



EM/RC44/9

ش م/ل إ ٩/٤٤  
آب/أغسطس ١٩٩٧  
الأصل بالعربية

اللجنة الإقليمية

لشرق المتوسط

الدورة الرابعة والأربعون

البند ٩ (أ) من جدول الأعمال

## التقرير الثالث حول التقييم الإقليمي للاستراتيجيات توفير الصحة للجميع

## المحتوى

الصفحة	
١	المقدمة
٣	١- الاتجاهات في مجال إعداد السياسات الصحية
٤	٢- الاتجاهات في مجال التنمية الاجتماعية - الاقتصادية
٤	١-٢ الاتجاهات الاقتصادية
٧	٢-٢ الاتجاهات الديمغرافية
١٧	٣-٢ الاتجاهات الاجتماعية
١٨	٤-٢ الإمداد بالغذاء والوضع التغذوي
٢٠	٥-٢ غط الحياة
٢٣	٣- البيئة والصحة
٢٣	١-٣ حماية البيئة عموماً
٣٢	٢-٣ الإمداد بالمياه والإصحاح
٣٦	٤- الموارد الصحية
٣٦	١-٤ الموارد البشرية الصحية
٣٩	٢-٤ الموارد المالية المخصصة للصحة
٤٢	٣-٤ البنية الأساسية المادية
٤٥	٤-٤ الأدوية الأساسية وسائر التوريدات
٤٩	٥-٤ الشراكة الدولية من أجل الصحة
٥٠	٥- تطوير النظام الصحي
٥٠	١-٥ السياسات والاستراتيجيات الصحية
٥٢	٢-٥ التعاون بين القطاعات
٥٣	٣-٥ تنظيم النظام الصحي
٥٤	٤-٥ العملية الإدارية
٥٥	٥-٥ نظام المعلومات الصحية
٥٨	٦-٥ العمل المجتمعي

الصفحة

٦٠	٧-٥ الاستعداد للطوارئ
٦٣	٨-٥ البحوث والتكنولوجيا الصحية
٦٤	٦- الخدمات الصحية
٦٤	١-٦ التثقيف الصحي وتعزيز الصحة
٦٦	٢-٦ صحة الأمومة والطفولة وتنظيم الأسرة (صحة الأسرة والصحة الإنجابية)
٦٩	٣-٦ التطعيم
٧١	٤-٦ الوقاية من الأمراض المتوطنة محلياً ومكافحتها
٧٣	٥-٦ معالجة الأمراض والإصابات الشائعة
٧٣	٧- اتجاهات الوضع الصحي
٧٣	١-٧ متوسط العمر المأمول عند الميلاد
٧٥	٢-٧ الوفيات
٨١	٣-٧ المراضة
٨٦	٤-٧ الإعاقة
٨٧	٨- نظرة إلى المستقبل
٨٧	١-٨ التقييم الشامل والقضايا الاستراتيجية
٩٨	٢-٨ نظرة إلى المستقبل
١٠٠	٣-٨ الاستراتيجية المُعدَّة

## المقدمة

في عام ١٩٧٧، قررت جمعية الصحة العالمية الثلاثون، في قرارها ج ص ع ٣٠-٤٣، «أن يكون الهدف الاجتماعي الرئيسي للحكومات والمنظمة خلال العقود القادمة هو أن يبلغ جميع مواطني العالم بحلول عام ألفين، مستوى من الصحة يسمح لهم بأن يعيشوا حياة منتجة اجتماعياً واقتصادياً»، وهو ما عُرف في ما بعد بهدف توفير الصحة للجميع بحلول سنة ألفين. وقد أيد الإعلان الصادر عن المؤتمر الدولي المعني بالرعاية الصحية الأولية، والذي عُقد في ألما آتا عام ١٩٧٨، هدف توفير الصحة للجميع بحلول سنة ألفين، وأعلن بوضوح أن الرعاية الصحية الأولية هي السبيل الرئيسي لبلوغ هذا الهدف. ثم دُعيت جميع الدول الأعضاء إلى أن تقوم كل منها، على حدة، بصياغة سياستها واستراتيجيتها وخطط عملها الوطنية، كما دُعيت للقيام، مجتمعةً، بصياغة استراتيجيات إقليمية، واستراتيجية عالمية، لبلوغ هذا الهدف.

