

الاتجاهات السائدة  
والتحديات المطروحة  
في  
مجال الصحة  
العالمية



منظمة الصحة العالمية  
جنيف

## الاتجاهات السائدة والتحديات المطروحة في مجال الصحة العالمية

### تقرير من الأمانة

١- تختلف النتائج الصحية اختلافا كبيرا بحسب المناطق في العالم. وبظل التباين قائما حتى فيما بين البلدان التي تتمثل مستويات إيراداتها. ويعزى بعض هذا التفاوت الى أداء النظم الصحية اذ أن الاختلافات القائمة في تصميمها ومضمونها وادارتها تؤدي الى اختلافات في النتائج. ومن الأساسي أن يدرك صانعو القرار على جميع المستويات هذا التفاوت حتى يتسنى تحسين أداء النظم وصحة السكان.

٢- وتحسين صحة السكان لا يعني فقط توفير المزيد من الخدمات الصحية. ويمكن تعريف النظام الصحي بأنه نظام يشمل جميع المنظمات والمؤسسات والموارد التي تخصص للأششطة الصحية. والعمل الصحي هو أي جهد يرمي بالدرجة الأولى الى تحسين صحة السكان سواء بـذل في قطاع خدمات الرعاية الصحية الشخصية أو في نظام الخدمات الصحية غير الشخصية أو من خلال الأعمال المشتركة بين القطاعات.

## مرامي النظم الصحية

٣- يمكن مفهوم النظام الصحي هذا من توسيع نطاق التركيز الذي ينصب بصورة تقليدية على خدمات الرعاية الصحية الشخصية. ويبين الشكل ١ موقع النظام الصحي بالنسبة الى نظم اجتماعية متنوعة والمرامي التي تسعى المجتمعات الى بلوغها ولكل نظام مرمى يعرفه ويتصل بلب نشاطه، فنظام التعليم يسعى الى تثقيف الناس والنظام الصحي يسعى الى تحسين صحة الناس.

الشكل ١- المرامي والنظم الاجتماعية

المرامي الاجتماعية	النظم الاجتماعية					
	التعليمية	الصحية	الاقتصادية	السياسية	الثقافية	غيرها
التعليم						
الصحة						
الاستهلاك						
المشاركة الديمقراطية						
المعارف						
المرامي الأخرى						
القدرة على الاستجابة						
العدالة في التمويل						

WHO 99463

٤- وبالإضافة الى هذه المرامي الرئيسية يشترك كل نظام مع النظم الأخرى في مرميين اثنين وهما مبيانان في الخانتين الأخيرتين. وأولهما هو القدرة على الاستجابة لتطلعات السكان المشروعة. والمواطنون، في تعاملهم مع كل نظام، لهم تطلعات تتجاوز مجرد المرمى الرئيسي كأن يعاملوا بكرامة واحترام مثلا.

٥- والمرمي المشترك الثاني هو العدالة في مجال التمويل. وهذه العدالة في المجال الصحي مختلفة نوعا ما عن التبادل العادل والبسيط بالقيمة والمال السائد في الأسواق ذلك لأنها تشمل أيضا الرغبة في تفادي الوقوع في براثن الفقر بسبب مرض يصيب الفرد أو أحد أقاربه. وتقتضي العدالة في المجال الصحي تجميع مخاطر الخسارة الى حد ما.

٦- ويؤثر بلوغ هذه المرامي الصحية في الأنظمة الأخرى أيضا، والعكس صحيح كما هو مبين في كل عمود. وعلى سبيل المثال فان نتائج النظام الصحي المتمثلة في تحسين الصحة قد تؤدي الى تحسين المكاسب التعليمية وتعزيز النمو الاقتصادي والمشاركة السياسية، والعكس صحيح أيضا. وقد أبرزت المديرية العامة الأهمية التي تكتسبها هذه المرامي المشتركة بين القطاعات في العديد من خطبها حول أهمية تحسين الصحة كمحرك للنمو الاقتصادي.

٧- ولكي تؤدي النظم الصحية الى تحسين الصحة يجب أن تركز أنشطة رصد الأداء على الحالة الصحية ومدى الاستجابة والعدالة في مجال التمويل. ويبين الشكل ٢ اطار هذه المرامي الثلاثة. أولا، يعني بلوغ مرامي الحالة الصحية تحسين متوسط صحة السكان. ثم ان تدهور الحالة الصحية يصيب مجموعات أو فئات معينة من المجتمع بصورة متفاوتة ولذلك فان من المهم أيضا التخفيف من أوجه الغبن في المجال الصحي.

الشكل ٢- مرامي النظم الصحية

	المستوى	التوزيع	} الكفاءة
الصحة	✓	✓	
الاستجابة	✓	✓	
العدالة في التوزيع		✓	
	الجودة	الاتصاف	

٨- ثانياً، ان مدى الاستجابة، شأنه في ذلك شأن الصحة، يسعى الى بلوغ مرمى ذي شقين هما رفع متوسط قدرة النظام الصحي على الاستجابة، والحد من جوانب الغبن في مبادرات الاستجابة. وأخيراً، يظل الشغل الشاغل بالنسبة للعدالة في مجال التمويل والحماية من المخاطر المالية هو مستوى التوزيع بين الأسر.

٩- ولاستكمال هذا الاطار النظري تترجم المرامي الى عناصر الجودة والانصاف والكفاءة. وهذه المفاهيم التي عادة ما يتم استطلاعها أساساً لرصد أداء النظم الصحية يمكن أن يتم قياسها الآن بشكل ذي مغزى - اذ يعكس مستوى صحة السكان ومستوى قدرة النظام على الاستجابة لمفهوم الجودة، ويشمل توزيع تلك العناصر الثلاثة مفهوم الانصاف، في حين تبين نتائج هذه العناصر الخمسة، التي تعتمد على الموارد المستثمرة في النظام الصحي، مفهوم الكفاءة.

١٠- ويتيح هذا الاطار النظري قاعدة لقياس أداء النظام، أي بحث مدى نجاح النظم الصحية في بلوغ هذه المرامي. وتتناول الفقرات التالية، كخطوة أولى، الاتجاهات الحالية والمستقبلية التي تسود الحالة الصحية كما تتناول أداء النظم الصحية فيما يتعلق ببلوغ المرامي الثلاثة. وتتصدى هذه الوثيقة في النهاية للعوامل الرئيسية المسببة للتفاوتات القائمة في أداء النظم الصحية.

## الحالة الصحية

١١- تحتوي المعطيات المتعلقة بالوفيات على معلومات مفيدة كخطوة أولى لوصف الحالة الصحية الحالية في العالم. ويبين الشكل ٣ معدل وفيات الذكور في العالم مع احتمال الوفاة بين الميلاد وسن الخامسة (٠.١٥)\* على المحور (س) واحتمال الوفاة بين سني ١٥ و ٦٠ عاماً (٤٥)إ\* على المحور (ص). ويبين الشكل الاحداثية العامة ٤٥ إ ١٥ بالنسبة

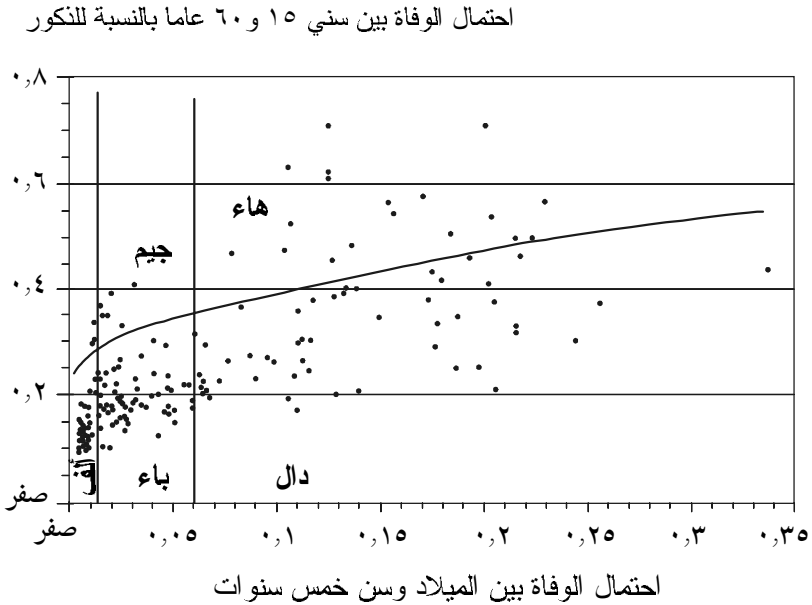
\* ٥ احداثيات عامة.

\*\* ٤٥ احداثية عامة ١٥.

## الاتجاهات السائدة والتحديات المطروحة في مجال الصحة العالمية

الى الذكور لأن التفاوت فيما بين البلدان فيما يتعلق بنمط وفيات الذكور يزيد بمراحل على نمط وفيات الاناث والذي هو أوثق صلة بمستويات وفيات الأطفال ويضم الشكل في صيغته النهائية البلدان في خمس فئات.

