



EM/RC51/5

ش م/ل 5/51

أيلول/سبتمبر 2004

الأصل: بالعربية

اللجنة الإقليمية

لشرق المتوسط

الدورة الحادية والخمسون

البند 6 (ب) من جدول الأعمال

ورقة تقنية:

أولويات النُظْمِ الصحية في إقليم شرق المتوسط:
التحديات والتوجُّهات الاستراتيجية

المحتوى

الصفحة

أ	الموجز
1	1. المقدمة
1	2. إطار تحليلي
2	3. المُرْتَسَم الاجتماعي والاقتصادي والديمقراطي والجغراسي (الجغرافي السياسي)
4	4. التحدّيات الصحية في إقليم شرق المتوسط
4	1.4 عبء المرض
8	2.4 النظام الصحي
12	3.4 محدّدات الصحة
14	5. أولويات النُظُم الصحية في إقليم شرق المتوسط
20	6. التوجّهات الاستراتيجية
21	7. الاستنتاجات
22	8. المراجع

الموجز

تهدف هذه الورقة التقنية إلى مساعدة الدول الأعضاء على اكتساب منظور لأولويات النُظُم الصحية في إقليم شرق المتوسط، وتحديد التحدّيات الراهنة، ورسم استراتيجيات مناسبة لتدليلها. وترتكز عملية تحديد أولويات النُظُم الصحية في إقليم شرق المتوسط على موضوعين أساسيين، هما أسلوب الرعاية الصحية الأولية والتأكيد على أهمية استراتيجية الصحة للجميع، التي لاتزال الركن الركين لجهود تحديد الأولويات. كما أن بلوغ المرامي الإنمائية للألفية، ولاسيّما ما يتعلق منها بالصحة، من أجل تقليص الفقر وتحسين حياة سكان بلدان الإقليم، كان بمثابة القوة الدافعة لهذه الجهود.

وقد استُخدم في هذا البحث إطار تحليلي بسيط لتقييم أولويات النُظُم الصحية، يربط بين البرامج الصحية والنظام الصحي ومحدّدات الصحة. وقد اقترحت في البحث مجموعة من الوظائف الأساسية للنُظُم الصحية، لا يُقصد بها أن تكون إيعازية أو إلزامية، وإنما يُقصد بها إثارة مناقشات صحية تؤدي إلى مزيد من التنقيح لأولويات النُظُم الصحية، وتحقيق توافق في الرأي حول التعريف العملي لكل وظيفة أساسية من وظائف النُظُم الصحية ونطاقها، واعتماد الدول الأعضاء للوظائف الأساسية لتلك النُظُم في سياساتها الوطنية، سعياً إلى بلوغ مرمى تحسين صحة سكان الإقليم.

ويضم إقليم شرق المتوسط اثنين وعشرين بلداً، ويعيش فيه 500 مليون نسمة، ومُرتسّمه الديمغرافي هو مُرتسّم إقليم نام. وهو على العموم إقليم مداخله متوسطة تميل إلى الانخفاض، ويقل فيه نصيب الفرد من إجمالي الناتج الوطني عن 1700 دولار أمريكي، ويبلغ متوسط مُنسب التنمية البشرية فيه 0.603. ثم إن الوضع الجغرافي (الجغرافي السياسي) للإقليم بالغ الصعوبة إذ إن العديد من بلدانه إما داخل في أزمة وإما خارج من صراع. وأهم الأمراض الفتّاقة في الإقليم هي السل، والملاريا، ومرض الإيدز والعدوى بفيروسه. ويبلغ متوسط المعدل الإقليمي للتغطية بالتطعيم حوالي 80٪ للأطفال دون السنة من العمر. وعلى الرغم مما تحقّق من تقدّم كبير في مجال استئصال شلل الأطفال، فلاتزال البلدان التي يتوطنها هذا المرض تواجه عقبات منشؤها استمرار انتقال الفيروس البري للمرض. وترتفع نسبة وفيات الأمومة في عدد من البلدان، وعلى الرغم من تناقص معدل وفيات المواليد، فإن نسبة الإملاص (ولادة أطفال مَوْتَى) والوفيات في الأسابيع الأولى من العمر تقدّر بنحو 60٪ من وفيات الرضع. ويشكّل تأخّر النمو مشكلة تغذوية خطيرة في العديد من بلدان الإقليم، تُعزى إلى سوء ممارسات تغذية الرضع وصغار الأطفال. وتمثّل الأمراض غير السارية، في الوقت الحاضر، ما يزيد على 40٪ من العبء الإقليمي للمرض، ويُتوقع أن ترتفع هذه النسبة لتصل إلى 60٪ بحلول سنة 2020. وتشكّل الأمراض القلبية الوعائية أحد الأسباب الرئيسية للوفاة. ويتزايد عبء اعتلال الصحة النفسية بسبب ارتفاع مستويات الكرب، ولاسيّما في البلدان التي تعاني من أوضاع طارئة معقّدة. ثم إن الوقاية من الإصابات والعنف لم تُدرَس بعد دراسة كافية، وتمثّل الوقوعات المتزايدة للإصابات الناجمة عن حوادث المرور على الطرق أحد التحدّيات الرئيسية.

هذا، مع العلم بأن عملية تحليل السياسات والتفكير الاستراتيجي تُسَم بالضعف في بعض وزارات الصحة، كما أن في غير إمكان بعضها إدراك دورها في تنظيم وإقامة الشراكات مع القطاع الخاص. ويجري تمويل القطاع

الصحي في البلدان الغنية من موارد القطاع العام. ويوجد لدى البلدان المتوسطة الدخل نظام مختلط يجمع بين الضرائب الحكومية، والتأمين الاجتماعي، والمدفوعات المباشرة، والتمويل الخارجي، غير أنه لا يزال يتعين تعميم التغطية بهذا النظام. علماً بأن ما يزيد على ثلثي الرعاية الصحية المقدمة في البلدان المنخفضة الدخل، يتم تمويله من المدفوعات المباشرة (من جيب المواطن). وفي هذا الصدد، فإن اختلال التوازن في القوى العاملة الصحية يشكل أحد التحديات الرئيسية. وتواجه بلدان الإقليم المتوسطة الدخل مشكلة تتمثل في نوعية التدريب لا في كمّه، في حين تعتمد بلدان الإقليم الغنية اعتماداً شديداً على القوى العاملة الأجنبية. وتحتاج أغلبية بلدان الإقليم إلى تحديث سياساتها في ما يتعلق بالموارد البشرية. فالوضع الإقليمي في ما يتعلق بالقوى العاملة في التمريض والقبالة لا يبعث على الانسراح، ويفتقر العديد من بلدان الإقليم الفقيرة إلى المولدات المترسّات المطلوبات للتوليد في الحالات العادية. وعلى الرغم من وجود شبكة كافية للرعاية الصحية في معظم بلدان الإقليم، إلا أن دور المستشفيات ومرافق الرعاية الصحية غير محدّد تحديداً جيداً، وسلسلة الإحالة لا تعمل بشكل جيد، والقدرات التشخيصية متفاوتة، والخدمات غير متجاوبة مع العبء الديمغرافي والوبائي المتغيّر. كما أن ما يصل إلى مئة مليون مواطن في الإقليم لا يحصلون بانتظام على ما يلزمهم من أدوية أساسية. ثم إن معدل الانتفاع بخدمات الرعاية الصحية منخفض في العديد من بلدان الإقليم. وتحتاج نُظُم المعلومات الصحية إلى تقوية، كما أنها غير موجّهة في معظم بلدان الإقليم لرصد التقدّم نحو بلوغ المرامي التنموية للألفية. ولا تزال البحوث الصحية في الإقليم عموماً تتأثر سلباً بنقص الموارد، والافتقار إلى البيئة الداعمة للبحث، وقصور الإدارة البحثية والالتزام السياسي.

وثمة عدد من المحدّثات الاجتماعية والبيئية التي تؤثر في الصحة، منها العولمة، والفقر، والجنس، والبيئة. فالعولمة تؤثر في إمكانية الحصول على مستلزمات الصحة العمومية العالمية، وهو ما يصدّق على الاتفاقات التجارية المتعدّدة الأطراف لمنظمة التجارة العالمية، التي لا يزال يتعين على الدول الأعضاء استيعاب آثارها استيعاباً تاماً. ويؤثر الفقر تأثيراً كبيراً في الصحة، وقد عوّج أمر الفقر في الإقليم من خلال المبادرات المجتمعية وبتشجيع رسمي السياسات على تعزيز السياسات الصحية المناصرة للفقراء في إطار استراتيجيات تقليص الفقر. وقد تم من خلال عدد من مؤشّرات الصحة والتنمية تعيين ثغرات ذات علاقة بخصائص الجنسين. وتشمل قضايا صحة البيئة، في ما تشمل، الإمداد بالمياه النظيفة، والتخلّص من الفضلات الصلبة، والسلامة الكيميائية والغذائية.

وتشمل أولويات النُظُم الصحية المقترحة، في ما تشمل: تحسين وظيفة الحاكِمية governance في وزارة الصحة؛ وتمويل النظام الصحي تمويلًا عادلاً وكافياً؛ وإعداد مورد بشري متوازن؛ وإتاحة إمكانية للجميع للحصول على الخدمات الصحية الأساسية؛ وزيادة توافر المعلومات وإمكانية الوصول إليها واستخدامها؛ وتحديد مداخلات عالية المردود تستهدف أهم المشكلات الصحية؛ وإنشاء برامج لتعزيز الصحة؛ ودعم المبادرات المجتمعية؛ وحفظ الصحة وصونها في حالات الطوارئ؛ والتصديّ لتحديات محدّثات الصحة، مثل العولمة، والفقر، والجنس، والبيئة في ما يتعلق بالصحة العمومية.

ويمكن تناول أولويات النُظُم الصحية من خلال مجموعة من الإجراءات تتحمّل الدولية المسؤولية الرئيسية عنها. وتشمل الوظائف الأساسية للنُظُم الصحية: تقوية مؤسسات وزارة الصحة لتحسين إدارتها؛ وإعداد سياسات

لتنظيم والإنفاذ وتنمية القدرات في هذا المضمار؛ وتحقيق المساواة في تمويل الخدمات الصحية وتوفيرها؛ وتخطيط الموارد البشرية وإعدادها وإدارتها؛ وإدارة الجودة في الخدمات الصحية الشخصية والاجتماعية؛ ومكافحة الأخطار التي تتهدد الصحة العمومية، باتخاذ تدابير عالية المردود؛ وتعزيز الصحة؛ وإجراء البحوث التطبيقية في مجال الصحة العمومية؛ والمشاركة الاجتماعية في المجال الصحي من خلال المبادرات الاجتماعية؛ ورصد عملية تقييم أداء النظام الصحي؛ وحماية الصحة وحفظها في مواجهة الطوارئ؛ وتعزيز التعاون بين القطاعات لتدبير جوانب الصحة العمومية المتعلقة بمحددات الصحة.

1. المقدمة

أولويات النُظُم الصحية ظاهرة ديناميكية نظراً للتغير المطرد للظروف الاجتماعية والاقتصادية والسياسية والسرعة الهائلة التي تدور بها عجلة التطور التكنولوجي. ومن ثم، فإن من المهم الاستعانة بأفضل ما هو متوافر من بيّنات لتحديد تلك الأولويات واختيار مُداخلات عالية المردود للتعامل معها. وليس تحديد الأولويات بالجهد الجديد على المكتب الإقليمي لشرق المتوسط. فقد سبق له القيام بجهود مماثلة في الماضي وسوف يواصل، بمشيئة الله، القيام بأمثال هذه الجهود في المستقبل. وترتكز عملية تحديد أولويات النُظُم الصحية في إقليم شرق المتوسط على موضوعين أساسيين، هما أسلوب الرعاية الصحية الأولية والتأكيد على أهمية استراتيجية الصحة للجميع، التي مازال الركن الركين لجهود تحديد الأولويات. كما أن بلوغ المرامي الإنمائية للألفية، ولاسيما ما يتعلق منها بالصحة، من أجل تقليص الفقر وتحسين حياة سكان الإقليم، كان بمثابة القوة الدافعة لهذه الجهود. ومن بين المبادئ التي يقوم عليها الجهد المبذول في الوقت الراهن، ما يلي:

- الاستعانة بأفضل ما هو متاح من بيّنات ومعلومات لتحديد أولويات النُظُم الصحية وانتقاء أنسب الاستراتيجيات التي لها أبلغ الأثر على الوضع الصحي، والتي تساهم في زيادة الإنتاجية وفي التنمية الاجتماعية الاقتصادية الشاملة؛
- تحديد الأولويات من منظور كلّ من البرامج الصحية والنُظُم الصحية، على أن تنطوي تلك الأولويات على إمكانية التأثير في أداء النظام الصحي بوجه عام، والتأثير في ما يتحقق من نتائج صحية؛
- النظر في أوجه التشابه والتفاوت القائمة بين بلدان الإقليم في ما يتعلق بأوضاعها الجغرافية (الجغرافية السياسية) والمستوى العام لنموها الاجتماعي والاقتصادي.

