

تقرير مرحلي حول التغطية الصحية الشاملة وإعداد حزمة من الخدمات الصحية الأساسية

المقدمة

1. التغطية الصحية الشاملة هي الأولوية العامة لتعزيز النظم الصحية في بلدان إقليم شرق المتوسط، على نحو ما يؤكدُه العديد من الالتزامات على الصعيدين الإقليمي والعالمي. وخلال السنوات الخمس الماضية، كثفت منظمة الصحة العالمية والدول الأعضاء بما العمل بُغية تقييم الحالة التي وصلت إليها البلدان فيما يتعلق بالأبعاد الثلاثة للتغطية الصحية الشاملة، ووضع أطر واستراتيجيات وخرائط طريق إقليمية ودولية لسد الثغرات المتبقية.
2. وقد أُعدَّ إطار عمل إقليمي بشأن الارتقاء بالتغطية الصحية الشاملة في إقليم شرق المتوسط¹ وأُطلعت عليه الدول الأعضاء أثناء انعقاد الدورة الحادية والستين للجنة الإقليمية لشرق المتوسط في 2014. ويحدد إطار العمل الإجراءات التي يتعين على الدول الأعضاء اتخاذها لوضع رؤية واستراتيجية وطنيتين لتحقيق التغطية الصحية الشاملة، وتعزيز الحماية المالية، وتوسيع نطاق التغطية بالخدمات الضرورية، وضمان زيادة نطاق ورصد تغطية السكان. كما يحدد الإطار الدعم الذي يتعين أن تقدمه المنظمة والشركاء في مجال التنمية. ويُستخدم الإطار في الوقت الحالي كأساس تُبنى عليه خرائط الطريق الإقليمية والوطنية لدعم التحرك صوب تحقيق التغطية الصحية الشاملة.
3. وتولي المنظمة عناية خاصة لتحديد ما ينبغي تغطيته ضمن برنامج عمل التغطية الصحية الشاملة. وقد وُضعت مجموعة من المعايير من أجل تحديد حزمة من الخدمات الصحية الأساسية ذات الأولوية التي يمكن تكييفها حسب البلدان التي تتفاوت بها مستويات التنمية الاجتماعية والاقتصادية. ويعد تحديد هذه الحزمة، وإعداد منصات ضرورية لتقديم الخدمات وتحقيق التكامل فيما بينها، ووضع الترتيبات المالية الضرورية لضمان الإتاحة المُنصفة للجميع، سُبلاً فعالة لتحقيق التغطية الصحية الشاملة.
4. يلخص هذا التقرير التقدُّم المُحرز في تنفيذ الإجراءات الأساسية التي يتضمنها إطار التغطية الصحية الشاملة منذ الدورة الحادية والستين للجنة الإقليمية، كما يقدم التقرير أحدث المعلومات حول الجهود العالمية المبذولة لإرساء حزمة من الخدمات الصحية الأساسية وبيان الآثار المترتبة على الجهود المبذولة إقليمياً ووطنياً لتحقيق التغطية الصحية الشاملة.

¹ متاح على http://applications.emro.who.int/docs/Technical_Notes_EN_16287.pdf?ua=1

تنفيذ إطار التغطية الصحية الشاملة

الوضع الراهن

5. لا يزال حجم استثمارات إقليم شرق المتوسط في مجال الصحة منخفضاً؛ ففي عام 2013، بلغت استثمارات الإقليم 1.6% من الإنفاق العالمي على الصحة، في حين مثل سكان الإقليم 8.7% من السكان في العالم. ويرتفع نصيب المبالغ المدفوعة من الجيب الخاص على الخدمات الصحية من إجمالي الإنفاق على الصحة ليصل إلى 80% في بعض بلدان المجموعة الثالثة¹، ما يؤدي إلى معاناة عدد كبير من الأشخاص من ضائقة مالية (يُقدَّر عددهم بـ 16.5 مليون شخص) والابتلاء بالفقر (يُقدَّر عددهم بـ 7.5 مليون شخص) كل عام. وفيما يتصل بالتغطية بالخدمات، فإن عدد مرافق الرعاية الصحية الأولية وأسرة المستشفيات، لا سيما في بلدان المجموعة الثالثة، ما زال محدوداً: 0.5 من مرافق الرعاية الصحية الأولية و4.4 أسرة لكل 10000 نسمة في بعض البلدان. أما في بلدان المجموعة الأولى، فإن تقديم الخدمات الصحية يتم عبر المستشفيات ويعتمد بالأساس على القوى العاملة الصحية الأجنبية. وبالنسبة لبلدان المجموعة الثانية، فهي تعاني من قطاع صحي خاص كبير غير مُنظَّم، فضلاً عن سوء توزيع القوى العاملة الصحية الماهرة. وتواجه بلدان المجموعة الثالثة نقصاً حاداً في القوى العاملة الصحية. ولا تزال الجودة والمأمونية تمثلان تحدياً في جميع مجموعات البلدان الثلاثة. وفيما يتعلق بتغطية السكان، ففي الوقت الذي يحظى 100% من مواطني المجموعة الأولى بالتغطية بحزمة سخية من الخدمات الصحية، فإن عدداً من بلدان المجموعتين الثانية والثالثة ما زال يتحرى الخيارات المتاحة بُغية توسيع نطاق تغطية السكان. ولا تزال شرائح عريضة من السكان، بما في ذلك القطاع غير الرسمي والعمالة الأجنبية واللاجئون والنازحون داخلياً، تفتقر إلى التغطية في تلك البلدان.

