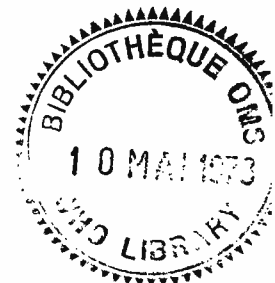




ДВАДЦАТЬ ШЕСТАЯ СЕССИЯ ВСЕМИРНОЙ АССАМБЛЕИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Пункт 3.13 предварительной повестки дня

ПОМОЩЬ БЕЖЕНЦАМ И ПЕРЕМЕЩЕННЫМ ЛИЦАМ НА СРЕДНЕМ ВОСТОКЕ.
ФИЗИЧЕСКОЕ И ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ ОККУПИРОВАННЫХ ТЕРРИТОРИЙ
И НАСЕЛЕНИЯ, ОБСЛУЖИВАЕМОГО БАПОР НА СРЕДНЕМ ВОСТОКЕ



Содержание

Стр.

I.	ВВЕДЕНИЕ	
II.	СОСТОЯНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА ОККУПИРОВАННЫХ ТЕРРИТОРИЯХ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ОБСЛЕДОВАНИЯ, ПРОИЗВЕДЕННОГО ЛИЧНЫМ ПРЕДСТАВИТЕЛЕМ ГЕНЕРАЛЬНОГО ДИРЕКТОРА	
1)	Западная Иордания	3
11)	Полоса Газы	4
111)	Синайская пустыня	5
1v)	Общие выводы	6
III.	АНАЛИЗ ИНФОРМАЦИИ, ПРЕДОСТАВЛЕННОЙ ДИРЕКТОРОМ ПО ВОПРОСАМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ БАПОР, ОТНОСИТЕЛЬНО СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ БЕЖЕНЦЕВ И ПЕРЕМЕЩЕННЫХ ЛИЦ	
1)	Страны, граничащие с оккупированными территориями	8
а)	Восточная Иордания	8
б)	Сирийская Арабская Республика	9
11)	Оккупированные территории	10
а)	Западная Иордания	10
б)	Полоса Газы	11
111)	Финансовое положение БАПОР	12
1v)	Выводы	12
	ПРИЛОЖЕНИЯ: ИНФОРМАЦИЯ, ПРЕДОСТАВЛЕННАЯ ПРАВИТЕЛЬСТВАМИ	13

ФИЗИЧЕСКОЕ И ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ ОККУПИРОВАННЫХ ТЕРРИТОРИЙ И НАСЕЛЕНИЯ,
ОБСЛУЖИВАЕМОГО БАПОР НА СРЕДНЕМ ВОСТОКЕ

I. ВВЕДЕНИЕ

1. Еще в ноябре 1948 г. Исполнительный комитет ВОЗ на своей Второй сессии одобрил решение Генерального директора о посылке, по предложению Организации Объединенных Наций, эксперта с целью изучения положения с состоянием охраны здоровья беженцев в районе Ближнего Востока.¹ В течение последующего почти четвертьвекового периода руководящие органы ВОЗ неоднократно выражали озабоченность гуманитарными аспектами проблемы беженцев с точки зрения их физического и психического здоровья.

2. С 1967 г. эта проблема приобрела новую количественную значимость. Подсчитано, что в настоящий момент имеется около полутора миллионов беженцев, помимо огромного числа перемещенных лиц, а также людей, которые, сохраняя свое постоянное местожительство, находятся на оккупированных территориях. Устав ВОЗ обязывает Организацию заботиться о физическом и психическом здоровье всех людей и именно, исходя из этого, в 1967 г. Двадцать пятая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения выразила серьезную озабоченность в отношении здоровья беженцев, перемещенных лиц и населения районов Среднего Востока, находящихся на территориях, оккупированных в результате военных действий, и предложила Генеральному директору "подготовить всеобъемлющий доклад о состоянии физического и психического здоровья населения оккупированных территорий, который должен быть представлен Двадцать шестой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения".² Данный доклад является осуществлением этого предложения.

В то время как Представитель Генерального директора был уполномочен представить доклад об общем состоянии здравоохранения на оккупированных территориях, доклад Директора по вопросам здравоохранения БАПОР специально посвящен состоянию здоровья беженцев, перемещенных беженцев и перемещенных лиц. В Приложении содержится письмо директора Восточно-Средиземноморского Регионального бюро ВОЗ правительствам, предоставившим убежище беженцам и перемещенным лицам, а также полученные ответы.

3. Чтобы сделать доклад по возможности наиболее полным и достоверным, Генеральный директор направил ответственного сотрудника штаб-квартиры в двухнедельную командировку в затронутый район в качестве своего Личного Представителя. Представитель Генерального директора был принят Генеральным директором Министерства здравоохранения и Главой управления по внешним связям оккупировавшей страны. Власти предоставили ему возможность посетить три главные оккупированные зоны: Западную зону Иордании, полосу Газы и Синайскую пустыню. Его доклад вместе с информацией, предоставленной директором по вопросам здравоохранения БАПОР, являются главными источниками для настоящего документа.

II. СОСТОЯНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА ОККУПИРОВАННЫХ ТЕРРИТОРИЯХ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ОБСЛЕДОВАНИЯ, ПРОИЗВЕДЕННОГО ЛИЧНЫМ ПРЕДСТАВИТЕЛЕМ ГЕНЕРАЛЬНОГО ДИРЕКТОРА

4. Предлагаемая информация собрана Личным Представителем Генерального директора во время его визита. За время сравнительно короткого пребывания на месте, было явно невозможно собрать количественные данные о состоянии здравоохранения населения указанных районов, однако оказалось

¹ Сборник резолюций и решений, Том I, 1948-1972, стр. 531 (по англ. изд.), резолюция EB2.R57.

² Сборник резолюций и решений, Том I, 1948-1972, стр. 535-536 (по англ. изд.), резолюция WNA25.54.

возможным составить впечатление о масштабах и состоянии охраны здоровья и медицинской помощи с учетом имеющегося персонала и физических возможностей.

5. Административные мероприятия в западной Иордании, с одной стороны, и в Газе и на Синае, с другой, отличаются друг от друга. В западной Иордании офицер медицинской службы, выделенный от службы здравоохранения оккупировавшей страны, руководит всей работой по здравоохранению в рамках бюджета, утвержденного военным губернатором. Более того, он несет ответственность за все решения, касающиеся выдачи разрешений на врачебную практику в районе. В полосе Газы и на Синае, однако, руководителем медицинской службы является не медик, а бывший военный офицер, которому помогают два врача, один из которых отвечает за Газу, а другой за Синай.

6. Другим важным различием между зонами является то, что недавно принятый закон о плате за медицинское обслуживание пока что применяется в западной Иордании, а в Газе и Синае нет. Согласно этому закону, медицинская консультация стоит один израильский фунт, рецепт не более чем на два лекарства – половину этой суммы, роды – двадцать израильских фунтов, а один день госпитализации – семь израильских фунтов; одно посещение зубного врача стоит 2,5 израильских фунта (1 ам.долл. = 4,20 изр.фунта).

7. На оккупированных территориях наблюдается острая нехватка высококвалифицированных медсестер. Всеми заинтересованными сторонами признано также, что увеличение их числа явилось бы большим вкладом в дело обеспечения физического и психического здоровья населения оккупированных территорий. Однако следует признать, что исходя из исторических причин, потребуются большие усилия и в больших масштабах для того, чтобы добиться значительного увеличения числа медсестер в ближайшем будущем.

8. Другой общей проблемой является проблема молодых палестинских врачей, которые получили основную подготовку в Каире, но должны возвращаться на оккупированные территории, чтобы проходить интернатуру и соответственно получать назначение в госпитали. По окончании работы по назначению некоторые молодые врачи ощущают острую потребность в дальнейшем усовершенствовании своей профессиональной подготовки, часто желая специализироваться в определенной области медицины, и с надеждой смотрят на ВОЗ, которая может обеспечить их стипендией для учебы за границей.

1) Западная Иордания

9. Согласно информации Личного Представителя Генерального директора, посетившего все районы, за исключением района Дженин, население этой зоны составляет примерно 630 000 человек. Годовой бюджет на здравоохранение по данным на апрель 1973 г. составляет 15 800 000 израильских фунтов (3 761 900 ам.долл. по настоящему курсу), выделенных на текущие нужды, и 4 700 000 израильских фунтов (1 120 000 ам.долл.) на ремонт и усовершенствование центров здравоохранения и больниц. Количество медицинского персонала составляет 976 чел., по сравнению с 709 чел. в 1967 г. Сюда входят врачи, фармацевты, медсестры, акушерки, санинспекторы, рентгентехники, лаборанты, машинистки и другой вспомогательный персонал. Хотя большинство палестинских и иорданских врачей покинули оккупированную зону во время или сразу же после событий 1967 г., они сейчас интенсивно возвращаются обратно. В медицинском обслуживании зоны нет ни рентгенолога, ни патолога. Снимки и анализы направляются на диагноз израильским специалистам, и эти специалисты также посещают больницы в зоне. Больницы, которые посетил Личный Представитель Генерального директора, резко отличаются друг от друга по уровню обслуживания. Одна оказалась превосходной, другая – в крайне жалком состоянии.

10. Следует отметить, что медицинские учреждения зоны укомплектованы исключительно арабскими врачами, медсестрами и другими специалистами в области медицины.

Что касается чисто медицинских вопросов, сотрудничество между арабскими и израильскими врачами кажется нормальным. Более того, пациентов-арабов, нуждающихся в специальном лечении, помещают в израильские госпитали, а врачей-арабов принимают в высшие медицинские учебные заведения Израиля.

11. Некоторую тревогу вызывает новый закон, требующий плату за медицинское обслуживание, о котором уже упоминалось выше. Среди арабов-медиков, особенно врачей, мнения разделились как в отношении практических последствий этого закона, так и в принципиальном отношении. Что касается последнего, некоторые считают, что плата за лечение подразумевает признание юрисдикции оккупирующей страны. Что же касается практических последствий, то было высказано мнение, что неспособность заплатить не позволяет больным обращаться к помощи медицины. Один из опрошенных врачей заявил, что он иногда платит за лечение больных из собственного кармана, поскольку он как медик видит, что они нуждаются в медицинской помощи, но не имеют возможности заплатить за нее. В противоположность этому было высказано мнение о том, что закон полезен в том отношении, что он не дает права на госпитализацию тем, кто несерьезно болен, учитывая еще и то, что новые экономические условия дают возможность большинству пациентов заплатить за медицинскую помощь. Между этими двумя крайними суждениями была высказана точка зрения, что когда люди привыкнут к новой системе, действительно больные найдут средства уплатить за медицинское обслуживание. Выше говорилось о новых экономических условиях. В этой связи следует отметить, что несколько тысяч жителей каждое утро покидают зону с тем, чтобы работать в соседних израильских городах, а вечером возвращаются к своим семьям.

12. Не было обнаружено заметной нехватки необходимых лекарств, хотя была определенная задержка в снабжении. Однако в этой области положение улучшается. Состояние медицинского оборудования крайне различно.

13. Что касается охраны психического здоровья, имеется психиатрическая больница на 370 коек, которая обслуживает как западную Иорданию, так и полосу Газы. Койки заняты на 90%. Эта больница, которой руководит психиатр-араб, предоставляет пациентам со всех точек зрения высококвалифицированное обслуживание.