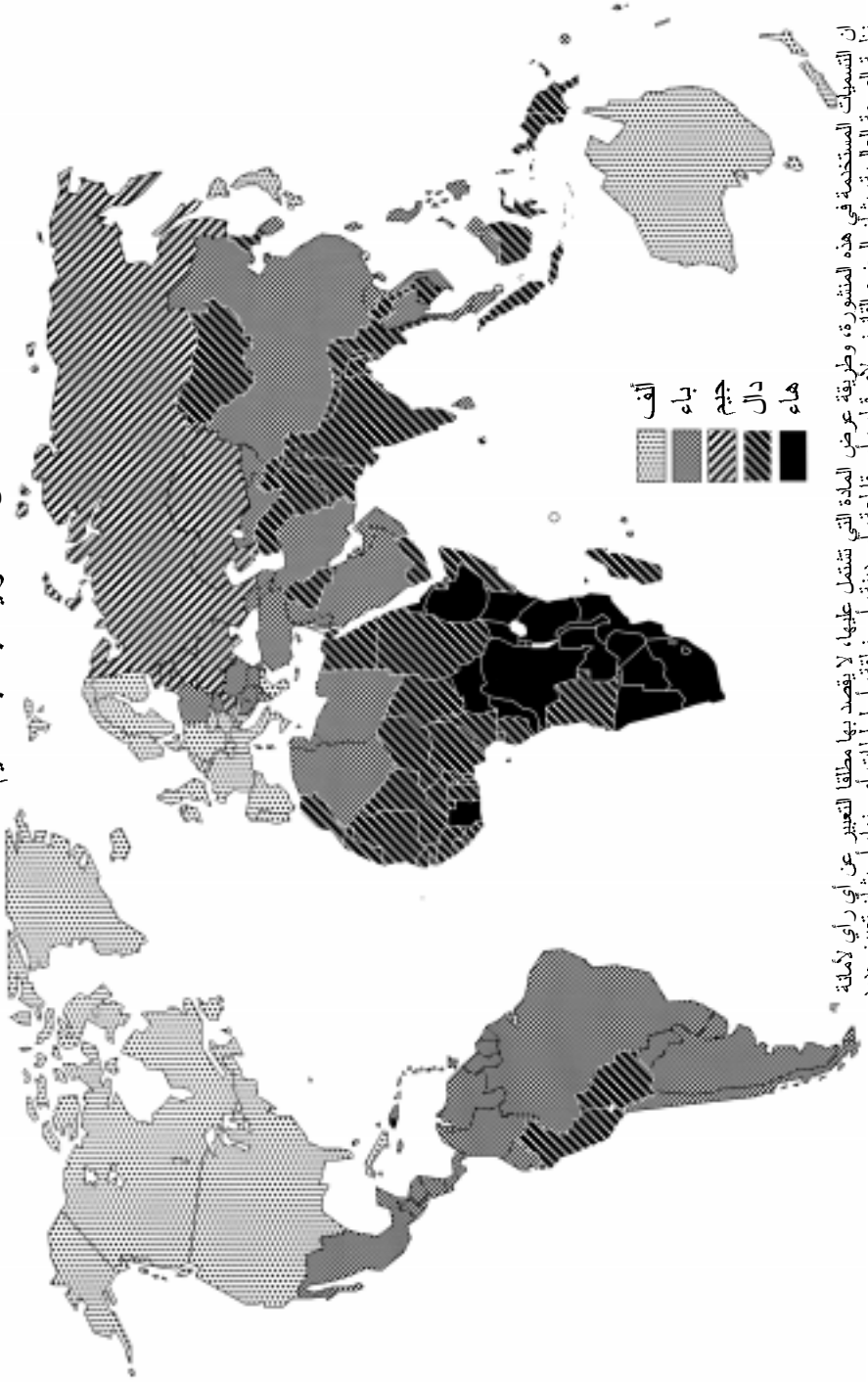
الشكل ٣- معدل وفيات الذكور بين الأطفال والرجال بحسب البلدان، مع الإشارة الى مجموعات الوفيات (الأقاليم التي تحدث فيها الوفيات)



99456WHO

١٢- وتقسّم الخريطة الواردة في الشكل ٤ بلدان العالم الى خمسة أقاليم حسب الوفيات. فتشهد بلدان الفئة "ألف" مستوى منخفضاً من وفيات الأطفال والبالغين اناثاً وذكوراً وتشكل هذه الفئة كندا والولايات المتحدة الأمريكية ومعظم بلدان أوروبا الغربية والوسطى وأستراليا ونيوزيلندا واليابان. وتشهد بلدان الفئة "باء" مستويات متوسطة من وفيات الأطفال والبالغين وتقع هذه البلدان أساساً في أمريكا اللاتينية وأقليم شرق المتوسط ومناطق من جنوب شرق آسيا والصين.

#### الشكل ٤ - الوفيات بحسب الأقاليم



ان التسميات المستخدمة في هذه المنشورة، وطريقة عرض المادة التي تشتمل عليها، لا يقصد بها مطلقا التعبير عن أي رأي لأمانة منظمة الصحة العالمية، بشأن الوضع القانوني لأي قطر، أو مقاطعة، أو مدينة، أو منطقة، أو لسلطات أي منها، أو بشأن تعيين حدود أي منها أو تحومها، و الخطوط المتقطعة الواردة في الخريطة تمثل حدودية تقريبية قد لا يوجد بعد أي اتفاق بشأنها.

١٣- وتشهد بلدان الفئة "جيم" المستوى ذاته المسجل في الفئة "باء" فيما يخص وفيات الأطفال في حين تشهد مستويات أعلى بالنسبة لوفيات الذكور البالغين. وتقع كل هذه البلدان في أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى. وتسجل في بلدان الفئة "دال" مستويات عالية من وفيات الأطفال والبالغين على السواء، وهي تقع في آسيا وأفريقيا جنوبي الصحراء الكبرى. وتحدث في بلدان الفئة "هاء"، والواقعة قاطبة في أفريقيا جنوبي الصحراء الكبرى، مستويات عالية جدا من وفيات الذكور البالغين ويشهد معظمها مستويات عالية جدا من وفيات الاناث والناجمة عن الايدز الى حد كبير.

١٤- ولاستكمال هذه اللمحة الوجيزة عن الحالة الراهنة تكتسي اتجاهات الوفيات أهمية لفهم الصحة العالمية. وقد انخفضت معدلات وفيات كل من الأطفال والبالغين على السواء في العالم ولكن يبدو أن التفاوت في نسب الانخفاض في سبيله الى الارتفاع وأن ذلك الانخفاض اتخذ اتجاهها معاكسا في بعض المواضع الأكثر فقرا في العالم. ويبين الشكل ٥ ركودا في معدلات انخفاض وفيات الأطفال، مقيسة بالاحداثيئة العامة ٠١٥، في كوت ديفوار وجنوب أفريقيا.

١٥- ويبين الشكل أيضا اتجاهات وفيات الأطفال في البلدين اللذين يضمان أكبر عدد من السكان في العالم وهما الصين والهند. ورغم أن آخر المعلومات الواردة من الصين ليست بحديثة فانها توجي بأن انخفاض معدل وفيات الأطفال قد تباطأ منذ منتصف أو نهاية الثمانينات. وفي الهند ما فتئت معدلات وفيات الأطفال تتخفف ولكن ببطء.

١٦- ويقابل هذا التفاوت في اتجاهات معدلات وفيات الأطفال التباين المسجل في اتجاهات وفيات البالغين. ويسوق الشكل ٦ أمثلة من أربعة بلدان. وتدل المعطيات الواردة من الاتحاد الروسي على حدوث اتجاه معاكس نحو الارتفاع في اتجاهات الوفيات مؤخرا، وفي الولايات المتحدة، التي شهدت ركودا في وفيات الذكور البالغين خلال أكثر من عقد من الزمن، حدثت تحسينات كبيرة خلال السنتين المنصرمتين بفضل نجاعة العلاج الثلاثي الأدوية في تقليص عدد الوفيات الناجمة عن الايدز.

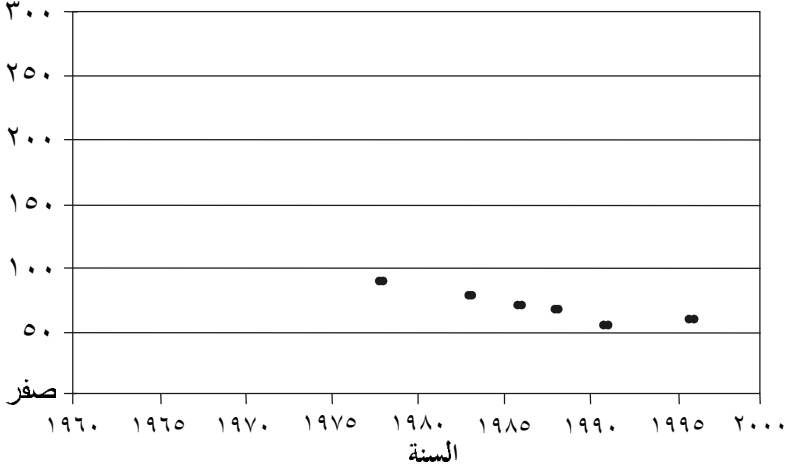


الاتجاهات السائدة والتحديات المطروحة في مجال الصحة العالمية

الشكل ٥- اتجاهات الوفيات لدى الأطفال دون الخامسة من العمر ١٩٦٠-١٩٩٦\*

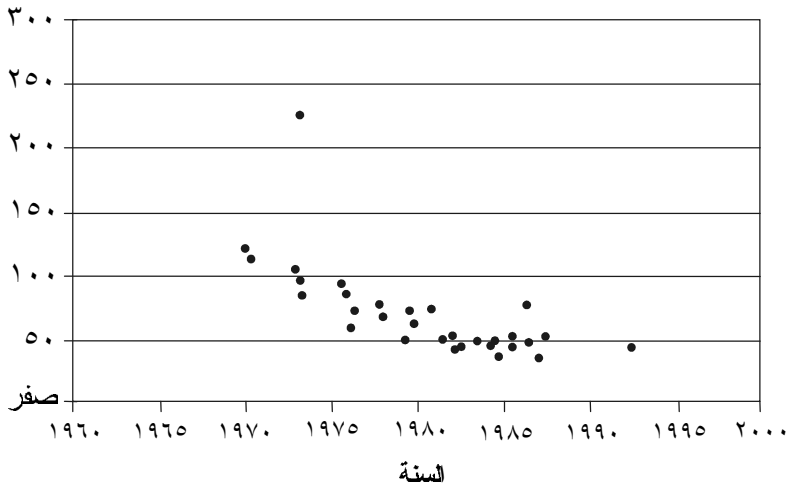
جنوب أفريقيا

معدل وفيات الأطفال دون الخامسة (الوفيات لكل ١٠٠٠ مولود)



الصين

معدل وفيات الأطفال دون الخامسة (الوفيات لكل ١٠٠٠ مولود)



\* تمثل النقاط السوداء المنفصلة في فترات معينة من الزمن البيانات المستمدة من شتى المصادر.

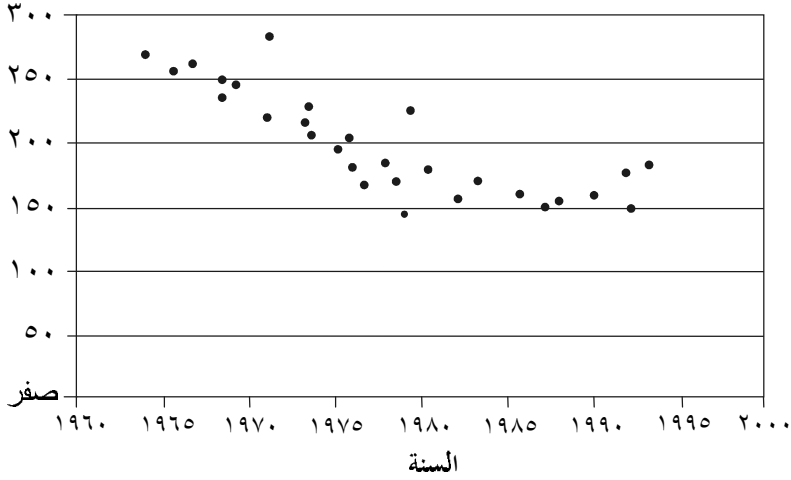
WHO 99461/a

الاتجاهات السائدة والتحديات المطروحة في مجال الصحة العالمية

الشكل ٥ - اتجاهات الوفيات لدى الأطفال دون الخامسة من العمر ١٩٦٠-١٩٩٦\*

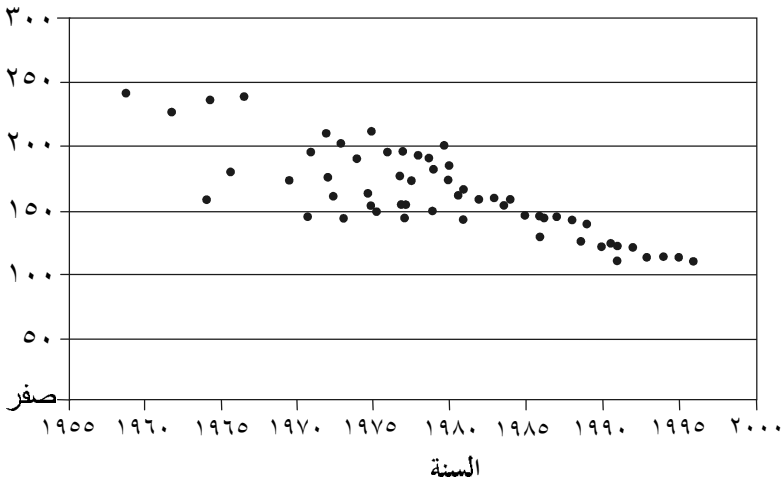
كوت ديفوار

معدل وفيات الأطفال دون الخامسة (الوفيات لكل ١٠٠٠ مولود)



