



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

تقرير من الأمانة

١- خلال الفترة الممتدة من كانون الثاني/يناير إلى تشرين الأول/أكتوبر ٢٠٠٨، قُتل ٤٥ فلسطينياً في الضفة الغربية و٣٨٩ فلسطينياً في قطاع غزة^١. وخلال آخر قتال اندلع في قطاع غزة في الفترة بين ٢٧ كانون الأول/ديسمبر ٢٠٠٨ و١٨ كانون الثاني/يناير ٢٠٠٩ لقي ١٣٨٠ فلسطينياً آخر حتفهم بينهم ٤٣١ طفلاً و١١٢ امرأة^٢. وأصيب ما لا يقل عن ٥٣٨٠ شخصاً بجراح بينهم ١٨٧٢ طفلاً و٨٠٠ امرأة. ومن بين الخسائر البشرية ١٦ من العاملين الصحيين لقوا مصرعهم أثناء أدائهم لمهامهم و٢٥ أصيبوا. ويذكر أن جمعية الصحة طلبت في قرارها جص ع ٦١-٣ إلى المدير العام أن يقدم تقريراً عن تقصي الحقائق بشأن الأحوال الصحية والاقتصادية في الأرض الفلسطينية المحتلة، بما فيها القدس الشرقية وفي الجولان السوري المحتل ويرد التقرير المطلوب في ملحق هذا التقرير.

٢- وعلى الرغم من ارتفاع متوسط العمر المأمول في السنوات الأخيرة توقف التقدم صوب بلوغ المرامي الإنمائية للألفية المتعلقة بالصحة. وظلت الأرقام الخاصة بوفيات الرضع والأطفال حتى عام ٢٠٠٧ دون تغيير فعلي.

٣- وما زال سوء التغذية المزمن وما يقترن به من حالات عوز المغذيات الدقيقة يمثل إحدى مشاكل الصحة العمومية في الأرض الفلسطينية المحتلة. وبالإضافة إلى ذلك تتسبب الأمراض غير السارية في ما يربو على ٣٠٪ من عبء الأمراض التي تصيب البالغين.

٤- وفي حزيران/يونيو ٢٠٠٧، شكّلت حكومة طوارئ جديدة، ورُفعت العقوبات المفروضة على السلطة الفلسطينية واستؤنفت عملية تقديم المعونة الدولية. بيد أن الإغلاق الداخلي ونظام التصاريح والبنية التحتية المتداعية والنقص الحاد في الطاقة الكهربائية والمياه والأغذية كلها أمور مازالت تؤثر على صحة غالبية السكان البالغ عددهم ١,٤ مليون نسمة في قطاع غزة.

١ مكتب الأمم المتحدة لتنسيق الشؤون الإنسانية، حماية المدنيين: يمكن الاطلاع على قاعدة البيانات المتعلقة بالخسائر البشرية في الموقع: <http://www.ochaopt.org/poc/>.

٢ وزارة الصحة، مركز المعلومات الصحية الفلسطينية، غزة.

٥- وتقوم المنظمة، بوصفها الوكالة التقنية التي تسدي المشورة للفريق العامل المعني بقطاع الصحة الذي يرأسه وزير الصحة الفلسطيني، بتوفير الدعم التقني لهيئات المراكز والمناطق التي تتولى تنسيق الشؤون الصحية، وعددها ١٣ هيئة تشمل منظمات غير حكومية محلية ودولية ومؤسسات تابعة لمنظومة الأمم المتحدة والسلطات المحلية. وقد عقدت المنظمة اجتماعات شهرية لاطلاع الشركاء على الحالة الصحية، وعلى حالة تقديم الخدمات الصحية ومدى الاستجابة في حالات الطوارئ.

٦- وتؤدي المنظمة دوراً هاماً في تقديم الدعم لوزارة الصحة الفلسطينية في عملية جمع المعلومات الصحية وتفسيرها وتنسيق الأنشطة مع الوكالات الدولية الأخرى. فقد أسهمت المنظمة بهمة في جمع وتبويب ونشر معلومات عن الأوضاع الصحية الإنسانية وأنشطة الاستجابة وعن حالة المرافق الصحية ومدى توافر اللوازم الطبية، وذلك دعماً لعملية صنع القرار وأنشطة الدعوة والاستجابة في حالات الطوارئ. الأمر الذي شمل أنشطة من قبيل رصد الحالة الصحية والخدمات الصحية وإنشاء قاعدة بيانات خاصة بالمرافق الصحية وإعداد استجابات مشتركة مع سائر الجهات صاحبة المصلحة ووزارة الصحة.

٧- وفي أواخر عام ٢٠٠٨، بدأ الأخذ بأسلوب الدوائر في القطاع الصحي في الأرض الفلسطينية المحتلة. وأصبح هذا الأسلوب نافذاً في كانون الثاني/يناير ٢٠٠٩ بتعيين منسق للدائرة الصحية في القدس وقطاع غزة ليتولى زمام الاستجابة الصحية الإنسانية حيال الأزمة في قطاع غزة ويوحد طرائق العمل مع الشركاء الدوليين والمحليين. وقامت المنظمة بنشر عدد من موظفي المقر الرئيسي والمكتب الإقليمي لشرق المتوسط لدعم فريقها في الأرض الفلسطينية المحتلة. ويعد التقييم الصحي الأولي الذي تم إعداده بالاشتراك مع الدائرة الصحية من أهم الحصائل الرئيسية الأولى لأسلوب الدوائر.