ولا خلاف على أن وزارات الصحة هي الجهات الرئيسية المنوط بها معالجة الأولويات الراهنة للنُظُم الصحية والتعامل مع الأولويات المستجدة بانتقاء أنسب المُدخلات. وقد أُعدَّ بيان السياسة هذا بغرض مساعدة الدول الأعضاء على اكتساب منظور واسع لأولويات النُظُم الصحية في إقليم شرق المتوسط، والتعرّف على التحدّيات والعقبات التي تواجه بلدان الإقليم، ورسم استراتيجيات ملائمة للتعامل مع هذه الأولويات.

2. إطار تحليلي

استُخدم إطار تحليلي بسيط لتحديد أولويات النُظُم الصحية في الإقليم، يركّز على مرصّاف template ذي بُعدين يربط بين البرامج الصحية وجوانب النظام الصحي. وغالباً ما تركز أولويات النُظُم الصحية على المشكلات الصحية ذات العبء المرضي الجسيم، والتي تقوم الحكومات في مواجهتها بإعداد البرامج الصحية ذات الأولوية. فلا غرو أن العديد من البلدان تواصل العمل على مكافحة السل، والتطعيم، والوقاية من مرض الإيدز والعدوى بفيروسه، والوقاية من الأمراض القلبية الوعائية، والبرامج العلاجية والتأهيلية التي هي عصب الخدمات الصحية في العديد من البلدان.

وعلى مدى العقد الماضي تزايد الاهتمام بتطوير النُظُم الصحية. ولقد كان للإطار النظري للنظام الصحي، الذي قُدّم في التقرير المتعلق بالصحة في العالم لعام ألفين [1] أكبر الأثر في إثارة هذا النقاش. علماً بأن الوظائف الأربع

للنظام الصحي - ألا وهي القيادة، والتمويل، واستجلاب الموارد، وتوفير الخدمات - تمثل المحدّدات الأساسية لأداء أي نظام صحي. ويسعى الإطار النظري إلى إيجاد روابط وعلاقات تكاملية بين البرامج الصحية التعزيزية، والوقائية، والعلاجية، والتأهيلية التي تستهدف أهم المشكلات الصحية، وبين وظائف النظام الصحي المتعلقة بالإدارة، والتمويل، واستجلاب الموارد، وتوفير الخدمات (الإطار 1). هذا، وقد أخذ في الاعتبار عدد من محدّدات الصحة كالعوّلمة، والفقير، والبيئة، والجنس، لدى تقييم أولويات الصحة العمومية في الإقليم.

الإطار 1. إطار تحليلي للأولويات الصحية

النظام الصحي

الحاكمية - توفير المعلومات، صياغة السياسات، التنظيم والإدارة، إقامة الشراكات، التضييق، المساءلة

تمويل الرعاية الصحية - التحصيل، التجميع، الشراء

استجلاب الموارد - الموارد البشرية والمادية، بما في ذلك تقييم التكنولوجيا

توفير الخدمات - تيسير إمكانية الحصول عليها، ضمان كفاءتها والعدالة في الحصول عليها، وجودتها، ومضمونية استمرارها

البرامج الصحية

البرامج الوقائية والتعزيزية - مكافحة الأمراض، التثقيف الصحي

البرامج العلاجية والتأهيلية - خدمات الاستشفاء والرعاية الصحية

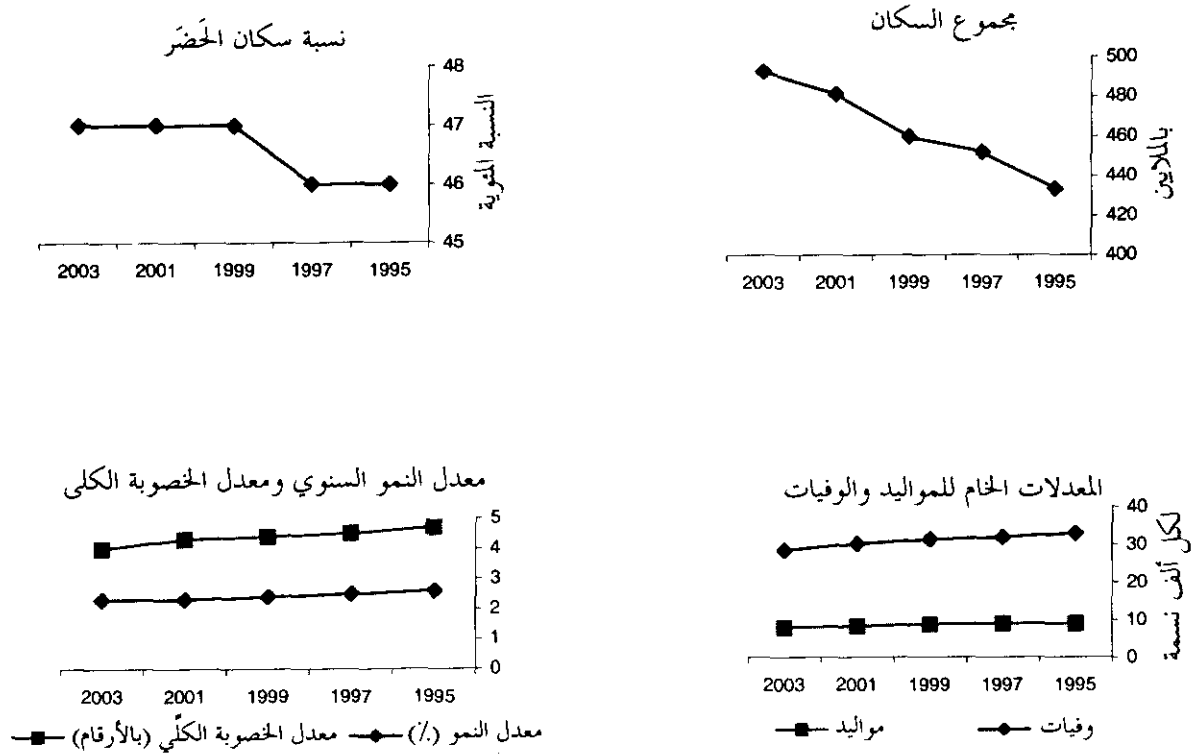
برامج الطوارئ - المساعدة الصحية الطارئة

محدّدات الصحة

العوّلمة، الفقر، البيئة، الجنس

3. المُرْتَسَم الاجتماعي والاقتصادي والديمقراطي والجغرافي (الجغرافي السياسي)

يضم إقليم شرق المتوسط اثني وعشرين بلداً، ممتداً من المغرب إلى باكستان، ويقطنه حوالي خمسمئة مليون نسمة. ويتميز المُرْتَسَم الديمقراطي للإقليم بكُون سكانه صغار السن نسبياً (40% > 15 سنة)، مع ارتفاع نسبة الإعاقة (79%)، وارتفاع معدلات المواليد الخام (28.5) والوفيات (8.0)، ومعدل نمو سنوي مقداره 2.3% ومعدل خصوبة يبلغ إجماليه 4.0 [2]. وعلى الرغم مما تحقّق من تحسّن في هذه المؤشّرات على مدى العقد الماضي (الشكل 1)، فلا يزال هنالك متّسع لمزيد من التحسّن. وثمة تفاوت واسع بين بلدان الإقليم في نصيب الفرد من إجمالي الناتج الوطني، إذ يتراوح بين 270 28 دولاراً أمريكياً في قطر حيث يبلغ أعلى مستوياته و160 دولاراً في أفغانستان، حيث يبلغ أدنى مستوياته. ويؤثّر هذا التفاوت الواسع تأثيراً كبيراً في الإنفاق عموماً على الصحة، وتأثيراً لا يُستهان به في جميع جوانب النظام الصحي. ويعتبر الإقليم بوجه عام ذا دخل متوسط يميل إلى الانخفاض، إذ يبلغ متوسط نصيب الفرد فيه من إجمالي الناتج الوطني 1700 دولار أمريكي في السنة. علماً بأن البلدان الخمسة التي هي أقل بلدان الإقليم نمواً هي: أفغانستان وجيبوتي والسودان والصومال واليمن [3].



الشكل 1. الاتجاهات في المؤشر الديمغرافي لإقليم شرق المتوسط للفترة 1995-2003

وتزيد نسبة البالغات المتعلّمات في الإقليم قليلاً على النصف (إذ تبلغ 54٪)، كما أن 73٪ من الفتيات مسجّلات بالمدارس الابتدائية. وقد حثّ تقرير التنمية البشرية العربية لعام 2003 العالم العربي على تذليل العقبات التي تعوق التنمية البشرية فيه، والتي تتمثّل في الفجوات المتزايدة الاتّساع في ما يتعلق بالحرية، وتمكين المرأة، والمعرفة [4]. ويتفاوت مَنسَب التنمية البشرية HDI [5] تفاوتاً كبيراً بين بلدان الإقليم، بالغاً حدّه الأعلى في البحرين (0.839)، وحدّه الأدنى في جيبوتي (0.462). ويقدرّ المتوسط العام لهذا المَنسَب في الإقليم بنحو 0.603 بالمقارنة مع 0.655 بالنسبة إلى جميع البلدان النامية. ويقدرّ هذا المَنسَب بنحو 0.662 بالنسبة إلى جميع البلدان العربية. ومن غير المستغرب أن تكون معدلات الفقر مرتفعة في باكستان وجيبوتي واليمن، غير أن من المستغرب أن تكون معدلات الفقر من رقمين في عدد من البلدان المتوسطة المداهيل، كالأردن ومصر والمغرب [6].

ولعلّ أصعب الأوضاع في الإقليم هو الوضع الجغرافي السياسي (الجغرافي السياسي)، فأفغانستان والسودان بلدان يجتازان مرحلة مع بعد انتهاء صراعات مسلحة كانت دائرة فيهما، ويمرّ كل منهما بمرحلة مختلفة فيما يتعلق بإصلاح القطاع الصحي في كل منهما وإعادة بنائه. أما الصومال والعراق وفلسطين فلاتزال في حالة صراع، بسبب اضطرابات أهلية، أو بسبب الغزو أو الاحتلال. علماً بأن أصعب جهد بذله المكتب الإقليمي لشرق المتوسط في السنوات الأخيرة كان يتمثّل في تزويد هذه البلدان بالمساعدات الطبية الطارئة والدعم التقني.

4. التحديّات الصحية في إقليم شرق المتوسط

1.4 عبء المرض

تُعدّ ارتباط بين مستويات التغذية، ووفيات الطفولة والأمومة، ومأمول العمر، وبين وضع الدول الأعضاء في ما يتعلق بمداخيلها (الجدول 1). غير أن هنالك عدداً من بلدان الإقليم ترتفع فيها معدلات وفيات الأمومة، ونسبة الأطفال ذوي وزن الولادة المنخفض، ووفيات الرضع. ويجدر بالذكر أن التقرير المتعلق بالصحة في العالم لعام 2003 قد قسّم إقليم شرق المتوسط إلى شريحتين من حيث الوفيات، شريحة تنخفض فيها معدلات وفيات الأطفال والبالغين، وأخرى ترتفع فيها هذه المعدلات [7]. ويقدم الجدول 2 لهاتين الشريحتين تقديراً لعبء المرض من حيث سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز. وينوء بالشريحة ذات معدلات وفيات الأطفال والبالغين المرتفعة عبء كلي من المرض (83%)؛ ومن الأمراض السارية، والحالات المرضية في فترة الأمومة والفترة المحيطة بالولادة، وأشكال العوز التغذوي (93%) تزيد على نسبة سكانها من مجموع سكان الإقليم (71%). كما أن عبء الأمراض غير السارية (74%) والإصابات (73%) يزيد قليلاً على تلك النسبة.

