



دائرة الإحصاء المركزية الفلسطينية

سلسلة تقارير الوضع الراهن (رقم 4)

الإحصاءات الصحية
في الضفة الغربية وقطاع غزة

تموز/يوليو، 1995

© صفر، 1416هـ - تموز، 1995م.

جميع الحقوق محفوظة.

في حالة الاقتباس، يرجى الإشارة الى هذه المطبوعة كالتالي:

دائرة الاحصاء المركزية الفلسطينية. 1995. الاحصاءات الصحية في الضفة الغربية وقطاع غزة، سلسلة تقارير الوضع الراهن (رقم 4). رام الله- الضفة الغربية.

كلمة شكر

قام كل من كامل منسي وايمن صوالحة، من وحدة إحصاءات الصحة، بإعداد هذا التقرير. قام السيد توماس جنارسون، من مكتب الاستشارات الدولية - الإحصاءات السويدية، بالمساعدة في إعداد بعض فصول الدراسة. تولى الدكتور مروان خواجا، مدير قسم الإحصاءات الإجتماعية والسكانية مراجعة المادة وتقديم الملاحظات حول مسودات التقرير.

تولى كل من السيد عبد الرحيم الحسن والآنسة هيلدا جابر ترجمة المسودة النهائية. قامت الآنسة نسيم شاهين وفاطمة هلسة بطباعة فصول الدراسة باللغة العربية، وتولت الآنسة نافذة بدارين المساعدة في تصميم الجداول والرسومات البيانية وإعداد المادة للنشر، وقامت الانسة مريم سلهب بتصميم الجداول الداخلية في المادة.

نوجه الشكر بشكل خاص الى المؤسسة الدولية السويدية للتنمية على تقديم الدعم المالي لإجاز هذا التقرير.

تقديم

يسر دائرة الإحصاء المركزية الفلسطينية أن تقدم تقريراً جديداً عن الإحصاءات الصحية ضمن سلسلة تقارير الوضع الراهن حول الإحصاءات المختلفة. تعتبر الدائرة هذه الإحصاءات من المتطلبات الأساسية لدراسة وتحليل الوضع الصحي التي يمكن تسخيرها لحل المشاكل الصحية المختلفة، كما ان هذه الإحصاءات بأشكالها وأنماطها المختلفة ذات ضرورة ملحة للمساهمة بشكل فعال في التعامل العلمي والفني مع معظم المشاكل الصحية التي تواجه المجتمع.

إن كل سلطة صحية تطمح للحصول على كافة الإحصاءات الصحية والحياتية، ولكنها تصطدم بوجود ضعف في تسجيل البيانات وسوء استخدامها، ومن أجل الوصول إلى مؤشر حقيقي عن الوضع الصحي في الأراضي الفلسطينية المحتلة ومدى انتشار الأمراض والأوبئة فيها والخدمات الصحية المقدمة للجمهور، يجب أن يتوفر هناك نظام خاص لجمع البيانات والإحصاءات الصحية من مختلف مصادرها الوطنية بما في ذلك الأطباء والعيادات والمؤسسات الخاصة والتابعة للمنظمات غير الحكومية ووكالة الغوث الدولية . وهذا بدوره يمكن من الوصول إلى الحلول الصحيحة للمشاكل الصحية وعدالة توزيع الخدمات الصحية حسب المناطق الجغرافية، إضافة إلى معرفة الأمراض التي تؤثر على السكان وخاصة الأطفال.

يتناول هذا التقرير الإحصاءات الصحية التي تم جمعها من مختلف المصادر، مثل التي جمعتها السلطات الإسرائيلية عن طريق الإدارة المدنية والدراسات والمسوحات التي أجريت على مستوى وطني، إضافة إلى البيانات التي أنتجتها وكالة الغوث منذ عام 1967 وحتى الآن. وقد ركزت هذه المصادر على الإحصاءات الصحية التقليدية من أعداد المستشفيات والأسرة والإدخالات والإخراجات ومعدلات اشغال الأسرة والأمراض السائدة في المجتمع وزيارات الجمهور إلى هذه المؤسسات وما إلى ذلك من الإحصاءات التي اخذت صماء ولم يتم تحليلها بالصورة العلمية . وفي معظم الأحيان اعتمدت الدراسات على السجلات والمقابلات الخاصة مع المهنيين والعاملين في القطاع الصحي. وحتى هذه اللحظة لم يجر أي مسح يركز على صحة المواطن ومدى الاستفادة من الخدمات الصحية رغم عشرات الدراسات التي أجريت في الضفة الغربية وقطاع غزة..

تطمح دائرة الإحصاء المركزية الفلسطينية، بناءً على ما تقدم، تنفيذ عدة مسوحات في هذا المجال لمعرفة ماهية الأوضاع الصحية الفعلية والأمراض المتفشية في المجتمع، إضافة إلى الدفع باتجاه إنشاء نظم مؤسسية لتسجيل الوفيات والأمراض الخطيرة مثل السرطان والإيدز على غرار أنظمة التسجيل المنتشرة في الدول الأخرى وخاصة الغربية منها . ونحن جاهزون في دائرة الإحصاء المركزية الفلسطينية أن نمد يد العون إلى المؤسسات الفلسطينية المختلفة وحثها على التنسيق والتعاون المشترك وذلك لعدم إضاعة المال والوقت والجهد .

تأمل دائرة الإحصاء المركزية الفلسطينية أن تكون قد أنجزت من خلال إصدار هذا التقرير بعض المهام الموكلة اليها.

والله نسأل ان يتكفل عملنا بالنجاح

د. حسن ابو لبده

تموز، 1995

رئيس الدائرة

المحتويات

الصفحة	الموضوع
11	مقدمة
13	1- البيئة الاحصائية
13	1-1 دائرة الاحصاء المركزية الفلسطينية
14	2-1 أهداف تقرير الوضع الراهن
15	3-1 مدى ومتطلبات الاحصاءات الصحية
21	2- نظام الرعاية الصحية
21	1-2 مقدمة
22	2-2 القطاع العام
24	3-2 وكالة الغوث
25	4-2 القطاع غير الحكومي
27	5-2 الخطة الصحية الشاملة للشعب الفلسطيني
29	3- توفر البيانات وتقييمها
29	1-3 توفر الاحصاءات الصحية في الأراضي الفلسطينية المحتلة
36	2-3 تقييم البيانات
39	4- السكان والاحصاءات الحيوية
39	1-4 السكان
40	2-4 الخصوبة
41	3-4 الوفيات بشكل عام
42	4-4 وفيات الرضع والأطفال

45 -5 مصادر الرعاية الصحية

- 45 1-5 مقدمة
- 45 2-5 مصادر الرعاية الصحية في الضفة الغربية
- 45 1-2-5 العاملين في الصحة
- 49 2-2-5 وحدات الرعاية الصحية الأولية
- 55 3-2-5 وحدات الرعاية الصحية الثانوية
- 56 3-5 مصادر الرعاية الصحية في قطاع غزة
- 56 1-3-5 العاملين في الصحة
- 58 2-3-5 وحدات الرعاية الصحية الأولية
- 60 3-3-5 وحدات الرعاية الصحية الثانوية

63 -6 فعاليات الرعاية الصحية

- 63 1-6 مقدمة
- 63 2-6 فعاليات الرعاية الصحية في الضفة الغربية
- 63 1-2-6 الرعاية الصحية الأولية
- 67 2-2-6 الرعاية الصحية الثانوية
- 70 3-6 فعاليات الرعاية الصحية في قطاع غزة
- 70 1-3-6 الرعاية الصحية الأولية
- 72 2-3-6 الرعاية الصحية الثانوية

75 -7 الظروف الصحية والأمراض المنتشرة بين السكان

- 75 1-7 لمحة موجزة
- 75 2-7 الوضع الصحي في الأراضي الفلسطينية المحتلة
- 78 3-7 الحالة المرضية ووفيات الرضع والأطفال حسب السبب
- 79 4-7 الأمراض السارية
- 82 5-7 الأمراض الرئيسية بين السكان
- 86 6-7 العجز الجسدي/ الإعاقة

89 -8 الاتفاقات الصحية/ تكاليف الرعاية الصحية

- 89 1-8 مقدمة
- 89 2-8 مركز البحث والتخطيط الصحي
- 90 3-8 الخطة الصحية الوطنية

91	4-8 وكالة الغوث/ منظمة الصحة العالمية
93	5-8 وزارة الصحة
93	6-8 وكالة الغوث
94	7-8 دراسات اخرى

95 -9 نظام الاحصاءات الصحية استنتاجات واقتراحات

101	قائمة المصطلحات
105	المراجع العربية
	قائمة الملاحق
107	ملحق أ
108	ملحق ب
110	ملحق ت
112	ملحق ث
113	ملحق ج

مقدمة

تعتبر الإحصاءات الصحية هامة جداً؛ ذلك أنها تمثل كافة البيانات المتعلقة بالحالة الطبية والعقلية للأفراد وصلاحياتهم الإجتماعية والتي بواسطتها يمكن وصف الحالة الصحية للمجموعات السكانية المختلفة التي تتطلبها الإدارة الصحية . وهناك علاقة وثيقة بين الإحصاءات الصحية والإحصاءات الحيوية مثل الولادات والوفيات، التي تدخل في وصف الحالة الصحية للسكان، لأنها تعرفنا على الحالة الصحية وعلى المؤشرات الاقتصادية والاجتماعية الأخرى .

تتمثل المهمة الأساسية لعملية جمع البيانات والإحصاءات الصحية والحياتية في المساهمة في وضع البرامج والخطط الصحية المستقبلية ووضع الخطط التنموية والحلول المناسبة للمشاكل الصحية للسكان والتي يجب دراستها دراسة عميقة لمعرفة العوامل التي تؤثر عليها والطرق الممكن استخدامها للحد من مثل هذه المشاكل .

إعتمدت البيانات التي يتم جمعها على سجلات وتقارير من المؤسسات الصحية المختلفة كالمستشفيات والمراكز الصحية الأخرى . إن الإدارة الصحية الإسرائيلية لم تهتم بإجراء أي مسح صحي في باقي الضفة الغربية وقطاع غزة لوضع البرامج المستقبلية على أساسه . كما أن وكالة الغوث الدولية إعتمدت أيضاً على السجلات المتواجدة في مراكز الصحة التابعة لها . أما المسوحات على المستوى القومي فكانت منهجياتها العلمية ضعيفة في جمع البيانات وتحليلها في معظم الأحيان، وقد ركزت على المؤشرات الصحية التقليدية .

ويشكل جمع البيانات حول مجال الصحة وكيفية الوصول إلى الرعاية الصحية أحد أهداف دائرة الإحصاء المركزية الفلسطينية ؛ لهذا خططت لإجراء المسح الديمغرافي والصحي في الضفة الغربية وقطاع غزة، الذي يركز على صحة المسكن وصحة الأم والطفل وتنظيم الأسرة وذلك لرسم السياسات ووضع البرامج المستقبلية للإدارة الصحية الفلسطينية، علماً بأن الدائرة لم تتمكن من إجرائه في الوقت الحالي كما أن الدائرة تخطط لإجراء مسح حول الطفل (مسح المؤشرات المتعددة - أهداف منتصف العقد) بالتعاون مع اليونيسيف، ويركز هذا المسح على صحة المسكن ومياه الشرب والصرف الصحي وتحصين وتطعيم الأطفال وفحص ملح الطعام ومدى إحتوائه على مادة اليود والتركيز على تطعيم النساء الحوامل ضد مرض الكزاز .

يتألف تقرير الوضع الراهن حول الإحصاءات الصحية من تسعة فصول إضافة إلى المقدمة :

- (1) أهداف التقرير ومجالات استخدام الإحصاءات الصحية
- (2) النظام الصحي الموجود في الضفة الغربية وقطاع غزة
- (3) تحديد المصادر ومدى توفر البيانات
- (4) السكان والإحصاءات الحيوية
- (5) مصادر الرعاية الصحية
- (6) فعاليات الرعاية الصحية
- (7) الظروف الصحية والأمراض المنتشرة بين سكان الأراضي الفلسطينية المحتلة
- (8) الإنفاق على القطاع الصحي وتكاليف الرعاية الصحية
- (9) النظام الإحصائي - إستنتاجات وإقتراحات .

الفصل الاول

البيئة الإحصائية

1-1 دائرة الإحصاء المركزية الفلسطينية

تأسست دائرة الإحصاء المركزية الفلسطينية بقرار من منظمة التحرير الفلسطينية عبر دائرتها الاقتصادية في 13 آذار 1993. وقد أفتتحت في الأول من أيلول 1993 وبشرت أعمالها في الأول من تشرين الأول من نفس العام تحت إسم " مركز الإحصاء الفلسطيني". تحول هذا المركز إلى دائرة الإحصاء المركزية الفلسطينية تبعاً لمرسوم صادر عن السلطة الوطنية الفلسطينية في الثاني من كانون الثاني 1995. تعمل الدائرة الآن "وفقاً لقانون الإحصاءات العامة، 1994".

ومنذ تأسيس دائرة الإحصاء المركزية الفلسطينية قامت بنشاطات حيوية ومتنوعة تشمل:-

1. تطوير الخطة الشاملة لإعداد الإحصاءات الرسمية الفلسطينية.
2. إجراء مسح التجمعات السكانية والذي إشتهل على رسم خرائط إحصائية مفصلة لكل تجمع سكاني.
3. التخطيط لإجراء التعداد العام للسكان والمساكن عام 1996.
4. تطوير " قانون الإحصاءات العامة، 1994 " .
5. تخطيط وتنفيذ التعداد العام للمنشآت بالتعاون مع وزارة الاقتصاد والتجارة والصناعة الفلسطينية.
6. بناء قاعدة للبيانات التعليمية بالتعاون مع وزارة التربية والتعليم الفلسطينية.
7. التخطيط والإعداد لمسح ديمغرافي واسع النطاق.

الهدف من الخطة الشاملة لدائرة الإحصاء المركزية الفلسطينية:

ان الهدف الأساسي من الخطة الشاملة هو إيجاد نظام إحصاءات رسمي حول المجالات الديمغرافية، والاجتماعية، والإقتصادية والبيئية ليكون بمثابة أداة لصياغة السياسات العامة .

1. إنشاء نظام إحصاءات موحد وشامل ليكون بمثابة أداة ارشاد في أيدي السلطات الفلسطينية، حيث يعتمد عليه في تشخيص المشاكل وتقييم التقدم الحاصل في المجالات المختلفة.
2. توفير إحصاءات رسمية موثوقة وغير متحيزة حول الاتجاهات والأوضاع الديمغرافية والاجتماعية والاقتصادية والبيئية ونشرها من أجل خدمة المواطن الفلسطيني.
3. توعية عامة الناس بتزويدهم بالمعلومات عن طريق وسائل الإعلام المختلفة، والتعاون مع الجامعات ومؤسسات البحث الأخرى.
4. تقديم الاحتياجات الضرورية والمعلومات الإحصائية لرجال الأعمال ومؤسساتهم حول مختلف الأوضاع والاتجاهات.
5. إجراء تعداد عام للسكان والمساكن كل عشرة أعوام أو أقل وذلك وفقاً لقرارات خاصة من مجلس الوزراء .
6. التعاون الدولي وتبادل الإحصاءات الرسمية طبقاً للمعايير الدولية التي تضمن عضوية فلسطين في المنظمات الدولية .
7. جمع وتحليل الإحصاءات الضرورية التي تقوم أي جهة بنشرها سواء كانت دولة أو مؤسسة دولية حول فلسطين والفلسطينيين.
8. إنشاء مراكز التدريب الإحصائي من أجل إعداد الموظفين المؤهلين للقيام بالنشاطات الإحصائية التي تجريها الدوائر الحكومية .
9. إنشاء مكتبة تحتوي على الإحصاءات الفلسطينية والدولية، وأرشيف يضم المسوحات والتعدادات العامة الفلسطينية.

2-1 أهداف تقرير الوضع الراهن:

تتمثل أهداف تقرير الوضع الراهن حول الإحصاءات الصحية فيما يلي :

1. تقديم مراجعة شاملة وعامة للمصادر الإحصائية المتوفرة حالياً والتي تصف الظروف المتعلقة بالقطاع الصحي في الضفة الغربية وقطاع غزة. لقد اعتمد العرض على ما تم جمعه من تقارير وسلاسل زمنية منشورة منذ عام 1967 وحتى الوقت الحاضر . كانت عملية جمع هذه التقارير غير مشروطة بغض النظر عن مصدرها لذلك فقد تم إستخدام جميع التقارير التي يحتمل الإستفادة منها بطريقة أو بأخرى. ويجب التأكيد على أن هذه الدراسة ربما تكون قد أغفلت بعض المصادر الهامة للمعلومات.
2. تقديم وصف إحصائي للقطاع الصحي يعتمد على أفضل وأدق وأحدث المصادر الإحصائية. والهدف من ذلك الحصول على معلومات منتقاة تقدم مراجعة موجزة وأمثلة للظروف المختلفة في الأراضي الفلسطينية المحتلة. ربما تظهر هذه الظروف متفاوتة تماماً على الرغم من

كونها في الحقيقة أجزاء من واقع متكامل، فعلى سبيل المثال، هناك ارتباطاً وثيقاً بين الوضع الصحي للسكان وخدمات الرعاية الصحية المقدمة لهم، ويجدر هنا التأكيد على أن تقرير الوضع الراهن لا يقدم بيانات حول بعض المجالات التي لها تأثير مؤكّد على الوضع الصحي، وتتنطبق هذه الحالة على إحصاءات التغذية، وتعزيز الصحة العامة والوقاية من الأمراض، والعوامل الاجتماعية وغيرها من الظروف المعيشية للسكان. ولا يتسع المجال في تقرير الوضع الراهن البحث في هذه المجالات على الرغم من أنه لا يمكن بأي حال الإنتقال من أهميتها.

3. محاولة تقييم المصادر الإحصائية من حيث شرعيتها وموثوقيتها وإيداء الملاحظات حول التناقضات التي تظهر بين الجوانب التي تعرضها المصادر المختلفة، حيث اعتمد هذا التقرير على مصادر عديدة من مختلف منتجي الإحصاءات الصحية. وهناك الكثير من الجدل حول نوعية البيانات الأولية المستخدمة في عمليات جمع وعرض الإحصاءات الرسمية عبر سنوات عديدة في الكثير من الحالات. فعلى سبيل المثال، وجد أن بيانات الوفيات والحالة المرضية المستقاة من الخدمات الصحية الحكومية غير كافية وغير مكتملة، ومتناقضة إلى حد واضح. يصعب الحصول على بيانات أولية من الإحصاءات الرسمية، لذلك لا بد من فحص جودة البيانات في التقارير الإحصائية المتوفرة بشكل موجز. كما أنه سيؤخذ في الحسبان العيوب النوعية الموجودة في الإحصاءات المتوفرة.

4. الوصول إلى إستنتاجات حول النظام الإحصائي الصحي الراهن وتقديم إقتراحات لمقاييس تحسين هذا النظام. سيحاول تقرير الوضع الراهن أن يورد ملاحظات حول العيوب الخطيرة في النظام الإحصائي الراهن والنتيجة عن أسباب مختلفة. وربما تكون جهات أخرى قد قامت في السابق بإبراز هذه العيوب وذلك بفحص جوانب معينة من الإحصاءات، أو أنه سيتم إبراز هذه العيوب في العمل الراهن من خلال مدخل عام. وفي حالة وجود طرق معقولة لإدخال التحسينات سيخول ذلك السلطات الفلسطينية المسؤولة أخذها بعين الاعتبار، وسيتم عرض الإقتراحات بالمقدمة.

5. أخيراً وليس آخراً: سيكون تقرير الوضع الراهن بمثابة محاولة تهدف إلى زيادة الاهتمام بالإحصاءات الصحية المتوفرة، وتسليط الضوء على بنيتها ومحتوياتها الرئيسية. اننا نأمل أن يتم إعتبار هذا التقرير عرضاً ميسراً يحدث على إجراء المزيد من البحث والدراسة.

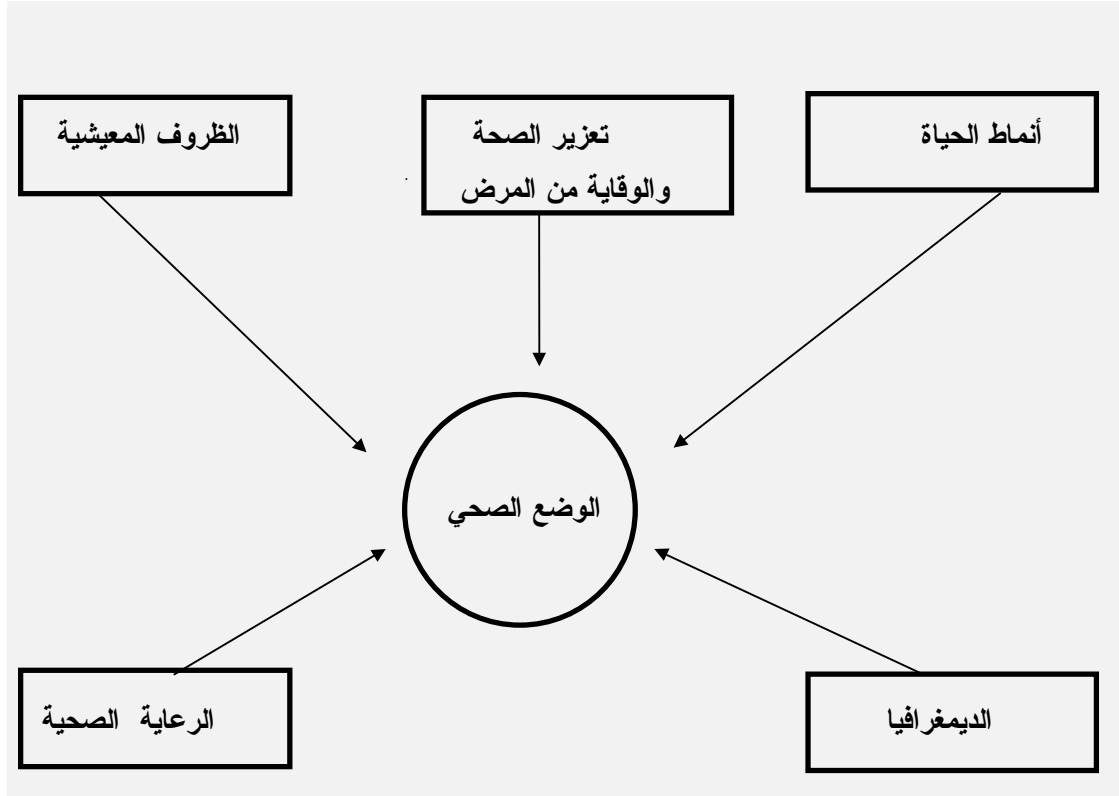
3-1 نطاق ومتطلبات الإحصاءات الصحية

يشمل مفهوم "الصحة" على مكونات واسعة جداً ولا يمكن حصرها بتعريفات دقيقة، ولا يتسع المجال في هذا التقرير لمناقشة هذا الموضوع بصورة مستفيضة. إلا أنه يوجد عدد من الدراسات التي تقدم تعريفات لمفهوم "الصحة" ومواضيع أخرى متعلقة بها. وقد تم الإشارة إلى إحدى هذه الدراسات في قائمة المراجع التي يحتويها التقرير (Giacaman 1988).

فيما يلي مدخل موجز يصف مصطلح "الوضع الصحي":

العلاقة بين الوضع الصحي والمؤشرات الصحية

يعتمد تجميع المؤشرات الصحية (أنظر الصفحة التالية) على فكرة مراقبة الوضع الصحي من منظور واسع . يتأثر الوضع الصحي بعدد من العوامل ذات العلاقة وذلك بإعطاء أفضل خلفية إحصائية لتخطيط أعمال تطوير قطاع الصحة. أما الفكرة من وراء وضع المؤشرات الصحية في هذه المجموعات، فتكمن في أن الدائرة في الوسط تعكس الوضع الصحي للسكان ، أما الصناديق حول الدائرة تمثل العوامل التي تؤثر في الوضع الصحي، وتقسم هذه العوامل كما هي مبينة في الشكل إلى 5 فئات: أنماط الحياة، تعزيز الصحة والوقاية من المرض والظروف المعيشية، والرعاية الصحية والديمغرافيا.



تعزيز الصحة والوقاية من المرض: تشتمل على مؤشرات تساعد على وصف ما يتم إنجازه في حقول تعزيز الصحة والوقاية من الأمراض. على سبيل المثال، فإن نجاح برامج التطعيم عامل هام في تحديد الوضع الصحي المستقبلي، وبناء عليه فقد تم إدراج مؤشرات استخدام برامج التطعيم في المجموعات المشار إليها.

أنماط الحياة: تشتمل على مؤشرات تصف السلوك الخطر مثل عادات التدخين وإستهلاك التبغ، وإستهلاك الكحول والغذاء. ترتبط عادات التدخين وشرب الكحول ارتباطاً وثيقاً بالوضع الصحي

حيث أن استهلاكها له تأثير كبير على الوضع الصحي كما هو معروف. على سبيل المثال، يتعرض المدخنون أكثر من غيرهم للإصابة بسرطان الرئة كما يتعرض المفرطون في شرب الكحول لخطر الإصابة بأمراض الكبد.

الظروف المعيشية: تشتمل على مؤشرات تصف عوامل مثل الوضع الاقتصادي العام في البلد، وسوق العمل (القوى العاملة، العمالة والبطالة)، والعوامل التعليمية والتربوية، والوضع البيئي والحوادث .

مؤشرات الوضع الصحي: تقسم إلى مجموعة تصف الصحة ومجموعة أخرى تصف الحالة المرضية واخيراً مؤشرات خاصة بالوفيات حسب سبب الوفاة.

مؤشرات الرعاية الصحية: تعتبر ذات أهمية في وصف القوى البشرية والمعدات أو التجهيزات، وإستخدام الرعاية الصحية وتمويلها. وتشتمل القوى البشرية والتجهيزات على مؤشرات حول عدد المستشفيات، وعدد الأسرة في المستشفيات، والعمالة والتعليم داخل القطاع الصحي. ان استخدام الرعاية الصحية يعني الرعاية المقدمة للمرضى الذين يترددون على العيادات والمرضى المقيمين في المستشفيات وخدمات الإسعاف والعقاقير والأدوية ونفقات الرعاية الصحية. أما تمويل الرعاية الصحية فيشمل على مؤشرات حول مصادر تمويلها.

الديمغرافيا: يعتبر العامل الرئيسي الذي يؤثر على الوضع الصحي والذي يشتمل على مؤشرات تصف السكان، مثل الهجرة، والتنبوءات السكانية، والمواليد، والخصوبة، والوفيات، وحالات الزواج، وحالات الإجهاد. أما بالنسبة لمؤشرات الوفيات فهي تعطي أرقاماً عامةً حول الوفيات وليس حسب سبب الوفاة كما ورد تحت عنوان الوضع الصحي.

الحاجة للمعلومات:

حقيقة لا يوجد تكوين ثابت للمؤشرات أو المتغيرات الصحية التي يمكنها أن تلئم الاحتياجات الاحصائية لمختلف الدول، لذلك يحتمل أن تختلف المقاييس والاحصاءات ذات الأولوية في عمليات التخطيط الضرورية من بلد لآخر تبعاً للظروف المختلفة مثل، مدى التطور والبنية التحتية للمجتمع. ينطبق ذلك أيضاً على المستوى الأدنى من المعلومات الواجب توفرها، لذلك لا بد من تحديد حاجة المجتمع الفلسطيني للمعلومات انطلاقاً من الظروف الخاصة بهذا المجتمع مما يعني أن تركيب المعلومات سيكون فريداً من نوعه وكذلك الحال بالنسبة للأولويات التي يجب البدء بها في مرحلة اعداد وبناء نظام احصائي صحي فعال. ومع ذلك، يبدو أن هناك حقولاً أساسية من المعلومات التي لا بد من أخذها بالحسبان في هذا التقرير. وفيما يلي عرض موجز لهذه الحقول والمتغيرات.

1. التغيرات السكانية حسب الجنس والعمر واللواء

2. المشاكل الصحية الرئيسية

- التغذية حسب الجنس والعمر والأشخاص واللواء

- المياه والظروف الصحية حسب الأسرة المعيشية واللواء

3. الوضع الصحي للسكان

- الأمراض
 - الاعاقات الوظيفية
 - الحالة المرضية
- جميعها حسب الجنس والعمر والمجموعة المرضية ونوع العجز ومجموعة سبب الوفاة
4. المرضى المقيمين في المستشفيات والذين يترددون على العيادات الخارجية
- حسب الجنس والعمر والمجموعة المرضية و نوع العيادة/ المستشفى واللواء
5. رعاية الأم والطفل
- حالات الولادة المبلغ عنها
 - حالات التحصين المبلغ عنها
 - الزيارات إلى مستشفيات الولادة (المقيمين والزائرين للمستشفيات)
- حسب الجنس والعمر ونوع التحصين واللواء
6. الأمراض المعدية (المبلغ عنها)
- رعاية المرضى الزائرين لعيادات المستشفى
 - رعاية المرضى المقيمين في المستشفى
- حسب الجنس والعمر واللواء
7. حالات الولادة الناجحة والعلاجات والعمليات
- في مستشفيات الولادة
 - في المستشفيات الأخرى
 - في المنازل
- جميعها حسب الجنس والعمر واللواء
8. العاملون في قطاع الصحة (عام وخاص)
- رعاية المرضى الزائرين لعيادات المستشفيات
 - رعاية المرضى المقيمين في المستشفيات
 - جميعهم حسب مجموعة العاملين واللواء
9. استخدام الرعاية الصحية
- المستشفيات والعيادات والمؤسسات الطبية الأخرى
 - أسرة المستشفيات
 - إشغال الأسرة
- حسب نوع المستشفى ومجال النشاط واللواء
10. النفقات الصحية
- الإدارية
 - خدمات الرعاية الطبية.
 - الخدمات الوقائية.
 - الأبحاث .
- حسب نوع النفقات ومصدر التمويل .

إستخدام المعلومات

يجب أن توفر المعلومات الإحصائية حول القطاع الصحي مايلي :

1. قاعدة إحصائية كافية من أجل القيام بعمليات التخطيط ومراقبة خدمات قطاع الرعاية الصحية .
2. قاعدة لتحليل المشكلات الصحية بين السكان . يجب أن يشير نظام المعلومات الى أي تقدم تحقق باتجاه الأهداف والأغراض للمساواة في الوضع الصحي والرعاية الصحية.
3. قاعدة لتحليل مدى إستخدام المرضى للخدمات الصحية ضمن المجموعات السكانية المختلفة .
4. قاعدة لقياس مدى تأثير الخدمات الصحية على الوضع الصحي للسكان، وتحليل نتائج الرعاية الصحية.
5. معلومات حول أكثر المناطق حاجةً لمصادر الخدمات الصحية على المستويات المختلفة من أنظمة الخدمات الصحية.
6. قاعدة لتحليل تكاليف الخدمات الصحية .

الفصل الثاني

نظام الرعاية الصحية

1-2 مقدمة

ان الهدف من هذا الفصل اعطاء معلومات مقتضبة حول نظام الرعاية الصحية في الأراضي الفلسطينية المحتلة، لتكون إلى حد ما بمثابة مرجع للمصادر الإحصائية الخاصة بالرعاية والظروف الصحية الواردة في التقرير. تعود الغالبية العظمى من المصادر المتوفرة حالياً إلى السنوات التي كانت فيها الإدارة المدنية الإسرائيلية مسؤولة عن الرعاية الصحية العامة (سيشار إليها لاحقاً بالقطاع العام). بدأت هذه الفترة عام 1967 عندما احتلت القوات الإسرائيلية الجزء المتبقي من فلسطين (الضفة الغربية وقطاع غزة). وقد حاول الإسرائيليون دمج الميادين الاقتصادية والاجتماعية في الضفة الغربية بما في ذلك قطاع الصحة مع الأنظمة الإسرائيلية، وقاموا أيضاً بضم القدس وفصلها عن الضفة الغربية وادراج النظام الصحي فيها ضمن النظام الاسرائيلي، ولا يزال هذا الوضع قائماً حتى الآن.

تم توقيع اتفاق إعلان المبادئ بين منظمة التحرير الفلسطينية والحكومة الإسرائيلية في الثالث عشر من أيلول عام 1993. وكما جاء في الاتفاق، لقد جرى نقل السلطة من الحكومة العسكرية الإسرائيلية وإدارتها المدنية إلى المفوضين الفلسطينيين المعنيين، حيث كان قطاع الصحة أحد الحقول التي جرى نقلها إلى السلطات الفلسطينية.

وفيما يتعلق بالصحة، فإن نقل السلطات المشار اليه أعلاه يتضمن تسليم الخدمات الصحية العامة وبنيتها التحتية في باقي الضفة الغربية وقطاع غزة الى السلطة الصحية الفلسطينية المعنية (وزارة الصحة) والتي تشمل 12 مستشفى، ومستشفين للأمراض النفسية ، و 206 عيادات.

قامت جمعية الهلال الأحمر الفلسطيني - بالتعاون مع شخصيات بارزة في باقي الضفة الغربية وقطاع غزة من القطاع الصحي العام ، ووكالة الغوث والمنظمات غير الحكومية - بتأسيس المجلس الصحي الفلسطيني ليكون بمثابة سلطة مركزية تجري عمليات التقييم والتخطيط والمراقبة والتنسيق لمختلف أنظمة خدمات الرعاية الصحية في المرحلة الانتقالية. علاوة على ما ذلك، أنيطت بالسلطة الصحية مسؤولية إدارة الخدمات الصحية العامة بشكل تام ومباشر وفي الوقت الحالي تقع مسؤولية إدارة قطاع الصحة العامة على عاتق وزارة الصحة الفلسطينية، وفي سياق الوضع الجديد يمكن وصف بنية قطاع الرعاية الصحية على النحو التالي حيث تعهد ثلاث جهات رئيسية بتقديم الخدمات الصحية في الأراضي الفلسطينية المحتلة:

1. القطاع العام وتقوم بإدارته وزارة الصحة الفلسطينية (دائرة الصحة الاسرائيلية سابقاً).

2. دائرة الصحة التابعة لوكالة الغوث.¹
3. القطاع غير الحكومي ويشمل الجمعيات الخيرية سواء كانت محلية وعالمية، والمنظمات غير الحكومية والمستثمرين من القطاع الخاص.

2-2 القطاع العام

تقع مسؤولية إدارة القطاع الصحي العام في كافة أقطار العالم على عاتق وزارة الصحة وبعض المؤسسات الأخرى، أما في الضفة الغربية وقطاع غزة فقد خضعتا للإدارة المدنية الإسرائيلية التي تسيطر عليها وزارة الدفاع الإسرائيلية وتتمتع بصلاحيات قانونية لإدارة الخدمات الصحية في الأراضي الفلسطينية المحتلة.

يتشابه الهيكل التنظيمي الحالي لقطاع الرعاية الصحية مع الهيكل السابق، مع وجود إستثناء أساسي يتمثل في أن المسؤولية تقع الآن بالكامل على عاتق وزارة الصحة الفلسطينية.

تتألف الرعاية الأولية مما يلي:

1. مراكز الوقاية من أمراض الرئة.
2. وحدة الأوبئة.
3. دائرة الرعاية الصحية الأولية على مستوى اللواء.
4. المختبرات المركزية للصحة العامة.
5. مركز سلامة الطرق.

يدير مكتب الصحة العامة خدمات الرعاية الصحية الأولية في سبعة ألوية (نابلس، وجنين، وطولكرم، ورام الله، وبيت لحم، وأريحا، والخليل) في باقي الضفة الغربية (الضفة الغربية باستثناء القدس) تشرف هذه المكاتب على الخدمات الصحية في المدن والريف ومسؤولة عن توفيرها. كما وتشرف على الخدمات الصحية غير الحكومية والوضع الصحي في اللواء، حيث يقوم كل مكتب بإدارة أربع وحدات صغيرة:

1. الخدمات الصحية المدرسية.
2. مراكز رعاية صحة الأم والطفل.
3. عيادات عامة ومتخصصة.
4. وحدات الرعاية الصحية الأولية.

¹ تعتبر وكالة الغوث من الناحية الرسمية منظمة غير حكومية، إلا أنه يتم التعامل معها عادة على أنها

بالإضافة إلى ذلك، تدير هذه المكاتب الوحدات الصحية (غرف صحية) في القرى الصغيرة في ألوية الخليل وأريحا وجنين. وقد تأسس هذا المشروع في البداية في الخليل عام 1985 بالتعاون بين الخدمات الصحية الحكومية الإسرائيلية وصندوق الأمم المتحدة للطفل (اليونيسيف)، ومن ثم تم توسيعه ليشمل بعض القرى الصغيرة في لوائي أريحا وجنين عام 1992.

تتشابه خدمات الرعاية الصحية الأولية المتوفرة في قطاع غزة مع تلك الموجودة في باقي الضفة الغربية. حيث يعمل في قطاع غزة خمسة أقسام للصحة العامة تقوم بتقديم خدمات لفترتي ما قبل وما بعد الولادة، وتوجد غرف ولادة في بعض مراكز الأمومة والطفولة، كما خصصت بعض العيادات لفحص الراغبين في تعلم قيادة السيارات.

أما الرعاية الثانوية فقد نظمت على النحو التالي:

يوفر القطاع العام الخدمات الصحية الثانوية عبر ادارة المستشفيات المسؤولة عن المستشفيات في باقي الضفة الغربية وقطاع غزة، ولها علاقة مباشرة مع كل من هذه المستشفيات، يوجد تسع مستشفيات في باقي الضفة الغربية، منها ثماني مستشفيات عامة ومستشفى للأمراض النفسية (العقلية). كما ويوجد خمس مستشفيات في قطاع غزة منها مستشفيان عامان وثلاث مستشفيات متخصصة. ما زال هذا النظام مرتبطاً بنظام الرعاية الصحية الإسرائيلي بسبب افتقار الأراضي الفلسطينية المحتلة إلى الخدمات المتخصصة مثل العلاج بالأشعة وجراحة الأعصاب. تقلص حجم هذه الخدمات بشكل كبير بعد اندلاع الانتفاضة في أواخر عام 1987، وازدادت حدة ذلك بعد الطوق الأمني الذي فرضته إسرائيل على الأراضي الفلسطينية المحتلة.

الوحدات الاضافية في القطاع العام:

- وحدة تعليم وتدريب الممرضات

تقوم كليات التمريض بتدريب الممرضات على النواحي العملية، كما توجد مدارس لتدريب القابلات وبرنامج لتدريب الممرضات على التمريض النفسي.

- وحدة المساعدة العامة

تتولى هذه الوحدة مسؤولية الخدمات العامة وتزويد الوحدات الأخرى المكونة لنظام الرعاية الصحية باحتياجاتها المختلفة، تحتوي هذه الوحدة على مستودعات الأدوية ومستودعات مركزية للمعدات الطبية والعامة، وقسم النقلات والمواصلات، والمحاسبة، والصيانة.

تقدم هذه الوحدات خدمات الفحص والعلاج للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 0-3 سنوات وللنساء الحوامل مجاناً، في حين يجب على المرضى الآخرين دفع الرسوم المستحقة كاملة إذا لم يكن لديهم تأمين صحي. كذلك تقدم الخدمات بشكل مجاني للمصابين بالأمراض المعدية المسجلة.

وفي الحقيقة لم يكن هناك ميزانية إسرائيلية للخدمات الصحية العامة في باقي الضفة الغربية وقطاع غزة، بحيث كانت متطلبات واحتياجات القطاع الصحي تغطي من العوائد المحلية التي كانت تجبي من السكان كالضرائب والجمارك والرسوم والموارد الاقتصادية الأخرى، وكان يتم إنفاق هذه الأموال المحصلة من الفلسطينيين - والتي تبدو على أنها موارد مالية إسرائيلية - على النشاطات الصحية في الأراضي الفلسطينية المحتلة والتنمية في المجالات المختلفة.

3-2 وكالة الغوث

بعد حرب عام 1948، تم أقتلاع الشعب الفلسطيني من أرضه وشتت في بقاع الأرض، وتمكن بعض اللاجئين الفلسطينيين من الاستقرار في أجزاء من الضفة الغربية وقطاع غزة. تأسست وكالة الغوث (وكالة الغوث الدولية لإغاثة وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين في الشرق الأدنى) بقرار من الأمم المتحدة للإشراف على أوضاع اللاجئين الفلسطينيين وتقديم الخدمات الإنسانية لهم في الأراضي المحتلة والدول المضيفة الأخرى، خاصة الأردن وسوريا ولبنان. تتبع وكالة الغوث الإجراءات والأنظمة التي أقرت في فيينا، وتشرف منظمة الصحة العالمية على الخدمات الصحية. يوجد لوكالة الغوث في الأراضي الفلسطينية المحتلة مكتبان إقليميان واحد يشرف على الضفة الغربية ويباشر أعماله في مدينة القدس وآخر في مدينة غزة ويشرف على قطاع غزة.

تقدم وكالة الغوث خدمات الرعاية الصحية الأولية للاجئين الفلسطينيين بما في ذلك خدمات الرعاية الطبية (الوقائية والعلاجية) وخدمات صحة البيئة في المخيمات، ومعونات غذائية للجماعات ذات الحالات الخاصة (UNRWA 1993). تم استكمال خدمات الرعاية الطبية الأولية بخدمات ثانوية تشمل الإدخال إلى المستشفى وتحويلات المرضى لمختلف الخدمات. وفيما يتعلق بهذه الخدمات، يوجد تطابق جزئي بين مدى التغطية ومكان الإقامة. يميل سكان المخيمات إلى خدمات وكالة الغوث الدولية لسهولة الحصول عليها، كذلك يلجأ الكثير من اللاجئين القاطنين خارج المخيمات إلى المراكز الصحية التابعة لوكالة الغوث خاصة في مجال الخدمات الوقائية. يقوم عدد من اللاجئين القاطنين في المدن والقرى البعيدة عن أقرب مركز صحي تابع لوكالة الغوث بالاستفادة من الخدمات الصحية في مناطقهم سواء كانت خاصة أو تطوعية أو عامة.

وبشكل عام، قدمت وكالة الغوث الدولية خدماتها إلى ما يقارب 2,9 مليون لاجئ مسجل حتى 31 كانون أول لعام 1993، منهم 625,000 في قطاع غزة و 402,000 في الضفة الغربية، في حين كانت البقية تقيم في كل من الأردن ولبنان وسوريا.

يحافظ قسم الصحة التابع لوكالة الغوث على علاقات وثيقة وتنسيق متواصل مع ، وبين الآخرين مثل دائرة الصحة العامة في الأراضي الفلسطينية المحتلة، خاصة فيما يتعلق بمراقبة الأمراض السارية ذات الأهمية الصحية العامة والوقاية منها قبل انتشارها، إضافة الى التطعيم.

وتجدر الإشارة إلى أن ميزانية وكالة الغوث تعتمد في الغالب على الدول الغربية والمنظمات الإنسانية الموجودة في هذه الدول. ولهذا السبب اقتصرت أنشطتها على الخدمات التي تقدمها إلى اللاجئين الفلسطينيين و بعض البرامج التطويرية، تعمل الوكالة بدون نظام تأمين صحي حيث تقدم

خدماتها للاجئين المسجلين مجاناً، وفي حالة تحويل المريض إلى مراكز صحية خارجية يترتب عليه دفع حوالي 40% من الرسوم الكلية المستحقة.

4-2 القطاع غير الحكومي

1- نظام الرعاية الصحية التابعة للجمعيات الخيرية

تقدم الجمعيات الخيرية المحلية والأجنبية خدمات الرعاية الطبية الأولية والثانوية، وفي مجال الخدمات الأولية، تقدم هذه الجمعيات خدمات صحة الأم والطفل ورعاية الأسنان، إضافة إلى الفحوصات المخبرية الأساسية التي تقدمها العيادات المتنقلة. أما في مجال الرعاية الصحية الثانوية، تدير بعض هذه الجمعيات مستشفيات كمستشفى المقاصد في القدس. وفيما يلي الجمعيات الخيرية العاملة في الضفة الغربية وقطاع غزة:

1. لجنة الزكاة
2. جمعيات خيرية محلية
3. جمعية أصدقاء المريض
4. المؤسسة اللوثرية العالمية
5. جمعية المقاصد الإسلامية الخيرية
6. جمعية الكاريتاس
7. الجمعية الخيرية الإسلامية

تعتبر لجان الزكاة من أبرز الجمعيات الخيرية التي ظهرت مؤخراً، وغالباً ما تقوم بتقديم مجموعة من أنشطة الرفاء الاجتماعي وبرامج صحية وتعليمية. تقوم هذه اللجان على خدمة المجتمع وتعمل كل منها بشكل مستقل عن الأخرى ويتم تمويلها عن طريق رصد الأموال من الداخل والدعم الخارجي من الدول العربية.

وبالإضافة إلى الجمعيات الخيرية المحلية، يوجد عدد من المؤسسات الخيرية الدولية التي تقدم خدمات الرعاية الصحية في الأراضي الفلسطينية المحتلة، منها على سبيل المثال، المؤسسة اللوثرية العالمية وجمعية الكاريتاس وغيرها.

في الواقع، تعتمد الجمعيات الخيرية في تمويل أنشطتها على منح مقدمة من جهات مختلفة بما فيها دول الخليج، ومنظمة التحرير الفلسطينية والفلسطينيين المقيمين في الأراضي الفلسطينية المحتلة والخارج. تسهم الرسوم الرمزية التي يدفعها المرضى في تغطية جزء من ميزانية هذه الجمعيات. وبعد حرب الخليج، ازداد اعتماد هذه المؤسسات على منح المنظمات الحكومية وغير الحكومية الغربية.

2- النظام الصحي للمنظمات غير الحكومية

بدأت المنظمات غير الحكومية بتقديم خدماتها في الضفة الغربية وقطاع غزة في أواخر السبعينيات حيث كانت الخدمات الصحية المتوفرة في ذلك الوقت غير كافية إضافة إلى قيام الاحتلال الإسرائيلي بفرض الكثير من القيود عليها. وقد قدمت هذه المؤسسات خدماتها من خلال مراكزها وعياداتها المنتشرة في مختلف الأولوية وتحديداً في المناطق الريفية. تعمل هذه المنظمات على تقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية في الضفة الغربية وقطاع غزة. يوجد أربع منظمات غير حكومية تعمل في الأراضي الفلسطينية المحتلة:

1. مجلس الخدمات الصحية
2. اتحاد لجان الرعاية الصحية
3. اتحاد لجان العمل الصحي
4. اتحاد لجان الإغاثة الطبية الفلسطينية

لعبت المنظمات غير الحكومية دوراً فعالاً جداً خلال الانتفاضة بسبب ضخامة عدد الإصابات والجرحى حيث أصبحت إحدى أهم المؤسسات التي تقدم الخدمات الصحية في الأراضي الفلسطينية المحتلة. ويذكر أن السلطات الإسرائيلية حاربت هذه المؤسسات عن طريق رفض ترخيص الوحدات الصحية التابعة لها، ورغم ذلك استمرت هذه المؤسسات بتقديم خدماتها دون ترخيص. وفي السنوات الأربع الأخيرة، أغلقت بعض هذه الوحدات أبوابها أو قامت بتخفيض خدماتها لاعتبارات مالية، إلا أنها ما زالت تحافظ على وضعها في القطاع الصحي. تتم تغطية ميزانية هذه المؤسسات من خلال المساعدات المحلية والدولية (الحكومية وغير الحكومية) ودعم منظمة التحرير الفلسطينية والرسوم التي يدفعها المرضى. ويذكر أنه لا يوجد نظام تأمين صحي في هذه المؤسسات الصحية، إلا أن الرسوم التي يدفعها المرضى رمزية.

3. نظام الرعاية الصحية التابع للقطاع الخاص

لا يخضع القطاع الخاص في الضفة الغربية و قطاع غزة لأي منظمة أو سلطة. بينما يمتلك الوحدات الصحية مجموعة من الأطباء والمؤسسات الخاصة التي تقدم الرعاية الصحية بتكاليف باهظة. يستفيد من هذا القطاع أفراد مقتدرين بإمكانهم دفع تكاليف الاستشارة الطبية والعلاج. يقدم أطباء هذا القطاع خدمات من الدرجة الثانية والثالثة إضافة إلى خدمات الصحة النفسية (Barghouthi & Daibes 1993). ازدادت الخدمات الصحية التي تقدمها هذه المؤسسات خلال فترة السبعينيات ووصلت ذروتها خلال الانتفاضة، ويعود ذلك للأسباب التالية (PRC 1994):

1. قرر السكان عدم التعامل مع المؤسسات الإسرائيلية.

2. ارتفاع تكاليف الخدمات الصحية في المؤسسات الحكومية خاصة للأفراد غير المؤمنين صحياً.
3. عدم رغبة الذهاب إلى المؤسسات الصحية الحكومية خوفاً من اعتقالهم.
4. الجودة العالية للخدمات الطبية التي تقدمها الوحدات الطبية الخاصة مقارنة مع تلك التي تقدمها الخدمات الطبية الحكومية.

2-5 الخطة الصحية الوطنية للشعب الفلسطيني

تم وضع الخطة الصحية الوطنية للشعب الفلسطيني عام 1993 كثمرة لجهود لجنة الخطة الصحية الفلسطينية بالتشاور مع القائمين على الخدمات الصحية وممثلين عن المستفيدين من هذه الخدمات. وقد قام مركز البحث والتخطيط الصحي بنشر هذه الخطة عام 1994 بالتعاون مع جمعية الهلال الأحمر الفلسطيني. ويتمثل هدف هذه الخطة، باعتبارها نتاج عملية وطنية، في " توفير طريقة منظمة لتطوير الرعاية الصحية ووضع أهداف واستراتيجيات وطنية مستقبلية يجري تحقيقها مع حلول عام 2002 من أجل الوصول إلى أعلى معايير ممكنة في النظام الصحي والظروف الصحية (PRC) (1994).

تهدف الخطة الصحية الوطنية إلى توفير اتجاه موضوعي يتبعه الشعب الفلسطيني في تحديد المستقبل الصحي الأمثل وانجح السبل للوصول إليه.

تخدم الخطة عدد من الأهداف ذات العلاقة :

- تشكيل أساس لخطة عمل القائمين على الخدمات الصحية.
- تقليص التباينات الصحية بين الفلسطينيين.
- زيادة الخدمات الوقائية لكافة الفلسطينيين.
- تشجيع تقديم الخدمات الصحية بأقل التكاليف.
- تنظيم العاملين في مجال الصحة وذلك بالالتزام بمقاييس محددة.
- تنسيق البرامج الصحية المتوفرة.
- تأسيس نظام تأمين صحي شامل.

يمكن تحقيق الأهداف عن طريق الاستراتيجيات التالية:

1. خلق تكامل بين الأهداف الصحية القومية والأهداف المحلية.
2. التركيز على تحسين الوضع الصحي للسكان الذين يقطنون في المناطق التي تتوفر فيها الخدمات الصحية.
3. استخدام بيانات تصف الوضع الصحي للتعبير عن الأهداف والأغراض بطرق تسمح بتقييم مدى التقدم في إنجازها.
4. التعامل مع الخدمات الصحية على أنها نظام متكامل وتقييم أثر التغييرات المقترحة على أي جزء من هذا النظام على الأجزاء الأخرى فيه.

5. دراسة تأثير البيئة والسلوك الفردي على الوضع الصحي.
6. وضع الأهداف وإعطاء الأولوية للحاجات بطريقة تمكن من استخدامها في ضبط القرارات ونشاطات القائمين على الخدمات الصحية.
7. التأثير على السياسة الوطنية.
8. الأخذ بعين الاعتبار التأثير على عمليات التخطيط وغيرها ممن لها تأثير على النظام الصحي للشعب الفلسطيني.

وفضلاً عن كونها وثيقة رئيسية تتعلق بالأوضاع الصحية في الأراضي الفلسطينية المحتلة على المدى البعيد، تعتبر هذه الخطة منذ اللحظة هامة جداً حيث أنها تشكل مرجعاً لا يمكن الاستغناء عنه لكل جهد يهدف إلى استعراض شامل لأوضاع القطاع الصحي في الأراضي الفلسطينية المحتلة من حيث الظروف الراهنة والحاجات المعروفة.

- وفي الختام، تجدر الإشارة إلى أن الخطة الصحية الوطنية تقسم إلى الأجزاء التالية:
1. الصحة والخصائص ذات العلاقة.
 2. إدراك مفهوم الصحة والمشاكل الصحية.
 3. أهداف وسياسات وإستراتيجيات.
 4. متطلبات المصادر الصحية وتكاليف الخدمات الصحية.

الفصل الثالث

توفر البيانات وتقييمها

1-3 توفر الإحصاءات الصحية في الأراضي الفلسطينية المحتلة

يتضمن هذا الفصل مراجعة مقتضبة للمصادر الإحصائية الرئيسية التي تم دراستها وفحصها بدقة أثناء العمل على إعداد هذا التقرير. وقد خصص أحد أجزاء هذا الفصل للتعرف على أحدث وأنسب الدراسات والتقارير التي تناولت القطاع الصحي في الأراضي الفلسطينية المحتلة، وقد أعتبر عدد كبير منها هاماً ومناسباً، لذلك تم إدراجها كمراجع في نهاية التقرير علماً أنه لم يتم تضمين بعض الدراسات والتقارير لأسباب مختلفة، وأولى هذه الأسباب أن الأرقام الواردة فيها قديمة لدرجة أنها غير صالحة لإعطاء صورة موضوعية عن الوضع الحالي، أما السبب الثاني فيتمثل في أن بعضها يركز على أمور محددة جداً ولا تعطي صورة عامة حول القطاع الصحي ككل، والذي كان أحد خيارات هذا التقرير.

ومما لاشك فيه أنه لا يوجد ما يكفل أن عينة التقارير المشار إليها في التقرير الراهن مثالية، وفي الحقيقة من الممكن أن يكون هناك بعض التقارير الهامة التي لم نأخذها مطلقاً بعين الاعتبار. ولا يمكن الإدعاء بأن الأجزاء التي أخذت من التقارير المختارة تعتبر الأكثر صلاحية. يجب أن تكون عملية إختيار أحدث المعلومات وأكثرها أهمية وموضوعية إلى حد ما. نعرض تالياً المصادر الإحصائية الرئيسية حسب منتجها، رغم التحفظات المذكورة أعلاه تشكل هذه التقارير جوهر المعلومات عن القطاع الصحي التي يجب ان لا تهمل في أي عملية تحليل للوضع في الأراضي الفلسطينية المحتلة، وتم ذكر جميع المنشورات التي تمت العودة إليها في اعداد هذا العمل مذكورة في قائمة المراجع في نهاية التقرير.

المنتج:

الإدارة المدنية الإسرائيلية في الضفة الغربية.

التقرير الإحصائي :

التقرير الإحصائي - الخدمات الصحية في الضفة الغربية (تقارير سنوية).

المحتويات:

السكان، مؤشرات مختارة، مواليد أحياء، مؤسسات صحية (مستشفيات، عيادات، مراكز صحة الأم والطفل، أمومة وطفولة، مراكز الرعاية الصحية الأولية، مختبرات، وحدات صحية خاصة، بنوك الدم، مدارس التمريض، مؤسسات السلامة على الطرق)، السلطات المشرفة (المؤسسات الصحية) القوى البشرية حسب المهنة، الأمراض السارية، الأمراض المعدية، الزيارات للعيادات الحكومية ومراكز الأمومة والطفولة، التحصين، أسباب الوفيات، خدمات الصحة المدرسية، نشاطات المراكز للوقاية من أمراض محددة، فحوصات

يجريها الخبراء الصحيون ونتائج هذه الفحوصات، المستشفيات / المرضى (أسرة، إشغال الأسرة، ادخالات واخراجات المستشفى، العلاجات، معدل الإقامة، العمليات) ، العيادات (زيارات العيادات حسب حقل الإختصاص) نشاطات بنوك الدم، العمليات/ العلاجات حسب النوع، تحويل المرضى الى المستشفيات الإسرائيلية. ملاحظات موجزة مثلاً حول تنظيم الرعاية الصحية، والقوى البشرية، والتأمين الصحي والتحصين، وخدمات المستشفى والتطوير.

ملاحظات:

تم جمع البيانات من كل مستشفى وعبادة ووحدة بواسطة نماذج سجلات موحدة، وكانت تتم عملية تسجيل البيانات ومعالجتها من خلال الخدمات الصحية الحكومية الاسرائيلية. والتقارير لم تعقب على نوعية البيانات التي تحتويها.

تظهر التقارير السنوية درجة عالية من الإتساق في الأجزاء الرئيسية من محتوياتها وتركيبها مما يسهل على القارئ أخذ البيانات لإجراء المقارنات ولسلاسل زمنية.

المنتج :

دولة إسرائيل، وزارة الصحة.

التقرير الاحصائي:

الصحة في الضفة الغربية وغزة (1967-1994) (تقارير سنوية).

المحتويات :

السكان - الإحصاءات الحيوية (تشمل المواليد/ معدل المواليد)، خدمات الرعاية الصحية الوقائية (عيادات الأمومة والطفولة، ومراكز صحة الأسرة، والعيادات العلاجية، والوحدات الصحية في القرى، وعيادات رعاية الحمل الخطر، والعيادات العامة والمختصة، والصيدليات، وسيارات الإسعاف، ومراقبة الأمراض المعدية/التحصين، ومعدلات الأمراض المعدية، ووفيات الأطفال، وتغذية الطفل، وصحة الأم، والصحة المدرسية، والتنظيف الصحي، وصحة البيئة)، والتأمين الصحي، وخدمات المستشفيات (المستشفيات، والأسرة، والإدخالات، وأيام العلاج، ومعدل فترة الإقامة، والعمليات الجراحية، والتحويل للمستشفيات الإسرائيلية، والتخصصات حسب المستشفى، والسلطات المشرفة، والقوى البشرية (حسب المهنة والتدريب)، والميزانية.

ملاحظات :

يستخدم التقرير بيانات إحصائية ومعلومات تم جمعها من مصادر مختلفة مذكورة في قائمة المراجع التي يحتويها هذا التقرير، وبعضها تقارير إحصائية منتظمة حول قطاع الرعاية الصحية، ومثال ذلك، بيانات سنوية من المستشفيات والعيادات، تقارير ودراسات تحتوي على مواضيع معينة ذات علاقة بالتقرير ولكنها تتحدث في الغالب عن سنوات سابقة، ويمكن إعتبار هذه التقارير، بشكل عام، خلفية عامة حول البنود التي تم وصفها عامةً للبنود أكثر من كونها مصادر مقتبسة لهذا التقرير.

لم يتم التعقيب على نوعية البيانات التي تم عرضها في التقرير.

تظهر التقارير المختلفة قدراً من الإتساق في محتوياتها وتركيبها فيما يتعلق بالفترة الزمنية، وتحديدًا في أواخر الثمانينيات والسنوات التي تلت.

لا يعتبر التقرير إحصائياً تاماً، حيث أنه يركز على تقديم وصف للوضع الصحي وقطاع الرعاية الصحية،

بينما تعرض الجداول والرسومات التوضيحية المرفقة ذلك الوصف وباستطاعة المهتمين بهذا المجال استخدام قائمة المراجع المرفقة بالتقرير لجمع مزيد من المعلومات.

المنتج :

مركز البحث والتخطيط الصحي.

1. تقرير إحصائي:

الإطار المحاسبي لتحليل تكاليف المستشفيات في الأراضي الفلسطينية المحتلة، مسح، 1994.

المحتويات:

المستشفيات، والأسرة والعاملين في المستشفيات، واستخدام المستشفيات، ونفقات وإيرادات المستشفيات، وأقسام وخدمات المستشفيات.

2. تقرير إحصائي :

خدمات الرعاية الصحية الأولية في قطاع غزة، حقائق وأرقام، مسح، 1994.

المحتويات:

مقدمو الرعاية الصحية الأولية، والخدمات، والعاملين، وعيادات الرعاية الصحية الأولية (عدد ونوع الخدمات) ، وخدمات الأمومة وطب الأسنان، والمواليد ومكان الولادة.

3. تقرير إحصائي :

حقائق وأرقام حول الخدمات الصحية الفلسطينية، ورقة معلومات رقم 1، تقرير، 1994.

المحتويات :

السكان، والخدمات الصحية الأولية ورعاية الأم والطفل، والمستشفيات (الأسرة، وحقل الإختصاص، والعاملون، والإستخدام)، خدمات الأمومة ومستشفيات الولادة، وبنوك الدم ووحدات الدم، وخدمات طب الأسنان، والمختبرات الطبية، وإعادة التأهيل، وسيارات الإسعاف، وتدريس التمريض.

4. تقرير إحصائي.

مسح المصادر البشرية في الصحة، تقرير مؤقت رقم (2)، ملخص للنتائج الأساسية، مسح، 1993.

المحتويات :

السكان، والأسر، والإحصاءات الحيوية، ومعدل وفيات الرضع، ومعدل الخصوبة الكلي، وتوقع البقاء على قيد الحياة ومعدل المواليد، والعاملون في قطاع الصحة (حسب الجنس، والعمر، والمهنة، وسنة التخرج، والإقامة الحالية، وموقع العمل، والحالة الزوجية)، والمؤتمرات التي شاركوا فيها والدراسات التي تلقوها.

5. تقرير إحصائي:

الخدمات الصحية الفلسطينية في الضفة الغربية وقطاع غزة، حقائق وأرقام، مسح، 1994.

المحتويات:

وحدات الرعاية الصحية الأولية (تشمل العاملين)، والمستشفيات (الأسرة، والاستخدام، والعاملون)، مراكز وخدمات التأهيل، وخدمات مستشفيات الولادة، وكليات التمريض، ومدة الدراسة فيها، وكليات المهن الطبية ومدة الدراسة فيها، وسيارات الإسعاف، وأطباء الأسنان.

6. تقرير.

الخطة الصحية الوطنية للشعب الفلسطيني، الأهداف والإستراتيجيات، 1994.

المحتويات :

تقسم الخطة الصحية للشعب الفلسطيني إلى أربعة أقسام :

1. الصحة والخصائص المتعلقة بها.
2. الوعي الصحي.
3. الأهداف، والسياسات والإستراتيجيات.
4. متطلبات المصادر الصحية وتكاليف الخدمات الصحية.

المنتج:

المركز الإعلامي للتطوير الصحي.

تقرير إحصائي :

البنية التحتية و الخدمات الصحية في الضفة الغربية: أسس تخطيط الرعاية الصحية، مسح الرعاية الصحية الأولية للمناطق الريفية في الضفة الغربية. مصطفى برغوثي وإبراهيم دعيبس، 1993.

المحتويات:

قام البرنامج الإعلامي للتطوير الصحي بإجراء مسح الرعاية الصحية الأولية للمناطق الريفية في الضفة الغربية بين أيلول عام 1990 وأيار 1992، وركز المسح على الرعاية الصحية الأولية في المناطق الريفية في الضفة الغربية والتي شملت 8 ألوية وقدر عدد سكانها بحوالي 1,7 مليون نسمة.

لقد غطى المسح المجالات التالية :

1. البنية التحتية في الضفة الغربية: المياه والظروف الصحية، ومصادر المياه وخدمات الصرف الصحي، ومصادر الطاقة الكهربائية، ومراكز الرعاية المدرسية اليومية، وخدمات النقل وشبكات الطرق، وشبكات الهاتف... الخ.

2. بنية نظام الخدمات الصحية الفلسطينية: العيادات (حكومية، وكالة الغوث، الجمعيات الخيرية، المنظمات غير الحكومية، والقطاع الخاص، وطب الأسنان)، والصيدليات، والقبالات، والتجبير العربي، والتنظيف الصحي، والعلاج الطبيعي والتأهيل، والطواقم الطبية المتنقلة، والتأمين الصحي الحكومي، والتطعيم.

3. تقييم الخدمات التي تقدمها العيادات: توزيع العيادات حسب اللواء، وتوفير الخدمات الوقائية، ومراكز تقدم الإستشارة الطبية، والتزود بالعقاقير الطبية، وإجراءات المراقبة.

4. القوة البشرية في قطاع الصحة: الأطباء، وأطباء الأسنان، والممرضات، والصيدالدة، وفنيو المختبرات،... الخ.

5. التخطيط الصحي وإمكانية تحقيقه: خطة مقترحة لتطوير خدمات الرعاية الصحية الأولية في الضفة الغربية.

6. خدمات الرعاية الصحية في مدن الضفة الغربية.

منهجية جمع البيانات

1. المصادر المؤسسية للمعلومات: أجريت مقابلات مع مسؤولي المؤسسات التي تقدم الرعاية الصحية الأولية والثانوية وذلك قبل الشروع بالبحث الميداني في كل لواء من ألوية الضفة الغربية.

2. المصادر المنشورة للمعلومات: أجريت مراجعة أدبية شاملة قبل الشروع في عمليات البحث الميداني للتعرف

بشكل جيد قدر الإمكان على الموضوع الذي الذي سيتم دراسته وبحثه.

3. مقابلات مع مقدمي المعلومات الرئيسيين: تمت مقابلة إثنين من مقدمي المعلومات الرئيسية في كل تجمع من التجمعات الريفية، ومن ثم القيام بمراجعة ومتابعة المعلومات المتناقضة، وبعد ذلك تم استخدام إستمارتين: واحدة لمقدمي المعلومات في هذه التجمعات والأخرى لأفراد طواقم العيادات. يعتبر المسح مفتاحاً للدراسات الأخرى من حيث التغطية الشاملة للمعلومات وخطة الدراسة ومنهجيتها، الممارسة وضبط جودة المعلومات. يمكن لهذا التقرير ان يخدم الآخرين ومثال يحتذى به. ان تركيب وعرض الجداول والرسومات البيانية للتقرير تجعل ذلك سهلاً للقارئ في إيجاد المعلومات التي يحتاجها.

المنتج:

وكالة الغوث الدولية للإغاثة وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين في الشرق الأدنى

تقرير إحصائي:

التقرير السنوي لقسم الصحة (عدة سنوات).

المحتويات :

الخدمات الصحية المقدمة من وكالة الغوث الدولية في الضفة الغربية، وقطاع غزة وسوريا والأردن ولبنان.

بيانات حول:

السكان اللاجئين المسجلين في المناطق المختلفة والإحصاءات الحيوية (معدل المواليد الخام، معدل الوفيات الخام، معدل وفيات الرضع معدل وفيات الأطفال، العاملين في الصحة حسب المهنة، الوحدات الصحية (مراكز صحية وعيادات طب الأسنان ، ومختبرات طبية ، وعيادات متخصصة (للسكري، والسل وضغط الدم الزائد)، الفعاليات الصحية لهذه العيادات (الإدخالات هذه إلى العيادات، والزيارات، والحقن، وعلاج العيون)، وعيادات وخدمات الطوارئ، والمستشفيات وأسرة المستشفيات، وإستخدام المستشفيات، والأمراض السارية وتفشي الأمراض بين اللاجئين، والمواظبه على التحصين والتطعيم ومدى تغطيتها، وصحة الأم والطفل، وخدمات الصحة المدرسية، وبرنامج التغذية الإضافي، والخدمات الصحية البيئية إضافة الى الميزانية.

ملاحظات:

تحتوي التقارير الإحصائية السنوية على العديد من الجداول التي تعقب عليها بعض النصوص. كما إستخدمت لعرض السلاسل الزمنية، خاصة حول الأمراض السارية. تعطي التقارير إنطباعاتاً عاماً وتوحي بأنها قد أعدت بشكل جيد لخدمة القارئ.

المنتج :

المؤسسة النرويجية للعلوم الاجتماعية والتطبيقية - FAFO (هبيرغ وافنسن)

تقرير إحصائي :

المجتمع الفلسطيني في قطاع غزة والضفة الغربية والقدس العربية، مسح الظروف المعيشية أو سلو،
1993.

المحتويات:

ركز المسح على دراسة الظروف المعيشية بين سكان الضفة الغربية بما في ذلك القدس العربية وقطاع غزة، حيث كانت الصحة إحدى المجالات العديدة التي تمت تغطيتها.

بيانات حول:

المرض الحاد والمرض المزمن (المرض الحاد و الجروح، والمرض طويل المدة والإعاقات، والتغيرات في معدلات وأنماط المرض، والمرض الحاد، والمرض المزمن وأعراض الإكتئاب والتدخين)، وإستخدام الخدمات الصحية (العاملين في الصحة والمؤسسات الصحية، وخدمات رعاية صحة الأم والطفل، والتأمين الصحي، وأعراض الإكتئاب وتدهور الصحة النفسية (وتوتر والصحة، والمشاكل النفسية، والعوامل الوقائية، والتوتر نتيجة المشاكل النفسية، وقياس درجة الإكتئاب، وعواقب الإضطرابات والمشاكل النفسية، والإكتئاب الشديد، ووضع اللاجئين والإقامة في المخيمات، وإعتقال أحد أفراد الأسرة وإصابة أحد الأطفال بجروح خطيرة.

ملاحظات :

أجري المسح بأخذ عينة من المجتمع الفلسطيني في الضفة الغربية (بما في ذلك القدس) وقطاع غزة. حيث بلغ حجم العينة حوالي 2,500 وحدة تضمنت ثلاث مسوحات منفصلة إستخدم كل منها إستمارة خاصة.

1. مسح الأسر.

2. مسح الأفراد من عمر 15 فأكثر

3. مسح الأنث من عمر 15 عاماً فأكثر

احتوت العينة على 42% من باقي الضفة الغربية و 38% من قطاع غزة و 20% من القدس. على أية حال، فقد كان حجم العينة أصغر من أن يمثل سكان هذه المناطق بالشكل المطلوب. يحتوي التقرير على وصف تفصيلي للأسلوب المستخدم في سحب العينات، والتوظيف، والتجنيد والتدريب على العمل الميداني وتنظيمه ومعالجته للبيانات.

المنتج:

إمد إيست، نائلة عايد.

تقرير إحصائي:

حاجات التعليم المستمر للمريض وتقييمه في الضفة الغربية وغزة والقدس، 1991.

المحتويات :

تعليم التمريض في الضفة الغربية وقطاع غزة.
بيانات حول مؤسسات التمريض الصحي ومؤهلات الممرضات، والأجهزة المرئية للتعليم المستمر،
وكليات التمريض، الممرضات العاملات حسب القسم، والجنس والحالة الزوجية ومعدل ساعات العمل.
ملاحظات :

تم إجراء مسوحات لمرّة واحدة في الضفة الغربية وغزة في الفترة ما بين تموز عام 1990 وتموز عام
1991 لجمع بيانات أساسية حول برامج التعليم المتوفرة والسياسات والبنى التي تدعم وتدير هذه البرامج.
استخدمت إستمارات تعباً ذاتياً لجمع بيانات من مؤسسات الرعاية الصحية ومدارس التمريض. قام
باحثون مدربون بإجراء مقابلات شخصية مع ممرضات في وظائف إدارية وأخذت عينة مكونة من 400
مقابلة من الممرضات في مواقع وظيفية مختلفة.

ملاحظات

المصادر الإسرائيلية :

حسب ما أثبته الباحثون الفلسطينيون لا تمثل الأرقام الإسرائيلية فهماً حقيقياً للواقع وذلك
بالنظر إلى نظام الإبلاغ غير الدقيق عن الوفيات ومدى إنتشار الأمراض في ذلك الوقت. إتفقت
النتائج التي قدمها الباحثون الاسرائيليون في مكتب الإحصاء المركزي الإسرائيلي مع تلك التي
قدمها الباحثون الفلسطينيون، وعند دراسة المصادر الإحصائية المتوفرة حول الصحة والرعاية
الصحية يلاحظ أن هناك حقيقة مثيرة الا وهي أن السلطات الإسرائيلية لم تجر أي مسح حول
الوضع الصحي للسكان الفلسطينيين طوال فترة الإحتلال. كما أنها لم تجر أية دراسات حول خدمات
الرعاية الصحية، مثل، مدى جودة ما تقدمه العيادات والمستشفيات في خدمة المرضى. ففي مثل
هذه الحالات كيف يمكن للعيادات والمستشفيات الإيفاء باحتياجات المرضى.

مركز البحث والتخطيط الصحي :

في الحقيقة يستطيع مركز البحث والتخطيط الصحي أن يقدم قدراً لا يستهان به من البيانات
حول الضفة الغربية وقطاع غزة في القطاع الصحي إلا أن مركز البحث والتخطيط الصحي لم يتبع
الأسلوب العلمي في جمع البيانات، حيث أنه إعتد فقط على مقدمي المعلومات الرئيسيين كالأطباء
في المستشفيات والعيادات....إلخ. لهذا السبب ربما تكون البيانات التي تم جمعها أقل موثوقية إلا
أنها صالحة للمقارنة مع المصادر الإسرائيلية والمصادر الأخرى.

ركز المركز في التعداد العام للقوى البشرية في القطاع الصحي في قطاع غزة والضفة
الغربية على منهج علمي لجمع البيانات، واعترف المؤلف أن المسح لم يغط الا 85% من مجتمع
الدراسة وذلك لأسباب عديدة تم ذكرها في الدراسة.

تعتبر الخطة الصحية الوطنية للشعب الفلسطيني إحدى أهم مساهمات مركز البحث والتخطيط
الصحي وهذه الخطة مبينة بالتفصيل في الفصل الثاني.

