

الباب الأول

١ – النظام الصحى والجهود العالمية

الباب الأول

١ – النظام الصحى والجهود العالمية

١ – ١ الفصل الأول : أسس ومؤشرات النظام الصحى

١ – ٢ الفصل الثانى : الاتجاهات والجهود العالمية فى قطاع الصحة

١ - الباب الأول : النظام الصحي والجهود العالمية

١ - ١ الفصل الأول : أسس ومؤشرات النظام الصحي

١ - ١ - ١ استهلال

١ - ١ - ٢ أسس ومؤشرات تقييم النظام الصحي

١ - ١ - ٢ - ١ المفاهيم " تعاريف وأهداف " وأساسيات النظام الصحي

١ - ١ - ٢ - ١ المفاهيم

▪ تعاريف

▪ أهداف النظام الصحي

١ - ١ - ٢ - ١ أساسيات النظام الصحي

▪ مقياس العدالة (Equity) ومؤشرات الصحة.

▪ الإتاحة لحصول كل مواطن على نصيب عادل من الصحة.

▪ البعد المؤسسي لخيارات النظام الصحي:

○ تصنيف كإدارة صحية.

○ تصنيف كإدارة صحية:

▪ مستويات الرعاية الصحية

▪ مقدمى الخدمة فى كل من تلك المستويات

▪ تصنيف كمنظمات تقديم الرعاية الصحية

١ - ١ - ٢ - ٢ مؤشرات " تقييم المنظومة الصحية

مداخل التقييم

قياس إتاحة الخدمة الصحية

التمويل " قيد على عدالة الخدمة فى الدول النامية

الصحة حق، وحق دستورى

المشاركة الديمقراطية (أو ديمقراطية المشاركة) والقطاع الأهلي

الدور الإقليمي والدور الكوكبي للإصلاح الصحي

المعلومات والمؤشرات الصحية اللازمة لقياس مخرجات الخدمة الصحية

مشاكل الصحة

الصحة والخصائص السكانية

١ – الباب الأول : النظام الصحى والجهود العالمية

١-١ الفصل الأول: أسس ومؤشرات النظام الصحى

١-١-١ استهلال

الصحة منتج، لبنية جينية، ولمحيط بيئى مجتمعى، ولنظام للرعاية الصحية.

فتصبح بذلك الصحة حالة اكتمال السلامة البدنية والاجتماعية والنفسية والروحية ثمرة لعوامل ثلاثة :

الأول : هو "الجبلة" الجينية Genetic Make-up أي ما جبل عليه الإنسان من فطرة أصبح اسمها الآن الجينات الموروثة والمورثة المتواجدة في خلايا الجسم البشرى (١٠×٦٠٠^{١٢} خلية) كمكونات جينية: معبرة، وغير معبرة ، يتوقع أن يبلغ عددها ما يتراوح بين ٦٠ إلى ٨٠ ألف جين داخل كل خلية، وتحمل وحدات الحمض النووي المسماة بالنويديدات "النوكليديتات" التي يبلغ عددها ١٠×٣^٩ وحدة داخل كل خلية، تشفر عليها في الرسائل، في تسلسل جيني يحمل الخصائص الوراثية ورسائل الأنشطة الحيوية جميعا داخل الخلية، وفي الأعضاء والأنسجة. وهى مصدر النشاط الحيوى والفسىولوجى، ومصدر الصحة والمرض.

وتتم الآن دراسة الجينوم البشرى، وسوف يتم الانتهاء من المشروع فى عام ٢٠٠٥ بعد خمسة عشر سنة من العمل المتخصص (منذ عام ١٩٩٠) فى معامل ١٦ دولة، ويتوقع أن يتغير نتيجة لذلك التصنيف المرضى، وطرق المعالجة والتداوى.

