



EM/RC45/14
ش م/ل إ ٤٥/١٤
آب/أغسطس ١٩٩٨
الأصل: بالعربية

اللجنة الإقليمية
لشرق المتوسط

الدورة الخامسة والأربعون

البند ١٥ من جدول الأعمال

مسودة السياسة والاستراتيجية الإقليمية لتوفير الصحة للجميع للقرن الحادي والعشرين

المحتوى

الصفحة

- ١ الفصل الأول - الحاجة إلى مراجعة سياسة توفير الصحة للجميع في القرن الحادي والعشرين
- ٧ الفصل الثاني - الوضع الإقليمي
- ١٣ الفصل الثالث - القِيم التي تنطوي عليها سياسة توفير الصحة للجميع للقرن الحادي والعشرين
- ١٧ الفصل الرابع - التوجُّه الاستراتيجي
- ٢٦ الفصل الخامس - الأهداف العالمية والإقليمية لتوفير الصحة للجميع
- ٢٨ الفصل السادس - دور منظمة الصحة العالمية/المكتب الإقليمي لشرق المتوسط
- ٣١ الملحق ١ - التقييم العام للتقدم المحرز نحو بلوغ أهداف توفير الصحة للجميع في إقليم شرق المتوسط، ١٩٩٦
- ٣٢ الملحق ٢ - البلدان التي لم تَبْلُغ بعد أهداف توفير الصحة للجميع، بحسب نوع المؤشر، ١٩٩٦

الفصل الأول

الحاجة إلى مراجعة سياسة توفير الصحة للجميع في القرن الحادي والعشرين

الصحة كحق من حقوق الإنسان

١- عرّف دستور منظمة الصحة العالمية في عام ١٩٤٨ الصحة بأنها «حالة من المعافاة الكاملة بدنياً ونفسياً واجتماعياً، لا مجرد انتفاء المرض أو العجز». وقد أقرت جمعية الصحة العالمية في قرارها ج ص ٣٧-١٣ بأنّ للبعد الروحي دوراً هاماً في حفز الناس على الإنجاز في جميع مناحي الحياة، ودعت الدول الأعضاء إلى النظر في تضمين استراتيجياتها لتوفير الصحة للجميع بعداً روحياً على النحو المحدد في هذا القرار، وبما يتفق مع أنماطها الاجتماعية والثقافية. ولذلك تُعرّف الصحة بأنها «حالة من المعافاة الكاملة بدنياً ونفسياً واجتماعياً وروحياً، لا مجرد انتفاء المرض أو العجز».

٢- الحق أن مختلف أبعاد هذا التعريف تضرب بجذورها بعمق في ثقافة هذا الإقليم وتقاليده. والصحة هي القاعدة التي نركّز عليها والمرض هو الاستثناء. والصحة تعني اعتدال البدن أو كون البدن في حالة من التوازن الديناميكي. وللحفاظ على توازن هذا الميزان الصحي، فإن من المهم تقوية الرصيد الصحي للمرء. وبناءً على هذه المفاهيم، تم إيلاء اهتمام كبير لحفظ الصحة وتعزيزها. وهذا هو نوع الصحة الذي ينبغي أن ينعم به الإنسان - أي كونه في خير حال بدنياً ونفسياً واجتماعياً وروحياً.

٣- ينص دستور المنظمة على أن «التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه، هو أحد الحقوق الأساسية لكل إنسان» وأن «صحة جميع الشعوب أمر أساسي لبلوغ السلم والأمن، وهي تعتمد على التعاون الأكمل للأفراد والدول». وأعيد التأكيد على كون الصحة حقاً من حقوق الإنسان في «إعلان الصحة العالمية» الذي اعتمده جمعية الصحة العالمية في أيار/مايو ١٩٩٨، والذي أعادت فيه الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية تأكيد التزامها بالمبدأ المنصوص عليه في دستور المنظمة والقائل بأنّ التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه، هو أحد الحقوق الأساسية لكل إنسان؛ مؤكدة بذلك ما لكل إنسان من كرامة وقيمة، وتساوي الجميع في الحقوق والواجبات في ما يتعلق بالصحة واشتراكهم في المسؤولية عنها.

٤- ينبغي للالتزام بهذا التعريف للصحة وبكونها حقاً من حقوق الإنسان أن يشكّل الأساس الذي يقوم عليه تقرير مرامي السياسات الوطنية والإقليمية والعالمية، وتوجيه السياسات الصحية. وقد جعل العديد من البلدان الصحة حقاً دستورياً. ومن بين المعالم البارزة على طريق المسيرة العالمية لبلوغ هذا المرمى النبيل: صدور إعلان ألما آتا في عام ١٩٧٨، وصدور الاستراتيجية العالمية لتوفير الصحة للجميع بحلول سنة ألفين.

الصحة للجميع والرعاية الصحية الأولية

٥- في عام ١٩٧٨ أطلق إعلان ألما آتا المسيرة العالمية صوب توفير الصحة للجميع. واعتُبرت الرعاية الصحية الأولية هي الاستراتيجية الرئيسية لتوفير الصحة للجميع. وتعرّف وثيقة ألما آتا الرعاية الصحية الأولية بأنها «الرعاية الأساسية القائمة على مجموعة من الطرائق والتقنيات العملية التي يقرها العلم ويقبلها المجتمع، والتي تتم إتاحتها لكل فرد وكل عائلة في المجتمع، بفضل مشاركتهم الكاملة، وبتكلفة يمكنهم تحملها باستمرار، وبروح من الاعتماد على النفس وتقرير المصير. وهي تشكّل جزءاً لا يتجزأ من النظام الصحي الوطني الذي تمثّل هي وظيفته الرئيسية ومركز اهتمامه الأول، كما تشكّل جزءاً لا يتجزأ من التنمية الاجتماعية والاقتصادية للمجتمع. وهي المستوى الأول لاتصال الفرد والعائلة والمجتمع بالنظام الصحي الوطني، موفّرة الرعاية الصحية للناس في أقرب مكان ممكن من حيث يعيشون ويعملون».

٦- منذ صدور إعلان ألما آتا، تحقّقت مكاسب صحية كبيرة على الصعيد الوطني والإقليمي والعالمي. ففي إقليم شرق المتوسط زاد متوسط مأمول العمر للإناث من ٥٧ سنة في عام ١٩٨٥ إلى ٦٥ر٦ سنة في عام ١٩٩٦، ومتوسط مأمول العمر للذكور، في نفس هذه المدة، من ٥٦ سنة إلى ٦٢ر٣ سنة. وزاد معدل معرفة القراءة بين البالغين في نفس المدة المذكورة من ٣٨٪ إلى ٦٣٪. وتشير الإحصاءات الحيوية إلى انخفاض معدل وفيات الرضع من ٩٧ر٥ إلى ٧٥ في كل ألف مولود حي، وانخفاض معدل وفيات الأطفال دون الخامسة من العمر من ١٣٢ إلى ١١٥ في كل ألف مولود حي.

٧- على الرغم من هذه المكاسب الصحية الكبيرة، فقد لوحظ أنّه لن يمكن بلوغ مرمى توفير الصحة للجميع بحلول سنة ألفين، وذلك لأسباب شتى، منها التغيّرات والتحديات السياسية والاقتصادية والاجتماعية والثقافية العالمية التي تؤثّر في النظم الصحية. وفي هذا الصدد، فإن المنظمة، إدراكاً منها لكون مرمى توفير الصحة للجميع لا يحده زمان، فقد شرعت، بإسهامات من قِبَل الدول الأعضاء، في تنفيذ عملية شاقة تستهدف تجديد استراتيجية توفير الصحة للجميع للقرن المقبل.

وتتمثّل المشكلات الرئيسية التي تواجه عملية صياغة وتنفيذ السياسات والاستراتيجيات الوطنية لتوفير الصحة للجميع، في ما يلي:

- قصور التعاون بين القطاعات في مجال التنمية الصحية، مع القصور في تنسيق الجهود اللازمة لتخفيف ما يكون لتدهور البيئة من آثار على الصحة؛
- قلة مشاركة المجتمع - علماً بأن الموقف المكتسب الذي يقوم على اعتبار الدولة هي المسؤولة عن توفير كامل الخدمات الصحية، هو العقبة الرئيسية أمام مشاركة المجتمع مشاركة فعّالة في هذا الصدد؛
- السلوكيات والأنماط الحياتية المنافية للصحة، مثل التدخين، ومعاقرة مواد الإدمان، واستهلاك الأغذية على نحو غير ملائم؛

- الضعف النسبي العام للنُظُم الصحية الوطنية، ولاسيما في ما يتعلق بتحليل السياسات وصياغتها، والتنسيق والتنظيم؛
- قصور توزيع الموارد، الذي يتجلى في تخصيص موارد محدودة للأنشطة والبرامج المعنية بتعزيز الصحة والوقاية من المرض؛
- سوء استخدام التكنولوجيا الطبيّة، مما يؤدي إلى تصاعد تكاليف خدمات الرعاية الصحية؛
- سوء تنظيم وإدارة الخدمات الصحية على كل المستويات - فعادةً ما يكون نظام الإحالة ضعيفاً، مع وجود اتجاه عام لتخطّي المرافق الصحية المحلية؛
- ضعف نُظُم المعلومات الصحية على المستوى المركزي، والبعيد عن المركز؛
- قصور لامركزية النُظُم الصحية القائمة على الرعاية الصحية الأولية، مما يجعل أداءها قاصراً؛
- سوء تخطيط الموارد البشرية، مما يؤدي إلى اختلال التوازن بين مختلف المهنيين الصحيين وسوء توزيعهم جغرافياً؛
- سوء ظروف عمل الموظفين العموميين في القطاعات الصحية، مع انخفاض رواتبهم، مما يؤدي إلى إحباطهم.

أهم التغيرات والتحديات العالمية

٨- يتميز العقد الأخير من القرن العشرين بالعواقب المترتبة على التحوّلات السياسية والاقتصادية الهائلة التي أعقبت انتهاء الحرب الباردة. ومن المؤكد أن هذه العواقب سوف تظلّ تفعل فعلها لمدة طويلة في القرن الحادي والعشرين. وعلى حين يُنتظر أن تكون لهذه التحوّلات فوائد طويلة الأمد، إلا أن من الواضح أن آثارها على المدى المتوسط يصعب تحديدها في كثير من البلدان، وقد تكون عملية الانتقال من الوضع الراهن إلى الوضع الذي يُنتظر حدوثه في المستقبل، عملية طويلة وشاقة ومكلفة.

التحوّلات السياسية

٩- تأثرت بلدان عديدة في شتى بقاع العالم بموجة الديمقراطية المنبثقة عن التحوّلات السياسية العالمية، مما أدّى إلى التعددية، وإلى مزيد من الشفافية في الحكم، والتحرك نحو اللامركزية. وتم منح المجتمع المدني صلاحيات أكبر وازداد إشراك المجتمعات المحلية في عمليات اتخاذ القرار. وقد أثّرت هذه التحوّلات على الهيكل التنظيمي للنُظُم الصحي وعلى إدارة هذه النُظُم.

البيئة الاقتصادية الشاملة

١٠- كان للأزمة الاقتصادية في الثمانينات أثر سلبي على القطاع الصحي والقطاعات ذات العلاقة بالصحة، ولاسيما في البلدان النامية حيث جرى تخفيض الميزانيات نتيجةً لبرامج التوافق الاجتماعي، والسياسات الاقتصادية والمالية.

١١- أدت غلبة السوق الحرة إلى تزايد الضغط على النظم الصحية، مما أفضى إلى خصخصة عشوائية ذات عواقب سلبية على العدالة في الحصول على خدمات الرعاية الصحية.

العولمة

١٢- يشهد العالم حركة لم تُعهد من قبل نحو العولمة يدعمها تحرر متسارع الخطأ، مع حرية التجارة وتدقق رأس المال على الصعيد العالمي. كما يدعم العولمة ما تحقق من تطورات هائلة في ميادين الاتصالات، والتكنولوجيا، والنقل. ومن المعالم البارزة على هذا الطريق، إنشاء منظمة التجارة العالمية. والحق أن تأثير العولمة على النظم الصحية لا يُعرف جيداً، وإن كانت الدراسات الأولية تتنبأ بأن تكون لها آثار سلبية على الممارسة في ميدان الأخلاقيات البيولوجية.

حرية التجارة العالمية

١٣- أنشئت منظمة التجارة العالمية في ١/١/١٩٩٥، بعد الانتهاء من جولة أوروغواي من المفاوضات التجارية المتعددة الأطراف في نيسان/أبريل ١٩٩٤. وتحمل هذه المنظمة الجديدة محل الهيكلية الإدارية القديمة للاتفاق العام بشأن التعريفات الجمركية والتجارة (الغات)، تلك الهيكلية التي كانت تنظم التجارة الدولية بموجب مجموعة من المبادئ التي تضمنها اتفاق (الغات)، الذي تم اعتماده أصلاً في عام ١٩٤٧.

١٤- من المؤكد أن تطبيق مختلف اتفاقات منظمة التجارة العالمية سوف يؤثر على القطاع الصحي. فهذه الاتفاقات تعزز بقوة حماية حقوق الملكية الفكرية، وحرية التجارة العالمية، وتنسيق المعايير الدولية. وعلى الرغم من أن هذه الاتفاقات تشير إلى تشجيع التنمية والإصلاح الاقتصادي، وتأخذ في الاعتبار حماية الصحة والبيئة، ومصالح البلدان النامية، ولاسيما القطاعات الاجتماعية، بما فيها القطاع الصحي، إلا أنه يبدو أن هذه الأمور لم تؤخذ في الاعتبار أثناء مرحلة التفاوض. ولا بد من إجراء دراسات أشمل من أجل استقصاء ما لمختلف الجوانب المتصلة باتفاقات منظمة التجارة العالمية من أثر على القطاع الصحي والقطاعات ذات العلاقة بالصحة.

