

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

تلبية لطلب مدير إدارة الصحة بالأونروا تتشرف المديرية العامة بإحالة تقريره المرفق عن عام ٢٠٠٩
إلى جمعية الصحة العالمية.

الملحق

تقرير مدير إدارة الصحة بالأونروا عن عام ٢٠٠٩

الأحوال الصحية للاجئين الفلسطينيين في الأرض الفلسطينية المحتلة، والمساعدات المقدمة إليهم

الحالة السكانية

١- من بين ٤,٨ مليون فلسطيني لاجئ مسجل لدى وكالة الأمم المتحدة لإغاثة وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين في الشرق الأدنى (الأونروا) يعيش ١ ٨٨٥ ٠٠٠ منهم في الأرض الفلسطينية المحتلة ويشكلون تقريباً نصف السكان هناك، منهم ١ ١٠٦ ٠٠٠ لاجئ في قطاع غزة (ويشكلون ٧٤٪ من السكان الفلسطينيين المقيمين)، و ٧٧٩ ٠٠٠ لاجئ في الضفة الغربية (ويشكلون نسبة تصل إلى ٣١٪ من السكان الفلسطينيين المقيمين).^١

٢- ويوجد في الأرض الفلسطينية المحتلة ٢٧ مخيم للاجئين (١٩ مخيماً في الضفة الغربية و ٨ مخيمات في قطاع غزة). ويعيش حوالي ثلث اللاجئين الفلسطينيين في مخيمات اللاجئين (ويمثلون نسبة تصل إلى ٤٥,٤٪ من جميع اللاجئين في قطاع غزة، و ٢٥,٤٪ من جميع اللاجئين في الضفة الغربية)؛ ويعيش باقي اللاجئين في بلدات وقرى مع السكان المضيفين.

٣- وكانت نسبة اللاجئين الفلسطينيين ممن تقل أعمارهم عن ١٨ سنة في عام ٢٠٠٩ ويعيشون في الأرض الفلسطينية المحتلة ٣٧,٦٪ في الضفة الغربية و ٤٥,٥٪ في قطاع غزة. وقد ظل التعادل قائماً طوال السنوات الخمس الماضية، فقد كان متوسطه بين اللاجئين الفلسطينيين المستفيدين من خدمات الأونروا ٤,٥ في الضفة الغربية و ٤,٤ في قطاع غزة في عام ٢٠٠٨ مقابل ٤,٢ و ٤,٧ على التوالي في عام ٢٠٠٣. وكان معدل اللاجئين المعالين في عام ٢٠٠٩ (نسبة الذين تقل أعمارهم عن ١٥ سنة وتزيد على ٦٥ سنة إلى مجموع السكان) ٨٥,٣٪ في قطاع غزة و ٧٢,١٪ في الضفة الغربية، وبذلك ظل العبء الاقتصادي ثقيلًا على الوحدات الأسرية.

٤- وإن كان من الأرجح أن تعم البطالة اللاجئين في الضفة الغربية أكثر مما تعم السكان غير اللاجئين، فقد ضاقت هذه الفجوة في عام ٢٠٠٨، لأن معدل البطالة العام ارتفع من ٢٤,٥٪ في عام ٢٠٠٧ إلى ٢٥,٣٪.

١ التقرير السنوي لإدارة الصحة بالأونروا عن عام ٢٠٠٩، قيد النشر، والنشرة الصحفية الصادرة في ٢٠ حزيران/يونيو ٢٠٠٩ عن الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، ويمكن الاطلاع عليها في العنوان الإلكتروني http://www.pcbs.pna.org/Portals/_pcbs/PressRelease/refugees_E.pdf. آخر اطلاع ٢١ نيسان/أبريل ٢٠١٠.

٢ تقرير الأونروا الصادر بعنوان "استقصاء الأونروا لوفيات الرضع: أسباب ومحددات وفيات الرضع بين اللاجئين الفلسطينيين في الشرق الأدنى"، ٢٠٠٩.

في عام ٢٠٠٨، وانخفض معدل البطالة بين اللاجئين من ٢٦,٧٪ إلى ٢٥,٩٪. وقد عاد الحصار المكثف على قطاع غزة منذ منتصف عام ٢٠٠٧ بالضرر على اللاجئين وغير اللاجئين. بل إن نهاية عام ٢٠٠٨ التي شهدت أكثر العمليات العسكرية تدميراً في تاريخ قطاع غزة شهدت أيضاً زيادة حادة في معدلات البطالة. فقد ارتفع معدل البطالة المصحح من حوالى ٣٨٪ في عام ٢٠٠٧ إلى ٤٩٪.

