

منظمة الصحة العالمية



م ٩/١٠٧

١٤ كانون الأول/ ديسمبر ٢٠٠٠

EB107/9

المجلس التنفيذي

الدورة السابعة بعد المائة

البند ٣-٦ من جدول الأعمال المؤقت

تقييم أداء النظم الصحية

تقرير من الأمانة

١- مافتتت المنظمة تعمل على تعزيز تنمية النظم الصحية عن طريق دعم التقييم المنهجي الذي تجريه وزارات الصحة لأداء النظم الصحية في بلدانها. ويصف هذا التقرير إطار تقييم الأداء، والمؤشرات والأساليب والبيانات المستعملة في تقييم الأداء، وعملية اعداد تقرير أولي عن أداء النظم الصحية في العالم، (التقرير الخاص بالصحة في العالم، ٢٠٠٠)، وردود فعل وزراء الصحة ازاء التقرير، وخطط العمل في المستقبل. ويلخص هذا التقرير التعليقات التي أرسلها الى المديرية العامة في الفترة الممتدة من آب/ أغسطس الى تشرين الأول/ أكتوبر ٢٠٠٠ وزراء الصحة في ٢٠ بلدا على الأقل، وكذلك التعليقات التي أدلى بها الوزراء والوفود في الاجتماع الثاني والأربعين لمجلس ادارة منظمة الصحة للبلدان الأمريكية/ الدورة الثانية والخمسين للجنة الإقليمية للأمريكتين. وطلب قرار اعتمده كل من مجلس ادارة منظمة الصحة للبلدان الأمريكية واللجنة الإقليمية للأمريكتين ادراج هذا الموضوع في جدول أعمال دورة المجلس التنفيذي السابعة بعد المائة. وناقش المسألة أعضاء المجلس التنفيذي أثناء خلوتهم (هرتشتاين، سويسرا، ١٢-١٤ تشرين الثاني/ نوفمبر ٢٠٠٠).

وضع إطار لتقييم أداء النظم الصحية

٢- يعد تدعيم النظم الصحية المستدامة من توجهات المنظمة في إطار الاستراتيجية المؤسسية للمنظمة التي أعتمدها المجلس التنفيذي في دورته الخامسة بعد المائة في كانون الثاني/ يناير ٢٠٠٠. والغرض المحدد، الذي يعكس المفاهيم والقيم الأساسية للاستراتيجية العالمية لتوفير الصحة للجميع، هو اقامة "نظم صحية تحسن الحصائل بانصاف وتستجيب لطلبات الناس المشروعة وتتسم بالعدالة من الناحية المالية".

٣- ومافتتت المنظمة - أمانة ودولا أعضاء - ترسي أساسا أسلم لتطوير النظم الصحية الوطنية. ومنذ عام ١٩٩٨ ينصب التركيز على النهج الموحدة لتقييم حالة النظم الصحية. وتمثلت المرحلة الأولى في هذا الصدد في الاتفاق على إطار لتقييم أداء هذه النظم.

٤- والغاية من الاطار هي كالتالي:

- دعم الدول الأعضاء، وكذلك الدوائر الدولية المعنية بالصحة العمومية، في رصد وتحليل نظمها الصحية على نحو منهجي باستعمال مجموعة من حصائل النظم الصحية البالغة الأهمية؛

- وضع أساس لاقامة مجموعة قرائن قوية خاصة بالعلاقة بين التنظيم وحصائل النظم الصحية بغية تزويد الحكومات بما يلزم من معلومات لتطوير السياسات الخاصة بالصحة؛
- تمكين المنفعين بالخدمات الصحية من فهم وظائف النظم الصحية فهما أفضل، والحصول على المعلومات الخاصة بمدى تحقيق حصائل النظم الصحية.

٥- ويشمل الاطار حدود النظم الصحية ومراميها ووظائفها وأدائها.

٦- **حدود النظم الصحية.** ان جميع الموارد والمنظمات والجهات الفاعلة التي تتفد أو تدعم الاجراءات الصحية (وهي كل اجراء مقصده الأساسي حماية الصحة أو تعزيزها أو تحسينها) تعتبر جزءا من النظام الصحي. غير أن التعليم غير معرف كجزء من النظام رغم أنه لا يعتبر كأحد العوامل الحاسمة الرئيسية في الحصائل الصحية.

