

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

تقرير من الأمانة

١- لا تزال الأزمة المستمرة في الأرض الفلسطينية المحتلة والقيود المفروضة بشكل متزايد على تنقلات السكان وحركة السلع وتفاقم معدلات العنف فيها، تؤثر على حياة الفلسطينيين الاجتماعية والاقتصادية، مع ما تخلفه من تبعات على أحوالهم الصحية وسبل حصولهم على الخدمات الصحية. وقد ارتفع عدد الوفيات والإصابات الناجمة عن الاحتلال والصراع الداخلي فيها خلال عام ٢٠٠٧، واستمر في الارتفاع خلال الأشهر الأولى من عام ٢٠٠٨.

٢- ومع ذلك، فقد استمر متوسط العمر المأمول في الارتفاع بخطى بطيئة ولكنها ثابتة؛ غير أن عدد وفيات الرضع والأطفال بقي على حاله دون تغيير فعلي خلال السنوات الأخيرة، برغم الالتزام العالمي ببلوغ المرامي الإنمائية للألفية المتعلقة بالصحة (انظر الملحق).

٣- وما انفك سوء التغذية المزمن وحالات عوز المغذيات الزهيدة المقدار الناجمة عنه، يمثل إحدى مشاكل الصحة العمومية في الأرض الفلسطينية المحتلة؛ وعلاوة على ذلك، فإن الأمراض غير السارية مسؤولة عن نسبة تزيد على ٣٠٪ من إجمالي عبء الأمراض التي تصيب البالغين (انظر الملحق).

٤- ومنذ شهر حزيران/يونيو ٢٠٠٧، شكّلت حكومة طوارئ جديدة ورُفعت العقوبات المفروضة على السلطة الفلسطينية واستؤنف تقديم المعونات الدولية. ولكن الإغلاق الداخلي، وبناء الجدار العازل، ونظام التصاريح، أمور مازالت تؤثر على سبل حصول المرضى على الرعاية الصحية بمختلف مستوياتها في الضفة الغربية. وما انفك قطاع غزة معزولاً تماماً عن العالم الخارجي بسبب فرض الحصار عليه، وقد تؤدي المستويات المتزايدة للعنف الذي يشهده القطاع إلى حصول أزمة صحية إنسانية.

٥- وهناك تقارير تفيد بتقليص سبل الحصول على الرعاية الصحية الثانوية والمتخصصة. وخلال النصف الثاني من عام ٢٠٠٧، ارتفع عدد المرضى الذين لم يتمكنوا من الحصول على علاج خارج قطاع غزة. وأدى انعدام قطع الغيار الضرورية والمواد الاستهلاكية والإمدادات والأدوية الأساسية إلى زيادة زعزعة أركان نظام الرعاية الصحية.

٦- وفي حزيران/يونيو ٢٠٠٦، بدأ العمل بأداة من تصميم المنظمة من أجل تحسين رصد آثار الحالة الناشئة على الصحة. واستخدمت بالتالي المعلومات التي تم الحصول عليها من هذه الأداة في تحسين شؤون الإدارة والاستجابة الفورية، وسد الثغرات، والدعوة إلى تقديم المساعدة الإنسانية. وتولت المنظمة تسهيل ودعم التواصل الفعال بين الإسرائيليين والفلسطينيين وإقامة الشراكات الاستراتيجية بينهم، وذلك بقصد الدعوة إلى تمكين الفلسطينيين من الحصول على الخدمات الصحية وتعزيز الصحة بوصفها جسراً للسلام بينهم. وعُقدت في قطاع غزة ندوة عن الصحة، شارك فيها كل من أصحاب المصلحة الإسرائيليين والفلسطينيين المعنيين بشؤون الصحة. وتمثلت إحدى حصائل هذه الندوة في إنشاء منتدى إسرائيلي - فلسطيني مشترك فيما يخص سبل الحصول على الرعاية الصحية في قطاع غزة.

٧- ورداً على تعليق المجتمع الدولي للمعونات المالية والاقتصادية خلال النصف الأول من عام ٢٠٠٧، وسعيًا إلى تلبية الاحتياجات الصحية الطارئة الناشئة عن سياسة الإغلاق المفروضة على الضفة الغربية وقطاع غزة، استمرت المنظمة في تزويد خدمات الرعاية الصحية الأولية الموجودة فيهما بالإمدادات والمواد الاستهلاكية الطبية الأساسية، وعملت مع وزارة الصحة الفلسطينية من أجل إمداد الضفة والقطاع بالمستحضرات الصيدلانية.

