

النهوض بالتغطية الصحية الشاملة

ملخص تنفيذي

1. تعني التغطية الصحية الشاملة أنه بإمكان جميع الأشخاص الحصول على الخدمات الصحية التي يحتاجون إليها دون أن يتعرضوا لضائقة مالية، وأن تكون هذه الخدمات على درجة كافية من الجودة بما يضمن فاعليتها. وتنظر التزامات عالمية وإقليمية متعددة إلى التغطية الصحية الشاملة على أنها أولوية قصوى، بما في ذلك على وجه الخصوص، خطة التنمية المستدامة لعام 2030 وبرنامج العمل العام الثالث عشر لمنظمة الصحة العالمية 2019-2023. وتقدم الورقة الراهنة تحليلاً للوضع الحالي للتغطية الصحية الشاملة في إقليم منظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، وتستعرض إمكانية النهوض بالتغطية الصحية الشاملة بحلول عام 2023، استناداً إلى التأثير المتوقع أن تحدثه تدخلات السياسات والتوصيات الصادرة عن المنظمة.

2. وتُستخدَم أداتان لتحليل التغطية الصحية في الإقليم، وهما: إطار العمل بشأن الارتقاء بالتغطية الصحية الشاملة في إقليم شرق المتوسط، ومؤشر التغطية بالخدمات من أجل تحقيق التغطية الصحية الشاملة. وحدد التحليل كثيراً من التحديات أمام تحقيق التغطية الصحية الشاملة. ومع بعض الافتراضات، تُقدَّر نسبة الأشخاص الذين يمكنهم الحصول على الخدمات الصحية الأساسية في الإقليم بما يبلغ 53%؛ وهذه النسبة أقل من المتوسط العالمي (المرجَّح للسكان) والذي يبلغ 64%. ولكن تشير التوقعات إلى إمكانية أن يصل المتوسط المرجَّح للسكان إلى 60% بحلول عام 2023 في حالة تنفيذ توصيات منظمة الصحة العالمية. وذلك معناه أن الإقليم في وضع جيد يُمكنه من تحقيق حصته التناسبية من غاية برنامج العمل العام الثالث عشر المرتبطة باستفادة مليار شخص آخر من التغطية الصحية الشاملة بحلول عام 2023.

3. وبناءً على نتيجة التحليل، يُوصَى باتخاذ بعض الإجراءات الأساسية لمساعدة البلدان على إحراز تقدم نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة. وفي بلدان الإقليم الأغنى، سيتحقق النهوض بالتغطية الصحية الشاملة أساساً من خلال التدبير العلاجي للأمراض غير السارية والحد من انتشارها؛ أما البلدان المتوسطة الدخل فسيكون الجمع بين توفير الحماية المالية بصورة أفضل للاستفادة من الخدمات الصحية، مع الحفاظ في الوقت نفسه على الحزم الأساسية للخدمات الصحية أو توسيع نطاقها، هو مفتاح نجاحها في النهوض بالتغطية الصحية الشاملة على مدار السنوات القليلة المقبلة. ويجب أن تحدد البلدان المنخفضة الدخل أولويات توليد الموارد اللازمة للرعاية الصحية وتحسين إتاحة الخدمات الصحية وسهولة الوصول إليها، على أن تعالج في الوقت ذاته أولويات الرعاية الصحية الأساسية الخاصة بالصحة الإنجابية وصحة الأم والوليد والطفل، بالإضافة إلى الأمراض السارية ذات الأولوية. ومع ذلك، ستستفيد كل بلدان الإقليم من التوسع في خدمات الرعاية الصحية الأولية وتحسينها، وتعزيز خدمات الصحة العامة. كما أنه من الأهمية بمكان تحديد مجموعة من التدخلات ضمن حزمة المنافع ذات الأولوية لتحقيق التغطية الصحية الشاملة، وضمان التغطية الفعالة والمنصفة لجميع الفئات السكانية.

المقدمة

4. في أيار/مايو 2018، اعتمدت جمعية الصحة العالمية في دورتها الحادية والسبعين برنامج العمل العام الثالث عشر لمنظمة الصحة العالمية 2019-2023. وقد أُعد برنامج العمل العام الثالث عشر عبر سلسلة من المشاورات الموسَّعة، وسوف تسترشد به المنظمة في عملها خلال السنوات الخمس المقبلة على الأقل. ويُحدِّد هذا البرنامج ثلاث أولويات استراتيجية مترابطة، ويضع أهدافاً طموحةً ترتبط بخطة التنمية المستدامة لعام 2030. وتُلخِّص هذه الأولويات الاستراتيجية والأهداف الطموحة التغيير الرئيسي في مجال الصحة العامة الذي يلزم تحقيقه عالمياً بحلول عام 2023 ليظل تحقيق أهداف التنمية المستدامة المتعلقة بالصحة على الطريق الصحيح.

5. وتُعدّ هذه الورقة واحدة من سلسلة ورقات تهدف إلى إثراء المناقشات في الدورة الخامسة والستين للجنة الإقليمية لشرق المتوسط بشأن ما يلزم القيام به لتنفيذ برنامج العمل العام الثالث عشر في الإقليم. وتركز الورقة على الأولوية الاستراتيجية المتمثلة في تحقيق التغطية الصحية الشاملة والهدف المرتبط بها، وهو: ضمان استفادة مليار شخص آخر من التغطية الصحية الشاملة.

6. وتعني التغطية الصحية الشاملة أنه بإمكان جميع الناس والمجتمعات المحلية الحصول على الخدمات الصحية التعزيزية والوقائية والعلاجية والتأهيلية والملطفة التي يحتاجون إليها دون التعرض لأي ضائقة مالية، وأن تكون هذه الخدمات على درجة كافية من الجودة بما يضمن فاعليتها. وتتداخل التغطية الصحية الشاملة مع أهداف التنمية المستدامة المرتبطة بالصحة، كما تؤثر في نفس الوقت على العديد من غايات أهداف التنمية المستدامة الأخرى. ويتمثل جوهر التغطية الصحية الشاملة في وجود نُظُم صحية قوية وقادرة على الصمود وتركز على الناس. ويُعتبر إحراز تقدم تدريجي نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة خياراً سياسياً ذا فوائد اجتماعية واقتصادية مهمة.

7. وللتغطية الصحية الشاملة ثلاثة أبعاد، وهي: تغطية السكان، والتغطية بالخدمات، والحماية المالية. ولقد قُطِع شوط مهم في وضع أساليب لقياس التغطية الصحية الشاملة، لكن لا يزال هناك قيود. ويركز قياس التغطية الصحية في الوقت الراهن على مؤشرين من مؤشرات أهداف التنمية المستدامة، وهما: 3-8-1 بشأن التغطية بالخدمات، و3-8-2² بشأن الحماية المالية (1). وحتى يتسنى رصد المؤشر 3-8-1، وُضِع مؤخراً "مؤشر التغطية بالخدمات من أجل تحقيق التغطية الصحية الشاملة" للوقوف على التغطية بالخدمات الصحية على أساس الفرد والسكان، ومن ضمنها بعض جوانب النظام الصحي. ويُقيّم المؤشر 3-8-2 الآثار المالية السلبية على الأفراد الذين يتكبدون نفقاتهم الصحية من أموالهم الخاصة، وهو مفهوم شُرِع في استخدامه بأشكال مختلفة منذ عام 2000. وتتفاعل الأبعاد المختلفة للتغطية الصحية الشاملة بعضها مع بعض ويؤثر أحدها على الآخر: فعلى سبيل المثال، قد يؤدي تحسين إتاحة الخدمات الصحية - أرفع جودتها - إلى زيادة المصاعب المالية، إذا لم تتوافر تغطية صريحة بترتيبات الحماية المالية.

