



الرعاية الصحية الأولية، بما في ذلك تعزيز النظم الصحية

تقرير من الأمانة

١- صدر الكثير من النداءات بشأن تجديد الرعاية الصحية الأولية عن العديد من المؤتمرات الدولية والإقليمية والوطنية التي عقدتها المنظمة أو تعاونت على عقدها،^١ وعن اجتماعات اللجان الإقليمية لعام ٢٠٠٨ التي يتزامن عقدها مع الذكرى الثلاثين لإعلان ألما - آتا الذي أبرز القيم الكامنة في مفهوم "الصحة للجميع" من خلال الرعاية الصحية الأولية، وعالج الاحتياجات الصحية ذات الأولوية والمحددات الأساسية للصحة لتمكين الناس من أن يحيوا حياة منتجة من الناحيتين الاجتماعية والاقتصادية، وبما يدفع بالتالي عجلة التنمية بشكل عام.

٢- وعندما نادى الدول الأطراف بتجديد الرعاية الصحية الأولية، أكدت مجدداً التزامها بقيم المساواة والتضامن والعدالة الاجتماعية وبمبدأي العمل المتعدد القطاعات ومشاركة المجتمعات المحلية. وتجسد هذه النداءات طموح الدول إلى التعامل بفعالية مع التحديات الحالية والمقبلة في قطاع الصحة، وحشد طاقات المهنيين الصحيين والأناس العاديين والمؤسسات الحكومية وفئات المجتمع المدني وجمعها حول برنامج يغير التباينات التي تشوب النظم الصحية وتنظيم إيتاء الخدمات ووضع السياسات العامة وتحقيق التنمية.

٣- وقد تحسنت صحة سكان العالم خلال الثلاثين سنة المنصرمة، ويمكن أن يعزى ذلك جزئياً إلى تحسين التغذية وإمدادات المياه ومرافق الإصحاح والإسكان والتعليم. وإن كانت بعض البلدان أثبتت تحسناً مستمراً في الحصائل الصحية، فإن بعضها الآخر لا يزال متخلفاً عن الركب أو يعاني أيضاً من انعكاسات في هذا المضمار. وقد تكون هذه الاختلافات ناجمة جزئياً عن قيود اجتماعية واقتصادية وسياسية وبيئية. ومع ذلك فقد رأت البلدان المنخفضة الدخل أن من الصعب عليها التعامل مع ارتفاع أسعار السلع والركود وبرامج التعديلات الهيكلية وعدم الاستقرار السياسي والنزاعات الأهلية، وظهور مرض الأيدز والعدوى بفيروسه، وغير ذلك. لكن اختلاف الحصائل الصحية يُعزى أيضاً إلى الاستثمار في سياسات الصحة والتمويل واللامركزية والموارد البشرية وغيرها من السياسات الرئيسية في القطاع الصحي.

٤- وثمة عبر مهمة من قصص النجاح والإخفاق التي حدثت خلال السنوات الثلاثين الماضية والتي بينت ما يلي: لا تؤدي النظم الصحية تلقائياً إلى تحقيق التوازن الأمثل والأكثر فعالية بين تعزيز الصحة وتوقي الأمراض وعلاجها وتسكينها؛ ولا تؤدي بطبيعة الحال إلى تحقيق حصائل صحية معززة وأكثر إنصافاً ولا إلى

١ أوتواوا ١٩٨٦، لوبليانا ١٩٩٦، جاكارتا ١٩٩٧، المكسيك ٢٠٠٤، بانكوك ٢٠٠٥، بوينس آيرس ٢٠٠٧، بيجين ٢٠٠٧، بانكوك ٢٠٠٨، جاكارتا ٢٠٠٨، تالين ٢٠٠٨، واغادوغو ٢٠٠٨، الدوحة ٢٠٠٨.

رفع مستوى التضامن والعدالة الاجتماعية. ويتطلب الإمساك بزمام القيادة والوعي بمسألة التوجيه التزاماً مستمراً ونهجاً متأصلاً في عملية التنمية ومحركاً لها.

٥- وتعي السلطات الصحية في الكثير من البلدان أن التقدم صوب تحسين الحصائل الصحية، بما فيها على سبيل المثال لا الحصر المرامي الإنمائية للألفية، بطيء للغاية ومتفاوت، وأن الأداء لا يفي بالتوقعات، وأن تأهبها ضعيف لمواجهة التحديات والضغوط. ويسلم الكثيرون بأن الرعاية الصحية الأولية قادرة على توفير الاتجاه السليم وعلى توحيد النظم الصحية المجزأة والمفتتة، وعلى توفير الإطار اللازم لدمج الصحة في جميع السياسات.