11) Полоса Газы

14. Как уже было сказано, офицер медицинской службы, ведающий здравоохранением в полосе Газы, несет ответственность перед израильским административным лицом, не являющимся медиком, который, в свою очередь, подчиняется военному губернатору. Главный офицер медицинской службы Газы осуществляет контроль над мероприятиями по охране здоровья примерно 350 000 человек, включая беженцев. В его распоряжении 108 терапевтов, 9 зубных врачей, 18 высококвалифицированных медсестер, 115 подсобных братьев милосердия, 7 фармацевтов, 27 помощников фармацевтов, 15 рентгенотехников, 19 лаборантов и 8 анестезистов без специальной подготовки. Один зубной врач подготовлен на анестезиста и, с учетом подсобного персонала общее количество медицинского персонала зоны составляет 954 человека. Здесь, как и в западной Иордании, наблюдается острая нужда в высококвалифицированных медсестрах.

15. Несмотря на то, что жители полосы Газы, включая беженцев, имеют возможность зарабатывать деньги в различных отраслях промышленности Израиля, медицинская помощь, как и до нового закона, предоставляется бесплатно. В целом население, как кажется, пользуется разумным минимумом медицинской помощи. Принимаются меры для того, чтобы больные с наиболее сложными случаями заболеваний направлялись в израильские центры, такие как Ашкелон и Тель Хашомер. Снабжение необходимыми фармацевтическими товарами также, как представляется, находится на должном уровне, хотя есть указание на то, что часть медицинского оборудования оставляет желать лучшего.

16. Главный офицер медицинской службы зоны привел в качестве доказательств постепенного улучшения положения с 1967 года создание шести ОМД центров и десяти дополнительных постов санпросвещения; введение вакцинации БЦЖ всем детям; возможности в Израиле для совершенствования практической подготовки арабского медицинского персонала в центрах, расположенных в Ашкелон, Тель Хашомер и Хадаса; и направление в 1972 году 1700 больных в израильские госпитали, в то время как число направлений в прошлом в госпитали Каира не превышало 700 в год. В ответ на вопрос он заявил, что если взять строго медицинскую сторону дела, отношения с израильскими властями удовлетворительные. Он считает, что бюджет, которым он располагает, не полностью соответствует существующим нуждам.

17. В этой зоне очень мало врачей, занимающихся частной практикой. Представитель Генерального директора беседовал с одним из них. Последний не скрыл своего мнения о том, что медицинское обслуживание, предоставляемое населению, пока еще ниже желаемых стандартов, хотя он признал, что оно было не намного лучше до оккупации. Тем не менее он считает, что разница в уровне медицинской помощи особенно в больницах соответственно в Израиле и Газе заставляет делать обидные сравнения. По его мнению, оккупирующая страна несет моральную ответственность за обеспечение равных возможностей медицинского обслуживания жителей всех территорий, над которыми она имеет контроль de facto.

18. В результате личных визитов в больницы и центры здравоохранения в полосе Газы, у Представителя Генерального директора сложилось впечатление, что в вопросах, непосредственно влияющих на медицинское благосостояние населения, в целом имеет место хорошее сотрудничество между арабскими и израильскими медиками. Снабжение необходимыми лекарствами представляется нормальным. Что касается помещений и устройств, то можно сказать об этом как плохое, так и хорошее.

19. Проходя по самым людным торговым улицам в зоне, можно было видеть, что жители занимаются своими обычными делами, которыми они занимались всегда, и нельзя было наблюдать каких-либо открытых проявлений подавленности.

iii) Синайская пустыня

20. Северная часть: Этот район резко контрастирует с другими. На протяжении долгих и долгих миль асфальтированная дорога проходит по кажущимся бесконечными пространствам мелкого желтоватого песка. Все местное население, включая кочевых бедуинов, вряд ли составляет более 8500 человек. Предпринимаются усилия для привлечения бедуинов к оседлой жизни в тех местах, где будет возможно предоставить им медицинское и прочее социальное обслуживание. В Эль Ариш, недалеко от штаба контролирующих этот район вооруженных сил, имеется больница общего профиля на 50 коек, возглавляемая врачом-арабом. Как и повсюду в этом районе, персонал больницы состоит частью из арабов и частью из израильтян. Имеются, кроме того, центр ОМД с передвижной амбулаторией, а также расположенная в центре путыни Мазарская больница, которую обслуживает как гражданский, так и военный медицинский персонал, регулярно приезжающий в эту больницу. Во время визита Представителя Генерального директора около 30 бедуинских шейхов собрались вокруг больницы для оказания ему традиционных почестей.

21. Южная часть: В этом районе местное население, охваченное медицинским обслуживанием, насчитывает примерно 10500 человек, а медицинские службы в основном укомплектованы израильтянами. Медицинская служба состоит из двух израильских врачей, работающих на полной ставке, одного врача и одного стоматолога, работающих на неполной ставке, и пяти квалифицированных медицинских сестер, работающих на полной ставке. Помимо этого, педиатр и гинеколог приезжают раз в месяц и окулист — раз в квартал.

22. Отличительной чертой этого района является то, что в нем расположены совершенно новые израильские поселения, одно из которых возникло в результате успешного бурения на нефть. В этом поселении имеются 4 медицинских центра: один для бедуинов, один для израильского гражданского населения, один для военнослужащих и четвертый для служащих нефтяной кампании. Очевидно, что оккупирующая страна предпринимает особые усилия по обеспечению немногочисленного населения этого района, как арабского, так и израильского, широким медицинским обслуживанием.

23. Представитель Генерального директора посетил также больницу Хадассах в Иерусалиме; это посещение было вызвано не только тем, что это крупнейший медицинский центр этого района, но и потому, что часто приходится слышать об имеющейся там базе подготовки арабских врачей. Это — университетская больница на 700 коек, с общим числом сотрудников 2 000 человек, из которых врачи составляют 300. Больница предоставляет медицинское обслуживание высшего уровня и за минимальную плату принимает пациентов-арабов для лечения сложных случаев. Во время своего посещения Представитель Генерального директора мог наблюдать, что пациенты-арабы, как дети, так и взрослые, чувствуют себя в больнице совершенно свободно и вполне удовлетворены предоставляемым им лечением.

24. Предлагать на основе короткого посещения выводы относительно условий жизни населения Такого района, который является центром острых политических трений, бесспорно представляет собой трудную, щекотливую и едва ли невыполнимую задачу, и данный доклад, поэтому, относится исключительно к сфере компетенции Всемирной организации здравоохранения. Нижеследующие выводы сформулированы именно в таком плане и основаны в основном на прямых наблюдениях Личного Представителя Генерального директора.

25. Для рассмотрения этих выводов следует поставить вопрос, в какую сторону, позитивную или негативную, изменилось физическое и душевное здоровье населения оккупированных территорий по сравнению с состоянием их здоровья до 1967 года, уделяя при этом должное внимание прогрессивной тенденции во всем мире поднять стандарты охраны здоровья и медицинской помощи.

26. Подготовка персонала: в западной Иордании условия для проведения курсов усовершенствования медицинских работников чрезвычайно скудны и ограничиваются теми сотрудниками, которые проживают при больницах в районе, не имеющем университетских филиалов. Выдача свидетельств медицинским работникам на основании рекомендации директоров отдельных больниц возложена на главного санитарного врача района. Школа медицинских сестер имени Авиценны в Рамалла, несмотря на численную неадекватность, играет важную роль в удовлетворении исключительной потребности в высококвалифицированных сестрах. Обучение подсобных сестер производится также в Тулькарм, а акушеров — в Наблус.

Имеется также школа подсобных сестер в Газе. Проблемы подготовки персонала почти не существует в пустыне южного Синая, поскольку сотрудниками медицинских служб почти исключительно являются израильтяне. Имеются также курсы подготовки арабских медицинских сестер в Ашкелоне в Израиле.

27. Медицинская помощь: Представитель Генерального директора не отметил ничего, что могло бы заставить предположить ухудшение уровня медицинской помощи по сравнению с предоккупационным периодом. В некоторых районах заметно повышение уровня медицинской помощи. Более сложным является вопрос о том, идет ли уровень медицинской помощи наравне с ощущаемой везде тенденцией улучшения предоставления медицинской помощи; ответ на этот вопрос может быть получен только в результате более длительного изучения. Бесспорно, гигиенические условия в некоторых больницах оставляет желать много лучшего, то же самое относится и к медицинскому оборудованию и поставкам. Однако это давало себя знать и до 1967 года. Особое положение существует в Синайской пустыне, где медицинские службы развиты, пожалуй, совершенно непропорционально по отношению к ощущаемым или высказываемым потребностям.

28. Охрана психического здоровья: Понятие психического здоровья тесно связано с различными нормами разных культурных слоев. Поэтому любая попытка определения состояния психического здоровья населения в целом чревата исключительными трудностями. Хотя Представитель Генерального директора не нашел во время своего визита доказательств увеличения числа открытых неврозов или психозов у населения оккупированных территорий, по крайней мере сомнительно, чтобы те, кто вынужден жить на оккупированных территориях, обладали психическим здоровьем в широком - хотя и несколько неопределенном - смысле слова.

29. Согласно местному авторитетному арабскому источнику, кризис 1967 года привел к увеличению случаев душевных расстройств. Тем не менее, согласно этому источнику, положение возвратилось ныне на свой предыдущий уровень и большая часть затронутого населения приспособилась к существующим условиям в надежде, что будущее принесет решение их проблем. Ввиду отсутствия точных определений или критериев, не представляется возможным судить о том, до какой степени такое отношение может служить показателем состояния психического здоровья. Тем не менее, вряд ли следует отрицать, что, вероятно, имеется немало жителей оккупированных территорий, которые считают, что их настоящее положение не является таким, какого они ждали или желали.

III. АНАЛИЗ ИНФОРМАЦИИ, ПРЕДОСТАВЛЕННОЙ ВАПОР, ОТНОСИТЕЛЬНО СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ БЕЖЕНЦЕВ И ПЕРЕМЕЩЕННЫХ ЛИЦ

30. В этой части доклада использованы следующие определения:

Перемещенные лица: лица, перемещенные из своего обычного местожительства в результате событий 1967 г. и/или связанных с ними последующих событий.

Беженец: лица, объявленные таковыми после регистрации на право получения помощи от ВАПОР.

Перемещенный беженец: лица, зарегистрированные как беженцы до июня 1967 г., но позднее перемещенные.

Жители оккупированных территорий: лица, сохранившие свое обычное местожительство, но находящиеся на оккупированных территориях.

РАЗМЕРЫ ПОМОЩИ ВОЗ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ

31. В течение 1972 г. Всемирная организация здравоохранения продолжала обеспечивать деятельность ответственного сотрудника ВОЗ на посту Директора отдела здравоохранения ВАПОР, а также деятельность четырех других сотрудников ВОЗ на ключевых постах в отделе здравоохранения ВАПОР. Другие виды помощи включали в себя командировку сотрудников штаб-квартиры ВОЗ в качестве советников, командировку краткосрочного консультанта для изучения проблемы охраны психического здоровья детей, а также обеспечение вакцинами и техническими документами и публикациями ВОЗ. ВОЗ также перечислила в ВАПОР взносы, полученные в ответ на обращение в 1971 г. Генерального директора в соответствии с резолюцией WNA24.32. К концу марта 1973 г. эти взносы составили 9898 ам.долл. наличными, а также в форме медицинских поставок на сумму 28782 ам.долл. Помимо этого была обещана, но еще не получена сумма в 1400 ам.долл.

1) Страны, граничащие с оккупированными территориями

а) Восточная Иордания

32. На конец 1972 г. в восточной Иордании находился 557 971 палестинский беженец, зарегистрированный в БАПОР, из которых 177 300 человек проживало в лагерях. В декабре прошлого года от имени правительства Иордании БАПОР предоставило 207 882 пайка 44 296 незарегистрированным перемещенным и прочим лицам, проживающим в лагерях в восточной Иордании.

