

## تقوية النُظُم الصحية في بلدان إقليم شرق المتوسط: تحديات وأولويات واختيارات العمل في المستقبل

### الملخص التنفيذي

1. تمثل أوجه الإجحاف في مجال الصحة، والتعرُّض المتصاعد للمخاطر الصحية، وارتفاع تكاليف الرعاية الصحية، وتدني مستويات الحصول على الرعاية الصحية الجيدة على نحو غير مقبول، أهم التحديات التي تواجه العديد من بلدان إقليم منظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط. وبمواجهة هذه التحديات للوصول إلى مستوى صحي أفضل، وتغطية صحية شاملة، وسياسات تمويل صحي منصفة، تستلزم من الحكومات إعداد رؤية واستراتيجيات واضحة لنظمها الصحية. ثم إن تقوية النظام الصحي هي ضمن الأولويات الاستراتيجية الخمس التي حددها المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط للسنوات الخمس القادمة. وتهدف هذه الورقة إلى استعراض المعوقات والتحديات مع راسمي السياسات في الإقليم بالاستناد إلى أفضل البيئات المتاحة، ومناقشة سُبُل المضي قُدماً في تقوية النُظُم الصحية في الإقليم. ولغرض إعداد هذه الورقة فقد تم تقسيم بلدان الإقليم إلى ثلاث مجموعات على أساس النتائج الصحية العائدة على السكان، وأداء النُظُم الصحية، ومستوى الإنفاق على الصحة. وتشمل المجموعة 1 البلدان التي أحرزت فيها التنمية الاجتماعية والاقتصادية والصحية تقدماً ملموساً خلال العقود الماضية. وتشمل المجموعة 2 بالأساس البلدان المتوسطة الدخل والتي أقامت بنية أساسية واسعة للصحة العمومية ولكنها تواجه عقبات تتمثل في قلة الموارد. أما المجموعة 3 فتشمل البلدان التي تواجه عقبات في سبيل تحسين النتائج الصحية العائدة على السكان بسبب نقص الموارد، وعدم الاستقرار السياسي، وغيرها من التحديات التنموية المعقدة.
2. وتعتبر الأمراض غير السارية من الأسباب الرئيسية للوفيات في الإقليم، في حين لاتزال الأمراض السارية والاضطرابات التغذوية مدرجة في جدول الأعمال. كما تمثل الوفيات التي يمكن توقيها والناجمة عن الإصابات، نسبة خطيرة من الوفيات الكلية. فلقد شهد الإقليم تقلبات سياسية لعقود عديدة، وتباطأ النشاط الاقتصادي في عدد من البلدان. وهناك العديد من البلدان التي تسعى جاهدة إلى إعمال حقوق الإنسان. وإن ما يشهده العديد من البلدان من حركة اجتماعية سياسية للتغيير من شأنه التأثير في صحة السكان.
3. وتشمل أهم التحديات التي تؤثر في أداء النظم الصحية في الإقليم ما يلي: الحاجة إلى التزام سياسي رفيع المستوى بتحقيق تغطية صحية شاملة؛ وتقوية قدرات وزارات الصحة؛ وتقليل نسبة الإنفاق من الجيب الشخصي؛ وتعزيز إسهام القطاع الخاص في الصحة العمومية وتنظيمها؛ وإعداد قوى عاملة صحية متوازنة من ذوي المهارات ومتحفزة للعمل واعتماد نماذج عملية لممارسة طب الأسرة؛ وتعزيز نُظُم المعلومات الصحية؛ وتحسين إمكانية الحصول على التكنولوجيا الأساسية؛ وتدعيم برامج الصحة العمومية ذات الأولوية. وتترح الورقة سبع أولويات لتحسين أداء النظام الصحي. ويمثل تحقيق التغطية الصحية الشاملة الأولوية الرئيسية. وتشمل المقترحات الأخرى تعزيز القيادة والحوكمة في مجال الصحة؛ وتعزيز نُظُم المعلومات

الصحية؛ والعمل على توفير قوى عاملة صحية متوازنة وتنعم بإدارة جيدة؛ وتحسين إمكانية الحصول على خدمات الرعاية الصحية الجيدة؛ وإشراك القطاع الصحي الخاص؛ وضمان الحصول على التكنولوجيات الأساسية.

4. وبالنسبة لكل من هذه الأولويات تقترح الورقة مجموعة من الاستراتيجيات والخيارات. ويشمل كل خيار عنصرين: ما يمكن للدولة العضو عمله، والكيفية التي يمكن بها للمنظمة والشركاء المساعدة في تحقيقه. وبرنامج العمل هذا طويل وطموح بالنسبة للبلدان والمنظمة على حد سواء. ويتعين على البلدان أخذ زمام المبادرة لدراسة الخيارات المقترحة لتحسين أداء نظام صحي، وتوسيع نطاق الحماية الصحية الاجتماعية والمالية، وتعزيز إمكانية الحصول على الخدمات والتكنولوجيات الصحية الجيدة، ورصد التقدم نحو التغطية الصحية الشاملة. وفي الوقت نفسه، تدرك المنظمة التحدي المتمثل في الارتقاء إلى مستوى تطلعات البلدان بتقديم الدعم التقني اللازم لها.

## مقدمة

5. تمثل أوجه الإجحاف في مجال الصحة، والتعرض المتصاعد للمخاطر الصحية، وارتفاع تكاليف الرعاية الصحية، وتدني مستويات الحصول على الرعاية الصحية الجيدة على نحو غير مقبول، أهم التحديات التي تواجه العديد من بلدان إقليم منظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط. ومواجهة هذه التحديات للوصول إلى مستوى صحي أفضل، وتحقيق تغطية صحية شاملة، وتوفير سياسات تمويل صحي منصفة، يستلزم من الحكومات إعداد رؤية واستراتيجيات واضحة لتنظيمها الصحية<sup>I</sup>. ثم إن تقوية النظام الصحي هي ضمن الأولويات الاستراتيجية الخمس التي حددها المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط للسنوات الخمس القادمة.

6. ومؤخراً شهد الإقليم بشكل عام بناء شبكات حديثة واسعة للبنى الأساسية الصحية، وزيادة مهارات القوى العاملة الصحية، ونشر التكنولوجيات الصحية على نطاق واسع. بيد أن هذه المكاسب لا يجري تقاسمها بالتساوي في الإقليم أو داخل البلدان؛ فهناك فجوات كبيرة حتى في البلدان التي نجحت على مر العقود الثلاثة الماضية في تحقيق مكاسب صحية مبهرة. فكل بلد يختلف عن غيره اختلافاً كبيراً من حيث نوع التحديات الصحية التي يواجهها.

7. وترتكز تقوية النظم الصحية في إقليم شرق المتوسط على قيم ومبادئ الرعاية الصحية الأولية وتستهدى بها (2)؛ وعلى مجالات الإصلاح الأربعة التي حددها التقرير الخاص بالصحة في العالم 2008؛ والتغطية الشاملة، وتقديم الخدمات، والقيادة، وإصلاحات السياسات العامة (3)؛ وإعلان قطر بشأن الرعاية الصحية الأولية<sup>II</sup>.

8. وتهدف هذه الورقة إلى استعراض المعوقات والتحديات مع رسمي السياسات في الإقليم بالاعتماد على أفضل البيئات المتاحة، ومناقشة سبل المضي قدماً في تعزيز النظم الصحية في الإقليم. وبذلك تسعى الورقة إلى إجراء تحليل منهجي للتحديات، وتحديد الأولويات واقتراح استراتيجيات وخيارات.

<sup>I</sup> اعتمدت الدول الأعضاء في الإقليم إعلان قطر بشأن الرعاية الصحية الأولية في مؤتمر دولي عقد بالدوحة، قطر، في تشرين الثاني/نوفمبر 2008.

## الجزء الأول. تحديات النظم الصحية في إقليم شرق المتوسط

9. تأخذ الورقة بتعريف النظم الصحية الوارد في التقرير الخاص بالصحة في العالم لعام 2000، ونصّه: "كل التدابير التي تهدف في الأساس إلى تعزيز الصحة وحمايتها واستعادتها"<sup>(4)</sup>. وهناك تعريف آخر لتعزيز النظم الصحية بأنه "مجموعة من المبادرات والاستراتيجيات التي تهدف إلى تحسين وظيفة أو أكثر للنظام الصحي مما يؤدي إلى تحسين الصحة من خلال تحسين إمكانية الحصول عليها والتغطية بها وجودتها أو كفاءتها"<sup>(5)</sup>.
10. وقد تم تقسيم بلدان الإقليم لغرض هذه الورقة إلى ثلاث مجموعات عامة بالاعتماد على النتائج الصحية العائدة على السكان، وأداء النظام الصحي، ومستوى الإنفاق على الصحة. وتشمل المجموعة 1 البلدان التي أحرزت التنمية الاجتماعية والاقتصادية فيها تقدماً ملموساً على مدى العقود الماضية. وتشمل المجموعة 2 بالأساس البلدان المتوسطة الدخل، التي أقامت بنية أساسية واسعة لتقديم خدمات الصحة العمومية، ولكنها تواجه معوقات بسبب قلة الموارد. أما المجموعة 3 فتشمل البلدان التي تواجه معوقات كبيرة في سبيل تحسين النتائج الصحية العائدة على السكان بسبب نقص الموارد المخصصة للصحة، وعدم الاستقرار السياسي، وغيرها من التحديات التنموية المعقدة<sup>III</sup>. وقد خضعت هذه التحديات التي تواجهها كل مجموعة من المجموعات الثلاث للبلدان إلى المزيد من التحليل وفقاً للبيانات الأساسية الست للنظام الصحي كما وردت في الإطار المفاهيمي للنظام الصحي للمنظمة (6).
11. ويرتكز التحليل في هذه الورقة على أفضل البيانات المتاحة من البلدان، ويعتمد على مراجعة الوثائق الخاصة بالنظم الصحية والمعروضة على اللجنة الإقليمية على مدى السنوات العشر الماضية، وعلى الورقات الخاصة بالسياسات الإقليمية، وتقارير الاجتماعات، والمرصد الصحي الإقليمي، والمؤلفات المنشورة.

## تحليل التحديات التي تواجه النظم الصحية في الإقليم

### نظرة عامة على صحة السكان

12. في عام 2012، أصبح 8.8% من سكان العالم البالغ عددهم 6 مليارات نسمة يعيشون في إقليم شرق المتوسط. وتمثل بلدان المجموعة 3 نحو 48% من سكان الإقليم في حين تمثل بلدان المجموعة 1 نحو 7% من سكان الإقليم. وما يقرب من 60% من سكان الإقليم تتراوح أعمارهم بين 15 و 59 سنة، وتقل أعمار ثلث السكان عن 15 سنة (7). وفي أوائل تسعينات القرن العشرين، كان متوسط معدل الخصوبة الكلي يزيد على 5 أطفال لكل امرأة، وظل الحال على ذلك دون تغيير في بلدان المجموعة 3. بيد أن بلدان المجموعة 2 والمجموعة 1 قطعت خطوات كبيرة على طريق تقليص معدلات الخصوبة لتصل إلى 3 أطفال لكل امرأة في المجموعة 2 وطفلين لكل امرأة في المجموعة 1 (الجدول 1). ويُعزى هذا الانخفاض أساساً إلى ارتفاع معدلات انتشار وسائل منع الحمل لتتراوح بين 35% و 50%، وإلى زيادة سن الزواج الأول. أما في بلدان المجموعة 3 فيبلغ معدل انتشار وسائل منع الحمل 21.5%، ولم يبدأ في الزيادة إلا في السنوات الخمس الأخيرة (8).

<sup>III</sup> المجموعة 1: الإمارات العربية المتحدة، البحرين، عُمان، قطر، الكويت، المملكة العربية السعودية. المجموعة 2: الأردن، الأرض الفلسطينية المحتلة، تونس، جمهورية إيران الإسلامية، الجمهورية العربية السورية، العراق، لبنان، ليبيا، مصر، المغرب. المجموعة 3: أفغانستان، باكستان، جنوب السودان، جيبوتي، السودان، الصومال، اليمن.