١٥- ينبغي إيلاء اهتمام خاص لتطبيق الأحكام الخاصة والتفاضلية في مختلف اتفاقات منظمة التجارة العالمية لصالح البلدان النامية، فضلاً عن تنفيذ القرار المتعلق بالتدابير المتخذة لصالح أقل البلدان نمواً، والقرار المتعلق بالتدابير الخاصة

بما يمكن أن يترتب على برنامج الإصلاح من آثار سلبية على أقل البلدان نمواً وعلى البلدان النامية التي هي مستوردة بحتة للأغذية. وينبغي للبلدان النامية أن تراجع باستمرار تنفيذ البلدان المتقدمة لالتزاماتها المقررة في اتفاقات جولة أوروغواي، ولاسيما في المجالات ذات الأهمية التصديرية للبلدان النامية، والتصدي لأي نقائص تواجهها.

١٦- ينبغي لجميع الدول الأعضاء إبقاء أولوية قصوى لعمل منظمة التجارة العالمية في المستقبل. ومن الأهمية بمكان ضمان أن تكون مصالح البلدان النامية مأخوذة في كامل الحسابان في جدول الأعمال الذي يشكّل جزءاً لا يتجزأ من اتفاقات جولة أوروغواي وفي أي مفاوضات تجريها منظمة التجارة العالمية في المستقبل. ولا بد للبلدان النامية من أن تظطلع بدور فعال في تشكيل مستقبل العلاقات الاقتصادية الدولية. والحق أن المشاركة الفعالة في منظمة التجارة العالمية أمر ضروري لصون وتعزيز مصالح البلدان النامية. ومن الأهمية بمكان للبلدان النامية في هذا الصدد تحديد مصالحها ووضع «جدول أعمال إيجابي» فاعل لتعزيز هذه المصالح.

الاتصالات العالمية

١٧- لا يخفى أن الثورة الحاصلة في مجال الاتصالات العالمية، وسهولة التوصل إلى قاعدات المعطيات الضخمة سوف تؤثر تأثيراً هائلاً على عملية التحول الاجتماعي - الاقتصادي. ثم إن ما تحقق مؤخراً من ضروب التقدم في ميدان المعلومات الطبية، ولاسيما في مجال التطبيق عن بُعد، قد يدفع بتطلعات الناس الصحية عالياً، ومن ثم يلقي بمزيد من الضغوط على النظم الصحية.

التقدم السريع في مجال التكنولوجيا الحيوية

١٨- لا مراء في أن ما يتحقق من تقدم في مجال التكنولوجيا الطبية يؤثر تأثيراً هاماً في أداء النظم الصحية، مع تحقق تحسن هائل في ميدان الرعاية الوقائية والعلاجية. غير أن استعمال التكنولوجيا الطبية وإساءة استعمالها يسهمان بنصيب كبير في تصاعد تكاليف الرعاية الصحية في البلدان النامية والمتقدمة على حد سواء. ولقد كان للتطورات الحديثة في الهندسة الوراثية، وزرع الأعضاء، والاستنساخ، أثر فعلي على الأخلاقيات البيولوجية، مما أثار مخاوف خطيرة في هذا الصدد. وقد أدى التقدم في التكنولوجيا الصحية والطبية إلى توسيع الفجوة القائمة بين البلدان المتقدمة والبلدان النامية، بسبب افتقار البلدان النامية إلى الخبرة المناسبة وعدم تيسر توصلها إلى قاعدات المعطيات العلمية.

١٩- كانت التوجهات المعمول بها في مجال تصميم الأدوية تقوم دائماً على أساس المعارف المتوافرة في ميدان الباثولوجيا الكيميائية البيولوجية للأمراض. وها هي معارفنا حول المرض يتسع نطاقها سريعاً بفضل قدرتنا على دراسة المتواليات الجينية (genomic sequences)، وتحديد مواقع الواسمات المتميزة المرتبطة بوراثة المرض والاستعداد للإصابة به. ومن المؤكد أن هذه المعارف الجديدة سوف تدفعنا سريعاً، كما تدفع سائر ممارسي الرعاية الصحية، في اتجاهات جديدة ونحن نقرب من الألفية القادمة.

٢٠- ويُعرف حالياً موضع ما يزيد على أربعة آلاف موقع من مواقع الواسمات للمرض على المَجمِين البشري. وسوف تدفع هذه المعرفة الطب صوب اتجاه جديد تماماً في بداية القرن القادم، والواقع أن تبشير هذا الاتجاه الجديد هي على مرمى البصر. وسوف تتحرك الممارسة الطبية المعيارية بالتدرج ولكن بثبات وأطراد صوب مزيد من التركيز على الوقاية من المرض وأتقائه.

٢١- ويمكن إيجاز أهم التحديات التي تواجه تطوير التكنولوجيا، وتقييمها ونقلها في البلدان النامية، على النحو التالي:

- ضعف إمكانية التوصل إلى قاعدات المعطيات أو غيرها من مصادر المعلومات؛ إذ لا تتوافر لمعظم المكتبات سوى موارد محدودة للاشتراك في المجلات؛
- الافتقار إلى الأموال اللازمة لتمويل عمليات تقييم التكنولوجيا؛
- قصور نُظُم الرعاية الصحية الوطنية وضعف استعداداتها لاستيعاب التكنولوجيا الجديدة للرعاية الصحية؛
- نقص الخبرة التقنية الوطنية.

تدهور البيئة

٢٢- يؤثر تدهور البيئة تأثيراً سلبياً على التنمية الاجتماعية بطرق كثيرة، فهو يزيد الضغوط على الأرياف، فيؤدي إلى فقرها والهجرة منها إلى المدن، ويسهم في استنفاد الموارد الطبيعية. ويجدر بالذكر في هذا الصدد، أن المحفل العالمي المعني بالمياه لعام ١٩٩٦ قد تنبأ بوقوع أزمة في المياه في المستقبل القريب.

خاتمة

٢٣- استجابةً للتغيرات والتحديات العالمية المذكورة آنفاً، شرعت الهيئات الرئاسية لمنظمة الصحة العالمية - جمعية الصحة العالمية واللجان الإقليمية - في عملية تستهدف تجديد سياسة واستراتيجيات توفير الصحة للجميع، باستخدام أسلوب شمولي للتنمية الصحية التي تنطوي على مبدأَي العادلة والتضامن الاجتماعي النبيلين، وتؤكد على مسؤولية الفرد والعائلة والمجتمع عن الصحة، وتضع الصحة داخل إطار التنمية الشاملة.

الفصل الثاني الوضع الإقليمي

٢٤- تم مؤخراً تقييم الوضع الصحي الإقليمي من خلال عملية التقييم الثالثة لتنفيذ استراتيجية توفير الصحة للجميع. وتوفّر النتائج الرئيسية لهذه العملية أحدث المعلومات الأساسية في هذا الصدد.

الاتجاهات السياسية

٢٥- على الرغم من انتهاء الحرب الباردة، وعلى الرغم من الآمال التي بعثتها اتفاقات أوسلو والعملية السلمية عموماً، إلا أنه لا تزال هنالك أراضٍ فلسطينية، وسورية، ولبنانية تحت الاحتلال الإسرائيلي، بل إن احتمالات التسوية السلمية العادلة قد أُمست مظلمة. ولا مراء في أن لهذا الوضع أثراً سلبياً على صحة السكان النازحين والمستعمرين في الإقليم.

٢٦- تسبّب الصراعات الأثنية (العرقية)، والدينية، والأهلية خسائر بشرية، ومعاناة لملايين الناس في أفغانستان، وجنوب السودان، والصومال، وتُعطلّ النظم الصحية، وتحدّ من إمكانية الحصول على الرعاية الصحية الأساسية.

٢٧- شرعت معظم بلدان الإقليم في تحقيق اللامركزية لنُظُمها الصحية في إطار حركة تتّجه صوب تحقيق مزيد من المشاركة الاجتماعية. غير أن مسيرة اللامركزية لم تتحقّق سوى نجاحات محدودة في كثير من البلدان بسبب ضعف المؤسسات فيها.

٢٨- أعيد النظر في كثير من البلدان في دور الحكومة في تمويل الرعاية الصحية وتقديمها وفقاً للسياسات الجديدة التي تهدف إلى تحقيق اللامركزية وتعزيز دور القطاع الخاص في الرعاية الصحية. وتم الإعراب عن بعض المخاوف من الأثر المحتمل لتعزيز دور القطاع الخاص على الوضع الصحي للفقراء والمستضعفين.

الاتجاهات في مجال التنمية الاجتماعية الاقتصادية

الاتجاهات الاقتصادية

٢٩- لا تزال العقبة الرئيسية في طريق النمو الاقتصادي في معظم بلدان إقليم شرق المتوسط هي ذلك الارتفاع غير المسبوق في مستوى الدين الخارجي الذي يقدرُ بآلاف ملايين الدولارات الأمريكية. وتقتل تكاليف خدمة هذا الدين عبثاً ثقيلاً على النمو الاقتصادي لهذه البلدان. وقد شرعت بعض هذه البلدان بالفعل في تنفيذ برامج للتعديل الهيكلي

(تونس، ومصر، والمغرب)، ويسعى بعضها إلى إجراء بعض التعديلات (الجمهورية اليمنية ولبنان) لإدخال مزيد من المرونة على إدارتها لنظمتها الاقتصادية. والمأمول أن يؤدي إلغاء جزء من الدين الخارجي لصالح بعض البلدان (الأردن، ومصر، والمغرب) إلى التأثير إيجابياً على التنمية الاقتصادية.

٣٠- في ما يتعلق بنصيب الفرد من الناتج الوطني الإجمالي، فقد حقق إقليم شرق المتوسط نمواً ملموساً خلال المدة من عام ١٩٩٠ إلى عام ١٩٩٦. وزاد متوسط نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي من ١٠٩٣ دولاراً أمريكياً في عام ١٩٩٠ إلى ١٤٧٦ دولاراً أمريكياً في عام ١٩٩٦، أي بزيادة نسبتها ٣٥٪. ولا تُظهر هذه الزيادة الفجوات الكبيرة داخل كل من بلدان الإقليم أو في ما بين بلدانه. ففي عام ١٩٩٦ تراوَح نصيب الفرد من الناتج الوطني الإجمالي بين ١٥٠ دولاراً أمريكياً في الصومال و١٨٤٣٠ دولاراً أمريكياً في الكويت.

٣١- يتراوح نصيب الفرد من إجمالي النفقات الصحية في إقليم شرق المتوسط (بمعدلات عام ١٩٩٠) بين ٨ دولارات أمريكية في الصومال و٦٣٠ دولاراً أمريكياً في قطر. ويتراوح الإنفاق العام، كنسبة مئوية من إجمالي النفقات الصحية، بين ٧٣٪ في الصومال و١١٪ في السودان و١٦٦٪ في الجمهورية العربية السورية، وحوالي ٦٤٪ في البحرين، وتونس، وقبرص، وقطر، والكويت، والمملكة العربية السعودية. ويتضح من هذه المعطيات أن الدور الذي يقوم به كل من القطاع العام والقطاع الخاص يتباين من بلد إلى آخر في الإقليم.

٣٢- كما يتضح، في الوقت نفسه، من متناسب indices التنمية البشرية لإقليم شرق المتوسط، أنه على الرغم من أن معظم بلدان الإقليم لا تتمتع بمستويات اقتصادية عالية، إلا أن أداء هذه البلدان قد تحسّن كثيراً. كما يتضح من القيمة السلبية بين مرتبة النصيب الحقيقي للفرد من الناتج المحلي الإجمالي (بالدولارات المعدلة قيمتها وفقاً لنظرية تعادل القوى الشرائية) ناقصاً مرتبة منسب التنمية البشرية. وتتضح من هذه المعطيات ضرورة الأخذ بأساليب مختلفة لإصلاح القطاع الصحي في مختلف البلدان. وتتمثل المرامي النهائية لأي إصلاح في ضمان العدالة في توزيع الخدمات الصحية وتيسر الحصول عليها، وزيادة كفاءتها، وتعزيز فعالية النظم الصحية.

٣٣- ويظهر من تحليل الاتجاهات في مجال تمويل الرعاية الصحية، أن هنالك اتجاهات واضحة نحو نقل عبء تمويل الرعاية الصحية من الحكومة إلى الأسر: ويُلاحظ حتى البلدان العالية الدخل، مثل البلدان المنتجة للنفط، أنها تنظر في بعض الخيارات لتخفيف الأعباء التي على الميزانيات الحكومية، عن طريق فرض رسوم على المنتفعين بالخدمات الصحية، وتطبيق نظم المشاركة في تحمل المخاطر، مثل التأمين الصحي. ويُلاحظ كذلك أن مساهمة التأمين الصحي الاجتماعي في الإنفاق العام محدودة نسبياً. ويعوق التوسع في التغطية بهذه النظم كثرة أعداد العاملين في القطاعات غير الرسمية والعاملين لحساب أنفسهم، ونقص القدرة على تحصيل وإدارة متحصلات ضريبة الدخل. ويبدو أن النفقات الثرية المباشرة التي تدفعها الأسرة تمثل نسبة كبيرة من الإنفاق الخاص في معظم البلدان، وأن أقساط التأمين الخاص لا تمثل سوى جزء محدود من الإنفاق الخاص، وإن كان يمكن أن يستثنى من ذلك الأردن، ولبنان، وبعض بلدان مجلس التعاون الخليجي. ويعني التعويل على النفقات الثرية المباشرة، أن الأسر تتحمل نسبة لا يستهان بها من تكاليف الرعاية الصحية، مع قلة أو انعدام الحماية المالية (التأمين، مثلاً) المتاحة لها في حالة حدوث مرض خطير أو إصابة خطيرة.