الثانى: وهو مستوحى من البيئة التي يعيش فيها الكائن الحى والإنسان، وما يصيب الإنسان من تأثيرات وتأثيرات مستوحاة من البيئة ومهيئة للمرض، بحكم التركيب الجينى، فلكل كائن حى بيئة صحية، ومحيط حوله يهبه الصحة والعمر، إذا توافر له الهواء النقى، والماء الصحى الحيوى، والطعام السليم الوافر، سواء أكان الكائن الحى أو الإنسان - أرقى الكائنات - بالعمل أو بالشارع، أو بالمنزل، حيث يمارس نمطا حياتيا سليما تنفسا ومشربا ومأكلا، وعادات صحية، وممارسات رشيدة، خصما من المخزون الصحى.

الثالث: وهو من صنع الإنسان فقط، وليس متوفرا لأى كائن حى غيره، وهو ما يخلقه الإنسان والمجتمعات المتحضرة من نظام صحى، تقدم به الخدمات الصحية إلى المواطنين ورفاقه فى الإنسانية، ولقد تطور نظام تقديم الخدمة الصحية حتى بلغ درجة من النضج أوصلته لدرجة جعلت الخدمة الصحية ذات طابع إنتاجى، أو صناعة طبية، فأصبحت خدمة وصناعة، وذلك باعتبار أن محتواها الخدمى والإنتاجى يعتمد على استمرارية التطور التقنى والمؤسسى، فى نطاق التطور السكانى والاقتصادى والاجتماعى والحضارى، ليقدم مخرجات ذات جودة مرتفعة وسعراً مرشداً ليس للقادرين فى نطاق السوق فقط، ولكن أيضاً للكافة بغض النظر عن القدرة المادية، بل وبتركيز أكثر على الفئات الحساسة، الأكثر تعرضاً لمخاطر المرض والحوادث، وبما يصل فى أحيان غير قليلة إلى مستوى الخدمة المجانية.

إن التزامنا بهذه الأركان الثلاثة يحقق قدرة معاصرة على توليد نظام صحى منتظم، ليكون النموذج التشغيلى الدقيق والمرن، الملتزم بالموصفات الفنية والتقنية والمهنية، التي تشبع احتياجات المنتفع بالخدمة، وتحقق لمسة الدفء الإنسانى، والتشغيل الكفء والرشيد، للعمليات المنتجة للخدمة.

١- ١- ٢ أسس ومؤشرات تقييم النظام الصحي

١- ١- ٢ المفاهيم " تعاريف وأهداف " وأساسيات النظام الصحي

١- ١- ٢- ١ المفاهيم

تعاريف:

الصحة: (تعريف منظمة الصحة العالمية) لا تقتصر على انتفاء المرض أو العجز فقط، وإنما ينظر إليها على أنها حالة "اكتمال اللياقة" أو "اكتمال المعافاة" بمعنى سلامه الوجود الفيزيقي والاجتماعي والعقلي والروحي.

وينفق الجميع على ضرورة توسيع هذا المفهوم ليصبح أبعد مدى من حدود مفهوم المرض الطبي البيولوجي للتحرك بهذا المفهوم في اتجاه النظرة الكلية التكاملية التنموية لسلامة الوجود الإنساني.

أما الرعاية الصحية: فهي أحد مناظير الصحة المهمة بالتدخلات الصحية التي يؤمل تحسينها لصحة الإنسان.

أما الرعاية الطبية: فإنها تقتصر على التدخلات الطبية البيولوجية (وليست التدخلات الصحية) التي يؤمل أن تحسن صحة الإنسان.

والنظرة التقليدية للصحة تغلب المدخل الأخير (التدخلات الطبية البيولوجية) والتي غالبا ما تكون ذات طابع علاجي، بما يقلص المجال الصحي المتسع إلى نطاق ضيق.

ولعله من الواجب التركيز على محددات أخرى للتعامل معها بهدف:

١. تعزيز وترقية الصحة.

٢. ومنع اعتلال الصحة.

٣. وعلاجها عند الاعتلال أو المرض.

وتلك المحددات التي يجب التعامل معها هي:

١. المحددات السياسية.

٢. المحددات الاجتماعية.

٣. المحددات الاقتصادية.

٤. المحددات البيئية .

٥. المحددات الحضارية.

أما الجبلة الجينية فهى موضوع وارد فى القرن الحادى والعشرين.

