منظمـــة الصحـــة العالميـــة

المجلس التنفيذي **م ت١٠٧/٣٥ تنقيح ١**
الدورة السابعة بعـد المائة **١٢ كانون الثاني/ يناير ٢٠٠١**
البند ٨-٤ من جدول الأعمال المؤقت **EB107/35 Rev.1**

المسائل الخاصة بالأجهزة الرئاسية

تقرير من رئيس المجلس التنفيذي

١- يشكل هذا التقرير ملخصا للمسائل التي نوقشت في خلوة أعضـــاء المجلـــس التنفيـــذي (هرتنشـــتاين، سويسرا، ١٢-١٤ تشرين الثاني/ نوفمبر ٢٠٠٠).

٢- وقد تسنى عقد الخلوة بدعم سخي من حكومة سويسرا. وحضر الخلـــوة ٢٦ مـــن أعضـــاء المجلـــس التنفيذي (بنغلاديش وبلجيكا والبرازيل والرأس الأخضر وتشاد وشيلي والصين وكوت ديفوار وغينيا الاستوائية وفرنسا وغواتيمالا والهند وايران وايطاليا واليابان والأردن وجمهورية لاو الديمقراطيـــة الشـــعبية ولبنـــان وليتوانيا وقطر والسويد وسويسرا والولايات المتحدة الأمريكية وفانواتو وفنزويلا واليمن)، وعضوان بديلان في المجلس التنفيذي (جمهورية كوريا الديمقراطية الشعبية والاتحاد الروسي). وكـــان الجـــو الســـائد فـــي هرتنشتاين دافئا ووديا يشجع التفاعل الحر والتعاوني بين المشاركين.

٣- وفيما يلي المسائل الرئيسية التي نوقشت:

- توقعات الأعضاء فيما يتعلق بدور المجلس التنفيذي ومهامه؛
- *التقرير الخاص بالصحة في العالم*، الصحة العمومية وأثرها في المجتمع المدني؛
- تعزيز اجراءات مكافحة الأمراض المرتبطة بالفقر (بذل جهود جبارة)؛
- الصلات بين الطب السريري والصحة العمومية.

مهام المجلس التنفيذي

٤- عرض الرئيس مذكرة بشأن عمل المجلس الى جانب اقتراحات بخصوص زيادة مشاركة الأعضـــاء، وهذه الاقتراحات هي:

- انشاء منتدى للنقاش في موقع المنظمة على الانترنت لتحقيق التواصـــل بيـــن أعضـــاء المجلـــس التنفيذي (مجلس تنفيذي افتراضي)؛

- مشاركة الأعضاء، في مرحلة مبكرة، في تناول المواضيع المدرجة على جدول أعمال المجلس؛
- تحديد وقت لتوجيه الأسئلة الى المدير العام أثناء دورات المجلس؛
- استهلال عملية ذات طابع رسمي لاعداد ارشادات للأعضاء الجدد.

٥- وقد حظيت هذه الاقتراحات بتأييد واسع من الأعضاء. كما رأى الأعضاء أنه ينبغي اقامة الاتصالات بين المجلس واللجان الاقليمية وأن المجلس ينبغي أن يتولى على نحو تام وظيفة ضمان متابعة قرارات جمعية الصحة ومقرراتها. وينبغي الاستفادة من الفترة الفاصلة بين كانون الثاني/ يناير وأيار/ مايو في تزويد الوفود المرسلة الى جمعية الصحة بالمعلومات الخاصة بالمسائل التي بحثها المجلس، وفي تقييم أية قضايا قد تؤدي الى نشوء صعوبات فيما يتعلق بمداولات الجمعية.

٦- وفيما يلي الخواطر والأفكار الخاصة باتجاهات المجلس التنفيذي في المستقبل:

- الحاجة الى استكشاف آليات لزيادة مشاركة المجلس في توفير اتجاهات وتوجهات استراتيجية لعمل المنظمة؛
- الحاجة الى جعل المجلس التنفيذي أكثر استباقا للأحداث بدلا من أن يقتصر على رد الفعل ازاءها؛
- اعطاء الأولوية الى جدول أعمال المجلس بحيث يتاح الوقت الكافي لمعالجة الموضوعات الحساسة أو الخلافية؛
- الحاجة الى ضمان كون قرارات جمعية الصحة قرارات عملية المنحى وقابلة للتنفيذ؛
- اعداد كتيب للأعضاء الجدد، يشمل دراسات الحالة التي توضح أساليب العمل وطرق معالجة شتى القضايا.