٨- وأنشأت وزارة الصحة الفلسطينية، بدعم من المنظمة، غرفة عمليات لحالات الطوارئ، في رام الله من أجل تنسيق جهود الاستجابة في حالة الأزمات الصحية. وظلت على اتصال بصفة منتظمة مع مستودع الأدوية المركزي في قطاع غزة بهدف: تقييم الاحتياجات الفورية (كالمستحضرات الصيدلانية والمواد المستهلكة والمعدات وقطع الغيار)؛ وحصر الإمدادات التي أرسلها المجتمع الدولي وتم تسليمها أو مازالت في الطريق؛ وإصدار تقارير يومية تتضمن ما يستجد من معلومات عن الاحتياجات القائمة. وقد استأنفت المنظمة مباشرة مسؤوليتها عن تنظيم وتسليم جميع الإمدادات الواردة من الضفة الغربية وإسرائيل.

٩- وتنهض المنظمة بدور واسع النطاق في مجال الدعوة إلى كفالة التمتع بالصحة وتغطي أعمالها الأوضاع الصحية بوجه عام وأنشطة الدعوة المتصلة بمواضيع خاصة (مثلاً مدى توافر الخدمات الصحية والصحة النفسية) ويضطلع بمعظم أعمال الدعوة من خلال الحوار مع الجهات صاحبة المصلحة مثل وزارة الصحة الفلسطينية والسلطات الإسرائيلية ووكالات الأمم المتحدة الأخرى والمنظمات غير الحكومية والجهات المانحة.

١٠- ودعمت المنظمة وحدة التخطيط الصحي بوزارة التخطيط وذلك بتزويدها بمستشار متفرغ في الفترة من آب/أغسطس ٢٠٠٧ إلى تموز/يوليو ٢٠٠٨. ونجحت الوحدة في إعداد الخطة الصحية الاستراتيجية الوطنية للفترة ٢٠٠٨-٢٠١٠ التي صدرت وتمت المصادقة عليها في مستهل عام ٢٠٠٨. وأدت الوحدة، أيضاً، دوراً بالغ الأهمية في وضع مقترحات المشاريع المقدمة من جميع المديريات ووحدات وإدارات وزارة الصحة في صيغتها النهائية باعتبارها أساساً لتخصيص الموارد التي تعهد مؤتمر المانحين الدولي بتوفيرها للسلطة الفلسطينية (باريس، ١٧ كانون الأول/ديسمبر ٢٠٠٧).

١١- وتولت المنظمة زمام عملية إعداد المكون الصحي لعملية النداءات الموحدة المشتركة بين الوكالات لعام ٢٠٠٩. وتتمثل الغايات المتفق عليها عموماً بالتنسيق مع ما يربو على ٢٠ شريكاً في ما يلي: ضمان توافر الخدمات الأساسية لاسيماً للفئات الضعيفة؛ تعزيز تنسيق الاستجابة الصحية الإنسانية؛ والدعوة إلى كفاءة التمتع بالصحة باعتبارها حقاً من حقوق الإنسان. واضطلعت المنظمة، من خلال منسق الدائرة الصحية، بدور قيادي في إعداد المكون الصحي لنداء غزة العاجل ٢٠٠٩. ونتيجة لإدماج النداء العاجل في صميم عملية النداءات الموحدة زادت قيمة الاحتياجات في مجال الصحة من ٢٥ مليون دولار أمريكي إلى ما يربو على ١٠٠ مليون دولار أمريكي. وقد تم حتى الآن، تلبية ١٧٪ من تلك الاحتياجات.

١٢- وتم تزويد وزارة الصحة الفلسطينية بالدعم التقني لمساعدتها على وضع وثيقة عن "حالة التغذية" وسياسة واستراتيجية بشأن التغذية. وقد وفرت برامج المنظمة، على امتداد العام الماضي، للإدارة المختصة بالتغذية في وزارة الصحة الدعم في عملية إرساء نظام فعال لترصد حالة التغذية. وساعدت المنظمة، أيضاً، الوزارة على أن تدرج في أنشطة رصد النمو، المعايير الجديدة التي وضعتها المنظمة من أجل كفاءة نمو الطفل؛ وقدمت المنظمة الدعم من أجل بناء قدرة مختبرات الصحة العمومية المركزية في الضفة الغربية وقطاع غزة على رصد مستويات المغذيات الدقيقة في الأغذية المغناة ومقدار ما يتناوله السكان من تلك المغذيات.

١٣- ووفرت المنظمة الدعم التقني لبرنامج وزارة الصحة لمكافحة الأمراض غير السارية واتقائها، وذلك بتلبية احتياجات محددة في مجال التدريب على الرعاية الصحية المتخصصة وإعداد دلائل إرشادية لتتبع تشخيص الأمراض ومعالجتها، واستحداث نظام لترصد عوامل الاختطار وتنظيم حملة تقيفية بشأن الوقاية من الأمراض المزمنة.

١٤- وتستقبل المستشفيات الستة في القدس الشرقية معظم الحالات التي تحيلها إليها المرافق الصحية التابعة لوزارة الصحة الفلسطينية في الضفة الغربية وقطاع غزة لتلقي رعاية صحية متخصصة. وتساعد المنظمة تلك المستشفيات على تحسين نوعية ما تقدمه من رعاية ودعم أداء شبكة من المستشفيات.

١٥- وواصلت المنظمة أيضاً إبداء المشورة وتقديم الدعم لوزارة الصحة في مجال الصحة النفسية وذلك بتنفيذ مشروع انتقل بها من عملية وضع السياسات إلى التخطيط وتقديم الخدمات وتشديد البنى التحتية. ويتمثل هدف سياسات الصحة النفسية عموماً في تطبيق نهج مجتمعي في مجال الصحة النفسية على المستويات الأساسي والثانوي والتخصصي والقيام تبعاً لذلك بتطوير خدمات الصحة النفسية القائمة حالياً وإعادة تنظيمها وتحسينها والتوسع فيها.

