تحليل خدمات
قطاع الصحة الحكومي
من منظور النوع الاجتماعي:
دراسة ميدانية من وجهة نظر الفئات المستفيدة

إعداد: د. محمد أبو زينة

آذار 2010

تحليل خدمات
قطاع الصحة الحكومي
من منظور النوع الاجتماعي:

دراسة ميدانية من وجهة نظر الفئات المستفيدة

مشروع "مأسسة موازنة عامة مستجيبة للنوع الاجتماعي"
الطبعة الأولى - آذار 2010
منشورات مفتاح 2010
©حقوق الطبع والنشر محفوظة لـ

إعداد:
رئيس وقائد فريق البحث: د. محمد أبو زينة
منسق المسح: السيد أيمن عبد المجيد
مساعد باحث: السيدة روان أبو فرحة

طاقم "مفتاح":
مديرة دوائر الديمقراطية والحكم الصالح: بيسان أبو رقطي
منسقة المشروع: لميس الحنتولي
مساعدة إدارية للمشروع: أروى جابر

تدقيق وتحرير لغوي:
صدّام رنتاوي

اللجنة التوجيهية للمشروع:
حياة البزار: رئاسة مجلس الوزراء
ذوقان قيشاوي: هيئة خدمات الأصدقاء الأمريكية
رانية أبو غبوش: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني
رزان موسى: وزارة شؤون المرأة
رلى أبو دحو: محاضرة وباحثة في قضايا المرأة
فاتن أبو قرع: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني
محمود عطايا: وزارة التخطيط والتنمية الإدارية
د. نصر عبد الكريم: خبير اقتصادي
نهاية محمد: الاتحاد العام للمرأة الفلسطينية
ياسر شلبي: خطة الإصلاح والتنمية

بدعم من الممثلية الدنمركية

الفهرس

6 كلمة "مفتاح"

8 ملخص تنفيذي

10 مقدمة

12 1.1 أهداف الدراسة
13 2.1 أهمية الدراسة
14 3.1 منهجية الدراسة
15 4.1 فرضيات الدراسة
15 5.1 خطة الدراسة

16 لمحة عامة حول واقع نظام الصحة الفلسطيني

18 1.2 نظام تقديم الخدمات الصحية
18 2.2 القطاع الحكومي: وزارة الصحة
20 3.2 الموارد البشرية العاملة في القطاع الصحي الحكومي من حيث توازنها إزاء النوع الاجتماعي
25 4.2 قراءة أولية في مؤشرات الصحة العامة من منظور النوع الاجتماعي

32 تقييم الوضع الصحي وخدمات قطاع الصحة من وجهة نظر الفئات المستفيدة على أساس النوع الاجتماعي

33 1.3 منهجية المسح
33 2.3 مؤشرات خلفية عامة حول عينة البحث
35 3.3 الحالة الصحية.. أنماط الأمراض
39 4.3 الوصول إلى الخدمات الصحية
44 5.3 الرضا عن الخدمات الصحية

48 استنتاجات وتوصيات

52 المراجع

قائمة الجداول

20	جدول رقم (1):	مؤشرات توزيع مرافق الخدمات الصحية حسب مقدمي الخدمة والمنطقة
22	جدول رقم (2):	توزيع الوظائف الإدارية والإشرافية في وحدات وزارة الصحة حسب النوع الاجتماعي
23	جدول رقم (3):	توزيع الوظائف الإدارية والإشرافية في المستشفيات التابعة لوزارة الصحة حسب النوع الاجتماعي
24	جدول رقم (4):	توزيع الوظائف في مديريات الصحة التابعة لوزارة الصحة حسب النوع الاجتماعي
25	جدول رقم (5):	معدل العمر المتوقع عند الولادة في فلسطين حسب النوع الاجتماعي
28	جدول رقم (6):	توزيع أنماط الأمراض حسب النوع الاجتماعي في الأرض الفلسطينية
34	جدول رقم (7):	مؤشرات خلفية عامة حول خصائص عينة البحث لكل من مراكز الرعاية الصحية الأولية ومراكز الرعاية الصحية الثانوية والثالثية
35	جدول رقم (8):	الحالة الصحية للمستفيدين/ات من الخدمات الصحية حسب مستوى الرعاية والنوع الاجتماعي
37	جدول رقم (9):	التوزيع النسبي للمستفيدين/ات حسب أنماط الأمراض والمشكلة الصحية
42	جدول رقم (10):	تقييم الوصول إلى الخدمات الصحية المختلفة من منظور النوع الاجتماعي
43	جدول رقم (11):	تقييم التوجهات العامة حول مدى الحصول على الخدمات الصحية المطلوبة
45	جدول رقم (12):	تقييم الرضا عن الخدمات الصحية المختلفة من منظور النوع الاجتماعي
46	جدول رقم (13):	تقييم الانطباعات العامة لدى المستفيدين حول تقديم الخدمات الصحية

قائمة الأشكال البيانية

17 شكل رقم (1): تطور النفقات العامة الجارية على الرعاية الصحية في الأرض الفلسطينية (1994-2004)

21 شكل رقم (2): الإطار النظري لتحليل العلاقة بين مدخلات ومخرجات المنظمة من وجهة نظر النوع الاجتماعي

22 شكل رقم (3): توزيع الوظائف الإدارية والإشرافية في وزارة الصحة حسب النوع الاجتماعي

23 شكل رقم (4): توزيع الوظائف الإدارية والإشرافية في المستشفيات التابعة لوزارة الصحة حسب النوع الاجتماعي

24 شكل رقم (5): توزيع الوظائف الإدارية والإشرافية في مديريات الصحة حسب النوع الاجتماعي

26 شكل رقم (6): معدل العمر المتوقع عند الولادة في فلسطين حسب النوع الاجتماعي

29 شكل رقم (7): التوزيع النسبي للذين يعانون من الأمراض المزمنة في فلسطين حسب النوع الاجتماعي

36 شكل رقم (8): الحالة الصحية للمستفيدين/ات من الخدمات الصحية الحكومية حسب مستوى الرعاية

38 شكل رقم (9): التوزيع النسبي للمستفيدين/ات حسب أنماط الأمراض والمشكلة الصحية

39 شكل رقم (10): الإطار النظري لتحليل العلاقة بين النوع الاجتماعي والوصول إلى الخدمات الصحية

40 شكل رقم (11): معيقات الوصول إلى الخدمات الصحية

43 شكل رقم (12): تقييم مدى الحصول على الخدمات الصحية

47 شكل رقم (13): تقييم الانطباعات العامة حول تقديم الخدمات الصحية

كلمة "مفتاح"

جاء قرار رئاسة مجلس الوزراء، في حزيران المنقضي، بتبني موازنة عامة مستجيبة للنوع الاجتماعي تتويجاً للجهود التي تبذلها المبادرة الفلسطينية لتعميق الحوار العالمي والديمقراطية - مفتاح في مجال التأثير في السياسات الرسمية. ويعد القرار، أيضاً، نقلة نوعية في التوجهات الحكومية تجاه قضايا المساواة والعدالة الاجتماعية، ويأتي منسجماً مع عملية التنمية والتطوير المجتمعي التي تتبناها الحكومة.

وتأتي هذه الدراسة، التي تتناول تحليل خدمات قطاع الصحة العام في الأراضي الفلسطينية من منظور النوع الاجتماعي، استكمالاً للجهود والعمل الدؤوب الذي تبذله مؤسسة «مفتاح» من خلال برنامجها «مأسسة موازنة عامة مستجيبة للنوع الاجتماعي»، والذي تعمل عليه منذ العام 2004.

وتهدف هذه الدراسة إلى تسليط الضوء على الفجوات القائمة على أساس النوع الاجتماعي في القطاع الصحي، إذ برزت من خلال جمع وتحليل معطيات ضمن قطاع الصحة العام في الأراضي الفلسطينية نتائج تشير إلى وضوح الفجوات ما بين الرجال والنساء عند وضع السياسات والبرامج وتخصيص الموارد وتحديد الأنشطة والخدمات.

ولعل من أبرز تلك الفجوات محدودية تمثيل النساء في المواقع الإدارية والإشرافية العليا في مختلف وحدات وزارة الصحة، ما يؤثر في مخرجات أعمال التخطيط الاستراتيجي والقطاعي، ويترك الأثر الأكبر نحو توجيه الجهود لتحقيق العدالة والإنصاف في الحصول على الخدمات الصحية والوصول إليها.

كل التقدير لجهود كل من أسهم في إخراج هذا العمل بالشكل المرجو، وإلى وزارة الصحة، تحديداً، التي يسرت ووفرت المعلومات والبيانات الضرورية لإصدار هذه الدراسة، والتي تتضمن نتائج وتوصيات تخاطب صناع القرار والسياسات في مؤسساتنا الرسمية الفلسطينية.

د. ليلي فيضي
المدير التنفيذي
المبادرة الفلسطينية لتعميق الحوار العالمي والديمقراطية - مفتاح

ملخص تنفيذي

هدفت هذه الدراسة إلى تشخيص وتحليل واقع قطاع الصحة العام في الأرض الفلسطينية من منظور النوع الاجتماعي. وقد جاءت هذه الدراسة استكمالاً للجهود السابقة المبذولة من أجل الوصول إلى موازنات وسياسات عامة أكثر توازناً واستجابةً لقضايا النوع الاجتماعي واحتياجاته. ومما يزيد من أهمية هذه الدراسة أنها تأتي انسجاماً مع التوجهات والسياسة العامة، التي تمثلت مؤخراً بقرار مجلس الوزراء الفلسطيني بتاريخ 2009/6/22 بتبني موازنة حساسة للنوع الاجتماعي، إضافة إلى تمكين وزارة شؤون المرأة من متابعة التزام الوزارات بقضايا المرأة واستكمال استحداث وحدة للنوع الاجتماعي في كافة الوزارات الفلسطينية. ومن أجل تحقيق أهداف الدراسة، تمت مراجعة البيانات الثانوية المتوفرة في وزارة الصحة الفلسطينية والجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، إضافة إلى الرجوع إلى العديد من المصادر الثانوية كالدراسات والتقارير. من جهة أخرى، تم تصميم استبانة كأداة لجمع البيانات الأولية، إذ تم استطلاع آراء عينة عشوائية تمثيلية من المستفيدين والمستفيدات من خدمات وزارة الصحة الفلسطينية بمستوياتها الثلاثة: الأولية والثانوية والثالثية، واستُخدم المنهج الوصفي التحليلي في معالجة وتحليل نتائج المسح الميداني.

وقد أبرزت نتائج الدراسة أهم الفجوات القائمة بين الرجال والنساء في مجال الصحة والوصول إلى الخدمات الصحية المختلفة والحصول عليها. ففي مجال توزيع الموارد البشرية للقطاع الصحي، أظهرت النتائج استمرار محدودية تمثيل النساء في المواقع الإدارية والإشرافية العليا في مختلف وحدات وزارة الصحة، إضافة إلى المستويات المختلفة لتقديم الخدمات الصحية، الأمر الذي قد ينعكس سلباً على فرص بلورة سياسات أكثر توازنًا فيما يخص قضايا واحتياجات النوع الاجتماعي الصحية. من جهة أخرى، أشارت النتائج إلى أنه بالرغم من المكاسب المتحققة في العمر المتوقع، فإن حجم الفجوة المتوقعة في معدلات العمر لكلا الجنسين قد تضاءل خلال السنوات الخمس الماضية، ولا تزال معدلات وفيات الأمهات المسجلة أثناء الولادة مرتفعة مقارنة بما هي عليه الحال في الدول الأخرى ذات الدخل المشابه، وتزداد نسب النساء اللواتي يعانين من الأمراض، خاصة المزمنة، عن نسب الرجال. وقد يشير كل ذلك إلى احتمال حصول النساء على مستويات أقل من الرعاية الصحية الملائمة. وأكدت نتائج التحليل الإحصائي بشكل جلي التركز الأكبر للاحتياج الصحي لدى النساء اللواتي، رغم إظهارهن مستوى أكبر من الرضا عن الخدمات المقدمة لهن، ما زلن يواجهن صعوبات عدة في الوصول إلى المرافق الصحية، إضافة إلى اعتقادهن بعدم توفر جميع الخدمات الطبية التي يحتجن إليها في المرافق الصحية الحكومية.

وبالرغم من أن هناك تقدماً قد طرأ خلال السنوات الأخيرة في حجم ونوع الخدمات الصحية المقدمة من وزارة الصحة، حيث الزيادة الملحوظة في عدد مراكز الأمومة والطفولة وعدد الأَسرّة المخصصة للنساء في مرافق الرعاية الثانوية والثالثية، إضافة إلى البرامج الصحية المخصصة لصحة النساء، فإنه لا يزال من غير المؤكد ما إذا كانت تمت مراعاة خصائص الجنسين عند وضع المرامي وتخصيص الموارد وتحديد الأنشطة ونتائج البرامج الصحية المختلفة، إذ لا يزال يتعين على كل من الجهات المقدمة للخدمات الصحية، وفي مقدمتها وزارة الصحة باعتبارها العمود الفقري لقطاع الصحة في فلسطين، بذل جهود أكبر لتحقيق أهداف العدالة والإنصاف بين الجنسين في مجال الصحة والحصول على الخدمات الصحية.

المقدمة

تعد أوجه الفروقات في النوع الاجتماعي (Gender Differences) بين كل من النساء والرجال من أهم الأسباب التي تقف وراء عدم المساواة في الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية والحصول عليها، وبالتالي ضمان وصول جميع أفراد المجتمع على قدم المساواة إلى فرص تحقيق كامل إمكاناتهم الصحية وتحقيق العدالة في المجال الصحي (WHO, 2002). وقد لوحظ في السنوات الأخيرة تعاظم الاهتمام على الصعيدين العالمي والمحلي بقضايا النوع الاجتماعي والصحة، إذ تمثل هذا الاهتمام على الصعيد العالمي بتبني منظمة الصحة العالمية في العام 2006 مسودة الاستراتيجية الخاصة بتعميم مراعاة "المنظور الجنسوي" في جميع أعمال المنظمة وبرامجها وسياساتها (WHO, 2006)، وقد حثت المنظمة العالمية الدول الأعضاء على:

1. تضمين "المنظور الجنسوي" في أعمال التخطيط الاستراتيجي والعملي المشترك، بما في ذلك استراتيجيات التعاون القطرية.
2. إعداد استراتيجيات وطنية لمعالجة القضايا الجنسوية في السياسات والبرامج والبحوث الصحية.
3. جمع وتحليل معطيات مصنفة حسب نوع الجنس واستخدام النتائج للاستهداء بها عند وضع السياسات والبرامج.
4. إحراز التقدم تجاه المساواة بين الجنسين في القطاع الصحي للتأكد من أن إسهام النساء والرجال في الرعاية الصحية، سواء أكان نظير أجر أم دون أجر، يؤخذ بعين الاعتبار في السياسات الصحية والتخطيط الصحي.

وبالرغم من تزايد الاهتمام على الصعيد العالمي بقضايا النوع الاجتماعي والصحة، تشير نتائج بعض الدراسات الحديثة (Chen et al., 2004) إلى أن معدل حصول النساء على الرعاية والخدمات الصحية والمعلومات الموارد اللازمة لحماية صحتهن وتحقيق كامل إمكاناتهم يقل عنه لدى الرجال في بلدان عديدة (WHO, 2006, World Bank, 2005). كما تؤثر العادات القائمة والمرتبطة بنوع الجنس على صحة الرجال بشكل مختلف عن النساء، وذلك من خلال تحميلهم أدواراً تعزز سلوكيات المجازفة، وتؤول بهم إلى إهمال صحتهم .(Pampel et al, 2009) وعلاوة على ذلك، يتفاعل النوع الاجتماعي مع غيره من الفوارق الاجتماعية والاقتصادية والثقافية، ما يؤدي إلى عدم المساواة في الصحة (Inequality in Health) أو في القدرة على الانتفاع من الخدمات الصحية (Inequality in Capacity To Benefit) بين مختلف الفئات الاجتماعية، من جهة، وبين النساء والرجال، من جهة أخرى (WHO-Europe, 2007).

وتجمع الأدبيات المختلفة (Gorman et al., 2002) على أن ضمان وصول النساء والرجال على قدم المساواة إلى فرص تحقيق كامل إمكاناتهم الصحية يتطلب أن يقر القطاع الصحي باختلاف الفئتين من حيث الخصائص الجنسية ونوع الجنس، إذ يواجه كل من النساء والرجال، نظراً لأوجه الاختلاف الاجتماعي (نوع الجنس) والبيولوجي (الخصائص الجنسية)، مخاطر صحية مختلفة، ويتلقون إجابات متباينة من النظم الصحية، كما يتميز بعضهم عن بعض من حيث السعي إلى التمتع بالصحة، وهذا كله يستدعي تصميم برامج ووضع سياسات صحية تأخذ بعين الاعتبار مجموع الفروقات القائمة ليس فقط على أساس الخصائص الجنسية، وإنما أيضاً تلك الناجمة عن الاختلاف الاجتماعي (نوع الجنس).

تأتي هذه الدراسة في سياق الجهود المتواصلة نحو الوصول إلى موازنات وسياسات عامة أكثر توازناً واستجابةً لقضايا النوع الاجتماعي واحتياجاته. وقد تمثلت هذه الجهود على الصعيد المحلي

بالمبادرات التي أطلقتها مؤسسة المبادرة الفلسطينية لتعميق الحوار العالمي والديمقراطية (مفتاح) منذ العام 2004، والتي تمثلت بإجراء العديد من الدراسات والأبحاث وورش العمل والدورات التدريبية التي هدفت إلى تعزيز مفاهيم النوع الاجتماعي لدى العديد من المختصين وصناع القرار في المؤسسات الحكومية وغير الحكومية، إضافة إلى تقييم السياسات والبرامج والموازنات الحكومية في قطاعات مهمة كالتعليم والعمل والصحة. وإذ تسعى مؤسسة "مفتاح" لاستكمال الجهود السابقة في متابعة قضايا النوع الاجتماعي في قطاعات الخدمات الاجتماعية الأساسية، فهي تقدم هذه الدراسة لمساعدة صناع القرار والمؤسسات المهتمة في موضوع الموازنات المستجيبة للنوع الاجتماعي للتعرف على الفجوات القائمة في الخدمات الأساسية المقدمة للجمهور من منظور النوع الاجتماعي ضمن قطاع الصحة، وتحديد الآليات التي يمكن من خلالها تحليل تقليص هذه الفجوات وتحسين العدالة والفاعلية في أداء هذا القطاع الذي يعد من أهم القطاعات التي تهتم برأس المال البشري بشكل مباشر.