تقييم أداء النظم الصحية

٧- نوقش الأسلوب المتبع في *التقرير الخاص بالصحة في العالم، ٢٠٠٠* مناقشة مستفيضة. وكان هناك توافق في الآراء على أن التقرير ساعد على اذكاء الوعي بالنظم الصحية على نطاق العالم، وجرت الدعوة الى زيادة اشراك الدول الأعضاء في جمع البيانات في اطار استعراض النظراء للمنهجية. وطرحت آراء بشأن تواتر اجراء التقييم، اما سنويا أو كل فترة تتراوح بين العامين والأربع سنوات، وبشأن اتباع نهج قائم على التقسيم الى فئات بدلا من النهج القائم على الترتيب العددي.

٨- ويبدو أن هناك خلافا مع بعض البلدان غير الراضية عن المفاهيم المستعملة والمنهجية المتبعة نظرا لعدم كفاية البيانات أو قلة جودة المعلومات. وكانت بعض الوزارات تسعى الى الحصول على مزيد من التوضيحات والى ادخال تعديلات على العملية في نهاية المطاف. ويبدو أن حالة البرازيل والدعم الذي تلقته من الوزارات في اقليم الأمريكتين أهم هذه الاستفسارات.

٩- وحُددت عدة نقاط أخرى في المناقشة، هي:

- وجوب مناقشة وجود المعلومات وجودتها ومعوليتها، وتقاسم هذه المعلومات مع البلدان داخل الأقاليم؛
- وجوب أن تقبل البلدان وتتقاسم صيغة لمؤشر للتعبير عن تقييم الأداء كوسيلة مقبولة لاجراء التقييم؛

- أن الترتيب العددي هو طريقة خلافية لتقييم الأداء، وينبغي بحث خيارات تكون مرآة للأداء، مثل المجموعات والفئات؛

- وجوب النظر في مشاريع رائدة لتطبيق المنهجية في البلدان التي تقدم جميع المعلومات اللازمة؛

- وجوب أن يكون تقييم البلدان لأدائها احدى طرق تقييم الأداء، وذلك باتباع منهجية مشتركة ومقبولة.

جهود جبارة لمكافحة الأمراض المرتبطة بالفقر

١٠- أبدى أعضاء المجلس اهتماما بالمزيد من المعلومات عن نشأة وتطور الجهود الجبارة المبذولة لمكافحة الأمراض المرتبطة بالفقر، كمساهمة في تحسين صحة الفقراء وتعزيز الرخاء. وأوضحت المديرة العامة أن مفهوم "الجهود الجبارة" بدأ يؤخذ به استجابة للفهم المتزايد لوجوب أن تكون الصحة الجيدة في صميم عملية التنمية الاقتصادية. وكانت الارادة السياسية عالية بين أعضاء مجموعة الـ ٧٧ وبلدان أخرى حيث المشكلات على أشدها؛ وكان الالتزام السياسي بزيادة التمويل المستدام يتنامى في مجموعة الدول الصناعية الثماني والاتحاد الأوروبي و"المؤسسات الضخمة" الجديدة.

١١- وفيما يلي المرامي الرئيسية المتوخاة من وراء هذا الجهد:

- وضع حد داخل المجتمعات المحلية الفقيرة لتأثير الأمراض المرتبطة بالفقر والتي تؤدي الى عدد كبير من الوفيات، كحالات العدوى التنفسية الحادة ومرض الايدز وأمراض الاسهال والملاريا والحصبة والأمراض الطفيلية والسل – بالاضافة الى الحمل غير المأمون؛

- استعمال اللقاحات والأدوية والسلع الطبية المتاحة الآن على نحو أوسع نطاقا (وأكثر حكمة)؛

- توفير حوافز لتقديم خدمات الرعاية الصحية للمجتمعات المحلية الفقيرة والمكافأة على العمل الجيد؛

- تحفيز البحث والتطوير فيما يخص تحسين استعمال الأدوات الموجودة واستنباط تكنولوجيات جديدة.

