منظمة الصحة العالمية

جمعية الصحة العالمية التاسعة والخمسون
البند ١٣ من جدول الأعمال المؤقت

ج٥٩/٢٤
١٨ أيار/ مايو ٢٠٠٦
A59/24

الأحوال الصحية في الأرض الفلسطينية المحتلة، بما فيها القدس الشرقية وفي الجولان السوري المحتل: تقرير مرحلي

١- مازال السكان العرب في الأرض الفلسطينية المحتلة يعانون مستويات عالية من الفقر والبطالة (٤٣٪ و٢٢,٥٪ على التوالي في عام ٢٠٠٥). وتتأثر حياتهم اليومية بقيود هيكلية مثل نظام التصاريح والإغلاق الذي يحكم حركة الأشخاص والبضائع، فضلاً عن مواصلة بناء المستوطنات والطرق الجانبية وعدم التحكم في المياه وموارد المياه.

٢- وحالت الخدمات الصحية الفعالة دون تفشي أي مرض على نطاق واسع أو دون حدوث تدهور شديد من حيث المؤشرات الصحية. وكان متوسط العمر المأمول ٧٢,٦ سنة خلال عام ٢٠٠٤. وبلغت معدلات وفيات الأمهات والرضع ١٠,٦ لكل ١٠٠ ٠٠٠ مولود حي و٢٤,٢ لكل ١٠٠٠ مولود حي على التوالي. وهذه المؤشرات أقل من المؤشرات المسجلة في عدة بلدان في المنطقة.

٣- وتشكل الأمراض غير السارية، ولاسيما الأمراض القلبية الوعائية واعتلالات الفترة المحيطة بالولادة، أسباب الوفاة الرئيسية. وقد ارتفع عدد الوفيات الناجمة عن الحوادث من ٩ حالات لكل ١٠٠ ٠٠٠ في عام ١٩٩٥ إلى ٣٢,٢ حالة لكل ١٠٠ ٠٠٠ في عام ٢٠٠٤. وظل عدد إصابات الحوادث في ارتفاع، وخصوصاً حوادث المرور. ويمثل فقر الدم الناجم عن عوز الحديد المشكلة التغذوية الرئيسية في الأرض المحتلة. ومن حالات عوز المغذيات الزهيدة المقدار الأخرى التي تثير القلق عوز الفيتامين "ألف" قبل ظهور الأعراض السريرية والكساح وعوز اليود. ويبدو أن مستويات سوء التغذية المزمن لدى الأطفال دون سن الخامسة ترتفع ببطء. ومازالت الاضطرابات النفسية تبعث على القلق في الأرض الفلسطينية المحتلة.

٤- وللتطورات السياسية، التي طرأت مؤخراً في الأرض الفلسطينية المحتلة أثر في أداء قطاع الصحة، وبالنظر إلى أن حصة كبيرة من ميزانية وزارة الصحة تأتت من المعونات الدولية خلال السنوات الماضية فمن المحتمل أن يكون لأي تغيير يطرأ على سياسات التمويل التي يتبعها المانحون أثره في توفير خدمات الصحة العمومية والحصول عليها، وقد يؤدي إلى إضعاف البرامج الأساسية للرعاية الصحية الأولية، مثل التمنيع ورعاية الأمومة والطفولة.

٥- وضاعفت الأمانة جهودها لتعزيز عافية الشعب الفلسطيني بدنياً ونفسياً واجتماعياً. ودعمت المنظمة البرامج الصحية التي تتيحها وكالة الأمم المتحدة لإغاثة وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين في الشرق الأدنى (أونروا) لمساعدة اللاجئين طيلة ما يزيد على ٥٠ عاماً.

٦- ويرد المزيد من المعلومات عن الوضع الاجتماعي الاقتصادي والحالة الصحية والنظام الصحي في تقرير تقصي الحقائق (انظر الملحق) الذي أُعد بناء على الطلب الوارد في القرار ج ص ع٥٨-٦.

٧- وخلال عام ٢٠٠٥ تعاونت السلطات الفلسطينية ومنظمة الصحة العالمية والوكالة (أونروا) ووكالات الأمم المتحدة والمنظمات غير الحكومية الأخرى وسائر أصحاب المصلحة في قطاع الصحة تعاوناً وثيقاً فيما يتعلق باستراتيجية متوسطة الأجل لقطاع الصحة تحدد التدخلات الرئيسية ومحور التركيز الاستراتيجي.