1.1 أهداف الدراسة:

يعد ضمان توفير الرعاية والخدمات الصحية الشاملة والمتكاملة للسكان بطريقة عادلة وميسرة ودون تمييز على أساس الجنس أو أي عوامل أخرى، مثل القدرة الاقتصادية وغيرها، من أهم أهداف النظام الصحي لأي بلد (WHO, 2006). فالحفاظ على صحة الفرد والمجتمع من الأوبئة والأمراض المختلفة وتحقيق مبادئ «العدالة في الصحة بشقيها الأفقي والعمودي» وضمان سهولة الوصول إلى الخدمات الصحية والحصول عليها بمستوياتها الثلاثة: الأولية والثانوية والثالثية من أبرز التحديات التي ما زالت تواجه النظم الصحية في البلدان النامية (World Bank, 2005). ولا شك أن لمحدودية الموارد المالية والبشرية والإمكانات التقنية المتاحة للنظام الصحي دوراً رئيساً في إعاقة التحقيق الكامل للمبادئ المذكورة أعلاه، إلا أن ذلك بالطبع لا يقلل من أهمية إجراء المراجعة والتقييم الدوريين لمدى تحقيق مبدأ العدالة في تقديم الخدمات الصحية، وتحديد مجالات التدخل المناسبة والضرورية بما يمكن متخذي القرار من العمل على ردم الفجوات القائمة.

في هذا الإطار، فإن السؤال الأكثر صعوبة ضمن القطاع الصحي الفلسطيني هو: كيف يمكن الارتقاء بالوضع الصحي العام للفئات الاجتماعية المختلفة في ظل محدودية الموارد المتاحة للنظام الصحي، ويتبع ذلك قضية/ سؤال مصادر الفجوات والفوارق في الوضع الصحي بين هذه الفئات الاجتماعية، وفي مقدمتها تلك المرتبطة باحتياجات النوع الاجتماعي (أي الفوارق الجنسوية) أو الناشئة عنها. لعل أبرز ما يميز هذه الدراسة هو تركيزها على هذا البعد/ المنظور في إطار مراجعة الواقع الصحي في الأرض الفلسطينية والخدمات المقدمة من القطاع الصحي الفلسطيني. وعليه، فإن هذه الدراسة تسعى، بشكل عام، إلى تشخيص الخدمات الصحية المقدمة للجمهور الفلسطيني ضمن قطاع الصحة العام من منظور النوع الاجتماعي وتحليلها وتحديد مدى استجابتها لاحتياجات النوع الاجتماعي.

ويمكن تحديد الأهداف الأساسية لهذه الدراسة على النحو الآتي:

- تشخيص وتحديد الفجوات الصحية القائمة بين الجنسين من حيث أنماط الأمراض السائدة وأسباب الوفيات.
- استعراض وتحليل السياسات والبرامج والخدمات الصحية العامة المستهدفة للقطاع النسوي وتقييم مدى استجابتها لاحتياجات النوع الاجتماعي بوجه خاص.

- تحديد الفجوات المحتملة بين الجنسين في مجال الوصول إلى الخدمات الصحية المطلوبة والحصول عليها، وذلك من خلال التحليل الكمي والنوعي للبرامج والمشاريع والخدمات المتعلقة بالنوع الاجتماعي من حيث مدى وصول هذه الخدمات إلى الفئات المستهدفة عن طريق مراجعة خطط وزارة الصحة ووثائقها، بما يشمل مخصصات الإنفاق للبرامج والخدمات ومدى مراعاتها مواضيع النوع الاجتماعي.
- دراسة الهيكلية الإدارية والتنظيمية لوزارة الصحة الفلسطينية من حيث توزيع الذكور والإناث على البنى الهيكلية والتنفيذية والإشرافية، وذلك بهدف تحديد مدى التوازن في توزيع الأدوار والمهام بين الجنسين.
- توضيح وجهات نظر الفئات المستفيدة من خدمات قطاع الصحة العام من حيث مدى الرضا عن الحالة الصحية، وسهولة الوصول إلى الخدمات المطلوبة والحصول عليها، ومدى الرضا عن جودة الخدمات المقدمة.
- التحليل الكمي والنوعي للبرامج والمشاريع والخدمات المتعلقة بالنوع الاجتماعي من حيث مدى وصول هذه الخدمات إلى الفئات المستهدفة عن طريق مراجعة خطط وزارة الصحة ووثائقها، بما يشمل مخصصات الإنفاق للبرامج والخدمات ومدى مراعاتها مواضيع النوع الاجتماعي.

2.1 أهمية الدراسة:

لا شك أن هناك دراسات عدة تطرقت إلى قطاع الصحة الفلسطيني بصورة خاصة، وأخرى تناولت بالتقييم والمراجعة أحوال الصحة العامة في الأرض الفلسطينية(Mataria et al, 2009, Abu Zaineh et al, 2009; Giacaman and Khatib, 2009) ، إلا أن ما يميز هذه الدراسة أنها تأتي ضمن إطار المساعي المتواصلة التي تقودها المبادرة الفلسطينية لتعميق الحوار العالمي والديمقراطية (مفتاح) من أجل بلورة وتطوير سياسات وموازنات عامة مستجيبة لاحتياجات النوع الاجتماعي، وذلك من خلال التركيز على دراسة وتقييم برامج وخدمات القطاعات الأكثر حساسية لقضايا النوع الاجتماعي كقطاعي التعليم والصحة العامة. ومما يزيد من أهمية هذه الدراسة أنها تأتي انسجاماً مع التوجهات والسياسة العامة، التي تمثلت مؤخراً بقرار مجلس الوزراء الفلسطيني بتاريخ 2009/6/22 بتبني موازنة حساسة للنوع الاجتماعي وتمكين وزارة شؤون المرأة من متابعة ومراقبة التزام الوزارات بقضايا المرأة، إضافة إلى استكمال استحداث وحدة للنوع الاجتماعي في كافة الوزارات الفلسطينية (جريدة القدس، عدد 14316، 2009/6/22). وعليه، تنبع أهمية هذه الدراسة من كونها الأولى بعد قرار مجلس الوزراء التي تقدم تشخيصاً وتحليلاً لأحوال القطاع الصحي العام من منظور النوع الاجتماعي، مع ضرورة الإشارة إلى أن هذه الدراسة تأتي في إطار استكمال الجهود البحثية التي قامت بها مؤسسة "مفتاح" بشأن قضايا الموازنات الحساسة للنوع الاجتماعي.

ونأمل أن تشكل نتائج هذا الدراسة مرجعية لعمل المهتمين من مؤسسات رسمية وأهلية وأفراد في سعيهم لجعل قضايا النوع الاجتماعي إحدى الركائز الأساسية للسياسات والبرامج التنموية للحكومات الفلسطينية المتعاقبة، خصوصاً ما يتعلق منها بالموازنات ومخصصات البرامج. فيمكن لنتائج هذه الدراسة وتوصياتها أن تؤثر في المساعي الرامية إلى التقدم على مسار الإصلاح الإداري والمالي وعلى مسار إعادة صياغة مشروع موازنة وزارة الصحة بما يجعلها أكثر توازناً واستجابة لصالح النوع الاجتماعي.

3.1 منهجية الدراسة:

تقترح الأدبيات المختلفة حول دراسات تقييم الأداء لقطاع الصحة من منظور النوع الاجتماعي مجموعة متنوعة من أدوات القياس والتحليل، التي يمكن من خلالها تحديد الفجوات القائمة والمسببة لعدم المساواة في فرص الحصول على الخدمات الصحية بين الذكور والإناث في مجتمع ما. وفي ما يلي عرض وجيز لأهم هذه الأدوات التحليلية Elsong, 1997 (WHO, 2002;) التي تم الاستئناس ببعضٍ منها في إعداد هذه الدراسة:

- تقييم السياسات من حيث النوع الاجتماعي :(Gender-aware policy appraisal) وتعتمد هذه الطريقة على مراجعة السياسات والبرامج المختلفة من خلال تفحص مدى اهتمامها بقضايا النوع الاجتماعي. وتقوم هذه الطريقة على مساءلة الفرضية القائلة بأن هذه السياسات هي محايدة من حيث أثرها على قضايا النوع الاجتماعي. فالسؤال المحوري هنا هو: إلى أي مدى من المحتمل أن تقلص هذه السياسات أو تزيد من اللامساواة بين النوع الاجتماعي.
- تقييم الاستراتيجيات والخطط الصحية متوسطة المدى من منظور النوع الاجتماعي (Gender-aware medium term health policy framework) .
- التقييم من وجهة نظر المستفيدين :(Gender-disaggregated beneficiary assessments) وتقوم هذه الطريقة على السؤال المباشر للمستفيدين الحاليين والمستفيدين المحتملين حول مدى استجابة البرامج والسياسات الحكومية لاحتياجاتهم وأولوياتهم.
- تحليل الإنفاق العام من منظور النوع الاجتماعي (Gender-public expenditure analysis): وتقوم هذه الطريقة على مقارنة الإنفاق العام لبرنامج ما من حيث توزيع الإنفاق بين الذكور والإناث، وعادة ما يتم ذلك بالاستناد إلى مسوحات الأسرة.
- تحليل الموازنة من منظور النوع الاجتماعي(Gender-aware budget statements analysis): وتعتمد هذه الطريقة على تحليل مدى التزام القطاع العام والتنسيق بين وزاراته ودوائره المختلفة ووضعه لموازنة مستجيبة للنوع الاجتماعي.
- تحاليل قياس التأثير من منظور النوع الاجتماعي gender-sensitive impact analyses)): ويعتمد ذلك على التحليل الكمي والنوعي للبرامج والمشاريع والخدمات من حيث مدى وصول هذه الخدمات إلى الفئات المستهدفة عن طريق مراجعة خطط ووثائق وزارة الصحة، بما يشمل مخصصات الإنفاق للبرامج والخدمات ومدى مراعاتها مواضيع النوع الاجتماعي.

ولتحقيق أهداف هذه الدراسة، ونظراً لتعذر الحصول على بيانات تفصيلية حول الإنفاق العام والموازنة العامة، تم توظيف منهجية بحثية تشتمل على الخطوات التالية:

- مراجعة تحليلية لواقع قطاع الصحة الفلسطيني، وذلك من خلال استعراض ومراجعة البيانات الرسمية المنشورة من قبل الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني ووزارة الصحة/ مركز المعلومات الصحي، من جهة، ومراجعة الدراسات السابقة التي تناولت بالتحليل المشكلات والتحديات التي يواجهها القطاع الصحي الفلسطيني بشكل عام.
- دراسة البنى الهيكلية والتنظيمية للمستويات الفنية والتنفيذية المختلفة للخدمات الحكومية في قطاع الصحة، ومراجعة موازنة وزارة الصحة كإطار ومرجعية، وربطها بهيكلية الوزارة من حيث توزيع الذكور والإناث على الوظائف المختلفة، وتحليل خطة الوزارة للأعوام 2008ـ2010.
- إجراء مسح ميداني لعينة عشوائية من المستفيدين من خدمات وزارة الصحة وبرامجها.

وقد تم تصميم استبانة واختيار عينة عشوائية من المستفيدين من خدمات وزارة الصحة الفلسطينية. تفاصيل منهجية هذا المسح، بما فيها أسس اختيار العينة ومواصفاتها، موضحة في الجزء 4-1 من الدراسة.

- إجراء مقابلات مع العاملين في قطاع الصحة الحكومي، وذلك لاستطلاع ومناقشة آرائهم تجاه مجموعة من القضايا المتعلقة باحتياجات النوع الاجتماعي من وجهة نظر مقدمي الخدمات الصحية.

4.1 أسئلة/ فرضيات الدراسة:

تسعى هذه الدراسة إلى الإجابة عن مجموعة من الفرضيات/ الأسئلة المرتبطة باللامساواة المحتملة بين الجنسين في مجال الصحة. ويمكن بلورة الأسئلة/ الفرضيات الرئيسية على النحو التالي:

15

- يتمتع الرجال بمستوى صحي أفضل من النساء.
- تختلف أنماط الأمراض الشائعة عند الرجال عن تلك التي تعاني منها النساء.
- تختلف معيقات الوصول إلى الخدمات الصحية عند الرجال عنها عند النساء.
- الرجال أكثر قدرة على الوصول إلى الخدمات الصحية مقارنة بالنساء.
- الخدمات الصحية التي يحتاجها الرجال متوفرة أكثر من تلك التي تحتاجها النساء.
- يقل معدل حصول النساء على المعلومات الصحية لحماية صحتهن عنه لدى الرجال.

5.1 خطة الدراسة:

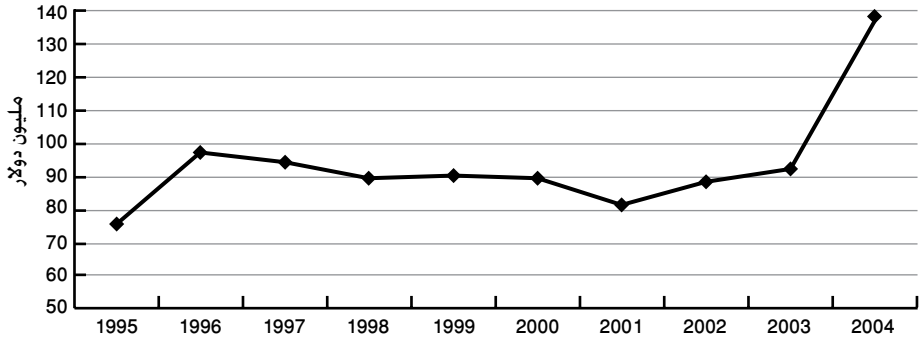
بالإضافة إلى هذا الفصل، تحتوي الدراسة على أربعة فصول رئيسية. يستعرض الفصل الثاني واقع ومشكلات قطاع الصحة الفلسطيني. أما الفصل الثالث، فيستعرض نتائج التقييم لبرامج وزارة الصحة المختلفة من منظور النوع الاجتماعي، فيما يتناول الفصل الرابع بالتحليل نتائج المسح الميداني للمستفيدين من الخدمات الصحية والمزودين لها. وتختتم الدراسة بأهم الخلاصات والتوصيات.

لمحة عامة حول واقع نظام الصحة الفلسطيني

يعد القطاع الصحي من أهم القطاعات الاجتماعية في الأرض الفلسطينية، حيث تشير آخر التقديرات إلى أن مجمل الإنفاق على الخدمات الصحية)بما يشمل إنفاق الأسرة المباشر (في الأرض الفلسطينية يصل إلى ما نسبته 13 بالمائة من إجمالي الناتج المحلي (وهو ما يشكل حوالي 122 دولاراً للفرد) (البنك الدولي، 2007). وتعتبر هذه النسبة مرتفعة جداً إذا قورنت بنسب الإنفاق على الصحة في بعض الدول المجاورة، فعلى سبيل المثال يشكل الإنفاق على الصحة ما نسبته 5,3% في مصر و 4,2% في سوريا و 7,8% في إسرائيل (WHO,2008).

ويعزى جزء من هذه النسب المرتفعة في الإنفاق على الصحة إلى زيادة إنفاق السلطة الوطنية الفلسطينية على الخدمات الصحية بشكل ملحوظ خلال العقد الماضي، إذ أظهرت بيانات وزارة المالية ارتفاعاً في مخصصات وزارة الصحة من حجم النفقات العامة لتصل إلى 140,157 مليون دولار أمريكي في العام 2005 (ما نسبته 10.6%) مقارنة بحوالي 100 مليون في العام 2003 (أي ما نسبته 9.5%) (وزارة المالية، 2006). وتعود هذه الزيادة في إنفاق السلطة الوطنية الفلسطينية على الخدمات الصحية إلى تزايد التشغيل في القطاع العام، حيث أدت فاتورة الأجور المرتفعة للسلطة الوطنية الفلسطينية، إضافة إلى الإنفاق على عقود الخدمات مع منظمات غير حكومية وتحويلات العلاج إلى الخارج، إلى تقليص الموارد المالية المتاحة للأدوية واللوازم الطبية والعمليات والصيانة، مع غياب شبه كامل لتمويل الإنفاق الرأسمالي (البنك الدولي، 2007).

شكل رقم (1): تطور النفقات العامة الجارية على الرعاية الصحية الفلسطينية 1994 - 2004



المصدر: الصحيفة الإلكترونية لوزارة المالية الفلسطينية.

وبالرغم من الزيادة الملحوظة في عدد المستشفيات ومراكز الرعاية الأولية وزيادة عدد الأسّرة والأطباء، فإن القطاع الصحي في الأرض الفلسطينية لا يزال يعاني من مشكلات عدة لم تستطع الجهات المشرفة عليه، برغم تعددها، تجاوزها (Mataria et al., 2008). ويشرف على القطاع الصحي وزارة الصحة الفلسطينية، فيما يتوزع نظام تقديم الخدمات الصحية بين وزارة الصحة ووكالة غوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين (الأونروا) والمؤسسات الأهلية المهتمة بالقطاع الصحي، إضافة إلى القطاع الخاص. وتحاول هذه الجهات توفير الخدمات الصحية الأساسية للمواطن الفلسطيني، إلا أنه ونظراً لقلة الموارد الاقتصادية والزيادة في عدد السكان، بالإضافة إلى العديد من المشكلات المرتبطة بالواقع الفلسطيني، لا يزال القطاع الصحي غير قادر على تجاوز العديد من المشكلات وتلبية حاجات المواطنين (Giacaman and Khatib, 2009).

1.2 نظام تقديم الخدمات الصحية:

كما هي عليه الحال في أنظمة الصحة الأخرى، يأخذ تقديم خدمات الرعاية الصحية (Health care Provision) في الأرض الفلسطينية الشكل الهرمي(Pyramidal Structure)، وتتمثل قاعدته بخدمات الرعاية الصحية الأولية والصحة العامة (المستوى الأول)، فيما تأتي الخدمات الصحية الثالثية في رأس الهرم والخدمات الثانوية في وسطه. وتمثل خدمات الرعاية الصحية الأولية نقطة الاحتكاك الأولى بين النساء والرجال، من جهة، وبين النظام الصحي، من جهة أخرى. وتشمل خدمات هذا المستوى العديد من البرامج التي يمكن تصنيفها ضمن ثلاثة برامج رئيسية:

1. برنامج الطب الوقائي، ويشمل برامج رصد ومكافحة الأمراض السارية والمزمنة والمنقولة جنسياً.
2. برنامج الصحة المجتمعية، ويشمل برامج الأمومة والطفولة والحمل الخطر وفحص الثدي وعنق الرحم وتنظيم الأسرة.
3. برنامج الصحة البيئية، ويشمل برامج الرقابة الغذائية والمياه ومكافحة الحشرات وغيرها.

