



ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ПЯТЬДЕСЯТ ДЕВЯТАЯ СЕССИЯ
ВСЕМИРНОЙ АССАМБЛЕИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
Пункт 13 предварительной повестки дня

A59/24
18 мая 2006 г.

Медико-санитарные условия проживания населения на оккупированной территории Палестины, включая восточный Иерусалим, а также на оккупированных Голанских сирийских высотах: доклад о ходе работы

1. Среди арабского населения на оккупированной территории Палестины сохраняется высокий уровень бедности и безработицы (43% и 22,5%, соответственно, в 2005 году). Структурные ограничения, такие как система разрешений и блокирования, регулирующая передвижения людей и товаров, продолжающееся строительство поселений и обходных путей, а также отсутствие контроля за водой и водными ресурсами, отрицательно сказываются на повседневной жизни населения.
2. Эффективно действующие службы здравоохранения предупреждают любую крупную вспышку болезни или значительное ухудшение в плане показателей здоровья. Ожидаемая продолжительность жизни в 2004 г. составляла 72,6 года. Коэффициенты материнской и детской смертности составляли 10,6 на 100 000 человек и 24,2 на 1000 живорожденных, соответственно. Эти показатели являются более низкими, чем в нескольких странах Региона.
3. Основными причинами смерти являются неинфекционные болезни, в частности сердечно-сосудистые болезни и перинатальные состояния. Число смертей, вызванных несчастными случаями, возросло с 9 на 100 000 человек в 1995 г., до 32,2 на 100 000 в 2004 году. Продолжало возрастать число травм, вызванных несчастными случаями, главным образом травм, связанных с дорожно-транспортными происшествиями. Железодефицитная анемия представляет собой основную проблему питания на оккупированной территории; другими видами недостаточности микронутриентов, вызывающими беспокойство, являются субклинический дефицит витамина А, рахит и недостаточность йода. Постепенно возрастают уровни хронической недостаточности питания у детей в возрасте до пяти лет. На оккупированной территории Палестины продолжают вызывать беспокойство психические расстройства.
4. Последние политические события на оккупированной территории Палестины оказывают воздействие на работу сектора здравоохранения. Поскольку в предыдущие

годы основная часть бюджета министерства здравоохранения формировалась за счет международной помощи, то изменение в политике финансирования, проводимой донорами, предположительно скажется на предоставлении медико-санитарных услуг населению и доступе к ним и может привести к ослаблению программ по основным видам первичной медико-санитарной помощи, таким как иммунизация и охрана здоровья матери и ребенка.

5. Секретариат активизировал свои усилия по улучшению физического, психического и социального состояния палестинского народа. Организация в течение более чем 50-ти лет оказывает поддержку программам БАПОР по оказанию медицинской помощи беженцам.

6. Более подробные данные о социально-экономической ситуации, состоянии здоровья и системе здравоохранения содержатся в докладе по результатам выяснения ситуации (см. приложение), представленного в соответствии с предложением, содержащимся в резолюции WHA58.6.

7. В течение 2005 г. Палестинские власти, ВОЗ, БАПОР, другие учреждения Организации Объединенных Наций, неправительственные организации и другие основные участники в секторе здравоохранения осуществляли тесное сотрудничество в отношении среднесрочной стратегии сектора здравоохранения, определяя основные области деятельности, а также стратегическую направленность.

8. В ноябре 2005 г. началось осуществление стратегии сотрудничества на оккупированной территории Палестины (2006-2008 гг.). Она отражает среднесрочный анализ и консенсус в отношении сотрудничества, ориентирование на создание долгосрочного потенциала в министерстве здравоохранения Палестины, с тем чтобы укрепить устойчивость в секторе здравоохранения и заняться разрешением вопроса о постоянной необходимости гуманитарных операций в случае кризисов. Успех данной стратегии будет главным образом зависеть от комплексного планирования процесса, который синергизирует регулярный бюджет и внебюджетные взносы международного донорского сообщества.

9. В 2005 г. ВОЗ продолжала оказывать поддержку министерству здравоохранения в осуществлении им ответных стратегических мер по разрешению медико-санитарных потребностей палестинцев посредством: улучшения результатов медицинских вмешательств путем действенной и эффективной **координации**; сбора и интерпретации медико-санитарной **информации**; укрепления здоровья с использованием современной **технической помощи**; укрепления и защиты "права на здоровье" путем проведения **информационно-просветительской работы**; и содействия проведению **диалога и сотрудничества** между медицинскими специалистами Палестины и Израиля, неправительственными организациями и медицинскими учреждениями.

