



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

تقرير من الأمانة

١- اعتمدت جمعية الصحة العالمية الثالثة والستون في عام ٢٠١٠ القرار ج ص ع ٦٣-٢ وطلبت فيه من المدير العام ضمن ما طلبته تقديم تقرير عن تنفيذ ذلك القرار إلى جمعية الصحة العالمية الرابعة والستين. وطلب القرار ضمن ما طلبه أيضاً من المدير العام أن يقدم تقريراً عن تفصي الحقائق بخصوص الأحوال الصحية والاقتصادية في الأرض الفلسطينية المحتلة بما فيها القدس الشرقية وفي الجولان السوري المحتل. ويرد تقرير تفصي الحقائق في ملحق هذه الوثيقة.

٢- يوجد في الأرض الفلسطينية المحتلة نظام للرعاية الصحية جيد التطوير حتى وإن كان مشتتاً، وهو يقدم الطائفة الكاملة من خدمات الرعاية الأولية والثانوية والمتخصصة، بما في ذلك خدمات إحالة المرضى للحصول على الرعاية المتخصصة في البلدان المجاورة عندما لا تتوفر الخبرة اللازمة محلياً. ومقدمو الخدمات الرئيسيون هم وزارة الصحة الفلسطينية (التي ستدعى فيما بعد وزارة الصحة)، ووكالة الأمم المتحدة لإغاثة وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين في الشرق الأدنى (الأونروا)، والمنظمات الفلسطينية غير الحكومية، والقطاع الخاص.

٣- حدث ارتفاع طفيف في العمر المأمول على مدى السنوات القليلة الماضية، لكن التقدم صوب بلوغ المرامي الإنمائية للألفية المتعلقة بالصحة ركذ. ولم تتحسن كثيراً معدلات وفيات الرضع والأطفال، وخصوصاً في قطاع غزة، حيث ظهرت أدلة على تزايد الفجوة بين معدل وفيات الرضع فيه والمعدل السائد في الضفة الغربية^١. ومعظم وفيات الأطفال والرضع تتمركز في فترة الولادة وتحدث حالات وفاة كثيرة للولدان في غضون الأسابيع الأولى من حياتهم^٢. وبالإمكان خفض وفيات الرضع والأطفال خفضاً كبيراً بتحسين جودة

١ المسح السكاني والصحي الذي أجراه الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني في عام ٢٠٠٤، ورصد أوضاع الأطفال والنساء في عام ٢٠٠٦. وفي عام ٢٠٠٦ كان معدل وفيات الرضع ٢٥,٣٤ وفاة لكل ١٠٠٠ مولود حي (٢٢,٩) وفاة لكل ١٠٠٠ مولود حي في الضفة الغربية، و٢٨,٨ وفاة لكل ١٠٠٠ مولود حي في قطاع غزة، وكان معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة ٢٨,٢٣ وفاة لكل ١٠٠٠ مولود حي (٢٥,٧) وفاة لكل ١٠٠٠ مولود حي في الضفة الغربية، و٣١,٧ وفاة لكل ١٠٠٠ مولود حي في قطاع غزة).

٢ نسبة ٦٦٪ من وفيات الرضع، حسب استقصاءات المستشفيات، حدثت في غضون الأسابيع الأولى من العمر في عامي ٢٠٠٧ و٢٠٠٨. وهذا التحليل قائم على أساس المعلومات المنشورة في عدة أعداد من نشرة منظمة الصحة العالمية عن مؤشرات الترصد في قطاع الصحة (منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٨).

الرعاية التي تقدم في الفترة المحيطة بالولادة. وتفيد بعض البيانات المبدئية الحديثة بأن ٣٠ وفاة للأمهات حدثت في عامي ٢٠٠٨ و ٢٠٠٩ في قطاع غزة،^١ مقابل ٢٣ وفاة في عام ٢٠٠٩ في الضفة الغربية.^٢ وهذا يدل على أن نسبة وفيات الأمومة بلغت ٢٩ وفاة لكل ١٠٠ ٠٠٠ مولود حي في قطاع غزة، و ٣٦,٤ وفاة لكل ١٠٠ ٠٠٠ مولود حي في الضفة الغربية، حتى وإن تفاوتت منهجية الإحصاء في الضفة الغربية عما هي في قطاع غزة، وهذا يعني أن الأرقام ليست قابلة للمقارنة تماماً.^٣ والأسباب المحددة لهذه الوفيات توحى بأن كثيراً منها كان بالإمكان تفاديه برعاية أفضل وأكثر كفاءة في المرحلة السابقة للولادة ومرحلة الولادة والمرحلة اللاحقة مباشرة للولادة.

٤- ويمثل فقر الدم وعوز المغذيات الدقيقة مجالين آخرين مثيرين للقلق. لأن التقديرات تفيد بأن ٥٠٪ من الرضع وصغار الأطفال ممن هم دون الثانية من عمرهم في الضفة الغربية وقطاع غزة يعانون من فقر الدم بسبب عوز الحديد، وهذا يرتبط بدوره بممارسات تغذية الرضع وصغار الأطفال غير الملائمة، وإلى قلة الحصول على المكملات الغذائية الدقيقة أو قلة استعمالها. وتقاس عادة مستويات فقر الدم في الحوامل وتظل تحت الرصد، الأمر الذي كشف عن انتشار فقر الدم بين الحوامل اللاتي يستفدن من خدمات الرعاية قبل الولادة (٤٥٪ من الحوامل في قطاع غزة، و ٢٠,٦٪ من الحوامل في الضفة الغربية). وأخذ عبء الأمراض غير السارية ينمو، وظهرت البيئة على أن أساليب المعيشة غير الصحية تسهم هي أيضاً في انتشار هذه الأمراض. وما زالت الحاجة تقضي بتنفيذ تدخلات سكانية فعالة للوقاية من عوامل الخطر والأمراض السارية ومكافحتها.