ومن المزمع بذل هذه الجهود، بفضل القوامة التي تتولاها الحكومات، من خلال خدمات صحية متنوعة (مزيج من التسهيلات الحكومية، والمنظمات غير الحكومية والجماعات ذات المرجعية الدينية، ومقدمي الخدمات من القطاع الخاص، والموظفون، والمجتمعات المحلية، وغير ذلك من الوسائل التي ثبتت صلاحيتها). ورأى الأعضاء أن هذه المبادرة ايجابية للغاية، وطلبوا ابلاغهم أولا بأول بالتطورات الطارئة والتقدم المحرز في هذا الصدد.

الصلات بين الطب السريري والصحة العمومية

١٢- نوقشت، في اطار احدى المجموعات الصغيرة، ورقة أعدها الرئيس بشأن الطب السريري والصحة العمومية. واقترح الأعضاء ارفاق الورقة بتقرير الرئيس الى المجلس (انظر ملحق هذه الوثيقة). وجرى عموما الاعتراف بوجوب اتخاذ المزيد من الاجراءات من أجل تحديد صيغة وشكل المبادرة المقترحة. واقترح بعض الأعضاء اعداد قرار من أجل تنفيذ خطة للعمل.

الملحق

الطب السريري والصحة العمومية: السعي الى التوفيق بينهما من جديد

١- خلال القرنين الماضيين تطورت مزاولة الطب وممارسات الصحة العمومية بحيث أصبحت جانبين متغايرين من تخصص واحد. فقد أصبح الطب والصحة العمومية مهنتين منفصلتين ومتنافستين أحيانا. وتعرض هذه الوثيقة بايجاز اقتراحا بخصوص التوفيق بينهما من جديد بما يحقق التعاون.

٢- ومنذ وقت طويل يعمل الساسة والخبراء على الترويج لحلول خاصة بالصحة العمومية فيما يتعلق بالأمراض المرتبطة بالفقر والتي تنشأ، على سبيل المثال، عن تلوث البيئة ورداءة الغذاء والازدحام الشديد وتردي ظروف العمل. وكان أول من أوجد الوعي بهذه المشاكل وعثر على حلول لها هم الأطباء السريريون، الذين بعد أن علموا بهذا التلازم من خلال مرضاهم، ضغطوا على الحكومات والبرلمانات من أجل سن قوانين وفرض لوائح وايجاد موارد لتمويل التدخلات الطبية.

٣- وقد أصبحت هذه الصلات، الى جانب التطورات الهامة في مجال العلوم وخاصة علم الأحياء المجهرية، تستند بشكل راسخ الى المعرفة وتشكل أساسا متسقا لسياسات الصحة العمومية على نطاق العالم في أوائل القرن العشرين. وبعد الحرب العالمية الثانية بدأ كل من الطب السريري والصحة العمومية يتبع مسارات مستقلة، وكانت أنشطتهما متنافسة غالبا ان لم تكن متعارضة. وعلى الصعيد الأكاديمي أيضا، انفصلت الصحة العمومية وأصبحت موضوعا مستقلا. واهتزت سمعة ممارسي الصحة العمومية أمام الصورة الشائعة للأطباء السريريين الناجحين الذين ينقذون الأرواح باستعمال التكنولوجيات الحديثة. وأصبحت الصحة العمومية مجالا للبيروقراطيين والتكنوقراطيين المتمركزين في الوزارات والوكالات الدولية. وقد عانت وزارات الصحة العمومية، التي أنشئت في معظم البلدان في مطلع القرن العشرين، من ضعف صورتها ومارست تأثيرا ضئيلا داخل معظم الحكومات.

