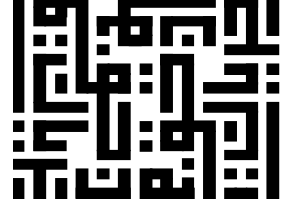


الهيئة المستقلة لحقوق الإنسان  
"ديوان المظالم"

Independent Commission for  
Human Rights



## واقع الحق في الصحة في أراضي السلطة الوطنية الفلسطينية

سلسلة تقارير خاصة رقم (63)

# واقع الحق في الصحة في أراضي السلطة الوطنية الفلسطينية

إعداد  
معن ادعيس  
احمد نهاد الغول  
عائشة احمد  
وليد الشيخ

سلسلة تقارير خاصة رقم (63)

جميع الحقوق محفوظة للهيئة المستقلة لحقوق الإنسان "ديوان المظالم"، ولا تمناع الهيئة من اقتباس أي فقرات من هذا التقرير شرط الإشارة إلى المصدر.

رام الله - أيار 2008

### عناوين مكاتب الهيئة

<b>غزة</b> الرمال - مقابل المجلس التشريعي - خلف بنك فلسطين الدولي هاتف: 2836632 - 8 - 972 2824438 فاكس: 2845019 - 8 - 972	<b>رام الله</b> مقابل المجلس التشريعي، مقابل مركز الثلاثينيات "أبو قراط" هاتف: 2986958 - 2987536 - 2 - 972 2960241 فاكس: 2987211 - 2 - 972 ص.ب. 2264
<b>بييت لحم</b> شارع المهدي - عمارة نزال ط 3 تلفاكس: 2750549 - 2 - 972	<b>نابلس</b> عمارة جاليريا سنتر ط 5 - بالقرب من مجمع الكراجات الغربي تلفاكس: 2335668 - 9 - 972
	<b>الخليل</b> رأس الجورة - بجانب دائرة السير - عمارة حريزات - ط 2 تلفاكس: 2295443 - 2 - 972

E - mail: [piccr@piccr.org](mailto:piccr@piccr.org); [piccr@palnet.com](mailto:piccr@palnet.com)

[piccr-g@palnet.com](mailto:piccr-g@palnet.com)

Internet: <http://www.piccr.org>



## رسالة من مدير عام منظمة الصحة العالمية التقرير الخاص بالصحة في العام 2006

في العام 2003، وقيل أن أتولى منصب المدير العام، سألت العديد من القادة وأصحاب القرار في مجال الصحة عن أهم القضايا التي يرونها مطروحة في بلدانهم، وكان أحد المواضيع المشتركة، سواء في البلدان المتقدمة أم في البلدان النامية، هو أزمة الموارد البشرية. هناك نقص مزمن في العاملين الصحيين المدربين جيداً، وهذا النقص يتسم بطابع عالمي، ولكنه يبلغ ذروته في البلدان التي تحتاج إليهم حاجة ماسة. ولأسباب متنوعة، مثل هجرة العاملين الصحيين أو مرضهم أو وفاتهم، تعجز البلدان عن تعليم ودعم القوى العاملة الصحية التي من شأنها أن تحسن فرص الناس في البقاء على قيد الحياة والتمتع بالعافية. ويعتبر البشر عنصراً حيوياً في تعزيز النظم الصحية، ولكن تدريب العاملين الصحيين يتطلب استثماراً كبيراً بالوقت والمال، ويتأتى ذلك الاستثمار من الأفراد ومن الإعانات أو المنح المؤسسية. وتحتاج البلدان إلى استبقاء قواها العاملة الماهرة لكي تعود خبراتها المهنية بالنفع على سكانها، فعندما يذهب العاملون الصحيون إلى العمل في أماكن أخرى يتلاشى الأمل وتذهب سنوات من الاستثمار أدراج الرياح. وحل تلك المعضلة ليس حلاً مباشراً، ولا يوجد أي توافق في الآراء على كيفية المضي قدماً في هذا المضمار. وينطوي تعويض النقص في كل بلد على حدة على سلسلة من أعمال التعاون ووجود نوايا مشتركة بين الأطراف الفاعلة من القطاعين العام والخاص، وهي التي تمول المنشآت التعليمية وتوجهها، وبين من يضعون الخطط وأصحاب النفوذ في عملية تزويد الخدمات الصحية بالعاملين، وكذلك بين من يستطيعون تقديم التزامات مالية لمساندة أو دعم ظروف خدمة العاملين الصحيين.

**الدكتور جونغ - ووك لي**  
المدير العام  
منظمة الصحة العالمية



## المحتويات

11	مقدمة
13	الفصل الأول: مفهوم الحق في الصحة
21	الفصل الثاني: إجراءات السلطة الوطنية الفلسطينية لإعمال الحق في الصحة
22	أولاً: حول الأحكام التشريعية الخاصة بالصحة.
23	ثانياً: حول الاستراتيجيات الرسمية لإعمال الحق في الصحة.
32	ثالثاً: حول مستوى الإنفاق على الصحة في الموازنة العامة.
33	رابعاً: حول الكادر البشري في قطاع الصحة.
38	خامساً: حول المراكز والمستشفيات والخدمات الصحية المقدمة للمواطن.
43	سادساً: حول التحويلات الطبية خارج المؤسسات الصحية الحكومية.
45	الفصل الثالث: الصحة في أراضي السلطة الوطنية الفلسطينية في ضوء المؤشرات التي تم تطويرها لقياس الوضع الصحي
46	أولاً: المؤشرات الديمغرافية
50	ثانياً: المؤشرات الإقتصادية - الإجتماعية
54	ثالثاً: مؤشرات الإنفاق الصحي
57	رابعاً: مؤشرات الموارد البشرية والمادية
61	خامساً: مؤشرات خدمات الرعاية الصحية الأولية
64	سادساً: مؤشرات عامة عن الحالة الصحية
68	سابعاً: مؤشرات الوفيات
73	خاتمة/ استنتاجات وتوصيات
81	المراجع

83

## المرفقات

83

### مرفق رقم (1)

الأوضاع الصحية في أراضي السلطة الوطنية الفلسطينية زمن الاحتلال الإسرائيلي

89

### مرفق رقم (2)

جداول خاصة بقطاع الصحة في أراضي السلطة الوطنية الفلسطينية

89

### جدول رقم (1)

حصة وزارة الصحة من الموازنة العامة للسلطة الوطنية الفلسطينية في الأعوام من 1996 - 2005 بالمليون شيكل إسرائيلي

91

### جدول رقم (2)

البنود التي توزعت عليها موازنة وزارة الصحة في الأعوام من 1996 - 2005 بالمليون شيكل إسرائيلي

93

### جدول رقم (3)

نصيب الفرد الفلسطيني من الموازنة المخصصة لوزارة الصحة بالشكل الإسرائيلي

95

### جدول رقم (4)

الكادر المتوفر لدى مؤسسات القطاع الصحي العام والأهلي والخاص لكل 10000 نسمة

97

### جدول رقم (5)

العاملون في المهن الصحية في وزارة الصحة والمعدل لكل نسمة بشكل مقارن للأعوام 1995 - 2000 - 2005

99

### جدول رقم (6)

التوزيع الجغرافي للكوادر الصحية بين الضفة الغربية وقطاع غزة

101

### جدول رقم (7)

المستشفيات الحكومية والأهلية الموجودة في الأراضي الفلسطينية وعدد الأسرة الموجودة فيها في العام 2005

103

### جدول رقم (8)

تطور في عدد المراكز الصحية الحكومية والأهلية الموجودة في الأراضي الفلسطينية في الأعوام 1994، 2000، و2005

105

### جدول رقم (9)

توزيع المراكز الصحية الحكومية حسب مستوياتها الأربعة

107

### جدول رقم (10)

المراكز الصحية الحكومية والأهلية الموجودة في الأراضي الفلسطينية في العام 2005



- 109 **جدول رقم (11)**  
التوزيع الجغرافي للمستشفيات في العام 2005 ومعدلها بالنسبة لكل 100000 نسمة، وعدد الأسرة ومعدلها لكل 10000 نسمة
- 111 **جدول رقم (12)**  
الحالات المحولة للعلاج خارج المؤسسات الطبية الحكومية في السنوات 1996-2005
- 113 **جدول رقم (13)**  
قائمة بتوزيع تحويلات العلاج خارج المؤسسات الطبية الحكومية على المحافظات الفلسطينية والتكلفة المالية التي استهلكتها في العام 2005
- 115 **جدول رقم (14)**  
مؤشرات قياس الحق في الصحة في أراضي السلطة الوطنية



## مقدمة

يعتبر الحق في الصحة من الحقوق الأساسية التي يتمتع بها الإنسان، وكفلتها المواثيق الدولية، وتضمنتها الدساتير الوطنية. يفرض هذا الأمر على الجهات المكلفة بالعمل على تنفيذ تلك الاتفاقيات والمواثيق الدولية مجموعة من الواجبات والالتزامات في إطار إعمالها لحق المواطن في الحصول على أعلى مستوى يمكن بلوغه من الصحة.

وفي إطار سعيها إلى تطوير حق الإنسان في الحصول على أعلى مستوى من الصحة، اتجهت الهيئة نحو رصد وتشخيص واقع الحق في الصحة في أراضي السلطة الوطنية الفلسطينية حتى بداية العام 2006،<sup>1</sup> خصوصاً وان هذا القطاع مر، كغيره من القطاعات الخدمية، بمرحلة من الإهمال والتهميش من الاحتلال الإسرائيلي. ففي الوقت الذي كان فيه الوضع الصحي في إسرائيل في مصاف الوضع الصحي السائد في الدول المتقدمة، عانت أراضي السلطة الوطنية الفلسطينية في الضفة الغربية وقطاع غزة من الإهمال وعدم الاهتمام من سلطات الاحتلال التي كانت تدير الوضع الصحي. ورغم الإجراءات العديدة التي قامت بها السلطة الوطنية في إطار تطويرها لمستوى الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين منذ استلامها لصلاحياتها في قطاع الصحة في العام 1994، إلا أن الأوضاع الصحية في الأراضي الفلسطينية ظلت في معظمها دون المستوى الموجود في الدول المحيطة كمصر والأردن ولبنان، وهناك مسافة كبيرة بينها وبين الأوضاع الصحية في الدول المتقدمة كإسرائيل والمملكة المتحدة والسويد.

وفي مقدمة تشخيصها للوضع الصحي في أراضي السلطة الوطنية، عملت الهيئة على تحديد المفهوم الأساسي للحق في الصحة في ضوء ما جاء في المراجع والمواثيق الدولية، وبخاصة في ضوء المقصود بالحق في الصحة كما

---

<sup>1</sup> اعتمدت الهيئة في تشخيصها لواقع الحق في الصحة على المعلومات المتعلقة بالعام 2005 والصادرة في العام 2006، ويعود ذلك إلى تغيير الخارطة السياسية الفلسطينية وظهور مشكلة جديدة ظلت محل اهتمام الجهات السياسية الفلسطينية المختلفة، وأدت إلى عدم إعارة قطاع الصحة أي اهتمام استثنائي من قبل الجهات الرسمية في السلطة الوطنية في الأعوام 2006-2007، وإنما اعتمد العمل في وزارة الصحة على أساس خطط طوارئ. أتت هدفت إلى تسيير الأوضاع والتعامل مع المستجندات، إلى أن وضعت الخطة الإستراتيجية الوطنية للصحة - خطة التنمية متوسطة الأمد (2008-2010) والمعتمدة والمتزامنة مع خطة التنمية الوطنية الشاملة المقدمة لمؤتمر الدول المانحة في باريس في شهر كانون أول من العام 2007.

وضّحت اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية في الأمم المتحدة في التعليق رقم 14 الصادر في العام 2000 المفسر لمفهوم الحق في الصحة الوارد في المادة 12 من العهد الدولي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية لعام 1966. وأوضح التقرير كذلك الإجراءات التي اتخذتها السلطة الوطنية الفلسطينية في إطار أعمالها للحق في أعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه.

وبعد هذه العملية التشخيصية العامة للوضع الصحي في أراضي السلطة الوطنية، تم إعداد جدول بيانات مفصلة تضمن عددا من المؤشرات الصحية الدقيقة التي تقيس الوضع الصحي في أراضي السلطة الوطنية في العام 2005 بالمقارنة مع عدد من الدول المحيطة بالأردن ولبنان ومصر، وعدد من الدول المتقدمة كإسرائيل، والمملكة المتحدة، والسويد، باعتبار أن الأوضاع والخدمات الصحية في هذه الدول قد تقترب من تحقيق المعايير والمقاييس الدولية للحق في أعلى مستوى من الصحة مالتى أقرتها المنظمات الصحية الدولية، ومن أهمها منظمة الصحة العالمية.

وقد سجلت الهيئة في ختام هذا التقرير مجموعة من الاستنتاجات العامة عن الأوضاع الصحية في الأراضي الفلسطينية، وكذلك مجموعة من التوصيات الموجهة إلى الجهات المسؤولة عن الأوضاع الصحية في أراضي السلطة الوطنية الفلسطينية.

## الفصل الأول مفهوم الحق في الصحة

تعددت تعريفات الحق في الصحة من قبل مختلف الجهات، سواء تلك القانونية البحتة أو العلمية أو الحقوقية، وأهمها التعريفات التالية:

### 1. مفهوم الحق في الصحة في العهد الدولي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية

الحق في تمتع الإنسان بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه هو حق ضمنته معظم المواثيق والصكوك الدولية،<sup>2</sup> غير أن العهد الدولي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية كان الأكثر تركيزاً وتفصيلاً لهذا الحق سواء في نصوصه الصريحة أو في تفسيرات لجنة الأمم المتحدة المعنية بالحقوق الاقتصادية والثقافية والاجتماعية.<sup>3</sup> فقد شمل العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية كل ما يتعلق بالحق في الصحة، حيث نصت المادة 12 منه على أنه: "1. تقر الدول الأطراف في هذا العهد بحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى من الصحة الجسمية والعقلية يمكن بلوغه. 2. تشمل التدابير التي يتعين على الدول الأطراف في هذا العهد اتخاذها لتأمين الممارسة الكاملة لهذا الحق، تلك التدابير اللازمة من أجل: أ. خفض معدل المواليد وموت الرضع وتأمين نمو الطفل نمواً صحيحاً؛ ب. تحسين جميع جوانب الصحة البيئية والصناعية؛ ج. الوقاية من الأمراض الوبائية والمتوطنة والمهنية والأمراض الأخرى وعلاجها ومكافحتها؛ د. تهيئة ظروف من شأنها تأمين الخدمات الطبية والعناية الطبية للجميع في حالة المرض". كما أوضحت المادة 12 المذكورة التدابير التي يجب على الدول اتخاذها لتأمين ممارسة هذا الحق، حيث يقع على الدولة مسؤولية ضمان تمتع المواطنين بالحق في مستوى مناسب من الصحة، وضمن أن لا يحرم أي من مواطنيها من التمتع بالحق في الصحة نتيجة لتصرفات الدولة

<sup>2</sup> نصت المادة 15 من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان على أن "لكل شخص الحق في مستوى معيشة يكفي لضمان الصحة له ولأسرته، ويشمل المأكل والملبس والسكن والرعاية الطبية والخدمات الاجتماعية الضرورية".

<sup>3</sup> التعليق رقم 14 الصادر في الدورة الثانية والعشرين للجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية في العام 2000.

نفسها، وكفالة الحق في الصحة لكافة مواطنيها بغض النظر عن العرق، اللون، الدين، الجنس، اللغة، الانتماء السياسي، الأصل القومي وغيره.

ومن أجل تفصيل أحكام المادة 12 المذكورة، أقرت اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية المنبثقة عن الأمم المتحدة في الدورة الثانية والعشرون للعام 2000 التعليق العام رقم 14 الذي حددت فيه المقصود بالحق في الصحة بشكل تفصيلي. وقد حددت اللجنة المذكورة<sup>4</sup> مجموعة العناصر الأساسية لتفسير الحق في الصحة على النحو التالي:<sup>5</sup>

**العنصر الأول - التوافر:** ويعني عنصر التوافر أن على الدولة توفير القدر الكافي من المرافق المعنية بالصحة والرعاية الصحية والخدمات والبرامج الصحية، على أن تتضمن هذه البرامج المقومات الأساسية للصحة مثل مياه الشرب النظيفة والمرافق والمستشفيات، والعيادات الطبية، والعاملين الطبيين والمهنيين المدربين الذين يحصلون على مرتبات تنافسية محليا، والأدوية الأساسية حسب المعايير الدولية.

**العنصر الثاني - إمكانية الوصول (الوصول الجغرافي والمالي):** أن يتمتع جميع الأفراد، بدون تمييز، بحق التمتع بخدمات المرافق والسلع والخدمات المرتبطة بالصحة في الدول، على أن يتضمن إمكانية الوصول إليها شاملة لكافة فئات المجتمع، خاصة الفئات الضعيفة والمهمشة بحكم القانون والواقع. وينبغي أن تكون المرافق والسلع والخدمات الصحية في متناول جميع السكان، خاصة أولئك في المناطق الريفية والفئات الضعيفة أو المهمشة، مثل الأقليات الإثنية والشعوب الأصلية، والنساء، والأطفال، والمراهقين، وكبار السن، والمعوقين والأشخاص المصابين بفيروس الإيدز.

وكذلك يندرج ضمن مفهوم إمكانية الوصول القدرة على تحمل النفقات الطبية المترتبة على المعالجة الطبية. إذ يتوجب تمكين الجميع من تحمل النفقات الصحية وقيمة خدمات الرعاية الصحية، دون حرمان الفئات المحرومة اجتماعياً

<sup>4</sup> المرجع السابق.

<sup>5</sup> المرجع السابق.

من دفع تكلفة باهظة لها. وتقتضي العدالة عدم تحميل الأسر الفقيرة عبء مصروفات صحية لا تتناسب مع إمكانياتها المادية.<sup>6</sup>

**العنصر الثالث - المقبولية:** إذ يجب أن تكون كافة المرافق والسلع والخدمات الطبية متفقة مع المعايير الأخلاقية والقيم الثقافية، واحترام ثقافة الأفراد، والأقليات، والشعوب، والمجتمعات، ومراعية لمتطلبات الجنسين واحترام السرية للأفراد.

**العنصر الرابع - الجودة:** أن تكون المرافق الصحية ذات جودة عالية وكفاءة مهنية مميزة وذلك من خلال أطباء ومهنيين مهرة، وعقاقير ومعدات للمستشفيات فاعلة.

**التزامات الدولة العامة والأساسية فيما يتعلق بإعمال الحق في الصحة**  
تفرض تلك العناصر الأربعة على الدولة في إطار التزامها بتوفير الحق في الصحة نوعين من الالتزامات: التزامات عامة، والتزامات أساسية.

#### - الالتزامات العامة

يفرض العهد على الدول ثلاثة مستويات من الالتزامات نحو إعمال الحق في الصحة: التزام بالاحترام، والتزام بالحماية، والتزام بالأداء. فالدولة ابتداء ملزمة باحترام الحق في الصحة من خلال عدة طرق، منها إتاحة فرص متكافئة لكافة الأفراد للحصول على الخدمات الصحية الوقائية والعلاجية والمسكنة؛ والامتناع عن اتخاذ الممارسات التمييزية؛ والالتزام بالامتناع عن عرقلة الرعاية الوقائية، والممارسات العلاجية والأدوية التقليدية، والامتناع عن تسويق الأدوية غير المأمونة، كما ينبغي لها الامتناع عن التلويث غير القانوني للهواء والمياه والتربة.

أما الالتزام بالحماية، فيشمل واجب الدولة في وضع تشريعات واتخاذ تدابير تكفل المساواة في فرص الحصول على الرعاية والخدمات الصحية، وضمان ألا تشكل خصوصية قطاع الصحة تهديدا لتوافر المرافق والسلع والخدمات الصحية

<sup>6</sup> وهذا يفرض على الدولة استحداث أنظمة التأمين الصحي اللازمة لتمكين كافة المواطنين من العلاج.

وتوافرها ونوعيتها، ومراقبة تسويق الأدوية والمعدات الطبية، وضمان التأكد من كفاءة العاملين في المجال الصحي وتوافر معايير ملائمة من التعليم والمهارة والأخلاق.

كما يتطلب الالتزام بالأداء الإقرار بالحق في الصحة في النظم السياسية والقانونية الوطنية للدولة عن طريق تبني تشريعات حديثة، واعتماد سياسة صحية وخطة وطنية لإعمال الحق في الصحة. إضافة إلى كفاءة تقديم الرعاية الصحية، بما فيها برامج التحصين ضد الأمراض المعدية والخطيرة، وكفاءة المساواة في التمتع بالمقومات الأساسية للصحة، مثل الأغذية السليمة والمياه الصالحة للشرب، والسكن الملائم والظروف المعيشية المناسبة. وعلى مؤسسات الرعاية الصحية توفير خدمات الصحة الإنجابية، بما فيها خدمات الأمومة والطفولة خاصة في المناطق الريفية، وتأمين التدريب الملائم للعاملين في القطاع الصحي.

#### - الالتزامات الأساسية

تشتمل الالتزامات الأساسية على ما يلي:7

- (أ) تأمين حق الوصول إلى المرافق والسلع والخدمات الصحية على أساس غير تمييزي، خصوصاً للفئات الضعيفة والمهمشة.
- (ب) كفاءة الوصول إلى الحد الأدنى الأساسي من الأغذية الذي يضمن الكفاية والسلامة، من حيث التغذية، بغية تأمين التحرر من الجوع لكل الناس.
- (ج) كفاءة الوصول إلى المأوى الأساسي، والسكن والإصحاح، وإمدادات كافية من المياه النظيفة الصالحة للشرب.
- (د) توفير العقاقير الأساسية التي يتم تحديدها من وقت إلى آخر من قبل منظمة الصحة العالمية.
- (هـ) تأمين التوزيع العادل لجميع المرافق والسلع والخدمات الصحية.
- (و) اعتماد وتنفيذ إستراتيجية وخطة عمل وطنيتين للصحة العامة إذا ظهرت أدلة على وجود أوبئة، وينبغي تصميم الإستراتيجية وخطة العمل، واستعراضهما بشكل دوري، في سياق من المشاركة والشفافية، وينبغي أن تولي اهتماماً خاصاً لجميع الفئات الضعيفة أو المهمشة.

<sup>7</sup> التعليق العام رقم 14، الحق في الرعاية الصحية، اللجنة الخاصة بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، وثيقة الأمم المتحدة رقم

E/C.12/2000/4، الفقرات 43 و 44.



كما تم التأكيد على التزامات ذات أولوية مشابهة ومنها:  
(أ) كفالة الرعاية الصحية الإنجابية، والرعاية الصحية للأمومة (في أثناء الحمل وبعد الولادة) والطفولة.  
(ب) توفير التحصين ضد الأمراض المعدية الرئيسية التي تحدث في المجتمع.  
(ج) اتخاذ تدابير للوقاية من الأمراض الوبائية والمتوطنة ومعالجتها ومكافحتها.  
(د) توفير التعليم والوصول إلى المعلومات المتعلقة بالمشاكل الصحية الرئيسية في المجتمع، بما في ذلك طرق الوقاية والمكافحة.  
(هـ) توفير التدريب الملائم للموظفين الصحيين، بما في ذلك التثقيف في مجال الصحة وحقوق الإنسان.

## 2- مفهوم الحق في الصحة حسب منظمة الصحة العالمية

يعد تعريف منظمة الصحة العالمية للصحة<sup>8</sup> هو التعريف الأكثر شمولية وحدائثه، حيث اعتبر الصحة بمفهومها الشامل لا يقتصر على الخلو من الأمراض الجسمانية، وإنما تتعدى ذلك لتشمل مختلف جوانب حياة الفرد دون عزله عن بيئته الاجتماعية والثقافية والاقتصادية والبيئية وتأثيرها في صحته النفسية والاجتماعية. فالصحة كما ورد في دستور المنظمة "هي اكتمال السلامة بدنيا وعقليا واجتماعيا، لا مجرد انعدام المرض". هذا التعريف الموسع للصحة يفيد أن مفهوم الحق في الصحة لا ينحصر في مسألة تلقي العلاجات الطبية، وإنما يتعدى المفهوم التقليدي الذي يربط الصحة بالمرض فقط، ويرتبط بشكل أكثر شمولية ليمس رفاهية الأفراد والأبعاد الاجتماعية والعقلية، ومما يشمله هذا الحق في التغذية، والمياه، والسكن، وجودة البيئة، وشروط العمل المناسبة وغيرها.

حسب تعريف منظمة الصحة العالمية لم تقتصر الصحة على انتفاء المرض أو العجز فقط، وإنما نظر إليها على أنها حالة "اكتمال اللياقة" أو "اكتمال المعافاة" بمعنى سلامه الوجود الفيزيقي والاجتماعي والعقلي والروحي. ويتفق الجميع على ضرورة توسيع هذا المفهوم ليصبح أبعد مدى من حدود مفهوم المرض الطبي البيولوجي، للتحرك بهذا المفهوم في اتجاه النظرة الكلية التكاملية التنموية

<sup>8</sup> راجع الموقع الإلكتروني لمنظمة الصحة العالمية: <http://www.who.int/ar>

لسلامة الوجود الإنساني. أما الرعاية الطبية فهي تقتصر على التدخلات الطبية البيولوجية (وليست التدخلات الصحية) التي يؤمل أن تحسن صحة الإنسان. وتغلب النظرة التقليدية للصحة، وهي التدخلات الطبية البيولوجية وغالبا ما تكون ذات طابع علاجي، بشكل يقلص المجال الصحي المتسع إلى نطاق ضيق.

يتضح مما سبق، أن نطاق مفهوم الحق في الصحة اتسع وتعرض إلى تغيرات جوهرية، حيث أدخل فيه المزيد من مقومات الصحة، كالفوارق بين الجنسين وتوزيع الموارد. ويراعي التعريف الأوسع للصحة شواغل تتعلق بالحياة الاجتماعية كالنزاع المسلح والعنف وازدياد انتشار أمراض لم تكن معروفة سابقاً كفيروس الإيدز وأمراض كالسرطان، فضلاً عن تزايد النمو السكاني العالمي، الأمر الذي أوجد عوائق جديدة أمام إعمال الحق في الصحة وهي عوائق ينبغي مراعاتها عند تفسير المادة 12.

### 3- مفهوم الحق في الصحة في القوانين الفلسطينية

لم يتطرق القانون الأساسي الفلسطيني للحق في الصحة بشكل مباشر، وإنما نص في المادة 10 منه على الالتزام بحقوق الإنسان وحرياته الأساسية وأنها ملزمة وواجبة الاحترام، وأوجب على السلطة الوطنية أن تعمل، دون إبطاء، على الانضمام إلى الإعلانات والمواثيق الإقليمية والدولية التي تحمي حقوق الإنسان بعمامة، وبما فيها المواثيق التي تؤكد على الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة. إضافة إلى ذلك، عالج القانون الأساسي عدداً من الحقوق الأخرى ذات العلاقة كالحق في العمل ورعاية الأمومة والطفولة والتجارب العلمية<sup>9</sup>. وعلى الرغم من عدم تطرق قانون الصحة العامة الفلسطيني رقم 20 للعام 2004 لتعريف مفهوم الحق في الصحة، إلا أن مفهوم الصحة وفقاً للقانون تحدد من خلال جملة الموضوعات التي عالجها القانون، وجملة المهام المنوطة بوزارة الصحة، ولا سيما موضوعات رعاية الأمومة والطفولة، ومكافحة الأمراض

<sup>9</sup> نصت المادة 16 من القانون الأساسي الفلسطيني على عدم جواز إجراء أي تجربة طبية أو علمية على أحد دون رضاه قانوني مسبق، كما لا يجوز إخضاع أحد للفحص الطبي أو للعلاج أو لعملية جراحية، إلا بموجب القانون الذي ينظم ذلك. أما المادة 19 من ذات القانون، فقد منعت استغلال الأطفال لأي غرض كان، ولا يسمح لهم بالقيام بعمل يلحق ضرراً بسلامتهم أو بصحتهم أو بتعليمهم. بينما نصت المادة 25 من القانون الأساسي على تنظيم علاقات العمل بما يكفل العدالة للجميع ويوفر للعمال الأمن والرعاية الصحية والاجتماعية. ونصت المادة 22 من نفس القانون على أن القانون ينظم خدمات التأمين الاجتماعي والصحي وتكفله السلطة الوطنية لأسر الشهداء والأسرى والجرحى والمضربين والمعاقين.

المعدية والأوبئة، والحجر الصحي، والمكافء الصحية، وصحة البيئة، والصحة المهنية، والثقافة الصحية، والعقاقير الطبية، والمهن الطبية المساعدة، وسلامة الأغذية والمستشفيات والعيادات، والمراكز الصحية. هذا بالإضافة إلى العوامل الاقتصادية وتلك المتعلقة بالاحتلال الإسرائيلي المؤثرة بشكل كبير في واقع وقدرات السلطة الوطنية الفلسطينية لتحديد مفهوم الحق في الصحة.