الأمراض السارية

أشد الأمراض فتكاً في الإقليم هي السل، والملاريا، ومرض الإيدز والعدوى بفيروسه، والأمراض التنفسية الحادة، والإسهال في الأطفال، وهي تضع في طريق الإقليم العديد من العقبات. فأكثر من 90% من حالات الملاريا مبلّغة من أفغانستان وجيبوتي والسودان والصومال واليمن. ولا تزال مكافحة الملاريا تمثل تحدياً بسبب قلة الموارد البشرية والمالية، وضعف نُظم الترصد، ونقص العاملين المدربين جيداً على المستوى المحلي (البعيد عن المركز)، وقلة علاقات الشراكة مع سائر القطاعات. وتمثّل التحديّات الرئيسية لمكافحة السل في أن معدل اكتشاف حالاته في الإقليم لا يتجاوز 21% بالمقارنة مع المعدل العالمي المستهدف وهو 70%، وتباطؤ نُطى التوسّع في الأخذ باستراتيجية المعالجة القصيرة الأمد تحت الإشراف المباشر (DOTS) في أفغانستان وباكستان. ولا يزال المعدل العام لانتشار العدوى بفيروس الإيدز في الإقليم لا يتعدى 0.2%، وإن كان هذا الوضع يتعرّض لتغيّرات سريعة. إذ تضاعف العدد المقدّر لحالات العدوى الجديدة ثلاث مرات في السنوات الثلاث الماضية. ففي نهاية عام 2002، كان عدد المصابين في الإقليم بمرض الإيدز وعدوى فيروسه يقدر بنحو 700 000 مصاب، وتسبّب الوباء في ما يقدر بنحو 37 000 وفاة.

والطريقان الرئيسيان لانتقال عدوى فيروس الإيدز هما الاتصال التناسلي بين الجنسين وتعاطي المخدّرات بالحقن، وتزايد الإصابات بالعدوى بين النساء. وأكثر بلدان الإقليم تأثراً بالوباء هي جيبوتي والسودان والصومال.

وقد توقّف متوسط المعدل الإقليمي للتغطية التمنيعية ضد الأمراض المتوقّاة بالتطعيم عند حوالي 80% للأطفال في السنة الأولى من العمر في ما يتعلق بتطعيمهم باللقاح الثلاثي، وعند 50% للحوامل في ما يتعلق بتطعيمهن بدوفان الكزاز (توكسويد التيتانوس). علماً بأن السبب الرئيسي وراء هذا الوضع هو تباطؤ نُطى التقدّم في أفغانستان وباكستان وجيبوتي والسودان والصومال والعراق واليمن. إذ إن البرنامج الموسّع للتمنيع في هذه البلدان يواجه العديد من المشكلات، التي منها ضعف إمكانات الوصول إلى خدمات التطعيم، وقصور تدريب الموارد البشرية، ونقص الوعي العام بأهمية خدمات التطعيم وسوء نوعية هذه الخدمات. ولحسن الحظ، فإن هذه البلدان جميعها،

الجدول 1. مؤشرات الوضع الصحي لبلدان إقليم شرق المتوسط

مستوى الدخل	نسبة المواليد الذين لا يقل وزنهم عند الولادة عن 2.5 كم (%)	نسبة الأطفال ذوي الوزن المقبول بالمقارنة مع سنهم (%)	معدل الرضّع لكل ألف مولود حي	معدل وفيات الأمومة لكل مئة ألف مولود حي	مأمول العمر عند الميلاد (بالسنوات)	العمر الصحي المأمول
البلدان المنخفضة الدخل ⁽¹⁾	80 - 45	73 - 54	165 - 67	1600 - 350	63.6 - 44.1	50.9 - 33.8
البلدان المتوسطة الدخل ⁽²⁾	96 - 93	98 - 85	107 - 18	294 - 37	73.0 - 63.2	61.1 - 50.4
بلدان الشريحة العليا من البلدان المتوسطة الدخل والبلدان المرتفعة الدخل ⁽³⁾	95 - 90	93 - 86	19 - 7	20 - 0	78.4 - 71.4	65.1 - 59.8

- (1) أفغانستان، وباكستان، وجيبوتي، والسودان، والصومال، واليمن.
(2) الأردن، وتونس، والجمهورية العربية الليبية، وجمهورية إيران الإسلامية، والجمهورية العربية السورية، والعراق، وفلسطين، ولبنان، ومصر، والمغرب.
(3) الإمارات العربية المتحدة، والبحرين، وعمان، وقطر، والكويت، والمملكة العربية السعودية.
المصدر: المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، قواعد المعطيات الإحصائية، تموز/يوليو 2004.

الجدول 2. عبء المرض في إقليم شرق المتوسط مقدراً بسنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز بحسب شريحة الوفيات

شريحة الوفيات			
المجموع	معدلات مرتفعة لوفيات الأطفال والبالغين	معدلات منخفضة لوفيات الأطفال والبالغين	
502 824	360 296 (71%)	142 528 (29%)	السكان (بالآلاف)
139 079	115 005 (83%)	24 074 (17%)	مجموع سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز (بالآلاف)
64 373 (46%)	59 929 (93%)	4 444 (7%)	- الأمراض السارية، والحالات المرضية لفترة الأمومة والفترة المحيطة بالولادة، وأشكال العوز التغذوي
57 223 (41%)	42 361 (74%)	14 862 (26%)	- الأمراض غير السارية
17 481 (13%)	12 714 (73%)	4 767 (27%)	- الإصابات

باستثناء العراق، مستحقةً لدعم التحالف العالمي للقاحات والتطعيم وتلقَى الدعم منه. وعلى الرغم مما أحرزه برنامج استئصال شلل الأطفال من تقدّم لا يستهان به، فلا تزال بقية البلدان التي يتوطنها المرض تواجه عقبات تيسّر للفيروس البري مواصلة الانتقال فيها. ولا بد من الترسّد اليقظ وارتفاع مستوى مناعة السكان لحماية البلدان التي تحرّرت من شلل الأطفال من أن يعاود الفيروس البري لشلل الأطفال دخولها. وفي ما يتعلق بسنة 2004، فإن تنفيذ الخطة الإقليمية يواجهه نقص بالغ في الموارد، ومن ثمّ تُبذل الجهود لاستجلاب الأموال من داخل الإقليم ومن خارجه على السواء.

وتتفاوت قدرات بلدان الإقليم على ترصّد الأمراض. علماً بأن العقبات الرئيسية على هذا الدرب تتمثّل في ضَعْف الالتزام السياسي، وقلة المخصّصات المالية، وسرعة تنقل الموظفين المدربين، وضَعْف مختبرات الصحة العمومية، والطابع العمودي (الرأسي) لبرامج مكافحة الأمراض السارية وتجزّؤها، وضَعْف نُظُم الاتصال، وقصور التعاون مع القطاع الصحي الخاص وسائر الوزارات. وثمّة عدد من بلدان الإقليم، ولاسيّما البلدان التي تجتاز أوضاعاً طارئة معقّدة، لا تزال تعاني من عبء جسيم من الأمراض المستجّدة والأمراض ذات الطبيعة الوبائية.

الصحة الإنجابية ومرآضة الأطفال والاضطرابات التغذوية

يرتفع معدل وفيات الأمومة في عدد من بلدان الإقليم ارتفاعاً لا يمكن قبوله، إذ قدّر هذا المعدل في عام 2001 بنحو 367 وفاة في كل 100 000 مولود حي. وعلى الرغم من تناقص معدل وفيات المواليد خلال العقد الماضي، فقد قدّرت نسبة المواليد الأموات والمواليد الذين ماتوا في الأسابيع الأولى من حياتهم بنحو 60٪ من وفيات الرضع في عام 2001. ولا بد من بذل جهود خاصة لإدماج خدمات الصحة الإنجابية الحالية في نُظُم الرعاية الصحية الوطنية، وتعزيز القدرات الوطنية على البحث في مجال الصحة الإنجابية، باعتبار ذلك وسيلة أساسية لتطوير وتنفيذ البرامج استناداً إلى البيّنات.

ويشكّل الأطفال والمراهقون حوالي 50٪ من سكان الإقليم. علماً بأن استراتيجية التدبير المتكامل لصحة الطفولة تواجه تنفيذها العراقيل في البلدان التي تعاني من أوضاع طارئة معقّدة، مما يضع تحدّيات هائلة أمام مداخلات رعاية الطفولة. ويمثّل تأخّر النمو في العديد من بلدان الإقليم مشكلة تغذوية خطيرة ترتبط ارتباطاً كبيراً بسوء الممارسات المتّبعة في تغذية الرضع وصغار الأطفال. ويقدر أن نحو 17.3 مليون طفل دون الخامسة من العمر (24.9٪) هم ناقصو الوزن، وأن نحو 23.9 مليون منهم (34.3٪) هم متقرّمون، وأن 5.2 مليون منهم (7.5٪) هم مهزولون. وقد أبلغ العديد من بلدان الإقليم عن عدد من اضطرابات عَوَز السُعْذِيّات الزهيدة المقدار الناجمة عن الافتقار الشديد إلى اليود الغذائي، والفيتامين "أ"، والفضولات، والزنك، والفيتامين "د" والحديد. ثم إن التحوّلات الاجتماعية والاقتصادية والثقافية الهائلة التي تشهدها بلدان الإقليم تؤدي إلى قيام تحدّيات أمام حفظ وتعزيز صحة المراهقين وعائلاتهم، وتتطلّب بذل جهود واسعة النطاق لدعم تطوير البرامج في الإقليم.

الأمراض غير السارية

يُعزى حالياً ما يزيد على 40٪ من عبء المرض في الإقليم إلى الأمراض غير السارية، ومن المتوقع أن تتزايد هذه النسبة بحيث تصل إلى 60٪ بحلول عام 2020 [8]. ويشدّ التأثير السيّئ لهذه الظروف على سكان الإقليم الفقراء

والمهتمّين. علماً بأن الأسباب الأصلية لوباء الأمراض غير السارية على الصعيد العالمي هي عوامل اختطار يمكن تغييرها، كالتدخين، والنظام الغذائي غير الصحي، وقلة النشاط البدني. وتعدّ الأمراض القلبية الوعائية أحد الأسباب الرئيسية للوفاة (31٪). ويتفاقم العبء الضخم للأمراض غير السارية من حيث ما يُسببه من معاناة، ومن حيث تكاليف الرعاية التي يتطلّبها. وتشير الإسقاطات السكانية لمعظم بلدان الإقليم إلى أن نسبة المسنّين سوف تصل بحلول عام 2020 إلى 8٪ - 10٪ من مجموع السكان، وأن معظمهم سوف يعانون من الأمراض غير السارية.

ومن بين العوامل التي أحدثت تغييرات في أنماط حياة الناس، سرعة التوسّع الحضري والعولمة، إضافة إلى تفاقم الفقر وارتفاع نسبة الأمية. وتتراوح نسبة انتشار تدخين التبغ بين 15٪ و75٪ عند الذكور وبين 2٪ و29٪ عند الإناث. ثم إن قلة النشاط البدني، والعادات الغذائية المنافية للصحة، وأتباع نمط حياتي يتّسم بقلة الحركة، هي عوامل تؤدي إلى زيادة معدلات انتشار السمنة التي ترتفع نسبتها إلى 40٪ في عدد من بلدان الإقليم المتوسطة الدخل والمرتفعة الدخل.