٨- وتتولى المنظمة، بوصفها الوكالة التقنية التي تقدم الاستشارة للفريق العامل المعني بقطاع الصحة الذي يرأسه وزير الصحة الفلسطيني، تقديم الدعم التقني لهيئات المراكز والمقاطعات لتنسيق الشؤون الصحية والبالغ عددها ثلاث عشرة هيئة، تشمل منظمات غير حكومية محلية ودولية ومؤسسات منظومة الأمم المتحدة وسلطات محلية. وقد عقدت المنظمة اجتماعات شهرية لإبلاغ الشركاء بالحالة الصحية وتقديم الخدمات الصحية والاستجابة لحالات الطوارئ.

٩- واستمرت المنظمة في العمل مع وزارة الصحة بشأن تعزيز إدارتها المعنية بالتغذية وتوسيع نطاق نظام ترصد التغذية الذي أنشئ حديثاً. ومن عناصر هذا التعاون تقديم الدعم التقني وبذل جهود من أجل وضع معايير للنمو في جميع مراكز الرعاية الصحية الأولية. وقدمت المنظمة الدعم لوزارة الصحة في وضع وإطلاق استراتيجية وطنية لإطعام الرضع وصغار الأطفال، وهي تواصل حالياً تقديم المساعدة في وضع مدونة وطنية لقواعد تسويق بدائل لبن الأم. كما قدمت المنظمة الدعم التقني لبرنامج وزارة الصحة المعني بمكافحة الأمراض غير السارية والوقاية منها، تلبية لاحتياجات محددة بشأن التدريب على الرعاية الصحية المتخصصة وإعداد مبادئ توجيهية لتشخيص الأمراض ومعالجتها واستحداث نظام لترصد عوامل الاختطار وتنظيم حملة تثقيفية بشأن الوقاية من الأمراض المزمنة.

١٠- وأعارت المنظمة خبراً دولياً في شؤون السياسات والنظم الصحية إلى وزارة الصحة الفلسطينية من أجل دعم تنفيذ الخطة الصحية الاستراتيجية الوطنية وخطة التنمية المتوسطة الأجل (للفترة ٢٠٠٨-٢٠١٠).

١١- وأخذت المنظمة بزمام المبادرة في إعداد المكون الصحي لعملية النداءات الموحدة المشتركة بين الوكالات لعام ٢٠٠٨، لبلوغ الغاية العامة المتمثلة في ضمان حصول الشعب الفلسطيني على مجموعة شاملة من الخدمات الصحية العالية الجودة. وتم الحصول من خلال عملية توحيد النداءات لعام ٢٠٠٧ على أموال للمعونات الإنسانية من كل من صندوق الأمم المتحدة المركزي لمواجهة الطوارئ، وإدارة المعونة الإنسانية التابعة للمفوضية الأوروبية، وحكومة إسبانيا (من خلال مكتب الأمم المتحدة لتنسيق الشؤون الإنسانية)، وحكومة النرويج. وتواصل هيئة أوروبا لتقديم المعونة وحكومة إيطاليا تمويل مشاريع إنمائية في القطاع الصحي.

١٢- وتستقبل المستشفيات الستة في شرقي القدس معظم الإحالات الداخلية للحصول على رعاية صحية متخصصة في المستشفى، والتي تفقد من المراكز الصحية التابعة لوزارة الصحة الفلسطينية والكائنة في الضفة الغربية وقطاع غزة. وتقدم المنظمة الدعم لهذه المستشفيات فيما يتعلق بتحسين تنسيق الخدمات الصحية التي تقدمها وتحسين جودة تلك الخدمات. كما واصلت المنظمة إسداء المشورة إلى وزارة الصحة ودعمها في تطوير وتحديث خدمة صحة المجتمع النفسية، وهو مشروع يشمل إنشاء مديرية للصحة النفسية داخل الوزارة من أجل تعزيز القدرة على إدارة أنشطة تطوير وتشغيل المرافق والموظفين. وتتعاون المنظمة، في إطار اضطلاعها بالأنشطة المتعلقة بالتأهب والاستجابة لأنفلونزا الطيور والأنفلونزا الجائحة، مع السلطات الفلسطينية في دعمها وبناء قدراتها على الكشف عن أية حالات تصيب البشر ورصدها وفي وضع شروط أساسية تتعلق بذلك موضع التنفيذ من أجل تمكين السلطات من احتواء فاشيات المرض.