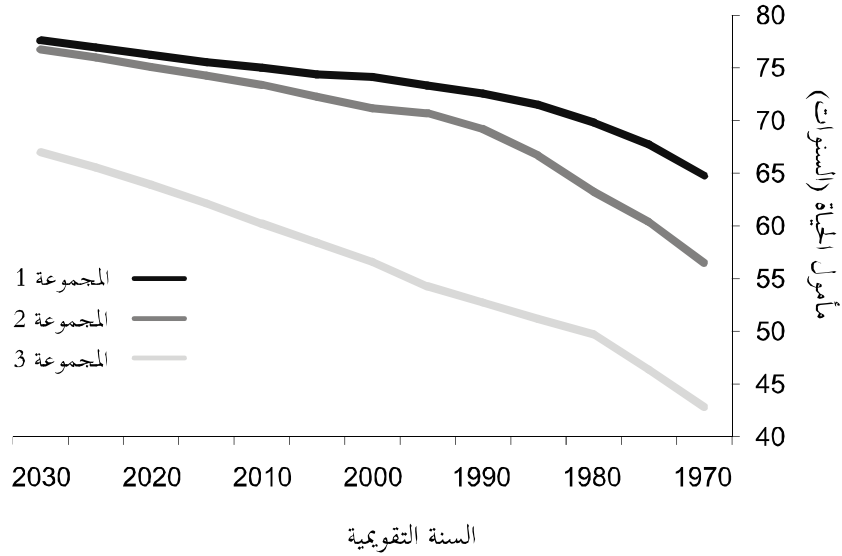
13. ولايزال مأمول الحياة عند الميلاد أقل من 60 سنة في نصف بلدان المجموعة 3، في حين يزيد على 70 عاماً في معظم بلدان المجموعة 2 والمجموعة 1. وستظل الفجوة في مأمول الحياة المتوقعة في المجموعات الثلاث كبيرة على الرغم مما تشهده بلدان المجموعة 3 من تحسن مستمر (الجدول 1 والشكل 1). وقد أبلغت معظم البلدان عن انخفاض نسب وفيات الأمومة في الفترة بين عامي 1990 و2010 بنحو 50% أو أكثر. ولكن نظراً لأن مستويات وفيات الأمومة لاتزال مرتفعة في بلدان المجموعة 3، فقد يصعب بلوغ هدف المرمى 5 من المرامي الإنمائية للألفية المتمثل في تقليص معدل وفيات الأمومة بمقدار ثلاثة أرباع بحلول عام 2015 حتى بالنسبة لبعض بلدان المجموعة 2 والمجموعة 1، ما لم تبذل على وجه السرعة جهود منسقة (9). وقد انخفض معدل وفيات الرضع بشكل كبير في جميع بلدان المجموعة 2 والمجموعة 1 في الفترة من عام 1990 إلى عام 2010. ويُلاحظ أن وتيرة الانخفاض المتوقعة في بلدان المجموعة 3، بالاستناد إلى البيّنات الحالية، أقل من المعدّل السنوي المحدد لبلوغ هدف المرامي الإنمائية للألفية بحلول عام 2015. وكذلك، انخفض معدّل وفيات الأطفال دون سن الخامسة بأكثر من 50% في بلدان المجموعتين 1 و2 خلال نفس الفترة نفسها. إلا أن معدّلات الانخفاض في بلدان المجموعة 3 لاتزال غير مُرضية، حيث لايزال هناك طفل يموت من بين كل 10 أطفال قبل بلوغ سن الخامسة (10).

#### الجدول 1. اتجاهات النتائج الصحية الرئيسية في إقليم شرق المتوسط، 1990-2010\*

بلدان المجموعة 3			بلدان المجموعة 2			بلدان المجموعة 1			مؤشرات الوضع الصحي
2010	2000	1990	2010	2000	1990	2010	2000	1990	
60.2	56.6	52.8	73.4	71.2	69.2	75.0	74.1	72.6	مأمول الحياة عند الميلاد (سنوات) (7)
360	625	750	63	79	115	17	18	24	نسبة وفيات الأمومة (لكل 100 000 وليد حي) (9)
71.5	-	95.5	19	-	36.5	8.5	-	17.5	معدل وفيات الرضع (لكل 1000 وليد حي) (7)
97	-	126.5	22	-	45.5	9.5	-	21.5	معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة (لكل 1000 مولود حي) (10)
6.0	6.3	6.6	2.9	3.7	5.6	2.2	3.9	5.2	معدل الخصوبة الكلي (8)

\* القيم عبارة عن متوسطات

- المعلومات غير متاحة



المصدر: (7)

### الشكل 1. الاتجاه المتوقع لمأمول الحياة عند الميلاد بحسب مجموعة البلدان 1970-2030

14. وفي الوقت الحالي تشير التقديرات إلى أن ما يربو على 60% من عبء المرض، وما يزيد على 50% من عبء الوفيات في الإقليم يُعزى إلى الأمراض غير السارية، ولاسيما: الأمراض القلبية الوعائية والسكري والسرطان وأمراض الرئة المزمنة (11). ولقد تفاقم النمط المتغير للمراضة في الإقليم بفعل الاتجاه المتزايد لمعدّل انتشار عوامل الخطر المرتبطة بهذه الأمراض. ويوضح الجدول 2 معدّل الوفيات الخام المرتبط بسبب معيّن في عام 2008 بحسب مجموعة المرض الرئيسية. ويُعزى نحو ثلاث من كل أربع وفيات في بلدان المجموعتين 1 و2 إلى الأمراض غير السارية بالمقارنة بوفاتين لكل خمس وفيات في بلدان المجموعة 3. وتمثل الإصابات 15% من إجمالي الوفيات في بلدان المجموعة 1، و12.5% في بلدان المجموعة 2، و9.4% في بلدان المجموعة 3.

15. ويُعزى ما يقرب من نصف الوفيات في بلدان المجموعة 3 إلى الأمراض السارية. ففي عام 2011، أبلغت بلدان المجموعة 3 عن 99.8% من حالات الملاريا في الإقليم والبالغ عددها 7 ملايين حالة. أما بالنسبة للسل، بلغت حالات السل المبلغة من بلدان المجموعات الثلاث وعددها 426 000 حالة، توزعت على النحو التالي 82% في بلدان المجموعة 3 و16% في بلدان المجموعة 2 وأقل من 2% في بلدان المجموعة 1 (12، 13). ويعتبر إقليم شرق المتوسط أحد أكبر إقليمين في العالم يشهدان أسرع معدلات نمو وباء فيروس الإيدز. وعلى حين أن من الواضح أن الأمراض غير السارية تمثل مسببات الوفاة الرئيسية وأن حجمها يتزايد بسرعة في بلدان المجموعتين 1 و2، فإن برنامج مكافحة الأمراض السارية غير المنجز في بلدان المجموعة 3 يبعث على الكثير من القلق. علماً بأن الوفيات التي يمكن توقيها والناجمة عن الإصابات في المجموعات الثلاث تمثل نسبة كبيرة من إجمالي الوفيات.

الجدول 2 معدلات الوفيات الخام الناجمة عن سبب محدد (لكل 100 000 نسمة) في إقليم شرق المتوسط بحسب السبب الرئيسي، 2008

العبء العالمي للمرض: الوفيات حسب الأسباب الرئيسية	المعدل	%	المجموعة 2 المعدل	النسبة	المجموعة 3 المعدل	%
الأمراض السارية، وأمراض الأمومة والفترة المحيطة بالولادة، وحالة التغذية	42.9	12.6	84.4	15.5	461.8	48.8
الأمراض غير السارية	245.0	72.2	392.0	72.0	395.5	41.8
الإصابات	51.5	15.2	67.8	12.5	88.5	9.4
<b>المجموع</b>	<b>339.4</b>	<b>100.0</b>	<b>544.2</b>	<b>100.0</b>	<b>945.9</b>	<b>100.0</b>

المصدر: (1)

### السياق الجغرافي السياسي، والاجتماعي والاقتصادي

16. يضم إقليم شرق المتوسط 22 بلداً بالإضافة إلى الأرض الفلسطينية المحتلة، ويقدر عدد سكانه بنحو 620 مليون نسمة. وهذا الإقليم على الرغم من تواصله الجغرافي، وتوافقه الثقافي، وخلفيته التاريخية المشتركة يشهد درجة كبيرة من التنوع في مرتسمات الاقتصاد الكلي، والمرتسمات الإنمائية لبلدانه، مما يعكس دائماً على الوضع الصحي للسكان وأداء النظم الصحية.

17. وقد شهد الإقليم تقلبات سياسية لعقود عديدة. فخلال السنوات العشر الماضية مرّ 10 بلدان على الأقل بأزمة أو لانزال تمرّ بأزمات، أو صراعات داخلية، أو طوارئ معقدة. علماً بأن الاستجابة لما تفرضه مثل هذه الأوضاع من تحديات، يلقي بالمزيد من المتطلبات على كاهل النظم الصحية التي ينوء بها بالفعل عبء ثقيل من العمل بسبب ضعف الحوكمة، وهجرة القوة العاملة الصحية، وتعطل نظم الإمداد، وتدمير البنية الأساسية الصحية وإهمالها، وما يستتبعه ذلك حتماً من إرباك الخدمات الصحية. كما أن تدفق المساعدات الخارجية، وسوء التنسيق بين المانحين يفرضان تحديات إضافية.

18. وقد تباطأ النشاط الاقتصادي تباطؤاً حاداً، وارتفعت معدلات البطالة في عدد من البلدان المستوردة للنفط في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا وفي باكستان في عام 2011. وانخفض معدل النمو في هذه البلدان (الأردن، وأفغانستان، وباكستان، وتونس، وجيبوتي، ولبنان، ومصر، والمغرب) من 4.3% في عام 2010 إلى 2.2% في عام 2011، فقد أسفرت الاضطرابات الاجتماعية في بعض هذه البلدان عن انخفاض كبير في السياحة والاستثمار، وزاد الطين بلة ارتفاع أسعار الطاقة، وتباطؤ نمو الاقتصاد العالمي (14). وقد اضطر العديد من الحكومات إلى وضع حد للنفقات الإنمائية للخدمات الاجتماعية بما فيها الصحة. ومن أجل الحفاظ على سلامة نظام الصحة العمومية، طرح راسمو السياسات استراتيجيات لترشيد التكاليف واستردادها مما أضّر بهدف عدالة التمويل والحماية من المخاطر المالية في مجال الصحة.

19. والحق في الصحة مكرس كأحد حقوق الإنسان الأساسية في العديد من الاتفاقات والمعاهدات الدولية. وجميع الدول الأعضاء في المنظمة ملزمة بمقتضى توقيعها على دستور المنظمة بمبادئ وعناصر الحق في الصحة (15)، (16)، كما أن معظم البلدان وقعت على الأقل اتفاقية أو معاهدة دولية واحدة تقرّ بكون الصحة حقاً من

حقوق الإنسان. ومع هذا، فإن ذلك لا ينعكس دائماً في الدساتير والسياسات الوطنية، وحتى إذا انعكس فيها، يظل إنفاذها مشكوك في أمره.

20. ومن المتوقع أن يؤدي تغيير المناخ إلى تفجير الكوارث، وتعقيدها وتفاقمها وإلى استفحال الأوضاع الإنسانية الراهنة، وهو ما يفرض مجموعة جديدة من التحديات الصحية على الإقليم، والتي ستكون على أشدها في بلدان المجموعة (3).

21. وأخيراً، فإن الحركة الاجتماعية – السياسية للتغيير التي تجري في العديد من بلدان الإقليم من المرجح أن تؤثر على صحة السكان. ويتمثل التحدي الذي تواجهه هذه البلدان في وضع عملية للإصلاح الصحي لبناء نظام صحي مضمون الاستمرار وذو خطة تمويل يمكن التعويل عليها، وضمان عدالة الحصول على الخدمات، وتوسيع التغطية الجغرافية (17).

### أهم التحديات التي تجابه النظم الصحية

22. تواجه النظم الصحية في الإقليم العديد من التحديات المتداخلة بطبيعتها بشكل عام، والتي تنطبق على معظم البلدان بغض النظر عن مستوى التنمية الاجتماعية والاقتصادية والصحية. والتصدي لهذه التحديات ضروري لبلوغ التغطية الصحية الشاملة. والحاجة إلى الإرادة السياسية والالتزام على أعلى المستويات للتحرك نحو التغطية الصحية الشاملة مع جودة الرعاية الصحية، يمثلان التحدي الغالب في جميع البلدان. ومتى تم تحقيق مثل هذا الالتزام، تعين على راسمي السياسات أيضاً دراسة التحديات التالية.

23. تعزيز قدرة وزارة الصحة على صياغة وتقييم السياسات والخطط المسندة بالبيانات، وتنظيم القطاع الصحي. إن القدرة العامة لوزارات الصحة على التوجيه، وصياغة التشريعات، ووضع المعايير والإلزام وإنفاذها تتفاوت في الإقليم. فغالباً ما تكون مشاركة القطاعات الأخرى غير القطاع الصحي ضعيفة وبجاجة إلى تقوية. والبلدان بحاجة إلى وضع آليات فعالة لتيسير العمل المشترك بين القطاعات المتعددة، استناداً إلى الخبرات الدولية والدروس المستفادة.

24. تحقيق مستوى من التمويل كاف ومستدام، وتقليص نسبة الإنفاق من الجيب الشخصي على الصحة في بلدان المجموعتين 2 و3. إن نسبة الإنفاق من الجيب الشخصي للأفراد عند نقاط تلقي الرعاية في بعض البلدان المنخفضة الدخل هي نسبة مرتفعة، إذ قد تصل إلى 75% من إجمالي الإنفاق على الصحة. علماً بأن ارتفاع مستويات الإنفاق من الجيب الشخصي يعرض الأسر لكارثة مالية ولفقر، كما أنه يمثل عائقاً كبيراً أمام التحرك نحو التغطية الصحية الشاملة، والنظم الصحية المنصفة في معظم البلدان.

25. تعزيز الإسهام المرتقب للقطاع الصحي الخاص في الصحة العمومية وتنظيمه بما يضمن الجودة ويحول دون الممارسات غير الملائمة. ينافس القطاع الخاص القطاع العام في تقديم خدمات الرعاية الأولية في العديد من بلدان المجموعتين 3 و2. ووفقاً للمعلومات الواردة من أربعة بلدان، فإن نسبة خدمات العيادة الخارجية التي يقدمها القطاع الخاص للسكان تتراوح بين 33% و86%. كما أن نسبة ارتفاع الشريحة الخمسية الأفقر في البلدان الأربعة نفسها بخدمات القطاع الخاص تتراوح بين 11% و81%. ومع هذا، فإن دور القطاع غير الحكومي غير محدد جيداً، بوجه عام، وقدراته غير مفهومة فهماً جيداً، علاوة على الافتقار إلى المعلومات

وعدم رصد الممارسات بشكل عام. ويتفاوت حجم الخدمات المقدمة، كما أن المعايير المستخدمة في العديد من البلدان مشكوك فيها وتفتقر إلى التنظيم الجيد وإلى المعلومات الكافية حول العبء المالي الواقع على كاهل مستخدمي هذه الخدمات.

