات صحية معيئة أو اقتناء أدوية ضرورية على خلفية الضائقة الاقتصادية.

أضرت سياسات الخصخصة الإسرائيلية بالمساواة في منالِية الخدمات الصحيّة خاصة المنالِية الاقتصاديّة في الطبقات السكّانيّة المستضعفة، ومن هنا كان تعميق الفجوات في الصحة ومنالِية الخدمات بين الفلسطينيين واليهود.

إستراتيجيات للنهوض بالمكانة الصحية للفلسطينيين في الداخل

أظهر التحليل الذي طرحناه أعلاه أن مكانة فلسطينيي الداخل الصحية تتعلق بشكل كبير جدًا بالسياسات العنصرية المؤسسية في إسرائيل عامة وبالجهاز الصحي خاصة وبالسياق التاريخي والاستعماري الذي يعيشونه منذ النكبة وواقعهم السياسي والاقتصادي الطبقي والاجتماعي بالبلاد، اعتمادًا على مبدأ العدل الصحي وكون الفلسطينيين سكان البلاد الأصليين. يصبّ المجتمع الفلسطيني في الداخل جلّ اهتمامه اليوم على صراع البقاء والمواجهة اليومية للسياسات الحكوميّة العنصريّة، الأمر الذي دفع بالقيادات السياسية والاجتماعية كما الأفراد إلى إهمال الصحة، كما أهملت مواضيع اجتماعية مهمة مثل العنف المجتمعي. حيث لم يتم التطرق إليها بشكل جدي من قبل وثائق التصور المستقبلي للمجتمع العربيّ أو على أجندة أي من الأحزاب. كما أن هناك عدد قليل من الجمعيات المدنيّة العاملة في مجال الصحة، إبان أزمة كورونا يبدو أن الاهتمام بالصحة أصبح يشغل حيزًا كبيرًا من حياتنا، وعليه يجب علينا كمجتمع أقلية قومية أصلانية التفكير في النهوض بالصحة. من هنا أتطرق بشكل مقتضب لإستراتيجيات تحصيل الفلسطينيين في إسرائيل لحقهم الأساسي في الصحة من خلال العمل على أصعدة عدّة:

- أولاً- الاعتراف من قبل المؤسسة الإسرائيلية ووزارة الصحة بالفجوات العرقية في الصحة وبالغبن التاريخي وغياب العدل الصحي وسياسات التمييز المنهجية والعمل على تغييرها بشكل جذري. تم هذا الاعتراف بشكل جزئي وصوري من قبل وزارة الصحة الإسرائيلية من خلال تقرير عن موضوع العنصرية في الجهاز الصحي وطرق علاجها، إلا

أنه لم تُنفذ خطوات عملية في ما يتعلق بصحة الفلسطينيين ولم يُعيّن مفوض لعلاج العنصرية المؤسسية في الجهاز الصحي.

- ثانيًا- أن تعمل وزارة الصحة على تطوير الخدمات الصحية وتقليص الفجوات في الوضع الصحي من خلال تطوير سياسات صحية تستند إلى السياق الاقتصادي والاجتماعي والثقافي للمجتمع الفلسطيني في الداخل اعتمادًا على مبدأ العدل الصحي. يجب العمل على وضع خطة لتوفير الخدمات الصحية ومناليتها وإتاحتها وفقًا للاحتياجات الصحية وملاءمتها الثقافية والاجتماعية واللغوية للفلسطينيين التي من شأنها تحسين جودة الخدمات كحق أساس لهم (يشمل بناء مستشفيات في البلدات العربية، خدمات طوارئ أمامية وعامة وبناء عيادات تخصصية في مجالات حارقة في المجتمع العربي). كما يجب وضع معايير خاصة لتقليص الفجوات في المؤشرات الصحية الحارقة والملحة في المجتمع العربي كالأمراض المزمنة مثل السكري وأمراض القلب والسرطان، وفیات الأطفال، التدخين عند الرجال، السمّة عند النساء، والصحة النفسيّة، والعنف ضد النساء والعنف الأسري.