١٣- وسعيًا إلى بناء المؤسسات الفلسطينية وإنعاش الاقتصاد، طرحت السلطة الفلسطينية الخطة الفلسطينية للإصلاح والتنمية التي تتضمن إطاراً مالياً لمدة ثلاث سنوات، وذلك في مؤتمر المانحين الدولي من أجل السلطة الفلسطينية (المعقد في باريس، ١٧ كانون الأول/ديسمبر ٢٠٠٧). وتعهد المانحون بتقديم ٧٤٠٠ مليون دولار أمريكي، منها ٣٤٠٠ مليون دولار أمريكي للمساعدات الإنسانية في جميع القطاعات في عام ٢٠٠٨. وتسترشد وزارة الصحة في مشاركتها في تنفيذ الخطة الفلسطينية للإصلاح والتنمية، بالخطة الصحية الاستراتيجية للفترة ٢٠٠٨-٢٠١٠.

١٤- وقد قدمت حكومتا إسرائيل والجمهورية العربية السورية خطابات فيما يتعلق بالأحوال الصحية لسكان الجولان السوري المحتل غير أن الأمانة لم تتمكن من وضع بيانات مفصلة حول تلك الأحوال

الإجراء المطلوب من جمعية الصحة

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

الملحق

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

تقرير عن تقصي الحقائق

تقرير من الأمانة

١- بناءً على الطلب الموجه في القرار ج ص ع ٦٠-٢ إلى المديرية العامة بشأن تقديم تقرير لتقصي الحقائق عن الحالة الصحية والاقتصادية في الأرض الفلسطينية المحتلة، بما فيها القدس الشرقية، وفي الجولان السوري المحتل، استعرضت الأمانة تقارير أتاحتها مصادر موثوقة عن الحالة في الأرض الفلسطينية المحتلة وأجرت مقابلات بالهاتف مع أشخاص مختارين يعملون في المجال الصحي وفي معالجة المشاكل المتصلة بالصحة في الأرض المحتلة.^١ وتعدر تحديد معلومات معينة عن الجولان السوري المحتل.

محددات الصحة في الأرض الفلسطينية المحتلة

٢- في عام ٢٠٠٦، تراجع الانتعاش الاقتصادي الذي حدث في الفترة الممتدة بين عامي ٢٠٠٣ و ٢٠٠٥ عندما انخفض الناتج المحلي الإجمالي بنسبة ٨,٨٪. وتفاقم هذا الاتجاه في الربع الأول من عام ٢٠٠٧، مقترناً بزيادة في الانخفاض بنسبة ٤,٢٪. وأضعفت التغييرات الطارئة على هيكل الاقتصاد قدرته على أن يصبح ذاتي الاستدامة وقللت احتمالات نموه في الأجل الطويل.

٣- وخلال النصف الأول من عام ٢٠٠٧، بلغ العجز الذي تعانيه السلطة الفلسطينية ١٠٠ مليون دولار شهرياً. وبرغم إفراج حكومة إسرائيل عن الرسوم الجمركية التي احتجزتها في حزيران/يونيو ٢٠٠٧، فإن مجموع نفقات السلطة الفلسطينية يتجاوز إيراداتها. وتفاقمت الحالة بمحدودية القدرة على زيادة الإيرادات المحلية نظراً للخسارة المتكبدة في ضرائب القيمة المضافة والرسوم الجمركية الناجمة عن تعليق النشاط التجاري في غزة.

٤- ووصل مبلغ المساعدات الخارجية خلال النصف الأول من عام ٢٠٠٧ إلى ٤٥٠ مليون دولار أمريكي تقريباً. وقدرت السلطة الفلسطينية أنه ثمة حاجة إلى مساعدات من المانحين بمبلغ يقارب ١٦٢٠ مليون دولار أمريكي سنوياً من أجل سد العجز المالي الذي تعاني منه، بالتلازم مع تسخير نسبة ٩٤٪ من هذا المبلغ في سداد النفقات المتكررة.

١ يمكن الاطلاع على قائمة بالمراجع وبأسماء الخبراء لدى الطلب.

٥- وارتفع مستوى البطالة في قطاع غزة من ٣٠٪ في عام ٢٠٠٥ إلى ٣٥٪ تقريباً في عام ٢٠٠٦ وإلى ٣٨٪ في الربع الثالث من عام ٢٠٠٧. وانخفض مستواها في الضفة الغربية من ٢٠٪ إلى ١٩٪ في النصف الأول من عام ٢٠٠٧. غير أن هذه النسب لا تشمل العمال الذين خسروا وظائفهم وانخرطوا في صفوف العمالة الأسرية بدون أجر أو مارسوا أعمالاً زراعية موسمية. كما أن هذه الإحصاءات لا تأخذ بعين الاعتبار عدد المشاركين في برامج العمالة المؤقتة لوكالة الأمم المتحدة لإغاثة وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين في الشرق الأدنى (الأونروا). ويقدر الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني أن عدد العاطلين عن العمل، بمن فيهم العمال غير الموظفين توظيفاً كاملاً والذين تركوا سوق العمل لعدم قدرتهم على إيجاد عمل، سيؤدي إلى رفع نسبة البطالة التي كانت سائدة في عام ٢٠٠٦ بالضفة الغربية إلى ٢٨٪ وإلى أكثر من ٣٩٪ في قطاع غزة. وإذا استمرت الظروف الراهنة، فإن من المتوقع أن يتجاوز مستوى البطالة نسبة ٥٠٪ بقطاع غزة بحلول منتصف عام ٢٠٠٨.

