

EM/RC61/7

ش م/ل 61/7
أيلول/سبتمبر 2014

اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط

الدورة الحادية والستون

البند 5 (ج) من جدول الأعمال

تقوية نظم المعلومات الصحية

الملخص التنفيذي

1. لا شك أن وجود معلومات تتعلق بالصحة، تكون موثوقة وتصدر في وقتها المناسب، هو أمر ضروري من أجل إعداد السياسات المناسبة، وتوفير الإدارة الصحية السليمة، واتخاذ القرارات المسندة بالبيانات، وتخصيص الموارد على نحو رشيد، والقيام برصد وتقييم الأنشطة التي تتم في هذا المجال. وعلى حين يتزايد الطلب على المعلومات الصحية من حيث الكم والكيف، ومستويات التصنيف، فإن هناك الكثير من الفجوات الكبيرة الموجودة بين الدول الأعضاء في هذا المجال.
2. ويعمل المكتب الإقليمي، على نحو مكثف، مع الدول الأعضاء، على مدى العامين الفائتين، على مراجعة نظم المعلومات الصحية، وذلك من خلال المشاورات التي تُجرى مع الخبراء، والاجتماعات البلدية، وعمليات التقييم الشامل والسريع التي تتم في معظم بلدان إقليم شرق المتوسط. وليس بمقدور أي بلد من بلدان هذا الإقليم أن يقوم، في الوقت الحاضر، بتبليغ بيانات شاملة عن جميع المؤشرات الصحية الأساسية التي توصي بها المنظمة. فمعظم البلدان لا تتمكن من القيام، على نحو منتظم، برصد المحددات والمخاطر الصحية، وكذلك لا يجري التبليغ عن الوفيات التي تُعزى لأسباب محددة بطريقة كاملة ودقيقة، كما لا يتم تقييم التغطية بالتدخلات، أو أداء النظام الصحي، بالشكل المناسب والكافي.
3. وسعيًا منه إلى دعم الدول الأعضاء في تعزيز نظم المعلومات الصحية، فإن المكتب الإقليمي يقود مبادراتٍ متوازيتين، لكنهما مرتبطتان ببعضهما؛ تتركز في أولاهما الجهود على تحسين تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية، مع التأكيد بشكل خاص على تعزيز الإحصاءات الخاصة بالوفيات التي تُعزى لأسباب محددة. ولبلوغ هذه الغاية، اعتمدت اللجنة الإقليمية، في تشرين الأول/أكتوبر 2013، استراتيجية إقليمية لتعزيز نظم تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية في الإقليم. ويتمثل التحدي الذي يواجه كل بلد من بلدان الإقليم الآن، في حشد الالتزام السياسي الرفيع المستوى، وإشراك القطاعات ذات الصلة، في إعداد وتنفيذ خطة عمل وطنية، وفقاً للتوجيهات الواردة في هذا الشأن، ضمن الخطة الاستراتيجية الآنف الذكر.
4. أما المبادرة الثانية، فهي تهدف إلى الوصول إلى توافق في الرأي حول العناصر أو المكونات الأساسية لنظام وطني للمعلومات الصحية، وإلى تحديد ما ينبغي رصده بالنسبة لكل مكون. ولقد تم، من خلال سلسلة من المشاورات مع الدول الأعضاء، تحديد ثلاثة مكونات رئيسية لنظام المعلومات الصحية، وذلك على النحو التالي: (1) رصد المحددات والمخاطر الصحية؛ (2) تقييم الوضع الصحي بما يشمل المراضة، والوفيات التي تُعزى لأسباب محددة؛ (3) تقييم أداء النظام الصحي. وقد تضمنت المبادرة أيضاً العمل المكثف مع البلدان، ومع غيرها من أصحاب الشأن المعنيين، خلال 2013 و2014، لإعداد قائمة أساسية بالمؤشرات الخاصة بكل مجال من هذه المجالات الثلاثة، في إطار خطة إقليمية لتعزيز نظم المعلومات الصحية الوطنية. وحتى يمكن تيسير جمع

البيانات وتحليلها وتبليغها في إطار موحد، فقد تم أيضاً إعداد سجل مفصل للبيانات الوصفية للمؤشرات (يُطلق عليه الآن سجل المؤشرات بإقليم شرق المتوسط)، وذلك استناداً إلى السجل العالمي للبيانات الوصفية الذي أعدته المنظمة، كي يعكس السياق الإقليمي في هذا المجال.

5. واللجنة الإقليمية مدعوة لمناقشة النهج الموصى بها من أجل تعزيز نُظُم المعلومات الصحية في الإقليم، بما في ذلك إقرار قائمة المؤشرات الأساسية المقترحة.

المقدمة

6. لا يُرب في أن وجود معلومات تتعلق بالصحة، تكون موثوقة وتصدر في وقتها المناسب، هو أمر ضروري من أجل إعداد السياسات اللازمة، وتوفير الإدارة الصحية السليمة، واتخاذ القرارات المسندة بالبيانات، وتخصيص الموارد على نحو رشيد، والقيام برصد وتقييم الأنشطة التي تتم في هذا المجال. وتعدُّ إجراءات التقييم المنتظم للأوضاع والاتجاهات الصحية، ولأداء النظام الصحي، أموراً لا غنى عنها في إطار الجهود التي تبذلها كل دولة من الدول الأعضاء من أجل تحقيق التغطية الصحية الشاملة.