والصحة، كحالة للسلامة بأبعادها الجسدية والاجتماعية والنفسية والروحية، تتجلى فى التجنب والمعالجة والتعزيز والتأهيل، لمنع أو تقليل العجز والمرض والإعاقة، والعمل على:

- دعوة جميع أفراد المجتمع للمشاركة فى وضع تصور وأداءات الرعاية الصحية. Participation for Health Care.
- وتحقيق السلوك الصحى لتجنب عوامل الخطر المهيئة للمرض.

Health Behavior to Avoid Risk Factors

- وتحقيق السلوك البيئى السليم (السلوكيات والتوجيهات المقروءة من نمط المعيشة اليومي بما يحقق سلوكا صحيا مفيدا للفرد وللبيئة).

Ecological Behavior and Life Style

- وبما يحقق سلوكا اجتماعيا وترابطا بين الأفراد Social Behavior.
 - وكذلك سلوكا تبادليا بين أفراد المجتمع. Interpersonal Behavior
- والسلوكان الأخيران يهيئان لاختيار السياسات الصحية الملائمة لكل مجتمع، ويعززان السلوكين؛ البيئى، ونمط الأداء اليومي.

ونشير هنا إلى أهمية البيئة، والدور البيئى فى تعزيز بل وتوجيه الخدمات الصحية. ونعنى بالبيئة: المحيط حول الانسان، منذ كونه جنينا (البيئة الرحمية) إلى كونه طفلا ثم بالغا (البيئة الاجتماعية والحضارية بمكوناتها الاقتصادية والتعليمية وعلاقات العمل والتماس الحياتي الاجتماعي والسياسي).

وكل هذا يؤهل الفرد فى مثل هذا المجتمع لأن يكون راضيا داخليا بحالته، الجسدية، والنفسية، والروحية، وراضيا خارجيا بالانتماء والتوافق مع بيئته

ومجتمعه، لتوافر الحوار، والمشاركة في صناعة قرارات حياته ومجتمعه، وقدراته على إحداث التغيير بآليات متوافرة في التصميم الاجتماعي، الذي يصنعه ويشترك في صنعه.

وأخيرا لابد من أن يتوافر له، بعد كل ذلك، احتياطي من الصحة الجسدية والنفسية والعقلية، يمكن توظيفه في حالة التهديد بالخطر، أو الخطر المرضى الفعلي، ويؤدي كل ذلك إلى تحسن الصحة للفرد ولأفراد المجتمع، وإلي عمر متوقع التزايد لا تحده بقدر الإمكان عوامل بيئته، أو نقص جسيم في نظام تقديم الخدمة الصحية، وإن كان لا زال يحده ولفترة طويلة مستقبلا انعدام السيطرة على البناء الجيني البشري، وما يترتب عليه من وراثية اختلالات جسدية أو نفسية أو عقلية، تظهر في صورة أمراض وراثية، أو تظهر في صورة أساس وراثي لمعظم الأمراض التي تصيب البالغين وكبار السن لاحقا.

أهداف النظام الصحي:

للنظام الصحي أهداف ثمانية هي:

١. إطالة متوسط العمر المتوقع، ومنع الوفاة المبكرة.
٢. الإقلال من الابتعاد عن القيم والأنماط الفسيولوجية والأدائية المسماة بعوامل الخطر المهيئة للمرض.
٣. التعامل الكفء والإقلال من حدوث المرض.
٤. التعامل الكفء والإقلال من العجز.
٥. الحث على السلامة الصحية.
٦. الحث على التوافق مع البيئة، والحفاظ على سلامتها.
٧. تقوية أساليب وطرق ومعارف متعلقة بالأمراض ومقاومتها، وكيفية المحافظة على الاحتياطي الصحي لكل فرد.
٨. زيادة دور مستهلكي الخدمة الصحية والمواطنين للمشاركة في الصحة ونظمها وأنشطتها.