الحالة الوبائية

٥- بالرغم من انتشار الخدمات الصحية وارتفاع معدلات التمنيع، لم يعثر المؤشرات الصحية أي تحسن جوهري في عام ٢٠٠٩. لكن الأمراض القابلة للتوقي باللقاحات أصبحت تحت سيطرة جيدة في قطاع غزة والضفة الغربية، وظل معدل التطعيم ضد الحصبة فوق نسبة ٩٥٪، وهو تحت الرصد لأنه يشكل جزءاً من الأنشطة الرامية إلى بلوغ المرامي الإنمائية للألفية المتعلقة بالصحة. أما السل، والأيدز والعدوى بفيروسه، والأمراض المتوطنة الحيوانية المصدر مثل داء البروسيلات، فقد كان انتشارها ضعيفاً. ومازالت الأمراض المرتبطة برداءة البيئة الصحية تشكل تهديداً للصحة يمثل الأنماط التوطنية المحلية. وأكدت بيانات الإصابة بالأمراض بين اللاجئين الفلسطينيين في عام ٢٠٠٩ وجود فرق بين قطاع غزة والضفة الغربية من حيث معدل الإصابة بالأمراض المعدية مثل التهاب الكبد الحاد (٧٥,٣ حالة لكل ١٠٠ ٠٠٠ نسمة في قطاع غزة، و١٥,٩ حالة لكل ١٠٠ ٠٠٠ نسمة في الضفة الغربية)، وحمى التيفود (١٢,٤ حالة لكل ١٠٠ ٠٠٠ نسمة في قطاع غزة وصفر في الضفة الغربية). ولم تسجل أي حالة من شلل أطفال أو الشلل الرخو الحاد أو الكوليرا أو الكزاز أو الخناق (الدفتيريا) أو الشاهوق، ولم تحدث فاشيات في عام ٢٠٠٩ بين اللاجئين في الأرض الفلسطينية المحتلة.

٦- ويواجه سكان الأرض الفلسطينية المحتلة عواقب اجتماعية اقتصادية من جراء ازدياد معدل انتشار العجز الناجم عن الأمراض غير السارية والعبء الاقتصادي للتزايد المستمر في عدد المرضى المصابين بالأمراض المزمنة التي تقتضي الرعاية الطبية. فقد كان معدل اكتشاف الداء السكري في عام ٢٠٠٩ بين اللاجئين ممن تربو أعمارهم على ٤٠ سنة ويتواترون على المراكز الصحية يساوي ١١,٧٪ في الضفة الغربية و ١٣,١٪ في قطاع غزة. وكان معدل اكتشاف فرط ضغط الدم في هذه المجموعة السكانية ١٦٪ و ١٩,٧٪ على التوالي.

٧- ولايزال سوء التغذية، بشكله الحاد والمزمن، يمثل مشكلة كبيرة وخصوصاً في قطاع غزة حيث كان القطاع الزراعي يبذل قصارى جهده للتعامل مع الحصار الإسرائيلي وأضرار الحرب الماضية، وحيث كانت كمية الفواكه والبروتينات الميسورة الأسعار قليلة الوفرة للغاية بسبب إغلاق الممرات والمعابر^٣. وبذل أحدث

١ الأونروا. سوق العمالة في الضفة الغربية، في عام ٢٠٠٨: ورقة معلومات، كانون الأول/ديسمبر ٢٠٠٩، متاحة على الموقع الإلكتروني التالي <http://www.unrwa.org/userfiles/201001196450.pdf>. آخر اطلاع ٢١ نيسان/أبريل ٢٠١٠.

٢ الأونروا. سوق العمالة في غزة، في عام ٢٠٠٨: ورقة معلومات، كانون الأول/ديسمبر ٢٠٠٩، متاحة على الموقع الإلكتروني التالي <http://www.unrwa.org/userfiles/2010011974016.pdf>. آخر اطلاع ٢١ نيسان/أبريل ٢٠١٠.

٣ Integrated Regional Information Networks (IRIN). OPT: signs of worsening malnutrition among children, 21 April 2009. Available online at <http://www.unhcr.org/refworld/docid/49f012bb9.html>. آخر اطلاع ٢١ نيسان/أبريل ٢٠١٠.

