منظمة الصحة العالمية

المجلس التنفيذي
الدورة السادسة والأربعون بعد المائة
البند ٢٣-١ من جدول الأعمال المؤقت

م ت١٤٦/٣٨ إضافة ١
٢٥ تشرين الثاني/ نوفمبر ٢٠١٩
EB146/38 Add.1

التقييم: احدث المعلومات وخطة العمل المقترحة للفترة ٢٠٢٠-٢٠٢١

استعراض تنفيذ الرعاية الصحية الأولية على الصعيد القطري طوال ٤٠ عاماً

ملخص تنفيذي

تقرير من الأمانة

١- طلب المجلس التنفيذي في دورته الثانية والأربعين بعد المائة (٢٠١٨) من مكتب التقييم إجراء استعراض لتنفيذ الرعاية الصحية الأولية على الصعيد القطري طوال ٤٠ عاماً.[١] وعُرض موجز نطاق هذا الاستعراض وإطاره على المجلس في دورته الرابعة والأربعين بعد المائة (٢٠١٩) لكي ينظر فيه.[٢]

٢- ووفقاً للأساليب المتبعة في إجراء هذا الاستعراض، فإن مكتب التقييم يقدم الملخص التنفيذي للاستعراض إلى المجلس التنفيذي في دورته السادسة والأربعين بعد المائة (انظر الملحق).[٣]

الإجراء المطلوب من المجلس التنفيذي

٣- المجلس مدعو إلى الإحاطة علماً بهذا التقرير.

---

١ انظر الوثيقة م ت١٤٢/٢٠١٨/ سجلات/٢، المحاضر الموجزة للجلسة الحادية عشرة، الفرع ٢ (بالإنكليزية).

٢ انظر الفقرات من ١٥ إلى ٢٠ من الوثيقة م ت١٤٤/٥١.

٣ التقرير الكامل المتعلق باستعراض تنفيذ الرعاية الصحية الأولية على الصعيد القطري طوال ٤٠ عاماً متاح على الموقع الإلكتروني لمكتب التقييم: انظر الرابط الإلكتروني التالي: www.who.int/evaluation، تم الاطلاع في ١ تشرين الثاني/ نوفمبر ٢٠١٩.

الملحق

استعراض تنفيذ الرعاية الصحية الأولية على الصعيد القطري طوال ٤٠ عاماً

ملخص تنفيذي

معلومات أساسية

١- كانت الدول الموقعة على الوثيقة الجوهرية لإعلان ألما-آتا الصادر في عام ١٩٧٨ "قد أعربت عن ضرورة قيام جميع الحكومات والعاملين في مجالي الصحة والتنمية وأوساط المجتمع العالمي باتخاذ إجراءات عاجلة لحماية صحة كل شعوب العالم وتعزيزها".[١] وأعلنت الدول الأعضاء في إطار قيامها بذلك عن التزامها بالمبادئ الشاملة للرعاية الصحية الأولية: الصحة بوصفها حق من حقوق الإنسان وهي أساس التنمية الاقتصادية والاجتماعية فضلاً تحقيق السلام في العالم؛ والصحة لا بوصفها أن يسلم المرء من المرض أو العجز ليس إلا؛ والإنصاف في مجال الصحة بين البلدان وداخلها؛ وأدوار الحكومات ومسؤولياتها في ميدان صون صحة شعوبها، وكذلك أدوار الناس ومسؤولياتهم فيما يتعلق بمشاركتهم في وضع الخطط المعنية بتزويدهم بخدمات الرعاية الصحية وتنفيذها. وحرصت الدول الأعضاء في معرض تحديدها لهدف يقضي "ببلوغ جميع شعوب العالم بحلول عام ٢٠٠٠ لمستوى صحي يمكّنها من أن تحيا حياة منتجة اجتماعياً واقتصادياً"، على إدراج الرعاية الصحية الأولية في صميم هذا الهدف وصياغة العناصر الأساسية التي تشكل قوام الرعاية الصحية الأولية المبينة في موضع آخر من هذا التقرير. وأكدت الدول الأعضاء على ضرورة "ممارسة الإرادة السياسية وتعبئة موارد [بلدانها] وترشيد الاستفادة من الموارد الخارجية المتاحة"، وضرورة أن تزودها منظمة الصحة العالمية (المنظمة) ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) وغيرهما من المنظمات الدولية بالدعم اللازم في ما تبذله تلك الدول من جهود.

٢- ورغم تعدد طرق تنفيذ مفهوم الرعاية الصحية الأولية على مر الزمن واختلاف سياقات تنفيذه، فإن التعريف الشامل الذي صاغته المنظمة واليونيسيف لأغراض هذا الاستعراض، بشأن الرعاية الصحية الأولية في الوثيقة التي طرحتا فيها رؤيتهما المشتركة هو تعريف يمثل العدسة التي ينظر هذا الاستعراض من خلالها إلى حالات التقدم المحرز والإنجازات المحققة وقصص النجاح والممارسات الفضلى والتحديات الرئيسية على الصعيد العالمي، لأنه تعريف يبين الرعاية الصحية الأولية على النحو التالي:

> اتباع نهج يشمل شرائح المجتمع ككل إزاء صون الصحة ويصبو إلى بلوغ هدف مؤداه ضمان بلوغ أعلى مستوى ممكن من الصحة والعافية وتوزيعها بإنصاف من خلال التركيز على تلبية احتياجات الناس وتفضيلاتهم (سواء كانوا أفراداً أم أسراً أم مجتمعات) بأسرع وقت ممكن وعلى طول مسار تزويدهم بالخدمات انطلاقاً من تعزيز الصحة والوقاية من الأمراض وانتهاءً بتوفير العلاج وخدمات إعادة التأهيل والرعاية الملطفة، على أن يزوّد بها الناس بطريقة هي أقرب ما تكون من بيئة معيشتهم اليومية.[٢]

---

١ إعلان ألما-آتا: المؤتمر الدولي المعني بالرعاية الصحية الأولية، ألما-آتا، اتحاد الجمهوريات الاشتراكية السوفيتية، ٦-١٢ أيلول/ سبتمبر ١٩٧٨ (https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf، تم الاطلاع في ٢٨ تشرين الأول/ أكتوبر ٢٠١٩).

٢ الرؤية المطروحة بشأن الرعاية الصحية الأولية في القرن الحادي والعشرين: سعياً إلى تحقيق التغطية الصحية الشاملة وأهداف التنمية المستدامة. جنيف: منظمة الصحة العالمية ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة؛ ٢٠١٨ (https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/vision.pdf، تم الاطلاع في ٢٨ تشرين الأول/ أكتوبر ٢٠١٩).

٣- ومن الواضح أن تعبير الرعاية الصحية الأولية مختلف عن تعبير "الرعاية الأولية" المرتبط به ارتباطاً وثيقاً والذي يعرف على أنه تنظيم الخدمات الصحية الأساسية بالدرجة الأولى في المستوى الأول من الرعاية. وتشكل الرعاية الأولية بالتالي عنصراً هاماً من عناصر الرعاية الصحية الأولية، ولكنها تختلف بوضوح أيضاً عن المفهوم الأوسع نطاقاً بكثير للرعاية الصحية الأولية بوصفها نهجاً شاملاً في مجال الصحة.

٤- وبمناسبة حلول الذكرى الأربعين لإعلان ألما-آتا، فقد أصدر المشاركون في المؤتمر العالمي المعني بالرعاية الصحية الأولية الذي عقد بأستانا، كازاخستان، يومي ٢٥ و٢٦ تشرين الأول/ أكتوبر ٢٠١٨، إعلان أستانا "الذي يعيد تأكيد الالتزامات المقطوعة في إعلان ألما-آتا الطموح والاستشرافي الصادر في عام ١٩٧٨ وخطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠، وذلك سعياً إلى توفير الصحة للجميع".[١] والتزم المشاركون في معرض قيامهم بذلك "بالتوصل إلى خيارات سياسية جريئة بشأن الصحة عبر أنحاء القطاعات كافّة، وإقامة رعاية صحية أولية مستدامة، وتمكين الأفراد والمجتمعات، ومواءمة دعم أصحاب المصلحة مع السياسات والاستراتيجيات والخطط الوطنية"، أي من خلال الاستعانة بالمعارف وبناء القدرات وتوفير الموارد البشرية الصحية واستحداث التكنولوجيا وتوفير التمويل.