ونلاحظ أن جوهر النظام الصحي، في نقاطه الثمانية، يستند بالمحل الأول إلى الوقاية قبل وقوع المرض. ويقول بعض الباحثين: إن هدف الصحة أصبح معالجة الأصحاء توقيًا للمرض، بديلاً مفضلاً عن معالجة المرضى كلما أمكن ذلك. وقد برزت قضية الوقاية كموضوع رئيسي يمتد إلى ما هو أبعد من القطاع الصحي، حيث أصبح موضوعاً سكانياً وبيئياً وغذائياً، متوقياً للحوادث، ومتجنباً العوامل المهيئة للمرض، ومتباعدة عن مصادر العدوى والتلوث. وذلك يحقق عمراً أطول، وصحة أفضل، وتعاملاً أكفاً مع المرض والحوادث، إقلاقاً للعجز والعاهة، بل وتكيفاً معها عند استقرارها، وتجاوزاً لقيودها، بالتفوق عليها، وتجاوزاً لمحدداتها.

الوقاية الصحية قضية مجتمعية

ويلاحظ أن الوقاية بمعنى توقي وتجنب حدوث الأسباب والظواهر المهيئة للمرض، كوسيلة فعالة لوقف حدوث المرض وتوقي أضراره ومضاعفاته، وما يترتب عليها من إنفاق مالي من موازنة الأسرة والمجتمع، ولا يمكن أن يتحقق ذلك إلا بتغيير سلوك الأفراد والمجتمع .

(طبقاً لقائمه الأهداف الصحية الواردة في الدراسة لاحقاً)

وقد أصبحت المشكلة الصحية الأولى خارج نطاق تحكم الأجهزة الصحية، وتلك المشكلة تخص نظم إدارة الدولة والمجتمع (Governance)، والتي يتوجب أن تتم بأساليب لامركزية، بالاستناد إلى المجتمعات المحلية، ومساهمات ومشاركة كل أفراد المجتمع في تبنى السياسات الصحية الملائمة لهم، وإحداث التغييرات السلوكية المطلوبة، في الغذاء، والممارسات الرياضية، ووقف التدخين، بما يترتب على ذلك من توفير إنفاقي، قد يصل إلى نصف الموازنات المخصصة للإنفاق على الأمراض ومضاعفاتها.

إن مركز النقل، في مجال الصحة، ينتقل الآن من المؤسسات الصحية إلى السلوك المجتمعي والبيئي والتعليمي والمعلوماتية، كما ينتقل الدور المحوري فيها من مقدمي الخدمة الطبية كمعالجين إلى مقدمي الخدمة الصحية كوقائيين ومدربين

ومعلمين ومديرين ومنظمين. وأصبح توثيق المعلومات المبسطة، ونشرها على أوسع نطاق، وتدريب المواطنين عليها، هو الهدف الأساسي للممارسات الصحية.

الوقاية ودرجاتها الثلاث:

وانتقلت الرعاية الوقائية لتحل فعليا المركز الأول، لإمكان إحداث تطوير صحي حقيقي ملموس للأفراد وللمجتمع، بمعنى تعليم المواطنين، وتقديم الوقاية بدرجاتها الثلاث :

١. الوقاية الأولية: ويقصد بها توقي المرض والإصابة، بما يترتب عليه من تحسين أحوال الطرق وخاصة السريعة منها، وإجراءات السلامة لمستخدمي السيارات، وبرامج التعليم المدرسية، لغرس سلوكيات الحياة الجديدة، ووقف: التدخين واستعمال المخدرات وإدمانها، وتعميم برامج التطعيم الجبرية والإختيارية...الخ.
٢. الوقاية الثانوية: بمعنى وقف مسار التقدم للمرض أو للإصابة، وانتقالها من كونها إعاقة مؤقتة، إلى كونها عجزا وعاهة دائمة. حيث أنه بحدوث المرض أو الإصابة تكون الإعاقة قد وقعت، أما العاهة فيمكن منعها أو توقيها في هذه المرحلة الوقائية بالتدخل الطبي الملائم (مثال: إعطاء بنسلين لطفل مصاب بالتهاب بكتيري يمكن أن يمنع أو يوقف حدوثا محتملا لحمى روماتزمية، وخطر إصابة القلب وصماماته). والأمثلة بالمئات لمثل هذه التدخلات الطبية قليلة التكلفة، كبيره الفائدة والفاعلية للفرد والمجتمع. وقد نظمت جداول وأولويات لهذه التدخلات، باعتبارها من البرامج الموصى بها للدول النامية من منظمة الصحة العالمية، ومن كثير من المؤسسات والجمعيات الدولية. وتتزايد قدره المنظمات الصحية من خلال النتائج المترجمة لمشروع الجينات البشرية للتعامل مع كثير من الأمراض، سواء قبل حدوثها أو للإقلال من إحداثها للعجز والعاهة المستديمة.