8. وتنظر العديد من الالتزامات العالمية والإقليمية إلى التغطية الصحية الشاملة على أنها أولوية قصوى (2، 3، 4). وعليه، ما فتئت الدول الأعضاء تعمل على إعادة توجيه سياساتها وخطتها الوطنية المعنية

¹ المؤشر 3-8-1: تغطية توافر الخدمات الصحية الأساسية (المعرّفة بأنها متوسط التغطية بالخدمات الأساسية المستندة إلى التدخلات الكاشفة (تدخلات المتبوع) التي تشمل الصحة الإيجابية وصحة الأمهات والمواليد الجدد والأطفال والأمراض المعدية والأمراض غير المعدية (غير السارية) والقدرة على توفير الخدمات، وإمكانية الوصول إليها على مستوى السكان عموماً والفئات السكانية الأشد حرماناً خصوصاً).

² المؤشر 3-8-2: نسبة السكان الذين تصرف أسرهم المعيشية نفقات كبيرة على الصحة محسوبة باعتبارها حصة من مجموع إنفاق الأسر المعيشية أو دخلها.

بالتنمية والصحة لتتضمن أهداف التنمية المستدامة والتغطية الصحية الشاملة. وتتمثل الغاية 3-8 من الهدف الثالث من أهداف التنمية المستدامة في تحقيق التغطية الصحية الشاملة، بما في ذلك الحماية من المخاطر المالية، وإمكانية الحصول على خدمات الرعاية الصحية الأساسية الجيدة، وإمكانية حصول الجميع على الأدوية واللقاحات بحلول عام 2030. وفي هذا السياق، أُعد في عام 2014 إطار عمل بشأن الارتقاء بالتغطية الصحية الشاملة في إقليم شرق المتوسط، وجرى تحديثه في عام 2016 (5).

9. وتهدف الورقة إلى:

- استعراض الوضع في الإقليم في ما يتعلق بالأبعاد الثلاثة للتغطية الصحية الشاملة والتحديات القائمة، مع إيلاء اهتمام خاص إلى البرامج الصحية؛
- استخدام التوقعات الإحصائية ونماذج السيناريوهات لاستقراء مساهمة الإقليم في الهدف المرتبط بالتغطية الصحية الشاملة من أهداف برنامج العمل العام الثالث عشر؛
- اقتراح أساليب لتحسين مساهمة الإقليم في مهمة برنامج العمل العام الثالث عشر وأولوياته الاستراتيجية.

الوضع الحالي: التطورات والتحديات

10. يعيش بإقليم شرق المتوسط أكثر من 650 مليون شخص في 22 بلداً، وتتنوع به البيئات الاجتماعية والاقتصادية والجيوسياسية تنوعاً كبيراً. وفي عام 2015، وصل متوسط نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي في الإقليم إلى 12120 دولاراً، غير أن متوسط نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي لم يتجاوز 1400 دولار في أكثر بلدان الإقليم من حيث عدد السكان، ويعيش به ثلث سكان الإقليم تقريباً. ويواجه الإقليم نطاقاً غير مسبوق من حالات طوارئ بسبب النزاع السياسي، بالإضافة إلى تعرضه للأمراض التي قد تتحول إلى أوبئة وجوائح. ويعيش أكثر من نصف سكان الإقليم في بلدان تمر بحالات طوارئ مُصنّفة: أربعة بلدان بها طوارئ من المستوى الثالث، وبلدان اثنان يهتما طوارئ من المستوى الثاني، وثلاثة بلدان بها طوارئ من المستوى الأول. كما ينتمي حوالي 30 مليون نازح إلى الإقليم، أي أكثر من نصف الأشخاص النازحين على الصعيد العالمي. وفي الوقت الراهن، أُدرجت تسعة بلدان في قائمة البنك الدولي للبلدان التي تعاني أوضاعاً هشة، 6 بلدان منها ضمن البلدان الخمسة عشر التي اعتبرتها منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي هشة للغاية.

11. والتنوع الذي تتسم به بلدان الإقليم والنطاق غير المسبوق لحالات الطوارئ المُعددة يجعلان من الصعب تحديد التقدم المحرز نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة. وتستند دقة قياس التغطية بالخدمات الصحية والحماية من المخاطر المالية إلى معلومات كثيرة. فإذا كانت البيانات ضعيفة أو مستقاة من مصادر غير مباشرة (أو عمليات تقديرية)، فقد تفتقر إلى الموضوعية والدقة المطلوبتين لكي تعكس تأثير السياسات. وفي الوقت الذي أحرزت فيه بعض البلدان تقدماً ملحوظاً في توليد بيانات عالية الجودة، تفتقر البلدان إلى توفر معلومات موثوق بها في الوقت المناسب وتكون قابلة للمقارنة. وتتضمن التحديات ضعف نُظم تسجيل الأحوال المدنية، ومحدودية الدراسات الاستقصائية السكانية، وانخفاض جودة البيانات الواردة من المرافق الصحية، والافتقار إلى بيانات مُصنّفة، وتجزؤ نُظم جمع البيانات. ومن ثم، يجب أن يكون تعزيز نُظم المعلومات الصحية الوطنية هدفاً رئيسياً في سياق أهداف التنمية المستدامة.

12. وتستخدم هذه الورقة أداتين تحليليتين لبحث الوضع في بلدان الإقليم البالغ عددها 22 بلداً، وكيف يمكنها إحراز تقدم نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة بحلول عام 2023، وهاتان الأداتان هما: إطار العمل بشأن الارتقاء بالتغطية الصحية الشاملة في إقليم شرق المتوسط، ومؤشر التغطية بالخدمات من

أجل تحقيق التغطية الصحية الشاملة. ويتكوّن إطار العمل من أربعة مكونات استراتيجية وما يرتبط بها من إجراءات تنفذها الدول الأعضاء، ومنظمة الصحة العالمية، والشركاء. ويضم مؤشر التغطية الصحية الشاملة أربع فئات رئيسية من مؤشر التغطية بالخدمات. ويمكن الجمع بين المؤشرات الخاصة بمؤشر التغطية الصحية الشاملة للحصول على درجات تجميعية لنطاق التغطية الصحية لكل بلد. وسيرد ذكر الدرجات لاحقاً في هذه الورقة، ولكن ينبغي أولاً أن نعرض مكونات إطار العمل والمؤشر للوقوف على التحديات الرئيسية التي تواجه البلدان المختلفة.

إطار العمل بشأن الارتقاء بالتغطية الصحية الشاملة في إقليم شرق المتوسط

13. *المكون (1): وضع رؤية واستراتيجية للتغطية الصحية الشاملة.* وضعت العديد من الدول الأعضاء رؤية وطنية بشأن التغطية الصحية الشاملة، أو سنّت التشريعات و/أو وضعت الاستراتيجيات الضرورية. فوضعت جمهورية إيران الإسلامية، وعمان، والمملكة العربية السعودية رؤى طويلة الأجل بشأن تحوّل النظم الصحية لتحقيق التغطية الصحية الشاملة. أما البحرين والسودان ومصر فسنّت قوانين جديدة تنص على أحكام خاصة بإصلاحات مؤسسية في النظام الصحي، في حين أعدّ الأردن وباكستان وتونس والسودان استراتيجيات على مستوى قطاع الصحة من أجل تحقيق التغطية الصحية الشاملة، وأصدر كل السودان والمغرب إعلاناً رئاسياً وملكياً بشأن التغطية الصحية الشاملة.

14. *المكون (2): النهوض بأداء نظام التمويل الصحي وتعزيز الحماية من المخاطر المالية.* تستغل الدول الأعضاء الأموال العامة وتطوّر آليات الدفع المسبق نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة، وذلك على الرغم من التحديات المالية التي تواجهها. ففي عام 2012، عمّم المغرب نظام المساعدة الطبية ليغطي 8.5 ملايين شخص من الفئات الضعيفة. وفي عام 2014، استخدمت جمهورية إيران الإسلامية الأموال الناتجة عن زيادة ضريبة القيمة المضافة وإصلاح نظام الدعم لتوفير التأمين الصحي لحوالي 10 ملايين شخص. وعلى الرغم من ذلك، يُعتبر الإقليم بوجه عام من الأقاليم ذات الاستثمار المنخفض في الصحة، ففي عام 2015 بلغت نسبة الإقليم من الإنفاق العالمي على الصحة 1.9% في حين يعيش به 8.6% من سكان العالم (6). ولا يزال أداء النظام الصحي في عديد من البلدان يتأثر سلباً بعدم كفاية التمويل العام للصحة، وعدم وجود آليات للدفع المسبق أو وجود آليات قاصرة، وعدم استخدام الموارد المالية الشحيحة بكفاءة. وعلى مدار السنوات الخمس عشرة الماضية، بلغت نسبة ما يدفعه الأفراد من أموالهم الخاصة حوالي 40% من الإنفاق على الصحة في الإقليم. ونتيجة لذلك، يتكبد 55.5 مليون شخص معدلات إنفاق كارثية على الصحة، ويسقط في دائرة الفقر 7.7 ملايين شخص سنوياً (2010) (7).