٥- وفي هذا السياق، فقد طلب المجلس التنفيذي التابع للمنظمة في دورته الثانية والأربعين بعد المائة المعقودة في كانون الثاني/ يناير ٢٠١٨،[٢] إجراء استعراض لتنفيذ الرعاية الصحية الأولية على الصعيد القطري طوال ٤٠ عاماً، علماً بأن اختصاصات هذا الاستعراض عرضت على المجلس التنفيذي في دورته الرابعة والأربعين بعد المائة المعقودة في كانون الثاني/ يناير ٢٠١٩، وأحاط المجلس علماً بها لاحقاً.[٣]

٦- وشمل الاستعراض الفترة الممتدة من تاريخ إصدار إعلان ألما-آتا في عام ١٩٧٨ بشأن الرعاية الصحية الأولية إلى عام ٢٠١٨، والبالغة ٤٠ عاماً. وعلاوة على تحديد الاستعراض للإنجازات المحققة والتحديات المواجهة والعبر المستخلصة والممارسات الفضلى المتبعة فيما يتعلق بالرعاية الصحية الأولية عموماً حتى عام ٢٠١٨، فقد صبا إلى بلوغ هدف مؤداه تقديم توصيات بشأن طريق المضي قدماً من أجل تسريع وتيرة تنفيذ الاستراتيجيات والخطط الصحية الوطنية والإقليمية والعالمية بشأن تحقيق التغطية الصحية الشاملة وتنفيذ الرعاية الصحية الأولية وبلوغ أهداف التنمية المستدامة. وسعياً من الاستعراض إلى بيان هذا الاتجاه التطلعي، فقد أدرج في التحليل الذي أجراه بأثر رجعي دراسة لإمكانات جهود الرعاية الصحية الأولية والكيفية التي ساعدت بها في تحقيق التغطية الصحية الشاملة وبلوغ هدف التنمية المستدامة ٣ (ضمان تمتّع الجميع بأنماط عيش صحية وبالرفاهية في جميع الأعمار) والغايات المرتبطة به. وفيما يلي معلمتان إرشاديتان عمليتان ساعدتا في صياغة الاستعراض الذي أجري في هذا الصدد:

- **دور الرعاية الصحية الأولية في تحقيق التغطية الصحية الشاملة.** تبيّن بإيجاز الوثيقة المتعلقة بالرؤية المطروحة بشأن الرعاية الصحية الأولية التي أعدتها المنظمة واليونيسيف مختلف الطرق التي يمكن بواسطتها تصور كل واحد من المكونات الرئيسية للرعاية الصحية الأولية (أي، الرعاية

١ إعلان أستانا. جنيف: منظمة الصحة العالمية ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة؛ ٢٠١٨ (WHO/HIS/SDS/2018.61 https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf، تم الاطلاع في ٢٨ تشرين الأول/ أكتوبر ٢٠١٩).

٢ انظر الوثيقة م ت١٤٢/٢٠١٨/ سجلات/٢، المحاضر الموجزة للجلسة الحادية عشرة، الفرع ٢ (بالإنكليزية).

٣ انظر الوثيقتين م ت١٤٤/٥١ وم ت١٤٤/٢٠١٩/ سجلات/٢، المحاضر الموجزة للجلسة الخامسة عشرة، الفرع ٣ (بالإنكليزية).

الأولية ووظائف الصحة العمومية الأساسية والسياسات والإجراءات المتعددة القطاعات وتمكين الناس والمجتمعات) على أنه مكون يعزز التغطية الصحية الشاملة بالطرق الرئيسية الثلاثة التي يمكّن الناس بواسطتها، ألا وهي: (١) تعزيز الحماية المالية/ تقليل إنفاق الأسرة المعيشية على الصحة، (٢) توفير خدمات وأدوية ولقاحات جيدة، (٣) إتاحتها بإنصاف. وأجرى الاستعراض تقييماً صريحاً للإنجازات المحققة والتحديات المواجهة على طول هذه المسارات المحددة بوصفه وسيلة لتحديد أفضل الممارسات المتبعة والعبر المستخلصة، وثمة وثيقتان نشرتا مؤخراً تعيدان تأكيد هذه الصلة. ويصور التقرير الأخير الصادر عن المنظمة بشأن رصد التغطية الصحية لعام ٢٠١٩ الرعاية الصحية الأولية على أنها "محرك برامج [التغطية الصحية الشاملة] في معظم السياقات"[١] وبطرق عدة هي كالتالي: تشديدها على تمكين المجتمع والمساءلة الاجتماعية، والنهج المتعدد القطاعات الذي تتبعه في تسليمها بالعلاقة القائمة بين قطاع الصحة والقطاعات الأخرى، وتركيزها على دمج الخدمات المنفصلة بطريقة شاملة، وتأكيدها على المردودية عن طريق تقريب الخدمات الصحية الشاملة من المجتمعات المحلية وأماكن سكناها وهدفها المتمثل في تحقيق الإنصاف ضماناً لتغطية الجميع بالخدمات. وقد أكدت الدول الأعضاء مجدداً هذه الصلة في الاجتماع الرفيع المستوى للجمعية العامة للأمم المتحدة بشأن التغطية الصحية الشاملة المعقود يوم ٢٣ أيلول/ سبتمبر ٢٠١٩، وأشارت فيه إلى الرعاية الصحية الأولية بوصفها "حجر الأساس الذي تستند إليه إقامة نظم صحية مستدامة من أجل تحقيق التغطية الصحية الشاملة وبلوغ أهداف التنمية المستدامة المتعلقة بالصحة".[٢]

- **دور الرعاية الصحية الأولية في تحقيق أهداف التنمية المستدامة.** بحث الاستعراض المفاهيم المشتركة بين السمات الرئيسية للرعاية الصحية الأولية/ التغطية الصحية الشاملة وأهداف التنمية المستدامة (وخصوصاً الهدف ٣ منها)، لأن خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠ تلزم البلدان بتحقيق التغطية الصحية الشاملة بحلول عام ٢٠٣٠. وفيما يلي العناصر المحددة للرعاية الصحية الأولية بوصفها أداة تحقيق التغطية الصحية الشاملة الوارد ذكرها في خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠: الحماية من المخاطر المالية؛ وإتاحة خدمات الرعاية الصحية الأساسية الجيدة؛ وإتاحة الأدوية واللقاحات الأساسية المأمونة والناجعة والمعقولة التكلفة للجميع. وعلاوة على ذلك، ومثلما أشير إليه أعلاه، فقد شدّد الاجتماع الرفيع المستوى المعقود في أيلول/ سبتمبر ٢٠١٩ على الرعاية الصحية الأولية بوصفها "حجر الأساس" الذي يرتكز إليه تحقيق أهداف التنمية المستدامة المتعلقة بالصحة.

٧- وصبا الاستعراض إلى بلوغ هدف مؤداه تقييم التقدم المحرز عالمياً صوب تنفيذ الرعاية الصحية الأولية من خلال المصدرين التكميليين التاليين لاستقاء المعلومات: إجراء استعراض منهجي للقائم حالياً من مصادر البيانات المنشورة وإجراء تقييم لمعدلات التنفيذ على المستوى القطري من خلال إشراك الدول الأعضاء والحصول على مدخلات بواسطة إجراء مسح إلكتروني لجميع الدول الأعضاء. وانطوى **الاستعراض المكتبي** على استعراض التقارير المقدمة من كل أقاليم المنظمة الستة وشمل مراجعة لوثائق رفيعة المستوى وتقارير تتعلق بدراسات حالة

١ الرعاية لصحية الأولية على طريق تحقيق التغطية الصحية الشاملة: تقرير الرصد لعام ٢٠١٩. منظمة الصحة العالمية؛ ٢٠١٩ (https://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/2019/en/، تم الاطلاع في ٢٨ تشرين الأول/ أكتوبر ٢٠١٩).

٢ الإعلان السياسي الصادر عن الاجتماع الرفيع المستوى بشأن التغطية الصحية الشاملة: "التغطية الصحية الشاملة: التحرك معاً من أجل إقامة عالم أوفر صحة
http://www.un.org/pga/73/wp-content/uploads/sites/53/2019/07/FINAL-draft-UHC-Political-Declaration.pdf
(تم الاطلاع في ٢٨ تشرين الأول/ أكتوبر ٢٠١٩).

على المستوى القطري، وتجميعاً لتلك الوثائق والتقارير. وأجري **مسح إلكتروني بين صفوف الدول الأعضاء** باللغات الرسمية الست للمنظمة عبر منصة إلكترونية آمنة تابعة لها. وعينت أربع وتسعون دولة عضواً مراكز اتصال، ووردت ردود على المسح مجموعها ٥٠ رداً.[١]

٨- وطُبّقت في العمليات الشاملة والنهوج والمنهجية المتبعة في الاستعراض المبادئ المنصوص عليها في *دليل ممارسات التقييم الصادر عن المنظمة*[٢] *وقواعد التقييم ومعاييره ومبادئه التوجيهية الأخلاقية* المرعية لدى فريق الأمم المتحدة المعني بالتقييم.[٣] كما التزم الاستعراض باستراتيجيات التقييم الشاملة الصادرة عن المنظمة بشأن المساواة بين الجنسين والإنصاف وفئات السكان المستضعفة وحقوق الإنسان، واشتمل قدر المستطاع على بيانات وتحليلات مصنفة. وخضعت البيانات المستقاة من المسح الإلكتروني ومن الاستعراض المكتبي للفحص والتدقيق والتحقق من صحتها ضماناً لدقتها واتساقها.