٥- وأعطت خدمات الرعاية الصحية أولوية ضعيفة نسبياً للحد من مخاطر الكوارث والتأهب للطوارئ، لأن الأطراف الفاعلة في قطاع الصحة عمدت إلى تطوير قدرة التعامل مع عواقب النزاع المسلح وعلاج إصابات الجماهير، لكن القدرة مازالت ضعيفة في مجال التخطيط وتخفيف وطأة هذه الحوادث وغيرها من الكوارث الطبيعية والمتعمدة. هذا فضلاً عن أن القدرة الاحتياطية غير كافية للتصدي لتدهور الأوضاع الراهنة. وكل هذا يزيد من سهولة إصابة السكان في قطاع غزة والضفة الغربية في حالة تعرضهم لأخطار ومخاطر في المستقبل بالإضافة إلى الكوارث الطبيعية.

٦- وواصلت المنظمة تقديم الدعم إلى وزارة الصحة لدفع عجلة أعمالها على تنفيذ استراتيجية وخطة عمل الصحة الفلسطينية. وتعمل المنظمة أيضاً مع وزارة الصحة على تحضير استراتيجية لنظام المعلومات الصحية قائمة على التقييم من أجل وضع نظام شامل ومتحاور وموثوق لمعلومات الصحة.

٧- ولسد الفجوات الراهنة في نظام الصحة العمومية، وتوخياً لتعزيز رسم السياسات وصنع القرارات، تستطلع الآن المنظمة، بدعم من وزارة الصحة ومن حكومة النرويج، إمكانية إنشاء معهد للصحة العمومية بهدف تعزيز وظائف الصحة العمومية الأساسية مثل تقييم الأحوال الصحية وتحليلها، ورصد الصحة العمومية، وضمان الجودة، وإجراء بحوث الصحة العمومية. على أن يكون هذا المعهد هيئة مستقلة تقدم المعلومات الصحية الموثوقة والمشورة إلى وزارة الصحة وغيرها من متخذي القرارات وعموم الجمهور.

١ وزارة الصحة، وصندوق الأمم المتحدة للسكان، ٢٠١١، النتائج المبدئية (لم تُنشر بعد).

٢ وزارة الصحة، ٢٠١٠. تقرير عن وفيات الأمومة في الأراضي الفلسطينية (الضفة الغربية) في عام ٢٠٠٩.

٣ هذه النسبة إرشادية فقط لأن نسبة وفيات الأمومة تُحسب على أساس عدد الوفيات المشاهدة (المسجلة)، والتي يَرجح أن يكون تسجيلها غير كامل.

٨- وواصلت المنظمة أعمالها على ضمان جودة الرعاية في المستشفيات، وانتقلت إلى تنفيذ المرحلة الثانية من برنامج يعتمد على ستة مستشفيات متخصصة في القدس الشرقية، بهدف مساعدة هذه المستشفيات على الحصول على الإجازة الدولية. وسيُعقد مؤتمر علمي في عام ٢٠١١ لتعزيز أعمال هذه المستشفيات الستة التي تخدم مراكز الإحالة إلى الرعاية المتخصصة لسكان الضفة الغربية وقطاع غزة.

٩- ودأبت المنظمة على بذل جهودها لتسهيل إتاحة خدمات هذه المستشفيات المتخصصة الستة في القدس الشرقية للمرضى الوافدين من الضفة الغربية وقطاع غزة، مع التركيز بصفة خاصة على المصابين بالاعتلالات المزمنة وعلى الموظفين الصحيين المقيمين في الضفة الغربية. وفي تموز/ يوليو ٢٠١٠ أُلقت المنظمة الضوء على مسائل إتاحة الخدمات في تقرير لها مشترك مع مكتب الأمم المتحدة لتنسيق الشؤون الإنسانية^١. ومن بين التوصيات الواردة في ذلك التقرير أن تضمن إسرائيل حصول جميع الفلسطينيين من سكان الضفة الغربية وقطاع غزة على خدمات المستشفيات الستة الموجودة في القدس الشرقية، وفتح خدمات الرعاية الصحية على مدار الساعة، وتقديم الخدمات الطبية الطارئة للمقيمين في ذلك الإقليم.

١٠- وكان تحسين جودة العمليات والمعدات والإجراءات والخدمات وسلامة المرضى من بين المواضيع التي أثارها وزارة الصحة في مؤتمرها السنوي الذي عقدته في أيار/ مايو ٢٠١٠. وتم تعيين مركز اتصال لشؤون الجودة في كل من المستشفيات المحلية وفي إدارة الرعاية الصحية الأولية. ويجري الآن تقييم تجريبي لنوعية الخدمات التي تقدمها عيادات الرعاية الصحية الأولية في محافظة رام الله. وتدعم المنظمة هذا البرنامج، وقد أدرجت الأرض الفلسطينية المحتلة في مبادرة سلامة المرضى في المستشفيات. وتعمل وزارة الصحة على إعداد معايير للرعاية لإجازة مرافق الرعاية الصحية.