15. *المكون (3): توسيع نطاق التغطية بالخدمات الصحية اللازمة.* يُعتبر تحديد حزم من الخدمات الصحية الأساسية الخاصة بكل بلد، وضمان تقديمها بفاعلية وبجودة عالية نقطة انطلاق استراتيجية نحو توسيع نطاق التغطية الصحية الشاملة. ولقد طبقت الدول الأعضاء حزم خدمات صريحة/ضمنية متنوعة. وأعدت معظم البلدان التي تمر بحالات طوارئ حزمًا صريحة ذات حد أدنى من الخدمات لتيسير تعبئة الموارد. وجاء الإصدار الثالث من أولويات مكافحة الأمراض ليجدّد الاهتمام بتطوير حزم الخدمات الصحية من أجل تحقيق التغطية الصحية الشاملة. وتشارك كل من الأردن وأفغانستان وباكستان وجمهورية إيران الإسلامية ولبنان ومصر والمغرب بهمة ونشاط في تطوير حزم المنافع ذات الأولوية لتحقيق التغطية الصحية الشاملة تتناسب وسيقاتها استرشاداً بالإصدار الثالث من أولويات مكافحة الأمراض، وبالتعاون مع المنظمة.

16. وباتت جودة الخدمات الصحية وسلامة المرضى موضوعين بارزين في جداول أعمال السياسات الصحية. وأصبح هناك إدراكاً متزايداً بأن الحصائل الصحية المرجوة للسكان لن تتحقق إلا إذا اقترن العمل على تحسين إتاحة الخدمات الصحية باهتمام مناسب بالجودة. وتتضمن التحديات المرتبطة بتحسين

الجودة والسلامة في الإقليم عدم الالتزام الكافي للقيادات، وضعف قدرات المهنيين الصحيين والسلطات التنظيمية الوطنية، وعدم مشاركة المجتمع أو تمكينه.

17. **المكون (4): ضمان توسيع نطاق تغطية السكان ورصدها.** من الناحية المفاهيمية، تُعتبر تغطية السكان جزءاً لا يتجزأ من بُعدي التغطية الصحية الشاملة للحماية المالية والتغطية بالخدمات. وعلى الرغم من أن السكان المعرضين للخطر في الإقليم لم تشملهم بعد ترتيبات الدفع المسبق، فقد شهدت السنوات الأخيرة تحسناً في هذا الشأن. ففي عام 2015، أطلقت باكستان برنامج الصحة الوطني لرئيس الوزراء، الذي يعتمد في تمويله على مصادر اتحادية ومصادر المقاطعات، ويهدف إلى تغطية 100 مليون شخص يقل دخلهم عن 2 دولار يومياً. وفي عام 2017، توسّع السودان في توظيف أموال الزكاة لدعم التغطية حتى تشمل 2.5 مليون أسرة فقيرة أخرى. وأدرج الأردن في عام 2017 جميع الأفراد الذين تتجاوز أعمارهم 60 عاماً في برنامج التأمين المدني. كما قامت مصر في العام نفسه بإدراج تغطية القطاع غير الرسمي في قانون التأمين الصحي الاجتماعي الشامل. وأولى كل من الأردن وجمهورية إيران الإسلامية والسودان ولبنان الاهتمام بتغطية اللاجئين ضمن البرامج الوطنية للتأمين.

مؤشر التغطية بالخدمات من أجل تحقيق التغطية الصحية الشاملة

18. **وُضِعَ مؤشر التغطية بالخدمات من أجل تحقيق التغطية الصحية الشاملة باعتباره مؤشراً واحداً،** على مقياس من 0 إلى 100 لرصد التقدم الذي تحرزه البلدان بشأن المؤشر 3-8-1 الخاص بالهدف الثالث من أهداف التنمية المستدامة. ويُحسب المؤشر من خلال مؤشرات للتبع عددها ستة عشر مؤشراً (الجدولان 1 و2).^{3,4} وترجع البيانات المرجعية لمؤشرات التبع إلى عام 2015، وهي مأخوذة من عدة مصادر مثل قواعد بيانات منظمة الصحة العالمية والأمم المتحدة والمنشورات الصادرة عنهما (7).

19. **الفئة 1: الصحة الإنجابية وصحة الأمهات والمواليد والأطفال.** مجالات التبع الأربعة ضمن هذه الفئة هي: تنظيم الأسرة؛ والرعاية أثناء الحمل والولادة؛ وتمنيع الأطفال؛ وعلاج الأطفال. ويتراوح انتشار استخدام وسائل منع الحمل والتغطية بخدمات الرعاية السابقة للولادة في الإقليم ما بين 11.7% إلى 58.6% (8) و3.3% إلى 100% (9) على التوالي. وتؤدي التغطية غير المنصفة بالخدمات إلى ارتفاع معدل وفيات الأمهات على الصعيد الإقليمي ليصل إلى 166 حالة وفاة لكل 100000 ولادة حية (2015) (10). وفي عام 2016، حصل 80% من الرضع في الإقليم على ثلاث جرعات من اللقاح المضاد للدفتريا والتيتانوس والسعال الديكي. ووصل عدد الرضع الذين لم يتلقوا جرعة اللقاح المضاد للدفتريا والتيتانوس والسعال الديكي إلى 3.7 ملايين رضيع، يعيش 97% منهم في بلدان متضررة بحالات طوارئ. وتوفي في الإقليم 800000 طفل تقل أعمارهم عن 5 سنوات في عام 2016؛ وكانت 15% تقريباً من هذه الوفيات بسبب الالتهاب الرئوي (11، 12). ولكن 62% فقط من الحالات المشتبه في إصابتها بالالتهاب الرئوي سعت إلى الحصول على الرعاية من مقدم رعاية ملائم، ولم يتلق مضادات حيوية سوى 50% من هذه الحالات (13).

20. **تُقَوِّصُ التحديات الرئيسية إتاحة خدمات على درجة عالية من الجودة في مجال الصحة الإنجابية وصحة الأم والوليد والطفل والمراهق، ومن ضمن هذه التحديات: تطبيق برامج رأسية ومجزأة للوقاية من**

³ اعتمد اختيار مؤشرات التبع على المعايير التالية: (1) مدى ملاءمة المؤشرات بما يعكس العبء الوبائي ووجود تدخلات عالية المردود؛ (2) صلاحية المؤشرات للتطبيق، مع توفر بيانات حالية وقابلة للمقارنة بخصوص معظم البلدان؛ (3) صحة المؤشرات من الناحية المفاهيمية، من حيث توافر بسط ومقام قابلين للقياس، وغاية واضحة، وفي الوضع الأمثل وجود تعريف يشمل التغطية بالخدمات؛ (4) سهولة استخدام المؤشرات - حيث يجب أن يكون من السهل تبليغ المؤشرات، خاصة المؤشرات التي تبلغ عنها البلدان.

⁴ استُبعد مؤشران من مؤشرات التبع من حساب مؤشر التغطية الصحية الشاملة نظراً لعدم توافر البيانات الخاصة بكثيرٍ من البلدان، وهذان المؤشران هما: تحري سرطان عنق الرحم، وإتاحة الأدوية الأساسية.