٣. الوقاية الثالثة: وهى التي تمنع أو تؤخر الوصول بحالة العجز الدائم من الاعتماد على آخرين، بحيث يصل العاجز أو المعاق الدائم إلى الاعتماد على ذاته، دون الحاجة إلى الاعتماد على آخر (مثال ذلك: اكتشاف مرض السكر

مبكرا حتى يمكن أن يظل صاحبه بلا إعاقة، وفي حالة حدوث الإعاقة كحالة دائمة فمن الممكن أن يظل قادرا على الاعتماد على نفسه، ويتم دائما منع أو تأخير المضاعفات التي قد تحدث). وكذلك يتم دائما التأهيل بعد السكتة الدماغية، وأمراض القلب، لتقليل وتحجيم العجز، وتزايد إمكانية الاعتماد على الذات.

وبالطبع، فإن لمقدمي الخدمات الصحية دورا مباشرا في الوقاية الثانوية والثالثية. أما الوقاية الأولية فهي للمجتمع وتشريعاته وسلوكياته، بتوجيه من قياداته، مع دور تعليمي لمقدمي الخدمات الصحية.

١- ٢- ١- ٢- أساسيات النظام الصحي:

مقياس العدالة (Equity) ومؤشرات الصحة:

يتم قياس العدالة بمقارنة المؤشرات الصحية المتحققة، لكل فئة مجتمعية مقارنة بالفئات الأخرى، ولكل دولة مقارنة بالأخرى، ولكل مرحلة زمنية مقارنة بمراحل زمنية أخرى. وطبقا للموارد المتاحة لكل فئة تحدث تفاوتات مخرجة بمبدأ عدالة الحصول على الخدمة الصحية المتنوعة مرتفعة الكفاءة. ولذا يتوجب البحث عن آليات للوصول إلى العدالة، رغم التفاوتات الاقتصادية والاجتماعية والحضارية، وذلك من خلال دراسات تمهيدية تحقق:

أ - حصر المؤشرات الصحية الأساسية.

ب - تحديد المؤشرات كأرقام ونسب على مستوى الدولة:

- المؤشرات الكلية كمتوسط عام.
- المؤشرات مقارنة بدول مماثلة.
- المؤشرات كمستهدفات على فترات زمنية، شرط توفير المتطلبات المادية والبشرية.

ج - تحديد التفاوت في المؤشرات بين:

- المحافظات.

• الريف والمدينة.

• السن.

• الجنس.

• التعليم.

• المستوى الاقتصادي.

• المستوى الاجتماعي.

• التحضر.

د - دراسة توزيع الموارد:

• كمتوسط:

▪ على مستوى المحافظة.

▪ على مستوى الفرد.

• طبقا للمؤشرات، وما يتطلبه التصحيح من استثمار بالوحدات الصحية،

وإنفاق جار للتشغيل السنوى بما يتطلبه ذلك من توفير المدخلات وأنظمة التشغيل والإدارة.

• طبقا للاحتياجات الإنسانية والتنموية (أولويات).

هـ - دراسة كفاءة الأداء وفاعليته

• المخرجات ومردودها المجتمعى: إنسانية الخدمة، ومدى رضا المنتفع،

والمؤشرات المجتمعية المتحققة.

• التنظيم.

• الإدارة.

• العمليات.

ولا يتوقع الوصول إلى معايير أو مقاييس تمكن من القياس السليم لمدى تحقق

العدالة، إلا إذا تم استخراج البيانات والإحصاءات (أو علي الأقل تمت مسوح علمية

وأفوية) التفصيلية المتعمقة، طبقاً للتقسيمات الأساسية والفرعية للموارد والمجموعات البشرية، وطبقاً لمستوياتها الديموجرافية والاقتصادية والاجتماعية والحضارية، ومدى تحقق جودة وكفاءة مجمل نظم تقديم الخدمات الصحية وتفصيلها، عندئذ فقط يمكن تحديد المعايير الدقيقة لقياس عدالة الخدمة.