٨- وشُرع في تنفيذ استراتيجية التعاون الخاصة بالأرض الفلسطينية المحتلة (٢٠٠٦-٢٠٠٨) في تشرين الثاني/ نوفمبر ٢٠٠٥. وهي تعكس التحليل وتوافق الآراء في الأمد المتوسط من أجل التعاون، مع التركيز على بناء القدرات في الأمد الطويل داخل وزارة الصحة الفلسطينية بغية تعزيز الاستدامة في قطاع الصحة وتلبية الحاجة المستمرة إلى تنفيذ عمليات إنسانية في حال حدوث أزمات. وسيعتمد نجاح الاستراتيجية، إلى حد بعيد، على اتباع نهج شامل لتخطيط العملية التي تجمع بين الميزانية العادية والمساهمات الخارجة عن الميزانية والتي تقدمها الأوساط المانحة الدولية.

٩- وواصلت منظمة الصحة العالمية خلال عام ٢٠٠٥ دعم وزارة الصحة في استجابتها الاستراتيجية لاحتياجات الفلسطينيين الصحية وذلك عن طريق ما يلي: تحسين نتائج التدخلات الصحية بضمان كفاءة **التنسيق** وفعاليته، وجمع **المعلومات** الصحية وتفسيرها، والنهوض بالصحة عن طريق **المساعدة التقنية** المتقدمة؛ وتعزيز وحماية "الحق في الصحة" من خلال أنشطة **الدعوة؛** وتعزيز **الحوار والتعاون** بين المهنيين الصحيين الفلسطينيين والإسرائيليين والمنظمات غير الحكومية والمؤسسات الصحية.

١٠- وساهمت المنظمة، في إطار أنشطة **التنسيق،** في تعزيز قدرة وزارة الصحة والعمل مباشرة على الترويج لرؤية مشتركة ونهج مشترك بين وكالات الأمم المتحدة ووكالات دولية أخرى في نطاق قطاع الصحة. وتشارك المنظمة ووزارة الصحة في رئاسة الاجتماعات الشهرية المعقودة لتنسيق الدعم في حالات الطوارئ في الضفة الغربية وقطاع غزة. وقد عقدت أيضاً اجتماعات مماثلة على مستوى المناطق. وتحرص المنظمة على أداء دورها الاستشاري التقني ضمن الفريق العامل المعني بقطاع الصحة، وتعمل المنظمة في ذلك الإطار بوصفها الوكالة التقنية العاملة ضمن المجموعات المواضيعية المعنية بالتغذية والصحة النفسية وأمانة المجموعة المعنية بصحة المرأة والطفل.

١١- وتدعم الأمانة وزارة الصحة في وضع وتنفيذ **سياسة صحية** خاصة بالأرض الفلسطينية المحتلة. وقد قُدم دعم تقني محدد في مجالات رئيسية، مثل الصحة النفسية والتغذية والأدوية الأساسية ومكافحة الأمراض السارية والسلامة الغذائية بهدف تعزيز السياسات والاستراتيجيات وكذلك القدرات المحلية.

١٢- ولبت **المساعدة التقنية** المقدمة احتياجات برامج محددة. وانصب تركيزها في مجال الصحة النفسية على السياسات وتقديم الخدمات والتدريب. أما في مجال التغذية فقد قُدمت المساعدة التقنية لتمكين وزارة الصحة من إعداد وثيقة بشأن حالة التغذية وإعداد سياسة واستراتيجية في مجال التغذية، وبالإضافة إلى ذلك تجري إقامة نظام للترصد في مجال التغذية ويُجرى بحث مخصص في مجال التغذية. وتتم أيضاً المساهمة في الاستعراض الحالي لقطاع الصحة في إطار الشراكة مع المفوضية الأوروبية والبنك الدولي وإدارة التنمية الدولية التابع للمملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية وهيئة التعاون الإيطالية.

١٣- ويواصل ملتقى الصحة (تحت قيادة المنظمة) التركيز على تجميع **المعلومات** المتعلقة بالصحة وأنشطة قطاع الصحة وحالة المرافق الصحية وتوافر الإمدادات الطبية. وقد اضطلع بجمع ونشر المعلومات عن

الوضع الصحي الإنساني والاستجابة لمقتضياته. وهو يقدم تقارير عن تلك المسائل من خلال موقعه على الإنترنت[١] ورسائل إخبارية شهرية. واستُهلت عملية دمج مع مراكز المعلومات التابعة لوزارة الصحة.