٦- وكررت وكالات دولية ومبادرات صحية عالمية وجهات مانحة ومنظمات المجتمع المدني إعرابها عن شعورها بعدم الرضا. وعليه فإن أصحاب المصلحة في العالم يدركون أكثر فأكثر ضرورة تحسين أداء النظم الصحية بالاستناد إلى قيم الرعاية الصحية الأولية.

٧- ودعم هذه الأفكار تقريران نُشرا في عام ٢٠٠٨. تقرير منهما أصدرته اللجنة المعنية بالمحددات الاجتماعية للصحة^١ ووثقت فيه فجوات أخذة في الاتساع في الحصائل الصحية للبلدان وبين البلدان، وطلبت فيه من الحكومات أن تجعل المساواة غرضاً واضحاً في سياسات جميع القطاعات الحكومية. وحللت اللجنة الأسباب الاجتماعية والاقتصادية والسياسية المفضية إلى اعتلال الصحة، وحللت الأساليب المرجح في الغالب أن توفر الحلول اللازمة، ورمت بذلك الأساس المقنع والمؤيد لتجديد التركيز على الرعاية الصحية الأولية.

٨- وعلاوة على ذلك أشار التقرير الخاص بالصحة في العالم ٢٠٠٨ إلى أن إنشاء قطاع صحي منظم وفقاً لمبادئ الرعاية الصحية الأولية في البلدان الغنية والبلدان الفقيرة على السواء يتيح أكبر الفرص لتحسين الحصائل الصحية وتحقيق المساواة في المجال الصحي والاستجابة لتوقعات المجتمع. ويحدد هذا التقرير المجالات الأساسية التي ينبغي فيها تغيير السياسات بما يضمن استناد النظم الصحية إلى قيم ومبادئ الرعاية الصحية الأولية.

التحديات الصحية

٩- لا يقتصر التفاوت على الحصائل الصحية بين البلدان فحسب، بل وفي الإتاحة والتغطية والنفقات أيضاً.

١٠- ويؤدي ارتفاع مستوى توقعات المجتمع بشأن الصحة والرعاية الصحية، يغذيه في ذلك إضفاء الطابع العصري، وزيادة إتاحة المعلومات وتحسين الثقافة الصحية إلى حفز الطلب على إتاحة الرعاية الصحية التي تركز على الناس، وتحسين حماية صحة المجتمعات المحلية، والمشاركة بفعالية أكبر في اتخاذ القرارات المتعلقة بالصحة. وهناك ضغوط على رسمي السياسات والزعماء السياسيين من أجل توجيه نظمهم الصحية نحو تحقيق المساواة والعدالة الاجتماعية والتضامن في المجال الصحي.

١ اللجنة المعنية بالمحددات الاجتماعية للصحة. تضيق الفجوة في غضون جيل واحد: العدالة والإنصاف في المجال الصحي بفضل اتخاذ إجراءات حول المحددات الاجتماعية للصحة. التقرير الختامي للجنة المعنية بالمحددات الاجتماعية للصحة. جنيف، منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٨

٢ منظمة الصحة العالمية. التقرير الخاص بالصحة في العالم ٢٠٠٨: الرعاية الصحية الأولية، الآن أكثر من أي وقت مضى. جنيف، منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٨

١١- وثمة فرص متاحة للقيام بذلك لم يسبق لها مثيل. ففي السنوات الماضية اكتسبت البلدان المزيد من الخبرات والمعارف؛ وهناك طلب تعاضدي لإحداث التغيير من لدن السكان ورأسمي السياسات والمجتمع الصحي العالمي؛ ومثلما ذكر تقرير الأمانة عن رصد بلوغ المرامي الإنمائية للألفية المتعلقة بالصحة^١ فإن هناك إجماعاً مطرداً على أن المستوى الصحي لن يتحسن ما لم تنشأ نظم صحية فعالة، وأن النظم الصحية تؤدي وظيفتها على أتم وجه عندما تركز إلى الرعاية الصحية الأولية، وأن هناك فرصة متاحة لتحقيق أكمل مواعمة بين أعمال التصدي لبعض الأمراض وأعمال تعزيز النظم الصحية، لاسيما وأن التوسع والنمو السريعين للثقل الاقتصادي والاجتماعي في القطاع الصحي - وهو اتجاه منذ أجل طويل في عموم أرجاء العالم باستثناء الدول الضعيفة - يوفران السند اللازم لإحداث التغييرات السياسية التي تقتضيها الرعاية الصحية الأولية.