10. В области деятельности по **координации** ВОЗ участвует как в укреплении потенциала министерства здравоохранения, так и в прямом содействии обеспечению общего видения и подхода в Организации Объединенных Наций и других международных учреждениях в секторе здравоохранения. Сопредседателями ежемесячных совещаний по

координации чрезвычайной поддержки являются ВОЗ и министерство здравоохранения на Западном берегу и в секторе Газа. Аналогичные совещания также проводятся на районном уровне. ВОЗ сохраняет свою техническую консультативную роль в Рабочей группе сектора здравоохранения и в рамках этого механизма действует в качестве технического учреждения в тематических группах по питанию и охране психического здоровья, а также выполняет секретариатские функции в Группе по охране здоровья матери и ребенка.

11. Секретариат поддерживает усилия министерства здравоохранения по разработке и осуществлению **политики в области здравоохранения** на оккупированной территории Палестины. Оказывалась конкретная техническая поддержка в таких ключевых областях, как охрана психического здоровья, питание, основные лекарственные средства, борьба с инфекционными болезнями и безопасность пищевых продуктов в целях укрепления политики, стратегий и потенциала на местном уровне.

12. Оказание **технической помощи** осуществляется в ответ на конкретные потребности программы. В области охраны психического здоровья основное внимание в ней уделяется вопросам политики, предоставления услуг и обучения. Оказывалась техническая помощь в области питания, с тем чтобы позволить министерству здравоохранения разработать документ о состоянии питания, а также политику и стратегию в области питания; кроме того, создается система контроля за состоянием питания, и проводятся специальные научные исследования в данной области. В партнерстве с Европейской комиссией, Всемирным банком, Отделом международного развития Соединенного Королевства Великобритании и Северной Ирландии и в сотрудничестве с Италией оказывается содействие в проводимом в настоящее время обзоре деятельности сектора здравоохранения.

13. Информационный форум в области здравоохранения (действующий под руководством ВОЗ) продолжает акцентировать внимание на вопросах консолидации **информации** о состоянии здоровья и деятельности в секторе здравоохранения, состоянии медицинских учреждений и обеспеченности материалами медицинского назначения. В его рамках осуществляется сбор и распространение информации о гуманитарной ситуации в преломлении к здоровью и принимаемым ответным мерам, а также распространяются сообщения по этим вопросам с помощью веб-сайта¹ и ежемесячных бюллетеней новостей. Было положено начало процессу интеграции с информационными центрами министерства здравоохранения.

14. Секретариат оказывает содействие и поддержку в работе по установлению эффективной связи между израильскими и палестинскими специалистами здравоохранения и медицинскими учреждениями посредством обеспечения возможностей для **диалога**. Примерами является продолжение диалога между палестинскими и израильскими специалистами в рамках сети европейских, израильских и палестинских городов в целях налаживания партнерских связей в интересах укрепления здоровья и

¹ www.healthinform.org.

социальной сплоченности, а также создания израильско-палестинского журнала *Bridges*¹ по вопросам общественного здравоохранения, который разрабатывается, готовится и издается совместно израильскими и палестинскими специалистами раз в два месяца.

15. Как было предложено в резолюции WHA58.6 Ассамблеей здравоохранения, Генеральный директор оказывал поддержку Палестинскому министерству здравоохранения в его усилиях по преодолению текущих трудностей и помогал ему во время и после ухода Израиля из сектора Газа и частей Западного берега. Мониторинг состояния здравоохранения в секторе Газа во время фазы ухода Израиля осуществлялся в тесном сотрудничестве с министерством здравоохранения и неправительственными организациями. До ухода Израиля была завершена начальная оценка состояния здоровья и мер по обеспечению готовности, причем особое внимание уделялось основному набору показателей здоровья, касающихся смертности, заболеваемости и предоставления услуг на районном уровне, а также областям повышенного риска. Во время ухода Израиля состояние здоровья, определяемое с помощью показателей, не изменилось.