7. وعلى حين يتزايد الطلب على المعلومات الصحية من حيث الكم، والكيف، ومستويات التصنيف، فإن هناك الكثير من الفجوات الكبيرة الموجودة بين الدول الأعضاء في هذا المجال. وما يزال توفير هذه المعلومات، من خلال نُظُم المعلومات الصحية الوطنية، ضعيفاً بوجه عام. فرصد عوامل الخطر ومحدداته، وأنماط أسباب الوفاة، ووقوع الأمراض وانتشارها، والتغطية بتدخلات النظام الصحي، هي أولويات مهمّة، لا يمتلك كثير من البلدان الإمكانيات الكاملة لدعم توفيرها.

8. ويعمل المكتب الإقليمي، على نحو مكثّف، مع الدول الأعضاء، على مدى العامين الفاتئين، على مراجعة نُظُم المعلومات الصحية، وذلك من خلال المشاورات التي تُجرى مع الخبراء، والاجتماعات البلدانية، وعمليات التقييم الشامل والسريع التي تتم في معظم بلدان إقليم شرق المتوسط. وقد خلص توافق الآراء الذي تم الوصول إليه من خلال تلك المراجعة، إلى أن النُظُم الوطنية للمعلومات الصحية تحتاج إلى التركيز على ثلاثة مكونات أساسية هي: (1) رصد المخاطر والمحددات الصحية؛ (2) رصد الوضع الصحي بما يشمل المراضة والأسباب الرئيسية للوفاة؛ (3) تقييم أداء النظام الصحي، بما في ذلك التدخلات الصحية الرئيسية. وعلى نحو ما سيبين هذا التقرير، فإن قائمة مقترحة بالمؤشرات الأساسية قد تم إعدادها لكل مكّون من هذه المكونات الأساسية الثلاثة.

9. وتؤكد نتائج التقييمات التي أُجريت في الدول الأعضاء وجود قيود ونقاط ضعف كبيرة تعرقل أنشطة الرصد المنتظم للمؤشرات الأساسية في هذه المكونات الثلاثة، وتبليغ بياناتها. وكان قد تم بالفعل تسليط الضوء على هذه القيود في التقرير السنوي للمدير الإقليمي عن عام 2012. وتشمل هذه القيود تشتت نُظُم المعلومات الصحية، ونقص القُدّرات التقنية الأساسية، وضعف جودة جمع المعلومات وتحليلها، والازدواجية الكبيرة وعدم الكفاءة في استخدام البيانات المتاحة. وليس بمقدور أي بلد من بلدان الإقليم، في الوقت الحاضر، تبليغ بيانات شاملة عن جميع المؤشرات الصحية الأساسية التي توصي بها المنظمة. فمعظم البلدان لا تتمكّن من القيام، على نحو منتظم، برصد المحددات والمخاطر الصحية، وكذلك لا يجري التبليغ عن الوفيات التي تُعزى لأسباب محدّدة

بطريقة كاملة ودقيقة، كما لا يتم تقييم التغطية بالتدخلات، أو أداء النظام الصحي بالشكل المناسب والكافي. ويتعرض القسم التالي من هذا التقرير بمزيد من الوصف والتفصيل، للشغرات والقيود المشار إليها.

10. وفي معرض تقريره إلى اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط، في دورتها التاسعة والخمسين، التي عُقدت في تشرين الأول/أكتوبر 2012، ذكر المدير الإقليمي تقوية نُظُم المعلومات الصحية الوطنية، كواحد من الأولويات الأساسية اللازمة لتعزيز النُظُم الصحية، وتحقيق التغطية الصحية الشاملة. وحثّ قرار اللجنة الإقليمية (ش م/ل إ 59/ق-3) الدول الأعضاء على تعزيز نُظُم المعلومات الصحية الوطنية بتحسين الإبلاغ عن الولادات والوفيات، وأسباب الوفاة، وتحسين رصد حالات التعرُّض لعوامل الخطر، والمحددات الاجتماعية للصحة، والمرضاة، والوفيات التي تُعزى لأسباب محدّدة، وأداء النظام الصحي، وإضفاء الطابع المؤسسي على المسوحات السكانية. وقد تمّت، في ما بعد، مناقشة هذا الموضوع في الدورة الستين للجنة الإقليمية، التي أصدرت قرارها (ش م/ل إ 60/ق-8)، الذي طلبت فيه إلى الدول الأعضاء إعداد أو تعزيز الخطط الوطنية لتحسين نُظُم المعلومات الصحية.

تحليل الوضع

11. تم إرسال اثنين من الاستبيانات التي تُملأ بصورة شخصية إلى مراكز الاتصال الوطنية المعنية بالمعلومات الصحية في الدول الأعضاء من أجل إجراء تقييم سريع لمكونات وفعالية نُظُمها الوطنية للمعلومات الصحية، وكذلك لتقييم القُدرات الخاصة بالإبلاغ عن المؤشرات الأساسية للمعلومات الصحية. وتلا هذين الاستبيانين إجراء مقابلات هاتفية، والتي دعمتها المراجعات المكتبية لُنُظُم المعلومات الصحية الوطنية التي سبق أن قام بها المكتب الإقليمي وشبكة القياسات الصحية، في عدد من البلدان.