١٤- وعملت أمانة المنظمة على تسهيل ودعم الاتصال الفعال بين المهنيين الصحيين الإسرائيليين والفلسطينيين وبين مؤسساتهم وذلك بتعزيز آليات **الحوار**. ومن الأمثلة الدالة على ذلك مواصلة الحوار المهني بين الفلسطينيين والإسرائيليين من خلال شبكة من المدن الأوروبية والإسرائيلية والفلسطينية من أجل الشراكة الصحية والاجتماعية، ومجلة *Bridges*[٢] وهي المجلة الإسرائيلية الفلسطينية الخاصة بالصحة العمومية والتي تتشارك في وضعها وتحريرها وإصدارها مرة كل شهرين، مجموعة من المهنيين الصحيين الإسرائيليين والفلسطينيين.

١٥- وبناء على طلب جمعية الصحة الوارد في القرار ج ص ع٥٨-٦، قدم المدير العام دعمه إلى وزارة الصحة الفلسطينية في الجهود التي تبذلها لتذليل المصاعب الحالية، وقدم إليها المساعدة خلال عملية الانسحاب الإسرائيلي من قطاع غزة وأجزاء من الضفة الغربية وبعدها. وتم رصد الحالة الصحية في قطاع غزة أثناء مرحلة الانسحاب، وذلك بالتعاون الوثيق مع وزارة الصحة ومنظمات غير حكومية. واستُكملت عملية تقييم أولي للحالة الصحية وحالة تدابير التأهب قبل الانسحاب، بالتركيز على مجموعة أساسية من المؤشرات الصحية المتعلقة بالوفيات والمراضة وتوفير الخدمات حسب المناطق وحسب المواضع المعرضة للمخاطر. ولم تتغير الحالة الصحية، وفقاً للتقييم القائم على المؤشرات، خلال عملية الانسحاب.

١٦- واستجابة للفقرة ٥(٢) من القرار ج ص ع٥٨-٦، أنجز المدير العام عملية تقييم جهاز الكشف المتطور الذي تستخدمه إسرائيل في المعابر الحدودية الفلسطينية مما أثار المخاوف بشأن صحة الفلسطينيين وسلامتهم. والجهاز، على الرغم من الإشارة إليه في ذلك القرار على أنه "جهاز أشعة سينية" لا تنبعث منه أشعة سينية ولكنه، بالأحرى، ينقل ويتلقى موجات بترددات تصل إلى ٣٠ غيغاهرتز. ويتولى جهاز مرسل مستقبل (هوائي) إرسال وتلقي إشارات دقيقة الموجات تنعكس عن الجسم وأي أشياء يحملها. وعلى النقيض من أجهزة الكشف عن المعادن فإن النظام مصمم بطريقة تكشف عن الأسلحة البلاستيكية أو الخزفية وعن المواد المتفجرة البلاستيكية وما إلى ذلك من المواد غير المعدنية تحت الملابس. وتتولى مجموعة من أجهزة الإحساس التقاط الموجات المنعكسة وإرسال المعلومات إلى حاسوب عالي السرعة لمعالجة الصور، وهذا الحاسوب يعمد إلى تحليل المعلومات وينتج صوراً ثلاثية الأبعاد وشديدة الوضوح انطلاقاً من الإشارات التي يجري التقاطها. ولتكوين صورة على مساحة البشرة يرسل الجهاز موجات دقيقة بتردد يتراوح بين ٢٤ و٣٠ غيغاهرتز. وعند مثل هذه الترددات فإن البشرة تمتص كل الطاقة الناجمة تقريباً، وذلك لا شيء من الطاقة الدقيقة الموجات يتغلغل أكثر من حوالى ملليمتر واحد في الأنسجة. ولا تتلقى الأنسجة ولا أجهزة الجسم التي توجد تحت الجلد أي موجات دقيقة تُذكر وبالتالي فإنه لا يمكن أن يصيبها أي ضرر. ومن وجهة النظر الصحية أو السلامة فإن عملية التقييم خلصت إلى أنه، بالاستناد إلى المعلومات المتاحة حالياً، لا يوجد أي دليل على أن الجهاز يمثل أي خطر على الصحة.

١٧- وفي ظل الظروف الراهنة، التي تنطوي على احتمال اعتماد الجهات المانحة سياسات جديدة وانخفاض موارد التمويل، لابد من تصور سيناريوهات لأعمال الطوارئ الإنسانية في مواجهة الأزمات المحتملة، ويتيح تقييم عملية النداءات الموحدة، على ما يبدو، إطاراً ملائماً للتواصل إلى توافق في الآراء بشأن

١ www.healthinforum.org.