وتشمل خدمات مستوى الرعاية الثانوية الرعاية الصحية التخصصية مثل: أمراض القلب والأمراض الباطنية. أما خدمات الرعاية الثالثية، فهي تشمل خدمات تخصصية عالية مثل طب الأعصاب والعناية المكثفة والجراحة. ومن الجدير ذكره هنا أن مزودي خدمات الرعاية الصحية في المستويين الثانوي والثالثي عادة يستقبلون مرضى محولين من قبل المستوى الأول للرعاية الصحية الأولية والمجتمعية.

وقد تأثرت تركيبة النظام الصحي الفلسطيني بشكل كبير بالأوضاع السياسية المتقلبة التي يعيشها الشعب الفلسطيني في الضفة الغربية وقطاع غزة، والتي أدت في كثير من الأحيان إلى مواجهة هذا النظام صعوبات عدة، أبرزها عدم كفاية الموارد المالية والبشرية والشرذمة التنظيمية والتشتت (روبرتس، 2005). ويعزو البعض (Mataria et al, 2008) هذا التشتت والتعقيد الشديد في تركيبة النظام الصحي الفلسطيني إلى تعدد الجهات المزودة للخدمات الصحية وضعف التنسيق فيما بينها، إذ يقوم بتزويد الخدمات الصحية بكافة مستوياتها أربع جهات متباينة بشكل كبير: القطاع الصحي الحكومي ممثلاً بوزارة الصحة، ومجموعة من المنظمات الأهلية غير الربحية، والقطاع الخاص، ووكالة غوث وتشغيل اللاجئين (الأونروا).

2.2 القطاع الحكومي: وزارة الصحة

تعد وزارة الصحة الفلسطينية، التي باشرت عملها في العام 1994، من أهم الوزارات الفلسطينية التي تميزت بأداء دور ريادي في تولي العديد من المهام. ومن أبرز مهام وزارة الصحة: تنظيم وتخطيط الرعاية الصحية والإشراف عليها، وذلك بالتنسيق مع جميع مقدمي الخدمات الصحية والمؤسسات التعليمية وغيرها من المؤسسات ذات العلاقة، إذ تقوم الوزارة بتفعيل وتنشيط برامج التثقيف الصحي المجتمعي من خلال إدارة ونشر المعلومات الصحية، إضافة إلى تطوير الكوادر البشرية وضمان تخصيص الإنفاق على خدمات الرعاية الصحية بحيث يتلاءم مع احتياجات السكان (وزارة الصحة، 2008).

وتمثل وزارة الصحة الفلسطينية العمود الفقري لقطاع الصحة في الأرض الفلسطينية، إذ تتصدر وزارة الصحة المكانة الأبرز في مجال تقديم الخدمات الصحية الأولية، فهي تشرف على 416 مركزاً للرعاية الصحية الأولية من أصل 654 مركزاً، أي ما نسبته 63.6% من إجمالي مراكز الخدمات الصحية الأولية في الضفة الغربية وقطاع غزة (PHIC, 2009). من جهة أخرى، تشغل الوزارة 24 مستشفى من أصل 78 (أي ما نسبة 30% من مستشفيات الضفة الغربية وقطاع غزة و58.3% من إجمالي عدد الأسرّة). ومن الجدير ذكره أن عدد أَسرّة وزارة الصحة المخصصة لأمراض النساء والولادة تبلغ 387 (13.5%) من إجمالي أسرة الوزارة، منها 179 سريراً في مستشفيات الضفة الغربية والباقي في مستشفيات قطاع غزة، فيما يبلغ عدد أَسرّة وزارة الصحة المخصصة للأطفال 561 سريراً (19.6% من إجمالي عدد الأسرة). النسبة الكبرى منها (12.6%) موجودة في قطاع غزة (PHIC, 2009).

وقد شهدت السنوات الماضية ازدياداً ملحوظاً في حجم الخدمات التي تقدمها وزارة الصحة، إذ استحوذت مرافق الوزارة على حوالي 46.1% من إجمالي عدد زيارات المرضى في العام 2005 (PCBS, 2006). فيما بلغ معدل الاستخدام حوالي 47.0% من إجمالي عدد المرضى في العام 2006 (World Bank, 2006). وتعزى هذه الزيادة في حجم الخدمات التي تقدمها الوزارة إلى زيادة عدد الأُسَر الفلسطينية المشمولة بالتأمين الصحي الحكومي، من جهة، وتدهور الأوضاع الاقتصادية، ما أدى إلى زيادة عدد الفلسطينيين غير القادرين على تحمل تكاليف الخدمات الصحية المقدمة من قبل جهات أخرى، لا سيّما تلك المقدمة من القطاع الخاص. ومن الجدير ذكره أن هذه الزيادة الملحوظة في حجم الخدمات المقدمة من وزارة الصحة ترافقت مع أزمة مالية حادة واجهها القطاع الصحي بعد أن أوقفت إسرائيل تحويل إيرادات الضرائب إلى السلطة الفلسطينية، إضافة إلى الانخفاض الحاد في حجم المساعدات الخارجية، الأمر الذي أدى إلى عدم قدرة الوزارة على تأمين النفقات التشغيلية وتدهور في نوعية الخدمات المقدمة للجمهور (Abu Zaineh et al, 2008).

جدول رقم (1): مؤشرات توزيع مرافق الخدمات الصحية حسب مقدمي الخدمة والمنطقة

	وزارة الصحة		قطاع المنظمات الأهلية غير الربحية		القطاع الخاص		الأونروا		المجموع
	الضفة الغربية	قطاع غزة	الضفة الغربية	قطاع غزة	الضفة الغربية	قطاع غزة	الضفة الغربية	قطاع غزة	
مراكز الرعاية الصحية الأولية*	360	56	130	55	غير متوفر	غير متوفر	35	18	654
مراكز الرعاية الثانوية والثالثية**	14	10	20	10	21	2	1	0	78
إجمالي عدد الأَسرّة	1316	1499	1196	485	432	34	63	0	5025
حصة الأَسرّة المخصصة للنساء والولادة***	6.3%	7.3%	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر
حصة السوق (حسب عدد الزيارات)****	46.1%		12.8%		21.4%		19.7%		100%
معدل الاستخدام (من إجمالي المرضى)*****	47.0%		11.7%		16.7%		24.6%		100%

المصدر:

* Ministry of Health. Health Status in Palestine, 2008 Annual report, Palestine, October 2008

** Ministry of Health. Health Status in Palestine, 200* Annual report, Palestine, October 2008

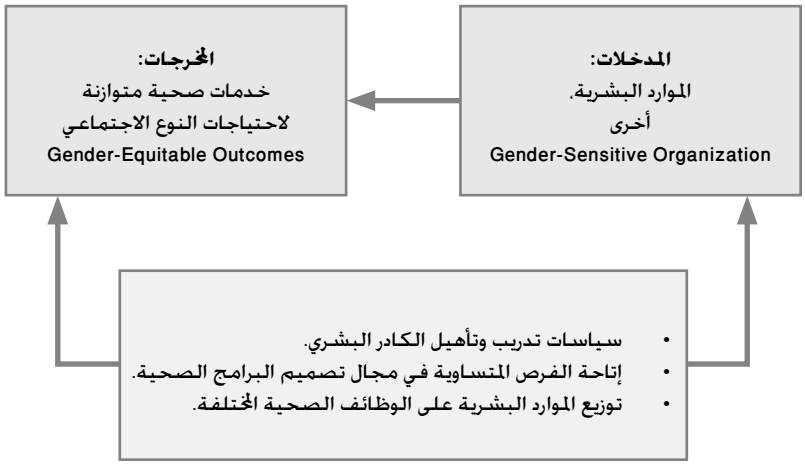
*** PCBS. Health Care Providers and Beneficiaries Survey-2005, Main Findings, June 2006

**** World Bank, BCRD. The Role and Performance of Palestinian NGOs in Health, Education & Agriculture, December 2006

3.2 الموارد البشرية العاملة في القطاع الصحي الحكومي من حيث توازنها إزاء النوع الاجتماعي:

يعتبر توازن النوع الاجتماعي في تأهيل الموارد البشرية وتوظيفها وتوزيعها على الوظائف الإدارية والإشرافية والفنية المختلفة في القطاع الصحي من أهم العوامل التي تساعد في تطوير وتقديم خدمات صحية متوازنة كماً ونوعاً ومستجيبة للاحتياجات الصحية المختلفة لكل من النساء والرجال (Chen et al.,2004). وتشير بعض الدراسات السابقة إلى الارتباط الوثيق بين تحسن مستوى المخرجات (المستوى الصحي لكلا الجنسين) وبين تبني المؤسسة «المنظور الجنسوي» في كافة إجراءاتها وسياساتها الداخلية، لاسيما تلك المتعلقة بسياسات التوظيف والتدريب وإتاحة الفرص المتساوية في مجال تصميم وتنفيذ الأنشطة والمشاريع المختلفة.

شكل رقم (2): الإطار النظري لتحليل العلاقة بين مدخلات ومخرجات المنظمة من وجهة نظر النوع الاجتماعي



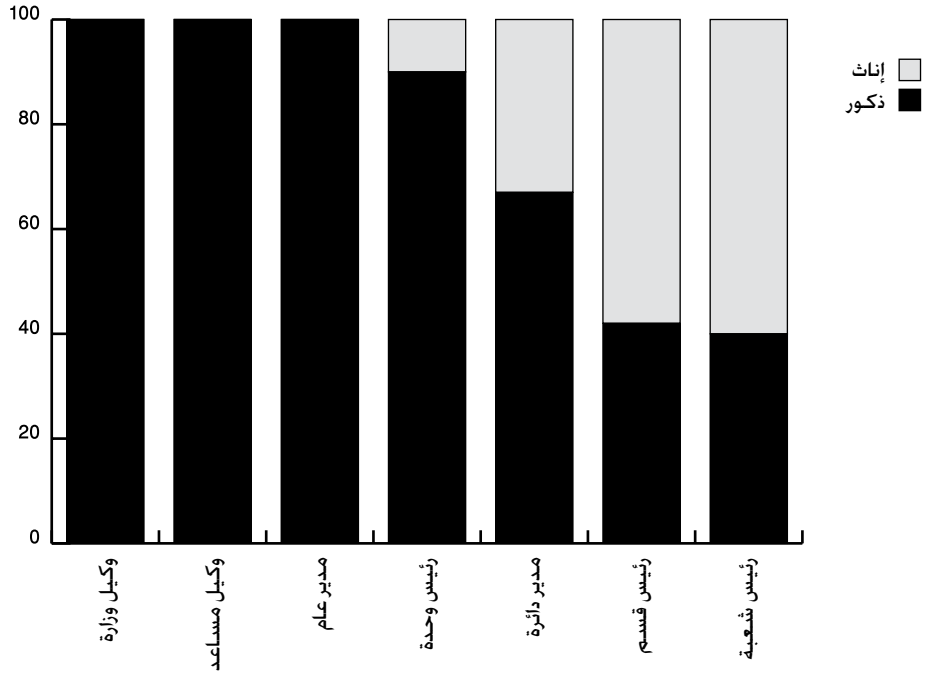
يهدف هذا القسم إلى مراجعة واقع توظيف وتوزيع الموارد البشرية في قطاع الصحة من حيث توازن النوع الاجتماعي، وذلك بالاستناد إلى البيانات الرسمية المتوفرة من وزارة الصحة الفلسطينية والجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني.

يعد القطاع الصحي الحكومي المشغل الأكبر للقوى العاملة في القطاع الصحي، حيث بلغ عدد موظفي وزارة الصحة في العام 2006 حوالي13,057 (وزارة الصحة، 2008)، وهو ما يشكل حوالي 41% من إجمالي العاملين في القطاع الصحي وفقاً لبيانات الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني(PCBS, 2006) . ويبين الجدول رقم (2) أعداد ونسب توزيع الذكور والإناث في الوظائف الإدارية والإشرافية حسب آخر هيكلية تنظيمية معتمدة من وزارة الصحة. وكما يشير الجدول والشكل رقم (2)، فإن توزيع الوظائف الإدارية والإشرافية في وحدات وزارة الصحة لا يزال مختلاً بشكل كبير لصالح الرجال. ويبرز هذا بشكل خاص في مواقع الإدارة العليا (وكيل وزارة، وكيل مساعد، مديرين عامين)، إذ لا يزال تمثيل النساء محدوداً، فهن يشكلن ما نسبته 23% فقط من إجمالي هذه الوظائف، تتركز جميعها في موقع مديرين عامين في محافظات الضفة الغربية. وتزداد نسب تمثيل النساء بشكل ملحوظ في الوظائف الإدارية والإشرافية الأدنى كوظائف رؤساء الأقسام والشعب بواقع 58% و60% على التوالي. وبالرغم من أهمية هذه الوظائف في متابعة القرارات الإدارية وتنفيذها، فإن استمرار غياب تمثيل النساء في المواقع الإدارية العليا قد ينعكس سلباً على فرص بلورة سياسات واتخاذ قرارات أكثر توازناً فيما يخص القضايا والاحتياجات الصحية للنوع الاجتماعي.

جدول رقم (2): توزيع الوظائف الإدارية والإشرافية في وحدات وزارة الصحة الفلسطينية حسب النوع الاجتماعي

المسمى الوظيفي	المحافظات الشمالية				المحافظات الجنوبية				المجموع			
	ذكور		إناث		ذكور		إناث		ذكور		إناث	
وكيل وزارة	1	100%	0	0%	1	100%	0	0%	2	100%	0	0%
وكيل مساعد	1	100%	0	0%	1	100%	0	0%	1	100%	0	0%
مدير عام	11	73%	4	27%	3	100%	0	0%	14	100%	4	0%
رئيس وحدة	9	90%	1	10%	1	100%	0	0%	10	90%	1	10%
مدير دائرة	46	58%	33	42%	38	83%	8	17%	84	67%	41	%33
رئيس قسم	35	34%	69	66%	30	61%	19	39%	65	42%	88	%58
رئيس شعبة	17	26%	49	74%	22	69%	10	31%	39	40%	59	60%
المجموع/ النسبة للوزارة	**118**	**43%**	**156**	**57%**	**94**	**72%**	**37**	**28%**	**221**	**53%**	**193**	**47%**

شكل رقم (3): توزيع الوظائف الإدارية والإشرافية في وحدات وزارة الصحة حسب النوع الإجتماعي



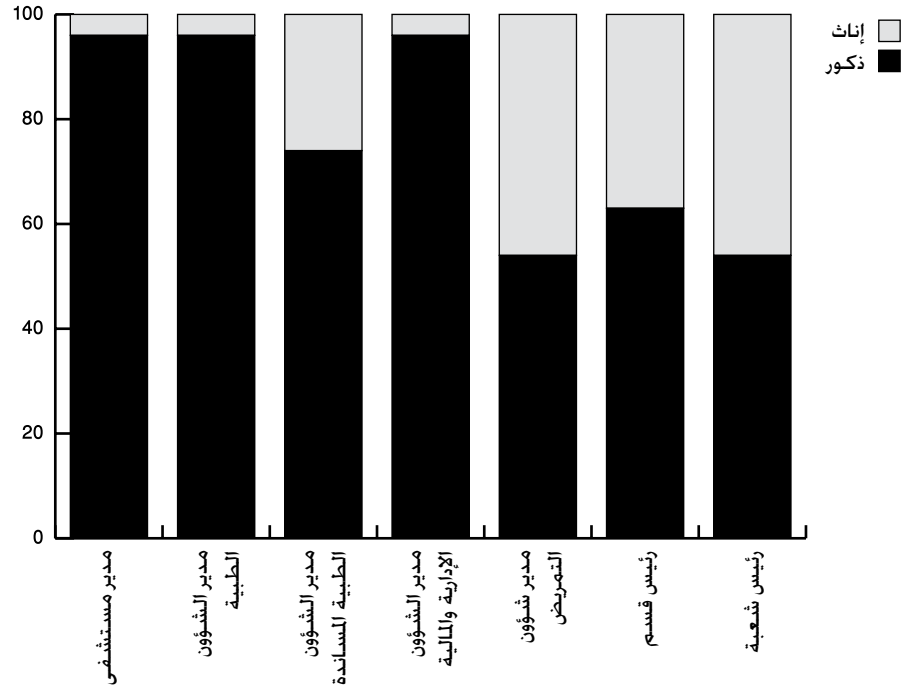
وفيما يتعلق بتوزيع الوظائف الإدارية والإشرافية في المرافق الصحية (المستشفيات ومديريات الصحة) حسب النوع الاجتماعي، يوضح الجدولان رقم 3 ورقم 4 أن نسب تمثيل النساء في المراتب الإدارية العليا لا تزال ضئيلة للغاية، إذ تشكل نسبة النساء اللاتي يشغلن منصب مدير مستشفى 4% فقط، في حين تزيد هذه النسبة في منصب مدير صحة إلى 12%. ويلاحظ، أيضاً، تزايد نسب تمثيل النساء بشكل لافت في المراتب الفنية والإشرافية الأدنى، إذ تصل هذه النسبة إلى 37% و46% لوظائف مثل رئيس قسم ورئيس شعبة في المستشفى على التوالي، وإلى 65% لوظائف مثل مدير شؤون التمريض في مديرية الصحة.