12. وتنزع نُظُم المعلومات الصحية الوطنية، ونُظُم تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية، لأن تكون معزولة بوجه عام، وذلك عبر مختلف الوزارات، حيث يجري جمع البيانات الخاصة بالمواليد والوفيات من قِبَل الإدارات الصحية، في حين تقوم وزارات العدل أو الداخلية، ومكاتب الإحصاءات الوطنية بأعمال التسجيل الخاصة بالأحداث الحيوية. وإن كلاً من النظام الوطني للمعلومات الصحية، ونظام تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية مشتتين من الأصل، كما أن عدم تشاطر البيانات في ما بينهما يفاقم المشكلة. وكذلك، فإن البيانات الخاصة بالموارد البشرية، والأمور المالية، والبنية التحتية هي بالإجمال ليست جزءاً من النظام الوطني للمعلومات الصحية؛ الأمر الذي يعرقل استحداث مؤشرات شاملة.

13. وأظهر تحليل الوضع في ما يتعلق بقدرة البلدان على تبليغ البيانات الخاصة بالقائمة المقترحة للمؤشرات الأساسية، أن من بين جميع المؤشرات الأساسية، يتم تبليغ بيانات مالا يقل عن 15% من هذه المؤشرات من قِبَل بعض البلدان، وأن ما يقرب من 40% منها، يجري الإبلاغ عنها في عدد قليل من البلدان. وكذلك، فإنه لا يجري أيضاً تبليغ كل المؤشرات التي يتم جمع البيانات عنها. ويصل حجم هذه الفجوة إلى نحو 50% في بعض البلدان. ومن ذلك يتضح أن الفجوة كبيرة بين القُدرة على جمع البيانات، والقُدرات المطلوبة لتبليغ البيانات الخاصة بالمؤشرات.

14. وترتبط الشغرة الرئيسية في ما يختص بالإبلاغ عن المؤشرات المعنية بالمحددات والمخاطر الصحية، بعوامل المخاطر السلوكية وبالمؤشرات الحيوية التي تُستمد، بشكل أساسي، من مسوح الفحوص الصحية. وبالنسبة لمؤشرات

الوضع الصحي، ولاسيما تلك المتعلقة بالوفيات التي تُعزى لأسباب محددة، وبعض الأمراض السارية، والأمراض غير السارية مثل أمراض السرطان، لا يتم تجميعها وتبليغها بشكل مكتمل، وإن ما يتم تبليغه يكون في أحيان كثيرة غير ملائم، من حيث النوعية. ففي ما يتعلق بالوفيات التي تُعزى لأسباب محددة، لم يتم سوى 11 بلداً، في المدة ما بين 2008 و2012، بتبليغ المنظمة بإحصاءات الوفيات التي تُعزى لأسباب محددة، مع وجود ثغرات في الإبلاغ السنوي. وحالياً، لم يتم سوى خمسة فقط من هذه البلدان، بتبليغ المنظمة بالإحصاءات الخاصة بالوفيات الناجمة عن أسباب محددة، عن عام 2012، علماً بأن جميع هذه البلدان، في ماعدا واحداً، لديها نظام لتسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية يعمل بصورة مُرضية. ولا تقوم البلدان بالتبليغ الروتيني بشأن التغطية الفعالة بالتدخلات الخاصة بالأمراض غير السارية، وصحة الأمهات والأطفال وحديثي الولادة، وذلك باستثناء البلدان القليلة جداً التي أجرت مسوحات ديمغرافية وصحية، أو دراسات استقصائية جماعية متعددة المؤشرات، أو مسوحات صحية عالمية، أو المسوحات التي يتبع فيها النهج المتدرج.

15. وتشمل مصادر البيانات الخاصة بالمؤشرات، المسوحات السكانية، والتعدادات، ونُظُم المعلومات الصحية الروتينية القائمة على المرافق، والتسجيل المدني والإحصاءات الحيوية. وفي حين تمثل نُظُم المعلومات الصحية الروتينية القائمة على المرافق المصدر الأساسي للبيانات بالنسبة لغالبية المؤشرات، فإن ذلك ليس هو الحال على أرض الواقع. ويرجع سبب ذلك في المقام الأول، إلى أن سجلات المرافق الصحية تكون في الغالب غير جيدة الإعداد، وغير مكتملة، إضافة إلى عدم جودة البيانات المدرجة فيها. أضف إلى ذلك، أن جودة الاستبيانات تكون محل شك في كثير من الحالات، في ظل وجود مشكلات تتعلق بالثغرات القائمة في البروتوكولات، وتوحيد الإجراءات، وأخذ العينات التمثيلية. وعلى الرغم من انتشار المسوحات الأسرية الكبيرة والصغيرة الحجم، انتشاراً واسعاً، فإنها لا تكون دائماً ذات طابع مؤسسي، أو أنها لا تُجرى بشكل منظم. وفضلاً عن ذلك، فإن مسوحات تقييم المرافق هي مسوحات محدودة جداً وتُركز، بشكل أساسي، على أماكن الطوارئ، أو التقييم ذي الصلة بمراحل ما بعد الصراعات.