وقد تم إقرار الاستراتيجية العالمية من قِبَل جمعية الصحة العالمية (القرار ج ص ع ٣٤-٣٦) في عام ١٩٨١، ومن قِبَل الجمعية العامة للأمم المتحدة. وفي عام ١٩٨٢، وافقت جمعية الصحة العالمية على خطة العمل المتعلقة بتنفيذ الاستراتيجية العالمية (القرار ج ص ع ٣٥-٢٣)، والتي تضمنت، في ما تضمنت، جدولاً زمنياً لرصد وتقييم تنفيذ الاستراتيجية. وقد تقرر أن يتم رصد التقدم الذي يتم إحرازه في تنفيذ الاستراتيجيات الإقليمية والاستراتيجية العالمية، كل سنتين، من قِبَل اللجان الإقليمية والمجلس التنفيذي، وكذلك تقييم فعالية الاستراتيجيات الإقليمية والاستراتيجية العالمية، كل ست سنوات، من قِبَل هذه الهيئات نفسها.

وقد دعت خطة العمل المتعلقة بتنفيذ الاستراتيجية العالمية، المدير العام أن يقدم الدعم والعون إلى البلدان، من أجل تقوية عملية تعزيز القدرات الوطنية على رصد وتقييم تنفيذ استراتيجية توفير الصحة للجميع. وقد قامت المنظمة بإعداد الإطار والشكل الموحد الأول، لاستخدامه من قِبَل البلدان كي يساعدها على جمع وتحليل المعلومات المتعلقة بإعداد التقرير الأول حول الرصد. وقد تم إجراء هذا الرصد في عام ١٩٨٢ على الصعيد القطري، وقُدّم تقرير عنه إلى اللجنة الإقليمية، والمجلس التنفيذي، وجمعية الصحة العالمية، في عام ١٩٨٣.

وفي عام ١٩٨٣، وافقت اللجنة الإقليمية، بموجب قرارها ش م/ل إ ٣٠/أ ق - ٥، على مجموعة من المؤشرات كي تستخدمها بلدان الإقليم، بالإضافة إلى المؤشرات العالمية الإثني عشر لرصد وتقييم التقدم الذي يتم إحرازه على درب توفير الصحة للجميع.

وتم بعد ذلك بستين إجراء عملية التقييم الأولى لفعالية تنفيذ الاستراتيجيات، وقُدّم تقرير حول نتائجها إلى الهيئات الرئاسية للمنظمة، خلال الثنائية ١٩٨٥-١٩٨٦، بعنوان «التقرير السابع عن الوضع الصحي العالمي» (الذي يتعلق مجلده السادس بإقليم شرق المتوسط). وقد جرى بهذه المناسبة تعديل خطة العمل بالنص على إعداد تقارير رصد

التقدم في تنفيذ الاستراتيجية كل ثلاث سنوات بدلاً من كل سنتين، من أجل إتاحة المزيد من الوقت لتقوية العملية الوطنية للرصد والتقييم، والدعم بالمعلومات اللازمة. أما التقارير الإقليمية حول عملية الرصد الثانية، فقد تم إعدادها في عام ١٩٨٨، وأحيلت إلى المقر الرئيسي للمنظمة، توطئةً لإعداد التقرير العالمي، الذي اعتمدته جمعية الصحة العالمية في عام ١٩٨٩.

وفي عام ١٩٨٩، وضعت اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط الأهداف الإقليمية لاستراتيجية توفير الصحة للجميع، بموجب قرارها ش م/ل ٣٦/ق - ١٠. ومنذ ذلك الحين، تُستخدم الأهداف الإقليمية المقررة كأساس مرجعي لعملية الرصد والتقييم. وقد ساعد ذلك على تقييم التقدم المحرز، على الصعيد الوطني والإقليمي، في تنفيذ استراتيجية توفير الصحة للجميع، وفعالية التنفيذ.