جدول رقم (3): توزيع الوظائف الإدارية والإشرافية في المستشفيات التابعة لوزارة الصحة حسب النوع الاجتماعي

المسمى الوظيفي	المحافظات الشمالية				المحافظات الجنوبية				المجموع			
	ذكور		إناث		ذكور		إناث		ذكور		إناث	
مدير مستشفى	11	92%	1	8%	12	100%	0	0%	23	96%	1	4%
مدير الشؤون الطبية	11	92%	1	8%	9	100%	0	0%	20	96%	1	4%
مدير الشؤون الطبية المساندة	6	67%	3	33%	8	80%	2	20%	14	74%	5	26%
مدير الشؤون الإدارية والمالية	11	92%	1	8%	9	100%	0	0%	20	96%	1	4%
مدير شؤون التمريض	2	17%	10	87%	11	92%	1	8%	13	54%	11	46%
رئيس قسم	123	50%	123	50%	112	89%	14	11%	235	63%	137	37%
رئيس شعبة	76	47%	86	53%	53	69%	24	31%	129	54%	110	46%
المجموع/ النسبة للمستشفى	**240**	**52%**	**225**	**48%**	**214**	**84%**	**41**	**16%**	**454**	**63%**	**266**	**37%**

ويلاحظ، أيضاً، من قراءة البيانات الواردة في الجدولين رقم 3 و4 أن هناك تفاوتاً كبيراً في توزيع وظائف القطاع الصحي حسب النوع الاجتماعي بين محافظات الضفة الغربية وقطاع غزة، إذ تفوق إجمالي نسبة النساء العاملات في المستشفيات ومديريات الصحة في محافظات الضفة الغربية على إجمالي نسبة النساء العاملات في هذه المرافق في محافظات قطاع غزة. فقد بلغت هذه النسبة 48% و49% لمستشفيات ومديريات الصحة في الضفة الغربية مقابل 16% و23% لمستشفيات ومديريات الصحة في قطاع غزة على التوالي.

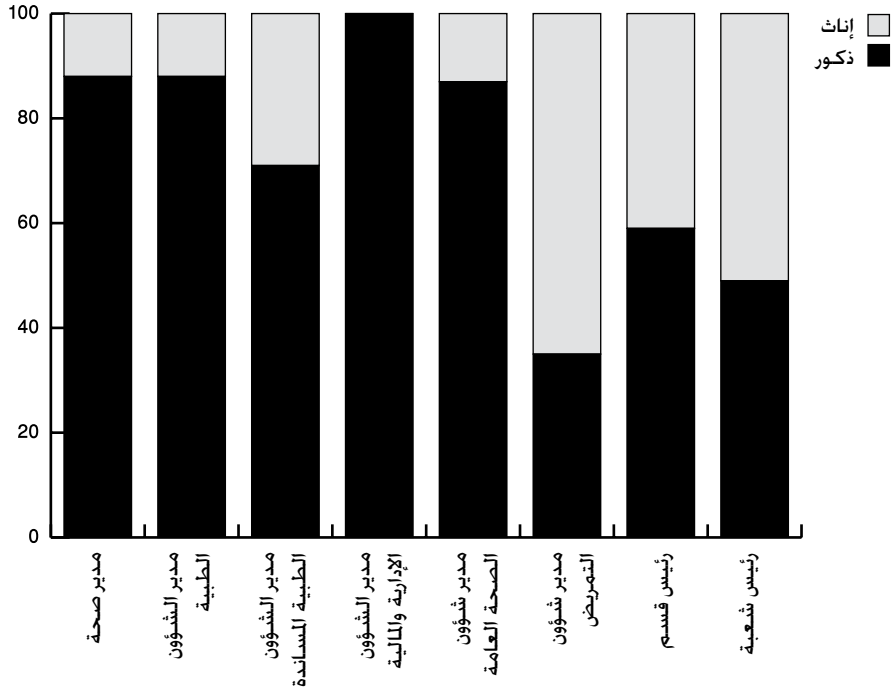
شكل رقم (4): توزيع الوظائف الإدارية والإشرافية في مستشفيات وزارة الصحة حسب النوع الإجتماعي



جدول رقم (4): توزيع الوظائف في مديريات الصحة التابعة لوزارة الصحة حسب النوع الاجتماعي

المسمى الوظيفي	المحافظات الشمالية				المحافظات الجنوبية				المجموع			
	ذكور		إناث		ذكور		إناث		ذكور		إناث	
مدير صحة	11	100%	0	0%	3	60%	2	40%	14	88%	2	12%
مدير الشؤون الطبية	10	83%	2	17%	5	100%	0	0%	15	88%	2	12%
مدير الشؤون الطبية المساندة	5	56%	4	44%	5	100%	0	0%	10	71%	4	29%
مدير الشؤون الإدارية والمالية	12	100%	0	0%	5	100%	0	0%	17	100%	0	0%
مدير شؤون الصحة العامة	8	80%	2	20%	5	100%	0	0%	13	87%	2	13%
مدير شؤون التمريض	1	8%	11	92%	5	100%	0	0%	6	35%	11	65%
رئيس قسم	110	53%	96	47%	44	79%	12	21%	154	59%	108	41%
رئيس شعبة	111	44%	144	56%	56	70%	24	30%	167	49%	168	51%
المجموع/ النسبة للوزارة	**268**	**51%**	**259**	**49%**	**128**	**77%**	**38**	**23%**	**396**	**57%**	**297**	**43%**

شكل رقم (5): توزيع الوظائف الإدارية والإشرافية في مديريات الصحة حسب النوع الاجتماعي



وبالرغم من وجود خطة استراتيجية لتنمية الموارد البشرية في القطاع الصحي تم تطويرها عام 2001 من قبل وزارة الصحة، فإن مراجعتنا بنود هذه الخطة ومكوناتها تشير إلى افتقارها إلى متغير أساسي في عملية تطوير الموارد البشرية؛ وهو متغير النوع الاجتماعي، إذ تم التعامل مع مجمل قضايا تطوير وتنظيم الكادر البشري بالاعتماد على متغيرات كالتخصص والتوزيع الجغرافي دون

الإشارة إلى أي استراتيجيات من شأنها تحقيق التوازن بين توظيف الإناث والذكور، وبشكل متساوٍ في مختلف الوظائف الإدارية والفنية والإشرافية في قطاع الصحة. وينطبق هذا الأمر على ما ورد في القسم المتعلق بتنمية الموارد البشرية في الخطة الاستراتيجية الوطنية (خطة التنمية متوسطة المدى 2008-2010)، حيث خلت توصيات هذه الخطة ومشاريع الوزارة التطويرية للأعوام 2008-2010 من أي إشارة إلى ضرورة وضع آليات لتحقيق توازن النوع الاجتماعي في تطوير موارد بشرية كافية وملائمة لقطاع الصحة.

4.2 قراءة أولية في مؤشرات الصحة العامة من منظور النوع الاجتماعي:

تشكل المراجعة الدورية للمؤشرات الصحية الأساسية نقطة الانطلاق الأولى في قياس وتقييم أداء النظم الصحية، بشكل عام، وأثر خدمات البرامج الصحية المختلفة، بشكل خاص. ويمكن من خلال هذه المراجعة التعرف، ولو بشكل أولي، على أهم الفروقات والفجوات في مؤشرات الصحة العامة من منظور النوع الاجتماعي. وعلى الرغم من التقدم الكبير الذي قطعته وزارة الصحة الفلسطينية ممثلة بمركز المعلومات الصحية الفلسطيني في إعداد المؤشرات الصحية الأساسية، فإن الكثير من هذه المؤشرات والبيانات لا تزال تفتقر إلى البيانات التي توضح الفروق في المؤشرات الصحية على أساس النوع الاجتماعي والخدمات الصحية التي يتلقاها الذكور والإناث بشكل مفصل. يسعى هذا الجزء إلى مراجعة أهم المؤشرات الصحية مع التركيز على تلك المتصلة بقضايا النوع الاجتماعي وصحة المرأة والطفل، وذلك بالاستناد إلى البيانات الرسمية المتوفرة من وزارة الصحة الفلسطينية والجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، إضافة إلى البيانات الصادرة عن تقارير بعض المؤسسات الدولية العاملة في الأرض الفلسطينية.

سجل العمر المتوقع عند الولادة في فلسطين لكلا الجنسين ارتفاعاً ما بين العامين 2003 و2008. وتستطيع النساء الفلسطينيات الآن أن يتوقعن العيش لغاية 75 سنة. وبالرغم من هذا التقدم الملحوظ في معدل العمر المتوقع للنساء، فإنه لا يزال أقل من التقديرات لدول مجاورة مثل الأردن ولبنان وإسرائيل، إذ بلغ معدل العمر المتوقع للنساء في هذه الدول 81 و83 و85 سنة على التوالي. من جهة أخرى، يلاحظ من الجدول رقم (5) أن حجم الفجوة في معدل العمر المتوقع لكلا الجنسين قد تضاءل بين العامين 2003 و 2008، وهو أقل من حجم الفجوة المتوقع بين الجنسين، إذ إن للنساء ميزة بيولوجية على الرجال فيما يخص العمر المتوقع عند الولادة. تشير الدراسات (WHO, 2002) إلى أنه عندما تتوافر الظروف الصحية الملائمة تعيش النساء، عموماً، خمس سنوات أكثر من الرجال. وحيثما تضيق الفجوة في معدل العمر المتوقع بين الجنسين أو يبقى معدل العمر المتوقع للنساء معادلاً لعمر الذكور، فإن ذلك يشير إلى احتمال أن النساء يحصلن أقل من الرجال على الرعاية الصحية الملائمة أو التغذية المناسبة (البنك الدولي، 2005).

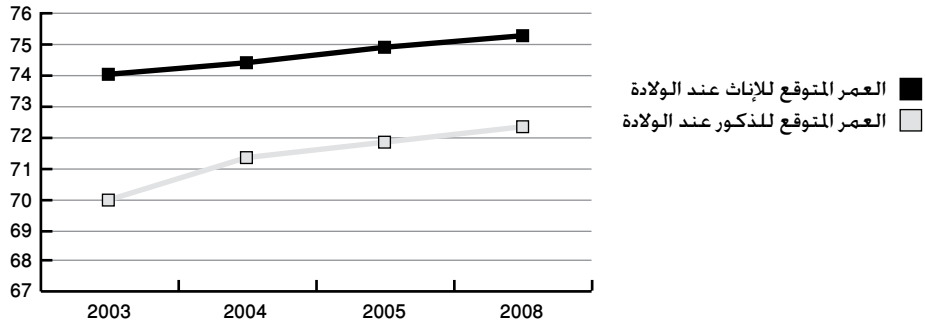
جدول رقم (5): معدل العمر المتوقع عند الولادة في فلسطين حسب النوع الاجتماعي

السنة	العمر المتوقع للذكور عند الولادة	العمر المتوقع للإناث عند الولادة	الفجوة بين متوسط العمر المتوقع عند الولادة للإناث والذكور
2003	70,0	74,0	4
2004	71,1	74,3	3,2
2005	71,5	74,7	3,2
2008	71,9	75,0	3,1

المصدر: برنامج الأمم المتحدة الإنمائي WPP 2009

عادةً ما يعكس جانب كبير من المكاسب المتحققة في العمر المتوقع، عموماً، وفي عمر النساء، على وجه الخصوص، انخفاضاً في وفيات الأطفال الرضّع والأمهات أثناء الولادة، وهذا يعكس بالتالي رعاية أفضل للحوامل وارتفاعاً في نسبة الولادات التي تتم بإشراف عاملين طبيين. وفيما يتعلّق بالمواليد والوفيات، تشير بيانات المسح الصحي الديمغرافي الذي نفّذه الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني في العام 2005 إلى أنّ مستويات الوفيات في الأرض الفلسطينية قد شهدت انخفاضاً نتيجة لتحسن مستوى الخدمات الصحية والاهتمام بالواقع الصحي، الأمر الذي انعكس بالإيجاب على مستويات وفيات الرضع، إذ انخفضت هذه المعدلات من 27.7 لكل 1000 ولادة حية خلال الفترة 1990-1994 لتصل إلى 24.2 لكل 1000 ولادة حية خلال الفترة 1999-2003، ما أدّى إلى ارتفاع العمر المتوقّع عند الولادة ليصل إلى نحو 71.5 سنة للذكور و74.7 سنة للإناث.

شكل رقم (6): معدل العمر المتوقع للذكور والإناث



وبالرغم من ذلك، لا تزال معدلات وفيات الأمهات المسجلة أثناء الولادة في الأرض الفلسطينية مرتفعة مقارنة بما هي عليه الحال في الدول الأخرى ذات الدخل المشابه، وقد سجلت نسبة وفيات الأمهات على المستوى الوطني في العام 2008 ارتفاعاً (حوالي 19.6 لكل 100000 مولود) (مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، 2009) مقارنة بـ 12.7 لكل 100000 مولود في العام 2003، أي ما نسبته 22.3% من النساء اللواتي في سن الإنجاب (15 - 49 سنة) (مركز معلومات وإعلام المرأة الفلسطيني، 2004). ومن الجدير ذكره أن ما نسبته 43.8% من النساء الفلسطينيات هن في سن الإنجاب (15-49 سنة)، فيما تشير البيانات إلى أن غالبية الولادات تحدث في المستشفيات (95.2%) وأن مستشفيات وزارة الصحة تستقبل حوالي (47.7%) من هذه الولادات. ويشير ذلك إلى أن غالبية النساء الفلسطينيات يخترن الولادة في المستشفيات، بصفة عامة، ومستشفيات وزارة الصحة، بصفة خاصة، إذ يوفر التأمين الصحي الحكومي التغطية المالية لتكاليف الولادة.

ومن المهم، أيضاً، الإشارة هنا إلى أن تقرير مركز المعلومات الصحية الفلسطيني للعام 2008 كان أشار إلى أن نسبة وفيات الأمهات أقل من النسبة المتوقعة، مؤكداً أهمية العمل للوصول إلى النسبة الحقيقية، لما يمثله هذا المؤشر من أهمية خاصة في قياس وتقييم أداء البرامج والخدمات الإنجابية، ولذلك فقد تم تشكيل لجنة وطنية لمتابعة التسجيل والتبليغ عن وفيات الأمهات في الضفة الغربية أو قطاع غزة. وعلى الرغم من أهمية هذه الخطوة في إطار الجهود لجمع وإعداد بيانات أكثر دقة، فإن ذلك لا يشكل بديلاً عن تضمين هدف خفض معدلات وفيات الأمهات ضمن الخطة الوطنية للصحة، إذ خلت الخطة الحالية (الخطة الاستراتجية الوطنية للصحة للأعوام 2008-2010) من أي إشارة إلى أهداف محددة في هذا الخصوص، علماً أن خفض معدلات وفيات الأمهات يُعَدُّ واحداً من الأهداف الأساسية التي نص عليها تقرير التنمية الألفية.

على صعيد آخر، لا يزال معدل الخصوبة الكلي في الأرض الفلسطينية (الذي يمثل عدد الأطفال الذين يمكن أن يولدوا للمرأة فيما لو عاشت حتى نهاية سنوات إنجابها وأنجبت أطفالاً وفقاً لمعدلات الخصوبة السائدة والمحددة بعمر معين) من أعلى المستويات في العالم، ويعود ارتفاع مستويات الخصوبة إلى استمرار ظاهرة الزواج المبكر، خاصة بين الإناث، والرغبة في الإنجاب، إضافة إلى العادات والتقاليد السائدة في مجتمعنا. بالرغم من ذلك، سجل معدل الخصوبة الكلي تراجعاً ملحوظاً خلال العقدين الماضيين، إذ أشارت آخر البيانات المتوفرة إلى أن معدل الخصوبة الكلي بين النساء خلال فترة الإنجاب بلغ 4.6 مواليد لكل أنثى على المستوى الوطني (5.4 في قطاع غزة و4.2 في الضفة الغربية) (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2006). ويعود جزء من السبب في هذا الانخفاض إلى ارتفاع نسبة التعليم للمرأة، إذ بلغت نسبة الإناث إلى الذكور في التعليم الأساسي ما يعادل 97.7% في العام الدراسي 2004/2003، فيما في المرحلة الثانوية بلغت النسبة 106.7% وفي التعليم العالي بلغت 98.0% للعام نفسه (وزارة التربية والتعليم العالي، 2005).

ولاشك في أن هذا الانخفاض في معدلات الخصوبة يعود، أيضاً، إلى زيادة الاهتمام في برامج تنظيم الأسرة، إذ تحتل هذه البرامج حيزاً كبيراً من اهتمامات مختلف مقدمي الخدمات الصحية، بصفة عامة، ووزارة الصحة الفلسطينية، بصفة خاصة. وقد تمثل هذا الاهتمام في زيادة عدد مراكز الرعاية الصحية الأولية التي تقدم خدمات تنظيم الأسرة خلال عام 2008 لتصل إلى 115 مركزاً تقدم خدمات تنظيم الأسرة في مختلف المحافظات، منها 97 مركزاً في الضفة الغربية، و18 مركزاً في قطاع غزة. وبلغ عدد المترددات على مراكز تنظيم الأسرة في المحافظات الشمالية خلال الربع الأول فقط من العام 2009 حوالي 8824 (مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، 2009). وكان عدد زيارات المستفيدات من برامج تنظيم الأسرة خلال عام 2008 حوالي 111403 زيارات، وبلغ عدد النساء الجدد اللواتي استفدن من خدمة تنظيم الأسرة خلال الفترة نفسها 26593 امرأة، فيما كانت الوسيلة الأكثر استخداماً من المستفيدات خلال عام 2008 هي الحبوب، إذ بلغ عدد النساء اللواتي استخدمن هذه الوسيلة 4944 سيدة مقارنة بـ 2793 سيدة استخدمن اللولب (الوضع الصحي في فلسطين 2008، 2009).

وعلى الرغم من أهمية زيادة أعداد المترددات على مراكز رعاية وتنظيم الأسرة وزيادة انتشار وسائل تنظيم الأسرة، فإنه تجدر الإشارة هنا إلى أن معدلات الإنجاب السائدة عادةً ما تعكس خيارات يتخذها الرجال وفقاً لاعتبارات اجتماعية واقتصادية وثقافية، ولا ترتبط فقط بمدى توفر وسائل تنظيم الأسرة للمرأة، وهذا ما يفسر ظاهرة تعايش معدلات الخصوبة المرتفعة في كثير من دول العالم الثالث مع معدلات انتشار موانع الحمل. وتشير بعض الدراسات (Pritchet, 1994)إلى أن ما نسبته 90% من الفوارق في معدلات الخصوبة في بلدان دول حوض البحر المتوسط وشمال أفريقيا ترجع إلى الاختلافات في مستوى الخصوبة المرغوبة (أي عوامل الطلب)، وليس إلى توفر أو عدم توفر عوامل موانع الحمل. وبالتالي، فإنه إذا رغبنا في فهم أثر تنظيم الأسرة كأحد المؤشرات المهمة في تقييم مدى الاستجابة لاحتياجات النوع الاجتماعي، فإنه من المهم تحديد أي فئة عمرية تستخدم وسائل منع الحمل وأي وسيلة يجري استخدامها (حيث إن بعض الوسائل لها تداعيات على وضع المرأة الصحي) وما هو السياق الذي يتوفر فيه الدافع.