16. ويتم تبليغ البيانات الخاصة بمعظم المؤشرات، على المستوى الوطني، بينما يكون التبليغ محدوداً على المستوى دون الوطني. وهناك قدر كبير من التباين في وتيرة التبليغ، والتي تتراوح بين تبليغات فصلية، تتم كل ثلاثة أشهر، وتبليغات تتم كل خمس سنوات، الأمر الذي يؤثر على إمكانية مقارنة النتائج ورصدها. وهناك تحدٍ محتمل يتمثل في محدودية تبليغ البيانات من القطاع الخاص، حيث تكون بعض المؤشرات الأساسية أكثر انتشاراً في الأماكن التي يرحح تقديم الخدمة فيها من قِبَل القطاع الخاص، وهذا يمكن أن يؤثر على اكتمال تقارير المؤشرات وجودتها.

17. وبالنظر إلى تنوع وعدم تجانس البلدان في هذا الإقليم. فيمكن تقسيم هذه البلدان إلى مجموعات ثلاث، وفقاً لمستويات الحصائل الصحية، وأداء النُظُم الصحية، والاستجابة، ومستوى الإنفاق الصحي⁽¹⁾.

¹ المجموعة الأولى: تضم تلك البلدان التي تقدّمت فيها التنمية الاجتماعية والاقتصادية تقدماً كبيراً على مدى العقود الماضية، مدعومة بالدخول المرتفعة، وهذه البلدان هي: الإمارات العربية المتحدة، والبحرين، وعمان، وقطر، والكويت، والمملكة العربية السعودية. المجموعة الثانية: تنزع مجموعة البلدان هذه لأن تكون ضمن فئة البلدان المتوسطة الدخل. وقد أنشأت هذه البلدان بنية تحتية موسّعة في مجال تقديم خدمات الصحة العمومية، إلا أنها تواجه قيوداً في الموارد. وتضم بلدان هذه المجموعة: الأردن، وتونس، وجمهورية إيران الإسلامية، والجمهورية العربية السورية، والعراق، والأرض الفلسطينية المحتلة، ولبنان، وليبيا، ومصر، والمغرب. المجموعة الثالثة: هذه المجموعة من البلدان، تنزع لأن تكون ضمن فئة البلدان المنخفضة الدخل، وهي تواجه قيوداً كبيرة في مجال تحسين الحصائل الصحية للسكان نتيجة لعدم توفر الموارد الخاصة بالصحة، وعدم الاستقرار السياسي، وغير ذلك من التحديات التنموية المركبة. وتضم هذه المجموعة البلدان التالية: أفغانستان، وباكستان، وجيبوتي، والسودان، والصومال، واليمن.

18. **المجموعة الأولى:** جميع بلدان هذه المجموعة لديها خطط نُظُم المعلومات الصحية الوطنية، إلا أن نطاق بعض هذه الخطط هو نطاق محدود، ولاسيما في مجال جمع البيانات وتحليلها، وبناء القدرات. ولدى جميع بلدان هذه المجموعة أيضاً مراكز أو وحدات مرتبطة بنظام المعلومات الصحية الوطنية، يعمل بها ما لا يقل عن خمسة موظفين تقنيين يتمتعون بخبرات تزيد في متوسطها على ثلاث سنوات. ولا يتم إدماج المعلومات التي ترد من القطاع الخاص في نظام المعلومات الصحية الوطنية. وتعمل نُظُم المعلومات الصحية الوطنية في جميع بلدان هذه المجموعة في إطار محوسب، على جميع المستويات، ولكن بدرجات متفاوتة من حيث الكفاءة والتكامل. ولدى غالبية البلدان مجموعات محددة من المؤشرات الوطنية، التي يتم تبليغ البيانات الخاصة بها. ويقوم جميع بلدان المجموعة الأولى بجمع بيانات عن الوفيات التي تُعزى لأسباب محددة مستخدمة في ذلك معايير التصنيف الدولي للأمراض (ICD)، بدرجات مختلفة من حيث جودة واكتمال البيانات التي يتم تبليغها. وفي ضوء المعدل المرتفع للهجرة إلى بلدان هذه المجموعة، ومنها، فإن حجم السكان مصنفاً بحسب العمر، ونوع الجنس، والجنسية، لا يجري تحديثه بشكل منتظم. وعادةً ما يتم إجراء تقييمات، وتلقي ملاحظات وتعليقات بشأن جودة البيانات الأساسية، إلا أنها لا تركز على أدوات أو إجراءات معيارية. ويتم نشر تقارير إحصائية سنوية في نسخ مطبوعة، وفي صيغ رقمية وأخرى للنشر على شبكة الإنترنت. وقد تحسّن استخدام شبكة الإنترنت في نشر المعلومات تحسناً كبيراً في السنوات الأخيرة.

19. تراوح معدّل التبليغ عن مؤشرات المحددات والمخاطر الصحية بين 25% و90%، غير أن الدقة والاكتمال، في هذا الشأن، تمثل قضايا أساسية، وذلك إلى جانب الوتيرة التي يجري التبليغ بها. وبالنسبة لمؤشرات الوضع الصحي، يقوم جميع البلدان، في ماعداً بلداً واحداً، بالتبليغ عن غالبية المؤشرات، إلا أنه من المعروف أن بلداً واحداً فقط هو الذي يقدم بيانات عالية الجودة في ما يتعلق بالوفيات التي تعزى لأسباب محددة. أما ما يختص بمؤشرات استجابة النظام الصحي، فقد تراوحت نسبة التبليغ بين 10% من المؤشرات في بلد واحد، وبين 80% في بلدان أخرى. وتبعاً لذلك، فإن نسب التبليغ، في ما يتعلق بجميع المؤشرات، تراوحت ما بين 25% و80%، وكانت أقل المؤشرات التي تم التبليغ عنها هي "الإفناق الصحي الباهظ" و"السكان الذين يسقطون في براثن الفقر".