ويستفحل عبء اعتلال الصحة النفسية بسبب ارتفاع مستويات الكرب، ولاسيّما في بلدان كأفغانستان والصومال والعراق وفلسطين. علماً بأن أكبر التحديات أمام جميع أنماط اعتلال الصحة النفسية في الإقليم، تتمثّل في الوصمة الاجتماعية، ونقص الموارد البشرية والمرافق. ولا بد من إيلاء اهتمام خاص لمشكلات الصحة النفسية للفئات المستهدفة، ولقضايا من قبيل الاكتئاب، والانتحار، والصرع. ثم إن تعاطي مواد الإدمان يتّجه سريعاً إلى احتلال مكان في صدارة اهتمامات النظم الصحية في الإقليم. ويتزايد باطراد، على السواء، إنتاج وتوافر مختلف مواد الإدمان (العرض) وإجمالي عدد متعاطيها (الطلب).

وتشير المعطيات التي تم جمعها حديثاً إلى وجود حوالي ستة ملايين أعمى ونحو 22 مليون شخص من ضعاف البصر في الإقليم. ولايزال السائد (الكتاركت) يمثّل السبب الرئيسي للعمى في الإقليم (حوالي 60٪). علماً بأن أكثر بلدان الإقليم تأثراً به هي البلدان ذات الأعداد الكبيرة من السكان والمداخيل المنخفضة والتي البيئية الأساسية للرعاية الصحية فيها ضعيفة نسبياً.

الإصابات

لم تتم بعد دراسة قضية الوقاية من الإصابات ومن العنف دراسة كافية في الإقليم. ومن أكبر التحديات على هذا الدرب تزايد معدلات الإصابات الناجمة عن حوادث المرور على الطرق في إقليم شرق المتوسط، إضافة إلى نقص المعلومات في هذا الصدد. فوفقاً لقاعدة المعطيات العالمية للمنظمة المتعلقة بعبء الإصابات، لعام ألفين، فإن العنف بين الأشخاص قد تسبّب في 21 203 وفيات و433 484 حالة من حالات العجز في إقليم شرق المتوسط في عام ألفين [9]. ونجّم عن العنف الجماعي⁽¹⁾ 32 418 وفاة و1.1 مليون حالة من حالات العجز [10]. ويعني هذا أن الوفيات التي حدثت بسبب الحرب تمثّل ما يقارب 2٪ من إجمالي عبء الوفيات في الإقليم. علماً بأن أكبر التحديات التي تواجه المكافحة الفعّالة للإصابات تتمثّل في قلة التعاون بين القطاعات، ونقص المخصّصات من الموارد، وعدم وعي المجتمع، وضعف مشاركة المنظمات المجتمعية والمنظمات اللاحكومية.

(1) يقسّم العنف الجماعي إلى عنف اجتماعي، وسياسي، واقتصادي. وتشير الفئات الفرعية للعنف الجماعي إلى احتمال ضلوع مجموعات أكبر من الأفراد أو ضلوع بعض الدول في التحريض على العنف.

2.4 النظام الصحي

الحاكيمة governance

يعني الحاكيمة الرشيدة في المجال الصحي: المشاركة الفعلية لجميع المعنيين في صياغة وتنفيذ السياسات والبرامج والممارسات المؤدية إلى قيام نُظُم صحية عادلة ومضمونة الاستمرار [11]. ويتوقف نجاح النظام الصحي في أداء وظائفه على الحاكيمة الرشيدة، ووزارات الصحة هي المؤسسات الرئيسية المنوط بها ضمان الحاكيمة السديدة للنظام الصحي في أكثرية البلدان. علماً بأن عنصرَي تحليل السياسات وإعدادها كثيراً ما يتسمان بالضعف فيها، وبعض وزارات الصحة غير مجهزة مؤسسياً للقيام بدراسات تحليلية، من قبيل دراسات تقدير عبء المرض، والحسابات الصحية الوطنية، والمردودية، وتحليل التكاليف. ومن عقابيل سوء إعداد السياسات قصور التفكير الاستراتيجي والافتقار إلى الرؤية البعيدة المدى في مجالات من قبيل تمويل الرعاية الصحية، وتنمية الموارد البشرية والخدمات الصحية. وتعجز بعض وزارات الصحة عن إدراك دورها التصريفي للقطاع الصحي الخاص. فقد جرت العادة على أن تكون قدرتها محدودة في مجال تنظيم القطاع الخاص ودعمه، وإقامة تحالفات وشراكات معه، والتعاقد معه على أداء بعض الخدمات نيابة عنها. وتفتقر وزارات الصحة في بعض بلدان الإقليم إلى القدرة على إعداد التشريعات وضمان إنفاذها.

التمويل

يتفاوت إجمالي الإنفاق على الصحة كنسبة مئوية من إجمالي الناتج المحلي، بغض النظر عن أوضاع البلدان في ما يتعلق بمداخيلها. غير أن ثمة علاقة واضحة بين نصيب الفرد من إجمالي الإنفاق على الصحة وبين الوضع المتعلق بالدخل، إذ يتراوح هذا النصيب بين 225 و885 دولاراً أمريكياً في البلدان المرتفعة الدخل، وبين 41 و500 دولار أمريكي في البلدان المتوسطة الدخل، وبين 6 و58 دولاراً أمريكياً في البلدان المنخفضة الدخل. أما النفقات المباشرة على الصحة، كنسبة مئوية من إجمالي الإنفاق الصحي، فتتراوح بين 19٪ و44٪ في البلدان المرتفعة الدخل، وبين 24٪ و72٪ في البلدان المتوسطة الدخل، وبين 41٪ و81٪ في البلدان المنخفضة الدخل.

وتباين بشكل واضح الطريقة التي يجري بها تمويل النظام الصحي في بلدان الإقليم الغنية والفقيرة. ففي بلدان مجلس التعاون الخليجي جميعها تقريباً يُموّل القطاع الصحي بشكل رئيسي عن طريق موارد القطاع العام. ويتمتع المواطنون بتغطية صحية كاملة، وإن كانت قضية توفير التغطية الصحية للأجانب لم تُحسم بعد. أما البلدان المتوسطة الدخل، فلديها نظام مختلط يجمع بين الضرائب الحكومية، ونُظُم التأمين الاجتماعي، والمدفوعات المباشرة، والتمويل الخارجي. وتوجد لدى معظم بلدان الإقليم برامج للتأمين الاجتماعي، غير أنه لم يتم فيها بعد تعميم التغطية بخدمات هذه البرامج. وتعاني معظم هذه البرامج من مشكلات نقص التغطية، وقلة المزايا، وتسجيل المشتركين في عدة نُظُم، وارتفاع التكاليف العامة. ولا تزال المدفوعات المباشرة (من جيب المواطن) تمثل مصدراً مهماً من مصادر تمويل الرعاية الصحية في العديد من البلدان المتوسطة المداخيل، إذ تبلغ ما يقارب 75٪ من الإنفاق الصحي في لبنان. ومن بين البلدان المنخفضة الدخل، فإن باكستان والسودان واليمن يتم فيها تمويل ما يزيد على ثلثي تكاليف الرعاية الصحية من المدفوعات المباشرة. وتتراوح نسبة النفقات المباشرة في أفغانستان وجيبوتي والصومال بين 45٪ و55٪ من إجمالي الإنفاق على الصحة، إذ إن القطاع الخاص فيها صغير، والقطاع الصحي فيها يُموّل من مصادر

خارجية. ولا يتوافر في هذه البلدان فهمٌ سليم لتمويل القطاع الصحي، إذ لم يتم بعد فيها إجراء دراسات حول الحسابات الصحية الوطنية.

تنمية الموارد البشرية

تواجه البلدان المنخفضة الدخل نقصاً بليغاً في الموارد البشرية في جميع المجالات تقريباً – إذ تواجه نقصاً في الأطباء البشريين، وأطباء الأسنان، والصيدلة، والمرضات، بل والمولّدات المتمرّسات – ويزيد من تفاقم هذا النقص الافتقار إلى مزايا ومهارات العاملين المدربين (الجدول 3). ومن ثمّ، فإن من أهمّ التحديات التي تواجهها هذه البلدان، اختلال التوازن في القوى العاملة الصحية، وهي مشكلة تتجلى في اختلال التوازن في هذه القوى من حيث الكيف والكم وسوء التوزيع، سواء بين القطاع العام والخاص، أو بين الريف والحضر. وأهم مشكلة يواجهها العديد من البلدان المتوسطة الدخل في هذا الصدد تتعلق بنوعية التدريب المقدم، أكثر مما تتعلق بأعداد المهنيين الصحيين ومساعدتهم. وأهم التحديات التي تواجه بلدان مجلس التعاون الخليجي هو اعتمادها على القوى العاملة الأجنبية. ويحتاج معظم بلدان الإقليم إلى تحديث سياساتها وخططها المتعلقة بالموارد البشرية الصحية من أجل معالجة هذه الاختلالات. ولا بد أيضاً من التنسيق بشكل أفضل بين وزارات الصحة ووزارات التعليم العالي وسائر الهيئات المعنية بالأمر المهنية.

والوضع في ما يتعلق بالعاملين بالتمريض والقِبالة لا يبعث على الانسراح. ومن المشكلات المهمة في هذا الصدد، افتقار العاملين المدربين إلى ما يلزم من مزايا ومهارات. ثم إن العديد من بلدان الإقليم الفقيرة تحتاج على الأخص إلى مولّدات متمرّسات للقيام بعمليات التوليد العادية. أما بلدان مجلس التعاون الخليجي فتتوافر لديها أعداد كافية من العاملين الأكفاء، غير أنها تعتمد على العاملين الأجانب. وتعاني مدارس التمريض من نقص في معلّمي/معلّمات التمريض والمهن الصحية المساعدة الأكفاء المدربين على الصعيد الوطني.

ويستلزم الأمر إعداد المواد التعليمية باللغات الوطنية تيسيراً لتناقل المعارف بين الممارسين والممارسات في مجالات التمريض والمهن الصحية المساعدة.

هذا، مع العلم بأن الزيادة السريعة في أعداد كليات الطب قد طغت على القدرة على استيعاب خريجيها في العديد من بلدان الإقليم. ولا بد من إقامة نظام للاعتماد accreditation من أجل رصد جودة البرامج التعليمية لكليات الطب، ولاسيّما الكليات المنشأة حديثاً. ولا يزال عدد الكليات التي تأخذ بالمنهج التقليدية المعتمدة على المعلّم، يفوق عدد الكليات التي تعتمد برامج تعليمية مبتكرة مجتمعية التوجّه.

الموارد المادية – تقييم المرافق، والأدوية، والتكنولوجيا

توجد في الإقليم، باستثناء أقل بلدانه نمواً، شبكة كافية من المستشفيات ومرافق الرعاية الصحية الأولية. علماً بأن دور كل مستوى من مستويات المرافق ليس محدداً جيداً؛ ولا تعمل شبكة الإحالة بشكل جيد؛ وتتفاوت القدرات التشخيصية؛ ولا تتجاوب الخدمات مع العبء الديمغرافي والوبائي المتغيّر، وهو أمر يصدّق على الأخص على مستوى الرعاية الصحية الأولية. وعلى الرغم من توافر المستشفيات، إلا أن مفهومَي تحسين الجودة، والاعتماد، لم يتسنّخا بعد، بسبب نقص الالتزام السياسي، وقصور البيّنّي والعمليات، وقلة الشراكات، ونقص الموارد.

الجدول 3. مؤشرات تطوير الموارد البشرية في بلدان إقليم شرق المتوسط، 2004

المعدل لكل 10 000 نسمة				وضع الدخل
العاملون بالتمريض والقبالة	الصيدلة	أطباء الأسنان	الأطباء	
8.0 - 2.0	3.4 - 0.01	0.40 - 0.02	7.3 - 0.4	البلدان ذات الدخل المنخفض ⁽¹⁾
30.2 - 9.0	11.6 - 1.0	10.5 - 0.9	28.1 - 5.2	البلدان ذات الدخل المتوسط ⁽²⁾
54.8 - 32.3	9.9 - 2.3	3.6 - 1.3	23.5 - 15.3	البلدان ذات الدخل المرتفع ⁽³⁾

(1) أفغانستان، وباكستان، وجيبوتي، والسودان، والصومال، واليمن.

(2) الأردن، وتونس، والجمهورية العربية الليبية، وجمهورية إيران الإسلامية، والجمهورية العربية السورية، والعراق، وفلسطين، ولبنان، ومصر، والمغرب.

(3) الإمارات العربية المتحدة، والبحرين، وعمان، وقطر، والكويت، والمملكة العربية السعودية.