تقييم أجرته منظمة الأغذية والزراعة^١ على انخفاض الأمن الغذائي في قطاع غزة في عام ٢٠٠٨ وأوائل عام ٢٠٠٩ بالمقارنة بالحالة التي كانت سائدة في عام ٢٠٠٧، ودل استقصاء أجراه الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني على أن نسبة إضافية قدرها ١٦,٢٪ من الأسر خفضت بعد الحرب استهلاكها للأغذية، وأن نسبة ٣٣,٧٪ من الأسر لجأت إلى شراء أغذية منخفضة الجودة.^٢

٨- وظهرت أولوية صحية هي الإجهاد اللاحق للصدمات وغيره من الاعتلالات النفسانية والسلوكية التي شهدت الوثائق بأنها من عواقب التعرض للأحداث الصدمية. وكان عام ٢٠٠٩ عاماً صعباً للغاية للاجئين الفلسطينيين في قطاع غزة، في حين ظل اللاجئون في الضفة الغربية يعانون من آثار إغلاق الممرات والمعابر وحظر التجول. ولذلك قدمت الأونروا الدعم النفسي إبان حرب عام ٢٠٠٩ في قطاع غزة. وتلقى ١٦ ٠٠٠ شخص تقريباً هذا الدعم في ملاجئهم، وظهرت على ٢٠٪ من البالغين "أعراض اضطرابات نفسانية" وظهرت على ٣٠٪ من الأطفال أعراض لم تكن قد انتابتهم قبل الحرب. وقد أحيل ١٢ شخصاً إلى خدمات الصحة النفسية لمعاناتهم من مضاعفات تعزى إلى صدمات.

٩- ولا يزال التباين بين الضفة الغربية وقطاع غزة واضحاً في مؤشرات المرامي الإنمائية للألفية ومؤشرات أخرى تتعلق بالصحة. لكن الصورة العامة في قطاع غزة أفضل منها في الضفة الغربية، مع أن مقدمي خدمات الرعاية الصحية في المنطقتين هم أنفسهم ويخدمون عدداً من السكان متشابهاً. لكن معدلات وفيات الرضع عالية باستمرار في قطاع غزة (تدل بيانات الأونروا على ١٩,٥ وفاة لكل ١٠٠٠ مولود في الضفة الغربية، و ٢٠,٢ وفاة لكل ١٠٠٠ مولود في قطاع غزة، وتدل بيانات المرامي الإنمائية للألفية في الأرض الفلسطينية المحتلة على ٢٤ وفاة لكل ١٠٠٠ مولود)، وانخفض مأمول العمر (إلى ٧٤,٥ سنة في الضفة الغربية و ٧٣,٤ سنة في قطاع غزة).^٣ والحالة في هذين الإقليمين لا تقبل المقارنة بالحالة في إسرائيل (معدل وفيات الرضع المرصود لأغراض المرامي الإنمائية للألفية ٤ وفيات لكل ١٠٠٠ مولود، ومأمول العمر ٨٠,٧٣ سنة).^٤

١٠- والعوامل التي أسهمت في الفروق المشاهدة في مؤشرات الصحة بين اللاجئين الفلسطينيين في قطاع غزة وفي الضفة الغربية عوامل متنوعة. وجدير بالملاحظة أن المقيمين في الضفة الغربية يحصلون على مستوى ما من الخدمات الصحية الإسرائيلية العالية الجودة في حين أن حصول الأهالي الغزويين على هذه الخدمات أصعب. هذا فضلاً عن أن قطاع غزة اضطر للتعيش مع ظروف أشبه بالحصار وفي أزمة إنسانية متطاوله أدت إلى الموت والعجز ودمار البنية التحتية، وهي أمور جعلت تقديم الرعاية الصحية أكثر انقطاعاً.

^١ Report of the Rapid Qualitative Emergency Food Security Assessment (EFSa) Gaza Strip. FAO/WFP, 2009. Available online at http://unispal.un.org/pdfs/FAO-WFP_EFSaReport.pdf آخر اطلاع ٢٦ نيسان/ أبريل ٢٠٠٩.

^٢ "النتائج الرئيسية، مسح أثر الحرب والحصار على قطاع غزة، ٢٠٠٩". هذا التقرير منشور على الموقع الإلكتروني http://www.pcbs.pna.org/Portals/_PCBS/Downloads/book1595.pdf. (بالعربية فقط). آخر اطلاع ٢١ نيسان/ أبريل ٢٠١٠.