دائرة الإحصاء المركزية الفلسطينية:

لقد بدأت الدائرة بنشاطات لتخطيط وتنفيذ مسوحات احصائية صحية في المستقبل القريب، واحدى هذه النشاطات "مسح اهداف منتصف العقد."

3-2 تقييم البيانات:

يعتبر تقييم جودة البيانات الإحصائية خطوة أساسية لا بد من القيام بها قبل أو على الأقل عند تفسير النتيجة الاحصائية، وبالضرورة قبل إستخلاص الاستنتاجات أن إمكانية حصول مستخدمى الاحصاءات على ملاحظات حول جودتها غالباً محدودة. يمكن أن يعزى إفتقار التقارير إلى ملاحظات حول جودتها إلى عدة أسباب منها، أن منتج التقرير الإحصائي لا تتوفر لديه معرفة بجودة البيانات وذلك ببساطة بسبب عدم إتخاذ إجراءات ضبط جودة البيانات، وقد يعزى ذلك إلى النقص المادي (حيث أن هذه العملية باهظة التكاليف)، وضيق الوقت، وعدم الإكتراث أو حتى الجهل بأهمية إجراء مثل هذا النوع من الدراسات والتوثيق.

كما يمكن أن يعزى ذلك إلى أن منتج الاحصاءات يعتمد عدم إتخاذ إجراءات ضبط جودة البيانات خوفاً من أن تعكس البيانات "الحقيقية" ظروفًا ليست في صالحه أو ضمن إهتماماته. تم تسليط الضوء على هذه الحالة فيما يتعلق بالإحصاءات السكانية للأراضي الفلسطينية المحتلة التي وفرتها الحكومة الإسرائيلية كما سيذكر في الفصل الرابع وقد تم إيجاد عيوب في جودتها فيما يتعلق بمعدلات وفيات الرضع في الأراضي الفلسطينية المحتلة المستقاة من مصادر إسرائيلية. تفيد مؤشرات قوية بأن معدل وفيات الرضع الحقيقي يفوق كثيراً ما نشرته هذه المصادر ويمكن أن يعزى ذلك إلى العيوب الموجودة في سجلات المواليد والوفيات في الأراضي الفلسطينية المحتلة (Giacaman 1983). وهي المنتج الاحصائي وتعني تماماً بما كان يحصل طوال الوقت.

يقود هذا الوضع إلى التساؤل حول إحتمال تحيز جوهرى مرتبط ببيانات مستقاة من تقارير إحصائية إسرائيلية أحدث حول الأراضي الفلسطينية المحتلة. لا يتسع المجال، بطبيعة الحال ولأسباب واضحة، في تقرير الوضع الراهن اجراء تحليل جودة إحصاءات اعتمدت على دراسات البيانات الأولية. في الحقيقة سيكون مثل هذا المدخل واسعاً وسوف يتطلب الحصول على مصادر البيانات الأولية التي يحتفظ بها الإسرائيليون.

من الملاحظ أن التقارير الإحصائية الرسمية الإسرائيلية الصادرة عن الإدارة المدنية لا تحتوي على تعقيب أو ملاحظات حول جودة الجداول والأشكال البيانية الإحصائية التي تعرضها. مما يعني ترك القارئ دون أي معرفة للأخطاء المحتملة أو الموجودة فعلاً في هذه الأرقام. على أية حال هناك وسائل لإكتشاف الأخطاء الرئيسية على الأقل في التقارير الإحصائية المتعددة. إحدى هذه الوسائل تتم بمقارنة بيانات هذه التقارير بغيرها من التقارير الإحصائية

المستقلة، مثلاً، من مقدمي الرعاية الصحية الآخرين في الأراضي الفلسطينية المحتلة أو بالحكم على البيانات من منظور دولي. ان امكانية تقييم الاحصاءات الاسرائيلية السابقة ستظهر بالتأكيد لأنه سيتم افراز بيانات احصائية من قبل منتجين فلسطينيين.

تؤكد التقارير المستخدمة في تقرير الوضع الراهن هذا على خطورة هذا الوضع كما وتشير إلى أن الدارسين الفلسطينيين تدمروا باستمرار بسبب الإفتقار إلى البيانات الموثوقة تقريباً في كافة المجالات (Abu Libdeh 1993) ان ادراك الحاجة لمصدر بيانات موثوقة للتخطيط المثمر على المستويين الاقليمي والقومي أدى الى زيادة نشاطات المسوحات بالعينة في عدة قطاعات. كما أن هناك افتقار للاحصاءات الضرورية في اجراء العديد من القطاعات وعندما نأتي الى القطاع الصحي، نجد أن الاحصاءات منشورة في التقارير الاسرائيلية والتي تحتوي على درجة شكوك عالية جداً.

اضافة الى ذلك، فان البيانات حول النشاطات الصحية غير مراقبة من قبل السلطات الاسرائيلية وتجدها في بعض الاحيان مقنعة أو مبدلة وذلك لأغراض سياسية أو لأسباب متعلقة بضرية الدخل.

كما أن مسألة التخطيط في وسط هذه الحقائق ممكن أن يكون لأهداف لها وبدون معنى. هناك العديد من الأسئلة الضرورية يجب الاجابة عليها حتى يكون لدينا تخطيط فعال أولاً. بينما هذه الأسئلة التي أجيب عليها في معظم الأقطار هي عبارة عن شروط للتخطيط، أما في الأراضي الفلسطينية المحتلة فهذه الأسئلة يجب اعتبارها جزء من عملية التخطيط نفسها.

الفصل الرابع

السكان والإحصاءات الحيوية

1-4 السكان

تعاني ديمغرافية الأراضي الفلسطينية المحتلة من نقص عام في البيانات المفصلة (مركز الإحصاء الفلسطيني، 1994). وفي سياق الحديث عن السكان من المهم جدا التمييز بين السكان المقيمين والسكان الدائمين. إذ يقصد بالسكان الدائمين جميع السكان الذين يملكون الحق الشرعي بالإقامة في الأراضي الفلسطينية المحتلة، أي أولئك الذين يقيمون على هذه الأراضي إضافة إلى فلسطينيي الخارج ممن لديهم الحق الشرعي في العودة إليها. من الجدير بالذكر أن مكتب الإحصاء المركزي الإسرائيلي يعد المنتج الأساسي للبيانات الديمغرافية لباقي الضفة الغربية وقطاع غزة، ويقوم بنشر الأرقام التي تتعلق بالسكان المقيمين وليس الدائمين.

لم يتم إجراء أي تعداد عام في باقي الضفة الغربية وقطاع غزة منذ عام 1967، وفي المقابل تم إجراء تعدادين في إسرائيل. أما البيانات الخاصة بالقدس الشرقية والمناطق المحيطة بها - التي ضمتها إسرائيل عام 1968 فلا يتم نشرها على حده وإنما ضمن البيانات الإسرائيلية.

يتسع المجال في هذا التقرير لعرض قليل من البيانات التي يوفرها التقرير الشامل الصادر عن مركز الإحصاء الفلسطيني، فوفقا لتقديرات "السلسلة المتوسطة" سوف يبلغ عدد سكان الضفة الغربية المقيمين في منتصف عام 1995 حوالي 1,484,691 نسمة، في حين سيبلغ عدد السكان في قطاع غزة 905,254 نسمة. ذلك يعني أن العدد الكلي للسكان المقيمين في الأراضي الفلسطينية المحتلة عام 1995 سيبلغ 2,389,945 نسمة.

عدد السكان المتوقع في الضفة الغربية وقطاع غزة 1995

الجنس	باقي الضفة الغربية	قطاع غزة	الأراضي الفلسطينية المحتلة
ذكور	748,767	456,927	1,205,694
إناث	735,924	448,327	1,184,251
مجموع	1,48,691	905,254	2,389,945

المصدر: مركز الإحصاء الفلسطيني 1994، ديمغرافية الشعب الفلسطيني في الضفة الغربية وقطاع غزة. سلسلة تقارير الوضع الراهن، رقم (1).

وحسب تقديرات نفس السلسلة، سوف يبلغ عدد سكان الضفة الغربية حوالي 1,924,513 نسمة مع حلول عام 2000، في حين سيبلغ عدد سكان قطاع غزة 1,209,338 نسمة، أي ما مجموعه 3,133,851 نسمة في كافة أرجاء الأراضي الفلسطينية المحتلة.

يعرض الجدولان 1.4 و 2.4 أرقاماً حول عدد السكان المتوقع لسنة 1995 (السلسلة المتوسطة) حسب العمر (مجموعات عمرية خمسية) والجنس في الضفة الغربية وقطاع غزة . كما ويعرض الجدولان 3.4 و 4.4 أرقاماً حول التقديرات السكانية للأعوام 1992-1996 حسب اللواء في الضفة الغربية وقطاع غزة.

2-4 الخصوبة

ان المقصود بمعدل المواليد الخام عدد المواليد لكل 1000 من السكان، ويعتبر المؤشر الرئيسي للخصوبة في أي مجتمع، ويعرض الجدول التالي معدل المواليد الخام لسنوات مختارة في الفترة 1968-1993. كما يوفر تقرير مركز الإحصاء الفلسطيني مزيداً من البيانات . أن المعدلات التي تتراوح بين 40-50 مولوداً تعتبر مرتفعة جداً مقارنة بالمعدلات السائدة في دول أخرى، ويعزى ارتفاع معدلات المواليد في باقي الضفة الغربية وقطاع غزة إلى اعتبارات اجتماعية واقتصادية وسياسية إضافة إلى المعتقدات والقيم السائدة في المجتمع الفلسطيني.

معدلات المواليد الخام في باقي الضفة الغربية وقطاع غزة والقدس (غير اليهود) سنوات مختارة

1993	1992	1990	1985	1980	1975	1968	المنطقة
38.8	44.7	46.9	41.3	42.1	43.9	43.9	باقي الضفة الغربية
52.6	54.6	54.7	45.4	47.6	43.6	42.0	قطاع غزة
غير متوفر	34.3	33.5	30.4	40.5	43.5	غير متوفر	القدس

المصدر: مركز الإحصاء الفلسطيني 1994. ديمغرافية الشعب الفلسطيني في الضفة الغربية وقطاع غزة، سلسلة تقارير الوضع الراهن، رقم (1).

يبين هذا الجدول أن معدلات المواليد الخام للسكان غير اليهود في القدس أقل منها في باقي الضفة الغربية وقطاع غزة .

ورغم ذلك، إلا أن هناك شك في موثوقية الإحصاءات السكانية الخاصة بالأراضي الفلسطينية المحتلة. أن الاقتباس التالي من تقرير وكالة الغوث الدولية الصادر عام 1993 يشير إلى أن هناك انسجام شبه تام بين النتائج التي توصلت لها وكالة الغوث والنتائج التي توصل لها مركز الإحصاء الفلسطيني : "لا تتوفر الوسائل اللازمة لحساب معدلات المواليد الخام ومعدلات وفيات الرضع والأطفال بدقة في ظل غياب المصدر الموثوق للبيانات الديمغرافية الخاصة باللاجئين وعدم التسجيل الكامل للمواليد والوفيات . إلا أن معدل المواليد الخام وفقاً لأفضل التقديرات المتوفرة يساوي 35 مولوداً لكل ألف من السكان في الضفة الغربية و50 لكل ألف في قطاع غزة عام 1993".

معدل الخصوبة الكلي: بلغ معدل الخصوبة عام 1976 أعلى معدل له في باقي الضفة الغربية على مدى الأعوام 1968-1984 حيث بلغ 7.95% مولوداً لكل امرأة، ثم انخفض إلى 6.68 مولوداً عام 1983. أما في قطاع غزة، فقد قدر معدل الخصوبة الكلي 8 موليداً لكل امرأة عام 1974 ، وهو يمثل

أعلى معدل تم تقديره خلال الفترة المذكورة . إلا أنه عاد وانخفض أيضا إلى 6.77 مولود عام 1983. تعاني التقديرات الحديثة لمعدل الخصوبة الكلي من نقص حاد بسبب عدم نشر السلطات الاسرائيلية أية أرقام حولها منذ عام 1984. قامت المؤسسة النرويجية للعلوم الاجتماعية والتطبيقية (FAFO) بنشر تقديرات لمعدل الخصوبة الكلي (Abu Libdeh et al. 1993) حيث أشارت النتائج أن معدل الخصوبة الكلي للأراضي الفلسطينية المحتلة يقارب 7 مواليد لكل امرأة عام 1992.

3-4 الوفيات بشكل عام

يخلص التقرير الديمغرافي الصادر عن مركز الإحصاء الفلسطيني إلى القول أن البيانات حول الوفيات بشكل عام تتوفر في مصدرين رسميين فقط هما : مكتب الإحصاء المركزي الإسرائيلي الذي يستند في بياناته إلى النماذج الديمغرافية ووزارة الصحة الإسرائيلية التي تستند في بياناتها إلى السجلات الحيوية. وهذه البيانات الرسمية تقتصر على السكان الفلسطينيين في باقي الضفة الغربية وقطاع غزة، وتقوم المصادر الرسمية بنشر بيانات الوفيات الخاصة بالقدس الشرقية على حده اعتمادا على سجل الوفيات، علما بأن القانون الإسرائيلي ينص على وجوب الإبلاغ عن حالة الوفاة في غضون 48 ساعة من حدوثها، لذلك فإن النقص في الإبلاغ عن حالات الوفاة في القدس أقل منه في باقي الضفة الغربية وقطاع غزة.

واستناداً إلى تقديرات مكتب الإحصاء المركزي الإسرائيلي يتضح أن معدل الوفيات الخام لفلسطيني باقي الضفة الغربية وقطاع غزة في انخفاض مستمر منذ عام 1968، وقد انخفض المعدل في باقي الضفة الغربية من 21.7 في عام 1968 إلى 5.6 عام 1992 لكل 1000 من السكان، أي انه كان ينخفض بواقع 0.64 نقطة سنوياً خلال الفترة المذكورة .

أما في قطاع غزة، فقد انخفض المعدل من 19.5 عام 1968 إلى 5.8 عام 1992، أي أن متوسط الانخفاض السنوي كان 0.55 نقطة سنوياً. وتبين سلاسل مكتب الإحصاء المركزي الإسرائيلي أن معدل الوفيات الخام في باقي الضفة الغربية كان أعلى مما هو عليه في قطاع غزة باستثناء بعض السنوات، وتحديدًا النصف الثاني من السبعينيات.

معدلات الوفيات الخام في باقي الضفة الغربية وقطاع غزة حسب بيانات مكتب الإحصاء المركزي الاسرائيلي، سنوات مختارة

المنطقة	1968	1975	1980	1985	1990	1992	*1993
باقي الضفة الغربية	21.7	14.8	10.4	7.6	5.8	5.6	غير متوفر
قطاع غزة	42.0	43.6	47.6	45.4	54.7	54.6	52.4

* أرقام وزارة الصحة الاسرائيلية.

المصدر: مركز الإحصاء الفلسطيني 1994. ديمغرافية الشعب الفلسطيني في الضفة الغربية وقطاع غزة، سلسلة تقارير الوضع الراهن رقم (1).

4-4 وفيات الرضع والأطفال

يعد معدل وفيات الرضع أكثر المؤشرات الصحية استخداماً في مجال المقارنة بين مختلف الدراسات الصحية، ويرتبط ارتباطاً وثيقاً بمؤشرات صحية أخرى إضافة إلى انه يعطي صورة كافية عن الوضع الصحي للسكان. ويتفاوت هذا المعدل بشكل كبير من بلد إلى آخر، حيث انه يبلغ 5 وفيات لكل 1,000 مولود حيّ في اليابان و150 وفاة لكل 1000 مولود حي في بعض دول أفريقيا شبه الصحراوية (World Bank 1992).

تفحصت دراسة مركز الإحصاء الفلسطيني البيانات التي نشرتها وزارة الصحة الإسرائيلية حول وفيات الرضع في باقي الضفة الغربية وقطاع غزة . وقد تبين أن هذه الأرقام منخفضة بشكل لا يصدق بالنسبة لمنطقة كالأراضي الفلسطينية المحتلة. وقد كان معدل وفيات الرضع لعام 1992، وفقاً لما نشرته وزارة الصحة الاسرائيلية 21.4 في باقي الضفة الغربية و 31.9 في قطاع غزة . بينما كانت أرقام مركز الإحصاء الفلسطيني المقدرة لنفس السنة تساوي 40.8 في باقي الضفة الغربية و 37.6 في قطاع غزة . ويعرض جدول 5.4 الأرقام المتوقعة لمعدلات وفيات الرضع المسقطه حسب المنطقة والجنس في الأراضي الفلسطينية المحتلة. وهناك ملاحظة مثيرة للاهتمام وهي انه من المتوقع أن يكون معدل وفيات الرضع للإناث أعلى بشكل كبير منه بالنسبة للذكور خلال الأعوام 1992-2012.

نعرض فيما يلي بعض الملاحظات حول البيانات التي تم جمعها من التقارير الأخرى آخذين بعين الاعتبار الشكوك التي تدور حول معدلات وفيات الرضع.

تقيد وكالة الغوث في تقريرها السنوي لعام 1993 بأنه : " بناءً على أفضل التقديرات المتوفرة، فإن معدلات وفيات الرضع في الضفة الغربية وقطاع غزة أقل من المعدل الذي تهدف منظمة الصحة العالمية إلى الوصول إليه في الدول النامية بحلول عام 2000 والبالغ 50 وفاة لكل ألف مولود حي. وحسب الدراسة التي أجراها صندوق الأمم المتحدة للطفل (اليونيسف) في قطاع غزة والضفة الغربية قدرت معدلات وفيات الرضع والأطفال بحوالي 41 و 51 لكل 1000 مولود حي على التوالي مع وجود اختلافات بارزة في أنماط الوفيات بين اللاجئين وغير اللاجئين من السكان، اذ بلغ هذان المعدلان في مخيمات اللاجئين 32 و 39 وفاة لكل ألف مولود على التوالي . بينما بلغ 40 و 50 لكل ألف مولود حي في المدن، أما في القرى فكانا 48 و 62 لكل ألف مولود حي على التوالي. وتعزى هذه الفروقات البارزة بشكل أساسي إلى حصول سكان المخيمات على خدمات وكالة الغوث في مجال الرعاية الصحية الأولية بشكل مجاني والتي كان لها اثرا بالغاً في تخفيض معدلات وفيات الرضع والأطفال .

بحثت دراسة أخرى أجريت حول الصحة في الأراضي الفلسطينية المحتلة (Lindah1993) موضوع وفيات الرضع والأطفال مستخدمة مختلف المصادر الإحصائية المتوفرة لبحث مستويات معدلات وفيات الرضع موضع الجدول. خلص التقرير إلى أن "الإحصاءات الرسمية الإسرائيلية تبين أن معدل وفيات الرضع 25 وفاة لكل ألف مولود حيّ في قطاع غزة، و30 وفاة لكل ألف مولود حي في باقي الضفة الغربية عام 1990 (IMOH 1992)، وتقول بعض المصادر الفلسطينية وبعض

الباحثين المستقلين أن المعدلات الحقيقية تفوق كثيراً المعدلات السابقة، بينما قدرت وكالة الغوث الدولية معدل وفيات الرضع بحوالي 40 وفاة لكل ألف مولود حي في كل من الضفة الغربية وقطاع غزة (UNRWA 1992). كما تذكر دراسة أجراها صندوق الأمم المتحدة للطفل (اليونيسف) أن هذا المعدل بلغ 41 وفاة لكل ألف مولود حي عام 1988 (Abu Libdeh et al. 1992)، وأوضحت هذه الدراسة أن هذا المعدل في قطاع غزة أقل بكثير منه في الضفة الغربية وهو أقل أيضاً في مخيمات اللاجئين من ذلك السائد في المناطق السكانية الأخرى كما يبين الجدول التالي:

معدل وفيات الرضع المقدرة 1988

المنطقة	معدل الوفيات الرضع	الضفة	معدل الوفيات الرضع
الضفة الغربية	44	مخيمات	32
غزة	34	مدن	40
---		قرى	48
مجموع الاراضي الفلسطينية	41		41

المصدر: أبو لبدو وآخرون، 1992. مسح وفيات الرضع للاطفال في الضفة الغربية وقطاع غزة، اليونيسف وجمعية تنظيم وحماية الأسرة، القدس.

تفيد الدراسة أن كون معدلات وفيات الرضع في قطاع غزة والمخيمات أقل منها في الضفة الغربية لذلك يتناقض مع الافتراض القائل بأن هناك علاقة إيجابية بين مستوى المعيشة ومعدل وفيات الرضع (على اعتبار أن سكان قطاع غزة والمخيمات هم الأفقر). يدفع ذلك إلى الاعتقاد بأن وكالة الغوث الدولية بالرغم مما تتعرض له من انتقادات فهي توفر خدمات للرعاية الصحية الأولية على مستوى عالٍ من الجودة والفعالية .

بعض المقارنات الدولية: بالاعتماد على افتراض مفاده أن معدل وفيات الرضع في الأراضي الفلسطينية المحتلة يساوي 40 لكل ألف مولود حي، يتبين أن هذا المعدل يشبه تماماً ذلك السائد في الشرق الأوسط "الدخل الاقتصادي المتوسط الأدنى" إلا أنه يفوق نفس المعدل السائد في الدول الصناعية بكثير بما في ذلك إسرائيل - حيث يبلغ في هذه البلدان أقل من 10 وفيات لكل 1000 كما أنه يفوق المعدل السائد في دول أفقر "الناجحة" مثل سريلانكا والصين الشعبية (World Bank 1992).

بحثت دراسة حديثة أخرى (Abu Libdeh et al. 1993) تقديرات وفيات الرضع الرسمية في الأراضي الفلسطينية المحتلة وقد أجرت الدراسة المقارنة التالية :
 قدرت المصادر الإسرائيلية بالاستناد إلى الوفيات المسجلة، معدل وفيات الرضع في قطاع غزة لعام 1992 بحوالي 31.3 وفاة لكل ألف مولود حي، وحسب هذه المصادر فإن معدل وفيات الرضع أخذ بالازدياد منذ عام 1990 (IMOH 1993) . وقدرت هذه المصادر نفس المعدل في باقي الضفة الغربية بحوالي 21.2 وفاة لكل ألف مولود حي.

استخدمت مصادر مستقلة مثل (JFPPA 1993) و(Giacaman et al. 1993) وسائل غير مباشرة لتقدير معدل وفيات الرضع حيث تم ذلك باستخدام المسوحات القومية، وقد بين المصدران أن معدل وفيات الرضع تجاوز 40 وفاة لكل ألف مولود حي خلال الفترة 1988-1989. علاوة على ذلك، توصلت هذه المصادر إلى أدلة تثبت أن معدل وفيات الرضع سيزداد في السنوات التي تلي عام 1989 .

تقدم الدراسة المذكورة أعلاه الملاحظات التالية حول توقع البقاء على قيد الحياة. يرتبط توقع البقاء على قيد الحياة ارتباطاً مباشراً بمعدل وفيات الرضع المقدر . وقد قدر توقع البقاء على قيد الحياة عند الولادة في قطاع غزة بما يقارب 68.5 سنة وفي الضفة الغربية بما يقارب 72 سنة بالاعتماد على الأرقام الإسرائيلية الصادرة حول معدلات وفيات الرضع والنموذج الغربي لجدول الحياة (UN 1993). تشير التقديرات التي نشرها صندوق الأمم المتحدة للطفل (اليونسيف) والمؤسسة النرويجية للعلوم الاجتماعية التطبيقية (FAFO) حول معدلات وفيات الرضع إلى أن توقع البقاء على قيد الحياة عند الولادة يقارب 66 سنة، في حين قدر مركز البحث والتخطيط الصحي توقع البقاء على قيد الحياة لمن هم في سن العاشرة لعام 1992 بما يقارب 60 سنة في الضفة الغربية و 60.5 سنة في قطاع غزة (Abdeen & Abu Libdeh 1993).

يشير توقع البقاء على قيد الحياة الذي اعده مركز الإحصاء الفلسطيني إلى زيادة مطردة خلال الفترة 1992-2012 في الأراضي الفلسطينية المحتلة . يعني ذلك أن توقع البقاء على قيد الحياة سيرتفع من 66.8 سنة إلى 72.8 سنة في الضفة الغربية، أما في قطاع غزة فإنه سيرتفع من 67.1 سنة عام 1992 إلى 72.7 سنة عام 2012. يحتوي جدول 6.4 على المزيد من الأرقام الصادرة في هذا الخصوص.

الفصل الخامس

مصادر الرعاية الصحية

5-1 مقدمة

تعتمد الرعاية الصحية في الأراضي الفلسطينية على العديد من الهيئات التي تعمل ضمن ظروف مختلفة، حيث تشمل التمويل والمصادر والتجهيزات والنشاطات الصحية.... الخ. ينعكس هذا كله في الحصيلة الإحصائية المتوفرة التي تتعلق بالخدمات الصحية. لذلك، فإن أي إستعراض للظروف السائدة يعتمد على مصادر بيانات غير قابلة للمقارنة بشكل كلي من حيث مضمونها وإنتشارها. وبشكل عام، يوجد نقص إلى حد ما في البيانات التي من الممكن أن تعطي وصفاً شاملاً للوضع الصحي.

5-2 مصادر الرعاية الصحية في الضفة الغربية

5-2-1 العاملون في القطاع الصحي

تعتبر المصادر البشرية عنصراً رئيسياً في الخدمات الصحية التي تقدم للسكان، وبغض النظر عن مدى التعقيد الذي تتسم به الخدمات الصحية المحلية والمركزية على حد سواء. إن جودة هذه الخدمات ترتبط بشكل مباشر بكفاءة المصادر البشرية التي تقدمها. وفي هذه الحالة يكون تطوير هذه المصادر ورعايتها واجب منوط بمقدمي الرعاية الصحية.

وكما ذكر سابقاً، فإن المصادر المتوفرة حالياً حول القطاع الصحي في الأراضي الفلسطينية المحتلة لا تعطي صورة متجانسة حول مختلف الجوانب مثل: الظروف الصحية والمصادر الصحية وآدائها، وفي هذا السياق تمت المراجعة بتسليط الضوء بشكل مختصر على أهم الإحصاءات الراهنة التي تم تحصيلها على أمل أن يساهم ذلك في توفير نظرة عامة للمصادر البشرية في القطاع الصحي في الأراضي الفلسطينية المحتلة حتى ولو ظهرت بعض التناقضات في نتائجها.

تم بحث عدد العاملين في القطاع الصحي (وغيره من القطاعات) ضمن مسح شامل للمصادر البشرية في الأراضي الفلسطينية المحتلة. يعتبر تقرير (Abu Libdeh 1993) الدراسة الوحيدة التي تقدم تصوراً شاملاً للمصادر البشرية بصرف النظر عن الهيئة المشرفة عليها، حيث أنها تغطي العاملين في القطاعات الحكومية ووكالة الغوث والمنظمات غير الحكومية والجمعيات الخيرية والقطاع الخاص. وعلى أية حال فإن مدى دقة وشمولية التغطية بالضبط في هذه الدراسة غير معروفة بالكامل، لذا يحتمل أن يكون هناك نقص في تغطية العدد الحقيقي للعاملين في قطاع الصحة. يقدم معد الدراسة الأسباب الرئيسية التالية :

- لم يتعاون العديد من العاملين الفلسطينيين في الخدمات الصحية التي تديرها السلطات الإسرائيلية مثل العاملين في منطقة أريحا ومدينة غزة مع الباحثين الميدانيين خوفاً من فقدان وظائفهم.

- رفض عدد من الأخصائيين التعاون التام خوفاً من ممارسات سلطات الضريبة الإسرائيلية، خاصة في قطاع غزة.

وحسب هذه الدراسة، كان يعمل في قطاع الصحة في الأراضي الفلسطينية المحتلة ما مجموعه 7,300 أخصائي، منهم 21% أطباء و5% أطباء أسنان و35% ممرضات كما هو مبين أدناه :

عدد ونسبة العاملين في القطاع الصحي في الأراضي الفلسطينية المحتلة 1993/1992

النسبة المئوية	العدد	
21.2	1,550	الأطباء
5.3	388	أطباء أسنان
0.7	49	الأطباء البيطريين
6.7	486	الصيدالة
34.8	2,542	الممرضات
3.0	220	الأكاديميون
20.9	1,528	المساعدون الطبيون والتقنيون
0.6	44	الإداريون
6.8	503	أخرى
100	7,310	المجموع

المصدر: أبو لدة، 1993. القوى البشرية في الصحة، تقرير رقم (2)، ملخص النتائج الرئيسية، مركز البحث والتخطيط الصحي، القدس.

توفر الجداول 1.5 و2.5 في الملحق معلومات حول الأخصائيين حسب قطاع العمل واللواء في الأراضي الفلسطينية المحتلة. تفيد هذه الدراسة بأن حوالي 64% من الأخصائيين كانوا يعملون في القطاع الوطني (المنظمات غير الحكومية والجمعيات الخيرية والقطاع الخاص) و27% كانوا يعملون في القطاع الحكومي و9% في وكالة الغوث.

قدمت نقابة الأطباء الفلسطينيين معلومات حول عدد الأطباء العاملين في الأراضي الفلسطينية المحتلة والذي أشير إليه في تقرير برنامج الأمم المتحدة الإنمائي (Giacaman 1994)، حيث بلغ عدد هؤلاء الأطباء 1,185 في الضفة الغربية بما فيها القدس الشرقية، بالإضافة إلى حوالي 600 طبيب في قطاع غزة، و يعني هذا أن النسبة هي 11 طبيب لكل 10,000 نسمة في الضفة الغربية و10 أطباء لكل 10,000 نسمة في قطاع غزة. وفي المقابل بلغت هذه النسب 28 طبيباً لكل 10,000 نسمة في إسرائيل و24 طبيباً لكل 10,000 نسمة في الأردن في أواخر الثمانينيات.

كما نشرت الإدارة المدنية الإسرائيلية أرقاماً حول عدد العاملين في قطاع الصحة الحكومي في باقي الضفة الغربية لعدة سنوات لغاية عام 1993 في التقرير الإحصائي السنوي (CIVAD 1994). ويعتبر هذا العدد جزءاً من العدد الكلي للعاملين في قطاع الصحة في باقي الضفة الغربية.

تم توزيع الأخصائيين العاملين حسب الوحدات (المستشفيات، وحدة المستشفيات، وحدة الصحة العامة، دائرة الصحة، وحدة التدريب ووحدة المساعدة العامة) حسب المهنة (أطباء، وممرضات، ومهن طبية مساعدة، ومهن غير طبية). كما وتعرض الجداول 3.5 و4.5 في الملحق سلسلة زمنية لسنوات مختارة في

الفترة 1975-1993. يبين الجدول 4.5 أن العدد الكلي للعاملين في المستشفيات تضاعف في الفترة ذاتها ، ولكن طرأ في هذه الفترة إزدياد طفيف على عدد العاملين في دوائر الصحة في الألوية المختلفة (CIVAD 1993).

وإستناداً إلى آخر الأرقام عام 1993 فإن 1,298 شخصاً عملوا في المستشفيات (بما فيها العاملين في ادارة المستشفيات) بينما عمل 676 شخصاً آخرأ في دوائر الصحة (الألوية المختلفة). وبلغ العدد الكلي للعاملين في قطاع الصحة الحكومي 2,104 أشخاص. كما وبلغ العدد الكلي للأطباء 352 والمرضات 879 (CIVAD 1993). يبين الجدول التالي توزيع العاملين في القطاع الصحي الحكومي في باقي الضفة الغربية لعام 1993.

القوى العاملة في القطاع الصحي الحكومي في باقي الضفة الغربية 1993

352	الأطباء
879	المرضات
259	المساعدون الطبيون
615	غير طبيين
2,104	مجموع

المصدر: الادارة المدنية، 1993. التقرير الاحصائي، الخدمات الصحية، الضفة الغربية.

كما قام مركز البحث والتخطيط الصحي بتقديم بيانات حول العاملين في قطاع الصحة، حيث قدر عدد العاملين في عيادات الرعاية الصحية الأولية في الضفة الغربية عام 1994 بحوالي 1,669 شخصاً (PRC 1994). وفي الجدول 5.5 في الملحق تم توزيع عدد المصادر البشرية حسب اللواء في الضفة الغربية حسب السلطة المشرفة. وتجدر الإشارة إلى أن الإحصاءات المتعلقة بالقطاع الخاص غير مشمولة.

العاملون في عيادات الرعاية الصحية الأولية في الضفة الغربية 1994 *

331	أطباء عامين
222	أطباء أخصائيين
61	أطباء أسنان
653	ممرضات

* لا يشمل القطاع الخاص.

المصدر: مركز البحث والتخطيط الصحي، 1994. الخدمات الصحية الفلسطينية في الضفة الغربية وقطاع غزة.

إشتملت دراسة مركز البحث والتخطيط الصحي على بيانات حول العاملين في مستشفيات الضفة الغربية عام 1993. وقد عمل ما مجموعه 3,428 شخصاً في المستشفيات، منهم 271 طبيبياً. وتعرض الجداول 6.5 - 8.5 في الملحق مزيداً من المعلومات.

تعد الإحصاءات التي تقدمها وكالة الغوث مصدراً مكتملاً للمعلومات حول العاملين في المجال الصحي. فقد أفاد تقريرها السنوي (UNRWA 1993) بأن 566 شخصاً كانوا يعملون في برنامجها الصحي المنتظم الخاص باللاجئين الفلسطينيين في الضفة الغربية وفقاً لتاريخ 31 كانون الأول 1993، بينهم 43 طبيباً و9 أطباء أسنان و156 ممرضة، كما ان حوالي 35% من هؤلاء منخرطين في خدمات الصحة البيئية. وعمل 66 شخصاً أيضاً بوظائف إضافية ضمن البرامج التي قامت الوكالة بتوسيعها. يعرض الجدول 9.5 في الملحق أرقاماً إضافية حول العاملين في وكالة الغوث في الفترة 1989-1993.

العاملون في عيادات وكالة الغوث في الضفة الغربية 1993

الأطباء	43
أطباء أسنان	9
الصيدالة	2
الممرضات	156
طاقم المساعدين الطبيين	56
الإداريون والمكتبيون، ووظائف	97
خدمات صحة البيئة	198
التغذية والتزويد الغذائي	5
المجموع	566

المصدر: وكالة الغوث 1993. تقرير مدير الصحة.

قام مركز البحث والتخطيط الصحي بنشر عدد أطباء الأسنان في الضفة الغربية عام 1993 حسب اللواء والسلطة المشرفة (PRC 1994)، إذ بلغ مجموعهم 393 طبيباً، غالبيتهم يعملون لحسابهم الخاص. وللمزيد من المعلومات أنظر جدول 10.5 في الملحق.

قدر مسح الرعاية الصحية الأولية للمناطق الريفية في الضفة الغربية عدد أطباء الأسنان حسب اللواء والسلطة المشرفة عام 1992 بحوالي 29 طبيباً. وظفت الجمعيات الخيرية 38% من هؤلاء الأطباء، بينما لم توظف الحكومة أيّاً من أطباء الأسنان حسب هذه الدراسة (Barghouthi & Daibes 1993). تتسجم المعطيات السابقة مع نتائج دراسة مركز البحث والتخطيط الصحي 1994 والتي أشارت إلى عدم توظيف القطاع العام في باقي الضفة الغربية لأي من أطباء الأسنان أيضاً.

عرض تقرير (Ayed 1991) عدد الممرضات في الضفة الغربية عام 1990، وبالنظر إلى الجدول 11.5 في الملحق، يتبين أن عدد الممرضات الكلي بلغ 1,530، منهن 1,115 في المستشفيات و 415 في الرعاية الصحية الأولية. وكان من بينهن حوالي 37% مسجلات و 54% من ذوي الخبرة العملية، بينما كانت النسبة الباقية من القابلات، وعمل ثلث هؤلاء الممرضات في لواء القدس.

قامت جامعة القدس بنشر عدد العاملين في المختبرات في باقي الضفة الغربية عام 1992 حسب المؤهل العلمي، حيث كان مجموعهم 281 شخصاً، بينما كان العدد الصافي أقل من ذلك بسبب كون عدد منهم يعملون بوظائف جزئية في أكثر من مختبر (جامعة القدس، 1993).

ملاحظات : تتسجم النتائج حول العدد الكلي للأطباء العاملين في الأراضي الفلسطينية المحتلة بين المصدرين المشار إليهما - مع الأخذ بعين الاعتبار حقيقة وجود نقص قليل في التغطية في نتائج المصدر الأول،

ويصعب توفير أرقام دقيقة حول العاملين في قطاع الصحة إلا إذا توفر مصدر إداري توكل إليه هذه المهمة بصورة رسمية ومخولة، وتعتقد السلطة الصحية الفلسطينية ان هناك امكانية للقيام بذلك.

2.2.5 وحدات الرعاية الصحية الأولية

تعتبر بنية قطاع الرعاية الصحية الأولية بنية معقدة جداً ليس فقط على صعيد تنوع الجهات التي تقدمها ولكن بسبب العدد الهائل من مختلف وحدات الرعاية الصحية المتوفرة. ان إحدى العوامل التي تعيق إجراء مقارنات بين البيانات التي توفرها الدراسات المختلفة هو عدم توفر تصنيف متعارف عليه للوحدات الصحية. على سبيل المثال ، تبقى الوحدة "عيادة" مصطلحاً غامضاً يختلف مدلوله لدى مختلف الجهات التي تقدم الخدمات الصحية ولدى مختلف الباحثين الذين يجمعون بيانات في هذا المجال. لذلك يجدر إدراك هذه الحقائق عند دراسة الأرقام أدناه.

تعد دراسة المناطق الريفية التي أجريت عام 1992 إحدى أكثر الدراسات شمولية حيث تقدم وصفاً جيداً لبنية الرعاية الصحية الأولية في الضفة الغربية. يشتمل هذا التقرير على عرض للمعلومات المتوفرة في هذه الدراسة. ستم الإشارة لاحقاً إلى نتائج مستقاه من دراسات أخرى أحدثت نسبياً من الدراسة السابقة.

خدمات الرعاية الصحية الريفية في الضفة

العيادات:

قدر مسح أجراه البرنامج الإعلامي للتطوير الصحي عدد العيادات الريفية التي تتبع لمختلف الجهات بحوالي 523 عيادة. يدير القطاع الحكومي 146 عيادة في التجمعات السكانية التي يتجاوز عدد سكانها 5000 نسمة. كما يوجد 51 مركزاً صحياً للرعاية الأولية في ألوية الخليل وجنين وأريحا خاصة في القرى التي تفتقر إلى خدمات صحة الأم والطفل.

أما وكالة الغوث فتشغل ما مجموعه 20 عيادة دائمة في المناطق الريفية في الضفة الغربية إضافة إلى 9 مراكز تقدم الخدمات الطبية مرة أو مرتين في الاسبوع. كما أشارت الدراسة إلى أن 70 عيادة مرخصة من السلطات العسكرية الإسرائيلية تديرها الجمعيات الخيرية. إضافة إلى 132 عيادة أخرى تتبع للمنظمات غير الحكومية. أنشأت هذه المنظمات عددا كبيرا من العيادات لتلبية الاحتياجات الملحة للرعاية الطبية خلال سنوات الانتفاضة، ويستفيد حوالي 45% من سكان المناطق الريفية بشكل مباشر من خدمات هذه العيادات. أما القطاع الخاص فيدير 149 عيادة في القرى التي يتجاوز عدد سكانها 5000 نسمة.

الصيدليات:

يوجد عدد كبير من الصيدليات في المناطق الريفية في الضفة الغربية، إذ أشارت الدراسة إلى وجود 436 صيدلية في التجمعات السكانية ذات الكثافة السكانية المرتفعة.

القابلات:

هناك نوعان من القابلات في الضفة الغربية : القابلات ذوات الخبرة العملية فقط والقابلات القانونيات، وقد بلغ عدد القابلات 273 قابلة عام 1992 موزعات على 155 تجمعاً سكانياً.

عيادات طب الأسنان:

قدر عدد عيادات طب الأسنان عندما أجري مسح الرعاية الصحية الأولية للمناطق الريفية في الضفة الغربية 105 عيادات موزعة على 81 تجمعاً ريفياً يقطنها قرابة نصف سكان المناطق الريفية، وكان 67 من هذه العيادات تتبع للقطاع الخاص و19 تابعة للجمعيات الخيرية و10 تابعة للمنظمات غير الحكومية و9 عيادات تابعة لوكالة الغوث. بينما لا تقدم الحكومة خدمات طب الأسنان لسكان المناطق الريفية في باقي الضفة الغربية. وجد حوالي 38% من هذه العيادات تمارس عملها في تجمعات سكانية يزيد عدد سكانها عن 10,000 نسمة.

وبشكل مختصر، ان عدد عيادات طب الأسنان في المناطق الريفية في الضفة الغربية عام 1992 موضحة في الجدول التالي:

عيادات طب الأسنان الريفية في الضفة الغربية 1992

146	حكومية
20	وكالة الغوث
132	منظمات غير حكومية
75	خيرية
149	خاصة

المصدر: برغوثي ودعيس، 1993. البنية التحتية والخدمات الصحية في الضفة الغربية: أسس تخطيط الرعاية الصحية، مسح الرعاية الصحية الأولية الريفية في الضفة الغربية. البرنامج الإعلامي للتطوير الصحي.

خدمات طبية أخرى:

غطى المسح خدمات أخرى مثل الطب الشعبي (التجبير العربي) والتنقيف الصحي والعلاج الطبيعي وخدمات التأهيل والطواقم الطبية المتنقلة، وبلغ عدد مراكز التأهيل 25 مركزاً عام 1992، منها 3 مراكز حكومية ومركز واحد تابع للمنظمات غير الحكومية بينما يتبع ما تبقى من المراكز -21 مركزاً- للجمعيات الخيرية. خدمات الرعاية الصحية الحضرية في الضفة الغربية

وفر مسح الرعاية الصحية الأولية في المناطق الريفية بيانات حول مصادر الرعاية الصحية الأولية في المناطق الحضرية في الضفة الغربية عام 1992، حيث كانت كما يلي:

العيادات:

وجد ما مجموعه 85 عيادة غير خاصة في مدن الضفة الغربية عام 1992، منها 26 عيادة حكومية و3 عيادات تابعة لوكالة الغوث و9 عيادات تابعة للمنظمات غير الحكومية و47 عيادة تابعة للجمعيات الخيرية. تقدم 13 عيادة من هذه العيادات خدمات الأشعة، وتوفرت في 36 منها مختبرات طبية

كما توفرت في 47 منها مستودعات طبية. إضافة الى ذلك تقدم 39 عيادة منها خدمات رعاية الأم والطفل و 12 عيادة خدمات تنظيم الأسرة.

مراكز الولادة:

بلغ مجموع مراكز الولادة في المناطق الحضرية في الضفة الغربية 11 مركزاً، منها 3 مراكز تابعة للجمعيات الخيرية و 8 مراكز تابعة للقطاع الخاص. وبلغ مجموع الأسرة فيها 152 سريراً.

الخدمات الطبية الأخرى المقدمة في المدن / عدد الوحدات

1992

5	خدمات الطوارئ والاسعافات الطبية
7	مراكز الأمومة والطفولة
25	مراكز التأهيل
4	مراكز المكفوفين
5	مراكز الصم والبكم
2	مراكز الفطام
8	ملاجيء العجزة
9	مراكز تنظيم الأسرة

المصدر: برغوثي دعبس، 1992. البنية التحتية والخدمات الصحية في

الضفة الغربية: أسس تخطيط الرعاية الصحية، مسح الرعاية الصحية

الريفية في الضفة الغربية، البرنامج الإعلامي للتطوير الصحي.

وفيما يلي عرض لمعلومات إحصائية أكثر حداثة قامت وزارة الصحة الإسرائيلية بتوفيرها حول مصادر الرعاية الصحية الأولية في باقي الضفة الغربية (IMOH 1994). ذكر التقرير السنوي 1994 الصادر عن وزارة الصحة الإسرائيلية ان عدد عيادات صحة الأم والطفل في مختلف الألوية 147 والعيادات العامة 171. تقدم بعض العيادات خدمات الرعاية الوقائية والعلاجية معاً، بينما اكتفى بعضها بتقديم أحد هذين النوعين من الخدمات، وتدير السلطة الصحية الفلسطينية 72 عيادة صحية في عدد من القرى الصغيرة، التابعة لإلوية الخليل وجنين وأريحا. حيث يقدم الأطباء والممرضات في هذه العيادات الخدمات الصحية والاستشارات الطبية للمرضى مرتين أسبوعياً. تم البدء في تطوير هذا المشروع عام 1985 في لواء الخليل بالتعاون بين الخدمات الصحية الحكومية الاسرائيلية وصندوق الأمم المتحدة للطفل (اليونيسيف) عام 1992، وبعد ذلك تم توسيع هذه الخدمات لتشمل 7 قرى في لواء أريحا و 15 قرية في لواء جنين. تقدم الخدمات الحكومية بالمجان للأطفال تحت سن الثالثة وللنساء الحوامل وللمرضى المصابين بأحد الأمراض المعدية (IMOH 1994).

كما يوجد العديد من الوكالات العامة التي تقدم الخدمات الأولية للسكان في باقي الضفة الغربية وقطاع غزة مثل المنظمات غير الحكومية والجمعيات الخيرية ووكالة الغوث الدولية ومؤسسات القطاع الخاص. على سبيل المثال، تقدم وكالة الغوث الخدمات الطبية الوقائية والعلاجية للاجئين في 20 عيادة و9 مراكز في المناطق الريفية في لوائي الخليل وبيت جالا. كما وتقدم عيادات الجمعيات الخيرية والمنظمات غير الحكومية خدمات أخرى. يختلف مدى التعاون بين مختلف مقدمي الخدمات الصحية، فعلى سبيل المثال، هناك تعاون بين الخدمات الصحية الحكومية الاسرائيلية ووكالة الغوث في مجالات برامج التطعيم وصحة الطفل ورعاية الحمل الخطر والتحويل للمستشفيات (IMOH 1994).

عدد مراكز الرعاية الصحية الأولية ومراكز الاختصاص في باقي الضفة الغربية 1993

147	مراكز الأمومة والطفولة
171	العيادات
40	عيادات الاختصاص
74	العيادات الصحية القروية

المصدر: وزارة الصحة الاسرائيلية، 1994. الصحة في الضفة الغربية وغزة، 1967-1994.

عدد العيادات الريفية في باقي الضفة الغربية 1992

147	الحكومية
51	العيادات الصحية القروية الحكومية
20	وكالة الغوث
131	المنظمات غير الحكومية
73	الجمعيات الخيرية
152	القطاع الخاص
574	المجموع

المصدر: وزارة الصحة الاسرائيلية، 1994. الصحة في الضفة الغربية وقطاع غزة، 1967-1994.

يعرض الجدول التالي عدد مرافق خدمات الرعاية الصحية المقدمة للمرضى في العيادات الخارجية التابعة لوكالة الغوث في الضفة الغربية في نهاية عام 1993. حيث كان هناك 34 وحدة صحية تشتمل على مختلف الخدمات (UNRWA 1993).

المراكز الصحية: تقدم جميع الخدمات الصحية الوقائية والعلاجية وخدمات صحة المجتمع.

الوحدات الصحية: تقدم نفس الخدمات التي تقدمها المراكز الصحية ولكن بنظام عمل جزئي.

عيادات صحة الأم والطفل: يقتصر عملها على تقديم الخدمات الطبية الوقائية فقط.

إشتملت عيادات طب الأسنان وعددها 15 عيادة على بعض الوحدات المتنقلة، كما تقدم عدد كبير من عيادات الرعاية المختصة التابعة للوكالة في الضفة الغربية خدمات تشخيص وعلاج أمراض السكري وإرتفاع ضغط الدم.

عدد وحدات الرعاية الصحية التي تديرها وكالة

الغوث في الضفة الغربية 1993

34	الوحدات الصحية
15	عيادات الأسنان
17	المختبرات
4	عيادات الاختصاص
34	عيادات السكري
34	عيادات ضغط الدم

المصدر: وكالة الغوث، 1993. تقرير مدير الصحة.

أما مركز البحث والتخطيط الصحي فقد نشر دراسة حديثة تعرض عدد عيادات الرعاية الصحية الأولية في الضفة الغربية (PRC 1994)، ويبين الجدول 5.5 توزيعاً للبيانات حسب اللواء والسلطة المشرفة، وفي عام 1994 كان هناك ما مجموعه 384 عيادة تتبع للسلطات التالية.

عيادات الرعاية الصحية الأولية في الضفة

الغربية حسب السلطة المشرفة 1994

176	القطاع العام
176	المنظمات غير الحكومية
32	وكالة الغوث
384	المجموع

المصدر: مركز البحث والتخطيط الصحي، 1994. الخدمات

الصحية الفلسطينية في الضفة الغربية وقطاع غزة حقائق وأرقام.

المختبرات الطبية :

قامت الكلية العربية للمهن الطبية في جامعة القدس بتقدير عدد المختبرات الطبية حسب الأولوية في الضفة الغربية عام 1992 وكان مجموعها 120 مختبراً (جامعة القدس، 1993)، من بينها 50 مختبراً تابع للقطاع الخاص.

الصيدليات:

كان عدد الصيدليات المرخصة في أوائل عام 1994 في باقي الضفة الغربية 267 صيدلية موزعة كالتالي: 49 في رام الله، 48 في الخليل، 32 في بيت لحم، 61 في نابلس، 29 في جنين و43 في طولكرم و5 في أريحا. وقد قام صندوق الأمم المتحدة للطفل (اليونيسيف) بفحص التزود بالعلاجات الطبية (UNICEF 1993).

سيارات الإسعاف:

قدرت وزارة الصحة الإسرائيلية في تقريرها الإحصائي عدد سيارات الإسعاف في باقي الضفة الغربية عام 1993 بما مجموعه 56 سيارة (IMOH 1994)، وقامت جمعية الهلال الأحمر بتوفير معظم هذه السيارات.

عدد سيارات الاسعاف في باقي الضفة الغربية حسب

السلطة المشرفة 1993

8	المستشفيات الحكومية
2	المستشفيات غير الحكومية
21	جمعية الهلال الأحمر
12	البلديات
6	جمعية أصدقاء المريض
7	وكالة الغوث
56	المجموع

المصدر: وزارة الصحة الاسرائيلية، 1994. الصحة في

الضفة الغربية وقطاع غزة، 1967-1994.

ملاحظات:

عرضت عدة تقارير إحصائية عدد العيادات في باقي الضفة الغربية، ويلاحظ أن هناك اختلافات جوهرية بين البيانات المنشورة. ويعزى ذلك إلى عدة أسباب منها صعوبة الحصول على بيانات قابلة للمقارنة من جميع مقدمي الخدمات الصحية وخاصة القطاع الخاص. يجب أن نأخذ في الاعتبار أنه لا يوجد تعريف دقيق وموحد لمختلف أنواع وحدات الرعاية الصحية الأولية. ان بعض هذه الوحدات صغير من حيث الطواقم العاملة فيها وساعات العمل الأسبوعية، ومع ذلك يعتبرها الباحثون في قطاع الرعاية الصحية "عيادات" تابعة لسلطة مسؤولة عنها، ولكن باحثون مستقلون آخرون لا يعتبرونها كذلك.

وبالنظر إلى الطريقة التي يتم بها تمويل قطاع الرعاية الصحية الأولية والذي يتم غالباً عن طريق تمويل سنوي، فمن المحتمل أن تطرأ تغييرات ملحوظة على أعداد الوحدات العاملة من سنة إلى أخرى.

يمكن الحصول على معلومات أكثر دقة حول خدمات الرعاية الصحية الأولية الراهنة عن طريق الربط بين التفويض الذي تمنحه السلطة الصحية الفلسطينية (وزارة الصحة) لمقدمي الرعاية الصحية (العامة والخاصة) في الأراضي الفلسطينية المحتلة وعملية تسجيل سنوية يقوم بها مقدمو الرعاية الصحية. كما يمكن اعتماد نظام تسجيل موحد يلزم مقدمي الخدمات الصحية بتزويد السلطة الصحية بأهم المعلومات مرة في السنة، خاصة عندما يطرأ تغيير جوهري على أداء الرعاية الصحية خلال هذه السنة مثل إغلاق إحدى الوحدات الصحية وغيره، وهذا يمكننا بالتالي من توفير بيانات حديثة ذات جودة عالية على مستوى مركزي.

3.2.5 وحدات الرعاية الصحية الثانوية

المستشفيات:

أفاد مركز البحث والتخطيط الصحي أن عدد المستشفيات في الضفة الغربية 20 مستشفى عام 1993 (PRC 1994). يعرض الجدول التالي مقامي الخدمات في هذه المستشفيات وعدد الأسر التي تديرها. بلغت نسبة الأسرة إلى السكان 1.11 سريراً لكل 1,000 نسمة، حيث يوفر القطاع العام 49.7% من عدد الأسرة الكلي في هذه المستشفيات، أما المنظمات غير الحكومية فتوفر نفس العدد من الأسرة تقريباً. تبين الجداول 13.5 - 15.5 في الملحق مزيداً من المعلومات حول المستشفيات في الضفة الغربية.

المستشفيات والأسرة في الضفة الغربية 1993

النوع	السلطة المشرفة	المستشفيات	الأسرة
عام	قطاع عام	8	654
	منظمات غير حكومية	6	679
	وكالة الغوث	1	43
المجموع		15	1,376
اختصاص	منظمات غير حكومية	4	263
نفسى	قطاع عام	1	320
المجموع العام		20	1,959

المصدر: مركز البحث والتخطيط الصحي، 1994، الخدمات الصحية الفلسطينية في الضفة الغربية وقطاع غزة، حقائق وأرقام.

ينشر مكتب الإحصاء المركزي الإسرائيلي بيانات سنوية حول عدد المستشفيات والأسر في باقي الضفة الغربية، بغض النظر عن الجهة المشرفة (حكومية أو غير حكومية). يعرض الجدول 16.5 في الملحق سلسلة زمنية من عام 1973 وحتى عام 1993.

يظهر من البيانات المتوفرة حول عام 1993 أن عدد المستشفيات الحكومية بلغ 9 مستشفيات تحتوي على ما مجموعه 1,004 أسرة. أما عدد المستشفيات غير الحكومية فقد بلغ 8 مستشفيات تحتوي على 414 سريراً (ICBS 1993). تتفق الأرقام حول القطاع العام مع البيانات التي يوفرها مركز البحث والتخطيط الصحي حول هذا القطاع. يبين مركز البحث والتخطيط الصحي أن عدد المستشفيات التابعة للمنظمات غير الحكومية 10 مستشفيات (واحد منها تابع لوكالة الغوث الدولية) تحتوي على 985 سريراً بما فيها المستشفيات غير الحكومية في القدس، في حين أفاد مكتب الإحصاء المركزي الإسرائيلي أن عدد هذه الأسرة بلغ 414 سريراً فقط باستثناء القدس.

وحسب هذه السلسلة الزمنية، لم تطرأ زيادة تذكر على عدد الأسرة خلال العقدين الماضيين، علماً بأنه طرأ زيادة كبيرة على النمو السكاني خلال الفترة المذكورة، وقد بلغ معدل الاسره في المستشفيات 1.1 سريراً فقط لكل 1,000 نسمة عام 1993 (باستخدام التقديرات السكانية الصادرة عن دائرة الإحصاء المركزية الفلسطينية - "السلسلة المتوسطة").

ملاحظات : تعتبر الإحصاءات حول عدد المستشفيات وخاصة عدد أسرّتها ونسبة هذه الأسرة إلى عدد السكان جانباً هاماً من جوانب المعلومات حول قطاع الصحة وأحد الجوانب التي يسهل جمع بيانات سنوية حولها. يظهر من المصادر المذكورة أعلاه أن البيانات حول القطاع العام والقطاع غير الحكومي متسقة إلى حد كبير.

3.5 مصادر الرعاية الصحية في قطاع غزة

1.3.5 العاملون في الصحة

يقدم مركز البحث والتخطيط الصحي أحدث الأرقام حول العاملين في الرعاية الصحية الأولية في قطاع غزة عام 1994 (PRC 1994)، لثلاث جهات توفر الخدمات الصحية: القطاع العام (تديره حالياً السلطة الصحية الفلسطينية)، ووكالة الغوث، والمنظمات غير الحكومية. بلغ عدد الأطباء 255 منهم 182 طبيباً عاماً و 73 طبيباً مختصاً، وبلغ عدد أطباء الأسنان والمرضات 39 و 428 على التوالي. يبين الجدول 17.5 الملحق توزيع العاملين في الصحة حسب السلطة المشرفة واللواء في قطاع غزة.

القوى العاملة في عيادات الرعاية الصحية الأولية في قطاع غزة 1994

255	الأطباء (عام + اختصاصي)
39	أطباء الأسنان
428	المرضات
31	القبالات
196	المساعدون الطبيون
949	المجموع

المصدر: مركز البحث والتخطيط الصحي، 1994. الخدمات الصحية الفلسطينية في الضفة الغربية وقطاع غزة، حقائق وارقام.

يخلص مركز البحث والتخطيط الصحي إلى نتيجة مفادها أن هناك ما يكفي من الأطباء والمرضات وأطباء الأسنان لتأمين خدمات الرعاية الصحية الأولية في قطاع غزة، إلا أن بعض فئات العاملين في الصحة لا تعمل بعمل كامل. إضافة لما سبق غالباً ما يكون تدريب وأداء العاملين أقل من المستوى المطلوب.

عرض مركز البحث والتخطيط الصحي في تقرير سابق له أرقاماً حول العاملين في الرعاية الصحية الأولية عام 1992 اشتملت على العاملين الإداريين وغيرهم، إذ بلغ عددهم 395 شخصاً أي حوالي 30% من العدد الكلي للعاملين (PRC 1994). (أنظر الجدول 18.5).

ومن الجدير بالذكر أن الأرقام التي يوردها مركز البحث والتخطيط الصحي حول العاملين في وكالة الغوث لا تشمل العاملين في خدمات صحة البيئة.

أما حسب ما جاء في تقرير وكالة الغوث السنوي، أن 748 شخصاً يعملون في برنامج الصحة المنتظم في قطاع غزة وفقاً لتاريخ 31 كانون أول 1993، منهم 47 طبيباً و 10 أطباء أسنان و 152 ممرضة، يعمل 45% من العاملين في خدمات صحة البيئة، كما يعمل 114 شخصاً بوظائف إضافية ضمن البرامج التي

قامت الوكالة بتوسيعها (UNRWA 1993). يبين جدول 9.5 أرقاماً إضافية حول العاملين في وكالة الغوث 1989 - 1993.

القوى العاملة في البرنامج المنتظم لوكالة الغوث في قطاع غزة 1993

47	الأطباء
10	أطباء الأسنان
2	الصيدالسة
152	الممرضات
52	المساعدون الطبيون
135	الإداريون، المكتبيون، ووظائف أخرى
339	العاملون في خدمات صحية البيئة
11	التغذية وبرامج الغذاء
748	المجموع الكلي

المصدر: وكالة الغوث، 1993. التقرير السنوي لقسم الصحة.

وحسب تقدير مركز البحث والتخطيط الصحي، فقد بلغ عدد أطباء الأسنان عام 1994 في قطاع غزة 52 طبيباً، يعمل أكثر من 50% منهم لدى المنظمات غير الحكومية يعطي جدول 19.5 مزيداً من المعلومات والأرقام.

يوفر تقرير لمركز البحث والتخطيط الصحي الأرقام التالية حول العاملين في المستشفيات في قطاع غزة لعام 1993 (PRC 1994). تعرض الجداول 6.5 - 8.5 معلومات مفصلة وموزعة حسب السلطات المشرفة (القطاع العام ووكالة الغوث والمنظمات غير الحكومية).

القوى العاملة في المستشفيات حسب المهنة في قطاع غزة 1993

المهنة	المستشفيات العامة	مستشفيات الاختصاص	المستشفيات النفسية
الأطباء الأخصائيون	139	23	1
الأطباء (مقيمون)	95	18	3
الممرضات	497	67	16
المساعدون الطبيون	93	11	4
الإداريون والفنيون	307	66	14
المجموع	1131	185	38

المصدر: مركز البحث والتخطيط الصحي، 1994. الخدمات الصحية الفلسطينية في الضفة الغربية وقطاع غزة، حقائق وأرقام.

يبين تقرير الأمد إيست عدد الممرضات في قطاع غزة عام 1990 حسب القطاع التمريضي. بلغ عدد الممرضات الكلي 791 ممرضة، عمل 505 منهن في المستشفيات و 286 في الرعاية الصحية

الأولية. كانت 26% منهن مسجلات و 67% من ذوي الخبرة العملية فقط، أما النسبة الباقية فكانت من القابلات (Ayed 1991).

2.3.5 وحدات الرعاية الصحية الأولية :

تدير السلطة الصحية الفلسطينية خدمات الرعاية الصحية الأولية في قطاع غزة، حيث يوجد 5 دوائر صحية، يرأس كل منها مسؤول طبي إضافة إلى ممرضة وصيدلي وإخصائي بيئية. يعتبر هذا الطاقم مسؤولاً عن الصحة العامة في اللواء. وحسب المصادر الإسرائيلية الأخيرة تدير هذه الخدمات 19 مركزاً لصحة المجتمع التي تقدم خدمات صحية وقائية وعلاجية بما فيها خدمات مجانية للأم الحامل والأطفال دون سن الثالثة، وخدمات التشخيص وعلاج الأمراض المعدية.

تقدم جميع مراكز صحة المجتمع -المذكورة - الخدمات الصحية الوقائية والعلاجية، و تقدم 20 منها خدمات الرعاية في مرحلتها ما قبل وما بعد الولادة، ويتوفر في ثلاثة من هذه المراكز غرفاً للولادة، كما أن إحدى العيادات التابعة لها تختص في فحص سلامة السائقين.

أما وكالة الغوث فتدير 9 مراكز صحية تقدم خدمات الرعاية الصحية الأولية، منها خدمات صحة الأم والطفل الوقائية والعلاجية، خاصة لسكان مخيمات اللاجئين في المنطقة. كذلك تقدم 6 منها خدمات الأمومة والولادة.

إن التعاون السابق بين الخدمات الصحية الحكومية الإسرائيلية وخدمات وكالة الغوث تتضمن برامج التطعيم وسياسة التنسيق بهذا الخصوص. إذ قامت الخدمات الصحية الحكومية الإسرائيلية بتزويد السكان الذين يستفيدون من خدمات وكالة الغوث بمطاعيم مثل (مطعوم الشلل المعطى بالحقن)، (الحصبة، النكاف والحصبة الألمانية)، الحصبة والتهاب الكبد الفيروسي (ب). كذلك كان هناك تعاون كبير على مدى سنوات عديدة في مجالات أخرى مختلفة، مثل التعاون في مجال العناية بالمستشفيات وكذلك تسجيل المرضى الذين يعانون من الأمراض المزمنة والمستفيدين من خدمات وكالة الغوث في برنامج التأمين الصحي التابع للخدمات الصحية الحكومية الإسرائيلية.

أما المنظمات غير الحكومية فتدير 8 مراكز تقدم خدمات الرعاية الصحية الأولية في قطاع غزة، منها مستوصفان عامان مجهزان تجهيزاً حديثاً لجمعية أصدقاء المريض الخيرية. كما يقدم مركز جراحي خاص خدمات جراحة تقويم أو تجبير العظام.

ويعمل مركزان لتحويلات الحمل الخطر بالتعاون بين وكالة الغوث والسلطة الصحية الفلسطينية، ويقدمان خدمات تشخيصية ومخبرية. تفتح هذه المراكز أبوابها أمام المرضى الذين يتم تحويلهم من جميع مقدمي الخدمات الصحية في المنطقة، وبإمكان هذان المركزان الاستفادة مباشرة من خدمات المستشفيات حسب الحاجة.

قام مركز البحث والتخطيط الصحي بنشر أرقام حديثة حول عيادات الرعاية الصحية الأولية في قطاع غزة عام 1994 (PRC 1994)، وقد تم توزيع البيانات حسب اللواء والسلطة المشرفة. يعرض الجدول التالي بيانات حول 70 عيادة. ولمزيد من البيانات حول العيادات أنظر جدول 20.5.

عيادات الرعاية الصحية في قطاع غزة حسب السلطة المشرفة 1994

32	المنظمات غير الحكومية
29	القطاع العام
9	وكالة الغوث
70	المجموع

المصدر: مركز البحث والتخطيط الصحي، 1994. الخدمات الصحية الفلسطينية في الضفة الغربية وقطاع غزة، حقائق وأرقام.

تعد وكالة الغوث أحد أهم مقدمي خدمات الرعاية الصحية لسكان قطاع غزة. كان عدد الوحدات الصحية التابعة لها 17 وحدة عام 1993 تقدم الخدمات الصحية الوقائية والعلاجية و5 عيادات اختصاص و10 عيادات لطب الأسنان (تحتوي على وحدات متنقلة) (UNRWA 1993). تشمل الوحدات الصحية حسب الجدول التالي على ما يلي :

- المراكز الصحية: تقدم جميع الخدمات الصحية الوقائية والعلاجية وخدمات صحة المجتمع.
- الوحدات الصحية: تقدم نفس الخدمات التي تقدمها المراكز الصحية ولكن بنظام عمل جزئي.
- عيادات صحة الأم والطفل: يقتصر عملها على تقديم الخدمات الوقائية.

عدد وحدات الرعاية الصحية التي تديرها وكالة الغوث في قطاع غزة 1993

17	الوحدات الصحية
10	عيادات الأسنان
8	المختبرات
5	عيادات الاختصاص
9	عيادات السكري
9	عيادات ضغط الدم

المصدر: وكالة الغوث، 1993. التقرير السنوي لقسم الصحة.

سيارات الإسعاف :

بلغ العدد الكلي لسيارات الإسعاف في قطاع غزة عام 1993 حسب مصادر وزارة الصحة الإسرائيلية 43 سيارة (IMOH 1994). يعرض الجدول التالي عدد سيارات الإسعاف حسب مقدمي الخدمات الصحية.

عدد سيارات الإسعاف في قطاع غزة حسب السلطة المشرفة 1993

12	المستشفيات الحكومية
3	المستشفيات غير الحكومية
5	جمعية الهلال الأحمر
10	وكالة الغوث
13	الجمعيات الخيرية
43	المجموع

المصدر: وزارة الصحة الإسرائيلية، 1994. الصحة في الضفة الغربية وقطاع غزة، 1967-1994.

3.3.5 وحدات الرعاية الصحية الثانوية

المستشفيات:

أفاد مركز البحث والتخطيط الصحي أن عدد المستشفيات في قطاع غزة 6 مستشفيات عام (1994-1993) PRC. يعرض الجدول التالي توزيعاً للقائمين على هذه المستشفيات وعدد الأسر التي تديرها. بلغ معدل الأسرة إلى السكان 1.09 سريراً لكل 1000 نسمة. يوفر القطاع العام أكثر من 90% من هذه الأسر.

تقدم الجداول 13.5 - 15.5 مزيداً من المعلومات حول المستشفيات في قطاع غزة.

المستشفيات والأسرة في قطاع غزة 1993

النوع	السلطة المشرفة	المستشفيات	الأسرة
عام	قطاع عام	2	592
	منظمات غير حكومية	1	80
المجموع		3	672
اختصاص	قطاع عام	2	140
نفسية	قطاع عام	1	34
المجموع العام		6	846

المصدر: مركز البحث والتخطيط الصحي، 1994. الخدمات الصحية الفلسطينية في الضفة الغربية وقطاع غزة، حقائق وأرقام.

نشر مكتب الإحصاء المركزي الإسرائيلي أرقاماً حول أعداد المستشفيات والأسر في تقاريره السنوية. يعرض الجدول 21.5 سلسلة زمنية للعقدين الماضيين.

كان عدد المستشفيات الحكومية في قطاع غزة حسب البيانات المتوفرة حول آخر سنوات السلسلة عام 1993 (5) مستشفيات، تحتوي على ما مجموعه 877 سريراً. أما عدد المستشفيات غير الحكومية فقد بلغ مستشفى واحداً يحتوي على 80 سريراً (ICBS 1993).

وحسب هذه السلسلة، لم تطرأ زيادة تذكر على عدد الأسر خلال العقدين الماضيين. ومن الجدير بالذكر أن عدد الأسر في المستشفيات في أواسط السبعينيات كان أكثر من العدد المتوفر في الوقت الحاضر. أما نسبة الأسر في المستشفيات إلى السكان فكانت (1.2) لكل 1000 نسمة عام 1993. (وذلك باستخدام التقديرات السكانية الصادرة عن دائرة الإحصاء المركزية الفلسطينية "السلسلة المتوسطة").

إضافة إلى ما سبق، من الجدير بالذكر أنه تم توفير 50 سريراً في مستشفى عام واحد للاجئين في قطاع غزة عام 1993 حسب اتفاق أبرم بين وكالة الغوث وإدارة المستشفيات. كذلك كان هناك 6

وحدات لرعاية الأمومة تابعة لوكالة الغوث إحتوت على 60 سريراً، قدمت خدماتها لحوالي 7,700 مريضاً خلال عام 1993 (UNRWA 1993).

بدأت وكالة الغوث عام 1993 ببناء مستشفى في قطاع غزة يحتوي على 232 سريراً، والذي سيعد من مساهمات وكالة الغوث في إصلاح وتطوير البنية التحتية لقطاع الصحة في قطاع غزة.

ملاحظات : تتسجم الأرقام حول عدد المستشفيات التي يقدمها المصدر الإسرائيلي مع تلك التي يقدمها مركز البحث والتخطيط الصحي، بينما يلاحظ أن عدد الأسر حسب المصدر الإسرائيلي أكثر بقليل من عددها حسب مركز البحث والتخطيط الصحي (877 مقابل 846).

الفصل السادس

فعاليات الرعاية الصحية

1-6 مقدمة

تعتبر فعاليات الرعاية الصحية الجزء المكمل للخدمات الصحية إلى جانب مصادر الرعاية الصحية. تزودنا الإحصاءات المتوفرة حول فعاليات الرعاية الصحية الأولية والثانوية بصورة واضحة عن الخدمات المقدمة للمواطنين في الأراضي الفلسطينية المحتلة، وتبين النقص وعدم ملاءمة هذه الخدمات. يتم انتاج الإحصاءات حول فعاليات الرعاية الصحية فقط من الإدارة المدنية الإسرائيلية، ووكالة الغوث ووزارة الصحة الإسرائيلية، حيث تقوم هذه المصادر بتلخيصها في تقاريرها السنوية. تركز فعاليات الرعاية الصحية على كل من الرعاية الصحية الأولية والثانوية في الأراضي الفلسطينية المحتلة بما فيها الزيارات والاستشارات الطبية لمختلف المؤسسات الصحية، إضافة إلى الإقامة في المستشفيات والإدخالات والعمليات الجراحية.

2-6 فعاليات الرعاية الصحية في الضفة الغربية

1-2-6 الرعاية الصحية الأولية

زيارات المرضى للعيادات الخارجية والعيادات العامة

العيادات الحكومية

وفرت الإدارة المدنية أرقاماً سنوية حول زيارات المرضى للعيادات الخارجية في المستشفيات الحكومية في باقي الضفة الغربية لعدة سنوات. وقد بلغ عدد الزيارات المسجلة في باقي الضفة الغربية لعام 1993 أكثر من 146,000 زيارة (لاحظ أن هذا العدد لا يقصد به المرضى). يمكن أن يقوم كل مريض بزيارة أو أكثر سنوياً (CIVAD 1993). توجد أرقام حول أعداد الزيارات السنوية حسب المستشفى في باقي الضفة الغربية. يعرض الجدول 1.6 في الملحق سلسلة زمنية للفترة 1988-1993.

الزيارات الى العيادات الخارجية في باقي الضفة الغربية 1988-1993

1993	1992	1991	1990	1989	1988
146,701	123,024	100,278	93,573	83,189	85,319

المصدر: الإدارة المدنية، التقرير الاحصائي، الخدمات الصحية، الضفة الغربية، سنوات المختلفة.

العيادات التابعة لوكالة الغوث

بلغ عدد اللاجئين المسجلين في الضفة الغربية عام 1993 حوالي 492,000 لاجئ. قدمت وكالة الغوث الدولية لهم أكثر من 708,000 استشارة طبية وأكثر من 200,000 ألف خدمة طبية أخرى، كالحقن واستشارات الاسنان الطبية (UNRWA 1993). يبين الجدول التالي أنه قد تم تسجيل حوالي 135,000 كزيارة أولى، وذلك اما حسب الزيارة الأولى خلال السنة أو الزيارة العشوائية غير المحددة.

فعاليات العيادات الخارجية التابعة لوكالة الغوث في الضفة الغربية 1993

استشارات طبية	منها		خدمات أخرى	منها		استشارات طبية
	حقن	ضمادات		زيارات متكررة	زيارة اولى	
48,670	99,845	60,301	160,146	573,491	135,058	708,549

المصدر: وكالة الغوث، 1993. التقرير السنوي لقسم الصحة.

بلغ معدل عدد الزيارات للوحدات الصحية التابعة لوكالة الغوث عام 1993 حوالي 274 زيارة لكل 1,000 من اللاجئين سجلت كزيارة أولى لتلقي الاستشارة الطبية، أما عدد الزيارات التي سجلت كزيارات متكررة فقد بلغت 1,165 زيارة لكل 1,000 من اللاجئين المسجلين. أما عدد الاستشارات التي قدمتها وكالة الغوث في مجال طب الأسنان فتعادل ما نسبته 10% من مجموع سكان الضفة الغربية. ومع ذلك فإن قدرًا معيناً من هذه النسبة يمثل زيارات متكررة. يحتوي الجدول 2.6 في الملحق على سلسلة زمنية حول الزيارات لمرافق الخدمات التابعة لوكالة الغوث خلال الفترة 1985-1993.