٣٤- أما في البلدان المتوسطة الدخل والمنخفضة الدخل، فتقوم بتوفير الموارد الإضافية للقطاع الصحي، المنظمات اللاحكومية والجهات المانحة الثنائية الأطراف والدولية. ويُلاحظ أن الدور الذي تقوم به المنظمات اللاحكومية في توفير الخدمات الصحية وتمويلها يتعاظم في بلدان عديدة نتيجةً لتناقص الموارد في القطاع العام. ولما كانت احتمالات الحصول على مساعدات مالية من الكثير من البلدان المانحة لا تبشّر بالخير، فإنه تُبذل حالياً جهود مع المؤسسات المالية لحثها على تقديم قروض لدعم التنمية الصحية. فهذا هي حقيبة البنك الدولي تنتفخ انتفاخاً كبيراً بما تحويه من طلبات المساعدات المالية لمشاريع صحية مقترحة على صعيد العالم والأقاليم، بما فيها إقليم شرق المتوسط.

٣٥- يقوم القطاع الخاص بدور هام ومتعاظم في توفير الرعاية الصحية في معظم البلدان، نتيجة للإصلاحات الاقتصادية والسياسية، والأخذ بنظام للحوافز يستهدف دعم مقدمي الرعاية الصحية بالقطاع الخاص. ويقوم القطاع الخاص في العديد من البلدان، بتقديم ما يتراوح بين ٤٠٪ و ٥٠٪ من الخدمات الصحية الخارجية، ولكن إسهامه في الرعاية الاستشفائية متواضع نسبياً، ما عدا في قبرص ولبنان. وقد أمكن تنمية القطاع الخاص، في مجالي تمويل الرعاية الصحية وتقديمها، بفضل قيام وزارات الصحة بتنفيذ آليات لتنظيم أنشطة منح التراخيص، ووضع المعايير، وجداول الرسوم، وضمان الجودة. غير أن تعاظم دور القطاع الخاص في مجال إيتاء الرعاية الصحية قد أثار بعض المخاوف إزاء جودة الرعاية الصحية التي يقدمها، وإزاء العدالة في ما يتعلق بالحصول على هذه الرعاية. ويُستنتج من ذلك أنه لا بد من بذل جهود لتقوية دور القطاع العام من أجل تقليل أثر هذه التغيرات على أنماط تقديم الرعاية الصحية، والحد من الأثر المترتب على تعاظم دور القطاع الخاص. وتُبذل في كثير من البلدان جهود للمزج بشكل ملائم بين جهود القطاع العام والقطاع الخاص في النظم الصحية.

الاتجاهات الديمغرافية

٣٦- يتضح من المعطيات المبلّغة أن سكان إقليم شرق المتوسط في عام ١٩٩٦ لا يزالون صغاراً على الرغم من وجود بعض الدلائل على حدوث تغيير في هذا الصدد؛ فلا يزال الأطفال دون الخامسة عشر من العمر يمثّلون حوالي ٤١٪ من السكان. أما البالغون الذين تتراوح أعمارهم بين ١٥ و ٦٤ سنة فيشكّلون حوالي ٥٤٪ من السكان، وأما المسنون الذين هم في الخامسة والستين فأكثر، فيمثّلون حوالي ٤٪ من السكان. ويتميّز هذا التوزع العمري بالتفاوت الكبير من بلد إلى آخر من بلدان الإقليم، ولاسيّما في ما يتعلق بفئات البالغين، ويُعزى ذلك لحد بعيد إلى حجم قوة العمل الأجنبية (والتي معظمها من الذكور البالغين الذين لا ترافقهم عائلاتهم) في بعض بلدان شبه الجزيرة العربية.

٣٧- زادت النسبة المئوية لسكان الحضر من ٣٩٪ في عام ١٩٨٥ إلى حوالي ٤٦٪ في عام ١٩٩٦. ويُقدّر أن هذه النسبة سوف تزيد إلى حوالي ٤٨٪ في سنة ألفين. وتفاوت الأوضاع تفاوتاً كبيراً من بلد إلى آخر في ما يتعلق بمستوى التحضر، الذي تتراوح في عام ١٩٩٦ بين ١٩٪ في أفغانستان و ٢٤٪ في الجمهورية اليمنية و ١٠٠٪ في قطر والكويت. ويجدر بالملاحظة أن البلدين الكثيفي السكان في الإقليم، ألا وهما باكستان ومصر، يسكن الحضر في أولهما ٣٢٪ من السكان وفي ثانيهما ٤٧٪ من السكان.

٣٨- يُلاحظ أن استمرار النمو الحضري السريع في كثير من بلدان الإقليم، فضلاً عن تغلغل الفقر، ولاسيما في أقل البلدان نمواً، يحدان من قدرتها على توفير مرافق وخدمات صحة البيئة.

٣٩- أدى تحليل الاتجاهات في حجم السكان وبنيتهم إلى إبراز التغير الديمغرافي الهام الذي طرأ على الإقليم خلال العقد الماضي، كما ألقى هذا التحليل بعض الضوء على اتجاهات المستقبل. ولا يزال المتوسط الإقليمي لمعدل النمو السكاني أعلى المتوسطات المناظرة في العالم. فعلى الرغم من أن معدل النمو السكاني قد انخفض تدريجياً من ٣.٠٪ في عام ١٩٨٥ إلى ٢.٦٪ في عام ١٩٩٦، إلا إنه سيبقى قريباً من هذا المعدل حتى نهاية هذا القرن. وبتفاوت هذا المعدل تفاوتاً كبيراً من بلد إلى آخر في الإقليم. فهو يتراوح بين ٠.٩٪ في قبرص و ٨.١٪ في قطر وفقاً لتقارير البلدان عن المدة ١٩٩٥-١٩٩٦ (علماً بأن المتوسط الإقليمي وفقاً لتقديرات الأمم المتحدة يبلغ ٢.٧٪ للمدة ١٩٩٥-٢٠٠٠، وأن هذا المعدل يتراوح بين ٠.٩٪ في قبرص و ٥.٦٪ في أفغانستان). ويرجع هذا النمو السكاني في الإقليم إلى عوامل شتى، منها الخصوبة، والوفيات، والهجرة، وهي عوامل سوف تُستعرض في ما يلي.

٤٠- نتيجة لزيادة مأمول العمر وانخفاض معدل الخصوبة، فسوف يبدأ في العديد من البلدان تحولٌ ديمغرافي سيثير القلق في العقود القادمة في ما يتعلق بالسكان المسنين واحتياجاتهم النوعية من الخدمات الصحية.

الاتجاهات الاجتماعية

٤١- التعليم قضية اجتماعية ذات أولوية، وذات تأثير في الصحة. ويُلاحظ في هذا الصدد أن النسبة الإجمالية للمقيدين في المدارس (بالمستوى الأول) - أي النسبة بين العدد الفعلي للتلاميذ في المستوى التعليمي الأول (الذي غالباً ما يشار إليه باسم التعليم الإلزامي) وبين حجم السكان في نفس فئتهم العمرية - قد بلغت ٩٠٪ فأكثر في ١٣ بلداً، ولكنها تقل عن ٥٠٪ في أربعة بلدان. وغني عن البيان أن الصغار الذين لا يذهبون إلى المدرسة يصبحون بالغين أميين. وعلى الجانب الإيجابي، يبدو أن الفجوة بين الجنسين تضيق.

٤٢- في ما يتعلق بمؤشر معدلات معرفة القراءة بين البالغين، أي نسبة البالغين (في سن الخامسة عشرة فأكثر) الذين يعرفون القراءة، يتضح من المتوسط الإقليمي للمدة ١٩٨٥-١٩٩٦ حدوث زيادة كبيرة فيه، إذ زاد من ٣٨٪ في عام ١٩٨٥ إلى ٥٢٪ في عام ١٩٩٦.

الاتجاهات الصحية

٤٣- بناءً على دراسة لمقارنة الاتجاهات المتوسطة للمؤشرات الإقليمية التي حدّدت أهداف توفير الصحة للجميع للمدة ١٩٨٥-١٩٩٦، مع المعطيات القطرية المبلّغة لعام ١٩٩٦ لعملية التقييم الثالثة، يقدّم الجدول ١ (انظر الملحق ١) موجزاً لأهم نتائج الدراسة في شكل تقييم عام للتقدم المحرز حتى الآن على درب توفير الصحة للجميع في إقليم شرق المتوسط.

٤٤- توحى هذه النتائج للوهلة الأولى بأن الوضع الصحي قد تحسّن منذ بدأ تنفيذ استراتيجية توفير الصحة للجميع. فعلى الرغم من عبء النمو السريع لسكان الإقليم، واستمرار المنازعات الاجتماعية والعسكرية، إلا إنه قد تحقّق تقدّم جيد نحو بلوغ أهداف توفير الصحة للجميع. ويجدر بالملاحظة أن الأهداف التي تم بلوغها أو التي يمكن بلوغها تتعلق بالنتائج الوطني الإجمالي، والنسبة المئوية المخصّصة منه للإتفاق الصحي الوطني، والتغطية بالتطعيم بلقاح بي سي جي، والجرعة الثالثة من اللقاح الثلاثي، والجرعة الثالثة من اللقاح الفموي لشلل الأطفال، ومأمول العمر.

٤٥- لموازنة الانطباع العام بأن الإقليم ككل يتقدم نحو بلوغ أهم أهداف استراتيجية توفير الصحة للجميع، يقدم الجدول ٢ (في الملحق ٢) قائمة كاملة بالبلدان التي لم تبلغ بعد أهداف توفير الصحة للجميع. ويقارن هذا الجدول، الذي يركّز على كل من أهداف توفير الصحة للجميع، بين عملية التقييم الثانية (١٩٩٠) وعملية التقييم الثالثة (١٩٩٦) بالنسبة لعدد البلدان التي لم تبلغ بعد الهدف، والعدد المقابل للبلدان المبلّغة، وقائمة البلدان التي لم تبلغ بعد الهدف في عام ١٩٩٦، وإجمالي سكانها من حيث النسبة المئوية لسكان البلدان المبلّغة التي لم تبلغ بعد أهداف توفير الصحة للجميع.

٤٦- ويتضح من النتائج الرئيسية ما يلي:

(أ) زيادة الطلب على الخدمات الصحية، كمّاً وكيفاً، زيادة حادة، بسبب ما يلي:

- استمرار النمو السكاني السريع في جميع البلدان تقريباً، فضلاً عن التغيّر في التوزع العمري في بعض البلدان، الذي يترتب عليه تحوّل وبائي تواقبه تغيّرات في نمط الأمراض السارية وغير السارية؛
- تزايد التطلعات إلى الرعاية الصحية الجيدة نتيجةً لمحو الأمية، والتثقيف الصحي وتعزيز الصحة؛
- نشوء احتياجات صحيّة جديدة بسبب البث السريع للمعارف الطبيّة والصيدلانيّة والتقنيّة.

(ب) عجز النظم الصحية الوطنية، في القطاعين العام والخاص، عن تلبية الطلب على الخدمات الصحية في معظم البلدان. ومن المؤكّد أن اتساع الفجوة بين الطلب على الخدمات الصحية والمعروض منها في النظام الصحي الوطني، سيكون على حساب أشد الفئات فقراً واستضعافاً، والتي هي أشد الفئات حاجة إلى الرعاية الصحية في معظم بلدان الإقليم، ولاسيّما أقل هذه البلدان نمواً. ويتأثر أداء النظم الصحية تأثراً سلبياً بسوء الإدارة، وقلة الموارد المتاحة للرعاية الصحية الأولية ونقص المديرين الأكفاء في مختلف مستويات النظام الصحي.

(ج) عدم القيام دائماً بترجمة الدعم السياسي لمسيرة الصحة للجميع على أعلى المستويات الرسمية إلى دعم مالي قوي على مستوى الرعاية الصحية الأولية. ولاتزال مستشفيات المستوى الثالثي تستحوذ على معظم نفقات القطاع العام الصحية.

(د) الحاجة إلى تقوية مشاركة المجتمع والتعاون بين القطاعات باعتبارهما من الأعمدة الأساسية لبرامج الرعاية الصحية الأولية. وينبغي للمشاريع الناجحة لتلبية الاحتياجات التنموية الأساسية في إقليم شرق المتوسط أن تكون هي الملائم الذي يشد هذه الأعمدة بعضها إلى بعض.

(هـ) زيادة الضغط على الموارد الصحية زيادة لم تُعهد من قبل بسبب العبء المضاعف للأمراض السارية وغير السارية، الناجم عن التحول الوبائي الذي تمر به معظم بلدان الإقليم.

(و) استمرار تدهور البيئة وما يترتب عليه من آثار سلبية على الصحة، والذي من شأنه أن يستفحل من دون توافر مراقبة رسمية قوية وحصول تغيير هام في مواقف وممارسات السكان الذين لم يتم إعلامهم وتبصيرهم.