33. Жилища и оздоровление окружающей среды: Все перемещенные семьи в настоящее время проживают в соответственно построенных жилищах, число которых составило 18 175 на конец 1972 г.; некоторые из них выстроили для себя дополнительные помещения. В целом санитарные службы функционируют нормально, и в новых лагерях по оказанию чрезвычайной помощи беженцам имеются те же основные условия, что и в лагерях, построенных ранее.

34. Питание: Помимо основных пайков, выдаваемых как правительством Иордании, так и БАПОР, которые и в том и в другом случае являются приблизительно однотипными, БАПОР предоставляет ежедневное горячее питание и молоко перемещенным беженцам, а также от имени Иордании перемещенным лицам и продолжает также распределять среди перемещенных беженцев и перемещенных беременных женщин и кормящих матерей и среди негоспитализированных туберкулезных больных ежемесячные белковые дополнения, состоящие из 12 унций консервированного мяса и 500 грамм CSM – смесей из пшеничной муки, муки из соевых бобов и порошка из снятого молока. В целом можно заключить, что питание лиц, входящих в сферу деятельности БАПОР, поддерживалось в 1972 г. на соответствующем уровне.

35. Инфекционные болезни: Меры профилактики и борьбы с инфекционными заболеваниями, применявшиеся в лагерях по оказанию чрезвычайной помощи беженцам, были в основном те же, что и в отношении беженцев в целом, и эти меры предпринимались в тесном сотрудничестве с национальными медицинскими органами. Наиболее значительный процент заболеваемости, особенно среди младенцев, приходился на долю диарейных заболеваний, причем был зарегистрирован только один случай брюшного тифа. На следующем месте стоят конъюнктивит и корь, но в отличие от 1971 г. число этих заболеваний было значительно меньше в лагерях по оказанию чрезвычайной помощи беженцам, чем среди остального населения беженцев. Программа БАПОР по иммунизации включала в себя 90 451 первичную и повторную вакцинацию против оспы, поскольку эта болезнь появилась в одном из районов Сирии.

36. Охрана материнства и детства: Из общего числа 4 325 родов не было отмечено ни одного случая материнской смертности, и только 6% матерей нуждались в госпитализации. Остальные родили в домашних условиях под наблюдением повивальных бабок. Количество мертворождений составило 12. В пяти лагерях по оказанию чрезвычайной помощи беженцам из шести БАПОР осуществляла деятельность своих обычных служб ОМД, и всем матерям и детям предоставлялось поддерживающее питание, включая обычное назначение железа в профилактических и терапевтических целях для беременных женщин. Были созданы центры по регидратации/питанию для лечения случаев диарейных заболеваний и болезней недостаточности питания, не являющихся настолько острыми, чтобы потребовать госпитализации.

37. В лагерях по оказанию чрезвычайной помощи беженцам было отмечено 116 случаев смерти среди детей в возрасте от 0 до 6 лет, а на остальные группы беженцев приходится 188 таких случаев. Коэффициент смертности согласно этим цифрам составляет соответственно 10,3 и 8,0 на 10 000. По крайней мере 80% этих смертей падает на детей в возрасте до года, при этом основными причинами смерти являются диарейные заболевания, недостаточность питания, респираторные инфекции и корь. Из общего числа детей, доставленных в медицинские клиники восточной Иордании в 1972 г., недостаточность веса отмечена у примерно 14,5% детей в возрасте от 0 до года и у 17% детей в возрасте 1–2 лет. Среди добровольных учреждений, дополнявших своей деятельностью усилия

БАПОР, были Норвежский совет по делам беженцев, Фонд по спасению детей стран Содружества Наций и Всемирная Федерация лютеранских церквей.

38. Медицинская помощь: БАПОР продолжало предоставлять медицинскую помощь беженцам и перемещенным лицам, проживающим в лагерях беженцев, через посредство 13 центров здравоохранения и 6 специальных клиник, при этом такое же обслуживание предоставлялось другими государственными больницами и больницами добровольных обществ. Для беженцев была выделена 331 койка, большей частью в государственных больницах, а 63 – в частных больницах, субсидируемых БАПОР. Материально нуждающимся, в том числе и перемещенным лицам, предоставлялось также бесплатное государственное медицинское и стоматологическое обслуживание. Это обслуживание включает в себя средства лечения психически неуравновешенных лиц, а также амбулаторную и стационарную помощь туберкулезным больным. Правительство предоставляет также средства для реабилитации физически неполноценных детей.

Сирийская Арабская Республика

39. В лагерях чрезвычайной помощи беженцам в Сирии проживает приблизительно 16 165 перемещенных палестинских беженцев, включая 1 439 человек, которые хотя и не зарегистрированы в качестве таковых, однако пользуются обслуживанием БАПОР. В целом население лагерей по оказанию чрезвычайной помощи составляет 28 965 человек, в то время как остальное население беженцев насчитывает 103 367 человек.

40. Жилища и оздоровление окружающей среды: Лишь немногим больше одной шестой всего населения лагерей по оказанию чрезвычайной помощи проживает в настоящее время в палатках. Основные санитарно-гигиенические средства имеются во всех лагерях, и целью БАПОР является увеличение числа отдельных семейных уборных. В двух лагерях имеются затруднения с водой, и этому вопросу уделяет внимание как сирийское правительство, так и БАПОР. В текущем году были ассигнованы средства на расширение водоснабжения.

41. Питание: БАПОР продолжает предоставлять ежемесячные основные пайки, ежедневную горячую пищу и молоко, а также месячные белковые дополнения, состоящие из 12 унций консервированного мяса и 500 г. CSM – смеси из пшеничной муки, муки из соевых бобов и порошка из снятого молока всем перемещенным беженцам в Сирии. В целом можно сказать, что состояние их питания поддерживается на удовлетворительном уровне.

42. Инфекционные болезни: Были приняты специальные меры для противодействия угрозе распространения холеры и оспы, при этом в лагерях по оказанию чрезвычайной помощи беженцам было введено около 56 000 доз холерной вакцины и сделано 24 043 первичной и повторной прививок против оспы. Увеличиваются масштабы иммунизации против кори. Основными причинами заболеваемости были те же, что указывались выше в отношении восточной Иордании, однако имела место эпидемия гриппа, частотность заболеваний которым составила 136 на 10 000 в лагерях по оказанию чрезвычайной помощи беженцам, тогда как для остального населения беженцев частотность составила 625,5.

43. Охрана материнства и детства: Среди 696 родов в лагерях по оказанию чрезвычайной помощи случаев материнской смертности не отмечалось, и лишь 3,6% матерей нуждались в госпитализации. Из общего числа 4 272 родов, приходящегося на остальное население беженцев, было отмечено 12 мертворождений. Мероприятия по охране здоровья детей до 3 лет включали в себя периодические наблюдения за ростом и развитием, лечебную помощь по предписанию врача, обучение матерей уходу за детьми, а также иммунизацию. Высококалорийное питание с большим содержанием белка предоставлялось в центрах усиления питания при неострых диарейных заболеваниях и болезнях недостаточности питания; при более серьезных случаях использовались средства центра по регидратации/питанию, а в более тяжелых случаях проводилась госпитализация.

44. Среди всего населения беженцев Сирии отмечено 135 случаев смерти детей от 0 до 6 лет, из которых 37 имели место в лагерях по оказанию чрезвычайной помощи, причем более 80% составили младенцы в возрасте до года. Основными причинами смерти были диарейные заболевания, часто связанные с недостаточностью питания, респираторные инфекции и корь. В лагерях по оказанию чрезвычайной помощи 11,4% детей от 0 до 1 года и 14,5% детей в возрасте 1-2 лет имеют недостаточный вес, при этом соответствующие цифры для остального населения беженцев составляют 7,8 и 10,6.

45. Медицинская помощь: БАПОР продолжает поддерживать деятельность 11 центров здравоохранения и трех передвижных амбулаторий (последние обслуживают 8 участков), причем аналогичное обслуживание предоставляется в государственных больницах и в больницах добровольных благотворительных обществ. Для госпитализации беженцев зарезервировано 111 коек в государственных больницах, частных больницах и в больницах добровольных благотворительных обществ. Кроме того, неизлечимые беженцы, в случае заболевания, в том числе и в случае психического заболевания, принимаются в большинстве государственных больниц. Для физически неполноценных детей правительство предоставляет службы реабилитации.

ii) Оккупированные территории

a) Западная Иордания

46. На конец 1972 г. из общего числа 281 058 беженцев, зарегистрированных БАПОР, только 73 074 проживали в лагерях. Остальные жили в городских центрах или в сельской местности и повсюду пользовались имеющимся санитарно-гигиеническим обслуживанием наряду с местным населением.

47. Жилища для беженцев и оздоровление окружающей среды: К концу 1972 г. число жилищ, сооруженных БАПОР, составило 68 491, не считая 3 816 неофициальных помещений в лагерях. БАПОР обеспечило соответствующее санитарное обслуживание в лагерях, достигло успехов в улучшении водоснабжения и разработало программу сооружения семейных уборных. Однако становится все труднее привлекать работников сферы санитарного обслуживания ввиду увеличивающегося спроса на работников физического труда.

48. Питание: В целом положение с питанием беженцев поддерживалось на удовлетворительном уровне, и помимо распределения основных ежемесячных пайков, осуществлялась программа регулярного дополнительного питания.

49. Инфекционные болезни: Как и в других местах проводились специальные мероприятия по борьбе с холерой и оспой. К концу 1972 г. было отмечено 20 случаев холеры в районе Иерусалима, из которых один оказался смертельным. В лагерях и школах БАПОР было сделано 66 854 первичных и вторичных прививок против холеры, а в лагерях - 55 560 прививок против оспы.

50. Охрана материнства и детства: Из 4 692 родов около 42% имели место в больничных условиях. Этот высокий процент не говорит о большом количестве случаев осложнений, а лишь отражает тенденцию, наметившуюся среди женщин и сводящуюся к стремлению воспользоваться преимуществами родов в больничных условиях. Было зарегистрировано 2 смертных случая среди рожениц и 81 случай мертворождений. Как и в других местах, дети, страдающие диарейными болезнями, или болезнями недостаточности питания, получали специальное поддерживающее питание и пользовались оборудованием для регидратации. Детская смертность на 1000 живорождений упала с 74 и 60,3 в 1970 и 1971 гг. до 58,4 в 1972 г. Различные степени недостаточности веса были обнаружены у 11,1% детей в возрасте от 0 до 1 года и у 10,6% детей в возрасте от 1 до 2 лет. 31 617 детей в возрасте от 6 до 16 лет, посещающих школы БАПОР/ЮНЕСКО, пользовались услугами служб школьной гигиены. Из 4 096 поступающих в школу детей, обследованных в течение 1971/72 учебного года, хорошим здоровьем обладали 74,2%; 25,1% имели удовлетворительное состояние здоровья и 0,7% плохое.

51. Медицинская помощь: БАПОР продолжает обеспечивать беженцев амбулаторной медицинской помощью силами 31 центра и пункта здравоохранения и 3 специальных клиник. Для стационарной помощи имеется 382 больничных койки, большинство из которых находится в частных больницах, субсидируемых БАПОР. Некоторые беженцы, нуждающиеся в специальной помощи, лечились в госпитале Хадассах в Иерусалиме. БАПОР субсидировало лечение в центре реабилитации в Иерусалиме 146 физически неполноценных детей.

b) Полоса Газы

52. Жилища и оздоровление окружающей среды: К концу 1972 г. в этой зоне из общего числа 270 196 беженцев 200 785 располагались в лагерях, в которых предоставлялось обычное обслуживание БАПОР. В некоторых лагерях оккупирующая страна разрушила ряд жилищ, общественных уборных и приспособлений для сбора отходов, не сделав предварительного предупреждения БАПОР. Результатом этого явилось то, что в одном случае организация удаления отходов оставляет желать много лучшего, и БАПОР было вынуждено заявить протест соответствующим властям. В результате этого протеста последовали некоторые изменения в организации сбора отходов в этом лагере, а также обсуждение технических вопросов, связанных с улучшением сбора отходов. Тем не менее, санитарно-гигиеническое обслуживание поддерживалось на удовлетворительном уровне, было улучшено водоснабжение, а также было увеличено число индивидуальных семейных уборных.