٢ www.bridgesmagazine.org.

تلك السيناريوهات، وتهيئة تدخلات إنسانية منسقة. وقد وجهت وزارة الصحة الفلسطينية نداء عاماً للمساعدة على التصدي لحالات العجز المستجدة. وهناك عجز في الميزانية اللازمة لشراء الأدوية والإمدادات والأدوات وحيدة الاستعمال ولوازم المختبرات والفحص بالأشعة السينية والتشخيص، يبلغ مقداره ٤,٥ مليون دولار أمريكي في الشهر. وتعكف الأمانة على تقييم ورصد الأوضاع الصحية الراهنة بشكل موضوعي، وعلى وضع خطة للطوارئ مدتها ثلاثة شهور وذلك بالتعاون مع سائر الشركاء في المجال الصحي.

١٨- وستواصل منظمة الصحة العالمية العمل مع وكالات الأمم المتحدة، وخاصة وكالة الأمم المتحدة لإغاثة وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين في الشرق الأدنى (أونروا) والسلطة الفلسطينية على رصد الحالة الصحية في الأرض الفلسطينية المحتلة وإطلاع الدول الأعضاء على المعلومات أولاً بأول.

الإجراء المطلوب من جمعية الصحة

١٩- جمعية الصحة مدعوة إلى الإحاطة علماً بهذا التقرير.

الملحق

الأوضاع الصحية والاقتصادية
في الأرض الفلسطينية المحتلة: تقرير تقصي الحقائق

١- طلبت جمعية الصحة، في القرار ج ص ع٥٨-٦، إلى المدير العام أن يقدم تقريراً لتقصي الحقائق بشأن الأوضاع الصحية والاقتصادية في الأرض الفلسطينية المحتلة. وقد أجريت عدة تحليلات مستفيضة للوضع السائد خلال النصف الثاني من عام ٢٠٠٥. ويرد أدناه ملخص الحصائل والاستنتاجات الرئيسية للمهام والوثائق التالية: استراتيجية التعاون الخاصة بمنظمة الصحة العالمية والأرض الفلسطينية المحتلة، ٢٠٠٦-٢٠٠٨؛ وإطار تحليل الاحتياجات، اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات، ٢٠٠٥؛ والتقييم المشترك بشأن الأرض الفلسطينية المحتلة؛ وحالة التغذية: الضفة الغربية وقطاع غزة. استعراض شامل لحالة التغذية في الضفة الغربية وقطاع غزة. وزارة الصحة الفلسطينية ومنظمة الصحة العالمية واليونيسيف، ٢٠٠٥؛ وزارة الصحة. الوضع الصحي في فلسطين: التقرير السنوي ٢٠٠٤، وزارة الصحة، ٢٠٠٥.

الوضع الاجتماعي والاقتصادي

٢- تشير معظم المسوح المجراة إلى أن تكيف الاقتصاد الفلسطيني مع الإغلاقات والقيود لم يكن كافياً لإبطال أثر مجموعة الضغوط الضارة المتعددة المفروضة عليه.

٣- ولعل نسبة النمو الحقيقي المسجلة في الناتج المحلي الإجمالي في الضفة الغربية وقطاع غزة بلغت ما يتراوح بين ٨٪ و٩٪ خلال عام ٢٠٠٥ حسب تقديرات البنك الدولي، وتتواصل بذلك حالة الانتعاش التي بدأت منذ عامين (عقب فترة الأزمة الحادة بين عامي ٢٠٠٠ و٢٠٠٢ التي انخفض فيها نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي بمقدار ٣٦٪ تقريباً والفترة الممتدة من عام ٢٠٠٣ إلى عام ٢٠٠٥ وهي فترة استقرار وانتعاش تدريجي بلغ خلالها متوسط النمو نحو ٧٪ في السنة). وتبين المعطيات الخاصة بعام ٢٠٠٥ أن معدل البطالة بلغ ٢٢,٥٪ مقارنة بالمعدل المسجل في عام ٢٠٠٤ والبالغ ٢٧٪، وهو ما يزيد على ضعف المستوى المسجل في فترة ما قبل الانتفاضة. ومازال هناك زُهاء ٤٣٪ من السكان الفلسطينيين يعيشون دون خط الفقر،[١] مقابل ٤٧٪ في عام ٢٠٠٤، وقد تكون نسبة من يصنفون ضمن فئة الفقر المدقع بلغت ١٥٪ مقابل ١٦٪ في عام ٢٠٠٤. وبينت التقديرات باستمرار أن عدد الفقراء من الفلسطينيين تضاعف بين عامي ١٩٩٩ و٢٠٠٥، من ٤٠٠ ٧٨٨ نسمة إلى ٠٠٠ ٥٦٥ ١ نسمة. ومستويات الفقر في قطاع غزة أعلى منها في الضفة الغربية والقدس الشرقية، وتشمل الفئات المتضررة الفقراء الجدد والفقراء المزمنين وأطفالاً ونساء في سن الإنجاب وشباباً.