الهند

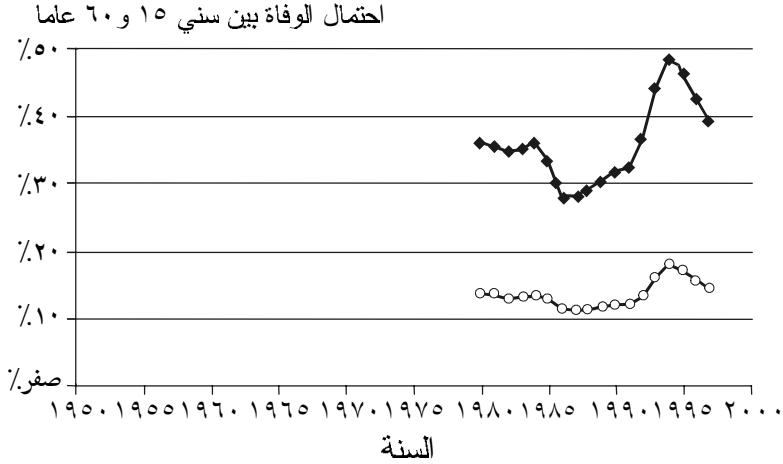
معدل وفيات الأطفال دون الخامسة (الوفيات لكل ١٠٠٠ مولود)



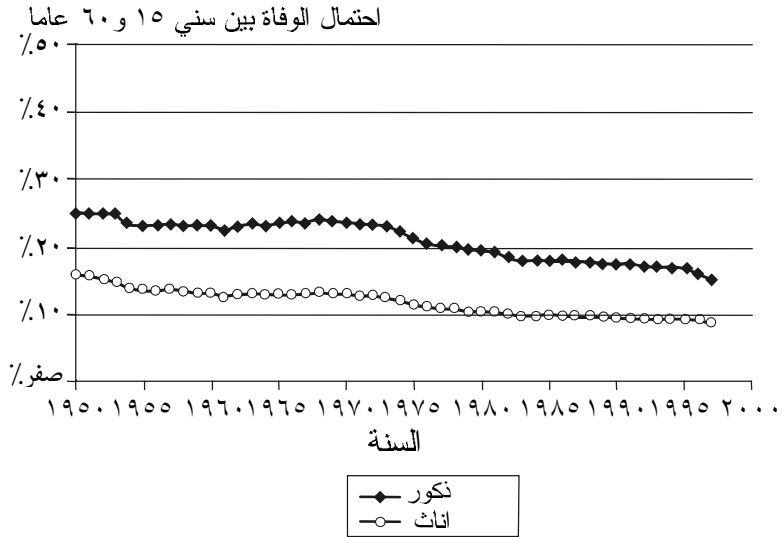
\* تمثل النقاط السوداء المنفصلة في فترات معينة من الزمن البيانات المستمدة من شتى المصادر.

## الاتجاهات السائدة والتحديات المطروحة في مجال الصحة العالمية

الشكل ٦- احتمال الوفاة بين سني ١٥ و ٦٠ عاما حسب الجنس ، في بلدان مختارة  
الاتحاد الروسي



## الولايات المتحدة الأمريكية

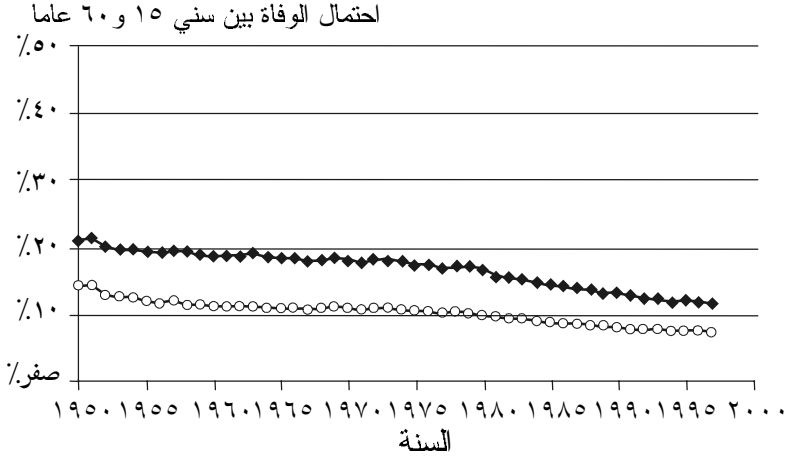


WHO 99457a

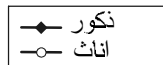
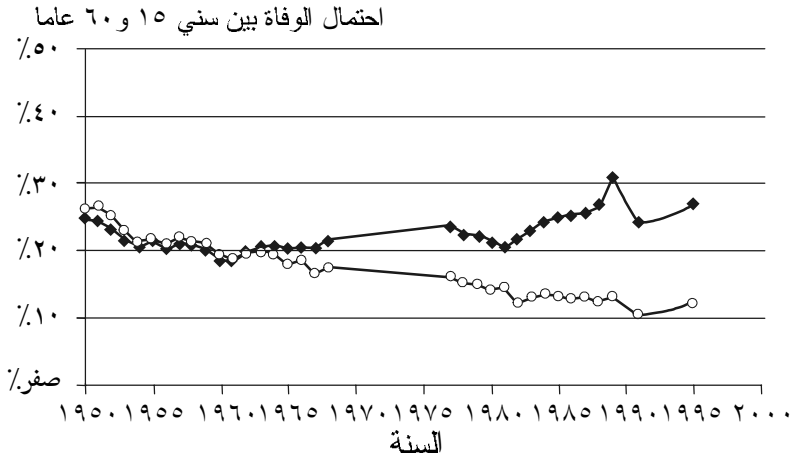
الاتجاهات السائدة والتحديات المطروحة في مجال الصحة العالمية

الشكل ٦- احتمال الوفاة بين سني ١٥ و ٦٠ عاما حسب الجنس، في بلدان مختارة

المملكة المتحدة



سري لانكا



WHO 99457/b

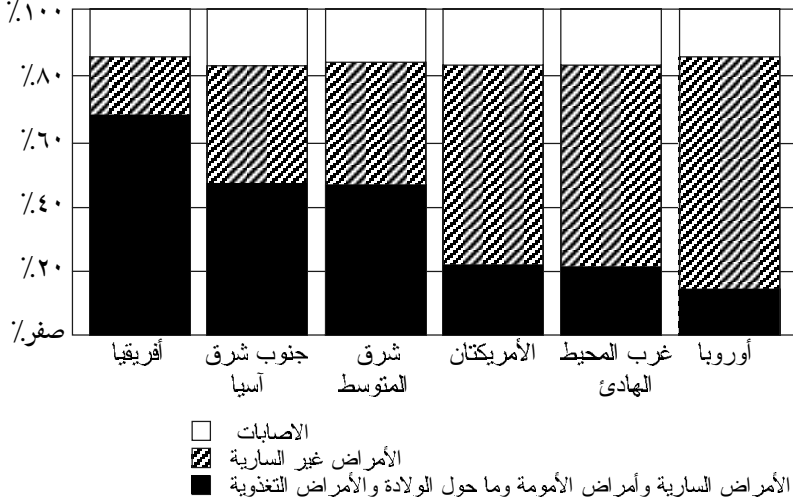
وبيين الشكل أيضا معطيات من المملكة المتحدة حيث تم تسجيل نسب مئوية مهمة من انخفاض الوفيات خلال العقدين المنصرمين وهي نسب لم تسجل في جميع البلدان الأوروبية بما فيها العديد من البلدان المرتفعة الدخل. وبيين الشكل أيضا نمطا غير منتظم في سري لانكا حيث بدأت معدلات وفيات الاناث البالغات تتحسن كثيرا في السبعينات والثمانينات في حين لم تتحسن معدلات وفيات الذكور البالغين مما أدى الى اتساع كبير في الفوارق بين معدلات وفيات الجنسين.

١٧- وبدون ريب فان الوصول الى نتائج مؤكدة تظل معطيات الوفيات وحدها غير كافية كوسيلة لقياس الصحة بل يجب وصف تجربة السكان الصحية بأكملها عن طريق ما يسمى في منظمة الصحة العالمية بالتدابير الموجزة لصحة السكان. ويستعمل تدبيران موجزان لصحة السكان استعمالا مكثفا في تقرير المنظمة السنوي الخاص بالصحة في العالم، والتدبير الأول هو مأمول الصحة ويقاس من خلال مأمول العمر المصحح باحتساب مدد التعوق. ولا يشمل هذا التدبير الوفيات المبكرة فحسب وانما أيضا الوقت الذي يقضيه المرء في حالة صحية لا تصل الى حالة اكتمال العافية. وبعد مقارنة مأمول العمر المصحح باحتساب مدد التعوق مع مأمول العمر نحصل على مقياس لجزء من فترة من العمر التي يقضيها المرء في حالة صحية لا تصل الى حالة اكتمال العافية ووخامة الحالات التي يقع فيها فريسة للمرض.

١٨- وعلى المنوال ذاته فان مقاييس الفوارق في الحالات الصحية - التي تقارن مستوى الصحة لدى فئة من السكان وتسعى الى بلوغ هدف تقنييسي فيما يخص أولئك السكان، تساعد على فهم الأسباب الرئيسية الكامنة وراء عبء المرض وذلك من حيث عوامل المرض وحالات الاختطار. وبيين الشكل ٧ الفوارق في الحالات الصحية في كل اقليم من أقاليم المنظمة من حيث سنوات العمر المصححة باحتساب مدد التعوق وبتقسيمها الى ثلاث مجموعات رئيسية من الأسباب هي: الأمراض السارية، وأمراض الأمومة وفترة ما حول الولادة؛ والأمراض غير السارية؛ والاصابات.