53. Питание: БАПОР продолжало оказывать беженцам продовольственную помощь в направлениях, упоминающихся повсеместно в данном докладе, и положение с питанием беженцев продолжало оставаться на соответствующем уровне.

54. Инфекционные болезни: Были предприняты специальные меры против угрозы оспы и холеры. Против оспы было проведено 84 669 первичных и повторных прививок и 159 368 против холеры. Как и в других местах, диарейные болезни давали основной процент заболеваемости, а применительно к детям и подросткам основной процент смертности. Случаи острого конъюнктивита и трахомы сократились почти на половину, однако корь (737 случаев) по сравнению с 1971 г. более чем удвоилась. В последнем квартале 1972 г. и в начале 1973 г. имела место эпидемия гриппа. Однако она не дала заметно ощутимого подъема в общем проценте заболеваемости. Было отмечено 32 случая инфекций *Salmonella* и 13 случаев полиомиелита. Среди детей дошкольного возраста была проведена обычная иммунизация против туберкулеза, дифтерии, коклюша, столбняка, полиомиелита, тифа-паратифа, кори, оспы и холеры.

55. Охрана материнства и детства: В 1972 г. зарегистрировано 10 417 родов, из которых 50,1% имели место на дому, 32,4% в шести родильных домах при центрах здравоохранения БАПОР и 17,5% в больницах. Отмечалось 2 случая смертности среди рожениц и 168 мертворождений. Обычное родовспомогательное и медицинское обслуживание предоставлялось беременным и кормящим женщинам и их детям через клиники ОМД, имеющиеся при каждом центре здравоохранения. Обеспечивалось также поддерживающее питание. Дети, страдающие диарейными болезнями или болезнями недостаточности питания и нуждающиеся в специальном поддерживающем питании, направлялись в центры питания, где они получали высококалорийное питание с высоким содержанием белка, а также в один из шести центров БАПОР по регидратации/питанию или же в педиатрическое отделение центра здравоохранения БАПОР/Швеция, располагающее 15 койками. Из примерно 12 000 детей первых двух лет жизни, посещающих клиники детского здравоохранения, у 11,2% в возрасте от 0 до 1 года и у 21,8% в возрасте от 1 до 2 лет отмечался недостаточный вес. Детская смертность составляла 68,7 на каждую тысячу живорожденных. Службы школьной гигиены охватывали 65 595 детей в возрасте от 6 до 16 лет, посещающих 117 школ БАПОР/ЮНЕСКО, 17% из более чем 7 000 детей, поступающих в школы и прошедших медицинское обследование, были классифицированы как имеющие лишь удовлетворительную или плохую упитанность.

56. Медицинская помощь: При поддержке БАПОР в Газе продолжают работать 9 центров здравоохранения, одна диабетическая клиника, одна центральная лаборатория, три клинические лаборатории и две зубоврачебных клиники. Помимо этого, аналогичное обслуживание предоставляется

в государственных клиниках и в амбулаторных отделениях государственных больниц. Для стационарной помощи имеется 622 койки, из которых 343 находятся в государственных больницах, а остальные в частных больницах, субсидированных БАПОР, или в туберкулезной больнице, управляемой совместно правительством и БАПОР. Занятость коек составляет 61%. 38 физически неполноценных детей, нуждающихся в реабилитации, получали стационарное или амбулаторное лечение в институте добровольного благотворительного общества в Иерусалиме; нуждающиеся были также обеспечены протезированием.

iii) Финансовое положение БАПОР

57. Благодаря поступлению дополнительной помощи, бюджетный дефицит БАПОР, который к началу 1972 года составлял 4 515 млн. ам.долл., был сокращен до 0,4 млн. ам.долл. к концу этого года. Однако с предполагаемым дефицитом приблизительно в 4,5 млн. ам.долларов главным образом из-за колебаний курсов мировой валюты и увеличения стоимости товаров, финансовые перспективы на 1973 год не внушают оптимизма.

iv) Заключение

58. Из всей имеющейся информации можно лишь заключить, что работа БАПОР крайне необходима и отражает огромные международные гуманитарные усилия. К сожалению, финансовое положение этого огромного предприятия остается непрочным.

ПИСЬМО ГЕНЕРАЛЬНОГО ДИРЕКТОРА ВОЗ
ПРАВИТЕЛЬСТВУ ИЗРАИЛЯ

DG N77/372/2

Женева, 1 ноября 1972 г.

Господин Министр,

Я имею честь сослаться на резолюцию WNA 25.54 по вопросу об оказании помощи в области здравоохранения беженцам и перемещенным лицам на Среднем Востоке и, в частности, на пункт 4 (b) указанной резолюции, в котором Двадцать шестая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения предложила Генеральному директору "подготовить всеобъемлющий доклад о состоянии физического и психического здоровья населения оккупированных территорий, который должен быть представлен Двадцать шестой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения".

Для того, чтобы быть в состоянии подготовить доклад, запрошенный Ассамблеей - т.е. доклад, для которого я должен располагать всей имеющейся информацией не позднее чем в феврале/марте 1973 года - я был бы весьма признателен, если бы Вы направили мне любую имеющую отношение к указанному вопросу информацию, которую Вы можете пожелать предоставить в мое распоряжение.

В ходе своего недавнего визита д-р Таба, региональный директор для Восточного Средиземноморья, указал Вашим органам здравоохранения на возможность посещения Израиля и оккупированных районов сотрудником или консультантом ВОЗ для целей непосредственного наблюдения на месте и изучения сложившегося положения. Я был бы весьма признателен, получив сообщение о Вашей реакции на указанное предложение, которое, в случае Вашего согласия, я буду готов выполнить в ближайшее возможное время.

Примите уверения, господин Министр, в моем весьма высоком к Вам уважении.

М.Г.Кандау, М.Д.,
Генеральный директор

Господину Министру здравоохранения
Правительство Израиля
20, Ул.Короля Давида
Иерусалим

Копии направлены: Министру иностранных дел, отдел международных организаций,
Правительство Израиля, Иерусалим

Постоянному представителю Израиля при Отделении Организации
Объединенных Наций и международных организациях в Женеве

ПИСЬМО ПРАВИТЕЛЬСТВА ИЗРАИЛЯ ГЕНЕРАЛЬНОМУ ДИРЕКТОРУ ВОЗ
ГОСУДАРСТВО ИЗРАИЛЬ
Мнистерство здравоохранения

Иерусалим, 22 декабря 1972 г.
Исх.№ 279/МВ

Г-ну М.Г. Кандау, М.Д.
Генеральному директору
Всемирной организации здравоохранения
Женева
Швейцария

Уважаемый д-р Кандау,

Мне поручено Министерством здравоохранения подтвердить с благодарностью получение Вашего письма от 1 ноября 1972 г. (Исх. № DG. N77 372/2), в отношении резолюции WNA25.54 по вопросу об оказании помощи в области здравоохранения беженцам и перемещенным лицам на Среднем Востоке.

Нам хорошо известно содержание пункта 4 б) указанной резолюции, в котором Генеральному директору предложено представить новый доклад о состоянии здоровья населения, проживающего на территориях, находящихся под управлением Израиля.

Для этой цели мы представим Вам, как и в предыдущие годы, запрашиваемую информацию — сводный отчет ответственных сотрудников служб здравоохранения на управляемых территориях, можно надеяться, на этот раз будет готов к концу января 1973 г.

Что касается предложения организовать поездку сотрудника ВОЗ в Израиль и в район управляемых Израилем территорий "для целей непосредственного наблюдения на месте и изучения сложившегося положения", как это было предложено д-ром А.Х.Табла, Региональным директором, РВВС, во время его краткого визита в нашу страну в начале октября, то мы согласны с этим предложением. Хотя этот визит и не будет оформлен в виде официального и открытого приглашения правительства Израиля, я хочу заверить Вас, что мы будем рады приветствовать назначенного Вами консультанта, и что ему будут предоставлены все возможности и средства, требуемые для выполнения порученной ему миссии.

С наилучшими пожеланиями счастливого Рождества и счастливого Нового года,

Искренне Ваш,

Д-р С.Гинтон
Руководитель Отдела внешних сношений

ТЕКСТ ПИСЬМА ДИРЕКТОРА РЕГИОНАЛЬНОГО БЮРО ДЛЯ СТРАН ВОСТОЧНОГО СРЕДИЗЕМНОМОРЬЯ
д-ра А.Х. ТАБА, АДРЕСОВАННОГО МИНИСТРАМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СИРИЙСКОЙ
АРАБСКОЙ РЕСПУБЛИКИ, ЛИВАНА, АРАБСКОЙ РЕСПУБЛИКИ ЕГИПЕТ и ИОРДАНИИ

22 февраля 1973 г.

Господин,

Имею честь привлечь Ваше внимание к резолюции WNA25.54, принятой Всемирной ассамблеей здравоохранения 25 мая 1972 г., по вопросу о "Помощи в области здравоохранения беженцам и перемещенным лицам на Среднем Востоке". Я хотел бы также сослаться в этой связи на предшествовавшие резолюции, принятые Всемирной ассамблеей здравоохранения, начиная с 1968 г. по этому же вопросу (резолюции WNA21.38, WNA22.43, WNA23.52 и WNA24.33 соответственно).

В вышеупомянутой резолюции Генеральному директору Всемирной организации здравоохранения предлагалось:

- a) усилить и максимально расширить программу Организации по оказанию помощи в области здравоохранения беженцам и перемещенным лицам на Среднем Востоке;
- b) подготовить всеобъемлющий доклад о состоянии физического и психического здоровья населения оккупированных территорий, который должен быть представлен Двадцать шестой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения;
- c) принять все доступные меры для охраны здоровья населения оккупированных территорий и представить доклад Двадцать шестой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения о мерах, принятых в этой связи;
- d) привлечь внимание всех заинтересованных правительственных и неправительственных организаций, включая международные медицинские организации, к содержанию данной резолюции.

Е.П. Министру здравоохранения
Министерство здравоохранения
Дамаск
Сирийская Арабская Республика

Копии: Е.П. Государственному министру по делам планирования
Дамаск
Директору по вопросам международного здравоохранения
Дамаск
Д-ру М.Шарифу, БАПОР, Бейрут
Резиденту-представителю, ПРООН, Дамаск
Д-ру А.Беллериве
Директору, штаб-квартира, Отдел координации

Е.П. Министру здравоохранения, Дамаск

22 февраля 1973 г.

Всемирная организация здравоохранения в сотрудничестве со всеми заинтересованными правительствами продолжает предпринимать позитивные шаги по охране и защите физического и душевного здоровья населения в данном районе через посредство деятельности как Регионального бюро для стран Восточного Средиземноморья, так и Ближневосточного агентства ООН для помощи палестинским беженцам и организации работ (БАПОР).

Ожидается, что Генеральный директор в соответствии с пунктом b) резолюции WNA25.54 представит доклад Двадцать шестой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения по этому вопросу. Д-р М.Шариф, директор службы здравоохранения и представитель ВОЗ в БАПОР, представит материал для этого доклада в соответствии с имеющейся у него информацией и данными относительно состояния здоровья лиц, подпадающих под вышеуказанные категории и находящихся под наблюдением БАПОР.