^٣ كتاب الوقائع العالمية لوكالة الاستخبارات المركزية الأمريكية. منشور على الموقع الإلكتروني <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/index.html>. آخر اطلاع ٢١ نيسان/ أبريل ٢٠١٠. ملاحظة: بيانات الأونروا عن وفيات الرضع تخص اللاجئين الفلسطينيين وحدهم؛ وآخر مسح جرى في عام ٢٠٠٨ يخص الحالة في الثنائية ٢٠٠٥-٢٠٠٦. أما بيانات المرامي الإنمائية للألفية ووكالة الاستخبارات المركزية فتخص جميع السكان المقيمين في الأرض الفلسطينية المحتلة. وقد حدثت بيانات المرامي الإنمائية للألفية آخر ما حدثت في عام ٢٠٠٧.

^٤ انظر المرامي الإنمائية للألفية على موقع الأمم المتحدة <http://www.un.org/millenniumgoals>، وكتاب الوقائع العالمية لوكالة الاستخبارات المركزية على الموقع <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook>. آخر اطلاع ٢٦ نيسان/ أبريل ٢٠٠٩.

نهج دورة الحياة الذي تتبعه الأونروا إزاء الرعاية الصحية

١١- كانت الأونروا على الدوام المقدم الرئيسي للرعاية الصحية الأولية الشاملة لصالح اللاجئين الفلسطينيين على مدى الأعوام الستين الماضية، وهي تمثل أكبر عملية إنسانية في الأرض الفلسطينية المحتلة. وهي تشجع انتعاج الأسلوب المتكامل للرعاية الصحية بدءاً من مرحلة ما قبل الحمل وانتهاءً بمرحلة الشيخوخة، مع التركيز بصفة قوية على الرعاية الصحية الأولية والوقاية.

١٢- وتعمل الأونروا من خلال مكتبين ميدانيين أحدهما في الضفة الغربية والآخر في قطاع غزة، وشبكة تتكون من ٦١ مرفقاً للرعاية الصحية الأولية. وهي تتيح الرعاية الثانوية والرعاية المتخصصة من خلال مستشفى في الضفة الغربية (في قلقيلية) ومستشفيات متعاقدة في الإقليمين. وحصل نحو مليوني لاجئ مقيم في الأرض الفلسطينية المحتلة (٧٠٪ من جميع اللاجئين المسجلين في الضفة الغربية، و٨٢٪ من جميع اللاجئين المسجلين في قطاع غزة) على خدمات التوقي والعلاج التي قدمتها الأونروا في عام ٢٠٠٩. وتقدم الأونروا خدمات صحة الفم من خلال ١٩ عيادة وثلاث وحدات متنقلة في قطاع غزة، ومن خلال ٢٣ عيادة في الضفة الغربية.

١٣- وتشمل الرعاية في الفترة المحيطة بالولادة تقديم الرعاية قبل الحمل وبعد الوضع. وفي عام ٢٠٠٩ تم تنفيذ برنامج الرعاية لفترة ما قبل الحمل تنفيذاً تاماً. وحصل الأزواج على النصائح لتنظيم الحمل وعلى مشورة لنقادي تكرار الحمل على فترات شديدة التقارب ولعدد مفرط من المرات في أوقات مفرطة التبكير أو مفرطة التأخير، وذلك باتباع الأساليب العصرية لتنظيم الأسرة. وقد سجلت ١١ ٠٠٠ أسرة جديدة من الأرض الفلسطينية المحتلة نفسها لهذه الخدمات في عام ٢٠٠٩، وازداد العدد الإجمالي للمستفيدين من أساليب منع الحمل العصرية بنسبة ١,٩٪ عما كان عليه قبل عام.

١٤- وقدمت الأونروا الرعاية السابقة للولادة لنحو ٦٠ ٠٠٠ لاجئة، بما جعل معدل التغطية بهذه الرعاية ١٠٠٪ في قطاع غزة و٦٤,٣٪ في الضفة الغربية. وكانت نسبة الحوامل المستفيدات من رعاية الأونروا ممن ذهبن أربع مرات على الأقل للكشف الطبي أثناء الحمل ٩٣,٦٪ في عام ٢٠٠٩ في قطاع غزة و٨٣,٣٪ في الضفة الغربية؛ وفي المتوسط كان ٧٧٪ من الحوامل قد سجلن أنفسهن في أول ثلاثة أشهر من الحمل، وكانت نسبة من وضعن أحمالهن في مؤسسات الصحة أكثر من ٩٩٪ من الحوامل. وتمت متابعة أكثر من ٩٠٪ من الولادات بعد الوضع إما في عيادات الأونروا وإما في منازلهن.