لكن في المقابل، لا تزال كثير من الموضوعات التي ذكرها قانون الصحة مغيبية، بسبب عدم وضع لوائح تنفيذية لها حتى الآن، ولم يتضمن القانون قضايا هامة كالأحكام المتعلقة بالتأمين الصحي والقضايا المتعلقة بالصحة النفسية ورعاية بعض الفئات مثل المسنين وذوي الاحتياجات الخاصة، إضافة إلى الاهتمام فقط بالدور الإيجابي للمرأة دون الاهتمام بمراحل حياتها الأخرى.



## الفصل الثاني إجراءات السلطة الوطنية الفلسطينية لإعمال الحق في الصحة

كان للاحتلال الإسرائيلي للأراضي الفلسطينية بعد العام 1967 أثار تدميرية على جميع أوجه الحياة في الأراضي الفلسطينية، وشهدت الأوضاع الصحية تدهورا مثل كافة الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية والتعليمية وغيرها، وذلك لأن سلطات الاحتلال الإسرائيلية نهجت في المجال الصحي سياسة كانت أهم عناصرها:<sup>10</sup>

§ إهمال وتقليص المؤسسات والخدمات الصحية الحكومية القائمة، وعدم وضع خطط وبرامج فاعلة لتطويرها، بما في ذلك من تطوير وتدريب الكوادر البشرية، ما أدى إلى تهميش البنية التحتية الصحية في الأراضي المحتلة.

§ منع تطوير و/أو تعطيل إنشاء مؤسسات صحية أهلية أو خيرية كان من الممكن أن تسد العجز في مجال الرعاية الصحية للمواطنين من قبل المؤسسات الصحية الحكومية العاجزة عن تقديم خدمات صحية مقبولة للمواطنين.

§ إذابة الكيان الفلسطيني من خلال ربط المؤسسات الصحية الحكومية في الأراضي المحتلة بالمؤسسات الإسرائيلية وإحاقها بنظام الاحتلال، فتنظيم وإدارة ومالية قطاع الصحة الحكومي في الأراضي المحتلة كانت تقع تحت السيطرة المباشرة للسلطات المحتلة، التي كرست الاعتماد على الخدمات الصحية الإسرائيلية بالكامل تقريبا في مجال الرعاية الثالثة في المستشفيات.

في إطار دورها في إعمال الحق في الصحة، عملت السلطة الوطنية الفلسطينية منذ استلامها لملف قطاع الصحة من قبل سلطات الاحتلال الإسرائيلي في العام 1994 على اتخاذ مجموعة من الإجراءات باتجاه الارتقاء بهذا القطاع وتصويب أوجه الخلل في مساره، فنجحت في القيام ببعض الإجراءات الفاعلة على مستوى

<sup>10</sup> لمزيد من التفصيل راجع الملحق رقم 1 المتعلق بالأوضاع الصحية في أراضي السلطة الوطنية الفلسطينية زمن الاحتلال الإسرائيلي.

التشريعات أو الأحكام التشريعية الصحية وعلى مستوى السياسات الصحية والكادر البشري والمؤسسات والمراكز الصحية في قطاع الصحة.

## أولاً: حول الأحكام التشريعية الخاصة بالصحة

منذ قيامها في العام 1994، قامت السلطة الوطنية بوضع العديد من التشريعات أو الأحكام التشريعية المتعلقة بتوفير مستوى صحي لائق للمواطن، ومن أهم ما وضعته بهذا الخصوص القوانين التالية:

1. الأحكام المتعلقة بالصحة في القانون الأساسي لعام 2003 كالأحكام الخاصة بالتجارب الطبية والتأمين الاجتماعي، والحق في بيئة نظيفة.
2. قانون المجلس الطبي الفلسطيني لعام 2006.
3. قانون التأمين 2005.
4. قانون مكافحة التدخين لعام 2005.
5. قانون الصحة لعام 2004.
6. قانون الطفل لعام 2004.
7. قانون المياه لعام 2002.
8. قانون العمل لعام 2000.
9. قانون حقوق المعوقين لعام 1999.
10. قانون البيئة لعام 1999.

لقد وفّرت هذه التشريعات بيئة قانونية جيدة تحكم الأوضاع الصحية في الأراضي الفلسطينية، لكن هذه التشريعات لا تزال بحاجة إلى مزيد من التحديث حتى تتواءم مع المعايير الصحية الدولية من أجل الوصول إلى أعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه، كما أنها لا زالت بحاجة إلى تنفيذ في العديد من جوانبها من خلال إصدار اللوائح التنفيذية الضرورية.

## ثانياً: حول الاستراتيجيات والخطط الرسمية لإعمال الحق في الصحة

تسلمت السلطة الوطنية الفلسطينية المسؤولية عن قطاع الصحة من سلطات الاحتلال الإسرائيلي في قطاع غزة وأريحا بتاريخ 1994/5/18، ثم بتاريخ 1994/12/1 في الضفة الغربية، فورثت نظاماً صحياً مفككاً ينقصه التعاون والتنسيق، ويعاني من ازدواجية في الخدمات الصحية، وحرمان بعض المناطق منها. كما كانت البنية التحتية والمرافق الصحية الحكومية العامة مهترئة من كافة النواحي كالبينة الأساسية، القوى العاملة وتدريبها، الأجهزة والإمكانات.

ونتيجة لهذا الوضع، كان على السلطة الوطنية تبني استراتيجيه صحية واضحة المعالم واعتماد خطة صحية وطنية شاملة لإعادة تأهيل وبناء القطاع الصحي الفلسطيني للنهوض بالخدمات الصحية المقدمة للشعب الفلسطيني وبلورة واقع صحي جديد. وبتطبيق الاتفاق الإسرائيلي الفلسطيني، تولى المجلس الصحي الفلسطيني مسؤولية تنفيذ الخدمات الصحية، بالإضافة إلى تحسين الوضع الصحي في أراضي السلطة الوطنية<sup>11</sup> وإعداد الخطة الصحية الوطنية الأولى. فيما يلي موجز عن الخطط الإستراتيجية الصحية التي وضعتها السلطة الوطنية الفلسطينية منذ العام 1994:

### 1- الخطة الصحية الوطنية الفلسطينية الأولى 1994 - 1998

تم إنجاز الخطة الصحية الوطنية الفلسطينية الأولى في العام 1993، وذلك قبل أن تتسلم السلطة الوطنية الفلسطينية زمام الأمور في الأراضي الفلسطينية، بمشاركة العديد من الخبراء الصحيين الفلسطينيين والدوليين، مسترشدين في هذا المجال بتجارب شعوب مختلفة في العالم، ومعايير ومقاييس أقرتها المنظمات الدولية والهيئات الصحية العالمية. تم في هذه الخطة شرح النظام الصحي، والموارد المتاحة، وتحديد المشاكل والاحتياجات الصحية، ووضع الاستراتيجيات والأهداف المستقبلية لضمان نظام صحي جيد لسكان فلسطين بناءً على عملية تقييم شاملة للخدمات الصحية المقدمة في ذلك الوقت. من أهم الأولويات التي تبنتها الخطة:

<sup>11</sup>الخطة الصحية الوطنية الفلسطينية 1994، مرجع سابق، ص 11.

- **تقديم خدمات وقائية من الأمراض:** وتشمل هذه الخدمات إقامة نظام إداري ونظام صحي مساند قوي، التطعيم والوقاية من الأمراض المعدية، المراقبة وبناء نظام معلومات جيد، خدمات لرعاية الأطفال والأمهات، الوقاية من الأمراض المزمنة كالقلب والسرطانات والإعاقات، وصحة المسنين.
- تحسين وتطوير صحة السكان المتعلقة بأسلوب معيشة الأفراد عن طريق تشجيع اللياقة البدنية، المحافظة على أنظمة تغذية سليمة، مكافحة التدخين والإدمان والإفراط في استخدام الدواء، التنظيم الأسري، مكافحة العنف، والإرشاد الصحي والتعليم المستمر.
- الحماية الصحية التي تكفل الحماية للتجمعات وتشمل مجموعة من القضايا أهمها الإصابات العفوية، والخدمات التأهيلية، خدمات الطوارئ الطبية وخدمات المختبر والسلامة المهنية، صحة البيئة.<sup>12</sup>

وفور انتقال الصلاحيات عن قطاع الصحة للسلطة الوطنية الفلسطينية، قام المجلس الصحي بتشكيل عدد من الوحدات الصحية الفنية المهتمة بمجالات التخطيط الصحي، وصحة البيئة، والتنسيق بين القطاعات الصحية، والتعاون الدولي، ونظم المعلومات الصحية، وجودة الرعاية الصحية، والنظام المالي، والتأمين الصحي. وخلال عام تم تحويل معظم هذه الوحدات لأقسام بوزارة الصحة الفلسطينية.<sup>13</sup>

ويمكن إيجاز أهم الخطوات التي قامت بها السلطة الوطنية الفلسطينية في إطار تنفيذ الخطة الصحية المذكورة في الآتي:<sup>14</sup>

- **استيعاب الكفاءات الفلسطينية:** في هذا الإطار، عملت السلطة الوطنية على استيعاب الكفاءات فلسطينية من الداخل، وبخاصة الكفاءات التي عملت في فترة الاحتلال، وأخرى حرمتها سلطات الاحتلال من تقديم العمل الصحي نتيجة السجن والفصل التعسفي من العمل، هذا بالإضافة إلى عدد من الكفاءات الفلسطينية العاملة في الخارج.

<sup>12</sup> المرجع السابق، ص 20 وما بعدها.

<sup>13</sup> يحيى عابد، إستراتيجية الخدمات الصحية في فلسطين، ورقة عمل غير منشورة، عام 1997. وكذلك: إنجازات وزارة الصحة في فلسطين لعام

1995 - 1997 (غزة: دائرة العلاقات العامة - وزارة الصحة).

<sup>14</sup> يحيى عابد، مرجع سابق.



- إنشاء وحدات وأقسام صحية جديدة تقدم خدمات علاجية ووقائية للجمهور، ومن أهمها: صحة البيئة، وصحة وتنمية المرأة، والصحة النفسية، والصحة المدرسية، والإرشاد الصحي ووحدة تنظيم الأسرة.
- إصلاح البنية التحتية الصحية وإعادة تأهيل المراكز الصحية بمساعدة الجهات الممولة مثل البنك الدولي ومنظمة الصحة العالمية والعديد من الدول الصديقة.
- تنمية القدرات البشرية: منذ استلام وزارة الصحة إدارة الشؤون الصحية في الأراضي الفلسطينية، تم التركيز على الإنسان من حيث التدريب والتطوير بالإضافة إلى سد العجز الهائل في بعض الخدمات المساندة والإدارية، واستكملت وزارة الصحة عددا من الدورات التدريبية لجميع الفئات العاملة، أطباء وممرضين وفنيين وإداريين وسائقي سيارات إسعاف.
- التنسيق بين مقدمي الخدمات الصحية: ركزت وزارة الصحة على دعم المنظمات غير الحكومية العاملة في القطاع الصحي، وإقامة أسس للتعاون والتنسيق مع وكالة غوث وتشغيل اللاجئين والمؤسسات الصحية الأهلية للقضاء على ظاهرة الازدواجية في تقديم الخدمات، وقد تم إنشاء عدد من اللجان الصحية التي تتولى متابعة وتطبيق التنسيق والتعاون ومن بينها لجنة السياسات الصحية العليا، ولجنة رعاية الطفل.

## 2- الخطة الصحية الوطنية الفلسطينية الثانية 1999 - 2003

تمثلت الخطة الصحية الوطنية الأولى لعام 1994 قاعدة هامة لبناء الخطة الصحية الخمسية الثانية في الفترة 1999 - 2003 من قبل وزارة الصحة.<sup>15</sup> وتمثلت المبادئ الأساسية المرشدة لتطوير القطاع الصحي الفلسطيني، والتي تضمنتها الخطة الخمسية، فيما يلي:<sup>16</sup>

<sup>15</sup> الخطة الاستراتيجية الوطنية للصحة 1999 - 2003، (فلسطين: وزارة الصحة) ص 39.

<sup>16</sup> المرجع السابق، ص 20.

- تيسير الخدمات جغرافياً ومالياً وكفائتها والتزامها بالمساواة، باعتبار أن لكل الفلسطينيين الحق في أن توفر لهم الخدمات الصحية جغرافياً ومالياً وان تتوزع بشكل مناسب ومتكافئ.
- تقديم رعاية صحية عالية الجودة، باعتبار أن تطوير جودة الخدمات الصحية ضروري لتحسين الوضع الصحي للفلسطينيين وتحسين الجدوى الاقتصادية للخدمات.
- استدامة الخدمات الصحية المقدمة، وذلك باعتبار أن صحة السكان الفلسطينيين هي هدف اجتماعي وطني أساسي وجزء لا يتجزأ من الإستراتيجية الوطنية للتنمية المستدامة للموارد البشرية.

على المستوى العملي، لوحظ أن السلطة الوطنية، ممثلة بوزارة الصحة، لم تقم بإجراء تقييم شامل للإجراءات التنفيذية لهذه الخطة، وعملت على وضع خطط صحية جزئية للتعامل مع حالات الطوارئ في الشأن الصحي، والتي استجبت بسبب قيام انتفاضة الأقصى في العام 2000.

### 3- خطة تطوير الموارد البشرية والتعليم في مجال الصحة لعام 2000

وضعت هذه الخطة في العام 2000 من قبل فريق فني مختص بالقضايا الصحية، وذلك من أجل وضع الإطار المفاهيمي لخطة تنمية الموارد البشرية والتعليم في قطاع الصحة، أخذين بالاعتبار التخطيط للقوى البشرية وتعليمها وتأهيلها وتدريبها وإدارتها كمكونات أساسية في تنمية الموارد البشرية. اشتمل الإعداد للخطة على المكونات التالية:

- مراجعة برامج التعليم العالي في الصحة في المعاهد والكليات والجامعات الفلسطينية.
- التعليم المستمر من خلال مقدمي الخدمات الصحية.
- قاعدة بيانات للفئات المختلفة من القوى البشرية في الصحة.
- الوضع الصحي في المجتمع الفلسطيني والاحتياجات الصحية.
- إجراءات وطرق اعتماد البرامج التعليمية في الصحة.
- تراخيص مزاولة المهن والمهن المساندة.
- الاحتياجات التدريبية لمختلف فئات المهنيين الصحيين.
- مشاريع تمكين الإدارة الصحية.

- خطط تفصيلية في تنمية الموارد البشرية والتعليم في الصحة، خاصة بعشر فئات من العاملين في القطاع الصحي.

لقد تم تبني ومأسسة العديد من التوصيات والإجراءات التي وردت بالخطة ومنها: تطوير نظم المصادقة على البرامج التعليمية وتمكين البرامج القائمة والتدريب، بناء على الاحتياجات، غير أن العديد من التوصيات لم تقر ولم يعمل عليها وخاصة تطوير نظم المصادقة على برامج التعليم المستمر واخذ دور أكثر مهني من قبل النقابات التخصصية والبحث العلمي والاهتمام بقضايا ذات علاقة بتنويع وتوزيع الموارد البشرية.

#### 4- قرار مجلس الوزراء رقم 6 لسنة 2006 بالمصادقة على خطة عمل اللجنة التوجيهية الوطنية لإصلاح وتطوير قطاع الصحة ونظام الرعاية الصحية

لم يتم وضع خطة صحية ثالثة بعد الخطة الخمسية الثانية السابقة (1999 - 2003)، ولكن صادق مجلس الوزراء الفلسطيني، بتاريخ 2006/1/3 على خطة عمل اللجنة التوجيهية الوطنية لإصلاح وتطوير قطاع الصحة ونظام الرعاية الصحية.<sup>17</sup> لقد حددت المادة الأولى من هذه الخطة مهام اللجنة التوجيهية، وتمثلت في الآتي:

- تقديم وثيقة وطنية تحظى بإجماع وطني، تعرّف مفاهيم الصحة والخدمات الصحية، وتحدد أدوار القطاعات الحكومية ضمن القطاع الصحي الفلسطيني، وتركز على الرعاية الصحية الأولية كمفهوم شامل وأساسي.
- تطوير سياسات النظم المالية والإدارية للقطاع الصحي، وتحديد مصادر التمويل للقطاع الصحي ليتوافق مع الوضع الاقتصادي الفلسطيني، ويشمل ذلك:

<sup>17</sup> تشكلت اللجنة التوجيهية الوطنية لإصلاح وتطوير قطاع الصحة ونظام الرعاية الصحية بالاستناد إلى قرار رئيس مجلس الوزراء رقم 28 لسنة 2005 الصادر بتاريخ 2005/10/20 من وزير التخطيط (منسفاً)، وزير الصحة، وكيل وزارة الصحة، وكيل وزارة المالية، وكيل وزارة التربية والتعليم العالي، مدير عام وحدة الإصلاح والدعم الفني، د.مدوح العكر، د. أمية الحماش، د. توفيق ناصر، السيدة فارسين أفكيان، السيد وليد غمور، د. بسام أبو حمد، و د.رياض الزعنون.

- أ- تطوير نظام تأمين صحي يتناسب مع الدخل القومي ويسهل وصول المنتفعين إلى الخدمات الصحية المطلوبة.
- ب- تطوير نظام لتحويل المرضى للمؤسسات الطبية خارج النظام الصحي الحكومي، وأن يكون هذا النظام شفافاً وعادلاً ومجدياً مالياً، ويهدف إلى استخدام وتطوير القدرات داخل الوطن كأولوية.
- ج- تطوير نظام المشتريات للقطاع الصحي الحكومي مبني على أسس محاسبية صحيحة وشفافة، ويوفر لجميع المواطنين الأدوية الأساسية.
- د- تطوير نظام يعمل على أساس التكامل بين الخطة والموازنة.
- تعزيز وتنظيم العلاقة مع الجهات المانحة وتنسيق الدعم للقطاع الصحي وتفعيل أهداف وعمل الدول والمؤسسات المانحة بما يؤدي عملياً إلى ارتكاز مساعدات المانحين على أولويات الخطة الصحية الفلسطينية.
  - أية قضايا ذات علاقة بالقطاع الصحي أو الخدمات الصحية ترى اللجنة معالجتها أو تحال إلى اللجنة من قبل مجلس الوزراء أو أي جهة مخولة بموجب النظام.

## 5- خطة التنمية الحكومية المقدمة في مؤتمر باريس للأعوام 2008-2010

كان موضوع الصحة احد الموضوعات الأساسية التي عالجتها خطة التنمية الحكومية للأعوام 2008-2010 التي عرضت على الدول المانحة في مؤتمر باريس في 17 كانون الأول 2007. لقد أشارت الخطة في هذا الإطار إلى الانخفاض في مستوى الصحة اثر قيام الانتفاضة في العام 2000، والى أنها ستركز على تعزيز الإمكانات الإدارية الإستراتيجية في القطاع الصحي، وإجراء الإصلاحات على صعيد الإنفاق على هذا القطاع، بهدف تحسين نوعية الخدمات الصحية العامة وتمكين المواطنين من الحصول عليها بأسعار معقولة.

وسيقوم برنامج تحسين نوعية الصحة بالاستثمار في نوعية الأفراد والمنظمات والمرافق الصحية، بالإضافة إلى تغطية نطاق واسع من البنى التحتية والمعدات والتدريب، وتوفير الاحتياجات الأخرى اللازمة للقطاع الصحي التي تنتم باستدامتها وبعديها من ناحية التكاليف. إن شأن الاستثمار في مرافق الخدمات الصحية أن يخفف من الحاجة إلى التحويلات الطبية إلى المستشفيات الخاصة في فلسطين وخارجها والتي تتميز بتكاليفها الباهظة. وسيتم التركيز على

الخدمات الصحية الوقائية والأساسية بهدف تحسين مستوى الصحة العامة في أوساط المواطنين، إلى جانب تقليص تكلفة الخدمات العلاجية.

ويركز برنامج تطوير الخدمات الصحية على تخصيص الموارد المالية لتمكين المواطنين من الحصول على الخدمات الصحية بصورة أفضل، كما يركز البرنامج على تطوير سياسات وأنظمة وعمليات فعالة من شأنها ضمان نجاعة تكلفة المشتريات من الأدوية والمعدات الطبية، ويعزز هذا البرنامج من المساءلة والمحاسبة عن تخصيص الموارد من خلال تطوير أنظمة الإدارة المالية الداخلية، وتوفير التدريب في مجال إدارة الأموال العامة في هذا المجال.

يضمن برنامج إدارة المياه والمياه العادمة الاستجابة الفورية لتخفيض منسوب حوض تجميع المياه العادمة في بيت لاهيا، وبناء محطة معالجة جديدة. كما يشمل هذا البرنامج إنشاء مشاريع من شأنها إعادة تأهيل شبكات الصرف الصحي التالفة، وحفر الآبار، وتمديد شبكات جديدة (بما في ذلك خط أنابيب مياه في قطاع غزة)، وإصلاح وبناء عدد من محطات معالجة مياه الصرف الصحي. ويهدف هذا البرنامج على المدى البعيد إلى تشغيل محطة لتحلية المياه في قطاع غزة. ومن جانب آخر، يعمل برنامج إدارة المياه والمياه العادمة على إعداد السياسات والتنسيق وبناء الإمكانيات التنظيمية والهندسية، ويتضمن إجراء دراسات وتطبيقات لمختلف الأساليب التي تستهدف توفير المياه وإعادة استخدام المياه العادمة.

ويستفيد برنامج إدارة النفايات الصلبة من معامل معالجة النفايات الصلبة المستدامة التي تم إنشاؤها في شمالي الضفة الغربية، حيث سيجري العمل على إنشاء معامل مشابهة في بقية مناطق الضفة الغربية وصولاً إلى قطاع غزة، كما يعمل هذا البرنامج على استكشاف الإمكانيات الممكنة لإعادة معالجة النفايات.

**6- الخطة الإستراتيجية الوطنية للصحة - خطة التنمية متوسطة الأمد (2008-2010)**

أعدت وزارة الصحة الخطة الصحية متوسطة الأمد للأعوام من 2008-2010، وتزامن إعداد هذه الخطة مع إعداد خطة التنمية الحكومية، حيث تم التنسيق الكامل في كافة مراحل إعدادها مع الطاقم الوطني المكلف بإعداد خطة التنمية الحكومية ومع الطاقم المتخصص في وزارة التخطيط. لم يكن إعداد هذه الخطة نشاطاً منفصلاً بل استمرارية لعملية تخطيط طويلة، شهدت وضع العديد من الخطط والاستراتيجيات كالخطة الإستراتيجية الوطنية للصحة 1994، والخطة الإستراتيجية الوطنية للصحة للأعوام من 1999-2003.<sup>18</sup>

وتعرضت هذه الخطة للتحديات والمعوقات الأساسية التي يتعرض لها النظام الصحي الفلسطيني، وصنفتها في أربع مجموعات رئيسية على النحو التالي:

#### **تحديات سياسية وجغرافية:**

- عدم الاستقرار السياسي والوضع الأمني السائد.
- الفصل الجغرافي بين الضفة وقطاع غزة.
- جدار الفصل وسياسات الإغلاق المفروضة على الأراضي الفلسطينية.

#### **تحديات اقتصادية ومالية:**

- الظروف الاقتصادية المتردية، والتي انعكست في تدني متوسط الدخل وارتفاع معدل الفقر، حيث بلغت نسبة الفقر أكثر من 60% ونواتج الدخل القومي انخفض بمعدل 30%.
- زيادة تكلفة الخدمات الصحية وقلة الموارد المتاحة.
- استغلال غير مناسب للتأمين الصحي (أكثر من 50% من الأسر المشمولة بالتأمين الصحي الحكومي معفاة من رسوم التأمين الصحي).
- القدرة على التجاوب مع التطور التكنولوجي في المجال العلمي والمهني.
- الاعتماد على المساعدات الدولية.

#### **تحديات ديموغرافية واجتماعية:**

- ارتفاع معدل النمو السكاني مع ارتفاع كبير في معدلات الفقر.
- ارتفاع توقعات المواطنين وزيادة الطلب على الخدمات الصحية.

<sup>18</sup> الخطة الإستراتيجية الوطنية للصحة - خطة التنمية متوسطة الأمد (2008-2010)، (فلسطين: وحدة التخطيط - وزارة الصحة، كانون ثان 2008).

## تحديات صحية ووبائية:

- ترافق الزيادة في معدل الإصابة بالأمراض المزمنة مثل السكري، القلب، السرطان مع عبء السيطرة على بعض الأمراض السارية.
- زيادة معدلات الإصابة بالأمراض والاضطرابات النفسية وخاصة بين الأطفال والشباب.
- زيادة معدلات الإصابة بالإعاقات الدائمة خاصة بعد انتفاضة الأقصى، بالإضافة إلى الإعاقات الخفية.
- ضعف نظام المعلومات الصحية خاصة فيما يتعلق بالأمراض المزمنة والوراثية.

هدفت هذه الخطة إلى تحقيق أفضل المخرجات من خدمات الرعاية الصحية، وضمان استمرارية تمويل القطاع الصحي، وتوفير بنية تحتية كفوءة وفعالة لتقديم الخدمات الصحية، وضمان موارد بشرية كافية وملائمة، وتعزيز وتطوير عملية التخطيط والإدارة ورسم السياسات.

وعلى صعيد الأهداف المتفرعة عن الأهداف العامة أعلاه، هدفت الخطة الصحية إلى تحقيق جملة من الأهداف أهمها: نشر الوعي الصحي، وتوفير خدمات رعاية صحية أولية شاملة متضمنة برامج الصحة المجتمعية وبرامج صحة المرأة والصحة الإنجابية وتوفير الخدمات العلاجية الثانوية والثالثية، وتطوير برامج الصحة المدرسية والصحة النفسية والصحة، وضمان حصول الخدمات الصحية على مستوى كاف ومستدام، وزيادة نسبة الأفراد المشمولين بنظام التأمين الصحي، وترشيد الإنفاق على خدمات الرعاية الصحية، وتطوير البنية التحتية للرعاية الصحية الأولية والمستشفيات، وتوفير عدد كافي ومؤهل من الموارد البشرية، رفع وتحسين معايير التدريب والتعليم الصحي، وتطوير نظام حوافز لجذب واستبقاء الموظفين التقنيين المتميزين في النظام الصحي الوطني.

ثالثاً: حول مستوى الإنفاق على الصحة في الموازنة العامة

تعد النسبة المخصصة في الموازنة العامة للسلطة الوطنية لوزارة الصحة، بصفتها الجهة المسؤولة عن أعمال الحق في الصحة، مؤشراً على حجم الاهتمام بقطاع الصحة وعلى الأولوية التي يحتلها في مجال تحقيق وتلبية احتياجات المواطنين الفلسطينيين الصحية، قد زاد نصيب وزارة الصحة في الموازنة العامة للسلطة الوطنية منذ تسلمها لإدارة قطاع الصحة في الأراضي الفلسطينية من الاحتلال الإسرائيلي في العام 1994، حيث بلغ نصيب وزارة الصحة في الموازنة العامة للسلطة الوطنية في السنوات 1996-2005 بالمليون شيكل على النحو التالي: 294 مليون شيكل، 323، 324، 339، 395، 430، 470، 509، 586، 609 على التوالي. غير أن نصيب وزارة الصحة تراجع من حيث النسبة المئوية التي خصصتها السلطة الوطنية في موازنتها بالمقارنة مع الوزارات والقطاعات الأخرى، حيث بلغت النسبة المئوية لنصيب وزارة الصحة من الموازنة العامة في السنوات 1996-2005 وعلى التوالي على النحو التالي: 9.06%، 7.64%، 4.6%، 4.7%، 7.07%، 8.26%، 8.15%، 8.6%، 7.77%، 6.3%<sup>19</sup>.

تجدر الإشارة إلى أن نصيب وزارة الصحة في الموازنة العامة لعام 2005 جاء في المرتبة الرابعة، بعد الداخلية والأمن (22.48%) والشؤون الاجتماعية (16.585%) والتربية والتعليم (14.10%)<sup>20</sup>.

من ناحية أخرى، بلغ نصيب الفرد الفلسطيني من الموازنة السنوية لوزارة الصحة في الأعوام 1997-2005 بالشكل الإسرائيلي على التوالي على النحو التالي: 116.4 شيكل/فرد، 112.2، 112.3، 125.7، 131.4، 138.7، 144.9، 161.2، 161.9<sup>21</sup>.

أما في الخطة الإستراتيجية الوطنية للصحة متوسطة الأمد للأعوام 2008-2010، فقد بلغت موازنة قطاع الصحة في الموازنة العامة 240 مليون دولار، 252 مليون دولار، 266 مليون دولار في الأعوام الثلاث على التوالي، بحيث

<sup>19</sup> انظر الجدول المبين لنصيب وزارة الصحة من الموازنة العامة للسلطة الوطنية الفلسطينية والبنود التي توزعت عليها، الجداول رقم 1 و2 في المرفق رقم 2.