النتائج الرئيسية

٩- يرد في أسئلة التقييم الأربع أدناه ملخص النتائج الرئيسية المستخلصة من الاستعراض المكتبي والمسح الإلكتروني:

(أ) ما هي عوامل التمكين والتحديات المواجهة في وضع نهوج الرعاية الصحية الأولية وتنفيذها بالبلدان طوال السنوات الأربعين الماضية؟

فيما يلي **عوامل التمكين الرئيسية** اللازمة لوضع نهوج الرعاية الصحية الأولية وتنفيذها على مدى السنوات الأربعين الماضية والتي استشهد بها الاستعراض:

(١) *الإرادة السياسية وحسن تصريف الشؤون*. أبرز المجيبون على المسح الدور الذي أداه مسؤولو الوزارة والسياسيون وغيرهم من الشخصيات المرموقة من المستعدين للاضطلاع بأنشطة الدعوة وسن التشريعات وتنفيذ الإصلاحات في مجال الصحة دعماً للرعاية الصحية الأولية، ومن القادرين على ذلك. ولكن لُوحظ أيضاً أن الترتيبات المؤسسية الرسمية مثل المجالس الوزارية المشكلة للإشراف على الرعاية الصحية الأولية تساعد على ضمان استدامة المكاسب المحققة إلى ما هو أبعد من إتمام الدورات الانتخابية.

(٢) *ترسيخ الإصلاحات الصحية*. إن الإصلاحات اللازمة لإعادة توجيه نظم الرعاية الصحية صوب تنفيذ الرعاية الصحية الأولية هي إصلاحات تستغرق وقتاً وغالباً ما لا ترسخ إلا عقب إدخال تغييرات تدريجية عليها طوال عقود من الزمن. وتشمل هذه الإصلاحات النظام الصحي بمختلف نواحيه، مثل

١ وردت الردود من ٤٩ دولة عضواً وأرضاً واحدة.

٢ دليل ممارسات التقييم الصادر عن المنظمة. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ ٢٠١٣
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/96311/9789241548687_eng.pdf;jsessionid=B9451D6A553A070BADE75ED7E874F623?sequence=1
(تم الاطلاع في ٢٩ تشرين الأول/ أكتوبر ٢٠١٩).

٣ قواعد التقييم ومعاييره. نيويورك: فريق الأمم المتحدة المعني بالتقييم؛ ٢٠١٦ (http://www.unevaluation.org/document/download/2787) ومبادئ التقييم التوجيهية الأخلاقية، الوثيقة الأساسية لفريق الأمم المتحدة المعني بالتقييم ((http://www.unevaluation.org/document/detail/102؛UNEG/FN/ETH(2008)
(تم الاطلاع عليهما كليهما في ٢٩ تشرين الأول/ أكتوبر ٢٠١٩).

التشريعات المتعلقة بالتغطية الصحية الشاملة وزيادة التمويل وتجميع المخاطر المالية والمبادرات المعززة للإنصاف ونظم المعلومات الصحية وسائر استخدامات التكنولوجيا.

(٣) *تعزيز النظم الصحية من أجل تنفيذ الرعاية الصحية الأولية*. يشمل هذا المجال الواسع النطاق ضمان مشاركة المجتمعات المحلية وإشراك القطاعات في العملية.

(٤) *زيادة إتاحة المبادرات البرمجية الأساسية*. ومن أمثلتها المبادرات المتعلقة برعاية الأم والطفل وبالتغذية والتمنيع وبالرعاية والعلاج اللازمين لمكافحة الأمراض السارية وتلك غير السارية وسواها من العناصر الجوهرية لنظم الرعاية الصحية الأولية.

(٥) *الشراكات*. وتشمل إشراك الحكومات وفئات المجتمع المدني والمنظمات غير الحكومية والمنظمات المجتمعية وكيانات القطاع الخاص.

(٦) *الإدارة التنظيمية*. وتشمل التغييرات الطارئة على إدارة الرعاية الصحية من الناحية التنظيمية، وخصوصاً إرساء الممارسات المتبعة داخل نطاق الأسر و/ أو تشكيل الفرق المتعددة التخصصات واعتماد تدابير الفحص أو الرعاية الوقائية على مستوى البلد ككل.

وتمثل العديد من **التحديات الرئيسية** المحددة في الاستعراض عكس عوامل التمكين المبينة أعلاه. ومن التحديات الأخرى ما يلي:

(١) *الموارد البشرية الصحية*. أُفِيد بأن القوى العاملة الصحية هي من التحديات الرئيسية المطروحة في المسح الإلكتروني وفي الاستعراض المكتبي أيضاً، ولاسيما توزيع العاملين الصحيين داخل البلدان (أوجه التفاوت في المناطق الحضرية/ الريفية)، فضلاً عن توظيف مهنيي الرعاية الصحية على الصعيد الدولي وظاهرة هجرة العقول. كما لُوحظ ارتفاع في معدل تنقل الموظفين (الناتج عن الاستنزاف) والافتقار إلى الحوافز المشجعة للعاملين الصحيين على متابعة مسيرة تطويرهم المهني، سواء من أجل ارتقائهم للسلم الوظيفي أم صونهم للمهارات والمؤهلات اللازمة لأداء عملهم، علماً بأن التحدي المجابه في صون قوى عاملة تمتلك المهارات الكافية هو من التحديات العويصة بالمناطق النائية وتلك المنقوصة الإمداد بالخدمات.

(٢) *محدودية الموارد المالية*. التي قد تعزى إلى الانتكاس الاقتصادي أو تغير السياق السياسي السائد أو إلى قصور مخصصات التمويل الناجم عن التحيز غير اللائق في تكريسها للرعاية الثانوية والثالثية (الأغلى تكلفة). وغالباً ما تسعى الرعاية الصحية الأولية جاهدة إلى اجتذاب التمويل الكافي لمواجهة الطلبات الواردة من الرعاية الثانوية والثالثية. ويؤثر سلبياً تخفيض ميزانيات الصحة العمومية على فئات السكان المستضعفة، وكذلك الرسوم المفروضة على المستفيدين من الخدمات والزيادات الطارئة على ما ينفقه الفرد من جيبه الخاص عليها.

(٣) *قصور الأطر السياسية*. استُشهد بتحد كبير يتمثل في رداءة تنسيق السياسات عبر أنحاء القطاعات والفجوات التي تتخلل بعض السياسات المتعلقة بالرعاية الصحية الأولية. وحدد المجيبون على المسح وجود برنامج عمل سياساتي غير واضح يطرح تحدياً في مجال وضع الرعاية الصحية الأولية وتنفيذها. وأُفيد ببعض الأمثلة على هذه التحديات المتمثلة في رداءة تنسيق السياسات داخل الحكومة بالاقتران مع ضعف تنسيقها بين الحكومة وسائر أصحاب المصلحة. وذكر بعض المجيبين أيضاً وجود فجوة تتخلل التشريعات المتعلقة بالرعاية الصحية الأولية في بلدانهم، كل فيما يخصه.

(٤) *رداءة جودة الخدمات الصحية*. استُشهد بإتاحة الخدمات الصحية الجيدة بالوقت المناسب على أنها من التحديات المواجهة حتى في حالات تحقيق التغطية الكلية والشاملة أو في الحالات التي يُرجح فيها تحقيقها. ولاحظ الاستعراض المكتبي حالات النقص المزمن في الموظفين المؤهلين والمعدات والإمدادات اللازمة والمقترنة بعدم وجود معايير أساسية في مجال إيتاء خدمات الرعاية الصحية أو ضعف إنفاذ هذه المعايير في حال وجودها، ممّا يزيد بلّة طينة أوجه الإجحاف في إتاحة الرعاية الصحية الجيدة.

(٥) *نظم المعلومات الصحية*. لا يُستغنى عن المعلومات الصحية للتمكن من فهم احتياجات السكان الصحية ورصد الخدمات المقدمة ووضع الخطط المسندة بالبيّنات واتخاذ القرارات المتعلقة بتنفيذ البرامج. وغالباً ما تُفرض على عملية اتخاذ القرارات المسندة بالبيّنات قيود سببها التحديات الناشئة عن رداءة جودة البيانات ومحدودية توافرها وتدني مستوى استخدام المتاح منها. ويسفر تعذّر إمكانية تشغيل نظم المعلومات القطرية تشغيلاً بينياً عن اختلاف الكيانات المعنية بجمع المعلومات (ونسخها بأغلب الأحيان) ويتعذّر بالتالي تقاسمها فيما بين المؤسسات الوطنية.