20. **المجموعة الثانية:** جميع بلدان هذه المجموعة، باستثناء بلد واحد، لديها مراكز وطنية ودون وطنية مرتبطة بالنظام الوطني للمعلومات الصحية. ولدى غالبية هذه البلدان نوع من الخطط الخاصة بنظام المعلومات الصحية. وهناك ميل لتوظيف عاملين ممن لديهم خلفية في مجال تكنولوجيا المعلومات أكثر من مجال الصحة العمومية، أو الوبائيات أو الإحصاءات الحيوية. ولدى معظم البلدان مؤشرات وطنية وبرامج أساسية محددة، يتراوح عددها ما بين 52 و152. وباستثناء بلد واحد، فإن المؤشرات الخاصة بالوفيات التي تُعزى لأسباب محددة، والتي تستخدم معها رموز التصنيف الدولي للأمراض، ليست مكتملة، وتبليغها لا يتم على فترات منتظمة. وعادةً ما تكون بيانات المواليد والوفيات غير مكتملة بصفة عامة. وهناك فجوات في المعلومات الخاصة بالموارد البشرية. وممارسات تقييم جودة البيانات محدودة، بما في ذلك تقديم الملاحظات والتعليقات. وجميع البلدان تنشر تقارير إحصائية صحية سنوية، غير أن اثنين فقط من بلدان هذه المجموعة يستخدمان شبكة الإنترنت في النشر. ويتم على نحو منتظم، إجراء المسوحات السكانية مثل المسوحات الديمغرافية والصحية، والدراسات الاستقصائية الجماعية المتعددة المؤشرات، وذلك في عدد من البلدان، بيد أن المسوحات الخاصة بعوامل الخطر الأخرى، والمسوحات البرنامجية المحددة، لا تُجرى بانتظام.

21. تقوم بلدان المجموعة الثانية في الوقت الحاضر بالإبلاغ عن نحو 50%-60%، في المتوسط، من جميع مؤشرات المحددات والمخاطر الصحية الأساسية، وذلك مقارنة بنحو 70% من مؤشرات الوضع الصحي، وما يقارب 50% من مؤشرات أداء النظام الصحي.

22. **المجموعة الثالثة:** جميع البلدان، ما عدا بلدين، لديها مركز أو وحدة مرتبطة بالنظام الوطني للمعلومات الصحية وعدد قليل منها لديه خطط مرتبطة بهذا النظام، وهذه الخطط إما قديمة أو غير مكتملة، كما أن التخصصات الرئيسية مثل الإحصاءات الحيوية، والوبائيات، وتكنولوجيا المعلومات، غير متوفرة في معظم هذه البلدان. ولا توجد على المستوى دون الإقليمي أي وحدات ترتبط بنظام المعلومات الصحية. هذا إلى جانب عدم كفاية الموظفين العاملين في المناطق الطرفية. ويفتقر معظم بلدان هذه المجموعة إلى نظام لتبليغ البيانات الروتينية، ولا سيما البيانات المتعلقة بالوفيات التي تُعزى لأسباب محددة، كما أن الترميز الخاص بتصنيف الدولي للأمراض لا يُستخدم استخداماً منهجياً في جميع هذه البلدان. وهناك غياب كذلك للطرق المنهجية لتوكيد جودة البيانات وتحليلها. ولا يوجد لدى أي من هذه الدول البنية الكافية أو الملائمة للمعلومات، والاتصالات، والتكنولوجيا، ولدى نصفها، وحدة مسؤولة، على المستوى الوطني، عن التحليل المبدئي للبيانات. وجميع هذه البلدان، عدا واحد، ينشر تقارير إحصائية صحية سنوية، لكنها متأخرة زمنياً بنحو سنتين أو ثلاث، في الوقت الذي يكون استخدام شبكة الإنترنت والمواقع الإلكترونية لنشر الإحصاءات الصحية إما غير متوفر، أو يتعدّر الوصول إليه. وفي ما يتعلق بالمسوحات السكانية والمسوحات القائمة على المرافق الصحية، فإنها لا تُجرى بشكل منتظم.

23. وفي ما يتعلق بمؤشرات المحددات والمخاطر الصحية، فإن نحو نصف هذه المؤشرات يتم جمع بياناته وتبليغها. أما مؤشرات الوضع الصحي، فإن عدداً قليلاً منها هو الذي يُجمع بياناته، في حين يتركز الكثير منها على التقديرات العالمية. وبالنسبة لمؤشرات أداء النظام الصحي، فإن معظم البلدان يقوم بتبليغ أقل من نصفها. إذن، فالتبليغ منخفض، والمؤشرات التي يجري تبليغ بياناتها تضم "قلة النشاط البدني" و"ارتفاع ضغط الدم" و"ارتفاع غلوكوز الدم" و"الوفيات التي تُعزى لأسباب محددة" و"إصابات السرطان" و"الإنفاق الباهظ على الصحة"، وغير ذلك. ويتم استخدام مصادر بيانات مختلفة، بما في ذلك المسوحات، ونُظم إدارة المعلومات الصحية، ونُظم تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية، والبيانات التي ترد من الوزارات الأخرى، في حين تعتمد المؤشرات الخاصة بالأهداف الإنمائية للألفية على التقديرات.