الأمراض ومكافحتها، والمشاركة الضعيفة للأفرقة دون الوطنية المعنية بالصحة الإنجابية وصحة الأم والوليد والطفل والمراهق في التخطيط الاستراتيجي، وضعف أو عدم وجود بروتوكولات الإحالة/ الإحالة المضادة، وعدم إيلاء العناية الكافية لصحة المراهقين، وعدم وجود حزم خدمات متكاملة فيما يتعلق بالصحة الإنجابية وصحة الأم والوليد والطفل والمراهق، وعدم كفاية القوى العاملة الصحية ذات الصلة وعدم وجود نظام فعال بشأن تحويل المهام، وعدم وجود معلومات صحية كافية، ويتضمن ذلك عدم الترصد الكافي لوفيات الأمهات والوفيات التي تحدث في الفترة المحيطة بالولادة. وتتفاقم هذه التحديات في المناطق النائية والمتضررة بحالات الطوارئ.

21. *الفئة 2: الأمراض المعدية.* تتمثل مجالات التتبع الأربعة ضمن هذه الفئة في: علاج السل، وعلاج فيروس نقص المناعة البشرية، والوقاية من الملاريا، والمياه والإصحاح. وتُقدر حالات الإصابة بالسل التي لم تُكتشف في الإقليم بحوالي 31%، كما أن نسبة التغطية بعلاج السل المقاوم للأدوية لا تتعدى 25% (14). ولا تتعدى نسبة الأشخاص المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشرية الذين يحصلون على علاج بمضادات الفيروسات القهقرية 18% (15)، كما أن كثيراً من الأشخاص معرضون لخطر الإصابة بالملاريا. وعلى مستوى أقاليم منظمة الصحة العالمية، يضم إقليم شرق المتوسط أكبر عدد من الأشخاص المصابين بالتهاب الكبد C (15 مليون شخص)، كما أن مستويات مقاومة مضادات الميكروبات مرتفعة، بل وأخذت في الارتفاع.

22. ولقد زاد عبء الأمراض السارية نتيجة ضعف الالتزام السياسي بمكافحة تلك الأمراض، بما فيها مقاومة مضادات الميكروبات⁵. وتتضمن التحديات الأخرى: البرامج الرأسية لمكافحة الأمراض وضعف إدماجها على مستويات السياسات والخدمات؛ وضعف إنفاذ اللوائح المعنية بقيام القطاع الخاص بالتبليغ والإخطار؛ وانخفاض مخصصات الأموال المحلية؛ وزيادة الاعتماد على دعم المانحين لبرامج الصحة ذات الأولوية. وتأثير تطبيق لامركزية النظم الصحية دون بناء القدرات بشكل سليم تأثيراً سلبياً على تخطيط برامج الرعاية الصحية، وتنفيذها، ورصدها وتقييمها، وامتد هذا التأثير السلبي ليشمل الحصائل أيضاً في بعض البلدان. ويحدّ قصور نُظم التبليغ والإحالة من القدرة على الاكتشاف المبكر للفاشيات والتصدي لها في الوقت المناسب.

23. *الفئة 3: الأمراض غير السارية.* تتمثل مجالات التتبع الأربعة ضمن هذه الفئة في: الوقاية من أمراض القلب والأوعية الدموية، والتدبير العلاجي لداء السكري، والكشف عن السرطان وعلاجه، ومكافحة تعاطي التبغ. ويُعزى 60% من الوفيات التي تحدث في الإقليم إلى الأمراض غير السارية. ولقد أعدت منظمة الصحة العالمية مسودة إطار إقليمي بشأن تعزيز إدراج الأمراض غير السارية ضمن الرعاية الصحية الأولية، وتوفير التدبير العلاجي لها. وفي عام 2015، أقرت اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط في دورتها الثانية والستين إطاراً لتوسيع نطاق العمل في مجال الصحة النفسية (16). وفي عام 2017، أقرت اللجنة الإقليمية في دورتها الرابعة والستين إطار عمل بشأن الوقاية من السرطان ومكافحته (17)، ونُشرت إرشادات إقليمية بشأن الكشف المبكر عن أنواع السرطان ذات الأولوية. كما أعدت المنظمة ونشرت مجموعة أدوات للتدبير العلاجي للأمراض غير السارية الشائعة في حالات الطوارئ. وينوء الإقليم بالعبء الأكبر من الاضطرابات النفسية والعصبية، واضطرابات تعاطي المخدرات على مستوى العالم، ويرجع ذلك في الأساس إلى ارتفاع معدلات الإصابة بالاكتئاب واضطرابات القلق بسبب حالات الطوارئ. وقد أُدرجت الصحة النفسية في حزمة منافع التغطية الصحية الشاملة في لبنان، ويعمل كل من الأردن والجمهورية العربية السورية على إدراج الصحة النفسية ضمن الرعاية الصحية الأولية.

⁵ إقليمياً، أقرت رسمياً أربعة بلدان فقط خطط عمل وطنية بشأن مقاومة مضادات الميكروبات، ووضعت ثمانية بلدان برامج وطنية للوقاية من العدوى ومكافحتها.

24. وتتضمن التحديات الرئيسية: المشاركة المحدودة للأطراف الفاعلة غير الصحية؛ وندرة المعلومات بشأن الصحة والعبء المالي؛ وتدخُّل دوائر الصناعة. ففي العديد من البلدان المنخفضة الدخل، تُكتشف الأمراض غير السارية في توقيت متأخر عندما يصبح المرضى في حاجة إلى رعاية مكلفة في المستشفيات بسبب المضاعفات الوخيمة. ولا يزال هناك اهتمام ضئيل باضطرابات الصحة النفسية في مجال الصحة العامة. وتؤدي محدودية دمج الأمراض غير السارية في مستوى الرعاية الصحية الأولية إلى تطبيق نهج مجزأ في تقديم الخدمات. وتفتقر معظم حزم المنافع المتاحة إلى تدخلات مسندة بالبيّنات وعالية المردود لمعالجة الأمراض غير السارية - وهي ما يطلق عليها اسم "أفضل الصفقات".

25. الفئة 4: طاقة الخدمات وإتاحتها. تتمثّل مجالات التتبع الأربعة ضمن هذه الفئة في: إمكانية الوصول إلى المستشفيات، ومعدل كثافة العاملين الصحيين، وإتاحة الأدوية الأساسية، والأمن الصحي. ويصل متوسط كثافة الأسرة في المستشفيات في الإقليم إلى 14 سريراً لكل 10000 نسمة. ويقترن نقص عدد العاملين الصحيين عموماً بعدم تكافؤ التوزيع الجغرافي ومزيج المهارات، بالإضافة إلى بعض المخاوف بشأن الجودة والأداء. وتُعاني ستة بلدان في الإقليم من أزمة في القوى العاملة الصحية. وتتأثر إتاحة الرعاية وجودتها بعدم توافر حزم أساسية محددة للخدمات، والأدوية، والمنتجات، بالإضافة إلى المبادئ التوجيهية بشأن العلاج.

التغطية بالخدمات الصحية المتوقعة في عام 2023

26. يقدم تقرير الرصد العالمي للتغطية الصحية الشاملة بيانات عن بلدان الإقليم. ومنذ منتصف عام 2017، قُدّر عدد سكان الإقليم بحوالي 650 مليون شخص. ومع بعض الافتراضات، يمكن الاستفادة من النتائج التي توصل إليها تقرير منظمة الصحة العالمية بشأن التغطية الصحية الشاملة (7) كي نخلص إلى أن حوالي 347 مليون شخص من سكان الإقليم يحصلون على الخدمات الصحية الأساسية، وهو ما يُمثّل متوسطاً مرجحاً للسكان قدره 53%؛ وهو أقل من المتوسط العالمي المرجح للسكان الذي يبلغ 64%. ويستعرض الجدول (2) مستويات التغطية بالخدمات التي تم قياسها باستخدام مؤشر التغطية الصحية الشاملة لبلدان الإقليم. وفي عام 2015، تراوحت قيم مؤشر التغطية بالخدمات من أجل تحقيق التغطية الصحية الشاملة بين 22 (الصومال) إلى 77 (قطر والكويت). ولقد تجاوزت قيمة مؤشر التغطية الصحية الشاملة 70 في خمسة بلدان فقط، في حين كانت أقل من 50 في ستة بلدان - تُمثّل نصف سكان الإقليم تقريباً (الجدول 3).