- ثالثًا- تطوير قيادات مهنية في الصحة العامة ومجالات صحية أخرى وتمكين كوادر مهنية من أجل التخصص والاهتمام بالقضايا التي تخص الصحة في المجتمع الفلسطيني، يشمل ذلك تخصيص مناصب إدارية خاصة للفلسطينيين في وزارة الصحة.

- رابعًا- رفع مستوى الوعي حول القضايا الصحية لأهميتها الإستراتيجية، وذلك في أوساط القيادات السياسية والأحزاب والسلطات المحلية في المجتمع الفلسطيني في إسرائيل. من المهم تفعيل لجنة المتابعة للقضايا الصحية، وتشكيل طاقم صحة مهني

للعمل على تشخيص القضايا الصحيّة الملحة ونقلها لقيادات المجتمع الفلسطيني من أجل علاجها (نواب البرلمان والأحزاب ورؤساء السلطات المحليّة)، خاصة من خلال ممارسة الضغوط على صنّاع القرار في الحكومة وفي وزارة الصحة وفي الوزارات المعنية.

- خامساً- بناء آليات لتعزيز الشراكات بين المجتمع المدني ووزارة الصحة لتمكين مشاركة المجتمع العربي في عملية صنع القرار الخاص بصحته وبالصحة العامة في إسرائيل.

- سادساً- العمل على تطبيق مبدأ الشفافية من أجل الحصول على البيانات الرسمية والمعطيات الصحية

للمجتمع الفلسطيني ودعم وتشجيع الأبحاث الصحية الخاصة بالمجتمع العربي الفلسطيني.

- سابعاً- رصد الميزانيات لتطبيق الإستراتيجيات أعلاه والعمل على تأسيس قسم خاص تخصص له ميزانية خاصة في وزارة الصحة للعناية بصحة الأقليات والفلسطينيين. حيث أُسست في الكثير من دول العالم أقسام خاصّة بصحة الأقليات في الجهاز الصحيّ (مثلاً في أميركا تم تأسيس MNIH). ولكن يجب الانتباه إلى أن لا يشكل مثل هذا القسم أداة بيد السلطة لتكريس الهيمنة على السكان الأصليين أو الأقليات.