(٦) *التحديات المواجهة في سياقات معينة تحديداً فيما يتعلق بأوجه الإجحاف في مجال الصحة وحواجز إتاحة الخدمات*. تواجه هذه التحديات فئات السكان المستضعفة، مثل النساء وفئات السكان المحرومة اجتماعياً واقتصادياً وسكان الأرياف واللاجئين والمشردين داخلياً والأقليات العرقية وغيرها من الفئات المهمشة.

(ب) كيف ساعدت الرعاية الصحية الأولية والابتكارات المتعلقة بها في تحسين الحصائل الصحية وتعزيز الإنصاف والتعاون بين القطاعات وتحسين الكفاءة؟

(١) *تحسين الحصائل الصحية*. أفاد المجيبون على المسح بأن تحسين صحة سكانهم واحد من الإنجازات الرئيسية التي حققوها في مجال تنفيذ الرعاية الصحية الأولية، بوسائل من قبيل إحراز التقدم في تحسين صحة الأم ورعاية الطفل، وتقليل حالات الإصابة بالأمراض السارية، ورفع معدلات النجاح في التغطية بالتمنيع ومكافحة الأمراض التي يمكن الوقاية منها باللقاحات، وزيادة متوسط العمر المتوقع. واستشهد عدد أقل من هؤلاء المجيبين بتخفيض عوامل خطر الإصابة بالأمراض غير السارية مثل تعاطي التبغ والكحول.

(٢) *التحسينات المدخلة في مجال الإنصاف*. فيما يتعلق بالإنصاف وحقوق الإنسان واحتياجات فئات السكان المستضعفة، فقد وُضعت سياسات واستراتيجيات تقرب مجتمع الصحة العالمي من بلوغ كل من الأهداف المحددة في إعلاني ألما–آتا وأستانا والأهداف الإنمائية للألفية وأهداف التنمية المستدامة. وشملت هذه المكاسب تحقيق الإنصاف في إتاحة الخدمات بالمناطق الجغرافية (مثل إتاحتها بين المجتمعات الحضرية والريفية/ مجتمعات المناطق النائية) وتحسين الإنصاف بين صفوف الفئات الاجتماعية والاقتصادية ببعض البلدان.

(٣) *نقل عملية اتخاذ القرارات وتعزيز المساءلة*. أتاح نقل عملية اتخاذ القرارات وتعزيز المساءلة إلى المستويات دون الوطنية (المستويات البلدية أو الإقليمية مثلاً) المجال أمام الحكومات لتحقيق تكامل الرعاية الصحية والاجتماعية وتحسين تنسيق الخدمات المقدمة في إطار الرعاية الثانوية وتعزيز الأنشطة الوقائية. وأدت الإصلاحات الصحية في بعض نظم الرعاية الصحية اللامركزية بالبلدان (من المستويات الإقليمية إلى تلك المحلية) إلى إعادة توجيه الرعاية الصحية الأولية صوب الأسر والمجتمعات.

(٤) *تمكين الأفراد والمجتمعات*. يتعلم الأفراد والأسر والمجتمعات تحمل المسؤولية عن صون صحتهم بفضل رفع مستويات التعلم وتعزيز الصحة والتواصل. ويسمح الآن العديد من البلدان للمرضى باختيار طبيب الأسرة، كما أن تزويد فئات محددة من السكان بالخدمات، مثل اللاجئين أو المسنين أو الأشخاص ذوي الإعاقة، يسهل إتاحة الخدمات الصحية ويعزز الإنصاف في مجال الصحة.

(٥) *الابتكارات المستحدثة لتحسين أداء الرعاية الصحية الأولية وإيتاء الخدمات*. عملت مبادرات مثل خطط التأمين الصحي العام وغيرها من آليات التمويل على معالجة أوجه التفاوت الاجتماعي والاقتصادي وزيادة سهولة إتاحة الرعاية الصحية. وأفضت ابتكارات أخرى مثل خطط الدفع القائمة على الأداء، إلى تحسين الرعاية الصحية الأولية ببعض البلدان، بينما أدى استخدام نظم الصحة الإلكترونية إلى تعزيز التواصل عبر الشبكات وتبادل المعلومات بين التخصصات الطبية وإلى تحسين جودة الرعاية الصحية.

(٦) *خطى التقدم المحرز في مجال تكنولوجيا المعلومات والاتصالات*. شمل هذا المجال حالات التقدم المحرز فيما يخص كل من الاتصالات والإنترنت واستخدام السجلات الطبية الإلكترونية واستحداث تطبيقات الصحة الإلكترونية (الرعاية الصحية عن بُعد وتطبيقات الأجهزة المحمولة وإحالات المرضى إلكترونياً). وعملت تطبيقات الهاتف المحمول والتطبيب عن بعد على زيادة معدلات اجتذاب القوى العاملة الصحية بالعديد من المواقع للعمل في مناطق نائية مأهولة بالكثير من المستضعفين والفقراء. وتتواصل الاستفادة من الموارد التكنولوجية لتعزيز دور القوى العاملة الصحية وتزويدها بما يلزم من تدريب وتعليم بغية إعدادها بطريقة تمتلك فيها المعارف والمهارات اللازمة للتعامل بفعالية مع الماثل أمامها من تحديات صحية بالحاضر والمستقبل.

(ج) ما هي النهوج المشتركة بين القطاعات والمتبعة في تنفيذ الرعاية الصحية الأولية؟

(١) *نهج يشمل شرائح المجتمع ككل إزاء صون الصحة*. نظراً إلى أن الرعاية الصحية الأولية تمثل نهجاً يشمل شرائح المجتمع ككل إزاء صون الصحة، فإن طابع التعاون المشترك بين القطاعات ونطاقه يمثلان بعداً مهماً من أبعاد التقدم المُحرز. وكشف الاستعراض المكتبي النقاب عن مجموعة غنية من النهوج المشتركة بين القطاعات التي يتواصل وضعها وتنفيذها منذ عام ١٩٧٨، والتي تتراوح بين وضع خطط مشتركة بين القطاعات وتنفيذ مبادرات متعددة القطاعات في أوساط المجتمع الريفي وتنفيذ تلك المبادرات على المستوى الوطني.

(٢) *النهوج المتعلقة بدمج الصحة في جميع السياسات*. أفاد العديد من المجيبين على المسح باعتمادهم لنهوج تدمج الصحة في جميع السياسات شجعت الوكالات الحكومية على تقييم النتائج الصحية ومراعاتها عند رسم السياسات أو سنّ التشريعات.

(٣) *التعاون والتنسيق (أفقياً) بين الوزارات*. ثمة أمثلة كثيرة على التعاون فيما بين مختلف الوزارات (علاوة على التعاون بين وزارات الصحة)، مثل التعاون بين وزارات كل من الصحة والتعليم والزراعة في تنفيذ برامج الغذاء والتغذية بالمدارس. ويتعاون أيضاً قطاعا الصحة والتعليم على ضمان أن تدرج برامج الصحة المدرسية متطلبات تمنيع الأطفال بما يناسب أعمارهم قبل تسجيلهم بالمدارس. وتوجد أمثلة أخرى على العمل المشترك بين القطاعات بشأن طائفة واسعة من المواضيع، ومنها التأهب لمواجهة الكوارث والاستجابة لها، وصون الصحة البيئية، والسلامة على الطرق، والمياه والإصحاح، وسلامة الأغذية، والتأهب لمواجهة الجوائح على نطاق المجتمع واتخاذ تدابير لمعالجة الأمراض غير السارية.

(٤) *التعاون والتنسيق (عمودياً) بين الحكومات*. الذي يمكن إتمامه بين الحكومات على مستويات مختلفة (مثل تلك المحلية والدولية والاتحادية).

(٥) *التعاون والتنسيق بين الحكومات والجهات الفاعلة غير الدول*. الذي يشمل التعاون والتنسيق بين القطاعين العام والخاص.

(٦) *مستوى المجتمع المحلي*. تصبو بلدان عديدة إلى بلوغ هدف مؤداه تحسين الخدمات الاجتماعية والصحية عن طريق دمج الوكالات التابعة لقطاع الصحة وتلك المسؤولة عن سائر خدمات الضمان الاجتماعي في كيان واحد بقصد ضمان تحسين تنسيق التمويل وإنجاز العمل. وأفاد بعض المجيبين على المسح بأن هذا النهج يتيح فرصاً كبيرة لتعزيز تنسيق الخدمات وتحقيق تكاملها، وخصوصاً بالنسبة إلى فئات السكان المستضعفة مثل المسنين والمصابين بأمراض نفسية ومتعاطي الكحول أو المخدرات.

(٧) *التعاون داخل قطاع الصحة*. أثبت الاستعراض المكتبي أن الحكومات شجعت أيضاً على إقامة شراكات بشأن تكامل الرعاية بين ممثلي الجهات المتطوعة والمجتمعات المحلية والمستفيدين من الخدمات في الشبكات التعاونية من أجل تلبية احتياجات المجتمعات المحلية بطرق ابتكارية. وينطوي التنسيق على مستوى عدة قطاعات فيما بين الكيانات التابعة لقطاع الصحة على توثيق عرى العمل بين القطاعين العام والخاص، وإشراك الممارسين العامين، وشبكة أطباء الأسرة، والمختبرات، والجهات المعنية بالمعدات الطبية وموردي الأدوية، وتعزيز نظم إحالة المرضى (تنسيق عمودي بين الرعاية الأولية والثانوية والثالثية).