الفصل الثالث

القيَم التي تنطوي عليها سياسة توفير الصحة للجميع للقرن الحادي والعشرين

٤٧- ينبغي لصياغة السياسات الصحية الوطنية أن تركز على قيَم واضحة متأصلة ترمي إلى أهداف محددة بوضوح وتتناول النواحي الصحية ذات الأولوية. ويمكن لقيَم إقليم شرق المتوسط وتقاليده أن توفر أساساً متيناً لصياغة سياسات توفير الصحة للجميع. وفي ما يلي القِيَم الرئيسية التي تُسهم في نجاح بلوغ مرامي توفير الصحة للجميع في القرن الحادي والعشرين:

(أ) الاعتراف بأن التمتع بأعلى مستوى يمكن بلوغه من الصحة هو حق أساسي من حقوق الإنسان؛

(ب) العدالة: تنفيذ سياسات واستراتيجيات تنحو نحو العدالة وتركز على التضامن؛

(ج) الأخلاقيات: مواصلة وتعزيز تطبيق الأخلاقيات على السياسة الصحية، والبحوث الصحية، وتوفير الخدمات الصحية؛

(د) قيام الرعاية الصحية على أساس المقومات الأساسية التالية: التضامن، والتعاون، والاكتفاء الذاتي، والإتقان؛

(هـ) مراعاة خصوصيات الجنسين: إدخال منظور يراعى خصوصيات الجنسين في السياسات والاستراتيجيات الصحية.

وينبغي أن تشكل هذه القِيَم المبادئ الأساسية لصياغة الأهداف والتوجهات الصحية.

٤٨- تعترف معظم الوثائق الدستورية بالصحة على أنها حق من حقوق الإنسان. ولا بد من وضع هذا الالتزام موضع التنفيذ. ويعتمد الالتزام بهذا الحق على القيمة التي يوليها للصحة الأفراد، والدول، والمجتمع الدولي. ولا بد لهذا الالتزام أن يكون عاملاً حاسماً في الطريقة التي تخصص بها الدول الموارد للأولويات التنموية. غير أن القوة الإلزامية للالتزام لم يتم بعد تجسيدها في السياسة الوطنية أو العالمية. فالحق في الصحة لم يترجم ترجمة كافية إلى مطالبات خاصة بأنصبة من الموارد المتاحة، كما أن الوضع الصحي لم يصبح بعد محكاً للتنمية الاجتماعية والاقتصادية. وعلى الرغم من أن المادة ١٢ من العهد الدولي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية تعترف «بحق كل فرد في التمتع بأعلى مستوى يمكن بلوغه من الصحة البدنية والنفسية»، إلا أن تطبيق هذا الحق ظل عموماً غرضاً محلّاقاً في عالم المثاليات. لذلك، كان من الأهمية بمكان إعطاء الحق في الصحة بُعداً عملياً. وهناك تعريف آخر للحق في الصحة، تتجلى فيه الناحية العملية بصورة أفضل، وهو: «الحق في الشروط التي تمكن الفرد من بلوغ أقصى ما يمكن من رصيد صحي يضمن له حياة صحية والتمتع بذلك».

٤٩- إن العدالة في الحصول على خدمات الرعاية الصحية ينبغي أن تكون أحد المرامي الرئيسية للسياسة الصحية. وينبغي لكل نظام صحي وطني أن يضمن حصول الجميع على رعاية جيدة كافية، وأن يجتنب التمييز الجائر والباطل ضمن الأفراد، والجماعات، والمجتمعات. ويجب أن يكون السعي إلى العدالة في الحصول على الرعاية الصحية أحد الأغراض الأساسية لعملية إصلاح الخدمات الصحية.

٥٠- يضمن الاكتفاء الذاتي توافر الموارد البشرية والمادية. ويمكن لجميع الأفراد في المجتمع أن يسهموا في العمل المطلوب، والذي يتم إنجازه، عندئذ، بأقل نفقات ممكنة. ويضمن التعاون إزالة الحواجز التي تفصل بين مختلف قطاعات المجتمع. وهو يحرر الخبراء والاختصاصيين من العقبات التي تحول بينهم وبين المشاركة في جهد شامل يُبذل لمنفعة المجتمع بأسره، فيجتمع العامل في المصنع، والعامل في المزرعة، والمهندس، ورجل الأعمال، والطبيب، وغيرهم، ذكوراً وإناثاً، في فريق واحد، يعملون معاً للصالح العام. والإلتقان يصل بمشاركة المجتمع إلى حد الكمال، إذ يسعى كل الأفراد إلى إتقان عملهم قدر استطاعتهم، مدركين أن الله شهيد على ما يعملون.

٥١- يولد المجتمع عندما يتحول كل فرد من أفرادهِ إلى شخص، ويحس أشخاصه جميعاً بالتماسك. وليس المقصود بذلك في المفهوم الإسلامي أن يذوب الأفراد في بوتقة المجتمع، وإنما المراد أن يتماسك الأشخاص تماسك البنیان، فإن البناء لا يتم ولا تحصل فائدته إلا بأن يكون بعضه يمسك بعضاً ويقويه. وهذا يؤكد أهمية عناصر التماسك التي يعبر عنها بصيغة التفاعل، فهو توادُّ وتراحُم أو تعاطف: يودُّ كلُّ كلاً، ويعطف كلُّ على كلِّ، ويرحم كلُّ كلاً. وهناك تديير وقائي هام آخر يكفل التضامن داخل المجتمع، ألا وهو الشورى. ولا بد من ممارسة الشورى على كل المستويات، بدءاً من أصغر وحدة اجتماعية، وفي جميع الأمور، كبيرة كانت أم صغيرة، ولاسيماً الأمور التي تؤثر في المجتمع بأسره. ويشمل التضامن في مجال الصحة، الطرق التي يشارك بها المجتمع في صيانة الصحة العمومية ونظام الرعاية الصحية، والتي يصبح بها مسؤولاً عن هذه الصيانة. والحق أن مرمى توفير الصحة للجميع، في الإطار الحالي، تعززه روح التضامن الداعية إلى مشاركة المجتمع والترابط بين القطاعات، وإشراك جميع العاملين من مختلف القطاعات المعنية بالصحة.

٥٢- الأخلاقيات هي المبادئ الأساسية التي تستلهمها القوانين، والعادات الاجتماعية، والقواعد المدونة للجماعات المهنية. ويوصف الأخلاقيات نظاماً بنّاءً، فإنها تسعى إلى تحديد أيِّ الأعمال، والعلاقات، والسياسات ينبغي اعتباره صواباً أو خطأً. وإقليم شرق المتوسط هو مهد الأديان الثلاثة الكبرى، ألا وهي اليهودية والمسيحية والإسلام، التي تشترك إلى حد بعيد في قيمٍ متماثلة في مجال الأخلاقيات البيولوجية، وتشكّل المصدر الرئيسي للأخلاقيات الصحية في مناطق شاسعة من العالم. وفي ما يلي بعض المبادئ التي يمكن التوصل إلى إجماع عام وعالمي عليها، وإن وُجدت بعض الاختلافات في تفاصيلها في بعض الثقافات:

- احترام الحياة البشرية والاعتراف بتكريم ابن آدم وقيّمته وحقه في احترام خصوصياته؛

- احترام الإنسان، الذي يُنظر في ضوءه إلى جميع الناس باعتبارهم ذوي إرادة حرة مستقلة، والذي يتطلب احترام اختياراتهم (سواء كانت بالموافقة أو الرفض)؛
- إتيان المعروف واجتناب المنكر، وهما مبدآن أخلاقيان متكاملان يفرضان واجبات إيجابية على البحوث، ويعظمان أي منافع للأفراد ويقللان من المخاطر؛
- العدالة، وتتطلب التسوية في معاملة بني البشر.

ولابد من إطار أخلاقي قوي ينطوي على احترام الاختيار الفردي، والاستقلال الشخصي، وتلافي الضرر، ويسري على الجوانب الفردية والاجتماعية للرعاية الصحية والبحوث الصحية. وقد أتاح التقدم في ميادين العلم والتكنولوجيا، والهندسة، والاتصالات، والطب، فرصاً لا حد لها للتأثير في الصحة. وإذا أُريد أن يتاح لكل فرد تقاسم حيز التقدم وبشائره، فلا بد للمبادئ الأخلاقية أن تستبق وتوجه تطور العلم والتكنولوجيا والانتفاع بهما. فهذا هو التقدم العلمي والتكنولوجي يمتحن حدود المعايير الأخلاقية ويتحدى إنسانية الإنسان. لذلك، كان لابد من وجود مبادئ أخلاقية راسخة تقوم على أساسها القرارات المتعلقة بالأمور المؤثرة في الصحة.

٥٣- ويُعدُّ المنظور الذي يراعي خصوصيات الجنسين ضرورة حيوية لوضع وتنفيذ السياسات والاستراتيجيات الصحية العادلة والفعّالة. فهذا المنظور يؤدي إلى فهم أفضل للعوامل التي تؤثر في صحة المرأة والرجل، ولا يقتصر اهتمامه على الاختلافات البيولوجية بين المرأة والرجل، أو الدور الإيجابي للمرأة، فحسب، بل يقر كذلك بما يكون للعلاقات، والأدوار والمسؤوليات المقررة اجتماعياً وثقافياً وسلوكياً على الرجل والمرأة، من آثار على صحة الفرد، والعائلة والمجتمع. ولابد من إدماج هذا المنظور، الذي هو جزء من تقدم مسيرة العدالة، في السياسات والبرامج الصحية. ومن الجوانب النوعية في هذا الصدد ما يلي:

- إجراء تحليل لخصوصيات الجنسين وتشجيع الوعي بهذه الخصوصيات؛
- تلبية الاحتياجات الخاصة للفتيات والفتيان، والنساء والرجال، طول عمرهم؛
- دعم حقوق الإنسان التي للفتاة والمرأة، وصون كرامتهما، ودعم اعتدادهما بنفسيهما، ودعم قدراتهما؛
- تهيئة الفرص لمشاركة المرأة للرجل مشاركة كاملة في اتخاذ القرار على كل المستويات.

وتتساوى مسؤولية الرجل والمرأة عن بناء وصيانة الحياة البشرية على الأرض. وللرجل والمرأة نفس الحقوق في امتهان أي مهنة. وللأطفال من كلا الجنسين نفس الحق في التعليم. ويتمتع الرجل والمرأة بنفس الحقوق في صون سمعتهما ووضعهما الاجتماعي من أي قذف أو سخرية أو اغتياب. والرجل والمرأة شريكان متساويان في المسؤوليات عن بيتهما. وللمرأة الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة البدنية، والنفسية، والاجتماعية، منذ الطفولة الباكرة. ويوصف الزوج والزوجة بأن كلاً منهما «لباس» للآخر، بكل ما تعنيه كلمة «اللباس» من دفء، وستر، وقرب، ورعاية متبادلة، ونفع مشترك.

وليست هذه النفسية المعطاء مقصورة على الزوجة وزوجها، بل هي تشمل كل أفراد العائلة النووية والعائلة المتراحة، والمجتمع بأسره، موقرة العلاج الملائم لمختلف المشكلات الاجتماعية. وهي تحمي المجتمع من العديد من الصدوع الاجتماعية التي لا تخطئها العين حالياً في بنية المجتمعات التي يدعونها المتقدمة. ومن هذه الصدوع الوحدة والعزلة، وإهمال رعاية المسنين، والفجوات الواسعة بين الأجيال، والارتفاع المتصاعد في معدلات الانتحار والعنف والجرائم، والتزايد المستمر في الجرائم التي يرتكبها الأطفال والمراهقون. وهي جميعاً ناجمة عن ضعف شبكة العلاقات الاجتماعية واضمحلال الرعاية المتبادلة بين أفراد المجتمع.

ونحن نعني بالأسرة زوجاً وزوجة، يجمع بينهما رباط شرعي، وتظللها السكنية والمودة والرحمة، ويحتضنان من أصولهما وفروعهما الأقربين رجالاً كثيراً ونساءً، ويضمهما بيت تكون فيه النساء شقائق الرجال.

الفصل الرابع التوجه الاستراتيجي

الالتزام بمرامي توفير الصحة للجميع

٥٤- من الضروري تجديد الالتزام الوطني بمبادئ توفير الصحة للجميع، لا على الصعيد الوطني فحسب، بل كذلك على الصعيد الإقليمي والعالمي. وينبغي ترجمة هذا الالتزام إلى إجراءات تُتخذ بهدف ترسيخ روح توفير الصحة للجميع، وطلب العدالة في عملية التنمية الاجتماعية - الاقتصادية الوطنية، بما يضمن الحفاظ على هذه الروح وقهر أي حركة مناوئة للعدالة.

٥٥- من الضروري التأكيد على الدور المحوري للصحة في التنمية الاجتماعية - الاقتصادية. ويعني هذا ما يلي:

- ينبغي لكل مجتمع استعراض وتحديد مُرْتَسَمَه (بروفيله) المتعلق بتعرضه للمخاطر الصحية، مستخدماً وضعه الصحي بوصفه مؤشراً رئيسياً في هذا الصدد؛
- ينبغي للاستراتيجيات التنموية أن تُعنى بالروابط التكاملية بين الوضع الصحي وبين العافية والإنتاجية الاقتصادية، ولاسيما في ما يتعلق بالفئات الأشد تأثراً بالمخاطر الصحية؛
- ينبغي أن يتيسر للناس الحصول على المعارف المتعلقة بالصحة بشكل يزيد من اعتمادهم صحياً على أنفسهم، ويعزز من قدرتهم على معالجة ومواجهة بيئة الصحة السريعة التغير؛
- ينبغي ربط أنشطة تعزيز الصحة بالاستثمارات، وبأنشطة استدرار الدخل، وبالمشاريع الاقتصادية.