عيادات المنظمات غير الحكومية وعيادات القطاع الخاص

يوجد عدد كبير من العيادات التابعة للمنظمات غير الحكومية والخاصة التي تقدم خدمات الرعاية الصحية الأولية في الضفة الغربية وقطاع غزة. ولا تتوفر بيانات حول فعاليات هذه العيادات على شكل إحصاءات كاملة. يمكن تقدير زيارات كل مريض الى هذه العيادات من دراسات محدودة. يعد تقرير صندوق الأمم المتحدة لرعاية الطفل (اليونيسيف) أحد المصادر التي تقدم بيانات حول الاستشارات الطبية لمختلف العيادات بما فيها عيادات المنظمات غير الحكومية وعيادات القطاع الخاص (UNICEF 1992). ويرجع هذا المصدر إلى مسح حول خدمات الرعاية الصحية المتوفرة في المناطق الريفية في لوائي جنين وطولكرم عام 1990. قامت كلتا الدراستين بتقدير معدل عدد الإستشارات الطبية الشهرية للعيادات بغض النظر عن الجهة المشرفة. يبين الجدول التالي نتائج هاتين الدراستين.

المعدل الشهري الكلي للاستشارات حسب نوع العيادة 1990

طولكرم		جنين		السلطة المشرفة
النسبة	العدد	النسبة	العدد	
36	7,165	29	5,250	الحكومية
35	7,140	12	2,150	وكالة الغوث
21	4,158	36	6,390	المنظمات غير الحكومية
8	1,700	25	4,410	القطاع الخاص
100	20,163	100	18,200	المجموع

المصدر: اليونيسيف، 1992. "وضع الأطفال الفلسطينيين في الضفة الغربية وقطاع غزة" القدس.

يخلص التقرير إلى القول أنه "من حيث عدد المراكز الصحية وحجم العمل، فإن عيادات المنظمات غير الحكومية تسهم إسهاماً جوهرياً في خدمات الرعاية الصحية الأولية في هذه المناطق. وكما يبدو أن هذه الخلاصة تنطبق على بقية المناطق في الضفة الغربية. وعلى ما يبدو أيضاً فإن هذا الوضع ينطبق على العيادات الخاصة على الأقل في لواء جنين.

رعاية الأمومة والطفولة:

نشرت الإدارة المدنية أيضاً أرقاماً حول عدد الزيارات لمراكز رعاية صحة الأم والطفل الحكومية في نفس المصدر المشار إليه سابقاً. على سبيل المثال، ففي عام 1993 بلغ عدد الزيارات لهذه المراكز حوالي 268,000 زيارة في باقي الضفة الغربية (CIVAD 1993)، كذلك تتوفر بيانات حسب اللواء في باقي الضفة الغربية لسنوات سابقة (أنظر الجدول 3.6 في الملحق).

الزيارات الى مراكز رعاية الأمومة والطفولة في باقي الضفة الغربية 1988-1993

1993	1992	1991	1990	1989	1988
267,683	245,228	251,074	223,109	206,006	188,318

المصدر: الإدارة المدنية، التقرير الإحصائي، الخدمات الصحية، الضفة الغربية، سنوات مختلفة.

تعطي الإحصاءات كذلك صورة لحجم الفحوصات الطبية التي يقوم بها الأطباء وعدد زيارات الأم والطفل سواء كانت زيارات أولى أو متكررة. بلغ عدد هذه الزيارات عام 1993 ما مجموعه 10,000 زيارة أولى و38,500 زيارة متكررة في باقي الضفة الغربية (CIVAD 1993). كذلك يعرض جدول 4.6 بيانات إضافية حسب اللواء في باقي الضفة الغربية.

تعتبر رعاية صحة الأم والطفل أحد أهم جوانب برنامج الوقاية الصحية الذي تنفذه وكالة الغوث. كما أعتبرت مراجعة مراكز صحة الأم والطفل خلال فترتي ما قبل وما بعد الولادة من أفضل الفرص لتلقي الأم الحامل والأمهات الحاضنات للاستشارات والإرشادات الطبية فيما يتعلق بالمشاكل الصحية المحددة.

وقعت حوالي 11,400 امرأة حامل في الضفة الغربية تحت الاشراف الطبي في عيادات وكالة الغوث عام 1993، وتم تسجيل حوالي 10,700 حالة ولادة في هذه المنطقة. وحدثت نسبة عالية من حالات الولادة (85%) في مراكز صحة الأم والطفل المتواجدة في المخيمات والمستشفيات، أو العيادات الخاصة، كما هو مبين في الجدول التالي (UNRWA 1993).

	النساء الحوامل تحت الاشراف
11,384	
	رعاية الولادة
10,691	عدد الولادات الكلي المسجل
	نسبة الولادات حسب فئات الولادة
15	في البيت
1	في غرف ولادة المخيم
71	في المستشفى
14	في عيادات خاصة

المصدر: وكالة الغوث، 1993. التقرير السنوي لقسم الصحة.

تشرف وكالة الغوث على الفحوصات الشهرية التي تجرى للأطفال دون السنة وكل شهرين للأطفال فوق السنة ودون السننتين وكل ثلاثة أشهر للأطفال فوق السننتين ودون الثلاث سنوات. وقد بلغ العدد الكلي للأطفال الذين قامت وكالة الغوث بالإشراف عليهم في الضفة الغربية عام 1993 حوالي 33,300 طفلاً، وتقوم الوكالة أيضاً بتوفير الخدمات الوقائية للأطفال كالتطعيم، والاكتشاف المبكر للحالات المرضية، ومراقبة النمو، والتحويل والعلاج، وكذلك يتم فحص جميع الأطفال لاكتشاف حالات فقر الدم أو الأنيميا (UNRWA 1993).

رعاية مرض السكري

تم تسجيل 3,910 إصابة بمرض السكري حتى نهاية عام 1993 في عيادات مرض السكري التابعة لوكالة الغوث في الضفة الغربية. مما يعني أن معدل إنتشار هذا المرض يقارب 795 حالة لكل 100,000 نسمة. إرتفع عدد المصابين بهذا المرض خلال عام 1993 بنسبة 5% مقارنة مع السنة السابقة (UNRWA 1993).

التحصين

نشرت الإدارة المدنية الإسرائيلية إحصاءات سنوية حول التحصينات و المطاعيم المعطاه في باقي الضفة الغربية. تتوفر بيانات حول المطعم الثلاثي (الدفتيريا والسعال الديكي والكزاز) وإلتهاب الكبد (ب) والنكاف والحصبة والحصبة الألمانية ومطاعيم الشلل موزعة حسب جرعات التطعيم واللواء في باقي الضفة الغربية (CIVAD 1993)، (أنظر جدول 5.6 في الملحق).

كما نشرت وزارة الصحة الإسرائيلية ملخصاً حول مدى تغطية التحصين لباقي الضفة الغربية في تقاريرها المختصرة حول الأراضي الفلسطينية المحتلة (IMOH 1994).
يعرض جدول 6.6 في الملحق أرقاماً أوردتها وكالة الغوث حول عدد الرضع الذين أكملوا المطاعيم الأولية الأساسية خلال عام 1993. تقدم هذه الخدمات في مراكز صحة الأم والطفل حيث بلغ معدل التغطية 96% ان لم يكن أكثر من مجموع الرضع المسجلين في الضفة الغربية.

خدمات الصحة المدرسية

توفر وكالة الغوث الخدمات الصحية في مدارس الضفة الغربية، وتتوفر بيانات حول أعداد طلبة المدارس المستفيدين في التقارير السنوية الصادرة عن وكالة الغوث.

6-2-2 الرعاية الصحية الثانوية

رعاية المستشفيات

نشرت الادارة المدنية عدداً كبيراً من المقاييس والمؤشرات حول الرعاية في المستشفيات الحكومية وغير الحكومية ضمن تقاريرها السنوية (CIVAD Various years). يحتوي الملحق على جداول حول فعاليات المستشفيات للفترة 1972 - 1993.
تستعرض التقارير السنوية مؤشرات مختارة من الرعاية في المستشفيات، كما تحتوي (وباستخدام نفس المصادر الأولية) تقارير وزارة الصحة الإسرائيلية ملخصات لهذه المؤشرات، وفيما يلي عرض لبعض البيانات المستقاه من هذا تقرير عام 1993 (IMOH 1994). يبين جدول 7.6 في الملحق سلسلة زمنية قصيرة للفترة 1989 - 1993.

مؤشرات مختارة من رعاية المستشفيات في باقي الضفة الغربية * 1993

97,678	الادخالات
89	الادخالات لكل 1,000 من السكان
304,967	أيام الرعاية**
277	أيام الرعاية لكل 1,000 من السكان
3.2	معدلات الإقامة في المستشفى
24,667	العمليات الجراحية
22	معدل الاشغال (%)

* تشمل المستشفيات الحكومية وغير الحكومية ومستشفيات الولادة الخاصة ومستشفيات التأهيل.

** أيام الإقامة في المستشفيات النفسية غير مشمولة.

المصدر: وزارة الصحة الاسرائيلية، 1994. الصحة في الضفة الغربية وقطاع غزة، 1967-1994.

يوفر جدول 8.6 في الملحق بيانات ادخالات المرضى واخراجاتهم من المستشفيات في باقي الضفة الغربية خلال الفترة 1972-1993 وذلك حسب المصادر الإسرائيلية، حيث بلغ عدد المرضى المقيمين (الادخالات) عام 1993 حوالي 68,800 مريضاً في المستشفيات الحكومية وحوالي 26,200 مريض في المستشفيات غير الحكومية. يتساوى بطبيعة الحال عدد المرضى المغادرين مع عدد المرضى المقيمين وذلك بسبب ثبات عدد الأسرة العام تقريباً (ICBS 1993).

تعرض نفس المصادر أحد المؤشرات الأخرى ألا وهو عدد أيام الإقامة في المستشفيات، حيث يبين الجدول 9.6 سلسلة زمنية للفترة 1972-1993. بلغ عدد أيام الإقامة في المستشفيات عام 1993 حسب المصدر الإسرائيلي ما مجموعه 419,000 يوماً (بما فيها خدمات الصحة النفسية)، منها 298,000 يوماً في المستشفيات الحكومية و 121,000 يوماً في المستشفيات غير الحكومية بما فيها التابعة لوكالة الغوث (ICBS 1993).

يلاحظ أن الفرق الذي يظهر عند مقارنة البيانات التي يوردها كل من مكتب الإحصاء المركزي الإسرائيلي ومركز البحث والتخطيط الصحي حول عدد أيام الإقامة في المستشفيات طفيف جداً (أنظر الجدول في الملحق). بلغ عدد هذه الأيام حسب المصدر الإسرائيلي ما مجموعه 105,000 يوم للمستشفيات غير الحكومية (باستثناء المستشفى التابع لوكالة الغوث) في باقي الضفة الغربية مقارنة بما مجموعه 116,188 يوماً حسب ما أورده تقرير مركز البحث والتخطيط الصحي.

يورد المصدر الإسرائيلي عدد العمليات الجراحية التي تم إجراؤها في مستشفيات باقي الضفة الغربية، ويعني ذلك وجوب الحذر من وجود نقص في تقدير فعاليات المستشفيات غير الحكومية. يصف جدول 10.6 في الملحق سلسلة زمنية للفترة 1982 - 1993. وتفيد بيانات عام 1993 بأن العدد الكلي للعمليات الجراحية قد بلغ 24,500 عملية (ICBS 1993).

يعرض تقرير مركز البحث والتخطيط الصحي عام 1994 إحصاءات المستشفيات في الضفة الغربية المتعلقة بالإدخالات وأيام الإقامة، ومعدل فترة الإقامة، ومعدل الإشغال، حيث أن هذه البيانات موزعة حسب نوع المستشفى (عام، وتخصصي، ونفسي) وحسب السلطة المشرفة. يعرض الجدول التالي أرقاماً حول فعاليات هذه المستشفيات خلال عام 1993. يجدر الملاحظة أن البيانات حول الإدخالات، تعتمد على تسجيل عدد المرات التي يتم فيها إدخال المريض إلى المستشفى وعلى عدد المرضى المدخلين، مما يعني أن مريضاً واحداً قد يسجل أكثر من مرة في السنة. كما يلاحظ أيضاً أن معدل فترة الإقامة نموذجي جداً وأن أعلى معدل قد سجل في المستشفيات النفسية. توفر الجداول 13.6-15.6 في الملحق مزيداً من المعلومات حول مقدمي الرعاية الطبية في المستشفيات.

عدد الادخالات وأيام الإقامة ومعدل الإقامة في المستشفيات في الضفة الغربية حسب نوع المستشفى 1993

نوع المستشفى	الادخالات	أيام الإقامة في المستشفى	معدل الإقامة في المستشفى
عام	114,814	378,402	3.3
اختصاص	12,278	83,835	6.8
نفسي	525	117,752	224.3

المصدر: مركز البحث والتخطيط الصحي، 1994. الخدمات الصحية الفلسطينية في الضفة الغربية وقطاع غزة، حقائق وأرقام.

الرعاية في مستشفيات القدس الشرقية

يحتوي كتاب الإحصاء السنوي للقدس (معهد القدس للدراسات الإسرائيلية) على بيانات حول فعاليات المستشفيات في القدس الشرقية. وفر هذا الكتاب بيانات عن كل مستشفى تشمل عدد الأسرة والإدخالات والآخرجات وأيام الإقامة وغيرها (The Jerusalem Institute for Israel Studies 1992)، (أنظر جدول 11.6 في الملحق).

يحتوي مصدر آخر صادر عن مركز البحث والتخطيط الصحي عام 1993 على بيانات حول فعاليات مستشفيات المنظمات غير الحكومية في القدس الشرقية حيث تتوفر بيانات عن جميع المستشفيات (أنظر جدول 12.6 في الملحق).

مؤشرات استخدام المستشفيات التابعة للمنظمات غير الحكومية في شرقي القدس 1992

المستشفى	عدد الإدخالات	معدل الإقامة في	أيام الإقامة	معدل اشغال السرير %
المقاصد	14,351	5	71,755	78.6
المطلع	12,074	3.6	43,466	85.6
ماريوسف	2,743	5.6	15,360	57.6
العيون	4,537	4.6	20,900	69.7

المصدر: مركز البحث والتخطيط الصحي، 1993. حقائق وأرقام حول الخدمات الصحية الفلسطينية.

وكالة الغوث

وفرت وكالة الغوث للاجئين الفلسطينيين أسرة في المستشفيات الحكومية وغير الحكومية عام 1993 عن طريق اتفاق أبرم بين وكالة الغوث وكل من المستشفيات الحكومية والمستشفيات التابعة للمنظمات غير الحكومية. تم إدخال ما مجموعه 16,400 مريضاً، كما وتم تسجيل حوالي 69,700 يوم ترميضي خلال هذه السنة، وبلغ معدل إشغال الأسرة اليومي 90.9%، كما بلغ معدل الإقامة 4.3 يوماً. وقامت وكالة الغوث أيضاً بإعانة ما مجموعه 500 مريضاً من خلال برامجها الإضافية. وتدير أيضاً وحدة صغيرة للأمومة تحتوي على ثلاثة أسرة قدمت خدماتها إلى 100 مريض خلال عام 1993 (UNRWA 1993).

نشاطات بنوك الدم

نشرت الإدارة المدنية الإسرائيلية بيانات في تقاريرها الإحصائية السنوية حول فعاليات بنوك الدم التابعة للمستشفيات الحكومية في باقي الضفة الغربية. تحتوي هذه البيانات على أرقام أعداد المتبرعين، ووحدات الدم الواردة ووحدات الدم المستهلكة وعدد الفحوصات على عينات الدم (CIVAD 1993). يحتوي الجدول 13.6 في الملحق على معلومات لعامي 1985، 1993 حسب اللواء في باقي الضفة الغربية.

3-6 فعاليات الرعاية الصحية في قطاع غزة

1-3-6 الرعاية الصحية الأولية

العيادات

نشرت وزارة الصحة الإسرائيلية بيانات حول فعاليات الرعاية الصحية الأولية الحكومية في قطاع غزة في تقاريرها السنوية الخاصة بالأراضي الفلسطينية المحتلة. تحتوي هذه التقارير على معلومات عن نشاطات مراكز صحة الأم والطفل، والعيادات (IMO 1994). يشتمل الجدول 14.6 في الملحق على عرض شامل لفعاليات الرعاية الصحية الحكومية للفترة 1988-1993 (IMO 1994).

فعاليات مختارة للرعاية الصحية الأولية في العيادات الحكومية في قطاع غزة 1993

773,476	زيارات العيادات، منها:
682,226	زيارات أطباء عامين
46,914	زيارات أخصائيي الجلد
15,952	زيارات أخصائيي الباطني
28,384	زيارات أخرى

المصدر: وزارة الصحة الاسرائيلية، 1994. الصحة في الضفة الغربية وقطاع غزة، 1967-1994.

بلغ عدد اللاجئين المسجلين في قطاع غزة عام 1993 حوالي 625,000 لاجئ. قدمت وكالة الغوث 1.2 مليون إستشارة طبية وأكثر من 870,000 خدمة طبية أخرى لهؤلاء اللاجئين، مثل توفير الحقن والإستشارات في مجال علاج الأسنان (UNRWA 1993).

فعاليات العيادات الخارجية التابعة لوكالة الغوث في قطاع غزة 1993

الاستشارات الطبية	منها		خدمات أخرى	منها		الاستشارات الطبية
	حقن	ضمادات		زيارات اولى زيارات متكررة	زيارات اولى زيارات متكررة	
1190,699	550,181	248,855	799,036	941,267	249,432	73,586

المصدر: وكالة الغوث، 1993. التقرير السنوي لقسم الصحة.

بلغ عدد الزيارات (الأولى أو المتكررة) للوحدات الصحية التابعة لوكالة الغوث من أجل الحصول على الإستشارة الطبية عام 1993 حوالي 1,900 زيارة لكل 1,000 من اللاجئين المسجلين (UNRWA 1993).

وبلغ عدد الإستشارات التي قدمتها الوكالة الخاصة بعلاج الأسنان ما نسبته 12% من مجموع سكان قطاع غزة. وعلى أية حال فإن هناك نسبة لا بأس بها عبارة عن زيارات متكررة (UNRWA 1993). يعرض الجدول 2.6 في الملحق سلسلة زمنية حول الزيارات للعيادات العامة التابعة لوكالة الغوث للفترة 1985 - 1993.

رعاية صحة الأم والطفل

تفيد بيانات فعاليات مراكز صحة الأم والطفل في قطاع غزة المستقاه من مصادر وزارة الصحة الإسرائيلية أن عدد الزيارات لهذه المراكز قد بلغ خلال عام 1993 حوالي 735,000 زيارة (أنظر أدناه). يقدم جدول 14.6 في الملحق عرضاً شاملاً لفعاليات هذه المراكز للفترة ما بين 1988 - 1993 (IMOH 1993).

فعاليات مختارة للرعاية الصحية الأولية في مراكز الأمومة والطفولة الحكومية في قطاع غزة 1993

735,730	زيارات مراكز الأمومة والطفولة، منها
17,892	مواليد جدد
90,666	مطاعيم (الأطفال 0-3 سنوات)
15,215	الأطفال الرضع الأصحاء المعانين من إحصائي الأطفال
560,173	الزيارات الى إحصائي الأطفال
51,784	زيارات النساء الحوامل قبل الولادة

المصدر: وزارة الصحة الإسرائيلية، 1994. الصحة في الضفة الغربية وقطاع غزة، 1967-1994.

تعتبر رعاية الأمومة والطفولة إحدى أهم مكونات برنامج الوقاية الصحية للاجئين الفلسطينيين الذي تتفذه وكالة الغوث. كما تعتبر مراجعة مراكز صحة الأم والطفل خلال فترتي ما قبل وما بعد الولادة أفضل الفرص لتلقي الأم الحامل والأمهات الحاضنات للاستشارات الطبية المتعلقة بالمشاكل الصحية المحددة خضعت حوالي 29,600 امرأة حامل للإشراف الصحي عام 1993 في عيادات وكالة الغوث في قطاع غزة. وتم تسجيل ما مجموعه 24,800 حالة ولادة جديدة حيث كانت نسبة عالية من حالات الولادة (92%) في قطاع غزة في مراكز صحة الأم والطفل المتواجدة في المخيمات أو في المستشفيات أو في عيادات خاصة كما يظهر في الجدول التالي (UNRWA 1993).

تجري وكالة الغوث فحوصات مراقبة شهرية للأطفال دون السنة من العمر وكل شهرين للأطفال فوق السنة ودون السنتين، وكل ثلاثة أشهر للأطفال فوق السنتين ودون الثلاث سنوات، حيث بلغ العدد الكلي للأطفال الذين قامت الوكالة بالإشراف عليهم في قطاع غزة عام 1993 حوالي 77,800 طفلاً، توفر الوكالة أيضاً الخدمات الوقائية للأطفال كالتطعيم، والإكتشاف المبكر للحالات المرضية، و مراقبة النمو، والتحويل والعلاج، كما يتم فحص جميع الأطفال لاكتشاف حالات فقر الدم أو الأنيميا (UNRWA) 1993.

رعاية صحة الأم في قطاع غزة التي تقدمها وكالة الغوث 1993

	الرعاية خلال فترة الحمل
29,568	النساء الحوامل تحت الاشراف
	الرعاية خلال الولادة
24,815	العدد الكلي للمواليد المسجلين
	نسبة المواليد (%) حسب مكان الولادة
8	في البيت
31	في غرفة الولادة في المخيم
30	في المستشفى
31	في عيادات خاصة

المصدر: وكالة الغوث، 1993. التقرير السنوي لقسم الصحة.

التحصين

نشرت وزارة الصحة الإسرائيلية إحصاءات حول وضوح التحصين في قطاع غزة (IMOH 1994) يعرض الجدول 6.6 في الملحق أرقاماً أوردتها وكالة الغوث حول عدد الرضع الذين أكملوا المطاعيم الأساسية الأولية خلال عام 1993. تم تقديم هذه الخدمات في عيادات الأمومة والطفولة حيث بلغ معدل التغطية 90% أو أكثر من مجموع الرضع المسجلين في قطاع غزة (UNRWA 1993).

خدمات الصحة المدرسية

توفر وكالة الغوث خدمات صحية في مدارس قطاع غزة التابعة لها، وتتوفر بيانات حول أعداد طلبة المدارس المستفيدين في تقارير الوكالة السنوية.

6-3-2 الرعاية الصحية الثانوية

رعاية المستشفيات

قام مكتب الإحصاء المركزي الإسرائيلي بنشر بيانات حول ادخالات واخراجات المرضى من المستشفيات في قطاع غزة. يعرض الجدول 15.6 في الملحق أرقاماً حول الفترة 1973-1993. وعند إلقاء نظرة على بيانات أحدث سنوات السلسلة وهي عام 1993، يظهر أن مجموع المرضى الذين أدخلوا إلى المستشفيات الحكومية حوالي 93,900 مريضاً، وفي المقابل بلغ عددهم في المستشفيات غير الحكومية 7,400 مريضاً (ICBS 1993).

ويبين نفس المصدر أحد المؤشرات الأخرى ألا وهو عدد أيام الإقامة في المستشفى، حيث يعرض الجدول 16.6 في الملحق سلسلة زمنية (بالرغم من كونها غير مكتملة) للفترة 1982 - 1993. بلغ عدد أيام الإقامة في المستشفيات عام 1993 حسب المصدر الإسرائيلي ما مجموعه 342,000 يوماً، منها 319,000 يوماً في المستشفيات الحكومية 23,000 في المستشفيات غير الحكومية (ICBS 1993).
يورد المصدر الإسرائيلي نفسه عدد العمليات الجراحية التي تم إجراؤها في مستشفيات قطاع غزة، ويعرض الجدول 17.6 في الملحق سلسلة زمنية للفترة 1982-1993، وتفيد بيانات عام 1993 بأن عدد العمليات الجراحية قد بلغ 30,800 عملية (ICBS 1993).
يعرض تقرير مركز البحث والتخطيط الصحي عام 1994 إحصاءات حول مستشفيات قطاع غزة المتعلقة بالإدخالات وأيام الإقامة، و معدل فترة الإقامة، ومعدل الإشغال. وقد تم توزيع البيانات حسب نوع المستشفى (عام، أو تخصصي، أو نفسي) وحسب السلطة المشرفة. وفيما يلي عرض لبعض الأرقام حول فعاليت هذه المستشفيات خلال عام 1993. يجدر الملاحظة أن البيانات حول الإدخالات تعتمد على تسجيل عدد المرات التي يتم فيها إدخال المريض إلى المستشفى ولا يقصد بها عدد المرضى المدخلين أنفسهم، مما يعني أن مريضاً واحداً قد يسجل أكثر من مرة في السنة. لاحظ كذلك أن معدل فترة الإقامة نموذجي جداً وأن أعلى معدل سجل في المستشفيات النفسية (PRC 1994). تعرض الجداول 13.5-15.5 في الملحق المزيد من المعلومات حول مقدمي الرعاية الصحية في المستشفيات.

عدد الإدخالات، أيام الإقامة ومعدل الإقامة في المستشفى في قطاع غزة حسب نوع المستشفى 1993

نوع المستشفى	الإدخالات	أيام الإقامة	معدل الإقامة	معدل الإشغال
عام	51,572	189,121	3.6	77.1
اختصاص	9,875	35,742	3.6	69.9
نفسية	507	8,517	16.8	68.6

المصدر: مركز البحث والتخطيط الصحي، 1994. الخدمات الصحية الفلسطينية في الضفة الغربية وقطاع غزة، حقائق وأرقام.

إضافة لما سبق، يمكن الإشارة إلى أن وكالة الغوث وفرت عام 1993 عدداً من الأسر للاجئين الفلسطينيين في مستشفى عام واحد عن طريق اتفاق تم توقيعه بين وكالة الغوث وإدارة المستشفيات. بلغ عدد المرضى المدخلين في ذلك العام 4,100 أما عدد أيام الإقامة فقد بلغ 18,200 يوم، وبلغ معدل إشغال الأسر اليومية حوالي 99.6%، بينما بلغ معدل أيام الإقامة 4.4 يوماً. كذلك قامت وكالة الغوث بإعانة 2,700 مريضاً من خلال برامجها الإضافية. وتدير وكالة الغوث، وحدات للأمومة تحتوي على 60 سريراً، قدمت خدماتها لحوالي 7,700 مريضاً خلال عام 1993 (UNRWA 1993).

الفصل السابع

الظروف الصحية والأمراض المنتشرة بين السكان

7-1 لمحة موجزة

رغم المشاكل الكبيرة الموجودة في البيانات المتوفرة حول الأوضاع الصحية في الضفة الغربية وقطاع غزة، إلا أن هناك إجماعاً كبيراً من المهتمين حول الخطوط العريضة الخاصة بها. وهناك اعتقاد مفاده أن توقع البقاء على قيد الحياة ووفيات الرضع وطرق انتشار المرض في الأراضي الفلسطينية المحتلة تشبه إلى حد ما تلك السائدة في الدول النامية ذات الدخل المتوسط الأدنى. يتراوح معدل وفيات الرضع ما بين 40-45 رضيع لكل ألف مولود حي، وتوقع البقاء على قيد الحياة عند الولادة بين 65-66 سنة (World Bank 1993). تمت السيطرة على الأمراض المعدية في مرحلة الطفولة كالنكاف والسعال الديكي، والكزاز والحصبة، وشلل الأطفال إلى حد كبير بإتباع برنامج تحصين جيد للأطفال، أما الأمراض المعدية (أمراض المعدة والأمعاء معاً)، وعدوى الجهاز التنفسي فلا زالت تشكل مشاكل رئيسية في قطاع غزة فقط، حيث أن هناك نسبة مرتفعة من أمراض الجهاز التنفسي والأمراض الجلدية المعدية المنتشرة بين سكان مخيمات اللاجئين نتيجة الاكتظاظ السكاني والافتقار إلى النظافة البيئية. تعتبر المواد الغذائية كافية وجيدة من حيث الكمية والتوزيع السليم. ويذكر أن الغذاء الاعتيادي غني بالبروتينات والألياف إلا أنه يفتقر إلى المنتجات الحيوانية وبعض المواد الغذائية وخاصة الحديد، وتكاد حالات سوء التغذية المتوسطة والخطيرة أن تكون معدومة. سجلت الضفة الغربية معدلات بإنتشار أمراض القلب والشرابيين وإرتفاع ضغط الدم والسكري والسرطان وتشبه المعدلات الموجودة في الدول الصناعية. ومع ذلك فإن الكثير من سكان الأراضي الفلسطينية المحتلة غير راضين عن الخدمات الصحية المتوفرة من حيث نوعيتها ومدى إمكانية الحصول عليها. ان عدم الرضا عن الخدمات الصحية نابع أساساً عن الفروقات بين نوعية الخدمات الموجودة في الأراضي الفلسطينية المحتلة وتلك المتوفرة في إسرائيل.

7-2 الوضع الصحي في الأراضي الفلسطينية المحتلة

الحالة المرضية العامة

تم تقييم الوضع الصحي في المسح الذي أجرته المؤسسة النرويجية (FAFO) عام 1992 حول الظروف المعيشية لسكان الأراضي الفلسطينية المحتلة باستخدام "مقياس الإدراك الذاتي للمرض". أشار المسح إلى أن 30% من السكان أفادوا بأنهم عانوا من أمراض أو إصابات أثناء الشهر الماضي، وقد أعيق 80% من هؤلاء المرضى من تأدية واجباتهم الاعتيادية، و30% منهم عانوا من أمراض مزمنة أو إعاقات طويلة الأمد، ومن الجدير بالذكر أن نسبة "الإدراك الذاتي للمرض" بين سكان قطاع غزة كانت أقل منها في باقي الضفة الغربية والقدس. وقد جعل هذه الدراسة تتجه لوضع فرضية مفادها "أن معايير الإصابة بالمرض لدى سكان قطاع غزة أعلى من تلك السائدة بين سكان باقي الضفة الغربية والقدس الشرقية. Giacaman et al. (1993) ومع أنه يصعب تفسير الدراسات المتعلقة بالإدراك الذاتي للمرض أو مقارنتها بين الدول بسبب

محدودية قيمتها الا انه من الجدير بالذكر أن 99% من الذين أبلغوا عن إصابتهم بمرض ما، لجأوا إلى نوع من الاستشارة الطبية وحوالي 90% منهم ذهبوا إلى الطبيب، وهذا يشير إلى أن الخدمات الصحية في متناول اليد (لم يتم بعد وضع أي تقديرات حول نوعية الخدمات الطبية المقدمة).

لا يوجد متسع في هذا التقرير لتقييم كافة الدراسات الأولية التي أجريت خلال العقود الأخيرة حول الوضع الصحي في الأراضي الفلسطينية المحتلة، ومع ذلك فقد تم استعراض موجز للنتائج الهامة في هذا المجال في بعض التقارير. ومن أهم هذه الدراسات التقرير الذي أعد حول مؤتمر الأمم المتحدة للتجارة والتنمية (Giacaman 1993) وينصح بالرجوع اليه للحصول على مزيد من المعلومات في هذا المجال.

الوضع الصحي للاجئين الفلسطينيين المسجلين :

ورد في أحد تقارير وكالة الغوث (UNRWA 1993) أن انتشار الأمراض الوبائية والوفيات الناجمة عنها بين اللاجئين الفلسطينيين في الوقت الحاضر يشبه الوضع السائد في المجتمعات التي تمر بمرحلة إنتقالية من مرحلة النمو إلى التطور، ويعني ذلك وجود ظروف من كلا المرحلتين (UNRWA 1993). أصبحت الأمراض السارية التي يمكن ضبطها عن طريق التحصين وأمراض سوء التغذية في الأراضي الفلسطينية المحتلة منقرضة، أما الحالة المرضية الناتجة عن الأمراض غير السارية فهي مرتبطة بنمط الحياة، ومن الأمثلة عليها مرض السكري، وأمراض القلب والشرابين، والسرطان الآخذ في التزايد من ناحية. ومن ناحية أخرى لا تزال معدلات المواليد بين اللاجئين مرتفعة وكذلك الفترات الفاصلة بين المواليد قصيرة، أما الأمراض المعدية التي تنتقل من خلال البيئة كالإسهال، والطفيليات المعوية، فهي منتشرة بشكل كبير، حيث أن أكثر من 50% من الأطفال دون سن الدراسة والنساء اللواتي في سن الإنجاب يعانون من فقر الدم. كذلك تعتبر الخدمات المقدمة في مجال تنظيم النسل والصحة العقلية محدودة جداً وذات تأثير طفيف. أما توفر الرعاية الصحية الثانوية وتحديداً في قطاع غزة فهي تعاني من نقص حاد وكذلك فان صحة البيئة في مخيمات اللاجئين في قطاع غزة والضفة الغربية تعتبر فقيرة جداً.

أثار الإحتلال على الظروف الصحية

الإصابات الجسدية

شهدت الأراضي الفلسطينية المحتلة منذ اندلاع الإنتفاضة في أواخر عام 1987 ظروفاً مشابهة لحالة الحرب وتعرضت للقمع المتواصل والشائك، وترتب على هذا تأثيرات معينة على الأوضاع الصحية في الأراضي المحتلة.

فمنذ بداية الإنتفاضة أصيب 100,000 شخص على الأقل على يد جنود الإحتلال، استشهد منهم أكثر من 1000 شخص (UNRWA 1993)، وجراح 10% من المصابين تتطلب عناية طبية داخل المستشفى، بينما غادر المستشفيات أكثر من 1,500 مصاب يعانون من إعاقات دائمة. وشكل الأطفال دون سن 15 سنة ثلث عدد الجرحى ونسبة مشابهة تقريباً من الشهداء (UNICEF 1992) نتيجة اعتداءات جنود الإحتلال.

ورد في تقرير وكالة الغوث (1993) أرقام حول حالات الاستشهاد والإصابات التي حدثت في الضفة الغربية وقطاع غزة أثناء الإنتفاضة. وكما يوضح الجدول التالي فإن حالات الاستشهاد في قطاع غزة عام

1993 كانت أعلى مما كانت عليه في السنوات السابقة بينما إنخفض عدد الشهداء في نفس العام في الضفة الغربية عما كان عليه في السنة السابقة 1992 وبقي عدد الجرحى في قطاع غزة كبيراً.

* الاصابات في الارض المحتلة 1988 - 1993

قطاع غزة		الضفة الغربية		السنة
شهداء	جرحى	شهداء	جرحى	
106	12,730	292	4,719	1988
128	20,873	217	6,021	1989
51	16,214	127	3,515	1990
26	6,331	90	1,754	1991
59	3,762	88	721	1992
133	3,894	64	357	1993

* ملاحظات:

1. هذه الأرقام هي المسجلة أو المعروفة لدى وكالة الغوث، ولا يجب أن تعامل كأرقام شاملة.
 2. أرقام الشهداء لا تشمل القتلى الذين كانوا يتعاملون مع سلطات الإحتلال.
 3. أرقام 1988 تشمل الاصابات المسجلة خلال كانون أول 1987.
- المصدر: وكالة الغوث، 1993. التقرير السنوي لقسم الصحة.

الآثار العقلية والاجتماعية

تأثرت نسبة عالية جداً من السكان عقلياً وإجتماعياً بسبب حالة الحرب والإحتلال عدا عن الخسائر الجسدية، وقد أشارت عدة دراسات إلى حالات القمع التي يمارسها الإحتلال. ومن هذه الدراسات دراسة أجراها مشروع غزة للصحة العقلية على 1,500 طفل في غزة أظهرت أن 95% منهم تعرضوا للغاز المسيل للدموع، وان قوات الإحتلال داهمت منازل 97% من هؤلاء الأطفال، وأن 11% تعرضوا للاعتقال (Al-Sarraj 1993) وقد بين المسح الذي أجرته المؤسسة النرويجية للعلوم الاجتماعية التطبيقية (FAFO) أن 30% من مجموع الأسر في القطاع تعرض أحد أفرادها للاعتقال، بينما أشار مسح آخر بين الشباب في سن المراهقة في الضفة الغربية إلى أن 59% من مجموع الأسر تعرض أحد أفرادها لإطلاق النار، و44% من نفس هؤلاء الشباب تعرضوا لإطلاق النار (Awad 1991).

تثير قضية الأثر العقلي والنفسي للاحتلال على السكان في الأراضي الفلسطينية المحتلة كثيراً من الجدل، وقد بين مسح المؤسسة النرويجية (FAFO) أن سكان قطاع غزة بشكل عام أقل إضطراباً وأكثر تفاؤلاً في الحياة من سكان باقي الضفة الغربية الذين أجريت عليهم الدراسة (Giacaman et al. (1993). كان لبعض الدراسات الأخرى وجهات نظر مغايرة، فمثلاً أجريت منظمة الصحة العالمية (WHO) دراسة أشارت نتائجها إلى أن هناك تزايداً ملحوظاً للاضطراب العقلي نتيجة الأزمات السياسية والإقتصادية (WHO 1992).

3-7 الحالة المرضية ووفيات الرضع والأطفال حسب السبب

لا تتوفر أرقام دقيقة حول معدل وفيات الرضع والأطفال في باقي الضفة الغربية وقطاع غزة. وقد قامت وزارة الصحة الإسرائيلية بنشر أرقام سنوية حول عدد الوفيات المسجلة للرضع لجميع المواليد الأحياء. ومع ذلك فإن نسبة عدم الإبلاغ عن وفيات الرضع غير معروفة. يبين الجدول التالي العدد الرسمي لمعدلات وفيات الرضع المسجلة في الفترة 1975 - 1993، ويعرف معدل وفيات الرضع بأنه: وفيات الرضع الذين تتراوح أعمارهم بين (0 - 12 شهر) لكل 1000 ألف مولود حي.

معدلات وفيات الرضع المسجلة في باقي الضفة الغربية وقطاع غزة 1975-1993

1993	1992	1991	1990	1985	1980	1975	المنطقة
21.4	21.2	18.9	22.0	25.1	28.3	38.1	باقي الضفة الغربية
31.9	32.1	-	26.1	33.4	43.0	69.3	قطاع غزة

المصدر: وزارة الصحة الإسرائيلية. الصحة في الضفة الغربية وقطاع غزة، سنوات مختلفة.

خلصت المصادر المستقلة إلى القول أن الأرقام الإسرائيلية المتعلقة بمعدل وفيات الرضع في الأراضي المحتلة أقل مما هو عليه من الواقع بكثير. وأحد الأسباب في هذا، أن نسبة عالية من المواليد (25% - 30%) حسب مصادر وزارة الصحة الإسرائيلية تحدث داخل البيوت، ولهذا فإنه لا يتم الإبلاغ عن بعض الوفيات التي تحدث في الأسابيع الأولى بعد الولادة. يحتوى الجزء 4-4 على مزيد من المعلومات حول معدلات وفيات الرضع. تحتوي التقارير الإحصائية السنوية الصادرة عن الإدارة المدنية على أسباب وفيات الرضع المسجلة، وفيما يلي أكثر الأسباب التي أدت إلى وفاة 417 رضيع و 497 رضيعاً في باقي الضفة الغربية كما ورد في تقرير عام 1993.

الأسباب الرئيسية لوفيات الرضع % من مجموع الوفيات المسجلة في باقي الضفة الغربية 1993

المجموع	إناث	ذكور	سبب الوفاة (التصنيف العالمي للأمراض)
27.6	24.7	30.9	ظروف محددة ناجمة عن فترة ما قبل الولادة (760-779)
22.0	25.2	18.2	الأمراض الأخرى للجهاز التنفسي (446، 480، 519)
11.8	12.5	11.0	الأمراض البكتيرية الأخرى (020-041)
11.7	13.1	10.1	التشوهات الخلقية (740-759)
26.9	24.5	29.7	أسباب أخرى

المصدر: الإدارة المدنية، 1993. التقرير الإحصائي، الخدمات الصحية، الضفة الغربية.

وقد أجرت وزارة الصحة الإسرائيلية حسابات على معدل وفيات الأطفال (1-5) سنوات حسب السبب (IMOH 1994). وفيما يتعلق بعام 1993، فقد تبين أن أمراض الجهاز التنفسي كانت أكثر الأمراض التي أدت إلى حدوث وفيات بين الأطفال، تتبعها الحوادث في المرتبة الثانية (انظر الجدول أدناه). يحتوي الجدول 1.7 على سلسلة زمنية للفترة من عام 1988-1993، حيث يتضح أن هناك اتجاهًا متزايدًا في الوفيات. ولكن يجب أخذ عيوب التسجيل والنقص بعين الاعتبار.

معدلات وفيات الأطفال (1-5 سنوات) // 10,000 من السكان حسب السبب في باقى الضفة الغربية 1993

سبب الوفاة	1/10,000
أمراض الجهاز التنفسي	3.4
الحوادث	3.2
التشوهات الخلقية	1.7
الاسهال	0.5
جميع الأسباب	13.7

المصدر: وزارة الصحة الاسرائيلية، 1994. الصحة في الضفة الغربية وغزة، 1967-1994.

تقوم وكالة الغوث بنشر أرقام حول مواليد ووفيات الرضع المتعلقة باللاجئين المسجلين من السكان، ويظهر أن هناك انخفاضاً ثابتاً في معدل وفيات الرضع (UNRWA 1993). وبنفس الأهمية فإن هناك انخفاضاً في الوفيات الناتجة عن أمراض الإسهالات في السنوات الأخيرة، بينما لا تزال نسبة الوفيات الناجمة عن أمراض عدوى الجهاز التنفسي الحادة ثابتة، حيث تشكل 20% من أسباب وفيات الرضع. وكذلك فإن نسبة وفيات الرضع في فترة الولادة الأولى أي (في الشهر الأول من حياة الطفل) لا تزال قائمة هي الأخرى. وتعزى هذه الوفيات لأمراض خلقية وأسباب تتعلق بالفترة قبل الولادة. وبالإضافة إلى هذا فإن تقرير وكالة الغوث لعام 1993 يعرض أرقاماً تظهر انتشار تخلف النمو بين الأطفال الذين تقل أعمارهم عن ثلاث سنوات. وفي الضفة الغربية يتراوح المستوى ما بين 0.5%-1.7% لجميع الأطفال، أما قطاع غزة فتتراوح النسبة ما بين 1.6% - 3.7%.

4-7 الأمراض السارية

إعتبرات عامة

تعتبر الأمراض السارية التي تمت مكافحتها عن طريق برامج التطعيم العامة في الأراضي الفلسطينية المحتلة مهمة حسب المصادر الاسرائيلية والمنظمات الدولية، حيث تم القضاء نهائياً على أمراض الدفتيريا والسعال الديكي والجزار وشلل الأطفال (UNICEF 1992) تظهر كذلك سجلات وكالة الغوث لعام 1993 ان اقل من حالة واحدة لكل مئة ألف من السكان تعرضت للإصابة بأمراض التهاب السحايا، أو السعال الديكي، أو الحمى القرمزية، أو الترافوما (الحنثار)، أو ما يشابهه حمى التيفوئيد (UNRWA 1993). لم تظهر أي حالة من شلل الأطفال منذ عام 1988، وقد أعلنت منظمة الصحة العالمية أن المنطقة خالية من شلل

الأطفال، حيث لم تظهر أي حالة منذ عام 1988 (IMOH 1992). ويعود سبب السيطرة على هذه الأمراض إلى وجود برنامج تحصين جيد وفعال يغطي تقريباً ما نسبته 100% من السكان (أنظر التفاصيل أدناه). ومن ناحية أخرى فإن مرض الحمى المالطية يعتبر مرضاً مستوطناً في الضفة الغربية، أما أمراض النكاف والجدي والديزنتاريا فهي إلى حد ما شائعة في كل من الضفة الغربية وقطاع غزة. ولا تزال الأمراض الوبائية كالتهاب الكبد الفيروسي، والتيفوئيد، والحمى المالطية، والتهاب السحايا منتشرة (UNRWA 1993).

أما بالنسبة لمرض الإيدز الناتج عن الإصابة بالفيروس المؤدي إلى نقص المناعة عند الإنسان (HIV) فلا يعد حتى اللحظة مشكلة مرضية في الأراضي الفلسطينية المحتلة بالرغم من إكتشاف عدة حالات في الضفة الغربية (LindahL 1993).

تنتشر الإحصاءات حول الأمراض السارية في باقي الضفة الغربية سنوياً في التقارير الإحصائية الصادرة عن الإدارة المدنية. وتتوفر البيانات في جدول يحتوي على الأمراض السارية المسجلة، مفصلة حسب نوع المرض، والعمر، والجنس. وتعتبر الأمراض التالية أكثر الأمراض السارية شيوعاً عام 1993 (أنظر الجدول أدناه). يحتوي جدول 2.7 على سلسلة زمنية (1980-1993) يبين إجمالي عدد الحالات المصابة بأكثر الأمراض السارية شيوعاً في باقي الضفة الغربية.

عدد حالات الأمراض السارية الأكثر انتشاراً في باقي الضفة الغربية 1993

المرض	ذكور	اناث	المجموع
التهاب الكبد الفيروسي أ	1,112	847	1,959
الجدي	626	532	1,158
الحصبة الألمانية	595	375	970
الحصبة	246	283	529
الحمى المالطية	166	200	366
النكاف	174	135	309

المصدر: الإدارة المدنية، 1993. التقرير الإحصائي، الخدمات الصحية، الضفة الغربية.

التزمت وكالة الغوث العمل بالقضاء على شلل الأطفال، والكزاز وتخفيض الإصابة بمرض الحصبة بين اللاجئين المسجلين في الأراضي الفلسطينية المحتلة. ولا يمكن تحقيق هذه الأهداف إلا بتطوير عمليات المراقبة والأشراف وتبني خطط إضافية للتطعيم على شكل حملات ضد شلل الأطفال، وعمليات تنظيف وتحركات فورية في ظروف الطوارئ. ويبين الجدول التالي معدلات الإصابة بين اللاجئين الفلسطينيين المسجلين لعام 1993 بأمراض شائعة، فمثلاً كانت الإصابة بالإسهال منتشرة بين الأطفال دون سن 3 سنوات أكثر من 25% في قطاع غزة عام 1993 (UNRWA 1993).

معدلات انتشار الأمراض السارية الأكثر إنتشاراً بين اللاجئين، لكل 10,000 من السكان 1993

المرض	الضفة الغربية	قطاع غزة
الاسهالات للذين نقل أعمارهم عن 3 سنوات	17,844	25,544
الانفلونزا	4,888	3,691
الاسهالات للذين تزيد أعمارهم عن 3 سنوات	895	1,966
التهاب الملتحمة	1,822	2,147
الجدري	899	1,131
الديزنتاريا (الأميبية والعصوية)	291	1,401

المصدر: وكالة الغوث، 1993. التقرير السنوي لقسم الصحة.

أما بالنسبة لبعض الأمراض السارية مثل السعال الديكي، والليشمانيا (مرض جلدي)، والدفتيريا، والسيلان فلم تسجل أية إصابة بهذه الأمراض في عام 1993 في سجلات وكالة الغوث. و يعود السبب في ذلك إلى عدم إصابة أي من اللاجئين الفلسطينيين بهذه الأمراض، أو في الافتقار إلى التشخيص الدقيق للمرض أو عدم الإبلاغ عنه. تحتوي الجداول 3.7 و 4.7 على سلسلة زمنية لمعدلات الإصابة ببعض الأمراض السارية في الضفة الغربية وقطاع غزة. يحتوي الفصل السادس على بيانات حول أنشطة التحصين.

إحصاءات الإيدز

"الإيدز (مرض نقص المناعة المكتسب) مرض يؤدي إلى تدمير جزء من جهاز المناعة في الجسم تاركا جسم الشخص عرضة للإصابة بمجموعة من الأمراض المختلفة التي تهدد حياته. ويسبب فيروس (HIV) (فيروس نقص المناعة عند الإنسان) هذا المرض، وقد يؤثر هذا الفيروس أيضا على الدماغ مما قد يسبب بعض المشاكل في العصبية (Al-Quds University 1993).

وقد حظي ظهور الإيدز على اهتمام واسع من الرأي العام العالمي منذ بداية اجتياحه للعالم وإدراك الناس لآثاره المميتة. والإحصاءات التي تجرى حول الإصابات الجديدة بهذا المرض غاية في الأهمية لاعداد برامج وقائية على المستويين القومي والدولي.

يقدم التقرير الذي أعده عابدين وبرغوثي حول مرض الإيدز عام 1994 إستعراضا لأحدث الأرقام المتوفرة حول حالات الإصابة به بين سكان الأراضي الفلسطينية المحتلة. ان أول حالات الإصابة بهذا المرض ظهرت عام 1987 حيث سجلت 4 حالات، وظهرت حالتان جديدتان في السنوات الثلاث التي تلتها (1988-1990). وسجلت 5 حالات و 8 حالات جديدة، في عامي 1991 و 1992 على التوالي. وبالتالي أصبح مجموع الحالات، بما في ذلك حالة سجلت عام 1993، يساوي 24 حالة. ولم تتوفر أية أرقام حول الإصابات في عامي 1993 و 1994، الا أنه من المتوقع أن يتجاوز عدد حالات الإصابة بالإيدز العدد المذكور أعلاه (24 حالة). ومن بين الحالات المذكورة 15 حالة في باقي الضفة الغربية و 6 حالات في القدس و 3 حالات في قطاع غزة. ان توزيع الحالات حسب الجنس وطريقة الانتقال مبينة في الجدول 5.7.

يبدو أن مستوى الإصابة بالإيدز في الأراضي الفلسطينية المحتلة متدنياً مقارنة مع الأرقام المقابلة في كثير من دول العالم. وقد تؤثر عوامل تتعلق بالتشخيص والتسجيل على إمكانية الوصول إلى أرقام حقيقية في هذا الخصوص. ومن ناحية أخرى من الممكن أن ارتباط العوامل الاجتماعية والثقافية الإسلامية وخاصة فيما يتعلق بالعلاقات الجنسية بين الناس يقلل من مخاطر انتشار المرض. ومع هذا فمن الضروري الإستمرار في تطوير أساليب إكتشاف الفيروس وذلك بإجراء فحوصات مخبرية وتسجيل حالات الإصابة الايجابية بالفيروس بين السكان الفلسطينيين.

5-7 الأمراض الرئيسية التي تصيب السكان

مقدمة

لا توجد طريقة بسيطة لوصف الاضطرابات الصحية الرئيسية بين السكان، وفي الواقع فإن الأهمية تختلف بالاعتماد على طبيعة النواحي المدروسة، فبعض الاضطرابات مثل أمراض الجهاز التنفسي العلوي شائعة بكثرة وتصيب العديد من الناس، عاجلاً أم آجلاً مرة على الأقل في السنة. وغالباً ما يكون الأثر السلبي لهذه الأمراض على صحة الأفراد قصير الأمد، إلا أنه عند أخذ جميع الحالات معاً فإنها تؤدي إلى إستهلاك جزء كبير من موارد الرعاية الصحية الأولية، كما تعني أيضاً خسارة لا يستهان بها في الإنتاج بالنسبة للمجتمع.

تشكل أمراض ضغط الدم والقلب والدماغ جزءاً رئيسياً من الاضطرابات الصحية في كثير من المجتمعات. كما ترتبط هذه الأمراض لدرجة كبيرة بتقدم السن وتعتبر من أسباب الوفيات السائدة. يمكن تقدير إنتشار ومدى حدوث العديد من الاضطرابات عن طريق دراسة مختلف المصادر الإحصائية، غير أنها غالباً ما تكون محدودة من حيث العدد وتصف حالة معينة مرتبطة بالاضطراب الصحي، فعلى سبيل المثال، التشخيص عند دخول المستشفى، أو عند زيارة وحدات الرعاية الصحية الأولية، أو كما هو مسجل كسبب للوفاة. ومن المصادر الأخرى المتاحة، المسوحات التي أجريت خصيصاً أو جزئياً لوصف الوضع الصحي للسكان، وتتطلب هذه الطريقة الموارد والوقت إذا كان الهدف منها هو الحصول على بيانات تكون ممثلة للمجموع العام للسكان.

تمثلت الطريقة المتبعة في هذا الفصل الإشارة إلى النتائج المهمة والحالية من المصادر الإحصائية المتوفرة واحداً تلو الآخر بدلاً من دمج هذه النتائج بشكل عام.

التشخيص عند زيارة العيادات

نشرت الإدارة المدنية أرقاماً سنوية حول التشخيص عند زيارة العيادات الحكومية في باقي الضفة الغربية، ويعتمد توزيع عمليات التشخيص على الرموز الواردة في الطبعة التاسعة من التصنيف الحالي للأمراض الصادر عن منظمة الصحة العالمية حسب اللواء في باقي الضفة الغربية. يبين الجدول أدناه الاضطرابات الصحية الأكثر شيوعاً عند زيارة العيادات لعام 1993.

يحتوي الجدول 6.7 على توزيع الإضطرابات الصحية العشرين الأكثر شيوعاً بين السكان حسب الأولوية (يجب أخذ جانب الحذر عند تفسير الإحصاءات الخاصة بالتشخيص). يختلف توفر العيادات الحكومية لدرجة كبيرة بين الأولوية، وكذلك توزيع عيادات المنظمات غير الحكومية وعيادات القطاع الخاص - لا توجد أرقام حولها- وهذا قد يؤثر على المقارنة بين الأولوية المختلفة.

وبالرغم من أن هذا المصدر الإحصائي لا يعطي سوى فكرة مبدئية عن الاضطرابات التي تتطلب من السكان اللجوء إلى الرعاية الصحية الأولية، إلا أنه يمكن استعماله كمؤشر ضمن عدة مؤشرات أخرى حول أكثر المشاكل الصحية شيوعاً والتي تعتبر من الأهمية بمكان بالنسبة للسكان.

التشخيص الأكثر شيوعاً في العيادات الحكومية في باقي الضفة الغربية 1993

تشخيص الوعكة الصحية	العدد	%
أمراض القناة التنفسية العليا	22,396	27.6
أمراض الجهاز التنفسي الأخرى	93,067	11.3
أمراض الجلد والانسجة تحت الجلد	67,441	8.2
أمراض أعضاء الجهاز الهضمي الأخرى	66,367	8.1
أمراض الجهاز العضلي والنسيج الضام	52,332	6.4
أخرى	316,612	38.5
المجموع	823,215	100

المصدر: الإدارة المدنية، 1993. التقرير الإحصائي، الخدمات الصحية، الضفة الغربية.

إحصاءات أسباب الوفيات

تعتبر أسباب الوفيات المسجلة أحد المؤشرات المستخدمة بكثرة في العديد من البلدان لوصف توزيع الأمراض عند السكان، وحتى إذا ما اعتبرت بعض أسباب الوفيات مفاجئة مثل الحوادث المميتة والتي لم تكن مؤثرة على الصحة لفترات طويلة، فإن معظم أسباب الوفيات مرتبطة لدرجات متفاوتة ولفترات زمنية بمعالجة الأشخاص المعنيين. وفي هذا السياق فإن أسباب الوفيات تعتبر أيضاً انعكاساً للأمراض بين السكان، وهذا العامل غالباً ما يكون أحد المصادر الإحصائية القليلة المتوفرة لهذا الغرض.

ان جودة ودقة أسباب الوفيات المسجلة تخلق الى حد بعيد جوا من عدم الثقة، وذلك أن الطريقة المتبعة في تقارير الأطباء الخاصة بوضع أسباب الوفيات تؤثر بشكل أساسي في دقة البيانات، ولم تجر أي دراسات على الجودة بهذا الخصوص في الأراضي الفلسطينية المحتلة، لذلك فمن المتوقع أن تتوفر بيانات أكثر دقة حول الأشخاص المتوفين في المستشفيات المعروف تاريخهم المرضي ووضعهم الصحي، أكثر من الأشخاص الذين أجريت لهم فحوصات مستعجلة دون استعمال التشخيص الواضح والمعدات والأجهزة الطبية التشخيصية الملائمة.

تحتوي تقارير الإدارة المدنية الإسرائيلية السنوية على أرقام حول أسباب الوفيات المسجلة حسب العمر والجنس في باقي الضفة الغربية، وباستخدام وزارة الصحة الإسرائيلية في تقاريرها لنفس المصدر، كانت

الأسباب التالية للوفيات الأكثر شيوعاً عام 1993 معبرا عنها بمعدلات الوفيات الخام كما هي مبينة في الجدول التالي. يوجد معلومات إضافية للفترة 1988 إلى 1993 في الجدول 7.7.

معدل الوفيات الخام الناجم عن أسباب محددة لكل 100,000

من السكان لجميع الاعمار في باقي الضفة الغربية 1993

سبب الوفاة	1/100,000
أمراض القلب	80.6
أمراض الدماغ	76.0
الأورام الخبيثة	38.9
ضغط الدم	21.0
الأمراض المعدية	16.3
الجروح/ الحوادث	10.0
حوادث السيارات	7.5
أخرى	239.7
جميع الأسباب	490.0

المصدر: وزارة الصحة الاسرائيلية، 1994. الصحة في الضفة الغربية وقطاع غزة، 1967-1994.

إحصاءات الأمراض السرطانية

صدرت الدراسة الأولى حول إنتشار الأمراض السرطانية في الأراضي الفلسطينية المحتلة عام 1994 (Abdeen & Barghouthi 1994) وقد اعتمدت على تقارير حول الأمراض السرطانية من جميع المختبرات الباثولوجية في الفترة 1976-1992. ان الهدف الأساسي من هذا المشروع، دراسة اتجاهات الأمراض السرطانية بغية إنشاء سجل حديث ودقيق ومفصل للسرطان يكون بمثابة وسيلة للسيطرة على الأمراض السرطانية في المجتمع الفلسطيني في الضفة الغربية وقطاع غزة.

المنهجية المتبعة ومحدودية البيانات

تم ترميز جميع تقارير الأمراض السرطانية المتوفرة (8,300 تقريباً) وفقاً للطبعة التاسعة من التصنيف العالمي للأمراض (ICD-9)، ومن ثم تمت حوسبتها. أما التقارير التي كانت تتطلب عناية خاصة فكان يتم التداول بشأنها في اجتماعات منتظمة مع الفريق الطبي بعد تمريرها على أعضاء فريق الترميز.

بعض التعليقات المهمة حول محدودية المعلومات في هذا التقرير:

1. في ظل عدم وجود مكتب سجل فلسطيني للأمراض السرطانية تلقى على عاتقه مسؤولية تسجيل جميع الحالات السرطانية الجديدة المبلغ عنها، فإنه من غير الممكن معرفة عدد الحالات الجديدة التي يتم تشخيصها كل عام.
2. إفتقرت التقارير الباثولوجية أيضاً إلى بعض المتغيرات الهامة، وبالتحديد مكان إقامة المريض، والمهنة، والوضع الاجتماعي.
3. لم تحدد معظم التقارير المستردة عمر المريض بذكر تاريخ الميلاد، بينما لم تحتو بعض التقارير الأخرى (6% من مجموع التقارير) على أية معلومات عن العمر.
4. من المستحيل الحصول على معلومات ديمغرافية صحيحة حول الأراضي الفلسطينية المحتلة، حيث أن أحدث تعداد للسكان أجري في عام 1967. ومنذ ذلك الوقت كان يتم تقدير جميع البيانات الخاصة بالسكان.
5. لا يمكن حساب معدلات البقاء على قيد الحياة المقدرة بخمس سنوات بسبب عدم توفر بيانات حول الوفيات، وتكمن أهمية هذه المعدلات في أنها توفر المؤشر الرئيسي المباشر حول خطورة الأمراض السرطانية وأثر ذلك على علاجها.
6. اعتمدت بيانات الأمراض السرطانية على تقارير تاريخ الأمراض فقط بسبب تعذر استخدام المصادر الأخرى كتقارير أمراض الدم لافتقارها إلى متغيرات هامة كالعمر وسنة التشخيص وما إلى ذلك.

يختتم المؤلفان بالقول أن التغيرات في أي من مصادر البيانات على النتيجة بحيث تكون الاتجاهات الزمنية لحدوث السرطان عرضة لتقلبات تتعلق بتغيرات مصادر البيانات.

النتائج :

- أكثر الأمراض السرطانية شيوعاً بين الرجال هي : سرطان المثانة (8.4% من مجموع حالات السرطان بين الرجال) ، سرطان الرئة (4.7%) وسرطان القولون والمستقيم (4.7%).
- أكثر الأمراض السرطانية شيوعاً بين النساء هي : سرطان الثدي (13.2% من مجموع حالات السرطان بين النساء)، سرطان القولون والمستقيم (3.9%)، وسرطان جسم الرحم (2.7).
- ازداد مدى حدوث الحالات السرطانية مجتمعة بمعدل 2.4% سنوياً عند الرجال و 1.7% سنوياً عند النساء في الفترة 1976-1990.
- ازداد العدد الكلي لحدوث حالات سرطان الأطفال حسب العمر بمعدل 3.1% لنفس الفترة الزمنية.

- منذ منتصف الثمانينات ازدادت نسب حالات سرطان الرئة بين الرجال مما يعكس الازدياد في استهلاك السجائر بينهم.
- يوجد تقريبا واحد من كل 11 ذكر فلسطيني وواحدة من كل 15 أنثى فلسطينية معرضون للإصابة مستقبلا بنوع من الأمراض السرطانية (غير أمراض سرطان الجلد غير السحامي التي لم تكن مسجلة) خلال فترة حياتهم (حسب بيانات عام 1992).

ملاحظات: تعتبر هذه الدراسة عملاً ريادياً لوصف الأمراض السرطانية في المجتمع الفلسطيني، وقد تم إجراؤها باستخدام الطرق المتبعة في مراكز تسجيل أخرى لأمراض السرطان. يعكس عدد الحالات المعروضة جزءاً من حقيقة إنتشار الأمراض السرطانية كما ورد في التقرير. ويعني هذا وجود نقص في تقدير معدلات حددت الحالات حسب العمر التفصيلي. أن معدل حدوث الحالات المرتبطة بالعمر يدعم هذه النظرية حيث أن النسب أقل بكثير من الأرقام العالمية المقابلة، حتى الفئات العمرية الشبابية. ومن ناحية أخرى هناك مبررا للاعتقاد بأن توزيع مختلف الأمراض السرطانية يعطي صورة جيدة عن الأوضاع الصحية الفعلية للسكان (أنظر جدول 8.7)، ومن الجدير بالذكر أن هناك ازدياداً في اتجاهات الأمراض السرطانية خلال فترة الدراسة.

إحصاءات مرضى السكري :

يوفر تقرير وكالة الغوث السنوي لعام 1993 أرقاماً حول عدد مرضى السكري المسجلين. وقد بلغ عدد هؤلاء المرضى حتى نهاية عام 1993 حوالي 3,900 مريضاً في الضفة الغربية بمعدل 795 لكل 100,000، و 7,300 في قطاع غزة أي ما معدله 1,167. كما لوحظ أن النوع الشائع من هذا المرض هو السكري غير المرتبط بنقص الأنسولين والذي بلغت نسبة المصابين به 84% أو أكثر. تكثر الإصابة بهذا النوع من السكري بين المتقدمين في السن كما هو موضحاً في الجدول (9.7). يعاني معظم مرضى السكري من مضاعفات مختلفة مثل أمراض الأعصاب (10%-35%) وشوابين القلب (18%-22%) والتهاب الشبكية (11%-20%).

6-7 العجز الجسدي/الاعاقة

لا يخضع تعريف العجز الجسدي أو الإعاقة لمقاييس محددة حسب الحالة. وهذه المقاييس عبارة عن مؤشرات حول العلاقة بين المصاب بأي خلل وظيفي والمجتمع المحيط. وتؤثر هذه العلاقة على قدرة المعاق أن يعيش حياة طبيعية كذلك التي يعيشها باقي أفراد المجتمع الأصحاء. يختلف حجم المشاكل التي تواجه الأفراد المعنيين لأسباب عديدة. ولا يتسع المجال في تقرير الوضع الراهن مناقشة الأمر بتوسع، وبدلاً من ذلك، تحتوي قائمة المراجع على دراسة تبحث باستفاضة هذا الموضوع (Salem 1992).

تعتمد الإحصاءات الخاصة بالعجز الجسدي بين السكان على بيانات جمعت عن طريق المسوحات. ولا يتم في أغلب الأحيان تسجيل الأفراد الذين يعانون من درجات مختلفة من العجز الجسدي أو الإعاقة بشكل منتظم، أما الحالات الاستثنائية فهي مرتبطة بتدخل السلطات الصحية أو الاجتماعية التي تساهم في دعم المعاقين. ومن الأمثلة على ذلك، تسجيل الموالي مع التركيز على التشوهات الخلقية أو التسجيل لأغراض إدارية مثل الرعاية الصحية وتوفير السكن الملائم للمتخلفين عقلياً.

تم استخدام بعض التقارير من مسوحات أجريت في الأراضي الفلسطينية المحتلة بهدف جمع بيانات حديثة حول حالات الإعاقة والعجز الجسدي بين السكان. يتناول أحد هذه التقارير مسح اجري على 22 قرية في لواء جنين ويتناول الآخر مسح مماثل اجري في قطاع غزة.

مسح لواء جنين :

أجري هذا المسح في الفترة من نهاية عام 1992 حتى بداية عام 1993 على 22 قرية في لواء جنين ذات أحجام سكانية مختلفة، وتم جمع البيانات بالانتقال من بيت إلى آخر 1994 Northern Regional Committee for Rehabilitation (The). وهذه المنطقة معروفة بأنها من أقل المناطق تطوراً في الضفة الغربية من ناحية توفر الخدمات العامة والبنية التحتية. تمت زيارة ما مجموعه 7,232 أسرة، بمعدل 6.5 أفراد لكل أسرة. وقد كان الحجم الكلي للسكان الذين شملهم المسح يساوي 47,000 نسمة. اشتملت إستمارة المسح على نموذج معدّل عن إستمارة منظمة الصحة العالمية "إعادة التأهيل في المجتمع" واشتملت على قسمين رئيسيين، خصص القسم الأول منها لجمع معلومات عن الخلفية الديمغرافية والاجتماعية الاقتصادية للأسرة ولجميع أفرادها. أما القسم الثاني فقد خصص لجمع معلومات مفصلة حول الأشخاص المعاقين، حيث كانت أشكال الإعاقة تتعلق: بالحركة والرؤية والنوبات المرضية والنطق، وصعوبات التعلم، والإعاقات المتعددة مثل الإعاقة العقلية والسلوك الشاذ.

كانت غالبية السكان 86% من الذين اجريت عليهم الدراسة من أهل المنطقة، و11% كانوا من اللاجئين، أما البقية (حوالي 3%) فكانوا من البدو المستقرين. قدم تقرير المسح وصفاً غنياً ونوعياً لظروف الدراسة والمنهجية المتبعة ومجتمع المسح ونتائج الدراسة.

تبين أن 1.9% من مجتمع المسح لديهم إعاقة واحدة على الأقل، وهذا يعني أن 12% من الأسر التي شملها المسح يوجد فيها فرد واحد على الأقل لديه إعاقة. تنسجم هذه النتائج مع نسب الإعاقة السائدة في البلاد ككل. وكما هو الحال في المسح الذي أجري في قطاع غزة كان هناك فرق واضح في نسبة الإعاقات بين الذكور والإناث حيث أن 60% من المعاقين ذكوراً و40% فقط إناثاً. يشير تقرير المسح إلى أن الأسباب الكامنة وراء هذا التباين غير واضحة. لذلك لا بد من إجراء المزيد من الدراسة لمعرفة ما إذا كانت هذه النتائج تمثل أخطاء في المسح أو نقص في الإبلاغ أو إذا كان التمييز الزائد ضد الإناث اللواتي يعانين من إعاقات أو عجز جسدي والذي يفوق بكثير التمييز السائد في المجتمع ضد الإناث بشكل عام - والذي يؤدي إلى الموت.

يلاحظ من خلال النتائج الأخرى للمسح أن أكثر أنواع الإعاقات شيوعاً هي تلك المتعلقة بالإعاقات الحركية 27% تليها البصرية 17% والسمعية 11% والإعاقات المتعددة بما في ذلك الإعاقة العقلية 20% من مجموع المعاقين.

مسح منطقة بيت لحم:

أجريت دراسة أخرى على الإعاقات بين سكان الضفة الغربية عام 1989 (Bethlehem Journal 1993)، وقد أجريت من بيت الى آخر في كامل منطقة بيت لحم، حيث تمت مقابلة حوالي 62,200 فرداً يشكلون 9,400 أسرة. وبينت هذه الدراسة أن حوالي 1% من السكان يعانون من إعاقات حقيقية، وهي نسبة تقترب من معدل هذا النوع لجميع السكان. كان حوالي 40% من المعاقين يعانون من إعاقة منذ الولادة إلا أن عوامل الوراثة كانت وراء 20% فقط من الإعاقات و 15% من هذه الحالات ناجمة عن مشاكل الحمل والولادة، مما يشير إلى أن الرعاية الطبية في تلك الفترة قد تكون غير كافية. وتعود 30% من حالات الإعاقة إلى أمراض الطفولة المبكرة. ولا يعطي التقرير أية تفاصيل حول أنواع هذه الأمراض وتحديد سبب الإعاقة إلا انه يمكن التحكم والقضاء على معظمها عن طريق التحصين وبالرغم من أنه يوجد في الضفة الغربية برنامج تطعيم كامل، توجد نسبة كبيرة من النساء (21%) لم يكملن برنامج التطعيم، وبالتالي ترك أطفالهن معرضين لخطر الإصابة.

مسح مخيمات اللاجئين:

تم تقدير نسبة الأفراد المعاقين بين سكان مخيمي (البريج والشاطئ) في قطاع غزة عن طريق مسح اجري بطريقة الانتقال من بيت إلى آخر عام 1991 وقد صنف 4% من سكان هذين المخيمين كمعاقين حيث كان 35% منهم دون سن 15. وبشكل عام ، يعاني 64% من معاقى مخيم البريج و 73% من معاقى مخيم الشاطئ من إعاقات جسدية وحسية، إضافة إلى أن 34% في مخيم البريج و 27% في مخيم الشاطئ يعانون من إعاقات عقلية. تحتاج نسبة لا يستهان بها من هؤلاء إلى إعادة تأهيل ليتمكنوا من القيام بأمر حياتهم اليومية (Gaza National Committee for Rehabilitation & DIACONIA 1993).

تشير البيانات إلى أن حوالي 31% من معاقى مخيم البريج و 35% من معاقى مخيم الشاطئ لم يتلقوا أي نوع من الرعاية الطبية أو العلاج، وأن البقية تلقوا علاجات طبية أولية وعلاج طبيعى. وقد تدمر ذوو المعاقين من أمور عدة أهمها الاجتماعية وصعوبات الحصول على العلاج الطبي مؤكداً على الحاجة إلى تطوير الخدمات المتاحة للمعاقين من أجل محاولة دمجهم قدر الإمكان في المجتمع. تشير الدراسة كذلك الى أن كبار السن يشكلون مجموعة أخرى يتوجب أخذها بعين الاعتبار عند التخطيط لبرامج مستقبلية.

الفصل الثامن

الإفاقات الصحية / تكاليف الرعاية الصحية حسب مصدر المعلومات

1-8 مقدمة

يعتبر الحصول على رقم دقيق حول إجمالي المبالغ التي أنفقت على القطاع الصحي في الأراضي الفلسطينية المحتلة في سنة معينة صعباً، ان عملية الحصول على تقديرات دقيقة لاجمالي النفقات الصحية تصطدم بصعوبة الحصول على بيانات التكاليف من الخدمات الصحية الحكومية وخدمات القطاع الخاص والمانيين. سيتم في هذا الفصل مراجعة بعض الدراسات التي تحتوي على معلومات حول نفقات وتكاليف الصحة.

2-8 مركز البحث والتخطيط الصحي

يحتوي التقرير الشامل الذي صدر حديثاً عن مركز البحث والتخطيط الصحي (PRC 1994) على مراجعة عامة لتمويل وتكاليف الرعاية الصحية في الأراضي الفلسطينية المحتلة. وقد تبين بعد دراسة عدد من المصادر المتوفرة (المصادر الرئيسية مذكورة لاحقاً في النص) أن إجراء تحليل لنظام توزيع الخدمات الصحية في مجتمع ما لا يمكن أن يكتمل ما لم تكن الإنفاقات الصحية معروفة، وكذلك يجب أن تتوفر إمكانية لربط مثل هذه التحليلات بتطور القطاع الصحي بشكل خاص والوضع الإقتصادي بشكل عام. ووفقاً لوزارة الصحة الإسرائيلية، بلغ حجم الإنفاق على الخدمات الصحية الحكومية في باقي الضفة الغربية وقطاع غزة عام 1992 حوالي 63.2 مليون دولار. كان نصيب باقي الضفة الغربية من هذا المجموع 37.7 مليون دولار (حوالي 59%)، وقطاع غزة 25.5 مليون دولار (41%)، (IMOH، 1994).

رأس المال الثابت والميزانية الجارية للخدمات الصحية الحكومية 1992 بملايين الدولارات

النفقات	الضفة الغربية	قطاع غزة	المجموع
الميزانية الجارية	33.0	22.6	55.6
رأس المال الثابت	4.7	2.9	7.6
المجموع	37.7	25.5	63.2

المصدر: وزارة الصحة الاسرائيلية، 1994. الصحة في الضفة الغربية وقطاع غزة، 1967-1994.