٤- ويشكل الاختلال في التوازن بين الزيادة السكانية والنمو الاقتصادي مثلما يتضح من التفاوت بين معدل الزيادة السكانية البالغ ٣,٤٪ ومعدل الناتج المحلي الإجمالي المتقلب، تحدياً أمام الاقتصاد الفلسطيني وعقبة تعترض سبيل التنمية في الأرض الفلسطينية المحتلة.

١ يعرف بأنه إنفاق الفرد ٢,٣ دولار أمريكي يومياً بالنسبة إلى أسرة مرجعية تتألف من شخصين بالغين وأربعة أطفال.

٥- وبحلول عام ٢٠٠٥ ارتفع عدد من يعولهم كل عامل إلى ٥,٦ في قطاع غزة، وكانت الزيادة المسجلة في معدل الإعالة في قطاع غزة أشد وضوحاً أيضاً أي من ٥,٩ في عام ٢٠٠٠ إلى ٨,٢ في عام ٢٠٠٥.

٦- وعقب الانسحاب في أواخر عام ٢٠٠٥ وأوائل عام ٢٠٠٦، اتخذ المجتمع الدولي، بدعم من الأمم المتحدة، تدابير معجلة لتحفيز التوظيف في الأرض الفلسطينية المحتلة في إطار برنامج أعم لتحقيق الانتعاش الاقتصادي. وعلى الرغم من ذلك لا تزال هناك مسألتان مطروحتان: هل يمكن الحفاظ على الوظائف الجديدة على مر الزمن؟ وهل يتناسب عددها مع عدد من ينضمون إلى القوة العاملة؟

٧- وخلفت النزاعات التي امتدت أكثر من أربع سنوات آثاراً اجتماعية ونفسية هائلة على السكان كافة غير أن الشباب الفلسطينيين هم من الفئات الأشد تضرراً على وجه الخصوص.

النتائج الصحية

٨- يمر السكان الفلسطينيون في الأرض الفلسطينية المحتلة بتحول ديمغرافي نتيجة الانخفاض النسبي لمعدلات وفيات الرضع والأطفال دون سن الخامسة (٢٨,٣ لكل ١٠٠٠ مولود حي) وارتفاع معدل الخصوبة وزيادة متوسط العمر المأمول (انظر الفقرة ٢ من الوثيقة الرئيسية).

٩- وعلى الرغم من عدم حدوث تغير كبير في الوضع الصحي العام للفلسطينيين في الأرض الفلسطينية المحتلة، وفقاً للمؤشرات، فإن الوضع الحالي يبرر التكهن بحدوث تدهور في مستويات صحة الفلسطينيين. وقد ازدادت حالات الفقر وانعدام الأمن الغذائي بوجه خاص بين الفئات السريعة التأثر، بما فيها المجتمعات المحلية التي تقيم قرب الجدار الفاصل حيث يمنع المقيمون من الوصول إلى أماكن عملهم وإلى الأسواق. وتفيد التقارير بأنه من بين من تضرروا من بناء الجدار هناك ٥٠,٣٪ انخفض تموينهم الغذائي، وهناك ٥١,٥٪ يعيشون تحت خط الفقر وهناك ٤٧,٧٪ لا تتاح لهم شبكات صرف مياه المجاري، وذلك مقابل ٤٠,١٪ و٤٠,٩٪ و٣٧,٨٪ على التوالي ممن لم يتضرروا من ذلك الجدار.