الاتجاهات السائدة والتحديات المطروحة في مجال الصحة العالمية

الشكل ٧ - توزيع معدلات سنوات العمر المصححة باحتساب مدد التعوق حسب السبب والإقليم التابع للمنظمة، ١٩٩٨



WHO99454

١٩- وفي الأمريكتين وأوروبا وغرب المحيط الهادئ يقلص عبء الأمراض الناجمة عن عوامل غير سارية من عبء الأمراض السارية. وفي اقليمي شرق المتوسط وجنوب شرق آسيا تزايد أهمية الأمراض السارية تدريجيا في حين أنها تمثل في أفريقيا العامل الرئيسي المساهم في عبء المرض. وتتفاوت الحصة الناجمة عن الإصابات، والمبينة في أعلى كل عمود، تفاوتاً كبيراً عبر الأقاليم. ويبين الجدول ١، الذي يستند الى تقديرات المنظمة للتقرير الخاص بالصحة في العالم لعام ١٩٩٩، الأسباب الرئيسية العشرة للفوارق في الحالات الصحية مقيسة أيضاً من زاوية سنوات العمر المصححة باحتساب مدد التعوق. والأسباب الثلاثة الأولى هي العوامل الرئيسية التي تفتك بالأطفال في المناطق الفقيرة في العالم. وفي المرتبة الرابعة نجد الايدز والعدوى بفيروسه مما يدل على الزيادة الخطيرة التي شهدتها العقد الأخير في عبء المرض الناجم عن فيروس الايدز. وفي المرتبة الخامسة نجد الاكتئاب أحادي القطب الخطير مما يبرز كيف أن هذا التدبير، الذي يجسد الأحداث الصحية المميتة وغير المميتة، يؤدي الى تقييم

## الاتجاهات السائدة والتحديات المطروحة في مجال الصحة العالمية

للمشاكل الصحية يختلف عن التقييم الذي يركز فقط على الوفيات. وفي المرتبة السادسة نجد مرض القلب الإقفاري تليه السكتة في المرتبة السابعة. والملاريا هي العامل الثامن الذي يساهم في عبء المرض في العالم يليه كل من حوادث الطرقات والسل.

### الجدول ١- الأسباب الرئيسية العشرة لسنوات العمر المصححة باحتساب مدد التعوق، ١٩٩٨

المرتبة	السبب	النسبة المئوية العالمية لسنوات العمر المصححة باحتساب مدد التعوق
١	أمراض جهاز التنفس السفلي	٦,٠
٢	اصابات ما حول الولادة	٥,٨
٣	أمراض الاسهال	٥,٣
٤	الايبز والعدوى بفيروسة	٥,١
٥	الاكتئاب أحادي القطب الخطير	٤,٢
٦	مرض القلب الإقفاري	٣,٨
٧	المرض المخي الوعائي	٣,٠
٨	الملاريا	٢,٨
٩	حوادث الطرقات	٢,٨
١٠	السل	٢,٠

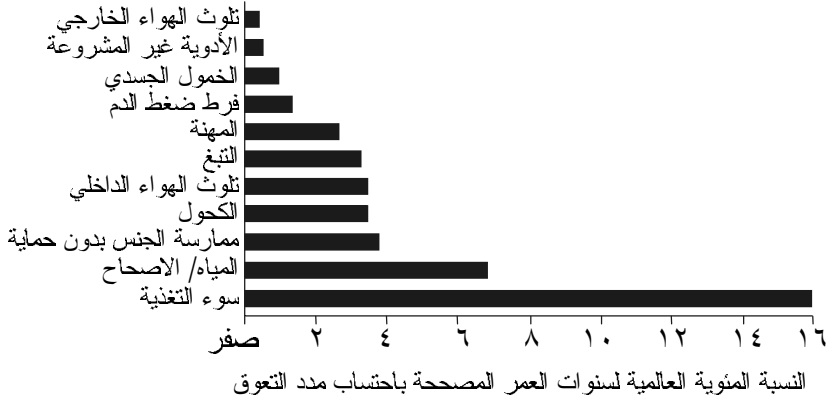
WHO99466

٢٠- ويعرض الشكل ٨ ترتيباً لمساهمة ١١ عاملاً من عوامل الاختطار الكبرى في عبء المرض في العالم. وعوامل الاختطار الأكثر أهمية هي سوء تغذية الأطفال والممارسات السيئة فيما يتعلق بالمياه والاصحاح مما يساهم في عبء كبير من المرض لاسيما في أقل البلدان نمواً. ويتسبب كل عامل من خمسة من عوامل للاختطار - ممارسة الجنس بدون حماية وتعاطي الكحول وتلوث الهواء الداخلي وتعاطي التبغ والتعرض المهني -

## الاتجاهات السائدة والتحديات المطروحة في مجال الصحة العالمية

في ٣٪ إلى ٤٪ من عبء المرض في العالم. ويتمثل الأثر الرئيسي الذي تتركه معاقرة الكحول في التعوق وليس الوفيات. ويعد تلوث الهواء الداخلي من العوامل الكبرى المساهمة في وفيات الأطفال الناجمة عن الأمراض التنفسية في مناطق فقيرة من العالم. ولايزال تعاطي التبغ في ارتفاع مما يعني أن أثره العالمي على المرض سيزيد. أما التعرض المهني وفرط ضغط الدم والخمول الجسدي وتعاطي الأدوية غير المشروعة وتلوث الهواء الخارجي، وان ظلت عوامل أقل أثراً، فإنها تكنتسي أهمية خاصة في مختلف أصقاع العالم.

الشكل ٨- عبء المرض المترتب على عوامل اختطار مختارة، ١٩٩٥



WHO99455

٢١- وبعد هذا الاستطلاع الوجيز للاتجاهات المتعلقة بالمؤشرات الصحية وبعض المصادر الحالية لعبء المرض من حيث الأمراض وعوامل الاختطار من الأهمية بمكان استشراف المستقبل. وفي العديد من القرارات السياسية، كالاستثمار في رأس المال البشري والبنية التحتية المادية والبحوث والتطوير مثلاً، يجب استباق التحديات الصحية المستقبلية. وتعمل المنظمة على إبراز الأهمية الحاسمة التي تكمن في اتباع سياسة عامة تستشرف المستقبل خاصة وأنها وظفت الكثير من الاستثمارات من أجل تعزيز القدرات بغية العمل مع الدول الأعضاء سعياً إلى وضع سيناريوهات مستقبلية للصحة.



## الاتجاهات السائدة والتحديات المطروحة في مجال الصحة العالمية

٢٢- ويسوق الجدول ٢ مثالاً لسيناريو مستقبلي للصحة في عام ٢٠٢٠ وقد تم وضعه بناء على نموذج محدد واستناداً الى قاعدة القرائن فيما يتعلق بالمستويات والاتجاهات الخاصة بالعوامل الرئيسية المحددة للصحة باستعمال سنوات العمر المصححة باحتساب مدد التعوق لقياس الفوارق المتوقعة في الحالة الصحية. ومن المتوقع أن تتحول الأسباب الرئيسية لعبء المرض في العالم من نمط تسوده الأمراض السارية التي تفك بالاطفال الفقراء الى نمط تسوده الأمراض غير السارية والاصابات. وتشير الاسقاطات الى أن الأسباب الرئيسية ستشمل مرض القلب الاقفاري والاكتئاب وحوادث الطرقات تليها السكتة ومرض انسداد الرئة ثم أمراض جهاز التنفس السفلي والسل وربما الحروب وأمراض الاسهال والايذز والعدوى بفيروسه.

الجدول ٢- الأسباب الرئيسية العشرة لسنوات العمر المصححة باحتساب مدد التعوق، ٢٠٢٠

المرتبة	السبب	النسبة المئوية العالمية لسنوات العمر المصححة باحتساب مدد التعوق
١	مرض القلب الاقفاري	٥,٩
٢	الاكتئاب أحادي القطب الخطير	٥,٧
٣	حوادث الطرقات	٥,١
٤	المرض المخي الوعائي	٤,٤
٥	مرض انسداد الرئة المزمن	٤,١
٦	أمراض جهاز التنفس السفلي	٣,١
٧	السل	٣,١
٨	الحروب	٣,٠
٩	أمراض الاسهال	٢,٧
١٠	الايذز والعدوى بفيروسه	٢,٦

WHO99467

٢٣- وهناك خمسة عوامل رئيسية - أو على الأقل خمسة مخاطر - حاسمة في التغيير المرتقب في الصحة وهي جديرة بالذكر في هذا الاطار

لما لها من أهمية. أولها التبغ وهو عامل رئيسي من عوامل الاختطار في نهاية القرن العشرين ومن الأرجح أن يظل كذلك في القرن الحادي والعشرين. وثانيها الأيدز والعدوى بفيروسه، والذي سيظل يؤدي بحياة المزيد من الأطفال والبالغين في مناطق الخطر خلال العقد المقبل. وثالثها تشيخ سكان العالم ورابعها زيادة متوسط عمر السكان في جميع أنحاء العالم. وسيؤدي هذا التحول في العمر الى تغيير عميق في جملة أسباب الوفيات التي ينبغي التصدي لها وهو ناتج عن عاملين حاسمين هما: تغير مستويات الخصوبة وتغير مستويات الوفيات.

٢٤- وتجدر الإشارة الى مسألة الخصوبة بوجه خاص إذ أن اسقاطات الأمم المتحدة تشير الى أن المستوى الذي قد يصير سائدا في عدد متزايد من البلدان سيكون دون مستوى خصوبة الاحلال. ويتجلى التغير الذي يطرأ على الوفيات في مكاسب على مستوى مأمول العمر إذ يشهد عدد المسنين البالغين ٦٥ سنة من العمر أو أكثر ارتفاعا كبيرا. أما العامل الخامس فيتمثل في الانخفاض المتوقع حدوثه مستقبلا في وفيات الأطفال، ويعزى ذلك الانخفاض، الذي قد يحدث سريعا، الى وضع طرق ناجعة لمعالجة الأمراض السارية بفضل التقدم العلمي في مجال البيولوجيا الجزيئية.

## جوانب الغبن في مجال الصحة

٢٥- ان المستوى الصحي السائد وحده ليس كافيا، على أهميته، لقياس أداء النظم الصحية. بل ان لتوزيع الرعاية الصحية داخل البلدان، أهميته الحاسمة في ذلك أيضا وذلك يعني معرفة مدى استفحال جوانب الغبن في المجال الصحي.

٢٦- ويمكن اتباع نهجين اثنين في قياس جوانب الغبن في مجال الصحة. حيث يمكن تقسيم سكان أي بلد من البلدان الى مجموعات وفقاً لعوامل محددة مثل الدخل، ومستوى التعليم، والأصل العرقي، من ناحية، ووفق مؤشرات صحية أساسية من قبيل معدل وفيات الرضع، ومتوسط

العمر المأمول، ومن ثم حساب مدى انتشار الأمراض الهامة بالنسبة لكل مجموعة ومقارنتها.