من جهة أخرى، يشير تحليل أول مسح شامل للإنفاق على الصحة في الأرض الفلسطينية، الذي أجراه الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني في العام 2004، إلى أن نسبة النساء اللاتي يعانين من أمراض مزمنة هي بشكل عام أعلى من نسب الرجال (انظر جدول رقم 6 والشكل 7). ومن الملاحظ أيضاً عند قراءتنا نتائج هذا المسح الذي شمل عينة تمثيلية للسكان في الضفة الغربية وقطاع

غزة (وليس فقط المستفيدين من الخدمات الصحية) أن نسب الذين يعانون من مرضين مزمنين أو ثلاثة هي أعلى عند النساء اللواتي يعانين من أمراض مزمنة (61% من مرضين مزمنين و93% من ثلاثة أمراض مزمنة مقابل 39% و82,8% من الرجال الذين يعانون من أمراض مزمنة على التوالي). وبالرغم من أن نسبة الذين يتلقون علاجاً منتظماً للأمراض المزمنة أعلى عند النساء مقارنة بالرجال (على سبيل المثال يتلقى 95% من النساء اللواتي يعانين من مرضين مزمنين علاجاً منتظماً مقابل 84% من الرجال)، فإنه من الملاحظ أن هذه النسبة تصبح في صالح الرجال الذين يعانون من ثلاثة أمراض مزمنة، حيث يتلقى حوالي 93% من الرجال علاجاً منتظماً مقابل 83% من النساء اللواتي يعانين من ثلاثة أمراض مزمنة.

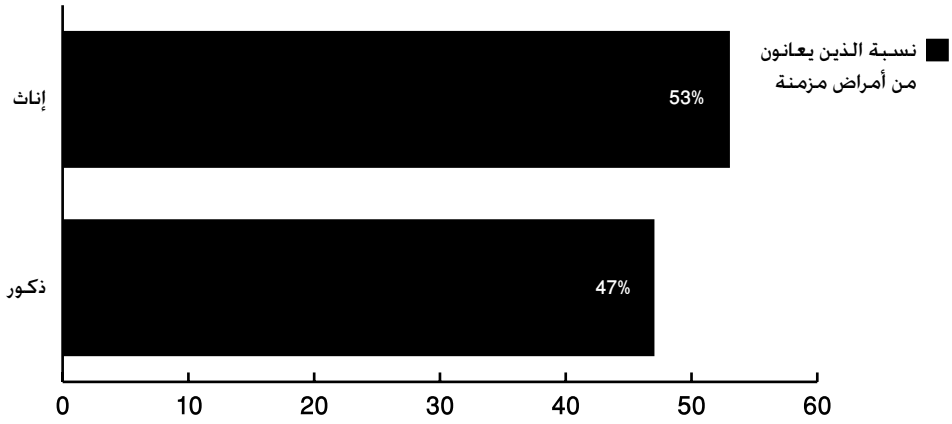
جدول رقم (6): توزيع أنماط الأمراض حسب النوع الاجتماعي في الأرض الفلسطينية

الجنس	العدد	الذين يعانون من أمراض مزمنة		الذين يعانون من مرض مزمن واحد على الأقل		الذين يعانون من مرضين مزمنين		الذين يعانون من ثلاثة أمراض مزمنة		المصابون بأمراض مزمنة لعمر أقل من خمس سنوات	المصابون بأمراض مزمنة لعمر يزيد على خمسين سنة	عدد المصابين بالأمراض الأكثر شيوعاً	
		العدد (النسبة)		العدد	متلقي العلاج (النسبة)	العدد	متلقي العلاج (النسبة)	العدد	متلقي العلاج (النسبة)	العدد (نسبتهم من المرضى)	العدد (نسبتهم من المرضى)	سكري	ضغط الدم
ذكور	12894	1162 (47%)		1157 (47%)	1073 (92,7%)	270 (39%)	226 (84%)	69	64 (92,7%)	58 (5%)	498 (42,3%)	234 (45%)	148 (32%)
إناث	12286	1309 (53%)		1302 (53%)	1221 (93,7%)	416 (61%)	396 (95%)	134	111 (82,8%)	48 (4%)	750 (57,3%)	285 (55%)	308 (67%)
المجموع	**25180**	**2471 (100%)**		**2459 (100%)**	**2294 (93,3%)**	**686**	**622 (91%)**	**203**	**175 (86,2%)**	**106 (4,2%)**	**1248 (50,5%)**	**519 (100%)**	**456 (100%)**

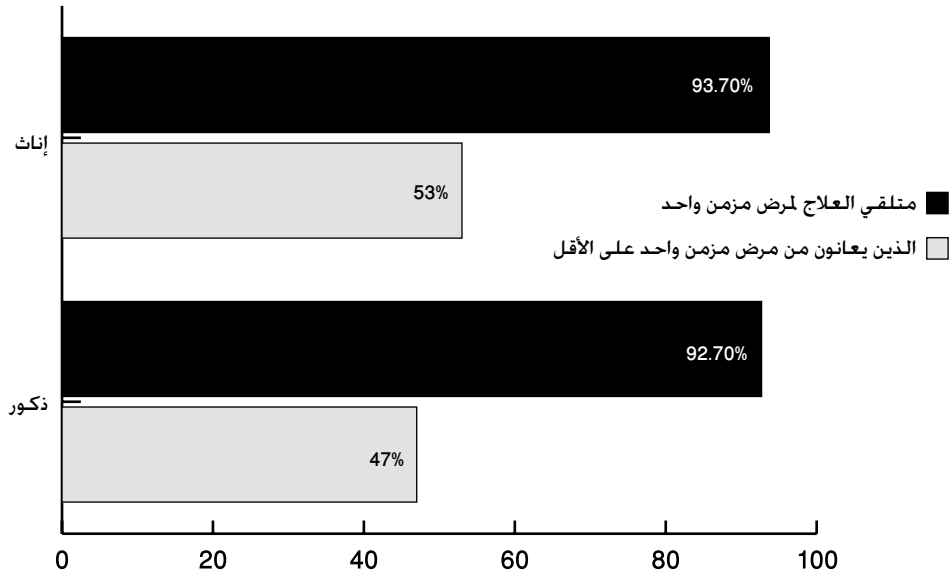
المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، (2004).مسح الإنفاق على الصحة، 2004.

شكل رقم (7):

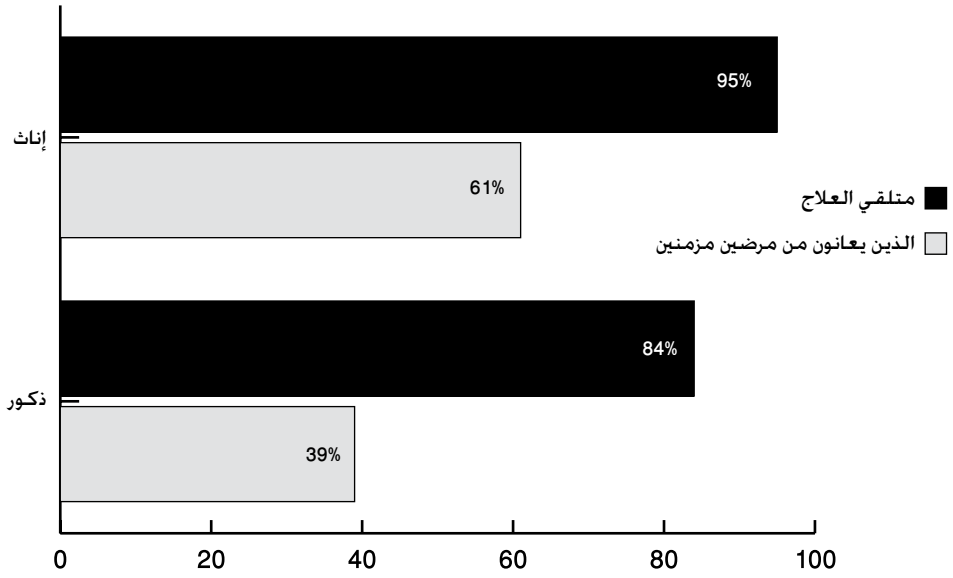
التوزيع النسبي للذين يعانون من أمراض مزمنة حسب النوع الإجتماعي



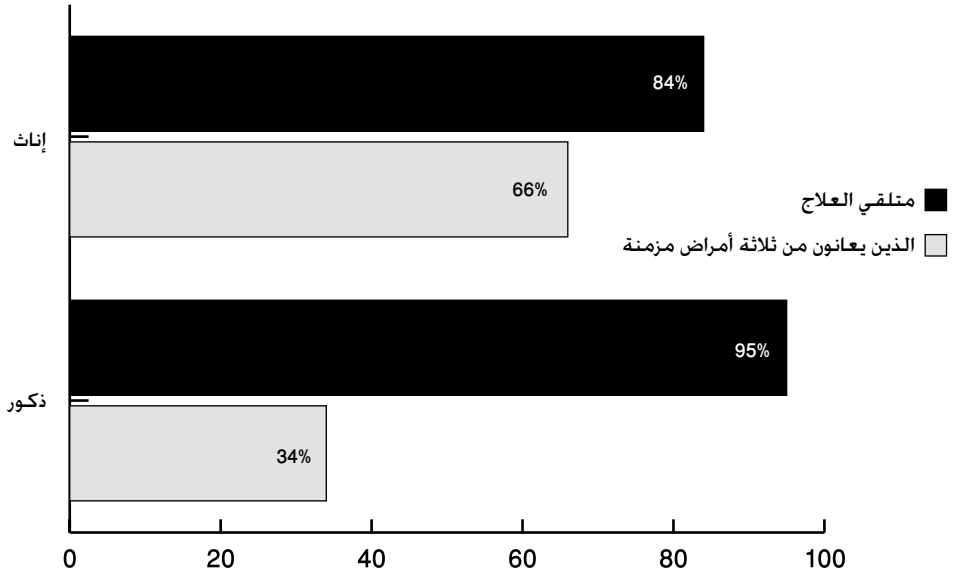
التوزيع النسبي للذين يعانون من مرض مزمن واحد ونسبة الذين يتلقون علاج



التوزيع النسبي للذين يعانون من مرضين مزمنين ونسبة الذين يتلقون علاج



التوزيع النسبي للذين يعانون من ثلاثة أمراض مزمنة ونسبة الذين يتلقون علاج



تقيم الوضع الصحي وخدمات قطاع الصحة من وجهة نظر الفئات المستفيدة على أساس النوع الاجتماعي

يهدف هذا الجزء إلى عرض وتحليل نتائج المسح الميداني لوجهات نظر الفئات المستفيدة من خدمات قطاع الصحة الحكومي من منظور النوع الاجتماعي. ويتكون هذا الجزء من أربعة أقسام رئيسية: يعرض القسم الأول منهجية المسح الميداني، ويعرض القسم الثاني أهم الخصائص الخلفية لعينة البحث، فيما يتناول القسم الثالث مؤشرات التقييم الذاتي للحالة الصحية وأنماط الأمراض السائدة، ويستعرض القسم الرابع أهم معيقات الوصول إلى المرافق الصحية، فيما يناقش القسم الخامس نتائج تقييم المستفيدين للخدمات الصحية في مرافق الرعاية الأولية والثانوية والثالثية.

1.3 منهجية المسح:

تم استخدام قاعدة البيانات المتوفرة في وزارة الصحة الفلسطينية لأغراض تصميم واختيار عينة متلقي الخدمات الصحية، إذ اشتملت العينة على المراكز الصحية الأولية من المستوى الرابع، وهي مراكز صحية شاملة تقدم إلى جانب الخدمات الوقائية والإسعاف الأولي خدمات تخصصية لرعاية الأمومة والطفولة وخدمات الإرشاد النفسي، إضافة إلى المرافق الصحية التي تقدم الخدمات الصحية الثانوية والثالثية، والتي تمثّلت بالمستشفيات الحكومية في كافة محافظات الضفة الغربية. وفي حال عدم توفر مراكز صحية من المستوى الرابع كما هي عليه الحال في محافظتي طوباس (طمون) وجنوب الخليل (الظاهرية)، فقد تم اختيار مراكز صحية من المستوى الثالث، وهي مراكز صحية تقدم جميع خدمات المستوى الرابع باستثناء بعض الخدمات التخصصية كخدمات الإرشاد النفسي وخدمات الفحص بالأشعة السينية.

بلغ حجم عينة المسح 404 من المستفيدين والمستفيدات من خدمات المراكز الصحية بمستوياتها الثلاثة، وكانت منهجية اختيارهم كالتالي:

1. تم توزيع عينة المستفيدين من خدمات المراكز الصحية الأولية بما يتناسب مع حجم السكان في كل محافظة وحجم المستفيدين في وقت الذروة في يوم العمل الميداني نفسه وبطريقة عشوائية منتظمة.
2. تم اختيار عينة المستفيدين من خدمات المراكز الصحية الثانوية والثالثية، وذلك بالتنسيق مع إدارة المستشفى لمعرفة عدد النزلاء في الأقسام المختلفة. وتم توزيع عينة المبحوثين بطريقة عشوائية منتظمة بما يتناسب مع عدد النزلاء في كل قسم.

2.3 مؤشرات خلفية عامة حول عينة البحث:

يلخص الجدول رقم (6) أهم الخصائص الاجتماعية والاقتصادية لعينة البحث. ويظهر من التوزيع النسبي للمترددين على مرافق الرعاية الصحية الأولية حسب النوع الاجتماعي أن النساء هن الأكثر تردداً على مرافق الرعاية الصحية (56% مقابل 44% من الرجال) بمستوياتها الثلاثة: الأولية والثانوية والثالثية، ويعكس ذلك بوضوح تركزاً أكبر للاحتياجات الصحية عند النساء مقارنة بالرجال. وشكلت نسبة المبحوثين الذين تتراوح أعمارهم بين 23-50 سنة 49% من إجمالي المبحوثين، فيما بلغت هذه النسبة حولي 28% لمن تزيد أعمارهم على خمسين سنة و17% للذين تتراوح أعمارهم بين 5-22 سنة، والباقي (6%) بلغت أعمارهم أقل من خمس سنوات. وتعد هذه النتائج مخالفة للتوقعات، إذ تشير إلى تركز أكبر للاحتياج الصحي عند الفئة الشبابية بدلاً من فئة كبار السن والأطفال.

من جهة أخرى، بلغ متوسط عدد أفراد أسرة المبحوثين 6.3، فيما أفاد 73% من الأفراد المبحوثين أن متوسط دخل أسرهم كان أقل من 2000 شيكل شهرياً يأتي معظمه (62%) من خلال الرواتب والأجور. ويشير ذلك بوضوح إلى أن أغلب المترددين على المرافق الصحية الحكومية هم من ذوي الدخل المحدود ومتلقي الرواتب المشمولين في التأمين الصحي الحكومي.

ولم تختلف خصائص فئة المبحوثين من المترددين على مرافق الرعاية الصحية الثانوية والثالثية كثيراً عنها للمترددين على مرافق الرعاية الصحية الأولية، إذ توزعت نسبة المترددين على هذه المرافق حسب النوع الاجتماعي إلى 56% للإناث و44% للذكور. أما بالنسبة لأعمار المبحوثين، فقد قدّرت نسبة الذين تتراوح أعمارهم بين 23-50 سنة بـ 44%، و9% لمن تزيد أعمارهم على خمسين سنة، والذين تتراوح أعمارهم بين 5-22 سنة 16%. أما أولئك الذين تقل أعمارهم عن خمس سنوات، فقد بلغت نسبتهم 11%. كما بلغ متوسط عدد أفراد أسرة المبحوثين 7.0. وصرح حوالي 73% من الأفراد المبحوثين بأن متوسط دخل أسرهم تقل عن 2000 شيكل شهرياً، معظمه (49%) يأتي من خلال الرواتب والأجور، فيما يأتي دخل حوالي 17% منهم من مشاريع للأسرة.

جدول رقم (7): مؤشرات خلفية عامة حول خصائص عينة البحث لكل من مراكز الرعاية الصحية الأولية ومراكز الرعاية الصحية الثانوية والثالثية

		مراكز الرعاية الأولية	مراكز الرعاية الثانوية والثالثية
الجنس	ذكر	43.6%	44%
	أنثى	56.4%	56%
العمر	أقل من 5	6%	11%
	22-5	17%	16%
	50-23	49%	44%
	أكثر من 50	28%	29%
الدخل الشهري	أقل من 1000 شيكل	33.3%	30%
	1999-1000	39.2%	43%
	2999-2000	16.1%	15.5%
	3999-3000	7.8%	5.0%
	أكثر من 4000 شيكل	2.9%	2.0%
الحالة الاجتماعية	أعزب/اء	20%	16.5%
	متزوج/ة	60.3%	66%
	مطلق/ة	2%	1.5%
	أرمل/ة	10.2%	4%
الحالة العلمية	ابتدائي أو ما دون	32.9%	36%
	إعدادي	25.5%	24.5%
	ثانوي	19%	15%
	بكالوريوس أو دبلوم	16.2%	13%
	ماجستير أو أعلى	1%	1.5%

العلاقة بقوة العمل خلال الشهر الماضي	مشتغل بوقت كامل أو جزئي	27%	19%
	عاطل عن العمل	8.3%	11%
	متفرغ/ة لأعمال المنزل	0%	35.3%
	متفرغ/ة للدراسة	11.3%	9.5%
	عاجز عن العمل	6.4%	10%
	لا يعمل ولا يبحث عن عمل	9.8%	5.5%
متوسط عدد أفراد الأسرة		6.3	7.0

3.3 الحالة الصحية.. أنماط الأمراض:

يهدف هذا القسم إلى تحديد ودراسة الفروقات في أنماط الأمراض والاحتياجات الصحية حسب النوع الاجتماعي. وبعد ذلك خطوة أولية مهمة في دراسة وتشخيص أي من الفئات الاجتماعية أكثر عرضة وحساسية ولأي نوع من الأمراض. كما يساعد هذا التشخيص على التعرف على أنماط الاستجابة لدى كل من الرجال والنساء للأمراض التي يعانون منها. ومن الجدير ذكره هنا أن التشخيص الشامل لمثل هذه الأنماط ومحددات الحالة الصحية لكل من النساء والرجال في مجتمع ما عادة ما يتطلب الاستناد إلى مسح شامل لا يقتصر فقط على المستفيدين من الخدمات الصحية، وإنما يتعدى ذلك ليشمل أولئك الذين احتاجوا الخدمة الصحية ولم يتمكنوا من الحصول عليها. وبالرغم من ذلك، فإن نتائج مسح المستفيدين من الخدمات الصحية يمكن أن تزودنا بمؤشرات أولية حول محددات وخصائص المستفيدين من الخدمات الصحية حسب النوع الاجتماعي.