٧- **مرامي النظم الصحية.** حددت ثلاثة مرام هي: الصحة الجيدة؛ والنظام الصحي الذي يستجيب لتوقعات الناس المشروعة؛ وعدالة المساهمة المالية.

٨- **وظائف النظم الصحية.** يحدد الاطار أربع وظائف بالغة الأهمية لتحقيق هذه المرامي: التمويل (بما فيه تحصيل الإيرادات وتجميع الأموال وشراء المستلزمات)؛ وتقديم الخدمات الصحية الشخصية وغير الشخصية؛ واستدرار الموارد؛ والقوامة. وهذه الوظيفة الأخيرة، أي القوامة، هي الاشراف على النظام الصحي برمته وتوجيهه - خاصة كان أو عاما - بحيث يؤدي الأداء الأمثل، وتشمل القوامة القيادة والتوجيه (السياسات الصحية) والتأثير (التنظيم والدعوة) وجميع ذلك يتوقف على أفضل المعلومات الصحية المتاحة.

٩- **أداء النظم الصحية.** يحتاج وزراء الصحة وسائر صانعي القرار الى معرفة ما يلي: درجة اسهام النظام الصحي في تحقيق الحصائل الكلية، سواء تم التمكن من زيادة هذا الاسهام من خلال التغييرات في تمويل الموارد المتاحة حاليا لكفاءة النظام الصحي أو لا؛ وسواء كانت التغييرات اذا ما أدخلت (مثل التغييرات في سياق اصلاح قطاع الصحة) تؤدي الى تحسين أداء النظم الصحية أو لا.

المؤشرات والأساليب والبيانات المستعملة في تقييم الأداء

١٠- أدخلت المنظمة الاطار المذكور أعلاه ليكون أساسا للتقييمات القابلة للمقارنة والخاصة بأداء النظم الصحية. وتترجم المرامي الثلاثة للنظم الصحية الى خمس حصائل متميزة: مستوى الصحة المتحقق في مجموعة سكانية ما؛ والانصاف الصحي داخل تلك المجموعة السكانية؛ وقدرة النظام الصحي على الاستجابة؛ والانصاف في القدرة على الاستجابة؛ وعدالة المساهمة المالية. ويتطلب تقييم الأداء وضع مؤشرات محددة جيدا لكل حصيلة من الحصائل، وأساليب لقياسها، واستراتيجيات لجمع البيانات، واجراءات للتوليف بين النتائج والابلاغ عنها بانتظام.

١١- **مستوى الصحة.** استنادا الى خبرة ١٥ عاما أدخلت المنظمة متوسط العمر المأمول مع التمتع بالصحة - والمحسوب على أساس متوسط العمر المأمول عند الميلاد مع ادراج تعديل خاص بالوقت المنقضي في حالة صحية متدهورة - باعتباره مقياس مستوى الصحة المتحقق لدى المجموعات السكانية. ويعتمد قياس معدل الوفيات على بيانات خاصة بالوفيات حسب السن ومتحصل عليها من نظم السجل المدني

والاستقصاءات الخاصة بوفيات الأطفال والبالغين ونظم التسجيل بالعينات. ويعتمد قياس الوقت المنقضي في حالة صحية متدهورة على دراسات عبء المرض والنتائج الموحدة قياسيا والمستقاة من أدوات الاستقصاء القطاعية النطاق المستنبطة باستعمال التصنيف الدولي للأداء والتعوق.

١٢- **توزيع مستويات الصحة.** تقترح المنظمة أن تقوم البلدان بقياس توزيع متوسط العمر المأمول مع التمتع بالصحة لدى المجموعات السكانية باستعمال بيانات السجل المدني والاستقصاءات القطاعية النطاق. ومع ذلك فإن الأساليب ومجموعات البيانات اللازمة للقيام بذلك يجري تحسينها، كما تتوافر البيانات الخاصة ببقيا الأطفال، المستمدة من هذه المصادر، وهي بإمكانها أن تعطي قياسات لجوانب الاجفاف في بقيا الأطفال. وفيما يخص الوقت الحاضر تستعمل المنظمة الاجفاف في بقيا الأطفال باعتباره المؤشر الأساسي لتوزيع مستويات الصحة لدى المجموعات السكانية.