27. وقد أُجري تحليلان إضافيان من أجل التوقع بمعدل التغطية بالخدمات الصحية في الإقليم في عام 2023. أولاً: تم حساب الاتجاهات الوطنية لكل مؤشر من مؤشرات التتبع المتاح بشأنها بيانات. واستُخدمت هذه الاتجاهات لتوقع وضع مؤشر التغطية الصحية الشاملة على الصعيدين الإقليمي والوطني في عام 2023. بعد ذلك، تم تعديل التوقعات في ضوء تدخلات السياسات وتوصيات المنظمة (المرتبطة بكل مجال من مجالات العمل) التي تُنقذ في الإقليم، مع الأخذ في الاعتبار تحسين البنية التحتية والقدرات الوطنية للنهوض بالتغطية الصحية الشاملة. وتُشير التوقعات لعام 2023 إلى وجود فرصة سانحة أمام الإقليم كي يتوسع في المتوسط المرجح لتغطية السكان بالخدمات من أجل تحقيق التغطية الصحية الشاملة في الإقليم لتبلغ 60% على الأقل. وهو ما سيساوي استفادة 109 ملايين شخص إضافي من التغطية الصحية الشاملة بحلول عام 2023. ومن المتوقع أن تتراوح قيم مؤشر التغطية الصحية الشاملة في عام 2023 من 36 إلى 80 في بلدان الإقليم: ستكون قيمة المؤشر المُقدّرة أعلى من 70 في 10 بلدان، وأقل من 50 في أربعة بلدان أخرى (الجدول 4). والأهم من ذلك أن إحرارز تقدم في مؤشر التغطية الصحية الشاملة أمر متوقع لجميع بلدان الإقليم باستثناء ثلاثة بلدان.

28. ومن الأصبغ توقُّع حدوث تحسينات في التغطية بالحماية المالية. فقد ظلت مؤشرات أهداف التنمية المستدامة 2-8-3 ثابتةً في معظم البلدان خلال العقد الماضي مع تحسُّن أو تدهور دوري في الاستجابة للسياسات الوطنية أو التقلبات الاقتصادية. ولذلك من المهم وضع أهداف إقليمية لتقليل النفقات التي يدفعها المواطنون من جيوبهم للحدِّ من النفقات الباهظة، خاصةً مع تزايد تكاليف الرعاية الصحية المحتملة بسبب الطلب السكاني والتقدم التكنولوجي. ولسياسات التمويل الصحي الرشيدة أهمية بالغة لاستدامة الخدمات الصحية الأساسية وتوسيع نطاق الحصول عليها.

النهج المقترح

29. يتطلب التحرك صوب تحقيق التغطية الصحية الشاملة إحراز تقدم متزامن عبر أبعادها الثلاثة. وينبغي أن يكون توسيع نطاق إتاحة الخدمات الصحية مُقترناً بإيلاء العناية الواجبة إلى المساواة في الحصول على هذه الخدمات والتغطية المالية الكافية للفئات السكانية، فضلاً عن ضمان تقديم خدمات ذات جودة مقبولة بتكلفة ميسورة. كما أن التحرك صوب تحقيق التغطية الصحية الشاملة والحفاظ عليها يتطلبان اتباع نُهج تراعي كل هذه الجوانب لتطوير النُظُم الصحية. وينبغي لاستخدام مؤشرات التتبع المُدرجة في مؤشر التغطية الصحية الشاملة أن يدعم تطوير النُظُم الصحية بطريقة تُسهِّل مجالات العمل البرمجية ذات الأولوية وتُركِّز عليها في المقام الأول.

30. وتشير التقديرات إلى أنه على الرغم من حالات الطوارئ، فإن الإقليم في وضع جيد يتيح له تحقيق حصته التناسبية - 109 ملايين شخص - من الغاية العالمية المتمثلة في استفادة مليار شخص آخر من التغطية الصحية الشاملة بحلول عام 2023. ويعتمد إحراز التقدم على استمرار التزام الدول الأعضاء بالنهوض بالتغطية الصحية الشاملة، بدعم من المنظمة. ورغم أنه يمكن إثبات أن إحراز التقدم أمرٌ في المتناول، تواجه بلدان الإقليم تحديات متنوعة قد تتطلب استراتيجيات وسياسات مختلفة للنهوض بالتغطية الصحية الشاملة. كما أن التوقعات الواردة في هذه الورقة محدودة، فهذه التوقعات لا تُحدِّد من الناحية الكميّة الآثار المالية المحتملة على السكان من جرّاء التوسُّع في تقديم الرعاية الصحية.

31. ولا بُدَّ من التصدّي للأمراض وعوامل الخطر ذات الأولوية بتدخلات عالية المردود وميسورة التكلفة. وتشير الدراسات إلى أن النمو الاقتصادي في الإقليم قد صاحبه ارتفاع كبير في الأمراض غير السارية. وتُبيِّن التوقعات أن البلدان المرتفعة الدخل والأكثر تأثراً بالأمراض غير السارية ستواجه تحديات في تحسين مؤشر التغطية الصحية الشاملة فيها بحلول عام 2023، مما يسلط مزيداً من الضوء على أهمية تنفيذ سياسات الصحة العامة. ويقتضي العبء المتزايد للأمراض غير السارية (بما في ذلك الاضطرابات النفسية والعصبية والإدمانية، وسوء التغذية، والعنف، والإصابات) تنفيذ "أفضل الصفقات" وتدخلات أخرى (18، 19، 20). وفي البلدان المنخفضة الدخل وبلدان الشريحة الدنيا من الدخل المتوسط، لا تزال الأمراض السارية والصحة الإنجابية وصحة الأم والوليد والطفل والمراهق هي الأولويات الرئيسية. ورغم أنه من المتوقع أن تحقق معظم البلدان التي تنتمي إلى هاتين الفئتين من فئات الدخل مكتسبات كبيرة في مؤشر التغطية الصحية الشاملة الخاص بها، ربما يظل أكثر من 50% من سكان هذه البلدان يفتقرون إلى إمكانية الحصول على الخدمات الصحية الأساسية في عام 2023. ويُتيح تنفيذ تدخلات الصحة العامة الحالية ذات المردودية العالية فرصاً سانحةً للمُضي قُدماً صوب تحقيق التغطية الصحية الشاملة (21، 22، 23، 24، 25، 26). وقد تكون بلدان الإقليم قادرة على التخطيط لغايات أكثر طموحاً في بعض مجالات الرعاية، ومن ثمَّ تُسرِّع بوتيرة تقدُّمها نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة.

32. ولا تقتصر التغطية الصحية الشاملة، بطبيعة الحال، على الظروف والخدمات المُبيّنة في مؤشرات التتبع المُدرجة في مؤشر التغطية الصحية الشاملة. بل تتطلب التغطية الصحية الشاملة تغطية جميع

الفئات السكانية وتلبية جميع احتياجاتها الصحية من خلال خدمات ذات جودة عالية. وقد وُصِف تحديد مجموعة من التدخلات ضمن حزمة المنافع ذات الأولوية للتغطية الصحية الشاملة، وضمان تغطيتها الفعالة لجميع الفئات السكانية، بأنه نهج "الشمولية التدريجية" (27). وتستند حزم المنافع ذات الأولوية إلى التدخلات العالية المردود التي تُنقذ على النحو المُتوقع على شتى مستويات نظام الرعاية الصحية، بما يتوافق مع الاحتياجات الصحية ذات الأولوية والواقع الاقتصادي وتفضيلات الناس.

33. ولا بُدَّ من ضمان وجود نُظُم صحية عادلة وتغطية مالية مُنصفة للسكان. فللنُظُم الصحية دور مهم، وإن كان غير مباشر، في مكافحة الفقر ودفع عجلة التنمية. والتوسع في الخدمات الصحية في العديد من البلدان المتوسطة الدخل من الشريحتين العليا والدنيا في الإقليم قد صاحبه ارتفاع في التكاليف التي يدفعها المواطن من جيبه والآثار المُفقرّة المترتبة على تلقي الرعاية الصحية. وللنُظُم الصحية دور حاسم في التصديّ لاتساع مدى الإجحافات في جميع أنحاء العالم، إذ يقع ما يُقدَّر بنحو 100 مليون شخص في براثن الفقر كل عام بسبب إنفاقهم على الخدمات الصحية من جيوبهم الخاصة. وتعكف المنظمة على العمل مع الدول الأعضاء لإعادة توجيه النُظُم الصحية من خلال تعزيز الحوكمة التشاركية والخاضعة للمساءلة والمستجيبة، والإجراءات المنسقة المشتركة بين القطاعات، والأطر التشريعية المناسبة، ومشاركة المرضى والمجتمع المدني.