٢٧- ومن ناحية أخرى يمكن استقصاء التباين بصورة مباشرة من خلال دراسة مقياس مسلسل لأحد المؤشرات الصحية - اذ يمكن على سبيل المثال أن تتراوح وفيات الأطفال، بما يبلغ ٤٠ مثلا، ما بين ٢٠٠ في الألف بالنسبة لأفراد أدنى طبقة اجتماعية اقتصادية و٥ في الألف لأفراد أعلى طبقة اجتماعية اقتصادية. ويقوم كلا النهجين على الفكرة القائلة بأن الفوارق الصحية لا تثير الاهتمام الا اذا تم ربطها بعنصر آخر من عناصر الرفاه مثل الدخل أو التعليم أو الطبقة الاجتماعية. وتعتقد المنظمة بأن الفوارق في الصحة تتسم بأهمية جوهرية وليس فقط عند ربطها بعوامل اجتماعية اقتصادية أخرى، وذلك لأن الصحة تمثل عنصرا أساسيا من عناصر الرفاه. ولتجسيد هذا الاهتمام بالصحة من أجل الصحة في حد ذاتها، شجعت المنظمة على وضع مقاييس لمعرفة مدى استفحال الغبن في مجال الصحة ضمن أية مجموعة سكانية.

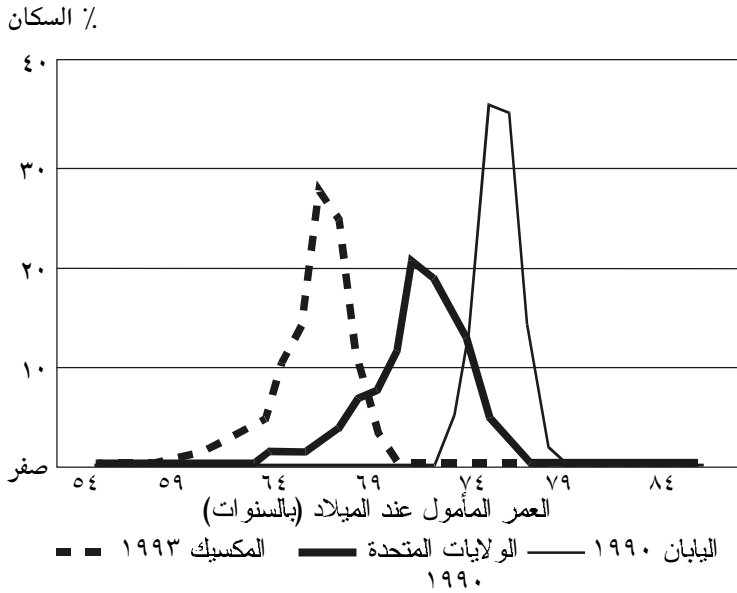
٢٨- واذا كان كلا النهجين اللذين ورد ذكرهما أعلاه يبين بعض جوانب الغبن في المجال الصحي، فانه يمكن التعرف عليها بصورة أدق بإجراء مقارنات بين مناطق صغيرة. ويتم ذلك بحساب المؤشرات الصحية لمجموعات صغيرة من السكان، يتم وضعها بتقسيم البلد المعني الى مجموعات سكانية متجانسة نسبيا تضم الواحدة منها على سبيل المثال ١٠.٠٠٠ نسمة. ويبين الشكل ٩ الذي يستند الى مقارنات بين مناطق صغيرة في المكسيك والولايات المتحدة واليابان مدى استفحال الغبن في المجال الصحي والتباين في هذا الصدد بين مختلف البلدان على نحو يثير الاستغراب.

٢٩- ويظهر الرسم البياني توزع متوسط العمر المأمول لدى الذكور، الذي تم حسابه على أساس المناطق الصغيرة لكل واحد من البلدان الثلاثة الأنفة الذكر. ففي هذه البلدان الثلاثة نجد أن متوسط العمر المأمول هو الأعلى في اليابان والأدنى في المكسيك، ولكن اذا ما تم ترتيب الأمر على

## الاتجاهات السائدة والتحديات المطروحة في مجال الصحة العالمية

أساس معرفة جوانب الغبن المتمثل في امتداد التوزيع، فإن الأمر يختلف تماما. فأوجه الغبن في المجال الصحي في اليابان ضئيلة كما يتبين من التوزيع الطويل الضيق نسبيا الذي يشير الى أن متوسط العمر المأمول للذكور متشابه في معظم المناطق. وفي مقابل ذلك فإن التوزيع في الولايات المتحدة أعرض من ذلك وأوسع نطاقا، مما يشير الى تباين أكبر في متوسط العمر المأمول حسب المناطق الصغيرة. وتعتبر المكسيك من هذا المنظور في وضع وسطي، حيث متوسط العمر المأمول فيها أدنى مما هو عليه في الولايات المتحدة ولكن أوجه الغبن فيها أقل شأنًا كذلك.

الشكل ٩- توزيع السكان حسب متوسط العمر المأمول للذكور عند الميلاد



WHO99458

٣٠- وقد وضعت المنظمة طرقا لقياس جوانب الغبن التي تؤدي الى حدوث وفيات الأطفال، وتبين لها أن بعض المجموعات السكانية تعاني من مستويات أقل من حيث وفيات الأطفال ولكنها تواجه أوجه غبن أكبر

بكثير، في حين أن مجموعات أخرى ترتفع فيها معدلات وفيات الأطفال ولكن أوجه الغبن فيها تتراوح بين المتوسطة والمرتفعة. ويبرز كل من هذين النهجين التحليليين أهمية عدم الاقتصار على أخذ صحة المجموعات السكانية وحدها بعين الاعتبار ولكن أيضا توزيع الرعاية الصحية ضمن المجموعات السكانية.

## مدى الاستجابة

٣١- فيما يخص المرامي الثلاثة الوارد ذكرها في البداية - تحسين الصحة ومدى الاستجابة والعدالة - فان هذه التحليلات تتعلق بصورة رئيسية بأول هذه المرامي ألا وهو تحسين الصحة. وقد تكشّف وضع فكرة مدى الاستجابة موضع التنفيذ عن آفاق جديدة كلياً من الناحيتين النظرية والمنهجية على حد سواء.

٣٢- فمن الناحية النظرية، تستند الاستجابة الى مجموعتين من العناصر: تضم الأولى منها احترام كرامة الفرد، والاعتماد على الذات فيما يتعلق بالعلاج والسرية، وتصور سبل التعبير عن حقوق الانسان الأساسية. كما يضم مدى الاستجابة مجموعة من العناصر ذات الصلة بالرضا عن الخدمات المقدمة بما في ذلك جوانب مثل الاهتمام الفوري، وسبل الافادة من شبكات الدعم الاجتماعي، والمنافع الأساسية في مرافق الرعاية الصحية، وتوفر الخيارات أمام مقدمي الرعاية الصحية. ولكل عنصر من العناصر السبعة المذكورة أهميته، لكن استحداث أدوات لقياس مدى الاستجابة يمكن استخدامها في مختلف الثقافات ونظم الرعاية الصحية كان عملية بطيئة حتى عهد قريب.

٣٣- وتسعى المنظمة ادراكا منها لهذه الحاجة، مع الشركاء، الى وضع أدوات من هذا القبيل. وقد أجريت دراسات استقصائية ارشادية في عدد من البلدان، ولجمع معلومات اضافية وتجميع معلومات قابلة للمقارنة عن أداء النظم الصحية في هذه المجالات السبعة تم اللجوء الى اجراء استقصاءات تبليغية أساسية لضمان موثوقية وصلاحيّة مقاييس مدى

الاستجابة في جميع البلدان وتجنب مواجهة الوضع الذي يظهر فيه الفقراء على أنهم أكثر رضا عن خدمات ذات نوعية أدنى مما عليه الأمر بالنسبة للأغنياء فان من المرجح أن تجمع استراتيجيات القياس النهائية بين التقصيات القائمة على السكان والدراسات القائمة على الملاحظة لتقديم الخدمات الصحية في مرافق الرعاية الصحية.

## العدالة في مجال التمويل

٣٤- يتمثل المرمى الثالث الذي تسعى النظم الصحية الى بلوغه في تحقيق العدالة في مجالي التمويل والحماية من المخاطر المالية، استنادا الى الفكرة القائلة بأنه يتعين على كل أسرة أن تدفع حصتها العادلة. وما يشكل حصة عادلة يتوقف على التوقعات المعيارية لأيئة مجموعة سكانية فيما يتعلق بطريقة تمويل النظم الصحية. ومع ذلك فان العدالة في التمويل تشمل في جميع البلدان جانبين حاسمي الأهمية: (أ) مشاركة الأصحاء والمرضى في المخاطر، (ب) تقاسم المخاطر على كامل مستويات الثروة والدخل. وتعني المشاركة في المخاطر الأخذ بالفرضية القائلة بأن المساهمات التي يقدمها المتمتعون بالصحة تغطي نفقات رعاية المرضى، بحيث ان الأفراد الذين يصيبهم المرض لا يضطرون الى تحمل عبء مزدوج من المرض والتكاليف المالية المترتبة على الرعاية الصحية. ومن المرجح أن كل فرد سيستفيد طوال حياته من التأمين المالي المترتب على المشاركة في المخاطر عندما يصيبه المرض. وفي حين أن تقاسم المخاطر يشبه ما فات ذكره، فانه يتصل بالفرضية القائلة بأن العدالة لا تعني مساهمة الجميع على قدم المساواة بغض النظر عن الدخل أو الثروة، بل أن مساهمة أولئك الذين أوتوا نصيبا من الثروة أكبر من سواهم تكون فقط أكبر حجما. ومن الناحية العملية فان دمج أشكال العدالة في مجال التمويل يعتبر خطوة في اتجاه الحيلولة دون افقار الأسر عندما يقع أحد أفرادها فريسة للمرض.

٣٥- ويتضح ذلك من الشكل ١٠ الذي يبين نطاق النفقات الصحية التي تتكبدها الأسر في بلدين مختلفين هما جمهورية تنزانيا المتحدة وبلغاريا.

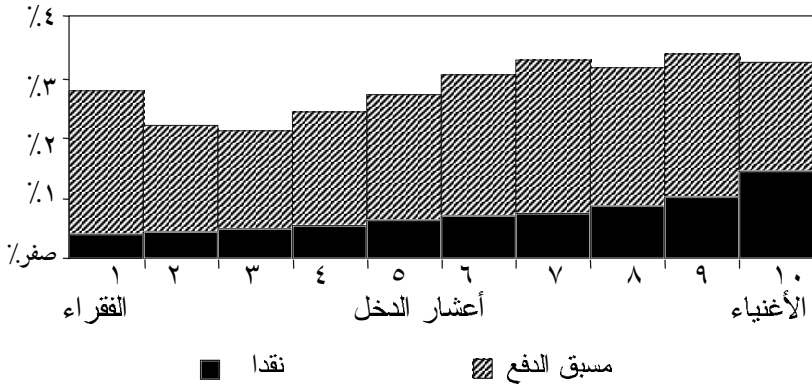
## الاتجاهات السائدة والتحديات المطروحة في مجال الصحة العالمية

ويبين السلم الوارد الى يسار الرسمين البيانيين العلويين النسبة المئوية لما تتفقه الأسر على الصحة دون النفقات على الغذاء، وقد تم تجميعها بحسب تزايد أعشار الدخل، ويظهر أشد الناس فقرا الى اليسار وأكثرهم ثراء الى اليمين. ويحتوي الرسمان البيانيان الدائريان المعلومات نفسها، ولكنهما يصنفان الأسر بحسب نسبة النفقات غير الغذائية المكرسة للتكاليف الصحية.