١٦- وفي سياق العمل على كفاءة التأهب لأنفلونزا الطيور والأنفلونزا الجائحة والاستجابة عن ظهور أي حالات إصابة بهما تساعد المنظمة السلطة الفلسطينية على بناء قدرتها على اكتشاف أي حالات إصابة بين البشر ورصدها ووضع شروط أساسية تمكنها من احتواء أي فاشيات للمرض.

١٧- وقدمت المنظمة الدعم لإدارة الصحة البيئية بوزارة الصحة في سياق تقييم الأحوال والاحتياجات في مجال الصحة البيئية وفي عملية بناء قدرات الموظفين جنباً إلى جنب مع توفير الإمدادات والمواد دعماً للأنشطة الرامية إلى التصدي للأخطار التي تتهدد الصحة البيئية (ومن بين تلك الأنشطة مثلاً العمل على كفاءة مأمونية المياه ومكافحة نواقل الأمراض). وتم توجيه الدعم التقني من خلال المركز الإقليمي لأنشطة الصحة البيئية.

١٨- وقدّم الصندوق العالمي لمكافحة الأيدز والسل والملاريا في إطار برنامج منح الجولة السابعة، منحة لدعم أنشطة مكافحة الأيدز والعدوى بفيروسه في الضفة الغربية وقطاع غزة. ويُذكر أن المنظمة عضو في فريق الأمم المتحدة المواضيعي المعني بالأيدز والعدوى بفيروسه وأحد المستفيدين الثانويين من هذه المنحة التي يُعد برنامج الأمم المتحدة الإنمائي أكبر المستفيدين الثانويين منها. وفي إطار استخدام هذه المنحة على نطاق أوسع، ستركز المنظمة على تقديم الدعم التقني للجنة الوطنية المعنية بالأيدز والعدوى بفيروسه مع التشديد، بوجه خاص، على أهمية تقديم المشورة وإجراء الاختبارات لمن يطلبها طوعاً وكفالة مأمونية الدم واتخاذ احتياطات شاملة والعلاج والمتابعة باستخدام الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية وإقامة نظم للمعلومات الصحية وإجراء بحوث عملية. وفي إطار جهود مكافحة السل، تولت المنظمة زمام عملية إعداد مقترح طلب الحصول من الصندوق العالمي على منحة في إطار جولة تامة تخصص للسل - وقد كللت تلك العملية بالنجاح. وتقوم المنظمة بإسداء المشورة التقنية لفريق الأمم المتحدة المواضيعي المعني بمكافحة السل وتشارك في رئاسته وسوف توفر دعماً نوعياً لإدراج استراتيجية مكافحة السل المتفق عليها دولياً عالية الجودة (استراتيجية الدوتس) في نطاق مرحلة تنفيذ برنامج منحة الصندوق العالمي.

الإجراء المطلوب من جمعية الصحة

١٩- جمعية الصحة مدعوة إلى أن تحيط علماً بالتقرير الوارد أعلاه.

الملحق

الأحوال الصحية والاقتصادية في الأرض الفلسطينية المحتلة، بما فيها القدس الشرقية، وفي الجولان السوري المحتل

تقرير بعثة تقصي الحقائق

تقرير من الأمانة

١- عملاً بالقرار ج ص ع ٦١-٣، استعرضت الأمانة التقارير التي أتاحتها مصادر موثوقة فيما يتعلق بالأحوال في الأرض الفلسطينية المحتلة. وبالإضافة إلى ذلك أجريت مقابلات عبر الهاتف مع أشخاص مختارين يعملون في المجال الصحي وفي معالجة المشاكل المتصلة بالصحة في الأرض المحتلة. أما المعلومات المتعلقة بالأحوال الصحية لسكان الجولان السوري المحتل فلم يتم الحصول عليها لأغراض هذا الاستعراض.

محددات الصحة في الأرض الفلسطينية المحتلة

٢- في عام ٢٠٠٦، تراجع الانتعاش الاقتصادي الذي شهدته الفترة الممتدة بين عامي ٢٠٠٣ و ٢٠٠٥، فقد انخفض الناتج المحلي الإجمالي بنسبة ٨,٨٪. وظلت القيود الاقتصادية مفروضة واستمر تدهور الأحوال في قطاع غزة حيث تسبب القتال الذي شهده القطاع مؤخراً في انكماش اقتصادي حاد. وسجل الناتج المحلي الإجمالي للفرد في عام ٢٠٠٧ انخفاضاً بنسبة ٠,٥٪ وفي عام ٢٠٠٨ ارتفع بنسبة طفيفة قدرها ٠,٨٪. والواقع أن الناتج المحلي الإجمالي الحقيقي للفرد يقل حالياً بنسبة ٣٠٪ عن مستواه في عام ١٩٩٩. وقدر معدل النمو الحقيقي في الناتج المحلي الإجمالي في قطاع غزة قبل الأزمة بواقع صفر٪؛ فإن أخذت الزيادة السكانية المطردة في الحسبان، يتبين أن دخل الفرد يتناقص. وقد أفادت التقديرات في عام ٢٠٠٨، بانخفاض دخل الفرد عموماً عما كان عليه في عام ١٩٩٩ بنسبة تناهز ٤٠٪. كما أن التغييرات التي طرأت على هيكل الاقتصاد قلصت إمكانيات تحقق نمو طويل الأجل.