26. **إعداد قوى عاملة صحية متوازنة، ومتحفزة، وجيدة التوزيع والإدارة، وتنحلي بمجموعة مناسبة من المهارات.** تعتبر الكثافة العامة للقوى العاملة في الإقليم دون المتوسط العالمي وهو 4 عاملين صحيين مهرة لكل 1000 نسمة. وبالإضافة إلى ذلك، هناك ثمانية بلدان تُصنّف بأنها تواجه أزمات فيما يتعلق بالموارد البشرية الصحية (18). ويعزى ذلك بدرجة كبيرة إلى: قصور التدابير المتخذة عند الالتحاق بالخدمة، ولاسيما ما يتعلق منها بنقص إعداد القوى العاملة من خلال الاستثمار الاستراتيجي في التعليم وممارسات التعيين الفعّالة والأخلاقية؛ وقصور أداء القوى العاملة بسبب ضعف الممارسات الإدارية في القطاعين العام والخاص؛ والمشاكل المرتبطة بترك الخدمة، ولاسيما الافتقار إلى سياسات لإدارة الهجرة والتناقص الطبيعي للعاملين من أجل تقليص إهدار الموارد البشرية. وتكمن خلف هذا الوضع تحديات جسيمة تتعلق بالحوكمة، والتنسيق بين الأطراف المعنية، وتوفير المعلومات والبيّنات اللازمة لصنع القرار. وكلها أمور بحاجة إلى تعزيز.

27. **اعتماد نماذج عملية لممارسات طب الأسرة لتقديم خدمات الرعاية الأولية.** يبدل العديد من البلدان جهوداً لإنشاء برامج فعّالة لممارسات طب الأسرة لتصبح القاطرة الرئيسية لتقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية. ومع هذا فلاتزال هناك معوقات كبيرة في جميع البلدان بما في ذلك نقص أطباء الأسرة والمرضات وسائر الممارسين المدربين تدريجاً مناسباً، وسوء توزيع القوى العاملة الصحية، وقصور المشاركة مع المستشفيات لتوفير الدعم والمساندة اللازمين.

28. **تعزيز نظم المعلومات الصحية، بما فيها تسجيل الأحوال المدنية، ورصد عوامل الخطر والمراضة، وأداء النظم الصحية.** يُلاحظ أن نُظم المعلومات الصحية في الإقليم تعاني بشكل عام من القصور في جودة التبليغ وتوقيته. وهناك نوع من الازدواج والتشتت في تجميع البيانات فضلاً عن ضعف التحقق الصارم في مختلف البرامج. ولا يوجد في بعض البلدان نظام موثوق لتسجيل المواليد والوفيات، كما أن معظمها لا يقدم معلومات مستوفاة ودقيقة عن أسباب الوفيات. ولا تتوفر معلومات مصنّفة بحسب العمر ونوع الجنس، والمكان، والحالة الاجتماعية والاقتصادية في معظم البلدان، وهناك ندرة في الموارد البشرية المدربة في مجال الوبائيات ونظم المعلومات الصحية. واستناداً إلى أداة التقييم الخاصة بشبكة القياسات الصحية (19، 20)، فإن العديد من البلدان أحرز فيما يتعلق بمعظم العناصر الستة لنظام المعلومات الصحية درجة "غير كاف على الإطلاق" أو "غير كاف" (19).

29. **تحسين إمكانية الحصول على التكنولوجيات الأساسية (الأدوية، واللقاحات، والمستحضرات الحيوية، والأجهزة الطبية) واستخدامها على نحو رشيد.** يوجد لدى ما يزيد على 90% من بلدان الإقليم سلطات تنظيمية وطنية<sup>IV</sup>. غير أن أداءها قاصر في العديد من البلدان<sup>V</sup>، إذ تركز أساساً على تنظيم الأدوية وليس على

<sup>IV</sup> يشمل مصطلح "السلطة التنظيمية الوطنية" السلطات التنظيمية المستقلة، والسلطات والإدارات التنظيمية في وزارات الصحة، أو ممارسة وزارات الصحة للوظائف التنظيمية الأساسية في مجال واحد أو أكثر من مجالات التكنولوجيا الصحية

<sup>V</sup> تستند هذه المعلومات إلى تقييمات المنظمة للسلطات التنظيمية الوطنية، وزيارات البلدان، وتقارير التقييم <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s16874e/s16874e.pdf> المدرج في آب/أغسطس (2012) التي تمت خلال الفترة



التنظيم السليم للمستحضرات الحيوية (اللقاحات، ومكونات الدم غير الثابتة، ومشتقات البلازما، ومشتقات الغلوبولين المناعي)، والأجهزة الطبية، والتكنولوجيات السريرية (الإكلينيكية)، بما في ذلك المختبرات. كما تتسم السلطات التنظيمية بعدم الفعالية على العموم فيما يتعلق بإدارة الجودة، ورصد القطاع الخاص وحماية المنافع العامة من المصالح التجارية.

30. دعم برامج الصحة العمومية ذات الأولوية بالتغلب على العوائق التي يُعاني منها النظام الصحي بأكمله. ضعف أداء النظام الصحي هو من العوائق التي تعاني منها البرامج التي تستهدف الأمراض ذات الأولوية، والتدخلات المتعلقة بدورة الحياة، وبلوغ المرامي الإنمائية للألفية. فالعوائق التي يعاني منها النظام الصحي بأكمله تؤثر سلباً في عملية تقديم الخدمات وتهدد بأداء البرامج.

31. إعداد النظم الصحية لمواجهة الأزمات والكوارث وتعزيز قدراتها على استعادة حيويتها في الطوارئ المعقدة والمتطوّلة. يواجه العديد من البلدان طوارئ معقدة، ومعظم النظم الصحية غير مستعدة استعداداً جيداً لمواجهة هذه الأوضاع. وهناك أوجه قصور في التعاون والتنسيق والتخطيط؛ والاتصالات وتبادل المعلومات؛ والتعليم والتدريب؛ والتشريع والتنظيم؛ وقوة النظم الصحية على تلبية الاحتياجات المفاجئة المتسارعة.

## التحديات المعينة التي تعانيها النظم الصحية بحسب لَبَنَات هذه النظم

### الحكومات والقيادة

32. تم تقييم الحوكمة<sup>vi</sup> في العديد من بلدان الإقليم بالاستناد إلى إطار العمل المشتمل على 10 مبادئ. وتمثل المبادئ الرئيسية في: الرؤية الاستراتيجية، والمشاركة، وسيادة القانون، والمساءلة، والشفافية(21). ففي بلدان المجموعة 3 لا يجري تحديث السياسات والاستراتيجيات الوطنية بانتظام. وقد قامت أربعة بلدان من بين البلدان السبعة في هذه المجموعة بتحديث استراتيجياتها الوطنية، في حين أن البلدان الثلاثة الأخرى إما هي بصدد هذا التحديث أو بصدد الانتهاء منه. فالمعلومات والبيانات اللازمة لصياغة السياسات وللتخطيط الاستراتيجي غير كافية. ثم إن التشريعات المتقدمة، وضعف إنفاذ لوائح الصحة العمومية وكون القطاع الصحي غير منظم بشكل كبير يترك المستهلكين دون حماية. وتتلقى بلدان المجموعة 3 مساعدة خارجية غير أن التنسيق بين المانحين وفعالية المعونات لاتزال تمثل تحديات على الرغم من أن معظم البلدان قد اعتمدت إعلان باريس بشأن فعالية المعونات (22).

33. ولا تزال اللامركزية غير مفعلة في مجال الصحة في العديد من البلدان. ويُعزى ذلك إلى العديد من الأسباب التي منها تذبذب الالتزام السياسي، ومقاومة المستويات العليا لإعادة توزيع السلطة والمسؤولية؛ وعدم الوضوح بالنسبة لحيز اتخاذ القرار الممنوح للمستوى المحلي، بالإضافة إلى نقص التدريب والقدرات؛ وعدم وجود كيان على المستوى الاتحادي لتنسيق الوظائف الأساسية مثل تحقيق توافق في الآراء على السياسات الوطنية، وتنظيم القطاع، أو التنسيق بين المانحين.

<sup>vi</sup> الحوكمة هي ممارسة السلطة السياسية والاقتصادية والإدارية في إدارة شؤون البلد على كافة المستويات.

34. وبالنسبة لبلدان المجموعة 2، على الرغم من وفرة البيانات اللازمة لدعم اتخاذ القرار، فغالباً ما تكون السياسات الواضحة ناقصة، وتحتاج القدرة على إعداد القواعد والمعايير ورصد التقدم إلى الكثير من التقوية. ولم يتم تحديث الخطط الصحية الاستراتيجية والتشريعات ذات الصلة في بلدين؛ وحتى إذا تم ذلك، فهناك تحدّ يعترض التنفيذ والإنفاذ. ولا بد من تقوية ثقافة المساءلة والشفافية والشمول في القرارات المتعلقة بتخصيص الموارد وتوزيعها.

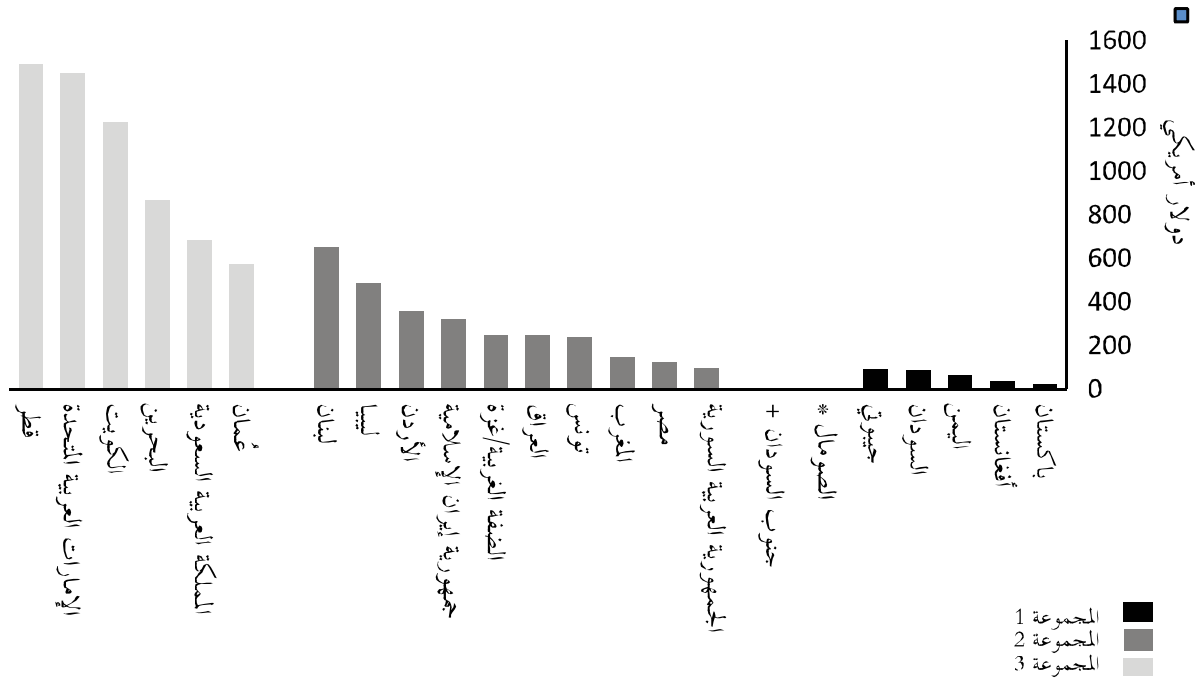
35. ومعظم وزارات الصحة في بلدان المجموعة 2 - كما هو الحال في بلدان المجموعة 3 - لم تنجح في تنظيم القطاع الصحي الخاص المتوسّع الهادف إلى الربح تنظيمياً فعّالاً. وفي العديد من البلدان، نجد أن التشريعات ذات الصلة إما غير موجودة أو متقدمة، وأن المعايير لم يتم تحديثها. ويتجه العديد من وزارات الصحة بشكل متزايد إلى الاشتراك مع القطاع غير الحكومي من خلال ترتيبات تعاقدية رسمية. وهناك فرص للتحسين الذي يتأتى بضمان أن تكون التعاقدات تنافسية، وشفافة، ويجري رصدها جيداً، وتحقق النتائج المرجوة.

36. وفي بلدان المجموعة 1، يبرز دور القطاع العام ويلبي معظم احتياجات الرعاية الصحية للسكان. وتتوافر لدى جميع بلدان المجموعة 1 خطط استراتيجية للصحة. بيد أن هذه الخطط عادة ما تركز على تطوير البنية الأساسية وتفتقر إلى نهج متعدد القطاعات للتعاطي مع المشكلات الصحية ذات الأولوية، مثل الأمراض غير السارية. وتنحاز الخطط الوطنية إلى الرعاية العلاجية، وتعطي قدراً أقل من الاهتمام للتعزيز والوقاية. ثم إن ضعف استجابة النظام الصحي الوطني لاحتياجات الأعداد الغفيرة من المغتربين في هذه البلدان، يمثل تحدياً مهماً.

#### التمويل

37. في عام 2010، كان إجمالي الإنفاق<sup>VII</sup> على الصحة في الإقليم يتجاوز 100 مليار دولار أمريكي، أي ما يمثل 1.6% من الإنفاق العالمي على الصحة لنحو 8.8% من سكان العالم. وكان متوسط نصيب الفرد من إجمالي الإنفاق على الصحة 183 دولاراً أمريكياً في عام 2010 بالمقارنة مع 4380 دولاراً أمريكياً في بلدان منظمة التعاون والتنمية في المجال الاقتصادي (23) مع وجود تفاوت كبير داخل مجموعات البلدان الثلاث وفي ما بينها (الشكل 2).