١٥- وتركز الرعاية الصحية للرضيع والطفل على تقديم خدمات طب الأطفال العلاجية والوقائية والخدمات الصحية في المدارس، بما في ذلك إجراء الفحوص الطبية والتنميع والكشف على ضعف البصر وضعف السمع، وتقديم استشارات الصحة الفموية، وإعطاء الفيتامين "ألف"، وتقديم خدمات التخلص من الدود، وممارسة أنشطة التنظيف والترويج. وفي عام ٢٠٠٩ التحق حوالي ٣٠ ٠٠٠ طفل آخر بمدارس الأونروا في الأرض الفلسطينية المحتلة.

١٦- أما مكافحة الأمراض السارية فتتم من ناحية بزيادة نسبة المشمولين بالتطعيم، ومن ناحية أخرى بسرعة كشف الفاشيات والتعامل معها من خلال نظام لترصد الأوبئة في المراكز الصحية. وفي عام ٢٠٠٩ بلغت نسبة تطعيم الرضع البالغين ١٢ شهراً من العمر ٩٤,٦٪ في قطاع غزة، و٩٩,٧٪ في الضفة الغربية، وبلغت نسبة تطعيم الأطفال الذين بلغوا ١٨ شهراً من العمر بجرعة معززة أكثر من ٩٩٪ في الإقليمين. وتم تعزيز ترصد الأمراض السارية في عام ٢٠٠٩ من خلال تنفيذ المبادئ التوجيهية المنقحة، وتكثيف التدريب، وإنشاء نظام للإنذار المبكر بحدوث الأمراض السارية بدأ يعمل منذ نهاية كانون الثاني/يناير ٢٠٠٩ في

أعقاب الحرب الأخيرة في قطاع غزة، وما زال هذا النظام هو الوحيد الذي ظل معولاً عليه ومصدراً موقوتاً للمعلومات الوبائية في هذا المجال.

١٧- وأما المراهقون والشباب البالغون اللاجئون في الأرض الفلسطينية المحتلة ممن يحصلون على الخدمات الصحية التي تقدمها الأونروا فيذهبون للاستشارة الطبية خمس مرات في السنة^١. وفي عام ٢٠٠٩ كان عدد الاستشارات الطبية التي قدمها أطباء الأونروا في الأرض الفلسطينية المحتلة قد ازداد إلى ٦ ملايين استشارة تقريباً (١,٩ مليون استشارة في الضفة الغربية و٤ ملايين استشارة في قطاع غزة). وشملت هذه الاستشارات حوالي ٣٨٠.٠٠٠ حالة صحة فموية، وحوالي ١٣٠.٠٠٠ فرز طبي للصحة الفموية، و١٣٧٦٣ حالة تأهيل، منها ٢٥٪ تعزى إلى عقابيل صدمات وإصابات بدنية. وفي الفترة نفسها تم قبول ٤٠٠ مريض لعلاجهم من إصابات لحقت بهم في أثناء الحرب على قطاع غزة في كانون الثاني/يناير ٢٠٠٩؛ وكان ٣٠٪ منهم أطفالاً. واستفاد أكثر من ٨٠٠٠ لاجئ من جلسات فردية لتزويدهم بنصائح الصحة النفسية، وأكثر من ٣٠.٠٠٠ مريض من جلسات النصائح الجماعية، وقام موظفو الصحة النفسية التابعون للأونروا بزيارة حوالي ٦٠٠٠ لاجئ في مساكنهم.

١٨- ودأبت خمسة أفرقة صحية متنقلة على العمل في الضفة الغربية منذ شباط/فبراير ٢٠٠٣ للتعامل مع العبء الإضافي الذي يتحمله النظام الصحي، وخصوصاً لتسهيل إتاحة الخدمات الصحية في الأماكن التي تأثرت بالانغلاق ونقاط التفتيش وحاجز الضفة الغربية. وتقدم هذه الأفرقة طائفة كاملة من الخدمات الطبية الأساسية العلاجية والوقائية لنحو ١١.٠٠٠ مريض في كل شهر - ما بين لاجئين وغير لاجئين - يعيشون في أكثر من ١٢٦ موقعاً منعزلاً. وقد أدت العيادات المتنقلة منذ تشغيلها دوراً طبياً حاسماً وعالجت عدداً متزايداً من اللاجئين الفلسطينيين كان ٦٩.٥٠٠ مريضاً في عام ٢٠٠٣ وأصبح ١٣٣.٥٨٢ مريضاً في عام ٢٠٠٩.