يتمثل المصدر الرئيسي للتمويل في قطاع التأمين الصحي الحكومي (35.7 مليون دولار : 22.0 مليون من باقي الضفة الغربية، و13.7 مليون من قطاع غزة)، ومدفوعات المرضى (المقيمين في

المستشفيات والعيادات وعيادات الطوارئ). يتم تغطية العجز عادة من الضرائب والعوائد المحلية. ومن المعروف أيضاً أنه يتم دفع حوالي 30% من ميزانية الصحة إلى المؤسسات الصحية الإسرائيلية مقابل معالجة وإجراء فحوصات للمرضى الفلسطينيين الذين لا يتمكنون من تلقي الرعاية الصحية الكاملة في مؤسسات صحية محلية بسبب محدودية مصادرها.

يتضمن تقرير مركز البحث والتخطيط الصحي كذلك بيانات صادرة عن وكالة الغوث، حيث يتضح أن وكالة الغوث أنفقت عام 1992 حوالي 24.2 مليون دولار على البرامج الصحية في كل من الضفة الغربية وقطاع غزة، تم إنفاق حوالي 58% من المبلغ الكلي على الرعاية الصحية الأولية، والعلاج الوقائي، ونشاطات التطوير الصحي (PRC 1994).

نفقات وكالة الغوث على الصحة في الضفة الغربية وقطاع غزة 1991 و 1992، بالآلاف الدولارات

السنة	الضفة الغربية	قطاع غزة	المجموع
1991	11,090	10,371	21,461
1992	11,834	12,405	24,239

المصدر: وكالة الغوث، 1992. التقرير السنوي لمدير الصحة.

تتفق المؤسسات الفلسطينية غير الهادفة للربح حوالي 37.2 مليون دولار (خمس الإنفاق على الرعاية الصحية). ويجري تمويل هذا القطاع من مانحين أجانب وعرب ومسلمين. يعتمد قطاع المنظمات غير الحكومية كذلك على تبرعات الأفراد. كما يبين مركز البحث والتخطيط الصحي أن حرب الخليج قد أثرت سلباً على العديد من المنظمات غير الحكومية التي كانت تتلقى الدعم المالي من دول الخليج. ويجدر أخيراً ملاحظة أن دراسة مركز البحث والتخطيط الصحي ووكالة الغوث، ومنظمة الصحة العالمية توصلت إلى أن مستويات الإنفاق على الرعاية الصحية أعلى بشكل كبير من المستويات التي توصلت إليها الدراسات السابقة. فعلى سبيل المثال، قدرت الخطة الصحية الوطنية الخاصة بالشعب الفلسطيني أن تكاليف الخدمات الصحية عام 1992 بلغت 126.7 مليون دولار (باستثناء القطاع الخاص)، أنفق منها مبلغ 39.2 مليون دولار للرعاية الصحية الأولية، و 87.5 مليون دولار للرعاية في المستشفيات. انتقدت الخطة الصحية دراسة وكالة الغوث، ومنظمة الصحة العالمية، ومركز البحث والتخطيط الصحي، لأنها على الأرجح غالت كثيراً في تقدير المشتريات من العقاقير ونسبتها من الإنفاقات الكلية. يحتوي كذلك تقرير مركز البحث والتخطيط الصحي على معلومات كثيرة حول تكاليف وتمويل المستشفيات، بالإضافة إلى الموارد (الطاقم، الأسرة، الأخصائيين، الخ)، واستخدامها خلال عام 1992. ويذكر أن التقرير شاملاً جداً فيما يتعلق بالعناية في المستشفيات ويعد مصدراً أولياً في هذا المجال.

3-8 الخطة الصحية الوطنية

توفر الخطة الصحية الشاملة الخاصة بالشعب الفلسطيني بيانات حول الإنفاقات الصحية في الأراضي الفلسطينية المحتلة، إلا أن المعلومات المتوفرة حتى في هذا المصدر تستند إلى تقديرات، وببساطة فإنه لا يوجد حتى الآن أرقام دقيقة وكاملة متوفرة، وقد قدر الإنفاق على الصحة الوطنية عام 1991 حوالي 173.6

الى 206.6 مليون دولار، مما يعني ان المعدل كان حوالي 95 دولار لكل فرد. يعتمد هذا التقرير في تقديراته على التقرير الصادر عن وكالة الغوث، ومنظمة الصحة العالمية (1993). يمثل مبلغ 95 دولار 10.5 - 12.6% من مجموع الناتج المحلي الإجمالي، وتبدو هذه النسبة للوهلة الأولى مرتفعة، ولكنها على أرض الواقع تمثل كمية قليلة من المال لأن الناتج المحلي الإجمالي نفسه متدني جداً (حوالي 1.7 بليون دولار).

وهكذا، فعند مقارنة الأرقام الواردة أعلاه لسنة 1991 مع الأرقام الخاصة بسنة 1992، التي تم الحصول عليها أيضاً من الخطة الصحية الوطنية، يتبين أن هناك فجوة كبيرة فيما يتعلق بتكاليف الخدمات الصحية لهاتين السنتين.

تكاليف الخدمات الصحية في الأرض الفلسطينية المحتلة 1992 بملايين الدولارات

الخدمات	الرعاية الصحة الأولية	المستشفيات	المجموع	%
رواتب القوى العاملة	23	46	69	54.5
العقاقير	4	13	17	13.4
تعويضات خاصة	0.5	1.5	2	1.6
التكاليف الادارية	1	2.5	3.5	2.8
نفقات الصيانة	1.2	4	5.2	4.1
الأجهزة الطبية	2	4	6	4.7
أخرى	2.5	4.5	7	5.5
التطوير السنوي، الاستثمار	5	12	17	13.5
المجموع	39.2	87.5	126.7	100

المصدر: مركز البحث والتخطيط الصحي، 1994. الخطة الصحية الوطنية للشعب الفلسطيني، أهداف واستراتيجيات.

قدرت تكاليف الخدمات الأساسية (العناية الأولية والثانوية) في الأراضي الفلسطينية المحتلة بحوالي 126.7 مليون دولار عام 1992 (أنظر الجدول أعلاه)، بينما قدر الناتج المحلي الإجمالي بحوالي 1,667 ألف دولار. وإستناداً لهذا التقدير الواقعي فإن نسبة تكاليف العناية الصحية من الناتج المحلي الإجمالي عام 1992 تساوي 7.6%.

وقد جرى إنفاق غالبية الميزانية على القوى البشرية والخدمات الصحية الثانوية، ولم ينفق سوى نسبة بسيطة على التنمية والاستثمار.

4-8 وكالة الغوث / منظمة الصحة العالمية

اعتمد تقرير البنك الدولي على بيانات وفرتها وكالة الغوث ومنظمة الصحة العالمية والتي تتعلق بطبيعة استخدام قطاع الرعاية الصحية وتمويله في الأراضي الفلسطينية المحتلة (World Bank 1993)، وتعود هذه البيانات إلى عام 1991، ولكن تم توزيعها على جوانب مختلفة ذات أهمية. وكما هو مبين أدناه، إن تشغيل المستشفيات العامة، والتزود بالأدوية يستحوزان على قدر كبير من الأموال التي تنفق في هذا الخصوص.

استخدام التمويل حسب الهدف الأكبر للاتفاق 1991 بملايين الدولارات

هدف الاتفاق	مليون دولار	%
المستشفيات العامة	60.0	30.5
العقاقير	60.0	30.5
الرعاية الأولية	38.0	19.3
المستشفيات العقلية	18.0	9.1
رعاية الأسنان	9.3	4.7
أهداف أخرى	11.5	5.8
المجموع	196.8	100

المصدر: وكالة الغوث/منظمة الصحة العالمية، 1992. "التأمين الصحي الشامل للضفة الغربية وقطاع غزة/ مسودة تقرير".

يلاحظ أيضاً أن القطاع الخاص هو الممول الرئيسي، حيث يساهم بحوالي نصف التمويل المستخدم، أو ما يعادل حوالي 100 مليون دولار. وبالمقابل وفرت الإدارة المدنية حوالي 44 مليون دولار فقط عام 1991. كما توصلت دراسة وكالة الغوث ومنظمة الصحة العالمية إلى تقديرات حول مصادر تمويل الرعاية الصحية عام 1991. وكما هو مبين أدناه فإن الإنفاقات الخاصة و خاصة شراء العقاقير كان لها النصيب الأكبر إذ بلغ 38% من المبلغ الاجمالي. إضافة إلى ذلك، فإن المنح المقدمة من الدول العربية كانت أكبر من الأموال التي رصدتها خطة الخدمات الصحية الحكومية.

مصادر تمويل الرعاية الصحية الأولية 1991 بملايين الدولارات

المصدر	مليون دولار	%
التأمين الصحي	43.6	18
خطة الحكومة للخدمات الصحية	42.0	18
التأمين الخاص	1.6	1
النفقات الخاصة	89.5	38
مشتريات الأدوية	56.2	24
الرعاية الصحية الخاصة	21.0	9
رعاية الأسنان الخاصة	9.3	4
أخرى	7.0	3
ميزانية وكالة الغوث	13.3	6
التبرعات الدولية والخاصة	18.4	8
تبرعات الممولين العرب	59.0	25
المجموع	236.9	100

المصدر: وكالة الغوث/منظمة الصحة العالمية، 1992. "التأمين الصحي الشامل للضفة الغربية وقطاع غزة" مسودة

التقرير

5-8 وزارة الصحة

يعرض الجدول التالي الأرقام الإسرائيلية المتعلقة بالإنفاق على الخدمات الصحية في باقي الضفة الغربية من عام 1990 إلى عام 1993، حيث خصص 40 مليون دولار من ميزانية الخدمات الصحية الحكومية الإسرائيلية لباقي الضفة الغربية عام 1993. ويعادل هذا 36.8 دولار لكل فرد (حسب الأرقام الإسرائيلية الخاصة بالسكان). ويذكر أن المبالغ التي خصصت لأغراض التطوير خلال التسعينيات كانت قليلة جداً مقارنة باحتياجات السكان (IMOH 1994).

رأس المال الثابت والميزانية الجارية لقطاع الخدمات الصحية في باقي الضفة الغربية 1993-1990
بملايين الدولارات

1993	1992	1991	1990	الخدمات الصحية الحكومية
37.2	33.0	31.2	26.7	العمليات
3.3	4.7	7.2	4.1	التطوير
40.5	37.7	38.4	30.8	المجموع
36.8	34.3	38.1	33.6	دولار/فرد

المصدر: وزارة الصحة الاسرائيلية، 1994. الصحة في الضفة الغربية، 1967-1994.

بلغ إجمالي إنفاق الحكومة الإسرائيلية في قطاع غزة 25.5 مليون دولار خلال عام 1993، و لم يجز استثمار أكثر من 1.2 مليون دولار لأغراض التطوير، أما المبالغ المتبقية فقد أنفقت على إدارة الخدمات، وقد كان نصيب الفرد من الخدمات الصحية في قطاع غزة يساوي 35.8 دولار، ومن الناحية الأخرى كان الرقم المقابل لميزانية التطوير منخفضاً حيث بلغ حوالي 1.65 دولار لكل فرد فقط و مما لاشك فيه أن الحكومة اعتمدت على مصادر أخرى مثل المنظمات غير الحكومية ووكالة الغوث والتمويل الأجنبي للإبقاء على الرعاية الصحية.

6-8 وكالة الغوث

تعتبر وكالة الغوث من أهم المنظمات التي تساهم في توفير الخدمات الصحية في الأراضي الفلسطينية المحتلة وخاصة في قطاع غزة. وتتلقى هذه المنظمة مساهمات نقدية لإدارة البرنامج الصحي تحت البرامج الرئيسية التالية:

1. البرنامج المنتظم (الروتيني).
2. البرنامج الموسع للمساعدات.
3. المشاريع والإجراءات الإضافية.
4. متطلبات تطبيق برنامج السلام.

تم عرض الأرقام التالية المتعلقة بميزانية البرنامج الصحي لوكالة الغوث في كل من قطاع غزة والضفة الغربية في التقرير السنوي لعام 1993 حيث تتعلق الميزانية بالخدمات المتوفرة للاجئين المسجلين في هذه المناطق. تفيد البيانات الواردة في التقرير السنوي الصادر عن وكالة الغوث أن الكثير من الجهود تبذل لتحسين الخدمات في القطاع الصحي للناس المعنيين (UNRWA 1993).

ميزانية البرنامج الصحي الاعتيادي في الضفة الغربية وقطاع غزة ملايين الدولارات

الفترة (سنتين)	قطاع غزة	الضفة الغربية
1991/1990 نفقات	19.8	20.9
1993/1992 مصادق عليها	24.8	23.7
1995/1994 مقترحة	29.6	29.0

المصدر: وكالة الغوث، 1993. التقرير السنوي لقسم الصحة.

7-8 دراسات أخرى:

ورد في أحد التقارير (Jillson Boostrom 1992) أنه تم إنفاق ما بين 36-45 مليون دولار في عام 1990 على الرعاية الصحية كمحصلة للخدمات الصحية الحكومية، ووكالة الغوث الدولية، والمانحين من القطاع الخاص في قطاع غزة. وقدرت المبالغ التي أنفقت في الضفة الغربية عام 1990 بحوالي 50 - 75 مليون دولار. انخفضت مخصصات الصحة في ميزانية الخدمات الصحية الحكومية خلال الفترة 1988-1991 على الرغم من استمرار النمو السكاني، ويبين هذا أن حصة الفرد من إجمالي الإنفاق على الخدمات الصحية عام 1990 بلغت 67 دولار في الضفة الغربية و 56 دولار في قطاع غزة. ونتيجة لذلك أصبحت خدمات الصحة وإعادة التأهيل في الأراضي الفلسطينية المحتلة أكثر اعتماداً على دعم المانحين، وربما بشكل أكبر من أي قطاع آخر. وتجدر الإشارة إلى أن هذا الدعم لم يتم تنسيقه، حتى بين المنظمات ووكالات المانحين، الأمر الذي أدى إلى وجود فائض أو توزيع غير ملائم لأنواع محددة من الخدمات والأدوات، ونقص في أمور أخرى. بالإضافة إلى ذلك، تلقى القليل من الإداريين الفلسطينيين الذين عملوا لدى الإدارة المدنية والقطاع الخاص ووكالة الغوث الدولية تدريباً في مجال إدارة وتخطيط الأنظمة الصحية، ويذكر أن هناك نقص في المعرفة والخبرة اللازمين لإدارة تمويل مصادر الرعاية الصحية (Jillson Boostrom 1992).

الفصل التاسع

نظام الإحصاءات الصحية - استنتاجات واقتراحات

مقدمة

خلق الانطباع العام من العمل على إعداد هذا التقرير وجود العديد من الدراسات والتقارير الإحصائية حول مختلف الجوانب الصحية المختلفة في الأراضي الفلسطينية المحتلة. تحتوي المصادر السنوية الرسمية معلومات حول العديد من المجالات مثل مصادر الرعاية الصحية (العاملين والمستشفيات والعيادات ... الخ)، وأداء الرعاية الصحية ومدى استخدامها، والتحصين، والتشخيصات المرضية المسجلة عند زيارة مراكز الرعاية الصحية الأولية، والأمراض المعدية، وأسباب الوفاة المسجلة. تعتبر تقارير وكالة الغوث حول فعاليات الرعاية الصحية في الضفة الغربية مصدراً رئيسياً آخر يجب أخذه بعين الاعتبار. هناك العديد من الدراسات والملخصات التي اعتمدت في جزء منها على بيانات رسمية وفي الجزء الآخر على بيانات تم جمعها حديثاً توفرت في السنوات القليلة الماضية. إضافة إلى ما سبق، هناك دراسات، وفي بعض الأحيان مسوحات ركزت على مفاهيم وجوانب أكثر تحديداً ولكن مع كثير من التفصيل، وغالباً ما كانت هذه الدراسات مدعومة بإيضاحات وتفاصيل مفيدة حول الأوضاع الصحية للسكان تحت الدراسة.

وبالنظر إلى هذه المصادر مجتمعة يبدو أن المعلومات التي تحتويها وافرة جداً مع أنها مبعثرة بشكل كبير، ويرجع هذا بشكل رئيسي إلى إختلاف السلطات المشرفة على الرعاية الصحية منذ سنوات الإحتلال حتى السنة الماضية. افتقرت عملية جمع البيانات ونشرها إلى استراتيجية مركزية في جمع البيانات ونشر الإحصاءات عن كافة الأراضي الفلسطينية المحتلة، لذلك فإنه لا توجد دراسة شاملة حول أهم الأمراض السائدة بين السكان وحجم إنتشارها مما يجعل بلورة تصور شامل لإنجازات الرعاية الصحية أمراً صعباً للغاية.

تم في هذا التقرير، التعليق على نوعية البيانات الواردة في التقارير الإحصائية المتوفرة بطريقة مختصرة جداً حيث تتطلب إختبارات جودة البيانات الحاجة للرجوع إلى البيانات الأولية ويستغرق ذلك وقتاً طويلاً، الأمر الذي لا يتسع له المجال في هذا التقرير. يشير التقرير إلى ان هناك بعض العيوب في نوعية الإحصاءات المتوفرة التي يجب أخذها بعين الاعتبار، مثل النقص في تقدير وفيات الرضع والنواقص الحادة في إحصاءات السكان (التي تم إستعمالها كمرجعية للمعدلات المختلفة في التقارير الإحصائية الإسرائيلية). وعلى ضوء هذا الوضع تم إدراج بعض الإقتراحات في هذا الفصل، والعديد من هذه الإقتراحات ان لم تكن جميعها حقيقية ليست جديدة الا أنها تستحق أن ينظر فيها بامعان.

1. التعهد بتقديم البيانات الأساسية إلى وزارة الصحة الفلسطينية

كما ذكرنا مراراً (خاصة في الفصل الثاني) يوجد عدد كبير من المؤسسات التي تقدم خدمات الرعاية الصحية في الأراضي الفلسطينية المحتلة. إلا أن مصادر وأنشطة هذه المؤسسات غير موثقة لدى الإدارة المدنية بالكامل وهذا بدوره جعل إحصاءات الرعاية الصحية غير مكتملة وعديمة المصداقية. ومثال ذلك أن هناك صعوبة في إجراء مقارنات بين ألوية باقي الضفة الغربية المتعلقة بمدى توفر الخدمات الطبية والحصول عليها .

يتيح تولي وزارة الصحة الفلسطينية مسؤولية الرعاية الصحية في الأراضي الفلسطينية المحتلة الفرصة لتحسين النظام الإحصائي في المجال الصحي، وذلك بإفساح المجال لمقدمي خدمات الرعاية الصحية والطبية للقيام بواجباتهم ومسؤولياتهم في الأراضي الفلسطينية المحتلة مقابل التزامهم التام بتزويد وزارة الصحة بأهم البيانات والمعلومات الصحية. والهدف من ذلك إدراج كافة الوحدات العاملة في هذا القطاع في نظام تسجيل موحد ومنتظم.

سوف تقوم السلطة المعنية باستخدام البيانات التي تم جمعها للأغراض الإدارية مثل إرشاد القائمين على الرعاية الصحية وتقديم الدعم لهم ، والأغراض الإحصائية مثل الكشف عن مواطن عدم التكافؤ في توفر مصادر الرعاية الصحية ومراقبة أداء الرعاية الصحية للمهام الملقاة على عاتقها. ومما لا شك فيه أن العلاقة بين الأمور الإدارية والإحصائية ستحسن جودة البيانات الإحصائية، لأن إغفال تقديم التقارير يمكن أن يؤثر سلباً على إنجازات القائمين على الرعاية الصحية. ومن الضروري أيضاً أن يتم التأكيد لمقدمي خدمات الرعاية الصحية فائدة القيام بعملية التسجيل الدقيق والواضح. ويعتبر تزويد المؤسسات العاملة في الرعاية الصحية بالإحصاءات حول هذا الحقل من أفضل السبل لتدعيم فهم الحاجة الى البيانات الإحصائية.

2. توحيد نظام التسجيل

يمكن أن يشكل خلق النموذج الموحد للتزويد بالبيانات من المستشفيات خطوة في اتجاه تحسين نظام التسجيل. وفي هذا السياق يمكن بحث إمكانية استخدام نظام موحد ومحوسب لتسجيل البيانات حول المرضى في المستشفيات .

تقوم المستشفيات في الأراضي الفلسطينية المحتلة برفع تقارير إما شهرية أو سنوية بالبيانات الإحصائية لإدارة المستشفيات في وزارة الصحة. وتقدم هذه البيانات على شكل أوراق منفصلة، ومن ثم تقوم السلطة المركزية فيما بعد بتجميعها وتسجيلها. تحد هذه الطريقة بشكل كبير من كمية المعلومات التي يمكن الحصول عليها، حيث أن عملية تجميع الحالات (ادخالات واطراجات) تتم داخل المستشفى. لا يوجد هناك طريقة أخرى لتقسيم الإحصاءات عدا عن عدد الادخالات وعدد أيام الإقامة في المستشفى أو غيرها من المقاييس الأخرى للمرضى جميعاً. إضافة الى ذلك، لا يتم تزويد السلطة المركزية ببيانات حول تشخيص حالات المرضى. كما أن إمكانية قيام السلطة المركزية بالإشراف على خطوات ضبط البيانات محدودة جداً بسبب عدم توفر البيانات الأولية .

يمكن لهذا الوضع أن يتغير كلياً إذا إمتلكت المستشفيات أنظمة محوسبة لتسجيل المعلومات الأساسية المتعلقة بالمرضى. وفي الوقت الحاضر، تتوفر أنظمة مختلفة (لا يتحتم توفر نشرة كاملة مبنية على البيانات) ويكثر إستخدامها على مرّ الايام، ان تطبيق هذه التقنية سيعود على المستشفيات على الأقل بفوائد جمة، ويمكنها ذلك من تحديد الوضع الراهن للمريض بسرعة ومن القيام بإستخلاص نتائج إحصائية من نماذج لبرامج قياسية. ويمكن تزويد السلطة الصحية بالبيانات على أقرص الحاسوب. ويمكن هذا النظام أيضا من توفير معلومات فورية حول المريض بدءاً برقم الهوية الشخصية لإستعمالها لأغراض إدارية مثل معالجة أمور التأمين الصحي .

ويذكر أن عدد المستشفيات المحدود في الأراضي الفلسطينية المحتلة يبشر ببداية ناجحة نحو أداء معقول في هذا المجال.

3. إنشاء سجل وطني محوسب لأسباب الوفيات على المستوى الوطني

تستخدم شهادات الوفاة لاعداد الاحصاءات السنوية حول أسباب الوفيات في الأراضي الفلسطينية المحتلة. وقد نشرت الإدارة المدنية في تقاريرها الإحصائية جداول تتضمن عدد حالات الوفاة حسب العمر والجنس وسبب الوفاة في باقي الضفة الغربية. ورغم ذلك فان هناك تساؤلات حول جودة البيانات الأولية وجودة الإحصاءات المترتبة عليها .

وكما هو معروف فانه لايتوفر سجل لأسباب الوفيات في الأراضي الفلسطينية المحتلة مما يجعل من المستحيل تقدير مخاطر الوفاة لدى الجماعات المختلفة، على سبيل المثال يمكن أن يكون هؤلاء مرضى ذوي تشخيصات محددة أو يخضعون لعلاج معين، أو ينتمون لمجموعات مهنية معينة يمكن تحديدهم من خلال سجلات المستخدمين، أو ينتمون لمجموعات عرقية معينة... الخ .

يعتبر حساب مخاطر حدوث الوفاة تطبيقاً رئيسياً من تطبيقات سجل أسباب الوفيات. ويشترط لحساب هذه المخاطر أو السنين الضائعة من العمر - (وبمعزل عن سجل صحيح للسكان وجدول الحياة)، والدمج بين سجل أسباب الوفاة المحوسب ودراسة المجموعات المعرضة لخطر الوفاة، وهذا بدوره يتطلب الربط بين رقم الهوية الشخصية للحالات المسجلة في سجل أسباب الوفيات، والأشخاص في المجموعات تحت الدراسة .

ان الشروع في استخدام السجل المحوسب، الذي يجري تحديثه مرة واحدة على الاقل كل عام يحتوي على رقم الهوية الشخصية - لن يمكننا من إستخدام البيانات بصورة هائلة فقط، وإنما سيزيد أيضاً من جودة البيانات الأولية والإحصاءات المعتمدة عليها. تزداد إمكانية إكتشاف وتصحيح الأخطاء (غالباً بعد العودة الى توجيه الأسئلة إلى الطبيب) من مستوى الصفر إلى درجة عالية من الموثوقية التي يمكن أن تقود إلى الوضع الأمثل مع الأخذ بعين الاعتبار التكاليف (أو الفائدة). يحتمل أن يزداد إهتمام الأطباء بالمشاركة في تحسين جودة سجل أسباب الوفيات حيث أنهم سيشكلون إحدى الفئات الرئيسية التي ستستفيد من السجل المذكور.

يمكن إتمام سجل أسباب الوفيات عن طريق الحاسوب الشخصي، وتحتاج الوحدة المكلفة بإنجازه إلى كادر ترميز (ممرضات ذوات خبرة)، وخبراء في الطب (بدوام جزئي)، ومساعدين في مجال إدخال

البيانات والخدمات المكتتبية، طاقم ومشرف لمعالجة البيانات الكترونياً، ويصعب تحديد عدد هؤلاء العاملين بشكل دقيق الا أن 6-8 أشخاص يمكن أن يشكلوا وحدة واحدة للاراضي الفلسطينية المحتلة .

4. فحص إمكانية إعداد سجل وطني لمرض السرطان :

كما ورد في الفصل السابع، لا يوجد سجل خاص معمول به في الوقت الحالي لمرض السرطان في الأراضي الفلسطينية المحتلة. ولكن بذلت جهود جبارة لجمع بيانات حول حالات الإصابة بهذا المرض للفترة 1976 - 1992 (Abdeen & Barghouthi 1994)، ويعرض التقرير بعض الملاحظات الهامة حول القصور في البيانات المتوفرة.

غالباً ما تستخدم الإصابة بمرض السرطان وتفشيته كمقاييس لوصف مجموعة أساسية من الأمراض المنتشرة بين السكان، كما أن السرطان يقف أيضاً وراء جزء كبير من الوفيات، إذ تشير الأرقام الخاصة بمعدلات الوفيات الخام في باقي الضفة الغربية عام 1993 إلى أن السرطان كان ثالث أسباب الوفيات شيوياً (بعد أمراض القلب والشرابين وأمراض الدماغ) .

ومما لا شك فيه أن إنشاء سجل وطني محوسب لمرض السرطان يعتبر امراً عظيماً من ناحية القوة البشرية والمعدات التي يتطلبها، ويجب أن يرتبط هذا السجل ارتباطاً وثيقاً بعلم الأورام، وذلك أن هذا السجل من الممكن أن يخدم علم الأورام بتوفير بيانات حول حالات الإصابة بالسرطان واستخدامها في دراسات المتابعة ومراقبة درجة وجود هذا المرض وتطوره بين السكان. وستستخدم هذه الاحصاءات في وضع البرامج الوقائية من قبل وزارة الصحة. وعلاوة على ما سبق، سيتمكن سجل أسباب الوفيات من دراسة مخاطر إصابة المجموعات المختلفة من السكان بمرض السرطان، ويمكن الشروع في بحث هذا الأمر في تقرير يقدم لاحقاً إلى وزارة الصحة .

5. إعداد سجل حول عيادات الرعاية الصحية الأولية

كما ورد في هذا التقرير (الفصل الخامس) يوجد عدد كبير من العيادات المنتشرة في الأراضي الفلسطينية المحتلة، وتعتبر هذه العيادات السلطة الأولى التي تقدم الخدمات الطبية للسكان. أنه لمن الضروري للسلطة الصحية الوطنية وغيرها من مقدمي خدمات الرعاية الصحية والباحثين في هذا المجال معرفة نوع الخدمات المتوفرة وعدد مرافقها وتوزيعها الجغرافي وما إلى ذلك، وتستخدم هذه المعلومات في أنشطة المراقبة والتقييم والتخطيط وغيرها .

وبعد الانتهاء من إعداد هذا السجل ، يتوجب تحديثه بين الفينة والأخرى بإستخدام معلومات يقدمها القائمون على الرعاية الصحية (بصورة إجبارية) إلى القائمين على هذا السجل، ويذكر أن كمية العمل التي يتطلبها الإشراف على مثل هذا السجل ستكون محدودة .

6. نشر ملخص سنوي للإحصاءات الصحية العامة

هناك حاجة إلى تقرير سنوي يلخص أهم نتائج الاحصاءات الصحية من مختلف المصادر. يمكن تحقيق هذا بتخصيص جزء من كتاب إحصائي سنوي عام أو نشرة خاصة. ويجب أن يتم عرض البيانات بطريقة تمكن الجميع من الاستفادة منها كما يجب أن تكون مرفقة بقائمة من المراجع للمزيد من الاطلاع.

7. إنشاء لجنة تنسيق للإحصاءات الصحية في الأراضي الفلسطينية المحتلة

نظمت دائرة الإحصاء المركزية الفلسطينية ورشة عمل في الثامن من نيسان عام 1995 بمشاركة مندوبين عن وزارة الصحة ووزارة الشؤون الاجتماعية والمؤسسات الصحية والقطاع التعليمي. دار النقاش حول الوضع الراهن لنظام الإحصاءات الصحية في الأراضي الفلسطينية المحتلة. وأجمع المشاركون على ضرورة إدخال تحسينات ملحة على العديد من المجالات، ذلك أن سوء الإدارة الإسرائيلية للمرافق الصحية أدى إلى نقص حاد في البيانات الدقيقة اللازمة لعمليات المراقبة والتخطيط والعمل في قطاع الرعاية الصحية وكذلك الوضع الصحي للسكان عامةً. وتتطلب إعادة إنشاء نظام معلومات وافٍ، بذل جهود جبارة، وبما أن الحاجات ملحة والإمكانيات المتوفرة لتلبيتها محدودة، يجب إجراء حوار حرّ ومفتوح بين كافة الجهات المعنية. يبدو أن هناك إجماعاً حول الحاجة إلى عقد لقاء عام لطرح أوراق عمل وتقديم الاقتراحات وإتخاذ القرارات والخطوات اللازمة. يجب أن يشارك في هذا اللقاء ممثلون عن وزارة الصحة ووزارة الشؤون الاجتماعية وجميع القائمين على الرعاية الصحية والجامعات المعنية بالصحة العامة والرعاية الصحية والجمعيات الطبية المختصة والمتخصصين في الإحصاءات الصحية وغيرها من الجهات المعنية .

8- مسوحات الصحة

في الواقع، يحتاج المجتمع الفلسطيني إلى إحصاءات وبيانات حول الصحة وتنظيم الأسرة وذلك بسبب عدم قيام السلطات الإسرائيلية بإجراء مثل هذه المسوحات. تعتبر الحاجة أكثر إلحاحاً خاصةً فيما يتعلق بصحة الام والطفل وخدمات الرعاية الصحية في الضفة الغربية وقطاع غزة، ومن الأمثلة على الدراسات المستقبلية، المسح المتعدد الأهداف (مراقبة أهداف منتصف العقد). سوف يوفر هذا المسح بيانات وإحصاءات حول صحة الام والطفل، الأمر الذي يمكن من بناء قاعدة بيانات حول مختلف المؤشرات الواردة في إستمارة المسح، ويكون بإمكان المخططين وصانعي القرار والباحثين بمختلف اهتماماتهم الاستفادة منها، ومن أبرز هذه المؤشرات : تغطية التحصينات، وأمراض عدوى الجهاز التنفسي الحادة، وقياس الوزن والطول ومعالجة الإسهال باستخدام المحاليل (عن طريق الفم)، والتعليم الأساسي، إضافة إلى متغيرات أخرى حول الماء والنظافة.

قائمة المصطلحات

- الإدخال:** مصطلح يستخدم للتعبير عن إدخال مريض إلى مستشفى أو أي مؤسسة طبية للفحص و/ أو العلاج، شريطة أن يمكث فيها ليلة أو يوماً واحداً على الأقل.
- خدمات الإسعاف:** كافة أنواع الخدمات الصحية التي تقدم للمرضى في العيادات الخارجية، مقابل الخدمات التي تقدم للمرضى في بيوتهم أو للمرضى الذين يتم ادخالهم الى المستشفيات.
- معدل فترة الإقامة:** مقياس خاص بالمرضى المدخلين إلى المستشفيات، ويعني العدد الكلي لأيام الإقامة في المستشفى مقسوماً على عدد المرضى المعنيين.
- الميزانية:** خطة مالية مفصلة إلى تنفيذ أنشطة برنامج معين على مدى فترة زمنية محددة، عادة ما تكون سنة مالية.
- الطاقة الاستيعابية:** تتمتع مختلف دوائر الخدمات في أي مرفق صحي بطاقة استيعابية محددة أثناء ظروف العمل الاعتيادية كأن تجري فقط العديد من العمليات وأشعة أكس... الخ في مدة زمنية محددة (شهر مثلاً)، وعلى أية حال فإن كمية الخدمات المطلوبة تعتمد على مستوى ونوع احتياجات المريض.
- العيادة:** أحد المرافق الصحية التي تقدم خدمات العلاج والتشخيص للمرضى غير المدخلين إلى المستشفى.
- البيانات:** أي نوع من المعلومات المفصلة، وغالباً ما تكون معلومات إحصائية.
- اليوم الطبي:** الخدمات التي تقدم على شكل "يوم عمل" وليس على مدار الساعة وتشمل رعاية الأم والطفل وخدمات الصحة العقلية والتأهيل.
- العجز:** تخلف وضع الفرد عند مقارنته بالآخرين الأصحاء الذين يماثلونه عمراً وجنساً ومهنة، ويمكن أن يكون هذا العجز جسدياً أو عقلياً أو اجتماعياً في طبيعته.
- المرض:** اضطراب أو اعتلال في الحالة الطبيعية.
- الصحة:** مصطلح له عدة تعريفات، حيث عرفته منظمة الصحة العالمية بـ "حالة من الاستقرار الجسدي والعقلي والاجتماعي التام، ولا تقتصر على الخلو من الأمراض والاضطرابات".
- التأمين الصحي:** تعويض عن خسارة مادية ترتبط بتغطية التكاليف المتعلقة بمشكلة صحية ما وعلاجها.
- القوى البشرية في مجال الصحة:** كافة الأفراد العاملين في مهن ذات علاقة بالصحة.
- الوضع الصحي:** الحالة الصحية (بمفهومها الشامل على الأغلب) لفرد معين أو لجماعة ما أو للسكان ككل.

مؤسسة طبية يتمثل هدفها الأول في توفير خدمات (تشخيصية وعلاجية) لمختلف الظروف الطبية جراحية كانت أم غير جراحية، وتقدم معظم المستشفيات أيضاً خدمات لمرضى العيادات الخارجية وخاصة خدمات الطوارئ.	المستشفى:
عدد حالات المرضى الجديدة، العدوى أو غير ذلك من الحوادث التي تظهر خلال فترة زمنية معينة نسبة إلى (وحدة من) السكان الذين تحدث بينهم. ويطلق على المولود منذ لحظة ولادته وحتى بلوغه السنة الأولى.	مدى حدوث المرض:
وفاء رضيع أثناء الفترة الممتدة من لحظة الولادة وحتى نهاية السنة الأولى من حياته.	الرضيع:
عدد وفيات الرضع لكل 1,000 رضيع حي في فترة زمنية معينة.	وفيات الرضع:
علاج المرضى الذين يمكثون ليلة واحدة أو أكثر في أحد مرافق الخدمات الصحية.	معدل وفيات الرضع:
تصريح أساسي غير قابل للتحويل يتم الحصول عليه لإفتتاح مرفق خدمات صحية. وتحمل هذه الرخصة رقماً.. وتصنيفاً للأسرة (خاص بالمستشفيات).	رعاية المرضى المدخلين:
وفاة امرأة خلال فترة الحمل، أو خلال 42 يوماً من الإنجاب بغض النظر عن السبب.	الرخصة:
مركبة متقلة أو وسيلة نقل مجهزة بالمعدات اللازمة لتقديم خدمات الرعاية الصحية الدائمة أو الدورية في منطقة يتم اختيارها لتأمين حصول تجمع سكاني معين على الخدمات الطبية، وقد تكون مركبة نقل تقدم خدمات الرعاية الصحية للمرضى خلال عملية نقلهم.	وفيات الأمومة:
مقياس للمرض بين جماعة سكانية معينة.	العيادة المتنقلة:
وفاة طفل حديث الولادة خلال أول 27 يوماً و 23 ساعة و 59 دقيقة من حياته.	الحالة المرضية:
عدد وفيات حديثي الولادة لكل 1,000 رضيع حي.	وفيات حديثي الولادة:
أي وكالة غير حكومية لا تهدف للربح، يحكم عمل هذه المنظمة قانون و/ أو أفراد متخصصين ويتم تنظيمها على أساس وطني أو محلي والهدف الأساسي لها يتعلق بالصحة.	معدل وفيات حديثي الولادة:
مقياس يستخدم لوصف الرعاية الصحية المقدمة للمرضى المدخلين إلى المستشفيات، ويحدد هذا المقياس بقسمة عدد أيام إقامة المرضى المدخلين على عدد أيام الأسرة المتوفرة. ويستخدم للوصول إلى النسبة المئوية لإشغال الأسرة المتوفرة وغالباً على مدى سنة واحدة في الإحصاءات، ويمكن حساب هذا المقياس على مستشفى بأكمله أو لأقسام منه مثل دائرة أو خدمات معينة في المستشفى.	المنظمات غير الحكومية:
	معدل الإشغال:

وفيات ما قبل الولادة:	مصطلح عام يشمل الذين يولدون متوفين ووفيات حديثي الولادة.
مدى انتشار المرض:	عدد حالات الإصابة بمرض ما أو المصابين بعدوى أو الذين يعانون من حالات اخرى في فترة معينة ونسبتهم إلى حجم السكان الذين يعيشون بينهم.
الرعاية الصحية الأولية:	الفحص الأولي والرعاية الصحية الشاملة المتواصلة بما فيها التشخيص والعلاج الأولي والإشراف الصحي وإدارة خدمات الصحة الوقائية والحالات المزمنة. لا يتطلب توفير الرعاية الصحية الأولية معدات وأجهزة متطورة أو مصادر متخصصة.
مقدم الرعاية الصحية:	الفرد أو المنظمة التي تقع على عاتقها واحدة أو أكثر من المسؤوليات التالية: تقديم الرعاية الصحية، الإدارة، التعليم، تطوير الخدمات الصحية والنشاطات والموارد. ومن الممكن ان تكون لمقدم الرعاية اهتمام مباشر أو غير مباشر في صناعة الصحة.
مرفق اعادة التأهيل:	مركز يقوم بتقديم خدمات التعليم المهني والاجتماعي والطبي لمعالجة أي خلل ناجم عن مرض أو حادث ما.
باقي الضفة الغربية:	الضفة الغربية باستثناء منطقة القدس.
الرعاية الصحية الثانوية:	الخدمات الصحية التي تقدمها المستشفيات والأخصائيين الطبيين للمرضى الذين يقوم بتحويلهم أطباء الرعاية الصحية الأولية او يتوجهون إليها من تلقاء انفسهم.
خدمات الجراحة:	تشخيص وعلاج الأمراض الجسدية أو أعراضها عن طريق عمليات الجراحة مصحوباً بعملية التخدير عند الحاجة.
الخدمات من الدرجة الثالثة:	خدمات طبية تتطلب من مقدمها درجة عالية من التخصص (اطباء وجراحي الأعصاب والصدر ووحدات العناية المكثفة. الخ). تتطلب مثل هذه الخدمات معدات وأجهزة متطورة جداً ومصادر للدعم.
معدل المواليد الكلي:	عدد المواليد الأحياء والمتوفين لكل 1,000 نسمة لفترة زمنية معينة.
الاستخدام:	أنماط او معدلات استخدام خدمات الرعاية الصحية.

المراجع العربية

- جامعة القدس، 1993. واقع الطب المخبري في الضفة الغربية، القدس.
- مركز الاحصاء الفلسطيني، 1994. ديمغرافية الشعب الفلسطيني في الضفة الغربية وقطاع غزة، سلسلة تقارير الوضع الراهن رقم (1)، رام الله.
- مركز الاحصاء الفلسطيني، 1994. سكان التجمعات الفلسطينية في الضفة الغربية وقطاع غزة، رام الله.

ملحق أ

- جدول 1.4:** عدد السكان المتوقع في الضفة الغربية حسب العمر والجنس 1995.
- جدول 2.4:** عدد السكان المتوقع في قطاع غزة حسب العمر والجنس 1995.
- جدول 3.4:** تقديرات سكان الضفة الغربية حسب اللواء 1992-1996.
- جدول 4.4:** تقديرات سكان قطاع غزة حسب اللواء 1992-1996.
- جدول 5.4:** معدلات وفيات الرضع المتوقعة في الضفة الغربية وقطاع غزة حسب الجنس 1992-2012.
- جدول 6.4:** توقع البقاء على قيد الحياة ومعدلات وفيات الرضع ومعدل الخصوبة الكلي ومعدل النمو ومعدل المواليد الخام ومعدل الوفيات الخام في الضفة الغربية وقطاع غزة 1992-2012.

ملحق ب

- جدول 1.5:** توزيع العاملين في القطاع الصحي في الضفة الغربية وقطاع غزة حسب المهنة الرئيسية والسلطة المشرفة 1993.
- جدول 2.5:** توزيع العاملين في الضفة الغربية وقطاع غزة حسب المهنة ومكان العمل 1992.
- جدول 3.5:** توزيع العاملين في القطاع الصحي الحكومي في باقي الضفة الغربية حسب الوحدة والمهنة 1975-1993.
- جدول 4.5:** توزيع العاملين في القطاع الصحي الحكومي في باقي الضفة الغربية حسب المؤسسة والمهنة 1975-1993.
- جدول 5.5:** توزيع العاملين في القطاع الصحي في الضفة الغربية حسب المهنة واللواء والسلطة المشرفة 1994.
- جدول 6.5:** توزيع العاملين في المستشفيات العامة في الضفة الغربية وقطاع غزة حسب المهنة والسلطة المشرفة 1993.
- جدول 7.5:** توزيع العاملين في المستشفيات المتخصصة في الضفة الغربية وقطاع غزة حسب المهنة والسلطة المشرفة 1993.
- جدول 8.5:** توزيع العاملين في مستشفيات الأمراض النفسية في الضفة الغربية وقطاع غزة حسب المهنة والسلطة المشرفة 1993.
- جدول 9.5:** توزيع العاملين في القطاع الصحي التابع لوكالة الغوث وقطاع غزة حسب المهنة 1989-1993.
- جدول 10.5:** توزيع أطباء الأسنان في الضفة الغربية حسب اللواء والسلطة المشرفة 1993.
- جدول 11.5:** توزيع العاملين في الضفة الغربية حسب القطاع الصحي واللواء 1990.
- جدول 12.5:** سكان التجمعات في الضفة الغربية الذين تتوفر لديهم عيادات وخدمات أخرى حسب حجم التجمع 1990-1992.

- جدول 13.5:** توزيع المستشفيات العامة والأسرة ومؤشرات الاستخدام في الضفة الغربية وقطاع غزة حسب السلطة المشرفة 1993.
- جدول 14.5:** توزيع المستشفيات المتخصصة والأسرة ومؤشرات الاستخدام في الضفة الغربية وقطاع غزة حسب السلطة المشرفة 1993.
- جدول 15.5:** توزيع المستشفيات النفسية والأسرة ومؤشرات الاستخدام في الضفة الغربية حسب السلطة المشرفة 1993.
- جدول 16.5:** توزيع المستشفيات والأسرة في باقي الضفة الغربية 1973-1993.
- جدول 17.5:** توزيع العاملين في عيادات الرعاية الصحية الأولية في قطاع غزة حسب اللواء والسلطة المشرفة 1994.
- جدول 18.5:** توزيع العاملين في عيادات الرعاية الصحية الأولية في الضفة الغربية حسب السلطة المشرفة 1992.
- جدول 19.5:** توزيع أطباء الأسنان في الضفة الغربية حسب اللواء والسلطة المشرفة 1993.
- جدول 20.5:** توزيع وحدات الرعاية الصحية الأولية في الضفة الغربية وقطاع غزة حسب اللواء والسلطة المشرفة 1993.
- جدول 21.5:** توزيع المستشفيات والأسرة في قطاع غزة 1973-1993.

ملحق ت

- جدول 1.6:** توزيع زيارات المرضى للعيادات الخارجية في باقي الضفة الغربية حسب المستشفى 1988-1993.
- جدول 2.6:** توزيع الزيارات والخدمات الصحية للعيادات العامة التي تديرها وكالة الغوث في الضفة الغربية وقطاع غزة 1985-1993.
- جدول 3.6:** توزيع الزيارات لمراكز الأمومة والطفولة الحكومية في باقي الضفة الغربية حسب اللواء 1988-1993.
- جدول 4.8:** توزيع الزيارات لمراكز الأمومة والطفولة في باقي الضفة الغربية حسب اللواء 1993.
- جدول 5.6:** التحصينات المسجلة وتطعيمات الأطفال في باقي الضفة الغربية حسب نوعية المطعم واللواء 1993.
- جدول 6.6:** المطاعيم التي تعطى في مراكز الأمومة التابعة لوكالة الغوث في الضفة الغربية وقطاع غزة 1993.
- جدول 7.6:** مؤشرات استخدام المستشفيات في باقي الضفة الغربية 1989-1993.
- جدول 6.8:** إدخلات المرضى إلى المستشفيات وإخراجاتهم في باقي الضفة الغربية 1972-1993.
- جدول 9.6:** أيام الإدخلات في مستشفيات باقي الضفة الغربية 1972-1993.
- جدول 10.6:** توزيع العمليات الجراحية في مستشفيات باقي الضفة الغربية 1982-1993.
- جدول 11.6:** فعاليات المستشفيات الخاصة والتابعة للمنظمات غير الحكومية لغير اليهود في القدس 1991-1992.
- جدول 12.6:** مؤشرات استخدام مستشفيات المنظمات غير الحكومية في الأراضي الفلسطينية المحتلة 1992.
- جدول 13.6:** نشاطات بنوك الدم في المستشفيات الحكومية في باقي الضفة الغربية حسب

اللقاء 1985، 1993.

جدول 14.6: تقرير الرعاية الصحية الأولية الصادر عن مراكز الأمومة والطفولة والعيادات الحكومية في قطاع غزة 1988-1993.

جدول 15.6: إِدخالات المرضى وإخراجاتهم في مستشفيات قطاع غزة 1982-1993.

جدول 16.6: أيام الإِدخالات في مستشفيات قطاع غزة 1982-1993.

جدول 17.6: توزيع العمليات الجراحية في مستشفيات قطاع غزة 1982-1993.

ملحق ث

- جدول 1.7:** معدلات وفيات الأطفال (1-5) سنوات لكل 10,000 من السكان في باقي الضفة الغربية حسب سبب الوفاة 1988-1993.
- جدول 2.7:** الأمراض السارية المسجلة في باقي الضفة الغربية 1971-1993.
- جدول 3.7:** معدلات انتشار بعض الأمراض السارية بين كل 100,000 لاجيء في الضفة الغربية 1985-1993.
- جدول 4.7:** معدلات انتشار الأمراض السارية بين كل 100,000 لاجيء في قطاع غزة 1985-1993.
- جدول 5.7:** حالات الإيدز المسجلة في الأراضي الفلسطينية المحتلة حسب الجنس وطريقة الانتقال 1987-1993.
- جدول 6.7:** الزيارات إلى العيادات الحكومية في باقي الضفة العربية حسب المنطقة والتشخيص الأكثر شيوعاً 1993.
- جدول 7.7:** معدلات الوفيات الخام حسب أسباب وفاة مختارة لكل 100,000 من السكان لجميع الأعمار في باقي الضفة الغربية 1988-1993.
- جدول 8.7:** انتشار السرطان في الضفة الغربية وقطاع غزة حسب الجنس وموضع السرطان 1978-1992.
- جدول 9.7:** أمراض السكري في الضفة الغربية وقطاع غزة، المرضى والعلاجات وعوام التعرض للخطر والمضاعفات 1993.

ملحق ج

- شكل 5-1: العاملون في المستشفيات العامة في الضفة الغربية حسب السلطة المشرفة 1993.
- شكل 5-2: العاملون في المستشفيات العامة في قطاع غزة حسب السلطة المشرفة 1993.
- شكل 5-3: العاملون في الوحدات التابعة لوكالة الغوث في قطاع غزة حسب المهنة 1989-1992.
- شكل 5-4: العاملون في الوحدات التابعة لوكالة الغوث في الضفة الغربية حسب المهنة 1989-1992.
- شكل 5-5: العاملون في المستشفيات الحكومية وقسم الصحة العامة في باقي الضفة الغربية حسب المهنة 1975، 1993.
- شكل 5-6: أطباء الأسنان في العيادات في الضفة الغربية حسب اللواء والسلطة المشرفة 1993.
- شكل 5-7: اسرة المستشفيات في باقي الضفة الغربية (حكومية وغير حكومية) 1973-1993.
- شكل 5-8: اسرة المستشفيات في قطاع غزة (حكومية وغير حكومية) 1973-1993.
- شكل 6-1: زيارات الأطفال الى مراكز الأمومة والطفولة الحكومية في باقي الضفة الغربية حسب اللواء 1989-1993.
- شكل 6-2: زيارات الأمهات الى مراكز الأمومة والطفولة الحكومية في باقي الضفة الغربية حسب اللواء 1988-1993.
- شكل 6-3: المرضى المقيمين في المستشفيات في باقي الضفة الغربية (حكومية وغير حكومية) 1972-1993.
- شكل 6-4: عدد الأيام التمريضية في مستشفيات باقي الضفة الغربية (المستشفيات الحكومية وغير الحكومية) 1972-1993.
- شكل 6-5: العمليات الجراحية في مستشفيات باقي الضفة الغربية (حكومية وغير حكومية) 1982-1993.

- شكل 6-6: المرضى المقيمين في مستشفيات قطاع غزة (حكومية وغير حكومية) 1982-1993.
- شكل 6-7: الأيام التمريضية في مستشفيات قطاع غزة (حكومية وغير حكومية) 1982-1993.
- شكل 6-8: العمليات الجراحية في مستشفيات قطاع غزة (حكومية وغير حكومية) 1982-1993.
- شكل 6-9: العمليات الجراحية في مستشفيات باقي الضفة الغربية (حكومية وغير حكومية) 1982-1993.
- شكل 7-1: معدلات وفيات الأطفال لكل 10,000 من السكان في باقي الضفة الغربية حسب السبب (1988-1993).
- شكل 7-2 أ: حالات الحصبة الألمانية، الحمى المالطية، التهاب الكبد المسجلة في باقي الضفة الغربية 1972-1993.
- شكل 7-2 ب: حالات الحصبة، الجدري والنكاف المسجلة في باقي الضفة الغربية 1972-1993.
- شكل 7-3 أ: معدلات انتشار الجدري، التهاب الملتحمة، أمراض الاسهالات (0-3) سنوات بين كل 100,000 لاجيء من السكان في قطاع غزة 1986-1993.
- شكل 7-3 ب: معدلات انتشار الديزنتاريا، الانفلونزا والنكاف بين كل 100,000 لاجيء من السكان في قطاع غزة 1986-1993.
- شكل 7-4: حالات الايدز حسب النسبة والجنس في الأراضي الفلسطينية المحتلة منذ 1987-1993.
- شكل 7-5: معدلات الوفيات الخام الناجمة عن اسباب وفاة مختارة لكل 100,000 من السكان في باقي الضفة الغربية 1988، 1993.

جدول 1.4: عدد السكان المتوقع في الضفة الغربية حسب العمر والجنس

Table 4.1: Projected Population of the West Bank by Age and Sex
1995

الفئة العمرية Age Group	ذكور Male	اناث Female	المجموع Total	نسبة الجنس Sex Ratio
0 - 4	144222	135976	280198	106.1
5 - 9	117274	110030	227304	106.6
10 - 14	92091	87073	179164	105.8
15 - 19	79210	76152	155362	104.0
20 - 24	71185	68350	139535	104.1
25 - 29	62629	59924	122553	104.5
30 - 34	46579	45068	91647	103.4
35 - 39	30998	30888	61886	100.4
40 - 44	23446	24918	48364	94.1
45 - 49	17863	20793	38656	85.9
50 - 54	13926	17908	31834	77.8
55 - 59	11080	15697	26777	70.6
60 - 64	10026	13914	23940	72.1
65 - 69	9137	11892	21029	76.8
70 - 74	7044	8356	15400	84.3
75 - 79	4814	4570	9384	105.3
80+	7243	4415	11658	164.1
Total المجموع :	748767	735924	1484691	101.7

المصدر: مركز الاحصاء الفلسطيني، 1994. ديمغرافية الشعب الفلسطيني في الضفة الغربية وقطاع غزة، سلسلة تقارير الوضع الراهن رقم 1. رام الله-الضفة الغربية.

Source: PBS, 1994. Demography of the Palestinian Population in the West Bank and Gaza Strip, Current Status Report Series (No.1). Ramallah-West Bank.

جدول 2.4: عدد السكان المتوقع في قطاع غزة حسب العمر والجنس
**Table 4.2: Projected Population of Gaza Strip by Age & Sex
 1995**

Medium Series				سلسلة متوسطة
الفئة العمرية Age Group	ذكور Male	إناث Female	مجموع Total	نسبة الجنس Sex Ratio
0 - 4	103240	98050	201290	105.3
5 - 9	73381	69390	142771	105.8
10 - 14	57345	53914	111259	106.4
15 - 19	50071	47704	97775	105
20 - 24	40332	38910	79242	103.7
25 - 29	31150	30443	61593	102.3
30 - 34	24157	23263	47420	103.8
35 - 39	18077	17073	35150	105.9
40 - 44	13208	13511	26719	97.8
45 - 49	9306	11089	20395	83.9
50 - 54	7306	10919	18225	66.9
55 - 59	6046	10924	16970	55.3
60 - 64	6320	8620	14940	73.3
65 - 69	6474	6030	12504	107.4
70 - 74	4786	4034	8820	118.6
75 - 79	2821	2219	5040	127.1
80+	2907	2234	5141	130.1
Total المجموع	456927	448327	905254	101.9

المصدر: مركز الإحصاء الفلسطيني، 1994. ديمغرافية الشعب الفلسطيني في الضفة الغربية وقطاع غزة، سلسلة تقارير الوضع الراهن رقم 1. رام الله-الضفة الغربية.

Source: PBS, 1994. Demography of the Palestinian Population in the West Bank and Gaza Strip, Current Status Report Series (No.1). Ramallah-West Bank.

جدول 3.4: تقديرات سكان الضفة الغربية حسب اللواء

**Table 4.3: Population Estimates in the West Bank by District
1992-1996**

Medium Series	سلسلة متوسطة				اللواء
District	1992	1994	1995	1996	
Jenin	168291	184665	196474	207971	جنين
Tulkarm	208078	228323	242923	257139	طولكرم
Nablus	176993	194213	206632	218724	نابلس
Jerusalem	162604	178424	189834	200943	القدس
Ramallah	184387	202327	215265	227862	رام الله
Bethlehem	116382	127705	135871	143822	بيت لحم
Jericho	21878	24007	25542	27037	اريجا
Hebron	233111	255792	272149	288075	الخليل
Total	1271725	1395455	1484692	1571572	المجموع

ملاحظة: الأرقام المذكورة أعلاه هي عبارة عن تقديرات أولية وضعها مركز الاحصاء الفلسطيني.

المصدر: مركز الاحصاء الفلسطيني، 1994. التجمعات السكانية في الضفة الغربية وقطاع غزة. رام الله-الضفة الغربية.

NOTE: The above Figures are Preliminary Estimates of Palestinian Bureau of Statistics.

Source: PBS, 1994. Small Area Population in the West Bank and Gaza Strip. Ramallah-West Bank.

جدول 4.4: تقديرات سكان قطاع غزة حسب اللواء

**Table 4.4: Population Estimates in Gaza Strip by District
1992-1996**

District	1992	1994	1995	1996	اللواء
Gaza	280099	315854	339351	361008	غزة
Khanyounis	147177	165965	178312	189691	خان يونس
Deir AL-Balah	111588	125833	135191	143821	دير البلح
Rafah	99396	112085	120422	128108	رفح
Jabalia	108932	122839	131977	140399	جباليا
Total	747193	842575	905254	963026	المجموع

ملاحظة: الأرقام المذكورة أعلاه هي عبارة عن تقديرات أولية وضعها مركز الإحصاء الفلسطيني.

المصدر: مركز الإحصاء الفلسطيني، 1994. التجمعات السكانية في الضفة الغربية وقطاع غزة. رام الله-الضفة الغربية.

Note: The above Figures are Preliminary Estimates of Palestinian Bureau of Statistics.

Source: PBS, 1994. Small Area Population in the West Bank and Gaza Strip. Ramallah-West Bank.

جدول 5.4: معدلات وفيات الرضع المتوقعة في الضفة الغربية وقطاع غزة حسب الجنس

Table 4.5: Projected Infant Mortality Rates in the West Bank and Gaza Strip by Sex
1992-2012

Medium Series

سلسلة متوسطة

السنة Year	الضفة الغربية West Bank			قطاع غزة Gaza Strip			الأراضي الفلسطينية المحتلة OPT		
	ذكور Male	إناث Female	المجموع Total	ذكور Male	إناث Female	المجموع Total	ذكور Male	إناث Female	المجموع Total
1992	37.83	43.95	40.82	34.62	40.69	37.55	36.56	42.61	39.51
1993	36.43	42.60	39.44	33.49	39.51	36.42	35.15	41.28	38.15
1994	35.03	41.24	38.06	32.35	38.38	35.29	33.88	40.02	36.88
1995	33.63	39.88	36.68	31.22	37.25	34.16	32.59	38.74	35.59
1996	32.51	38.73	35.54	30.31	36.29	33.23	31.54	37.66	34.53
2000	28.04	34.07	30.98	26.66	32.42	29.47	27.42	33.32	30.30
2006	22.70	28.11	25.34	22.19	27.36	24.71	22.46	27.75	25.04
2012	18.51	23.76	20.76	18.56	23.06	20.76	18.54	23.10	20.76

المصدر: مركز الإحصاء الفلسطيني، 1994. ديمغرافية الشعب الفلسطيني في الضفة الغربية وقطاع غزة، سلسلة تقارير الوضع الراهن، رقم 1. رام الله-الضفة الغربية.

Source: PBS, 1994. Demography of the Palestinian Population in the West Bank and Gaza Strip, Current Status Report Series (No. 1). Ramallah-West Bank.

جدول 6.4: توقع البقاء على قيد الحياة ومعدل وفيات الرضع ومعدل الخصوبة الكلي ومعدل النمو ومعدل المواليد الخام ومعدل الوفيات الخام في الضفة الغربية وقطاع غزة

Table 4.6: Projected Life Expectancy, IMR, TFR, Growth Rate, CBR, and CDR in the West Bank and Gaza Strip, 1992-2012

Medium Series

سلسلة متوسطة

السنة Year	West Bank الضفة الغربية			Gaza Strip قطاع غزة								
	توقع الحياة عند الولادة Expectation of Life at Birth	معدل وفيات الرضع IMR	معدل الخصوبة الكلي TFR	معدل النمو % Growth Rate	معدل المواليد الخام CBR	معدل الوفيات الخام CDR	توقع الحياة عند الولادة Expectation of Life at Birth	معدل وفيات الرضع IMR	معدل الخصوبة الكلي TFR	معدل النمو % Growth Rate	معدل المواليد الخام CBR	معدل الوفيات الخام CDR
1992	66.82	40.8	5.92	3.95	42.00	7.88	67.1	39.5	6.77	4.44	46.09	7.59
1993	67.17	39.4	5.82	3.95	41.62	7.28	67.43	38.2	6.68	4.43	45.77	7.09
1994	67.53	38.1	5.72	6.65	41.16	6.89	67.77	36.9	6.59	7.22	45.40	6.72
1995	67.88	36.7	5.62	5.77	46.63	6.52	68.11	35.6	6.50	5.95	44.98	6.38
1996	68.20	36.5	5.52	5.61	40.02	6.23	68.4	34.5	6.40	5.8	44.40	6.4
2000	69.48	31.0	5.11	3.2	37.26	5.31	69.61	30.3	5.99	3.64	41.66	5.23
2006	71.22	25.3	4.53	2.91	33.54	4.47	71.26	25.1	5.31	3.28	37.13	4.36
2012	72.82	20.8	4.00	2.17	31.11	3.97	72.77	20.8	4.59	2.98	33.60	3.81

المصدر: مركز الاحصاء الفلسطيني، 1994. ديمغرافية الشعب الفلسطيني في الضفة الغربية وقطاع غزة، سلسلة تقارير الوضع الراهن، رقم 1. رام الله-الضفة الغربية.

Source: PBS, 1994. Demography of the Palestinian Population in the West Bank and Gaza Strip, Current Status Report Series (No. 1). Ramallah-West Bank.

جدول 1.5: توزيع العاملين في القطاع الصحي في الضفة الغربية وقطاع غزة حسب المهنة الرئيسية والسلطة المشرفة

Table 5.1: Distribution of Health Personnel in the West Bank and Gaza Strip by Profession and Supervising Authority 1993

Profession	Supervising Authority			المجموع		المهنة
	قومي	حكومي	سلطة المشرفة وكالة الغوث	Total	العدد	
	National*	Government	UNRWA	%	No.	
Physicians	61.6	30.7	7.7	100	1344	أطباء
Dentists	91.5	2.9	5.5	100	343	أطباء اسنان
Vets	79.5	20.5	-	100	39	أطباء بيطريين
Pharmacist	90.5	6.4	3.1	100	419	صيادلة
Nurses	48.1	40.3	11.6	100	2279	ممرضات
Academic	94.7	0.5	4.8	100	209	اكاديميين
Technicians	72.3	18	9.7	100	1244	تقنيين
Adminstrators	36.1	55.6	8.3	100	36	اداريين
Other	63.1	23.0	13.9	100	431	اخرى
Total	63.6	27.1	9.4	100	6344	المجموع

* It includes all Local Organizations (Private, NGOs and Charitable Societies).

Source: Abu Libdeh, 1993. The Human Resources Survey in Health, Interim Report No.2. A Summary of Main Findings PRC, Jerusalem.

تحتوي جميع المؤسسات المحلية (خاصة ومنظمات * غير حكومية وجمعيات خيرية)

المصدر: أبو لبدة ، 1993. مسح القوى البشرية في القطاع الصحي، تقرير رقم 2. ملخص للنتائج الرئيسية مركز البحث والتخطيط الصحي، القدس.

جدول 2.5: توزيع العاملين في الضفة الغربية وقطاع غزة حسب المهنة ومكان العمل

Table 5.2: Distribution of Health Personnel by Profession and District of Employment in the West Bank and Gaza Strip
1992

Profession	جنين Jenin	طولكرم Tulkarm	نابلس Nablus	رام الله Ramallah	القدس Jerusalem	اريجا Jericho	بيت لحم Bethlehem	الخليل Hebron	قطاع غزة Gaza Strip	اخرى Other	المجموع Total	المهنة المهنة
Physicians	7.8	8.0	17.2	9.1	14.9	0.8	8.7	11.8	21.6	0.2	100	أطباء
dentists	10.4	12.7	17.1	14.2	5.5	0.3	9.5	15.0	15.0	0.3	100	أطباء أسنان
Vets	20.5	7.7	17.9	5.1	2.6	-	7.7	20.5	17.9	-	100	أطباء بيطريين
Pahrmacists	6.6	9.9	17.2	15.3	6.4	1.2	9.4	10.1	23.6	0.2	100	صيادلة
Nurses	4.6	5.2	14.6	7.3	21.7	0.4	11.0	5.5	29.5	0.1	100	ممرضات
Academic	5.2	3.3	25.1	32.7	10.0	-	16.6	2.4	4.7	-	100	أكاديميين
Technicians	5.5	6.9	13.6	11.8	10.3	0.4	8.8	11.2	31.3	0.2	100	تقنيين
Administrators	5.6	13.9	8.3	11.1	11.1	-	13.9	2.8	33.3	-	100	اداريين
Other	12.0	7.6	6.7	6.5	11.1	1.2	10.6	5.3	38.4	0.5	100	اخرى

المصدر: أبو لبدة، 1993. القوى البشرية في القطاع الصحي، ملخص للنتائج الرئيسية، مركز البحث والتخطيط الصحي، القدس.

Source: Abu Libdeh, 1993. The Human Resorces in Health Interim No. 2. A summary of Main Findings, PRC, Jerusalem .

جدول 3.5: توزيع العاملين في القطاع الصحي الحكومي في باقي الضفة الغربية حسب الوحدة والمهنة

Table 5.3: Distribution of Government Health Personnel in the Remaining West Bank by Unit 1975-1993

Unit	السنة							الوحدة
	1975	1980	1985	1990	1991	1992	1993	
Hospitals Number	9	16	15	13	16	19	20	عدد المستشفيات
Hospitals Employees	620	821	927	1134	1178	1230	1278	العاملين في المستشفيات
Public Health Unit (No.)	8	21	19	19	20	28	27	عدد الوحدات الصحية العامة
Health Department	506	564	590	648	686	727	780	الأقسام الصحية
Training Unit	34	34	34	33	34	34	38	الوحدة التدريبية
General Assistance Unit	25	36	41	63	66	83	93	وحدة المساعدة العامة

المصدر: الإدارة المدنية، الضفة الغربية، التقرير الإحصائي، الخدمات الصحية، الضفة الغربية، 1975-1993.

Source: Civil Administration, Judea and Samaria, Statistical Report, Health Services, Judea and Samaria, 1975 - 1993.

جدول 4.5: توزيع العاملين في القطاع الصحي الحكومي في باقي الضفة الغربية حسب المؤسسة والمهنة

Table 5.4: Distribution of Government Health Workers in the Remaining West Bank, by Institution and Profession, 1975-1993.

Professions	السنة							المهنة
	1975	1980	1985	1990	1991	1992	1993	
Hospitals								السمتشفيات
Physicians	76	106	136		201	215	225	اطباء
Nurses	265	361	384	481	499	514	226	ممرضات
Para-medical	61	82	120	128	131	145	162	مهن طبية مساعدة
Non Medical	227	288	303	349	364	376	385	غير مهنيين
Total	629	837	942	1147	1194	1249	1298	المجموع
Health Department								القسم الصحي
Physicians	72	71	78	99	109	118	127	اطباء
Nurses	248	262	280	317	329	338	353	ممرضات
Para-Medical	105	94	81	83	85	91	97	مهن طبية مساعدة
Non Medical	148	158	150	168	183	208	230	غير مهنيين
Total	574	585	599	667	706	788	807	المجموع
Grand Total	1203	1422	1541	1814	1899	2004	2104	المجموع العام

المصدر: الادارة المدنية، الضفة الغربية، التقرير الاحصائي، الخدمات الصحية، الضفة الغربية، 1975-1993.

Source: Civil Administration, Judea and Samaria, Statistical Report, Health Services, Judea and Samaria, 1975-1993.

جدول 5.5: توزيع العاملين في القطاع الصحي في الضفة الغربية حسب المهنة واللواء والسلطة المشرفة

Table 5.5: Distribution of Health Personnel in the West Bank by Profession District and Supervising Authority
1994

District	أطباء عامين (GP)			أطباء أخصائيين (SPEC)			أطباء الأسنان Dentists			الممرضات Nurses			القابلات القانونيات Midwives			المهن الطبية المساعدة Para Medical			المتقنين الصحيين Health Educators			مجموع العاملين Total Staff	اللواء
	N	P	U	N	P	U	N	P	U	N	P	U	N	P	U	N	P	U	N	P	U		
Jenin	26	14	6	18	2	1	9	0	1	22	52	13	0	0	0	24	4	6	15	0	0	213	جنين
Nablus	27	19	6	18	4	1	9	0	0	25	63	19	0	0	6	33	11	11	0	0	0	252	نابلس
Tulkarm	29	21	5	21	5	2	8	0	1	26	77	13	1	0	3	32	9	3	13	0	0	269	طولكرم
Ramallah	38	15	5	29	4	0	10	0	1	36	54	15	0	0	4	26	5	8	29	0	0	279	رام الله
Jerusalem	35	0	5	56	0	0	4	0	1	60	0	13	0	0	2	36	0	6	0	0	0	218	القدس
Jericho	6	3	2	3	1	0	1	0	0	1	7	4	0	0	1	1	1	1	13	3	0	48	أريحا
Bethlehem	14	8	2	35	2	0	5	0	1	20	26	8	0	0	3	11	3	6	2	0	0	146	بيت لحم
Hebron	23	17	5	14	6	0	8	0	2	23	62	14	0	0	5	41	5	8	10	0	1	244	الخليل
Total	198	97	36	194	24	4	54	0	7	213	341	99	1	0	24	204	38	49	82	3	1	1669	المجموع

N: NGO, P: Public Sector, U: UNRWA.

تشمل المنظمات غير الحكومية والقطاع العام والوكالة.

المصدر: مركز البحث والتخطيط الصحي، 1994. الخدمات الصحية في الضفة الغربية وقطاع غزة، حقائق وارقام، القدس .

Source: PRC, 1994. The Palestinian Health Services in the West Bank and Gaza Strip, Facts and Figures, Jerusalem .

جدول 6.5: توزيع العاملين في المستشفيات العامة في الضفة الغربية وقطاع غزة حسب المهنة والسلطة المشرفة

Table 5.6: Distribution of Health Personnel in General Hospitals in the West Bank and Gaza Strip by Profession and Supervising Authority 1993

المنطقة	سلطة المشرفة	مجموع العاملين	اطباء أخصائيين	أطباء مقيمين	ممرضات	مهن طبية مساعدة	اداريين ومساعدين	
Area	Supervising Authority	Total Staff	Specialists	Residents	Nurses	Para-medicals	Admin & Auxiliary	
الضفة الغربية West Bank	P.S	القطاع العام	1214	117	92	505	146	354
	NGO	منظمات غير حكومية	1530	79	126	651	133	541
	UNRWA	وكالة	64	4	4	29	7	20
	Total	المجموع	2808	200	222	1185	286	915
قطاع غزة Gaza Strip	P.S	القطاع العام	875	131	85	422	1	236
	NGO	منظمات غير حكومية	186	8	10	75	22	71
	UNRWA	وكالة	0	0	0	0	0	0
	Total	المجموع	1061	139	95	497	23	307
Grand Total	المجموع العام	3869	339	317	1682	309	1222	

المصدر: مركز البحث والتخطيط الصحي، 1994. الخدمات الصحية في الضفة الغربية وقطاع غزة، حقائق وارقام، القدس .

Source: PRC, 1994. The Palestinian Health Services in the West Bank and Gaza Strip, Facts and Figures, Jerusalem.

جدول 7.5: توزيع العاملين في المستشفيات المتخصصة في الضفة الغربية وقطاع غزة حسب المهنة والسلطة المشرفة

Table 5.7: Distribution of Health Personnel in Specialized Hospitals in the West Bank and Gaza Strip by Profession and Supervising Authority 1993

المنطقة	سلطة المشرفة	مجموع العاملين	اطباء أخصائيين	أطباء مقيمين	مرضات	مهن طبية مساعدة	اداريين ومساعدين
Area	Supervising Authority	Total Staff	Specialists	Residents	Nurses	Para-Medicals	Administrators & Auxiliary
الضفة الغربية West Bank	P.S	0	0	0	0	0	0
	NGO	486	26	19	210	50	181
	UNRWA	0	0	0	0	0	0
	Total	486	26	19	210	50	181
قطاع غزة Gaza Strip	P.S	185	23	18	67	11	66
	NGO	0	0	0	0	0	0
	UNRWA	0	0	0	0	0	0
	Total	185	23	18	67	11	66
Grand Total	المجموع العام	671	49	37	277	61	247

المصدر: مركز البحث والتخطيط الصحي، 1994. الخدمات الصحية في الضفة الغربية وقطاع غزة، حقائق وارقام، القدس.

Source: PRC, 1994. The Palestinian Health Services in the West Bank and Gaza Strip, Facts and Figures, Jerusalem.

جدول 8.5: توزيع العاملين في مستشفيات الأمراض النفسية في الضفة الغربية وقطاع غزة، حسب المهنة والسلطة المشرفة

Table 5.8: Distribution of Health Personnel in Psychiatric Hospitals in the West Bank and Gaza Strip by Profession and Supervising Authority 1993

المنطقة Area	سلطة المشرفة Supervising Authority	مجموع العاملين Total Staff	اطباء أخصائيين Specialists	أطباء مقيمين Residents	مرضات Nurses	مهن طبية مساعدة Para-Medicals	اداريين ومساعدين Administrators & Auxiliary
الضفة الغربية West Bank	PS القطاع العام	135	7	3	66	19	40
قطاع غزة Gaza Strip	PS القطاع العام	38	1	3	16	4	14
Grand Total	المجموع العام	173	8	6	82	23	54

المصدر: مركز البحث والتخطيط الصحي، 1994. الخدمات الصحية في الضفة الغربية وقطاع غزة، حقائق وارقام، القدس.

Source: PRC, 1994. The Palestinian Health Services in the West Bank and Gaza Strip, Facts and Figures, Jerusalem.