<sup>20</sup> وضع حقوق المواطن الفلسطيني خلال العام 2005، التقرير السنوي الحادي عشر (فلسطين: الهيئة الفلسطينية المستقلة لحقوق المواطن، 2006)، ص49.

<sup>21</sup> انظر الجدول المبين لنصيب الفرد من موازنة وزارة الصحة رقم 3 في المرفق رقم 2.



شكل نصيب الفرد المقدر من إجمالي موازنة الصحة 224 شيكل/فرد، شيكل/فرد 228، 233 شيكل/فرد في الأعوام الثلاث المذكورة على التوالي<sup>22</sup>.

## رابعاً: حول الكادر البشري في قطاع الصحة

يعد الكادر البشري في قطاع الصحة من أهم العناصر التي يتم الارتكاز عليها في تقييم الأوضاع الصحية في بلد معين. إذ ليس بمقدور أية الدولة تقديم خدمات صحية كاملة وبجودة عالية، ما لم تعمل على توفير كوادر بشرية كافية في هذا القطاع، وتعمل على تأهيله التأهيل الكافي والمستمر.

### 1. الكادر البشري العامل في قطاع الصحة عام 1991

تعد الموارد البشرية أهم الموارد لتحقيق الصحة للجميع، فتوفر عدد كاف من الأطباء والممرضين والمهنيين الطبيين في المستشفيات والمراكز الصحية مؤثر هام على نوعية الخدمات الطبية المقدمة للمرضى، ولا سيما إذا كانت تلك الكوادر الطبية مدربة ومؤهلة بالشكل الكافي. ووفقاً للمعلومات التي توفرت في العام 1991، والتي اعتبرتها السلطة الوطنية سنة الأساس التي تم البناء عليها في وضع الخطة الصحية الفلسطينية الأولى في عهد السلطة الوطنية، تم حصر الموارد البشرية العاملة في المجال الصحي في الضفة الغربية وقطاع غزة في الآتي<sup>23</sup>:

- **الأطباء:** بلغ عدد الأطباء العامون 1804 أطباء، أي بمعدل طبيب واحد لكل 1164 نسمة. بينما بلغ عدد الأطباء الأخصائيين 470 طبيباً. أما أطباء الأسنان فبلغ عددهم 475، بمعدل طبيب واحد لكل 4421 نسمة.
- **الصيدالة:** بلغ عدد الصيدالة 616 صيدلياً، بمعدل صيدلي واحد لكل 3409 نسمة.

<sup>22</sup> احتسبت هذه الأرقام على أساس الموازنة المقدرة المذكورة في الخطة الإستراتيجية الوطنية متوسطة الأمد للسنوات 2008-2010 وبالبالغة للسنوات الثلاث المذكورة على التوالي 240,281,000 دولار، و252,450,000 دولار، و266,937,000 دولار. وتم اعتماد عدد السكان الذي أحراه الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني في نهاية العام 2007 البالغ 3,763,828، مع إضافة معدل النمو السكاني الطبيعي في الأراضي الفلسطينية البالغ 3,3% المذكور في الجدول رقم 14 في المرفق رقم 2.

<sup>23</sup> يشمل ذلك كافة العاملين في القطاع الصحي الحكومي والوكالة والمؤسسات غير الربحية والخاصة.

- **المرضى والقابلات:** بلغ عدد القابلات 192 قابلة (70 قابلة قانونية و122 قابلة عملية)، بمعدل قابلة واحدة لكل 11661 نسمة، بينما بلغ عدد المرضى والمرضات المؤهلون 551 ممرضا، أما ممرضو ومرضات العمليات فقد بلغ عددهم 1997 ممرضا وممرضة، بمعدل ممرض أو ممرضة لكل 844 نسمة.
- **فنيو المهن الصحية:** بلغ عدد فنيي المختبر 264 فني، ولم تتوفر معلومات عن أعداد باقي الفنيين العاملين في (الصيدلة، الأشعة، التأهيل، الصحة العامة.. الخ)، والإداريين.<sup>24</sup>

وفي الإجمال، بلغ إجمالي عدد العاملين في القطاع الصحي (الحكومي التابع للإدارة المدنية الإسرائيلية ووكالة غوث وتشغيل اللاجئين والمؤسسات الأهلية والخاصة) في أراضي الضفة الغربية وقطاع غزة في العام 1991 حوالي 6369، هذا باستثناء فنيو المهن الصحية.

## 2. الكادر البشري العامل بوزارة الصحة في العام 2005

تطور الكادر البشري العامل في وزارة الصحة بشكل كبير منذ قيام السلطة الوطنية الفلسطينية كما، وإلى حد ما نوعاً، بالمقارنة مع الكادر الذي كان في العام 1991، حيث زاد عدد موظفي وزارة الصحة من 4758 موظفاً في العام 1995 إلى 12444 موظفاً في العام 2005، أي بمعدل 59.8% من مجموع العاملين في قطاع الصحة في الأراضي الفلسطينية (4751 موظفاً في الضفة الغربية و 7693 موظفاً في قطاع غزة). وزاد عدد الأطباء في العام 2000 بنسبة 69.4% عن العام 1995، وفي العام 2005 بنسبة 185% عن العام 1995، وبنسبة 68% عن العام 2000. وزاد عدد الممرضين في العام 2000 بنسبة 50% عن العام 1995، وفي العام 2005 بنسبة 97.7% عن العام 1995 ونسبة 31.5% عن العام 2000. وانخفض عدد السكان لكل ممرض في العام 2005 بنسبة 10.5% عن العام 1995. كما زاد عدد الإداريين في العام 2000 بنسبة 86% عن العام 1995، وفي العام 2005 بنسبة 275% عن العام 1995، ونسبة 101% عن العام 2000. وانخفض عدد السكان لكل إداري في العام 2005 بنسبة 52.8% عن العام 1995.

<sup>24</sup> الخطة الصحية الوطنية الفلسطينية 1994، مرجع سابق، ص92 وما بعدها.

وتشكل نسبة الإداريين حوالي 40.9% من مجمل العاملين في وزارة الصحة في العام 2005، بينما كانت في العام 1995 حوالي 28.5%، وفي العام 2000 حوالي 33.8%.<sup>25</sup> وهذا يعني أن هناك تضخما كبيرا في عدد العاملين الإداريين في قطاع الصحة على حساب الكوادر الطبية من الأطباء والمرضى في مختلف التخصصات.<sup>26</sup>

وفي الإجمال، بلغ إجمالي عدد العاملين في القطاع الصحي في أراضي السلطة الفلسطينية في القطاع الحكومي والقطاعات الأخرى غير الحكومية ما يقرب من 20796 (9375 في الضفة الغربية و11421 في قطاع غزة) شخصا.<sup>27</sup>

### مقارنة الكادر البشري في قطاع الصحة في العام 2005 بالعام 1991

بحسب المعلومات المتوافرة، يلاحظ أن هناك تطورا ملحوظا في عدد الكادر البشري في قطاع الصحة، لكن هذه الزيادة لا تتناسب مع الزيادة المعتادة<sup>28</sup> في عدد السكان وذلك على النحو التالي:

الوظيفة	العام 1991	العام 2005
طبيب عام	1804	2667
طبيب اختصاصي	470	1350
طبيب أسنان	475	348
ممرض	2548	4320
قابلة	192	478

### 3. التوزيع الجغرافي للكادر البشري العامل في وزارة الصحة

<sup>25</sup> الجدير بالذكر، أن المعايير العالمية تحدد الموظفين الإداريين في وزارة الصحة ما بين 15 - 20% من عدد موظفي الوزارة. كما جاء في خطة العمل

السنوية لوزارة الصحة لعام 2006 بأن الوزارة بحاجة إلى 2641 كادرا جديدا (1172 في الضفة الغربية و 1469 في قطاع غزة).

<sup>26</sup> انظر الجدول الخاص بالكادر الصحي في قطاع الصحة لكل 10000 نسمة رقم 4 في المرفق رقم 2.

<sup>27</sup> انظر الجدول الخاص بالكادر الصحي في قطاع الصحة لكل 10000 نسمة رقم 4 في المرفق رقم 2.

<sup>28</sup> الزيادة السنوية في عدد السكان في أراضي السلطة الوطنية بحسب المؤشرات المذكورة في الجدول رقم 14 هي 3.3%.

هناك توزيع غير عادل في الكوادر البشرية العاملة في وزارة الصحة بين المناطق الجغرافية المختلفة للسلطة الوطنية الفلسطينية، ولا سيما بين الضفة الغربية وقطاع غزة. إذ يلاحظ أن هناك تفاوتاً واضحاً في عدد العاملين في قطاع الصحة ما بين الضفة الغربية وقطاع غزة، حيث بلغت نسبة العاملين في قطاع الصحة في الضفة الغربية 38% من مجموع عدد العاملين، في حين وصلت نسبتهم في قطاع غزة 62% من المجموع العام. هذا في حين أن عدد سكان أراضي السلطة الوطنية يتوزع بنسبة 63% في الضفة الغربية، 37% في قطاع غزة.<sup>29</sup>

#### 4. حول تنمية الكوادر البشرية العاملة في وزارة الصحة

تتسم تنمية وتطوير الموارد البشرية العاملة في القطاع الصحي بالأهمية الكبيرة لتحسين مردود الاستثمار فيها بما ينعكس على جودة الخدمات الصحية وفعاليتها وكفاءتها، خصوصاً وأن العاملين في القطاع الصحي فترة الاحتلال حُرِّموا من التأهيل والتدريب على مختلف فئاتهم. وقد قامت وزارة الصحة في بدايات استلامها لقطاع الصحة الفلسطيني بإنشاء إدارة تنمية القوى البشرية، وأنطقت بها وظيفة تطوير خدمات الرعاية الصحية عن طريق نشاطات التعليم المستمر والخدمات التي ستقدم للأشخاص في الحقل الصحي على المستوى القومي،<sup>30</sup> وهي الجهة المركزية المسؤولة عن تدريب وتأهيل الكوادر الصحية من أطباء، وفنيين، وتمريض، وإداريين، وتنفيذ برامجها من خلال دوائر متخصصة تعني كل منها ببرنامج محدد، ومنها:<sup>31</sup>

- برنامج التدريب الإجمالي (الامتياز)، وذلك من أجل توحيد المفاهيم الطبية ورفع مستوى الخريجين الجدد من جامعات مختلفة بلغات مختلفة، وتوحيد اللغة (الانجليزية) وتعريفهم بنظم وإجراءات العمل في الوطن والتركيز على السلوك المهني.

<sup>29</sup> انظر: الجدول رقم 6 في المرفق رقم 2.

<sup>30</sup> إنجازات وزارة الصحة في فلسطين لعام 1995، (فلسطين: إدارة العلاقات العامة بوزارة الصحة، بدون سنة نشر)، ص 74.

<sup>31</sup> خطة العمل السنوية لوزارة الصحة 2006، مرجع سابق.

- **البعثات والمؤتمرات:** وتهدف لتطوير قدرات الكادر الصحي في مختلف التخصصات من خلال الدراسات العليا والمشاركة في المؤتمرات المتخصصة على المستويين المحلي والدولي.
- **الدراسات التخصصية:** تعني بالدراسات التخصصية للإداريين والفنيين وتنفيذ البرامج التخصصية (دبلومات) من أجل ترفيع الكادر الطبي إلى المستوى التخصصي بالتعاون مع الجامعات العربية والدولية، كما تعنى بالإصدارات العلمية والمجلة الطبية الفلسطينية.

على الرغم من وجود الإدارة المتخصصة بتنمية القوى البشرية في وزارة الصحة، وفرص التدريب الخارجية والمحلية، والمشاركات في المؤتمرات الطبية العالمية، التي أتاحت للعديد من فئات العاملين في وزارة الصحة، بالإضافة للمبعوثين للدراسة التخصصية منذ بداية عمل الوزارة وحتى وقتنا الحاضر، إلا أن هناك جملة من المشكلات التي لا تزال ظاهرة في هذا المجال، وذلك على النحو التالي:

1. لا يزال هناك حاجة للأطباء المتخصصين والكوادر الطبية المدربة في العديد من المجالات، فزيادة عدد موظفي الصحة لم يكن وفقاً للاحتياجات الحقيقية للمؤسسات الصحية، وإنما تم في كثير من الأحيان لحل المشكلة الاجتماعية المتمثلة في البطالة دون الأخذ في الاعتبار النقص الحاد في بعض التخصصات.
2. غياب نظام إيفاد وابتعاث، يتضمن آلية واضحة ومسئوليات محددة لمتابعة المبعوثين في أماكن دراستهم.
3. تناقص في عدد الكوادر الصحية المؤهلة في المجالات الطبية والتمريضية، وذلك لأسباب مختلفة منها تدني الأجور وضعف نظام الحوافز، وما ينجم عنه من هجرة الكوادر الصحية المؤهلة.
4. ارتفاع أعداد المحولين للعلاج خارج المراكز الطبية الحكومية، وبالتالي ارتفاع حجم الإنفاق لتغطية تكاليف العلاج في الخارج على حساب الاحتياجات الأخرى للوزارة.<sup>32</sup>

<sup>32</sup> بلغت الأموال التي خصصت لغايات العلاج خارج مراكز وزارة الصحة في داخل البلاد وخارجها حوالي 98 مليون شيكل في العام 2003، في حين وصلت الأموال المصروفة على نفس الغرض في النصف الأول فقط من العام 2004، حوالي 86 مليون شيكل. أي أن ما تم صرفه في نصف العام 2004 فقط بلغ 88% من الأموال المنفقة في العام 2003 بأكمله.

5. انخفاض حجم الأموال المخصصة في موازنة الصحة لتدريب وتنمية قدرات الكادر الصحي تحت بند البعثات العلمية والدورات التدريبية. فمثلاً، بلغت الموازنة المخصصة لتطوير الكادر الطبي في وزارة الصحة في موازنة العام 2005 حوالي 3 مليون شيكل، من الموازنة الإجمالية لوزارة الصحة البالغة ما لا يقل عن 609 مليون شيكل، وكذلك الأمر بالنسبة لموازنة العام الذي يليه. وقد أثر ذلك على تحسين ورفع مستوى وكفاءة الكوادر.

### خامساً: حول المراكز والمشافي والخدمات المقدمة للرعاية الصحية

حق المواطن في تلبية احتياجاته الصحية واجب يقع توفيره على عاتق الدولة وفق المعايير الدولية، وبالحد الذي يكفل للمواطن التمتع بأعلى مستوى من الصحة الجسمية والنفسية. تتولى عدة جهات رسمية وغير رسمية تقديم الخدمات الصحية للمواطنين في كل من الضفة الغربية وقطاع غزة، وهي: وزارة الصحة، ومديرية الخدمات الطبية العسكرية للأمن العام<sup>33</sup>، ووكالة الأمم المتحدة لغوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين<sup>34</sup>، والمؤسسات الصحية غير الحكومية<sup>35</sup>، والقطاع الخاص الربحي، وذلك على النحو التالي:<sup>36</sup>

#### أ) مراكز الرعاية الصحية الأولية<sup>37</sup>

عملت السلطة الوطنية الفلسطينية، من خلال وزارة الصحة، على فتح مراكز رعاية صحية أولية جديدة، وتطوير المراكز الموجودة سابقاً، وزيادة سلة

<sup>33</sup> تقتصر الخدمات الطبية العسكرية على العسكريين والسجناء في مراكز الإصلاح والتأهيل في كل من الضفة الغربية وقطاع غزة. وقد بدأت الخدمات الطبية العسكرية عملها في الأراضي الفلسطينية بمركز طبي واحد في العام 1994 ليصل عدد مراكز الرعاية الصحية الأولية التابعة لها 20 مركزاً بالإضافة للعديد من الوحدات الطبية في العام 2005، موزعة على جميع محافظات الوطن. وتقوم بتقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية، من كشف طبي وعلاج، وعلاج أسنان، وأشعة ألتراساوند، وعلاج طبيعي وفحوصات مخبرية.

<sup>34</sup> تقتصر خدمات وكالة الغوث الصحية على اللاجئين المسجلين فقط، ولكنها سمحت بتطعيم الأطفال الفلسطينيين غير المسجلين لديها في عيادات وكالة الغوث الدولية خلال فترة إضراب القطاع الصحي الحكومي في نهاية العام 2006 وفي العام 2007.

<sup>35</sup> منها على سبيل المثال: لجان العمل الصحي، الإغاثة الطبية الفلسطينية، لجان الرعاية الصحية، والمجال الأحمر الفلسطيني.

<sup>36</sup> تشرف دائرة الطب الخاص في وزارة الصحة على القطاع الصحي غير الحكومي في الضفة الغربية وقطاع غزة.

<sup>37</sup> انظر: الجدول رقم 8 و9 في المرفق رقم 2.

الخدمات الصحية التي تقدمها، وذلك بتمويل ودعم من الدول المانحة. قد بلغ إجمالي عدد مراكز الرعاية الصحية الأولية الحكومية والأهلية بما فيها المراكز التابعة لووكالة الغوث في الأراضي الفلسطينية 654 مركزاً في العام 2005، بزيادة قدرها 200 مركز عن عددها في العام 1994، وبلغ معدلها مركزاً واحداً لكل 5752 نسمة، منها 525 مركزاً في الضفة الغربية، بمعدل مركز واحد لكل 4519 نسمة، و129 مركزاً في قطاع غزة، بمعدل مركز واحد لكل 10774.

من هذا، يلاحظ أن عدد مراكز الرعاية الصحية الأولية في قطاع غزة لا يتجاوز نسبة 20% من إجمالي عدد المراكز في الأراضي الفلسطينية، وهي نسبة منخفضة بالمقارنة بالضفة الغربية، وكذلك من حيث معدلها بالنسبة لعدد السكان.<sup>38</sup>

تدير وزارة الصحة 416 مركزاً حكومياً للرعاية الصحية الأولية، حتى نهاية العام 2005، بنسبة زيادة قدرها 43% عن عدد المراكز الحكومية في العام 1994، ونسبة 13.9% عن العام 2000، منها 360 مركزاً في الضفة الغربية، و56 مركزاً في قطاع غزة. هذا في حين تدير وكالة الغوث الدولية 53 مركزاً بزيادة نسبتها 22.5% عن عدد مراكزها البالغة 41 في العام 1994، منها 35 مركزاً في الضفة الغربية، و18 مركزاً في قطاع غزة، أي ما نسبته 10% من مجموع مراكز الرعاية الصحية الأولية. وتدير مؤسسات صحية غير حكومية 185 مركزاً منها 130 مركزاً في الضفة الغربية، و55 مركزاً في قطاع غزة، أي ما نسبته 35% من مجموع مراكز الرعاية الصحية الأولية.<sup>39</sup>

وعلى صعيد تصنيف مراكز الرعاية الأولية الحكومية، فقد وزعت وزارة الصحة مراكز الرعاية الصحية على أربعة مستويات. ضم المستوى الأول 89 مركزاً، والمستوى الثاني 215 مركزاً، والمستوى الثالث 95 مركزاً، والمستوى

<sup>38</sup> Health status in Palestine: Annual Report 2005.

<sup>39</sup> انظر: الجدول رقم 7 و8 في المرفق رقم 2.

الرابع 17 مركزاً.<sup>40</sup> وتتمثل الخدمات الصحية التي تقدمها هذه المراكز في الآتي:<sup>41</sup>

§ **المستوى الأول:** وهو عبارة عن موقع صحي يزود بمرشد صحي وطبيب لتقديم خدمة صحية وقائية مثل التنظيف الصحي في مجالات رعاية الأمومة والطفولة، والمياه الصالحة، والنظافة الصحية والتغذية الصحية، وتقديم الإسعافات الأولية، وخدمات رعاية الأمومة والطفولة... الخ. أما الخدمات العلاجية فتقدم بواسطة طبيب يزور المكان مرة أو مرتين في الأسبوع. ويوجد هذا النوع من المراكز في المواقع السكانية التي لا يتجاوز عدد السكان فيها الـ 1000 نسمة.

§ **المستوى الثاني:** هو عبارة عن عيادة صحية تزود بطبيب عام وممرضات أو ممرضين، وتقدم جميع الخدمات الوقائية والعلاجية طوال العام طوال أيام الأسبوع، ويوجد هذا النوع من المراكز الصحية في المناطق التي يتراوح عدد السكان فيها بين 1000-3000 نسمة.

§ **المستوى الثالث:** هو عبارة عن مركز صحي يقدم خدمات صحية تتضمن الخدمة في المستوى الثاني إضافة إلى خدمات أسنان وقائية، وخدمات مختبر أساسية، ومجهز بالأدوات والكاادر البشري الكافيين، ويمتد تقديم الخدمة في هذا المستوى من المراكز ليغطي فترتي الصباح والمساء في مناطق سكنية مأهولة يبلغ عدد السكان فيها من 3000-10000 نسمة.

§ **المستوى الرابع:** وهو عبارة عن مركز صحي عام يقع في مناطق مأهولة بأكثر من 10000 نسمة ويقدم خدمات صحية تتضمن الخدمة في المستوى الثالث، إضافة إلى خدمات أشعة، وعلاج طبيعي، واستشارات تخصصية، وخدمة إسعاف أولي على مدار 24 ساعة.

## (ب) المشافي

ارتفع عدد المشافي في الضفة الغربية وقطاع غزة من 24 مشفى في العام 1992 إلى 76 مشفى في العام 2005.<sup>42</sup> وزاد عدد المشافي التي تديرها

<sup>40</sup> انظر: جدول رقم 9 في المرفق رقم 2.

<sup>41</sup> الخطة الإستراتيجية الوطنية للصحة 1999-2003، مرجع سابق، ص 103 وما بعدها.



وزارة الصحة الفلسطينية من 14 مشفى في العام 1992، بسعة 1819 سريرا، إلى 22 مشفى في العام 2005، بسعة 2815 سريرا، منها 12 مشفى في الضفة الغربية بعدد 1316 سريرا (11 مشفى بسعة 1036 سريرا، ومشفى نفسي واحد بسعة 280 سريرا). و 10 مشفيات في قطاع غزة بسعة 1499 سريرا، منها 6 مشافي عامة بسعة 1206 أسرة، و 2 مشفى أطفال بسعة 233 سريرا، ومشفى نفسي واحد بسعة 39 سريرا، ومشفى عيون بسعة 31 سريرا. كما بلغ عدد المشافي غير الحكومية 54 مشفى بسعة سريرية قدرها 2210 سريرا في العام 2005. تدير المنظمات غير الحكومية منها 30 مشفى، بعدد 1681 سريرا، أي ما نسبته 33.5% من مجموع الأسرة في الضفة الغربية وقطاع غزة. ويدير القطاع الخاص 23 مشفى بعدد 466 سريرا، أي ما نسبته 9.3% من مجموع الأسرة في الضفة الغربية وقطاع غزة، في حين تدير وكالة الغوث الدولية مستشفا واحدا في محافظة قلقيلية بعدد 63 سريرا.<sup>43</sup> وكان نسبة عدد السكان إلى عدد المشافي هو 49500 شخص لكل مشفى في العام 2005<sup>44</sup> بانخفاض مقداره 47% عن نسبة عدد السكان إلى عدد المشافي في العام 1992. وبلغ معدل المشافي في العام 2005 لكل 100000 نسمة 2.02 مشفى (2.28 في الضفة الغربية و 1.6 في قطاع غزة)، أما عدد الأسرة بالنسبة لعدد السكان في نفس العام فقد بلغ 13.35 سريرا لكل 10000 نسمة<sup>45</sup> (12.7 في الضفة الغربية و 14.5 في قطاع غزة).

ومن جانب آخر، اشتملت الخدمات التي تقدمها مشافي وزارة الصحة، تخصصات الباطني وتخصصاته الفرعية، الجراحة وتخصصاتها الفرعية، طب الأطفال، النساء والولادة، وحدات العناية الخاصة ومنها: العناية المركزة العامة، القلب، الأطفال وحديثي الولادة، والحروق، كذلك خدمات المرضى الذين لا ينامون من خلال العيادات الخارجية وتشمل عيادة العظام، العيون، جراحة المسالك البولية، أمراض النساء والولادة، الجراحة العامة، الباطنية، الأنف والأذن والحنجرة، العلاج الطبيعي، الأورام، العلاج النفسي. بالإضافة لخدمات

<sup>42</sup> انظر الجداول المبينة للمستشفيات الموحدة في أراضي السلطة الوطنية وتوزيعها بين الضفة الغربية وقطاع غزة هذا من ناحية وتوزيعها بين الحكومي وغير الحكومي من ناحية ثانية وعدد الأسرة فيها رقم 10 و 11 في المرفق رقم 2.

<sup>43</sup> Health status in Palestine: idem ,p.p. 34- 39.

<sup>44</sup> بلغ عدد سكان أراضي السلطة الوطنية الفلسطينية وفقا للإحصاء الذي أجراه الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني في نهاية العام 2007 ما يقرب من (3763828) شخصا، أما في العام 1992 كان عدد السكان 2238987 منهم 1450084 في الضفة الغربية و788903 في قطاع غزة.

<sup>45</sup> الخطة الصحية الوطنية الفلسطينية 1994، مرجع سابق، ص 112.

أقسام الطوارئ والرعاية النهارية وتشمل: غسيل الكلى والأورام وأمراض الدم، خدمات المختبر، خدمات الأشعة.<sup>46</sup>

### ت) حول الخدمات الصحية في مدينة القدس المحتلة

ألزم قانون الصحة الإسرائيلي الذي بدأ سريانه في الأول من كانون الثاني عام 1995 الدولة تقديم الخدمات الصحية التي يحتاجها الإنسان إلى كافة الأفراد. وعليه، فقد أصبح التأمين الصحي إجبارياً ومرتبباً بالتأمين الوطني، بحيث شمل جميع طبقات المجتمع. وقد طبق هذا القانون على المواطنين الفلسطينيين في مدينة القدس الشرقية، وباتت كل مؤسسة أو شركة قائمة في المدينة تدفع أو تقتطع من رواتب موظفيها لتغطية التأمين الصحي.<sup>47</sup>

ومن مجمل عدد المستشفيات في أراضي السلطة الوطنية الفلسطينية في عام 2005 يوجد عشرة مشافي في محافظة القدس بسعة 618 سريراً، منها 6 مشافي مملوكة لمنظمات غير حكومية بسعة 534 سريراً، و4 مشافي خاصة بسعة 84 سريراً.<sup>48</sup> كما يوجد 33 مركزاً للرعاية الصحية الأولية في المحافظة موزعة حسب الأطراف المقدمة للخدمات الصحية: 16 مركزاً حكومياً، 14 مركزاً غير حكومي، 3 مراكز تابعة لوكالة غوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين (الأنروا).<sup>49</sup>

وباعتبار أن مدينة القدس الشرقية والقرى والبلدات المحيطة بها تعتبر ضمن الأراضي الفلسطينية التي احتلت في العام 1967، ومن المفترض أن تكون تحت إدارة الجهات الصحية الرسمية الفلسطينية، تتخذ السلطة الوطنية منذ قيامها في عام 1993 سياسة عامة باتجاه دعم قطاع الصحة في المدينة المحتلة بوسائل عدة. ومن أهم تلك الوسائل تحويل المرضى من أراضي السلطة الوطنية

<sup>46</sup> التقرير نصف السنوي لوزارة الصحة الفلسطينية من كانون ثاني إلى حزيران 2006 (فلسطين: وزارة الصحة - مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، تموز 2006).

<sup>47</sup> إبراهيم أبو جابر، مستقبل القدس وسبل إنقاذها من التهويد، الفصل السادس، الوضع الاجتماعي في مدينة القدس، منشور على الصفحة الإلكترونية

<http://www.palestine-info.info/arabic/alquds/others/thefuture/6th.htm>

<sup>48</sup> Health status in Palestine: Annual Report 2005 , op.cit. p171.

<sup>49</sup> Health status in Palestine: Annual Report 2005 , op.cit. p130.

إلى مشافي مدينة القدس ولا سيما مشفى جمعية المقاصد الخيرية الإسلامية، ومشفى الاوغستا فكتوريا/ المطمع، ومشفى سان جون للعيون، ومشفى الهلال الأحمر للولادة، ومشفى سان جوزيف/ الفرنساوي، ومشفى الأميرة بسمة للعلاج الطبيعي، حيث يبلغ عدد التحويلات الطبية التي تتم من السلطة الوطنية إلى هذه المشافي شهريا ما بين 700-800 تحويلة طبية.<sup>50</sup> هذا بالإضافة إلى توفير أدوية الأمراض المزمنة في مديرية صحة محافظة القدس التي تنقطع بالعادة في كثير من الأوقات في مشافي وزارة الصحة في المدن والبلدات الفلسطينية الأخرى.