24. والأمر، بإيجاز، هو أنه على الرغم من اختلاف مستويات التنمية، وتباين الموارد البشرية والمالية في ما بين مجموعات البلدان الثلاث، فلا تزال هناك فجوات وتحديات كبيرة تواجه المجموعات الثلاث، والتي إن لم تعالج بشكل مناسب، فسوف تعرقل عملية إعداد وتطوير نُظم معلومات صحية قوية - ومن ذلك:

- غياب توافق في الآراء بشأن العناصر الرئيسية لُنُظم المعلومات الصحية، وما ينبغي رصده، باعتباره "أساسياً".
- النقص في الموارد البشرية الماهرة في مجال الوبائيات، والإحصاء، والترصد، حيث يعاني جميع البلدان من قيود كبيرة في مجال جمع، وتحليل، وتبليغ بيانات المؤشرات الأساسية، الأمر الذي يؤدي إلى نقص في البيانات الدقيقة الخاصة بمؤشرات مهمّة، وإلى الاعتماد على التقديرات، والتي يمكن أن تكون مضلّة.

- ضعف العمل والتنسيق المشترك بين أصحاب المصلحة الوطنيين، وتشتت نُظُم المعلومات الصحية وتسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية، داخل الوزارات وفي ما بينها.
- في مجال المحددات والمخاطر الصحية: عدم إجراء المسوحات بشكل منتظم؛ وعدم انتظام التبليغ؛ ووجود مشكلات المتعلقة بأخذ العينات التمثيلية، وبجودة البيانات التي يتم جمعها، وتشتت مصادر البيانات.
- ضعف، وغالباً عدم اكتمال، البيانات الخاصة بالوفيات التي تُعزى لأسباب محددة، واستخدام رموز التصنيف الدولي للأمراض.
- انخفاض مستوى الأولوية ومحدودية القدرات في مجال تبليغ، ورصد، وتفسير بيانات مؤشرات أداء النظام الصحي.
- ضعف تبليغ بيانات المؤشرات الأساسية الخاصة بالمرضاة. فعلى سبيل المثال، ضعف، أو حتى عدم وجود سجلات سكانية موثوقة خاصة بحالات السرطان، والتي تُعد أساسية من أجل التخطيط لخدمات الوقاية من أمراض السرطان ومكافحتها، وذلك في معظم البلدان.
- غياب البيانات الخاصة بالقطاع الخاص في النظام الوطني للمعلومات الصحية، في جميع الدول الأعضاء، تقريباً.
- عدم الاستفادة على نحو فعّال من الفرص التي توفرها تكنولوجيا المعلومات والاتصالات في جميع البيانات، وتحليلها، ونشرها.

التقدم المُحرز في مجال تقوية نُظُم المعلومات الصحية

25. في إطار السعي إلى دعم الدول الأعضاء في تعزيز المعلومات الصحية، ومعالجة الثغرات، واستجابة للقرار ش م/ل إ 60/ق-8، يقود المكتب الإقليمي مبادرتين متوازيتين إلا أنهما مرتبطتان ببعضهما البعض.
26. وتركز المبادرة الأولى، التي شرع في تنفيذها فور انتهاء أعمال الدورة التاسعة والخمسين للجنة الإقليمية عام 2012، على تحسين نُظُم تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية، مع التركيز، بصفة خاصة، على تقوية الإحصاءات الخاصة بالوفيات التي تُعزى لأسباب محددة. وتم في البداية، إجراء تقييم سريع لنُظُم تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية في جميع بلدان الإقليم. وقد أظهر هذا التقييم، وكذلك تقييم آخر أكثر شمولية أُجري بعد ذلك في بلدان كثيرة، صورة واضحة للثغرات القائمة، وغياب القُدرات المناسبة اللازمة لرصد الوفيات التي تُعزى لأسباب محددة، والذي يعدُّ عنصراً أساسياً من عناصر نُظُم المعلومات الصحية. واستناداً إلى هذا التحليل للوضع، تم إعداد استراتيجية إقليمية لتقوية نُظُم تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية، وذلك بالتشاور مع البلدان ومع أصحاب المصلحة المعنيين من الإقليم، وكذلك مع خبراء دوليين في هذا المجال. وأقرّت اللجنة الإقليمية الستون، التي عُقدت في تشرين الأول/أكتوبر 2013 هذه الاستراتيجية، بموجب القرار ش م/ل إ 60/ق-7. ويتمثل الهدف العام لهذه الاستراتيجية في تقديم الدعم والتوجيه لتحسين نُظُم تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية في بلدان الإقليم في المدة من 2014 إلى 2019. أما التحدي المائل الآن أمام كل بلد من بلدان هذا الإقليم فهو أن يتم حشد الالتزام السياسي الرفيع المستوى، وإشراك القطاعات ذات