التوصيات

توصيات للدول الأعضاء:

34. وضع رؤية للتغطية الصحية الشاملة و خارطة طريق تُفضي إلى تحقيقها، مع مراعاة تحديات النظام الصحي وتوقعات الاقتصاد الكلي وتفضيلات الناس في كل بلد.

35. تحديد حزمة خدمات صحية وطنية أساسية أو ذات أولوية تتماشى مع ظروف كل بلد وتتسم بالمردودية العالية، بناءً على حزم المنافع ذات الأولوية للتغطية الصحية الشاملة المُحدّدة على المستوى العالمي والإقليمي، وإعداد نماذج رعاية ملائمة ومتكاملة تركز على الناس إلى جانب نُظُم إحالة فاعلة.

36. توسيع نطاق ترتيبات الدفع المسبق لضمان التغطية الكاملة للسكان من خلال استخدام مصادر تمويل متعددة من أجل تقليل نفقات الرعاية الصحية التي يدفعها المواطنون من جيوبهم وتعزيز المساواة والحماية المالية.

37. تعزيز القدرات الوطنية على النهوض بنُظُم المعلومات الصحية الروتينية، بما في ذلك تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية، بوصفها مصدراً رئيسياً للبيانات اللازمة لرصد أداء النظام الصحي ومدى التقدم المُحرز نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة ولقياس كفاءة وجودة تقديم الخدمات.

38. وضع خطط وطنية لإجراء مُسوح أسرية. وينبغي أن يشتمل تحليل البيانات المُستقاة من المُسوح السكانية على تصنيف البيانات حسب الجنس والموقع والفئة الاجتماعية الاقتصادية والانتماء العرقي وحالة الإقامة، من أجل رصد مستوى إتاحة الرعاية والإنصاف في الحصول عليها.

39. زيادة توفّر القوى العاملة وأدائها وملاءمتها، وتحسين إتاحة الأدوية الأساسية واللقاحات والتكنولوجيات الصحية، مع مراعاة الموارد المتاحة.

40. إضفاء الطابع المؤسسي على آليات التعاون المتعدد القطاعات من خلال نهج "دمج الصحة في جميع السياسات" لتيسير تنفيذ حزمة من التدخلات الأساسية أو ذات الأولوية العالية المشتركة بين القطاعات للتصدي للمخاطر البيئية والسلوكية التي تهدد صحة الإنسان.

41. تعزيز ترتيبات الحوكمة لتحسين الأداء والمساءلة والقدرة على الاستجابة والمشاركة، بما في ذلك الجهود الرامية إلى زيادة الوعي وإحداث تغيير إيجابي في السلوكيات.

توصيات لمنظمة الصحة العالمية:

42. دعم الجهود الوطنية في سياق إطار العمل الإقليمي بشأن الارتقاء بالتغطية الصحية الشاملة (5)، وإعلان صلالة بشأن التغطية الصحية الشاملة 2018، والشراكة الصحية الدولية من أجل التغطية الصحية الشاملة 2030.

43. تيسير وضع رؤية التغطية الصحية الشاملة وخرائط الطريق التي تُفضي إلى تحقيقها من خلال تبادل الخبرات العالمية والإقليمية والممارسات الجيدة، وبناء القدرات الوطنية، ودعم الحوار الشامل بشأن سياسات تعزيز النظم الصحية، وتسهيل تعبئة الموارد لتنفيذ الاستراتيجيات المتفق عليها.

44. تعزيز حوكمة الصحة بإضفاء الطابع المؤسسي على المساءلة والشفافية، وتنمية المهارات القيادية، وتعزيز القدرات المؤسسية لضمان التنفيذ المُستدام والتدريجي لخرائط طريق التغطية الصحية الشاملة.

45. تعزيز نُظم المعلومات الصحية الوطنية للحصول على بيانات عالية الجودة. ويتطلب ذلك إجراء تقييمات شاملة لنُظم المعلومات الصحية، ووضع استراتيجيات وطنية لنُظم المعلومات الصحية، وتعزيز تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية، وتنفيذ الإطار الإقليمي لنُظم المعلومات الصحية والمؤشرات الأساسية من أجل رصد الوضع الصحي وأداء النظام الصحي والتقدم المُحرز نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة.

46. التوصل إلى بيّنات بحثية قوية خاصة بكل بلد بشأن أثر السياسات في توسيع نطاق التغطية الصحية الشاملة، بما في ذلك تحديد الحلول الأقل فاعلية/المُكلفة وتحديات التنفيذ. كما ينبغي أن يُركّز إعداد البيّنات على الطرائق المؤسسية والأطر التنظيمية التي تعزز استدامة التحرك الوطني صوب تحقيق التغطية الصحية الشاملة.

الجدول 1: تعريف مؤشرات تتبُّع التغطية الصحية الشاملة، بناءً على تقرير الرصد العالمي للتغطية الصحية الشاملة لعام 2017

مؤشر التتبُّع (متبوعاً بمختصره الإنكليزي)	مجال التتبُّع
	الصحة الإنجابية وصحة الأمهات والمواليد والأطفال
تلبية الطلب بوسيلة حديثة بين النساء المتزوجات اللاتي تتراوح أعمارهن بين 15 و49 عاماً (%) (FP)	تنظيم الأسرة
الرعاية السابقة للولادة، أربع زيارات أو أكثر (%) (ANC4)	الرعاية أثناء الحمل والوضع
الأطفال البالغون من العمر سنة واحدة الذين تلقوا 3 جرعات من اللقاح المضاد للدفتريا والتيتانوس والسعال الديكي (%) (DTP3)	تمنيع الأطفال
سلوك التماس الرعاية الصحية للأطفال المُشْتَبِه في إصابتهم بالتهاب رئوي (%) (PNE)	معالجة الأطفال
	الأمراض المعدية
التغطية بالعلاج الناجع للسل (%) (TB)	علاج السل
الأشخاص المتعايشون مع فيروس نقص المناعة البشرية الذين يُعالجون بالأدوية المضادة للفيروسات القهقرية (%) (ART)	علاج فيروس نقص المناعة البشرية
السكان المُعرَّضون للخطر الذين ينامون تحت ناموسيات مُعالَجة بمبيدات الحشرات (%) (INT)	الوقاية من الملاريا
الأسر المعيشية التي تحصل على خدمات الإصحاح الأساسية على الأقل (%) (WASH)	المياه والإصحاح
	الأمراض غير السارية
معدل انتشار ضغط الدم الطبيعي، بغض النظر عن حالة العلاج (%) (BP)	الوقاية من أمراض القلب والأوعية الدموية
متوسط تركيز الغلوكوز في البلازما مع الصيام (مليمول/ لتر) (FPG)	التدبير العلاجي لداء السكري
تحرِّي سرطان عنق الرحم في صفوف النساء اللاتي تتراوح أعمارهن من 30 إلى 49 عاماً (%)	اكتشاف السرطان وعلاجه*
عدم قيام البالغين الذين لا يزيد سنهم عن 15 عاماً بتدخين التبغ خلال الأيام الثلاثين الماضية (%) (TOB)	مكافحة تعاطي التبغ
	إتاحة الخدمات وطاقاتها
أُسْرَة المستشفيات لكل فرد (بالحد الأدنى) (HOSP)	إتاحة المستشفيات
الأطباء لكل 1000 نسمة (PHYS)	كثافة العاملين الصحيين
الأطباء النفسيون لكل 100000 نسمة (PSYC)	كثافة الأطباء النفسيين
الجراحون لكل 100000 نسمة (SURG)	كثافة الجراحين
نسبة المرافق الصحية المتاحة لديها القائمة الرئيسية من الأدوية الأساسية الموصى بها من المنظمة	إتاحة الأدوية الأساسية*
مؤشر القدرات الأساسية اللازمة بموجب اللوائح الصحية الدولية (IHR)	الأمن الصحي

* هذا المؤشر غير مُدرج في الحساب الحالي لمؤشر التغطية الصحية الشاملة، على المستوى العالمي وفي الإقليم، بسبب عدم توفر البيانات المصدر: (7).