٤- ومن ناحية أخرى بدأ **الطب السريري** يشمل باطراد البيولوجيا - الخلوية والجزيئية - والوراثيات. وقد مكّن التقدم المحرز في الآونة الأخيرة في مجالي الطب الحيوي والعلوم الأطباء السريريين من تحقيق انجازات كبيرة بالأدوية الجديدة مثلا، والتدخلات الجراحية الفائقة التقنية مثل عمليات زرع الأعضاء والعلاج بالجينات. وقد أصبح الأطباء السريريون، الآمنون في مستشفياتهم، وباهتمامهم الذي ينصب على حصيلة حالات فردية معزولين. وأدت نجاحاتهم الى زيادة موازية في كل من التكاليف وتوقعات الجمهور. ولم تلب هذه التوقعات بالنسبة للجميع، وانما لمن يستطيعون الدفع مما أثار احباطا يجد تعبيرا شعبيا عنه في العبارة القائلة "أداء أفضل، وشعور أسوأ".

٥- وأصبحت التكاليف الطبية في عديد من البلدان، بعد أن ارتفعت نحو ١٠٪ الى ١٤٪ من الناتج القومي الاجمالي من مشكلات الاقتصاد الكلي. وبدأ تنفيذ مبادرات لاحتواء التكاليف وتخصيص الموارد في كل مكان، وأصبحت الحدود المالية القصوى والأساليب الجديدة للميزنة والرعاية المقتصدة مثلا حلولا نمطية أو الزامية. ووقع الطب السريري في شراك نجاحه بالذات. وبدأت أحلام الأطباء تنهار تحت وطأة هذه الضغوط.

ثورة الرعاية الأولية واتساع الفجوة

٦- في السبعينات بدأت منظمة الصحة العالمية ثورتها: اذ وضع مبدأ الرعاية الصحية الأولية في اطار الاستراتيجية العالمية لتوفير الصحة للجميع بحلول عام ٢٠٠٠ واعلان ألما آتا اللذين يمثلان معا تعبيرا عن اضفاء الطابع الديمقراطي على الرعاية الصحية. وكان الأطباء الحفاة والمعالجون التقليديون والموظفون المساعدون الذين يعملون مع الجماعات المحلية وداخلها، هم العناصر الفعالة في هذا الجهد الجديد الذي يجري مع الفقراء والمحرومين. غير أن الهوة بين الصحة العمومية والطب السريري أصبحت واسعة وعميقة. وفي كثير من البلدان لم تتلق الصحة العمومية، بما فيها الرعاية الأولية للفقراء والاصحاح الأساسي، أكثر من ٢٠٪ من الانفاق الصحي، حيث نال الطب السريري نصيب الأسد.

٧- واقترح واضعو السياسات الرفيعو المستوى، الذين بدأوا يتفاعلون مع هذا الانقسام بين الصحة العمومية والطب السريري، طرقا لسد الفجوة. ومن الأمثلة على الاستجابة الرامية الى اعطاء الباحثين السريريين نظرة أوسع على الصحة العمومية في العالم النامي شبكة الوبائيات السريرية الدولية التي دعمتها مؤسسة روكفلر لأكثر من ٢٠ عاما. ومن المبادرات الأخرى "تعاونية كوشران" للطب المستند الى القرائن التي بدأتها جامعة اكسفورد (المملكة المتحدة) وجامعة ماكغيل (كندا)، والتي تعرّف بأنها "الاستخدام الدؤوب والصريح والسليم لأفضل القرائن الجارية في اتخاذ القرارات بشأن آحاد المرضى".[١] وقد أخذ الطب المستند الى القرائن يرسي أسسه بالتدريج كأداة لترشيد استخدام الموارد مما سيؤدي الى تخفيض التكاليف وتحسين المعايير الأخلاقية في هذا المجال. وتجد الأخلاق دائما طريقها الى ممارسة المهنة الطبية، وكان لها، وسيكون لها، دور حاسم في مجال الانجازات السريرية، وكذلك في مجال الصحة العمومية، وبوجه أخص فيما يتعلق بتخصيص الموارد.

٨- وجاء ضمان الجودة كذلك استجابة لتجاوزات الممارسة السريرية وآثارها السلبية، حيث أنشأت بعض البلدان وكالات مخصصة للنهوض بها. وتؤدي مبادرات أخرى مثل "حسن الادارة السريرية" الى تحسينات في الجودة، وترشيد استخدام الموارد، والتميز الطبي. ويعد ضمان الجودة نهجا قيما وهاما.