(د) ما العبر المستخلصة والابتكارات المستمدة من مختلف السياقات التقنية أو الإنمائية القطرية والإقليمية التي يمكن تكييفها وتقاسمها تعزيزاً للجهود المبذولة بالمستقبل في مجال تحقيق التغطية الصحية الشاملة وتنفيذ الرعاية الصحية الأولية، وتوسيعاً لنطاق تلك الجهود؟

(١) *الإرادة السياسية وحسن تصريف الشؤون والقيادة*. اللازمة كلها لتكليل تنفيذ الرعاية الصحية الأولية بالنجاح، بوسائل منها الالتزام بتمويل هذه الرعاية. ويُستشهد بحسن تصريف الشؤون على أنه الأساس الذي يرتكز إليه في بلوغ أهداف الرعاية الصحية الأولية عن طريق القيام عموماً بضمان وضع المتماسك من سياسات واستراتيجيات موضع التنفيذ تعزيزاً لصحة السكان وعافيتهم بطريقة تركز عليهم.

(٢) *الرعاية الصحية الأولية تعزز الاستفادة بكفاءة من الموارد المالية الصحية*. إن دور الرعاية الأولية في مرافق الرعاية الصحية الأولية بوصفه وظيفة حارس لبوابتها إنما هو دور يحول دون الإفراط في الاستعانة بالرعاية المتخصصة في الخدمات الثانوية والثالثية، ويقلّل التكاليف المتكبدة عن الاستعانة بها. وتعتمد وظيفة حراسة البوابة هذه على جودة أداء موظفي الرعاية الصحية الأولية ومستوى تدريبهم، وكذلك على جودة المعدّ خصيصاً من سياسات لهذا الغرض ونظم الإحالة الوظيفية والأطر التنظيمية التي لا يُستغنى عنها لتقليل التكاليف الصحية المتكبدة عن النظم الصحية ورعاية المرضى. ومن الضروري أن تعزز الدول الأعضاء المساءلة والشفافية في مجال الاستفادة من الأموال، وكذلك الحال بالنسبة إلى توفير التمويل الكافي الذي يمكن التنبؤ به لتنفيذ الرعاية الصحية الأولية. ويمكن أيضاً تحسين الحصائل الصحية بواسطة خطط التأمين الصحي والشراكات المبتكرة بين القطاعين العام والخاص.

(٣) *يلزم إعداد قوى عاملة صحية جيدة التأهيل لتكليل تنفيذ الرعاية الصحية الأولية بالنجاح*. يلزم لإقامة نظام فعال للرعاية الصحية الأولية إعداد المتمرس من القوى العاملة الصحية والفرق المتعددة التخصصات. ويعتمد إعداد قوى عاملة صحية لائقة من حيث الحجم والمؤهلات على جودة تعليمها وتدريبها في مجال الصحة ومبالغ الرواتب المدفوعة إليها وأطرها التنظيمية، فيما يتوقف تحقيق الإنصاف في إتاحة الرعاية وتوفيرها على إعداد قوى عاملة صحية بأعداد كبيرة كافية وتزويدها بحوافز مغرية (مالية أو غيرها) تشجعها على العمل بمناطق نائية أو منقوصة الإمداد بالخدمات.

(٤) *مشاركة المجتمع وإشراك المستخدمين يحسنان إتاحة الرعاية وجودتها*. لا غنى عن المشاركة الشاملة لضمان استمرار النظم الصحية في تركيزها على الناس وإيجاد حلول صحية مصممة خصيصاً لتلبية احتياجات المجتمع. ومن الضروي إشراك المستفيدين من خدمات الرعاية الصحية الأولية مع راسمي السياسات المحليين لتكليل تنفيذ نظام الرعاية الصحية الأولية بالنجاح. ومن الضروري أيضاً ضمان وجود أطر تنظيمية وآليات مساءلة كافية في النظم الصحية.

(٥) *الإجراءات المسندة بالبيّنات تقتضي إدخال تحسينات على عملية جمع البيانات والاستفادة منها*. لُوحِظ في الاستعراض المكتبي أن النهوج المسندة بالبيانات والبيّنات ضرورية لتكليل تنفيذ نظام الرعاية الصحية الأولية بالنجاح بفعالية وكفاءة. ولا تستغني الحكومات ولا سائر موظفي قطاع الصحة في اتخاذهم لقرارات مستنيرة عن توليد البيانات والبيّنات والاستفادة منها، بيد أن قدرة الحكومة على جمع البيانات وتحليلها والاستفادة منها غالباً ما تُفرض عليها قيود كبيرة من حيث قدرتها عل الاستيعاب.

الاستنتاجات وطريق المضي قدماً

التقدم المحرز عالمياً صوب تنفيذ الرعاية الصحية الأولية

١٠- شهدت السنوات الأربعون الماضية تحقيق عدد من الإنجازات الكبيرة في مجال تنفيذ نظام الرعاية الصحية الأولية مثلما أشارت إلى ذلك الدول الأعضاء في تقييمها الذاتي الإيجابي والشامل للتقدم الذي أحرزته بلدانها، كل فيما يخصه، منذ صدور إعلان ألما-آتا. وتواصل تحسين العديد من المؤشرات الصحية بمعظم البلدان، علماً بأن الناس اليوم يتمتعون عموماً بصحة أوفر ويعيشون عمراً أطول ممّا كانوا عليه قبل ٤٠ عاماً مضت. وعليه، فقد ركز العديد من الدول الأعضاء على الحصيلة النهائية للتحسينات المدخلة على مستوى تمتع سكانها بالصحة وإنصافهم في هذا المجال على حد سواء بوصف ذلك من أهم الإنجازات المحققة طوال العقود الأربعة الماضية. ورُئِي، وفقاً لما أبرزه الاستعراض، أن ثمة نواحي مختلفة من تنفيذ الرعاية الصحية الأولية هي نواحي جوهرية لتحقيق هذه الحصائل، بالتلازم مع إحراز تقدم كبير بوجه خاص في تحقيق التغطية بالرعاية الصحية الأساسية وبالتمنيع واستئصال شأفة عدد من الأمراض المعدية ومكافحتها. ولم تُحقق هذه الإنجازات ببلدان كثيرة على مستوى السكان عموماً فحسب، بل أيضاً فيما بين صفوف الفئات الفرعية من المهمشين منهم تقليدياً أو المستضعفين منهم تحديداً لأسباب جغرافية وأخرى اجتماعية واقتصادية؛ وبالتالي، فقد أحرزت تلك البلدان لدى قيامها بذلك تقدماً كبيراً صوب بلوغ الأهداف المحددة بشأن الإنصاف في مجال الرعاية الصحية الأولية.

١١- وترتكز تلك المنجزات إلى ما أدخل من تعديلات على السياسات بهدف دمج مبادئ الرعاية الصحية الأولية وأهدافها في النظم الصحية للبلدان، التي أفضت في بعضها هذه التعديلات المدخلة على السياسات إلى التدرج في إدخال تحسينات محددة الأهداف على نواحي معينة من نظمها الصحية القائمة حالياً. أمّا فيما يتعلق ببلدان أخرى، فقد أدت تلك التعديلات إلى إجراء إصلاحات أكثر جوهرية للنظم الصحية في البلدان لكي تتماشى مع مبادئ الرعاية الصحية الأولية وأهدافها القاضية بتوفير رعاية صحية منصفة وفعالة وكفوءة وسريعة الاستجابة. وتُرجمت بالعديد من البلدان هذه الإجراءات السياساتية إلى زيادة في معدلات الإنفاق على النظم الصحية وعلى النظم الصحية التي تركز على الرعاية الصحية الأولية تحديداً.

١٢- ومن العناصر الأساسية لتلك الإصلاحات التحرك صوب توثيق عرى التعاون بين القطاعات، علماً بأن تلك النهوج المشتركة بين القطاعات شملت، أولاً وقبل كل شيء، التعاون بين وزارات الصحة ومختلف الوزارات الأخرى التي يعزز عملها بالتبادل أهداف قطاع الصحة. والأهم من ذلك أنها شملت مستويات أخرى من التعاون كذلك من قبيل ما يلي: توثيق عرى التعاون فيما بين مختلف المهن والتخصصات الصحية؛ والتعاون عبر مختلف

شـــرائح المجتمع (بما فيه منظمات المجتمع المدني والمنظمات غير الحكومية والمنظمات المجتمعية) والتعاون عموماً بين الحكومات والجهات الفاعلة غير الدول؛ والتعاون فيما بين المستويات المستقلة للحكومة والإدارة العامة وفيما بينها (مثل السـلطات الصـحية على الصـعيدين الوطني والإقليمي والصـعيد المحلي). ويشـكل هذا النهج الشامل لأجهزة الحكومة وشرائح المجتمع ككل والذي يدمج الصحة في جميع السياسات إنجازاً في حد ذاته بالنسبة إلى العديد من البلدان.