٦- وتفاقم الفقر في قطاع غزة بمستوى لم يُعهد من قبل، مما ألحق الضرر بنسبة ٨٠٪ من الأسر مقارنة بنسبة ٦٣٪ منها في عام ٢٠٠٥، مقترناً بمعاناة ثلثي هذه الأسر تقريباً من الفقر المدقع. وتتنخفض مستويات الفقر في الضفة الغربية عنها في القطاع بحوالي ٣٠٪.

٧- وفي عام ٢٠٠٧، ارتفع متوسط الرقم القياسي لأسعار الاستهلاك بالنسبة للغذاء بمقدار ٦,٣٪ بقطاع غزة و ٥,٨٪ في الضفة الغربية مقارنة بعام ٢٠٠٦، مع ارتفاع أسعار دقيق القمح إلى أكثر من الثلثين. وبرغم وقوف ارتفاع أسعار الأسواق الدولية وراء هذه الزيادة إلى حد بعيد، فإنها تزيد طين الحالة الاجتماعية والاقتصادية المتدهورة بلة، وخاصة في قطاع غزة، بسبب ضعف القدرة الشرائية فيه. ولايزال معدل إنفاق الأسرة على الغذاء في قطاع غزة يبلغ ٦٢٪ منذ شهر حزيران/ يونيو ٢٠٠٧. وقد أفيد بأن هناك نسبة ٦١٪ من سكان قطاع غزة من غير اللاجئين يعانون من انعدام الأمن الغذائي وأن ثمة نسبة ١١٪ أخرى معرضة لخطر المعاناة من ذلك؛ وأبلغت نسبة ٧٠٪ من الأسر عن زيادة الصعوبات التي تواجهها في شراء ما تحتاجه من غذاء. وكما قلت الخيارات المتاحة بشأن المواد الغذائية بسبب ارتفاع مستويات الفقر. ويتناول الناس كميات أقل من مشتقات الألبان والبيض والخضروات ويستهلكون باطراد أغذية نشوية أرخص.

٨- وانخفض عدد الأسر التي تحصل على مياه شرب نقية بنسبة تجاوزت ٨٪ في الفترة الممتدة بين عامي ٢٠٠٠ و ٢٠٠٧. وعلاوة على ذلك، ونتيجة للأزمة المالية وإغلاق الحدود، يفقر الكثير من مؤسسات ضخ المياه إلى مخزونات الوقود والإمدادات الحيوية اللازمة، من بين أمور أخرى، لمعالجة المياه والتخلص من الفضلات وشبكات الصرف الصحي. وقد أدى عدم وجود وقود منذ كانون الثاني/يناير ٢٠٠٨ إلى التصريف اليومي لما مقداره ٤٠ ٠٠٠ متر مكعب من مياه الصرف المعالجة حصراً معالجة جزئية إلى عرض البحر.

٩- وتقدر الأمم المتحدة أن عدد نقاط التفتيش والحواجز الثابتة قد ارتفع من ٣٧٦ نقطة وحاجزاً في آب/أغسطس ٢٠٠٥ إلى ٥٦٣ نقطة وحاجزاً في كانون الثاني/يناير ٢٠٠٨؛ وخلال الأشهر الممتدة إلى شباط/فبراير ٢٠٠٨ والبالغ عددها ١٢ شهراً، انخفض عدد نقاط التفتيش المتنقلة من ٤٥٥ إلى ٢٤٣ نقطة. وعلاوة على تقليل هذه السياسات والإجراءات لمستوى التنقل داخل الأرض الفلسطينية وفيها ككل، فإنها تقيد سبل الوصول إلى الأسواق المحلية والدولية والحصول على الخدمات الصحية والمياه وغيرها من الموارد الطبيعية، مما يلحق الضرر تحديداً بسكان منطقة ("التماس") المغلقة وسكان المناطق التي تخضع للسيطرة الإسرائيلية مباشرة.