٥٦- لا يخفى أن حُسْن الإدارة القائم على الشفافية، والمسؤولية، والحوافز التي تعزز المشاركة في المجتمع المدني، هو أمر حيوي لبلوغ المرامي التي تحددها السلطات الوطنية. ولا بد للمهنيين الصحيين، في هذا الإطار، من تيسير عملية وضع الأولويات، وتعزيز الشفافية، وإشراك جميع الشركاء. وتستطيع الحكومات تيسير اتخاذ إجراءات منسقة من أجل الصحة، بإيجادها بيئة تحفز على قيام علاقات شراكة من أجل الصحة وتيسر قيام هذه العلاقات. ولا بد، بالإضافة إلى ذلك، ولاسيما في البلدان النامية، من وجود سياسة جيدة التحديد وتوافر قدرة متينة على التحليل، من أجل ضمان أن تكون للاحتياجات الوطنية الأسبقية لدى التفاوض مع المانحين الدوليين.

الإطار الوطني للسياسة

٥٧- ينبغي لعملية إقامة نظام صحي وطني مضمون الاستمرار، أن تتم داخل إطار سياسة جيدة الصياغة. ومن المهم، لذلك، تقوية القدرات الوطنية في مجال صياغة السياسات بناءً على تحليل علمي انتقادي للوضع الراهن.

٥٨- لا تهدف عملية صياغة السياسة إلى إصدار وثيقة تتضمن هذه السياسة. بل هي تمثل بالأحرى عملية ديناميكية متواصلة لتحليل الوضع، وتقرير الأولويات، والمرامي، والأهداف، وإعداد النواتج، ووضع خطط استراتيجية ذات مؤشرات كافية ومناسبة لرصد تنفيذ السياسة وتقييمها. ولا يمكن أن يتحقق النجاح لصياغة السياسة، وتنفيذها، ورصدها، وتقييمها، إلا إذا توافر نظام وطني فعّال للمعلومات الصحية تدعمه إدارة فعّالة معنية ببحوث النظم الصحية. فلا بد لصياغة السياسة الوطنية من توافر معطيات حديثة ومعوّلة وصحيحة ترتكز عليها عملية اتخاذ القرار.

٥٩- كي تقوم السياسة على بيانات علمية، فلا بد من وجود قاعدة صلبة للبحوث في الصحة والوبائيات، بالإضافة إلى ما يتصل بها من معلومات حول التفضيلات العمومية، وحول توافر الموارد. ويتطلب هذا تقوية البنى الأساسية العلمية والتكنولوجية، وتعزيز السياسة الصحية، والنظم الصحية، والابتكار المنهجي في القياس، والطرائق التحليلية، ونماذج تخصيص الموارد. ولا بد من الاستهداء بالاعتبارات الأخلاقية في استخدام البيانات العلمية.

٦٠- وضع الأولويات هو مسؤولية السلطات الوطنية وحدها، إذ إن هذه العملية تعتمد على ظروف البلد الخاصة. وريثما يتم ذلك، يمكن للأولويات الإقليمية توجيه التعاون على الصعيد الوطني. ولا بد من تطوير القدرات الوطنية على البحث، في إطار النظام الوطني العام لرصد السياسة والتخطيط الاستراتيجي. فهذا من شأنه تمكين الدول الأعضاء والمكتب الإقليمي من القيام بدور فاعل في توقُّع تغييرات المستقبل العالمية والإقليمية والوطنية التي قد يكون لها تأثير معيّن على القطاع الصحي.

إنشاء نُظُم صحية مضمونة الاستمرار

٦١- التحدي الذي سيواجه النُظُم الصحية في القرن الحادي والعشرين يتمثل في توفير الرعاية الصحية المضمونة الاستمرار، والحفاظ على المكاسب الصحية، ولاسيما تحسُّن الوضع الصحي للفئات الفقيرة والمستضعفة. ولا بد من إقامة نظم صحية مضمونة الاستمرار. وتقع على الدولة مسؤولية ضمان العدالة في الحصول على الخدمات الصحية، وضمان أداء الوظائف الأساسية على أعلى مستوى من الجودة بالنسبة لجميع الناس. وبالنظر إلى تغير أدوار المؤسسات، فهناك حاجة إلى إيلاء مزيد من الاهتمام لضمان الحفاظ على الوظائف الأساسية، وتوفير مختلف خدمات الرعاية الصحية.

٦٢- لمضمونية الاستمرار ثلاثة أبعاد: فهناك أولاً مضمونية الاستمرار المالية، التي تتطلب تحليلاً تفصيلياً للتكاليف (تنمية الرصيد الصحي الوطني)؛ وتحديد الموارد المالية؛ وآلية لرصد المخصّصات والموارد المالية.

٦٣- وهنالك، ثانياً، مضمونية الاستمرار التقنية، التي تتطلب سياسة واضحة لتطوير البنى الأساسية والخبرة التقنية، فضلاً عن التكنولوجيا اللازمة لمضمونية استمرار نظام الرعاية الصحية الوطني. ولا بد لبلدان الإقليم، في هذا الصدد، من تطوير البرامج الوطنية المعنية بالتكنولوجيا الصحية. وينبغي لهذه البرامج أن تتصدى لقضايا انتقاء التكنولوجيا،

واستعمالها استعمالاً رشيداً، وتنمية القدرات التكنولوجية الوطنية، والإسهام في تطوير التكنولوجيا البيولوجية. وينبغي إنشاء آليات لنقل التكنولوجيا تتوافر لها القيادة المؤهلة والروابط المناسبة مع جميع القطاعات المعنية. ورأس المال البشري هو من العوامل الرئيسية التي تسهم في التنمية. ولا بد من توافر البنى الأساسية الملائمة من الموارد البشرية لضمان نجاح نقل التكنولوجيا. ويستلزم ذلك تنمية الموارد البشرية تنمية كافية وتدريبها تدريباً يشمل جميع مستويات القطاع الصحي. لذلك، تُعتبر تنمية الموارد البشرية من الأولويات العليا في هذا الإقليم. وفي ضوء الوضع الحالي للتطورات التكنولوجية البعيدة المدى، لا بد من إعادة النظر في التعليم المهني والتقني، وتحديث المناهج الدراسية، وابتكار طرق تعليمية وتدريبية أكثر فعالية.

٦٤- وهناك، ثالثاً، مضمونية الاستمرار الإدارية، التي تتطلب إقامة نظام للخدمات المدنية يتسم بجودة التنظيم والفعالية والكفاءة. وينبغي لمثل هذا النظام أن يواظب على العمل داخل إطار السياسة الوطنية من دون توقُّف بسبب تغيير القيادة السياسية. وتتطلب مضمونية الاستمرار الإدارية تهيئة بيئة تحفز موظفي الخدمة المدنية وتشجعهم على تحقيق نظام الرعاية الصحية جيد الإدارة ومستقر. ومن المهم في هذا الصدد تعزيز ظروف التنافس في العمل، لاجتذاب العاملين الأكفاء واستبقائهم.

الرعاية الصحية الأولية هي مفتاح توفير الصحة للجميع

٦٥- من المهم تأكيد مفهوم الرعاية الصحية الأولية بأنها «الرعاية الأساسية القائمة على مجموعة من الطرائق والتقنيات العملية التي يقرها العلم ويقبلها المجتمع، والتي تتم إتاحتها لكل فرد وكل عائلة في المجتمع، بفضل مشاركتهم الكاملة، وبتكلفة يمكنهم تحملها باستمرار، وبروح من الاعتماد على النفس وتقرير المصير. وهي تشكّل جزءاً لا يتجزأ من النظام الصحي الوطني الذي تمثّل هي وظيفته الرئيسية ومركز اهتمامه الأول، كما تشكّل جزءاً لا يتجزأ من التنمية الاجتماعية والاقتصادية للمجتمع. وهي المستوى الأول لاتصال الفرد والعائلة والمجتمع بالنظام الصحي الوطني، موقرة الرعاية الصحية للناس في أقرب مكان ممكن من حيث يعيشون ويعملون».

٦٦- يعاد النظر في عناصر الرعاية الصحية الأولية الثمانية التي تم تحديدها في ألما آتا، ويجري التوسُّع فيها في ضوء المعارف والتحديات الجديدة. فعلى سبيل المثال، تم توسيع جميع مجالات صحة الأمومة والطفولة وإعادة تشكيلها بحيث تشمل الصحة الإنجابية؛ ويجري تطوير مفهوم الأدوية الأساسية بحيث يؤلف قاعدة تكنولوجية أوسع للسياسة الصحية؛ كما يجري توسيع الدور الذي كان يركّز في السابق على مكافحة الأمراض السارية، ليشمل، عند اللزوم، الأمراض غير السارية. ومن المزمع تطبيق أسلوب صريح في ما يتعلق بتوفير الرعاية مدى العمر، في نطاق النظام الصحي؛ ومن المزمع كذلك معالجة السلامة الغذائية معالجة صريحة لدى النظر في موضوع الغذاء والتغذية؛ ومن المنتظر أن يصبح التعليم الصحي عنصراً من عناصر تعزيز الصحة.

٦٧- ينبغي للرعاية الصحية الأولية أن تشمل على المفاهيم الخمسة الآتية:

- ينبغي تغطية جميع السكان بالرعاية وفقاً للحاجة؛
- ينبغي أن تكون الخدمات تعزيزية، ووقائية، وعلاجية، وتأهيلية؛
- ينبغي أن تكون الخدمات فعّالة، ومقبولة ثقافياً، وميسورة الكلفة، وسهلة التدبير؛
- ينبغي إشراك المجتمعات المحلية في تطوير الخدمات من أجل تعزيز الاعتماد على النفس وتقليل التبعية (الاعتماد على الغير)؛
- ينبغي للأساليب التي يتم انتهاجها إزاء الصحة أن تسري على سائر القطاعات التنموية.

التنمية البشرية والرعاية الصحية والاحتياجات التنموية الأساسية

٦٨- يجدر بالذكر أن أسلوب تلبية الاحتياجات التنموية الأساسية، الذي هو أسلوب شامل للتنمية المحلية الشاملة، يكتسب زخماً مطّرداً. وقد ترسّخ هذا الأسلوب، بعد سنين عديدة من التبشير به، باعتباره أحد الأساليب الإقليمية الرئيسية. ففي خلال العقد الماضي جرى التبشير بمفهوم الاحتياجات التنموية الأساسية لدى العديد من بلدان الإقليم، باعتباره يمثل أسلوباً يُعنى في المقام الأول بتخفيف حدة الفقر، ويؤثّر في الوقت نفسه، بطريق مباشر أو غير مباشر، على الوضع الصحي للناس. وتتطلّب مبادرة تلبية الاحتياجات التنموية الأساسية الالتزام السياسي، والتنظيم المجتمعي، والحفز، والحركة، والتعاون بين القطاعات في العمل، والتنمية الشاملة المتكاملة واللامركزية.

٦٩- تشمل مبادرات تلبية الاحتياجات التنموية الأساسية مشاريع يحدّدُها المجتمع، وتجمع بين القضايا الاجتماعية، والاقتصادية، والصحية، والبيئية. ويقوم المجتمع بتنظيم هذه المشاريع وإدارتها، ويدعمها فريق منسق متعدد القطاعات. وتهدف هذه المشاريع إلى استدرار الدخل، والتخفيف من حدة الفقر، من خلال أنشطة واقعية وقابلة للتحقيق، وتشتمل على مقومٍ صحي «أساسي».

وقد قامت جُلّ البلدان التي لديها برامج لتلبية الاحتياجات التنموية الأساسية، بإدراج مشاريع مستدرةً للدخل في خططها. ويمكن لهذه المشاريع أن توفّر، على المدى الطويل، مصدراً هاماً لدعم وتوسيع برامج تلبية الاحتياجات الأساسية، ومن ثم توفير الصحة للجميع.

كما وفّر أسلوب تلبية الاحتياجات الأساسية دعماً هاماً لأنشطة أخرى لتعزيز الصحة ووقايتها في إطار تطوير نُظُم الرعاية الصحية الأولية.

٧٠- في ما يلي الدروس المستفادة في البلدان الاثني عشر التي يتم فيها تنفيذ برامج لتلبية الاحتياجات الأساسية:

- الحاجة إلى ضمان الملكية الوطنية للبرنامج؛
- الحاجة إلى إثبات شفافية البرنامج لجميع المستويات وجميع الشركاء، بما فيهم المجتمع؛
- أهمية إضفاء الطابع المؤسسي على برامج تلبية الاحتياجات الأساسية باعتبارها جزءاً لا يتجزأ من البرامج المحلية، مع قيام كل شريك بأدوار صريحة ومحددة؛
- أهمية ضمان الاستمرار لهذه البرامج من البداية، مع الاهتمام خصوصاً بالعلاقة بين المشاريع المستندرة للدخل ودعم المشاريع الاجتماعية (الصحية، مثلاً)؛
- الحاجة إلى إجراء تقييم دوري لما يتم إحرازه من تقدم، واتخاذ الإجراءات اللازمة لذلك؛
- الحاجة إلى تشبيك مختلف برامج تلبية الاحتياجات الأساسية وتبادل الخبرات في ما بينها.