جدول 9.5: توزيع العاملين في القطاع الصحي التابع لوكالة الغوث في الضفة الغربية وقطاع غزة حسب المهنة

Table 5.9: Distribution of Health Personnel in the West Bank and Gaza Strip of UNRWA Units by Profession 1989-1992

Profession	قطاع غزة				الضفة الغربية				المهنة
	1989	1990	1991	1992	1989	1990	1991	1992	
Medical Care									الرعاية الطبية
Physicians	33	37	40	44	31	30	34	43	اطباء
Dentists	7	7	8	8	7	9	9	9	اطباء اسنان
Pharmacists	2	2	2	2	2	2	2	2	صيادلة
Nurses	132	133	132	149	145	146	149	155	ممرضات
Para-Medical Staff	30	32	32	35	54	40	47	51	مساعدين طبيين
Admin./Clerical/Secretarial	31	32	33	33	8	25	27	30	اداريين / كتبة / سكرتاريا
Health Education	5	6	6	7	4	5	5	5	تثقيف الصحي
Other Categories	96	97	97	91	44	44	46	49	اخرى
Environmental Health									الصحة البيئية
Supervisory Category	28	29	29	30	22	22	22	21	مشرفين
Labor Category	269	277	287	295	164	169	175	175	عاملين
Support Staff	3	3	3	3	2	2	2	2	طواقم اخرى
Nutrition & Supplementary Feeding									التغذية والأطعمة الاضافية
Supervisory Category	32	22	2		30	30	8		مشرفين
Labor Category	111	91	41		97	91	20		العمال
Support Staff	10	8	4		10	10	0		طواقم اخرى
Additional Posts for Other Ongoing Activities and Special Projects	9	9	9	0	1	8	8	0	مواقع اضافية ونشاطات اخرى
Total	798	785	725	697	621	633	554	553	المجموع

المصدر: وكالة الغوث، التقرير السنوي لمدير الصحة سنوات مختلفة.

Source: UNRWA, Annual Report of the Director of Health, Various Years.

جدول 10.5: توزيع اطباء الأسنان في الضفة الغربية حسب اللواء والسلطة المشرفة

Table 5.10 : Distribution of Dentists in the West Bank by District and Supervising Authority 1993

سلطة المشرفة	مجموع	الخليل	بيت لحم	القدس	رام الله	طولكرم	نابلس	جنين	Supervising Authority
المشرفة	Total	Hebron	Bethlehem	Jerusalem	Ramallah	Tulkarm	Nablus	Jenin	Supervising Authority
عيادات خاصة	316	42	29	47	47	47	69	35	Private Clinics
عيادات المنظمات غير الحكومية	63	8	6	9	16	7	11	6	NGOs Clinics
عيادات الوكالة	14	1	2	3	3	2	1	2	UNRWA Clinics
المجموع العام	393	51	37	59	66	56	81	43	Grand Total

المصدر: مركز البحث والتخطيط الصحي، 1994. الخدمات الصحية الفلسطينية في الضفة الغربية وقطاع غزة، حقائق و ارقام، القدس.

Source: PRC, 1994. The Palestinian Health Services in the West Bank and Gaza Strip, Facts and Figures, Jerusalem.

جدول 11.5: توزيع الممرضات العاملات في الضفة الغربية حسب القطاع الصحي واللواء

Table 5-11 Distribution of Employed Nurses in the West Bank by Place of Employment and District 1990

District	Health Sector			اللواء
	مستشفيات Hospitals	الرعاية الصحية الأولية Primary Health Care	المجموع Total	
Jerusalem	451	39	490	القدس
Ramallah	0	64	155	رام الله
Bethlehem	201	28	229	بيت لحم
Tulkarm	40	63	103	طولكرم
Jenin	22	42	64	جنين
Nablus	218	77	295	نابلس
Jericho	12	10	22	أريحا
Hebron	80	57	137	الخليل
Other	0	35	35	أخرى
Total	1115	415	1530	المجموع

المصدر: عايد، 1991. تقديرات احتياجات استمرار تعليم التمريض في الضفة الغربية وغزة، أمد ايست، القدس.

Source: Ayed, 1991. Needs Assessment of Continuing Education For Nursing in West Bank and Gaza, AMIDEAST, JERUSALEM .

جدول 12.5: سكان التجمعات في الضفة الغربية الذين تتوفر لديهم عيادات وخدمات اخرى حسب حجم التجمع

Table 5.12: Population in Communities in the West Bank with Access to Clinics and other Services by Community Size 1992

حجم التجمع السكاني Community Size (Inhabitants)	نسبة منوية								
	Percent of Population with Access to Clinics					نسبة السكان الذين تتوفر لهم فرص الوصول الى العيادات			
	جميع العيادات	عيادات حكومية	عيادات الوكالة	عيادات الجمعيات الخيرية	عيادات المنظمات غير الحكومية	عيادات خاصة	عيادات الأسنان	صيدليات	قابلات
	All Clinics	Government Clinics	UNRWA Clinics	Charitable Clinics	NGOs Clinics	Private Clinics	Dental Clinics	Pharmacies	Midwives
< 500	8	4	0	2	1	0	1	0	7
500-999	29	3	9	13	12	3	4	0	21
1,000-2,999	70	41	7	18	28	15	11	2	41
3,000-4,999	96	62	44	18	62	33	31	12	54
5,000-9999	96	70	64	23	54	51	56	31	51
10,000	100	68	76	54	48	75	92	83	75
Total Population	86	57	50	30	45	44	50	36	55

المصدر: برغوثي ودعيس، 1993. البنية التحتية والخدمات الصحية في الضفة الغربية : أسس تخطيط الرعاية الصحية، مسح الرعاية الصحية الأولية الريفية في الضفة الغربية. البرنامج الاعلامي للتطوير الصحي، رام الله.

Source: Barghouthi and Daibes, 1993. Infrastructure and Health Services in the West Bank: Guidelines for Health Care Planning, the West Bank Rural PHC Survey, HDIP, Ramallah.

جدول 13.5: توزيع المستشفيات العامة والأسرة ومؤشرات الاستخدام في الضفة الغربية وقطاع غزة حسب السلطة المشرفة

Table 5.13: Distribution of General Hospitals, Beds and Utilization Indicators by Supervising Authority in the West Bank and Gaza Strip 1993

المنطقة Area	Supervising Authority	السلطة المشرفة	عدد المستشفيات No. of Hospitals	عدد الأسرة No. of Beds	ادخالات Admissions	أيام الإقامة في المستشفى Hospitalization Days	معدل الإقامة Average Length of Stay	معدل الاشغال Occupancy Rate
الضفة الغربية West Bank	P.S	القطاع العام	8	654	68267	177482	2.5	74.4
	NGOs	منظمات غير حكومية	6	679	42980	185225	4.3	74.7
	UNRWA	وكالة الغوث	1	43	3567	15695	4.5	100
	Total	المجموع	15	1376	114814	378402	3.3	75.3
قطاع غزة Gaza Strip	P.S	القطاع العام	2	592	44109	167628	3.8	77.5
	NGOs	منظمات غير حكومية	1	80	7463	21493	2.9	73.6
	UNRWA	وكالة الغوث	0	0	0	0	0	0
	Total	المجموع	3	672	51572	189121	3.6	77.1
Grand Total		المجموع العام	18	2048	166386	567523	3.4	75.9

المصدر: مركز البحث والتخطيط الصحي، 1994. الخدمات الصحية الفلسطينية في الضفة الغربية وقطاع غزة، القدس .

Source: PRC, 1994. The Palestinian Health Services in the West Bank and Gaza Strip, Facts and Figures, Jerusalem

جدول 14.5: توزيع المستشفيات المتخصصة والأسرة ومؤشرات الاستخدام في الضفة الغربية وقطاع غزة حسب السلطة المشرفة

Table 5.14: Distribution of Specialized Hospitals, Beds and Utilization Indicators in the West Bank and Gaza Strip by Supervising Authority 1993

المنطقة Area	السلطة المشرفة Supervising Authority	عدد المستشفيات No. of Hospitals	عدد الأسرة No. of Beds	الادخالات Admissions	أيام الإقامة في المستشفى Hospitalization Days	معدل الإقامة في المستشفى Average Length of Stay	معدل الاشغال Occupancy Rate
الضفة الغربية West Bank	P.S قطاع عام	0	0	0	0	0	0
	NGOs منظمات غير حكومية	4	263	12278	83835	6.8	87.3
	UNRWA الوكالة	0	0	0	0	0	0
	Total مجموع	4	263	12278	83835	6.8	87.3
قطاع غزة Gaza Strip	P.S قطاع عام	2	140	9875	35742	3.6	69.9
	NGOs منظمات غير حكومية	0	0	0	0	0	0
	UNRWA الوكالة	0	0	0	0	0	0
	Total مجموع	2	140	9875	35742	3.6	69.9
Grand Total	المجموع العام	6	403	22153	119577	5.3	81.2

المصدر: مركز البحث والتخطيط الصحي، 1994. الخدمات الصحية في الضفة الغربية وقطاع غزة، حقائق وأرقام، القدس.

Source: PRC, 1994. The Palestinian Health Services in the West Bank and Gaza Strip, Facts and Figures, Jerusalem.

جدول 15.5: توزيع المستشفيات النفسية والأسرة ومؤشرات الاستخدام في الضفة الغربية وقطاع غزة حسب السلطة المشرفة

Table 5.15 : Distribution of Public Sector Psychiatric Hospitals, Beds and Utilization Indicators in the West Bank and Gaza Strip 1993

Area	عدد المستشفيات No. of Hospitals	عدد الأسرة No. of Beds	الادخالات Admissions	عدد ايام الإقامة في المستشفى Hospitalization Days	معدل الإقامة Average Length of Stay	معدل الاشغال Occupancy Rate	المنطقة
West Bank	1	320	525	117752	244.3	100.8	الضفة الغربية
Gaza Strip	1	34	507	8517	16.8	68.6	قطاع غزة
Total	2	354	1032	126269	122.3	97.7	المجموع

المصدر: مركز البحث والتخطيط الصحي، 1994. الخدمات الصحية الفلسطينية في الضفة الغربية وقطاع غزة، حقائق وأرقام، القدس.

Source: PRC , 1994. The Palestinian Health Services in the West Bank and Gaza Strip, Facts and Figures, Jerusalem.

جدول 16.5: توزيع المستشفيات والأسرة في باقي الضفة الغربية

Table 5.16: Distribution of Hospitals and Beds in the Remaining West Bank
1973-1993

السنة Year	حكومية Government		غير حكومية Non-Government		المجموع Total	
	مستشفيات Hospitals	اسرة Beds	مستشفيات Hospitals	اسرة Beds	مستشفيات Hospitals	اسرة Beds
1973	8	1016	8	393	16	1409
1974	8	992	8	401	16	1393
1975	8	941	8	401	16	1342
1976	9	976	8	399	17	1375
1977	9	938	8	390	17	1328
1978	9	938	8	436	17	1374
1979	9	970	8	436	17	1406
1980	9	970	8	341	17	1311
1981	9	970	8	393	17	1363
1982	9	970	8	395	17	1365
1983	9	974	8	395	17	1369
1984	9	974	8	391	17	1365
1985	9	974	7	334	16	1308
1986	9	974	8	341	17	1315
1987	9	999	7	344	16	1343
1988	9	999	7	337	16	1336
1989	9	1002	6	318	15	1320
1990	9	1002	8	410	17	1412
1991	9	1002	8	410	17	1412
1992	9	1000	7	414	16	1414
1993	9	1004	8	414	17	1418

المصدر: مكتب الاحصاء المركزي الاسرائيلي، النشرة الاحصائية الاسرائيلية، سنوات مختلفة.

Source: ICBS. Statistical Abstracts of Israel, (Various years).

جدول 17.5: توزيع العاملين في عيادات الرعاية الصحية الأولية في قطاع غزة حسب اللواء والسلطة المشرفة

Table 5.17 : Distribution of (PHC) Personnel in Primary Health Care Clinics in Gaza Strip by District and Supervising Authority

1994

District	أطباء عامين Physicians (GP)			الأخصائيين Physicians (SPEC)			اطباء الأسنان Dentists			الممرضات Nurses			القابلات Midwives			المهن الطبية المساعدة Para Medical			متقنون صحيون Health Educators			مجموع العاملين Total Staff	اللواء
	N	P	U	N	P	U	N	P	U	N	P	U	N	P	U	N	P	U	N	P	U		
Gaza North	6	13	7	9	0	0	6	1	1	2	24	21	0	0	0	10	8	4	0	0	0	112	شمال غزة
Gaza City	31	30	11	22	19	0	10	4	2	92	65	31	0	3	0	69	34	12	0	0	0	435	مدينة غزة
Gaza Mid	4	16	18	6	0	0	2	1	2	5	24	48	0	2	9	6	10	8	0	0	0	161	وسط غزة
Khan Younis	5	15	7	4	0	0	4	0	2	11	35	14	0	0	9	11	10	4	0	0	0	131	خان يونس
Rafah	5	7	7	13	0	0	2	1	1	14	19	23	0	1	7	0	6	4	0	0	0	110	رفح
Total	51	81	50	54	19	0	24	7	8	124	167	137	0	6	25	96	68	32	0	0	0	949	المجموع

N: NGO, P: Public Sector, U: UNRWA.

المنظمات غير الحكومية والقطاع العام وكالة الغوث.

المصدر: مركز البحث والتخطيط الصحي، 1994. الخدمات الصحية في الضفة الغربية وقطاع غزة، حقائق وارقام، القدس.

Source: PRC, 1994. The Palestinian Health Services in the west Bank and Gaza Strip, Facts and Figure, Jerusalem.

جدول 18.5: توزيع العاملين في عيادات الرعاية الصحية الأولية في الضفة الغربية حسب السلطة المشرفة

Table 5.18: Distribution of Health Personnel in Primary Health Care Clinics in the West Bank by Profession and Supervising Authority 1992

Supervising Authority	الأطباء Physicians	اطباء الأسنان Dentists	الممرضات Nurses	القابلات Midwives	الصيدلة Pharmacists	فنيو مختبرات Lab Technicians	فنيو اشعة X-ray Technicians	اداريين Administrators & Other	مجموع Total
ICHS	86	7	172	6	45	23	2	141	482
UNRWA	51	8	140	66	19	12	1	149	446
HSC	3	0	13	0	0	3	0	4	23
UPMRC	4	4	4	0	0	0	1	0	13
UHWC	8	6	6	0	7	8	7	2	44
UHCC	3	0	3	0	0	3	0	0	9
PFBS	20	8	46	0	17	29	3	68	191
RCS	5	5	10	0	4	5	0	5	34
AMA	1	0	2	0	0	0	0	1	4
PAS	2	0	2	0	2	2	0	0	8
CDC	1	0	3	0	0	0	2	9	15
NECC	4	0	15	0	3	5	0	12	39
KYCA	1	1	4	0	0	1	0	1	8
Total	189	39	420	72	97	91	16	392	1316

المصدر: برغوثي و دعبس، 1993. البنية التحتية والخدمات الصحية في الضفة الغربية: أسس تخطيط الرعاية الصحية، مسح الرعاية الصحية الأولية الريفية في الضفة الغربية، المشروع الاعلامي للتطوير الصحي، رام الله. Source: Barghouthi and Daibes, 1993. Infrastructure and Health Services in the West Bank: Guidelines for Health care Planning, the West Bank Rural PHC survey, HDIP, Ramallah.

جدول 19.5: توزيع اطباء الأسنان في الضفة الغربية حسب اللواء والسلطة المشرفة

Table 5.19: Distribution of Dentists in the West Bank by District and Supervising Authority 1993

Supervising Authority	جنين	نابلس	طولكرم	رام الله	القدس	بيت لحم	الخليل	المجموع	السلطة المشرفة
Supervising Authority	Jenin	Nablus	Tulkarm	Ramallah	Jerusalem	Bethlehem	Hebron	Total	السلطة المشرفة
Private Clinics	35	69	47	47	47	29	42	316	عيادات خاصة
NGOs Clinics	6	11	7	16	9	6	8	63	عيادات منظمات غير حكومية
UNRWA Clinics	2	1	2	3	3	2	1	14	عيادات الوكالة
Total	43	81	56	66	59	37	51	393	المجموع

المصدر: مركز البحث والتخطيط الصحي، 1994. الخدمات الصحية الفلسطينية في الضفة الغربية وقطاع غزة، حقائق وأرقام، القدس.

Source: PRC, 1994. The Palestinian Health Services in the West Bank and Gaza Strip, Facts and Figures, Jerusalem.

جدول 20.5: توزيع وحدات الرعاية الصحية الأولية في الضفة الغربية وقطاع غزة حسب اللواء والسلطة المشرفة

Table 5.20: Distribution of Primary Health Care Units by District and Supervising Authority in the West Bank and Gaza Strip 1993

السلطة المشرفة	جنين	نابلس	طولكرم	رام الله	القدس	اريجا	بيت لحم	الخليل	مجموع	شمال	غزة	وسط	خان	رفح	مجموع	المجموع
Supervising Authority	Jenin	Nablus	Tulkarm	Ramallah	Jerusalem	Jericho	Bethlehem	Hebron	الضفة Total W. B	غزة Gaza North	غزة Gaza City	غزة Gaza Mid	يونس Khan Younis	Rafah	قطاع غزة Total G. S	العام Grand Total
Total NGOs	20	19	23	51	16	6	16	25	176	4	12	5	7	4	32	208
HSC	4	2	2	5	1	0	6	2	22	0	0	2	1	1	4	26
PFS	2	2	1	8	1	0	1	0	15	0	2	0	1	0	3	18
UHCC	3	5	4	3	0	1	0	0	16	0	2	1	0	0	3	19
UHWC	1	4	1	3	0	1	2	1	13	2	0	2	0	1	5	18
UPMRC	4	0	2	12	1	4	0	2	25	2	0	0	1	1	4	29
Zakat. C	6	4	3	3	0	0	0	1	17	0	0	0	0	0	0	17
RCS	0	1	0	2	1	0	0	6	10	0	1	0	2	0	3	13
PHC Projected	0	0	9	0	0	0	0	0	9	0	0	0	0	0	0	9
AHC	0	0	0	1	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2
KH	0	0	0	0	3	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	3
MS	0	0	0	0	3	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	3
Others	0	1	1	14	5	0	7	11	39	0	7	0	2	1	10	49
Public Sector	29	30	40	28	0	4	14	31	176	5	8	6	7	3	29	205
UNRWA	5	4	5	4	2	3	2	7	32	1	2	4	1	1	9	41
Grand Total	54	53	68	83	18	13	32	63	384	10	22	15	15	8	70	454

المصدر: مركز البحث والتخطيط الصحي، 1994. الخدمات الصحية الفلسطينية في الضفة الغربية وقطاع غزة، حقائق وأرقام، القدس، 1994.

Source: PRC, 1994. The Palestinian Health Services in the West Bank and Gaza Strip, Facts and Figures, Jerusalem.

جدول 21.5: توزيع المستشفيات والأسرة في قطاع غزة

**Table 5.21: Distribution of Hospitals and Beds in Gaza Strip
1973-1993**

السنة Year	حكومية Government		غير حكومية Non- Government		المجموع Total	
	مستشفيات Hospitals	أسرة Beds	مستشفيات Hospitals	أسرة Beds	مستشفيات Hospitals	أسرة Beds
1973	5	749	1	92	6	841
1974	6	933	1	71	7	1014
1975	6	987	1	75	7	1062
1976	6	990	1	75	7	1065
1977	6	995	1	75	7	1070
1978	6	995	1	75	7	1070
1979	5	815	1	25	6	840
1980	6	853	1	75	7	928
1981	6	858	1	46	7	904
1982	6	825	1	60	7	885
1983	6	839	1	60	7	899
1984	6	852	1	60	7	912
1985	6	812	1	60	7	872
1986	6	885	1	60	7	945
1987	6	856	1	52	7	908
1988	6	828	1	67	7	895
1989	6	869	1	64	7	933
1990	6	870	1	75	7	945
1991	5	870	1	75	6	945
1992	5	902	1	80	6	982
1993	5	877	1	80	6	957

المصدر: مكتب الإحصاء المركزي الإسرائيلي. النشرة الإحصائية الإسرائيلية، سنوات مختلفة.

Source: ICBS . Statistical Abstract of Israel, Variuos Years.

جدول 1.6: توزيع زيارات المرضى للعيادات الخارجية في باقي الضفة الغربية حسب المستشفى

Table 6.1: Distribution of Visits To Out-Patient Clinics in the Remaining West Bank by Hospital

1988-1993							المستشفى
Hospital	1988	1989	1990	1991	1992	1993	
Jenin	3021	3342	3064	3903	4321	6561	جنين
Tulkarm	7394	6458	7803	8714	10053	13854	طولكرم
Rafidia (Nablus)	13138	12833	14744	19391	27954	29827	رفيديا (نابلس)
Alwatani (Nablus)	8054	8117	1069	8174	9826	11084	الوطني (نابلس)
Ramallah	16293	17372	17794	18081	21610	28205	رام الله
Beit Jala (Bethlehem)	19535	18044	20743	20770	24639	25859	بيت جالا (بيت لحم)
Jericho	1711	1898	2572	2381	3684	3563	أريحا
Hebron	16173	15125	16684	18864	20937	27748	الخليل
Total	85319	83189	84473	100278	123024	146701	المجموع

المصدر: الادارة المدنية، الضفة الغربية، التقرير الاحصائي، الخدمات الصحية، الضفة الغربية، سنوات مختلفة.

Source: Civil Administration, Judea and Samaria, Statistical Report Health Services, Judea and samaria, various years.

جدول 2.6: توزيع الزيارات والخدمات الصحية للعيادات العامة التي تديرها وكالة الغوث في الضفة الغربية وقطاع غزة

**Table 6.2: Distribution of Visits and Health Services in UNRWA General Clinics in the West Bank and Gaza Strip
1985-1993**

Visit & Object of Visit	West Bank الضفة الغربية								Gaza Strip قطاع غزة								الزيارة والهدف منها
	1985	1986	1987	1989	1990	1991	1992	1993	1985	1986	1987	1989	1990	1991	1992	1993	
First Visit	115269	123676	125390	147469	134492	148802	139286	135058	113105	149920	139752	234057	210148	252839	237469	691835	الزيارة الأولى
Repeat Visit	364925	397309	408786	517798	500539	543217	563804	573491	407772	438128	446257	525666	724993	902815	900799	249432	الزيارة المتكررة
Total	480194	520985	534176	665267	635031	692019	703090	708549	520877	588048	586009	759723	935141	1155654	1138268	941267	المجموع
Injections	162947	145500	118713	105214	84510	86244	68355	60301	396897	416646	389294	338631	401304	457886	468028	550181	الحقن
Dressings and Skin Treatment	114853	112022	105452	113858	113053	118346	100482	99847	222203	229261	221134	216120	240212	233995	254740	248855	الضمادات وعلاج الجلد
Eye Treatment	47622	36794	37420	21762	18114	16569	16656	na	164981	175750	160196	125716	109701	118107	74019	na	علاجات العين
Dental Treatment	31166	40574	40786	43795	40971	50282	41769	48670	27680	35721	40164	59463	71067	78831	78637	73586	علاجات الأسنان
Total	356588	334890	302371	284629	256648	271441	227262	na	811761	857378	810788	739930	822284	888819	875424	na	المجموع

Source: UNRWA, Annual Report of the Director of Health, various Years.

المصدر: وكالة الغوث، التقرير السنوي لمدير الصحة، سنوات مختلفة.

جدول 3.6: توزيع الزيارات لمراكز الأمومة والطفولة الحكومية في باقي الضفة الغربية حسب اللواء

Table 6.3: Distribution of Visits to Government Mother and Child Health Care Centers in the Remaining West Bank by District

1988-1993

District	1988			1989			1990			1991			1992			1993			اللواء
	أمهات Mothers	أطفال Children	المجموع Total	أمهات Mothers	أطفال Children	المجموع Total	أمهات Mothers	أطفال Children	المجموع Total	أمهات Mothers	أطفال Children	المجموع Total	أمهات Mothers	أطفال Children	المجموع Total	أمهات Mothers	أطفال Children	المجموع Total	
Jenin	10856	7311	18167	13862	7403	21265	13980	8845	22825	16394	11061	27455	16929	12404	29333	16765	13434	30199	جنين
Tulkarm	15593	17800	33393	19070	19051	38121	23746	24916	48662	26358	26071	52429	24299	27160	51459	27131	32245	59376	طولكرم
Nablus	7099	10852	17951	9077	11173	20250	9370	8262	17632	9833	9437	19270	8653	11561	20214	9013	14758	23771	نابلس
Ramallah	13046	51067	64113	11972	53544	65516	11001	55710	66711	12252	59882	72134	8739	61331	70070	9029	59013	68042	رام الله
Bethlehem	7574	27684	35258	7031	28462	35493	4666	33142	37808	3682	37831	41513	2576	32662	35238	2432	31404	33836	بيت لحم
Jericho	1015	797	1812	1557	1190	2747	1400	1349	2749	1424	883	2307	1130	489	1619	1184	773	1957	أريحا
Hebron	9345	8279	17624	10678	11939	22617	10508	16214	26722	11979	23987	35966	10482	26813	37295	16177	34325	50502	الخليل
Total	64528	123790	188318	73247	132762	206009	74671	148438	223109	81922	169152	251074	72808	172420	245228	81731	185952	267683	المجموع

المصدر: الإدارة المدنية، الضفة الغربية، التقرير الاحصائي، الخدمات الصحية، الضفة الغربية، سنوات مختلفة.

Source: Civil Administration, Judaea and Samaria , Statistical Report, Health Services, Judaea and Samaria, Various Years.

جدول 4.6: توزيع الزيارات لمراكز الأمومة والطفولة في باقي الضفة الغربية حسب اللواء

Table 6.4: Distribution of Visits to Government Mother and Child Health Care Centers in the Remaining West Bank, by District 1993

District	عدد فحوصات الأطباء Number of Examinations by Physicians			الزيارات المتكررة Repeated Visits			الزيارة الأولى First Visit			اللواء
	الامهات Mothers	الأطفال Children		الأمهات Mothers	الأطفال Children		الأمهات Mothers	الأطفال Children		
		(سنة)	(سنة)		(سنة)	(سنة)				
		0 (year)	1+2(years)		0 (year)	1+2 (year)		0 (year)	1+2(year)	
Jenin	4411	916	55	7650	5163	1452	1719	969	290	جنين
Tulkarm	7735	4595	2356	13161	10456	4949	2850	1714	874	طولكرم
Nablus	3109	1374	392	4754	3389	1501	1507	944	662	نابلس
Ramallah	4830	13957	11367	4942	15280	11586	1229	2076	1444	رام الله
Bethlehem	1880	7342	7447	2036	8575	6696	750	1756	1325	بيت لحم
Jericho	418	141	147	780	497	505	202	41	18	أريحا
Hebron	3818	4126	1739	5022	6167	2136	1668	1489	557	الخليل
Total	26201	32451	23503	38345	49527	28825	9925	8989	5170	المجموع

صدر: الادارة المدنية 1993. الضفة الغربية، التقرير الاحصائي، الخدمات الصحية، الضفة الغربية.

Source: Civil Administration 1993. Judea and Samaria, Statistical Report, Health Services, Judea and Samaria.

جدول 5.6: التحصينات المسجلة وتطعيمات الأطفال في باقي الضفة الغربية حسب نوعية المطعم واللواء

Table 6.5: Reported Immunization and Vaccination of Children in the Remaining West Bank by Type and District
1993

District	الثلاثي (الدفنيريا، السعال الديكي، الكزاز)				التهاب الكبد ب			النكاف، الحصبة	Polio			الشلل			اللواء
	Triple (DPT)				Hepatitis B			الحصبة الألمانية	مطعم الشلل بالحقن			مطعم الشلل بالنقط (الفم)			
	IV	III	II	I	III	II	I	MMR	I.P.V			O.P.V			
	IV	III	II	I	III	II	I	I	III	II	I	III	II	I	
Jenin	6648	6718	6759	6855	6553	7159	5520	6284	6684	6769	6855	6684	6718	6759	جنين
Tulkarm	6062	6095	6699	6330	6187	6312	5628	6187	6062	6269	6366	6245	5945	6271	طولكرم
Nablus	7532	7257	7508	7245	7025	6679	8073	6289	7532	7508	7245	7532	7257	7508	نابلس
Ramallah	5922	6338	5741	5722	5490	5807	5342	5531	5695	5544	5492	6000	6328	5890	رام الله
Bethlehem	4048	4812	3747	3984	3914	4030	6462	3801	4020	3912	4034	4209	4766	3921	بيت لحم
Jericho	582	609	661	685	585	684	645	518	582	661	685	582	609	661	اريجا
Hebron	10708	12083	12727	12593	9707	10916	354	10951	10801	12727	12593	9652	11990	12732	الخليل
Total	41502	43912	43842	43414	39461	41587	32024	39561	41376	43390	43270	40904	43613	43742	المجموع

ملاحظة: التطعيمات فقط للرضع الذين يزورون المنطقة، الرضع غير مشمولين في أعداد المواليد المسجلة .
المصدر: الإدارة المدنية، 1993. الضفة الغربية، التقرير الإحصائي، الخدمات الصحية، الضفة الغربية .

Note: Vaccination is administrated to infants, visiting the area. The infants are not included in the notified number of births.

Source: Civil Administration, 1993. Judea and Samaria, Statistical Report, Health Services, Judea and Samaria.

جدول 6.6: المطاعيم التي تعطى في مراكز الأمومة والطفولة التابعة لوكالة الغوث في الضفة الغربية وقطاع غزة

Table 6.6: Vaccination at UNRWA Maternal and Child Health Clinics in the West Bank and Gaza Strip 1993

Field	الضفة الغربية West Bank	قطاع غزة Gaza Strip	المجال
<i>Number of infants registered</i>	11,928	27,584	عدد الرضع المسجلين
Infants who Completed Full Primary Vaccination:			الرضع الذين أكملوا المطاعيم الأولية
Poliomyelitis (OPV) Vaccine			مطعوم الشلل بالنقط
No. vaccinated	12,107	25,166	عدد المطعمين
Coverage rate (%)	102	91	معدل التغطية (%)
Triple (DPT) Vaccine			المطعوم الثلاثي (الدفتيريا، السعال الديكي، الكزاز)
No. vaccinated	11,957	25,606	عدد المطعمين
Coverage rate (%)	100	93	معدل التغطية (%)
BCG Vaccine			مطعوم السل
No. vaccinated	11,779	25,611	عدد المطعمين
Coverage rate (%)	99	93	معدل التغطية (%)
Measles Vaccine			مطعوم الحصبة
No. vaccinated	11,440	24,912	عدد المطعمين
Coverage rate (%)	96	90	معدل التغطية (%)
Tetanus Immunization of Pregnant Women			تطعيم الحوامل ضد الكزاز
Tetanus Toxoid			مطعوم الكزاز
No. under supervision	11,384	29,568	عدد النساء تحت الاشراف
No. vaccinated	3,981	11,234	عدد النساء المطعمات

ملاحظة: معدلات تغطية المطاعيم التي حسبت بناءً على أعداد الرضع والأطفال والنساء الحوامل المسجلين في مراكز الأمومة والطفولة التابعة للوكالة .
المصدر: وكالة الغوث 1993، التقرير السنوي لمدير الصحة.

Note: Coverage rates were calculated on the basis of infants, children and pregnant women registered at UNRWA MCH clinics.

Source: UNRWA 1993, Annual Report of the Director of Health.

جدول 7.6: مؤشرات استخدام المستشفيات في باقي الضفة الغربية

Table 6.7: Indicators of Hospital Utilization * in the Remaining West Bank
1989 - 1993

Utilization	1989	1990	1991	1992	1993	الاستخدام
Admissions	70160	80330	82896	89974	97678	الادخالات
Admissions /1,000 pop.	76	84	80	86	89	الادخالات لكل 1000 من السكان
Days of Care	246293	267514	261562	291857	304967	أيام الرعاية
Days of Care / 1,000	268	289	260	278	277	أيام الرعاية لكل 1000
Average Length of Stay	3.5	3.4	3.2	3.2	3.2	معدل الإقامة
Surgical Operations	21138	22700	21450	23664	24667	العمليات الجراحية
Surgical Operations /1,000	24	25	21	23	na	معدل العمليات الجراحية لكل 1000
Occupancy Rate (%)	64	64	62	69	66	معدل الاشغال (%)
Refferals to Israeli Hospitals (In-patients)	625	na	642	1003	1375	المحولين الى المستشفيات الاسرائيلية
Out-patient Consults	1919	na	2254	4313	5927	مراجعات العيادات الخارجية

na: Not available

غ.م: غير متوفر

يشمل المستشفيات الحكومية وغير الحكومية ومستشفيات الولادة الخاصة والتأهيل *
المصدر: وزارة الصحة الاسرائيلية. الصحة في الضفة الغربية وقطاع غزة، سنوات مختلفة.

* Including Governmental and Non-Governmental Hospitals, Private Maternities and Rehabilitation Hospitals.

Source: IMOH. Health in Judea, Samaria and Gaza, various years.

جدول 8.6: ادخالات المرضى الى المستشفيات واخراجاتهم في باقي الضفة الغربية

Table 6.8: Hospitalized Patients and Discharged Patients in the Remaining West Bank 1972-1993

السنة Year	حكومية Government			غير حكومية Non- Government			المجموع العام Grand Total		
	ادخالات المرضى Hospitalized Patients	اخراجات المرضى Discharged Patients		ادخالات المرضى Hospitalized Patients	اخراجات المرضى Discharged Patients		ادخالات المرضى Hospitalized Patients	اخراجات المرضى Discharged Patients	
		المجموع Total	منهم وفيات Thereof Dead		المجموع Total	منهم وفيات Thereof Dead		المجموع Total	منهم وفيات Thereof Dead
1972	32044	32569	864	10498	104007	159	42542	42976	1023
1973	31535	31366	926	11630	12010	21	43165	43376	947
1974	33030	33832	786	12861	12754	291	45891	46586	1077
1975	37075	36983	921	13329	13149	156	50404	50132	1077
1976	40739	40550	774	12095	12114	231	52834	52664	1005
1977	38503	38399	816	14196	14082	201	52699	52481	1017
1978	45820	45618	904	13906	13594	181	59726	59212	1085
1979	49305	49462	792	14714	14439	178	64019	63901	970
1980							65011	64564	929
1981							65302	65120	966
1982	46662	46701	705	18871	18825	268	65533	65526	973
1983	50461	50263	653	19749	19749	316	70210	70012	969
1984	55938	55969	745	18610	18757	242	74548	74726	1053
1985	57694	57931	678	16929	16960	251	74623	74891	929
1986	58477	58258	733	15924	15887	248	74401	74145	981
1987	64040	63809	737	17659	17666	237	81699	81475	974
1988	51559	51112	748	16970	16935	308	68529	68047	1056
1989	45576	45333	824	22708	22520	298	68284	67853	1122
1990	48813	49120	725	29653	29831	276	78466	78951	1001
1991	52820	52565	817	28155	27666	281	80976	80231	1098
1992	61109	60663	1054	26440	25342	296	87549	86005	1350
1993	68767	68728	1054	26240	25130	277	95007	93258	1331

Source: ICBS. Statistical Abstract of Israel, Various years.

المصدر: مكتب الاحصاء المركزي الاسرائيلي. النشرة الاحصائية الاسرائيلية، سنوات مختلفة.

جدول 9.6: ايام الادخالات في مستشفيات باقي الضفة الغربية

Table 6.9: Hospitalization Days in Hospitals of the Remaining West Bank 1972-1993

السنة Year	حكومية Government	غير حكومية Non-Government	المجموع Total
1972	270265	71331	341596
1973	264768	94622	359390
1974	281069	100700	381769
1975	285937	108347	394284
1976	294474	100758	395232
1977	277319	103950	381269
1978	303507	102018	405525
1979	317391	104454	421845
1980			394283
1981			391898
1982	294520	86102	380622
1983	308356	106868	415224
1984	314360	99644	414004
1985	280812	84235	365047
1986	268300	85900	354200
1987	299900	88200	388100
1988	284000	91800	375800
1989	272800	90700	363500
1990	288000	108000	396000
1991	278000	104000	382000
1992	297000	117000	414000
1993	298000	121000	419000

المصدر: مكتب الاحصاء المركزي الاسرائيلي. النشرة الاحصائية الاسرائيلية، سنوات مختلفة.

Source: ICBS. Statistical Abstract of Israel, Various Years.

جدول 10.6: توزيع العمليات الجراحية في مستشفيات باقي الضفة الغربية

Table 6.10: Distribution of Surgical Operations in the Remaining West Bank Hospitals 1982-1993

السنة Year	حكومية Government	غير حكومية Non-Government	المجموع Total
1982	10986	3604	14590
1983	10658	4005	14663
1984	11479	3963	15442
1985	11499	3464	14963
1986	12171	3029	15200
1987	13438	6390	19828
1988	12224	7796	20020
1989	11415	9376	20791
1990	11362	10812	22174
1991	10937	10416	21353
1992	12792	10772	23564
1993	13641	10845	24486

المصدر : مكتب الاحصاء المركزي الاسرائيلي. النشرة الاحصائية الاسرائيلية، سنوات مختلفة.

Source: ICBS. Statistical Abstract of Israel, Various Years.

جدول 11.6: فعاليات المستشفيات الخاصة والتابعة للمنظمات غير الحكومية لغير اليهود في القدس

Table 6.11: Performances of NGOs and Private Hospitals for Non- Jews in Jerusalem 1991-1992

Hospital	عدد الأسرة		الادخالات		الايخراجات بما في ذلك الوفيات		الوفيات				أيام الإقامة في المستشفى		معدل اشغال السرير		معدل أيام الإقامة في المستشفى		المستشفى
	No. of Beds		Admissions		Discharges		Deaths		الوفيات		Hospitalization		Bed Occupancy		Average Days of Hospitalization		
	1991	1992	1991	1992	1991	1992	Total	مجموع	%		Days		Rate				
El-Maqasid	250	250	14151	15864	14324	15890	336	299	2.3	1.9	71370	82765	87.1	91.1	3.9	4	المقاصد
Augusta (Victorya)	119	141	11009	12167	10993	12164	175	185	1.6	1.5	41388	43272	80.9	83.3	3.8	3.6	المطلع
St.John's	82	82	3241	5441	3171	5517	0	0	0	0	33113	43303	110.6	144.3	2.5	1.6	العيون
St.Joseph	73	73	2047	2770	2033	2777	47	57	2.3	2.1	11374	15742	47.1	64.2	5.6	5.5	ماريوسف
Red Crescent	20	26	2648	2756	2648	2763	0	0	0	0	5865	7657	80.3	0	2	2.7	الصليب الأحمر
Qalandia	20	20	1163	1163	1152	1162	0	0	0	0	602	2602	35.6	35.5	2.2	2.2	قلنديا
Beit Hanina	12	12	782	770	777	766	0	0	0	0	2645	2512	70.1	57.5	3.4	3.3	بيت حنينا
St. Louis	40	40	110	105	111	98	22	81	19.8	82.2	12502	13253	85.6	90.5	92.6	87.1	الفرنسي

المصدر: معهد القدس للدراسات الاسرائيلية، 1992. الكتاب الاحصائي السنوي للقدس، رقم 11، القدس .

Source: The Jerusalem Institute for Israel Studies, 1992. Statistical Year Book of Jerusalem, No.11, Jerusalem.

جدول 12.6: مؤشرات استخدام مستشفيات المنظمات غير الحكومية في الأراضي الفلسطينية المحتلة

Table 6.12: Utilization Indicators of NGOs Hospitals in the OPT

1992

Hospital	عدد الأسرة No of Beds	عدد الادخلات No. of Admissions	معدل المكوث Average Duration of Stay	ايام الإقامة في المستشفى Hospitalization Days	الاشغال Occupancy %	المستشفى
Ittihad/ Nablus	104	9272	4	37088	97	الاتحاد/ نابلس
St. Lukes/ Nablus	53	5219	1.7	8872	45	الانجيلي /نابلس
UNRWA/ Qalqilya	43	2513	5.3	13318	84	الوكالة / قلقيلية
Maqasid/ Jerusalem	250	14351	5	71755	78.6	المقاصد/ القدس
Augusta Victoria/ Jerusalem	141	12074	3.6	43466	85.6	المطلع / القدس
St. Joseph- Jerusalem	73	2743	5.6	15360	57.6	ماريوسف/ القدس
St. John- Ophthalmic/ Jerusalem	82	4537	4.6	20900	69.7	العيون/ القدس
Caritas Baby/ Bethlehem	79	2350	10.6	25380	88	الأطفال/ بيت لحم
Orthopediac/ Bethlehem	72	2003	26	52078	94.7	العظام/ بيت لحم
Mohammed Ali Pediatric/ Hebron	30	2363	3.5	8270	75.5	محمد علي/ الخليل
Ahli/Gaza	80	8000	3	24000	82	الأهلي/ غزة
Total	1005	65425	4.5	293289	79.9	المجموع

المصدر: مركز البحث والتخطيط الصحي، 1993. الخدمات الصحية للفلسطينيين، حقائق وأرقام، القدس .

Source: PRC, 1993. Palestinians Health Services, Facts and Figures, Jerusalem.

جدول 13.6: نشاطات بنوك الدم في المستشفيات الحكومية في باقي الضفة الغربية حسب اللواء

Table 6.13: Blood Banks Activities in Government Hospitals in the Remaining West Bank by District

1985 , 1993

Blood Banks Activities	جنين		طولكرم		نابلس		رام الله		بيت لحم		الخليل		اريجا		المجموع		نشاطات بنوك الدم
	Jenin		Tulkarm		Nablus		Ramallah		Bethlehem		Hebron		Jericho		Total		
	1985	1993	1985	1993	1985	1993	1985	1993	1985	1993	1985	1993	1985	1993	1985	1993	
Number of donors	245	501	182	597	1472	2704	739	2026	851	1016	616	1152	n.a	140	4105	8136	عدد المتبرعين
Number of doses taken	245	501	182	597	1472	2704	739	2026	851	1016	616	1152	n.a	140	4105	8136	عدد الوحدات
Number of doses issued	229	432	180	674	1448	3082	841	1905	1191	1060	600	1027	n.a	121	4489	8301	عدد الوحدات المستهلكة
Group and R.h exams	988	3275	549	1319	6935	10399	6843	9835	1976	3531	1659	5730	n.a	867	18950	34951	فحوصات الزمر والعامل الريزيبي
Total HAA examinations (1)	220	3529	181	3551	1645	9716	945	7540	1104	3932	616	7820	n.a	1016	4711	37104	مجموع فحوصات تراص الدم
Positive HAA	_	289	_	147	12	325	55	525	46	338	6	308	n.a	40	119	1978	تراص الدم الايجابي

na: Not available

غ.م: غير متوفر

هذه الفحوصات تجرى للمتبرعين وبعض المرضى الذين يدخلون المستشفيات الحكومية (1)

المصدر : الادارة المدنية، 1985،1993. الضفة الغربية ، التقرير الاحصائي، الخدمات الصحية ، الضفة الغربية.

(1) These examinations are carried out on the donors and on part of the in- patients of governmental hospitals.

Source: Civil Administration, 1985,1993. Judea and Samaria, Statistical Report, Health Services, Judea and Samaria.

جدول 14.6: تقرير الرعاية الصحية الأولية الصادر عن مراكز الامومة والطفولة والعيادات الحكومية في قطاع غزة

Table 6.14: Primary Health Care Report at Government MCH Centers and Clinics, Gaza Strip 1988-1993

Activities	1988	1989	1990	1991	1992	1993	النشاطات
MCH Centers							مراكز الأمومة والطفولة
<i>Children 0-3 years</i>							الأطفال من (0-3 سنوات)
New babies	11,809	12,559	12,891	13,384	14,002	17,892	مواليد جدد
Vaccinations	44,392	90,154	83,243	80,959	95,868	90,666	المطاعيم
Healthy infants seen by Pediatrician	13,263	13,276	13,591	12,471	13,692	15,215	الرضع الأصحاء المعاینين من أخصائيي الأطفال
Visits to Pediatrician	281,707	360,084	404,784	446,169	456,070	560,173	الزيارات الى أخصائيي الأطفال
Total no. of Visits	351,171	476,073	514,509	552,983	579,632	683,946	العدد الكلي للزيارات
Pregnant Women for Prenatal Care							رعاية النساء الحوامل قبل الولادة
New Visits	7,225	6,901	7,274	7,150	7,646	8,756	زيارات جديدة
Vaccinations	0	0	0	7,803	8,548	8,452	المطاعيم
Recurrent Visits	8,589	10,125	12,129	12,011	14,011	13,764	زيارات متكررة
Visits to Physicians	7,330	9,344	12,241	11,521	14,913	20,812	زيارات الأطباء
Total no. of Visits	23,144	26,370	31,644	38,485	45,118	51,784	مجموع الزيارات
Clinics							العيادات
General Practitioner Visits	559,741	615,546	657,040	559,706	675,099	682,226	زيارات الأطباء العامین
Internist Visits	28,001	20,342	28,671	3,904	4,820	15,952	زيارات أخصائيي الباطني
Dermatologist Visits	30,859	41,373	44,524	44,484	44,079	46,914	زيارات أخصائيي الجلد
Chest Specialist Visits	6,428	7,867	7,881	5,413	5,827	6,489	زيارات أخصائيي الصدر
Endocrinologist Visits	18,196	26,385	24,318	16,722	5,949	6,660	زيارات أطباء الغدد الصماء
Dentists Visits	9,599	10,868	9,523	6,980	6,995	6,527	زيارات اطباء الأسنان
Orthopedics Visits	0	0	0	0	601	1,223	زيارات أخصائيي العظام
Psychiatry Visits	0	0	0	0	6,245	7,485	زيارات الأخصائيين النفسانيين
Total no. of Visits	652,824	722,381	771,957	637,209	749,615	773,476	مجموع الزيارات

المصدر: وزارة الصحة الاسرائيلية، 1994. الصحة في الضفة الغربية وقطاع غزة 1967-1994، القدس.

Source: IMOH, 1994. Health in Judea, Samaria and Gaza, 1967-1994, Jerusalem.

جدول 15.6: ادخالات المرضى واخراجاتهم في مستشفيات قطاع غزة

Table 6.15: Hospitalized and Discharged Patients in Hospitals of Gaza Strip
1982-1993

السنة Year	حكومية Government			غير حكومية Non-Government			المجموع العام Grand Total		
	ادخالات المرضى Hospitalized Patients	اخراجات المرضى Discharged Patients		ادخالات المرضى Hospitalized Patients	اخراجات المرضى Discharged Patients		ادخالات المرضى Hospitalized Patients	اخراجات المرضى Discharged Patients	
		المجموع Total	منهم وفيات Thereof Dead		المجموع Total	منهم وفيات Thereof Dead		المجموع Total	منهم وفيات Thereof Dead
1982	51356	51455	1175	2253	2246	42	53609	53701	1217
1983	50160	50608	998	3184	3190	52	53344	53798	1050
1984	58843	57803	984	3106	3098	57	61949	60901	1041
1985	57237	57257	936	3335	3352	83	60572	60609	1019
1986	66632	66556	976	3669	3648	68	70301	70204	1044
1987	70313	70315	973	3941	3941	71	74254	74256	1044
1988	63429	63701	1046	4798	4804	58	68227	68505	1104
1989	69344	68204	1115	542	523	3	69886	68727	1118
1990	69753	69760	1051	6424	6418	59	76177	76178	1110
1991	68896	67678	1213	6899	6779	115	75795	74457	1328
1992	72385	71149	1314	7066	6959	111	79451	79344	1425
1993	93911	93027	1189	7411	7328	118	101322	100355	1307

المصدر: مكتب الإحصاء المركزي الإسرائيلي. النشرة الإحصائية الإسرائيلية، سنوات مختلفة.

Source: ICBS. Statistical Abstract of Israel, Various Years.

جدول 16.6: ايام الادخالات في مستشفيات قطاع غزة

Table 6.16: Hospitalization Days in Hospitals of Gaza Strip
1982-1993

السنة Year	حكومية Government	غير حكومية Non-Government	المجموع Total
1982	196714	11734	208448
1983	196830	12925	209755
1984	216705	10649	227354
1985	200316	8766	209082
1986	214600	13300	227900
1987	210900	17400	228300
1988	196800	19100	215900
1989	204500	21500	226000
1990	212000	21000	233000
1991	262000	22000	284000
1992	301000	22000	323000
1993	319000	23000	342000

المصدر: مكتب الاحصاء المركزي الاسرائيلي. النشرة الاحصائية الاسرائيلية، سنوات مختلفة.

Source: ICBS. Statistical Abstract of Israel, Various Years.

جدول 17.6: توزيع العمليات الجراحية في مستشفيات قطاع غزة

Table 6.17: Distribution of Surgical Operations in Hospitals of Gaza Strip 1982-1993

السنة Year	حكومية Government	غير حكومية Non-Government	المجموع Total
1982	13009	1924	14933
1983	14082	2869	16951
1984	14346	2045	16391
1985	11251	7545	18796
1986	17502	3016	20518
1987	19683	2141	21824
1988	13401	2654	16055
1989	20102	285	20387
1990	24204	3486	27690
1991	25818	2668	28486
1992	24645	2972	27617
1993	27417	3359	30776

المصدر: مكتب الاحصاء المركزي الاسرائيلي. النشرة الاحصائية الاسرائيلية، سنوات مختلفة.

Source: ICBS. Statistical Abstract of Israel, Various Years.

جدول 1.7: معدلات وفيات الأطفال (1-5) سنوات لكل 10,000 من السكان في باقي الضفة الغربية حسب سبب الوفاة

Table 7.1: Child Mortality Rates for Children Aged 1 - 5 Years per 10,000 Population in the Remaining West Bank by Cause 1988 -1993

Cause of Death	1988	1989	1990	1991	1992	1993	سبب الوفاة
Respiratory	2.7	2	2.1	2.6	2.5	3.4	امراض الجهاز التنفسي
Accidents	1.9	1.3	1.2	1.7	1.7	3.2	الحوادث
Congenital Anomeles	1.3	0.8	1.6	0.4	1.2	1.7	التشوهات الخلقية
Diarrhea	0	0	0.5	0.3	0.4	0.5	الاسهال
Infectious Diseases	0.1	0.3	0.1	0.1	0.1	0	الأمراض المعدية
All Causes	9.9	8.4	10.5	10	11.2	13.7	جميع الأسباب

المصدر: وزارة الصحة الاسرائيلية، 1994. الصحة في الضفة الغربية وقطاع غزة، القدس، سنوات مختلفة.

Source: IMOH, 1994. Health in Judea, Samaria and Gaza, Jerusalem, Various years.

جدول 2.7: الأمراض السارية المسجلة في باقي الضفة الغربية

Table 7.2: Reported Communicable Diseases in the Remaning West Bank
1971-1993

Diseases	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	الأمراض
Rubella	0	0	89	4	1	0	2	35	18	46	34	34	33	288	164	47	77	53	24	129	85	600	970	الحصبة الألمانية
Brucellosis	0	0	1	1	15	13	14	31	59	51	194	139	176	0	251	299	225	718	321	295	259	228	366	الحمى المالطية
Hepatitis A	0	0	0	0	0	141	92	294	146	692	392	392	240	467	278	436	520	236	218	805	774	0	1969	التهاب الكبد أ
Hepatitis B	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	59	344	138	536	166	التهاب الكبد ب
Measles	108	2021	59	95	343	82	172	231	321	72	530	530	1020	736	621	122	109	49	31	183	157	29	529	الحصبة
Leishmaniasis of Skin	0	0	11	5	17	9	14	24	8	38	83	83	57	44	32	15	7	11	38	102	63	71	74	ليشمانياسيس
Typhoid	39	37	16	40	59	69	0	0	61	0	261	0	36	349	72	86	81	62	139	76	95	63	43	التيفويد
Tuberculosis (T.B)	10	0	1	129	119	130	159	141	145	191	139	136	0	123	113	93	110	89	156	89	67	77	43	السل
Chicken Pox	458	504	391	232	109	118	229	303	166	175	371	371	858	2948	853	1374	832	288	462	1481	725	960	1158	الجدري
Mumps	720	170	158	340	1251	430	301	907	406	310	708	708	1064	1354	1123	453	943	342	393	858	305	249	309	النكاف
Scabies	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	86	140	160	260	301	275	208	189	173	109	121	الجرب

Source: Civil Administration, Judea and Samaria, Statistical Report, Health Services, Judea and Samaria, Various Years.

المصدر: الإدارة المدنية، الضفة الغربية، التقرير الإحصائي، الخدمات الصحية، الضفة الغربية، سنوات مختلفة.

جدول 3.7: معدلات انتشار بعض الأمراض السارية بين كل 100,000 لاجيء في الضفة الغربية

Table 7.3: Incidence Rates of Selected Communicable Diseases Among 100,000 Refugee Population in the West Bank, 1985-1993

Communicable Disease	1985	1986	1987	1989	1990	1991	1992	1993	المرض الساري
Brucellosis	11.76	6.6	5.7	72	65	62	48	45	الحمى المالطية
Chicken Pox	298	633	329	548	1501	539	629	899	الجدري
Conjunctivitis	1008.65	831	1035	1792	1781	1915	1755	1822	التهاب الملتحمة
Diarrhoeal Diseases (0-3 years)	2250.31	2086	1987	17450	15957	21030	18429	17844	امراض الاسهالات (0-3)سنوات
Dysentery (Amoebic and Bacillary)	287.52	304	334	207	164	246	256	291	الديزنتاريا (الأميبية والعصوية)
Infectious Hepatitis	32.78	67	39	31	43	47	33	35	التهاب الكبد المعدي
Influenza	3934.13	3817	4130	4463	5694	6796	5135	4888	انفلونزا
Measles	9.26	3	0	0	0	0.3	0.2	0	الحصبة
Mumps	338.83	274	434	254	1076	288	90	155	النكاف
Tuberculosis (Respiratory)	0.71	4.5	3.1	2	0.9	1.2	2.6	1.2	السل (التنفسي)
HIV / AIDS	na	na	na	0	0	0.3	0	0	الايذز

n.a: Not available

غ.م : غير متوفر

Source: UNRWA, Annual Report of the Director of Health, Various Years.

المصدر: وكالة الغوث، التقرير السنوي لمدير الصحة، سنوات مختلفة.

جدول 4.7: معدلات انتشار الأمراض السارية بين كل 100,000 لاجيء في قطاع غزة

Table 7.4: Incidence Rates of Selected Communicable Diseases Among 100,000 Refugee Population in Gaza Strip, 1985-1993

Communicable Disease	1985	1986	1987	1989	1990	1991	1992	1993	المرض الساري
Brucellosis	0	0	0	6.7	1.6	0.6	0	0.8	الحمى المالطية
Chicken Pox	852.79	660	329	495	2410	692	1727	1131	الجذري
Conjunctivitis	492.55	295	153	1828	1123	1871	2375	2147	التهاب الملتحمة
Diarrhoeal Diseases (0-3 years)	2775.71	2389	1997	25910	19825	23970	30801	25544	امراض الاسهالات (0-3)سنوات
Dysentery (Amoebic and Bacillary)	341.38	314	356	537	608	1072	1376	1401	الديزنتاريا (الأميبية والعصوية)
Infectious Hepatitis	32.56	74	124	43	137	34.6	108	16	التهاب الكبد المعدي
Influenza	4038.36	4008	4185	4970	3304	3351	4401	3691	انفلونزا
Measles	0.78	6	0	0.7	24.6	0	0	2.1	الحصبة
Mumps	75.98	290	541	71	529	375	238	150	النكاف
Tuberculosis (Respiratory)	8.27	4.6	4.9	2	3.6	0	0	0	السل (التنفيسي)
HIV / AIDS	na	na	na	0	0	0	0	0	الايدز

n.a: Not available

غ.م : غير متوفر

Source: UNRWA, Annual Report of the Director of Health, Various Years.

المصدر: وكالة الغوث، التقرير السنوي لمدير الصحة، سنوات مختلفة.

جدول 5.7: حالات الايدز المسجلة في الأراضي الفلسطينية المحتلة حسب الجنس وطريقة الانتقال

Table 7.5: Registered Cases of AIDS in OPT, by Sex and Way of Transmission, 1987-1993

Sex	NO. OF cases	%	الجنس
Adult Male	15	63	ذكور بالغين
Adult Female	7	29	اناث بالغات
Infants	2	8	اطفال رضع
way of Transmission			طريقة الانتقال
IVDAs*	1	4	استعمال الحقن في تعاطى المخدرات
Homosexuals	4	17	الشذوذ الجنسي
Haemophiliacs	1	4	(النزف)
Infants	2	8	الأطفال
Heterosexuals	6	25	الجنس الطبيعي
Blood Transfusion	5	21	نقل الدم
Unknown	5	21	غير معروف
Total	24	100	المجموع

* Intra Vinous Drug Abuse.

* تعاطى المخدرات عن طريق الحقن.

المصدر: عابدين وبرغوثي، 1994. "نقص المناعة المكتسبة (الايدز)، اسئلة وأجوبة"، جامعة القدس.

Source: Abdeen & Barghouthi, 1994. "Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS), Questions and answers," Al-Quds University.

جدول 6.7: الزيارات الى العيادات الحكومية في باقي الضفة الغربية حسب المنطقة والتشخيص الأكثر شيوعاً

Table 7.6: Visits to Government Clinics in the Remaining West Bank by the Most Common Diagnoses and District, 1993

Diseases	جنين Jenin	طولكرم Tulkarm	نابلس Nablus	رام الله Ramallah	بيت لحم Bethlehem	أريحا Jericho	الخليل Hebron	المجموع Total	الامراض
Intestinal Infectious Diseases	627	724	1864	833	428	645	6268	11389	امراض الامعاء المعدية
Viral Diseases	584	797	906	137	354	220	1664	4662	الأمراض الفيروسية
Other Infectious and Parasitic Diseases and Late Effects of Infectious and Parasitic Diseases	1909	2757	1856	1069	463	151	2117	10322	الأمراض المعدية والطبيلية وتأثيراتها المتأخرة
Endocrine and Metabolic Diseases, Immunity Disorder	4387	9636	7307	5085	3151	972	5697	36235	امراض اضطرابات المناعة
Diseases of Blood and Blood Forming Organs	2305	2671	1991	1080	425	321	2107	10900	امراض الدم والأعضاء المكونة له
Mental Disorders	2163	3599	3843	9	11	40	1072	10737	الاضطرابات العقلية
Diseases of Nervous System	2186	3531	3173	4211	244	61	1801	15207	امراض الجهاز العصبي
Disorders of the Eye and Adnexa	4954	6249	5700	1920	723	624	4713	24883	أمراض العين وتوابعها
Diseases of the Ear and Mastoid Process	3634	4324	3597	2787	1337	678	5068	21425	امراض الأذن والنتوء اللحمي
Hypertensive Diseases	3721	5566	6593	4779	3500	883	5027	30069	امراض ارتفاع الضغط
Ischemic Heart Diseases	3010	2935	4848	2333	2587	364	1101	17178	امراض التصلب الشراييني
Diseases of Pulmonary Circulation and Other Forms of Heart Diseases	749	231	770	1295	26	21	2072	5164	امراض الدورة الدموية وأمراض القلب الأخرى
Other Diseases of the Circulatory System	515	3967	314	211	54	21	308	5390	امراض الدورة الدموية الأخرى
Diseases of the Upper Respiratory Tract	45987	43496	58089	32090	10445	7819	27216	225142	امراض قنوات الجهاز التنفسي العليا
Other Diseases of the Respiratory System	7425	26664	9972	8903	5318	5305	29480	93067	امراض الجهاز التنفسي الأخرى
Diseases of the Oral Cavity, Salivary glands and Jaws	2906	5055	4071	1514	1242	361	4316	19465	أمراض الفم والفك والغدد اللعابية
Diseases of Other Parts of Digestive System	14095	16445	13037	6271	2732	2141	11646	66367	امراض الجهاز الهضمي الأخرى
Diseases of Urinary System	4547	4945	4696	3067	1379	652	4408	23694	امراض الجهاز البولي
Diseases of Skin and Subcutaneous Tissue	12910	16621	12000	8408	2845	2504	12153	67441	امراض الجلد والأنسجة
Diseases of Musculoskeletal System and Connective Tissue	8185	10178	10442	8800	3513	2089	9125	52332	امراض الجهاز العضلي والأنسجة المرتبطة به
Other Reasons for Contacting the Health Services	2106	7879	1661	11044	5393	1720	6708	36511	الأسباب الأخرى لمراجعة الخدمات
Grand Total (all visits)	132409	186569	166310	109462	47766	28683	152016	823215	المجموع العام (جميع الزيارات)

المصدر: الادارة المدنية، 1993. الضفة الغربية، التقرير الاحصائي، الخدمات الصحية، الضفة الغربية.

Source: Civil Administration, 1993. Judea and Samaria, Statistical Report, Health Services, Judea and Samaria.

جدول 7.7: معدلات الوفيات الخام حسب اسباب وفاة مختارة لكل 100,000 من السكان لجميع الأعمار في باقي الضفة الغربية

Table 7.7: Crude Mortality Rates by Selected Causes of Death per 100,000 Population for all Ages in the Remaining West Bank, 1988 - 1993

Cause of Death	1988	1989	1990	1991	1992	1993	سبب الوفاة
Ischemic Heart Disease	60.2	64.9	63.2	68.3	75.2	80.6	امراض القلب والشرايين
Malignancy	38.8	36.3	34.3	40.5	40	38.9	الأورام الخبيثة
Cerebrovascular Disease	36.2	32.2	31.2	34.9	43	76	امراض المخ
Hypertensive Disease	30.6	25.5	25.5	25.3	25.3	21	امراض الضغط
Rhomatic Heart Disease	2.3	1.1	2.3	1.8	0.8	0.5	امراض القلب الروماتيزمية
Infectious Disease	6.9	3.8	7.4	10.1	12	16.3	الأمراض المعدية
Motor Vehicle Accidents	7.8	3.6	7.8	5.7	7.4	7.5	حوادث السيارات
Trauma Accidents	13.3	13.5	8.1	7.9	8	10	حوادث الجروح
All Causes	477.7	477.8	450.3	462.2	487	490	جميع الأسباب

المصدر: وزارة الصحة الاسرائيلية، 1994. الصحة في الضفة الغربية وقطاع غزة، القدس .

Source: IMOH, 1994. Health in Judea, Samaria and Gaza, Jerusalem.



جدول 8.7: انتشار السرطان في الضفة الغربية وقطاع غزة حسب الجنس وموضع السرطان

Table 7.8 Cancer Incidence in the West Bank and Gaza Strip, by Site of Cancer and Sex, 1976-1992

التصنيف العالمي للأمراض ICD-9	Site	Males ذكور			Females إناث			الموضع
		عدد الحالات No. of Cases	%	النسب العمرية المعدلة Age Adjusted Rates	عدد الحالات No. of Cases	%	النسب العمرية المعدلة Adjusted Rates	
	All sites	3623	100	54	3433	100	43.9	جميع المواضع
140	Lip	126	3.5	2.1	36	1	0.5	الشفة
141	Tongue	19	0.5	0.3	12	0.3	0.2	اللسان
142	Salivary Gland	21	0.6	0.3	15	0.4	0.2	الغدة اللعابية
143	Gum	4	0.1	0.1	4	0.1	0.1	اللثة
144	Floor of Mouth	0	0	0	1	0	0	سقف الفم
145	Mouth Unspecified	8	0.2	0.1	0	0	0	الفم (غير محدد)
146	Oropharynx	2	0.1	0	0	0	0	البلعوم
147	Nasopharynx	19	0.5	0.3	6	0.2	0.1	الحرقوة
148	Hypopharynx	6	0.2	0.1	0	0	0	البلعوم التحتاني
149	Pharynx Unspecified	56	1.5	1	11	0.3	0.1	البلعوم (غير محدد)
150	Esophagus	31	0.9	0.4	12	0.3	0.2	المرىء
151	Stomach	190	5.2	3	128	3.7	1.7	المعدة
152	Small Intestine	28	0.8	0.4	19	0.6	0.2	الأمعاء الدقيقة
153	Colon	137	3.8	2.3	128	3.7	1.8	الكولون
154	Rectum	140	3.9	2.4	154	4.5	2.1	المستقيم
155	Liver	42	1.2	0.6	27	0.8	0.4	الكبد
156	Gallbladder	26	0.7	0.5	78	2.3	1.1	المثانة
157	Pancreas	23	0.6	0.4	10	0.3	0.1	البنكرياس
158	Peritoneum	23	0.6	0.3	15	0.4	0.2	الصفاق
159	Ill-Defined Digestive	8	0.2	0.1	14	0.4	0.2	أمراض الجهاز الهضمي
160	Nose, Sinuses	4	0.1	0.1	1	0	0	الجيوب الأنفية
161	Larynx	158	4.4	2.7	10	0.3	0.2	الحنجرة
162	Lung	307	8.5	4.7	56	1.6	0.7	الرئة
164	Other Thoracic Organs	5	0.1	0.1	1	0	0	الأعضاء الصدرية الأخرى
165	ill-defined Respiratory	4	0.1	0.1	2	0.1	0	الأمراض الملازمة للجهاز التنفسي
170	Bone	71	2	0.6	49	1.4	0.4	العظام
171	Connective Tissue	113	3.1	1.5	81	2.4	1.1	النسيج الضام
172	Melanoma of Skin	17	0.5	0.2	26	0.8	0.3	أورام الجلد
174/175	Breast	8	0.2	0.1	980	28.5	13.2	الثدي
179	Uterus Unspecified				1	0	0	الرحم (غير محدد)
180	Cervix Uteri				107	3.1	1.4	عنق الرحم
181	Placenta				17	0.5	0.2	المشيمة
182	Body of Uterus				189	5.5	2.7	جسم الرحم
183	Ovary				140	4.1	1.7	المبيض
184	Other of Female Genital				39	1.1	0.5	مواضع أخرى في الجهاز التناسلي الأنثوي


جدول 9.7: أمراض السكري في الضفة الغربية وقطاع غزة ، المرضى والعلاجات وعوامل التعرض للخطر والمضاعفات

Table 7.9: Diabetes in the West Bank and Gaza Strip, Patients, Treatments, Risk Factors and Complications 1993

Field	الضفة الغربية West Bank		قطاع غزة Gaza Strip		المجال
No. of Patients Registered					عدد المرضى المسجلين في 1993/1/1
As on 1.1 1993	3,708		6,429		
No. added during 1993	855		1,277		حالات جديدة خلال 1993
No. of patients as at 31.12 1993	3,910		7,294		عدد المرضى في 1993/2/31
Prevalence rate per 100,000 population	795		1,167		معدل الانتشار لكل 100,000 من السكان
Percentage increase during 1993	09:36		09:36		نسبة الزيادة خلال 1993
Type of Diabetes and Age	ID*	NID*	ID*	NID**	نوع السكري والعمر
0 - 19 years	33	-	60	-	سنة 0-19
20 - 39 years	225	72	284	522	سنة 20-39
40 - 59 years	266	1 550	52	3 617	سنة 40-59
60 - years and over	123	1 641	2	2 757	سنة وأكثر 60
Total	647	3 263	398	6 896	المجموع
Percentage	16.5	83.5	5.5	94.5	النسبة المئوية
Type of Treatment (%)					نوع العلاج (%)
Diet only	10.9		19.9		الغذاء فقط
Insulin therapy	26.8		21		العلاج بالانسولين
Oral therapy	57.1		53.7		العلاج عن طريق الفم
Oral and Insulin therapy	5.2		5.4		العلاج عن طريق الفم والانسولين
Risk Factors (%)					عوامل الخطر (%)
Blood relatives	38.2		44		صلة الدم (القرابة)
Obesity 	54.5		59.5		السمنة
Vascular disease	10.4		10.4		أمراض الأوعية
Obstretic history 	2.5		3.1		فترة الولادة
Complications (%)					المضاعفات (%)
Retinopathy	10.8		19.6		اعتلال شبكية العين
Nephropathy	5.1		8.8		اعتلال الكلية
Neuropathy	10.3		35.3		اعتلال الأعصاب
Cardiovascular	22.0		18.3		القلب
Cerebrovascular	3.5		3.9		المخ
Peripheralvascular	4.2		5.4		الأوعية المحيطية

* ID = Insulin dependant diabetes mellitus

** NID = Non-Insulin dependant diabetes mellitus

 > 20 per cent of standard body weight.

 Large babies, stillbirths or miscarriages.

السكري المرتبط بالانسولين *

السكري غير المرتبط بالانسولين *

الزيادة أكثر من 20 % عن الوزن الطبيعي *

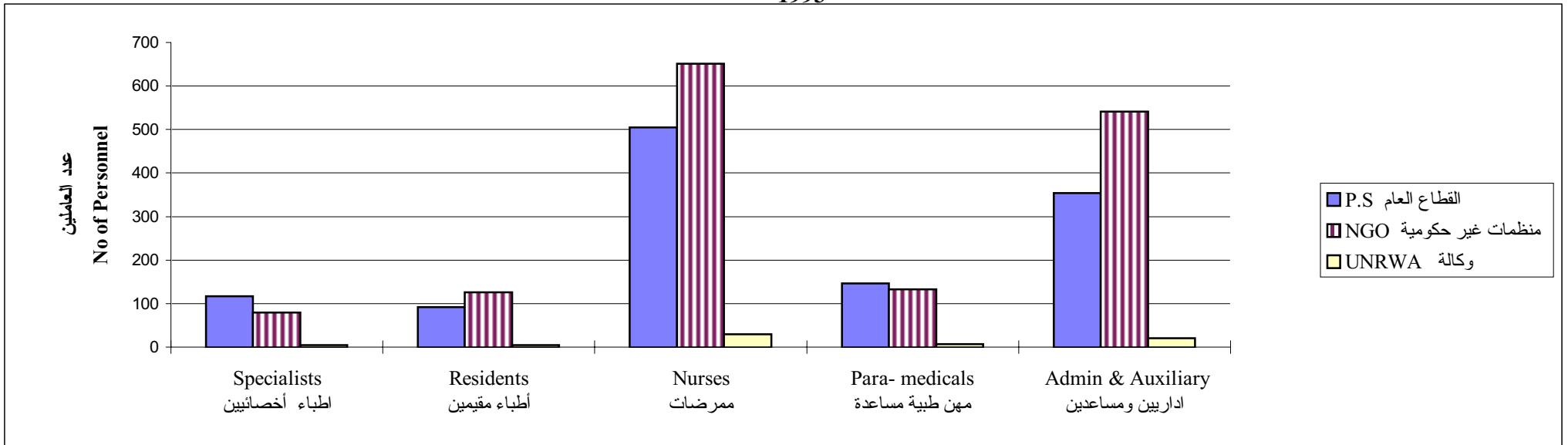
الأطفال الكبار، المولودين ميتين أو فقدان الحمل *

المصدر: وكالة الغوث، 1993. التقرير السنوي لقسم الصحة.

Source: UNRWA, 1993. Annual Report of the Department of Health .