إجراءات ينبغي على الدول الأعضاء اتخاذها

6. وضعت دول أعضاء عدّة رؤية لتحقيق التغطية الصحية الشاملة ودعمتها بسن التشريعات الضرورية أو إعداد الاستراتيجيات الصحية الوطنية اللازمة. وبالنسبة لمصر، فهي تعكف حالياً على وضع اللامسات الأخيرة على قانون التأمين الصحي الاجتماعي الشامل الذي يستهدف تغطية جميع الفئات السكانية. كما شرعت باكستان في تنفيذ برنامج رئيس الوزراء للتأمين الصحي على المستوى الاتحادي ومستوى المحافظات. كما أطلقت جمهورية إيران الإسلامية خطة وطنية للتحويل الصحي لضمان الإتاحة العادلة للجميع. ومن جانبها، وضعت كلٌّ من الأردن وتونس والسودان استراتيجيات وطنية للصحة أو استراتيجيات وطنية للتمويل الصحي ارتكازاً على مبادئ التغطية الصحية الشاملة.

7. وفي سبيل تعزيز الحماية المالية، قيّمت ثماني دول (الأردن وباكستان وتونس وجمهورية إيران الإسلامية والسودان وفلسطين ومصر والمغرب) نُظُم التمويل الصحي لديها، وتعرّفت على ما يواجهها من عقبات، وتعكف حالياً على وضع استراتيجيات للتمويل الصحي. وتقوم دول عدة، من بينها الأردن وأفغانستان وباكستان والبحرين

¹ تتحدّد المجموعات الثلاث للبلدان وفقاً للحصائل الصحية للسكان، وأداء النظام الصحي، ومستوى الإنفاق على الصحة. وتضمّ المجموعة الأولى البلدان التي تقدّمت فيها التنمية الاجتماعية والاقتصادية تقدماً كبيراً على مدى العقود الأربعة الفائتة، مدعومة بمستوى مرتفع من الدخل. أما المجموعة الثانية فتضمّ إلى حدٍ كبير البلدان المتوسطة الدخل التي قامت بتطوير بنية أساسية شاملة لتقديم خدمات الصحة العمومية، إلا أنها تواجه قيوداً على الموارد. وتضمّ المجموعة الثالثة البلدان التي تواجه قيوداً كبيرة فيما يتعلق بتحسين الحصائل الصحية للسكان بسبب شحّ الموارد، وعدم الاستقرار السياسي، والصراعات، وغير ذلك من التحديات التنموية المعقّدة.

والسودان وجمهورية إيران الإسلامية والعراق وعمان وفلسطين وقطر وليبيا ومصر والمغرب واليمن، باستحداث نظام التأمين الصحي الاجتماعي أو إصلاحه أو توسيع نطاقه. وناقشت أفغانستان الخيارات المتاحة للتمويل الصحي المُستدام بدعم من مجتمع المانحين. وتعمل البحرين وقطر والمملكة العربية السعودية على إصلاح نُظم التمويل الصحي لديها لفصل التمويل عن تقديم الخدمة عبر التأمين الصحي الاجتماعي. وفي هذه الأثناء، تنفذ بلدان كثيرة نظام الحسابات الصحية 2011 لتوفير البيّنات المتعلقة بالتغطية الصحية الشاملة، بما فيها الأردن والإمارات العربية المتحدة والبحرين وتونس والسودان وعمان وفلسطين وقطر والمغرب والمملكة العربية السعودية. بينما قيّم عدد قليل من البلدان الحماية من المخاطر المالية مُستفيدة من المسوح الأسرية، وهي تونس وجيبوتي ومصر والمغرب.