١١- وقدمت المنظمة المساعدات التقنية بثلاث طرق: بالإسهام في إعداد سياسات واستراتيجية للوقاية من الأمراض غير السارية وعلاجها في الأرض الفلسطينية المحتلة؛ وبالإسهام في تحضير الخطط التشغيلية؛ وبدعم عدد من العناصر الرئيسية في الخطة. وانتهى أول استقصاء في الضفة الغربية للحصول على بيانات عن عوامل الخطر المتعلقة بالأمراض غير السارية (مثل التدخين، وفرط ارتفاع ضغط الدم، والبدانة، وقلّة النشاط البدني) وما زال هذا الاستقصاء جارياً الآن في قطاع غزة. وتم إجراء أول استقصاء عن صحة طلاب المدارس ممن تتراوح أعمارهم بين ١٣ سنة و١٥ سنة. وستسفر النتائج عن معلومات عن عوامل الخطر بما فيها السلوكيات الغذائية غير الصحية، والتدخين، وتعاطي المخدرات، وستستخدم هذه النتائج لإعداد التدخلات والبرامج اللازمة لحل هذه المسائل. وقد التزمت أيضاً وزارة الصحة ببدء العمل بباقة التدخلات الأساسية التي أعدتها المنظمة لإدماج الوقاية والعلاج من الأمراض غير السارية في خدمات الرعاية الصحية الأولية. وستقدم المنظمة التدريب على هذا النهج المتكامل، وستستخدم النتائج في تقييم مرافق الرعاية الصحية.

١٢- وتشارك المنظمة في رئاسة الفريق العامل المعني بمكافحة التبغ والذي يدعم تنفيذ أنشطة مكافحة التبغ ويشرف عليها. وقد كلف هذا الفريق العامل بتسهيل إنشاء وتشغيل لجنة مشتركة بين القطاعات لتعد اقتراحات بشأن حظر التدخين في الأماكن العامة، والتحضير لمراجعة القوانين الراهنة المناهضة للتدخين بحيث تتواءم مع اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ.

^١ "The impact of the Barrier on Health" available at

http://issuu.com/who-opt/docs/who-ocha_impact_of_barrier_on_health_gb (آخر اطلاع ٢٧ نيسان/ إبريل ٢٠١١).

١٣- وتواصل الأمانة الاضطلاع بالمسؤوليات المنوطة بها بموجب القرار ج ص ع ٦٣-١٢ في إطار القيام بدورها كمستشار تقني وكرئيس مشارك في فريقين موضوعيين تابعين للأمم المتحدة، أحدهما يهتم بفيروس العوز المناعي البشري ومرض الأيدز، والآخر يهتم بمرض السل. وفيما يتعلق بالسل أيدت المنظمة وضع استراتيجية فلسطينية، ومبادئ توجيهية للعلاج، ونماذج تدريبية. أما بالنسبة إلى فيروس العوز المناعي البشري ومرض الأيدز فقد أجرت المنظمة استقصاءً سلوكياً بين من يتعاطون المخدرات بالحقن في القدس الشرقية - وهذا أول استقصاء من نوعه - من أجل فهم أنماط هذه الوبائيات في هذا المحيط الذي يقل فيه انتشار تعاطي المخدرات. وتم إنشاء عيادة خاصة للمصابين بفيروس العوز المناعي البشري ومرض الأيدز في محافظة رام الله، وهذه العيادة أصبحت جزءاً لا يتجزأ من خدمات الرعاية الصحية الأولية. وقد تلقى اثنان من أطباء هذه العيادة تدريبهم على يد طبيب من خبراء المنظمة.^٢

١٤- وفي إطار مشروع "المدن الصحية" استهلّت المنظمة برنامج المدارس الصحية والصديقة للبيئة في مدينتي رام الله ونابلس. ويجري تنفيذ هذا المشروع بالشراكة مع البلديتين المعنيتين ووزارة الصحة ووزارة التعليم وبمشاركة واسعة من منظمات القطاع العام والمنظمات المجتمعية، بالإضافة إلى الرعاية التي يقدمها القطاع الخاص. وفي هذه السنة شاركت في هذه المبادرة ١٤ مدرسة في رام الله وخمس مدارس في نابلس.

١٥- وتعكف المنظمة بالتعاون مع وزارة الصحة وشركاء دائرة الصحة على وضع اللمسات الأخيرة في تصنيف المعلومات عن المرافق المختصة بالرعاية الصحية في الأرض الفلسطينية المحتلة. وأصبحت قاعدة بيانات مرافق الرعاية الصحية تشمل معلومات عن التوزيع الجغرافي لهذه المرافق حسب البلدية والبلدة وفئات الخدمات ومدى توافر الموارد البشرية وموظفي الرعاية الصحية المتخصصة والمعدات اللازمة لهذه الرعاية، وملخصاً عن أنشطة الرعاية الصحية في كل مرافق.

١٦- ويسرت المنظمة بالتعاون مع وزارة الصحة عقد ١٢ حلقة عملية محلية لتحديد الأولويات والاحتياجات الصحية في كل منطقة سكنية في الضفة الغربية. وتُستعمل هذه المعلومات لإصدار "الأوصاف الصحية للبلديات" التي تحدد مرافق الرعاية الصحية المتاحة وتحلل مؤشرات الصحة المحددة، وتحدد احتياجات الصحة، وتقتترح سبل تحسين الأحوال الصحية.

١٧- ودعمت المنظمة إنشاء خدمات للصحة النفسية المجتمعية في الضفة الغربية وقطاع غزة. وعلى مدى السنوات الثلاث الماضية أنشأت وزارة الصحة وحدات للصحة النفسية في الضفة الغربية وقطاع غزة، وهي بمثابة الوحدات الرائدة في إطار الإصلاحات الجارية في مجال الصحة النفسية. وتم إعداد خطة استراتيجية جديدة للصحة النفسية للفترة ٢٠١٠-٢٠١٣. وتشمل الأنشطة الأخرى إعداد برامج لتعليم الصحة النفسية بعد التخرج من الجامعات المحلية، وبناء قدرات الموظفين، وإنشاء منظمة غير حكومية تجمع بين الرباطات الأسرية ومؤسسات التعليم العام من أجل إذكاء الوعي بين عموم الجمهور ومكافحة الوصم الذي يعاني منه من لديهم مشاكل صحية نفسية. ومن المعترّم أن يكتمل هذا المشروع في موعد أقصاه نهاية أيار/ مايو ٢٠١١.