В течение последних четырех лет мы с благодарностью получали от заинтересованных в этом вопросе стран определенные заявления относительно состояния здоровья беженцев и перемещенных лиц в Регионе, в которых содержался полезный материал для доклада Генерального директора сессии Ассамблеи. Было бы весьма желательно, если бы ваши органы здравоохранения могли предоставить какую-либо дополнительную или новую информацию, которую они могут пожелать предоставить, относительно состояния здоровья беженцев и перемещенных лиц в Регионе. Было бы любезным направить нам такой материал при первой же возможности, для того чтобы помочь Генеральному директору подготовить доклад к предстоящей сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения, которая должна открыться в Женеве в понедельник 7 мая 1973 г. Было бы поэтому желательно получить Ваш ответ в Региональном бюро не позднее последней недели марта 1973 г.

Имею честь быть Вашим покорным слугой,

Д-р А.Х. Таба,
Региональный директор

ОТВЕТ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СИРИЙСКОЙ
АРАБСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Сирийская Арабская Республика
Министерство здравоохранения
Директорат здравоохранения Кунейтры

Дамаск, 2 апреля 1973 г.

Дорогой д-р Таба,

Имею честь сослаться на Ваше письмо PD.2/44, H5/27/2 от 22 февраля 1973 года и настоящим препроводить доклад, подготовленный Директором служб здоровья гувернерата Кунейтры, о состоянии здоровья перемещенных лиц.

С уважением

Мадани Л-Клуами, М.Д.
Министр здравоохранения

ПЕРЕВОД

Оригинал: на арабском
языке

Реф. № 173/1/11/12
22 марта 1973 г.

Сирийская Арабская Республика
Министерство здравоохранения
Директорат здравоохранения
Кунейтры

Министру здравоохранения

Перемещенные лица, находящиеся в Дамаске или поблизости от него в гувернерате Дераа и в селениях, расположенных у фронтовой полосы, получают от Директората здравоохранения Кунейтры следующие виды обслуживания:

- а) профилактические
- б) лечебные

Лечебные учреждения, предоставляющие помощь перемещенным лицам, расположены в местах их концентрации в Дамаске, в деревнях у фронтовой полосы и в гувернерате Дераа. Эти лечебные учреждения, которых всего 9, предоставляют пациентам необходимые лекарства в соответствии с имеющимися возможностями. Профилактические мероприятия осуществляются службами санитарного контроля, которые делают различные виды прививок и проводят предупредительные меры в области здравоохранения в районах, в которых находятся перемещенные лица, и в селениях, расположенных во фронтовой полосе.

За период 1972 года в наших лечебных учреждениях побывало в общей сложности 93 078 человек, что составляет приблизительно 67% всего коренного населения гувернерата Кунейтры (примерно 138 000 жителей). Такое количество пациентов представляется большим, если сравнить его с общим числом перемещенных лиц и граждан, проживающих в прифронтовой полосе. Однако это не дает нам правильной и подлинной картины состояния здоровья перемещенных лиц в связи с тем, что большое число их проживает в различных частях г. Дамаска, а также в некоторых районах, где не хватает больниц для перемещенных лиц, и поэтому приходится обращаться в больницы Директората здравоохранения в Дамаске и других гувернератах.

Перемещенные лица страдают многими и разнообразными заболеваниями, заразными, незаразными и сезонными по характеру. Эти болезни могут быть классифицированы по следующим группам:

I. Заболевания вследствие плохих санитарных условий в местах концентрации перемещенных лиц

Тип болезни	Дамаск	Дома	Барза	Эль Таль	Кан Арнаба	Ярмук	Дераа
Дизентерия	56	250	13	2	2	10	-
Тиф	16	-	-	-	-	-	-
Энтерит	120	1 100	321	78	172	482	12

Эти статистические данные нельзя рассматривать как окончательные, поскольку многие перемещенные лица лечатся у частных врачей в частных клиниках.

II. Сезонные заболевания

Сюда входят кашель, трахеит, летний понос, энтерит.

III. Болезни вследствие недоедания

Многие перемещенные лица в результате недоедания испытывают общую слабость, страдают анемией, сильным морозом. Наблюдаются также случаи рахита среди детей и туберкулеза среди взрослых. Об этих случаях сообщалось в предыдущих письмах и выражалась просьба о существенных поставках продуктов питания для детей, особенно в связи с тем, что такая помощь была приостановлена с 1968 года. В Дераа зарегистрировано три случая туберкулеза. Данные о случаях недоедания среди перемещенных лиц выглядят следующим образом:

Таблица статистических данных, указывающая на случаи недоедания в 1972 г.

Возрастная группа	Дамаск	Барза	Эль Таль	Дома	Дераа	Кан Арнаба	Ярмук	Подвижная помощь	Всего
До 7 лет	263	530	119	716	72	309	752	-	2761
После 7 лет	874	762	144	1155	43	368	795	-	4141

IV. Инфекционные болезни и места их возникновения

Ниже мы приводим статистическую таблицу, где указаны различные инфекционные болезни, возникавшие в 1972 году:

Район	Туберкулез	Чесотка	Коклюш	Эпидемический паротит	Ветряная оспа	Корь	Оспа	Скарлатина
Дамаск	-	19	34	93	42	18	2	-
Барза	1	2	14	78	30	23	-	1
Эль Таль	3	3	11	30	15	5	1	-
Дераа	-	-	-	-	-	-	-	-
Дома	-	-	-	6	-	4	-	-
Кан Арнаба	-	-	-	6	1	15	-	-
Ярмук	1	13	37	83	11	11	-	-
Подвижная помощь	-	-	-	17	-	13	-	-

Смертность и рождаемость

Среди перемещенных лиц имели место 643 случая смерти и 2 958 рождений.

Время ответственности, которое несло на себе Управление здравоохранения в Кунейтре, вполне естественно должно было увеличиться в результате ионьского кризиса 1967 года, явившегося следствием сионистской агрессии и разбросанности перемещенных лиц в лагерях и жилищах, предоставленных им Государством. Ряд других перемещенных лиц пытались расселиться в различных кварталах Дамаска или других гувернератах. Поэтому Управление здравоохранения в Кунейтре направило свои усилия на изучение состояния здоровья перемещенных лиц, для обеспечения их нужд в области здравоохранения через посредство диспансеров, созданных министерством с начала процесса их перемещения. К числу этих диспансеров относятся: Центральный диспансер, диспансер в Барза, диспансер в Эль Таль, диспансер в Эль Ярмук, диспансер в Кан Арнаба, диспансер в Дома, диспансер в Эль Шуаба Эль Сания, диспансер в Дераа, диспансер в Эль Ядуда. Кроме того деревни, расположенные во фронтовой полосе и других местах, где сконцентрированы перемещенные лица, обеспечиваются с помощью подвижных отделений.

Управление здравоохранения в Кунейтре пользуется также любой возможностью увеличить снабжение специальными лекарственными препаратами для обеспечения назначений, сделанных врачами-специалистами.

На основании уверенности в том, что значительные преимущества могут быть получены в результате профилактических служб здравоохранения, был создан отдел профилактических служб, в обязанности которого входит и проведение мероприятий по санитарному контролю. Работа этого отдела обеспечивается шестью санитарными работниками и одним санитарным инспектором, которому поручено проведение оздоровительных мероприятий, включая санитарный контроль, санитарное просвещение и иммунизацию перемещенных лиц с помощью вакцин, предоставляемых министерством. Кроме того ежедневные и месячные отчеты, представляемые санитарными работниками, изучаются службами санитарного контроля, и решение возникающих проблем поручается соответствующим властям. Был также создан центр по ликвидации малярии, который укомплектован двумя медицинскими сотрудниками, четырьмя временными сотрудниками и девятью работниками по осуществлению надзора, работающими в течение сезона.

Все вышеуказанное представляет собой краткую справку о службах, обеспечиваемых Управлением здравоохранения в Кунейтре, для перемещенных лиц и жителей деревень, расположенных во фронтовой полосе. Эти службы никоим образом не могут считаться достаточными в деле обеспечения защиты перемещенных лиц от заболеваний и осуществления предупредительных мер в области здравоохранения в связи со следующими факторами:

1. Прекращение предоставления помощи в форме снабжения продовольственными продуктами, начиная с 1968 года, несмотря на распространение болезней недостаточности питания среди перемещенных лиц.
2. Недостаток санитарных устройств в жилищах для перемещенных лиц.
3. Недостаток транспортных средств для санитарных служб, которые по характеру работы должны быть подвижными службами. Чем больше будет посещений мест концентрации беженцев, тем больше преимуществ может быть извлечено при использовании этих служб и, в частности, потому что указанные места концентрации разбросаны по всей стране и ни в коей мере не ограничиваются одним районом.
4. Малое число работающих врачей и непостоянное их пребывание в службах заставляет нас назначать одного врача в несколько диспансеров в соответствии с недельной программой работы. В результате этого большое число пациентов остается лишенными медицинской помощи в течение всей недели.

5. Решению основных проблем в отношении "неизлечимых" болезней среди перемещенных лиц могло бы помочь предоставление Управлению здравоохранения в Кунейтре специальных лекарственных средств в достаточном количестве. К таким лекарственным препаратам относятся:

- а) лекарственные препараты для лечения общей слабости и анемии, являющихся результатом голодания и недостаточности питания;
- б) лекарственные препараты в достаточном количестве для обеспечения лечения болезней, которые заставляют перемещенных лиц обращаться в наши диспансеры.

Данный доклад представляет собой описание служб здравоохранения, обеспечиваемых Управлением здравоохранения в Кунейтре для перемещенных лиц. В нем отражено общее положение со здравоохранением среди перемещенных лиц.

Д-р Ахмед Азиз
Директор Управления
здравоохранения
в Кунейтре

Копия направлена в гувернерат Кунейтры
Отдел профилактических служб



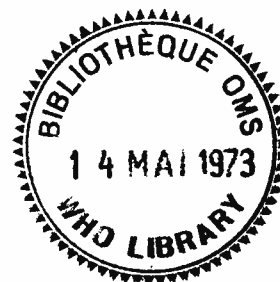
ДВАДЦАТЬ ШЕСТАЯ СЕССИЯ ВСЕМИРНОЙ АССАМБЛЕИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Пункт 3.13 повестки дня

ПОМОЩЬ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ БЕЖЕНЦАМ И ПЕРЕМЕЩЕННЫМ ЛИЦАМ
НА СРЕДНЕМ ВОСТОКЕ

ФИЗИЧЕСКОЕ И ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ ОККУПИРОВАННЫХ
ТЕРРИТОРИЙ И НАСЕЛЕНИЯ, ОБСЛУЖИВАЕМОГО ВАПОР НА СРЕДНЕМ ВОСТОКЕ

Ниже прилагается ответ правительства Арабской Республики Египет на письмо Регионального директора Регионального бюро ВОЗ для района Восточного Средиземноморья от 22 февраля 1973 г.



ПРИЛОЖЕНИЕ

Женева, 10 мая 1973 г.

Сэр,

В связи с письмом Регионального директора Региона Восточного Средиземноморья за № 2/44 от 22 февраля 1973 г., имею честь препроводить при сем меморандум о состоянии физического и психического здоровья населения оккупированных территорий Газы и Синая.

Я был бы весьма признателен, если бы Вы любезно проследили, чтобы прилагаемый меморандум был официально распространен вместе с Вашим докладом по этому вопросу.

Примите, Сэр, уверения в моем весьма высоком к Вам уважении.