وقد استُخدمت نتائج التقرير الثاني للتقييم (١٩٩١)، على الصعيد الوطني والإقليمي والعالمي، في إعداد وإصدار «التقرير الثامن حول الوضع الصحي العالمي» (الذي يتعلق مجلده السادس بإقليم شرق المتوسط). وتم إصدار التقرير الإقليمي الثالث حول الرصد، في عام ١٩٩٤. وقد تم إرسال الإطار الموحد للتقرير الثالث للتقييم إلى المكاتب الإقليمية في تموز/يوليو - آب/أغسطس ١٩٩٦. وبدأت عملية إعداد التقرير الثالث للتقييم بتنظيم اجتماع بلداني معني بإعداد التقرير الثالث حول تقييم التقدم المحرز في تنفيذ استراتيجية توفير الصحة للجميع (وذلك في المنامة، عاصمة البحرين، من ٢٤ إلى ٢٨/١١/١٩٩٦). وعقب الاجتماع مباشرةً، تم في كانون الأول/ديسمبر ١٩٩٦، إرسال مجموعة من الإطار الموحد للتقرير الثالث للتقييم، بالإضافة إلى وثائق تشتمل على معلومات نوعية.

ويتألف هذا التقرير الإقليمي الثالث حول تقييم التقدم المحرز في تنفيذ استراتيجية توفير الصحة للجميع من مجمل التقارير الوطنية التي طُلب من الدول الأعضاء تقديمها إلى المكتب الإقليمي بحلول نهاية آذار/مارس ١٩٩٧. ولم تتمكن معظم البلدان من تقديم تقاريرها بحلول ذلك الموعد، ومن ثم فقد تم تمديد الموعد النهائي لتلقي التقارير، وبمحيط يتسنى لفريق العمل الإقليمي المكلف بإعداد التقرير الإقليمي أن يفي بالموعد النهائي لإعداد الوثيقة، المقرر عرضها على اللجنة الإقليمية في دورتها لعام ١٩٩٧. وهناك ثلاثة بلدان (أفغانستان، والجمهورية العربية الليبية، وقطر) لم ترسل تقاريرها حتى وقت إعداد هذا التقرير التقييمي الإقليمي الثالث (حزيران/يونيو - تموز/يوليو). وعليه، فقد استُخدمت بالنسبة لهذه البلدان أحدث المعطيات المتوافرة.

ويشتمل هذا التقرير على ثمانية أقسام، مقابلة للأقسام الثمانية للإطار الموحد للتقرير الثالث للتقييم، وهي كما يلي:

(١) الاتجاهات في مجال إعداد السياسات الصحية؛

(٢) الاتجاهات في مجال التنمية الاجتماعية - الاقتصادية (البيئة العامة)؛

(٣) الصحة والبيئة (البيئة المادية):

(٤) الموارد الصحية (المدخلات):

(٥) تطوير النظام الصحي (العملية):

(٦) الخدمات الصحية (المخرجات):

(٧) اتجاهات الوضع الصحي (الأثر):

(٨) استشراف المستقبل.

وتتبع الأقسام السبعة الأولى أسلوباً منهجياً لتقييم التقدم الذي تم إحرازه في تنفيذ استراتيجية توفير الصحة للجميع في الإقليم، وفعالية هذا التنفيذ، وذلك بالتركيز على تحليل البيئة العامة للنظام الصحي (الأقسام ١ و ٢ و ٣)، ومدخلاتها (القسم ٤)، وعملية تطويرها (القسم ٥)، ومخرجاتها (القسم ٦)، وآثارها (القسم ٧). أما القسم ٨، الذي يقوم على نتائج التقييم العام، وتحليل الاتجاهات، فيلقي نظرةً عامة على أنشطة المستقبل، في ما يتعلق بتجديد استراتيجية توفير الصحة للجميع للقرن الحادي والعشرين.