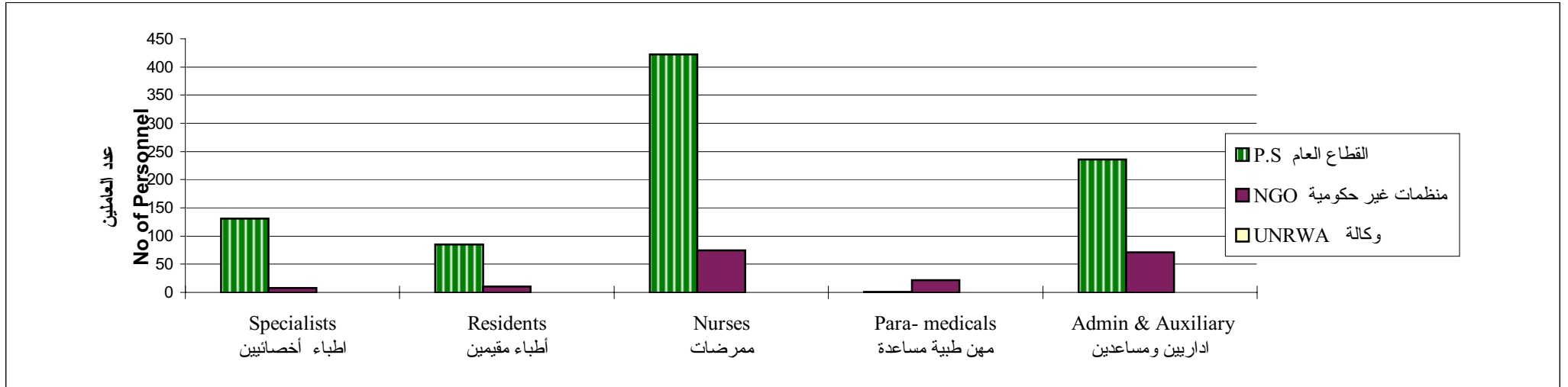
شكل 1.5: العاملون في المستشفيات العامة في الضفة الغربية حسب السلطة المشرفة

Figure 5.1: Personnel in General Hospitals in the West Bank by Supervising Authority
1993



شكل 2.5: العاملون في المستشفيات العامة في قطاع غزة حسب السلطة المشرفة

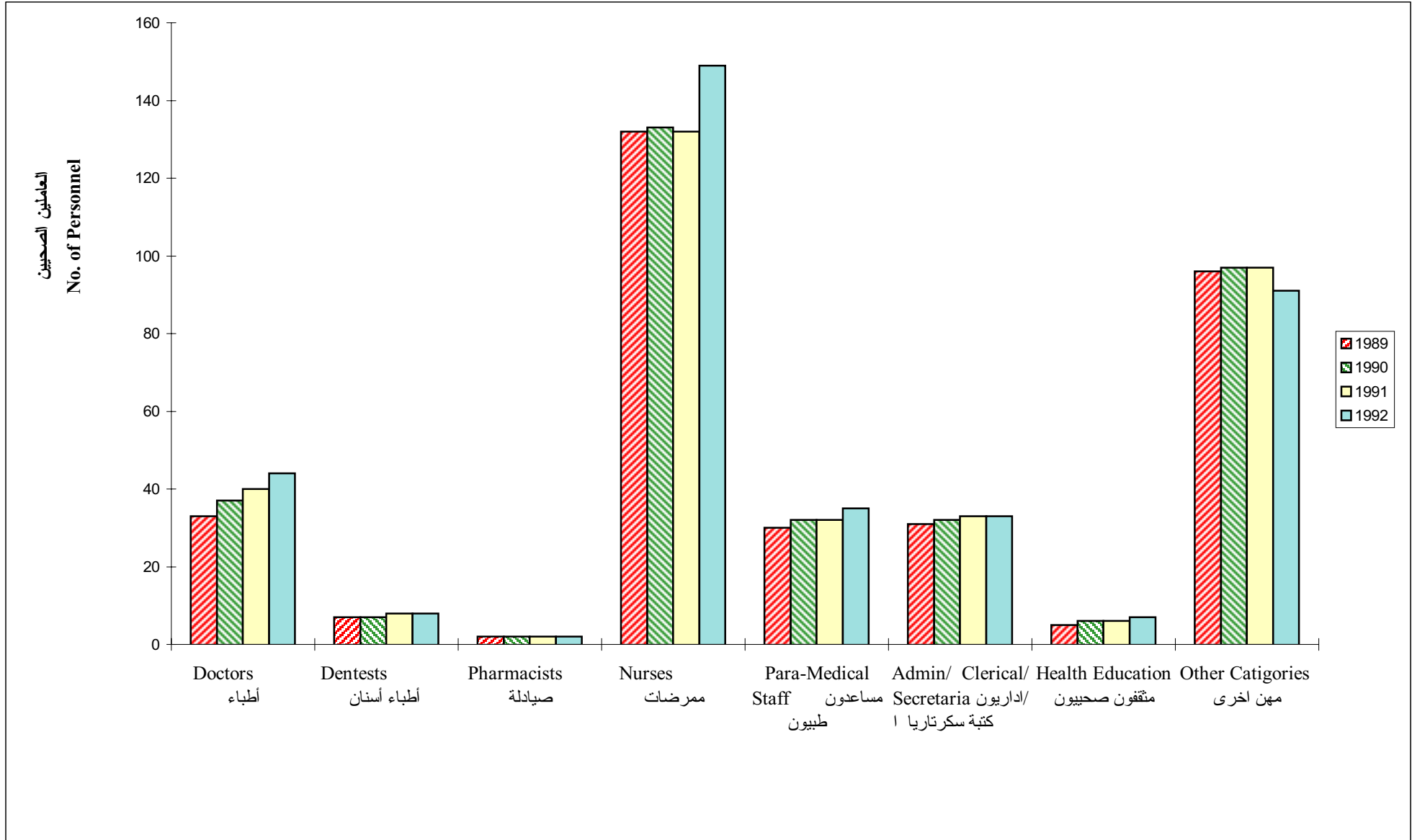
Figure 5.2: Personnel in General Hospitals by Gaza Strip Supervising Authority
1993



شكل 3.5: العاملون في وكالة الغوث في قطاع غزة حسب المهنة

Figure 5.3: Personnel at UNRWA Units in Gaza Strip by Profession

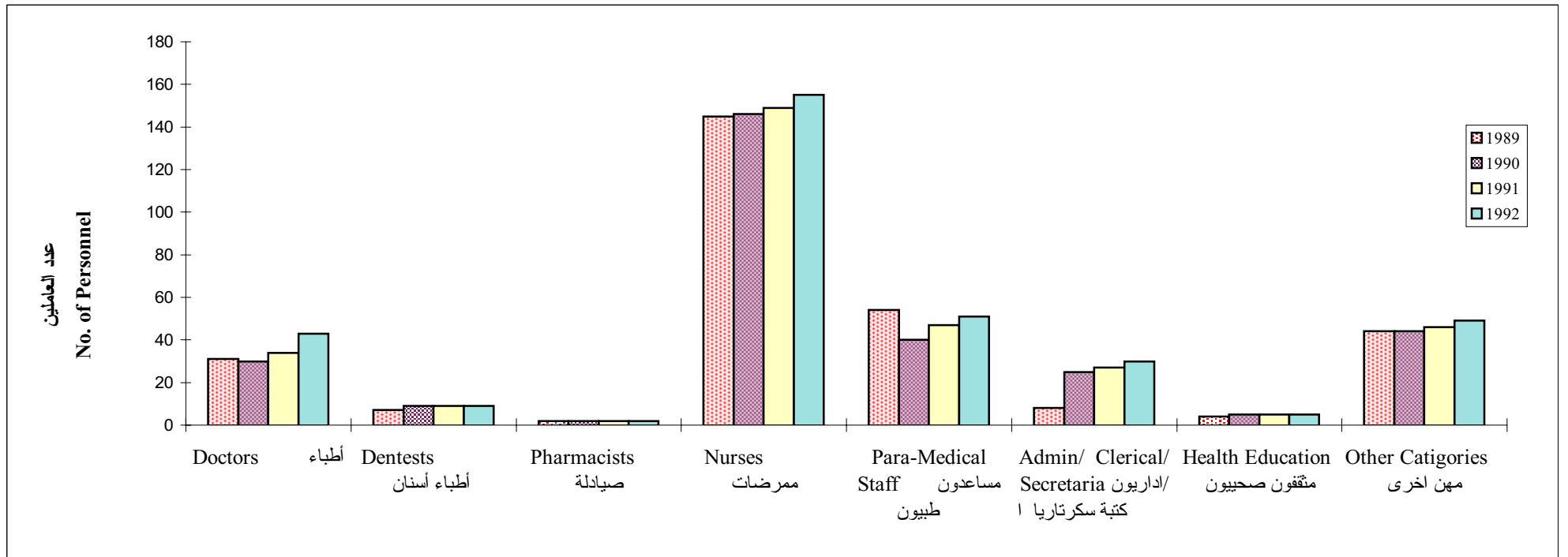
1989-1992



شكل 4.5: العاملون الصحيون في الوحدات التابعة لوكالة الغوث في الضفة الغربية حسب المهنة

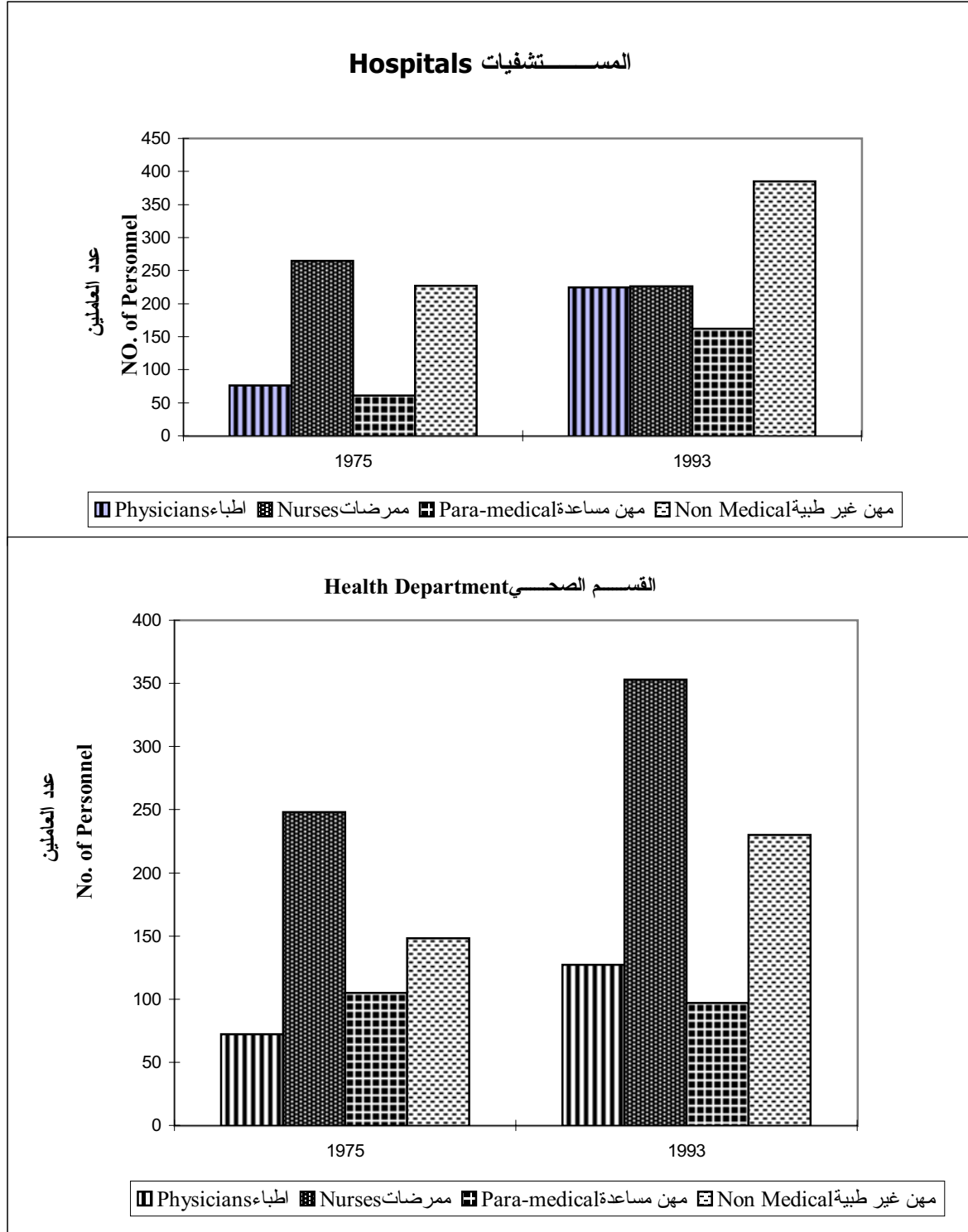
Figure 5.4: Personnel at UNRWA Units in the West Bank by Profession

1989-1992



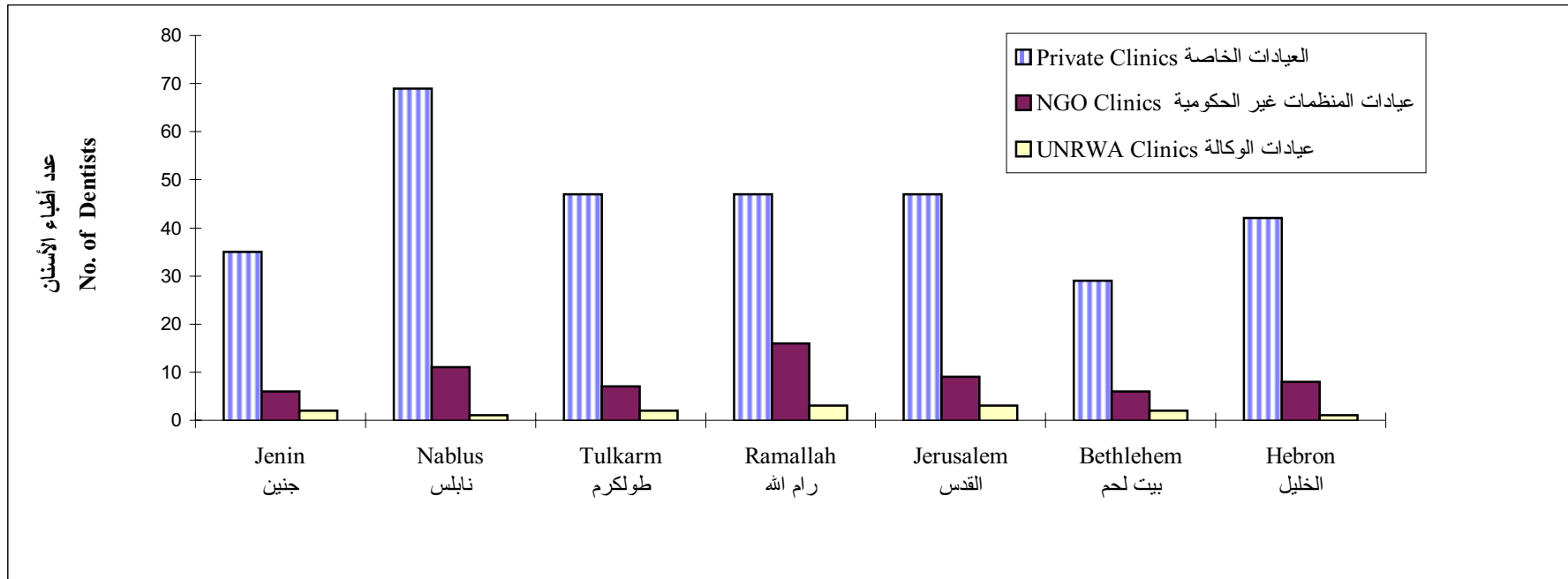
شكل 5.5: العاملون في المستشفيات الحكومية وقسم الصحة العامة في باقي الضفة الغربية حسب المهنة

Figure 5.5: Personnel in the Governmental Hospitals and Health Department in the Remaining West Bank by Profession 1975,1993



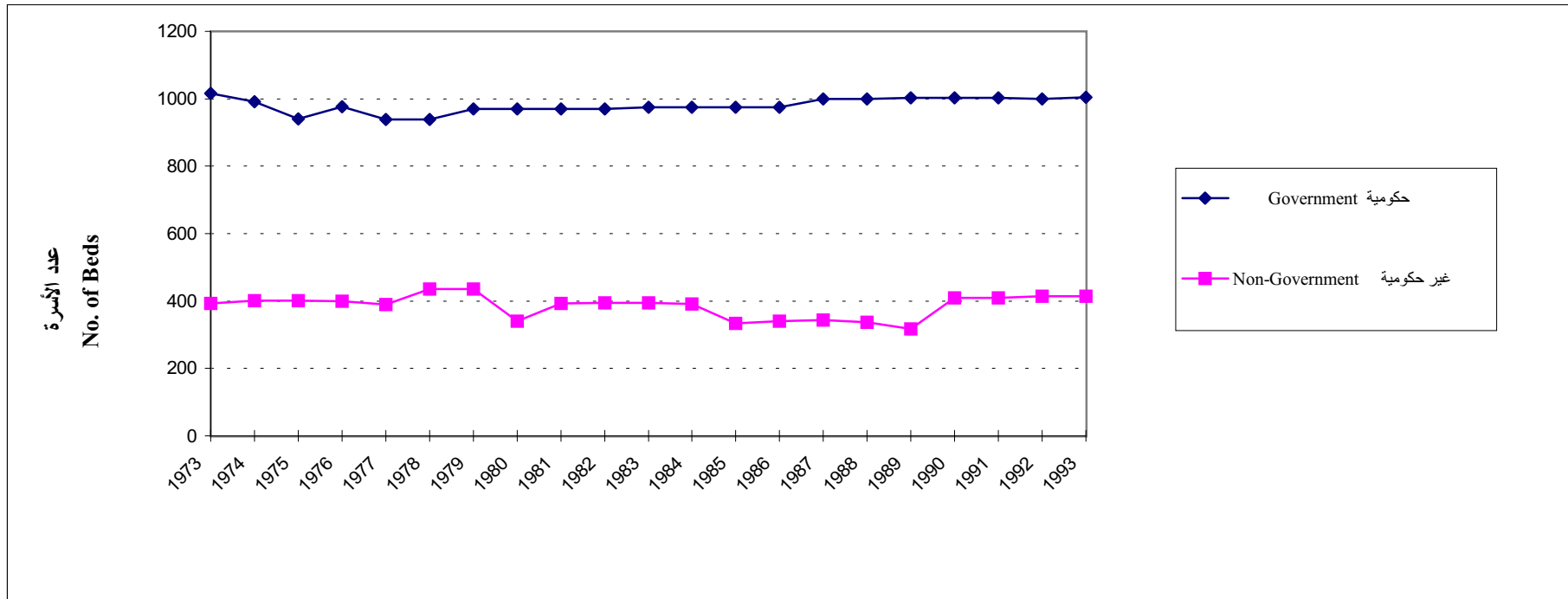
شكل 6.5: اطباء الأسنان في العيادات في الضفة الغربية حسب اللواء والسلطة المشرفة

Table 5.6 : Dentists in Clinics in the West Bank by District and Supervising Authority
1993



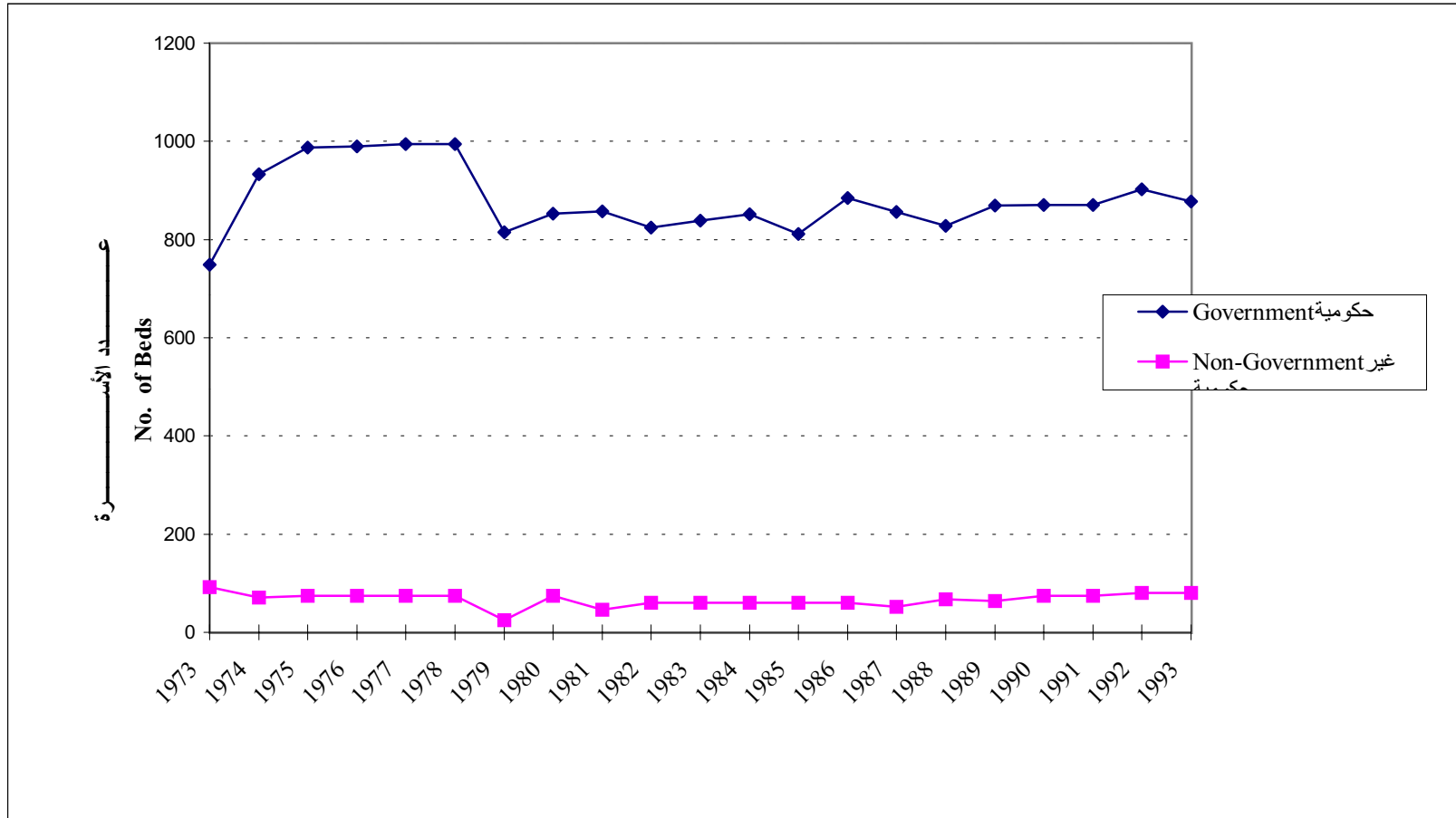
شكل 7.5: أسرة المستشفيات في باقي الضفة الغربية (حكومية وغير حكومية)

Figure 5.7: Hospital Beds in the Remaining West Bank (Government and Non-Government)
1973-1993



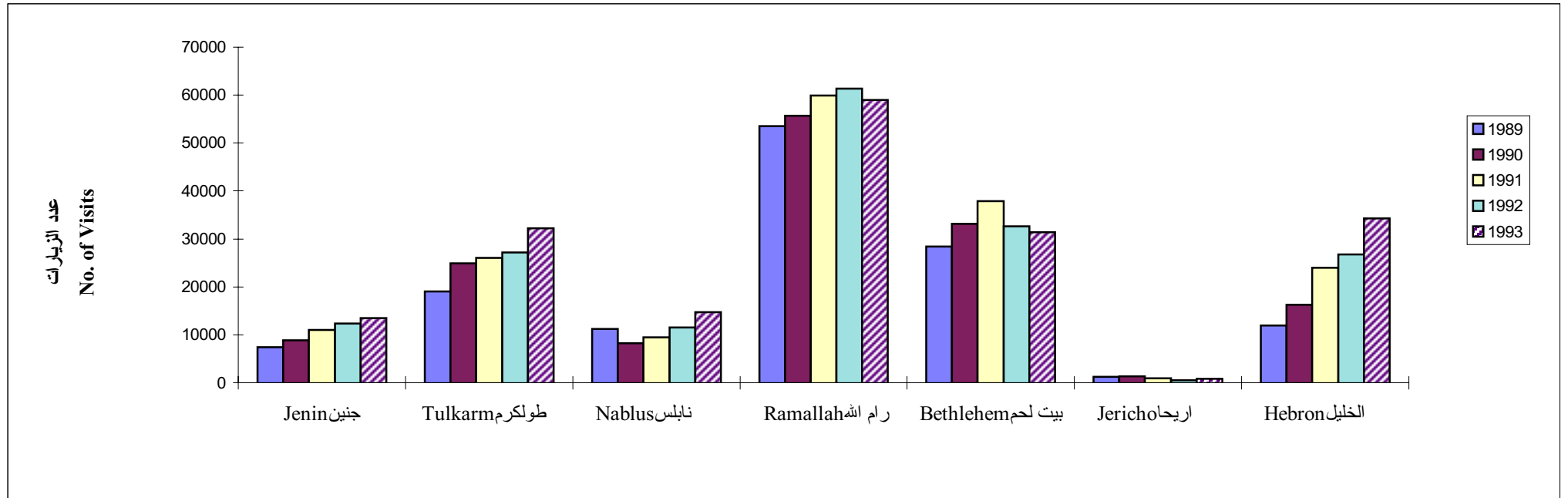
شكل 8.5: أسرة المستشفيات في قطاع غزة (حكومية وغير حكومية)

Figure 5.8: Hospital Beds in Gaza Strip (Government and Non-Government)
1973-1993



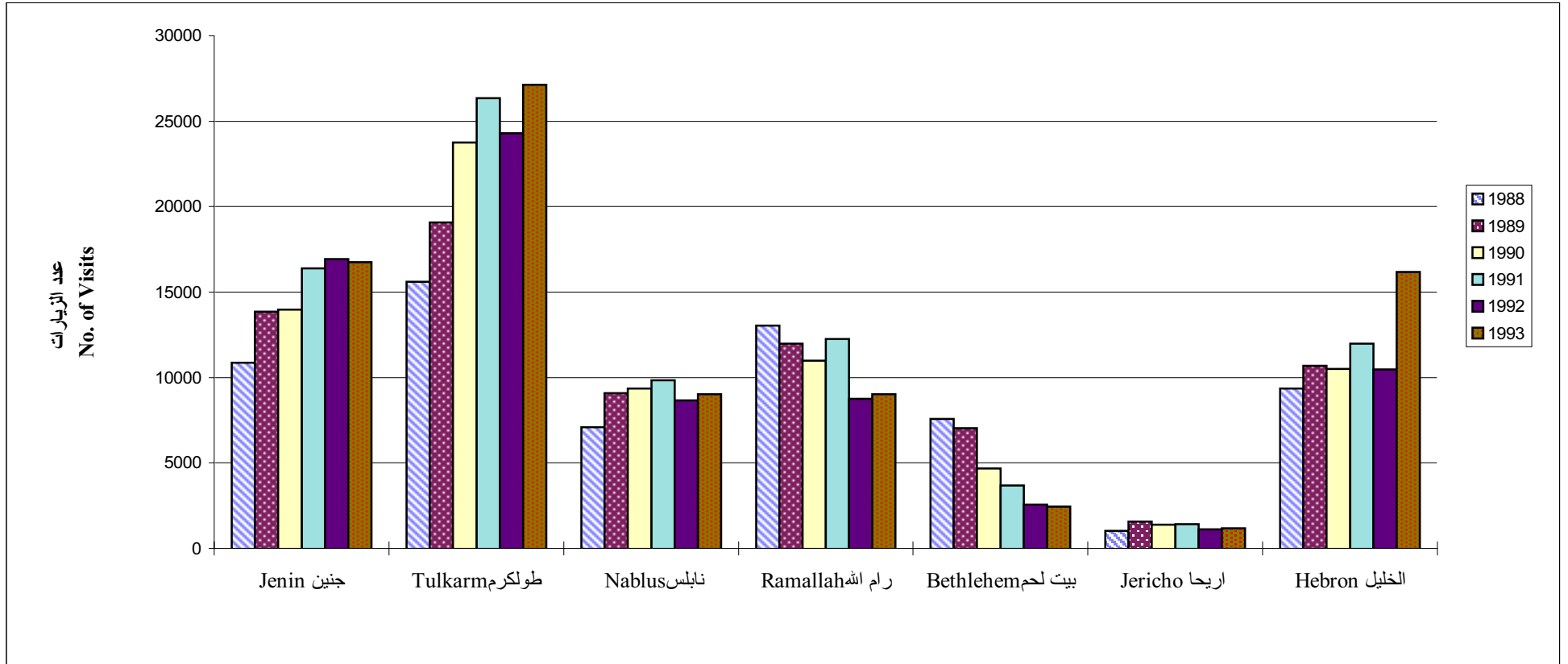
شكل 1.6: زيارات الاطفال الى مراكز الامومة والطفولة الحكومية في باقي الضفة الغربية حسب اللواء

Figure 6.1: Vistis of Children to Government MCH Centers in the Remaining West Bank by District 1989-1993



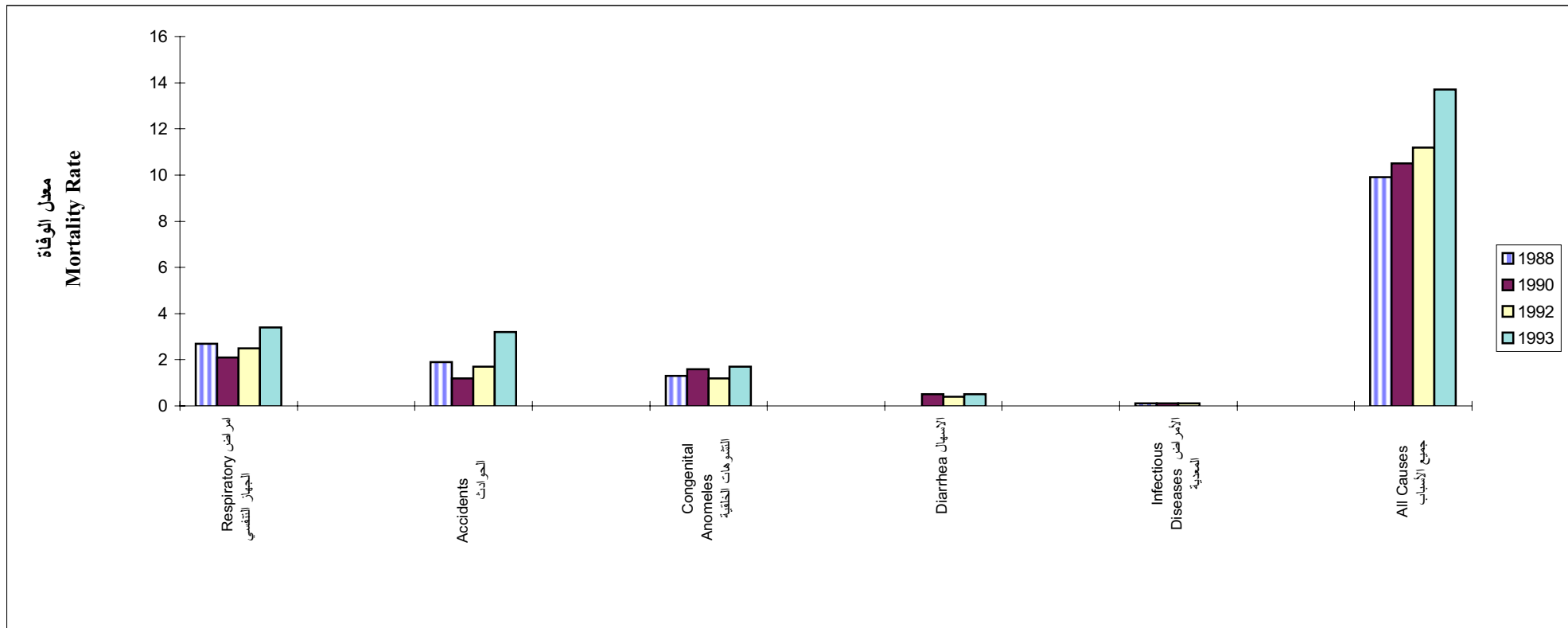
شكل 2.6: زيارات الامهات الى مراكز الامومة والطفولة الحكومية في باقي الضفة الغربية حسب اللواء

Figure 6.2: Visits of Mothers to Government MCH Centers in the Remaining West Bank by District 1988-1993



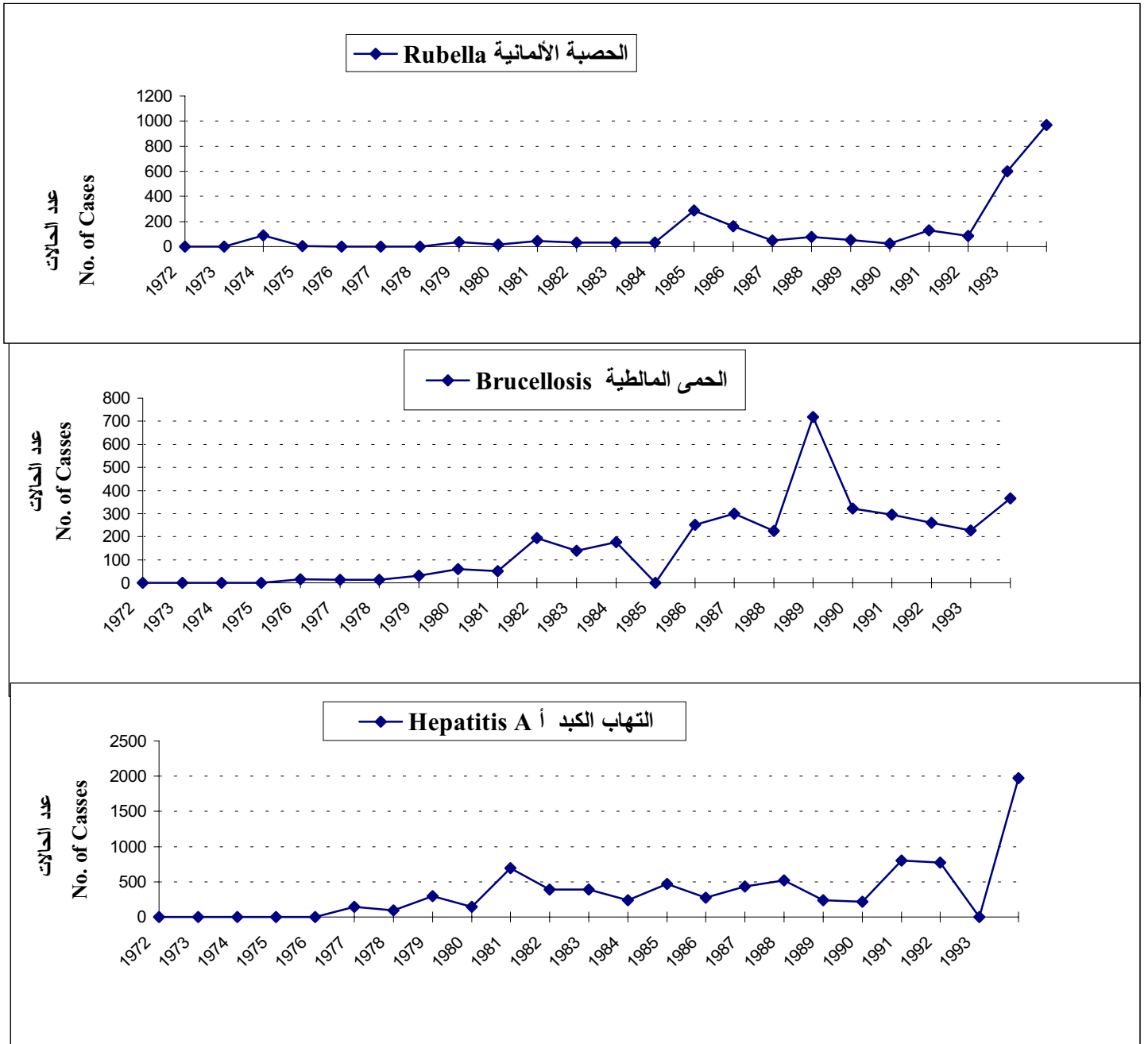
شكل 1.7: معدلات وفيات الأطفال لكل 10,000 من السكان في باقي الضفة الغربية حسب السبب

Figure 7.1: Child Mortality Rates per 10,000 Population in the Remaining West Bank by Cause 1988-1993



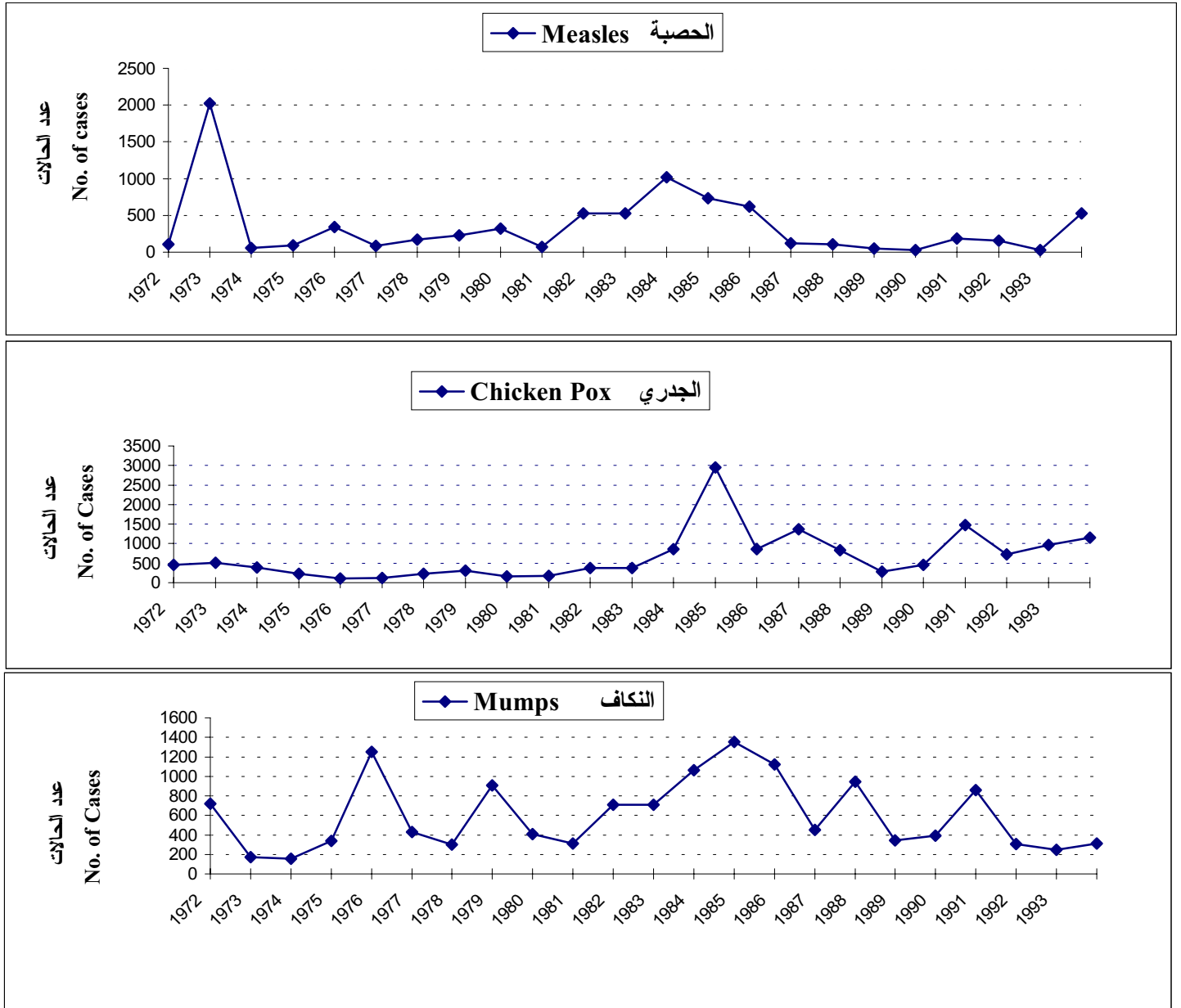
شكل 2.7 أ: حالات الحصبة الألمانية، الحمى المالطية، التهاب الكبد المسجلة في باقي الضفة الغربية

Figure 7.2 a: Reported Cases of Rubella, Brucellosis, Hepatitis A, in the Remaining West Bank 1972-1993



شكل 2.7 ب: حالات الحصبة و الجدري و النكاف المسجلة في باقي الضفة الغربية

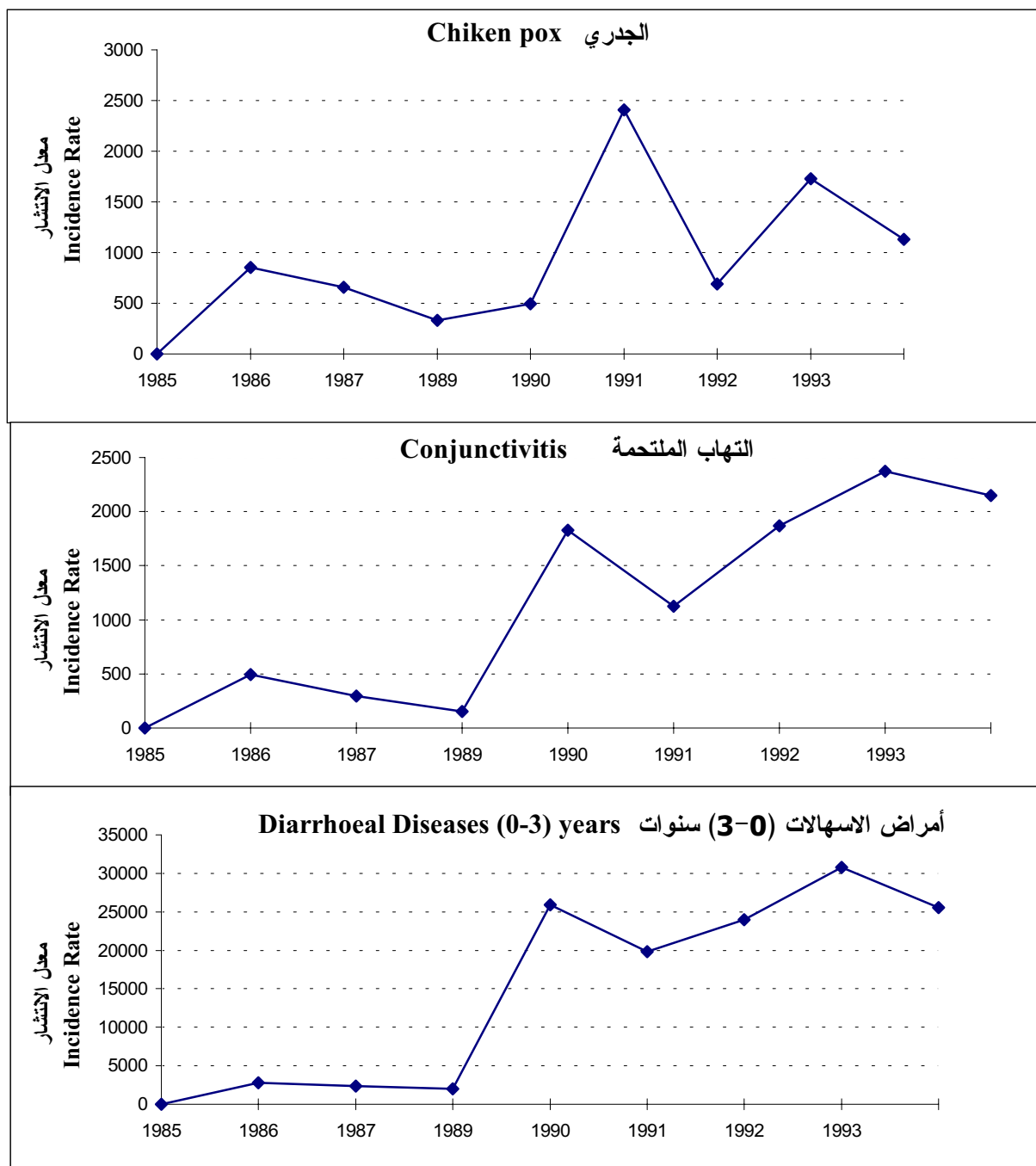
Figure 7.2 b: Reported Cases of Measles, Chicken Pox, and Mumps in the Remaining West Bank 1972-1993



شكل 3.7: معدلات انتشار الجدري، التهاب الملتحمة، أمراض الاسهالات (0-3) سنوات بين كل 100,000

لاجيء من السكان في قطاع غزة

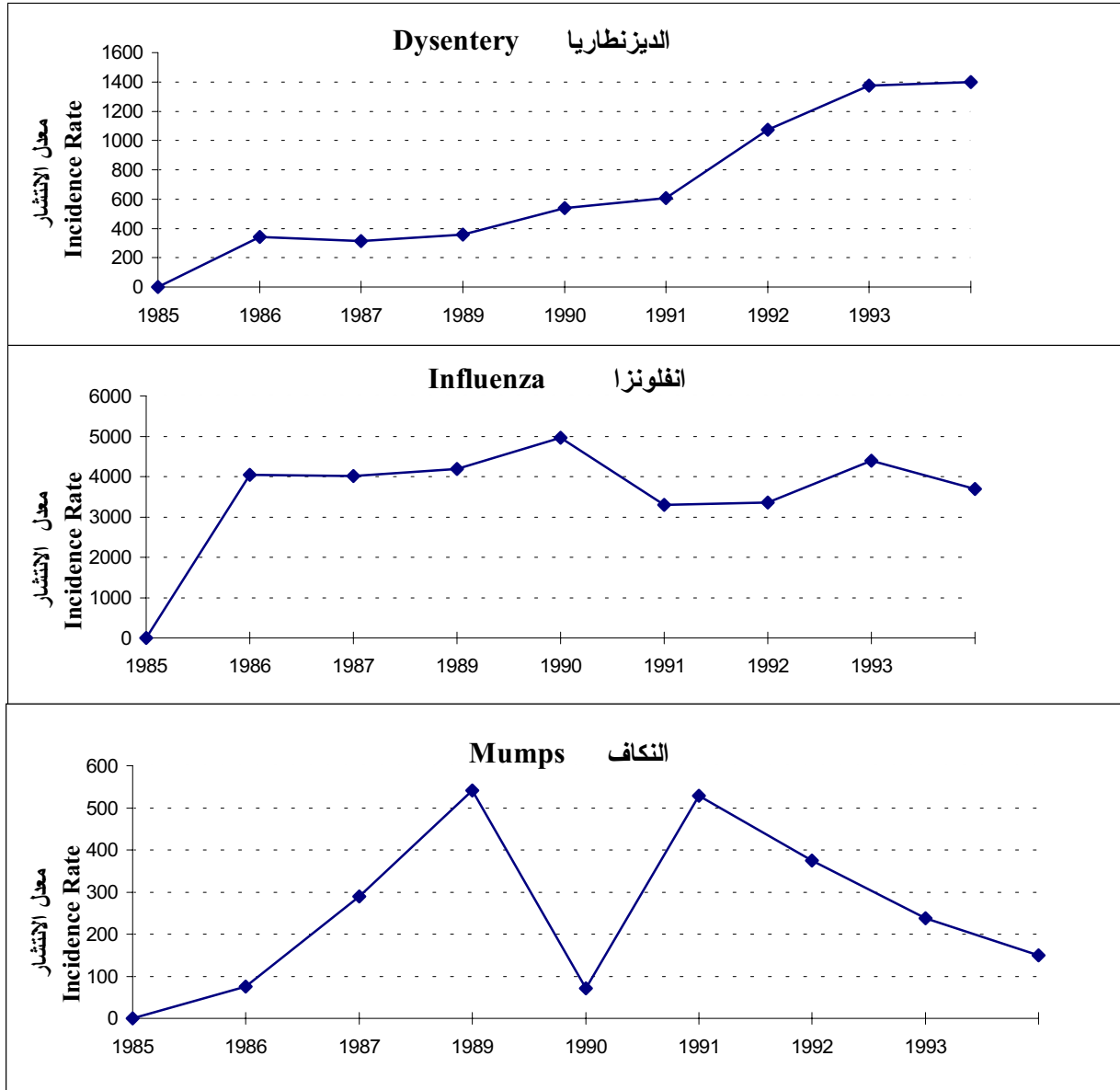
Figure 7.3a : Incidence Rates of Chicken Pox, Conjunctivitis, and Diarrhoeal Diseases, Among 100,000 Refugee Population in Gaza Strip 1986-1993



شكل 3.7 ب: معدلات انتشار الديزنتاريا، الانفلونزا والنكاف بين كل 100,000 لاجيء من السكان في قطاع غزة

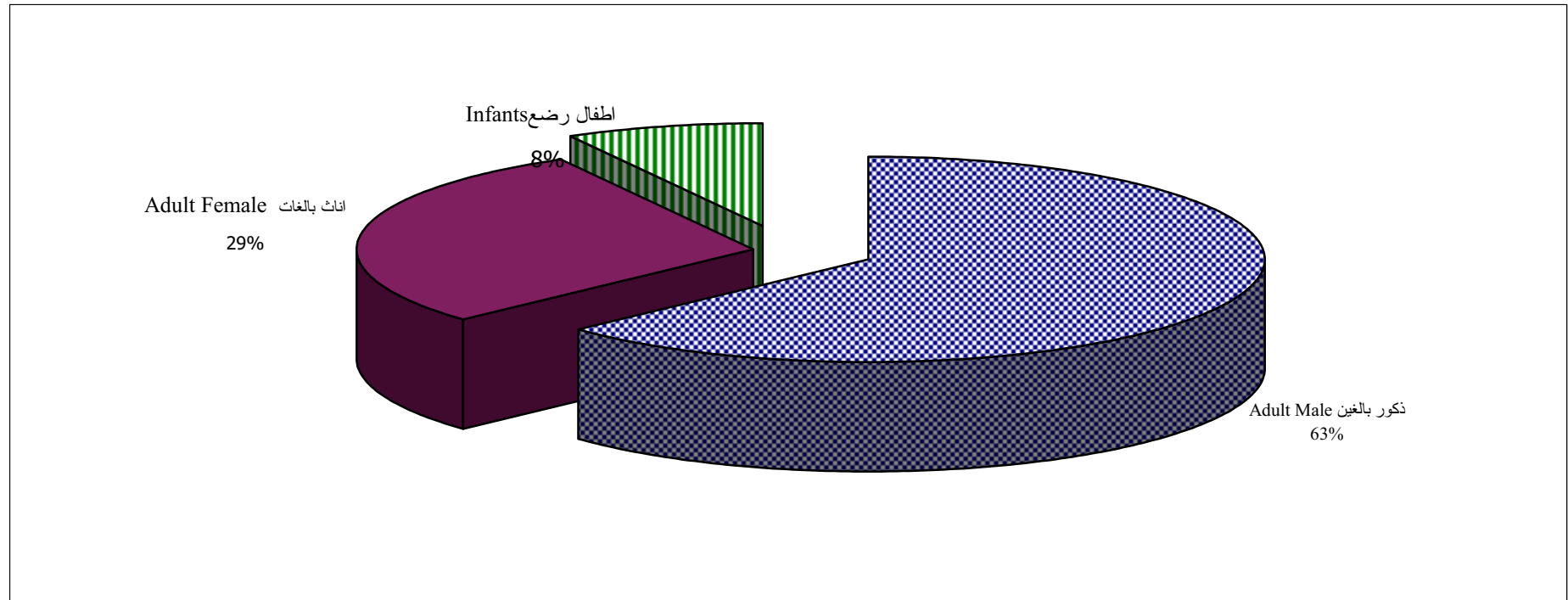
Figure 7.3 b: Incidence Rates of Dysentery, Influenza, and Mumps Among 100,000

Refugee Population in Gaza Strip 1986-1993



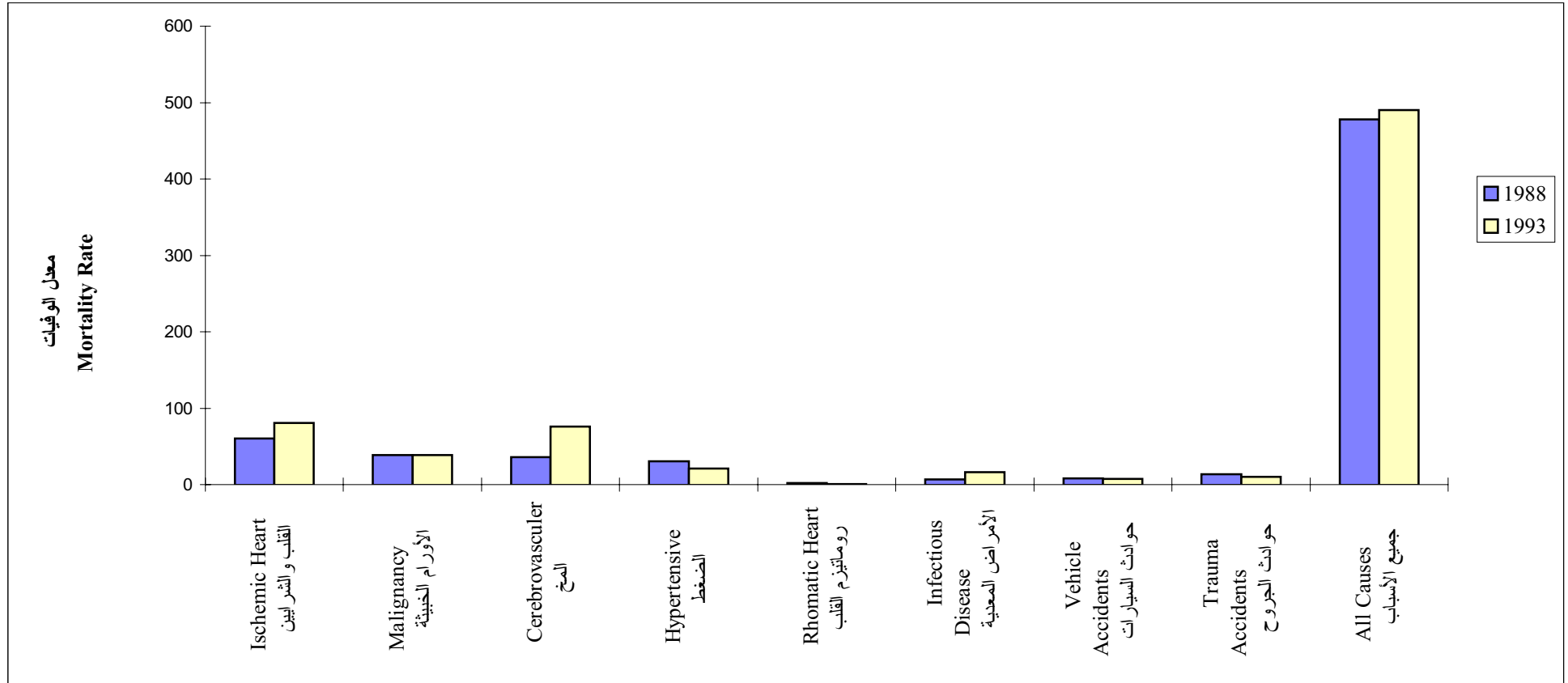
شكل 4.7: حالات الايدز حسب النسبة والجنس في الأراضي الفلسطينية المحتلة منذ 1987 الى 1993

Figure 7.4: Cases of AIDS by Percent and Sex In the OPT Since 1987 to 1993



شكل 5.7: معدلات الوفيات الخام الناجمة عن اسباب وفاة مختارة لكل 100,000 من السكان في باقي الضفة الغربية

Figure 7.5: Crude Mortality Rates for Selected Causes of Death Per 100,000 Population in the Remaining West Bank 1988, 1993





Palestinian Central Bureau of Statistics

Current Status Report Series (No. 4)

Health Statistics In the West Bank and Gaza Strip

July, 1995

PAGE NUMBERS OF ENGLISH TEXT ARE PRINTED IN SQUARE
BRACKETS
TABLES ARE PRINTED IN THE ARABIC ORDER (FROM RIGHT TO LEFT)

□ July, 1995
All rights reserved.

Suggested Citation:

Palestinian Central Bureau of Statistics, 1995. Health Statistics in the West Bank and Gaza Strip. Current Status Report Series, No. 4. Ramallah-West Bank.

Acknowledgment

This report was prepared by Kamel Mansi and Ayman Sawalha (Health Statistics Unit). Thomas Gunnarson, Consultant, Statistics Sweden , assisted in the preparation of some chapters of this report. Dr. Marwan Khawaja (Director, Population and Demography) reviewed the material and provided comments on drafts of the report.

Abdul Rahim Al-Hasan and Hilda Jaber (Translators, PCBS translated the text into Arabic). Nasim Shahin and Fatima Halaseh performed the typing of the final Arabic draft. Nafiza Baddarin assisted in preparing the setup of the tables and the graphs during the preparation of the final draft, and Mariam Salhab prepared the entire tables.

This report has been made possible through the generous financial support provided by the Swedish International Development Authority (SIDA).

Preface

The Palestinian Central Bureau of Statistics (PCBS) is pleased to introduce a new report on health statistics in its Current Status Report Series. Health statistics are of great importance for the Palestinian society in the West Bank and Gaza Strip; therefore, PCBS considers them among the basic prerequisites for conducting any study on health or health analysis to be used in finding solutions for the different problems in this field. In fact, these statistics in their different types and patterns are urgent for solving health problems on scientific and technical bases.

Each health authority looks forward to obtaining all vital and health statistics; however, this is beyond its reach because of problems in recording data and misuse of such data. In order to arrive at a reliable set of indicators on the health status in the Occupied Palestinian Territory; the prevalence of diseases and infections and the health services provided to population, a special system must be available for collecting data and compiling health statistics from local sources including doctors, clinics, private and NGOs institutes and UNRWA. This makes it possible to find appropriate solutions for health problems and for having a representative distribution of health services by geographic location; in addition to determining and terminating diseases that threaten future infants and children.

This report examines health statistics available from different sources, such as statistics compiled by the Israeli Civil Administration; studies and surveys conducted at the national level and data compiled by UNRWA since 1967. These sources concentrated on traditional health variables, such as number of beds, admissions, discharges, occupancy rates, diseases prevailing in the society, and patients' visits to these institutes. This report examines also other statistics which were compiled without sufficient scientific methods. Most of these studies are often based on records and interviews held with professionals and employees in health sector.

In light of what has been said, PCBS plans to conduct several surveys in this field to arrive at the true health status and diseases prevailing in society. In addition, PCBS considers creating special units- in accordance with the recording systems adopted in other countries, especially Western ones- for recording deaths and serious diseases such as cancer and aids.

We, at PCBS, shall do our utmost to help the different Palestinian institutions and urge them continuously to cooperate and coordinate with each other to save money and time.

PCBS hopes that it managed through issuing this report to fulfill some of the assigned tasks.

July, 1995

Hasan Abu-libdeh, Ph.D.
Director General

Contents

	Page
Abbreviations	
Introduction	[11]
1. The Statistical Environment	[13]
1.1 The Palestinian Central Bureau of Statistics	[13]
1.2 Objectives of the Current Status Report	[14]
1.3 Scope and Requirements for Health Statistics	[15]
2. The Health Care System	[19]
2.1 Introduction	[19]
2.2 The Public Sector	[20]
2.3 UNRWA	[21]
2.4 Non- Governmental Sector	[22]
2.5 The National Health Plan for the Palestinian People	[24]
3. Availability and Assessment of Data	[27]
3.1 Availability of Health Statistics for the OPT	[27]
3.2 Assessment of Data	[33]
4. Population and Vital Statistics	[35]
4.1 Population	[35]
4.2 Fertility	[35]
4.3 General Mortality	[36]
4.4 Infant and Child Mortality	[37]
5. Health Care Resources	[41]
5.1 Introduction	[41]
5.2 Health Care Resources in the West Bank	[41]
5.2.1 Health Personnel	[41]
5.2.2 Primary Health Care Units	[44]
5.2.3 Secondary Health Care Units	[49]
5.3 Health Care Resources in Gaza Strip	[50]
5.3.1 Health Personnel	[50]
5.3.2 Primary Health Care Units	[52]
5.3.3 Secondary Health Care Units	[54]

6. Health Care Performances	[57]
6.1 Introduction	[57]
6.2 Health Care Performances in the West Bank	[57]
6.2.1 Primary Health Care	[57]
6.2.2 Secondary Health Care	[60]
6.3 Health Care Performances in Gaza Strip	[62]
6.3.1 Primary Health Care	[62]
6.3.2 Secondary Health Care	[64]
7. Health Conditions/Illnesses Among the Population	[67]
7.1 A Brief Overview	[67]
7.2 Health Status in the OPT	[67]
7.3 Infant/ Child Morbidity and Mortality by Cause	[69]
7.4 Communicable Diseases	[71]
7.5 Major Diseases in the Population	[73]
7.6 Disability/Handicap	[77]
8. Health Expenditures/Costs for Health Care by Source of Information	[81]
8.1 Introduction	[81]
8.2 PRC	[81]
8.3 The National Health Plan	[82]
8.4 UNRWA/WHO	[83]
8.5 Israeli Ministry of Health	[84]
8.6 UNRWA	[85]
8.7 Other Studies	[85]
9. Health Statistical System; Conclusions and Proposals	[87]
Glossary	[93]
References	[97]
Annexes	
Annex A	[101]
Annex B	[102]
Annex C	[104]
Annex D	[106]
Annex E	[107]

Abbreviations

AHC	Arab Health Center	MMR	Mumps/Measles/Rubella
AMA	Arab Medical Association	MS	Makassed Islamic Charitable Society
CBR	Crude Birth Rate	NECC	Near East Council of Churches
CDR	Crude Death Rate	NGO	Non-Governmental Organization
CDC	Child Development Center	NHP	National Health Plan
CIVAD	Civil Administration	OPT	Occupied Palestinian Territory
CRS	Catholic Relief Services	PAS	Public Aid Society
CSR	Current Status Report	PBS	Palestinian Bureau of Statistics
DPT	Diphtheria/Pertussis/Tetanus	PC	Personal Computer
EDP	Electronic Data Processing	PCBS	Palestinian Central Bureau of Statistics
GDP	Gross Domestic Product	PFS	Patient's Friends Society
GHS	Government Health Services	PHA	Palestinian Health Authority
GP	General Practitioner	PHC	Primary Health Care
GS	Gaza Strip	PIP	Peace Implementation Program
HDIP	Health Development Information Project	PLO	Palestinian Liberation Organization
HQ	Head Quarter	PRC	Planning and Research Center
HSC	Health Services Council	PS	Public Sector
ICBS	Israeli Central Bureau of Statistics	RC	Red Crescent
ICHS	Israeli Controlled Health Services	RWB	West Bank Excluding Jerusalem
IGHS	Israeli Government Health Services	TFR	Total Fertility Rate
ID	Identification Number	UHCC	Union of Health Care Committees
IMOH	Israeli Ministry of Health	UHWC	Union of Health Work Committees
IMR	Infant Mortality Rate	UNICEF	United Nations Children's Fund
IPV	Injected Polio Vaccine	UNRWA	United Nations Relief and Works Agency
JFPPA	Jerusalem Family Planning and Protection Association	UPMRC	Union of Palestinian Medical Relief Committees
KH	Kupat Holim	WB	West Bank
KYCA	Khan Yunis Charity Association for Social Welfare of the City	WHO	World Health Organization
MCH	Mother and Child Health		

Introduction

Health Statistics are considered very important because they represent the entire data which are associated with the medical and mental status of individuals and their social well-being. Through these statistics, the health status of various residential groups which is required by the Health Administrators can be described. There is also a strong relationship between health statistics and some vital statistics, such as birth and mortality statistics, which are included in the description of the health status of the population, since they acquaint us with the health status and with the economic and other social indicators.

The basic function of data collection on health and vital statistics is formulating future health programs and plans and also designing developmental plans and providing appropriate solutions for the health problems of the population; such problems must undergo extensive analysis to make known the factors which affect data statistics and the possible methods which may be used to eliminate these problems.

The compiled data depends on records and reports from various health organizations such as hospitals and other health centers. The Israeli Health Administration did not conduct any survey that contributes to developing health programs for the future in the Remaining West Bank and Gaza Strip. UNRWA also depended on existing records from their own affiliated health centers. As for surveys on the national level, the methodology of data collections (and analysis) used in most of them suffer from many defects. Furthermore, these survey focus on traditional health indicators.

This current status report consists of nine chapters in addition to the introduction:

- 1- The Statistical environment and goals of the report and the fields in which health statistics may be used.
- 2- The existing health system in the West Bank and Gaza Strip.
- 3- Specification of resources and availability of data.
- 4- Population and vital statistics.
- 5- Health care resources.
- 6- Health care performances.
- 7- Health condition and the common diseases among the population of the occupied Palestinian territories.
- 8- Expenditure on the health sector and costs for health care.
- 9- The Statistical system - conclusions and suggestions.

CHATER ONE

THE ENVIRONMENTAL STATISTICS

1-1 The Palestinian Central Bureau of Statistics (PCBS)

The Palestinian Central Bureau of Statistics (PCBS) was established by the Palestinian Liberation Organization (PLO) through its Economic Department on March 13, 1993. It was opened on September 1, 1993 and started its operations on October 1, the same year, under the name "Palestinian Bureau of Statistics." The Bureau was changed into the PCBS in accordance to the PNA Decree of January 2, 1995. It operates in accordance with the "General Statistics Law of 1994."

Since its establishment, the PCBS has conducted many vital activities that include among other things:

1. Developing the Master Plan for Palestine Official Statistics.
2. Conducting a Community Survey, including the drawing of detailed statistical maps for every community.
3. Planning for the Population and Housing Census of 1996.
4. Developing the "General Statistics Law of 1994".
5. Planning and executing the Establishment Census in cooperation with the Palestinian Ministry of Economy, Trade and Industry.
6. Building the educational database, in cooperation with the Palestinian Ministry of Education.
7. Planning and preparing for a large scale demographic survey.

The PCBS' Master Plan's Purpose:

The main purpose of the PCBS Master Plan is to create a system of official statistics on demographic, social, economic, and environmental concerns as an instrument for formulating public policies.

Functions of the PCBS

1. To establish a comprehensive and unified statistical system to serve Palestinian authorities, as an instrument of guidance for diagnosing problems and evaluating progress made.
2. To provide truthful and impartial official statistics on demographic, social, economic and environmental states and trends to serve the Palestinian citizenry.
3. To enlighten the public with information provided through the mass media, and cooperate with universities and other research organizations.
4. To serve the instrumental needs of businesses and their organizations for statistical information on states and trends.

5. To conduct a population and housing census every ten years or less in accordance with the rules of a special census act by the Council of Ministers
6. To participate in the international cooperation and exchange of official statistics in accordance with international standards which guarantee Palestinian membership in international organizations.
7. To compile essential statistics published on Palestine and the Palestinians by any country or international organization and analyse such statistics.
8. To establish statistical training centres in order to prepare qualified personnel to carry out the statistical activities conducted by governmental departments or agencies.
9. To create and maintain a library of Palestinian and international statistics and an archive of Palestinian censuses and surveys.

1-2 Objectives of the Current Status Report

The objectives of the Current Status Report (CSR) on Health Statistics are,

1. To give a broad **overview of the current available statistical sources** describing conditions concerning the health sector in the West Bank and Gaza Strip. The presentation is based on collected reports and series of publications from the period 1967 to the present. The collection of reports for the subsequent analysis has been unconditional, this means that all reports of possible interest for the work have been considered regardless of the source. It must be emphasized that some crucial data sources might have been missed in this study.
2. To give a **statistical description of the health sector** based on the most valid, accurate and current statistical sources. The aim is to achieve a selection of information that gives the optimal summary view on various conditions in the OPT. These conditions may appear as quite disparate, although they are in fact parts of an integrated reality in which e.g. health status among the population and provided health care services coincide with each other. It must be stressed that the CSR does *not* include data on some areas that certainly have an effect on the health status. This is the case for statistics on nutrition, sanitation, social factors and other living conditions among the population. It has not been the scope of the work on the CSR to include these areas, even though their importance can not be underestimated.
3. To try to **assess the statistical sources in terms of validity and reliability**, and to comment on discrepancies between identical items presented in different sources. The report is based on many sources from different statistical producers. The quality of the primary data used for compiling and presentation in official statistics during the years are in many cases strongly questioned. For example, simple mortality and morbidity data from the government health services have been found inadequate, incomplete and contradictory.

There is no access to primary data from the official statistics. Hence, the data quality in the available statistical reports must be judged in a tentative way. Previous statements on quality deficiencies in the existing statistics will also be considered.

4. To **make conclusions on the existing health statistical system and proposals for measures of improvement**. The CSR will try to comment on severe problems within the existing statistical system, due to various causes. These deficiencies may have been stated previously by others scrutinizing certain parts of the statistics, or will be recognized in the current work which will have a general approach. In case there seem to be realistic ways of improvements, that can be considered by the Palestinian responsible authorities, these suggestions will be put forward.
5. Last but not least; the CSR will be an **attempt to increase the interest for health statistics** that are available and put the light on the main structure and contents. It will hopefully be regarded as a “popular” presentation, which will inspire further research.

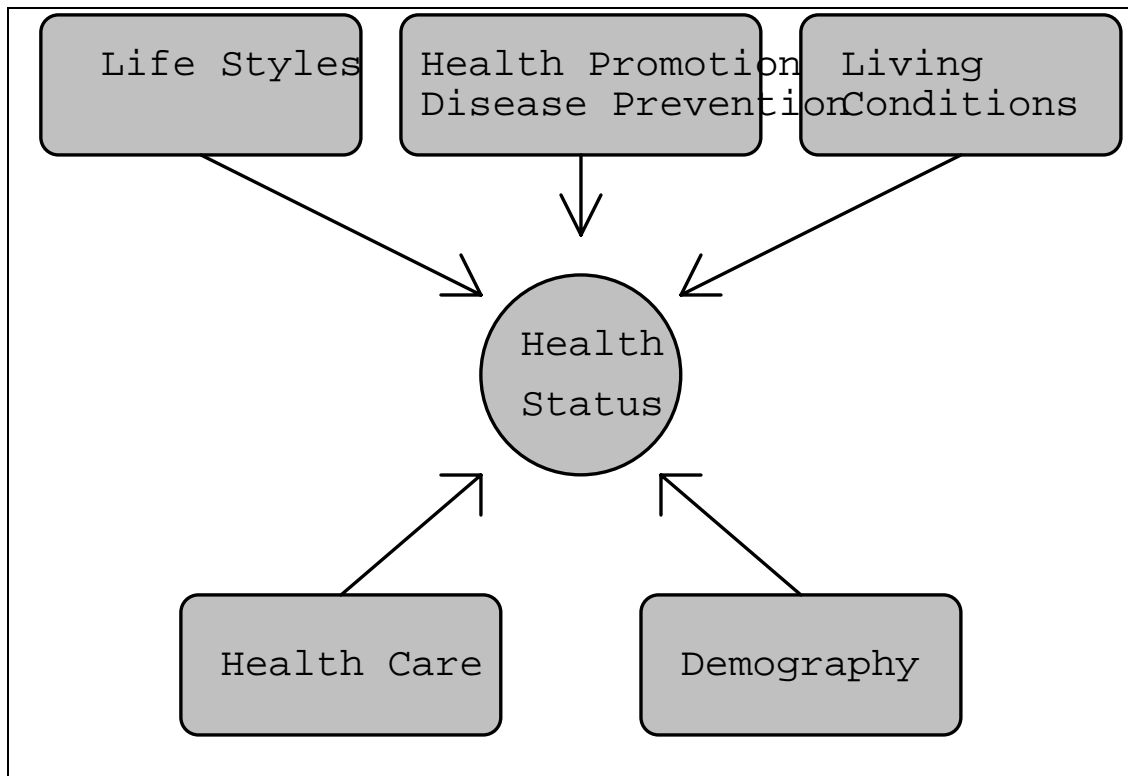
1-3 Scope and Requirements for Health Statistics

The context of “health” includes a vast variety of components which are by themselves not captured by exact definitions. It is far beyond the scope of this report to make an exhaustive discussion on the subject. There exist a number of studies in which definitions of “health” and related objects are described. One of them is included in the reference list in this status report, (Giacaman 1988).

One brief approach of illustrating the term “health status” is described below:

Relationship between health status and health indicators

The grouping of health indicators (next page) builds on the idea of monitoring the health status from a broad perspective. Health status is affected by a number of factors which are all relevant in order to give the best statistical background for the planning of health promotive actions. The idea behind the grouping is presented in the figure below. The circle in the middle reflects the health status in the population. The boxes around the circle reflect the factors affecting health status. As seen in the figure, these factors are divided into 5 main categories: life styles, health promotion and disease prevention, living conditions, health care and demography.



Health promotion and disease prevention comprises indicators which help to describe what is done in the fields of promotion of health and prevention of diseases. For example, the success of vaccination programmes is a determinant of the future health situation. Indicators of the use of vaccination programmes are therefore included in the grouping.

Life styles includes indicators describing risk behaviour such as smoking habits and tobacco consumption, alcohol consumption and food consumption. Smoking and alcohol habits are relevant since it is known that smoking and alcohol consumption have an influence on health status. For example, smokers have a higher risk of lung cancer, and people drinking too much alcohol have a higher risk of getting liver disease.

Living conditions includes indicators describing factors such as the general economic situation in the country, the labour market (labour force, employment and unemployment), educational factors, the environmental situation and the occurrence of accidents.

Health status indicators are divided into one group describing health, another group describing morbidity and finally indicators concerning mortality by cause of death.

The indicators of *health care* are important in describing manpower and equipment, consumption of health care and health care financing. Manpower and equipment includes indicators of the number of hospitals, number of beds in hospitals, employment and education in the health sector. Consumption of health care reflects the use of out-patient and in-patient care, ambulatory care, pharmaceuticals and the

expenditure on health care. Health care financing includes indicators about the funding of health care.

The last main factor affecting the health status is *demography*. Indicators describing the population including migration, population-forecasts, births, fertility, mortality marriages and abortions are included. The indicators of mortality concern general figures of mortality and not mortality by cause of death as reported under health status.

Information needs

There is certainly no fixed composition of health indicators or variables that will fit the statistical needs in every country. Depending on various conditions, such as the degree of development and infrastructure of the society, the priority measures and statistics for necessary planning and performance may vary. This is also the case for the minimum level of information that should be available. The information needs for the Palestinian society thus has to be considered from specific Palestinian conditions. That means that the mixture will be unique, and so are the priorities to be made in the phase of restoring and building up a functioning health statistical system. Nevertheless, there seem to be a number of fundamental information areas which should be considered in this work. A summary list of these areas and variables are shown below.