المصدر: المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، قواعد العطايات الإحصائية، تموز/يوليو 2004.

ولا تتوافر لما يصل إلى مئة مليون مواطن بالإقليم إمكانية الحصول بانتظام على الأدوية الأساسية. ولا بد من إيجاد آليات تمويلية بديلة تقوم على نُظُم تأمينية، إضافةً إلى آليات للتسعير موجهة نحو خفض أسعار الأدوية بحيث تكون ميسورة. علماً بأن بلدان الإقليم التي اعتمدت سياسات دوائية وطنية وتقوم بتنفيذها، يقل عددها عن ثلث بلدان الإقليم. وقد تتعارض المصالح التجارية أحياناً مع أولويات الصحة العمومية في ما يتعلق بالاستعمال الرشيد للأدوية وضمان جودتها وأمنيتها. ويقدر أن ما يتراوح بين 30٪ و50٪ من جميع الأدوية يجري تبديدها باستعمالها استعمالاً غير رشيد. ولا توجد في أكثرية بلدان الإقليم سلطات للتنظيم الدوائي تعمل بكامل طاقتها لمراقبة جودة المستحضرات الدوائية المستوردة والمحلية.

ويتباين الوضع في معظم بلدان الإقليم في ما يتعلق بخدمات التشخيص المختبري والتشخيص الشعاعي. فهناك نقص في هذه الخدمات على المستوى الأولي والثانوي، ولاسيما في البلدان الفقيرة والبلدان المتوسطة الدخل؛ في حين تتوافر هذه الخدمات بشكل مفرط في المستوى الأعلى وفي المناطق الحضرية في البلدان الفقيرة والغنية على السواء. ويصدقُ هذا على الأخص في البلدان التي تعاني وزارات الصحة فيها من ضعف قدراتها التنظيمية، وحيث تكون الرغبة في تحقيق الربح هي الحافز الأكبر لاستعمال التكنولوجيا استعمالاً غير ملائم.

توفير الخدمات

على الرغم من ارتفاع إمكانية الحصول على خدمات الرعاية الصحية الأولية، فإن معدل الانتفاع بالخدمات العمومية منخفض في العديد من بلدان الإقليم. علماً بأن إمكانية الحصول على هذه الخدمات في معظم بلدان الإقليم المنخفضة الدخل تتراوح بين 34٪ و81٪، في حين يبقى معدل التغطية بها والانتفاع بها منخفضاً وكذلك الحال بالنسبة لمستوى جودتها. وتتراوح معدلات التغطية بالتطعيم ضد الحصبة بين 44٪ و65٪، ومعدلات الولادات التي يشرف عليها عاملون مدربون بين 24٪ و57٪، ومعدلات توافر وسائل منع الحمل بين 7٪ و28٪ [12]. وتوجد لدى معظم بلدان الإقليم نُظُم «مختلطة» للرعاية الصحية تجمع بين مختلف القطاعات: العامة والخاصة وغير الحكومية. ويزيد من الحاجة إلى قيام جميع الحكومات بإصلاح الرعاية الصحية، الاتجاه مؤخراً إلى الاستثمار في المستشفيات

التخصُّصية المعقَّدة التجهيز والكبيرة الحجم، وتزايد عمليات التخصص في مجال الرعاية الصحية، وتشجيع السكان واحتياجات المسنين الخاصة من حيث الخدمات الصحية، والتحوُّل الوبائي نحو الأمراض غير السارية. ولما كانت الخدمات الصحية كثيفة الاستخدام للأيدي العاملة، فإن البلدان تحتاج إلى المزيد من الاستثمار في تنمية قدراتها الإدارية والقيادية. إذ إن سوء الإدارة يشكِّل عقبة كأداء أمام سلامة أداء النظام الصحي، ويفضي إلى تبديد الموارد الصحية. ولا يخفى أن تقليص أوجه القصور هذه من شأنه أن يؤدي إلى تحقيق وفورات يمكن الاستعانة بها في تحسين جودة الخدمات الصحية وتيسير الحصول عليها.

الخدمات الصحية في حالات الطوارئ

يعاني العديد من بلدان إقليم شرق المتوسط في الآونة الراهنة من أوضاع صحية طارئة ناجمة عن التدخُّل العسكري، أو الاحتلال، أو الاضطرابات الأهلية، والتوتر السياسي والاقتصادي، ونزوح وهجرة أعداد كبيرة من السكان. كما أن الطوارئ والكوارث المزمرة (سواء التي هي من صنع الإنسان أو التي هي من فعل الطبيعة) تؤثر تأثيراً مهولاً في أرزاق المجتمعات وأوضاعها الصحية، مهدِّدة بالخطر حياتها، ومزعزعة عافيتها الوجدانية والاجتماعية. ففي عام 2002، قُدِّر عدد الذين أودت بحياتهم الكوارث أو الصراعات أو شرَّدتهم بنحو 250 000 نسمة. ويُقدَّر أن حوالي تسعين مليون شخص يعيشون حالياً في ظل ظروف صعبة بسبب الحروب أو الكوارث أو العقوبات. ويجدر بالذكر في هذا الصدد أن ما يقدَّر بنحو 12.7 مليون شخص قد شرَّدوا أو غادروا أوطانهم. والتحدِّي المائل في هذا الصدد هو الحفاظ على الوضع الصحي للفئات السكانية المستضعفة التي تعيش في ظل ظروف غير عادية أو تحسين وضعها الصحي، والعمل على إتياء مساعدات إنسانية صحية جيدة وفعَّالة إلى السلطات الوطنية في حالات الطوارئ.

المعلومات والبحوث الصحية ونشرها

نُظِّم المعلومات الصحية في معظم بلدان الإقليم بحاجة إلى تقوية. وثمة قصور في العمل على إيجاد ثقافة المعلومات، واستنارة رسمي السياسات ومديري البرامج بالبيئات في ما يتخذونه من قرارات، كما أن نُظْم المعلومات غير موجهة لرصد التقدم على درب تحقيق المرامي التنموية للألفية. ومن الضروري ترسيخ مفهوم إدارة المعلومات ونشرها، باستخدام التكنولوجيات الملائمة. وتتمثَّل التحديَّات المتعلقة بهذا المجال في: مدى توافر المعلومات الصحية ومدى إمكانية التوصل إليها؛ واقتناء تكنولوجيا المعلومات؛ وإعداد منتجات إعلامية مناسبة باللغة المطلوبة؛ والقدرة على الوصول إلى المستخدمين المحتملين للمعلومات، بغض النظر عن الموقع الجغرافي، والزمن، والطرق المتبعة.

وقد ظلَّت البحوث الصحية في الإقليم متأثرةً متأثراً سلبياً على العموم، بسبب نقص الموارد، والافتقار إلى البيئات الداعمة للبحوث، وإدارة البحوث، والالتزام السياسي. وعلى الرغم من أن لدى بعض بلدان الإقليم بيئية أساسية بحثية كافية بقدر معقول، إلا أن ثمة نقصاً في التعاون بين معاهد البحث وفي تبادلها للمعلومات في ما بينها. كما أن الطلب على البحوث من قِبَل رسمي السياسات ومنفذي البرامج ليس كافياً، علاوةً على أن الباحثين يعوزهم الابتكار في ما يتعلق بتيسير توصيل نتائج أبحاثهم إلى المتفاعلين المستهدفين. وثمة حاجة إلى أبحاث جيدة في مجالَي الأخلاقيات البيولوجية والجينوميَّات المستجدَّين من أجل فهم آثارهما على الصحة العمومية في نطاق إقليم شرق المتوسط.

3.4 محدّدات الصحة

نظرة عامة

للعوامل الاقتصادية والاجتماعية والبيئية تأثير بالغ القوة في تحديد النتائج الصحية. ويُطلق على هذه العوامل، ذات التأثير الواسع على الصحة، اسم محدّدات الصحة. ويُعتبر فهم محدّدات الصحة هذه أمراً حيوياً لتحسين الصحة لدى المجموعات التي هي أكثر تعرّضاً للمخاطر، وللحد من التفاوت في الحصول على الخدمات الصحية في ما بين البلدان ودخلها. وتزايد الحاجة إلى إجراء فعّال نتيجة للصراع الذي تواجهه البلدان النامية مع «العيب المضاعف» للأمراض. ويتمثّل أفضل سبيل لتحسين صحة السكان في المناطق النامية، ومن ثمّ زيادة مساهمة الصحة في التنمية إلى أقصى حد ممكن، في الربط بين البرامج المستهدفة ذات الأولوية، وفي تقوية النظام الصحي، واتخاذ إجراء واسع النطاق بشأن هذه المحدّدات. ويتم في هذه الورقة تناول أربعة من هذه المحدّدات، وهي: العولمة، والتجارة الدولية، والفقير، والجنس.

العولمة والتجارة الدولية

العولمة عملية متعدّدة الأبعاد ذات عناصر اقتصادية واجتماعية وثقافية وسياسية وتكنولوجية، ولها أثر كبير على البيئة التي تتحدّد الصحة في نطاقها [13]. علماً بأن الروابط بين العولمة والصحة ذات العلاقة بمستلزمات الصحة العمومية على الصعيد العالمي، تشمل، في ما تشمل: الاتفاقية الإطارية لمكافحة التبغ؛ والتغييرات في القواعد الدولية المنظمة لحقوق الملكية الفكرية؛ والقواعد الدولية للحدّ من الآثار الضائرة للنشاط الاقتصادي على البيئة؛ واستئصال شلل الأطفال. وثمّة أربعة اتفاقات تجارية متعدّدة الأطراف مبرمة في نطاق منظمة التجارة العالمية لها آثارها المهمة على الصحة العمومية (المجدول 4). ولا يزال هنالك في الإقليم قصور في الوعي بالاتفاقات التجارية وطرق الاستفادة منها بما يزيد إلى أقصى حد ممكن من إمكانية الحصول على الأدوية الأساسية أو الخدمات الصحية، ولا توجد لدى بلدان الإقليم آليات محدّدة لرصد آثارها والتحكّم فيها.

الفقير

ازدادت معدلات الفقر في معظم بلدان الإقليم الفقيرة وفي بعض البلدان ذات الدّخل المتوسط التي تميل إلى الانخفاض. وإذا كان تأثير الاقتصاد الكلي على المرّتسم (البروفيل) الصحي لأي بلد - تأثيراً واضحاً لا جدال فيه بالنسبة لمعظم راسمي السياسات في الإقليم، فإن عكس ذلك - أي إسهام الصحة في التنمية الاقتصادية لأي بلد، هو أمر غير واضح بالنسبة إلى العديد منهم. وقد أكّد تقرير لجنة الاقتصاد الكلي والصحة التابعة لمنظمة الصحة العالمية على العلاقة المتبادلة بين الفقر وبين انخفاض مستويات الصحة [14]. وقد عولجت قضيتا الفقر والصحة في الإقليم على مستويين - مستوى المبادرات المجتمعية في عدد من البلدان على مدى عدة سنوات ماضية، والمستوى الكلي بتشجيع راسمي السياسات على تعزيز السياسات الصحية المناصرة للفقراء.

ويعمل المكتب الإقليمي جاهداً على تعزيز المبادرات المجتمعية، ومنها أسلوب تلبية الاحتياجات التنموية الأساسية، والمدن والقرى الصحية، وتعزيز دور المرأة في الصحة والتنمية. وتتطلّب هذه المبادرات اضطلاع

الجدول 4. الاتفاقات التجارية المتعددة الأطراف وآثارها المحتملة على الصحة العمومية

الاتفاق التجاري المتعدد الأطراف	آثاره المحتملة على الصحة العمومية
الاتفاق المتعلق بالجوانب التجارية لحقوق الملكية الفكرية (التربس)	ارتفاع أسعار الأدوية المشمولة ببراءة اختراع بالنسبة إلى البلدان النامية وصعوبة حصولها عليها؛ الانحراف بالبحوث المتعلقة بالمستحضرات الصيدلانية لصالح الأغنياء لا الفقراء؛ قابلية الأدوية الشعبية المتوافرة منذ قرون للاستخدام العام لأن تُشمل ببراءات.
الاتفاق المتعلق بتطبيق التدابير الصحية العامة والتدابير الخاصة بصحة المواد النباتية	اتخاذ تدابير أشد تقييداً من المعايير الدولية التي قررتها لجنة دستور الأغذية؛ ولا بد لأي بلد أن يقدم بيانات علمية على المخاطر الصحية.
الاتفاق المتعلق بالقيود التقنية على التجارة	إنتاج، وتوسيم، وتعبئة، وجودة المستحضرات الصيدلانية المعيارية، والعوامل البيولوجية، والأغذية، وسائر المنتجات الاستهلاكية.
الاتفاق العام بشأن الاتجار بالخدمات (الغاتس)	حركة مستهلكي الخدمات ومقدميها عبر الحدود من أجل تلقي وتقديم الرعاية الصحية؛ والاستثمار الأجنبي المباشر في الصحة؛ ومجال الرعاية الصحية الإلكترونية المستجدة.