السعي الى التوفيق

٩- يؤدي كل هذا التغير في السلوك الثقافي الى فهم وتعاون أفضل بين الأطباء السريريين وموظفي الصحة العمومية. فهم جميعا يتقاسمون الأهداف نفسها، وتقيدهم الظروف الخارجية ذاتها من شح الموارد والتنافس عليها. ويعني اهتمام المنظمة بالمشكلات والأمراض التي تصيب معظم سكان العالم التركيز على الأغلبية، أي على الفقراء، والمرضى والمحرومين. وتعني الأولويات التي حددتها المنظمة، بما فيها الأمراض المرتبطة بالفقر، ومكافحة تعاطي التبغ، وقدرة النظم الصحية وأدائها، التزاما تجاه الجميع، بمن فيهم من يعيشون في بلدان مرتفعة الدخل ويتأثرون بالأوبئة الشائعة مثل الأمراض المرتبطة بالتبغ التي تتسبب في ثلث اجمالي الوفيات في العالم اليوم. وهكذا يمكن أن يقال ان الطب والصحة العمومية المتصالحين ينبغي أن يتقدما معا، فيتقاسما أساليب مشتركة، ويواجها مشكلات مشتركة. والتحدي الذي يواجهنا في المستقبل هو كيفية ضم القوى لتحسين فعالية الجهود المشتركة. ويجب على مهنيي الصحة العمومية اقناع الأطباء السريريين بالانضمام معا تحت راية هذا المشروع، وبأن يثبتوا لبقية المجتمع أن المهنتين يمكن أن تعملا معا لصالح الجميع.

---

١ D.L Sackettet al. Evid .ence based medicine: what it is and what it isn't*British Medical Journal* 1996، 312 (71-72 ،13 January).

اقتراح

١٠- يقترح مشروع لتشجيع التوفيق بين الصحة العمومية والطب السريري استنادا الى المبادئ التالية:

- ينبغي أن يستخدم الأطباء السريريون القرائن الوبائية، والمعلومات الصحية المرتكزة على السكان من أجل الاعتراف بأهمية قضايا أوسع من العافية الفردية، وتوزيع جهودهم وفقا لذلك؛
- ينبغي اقرار الأولويات في مجال الممارسة السريرية على أساس معلومات على مستوى السكان، وتصميم التدخلات وتنفيذها وفقا لفعاليتها وكفاءتها؛
- ينبغي أن يقدر الأطباء السريريون بوضوح الآثار الاقتصادية المترتبة على قراراتهم، وأن يدركوا الجوانب الادارية لأدائهم.

١١- وكان *التقرير الخاص بالصحة في العالم، ٢٠٠٠ - تحسين أداء النظم الصحية*: مهماً باقتراحاته عن نماذج جديدة لتحليل النظم الصحية، تأخذ في الاعتبار المستخدمين فضلا عن مقدمي الخدمات، وتميز بين الخدمات الشخصية وغير الشخصية، واستدرار الموارد بما فيها الموارد المادية والبشرية، الى جانب البحوث والمعارف. وستسهم هذه الخطوة الى الأمام اسهاما كبيرا في التقريب بين الطب السريري والصحة العمومية.

١٢- وينبغي أن يرمي المشروع المقترح الى:

- ايضاح المبادئ السابقة والترابط بينها للأطباء السريريين ودوائر الصحة العمومية؛
- تحديد الجهات الفاعلة الرئيسية، وتقييم معرفتها بالقضايا المطروحة، واستعدادها للاسهام في المشروع؛
- اقتراح أنشطة تجمع بين الأطباء السريريين ومهنيي الصحة العمومية على كل المستويات؛
- وضع مبادئ تنفيذية للمشروع.

١٣- وينبغي أن تشمل الحصائل ما يلي:

- عقد اجتماعات التحليل والنقاش؛
- وضع وثائق تحدد الأهداف والغايات ومجالات التعاون؛
- تحليل الأساليب والأدوات اللازمة للتوفيق مثل ضمان الجودة وحسن الادارة السريرية والطب القائم على القرائن؛
- رفع مستويات التقدير والفهم المتبادل.

= = =