1. The population changes by sex, age, and district
2. The major health problems
 - nutrition by sex, age, persons, and district
 - water and sanitation conditions by household and district
3. The population health status
 - illnesses
 - functional disabilities
 - morbidity
 - all by sex, age, disease group, disability type, cause of death group, and district
4. In- and out-patients in hospitals, clinics, private doctors
 - all by sex, age, disease group, type of clinic/hospital, and district
5. Maternal and child care
 - reported deliveries
 - reported immunization
 - visits to maternity hospitals (in-patients/out-patients)
 - all by sex, age, type of immunisation, and district
6. Infectious diseases (reported)
 - from out-patient care
 - from in-patient care
 - all by sex, age, and district
7. Successful deliveries, treatments and operations
 - in maternity hospitals
 - in other hospitals
 - all by sex, age, and district
8. Health personnel (public and private)

- out-patient care
- in-patient care
- all by personnel group, and district
- 9. Health care capacity
 - hospitals, clinics and other medical institutions
 - hospital beds
 - bed occupancy
 - all by type of hospital, sphere of activity, and district
- 10. Health expenditures
 - for administration
 - for medical care services
 - for preventive services
 - for research
 - all by type of costs, and funding source

The use of information

Statistical information on the health sector should provide:

1. An adequate statistical basis for *planning and monitoring* the health services sector
2. A basis for *analysing health problems* in the population. The information system should also indicate if progress is made towards the goals and targets of equalities in health status and in health care
3. A basis for *analysing the utilization* of health services by the sick in various population groups
4. A basis for *measuring the effects* of the health services on the health status of the population and to analyse the results of health care
5. Information on where the *resources are most needed* in different levels of the health service systems
6. A basis for *analysing costs* for health services

CHAPTER TWO

THE HEALTH CARE SYSTEM

2-1 Introduction

The purpose of this chapter is to give a brief information on the the health care system in the OPT, partly as a reference to the various sources of statistical information on health care and health conditions that are viewed in this report. The vast majority of available data sources originate from the years when the *public* health care was operated by the Israeli Civil Administration (referred to below as the Public Sector). This period of Israeli responsibility started in 1967 when the Israeli military occupied the remaining part of Palestine (West Bank and Gaza Strip). The Israelis tried to integrate the economic and social spheres of the West Bank with the Israeli systems, including the area of health. They also included Jerusalem into their health services system, separating it from the rest of the West Bank. This has been the situation up to recent years.

On 13 September 1993, a Declaration of Principles was signed by the Palestine Liberation Organization (PLO) and the Israeli Government. As stipulated by this agreement, a transfer of authority took place from the Israeli Military Government and its Civil Administration to the authorized Palestinians. One of the areas that was transferred to the Palestinian authorities is the health sector.

With regards to health, the transferral described above implied that the Remaining West Bank and Gaza public health services infrastructure, comprising 12 hospitals, 2 psychiatric hospitals and 206 clinics, were handed over to the appointed Palestinian Health Authority.

The Palestine Red Crescent Society, together with leading health personalities in the Remaining West Bank and Gaza Strip from public, UNRWA, and NGO health sectors, established the Palestine Council of Health as the central authority to assess, plan, monitor, and coordinate health care delivery systems and services in the interim period. Moreover, the Health Authority is entrusted with directly administering public health services.

Today, the overall responsibility for the public health sector lies within the Palestinian Ministry of Health. Regarding this new situation, the structure of the health care sector may be described as follows.

Health care services are provided by three main operators in the OPT:

1. **The Public Sector**, operated by the Palestinian Ministry of Health (previously: the Israeli Department of Health)
2. **UNRWA's Health Department** *
3. **The Non-Governmental Sector**, - involving local and international charitable organizations, non-governmental organizations (NGOs) and private entrepreneurs

* UNRWA is formally a non-governmental organization, but is usually presented as a part of its own.

2-2 The Public Sector

In all over the world the Health care sector is the responsibility of the Ministry of Health and some other institutions, while what happened in the West Bank and Gaza Strip, it is dominated by the Civil Administration which is a part of the Ministry of Defence and considered the legal authorities for health services in the OPT.

The current organization of the public health care is similar to the previous situation with the important and fundamental exception, that the responsibility now lies on the Palestinian Ministry of Health.

The *primary* health care is structured in the following way:

- a) Centres for prevention of lung diseases
- b) Epidemiology unit
- c) District department for primary health care
- d) Public health central laboratories
- e) Road safety institution

The primary health care in the RWB (West Bank excluding Jerusalem) operates in seven districts (Nablus, Jenin, Tulkarm, Ramallah, Bethlehem, Jericho and Hebron) by a public health office. These offices supervise and are responsible for the preventive health services in the urban and rural areas. They also supervise the non-governmental services and sanitary situation in the district. Each office operates four small units:

1. School health services
2. Mother and child health (MCH) care centres
3. General and specialized clinics
4. Primary health care units

In addition to that, they also operate village health rooms in small villages in Hebron, Jericho and Jenin districts. This project initially developed in 1985 in Hebron between the IGHS and UNICEF. It was expanded in 1992 to some villages in Jericho and Jenin.

The primary health care in Gaza Strip is similar to that in the Remaining West Bank. There are 5 public health districts in which services also are provided in the field of prenatal and postnatal care. Some of the maternal and child health centres have a delivery room, and some of the clinics are dedicated for driver safety testing.

The *secondary* care is organized in the following way:

The Public Sector provides secondary health services through a hospital unit that is responsible for hospitals in the Remaining West Bank and Gaza Strip, and has a direct relationship with each one. There are 9 hospitals in the RWB, 8 of them are general and 1 is a psychiatric hospital. In Gaza Strip there are 5 hospitals, of which 2 are general and 3 are specialized.

The system is still linked to the Israeli health care system for specialized services not available in the OPT, such as radiotherapy and neurosurgery. The extent

of such service, however, has been greatly reduced after the break out of the Intifada in late 1987, and even more so with the closure of the OPT from Israel.

Within the Public Sector there are additional units such as:

- Nurses Training and Education Unit:
The nursing schools educate practical nurses, and there are schools for midwives, and training program for practical psychiatry nurses.
- General Assistance Unit:
This unit is responsible for general services and supplies the other units in the health care system for various needs. It includes pharmaceutical stores, central stores for medical and general equipment, transport, accountancy, and maintenance.

The services are free of charge for children aged 0-3 years for examination and treatment, also for prenatal care for pregnant women. Others must pay the required fees if they are not covered by the health insurance system. For patients with reportable infectious diseases, the service is free of charge also.

In fact, there was no Israeli established budget for public health services in the RWB and Gaza Strip. The requirements and needs for the health sector were instead covered from local revenues, i.e. taxes, customs, duties and other economic sources which were gathered from the population. Held out as Israeli financial sources, these collected money were then spent in the Palestinian health activities and development process.

2-3 UNRWA

Following 1948 the Palestinian people were extracted from their homeland and emigrated to dispersed places. Some of the Palestinian refugees lived in some parts of the West Bank and Gaza Strip. By a resolution of the United Nations, UNRWA (The United Nations Relief and Works Agency for Palestine Refugees in the Near East) was established to supervise and provide a humanitarian care services to Palestinian refugees in the Occupied Territory and hosted countries, particularly Jordan, Syria, and Lebanon. The agency follows the policies and regulations formulated in Vienna, Austria and the health services are supervised by the World Health Organization (WHO). The agency has its local office in Jerusalem for West Bank and in Gaza city for Gaza Strip.

UNRWA provides primary health care services to the registered refugee population including medical care services (both preventive and curative), environmental health services in camps, and nutrition and supplementary feeding to vulnerable population groups (UNRWA/WHO 1993). Medical care services at the primary level are complemented by secondary services including hospitalization and other referral services. The coverage of service corresponds in part to the place of residence. Camp residents use UNRWA facilities mostly because of ease of access. Many refugees residing outside camps nevertheless use UNRWA health centres, especially for preventive services. Other refugees living in towns or remote villages at a distance from the nearest Agency health centre, tend to share in local community facilities whether private, voluntary or public health.

Overall, UNRWA cared for approximately 2.9 million registered refugees as of 31 December 1993, of whom around 625,000 lived in Gaza Strip and 492,000 lived in the West Bank. The remaining lived in Jordan, Lebanon and the Syrian Arab Republic.

The UNRWA Health Department maintains close liaison and coordination with, among others, the Public Health Department in the OPT, especially with respect to surveillance of communicable diseases of public health importance, prevention and control of outbreaks and immunization.

It should be recognized that the UNRWA budget is relying at most on the Western countries and humanitarian organizations in these countries. For this reason, the UNRWA services were limited to Palestinian refugees only and specific programmes. UNRWA operates without an insurance system, and their own services are free of charge for registered refugees. If a patient is referred to external services, then he will have to pay nearly 40 % of the total fee.

2-4 Non - Governmental Sector

1. Charitable Health Care System:

The charitable International and local societies operate primary and secondary health care services. In the area of primary services, they provide maternal and child health care, dental care, mobile clinics carries out basic laboratory services. In the field of secondary health care, some hospitals run by thier societies, such Al- Maqasid hospital in Jerusalem. The following charitable societies are available in the West Bank and Gaza Strip:

1. Zakat Charitable Fund.
2. Local Charitable Societies.
3. Friends of the Sick Association.
4. Lutheran World Association.
5. Maqasid Islamic Charitable Society
6. Caritas.
7. Islamic Charitable Society.

One of the major charitable societies is the Zakat committees. These committees have emerged rather recently, often providing a combination of social welfare activities, health and educational programmes. They are community based, operated independent of one another, financed through local fund raising, and also supported from outside by Arab funds.

In addition to the local charitable societies, there are many international charitable organizations which are operating health facilities in the OPT. These are, for example; the World Lutheran Federation, Caritas, etc.

Actually the charitable societies funds rely on donations from various bodies includes some of Gulf countries, PLO and Palestinians in the OPT and abroad. The fees paid by patients, share partly in the budget of the societies. After the Gulf war, these societies increasingly depend on Westren donors both government and Non-govenment organizations.

2. Non-Governmental Organizations (NGO's) Helth System

The NGOs institutions started their activities in the West Bank and Gaza Strip by the late 1970s due to the inadequate health services and restrictions which were imposed by Israeli Occupation. They provided health services through their centers and clinics located in different districts particularly rural regions. The NGOs work administer almost on primary health care services in the West bank and Gaza Strip.

There are four Non Governmental organization operated in the OPT:

1. Health Services Council (HSC).
2. Union of Health Care Committees.
3. Union of Health Work Committees.
4. Union of Palestinian Medical Relief Committees.

During the uprising (Intifada) the role of NGOs institutions were so effective due to the huge number of injuries in which they became one of the most important health providers in the OPT. The Israeli authorities fought them, and did not allow them to obtain licenses for their health Units, but they continue to work without any permissions.

In the last four years, some of health units were closed or declined their services due to the finacial support, but they still have their situation in the health sector.

The NGOs budget relys on the contributions of local, international (Government and non-Government) as well as the PLO support and patient fees. There is no insurance system for these health institutions, but a numinal fees paid by out-patients.

3. Private Health Care System:

The private sector in the West Bank and Gaza Strip is not controlled by any organization or authority. Some of the private health care units are owned by private physicians or institutions providing their services at costly prices. The sector is utilized by people who can afford to pay the costs of consultations and treatments. The private medical professionals operate secondary tertiary services as well as rehabilitation and mental health facilities (Bargouthi and Daibes 1993). The health services provided by these institutions increased during the 1970s and reached a top during the uprising (Intifada) due to the following conditions (PRC 1994):

1. The people decided not to deal with Israeli institutions.
2. The high fees for health services in government institutions, especially for people who were not insured.
3. Injured persons did not want to go to government institutions because of scarcity of arrest.
4. The high quality of medical services provided by the private units a compared to government medical services.

2-5 The National Health Plan for the Palestinian People

In 1993 the National Health Plan for the Palestinian People, NHP, was launched as a result of a work performed by the NHP Commission in consultation with health providers and consumer representatives. The NHP was published in 1994 by the Planning and Research Centre in collaboration with the Palestine Red Crescent Society. Being the product of a national process, “its aim is to present an organized approach to health care and to provide national health targets and strategies to be worked through and attained by the year 2002 in order to reach the highest possible standards in the health system and health conditions” (PRC 1994).

The *purpose* of the Palestinian National Health Plan is to provide an objective direction to the Palestinian people in determining the best possible future of their health and finding the best way to reach it.

The plan serves a number of related *goals*:

- Forming the foundation for an action plan for all health providers
- Reducing health disparities among Palestinians
- Increasing and promoting greater access to preventive services for all Palestinians
- Encouraging cost effectiveness in health care delivery
- Regulating health personnel by adhering to specific criteria
- Coordinating existing health programmes
- Establishing comprehensive health insurance system

The goals are to be achieved through the following *strategies*:

1. Integrating national health goals with local health goals
2. Focusing on improving health status of the people who live in the health services area
3. Using data describing health status to express goals and objectives in ways that permit evaluation of progress toward achievement
4. Treating health services as an integrated system and evaluating the impact of proposed changes in any portion of the system on other portions of that system
5. Considering the effects of the environment and personal behaviour on health status
6. Setting targets and give priority to needs in such a manner that they may be used to govern subsequent decisions and actions of health providers
7. Influencing national policy
8. Considering and influencing the actions of planning agencies and others that have an influence on the health system of the Palestinian people

Aside from being a main document for a long time coming on health matters in the OPT, it has immediately constituted an importance. The NHP is an inevitable reference in every effort to achieve an entire overview of the health sector in the Occupied Palestinian Territory, both in terms of existing conditions and identified needs.

As a short final information it may be pointed out, that the NHP is divided into these four sections:

1. Health and Health Related Characteristics
2. Perception of Health and Health Problems
3. Goals, Policies, and Strategies
4. Health Resource Requirements and Cost of Health Services

CHAPTER THREE

AVAILABILITY AND ASSESSMENT OF DATA

3-1 Availability of Health Statistics for the OPT

This chapter contains a brief review of the main statistical sources that have been identified and scrutinized in the work on the status report. One part of the work has been to recognize the most current and relevant studies and reports describing the health sector within the OPT. Many of these reports have been regarded as valid and essential, and are hence referred in the text and also listed as references. Some other studies and reports have not been included for various reasons. One, is that the figures presented in these reports might be regarded as too old or obsolete to give “a current” picture of the situation. Another reason may be that some reports focus on very specific items, that has not been considered as valid for a *general* overview of the health sector, which is one option for this CSR.

There is certainly no guarantee that the sample of reports referred in this status report is optimal. In fact, there might be some important reports that have not been considered at all. Neither can it be claimed that the extractions from the reports chosen are the most valid ones. Selecting of the most important and current information is (and has to be) to some extent a subjective process. Experience of previous similar work as well as knowledge of the health sector, are factors that gain a fruitful result. The judgement of the outcome is however to be made by the reader.

Keeping the above reservations in mind, a list of some major statistical sources and their producers are given below. These reports form a core of information on the health sector, which should not be ignored in any analysis of the situation in the OPT. In the reference list, at the end of this CSR, *all* referenced publications are included.

Producer:

Israeli Civil Administration

Statistical report:

Statistical Report, Health Services, Judea and Samaria (annual reports)

Contents:

Population, selected indices, live births, health institutions (hospitals, clinics, MCH centres, PHC units, laboratories, special health units, blood banks, nursing schools, road safety institutes), supervising authorities (concerning health institutions), manpower by professions, communicable diseases, infectious diseases, visits to government clinics and MCH centres, immunization, causes of death, school health services, activities of centers for prevention of certain diseases, tests and results by sanitarians, hospitals/patients (beds, bed occupancy, admissions, discharges, treatments, average duration of stay, operations), clinics (visits by specialty), blood bank activities, operations/treatments by type, referrals of patients to Israeli hospitals. Summary remarks on e.g. health care organization, manpower, health insurance, immunization, hospital services and development.

Remarks:

Data have been collected on standardized forms from each hospital/clinic/unit. Data registration and processing was done by the Israeli Government Health Services (IGHS).

The statistical reports do not comment on the quality of data.

The annual reports show a high degree of consistency on main parts of the contents and the structure as well, which makes it fairly easy for the reader to extract data for comparisons and time series.

Producer:

State of Israel, Ministry of Health

Statistical report:

Health in Judea, Samaria and Gaza, 1967-1994 (annual reports)

Contents:

Population-Vital statistics (incl. births/births rate), preventive health care services (MCH-clinics, family health centres, curative clinics, village health rooms, high risk pregnancy clinics, general and specialized clinics, pharmacies, ambulances, infectious diseases, control/immunization, infectious diseases rates, infant mortality, child nutrition, maternal health, school health, health education, environmental health), health insurance, hospital services (hospitals, beds, admissions, days of care, average length of stay, surgical operations, referrals to Israeli hospitals, specialities by hospital, supervising authorities, manpower (by profession, training), budget.

Remarks:

The report refers to statistical data and information collected from various sources mentioned in an bibliography in the report. Some of these reports are regular statistical reports concerning the health care sector, e.g. annual data from hospitals/clinics. Others are reports/studies on specific topics relevant to the report but often referring to previous years. These sources may mostly be regarded as a general background to the items described rather than quoted sources to the report.

The quality of the data presented is not commented upon.

The reports show a relatively good consistency over time and especially from the late 1980s on ward, concerning contents and structure.

The report is not a strictly statistical one. It focuses on a verbal description of the health situation and health care sector, whereas the integrated tables and diagrams make an illustration to the statements made. The extensive bibliography at the end of the report may be used by those interested to gather further information.

Producer:

Planning and Research Center (PR

1) Statistical report:

Accounting Framework for Analyzing Hospital Costs in the Occupied Palestinian Territory, Survey, 1994

Contents:

Hospitals, beds, personnel, hospital utilization, hospital expenditures and revenues, hospital departments and services.

2) *Statistical report:*

Primary Health Care Services in the Gaza Strip, Facts and Figures, Survey, 1994

Contents:

Primary health care providers, services, personnel, PHC-clinics (number and type of services), maternity and dental services, births and place of delivery.

3) *Statistical report:*

Facts and Figures on Palestinian Health Services, Information Paper Number 1, Report, 1993.

Contents:

Population, primary health facilities and MCH-care, hospitals (beds, specialization, personnel, utilization), maternity services and maternity hospitals, blood banks and blood units, dental services, laboratories, rehabilitation, ambulances, nursing education.

4) *Statistical report:*

The Human Resources Survey in Health, Interim Report No. 2, A Summary of Main Findings, Survey, 1993.

Contents:

Population, households, vital statistics, infant mortality rate, total fertility rate, life expectancy and birth rate, health personnel (by gender, age, profession, graduate year, current residence, employment status, marital status), conferences attended and courses received.

5) *Statistical report:*

The Palestinian Health Services in the West Bank and Gaza Strip, Facts and Figures, Survey, 1994.

Contents:

Primary health care units (incl. personnel), hospitals (beds, utilization, personnel), rehabilitation centres and services, maternity hospitals and services, nursing schools and length of study, para-medical schools and length of study, ambulances, dentists.

6) *Report:*

The National Health Plan for the Palestinian People, Objectives and Strategies, 1994.

Contents:

The health plan for the Palestinian people divided into four sections;

1. Health and health related characteristics
2. Perception of health and health problems
3. Goals, policies and strategies
4. Health resources requirements and cost of health services

Producer:

The Health Development Information Project

M. Barghouthi & I. Daibs.

Statistical report:

Infrastructure and Health Services in the West Bank: Guidelines for Health Care Planning. The West Bank Rural PHC Survey. Barghouti & Daibes, 1993.

Contents:

The Health Development Information Project (HDIP) carried out the survey of PHC of the West Bank rural areas between September 1990 and May 1992. The survey concentrated on primary health care in rural areas in the West Bank, a total of 8 districts with an estimated population of 1.7 million people.

The survey covered the following areas:

1. *Infrastructure in the West Bank:* Water and sanitation, sources of water, sewage disposal facilities, electricity supplies, school day care centres, transportation services and roads, telephone networks etc.
2. *Structure of the Palestinian Health Service system:* Clinics (Government, UNRWA, Charitable societies, Non-Governmental Organizations (NGO's), Private, Dental), pharmacies, midwives and traditional bonesetters, health education, physiotherapy and rehabilitation, mobile medical teams, government health insurance, vaccination
3. *Assessment of services provided by clinics:* Distribution of clinics by district, provision of preventive services, post of consultation, supply of pharmaceuticals, supervision mechanisms
4. *Health manpower:* Physicians, dentists, nurses, pharmacists, laboratory technicians, etc.
5. *Accessibility and health planning:* A proposed scheme for primary health care services development in the West Bank
6. *Health care facilities in the West Bank towns*

Data collecting/methodology:

1. *Institutional sources of information:* Prior to the onset of field investigation in each district of the West Bank interviews were carried out with officials of the institutions that provided primary and secondary health care.
2. *Published sources of information:* Before field investigation was initiated, a comprehensive literature review was carried out to give as good as possible knowledge of the area to be studied.
3. *Interviews with key informants:* In each rural community, a minimum of two key informants were interviewed. Conflicting or inconsistent information were followed up. Two questionnaires were used; one for community informants, and one for clinic's staff members.

Remarks:

This survey is a key study with its coverage and comprehensive information, its study plan and well exercised methodology and performed quality controls. The study report could serve as an excellent example to others. The structure and presentation of data in text, tables and diagrams makes it easy for the reader to find information.

Producer:

The United Nations Relief and Works Agency for Palestinian Refugees in the Near East (UNRWA)

Statistical report:

Annual Report of the Department of Health. (Several years).

Contents:

Health services provided by UNRWA to registered refugees in the West Bank, Gaza Strip, Syria, Jordan and Lebanon

Data on:

Registered refugee population in the different areas and vital statistics (CBR, CDR, IMR, CMR), uprising casualties, health personnel and professions, health units (health centres, dental clinics, laboratories, specialist clinics (for diabetes, tuberculosis and hypertension), health performances for these clinics (attendances, visits, injections, dressings, eye treatments), emergency clinics and services, hospitals and hospital beds, hospital utilization, communicable diseases and incidence rates among refugees, immunization and vaccination practice and coverage, maternal and child health care, school health services, supplementary feeding programme, environmental health services and budget.

Remarks:

The annual statistical reports contain many tables with commentary text. Charts are used to view time-series, especially on communicable diseases. The general impression is that the reports are well prepared for the reader.

Producer:

FAFO

M. Heiberg and G. Ovensen

Statistical report:

Palestinian Society in Gaza, West Bank and Arab Jerusalem, A Survey of Living Conditions, Oslo 1993.

Contents:

The survey concentrated on living conditions among the population of the West Bank and Gaza Strip. Health was one of several areas covered.

Data on: acute and chronic illness (acute illness and injury, prolonged illness and handicaps, specific groups of prolonged illnesses, variations in rates and patterns of illness, acute illness, chronic illness and symptoms of distress, smoking), utilization of health services (health personnel and institutions, maternal and child health care services), health insurance, symptoms of distress-mental health (stress and health, psychic trauma, protective factors, post-traumatic stress, disorder and late psychic sequels, measuring degree of distress, high degree of distress, refugee status and residency in camps, arrest of household member and serious injury of child.

Remarks:

The survey was conducted by taking a sample from the Palestinian Territory in the West Bank (incl. Jerusalem) and Gaza Strip. The sample size was about 2,500 households, in which the survey included three separate surveys and each one used a specific questionnaire:

1. A survey of households
2. A survey of individuals of age 15 years and older
3. A survey of females of age 15 years and older

Out of the total sample, about 42 % of the units were from the Remaining West Bank, 38 % from Gaza Strip and 20 % from Jerusalem. However, the sample size was too small to make a good representation of the population of the areas.

The report includes a detailed description of the sampling methodology, recruitment, training and organization of the field work, and the processing of data.

Producer:

AMIDEAST
(Naela Ayed)

Statistical report:

Needs Assessment of Continuing Education for Nursing, West Bank and Gaza, Jerusalem 1991.

Contents:

Nursing education in the West bank and Gaza Strip.

Data on: nurses health organizations and nurses qualifications, visual equipments for continuing education, nursing schools, employed nurses by departments, sex and marital status for nurses, average working time for nurses.

Remarks:

Cross sectional surveys in the West Bank and Gaza were conducted between July 1990 and July 1991 to collect baseline data on existing education programmes, policies and structures that support and manage them. Self administrated questionnaires were utilized to collect data from health care organizations and schools of nursing. Face to face interviews were conducted by trained interviewers with nurses in management positions and a sample of nurses in staffing positions. In total, almost 400 interviews were carried out.

Comments

Israeli Sources

“Palestinian researchers, however, argued that the Israeli figures represented a substantial understanding of reality, given the inadequate system of reporting deaths and diseases incidence that prevailed at the time. Simultaneously, studies conducted by Israeli researchers working at the ICBS revealed findings that confirmed those obtained by Palestinians” (UNCTAD 1993). Considering the available statistical sources on health and health care, it is a striking fact that the Israeli authorities has not performed any survey on the health status in the Palestinian population during the

whole period of occupation. Neither have they conducted any studies on the outcome of the health care services, i.e. how well the clinics and hospitals serve the needs of the patients.

PRC Sources

Actually, the PRC can offer a huge amount of data for the West Bank and Gaza Strip on the health sector. However, their surveys did not follow the scientific methodology in collecting the data. They have been depending only on key informants such as directors of hospitals and clinics etc. For this reason, the data collected may be less reliable, but valid for comparisons with the Israeli sources.

In the Human Resources Census of the health sector in the West Bank and Gaza Strip, they concentrated on the methodology of collecting data. The author recognized that the survey covered only 85 % of the target population due to relevant reasons.

One recent and major contribution from PRC is “The National Health Plan for the Palestinian People,” which is further discussed in Chapter 2.

PCBS

Planning activities have been started for performing of health statistical surveys, which will be launched in the near future. One of these is a *multiple indicator cluster survey*.

3-2 Assessment of data

Quality evaluation of statistical data is one fundamental part that should be performed ahead of, or at least together with, the interpretation of the statistical outcome and certainly before conclusions are made. The possibility for users of statistics to get quality declarations on the material is however often limited. The lack of quality statements in the reports may have several reasons, e.g. the producer of the statistical report has not himself a knowledge of the data quality, simply because quality controls have not been made. This in turn can be due to shortage of money to make quality controls (they can be expensive!), lack of time, lack of interest or even limited knowledge of the importance to perform this kind of studies and documentation.

Another reason can be that the producer of statistics deliberately avoids making quality assessments because “true” data would reflect conditions that are not in favour of the producer or of the interests connected to him. This latter condition has been highlighted concerning population statistics for the OPT presented by the Israeli Government, as will be mentioned in Chapter 4. Quality deficiencies have also been observed concerning e.g. infant mortality rates (IMR) in the OPT, which have been published by the Israelis. Strong indications suggest that the true IMR level was much higher than the published data. This in turn could be caused by an incomplete and defective birth and death registration in the OPT, a fact that the responsible authority and the statistical producer were well aware of at the time (Giacaman 1983).

This situation leads to the question if there might be a substantial bias connected with data in other (and more recent) Israeli statistical reports concerning the OPT. It has by obvious reasons been beyond the scope of this CSR to perform analyses of the quality of the statistics based on primary data studies. In fact, such an

approach would be gigantic and furthermore, demand access to primary data sources held by the Israelis.

It is a general observation, concerning the official Israeli statistical reports from CIVAD, that there is no quality declaration concerning the presented statistical tables or graphs. This means that the reader is left without the knowledge of potential or real errors in the figures.

However, there are means of detecting at least major errors in the various statistical reports. One way is to compare the data with other independent statistical reports, e.g. from other health care providers in the OPT or to judge the data in an international perspective. The possibility to assess the previous Israeli health statistics will certainly increase, as new data successively will be released by Palestinian producers.

One of the referred reports in this CSR stresses the severity in the situation. It declares that Palestinian scholars have complained incessantly of lack of reliable data in almost all fields (Abu Libdeh 1993). The realization of a reliable data source for meaningful planning both on a national and regional level, has led to an increase in survey sampling activities in several sectors. Furthermore, essential statistics are lacking in many sectors. When it comes to health, the statistics usually found in Israeli published reports are highly suspect. Moreover, data on health activities not controlled by Israeli authorities are sometimes masked or altered for political and income tax related reasons. The question of planning in the midst of these realities is probably meaningless. Several questions essential to effective planning have to be answered first. While these questions are answered in most countries as prerequisites to planning, in the OPT, these questions must be considered as part of the planning process itself.

CHAPTER FOUR

POPULATION AND VITAL STATISTICS

4-1 Population

The demography of the Occupied Palestinian Territory (OPT) suffers from a general lack of detailed data (PBS 1994). In the context of the population, it is important to distinguish between the *resident* population and the *permanent* population. The permanent population refers to all those who have a legal right to reside in the Territory, i.e. those living in the OPT plus those outside the Territory who have the legal right to return to it. It should be kept in mind that the ICBS, which is the primary producer of the demographic data for the RWP and Gaza Strip, publishes figures for the resident population and not for the permanent population.

Since 1967, there has been no census in the Remaining West bank and Gaza Strip. In contrast, two censuses were conducted in Israel. The data for East Jerusalem and its surrounding territories, annexed in 1968, are not published separately but included in the data for Israel.

From the comprehensive PBS-report only a few data can be presented here. According to estimates from the “Medium series” the 1995 midyear resident population of the West Bank will be 1,484,691 persons. The corresponding figure for Gaza Strip will be 905,254 persons. That means a total resident population in 1995 for the OPT of 2,389,945 persons.

Projected population in the WB and Gaza Strip 1995

<i>Sex</i>	West Bank	Gaza Strip	OPT
Males	748,767	456,927	1,205,694
Females	735,924	448,327	1,184,251
Total	1,484,691	905,254	2,389,945

Source: PBS, 1994. Demography of the Palestinian Population in the West Bank and Gaza Strip. Current Status Report Series (No. 1).

By the year 2000 the population according to estimation by the “Medium series” will be 1,924,513 for the West Bank, 1,209,338 for Gaza Strip and a total of 3,133,851 for all OPT.

Figures on the projected population (“Medium series”) for 1995 by age (5-year groups) and sex for the West Bank and Gaza Strip are provided in the Annex tables 4.1 and 4.2. There also are figures on population estimates for the years 1992-1996 by districts in the West Bank and Gaza Strip in the Annex tables 4.3 and 4.4.

4-2 Fertility

Crude birth rate (CBR) is the number of births per 1,000 population and as such, the primary indicator of fertility in any society. The following table shows the CBR for selected years in the period 1968-1993. Further data are available in the PBS-report. Rates between 40 and 50 are very high in comparison with the rates found in other countries.

This is primary due to the social, economic, and political conditions, as well as to the beliefs and values prevailing in the RWB and Gaza Strip.

Crude birth rates in the Remaining West Bank (RWB) and Gaza Strip and Jerusalem (non-Jews), selected years

<i>Area</i>	1968	1975	1980	1985	1990	1992	1993
RWB	43.9	43.9	42.1	41.3	46.9	44.7	38.8
Gaza Strip	42.0	43.6	47.6	45.4	54.7	54.6	52.4
Jerusalem	n.a.	43.5	40.5	30.4	33.5	34.3	n.a.

Source: PBS, 1994. Demography of the Palestinian Population in the West Bank and Gaza Strip, Current Status Report Series (No. 1).

The table above also shows that the crude birth rates for non-Jews in Jerusalem are lower than those estimated for RWB and Gaza Strip.

In spite there still exists an uncertainty on population statistics for the OPT, a quote from the 1993 year report from UNRWA may serve as an example of a good congruency with the recent PBS-findings: “In the absence of a reliable source of information for obtaining demographic data on the refugee population and due to the incomplete registration of births and deaths, there are no means of calculating crude birth rates and infant and child mortality rates with accuracy. However, according to the best available estimates, the crude birth rate (CBR) is estimated at 35 per thousand population and could be as high as 50 per thousand in the Gaza Strip.”

The total fertility rate (TFR). According to the PBS-report the highest rate in the Remaining West Bank during the period 1968-1984 was reached in 1976 and it was 7.95 infants per woman, then it declined to 6.68 infants in 1983. In the Gaza Strip, total fertility rate was estimated at 8 infants per woman in 1974. This represents the highest rate estimated during the above period. Then it declined to 6.77 infants in 1983. TFR estimates have not been published by the Israelis since 1984. Current estimates of TFR are very scarce. The only estimate available for 1992 is published by FAFO (Abu libdeh 1993). Their result show that TFR for the whole OPT population is approximately 7 births per woman in 1992.

4-3 General Mortality

The demographic report from the Palestinian Bureau of Statistics concludes that data on general mortality are available only from two official sources: the ICBS and the Israeli Ministry of Health (IMOH). The ICBS estimates are based on demographic models, while the Ministry of Health data come from vital registration. These official data pertain to the Palestinian population of the RWB and Gaza Strip only. Official sources publish mortality data for East Jerusalem separately, based on death registration. Notification of death within 48 hours of its occurrence is obligatory by Israeli law. Thus, compared to the RWB and Gaza Strip, underreporting of deaths in Jerusalem is considered small.

According to ICBS estimates, the Palestinian *crude death rate* (CDR) in the RWB and Gaza Strip has been declining constantly since 1968. The rate for the RWB decreased from 21.7 in 1968 to 5.6 in 1992 per 1000 population, which suggests that the rate seems to have fallen by about 0.64 point per year during that period.

The rate for Gaza Strip declined from 19.5 in 1968 to 5.8 in 1992, which amounts to a decline of about 0.55 point per year on average. With the exception of a few years, especially the second half of the 1970's, the ICBS series shows that the CDR in the RWB has been a little higher than that of the Gaza Strip.

Crude death rates in the Remaining West Bank (RWB) and Gaza Strip, ICBS-data for selected years

<i>Area</i>	1968	1975	1980	1985	1990	1992	1993*
RWB	21.7	14.8	10.4	7.6	5.8	5.6	n.a.
Gaza Strip	42.0	43.6	47.6	45.4	54.7	54.6	52.4

*IMOH-figures

Source: PBS, 1994. Demography of the Palestinian Population in the West Bank and Gaza Strip, Current Status Report Series (No. 1).

4-4 Infant and Child Mortality

Infant mortality rate (IMR), is possibly the most commonly used health indicator for comparative health studies. It is well correlated with other health indicators and a good proxy of the health status of a population. IMR varies greatly among nations, from a low of 5 of 1,000 live births in Japan to above 150 in some sub-Sahara African countries (World Bank 1993).

The PBS study scrutinized data on infant mortality rates, IMR, published by IMOH for the RWB and Gaza Strip. The Israeli figures were found to be unbelievably low for an area such as the OPT. For 1992 the IMR estimates published by IMOH was 21.4 for the RWB and 31.9 for the Gaza Strip. The PBS estimated figures for the same year was 40.8 for the RWB and 37.6 for Gaza Strip. In the Annex table 4.5 there are figures on the projected IMR by area in the OPT and by sex. A striking observation is also, that the IMR during the whole predicted period (1992-2012) will be considerably higher for females than males.

Keeping the uncertainty on IMR in mind, some comments on the issue gathered from other reports are quoted or referred below.

UNRWA states in the 1993 annual report that “according to the best available estimates, infant mortality rates are well below the WHO target of 50 deaths per thousand live births for developing countries by the year two thousand. According to a recent study conducted by the United Nations Children’s Fund (UNICEF) in the Gaza Strip and West Bank, infant mortality rates and child mortality rates were estimated at 41 per thousand and 51 per thousand live births respectively with significant differences in mortality patterns between camp and non-camp populations. While infant and child mortality rates in refugee camps were 32 per thousand and 39 per thousand respectively, they were 40 per thousand and 50 per thousand in towns, and as high as 48 per thousand and 62 per thousand respectively in villages. These significant differences in rates can be mainly attributed to the easy access of camp population to the Agency’s highly effective primary health care services, and its impact on reduction of infant/child morbidity and mortality.”

A study (Lindahl 1993) performed in 1993 concerning health in the OPT, also touched the subject on infant and child mortality. Various available statistical sources were examined and referred about the disputed levels of IMR. The report concluded that “official Israeli statistics show an IMR for Gaza of 25 per 1,000 in 1990, and 30 per 1,000 for the Remaining West Bank (IMOH 1992). Palestinian sources and independent observers claim considerably higher rates.

UNRWA estimated the IMR to 40 per 1,000 both in the West Bank and Gaza Strip (UNRWA 1992). A study commissioned by UNICEF indicates a rate of 41 per 1,000 for 1988 (Abu Libdeh 1992) with a considerably lower rate for Gaza than the West Bank, and also a lower rate for refugee camps than for the rest of the population, as indicated in the table below.”

Estimated Infant Mortality Rates 1988

Area	IMR	Area	IMR
West Bank	44	Camps	32
Gaza	34	Towns	40
- - -		Villages	48
Total OPT	41		41

Source: Abu-Libdeh et. al., 1992. A Survey of Infant and Child Mortality in the West Bank and Gaza Strip, Intrim Report, UNICEF & JFPPA.

The study also put forward that the findings of lower infant mortality rates in Gaza Strip and in the camps are contradictory to the premises of a positive relationship between economic level and IMR. (Gaza Strip and camp inhabitants are, on the average, poorer), this raises the hypothesis that UNRWA, despite much of the criticism it has had to bear, in fact has a cost-effective primary health care system for its population.

International comparison. Assuming a rate in the order of 40 per 1,000, the IMR in the OPT is in the same range as the Middle East “lower-middle-income economies,” but far above the rate for industrialized countries, including Israel. The latter countries generally have rates of below 10 per 1,000. It is also much above “successful” poorer countries, such as Sri Lanka and China (World Bank 1992).

The dubious official IMR estimates for the OPT have been penetrated in yet another recent study (Abu Libdeh 1993) which made the following comparison:

The Israeli estimate of IMR for 1992 in Gaza Strip is 31.3 deaths per 1,000 live births. This estimate is based on reported deaths. According to the Israeli sources, IMR has been increasing since 1990 (IMOH 1993). The 1992 Israeli estimate of IMR for the Remaining West Bank is 21.2 deaths per 1,000 live births.

Independent sources (UNICEF and JFPPA 1993) and (Giacaman et al. 1993) have used indirect methods to estimate IMR using national surveys. Both of these sources have found that IMR for 1988-1989 exceeds 40 deaths per 1,000 live births. Moreover, both of these sources have found evidence of an upward trend in IMR for the years following 1989.

The above referred study also makes the following comments on *life expectancy*. Expectation of life at birth is directly related to estimated IMR. Using the Israeli published figures on IMR and West Model Life Table (UN 1983), life expectancy at birth for Gaza Strip is estimated at approximately 68.5 years. For the West Bank, this estimate comes at approximately 72 years. The estimates provided for IMR by UNICEF and JFPPA and FAFO show that life expectancy at birth is approximately 66 years. The expectation of life at age 10 for the year 1992 is estimated by PRC at 60 years for West Bank and 60.5 years for Gaza Strip (Abdeen & Abu Libdeh 1993).

The *projected* life expectancy made by PBS indicates a continuous increase during the period 1992 to 2012 for the OPT. For the WB it would mean an increase from 66.8 years to 72.8 years, and for Gaza Strip the figures would be 67.1 years in 1992 and 72.7 years in the year 2012. More figures are given in the Annex table 4.6.

CHAPTER FIVE

HEALTH CARE RESOURCES

5-1 Introduction

The health care in the Occupied Palestinian Territory is performed by several actors operating under different circumstances including, financing, resources and equipment, health activities etc. This also reflects in the available statistical output concerning the health services. An overview of the existing conditions also builds on data sources that are not totally comparable in terms of content and currency. To some extent there is also a lack of data that would be preferable to give a comprehensive description of the situation.

5-2 Health Care Resources in the West Bank

5-2-1 Health Personnel

Human resources may be regarded as a key factor in the health services offered to the population. Regardless of the degree of sophistication available in local as well as central health services, the quality of the performance is directly related to the quality of human resources providing these services. Development and maintenance of these resources is therefore a necessary task for the providers of health care.

As has been commented before, the available statistics concerning the health sector in the OPT does not provide a homogenous picture on various aspects, such as health conditions, health resources and performances. The option has been to briefly put the light on the most current and important statistics that has been obtained. Together they will hopefully contribute to a general view of the available human resources for the health sector in the OPT, even if some findings may seem contradictory.

In a very comprehensive survey of human resources in the OPT, the number of health personnel (among other items) was investigated. Report by Abu-Libdeh (1993) is the only study available that gives a *total picture* of the human resources in the West Bank and Gaza Strip, regardless of supervising body. This means that personnel in governmental institutions, UNRWA, NGOs, charitable organizations and private operators are included. The extent of coverage is however not totally known. There is probably an underestimation of the true number of health personnel shown in the study. The author gives the following main reasons for that:

- Some Palestinian employees of Israeli controlled health facilities such as those situated in Jericho district and Gaza City did not cooperate with the field workers for fear of losing their jobs.
- A number of professionals have declined from participation due to fears relating to the practices of Israeli tax department, especially in Gaza Strip.

According to this report an total number of about 7,300 professionals were working in the health sector in the OPT. Out of these, around 21 % were physicians, 5% dentists and 35 % nurses, as shown below.

Number and % of professionals in the health sector in the OPT 1992/1993

	Number	%
Physicians	1,550	21.2
Dentists	388	5.3
Vets	49	0.7
Pharmacists	486	6.7
Nurses	2,542	34.8
Academics	220	3.0
Paramedics/Technicians	1,528	20.9
Health administrators	44	0.6
Others	503	6.8
Total	7,310	100

Source: Abu libdeh, 1993. The Human Resources Survey in Health, Interim Report No. 2 A Summary of Main Findings, PRC.

In the Annex tables 5.1 and 5.2 there is information on the professionals by sector of employment and district in the OPT. According to this study about 64% of the professionals were employed in the national sector (NGOs, charitable organizations and private operators), 27% by the governmental sector and the remaining 9% by UNRWA.

The number of *physicians* working in the OPT during 1991 has been presented by the Union of Palestinian Physicians and referred in a UN-report (Giacaman 1994). The number was 1,185 for the West Bank including East Jerusalem, in addition to about 600 in Gaza Strip. That meant a physician/population ratio is around 11 physicians per 10,000 people in the West Bank, and 10 physicians per 10,000 in Gaza Strip. This sharply contrasted with the ratio of 28 doctors/10,000 persons for Israel and 24 doctors/10,000 persons for Jordan in the latter part of the 1980s.

The Civil Administration has published figures on the number of *governmental health workers* in the Remaining West Bank for several years in the annual statistical report up to 1993 (CIVAD 1993). This is in other words just a part of the total number of health personnel in the RWB.

The number of employed professionals is distributed by units (hospitals, hospital unit, public health unit, health department, training unit and general assistance unit) and by profession (physicians, nurses, para-medical and non-medical). A time series for selected years in the period 1975-1993 is given in the Annex tables 5.3 and 5.4.

As can be seen in table 5.4 the total number of employees in hospitals about doubled from 1975 to 1993. A quite smaller increase in staff is seen for the health departments (districts) during the same period (CIVAD 1993).

According to the latest figures (1993) 1,298 persons were working at hospitals (including hospital division). Another 676 persons were working in the health department (districts), and the total number of employed government health workers was 2,104 persons.

The overall number of physicians was 352 and the nurses 879 (CIVAD 1993).

Governmental manpower in the RWB 1993

Physicians	352
Nurses	879
Para-Medical	259
Non-Medical	615
Total	2,104

Source: CIVAD, 1993. Statistical Report, Health Services, Judea and Samaria.

Another source that has presented recent data on health personnel is the Planning and Research Centre. The total staff in the *primary health care* (PHC) *clinics* in the West Bank in 1994 was shown to be 1,669 persons (PRC 1994). In the Annex table 5.5 the number of human resources are distributed on district in the WB and supervising authority. It must be noted that the statistics do not include the private clinics.

Professionals in PHC clinics in the West Bank 1994*

Physicians (GP)	331
Physicians (Spec.)	222
Dentists	61
Nurses	653

* Excluded private sector.

Source: PRC, 1994. Palestinian Health Services in the West Bank and Gaza Strip, Facts and Figures.

The PRC study also contained data on the health personnel in the *hospitals* in the WB in 1993. A total of 3,428 persons were working in the hospitals, among which 271 were physicians. Further information is available in the Annex tables 5.6 - 5.8.

A complementary source of information on health personnel is the statistics from UNRWA. According to the latest annual report (UNRWA 1993) there were 566 persons working at the regular health programme for Palestinian refugees in the West Bank as at 31 December 1993. Of these, there were 43 doctors, 9 dentists and 156 nurses. About 35 % of all personnel were engaged in environmental health services. Another 66 persons were employed for extraordinary measures and extended programs. In the Annex table 5.9 there are additional figures on the UNRWA-personnel 1989-1993.

Personnel under UNRWA's Regular Programme in the WB 1993

Doctors	43
Dentists	9
Pharmacists	2
Nurses	156
Para-medical staff	56
Admin./Clerical/Other categories	97
Environmental health services	198
Nutrition and supplementary feeding	5
Total area staff	566

Source: UNRWA, 1993. Annual Report of the Department of Health.

The number of *dentists* in the West Bank in 1993 by district and supervising authority was published by (PRC 1994). It shows a total of 393 dentists. The great part (80 %) was private dentists. Further information is given in Annex table 5.10.

The West Bank Rural PHC Survey counted the number of *rural dentists* by district and supervising body in the West Bank during 1992. The total number of dentists was found only to be 29 in the rural areas. Charitable organizations provided for 38 % of the dentists, but the government did not have any dentist employed according to this study (Barghouthi and Daibes 1993). This latter fact is consistent with the finding in the PRC study 1994, i.e. no dentist in the public sector in the RWB.

The number of *nurses* employed in the West Bank in 1990 was shown in a report especially focusing on the area of nursing (Ayed 1991). As can be seen in the Annex table 5.11 there was a total of 1,530 nurses, of whom 1,115 worked in hospitals and 415 in the Primary Health Care. About 37% of the nurses were registered and 54 % were practical nurses, the rest were midwives. About a third of all nurses were practising in the Jerusalem district.

The number of *laboratory staff* in the West Bank in 1992, i.e. persons employed by qualification, is published by Al-Quds University. There was a total of 281 employed, but the net number of persons was less, because a number of them worked (part-time) in more than one laboratory (Al- Quds University 1993).

Comments: The overall number of physicians working in the OPT is quite consistent between the two first referred sources above, taking into consideration that there probably is a (slight) underestimation in the first of these. Accurate figures on staff working in the health sector are generally difficult to obtain, unless one has an administrative source that is established on a compulsory or authorization basis. The PHA may regard this as a possibility.

5-2-2 Primary Health Care Units

The structure of the primary health care sector in the RWB is very complex with a variety not only of providing authorities, but also a great number of different health care units. One factor that complicates comparisons of data from different studies is the non-existence of a standardized grouping of the units. The unit "clinic" is an ambiguous term. It can have different meanings for different providers of the health services and also among the various investigators trying to gather data on this field. Hence, when viewing the below figures one must be aware of this fact.

One comprehensive study that gives a very good picture of the structure of the primary health care in the WB is the rural study performed in 1992 (Barghouthi and Daibes 1993). An extraction from this report will make an introduction to the information available. There are some results from other studies that are somewhat more current, and these are referred later on.

Rural health Care Facilities in the West Bank

Clinics

A survey carried out by HDIP showed that the total number of 523 clinics are supervised by various authorities in rural area of the West Bank. 146 Clinics are run by the government authorities located throughout the communities whose population is more than 5000 inhabitants. There are also 51 primary health care posts located in Hebron, Jenin and Jericho districts, particularly in the villages lacking mother and child health care services.

UNRWA operates 20 clinics in the rural communities and 9 outreach posts with medical services once or twice a week. It has been shown also in the study that 70 clinics administered by charitable societies which are licensed by Israeli military authorities, in addition to 132 clinics administered by NGOs. A large number of NGOs clinics were established to meet the increasing needs for medical services during the years of the Intifada. About 45% of the population in the rural area have direct access to NGOs clinics. There are also 149 clinics operated by private sector in villages whose population is more than 5000 inhabitants .

Pharmacies

There is a large number of medication dispensaries in the rural West Bank. The study indicated that 436 pharmacy are located in the communities with a large size of population.

Midwives

Actually there are two types of midwives in the West Bank, traditional and registered midwives. In 1992, the total number of midwives was 273 distributed in 155 communities.

Dental clinics

At the time of the West Bank Rural PHC Survey there were 105 dental clinics located in 81 rural communities, comprising about half of the population. Of these, 67 dental clinics were run by private practitioners, 19 by charitable societies, 10 by NGOs and 9 by UNRWA. The government did not offer dental services to the rural population of the Remaining West Bank. Around 38 % of the dental clinics were located in communities with populations of more than 10,000 persons. To summarize, the number of clinics in rural areas in the WB in 1992 was as follows:

Rural clinics in the WB 1992

Government	146
UNRWA	20
NGOs	132
Charitable	75
Private	149

Source: Barghouthi & Daibes 1993. Infrastructure and Health Services in the West Bank: Guidelines for Health Care Planning, Survey of PHC Rural of West Bank, HDIP.

Other medical services

The survey also recognized services as traditional bonesetters, health education, physiotherapy, rehabilitation and mobile medical teams. The number of *rehabilitation centres* in 1992 was 25, of which the government provided for 3, NGOs for 1, and charitable organizations for 21 centres.

Urban Health Care Facilities in the West Bank

The Rural PHC Survey also provided data on the urban primary health care resources in the West Bank in 1992. They were as follows.

Clinics

In 1992 there were 85 non-private clinics located in the West Bank towns. The Government operated 26 clinics, UNRWA 3, NGOs 9 and charitable organizations 47 clinics. Of these, 13 clinics provided radiology services, 36 had laboratories and 47 had medication dispensaries. Furthermore, 39 clinics provided mother and child care, and 12 offered family planning services.

Maternity Homes

A total of 11 maternity homes were located in urban communities of the West Bank. Of these 3 were run by charitable societies and 8 were private. The total number of beds were 152.

Other medical services provided in the towns, number of units 1992

Emergency and First Aid Services	5
MCH Centres	7
Rehabilitation Centres	25
Centres for the Blind	4
Centres for the Deaf and Mute	5
Drug Rehabilitation Centres	2
Geriatric Homes	8
Family Planning Centres	9

Source: Barghouthi & Daibes 1993. Infrastructure and Health Services in the West Bank : Guidelines for Health Care planning, The West Bank PHC Survey, HDIP.

A more recent statistical information on the primary health care resources in the RWB is viewed below (IMOH 1994).

The annual report of IMOH, 1994 showed that there are 147 maternal and child health centers, and 171 general clinics that provide health services throughout the districts. Some clinics offer both preventive care services and curative care services, in some other cases they are offered separately. The PHA operates 72 health rooms in small villages located in Hebron, Jenin and Jericho districts, doctors and nurses in such centers provide services and consultations for patients twice a week. This project was initially developed in 1985 in Hebron district in cooperation between IGHS and UNICEF, in 1992, it was extended to 7 villages in Jericho and 15 villages in Jenin districts. Actually, services are free of charge for children aged (0-3) years, prenatal care for pregnant women, and for those patients with reportable infectious diseases (IMOH 1994).

There are also many public agencies that provides primary services to the population in the WB and Gaza Strip such as NGOs, charitable societies, UNRWA and private institutions. For example, UNRWA provides preventive and curative services to the refugees in 20 clinics and 9 outreach rural areas located in Hebron and Beit-Jala. Other services are provided by charitable societies and NGOs clinics. The degree of cooperation between the various providers varies, for example, the IGHS coordinates with UNRWA with regard to immunization programs, in some other areas of child health and high risk pregnancy care, and referral for hospital services (IMOH 1994).

Number of Primary and Specialty Ambulatory Care Centres in RWB 1993

MCH	147
Clinics	171
Specialty clinics	40
Village Health Rooms	72

Source: IMOH, 1994. Health in Judea, Samaria and Gaza, 1967-1994.

Number of Rural Clinics in RWB 1992

Government	147
Government Village Health Rooms	51
UNRWA	20
Non Governmental Organizations	131
Charitable societies	73
Private practice	152
Total	574

Source: IMOH, 1994. Health in Judea, Samaria and Gaza, 1967-1994.

The number of health care facilities for *out-patient services* operated by UNRWA in the West Bank at the end of 1993 is given in the following table. There were 34 Health units comprising various services (UNRWA 1993);

- *Health Centres*: full range of preventive, curative and community health care
- *Health Points*: the same service as health centres but on part-time basis
- *Mother and Child Health (MCH) clinics*: preventive care only.

The 15 dental clinics included some mobile dental units. UNRWA also operated a large number of special care clinics in the West Bank regarding diagnosing and treatment of diabetes and hypertension.

Number of health care facilities run by UNRWA in the West Bank 1993

Health units	34
Dental clinics	15
Laboratories	17
Specialist clinics	4
Diabetes clinics	34
Hypertension clinics	34

Source: UNRWA 1993. The report of director of health.

The most recent study concerning the number of *primary health care (PHC) clinics* in the West Bank have been published by the Planning and Research Centre (PRC 1994). The data are distributed on district and supervising authority in the Annex table 5.5. In 1994 there was a total of 384 clinics with the following authorization:

PHC clinics in the WB by provider 1994

Public sector	176
NGOs	176
UNRWA	32
Total	384

Source: PRC, 1994. The Palestinian Health Services in the West Bank and Gaza Strip, Facts and Figures.

Laboratories

The number of *laboratories* by district in the West Bank 1992 has been counted by the Arab College for Medical Professions at Al-Quds University (Al-Quds University 1993). A total of 120 laboratories were found, of which about 50 were private.

Pharmacies

In early 1994, there are 267 licensed *pharmacies* in the Remaining West Bank. These are distributed as follows; Ramallah 49, Hebron 48, Bethlehem 32, Nablus 61, Jenin 29, Tulkareem 43 and Jericho 5. The supply of pharmaceuticals has been reviewed by UNICEF (1993).

Ambulances

The number of *ambulances* in the Remaining West Bank in 1993 has been shown by the Israeli sources in a statistical report (IMOH 1994). A total number of 56 ambulances was recognized in 1993. Most of them were provided by the Red Crescent Society.

Number of ambulances in the RWB by provider 1993

Government hospitals	8
Non-Government hospitals	2
Red Crescent Society	21
Municipal	12
Patient Friends Society	6
UNRWA	7
Total	56

Source: IMOH, 1994. Health in Judea, Samaria and Gaza 1967-1994.

Comments: Several statistical reports have presented the number of clinics in the West Bank, and the differences between the published data are in some way substantial. This can be referred to various reasons, as for instance difficulties in obtaining comparable data from all the operators, and especially the private sector. One must also keep in mind, that there is no precise definition of the various types of primary health care units. Some of them are small considering the staff and weekly operating time. Nevertheless, they might be regarded as “clinics” by the responsible operator but not by another independent investigator of the health care sector.

Considering the way the primary health care sector is financed, i.e. to a large extent by funds only available at one year a time, there might also be quite a large variability considering the number of operating units from one year to another.

One way to improve the information on current primary health care facilities could be, to connect an authorization by the Palestinian Health Authority for health care performances (public and private) in the OPT to an annual reporting from the authorized providers of health care. A standardized reporting system could be set up with an obligation to give basic information once a year. Additionally, information to the authorities would be compulsory when a substantial change occur in the performances during the year, e.g. closing down of a unit. Current data with high quality could thus be available at a central level.

5-2-3 Secondary Health Care Units

Hospitals

In 1993 there were 20 *hospitals* operating in the West Bank (PRC 1994). The providers of these hospitals and the number of beds are shown in the table below. The number of beds corresponds to 1.11 bed per 1,000 population. The public sector provides 49.7 % of the total number of hospital beds. One can also see that the NGOs provide about the same number of beds.

Further information about hospitals in the West Bank is available in Annex tables 5.13 - 5.15.

Hospitals and beds in the WB 1993

Type	Provider	Hospitals	Beds
<i>General</i>	Public sector	8	654
	NGOs	6	679
	UNRWA	1	43
Total		15	1,376
<i>Specialized</i>	NGOs	4	263
<i>Psychiatric</i>	Public sector	1	320
Grand Total		20	1,959

Source: PRC, 1994. The Palestinian Health Services in the West Bank and Gaza Strip, Facts and figures.

The Israeli Central Bureau of Statistics has been publishing annual data on the number of hospitals and hospital beds in the Remaining West Bank. A division is made on governmental and non-governmental responsibility. In the Annex table 5.16, there is a time series from 1973 to 1993.

From the latest available year (ICBS 1993) it is shown that 9 governmental hospitals were operating with a total of 1,004 beds. The corresponding figures for the non-governmental hospitals was 8 hospitals with 414 beds. These figures for the public sector correspond well to the PRC-data. However, there was a strong underreporting of the NGOs sector. The PRC reported 10 NGOs hospitals (+ 1 UNRWA) with altogether 985 beds available. The figure from ICBS was only 414 beds.

The time series reveals that the available number of hospital beds has not increased during the last two decades. This is a remarkable fact concerning the substantial population growth during the same period. The total number of hospital beds per 1,000 population in 1993 (using the PCBS population estimates - "medium series") was only 1.1.

Comments: Statistics on the number of hospitals and (especially) hospital beds and the relation to population number is an important part of the information on the health sector. It is also fairly easy to collect annual data on this issue. From the related sources above it can be seen that the consistency of data on the *public* sector and non-governmental sector is high.

5-3 Health Care Resources in Gaza Strip

5-3-1 Health Personnel

A review by the Planning and Research Institute (PRC 1994) gives the latest figures of the *primary health care personnel* in Gaza Strip in 1994. The information relates to the three providers; Public Sector (now operated by the Palestinian Health Authority), UNRWA and NGOs. The total number of physicians was 255 of which 182 were general practitioners (GP) and 73 specialists. The number of dentists and nurses were 39 and 428, respectively. In table 5.17 in the Annex, the personnel is distributed by supervising authority and district in Gaza Strip.

Personnel in PHC clinics in Gaza Strip 1994

Physicians (GP and Spec.)	255
Dentists	39
Nurses	428
Midwives	31
Para-Medical	196
Total	949

Source: PRC, 1994. The Palestinian Health Services in the West Bank and Gaza Strip, Facts and Figures.

The PRC 1994 makes the conclusion that there is “an adequate number of doctors, nurses and dentists available to ensure PHC services in Gaza Strip. However, the actual working time for some categories of health personnel is known to be less than full-time. Moreover, training and performances of personnel are, in many cases, less than adequate.”

In a previous report (PRC 1994) figures on the personnel in the PHC in 1992 also included the “administrative and other personnel”. The number was 395 persons corresponding to almost 30 % of the total staff, (see the Annex table 5.18).

It should also be mentioned that the PRC figures concerning UNRWA do not include personnel engaged in environment health services.

According to the annual UNRWA-report 1993, there were 748 persons working at the *regular health programme* in Gaza Strip as at 31 December 1993. Of these, there were 47 doctors, 10 dentists and 152 nurses. About 45 percent of all personnel were engaged in environmental health services. Another 114 persons were employed for extraordinary measures and extended programs (UNRWA 1993).

In the Annex table 5.9 there are additional figures on the UNRWA-personnel 1989-1993.

Personnel in UNRWA Regular Programme in Gaza Strip 1993

Doctors	47
Dentists	10
Pharmacists	2
Nurses	152
Para-medical staff	52
Admin./Clerical/Other categories	135
<i>Environmental health services</i>	339
<i>Nutrition and supplementary feeding</i>	11
Total area staff	748

Source: UNRWA, 1993. Annual Report of the Department of Health.

According to PRC, there were 52 *dentists* working in Gaza Strip in 1994. More than 50 % of the dentists were employed by NGOs. Further information is given in Annex table 5.19.

A report from the Planning and Research Centre (PRC 1994) gives the following number of *personnel in hospital care* in Gaza Strip in 1993.

In the Annex tables 5.6 - 5.8 a more detailed information is given, with distribution on the supervising authorities, i.e. the Public Sector, UNRWA and NGOs.

Personnel in hospitals by profession in Gaza Strip 1993

<i>Profession</i>	General hospitals	Specialized hospitals	Psychiatric hospital
Physicians (Specialists)	139	23	1
Physicians (Residents)	95	18	3
Nurses	497	67	16
Para-Medicals	93	11	4
Administrative/Auxiliary	307	66	14
Total	1131	185	38

Source: PRC, 1994. The Palestinian Health Services in the West Bank and Gaza Strip. Facts and Figures.

The number of *nurses* employed in Gaza in 1990 was shown in a report especially focusing on the area of nursing (Ayed 1991). There was a total of 791 nurses, of whom 505 worked in hospitals and 286 in the Primary Health Care. About 26 % of the nurses were registered and 67 % were practical nurses, the rest were midwives.

5-3-2 Primary Health Care Units

In Gaza Strip, the public (PHA) primary care services are organized in 5 public health districts, each headed by a senior medical officer, a senior nurse, a senior pharmacist and a sanitarian. This team is responsible for public health in the district. According to late Israeli sources (IMOH 1994), the service operates 29 Community Health Centres providing both preventive and treatment services, including provision of prescription drugs. Services are free for children between 0-3 years of age, as well as for prenatal care and for diagnosis and treatment of communicable diseases.

All the 29 community health centres include both preventive and curative health services. Twenty of these health centres in Gaza Strip provide prenatal and postnatal care; three of the centres have delivery rooms. One clinic is specialized in driver safety testing.

UNRWA operates 9 health centres providing primary health care, including maternal and child health, preventive and curative services mainly to residents of the refugee settlements in the area. Maternity-delivery services are provided in 6 of the UNRWA centres.

Previous cooperation between the IGHS and UNRWA services in immunization programs has included coordination of immunization policy. The IGHS supplied vaccines such as IPV, MMR, measles and Hepatitis B for the UNRWA serviced population. Cooperation in other fields, such as hospital care have been well established for many years, and arrangements have been made to register chronically ill UNRWA-beneficiaries in the IGHS health insurance program.

Other NGOs operate 8 primary care centres in Gaza Strip. The Patient's Friends Society operates 2 polyclinics, both well equipped. A private clinic/hospital is providing orthopaedic surgical services.

Two High Risk Pregnancy referral centres is operating in cooperation between UNRWA and the PHA, including diagnostic and laboratory facilities. These are open to referral from all health care providers in the area, and have direct access to urgent hospital care as needed.

The latest number of *primary health care (PHC) clinics* in Gaza Strip in 1994 were published by The Planning and Research Centre (PRC 1994). The data are distributed on district and supervising authority. A total of 70 clinics were recognized with the authorization according to the table below.

Further data, i.e. the clinics distributed by supervising authority and district, are available in the Annex table 5.20.

PHC clinics in Gaza Strip by provider 1994

NGOs	32
Public sector	29
UNRWA	9
Total	70

Source: PRC, 1994. The Palestinian Health Services in the West Bank and Gaza Strip, Facts and Figures.

UNRWA is a main provider of health care facilities for the population in the Gaza Strip. In 1993 they operated 17 health units with preventive and curative care, 5 specialist clinics and 10 dental clinics (including mobile units), as can be seen in the following table (UNRWA 1993). The health units comprise:

- *Health Centres*: full range of preventive, curative and community health care.
- *Health Points*: the same service as health centres but on part-time basis.
- *Mother and Child Health (MCH) clinics*: preventive care only.

Number of health care facilities run by UNRWA in Gaza Strip 1993

Health units	17
Dental clinics	10
Laboratories	8
Specialist clinics	5
Diabetes clinics	9
Hypertension clinics	9

Source: UNRWA, 1993. Annual Report of the Department of Health.

Ambulances

The total number of *ambulances* in 1993 in Gaza Strip was 43 (IMOH 1994). The providers are shown in the following table.

Number of ambulances in Gaza Strip by provider 1993

Government hospitals	12
Non-Government hospitals	3
Red Crescent Society	5
UNRWA	10
Benevolent Society	13
Total	43

Source: IMOH, 1994. Health in Judea, Samaria and Gaza 1967-1994.

5-3-3 Secondary Health Care Units

Hospitals

In 1993 there were 6 *hospitals* available in Gaza Strip (PRC 1994). The providers of these hospitals and the number of beds are shown below. The number of beds corresponds to 1.09 bed per 1,000 population. The public sector provides more than 90 % of the total number of hospital beds. Further information about hospitals in Gaza Strip is available in Annex tables 5.13- 5.15.

Hospitals and beds in Gaza Strip 1993

Type	Provider	Hospitals	Beds
<i>General</i>	Public sector	2	592
	NGOs	1	80
Total		3	672
<i>Specialized</i>	Public sector	2	140
<i>Psychiatric</i>	Public sector	1	34
Grand Total		6	846

Source: PRC, 1994. The Palestinian Health Services in the West Bank and Gaza Strip, Facts and figures.

The number of *hospitals* and *beds* has also been reported by the Israeli Central Bureau of Statistics in annual reports. In the Annex table 5.21 there is a time series for the last two decades.

From the latest available year (ICBS 1993) it is shown that 5 governmental hospitals were operating in Gaza Strip with a total of 877 beds. The corresponding figures for the non-governmental hospitals was one hospital with 80 beds.

The time series shows that the number of hospital beds has not increased during the last two decades. In fact, there were more hospital beds in the middle of the 1970s than at present. The total number of hospital beds per 1,000 population in 1993 (using the PCBS population estimates - "Medium series") was 1.2.

In addition to the information above it can be noted that in 1993 there were 50 beds available in one general hospital for refugees in the Gaza Strip by contract between UNRWA and the hospital department. UNRWA also ran 6 maternity units with 60 beds who served about 7 700 patients during 1993 (UNRWA 1993).

In 1993, construction started of a 232-bed hospital in Gaza. It will be one of UNRWA's major contributions towards improving health infrastructure in the Gaza Strip.

Comments: The number of hospitals provided by the Israeli source is similar to that of PRC. The number of hospital beds in the Israeli source is just a little higher than that found in the PRC source (877 vs. 846).

CHAPTER SIX

HEALTH CARE PERFORMANCES

6-1 Introduction

The Health care performances are considered the complementary part of the health services beside the health care resources. The availability of statistics on health care performances in both primary and secondary services provide us with clear picture on services offered to the inhabitants in the OPT, and show the adequacy of these services. The production of statistics on health performance was only by Civil Administration, UNRWA, and IMOH which are summarised in their annual reports. The health care performances concentrated on primary health care as well as secondary health care in the OPT including visits and consultations to various health institutions, in addition to hospitalization, admissions and surgical operations.

6-2 Health Care Performances in the West Bank

6-2-1 Primary Health Care

Visits to Out-Patient and General Clinics

Governmental Clinics

The Civil Administration has reported annual figures on visits to governmental out-patient clinics located within hospitals in the RWB for several years. In 1993 the registered number of visits was more than 146,000 (note that this number is not referring to patients). Every patient can contribute to one or more visits a year (CIVAD 1993). There are figures on the visits for each year by hospital in the RWB. In the Annex table 6.1 a time series for 1988 to 1993 is shown.

Visits to out-patient clinics in the RWB 1988-1993

1988	1989	1990	1991	1992	1993
85,319	83,189	93,573	100,278	123,024	146,701

Source: CIVAD, Statistical Report Health Services, Judeaea and Samaria, Various years.

UNRWA Clinics

In the West Bank, there were about 492,000 registered refugees in 1993. UNRWA provided more than 708,000 medical consultations to these people and more than 200,000 other services, such as injections and dental consultations (UNRWA 1993). In the table below it is shown that as much as 135,000 of these were registered as first visits. Whether this is according to a first visit during the year or for the specific disorder is not mentioned.

Performance of UNRWA out-patient services in the WB 1993

<i>Medical consultations</i>	<i>thereof</i>		<i>Other services</i>	<i>thereof</i>		<i>Dental consultations</i>
	<i>First visits</i>	<i>Repeat visits</i>		<i>Injections</i>	<i>Dressings</i>	
708,549	135,058	573,491	160,146	60,301	99,845	48,670

Source: UNRWA, 1993. Annual Report of the Department of Health.

The average number of attendances at UNRWA health units during 1993 was 274 per 1,000 registered population *for first* visit to medical consultation and 1,165 per 1,000 registered population *for repeat* visit to medical consultation.

The number of dental consultations provided by UNRWA corresponded to 10 percent of the population in the West Bank. However, a certain amount of the number were repeat visits. A time series for the visits to UNRWA services during the period 1985 to 1993 is available in the Annex table 6.2.

NGOs and Private Clinics

A large number of NGOs and private clinics are involved in PHC provision in the West Bank as in Gaza Strip. Data from their performances is however not available as a total statistics. The extent of patient's visits to these clinics can only be estimated from more or less limited studies. One source presenting data on consultations at various clinic categories, including NGOs and private, is a report from UNICEF (UNICEF 1992). It refers to two surveys on rural health services performed in 1990 in the Jenin and Tulkarm districts. Both studies estimated the average number of consultations per month in the different clinic categories. The results are shown in the table below.

Total average consultations per month, by type of clinic 1990

	Jenin		Tulkarm	
	No.	%	No.	%
Government	5,250	29	7,165	36
UNRWA	2,150	12	7,140	35
NGOs	6,390	36	4,158	21
Private	4,410	25	1,700	8
Total	18,200	100	20,163	100

Source: UNICEF, 1992. The Situation of Palestinian Children in the West Bank and Gaza Strip.

The report concludes that "measured by both number of centres and by workload, NGOs clinics make a substantial contribution to overall PHC provision in the areas. The patterns are likely to be similar elsewhere in the West Bank."

For private clinics this also seems to be the case in at least the Jenin district.

MCH-care

The Civil Administration also has published figures on the number of visits to *governmental* mother and child health care centres in the same source as included above. For example, in 1993 there was a total of around 268,000 visits to the centres in the RWB (CIVAD 1993).

The data are available by district in the RWB also for previous years, (see Annex table 6.3).

Visits to MCH care centres in the RWB 1988-1993

1988	1989	1990	1991	1992	1993
188,318	206,006	223,109	251,074	245,228	267,683

Source: CIVAD, Statistical Report, Health Services, Judea and Samaria, Various years.

The statistics also give a picture of the amount of examinations by physicians, and number of first or repeated visits for the mother and the child. In 1993, there were a total of almost 10,000 first visits and 38,500 repeated visits in the RWB (CIVAD 1993). In the Annex table 6.4 there are further data available, also by district in the RWB.

Maternal and child health care is one of the major parts in the health protection programme for Palestinian refugees carried out by UNRWA. Ante-natal and post-natal contacts with the MCH services were important occasions to counsel and advise pregnant women and nursing mothers on specific health problems.

In 1993, there were some 11,400 pregnant women under supervision by UNRWA in the West Bank. The natal care reported about 10,700 deliveries in this area. In the West Bank a high proportion, 85 %, of the deliveries took place in camp maternities, hospitals or private clinics, as can be seen in table below (UNRWA 1993).

Maternal health care by UNRWA in the WB 1993

Ante-natal care	
Pregnant women under supervision	11 384
Natal care	
Total deliveries reported	10 691
Deliveries in % according to place:	
At home	15
At camp maternity	1
In hospital	71
At private clinics	14

Source: UNRWA, 1993. Annual Report of the Department of Health.

UNRWA's monitoring of children is carried out on a monthly basis for those below one year, bimonthly for age group one to below two years, and trimonthly for age group two-three years. In 1993 the total number of children under UNRWA supervision was about 33,300 in the West Bank. Preventive services provided to children included vaccination, early detection of morbidity, growth monitoring, referral and treatment. Children are also screened for detection of anaemia (UNRWA 1993).

Diabetes Care

In the West Bank there were 3,910 patients registered at UNRWA *diabetes* clinics at the end of 1993. This gives a prevalence rate of about 795 per 100,000 population. During the year 1993 the number of patients increased by about 5 percent as to the previous year (UNRWA 1993).

Immunization

The *Civil Administration* has published annual statistics on the immunization and vaccinations performed in the RWB. For 1993 there is data on Triple (DPT), Hepatitis B, MMR, and Polio vaccinations distributed by order of vaccination and for each district in the RWB (CIVAD 1993), (see Annex table 6.5).

The Israeli Ministry of Health also makes an overview of the immunization coverage in the RWB in a summarizing report concerning the OPT (IMOH 1994).

In table 6.6 in the Annex there are also figures from *UNRWA* on the number of infants who completed full primary series of vaccination during 1993. The service was carried out in the MCH clinics and the coverage rate was 96 % or more among the registered infants in the West Bank.

School Health Services

UNRWA also provides health services in the schools in the WB. Data on the number of students concerned are available in the annual *UNRWA* reports.

6-2-2 Secondary Health Care

Hospital Care

A substantial amount of measures and indicators from governmental and non-governmental hospital care have been published annually by the Civil Administration in the Statistical Report. The data have been collected from hospitals on a monthly basis and later summarized to year figures (CIVAD various years). In the Annex, there are tables on the hospital performances for the period 1972-1993.

An overview of selected indicators from the hospital care is presented in these annual reports but also (emanating from the same initial sources) in a summary report from the Ministry of Health. Some data concerning 1993 from this report are given below (IMOH 1994). A short time series table for the years 1989-1993 is shown in the Annex table 6.7.

Selected indicators from hospital care* in the RWB 1993

Admissions	97,678
Admissions per 1,000 population	89
Days of care**	304,967
Days of care per 1,000 population	277
Average length of stay	3.2
Surgical operations	24,667
Occupancy rate (%)	66

* Including governmental and non-governmental hospitals, private maternities and rehabilitation hospitals.

** Psychiatric hospitalization days are not included.

Source: IMOH, 1994. Health in Judea, Samaria and Gaza, 1967-1994.

The number of *hospitalized patients* and *discharged patients* in the RWB during 1972-1993 according to Israeli sources are given in the Annex table 6.8.

For 1993 the number of hospitalized patients were around 68,800 in the governmental hospitals and about 26,200 in the non- governmental hospitals. The number of discharged patients were by natural reasons about the same as the hospitalized, due to the fact of a nearly fixed number of beds during the year (ICBS 1993).

The number of *hospitalization days* are one indicator from the same sources as indicated above. Time series for the period 1972-1993 are shown in the Annex table 6.9. In 1993 there was a total of 419,000 hospitalization days (including psychiatric care) reported by the Israeli source. Of these days, 298,000 referred to governmental hospitals and 121,000 to non-governmental hospitals including UNRWA (ICBS 1993).