١٩- وازداد عدد المرضى اللاجئين في الضفة الغربية وقطاع غزة ممن تم قبولهم في المستشفيات من ٢٣.٤٨٨ مريضاً في عام ٢٠٠٨ إلى ٢٤.٨٣١ مريضاً في عام ٢٠٠٩، فكانت نسبة الزيادة ٦٪. وبالإضافة إلى الخدمات المتعاقد عليها مع المستشفيات، تشغل الأونروا مستشفى فيه ٦٣ سريراً في قفيلية بالضفة الغربية. ويعرض هذا المستشفى خدمات الرعاية الطبية والجراحة وأمراض النساء والتوليد للاجئين واللاجئات ولغير اللاجئين واللاجئات من المحتاجين إلى هذه الخدمات في شمال الضفة الغربية. وكان متوسط شغل الأسرة يومياً ٥٧,٣٪ في عام ٢٠٠٩، وكان عدد المقبولين أكثر من ٦٠٠٠ شخص.

٢٠- وآخر مرحلة في نهج دورة الحياة الذي تتبعه الأونروا في إطار الرعاية الصحية هي الشيخوخة النشطة. وهي مرحلة التصدي لاتساع نطاق انتشار الأمراض غير السارية مثل الداء السكري وفرط ضغط الدم، مع التركيز على الوقاية الثانوية من المضاعفات المتأخرة. وبحلول نهاية عام ٢٠٠٩ كان أكثر من ٨٠.٠٠٠ مريض بالداء السكري و/أو فرط ضغط الدم يحصلون على العلاج في المراكز الصحية التابعة للأونروا في الأرض الفلسطينية المحتلة (٥٢.٩٤١ مريضاً في قطاع غزة، و٣٠.٦٦٦ مريضاً في الضفة الغربية).

الصعوبات والقيود التي تعترض تقديم الخدمات الصحية

٢١- أسفرت القيود المفروضة على الفلسطينيين في أعقاب الحرب في قطاع غزة عن عبء مجهود على نظام تقديم الرعاية الصحية الذي كان مفرط الإجهاد أصلاً في الأرض الفلسطينية المحتلة. وكانت الصعوبات

١ تقرير الأونروا الصادر بعنوان "Analysis of UNRWA outpatient services. Patient profiles, causes of consultation and antimicrobial prescription in UNRWA primary health care clinics", 2009.

التي اعترضت حركة موظفي الأونروا، والزيادات التي اعترت أسعار السلع - بما فيها السلع الدوائية والغذائية - أكبر مسألتين أثرتا على برنامج الصحة الذي مارسه الأونروا في عام ٢٠٠٩، هذا بالإضافة إلى تعقد الأمور اللوجستية وازدياد تكاليف التشغيل من جراء القيود المفروضة على التنقلات وكذلك من جراء نظام الإغلاق المفروض على الأرض الفلسطينية المحتلة.

٢٢- وتعد حركة الموظفين والمستفيدين في الضفة الغربية مقيدة للغاية ولا يمكن توقع تطوراتها عند عدة نقاط تفتيش إسرائيلية، وخصوصاً نقاط السيطرة على مداخل القدس الشرقية. وهذه القيود تحد من قدرة الوكالة على إشباع احتياجات المجتمعات المحلية التي يشتد استضعافها.^١ وفي عام ٢٠٠٩ ظل الدخول إلى مناطق تشغيل الخدمات مشكلة عسيرة لموظفي الصحة التابعين للأونروا. فقد أبلغ موظفو البرنامج الصحي عن ٣١ واقعة اعترضت دخول ٧٦ موظفاً منهم إلى تلك المناطق وأهدرت ٥٦ ساعة عمل. وهذا أمر لا يُذكر إذا قورن بالصعوبات التي تحدث بانتظام عند نقاط التفتيش ولا يبلغ عنها دائماً، وبالمعلومات التي لم تعد تجمع من المناطق التي لم يعد موظفو الأونروا يزورونها بسبب صعوبات الوصول إليها مثل منطقة برتعة. هذا فضلاً عن أن تنفيذ الخدمات يتضرر من تدابير تلافية نقاط التفتيش الصعبة - مثل سلوك طرق أطول - ضرراً لا حدود له. وقد أسفرت قيود العبور في عام ٢٠٠٩ عن ازدياد أوقات انتظار المرضى، واضطراب الأنشطة الروتينية والاعتيادية في مراكز الصحة من جراء تأخر وصول الموظفين أو غيابهم. ولم تتمكن حوامل كثيرات من الوصول إلى مراكز الصحة في مواعيد المتابعة المحددة لهن لأنهن تعطلن بسبب إغلاق الممرات وفرض القيود على التنقلات. وقد أدى نقص الحصول على الخدمات الصحية التي تقدمها الأونروا إلى تفويض حالة المرضى الذين أصيبوا بأمراض مزمنة ولم يتسن لهم الانتظام في الرصد والعلاج.