٣- وكان المبلغ الوارد من البلدان والمؤسسات الأجنبية على ذمة دعم الميزانية خلال الأشهر الستة الأولى من عام ٢٠٠٨ أكبر منه في النصف الثاني من العام بمقدار الضعف (٩٤٧ مليون دولار أمريكي مقابل ٤٣٨ مليون دولار أمريكي). وتجدر الإشارة، في هذا الصدد، إلى أن ذلك الدعم الخارجي للميزانية يعادل ١٤٪ من الناتج المحلي الإجمالي. بيد أنه ما لم يحدث تحسن ملموس فيما يتصل بحرية التنقل داخل الأرض الفلسطينية المحتلة وبإمكانية الوصول إليها لن ينهض النشاط الاقتصادي ولا الاستثمارات

١ بالنظر إلى انهيار الاقتصاد في قطاع غزة منذ حزيران/يونيو ٢٠٠٧، كان من المفروض أن يسجل في الضفة الغربية ناتج محلي إجمالي إيجابي في عام ٢٠٠٨. بيد أنه بالنظر إلى أن عدد سكان الضفة الغربية يكاد يكون ضعف عدد سكان قطاع غزة، يمكن أن يستدل من ذلك على أن نمو الناتج المحلي الإجمالي بنسبة طفيفة في الضفة لم يكن كافياً لموازنة التقلص الشديد في الناتج المحلي الإجمالي في القطاع.

المحلية. وكان من المتوقع أن يبلغ الدعم الخارجي المقدم للميزانية ٢٥٪ من الناتج المحلي الإجمالي بحلول نهاية عام ٢٠٠٨.

٤- وكان لمحدودية حجم العملات المسموح بها في قطاع غزة - لاسيما الشيقل الإسرائيلي اللازم للمعاملات اليومية، أثره في مضاعفة الصعوبات الاقتصادية. وقد تراجع النشاط المصرفي في قطاع غزة من ٤٠٪ من مجموع النشاط المصرفي الفلسطيني إلى زهاء ٧٪ منذ بدء عملية الإغلاق في حزيران/يونيو ٢٠٠٧.

٥- وفي عام ٢٠٠٧، ناهز معدل البطالة في الضفة الغربية وقطاع غزة ٢٣٪ وهو ما يفوق كثيراً معدلها في عام ٢٠٠٠ الذي لم يتجاوز ١٠٪. ويبلغ هذا المعدل ذروته في قطاع غزة حيث تقدر نسبة العاطلين من القوة العاملة بزهاء ٣٠٪. وفي الضفة الغربية يبلغ معدل البطالة نسبة تناهز ١٩٪. ومن المرجح أن يزيد ذلك المعدل متى أصبح التسريح المؤقت من الخدمة دائماً ومع مضي إسرائيل قدماً في ما تعترمه من فرض ضرائب على الإسرائيليين الذين يستقدمون الفلسطينيين للعمل لديهم^١. وفي عام ٢٠٠٨، كانت نسبة مشاركة الإناث في سوق العمل الرسمي ١٥٪ وهي تعد من أدنى النسب في العالم، أما عن النساء العاملات في قطاع الاقتصاد غير النظامي فيشتغل ما يقرب من ٩٠٪ منهن في قطاع الزراعة.

٦- وتفيد التقديرات التي أعدتها مؤخراً رابطات الأعمال التجارية المحلية بأن نسبة المنشآت الصناعية التي مازالت تعمل في قطاع غزة لا تزيد على ٢٪. وهي في معظمها مصانع لتجهيز الأغذية يمكنها أن تحصل على مواد محلية أو تستخدم مواد مسموح باستيرادها لأسباب إنسانية. وقد انخفض عدد العاملين في القطاع الصناعي من حوالي ٣٥ ٠٠٠ عامل قبل فك الارتباط الإسرائيلي في عام ٢٠٠٥ إلى زهاء ٨٦٠ عاملاً في نهاية حزيران/يونيو ٢٠٠٨. وبالإضافة إلى ذلك، تفيد تقديرات رابطات الأعمال التجارية بأنه تم تسريح ٧٠ ٠٠٠ عامل آخر من قطاعات أخرى. والواقع أن الضرر من الجسامة بما يرجح معه ألا يكون بمقدور منشآت عديدة أن تتعافى بمجرد رفع القيود.

٧- وفي عام ٢٠٠٧، بلغ معدل الفقر في قطاع غزة ٥١,٨٪ مقابل ٤٧,٩٪ في عام ٢٠٠٦. وقد توالى بشكل مطرد، الزيادة في نسبة سكان القطاع الذين يعيشون في فقر مدقع، حيث ارتفعت من ٢١,٦٪ في عام ١٩٩٨ إلى ما يقرب من ٣٥٪ في عام ٢٠٠٧. وتنعكس مستويات الفقر تلك على حجم الاستهلاك الفعلي؛ بيد أنه، إذا استبعدت من تلك الحسابات، التحويلات المالية والمعونة الغذائية، بحيث تستند إلى دخل الأسر المعيشية فقط، يقفز معدل الفقر في قطاع غزة والضفة الغربية إلى ٧٩,٤٪ وإلى ٤٥,٧٪ على التوالي ويرتفع معدل الفقر المدقع إلى ٦٩,٩٪ و ٣٤,١٪. وقد خلص برنامج الأغذية العالمي إلى أنه بين كل عشر أسر غير لاجئة في قطاع غزة تعيش ثمانى أسر دون خط الفقر بما يقترن بذلك من تزايد مستويات الاعتماد على المعونات. أما الضفة الغربية فيزداد الفقر فيها بمعدل أدنى ولكنه يظل مع ذلك معدلاً مرتفعاً.