16. В соответствии с пунктом 5(2) резолюции WHA58.6, Генеральный директор завершил оценку рентгеновского аппарата повышенной мощности, используемого Израилем на пунктах пересечения границы Палестины, использование которого вызвало обеспокоенность в отношении здоровья и безопасности. Этот прибор, хотя и назван в указанной резолюции "рентгеновским аппаратом", не излучает рентгеновские лучи, а скорее передает и получает волны в радиочастотах до 30 гигагерц. Трансивер (антенна) передает и получает сигналы микроволн, отражаемые телом и любыми переносимыми предметами. В отличие от металлодетекторов, эта система предназначена для обнаружения пластического или керамического оружия, пластических взрывчатых веществ и других не-металлических предметов, находящихся под одеждой. Чувствительная антенна принимает отраженные волны и направляет информацию в быстродействующий компьютер по обработке изображений, который анализирует поступившую информацию и на основе сигналов производит высокоразрешающее трехмерное изображение. Для создания изображения, полученного с поверхности кожи, этот прибор излучает микроволны в частоте от 24 до 30 гигагерц. На таких частотах почти вся энергия поглощается кожей. Никакая энергия микроволн не проникает глубже 1 мм в ткань. Ткань и органы, находящиеся под поверхностью кожи, не получают значительного облучения микроволнами и, следовательно, не могут быть повреждены. С точки зрения здоровья и безопасности в оценке, основанной на имеющийся в настоящее время информации, делается вывод о том, что не существует доказательств того, что данный прибор представляет собой опасность для здоровья.

17. В нынешних условиях, когда существует вероятность принятия донорами новой политики и сокращения финансирования, необходимо предусмотреть сценарии в отношении оказания чрезвычайной гуманитарной помощи в случае возможных кризисов. Оценка процесса совместных обращений, по-видимому, позволяет предложить соответствующий механизм для достижения консенсуса в отношении этих сценариев и подготовки скоординированных гуманитарных мероприятий. Министерство

¹ www.bridgesmagazine.org.

здравоохранения Палестины уже выступило с открытым призывом оказать помощь в ликвидации возникающих недостатков. Наблюдается сокращение бюджетных средств для закупки лекарственных препаратов, материалов и предметов одноразового использования, а также лабораторных, рентгеновских и диагностических материалов на сумму, составляющую 4,5 млн. долл. США в месяц. Секретариат проводит объективную оценку и мониторинг существующего состояния здравоохранения и вместе с другими партнерами по здравоохранению составляет трехмесячный план действий в непредвиденных обстоятельствах.

18. ВОЗ будет продолжать сотрудничество с учреждениями Организации Объединенных Наций, особенно с БАПОР и Палестинскими властями, в целях проведения мониторинга состояния здравоохранения на оккупированной территории Палестины и постоянно информировать об этом государства-члены.

ДЕЙСТВИЯ АССАМБЛЕИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

19. Ассамблее здравоохранения предлагается принять к сведению настоящий доклад.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Медико-санитарная и экономическая ситуация на оккупированной территории Палестины: доклад по результатам выяснения ситуации

1. В резолюции WHA58.6 Ассамблеи здравоохранения Генеральному директору было предложено представить доклад по результатам выяснения медико-санитарной и экономической ситуации на оккупированной палестинской территории. Во второй половине 2005 г. было проведено несколько глубоких анализов существующей ситуации. Результаты и основные выводы следующих миссий и документов суммированы ниже: стратегия ВОЗ по сотрудничеству и оккупированная территория Палестины, 2006-2008 гг.; механизм анализа потребностей, Межучрежденческий постоянный комитет, 2005 г.; совместная оценка ситуации на оккупированной территории Палестины; состояние питания: Западный берег и сектор Газа, всеобъемлющий обзор состояния питания на Западном берегу и в секторе Газа, министерство здравоохранения Палестины, ВОЗ, ЮНИСЕФ, 2005 г.; состояние здоровья населения в Палестине: Ежегодный доклад, 2004 г., министерство здравоохранения, 2005 год.

СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ

2. Результаты большинства исследований указывают на то, что перестройка экономики Палестины в ответ на блокирования и ограничения была недостаточной для противодействия отрицательному воздействию на нее совокупности многочисленных стрессовых ситуаций.