- 17 Allan B, Smylie J. *First peoples, second class treatment: the role of racism in the health and well-being of indigenous peoples in Canada, discussion paper*. https://www.suicideinfo.ca/wp-content/uploads/gravity_forms/6-191a85f36ce9e20de2e2fa3869197735/2018/03/Summary-First-Peoples-Second-Class-Treatment-Final_oa.pdf. 2015.
- ١٨ الإعلان العالمي لحقوق الإنسان (Universal Declaration of Human Rights)، الذي جرى التصديق عليه في العاشر من كانون الأول العام ١٩٤٨؛ إعلان ألما-آتا من العام ١٩٧٨، الذي تبنته الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية؛ معاهدة أوتاوا للنهوض بالصحة (Ottawa Charter for Health Promotion) التي جرى التوقيع عليها في العام ١٩٨٦ في مؤتمر منظمة الصحة العالمية.
- 19 World Health Organization, *Alma-Ata Declaration* (1978)
- 20 Michael Marmot, Carol D. Ryff, Larry L. Bumpass, Martin Shiply, and Nadine F. Marks, "Social Inequalities in Health: Next Questions and Converging Evidence," *Social Science and Medicine* 44 (1997), pp. 901-910
- ٢١ يهوديت شوفال وعوفرا أنسون، مَعِيكَار هَبْرِيُوت [الصحة هي الأساس]: البنية الاجتماعية والصحة في إسرائيل، (القدس: دار النشر ماغنس، ٢٠٠٠). (بالعبرية)
- 22 Andrea E. Bombak and Sharon G. Bruce, "Self-Rated Health and Ethnicity: Focus on Indigenous Populations," *International Journal of Circumpolar Health* 71, 1 (2012)
- 23 Nira Reiss, *The Health Care of Arabs in Israel*, (Boulder, CO: Westview Press, 1991).
- ٢٤ نهاية داوود، «جذور غياب المساواة في الصحة بين اليهود والفلسطينيين مواطني إسرائيل» موقع منبر- دورية إلكترونية- معهد فان لير، العدد السابع: ضغط دم محلي: العرب واليهود في جهاز الصحة الإسرائيلي <https://forum.vanleer.org.il/ar/?p=1135>
- 25 V. Haldane, C. De Foo, SM. Abdalla, et al. «Health systems resilience in managing the COVID-19 pandemic: lessons from 28 countries. *Nature Medicine*. 2021;27(6) (2021/06/01), 964-980. doi:10.1038/s41591-021-01381-y
- 26 NA. Alwan, R. Bhopal, RA. Burgess, et al. «Evidence informing the UK's COVID-19 public health response must be transparent», *The Lancet*. 2020/03/28/2020;395(10229):1036-1037. doi:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30667-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30667-X)
- 27 F. Ahmed, Ne. Ahmed, C. Pissarides, J. Stiglitz, «Why inequality could spread COVID-19», *The Lancet Public Health* 2020.
- 28 D. Devakumar, G. Shannon, SS. Bhopal, I. Abubakar, «Racism and discrimination in COVID-19 responses», *The Lancet* (2020).
- 29 G. Mooney, «NEOLIBERALISM IS BAD FOR OUR HEALTH», *International Journal of Health Services*, 42(3) (2012):383-401.
- 30 V. Navarro, «What we mean by social determinants of health». *Int J Health Serv*.39(3) (2009):423-41. doi:10.2190/HS.39.3.a
- 31 Ibid
- 32 V. Navarro, «Neoliberalism as a class ideology; or the political causes of the growth of inequalities», *Int J Health Serv*. 37(1) (2007):47-62. doi:10.2190/ap65-x154-4513-r520
- 1 F. Peter, «Health equity and social justice», *J Appl Philos*.18(2) (2001):159-70. doi:10.1111/1468-5930.00183
- 2 V. Navarro, *The Politics of Health Policy: The U.S. Reforms, 1980-1994*. (Cambridge, Mass: Blackwell Publishers, 1994).
- 3 V. Navarro, «Health and equity in the world in the era of «globalization». *Int J Health Serv*.29(2) (1999):215-26. doi:10.2190/mqpt-rlth-kupj-2fqj
- 4 J. Rawls, *A theory of justice*. (Cambridge: Harvard University Press, 1971).
- 5 Navarro, «Health and equity in the world in the era of «globalization». *Int J Health Serv*.29 (2) (1999):215-26. doi:10.2190/mqpt-rlth-kupj-2fqj
- 6 DR. Williams, JA. Lawrence, BA. Davis. «Racism and Health: Evidence and Needed Research». *Annual Review of Public Health*, 40(1) (2019):105-125. doi:10.1146/annurev-publhealth-040218-043750
- 7 B. Allan, J. Smylie, *First peoples, second class treatment: the role of racism in the health and well-being of indigenous peoples in Canada, discussion paper* https://www.suicideinfo.ca/wp-content/uploads/gravity_forms/6-191a85f36ce9e20de2e2fa3869197735/2018/03/Summary-First-Peoples-Second-Class-Treatment-Final_oa.pdf. 2015.
- 8 The L. Mental health and disadvantage in Indigenous Australians. *The Lancet*. 2012 Dec 08 2018-10-05 2012;380(9858):1968. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62139-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62139-4)
- 9 Max Price, «Health care as an instrument of Apartheid policy in South Africa». *Health Policy and Planning*, 1(2) (1986):158-170. doi:10.1093/heapol/1.2.158
- 10 N.Daniels, «Justice,health,andhealthcare», *AmJBioeth*.1(2) (Spring2001):2-16.doi:10.1162/152651601300168834
- 11 N.Daniels, «Justice,health,andhealthcare», *AmJBioeth*.1(2) (Spring2001):2-16.doi:10.1162/152651601300168834
- 12 K. Czyzewski, «Colonialism as a Broader Social Determinant of Health», *International Indigenous Policy Journal*, 2(1) (2011), doi:<http://dx.doi.org/10.18584/iipj.2011.2.1.5>
- 13 David R. Williams, "Race, Socioeconomic Status, and Health: The Added Effects of Racism and Discrimination," *Annals of the New York Academy of Sciences* 896 (1999): 173-188;
- 14 Laia Becares, James Nazroo, and Mai Stafford, "The Buffering Effects of Ethnic Density on Experienced Racism and Health," *Health & Place* 15, 3 (2009): 670-678
- 15 Signe S. Jervelund and Allan Krasnik, "Poorer Self-Perceived Health among Migrants and Ethnic Minorities Versus the Majority Population in Europe: A Systematic Review," *International Journal of Public Health* 55, 5 (2010), pp. 357-371
- 16 The L. Mental health and disadvantage in Indigenous Australians. *The Lancet*. 2012 Dec 08 2018-10-05 2012;380(9858):1968. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62139-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62139-4)