١٣- **مستوى وتوزيع القدرة على الاستجابة.** المؤشر الخاص بقدرة النظم الصحية على الاستجابة مصمم لكي يعكس اعتبارات الاستقلالية والكرامة والسرية وتوجهات العملاء، والذي يميز تفاعلات الأفراد مع مختلف مستويات النظام. وهو يختلف عن المؤشرات الخاصة بالرضا عن النظم الصحية، وهي مؤشرات يرجح أن تعكس توقعات الناس من الخدمات: القدرة على الاستجابة تجسد خبراتها الفعلية بطريقة تتيح المقارنة. وقد استحدثت منظمة الصحة العالمية واختبرت ميدانيا أداة مسح توفر بيانات عن القدرة على الاستجابة؛ صممت لضمان امكانية مضاهاة البيانات عن ثقافات مختلفة؛ واختبرت في كثير من البلدان. واتضح أن النتائج موثوقة وصحيحة. ويجري حاليا استقصاء منظم لعينات الأسر في أكثر من ٦٠ بلدا. وتستكمل البيانات بنتائج عمليات مسح زهيدة التكلفة توفر معلومات أساسية في كل البلدان تقريبا. ويتم التحقق من هذه الأخيرة بالمقارنة بنتائج استقصاءات العينة.

١٤- **عدالة المساهمة المالية.** يعني هذا المؤشر المدى الذي يتم فيه استدرار موارد الرعاية الصحية بطرق تعكس قدرة الناس على الدفع، ويشير الى جزء الدخل الذي تسهم به كل أسرة في النظام الصحي بعد الوفاء باحتياجاتها المعيشية. ويأخذ حساب الاسهام في الاعتبار الضرائب والضمان الاجتماعي والتأمين الخاص والمنفوعات المباشرة. وتستمد بيانات المؤشر من عمليات مسح الدخل والانفاق التي تضطلع بها كل الدول الأعضاء تقريبا، والمعلومات من جداول الضرائب والضمان الاجتماعي، وحسابات الصحة القومية حيثما وجدت.

١٥- **الموارد المستخدمة في النظام الصحي.** كما تقدم حسابات الصحة القومية حيثما توافرت، تقديرا منتظما لمدخلات الموارد في النظام الصحي من القطاعين العام والخاص. وفي العقد الأخير توافر اجمالي الانفاق الصحي في القطاعين العام والخاص بالنسبة لكل الدول الأعضاء تقريبا، واستكملت حسابات الصحة القومية في نحو ٦٠ بلدا (من كل أقاليم منظمة الصحة العالمية)، ومن المزمع أن تجري بلدان أخرى المزيد منها.

١٦- **قياس كفاءة النظام الصحي.** يحتاج المسؤولون الوطنيون، لقياس كفاءة النظام الصحي في بلدانهم، الى بحث العلاقة بين حصائل نظامهم الصحي والمدخلات من الموارد. وعليهم، لكي يفسروا النتائج التي تم التوصل اليها، أن يعرفوا الحصائل الممكنة التي يمكن بلوغها بمستوى معين من المدخلات من الموارد. ويمكن تقدير ذلك، نظريا، بجمع الأثر المحتمل لكل التدخلات السريرية وتدخلات الصحة العمومية والنهوض بالصحة والتأهيل المتاحة في بلد ما. وتحاول منظمة الصحة العالمية ومختلف وكالات تقييم التكنولوجيا الوطنية وكثير من الباحثين بناء قاعدة القرائن بشأن تكاليف التدخل وأثاره. ويمكن، من الناحية العملية، تقديرها، عن طريق تقنيات الاحصاء المستندة الى الخبرة الفعلية للنظم الصحية. ويقوم فريق من

خبراء القياس الاقتصادي بتقديم المشورة الى منظمة الصحة العالمية بشأن تطبيق هذه التقنيات على تقييم كفاءة النظم الصحية. ويأخذ التحليل في اعتباره العوامل الحاسمة في الصحة من خارج القطاع الصحي مثل مستويات التعليم.

١٧- **فائدة تقييم الأداء في قياس أثر السياسة الصحية.** ستمكن الأساليب التي تقترحها منظمة الصحة العالمية البلدان من رصد انجاز وكفاءة نظمها الصحية. وستزود النتائج وزراء الصحة بمقياس أفضل لنجاح السياسة يستهدف تعزيز أداء النظام.