الصلة في إعداد وتنفيذ خطة عمل وطنية تستند إلى التوجهات الواردة في الاستراتيجية الإقليمية لمعالجة الثغرات التي ظهرت من خلال التقييم السريع والشامل الذي أجرى في هذا الصدد. وبالنسبة للبلدان التي لديها ثغرات كبيرة، فإن تقوية الإحصاءات الخاصة بالوفيات سوف تتطلب سنوات عديدة من العمل المكثف والمتعدد القطاعات. ومن الأهمية بمكان أن تنظر هذه البلدان في إمكانية اللجوء إلى خيارات بديلة كأهداف قصيرة أو متوسطة الأمد، والتي قد تشمل تحسين بيانات الوفيات الصادرة عن المستشفيات، واعتماد نُهج التشريح اللفظي (لتحديد سبب الوفاة). وسوف تُركِّز المنظمة، في تعاونها مع البلدان، خلال العامين 2014-2015، على مساعدة هذه البلدان في إعداد خطط العمل الخاصة بها، وتقديم الدعم والتوجيه في ما يختص بالحلول القصيرة الأمد.

27. وتهدف المبادرة الثانية إلى الوصول إلى توافق في الرأي حيال العناصر أو المكونات الأساسية لنظام وطني للمعلومات الصحية، وإلى تحديد ما ينبغي رصده بموجب كل مكون من هذه المكونات. وقد تم بالفعل الوصول إلى توافق في الرأي، من خلال سلسلة من المشاورات التي تمت مع الدول الأعضاء، وأُتفق على أن المكونات الثلاثة لنظام المعلومات الصحية تتمثل في الآتي: (أ) رصد المحددات والمخاطر الصحية؛ (ب) تقييم الوضع الصحي، بما يشمل المراضة والوفيات التي تُعزى لأسباب محددة؛ (ج) تقييم أداء النظام الصحي. وقد تضمنت المبادرة في ما بعد، عملاً مكثفاً، خلال 2013 و2014، مع البلدان ومع أصحاب المصلحة المعنيين، لإعداد قائمة أساسية بالمؤشرات المدرجة ضمن المجالات الثلاثة، في إطار خطة إقليمية لتقوية نُظم المعلومات الصحية الوطنية. ويُركِّز القسم التالي، في المقام الأول، على العملية التي ستبُعث في تنفيذ هذه المبادرة، والسُّبل الموصى بها من أجل المضي قدماً في هذا المجال.

الاتفاق على قائمة بالمؤشرات الأساسية لنُظم المعلومات الصحية الوطنية في الإقليم

28. قام المكتب الإقليمي، في نيسان/أبريل 2013، بتنظيم اجتماع لأصحاب المصلحة المعنيين في هذا الإقليم، حول تقوية نُظم المعلومات الصحية. وقد حضر هذا الاجتماع، لأول مرة، مشاركون من وزارات الصحة والداخلية، والعدل، ومكاتب الإحصاءات الوطنية، وكذلك من منظمة الصحة العالمية، ووكالات الأمم المتحدة، فضلاً عن خبراء إقليميين ودوليين. وقد تمثلت الأهداف المحددة لهذا الاجتماع في الوصول إلى تفاهم مشترك بشأن تصميم نُظم المعلومات الصحية ومكوناتها الأساسية، وتحليل الثغرات القائمة في بلدان الإقليم، ومناقشتها، وإعداد استراتيجيات لتقوية برامج المعلومات الصحية، تستند إلى البيّنات الحالية والدروس المستخلصة. وقد دعا المكتب الإقليمي، على نحو متواصل، طوال هذه العملية، إلى استخدام نُهج عملي، وواضح بالنسبة لراسمي السياسات، ومسند بالبيّنات، وقابل للتنفيذ، ويستجيب لأولويات التنمية الصحية في هذا الإقليم.

29. وتم، في البداية، وضع قائمة مؤشرات مقترحة، وذلك من واقع الخبرات العالمية والإقليمية، والتي خضعت لمناقشات مستفيضة من قبل ممثلي البلدان، وخبراء من المنظمة. وتضمنت المبادرة تحليلاً دقيقاً ووافياً لكل مؤشر من المؤشرات المقترحة، من حيث التعريف، والأدوات، والمنهجيات الخاصة بإعداد البيانات، وتحليلها، وتبليغها. وفي تشرين الأول/أكتوبر 2013، قُدِّمت مسودة القائمة إلى الدورة الستين للجنة الإقليمية، التي أصدرت قرارها ش م/ل إ 60/ق-8، الذي طُلب فيه إلى الدول الأعضاء مراجعة القائمة واقتراح مؤشرات اختيارية إضافية (تُعرف الآن بالقائمة الموسَّعة للمؤشرات). واستناداً إلى المدخلات التي تمَّت أثناء اجتماعات اللجنة الإقليمية، وبعدها، أنشئت فرقة عمل من الخبراء لمراجعة النسخة المبدئية من القائمة والبيانات الوصفية الخاصة بها،

والتعريف على التحديات والثغرات الماثلة، وإبداء المشورة حول وضع القائمة في صورتها النهائية، وحول الإجراءات التي يُوصى باتخاذها لمعالجة التحديات التي تواجهها البلدان في تبني هذه القائمة، وفي تقوية نُظُمها الخاصة بالمعلومات الصحية. وقد خضعت المؤشرات وبياناتها الوصفية للمناقشة أيضاً خلال الاجتماع الأخير للجنة التقنية الاستشارية للمدير الإقليمي. وإلى جانب القائمة الأساسية، فقد تم أيضاً إعداد قائمة موسّعة لتوفير مؤشرات إضافية للبلدان وللبرامج وذلك لاستخدامها بحسب ما يكون مناسباً.