الموارد البشرية الصحية

٧١- لا بد لمواجهة تحديات توفير الصحة للجميع للقرن الحادي والعشرين، من إيجاد قوة عاملة صحية جيدة التعليم والتدريب، وموجهة نحو تلبية احتياجات المجتمعات. ولكي تؤدي النظم الصحية عملها على نحو فعال، فلا بد لها من قوة عاملة جيدة التدريب ومتحفزة للعمل. وينبغي للدعم المقدم من الدولة، ومن المنظمة، وشركائهما في المؤسسات التدريبية، أن يلبي الحاجة إلى التعزيز المتواصل والشامل للقدرات في المجال الصحي. وينبغي لمؤسسات تعليم العاملين الصحيين أن تواظب على مراجعة مناهجها الدراسية في ضوء المعارف الجديدة، بغية تلبية احتياجات الناس. ويمكن زيادة القدرة على تلبية احتياجات المجتمع من خلال التوسع في التعليم والبحوث الطبية والصحية المجتمعية التوجه.

٧٢- ينبغي لتعليم المهنيين الصحيين أن يكون مجتمعي المُرْتَكز والتوجه، وأن يقوي علاقات الشراكة بين مؤسسات الرعاية الصحية وبين المؤسسات التدريبية. وينبغي بذل الجهود لوضع معايير لتعليم العاملين الصحيين وتشجيع قيام نظام طوعي لاعتماد كليات الطب. وينبغي إيلاء اهتمام خاص لتطوير التعليم المستمر للعاملين الصحيين، وإضفاء الطابع المؤسسي على هذه البرامج في النظم الصحية الوطنية.

٧٣- لا بد في تخطيط الموارد البشرية من مراعاة الحاجة إلى النظر في تشكيلات صغيرة من مقدمي الرعاية الصحية المتعددي الاختصاصات والمتعاونين. ولا بد لكل تشكيل من هذه التشكيلات من أن يضم، في ما يضم، مقدمي الرعاية الصحية العمومية، والتقنيين، والمعالجين، والأطباء، والمرضى والمرضات. ولتلبية حاجة الناس إلى معلومات أفضل حول جميع النواحي الصحية، ينبغي إيلاء مزيد من الاهتمام للتدريب على الاتصال، ومهارات تعزيز الصحة، وتقديم الرعاية والتقييم المجتمعي. وتتيح التوصيلات اللاسلكية فرصاً جديدة للتعلّم عن بُعد، والدعم التشخيصي في كثير من المواقع.

وينبغي للقطاع الصحي وضع سياسات وطنية تسهم في تحقيق الاكتفاء الذاتي في مجال تنمية الموارد البشرية، والترقي الوظيفي المناسب، وتعبئة قوة العمل الصحية، وظروف عمل جميع العاملين الصحيين.

٧٤- بالإضافة إلى ذلك، يجب أن تتناول السياسات الإقليمية قضايا أوسع نطاقاً في ما يتعلق بالموارد البشرية، مثل الحركة عبر الحدود الوطنية للمهنيين الصحيين، وتوفير التدريب، والحاجة إلى التنسيق الدولي للمعايير التعليمية والخدمية، والاستعانة بآليات تنظيمية ومالية ملائمة للحفاظ على القدرة الوطنية وتقويتها.

مواجهة الطوارئ واتخاذ الصحة جسراً للسلام

٧٥- تمثل الكوارث الواسعة النطاق، سواء الطبيعية أو التي هي من صنع الإنسان، أخطاراً جسيمة تهدد العديد من أصقاع العالم، على وجه العموم، وإقليم شرق المتوسط، على وجه الخصوص. ثم إن زيادة السكان في العالم، وتدهور البيئة، واتساع الفجوات الاجتماعية والاقتصادية، والمنازعات الإقليمية والأثنية (العرقية) تنذر بوقوع المزيد من الكوارث.

٧٦- يمكن أن تتعدى الاهتمامات الصحية التقسيمات السياسية، وتشجع الحوار، وتعزز التضامن، وتسهم في إشاعة السلام بين الناس وبين الدول. ويمكن استخدام الصحة في مختلف الأوضاع عن قصد للمساعدة في الحيلولة دون نشوب المنازعات أو دون تصاعدها، وتعزيز بناء السلام، والإصلاح والتأهيل. ويمكن للصحة أن تقوم بدور حيوي في جميع مراحل الحروب وسائر المنازعات (السلم، التوتّر/الصراع، الحرب، توابع الأزمة). ففي وقت السلم، تؤدي المداخلات الصحية، مثل تعزيز توفير الصحة للجميع، أو التنمية الاجتماعية - الاقتصادية، إلى تقليل التوتر والحدّ من فرص التنازع. أما في وقت الحرب، فيمكن للأشطة الصحية أن تعزز تدابير بناء الثقة، وتوفّر المساعدات الإنسانية، وتتوسط لوقف أعمال القتال، وتحقيق السلم.

٧٧- تؤيد المنظمة بقوة، الأخذ بأسلوب يقوم على تعاون قطاعات متعددة لمواجهة الطوارئ في إطار يشمل جميع القطاعات المعنية، من خلال آليات لتحليل احتمالات التعرض للخطر والتخطيط المشترك، كما تؤكد المنظمة ضرورة إدماج مقومات احتمالات التعرض للخطر في استراتيجيات ومشاريع للتنمية البشرية المضمونة الاستمرار.

٧٨- بُغية ضمان سلاسة الانتقال من مرحلة الإغاثة إلى مرحلة التأهيل والتنمية، ينبغي تقديم المساعدات في حالات الطوارئ بطرق تدعم عودة الأمور إلى نصابها، وتدعم التنمية الطويلة الأمد. لذلك، كان لابد للمنظمة من بذل جهود أكبر في القرن الحادي والعشرين لانتقاء الكوارث الطبيعية والطوارئ والتخفيف من حدتها، ومساعدة البلدان النامية على تقوية قدراتها على مواجهة الكوارث، وتحسين أنشطة تجميع وتحليل وبث معلومات الإنذار المبكر حول الكوارث الطبيعية وسائر الطوارئ.

ضمان التمويل الكافي والمستمر

٧٩- يعكف معظم البلدان على إجراء إصلاحات في نظام تمويل الرعاية الصحية تهدف إلى تعزيز المشاركة في التكاليف من خلال فرض رسوم على المنتفعين بالخدمات الصحية، ومن خلال التأمين الصحي، واعتماد أساليب جديدة لأداء القطاع الخاص لدوره. وينبغي لهذه الإصلاحات أن تكون على نطاق يمكن تدبير أمره، وأن تكون قابلة للتكرار، وأن يتم رصدها عن كثب، مع مراعاة العقبات المؤسسية، وتضارب المصالح، والظروف الاجتماعية - الاقتصادية للبلد.

٨٠- لابد للحكومات من اتخاذ إجراءات وسنّ لوائح لضمان توافر مستوى كاف من التمويل (من خلال المصادر العامة أو الخاصة)، وتعزيز ترشيد التكاليف، والانضباط المالي، وضمان العدالة في استخدام الموارد الوطنية لتلبية الاحتياجات الصحية. ويتميز نظام الرعاية الصحية العادل بأنه يتيح لكل شخص مستوى كافياً من الرعاية طول حياته. وتوزع تكاليف إتاحة الرعاية الصحية الأساسية وآثار التخصيص، توزيعاً عادلاً على السكان، وفقاً لحاجتهم. ويمكن استخدام آليات مالية ونظم تأمينية تضامنية المُرْتَكز لتعزيز العدالة عن طريق ضمان دعم المرضى والفقراء من قِبَل أفراد المجتمع الأصحاء العاملين.

٨١- يمثل التأمين الصحي الاجتماعي إحدى طرق تمويل الخدمات الصحية. وتتلخص أغراضه الرئيسية في ما يلي:

- حصول السكان جميعاً على الرعاية الصحية؛
- توفير الرعاية الملائمة العالية الجودة؛
- ترشيد التكاليف وتوفير الرعاية المسورة الكلفة.

ويمكن أن يساعد التأمين الصحي الاجتماعي على بلوغ مرامي السياسة الصحية التي تتطلب المزيد من الأموال التي لا يتيسر توافرها من مصادر أخرى، ويمكن أن تسهم في تحسين أداء النظم الصحية.

تعزيز وحفظ البيئة الصحية كجزء لا يتجزأ من التنمية المضمونة الاستمرار

٨٢- تقع على الحكومات الوطنية والمحلية مسؤولية الخدمات البيئية التي تساعد على حفظ الصحة وصيانتها. وينبغي لهذه الخدمات تأمين الحصول على الماء الصالح للشرب، والإصحاح، والهواء النقي، والغذاء المأمون، وتدبير أمر الكيماويات والفضلات الخطرة، ومكافحة النواقل والتلوث. على حين أن إدماج الاحتياجات والاهتمامات الصحية في تخطيط المدن، وتوفير ما يكفي من أنشطة فحص ورصد المخاطر التي تهدد صحة البيئة، تقع المسؤولية الرئيسية عنها على عاتق السلطات المحلية. وإذا كان تقديم هذه الخدمات يتم في الغالب خارج النظم الصحية، فإنه ينبغي للمهنيين الصحيين أن يظطلعوا بمسؤولية ضمان الأخذ بأسلوب منسق في هذا الصدد، وأن يدعوا إلى تنفيذ هذا الأسلوب.

٨٣- خدمات الوقاية من المرض وحفظ الصحة في مكان العمل هي مقومات أساسية لأسلوب متكامل لتحسين صحة العمال. وينبغي توسيع نطاق الاهتمام الحالي بالوقاية من التعرض لعوامل معينة وتعزيز السلامة في العمل، بحيث يشمل جميع ما يمكن توقيه من ظروف تؤثر في البالغين في أماكن العمل. وحيثما يعمل الناس في بيوتهم، ينبغي للخدمات الصحية المحلية أو الخدمات الصحية في المناطق أن تلبي احتياجاتهم في ما يتعلق بالصحة المهنية.

تعزيز أنماط الحياة الصحية

٨٤- يمتلك كل إنسان رصيماً صحياً معيناً يمكنه أن ينميه كي يتمتع بعافية كاملة ويتوقى المرض. والنمط الصحي الذي يتبعه الإنسان له أثر هام على صحته وعافيته. وهناك أنماط صحية إيجابية عديدة تعزز الصحة وتبني أي سلوك يضر بها. وينبغي للحكومات والمنظمات الطوعية واللاحكومية تعزيز الصحة بتشجيع أنماط الحياة الصحية الإيجابية، ولاسيما من خلال ما يلي:

- إدخال أنماط الحياة المعززة للصحة، والتبشير بها من خلال القنوات المناسبة، بحسب ما يناسب ظروف كل بلد؛
- تهيئة الظروف التي تسهم في تعزيز الصحة وأنماط الحياة الصحية؛ وعدم مناقضتها بالإعلان عن أنماط حياتية منافية للصحة، أو بدعم إنتاج المواد الضارة بالصحة أو بتعزيز السلوكيات المنافية للصحة؛
- تشجيع التنمية الشاملة للمجتمعات المحلية، ودعمها في ما تبذله من جهود لتلبية احتياجاتها الأساسية من خلال الاعتماد على النفس، باعتبار ذلك مدخلاً عملياً لتطبيق أنماط الحياة الصحية؛
- إعادة توجيه المؤسسات الصحية، والتعليمية، والتدريبية، ومؤسسات الإعلام الجماهيري، بما يعزز الصحة ويشجع على اتباع أنماط الحياة الصحية؛
- إعادة توجيه المؤسسات التعليمية في المجال الصحي على نحو يضيف بُعداً إنسانياً على المهن الصحية، ويجعل كلاً من هذه المهن رسالة لا مجرد حرفة.

استئصال بعض الأمراض والتخلص من بعضها ومكافحة بعضها الآخر

٨٥- وقاية السكان من الأمراض على مدى حياتهم، أمر حيوي للتنمية البشرية. ويستفيد الجميع من الخدمات المجتمعية المتركزة والتوجه، للوقاية من المرض ومكافحته وحفظ الصحة، وهي خدمات لا يتطلب تنفيذها سوى مشاركة محدودة من الأفراد. وينبغي إيلاء الأولوية للأمراض المتوطنة والشائعة الحدوث، والأمراض غير السارية، والإصابات، والعنف. وينبغي تحقيق أكبر قدر ممكن من اللامركزية للأنشطة الرامية إلى حفظ ومضاعفة القدرة على تعزيز هذه الخدمات، مع إدراك أن نجاح اللامركزية يتطلب أن تكون السلطات المحلية المعنية ذات كفاءة.

التعاون بين القطاعات

٨٦- من المسلّم به على نطاق واسع أن الصحة ليست الشغل الشاغل للقطاع الصحي وحده، بل هي تعتمد على الأنشطة التي يقوم بها العديد من القطاعات الاجتماعية والاقتصادية الأخرى، الحكومية واللاحكومية على حد سواء. ومن العوامل ذات التأثير الجوهري والتأزري على الصحة، التعليم لمحو الأمية؛ ودعم الدخل؛ وتوفير الماء النظيف والإصحاح الكافي؛ والإسكان الجيد؛ والغذاء وسائر المنتجات الزراعية؛ وبناء الطرق. غير أنه لا تتوافر سوى أمثلة ابتكارية قليلة على التعاون المستمر بين القطاعات من أجل الصحة.