### سادساً: حول التحويلات الطبية خارج المؤسسات الصحية الحكومية

تشير المعطيات المتوافرة عن واقع حالات العلاج خارج المؤسسات الطبية الحكومية في الأعوام 1996-2004 إلى زيادتها بشكل حاد. فقد بلغ عدد التحويلات الطبية خارج المؤسسات الطبية الرسمية في العام 1996 حوالي 6126، ارتفعت في العام 2000 إلى 8123 تحويلة، غير أنها قفزت بشكل كبير جدا في الأعوام 2004 و2005، وبنسب زادت عن 412% في كل عام بالمقارنة مع عددها في العام 2000.<sup>51</sup>

لقد شكّل الارتفاع في أعداد حالات العلاج خارج المؤسسات الطبية الحكومية عبئاً مالياً كبيراً على الموازنة العامة، ولا سيما موازنة وزارة الصحة، حيث بلغت تكلفة فاتورة العلاج في الخارج في العام 2003 حوالي 149800000 شيكل، أي ما يعادل 33.8% من ميزانية وزارة الصحة في نفس العام، وبلغت في العام 2004 (261356601) شيكل، أي ما يعادل 46% من موازنة وزارة

<sup>50</sup> مقابلة باحثة الهيئة مع الدكتور عزمي أبو خليل - مدير مديرية صحة محافظة القدس في مدينة أبو ديس بتاريخ 2008/5/13.

<sup>51</sup> لمزيد من المعلومات حول عدد التحويلات الطبية خارج المؤسسات الصحية الحكومية في الأعوام 1996-2005، راجع الجدول رقم 12 في المرفق رقم 2.

الصحة، وبلغت في العام 2005 مبلغ 268044025 شيكلا، أي ما يعادل و42.7% من موازنة وزارة الصحة.<sup>52</sup>

---

<sup>52</sup> وضع حقوق المواطن الفلسطيني خلال العام 2005 ( فلسطين: الهيئة الفلسطينية المستقلة لحقوق المواطن، التقرير السنوي رقم 11، 2006)، ص 48. وكذلك، راجع الجدول المتعلق بعدد التحويلات خارج المؤسسات الصحية موزعة على المحافظات المختلفة للسلطة الوطنية وحجم التكلفة المالية التي استهلكتها رقم 13 في المرفق رقم 2.

## الفصل الثالث

### الصحة في أراضي السلطة الوطنية الفلسطينية في ضوء المؤشرات التي تم تطويرها لقياس الوضع الصحي

عملت الهيئة على إعداد جدول بيانات بأهم المؤشرات المتعلقة بالوضع الصحي في أراضي السلطة الوطنية. وقد تم صياغة قائمة المؤشرات الفلسطينية بعد الاطلاع على المؤشرات الإحصائية المستخدمة لدى منظمة الصحة العالمية لقياس الوضع الصحي في كل من الأردن ومصر وإسرائيل ولبنان والمملكة المتحدة والسويد، واستخدم ذات التصنيف الذي اعتمده المنظمة لهذه المؤشرات، حيث قسّمت المنظمة قائمة المؤشرات الصحية لقياس الوضع الصحي في تلك الدول إلى مؤشرات ديمغرافية، ومؤشرات اقتصادية واجتماعية، ومؤشرات الإنفاق الصحي، ومؤشرات خاصة بالموارد البشرية والمادية في قطاع الصحة، ومؤشرات تغطية خدمات الرعاية الصحية الأولية، ومؤشرات مرتبطة بالحالة الصحية، ومؤشرات متعلقة بالوفيات. وبمراجعة مؤشرات قياس الوضع الصحي في تلك الدول، وجدنا أن المعلومات الموجودة عن تلك الدول لم تكن موحدة من حيث الزمن، وإنما كان بعضها في العام 2005، وبعضها الآخر في سنوات أخرى كسنة 2004 أو سنة 2000 أو 2001 وهكذا. وقد قاست تلك المؤشرات ما يقرب من 150 مسألة من المسائل الصحية أو التي لها ارتباط من قريب أو بعيد بالوضع الصحي.<sup>53</sup> وقد اختير من بين هذه المؤشرات 76 مؤشرا لقياس الوضع الصحي في أراضي السلطة الوطنية

<sup>53</sup> وفي ذات الوقت، لم تتوفر لدى منظمة الصحة العالمية مؤشرات محددة يتم على أساسها القول أن الوضع الصحي في هذه الدولة أو تلك متفحة أو مخالفة للمعايير الصحية التي وضعتها، وإنما من خلال مقارنة كل دولة بغيرها من الدول.

توزعت على سبع فئات كتلك الفئات التي اعتمدها منظمة الصحة العالمية.<sup>54</sup> وقد تم، بناء على هذه المعلومات، إجراء تحليل عام وموجز للبيانات الرقمية التي تم تسجيلها بالاعتماد على تلك المؤشرات في أراضي السلطة الوطنية بالمقارنة مع فئتين من الدول. **الفئة الأولى:** الدول المحيطة بالأراضي الفلسطينية (وبخاصة الأردن، ومصر، ولبنان)، و**الفئة الثانية:** الدول المتقدمة في أداء الخدمات الصحية، واخترنا منها إسرائيل، والمملكة المتحدة، والسويد.

وفيما يلي تحليلنا لهذه المؤشرات في الأراضي الفلسطينية بالمقارنة مع هاتين الفئتين من الدول:

### أولاً: المؤشرات الديموغرافية<sup>55</sup>

تسهم المؤشرات الديموغرافية في بيان الاتجاهات السكانية وحجم النمو السكاني الحاصل، وتساعد بالتالي في رسم سياسات صحية تتلاءم مع طبيعة وحجم الزيادة السكانية الحاصلة. وتشمل المؤشرات الديموغرافية التي اخترناها في هذه الفئة المؤشرات التي تبين عدد السكان ومعدل النمو السنوي المعتاد، والتوزيع الجغرافي والتركييب العمري للسكان، ومعدل المواليد والوفيات الخام، وكذلك معدل الخصوبة للمرأة الواحدة:

- **عدد السكان ومعدل النمو السنوي:** بلغ عدد السكان المقدر في أراضي السلطة الوطنية الفلسطينية 3825149 مليون نسمة في العام 2005، أي ما نسبته 37.9% من إجمالي عدد الفلسطينيين المقدر في العالم.<sup>56</sup> وقد جاءت الأراضي الفلسطينية في المرتبة الأولى من الأدنى للأعلى مقارنة بعدد السكان بالدول السبعة المختارة في نفس العام من حيث عدد

<sup>54</sup> راجع قائمة المؤشرات التي اعتمدت لقياس الوضع الصحي في فلسطين بالمقارنة مع عدد من الدول (الأردن، لبنان، مصر، الولايات المتحدة، السويد)، جدول رقم 14 في المرفق رقم 2.

<sup>55</sup> أنظر المؤشرات الديموغرافية، جدول رقم 14 في المرفق رقم 2.

<sup>56</sup> بلغ عدد السكان الفلسطينيين في العالم المقدر في العام 2005 (10091985) نسمة، يتواجد منهم في إسرائيل (1133980) نسمة بنسبة 11.2% من العدد الإجمالي، وفي الأردن (2968052) نسمة بنسبة 29.4%، وفي الدول العربية الأخرى (1600280) نسمة بنسبة 15.9%، وفي الدول الأخرى (564524) نسمة بنسبة 5.6%. أنظر: فلسطين في أرقام 2005 (فلسطين: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2006)، ص 13.

السكان. وبالمقارنة مع الدول المحيطة، احتلت الأراضي الفلسطينية الترتيب الأدنى، ثم لبنان (4435000 نسمة)، ثم الأردن (5485000 نسمة)، ثم مصر (70668000 نسمة). وبالمقارنة بين الأراضي الفلسطينية والدول المتقدمة محل المقارنة احتلت الأراضي الفلسطينية الترتيب الأدنى، ثم إسرائيل (6725000 نسمة)، ثم السويد (9041000 نسمة)، ثم المملكة المتحدة (59668000 نسمة).

كما تتميز الأراضي الفلسطينية بمعدل نمو سكاني مرتفع، بلغ 3.3% في العام 2005، وهو أعلى معدل بالمقارنة مع الدول السبع المختارة من الأدنى للأعلى في ذات العام. فقد بلغ معدل النمو السكاني في الدول المحيطة بأراضي السلطة الوطنية على النحو التالي: لبنان 1.6%، مصر 1.9%، والأردن 2.5%. ولدى مقارنة معدل النمو السكاني في الأراضي الفلسطينية مع الدول المتقدمة، يلاحظ أنها كانت أيضا الأعلى، فقد بلغ معدل النمو السكاني السنوي في السويد والمملكة المتحدة على التوالي: 0.2%، 0.3%، بينما كان في إسرائيل 2.3%.

وهذا يعني أن هناك حاجة متزايدة لدى السلطة الوطنية للخدمات الصحية بالمقارنة مع ارتفاع معدلات النمو فيها بالمقارنة مع غيرها من الدول.

• **التوزيع الجغرافي والتركيب العمري للسكان:** يتوزع السكان في أراضي السلطة الوطنية في العام 2004 على المدن والقرى والأرياف بنسبة 58% في المدن و42% في الريف ومخيمات اللاجئين، وهي بذلك تحتل المرتبة الثانية، من حيث عدد السكان الذين يقيمون في المدن، مقارنة بالدول السبعة المختارة من الأدنى للأعلى. فهي من ناحية تقع في الترتيب الثاني عند ترتيبها مع الدول المحيطة بحسب عدد سكان المدن من الأدنى إلى الأعلى، وتأتي قبلها مصر التي يشكل عدد سكان المدن فيها الـ 43% من عدد السكان، ومن ثم الأردن التي جاءت في المرتبة الثالثة (82%)، ولبنان في المرتبة الرابعة (85%) من عدد سكانها في المدن). وبالمقارنة بين نسبة السكان في المدينة وفي الأرياف في الأراضي الفلسطينية والدول المتقدمة محل المقارنة جاء ترتيبها الأدنى، يليها السويد، حيث يبلغ عدد سكان المدن في السويد 84% من العدد الإجمالي للسكان، والمملكة المتحدة 90%، ثم إسرائيل 92%. وهذا من شأنه أن يدل على أن هناك انخفاضا في نسبة السكان الذين يحصلون

على الخدمات الصحية، إذا ما أخذنا بعين الاعتبار أن سكان المدن يحضون بخدمات صحية أعلى من الخدمات المقدمة لسكان الأرياف.

وعلى صعيد توزيع عدد السكان من حيث التركيب العمري، احتلت الأراضي الفلسطينية المرتبة الأولى<sup>57</sup> في عدد السكان الذين يقلون عن خمس عشرة سنة بالمقارنة مع الدول السبع المختارة، حيث بلغت نسبتهم 46% من المجموع العام لعدد السكان في العام 2005. وبمقارنتها بالدول المحيطة، احتلت الأراضي الفلسطينية المرتبة الأولى، بينما انخفضت هذه النسبة في نفس العام إلى 27.3% في لبنان، و37.1% في الأردن، و37.8% في مصر. وبالمقارنة بين الأراضي الفلسطينية والدول المتقدمة محل المقارنة احتلت الأراضي الفلسطينية المرتبة الأولى أيضاً، وبفارق كبير، حيث بلغ عدد السكان دون سن 15 سنة في السويد 18.11% في العام 2002، وفي المملكة المتحدة 18.16% في العام 2004، وفي إسرائيل 28.35% في العام 2003.

أما الفئة العمرية للسكان من 65 سنة فما فوق، فقد احتلت الأراضي الفلسطينية النسبة الأقل من الأدنى للأعلى بالمقارنة مع الدول السبع المختارة، حيث بلغت نسبة هذه الفئة 2.8% من مجموع عدد السكان في العام 2005، بينما بلغت هذه النسبة في الدول المحيطة لنفس العام، على النحو التالي: مصر 3.4%، الأردن 3.8%، لبنان 7.5% من عدد السكان. وبالمقارنة مع الدول المتقدمة، يلاحظ ارتفاع فئة السكان الذين هم بعمر 65 سنة فما فوق بشكل ملحوظ بالمقارنة مع الأرقام الموجودة في الأراضي الفلسطينية، حيث بلغت نسبتهم في إسرائيل 9.91% في العام 2003، وفي المملكة المتحدة 16.01% في العام 2004، وبلغت نسبة هذه الفئة في السويد 17.18% في العام 2002.

• **معدل المواليد والوفيات الخام لكل / 1000 نسمة:** احتلت الأراضي الفلسطينية ثاني أعلى نسبة مواليد خام (المواليد الأحياء) لكل 1000 نسمة بالمقارنة مع الدول السبعة المختارة، حيث بلغ عدد المواليد الأحياء في أراضي السلطة الوطنية في العام 2005 حوالي 27.5 مولود

<sup>57</sup> يعرف المجتمع الفلسطيني بأنه مجتمع فتي، يرتفع فيه عدد صغار السن.



لكل 1000 نسمة. وبالمقارنة مع الدول المحيطة، جاءت الأراضي الفلسطينية في الترتيب الثاني بعد الأردن في عدد المواليد، حيث بلغت نسبة المواليد الخام في الأردن 29 مولوداً في العام 2005، بينما بلغت نسبتهم في مصر 25.8 مولوداً في ذات العام، ومن ثم لبنان 16.9 مولوداً في العام 2004.

واحتلت الأراضي الفلسطينية أيضاً أعلى معدل بالمقارنة مع الدول المتقدمة، حيث بلغ معدل المواليد الخام لكل 1000 نسمة في السويد 11.22 مولوداً في العام 2005، و11.97 مولوداً في المملكة المتحدة في العام 2004، وفي إسرائيل 20.77 مولوداً في العام 2005.

أما معدل الوفيات الخام لكل 1000 نسمة، فقد احتلت الأراضي الفلسطينية المعدل الأقل من الأدنى للأعلى بالمقارنة مع الدول السبع المختارة، حيث بلغ عدد الوفيات فيها 2.7 متوفى لكل 1000 نسمة في العام 2005، بينما بلغ المعدل في لبنان 4.1 متوفى في العام 2004، و6.4 متوفى في مصر في العام 2005، و7 متوفين في الأردن في العام 2005. وانخفضت معدلات الوفيات في أراضي السلطة الوطنية بالمقارنة مع الدول المتقدمة، حيث بلغت هذه النسبة في إسرائيل 5.73 متوفى في العام 2003، و9.77 متوفى في المملكة المتحدة في العام 2004، و10.56 متوفى في السويد في العام 2005.

• **معدل الخصوبة للمرأة الواحدة:** بلغ معدل الخصوبة للمرأة الواحدة في الأراضي الفلسطينية 4.6 مولوداً في العام 2005 وهو أعلى معدل بالمقارنة مع الدول السبع المختارة من الأدنى للأعلى في نفس العام. وبالمقارنة مع الدول المحيطة احتلت الأراضي الفلسطينية المرتبة الأعلى، في حين بلغ معدل الخصوبة للمرأة الواحدة في لبنان 1.7 مولوداً، مصر 3.1 مولوداً، الأردن 3.7 مولوداً. وبالمقارنة مع الدول المتقدمة، انخفض معدل الخصوبة في هذه الدول بالمقارنة مع معدلها في الأراضي الفلسطينية، حيث بلغ معدل الخصوبة في السويد 1.7 مولوداً، والمملكة المتحدة 1.7 مولوداً، وإسرائيل 2.8 مولوداً.

## ثانياً: المؤشرات الاقتصادية والاجتماعية<sup>58</sup>

يؤثر العامل الاقتصادي والتعليمي في حجم العناية الصحية التي يتلقاها أو يطلبها الفرد، وإن من شأن معرفة حقيقة الواقع الاقتصادي والتعليمي للسكان أن يبين حقيقة وحجم وآلية تقديم الخدمات الصحية من قبل الجهات الرسمية. وتضم هذه الفئة المؤشرات التي تقيس الدخل القومي للفرد، وعدد السكان تحت خط الفقر، وعدد السكان الذين يمكنهم الحصول على مصادر مياه شرب وخدمات صرف صحي محسنين، وحجم انتشار ظاهرة التدخين في المجتمع، وكذلك مستوى التعليم في العائلة.

- **الدخل القومي الإجمالي للفرد بالدولار:** يتأثر الوضع الصحي بالوضع الاقتصادي ومعدل الدخل القومي الإجمالي للفرد، فكلما ارتفع مستوى دخل المواطن زادت قدرته في الحصول على الخدمات الصحية وبمستوى أفضل. فقد بلغ الدخل القومي الإجمالي للفرد في الأراضي الفلسطينية 1374 دولاراً في العام 2003، وهو الأقل من الأدنى للأعلى مقارنة بالدول السبع المختارة في العام 2005. وبالمقارنة بالدول المحيطة احتلت الأراضي الفلسطينية أقل مقدار للدخل القومي الإجمالي للفرد، حيث بلغ معدل دخل الفرد في مصر 4440 دولاراً، وفي الأردن 5280 دولاراً، وفي لبنان 5740 دولاراً. وبالمقارنة مع الدول المتقدمة، نلاحظ الانخفاض العالي جداً في الدخل القومي الإجمالي للفرد في الأراضي الفلسطينية عنه في تلك الدول. فقد بلغ معدل دخل الفرد في إسرائيل 25280 دولاراً، وفي السويد 31420 دولاراً، وفي المملكة المتحدة 32690 دولاراً.

<sup>58</sup> انظر المؤشرات الاقتصادية والاجتماعية، جدول رقم 14 في المرفق رقم 2.

- **السكان تحت خط الفقر (وهم الذين يعتاشون على دولار واحد يوميا):**  
كلما ازداد الفقر كلما انخفض ميل المواطن لاستخدام الرعاية الصحية المنتظمة، وأصبح اعتماده على رعاية الطوارئ. وهذا غالبا ما يؤدي إلى إهمال المواطن لصحته وعدم اللجوء لطلب الخدمات العلاجية إلا عند استفحال المرض.<sup>59</sup> فقد بلغت نسبة عدد السكان تحت خط الفقر (الذين يعتاشون على دولار واحد يوميا) في الأراضي الفلسطينية حوالي 15% في العام 2005، أي ما يعادل 573000 مواطن فلسطيني. وبمقارنة هذه النسبة ببعض الدول المحيطة احتلت الأراضي الفلسطينية المرتبة الأخيرة من الأدنى للأعلى، بينما كانت نسبة السكان تحت خط الفقر في المملكة الأردنية أقل من 2% في العام 2003، أي ما يعادل 110000 مواطنا، وفي مصر 3.1% في العام 2000، أي ما يعادل 2 مليون مواطن مصري. وتجدر الإشارة إلى أنه لا توجد قيمة لهذا المؤشر في الدول المتقدمة لارتفاع معدل دخل الفرد فيها.
- **السكان الذين يمكنهم الحصول على مصادر مياه شرب محسنة وصرف صحي محسن:** بلغت نسبة السكان الذين يمكنهم الحصول على مصادر مياه شرب محسنة في الأراضي الفلسطينية (في المناطق الحضرية والريفية) 80.6% في العام 2004، وهي نسبة منخفضة مقارنة مع البلدان السبعة المختارة في نفس العام. وبالمقارنة مع الدول المحيطة احتلت الأراضي الفلسطينية الترتيب الأدنى، حيث بلغت نسبة المواطنين الذين يحصلون على مصادر مياه شرب محسنة في الأردن 99% في المناطق الحضرية و91% في المناطق الريفية، وفي مصر 99% في المناطق الحضرية و97% في المناطق الريفية، وفي لبنان 100% من المواطنين يحصلون على خدمات مياه محسنة. واحتلت الأراضي الفلسطينية الترتيب الأدنى من حيث الحصول على مصادر مياه الشرب المحسنة بالمقارنة مع الدول المتقدمة، بينما كانت بنسبة 100% في المناطق الحضرية والريفية في كل من إسرائيل والمملكة المتحدة والسويد في العام 2004.

<sup>59</sup> الخطة الصحية الوطنية الفلسطينية 1994، مرجع سابق، ص35.

أما فيما يتعلق بالسكان الذين يمكنهم الحصول على صرف صحي محسن<sup>60</sup>، فقد بلغت نسبتهم في الأراضي الفلسطينية 96.2% في العام 2004. وبالمقارنة مع الدول المحيطة احتلت الأراضي الفلسطينية في نفس العام الترتيب الأخير من الأدنى للأعلى، حيث كانت نسبة السكان الذين يمكنهم الحصول على صرف صحي محسن في مصر 86% في المناطق الحضرية و58% في المناطق الريفية، وفي الأردن 94% في المناطق الحضرية و87% في المناطق الريفية، وفي لبنان 100% في المناطق الحضرية و87% في المناطق الريفية في العام 2004. وبالمقارنة مع الدول المتقدمة كانت نسبة السكان الذين يمكنهم الحصول على صرف صحي محسن، الأدنى في الأراضي الفلسطينية، بينما بلغت في العام 2004 الـ 100% في السويد في المناطق الحضرية والريفية، و100% في إسرائيل المناطق الحضرية في العام 2004.

• انتشار التدخين بين البالغين (15 سنة فما فوق): ترتبط العديد من الأمراض بالتدخين بشكل طردي، وبمقارنة الوضع في الأراضي الفلسطينية بالبلدان التي توفرت عنها إحصائيات من البلدان السبعة المختارة محل المقارنة، احتلت الأراضي الفلسطينية الترتيب الأقل في نسبة انتشار التدخين بين البالغين الذكور (15 سنة وما فوق)، حيث بلغت 20% في العام 2004. بينما بلغت النسبة في إسرائيل 38.6% في العام 2001، تليها مصر 50.5% في العام 2002.

أما فيما يتعلق بنسبة انتشار التدخين بين البالغين الإناث (15 سنة وما فوق)، احتلت الأراضي الفلسطينية الترتيب الثاني من الأدنى للأعلى، بالمقارنة مع البلدان التي توفرت عنها إحصائيات من البلدان السبعة المختارة محل المقارنة، حيث بلغت 14% من عدد السكان في العام 2004، بينما كانت النسبة في مصر 8.3% في العام 2002، إسرائيل 22.1% في العام 2001.

• التعليم: تتأثر مشاعر الناس بالمعافاة والصحة بالتعليم إيجابياً، فكلما ارتفع المستوى التعليمي للمواطن ارتفع اهتمامه بالمستوى الصحي. فقد

<sup>60</sup> المقصود بـ"الصرف الصحي المحسن" بحسب المسح المنفذ من الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني آنذاك هو مدى توفر احد الوسائل التالية لتصريف مياه الصرف الصحي 1. شبكة عامة: إذا كان المسكن متصلاً بالشبكة العامة للصرف الصحي التابعة لمجالس المدن أو القرى أو أي هيئة أخرى. أو 2. حفرة امتصاصية: في حالة وجود حفرة امتصاصية للصرف الصحي في المسكن.

بلغت نسبة الأمية بين البالغين في الأراضي الفلسطينية 7.2% من عدد السكان في العام 2005، وهي نسبة منخفضة مقارنة بالبلدان التي توفرت عنها إحصائيات من البلدان السبعة المختارة محل المقارنة، حيث جاءت الأراضي الفلسطينية في المرتبة الثانية من الأدنى إلى الأعلى من حيث نسبة الأمية، وسبقها في انخفاض نسبة الأمية إسرائيل، حيث بلغت نسبة الأمية فيها 2.9% في العام 2004، ثم الأردن في المرتبة الثالثة، حيث بلغت نسبة الأمية فيها 10% في العام 2005، ومن ثم لبنان التي بلغت النسبة فيها 12% في العام 2000، وفي الختام مصر التي بلغت فيها النسبة 28.6% من عدد السكان في العام 2004. وفيما يتعلق بنسبة الالتحاق بالمدارس الابتدائية للذكور، احتلت الأراضي الفلسطينية الترتيب الثاني من الأدنى للأعلى بالمقارنة مع الدول السبع المختارة في العام 2005. فقد بلغت نسبة الطلبة المتحقين بالمدارس الابتدائية في أراضي السلطة الوطنية 92.8%، ممن يجب عليهم الالتحاق بالمدارس، وذلك في الترتيب الثاني بعد الأردن 90%، ثم لبنان 94%، ومن ثم مصر 97%. وبالمقارنة مع الدول المتقدمة محل المقارنة كانت نسبة الالتحاق بالمدارس الابتدائية للذكور في الأراضي الفلسطينية الأقل تليها إسرائيل (97%)، ثم المملكة المتحدة (99%)، ثم السويد (99%).

أما فيما يتعلق بإجمالي نسبة الالتحاق بالمدارس الابتدائية للإناث في الأراضي الفلسطينية، فقد فاقت نسبة الذكور، حيث بلغت نسبتهن 93.6% في العام 2005، وهي بالمقارنة مع الدول السبع المختارة في نفس العام، تحتل الترتيب الثالث من الأدنى للأعلى. وبالمقارنة مع الدول المحيطة كانت أيضاً في الترتيب الثالث بينما بلغت في الأردن 92%، لبنان 93%، مصر 94%. وبالمقارنة مع الدول المتقدمة كان إجمالي نسبة الالتحاق بالمدارس الابتدائية للإناث في الأراضي الفلسطينية الأقل، حيث بلغت في إسرائيل 98%، والسويد 98%، والمملكة المتحدة 99%.

## ثالثاً: مؤشرات الإنفاق على الصحة<sup>61</sup>

التمويل الصحي عبارة عن توليفة من حسابات التمويل والإنفاق المسجلة في تشغيل النظام الصحي، وفي كثير من البلدان ترجع المعوقات الأساسية التي تحول دون تحقيق أهداف السياسات الصحية فيها إلى قلة الموارد المالية التي تلعب دوراً حاسماً بالنسبة لإمكانية تحسين النظام الصحي، وبالتالي تحسين الوضع الصحي للسكان. وتضم هذه الفئة المؤشرات التي تقيس إجمالي الإنفاق على الصحة من الناتج المحلي الإجمالي، ونسبة كل من الإنفاق الحكومي والخاص على الصحة من إجمالي الإنفاق على الصحة، الإنفاق الحكومي على الصحة بالنسبة للإنفاق العام، نسبة نفقات الأمن الاجتماعي للصحة من النفقات الحكومية على الصحة، ونصيب الفرد من إجمالي الإنفاق على الصحة (بوجه عام) ونصيبه من الإنفاق الحكومي على الصحة:

- نسبة إجمالي الإنفاق على الصحة من الناتج المحلي الإجمالي: بلغ إجمالي الإنفاق على الصحة في الأراضي الفلسطينية في العام 2005 ما نسبته 13% من الناتج المحلي الإجمالي، أي ما يعادل 579 مليون دولاراً من إجمالي الناتج المحلي (بلغ إجمالي الدخل القومي لذلك العام 4456.4 مليون دولار)،<sup>62</sup> وتعد هذه النسبة في المرتبة الأولى بالمقارنة مع الدول السبع المختارة. وبمقارنة نسبة إجمالي الإنفاق على الصحة في الدول المحيطة، احتلت الأراضي الفلسطينية المرتبة الأعلى، ثم لبنان (11.6%)، ثم الأردن 9.8%، ثم مصر 6.1%. وبالمقارنة بالدول

<sup>61</sup> أنظر مؤشرات الإنفاق الصحي، جدول رقم 14 في المرفق رقم 2.

<sup>62</sup> فلسطين في أرقام 2005، مرجع سابق، ص46.

المتقدمة احتلت الأراضي الفلسطينية أيضاً المرتبة الأعلى (13%)، ثم السويد (9.1%)، ثم إسرائيل (8.7%)، ثم المملكة المتحدة (8.1%).

- **نسبة الإنفاق الحكومي والإنفاق غير الحكومي على الصحة من إجمالي الإنفاق على الصحة:** بلغت نسبة الإنفاق الحكومي على الصحة من مجمل الإنفاق على الصحة في الأراضي الفلسطينية 16.5% في العام 2003. وتعد هذه النسبة الأقل، من الأدنى للأعلى، بالمقارنة مع الدول السبع المختارة في العام 2004. وبالمقارنة مع الدول المحيطة، احتلت الأراضي الفلسطينية المرتبة الأدنى في حجم الإنفاق الحكومي على الصحة، بينما بلغت نسبة الإنفاق الحكومي على الصحة من مجمل الإنفاق على الصحة في لبنان 27.4%، مصر 38.2%، الأردن 48.4%. وبالمقارنة مع الدول المتقدمة، احتلت الأراضي الفلسطينية أيضاً المرتبة الأدنى بفارق كبير، حيث بلغت نسبة الإنفاق الحكومي على الصحة من مجمل الإنفاق على الصحة في إسرائيل 70%، والسويد 84.9%، والمملكة المتحدة 86.3%.

في المقابل، احتلت الأراضي الفلسطينية المرتبة الأولى في حجم الإنفاق غير الحكومي على الصحة بالمقارنة مع غيرها من الدول سواء المحيطة أو المتقدمة.