Др. М.М. Мафуз
Министр здравоохранения
Арабской Республики Египет

Д-ру Марколино Г. Кандау
Генеральному директору
Всемирной организации здравоохранения
Авеню Аппиа
1211, Женева, 27

МЕМОРАНДУМ

Состояние здоровья населения оккупированных территорий
(Газы и Синай)Предварительные замечания

Полезно провести различие между состоянием здоровья беженцев и перемещенных лиц, которые находятся в ведении Ближневосточного агентства ООН для помощи палестинским беженцам и организации работ (БАПОР) с одной стороны, и населения оккупированных территорий – с другой.

БАПОР заботится о беженцах и перемещенных лицах в течение ряда лет. Служба здравоохранения этого Агентства отвечает за состояние здравоохранения и оказание медицинской помощи. Работа, проведенная БАПОР, достойна похвалы. Все же остается фактом, что деятельность БАПОР обычно нарушается постоянными нападениями Израиля на лагеря беженцев, сопровождающимися повсеместным уничтожением их жилищ. Делегаты Ассамблеи смогут судить о положении беженцев рассмотрев ежегодный отчет, представленный Директором служб здравоохранения БАПОР.

Однако проблемы здоровья населения оккупированных территорий носят иной характер, так как здесь нет международного агентства, ответственного за их благосостояние. Гуманные усилия Международного комитета Красного Креста в значительной степени сдерживаются отказом Израиля признать свои обязательства, вытекающие из Четвертой Женевской Конвенции.

Израильские власти часто прибегают к актам массового перемещения населения и разрушения их домов и деревень. Эти действия приводят не только к ухудшению психического здоровья населения. Они также создают серьезную угрозу и для физического здоровья. Следующий пример является тому хорошей иллюстрацией:

В ходе работы Двадцать пятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения я передал Вам письмо, датированное 17 мая 1972 г. (A25/58), с информацией о массовом перемещении 10 000 египетских граждан, насильственно осуществленном израильскими властями в оккупированной египетской территории Синайского полуострова в январе 1972 г.

Не отрицая этого факта, представитель Израиля попытался выразить сомнение по поводу этой цифры. Однако компетентная медицинская миссия, посетившая 3 сентября район, где было сконцентрировано перемещенное население, констатировала следующее:

"Перемещение бедуинских племен и их сосредоточение в районе Масура и Абу-Тавила, принятое в начале 1972 г., породило в этом районе новую ситуацию, исключительно трудную с точки зрения медицины. Фактически, возникли проблемы, являющиеся результатом притока населения численностью, примерно, в 10 000 человек бедуинов, (6 000 – в Масура, 4 000 – в Абу-Тавиле), которые сосредоточены без предварительно организованной необходимой медицинской помощи."

Этот пример ясно показывает внутреннюю связь между проявлениями насилия, такими как массовое перемещение населения и проблемами здравоохранения не только с точки зрения здоровья психического, но также и с точки зрения здоровья физического.

На следующих страницах я приведу информацию о санитарных условиях на оккупированных территориях Газы и Синай. Я не буду говорить о ситуации, которая создалась в связи с беженцами, так как этот вопрос освещен в общем докладе Комиссара БАПОР, представленном на рассмотрение последней сессии Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций (Двадцать седьмая сессия, G.A.O.R., приложение 13, A/8713). Доклад, ежегодно представляемый ВОЗ Директором служб здравоохранения БАПОР, также дает необходимые сведения по этому вопросу.

Поэтому я хотел бы ограничиться описанием медико-санитарных условий, в которых находится население оккупированных территорий Газы и Синая (за исключением беженцев). Прежде всего, я хочу представить информацию, основанную на данных компетентных международных и национальных источниках, по вопросу состояния здравоохранения и санитарных условий на оккупированных территориях Газы и Синая.

За этим следуют соответствующие выдержки из последнего информационного доклада Международного комитета Красного Креста о его деятельности за 1971 год.

Оставляя в стороне положение беженцев, которые продолжают получать помощь от БАПОР после Женевских решений 1967 г., медицинское обслуживание на оккупированных территориях значительно сократилось по сравнению с положением, которое существовало до израильской агрессии 1967 г. Произошло как качественное, так и количественное ухудшение медицинского обслуживания населения на оккупированных территориях. Нижеследующая информация отражает действительное положение в медицинском обслуживании населения Газы и Синая.

БОЛЬНИЦЫ

Число больниц значительно уменьшилось в оккупированных Газе и Синае. В то время, как раньше в Синае было пять больниц, теперь осталось только две. Примером того, как исчезают больницы на оккупированных территориях, может быть превращение больницы Ред Крессент в Ель Ариш в полицейский участок. Та же участь постигла другие больницы в Уэст Бэнк и на Галанских высотах. (См. Международный обзор Красного Креста, сентябрь 1970 г., стр. 492-493).

Те больницы, которые еще действуют, страдают от отсутствия внимания и неудовлетворительной помощи.

Сравнение медицинского обслуживания в Синае до и после 1967 г.

До 1967 г. (июнь)

1. В маленьких деревнях Синая было тринадцать пунктов здравоохранения, каждый из которых был укомплектован специалистами из числа вспомогательного медицинского персонала, обученными для оказания первой помощи.
2. В деревнях, больших по размеру, было шесть сельских пунктов здравоохранения, каждый укомплектованный врачом, проживающим в данной местности, который возглавлял бригаду из четырех человек среднего и вспомогательного медицинского персонала. Эти бригады обеспечивали всевозможное медицинское обслуживание этих деревень, и к ним также направлялись больные из медицинских пунктов. В 1967 г., когда началась агрессия, еще два медицинских пункта находились в процессе строительства.
3. В более крупной деревне (Некхель) был сельский центр здравоохранения, укомплектованный медицинским персоналом большей численности, который возглавлялся врачом, проживающим в данной местности. В этом центре была операционная и двадцать коек.
4. В городах Синая было пять больниц: в Арише, Каутаре, Садаре, Абу Родейзе и Ель Торе. В последнем городе также был знаменитый карантин Ель Тор, который спас мир от многих эпидемий. Все эти больницы были укомплектованы достаточным количеством специалистов и медсестер.

5. В поселки меньшего размера, где жило кочующее население, постоянно приезжала передвижная служба медицинской помощи в соответствии с расписанием, которое было известно местным властям. В состав этой бригады входили: передвижная клиника, передвижная зубо-врачебная клиника и передвижная радиографическая установка для массового обследования населения. Она была укомплектована пятью врачами, стоматологом, зубным техником, шестью медсестрами и шестью лицами из состава вспомогательного медицинского персонала.

ОЦЕНКА СОВРЕМЕННОГО ПОЛОЖЕНИЯ

Службы здравоохранения

Положение сейчас очень изменилось, и наблюдается пренебрежительное отношение к данной проблеме, которое привело к заметному ухудшению здоровья людей в данном районе.

1. Сейчас существует только 6 пунктов здравоохранения, в каждом из которых работает местный специалист по оказанию первой помощи.

2. В данный момент не существует никаких бригад по медицинскому обслуживанию населения, а также не имеется постоянных врачей в деревнях.

3. Медицинский центр Некхель более не существует, и там нет даже медицинского пункта по обслуживанию населения.

4. Только две больницы из пяти сейчас функционируют в Синае: в Эль-Арише и в Абу-Родеиз. В Эль-Аришской больнице хирургическая практика снизилась до такого уровня, при котором в данной больнице более не могут проводиться серьезные хирургические операции. До июня 1967 г. эта больница была больницей общего профиля, в которой работали 9 врачей-специалистов.

5. Более не существует службы сопровождения больных. Вместо этой, полностью оборудованной мобильной службы здравоохранения, а также вместо бригад по медицинскому обслуживанию населения с постоянным медицинским персоналом, оккупационные власти имеют сейчас три мобильных бригады, которые посещают деревни с интервалами от одной недели до одного месяца. В состав каждой мобильной бригады входит только военная медсестра, охранник и шофер.

(Если посмотреть на прилагаемую карту, то вышеприведенное сравнение говорит само за себя).

Медицинский персонал

Численность медицинского и вспомогательного медицинского персонала резко снизилась. Следующая таблица по Синаю иллюстрирует сложившееся положение:

<u>Медицинский персонал</u>	<u>До июня 1967 г.</u>	<u>1972 г.</u>
Врачи	39	5
Зубные врачи	4	1
Медицинские сестры	38	36
Вспомогательный медицинский персонал	187	24

Туберкулез

Положение с туберкулезом в Синае очень серьезно и вызывает тревогу. Наблюдается большое количество случаев заболевания туберкулезом, особенно среди детей. Сократилось число

Приложение

коек даже в больнице для легочных заболеваний в Буреджи в районе Газы, которая является единственной легочной больницей для Газы и Синая. В больнице работает только один младший врач. В этой больнице не проводятся бронхоскопические или хирургические лечения туберкулезных больных. Достоверные отчеты говорят о том, что больные в легочной больнице в Буреджи плохо питаются. Можно также наблюдать, что многие туберкулезные больные приезжают в эту больницу из Синая и единственной мерой, которая проводится там, это – организация посещения Эль Ариша врачом из этой больницы один раз в два месяца. Это, конечно, нельзя сравнить с положением, которое существовало до израильской оккупации, когда постоянно имелся специалист по легочным заболеваниям в Эль Арише и было два врача, сопровождавших передвижную установку по массовому рентгенологическому обследованию в качестве медицинского персонала службы сопровождения больных.

В 1971 г. единственный доктор в больнице Буреджи вынужден был отсутствовать три месяца вследствие прохождения курсов переподготовки.

Питание

Положение с питанием жителей оккупированного Синайского полуострова неудовлетворительно. Обстановка еще более усугубилась в результате того, что оккупационные власти запретили населению охоту на птиц и рыболовство в озере Бардавил, таким образом лишив население основного источника протеина. Последнее сообщение компетентных международных органов подтвердило ухудшение положения с питанием, особенно в центральной части Синая.

Отсутствие медицинского обслуживания перемещенного населения

Как указывалось ранее, десять тысяч человек, которые были насильственно переселены из своих домов в другие районы Синая (WHA документ A25/58) страдают от отсутствия медицинского обслуживания. Согласно сообщениям компетентных международных органов, люди, сконцентрированные в одном районе в течение многих месяцев, страдают от отсутствия какой-либо медицинской инфраструктуры.

* * *

В своем письме к Вам от 17 мая я обращал Ваше внимание на практику разрушения жилищ. Я представил список лиц, чьи жилища были разрушены в то время (A25/58). Эта практика сопровождалась другими актами, которые серьезно ухудшают физическое и психическое состояние здоровья населения на оккупированных территориях. Достаточно привести цитату из последнего ежегодного доклада, опубликованного Международным комитетом Красного Креста, где указано следующее, я цитирую:

"РАЗРУШЕНИЕ ЖИЛИЩ"

В связи с продолжающимся разрушением жилищ на оккупированной территории, Президент Международного комитета Красного Креста вновь обратился к израильскому премьер-министру в конце апреля, требуя, чтобы ее правительство отказалось от такого метода борьбы с подрывной деятельностью, который, по мнению Международного комитета Красного Креста, противоречит положениям Статей 33 и 53 Четвертой Женевской Конвенции. В своем ответе, данном в августе, премьер-министр заявила, что правительство Израиля не может отказаться от мер, которые оно считает существенными для сохранения безопасности на оккупированных территориях.

Поэтому представители Международного комитета Красного Креста на местах сосредоточили свои усилия на оказании материальной помощи тем, чьи жилища были разрушены. Они передали Министерству социального благосостояния Израиля 199 палаток и 1675 одеял для людей, лишившихся жилища."

Международный комитет Красного Креста, ежегодный доклад, 1971 г., стр. 50-51.