١ لا تشمل هذه النسب العمال الذين فقدوا وظائفهم وانخرطوا في العمل الأسري غير المدفوع الأجر أو زاولوا أعمالاً زراعية موسمية. وبالإضافة إلى ذلك لا يدرج في الإحصاءات الأشخاص المشمولون ببرامج العمالة المؤقتة التي تضطلع بها وكالة الأمم المتحدة لإغاثة وتشغيل اللاجئين في الشرق الأدنى (الأونروا). ومن المتوقع أن يتجاوز معدل البطالة في قطاع غزة ٥٠٪ بحلول منتصف عام ٢٠٠٨، إن استمرت الحال على ما هي عليه.

٨- وارتفع الرقم القياسي لأسعار استهلاك الغذاء بنسبة ٢٨٪ في قطاع غزة و ٢١,٤٪ في الضفة الغربية في الفترة الممتدة من حزيران/ يونيو ٢٠٠٧ إلى حزيران/ يونيو ٢٠٠٨. ولئن كانت هذه الزيادة انعكاساً للأسعار في السوق الدولية فهي تضاعف من خطورة الحالة الاجتماعية والاقتصادية المتردية في قطاع غزة حيث إنها تقلص القدرة الشرائية. وعلى الرغم من تدفقات المعونة الضخمة خلس مسح أجري مؤخراً إلى أن معدل انعدام الأمن الغذائي يوالي الارتفاع في الضفة الغربية وقطاع غزة؛ فقد زاد، حسبما تقيد به التقديرات، من ٣٤٪ في عام ٢٠٠٦ إلى ٣٨٪ في عام ٢٠٠٧. والواقع أن انعدام الأمن الغذائي يتجلى بقدر أكبر في قطاع غزة حيث طال ٥٦٪ من جميع الأسر. ويبلغ معدل الإنفاق على الغذاء في قطاع غزة ٦٦٪ من الدخل المتحقق مقابل ٥٦٪ في الضفة الغربية. وتفيد الأسر بأن الصعوبات التي تلاحقها في شراء ما يكفيها من غذاء قد زادت وبأن الناس يزدون من استهلاكهم للأغذية النشوية الأرخص عوضاً عن منتجات الألبان والبيض والخضراوات.

٩- ولا يجري تشغيل آبار مياه الشرب وخدمات معالجة المياه المستعملة إلا على نطاق محدود بسبب ما لحق بها من أضرار ونتيجة لنقص الوقود وإجراءات الإغلاق والقيود المفروضة على الواردات من المواد المستهلكة الأساسية. وهو ما ينصرف، بوجه خاص، إلى قطاع غزة. فقد تناقصت إمدادات المياه منذ عام ٢٠٠٦ ويُقدر، حالياً، نصيب الفرد منها في اليوم بزهاء ٧٥ لتراً (حيث يبلغ نصيب الفرد في اليوم في الضفة الغربية ٦٥ لتراً و ٨٠,٥ لتر في قطاع غزة). وما هذا إلا نصف المقدار وفقاً للمعايير الدولية. ويفتقر ما يقرب من ٦٦٪ من الفلسطينيين إلى شبكة مجاري ويجري تصريف ما يتراوح بين ٧٠٪ و ٨٠٪ من المياه المستعملة محلياً في البيئة دون معالجة.

١٠- وفي أيلول/ سبتمبر ٢٠٠٨، كان يوجد في الضفة الغربية ما عدده ٦٣٠ من نقاط التفتيش وحوجز الطرق وغيرها من العوائق بالإضافة إلى المناطق العسكرية والجدار العازل. وفي كانون الثاني/ يناير ٢٠٠٩، صدرت أوامر بإعلان المنطقة الواقعة بين الجدار والخط الأخضر منطقة عسكرية مغلقة (يطلق عليها "منطقة التماس")، مما أثار قلقاً شديداً إزاء الأحوال الإنسانية. ففي شمال الضفة الغربية، يقطن المنطقة المغلقة ما يقرب من ١٠ ٠٠٠ فلسطيني. ومن ثم فهم معزولون عن الخدمات الصحية الكائنة عموماً شرقي الحاجز. ويضطر الأطفال والمرضى والعمال إلى المرور عبر البوابات لبلوغ المرافق الطبية وأماكن العمل.

الحصول على خدمات الرعاية الصحية

١١- أدى تدهور شبكة الرعاية الصحية الأولية - الذي يُعزى، في المقام الأول، إلى نقص الإمدادات الطبية الحيوية وخدمات الرعاية في فترة الحمل وخدمات المختبرات ورعاية الأسنان، وإلى تعطل المعدات الطبية والإضرابات الدورية في القطاع العام - إلى ازدياد الطلب على الخدمات التي توفرها جهات غير وزارة الصحة؛ فمثلاً زاد الطلب على خدمات الرعاية الصحية الأولية التي تقدمها الأونروا بنسبة ١٠٪ في الفترة بين عامي ٢٠٠٧ و ٢٠٠٨.

١٢- وفي نهاية عام ٢٠٠٧، كان عدد المستشفيات في الأرض الفلسطينية المحتلة ٧٧ مستشفى مجموع طاقتها الاستيعابية ٤٩٤٢ سريراً. ويعتبر معدل ١٣ سريراً لكل ١٠ ٠٠٠ نسمة من المعدلات الدنيا في إقليم شرق المتوسط. ويناهاز معدل الإشغال في المستشفيات التابعة لوزارة الصحة ٧٢,٥٪ ولكنه أدنى من نصف هذا الرقم في المستشفيات الخاصة وغير الحكومية. ويبلغ عدد من يدخلون مستشفيات الوزارة شهرياً

ما متوسطه ٢٢ ٠٥٢ شخصاً وعدد ما يجرى من عمليات جراحية ٨٤٠٤ عمليات وعدد حالات الولادة ٤٩٣٣ حالة.