- file:///C:/Users/Nihaya%20Daoud/Downloads/2_ec77910d-2dac-eb11-8111-00155d0aee38_11_17972.pdf. 2020.
- ٤٧ نهاية داود، «أيهما أخطر على الصحة العامة: فيروس كورونا أم فيروس التمييز»، موقع عرب ٤٨، ٨/٤/٢٠٢٠
<https://www.arab48.com/%D9%85%D9%82%D8%A7%D9%84%D8%A7%D8%AA-%D9%88%D8%A2%D8%B1%D8%A7%D8%A1/%D9%82%D8%B6%D8%A7%D9%8A%D8%A7/2020/04/08/%D8%A3%D9%8A%D9%87%D9%85%D8%A7-%D8%A3%D8%AE%D8%B7%D8%B1-%D8%B9%D9%84%D9%89-%D8%A7%D9%84%D8%B5%D8%AD%D8%A9-%D8%A7%D9%84%D8%B9%D8%A7%D9%85%D8%A9-%D9%81%D9%8A%D8%B1%D9%88%D8%B3-%D9%83%D9%88%D8%B1%D9%88%D9%86%D8%A7-%D8%A3%D9%85-%D9%81%D9%8A%D8%B1%D9%88%D8%B3-%D8%A7%D9%84%D8%AA%D9%85%D9%8A%D9%8A%D8%B2>
- ٤٨ نهاية داود، ميخال غيرا مرغليوت، «من دون نساء ومن دون عرب: فشل الطاقم المعالج لأزمة كورونا»، موقع ذا ماركر، ٢٠/٤/٢٠٢٠
<https://www.themarker.com/opinion/1.8783763>.
- ٤٩ نهاية داود، «لا فحوصات لا مريض!»، موقع هآرتس (ملحق الساحة باللغة العربية)، ١/٤/٢٠٢٠
<https://www.haaretz.co.il/debate/arabic/1.8730602>.
- 50 H. Shibli, L. Aharonson-Daniel, D. Palkin, N. Davidovitch, & Daoud, N. «Trust the directives and physical distancing during three COVID-19 lockdowns in Israel», The 14th EPH's 2021 Virtual Conference (Nov. 10-12-2021). European Public Health Association.
- ٥١ شوفال وأنسون، **الصحة هي الأساس**.
- ٥٢ نهاية داود، «جذور غياب المساواة في الصحة بين اليهود والفلسطينيين مواطني إسرائيل» موقع منبر- دورية الكترونية- معهد فان لير، العدد السابع: ضغط دم محلي: العرب واليهود في جهاز الصحة الإسرائيلي
<https://forum.vanleer.org.il/ar/?p=1135>
- ٥٣ نهاية داود، «جذور غياب المساواة في الصحة بين اليهود والفلسطينيين مواطني إسرائيل» موقع منبر- دورية الكترونية- معهد فان لير، العدد السابع: ضغط دم محلي: العرب واليهود في جهاز الصحة الإسرائيلي
<https://forum.vanleer.org.il/ar/?p=1135>
- 54 Nihaya Daoud, "Explanatory Pathways to Socio-Economic Inequalities in Health among the Arabs in Israel," Ph.D. dissertation, Hebrew University of Jerusalem, 2007
- 55 N. Daoud, V. Soskolne, JS. Mindell, MA. Roth, O. Manor, «Ethnic inequalities in health between Arabs and Jews in Israel: the relative contribution of individual-level factors and the living environment». *Int J Public Health*.;63(3) (Apr 2018): 313-323. doi:10.1007/s00038-017-1065-3
- 56 Ameer Saabneh, "Arab-Jewish Gap in Life Expectancy in Israel," *European Journal of Public Health* 26, 3 (2016), pp. 433-438; Wasef Na'amni, Khitam Muhsen, Jalal Tarabeia, Ameer Saabneh, and Manfred S. Green, "Trends in the Gap in Life Expectancy between Arabs and Jews in Israel between 1975 and 2004," *International Journal of Epidemiology* 39, 5 (2010): 1324-1332
- ٥٧ المركز القومي لمراقبة الأمراض، حالة الصحة في إسرائيل ٢٠١٠، (تل هشومير: المركز القومي لمراقبة الأمراض، ٢٠١١).