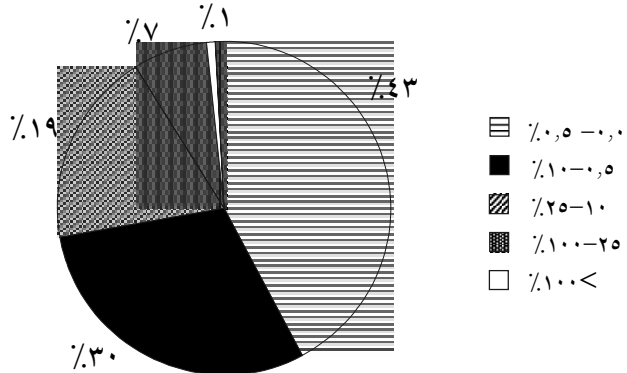
الشكل ١٠ - النفقات غير الغذائية للأسر على الصحة

### جمهورية تنزانيا المتحدة

ألف: النسبة المئوية من النفقات على الصحة بحسب أعشار الدخل



باء: الأسر حسب النسبة المئوية من النفقات غير الغذائية على الصحة



WHO 99460a

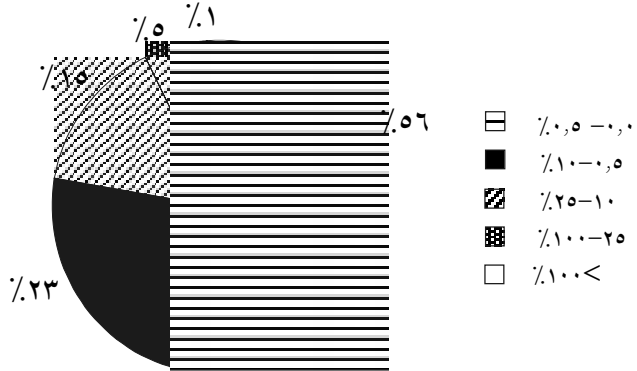
الشكل ١٠ اب - النفقات غير الغذائية للأسر على الصحة

بلغاريا

ألف: النسبة المئوية من النفقات على الصحة بحسب أعشار الدخل



باء: الأسر حسب النسبة المئوية من النفقات غير الغذائية على الصحة



WHO 99460b

٣٦- وينفق جزء كبير من الأسر في كلا البلدين أكثر من ٢٥٪ من دخلها المتاح على الصحة في حين ينفق عدد صغير منها بالفعل أكثر من ١٠٠٪ من دخله لهذا الغرض. ومن الواضح أن النظم التي تضطر الأسر إلى السقوط في براثن الفقر بغية شراء خدمات الرعاية الصحية تخفق في بلوغ هدف العدالة في مجال التمويل.



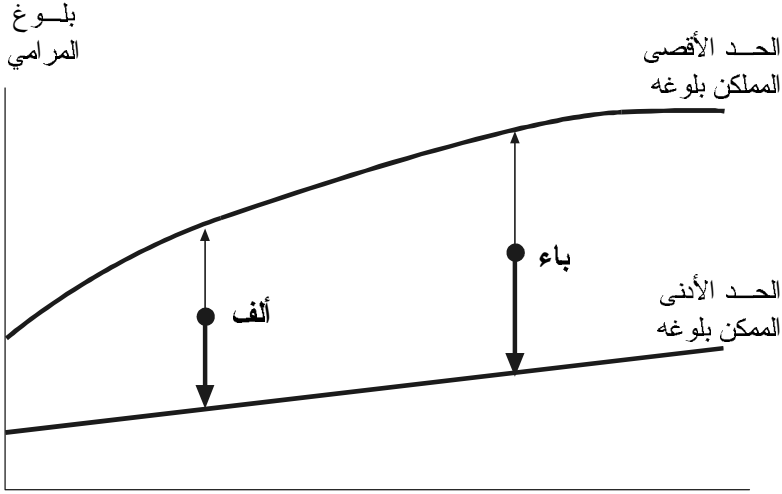
٣٧- ويمكن أن يؤدي اصلاح النظم الصحية الى احداث تغيير كبير في توزيع النفقات غير الغذائية التي تخصصها الأسرة للصحة. وعلى سبيل المثال، فانه قبل اصلاح اشتراكات التأمين الألمانية في عام ١٩٩٣، كان كل صندوق من صناديق التأمين يعدل نسبة الاشتراك بما يتسق مع المخاطر الصحية التي تتهدد المشتركين، مما أدى الى وضع كانت الاشتراكات فيه تتراوح ما بين ٤ و ٥٪ من دخل بعض الأسر وتصل الى ١٧٪ من دخل أسر أخرى. وقد عززت الاصلاحات الرامية الى توزيع المخاطر بالقسط في كافة صناديق الائتمان الى تعزيز العدالة، وضيق الفوارق بين الاشتراكات كنسبة مئوية من دخل الأسرة.

## الأداء

٣٨- تناول الاستعراض الوارد في الفقرات السابقة الاطار النظري لكل من المرامي الثلاثة التي تتوخى النظم الصحية بلوغها وهي تحسين الصحة، ومدى الاستجابة، والعدالة في مجال التمويل - وأبرز قضايا القياسات الناجمة عن قياس كل من الكيان نفسه وتوزيعه. ويعتبر احراز التقدم في تحقيق هذه المرامي عنصرا حاسما في أداء النظم الصحية، لكن فكرة الأداء المقترحة الآن لا تتعلق بمستوى تحقيق المرامي وحده، بل ومستوى بلوغ المرامي بالمقارنة مع الموارد المتاحة للصحة أيضا.

٣٩- ويوضح الشكل ١١ مفهوم الأداء هذا بالنسبة لبلدين، ألف وباء. ويبين المحور العمودي مستوى الانجاز فيما يتعلق بهدف تحسين الصحة. أما المحور الأفقي فيبين موارد النظم الصحية. ويعتبر الخط الأدنى أو "الحد الأدنى" هو المستوى الصحي الممكن بلوغه من خلال أرداد النظم الصحية، أما الخط الأعلى، أو "أقصى حد يمكن بلوغه"، فهو مستوى الصحة الذي يمكن بلوغه من خلال أفضل النظم الصحية. وفي اطار حدي الأقصى والأدنى، نجد أن السكان في البلد ألف يستفيدون، رغم تنني مستوى صحتهم عن ذلك الذي يتمتع به سكان البلد باء، من أداء يوازي الأداء الذي يشهده سكان البلد باء.

الشكل ١١ - الأداء: بلوغ المرامي في علاقتها بالموارد



موارد النظم الصحية

WHO 99459

٤٠- وبعبارة أخرى، فإنه يتم قياس الأداء بالنسبة لما يمكن بلوغه بالموارد المكرسة للصحة. ومن الناحية العملية يفرضي ربط الأداء بالموارد الى طرح السؤال التالي: ما هي الموارد المتاحة للصحة؟ ففي حين أن كل الحكومات تألف تخصيص ميزانيات لوزارات الصحة، وكذلك تخصيص ميزانيات للشؤون الصحية قد تكون تابعة لوزارات أخرى في الكثير من الأحيان، فإن وجود طرق أوسع نطاقاً تعرف بالحسابات الصحية الوطنية، يعتبر أمراً ضرورياً لقياس الموارد المتاحة. وتسعى الحسابات الصحية الوطنية لتحديد جميع مصادر الانفاق على النظم الصحية، سواء كان ذلك انفاقاً مباشراً أو تأمينا طوعياً في القطاع الخاص أو تأمينات اجتماعية أو ضرائب حكومية أو مقدمة من وكالات مانحة.

٤١- وبناء على الخبرة الواسعة التي تمتلكها منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، عملت المنظمة على تشجيع البلدان على استخدام الحسابات الوطنية. وهذه مهمة غير هينة، حيث ان النظم الصحية تشكل احدى الصناعات الكبرى التي تدر قرابة عشر الناتج الاقتصادي العالمي. وبالطبع فان هناك تفاوتاً شديداً في توزيع الموارد، حيث تتفوق الغالبية العظمى منها في البلدان ذات الدخل المرتفع، في حين لا ينفق سوى جزء صغير جداً في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط التي تتحمل جل العبء العالمي من الأمراض.

٤٢- وإذا نظرنا الى الإنفاق الصحي من زاوية أخرى، أي كحصة من الاقتصادات الوطنية، فانه يتراوح بين ٢٪ أو حتى أقل من ذلك في بعض البلدان وبين ما يقارب ١٥٪ في أغنى بلد في العالم. وعلى الرغم من أوجه التباين الكبيرة هذه، فان البلدان تخصص جزءاً أكبر من دخلها الوطني للصحة عندما تصبح أكثر حظاً من الثروة.

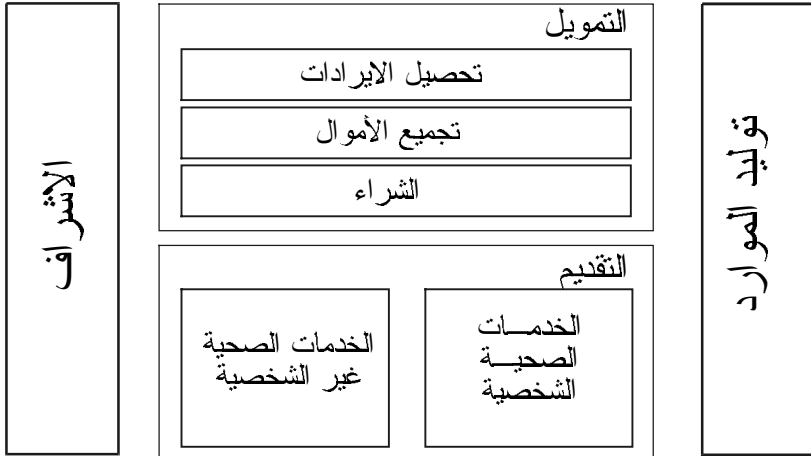
٤٣- ما هي أهمية كل ذلك بالنسبة للمنظمة؟ ان مجرد دراسة مختلف النظم الصحية ومقارنة كل من مستوى بلوغ المرامي ومقدار الموارد المستثمرة، تساعد على التوصل الى تقييم شامل لكيفية أداء النظم لوظائفها. ومن الأمثلة على ذلك، دراسة سنوات العمر المصححة باحتساب مدد التعوق بالمقارنة مع مستوى الموارد الصحية. إذ أن التباين بين البلدان في هذا المقياس الحاسم الأهمية لصحة السكان بالنسبة لأي مستوى من مستويات الموارد الصحية يجسد الفارق في جودة أداء النظم الصحية في مجال تحسين الصحة.