3. По оценкам Всемирного банка, реальный рост валового внутреннего продукта на Западном берегу и в секторе Газа, возможно, достиг 8%-9% в 2005 г. и является продолжением восстановления, которое началось два года тому назад (после периода тяжелого кризиса 2000-2002 гг., в котором показатель ВВП на душу населения сократился приблизительно на 36%, и 2003-2005 гг., периода стабилизации и постепенного восстановления, в котором экономический рост в среднем составлял 7% в год). Данные в отношении 2005 г. показывают, что безработица находилась на уровне 22,5% по сравнению с 27% в 2004 г., что более чем в два раза превышает уровни, существовавшие до интифады. Приблизительно 43% палестинского населения по-прежнему живут ниже черты бедности¹ по сравнению с 47% в 2004 г., причем возможно 15% населения живут в условиях крайней нищеты по сравнению с 16% в 2004 году. Согласно постоянно проводимым оценкам, число бедных палестинцев возросло в два раза в период с 1999 по 2005 год, а именно с 788 400 до 1 565 000 человек. Уровни бедности в секторе Газа

¹ Определенной в виде нормы потребления, составляющей 2,3 долл. США на душу населения в день для используемой в качестве базовой семьи, состоящей из двух взрослых и четырех детей.

являются более высокими, чем на Западном берегу и в восточном Иерусалиме, и в число пострадавших групп населения входят недавно появившиеся бедные, хронически бедные, дети, женщины репродуктивного возраста и молодые люди.

4. Диспропорция между ростом населения и экономическим ростом, которая отражена в расхождении между уровнем 3,4% первого и колеблющимся валовым внутренним продуктом, является проблемой для палестинской экономики и препятствием для развития на оккупированной территории Палестины.

5. К 2005 г. число иждивенцев на одного работающего возросло до 5,6. В секторе Газа увеличение относительного показателя числа иждивенцев было даже более заметным: с 5,9 в 2000 г. до 8,2 в 2005 году.

6. В результате разъединения в конце 2005 г. и начале 2006 г. международное сообщество при поддержке Организации Объединенных Наций ускорило принятие мер по стимулированию занятости на оккупированной территории Палестины в качестве части более широкой программы по восстановлению экономики. Однако остаются вопросы о том, удастся ли сохранить новые рабочие места в течение длительного периода времени, и может ли их число соответствовать числу начинающих работников.

7. Социальные и психологические последствия конфликта, длившегося более четырех лет, на все население являются значительными, но особенно уязвимы молодые палестинцы.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ

8. Палестинское население на оккупированной территории Палестины переживает период демографического перехода в результате относительно низких показателей младенческой смертности и смертности детей в возрасте до 5 лет (28,3 на 1000 живорожденных), высокого коэффициента рождаемости и увеличения ожидаемой продолжительности жизни (см. пункт 2 в основном документе).

9. Хотя, согласно показателям, общее состояние здоровья палестинцев на оккупированной территории Палестины значительно не изменилось, существующая ситуация дает основания предполагать ухудшение состояния здоровья палестинцев. Бедность и отсутствие продовольственной безопасности особенно усилились среди уязвимых групп населения, включая общины, живущие вблизи разделительного ограждения, где местные жители не могут попасть на место работы и рынки. Согласно сообщениям, среди населения, страдающего в результате строительства этой стены, у 50,3% населения сокращены поставки продовольствия, 51,5% населения живут ниже черты бедности и 47,7% населения, согласно сообщениям, не подсоединены к канализационным системам удаления нечистот по сравнению с 40,1%, 40,9% и 37,8% населения, соответственно, которое не пострадало в результате строительства этой стены.

10. Охват предродовыми услугами остается на высоком уровне (96,5% в 2004 году). Однако на оккупированной территории Палестины, охват послеродовой помощью по-

прежнему находится на низком уровне, но возможно с течением времени увеличился с 19,7% в 1996 г. до 26,3% в 2000 г. и 33,3% в 2004 г.; по-прежнему приблизительно две трети женщин на оккупированной территории Палестины не получают никакой послеродовой помощи. Коэффициент рождаемости упал приблизительно с 6 в 2000 г. до примерно 4,5 в 2005 году. Масштабы применения методов планирования семьи возросли с 45,2% в 1996 г. до 51,4% в 2000 г., но сократились до 49% в 2004 году.