١٠- ومازالت نسبة تغطية الخدمات السابقة للولادة مرتفعة (٩٦,٥٪ في عام ٢٠٠٤). أما تغطية خدمات الرعاية بعد الولادة فما زالت نسبتها منخفضة، بيد أنها ارتفعت على ما يبدو مع مرور الزمن في الأرض الفلسطينية المحتلة من ١٩,٧٪ في عام ١٩٩٦ إلى ٢٦,٣٪ في عام ٢٠٠٠ و٣٣,٣٪ في عام ٢٠٠٤؛ ومازال نحو ثلثي النساء في الأرض الفلسطينية المحتلة يفتقرن إلى خدمات الرعاية بعد الولادة. وانخفض معدل الخصوبة من نحو ٦ في عام ٢٠٠٠ إلى ما يقدر بما يبلغ ٤,٥ في عام ٢٠٠٥. وزاد استعمال وسائل تنظيم الأسرة من ٤٥,٢٪ في عام ١٩٩٦ إلى ٥١,٤٪ في عام ٢٠٠٠ إلا أنها انخفضت إلى ٤٩٪ في عام ٢٠٠٤.

١١- ومعدلات وفيات الرضع والأطفال دون سن الخامسة أقل من القيم المتوسطة المسجلة في بلدان تقع في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (يبلغ معدل وفيات الرضع ٥٣ لكل ١٠٠٠ مولود حي) وتقارب المعدلات المسجلة في بلدان عربية مجاورة، ولكنها تُعتبر معدلات شديدة الارتفاع مقارنة بالمعدلات المسجلة في إسرائيل (يبلغ معدل وفيات الرضع ٥ لكل ١٠٠٠ مولود حي، ويبلغ معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة ٦ لكل ١٠٠٠ مولود حي).

١٢- وقد عانى ٢,٨٪ و١,٤٪ و١,٩٪ من صغار الأطفال في الأرض الفلسطينية المحتلة من سوء التغذية الحاد خلال الأعوام ١٩٩٦ و٢٠٠٠ و٢٠٠٤ على الترتيب. ومن جهة أخرى، ارتفعت نسبة التقزم باستمرار من ٧,٢٪ من الأطفال دون سن الخامسة في عام ١٩٩٦ إلى ٩,٤٪ في عام ٢٠٠٤، مما يمثل مشكلة متوسطة من مشاكل الصحة العمومية، إلا أنه لا يُستبعد أن ترتفع مستويات التقزم إذا استمر تدهور الوضع الاقتصادي.

١٣- ويعاني أكثر من ربع الأطفال دون سن الخامسة و٣١,١٪ من النساء في سن الإنجاب من فقر الدم الناجم عن عوز الحديد. وترتبط حالات عوز المغذيات الزهيدة المقدار الأخرى بالفيتامين "ألف" والفيتامين "دال" واليود. ويعاني ٢٢٪ من الأطفال دون سن الخامسة من عوز الفيتامين "ألف" ويبلغ ٥٣,٩٪ منهم حد العوز. والأرقام الخاصة بعوز الفيتامين "ألف" في قطاع غزة (٢٦,٥٪) أشد ارتفاعاً من الأرقام المسجلة في الضفة الغربية (١٨,٩٪). وتنتشر حالات الكساح المبلغ عنها على نطاق واسع في جميع أنحاء قطاع غزة ، إلا أنها نادرة في الضفة الغربية، وقد تم الإبلاغ عن ٤٤٤ و٣٢٥ حالة في الأراضي المحتلة خلال عامي ٢٠٠٣ و٢٠٠٤ على التوالي. وأشارت دراسات أجريت عام ٢٠٠٤ إلى انتشار عوز اليود بمعدل ١٥٪، مع أن هناك ما يربو على ثلثي الأسر التي تبلّغ عن استهلاك الملح الميودن، علماً بأن نسبة الأرقام المسجلة في قطاع غزة (٨٢,٧٪) هي أكثر ارتفاعاً منها في الضفة الغربية (٥٦,٥٪).

١٤- وأفادت التقارير بأن معدل انتشار الاضطرابات النفسية الشائعة (الإجهاد التالي للرضوح والقلق واضطراب المزاج والاضطرابات النفسية ذات الأعراض الجسدية) خلال عام ٢٠٠٣ بلغ ٤٠,٣٪ من السكان الذين تعرضوا مباشرة للعنف، والذين تبلغ نسبتهم ٥٩٪، مقابل ١٢,٦٪ من السكان الذين لم يتعرضوا لهذا العنف والذين تبلغ نسبتهم ٣١٪. وبينت البحوث التي أجراها مركز الاستشارات الفلسطينية في منطقة قلقيلية أن نسبة لا يستهان بها من الأشخاص المشاركين في الاستقصاء فكرت في إنهاء حياتهم وفقدت أغلبيتهم أي أمل في المستقبل وأعربت عن مشاعر الغضب المستمرة بسبب ظروف خارجة عن إرادتهم وجميعهم عبروا عن شعورهم بالإجهاد. كما ازداد الشعور بعدم الأمان في المناطق المتضررة مباشرة من الجدار الفاصل (٩٠٪ مقابل ٧٥٪ في سائر مناطق الضفة الغربية).