٤٤- وتستثمر المنظمة موارد كبيرة فيما يتعلق بتوفير الأدوات التي تحتاجها البلدان لتقييم أداء النظم الصحية ووضع معالم تمكن النظم الصحية من مقارنة أدائها مع غيرها في أوضاع متماثلة. ومع ذلك فليس ذلك سوى خطوة أولى لأن التباين في الأداء لا يسلط الضوء الا على أهمية كشف العوامل المحددة والخصائص أو الميزات التي تفسر أسباب تفوق أداء بعض النظم على غيرها.

## العوامل المحددة للأداء

٤٥- ما هو سبب تفاوت أداء النظم الصحية اذا ؟ هناك بلدان تتشابه فيها مستويات الموارد نسبيا الا أنها تتفاوت تفاوتا كبيرا في مدى بلوغ المرامي. وبعبارة أخرى فان بعض البلدان التي تتفق نفس المقدار الذي تتفقه سواها تحقق مستويات أعلى من التمتع بالصحة، ومدى الاستجابة، والعدالة في مجال التمويل. ويمكن تحليل العوامل المحددة للأداء على عدة مستويات، لكن الجزء التالي يركز على هيكل النظم الصحية وكيفية تنظيم المؤسسات بغية تأدية وظائف النظم الصحية. ويبين الشكل ١٢ أربع وظائف رئيسية لأي نظام صحي هي: الإدارة والإشراف، والتمويل، وتقديم الخدمات، واسترداد الموارد.

الشكل ١٢- وظائف النظم الصحية



WHO 99465

٤٦- وتواجه جميع النظم الصحية السؤال الأساسي ذاته المطروح في مجال السياسة العامة ألا وهو كيفية التأليف بين المؤسسات للاضطلاع بهذه الوظائف. وقد كان الجواب على هذا السؤال جوهر النقاش الدائر

حول الاصلاحات الصحية. اذ ما هو دور الدولة في كل من هذه الوظائف؟ وما هو المزيج الأمثل بين القطاعين العام والخاص لكل وظيفة منها؟ وكيف يتم توزيع المسؤولية عن كل وظيفة فيما بين مستويات الحكومة؟ وتشكل أجوبة أي مجتمع من المجتمعات على هذه الأسئلة السياسية العامل المحدد المركزي لأداء نظامه الصحي، بحيث يصبح فهم الوظائف الأساسية أمراً حاسماً الأهمية.

٤٧- وإذا ما بدأنا بيسار الشكل ١٢، فإن عملية الادارة والاشراف تستخدم عموماً للدلالة على التنظيم. بيد أن مفهوم الادارة والاشراف المقترح هنا يوسع نطاق الفكرة التقليدية للتنظيم - أي تحديد القواعد - بحيث يشمل عنصرين اضافيين: ضمان تكافؤ الفرص، وذلك بتزويد المستهلكين، على سبيل المثال، بالمعلومات الكافية للاسترشاد بها في اتخاذ القرارات في اطار النظام الصحي؛ وتوفير التوجه الاستراتيجي للنظام الصحي برمته.

٤٨- أما الوظيفة الثانية فهي التمويل - أي جمع الايرادات، وتجميعها وتخصيصها لأنشطة محددة تقوم بها الجهة المقدمة للخدمات. أما جمع الايرادات فيعني حشد الأموال من الأسر والشركات والحكومات والوكالات المانحة. ويتم ذلك عن طريق مختلف الآليات، بما فيها السداد المباشر والتأمين الطوعي، والتأمينات الاجتماعية الانزامية، وفرض الضرائب العامة، والهبات المقدمة من المنظمات غير الحكومية، والتحويلات من الوكالات الدولية. وبمجرد أن يتم حشد هذه الأموال فإن الجزء الثاني من وظيفة التمويل هو تجميع هذه الايرادات في صندوق، وذلك لتقاسم المخاطر. لكن بعض أشكال التمويل لا تنطوي على مثل هذا الجمع، كما هو الحال في السداد المباشر لقاء كل خدمة صحية لدى تقديم تلك الخدمات.

٤٩- وفي المقابل فإن نظم التأمين تنطوي على دمج الموارد المستمدة من أحاد المشتركين أو المصادر وذلك بغية تجميع المخاطر وتقاسمها فيما بين السكان. ويتطلب تحقيق المزيد من العدالة في التمويل وجود تكافل في عملية التمويل التي لا يمكن أن تتحقق بدورها الا من خلال تقاسم

المخاطر - أي أن يساهم أولئك الذين هم في صحة جيدة في أي وقت من الأوقات في دفع نفقات من يعانون من المرض. وتشير القرائن المستمدة من العديد من النظم الصحية الى أن الدفع المسبق عن طريق نظم التأمين يؤدي الى المزيد من العدالة في مجال التمويل.

٥٠- وما أن يتم تحصيل الإيرادات وتجميعها حتى تخصص لمقدمي الرعاية المؤسسية أو الأفرادية من أجل تقديم الخدمات، التي توصف بأنها عملية شراء في الشكل ١٢. وتستخدم كلمة "شراء" هنا بصورة فضفاضة لتشمل كلا من عمليات شراء كل تدخل على وجه التحديد وكذلك ترتيبات الميزنة الشاملة. وأول درس يستخلص هنا في مجال السياسة العامة من القرائن المتاحة عن الشراء هو أن النظم الصحية يتحسن أداؤها بقدر ما تعتمد الى عمليات شراء نشطة للتدخلات ذات المردودية المؤكدة والمقبولية الاجتماعية. وعلى النقيض من ذلك فإن عمليات الشراء أو الميزنة التي يعوزها التنظيم تعكس اتجاهات سادت في الماضي لا تأخذ بعين الاعتبار المردودية والمقبولية الاجتماعية الفعلية للتدخلات مما يؤدي الى أداء أسوأ.

٥١- أما وظيفة النظم الصحية الثالثة فتتمثل في تقديم الخدمات. وهذا يعني الجمع بين مختلف التدخلات - الموارد البشرية، والأدوية، والمرافق - وعملية الانتاج التي تعتبر الخدمات الصحية نتاجا لها. وتميز معظم النظم الصحية بين الخدمات الشخصية المنطبقة على الأفراد من جهة، سواء كانت هذه الخدمات وقائية أو تشخيصية أو علاجية أو تأهيلية وبين الخدمات غير الشخصية المنطبقة على الجماعات من جهة أخرى - كالتعليم الجماعي على سبيل المثال - أو على العناصر غير البشرية من البيئة، مثل الأصحاح. ويعتبر هذا التمييز أمرا هاما لأن قضايا السياسة العامة ذات الصلة تختلف من خدمات الى أخرى. وعلى سبيل المثال فإن خدمات الصحة الشخصية تقدم عموما من خلال مزيج من خدمات القطاعين العام والخاص أوسع نطاقا من الخدمات الصحية غير الشخصية، التي تكون عادة من مسؤوليات الحكومات.

٥٢- والوظيفة الرابعة للنظم الصحية هي استدرار الموارد. فالنظم الصحية لا تقتصر على مجموعة من المؤسسات التي تنظم أو تمول أو

تقدم الخدمات ولكنها تشمل أيضا مجموعة مختلفة من المنظمات التي تقدم المدخلات من أجل توفير الخدمات الصحية، وخصوصا الموارد البشرية والموارد المادية كالمرافق والمعدات والمعارف. وهذه المجموعة من المنظمات تشمل الجامعات وغيرها من المؤسسات التعليمية، ومراكز البحوث، وشركات البناء، ومجموعة كبيرة من المنظمات التي تنتج تكنولوجيات محددة مثل المستحضرات الصيدلانية، والأجهزة والمعدات.

٥٣- ويمكن من وصف الوظائف الأربعة وكيفية ترابطها ضمن أي نظام صحي تمييز بنائها التنظيمي. فتوجد في بعض النظم عملية تكامل رأسية كبيرة حيث تضطلع المنظمات، سواء كانت حكومية أو تنتمي الى القطاع الخاص، بأكثر من واحدة من هذه الوظائف. ومن الأمثلة على ذلك أن النظم الصحية قد تكون متكاملة رأسيا من خلال وزارة الصحة التي قد تكون مسؤولة عن الإدارة والإشراف، والتمويل، وتقديم الخدمات وعن بعض جوانب استدرار الموارد على الأقل. وهناك هيكل بديل هو النظم المجزأة بصورة شديدة القائمة في عدة بلدان من بلدان أمريكا اللاتينية حيث تتعايش معاهد الضمان الاجتماعي، ووزارة الصحة والقطاع الخاص. ويتيح رصد الوظائف الأربع وبالتالي كيفية ترابطها اجراء مقارنات بين النظم الصحية في نقطة محددة من الزمن يمكن من القاء نظرة ثاقبة على طريقة تطور هذه النظم مع مرور الزمن.

٥٤- ويورد الشكل ١٣ مثال شيلي، حيث انه يصور الهيكل التنظيمي للنظام الصحي في شيلي في خمس حقب زمنية. وتعكس الحقبة الأولى الوضع في وقت مبكر نسبيا من القرن العشرين، في حين تتعلق الحقبة الثانية بالاصلاحات الأولية التي أسفرت عن قيام التأمينات الاجتماعية في شيلي، وتعلق الثالثة بتوحيد المؤسسات الرسمية في اطار خدمات صحية وطنية، وترتبط الرابعة بتجزء تجميع الأموال وخصخصة وظيفة الشراء على نطاق واسع، وتعلق الحقبة الخامسة بمحاولات جرت مؤخرا لزيادة درجة التضامن في تمويل النظام الصحي. وتبين الرسوم البيانية الطريقة التي تغيرت بها أشكال وظائف الإدارة والإشراف والتمويل وتقديم الخدمات مع مرور الزمن. ويصور الشكل ١٣ الأهمية النسبية للقطاعين العام والخاص بالنسبة لكل وظيفة على مدى الحقب الزمنية الخمس.