١٨- ودأبت المنظمة على دعم برنامج التغذية التابع لوزارة الصحة، بما في ذلك تدريب موظفي تلك الوزارة وتقديم المعدات الضرورية. وقد ركزت في هذا الدعم على تعزيز نظام ترصد التغذية في الأرض

١ طلب القرار ج ص ع ٦٣-٢ من المدير العام، في جملة أمور، أن يواصل تقديم المساعدة التقنية الضرورية لإشباع الاحتياجات الصحية للشعب الفلسطيني، ولاسيما احتياجات المعوقين والمصابين.

٢ طلب القرار ج ص ع ٦٣-٢ من المدير العام، في جملة أمور، أن يواصل تقديم الدعم من أجل تطوير النظام الصحي في الأرض الفلسطينية المحتلة، بما في ذلك تنمية الموارد البشرية.

الفلسطينية المحتلة، وهو برنامج يرصد مستويات تغذية الرضع والحوامل وأطفال المدارس. هذا فضلاً عن أن المنظمة تدعم وزارة الصحة لتمكين من تنفيذ استراتيجيات لممارسات تغذية الرضع وصغار الأطفال.

١٩- ومنذ كانون الثاني/يناير ٢٠٠٩ دأبت المنظمة على قيادة دائرة الصحة والتغذية في الأرض الفلسطينية المحتلة، وهي الدائرة التي تشكل منبراً مشتركاً للتنسيق بين ٥٥ شريكاً من منظمات الأمم المتحدة والمنظمات غير الحكومية والقطاعين العام والخاص. وتقدم هذه الدائرة خدمات الصحة للطوارئ الإنسانية في الضفة الغربية وقطاع غزة. وتمثل المنظمة أيضاً قطاع الصحة في الفرقة القطرية للمساعدات الإنسانية، وفي فريق التنسيق بين الدوائر، وكذلك في اجتماعات تعقدتها كل أسبوعين لإدارة المساعدات الإنسانية التابعة للاتحاد الأوروبي. وفي الفترة من حزيران/يونيو إلى تشرين الأول/أكتوبر ٢٠١٠ أعدت دائرة الصحة والتغذية خطتها الرامية إلى تحسين إتاحة الخدمات الصحية الأساسية. وقد شكلت هذه الخطة أساساً للفرع الخاص بالصحة من خطة المساعدات الإنسانية المشتركة، وهيأت إطاراً لوضع واختيار المشاريع الفردية التي يقدمها شركاء دائرة الصحة والتغذية من أجل تنفيذ عناصر النداء الموحد لعام ٢٠١١.

٢٠- ولتحسين إجراءات التصدي للصعوبات الناجمة عن تغيير الإطار الإنساني في الأرض الفلسطينية المحتلة، أجرت دائرة الصحة والتغذية تقييماً تشاركياً لأدائها وحددت أهدافها لعام ٢٠١١. وقادت المنظمة عملية تحديد معايير قطاع الصحة في حالات الطوارئ، وساعدت على توحيد الخدمات السريرية المتنقلة وتصنيف المعلومات عن العيادات المتنقلة وإدراج هذه المعلومات في قاعدة البيانات. وأعدت أيضاً نظاماً لرصد خدمات المساعدة في حالات الطوارئ لصالح السكان الفلسطينيين في القدس الشرقية، وساعدت على التخفيف من القيود المفروضة على دخولهم مستشفيات القدس الشرقية.

٢١- وقدمت المنظمة الدعم اللازم لسد الفجوات التي تخللت توريد الأدوية، وواصلت تقديم المساعدة على مناولة الحجم الكبير من الإمدادات الطبية المهددة لقطاع غزة. وانطوى هذا العمل على استئجار مستودعات إضافية والمساعدة على فرز وتسجيل وتخزين وتوريد الإمدادات الطبية، بالإضافة إلى التخلص من الأدوية التي انتهت صلاحيتها أو لم تعد قابلة للاستعمال. وقدمت المنظمة أيضاً المعدات الطبية وقطع الغيار والمساعدة التقنية اللازمة لصيانة وتصليح وتحسين المعدات الراهنة، وهي جميعاً احتياجات عاجلة.

٢٢- وأعدت المنظمة ونفذت مشروعاً في وحدات الأمومة في المستشفيات العامة في قطاع غزة، وذلك لتحسين نوعية وسلامة الرعاية التي تقدم للمريضات عند الولادة. ويستهدف هذا المشروع وحدات الأمومة والولادة في سبعة مستشفيات تخدم حوالي ٩٠٪ من حالات الولادة في قطاع غزة. وبدأ العمل بالتغييرات الحرجة في الخدمات الروتينية لرعاية حالات الولادة وللاعتناء بالبيئة. وعلى مدى الإثني عشر شهراً التالية تهدف المنظمة إلى النهوض بمناهج رعاية الولادة وتنقيف الحوامل بما سيخفض المخاطر التي تحيط بالطريقة الراهنة للمساعدة على الولادة بالإفراط في المداواة، ويزيد الانتباه الطبي لحالات الحمل الشديدة الخطورة، ويحول دون إخراج الأمهات والأطفال بعد الولادة من المستشفيات قبل الأوان.