<sup>VII</sup> بيانات الإنفاق الصحي في هذا الفرع مستخلصة من قواعد البيانات الخاصة بالإنفاق العالمي على الصحة. <http://apps.who.int/nha/database/> تمت زيارة الموقع في حزيران/يونيو 2012 ما لم تتم الإشارة بخلاف ذلك.



المصدر: (23)

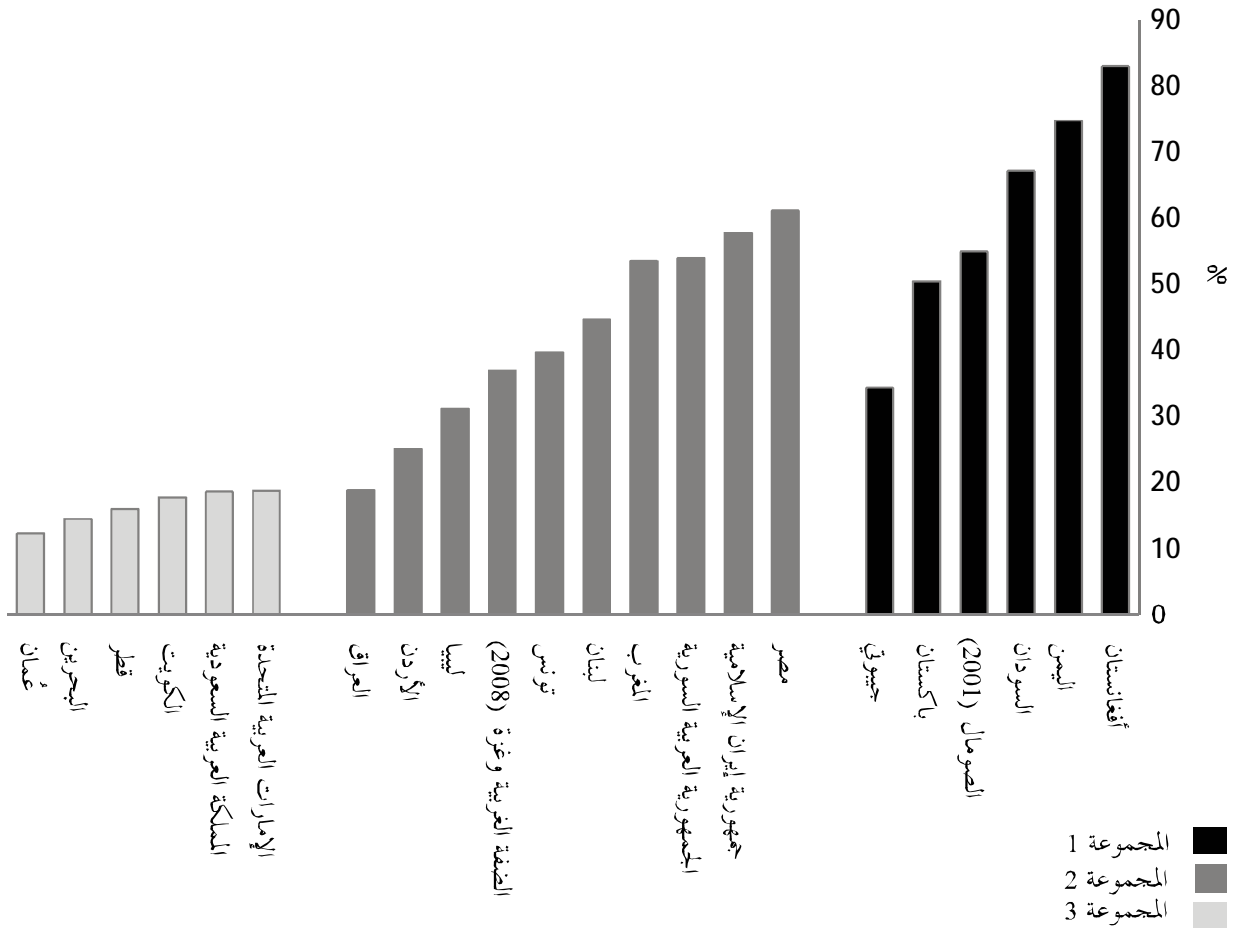
\* البيانات غير متاحة

+ البيانات مدرجة من السودان في 2010

## الشكل 2. نصيب الفرد في إجمالي الإنفاق على الصحة، بحسب مجموعة البلدان 2010

38. أنفقت بلدان المجموعة 3 أقل من 40 دولاراً أمريكياً في المتوسط على الصحة للفرد في عام 2010. ويأتي أقل من ثلث هذه النفقات من المصادر الحكومية العامة، وأكثر من 50% من النفقات من الجيب الشخصي، باستثناء جيبوتي (الشكل 3). كما أن الإنفاق الحكومي العام على الصحة في بلدان المجموعة 3 غير كاف، إذ يتراوح بين 4.4 دولار أمريكي و59.8 دولار أمريكي للفرد. وفي ظل غياب الحماية الاجتماعية الكافية، يعتمد تمويل الرعاية الصحية بشدة على الإنفاق من الجيب الشخصي مما يجعله مصدراً مهماً للإنفاق الصحي الباهظ، والفقير.

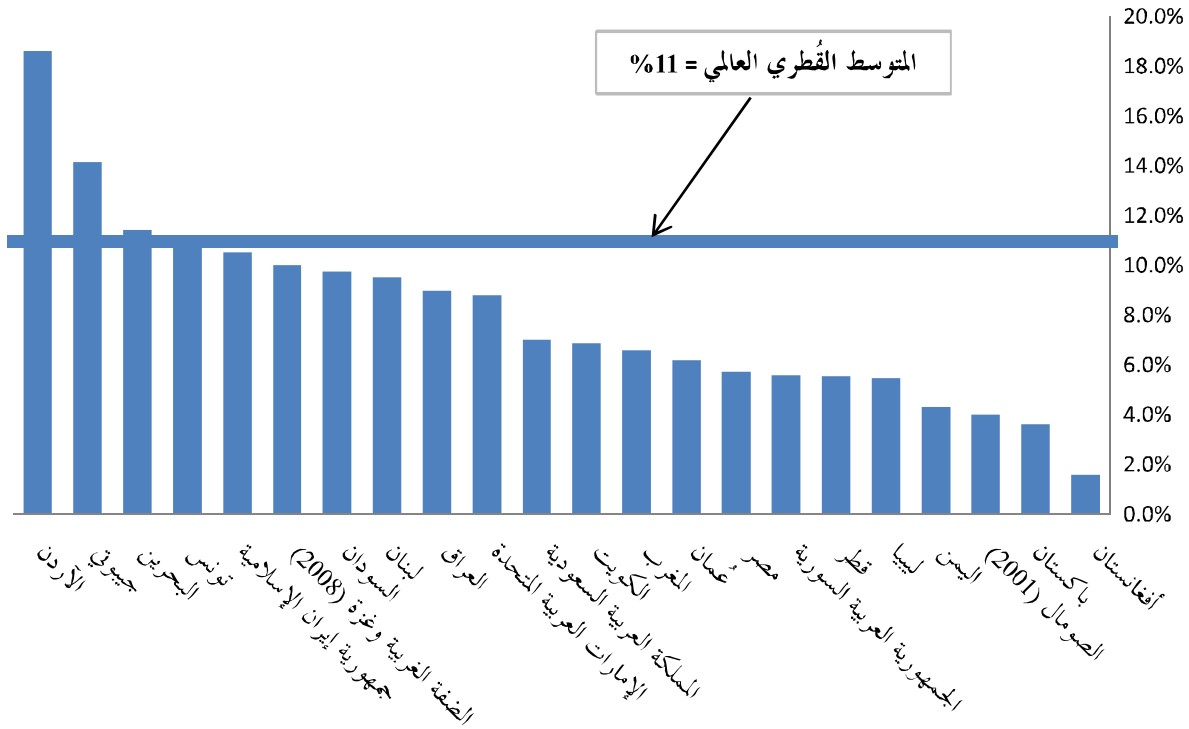
39. وأنفقت بلدان المجموعة 2 أكثر من 200 دولار أمريكي على الصحة للفرد في عام 2010. ويتأتى تقريباً نصف هذا المبلغ من المصادر الحكومية العامة. فنسبة الإنفاق من الجيب الشخصي كنسبة مئوية من إجمالي الإنفاق على الصحة متفاوتة إذ تتراوح بين 18.8% و61.2% (الشكل 3). ومعظم بلدان المجموعة 2 لديها نُظُم تمويل مختلطة. بما فيها نظام التأمين القائم على الضرائب والتأمين الصحي الاجتماعي. ففي السنوات الأخيرة، تجدد الاهتمام بالحماية الصحية الاجتماعية، وتبذل بعض البلدان جهوداً للاقتراب من التغطية الصحية الشاملة من خلال تعزيز ذلك الجزء من تكاليف الرعاية الصحية الذي تغطيه نُظُم السداد المسبق. وقد أجريت دراسات مالية انتهت إلى أنه في بعض بلدان المجموعة 2 تواجه 50% من الأسر كوارث مالية بسبب اعتلال الصحة وأن مدفوعات الرعاية الصحية (24) تدفع بنصف هذه الأسر إلى هاوية الفقر (24).



الشكل 3. نسبة الإنفاق من الجيب الشخصي لإجمالي الإنفاق على الصحة،  
بحسب مجموعة البلدان 2010

40. وقد أنفقت بلدان المجموعة 1 ما يقرب من 900 دولار أمريكي على الصحة للفرد في عام 2010، ويتأتى ثلثا الإنفاق على الصحة من المصادر الحكومية العامة. ولم تتجاوز نسبة الإنفاق الصحي من الجيب الشخصي 20% من إجمالي الإنفاق على الصحة في هذه البلدان. إذ تراوحت بين 12% و 19%. ويتم تمويل الرعاية الصحية أساساً من الإيرادات الحكومية، التي تضمن تغطية جميع المواطنين بمجموعة شاملة للخدمات الصحية. أما المغتربون في هذه البلدان فتجري تغطيتهم على نحو متزايد بنظم تأمين صحي خاصة، تجري تجربتها لحشد المزيد من الموارد لتغطية تكلفتهم. وهناك تفاوت كبير داخل بلدان المجموعة 1، وفي ما بينها في طريقة تقديم الحماية الصحية الاجتماعية للمواطنين والمغتربين.

41. ويدعو إعلان أبوجا الذي يستهدف بلدان الاتحاد الأفريقي إلى أن تُخصَّص للصحة 15% على الأقل من الميزانية السنوية (25). وعلى سبيل القياس، لم يبلغ هذا الهدف في إقليم شرق برمودا سوى بلد واحد، في حين تعدى بلدان اثنتان فقط المتوسط القطري العالمي ومقداره 11% من الإنفاق الحكومي العام على الصحة (الشكل 4).



المصدر: تقديرات منظمة الصحة العالمية لعام 2010، المتوسط العالمي لكل بلد بما في ذلك البلدان التي يتجاوز عدد السكان فيها 600 000 نسمة.

#### الشكل 4. الإنفاق الحكومي العام على الصحة كنسبة مئوية من الإنفاق الحكومي العام، 2010

42. وانخفاض الإنفاق الحكومي على الصحة لا يعزى إلى العوائق المالية العامة فحسب، وإنما هو أيضاً ناتج عن انحطاط الأولوية المعطاة للصحة. ويتضح هذا في النسبة التي تنفق على الصحة من الإنفاق الحكومي العام (الشكل 4). فالإنفاق الحكومي العام في معظم بلدان الإقليم يمثل نسبة مرتفعة نسبياً من الناتج المحلي الإجمالي (ما يقرب من 35%)، وهو ما يشير إلى الحيز المالي المتاح لزيادة الإنفاق على الصحة. ويتعذر تحقيق التغطية الصحية الشاملة إذا كان الإنفاق الصحي الحكومي العام كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي أقل من 4% أو 5% (26). وحتى الآن لم يصل سوى أربعة بلدان في الإقليم إلى هذا المستوى من الإنفاق.

43. ويقوم المانحون بدور مهم في تمويل القطاع الصحي في البلدان التي تمر بطوارئ معقدة، إذ تصل نسبة التمويل إلى نحو 32% من إجمالي الإنفاق على الصحة في أحد البلدان. والموارد الخارجية للصحة غالباً ما يتعذر التنبؤ بها وكثيراً ما يكون توجيهها للاستخدام النهائي غير فعال.