ويُرجى مراعاة ما يلي عند استعراض هذا التقرير:

(أ) يُقصد بعبارة «معطيات ١٩٩٦» أحدث المعطيات المتوافرة عند كتابة هذا التقرير، بصرف النظر عن السنة المرجعية الفعلية. ولا بد في هذا الصدد من التأكيد على أهمية أنية قيم المؤشرات المبلّغة، والآثار السلبية لاختلاف السنوات المرجعية على إعطاء قيمة إقليمية متوسطة جديدة؛

(ب) هناك مشكلة عامة تتمثل في وجود أرقام متضاربة في مختلف المصادر الرسمية، أو معطيات تفتقر إلى التنسيق الداخلي؛

(ج) عند تفسير الاتجاهات الطولية longitudinal، تتأثر قيمة المتوسط الإقليمي، بدرجات مختلفة، بعدد وخصائص البلدان التي تقوم بتبليغ قيمة أحد المؤشرات؛

(د) تظهر أسماء بعض البلدان على سبيل المثال لا الحصر، ولمجرد تأكيد البيانات، سواء كانت مؤاتية أو غير مؤاتية.

## ١- الاتجاهات في مجال إعداد السياسات الصحية

لقد طرأ على الوضع السياسي في الإقليم عدد من التغيرات، منذ عملية التقييم السابقة، وكان بعضها مؤاتياً، ولم يكن بعضها الآخر كذلك. فقد انتهت الاضطرابات الداخلية في الجمهورية اليمنية، وأجريت انتخابات، وتم انتخاب

حكومة جديدة. وتمّ التوصل إلى اتفاقات في جيبوتي ولبنان، أسفرت عن تحقيق الاستقرار، والحصول على دعم تَمَسَّ الحاجة إليه كثيراً للتعيمير، وإصلاح ما تهدم. وتمّ التوصل إلى اتفاق إسرائيلي فلسطيني، وإن كان مظهرياً أكثر من كونه فعلياً؛ فلا يزال الصراع قائماً كما كان من قبل. كما بدأت مؤخراً في قبرص، مفاوضات جديدة لتسوية المشكلة القبرصية.

وتبدو الصورة قائمة نوعاً ما في حالات أخرى. فالصراع الداخلي لا يزال محتدماً في أفغانستان والصومال، كما توجد بعض الاضطرابات في بعض المناطق بالسودان. وعلى الرغم من أن حرب الخليج قد وضعت أوزارها بالفعل، إلا أن عواقبها لا تزال محسوسة. كما أن العقوبات الدولية المفروضة على العراق والجمهورية العربية الليبية مازالت قائمة. وقد تكررت الغارات التركية على شمال العراق.

ولا يخفى أن لأمثال هذه التقلبات السياسية أثرها على الخدمات الصحية والوضع الصحي. ومن أبرز الأمثلة على العواقب التي تترتب على الصراعات، الدمار الشامل للبنية الأساسية، بما في ذلك المرافق الصحية، ونزوح السكان على نطاق واسع، وانخفاض أسعار النفط الخام، وحرّف الأموال عن وجوها في القطاع الاجتماعي إلى الإنفاق العسكري، وهجرة العاملين الصحيين، والانخفاض الملحوظ في الدعم الدولي، ونقص التوريدات والمعدات ولاسيما الأدوية الأساسية، بل حتى المواد الغذائية الأساسية للأطفال.