إجراءات يتعين اتخاذها

١٢- توجد أربعة مجالات عمل سياسية عريضة لإحداث تغييرات أساسية وهي: إلغاء التباينات في المجال الصحي بالتحرك صوب التغطية الشاملة؛ وجعل الناس محور عملية إيتاء الخدمات؛ ودمج الصحة في السياسات العامة لجميع القطاعات؛ وتوفير قيادات شاملة لإدارة شؤون الصحة.

١٣- ويعتمد إحداث التغييرات على مواعمة العناصر المختلفة للنظم الصحية أو لبنات بنائها وهي القوى العاملة في قطاع الصحة؛ ونظام المعلومات الصحية؛ ونظم الاطلاع على المنتجات الطبية واللقاحات والتكنولوجيات؛ ونظام التمويل؛ والقيادة والإدارة، وعلى الطريقة التي تشترك فيها هذه الأطراف في تحويل إسهامات القطاع الصحي إلى حصائل عامة.^٢

١٤- ويجب أن تتولى الدول الأطراف صياغة السياسات بنفسها حسب مواصفات كل بلد. ويجب أيضاً أن يستغل المجتمع الصحي العالمي نفوذه لحشد القدرات وتيسير عملية التجديد.

١٥- **القضاء على التباينات في المجال الصحي بالتحرك صوب التغطية الشاملة.** وهذا يعني التحرك من أجل توفير عدد كاف من الشبكات الخدمية (التي تشمل ما يلزم من موارد بشرية وبنية تحتية وموارد وإدارة وتوجيه)، ليس فيها عوائق مالية أو أي عوائق أخرى، ولكن فيها حماية للأسر من التبعات المالية ومن الفقر بسبب تكاليف الرعاية. والتحرك صوب التغطية الشاملة يشكل الاستراتيجية الأساسية التي تضمن إسهام النظم الصحية في تحقيق المساواة في قطاع الصحة وإقامة العدالة الاجتماعية والتخلص من التهميش، ولكنه لا يلغي الحاجة إلى الاعتماد على المحددات الاجتماعية للتباينات في المجال الصحي، وهي الحاجة التي تقضي باتباع نهج يشمل المجتمع ككل حسب توصية اللجنة المعنية بالمحددات الاجتماعية، ولا يلغي كذلك الحاجة إلى بذل الجهود إما لمد الخدمات إلى من يتعذر عليه الحصول عليها وإما إلى الرصد والتوثيق المنهجين للتباينات الصحية والتهميش في المجال الصحي.

١ الوثيقة مت ١٢٤/١٠.

٢ World Health Organization. *Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework for action.* Geneva: World Health Organization, 2007.

١٦- ورهناً بالسياق الوطني فإن إحراز تقدم تدريجي من أجل تحقيق التغطية الشاملة يتطلب توليفة تجمع بين العناصر التالية: (١) توسيع نطاق شبكات الرعاية الصحية حيثما كانت غير متاحة؛ (٢) والتحول من الاعتماد على رسوم الانتفاع التي تفرض على المريض إلى تحقيق التضامن والحماية اللذين تؤمنهما عمليتنا التجميع والدفع المسبق؛ (٣) ووضع آليات لحماية صحة المجتمع. ويمكن أن تفسح المستويات والاتجاهات الراهنة في الإنفاق المحلي على الصحة في البلدان المرتفعة الدخل والبلدان المنخفضة الدخل مجالاً لتحقيق قدر أكبر من التغطية الشاملة.