المجتمعات بمسؤولية أكبر في تحديد احتياجاتها، وتعيين أولوياتها، وحشد مواردها، وإنشاء المنظمات المحلية الضرورية. كما يلتزم المكتب الإقليمي التزاماً كاملاً بتحقيق المرامي الإنمائية للألفية، والتي تستهدف تحسين الوضع الصحي وخفض عدد السكان الذين يعيشون في فقر مدقع إلى النصف بحلول عام 2015. ويجري حالياً تقديم الدعم للبلدان لإعداد سياسات وخطط مختلفة، مثل ورقات استراتيجية تقليص الفقر، وتهيئة البيئة السياسية والمادية والاقتصادية الداعمة لجميع الشرائح السكانية، بُعثة أحداث أثر إيجابي في نوعية الحياة بشكل عام.

الجنس

تدعم بلدان الإقليم، من حيث المبدأ، حق المرأة في التمتع بمستوى عال من الصحة وجودة الحياة، وتحمي هذا الحق وتعززه. غير أن عدداً من مؤشرات الصحة والتنمية قد أظهرت، في الواقع، وجود بعض الفجوات بين الجنسين. فعلى الرغم من أن الفجوة التعليمية بين الرجل والمرأة قد ضاقت، فإنه حتى عام 2002، ظلت نسبة المتعلمين من الرجال إلى المتعلمات من النساء 74٪ إلى 54٪، ونسبة المسجلين من الفتيان إلى المسجلات من الفتيات في المدارس الابتدائية 86٪ إلى 73٪. علماً بأن الانخفاض النسبي لأعداد البنات المسجلات في المدارس يُعزى في الغالب إلى عوامل ثقافية واقتصادية. وتوجد ضروب مماثلة من التفاوت بين الجنسين في ما يتعلق بدخل المرأة، وملكيته للموارد، ومشاركته في اتخاذ القرارات الاقتصادية وفي الأنشطة السياسية.

ومن منظور صحي، فإنه على الرغم من أن مأمول العمر قد زاد، سواء بالنسبة إلى الرجل أو المرأة، في معظم بلدان الإقليم، فلا يزال الذكور يعيشون أطول من الإناث في أفغانستان وباكستان وجيبوتي. ووراء هذا الوضع عدة عوامل، منها نقص الوعي والالتزام لدى أصحاب القرار السياسي، ونقص البحوث المتعلقة بخصائص الجنسين،

وعدم وجود مُعْطَيَات مصنَّفة بحسب الجنس، وضعف التنسيق بين المنظمات الحكومية واللاحكومية، والافتقار إلى أسلوب تشارك في الأخذ به قطاعات عديدة، ونقص مشاركة المرأة في اتخاذ القرارات المتعلقة بشؤون الجنسين.

البيئة

تَمَّ نقص في المعلومات المُسندة بالبيانات فيما يتعلق بمعظم المجالات ذات الأولوية في ميدان صحة البيئة. ولا يزال ضمان جودة إمدادات المياه واستدامتها ومعالجتها يمثل تحدياً كبيراً، كما أن التخلص من الفضلات الصلبة يمثل مشكلة بيئية ملحة. ويتزايد باستمرار استخدام الكيماويات للأغراض الزراعية والصناعية والمنزلية. أما المجالات التي تتطلب الاهتمام في ميدان السلامة الغذائية، فتشمل، في ما تشمل، ضمان جودة التحليل المخبري وإنتاج الأغذية، وترصد الأمراض المنقولة بالغذاء، وتحسين نُظُم مراقبة الأغذية، والتشريعات الغذائية، وحماية المستهلك، والمشابكة على الصعيد الإقليمي من خلال الشبكة الإقليمية للسلامة الغذائية. ومن الأولويات المستجدة، تقييم أثر المشاريع الإنمائية على صحة البيئة. إذ لا تتوافر لدى العديد من بلدان الإقليم القدرة على تقييم أثر المشاريع الإنمائية على صحة البشر والبيئة. ويقدم (الجدول 5) موجزاً للمشكلات والتحديات القائمة في مجال الصحة العمومية، والتي تواجهها بلدان الإقليم المنخفضة الدخل، والمتوسطة الدخل، والمرتفعة الدخل، والبلدان المتبلدة بطوارئ معقدة.

5. أولويات النُظُم الصحية في إقليم شرق المتوسط

يسر تحليل مشكلات وتحديات الصحة العمومية في إقليم شرق المتوسط تحدياً لأولويات النُظُم الصحية، والتي يمكن أن تؤدي معالجتها إلى تحقيق أثر إيجابي على صحة الإقليم. ولا يخفى أن تحديد الأولويات ليس بأي حال عملاً فردياً، ولا يقصد بهذا البحث أن يكون إبعازياً أو إلزامياً، وإن كان يقصد به تقديم أساس يُستند إليه في إعداد وتنقيح أولويات النُظُم الصحية للإقليم. علماً بأنه قد أخذت في الاعتبار، لدى تقييم أولويات النُظُم الصحية، ثلاثة معايير هي: حجم المشكلة المعنوية وقابلية التدخل لحلها؛ وتوافر المُداخلات العالية المردود لمعالجتها؛ والأولويات الداخلة في إطار إحدى الحركات العالمية أو أحد البرامج العالمية.

ويتركز جهد تحديد هذه الأولويات لإقليم شرق المتوسط على فكرتين رئيسيتين، أولاهما: أسلوب الرعاية الصحية الأولية وإعادة التأكيد على استراتيجية توفير الصحة للجميع. فقد كان أسلوب الرعاية الصحية الأولية وما زال وسيبقى هو حجر الزاوية لجهود تحديد الأولويات. والفكرة الرئيسية الثانية هي فكرة المرامي الإنمائية للألفية، التي تمثل برنامجاً لتقليص الفقر وتحسين حياة الناس، والتي وافق عليها قادة العالم في مؤتمر قمة الألفية المعقود في أيلول/سبتمبر 2000 [15]. والمأمول أن يساعد اعتماد هذه الأولويات الدول الأعضاء على تحقيق المرامي المتعلقة بالصحة ضمن المرامي الإنمائية للألفية، بحلول عام 2015. ويؤكد هذا البحث أيضاً أهمية اعتماد أسلوب يقوم على النُظُم، للتصدّي للمشكلات الصحية في الإقليم. فالبرامج التي يدعمها نظام صحي فعّال تكون أقدر على التصدي للمشكلات الصحية ذات الأولوية. ومن غير المرجح أن يصادف النجاح الأسلوب الذي كان يتبع في الماضي لتنفيذ البرامج الصحية من دون تحسين أداء النظام الصحي، أو العكس بالعكس.

الجدول 5. القضايا والتحديات الصحية، بحسب دخل الدول الأعضاء بإقليم شرق المتوسط وأوضاعها من حيث الأزمات

التحديات	البلدان المنخفضة الدخل	البلدان المتوسطة الدخل	البلدان المرتفعة الدخل	البلدان المتلة بطوارئ معقدة
المشكلات الصحية والبرامج ذات الأولوية				
<ul style="list-style-type: none"> • الأمراض السارية، والحالات المرضية لفترة الأمومة والفترة المحيطة بالولادة، وأشكال العوز التغذوي 	<ul style="list-style-type: none"> • عبء جسيم من الملاريا، والسل، وتزايد وقوعات مرض الإيدز والعدوى بفيروسه، وارتفاع معدل انتشار السلوكيات المخوفة بالمخاطر • وجود أربعة بلدان لم يُعلن عن خلوها من شلل الأطفال • عبء جسيم من إسهال الطفولة، والأمراض التنفسية، وسوء التغذية • معدلات مرتفعة لوفيات ومراضة الأمومة، والاضطرابات في الفترة المحيطة بالولادة • سوء أداء نظام ترصد الأمراض 	<ul style="list-style-type: none"> • أهمية الرصد المستمر • تزايد وقوعات مرض الإيدز والعدوى بفيروسه، وارتفاع معدلات انتشار السلوكيات المخوفة بالمخاطر • معدلات انتشار السل لاتزال مرتفعة في بعض البلدان • مواصلة رصد شلل الأطفال 	<ul style="list-style-type: none"> • أهمية الرصد المستمر • لا يزال مرض الإيدز والعدوى بفيروسه يشكلان خطراً محتملاً • مواصلة رصد شلل الأطفال 	<ul style="list-style-type: none"> • الوقاية من الفاشيات والأوبئة ومكافحتها على الفور • الوقاية من الإيدز والعدوى بفيروسه ومكافحتها، لاسيما في حالات ما بعد انتهاء الصراعات • معاودة ظهور السل والملاريا • نظام فعّال لرصد الأمراض
<ul style="list-style-type: none"> • الأمراض غير السارية 	<ul style="list-style-type: none"> • عبء مرضي مزدوج بسبب تزايد وقوعات هذه الأمراض، ولاسيما الأمراض القلبية الوعائية والأمراض الرئوية المزمنة. 	<ul style="list-style-type: none"> • عبء جسيم من الأمراض القلبية الوعائية، والسرطانات، وأمراض الصحة النفسية • التركيز على الوقاية الثانوية والثالثية، مع عدم وجود برامج كافية للوقاية الأولية 	<ul style="list-style-type: none"> • عبء جسيم من الأمراض القلبية الوعائية، والسرطانات، وأمراض الصحة النفسية • تزايد المشكلات الصحية للمسنين • التركيز على الوقاية الثانوية والثالثية، مع عدم وجود برامج كافية للوقاية الأولية 	<ul style="list-style-type: none"> • تركيز مستمر على الوقاية من الأمراض غير السارية
<ul style="list-style-type: none"> • الإصابات 	<ul style="list-style-type: none"> • تزايد عبء إصابات حوادث المرور على الطرُق والعنف المنزلي مع قصور الوعي. 	<ul style="list-style-type: none"> • تزايد عبء الإصابات مع عدم توثيقها جيداً • حوادث المرور على الطرُق سبب شائع لوفيات البالغين • برامج الوقاية بحاجة إلى مزيد من التطوير، مع قصور التنسيق بين القطاعات 	<ul style="list-style-type: none"> • توفير خدمات الطوارئ والتأهيل من أجل التدبير العلاجي للإصابات الناجمة عن الحرب والعنف 	<ul style="list-style-type: none"> • توفير خدمات الطوارئ والتأهيل من أجل التدبير العلاجي للإصابات الناجمة عن الحرب والعنف