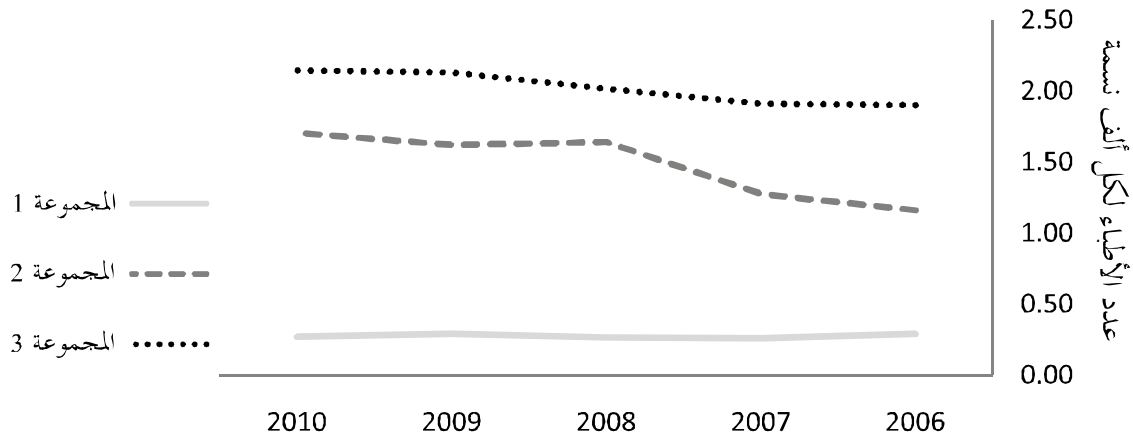
44. علماً بأن الأسباب الرئيسية للقصور في تمويل الصحة في بلدان المجموعة 3 تعزى إلى عدم ملاءمة مجموعة المهارات المتاحة، ومشاكل التوريد واستخدام التكنولوجيا غير الملائمة في تقديم الخدمات الصحية. وتعود الأسباب الرئيسية للقصور في معظم بلدان المجموعة 2 إلى اختلال التوازن في إعداد القوى العاملة الصحية وفي الاستفادة منها، بالإضافة إلى الإنفاق غير المتناسب على الرعاية العلاجية والرعاية بالمستشفيات مقارنة مع الإنفاق على الرعاية الوقائية والأولية. كما أن عدم وجود أساليب استراتيجية للشراء وغياب آليات السداد لمقدم الخدمة المرتبطة بالأداء، قد أدت إلى قصور كبير في استخدام الموارد الصحية في الإقليم. فعادة ما يقوم

القطاع العام بشراء مدخلات الخدمات عن طريق توظيف العاملين وتوفير الأدوية والإمدادات والمعدات بدلاً من شرائها بشكل استراتيجي يضمن تحقيق النتائج المرجوة.

45. وقد أجرت معظم بلدان المجموعة 2 والعديد من بلدان المجموعة 3 جولة واحدة على الأقل للحسابات الصحية الوطنية. وأجرت ثلاثة بلدان أكثر من ثلاث جولات. وقامت جميع بلدان المجموعة 1 بالأعمال التحضيرية لإجراء جولة للحسابات الصحية الوطنية. وهناك حاجة إلى تنفيذ وسائل أخرى لسياسة تمويل الصحة لتقييم مستوى الحماية الصحية الاجتماعية، ولاسيما للمغتربين في هذه البلدان. ولا بد من ترسيخ إعداد الحسابات الصحية الوطنية، والاستخدام المنهجي لمختلف الأدوات التحليلية حتى تستهدي بها سياسات تمويل الصحة، وتقرير الأولويات في القطاع الصحي في جميع البلدان.

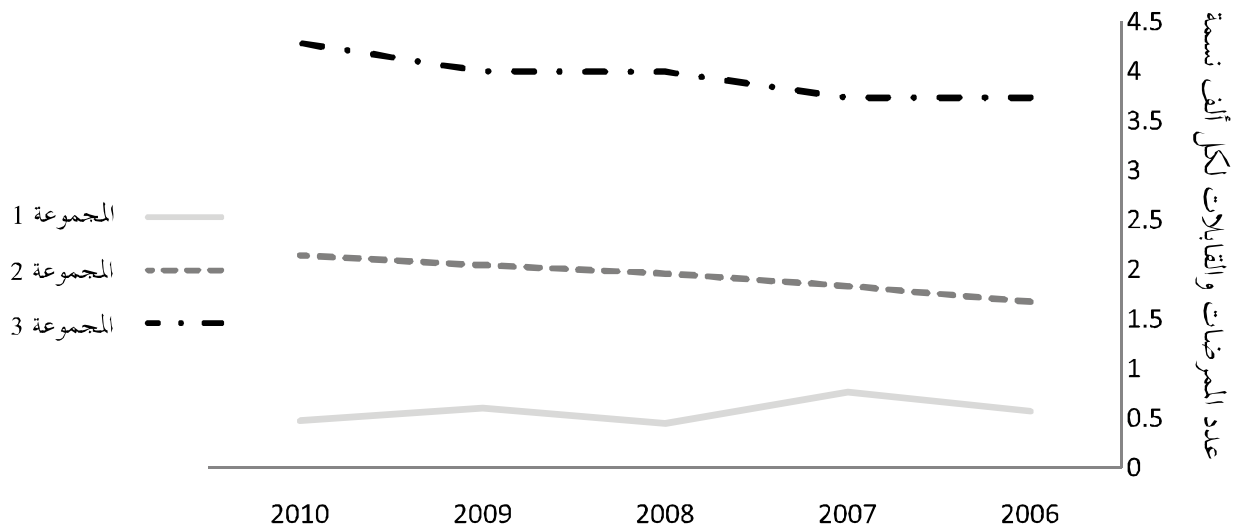
### القوى العاملة

46. تصنف معظم بلدان المجموعة 3 ضمن البلدان التي تواجه أزمات فيما يتعلق بالموارد البشرية الصحية. ويبلغ متوسط كثافة القوى العاملة الصحية حوالي 1 لكل 1000 نسمة، وهي أقل بكثير من المقياس المرجعي الذي يبلغ 2.3 لكل 1000 نسمة. ويوضح الشكل 5 الاتجاهات في كثافة الأطباء، كما يوضح الشكل 6 كثافة المرضات والقابلات في الإقليم للفترة 2006-2010. ثم إن الإمكانية المحدودة للحصول على قوة عاملة صحية مدربة تدريباً كاملاً، ولاسيما في الأرياف والمناطق الحضرية التي تعاني من نقص الخدمات، يمثل أهم عامل مفرد في العجز عن إتاحة الخدمات الصحية الأساسية وبلوغ المرامي الإنمائية للألفية. ويواجه تطوير القوى العاملة تحديات جسيمة في مجالات التخطيط، والإعداد، والتوزيع والاستبقاء والحوكمة. ثم إن الاستخدام الفعّال للمجموعة المحدودة من الموارد البشرية الصحية التي يتم إعدادها محلياً، يتطلب تقوية إدارة القوى العاملة، وهيئة بيئات داعمة للعمل، والتدريب، وتحقيق إنتاجية أفضل، واتباع أساليب فعّالة لاستبقاء العاملين. كما أن البرامج التعليمية مشكوك في جودتها بسبب تناقص الدعم الذي يقدم إلى مؤسسات التعليم العالي. ثم إن العجز عن إيلاء الأولوية للاستثمار في إعداد مجموعة مناسبة من القوى العاملة، تشمل عاملين في صحة المجتمع، وتلبي الاحتياجات الصحية للسكان، وتتسم بالاستدامة، يمثل تحدياً هاماً يواجه تطوير القوى العاملة في هذه البلدان. كما أن الحاجة لتقوية الوظائف التنظيمية يفرض تحدياً إضافياً، إذ أن القطاع الخاص الذي يعمل من أجل الربح يؤدي دوراً يتعاضم باستمرار في إعداد القوى العاملة.



المصدر: المرصد الصحي الإقليمي، المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط

### الشكل 5. كثافة الأطباء بحسب مجموعة البلدان، 2010-2006



المصدر: المرصد الصحي الإقليمي، المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط

### الشكل 6. كثافة الممرضات والقابلات، بحسب مجموعة البلدان، 2010-2006

47. ويبلغ متوسط نسبة كثافة القوى العاملة الصحية في بلدان المجموعة 2، 5.2 لكل ألف نسمة. ويتمثل التحدي الأهم في عجز النظام عن التنسيق وعن تحقيق المستوى الأمثل لإعداد القوى العاملة الصحية وتوزيعها وإنتاجيتها. وتتطلب هذه العوامل تعزيز التخطيط وإعداد السياسات واللوائح استناداً إلى البيانات، والتنسيق على الصعيد الوطني، والاستثمار في تطوير القوى العاملة الصحية وفي الوظائف التنظيمية لمواجهة توسع الجهات الفاعلة من غير الدول. وفي حين أن القدرة على إعداد العاملين كافية في العديد من البلدان، فإن النظام الصحي في البعض الآخر محدود القدرة على استيعاب القوى العاملة التي يقوم بإعدادها. كما أن

المخاوف المتعلقة بالجودة واتساق المعايير، والمساءلة الاجتماعية لمؤسسات التعليم العالي تحفز على بذل جهود لإنشاء برامج وطنية للاعتماد في معظم هذه البلدان. علماً بأن نظام إدارة القوى العاملة في بلدان المجموعة 2 يعاني من القصور والجمود. فهو يستند إلى حد بعيد إلى قواعد الخدمة المدنية على نطاق الدولة، والتي تكون في العديد من الحالات متقدمة وعاجزة عن التصدي للقضايا الخاصة بتوزيع القوى العاملة وبالأداء الرفيع المستوى.

48. أما في بلدان المجموعة 1 فإن متوسط كثافة القوى العاملة الصحية يبلغ 7 لكل 1000 نسمة، وهي كثافة تعتبر كافية، وتفوق المتوسط العالمي للبلدان المتوسطة الدخل. إلا أن هذه البلدان تواصل اعتمادها بشدة على القوى العاملة الوافدة، والتي تصل في حالة الممرضات في بعض البلدان إلى 90%. وتركز بلدان المجموعة 1 في الوقت الحاضر على قدرات إعداد القوى العاملة. ويشمل ذلك جهودها لزيادة أعداد المؤسسات التدريبية، وإضفاء الطابع الوطني على القوى العاملة، وتقدير الاحتياجات المستقبلية. ومن التحديات الرئيسية الأخرى التي تواجه هذه البلدان إدارة القوى العاملة، ولاسيما نمط عقود العمل، والطبيعة المؤقتة لقسم كبير من القوى العاملة، وغياب التطوير الوظيفي، وسرعة تنقل الموظفين؛ هذا إلى جانب تحديات إضافية تتمثل في الحواجز اللغوية والتكيف الاجتماعي والثقافي.

49. أما التحديات التي تواجه التعليم الطبي وتعليم التمريض فهي أقل شيوعاً إلى حد ما في كل مجموعات البلدان الثلاث. فرغم التقدم المحرز في تحديث المناهج التعليمية في الطب والتمريض في بعض المؤسسات التعليمية، فإن معظم الكليات لاتزال تأخذ بالبرامج التقليدية، والتي لم تتطور بشكل عام لتصبح مرتكزة على الكفاءة. وقد شُرع في إعداد برامج لطب الأسرة في عددٍ من البلدان، إلا أن نطاقها لايزال محدوداً. وتعود العوامل التي أدت إلى عدم تحقيق تقدم في هذا المجال إلى: غياب التنسيق الفعّال بين مقدّمي الخدمات، بما فيهم وزارات الصحة ومؤسسات التعليم العالي، والقدرات المؤسسية المحدودة على تقديم التدريب الواسع النطاق لأطباء الأسرة، وإلى تحويل الكادر الحالي من الممارسين العامين إلى أطباء أسرة من خلال برامج مكيفة بحسب الطلب؛ والعجز عن جعل طب الأسرة مساراً وظيفياً جذاباً للخريجين الجدد (27، 28). أما التحديات الرئيسية التي تواجه تقديم تعليم عالي الجودة في مجال التمريض في الإقليم فلايزال يتمثل في الاستثمار غير الكافي في التمريض وتدني الأولوية المعطاة لتعليم التمريض؛ ونقص القدرات في مدارس التمريض من حيث توافر المدربين والبنية التحتية؛ والحاجة إلى المزيد من تحديث مناهج تعليم التمريض من أجل رَأب الفجوة بين تقديم الخدمات وبين التعليم؛ والقدرات المحدودة في المؤسسات لتقديم برامج تدريبية متقدمة؛ مع عدم التأكيد بما فيه الكفاية على برامج التطوير المهني المستمر (29).

## المعلومات

50. وفي بلدان المجموعة 3، تتعدد التحديات التي تواجه المعلومات ويتسع نطاقها. فهناك فجوات في مكونات نظام المعلومات الصحية، تشمل الموارد والمؤشرات ومصادر البيانات، وإدارة البيانات، واستخدام المنتجات الإعلامية والمعلومات (19). وبالإضافة إلى ذلك، لا يوجد أحياناً الإطار التشريعي والتنظيمي اللازم لضمان فعالية نظام المعلومات الصحية، وتندر الموارد (مثل العاملين والتمويل وتكنولوجيا المعلومات والاتصالات)، وغالباً ما يكون التنسيق غير كافٍ، مما يؤدي إلى نُظم مبعثرة وضعيفة لجمع البيانات، سواءً المرتكز منها على المرافق أو على السكان، مما يؤدي في نهاية الأمر إلى منتجات إعلامية منخفضة الجودة ذات صلة بالمخاطر



الصحية والمراضة والوفيات والتغطية بالتدخلات. وتواجه نُظُم تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية تحديات مماثلة. ولا يجري تسجيل جميع المواليد والوفيات، ثم إن الإبلاغ عن أسباب الوفيات إما منعدم أو محدود.

51. ولدى بلدان المجموعة 2 بشكل عام نُظُم للمعلومات الصحية تنتج منتجات إعلامية مفيدة وملائمة. غير أنه لاتزال توجد فجوات كبيرة فيها، وغالباً ما تكون الجودة مصدر قلق كبير. وقد أظهرت البيانات أنه على الرغم من تسجيل المواليد والوفيات تسجيلاً يكاد يكون كاملاً، فإن جودة الإحصاءات المتعلقة بأسباب الوفيات، والتي تُصدرها النُظُم الحالية تتطلب تحسناً كبيراً. وتجري المسوحات السكانية متفرقة، ولا يستخدم بعضها منهجيات موحدة، ويُجري بعضها وكالات متعددة بقدر ضئيل من التخطيط والتنسيق المشترك، مما يؤدي إلى ازدواج الجهود والقصور في استخدام البيانات اللازمة لإعداد السياسات وتقييمها. وتمثل الفجوة الرئيسية في غياب التقييم السليم للبيانات باستخدام أدوات موحدة ومُحكّمة لقياس الجودة والتحليل. والمنتجات الإعلامية غير كاملة، ولا ينتفع بها راسمو السياسات وتتخذ القرارات إلا قليلاً على الصعيد الوطني ودون الوطني.