- 33 F. Ahmed, Ne. Ahmed, C. Pissarides, J. Stiglitz, «Why inequality could spread COVID-19», *The Lancet Public Health* 2020.
- 34 World Health Organization (WHO). «Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report – 51»,
file:///C:/Users/Nihaya%20Daoud/Downloads/20200311-sitrep-51-covid-19.pdf. 2020.
- 35 World Health Organization (WHO). «Coronavirus disease (COVID-19) advice for the public»,
<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public>. 2020;
- 36 J. Dohm, E. Stein, «Epidemic Response: The Legacy of Colonialism», *MONTHLY REVIEW*. 2021;73(2)
<https://monthlyreview.org/2021/06/01/epidemic-response/>.
- 37 V. Navarro, «What Is Happening in the United States? How Social Class Influences Political Life» *MONTHLY REVIEW*. 2021;73(2)
<https://monthlyreview.org/2021/06/01/what-is-happening-in-the-united-states/>.
- 38 V. Navarro, «What Is Happening in the United States? How Social Class Influences Political Life» *MONTHLY REVIEW*. 2021;73(2)
- 39 Ministry of Health. Corona virus in Israel-daily updates
<https://datadashboard.health.gov.il/COVID-19/general>. Accessed December 2020, 2020.
- 40 N. Daoud, N. Davidovitch, H. Ziv, R. Khaliha, A. Saabnah, D. Filc, Do not go back: Outline for the rehabilitation of the health system (Hebrew) <https://www.crisis-experts.org.il/wp-content/uploads/2021/01/%D7%91%D7%A8%D7%99%D7%90%D7%95%D7%AA.pdf>.
- 41 N. Daoud, N. Davidovitch, H. Ziv, R. Khaliha, A. Saabnah, D. Filc, Do not go back: Outline for the rehabilitation of the health system
- 42 N. Daoud, N. Davidovitch, H. Ziv, R. Khaliha, A. Saabnah, D. Filc, Do not go back: Outline for the rehabilitation of the health system
- 43 N. Daoud, D. Palkin, «Old and new gaps: on the degree of correspondence between the color of the locality according to the traffic light plan and the socio-economic cluster in which it is located» (Hebrew)
<https://www.crisis-experts.org.il/wp-content/uploads/2021/05/%D7%94%D7%AA%D7%90%D7%9E%D7%94.pdf>.
- 44 K. Muhsen, W. Na'amin, Y. Lapidot, et al. «A nationwide analysis of population group differences in the COVID-19 epidemic in Israel, February 2020-February 2021». *Lancet Reg Health Eur*; 7:100130 (Aug 2021). doi:10.1016/j.lanepe.2021.100130
- 45 N. Daoud, V. Soskolne, JS. Mindell, MA. Roth, O. Manor, «Ethnic inequalities in health between Arabs and Jews in Israel: the relative contribution of individual-level factors and the living environment». *Int J Public Health*.;63(3) (Apr 2018): 313-323. doi:10.1007/s00038-017-1065-3
- 46 Center for Research and Information. *The Arab population during the Corona Pandemic*