١٥- وقد نجحت السلطة الفلسطينية خلال السنوات القليلة الماضية في الوقاية من معظم الأمراض المعدية ومكافحتها عن طريق برامج الصحة العمومية المتصلة بالتمنيع والتوعية الصحية، كما عززت أنشطة الترصد الوبائي. ولم تتسبب الأمراض السارية إلا في ١٠,١٪ من مجموع الوفيات خلال عام ٢٠٠٤. ويتوطن التهاب الكبد "ألف" و"باء" و"جيم" الأرض الفلسطينية المحتلة والمنطقة المحيطة بها بصفة عامة. ويشمل جدول تمنيع الأطفال اللقاح المضاد لالتهاب الكبد "باء" ويزيد معدل التغطية على ٩٥٪. وقد انخفض معدل الإصابة بالسل في الأرض الفلسطينية المحتلة إلى ٠,٨٥ حالة لكل ١٠٠ ٠٠٠ نسمة في عام ٢٠٠٤. وتفيد التقارير بأن معدلات الإصابة بالأيدز والعدوى بفيروسه بلغت ٠,٠٣ حالة لكل ١٠٠ ٠٠٠ نسمة.

١٦- ومن أسباب الوفاة الرئيسية في صفوف عامة الناس في الوقت الحاضر الأمراض القلبية الوعائية (٣٩,٦٪) والسرطان (٩,٩٪) والسكري (٣,٦٪) والفشل الكلوي (٣,٤٪) واعتلالات الفترة المحيطة بالولادة (٩,٧٪).

١٧- وارتفع عدد الحوادث المميتة ارتفاعاً شديداً وسجل معدل وفيات بلغ تحديداً ٩,١ لكل ١٠٠ ٠٠٠ نسمة في عام ١٩٩٥، و٣٦,٠ لكل ١٠٠ ٠٠٠ نسمة في عام ٢٠٠٢. وانخفض هذا المعدل إلى ٢٤ لكل ١٠٠ ٠٠٠ نسمة في عام ٢٠٠٣، إلا أنه ارتفع مجدداً في عام ٢٠٠٤ ليصل إلى ٣٢,٤ لكل ١٠٠ ٠٠٠ نسمة. وتظل تصادمات المرور هي السبب الرئيسي للإصابات غير المتعمدة.

النظام الصحي

١٨- تُعد وزارة الصحة ووكالة الأمم المتحدة لإغاثة وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين في الشرق الأدنى (أونروا) الجهتين الرئيسيتين اللتين تقدمان الخدمات الصحية في الأرض الفلسطينية المحتلة. وتُعنى الوكالة بما مجموعه ٠٠٠ ٦٣٥ ١ لاجئ، وتضطلع الوزارة بالمسؤولية التنظيمية عن النظام الصحي. كما تقوم منظمات غير حكومية محلية ومجموعة من المهنيين الصحيين من القطاع الخاص بتقديم بعض الخدمات الصحية. وتتجزأ عملية تقديم الخدمات الصحية نتيجة لتعدد مقدمي هذه الخدمات الذين لا يتبعون سياسة موحدة في عملهم.

١٩- وتُعتبر شبكة المرافق الصحية في الأرض الفلسطينية المحتلة متطورة جداً من حيث الكمية. وفي أواخر عام ٢٠٠٤، بلغ مجموع عيادات الرعاية الصحية الأولية ٧٣١ عيادة (٦٠٦ عيادات في الضفة الغربية و١٢٥ عيادة في قطاع غزة) من بينها ٤١٣ (٥٦,٥٪) عيادة تديرها وزارة الصحة و٥٣ (٧,٣٪) عيادة تشرف عليها الوكالة المذكورة (أنروا) و٢٦٥ (٣٦,٣٪) عيادة تديرها منظمات غير حكومية. وفضلاً عن ذلك هناك ٢٣٠ عيادة خاصة بصحة الأم والطفل (٢٠٢ من العيادات في الضفة الغربية و٢٨ عيادة في قطاع غزة) و١٥٣ عيادة متخصصة (٦٤ عيادة في الضفة الغربية و٨٩ عيادة في قطاع غزة) و١٩٧ عيادة لتنظيم الأسرة (١٥٣ عيادة في الضفة الغربية و٤٤ عيادة في قطاع غزة) و٥٨ عيادة لطب الأسنان (٢٧ عيادة في الضفة الغربية و٣١ عيادة في قطاع غزة).