الجدول 2: مستويات التغطية بالخدمات في بلدان إقليم شرق المتوسط مقيسةً بمؤشر التغطية الصحية الشاملة

	IHR	SURG	PSYC	PHYS	HOSP	TOB	FPG	BP	WASH	ITN	ART	TB	PNE	DTP3	ANC4	FP	مؤشر التغطية الصحية	البلد
	43	0.9	0.1	0.3	5	87	5.4	69	39	-	5	51	62	65	18	43	34	أفغانستان
	96	15.1	4.8	0.9	20.3	79	5.8	79	100	-	42	38	90	98	100	59	72	البحرين
	46	1.5	0.1	0.2	14.0	87	5.4	73	51	30	22	65	94	84	23	43	47	جيبوتي
	93	26.8	0.9	0.8	15.6	75	5.1	75	93	-	21	50	68	93	83	80	68	مصر
	85	1.6	1.8	1.5	15.0	89	5.7	80	88	-	11	70	76	98	84	76	65	جمهورية إيران الإسلامية
12	91	12.6	0.4	0.9	13.8	81	5.8	75	86	-	43	48	74	58	50	62	63	العراق
	97	10.8	1.3	2.7	14.0	73	6.3	79	97	-	50	70	77	99	95	62	70	الأردن
	86	106	3.3	1.9	20.4	80	6.1	77	100	-	71	84	82	99	71	67	77	الكويت
	76	45.4	1.4	2.4	28.5	66	5.7	79	95	-	44	66	74	81	71	61	68	لبنان
	65	15.6	1.0	2.1	37.0	81	5.9	76	100	-	43	22	81	97	71	45	63	ليبيا
	95	7.8	0.5	0.6	11.0	77	5.6	74	84	-	41	71	70	99	55	78	65	المغرب
	94	14.2	2.3	1.5	15.8	92	5.7	76	99	-	43	84	56	99	71	35	72	عمان
	43	1.3	0.3	0.8	6.0	80	5.8	70	58	-	5	59	64	72	37	49	40	باكستان
	70	1.3	1.4	2.6	26.3	73	5.8	78	93	-	34	73	78	90	28	59	60	فلسطين

97	3.5	3.0	2.0	12.0	86	5.7	79	100	-	85	74	87	99	85	62	77	قطر
99	61.6	2.1	2.6	26.5	87	6.6	77	100	-	54	54	82	98	71	45	68	المملكة العربية السعودية
6	0.1	0.05>	0.05>	8.7	87	5.2	67	16	23	10	40	13	42	6	45	22	الصومال
71	0.8	0.1	3.1	8.2	87	5.2	70	35	42	8	44	48	93	51	31	43	السودان
63	3	0.3	1.5	15.0	81	5.8	76	93	-	43	56	77	41	64	60	60	الجمهورية العربية السورية
65	7.3	2.6	1.3	22.9	67	5.8	77	93	-	27	73	60	98	85	75	65	تونس
91	11	0.1	1.6	11.5	81	6.0	80	100	-	43	35	88	99	71	60	63	الإمارات العربية المتحدة
46	0.4	0.2	0.3	7.1	81	5.6	69	60	-	15	52	34	69	25	48	39	اليمن

ملاحظة: التعريفات الكاملة لمؤشرات التتبع موضحة في الجدول 1.
المصدر: (7) ومنظمة الصحة العالمية [بيانات غير منشورة].

الجدول 3: السكان المشمولون بالتغطية الصحية الشاملة، حسب مجموعات البلدان

2023		2015		مؤشر التغطية بالخدمات من أجل تحقيق التغطية الصحية الشاملة
العدد المُقدَّر للسكان المشمولين بالتغطية الصحية الشاملة (بالآلاف)	البلدان	العدد المُقدَّر للسكان المشمولين بالتغطية الصحية الشاملة (بالآلاف)	البلدان	
79 816	البحرين جمهورية إيران الإسلامية الكويت عُمان قطر مصر الأردن لبنان	5 238	الكويت قطر	75 وأكثر
122 702	المملكة العربية السعودية الإمارات العربية المتحدة	11 023	البحرين الأردن عُمان	74-70
73 480	العراق ليبيا المغرب فلسطين تونس	217 977	مصر جمهورية إيران الإسلامية العراق لبنان ليبيا المغرب فلسطين المملكة العربية السعودية الجمهورية العربية السورية تونس الإمارات العربية المتحدة	69-60
56 950	أفغانستان السودان الجمهورية العربية السورية	–	–	59-50
125 991	جيبوتي باكستان الصومال اليمن	115 871	أفغانستان جيبوتي باكستان الصومال السودان اليمن	أقل من 50
459 مليوناً	60.2%	350 مليوناً	53.5%	إجمالي العدد المُقدَّر للسكان المشمولين بالتغطية الصحية الشاملة

المصدر: (7) ومنظمة الصحة العالمية [بيانات غير منشورة].

الجدول 4: مؤشر التغطية الصحية الشاملة والعدد المقدر للسكان المشمولين بالتغطية في عامي 2015 و2023، حسب البلد

البلد	2023		2015		عدد السكان المقَدَّر (بالآلاف)	مؤشر التغطية الصحية الشاملة
	العدد المقَدَّر للسكان المشمولين بالتغطية الصحية الشاملة (بالآلاف)	مؤشر التغطية الصحية الشاملة المتوقع	عدد السكان المتوقع (بالآلاف)	العدد المقَدَّر للسكان المشمولين بالتغطية الصحية الشاملة (بالآلاف)		
أفغانستان	21 544	53	40 649	9 928	29 200	34
البحرين	1 446	80	1 808	986	1 370	72
جيبوتي	427	41	1 042	404	860	47
مصر	77 844	72	108 117	61 896	91 023	68
جمهورية إيران الإسلامية	68 487	80	85 609	51 952	79 926	65
العراق	31 280	64	48 875	23 866	37 883	63
الأردن	7 332	70	10 474	6 859	9 798	70
الكويت	3 453	77	4 484	3 222	4 184	77
لبنان	4 048	70	5 783	2 962	4 356	68
ليبيا	4 206	61	6 895	4 022	6 384	63
المغرب	26 058	68	38 320	22 181	34 125	65
عُمان	4 080	75	5 440	3 178	4 414	72
باكستان	105 364	48	219 509	75 960	189 900	40
فلسطين	3 494	64	5 460	2 890	4 816	60
قطر	2 350	80	2 937	2 016	2 618	77
المملكة العربية السعودية	26 144	72	36 311	21 585	31 742	68
الصومال	6 336	36	17 601	2 710	12 316	22
السودان	23 381	50	46 761	17 028	39 599	43
الجمهورية العربية السورية	12 026	56	21 475	13 627	22 712	60
تونس	8 442	69	12 235	7 250	11 154	65
الإمارات العربية المتحدة	7 334	72	10 186	5 746	9 121	63
اليمن	13 863	43	32 239	9 842	25 235	39
المجموع	458 939	60.2	762 210	350 108	652 736	53.5

المصدر: (7) ومنظمة الصحة العالمية [بيانات غير منشورة].