If you compare the number of *hospitalization days* between the ICBS and the PRC data for 1993 (given in the Annex tables), you will find a slight difference. The Israeli figures show a total of 105,000 hospitalization days for non-governmental hospitals (excluding UNRWA) in the RWB as compared to 116,188 days in the PRC report.

The number of *surgical operations* in the RWB hospitals is also gathered in the above mentioned Israeli statistical system. That means one must be aware of an underestimation concerning the non-governmental performances. A time series for the years 1982-1993 is presented in Annex table 6.10. The 1993 year data indicates a total number of about 24,500 operations (ICBS 1993).

A PRC report 1994, shows hospital statistics for the West Bank concerning *admissions, hospitalization days, average length of stay* and *occupancy rate*. The data are distributed on type of hospital (general, specialized and psychiatric) and supervising authority. Below, some figures are given on the performance during 1993. Observe that admissions do not refer to persons net, but is based on registration every time a patient is taken in at the hospital. That means that one person may contribute to more than one admission a year. Note also that the average length of stay is very typical, with the highest figure for psychiatric hospitals. In the Annex tables 5.13 - 5.15, there is further information concerning also the *providers* of the hospital care.

Number of admissions, hospitalization days and average length of hospitals in stay in the WB, by type of hospital 1993

<i>Type of hospital</i>	Admissions	Hospitalization days	Average length of stay
General	114,814	378,402	3.3
Specialized	12,278	83,835	6.8
Psychiatric	525	117,752	244.3

Source: PRC, 1994. The Palestinian Health Services in the West Bank and Gaza Strip, Facts and figures.

Hospital Care in East Jerusalem

In a statistical yearbook of Jerusalem 1992 (Jerusalem Institute for Israeli Studies) there are data on the performances of hospitals in East Jerusalem. Data for each hospital on hospital beds, admissions, discharges, hospitalization days and other items were made available (see Annex table 6.11).

Another source that gives data on the NGOs hospital performances in East Jerusalem is published by PRC (1993). Data are available for each hospital (see Annex table 6.12).

Utilization indicators of NGOs hospitals in East Jerusalem 1992

Hospital	No.of admissions	Av. duration of stay	Hospitalization days	Bed occupancy %
Makassed	14,351	5	71,755	78.6
Augusta Victoria	12,074	3.6	43,466	85.6
St. Joseph	2,743	5.6	15,360	57.6
St. John/Ophthalmic	4,537	4.6	20,900	69.7

Source: PRC, 1993. Facts and Figures on Palestinians Health Services.

UNRWA

In 1993 there were beds available in hospitals for refugees in the West Bank by agreement between UNRWA and both general NGOs and governmental hospitals. A total of about 16,400 patients were admitted and almost 69,700 patients days were consumed that year. The average daily bed occupancy was 90.9 percent and the average stay was 4.3 days. In addition almost 500 patients were assisted by UNRWA reimbursement schemes. UNRWA also ran a small maternity unit with 3 beds who served about 100 patients during 1993 (UNRWA 1993).

Blood Banks Activities

Connected to government hospitals in the RWB there are blood banks whose performances have been related in the annual statistical reports from the Civil Administration. The figures concern number of donors, of doses taken, of doses issued, and number of examinations on blood samples (CIVAD 1993). In Annex table 6.13 there is information for the years 1985 and 1993, by district in the RWB.

6-3 Health Care Performance in Gaza Strip

6-3-1 Primary Health Care

Clinics

The Israeli Ministry of Health has published data on the *governmental* primary health care performances in Gaza Strip within annual reports concerning the OPT. The information refers to activities in MCH centres and clinics (IMOH 1994). A comprehensive table showing the performances for the period 1988-1993 is available in the Annex, table 6.14 (IMOH 1994).

Primary health care performances (selected) at government clinics in Gaza Strip 1993

Clinics visits, of which	773,476
General practitioner visits	682,226
Dermatologist visits	46,914
Internist visits	15,952
Other visits	28,384

Source: IMOH, 1994. Health in Judea, Samaria and Gaza, 1967-1994.

In Gaza Strip there were about 625,000 registered refugees in 1993. *UNRWA* provided almost 1.2 million medical consultations to these people and more than 870,000 other services, such as injections and dental consultations (*UNRWA* 1993).

Performances of UNRWA out-patient services in Gaza Strip 1993

<i>Medical consultations</i>	<i>thereof First visits</i>	<i>Repeat visits</i>	<i>Other services</i>	<i>thereof Injections</i>	<i>Dressings</i>	<i>Dental consultations</i>
1190,699	249,432	941,267	799,036	550,181	248,855	73,586

Source: UNRWA, 1993. Annual Report of the Department of Health.

The number of visits (first or repeat) for *medical* consultation at UNRWA health units during 1993 was about 1,900 per 1,000 population (*UNRWA* 1993).

The number of *dental* consultations provided by UNRWA corresponded to 12 percent of the population in the Gaza Strip. However, a certain amount of the number were repeat visits (*UNRWA* 1993). A time series on the attendances at general UNRWA clinics for the years 1985-1993 is available in the Annex table 6.2.

MCH-Care

Data on *governmental* MCH performances in Gaza Strip from the Israeli Ministry of Health shows more than 735,000 visits during 1993 (see below). A comprehensive table on the performances for the period 1988-1993 is available in the Annex table 6.14 (*IMOH* 1993).

Primary health care performances (selected) at government MCH centres in Gaza Strip 1993

MCH Centres visits, of which	735,730
New babies	17,892
Vaccinations (Children 0-3 years)	90,666
Healthy infants seen by pediatrician	15,215
Visits to pediatrician	560,173
Pregnant women's prenatal visits	51,784

Source: IMOH, 1994. Health in Judea, Samaria and Gaza, 1967-1994.

Maternal and child health care is one of the major parts in the health protection programme for Palestinian refugees carried out by *UNRWA*. Ante-natal and post-natal contacts with the MCH services were important occasions to counsel and advise pregnant women and nursing mothers on specific health problems.

In 1993, there were about 29,600 pregnant women under supervision by UNRWA in Gaza Strip. The natal care reported 24,800 deliveries. In the Gaza Strip a very high proportion, 92 %, of the deliveries took place in camp maternities, hospitals or private clinics, as can be seen in the table below (UNRWA 1993).

UNRWA's monitoring of children is carried out on a monthly basis for those below one year, bimonthly for age group one to below two years, and trimonthly for age group two-three years. In 1993, the total number of children under UNRWA supervision was about 77,800 in Gaza Strip. Preventive services provided to children included vaccination, early detection of morbidity, growth monitoring, referral and treatment. Children are also screened for detection of anaemia (UNRWA 1993).

Maternal health care by UNRWA in Gaza Strip 1993

Ante-natal care	
Pregnant women under supervision	29,568
Natal care	
Total deliveries reported	24,815
Deliveries in % according to place:	
At home	8
At camp maternity	31
In hospital	30
At private clinics	31

Source: UNRWA, 1993. Annual Report of the Department of Health.

Immunization

Information on immunization status in Gaza Strip has been referred by IMOH (IMOH 1994). In table 6.6 in the Annex there are figures from UNRWA on the number of infants who completed full primary series of vaccination during 1993. The service was carried out in the MCH clinics and the coverage rate was 90 % or more among the registered infants in the Gaza Strip (UNRWA 1993).

School Health Services

UNRWA also provides health services in the schools in Gaza Strip. Data on the number of students concerned are available in the annual UNRWA reports.

6-3-2 Secondary Health Care

Hospital Care

Data on *hospitalized patients* and *discharged patients* in Gaza Strip are published by the Israeli Central Bureau of Statistics. In the Annex table 6.15 figures are available for the period 1973-1993. Viewing the most recent year (1993), it shows that about 93,900 patients were hospitalized in government hospitals. The corresponding figure for the non- governmental hospital was 7,400 patients (ICBS 1993).

The number of *hospitalization days* is one indicator from the same source as above. Time series (however incomplete) for the period 1982-1993 are presented in the Annex table 6.16. In 1993 there was a total of 342,000 hospitalization days

reported by the Israeli source. Of this, 319,000 referred to governmental hospitals and 23,000 to the non-governmental hospital (ICBS 1993).

The number of *surgical operations* in Gaza Strip hospitals is also gathered in the above related Israeli statistical system. Time series for the years 1982-1993 is presented in Annex table 6.17. The 1993 year data indicates a total number of about 30,800 operations (ICBS 1993).

A PRC report (1994) shows hospital statistics for Gaza Strip concerning *admissions, hospitalization days, average length of stay* and *occupancy rate*. The data are distributed on type of hospital (general, specialized and psychiatric) and supervising authority. Below, some figures are given on the performance during 1993. Observe that admissions do not refer to persons net, but is based on a registration every time a patient is taken in at the hospital. That means that one person may contribute to more than one admission a year. Note also that the average length of stay is very typical, with the highest figure for psychiatric hospitals (PRC 1994). In the Annex tables 5.13 - 5.15 there is further information concerning also the providers of the hospital care.

Number of admissions, hospitalization days and average length of stay in hospitals in Gaza Strip, by type of hospital 1993

<i>Type of hospital</i>	Admissions	Hospitalization days	Average length of stay
General	51,572	189,121	3.6
Specialized	9,875	35,742	3.6
Psychiatric	507	8,517	16.8

Source: PRC, 1994. The Palestinian Health Services in the West Bank and Gaza Strip, Facts and figures.

UNRWA

In addition to the information above it can be noted that in 1993 there were beds available in one general hospital for refugees in the Gaza Strip by contract between UNRWA and the hospital department. A total of about 4,100 patients were admitted and almost 18,200 patients days were consumed that year. The average daily bed occupancy was as high as 99.6 percent and the average stay was 4.4 days. In addition more than 2,700 patients were assisted through UNRWA reimbursement schemes. UNRWA also ran 6 maternity units with 60 beds who served about 7,700 patients during 1993 (UNRWA 1993).

CHAPTER SEVEN

HEALTH CONDITIONS/ ILLNESS AMONG THE POPULATION

7-1 A Brief Overview

”In spite of serious data problems, a fairly broad consensus exists regarding the general outlines of health conditions in Gaza Strip and in the West Bank. Life expectancy, infant mortality and patterns of morbidity in the OPT are believed to be fairly typical of lower-middle income, developing countries. The infant mortality rate is 40-45 infant deaths per thousand live births, and life expectancy at birth is 65-66 years (World Bank 1993).” The communicable diseases of childhood -- mumps, whooping cough, tetanus, measles and polio -- have largely been overcome by a successful child immunization program. Gastrointestinal and respiratory infections remain major problems only in Gaza Strip. High rates of respiratory and skin infections continue to be reported by residents of refugee camps due to residential crowding and poor environmental sanitation. Food supplies are adequate in quantity and fairly well distributed. The customary diet is rich in proteins and fibre and low in animal products, but it is deficient in some micronutrients, most notably iron. Moderate and severe malnutrition are virtually unknown. The West Bank reports rates of cardiovascular disease, hypertension, diabetes and cancer characteristic of industrial countries. Nonetheless, many residents of the OPT are dissatisfied with the quality and accessibility of health services. The dissatisfaction is based primarily on observations of very large differences between the range and quality of services available in the OPT and in Israel.

7-2 Health Status in the OPT

General Morbidity

In a survey of living conditions in the OPT (Heiberg & and Ovensen 1993) the health status was assessed using measures of “perceived illness”. The study indicated that 30% claimed having experienced illness or injury during the last month. Of these who had been ill, about 80% had been prevented from carrying out their normal duties, and 30% had suffered from a prolonged illness or handicap. It is worthy note that Gaza residents had a lower rate of perceived illness than both residents in the Remaining West Bank and Jerusalem. This made the study to put forward the hypothesis that “Gaza inhabitants might have higher threshold for considering being ill” (Giacaman, Stolenberg and Weisth 1993). While studies of “perceived illness” are difficult to interpret, and of limited value for comparison between countries, it is worthy note that of those reported having been ill, 99% had used some kind of medical consultation, and about 90% had seen a doctor, indicating that health services are readily available (No assessment was made of the perceived *quality* of these services).

It is beyond the scope of this status report to examine all available primary studies that have been performed during the last decades to describe health conditions in the OPT.

However, there are reports that make an overview of important findings in this respect. One of these was prepared for the United Nations Conference on Trade and Development (Giacaman 1993). This report can be recommended for further studies.

Health Status Among Registered Refugees

In an UNRWA report (UNRWA 1993) it is put forward that the epidemiological morbidity and mortality pattern of the Palestine refugees today resembles that of many populations whose health status is in transition from a developing to a developed stage. As such, it has much in common with both.

On the one hand, communicable diseases preventable by immunization and malnutrition are problems of the past. Morbidity from non-communicable diseases, often associated with life style, such as diabetes mellitus, cardiovascular diseases and cancer are on the increase. On the other hand, birth rates among the refugee population are still high and birth intervals are short. Communicable diseases transmitted through the environment, such as diarrhoea and intestinal parasites are highly prevalent, and more than 50 percent of pre-school children and women of reproductive age are anaemic (UNRWA 1993). Services for fertility regulation and mental health are very limited and as such, largely ineffective. The provision of secondary health care, especially in Gaza Strip, is extremely inadequate and the environmental health conditions in refugee camps in Gaza Strip and in the West Bank are very poor.

Health Consequences of the Occupation

Physical Injuries

The OPT is a region involved in a "low-intense warfare" since the outbreak of the Intifada in 1987 as well as a region subject to a prolonged and sophisticated repression. Both aspects can be expected to create specific patterns of health effects.

Since the beginning of the Intifada, at least 100,000 have been injured by army violence, leaving more than 1,000 dead (UNRWA 1993). About 10 % of the injured requires hospitalization, while more than 1,500 have been left with permanent disabilities. Children under 15 are common victims of the army violence, and account for an estimated third of the injured, and a slightly lower ratio of dead (UNICEF 1992).

In the annual report from (UNRWA 1993) figures are given on fatalities and casualties in Gaza Strip and West Bank as related to the Intifada. As can be seen from the table below, the number of fatalities in Gaza Strip 1993 was higher than in any previous year, while in the West Bank fatalities declined from their 1992 level. The number of injuries was in 1993 still on a substantial level in Gaza Strip.

Casualties in the Occupied Territory* 1988-1993

Year	West Bank		Gaza Strip	
	Injuries	Fatalities	Injuries	Fatalities
1988	4,719	292	12,730	106
1989	6,021	217	20,873	128
1990	3,515	127	16,214	51
1991	1,754	90	6,331	26
1992	721	88	3,762	59
1993	357	64	3,894	133

* Notes:

1. These figures are those reported or known to UNRWA and should not be treated as exhaustive.
2. The figures against "Fatalities" do not include killings of alleged collaborators.
3. The 1988 figure includes casualties reported during December 1987.

Source: UNRWA, 1993. Annual Report of the Department of Health.

Mental and Social Effects

Apart from the physical injuries, a very large proportion of the population are likely to be affected mentally and socially by the warfare and occupation. Studies have indicated the extensiveness of repression: A survey of 1,500 children in Gaza showed that 95% had been tear gassed; 97% had their house raided by army; and 11% detained (Sarraj 1993). The FAFO survey showed that over 30% had a family member detained (Giacaman et al. 1993) while a survey among teenagers in the West Bank concluded that 59 % of them had a family member who had been shot at, and 44% of them had been shot at themselves (Awad 1991).

The views of the mental aspects of the occupation is open for much controversy. The FAFO study noted that the surveyed Gaza population basically felt less ill, and had a more positive attitude towards life than the Remaining West Bank sample. Others have a very different view (Giacaman et al. 1993). A WHO study concluded that there was noticeable increase in mental disorder due to the crises (WHO 1992).

7-3 Infant/Child Morbidity and Mortality by Cause

The exact infant or child mortality rate for the Remaining West Bank and Gaza Strip is not known. The Israeli Ministry of Health (IMOH) have published annual figures for registered infant deaths per registered live births. However, the rate of non-reporting of infant deaths is not known.

In the table below there are the official reported infant mortality rates (IMR) for the period 1975-1993. IMR is defined as "Infant (0-12 months) deaths per 1,000 live births."

Reported infant mortality rates in RWB and Gaza Strip Selected years

Area	1975	1980	1985	1990	1991	1992	1993
RWB	38.1	28.3	25.1	22.0	18.9	21.2	21.4
GS	69.3	43.0	33.4	26.1		32.1	31.9

Source: IMOH, Health in Judea , Samaria & Gaza, Various years.

Independent sources have concluded that the Israeli IMR figures for the Occupied Territory is a strong underestimation of the true situation. One reason can be the high proportion of births (25-30% according to IMOH) that still takes place at home, so that some early neonatal deaths are unreported (IMOH 1994). Further aspects on IMR is viewed in Chapter 4.

In the annual statistical reports from CIVAD the causes of reported *infant* deaths can be studied. For 1993, the most common causes of death among the deceased 417 infant males and 497 infant females in the RWB was as follows.

Main causes of death for infants, % of all reported deaths in the RWB 1993

Cause of death (ICD9-codes)	Males	Females	Total
Certain conditions originating in the prenatal period (760-779)	30.9	24.7	27.6
Other diseases of the respiratory system (446, 480-519)	18.2	25.2	22.0
Other bacterial diseases (020-041)	11.0	12.5	11.8
Congenital anomalies (740-759)	10.1	13.1	11.7
Other causes	29.7	24.5	26.9

Source: CIVAD, 1993. Statistical Report, Health Services, Judea and Samaria.

The *child mortality rate* (children 1-5 years) by cause of death are calculated by IMOH (IMOH 1994). For 1993 it shows that respiratory diseases was the most common cause of death, followed by accidents, see table below. In Annex table 7.1, there is a time series available for the period 1988-1993. The table indicates an increasing trend in the mortality, but registration artifacts can be involved.

Child (1-5 years) mortality rate, per 10,000 population by cause in the RWB 1993

Cause of death	1/10,000
Respiratory diseases	3.4
Accidents	3.2
Congenital anomalies	1.7
Diarrhoea	0.5
All causes	13.7

Source: IMOH, 1994. Health in Judea/Samaria and Gaza, 1967-1994.

UNRWA also publishes registered infant births and deaths concerning the *registered refugee* population. The reported infant mortality rate shows a steady decline (UNRWA 1993). Equally important was the indication that the relative contribution to the mortality from diarrhoea diseases has been declining in recent years, while acute respiratory infections remained constant at about 20 percent of the total infant deaths. A large proportion of the infant mortality continued to occur during the neo-natal period (first month of life) and was mainly attributed to congenital and prenatal causes.

The annual UNRWA-report for 1993 also present figures on the prevalence of growth retarded children below three years. In the West Bank the level varies between 0.5 to 1.7% of all children depending on age-group. The corresponding interval for children in Gaza Strip was 1.6 to 3.7%.

7-4 Communicable Diseases

General Considerations

Communicable diseases which are subject for general vaccination programmes are, according to Israeli and international organizations, negligible in the OPT. Diphtheria, pertussis, tetanus and polio have been almost completely eliminated (UNICEF 1992). UNRWA registered less than 1 cases for 100,000 population for meningitis, pertussis, scarlet fever, trachoma and paratyphoid fever for 1993 (UNRWA 1993). There has been no cases of polio since 1988 and WHO has declared the area “polio-free” (IMOH 1992). The control of these diseases is attributed to an effective immunization programme with near 100% coverage (see further below). Brucellosis, on the other hand, is endemic in the West Bank, while mumps, chicken-pox and dysentery are fairly common in both areas. Epidemic diseases such as infectious hepatitis, typhoid, paratyphoid and meningitis are still prevalent (UNRWA 1992) and (Barghouthi and Daibes 1993). HIV infection is not (yet) a problem in the OPT although a few cases have been discovered in the West Bank (Lindahl 1993).

Statistics on communicable diseases have been published annually by CIVAD in the statistical report concerning the RWB. Data are available in a table referring the number of reported communicable diseases by type of disease, age and sex. For the year 1993 the following reported communicable diseases were the most common.

A time series table (1980-1993) with the total number of cases of the most common communicable diseases in the RWB is also included in the Annex table 7.2.

The most common communicable diseases in the RWB Number of cases 1993

Disease	Males	Females	Total
Hepatitis A	1,112	847	1,959
Chicken Pox	626	532	1,158
Rubella	595	375	970
Measles	246	283	529
Brucellosis	166	200	366
Mumps	174	135	309

Source: CIVAD, 1993. Statistical Report, Health Services, Judea and Samaria.

UNRWA is committed to targets of polio eradication, elimination of tetanus and reduction of measles among the registered refugee population in the OPT. These goals are only attainable if surveillance is strengthened and supplemental vaccination schemes are adopted in the form of polio campaigns, mopping up operations and immediate outbreak responses.

In the table below, the incidence rates in 1993 among registered refugees are given concerning communicable diseases. It shows e.g. that diarrhoea is very common among children below three years of age with more than 25% diseased in 1993 in Gaza Strip (UNRWA 1993).

Incidence rates for the most common communicable diseases among refugee population Per 100,000 population 1993

Disease	West Bank	Gaza Strip
Diarrhoea below 3 years	17,844	25,544
Influenza	4,888	3,691
Diarrhoea above 3 years	895	1,966
Conjunctivitis	1,822	2,147
Chickenpox	899	1,131
Dysentery (amoebic and	291	1,401

Source: UNRWA, 1993. Annual Report of the Department of Health.

For many communicable diseases, e.g. pertussis, leishmaniasis (cutaneous), diphtheria and gonorrhoea, there were no cases reported to UNRWA in 1993. This fact can be due to true absence of the diseases among the refugee population, but may also to some extent be caused by incompleteness in diagnosing and reporting of cases.

Time series with incidence rates for selected communicable diseases in the WB and Gaza Strip are presented in the Annex, (see tables 7.3 and 7.4).

Data on immunization activities is presented in Chapter 6.

AIDS Statistics

”AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome) is a disease that breaks down a part of the body’s immune system, leaving a person vulnerable to a variety of unusual, life-threatening illnesses. It is caused by a virus, HIV (Human Immunodeficiency Virus). This virus may also affect the brain, causing a variety of neurologic problems”(Al-Quds University 1994).

The occurrence of AIDS is gaining a major interest by the international society, since its world wide spreading and, as so far is recognized, its fatal impact. Statistics on the number of new cases is therefore vital both for national and global prevention programs.

In a report (Abdeen & Barghouthi 1994) on AIDS, there is a review of the latest available figures on the number of AIDS cases in the Palestinian population. The first year new cases appeared was in 1987 with 4 cases registered. In each of the following three years (1988-1990) 2 new cases were found. In 1991 and 1992 there were 5 and 8 new cases respectively. Altogether, including 1 case from 1993 (incomplete follow-up time), this makes 24 cases. Figures for 1993 and 1994 are still lacking, but it is reasonable to believe that the current number of AIDS cases will exceed the number above. Of the 24 cases, 15 was found in the West Bank, 6 in Jerusalem and 3 in Gaza Strip. The distribution of cases by sex and way of transmission is shown in the Annex table 7.5.

Compared with international figures the level seems low. Diagnostic and registration factors may influence the possibility to get proper figures. On the other hand, social and cultural factors connected with the Muslim religion may influence the sexual behaviour among the population in the direction of a low risk of spreading of the disease. However, there would be an interest to continue and improve the registration of new AIDS-cases among the Palestinian population, and also to get an accurate registration of cases of positive HIV-antibody tests from blood-samples.

7-5 Major Diseases in the Population

Introduction

There is no simple way to describe what are the main disorders among a population. In fact, the importance varies depending on what aspects that are studied. Some disorders, like upper respiratory diseases, are very common and affects most people sooner or later, and for many at least once a year. The negative effect on the health is most often of short duration for the individuals concerned. Taken together however, all cases can contribute to a large proportion of the consumption of the primary health care resources. It can also mean a loss of production for the society that is not insignificant.

Another group of illnesses that contribute to a major part of disorders in many societies is hypertensive, cardiovascular and cerebrovascular diseases. These are highly related to aging and play a dominant role as causes of death.

The spreading, incidence and prevalence of different disorders can be estimated by studying various statistical sources. These are however often limited in number and describe a certain event related to the disorder, e.g. diagnosis at admission to hospital, at visits to primary health care unit or as a registered cause of death. Another source that is sometimes available are surveys performed especially or partly to describe health status among the population. This method is demanding on resources and time if the purpose is to gain data that will represent the whole population.

In this chapter the approach has been to refer important and current findings from available statistical sources, one by one, rather than to try to merge the results into a general view.

Diagnoses at Visits to Clinics

Annual figures on diagnoses at visits to government clinics in the RWB have been published by CIVAD. The coding of diagnoses is based on the WHO ICD9-codes and refers to each district in the RWB. For 1993, the most common disorders at visits to the clinics is shown in the following table.

A distribution on districts for the 20 most common disorders is included in Annex table 7.6 (CIVAD 1993). It must be observed that the statistics on diagnoses must be interpreted with great caution. The availability of government clinics varies considerably between the districts. Also, the distribution of clinics provided by NGOs and the private sector, whose figures are not available, may influence the comparability between the districts.

Thus, this statistical source gives a very rough idea of the disorders that make people search the primary health care. However, it may be used as one among other indicators on the most common health problems that are of concern for the population.

The most common diagnoses at visits to government clinics in the RWB 1993

Diagnoses of disorder	Number	%
Diseases of the upper respiratory tract	227,396	27.6
Other diseases of the respiratory system	93,067	11.3
Diseases of skin and subcutaneous tissue	67,441	8.2
Diseases of other parts of digestive system	66,367	8.1
Diseases of the musculoskeletal system and Connective tissue	52,332	6.4
Others	316,612	38.5
Total	823,215	100

Source: CIVAD, 1993. Statistical Report, Health Services, Judea and Samaria.

Causes of Death Statistics

One of the sources to describe the distribution of illnesses in the population that is widely used, is the cause of death registration, which is performed in a substantial number of countries. Even if some causes of death can be regarded as sudden, like fatal accidents, and hence not for a long time have been affecting life, most causes of death are related to various degrees and length of suffering for the individuals concerned. In this respect, causes of death may also reflect illnesses among the population and this factor is often one of the few statistical sources available for this purpose.

However, there is a great uncertainty of the quality regarding the registered causes of death. The routine and technique used by physicians for statements of causes of death will have a major impact on the accuracy of the data. There are no quality studies available in this respect in the OPT. In general, it could be expected a better quality of data considering deceased patients at hospitals, where the patients history of illness and status are well known than for deceased persons which are examined in a summary way without access to accurate diagnostic technique or equipment.

In the annual reports from the Israeli Civil Administration there are figures on the reported causes of death, by age and sex concerning the Remaining West Bank. In an IMOH report using the same source, the following causes of death (see table below) were the most common in 1993, expressed as crude mortality rates. Further data for the period 1988-1993 are presented in the Annex table 7.7.

**Crude mortality rate by selected causes of death,
per 100,000 population, all ages in the RWB 1993**

Cause of death	Per100,000
Ischemic heart disease	80.6
Cerebrovascular disease	76.0
Malignant neoplasm	38.9
Hypertensive disease	21.0
Infectious disease	16.3
Trauma/accidents	10.0
Motor vehicle accidents	7.5
Others	239.7
All causes	490.0

Source: IMOH, 1994. Health in Judea/Samaria and Gaza, 1967-1994.

Cancer Statistics

In 1994 the first monograph on cancer incidence in the OPT was published (Abdeen & Barghouthi 1994). It is based on cancer reports from all pathological laboratories and covers the period 1976 to 1992. The original broad purpose of the project was to study trends of cancer in hope it would lead to the establishment of an up-to-date, accurate and adequately detailed cancer registry as a management for the control of cancer among the Palestinian community of the West Bank and Gaza Strip.

Methodology used and limitations of data:

All cancer reports collected (approximately 8,300) were coded according to the 9th Revision of the International Classification of Diseases (ICD-9) and entered into the computer. Difficult reports were circulated among the coding staff and were discussed at regular meetings with the medical staff.

Some crucial remarks about the limitations of data are made in the report:

- ”1. Since there is no Palestinian Cancer Registry (PCR) which records every new reported cancer case, there is no way of knowing exactly how many *new* cases of cancer are diagnosed *each* year.
2. Pathology reports also lacked some vital variables, namely: patient’s domicile, occupation and social status.
3. Most retrieved cancer reports did not specify patient’s age by date of birth, while others (6 % of all records) did not have *any* information about age.
4. Accurate demographic data for the OPT are virtually impossible to obtain, as the most recent census was conducted in 1967. Since that time, all population data have been estimated.
5. The relative five year survival rates could not be calculated since mortality data were not available. Survival rates are important since

they provide the most direct indication of the severity of the cancer and the impact of cancer treatment.

6. Cancer data were based on histopathological reports *only* because additional sources, as haematology reports were not considered since they did not include important variables like age, year of diagnosis etc”.

The authors of the report concludes that changes in any of the input data sources can affect the outcome, so that time trends in cancer incidence may be subject to artifacts related to changes in the problem with sources.

Results:

- The most common cancers among *men* are of *bladder* (8.4 % of all male cancers), *lung* (4.7 %) and *colorectum* (4.7 %).
- The most frequent cancers among *women* are of *breast* (13,2 % of all female cancers), *colorectum* (3.9 %) and *body of uterus* (2.7 %).
- The incidence of all cancers combined increased by an average of 2.4 % per year in males and 1.7 % per year in females between 1976 and 1990.
- The overall childhood age-adjusted cancer incidence have increased by an annual average of 3.1 % for the same period.
- Since the mid 1980s, incidence rates for lung cancer in men has increased, likely reflecting the rise in tobacco consumption among men.
- Nearly 1 in 11 Palestinian males and 1 in 15 Palestinian females will develop some form of cancer (other than non-melanoma skin cancers which were not registered) during their lifetime (based on 1992 year data).

Remarks:

The study is a pioneer work describing cancer illnesses among the Palestinian population. It is performed by methods used by other established cancer registers. The number of available cases reflects a *part* of the “true” cancer incidence, as is also stressed in the report. This means that the calculated age specific incidence rates are underestimates. A support for this theory is, that the rates are substantially lower than corresponding international figures even in young age groups.

On the other hand, there is reason to believe that the distribution of various cancer forms gives a fairly good picture of the real conditions in the population, (see Annex table 7.8). Interesting to note an increase in trends during the study period.

Diabetes Statistics

In the annual report 1993 from UNRWA there are figures on the number of patients registered for having diabetes. The total number at the end of 1993 was

around 3,900 persons in the West Bank and 7,300 in Gaza Strip. This gives prevalence rates of 795 and 1,167 per 100,000 population respectively.

The dominant type was non-insulin dependant diabetes mellitus with 84% or more of the cases (UNRWA 1993). This type is most common in the old age-groups as can be seen in the Annex table 7.9.

A large proportion of the patients with diabetes also suffers from complications such as neuropathy (10-35%), cardiovascular (18-22%) and retinopathy (11-20%).

7-6 Disability/Handicap

The terms “disability” and “handicap” are not defined by any exact measures of the status. They are instead indications on a *relationship* between the bearer of some kind of dysfunction and the surrounding society. This relation influences the possibility for the disabled or handicapped to live a “normal” life, i.e. a that is life available for not disabled/handicapped in that society.

The extent of problems that meet the persons concerned varies by many causes. It is however beyond the scope of this status report to discuss this item further. Instead, the reference list gives an example of a study that contains a more substantial view of this subject (Salem 1992).

Statistics on disability among the population is often based on data collected in surveys. It is not often that a regular registration exists of persons suffering from various forms and degrees of handicap. The exceptions are mainly connected to interventions by health or social authorities in order to support the disabled. One example is the registration at birth focusing on congenital malformations. Another example is registration for administrative purposes such as health care and providing of dwelling facilities for mentally retarded persons.

In the collection of current statistics on disability among the Palestinian population in the OPT some survey-reports have been recognized. One refers to a survey in 22 villages in Jenin District and one to a corresponding study in the Gaza Strip.

A Survey in the Jenin District

Data were collected in a house-to-house survey conducted in the end of 1992 and the beginning of 1993 in 22 villages of variable size in the Jenin District (The Northern Regional Committee for Rehabilitation 1994). This area is known to be one of the least developed in the West Bank in terms of service provision and organizational infrastructure. A total of 7,232 households were visited, each with an average of 6.5 persons per household. The total population within the study catchment area is over 47,000 persons. The survey questionnaire -- a modified form of the WHO's “Rehabilitation in the Community” questionnaire -- comprised two major sections. The first section was designed to gather demographic and socio-economic background information regarding each household and its members. The second requested detailed information on persons with disabilities. The types of disability were concerning: *movement, sight, hearing, speech, seizures, learning difficulties, multiple disabilities incl. mental disabilities, and strange behaviour.*

The majority, 86% of the population surveyed, was indigenous to the area, some 11% were refugees and the remaining 3% were Bedouins (most of which were settled). The overall impression is, that the survey report gives a rich and qualified

description of background conditions for the study, the methodology used, the survey population and the study results.

It was found that 1.9% of the survey population had (at least one) disability, and that these persons represented 12% of the households surveyed. These findings are similar to frequencies of disability countrywide. As was the case with the results obtained in a Gaza Strip survey, a marked difference was recorded in the occurrence of disability between males and females: 60% of those with disabilities were male while only 40% were female. The survey report states that the reason for this discrepancy is unclear. Further study is required to examine whether these results represent survey errors and under-reporting, or whether excessive discrimination against girls with disabilities -- over and above the discrimination against girls in general, which has already been well-documented for this community -- is leading to death.

Among other results from the survey it may finally be noted that the most common types of disability concerned *movement*, 27%, *sight*, 17%, *hearing*, 11% and *multiple disabilities incl. mental disabilities*, 20% of all the disabled persons respectively.

A Bethlehem Area Study

Another study focusing on disability in the population of the West Bank was completed in 1989 (Bethlehem University Journal 1990). It was a house-to-house survey in the great Bethlehem area, comprising interviews of about 62,200 individuals in 9,400 households. The results showed that about 1 % of the population suffered from a serious handicap, which is about average for this type of population.

Around 40% of the handicapped were disabled since birth, yet heredity factors accounted for only 20%. Complications during pregnancy and delivery were responsible for almost 15% of the handicaps, which would indicate that medical attention and care at these times are perhaps inadequate. A further 30% of handicaps result from childhood illnesses. There are no details of the type of illness involved, but many serious childhood illnesses (and especially those that can cause a handicap) are easily controlled or prevented by immunization. There is a complete vaccination programme available in the West Bank. However, it was shown in the survey that a big proportion (21%) of the women had failed to complete the course of vaccinations, thus leaving their children vulnerable to infection.

A Refugee Camp Study

The proportion of disabled persons in the population of two refugee camps (Bureij and al-Shati') in Gaza Strip were calculated in a house-to-house survey in 1991 (Gaza National Committee for Rehabilitation and DIACONIA 1991). About 4% of the population in these communities were classified as disabled, of which 35% were under the age of 15 years.

Overall, 64% of the disabled population in Bureij and 73% in al-Shati' had physical/sensory disabilities, and 34% in Bureij and 27% in al-Shati' had mental/combined disabilities. A good proportion of the disabled population in the two communities are in need of rehabilitation assistance in coping with daily life.

Data on exposure to medical treatment indicated that 31% of the disabled in Bureij and 35% in al-Shati' had not had any treatment whatsoever, and the remainder have had combined treatment, primarily medical and physiotherapy services. Social stigma, followed by medical problems, were the major complaints of parents, indicating the need for intervention in terms of expansion of the range of services available to the disabled and attempting to integrate them as much as possible into the society. The result of the study also indicates that the elderly are another priority group whose needs must be considered when planning future action.

CHAPTER EIGHT

HEALTH EXPENDITURES/COSTS FOR HEALTH CARE BY SOURCE OF INFORMATION

8-1 Introduction

The total amount of funds expended in the health sector in the OPT in a given year is an elusive figure. Obtaining accurate estimates of total health expenditures is hampered by the difficulty in obtaining cost data from the Government Health Services (GHS), private facilities and donors. In this chapter some studies containing information on health costs/expenditures are reviewed.

8-2 PRC

In a recent comprehensive report from the Planning and Research Centre (PRC 1994), a general review is made concerning the financing and costs for health care in the OPT. Various available sources are scrutinized, (the main sources are referred to in the following text). PRC concludes that an analysis of the health service delivery system in a given community cannot be completed unless health expenditure is known. It must also be possible to relate such analysis to the development of the health sector, and the economic situation as a whole.

According to the IMOH, expenditure on *government health services* amounted to \$US 63.2 million in both the Remaining West Bank and Gaza Strip in 1992. Out of this total, \$US 37.7 million went to the Remaining West Bank (about 59%) and \$US 25.5 million went to the Gaza Strip (about 41%) (IMOH 1994).

Operating and Capital Budget of the Government Health Services 1992 \$US million

<i>Expenditure</i>	RWB	Gaza Strip	Total
Operating Budget	33.0	22.6	55.6
Capital Budget	4.7	2.9	7.6
Total	37.7	25.5	63.2

Source: IMOH, 1994. Health in Judea, Samaria and Gaza 1967 - 1994.

The main source of funds is revenue from the government health insurance scheme (\$US 35.7 million, of which \$US 22 million for the Remaining West Bank and \$US 13.7 million for the Gaza Strip) and patient fees (in-patients and out-patients). Deficits are usually covered by local taxes and revenue. In addition, it is known that about 30% of the health budget is paid to Israeli health institutions for treatment or examination of Palestinian patients who cannot receive health care in local health institutions owing to their limited resources.

The PRC report also includes data from UNRWA. In 1992, UNRWA spent about \$US 24.2 million on health programs in both the West Bank and Gaza Strip.

About 58% of the total amount went to the primary health care, preventive medicine and health promotion activities (PRC 1994).

**UNRWA Health Expenditures in West Bank and Gaza Strip
1991 and 1992 \$US million**

<i>Year</i>	West Bank	Gaza Strip	Total
1991	11,090	10,371	21,461
1992	11,834	12,405	24,239

Source: UNRWA, 1992. Annual Report of the Director of Health.

The Palestinian voluntary not-for-profit organizations are responsible for about \$US 37.2 million (a fifth of the spending on health care). This sector is funded from a broad group of foreign, Arab, and Islamic donors. The NGOs sector also depends on donations from individuals. PRC also notes that the Gulf War has negatively affected many of the NGOs that used to receive substantial financial support from Gulf countries.

Finally, it must be observed that PRC points out that the UNRWA, WHO and PRC study found substantially higher levels of spending on health care than earlier studies. For example, the National Health Plan for the Palestinian People estimated that health services costs in 1992 were \$US 126.7 million (excluding the private sector), of which \$US 39.2 million was accounted to PHC and \$US 87.5 million was accounted to hospital care.

The NHP was critical of the UNRWA, WHO and PRC's study which probably heavily overestimated the pharmaceutical procurement, and its part of the total expenditures.

The PRC report, also contains huge information about *hospital costs and financing*, as well on resources (staff, beds and specialties etc.), and utilization, during 1992. The report is very comprehensive concerning the hospital care and is a primary source in this respect.

8-3 The National Health Plan

Data on health expenditures in the OPT are found in the National Health Plan for the Palestinian People. However, even the information in this source is based on estimates. There are simply no precise and complete data yet available. It is indicated that the Estimated National Health Expenditures in 1991 was around \$US 173.6 million to \$US 206.6 million, which means at average \$US 95 per capita. This estimate is based on an UNRWA/WHO report (1993). The \$US 95 represent 10.5% - 12.6% of the total Gross Domestic Product. This ratio at the first look seems to be high. However, it represents a very low monetary amount, since the GDP itself is very low (about \$US 1.7 billion).

Comparing the above figures from 1991 with the year 1992 (below), which also are obtained from the National Health Plan, it seems that there is a wide gap concerning the health services costs for these two years.

Health service costs in the OPT 1992 \$US million

<i>Services</i>	PHS*	Hospital	Total	%
Manpower	23	46	69	54.5
Pharmaceuticals	4	13	17	13.4
Special reimbursements	0.5	1.5	2	1.6
Administrative costs	1	2.5	3.5	2.8
Maintenance and Technical Expenses	1.2	4	5.2	4.1
Medical Equipment	2	4	6	4.7
Others	2.5	4.5	7	5.5
Annual Development, Investment + Interest	5	12	17	13.5
Total	39.2	87.5	126.7	100

* Primary Health Services

Source: PRC, 1994. The National Health Plan for the Palestinian People, Objectives and Strategies.

The cost of provision of basic health care services (Primary and Secondary Health Care) in the OPT was estimated at \$US 126.7 million in 1992 (see table above), while the estimated Gross Domestic Product (GDP) was \$US 1,667 million. Based on this realistic estimate, the ratio of health care cost to the GDP in 1992 is 7.6%.

Most of the budget is spent on manpower and other secondary health activities, while for example a small percentage is spent on development and investment.

8-4 UNRWA/WHO

In a World Bank report (1993), which refers to data supplied by UNRWA and WHO, there are figures concerning use of funds by the health care sector in the OPT. The data concerns 1991, but there is a division on various objects that is of interest. As is shown below, the operating of acute hospitals and supply of pharmaceuticals are the two main objects, concerning the funds used.

Use of funds by major object of expenditure 1991 \$US million

Object	Million \$	%
Acute hospitals	60.0	30.5
Pharmaceutical	60.0	30.5
Primary care	38.0	19.3
Mental hospitals	18.0	9.1
Dental care	9.3	4.7
Other objects	11.5	5.8
Total	196.8	100

Source: UNRWA/WHO, 1992. Universal Health Insurance for the West Bank and Gaza Strip (Draft Report).

It is also notable that the *private sphere* is the main financial provider with almost half of the total funds used, or about \$US 100 million. This can be compared to the Civil Administration which provided for only around \$US 44 million in 1991. The UNRWA/WHO study also made estimates on the sources of funds for health care in 1991. As shown below, private expenditures, and especially purchase of drugs, contributed to the largest part, 38% of the total amount. Furthermore, donations from Arab funds was a more important financing source than the GHS plan.

Sources of funds for health care 1991 \$US million

Source	Million \$	%
Health insurance	43.6	18
GHS Plan	42.0	18
Private Insurance	1.6	1
Private expenditures	89.5	38
Purchase of Drugs	56.2	24
Private Health Care	21.0	9
Private Dental Care	9.3	4
Others	7.0	3
UNRWA Budget	13.3	6
International and Private Donations	18.4	8
Donations from Arab Funds	59.0	25
Total	236.9	100

Source: UNRWA/WHO, 1992. Universal Health Insurance for the West Bank and Gaza Strip (Draft report).

8-5 Ministry of Health

Israeli figures concerning the expenditures on health services in the Remaining West Bank in 1990 to 1993 are listed below. For 1993 about \$US 40 million were in the IGHS budget for the RWB. This corresponds to \$US 36.8 per capita (Israeli population figures). The amount of money destined to development measures has been very low during the 1990s, considering the needs (IMOH 1994).

Operating and Capital Budget for Health Service Sector in the RWB 1990-1993 \$US million

IGHS	1990	1991	1992	1993
Operations	26.7	31.2	33.0	37.2
Development	4.1	7.2	4.7	3.3
Total	30.8	38.4	37.7	40.5
\$US per capita	33.6	38.1	34.3	36.8

Source: IMOH, 1994. Health in Judea, Samaria and Gaza 1967-1994.

The figures for Israeli government expenditures in the Gaza Strip during 1993 was \$US 25.5 million as a total. Not more than about \$US 1.2 million were used for development, and the rest for running the services. The amount of money per capita for operation of health services in Gaza Strip was 35.8 \$US. The corresponding figure for the development budget was as low as \$US 1.65 (!). There is no doubt that the government relied on additional resources, such as NGOs, UNRWA and foreign funds for maintaining the health care.

8-6 UNRWA

One main contributor to the health services in the OPT, and especially in the Gaza Strip, is UNRWA. The organization receives monetary contributions for expenditures in the health programme under the following main programmes;

1. Regular programme
2. Expanded programme of assistance
3. Projects and extraordinary measures
4. Peace implementation programme (PIP)

In the 1993 annual year report, the following figures are presented concerning the UNRWA health programme budget, which concerns both Gaza Strip and the West Bank. The budget refers to services provided for *registered refugees* in these areas. The annual reports from UNRWA give information that great efforts are made to improve the facilities in the health sector for the people concerned (UNRWA 1993).

Regular Health Programme Budget (part of*), \$US million

<i>Period (2 years)</i>	Gaza Strip	West Bank
	19.8	20.9
1992/93 Approved budget	24.8	23.7
1994/95 Proposed budget	29.6	29.0

* not included above: Jordan, Lebanon, Syrian Arab Republic and UNRWA HQ.
Source: UNRWA, 1993. Annual Report of the Department of Health.

8-7 Other studies

In one report (Jillson-Boostrom 1992) it was estimated that in Gaza Strip between \$US 36 million and \$US 45 million were spent on health care by a combination of the GHS, UNRWA and private donors in 1990. In the West Bank, the range for 1990 was estimated at \$US 50 million to \$US 75 million. GHS budget allocations for health actually decreased over the period 1988-1991, in spite of continued population growth. This amounts to total health expenditures of approximately \$US 67 per capita for the West Bank and \$US 56 per capita for Gaza Strip for 1990.

As a result, health and rehabilitation services in the OPT became increasingly dependent on donor support, perhaps more than any other sector. Such support has been uncoordinated, even within donor agencies and organizations, resulting in excess or inappropriate distribution of certain types of services and equipment and shortages in others. Also, few Palestinian administrators who work

for CIVAD, the private sector and UNRWA have training in health systems management or planning; knowledge and experience in health care financing is particularly lacking (Jillson-Boostrom 1992).

CHAPTER NINE

HEALTH STATISTICAL SYSTEM; CONCLUSIONS AND PROPOSALS

Introduction

The general impression from the work on this status report is that there exist several studies and statistical reports concerning various aspects on health in the OPT. The annual official sources contain information on many areas, such as health care resources (personnel, hospitals, clinics etc.), performance and utilization, immunization, reported diseases at visits to primary care, reported communicable diseases and registered causes of death. The recurrent reports on UNRWA's health care performances in the OPT is another major source to consider. Several additional studies and summaries, partly based on official data and partly supplemented from new data collections have been produced in the recent years. Additionally, there are specific studies, sometimes surveys, that focus on more narrow items, but with a greater detailed approach. These studies are often supplemented with useful descriptions of health conditions for the studied population.

Taken together, there seems to be a reasonable amount of information to consider. However, the information is largely scattered, which probably is mainly due to the diversified health care responsibility from the time of occupation up to the recent year. There has been a lack of central strategy for performing data collection and publishing of the statistics concerning the whole OPT. Hence, there is no general study on the prevalence of main diseases among the population, and the outcome of the health care performances is unexplored.

The *quality* of the data in the available statistical reports has by natural reasons only been touched upon briefly in this status report. Performing data quality controls in its real sense demands an access to the primary data and a great amount of time. This is of course far beyond the scope of this report. However, there are some findings on quality deficiencies in the existing statistics to consider, like e.g. the underestimation of the infant mortality and the severe deficiencies in the population statistics (which have been used as denominator for various rates in the Israeli statistical reports).

In view of this situation, some suggestions are put forward in the following text. Many of them (or perhaps all) are certainly not new, but nevertheless, they could be considered.

1. Obligation to Report Basic Data to the Palestinian Ministry of Health

As has been frequently described (especially in Chapter 2), there exist a large number of health care providers in the OPT. The extent of their resources and their activities, has not been fully reported to the Civil Administration. The result has been an incomplete and shaky statistics concerning the health care. One example is the difficulty to obtain comparability between districts in the RWB, considering access to and performance of medical services.

The recent transferral of responsibility of the health care in the OPT from the Israelis to the Palestinian Ministry of Health gives an opportunity to improve the statistical system. By means of an authorization/permit for providers to perform health and medical care within the OPT, an obligation to report crucial data to the Ministry can be introduced for the whole sector. The aim is to include all units operating in the sector into a regular, standardized reporting system.

The collected data would be used both for *administrative* purposes by the responsible authority, like supervision and support of the providers, and *statistical* purposes in which the gathered information can be used e.g. for detecting inequalities in health care resources and monitoring the health care performances. The link between the administrative and statistical parts would certainly gain the quality of the latter, since an omission to report could lead to some consequences for the health care provider. It is of course important also to inform the providers of health care about the benefit of an accurate reporting. A feed-back of summary statistics to the supervising bodies of the health care is one way to achieve an understanding and support for the statistical needs.

2. Standardize the reporting system

One step in the direction of improving the reporting system could be, to create a standardized form for the supply of data from the hospitals. The use of a PC-based system for standardized patient data registration can be considered.

The hospitals in the OPT are reporting some statistical data on monthly and annual basis to the Hospital Division at the Ministry of Health. The data are given as aggregates on paper forms, which are then registered and compiled by the central authority. This routine certainly means a strong limitation for the amount of information that can be achieved. Since the aggregation of cases (admissions and discharges) is already made at the hospital, there is no way of dividing the statistics other than what is already fixed. That means a simple counting of number of admissions, hospitalization days or some other measures for the whole mass of patients. Further more, there is no reporting of diagnoses of the patients to the central authority. The possibility for the central authority to undertake data control measures is also highly limited, since there is no access to the primary data.

This situation could be totally altered, if the hospitals were in possession of a PC-based system for registration of basic patient information. Different software systems are available today (a complete EDP based patient's journal is not necessary) and the use is increasing. The benefit of implementing this technique would be substantial not least for the hospitals themselves, which rapidly can overlook the current patient situation and make statistical outputs from standard program modules. The health authority could easily be provided with the data on diskette. This system also makes it possible to deliver patient information connected with identification number for each case for administrative purposes, e.g. handling health insurance matters.

The limited number of hospitals in the OPT is favourable for a successful introduction to a reasonable deposit.

3. Establish a Computerized National Cause of Death Register

The death certificates are used for annual statistics on the causes of death in the OPT. Tables with number of cases by age, sex and cause of death for the RWB have been published by the Civil Administration in the statistical report. The quality of the primary data, and hence in the statistics, has been questioned.

As is recognized, there does not exist a cause of death register for the OPT which makes it possible to calculate death risks for various cohorts. For example, these could be patients with a certain diagnosis, patients that undergo a specific treatment, certain occupational groups defined by employee registers/files, ethnic groups in the population, etc.

The calculation of death risks is a major application for a cause of death register. The prerequisite for calculating the risk (or; years lost of life) is (apart from an accurate population register and life tables) to merge between a computerized cause of death register with the study cohort. This in turn demands that a personal identification number is linked to the cases in the cause of death register, and to the persons in the study cohort.

The introduction of a computerized register, up-dated at least each year, and with access to personal ID-number would not only drastically increase the use of the data. It would also be in favour of the quality of the primary data and the statistics produced. The possibility to detect and correct errors (often after a referral of questions to the physician) increases from almost a null level to a high degree of reliability (which can be decided to an optimum, considering cost/benefit). The interest from the physicians to participate in a quality improvement project for the cause of death registration will probably also increase, since the physicians themselves will constitute one obvious group of users of the register.

A cause of death register can be performed in a powerful PC-environment. The responsible unit would need: coding personnel (experienced nurses), medical expert (part time), assistants for data-entry and office services, EDP-personnel and director. It is of course difficult to tell the real need of personnel. It might be in the range of 6-8 persons altogether in one unit for the OPT.

4. Investigate the possibility to establish a National Cancer Register

As has been described in Chapter 7, there is no cancer registration at hand in the OPT. A great effort has been made to collect data on cancer cases for the period 1976-1992 (Abdeen & Barghouthi 1994). Some crucial remarks about the limitations of the available data were made in the report:

The cancer *incidence* and *prevalence* are often used measures for describing a major group of diseases in the population. Cancer also contributes to a large proportion of deaths among the population. Figures on crude mortality rates for the RWB 1993 show that Cancer was the third most common cause of death, (after Ischemic Heart Disease and Cerebrovascular Disease).

Establishing of a computerized national cancer register is certainly a heavy investment, both in manpower and equipment. It would have to be in close connection with the oncology professional performance. However, such a registry also could serve the oncology performances by providing data on the cases to be used for follow ups, and for surveillance of the cancer development among the population. Statistics would also be available for preventive programmes carried out

by the Ministry of Health. Furthermore, as for the Cause of Death Register, it would be possible to calculate cancer risks among various cohorts.

An investigation could be initiated to explore this question for a later report to the Ministry.

5. Establish a register on primary care clinics

As has been related in this report (Chapter 5), there exists a vast number of clinics throughout the OPT. These clinics are the important first available medical services that are provided to the population. It is essential for the National Health Authority, as well as for the other health care providers and not least for researchers, to know about the number, the geographical spreading, the kind of services provided etc. This knowledge can be used for surveillance, evaluating and planning activities.

Once a register is achieved, it could be updated by (compulsory?) information from the health care providers to the keeper of the register. The total amount of work for running such a register would be quite limited.

6. Publish an annual, popular health statistics summary

There seems to be a need for an annual report that summarizes the main health statistical outcome from various sources. This could be achieved in a section of a general statistical yearbook, or as a special publication. The presentation of data can be made in a rather accessible way, with references for further reading.

7. Establish a Coordination Committee for health statistics in the OPT

A workshop was arranged by PCBS (April 8, 1995) with participation from the Ministry of Health, the Ministry of Social Affairs, health institutions and the educational sector. A discussion was held about the current situation for the health statistical system in the OPT. It was a general opinion that there are great needs for improvements in many areas. The past Israeli mismanagement has led to a severe lack of accurate data for monitoring, operating and planning of the health care sector, and also concerning the health status in the population. Great efforts have to be made to re-establish a sufficient information system. Since the needs are of great magnitude, and the existing resources for improvements are limited, an open and free consideration must be made by all affected parties. There seemed to be a consensus on the needs for a general forum, with the assignment to discuss, assess, propose and decide on questions and measures to be taken. The forum should consist of representatives from the Ministry of Health, the Ministry of Social Affairs, all the health care providers, universities focused on public health and health care, professional medical associations, health statisticians and other parties with a valid interest in this area.

8. Health surveys

The Palestinian society needs statistics and data on health and family planning, because the Israeli authorities has never conducted any such surveys. The need is especially strong concerning mother and child health status and health care services in the West Bank and Gaza Strip. One example of a planned study is the Multiple Indicator Cluster Survey (Monitoring Mid- Decade Goals).

MICS will provide health data and statistics on children and their mothers to build a data base for the planners, decision makers and researchers about various indicators which are included in the questionnaire of the survey such as immunization coverage, acute respiratory infection, anthropometry (weight and hieght), use of ORT, basic education, in addition to other indicators contaning water and sanitation.

Glossary

ADMISSION: A term used for taking a patient in at hospital or medical institution for examination and/or treatment. The patient is staying over night and at least for one day.

AMBULATORY CARE: All types of health services provided on out-patient basis, in contrast to services provided at home or to persons who are in-patients.

AVERAGE LENGTH OF STAY: A measure that refers to the in-patient care, i.e. the total number of hospitalization days divided with the number of patients concerned.

BUDGET: A detailed financial plan carrying out a program of activities over a specified period, usually over a fiscal year.

CAPACITY: The various service departments in a facility have some capacity under normal operating circumstances. Only so many operations, X-rays etc. can be performed in a given time period, such as a month. The amount of these services required, however, depend upon the level and type of patient demand.

CLINIC: An out-patient facility for diagnosis and treatment.

DATA: Detailed information of any kind, usually referring to statistical information.

DAY CARE: Services that are provided on a “business day” basis rather than around the clock. Day care services include mother and child care services, mental health services and rehabilitation.

DISABILITY: A limitation of an individual’s situation when compared to others of similar age, sex and occupation. A disability may be physical, mental or social in nature.

DISEASE: A disorder or impairment of the normal state of being.

HEALTH: Many definitions exist. As defined by the World Health Organization: “A state of complete physical, mental and social well being and not merely the absence of disease or infirmity”.

HEALTH INSURANCE: Indemnity coverage against financial losses associated with the occurrence or treatment of a health problem.

HEALTH MANPOWER: All individuals employed in health related professions.

HEALTH STATUS: The state of health (often in a broad sense) of a specified individual, group or population

HOSPITAL: An institution whose primary function is to provide services (diagnostic and therapeutic) for a variety of medical conditions, both surgical and non-surgical. Most hospitals also provide some out-patient services, particularly emergency care.

INCIDENCE: The number of new cases of disease, infection or some other event that have the onset during a prescribed period of time in relation to the (unit of) population in which they occur.

INFANT: A live-born child from the moment of birth through the completion of the first year of life.

INFANT DEATH: The death of a live-born infant at any time from the moment of birth to the end of the first year of life.

INFANT MORTALITY RATE: The number of infant deaths per 1,000 live born infants for a stated period.

IN-PATIENT CARE: Treatment of patients who are admitted for overnight stay or longer to a facility.

LICENSE: A basic and non-transferable permit to operate a health facility with an authorized number and classification of beds (for hospitals).

MATERNAL DEATH: The death of a woman, from any cause while pregnant or within 42 days of termination of pregnancy, irrespective of the cause.

MOBILE CLINIC: Movable structure or specially equipped vehicle used to provide continuing or periodic health care services in a location selected to ensure close availability to an identified population, or a vehicle to provide health care services during transportation of patients.

MORBIDITY: A measure of disease to a defined population

NEONATAL DEATH: The death of a live-born infant within the first 27 days, 23 hours and 59 minutes of life.

NEONATAL MORTALITY RATE:The number of neonatal deaths per 1,000 live born infants.

NGO: Any non-profit, non-governmental agency, governed by law and/or professional individuals, organized on a national or local basis, whose primary purpose is health-related.

OCCUPANCY RATE: A measure of in-patient health care, determined by dividing the number of in-patient days by available bed-days. It measures the average percentage of a hospital's use of available beds, often concerning a period of one year in the statistics. The measure can be calculated for a whole hospital or for subdivisions, like a department or service within the hospital.

PRENATAL DEATH: An all inclusive term referring to both still born infants and neonatal deaths.

PREVALENCE: The number of cases of disease, infected persons or persons with some other attribute present at a particular time and in relation to the size of the population from which it is drawn.

PRIMARY HEALTH CARE: First contact and continuing comprehensive health care, including basic or initial diagnosis and treatment, health supervision, management of chronic conditions and preventive health services. The provision of primary health care does not necessarily require highly sophisticated equipment or specialized resources.

PROVIDER: An individual or organization whose responsibilities involve one or more of the following; the provision, administration, teaching, development of health services, activities or supplies. The provider may have a direct or indirect interest in the health industry.

REHABILITATION FACILITY: A centre providing vocational, social, medical and education services to improve impairments due to diseases or injury.

REMAINING WEST BANK: West Bank excluding Jerusalem.

SECONDARY HEALTH CARE: Health services provided by hospitals and medical specialists to patients who are referred by primary health care physicians or are self referred.

SURGICAL SERVICES: The diagnosis and treatment of physical diseases or conditions or their symptoms by means of operative techniques, in conjunction with the administration of anaesthesia when appropriate.

TERTIARY CARE: Services provided by highly specialized providers (e.g. neurologists, neurosurgeons, thoracic surgeons, intensive care units etc.). Such services frequently require highly sophisticated technological equipment and support facilities.

TOTAL BIRTH RATE: The number of live-born and still-born infants per 1,000 population for a defined period.

UTILIZATION: Patterns or rates of use of health care services.

.

References

- Abdeen, Z and, Fikry Barghouthi. 1994. *Aquired Immunodeficiency Syndrome (Aids), Questions and Answers*. Jerusalem: Al-Quds University.
- Abdeen, Z and, Fikry Barghouthi.1994. *Seventeen Years of Cancer Incidence 1976-1992*, Palestinian Cancer Statistics. Jerusalem: Al-Quds university.
- Abu-Libdeh, H, C. Smith, K. Nabris, and M. Shahin. 1992. *A Survey of Infant and Child Mortality in the West Bank and Gaza Strip*. Interim report for UNICEF, Jerusalem: UNICEF and JFPPA.
- Abu-Libdeh, H. 1993. *The Human Resources Survey in Health*, Intrim report No.2. A Summary of Main Finding, Jerusalem: PRC.
- Awad, E. 1991. *Finding Presented at the 1990 World Conference of the World Federation of Mental Health*, Mexico City 18-33.
- Ayed, N. 1991. *Needs Assessments of Continuing Education for Nursing. West Bank and Gaza Strip*. Jerusalem: AMIDEAST.
- Bbarghouthi, M. and, Ibrahim Daibes. 1993. *Infrastructure and Health Services in the West Bank: Guidelines for Health Care Planning*, the West Bank Rural PHC Survey, Ramallah: HDIP.
- Bethlehem University Journal. 1984. *Standards of Health Care in the West Bank, A Critical Review, Volum 3*, Bethlehem: Bethlehem Uneversity.
- Bethlehem University Journal. 1990. *Overview of the results of the Bethlehem University Community Studies and Scio-economic Survey Synthesis of the Preliminary report, Volume 5*. Bethlehem: Bethlehem University.
- CIVAD: Civil Administration. (1971-1993). *Statistical Report, Health Services, Judea and Sameria*. Annual Report.
- Gaza National Committee for Rehabitations and DIACONIA. 1993. *Towards a Rehabilitation Policy for Gaza Strip*, Gaza city.
- Giacaman R. 1983. *Disturibing Distortions*, A Response to the Report of the Ministry of Health of Israel to the Thirty - Sixth World, Health Assembly on Health and Health Services in the Occupied Territories , Geneva: Birziet University.
- Giacaman R. 1994. *Health Conditions and Services in the West Bank and Gaza Strip*, United Nations Conference on Trade and development, Geneva: United Nation.

- Giacaman R. 1988. *Life and Health in Three Palestinian Villages*. Community Health Unit, Birziet University: London: Ithaca Press.
- Heiberg, M and, Geir Ovensen. 1993. *Palestinian Society in Gaza, West Bank and Arab Jerusalem, A survey of Living Conditions*. Oslo: FAFO report 151.
- ICBS: Central Bureau of Statistics. 1973-1993. *Statistical Abstract of Israel, Jerusalem*: ICBS.
- IMOH: Ministry of Health. 1971-1994. *Health in Judea, Samaria and Gaza*, Jerusalem: IMOH.
- Jillson Boostrom I. 1992. *Development Opportunities in the Occupied Territories (West Bank and Gaza Strip), Health*. Maryland: Policy Research Incorporated.
- Lindahl C. 1993. *Health in the Occupied Territories, A Sector review*, Jerusalem.
- The Northern Regional Committee for Rehabilitation. 1994. *A Study of 22 Palestinian Villages in the Jenin District with Special Reference to the Needs of Persons with Disabilities*, Jenin.
- PBS. 1994. *Demography of the Palestinian Population in the West Bank and Gaza Strip, Current Status Report Series (No. 1)*, Ramallah: PBS.
- PBS. 1994. *Small Area Population in the West Bank and Gaza Strip*, Ramallah: PBS.
- PRC. 1994. *The National Health Plan for the Palestinian People, Objectives and Strategies*, Jerusalem: PRC.
- PRC. 1994. *Primary Health Care Services in Gaza, Facts and Figures*, Jerusalem: PRC.
- PRC. 1993. *Facts and Figures On Palestinian Health Services*, Information Paper No.1 Jerusalem: PRC.
- PRC. 1994. *The Palestinian Health Services in the West Bank and Gaza Strip, Facts and Figures*, Jerusalem: PRC.
- PRC. 1994. *Accounting Framework for Analyzing Costs in the OPT*, Jerusalem: PRC.
- Salem, M. 1992. *A Documentation of the Experience of Self-Organization Among Physically Disabled Palestinians*, Community Health Unit. Birziet University.
- The Jerusalem Institute for Israeli Studies. 1994. *Statistical Yearbook of Jerusalem*, No. 11- 1992, Jerusalem.

UNICEF. 1992. *The Situation of Palestinian Children in the West Bank and Gaza Strip*, Jerusalem: UNICEF.

UNICEF. 1993. *Supply of Pharmaceuticals in the West Bank and Gaza Strip*, Jerusalem: UNICEF.

UNRWA. (1985-1993). *Annual Report of the Director of Health*. Geneva: UNRWA.

UNRWA / WHO Report. 1993. *Approaches to Universal Health Insurance for the OPT*, Geneva: UNRWA / WHO.

World Bank. 1993. *Developing the Occupied Territories, An Investment in Peace, Human Resources and Social Policy*, Volum. 6. Washington DC: The World Bank.

Annex A

Table 4.1: Projected Population of the West Bank by Age and Sex 1995.

Table 4.2: Projected Population of Gaza Strip by Age and Sex 1995.

Table 4.3: Population Estimates in the West Bank by District 1992-1996.

Table 4.4: Population Estimates in Gaza Strip by District 1992-1996.

Table 4.5: Projected Infant Mortality Rates in the West Bank and Gaza Strip 1992-1996.

Table 4.6: Projected Life Expectancy, IMR, TFR, Growth Rate, CBR, and CDR in the West Bank and Gaza Strip 1992-2012.

Annex B

- Table 5.1:** Distribution of Health Personnel in the West Bank and Gaza Strip by Profession and Supervising Authority 1992.
- Table 5.2:** Distribution of Health Personnel by Profession and District of Employment in the West Bank and Gaza Strip 1992.
- Table 5.3:** Distribution of Government Health Personnel in the Remaining West Bank by Unit and Profession 1975-1993.
- Table 5.4:** Distribution of Government Health Personnel in the Remaining West Bank by Institution and Profession 1975-1993.
- Table 5.5:** Distribution of Health Personnel in the West Bank by District and Supervising Authority 1993.
- Table 5.6:** Distribution of Health Personnel in General Hospitals in the West Bank and Gaza Strip by Profession and Supervising Authority 1993.
- Table 5.7:** Distribution of Health Personnel in Specialized Hospitals in the West Bank and Gaza Strip by Profession and Supervising Authority 1993.
- Table 5.8:** Distribution of Health Personnel in Psychiatric Hospitals in the West Bank and Gaza Strip by Profession and Supervising Authority 1993.
- Table 5.9:** Distribution of Health Personnel in the West Bank and Gaza Strip of UNRWA Units by Profession 1989-1993.
- Table 5.10:** Distribution of Dentists in the West Bank by District and Supervising Authority 1993.
- Table 5.11:** Distribution of Employed Nurses in the West Bank by Institutions and District 1990.
- Table 5.12:** Population in Communities in the West Bank with Access to Clinics and Other Services by Community Size 1992.
- Table 5.13:** Distributions of General Hospitals, Beds and Utilization Indicators by Supervising Authority in the West Bank and Gaza Strip 1993.
- Table 5.14:** Distribution of Specialized Hospitals, Beds and Utilization Indicators in the West Bank and Gaza Strip by Supervising Authority 1993.
- Table 5.15:** Distribution of Public Sector Psychiatric Hospitals, Beds and Utilization Indicators in the West Bank and Gaza Strip 1993.
- Table 5.16:** Distribution of Hospitals and Beds in the Remaining West Bank 1973-1993.

- Table 5.17:** Distribution of (PHC) Personnel in Primary Health Care Clinics in Gaza Strip by District and Supervising Authority 1994.
- Table 5.18:** Distribution of Health Personnel in _Primary Health Care Clinics in the West Bank by Profession and Supervising Authority 1992.
- Table 5.19:** Distribution of Dentists in the West Bank by District and Supervising Authority 1993.
- Table 5.20:** Distribution of Primary Health Care Units by District and Supervising Authority in the West Bank and Gaza Strip 1993.
- Table 5.21:** Distribution of Hospitals and Beds in Gaza Strip 1973-1993.

Annex C

Table 6.1: Visits to Out - Patient Clinics in the Remaining West Bank by Hospital 1988-1993.

Table 6.2: Distribution of Visits and Health Services in UNRWA General Clinics in the West Bank and Gaza Strip 1989 - 1993.

Table 6.3: Distribution of Visits to Government Mother and Child Health Centers, in the Remaining West Bank by District 1988-1993.

Table 6.4: Distribution of Visits to Government Mother and Child Health Care Centers in the Remaining West Bank by District 1993.

Table 6.5: Reported Immunization and Vaccination of Children in the Remaining West Bank by Type and District 1993.

Table 6.6: Vaccination at UNRWA Maternal and Child Health Clinics in the West Bank and Gaza Strip 1993.

Table 6.7: Indicators of Hospital Utilization in the Remaining West Bank 1989-1993.

Table 6.8: Hospitalized Patients and Discharged Patients in the Remaining West Bank 1972-1993.

Table 6.9: Hospitalization Days in Hospitals of the Remaining West Bank 1972-1993.

Table 6.10: Distribution of Surgical Operations in the Remaining West Bank Hospitals 1982-1993.

Table 6.11: Performances in NGOs and Private Hospitals for Non - Jews in Jerusalem 1992.

Table 6.12: Utilization Indicators of NGOs Hospitals in the OPT 1992.

Table 6.13: Blood Banks Activities in Government Hospitals in the Remaining West Bank by District 1985-1993.

Table 6.14: Primary Health Care Report at Government MCH Centers and Clinics in Gaza Strip 1988-1993.

Table 6.15: Hospitalized and Discharged Patients in Hospitals of Gaza Strip 1982-1993.

Table 6.16: Hospitalization Days in Hospitals of Gaza Strip 1982-1993.

Table 6.17: Distribution of Surgical Operations in Hospitals of Gaza Strip
1982-1993.

Annex D

- Table 7.1:** Child Mortality Rates for Children Aged 1-5 Years Per 10,000 Population in the Remaining West Bank by Cause 1988 - 1993.
- Table 7.2:** Reported Communicable Diseases in the Remaining West Bank 1971-1993.
- Table 7.3:** Incidence Rates of Selected Communicable Diseases Among 100,000 Refugee Population in the West Bank 1985-1993.
- Table 7.4:** Incidence Rates of Selected Communicable Diseases Among 100,000 Refugee Population in Gaza Strip 1985-1993.
- Table 7.5:** Registered Cases of AIDS in OPT by Sex and Ways of Transmission 1987-1995.
- Table 7.6:** Visits to Government Clinics in the Remaining West Bank by the Most Common Diagnosed and District 1993.
- Table 7.7:** Crude Mortality Rates by Selected Causes of Death Per 100,000 Population for All Ages in the Remaining West Bank 1988-1995.
- Table 7.8:** Cancer Incidence in the West Bank and Gaza Strip by Site of Cancer and Sex 1979-1992.
- Table 7.9:** Diabetes in the West Bank and Gaza Strip, Patients Treatments , Risk Factors and Complications 1993.

Annex E

- Figure 5.1:** Health Personnel in General Hospitals in the West Bank by Supervising Authority 1993.
- Figure 5.2:** Health Personnel in General Hospitals by Supervising Authority in Gaza Strip 1993.
- Figure 5.3:** Health Personnel at UNRWA Units in Gaza Strip by Profession 1989-1992.
- Figure 5.4:** Health Personnel at UNRWA Units in the Remaining West Bank by Profession 1989-1992.
- Figure 5.5:** Health Personnel in the Government Hospitals and Health Department in the Remaining West Bank by Profession 1975,1993.
- Figure 5.6:** Dentists in Clinics in the West Bank by District and Supervising Authority 1993.
- Figure 5.7:** Hospital Beds in the Remaining West Bank (Government and Non-Government) 1973-1993.
- Figure 5.8:** Hospital Beds in Gaza Strip (Government and Non-Government) 1973-1993.
- Figure 6.1:** Visits of Children to Government MCH Centers in the Remaining West Bank by District 1989-1993.
- Figure 6.2 :** Visits of Mothers to Government MCH Centers in the Remaining West Bank by District 1988-1993.
- Figure 6.3:** Hospitalized Patients in Hospitals in the Remaining West Bank (Government and Non-Government) 1972-1993.
- Figure 6.4:** Hospitalization Days in the Remaining West Bank Hospitals (Government and Non-Government) 1972-1993.
- Figure 6.5:** Surgical Operations in the Remaining West Bank Hospitals (Government and Non - Government) 1982-1993.
- Figure 6.6:** Hospitalized Patients in Gaza Strip Hospitals 1982-1993
- Figure 6.7:** Hospitalization Days in Gaza Strip Hospitals (Government and Non- Government) 1982-1993.
- Figure 6.8:** Surgical Operation in Gaza Strip Hospitals (Government and Non-Government) 1982-1993.
- Figure 6.9:** Surgical Operation in the Remaining West Bank Hospitals (Government and Non-Government) 1982-1993.
- Figure 7.1:** Child Mortality Rates per 10.000 Population in the Remaining West Bank by Cause 1988-1993.

- Figure 7.2 a** Reported Cases of Rubella, Brucellosis and Hepatitis A in the Remaining West Bank 1972-1993.
- Figure 7.2b:** Reported Cases of Measles, Chicken Pox, and Mumps in the Remaining West Bank 1972-1993.
- Figure 7.3a** Incidence Rates of Chicken Pox, Conjunctivitis, and Diarrhoeal Diseases (0-3) years Among 100,000 Refugee Population in Gaza Strip 1986-1993.
- Figure 7.3b:** Incidence Rates of Dysentery, Influenza, and Mumps Among 100,000 Refugee Population in Gaza Strip 1986-1993.
- Figure 7.4:** Cases of AIDS by Percent and Sex in the OPT Since 1987 to 1993.
- Figure 7.5:** Crude Mortality Rates for Selected Causes of Death Per 100,000 Population in the Remaining West Bank 1988,1993.