52. وتعاني بلدان المجموعة 1 على وجه العموم من تحديات مشابهة لما تعانيه المجموعة 2. فعلى سبيل المثال، تشير البيانات إلى أن نصف البلدان فقط في هذه المجموعة يقوم على نحو منتظم بتبليغ بيانات دقيقة للوفيات الناجمة عن أسباب معيّنة، ولا يجري بانتظام دائماً رصد المخاطر الصحية الرئيسية ومعدلات المراضة. وبالإضافة إلى ذلك، هناك تحدٍ مهم يتمثل في الحاجة إلى تحديث نُظُم المعلومات الصحية من خلال أحدث تكنولوجيا للمعلومات والاتصالات تركز على البيانات ذات الصلة بالنتائج الصحية. وفي هذه المجموعة من البلدان نسبة مرتفعة من العاملين من غير المواطنين، مما يؤدي إلى ارتفاع معدل تنقل الموظفين، ويعيق تطوير النظام واستدامته.

### التكنولوجيات الصحية - الأدوية الأساسية، واللقاحات، والأجهزة الطبية ومواد التشخيص

53. في بلدان المجموعة 3، يُنفق ما يزيد على 50% من الزيادة في النفقات السنوية لوزارات الصحة على التكنولوجيات الصحية<sup>VIII</sup> إلا أن هناك نسبة مئوية مرتفعة من السكان لا يتاح لها بانتظام الحصول على الأدوية الأساسية والمستحضرات الأخرى ذات الجودة العالية (30). ولا توجد نُظُم ذات كفاءة لضمان الجودة وللترصّد في العديد من البلدان، كما أن بيع الأدوية المعشوشة من المشكلات الكبرى. ويجري استيراد ما يزيد على 90% من المستحضرات الطبية، ويجري استخدامها استخداماً غير رشيد على نطاق واسع (31). ونظراً لعدم وجود سياسات حكومية أو قدرات على التنظيم، يغلب على الأسواق أن تكون مدفوعة بالعرض لا بالطلب، وهذا ما يفسر جزئياً سبب هدر الاستثمارات الكبرى في شراء مستحضرات طبية غير ملائمة. والأدوية التي تُشتري على أنها أدوية ذات علامات تجارية تكون أسعارها أعلى في المتوسط بمقدار 2.9 ضعفاً من مثيلاتها الجينية (32، 33). ومن التحديات الرئيسية التي تواجهها بلدان المجموعة 3 عدم تنظيم اللقاحات

<sup>VIII</sup> وفقاً لمنظمة الصحة العالمية، تعرف "التكنولوجيات الصحية" بأنها: "تطبيق المعارف والمهارات المنظمة في شكل أدوية ولقاحات وأجهزة وإجراءات ونُظُم يتم تطويرها بغية حل مشكلة صحية وتحسين جودة الحياة". ويستخدم كل من المصطلحين "التكنولوجيات الصحية" و"المستحضرات الطبية" بالتبادل.

والمستحضرات الحيوية الأخرى، ولاسيما تلك التي تستخدم في القطاع الخاص. وتتأثر إدارة التكنولوجيا الصحية بجوانب الضعف في كامل النظام الصحي، مثل الموارد المالية المحدودة، وعدم القدرة على الإنتاج، وغياب وكالات تقييم التكنولوجيا الصحية لاستقصاء السلامة السريرية للتكنولوجيات الجديدة وملاءمة هذه التكنولوجيات وكفاءتها وفعاليتها (34).

54. وفي بلدان المجموعة 2، ينفق ما يقرب من 30% من ميزانيات وزارات الصحة على المستحضرات الطبية (35). وقد صاغ معظم البلدان سياسات بشأن المستحضرات الطبية. غير أن تلك السياسات إما أنها لم يُصدّق عليها رسمياً وإما أنها ظلت بلا تنفيذ. وتستورد هذه البلدان ما يتراوح بين 60% و90% من المستحضرات الطبية (36)، كما أن ما يقرب من 60% من هذه البلدان ليس لديها مبادئ توجيهية بشأن شراء الأجهزة الطبية (37). ولدى بلدان اثنان فقط منها وكالة لتقييم التكنولوجيا الصحية لتقديم المعلومات اللازمة لأصحاب القرار في ما يتعلق بالاستخدام الفعال والملائم للتكنولوجيات الحديثة.

55. ولا تتوفر معلومات بشأن الحصول على الأدوية. وكوسيلة بديلة للحصول على المعلومات، أُجري مسح في تسعة من بلدان المجموعتين 2 و3 أظهر أن: (أ) توافر الأدوية الأساسية يتفاوت تفاوتاً كبيراً بين بلد وآخر؛ (ب) معدل توافر الأدوية أقل بشكل عام في القطاع العام منه في القطاع الخاص (32). ويتسم الاحتراس الدوائي Pharmacovigilance بالضعف في كشف الآثار الضارة التالية للتمنيع، واستقصائها والإبلاغ عنها. وأجريت دراسات حول الشفافية في القطاع الصيدلاني في ثمانية بلدان، أظهرت عدم وجود سياسات لإدارة تنازع المصالح، ووجود جوانب ضعف في العديد من الوظائف الهامة للنظم الصيدلانية (38).

56. وتنفق بلدان المجموعة 1 على شراء المستحضرات الطبية ضعفي ما يُصرف على الفرد في بلدان المجموعة 2 (39). إلا أن التوزيع غير الملائم وفرط عرض المستحضرات المشتراة، يؤدي إلى تصاعد تكاليف التوريد وعدم إتاحتها للسكان على نحو منصف. وتشير المعلومات المتوافرة إلى انخفاض متوسط العائدات على الاستثمارات في الأجهزة الطبية المتطورة تكنولوجياً المشتراة على الصعيد الوطني في بلدان المجموعتين 1 و2. وتشمل أسباب انخفاض العائدات هذا، فيما تشمل، الشراء غير الصائب وفرط تطوّر المستحضرات المشتراة، وسوء الاستخدام، وعدم وجود الصيانة التصحيحية والوقائية اللازمة (40). ولا تزال بعض المفاهيم، مثل إجراءات التشغيل الموحدة، وتقييم التكنولوجيا الصحية، وإدارة التكنولوجيا الصحية غير معترف بها لدى العديد من المخططين الصحيين الوطنيين. ويسبب سوء استخدام التكنولوجيا الصحية وما يصاحبه من أخطاء طبية الكثير من بواعث القلق في هذه البلدان. ورغم المنافع التي تعود على الشراء الموحد الظاهرة في بلدان المجموعة 1، فإن الطلب المرتفع على المستحضرات الطبية المتطورة يؤدي إلى تصاعد تكاليف تقديم الرعاية الصحية.

## تقديم الخدمات

57. في بلدان المجموعة 3، يمثل الحصول على خدمات الرعاية الصحية الأولية تحدياً مرده انعدام أو دمار البنية التحتية الصحية، وتعذر الوصول مادياً إلى هذه الخدمات وانعدام الأمن. واستناداً إلى التقارير التي قدّمتها الدول الأعضاء، فإن معدل إتاحة الخدمات الصحية المحلية يتراوح بين 24% و97%. وتتفاوت المراحل التي تمر بها بلدان المجموعة 3 في تنفيذ مجموعة الخدمات الأساسية. وهي لم تف حتى الآن بمعايير الجودة المنشودة المنصوص عليها في بروتوكولات المعالجة ومبادئها التوجيهية.

58. وتتراوح نسبة أسرة المستشفيات إلى السكان بين 4 و14 لكل 10 000 نسمة. وتستهلك المستشفيات ما يتراوح بين 50% و80% من الإنفاق الحكومي على الصحة (41). وتشمل العوامل المرتبطة بسوء أداء هذه المؤسسات قلة الموارد المالية وضعف إدارة الموارد البشرية واستخدام رسوم الخدمة، ونقص حماية الفقراء، والقصور في الإحالة وفي الدعم للرعاية الصحية الولية، وغياب الاستقلال للفعال للمستشفيات، وسوء نوعية الرعاية ومأمونيتها. وقد قُدرت معدلات انتشار الأحداث الضارة بين المرضى في المستشفيات في أحد البلدان بنحو 18% (42)، إلا أنه لا توجد معلومات مماثلة في بلدان المجموعة 3.

59. وفي بلدان المجموعة 2، تشير التقديرات إلى أن ما يزيد على 80% من السكان بإمكانهم بالفعل الحصول على خدمات الرعاية الصحية الأولية. غير أن التحديات الكبيرة في هذا الصدد، تتمثل في الجودة والميسورية المالية. وقد أعدت أربعة بلدان مجموعة أساسية من الخدمات الصحية وتعكف على تنفيذها. وتعزى أهم التحديات في مجال الرعاية الصحية الأولية إلى نوعية هذه الرعاية والانتفاع بها واستجابتها للعبء المتغير من الأمراض، وللأحتياجات النوعية للسكان الذين يتقدم بهم العمر. ويجري في بعض البلدان تقديم الكثير من الخدمات من خلال القطاع الخاص الذي غالباً ما يعاني من عدم التنظيم.

60. وتتراوح نسبة أسرة المستشفيات إلى السكان بين 5 و37 لكل 10 000 نسمة. وتشمل التحديات التي تؤثر على الأداء في مجال الرعاية في المستشفيات: قلة التنسيق مع المستويات الأخرى للنظام الصحي، ونقص التمويل والاعتماد المتزايد على رسوم الخدمة، ونظم الإحالة القاصرة، وقصور إدارة الموارد. وقد أظهرت دراسة أجريت مؤخراً حول سلامة المرضى أن ما يقرب من 14% من حالات الإدخال في المستشفيات في بلدان المجموعة 2 ارتبطت بوقوع أحداث ضارة (42). ورغم التقدم المشجع الذي أحرز في بعض البلدان، فإن الكثير من البلدان لم يقيم بعد بإعداد البرامج الوطنية لاعتماد المؤسسات الصحية باعتبارها وسيلة لتحسين جودة الرعاية المقدمة للمرضى.

61. وفي ما يتعلق ببلدان المجموعة 1. فإن الحصول على خدمات الرعاية الصحية الأولية لا يواجه أي تحديات. إلا أن التركيز غير الكافي لبرامج الرعاية الصحية الأولية على الجودة والسلامة والمردودية، والانتفاع والاستجابة للعبء المتغير للأمراض وللأحتياجات النوعية للسكان الذين يتقدم بهم العمر، تشكل تحدياً رئيسياً.

62. وهناك شبكة واسعة من مستشفيات القطاع العام تتراوح فيها نسبة الأسرة إلى السكان بين 11 و21 لكل 10 000 نسمة. وهي تعتمد على القوى العاملة الوافدة في تقديم لخدمات، ويستخدم الكثير من هذه المؤسسات تكنولوجيا مرتفعة الكلفة، مع تسارع الزيادة في التكاليف. ومن التحديات المهمة الحاجة إلى خفض تكاليف المستشفيات من خلال الإدارة ذات الكفاءة، والاستخدام الرشيد للتكنولوجيا، واستخدام الرعاية الصحية المتزلية بنقل بعض الاختصاصات من مواقع الرعاية الثالثية إلى خارج المؤسسات الصحية. ومن الثغرات المهمة في هذه البلدان الاعتماد على نظم اعتماد تركز على المصالح التجارية ونقص النظم الوطنية أو الإقليمية لمعايير الرعاية الصحية.

### دعم النظام الصحي لبرامج الصحة العمومية وللطوارئ المعقدة

63. هناك إدراك متزايد على الصعيد العالمي وفي الإقليم بأن ضعف أداء النظم الصحية الوطنية يشكل عائقاً كبيراً في وجه جميع البرامج التي تستهدف الأمراض ذات الأولوية، والتدخلات المتعلقة بدورة الحياة، وبلوغ المرامي

الإغائية للألفية. وتؤثر العوائق التي يعانها النظام ككل<sup>(IX)</sup> تأثيراً سلبياً على تقديم الخدمات وتضعف أداء البرامج. وفي مواجهة ذلك، قام العديد من المبادرات العالمية، مثل التحالف العالمي من أجل اللقاحات والتمنيع، والصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا، بإتاحة فرص تمويلية لتقوية النظم الصحية، تشمل حالياً سبعة بلدان في الإقليم.

## الجزء الثاني: أولويات وخيارات تقوية النظم الصحية في إقليم شرق المتوسط

64. يشير التحليل الوارد في الجزء الأول من هذه الورقة إلى الفجوات الرئيسية والتحديات الواسعة التي تؤثر في أداء النظم الصحية في جميع بلدان الإقليم. ويوجد العديد من هذه التحديات في جميع البلدان، إلا أن من المرجح أن تختلف أشكالها والأساليب المتبعة للتصدي لها في مجموعات البلدان الثلاث. وللتصدي لهذه التحديات، يقترح الجزء الثاني من هذه الورقة مجموعة محدودة من سبع أولويات (الإطار 1) يتعين أن ينظر فيها بجدية راسمو السياسات في الدول الأعضاء. ولا بد من اتخاذ إجراءات استراتيجية في المجالات السبعة ذات الأولوية من أجل بناء نظم صحية وطنية قوية ومرنة.

### الإطار 1. أولويات تعزيز النظم الصحية في إقليم شرق المتوسط

1. التحرك نحو التغطية الصحية الشاملة
2. تعزيز القيادة والحوكمة في المجال الصحي
3. تقوية نظم المعلومات الصحية
4. العمل على إيجاد قوى عاملة صحية متوازنة وجيدة الإدارة
5. تحسين فرص الحصول على خدمات الرعاية الصحية العالية الجودة
6. إشراك القطاع الصحي الخاص
7. ضمان الحصول على التكنولوجيات الأساسية والأدوية الأساسية، واللقاحات، والأجهزة الطبية، ومواد التشخيص.