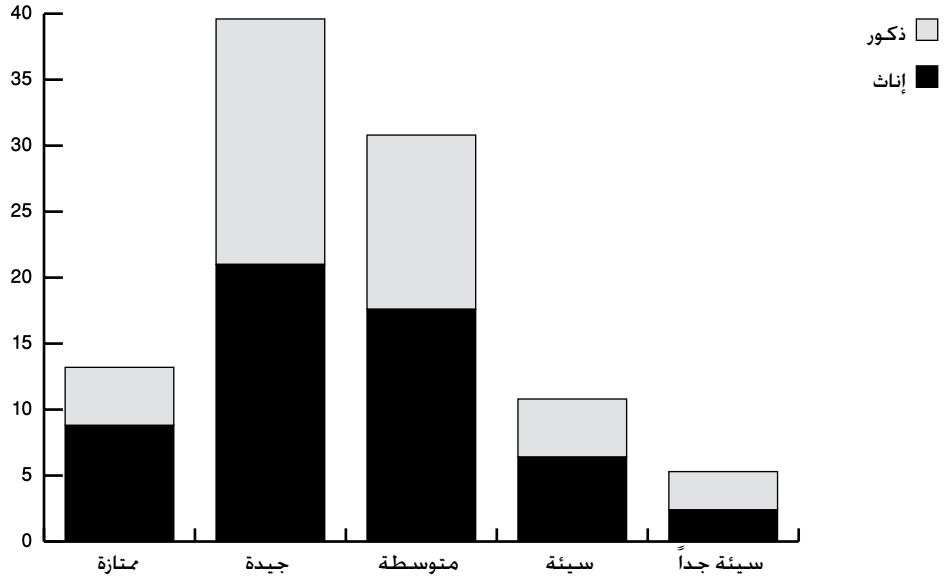
يلخص الجدول رقم (7) تقييم المستفيدين لحالتهم الصحية. ويتضح من الجدول أن هناك فروقات مهمة في تقييم الحالة الصحية بين كل من الرجال والنساء، فبينما وصفت 8.8% من النساء المترددات على مرافق الرعاية الصحية الأولية و7.5% من النساء المترددات على مرافق الرعاية الثانوية والثالثية حالتهن الصحية بالممتازة، لم تتجاوز هذه النسبة 5% عند الرجال المترددين على المرافق الصحية نفسها. وتختلف هذه النتائج بشكل ملحوظ لأولئك الذين وصفوا حالتهم الصحية بالمتوسطة إلى السيئة جداً، إذ وصفت 25% من النساء المترددات على مرافق الرعاية الصحية الأولية حالتهن الصحية بالمتوسطة إلى السيئة جداً، في حين كانت هذه النسبة 20% فقط عند الرجال. وبالمثل، فاقت نسبة النساء المترددات على مرافق الرعاية الصحية الثانوية والثالثية اللواتي اعتبرن حالتهن الصحية بالمتوسطة إلى السيئة جداً نسبة الرجال المتلقين للخدمة نفسها (30% للنساء مقابل 26.4% للرجال).

جدول رقم (8): تقييم الحالة الصحية للمستفيدين/ات من الخدمات الصحية الحكومية حسب مستوى الرعاية والنوع الاجتماعي

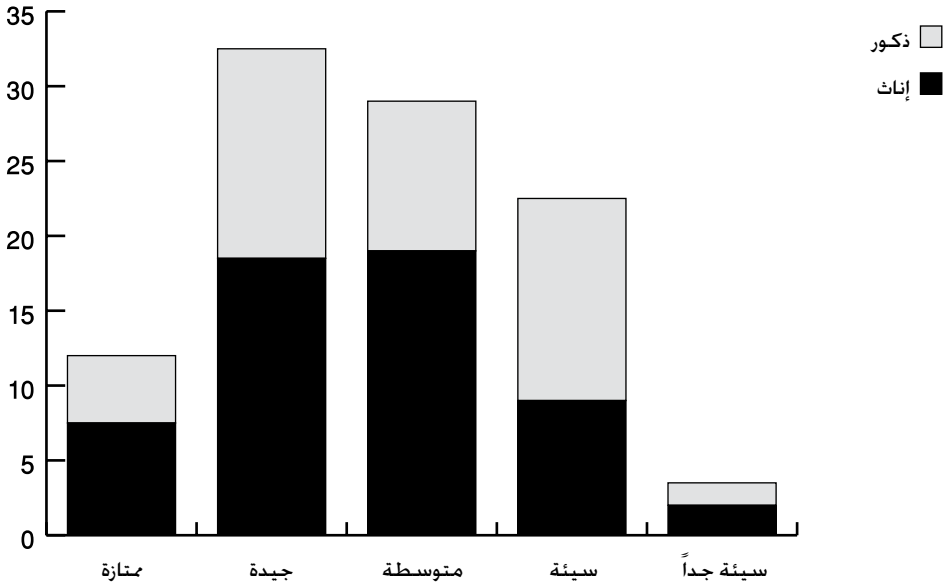
الحالة الصحية	رعاية أولية		ثانوية وثالثية	
	ذكور	إناث	ذكور	إناث
ممتازة	4.4%	8.8%	4.5%	7.5%
جيدة	18.6%	21%	14%	18.5%
متوسطة	13.2%	17.6%	10%	19%
سيئة	4.4%	6.4%	13.5%	9%
سيئة جداً	2.9%	2.4%	1.5%	2%

شكل رقم (8):

التقييم الذاتي للحالة الصحية للمستفيدين من خدمات الرعاية الأولية حسب النوع الاجتماعي



التقييم الذاتي للحالة الصحية للمستفيدين من خدمات الرعاية الثانوية والثالثية حسب النوع الاجتماعي



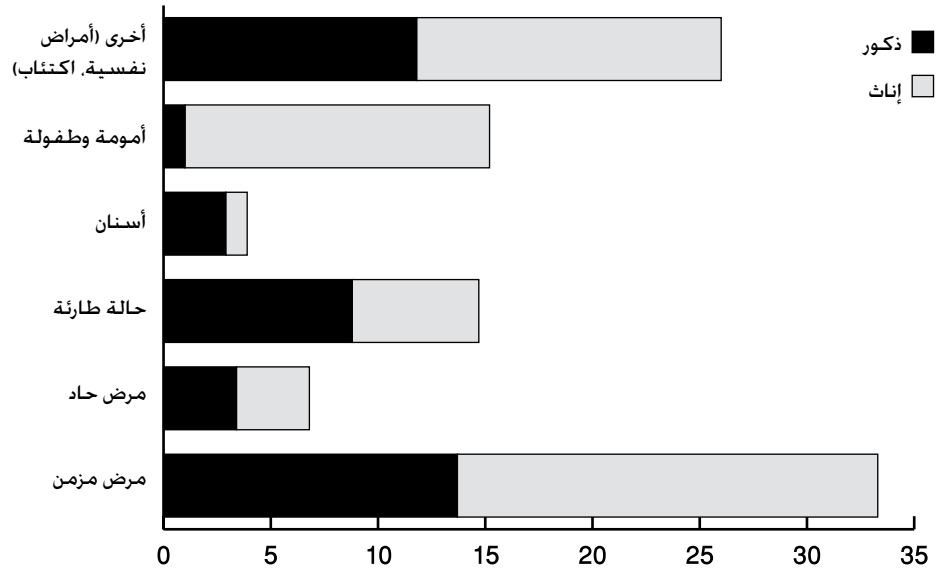
بالطبع، هناك عوامل عدة- نفسية وثقافية واجتماعية واقتصادية- تلعب دوراً مهماً في عملية التقييم الذاتي للوضع الصحي للفرد (Health Self-assessment)، وكذلك في تحديد مدى سعيه/ها للحصول على الخدمة الصحية اللازمة. إلا أن النتائج المشار إليها أعلاه تشير بشكل واضح إلى أهمية دور عامل النوع الاجتماعي في تحديد الفروقات في تقييم الحالة الصحية للمستفيدين. فبينما تؤكد هذه النتائج، بشكل عام، تركز الاحتياج للخدمات الصحية عند النساء، فإنها تشير، أيضاً، إلى أن المترددات من النساء إلى المرافق الصحية هن اللواتي يشعرن فعلاً بسوء حالتهن الصحية، وبالتالي باحتياجهن لتلقي الخدمة الصحية. يبقى لنا الإشارة هنا إلى دور العامل الاجتماعي/ الثقافي المرتبط مباشرة بفروقات النوع الاجتماعي (الأدوار والمسؤوليات الاجتماعية المختلفة المنوطة بكل من الرجال والنساء والمواقف الثقافية أو السلوكية الناجمة عنها) والذي تشير الدراسات السابقة (WHO,2000) إلى أنه عادةً ما يلعب دوراً في إحجام النساء عن الإدلاء الدقيق عن حالتهن الصحية وكيف يشعرن، وبخاصة في الدول النامية حيث تسود الأدوار النمطية (Kuga et al., 1996). بالفعل، هناك بعض الأدلة التي تشير إلى أن المرأة لا تستعجل الكشف عن وضعها الصحي، وتنتظر عادةً وقتاً أطول من الرجال للحصول على الرعاية الصحية لمرض تشكو منه، ويرجع ذلك جزئياً إلى عدم رغبتها في عرقلة سير الأعمال المنزلية، من جهة، ومعرفتها المسبقة بعدم تقبل محيطها الاجتماعي في كثير من الأحيان لحقيقة وضعها الصحي (Paltiel, 1993).

يقودنا هذا التشخيص إلى السؤال عن ماهية توزيع أنماط الأمراض (Morbidity patterns)، وبالتالي طبيعة الاحتياج الصحي لدى كل من الرجال والنساء. يظهر الجدول رقم (8) التوزيع النسبي لأنماط الأمراض ونوع المشكلة الصحية التي واجهها كل من النساء والرجال. ويتبين من قراءة النتائج أن نسبة النساء اللواتي يعانين من الأمراض المزمنة هي أكثر من نسبة الرجال (19.6% للنساء مقابل 13.7% للرجال)، وتتساوى هذه النسبة عندما يتعلق الأمر بالأمراض الحادة (3.4% لكل من الرجال والنساء على حد سواء). من جهة أخرى، تزيد نسبة الرجال عن النساء عندما يتعلق الأمر بالحالات الطارئة (8.8% للرجال مقابل 5.9% للنساء) والأسنان (2.9% للرجال مقابل 1% للنساء). وأخيراً، وبالرغم من أنه ليس مفاجئاً أن يتركز الاحتياج الصحي لرعاية الأمومة والطفولة عند النساء (14.2%)، فإن النتائج تشير، أيضاً، إلى زيادة نسبة النساء (14.2%) عن الرجال (11.8%) فيما يخص الأمراض والاحتياجات الصحية الأخرى، مثل الأمراض النفسية والاكتئاب.

جدول رقم (9): التوزيع النسبي للمستفيدين/ات حسب أنماط الأمراض والمشكلة الصحية

نوع المشكلة الصحية	ذكور	إناث	المجموع
مرض مزمن	13.7%	19.6%	33.3%
مرض حاد	3.4%	3.4%	6.8%
حالة طارئة	8.8%	5.9%	14.7%
أسنان	2.9%	1%	3.9%
أمومة وطفولة	1%	14.2%	15.2%
أخرى (مثل أمراض نفسية، اكتئاب)	11.8%	14.2%	26%

شكل رقم (9): التوزيع النسبي لأنماط الأمراض حسب النوع الإجتماعي



تأتي هذه النتائج على درجة كبيرة من الانسجام مع تلك التي توصلت إليها الدراسة عند تحليل بيانات مسح الإنفاق على الصحة (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2004)، فهي تؤكد مرة أخرى ليس فقط تركز الاحتياج الصحي عند النساء، لكنها تكشف، أيضاً، عن الفروقات في مستوى هذا الاحتياج أو ما يعرف بـ»فجوة النوع الاجتماعي المرضية" (Gender gap in morbidity). ومن اللافت للنظر أن هذه الفجوة المرضية للنوع الاجتماعي هي الأكثر اتساعاً عندما يتعلق بالأمراض المزمنة (والتي تضم السكري وأمراض القلب والأوعية بما فيها ارتفاع الضغط والجلطات والسرطانات وأمراض الرئة)، وهي الأمراض التي تمثل السبب الرئيسي للوفيات (Life-threatening medical conditions) بين البالغين على مستوى العالم، وفي المجتمع الفلسطيني. فتقرير وزارة الصحة الفلسطينية للعام 2008 يشير إلى أن السكري والسرطانات وأمراض القلب والأوعية، بما فيها ارتفاع الضغط والجلطات، تساهم في أكثر من 50% من أسباب الوفيات في أوساط البالغين. وإذا أخذنا في الاعتبار الوضع الراهن للخدمات الصحية وارتفاع مستويات الفقر، يصبح من الواضح كم هو ملح أن يولَى اهتمام خاص بالإعاقات الناجمة عن الأمراض المزمنة، خاصة في صفوف النساء اللواتي يعانين أكثر من هذه الأمراض.

من الصعب إيعاز هذه الفروقات في اختلال توزيع انتشار الأمراض، وبخاصة المزمنة منها لجهة النساء، إلى عوامل بيولوجية أو فسيولوجية صرفة (باستثناء تلك الأمراض المرتبطة مباشرة باختلاف التركيب البيولوجي)، إذ تشير العديد من الدراسات والأدبيات السابقة (Gorman & Ghazal, 2006) إلى الدور الحاسم الذي تلعبه مجموعة من المتغيرات المرتبطة مباشرة باختلاف الأدوار والمسؤوليات وتوزيع الموارد بين كل من الرجال والنساء في المجتمع في تحديد أنماط انتشار الأمراض وسبل الوقاية منها. فعلى سبيل المثال، أشارت دراسة أجريت في زيمبابوي (Vlassoff & Bonilla, 1994) إلى أن النساء هن أكثر عرضة لخطر الإصابة بالأمراض الطفيلية كالبلهارسيا (الذي يصيب الكبد بالتليُّف ويعرضه للسرطان)، وذلك كون المرأة أكثر احتكاكاً بالمصادر المائية، فهي تقوم بغسل الأواني والملابس. من جهة أخرى، أكدت دراسات عدة الدور الحاسم الذي يلعبه

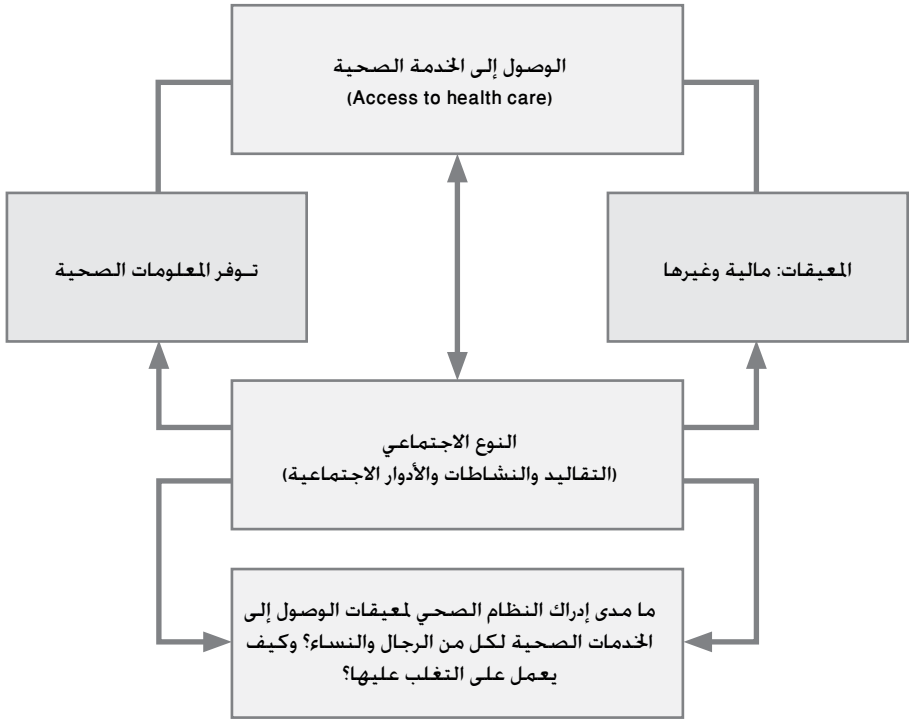
توزيع الموارد الاقتصادية وكذلك القدرة على الوصول إلى مصادر المعلومات في جعل النساء أقل قدرة من الرجال على اتخاذ تدابير لحماية أنفسهن من الأمراض. فعلى سبيل المثال، غالباً ما تكون المرأة أقل قدرة على استخدام الدخل لشراء تدابير وقائية لمكافحة الأمراض، أو حتى لشراء الخدمة الطبية التي تحتاجها (Tanner & Vlassoff, 1998).