٢٣- وواصلت المنظمة رصد عمليات إحالة المرضى من قطاع غزة، وواظبت على تقديم تقارير شهرية عنها. ذلك لأن حوالي ١٢ ٠٠٠ مريض قد أحيلوا للعلاج المتخصص في مرافق رعاية صحية في الضفة الغربية والقدس الشرقية ومصر وإسرائيل والأردن. وكانت هذه الإحالات ضرورية لأن قطاع غزة لا يتمتع بقدرة علاج هؤلاء المرضى. ومن بين ١٧٥ ١١ طلباً لاستصدار إذن السلطات الإسرائيلية باستخدام معبر إيريز، حظي خمس هذا العدد بالرفض أو التأخير.

٢٤- وكان القرار ج ص ع ٦٣-٢ قد طلب من المدير العام ضمن جملة أمور أن ينشئ بالتعاون مع اللجنة الدولية للصليب الأحمر لجنة دولية من الأفرقة الطبية المتخصصة لكي تتولى تشخيص الحالات الصحية الخطيرة لدى المساجين والمعتقلين الفلسطينيين في السجون الإسرائيلية وتزويدهم بكل علاج ضروري وعاجل طبقاً للاتفاقيات والاتفاقات الدولية ذات الصلة. وقد علمت الأمانة فيما بعد من اللجنة الدولية للصليب الأحمر أن تلك اللجنة لم تتمكن "من تنفيذ ذلك القرار. وأن المحافظة على ثقة جميع الأطراف تقتضي أن تظل اللجنة الدولية للصليب الأحمر في نظر جميع الأطراف هيئة محايدة ومستقلة ومعترف باستقلالية قراراتها وخلوها من تدخل الحكومات. وبالتالي فإن اللجنة الدولية للصليب الأحمر لا تستطيع أن تتخذ إجراءاتها بناءً على أي قرار صادر من منظمة دولية، بما في ذلك قرارات منظمة الصحة العالمية".

الإجراء المطلوب من جمعية الصحة

٢٥- جمعية الصحة مدعوة إلى أن تحيط علماً بهذا التقرير.

الملحق

تقرير تفصي الحقائق عن الأوضاع الصحية والاقتصادية في الأرض الفلسطينية المحتلة، بما فيها القدس الشرقية، وفي الجولان السوري المحتل

١- أعد هذا التقرير تلبية للقرار ج ص ع ٦٣-٢. وقد أجرت الأمانة استعراضاً للتقارير المتاحة من المصادر الموثوقة والمصادر التي تحدثت عن الأوضاع في الأرض الفلسطينية المحتلة. وطلبت المنظمة فضلاً عن ذلك معلومات عن هذا الموضوع من حكومة إسرائيل ومن حكومة الجمهورية العربية السورية ومن السلطة الفلسطينية.

محددات الصحة في الأرض الفلسطينية المحتلة

٢- مازال احتلال الأرض الفلسطينية بما فيها القدس الشرقية يسبب مشقة اقتصادية واجتماعية للفلسطينيين. ذلك لأن القيود المفروضة على حركة الناس والبضائع والخدمات على مدى العقد الماضي أضعفت بشدة الاقتصاد الفلسطيني. وأفادت التقديرات بأن متوسط الناتج الفردي كان ٣٠٪ أقل في نهاية عام ٢٠١٠ عما كان عليه في عام ١٩٢٠٠٠؛ وكان ناتج الفرد في قطاع غزة في عام ٢٠١٠ حوالي نصف الناتج في الضفة الغربية. وتدهورت مستويات العمالة وأثرت بصفة خاصة على الشباب وعلى من يعيشون في قطاع غزة. لكن النمو الاقتصادي ارتفع في عام ٢٠٠٩ بنسبة تقديرية ٦,٨ في المائة. وكان نمو الناتج المحلي الإجمالي بالقيمة الحقيقية في الضفة الغربية ٨,٥ في المائة، أي أعلى مما هو في قطاع غزة حيث بلغ ١ في المائة. وفي النصف الأول من عام ٢٠١٠ كان معدل نمو الناتج المحلي الإجمالي في الضفة الغربية يقدر بنحو ٨ في المائة. وهذا هو العام الثالث على التوالي الذي ينمو فيه الناتج المحلي الإجمالي، مما قد يدل على انتعاش الاقتصاد في الضفة الغربية. ٢ لكن النمو الاقتصادي الذي حدث مؤخراً قد لا يستمر لأنه يعزى في معظمه إلى الإنفاق الحكومي الممول من جهات مانحة، وإلى زيادة في توظيف الفلسطينيين في إسرائيل وفي المستوطنات الموجودة في إسرائيل. ٣

٣- وانخفض عموماً مستوى البطالة في الضفة الغربية من ١٥,٩ في المائة في الربع الثاني من عام ٢٠٠٩ إلى ١٥,٢ في المائة في الربع الثاني من عام ٢٠١٠. وكانت الأرقام المقابلة لنفس الفترتين في قطاع غزة قد ارتفعت من ٣٦٪ إلى ٣٩٪. ٣

٤- وانخفضت معدلات الفقر حتى وإن ظلت عالية. ففي عام ٢٠٠٩ كان ٢١,٩٪ من السكان يعيشون تحت مستوى الفقر، مقابل ٣١,٢٪ في عام ٢٠٠٧. أما معدل الفقر في قطاع غزة (٣٣,٢٪) فهو ضعف ما حدث في الضفة الغربية (١٥,٥٪). وقد أصاب الفقر المدقع ٧,٥٪ من السكان في الضفة الغربية و ٢٠٪ من السكان في قطاع غزة. ٤

١ UNCTAD 2010. Report on UNCTAD assistance to the Palestinian people. TD/B/57/4. Geneva. 13 July 2010.

٢ <http://siteresources.worldbank.org/INTWESTBANKGAZA/News%20and%20Events/22687078/June2010newsletterfinal.pdf>.