١٣- وتتل القيود المفروضة على حرية التنقل من إمكانية الوصول إلى مراكز الرعاية الثانوية والمتخصصة في الضفة الغربية حيث إن معظم المستشفيات موجودة في المدن، ومن بينها القدس الشرقية التي يوجد بها ١٩,٧٪ من أسرة مستشفيات الضفة الغربية. وللقدم أهمية في نظام تقديم خدمات الرعاية الصحية للفلسطينيين، ذلك أن مستشفياتها الستة هي الجهات الرئيسية التي توفر الرعاية الصحية المتخصصة للسكان الفلسطينيين. وقد أدت القيود المفروضة على حرية التنقل، والتي تطال مقدمي الرعاية والمرضى على حد سواء، إلى صعوبة الحصول على خدمات الرعاية الصحية. وفي الآونة الأخيرة ضيق السياسات الإسرائيلية سبل الوصول إلى المستشفيات. ويعبر، كل يوم، أكثر من ٣٠٠ من العاملين في المستشفيات وأكثر من ٣١٠ من المرضى نقاط التفتيش المقامة حول مدينة القدس للوصول إلى المستشفيات. ذلك أن العاملين في المستشفيات لم يعد باستطاعتهم دخول القدس إلا عبر نقاط تفتيش معينة يخضعون فيها لتفتيش أمني دقيق، مما يؤخرهم لمدة تتراوح بين ٩٠ و ١٢٠ دقيقة.

١٤- والواقع أن تشغيل نظامين منفصلين للرعاية الصحية أحدهما في قطاع غزة والآخر في الضفة الغربية (بما فيها القدس الشرقية) يُعقد بقدر أكبر محاولات وزارة الصحة الرامية إلى تنسيق أنشطتها؛ مما يفرض، أيضاً، إلى ازدواجية الخدمات وانعدام الفعالية وازدياد التكاليف. ويُذكر في هذا الصدد، أن انخفاض الإيرادات المتأتية من برنامج التأمين نتيجة لزيادة البطالة والفقر، يُضاعف الزيادة في التكاليف. وفضلاً عن ذلك، باتت قدرة الفلسطينيين على دفع النفقات الطبية من جيوبهم الخاصة، مهددة مما يحد من إمكانية حصولهم على الخدمات التي لا تتوفر إلا في القطاع الخاص (كالفحص المنتظم لكشف سرطان الثدي).

١٥- ومنذ عام ٢٠٠٥، أصبحت تكلفة العلاج في الخارج تشكل بالنسبة لوزارة الصحة ثالث أعلى بند من بنود الإنفاق. وفي عام ٢٠٠٧، كانت أكثر الأسباب الطبية شيوعاً أمراض القلب والرمم والأورام وأمراض الدم؛ وتشكل تكلفة معالجتها ما يربو على ٥٠٪ من مجموع التكلفة. وقد أُحيل زهاء ٦٧٪ من الحالات إلى مؤسسات محلية و ١٩,٥٪ إلى إسرائيل و ٦,٨٪ إلى الأردن و ٦,٧٪ إلى مصر. وفيما يتعلق بقطاع غزة، فمن بين المرضى الذين تقدموا بطلبات للحصول على رخص بتلقي العلاج الثانوي والمتخصص في مستشفيات في إسرائيل والضفة الغربية، بما فيها القدس الشرقية وعددهم ٩٩٥٤ مريضاً منح ٦٥٠٦ مرضى (٦٥,٤٪) رخصاً في عام ٢٠٠٨. وخلال عام ٢٠٠٨، انخفضت نسبة المرضى الذين حصلوا على رخص بواقع ٢٠٪ مقارنة بعام ٢٠٠٧ (حيث منحت رخص لـ ٧١٧٦ مريضاً من ٨٨٠٣ مرضى تقدموا بطلبات).

١٦- ويتبين من رصد المنظمة لمدى توافر الأدوية أنه كان هناك باستمرار نقص فيها خلال عام ٢٠٠٨. ويفيد تقرير الفترة الممتدة من تشرين الأول/أكتوبر إلى كانون الأول/ديسمبر ٢٠٠٨، أن المخزون مثلاً في مستودع الأدوية المركزي في قطاع غزة من ٤٥ دواءً (تمثل ١١٪ من قائمة وزارة الصحة للأدوية الأساسية) لا يكفي إلا لأقل من شهر واحد. وقد ارتفع هذا الرقم إلى ١٢٠ دواءً (٢٩٪ من القائمة) في كانون الأول/ديسمبر ٢٠٠٨. وبالإضافة إلى ذلك بلغ عدد المخزون من أصناف المواد المستهلكة ١٠٢ صنف في آب/أغسطس ٢٠٠٨ (١٧٪ من القائمة) أي ما يلزم لأقل من شهر واحد فقط؛ وقد زادت الأصناف إلى ١٩٥ صنفاً (٣٣٪ من القائمة) في كانون الأول/ديسمبر ٢٠٠٨. أما عن الضفة الغربية، فقد أفادت وزارة الصحة بأنه خلال تشرين الأول/أكتوبر لم يكن متوافراً في المخزون ٦٥ دواءً و ١٠٠ صنف من الأصناف التي لا تستعمل سوى مرة واحدة.