الإتاحة لحصول كل مواطن علي نصيب عادل من الصحة:

لا يتحقق العدل في الإتاحة إلا بتغطية الفجوات التمايزية.

ولتغطية الفجوات يتوجب تعديل توزيع الموارد.

ولكن أى موارد؟ إنها بالطبع موارد الخدمات ككل في تناسق مع الإنتاج والتجارة.

ولما كانت الصحة هي المنتج الرئيسي للتنمية وللتقدم، وهي أيضاً محصلة للخدمات ككل، ومطلوب تحسينها باستمرار، وتوسيع مجالها إلى مجالات البيئة والمرافق والمجالات السكانية والإسكانية والخدمات الأخرى الضرورية للتنمية البشرية. فإن ذلك يؤدي إلى حتمية توظيف التمويل المتاح:

١ - في القطاع الصحي.

٢ - حول القطاع الصحي في المجالات المتعلقة بالآتي:

- السكان.
- التلوث (البيئة).
- التغذية.
- المرافق (مياه / صرف / فضلات).
- ٣ - في الخدمات علي اتساعها خاصة في:
 - التعليم.
 - تحجيم البطالة (العمل).
 - تحجيم تزايد الإسكان.
 - توفير أوسع شبكة للمواصلات والطرق.

ولذلك ينبغي أن لا نراعي فقط، حسن توزيع الموارد المتاحة والعمل علي تزايد متدرج في حصة الصحة التمويلية، إنما أن نراعي أيضا تزايدا تمويليا موازيا لقطاعات الخدمات الأخرى، خاصة الخدمات ذات الطابع الاجتماعي المحققة للتنمية البشرية. ولا يتوقع أن يتاح الولوج للحصول علي الخدمة الصحية بالتساوي لعموم المواطنين إلا إذا توافر شرطان:

الأول: توفير التمويل لقطاعات الخدمات والتنمية البشرية، ورفع نسبة الإنفاق وصولا إلى المتوسطات العالمية (كنسب مئوية من الناتج المحلي الإجمالي).

الثاني: أولوية توزيع تلك الموارد المتزايدة: للمحافظات (غير الحضرية)، والفئات (الفقراء وغير المتعلمين)، والقطاعات الصحية (الوقاية والرعاية الصحية الأولية)، والمناطق الريفية (ريف الوجه القبلي، ثم ريف الوجه البحري). كما يتوجب مراعاة إتاحة نصيب عادل وملائم للفئات الحساسة (الأمهات والأطفال والمسنين).

البعد المؤسسي لخيارات النظام الصحي:

ولعل البعض يتصور ذلك البعد بعيدا عن أساسيات النظام الصحي، ولكن الواقع أن فهمه أصبح ضرورة يهتم بها المنتفع بالخدمة، مثلما يعرفها جيدا مقدمو الخدمة من أطباء وممرضات وفنيين وإداريين. فاليوم تقدم المنظمات الصحية المتعددة خططا صحية متعددة Health Plans لكل منتفع، وعليه أن يختار من بينها ما يناسبه، ومن هنا أصبح من المحتم علي من يتصدى لاختيار الخطة الصحية التي يفضلها أن يكون ملما بالآتي:

- النظم الصحية المتاحة في الإقليم الذي يعيش فيه.
- تنظيم وإدارة وطرق تمويل تلك النظم، وما قد يتحملة ذلك التنظيم من تكلفة أو مساهمات.
- مستويات الرعاية الصحية المتعددة والمتاح منها في إقليمه.
- المنظمات المتنوعة والوحدات المتعددة داخل كل من تلك المنظمات.
- معلومات كافية عن وحدات تقدم الخدمة الصحية والعاملين فيها ومستواهم المهني والفني.