- **نسبة الإنفاق الحكومي على الصحة بالنسبة للإنفاق العام:** بلغت نسبة الإنفاق الحكومي على الصحة بالنسبة للإنفاق العام في الأراضي الفلسطينية 6.59% في العام 2005، وتعد هذه النسبة الأقل من الأدنى للأعلى بالمقارنة مع الدول السبع المختارة في العام 2004. وبالمقارنة بالدول المحيطة احتلت الأراضي الفلسطينية المرتبة الأدنى، بينما بلغت نسبة الإنفاق الحكومي على الصحة بالنسبة للإنفاق العام في مصر 7.9%، لبنان 9.3%، ومن ثم الأردن 9.6%. وبالمقارنة بالدول المتقدمة احتلت أيضاً الأراضي الفلسطينية المرتبة الأدنى، حيث بلغت نسبة الإنفاق الحكومي على الصحة بالنسبة للإنفاق العام في إسرائيل 11.8%، السويد 13.6%، المملكة المتحدة 15.9%.
- **نسبة نفقات الأمن الاجتماعي للصحة من النفقات الحكومية على الصحة:** احتلت الأراضي الفلسطينية الترتيب الخامس والأخير في الإنفاق على الأمن الاجتماعي للصحة (الضمان الاجتماعي) من إجمالي

النفقات الحكومية بين الدول الخمس التي توفرت عنها معلومات من الأدنى إلى الأعلى، حيث بلغت النسبة في الأراضي الفلسطينية حوالي 4% في العام 2004. وبمقارنة هذه النسبة مع الدول المحيطة في نفس العام، جاءت الأراضي الفلسطينية في الترتيب الأول ثم الأردن في الترتيب الثاني (0.5%)، ثم في الترتيب الثالث وبفارق كبير مصر (26.7%)، ومن ثم لبنان (48.8%). وفي الدول المتقدمة كانت قيمة المؤشر صفر في كل من المملكة المتحدة والسويد.

• **نصيب الفرد من إجمالي الإنفاق على الصحة ومن الإنفاق الحكومي على الصحة (بالدولار الأمريكي):** احتلت الأراضي الفلسطينية الترتيب الثاني في نصيب الفرد من إجمالي الإنفاق على الصحة، مقارنة بالدول السبعة المختارة من الأدنى للأعلى، حيث بلغ نصيب الفرد من إجمالي الإنفاق على الصحة 162 دولاراً أمريكياً في العام 2004. وبالمقارنة مع الدول المحيطة في نفس العام، جاءت الأراضي الفلسطينية في الترتيب الثاني بعد مصر (66 دولاراً)، ثم الأردن في الترتيب الثالث (199.9 دولاراً)، وأخيراً في لبنان (670.2 دولاراً). وبالمقارنة مع الدول المتقدمة في العام 2004، احتلت الأراضي الفلسطينية المرتبة الأدنى، حيث بلغ نصيب الفرد من إجمالي الإنفاق على الصحة في إسرائيل 1533.5 دولار، أي أكثر من 9 أضعاف نصيب الفرد في الأراضي الفلسطينية، وفي المملكة المتحدة 2899.7 دولار، وفي السويد 3532 دولار، أي أكثر من 21 ضعف نصيب الفرد في الأراضي الفلسطينية.

أما فيما يتعلق بنصيب الفرد من الإنفاق الحكومي على الصحة، فقد احتلت الأراضي الفلسطينية الترتيب الثاني أيضاً مقارنة بالدول السبعة المختارة من الأدنى للأعلى في العام 2004، حيث بلغ نصيب الفرد 41.5 دولار في العام 2005. وبالمقارنة مع الدول المحيطة، تميزت جميعها بانخفاض ملحوظ في نصيب الفرد من الإنفاق الحكومي على الصحة في الدول المتقدمة. وقد جاءت الأراضي الفلسطينية في الترتيب الثاني بعد مصر (25.2 دولار)، ثم جاء الأردن في الترتيب الثالث (96.7 دولار)، ثم لبنان (183.6 دولار). وبالمقارنة بالدول المتقدمة احتلت الأراضي الفلسطينية المرتبة الأدنى بفارق كبير جداً، حيث بلغ نصيب الفرد من إجمالي الإنفاق الحكومي على الصحة في إسرائيل



1073.4 دولار، المملكة المتحدة 2501.8 دولار، السويد 2999.8 دولار أي ما يعادل 72 ضعفاً بالمقارنة مع نصيب الفرد في الأراضي الفلسطينية.

#### رابعاً: مؤشرات الموارد البشرية والمادية<sup>63</sup>

في صميم كل نظام صحي تشكل القوى العاملة العنصر الحاسم للارتقاء بالصحة،<sup>64</sup> وتوافر العدد الكافي والمؤهل من العاملين الصحيين السبيل لبوغ الأهداف الصحية الوطنية. وفي سبيل الاستفادة من المعطيات المتوفرة حول الكوادر البشرية المتوفرة في القطاع الحكومي في التخطيط ورسم السياسات الصحية الحكومية، أبرزت المؤشرات التي اشتملت عليها هذه الفئة العدد المتوفر من الأطباء بصورة عامة بالمقارنة مع دول أخرى، وعدد أطباء الأسنان والمرضين والقابلات والصيدلة والعاملين الآخرين في الحقل الصحي:

- **عدد الأطباء ومعدلهم لكل 1000 نسمة:** بلغ عدد الأطباء العاملين والاختصاصيين في الأراضي الفلسطينية 4017 طبيباً في العام 2005، وبمعدل 1.07 طبيب لكل 1000 نسمة. وتأتي الأراضي الفلسطينية وفقاً لهذه النسبة في الترتيب الثاني من الأدنى للأعلى، مقارنة بمعدل عدد الأطباء لكل 1000 نسمة في الدول السبعة محل المقارنة. وبالمقارنة مع الدول المحيطة، احتلت الأراضي الفلسطينية الترتيب الثاني، حيث بلغ عدد الأطباء في مصر 11398 طبيباً في العام 2003، بمعدل 0.54 طبيباً لكل 1000 نسمة، وفي الأردن 11398 طبيباً في العام 2004، بمعدل 2.03 طبيباً لكل 1000 نسمة، وفي لبنان بلغ عدد الأطباء 11505 أطباء في العام 2001، بمعدل 3.25 طبيباً لكل 1000 نسمة.

وبالمقارنة مع الدول المتقدمة، احتلت الأراضي الفلسطينية الترتيب الأدنى في معدل عدد الأطباء لكل 1000 نسمة وبفارق كبير أيضاً بينها وبين تلك الدول،

<sup>63</sup> أنظر مؤشرات الموارد البشرية والمادية في قطاع الصحة في جدول رقم 14 في المرفق رقم 2.

<sup>64</sup> التقرير الخاص بالصحة في العالم 2006 بعنوان العمل معاً من أجل الصحة، (فرنسا: منظمة الصحة العالمية، 2006)، ص.3.

حيث كان عدد الأطباء في المملكة المتحدة 133.641 طبيبا في العام 1997، أي بمعدل 2.30 طبيبا لكل 1000 نسمة، وفي السويد 29122 طبيبا في العام 2002 بمعدل 3.28 لكل ألف نسمة، وإسرائيل 24577 طبيبا في العام 2003 بمعدل 3.82 لكل 1000 نسمة.

- **عدد أطباء الأسنان ومعدلهم لكل 1000 نسمة:** بلغ عدد أطباء الأسنان في الأراضي الفلسطينية 348 طبيبا في العام 2005 بمعدل 0.9 طبيب لكل 1000 نسمة، وهي تأتي في الترتيب الثالث من الأدنى للأعلى مقارنة بمعدل عدد أطباء الأسنان لكل 1000 نسمة في الدول السبعة المختارة. وبالمقارنة مع الدول المحيطة، احتلت الأراضي الفلسطينية الترتيب الثاني بعد مصر، حيث بلغ أطباء الأسنان ومعدلهم لكل 1000 نسمة 9917 طبيبا في العام 2004 بمعدل 0.14 لكل 1000 نسمة، ثم لبنان 4283 طبيبا في العام 2001 بمعدل 1.21، والأردن 7270 طبيبا في العام 2004 بمعدل 1.29 لكل 1000 نسمة.

وبالمقارنة مع الدول المتقدمة، احتلت الأراضي الفلسطينية الترتيب الثاني بعد السويد، حيث بلغ أطباء الأسنان في السويد ومعدلهم لكل 1000 نسمة 7270 طبيب أسنان في العام 2002 بمعدل 0.82، وفي المملكة المتحدة 58729 طبيب أسنان في العام 1997 بمعدل 1.01، وفي إسرائيل 7510 طبيب أسنان في العام 2003 بمعدل 1.17 لكل 1000 نسمة.

- **عدد المرضى ومعدلهم لكل 1000 نسمة:** احتلت الأراضي الفلسطينية المرتبة الأدنى فيما يتعلق بمعدل عدد المرضى لكل 1000 نسمة بالمقارنة مع معدلهم في الدول السبعة المختارة من الأدنى للأعلى. حيث بلغ عدد المرضى في الأراضي الفلسطينية 4320 ممرضا في العام 2005 بمعدل 1.15 ممرضا لكل 1000 نسمة. وبالمقارنة مع الدول المحيطة، احتلت الأراضي الفلسطينية المرتبة الأدنى بفارق بسيط بينها وبين لبنان التي بلغ فيها عدد المرضى 4157 ممرضا في العام 2001، أي بمعدل 1.18 ممرضا لكل 1000 نسمة، بينما بلغ عددهم في مصر 144984 ممرضا في العام 2004، بمعدل 1.98 لكل 1000 نسمة، ثم الأردن 16527 ممرضا في العام 2004 بمعدل

2.94 لكل 1000 نسمة أي أكثر من 2.5 ضعف المعدل في الأراضي الفلسطينية.

وبالمقارنة مع الدول المتقدمة احتلت الأراضي الفلسطينية المرتبة الأدنى بفارق كبير، حيث بلغ عدد الممرضين ومعدلهم لكل 1000 نسمة في إسرائيل 40280 ممرضا في العام 2003، بمعدل 6.26، وفي السويد 90758 ممرضا في العام 2002، بمعدل 10.24، وفي المملكة المتحدة 704332 ممرضا في العام 1997، بمعدل 12.12 ممرضا لكل 1000 نسمة.

• **عدد القابات ومعدلهم لكل 1000 نسمة:** بلغ عدد القابات في الأراضي الفلسطينية 478 قابلة في العام 2005 بمعدل 0.13 قابلة لكل 1000 نسمة. وهذه النسبة تأتي في الترتيب الثاني من الأدنى للأعلى مقارنة بمعدل عدد القابات لكل 1000 نسمة في الدول السبعة المختارة. وبالمقارنة مع الدول المحيطة، احتلت الأراضي الفلسطينية الترتيب الثاني بعد مصر التي بلغ عدد القابات فيها 1777 قابلة في العام 2004 بمعدل 0.02 لكل 1000 نسمة، ثم الأردن في المرتبة الثالثة، حيث بلغ عدد القابات فيها 1669 قابلة في العام 2004 بمعدل 0.30.

وبالمقارنة مع الدول المتقدمة، احتلت الأراضي الفلسطينية الترتيب الأول، من الأدنى إلى الأعلى، في معدل عدد القابات وبفارق ملحوظ بينها وبين دول المقارنة. فقد بلغ عدد القابات لكل 1000 نسمة في إسرائيل 1202 قابلة في العام 2003، بمعدل 0.19 قابلة لكل 1000 نسمة، وفي المملكة المتحدة 36339 قابلة في العام 1997 بمعدل 0.63 قابلة لكل 1000 نسمة، وفي السويد 6247 قابلة في العام 2002 بمعدل 0.7 قابلة لكل 1000 نسمة.

• **عدد الصيادلة ومعدلهم لكل 1000 نسمة:** بلغ عدد الصيادلة في الأراضي الفلسطينية 543 صيدلانيا في العام 2005 بمعدل 0.14 صيدلانيا لكل 1000 نسمة. وتأتي هذه النسبة في الترتيب الثاني من الأدنى للأعلى مقارنة بمعدل عدد الصيادلة لكل 1000 نسمة في الدول السبعة المختارة. وبالمقارنة مع الدول المحيطة، احتلت الأراضي

الفلسطينية الترتيب الثاني بعد مصر التي بلغ عدد الصيادلة فيها 7119 صيدلانيا في العام 2004 بمعدل 0.1 صيدلانيا لكل 1000 نسمة، ثم لبنان 3359 صيدلانيا في العام 2001 بمعدل 0.95 صيدلانيا، والأردن 17654 صيدلانيا في العام 2004 بمعدل 3.14 صيدلانيا لكل 1000 نسمة.

وبالمقارنة مع الدول المتقدمة احتلت الأراضي الفلسطينية الترتيب الأدنى في معدل عدد الصيادلة وبفارق ملحوظ بينها وبين تلك الدول التي كان عدد الصيادلة ومعدلهم فيها لكل 1000 نسمة على النحو التالي: المملكة المتحدة 29726 صيدلانيا في العام 1997 بمعدل 0.51 صيدلانيا، السويد 5885 صيدلانيا في العام 2002 بمعدل 0.66 صيدلانيا، وفي إسرائيل 4480 صيدلانيا في العام 2003 بمعدل 0.70 صيدلانيا.

- عدد العاملين في المختبرات، والعاملين الصحيين الآخرين، والعاملين في الإدارة الصحية والدعم والمساعدة، ومعدلهم لكل 1000 نسمة: احتلت الأراضي الفلسطينية الترتيب الثاني في معدل إجمالي عدد العاملين في المختبرات والعاملين الصحيين الآخرين والعاملين في الإدارة الصحية والدعم والمساعدة من الأدنى للأعلى، بالمقارنة مع المعدل في البلدان التي توافرت عنها إحصاءات من البلدان السبعة المختارة، حيث بلغ إجمالي عددهم 10345 موظفا في العام 2005، بمعدل 2.7 لكل 1000 نسمة، بينما بلغ عددهم في مصر 28827 موظفا في العام 2004 (عدد العاملين في المختبرات 20011، عدد العاملين الصحيين الآخرين 3694، عدد العاملين في الإدارة الصحية والدعم والمساعدة 5167) بمعدل 0.39 موظفا لكل 1000 نسمة. وفي الأردن 29867 موظفا في العام 2004 (عدد العاملين في المختبرات 5630 موظفا، عدد العاملين الصحيين الآخرين 6569 موظفا، عدد العاملين في الإدارة الصحية والدعم والمساعدة 17668 موظفا) بمعدل 5.32 لكل 1000 نسمة، وفي المملكة المتحدة 923189 موظفا في العام 1997 (عدد العاملين في المختبرات 20035، عدد العاملين الصحيين الآخرين 161490، عدد العاملين في الإدارة الصحية والدعم والمساعدة 741664) بمعدل 15.89 موظفا لكل 1000 نسمة.

## خامساً: مؤشرات تغطية خدمات الرعاية الصحية الأولية<sup>65</sup>

إن من شأن الرعاية الصحية الأولية أن تعطي مؤشراً، وإن كان ضعيفاً، على الخدمات الصحية الدنيا المقدمة من قبل الجهة الحكومية للأفراد الموجودين في الأراضي التي تقوم بإدارتها. وقد ضمت هذه الفئة المؤشرات التي تقيس نسبة البالغين سنة واحدة من العمر المحصنين جرعة واحدة من الحصبة، نسبة البالغين سنة واحدة من العمر المحصنين ثلاث جرعات من مصل التيتانوس والدفتريا والسعال الديكي، نسبة البالغين سنة واحدة من العمر المحصنين ثلاث جرعات من تطعيم التهاب الكبد الوبائي (ب)، ونسبة الرعاية قبل الولادة، نسبة الولادات تحت إشراف عاملين صحيين مهرة، ونسبة الولادات القيصرية، ومعدلات استخدام وسائل منع الحمل:

- نسبة البالغين سنة واحدة من العمر المحصنين جرعة واحدة من الحصبة: <sup>66</sup>احتلت الأراضي الفلسطينية الترتيب الأعلى في نسبة البالغين سنة واحدة من العمر المحصنين جرعة واحدة من الحصبة مقارنة بالدول السبعة المختارة من الأدنى للأعلى، حيث بلغت نسبة الأطفال المحصنين من الحصبة في الأراضي الفلسطينية 100% من إجمالي عدد الأطفال في العام 2005. وبالمقارنة مع الدول المحيطة لنفس العام، جاءت الأراضي الفلسطينية في الترتيب الأول، ثم مصر (98%)، ثم لبنان (96%)، ثم الأردن (95%). وبالمقارنة مع الدول المتقدمة، جاءت أيضاً الأراضي الفلسطينية في المرتبة الأولى، ثم إسرائيل (95%)، ثم السويد (94%)، ثم المملكة المتحدة (82%)، في العام 2005.

<sup>65</sup> أنظر مؤشرات تغطية خدمات الرعاية الصحية الأولية في الأراضي الفلسطينية مقارنة مع بلدان مختارة، جدول رقم 14 في المرفق رقم 2.

<sup>66</sup> هذا المطعوم يعطى عند عمر 9 شهور، وذلك بهدف الوقاية من مرض الحصبة ويعطى على شكل حقنة. لمزيد من المعلومات حول ذلك راجع: المسح الصحي الديمغرافي 2004 - النتائج الأساسية، (فلسطين: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2005)، ص 33.

- نسبة البالغين سنة واحدة من العمر المحصنين ثلاث جرعات من مصّل التيتانوس والدفتريا والسعال الديكي:<sup>67</sup> احتلت الأراضي الفلسطينية الترتيب الأعلى في نسبة البالغين سنة واحدة من العمر المحصنين ثلاث جرعات من مصّل التيتانوس والدفتريا والسعال الديكي، مقارنة بالدول السبعة المختارة من الأدنى للأعلى حيث بلغت 99% في العام 2005. وبالمقارنة مع الدول المحيطة في نفس العام، احتلت مصر المرتبة الثانية (98%)، بينما احتلت الأردن المرتبة الثالثة (95%)، واحتلت لبنان المرتبة الرابعة (92%).

وفي الدول المتقدمة محل المقارنة، تساوت نسبة البالغين سنة واحدة من العمر المحصنين ثلاث جرعات من مصّل التيتانوس والدفتريا والسعال الديكي في الأراضي الفلسطينية مع السويد في العام 2005، وجاءت إسرائيل في المرتبة الثالثة (95%)، والمملكة المتحدة في المرتبة الرابعة (82%).

- نسبة البالغين سنة واحدة من العمر المحصنين ثلاث جرعات من تطعيم التهاب الكبد الوبائي (ب):<sup>68</sup> احتلت الأراضي الفلسطينية الترتيب الأعلى في نسبة البالغين سنة واحدة من العمر المحصنين ثلاث جرعات من تطعيم التهاب الكبد الوبائي (ب) من الأدنى للأعلى، بالمقارنة مع البلدان التي توافرت عنها إحصاءات من البلدان السبعة المختارة محل المقارنة، حيث بلغت 100% في العام 2005، بينما كانت في نفس العام 88% في لبنان، و95% الأردن، و95% إسرائيل، و98% مصر.
- نسبة الرعاية قبل الولادة: احتلت الأراضي الفلسطينية الترتيب الثاني في نسبة الرعاية قبل الولادة على الأقل زيارة واحدة من الأدنى للأعلى، بالمقارنة مع البلدان التي توافرت عنها إحصاءات من البلدان السبعة المختارة محل المقارنة، حيث بلغت 96.5% في العام 2005، بينما

<sup>67</sup> مطعوم مشترك لثلاثة أمراض هي الدفتريا والسعال الديكي والكرزاز، تعطى على شكل حقن بمعدل أربع جرعات عند عمر شهرين، وعند عمر أربع شهور، وستة شهور، وأخير الجرعة المنشطة عند عمر اثني عشر شهراً. راجع: المسح الصحي الديمغرافي 2004، مرجع سابق، ص33.

<sup>68</sup> مطعوم يعطى على شكل حقن ثلاث جرعات الأولى عند الولادة، والثانية بعد شهر، والثالثة بعد خمسة شهور من الجرعة الثانية. الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2005. المسح الصحي الديمغرافي 2004، مرجع سابق، ص33.

كانت في مصر 54% في العام 2000، الأردن 99% في العام 2002. في حين لم تتوفر معلومات مماثلة عن الدول الأخرى.

- **نسبة الولادات تحت إشراف عاملين صحيين مهرة:** احتلت الأراضي الفلسطينية الترتيب الثاني في نسبة الولادات تحت إشراف عاملين صحيين مهرة مؤهلين طبياً لتلافي حدوث أي مخاطر محتملة للأم والطفل، وذلك من الأدنى للأعلى، بالمقارنة مع البلدان التي توافرت عنها إحصاءات من البلدان السبعة المختارة محل المقارنة، حيث بلغت 97% في العام 2005، بينما كانت في مصر 74% في ذات العام، وفي لبنان 98% في العام 2004، المملكة المتحدة 99% في العام 1998، الأردن 100% في العام 2002.
- **معدلات استخدام وسائل منع الحمل:** احتلت الأراضي الفلسطينية الترتيب الأقل في معدلات استخدام وسائل منع الحمل لتنظيم الأسرة لدى النساء المتزوجات من الأدنى للأعلى، بالمقارنة مع البلدان التي توافرت عنها إحصاءات من البلدان السبعة المختارة محل المقارنة، حيث بلغت 50.6% في العام 2005، بينما كانت في الأردن 55.8% في العام 2002، وفي مصر 59.2% في العام 2005، أما في المملكة المتحدة 84% في العام 2002.
- **نسبة الولادات القيصرية:** احتلت الأراضي الفلسطينية الترتيب الثاني في نسبة الولادات القيصرية مقارنة بالدول السبعة المختارة من الأدنى للأعلى، حيث بلغت نسبة الولادات القيصرية فيها 15.3% من مجمل الولادات في العام 2005. وبالمقارنة مع الدول المحيطة، احتلت الأراضي الفلسطينية الترتيب الثاني بعد مصر (11% في العام 2000)، وجاءت الأردن في المرتبة الثالثة (16% في العام 2002)، ولبنان في المرتبة الرابعة (23% في العام 1998). وبالمقارنة مع الدول المتقدمة محل المقارنة، احتلت الأراضي الفلسطينية الترتيب الأدنى، بينما تساوت نسبة الولادات القيصرية في كل من إسرائيل عام 2001، والمملكة المتحدة عام 1997، والسويد عام 2001، حيث بلغت نسبة الولادة القيصرية في هذه الدول 17% من بين إجمالي عدد الولادات.

## سادساً: مؤشرات عامة عن الحالة الصحية<sup>69</sup>

اعتمدت منظمة الصحة العالمية هذه الرزمة من المؤشرات للتعبير عن الحالة الصحية العامة.<sup>70</sup> وتشتمل هذه الفئة على المؤشرات التي تقيس توقعات البقاء على قيد الحياة، ونقص أوزان الأطفال الرضع وحديثي الولادة، والوفيات التي تقع بين الأطفال الرضع وحديثي الولادة، ومعدلات الوفيات بين الأمهات، وكذلك معدلات الإصابة بمرض السل وشلل الأطفال:

- **توقع البقاء على قيد الحياة:** يقيس مؤشر توقع البقاء على قيد الحياة عدد السنوات المتوقع أن يظل بها الفرد حياً منذ ولادته. وقد بلغت تقديرات البقاء على قيد الحياة في الأراضي الفلسطينية في العام 2005 بالنسبة للذكور 71.7 سنة. بالمقارنة مع الدول المحيطة احتلت الأراضي الفلسطينية المرتبة الأعلى، بينما بلغت تقديرات توقع البقاء على قيد الحياة للذكور في مصر 66 سنة، لبنان 68 سنة، والأردن 69 سنة. وبالمقارنة مع الدول المتقدمة محل المقارنة احتلت الأراضي الفلسطينية المرتبة الأدنى، حيث بلغت تقديرات توقع البقاء على قيد الحياة للذكور في المملكة المتحدة 77 سنة، إسرائيل 78 سنة، السويد 79 سنة.

أما فيما يتعلق بتقديرات توقع البقاء على قيد الحياة في العام 2005 بالنسبة للإناث في الأراضي الفلسطينية، فقد بلغت 73 سنة، حيث احتلت الترتيب الثاني مكرر مقارنة بالدول السبعة المختارة من الأدنى للأعلى في نفس العام. بالمقارنة مع الدول المحيطة تساوت الأراضي الفلسطينية مع الأردن ولبنان التي احتلت جميعها المرتبة الثانية بعد مصر التي بلغ متوسط سنوات البقاء على قيد الحياة فيها 70 سنة. وبالمقارنة مع الدول المتقدمة محل المقارنة احتلت الأراضي

<sup>69</sup> انظر المؤشرات العامة عن الحالة الصحية، جدول رقم 14 في المرفق رقم 2.

<sup>70</sup> تجدر الإشارة إلى أن المؤشرات التي استخدمت في هذه الفئة من المؤشرات الصحية قد لا تكون كافية، بحسب رؤيتنا، للدلالة على الوضع الصحي في بلد ما، إضافة إلى أن وضعها في المرتبة السادسة من المؤشرات قد لا يكون سليماً، وقد يكون من المناسب أن يتم وضعها في بداية المؤشرات المعبرة عن الوضع الصحي في بلد معين.



الفلسطينية المرتبة الأدنى، حيث بلغت تقديرات توقع البقاء على قيد الحياة للإناث في المملكة المتحدة 81 سنة، إسرائيل 82 سنة، السويد 83 سنة.

- **نقص وزن الأطفال دون سن الخامسة بالمقارنة مع أعمارهم:** احتلت الأراضي الفلسطينية الترتيب الثالث في نسبة الأطفال دون سن الخامسة الذين يعانون من نقص الوزن بالنسبة لعمرهم<sup>71</sup> من الأدنى للأعلى بالمقارنة مع البلدان التي توافرت عنها إحصاءات من البلدان السبعة المختارة محل المقارنة، حيث بلغت نسبة الأطفال دون سن الخامسة الذين يعانون من نقص في الوزن في أراضي السلطة الوطنية ما نسبته 4.9%، بينما بلغت هذه النسبة في الأردن 3.6% في العام 2002، وفي لبنان 4.3% في العام 2004، وفي مصر 5.4% في العام 2005.

واحتلت كذلك أراضي السلطة الوطنية الترتيب الثالث بالنسبة للأطفال حديثي الولادة بوزن خفيف،<sup>72</sup> بالمقارنة مع الدول السبعة المختارة من الأدنى للأعلى، حيث بلغت نسبتهم 6.8% من إجمالي عدد المواليد في العام 2005. وبالمقارنة مع الدول المحيطة احتلت الأراضي الفلسطينية الترتيب الثاني بعد لبنان (6% عام 2002)، ثم جاءت الأردن في الترتيب الثالث (10% عام 2002)، ومن ثم مصر (12% عام 2002). وبالمقارنة مع الدول المتقدمة محل المقارنة احتلت الأراضي الفلسطينية الترتيب الثاني أيضاً في نسبة الأطفال حديثي الولادة بوزن خفيف، بعد السويد (4% عام 2002)، بينما تساوت النسبة في إسرائيل والمملكة المتحدة، حيث بلغت 8% عام 2002.

- **معدل وفيات الأطفال:** احتلت الأراضي الفلسطينية الترتيب الرابع فيما يتعلق بوفيات الأطفال حديثي الولادة<sup>73</sup> من الأدنى للأعلى مقارنة بالدول السبعة المختارة في العام 2004، حيث بلغت حالات وفيات الأطفال حديثي الولادة 11.2 حالة وفاة من بين كل 100000 حالة ولادة في العام 2005. بالمقارنة مع الدول المحيطة، احتلت الأراضي الفلسطينية

<sup>71</sup> يتأثر وزن الطفل بمتغيرات صحية أو غذائية حديثة أو قديمة، حيث يعتبر الأطفال الذين تقل أوزانهم مقابل أعمارهم عن - SD2، بأن لديهم نقص وزن متوسط، وأولئك الذين تقل أوزانهم مقابل أعمارهم عن - SD3، بأن لديهم نقص وزن حاد. المسح الصحي الديمغرافي في العام 2004، مرجع سابق، ص34.

<sup>72</sup> الوزن الطبيعي للمولود بعد الولادة هو 3-5 كيلوغرام.

<sup>73</sup> معدل وفيات حديثي الولادة هو عدد الوفيات من الأطفال الرضع خلال الشهر الأول من الولادة في سنة معينة لكل 1000 مولود حي خلال السنة نفسها. المسح الصحي الديمغرافي في العام 2004، مرجع سابق، ص29.

المرتبة الأدنى من حيث عدد حالات وفيات الأطفال حديثي الولادة، في حين جاءت الأردن في المرتبة الثانية 16 حالة وفاة لكل 100000، ومن ثم مصر 17 حالة وفاة، ولبنان 19 حالة وفاة. وبالمقارنة بين الأراضي الفلسطينية والدول المتقدمة محل المقارنة احتلت الأراضي الفلسطينية المرتبة الأعلى، حيث بلغ معدل وفيات الأطفال حديثي الولادة لكل 100000 مولود حي 2 حالة وفاة في السويد، وتساوت النسبة في كل من إسرائيل والمملكة المتحدة، حيث بلغ المعدل في كل منهما 3 حالات وفاة.