١٧- ووفقاً لمؤشرات المنظمة لترصد القطاع الصحي، أبلغ عن وجود نقص من حين لآخر في الأسرة وغير ذلك من الأثاث وأجهزة المراقبة التي توضع بجانب الأسرة ووحدات التخلص من الفضلات. ويؤثر النقص في الأفراد المؤهلين من مختلف الفئات على القطاع الصحي في مجالات كثيرة. وقد تفاقمت الحالة بإضراب العاملين الصحيين في قطاع غزة الذي بدأ في ٣١ آب/ أغسطس ٢٠٠٨ وشارك فيه ٤٨٪ من العاملين في المستشفيات التابعة لوزارة الصحة و٦٨٪ من العاملين في مرافق الرعاية الصحية الأولية. وقد تناقصت هاتان النسبتان إلى ١٨٪ و٢٢٪ في كانون الأول/ ديسمبر ٢٠٠٨.

١٨- وفي تشرين الثاني/ نوفمبر ٢٠٠٨، زادت حالات انقطاع الكهرباء نتيجة استمرار القيود الإسرائيلية المشددة في قطاع غزة التي أغلقت في إطارها المعابر الحدودية. وقد سمح بنقل الوقود إلى غزة في أيام قلائل خلال تشرين الثاني/ نوفمبر وكانون الأول/ ديسمبر. الأمر الذي ترتب عليه انقطاع الكهرباء في قطاع غزة يومياً في تشرين الثاني/ نوفمبر لمدة متوسطة ثمان ساعات زادت إلى ١٠ ساعات خلال كانون الأول/ ديسمبر. وخلال العملية العسكرية الإسرائيلية الأخيرة في قطاع غزة (التي دامت من ٢٨ كانون الأول/ ديسمبر ٢٠٠٨ إلى ١٨ كانون الثاني/ يناير ٢٠٠٩) زاد عدد ساعات انقطاع الكهرباء ليصل إلى ٢٤ ساعة يومياً بسبب الافتقار إلى الوقود والأضرار التي لحقت بشبكات الكهرباء. وقد كانت شبكتنا محافظة غزة وشمال غزة من أشد الشبكات تضرراً.

١٩- والواقع أن الاستجابة السريعة من المانحين والوكالات الدولية للاحتياجات الإنسانية الناشئة عن العملية الإسرائيلية في قطاع غزة حالت دون انهيار الإمدادات من الأدوية خلال القتال وسمحت بتجديد المخزونات في مستودع الأدوية المركزي في مدينة غزة التابع لوزارة الصحة على وجه السرعة. ووفرت أيضاً المستودعات المركزية في رام الله الأدوية والمواد المستهلكة الأساسية. وتولى مستودع الأدوية المركزي في مدينة غزة إدارة عملية توزيع الإمدادات على المرافق الصحية بما في ذلك المنظمات غير الحكومية. وفي ٢٩ كانون الثاني/ يناير ٢٠٠٩ كان ٩٦٪ من الأدوية ذات الأولوية^١ و٨١٪ من الأصناف التي لا تستعمل سوى مرة واحدة قد تم تسليمه أو كان قيد الشراء والتسليم^٢.

الحالة الصحية

٢٠- لم تنتشر أي بيانات جديدة عن مؤشرات الحالة الصحية (من قبيل متوسط العمر المأمول ومعدل وفيات الرضع، ومعدل وفيات الأمومة وسوء التغذية) منذ صدور آخر تقرير. ويمكن أن يفترض من ذلك أن الاتجاهات التي لوحظت خلال السنوات الأخيرة ظلت مستمرة.

٢١- وفي عام ٢٠٠٧، بلغ عدد الوفيات بين الفلسطينيين ٣٥٧ ١٠ حالة وفاة وكان معدل الوفيات الإجمالي بواقع ٢,٨ حالة بين كل ١٠٠٠ نسمة (٢,٥ في الضفة الغربية و٣,٢ في قطاع غزة)، مما يمثل زيادة عن عام ٢٠٠٦ نسبتها ١٠٪. أما الأسباب الرئيسية للوفاة بين الفلسطينيين فهي الأمراض القلبية

١ ملاحظة: لم تشطب بعض الأصناف من القائمة حتى وإن كانت قد سلمت نظراً للحاجة إلى مزيد من الكميات؛ وقد شطب من قائمة الأولويات الأصناف التالية لتوافر كميات كافية منها في مستودع الأدوية المركزي: بيثيدين ٥٠٠ ملليغرام (pethidene 500 mg) أكياس محلول ملح ٠,٩٪ عبوة ٥٠٠ مليلتر (0.9% saline)، وأكياس دكستروز ٤,٣٪ (dextrose) + محلول ملح ٠,١٨٪ ودكستروز ٥٪، عبوة ٥٠٠ مليلتر. وقد استهلكت تلك البنود بشكل كبير إبان الأزمة غير أن هناك قدراً كافياً من هذه الأدوية في المخازن نظراً لتدخل الجهات المانحة في الوقت المناسب.

٢ الصنفان اللذان هما: محاقن سابقة التعبئة بالايونوكسابارين ٨٠ ملليغرام enoxaparin وإيسوسوربيد دينيتيرات ١ ملليغرام/ ١ مليلتر ١٠ مليلتر.

الوعائية والأمراض الدماغية الوعائية والحوادث (بما في ذلك الوفيات بسبب القتال وأعمال العنف) والسرطان بأنواعه.