١٧- ولا طاقة للقدرات الوطنية في الكثير من البلدان بشراء أي مجموعة أساسية من التدخلات الصحية للجميع. ولذلك فمن الضروري زيادة المساعدات المالية اللازمة للقطاع الصحي في السنوات القادمة بعدة وسائل، منها استحداث آليات ابتكارية. وقد تلاشى الشك في مدى فعالية الإعانات وحل محله التسليم بالحاجة إلى قيام الجهات المانحة بتوجيه التدفقات المالية مباشرة نحو تنفيذ الأولويات والمبادرات القطرية بطرائق تعزز البنى التحتية القائمة، وتحد من التشتت والازدواجية، وتقلل تكاليف المعاملات إلى أدنى حد. ويتوجيه الإعانات بأساليب تبني القدرات المؤسسية اللازمة لإدارة تمويل النظام يمكن التعجيل بتوسيع نطاق الشبكات الخدمية إلى جانب تطوير حماية صحة المجتمع. ومن شأن ذلك أن يحسن أوجه التآزر بين التمويل الخارجي والتمويل الداخلي كما يلي: لأن التمويل الخارجي بما له من كثرة وأهمية استراتيجية ينبغي ألا يطمس الإنفاق من المصادر المحلية على القطاع الصحي في البلدان المنخفضة الدخل العادية والذي تزيد نسبته على ٧٥٪.

١٨- ولا يزال أيضاً التحرك من أجل تحقيق التغطية الشاملة برنامجاً غير منجز في البلدان المرتفعة الدخل حيث تؤثر عملية احتواء التكاليف تأثيراً جسيماً على مسألة المساواة في المعاملة.

١٩- إحلال الإنسان في صميم عملية إيتاء الخدمات. يجب أن تولي الخدمات الصحية اهتماماً أكبر بأولوية رعاية المرضى وباستمراريتها وتكاملها. ومن الضروري على وجه التحديد الاستمرار في تقديم الرعاية الشاملة طوال العمر، بحيث تشمل جميع الإجراءات الصحية، ابتداءً من التوقي وتعزيز الصحة وانتهاءً بتقديم العلاج والتسكين. علماً بأن تقديم الرعاية الصحية في القطاع العام، أو في القطاع الخاص لأغراض الربح، أو في القطاع الخاص لغير أغراض الربح، أقل أهمية بكثير من مدى تنظيم إيتاء الخدمات في كل من هذه السياقات لاتخاذ هذه الإجراءات.

٢٠- وضماناً لتمكين الخدمات من تقديم الرعاية اللائقة، ينبغي تصميم الخدمات وتنظيمها بحيث تحوم حول الشبكات القريبة من الزبون والمؤلفة من أفرقة الرعاية الأولية، وتحملها مسؤولية الحفاظ على صحة فئة محددة من السكان، وتزويدها بالقدرات اللازمة لتنسيق إسهامات المستشفيات والمتخصصين والخدمات الأخرى (بما في ذلك خدمات الإمدادات والخدمات اللوجستية) التي تسهم في المحافظة على صحة هذه الفئة من السكان. وتعتبر مديريات الصحة في الكثير من البلدان وحدة مناسبة للتخطيط في مجال تنظيم إيتاء الخدمات بما يتفق وهذه المبادئ.

٢١- ولقد أصبح مجال إيتاء خدمات الرعاية الصحية أكثر تعقيداً على مدى العقود الماضية. فبالإضافة إلى الخدمات التي تقدمها الحكومات فإن عرض خدمات الرعاية يتم الآن على أيدي طائفة من مقدمي تلك الخدمات الحكوميين منهم وغير الحكوميين، ومنهم من يستهدف الربح ومنهم من لا يستهدفه، كما يشمل ذلك العرض نطاقاً من الخدمات من بينها خدمات الطب التقليدي (الشعبي). وبإمكان هذا التنوع أن يضيف قيمة على عملية إيتاء الخدمات شريطة تسخير القدرة التي ينطوي عليها من حيث الاستجابة لباقة المشكلات والتطلعات وتسخير الديناميكية الفاعلة من أجل الإسهام في تحسين الصحة وتحسين الإنصاف في المجال الصحي، وشريطة إنشاء الآليات الكفيلة بضمان السلامة وحماية المستهلكين.

٢٢- وهناك الآن فرص سانحة أمام البلدان للاستفادة من عمليات استعراض الخبرات التي جرت في الآونة الأخيرة مع اتباع أساليب مختلفة تراعي شتى السياقات حيال تحقيق التكامل بين الطب التقليدي والطب الكلاسيكي والتأسيس على المعارف المتراكمة من أجل الإسهام في إعادة توجيه عملية إيتاء خدمات الرعاية، وهي عملية ضرورية، نحو اتباع أسلوب الرعاية الأولية الذي يركز على الإنسان.