التقرير الأول عن أداء النظم الصحية

١٨- استنادا الى المناقشات بشأن اطار تقييم أداء النظم الصحية الوطنية استجابت المنظمة لطلبات من البلدان بشأن كيفية استخدامه عمليا. وسعت المنظمة في أواخر عام ١٩٩٩ والشهور الأولى من عام ٢٠٠٠ الى تحديد مؤشرات أداء النظم الصحية التي يمكن توحيدها، وأساليب تقييمها، والبيانات التي تسمح بتقديرها. وباستخدام هذه الأدوات قام موظفو المنظمة، بالتعاون الوثيق مع المسؤولين والباحثين الوطنيين للتوصل الى أكثر ما يمكن من البيانات الجديدة وتحليلها، بتقييم أداء النظم الصحية في جميع أنحاء العالم. وساعد المجيئون على الاستقصاء من طائفة من الدوائر، القطرية والدولية، على تفسير البيانات.

١٩- جمعت هذه المعلومات في ملاحق التقرير الخاص بالصحة في العالم، ٢٠٠٠ عن تحسين أداء النظم الصحية.

تعليقات الحكومات على التقرير الخاص بالصحة في العالم، ٢٠٠٠

٢٠- أثار التقرير الخاص بالصحة في العالم، ٢٠٠٠ قدرا لم يسبق له مثيل من الاهتمام والجدال داخل البلدان والمنظمات الدولية ومؤسسات البحوث. وبعد ثلاثة أشهر من نشر التقرير سعى أكثر من ٣٠ بلدا الى العمل عن كثب مع أمانة منظمة الصحة العالمية في تطبيق اطار التقييم الجديد لأداء النظم الصحية. والغاية المنشودة هي أن تتحسن نوعية تقييم الأداء وفائدته في كل مرة يجري فيها تقييم أداء النظم الصحية.

٢١- وبشكل عام أيد وزراء الصحة وممثلوهم اطار تقييم الأداء واختيار المؤشرات. وطلب البعض ايضا عن مؤشر الاستجابة ومؤشرات العدالة في مجالي الصحة والقدرة على الاستجابة. وتعلقت معظم التعليقات الناقدة أو التحليلية بالأساليب المستخدمة لتقييم المؤشرات ومدى موثوقية البيانات والطرق التي تعرض بها النتائج.

٢٢- وفيما يتعلق بالأساليب شكك عدد من الباحثين في الأساس النظري الكامن والأساليب الاحصائية المختارة، ومنها، على سبيل المثال، الجمع بين خمس مؤشرات رئيسية للحصيلة الصحية في مقياس عام لانجاز النظم الصحية. وقد أقامت المنظمة العامل المرجح المستخدم في المؤشر العام على مسح لأخصائيي الصحة العمومية من أكثر من ١٠٠ دولة عضو. واعتبرت العدالة الصحية من الأمور الهامة في وضع المؤشرات الجديدة، وفقا للآراء التي أبدتها الأجهزة الرئاسية في كثير من المناسبات.

٢٣- وأشار عديد من الوزراء الى قلة عدد البلدان التي تتوفر عنها بيانات تمثيلية. فعلى سبيل المثال، بلغ عدد البلدان في مسح المعلومات الرئيسية عن القدرة على الاستجابة ٣٥ بلدا. ولم تتوفر بيانات الاقتصاد الكلي عن دخل الأسر وانفاقها الصحي، اللازمة لمؤشر عدالة المساهمة المالية، الا من ٢١ بلدا. غير أن تقييم

هذا المؤشر يتطلب كذلك بيانات تجريبية عن نسبة الاتفاق المباشر المرصودة للصحة. وقد توافرت هذه البيانات من ١٧٠ بلداً.

٢٤- وكما يشيع عموماً عند وضع المعلومات لأغراض سياسية فقد وضعت تقديرات لقيمة كثير من المؤشرات، وفي هذه الحالة بواسطة الأساليب الإحصائية المقبولة عموماً. ويبين التقرير بوضوح استخدام هذه الأساليب، ويوفر المراجع المناسبة.