Перевод Секретариата ВОЗ

"НАСИЛЬСТВЕННОЕ ПЕРЕМЕЩЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ В РАЙОНЕ ГАЗЫ

21 июля представители Международного комитета Красного Креста в Газе были проинформированы беженцами о том, что днем раньше израильская армия начала переселять семьи беженцев в Эль-Ариш или незанятые лагеря на восточном берегу р. Иордан. В то же самое время в лагерях Джабалия, Шатти и Рафах началась работа по разрушению некоторых жилищ и строительству новых дорог для того чтобы сократить население лагерей и облегчить управление ими.

Оккупационные власти, к которым немедленно обратились представители Международного комитета Красного Креста, заявили, что эти меры вызваны интересами безопасности. Однако, они объяснили, что были предприняты мероприятия для предоставления жилищ и компенсации перемещенным лицам.

К концу августа этими мероприятиями было охвачено более 14 700 человек. Большинство беженцев были неудовлетворенными своими новыми жилищными условиями и вскоре возвратились в Газу. Родственники и друзья приняли их, как правило, в лагерях. К концу года около 200 семей продолжали оставаться в Эль-Арише и около 50 - на восточном берегу.

Международный комитет Красного Креста обращался к израильским властям по различным вопросам общего характера. Комитет выразил обеспокоенность в связи с насильственным переселением и потребовал, чтобы были ускорены и интенсифицированы мероприятия по предоставлению жилищ и компенсации."

Стр. 51 того же доклада Международного комитета Красного Креста.

Перевод Секретариата ВОЗ

"ВЫСЕЛЕНИЕ ЛЮДЕЙ

В декабре представители Международного комитета Красного Креста выступили в поддержку племени бедуинов, насчитывающего около 260 человек, которых израильские власти вынудили оставить свои земли недалеко от Мертвого моря и поселиться в районе Бетлехема. В результате такого переселения эти люди лишились земли и пропитания. То место, куда их переселили, не принадлежит им и они не могли пасти там свои стада.

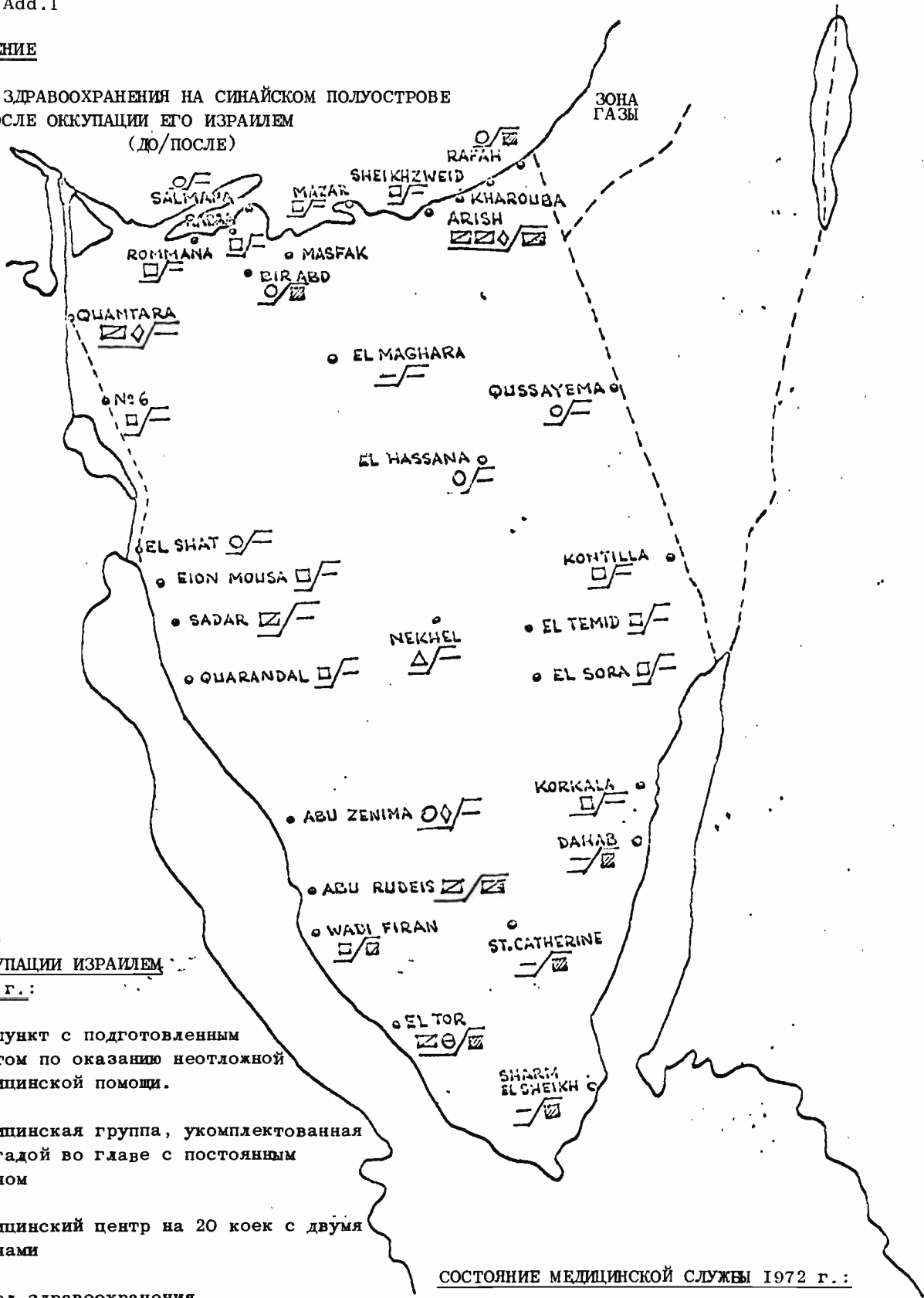
Представители Международного комитета Красного Креста обращались к израильским властям по вопросу возвращения бедуинов на место их прежнего жительства. Они предоставили Министерству социального обеспечения 20 палаток, 100 одеял, 200 кг сахара, 200 кг риса и 50 кг пшеницы для перемещенных бедуинов."

Стр. 51 того же самого доклада Международного комитета Красного Креста.

Перевод Секретариата ВОЗ

ПРИЛОЖЕНИЕ

СЛУЖБЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА СИНАЙСКОМ ПОЛУОСТРОВЕ
ДО И ПОСЛЕ ОККУПАЦИИ ЕГО ИЗРАИЛЕМ
(ДО/ПОСЛЕ)



ДО ОККУПАЦИИ ИЗРАИЛЕМ

В 1972 г.:

- / Медпункт с подготовленным штатом по оказанию неотложной медицинской помощи.
- / Медицинская группа, укомплектованная бригадой во главе с постоянным врачом
- △/ Медицинский центр на 20 коек с двумя врачами
- ◇/ Отдел здравоохранения
- ▣/ Больница
- ⊖/ Карантин по холере Эль Тор
- / Отсутствие постоянной медицинской службы

СОСТОЯНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ 1972 г.:

- ▤/ Медпункт, укомплектованный бедуином, занимающимся оказанием первой медицинской помощи
- ▣/ Больницы, все еще функционирующие
- / Постоянная медицинская служба отсутствует



ДВАДЦАТЬ ШЕСТАЯ СЕССИЯ ВСЕМИРНОЙ АССАМБЛЕИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Пункт 3.13 повестки дня



ПОМОЩЬ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ БЕЖЕНЦАМ И ПЕРЕМЕЩЕННЫМ
ЛИЦАМ НА СРЕДНЕМ ВОСТОКЕ

ФИЗИЧЕСКОЕ И ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ ОККУПИРОВАННЫХ ТЕРРИТОРИЙ
И НАСЕЛЕНИЯ, ОБСЛУЖИВАЕМОГО ВАПОР НА СРЕДНЕМ ВОСТОКЕ

Письмо Правительства Арабской Республики Египет от 15 мая 1973 г. вместе с приложением.

Постоянная миссия
Арабской Республики Египет
72, рю де Лозан
1202 Женева

ПЕРЕВОД: оригинал английский

Женева, 15 мая 1973 г.

Сэр,

Я имею честь сослаться на пункт 3.13 повестки дня. Факт уничтожения жилищ беженцев, увеличивающий в итоге страдание этих людей, а также обостряющую финансовую проблему Ближне-восточного агентства ООН для помощи палестинским беженцам и организации работ, имеет отношение к обсуждению проблемы помощи беженцам и перемещенным лицам на Среднем Востоке.

Ниже приводятся выдержки из доклада Генерального комиссара БАПОР, датированного июнем 1972 г., касающиеся разрушения жилищ беженцев в полосе Газы (UNA/8713).

Я бы хотел попросить чтобы прилагаемый материал был распространен в качестве официально-го документа под пунктом 3.13.

Примите, Сэр, уверение в моем весьма высоком к Вам уважении.

Д-р М.М. Мафуз
Министр здравоохранения
Арабской Республики Египет

Генеральному директору
Всемирной организации здравоохранения
Авеню Аппиа
1211, Женева, 27

Перевод с английского оригинала,
приложенного к письму делегации
Египта от 15 мая 1973 г.

РАЗРУШЕНИЕ ЖИЛИЩ БЕЖЕНЦЕВ НА ОКУПИРОВАННОЙ
ТЕРРИТОРИИ ПОЛОСЫ ГАЗЫ

Доклад Генерального комиссара Ближневосточного агентства ООН для помощи палестинским беженцам и организации работ (ООН, Документ № A/8713).

Пункт 14

На территории Газы отчетный год начался с, так называемых, главных операций израильской армии по обеспечению порядка, вызвавших внезапное разрушение 7729 помещений (8), из которых 4471 было построено БАПОР в лагерях Бич, Джабалия и Рафах, а также перемещение 15 855 лиц. Эти операции, поскольку они затронули беженцев, были предметом специального доклада Генерального комиссара, переданного Генеральным секретарем членам Генеральной Ассамблеи 17 сентября 1971 г. (A/8383). Приложение к этому докладу (A/8383/Add.1) было передано членам Генеральной Ассамблеи 23 ноября 1971 г. Уведомляя Генерального комиссара о своем намерении подвергнуть внезапному разрушению жилища, прежде чем могут быть построены новые жилища (в нарушение политики, проводившейся в соответствии с заявлениями Агентства и заключавшейся в создании в 1969–1970 гг. маршрутов безопасности в других лагерях), израильские военные власти объяснили, что они не могут допустить дальнейшего нарушения порядка, приведшего к гибели свыше 30 человек, в большинстве своем арабов. К тому же, как они объяснили, перенаселение и плохие дороги в лагерях мешали силам безопасности выполнять свои задачи. Они также заявили, что будут предоставлены временные жилища, некоторые из них в Эль-Арише и на Синае.

По мере того, как размеры и характер этих мероприятий прояснялись, Генеральный комиссар был вынужден выразить протест и призвать к прекращению таких действий не только в связи с лишениями и страданиями, которым они подвергают беженцев, но и потому, что происходит больше разрушений, чем можно предоставить жилищ. Что касается строительства жилищ в Эль-Ариш, то большинство беженцев не хочет покидать полосу Газы, опасаясь, что им не разрешат вернуться, и даже если бы были заняты все жилища, имеющиеся в Эль-Ариш, многие сотни людей все равно оказались бы бездомными. В резолюции 2792 С (XXVI) от 6 декабря 1971 г. Генеральная Ассамблея призвала Израиль прекратить дальнейшие разрушения жилищ беженцев и дальнейшее перемещение их с настоящего места жительства, а также принять немедленные эффективные меры для возвращения вышеуказанных беженцев в лагерь, из которых они были перемещены, и предоставить им соответствующее жилье. Генеральному секретарю было предложено доложить о результатах после консультаций с Генеральным комиссаром по поводу выполнения Израилем этих статей резолюции. Положение на 30 июня 1972 г. было таково, что в ходе проведения мер по безопасности не имелось никаких дальнейших разрушений, за исключением тех, о которых говорится ниже, в параграфах 173 и 174, однако не было построено ни одного жилья взамен разрушенных. В детальном исследовании, начатом Агентством в феврале и законченном в мае, говорится, что 900 семей все еще живут в неудовлетворительных условиях.