٢٣- وجعل الناس محور عملية إيتاء الخدمات لا يعني مجرد تصميم النماذج المناسبة لإيتاء الخدمات، بل وتحسين البنى التحتية والخدمات والعمالة الصحية الأساسية، وهذا يقتضي التزاماً واستثماراً لأجل طويل. ونظراً للنقص الشديد في عدد العاملين بالمجال الصحي وما له من تأثير مباشر على الصحة، لم يعد هناك بد من الاستثمار في القوى العاملة الصحية في البلدان المرتفعة الدخل والبلدان المنخفضة الدخل ولو بالاستعانة بالرباطات المهنية ومؤسسات التدريب.

٢٤- **الإجراءات المتعددة القطاعات ودمج الصحة في جميع السياسات.** أكد مجدداً كل من مداولات اللجان الإقليمية، وتقرير اللجنة المعنية بالمحددات الاجتماعية للصحة، **والتقرير الخاص بالصحة في العالم ٢٠٠٨**، على الحاجة إلى تعزيز الجهود الرامية إلى تحسين المستوى الصحي، وذلك باتخاذ الإجراءات اللازمة إزاء الأسباب الاجتماعية والاقتصادية والبيئية الأوسع نطاقاً التي تسبب اعتلال الصحة والتباينات في المجال الصحي.

٢٥- ويمثل تحسين السياسات العامة، في القطاع الصحي وخارجه، إمكانات هائلة غير مستغلة لتحسين المستوى الصحي. ولذلك فإن تدخلات الصحة العمومية، ابتداءً من النظافة العامة وتوقي الأمراض وانتهاءً بتعزيز الصحة وإنشاء قدرات التصدي السريعة، تعد بالغة الأهمية لتحقيق الحاصلات الصحية وكسب وتوطيد ثقة الجمهور في النظام الصحي.

٢٦- ويجب أيضاً أن تنهض السلطات العامة في جميع القطاعات الحكومية بمسؤولياتها عن وضع الاعتبارات الصحية في مكانها الصحيح في المداولات المتعلقة بسائر الميادين السياسية، كالمساواة بين الجنسين أو حماية المستهلك أو سياسات العمالة. ويجب أن تهيب السلطات الصحية الظروف المؤاتية لكي تدمج القطاعات الأخرى الاعتبارات الصحية في سياساتها وحصائلها. وتطرح عمليات تقييم الآثار الصحية سُبلاً واعدة لإجراء حوار أكثر واقعية بشأن السياسات المتعددة القطاعات.

٢٧- **توفير قيادات شاملة وحكومات فعالة في المجال الصحي.** ثمة حاجة في الكثير من البلدان إلى إعادة توظيف استثمارات كبيرة لبناء القدرات القطرية اللازمة لإدارة القطاع الصحي. ويجب أن تقتصر هذه المسؤوليات الأكبر بأشكال جديدة من القيادة في المجال الصحي، ولاسيما في ظل اللامركزية السياسية والإدارية التي تثير التحديات وتفتح الفرص في آن معاً.

٢٨- وإن كان لكل دولة طرف طريقها الخاصة في إدارة نظامها الصحي، فإن وزارات الصحة هي التي تتحمل في نهاية المطاف مسؤولية تطوير هذا النظام. ولكن بالنظر إلى التعقيد الذي يتسم به القطاع الصحي يتعين أن تمارس هذه المسؤولية بنماذج تعاونية للحوار السياسي مع العديد من أصحاب المصلحة، من المنظمات المهنية إلى وكالات الأمم المتحدة، ومن مصارف التنمية إلى المجتمع المدني، ومن فئات النساء والشباب إلى الشبكات المعنية بالمرضى.

٢٩- وسوف تستدعي هذه الطرائق التشغيلية الجديدة إعادة توظيف الاستثمارات بالتناسب مع مستوى نمو وأهمية قطاع الصحة في المجتمع والقدرات القيادية وجمع المعلومات والاستفادة منها واكتساب المعارف وإجراء البحوث. وثمة حاجة واضحة إلى إيجاد سبل أكثر فعالية واستباقية وتعاونية لإدارة قطاع الصحة.

٣٠- وقد نظر المجلس التنفيذي، في دورته الرابعة والعشرين بعد المائة في كانون الثاني/يناير ٢٠٠٩، في صيغة أولى من هذا التقرير.

الإجراء المطلوب من جمعية الصحة

٣١- جمعية الصحة مدعوة إلى أن تنتظر في مشروع القرارين الواردين في القرارين مت ٢٤ق٨ ومت ٩ق٢٤.

= = =