٣ <http://siteresources.worldbank.org/INTWESTBANKGAZA/Resources/WorldBankSep2010AHLReport.pdf>.

٤ http://www.pcbs.gov.ps/Portals/_pcbs/PressRelease/poor2009_E.pdf.

٥- وأفادت التقارير بأن الاستثمار الخاص قد ارتفع في بعض القطاعات، لكن هذا الارتفاع لم يكن كافياً ليحل محل التمويل المقدم من المانحين والذي يمثل العامل الرئيسي في النمو. وكان هناك في نفس الوقت ازدياد مستمر في عدد الشركات منذ عام ٢٠٠٦. ومعظم هذه الشركات يعمل في قطاعي التجارة والخدمات، في حين ظل قطاع الصناعة وقطاع الزراعة وقطاع السياحة في تخلف.^١

٦- وما زال الحصار الذي فرضته إسرائيل على قطاع غزة منذ حزيران/يونيو ٢٠٠٧ قائماً. وقد أعلنت إسرائيل في حزيران/يونيو ٢٠١٠ أنها خففت الحصار، الأمر الذي أسفر عن مزيد من الواردات. لكن القيود المفروضة على حركة السكان وعلى استيراد مواد البناء الأساسية وعلى تصدير السلع مازالت مستمرة. وإن كان التخفيف من حدة هذا الحصار قد ساعد أنشطة القطاع الخاص فإن آثاره الاقتصادية لم تظهر بعد. وفي ظل القيود المستمرة على الصادرات ستظل قدرة قطاع غزة على تنمية أنشطته الاقتصادية ورفع المستوى المنخفض جداً من العمالة مقيدة.^١

٧- وأدى فصل القدس الشرقية عن بقية الأرض الفلسطينية المحتلة إلى مناوئة الاقتصاد، ولو من حيث فرص العمالة للسكان الوافدين من الضفة الغربية. وقد لاحظ المركز الدولي للسلم والتعاون في أحد تقاريره أن جدار العزل أسفر عن آثار مناوئة للاقتصاد على المقيمين في القدس الشرقية، ومن هذه الآثار مثلاً انخفاض دخل الأسرة أو الاضطرار إلى تغيير مكان العمل.^٢

٨- وأسفر منع دخول الفلسطينيين إلى أراضي المنطقة "C" عن وقع ملحوظ على الأنشطة الاقتصادية والتنمية الاقتصادية في الأرض الفلسطينية المحتلة. وبصرف النظر عن الحد من الدخول جسمانياً، تشمل القيود الأخرى استعمال الأراضي والزراعة والصناعة والإسكان والسياحة. وتطبق هذه التدابير على أكثر من ٥٠٪ من أراضي الضفة الغربية.^١

٩- كما أن قلة الحصول على المياه أعاقت القطاع الاقتصادي وخصوصاً إمكانات الزراعة. وتفيد التقديرات بأن الطبقات المائية الموجودة تحت الضفة الغربية وإسرائيل تستنزفها إسرائيل بإفراط. الأمر الذي أدى إلى قلة توافر المياه وإلى اعتماد الفلسطينيين على آبار المياه الضحلة. ومن بين المساكن الموجودة في الإقليم تحصل مساكن الفلسطينيين على أقل مياه صالحة للشرب.^١

١٠- وفي قطاع غزة لا تقي نسبة تتراوح بين ٩٠٪ و ٩٥٪ من إمدادات المياه بمعايير المياه الصالحة للشرب. وتعد مستويات الكلوريدات والنترات في هذه المياه أعلى ست مرات عما نصت عليه المبادئ التوجيهية الصادرة عن منظمة الصحة العالمية. ولما كانت القشرة المائية ضحلة ويوجد احتمال الرشح من أنابيب الصرف الصحي فإن هناك خطورة على الصحة العمومية من جراء الأمراض التي تحملها المياه، مثل التيفود أو التهاب الكبد.^٣

١١- ويعاني ما يصل إلى ثلثي سكان قطاع غزة وربع سكان الضفة الغربية من انعدام الأمن الغذائي.^٤ وتصرف الأسر المعيشية في قطاع غزة في المتوسط ٧٢٪ من دخلها على الأغذية، مقابل ٥٤٪ في الضفة الغربية.^٥ وأكثر من مليون فلسطيني مازالوا يحتاجون إلى المساعدات الغذائية.^٦

١ <http://siteresources.worldbank.org/INTWESTBANKGAZA/Resources/WorldBankSep2010AHLReport.pdf>.

٢ The International Peace and Cooperation Center: Jerusalem Wall: A Decade of Division and Urban Incarceration – A Survey on the Impact of the Separation Wall on Jerusalem. Jerusalem, 2009.

٣ http://www.ewash.org/files/library/FINAL_WASH_REPORT.pdf.

٤ <http://siteresources.worldbank.org/INTWESTBANKGAZA/Resources/WorldBankReportAHLCApril2010Final.pdf>.

٥ <http://documents.wfp.org/stellent/groups/public/documents/ena/wfp229899.pdf>.

٦ http://www.ochaopt.org/documents/ocha_opt_the_humanitarian_monitor_2010_10_19_english.pdf.