- ٥٨ المركز القومي لمراقبة الأمراض.
- ٥٩ دائرة الإحصاء المركزية، «متوسط العمر المتوقع في إسرائيل ٢٠١٤» (بيان صحفي)، دائرة الإحصاء المركزية، ٢٠١٥.
- ٦٠ المركز القومي لمراقبة الأمراض
- 61 N. Daoud, A. Ali Saleh-Darawshy, G. Meiyin, R. Sergienko, SR. Sestito, N. Geraisy, «Multiple forms of discrimination and postpartum depression among indigenous Palestinian-Arab, Jewish immigrants and non-immigrant Jewish mothers», *BMC Public Health*, 19(1) (Dec 27-2019):1741. doi:10.1186/s12889-019-8053-x
- 62 N. Daoud, K. Shankardass, P. O'Campo, K. Anderson, A. Agbaria, «Internal displacement and health among the Palestinian minority in Israel». *Social science & medicine*, 74(8) (2012):1163-1171.
- 63 N. Daoud, V. Soskolne, O. Manor, «Examining cultural, psychosocial, community and behavioral factors in relationship to socioeconomic inequalities in limiting longstanding illness among the Arab minority in Israel», *Journal of Epidemiology and Community Health*. 63(5): (2009):351-358. doi:10.1136/jech.2008.080465
- 64 N. Daoud, Y. Jabareen, «Depressive symptoms among Arab Bedouin women whose houses are under threat of demolition in southern Israel: a right to housing issue». *Health Hum Rights*, 16(1) (Jun 14, 2014):179-91.
- 65 N. Daoud, S. Alfayumi-Zeadna, A. Tur-Sinai, N. Geraisy, I. Talmud, «Residential segregation, neighborhood violence and disorder, and inequalities in anxiety among Jewish and Palestinian-Arab perinatal women in Israel», *Int J Equity Health*, 19(1) (Dec 9, 2020):218. doi:10.1186/s12939-020-01339-5
- 66 N. Daoud, V. Soskolne, O. Manor, «Educational inequalities in self-rated health within the Arab minority in Israel: explanatory factors», *European Journal of Public Health*, 19(5) (2009):477-483. doi:10.1093/eurpub/ckp080
- 67 N. Daoud, M. Gao, A. Osman, C. Muntaner, «Interpersonal and institutional ethnic discrimination, and mental health in a random sample of Palestinian minority men smokers in Israel», *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 53(10) (Oct 2018): 1111-1122. doi:10.1007/s00127-018-1531-0
- 68 A. Osman, N. Daoud, JF. Thrasher, BA. Bell, KM. Walsemann, «Ethnic Discrimination and Smoking-Related Outcomes among Former and Current Arab Male Smokers in Israel: The Buffering Effects of Social Support», *Journal of immigrant and minority health*. Aug 07 2017; doi:10.1007/s10903-017-0638-9
- 69 N. Daoud, V. Soskolne, JS. Mindell, MA. Roth, O. Manor, «Ethnic inequalities in health between Arabs and Jews in Israel: the relative contribution of individual-level factors and the living environment». *Int J Public Health*;63(3) (Apr 2018): 313-323. doi:10.1007/s00038-017-1065-3
- 70 E. Zureik, «Prospects of the Palestinians in Israel: II. *Journal of Palestine Studies*;22,4 (1993):73-93.
- 71 Reiss,
- 72 Reiss,
