



巴勒斯坦被占领土（包括东耶路撒冷）和 叙利亚被占戈兰的卫生状况：进展报告

1. 巴勒斯坦被占领土中的阿拉伯人民仍遭受高程度的贫穷和失业（在 2005 年分别为 43% 和 22.5%）。结构制约，例如管制人员和货物流动的许可和封锁系统、定居点和迂回道路的持续建设以及对水和水资源的控制缺乏，正在影响人民的日常生活。
2. 有效的卫生服务预防了任何重大疾病暴发或卫生指标方面的显著恶化。2004 年的期望寿命为 72.6 年。孕产妇和婴儿死亡率分别为 10 万分之 10.6 和每千活产 24.2 例。这些指标低于该区域若干国家的指标。
3. 非传染病，尤其是心血管病，以及围产期疾患一起构成主要的死亡原因。意外事故死亡人数从 1995 年的 10 万分之 9 增加到 2004 年的 10 万分之 32.2。主要为道路交通伤害的意外伤害人数继续增多。缺铁性贫血表现为被占领土中最主要的营养问题；其它引起关注的微量营养素缺乏症是亚临床维生素 A 缺乏症、佝偻病和碘缺乏症。5 岁以下儿童中的慢性营养不良水平似乎在缓慢地上升。精神疾患仍然是巴勒斯坦被占领土中令人关注的问题。
4. 巴勒斯坦被占领土中最近的政治事态正在对卫生部门绩效造成影响。由于卫生部预算的一大部分在以往数年内是通过国际援助提供的，所以援助者资助政策的变化预计会对公共卫生服务的提供和获取产生反响，并可导致削弱免疫和妇幼保健等基本初级卫生保健规划。
5. 秘书处在改进巴勒斯坦人民的身心健康和社会福祉方面加强了其努力。本组织在 50 多年中一直支持联合国近东巴勒斯坦难民救济和工程处援助难民人群的卫生规划。

6. 应 WHA58.6 号决议的要求编写的实情调查报告（见附件）提供了关于社会经济形势、卫生状况和卫生系统的更多详细情况。
7. 在 2005 年期间，巴勒斯坦当局、世卫组织、联合国近东救济工程处、联合国其它机构、各非政府组织以及卫生部门其它利益相关方面就卫生部门的中期战略开展了密切合作，确定了进行干预的主要领域和战略重点。
8. 在 2005 年 11 月启动了巴勒斯坦被占领土合作战略（2006-2008 年）。战略反映了中期分析与合作共识，注重于巴勒斯坦卫生部的长期能力建设以便加强卫生部门的可持续性，并处理了危机情况中对人道主义行动的持续需求。战略的成功将主要依赖于对过程进行的综合性计划，使正常预算与来自国际捐助界的预算外捐款协同产生作用。
9. 在 2005 年，世卫组织继续支持卫生部对巴勒斯坦人民的卫生需求作出战略性反应，具体为：通过高效率和高效益的**协调**改进卫生干预措施的结果；收集和解释卫生信息；通过先进的**技术援助**加强卫生保健；通过**宣传**促进和保护“健康权利”；以及在巴勒斯坦和以色列卫生专业人员、各非政府组织和卫生机构之间促进**对话与合作**。
10. 在**协调**活动中，世卫组织参与了加强卫生部能力和直接促进联合国与卫生界其它国际机构之间共同理想和方针等两方面的工作。在西岸和加沙地带为协调应急支持每月召开一次的会议由世卫组织和卫生部联合主持。在区县级也举行了类似的会议。世卫组织在卫生部门工作小组中保持作为技术顾问的角色，并在该框架内作为营养与精神卫生专题小组的技术机构以及妇幼卫生小组的秘书处。
11. 秘书处支持卫生部制定和实施巴勒斯坦被占领土的**卫生政策**。在精神卫生、营养、基本药物、传染病控制和食品安全等关键领域内提供了具体技术支持，以便加强政策、战略和地方能力。
12. **技术援助**的提供针对具体规划的需求。在精神卫生领域内，技术援助的重点是政策、服务提供和培训。在营养领域内，提供了技术援助以便使卫生部能够制定营养情况文件、营养政策和战略；此外，正在建立营养监测系统，并正在开展营养方面的专门研究。与欧洲委员会、世界银行、大不列颠及北爱尔兰联合王国国际发展部和意大利合作署形成伙伴关系，也正在为当前的卫生部门审评提供意见。

13. 卫生咨询服务 (由世卫组织领导) 继续注重于汇总关于卫生和卫生部门活动、卫生设施状况及医疗物资可得性的信息。它搜集和传播了关于人道主义卫生情况和反应的信息，并通过其网站¹和一份通讯月刊报告此类事项。已发起与卫生部信息中心相结合的过程。