١٢- وما زالت إمدادات الكهرباء في قطاع غزة غير كافية وتؤثر على تقديم الخدمات كما تؤثر على المعيشة اليومية للسكان. وقد أثر قطع الكهرباء على عدة أمور، ومنها توصيل المياه إلى الأسر المعيشية: فقد ذكرت التقارير أن أسرة واحدة من كل خمس أسر هي التي تحصل على المياه الجارية مرة كل خمسة أيام؛ وأن أسرة واحدة من كل أسرتين هي التي تحصل على المياه مرة كل أربعة أيام؛ وأن أسرة واحدة من كل ثلاث أسر هي التي تحصل على المياه مرة كل يومين. وما زال مقدمو خدمات الكهرباء يوصلون الكهرباء بالمولدات الاحتياطية.^١

الحصول على الرعاية الصحية

١٣- تشكل وزارة الصحة، ووكالة الأونروا، والمنظمات غير الحكومية والمنظمات الخاصة والتجارية أكبر أربعة مقدمين للخدمات الصحية. فوزارة الصحة تشغل ٥٩ مركزاً للرعاية الصحية الأولية في قطاع غزة و ٣٨١ مركزاً من هذا القبيل في الضفة الغربية. وتشغل الأونروا ١٨ مركزاً للرعاية الصحية الأولية في ثمانية مخيمات لاجئين في قطاع غزة و ٤١ مركزاً في الضفة الغربية. أما المنظمات غير الحكومية فتشغل ١٩٤ مركزاً للرعاية الصحية الأولية و عيادات عامة (٥٧ مركزاً و عيادة في قطاع غزة، و ١٣٧ مركزاً و عيادة في الضفة الغربية).^٢

١٤- يوجد ٧٥ مستشفى في الأرض الفلسطينية المحتلة (٥٠ مستشفى في الضفة الغربية و ٢٥ مستشفى في قطاع غزة)، ويبلغ مجموع الأسر في المستشفيات الحكومية والمستشفيات غير الحكومية ٥٠٥٨ سريراً. وحوالي ثلاثة أرباعها أسرة للعلاج العام، و ١٦٪ من الأسر للعلاج المتخصص، و ٣,٨٪ من الأسر للتأهيل، و ٧,٥٪ من الأسر للولادة. وتبلغ عموماً نسبة الأسر إلى السكان ١٢,٩ سريراً لكل ١٠.٠٠٠ ساكن (١٢,٧ سريراً لكل ١٠.٠٠٠ ساكن في الضفة الغربية و ١٣,٥ سريراً لكل ١٠.٠٠٠ ساكن في قطاع غزة).^٢

١٥- واصلت وزارة الصحة بفضل الدعم المقدم من المانحين توسيع نطاق وطائفة خدمات الصحة العمومية في الضفة الغربية. واستفاد قطاع المستشفيات على وجه الخصوص من استثمارات كبيرة في البنى التحتية والمعدات، وتم تجديد عدة مستشفيات وأُنحت فيها خدمات جديدة. وقد حاولت وزارة الصحة أيضاً تعزيز قدرتها المؤسسية والإشرافية، وذلك بأن بذلت جهوداً إضافية لتحسين إجراءات التخطيط. لكن نظام الرعاية الصحية الفلسطيني مازال يواجه تحديات كثيرة. وتشمل هذه التحديات القيود التي فرضت على إتاحة الخدمات الصحية والتمتع بها. وقد أصبحت حركة تنقل الناس في الضفة الغربية أسهل قليلاً على مدى السنة الماضية بعد إزالة بعض نقاط التفتيش، لكن هناك نقاط تفتيش كثيرة وحواجر مازالت قائمة. وتوجد صعوبات خاصة في دخول القدس الشرقية التي توجد فيها الخدمات الرئيسية المتخصصة. وأثرت القيود الإدارية هي أيضاً على تقديم الرعاية الصحية في المناطق الريفية المصنفة ضمن "المنطقة C" بموجب اتفاقات أوسلو.

١٦- وما زال تقديم الخدمات الصحية الوافية لسكان قطاع غزة يتأثر بشدة من الحصار الإسرائيلي والانقسام السياسي الداخلي بين الفلسطينيين في الضفة الغربية والفلسطينيين في قطاع غزة. وإن كانت المستشفيات و عيادات الرعاية الصحية الأولية في قطاع غزة مستمرة في العمل فإنها تواجه تحديات عديدة. منها مثلاً ازدياد العجز في الأدوية الأساسية والمواد الاستهلاكية، فقد نفذ ٣٨٪ من الأدوية الأساسية من المخازن المركزية في بداية كانون الثاني/يناير ٢٠١١. وكان لنتكاز انقطاع الكهرباء وعدم ثبات إمدادات الطاقة أثر

١ http://www.ochaopt.org/documents/ocha_opt_the_humanitarian_monitor_2010_10_19_english.pdf.

٢ انظر وزارة الصحة الفلسطينية، التقرير السنوي عن الصحة. مركز الإعلام الصحي الفلسطيني، ٢٠١٠.

سبب على الرعاية الطبية: فقد تضررت معدات طبية حساسة، وتعطلت خدمات داعمة، وانقطع العلاج مراراً أو اضطر الأطباء إلى تأجيله. وتدهورت أيضاً وظائف المعدات الطبية بسبب عدم كفاية قدرة الصيانة وغياب قطع الغيار (لكن برنامجاً مدعوماً من حكومة إيطاليا ومنظمة الصحة العالمية يحاول استبدال هذا الوضع). وأصبح عاملون صحيون مؤهلون كثيرون معطلين عن العمل بسبب الانقسام. ومن الصعب كذلك المحافظة على المعارف المهنية والمهارات السريرية وتحسينها لدى موظفي الصحة، وذلك بسبب القيود الإسرائيلية المفروضة على حركة تنقل الناس إلى داخل قطاع غزة ومنه إلى الخارج، الأمر الذي يحول دون الحصول على التعليم والتدريب الأحدث. وأدى جدار عزل قطاع غزة إلى تفويض وظائف نظام الرعاية الصحية وإلى عرقلة توريد الإمدادات الطبية وتدريب موظفي الصحة، وحال دون حصول المرضى الذين يعانون من اعتلالات خطيرة على العلاج المتخصص في حينه خارج قطاع غزة.