- ٧٣ شوفال وأنسون، الصحة هي الأساس.
- ٧٤ شوفال وأنسون، الصحة هي الأساس.
- ٧٥ شوفال وأنسون، الصحة هي الأساس.
- ٧٦ شوفال وأنسون، الصحة هي الأساس.
- ٧٧ شوفال وأنسون، الصحة هي الأساس.
- 78 Mark Farfel, Bruce Rosen, Ayeleth Berg, and Revital Gross, *Arabs' and Jews' Perceptions and Use of the Health System Following Implementation of the National Health Insurance Law: Findings from a Survey of the General Population*, Jerusalem: JDC-Brookdale, 1997
- ٧٩ شوفال وأنسون، الصحة هي الأساس.
- ٨٠ شوفال وأنسون، الصحة هي الأساس.
- ٨١ آفريبوخ وشولاميت أفني، غياب المساواة في الصحة ومواجهته مديرة للتخطيط الاستراتيجي والاقتصادي ٢٠١٩.
- ٨٢ ليئون إيشتاين، راحيل غولدفوغ، شروق إسماعيل، مريام غرينشتاين، باروخ روزين، تقليص غياب المساواة وغياب العدل في الصحة في إسرائيل؛ نحو سياسة قومية وخطّة عمل، مايرز - جوينت - معهد بروكدايل، ٢٠٠٦.
- ٨٣ المركز القومي لمراقبة الأمراض (الهامش رقم ٩ أعلاه): ليئون إيشتاين، راحيل غولدفوغ، شروق إسماعيل، مريام غرينشتاين، باروخ روزين، تقليص غياب المساواة وغياب العدل في الصحة في إسرائيل؛ نحو سياسة قومية وخطّة عمل، (مايرز - جوينت - معهد بروكدايل، ٢٠٠٦).
- ٨٤ وفق تقرير شخصي لمديرة البرنامج خلال محادثة معها.
- ٨٥ شلومو سفيرسكي، إيتي كونور - أطياس، وأريان أوفير، صورة الوضع الاجتماعي الراهن ٢٠١٣، مركز أدناه، ٢٠١٤.
- 86 Nihaya Daoud, Varda Soskolne, Jennifer Mindell, Marilyn Roth, and Orly Manor, "Ethnic Inequalities in Health in Israel: The Contribution of Socio-Economic Position," (under review)
- 87 Nihaya Daoud, Ketan Shankardass, Patricia O'Campo, Kim Anderson, and Ayman K. Agbaria, "Internal Displacement and Health among the Palestinian Minority in Israel," *Social Science & Medicine* 74, 8 (2012), pp. 1163-1171
- 88 Nihaya Daoud and Yousef Jabareen, "Increased Depressive Symptoms among Arab Bedouin Women Under Threat of House Demolition in Southern Israel," *Health and Human Rights* 16, 1 (2014), pp. 179-191
- 89 Ofra Kalter-Leibovici, Flora Lubin, Ahmed Atamna, et al., "High Rates of Obesity and Diabetes among Israeli Arabs: Preliminary Results of the Hadera District Study," paper presented at the American Diabetes Association 63rd Scientific Sessions, New Orleans, Louisiana, June 13-17.
- ٩٠ آفريبوخ وأفني. غياب المساواة في الصحة ومواجهته.
- ٩١ حاييم غيفاع هاسفيل، تقرير وزير الصحة حو التدخين في إسرائيل ٢٠١٥، (خدمات الصحة للجمهور وزارة الصحة، ٢٠١٦).
- ٩٢ غيفاع هاسفيل،
- 93 N. Daoud, YE Jung, Muhammad Sheikh, et al. «Facilitators and barriers to smoking cessation among minority men using the behavioral-ecological model and Behavior Change Wheel: A concept mapping study». *PLOS ONE*;13, 10 (2018). e0204657. doi:10.1371/journal.pone.0204657
- 94 Dani Filc, "Circles of Exclusion: Obstacles in Access to Health Care Services in Israel," *International Journal of Health Services* 40, 4 (2010), pp. 699-717
- ٩٥ سفيرسكي، كونور، وأوفير. صورة الوضع الاجتماعي الراهن ٢٠١٣.