8. ولتوسيع نطاق التغطية بالخدمات الصحية الضرورية، قيّم كل من الأردن وجمهورية إيران الإسلامية والمملكة العربية السعودية مستوى تقديم الخدمات الصحية بما عبر نهج ممارسة الأسرة، وأعدت خطط التوسيع ذات الصلة. كما وضعت السودان المُسوّدة الأولى لسياسة صحة الأسرة. وسعت بلدان عدة إلى إنشاء وكالات وطنية لضمان جودة الرعاية الصحية أو الاعتماد، بما فيها الأردن والسودان، كما أُرست الإطار المؤسسي لمبادرة المستشفيات المُراعية لسلامة المرضى. كما قيّم فلسطين والجمهورية العربية السورية مستشفياتهما العامة. وبدأت أو واصلت بلدان عدة تنفيذ مبادرات مثل أداة منظمة الصحة العالمية لتقييم الإنصاف في مجال الصحة في المناطق الحضرية والاستجابة لمقتضياته وبرنامج المدن الصحية. وأعدت كل من أفغانستان وجمهورية إيران الإسلامية والسودان واليمن خططاً استراتيجية للموارد البشرية من أجل الصحة.

9. ومن أجل توسيع نطاق ورصد تغطية السكان، عمّمت المغرب التغطية بنظام المساعدة الطبية (الراميد) لتشمل جميع الفقراء والفئات السكانية الضعيفة، في حين وسّعت جمهورية إيران الإسلامية تغطية السكان لتشمل 7 ملايين نسمة، لتقترب نسبة تغطية السكان إلى 100%.

الدعم المُقدّم من المنظمة

10. أُجريت عدة استعراضات شاملة للنظم الصحية للتعرف على التحديات والفرص فيما يتعلق بإحراز التقدم نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة وتيسير الحوار حول السياسات بغية وضع خرائط الطريق الوطنية المستنيرة من أجل تعزيز النظام الصحي. وشارك في هذه الاستعراضات المستويات الثلاث للمنظمة، والخبراء الدوليون، ووكالات الأمم المتحدة ذات الصلة. واستعرضت بعثة عالية المستوى تنفيذ خطة التحول الصحي في جمهورية إيران الإسلامية وتأثيرها. وقيّم التحديات التي تواجه النظام الصحي في ليبيا ووُضعت ملامح خارطة طريق لتعزيز النظام الصحي هناك. وقيّم بعثة عالية المستوى أثر اللامركزية على قطاع الصحة في باكستان وقدمت التوجيه للتطوير المؤسسي على مستوى المحافظات. وخضع نظام التأمين الصحي الحكومي في فلسطين للدراسة، كما جرى تقييم القدرات على دعم برنامج التغطية الصحية الشاملة الوطني. كما جرى استعراض نظام الرعاية الصحية الأولية في المملكة العربية السعودية، مع التركيز على جوانب الحوكمة الخاصة به وتنظيمه، كما قيّم التقدم المُحرز في تنفيذ الخطط الاستراتيجية لقطاع الصحة في الصومال.

11. وفي مجال الأدوية والتكنولوجيات الصحية الأساسية، انصب التركيز على تقوية النظم الوطنية لتنظيم المنتجات الطبية وإضفاء الطابع المؤسسي على تقييم التكنولوجيات الصحية. وحصلت ست دول، وهي الأردن والسودان وجمهورية إيران الإسلامية والجمهورية العربية السورية والعراق ولبنان. على دعم، بغية تقييم سلطاتها التنظيمية

الوطنية، ما أسهم في إعداد خطط للتطوير المؤسسي. وعُقد مؤتمر سلطات تنظيم الدواء في إقليم الشرق المتوسط في تونس في آيار/مايو 2016، وأولي اهتمام لمواءمة وتعزيز الوظائف التنظيمية لمرحلة ما بعد التسويق والتيقظ في مجال الأدوية واللقاحات والأجهزة الطبية. ونُظّم اجتماع إقليمي حول التيقظ الدوائي في المغرب في 2015. وحصلت أفغانستان وباكستان والعراق والمغرب على الدعم بغية وضع خطط عمل وطنية بموجب مبادرة الحوكمة الرشيدة للأدوية، حيث تنتمي ست دول في الإقليم للمرحلة الأولى، وسبع دول للمرحلة الثانية، وثلاث دول للمرحلة الثالثة من المبادرة. ووضع دليل إرشادي تفصيلي لتنظيم الأجهزة الطبية. وعُززت المشاركة الإقليمية في آلية الدول الأعضاء للتصدي للمنتجات الطبية المتدنية النوعية/المزورة/المغشوشة التوسيم/المغشوشة/المزيفة، مع تولى جمهورية إيران الإسلامية وباكستان منصبَي الرئيس ونائب الرئيس.