### استراتيجيات وخيارات تعزيز النظم الصحية وجهود التعاون بين البلدان والمنظمة

65. فيما يلي الإجراءات الاستراتيجية والخيارات التي توصى الدول الأعضاء بوضعها في الاعتبار فيما يتعلق بكل أولوية من الأولويات المذكورة أعلاه. واللجنة الإقليمية مدعوة لتقديم إسهاماتها بشأن الإجراءات الموصى بها. ويُتظر من المنظمة العمل عن كثب مع الشركاء الآخرين لدعم الدول الأعضاء في هذا الخصوص. وعلى ذلك، يُرجى من اللجنة الإقليمية أيضاً تقديم المشورة بشأن الإسهامات المقترحة من المنظمة وشركائها.

<sup>IX</sup> العوائق التي يعانها النظام ككل هي عوامل لا تخضع لسيطرة برامج الصحة العمومية، مثل برامج التمنيع أو التغذية، التي تؤثر في أداء البرامج.

## 1. التحرك نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة

ما يمكن للدول الأعضاء عمله

66. إنشاء مجلس صحي رفيع المستوى متعدد القطاعات يضم ممثلين من وزارات القطاع العام الأخرى، والمنظمات اللاحكومية، والقطاع الصحي الخاص، وسائر الأطراف المعنية، لإعداد خارطة طريق لتحقيق التغطية الصحية الشاملة.

67. توسيع نطاق المدفوعات المسبقة المعتمدة على الإيرادات الحكومية العامة أو برامج التأمين الصحي الاجتماعي لتوفير حماية للسكان من المخاطر المالية، ومن ثم التحرك بإطراد نحو التغطية الصحية الشاملة

68. إنشاء أو تعزيز وحدة اقتصاديات الصحة في وزارة الصحة أو مكاتب الإحصاء المركزية التي تكون مسؤولة عن التحليل المنتظم للحسابات الصحية الوطنية والمسوحات المتعلقة بالاستفادة من الخدمات الصحية والمسوحات الخاصة بالنفقات الصحية.

69. إجراء مراجعة للإنفاق على الصحة لتقييم إسهام القطاع العام، من أجل الشروع في إقامة حوار مع وزارات المالية، والتخطيط والمداومة عليه، ولحشد اعتمادات مالية إضافية من المصادر المحلية، بما في ذلك اتباع أساليب مبتكرة للتمويل، مثل فرض ضرائب على منتجات التبغ والأطعمة غير الصحية (مثل الأطعمة ذات المحتوى المرتفع من السكر).

70. النظر في مسألة الشراء الاستراتيجي وآليات السداد المبتكرة لمقدمي الخدمات الصحية (السداد الفردي بالنسبة لخدمات الرعاية الأولية، وبحسب الحالة بالنسبة لرعاية المرضى الداخليين) للتأثير في سلوك كل من مقدمي الخدمة والمنتفعين بها، وتقييمها لتحديد مدى تأثيرها على الكفاءة والإنصاف في القطاع الصحي.

### كيف يمكن للمنظمة تقديم الدعم

71. استعراض الخبرات الدولية والدروس المستفادة من البلدان التي حققت التغطية الشاملة؛ واستعراض التجارب القائمة لدور المجالس الصحية الرفيعة المستوى، وتبادل أفضل الممارسات مع البلدان.

72. بناء قدرات العاملين في وحدات اقتصاديات الصحة على تحليل الحسابات الصحية الوطنية وإجراء المسوحات المتعلقة بالاستفادة من الخدمات الصحية، ومسوحات النفقات الصحية.

73. التعاون مع الشركاء، مثل البنك الدولي، على دعم البلدان في إجراء المراجعات الخاصة بالنفقات الصحية.

74. توثيق وتبادل أفضل الممارسات والخبرات في مجال التمويل المبتكر، بما في ذلك فرض ضرائب الإثم (التي تفرض على أصناف تعتبر ضارة أدبياً أو طبياً)، أو المكوس على التبغ وعلى الأطعمة غير الصحية.

75. إعداد تقرير موجز للسياسات يوضِّح المفهوم والجوانب العملية "للشراء الاستراتيجي"؛ وتوثيق ونشر الأمثلة الناجحة للشراء الاستراتيجي والطرق المبتكرة لسداد المدفوعات لمقدمي الخدمات.

## 2. تحسين القيادة والحوكمة في المجال الصحي

ما يمكن للدول الأعضاء عمله

76. إنشاء وتعزيز وحدات السياسات الصحية والتخطيط في وزارة الصحة ببناء قدرات العاملين في ما يتعلق بالمهارات من قبيل تحليل السياسات المسندة بالبيانات، وتقرير الأولويات، وتقدير التكاليف، وتحليل مردودها، وإعداد السياسات والخطط الاستراتيجية الوطنية ورصد تنفيذها.

77. مراجعة وتحديث قوانين الصحة العمومية وتعزيز قدرات الإدارة المسؤولة عن جوانب تنظيم القطاع الصحي في ما يختص بإنفاذ القوانين التي تستهدف حل مشاكل الصحة العمومية، وحماية المستهلكين وتنظيم شؤون مقدّمي الخدمات الصحية والمرافق الصحية (الترخيص، والإجازة، والاعتماد).

78. إعداد إطار يستند إلى مجموعة مؤشرات محدّدة تحديداً جيداً لرصد أداء النظام الصحي وإعداد تقرير سنوي يقيّم أداء القطاع الصحي، بما يشمل تحقيق النتائج.

### كيف يمكن للمنظمة تقديم الدعم

79. تقوية الخبرات داخل المنظمة وتنمية قدرات العاملين على دعم البلدان، ومراجعة السياسات الصحية الوطنية من حيث الإجراءات والمحتوى.

80. تنمية قدرات الموظفين الوطنيين في مجال تحليل السياسات الوطنية، ومهارات التخطيط وأدواته، بما يشمل تقرير الأولويات، وتقييم الخيارات، وتحليل المردودية، والتحليل الخاص بالأطراف المعنية.

81. إنشاء شبكة من خبراء دوليين يتمتعون بخبرات في مراجعة قوانين الصحة العمومية وصياغتها.

82. إعداد إرشادات تقنية لوضع إطار أساسي ومجموعة من المؤشرات لأداء النظم الصحية.

## 3. تقوية نُظُم المعلومات الصحية

ما يمكن للدول الأعضاء عمله

83. استعراض الوضع الراهن لنظام المعلومات الصحية وعناصره الرئيسية (رصد المخاطر الصحية والمرضاة، وتسجيل إحصاءات الوفيات والخاصة بسبب معيّن، وتقييم قدرات وأداء النظام الصحي)، بما يشمل التعاون مع الأطراف المعنية الرئيسية مثل مكتب الإحصاء المركزي، والمسجل العام، ووزارة الداخلية، ووزارة العدل؛ وإعداد خطة لسد الثغرات وتقوية الجوانب التي تتطلب مزيداً من المساهمة والدعم.

84. إجراء مسوحات صحية دورية في البلدان التي لا تكون المسوحات مترسّخة فيها، والتركيز على تقييم عوامل الخطر، والمرضاة، وسرعة استجابة النظام الصحي، وغير ذلك من المجالات ذات الصلة بالصحة.

## كيف يمكن للمنظمة تقديم الدعم

85. إعداد إرشادات تقنية وخطة إقليمية لتعزيز نُظُم المعلومات الصحية في البلدان، بالاشتراك مع الشركاء الإقليميين الآخرين، مثل لجان الأمم المتحدة الاقتصادية والاجتماعية، وشبكة القياسات الصحية، والمؤسسات الدولية والإقليمية ذات الصلة، مع التأكيد بصفة خاصة على أهمية بناء القدرات في مجال البائيات والمعلومات الصحية.
86. إعداد كادر لكبار المدربين وتهيئة الفرص لتدريب الموظفين الوطنيين على الجوانب الرئيسية لتسجيل الأحوال المدنية وعمليات الإحصاءات الحيوية، بما في ذلك شهادات الوفاة الطبية، وطرق الترميز الخاصة بالتصنيف الدولي للأمراض.
87. دعم الدول الأعضاء لإقامة مشروعات مجتمعية نموذجية لتسجيل المواليد والوفيات، وأسباب الوفاة باستخدام طريقة التسجيل الاعتيابي للأحوال المدنية مع التشريح الشفوي (SAVVY)، كندبير مؤقت لتحسين الإحصاءات، ولاسيما في الأماكن التي لا يجري فيها تسجيل المواليد والوفيات من قبل السلطات الوطنية.
88. وضع منهجية موحدة للمسوحات، لإجراء مسوحات صحية دورية في البلدان، وتدريب الموظفين الوطنيين على إجراء مثل هذه المسوحات.
89. تقديم الدعم لتكليف المسوحات بما يلائم احتياجات البلدان وتحليل البيانات وإعداد التقارير النهائية.

## 4. تشجيع وجود قوى عاملة صحية متوازنة وجيدة الإدارة

ما يمكن للدول الأعضاء عمله

90. إجراء مراجعة تفصيلية للوضع الراهن للقوى العاملة الصحية وإعداد خطط صحية شاملة للقوى العاملة الصحية متماشية مع الخطط الصحية الوطنية، وتغطي جوانب إعداد العاملين في القطاع الصحي وتدريبهم واستبقائهم، وذلك بالتعاون مع وزارة التعليم العالي والمؤسسات الأكاديمية وغير ذلك من الشركاء.
91. التعاون مع مؤسسات التعليم العالي على مراجعة الوضع الراهن لإعداد وتدريب أطباء الأسرة وإعداد خطط محددة قصيرة الأمد وطويلة الأمد لسد الثغرات في نوعية وعدد ممارسي طب الأسرة.
92. اتخاذ التدابير اللازمة لتحسين عملية استبقاء العاملين وحفزهم وأدائهم بوضع أنظمة حوافز تستند إلى الأداء، مثل المشاركة الجزئية في رسم الخدمة، وتهيئة بيئة أفضل للعمل، وتقديم برامج للتدريب أثناء الخدمة، وتهيئة الفرص للتطوير الوظيفي، وذلك للحد من عدم التوازن بين الحضر والريف، وما يُطلق عليه "نزوح الأدمغة"، أي هجرة ذوي الكفاءة.
93. إطلاق وتعزيز برامج اعتماد المؤسسات الأكاديمية للارتقاء بجودة برامج التدريب المقدمة لجميع كوادرات القوى العاملة الصحية.

## كيف يمكن للمنظمة تقديم الدعم

94. تطوير أدوات فعالة لمساعدة الدول الأعضاء على وضع توقعات مستقبلية موثوقة لمختلف كوادرات القوى العاملة، وتعزيز القدرات التقنية لوحدات التخطيط في وزارات الصحة.
95. استعراض الخبرات الإقليمية والدولية في ما يختص ببرامج التدريب في مجال طب الأسرة، ونشر أفضل الممارسات، تعزيزاً لعملية إعداد مهنيي الرعاية الصحية الأولية المدربين تدريباً ملائماً، بما في ذلك البرامج الانتقالية القصيرة الأمد لتغطية النقص الحاد في غضون فترة معقولة.
96. تقديم الدعم للبلدان في إعداد ومراجعة المناهج الدراسية القائمة على الكفاءة، والخاصة بالبرامج الانتقالية، وكذلك برامج التدريب الطويلة الأمد.
97. توثيق ونشر أفضل الممارسات في ما يختص بأنظمة الحوافز القائمة على الأداء، والتي تكون قد ساعدت على تحسين تقديم الخدمات الصحية في المناطق التي يصعب الوصول إليها.
98. وضع معايير لإنشاء برامج اعتماداً لمختلف فئات مؤسسات التدريب، وتكييف هذه المعايير ومراجعتها.

## 5. الشراكة مع القطاع الصحي الخاص لتحقيق أهداف الصحة العمومية

ما يمكن للدول الأعضاء عمله

99. إجراء دراسات مسحية لتحديد مقدمي ومرافق الرعاية الصحية بالقطاع الخاص لتوثيق توزيع الخدمات، والانتفاع بها، وجودة خدمات الرعاية، وتكلفتها، للتحقق من كونهم مسجلين لدى الهيئات التنظيمية المختصة ومرخصين من قبلها.
100. مراجعة وتحديث القوانين واللوائح ذات الصلة والنظر في إيجاد حوافز من أجل تعديل سلوك مقدمي الخدمة في القطاع الخاص، بإظهار التقدير للأداء الجيد، وتوفير الأدوية الأساسية للمشاكل الصحية ذات الأولوية، وإتاحة فرص للتدريب أثناء الخدمة.

## كيف يمكن للمنظمة تقديم الدعم

101. إعداد وإجازة أدوات التقييم اللازمة لتحديد مواقع مقدمي الخدمات الصحية بالقطاع الخاص، ودعم تحديث القوانين والمعايير ذات الصلة بجودة الرعاية المقدمة في القطاع الخاص، وتعزيز قدرات وكالات الاعتماد ووزارات الصحة لتنفيذ آليات تحسين جودة الرعاية وتعزيز حماية المستهلك.
102. تبادل البيانات بشأن تأثير تعهيد الخدمات الصحية (أي إسنادها إلى جهات خارجية) وفي الجودة، والكفاءة والإنصاف وفي إتاحة هذه الخدمات.