Пункт 173

Генеральный Комиссар представил Генеральной Ассамблее специальный доклад о проведенном в больших масштабах сносе домов, предпринятом израильскими властями в Газе в июле и августе 1971 г. (20). В вербальной ноте от 8 августа 1971 г. Агентство выразило протест в связи с действиями израильских властей, идущими вразрез с резолюцией Генеральной Ассамблеи 2675 (XXV) и положениями статей 49 и 53 Женевской конвенции от 12 августа 1949 г., касающейся защиты гражданских лиц во время войны (21). Жилища, занимаемые 2 554 семьями, составляющими примерно 15 тыс. 855 человек, были снесены. Агентство потребовало от правительства Израиля компенсацию за снос (см. пункт 187 ниже). Еще один доклад Генеральной Ассамблеи по этому вопросу был представлен Генеральным секретарем 15 сентября 1972 г. согласно резолюции 2792 С (XXVI) от 6 декабря 1971 г. (A/8814).

Пункт 174

Разрушение жилищ путем устрашающих или карательных мер, о котором говорится в параграфе 171 доклада за прошлый год, продолжало иметь место в Газе в первой половине периода данного доклада. В вербальной ноте от 6 августа 1971 г. Агентство снова предложило израильским властям отказаться от таких разрушений, а также предложило им уплатить компенсацию в отношении всех просроченных платежей, предъявленных Агентством. Было подчеркнуто, что позиция Агентства основана не на каких-либо положениях местного законодательства, а на международном праве (22). 8 сентября 1971 г. израильские власти ответили, что они сами определяют, какие меры оправдываются требованиями безопасности и военными операциями. Агентство не приняло в расчет эту несостоятельную точку зрения и в вербальной ноте от 17 сентября 1971 г. полностью сохранило за собой свою позицию и требования, относящиеся к указанному вопросу. Между 11 и 30 июня 1972 г. подобных разрушений жилищ не было.

Пункт 177.

Израильская армия дважды проводила военные учения в лагере Нувейме (в настоящее время пустующем) и один раз в лагере Эйн Султан (в основном пустующем) в Вест Бэнк. Хотя собственности Агентства при этом ущерба причинено не было, вопрос был передан военному губернатору, которому было предложено обеспечить такое положение, при котором израильские военные власти воздерживались бы от проведения военных учений в лагерях (23).

Пункт 187

В июле и августе 1971 г. правительству Израиля была предъявлена к оплате за разрушение жилищ сумма в 417 881 ам.долл. (см. пункт 173 выше). От уплаты этой суммы израильское правительство отказалось на том основании, что разрушения были вызваны интересами безопасности. Агентство предъявило также к оплате сумму в 36 500 ам. долл. за повреждение общественных уборных и других санитарных служб в результате тех же действий. Агентство продолжает настаивать на этих требованиях. Агентство также требует компенсации на сумму примерно в 34 500 ам.долл. за разрушение жилищ в результате угрожающих или карательных мер (см. пункт 174 выше).



ДВАДЦАТЬ ШЕСТАЯ СЕССИЯ ВСЕМИРНОЙ АССАМБЛЕИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Пункт 3.13 повестки дня

ПОМОЩЬ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ БЕЖЕНЦАМ И ПЕРЕМЕЩЕННЫМ ЛИЦАМ
НА СРЕДНЕМ ВОСТОКЕ

ФИЗИЧЕСКОЕ И ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ ОККУПИРОВАННЫХ ТЕРРИТОРИЙ
И НАСЕЛЕНИЯ, ОБСЛУЖИВАЕМОГО БАПОР НА СРЕДНЕМ ВОСТОКЕ

Сообщения, полученные Генеральным директором Всемирной организации здравоохранения 17 мая 1973 г. от делегаций Алжира, Бахрейна, Народной Демократической Республики Йемен, Египта, Ирака, Иордании, Кувейта, Ливана, Ливийской Арабской Республики, Марокко, Омана, Катара, Саудовской Аравии, Судана, Сирийской Арабской Республики, Туниса, Объединенных Арабских Эмиратов и Йемена и распространенные по их просьбе.



Сэр,

Я имею честь представить Вам на рассмотрение следующее письмо с просьбой распространить его в качестве официального документа Двадцать шестой Всемирной ассамблеи здравоохранения вместе с документом A26/21 до начала дискуссии по пункту 3.13. повестки дня.

Примите, сэр, уверение в моем весьма высоком к Вам уважении.

Делегаты от:

Хашемитского Королевства Иордании
Объединенных Арабских Эмиратов
Государства Вахрейн
Тунисской Республики
Народной Демократической Алжирской Республики
Королевства Саудовской Аравии
Демократической Республики Судан
Ливийской Арабской Республики
Иракской Республики
Султаната Оман
Государства Катар
Государства Кувейт
Ливанской Республики
Сирийской Арабской Республики
Арабской Республики Египет
Королевства Марокко
Йеменской Арабской Республики
Народной Демократической Республики Йемен

Д-ру М.Г. Кандау
Генеральному директору
Всемирной организации здравоохранения
Авеню Апиа
1211 Женева 27

Документ A26/21 "Помощь в области здравоохранения беженцам и перемещенным лицам на Ближнем Востоке; физическое и психическое здоровье населения оккупированных территорий и населения, обслуживаемого БАПОР на Среднем Востоке" был распространен 10 мая 1973 г. в качестве официального документа Двадцать шестой Всемирной ассамблеи здравоохранения под "пунктом 3.13 предварительной повестки дня". Часть вторая этого документа содержит заявление, сделанное личным представителем Генерального директора, посетившим оккупированные арабские территории на Ближнем Востоке.

Достаточно первого знакомства со второй частью документа A26/21, чтобы стал очевиден его поверхностный характер. С одной стороны, в документе приводятся разрозненные данные, взятые из односторонних источников, содержатся необоснованные заключения и неуместные сравнения, с другой — в нем опущены важные вопросы, которые часто поднимаются на заседаниях Всемирной ассамблеи здравоохранения относительно состояния медицинского обслуживания населения оккупированных территорий.

В этом письме мы хотим сделать несколько замечаний касательно миссии личного представителя и, в частности, остановиться на методах, которыми он пользовался при выполнении этой миссии.

Двадцать пятая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения приняла резолюцию WNA25.54, в которой была изложена просьба Генеральному директору, аналогичная той, с которой обращались к нему и на предыдущей Ассамблее, "подготовить всеобъемлющий доклад о состоянии физического и психического здоровья населения оккупированных территорий".

Генеральный директор был вправе выбрать любой метод, имеющийся в его распоряжении, чтобы подготовить возможно полный и достоверный доклад. Однако, для того чтобы миссия по выяснению истинных фактов была успешной, необходимо установить одинаковые контакты со сторонами, непосредственно заинтересованными в этом вопросе. Личный представитель должен был изыскать возможности получить всю имеющуюся информацию, в частности, информацию от обеих сторон. Ему следовало организовать свое посещение так, чтобы охватить все оккупированные территории, и особенно те, где были допущены нарушения, имевшие результатом плохое обеспечение населения медицинской помощью.

К сожалению, эти и другие условия, чрезвычайно необходимые для успешного выполнения миссии по выяснению фактов, не были соблюдены. Особенно нам бы хотелось подчеркнуть следующее:

1. Из Приложения 2 документа A26/21 явствует, что консультации и контакты с Израилем относительно визита личного представителя состоялись еще в октябре 1972 г. Подобные контакты не проводились со странами, население которых находится под оккупацией (Сирия, Иордания и Египет).
2. Израилю также было предложено предоставить информацию относительно состояния здоровья населения оккупированных территорий. Этот запрос содержался в письме, датированном 1 ноября 1972 г. (Приложение к документу A26/21, стр. 11). Странам, население которых находится под оккупацией, просьба о предоставлении информации была направлена несколькими месяцами позже. Эта просьба содержалась в письме от 22 февраля 1973 г. и даже в этом письме их не поставили в известность относительно намерения послать личного представителя на оккупированные территории.
3. Существует обычай при подобных миссиях, предпринимаемых с целью сбора фактических данных, включать в них наиболее заинтересованные страны. Личный представитель посетил Израиль, однако ему не удалось посетить государства, население которых находится под оккупацией. Эти государства могли бы обсудить с ним свои жалобы в отношении медико-санитарных условий на оккупированных территориях и предоставить в его распоряжение всю необходимую информацию.

4. Личный представитель исключил из своей поездки несколько оккупированных территорий:
- а) оккупированные территории Сирии, ..
 - б) район Дженин на оккупированном западном берегу Иордании,
 - в) личный представитель описывает лечебное обслуживание египетского населения на оккупированной египетской территории Синае, в общей сложности числом в 19 550 человек, и жилища, построенные израильскими оккупантами, однако ничего не говорит о состоянии медико-санитарного обслуживания большинства населения, живущего во внутренней части Синае;
 - д) в оккупированном Иерусалиме он посетил только израильскую больницу и не упомянул о том, посетил ли он какую-либо арабскую больницу.

5. Совершенно ясно, что любая миссия с целью сбора фактических данных, должна быть наделена четким и определенным мандатом. Личный представитель несколько раз давал определение своему мандату в состоящем из четырех страниц заявлении, причем одно определение противоречило другому. В одном месте он говорил: "вопрос, который следует изучить, заключается в том, какое воздействие, положительное или отрицательное, на физическое и психическое здоровье населения оккупированных территорий имеет место по сравнению с состоянием их здоровья до 1967 г. ..." Трудно понять причину, по которой личный представитель мог выдвинуть такое положение. Ясно, что единственным основанием для его миссии была адресованная Генеральному директору просьба подготовить сравнительный доклад "О состоянии физического и психического здоровья населения на оккупированных территориях". Подобные сравнения кажутся тем более удивительными в свете того факта, что он никогда не стремился получить информацию о состоянии здоровья населения до израильской оккупации.

6. Личный представитель признал в начале своего заявления, что "явно не легко за время такого сравнительно короткого визита получить количественные данные о здоровье населения в вышеупомянутых районах, однако представляется возможным составить впечатление о масштабах мероприятий, проводимых с целью здравоохранения и медицинской помощи в соответствии с имеющимся в наличии медицинским персоналом и физическими возможностями". Однако личный представитель дал оценку физическому и психическому здоровью населения в Газе на основании визита в торговый центр.

В результате, миссия, которая предназначалась для выяснения ситуации относительно состояния здоровья населения оккупированных территорий, окончилась заявлением, содержащим личные впечатления, собранные в результате визита в преднамеренно выбранные районы некоторых оккупированных территорий и, в основном, базирующихся на односторонней не научной информации. Трудно понять, как такое заявление могло бы помочь Генеральному директору в выполнении его обязанностей в соответствии с резолюцией WNA25.54, а именно "подготовить полный доклад о состоянии физического и психического здоровья населения оккупированных территорий".

И не только исходя из заботы о населении оккупированных территорий, но также и из заботы о Всемирной организации здравоохранения, перед которой они несут большую ответственность, делегаты арабских стран считают своим долгом не принимать заявления личного представителя в разделе II документа A26/21 в качестве выполнения полномочий в соответствии с резолюцией Всемирной ассамблеи здравоохранения WNA25.54.