أما فيما يتعلق بمعدل وفيات الأطفال الرضع<sup>74</sup> لكل 100000 مولود حي، فقد احتلت الأراضي الفلسطينية الترتيب الرابع من الأدنى للأعلى مقارنة بالدول السبعة المختارة في العام 2005، حيث بلغ عدد هذه الفئة من الوفيات 20.8 حالة وفاة. وبالمقارنة مع الدول المحيطة، فقد احتلت الأراضي الفلسطينية المرتبة الأدنى بينما جاء ترتيب الدول المحيطة محل المقارنة من حيث عدد وفيات الأطفال لكل 100000 على النحو التالي: الأردن 22 حالة وفاة، لبنان 27 حالة وفاة، مصر 28 حالة وفاة. وبالمقارنة بين الأراضي الفلسطينية والدول المتقدمة محل المقارنة احتلت الأراضي الفلسطينية المرتبة الأعلى، حيث بلغ معدل وفيات الأطفال حديثي الولادة لكل 100000 مولود حي في السويد 3 حالات وفاة، وفي إسرائيل 4 حالات وفاة، وفي المملكة المتحدة 5 حالات وفاة.

• **معدل وفيات الأمهات:** يعتبر معدل وفيات الأمهات أحد المؤشرات الهامة لتحديد حالة الأمهات الصحية في عمر الإنجاب من 15 - 49 سنة. فقد بلغ معدل وفيات الأمهات في الأراضي الفلسطينية 15.4 حالة وفاة لكل 100000 مولود حي في العام 2005، حيث احتلت الترتيب الرابع من الأدنى للأعلى بالمقارنة مع الدول السبعة المختارة في العام 2000. وبالمقارنة مع الدول المحيطة، احتلت الأراضي الفلسطينية المرتبة الأدنى بانخفاض ملحوظ عن الدول المحيطة محل المقارنة التي بلغ معدل وفيات الأمهات فيها على النحو التالي: 41 حالة وفاة في الأردن، 84 حالة وفاة في مصر، و150 حالة وفاة في لبنان. وبمقارنة الأراضي الفلسطينية والدول المتقدمة، يلاحظ أن الأراضي الفلسطينية احتلت المرتبة الأعلى، في حين بلغ معدل وفيات الأمهات في السويد 8

<sup>74</sup> معدل وفيات الرضع هو عدد الوفيات من الأطفال الرضع الذين تقل أعمارهم عن سنة لكل 1000 مولود حي خلال سنة معينة. راجع: المسح الصحي الديمغرافي 2004، مرجع سابق، ص29.

حالات وفاة، وفي المملكة المتحدة 11 حالة وفاة، وفي إسرائيل 13 حالة وفاة.

- **معدل الإصابة بمرض السل وشلل الأطفال:** احتلت الأراضي الفلسطينية المرتبة الأدنى في معدل الإصابة بمرض السل لكل 100000 مولود حي من الأدنى للأعلى بالمقارنة مع الدول السبعة المختارة في العام 2005، حيث بلغ عدد هذه الحالات 0.69 إصابة. وبالمقارنة مع الدول المحيطة، يلاحظ الانخفاض الكبير في معدل الإصابة بمرض السل في الأراضي الفلسطينية عنه في تلك الدول محل المقارنة التي تراوحت بين 5.3 إصابة في الأردن، 11 إصابة في لبنان، 25 إصابة في مصر. وبالمقارنة بين الأراضي الفلسطينية والدول المتقدمة محل المقارنة احتلت الأراضي الفلسطينية المرتبة الأدنى بفارق كبير أيضا، حيث بلغ معدل الإصابة بمرض السل في السويد 5.9 إصابة، وفي إسرائيل 7.7 إصابة، بينما بلغت عدد الإصابات بمرض السل في المملكة المتحدة 14.2 إصابة.

تعطي معدلات الوفيات وأسبابها مؤشراً على مواطن الخلل في النظام الصحي السائد في الدولة، وبالتالي تساعد راسم السياسة الصحية في رفع درجة الاهتمام ببعض الأمراض ومسببات حالات الوفاة. وقد اشتملت هذه الفئة على المؤشرات التي تقيس حالات الوفيات التي تحدث لأسباب مختلفة كالوفاة بسبب فيروس الإيدز أو بسبب مرض السل، وكذلك حالات الوفيات التي تقع بين الأطفال تحت سن خمس سنوات بسبب أمراض كالإسهال والحصبة أو لأسباب أخرى:

- **معدل الوفيات السنوي بسبب فيروس الإيدز:** بلغ معدل الوفيات بسبب فيروس الإيدز لكل 100000 نسمة في الأراضي الفلسطينية 0.02 حالة وفاة في العام 2005، وهو أقل معدل بالمقارنة مع الدول السبعة المختارة من الأدنى للأعلى في العام 2005. فقد كانت الأراضي الفلسطينية من حيث عدد الوفيات بسبب الإيدز في الترتيب الأدنى بالمقارنة مع الدول المحيطة، حيث كانت هناك حالة وفاة واحدة فقط في الأراضي الفلسطينية في العام 2005، في حين ارتفعت هذه النسبة في الدول المحيطة كمصر ولبنان إلى أقل من عشر حالات وفاة في العام 2005، وأقل من 200 حالة في الأردن في العام 2003. وبالمقارنة بين الأراضي الفلسطينية والدول المتقدمة محل المقارنة كالمملكة المتحدة والسويد يلاحظ أن الأراضي الفلسطينية احتلت أيضاً المرتبة الأدنى، حيث بلغ عدد حالات الوفاة بسبب فيروس الإيدز في تلك الدول أقل من 10 حالات في العام 2005.

- **معدل الوفيات بسبب السل:** احتلت الأراضي الفلسطينية الترتيب السادس مكرر من الأدنى للأعلى فيما يتعلق بمعدل الوفيات بسبب السل بالمقارنة بالدول السبعة المختارة في العام 2005، حيث بلغ 2.9 حالة وفاة لكل 100000 نسمة. وبالمقارنة مع الدول المحيطة، تساوى المعدل في الأراضي الفلسطينية مع مصر، في حين لم يتجاوز المعدل في الأردن 0.5 حالة وفاة، ولبنان 1.1 حالة وفاة. وبالمقارنة بين الأراضي الفلسطينية والدول المتقدمة محل المقارنة احتلت الأراضي

<sup>75</sup> أنظر مؤشرات الوفيات في الأراضي الفلسطينية مقارنة مع بلدان مختارة، جدول رقم 14 في المرفق رقم 2.

الفلسطينية المرتبة الأخيرة، في حين بلغ معدل الوفيات بسبب السل في السويد 0.6 حالة وفاة، وفي إسرائيل 0.8 حالة وفاة، وفي المملكة المتحدة 1.4 حالة وفاة.

● **معدل الوفيات بسبب أمراض القلب:** بلغ معدل الوفيات بسبب أمراض القلب في الأراضي الفلسطينية 56.5 حالة وفاة في العام 2005 لكل 100000 نسمة، وهو أقل معدل بالمقارنة مع الدول السبع المختارة من الأدنى للأعلى في العام 2002. وبالمقارنة مع الدول المحيطة احتلت الأراضي الفلسطينية الترتيب الأدنى، بينما كان معدل الوفيات بسبب أمراض القلب في تلك الدول مرتفعاً، حيث بلغ في الأردن 384 حالة وفاة، لبنان 453 حالة وفاة، وفي مصر 560 حالة وفاة، أي أكثر من عشرة أضعاف المعدل في الأراضي الفلسطينية. وبالمقارنة مع الدول المتقدمة، احتلت أيضاً الأراضي الفلسطينية المرتبة الأدنى، في حين بلغ عدد حالات الوفاة بسبب أمراض القلب في إسرائيل 136 حالة وفاة، وفي السويد 176 حالة وفاة، أما في المملكة المتحدة ف وقعت 182 حالة وفاة.

● **معدل الوفيات بسبب مرض السرطان:** بلغ معدل الوفيات بسبب مرض السرطان لكل 100000 نسمة في الأراضي الفلسطينية 27.4 حالة وفاة في العام 2005، وهو أقل معدل بالمقارنة بالدول السبع المختارة من الأدنى للأعلى في العام 2002. وبالمقارنة مع الدول المحيطة احتلت الأراضي الفلسطينية الترتيب الأدنى، في حين كان معدل الوفيات بسبب مرض السرطان في مصر 84 حالة وفاة، ولبنان 90 حالة وفاة، أما في الأردن 144 حالة وفاة. وبالمقارنة مع الدول المتقدمة، احتلت أيضاً الأراضي الفلسطينية المرتبة الأدنى، في حين بلغ عدد حالات الوفاة بسبب مرض السرطان في السويد 116 حالة وفاة، وفي إسرائيل 133 حالة وفاة، وفي المملكة المتحدة 143 حالة وفاة.

● **معدلات الوفيات بسبب الإصابات:** بلغ معدل الوفيات بسبب الإصابات لكل 100000 نسمة في الأراضي الفلسطينية 17.6 حالة وفاة في العام 2003، وهو أقل معدل بالمقارنة بالدول السبع المختارة من الأدنى للأعلى في العام 2002. وبالمقارنة مع الدول المحيطة احتلت الأراضي الفلسطينية الترتيب الأدنى، في حين بلغ معدل الوفيات في

- مصر 35 حالة وفاة، لبنان 98 حالة وفاة، الأردن 102 حالة وفاة. وبالمقارنة مع الدول المتقدمة، احتلت أيضاً الأراضي الفلسطينية المرتبة الأدنى، في حين بلغ عدد حالات الوفاة بسبب الإصابات في المملكة المتحدة 26 حالة وفاة، وفي إسرائيل 30 حالة، وفي السويد 30 حالة.
- **نسبة الوفيات ما بين الأطفال الأقل من 5 سنوات أثناء الولادة:** احتلت الأراضي الفلسطينية الترتيب الثاني من الأدنى إلى الأعلى في نسبة الوفيات ما بين الأطفال الأقل من 5 سنوات أثناء الولادة، بالمقارنة مع الدول السبعة المختارة في العام 2000، حيث بلغت النسبة المسجلة في الأراضي الفلسطينية في العام 2003 حوالي 48.4% من إجمالي وفيات الأطفال. وبالمقارنة بالدول المحيطة احتلت الأراضي الفلسطينية الترتيب الثاني بعد مصر التي بلغت فيها نسبة وفيات الأطفال تحت سن 5 سنوات 44.3%، بينما كانت النسبة في الأردن 55.4%، وفي لبنان 64.9%. وبالمقارنة مع الدول المتقدمة محل المقارنة، كانت نسبة الوفيات ما بين الأطفال الأقل من 5 سنوات أثناء الولادة الأقل في الأراضي الفلسطينية، في حين بلغت في إسرائيل 52.8%، المملكة المتحدة 59.1%، وفي السويد 59.4%.
  - **نسبة الوفيات ما بين الأطفال الأقل من 5 سنوات بسبب مرض الإسهال:** احتلت الأراضي الفلسطينية الترتيب الثاني من الأدنى إلى الأعلى في نسبة الوفيات ما بين الأطفال الأقل من 5 سنوات بسبب مرض الإسهال بالمقارنة مع الدول السبعة المختارة في العام 2000، حيث بلغت 0.1% من إجمالي وفيات الأطفال في هذا السن في الأراضي الفلسطينية في العام 2005، وبالمقارنة بالدول المحيطة احتلت الأراضي الفلسطينية الترتيب الأدنى، ثم لبنان 1%، بينما كانت النسبة أعلى بكثير في كل من الأردن (10.7%)، ومصر (12.8%). وبالمقارنة مع الدول المتقدمة محل المقارنة، احتلت الأراضي الفلسطينية الترتيب الثاني في نسبة الوفيات ما بين الأطفال الأقل من 5 سنوات بسبب مرض الإسهال، وذلك بعد السويد التي بلغت النسبة فيها صفر ثم إسرائيل 0.6%، المملكة المتحدة 0.9%.

- **نسبة الوفيات ما بين الأطفال الأقل من 5 سنوات بسبب الملاريا:** لم تسجل أي حالة وفاة بين الأطفال الأقل من 5 سنوات بسبب الملاريا في الأراضي الفلسطينية في العام 2005. وبالمقارنة مع الدول المختارة لم تسجل أيضاً أي حالة وفاة فيها في العام 2000 ماعدا الأردن التي بلغت فيها النسبة 0.3% في العام 2000، ومصر التي بلغت فيها النسبة 0.4% في العام 2000.
- **نسبة الوفيات ما بين الأطفال الأقل من 5 سنوات بسبب الالتهاب الرئوي:** احتلت الأراضي الفلسطينية الترتيب الخامس من الأدنى إلى الأعلى، فيما يتعلق بوفيات الأطفال الأقل من 5 سنوات بسبب الالتهاب الرئوي، بالمقارنة مع الدول السبعة المختارة في العام 2000. ففي حين بلغت نسبة هذه الوفيات 5.3% من إجمالي وفيات الأطفال في هذا السن في الأراضي الفلسطينية في العام 2005، لم تتجاوز هذه النسبة في لبنان 1.1%، وارتفعت النسبة في الأردن إلى 11.7%، ومصر 14.6%. وفي الدول المتقدمة محل المقارنة، ظلت نسبة عدد الأطفال المتوفين بسبب الالتهاب الرئوي في تلك الدول أدنى من النسبة التي سجلت في الأراضي الفلسطينية. فقد بلغت نسبة وفيات الأطفال تلك في إسرائيل 0.4%، السويد 0.8%، المملكة المتحدة 2.2%.
- **نسبة الوفيات ما بين الأطفال الأقل من 5 سنوات بسبب الإصابات:** احتلت الأراضي الفلسطينية الترتيب الأعلى في نسبة الوفيات ما بين الأطفال الأقل من 5 سنوات بسبب الإصابات بالمقارنة مع الدول السبع المختارة من الأدنى للأعلى في العام 2000، حيث بلغت نسبة هذه الوفيات 24.2% في الأراضي الفلسطينية في العام 2005. وبالمقارنة مع الدول المحيطة، نلاحظ ارتفاع تلك النسبة في الأراضي الفلسطينية في حين لم تتجاوز هذه النسبة في مصر 2.1%، الأردن 2.3%، وفي لبنان إلى 11%. وبالمقارنة مع الدول المتقدمة، احتلت أيضاً الأراضي الفلسطينية الترتيب الأعلى في نسبة الوفيات ما بين الأطفال الأقل من 5 سنوات بسبب الإصابات، في حين كانت في السويد 3.4%، وفي المملكة المتحدة 4.4%، وفي إسرائيل 5.9%.

- **نسبة الوفيات ما بين الأطفال الأقل من 5 سنوات لأسباب أخرى:**  
احتلت الأراضي الفلسطينية الترتيب الثاني من الأدنى إلى الأعلى فيما يتعلق بنسبة الوفيات ما بين الأطفال الأقل من 5 سنوات لأسباب أخرى، بالمقارنة مع الدول السبع المختارة من الأدنى للأعلى في العام 2000، حيث بلغت 19.7% في العام 2005، وهي بالمقارنة بالدول المحيطة كانت في المرتبة الثانية، في حين بلغت النسبة في الأردن 19.5%، وفي لبنان 22%، وفي مصر 25.7%. وبالمقارنة مع الدول المتقدمة محل المقارنة، احتلت الأراضي الفلسطينية الترتيب الأدنى في نسبة الوفيات ما بين الأطفال الأقل من 5 سنوات لأسباب أخرى بفارق ملحوظ عن تلك النسبة في تلك الدول، في حين بلغت نسبة وفيات الأطفال لأسباب أخرى في المملكة المتحدة 33.4%، وفي السويد 36.3%، أما في إسرائيل 40.3%.



## خاتمة - استنتاجات وتوصيات ختامية

### الاستنتاجات

مما جاء في التقرير، نستنتج ما يلي: -

1. على امتداد سنين الاحتلال الإسرائيلي للأراضي الفلسطينية من العام 1967-1994 تم تخريب مبرمج للهياكل الصحية الأساسية، وتغييب لمقومات الحد الأدنى من الرعاية الصحية الأولية، فإلى جانب انخفاض عدد المشافي في الأراضي الفلسطينية، انخفضت كذلك عدد الأسرة في المشافي القائمة بشكل حاد، وزادت نسبة الوفيات ولا سيما بين الأطفال. وقد أعطى وفد الأطباء الأمريكيين (أطباء من أجل حقوق الإنسان) الذي زار الأراضي الفلسطينية المحتلة في شباط 1988، وصفاً دقيقاً مطابقاً لواقع الأوضاع الصحية في الأراضي المحتلة، حيث قال الوفد أن "أوضاع المشافي التي زرناها أسوأ بكثير من حيث المستوى إذا ما قورن مع المستوى المتدني للخدمات الصحية في بعض مناطق العالم الثالث".

2. قامت السلطة الوطنية منذ تسلمها إدارة قطاع الصحة في العام 1994 بمجموعة من الإجراءات في إطار إعمالها لحق الإنسان في مستوى جيد من الصحة. فقد عملت السلطة الوطنية على وضع العديد من الأحكام/ التشريعات المتعلقة بالصحة، ولا سيما قانون الصحة العامة رقم (20) لسنة 2004، ووضعت خططا إستراتيجية لإعمال الحق في الصحة في العام 1994 وفي العام 1999، وزاد حجم الإنفاق الحكومي في الموازنة العامة على الصحة، وزاد حجم الكادر البشري في وزارة الصحة، وزادت عدد مراكز الصحة الأولية وزاد انتشارها على المواقع السكانية المختلفة، وارتفع عدد المشافي الحكومية والخاصة والمشافي التابعة لوكالة غوث وتشغيل اللاجئين، وزادت عدد الأسرة في هذه المشافي. ومع ذلك، فقد عانى القطاع الصحي من جملة من المشكلات، لعل أهمها:

أ) عدم وضع اللوائح التنفيذية اللازمة لتطبيق قانون الصحة.  
ب) عدم تنفيذ جزء كبير من الأحكام التشريعية الصحية ولا سيما الأحكام الرقابية في قانون الصحة وقانون مكافحة التدخين، وكذلك الأحكام المتعلقة بالسلامة العامة في قانون العمل.

ت) عدم القيام بتقييم شامل للخطط الصحية التي وضعتها السلطة الوطنية وتحديد الأوجه التي لم تنفذ فيها، ولا سيما الخطة الإستراتيجية التي وضعت في العام 1999.

ث) هناك ارتفاع ملحوظ في الموازنات المخصصة لقطاع الصحة من إجمالي الموازنة العامة للسلطة الوطنية، غير أن هذه الموازنات ظلت محدودة ولم تزد في معدلها السنوي في موازنات الأعوام من 1996-2005 عن الـ 7.1% من إجمالي الإنفاق العام في الموازنة العامة، إضافة إلى أن معظمها صرف كرواتب وأجور، وصرف جزء كبير لمؤسسات القطاع الصحي غير الحكومي عن التحويلات الطبية التي تحول إليها من الحكومة.

ج) على الرغم من الزيادة الحاصلة في عدد الكوادر البشرية العاملة في وزارة الصحة، إلا أن 40.9% من الكوادر الموجودة في وزارة الصحة من الكوادر الإدارية، هذا في حين أن النسب العالمية للكوادر الإدارية في وزارة الصحة لا يجب أن تتجاوز 15-20% من إجمالي عدد العاملين فيها.

ح) رغم القيام ببعض الجهود على صعيد تدريب وتأهيل الكوادر الطبية في وزارة الصحة، إلا أن هذه الجهود لم تكن كافية، ولم تكن مبرمجة ومنظمة، كما يلاحظ أنها لم تسهم في تقليص حجم اعتماد الحكومة على المؤسسات الصحية من خارج القطاع الحكومي، وإنما على العكس منذ ذلك، فقد ارتفعت عدد التحويلات الطبية إلى المؤسسات الصحية غير الحكومية في داخل البلاد وخارجها، وزادت الأموال المصروفة من الحكومة للمؤسسات الطبية غير الحكومية عن هذه التحويلات.

خ) هناك ارتفاع حاد وغير مبرر في الأموال التي تنفق على التحويلات الطبية إلى خارج المراكز الصحية والمستشفيات الحكومية، حيث بلغت تكلفة فاتورة العلاج في الخارج في الأعوام 2003-2005، وعلى التوالي، على النحو التالي: 150 مليون شيكل، 261 مليون شيكل، 268 مليون شيكل (42.7% من موازنة وزارة الصحة).

3. بمقارنة الوضع الصحي في أراضي السلطة الوطنية الفلسطينية في العام 2005 مع الوضع الصحي في بعض الدول المتقدمة (السويد، المملكة المتحدة، وإسرائيل) من جهة، ودول أخرى محيطة بأراضي السلطة الوطنية (مصر، الأردن، ولبنان) من جهة أخرى، بحسب المعلومات الإحصائية الصحية (المؤشرات الصحية) المنشورة في وثائق منظمة الصحة العالمية، يلاحظ التالي:

(أ) سجل معدل النمو السكاني في أراضي السلطة الوطنية أعلى نسبة بالمقارنة مع الدول المتقدمة والدول المحيطة محل المقارنة، وهذا يعني ارتفاع متزايد في عدد السكان، وبالتالي زيادة الطلب على الخدمات الصحية.

(ب) سجلت أراضي السلطة الوطنية المرتبة قبل الأخيرة في عدد السكان الذين يسكنون المدن بالمقارنة مع الدول السبع محل المقارنة، وهذا يدل على أن نسبة كبيرة من سكان الأراضي الفلسطينية بالمقارنة مع تلك الدول تحظى بخدمات صحية متدنية، إذا ما أخذنا بعين الاعتبار أن الخدمات الصحية التي تكون في المدن تتقدم بالعادة على الخدمات المقدمة في الأرياف.

(ت) جاءت أراضي السلطة الوطنية في المرتبة الثانية من حيث عدد المواليد بالمقارنة مع الدول الأخرى، وهذا من شأنه أن يؤدي إلى ارتفاع في عدد السكان، وبالتالي الزيادة في الطلب على الخدمات الصحية.

(ث) سجل الدخل القومي الإجمالي للفرد في أراضي السلطة الوطنية أدنى معدل بالمقارنة مع الدول محل المقارنة، كما احتلت أراضي السلطة الوطنية المرتبة الأولى في عدد السكان تحت خط الفقر، وحيث أن الأشخاص ذوي الدخل المنخفض أقل ميلاً لاستخدام الرعاية الطبية أو عدم الانتظام فيها، وهذا بدوره يؤدي غالباً إلى أن تكون المشاكل الصحية عند هذه الشريحة خطيرة لأنها تهمل في العلاج إلى حين استفحال المرض، ما يزيد الطلب على الخدمات العلاجية وقضاء مدد طويلة في المستشفيات.

(ج) سجلت أراضي السلطة الوطنية النسبة الأدنى من عدد السكان الذين يمكنهم الحصول على خدمات مياه شرب محسنة بالمقارنة مع الدول محل المقارنة، وهذا من شأنه أن يرفع في حجم الأمراض والأوبئة التي يمكن أن يصاب بها المواطنون في أراضي السلطة الوطنية بالمقارنة

مع الدول الأخرى محل المقارنة، ويزيد من حاجتهم للخدمات الصحية الوقائية والعلاجية.

(ح) سجلت أراضي السلطة الوطنية أدنى معدلات الإنفاق الحكومي على الصحة بالمقارنة مع إجمالي معدلات الإنفاق على الصحة (في القطاعين العام والخاص) من بين الدول المتقدمة أو المحيطة، واعتمد القطاع الصحي بالشكل الأساسي على الأموال المصروفة من القطاع الصحي الخاص أو الأهلي (وخصوصا التمويلات الخارجية).

(خ) سجل معدل نصيب الفرد من الإنفاق الحكومي على الصحة في أراضي السلطة الوطنية أدنى معدلاته، بعد مصر، بالمقارنة مع الدول محل المقارنة، ما قلل من مستوى الخدمات الصحية التي يجب أن توفرها السلطة للمواطنين.

(د) سجلت أراضي السلطة الوطنية، بالمقارنة مع الدول محل المقارنة، المرتبة الثانية من الأدنى إلى الأعلى في عدد الأطباء بشكل عام، والمرتبة الثالثة بالنسبة لأطباء الأسنان، بينما انخفضت معدلات الممرضين والممرضات إلى أدنى مستوى بينها، والمرتبة الثانية من الأدنى إلى الأعلى بالنسبة لعدد القابلات وعدد الصيادلة، وعدد العاملين في المختبرات والعاملين الصحيين والإداريين الآخرين.

(ذ) سجلت أراضي السلطة الوطنية النسبة الأدنى من بين الدول محل المقارنة في معدلات استخدام وسائل منع الحمل لتنظيم الأسرة من الأدنى للأعلى وهذا يؤدي إلى زيادة في عدد المواليد، وبالتالي زيادة عدد السكان، وما يستتبع من زيادة في الطلب على الخدمات الصحية المتعلقة بالطفولة ورعاية الأمومة.

(ر) احتلت أراضي السلطة الوطنية المرتبة الثالثة من بين الدول محل المقارنة في نسبة الأطفال دون سن الخامسة الذين يعانون من نقص في الوزن، وكذلك المرتبة الثالثة بالنسبة لعدد الأطفال حديثي الولادة خفيفي الوزن، وبالطبع هذا مؤشر على ارتفاع معدلات الفقر، وما يستتبع ذلك من ضعف اللجوء إلى الخدمات الصحية الوقائية.

(ز) احتلت أراضي السلطة الوطنية الترتيب الأخير بالنسبة للدول المتقدمة والدول المحيطة محل المقارنة، من حيث عدد الوفيات بسبب فيروس الايدز أو أمراض القلب أو مرض السرطان أو بسبب الإصابات (في حين احتلت المرتبة الأولى في عدد الوفيات بين الأطفال بسبب

الإصابات)، بينما احتلت المرتبة قبل الأخيرة بالنسبة للوفيات التي وقعت لأطفال قبل سن الخامسة، أو لأطفال قبل سن الخامسة وبسبب الإسهال.

## التوصيات

من أجل الوصول إلى أفضل خدمة صحية ممكنة تتلاءم مع القدرات المالية للسلطة الوطنية الفلسطينية، وتراعى الحد الصحي الأدنى الواجب عليها توفيره للسكان، توصي الدراسة السلطة الوطنية الفلسطينية بالآتي: -

1) ضرورة قيام الجهات الرسمية المعنية بالوضع الصحي كوزارة الصحة أو المختصة بتجميع بيانات عن الموضوعات المختلفة كالجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني باعتماد مؤشرات دقيقة لقياس الوضع الصحي في أراضي السلطة الوطنية.

2) ضرورة قيام السلطة الوطنية بكافة الإجراءات الممكنة لتوفير أفضل خدمات صحية ممكنة في أراضيها، ومن أجل الاقتراب من تحقيق الحد الأدنى الذي ينسجم مع المعايير الدولية الأربعة المعروفة في قياس الوضع الصحي، والتي توجب على الدولة أن توفر خدمات صحية وافية (Available)، وأن تكون هذه الخدمات والتسهيلات المقدمة ممكنة الوصول إليها على المستويين المالي والجغرافي (Accessible)، وأن تكون تلك الخدمات والتسهيلات مقبولة (Acceptable)، وأن تكون ذات جودة مناسبة (Quality).

3) ضرورة وضع خطط واستراتيجيات صحية سنوية ومتوسطة وطويلة المدى وواقعية، وتتلاءم مع الوضع الصحي في أراضي السلطة الوطنية، وأن تحظى هذه الخطط بالتقييم اللاحق الوافي الذي يحدد مواطن الخلل ويساعد على تجنبها في أية خطط يتم وضعها لاحقاً.

4) ضرورة العمل على بلورة نظام صحي وطني متكامل بما يتوافق مع الاحتياجات الخاصة بالمواطنين ويمكنهم كافة من الحصول على خدمات صحية وافية وبجودة عالية وبأسعار مناسبة.

- (5) ضرورة العمل على تنفيذ كافة الأحكام القانونية الصحية التي نصت عليها القوانين الفلسطينية المختلفة، ولا سيما قانون الصحة العامة، وقانون العمل، وقانون مكافحة التدخين.
- (6) ضرورة رفع النسبة المخصصة لوزارة الصحة في الموازنة العامة للسلطة الوطنية، وإيجاد سبل التمويل المناسبة لتوفير الخدمات الصحية الحكومية بالقدر الذي يتلاءم مع المسؤولية التي تقع على عاتق السلطة الوطنية تقديمها للمواطنين، وحتى يتم أيضا رفع مستوى وحجم تلك الخدمات وعدم توقفها.
- (7) ضرورة رفع نسبة مساهمة الحكومة في النفقات المصروفة على الخدمات الصحية بوجه عام بالمقارنة مع نسبة المساهمة غير الحكومية المرتفعة.
- (8) ضرورة العمل على وضع سياسة وظيفية خاصة في قطاع الصحة، تمكن من رفق الطاقم الصحي الموجود في وزارة الصحة بكوادر طبية إضافية، وكوادر طبية مؤهلة ومتخصصة كافية، وتعمل على خفض نسبة العاملين الإداريين غير الصحيين في قطاع الصحة، بحيث تقترب من النسبة العالمية المعهودة، وتعمل على التوزيع العادل للوظائف في قطاع الصحة على المستويين الفني والإقليمي.
- (9) ضرورة العمل على وضع نظام تدريب وتأهيل متكامل ومستمر وقادر على رفع مستوى الكوادر الصحية والطبية في التخصصات الطبية كافة التي يوفرها قطاع الصحة الحكومي من جهة، والحد من حجم التحويلات إلى المؤسسات الطبية غير الحكومية والمبالغ الكبيرة المصروفة عليها.
- (10) ضرورة أن تولي الجهات الحكومية اهتماما أكبر بالأوضاع الصحية في الأرياف والمناطق الجغرافية الواقعة خارج مراكز المدن والمناطق الحضرية، وعدم حصر الخدمات الصحية التي تقدمها في مراكز المدن، وذلك من أجل تمكين المواطن من الحصول على خدمات صحية مناسبة في منطقته.
- (11) ضرورة أن تقوم الجهات الرسمية بكافة الإجراءات التي من شأنها رفع نسبة المواطنين الذين يحصلون على مياه شرب محسنة.
- (12) ضرورة التنسيق بين مقدمي الخدمات الصحية، وزارة الصحة ووكالة الغوث والمؤسسات الأهلية بهدف تنفيذ الخدمات الصحية المقدمة من كل جهة في الأراضي الفلسطينية على أساس تكاملي، ووقف الازدواجية واعتماد مبدأ التخصص، بحيث يتوفر للمواطن جميع الخدمات الصحية.