١٧- وأحيل ٨١٦١ مريضاً إلى العلاج خارج الأرض الفلسطينية المحتلة في عام ٢٠٠٩، وكان منهم ٣٣٩٩ مريضاً من الضفة الغربية، و٤٧٦٢ مريضاً من قطاع غزة.

الأحوال الصحية

١٨- كان متوسط العمر المأمول للذكور ٧٠,٥ سنة، وللإناث ٧٣,٢ سنة. ونما عدد سكان الأرض الفلسطينية المحتلة بمعدل ٢,٩٪ (٢,٦٪ في الضفة الغربية، و٣,٣٪ في قطاع غزة). وانخفض المعدل الخام للمواليد على مدى العقد الماضي من ٤٢,٧ في عام ١٩٩٧ إلى ٢٩,٦ في عام ٢٠٠٨.

١٩- وكان المعدل الإجمالي للخصوبة في الأرض الفلسطينية المحتلة ٤,٦ في عام ٢٠٠٩ (٤,١ في الضفة الغربية، و٥,٣ في قطاع غزة)، وهو معدل يُعد عالياً نسبياً في الإقليم. وفي حالة الحوامل تحصل أربع نساء من كل عشر نساء على الرعاية السابقة للولادة، وتضع جميع الحوامل تقريباً أحماهن في مؤسسات صحية. وحدثت ٣٠ وفاة أمومة في عام ٢٠٠٨ و ٢٠٠٩ في قطاع غزة^٢ و ٢٣ وفاة أمومة في عام ٢٠٠٩ في الضفة الغربية،^٣ الأمر الذي يدل على أن نسبة وفيات الأمومة ٢٩ وفاة أمومة لكل ١٠٠٠ مولود حي في قطاع غزة، و ٣٦,٤ وفاة أمومة لكل ١٠٠٠ مولود حي في الضفة الغربية.^٤ وتعاني حوامل كثيرات من فقر الدم (٤٥٪ من الحوامل في قطاع غزة، و ٢٠,٦٪ من الحوامل في الضفة الغربية).^٥ وتم تمنيع حوالي ثلث الحوامل الجديدة ضد الكزاز في الضفة الغربية.^٦

٢٠- والأسباب الرئيسية للوفاة في الأرض الفلسطينية المحتلة هي في الغالب بسبب الأمراض غير السارية، لأن الأسباب الأربعة الرئيسية هي أمراض القلب، وأمراض الأوعية الدماغية، والسرطان (على الترتيب سرطان القصبه الهوائية وسرطان المستقيم وسرطان الشرج) والتهابات الجهاز التنفسي.^٦

١ وزارة الصحة الفلسطينية، التقرير السنوي عن الصحة في فلسطين. مركز الإعلام الصحي الفلسطيني، نيسان/أبريل ٢٠١٠.

٢ وزارة الصحة وصندوق الأمم المتحدة للسكان، ٢٠١١، النتائج الأولية (لم تنشر بعد).

٣ وزارة الصحة، ٢٠١٠. تقرير عن وفيات الأمومة في الأراضي الفلسطينية (الضفة الغربية) في عام ٢٠٠٩.

٤ هذه النسبة إرشادية فقط لأن نسبة وفيات الأمومة تحسب على أساس عدد الوفيات المبلّغ عنه، ويبدو أن التقارير عن هذا العدد لم تكتمل بعد.

٥ وزارة الصحة الفلسطينية، تقرير جهاز استقصاء التغذية، وزارة الصحة، ٢٠٠٩.

٦ وزارة الصحة الفلسطينية، التقرير السنوي عن الصحة الفلسطينية. مركز الإعلام الصحي الفلسطيني، ٢٠١٠.

٢١- تحسن شيء ما معدل وفيات الرضع في السنوات الماضية (٢٥,٣٤ وفاة رضيع لكل ١٠٠٠ مولود حي، منها ٢٢,٩ وفاة رضيع لكل ١٠٠٠ مولود حي في الضفة الغربية، و٢٨,٨ وفاة رضيع لكل ١٠٠٠ مولود حي في قطاع غزة).^١ وكانت أهم أسباب وفيات الرضع الالتهاب الرئوي والاعتلالات التنفسية الأخرى (٣٤,٥٪)، والتشوه الخلقي (١٦,٣٪) ثم الابتسار وقلة الوزن عند الولادة (١٣,٤٪).^٢

= = =

١ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، استقصاء السكان والصحة (٢٠٠٤) ورصد أحوال الأطفال والنساء (٢٠٠٦). وفي عام ٢٠٠٦ كان معدل وفيات الرضع ٢٥,٣٤ وفاة لكل ١٠٠٠ مولود حي (٢٢,٩ وفاة لكل ١٠٠٠ مولود حي في الضفة الغربية، و٢٨,٨ وفاة لكل ١٠٠٠ مولود حي في قطاع غزة). وكان معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة ٢٨,٢٣ وفاة لكل ١٠٠٠ مولود حي (٢٥,٧ وفاة لكل ١٠٠٠ مولود حي في الضفة الغربية، و٣١,٧ وفاة لكل ١٠٠٠ مولود حي في قطاع غزة).

٢ وزارة الصحة الفلسطينية، التقرير السنوي عن الصحة الفلسطينية. مركز الإعلام الصحي الفلسطيني، ٢٠١٠.