٢٢- وعلى الرغم من النجاح الكبير المحرز في توقي الأمراض السارية الرئيسية والقضاء عليها، وهو ما يرجع أساساً إلى معدل التغطية الممتاز الذي حققته حملات التطعيم (٩٩٪) وتحسين عملية ترصد الأمراض المعدية، مازالت مكافحة بعض الأمراض تمثل تحدياً. وهو ما ينصرف إلى الالتهاب الكبدي A (يبلغ معدل انتشار الالتهاب الكبدي A، ١٦،٥٠ حالة بين كل ١٠٠ ٠٠٠ شخص والالتهاب الكبدي B، ٩،٠ حالة بين كل ١٠٠ ٠٠٠ شخص والالتهاب الكبدي C، ٣،٠ حالة بين كل ١٠٠ ٠٠٠ شخص) وداء البروسيلات (٥،٩٥ حالة بين كل ١٠٠ ٠٠٠ شخص) والسيل (يبلغ معدل انتشار السل الذي تمتد الإصابة به خارج الرئة ٤،٠ حالة بين كل ١٠٠ ٠٠٠ شخص) وبالنسبة للأيدز والعدوى بفيروسه (فمعدل الانتشار هو صفر بين كل ١٠٠ ٠٠٠ شخص في قطاع غزة و١٣،٠ حالة بين كل ١٠٠ ٠٠٠ شخص في الضفة الغربية) وبالنسبة لالتهاب السحايا (يبلغ معدل انتشار مرض المكورات السحائية ٣،٢٢ حالة بين كل ١٠٠ ٠٠٠ شخص ويبلغ معدل انتشار التهاب السحايا الفيروسي ٤،٣٠ حالة بين كل ١٠٠ ٠٠٠ شخص وغير ذلك من التهابات السحايا البكتيرية ٣٦،٩ حالة بين كل ١٠٠ ٠٠٠ شخص) أما عن النكاف (فالمعدل هو ٥،٠٥ حالة بين كل ١٠٠ ٠٠٠ شخص). وأفاد مكتب الإحصاء المركزي الفلسطيني أن ١٤٪ من الأطفال دون الخامسة أصيبوا بالالتهاب الرئوي في حياتهم وترتفع النسبة بين الذكور عنها بين الإناث.

٢٣- ويعاني زهاء ١٠٪ من سكان الأرض الفلسطينية من مرض مزمن واحد على الأقل جرى تشخيصه. ويتجه معدل انتشار الأمراض غير السارية إلى الارتفاع نتيجة لآثار الحالة السياسية والاجتماعية والاقتصادية وارتفاع متوسط العمر المأمول والعادات السلوكية غير الصحية ومن بينها التدخين وعدم القيام بأي نشاط بدني واتباع نظام غذائي غير صحي. وتعزى نسبة ٥٠٪ من الوفيات إلى الأمراض القلبية الوعائية والسرطان والسكري وأمراض الجهاز التنفسي المزمنة. ويستدل من بيانات وزارة الصحة عن الوفيات أن الأسباب الرئيسية المؤدية إلى الوفاة هي الأمراض القلبية (وتنسب في ٧،٥٣ حالة وفاة بين كل ١٠٠ ٠٠٠ شخص) والأمراض الدماغية الوعائية (٢،٣٠ حالة وفاة بين كل ١٠٠ ٠٠٠ شخص) والأورام الخبيثة (١،٢٤ حالة وفاة بين كل ١٠٠ ٠٠٠ شخص). وبين النساء، يعد سرطان الثدي أكثر أنواع السرطان انتشاراً (٥،٧ حالة وفاة بين كل ١٠٠ ٠٠٠ شخص). وبينما يعد سرطان الرئة أكثر أنواع السرطان شيوعاً بين الذكور (٢،٥ حالة وفاة بين كل ١٠٠ ٠٠٠ رجل). وتشكل الوفيات الناتجة عن أمراض سرطان الرغامى والشعب الهوائية والرئة ٣،١٤٪ من إجمالي الوفيات الناتجة عن الأمراض السرطانية.

٢٤- ومازالت الصحة النفسية تمثل هاجساً كبيراً. فقد أجريت مؤخراً دراسة عن الحصار الاقتصادي وتداعياته الاجتماعية بما في ذلك أثره على نوعية حياة الأسر الفلسطينية، كشفت أن ذلك الحصار كان له وقعه على حياة الفلسطينيين بجميع جوانبها حيث إنه أثر على المجتمع بأسره وعطل عجلة حياة الناس كافة. فقد أصاب الحزن ٩٦٪ من المواطنين. وبين الأطفال، انعدمت لدى ٥١٪ منهم الرغبة في المشاركة في أية أنشطة؛ ولم يعد بمقدور ٤٧٪ منهم أداء الواجبات المدرسية والأسرية؛ واشتكى ٤١٪ من آلام بدنية؛ وبدت على ٦١٪ أمارات الخوف وعلى ٥٥،٥٪ أمارات الغضب؛ واشتكى ٤٣٪ من مشاكل في النوم؛ وبدت على ٦٣٪ منهم أعراض القلق.

الحالة الصحية في الجولان السوري المحتل

٢٥- طلبت الأمانة معلومات عن صحة السكان العرب في الجولان السوري المحتل وعن مدى إمكانية إنشاء مستوصفات في ذلك الإقليم. وقد ردت البعثة الدائمة لإسرائيل في جنيف على هذا الطلب موضحة أن سكان هضبة الجولان الدروز وعددهم ١٨ ٠٠٠ نسمة يمكنهم الحصول، بموجب قانون التأمين الصحي الوطني الإسرائيلي، على تغطية صحية شاملة يجري في إطارها توفير الرعاية الأولية والثانوية والمتخصصة.

٢٦- ويوجد في الجولان السوري المحتل ٤٠ طبيباً و٩٦ طبيب أسنان؛ ويجري توفير خدمات المستشفيات من خلال شبكة مستشفيات شمال إسرائيل. ومن ثم ليس هناك أي ضرورة لإنشاء مستشفى في الجولان السوري المحتل نظراً لقلّة عدد سكانه. بيد أن المركز الصحي في مجدل شمس مجهز لتوفير الرعاية الصحية الأولية والثانوية.

= = =