٢٥- وأبدت بعض المخاوف من أن ترتيب البيانات عن الحصائل الاجتماعية، وخاصة إذا استند الترتيب إلى مؤشر مركب، أمر مثبط ولا يحتمل أن يؤدي إلى تحسينات. غير أن هناك عدداً من الأمثلة التي تبين أن الترتيب، وخاصة في المجالات الاجتماعية، يمكن أن يشجع التحليل، ويساعد في تحديد أفضل الممارسات، وفي العثور على قاعدة من القرائن على التدخلات الناجحة. والتقرير يرتاد سبيلاً جديداً بوضوح هوامش عدم اليقين في كل المقاييس - بالنسبة لكل من المستويات والرتب الفعلية، ومدى اتساع هوامش عدم اليقين الناجمة عن استخدام التقديرات بوضوح.

٢٦- وبالنسبة للعملية ذاتها انتقد بعض الوزراء قلة المشاورات بين المنظمة والمسؤولين الوطنيين أثناء تقييم المؤشرات. فمن أغراض هذا الأسلوب الأولي مساندة البلدان في سعيها إلى دعم داخلي للاستثمارات الإضافية في النظم الصحية. وقد ذكر عدد من الوزراء أن استخدام المنهجية التي توصي بها المنظمة زادت قدرتهم على استرعاء مزيد من الانتباه إلى المشكلات التي يواجهونها. ولهذا الغرض طلب البعض دعم المنظمة لتقييم أداء النظم الصحية الوطنية.

الخطط والإجراءات في المستقبل

٢٧- ستواصل منظمة الصحة العالمية البحث عن إسهامات الخبراء لضمان توفير أفضل الأساليب للدول الأعضاء على نطاق واسع. ويجري تحسين المنهجية المتبعة عن طريق المشاركة الواسعة لدوائر الأبحاث، وعن طريق استعراضات الزملاء.

٢٨- ويشارك موظفو المنظمة، بتعاونهم الوثيق مع المسؤولين الوطنيين، في جهد كبير لدمج مصادر البيانات الموجودة، والتي لم تدرج في التقرير الخاص بالصحة في العالم، ٢٠٠٠ في تقييم مؤشرات أداء النظم الصحية، حتى يتسنى تعديل التقييمات عند الضرورة. وقد كتبت المديرية العامة إلى كل الدول الأعضاء لتشجيعها على ضمان استخدام أفضل القرائن المتاحة في تقييم أداء النظم الصحية. ويعد المسح المتعدد البلدان للصحة والقدرة على الاستجابة مثالا على اهتمام الدول الأعضاء بتحسين القياس.

٢٩- ومن أجل ضمان انعكاس أفضل القرائن المتاحة في التقييمات المقارنة لأداء النظم الصحية في المستقبل، تجري استشارة كل دولة عضو بشأن الأرقام المستخدمة لتقييم المؤشرات، بما في ذلك البيانات عن المدخلات من الموارد. وبالإضافة إلى ذلك سيخصص الوقت اللازم للتشاور والحوار عند إعداد تقارير الأداء اللاحقة.

٣٠- وسيحوي التقرير الخاص بالصحة في العالم، ٢٠٠١ عن موضوع الصحة النفسية كالعادة ملحقاً إحصائياً. وسيعد التقرير الرئيسي والملحق الإحصائي كل على حدة، ولا ينتظر انتهاء أي منهما قبل نهاية أيلول/سبتمبر ٢٠٠١.

٣١- ويعمل نحو ٣٠ بلدا الآن مع موظفي منظمة الصحة العالمية في مبادرة محددة لتوليد فهم أفضل للأداء العام لنظمها الصحية باستخدام اطار المرامي والوظائف الذي وضعته المنظمة كنهج تحليلي مشترك، وربط هذه المعارف المتبحرة باستراتيجيات تحسين الأداء من خلال الدعم الطويل الأجل للقذرة الوطنية على تطوير النظم الصحية.

٣٢- وتلتزم منظمة الصحة العالمية التزاما طويل الأجل بتحسين تطور النظم الصحية، وتقديم الدعم للبلدان في قياس أداء النظام الصحي وتحليله، وتحديد الخيارات السياسية، وادخال تحسينات وظيفية محددة على النظام. ويجري عمل مماثل داخل البلدان على مستوى الأقاليم والمقاطعات من أجل توفير المعلومات لوضع أطر السياسة الصحية وادارة النظم الصحية المحلية.

الاجراء المطلوب من المجلس التنفيذي

٣٣- المجلس التنفيذي مدعو الى الاحاطة علما بهذا التقرير

= = =