١٣- وشـدّد هذا الاسـتعراض على أن تنفيذ الرعاية الصـحية الأولية هو ليس تطبيقاً لمعادلة، بل إنجازاً تحقق بفضل طائفة واسعة من الابتكارات التي تشكل فئة فرعية من الإنجازات المحققة في حد ذاتها. وقد شهد النصف الأخير من الفترة اللاحقة لصـــدور إعلان ألما-آتا تطورات هائلة طرأت على تكنولوجيا المعلومات والاتصـــالات وأحدثت ثورة في ميدان إيتاء خدمات الرعاية الصـحية الأولية. واسـتُحدثت كذلك ابتكارات بطرق أضـعف ارتباطاً بالتكنولوجيا، وركز بعضـها مثلاً على تحسـين تقديم الخدمات أو تعزيز إدارة الرعاية الصـحية الأولية؛ وشـملت ابتكارات أخرى تلك المسـتحدثة هيكلياً وإدارياً لنقل عملية صـنع القرار إلى مسـتويات الحكومة الأقرب إلى فئات السـكان التي تقوم على خدمتها؛ بينما ركزت ابتكارات أخرى على المبادرات الرامية إلى تمكين المجتمعات والأفراد أنفسـهم من أداء دور أنشط في مجال صـون صـحتهم. كما ركزت طائفة من الابتكارات الأخرى على تعزيز توفير الموارد الصحية، سواء كانت مالية أم بشرية.

١٤- ورغم جني مكاسـب هائلة من الحصـائل الصـحية المحققة طوال العقود الأربعة الماضـية من الزمن، فإن المدى الذي يمكن فيه ربط هذه المكاسب مباشرة بتنفيذ الرعاية الصحية الأولية مازال غير واضح. وهذه الفجوة في المعلومات لا تثير الدهشـــة، لأن المناقشـــات الدائرة حول خطة التنمية المســـتدامة لعام ٢٠٣٠ وأهداف التنمية المســـتدامة أبرزت هذه الفجوة في المنشـــور عالمياً من بيانات على مســـتوى النتائج المحققة. ورغم ما ذكر، فإن العديد من الدول الأعضاء يدافع بالقول كذلك إن تنفيذ الرعاية الصحية الأولية قد أسهم فعلاً في تحسين الحصائل الصحية والإنصاف عموماً.

١٥- وبالرغم ممّا تحقق من مكاسـب كبيرة على الصـعيد العالمي في تنفيذ الرعاية الصـحية الأولية، فقد أبرز الاسـتعراض أن هذا التقدم المحرز لم يكن متكافئاً بين البلدان وداخلها على حد سـواء، مما يشـكل تحديات ماثلة باسـتمرار أمام تحقيق الإنصـــاف. وعلاوة على هذا التحدي الشـــامل، فقد حدد الاســـتعراض طائفة واســـعة من المجالات التي أحبطت الجهود المبذولة لبلوغ أهداف الرعاية الصحية الأولية. ومع أنه تحققت مكاسب كثيرة جديرة بالملاحظة في بعض البلدان، فقد ظل مجال الموارد البشـرية الصـحية يمثل مشـكلة طويلة الأمد مافتئت تشـكل تحدياً بارزاً ماثلاً أمام معظم البلدان فيما تبذله من جهود لتنفيذ الرعاية الصـحية الأولية. وبالمثل، ورغم أن معظم البلدان قد زادت تمويلها للرعاية الصحية الأولية في جميع مراحل التنمية، فإن تمويل قطاع الصحة ماانفك قاصراً، ولاسيما في ضوء زيادة الطلب على الرعاية الصحية وتصاعد تكاليفها وحدوث تقلبات اقتصادية. وبالرغم ممّا طرأ من تطورات هائلة على تكنولوجيا المعلومات والاتصـالات، فإن هذه التطورات لا تُسـتوعب دوماً ولا يُسـتفاد منها بفعالية على نطاق واسـع لتحقيق نتائج إيجابية في مجال صـون الصـحة والعافية، وإن جودة البيانات بالكثير من البلدان رديئة أو محدودة، أو إنها بيانات متاحة ولكن مستوى الاستفادة منها منقوص.

١٦- وثمة فئة أخرى واسعة من التحديات التي تتمحور حول جوانب كثيرة تتعلق بجودة الرعاية. وعلى المستوى الأوسـع نطاقاً، فقد دفع العديد من الدول الأعضـاء بالقول إنه يجابه بعض التحديات الرئيسـية المتمثلة في رداءة جودة الخدمات وطول فترات الانتظار والصـعوبات المواجهة في الحصـول على مواعيد طبية. ولا تؤدي إجراءات الإحالة المطبقة بتلك الدول التي ينخرط فيها الممارســـون في مجال الرعاية الأولية في عملهم بوصـــفهم حراس بوابتها من أجل تقليل الطلبات غير الملائمة على الرعاية الثانوية والمؤسـسـية الباهظة التكلفة، وظيفتها دوماً على النحو المتوخى منها، مما يســـهم في تقديم رعاية مجزأة أو خاطئة التوجيه. وتمثل رداءة البنية التحتية الصـــحية بأماكن أخرى، وخصوصاً منها البلدان المتأثرة بالنزاعات، عاملاً هاماً يؤثر سلباً على جودة الرعاية.

١٧- وفيما يخص أعلى المستويات، فقد أبرز الاستعراض واحداً من التحديات الحاسمة التي تتمركز حول نية إعلاني ألما-آتا وأستانا تحديداً، وذلك كالتالي: الإرادة السياسية التي تمتلكها الحكومات لتنفيذ الرعاية الصحية الأولية، بما فيها مجال تصريف الشؤون ذو الصلة. وتشير دول أعضاء كثيرة إلى أنها مابرحت تواجه تحديات في امتلاك هذه الإرادة السياسية وصونها. وقد تمتلك بلدان أخرى الإرادة السياسية اللازمة، ولكن سياق السياسات السائد فيها لا يساعد على إدخال ما يلزم من تعديلات طموحة لتنفيذ الرعاية الصحية الأولية، وذلك للأسباب التالية: غالباً ما تكون برامج عمل السياسات وإجراءات تصميمها وجوانب اتساقها وتصريف شؤونها قاصرة، وكذلك حال إطار تنظيم الرعاية الصحية الأولية. وتتسم مشاركة الحكومة مع الجهات الفاعلة غير الدول في بعض البلدان بطابع الضعف، بينما تشكل زعزعة الاستقرار السياسي أو النزاعات الناشبة ببلدان أخرى عقبات كأداء تحول دون إتمام ما يبذل من جهود لتنفيذ الرعاية الصحية الأولية.

١٨- وكشف الاستعراض النقاب عن طائفة واسعة من العوامل المترابطة ببعضها بأغلب الاحيان والتي تساعد على توضيح طائفة الإنجازات المحققة والتحديات المجابهة طوال العقود الأربعة الماضية من الزمن. فالإرادة السياسية مثلاً من العوامل الرئيسية التي يُستشهد بها دوماً على أنها تعزز تنفيذ الرعاية الصحية الأولية، بينما يُنظر إلى انعدامها على أنه يشكل تحدياً رئيسياً ماثلاً أمام الكثير من الدول الأعضاء. ويُبلغ بالمقابل عن أن تدابير الحماية المالية تؤثر إيجابياً في تنفيذ تلك الرعاية، فضلاً عن أنها من الإنجازات المحققة بالعديد من البلدان. وفيما يلي عوامل رئيسية أخرى مؤثرة في هذا المضمار: منظمات المجتمع المدني الناشطة في العمل ومستوى مشاركة سائر الجهات الفاعلة غير الدول ببلد معين؛ ومدى توافر الموارد البشرية الصحية المتمرسة وطريقة توزيعها بفعالية؛ ودرجة التنسيق بين القطاعات المدفوع بمصالح المانحين؛ ونطاق الاستفادة من النهوج المسندة بالبيانات والبيّنات في تنفيذ الرعاية الصحية الأولية.