٨٧- تتوافر إمكانيات عملية عديدة للعمل. ويمكن لتحديد احتياجات الفئات المستضعفة أن يوفر الأساس اللازم للتعاون على الصعيد المجتمعي. ولا يخفى أن إشراك الناس أنفسهم في هذه العملية يزيد من فعاليتها. ولا بد للقطاع الصحي من أن يزيد من انتفاعه بالآليات القائمة المشتركة بين القطاعات، مثل لجان تنمية المناطق. ويتطلب ذلك بذل أنشطة تبشيرية أكثر فعالية من قِبَل العاملين الصحيين حول الارتباط بالقطاعات الأخرى. ولا بد، على الصعيد الوطني، من إيجاد طرق لتقوية السياسات القطاعية لتعظيم أثر الأنشطة المعززة للصحة والتخلص من الأنشطة الضارة بالصحة أو الحد من أثرها. ويمكن للمنظمات اللاحكومية بما لها من طاقات واهتمامات، أن تكون عوامل حفّازة هامة في هذا المضمار.

الشراكة من أجل الصحة

٨٨- لا بد من إقامة علاقات شراكة بين المستويات والقطاعات العديدة المعنية بالصحة، علماً بأن هذه العلاقات تمثل المقوم الرئيسي لتنفيذ استراتيجية توفير الصحة للجميع. وتساعد علاقات الشراكة المثمرة على الجمع بين مختلف العقائد، والثقافات، والمواهب، مما يحفز على العمل لتحسين الصحة. وتمثل علاقات الشراكة المجتمعية وتنمية المهارات جوهر حركة توفير الصحة للجميع. ثم إن علاقات الشراكة بين الناس والمؤسسات على جميع المستويات تساعد على تبادل الخبرات، والمعارف، والموارد الضرورية لبلوغ هدف توفير الصحة للجميع. ولا بد من تعزيز التزام الجميع بضمان التنفيذ الكامل لهذا الهدف. لذلك، ينبغي للحكومات أن تهدف إلى إيجاد بيئة تحفز على المشاركة من أجل الصحة وتيسر هذه المشاركة، ولا بد من وجود علاقات شراكة رسمية وشبكات غير رسمية مجتمعية السمرتكز في مختلف المستويات. وينبغي للمنظمة والحكومات النظر في إعداد دلائل إرشادية مع القطاع الخاص، تستهدف ضمان أن تكون علاقات الشراكة الجديدة ذات نفع متبادل ومفيدة دائماً للصحة. ثم إن إنشاء (أو إعادة إنشاء) الجماعات الثقافية، والرياضية، والدينية، والنسائية من خلال نظام للحكم المحلي، يمكن أن يعزز التماسك الاجتماعي ويساعد على قيام بيئة اجتماعية تؤدي إلى الصحة.

الفصل الخامس

الأهداف العالمية والإقليمية لتوفير الصحة للجميع

٨٩- عيَّنت وثيقة سياسة توفير الصحة للجميع العالمية مجموعة مبدئية من الأهداف التي سوف توجَّه تنفيذ هذه السياسة، وتحدِّد أولويات العمل للعقدَيْن الأولَيْن من القرن المقبل. وسوف يتم إعداد أهداف إقليمية وطنية في إطار السياسة العالمية، تعكس اختلاف الحاجات والأولويات. وينبغي استعراض جميع هذه الأهداف دورياً. وسوف يُستعان ببعض المؤشرات في تقييم درجة التقدم الذي يتم إحرازه باتجاه بلوغ المرامي والأهداف، باعتبار هذه المؤشرات وسائل لا غنى عنها لرصد البرامج وتقييمها على نحو فعَّال.

٩٠- لا بد من تحقيق الأهداف المتعلقة بالسياسات والنظم الصحية إذا أُريد للإجراءات المتصلة بالمحدِّدات الصحية أن تؤدي إلى تحسين النتائج الصحية وتيسير الحصول على الرعاية. ويجدر بالملاحظة أن الأهداف الأصلية لتوفير الصحة للجميع بحلول سنة ألفين، والتي تقرر في عام ١٩٨١ لم تدعمها معطيات أساسية. ثم إن الخبرة الكبيرة التي اكتسبت منذئذ في مجال تقوية نظم المعلومات الصحية تعني أن الأهداف التي لعام ٢٠٢٠ تركز على قاعدة ثابتة من البيِّنات. ولا يخفى أن تحقيق هذه الأهداف يضمن بلوغ مرامي توفير الصحة للجميع.

٩١- ينبغي لدى إعداد الأهداف الإقليمية أن تؤخذ في الاعتبار المجالات التالية ذات الأولوية والتي تم الاتفاق عليها في الدورة الثالثة والأربعين للجنة الإقليمية:

- تنمية الموارد البشرية الصحية، بما في ذلك تنمية القيادات الصحية، وتنمية القدرات الإدارية؛
- اعتماد أسلوب تلبية الاحتياجات التنموية الأساسية، بما في ذلك القرى الصحية، والمدن الصحية، والاعتماد على النفس على مستوى العائلة، والرعاية الصحية المنزلية؛
- جمع المعلومات الصحية وبنائها إلى بلدان الإقليم بمختلف الوسائل؛
- استئصال بعض الأمراض، والتخلص من بعضها ومكافحة بعضها الآخر؛
- تعزيز أنماط الحياة الصحية، ولاسيَّما في مجالات التغذية، وصحة البيئة، وصحة الأمومة والطفولة والشيخوخة، ومحاربة أنماط الحياة المنافية للصحة، ولاسيَّما التدخين؛
- توفير الأدوية واللقاحات الأساسية، والفحوص المختبرية (المعملية) والشعاعية الأساسية.

٩٢- النتائج الصحية

(أ) القيام، بحلول سنة ٢٠٠٥، باستخدام مناسب **indices العدالة الصحية** داخل البلدان وفي ما بينها، كأساس لتعزيز العدالة ورصدها في المجال الصحي. ومن المزمع القيام، في البداية، بتقييم العدالة على أساس مقياس نمو الطفل.

(ب) التمكن، بحلول سنة ٢٠٢٠، من بلوغ الأهداف المتفق عليها في المؤتمرات العالمية في ما يتعلق بمعدلات وفيات الأمومة، ومعدلات وفيات الأطفال دون الخامسة من العمر، ومأمول العمر.

(ج) تناقص عبء المرض عالمياً تناقصاً جوهرياً بحلول سنة ٢٠٢٠. ويتحقق ذلك بتنفيذ برامج مناسبة لمكافحة الأمراض، تهدف إلى إعكاس الاتجاهات الحالية إلى زيادة معدلات حدوث السل، ومرض الإيدز والعدوى بفيروسه، والملاريا، والأمراض المتصلة بالتبغ، والعنف، والرضوح، وما تسببه هذه الحالات من التعوق.

(د) استئصال الحصبة بحلول سنة ٢٠٢٠؛ والتخلص من الملاريا بحلول سنة ٢٠١٠؛ والتخلص من التراخوما (الحرث) بحلول سنة ٢٠٢٠؛ إضافة إلى التخلص من اضطرابات عوز الفيتامين (A) واضطرابات عوز اليود، قبل سنة ٢٠٢٠.

٩٣- العمل المشترك بين القطاعات في ما يتعلق بالمحددات الصحية

(هـ) تمكّن جميع البلدان؛ بحلول سنة ٢٠٢٠، من خلال العمل المشترك بين القطاعات، من إحراز تقدم كبير في توفير مياه الشرب المأمونة، والإصحاح الكافي، والغذاء والمأوى إلى حد الكفاية كماً وكيفاً.

(و) تمكّن جميع البلدان، بحلول سنة ٢٠٢٠، من إدخال استراتيجيات تقوي أنماط الحياة المعززة للصحة وتنقّر من أنماط الحياة المدمرة للصحة، وإدارة هذه الاستراتيجيات ورصد تنفيذها، وذلك من خلال مجموعة من البرامج التوجيهية، والاقتصادية، والتعليمية، والتنظيمية، والمجتمعية المرتكز.

٩٤- السياسات والنظم الصحية

(ز) توافر آليات فعّالة في جميع الدول، بحلول سنة ٢٠٠٥، لإعداد وتنفيذ ورصد السياسات المتفقة مع سياسة توفير الصحة للجميع.

(ح) حصول جميع الناس، بحلول سنة ٢٠١٠، طول عمرهم، على الرعاية الصحية الجيدة الشاملة والضرورية، تدعمها وظائف أساسية من وظائف الصحة العمومية.

(ط) القيام، بحلول ٢٠١٠، بإنشاء نظم عالمية ووطنية ملائمة للمعلومات الصحية، والترصد والتهيؤ.

(ي) القيام، بحلول سنة ٢٠١٠، بتنفيذ سياسات البحوث، وتشغيل آليات مؤسسية على الصعيد العالمي، والإقليمي، والقطري.

الفصل السادس

دور منظمة الصحة العالمية/المكتب الإقليمي لشرق المتوسط

٩٥- ينبغي لنا فهم دور منظمة الصحة العالمية في إعداد وتنفيذ ورصد وتقييم سياسة توفير الصحة للجميع في القرن الحادي والعشرين، واضعين في الاعتبار أن المنظمة تعني الدول الأعضاء فيها وهيئاتها الرئاسية، وليس مجرد أمانتها العامة. وفي إطار هذا المفهوم، فإن المنظمة على الصعيد القطري لا تعني المكتب القطري للمنظمة فحسب، بل تعني كذلك القطاع الصحي كله الذي يُسدي إليه مكتب المنظمة المشورة التقنية. وتأسيساً على هذا المفهوم نفسه، فإن الهيكل الإقليمي للمنظمة ليس هو المكتب الإقليمي للمنظمة، وإنما الدول الأعضاء في الإقليم، وهيئته الرئاسية، أي «اللجنة الإقليمية»، والأمانة التقنية، أي «المكتب الإقليمي للمنظمة».

٩٦- تعمل مستويات المنظمة الثلاثة، المقر الرئيسي للمنظمة، والمكتب الإقليمي، والمكتب القطري، ككل متصل، مع تنسيق أدوار المنظمة ووظائفها تنسيقاً وثيقاً. وعلى ذلك، فالمستويان الإقليمي والقطري يشاركان مشاركة فعالة في أداء الوظائف العالمية للمنظمة التي حدّتها وثيقة السياسة العالمية لتوفير الصحة للجميع، من أجل ما يلي:

- القيام بدور حامي حمى الصحة في العالم، بتوفير القيادة اللازمة لاستراتيجية توفير الصحة للجميع؛

- وضع أصول ومعايير أخلاقية وعلمية عالمية؛

- إعداد صكوك دولية تعزز الصحة العالمية؛

- التعاون تقنياً مع جميع البلدان؛

- تقوية قدرات البلدان على إقامة نُظُم صحية مضمونة الاستمرار وتحسين أداء الوظائف الأساسية للصحة العمومية؛

- حفظ صحة المجتمعات والبلدان المستضعفة والفقيرة؛

- تعزيز الانتفاع بالعلوم والتكنولوجيا الصحية والابتكار فيها؛

- توفير الدور القيادي اللازم لاستئصال أمراض معينة أو التخلص منها أو مكافحتها؛

- تقديم الدعم التقني اللازم للوقاية من الطوارئ الصحية العمومية والإصلاح والتأهيل بعد وقوع الطوارئ؛

- إقامة علاقات شراكة من أجل الصحة.

٩٧- على الصعيد القطري، يعمل مكتب المنظمة القطري بوصفه جزءاً لا يتجزأ من النظام الصحي الوطني. وليس للمنظمة برامج على الصعيد القطري؛ إذ لا يوجد سوى برامج وطنية تدعمها المنظمة. وينبغي لأنشطة المنظمة على

الصعيد القطري أن تتجه نحو التعاون مع الحكومات على تخطيط وبرمجة وتنفيذ وتقييم البرامج الصحية الوطنية التي تمثل جزءاً لا يتجزأ من الخطة الوطنية للتنمية الاجتماعية - الاقتصادية أكثر مما تتجه نحو تنفيذ المشاريع المتفرقة. ومن خلال هذا الدور يمكن للتعاون الوثيق بين السلطات الصحية الوطنية وبين المنظمة على جميع المستويات أن يشمل المساعدات الاستشارية والعملية اللازمة لتعزيز الاعتماد على النفس في الميدان الصحي، في ضوء الظروف الاجتماعية - الاقتصادية والإطار الثقافي.

٩٨- لذلك، يشمل دور المنظمة على الصعيد القطري ما يلي:

- دعم وزارة الصحة في صياغة السياسة الوطنية، وتقوية دورها القيادي في المجال الصحي داخل نطاق الحكومة؛
- تعزيز القضايا الصحية في القطاعات والوزارات الأخرى؛
- تخطيط تعاون المنظمة التقني ورصده وتقييمه؛
- تعزيز التخطيط التنموي المتكامل والذي تشارك فيه هيئات متعددة، والتعاون مع منظومة الأمم المتحدة، مع حفاظ المنظمة على دورها القيادي في المجال الصحي الذي قرره دستورها؛
- حشد الموارد؛
- المواجهة السريعة والكافية للطوارئ الصحية.

وفي إطار هذا التعاون، يتم تشجيع السلطات الوطنية على الانتفاع بخبرة المنظمة على مختلف المستويات لدعم عملية إصلاح القطاع الصحي ومساندة الموقف الوطني في المفاوضات والمناقشات مع المنظمات الدولية والمانحين الدوليين.