- 13) ضرورة أن تقوم المؤسسات الصحية الفلسطينية عامة بوضع وتبني خطة وطنية قابلة للتنفيذ هدفها الحد من حالات الوفيات وانخفاض الوزن بين الأطفال، ولا سيما الأطفال الرضع والأطفال حديثي الولادة، هذا بالإضافة إلى رفع حجم وطبيعة العناية الصحية الواجب إيلاءها للأمهات أثناء الحمل والرضاعة.
- 14) ضرورة أن تقوم الجهات الرسمية بتفعيل وزيادة دورها التوعوي في مجال الصحة من خلال استخدام كافة الوسائل التوعوية في هذا الصدد.
- 15) ضرورة أن تعمل الجهات الرسمية على وضع نظام تأمين صحي متكامل قادر على توفير علاج للمواطنين وبجودة عالية.
- 16) ضرورة الارتقاء بجودة الخدمات الصحية المقدمة ورصد مؤشرات دالة على ذلك.
- 17) ضرورة بناء وتطوير الخدمات الصحية الحكومية لتشمل رعاية المسنين ورعاية ذوي الاحتياجات الخاصة والمعوقين، وتطوير الخدمات في مجال التأهيل.

**وفي الختام،** فإن السلطة الوطنية تحتاج إلى وقت وجهد وأموال كثيرة للارتقاء بالخدمات الصحية التي تقدمها للمواطنين من أجل الوصول إلى المعايير الدولية المعهودة في هذا الشأن، ولكنها تبقى مطالبة في الوقت الحالي في الاستمرار في الارتقاء بالخدمات الصحية التي تقدمها، بحيث لا تقل عن المستوى الصحي الموجود في الدول المحيطة.





## المراجع

1. ملخص تقرير الصحة السنوي لعام 2005 في أراضي السلطة الوطنية الفلسطينية، (فلسطين: وزارة الصحة، تشرين أول 2006).
2. التقرير الخاص بالصحة في العالم لعام 2006 بعنوان "العمل معا من أجل الصحة"، (منظمة الصحة العالمية، 2006).
3. تقرير بعنوان "تراجع الخدمات الصحية في الضفة الغربية"، (اللجنة الدولية للصليب الأحمر، تشرين الثاني 2006).
4. الدليل الدراسي حول الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه، (جامعة منيسوتا).
5. معين البرغوثي، تقرير غير منشور بعنوان "المعايير القانونية للحقوق الصحية والحق في الإضراب (وفقا للقانون الوطني والمواثيق الدولية)"، (رام الله: الهيئة المستقلة لحقوق المواطن، كانون ثاني 2007).
6. محمد الدغمة، ترجمة للخطة الصحية الوطنية الفلسطينية عام 1994، (فلسطين: الإدارة العامة للبحث والتخطيط والتنمية - وزارة الصحة، تشرين ثاني 1996).
7. يحيى عابد، إستراتيجية الخدمات الصحية في فلسطين، ورقة عمل غير منشورة.
8. تقرير حول: انجازات وزارة الصحة في فلسطين لعام 1995 - 1997 ( فلسطين: دائرة العلاقات العامة - وزارة الصحة).
9. تقرير حول: الرعاية الصحية الأولية في محافظات غزة، خمس سنوات في ظل السلطة الوطنية الفلسطينية (فلسطين: إدارة العلاقات العامة والإعلام - وزارة الصحة، نيسان 2000).
10. خطة العمل السنوي لوزارة الصحة الفلسطينية للعام 2006.

11. خطة التنمية الحكومية المقدمة للأعوام 2008 - 2010 في مؤتمر باريس، كانون أول 2007.

12. الخطة الإستراتيجية الوطنية للصحة- خطة التنمية متوسطة الأمد للأعوام 2008-2010، (فلسطين: وزارة الصحة- وحدة التخطيط الصحي، كانون ثاني 2008.

13. الهيئة الفلسطينية المستقلة لحقوق المواطن، التقرير السنوي الحادي عشر والثاني عشر، وضع حقوق المواطن الفلسطيني خلال العام 2005.

14. التشريعات والمواثيق الدولية ذات العلاقة:

- (أ) القانون الأساسي الفلسطيني لعام 2003.
- (ب) قانون الصحة العامة الفلسطيني رقم 20 لسنة 2004.
- (ت) الإعلان العالمي لحقوق الإنسان.
- (ث) العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية لعام 1966.
- (ج) التعليق الصادر عن اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية رقم 14 الخاص بتفسير الحق بالصحة المنصوص عليه في المادة 12 من العهد الدولي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية المذكور.

15. المواقع الالكترونية الآتية:

- (أ) موقع وزارة الصحة الفلسطينية: [www.pnic.gov.ps/arabic/health](http://www.pnic.gov.ps/arabic/health).
- (ب) موقع منظمة الصحة العالمية: <http://www.who.int/ar>.
- (ت) موقع الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني: <http://www.pcbs.gov.ps>.
- (ث) موقع مركز المعلومات الوطني الفلسطيني: [www.pnic.gov.ps/arabic/economy/budget](http://www.pnic.gov.ps/arabic/economy/budget).
- (ج) موقع وزارة الصحة الأردنية: [http://app-.serv.moh.gov.jo/servlets/svr\\_pack.Budsrv](http://app-.serv.moh.gov.jo/servlets/svr_pack.Budsrv).

## المرفقات

### مرفق رقم (1)

الأوضاع الصحية في أراضي السلطة الوطنية الفلسطينية زمن الاحتلال الإسرائيلي حتى عام  
1991

أولاً: الهياكل الصحية زمن الاحتلال<sup>76</sup>

انقسم النظام الصحي، تبعاً للجهة المشرفة والمقدمة للخدمات الطبية، في الضفة الغربية وقطاع غزة إلى:

- § مؤسسات صحية حكومية كانت قبل العام 1967، تديرها في الضفة الغربية الحكومة الأردنية، وفي قطاع غزة الحكومة المصرية. وفي أعقاب الاحتلال، سيطرت سلطات الاحتلال الإسرائيلي على إدارتها، حيث الغالبية من الناس يسعون لتلقى الرعاية الصحية، وكانت هذه المؤسسات الأكثر تضرراً من الحكم العسكري.
- § مراكز الرعاية الصحية الخاصة باللاجئين وتديرها وكالة الغوث الدولية (الأنروا) في المخيمات الفلسطينية في الضفة الغربية وقطاع غزة.
- § المراكز الصحية التابعة للمنظمات غير الحكومية والقطاع الخاص (الربحي).

### 1. الهياكل الصحية في الضفة الغربية

قامت السلطات الإسرائيلية خلال فترة احتلالها للضفة الغربية بالإعلان عن ضم مدينة القدس وفصلها عن الضفة الغربية<sup>77</sup>، وعملت على تقويض المؤسسات الصحية فيها، فمنعت المواطنين الفلسطينيين من سكان مدينة القدس من الانضمام إلى مشروع التأمين الصحي في الضفة الغربية، وقامت بإغلاق مشفى الأطفال، ومديرية الصحة، والمختبر المركزي، وبنك

<sup>76</sup> لمزيد من التفاصيل أنظر، تطور الخدمات الصحية في فلسطين، مرجع سابق. وكذلك: الخدمات الصحية في فلسطين، الرعاية الأولية، منشور على الموقع [www.pnic.gov.ps/arabic/health](http://www.pnic.gov.ps/arabic/health). وكذلك: الخطة الصحية الوطنية الفلسطينية عام 1994، ترجمة محمود رجب الدعسة، (فلسطين: الإدارة العامة للبحث والتخطيط والتنمية، وزارة الصحة، تشرين ثاني 1996)، ص112.

<sup>77</sup> بتاريخ 1980/7/30 تبنى الكنيست الإسرائيلي قرار الحكومة الإسرائيلية الأساسي القاضي بان القدس الموحدة عاصمة لدولة إسرائيل.

الدم، ومركز مكافحة التدرن. كما قامت سلطات الاحتلال بإغلاق مشفى الهوسبيس في مدينة القدس في العام 1985، الذي كان يقدم خدمات صحية لنحو 150 ألف مواطن، وحولت المشفى الحكومي في الشيخ جراح إلى مقر للشرطة.

أما باقي مدن الضفة الغربية، فقد قامت سلطات الاحتلال في بداية احتلالها بإغلاق المشفى الميداني في رام الله وحولته إلى إدارة للحاكم العسكري، كما أغلقت مشفى الأمراض السارية، وقامت بدمج المشفيين الحكوميين القديم والجديد، ما أدى إلى انخفاض عدد الأسرة وعدم القدرة على تلبية احتياجات السكان. فقد انخفض عدد الأسرة في هذا المشفى من 209 سرير لحوالي 115.000 مواطناً في العام 1967 إلى ما يقارب 116 سريراً لحوالي 140.000 مواطناً في العام 1987.

وفي مدينة نابلس، قامت سلطات الاحتلال بإغلاق المشفى الحكومي، الذي كانت سعته 153 سريراً وأغلقت أربعة طوابق من مشفى رفيديا الجديد، فنقلت أسرته إلى 118 سريراً فقط.

وفي مدينة الخليل كان هناك مشفى واحد، يتوافر فيه عدد محدود من الأسرة، بواقع نصف سرير لكل ألف مواطن في العام 1967، نقلت إلى ربع سرير لكل ألف مواطن عام 1987.

كما قلصت سلطات الاحتلال عدد الأسرة في مشفى طولكرم وجنين من 140 سريراً إلى 115 سريراً عن نفس الفترة. وفي مدن بيت لحم وبيت جالا وأريحا مارست سلطات الاحتلال نفس الأسلوب، فمثلاً، نقلت عدد الأسرة في مشفى أريحا من 72 سريراً إلى 48 سريراً.

بشكل عام نتج عن السياسة الصحية الإسرائيلية في الضفة الغربية، بما فيها القدس، تقليص عدد المشافي الحكومية و/أو سعتها السريرية إلى 9 مشافي وفقاً لإحصاءات العام 1992، منها 8 مشافي عامة بسعة 680 سريراً، ومشفى متخصص في الطب النفسي بسعة 320 سريراً، وكانت حالته سيئة بسبب نقص التجديد والمعدات التي لا يمكن مقارنتها بالمعدات الموجودة في المشافي الإسرائيلية. وفيما يتعلق بالمشافي التابعة للمنظمات غير الحكومية، فقد كان أيضاً عددها محدوداً، حيث بلغت تسع مشافي في العام 1992 بسعة 927 سريراً.

أما مراكز الرعاية الصحية الأولية، فقد توزعت إلى مراكز حكومية بلغ عددها 176 مركزاً في العام 1994، غالبيتها كانت تنقصها التجهيزات المخبرية الضرورية، ونوعية الخدمات،

والأدوية التي كانت تقدمها تلك المراكز محدودة إلى درجة كبيرة. إضافة إلى هذا العدد من المراكز، كانت وكالة الغوث الدولية (الأنروا) توفر خدمات الرعاية الصحية الأولية والتي بلغ عدد مراكزها 32 مركزاً وفقاً لإحصاءات العام 1994، تقدم خدماتها الطبية والعلاجية مجاناً للاجئين الفلسطينيين. وقد قامت بدور هام في مجال التطعيم للأطفال، والتغذية ورعاية الأمومة والطفولة. وفيما يتعلق بالمراكز التابعة للمنظمات غير الحكومية، فقد كان عددها 176 في العام 1994، يحتوي بعضها على مختبرات صغيرة للفحوص الطبية المبسطة وعلى بعض الصيدليات الصغيرة.

## 2. الهياكل الصحية في قطاع غزة

مارست سلطات الاحتلال في قطاع غزة نفس السياسة التي اتبعتها في الضفة الغربية. فأغلقت مشفين هما: تل الزهور والحميات، وحولتهما إلى إدارات عسكرية، وخفضت عدد الأسرة في مشفى الأمراض الصدرية، وهو الوحيد في القطاع، إلى 70 سريراً في العام 1980، كما خفضت الخدمات الطبية في مشفى ناصر في خانينوس، فكان يحتوي على قسم لجراحة العظام، بسعة 20 سريراً، ثم ما لبثت أن أغلقت سلطات الاحتلال هذا القسم في العام 1984.

بشكل عام نتج عن السياسة الصحية الإسرائيلية في قطاع غزة تقليص عدد المشافي و/أو سعتها السريرية إلى 5 مشافي وفقاً لإحصاءات العام 1992، منها 2 مشفى عام بسعة 615 سريراً، ومشفى متخصص للأطفال بسعة 135 سريراً، ومشفى متخصص للعيون بسعة 35 سريراً<sup>78</sup>، ومشفى متخصص في الطب النفسي بسعة 34 سريراً، وكانت حالته سيئة بسبب نقص التجديد والمعدات التي لا يمكن مقارنتها بالمعدات الموجودة في المشافي الإسرائيلية. وكان المستشفى الأهلي الوحيد في قطاع غزة التابع للقطاع الخاص بسعة 80 سريراً غير أن تكاليف العلاج به كانت باهظة، تصل إلى 100 دولار في الليلة الواحدة.

أما عدد مراكز الرعاية الصحية الأولية الحكومية في العام 1994 فقد كان 29 مركزاً، غالبيتها تنقصها التجهيزات المخبرية الضرورية، وكذلك نوعية الخدمات والأدوية التي كانت تقدمها هذه المراكز محدودة إلى درجة كبيرة. وبلغ عدد مراكز الرعاية الصحية الأولية التي تديرها وكالة الغوث الدولية (الأنروا) في مخيمات القطاع الـ 9 مراكز، تقدم خدماتها الطبية والعلاجية مجاناً للاجئين الفلسطينيين، وقد قامت بدور هام في مجال تطعيم الأطفال والتغذية

<sup>78</sup> أنشئ مستشفى العيون في العام 1972 مكان مستشفى الحميات (المبنى في العام 1965)، وفي العام 1978 اقتطع نصف المبنى لمستشفى الطب النفسي.

ورعاية الأمومة والطفولة. هذا بالإضافة إلى عدد من العيادات الخاصة والمختبرات ومراكز الأشعة وعيادات طب الأسنان والصيدليات التي يمتلكها أفراد ويكون هدفها الربح المادي.

### ثانياً: واقع الخدمات الصحية زمن الاحتلال<sup>79</sup>

تأثرت الخدمات الصحية بالسياسات التي انتهجتها سلطات الاحتلال الإسرائيلي في المجال الصحي في الضفة الغربية وقطاع غزة بشكل سلبي، وأصبح واضحاً بأن واقع الخدمات الصحية في تلك الفترة كان يواجه مشاكل عدة نذكر منها:

- **في مجال التخطيط الصحي:** لم توفر سلطات الاحتلال الإسرائيلية تخطيطاً صحياً يفضي إلى منهج استراتيجي متكامل على نطاق واسع يمكنه التعامل مع المشاكل الصحية في الضفة الغربية وقطاع غزة. كما لم تتح السلطات الإسرائيلية للمواطنين الفلسطينيين ومؤسساتهم الصحية، حق المشاركة وإبداء الرأي في مجال تطوير الأوضاع الصحية القائمة.
- **في مجال الإنفاق على الصحة:** كانت المخصصات الرسمية للخدمات الصحية في الأراضي الفلسطينية المحتلة تأتي من الأموال والعائدات الواردة من أقساط التأمين الصحي التي يدفعها السكان الفلسطينيون، ومن الرسوم المحصلة عن الخدمات المقدمة في المشافي الحكومية، بالإضافة للضرائب العامة. ولا يوجد ميزانية للدعم الحكومي العام للخدمات الاجتماعية ومن ضمنها الصحة. وعلى سبيل المثال، نجد أن ما كانت تخصصه السلطات العسكرية لمشافي الضفة الغربية وقطاع غزة يكاد لا يعادل عشر الاعتماد المالي لمستشفى إسرائيلي واحد، وفي العام 1986 كانت ميزانية الصحة في الضفة الغربية 20 مليون دولار، وبقيت نفس الموازنة تقريباً في الأعوام 1987-1989، هذا على الرغم من زيادة عدد السكان بمعدل 3% سنوياً وارتفاع مؤشر غلاء المعيشة، وزيادة طلب السكان على الخدمات الصحية. كما لم يتجاوز راتب الطبيب في أراضي الضفة الغربية وقطاع غزة 50% من راتب الطبيب الإسرائيلي، وكان معدل الإنفاق على صحة المواطن الفلسطيني في العام 1986 لا يتجاوز مبلغ 30 دولاراً أمريكياً مقابل 350 دولاراً للفرد في إسرائيل، أي بنسبة لا تزيد على 9% من معدل الإنفاق على الفرد في إسرائيل.

<sup>79</sup> انظر تطور الخدمات الصحية في فلسطين، مرجع سابق. وكذلك: الخطة الصحية الوطنية الفلسطينية 1994، مرجع سابق، ص 50.

- **في مجال التجهيزات والمعدات الطبية:** كانت جميع المشافي ومراكز الرعاية الأولية والعيادات في الأراضي الفلسطينية، تعاني من نقص كبير في التجهيزات والمعدات الطبية الحديثة، لعدم وجود مخصصات لتطويرها أو جلب أجهزة جديدة، بالإضافة إلى نقص إمدادات الكهرباء والمياه والصرف الصحي.
- **القوى العاملة في القطاع الصحي:** على الرغم من حاجة مناطق الضفة الغربية وقطاع غزة الماسة للكثير من الاختصاصيين في المراكز والقطاعات الصحية المختلفة، إلا أن كثيراً من الأطباء الفلسطينيين كانوا يبقون بدون عمل وخاصة في الوظائف الممولة من ميزانية الخدمات الحكومية، وكانون كذلك يعانون من افتقار فرص التدريب والاختصاص. كما أن غياب الحوافز المشجعة للعاملين في مجال الصحة وانخفاض الرواتب أثر سلباً على أدائهم الوظيفي ونجاعته، وهروب العديد منهم للعمل بالقطاع الخاص أو في الخارج.
- **تبعثر الخدمات الصحية، وضعف خدمات الرعاية الأولية،** ما جعلها عاجزة عن مواجهة احتياج المرضى قبل وصولهم إلى المشافي. وأدى النقص الشديد في الخدمات الصحية الشاملة إلى تفاوت كبير بين السكان في الحصول على الرعاية الصحية الأولية وخدمات الصحة العامة وخصوصاً في المناطق الريفية. وكانت مراكز الأمومة والطفولة، تفتقر إلى الحد الأدنى من حيث عددها، أو تجهيزها بالمعدات والأجهزة الطبية، والكوادر البشرية اللازمة حتى تستطيع القيام بالحد الأدنى من الاحتياجات الطبية، هذا بالإضافة إلى أنها كانت تفتقر إلى برامج المتابعة والمراقبة فيما يخص الأم أثناء فترة الحمل وبعد الولادة، ورعاية الأطفال أثناء وبعد الولادة، ومتابعة نظام تطعيمهم ومراقبة نموهم وتوفير سبل ومتطلبات تغذيتهم السليمة، والتشخيص المبكر للأمراض الوراثية والعيوب الخلقية، وخصوصاً إذا علمنا أن الأطفال كانوا يشكلون ما نسبته 48.7% من مجموع السكان في الأراضي المحتلة في تلك الفترة، وأن عدد الأسرة المخصصة لهم لم تكن تتجاوز 13.27% من إجمالي عدد أسرة المشافي.
- **انعدام خدمات الرعاية المتخصصة في المستشفيات الحكومية والخاصة،** وافتقارها إلى العديد من الخدمات الأساسية، كعلاج أمراض الفم والأسنان، العلاج الطبيعي، وخدمات الصحة النفسية، وكانت خدمات المختبرات والأشعة بدائية.

- غياب التعاون والتنسيق بين مزودي الخدمات الصحية الحكومية ووكالة الغوث والمنظمات غير الحكومية والقطاع الخاص، ما أدى إلى ازدواجية تقديم بعض الخدمات على حساب عدم توافر خدمات صحية أخرى ملحة.
- متوسط العمر ووفيات الأطفال: تدنى المستوى الصحي للسكان حسب المواصفات الدولية، حيث لم يزد متوسط عمر الفرد حسب التقديرات الإحصائية عن 62 عاماً. واستناداً لإحصاءات سلطات الاحتلال والمكتب المركزي الإسرائيلي للإحصاء في العام 1986، فإن نسبة وفيات الأطفال في قطاع غزة وصلت إلى 70 وفاة لكل ألف ولادة<sup>80</sup>.
- الأنشطة الوقائية والفحوص الطبية لتلاميذ المدارس والعمال: كانت تعتبر ضئيلة أو لم تكن أصلاً موجودة في كثير من الأحيان.
- التأمين الصحي: تدنى عدد المشتركين في برنامج التأمين الصحي الحكومي خلال فترة الاحتلال، فقد وصل عدد المشتركين إلى 30% في الضفة الغربية و56% في قطاع غزة في العام 1987، إضافة إلى أن الخدمات الصحية التي كانت تقدم في العيادات والمستشفيات لا تتناسب مع المبالغ التي كان يدفعها المواطنون لسلطات الاحتلال، كما أن ارتفاع تكاليف المعيشة وتدني مستوى دخل الفرد جعل المواطنين غير قادرين على تحمل التكاليف الباهظة لأقساط التأمين الصحي.
- عدم اهتمام الأفراد بمعوقات ومشجعات الصحة والنشاطات المانعة للأمراض، ما جعل أغلب الخدمات موجهة للجانب العلاجي دون الوقائي.
- تدهور ملحوظ في صحة البيئة: لم تكن مصادر المياه الصالحة للشرب ومياه التنظيف كافية، إضافة إلى غياب خدمات التخلص من القمامة والصرف الصحي السليم، ما أدى إلى تدني مستوى النظافة الشخصية، وارتفاع مخاطر الصحة العامة، وانتشار الأمراض الناجمة عن تلوث البيئة.
- في مجال الصناعات الدوائية: واجهت الصناعات الدوائية الفلسطينية صعوبات كبيرة سواءً في مجال استيراد المواد الخام التي كانت تقرض سلطات الاحتلال قيوداً كبيرة عليها أو في الضرائب المختلفة والمرتفعة التي كانت تفرضها على هذه الصناعة، وبالتالي، فقدانها القدرة على منافسة الأدوية الإسرائيلية.

<sup>80</sup> تعتبر نسبة وفيات الأطفال أحد أهم المؤشرات التي تعكس الوضع الصحي للسكان.



## مرفق رقم (2)

### جداول خاصة بقطاع الصحة في أراضي السلطة الوطنية الفلسطينية

#### جدول رقم (1)

النصيب المخصص لوزارة الصحة الفلسطينية في الموازنة العامة

في الأعوام من 1996-2005 بالمليون شيكل<sup>81</sup>

2000	1999	1998	1997	1996	البيان
1364	1758.1	1858.4	1211	927.9	النفقات العامة بالدولار
5592400	7208210	7061920	4238500	3247650	النفقات العامة بالشيكل
395937	339030	324935	323827	294420	إجمالي موازنة الصحة بالشيكل
% 7.07	% 4.7	% 4.6	% 7.64	% 9.06	نسبة موازنة الصحة للفقات العامة

2005	2004	2003	2002	2001	البيان
2220	1694	1278	1227.8	1239.3	النفقات العامة بالدولار
9654000	7538300	5878800	5770660	5205060	النفقات العامة بالشيكل
609143	586254	509142	470860	430427	إجمالي موازنة الصحة بالشيكل
% 6.3	% 7.77	% 8.6	% 8.15	% 8.26	نسبة موازنة الصحة للفقات العامة

<sup>81</sup> مصدر النفقات العامة، مأخوذ من خلاصة الموازنات العامة المنشورة على الموقع الإلكتروني لمركز المعلومات الوطني الفلسطيني [www.pnic.gov.ps/arabic/economy/budget/](http://www.pnic.gov.ps/arabic/economy/budget/). وقد تم احتساب المبلغ بالشيكل على أساس سعر الصرف المعتمد لدى لجنة الموازنة والشؤون المالية في المجلس التشريعي للسنوات 1996 - 2003، ومتوسط سعر الصرف الذي اعتمدته وزارة المالية في الاحتساب للسنوات 2004 - 2005.



## جدول رقم (2)

البنود التي توزعت عليها موازنات وزارة الصحة في الأعوام 1996-2005  
بالآلاف شيكل إسرائيلي<sup>82</sup>

2000	1999	1998	1997	1996	البيان
183550	142450	142160	142877	140000	الرواتب الأجور
192640	183720	176680	176600	149520	النفقات التشغيلية
11282	8360	-	-	-	الضمان الاجتماعي
8465	4500	6095	4350	4900	النفقات الرأسمالية
395937	339030	324935	323827	294420	إجمالي الموازنة

2005	2004	2003	2002	2001	البيان
351381	328612	259848	242000	197000	الرواتب الأجور
227583	232200	233000	215150	210097	النفقات التشغيلية
18679	23442	16658	13710	13250	الضمان الاجتماعي
11500	2000	-	-	10080	النفقات الرأسمالية
609143	586254	509142	470860	430427	إجمالي الموازنة

<sup>82</sup> مصدر هذا الجدول هو: الإدارة المالية، دائرة الموازنة، وزارة الصحة - غزة.



### جدول رقم (3)

نصيب الفرد الفلسطيني من الموازنة السنوية لوزارة الصحة

خلال الأعوام 1997 - 2005<sup>83</sup>

السنة	عدد السكان	موازنة وزارة الصحة (بالآف شيكل)	نصيب الفرد بالشيكال
<b>1997</b>	2783084	323827	116.4
<b>1998</b>	2897113	324935	112.2
<b>1999</b>	3019158	339030	112.3
<b>2000</b>	3149447	395937	125.7
<b>2001</b>	3275389	430427	131.4
<b>2002</b>	3394046	470860	138.7
<b>2003</b>	3514868	509142	144.9
<b>2004</b>	3637529	586254	161.2
<b>2005</b>	3762005	609143	161.9

<sup>83</sup> تم تجميع عدد السكان من الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني <http://www.pcbs.gov.ps> واحتساب نصيب الفرد على أساس الميزانية المعتمدة، وهذا المبلغ يختلف عن المصروف في الواقع. ففي العام 2004 بلغ المبلغ الفعلي الذي تم إنفاقه 571075000 شيكل أي بنقص 15179000، وبالتالي كان نصيب الفرد الفعلي من إنفاق وزارة الصحة 156.9 شيكل أي ما يعادل \$35.2 سنوياً.



#### جدول رقم (4)

الكادر الصحي المتوفر لدى مؤسسات القطاع الصحي العام  
والأهلي والخاص لكل 10000 نسمة<sup>84</sup>

النسبة لكل 10000 نسمة	المجموع	الخدمات العسكرية	وكالة الغوث (الأثروا)	المؤسسات الأهلية	وزارة الصحة	الوظيفة/مقدم الخدمة
-	2667	185	172	890	1420	طبيب عام
-	1350	137	29	437	747	طبيب متخصص
10.7	4017	322	201	1327	2167	مجموع الأطباء
0.9	348	58	26	68	196	طبيب أسنان
1.4	543	58	6	102	377	صيدلي
11.5	4320	52	258	1005	3005	ممرض
-	478	17	132	103	226	قابلة
8.4	3160	457	211	1110	1382	مهن طبية مساندة
-	7185	117	428	1549	5091	الإداريون والعمال
-	20796	1405	1394	5553	12444	المجموع

<sup>84</sup> Health status in Palestine: Annual Report 2005. Gaza, Ministry of Health, Health Palestine Health System, October 2006. p 41.