١٩- ولكن الاستعراض أماط اللثام عن طائفة أوسع بكثير من العوامل المؤثرة في سياق تنفيذ الرعاية الصحية الأولية على الصعيد العالمي، والتي هي رعاية شكلتها إلى حد كبير الخطى السريعة الوقع لعولمة الاقتصاد العالمي بطائفة واسعة من الطرائق التي يتسم بعضها بطابع إيجابي وبعضها الآخر بطابع أقل إيجابية. وأدت الاتجاهات الديموغرافية المختطة عموماً إلى إطالة عمر الفئات الأكبر سناً من السكان وإن لم يتمتعوا بالضرورة بصحة أوفر في ظل عيشهم عمراً أطول، ومن دون أن يُستعاض عن تلك الفئات بأخرى من السكان الأصغر سناً والناشطين اقتصادياً لتقديم ما يكفي من الدعم للزيادة الطارئة على الأعمار. ويتبين على الصعيد العالمي أن العبء المتزايد للأمراض غير السارية والإصابات وحالات الإعاقة الناجمة عن الأمراض السارية يمثل تحولاً رئيسياً آخر في السياق العالمي الذي يؤثر على تنفيذ الرعاية الصحية الأولية. وتفرض بالوقت نفسه الصراعات الدائرة بين الدول عبئاً ثقيلاً ترزح تحت وطأته البلدان الأطراف في تلك الصراعات – وكذلك غير الأطراف فيها.

طريق المضي قدماً

٢٠- يلقي إعلان أستانا نظرة ثاقبة وتطلعية على تنفيذ الرعاية الصحية الأولية، ويرسي بوضوح رؤيته المطروحة بشأن مستقبل تنفيذها هذا في خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠ وأهداف التنمية المستدامة. وأعادت بالآونة الأخيرة الدول الأعضاء المشاركة في الاجتماع الرفيع المستوى للجمعية العامة للأمم المتحدة بشأن التغطية الصحية الشاملة المعقود يوم ٢٣ أيلول/ سبتمبر ٢٠١٩ تأكيدها على العلاقة القائمة بين الرعاية الصحية الأولية والتغطية الصحية الشاملة وأهداف التنمية المستدامة. ورأى الإعلان السياسي الصادر عقب انعقاد ذاك الاجتماع أن الرعاية الصحية الأولية تمثل "حجر الأساس الذي يُستند إليه في إقامة نظام صحي مستدام يحقق التغطية

الصحية الشاملة ويبلغ أهداف التنمية المستدامة المتعلقة بالصحة".[١] وعليه فإن العبر الأساسية المستخلصة من هذا الاستعراض قد تكون عبراً مفيدة يُسترشد بها في السير على طريق المضي قدماً.

٢١- وبرغم الطائفة الواسعة من الخبرات المكتسبة عالمياً طوال فترة الأربعين عاماً الماضية، فإن بالإمكان توحيد العبر الكثيرة المستخلصة من هذه الخبرات في مجموعة فرعية أصغر بكثير من المعالم الإرشادية الدالة على طريق المضي قدماً، والتي تشمل ما يلي عقب صياغتها بوصفها بيانات تتعلق بالعبر المستخلصة:

- **ترجمة الإرادة السياسية إلى إجراءات شرط أساسي لتحقيق مبادئ الرعاية الصحية الأولية وأغراضها.** قطع المجتمع الدولي في إعلاني ألما-آتا وأستانا كليهما عهداً على نفسه بأن يتخذ إجراءات بشأن الرعاية الصحية الأولية. ومثلما أشار إليه هذا الاستعراض، فقد قامت بعض البلدان بترجمة هذا الالتزام إلى طائفة واسعة من الإجراءات السياسية والإستراتيجيات والأطر التنظيمية الملموسة – وكذلك موارد مالية تتناسب مع التزاماتها الطموحة. وشهدت بلدان أخرى إحراز تقدم أقل في ترجمة التزاماتها إلى إجراءات ملموسة لأسباب مختلفة. وثمة عبرة مستخلصة من هذا الاستعراض تفيد بأن السعي إلى بلوغ أغراض الرعاية الصحية الأولية ومبادئها بفعالية ينطوي على قطع التزامات تستدعي امتلاك إرادة سياسية تتعين ترجمتها إلى إجراءات سياسية ملموسة ومتناسقة وتوفير الموارد اللازمة.

- **تكليل تنفيذ الرعاية الصحية الأولية بالنجاح يستلزم إقامة شراكة عريضة القاعدة.** يدعو تحديداً إعلان أستانا الحكومات وكذلك منظومة الأمم المتحدة (المنظمة واليونيسيف وغيرهما من المنظمات الدولية) والجهات الفاعلة غير الدول إلى العمل في إطار إقامة شراكات تصبو إلى بلوغ أهداف الرعاية الصحية الأولية، بيد أن نطاق تلك الشراكات وقوتها يتباينان تبايناً كبيراً من بلد إلى آخر مع ذلك.

- **التعاون بين القطاعات يقتضي بذل جهود متضافرة لأنه مكون أساسي من مكونات تنفيذ الرعاية الصحية الأولية.** أكد هذا الاستعراض أن التعاون بين القطاعات متعدد الأوجه وأن نطاقه يمتد ليشمل ما هو أبعد من التعاون فيما بين الوزارات وقطاع الصحة والقطاعات الأخرى. ويمكن بالأحرى إقامة هذا التعاون بين التخصصات الصحية وفيما بينها وبين مختلف شرائح المجتمع (الشراكات العريضة القاعدة المبينة أعلاه) وبين مستويات الحكومة والإدارة العامة وفيما بينها. وأشار هذا الاستعراض إلى أن الترويج لإقامة هذه الأشكال المختلفة من التعاون يمثل تحدياً ويتطلب ترجمة الالتزامات المقطوعة إلى إجراءت على النحو المبين أعلاه.

- **مازال تحقيق الإنصاف يمثل تحدياً مستمراً.** إن التغلب على أوجه الإجحاف داخل البلدان وفيما بينها هو التزام مذكور صراحة في إعلاني ألما-آتا وأستانا، غير أنه مافتيء يمثل تحدياً مواجهاً باستمرار. وقد خطت بلدان عديدة خطوات كبيرة في جهودها المبذولة لترجمة التزامها بالصحة، الذي هو من حقوق الإنسان، إلى إجراءات ملموسة تكفل تحقيق الإنصاف داخل حدودها، بينما أحرزت بلدان كثيرة غيرها تقدماً أقل في هذا المضمار، لأن أوجه الإجحاف مابرحت متفشية بين البلدان كذلك لأن بعضها يفتقر إلى الموارد أو القدرات اللازمة، بينما تسعى بلدان أخرى جاهدة من أجل امتلاك الإرادة السياسية المحلية لتحقيق الإنصاف.

---

١ الإعلان السياسي الصادر عن الاجتماع الرفيع المستوى بشأن التغطية الصحية الشاملة: "التغطية الصحية الشاملة: التحرك معاً من أجل إقامة عالم أوفر صحة (http://www.un.org/pga/73/wp-content/uploads/sites/53/2019/07/FINAL-draft-UHC-Political-Declaration.pdf، تم الاطلاع في ٢٨ تشرين الأول/ أكتوبر ٢٠١٩).

- **من الضـــروري إعداد قوى عاملة صـــحية بأعداد كبيرة ومؤهلات كافية لتحقيق أهداف الرعاية الصحية الأولية.** يبرز موضوع الموارد البشرية الصحية – وخصوصاً ما يتعلق منها بإعداد قوى عاملة صـحية مناسـبة الأعداد والمؤهلات وإدارتها واسـتبقائها – بوصـفه موضـوعاً يطرحه هذا الاستعراض باستمرار. والأهم من ذلك أنه لا غنى، من أجل تحقيق أهداف الرعاية الصحية الأولية، عن تدريب القوى العاملة الصحية لا على النواحي التقنية لأدائها لمهنها كل فيما يخصه فحسب، بل أيضاً على تطبيق مبادئ الرعاية الصحية الأولية وأغراضها، وهو ما تثبته الخبرات التي اكتسبتها بلدان عديدة في هذا الصدد.

- **يمكن حفز تنفيذ الرعاية الصـــحية الأولية بمختلف نواحيه.** أشـــارت أمثلة عديدة وردت في هذا الاسـتعراض إلى أن أهداف الرعاية الصـحية الأولية لا يلزم إملاؤها على الدوام، بل يمكن تلقينها باتباع أسـاليب تحفيز مختلفة من أمثلتها القليلة دفع رواتب مغرية بوصـفها حوافز لاجتذاب القوى العاملة الصـحية واسـتبقائها، وتقديم حوافز مالية كمكافأة لتحقيق الحصـائل المنشـودة في اتباع الممارسات الطبية، وتقديم حوافز توثق عرى التعاون بين القطاعات وأخرى تعزز الابتكار.