4.3 الوصول إلى الخدمات الصحية:

يعد ضمان الوصول إلى خدمات صحية مناسبة للاحتياجات الصحية والحصول عليها، سواء أكانت مختلفة أم مشابهة لكلا الجنسين، من أهم ركائز بناء نظام صحي عادل وقائم على مبادئ العدالة والتضامن الاجتماعي. وتبرز عند تقييم مدى الحصول على الخدمات الصحية من وجهة نظر النوع الاجتماعي مجموعة من الأسئلة أو المعايير التي يمكن من خلالها تقييم هذا البعد المهم للنظام الصحي. في هذا الإطار، يسعى هذا القسم للإجابة عن مجموعة من هذه الأسئلة، أهمها:

- ما هي المعيقات التي يواجهها الرجال والنساء أثناء سعيهم للحصول على الخدمات الصحية المطلوبة؟ وهل تختلف المعيقات التي تواجهها النساء عن تلك التي يواجهها الرجال؟
- هل تتوفر المعلومات الصحية لكلا الجنسين بشكل متساوٍ؟
- هل تراعى خصوصية النساء عند تلقيهن الخدمات الصحية المطلوبة؟
- ما مدى إدراك نظام تقديم الخدمات الصحية لمعيقات الوصول إلى الخدمات الصحية لكل من الرجال والنساء؟ وكيف يعمل على التغلب عليها؟

شكل رقم (10): الإطار النظري لتحليل العلاقة بين الوصول إلى الخدمات الصحية والنوع الاجتماعي

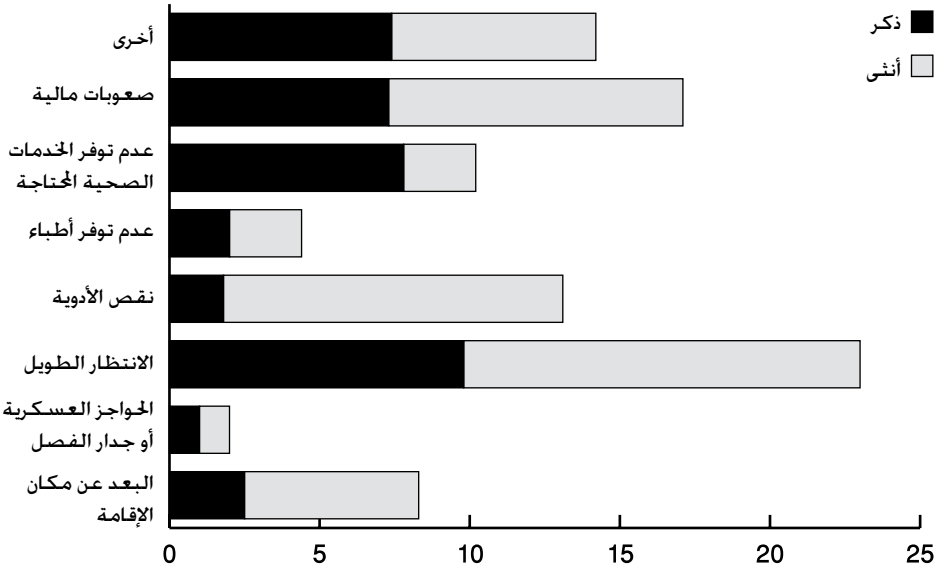


يعرض الجدول رقم (10) والشكل رقم (10) أهم المعيقات التي يواجهها كل من الرجال والنساء عند سعيهم للحصول على الخدمات الصحية بمستوياتها الثلاثة (الأولية والثانوية والثالثية). وفيما يخص خدمات الرعاية الصحية الأولية، اتضح أن الانتظار الطويل ونقص الأدوية والصعوبات المالية، إضافة إلى بعد الخدمة الصحية عن مكان الإقامة وعدم توفر الخدمات الصحية المطلوبة، هي من أهم الصعوبات التي تواجه الساعين لتقلي الخدمات الصحية الأولية من النساء. فقد أشارت ما نسبته 13.2% من النساء (مقابل ما نسبته 9.8% من الرجال) إلى الانتظار الطويل، في حين أشارت ما نسبته 11.3% من النساء (مقابل ما نسبته 1.8% فقط من الرجال) إلى نقص الأدوية. من جهة أخرى، أشارت 9.8% من النساء (مقابل 7.3% من الرجال) إلى الصعوبات المالية، وأشارت 5.8% من النساء (مقابل 2.5% من الرجال) إلى البعد عن مكان السكن باعتباره يشكل العائق الأبرز لديهن.

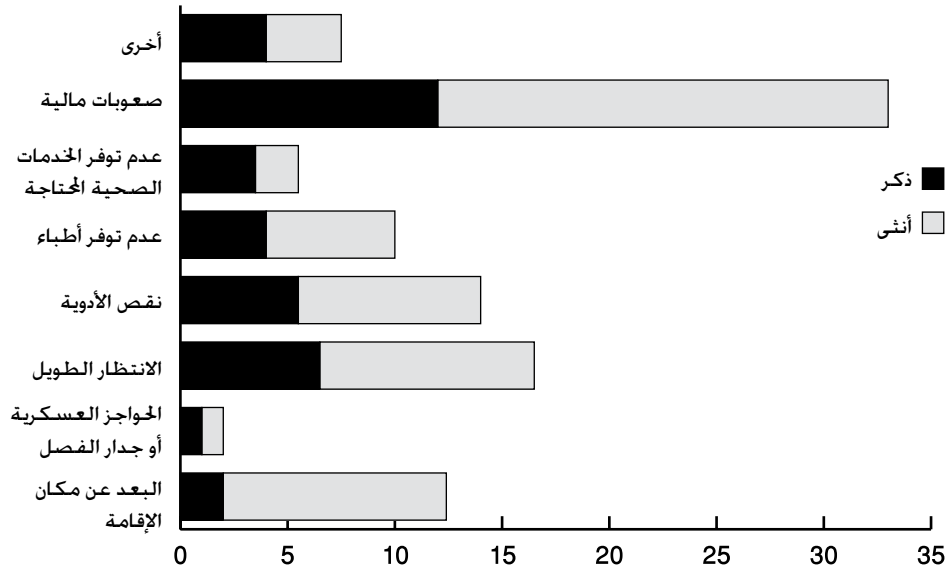
ولا تختلف هذه النسب كثيراً عندما يتعلق الأمر بالمستويين الثاني والثالث لخدمات الرعاية الصحية، إذ أشارت ما نسبته 10% من النساء (مقابل ما نسبته 6.5% من الرجال) إلى الانتظار الطويل، وأشارت 8.5% من النساء (مقابل 5.5% من الرجال) إلى نقص الأدوية، في حين أشارت 10.4% من النساء (مقابل 2% من الرجال) إلى البعد عن مكان الإقامة. ومن اللافت للنظر هنا حجم الصعوبات المالية التي شكلت عائقاً مهماً لدى الكثير من النساء (21% من النساء مقابل 12% من الرجال). هذا، وقد اعتبرت 6% من النساء (مقابل 4% من الرجال) أن عدم توفر الأطباء يشكل عائقاً آخر.

شكل رقم (11):

معيقات الوصول الى الخدمة الصحية الأولية حسب النوع الإجتماعي



معيقات الوصول الى الخدمات الصحية الثانوية والثالثية حسب النوع الإجتماعي



وفيما يتعلق في الوقت اللازم للوصول إلى الخدمة الصحية، تشير النتائج إلى أن الرجال يحصلون على الخدمات الصحية الأولية بشكل أسرع من النساء، إذ أشار 48.5% من الرجال (مقابل 29.9% من النساء) إلى وصولهم إلى الخدمة الصحية الأولية في أقل من ساعتين، وبينما أشار أقل من 1% من الرجال إلى وصولهم للخدمة الصحية في اليوم التالي، أشارت 2.7% من النساء إلى اضطرارهن للانتظار حتى اليوم التالي لتلقي الخدمة الصحية. وفيما يتعلق بالوقت اللازم للوصول إلى الخدمات الصحية الثانوية والثالثية، أظهرت النتائج أن هذا الوقت كان، أيضاً، أطول لدى النساء مقارنة بالرجال. فقد أشارت 30.5% من النساء (مقابل 40% من الرجال) إلى وصولهن إلى الخدمة في أقل من ساعتين، في حين كانت نسب النساء اللواتي احتجن إلى ساعتين أو أكثر من ثلاث ساعات أكبر من نسب الرجال، وينطبق هذا الأمر على تلقي الخدمة في اليوم التالي حيث أشارت 2.7% من النساء إلى تلقيهن الخدمة في اليوم التالي لوصولهن إلى المرفق الصحي، في حين كانت هذه النسبة 1% للرجال.

جدول رقم (10): تقييم الوصول للخدمات الصحية المختلفة من منظور النوع الاجتماعي

معيقات الوصول إلى الخدمة الصحية		الرعاية الأولية			الرعاية الثانوية والثالثية		
		أنثى	ذكر	المجموع	أنثى	ذكر	المجموع
البعد عن مكان الإقامة		5.8%	2.5%	8.3%	10.4%	2%	8.4%
الحواجز العسكرية أو جدار الفصل		1%	1%	1%	1%	1%	2%
الانتظار الطويل		13.2%	9.8%	23%	10%	6.5%	18.5%
نقص الأدوية		11.3%	1.8%	13.1%	8.5%	5.5%	14%
عدم توفر أطباء		2.4%	2%	4.4%	6%	4%	10%
عدم توفر الخدمات الصحية المحتاجة		2.4%	7.8%	10.2%	2%	3.5%	5.5%
صعوبات مالية		9.8%	7.3%	17.1%	21%	12%	26%
أخرى		6.8%	7.4%	14.2%	3.5%	4%	7.5%
الوقت اللازم للوصول إلى أقرب مركز للحصول على الخدمة الصحية المناسبة	أقل من ساعة	29.9%	48.5%	78.4%	30.5%	40%	70.5%
	من ساعة إلى ساعتين	9.8%	6.4%	16.2%	7.5%	5%	12.5%
	أكثر من 3 ساعات	1%	0.5%	1.5%	5%	1%	6%
	حضرت قبل يوم واليوم تلقيت الخدمة	2.7%	0.8%	3.4%	2.7%	1%	3%

يعرض الجدول رقم (11) والشكل رقم (11) تقييم المبحوثين لمدى حصولهم على الخدمات الصحية المطلوبة. وتشير النتائج إلى زيادة نسب النساء اللواتي لم يتلقين الخدمة الصحية المستجيبة لاحتياجهن عن نسب الرجال. فبينما أعربت 20% و30% من النساء عن تلقيهن الخدمات الصحية الأولية والثانوية والثالثية التي حضرن من أجلها، كانت هذه النسب أعلى لدى الرجال (35.8% و37% على التوالي). وكانت نسب المبحوثين الذين أشاروا إلى تلقيهم الخدمة الصحية بالسرعة المناسبة هي الأعلى عند الرجال (35% من الرجال مقابل 20% من النساء للرعاية الأولية و37% من الرجال مقابل 30.5% من النساء للرعاية الثانوية والثالثية). من جهة أخرى، كانت نسب المبحوثين الذين أفادوا بتلقيهم لخدمة صحية تستجيب لجزء فقط مما احتاجوا إليه وليس كل الاحتياج هي الأعلى عند النساء، إذ كانت هذه النسبة 45.8% لدى النساء مقابل 26% لدى الرجال للرعاية الأولية، و39% لدى النساء مقابل 25.5% لدى الرجال للرعاية الثانوية والثالثية. وينطبق ذلك، أيضاً، على فترة المتابعة والمراجعات، إذ كانت نسب النساء اللواتي أشرن إلى تلقيهن الخدمة اللازمة، ولكن بعد فترة طويلة من المتابعة والمراجعات، أكبر من نسب الرجال. ويظهر، أيضاً، من الجدول رقم (11) أن الرجال يبحثون عن الخدمات الصحية الأولية خارج المؤسسات الصحية الحكومية أكثر من النساء، إذ كانت هذه النسبة 44.7% عند الرجال مقابل 30.4% عند النساء، في حين أن النساء يبحثن عن الخدمات الصحية الثانوية والثالثية خارج المؤسسات الصحية الحكومية أكثر من الرجال، إذ كانت هذه النسبة 40.5% عند النساء مقارنة بـ 29% عند الرجال.

وقد يشير ذلك إما إلى عدم توفر الخدمات الصحية المطلوبة من النساء في مرافق الرعاية الثانوية والثالثية الحكومية، أو إلى ارتفاع في نسبة النساء المحولات من وزارة الصحة إلى مرافق الرعاية التابعة للقطاع الأهلي والخاص. إن معرفة مَن الصحيح من هذين الاستنتاجين تتطلب بالضرورة معرفة نسب المحولين قبل وزارة الصحة إلى مرافق الرعاية التابعة للقطاع الأهلي والخاص حسب النوع الاجتماعي والحالة الصحية. وحيث إن النتائج المشار إليها أعلاه تفيد بأن نسبة النساء

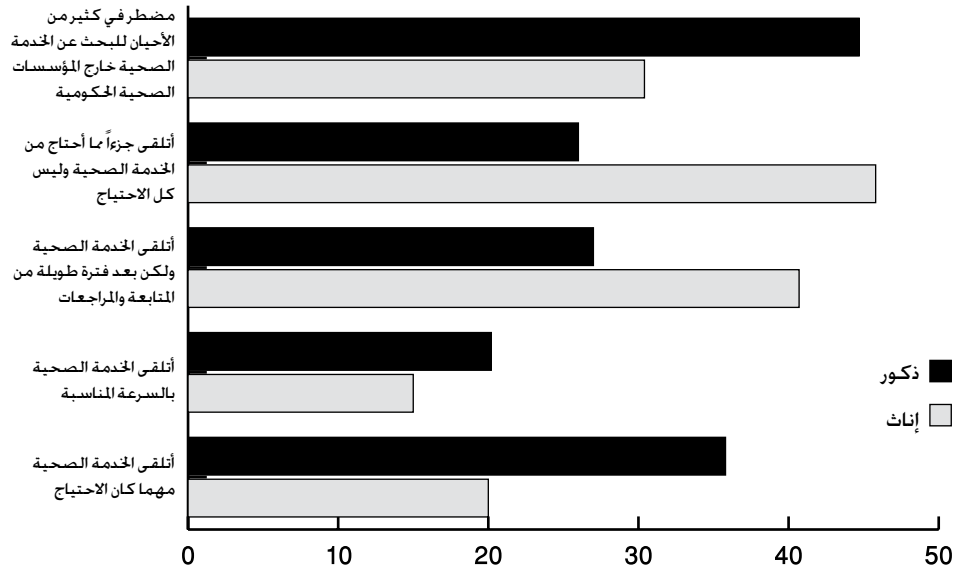
اللواتي تلقين خدمة صحية تستجيب لجزء فقط مما احتجن وليس كل الاحتياج هي أعلى من نسب الرجال. فإن ذلك يفسر ولو بشكل جزئي الزيادة في نسبة النساء الباحثات عن الخدمة الصحية في غير المرافق الصحية الحكومية.

جدول رقم (11): تقييم التوجهات العامة حول مدى الحصول على الخدمات الصحية المطلوبة

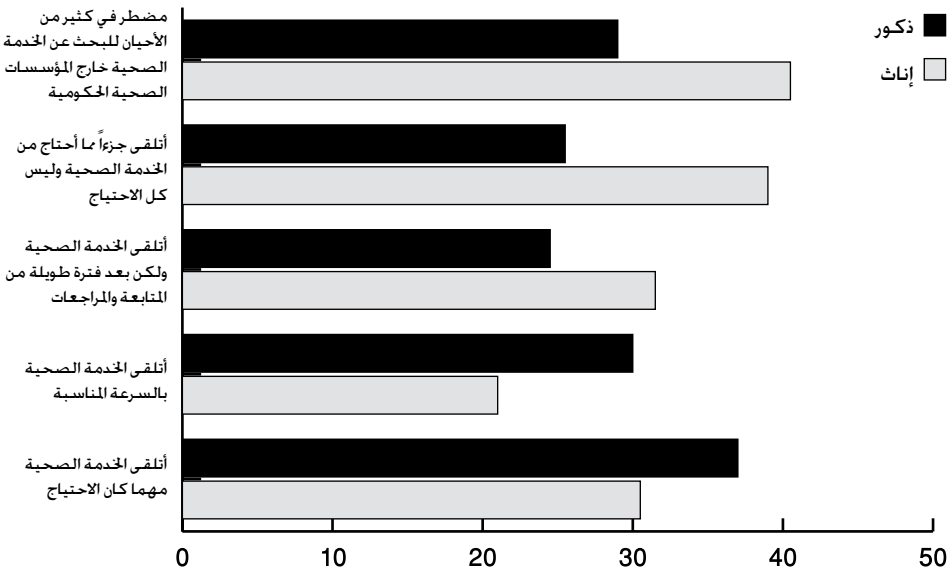
	رعاية أولية		رعاية ثانوية وثالثية	
	ذكور	إناث	ذكور	إناث
أتلقى الخدمة الصحية مهما كان الاحتياج	35.8%	20%	37%	30.5%
أتلقى الخدمة الصحية بالسرعة المناسبة	20.2%	15%	30%	21%
أتلقى الخدمة الصحية ولكن بعد فترة طويلة من المتابعة والمراجعات	27%	40.7%	24.5%	31.5%
أتلقى جزءاً مما أحتاج من الخدمة الصحية وليس كل الاحتياج	26%	45.8%	25.5%	39%
مضطر في كثير من الأحيان للبحث عن الخدمة الصحية خارج المؤسسات الصحية الحكومية	44.7%	30.4%	29%	40.5%

شكل رقم (12):

تقييم مدى الحصول على الخدمات الصحية الأولية حسب النوع الإجتماعي



تقييم مدى الحصول على الخدمات الصحية الثانوية والثالثية حسب النوع الإجتماعي



5.3 الرضا عن الخدمات الصحية:

بالرغم من أهمية ضمان الوصول إلى الخدمات الصحية والحصول عليها بشكل متساوٍ لكلا الجنسين، فإن تقييم مدى الرضا عن الخدمة الصحية هو البعد الآخر المكمل في عملية تقييم خدمات النظام الصحي من منظور النوع الاجتماعي. وفي هذا السياق، يعرض هذا الجزء من الدراسة نتائج تقييم الرضا عن الخدمات الصحية، وذلك حسب مجموعة من المعايير كما هو مبين في الجدول رقم (12).

يلاحظ بشكل عام أن مستوى الرضا عند النساء هو أعلى مما عليه عند الرجال، وذلك لجميع المعايير المستخدمة في عملية تقييم مدى الرضا عن الخدمات الصحية بكافة مستوياتها (الأولية والثانوية والثالثية). ويستثنى من ذلك الأمر المتعلق بمدى ضمان الخصوصية عند تقديم الاستشارة الطبية أو نقاش الحالة الصحية، إذ أظهرت غالبية النساء (56%) عدم رضاهن عن مدى ضمان الخصوصية عند الحصول على الاستشارة الطبية مقابل 8% فقط من الرجال.

غير أن هذا الرضا النسبي لدى النساء عن الخدمات الصحية الحكومية مقارنة بالرجال يقل بشكل ملحوظ عندما يتم استخدام مجموعة أخرى من المعايير التي عادةً ما تستخدم لاستجلاء مدى الرضا لدى المستفيدين من خلال التعرف على آرائهم وانطباعاتهم العامة حول قضايا مرتبطة بنظام تقديم الخدمة الصحية (انظر جدول رقم 13 وشكل رقم 13). توافق غالبية النساء (51%) على أن تحويلات العلاج إلى الخارج تحتاج إلى الواسطة، ولا يوافق على ذلك غير 5.4% من الرجال، كما ترى معظم النساء (50.3%) أن الطاقم الطبي عادة ما يتعامل مع الرجال بشكل أفضل من النساء، وهذا ما يجعل الكثير منهن لا يوافقن على تفضيل الخدمات الصحية الحكومية على الخدمات الصحية الخاصة (43% من النساء مقابل 13% من الرجال). وبينما يوافق 25% من الرجال على أن الخدمات الصحية الحكومية متوفرة ومتاحة للجميع، لا يوافق سوى 6% من النساء على ذلك.