المراجع

1. إطار المؤشرات العالمية لأهداف وغايات التنمية المستدامة الواردة في خطة التنمية المستدامة لعام 2030
<https://unstats.un.org/sdgs/indicators/Global%20Indicator%20Framework%20after%20refinement>
[t_Ara.pdf](#) ، اطلع عليه في 27 أيلول/سبتمبر 2018).
2. Tokyo Declaration on Universal Health Coverage 2017: All Together to Accelerate Progress towards UHC (http://www.who.int/universal_health_coverage/tokyo-declaration-uhc.pdf , accessed 17 Sept 2018).
3. تقوية النظم الصحية في بلدان إقليم شرق المتوسط: تحديات وأولويات واختيارات العمل في المستقبل. الدورة التاسعة والخمسون للجنة الإقليمية لشرق المتوسط (ش م/ل 59/ مناقشات تقنية 1). القاهرة: المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط 2012
http://applications.emro.who.int/docs/RC_Resolutions_2012_3_14708_AR.pdf?ua=1 ، اطلع عليه في 17 أيلول/سبتمبر 2018).
4. التحرك صوب التغطية الصحية الشاملة: التحديات والفرص وخارطة الطريق. الدورة الستون للجنة الإقليمية لشرق المتوسط (ش م/ل 60/ مناقشات تقنية 2 تنقيح 1). القاهرة: المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط؛ 2013
http://applications.emro.who.int/docs/RC_Tech_paper_2013_tech_disc_2_15017_AR.pdf?ua=1 ، اطلع عليه في 17 أيلول/سبتمبر 2018).
5. Framework for action on advancing universal health coverage (UHC) in the Eastern Mediterranean Region. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2016
http://applications.emro.who.int/docs/Technical_Notes_EN_16287.pdf, accessed 27 September 2018).
6. World Health Organization. Global Health Expenditure Database
<http://apps.who.int/nha/database/>, accessed 27 September 2018).
7. Tracking universal health coverage: 2017 global monitoring report. Geneva: World Health Organization and International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank; 2017
<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259817/9789241513555-eng.pdf?sequence=1>, accessed 27 September 2018).
8. World contraceptive use 2018 [online database]. United Nations Department of Economic and Social Affairs Population Division, Fertility and Family Planning Section
<http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/dataset/contraception/wcu2018.shtml>, accessed 3 May 2018).
9. Framework for health information systems and core indicators for monitoring health situation and health system performance. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2017
http://applications.emro.who.int/docs/EMROPUB_2017_EN_16766.pdf?ua=1, accessed 27 September 2018).
10. الاتجاهات المسجلة في معدل وفيات الأمهات: في الفترة بين عامي 1990 و2015: تقديرات منظمة الصحة العالمية، ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة، وصندوق الأمم المتحدة للسكان، ومجموعة البنك الدولي، وشعبة السكان بالأمم المتحدة. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2015
<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2015/ar/> اطلع عليه في 3 أيار/مايو 2018).

11. United Nations Children's Fund, World Health Organization, World Bank Group, United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. Levels and trends in child mortality report 2017. Estimates developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. New York: United Nations Children's Fund; 2017 (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/levels_trends_child_mortality_2017/en), accessed 27 September 2018).
12. Causes of child mortality. WHO Global Health Observatory (GHO) data (http://www.who.int/gho/child_health/mortality/causes/en, accessed 2 May 2018).
13. World health statistics 2015. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/170250/9789240694439_eng.pdf?sequence=1, accessed 27 September 2018).
14. Global tuberculosis report 2017. Geneva: World Health Organization; 2017.
15. Antiretroviral therapy coverage: Data and estimates by WHO region. Global Health Observatory data repository (<http://apps.who.int/gho/data/view.main.23300REGION?lang=en>, accessed 27 September 2018).
16. Regional framework to scale up action on mental health in the Eastern Mediterranean Region. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2016 (http://applications.emro.who.int/dsaf/EMROPUB_2016_EN_18700.pdf?ua=1, accessed 27 September 2018).
17. إطار العمل الإقليمي للوقاية من السرطان ومكافحته. الدورة الرابعة والستون للجنة الإقليمية لشرق المتوسط (ش م / ل 3/64). القاهرة: مكتب منظمة الصحة العالمية الإقليمي لشرق المتوسط؛ 2017 (http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259048/RC_technical_papers_2017_3_20036_ar.pdf?sequence=1&isAllowed=y, تم الاطلاع في 27 أيلول/سبتمبر 2018).
18. متابعة الإعلان السياسي الصادر عن الأمم المتحدة بشأن الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها. الدورة الستون للجنة الإقليمية لشرق المتوسط (ش م / ل 4/60). القاهرة: مكتب منظمة الصحة العالمية الإقليمي لشرق المتوسط؛ 2013 (http://applications.emro.who.int/docs/RC60_Resolutions_2013_R4_15157_AR.pdf?ua=1) ، اطلع عليه في 27 أيلول/سبتمبر 2018).
19. الأمراض غير السارية: توسيع نطاق تنفيذ الإعلان السياسي الصادر عن الجمعية العامة للأمم المتحدة. الدورة الحادية والستون للجنة الإقليمية لمنظمة الصحة العالمية الإقليمي لشرق المتوسط (ش م / ل 3/61). القاهرة: مكتب منظمة الصحة العالمية الإقليمي لشرق المتوسط؛ 2014 (http://applications.emro.who.int/docs/RC61_Resolutions_2014_R3_15559_AR.pdf?ua=1) ، اطلع عليه في 27 أيلول/سبتمبر 2018).
20. إطار العمل الإقليمي للوقاية من السرطان ومكافحته. الدورة الرابعة والستون للجنة الإقليمية لشرق المتوسط (ش م / ل 2/64). القاهرة: مكتب منظمة الصحة العالمية الإقليمي لشرق المتوسط؛ 2017 (http://applications.emro.who.int/docs/RC64_Resolutions_2017_R2_20126_AR.pdf?ua=1&ua=1) ، اطلع عليه في 27 أيلول/سبتمبر 2018).
21. Regional malaria action plan 2016–2020. Towards a malaria-free Region. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2017 (http://applications.emro.who.int/docs/EMROPUB_2017_EN_19546.pdf, accessed 27 September 2018).

22. Integrated vector management. Strategic framework for the Eastern Mediterranean Region 2016–2020. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2017 (http://applications.emro.who.int/docs/EMROPUB_2017_EN_19524.pdf, accessed 27 September 2018).
23. التقرير السنوي للمدير الإقليمي لعام 2016. الدورة الرابعة والستون للجنة الإقليمية لشرق المتوسط (ش م/ل 64/ق-1). القاهرة: مكتب منظمة الصحة العالمية الإقليمية لشرق المتوسط؛ 2017 (http://applications.emro.who.int/docs/RC64_Resolutions_2017_R1_20123_AR.pdf?ua=1&ua=1) ، أُطِّع عليه في 27 أيلول/سبتمبر 2018).
24. إنقاذ حياة الأمهات والأطفال. الدورة الستون للجنة الإقليمية لشرق المتوسط (ش م/ل 60/ق-6). القاهرة: مكتب منظمة الصحة العالمية الإقليمية لشرق المتوسط؛ 2013 (http://applications.emro.who.int/docs/RC_Tech_paper_2013_3_15020_AR.pdf?ua=1) ، أُطِّع عليه في 27 أيلول/سبتمبر 2018).
25. التقرير السنوي للمدير الإقليمي لعام 2014. الدورة الثانية والستون للجنة الإقليمية لشرق المتوسط (ش م/ل 62/ق-1). القاهرة: مكتب منظمة الصحة العالمية الإقليمية لشرق المتوسط؛ 2015 (http://applications.emro.who.int/docs/RC62_Resolutions_2015_R1_16650_AR.pdf?ua=1) ، أُطِّع عليه في 27 أيلول/سبتمبر 2018).
26. تفعيل المكوّن الخاص بصحة المراهقين في الاستراتيجية العالمية لصحة المرأة والطفل والمراهق 2016-2030. الدورة الرابعة والستون للجنة الإقليمية لشرق المتوسط (ش م/ل 64/ق-4). القاهرة: مكتب منظمة الصحة العالمية الإقليمية لشرق المتوسط؛ 2017 (http://applications.emro.who.int/docs/RC_technical_papers_2017_5_20042_ar.pdf?ua=1&ua=1) ، أُطِّع عليه في 27 أيلول/سبتمبر 2018).
27. Jamison DT, Summers LH, Alleyne G, Arrow KJ, Berkley S, Binagwaho A, et al. Global health 2035: a world converging within a generation. Lancet. 2013; 382(9908):1898–955.