الحصول على الرعاية الصحية

١٠- بينما يزيد نقص الموارد والنظم المعقدة للإغلاق الداخلي والخارجي من صعوبة تقديم الإمدادات لقطاع غزة على وجه الخصوص، فإن جودة الرعاية الصحية المقدمة آخذة في التدهور بصورة تدريجية. كما تؤدي إلى حدوث نقص مزمن في قطع الغيار الأساسية والمستهلكات. ولم تعد بعض معدات المستشفيات الخاصة المستخدمة لأغراض العلاج والتشخيص في المختبر صالحة للعمل؛ كما تدهورت صحة المرضى الذين يعانون من أمراض مزمنة، كالمصابين بالفشل الكلوي والسرطان. فمثلاً، يتعذر في الكثير من الأحيان على ١٠ وحدات من أصل ٢٦ وحدة لغسل الكلى في مستشفى الشفاء أن تؤدي وظيفتها بسبب نقص المعدات وقطع الغيار؛ ويتكرر الإبلاغ في مرافق وزارة الصحة الموجودة بأماكن أخرى من قطاع غزة عن تعطل الكثير من معدات تشخيص الأمراض، مثل أجهزة التصوير بالرنين المغناطيسي والأجهزة المحوسبة للمسح بالأشعة المقطعية والأشعة السينية عن العمل.

١١- وأثبت رصد المنظمة لمدى توافر الأدوية وجود نقص مزمن فيها خلال عام ٢٠٠٧. وأشار تقرير الفترة تشرين الأول/ أكتوبر - تشرين الثاني/ نوفمبر ٢٠٠٧ إلى أن المخزون المتوفر مثلاً بشأن ٨٥ دواءً (٢٠٪) في مستودع الأدوية المركزي بقطاع غزة لا يكفي إلا لأقل من شهر واحد، وإلى أن ٦٥ بنداً من هذه البنود غير متوفرة في الأرض الفلسطينية المحتلة. وإضافة إلى ذلك، فإن مخزونات ما نسبته ١٧٪ من المستهلكات لا تكفي لأكثر من شهر واحد. أما الأرقام المشار إليها في الضفة الغربية، فقد تمثلت في عدم كفاية المخزون المحتفظ به والذي يتضمن ٩٧ دواءً (٢٣٪) للاستهلاك لمدة شهر واحد، وعدم توافر ٧٣ بنداً. ولا يتوفر في مستودع الأدوية المركزي بغزة مخزون احتياطي من ثلث كمية الأدوية الأساسية. ومن الواضح أن نظام الصحة العمومية معرض لخطر شحة الأدوية. ولا يتوفر لدى صيدليات الرعاية الصحية الأولية في المناطق الصحية بالضفة الغربية وقطاع غزة حوالي ١١٪ في المتوسط من الأدوية الأساسية، كما أنه ليس هناك وجود على صعيد المستشفيات لنسبة ١٠٪ في المتوسط منها في قطاع غزة و٨٪ في الضفة الغربية.

١٢- ووفقاً لمؤشرات المنظمة لترصد القطاع الصحي، فقد أبلغ، عن وجود حالات نقص من حين لآخر في الأسرة وغيرها من الأثاث وأجهزة المراقبة التي توضع إلى جانب الأسرة ووحدات التخلص من الفضلات. ويواصل النقص الحاصل في عدد الموظفين المؤهلين للعمل في مختلف الفئات التأثير على القطاع الصحي في مجالات كثيرة.

١٣- وارتفع مستوى نقص الطاقة الكهربائية خلال كانون الأول/ ديسمبر ٢٠٠٧ بسبب استهلاك الطاقة الكبير خلال فصل الشتاء، وقطع إسرائيل لإمدادات الكهرباء، وإضراب أصحاب محطات الوقود. وبالإضافة إلى ذلك، قللت الحكومة الإسرائيلية كمية وقود الديزل الصناعي المورد إلى قطاع غزة في مطلع كانون الثاني/ يناير ٢٠٠٨، مما أدى إلى انقطاع التيار الكهربائي عنه بمعدل ثماني ساعات يومياً. ويؤثر انقطاع التيار ومحدودية إمداد مولدات الكهرباء بالوقود، بوجه خاص على وحدات العناية المركزة، وغرف العمليات، والوحدات المعنية بالحوادث وحالات الطوارئ، وما تحتويه من أجهزة تصوير بالأشعة السينية وأجهزة استخلاص الأوكسجين ونظم الشفط المركزية ونظم تكييف الهواء ومضخات المياه ومرافق الغسيل. وفي شباط/ فبراير ٢٠٠٨، أبلغ مستشفى الشفاء في غزة عن حالات انقطاع الكهرباء لمدة تتراوح بين أربع ساعات إلى ١٨ ساعة يومياً؛ وتعاني مستشفيات أخرى تديرها وزارة الصحة من قيود مماثلة. وعلاوة على ذلك، أرغمت مرافق كثيرة للرعاية الصحية الأولية في وزارة الصحة على إيقاف مولدات الكهرباء المستخدمة في حالات الطوارئ بسبب نقص وقود الديزل. وهناك الكثير من مركبات الوزارة الذي لم يعد صالحاً للعمل، مما يحول دون نقل الموظفين وتوريد الإمدادات ويعرقل بالتالي إيتاء الخدمات.