وبالمثل, بينما يوافق الكثير من الرجال (52%) على القدرة على تقديم شكوى عند مواجهة مشكلة أو عدم الرضا عن الخدمة، لا تتجاوز نسبة النساء اللواتي يوافقن على ذلك 5%.

جدول رقم (12): تقييم الرضا عن الخدمات الصحية المختلفة من منظور النوع الاجتماعي

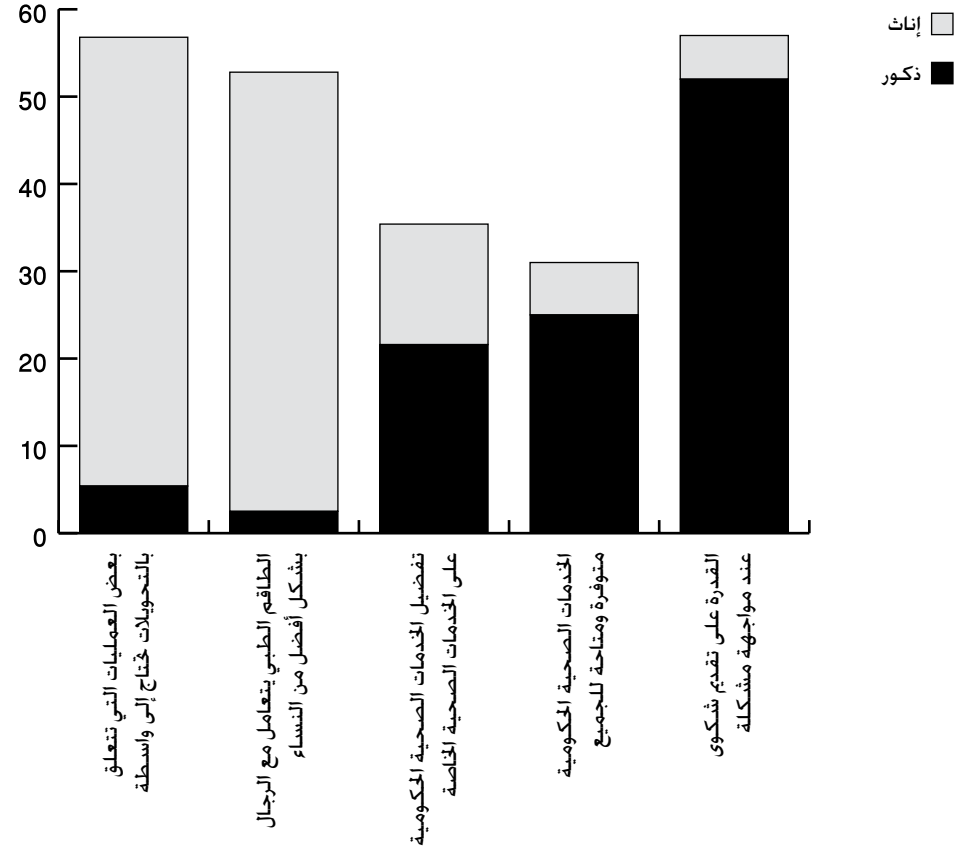
		ذكور		إناث	
		رعاية أولية	ثانوية وثالثية	رعاية أولية	ثانوية وثالثية
عدد ساعات الدوام	راضٍ/ية	34.3%	-	46%	-
	راضٍ/ية إلى حد ما	8.3%	-	7%	-
	غير راضٍ/ية	1%	-	2.5%	-
النظام	راضٍ/ية	27.5%	-	38.3%	-
	راضٍ/ية إلى حد ما	10.8%	-	11.8%	-
	غير راضٍ/ية	5.4%	-	6.4%	-
نظافة المكان	راضٍ/ية	24.5%	26%	36.3%	26%
	راضٍ/ية	12.3%	8.8%	13.3%	14.2%
	غير راضٍ/ية	6.9%	8.3%	6.9%	14.7%
ملاءمة غرفة الانتظار لراحة المريض/ة	راضٍ/ية	22.5%	12.7%	28.4%	20.6%
	راضٍ/ية إلى حد ما	9.8%	12.3%	12.7%	%13.2
	غير راضٍ/ية	11.3%	18.1%	15.2%	21%
توفر الأدوية	راضٍ/ية	15.7%	17.6%	20%	27.9%
	راضٍ/ية إلى حد ما	16.7%	14.2%	20.5%	18.1%
	غير راضٍ/ية	3.1%	11.3%	14.7%	8.8%
توفر الطبيب/ة المختص/ة	راضٍ/ية	22%	19.1%	29.4%	30.8%
	راضٍ/ية إلى حد ما	8.8%	14.7%	15.7%	14.7%
	غير راضٍ/ية	12.7%	9.3%	11.3%	8.8%
توفر المعدات	راضٍ/ية	17.6%	-	26.5%	-
	راضٍ/ية إلى حد ما	15.2%	-	22%	-
	غير راضٍ/ية	10.3%	-	7.4%	-
توفر المختبرات والتحاليل الطبية	راضٍ/ية	23%	26%	36.8%	33.3%
	راضٍ/ية إلى حد ما	18.1%	13.7%	15.2%	14.7%
	غير راضٍ/ية	2.5%	3.4%	4.4%	6.4%
كفاءة الخدمة المقدمة من حيث مدى استجابتها لاحتياجاتك العلاجية	راضٍ/ية	22.5%	23%	32.3%	28.9%
	راضٍ/ية إلى حد ما	15.7%	15.7%	19.6%	19.6%
	غير راضٍ/ية	5.4%	4.4%	4.4%	6.3%
معاملة الطاقم الطبي	راضٍ/ية	28.9%	27.9%	43.6%	33.8%
	راضٍ/ية إلى حد ما	10.8%	8.8%	9.8%	16.1%
	غير راضٍ/ية	3.9%	8.8%	3%	4.9%

معاملة الطاقم التمريضي	راضٍ/ية	30.9%	27.9%	42.4%	34.3%
	راضٍ/ية إلى حد ما	7.8%	10.3%	10.3%	14.2%
	غير راضٍ/ية	4.9%	4.9%	3.9%	6.4%
معاملة طاقم الموظفين الإداريين	راضٍ/ية	29.9%	29.9%	42.2%	31.4%
	راضٍ/ية إلى حد ما	11.8%	9.8%	10.3%	19.6%
	غير راضٍ/ية	1.9%	3.4%	3.9%	3.9%
توفر المعلومات الطبية اللازمة	راضٍ/ية	22.5%	18.6%	27.9%	20%
	راضٍ/ية إلى حد ما	9.3%	11.3%	7.8%	12.7%
	غير راضٍ/ية	11.3%	13.2%	20.5%	21%
مدى ضمان الخصوصية عند النقاش	راضٍ/ية	-	%18.6	-	20.6%
	راضٍ/ية إلى حد ما	-	%8.8	-	15.7%
	غير راضٍ/ية	-	%.15.7	-	18.1%

جدول رقم (13): تقييم الانطباعات العامة لدى المستفيدين حول تقديم الخدمات الصحية

		ذكور	إناث
بعض العمليات التي تتعلق بالتحويلات تحتاج إلى واسطة	موافق/ة	5.4%	51.4%
	موافق/ة إلى حد ما	7.4%	10.3%
	غير موافق/ة	11.8%	15.2%
الطاقم الطبي يتعامل مع الرجال بشكل أفضل من النساء	موافق/ة	2.5%	50.3%
	موافق/ة إلى حد ما	9.3%	8.3%
	غير موافق/ة	31.9%	42.2%
تفضيل الخدمات الصحية الحكومية على الخدمات الصحية الخاصة	موافق/ة	21.6%	13.8%
	موافق/ة إلى حد ما	9.8%	11.8%
	غير موافق/ة	13%	43%
الخدمات الصحية الحكومية متوفرة ومتاحة للجميع	موافق/ة	25%	6%
	موافق/ة إلى حد ما	15.7%	22.5%
	غير موافق/ة	8.3%	8.8%
القدرة على تقديم شكوى عند مواجهة مشكلة	موافق/ة	52%	5%
	موافق/ة إلى حد ما	2.9%	11.3%
	غير موافق	9.8%	16.7%

شكل رقم (13): تقييم الانطباعات العامة لدى المستفيدين حول تقديم الخدمات الصحية



استنتاجات وتوصيات

هدفت هذه الدراسة بشكل أساسي إلى تشخيص وتحليل واقع قطاع الصحة العام في الأرض الفلسطينية من منظور النوع الاجتماعي. واعتمدت الدراسة في تحليلها لنظام الصحة وواقع الصحة العامة على البيانات الرسمية المتوفرة من وزارة الصحة الفلسطينية والجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، إضافة إلى مراجعة بعض الدراسات والتقارير السابقة. من جهة أخرى، تم استطلاع آراء عينة تمثيلية من المستفيدين والمستفيدات من خدمات وزارة الصحة الفلسطينية بمستوياتها الثلاثة: الأولية والثانوية والثالثية. وقد أبرزت نتائج الدراسة أهم الفجوات القائمة بين الرجال والنساء في مجال الصحة والوصول إلى الخدمات الصحية، إذ ظهر جلياً التركز الأكبر للاحتياج الصحي لدى النساء اللواتي، على رغم إظهارهن مستوى أكبر من الرضا عن الخدمات المقدمة لهن، ما زلن يواجهن صعوبات عدة في الوصول إلى المرافق الصحية، إضافة إلى اعتقادهن بعدم توفر جميع الخدمات الطبية التي يحتجن إليها في المرافق الصحية الحكومية ووجود الواسطة فيما يتعلق بالتحويلات للعلاج خارج القطاع الصحي الحكومي.

وعلى رغم أن هناك تقدماً قد طرأ في حجم الخدمات الصحية الحكومية ونوعها خلال السنوات الأخيرة، حيث الزيادة الملحوظة في عدد مراكز الأمومة والطفولة وعدد الأسرة المخصصة للنساء في مرافق الرعاية الثانوية والثالثية، إضافة إلى البرامج الصحية المخصصة لصحة النساء، فإنه لا يزال من غير المؤكد ما إذا كان قد تمت «مراعاة خصائص الجنسين» عند وضع المرامي وتخصيص الموارد وتحديد الأنشطة ونتائج البرامج الصحية المختلفة، إذ لا يزال يتعين على كل من الجهات المقدمة للخدمات الصحية، وفي مقدمتها وزارة الصحة باعتبارها العمود الفقري لقطاع الصحة في فلسطين، بذل جهود أكبر لتحقيق أهداف العدالة والإنصاف بين الجنسين في مجال الصحة والحصول على الخدمات الصحية. وهذا يوصلنا إلى صياغة بعض التوصيات منها:

- **بناء قدرات وزارة الصحة على التحليل والتخطيط على أساس النوع الاجتماعي**، وذلك لضمان اشتمال عمل الوزارة بجميع مستوياتها على تحليل لدور نوع الجنس والخصائص الجنسية في الصحة والتخطيط الملائم.

- **تعميم مراعاة "المنظور الجنسوي" في أعمال وبرامج وزارة الصحة وكافة مقدمي الخدمات**، إذ إن إدماج الاعتبارات الجنسوية ضمن عناصر الإدارة القائمة على تحقيق النتائج، والتخطيط ووضع الميزانيات، والرصد والتقييم، من شأنها أن تنعكس بشكل فعال على فرص تعزيز المساواة بين الجنسين.

- **العمل على رفع مستوى الوعي لدى العاملين في المؤسسات الصحية بمفاهيم النوع الاجتماعي** ودوره في تشكيل أنماط صحية متباينة. وبشكل ذلك شرطاً ضرورياً من أجل إدراك العقبات التي تحول دون تحقيق العدالة بين الجنسين في مجال الصحة، إذ ينبغي أن يكون لدى العاملين في مجال الصحة فهم أساسي للموضوع وضمان تطوير قدراتهم على تحليل قضايا نوع الجنس والصحة.

- **اعتماد متغير النوع الاجتماعي ضمن أهداف تنمية الموارد البشرية وتطويرها**، وزيادة فرص تمثيل النساء في المواقع الإدارية العليا، وتحديد آليات لضمان توازن النوع الاجتماعي في جميع المستويات الإدارية والإشرافية.

- **الاستثمار في تعزيز الأنظمة الصحية**، بما في ذلك الوصول إلى علوم الصحة الإنجابية لضمان تحسن مستدام وطويل الأمد في صحة الأمهات والأطفال والرضع، ومحاربة الأمراض، وإدماج الحماية الاجتماعية وبرامج شبكة الأمان الاجتماعي في أطر السياسة الاجتماعية الوطنية الأوسع وفي استراتيجيات التنمية الوطنية وبناء القدرة الإحصائية في تصميم السياسات والبرامج الصحية وتنفيذها ومراقبتها.

- **تعزيز استخدام المعطيات المصنفة حسب نوع الجنس**، واعتماد مؤشرات النوع الاجتماعي في تحديد البرامج وإجراء التقييم لمستوى المؤشرات التي يوفرها عمل تلك البرامج، مع التركيز على تشكيل جسم لمراقبة تنفيذ الخطط لتحقيق تلك الأهداف.

- **تعزيز البحوث الكمية والنوعية** بغرض تحليل التأثيرات المركبة للعوامل الاجتماعية والثقافية على الصحة والحد من أوجه التحيز القائمة على أساس نوع الجنس في مجال المعلومات والبحوث الصحي. هناك ضرورة، أيضاً، إلى إجراء المزيد من الأبحاث لدراسة أوجه وأسباب التفاوت الصحي بين الجنسين، خاصة فيما يتعلق بالأمراض المزمنة والفوارق في محددات استخدام الرعاية الصحية بين الجنسين.

المراجع

- البنك الدولي (2007)، تقرير مراجعة الإنفاق العام: من مرحلة الأزمة إلى استقلالية مالية أكبر.
- البنك الدولي (2005)، النوع الاجتماعي والتنمية في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا.
- برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، مبادرة النوع الاجتماعي والمواطنة. الصفحة الالكترونية: http:// gender.pogar.org
- برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، تقرير التنمية الإنسانية (2008).
- وزارة الصحة الفلسطينية، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني (2009)، الوضع الصحي في فلسطين 2008.
- وزارة الصحة الفلسطينية، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني (2009)، التقرير الإحصائي الصحي، الربع الأول 2009.
- وزارة الصحة الفلسطينية (2008)، الخطة الاستراتيجية الوطنية للصحة: خطة التنمية متوسطة الأمد (2008-2010).
- المبادرة الفلسطينية لتعميق الحوار العالمي والديمقراطية (2008)، نحو موازنة مستجيبة للنوع الاجتماعي: دراسات قطاعية.
- الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني (2004)، النتائج الأولية لمسح الإنفاق على الصحة.
- الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني (2006)، المسح الصحي الديمغرافي.
- الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني (2005)، مسح لمقدمي الخدمات الصحية والمستفيدين منها.
- مارك روبرتس (2005)، مراجعة القطاع الصحي.

- Abu Zaineh, M., Mataria A., et al, (2009). Equity in health care finance in Palestine: the triple effects revealed, Journal of Health Economics.
- Elsong, D. (1997). Tools for gender integration into macroeconomic policy. Gender and Development, 2, Summer, p 13.
- Mataria, A., Khatib, R., Donaldson, C., Bossert, T., Hunter, D., Alsayed, F. and Moatti, J.-P. Agenda for a health care system in the occupied Palestinian territory. The Lancet 2009.
- Chen, L., Evans, T., Anand, S. , et al. (2004), Human resources for health: overcoming the crisis. The Lancet, Volume 364, Issue 9449, 2004.
- Giacaman, R., and Khatib, R., (2009). Promoting health for Palestinians. Lancet, Volume 373, Issue 9666, Page 801, 7 March 2009.
- Guidelines for the Analysis of Gender & Health, Liverpool School of Tropical Medicine, 2008.
- Gender Inequality and Health Sector Reform, Policy Briefings for Health Sector Reform, Liverpool School of Tropical Medicine, 2000.

- WHO (2008). Monitoring the Health Sector in the occupied Palestinian territory, series reports.
- WHO (2002), Gender Analysis in Health: A Review of Selected Tools. Geneva, Department of Gender and Women's Health, World Health Organization.
- WHO (2000) Gender Working Group, Gender Policy for WHO. Geneva, World Health Organization.
- Kuga Thas A, Surgey D, Abdullah R., (1996) Women-centred and Gender-sensitive Experiences: Changing Our Perspectives, Policies and Programmes on Women's Health in Asia and the Pacific: Health Resource Kit. Kuala Lumpur, Asian-Pacific Resource and Research Centre for Women (arrow).
- Gorman, K., Ghazal J., (2006) Gender disparities in adult health: An examination of three measures of morbidity. Journal of health and social behavior, 2006, vol. 47, no2, pp. 95-110.

- Tolhurst, R., de Koning, K., Price, J. J., Kemp, S. Theobald and Squire, S.B., (2002). The Challenge of Infectious Disease: Time to Take Gender into Account. Journal of Health Management, 2002, Vol.4, 135.
- Vlassoff, C. (1994). Gender inequalities in health in the third world: Unchartered ground. Social Science and Medicine, 39(9): 1249-59.
- Vlassoff, C. and E. Bonilla (1994). Gender-related differences in the impact of tropical diseases on women: What do we know? Journal of Biosocial Science, 26, 37-53.
- Tanner, M., Vlassoff, C. (1998). Treatment Seeking Behaviour for Malaria: A Typology based on Endemnicity and Gender, Social Science and Medicine Vol.46, Nos 4-5. pp. 523-532.
- Paltiel, F., (1993) Women's mental health: a global perspective in Koblinksy, M., Timyan, J., and Gay, J. (eds.) 1993. The Health of Women: A Global Perspective Westview Press.
- Pampel, Fred C., Patrick M. Krueger, Justin T. Denney (2009). Socioeconomic Disparities in Health Behaviors, Annual Review of Sociology. Volume 36, Aug 2009.
- Pritchet, L. (1994) . Desired Fertility and the Impact of Population Policies. Population and Development Review 20 (1):1-55.
- Schofield, Toni (2009). Gender and health inequalities: what are they and what can we do about them? Australian Journal of Social Issues September 22, 2008.