٢٣- ولم تستطع الأفرقة الطبية المتنقلة التابعة للأونروا دخول قرية برتعة منذ تشرين الأول/أكتوبر ٢٠٠٧ ولا مناطق أخرى بين حاجز الضفة الغربية وخط الهدنة. وكان مدخل برتعة تحت مراقبة القوات العسكرية الإسرائيلية التي اشترطت تفتيش سيارات الأونروا وموظفيها. ثم أسند تفتيش الأمن مؤخراً إلى شركة أمن من القطاع الخاص (تحت سلطة وزارة الدفاع). وهذا ما حدث أيضاً عند نقاط عبور الحاجز وفي القدس، الأمر الذي زاد من عرقلة الدخول إلى منطقة التماس في أجزاء أخرى من الضفة الغربية.

٢٤- ولتلبية احتياجات اللاجئين إلى الرعاية الصحية في قرية برتعة المحصورة وذر المالح وأم الريحان في منطقة جنين، والتغلب على مشاكل الدخول، تم توقيع مذكرة تفاهم مع منظمة CARE International / جمعية الإغاثة الطبية الفلسطينية، وأصبح هذا الاتفاق سارياً في أول كانون الأول/ديسمبر ٢٠٠٩، وتزود الأونروا بموجبه مؤسسة CARE International / جمعية الإغاثة الطبية الفلسطينية بالأدوية، وتستكمل ما ينقص من هذه الأدوية.

٢٥- ولا يزال حصول الفلسطينيين المقيمين في قطاع غزة على الرعاية المتخصصة مشكلة مزمنة تقاومت بسبب القيود العنيفة التي فرضت في النصف الأول من عام ٢٠٠٩ نتيجة للحرب الماضية.^٢

١ هذه المجتمعات المحلية هي المتضررة من القيود المفروضة على التنقل ومن نظام الإغلاق (بما في ذلك حاجز الضفة الغربية، والتوسع في المستوطنات، والمناطق العسكرية المغلقة، وكذلك المجتمعات المحلية التي تعيش في المنطقة (ج) من الضفة الغربية وفي وادي الأردن وفي ضواحي القدس).

٢ صحيفة وقائع الصحة في غزة، الصادرة عن منظمة الصحة العالمية في كانون الثاني/يناير ٢٠١٠.

٢٦- وما زالت القيود المالية مدعاة لقلق خطير في الأونروا. ففي عام ٢٠٠٩ لم يتمكن برنامجها الطبي من سداد تكاليف جميع العمليات التي تمت في المستشفيات للحالات التي تراوحت مخاطرها بين الشديدة والمعتدلة. ولهذا السبب نفسه لم تسدد الوكالة حتى الآن تكاليف الرعاية المتخصصة لإنقاذ الأرواح، مثل تكاليف غسل الكلى.

٢٧- وحتى في ظل هذه الظروف مازال النظام الصحي للأونروا يعاني من فرط الإجهاد لأن كل طبيب في الأرض الفلسطينية المحتلة يشرف في المتوسط على ١٠٣ مرضى يوميا. وفي عام ٢٠٠٩ تحول النظام الصحي التابع للأونروا بصفة رسمية عن الرعاية العلاجية إلى الرعاية الوقائية، وذلك في إطار الإصلاح المستمر في الرعاية الصحية. والهدف من ذلك خفض العبء عن مقدمي الرعاية الصحية التابعين للأونروا، وزيادة جودة الخدمات وكفاءتها، وحل المسائل التي لا يرجح أن يحلها أي مقدم آخر للخدمات الصحية في الأرض الفلسطينية المحتلة.