١٤- وأدى تدهور شبكة الرعاية الصحية الأولية، الناجم أساساً عن نقص الإمدادات الطبية الأساسية، والإضرابات الدورية في القطاع العام، وعجز اللاجئين عن دفع الرسوم الاسمية للوصفات الطبية في مراكز الرعاية الحكومية، إلى زيادة الطلب على خدمات تقدمها جهات أخرى غير وزارة الصحة. وهكذا، ازداد الطلب على الخدمات الصحية التي تقدمها منظمات رئيسية غير حكومية بنسبة ٢٠٪ في عام ٢٠٠٧ مقارنة بنسبة ٣٠٪ في عام ٢٠٠٦، في حين ازداد الطلب على خدمات الرعاية الصحية الأولية التي تقدمها الأونروا بنسبة ١٠٪ بين عامي ٢٠٠٥ و٢٠٠٦ وبنسبة ٢٠٪ إضافية في النصف الأول من عام ٢٠٠٧.

١٥- وفي أواخر عام ٢٠٠٦، كان هناك ٧٨ مستشفى في الأرض الفلسطينية المحتلة بإجمالي قدرة استيعاب تبلغ ٥٠١٤ سريراً تقدم الخدمات لما نسبته ١١٪ من السكان الذين يتم إدخالهم إلى المستشفى سنوياً. ويعتبر معدل أسرة المستشفيات البالغ ١٣ سريراً لكل ١٠٠٠ فرد أدنى المعدلات المسجلة في إقليم شرق المتوسط. ويبلغ معدل شغل الأسرة حوالي ٨٠٪ في المستشفيات التابعة لوزارة الصحة، ولكنه أدنى من نصف هذا الرقم في المستشفيات غير الحكومية والمستشفيات الخاصة. ويدخل المستشفى كل شهر نحو ٣٥٠٠٠ شخص وتجرى ١١٠٠٠ عملية جراحية وتتم فيها ٩٠٠٠ حالة ولادة.

١٦- وتتأثر سبل الوصول إلى مراكز الرعاية الصحية الثانوية والمتخصصة في الضفة الغربية بالقيود المفروضة على حرية التنقل، لأن معظم المستشفيات موجودة في المدن، بما فيها القدس الشرقية (التي تبلغ فيها نسبة أسرة مستشفى الضفة الغربية ٢٠٪). وتعتبر القدس مهمة لنظام تقديم الخدمات الصحية للفلسطينيين، لأن المستشفيات الستة الموجودة فيها هي الجهات الرئيسية لتقديم الرعاية الصحية المتخصصة للسكان الفلسطينيين. وقد أدت القيود المفروضة على حرية التنقل إلى تخفيض الإيرادات بنسبة ٤٠٪ بسبب عدم تمكن الكثير من المرضى من الحصول على الاستشارات (تبلغ نسبة المرضى الخارجيين الوافدين من الضفة الغربية ٩٠٪، لأن سكان القدس الشرقية مشمولين بالنظام الصحي الإسرائيلي). وتؤدي القيود الصارمة المفروضة على حرية تنقل مقدمي الخدمات والمرضى على حد سواء إلى إيجاد صعوبات في الحصول على خدمات الرعاية الصحية وتقديمها. وينبغي شهرياً تقديم طلبات يتراوح عددها بين ٣٠٠٠ و٤٠٠٠ طلب للحصول على رخص للموظفين والمرضى (تبلغ نسبة الموظفين الوافدين من الضفة الغربية العاملين في مستشفيات القدس الشرقية ٧٥٪).

١٧- ويؤدي تشغيل نظامين مستقلين للرعاية الصحية، أحدهما في قطاع غزة والآخر في الضفة الغربية (بما فيها القدس الشرقية) إلى زيادة تعقيد الجهود التي تبذلها وزارة الصحة من أجل تنسيق أنشطتها كما يؤدي إلى ازدواجية الخدمات المقدمة، وقلة الكفاءة، وزيادة التكاليف. ويسهم تقليل الإيرادات المتأتية من برنامج التأمين بسبب ارتفاع مستويات البطالة والفقر في زيادة التكاليف زيادة كبيرة. وعلاوة على ذلك، فإن قدرة الفلسطينيين على الإنفاق من جيوبهم الخاصة معرضة للخطر، مما يحد من سبل حصولهم على هذه الخدمات التي لا تتوفر إلا لدى القطاع الخاص (كالفحص المنتظم للكشف عن سرطان الثدي).