12. وفي مجال تنمية القوى العاملة الصحية، وُضعت اللمسات النهائية على إطار العمل لإصلاح التعليم الطبي وتعزيز التمريض والقبالة. ووضع إطار استراتيجي إقليمي لتنمية القوى العاملة الصحية (2016-2030)، حيث من المنتظر تقديمه في اجتماع تقني سيعقد في 2016. كما قدم المكتب الإقليمي أوجه التعاون التقني بغية استعراض واستكمال خطة القوى العاملة الصحية في جمهورية إيران الإسلامية. كما استكملت معايير اعتماد التعليم الطبي في العراق. وجرى توصيف الوضع الحالي لمهنة التمريض، وأُجريت تقييمات للعاملين المهنيين في مجالات التمريض والمختبرات الطبية والتصوير الطبي وإعادة التأهيل الصحي.

13. ولتحقيق التكامل في تقديم الخدمات، قدمت المنظمة الدعم للنهوض بممارسة الأسرة بوصفها استراتيجية للرعاية الصحية المتكاملة التي تركز على الناس. ووضع إطار لتحسين جودة الرعاية الأولية، وحُرّب هذا الإطار في 40 مرفقاً من مرافق الرعاية الصحية الأولية في الأردن وتونس وجمهورية إيران الإسلامية وعمان. كما حصلت بلدان عدة، من ضمنها السودان وعمان وقطر والكويت والمغرب، على الدعم من أجل استعراض سياساتها واستراتيجياتها الوطنية فيما يتصل بالجودة والمأمونية والوقاية من العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية ومكافحتها. كما حصلت خمس دول على الدعم فيما يتعلق بوضع وتحقيق وتنفيذ أنظمة الإبلاغ الوطنية عن الأخطاء الطبية. وجرى الترويج للاعتماد في مجال الرعاية الصحية في اجتماع إقليمي عُقد في كانون الأول/ديسمبر 2015. وجرت عدة أنشطة مُشتركة، من بينها تنفيذ دراسة معنية بتقييم حجم ونطاق الأحداث الضارة بالتعاون مع المجلس السعودي لاعتماد المنشآت الصحية، وإعداد دورة قصيرة لتحسين معارف الممارسين العموميين بالتعاون مع الجامعة الأمريكية في بيروت، وإعداد دورة تدريبية لعشرة أيام عن إدارة المستشفيات لمديري المستشفيات من 13 دولة بالتعاون مع الاتحاد الدولي للمستشفيات. ونُشرت النسخة الثانية من دليل تقييم سلامة المرضى، فضلاً عن مجموعة أدوات ومقرر دراسي يتعلقان بسلامة المرضى.

14. وفي مجال الحوكمة الصحية والتمويل الصحي، عُقدت الدورة الثانية من برنامج تعزيز القيادة من أجل الصحة في المدة من 15 تشرين الثاني/نوفمبر 2015 إلى 30 كانون الثاني/يناير 2016، وذلك بالتعاون مع كلية هارفارد للصحة العمومية ووزارة الصحة في عمان. وقد روجع البرنامج بناء على الدروس المُستفادة من الجولة الأولى التي تضمنت 35 قائداً في مجال الصحة العمومية من بلدان الإقليم واستهدفت تعزيز قدراتهم ومهاراتهم للتصدي للتحديات المحلية والإقليمية والعالمية في مجال الصحة العمومية. وعُقد اجتماع إقليمي حول توسيع نطاق التغطية الصحية الشاملة لتشمل القطاع غير الرسمي والفئات السكانية الضعيفة في أيلول/سبتمبر 2015. واستمر العمل فيما يتعلق بقوانين الصحة العمومية وتحليل الإنصاف. وجرى بناء القدرات فيما يتعلق بتنفيذ التأمين الصحي

الاجتماعي في مصر في حزيران/يونيو 2015. كما قدمت المنظمة الدعم إلى قطر والمغرب لتقييم وظائف الصحة العمومية الأساسية.