٢٠- وعمل أكثر من نصف موظفي النظام الصحي الفلسطيني (٥٦,٩٪)، البالغ مجموعهم ٥٤٤ ١٩ موظفاً، في القطاع العام (وزارة الصحة) في عام ٢٠٠٤. والموارد البشرية في قطاع الصحة في الأرض الفلسطينية المحتلة ليست موزعة توزيعاً متوازناً بين المناطق وأنواع المهنيين. فنسبة العاملين في مجال التمريض إلى الأطباء نسبة منخفضة (١,٥ عامل في مجال التمريض لكل طبيب) مقارنة بالمعايير الموصى بها.

٢١- وتشير التقديرات إلى أنه حتى عام ٢٠٠٢ تخرج الأطباء الفلسطينيون في ٤٥٠ جامعة مختلفة في ١٢٠ بلداً. ولا يتاح أي تدريب تخصصي معترف به في مجال الطب في الأرض الفلسطينية المحتلة، على الرغم من أن من الممكن في بعض المستشفيات الاضطلاع بأنشطة التدريب الداخلي والإقامة فيما يتعلق ببعض التخصصات والتي تعترف بها الهيئات الأردنية والفلسطينية.

٢٢- والإنفاق الصحي للفرد في الأرض الفلسطينية المحتلة أعلى من المتوسط الإقليمي. وقد بلغ مجموع الإنفاق الصحي للفرد ١٣٨,٤ دولار أمريكي في عام ٢٠٠٣ وفقاً لأحدث التقديرات التي خرجت بها دراسة استقصائية مخصصة. ويعتمد نظام الصحة العمومية اعتماداً شديداً على المساعدة الدولية وتثير مسألة استمراريتها قلقاً شديداً. وبين تحليل إجمالي الإنفاق الصحي في عام ٢٠٠٢ حسب مصدر التمويل أن وزارة المالية قدمت ١٥٪ وعامة السكان قدموا ٣٨٪ (بما في ذلك أقساط التأمين الصحي والدفعات المشتركة والرسوم المحصلة في المرافق العامة والخاصة) وأن المانحين قدموا ٤٨٪. وتمثل الأجور ما يقارب نصف ميزانية وزارة الصحة، وتعد الإحالة إلى الخارج ثالث أعلى بنود الإنفاق. ويسعى آلاف المرضى سنوياً إلى الحصول على خدمات الرعاية في الخارج، وذلك أساساً في مصر وإسرائيل والأردن. وفي عام ٢٠٠٤ بلغ مجموع المرضى المحالين إلى الخارج لدخول المستشفيات والحصول على الاستشارات ٧٤٤ ٣١ شخصاً، أي بزيادة نسبتها ٥٧,٩٪ مقارنة بعام ٢٠٠٣.

٢٣- ولا يتمتع نحو ربع عدد السكان بتغطية التأمين الصحي. وأفادت التقارير بأن نسبة الأسر المشمولة بتغطية التأمين الصحي في الأرض الفلسطينية المحتلة بلغت ٧٦,١٪ في عام ٢٠٠٤. وحصل ما يزيد على نصف تلك الأسر على تغطية حكومية وحصل ثلثها تقريباً على تغطية توفرها وكالة الأمم المتحدة لإغاثة وتشغيل الفلسطينيين في الشرق الأدنى (أونروا). أما بقية السكان فقد شملتها تغطية خدمات الضمان الاجتماعي أو نظم التأمين الصحي العسكري أو التأمين الصحي الإسرائيلي.

٢٤- ويعتبر الحصول على الرعاية الصحية عادلاً بوجه عام. بيد أن هناك أسباباً وجيهة تدعو إلى افتراض تأثر حصول الفلسطينيين على الخدمات تأثراً سلبياً بالقيود المفروضة على الحركة، والجدار الفاصل، وتدهور الوضع الاقتصادي. وعلاوة على ذلك فإن من المرجح أن يكون للتطورات السياسية الأخيرة والانخفاض المسجل في الأموال المقدمة إلى وزارة الصحة أثر سلبي على القطاع الصحي. ومن المتوقع حدوث انخفاض في عدد برامج الصحة العمومية واحتمال تعطل الخدمات الصحية إذا استمرت هذه الأزمة المالية.

= = =