30. وسعيًا إلى تيسير جمع البيانات وتحليلها وتبليغها في إطار موحد، تم أيضاً إعداد سجل مفصّل للبيانات الوصفية للمؤشرات (يُطلق عليه الآن سجل المؤشرات بإقليم شرق المتوسط) وذلك استناداً إلى السجل العالمي للبيانات الوصفية التي أعدته المنظمة كي يعكس السياق الإقليمي في هذا المجال. وينطوي هذا السجل على وصف للسّمات التالية الخاصة بكل مؤشر، كالغرض منه، وتعريفه، والمصطلحات ذات الصلة به، ومصادر البيانات الرئيسية، وطرق القياس والتقدير الخاصة به، ونوع البيانات المطلوبة، والوتيرة المتوقّعة لجمع البيانات المتصلة به، وتبليغها، ومستوى التصنيف والتقسيم الطبقي، وأي تحديد أو تقييد لجمع البيانات، أو قياسها، أو تبليغها، وغير ذلك.

31. وقد أظهرت عملية اعتماد ومراجعة البيانات الوصفية وجود تحديات وثغرات كبيرة في جوانب أساسية لنُظُم المعلومات الصحية الوطنية، ألا وهي مصادر البيانات، وطرق القياس، والتبليغ، وقد تُجرى معالجة هذه الثغرات من خلال الأساليب والتوصيات الواردة أدناه:

سُبل المضي قدماً

32. بُعِيَة لمعالجة التحديات ومعالجة الثغرات التي تم تحديدها من واقع التقييمات السريعة واستعراض الوضع الراهن لأنشطة التبليغ الخاصة بالمؤشرات الأساسية المقترحة، فإن الدول الأعضاء مدعوة إلى النظر في النهج التالية:

- إقرار القائمة المقترحة للمؤشرات الأساسية، وإضفاء الطابع المؤسسي عليها، وتقييم القُدّرات القائمة لاستصدار البيانات الضرورية من أجل التبليغ الدقيق والكامل لبيانات كل مؤشر من المؤشرات. ولدى استخدامها لسجل المؤشرات بإقليم شرق المتوسط، سيكون على كل دولة من الدول الأعضاء تحديد المجالات التي تحتاج إلى إجراءات لمعالجة الثغرات وتقوية عملية إنتاج البيانات، وتحليلها، وتبليغها، واستخدامها في إعداد السياسات والإدارة الصحية.

- تحديد مواضع الضعف في القُدّرات في مجالات الخبرات ذات الصلة، مثل مجالات الوبائيات، والإحصاءات، والترصّد، وتكنولوجيا المعلومات، وإعداد خطة استثمارية لمعالجة الثغرات. وينبغي أن تكون هذه الخطة مُبَيَّنة للاحتياجات من حيث التدريب النوعي في مجال جمع البيانات وتصنيفها، وتقييم جودة البيانات، والتحقق من صحتها وضبطها، وتحليل البيانات ومراجعتها بما يشمل عملية التقدير والنمذجة الإحصائية.

- بناء آليات فعّالة للتنسيق والعمل المشترك بين القطاعات المعنية، ولاسيما وزارات الداخلية، والتخطيط، ومراكز الإحصاءات الوطنية.

- رفع مستوى الوعي السياسي والشروع في اتخاذ إجراءات ملموسة لتقوية نُظُم تسجيل الأحوال المدنية، والإحصاءات الحيوية، من أجل تعزيز دقة واكتمال التبليغ عن أسباب الوفيات، استناداً إلى الاستراتيجية

الإقليمية لتحسين نُظْم تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية، 2014-2019. ومن الموصى به استخدام أسلوب التشريح اللفظي كتدبير مؤقت في الأماكن التي ستتطلب تقوية نظام تسجيل الوفيات فيها خطة طويلة الأمد.

- بناء نُظْم متكاملة من خلال بنية تكنولوجيا المعلومات والاتصالات، ومنصّة على شبكة الإنترنت.
- معالجة التشتت في إنتاج بيانات المؤشرات الأساسية عن طريق المسوحات المختلفة، من خلال النظر في إمكانية إنشاء مسوحات فحوص صحية مستدامة وشاملة تُجرى على أساس دوري. ويشجع المكتب الإقليمي في إجراء مشروع استرشادي في مجال تنفيذ مسح خاص بالفحص الصحي الشامل في إحدى الدول الأعضاء، وسيتم إطلاع بقية البلدان على نتائج هذا المسح بمجرد توافرها.
- تعزيز المعلومات الروتينية القائمة على المرافق الصحية، بما في ذلك تقييم جودة البيانات، وآليات التبليغ.
- نشر المؤشرات الأساسية والقطرية بصفة سنوية في ظل مستوى مناسب من التصنيف بحسب الإقليم، والمحددات، وضمان وصول مثل تلك التقارير إلى راسمي السياسات ومختلف أصحاب المصلحة المعنيين، على أساس دوري، للمساعدة على اتخاذ قرارات مُسنّدة بالبيّنات، وتقوية النُظْم الصحية.