تصنيف النظم الصحية كإدارات صحية:

يمكن النظر إلى الصحة وتصنيفها من أكثر من زاوية. فمن زاوية الإدارة يمكن النظر إليها كقطاعات نوعية، أو كتبعية وزارية، أو كوجود مكاني جغرافي وإقليمي طبقا لأنشطة واقتصاديات كل إقليم. كما يمكن النظر إلى الصحة من زاوية النظام ذاته، أو من زاوية أساليب ونظم التمويل، أو من زاوية طرق وأنظمة الممارسة المهنية وهي الأكثر شيوعا.

قطاعات نوعية:

١ - الصحة قطاعات ثلاثة من منظور رأسى:

الحكومي، والعام، والخاص.

٢ - التبعية الإدارية:

الصحة تتوزع في عدة وزارات وهيئات:

- وزارة الصحة وهيئاتها.
- التعليم العالي ومستشفياته الجامعية.
- القوات المسلحة والشرطة (المنظمات الصحية بوزارتي الدفاع والداخلية).
- وزارات أخرى (الصناعة- الأوقاف - الكهرباء- المواصلات..).

٣ - الأماكن الجغرافية:

الخريطة الصحية تتباين طبقا لوضعية التمدن، والتوزيع الجغرافي، علي

أساس:

قطاعات التمدن: أربعة قطاعات:

أ - محافظات حضرية: القاهرة/الإسكندرية/بورسعيد/السويس

ب - محافظات وجه بحرى

ج - محافظات وجه قبلي

د - محافظات صحراوية

قطاعات جغرافية: ٩ قطاعات:

القاهرة الكبرى - غرب الدلتا - وسط الدلتا - شرق الدلتا - القناة - سيناء
- شمال وجه قبلى - جنوب وجه قبلى - صحراوى.

٤ - أنشطة اقتصادية:

تتباين الخريطة الصحية في كل محافظة طبقا للنشاط الاقتصادى فيها:

- محافظات زراعية (الأغلبية)
- محافظات صناعية
- محافظات مختلطة زراعية / صناعية
- محافظات ذات طابع خدمي وتجارى.

٥ - أنظمة الدفع:

تتم الخدمات الصحية بأجر أو بدون طبقا للآتي:

- المجاني.
- العلاج الاقتصادى بالمستشفيات والوحدات المجانية.
- العلاج التأميني الحكومي والخاص.
- العلاج بأجر (بالفاتورة) شبه الحكومي والخاص.

٦ - أنظمة الممارسة المهنية:

- الصحة الوقائية:
 - الصحة العامة (جبرية).
 - صحة الفرد والأسرة (اختياريه).
 - التثقيف والوعى الصحى (محدود).
- الصحة العلاجية:
 - وحدات بدون أسرة (خاص / حكومية / شبه حكومي).
 - وحدات بأسرة (خاص / حكومية / شبه حكومي).
 - (ثانوى - ثالثي - تعليمي - جامعي).

- صحة ذات طبيعة خاصة:
 - مزيج من الوقائي والعلاجي.
 - مراكز خاصة .
- الصحة التأهيلية:
 - لما بعد المرض والإعاقة.
 - لتعديل نمط الحياة: غذاء، وممارسة للرياضة، واكتساباً أو استعادة لعادات صحية وسلوكية سليمة.
- التنقيف الصحي:
 - لتعميم المعلومات والمعارف الصحية والبيئية علي جميع السكان.
 - لرفع الوعي الصحي والبيئي في المدارس والمنظمات المجتمعية.
 - لإمداد المرضى المسنين والمزمنين وذوي الإعاقة بالمعلومات الواقية لتعظيم قدرتهم علي التعامل مع المرض.

تصنيف الصحة كـرعاية صحية:

- نوضح في الفقرة التالية ثلاث نقاط توضح النظر للصحة من منظور الرعاية الصحية هي:
- مستويات الرعاية الصحية.
 - مقدمو خدمة الرعاية الصحية في كل من تلك المستويات.
 - تصنيف الصحة كمنظمات لتقديم الرعاية الصحية.

أولاً : مستويات الرعاية الصحية:

١ - الرعاية الوقائية : Preventive Care

أ - التعليم .