١٨- وارتفعت تكلفة العلاج في الخارج من ٦,٢ ملايين دولار أمريكي في عام ٢٠٠٢ إلى ٣٢,٥ مليون دولار في عام ٢٠٠٣ وإلى ٥٣,٤ مليون دولار في عام ٢٠٠٤، وأصبحت منذ عام ٢٠٠٥ ثالث أكبر نفقات وزارة الصحة. وفي عام ٢٠٠٧، بلغت تكلفة هذه الإحالات التي قاربت ٩٠٠٠ إحالة ٢٥,٥ مليون دولار أمريكي، وكان السرطان هو أكثر الأسباب الطبية شيوعاً التي تقف وراءها (١٠٧٨ حالة إصابة). وأحيل المزيد من الحالات إلى إسرائيل، وخصوصاً منذ شهر تموز/ يوليو ٢٠٠٧، بسبب إغلاق الحدود مع مصر عند معبر رفح، ملقياً بذلك عبئاً إضافياً على عاتق ميزانية وزارة الصحة، وذلك لأن: شراء الخدمات من مصر أقل تكلفة من شرائها من بلدان مجاورة أخرى. وإضافة إلى ذلك، فقد انخفضت نسبة المرضى الذين حصلوا على رخص بمقدار ٢٥٪ خلال النصف الثاني من عام ٢٠٠٧. وبلغ عدد المرضى الذين أحيلوا من

الضفة الغربية إلى الخارج للعلاج ٢٢ ٧٢٩ مريضاً في عام ٢٠٠٧ بتكلفة إجمالية بلغت حوالي ٤٦,١ مليون دولار أمريكي.

١٩- واستأنفت وزارة الصحة دفع مرتبات موظفيها وتوزيع الإمدادات والأدوية على قطاع غزة، بتسهيل من المنظمة والأونروا والبنك الدولي ولجنة الصليب الأحمر الدولية. وعلى الرغم من أن الأزمة المالية التي تعانيها الوزارة انحسرت على ما يبدو في النصف الثاني من عام ٢٠٠٧، فقد اتضح أن تمويل المنظمات غير الحكومية انخفض، ليهدد بذلك جزءاً كبيراً من الخدمات الصحية الفلسطينية.

الحالة الصحية

٢٠- استمر متوسط العمر المأمول في الارتفاع ببطء، ليصل في عام ٢٠٠٧ إلى ٧١,٨ سنة للذكور و٧٣,٣ سنة للإناث، وهو يزيد بشكل طفيف لكلا الجنسين في الضفة الغربية عن المتوسط المسجل لكلا الجنسين في قطاع غزة. ويبلغ معدل وفيات الرضع ٢٥,٣ حالة وفاة لكل ١٠٠٠ مولود حي، وهو أعلى في قطاع غزة منه في الضفة الغربية (٢٨,٨ و ٢٢,٩ حالة وفاة لكل ١٠٠٠ مولود حي على التوالي). ويصح القول نفسه بالنسبة لمعدل وفيات الأطفال (٢٨,٢ حالة وفاة لكل ١٠٠٠ مولود حي: ٣١,٨ حالة في قطاع غزة و ٢٥,٨ حالة في الضفة الغربية). ويرتفع معدلاً الوفيات كلاهما بين الذكور أكثر منه بين الإناث.

٢١- ويبلغ معدل وفيات الأمومة ٦,٢ حالة وفاة لكل ١٠٠٠ مولود حي. وبلغ معدل الخصوبة في المنطقة ككل ٤,٦ في عام ٢٠٠٦ (٤,٢ في الضفة الغربية و ٥,٤ في قطاع غزة)، مع وجود اختلاف هامشي بين المناطق الريفية والمناطق الحضرية. وعموماً، فإن أكثر من نصف النساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين ١٥ و ٤٩ سنة يلجأن إلى تنظيم أسرهن، وتبلغ نسبة التنظيم بالضفة الغربية ١٣٪ وهي أعلى منها في قطاع غزة. وتحصل معظم الأمهات تقريباً على رعاية في فترة الحمل من قبل عاملين صحيين متخصصين. ويبلغ متوسط عدد زيارات الحوامل من أجل الحصول على خدمات الرعاية الصحية أثناء الحمل ٧,٨ زيارات.