التحديات	البلدان المنخفضة الدخل	البلدان المتوسطة الدخل	البلدان المرتفعة الدخل	البلدان المتباعدة بطواري معقدة
النظام الصحي				
الحكومية	<ul style="list-style-type: none"> • قصور القدرة على تحليل وصياغة السياسات استناداً إلى البيانات والتفكير الاستراتيجي من خلال تحسين استخدام المعلومات • قصور القدرة على سن التشريعات والتنظيم وإنفاذ القواعد والأنظمة 	<ul style="list-style-type: none"> • ضعف القدرة على تخطيط الموارد البشرية 	<ul style="list-style-type: none"> • ضعف القدرات المؤسسية لوزارات الصحة في مرحلة ما بعد انتهاء الصراعات في مجال السياسة/التخطيط • نقص الموظفين المدربين بالوزارات 	
التمويل	<ul style="list-style-type: none"> • عدم كفاية الاعتمادات المخصصة لتوفير المضمومة الأساسية من الخدمات الصحية • ارتفاع مقدار المدفوعات المباشرة بالمقارنة مع نُظُم الدفع المسبق • عدم وجود برامج للتأمين الاجتماعي تشمل القطاع الرسمي 	<ul style="list-style-type: none"> • عدم تعميم التغطية الصحية • ارتفاع مقدار المدفوعات المباشرة بالمقارنة مع نظام الدفع المسبق • قصور برامج التأمين الصحي 	<ul style="list-style-type: none"> • قصور نُظُم التمويل المهادفة العامة بكفاءة، وتنشيط نُظُم التأمين الاجتماعي • ضعف قدرة وزارة الصحة على تنسيق الأموال المتأتية من مصادر خارجية واستخدامها 	
تنمية الموارد البشرية	<ul style="list-style-type: none"> • ضعف القدرة على تخطيط الموارد البشرية • عدم وجود مزيج مناسب من المهارات اللازمة للتصدي للمشكلات الصحية • نقص المديرين الصحيين ومديري المستشفيات المدربين • عدم وجود نظام فعّال لاعتماد المؤسسات الطبية 	<ul style="list-style-type: none"> • ضعف القدرة على تخطيط الموارد البشرية • عدم وجود مزيج مناسب من المهارات اللازمة للتصدي للمشكلات الصحية • عدم وجود ملاك جيد من المديرين الصحيين ومديري المستشفيات المدربين • عدم وجود نظام فعّال لاعتماد المؤسسات الطبية 	<ul style="list-style-type: none"> • فرط الاعتماد على القوى العاملة الأجنبية • عدم تعزيز فعالية تبادل الموارد بين بلدان مجلس التعاون الخليجي لإعداد قوى عاملة متوازنة 	<ul style="list-style-type: none"> • قصور السياسات المهادفة إلى إغراء المهاجرين بالعودة إلى الوطن • عدم وجود خطة للموارد البشرية من أجل إعادة بناء القوى العاملة المناسبة • الحاجة إلى تنشيط المؤسسات المغلقة أو الضعيفة الأداء • فرط الاعتماد على القوى العاملة الأجنبية
توفير الخدمات	<ul style="list-style-type: none"> • عدم إتاحة خدمات الرعاية الصحية الأولية للجميع، وعدم توافر مضمومة الخدمات الأساسية • ضعف نُظُم المناطق الصحية، بما فيها نُظُم الإحالة الضعيفة الأداء • عدم وجود تقدير كافٍ لدور القطاع الخاص 	<ul style="list-style-type: none"> • نقص تركيز برامج الرعاية الصحية الأولية على الجودة والانتفاع والتجاوب مع العبء المتغير للأمراض وتلبية الاحتياجات النوعية للمسنين • تصاعد تكاليف الخدمات الصحية ونقص القدرة على تحليل تكاليفها ومردوديتها 	<ul style="list-style-type: none"> • عدم فعالية خدمات الرعاية الأولية والأولية والخدمات الاستشفائية للتعامل مع الطوارئ 	

التحديات	البلدان المنخفضة الدخل	البلدان المتوسطة الدخل	البلدان المرتفعة الدخل	البلدان المتباعدة بطواري معقدة
				<ul style="list-style-type: none"> اختلال التوازن بين الخدمات الصحية المقدمة من القطاع العام والمقدمة من المنظمات الاحكومية
المعلومات الصحية	<ul style="list-style-type: none"> سوء أداء نُظُم المعلومات الإدارية وترصد الأمراض أو عدم وجود هذه النُظُم 	<ul style="list-style-type: none"> سوء أداء نُظُم المعلومات الإدارية وترصد الأمراض 	<ul style="list-style-type: none"> الحاجة إلى تقوية نُظُم المعلومات الإدارية وترصد الأمراض 	<ul style="list-style-type: none"> اختلال نُظُم المعلومات
	<ul style="list-style-type: none"> لم يتم بعد تقييم عبء المرض، ولا وجود لحسابات صحية وطنية ضعف القدرة على إجراء بحوث النُظُم الصحية 	<ul style="list-style-type: none"> لم يترسَّخ بعد مفهوما تقييم عبء المرض والحسابات الصحية الوطنية ضعف القدرة على إجراء بحوث النُظُم الصحية 		
محدّدات الصحة				
العولمة والتجارة	<ul style="list-style-type: none"> قصور فهم آثار اتفاق «التريس» على إمكانية الحصول على الأدوية، وآثار اتفاق (الغاتس) على الخدمات الصحية، والانتقار إلى تشريعات مستوفاة للتخفيف من الآثار الضائرة للاتفاقيتين قصور فهم آثار إعلان الدوحة على إمكانية حصول أقل البلدان نمواً على الأدوية 		<ul style="list-style-type: none"> كما هو الحال بالنسبة لسائر البلدان 	
الفقر	<ul style="list-style-type: none"> لا توجد سياسة لحماية الفقراء من النفقات الصحية الباهظة وتمكين الجميع من الحصول على الخدمات الصحية من خلال توفير هذه الخدمات وتمويلها بشكل عادل لا يزال يتعين التوسُّع في الخبرة الإقليمية المتعلقة بالمبادرات المجتمعية 		<ul style="list-style-type: none"> لا بد من إعداد سياسات تعزّز العدالة في تمويل وتوفير الخدمات الصحية 	
الجنس	<ul style="list-style-type: none"> لا بد من إعداد سياسات لحماية وتعزيز حقوق المرأة، بما فيها حقها في التمتع بمستوى صحي عالٍ وحياة جيدة لا يجري رصد المؤشرات الصحية التي تراعي خصائص الجنسين 		<ul style="list-style-type: none"> كما هو الحال بالنسبة لسائر البلدان 	
البيئة	<ul style="list-style-type: none"> الحاجة إلى تركيز البرامج على السماء والإصحاح، والفضلات الصلبة، ومكافحة نواقل الأمراض، والسلامة الغذائية، وجودة المياه 	<ul style="list-style-type: none"> إضافة إلى ذلك، استخدام الفضلات السائلة، والسلامة الكيميائية، والفضلات الخطرة، وتلوُّث الهواء في الحضر 	<ul style="list-style-type: none"> إضافة إلى ذلك، جودة المياه، بما فيها جودة المياه الساحلية 	<ul style="list-style-type: none"> الحاجة إلى رصد أحوال صحة البيئة في مخيمات اللاجئين وفي حالات الطوارئ
تنمية القدرات على تقييم صحة البيئة				

وفي ما يلي قائمة مُقترحة بأهم أولويات النُظُم الصحية من منظور إقليمي. وقد ترى الدول الأعضاء أن تقوم بتكييفها بما يناسب ظروفها، أو تعديلها، وإدماجها في سياساتها وبرامجها الوطنية وفقاً لاحتياجاتها الوطنية.

- تحسين وظيفة الحاكِمية *governance* في وزارات الصحة. إذ لا بد من تقوية مؤسسات وزارات الصحة كي تنهض على نحو أفضل بوظيفة القيادة وتمكّن من القيام على خير وجه بوظائفها الأربع الأساسية، ألا وهي: وضع السياسات والتخطيط، والتشريع والتنظيم، وإقامة الشراكات مع أصحاب الشأن، وتحسين عملية المساءلة.

- التمويل العادل والكافي للنظام الصحي. فينبغي لجميع بلدان الإقليم أن تتّجه إلى الأخذ بنُظُم لتمويل الصحة من شأنها تعزيز العدالة من خلال تجميع المخاطر، وأن تعمل على تحقيق التغطية الصحية لجميع السكان. كما ينبغي للحكومات القليلة الإنفاق على الصحة أن تعمل على زيادة هذا الإنفاق زيادة كبيرة تماشياً مع توصيات لجنة الاقتصاد الكلي والصحة [14].

- إعداد مورد بشري صحي متوازن. ينبغي للدول الأعضاء تحديث خططها المتعلقة بالموارد البشرية، وتقوية مؤسسات تدريب المهنيين الصحيين وتوخي الأمثل فيما يتعلق بتوزيعهم، سعياً إلى تشكيل مورد بشري متوازن وموزع توزيعاً جيداً ومحفز تحفيزاً كافياً ويتيح مزيجاً مناسباً من المهارات.

- إتاحة الفرصة للجميع للحصول على مضمومة أساسية من الخدمات الصحية. فلا بد لجميع البلدان بغض النظر عن دخلها أن تتيح لجميع سكانها مضمومة أساسية من الخدمات الصحية ترتكز على احتياجاتهم الصحية. وينبغي للخدمات أن تشمل سلسلة فعّالة للإحالة، وقدرات تشخيصية كافية، مع إتاحة فرصة الحصول على الأدوية الأساسية الجنيصة (غير محدّدة الملكية) التي يتم وصفها بشكل رشيد، وأن تماشى هذه الخدمات مع العبء الديمغرافي والوبائي.

- زيادة توافر المعلومات وإمكانيات التوصل إليها واستخدامها. فعلى الدول الأعضاء أن تقوّي نُظُمها للمعلومات الصحية وقدرتها على إجراء بحوث النُظُم الصحية. ومن الضروري كذلك ترسيخ مفهوم إدارة المعلومات ونشرها، باستخدام التكنولوجيات الملائمة لتوفير ما يلزم من معلومات لوضع السياسات وإنشاء البرامج، ورصد التقدّم نحو بلوغ المرامي الإنمائية للألفية.

- تحديد المُداخلات العالية المردود التي تستهدف المشكلات الصحية الرئيسية. تتم هذه العملية على مرحلتين، تتعلق أولاهما بتحديد المشكلات الصحية ذات العبء الأشد جساماً، وتتعلق ثانيتهما باختيار أعلى المُداخلات مردودية لمعالجة المشكلات. ولا بد لجميع بلدان الإقليم من بناء قدراتها في ما يتصل بوسائل تحليل السياسات، مثل دراسات تحليل عبء المرض والمردودية، مستهدفة المشكلات الصحية الرئيسية. ومن أمثلة مداخلات الصحة العمومية الأعلى مردودية: إنقاذ أمراض الطفولة من خلال برامج التلقيح والتمنيع؛ وتحسين صحة الأمومة عن طريق ضمان إشراف القابلات المدربّات على الولادات والحصول على خدمات تنظيم الأسرة؛ وخفض استهلاك التبغ من خلال حملات تعزيز الصحة العمومية، والتشريعات التي تحظر الإعلان عن منتجات التبغ؛ والحد من مخاطر أمراض القلب الوعائية من خلال التثقيف الصحي لعامة السكان وأنشطة تعزيز الصحة في وسائل الإعلام (الإطار 2).

الإطار 2. بعض المُداخلات الصحية العالية المردود	
الأمراض وعوامل الخطر	المُداخلات الصحية
أثناء أمراض الطفولة	<ul style="list-style-type: none"> • برنامج للتلقيح والتمنيع • إتقاء انخفاض الوزن عند الولادة من خلال تثقيف الأم • التكميل بالمغذيات الزهيدة المقدار • معالجة الإسهال والالتهاب الرئوي • تطهير الماء في نقطة استعماله
تحسّن صحة الأم	<ul style="list-style-type: none"> • إشراف المولّدات المدربّات على الولادة • الرعاية التوليدية العاجلة ونظام للإحالة • المبادعة بين الولادات وزيادة إتاحة خدمات تنظيم الأسرة
الحد من تعاطي التبغ	<ul style="list-style-type: none"> • حملات صحية ضد تعاطي التبغ • تشريعات بحظر الإعلان عن منتجات التبغ • سن قوانين لتعزيز الهواء النقي داخل الأماكن العامة المغلقة • الضرائب المخصّصة لأغراض معيّنة
الحد من مخاطر أمراض القلب الوعائية من خلال مكافحة فرط ضغط الدم وارتفاع الكوليسترول	<ul style="list-style-type: none"> • التثقيف الصحي وتعزيز الصحة للصحة لعامة السكان من خلال وسائل الإعلام • الحد من الملح المضاف لجميع الأغذية المصنّعة، من خلال تشريعات ولصاقات التوسيم المناسبة • معالجة فرط ضغط الدم وارتفاع الكوليسترول لدى الأفراد وتثقيف المرضى

• تطوير برامج تعزيز الصحة. تساعد هذه البرامج على تشجيع التغيير في أنماط الحياة، والسلوكيات، والأحوال البيئية، من خلال أعلى المُداخلات مردودية التي تستهدف الأمراض السارية وغير السارية، واضطرابات الصحة الإنجابية، والإصابات، والتي تؤثر تأثيراً مباشراً في صحة السكان. ويتطلّب تعزيز الصحة إعادة توجيه الخدمات الصحية من الوقاية الثانوية والثالثية إلى الوقاية الأولية.