٩٩- يشمل دور المكتب الإقليمي للمنظمة ووظائفه المجالات التالية:

- الدعم التقني للبرامج الصحية الوطنية من خلال المكاتب القطرية للمنظمة. والوظيفة الرئيسية للمستشارين الإقليميين هي دعم السلطات الوطنية في مختلف المجالات التقنية لإعداد السياسات والخطط الاستراتيجية الوطنية، ومتابعتها، وتنفيذها، وتقييمها، على أن تُدمج إدماجاً كاملاً في السياسة الصحية الوطنية؛
- إعداد ودعم الآليات الإقليمية والأقاليمية الملائمة للتعاون بين الدول الأعضاء، بما في ذلك الآليات المناسبة للتعاون التقني بين البلدان النامية. علماً بأن المبادئ الأساسية للتعاون التقني بين البلدان النامية هي التضامن، والسيادة، والكرامة، والمساواة، وبناء القدرات الوطنية، والمواهب، ومضمونية الاستمرار. وفي ضوء هذه المبادئ، ينبغي للمكتب الإقليمي صياغة التعاون التقني مع البلدان المتقدمة بناءً على المنفعة المتبادلة. ويمكن في هذا الصدد تعزيز خبرات التوأمة الناجحة. ولا بد من الانتفاع بشبكة المراكز المتعاونة مع المنظمة بالإقليم في

دعم المبادرات الوطنية والإقليمية، لا لدعم التعاون التقني بين البلدان النامية، فحسب، بل كذلك لضمان أن تكون هنالك إسهامات وطنية وإقليمية أصيلة في تطوير العلم والتكنولوجيا؛

- ضمان تمثيل وجهات النظر القطرية وتنسيقها في ما يصاغ من الأصول والمعايير والتشريعات الدولية، ودعم تكييف الأصول والمعايير والتشريعات الدولية المتفق عليها، بما يناسب الأوضاع الوطنية؛
- التعاون مع المنظمات الإقليمية والدولية، بما في ذلك بنوك التنمية الإقليمية، والمنظمات التابعة وغير التابعة للأمم المتحدة، والمنظمات الحكومية واللاحكومية، على إعداد وسائل إقليمية لتحسين صحة شعوب الإقليم؛
- تكثيف الجهود الإقليمية المبذولة للتصدّي للمشكلات الخطيرة التي تؤثر في الفئات الفقيرة والمستضعفة، والمشكلات الصحية التي يستعصي حلها على الوسائل التقليدية. فلا بد من إعداد أساليب ابتكارية على الصعيد الإقليمي للتصدّي لهاتين المجموعتين من المشكلات.

الملحق ١

الجدول ١- التقييم العام للتقدم المحرز نحو بلوغ أهداف توفير الصحة للجميع
في إقليم شرق المتوسط، ١٩٩٦

التقدم المحرز (أ)			قيمة الهدف بحلول سنة ألفين	الأهداف العالمية (ع) والإقليمية (ق)
قليل أو منعدم	متوسط	جيد		
		×	٥٠٠ دولار أمريكي	١- نصيب الفرد من الناتج الوطني الإجمالي (ع)
				٢- معرفة البالغين بالقراءة (ع)
	×		≤ ٧٠٪	• الذكور
	×		≤ ٧٠٪	• الإناث
		×	≤ ٩٠٪	٣- الوضع التغذوي (ع)
×			≤ ٩٠٪	• وزن الوليد
				• وزن الطفل بالنسبة إلى سنّه
	×		≤ ٩٥٪	٤- تيسر الحصول على الماء والإصحاح (ق)
×			≤ ٩٥٪	• الماء الصالح للشرب
×			≤ ٨٥٪	• التخلص الكافي من المرفغات
		×	≤ ٥٪	٥- الإنفاق الصحي الوطني
				• كنسبة مئوية من الناتج الوطني الإجمالي (ع)
×			≤ ٩٥٪	٦- رعاية الأمومة والطفولة من قِبَل عاملين مديريين (ق) ^(١)
	×		≤ ٩٥٪	• الحوامل
				• الرضّع
				٧- التطعيم (ق) ^(ب)
		×	≤ ٩٥٪	• لقاح بي سي جي
		×	≤ ٩٥٪	• الجرعة الثالثة من اللقاح الثلاثي
		×	≤ ٩٥٪	• الجرعة الثالثة من اللقاح الفموي لشلل الأطفال
	×		≤ ٩٥٪	• لقاح الحصبة
	×		≤ ٩٥٪	• الجرعة الثانية من ذوفان الكزاز (توكسويد التانوس)
	×		≤ ٩٥٪	٨- التغطية بالخدمات الصحية المحلية (ق)
				٩- الوضع الصحي
		×	≤ ٦٠ سنة	• مأمول العمر (للذكور) (ع)
		×	≤ ٦٠ سنة	• مأمول العمر (للإناث) (ع)
	×		> ٥٠ في الألف	• وفيات الرضّع (ع)
×			(- ٥٠٪)	• وفيات الأمومة (ق) ^(ج)
	×		صفر	• استئصال شلل الأطفال (ق) ^(د)

(أ) ٨٥٪ لعام ١٩٩٥.

(ب) ٩٥٪ لعام ١٩٩٥.

(ج) (- ٥٠٪) يعني خفض معدل وفيات الأمومة بنسبة ٥٠٪ عن معدلات سنة ١٩٩٠.

(د) الصفر يعني الاستئصال بحلول سنة ألفين.

(هـ) التقدم المحرز: جيد : الهدف قابل للتحقيق أو قد تحقّق بالفعل؛

متوسط : الوضع قد تحسّن ولكن الأمر يستلزم المزيد والمزيد من التقدم؛

قليل أو منعدم : من غير المحتمل تحقيق الهدف من دون جهد هائل.

الملحق ٢

الجدول ٢- البلدان التي لم تبلغ بعد أهداف توفير الصحة للجميع،
بحسب نوع المؤشر، ١٩٩٦

البلدان التي لم تبلغ بعد أهداف توفير الصحة للجميع			الأهداف العالمية (ع) والإقليمية (ق)	
(ج) %	البلد	١٩٩٦ (تقييم ٣) العدد (ب)		١٩٩٠ (تقييم ٢) العدد (ب)
٤٣	أفغانستان، وباكستان، وجيبوتي، والسودان، والصومال	٢٣/٥	٢٢/٥	١- نصيب الفرد من الناتج الوطني الإجمالي (ع) ٢- معرفة البالغين بالقراءة (ع) ١-٢ الذكور
٧١	أفغانستان، وباكستان، والجمهورية اليمنية، والسودان، والصومال، والعراق، ومصر، والمغرب	٢٢/٨	٢٢/١١	٢-٢ الإناث
٩٦	أفغانستان، وباكستان، وتونس، والجمهورية العربية الليبية، وجمهورية إيران الإسلامية، والجمهورية العربية السورية، والجمهورية اليمنية، وجيبوتي، والسودان، والصومال، والعراق، ومصر، والمغرب، والمملكة العربية السعودية	٢٢/١٤	٢٢/١٨	٣- الوضع التغذوي (ع) ١-٣ وزن الوليد
٤٤	أفغانستان، وباكستان، والجمهورية اليمنية، وجيبوتي، والعراق، ولبنان	٢١/٦	٢١/٦	٢-٣ وزن الطفل بالنسبة إلى سنّه
٨٥	أفغانستان، وباكستان، والجمهورية العربية الليبية، وجمهورية إيران الإسلامية، والجمهورية العربية السورية، والجمهورية اليمنية، وجيبوتي، والسودان، والصومال، والعراق، وعمّان، ومصر	١٩/١٢	١٥/١١	٤- تيسر الحصول على الماء والإصحاح (ق) ١-٤ الماء الصالح للشرب
٩٧	أفغانستان، وباكستان، وتونس، وجمهورية إيران الإسلامية، والجمهورية العربية السورية، والجمهورية اليمنية، وجيبوتي، والسودان، والصومال، والعراق، وعمّان، وفلسطين، ولبنان، ومصر، والمغرب، والمملكة العربية السعودية	٢٣/١٦	٢٢/١٣	٢-٤ التخلص الكافي من المرفّغات
٩١	أفغانستان، وباكستان، وتونس، وجمهورية إيران الإسلامية، والجمهورية العربية السورية، والجمهورية اليمنية، وجيبوتي، والسودان، والصومال، والعراق، وفلسطين، ومصر، والمغرب	٢٣/١٣	٢٢/١٤	٥- الإنفاق الصحي الوطني كنسبة مئوية من الناتج الوطني الإجمالي (ج)
٤٠	أفغانستان، والبحرين، وجمهورية إيران الإسلامية، والجمهورية اليمنية، والسودان، وعمّان، وقبرص، والمغرب	١٥/٨	١٤/١٠	

الملحق ٢ (تابع)

الجدول ٢- البلدان التي لم تبلغ بعد أهداف توفير الصحة للجميع،

بحسب نوع المؤشر، ١٩٩٦

البلدان التي لم تبلغ بعد أهداف توفير الصحة للجميع				الأهداف العالمية (ع) والإقليمية (ق)
%	البلد	١٩٩٦	١٩٩٠	
		(٣) تقييم العدد (ب)	(٢) تقييم العدد (ب)	
٩٤	الأردن، وأفغانستان، وباكستان، وتونس، والجماهيرية العربية الليبية، وجمهورية إيران الإسلامية، والجمهورية اليمنية، وجيبوتي، والسودان، والصومال، والعراق، ولبنان، ومصر، والمغرب، والمملكة العربية السعودية	٢٣/١٥	٢٠/١٤	٦- رعاية الأمومة والطفولة من قِبَل عاملين مدرّين (ق) ١-٦ الحوامل
٧٠	أفغانستان، وجمهورية إيران الإسلامية، وجيبوتي، والسودان، وفلسطين، ومصر، والمغرب	٢٠/٧	١٧/٩	٦-٢ الرضّع
٣٠	أفغانستان، وتونس، وجمهورية إيران الإسلامية، والجمهورية اليمنية، وجيبوتي، والصومال، والمملكة العربية السعودية	١٨/٧	١٧/٧	٧- التطعيم (ق) ١-٧ لقاح بي سي جي ^(١)
٧٣	أفغانستان، والإمارات العربية المتحدة، وباكستان، وتونس، والجمهورية اليمنية، وجيبوتي، والسودان، والصومال، والعراق، وقطر، ولبنان، ومصر، والمملكة العربية السعودية	٢٣/١٣	٢٢/٢٠	٧-٢ الجرعة الثالثة من اللقاح الثلاثي
٦٨	أفغانستان، والإمارات العربية المتحدة، وباكستان، وتونس، والجمهورية اليمنية، وجيبوتي، والسودان، والصومال، وقطر، ولبنان، ومصر، والمملكة العربية السعودية	٢٣/١٢	٢٢/٢٠	٧-٣ الجرعة الثالثة من اللقاح الفموي لشلل الأطفال
٧٦	أفغانستان، والإمارات العربية المتحدة، وباكستان، وتونس، والجماهيرية العربية الليبية، والجمهورية اليمنية، وجيبوتي، والسودان، والصومال، وقبرص، وقطر، ولبنان، ومصر، والمغرب، والمملكة العربية السعودية	٢٣/١٥	٢٢/٢١	٧-٤ لقاح الحصبة
١٠٠	الأردن، وأفغانستان، وباكستان، والبحرين، وتونس، والجماهيرية العربية الليبية، وجمهورية إيران الإسلامية، والجمهورية العربية السورية، والجمهورية اليمنية، وجيبوتي، والسودان، والصومال، والعراق، وعمّان، وفلسطين، والكويت، ومصر، والمغرب، والمملكة العربية السعودية	١٩/١٩	١٧/١٦	٧-٥ الجرعة الثانية من ذوفان الكزاز (توكسويد التتائوس)

الملحق ٢ (تابع)

الجدول ٢- البلدان التي لم تبلغ بعد أهداف توفير الصحة للجميع،

بحسب نوع المؤشر، ١٩٩٦

البلدان التي لم تبلغ بعد أهداف توفير الصحة للجميع			الأهداف العالمية (ع) والإقليمية (ق)	
(ج) %	البلد	١٩٩٦ (تقييم ٣) العدد (ب)		١٩٩٠ (تقييم ٢) العدد (ب)
٦٦	أفغانستان، وباكستان، وتونس، وجمهورية إيران الإسلامية، والجمهورية اليمنية، وجيبوتي، والصومال، والمغرب	٢٢/٨	٢٢/١٢	٨- التغطية بالخدمات الصحية المحلية (ق)
٢١	أفغانستان، والجمهورية اليمنية، والسودان، والصومال، والعراق	٢٢/٥	٢٢/٦	٩- الوضع الصحي ٩-١ مأمول العمر (للكور) (ع)
٢١	أفغانستان، والجمهورية اليمنية، والسودان، والصومال، والعراق	٢٢/٥	٢٢/٥	٩-٢ مأمول العمر (للإناث) (ع)
٥٨	أفغانستان، وباكستان، والجمهورية اليمنية، وجيبوتي، والسودان، والصومال، والعراق، والمغرب	٢٣/٨	٢٢/٩	٩-٣ وفيات الرضع (ع)
٦١	باكستان، والجمهورية اليمنية، والسودان، والصومال، والعراق، ومصر	٢٣/٧	٢٢/١٤	٩-٤ استئصال شلل الأطفال (ق)

- (أ) باستثناء خمسة بلدان ليس لقاح بي سي جي مدرجاً في برامجها الوطنية للتطعيم (الأردن، والبحرين، وقبرص، والكويت، ولبنان).
- (ب) الرقم الوارد في شكل كسر يعني ما يلي: البسط = عدد البلدان التي لم تبلغ بعد هدف توفير الصحة للجميع، والمقام = عدد البلدان التي أبلغت بعض المعطيات عن المؤشر.
- (ج) النسبة المئوية للسكان في البلدان التي لم تبلغ بعد هدف توفير الصحة للجميع.