وبالإضافة إلى التغييرات السياسية والاجتماعية والاقتصادية العالمية الهائلة، التي حدثت في العقد الماضي، تجدر الإشارة إلى ثلاثة أحداث دولية كان لها أثرها على فكر السياسات الصحية، ألا وهي: المؤتمر الدولي المعني بالسكان والتنمية، الذي عقد في القاهرة عام ١٩٩٤؛ والقمة العالمية المعنية بالتنمية الاجتماعية التي عُقدت في كوبنهاغن عام ١٩٩٥؛ والمؤتمر العالمي الرابع المعني بالمرأة، الذي عُقد في بكين عام ١٩٩٥. وقد دعا المشاركون في جميع هذه الاجتماعات إلى التنمية المضمونة الاستمرار، التي تتمحور حول الإنسان، وتقوم على مشاركة المجتمع؛ والتعاون بين القطاعات؛ والإقرار بالدور الحيوي للمرأة في الصحة والتنمية، وتعزيز هذا الدور. وقد جرى تعزيز تنفيذ استراتيجيات توفير الصحة للجميع، من خلال إضمامة package الخدمات الاجتماعية الأساسية، التي تمّ اعتمادها بعد القمة العالمية المعنية بالتنمية الاجتماعية. وقد قامت الأقاليم، التي شاركت بنشاط في أعمال التحضير لهذه الاجتماعات الدولية وحضرت هذه الاجتماعات، بإعداد خطط لتنفيذ القرارات التي اتفق عليها، بما في ذلك «مبادرة ٢٠/٢٠» التي أوصت بتوجيه ٢٠٪ من المساعدات التنموية الرسمية إلى القطاعات الاجتماعية، وتوجيه ٢٠٪ على الأقل من الإنفاق الحكومي إلى القطاع الاجتماعي.

## ٢- الاتجاهات في مجال التنمية الاجتماعية - الاقتصادية

### ١-٢ الاتجاهات الاقتصادية

بعد انقضاء فترة قصيرة نسبياً على نشوب الأزمة الاقتصادية التي أطلقت شرارتها حرب الخليج في عام ١٩٩٠، بدأت منذ عام ١٩٩٤ تباشير الانتعاش في إقليم شرق المتوسط.

ومن التعابير الشائعة الاستخدام لوصف الحالة الاقتصادية لبلد ما، تعبيران هما: الناتج المحلي الإجمالي، والناتج الوطني الإجمالي. أما الناتج المحلي الإجمالي فيشير إلى مجموع المخرجات المنتجة محلياً، من مختلف الأنشطة الاقتصادية (كالزراعة، والتعدين، والصناعة، والبناء، والتجارة). وأما الناتج الوطني الإجمالي فيقيس ما هو متوافر للاستخدام في البلد. فهو يشمل الناتج المحلي الإجمالي مضافاً إليه أي شيء يرد من الخارج (كالتحويلات من المواطنين العاملين بالخارج، والمعونات الأجنبية، وفوائد الائتمان)، ناقصاً منها المدفوعات المحوَّلة إلى الخارج (كالديون، وفوائد الدين، والمعونات الخارجية). وهكذا، فإن زيادة الناتج الوطني الإجمالي على الناتج المحلي الإجمالي أو نقصانه عنه، إنما يعتمد على زيادة المدفوعات الواردة من الخارج على المدفوعات الصادرة إلى الخارج أو نقصانها عنها.

وقد شهد إقليم شرق المتوسط نمواً في نصيب الفرد من الناتج الوطني الإجمالي، خلال السنوات ١٩٩٠-١٩٩٦، إذ زاد المتوسط الإقليمي، كما يتضح من الشكل ٢-١، من ١٠٩٣ دولاراً أمريكياً في عام ١٩٩٠، إلى ١٤٧٦ دولاراً أمريكياً في عام ١٩٩٦، وبذلك تكون نسبة الزيادة حوالي ٣٥٪. ولا تعكس هذه الزيادة الإقليمية الفجوات الهامة القائمة داخل كل بلد من بلدان الإقليم، وفي ما بينها. وقد تراوح نصيب الفرد من الناتج الوطني الإجمالي، في عام ١٩٩٦، بين ١٥٠ دولاراً أمريكياً في الصومال، و ١٨٤٣٠ دولاراً أمريكياً في الكويت.

الشكل ٢-١ الاتجاهات في ما يتعلق بنصيب الفرد من الناتج الوطني الإجمالي في إقليم شرق المتوسط، ١٩٨٥-١٩٩٦