11. Коэффициенты младенческой смертности и смертности детей в возрасте до пяти лет являются более низкими, чем средние величины в странах на Ближнем Востоке и в Северной Африке (коэффициент младенческой смертности составляет 53 на 1000 живорожденных), и они сопоставимы с коэффициентами смертности в соседних арабских странах, но значительно выше, чем в Израиле (коэффициент младенческой смертности составляет 5 на 1000 живорожденных, а коэффициент смертности детей в возрасте до пяти лет составляет 6 на 1000 человек).

12. На оккупированной территории Палестины от острой недостаточности питания страдали 2,8%, 1,4% и 1,9% детей раннего возраста в 1996 г., 2000 г. и 2004 г., соответственно. С другой стороны, распространенность задержки роста постоянно повышалась с 7,2% у детей в возрасте до пяти лет в 1996 г. до 9,4% в 2004 г., что таким образом является некоторой проблемой общественного здравоохранения. Однако в случае дальнейшего ухудшения экономического положения уровни задержки роста, по-видимому, возрастут.

13. Более одной четверти детей в возрасте до пяти лет и 31,1% женщин детородного возраста имеют железодефицитную анемию. Недостаточность других питательных микроэлементов наблюдается в отношении витамина А, витамина D и йода. Наблюдается недостаточность витамина А приблизительно у 22% детей в возрасте до пяти лет, а 53,9% находятся на грани появления такой недостаточности. Цифры в отношении недостаточности витамина А значительно выше в секторе Газа (26,5%), чем на Западном берегу (18,9%). Поступают сообщения о распространении рахита в секторе Газа, но он редко наблюдается на Западном берегу; на оккупированных территориях в 2003 г. и в 2004 г. были зарегистрированы соответственно 444 и 325 случаев. Результаты исследований, проведенных в 2004 г., указывают на распространенность недостаточности йода у 15% детей. Однако, согласно сообщениям, более двух третей семей потребляют йодированную соль, причем цифры значительно выше в секторе Газа (82,7%), чем на Западном берегу (56,5%).

14. По сообщениям, распространенность типичных психических расстройств (посттравматический стресс, боязнь, аффективные и соматоформные расстройства) в 2003 г. составила 40,3% у 59% населения, которое непосредственно подвергалось насилию, по сравнению с 12,6% у 31% населения, которое не подвергалось подобному насилию. Исследования, проведенные Палестинским консультирующим центром в районе Калкилии, показали, что значительная часть обследованного населения имела мысли покончить с жизнью; большинство населения не питало надежды в отношении будущего и выражало чувство постоянного возмущения в связи с существованием обстоятельств, находящихся вне их контроля; все обследованные находились в состоянии стресса.

Ощущения отсутствия безопасности также возросли в районах, непосредственно пострадавших в результате строительства разделяющей стены (90% по сравнению с 75% в других районах Западного берега).

15. В течение последних нескольких лет Палестинскому органу благодаря осуществлению программы общественного здравоохранения по иммунизации, медико-санитарному просвещению и укреплению эпидемиологического надзора удалось предупреждать большинство инфекционных болезней и вести с ними борьбу. В 2004 г. на инфекционные болезни приходилось лишь 10,1% общей смертности. Гепатиты А, В и С являются эндемическими на оккупированной территории Палестины и в целом в окружающем регионе. План иммунизации детей включает вакцинацию против гепатита В с уровнем охвата, превышающим 95%. На оккупированной территории Палестины коэффициент заболеваемости туберкулезом сократился до 0,85 на 100 000 человек в 2004 году. По сообщениям, распространенность как СПИДа, так и ВИЧ-инфекции составляет 0,03 на 100 000 человек.

16. Основными причинами смерти среди широких слоев населения в настоящее время являются сердечно-сосудистые болезни (39,6%), рак (9,9%), диабет (3,6%) и почечная недостаточность (3,4%), а также перинатальные состояния (9,7%).

17. Наблюдался резкий рост числа несчастных случаев с летальными исходами при конкретном коэффициенте смертности, составляющем 9,1 на 100 000 человек в 1995 г. и 36 на 100 000 человек в 2002 году. В 2003 г. этот коэффициент сократился до 24 на 100 000 человек, но затем в 2004 г. увеличился до 32,4 на 100 000 человек. Основными причинами травматизма при несчастных случаях остаются дорожно-транспортные аварии.

СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

18. Министерство здравоохранения и БАПОР остаются основными провайдерами медико-санитарных услуг на оккупированной территории Палестины. БАПОР охватывает 1 635 000 беженцев, а министерство здравоохранения осуществляет регулирующую функцию в отношении системы здравоохранения. Местные неправительственные организации и специалисты из частного сектора также оказывают некоторые медико-санитарные услуги. Многочисленность провайдеров медико-санитарных услуг, действующих в условиях отсутствия общей политики, вызывает некоторую раздробленность в оказании медико-санитарных услуг.

19. В количественном отношении сеть медицинских учреждений на оккупированной территории Палестины является хорошо развитой. В конце 2004 г. число клиник по оказанию комплексных услуг в области первичной медико-санитарной помощи составляло 731 (606 на Западном берегу и 125 в секторе Газа); из них 413 (56,5%) находятся в ведении министерства здравоохранения, 53 (7,3%) в ведении БАПОР и 265 (36,3%) в ведении неправительственных организаций. Кроме того, существует 230 клиник по охране здоровья матери и ребенка (202 клиники на Западном берегу и 28 в секторе Газа), 153 специализированные клиники (64 на Западном берегу и 89 в секторе Газа), 197 клиник

по планированию семьи (153 на Западном берегу и 44 в секторе Газа) и 58 стоматологических клиник (27 на Западном берегу и 31 в секторе Газа).

20. Из 19 544 работников в палестинской системе здравоохранения в 2004 г. более половины (56,9%) работали в общественном секторе (министерство здравоохранения). Кадровые ресурсы в секторе здравоохранения на оккупированной территории Палестины распределяются неравномерно между регионами и профилями специалистов. По сравнению с рекомендованными стандартами, соотношение медсестер и врачей является низким (1,5 медсестры на одного врача).

21. Согласно оценкам, в период до 2002 г. палестинские врачи окончили 450 различных университетов в 120 странах. На оккупированной палестинской территории отсутствует признаваемая система подготовки медицинских специалистов, хотя в некоторых больницах существуют возможности для проведения курсов интернатуры и ординатуры по некоторым специализациям, которые признаются иорданскими и палестинскими советами.

22. Затраты на медицинское обслуживание на душу населения на оккупированной палестинской территории являются выше, чем в среднем по Региону. Согласно последним оценкам, полученным в результате специального исследования, расходы на медицинское обслуживание на душу населения в 2003 г. составили 138,4 долл. США. Система общественного здравоохранения в значительной степени зависит от международной помощи, и вопрос о ее устойчивости вызывает большую обеспокоенность. Разбивка общих затрат на медицинскую помощь по источникам финансирования в 2002 г. показала, что на министерство финансов в целом приходится 15% из общего населения на уровне 38% (включая премии медицинского страхования, совместную оплату и гонорары в государственных и частных медицинских учреждениях) и 48% приходится на доноров. Почти половина бюджета министерства здравоохранения приходится на заработную плату, а направление к специалистам за рубежом является третьей по величине статьей расходов. Ежегодно тысячи больных получают помощь за рубежом, главным образом в Египте, Израиле и Иордании. В 2004 г. общее число пациентов, направленных на госпитализацию или консультацию за рубежом, составило 31 744, что является увеличением на 57,9% по сравнению с 2003 годом.

23. Почти четверть населения не охвачено медицинским страхованием. В 2004 г. 76,1% семей на оккупированной палестинской территории, согласно сообщениям, была охвачена медицинским страхованием. Из них более половины были охвачены государственным страхованием, а около одной трети были охвачены страхованием, осуществляемым БАПОР. Оставшаяся часть населения была охвачена системами социальной безопасности, военными планами медицинского страхования или страхованием, осуществляемым Израилем.

24. Доступ к медико-санитарной помощи в целом является справедливым. Однако существуют веские причины для того, чтобы предположить, что на доступ палестинцев к услугам было оказано отрицательное влияние в результате ограничения передвижения, разделительных барьеров и ухудшения экономической ситуации. Кроме того, последние политические события и сокращение объема финансирования, предоставляемого

министерству здравоохранения, вероятно, окажут негативное влияние на сектор здравоохранения. Если будет продолжаться этот кризис с финансированием, то ожидается сокращение программ в области общественного здравоохранения и возможные нарушения работы служб здравоохранения.

= = =