- **لا غنى عن مواصـلة الابتكار لإقامة نظم رعاية صـحية أولية وصـونها في المسـتقبل.** رغم أن الاستعراض لم يفترض أن طابع الإيجابية متأصل في الابتكار أو أنه يحقق دوماً حصائل إيجابية حصراً، فقد أبرز ابتكارات عديدة ساعدت البلدان على اغتنام الفرص السانحة والتصدي للتحديات الماثلة أمام تنفيذ الرعاية الصحية الأولية. ولا تقتصر هذه الابتكارات على التكنولوجيا، بل تستتبع أيضاً إيجاد حلول مبتكرة تساعد في تنقيح الإجراءات وإعادة تشكيل نهوج التمويل الصحي وهيكلة الإدارة العامة مجدّداً وإصلاح النظم الصحية بأكملها لتزيد من طابع تركيزها على الناس ومردوديتها وإنصافها. ومن المرجح أن يتواصل تعاظم الحاجة إلى إيجاد حلول مبتكرة لما يُواجه من مشاكل في ضوء التحديات الماثلة باستمرار أمام تنفيذ الرعاية الصحية الأولية، جنباً إلى جنب مع الاتجاهات المهمة المختطة على الصعيد العالمي التي يبرزها هذا الاستعراض (مثل العولمة الجارية باستمرار على قدم وساق وشيوخة السكان وتحول عبء الأمراض غير السارية الذي ترزح النظم الصحية تحت وطأته والصراعات الدائرة في بعض البلدان).

- **بإمكان النهوج المسندة بالبيّنات أن تساعد في تعظيم تنفيذ الرعاية الصحية الأولية بنجاح.** كشف الاستعراض النقاب عن سعي بعض البلدان حثيثاً إلى تطبيق البيّنات ذات الصلة على إجراءاتها المتعلقة باتخاذ القرارات المتعلقة بالرعاية الصـحية الأولية، بينما اتبعت بلدان أخرى نهوجاً أقل منهجية. وبفضل تعلم البلدان من المصادر القائمة حالياً لاستقاء المعارف والمعلومات والبيانات والخبرات، فإن بإمكانها رسم سياسات ووضع برامج واستراتيجيات وأطر تنظيمية وهياكل لتقديم الحوافز واستحداث ابتكارات مستنيرة مبنية على المنجز من أعمال ناجحة (وأخرى غير ناجحة) عوضاً عن مواصلة البحث عن خيارات أضعف استناداً إلى البيّنات (وربما كانت أقل موثوقية). وساعد التطور السريع في تكنولوجيا المعلومات والاتصالات بالبلدان على جميع مستويات التنمية في تسهيل توليد المعارف وتقاسمها التي لا يمكن الاستغناء عنها لإتاحة البيّنات والاستفادة منها.

٢٢- ويمكن تحديد عدد من مجالات العمل بشأن تنفيذ الرعاية الصـحية الأولية بفضـل هذه النظرة العامة الواسعة النطاق على المحقق من إنجازات والمجابه من تحديات والمطروح من عوامل التمكين والمستخلص من عبر في متناول اليد. ويمكن أدناه تصنيف هذه التوصيات المبنية على الردود الواردة من الدول الأعضاء على المسح.

إجراءات يلزم أن تتخذها الحكومات

(١) تعزيز الالتزام بتنفيذ الرعاية الصحية الأولية أو مواصلة تعزيزه عن طريق ترجمته إلى إجراءات ملموسة (مثل السياسات والاستراتيجيات والأطر التنظيمية وحسن تصريف الشؤون والإصلاحات الأوسع نطاقاً) بفضل اتباع نهوج مسندة بالبينات، حيثما أمكن ذلك.

(٢) قرن هذه الإرادة السياسية بالتزامات مالية – فيما يخص إجمالي تمويل كل من النهوج المبنية على الرعاية الصحية الأولية والتدابير المتخذة تحديداً بشأنها– وذلك تعزيزاً لحماية السكان من الناحية المالية.

(٣) اتخاذ تدابير تكفل توفير ما يكفي من الموارد البشرية الصحية من حيث الكم والجودة على حد سواء – على أن ترسّخ "الجودة" في مبادئ الرعاية الصحية الأولية وأغراضها وكذلك في الخبرات التقنية.

(٤) تعزيز الكفاءة والسعي إلى تحسين الحصول على مردود جيد لقاء التكلفة ممّا يُنفق حالياً في مجال الصحة، وذلك عن طريق تبسيط عملية إيتاء الخدمات وتقليل النفايات والخدمات المحبطة التي لا تُجنى منها فوائد مجربة.

(٥) توثيق عرى التعاون بين القطاعات داخل الحكومة عن طريق إدراج النهوج، التي تدمج الصحة في جميع السياسات والشاملة لأجهزة الحكومة ككل، في السياسات والاستراتيجيات وآليات تصريف الشؤون وتقديم الحوافز.

(٦) تعزيز النهوج الشاملة لشرائح المجتمع ككل من خلال تحسين الإشراك في العمل مع الجهات الفاعلة غير الحكومية، مثل المجتمعات المحلية والقطاع الخاص وسائر الجهات الفاعلة غير الدول.

(٧) تدعيم خدمات الرعاية الصحية الأولية من خلال مواصلة تطوير التكنولوجيات الرقمية واستيعابها، وتزويد مقدمي الخدمات الصحية بالحوافز، وإقامة تنظيمات وعلاقات تعضد عملية إيتاء خدمات أكثر تكاملاً، وتعزيز العمل الجماعي المتعدد الاختصاصات، وزيادة فعالية إدارة التواصل بين الرعاية الأولية والثانوية (من خلال حراسة البوابات وتعزيز آليات الإحالة عبر قنوات الرعاية الأولية) وإعداد قوى عاملة صحية مدربة كما ينبغي.

(٨) تعزيز الابتكار في مجال الرعاية الصحية الأولية ودعمه، فضلاً عن اتباع النهوج المسندة بالبيّنات.

إجراءات يلزم أن تتخذها المنظمة وجهات فاعلة أخرى[١]

٢٣- فيما يلي ما اقترحه المجيبون على المسح من إجراءات يلزم أن تتخذها المنظمة بالتعاون مع الوكالات المعنية التابعة للأمم المتحدة والجهات الفاعلة غير الدول والشركاء الآخرين:

(١) ينبغي أن تواصل المنظمة تسخير دورها في مجال الدعوة إلى عقد الاجتماعات توثيقاً لعرى التعاون بين القطاعات بمختلف أشكاله المبينة في الاستعراض، سواء على مستوى السياسات العالمية أم على مستوى فرادى البلدان في إطار دعمها لحكوماتها.

١ طُلِب في المسح الموجه إلى الدول الأعضاء من المجيبين عليه تحديد مجالات العمل التي يُحتمل أن تهم المنظمة والجهات الفاعلة الأخرى، ولكن معظم الردود التي وردت عليه تمحورت حول الدور الذي يُحتمل أن تؤديه المنظمة في بيان طريق المضي قدماً.

(٢) لابد أن تواصل المنظمة في معرض أدائها لدورها في مجال وضع القواعد الإمساك بزمام عملية وضع المعايير والمبادئ التوجيهية السياساتية والعملية من أجل مواصلة تنفيذ الرعاية الصحية الأولية عملاً بالالتزامات المقطوعة في إعلان أستانا، والمرتبطة بالتالي بخطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠ وأهداف التنمية المستدامة.

(٣) ينبغي أن تقوم المنظمة في معرض أدائها لدورها في ميدان التعاون التقني بتصميم جهودها المبذولة لبناء القدرات بما يتناسب مع المحدد من مجالات تتعلق بالرعاية الصحية الأولية وتتطلب مزيداً من الدعم المقدم تحديداً في بلدان معينة، مثل ذاك اللازم لوضع الاستراتيجيات وتنفيذها، وتعزيز النظم الصحية، ودمج الصحة في جميع السياسات، وسن التشريعات الصحية، وتمويل قطاع الصحة، وتقييم التكنولوجيا الصحية وإدارتها، وتوفير الموارد البشرية الصحية، وإعداد النهوج المعنية بصحة المجتمع، وإجراء البحوث تحسيناً لعملية إيتاء الخدمات، ورصد تنفيذ الرعاية الصحية الأولية وتقييمه بفضل عمليات الاستعراض الوطنية الطوعية.

(٤) لابد أن تتولى المنظمة في معرض أدائها لدورها في مجال الدعوة تعيين المسائل المتعلقة تحديداً بالرعاية الصحية الأولية وبيان الأهداف المتوخاة منها والتي تقتضي بذل جهود في مجال الدعوة بفرادى البلدان، بوسائل من قبيل الدعوة إلى زيادة الإنفاق في مجال الصحة، وتحديد الفجوات التي تتخلل السياسات تحديداً والتي يلزم اتخاذ إجراءات بشأنها والتشديد على ضرورة توثيق عرى التعاون بين القطاعات وزيادة معدلات الإنصاف.

(٥) ينبغي أن تقوم المنظمة في معرض استيفائها لجميع هذه الأدوار بتعزيز دعمها المقدم في ميدان اتخاذ إجراءات سياساتية مسندة بالبيّنات، عن طريق تقديمها مثلاً للدعم اللازم لإجراء البحوث المنهجية وتوليد البيّنات تعزيزاً لرسم السياسات في مجال الصحة وتوثيق العبر المستخلصة والممارسات الفضلى ونشرها.

= = =