14. 通过促进对话平台，秘书处便利和支持了以色列与巴勒斯坦卫生专业人员及机构之间有效的沟通。具体例子包括通过欧洲、以色列和巴勒斯坦健康城市及社会伙伴关系网络的持续工作开展的巴勒斯坦-以色列专业人员对话，以及以色列和巴勒斯坦专业人员每两个月联合构思、编辑和出版的以色列-巴勒斯坦公共卫生杂志《桥梁》²。

15. 按照卫生大会在 WHA58.6 号决议中的要求，总干事支持巴勒斯坦卫生部努力克服当前的困难并在以色列从加沙地带及西岸部分地方撤离期间及之后协助卫生部。与卫生部和非政府组织密切合作，在撤离期间监测了加沙地带的卫生情况。完成了对撤离前卫生状况和防范措施情况的初步评估，重点为关于死亡率、发病率以及按高危区县和地区排列的服务提供情况的一套基本卫生指标。使用这些指标衡量的卫生状况在撤离期间没有变化。

16. 根据 WHA58.6 号决议第 5(2)段，总干事完成了对以色列在巴勒斯坦边界过境点使用的强化筛检机器的评估，这种机器的使用引起了健康和安全的关注。这种装置虽然在该决议中被称为“X 射线机器”，但它不放射 X 射线，而是发射和接受高达 30GHz 的无线电频率波。一个收发器 (天线) 发射和接受人体及人体所携带的任何物件反射出的微波信号。与金属探测器不同，该系统旨在发现衣服下的塑料或陶瓷武器、塑胶炸弹及其它非金属物件。一排传感器捕捉反射出的电波并将信息送到一个处理图像的高速计算机，由计算机分析信息并从信号中产生高分辨率的三维图像。为了形成皮肤表面的图像，该装置以 24 至 30GHz 的频率发射微波。在这种频率，几乎所有的能量都被皮肤吸收。没有微波能量穿透深于约 1 毫米的组织。皮肤表面下的组织和器官不会受到显著的微波接触，因此不能受损。从健康和安全的角度，评估的结论是，根据目前现有的信息，没有证据说明该装置对健康构成任何危害。

17. 在当前条件下，即捐助者可能采用新的政策而且资金供应有所减少，需要做出假设，以便采取人道主义紧急行动以应对可能的危机。联合呼吁程序的评估似乎为形成关于这

¹ www.healthinforum.org。

² www.bridgesmagazine.org。

些假设的共识和准备协调的人道主义干预措施提供了适当的框架。巴勒斯坦卫生部已发出公开呼吁，争取援助以弥补正在出现的短缺。购买药物、物资和一次性用品以及实验室、X射线和诊断材料的预算出现缺额，每月约达450万美元。秘书处正在对目前的卫生情况进行客观的评估和监测，并正在与其它卫生伙伴一起制定一份为期三个月的应急计划。

18. 世卫组织将继续与联合国各机构，尤其是近东救济工程处，以及巴勒斯坦当局一起开展工作，监测巴勒斯坦被占领土内的卫生状况并使会员国了解情况。

卫生大会的行动

19. 请卫生大会注意本报告。

附件

巴勒斯坦被占领土内的卫生和经济状况：实情调查报告

1. 在 WHA58.6 号决议中，卫生大会要求总干事提交一份关于巴勒斯坦被占领土内卫生和经济状况的实情调查报告。在 2005 年下半年期间，进行了若干深入的情况分析。下文概述了以下任务和文件的调查结果和主要结论：2006-2008 年世卫组织和巴勒斯坦被占领土合作战略；2005 年机构间常设委员会需求分析框架；对巴勒斯坦被占领土的共同评估；营养状况：西岸和加沙地带-西岸和加沙地带营养情况的全面审评，巴勒斯坦卫生部、世卫组织、儿童基金会，2005 年；卫生部：巴勒斯坦卫生状况-2004 年年度报告，卫生部，2005 年。

社会经济情况

2. 多数调查指出，巴勒斯坦经济对封锁和限制的适应程度不足以消除对其产生的多重联合有害压力。

3. 据世界银行估计，西岸和加沙地带国内生产总值的实际增长在 2005 年可能已达到 8% 至 9%，继续了两年之前开始的恢复（这是在 2000-2002 年严重危机时期之后，当时人均国内生产总值下降了约 36%，然后在 2003-2005 年出现稳定和逐步恢复时期，当时的增长率平均每年约为 7%）。2005 年的数据显示，与 2004 年 27% 相比的失业率为 22.5%，比起义前的水平高一倍。与 2004 年的 47% 相比，约 43% 的巴勒斯坦人民仍然生活在贫困线¹之下。与 2004 年的 16% 相比，可能有 15% 分类为生活在极度贫困之中。估计数据一致显示，巴勒斯坦的穷人数量在 1999 年与 2005 年之间翻了一番，从 788 400 增加到 1 565 000。贫穷水平在加沙地带比在西岸和东耶路撒冷更高，受影响的人群包括新的穷人、长期穷人、儿童、育龄妇女和年轻人。