## 6. ضمان الحصول على التكنولوجيات الأساسية، والأدوية الأساسية، واللقاحات، والأجهزة الطبية والمواد التشخيصية

ما يمكن للدول الأعضاء عمله

103. تعزيز السلطات التنظيمية الوطنية بإتاحة ما يكفي من الموارد والعاملين لضمان الجودة والسلامة والكفاءة في عملها، وتوسيع نطاق عملها ليشمل جميع التكنولوجيات الصحية، بما في ذلك الأدوية، واللقاحات، والأجهزة الطبية والمواد التشخيصية.

104. تحسين فرص الحصول على الأدوية الأساسية وغيرها من التكنولوجيات من خلال رصد توافرها في مرافق الرعاية الصحية الأولية، واتخاذ أساليب لتحسين فرص جعل الأدوية الأساسية ميسورة الكلفة، على نحو ما تم إيجازه أعلاه.

105. تقرير الأولويات وفقاً لتقييم التكنولوجيا الصحية، والتي تشمل الفعالية السريرية (الإكلينيكية)، إضافة إلى الآثار الاقتصادية، والاجتماعية، والأخلاقية لاستخدام الأدوية، واللقاحات، والأجهزة الطبية.

### كيف يمكن للمنظمة تقديم الدعم

106. إعداد تقرير موجز للسياسات بشأن مفهوم السلطات التنظيمية الوطنية ووظائفها وجوانبها التنظيمية وتبادل النماذج الناجحة للسلطات التنظيمية الوطنية فيما بين البلدان.

107. دعم تحديث قوائم الأدوية الأساسية، والأجهزة، وغير ذلك من التكنولوجيات الخاصة بالمستشفيات ومرافق الرعاية الأولية استناداً إلى احتياجات البلدان وأولوياتها.

108. المساعدة في إعداد مبادئ توجيهية سريرية قائمة على بينات للحالات الشائعة، وتعزيز هذه المبادئ ونشرها.

109. دعم البلدان لبناء القدرات في مجال تقييم التكنولوجيا الصحية بالنسبة لجميع المنتجات التكنولوجية – الأدوية، واللقاحات، والمستحضرات الحيوية، والأجهزة الطبية.

## 7. تحسين فرص الحصول على خدمات الرعاية الصحية العالية الجودة

ما يمكن للدول الأعضاء عمله

110. إعداد مجموعة أساسية للخدمات الصحية على مستوى الرعاية الصحية الأولية وبحث الخيارات المختلفة لتنفيذها، عن طريق شبكة متكاملة من مرافق الرعاية الصحية الأولية، أو العاملين في مجال صحة المجتمع، أو بتعهيد تلك الخدمات إلى منظمات غير حكومية، أو بتوليفة منها جميعاً.

111. مراجعة أداء مستشفيات القطاع العام ووضع خطة عمل لتحسين جودة الخدمات المقدمة ومأمونيتها وفعاليتها.

112. تحسين جودة الرعاية وتدابير سلامة المرضى في المستشفيات من خلال إطلاق برنامج وطني، واختيار المستشفيات في المرحلة الأولى، وتقدير مدى انتشار الأحداث الضارة، وتقييم الاختناقات، ووضع التدابير الكفيلة بمعالجتها.

113. تحسين جودة ومأمونية الرعاية في المرافق الصحية من خلال إعداد برامج اعتماد وطنية أو إقليمية.

### كيف يمكن للمنظمة تقديم الدعم

114. إعداد إرشادات تقنية لإنشاء مجموعة أساسية من خدمات الرعاية الصحية، ودعم برامج نموذجية لتنفيذ المجموعة الأساسية للخدمات، قبل الشروع في استخدامها على نطاق واسع.

115. وضع استراتيجية إقليمية للتعرف على التحديات التي تواجهها المستشفيات، وتحديد أولويات العمل بها؛ وتطوير أو تكييف الأدوات الفعالة والموثوقة، لتقييم أداء المستشفيات؛ والمساعدة على تنفيذ برامج التدريب لمديري المستشفيات بالتنسيق مع المراكز المتعاونة مع المنظمة، ومع شركاء المنظمة الآخرين.

116. المساعدة في قياس مدى انتشار الأحداث الضارة في المستشفيات، بما في ذلك معدلات المراضة والوفيات المرتبطة بهذه الأحداث، وتشجيع استخدام أدلة تقييم سلامة المرضى لتحديد مواضع الضعف التنظيمية، وإعداد الخطط اللازمة لمعالجتها.

117. تقديم أفضل البيانات عن فعالية وكفاءة برامج الاعتماد في تحسين جودة الرعاية؛ ومراجعة معايير الاعتماد الحالية، وتقييم جدواها، وإعداد خبراء إقليميين قادرين على رصد برامج الاعتماد الوطنية.

### خاتمة

118. من المسلم به أن النظم الصحية الجيدة الأداء تؤدي دوراً رئيسياً في تعزيز صحة السكان وصحة الأفراد في أوقات الاستقرار، وفي حالات الطوارئ. كما تمثل النظم الصحية وسيلة يمكن بها للبرامج المعنية بأمراض معينة تحقيق أهدافها. وعلى الرغم من التقدم الملموس المحرز في إقليم شرق المتوسط، تسود ظواهر الإجحاف في ما يتعلق بصحة السكان وفرص حصولهم على الرعاية الصحية. علماً بأن ظواهر الإجحاف في مجال الصحة، وزيادة احتمالات التعرض للمخاطر الصحية، والتكاليف المتزايدة للرعاية الصحية، والمعدلات المنخفضة انخفاضاً غير مقبول لفرص الحصول على رعاية صحية عالية الجودة في الإقليم، تدعو إلى تعزيز النظم الصحية الوطنية، حتى يمكن تحقيق الإتاحة الشاملة لمجموعة واسعة من الخدمات الصحية عالية الجودة (بما يشمل الوقاية، وتعزيز الصحة، والمعالجة، والتأهيل)، مع تحقيق الحماية الصحية اجتماعياً ومالياً.

119. التصدي للتحديات التي تواجه النظم الصحية. وقد حددت هذه الورقة مجموعة من أولويات العمل الرئيسية المقدمة إلى الدول الأعضاء للنظر فيها. وهناك لكل أولوية من هذه الأولويات، مجموعة من الاستراتيجيات والخيارات المقترحة. ولكل خيار من تلك الخيارات عنصران: ما يمكن للدول الأعضاء عمله، وكيف يمكن للمنظمة ولشركائها المساعدة في تحقيقه. وبرنامج العمل هذا طويل وطموح بالنسبة لكل من البلدان والمنظمة، وتحتاج الخيارات إلى مزيد من المواءمة بما يلي الاحتياجات النوعية لكل بلد على حدة. وغني عن القول، أن الحاجة تمس لأن تأخذ البلدان زمام المبادرة عند النظر في الإجراءات المناسبة لتحسين أداء النظم

الصحية، وتوسيع نطاق الحماية الصحية اجتماعياً ومالياً، وتعزيز فرص الحصول على خدمات صحية وتكنولوجيات عالية الجودة، ورصد التقدم المحرز نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة. وتدرك المنظمة، في الوقت نفسه، التحدي المتمثل في الارتفاع إلى مستوى تطلعات البلدان في ما يتعلق بتقديم الدعم التقني المطلوب.

## المراجع

1. *Shaping the future of health in the WHO Eastern Mediterranean Region: reinforcing the role of WHO*. Cairo, WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2012.
2. *Primary health care: report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1988*. Geneva, World Health Organization, 1978.
3. *The World Health Report 2008: Primary health care: now more than ever*. Geneva, World Health Organization, 2008.
4. *The World Health Report 2000: Health systems: improving performance*. Geneva, World Health Organization, 2000.
5. *Sustaining health gains – building systems. Health systems report to Congress*. Washington DC, United States Agency for International Development, October 2009.
6. *Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes. A framework for action*. Geneva, World Health Organization, 2007.
7. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. *World Population Prospects: The 2010 Revision*, CD-ROM Edition, 2011. Available at: <http://esa.un.org/unpd/wpp/index.htm>
8. WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean. Regional Health Observatory , Women and Reproductive Health, Contraceptive prevalence (%). Available at: <http://rho.emro.who.int/rhodata/>
9. *Trends in maternal mortality: 1990 to 2010*. WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank estimates. Geneva, World Health Organization, 2012.
10. *Levels and trends in child mortality, report 2011*. Estimates Developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation,
11. WHO global burden of disease death estimates 2008. Available at [http://www.who.int/gho/mortality\\_burden\\_disease/global\\_burden\\_disease\\_death\\_estimates\\_sex\\_2008.xls](http://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/global_burden_disease_death_estimates_sex_2008.xls), accessed 31 August 2012.
12. *Global tuberculosis control 2011*. Geneva, World Health Organization, 2011.
13. *World malaria report 2011*. Geneva, World Health Organization, 2011.
14. *Regional economic outlook update. Middle East and Central Asia Department*. International Monetary Fund, April 2012. Available at <http://www.imf.org/external/pubs/ft/reo/2012/mcd/eng/pdf/mena-update0412.pdf>

15. *Preamble to the WHO Constitution, 1946.*
16. *United Nations Economic and Social Council. General Comment No. 14 (2000). The right to the highest attainable standard of health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights).*
17. *Dowton SB. Health Reconstruction after the Arab Spring – Libya: an emerging opportunity. Dowton Consulting International. Available at <http://www.dowton.com/journal/2011/09/healthreconstruction-after-the-arab-spring-libya-an-emerging-opportunity-2/>. Accessed 14 July 2012.*
18. *The World Health Report 2006: Working together for health. Geneva, World Health Organization, 2006.*
19. *Framework and standards for country health information systems. Second edition. Geneva, Health Metrics Network and World Health Organization, 2008.*
20. *Assessing the national health information system: an assessment tool, version 4.00. Geneva, Health Metrics Network and World Health Organization, 2008.*
21. *Siddiqi S et al. Framework for assessing governance of the health system in developing countries: gateway to good governance. Health Policy, 2009, 90: 13–25.*
22. *The Paris Declaration on Aid Effectiveness and the Accra Agenda for Action. OECD, 2008. Available at <http://www.oecd.org/dac/aideffectiveness/34428351.pdf> EM/RC59/Tech.Disc.1*
23. *WHO Global health expenditure atlas 2011. Geneva, World Health Organization, 2012.*
24. *Sabri B, Elidrissi Z, Mataria A. Health care financing in the Arab World: the bottleneck of the right to health. In Jabbour S et al, eds. Public health in the Arab world. Cambridge, Cambridge University Press, 2012.*
25. *Abuja Declaration on HIV/AIDS, Tuberculosis and other Related Infectious Diseases. African Summit on HIV/AIDS, Tuberculosis and other Related Infectious Diseases, Abuja, Nigeria, 24–27 April 2001. Available at: [http://www.un.org/ga/aids/pdf/abuja\\_declaration.pdf](http://www.un.org/ga/aids/pdf/abuja_declaration.pdf)*
26. *The World Health Report 2010. Health systems financing: the path to universal coverage. Geneva, World Health Organization, 2012.*
27. *Abdulrazak A et al. Development of family medicine in the Middle East. Family Medicine, 2007, 39(10):736–41.*
28. *Hamad B. Community-based education in Gezira, Sudan. Paper commissioned by WHO for the international meeting on community-based education, Geneva, November 1986.*
29. *Promoting nursing and midwifery development in the Eastern Mediterranean Region. Technical paper presented to the Fifty-fifth Session of the WHO Regional Committee for the Eastern Mediterranean. Cairo, WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2008 (Document EM/RC55/5).*
30. *Pammolli F et al. Medical devices: competitiveness and impact on public health expenditure. Report of a study for the European Commission. Rome, CERM –*

- Competitiveness, Markets and Regulation, 2005. Available at [http://www.cermlab.it/\\_documents/MD\\_Report.pdf](http://www.cermlab.it/_documents/MD_Report.pdf)*
31. *Health technologies: the backbone of health services. Geneva, World Health Organization, 2003.*
  32. *Medicine prices, availability, affordability and price components: A synthesis report of medicine price surveys undertaken in selected countries of WHO Eastern Mediterranean Region. Cairo, WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2008.*
  33. *Medicine prices and access to medicines in Eastern Mediterranean Region. Technical paper presented to the Fifty-fourth Session of the WHO Regional Committee for the Eastern Mediterranean. Cairo, WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2007 (Document EM/RC54/Tech.Disc.1).*
  34. *The role of medical devices and equipment in contemporary health care systems and services. Technical paper presented to the Fifty-third Session of the WHO Regional Committee for the Eastern Mediterranean. Cairo, WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2006 (Document EM/RC53/Tech.Disc.2).*
  35. *Khatib R, Mirza Z, Mataria A. Access to essential medicines: impediments and the way forward. In: Jabbour S et al, eds. Public health in the Arab world. Cambridge, Cambridge University press, 2012:413–25.*
  36. *Parker PM. The 2003–2008 world outlook for medical equipment. United States of America, Icon Group Ltd, 2003.*
  37. *Baseline country survey on medical devices 2010. Geneva, World Health Organization, 2011. Available at [http://www.who.int/medical\\_devices/countries/en/](http://www.who.int/medical_devices/countries/en/). Accessed June 2012.*
  38. *Measuring transparency to improve good governance in the public pharmaceutical sector. Cairo, WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2009.*
  39. *Essential health technologies: Strategy 2004–2007. Geneva, World Health Organization, 2004.*
  40. *Tawfik B. Health care technology management: strategies and draft policies for the Ministry of Health and Population. Cairo, Egyptian-Swiss Radiology Project (ESRP) Report, 2005.*
  41. *Barnum H, Kutzin J, eds. Public hospitals in developing countries. Resource use, cost, financing. Baltimore, John Hopkins University Press, 1993.*
  42. *Wilson RM et al. Patient safety in developing countries: retrospective estimation of scale and nature of harm to patients in hospital. British Medical Journal, 2012, 344:e832.*