الاستنتاجات

٢٨- اللاجئون الفلسطينيون ضحايا تباينات في المجال الصحي. وتعمل الأونروا على إزالة هذه التباينات الاجتماعية الاقتصادية وتلطيف حدة آثارها على صحتهم، وذلك بتقديم أفضل خدمات الرعاية الصحية الأولية الشاملة. وتهدف الأونروا في نهاية المطاف إلى تمكين المستفيدين بهذه الخدمات من أن يتمتعوا بحياة مفعمة بالصحة ومثمرة إلى أقصى حد.

٢٩- وقد أدى الاختلال المزمن في التوازن بين احتياجات وطلبات السكان اللاجئين من جهة، وبين الموارد البشرية والمالية المتاحة للبرنامج من جهة أخرى، إلى إعادة النظر باستمرار في الأنشطة ووضع الأولويات لها للتخفيف على قيود الميزانية. وستظل جهود إشباع احتياجات اللاجئين الفلسطينيين تتطلب حشد المزيد من الموارد البشرية والمالية والحصول على المزيد من الدعم من الأشخاص والحكومات والمؤسسات من جميع أنحاء العالم.

٣٠- والأونروا بفضل منهجها المتعدد القطاعات في مجال الرعاية الصحية الأولية الشاملة تجد نفسها في موقع فريد من نوعه لتنفيذ الخدمات الوقائية والعلاجية ومعالجة المحددات الاجتماعية للصحة. فبرنامجها الصحي يعالج قضية صحة اللاجئين من الميلاد إلى الشيخوخة، وينفذ الوقاية الصحية والأنشطة التي تروج للصحة على مختلف المستويات. والتنقيف بالصحة بواسطة اختصاصيي الطب يصل إلى المدارس ومراكز التجميع الأخرى في المجتمعات المحلية، ويسهل إعداد المبادرات المجتمعية؛ وأثر البنية التحتية على الصحة يراقب بصفة مباشرة؛ والأدوية الأساسية تتاح بالمجان، والعلاج بها موضوع دائما تحت الرصد للالتزام بمعايير منظمة الصحة العالمية.

٣١- وبفضل دعم المجتمع الدولي دأبت الأونروا على مدى السنين على إعداد برامج محسنة ومتوافقة وفعالة لتدابير التخفيف من حدة آثار الحرب على مجتمعات اللاجئين في الأرض الفلسطينية المحتلة. وتشمل هذه التدابير برامج التوظيف، وتقديم المساعدات النقدية والعينية والمساعدات الغذائية، والتعمير وإصلاح البنى التحتية التي أفسدت الحرب، وتقديم الرعاية الطبية والنصح والدعم النفسي في حالات الطوارئ، ورصد انتهاكات القانون الدولي والإبلاغ عنها.

٣٢- وبالنظر إلى الدور الحيوي للصحة بوصفها حقاً أساسياً من حقوق الإنسان لا يقبل الانفصام عن سائر حقوق الإنسان، فمن المهم للغاية أن يمارس جميع أصحاب المصلحة قصارى جهودهم ليضمنوا الإتاحة المستدامة للرعاية الصحية للاجئين الفلسطينيين في الأرض الفلسطينية المحتلة.

٣٣- ومن المهم بـمكان أن تضمن جميع الأطراف احترام مزايا وحصانات موظفي الأونروا بوصفها وكالة محايدة وغير منحازة تابعة للأمم المتحدة، واحترام أمن موظفيها بدون انقطاع. وينبغي ضمان وصول موظفي الأونروا إلى مقر عملهم وإلى المجتمعات المحلية النائية، وذلك طبقاً لأحكام القانون الدولي.

٣٤- ولابد للمجتمع الدولي من تجديد دعمه المالي لتمكين الأونروا من مواصلة الأنشطة المخططة لبرنامجها الصحي؛ والتغلب على الصعوبات اللوجستية الراهنة التي تعزى إلى القيود المفروضة على التنقل؛ ومواجهة ارتفاع تكاليف الإمدادات؛ وتعديل الخدمات لكي تفي باحتياجات اللاجئين المتزايدة؛ ومواصلة الاستجابة لمقتضيات الطوارئ الإنسانية التي تبدو بلا نهاية في الأرض الفلسطينية المحتلة.

= = =