4. 3.4% 的人口增长率与波动的国内生产总值之间的差距所反映的人口增长与经济增长之间的不平衡是对巴勒斯坦经济的一项挑战，也是对巴勒斯坦被占领土内发展的一种障碍。

5. 到 2005 年，每名工人扶养的人数增至 5.6。在加沙地带，受养比率的增长甚至更突出：从 2000 年的 5.9 上升至 2005 年的 8.2。

¹ 界定为由 2 名成人和 4 名儿童组成的基准家庭每人每天消费 2.3 美元。

6. 2005 年底和 2006 年初脱离接触之后，国际社会在联合国的支持下，作为更广泛的经济恢复规划的一部分，加快了促进巴勒斯坦被占领土内就业的措施。然而，仍然存在的问题是新的工作是否能长期维持，以及职位数量是否能符合新加入劳动队伍的人数。

7. 四年多的冲突对全体人民具有巨大的社会和心理影响，但巴勒斯坦青少年尤为脆弱。

卫生调查结果

8. 由于婴儿死亡率和 5 岁以下儿童死亡率相对较低(每千活产 28.3 例)，生育率较高且期望寿命增长(见正文第 2 段)，巴勒斯坦被占领土的巴勒斯坦人民正在经历人口过渡。

9. 虽然根据指标，巴勒斯坦被占领土内的巴勒斯坦人民整体健康状况没有显著变化，但目前的形势使之有理由预计巴勒斯坦人民的健康水平将恶化。贫穷和食品不安全的情况尤其在脆弱人群中更加严重，包括在使居民不能前往工作地点和市场的隔离墙附近的社区。在受隔离墙影响的人们中，据报道有 50.3% 的人食物供应减少，51.5% 生活在贫困线以下，而且 47.7% 据报道没有接通污水处理系统。相比之下，未受隔离墙影响者的相应数据分别为 40.1%、40.9% 和 37.8%。

10. 产前服务的覆盖率维持在较高的水平(2004 年为 96.5%)。然而，产后护理覆盖率仍然很低，但似乎在巴勒斯坦被占领土内随时间推移有所提高，从 1996 年的 19.7% 上升到 2000 年的 26.3% 和 2004 年的 33.3%；巴勒斯坦被占领土内仍有约三分之二的妇女不能获得任何产后护理。生育率从 2000 年的 6 左右下降到 2005 年估计的 4.5。计划生育方法的使用率从 1996 年的 45.2% 上升至 2000 年的 51.4%，但在 2004 年下降至 49%。

11. 婴儿和 5 岁以下儿童死亡率低于中东和北非国家的平均值(婴儿死亡率为每千活产 53 例)，与邻近阿拉伯国家的平均值相对等，但比以色列要高得多(婴儿死亡率为 5/1000；5 岁以下儿童死亡率为 6/1000)。

12. 在巴勒斯坦被占领土，1996、2000 和 2004 年受急性营养不良影响的幼儿分别为 2.8%、1.4% 和 1.9%。另一方面，发育迟缓不断增多，从 1996 年 5 岁以下儿童的 7.2% 持续增加到 2004 年的 9.4%，从而呈现为一个不太严重的公共卫生问题。然而，如果经济情况进一步恶化，发育迟缓的水平很可能会上升。

13. 四分之一以上的 5 岁以下儿童和 31.1% 的育龄妇女患有缺铁性贫血。其它微量营养素缺乏症涉及维生素 A、维生素 D 和碘。约 22% 的 5 岁以下儿童患有维生素 A 缺乏症，53.9% 已临近缺乏症的下限。加沙地带维生素 A 缺乏症的数字 (26.5%) 显著地高于西岸的数字 (18.9%)。佝偻病在整个加沙地带报告的范围很广，但在西岸很少发生；在 2003 年和 2004 年，被占领土内分别报告了 444 例和 325 例。2004 年开展的调查显示，碘缺乏症的患病率为 15%。然而，三分之二以上家庭报告食用碘盐，加沙地带的数字 (82.7%) 显著地高于西岸的数字 (56.5%)。