## جدول رقم (5)

العاملون في المهن الصحية في وزارة الصحة والمعدل لكل نسمة

لأعوام 1995 - 2000 - 2005<sup>85</sup>

النسبة العامة	المجموع	إداري/ عدد السكان	إداريون	مهني/ عدد السكان	مهني	ممرض/ عدد السكان	ممرضون	طبيب/ عدد السكان	أطباء <sup>86</sup>	السنة
447	4758	1567	1357	2644	804	1301	1634	2208	963	<b>1995</b>
375	7458	1106	2527	3316	843	1138	2457	1714	1631	<b>2000</b>
302	12444	739	5091	2722	1382	1164	3231	1373	2740	<b>2005</b>

<sup>85</sup> تم تجميع بيانات الجدول من التقرير السنوي لوزارة الصحة عن الوضع الصحي في فلسطين العام 2003 و2005.

<sup>86</sup> يشمل المقصود بالأطباء أطباء الأسنان والصيدالة.



## جدول رقم (6)

التوزيع الجغرافي للكوادر الطبية بين الضفة الغربية وقطاع غزة<sup>87</sup>

قطاع غزة		الضفة الغربية		الوظيفة/ المؤشر حسب المنطقة
المعدل 10000/ العدد	العدد	المعدل/ 10000	العدد	
6.6	920	2.5	500	طبيب عام
3.9	541	1	206	طبيب متخصص
1.1	150	0.2	46	طبيب أسنان
1.6	229	0.7	148	صيدلي
11.2	1550	7.4	1455	ممرض
0.5	71	0.8	155	قابلة
6.4	892	2.5	490	مهن طبية مساندة
24	3340	8.8	1751	الإداريون والعمال
55.4	7693	24.1	4751	المجموع

<sup>87</sup> Health status in Palestine: Annual Report 2005, op. cit. p42.



جدول رقم (7)

المراكز الصحية الحكومية والأهلية الموجودة

في الأراضي الفلسطينية في العام 2005<sup>88</sup>

مركز / نسمة	المجموع	الجهة			عدد السكان	المنطقة	
		وكالة	غير حكومي	حكومي			
12071	33	3	14	16	398333	القدس	الضفة الغربية
4490	67	4	17	46	300862	جنين	
5087	33	2	6	25	167873	طولكرم	
3249	29	2	9	18	94210	قلقيلية	
3106	20	1	3	16	62125	سلفيت	
4953	66	6	18	42	326873	نابلس	
3421	82	5	28	49	280508	رام الله	
5137	34	2	13	19	174654	بيت لحم	
1761	24	3	5	16	42268	أريحا	
3829	137	7	17	113	524510	الخليل	
4519	525	35	130	360	2372216	المجموع	
12088	22	3	9	10	265932	شمال غزة	قطاع غزة
11900	41	4	22	15	487904	مدينة غزة	
6285	32	5	11	16	201112	الوسطى	
14978	18	2	5	11	269601	خان يونس	

<sup>88</sup> Health status in Palestine: Annual Report 2005 , op.cit. p130.

مركز / نسمة	المجموع	الجهة			عدد السكان	المنطقة
		وكالة	غير حكومي	حكومي		
10328	16	4	8	4	165240	رفح
10774	129	18	55	56	1389789	المجموع
5752	654	53	185	416	3762005	المجموع الكلي

## جدول رقم (8)

المراكز الصحية الحكومية والأهلية الموجودة في الأراضي الفلسطينية

في الأعوام 1994، 2000، و2005<sup>89</sup>

المجموع الإجمالي	غير حكومية	وكالة	المراكز الحكومية			السنة
			المجموع	غزة	الضفة	
454	208	41	205	29	176	1994
585	175	51	359	43	316	2000
654	185	53	416	56	360	2005

<sup>89</sup> تم تجميع المعلومات المذكورة في الجدول بمعرفة الهيئة من إحصاءات وزارة الصحة.

## جدول رقم (9)

توزيع المراكز الصحية الحكومية حسب مستوياتها الأربعة<sup>90</sup>

المجموع	قطاع غزة	الضفة الغربية	البند
89	0	89	المستوى الأول
215	30	185	المستوى الثاني
95	19	76	المستوى الثالث
17	7	10	المستوى الرابع
416	56	360	المجموع

---

<sup>90</sup> Health status in Palestine: idem ,p.p 131-129.





## جدول رقم (10)

المستشفيات الحكومية والأهلية الموجودة في الأراضي الفلسطينية  
وعدد الأسرة فيها في العام 2005<sup>91</sup>

قطاع غير حكومي		قطاع حكومي		نوع المشفى	المنطقة
أسرة	مشفى	أسرة	مشفى		
664	5	680	8	عام	الضفة الغربية
109	2		-	أطفال	
82	1		-	عيون	
72	1		-	جراحة عظام	
-	-	320	1	طب نفسي	
927	9	1000	9	المجموع	
80	1	615	2	عام	
-	-	135	1	أطفال	
-	-	35	1	عيون	
-	-	-	-	جراحة عظام	
-	-	34	1	طب نفسي	
80	1	819	5	المجموع	
1007	10	1819	14	المجموع الكلي	

<sup>91</sup> الخطة الصحية الوطنية الفلسطينية 1994، مرجع سابق، ص112.



## جدول رقم (11)

التوزيع الجغرافي للمستشفيات في الأراضي الفلسطينية في العام 2005

ومعدلها بالنسبة لكل 100000 نسمة، وعدد الأسرة ومعدلها لكل 1000 نسمة<sup>92</sup>

المنطقة	مستشفى حكومي	عدد الأسرة	غير حكومي	عدد الأسرة	إجمالي المستشفيات	إجمالي الأسرة	مستشفى / 100000	سرير / 10000
الضفة الغربية	القدس	-	10	618	10	618	2.5	15.5
	جنين	1	2	36	3	159	1	5.3
	طولكرم	1	2	36	3	137	1.8	8.2
	قلقيلية	1	2	73	3	83	3.2	8.8
	سلفيت	1	-	-	1	12	1.6	1.9
	نابلس	2	4	220	6	486	1.8	14.9
	رام الله	1	8	176	9	331	3.2	11.8
	بيت لحم	2	6	264	8	657	4.6	37.6
	أريحا	1	-	-	1	54	2.4	12.8
	الخليل	2	8	202	10	470	1.9	9
المجموع	12	42	1316	54	1691	2.28	12.7	
قطاع غزة	شمال غزة	1	2	58	3	143	1.1	5.4
	غزة	5	7	796	12	1064	2.5	21.8
	الوسطى	1	-	97	1	97	0.5	4.8
	خان يونس	2	3	496	5	662	1.9	24.6
	رفح	1	-	52	1	52	0.6	3.1
	المجموع	10	12	1499	22	519	1.6	14.5
المجموع الكلي	22	54	2815	76	2210	2.02	13.4	

<sup>92</sup> Health status in Palestine: Annual Report 2005 , op.cit. p 171.



## جدول رقم (12)

عدد الحالات المحولة للعلاج خارج المؤسسات الطبية الحكومية

في السنوات 1996-2005<sup>93</sup>

السنة	عدد الحالات
1996	6176
1997	8521
1998	6052
1999	9593
2000	8123
2001	10764
2002	12086
2003	20235
2004	31744
2005	31721

---

<sup>93</sup> مركز المعلومات الصحية، وزارة الصحة الفلسطينية، غزة.

**جدول رقم (13)**  
**تحويلات العلاج خارج المؤسسات الطبية الحكومية**  
**موزعة على المحافظات الفلسطينية والتكلفة المالية التي استهلكتها في العام 2005<sup>94</sup>**

التكلفة/ بالشيكول الإسرائيلي	عدد الحالات المحولة	المنطقة	
7159954	798	القدس	الضفة الغربية
21529824	2333	جنين	
14969898	1847	طولكرم	
4673832	414	قلقيلية	
2888180	286	سلفيت	
27239041	2874	نابلس	
34328002	3855	رام الله والبيرة	
17748251	2099	بيت لحم	
4883778	566	أريحا	
30720632	3731	الخليل	
583363	77	طوباس	
450470	16	محافظات غزة	
8571822	532	خارج فلسطين	
4158197	306	غير معروف	
179905243	19734	المجموع	قطاع غزة
17220210	2251	شمال غزة	
45138100	6088	مدينة غزة	
9796016	1277	الوسطى	
8664618	1375	خانيونس	
5077851	803	رفح	

<sup>94</sup> Health status in Palestine: idem ,p197.

التكلفة/ بالشيكال الإسرائيلي	عدد الحالات المحولة	المنطقة
728434	44	محافظات الضفة
1254405	134	خارج فلسطين
259150	15	غير معروف
88138782	11987	المجموع
268044025	31721	المجموع الكلي



**جدول رقم (14)**  
**مؤشرات قياس الحق في الصحة في أراضي السلطة الوطنية الفلسطينية**  
**بالمقارنة مع عدد من الدول**<sup>95</sup>

قيمة المؤشرات في الأراضي الفلسطينية بالمقارنة مع بلدان مختارة <sup>96</sup>							المؤشرات الديموغرافية <b>Demographic indicators</b>
السويد	المملكة المتحدة	إسرائيل	لبنان	مصر	المملكة الأردنية	السلطة الفلسطينية <sup>97</sup>	
9041 (2005)	59668 (2005)	6725 (2005)	4435 (2005)	70668 (2005)	5485 (2005)	<sup>98</sup> 3825 (2005)	عدد السكان (بالآلاف)
0.2 (2005)	0.3 (2005)	2.3 (2005)	1.6 (2005)	1.9 (2005)	2.5 (2005)	3.3 (2005)	معدل النمو السنوي للسكان.
84.0 (2005)	90.0 (2005)	92.0 (2005)	85.0 (2005)	43.0 (2005)	82.0 (2005)	58 (2004)	نسبة السكان في المدينة.
11.22 (2005)	11.97 (2004)	20.77 (2005)	16.9 (2004)	25.8 (2005)	29.0 (2005)	27.5 (2005)	معدل المواليد الخام (لكل 1000 نسمة). <sup>99</sup>
10.65 (2005)	9.77 (2004)	5.73 (2003)	4.1 (2004)	6.4 (2005)	7.0 (2005)	2.7 (2005)	معدل الوفيات الخام (لكل 1000 نسمة). <sup>100</sup>
18.11 (2002)	18.16 (2004)	28.35 (2003)	27.3 (2005)	37.8 (2005)	37.1 (2005)	46 (2005)	النسبة المئوية لعدد السكان دون 15 سنة. <sup>101</sup>

<sup>95</sup> أعد هذا الجدول من الهيئة بعد الاستناد إلى المؤشرات التي اعتمدها الدول المختلفة محل المقارنة بالسلطة الوطنية ونشرتها منظمة الصحة العالمية على موقعها الإلكتروني.

<sup>96</sup> تم تجميع بيانات قيم المؤشرات في هذا الجدول والجدول الأخرى المتعلقة بالبلدان المختارة (الأردن، مصر، لبنان، إسرائيل، المملكة المتحدة، السويد) من الصفحة الإلكترونية لمنظمة الصحة العالمية:

[http://www.who.int/whosis/database/core/core\\_select.cfm?strISO3\\_select=ALL&strIndicator\\_select=ALL&intYear\\_select=latest&language=english](http://www.who.int/whosis/database/core/core_select.cfm?strISO3_select=ALL&strIndicator_select=ALL&intYear_select=latest&language=english)

<sup>97</sup> تم تجميع قيم المؤشرات في هذا الجدول والجدول الأخرى المتعلقة بالسلطة الوطنية الفلسطينية من جداول وزارة الصحة الفلسطينية المنشورة في تقريرها السنوي لعام 2005، وبعض المراجع الأخرى التي سيشار لها كل في مكانه.

<sup>98</sup> فلسطين في أرقام 2005 (فلسطين: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2006).

<sup>99</sup> تم الحصول على بيانات الأردن، مصر، لبنان، إسرائيل، المملكة المتحدة، والسويد من الموقع الإلكتروني لمنظمة الصحة

العالمية التالي: <http://www.euro.who.int/countryinformation>

<sup>100</sup> المرجع السابق.

<sup>101</sup> المرجع السابق.

17.18 (2002)	16.01 (2004)	9.91 (2003)	7.5 (2005)	3.4 (2005)	3.8 (2005)	2.8 (2005)	النسبة المئوية لعدد السكان 65 سنة وما فوق. <sup>102</sup>
1.7 (2005)	1.7 (2005)	2.8 (2005)	1.7 (2005)	3.1 (2005)	3.7 (2005)	4.6 (2005)	معدل الخصوبة (للمرأة الواحدة).

قيمة المؤشرات في الأراضي الفلسطينية بالمقارنة مع بلدان مختارة							المؤشرات الاقتصادية - الاجتماعية
السويد	المملكة المتحدة	إسرائيل	لبنان	مصر	المملكة الأردنية	السلطة الفلسطينية	Socioeconomic indicators
31420 (2005)	32690 (2005)	25280 (2005)	5740 (2005)	4440 (2005)	5280 (2005)	1374 (2003)	الدخل القومي الإجمالي للفرد بالدولار.
-	-	-	-	3.1 (2000)	2.0 (2003)	15 (2005)	نسبة عدد السكان تحت خط الفقر (الذين يعثاشون على دولار واحد يوميا).
100 (2004)	100 (2004)	100 (2004)	100 (2004)	99 (2004)	99 (2004)	80.6 <sup>103</sup> (2004)	نسبة السكان الذين يمكنهم الحصول على مصادر مياه الشرب المحسنة في المناطق الحضرية.
100 (2004)	100 (2004)	100 (2004)	100 (2004)	97 (2004)	91 (2004)		نسبة السكان الذين يمكنهم الحصول على مصادر مياه الشرب المحسنة في المناطق الريفية.
100 (2004)	-	100 (2004)	100 (2004)	86 (2004)	94 (2004)	96.2 <sup>104</sup> (2004)	نسبة السكان الذين يمكنهم الحصول على صرف صحي محسن في المناطق الحضرية.
100 (2004)	-	-	87 (2004)	58 (2004)	87 (2004)		نسبة السكان الذين

<sup>102</sup> المرجع السابق.

<sup>103</sup> النسبة دون تفصيل بين المناطق الحضرية والريفية، مكتب منظمة الصحة العالمية في قطاع غزة.

<sup>104</sup> النسبة دون تفصيل بين المناطق الحضرية والريفية، مكتب منظمة الصحة العالمية في قطاع غزة.

قيمة المؤشرات في الأراضي الفلسطينية بالمقارنة مع بلدان مختارة							المؤشرات الاقتصادية - الاجتماعية
السويد	المملكة المتحدة	إسرائيل	لبنان	مصر	المملكة الأردنية	السلطة الفلسطينية	Socioeconomic indicators
							يمكنهم الحصول على صرف صحي محسن في المناطق الريفية.
-	-	38.6 (2001)	-	-	50.5 (2002)	<sup>105</sup> 20 (2004)	نسبة انتشار التدخين بين البالغين (15 سنة وما فوق) الذكور.
-	-	22.1 (2001)	-	-	8.3 (2002)	<sup>106</sup> 14 (2004)	نسبة انتشار التدخين بين البالغين (15 سنة وما فوق) إناث.
-	-	2.9 (2004)	12 (2000)	28.6 (2004)	10 (2005)	7.2 (2005)	نسبة الأمية بين البالغين 15 سنة وما فوق.
99.0 (2005)	99.0 (2005)	97.0 (2005)	94.0 (2005)	97.0 (2005)	90.0 (2005)	92.8 (2005)	إجمالي نسبة الالتحاق بالمدارس الابتدائية - الذكور.
98.0 (2005)	99.0 (2005)	98.0 (2005)	93.0 (2005)	94.0 (2005)	92.0 (2005)	93.6 (2005)	إجمالي نسبة الالتحاق بالمدارس الابتدائية - الإناث.

<sup>105</sup> الموقع الإلكتروني للمكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية في الأراضي الفلسطينية التالي:

[www.emro.who.int/emrinfo/index.asp?Ctry=pal](http://www.emro.who.int/emrinfo/index.asp?Ctry=pal)

<sup>106</sup> المرجع السابق.

قيمة المؤشرات في الأراضي الفلسطينية بالمقارنة مع بلدان مختارة							مؤشرات الموارد البشرية والمادية Human and physical resources indicators
السويد	المملكة المتحدة	إسرائيل	لبنان	مصر	المملكة الأردنية	السلطة الفلسطينية	
29,122 (2002)	133,641 (1997)	24,577 (2003)	11,505 (2001)	38,485 (2003)	11,398 (2004)	4017 (2005)	عدد الأطباء.
3.28 (2002)	2.30 (1997)	3.82 (2003)	3.25 (2001)	0.54 (2003)	2.03 (2004)	1.07 (2005)	معدل عدد الأطباء (لكل 1000 نسمة).
7,270 (2002)	58,729 (1997)	7,510 (2003)	4,283 (2001)	9,917 (2004)	7,270 (2004)	348 (2005)	عدد أطباء الأسنان.
0.82 (2002)	1.01 (1997)	1.17 (2003)	1.21 (2001)	0.14 (2004)	1.29 (2004)	0.9 (2005)	معدل عدد أطباء الأسنان (لكل 1000 نسمة).
90,758 (2002)	704,332 (1997)	40,280 (2003)	4,157 (2001)	144,984 (2004)	16,527 (2004)	4320 (2005)	عدد الممرضين.
10.24 (2002)	12.12 (1997)	6.26 (2003)	1.18 (2001)	1.98 (2004)	2.94 (2004)	1.15 (2005)	معدل عدد الممرضين (لكل 1000 نسمة).
6,247 (2002)	36,399 (1997)	1,202 (2003)	-	1,777 (2004)	1,669 (2004)	478 (2005)	عدد القابلات.
0.70 (2002)	0.63 (1997)	0.19 (2003)	-	0.02 (2004)	0.30 (2004)	0.13 (2005)	معدل عدد القابلات (لكل 1000 نسمة).
5,885 (2002)	29,726 (1997)	4,480 (2003)	3,359 (2001)	7,119 (2004)	17,654 (2004)	543 (2005)	عدد الصيدالة.
0.66 (2002)	0.51 (1997)	0.70 (2003)	0.95 (2001)	0.10 (2004)	3.14 (2004)	0.14 (2005)	معدل عدد الصيدالة (لكل 1000 نسمة).
-	20,035 (1997)	-	-	20,011 (2004)	5,630 (2004)	<sup>107</sup> 10345 (2005)	عدد العاملين في المختبرات.
-	0.34 (1997)	-	-	0.27 (2004)	1.00 (2004)	بمعدل 2.7 (لكل 1000 نسمة).	عدد العاملين في المختبرات (لكل 1000 نسمة).
-	161,490 (1997)	-	-	3,694 (2004)	6,569 (2004)	1000	عدد العاملين الصحيين الآخرين.

<sup>107</sup> يشمل هذا العدد العاملين في المهن الطبية المساندة والمختبرات والإداريين والعمال الآخرين، حسب إحصاءات وزارة الصحة في عام 2005 في القطاع الصحي في أراضي السلطة الفلسطينية.

قيمة المؤشرات في الأراضي الفلسطينية بالمقارنة مع بلدان مختارة							مؤشرات الموارد البشرية والمادية Human and physical resources indicators
السويد	المملكة المتحدة	إسرائيل	لبنان	مصر	المملكة الأردنية	السلطة الفلسطينية	
-	2.78 (1997)	-	-	0.05 (2004)	1.17 (2004)	(نسمة)	عدد العاملين الصحيين الآخرين (لكل 1000 نسمة).
-	741,664 (1997)	-	-	5,167 (2004)	17,668 (2004)		عدد العاملين في الإدارة الصحية والدعم والمساندة.
-	12.77 (1997)	-	-	0.07 (2004)	3.15 (2004)		عدد العاملين في الإدارة الصحية والدعم والمساندة (لكل 1000 نسمة).
52.0 (1997)	39.0 (2004)	63.0 (2005)	36.0 (2005)	22.0 (2005)	17.0 (2005)	13.4 (2005)	عدد الأسرة في المستشفيات (لكل 10000 نسمة).
قيمة المؤشرات في الأراضي الفلسطينية بالمقارنة مع بلدان مختارة							مؤشرات تغطية خدمات الرعاية الصحية الأولية Coverage with primary health care services indicators
السويد	المملكة المتحدة	إسرائيل	لبنان	مصر	المملكة الأردنية	السلطة الفلسطينية	
94 (2005)	82 (2005)	95 (2005)	96 (2005)	98 (2005)	95 (2005)	100 (2005)	نسبة البالغين سنة واحدة من العمر المحصنين جرعة واحدة من الحصبة.
99 (2005)	91 (2005)	95 (2005)	92 (2005)	98 (2005)	95 (2005)	99 (2005)	نسبة البالغين سنة واحدة من العمر المحصنين ثلاث جرعات من مصل التيتانوس والدفتريا والسعال الديكي.
-	-	95	88	98	95	100	نسبة البالغين سنة

قيمة المؤشرات في الأراضي الفلسطينية بالمقارنة مع بلدان مختارة							مؤشرات الموارد البشرية والمادية Human and physical resources indicators
السويد	المملكة المتحدة	إسرائيل	لبنان	مصر	المملكة الأردنية	السلطة الفلسطينية	
		(2005)	(2005)	(2005)	(2005)	(2005)	واحدة من العمر المحصنين ثلاث جرعات من تطعيم التهاب الكبد ب.
-	-	-	-	54 (2000)	99 (2002)	96.5 (2005)	نسبة الرعاية قبل الولادة على الأقل زيارة واحدة.
-	-	-	87 (2001)	41 (2000)	91 (2002)	—	نسبة الرعاية قبل الولادة - أربع زيارات على الأقل.
-	99.0 (1998)	-	98.0 (2004)	74.0 (2005)	100.0 (2002)	97 (2005)	نسبة الولادات تحت إشراف عاملين صحيين مهرة.
-	84.0 (2002)	-	-	59.2 (2005)	55.8 (2002)	50.6 (2005)	معدلات استخدام وسائل منع الحمل.
17 (2001)	17 (1997)	17 (2001)	23 (1998)	11 (2000)	16 (2002)	15.3 (2005)	نسبة الولادات القيصرية إلى مجموع الولادات.

قيمة المؤشرات في الأراضي الفلسطينية بالمقارنة مع بلدان مختارة							مؤشرات الحالة الصحية Health status indicators
السويد	المملكة المتحدة	إسرائيل	لبنان	مصر	المملكة الأردنية	السلطة الفلسطينية	
79.0 (2005)	77.0 (2005)	78.0 (2005)	68.0 (2005)	66.0 (2005)	69.0 (2005)	108 71,7 (2005)	توقع البقاء على قيد الحياة/ الذكور.
83.0 (2005)	81.0 (2005)	82.0 (2005)	73.0 (2005)	70.0 (2005)	73.0 (2005)	109 73 (2005)	توقع البقاء على قيد الحياة/ الإناث.
-	-	-	4.3 (2004)	5.4 (2005)	3.6 (2002)	4.9 (2004)	نسبة الأطفال دون سن الخامسة الذين يعانون من نقص الوزن بالنسبة للعمر.
4 (2002)	8 (2002)	8 (2002)	6 (2002)	12 (2002)	10 (2002)	6.8 (2005)	نسبة الأطفال حديثي الولادة بوزن خفيف.
3.0 (2005)	5.0 (2005)	4.0 (2005)	27.0 (2005)	28.0 (2005)	22.0 (2005)	20.8 (2005)	معدل وفيات الأطفال الرضع (لكل 1000 مولود حي).
2 (2004)	3 (2004)	3 (2004)	19 (2004)	17 (2004)	16 (2004)	11.2 (2005)	معدل وفيات حديثي الولادة (لكل 1000 مولود حي).
8 (2000)	11 (2000)	13 (2000)	150 (2000)	84 (2000)	41 (2000)	15.4 (2005)	معدل وفيات الأمهات (لكل 100000 مولود حي).
5.9 (2005)	14.2 (2005)	7.7 (2005)	11.0 (2005)	25.0 (2005)	5.3 (2005)	0.69 (2005)	معدل الإصابة بمرض السل (لكل 100000 مولود حي).
0 (2005)	0 (2005)	0 (2005)	0 (2005)	0 (2005)	0 (2005)	0 (2005)	عدد المصابين بشكل مؤكد بشلل الأطفال
قيمة المؤشرات في الأراضي الفلسطينية بالمقارنة مع بلدان مختارة							مؤشرات الوفيات

<sup>108</sup> فلسطين في أرقام 2005، مرجع سابق، ص 10.

<sup>109</sup> المرجع السابق.

السويد	المملكة المتحدة	إسرائيل	لبنان	مصر	المملكة الأردنية	السلطة الفلسطينية	Mortality indicators
<10 (2005)	<10 (2005)	-	<10 (2005)	<10 (2005)	<200 (2003)	<sup>110</sup> 0.02 (2005)	معدل الوفيات السنوي بسبب فيروس الأيدز (لكل 100000 نسمة).
0.6 (2005)	1.4 (2005)	0.8 (2005)	1.1 (2005)	2.9 (2005)	0.5 (2005)	<sup>111</sup> 2.9 (2005)	معدل الوفيات بسبب السل (لكل 100000 نسمة).
0 (2005)	0 (2005)	-	0 (2005)	0 (2005)	0 (2005)	0 (2005)	معدل الوفيات بسبب السل بين المصابين بالايديز (لكل 100000 نسمة).
176.0 (2002)	182.0 (2002)	136.0 (2002)	453.0 (2002)	560.0 (2002)	384.0 (2002)	<sup>112</sup> 56.5 (2005)	معدل الوفيات بسبب أمراض القلب (لكل 100000 نسمة).
116.0 (2002)	143.0 (2002)	133.0 (2002)	90.0 (2002)	84.0 (2002)	144.0 (2002)	<sup>113</sup> 27.4 (2005)	معدل الوفيات بسبب مرض السرطان (لكل 100000 نسمة).
30.0 (2002)	26.0 (2002)	30.0 (2002)	98.0 (2002)	35.0 (2002)	102.0 (2002)	<sup>114</sup> 17.6 (2005)	معدلات الوفيات بسبب الإصابات (لكل 100000 نسمة).

<sup>110</sup> بحسب إحصاءات وزارة الصحة الفلسطينية في العام 2005، سُجّلت حالة وفاة واحدة لمرضى مصاب بفيروس نقص المناعة البشرية/الأيدز.

<sup>111</sup> بحسب إحصاءات وزارة الصحة الفلسطينية في العام 2005، سُجّلت 8 حالات وفاة لمرضى مصابون بالسل التنفسي وغيره.

<sup>112</sup> بحسب إحصاءات وزارة الصحة الفلسطينية في العام 2005، سُجّلت 2318 حالة وفاة لمرضى بسبب أمراض القلب.

<sup>113</sup> بحسب إحصاءات وزارة الصحة الفلسطينية في العام 2005، سُجّلت 1047 حالة وفاة لمرضى مصابون بالسرطان.

<sup>114</sup> بحسب إحصاءات وزارة الصحة الفلسطينية في العام 2005، سُجّلت 581 حالة وفاة بسبب الإصابات منها 234 حالة نتيجة إطلاق نار متعمد.



59.4 (2000)	59.1 (2000)	52.8 (2000)	64.9 (2000)	44.3 (2000)	55.4 (2000)	11548.4 (2003)	نسبة الوفيات أثناء الولادة.
0.0 (2000)	0.0 (2000)	0.0 (2000)	0.0 (2000)	0.0 (2000)	0.1 (2000)	0.0 (2005)	نسبة الوفيات ما بين الأطفال الأقل من 5 سنوات بسبب فيروس الايذر.
0.0 (2000)	0.9 (2000)	0.6 (2000)	1.0 (2000)	12.8 (2000)	10.7 (2000)	0.1 (2005)	نسبة الوفيات ما بين الأطفال الأقل من 5 سنوات بسبب مرض الإسهال.
0.0 (2000)	0.0 (2000)	0.0 (2000)	0.0 (2000)	0.1 (2000)	0.0 (2000)	0.0 (2005)	نسبة الوفيات ما بين الأطفال الأقل من 5 سنوات بسبب الحصبة.
0.0 (2000)	0.0 (2000)	0.0 (2000)	0.0 (2000)	0.4 (2000)	0.3 (2000)	0.0 (2005)	نسبة الوفيات ما بين الأطفال الأقل من 5 سنوات بسبب الملاريا.
0.8 (2000)	2.2 (2000)	0.4 (2000)	1.1 (2000)	14.6 (2000)	11.7 (2000)	5.3 (2005)	نسبة الوفيات ما بين الأطفال الأقل من 5 سنوات بسبب الالتهاب الرئوي.
3.4 (2000)	4.4 (2000)	5.9 (2000)	11.0 (2000)	2.1 (2000)	2.3 (2000)	24.2 (2005)	نسبة الوفيات ما بين الأطفال الأقل من 5 سنوات بسبب الإصابات.
36.3 (2000)	33.4 (2000)	40.3 (2000)	22.0 (2000)	25.7 (2000)	19.5 (2000)	19.7 (2005)	نسبة الوفيات ما بين الأطفال الأقل من 5 سنوات لأسباب أخرى.

<sup>115</sup> الوضع الصحي في فلسطين 2003 (فلسطين: وزارة الصحة - مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، تموز 2004)،