الاتجاهات السائدة والتحديات المطروحة في مجال الصحة العالمية

الشكل ١٣- تطور القطاع الصحي في شيلي

١٩٢٣

م	ض ع	إم	تحصيل الإيرادات
م غ ح		د ت	التجميع
		ش إ	الشراء
م خ خ			تقديم الخدمات

١٩٥٢-١٩٢٤

م: المانحون  
ص: صندوق التأمين  
الصحي العام  
ض: الضرائب العامة  
م خ ق خ: مقدمو الخدمات من  
القطاع الخاص/  
الشركات المشترية  
ش إ: الشراء الفردي  
و ص ع: وزارة الصحة  
العمومية  
خ ص و: خدمات صحية  
وطنية

م	ض ع	إم	تحصيل الإيرادات
م خ ق خ		د ت	التجميع
		ش إ	الشراء
م خ خ			تقديم الخدمات

١٩٧٩-١٩٥٣

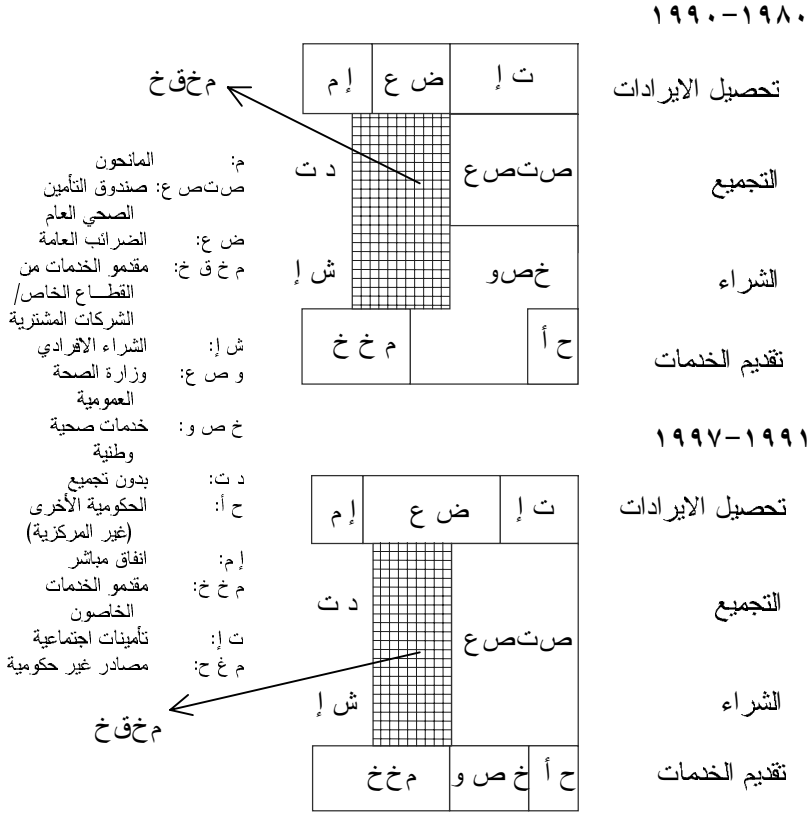
د ت: بدون تجميع  
ح أ: الحكومية الأخرى  
(غير المركزية)  
إم: اتفاق مباشر  
م خ خ: مقدمو الخدمات  
الخاصون  
ت إ: تأميمات اجتماعية  
م غ ح: مصادر غير حكومية

م	ض ع	إم	تحصيل الإيرادات
م خ خ		د ت	التجميع
		ش إ	الشراء
م خ خ			تقديم الخدمات



الاتجاهات السائدة والتحنيات المطروحة في مجال الصحة العالمية

الشكل ١٣ - تطور القطاع الصحي في شيلي



WHO 99471/b

ويعتبر شكل هذا المزيج الوظيفي، كما سبق القول، العامل المحدد الأساسي لأداء النظم الصحية.

٥٥- وبالإضافة الى مقارنة تطور نظام صحي بعينه مع مرور الزمن، فإن من الممكن اجراء مقارنة للشكل الوظيفي لعدة نظم في أي حقبة زمنية. ويبين الشكل ١٤ نهج المقارنة هذا مع أمثلة مستمدة من بنغلاديش ومصر والمملكة المتحدة.

### التحديات الرئيسية المطروحة

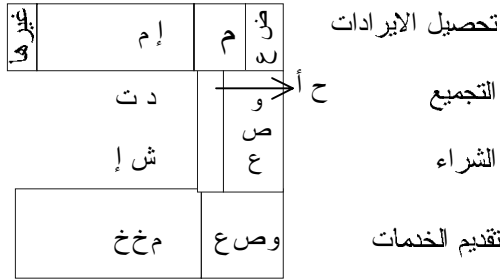
٥٦- يعتبر تبيان وتقصي الوظائف الأربع وكيفية ارتباطها ببعضها البعض وسيلة لا لفهم العوامل المحددة لأداء النظم فحسب بل للتفكير في التحديات الرئيسية في مجال السياسة العامة والتي تطرح بالنسبة لكل وظيفة لدى مواصلة النظم الصحية لعمليات الإصلاح. فبالنسبة للإدارة والإشراف، التي تعد جوهر النقاش الدائر عن الدور المستقبلي للدولة، يتمثل التحدي الرئيسي في تدعيم قدرة وزارة الصحة على توفير قيادة استراتيجية للنظم الصحية. إذ أن العديد من مبادرات الإصلاح تسعى لتغيير دور الدولة بحيث لا يقتصر على مجرد تقديم الخدمات - التي كثيرا ما تعتبر مقدما ضعيفا للخدمات وهي ذات نوعية رديئة وتكلفة عالية - وتطوير القدرة على تنظيم النظام الصحي برمته وتزويده بالتوجيهات الاستراتيجية.

٥٧- وضمن وظيفة التمويل يتمثل التحدي الرئيسي فيما يتعلق بجمع الإيرادات في التوسع في عملية الدفع المسبق، من خلال الدور الأساسي الذي يلعبه التمويل الرسمي أو التمويل المفوض به رسميا. وفي حالة تجميع الأموال، فإن إيجاد أكبر تجميع ممكن يعتبر أمرا أساسيا لتوزيع المخاطر المالية فيما يتعلق بالرعاية الصحية، وبالتالي الإقلال من المجازفات الفردية وإبعاد شبح الفقر عن الإنفاق الصحي. أما بالنسبة للشراء فيتمثل التحدي الرئيسي في وضع وتنفيذ آليات لتخصيص الموارد للتشكيلات المثلى من التدخلات. وما زال الأمر يتطلب بذل الكثير من الجهود لتدعيم قاعدة القرائن التي تشكل أساس اختيار التدخلات المثلى.

الاتجاهات السائدة والتحديات المطروحة في مجال الصحة العالمية

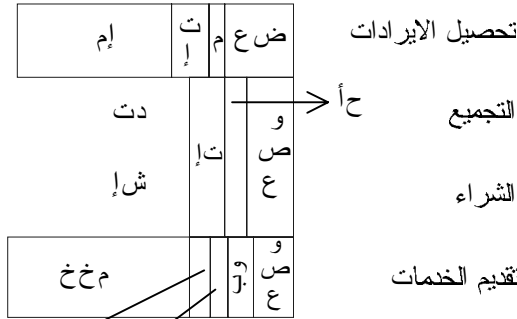
الشكل ١٤ - الهيكل التنظيمي للنظم الصحية في ثلاثة بلدان

بنغلاديش (١٩٩٦-١٩٩٧)



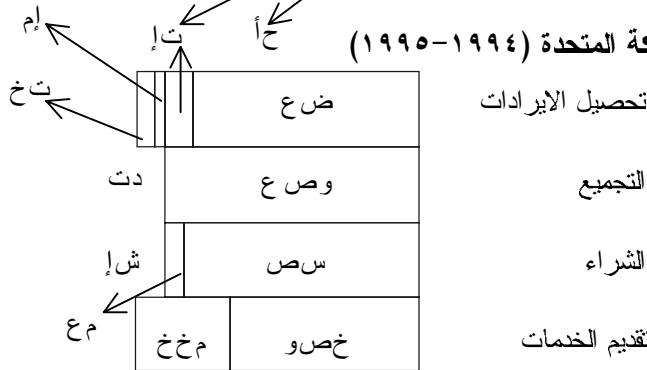
م: المانحون  
ض ع: الضرائب العامة  
ت إ: تأمينات اجتماعية  
إ م: اتفاق مباشر بدون تجميع  
د ت: الشراء الفردي  
ش إ: مقدمو الخدمات الخاصون

مصر (١٩٩٤-١٩٩٥)



ح أ: الحكومة الأخرى  
و ص ع: وزارة الصحة العمومية  
و ب: وزارة البيئة  
م ع: ممارسون عامون  
ت خ: تأمينات خاصة  
س ص: سلطات صحية  
خ ص و: خدمات صحية وطنية

المملكة المتحدة (١٩٩٤-١٩٩٥)



٥٨- وكما تمت الإشارة إليه أعلاه فإن التمييز بين تقديم الخدمات الشخصية وغير الشخصية يعتبر أمرا مهما نظرا لتفاوت قضايا السياسة العامة والتحديات المطروحة. فبالنسبة للخدمات الصحية غير الشخصية تشمل التحديات الرئيسية المطروحة الأخذ بالمزيد من اللامركزية حيثما يعزز ذلك الخدمات الملائمة ويدعم المساءلة بخصوص الموارد، وتحسين القدرات الادارية على تقديم تلك الخدمات. وهناك قضية تتصل بذلك هي الحاجة لبدل الجهود لضمان زيادة بروز هذه الخدمات في النظم الصحية المتطورة، وخصوصا عندما تعيد الدولة تقييم دورها في مجال تقديم خدمات الرعاية الشخصية. وتنشأ التحديات الرئيسية بالنسبة للخدمات الشخصية عن ضرورة ايجاد التوازن بين مدى استحسان المنافسة بطريقة لا تؤدي الى تفاقم أوجه الغبن أو ابطاء خطى انخفاض عبء الأمراض نتيجة المكاسب التي تحقق في مجال الكفاءة. وبسبب ازدياد تقديم الخدمات الخاصة فان أهمية الادارة والاشراف من حيث هي مسؤولية رسمية أساسية تتزايد بصورة متوازية تماما.

٥٩- وأخيرا فان مسألة السياسة العامة المركزية بالنسبة لاستدرار الموارد هي كيفية ضمان الجمع بأفضل الطرق الممكنة بين المدخلات ومتطلبات النظام الصحي وخصوصا فيما يتعلق بالموارد البشرية الصحية، وضمان عدم تفاقم جوانب الغبن الحالية في مجال الصحة نتيجة سوء توزيع المهنيين والعاملين الصحيين.

## خلاصة

٦٠- بدأ هذا التقرير بثلاثة مرام حددت للنظم الصحية - وهي تحسين الصحة، ومدى الاستجابة، والعدالة في مجال التمويل. وتعتبر كل من هذه المرامي أمورا قابلة للقياس والرصد وتشكل مع بعضها أساسا للتقييم الشامل لأداء النظم الصحية. وبعد ارساء مقياس الأداء، انتقلت الوثيقة الى تقصي التباين في الأداء، باستخدام اطار وظائف رئيسية أربع - الادارة والاشراف، والتمويل، وتقديم الخدمات، واستدرار الموارد - وذلك لوصف هيكل النظم الصحية. ويعتبر ادخال المزيد من التحسين على

## الاتجاهات السائدة والتحديات المطروحة في مجال الصحة العالمية

وسائل قياس الأداء وتحليل العوامل المحددة أمرا حاسم الأهمية في تحسين هذا الأداء. ولهذه الغاية تواصل المنظمة الاستثمار في وضع أدوات تساعد صانعي القرار على تحسين الأداء وبالتالي ضمان أن تؤدي الإجراءات التي تتخذها النظم الصحية الى تمتع السكان الذين تخدمهم بالصحة والعافية.

= = =