15. واستمر العمل على إعداد البيّنات حول الممارسات المُجدية، بما في ذلك الانتهاء من موجزات السياسات أو الأوراق النقاشية الإقليمية حول تقديم الخدمات من خلال نُهج ممارسة الأسرة، والنهوض بمستوى جودة وأمنية الرعاية، والشراء الاستراتيجي، والتمويل على جانب الطلب، والتأمين الصحي الاجتماعي، وحزمة الخدمات الصحية الأساسية.

إعداد حزمة الخدمات الصحية من أجل التغطية الصحية الشاملة

16. يرجع التعاون بين المكتب الإقليمي وشبكة أولويات مكافحة الأمراض إلى زمن بعيد، ويأتي ذلك ضمن إصدار النسخة الثالثة من مشروع أولويات مكافحة الأمراض (DCP3). ويهدف مشروع أولويات مكافحة الأمراض في نسخته الثالثة إلى إعداد بيّنات عالمية وإقليمية حول فعالية النهج ذات الصلة للوقاية من الأمراض ومكافحتها، وتكليفها ومردوديتها في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل. ويُقصد استعمال مصطلح "النُهج" بغية توصيف عدد من التدخلات والبرامج والسياسات التي تتدرج من التدخلات الطبية والجراحية ضيقة التعريف وصولاً إلى برامج وسياسات الصحة العمومية الأوسع نطاقاً والمشاركة بين القطاعات. وفي الإقليم، أسهم ذلك التعاون في بناء القدرات الإقليمية والوطنية في مجال التقييم الاقتصادي للصحة وفي إعداد بيّنات مماثلة مختارة من البلدان.

17. وبعد تحديد مجموعات متعددة من التدخلات والبرامج والسياسات "الجوهرية" المرتبطة بمجموعات محددة من الأمراض درسها مشروع أولويات مكافحة الأمراض في نسخته الثالثة، تُبذل الجهود في الوقت الراهن لدمج النتائج في حزمة للتغطية الصحية الشاملة تكون ذات أولوية قصوى وحزمة أساسية مالية ومشاركة بين القطاعات لتغطية التدخلات، والبرامج، والسياسات في القطاع الصحي وخارجه. ويمكن أن تشكل الحزمة المُقترحة نموذجاً مرجعياً لصانع القرارات على المستوى القطري .

18. ويُستفاد من ثلاثة معايير أساسية لتحديد الحزمتين: (أ) بيّنات بشأن القيمة العالية مقابل المال فيما يتصل بالمرردودية ويسر التكلفة؛ (ب) بيّنات حول الجدوى العملية للنهوض بمستوى التغطية لتشمل جميع السكان بحلول 2030؛ (ج) بيّنات حول التأثيرات التفضيلية لمن يعانون من أسوأ الظروف فيما يتصل بالمكاسب الصحية أو الحماية من المخاطر المالية (أو كلاهما).

سُبل المضيّ قُدماً

19. من المُقرر أن يولي الاهتمام إلى الدعوة إلى التغطية الصحية الشاملة كجزء من خطة أهداف التنمية المستدامة، مع التركيز على بناء نُظم صحية وطنية وتحديد السبل من أجل حشد الموارد المحلية بغية الوفاء بالالتزامات. وسوف يتواصل التعاون على المستوى القطري لتكييف إطار العمل بشأن الارتقاء بالتغطية الصحية الشاملة في الإقليم مع السياقات المحلية، مع النظر إلى الظروف الخاصة المُصاحبة للطوارئ الحادة والمزمنة المنتشرة في عدد كبير من البلدان. وسوف تُكثّف الجهود من أجل بناء القدرات الإقليمية والوطنية فيما يتعلق بممارسة الأسرة، وترتيبات السداد المُسبق، والسلطات التنظيمية الوطنية، وإدارة القوى العاملة في مجال الصحة، والإبلاغ عن المؤشرات الأساسية الخاصة بالصحة. كما سيتواصل السعي نحو تحقيق مزيد من المشاركة في البرامج ذات

الأولوية، مثل الأمراض غير السارية، والصحة النفسية، وصحة الأمهات والأطفال، والأمراض السارية وغير ذلك من الأمراض المُدرجة على خطة التغطية الصحية الشاملة. وسوف يستمر العمل التحليلي لتعزيز النُظم الصحية من أجل التغطية الصحية الشاملة، ورصد التغطية الصحية الشاملة في أبعادها الثلاث. وسوف يولى الاهتمام لتوفير مزيد من الدعم لبناء قدرات المنظمة في تلك المجالات قاطبة.