• دعم المبادرات المجتمعية. تمثّل المبادرات المجتمعية بالفعل، إحدى الأولويات الإقليمية، مُركّزة على أساس أن التنمية الصحية تُسهم في التنمية الاجتماعية والاقتصادية وتنتج عنها. علماً بأن المبادرات المجتمعية، من قبيل أسلوب تلبية الاحتياجات التنموية الأساسية، والمدن الصحية والقرى الصحية، تتطلّب من المجتمعات أن تنظّم نفسها، وتضطلع بمسؤوليات أكبر في تحديد احتياجاتها، وتعيين أولوياتها، وحشد مواردها. وقد أكّدت المبادرات المجتمعية على أهمية تدبير المحددات الاجتماعية والاقتصادية للصحة بشكل شامل، وذلك من خلال تمكين المجتمعات.

• حماية الصحة والحفاظ عليها في حالات الطوارئ والكوارث. يستلزم ذلك وجود سياسة واضحة وبرامج قادرة على سرعة مواجهة الطوارئ والكوارث، وتوقّي أو تخفيف آثارها على الصحة البشرية. ويتطلّب ذلك اتّباع أسلوب يشارك فيه النظام الصحي برمته، والتعاون على أوسع نطاق ممكن بين القطاعات والمؤسسات.

- التصدي لتحدّيات محدّدات الصحة، مثل العولمة، والفقر، والجنس، والبيئة وتأثيرها في الصحة العمومية. إن تزايد الاعتراف بتأثير العولمة، والفقر والبيئة على الصحة العمومية، وتأثير الفجوات بين الجنسين على الصحة والتنمية، يعني أن هذه القضايا يُنظر إليها الآن باعتبارها من أولويات النُظُم الصحية التي يمكن التعامل معها من خلال أسلوب تشارك في الأخذ به اختصاصات متعدّدة.

6. التوجّهات الاستراتيجية

تستهدف التوجّهات الاستراتيجية المقترحة معالجة أولويات النُظُم الصحية المحدّدة لإقليم شرق المتوسط في الجزء 5، وهي تُعرض بوصفها الوظائف الأساسية للنُظُم الصحية. وقد نشأ مفهوم مماثل في الأمريكتين، في مبادرة الصحة العمومية للأمريكتين، حيث كان يُرى أن الإصلاحات في القطاع العام تستلزم تقوية الدور التوجيهي للسلطة الصحية. ومن العناصر المهمة لهذا الدور أداء الوظائف الأساسية للصحة العمومية التي تضطلع الدولة بالمسؤولية عنها على المستوى الوطني والمتوسط والمحلي [16]. ونظراً لانتساع مفهوم الصحة العمومية وما يترتب على ذلك من تعقّد هذا المجال، فمن الصعب تنفيذ جميع عناصره. غير أنه من الممكن، بل من الضروري تحديد الوظائف الأساسية للنُظُم الصحية باعتبارها العناصر العملية، التي من شأنها المساعدة على تحسين أداء النظام الصحي إلى أقصى حد ممكن.

ومن الممكن والمستصوب، في إطار مجموعة الإجراءات والمسؤوليات المنوطة بالنظام الصحي، القيام بتعيين مجموعات فرعية محدّدة وأكثر تجانساً – أي وظائف النُظُم الصحية – اعتماداً على أولويات الصحة العمومية المحدّدة التي من شأنها تحقيق مرمى تحسين الصحة. وقد أعدّت مبادرة الصحة العمومية في الأمريكتين قائمة من إحدى عشرة وظيفة أساسية للصحة العمومية. علماً بأن هذا العدد من الوظائف لم يحدّد سلفاً، وإنما جاء نتيجة ما أُجري من تحليل، وتحديد للمعايير الأساسية، ونتيجة للمناقشات والاختبارات الميدانية. وتغطّي الوظائف الأساسية للصحة العمومية المجالات التالية: (أ) رصد الوضع الصحي وتقييمه وتحليله؛ (ب) ترصّد المخاطر التي تتهدّد الصحة العمومية، ومكافحتها؛ (ج) تعزيز الصحة؛ (د) المشاركة الاجتماعية في الصحة؛ (هـ) تطوير السياسات وتنمية قدرات المؤسسات على التخطيط والإدارة في مجال الصحة العمومية؛ (و) تقوية قدرات المؤسسات على وضع الأنظمة وإنفاذها في مجال الصحة العمومية؛ (ز) تقييم وتعزيز إمكانية الحصول بالعدل على الخدمات الصحية الضرورية؛ (ح) تنمية الموارد البشرية وتدريبها في مجال الصحة العمومية؛ (ط) ضمان الجودة في الخدمات الصحية الشخصية والاجتماعية؛ (ي) البحث في مجال الصحة العمومية؛ (ك) تقليص أثر الطوارئ والكوارث على الصحة.

ويمكن لهذا البحث أن يمثّل منطلقاً لجهد يُبذل على الصعيد الإقليمي، تشارك فيه جميع الدول الأعضاء في إقليم شرق المتوسط، لتحديد وإقرار مجموعة من الوظائف المماثلة التي يمكن تسميتها وظائف النُظُم الصحية استناداً إلى تقييم مشكلات وتحدّيات الصحة العمومية، وتحديد أولويات النُظُم الصحية. ولا بد من تحديد وتفعيل نطاق كل وظيفة من وظائف النُظُم الصحية لجعلها ذات مردود عملي ثم اختبارها ميدانياً لتقدير جدواها. علماً بأن العملية الاستراتيجية المتمثّلة في تحديد ومعالجة أولويات النُظُم الصحية من خلال مجموعة من الوظائف الأساسية للنُظُم الصحية من شأنها مساعدة الدول الأعضاء على تبني هذه الوظائف في سياساتها الوطنية، كما فعلت مؤخراً ماليزيا وفيجي وفيت نام في إقليم منظمة الصحة العالمية لغرب المحيط الهادئ [17].

ويُقترح لإقليم شرق المتوسط مجموعة من الوظائف الأساسية للنُظُم الصحية (الإطار 3) بناءً على الأولويات المحددة. ولا يقصد بهذه الوظائف أن تكون إيعازية إلزامية، وإنما يقصد بها إثارة مناقشات ومباحثات صحية تُؤدِّي إلى المزيد من تنقيح أولويات النُظُم الصحية، وإلى توافق في الرأي على التعريف العملي لكل وظيفة ونطاقها، وإلى اعتماد الدول الأعضاء لهذه الوظائف في سياساتها وبرامجها الوطنية.

الإطار 3. الوظائف الأساسية للنُظُم الصحية المقترحة لإقليم شرق المتوسط

- تقوية مؤسسات وزارات الصحة لتكون أقدر على الاضطلاع بمسؤوليات الحاكِميَّة
- تطوير السياسات وتنمية القدرات المؤسسية على التنظيم والإنفاذ
- تحقيق العدالة في تمويل وتوفير الخدمات الصحية الأساسية
- تخطيط الموارد البشرية وإعدادها وإدارتها
- إدارة الجودة في الخدمات الصحية الشخصية والاجتماعية
- مكافحة المخاطر التي تتهدّد الصحة العمومية من خلال مُداخلات عالية المردود
- تعزيز الصحة
- إجراء البحوث التطبيقية في مجال الصحة العمومية
- المشاركة الاجتماعية في توفير الخدمات من خلال المبادرات المجتمعية
- تقييم أداء النُظُم الصحية من خلال رصد المُخرجات والنتائج الصحية
- حماية الصحة والحفاظ عليها في مواجهة الطوارئ والكوارث
- تعزيز التعاون بين القطاعات لتدبير جوانب الصحة العمومية المتعلقة بمحدّدات الصحة

7. الاستنتاجات

أهم أولويات النُظُم الصحية في الإقليم التي لا بد من معالجتها، تتمثّل في: تحسين وظيفة القيادة المنوطة بوزارات الصحة، وتمويل النظام الصحي تمويلًا عادلاً وكافياً؛ وإعداد مورد بشري متوازن؛ وتيسير إمكانية حصول الجميع على مضمومة أساسية من الخدمات الصحية؛ وزيادة توافر المعلومات، وتيسير التوصل إليها واستخدامها؛ وتحديد المُداخلات العالية المردود التي تستهدف المشكلات الصحية الرئيسية؛ وتطوير برامج تعزيز الصحة؛ ودعم المبادرات المجتمعية؛ وحماية الصحة والحفاظ عليها في حالات الطوارئ والكوارث؛ والتصديّ للتحديات التي تنطوي عليها بعض القضايا، من قبيل العولمة، والفقر، والجنس، والبيئة في ما يتعلق بالنُظُم الصحية.

وقد اقترحت مجموعة من الوظائف الأساسية للنُظُم الصحية لمعالجة أولويات النُظُم الصحية المحددة لإقليم شرق المتوسط. وتعكس هذه الوظائف الأساسية العناصر العملية للصحة العمومية ومن شأنها أن تساعد على التحسين إلى أقصى حد ممكن من أداء النظام الصحي. ومن الجدير بالتأكيد أن الوظائف الأساسية المقترحة للنُظُم الصحية في الإقليم غير مقصود بها أن تكون إيعازية إلزامية، وإنما المقصود منها أن تثير مناقشات ومباحثات صحية تؤدي إلى

المزيد من تنقيح أولويات الصحة العمومية، وإلى توافق في الرأي على التعريف العملي لكل وظيفة من تلك الوظائف الأساسية ونطاقها، واعتماد الدول الأعضاء لهذه الوظائف في سياساتها الوطنية، من أجل أن يتحقق في نهاية المطاف بلوغ مرمى تحسين صحة سكان إقليم شرق المتوسط.

8. المراجع

1. *The world health report 2000. Health systems: improving performance.* Geneva, World Health Organization, 2000.
2. *Demographic and health indicators for countries of the Eastern Mediterranean.* Cairo, World Health Organization, Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2003.
3. *The least developed countries, 2002 report.* Geneva, United Nations Conference on Trade and Development, 2002.
4. *Arab human development report 2003.* New York, United Nations Development Programme, 2003.
5. *Human development report 2003: What is human development?* New York, United Nations Development Programme, 2004.
6. PovertyNet Library. *Data on poverty.* World Bank Group, 2003.
<http://www.worldbank.org/data/wdi2003/pdfs/table%202-6.pdf>
7. *The world health report 2004. Changing history.* Geneva, World Health Organization, 2003.
8. *The world health report 2002. Reducing risks, promoting healthy life.* Geneva, World Health Organization, 2003.
9. *The injury chart book. A graphical overview of the burden of injuries.* Geneva, World Health Organization, 2002.
10. *World report on violence and health.* Geneva, World Health Organization, 2002.
11. *Concepts and principles of good governance.* Background paper for the International Colloquium on Good Governance and Health, Cotonou, Benin, 22-24 January 2001.
http://www.dse.de/zg/gg/html/english/4_indepthpaper_1.htm
12. *Demographic and health indicators for countries of the Eastern Mediterranean, 2002/2003.* Cairo, World Health Organization, Regional Office of the Eastern Mediterranean. 2003 (WHO-EM/HST/189/E/G).
13. Globalization, global public health goods and health. In: Drager N, Vieira C., eds. *Trade in health services: global, regional and country perspectives.* Washington DC, Pan American Health Organization and World Health Organization, 2002.
14. *Macroeconomics and health: Investing in health for economic development. Report of the Commission on Macroeconomics and Health.* Geneva, World Health Organization, 2002.
15. *Millennium Development Goals. The global challenge: goals and targets.* New York, United Nations Development Programme, 2000.
16. *Public health in the Americas.* Washington DC, Pan American Health Organization, 2002.
17. *Essential public health functions. A three country study in the Western Pacific Region.* Manila, World Health Organization, Regional Office for the Western Pacific, 2003.