٢٢- وتعاني نسبة ١٠٪ تقريباً من سكان الأرض المحتلة من مرض مزمن مشخص واحد على الأقل. وارتفع معدل انتشار الأمراض المزمنة غير السارية بتدهور مستويات المعيشة وزيادة الكروب النفسية ونقص الرعاية الصحية الأساسية، بما فيها الأدوية. ولايزال السكري والأمراض السرطانية والأمراض القلبية الوعائية من الأسباب الرئيسية للأمراض غير السارية التي تقف وراء المراضة والوفيات في الأرض الفلسطينية المحتلة، وهي السبب الرئيسي لإحالة المرضى إلى الخارج للعلاج. وتعزى نسبة تتراوح بين ٣٥٪ و ٥٠٪ من إجمالي حالات الطوارئ التي يتم إدخالها للمستشفى إلى الحوادث، التي هي أيضاً سبب رئيسي لوفيات الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين سنة واحدة و ٤ سنوات. وتعتبر الحوادث سبب الوفاة الرئيسي الثاني (١٢,٥٪) بعد الأمراض القلبية في جميع الفئات العمرية.

٢٣- وما انفكت الصحة النفسية تمثل شاغلاً كبيراً. وأفادت نسبة ٨٦٪ ممن أجريت معهم مقابلات في إطار مسوحات تمت في عام ٢٠٠٧ بأنها تعاني من مشاكل في النوم في حين أفادت نسبة ٧٧٪ منهم بتدهور العلاقات الأسرية وأبلغت نسبة ٧٢٪ أخرى من هؤلاء عن ارتفاع مستوى التوتر بين الأطفال. وشعرت نسبة ٤٠٪ تقريباً منهم بأنها قلقة وسريعة الغضب ومحبطة، بينما شعر نحو نصف هؤلاء بالخوف من أن يفقدوا منازلهم أو أراضيهم ومن أن يُشردوا أو يُستأصلوا من جذورهم.

٢٤- وارتفع عدد الوفيات بين الفلسطينيين بنسبة ٨,٨٪ منذ عام ٢٠٠٦، حيث بلغ ٩٥٣ وفاة في عام ٢٠٠٧، وتسبب النزاع الداخلي والعنف في وقوع نصف هذه الوفيات تقريباً. وبلغت حصة الأطفال من هذه الوفيات ١٠٪ تقريباً (٩٣ وفاة في عام ٢٠٠٧). وازداد عدد الإصابات بنسبة ١٤٪ تقريباً في عام ٢٠٠٧ (٤٧٧١ إصابة) مقارنة بعام ٢٠٠٦، مقترناً بانخفاض عدد المصابين من الأطفال إلى ٩٣ مصاباً.

٢٥- وتعاني نسبة ١٠٪ تقريباً من الأطفال دون سن الخامسة في الأرض الفلسطينية المحتلة من سوء التغذية المزمن (١٣٪ في قطاع غزة و٨٪ في الضفة الغربية، مع تسجيل محافظة غزة الشمالية لأعلى نسبة، وهي ٣٠٪). وتعاني نسبة ١,٤٪ تقريباً من الأطفال من سوء تغذية حاد. وتعزى المشاكل التغذوية الرئيسية في الأرض الفلسطينية المحتلة إلى حالات عوز المغذيات الزهيدة المقدار، وخصوصاً عنصر الحديد: إذ يعاني أكثر من نصف مجموع أطفال قطاع غزة الذين تتراوح أعمارهم بين ٦ إلى ٣٦ شهراً وأكثر من ثلث أطفال الضفة الغربية من فقر الدم. وينتشر فقر الدم بين الحوامل بنسبة ٤٥٪ في قطاع غزة و٣١٪ في الضفة الغربية.

٢٦- ويمكن أن يكون لنقص الاستثمار في اتخاذ التدابير الوقائية في عام ٢٠٠٦ يد في الزيادة الملحوظة في معدل الإصابة ببعض الأمراض المحمولة بالنواقل والأمراض الحيوانية المنشأ في عام ٢٠٠٧. وارتفع بين عامي ٢٠٠٦ و٢٠٠٧ عدد حالات الإصابة المبلغ عنها ببدء الليشمانيات من ١٥٠ إلى ١٨١ حالة، وبداء السلمونيالات من ٢٧ إلى ٧٠ حالة، وبداء الأكياس العدارية من حالتين إلى ٢٨ حالة، وبداء الشبغيات من ٢٣ إلى ١١٣ حالة. ووفقاً لما أفاد به الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، فقد أُبلغ عن أن نسبة ١٤٪ من الأطفال دون سن الخامسة يعانون من الإصابة من الالتهابات الرئوية طوال دورة حياتهم. وترتفع النسبة المئوية للإصابة بهذه الالتهابات بين الذكور أكثر منها بين الإناث.

= = =