14. 据报告，2003 年常见精神疾患 (创伤后压力、焦虑、情绪失调和躯体形式障碍) 的患病率在直接接触暴力的 59% 的人群中为 40.3%。相比之下，该数字在未直接接触暴力的 31% 人群中为 12.6%。卡勒基利亚地区巴勒斯坦咨询中心开展的研究显示，接受调查的很大部分人有自杀的想法；大多数人觉得未来没有希望并反映了因超越其控制的情况而持续愤怒的情感；所有人报告感觉精神紧张。在直接遭受隔离墙影响的地区，不安全感也更为严重 (与西岸其它地区的 75% 相比为 90%)。

15. 在过去数年内，巴勒斯坦当局通过免疫、卫生教育和强化的流行病学调查等公共卫生规划，成功地预防和控制了多数传染病。在 2004 年，传染病仅占总死亡率的 10.1%。甲、乙和丙型肝炎在巴勒斯坦被占领土和大周边区域流行。儿童免疫计划包括乙肝疫苗，覆盖率超过 95%。巴勒斯坦被占领土内的结核发病率在 2004 年下降至每 10 万人 0.85 例。据报告，艾滋病和艾滋病毒感染的发生率均为每 10 万人 0.03% 例。

16. 心血管病 (39.6%)、癌症 (9.9%)、糖尿病 (3.6%) 和肾衰竭 (3.4%) 以及围产期疾患 (9.7%) 目前是一般民众死亡的主要原因。

17. 致命事故数量急剧增多，具体死亡率在 1995 年为 9.1/100 000，在 2002 年为 36.0/100 000。在 2003 年，比例下降到 24/100 000，但在 2004 年进一步上升至 32.4/100 000。意外伤害的主要原因仍然是道路交通事故。

卫生系统

18. 卫生部和近东救济工程处是巴勒斯坦被占领土内卫生服务的主要提供者。近东救济工程处为 1 635 000 难民提供卫生服务，卫生部承担卫生系统的管理责任。当地非政府组织和私营专业人员也提供一些卫生服务。多方面的卫生提供者在没有统一政策的情况下开展工作，造成卫生服务提供方面某种程度的不连贯性。

19. 在数量方面，巴勒斯坦被占领土内的卫生设施网络发展良好。截至 2004 年底，综合性初级卫生保健诊所的数量总共达 731 所（在西岸为 606 所，在加沙地带为 125 所）；其中 413 所（56.5%）由卫生部管理，53 所（7.3%）由近东救济工程处管理，265 所（36.3%）由非政府组织管理。此外，有 230 所妇幼卫生诊所（西岸有 202 所，加沙地带为 28 所）、153 所专科诊所（西岸有 64 所，加沙地带为 89 所）、197 所计划生育诊所（西岸有 153 所，加沙地带为 44 所）和 58 所牙科诊所（西岸有 27 所，加沙地带为 31 所）。

20. 2004 年巴勒斯坦卫生系统的 19 544 名雇员中有半数以上（56.9%）在公立部门（卫生部）工作。巴勒斯坦被占领土卫生部门的人力资源在各区域和专业人员类别方面分布不均匀。与建议的标准相比，护士和医生的比例很低（每一名医生有 1.5 名护士）。

21. 据估计，直到 2002 年，巴勒斯坦医生毕业于 120 个国家中的 450 个不同的大学。在巴勒斯坦被占领土内，没有公认的医学专科培训，但在有些医院可以进行得到约旦和巴勒斯坦理事会认可的某些专科实习生和住院医师培训。

22. 巴勒斯坦被占领土内的人均卫生支出高于该区域平均值。根据一次专门调查的最近估计，2003 年人均卫生总支出为 138.40 美元。公共卫生系统大量依靠国际援助，其持久性是引起极大关注的一个问题。2002 年按供资来源分列的卫生总开支显示财政部占 15%，一般民众占 38%（包括健康保险费、分担支付的费用以及公立和私立设施收取的费用），捐助者占 48%。工资几乎占卫生部预算的一半，转诊到国外是第三大支出项。每年有成千患者到国外就医，主要是在埃及、以色列和约旦。在 2004 年，转诊到国外住院和诊疗的患者总数达 31 744 例，与 2003 年相比增加了 57.9%。

23. 约四分之一的人口没有健康保险。据报道，2004 年巴勒斯坦被占领土内 76.1% 的家庭有健康保险。其中半数以上有政府的保险，约三分之一有远东救济工程处的保险。剩余人口得到社会保障、军队健康保险计划或以色列保险的保护。

24. 卫生保健的获取一般是公平的。然而，有很充分的理由认为行动限制、隔离墙和经济情况的恶化对巴勒斯坦人获取服务的情况造成了不良影响。此外，最近的政治事态和卫生部所得资金的减少可能对卫生部门会有负面影响。如果这种资金供应危机继续下去，预计公共卫生规划将衰退，并且卫生服务可能会中断。

= = =