ب- الوقاية:

الأولية - الثانوية - الثالثة

٢ - الرعاية الأولية : Primary Care

- أ - الاكتشاف المبكر .
 - ب - الرعاية الروتينية بجانبها الوقائي والعلاجي .
- طبقا لبرامج الرعاية الصحية الأولية بمحاورها الأربع:
(الاجتماعية - الفردية - العيادات الخارجية- المستشفيات الأولية).

٣ - الرعاية العلاجية الثانوية : Secondary Care

- أ - خدمات الطوارئ.
 - ب- الرعاية بالمستشفيات.
- (للتشخيص - والعلاج بتنوعاته الروتينية)

٤ - الرعاية العلاجية الثالثة: Tertiary Care

- أ - خدمات الطوارئ المعقدة.
 - ب - الرعاية بالمستشفيات للحالات ذات الطبيعة الخاصة
- بما تتطلبه من تكنولوجيا متقدمة وتخصصات متنوعة ودراسة واسعة
يستفاد منها لتغطية منطقة واسعة (مديرية صحة مثلا).

٥ - الرعاية التأهيلية (إعادة التكوين) : Restorative Care

- وهى المرحلة الوسيطة لمتابعة الرعاية الطبية:
- رعاية ما بعد العمليات الجراحية.
 - الرعاية الطبية الروتينية.
 - التأهيل.
 - الرعاية المنزلية.

٦ - الرعاية المستمرة : Continuing Care

- الرعاية طويلة المدى لحالات المرض والعجز النفسى والعقلي.
- الرعاية للمرضى بحالات مزمنة.

- الرعاية الصحية الشخصية.
- رعاية المرضى المسنين.

ثانيا : مقدمو الخدمات الطبية في مستويات الرعاية الصحية:

١ - الرعاية الوقائية (تعلّما وتدريبًا ومعلوماتًا ومتابعة):

- العاملون في الأمراض المعدية.
- العاملون في تنظيم الأسرة والصحة الإنجابية.
- العاملون في مراكز السموم المعلوماتية وغيرها من مراكز المعلومات المركزية والتحكم الإحصائي وغيره.
- العاملون في تعليم رعاية الأطفال والأمهات الحوامل.
- العاملون في تعليم رعاية الصحة المدرسية.
- العاملون في تعليم فحوص الرعاية الأولية.
- العاملون في برامج التطعيم.

٢ - الرعاية الأولية (رعاية وقائية وعلاجية وتثقيفية ، ممارسة وإحصائيا):

- الممارسون كأفراد ومجموعات إن وجد (الوحدات العامة والخاصة).
- العاملون بأقسام المستشفى الخارجية (الرعاية العلاجية الثانوية).
- العاملون بالمراكز الحضرية والريفية والمستشفيات القروية.
- العاملون في الوحدات الصحية بالشركات والمصانع.
- العاملون في الوحدات الصحية لرعاية أطفال المدارس وشباب الجامعات.
- العاملون بالوحدات الثابتة والمتحركة لفحوص وجراحات محدودة وعلاجًا بسيطة.

٣ - الرعاية الثانوية:

- تشمل العاملين فى:
- أقسام الطوارئ بالمستشفيات.
- مراكز الخدمة الطارئة بالطرق أو محطات بمناطق منعزلة.

- خدمات مستشفى تقدم لمرضى مترددين (مثل الغسيل الكلوي).
- خدمات الأشعة التشخيصية والعلاجية / خدمات المناظير..
- خدمات التصوير الإشعاعي / خدمات المعامل...
- خدمات الأقسام الداخلية ذات الطبيعة العامة أو الباطنية أو الجراحية.

٤ - الرعاية الثالثية:

تشمل العاملين في المستشفيات التخصصية وذات النوعية الخاصة والمستشفيات التعليمية والجامعية.

- مستشفيات عامة عالية التخصص.
- مستشفيات جامعية.
- مستشفيات ذات طبيعة خاصة (حميات / درن / نفسه ..).
- المراكز الأكاديمية والإكلينيكية عالية التخصص والمهارات.

٥ - الرعاية التأهيلية:

تشمل العاملين في:

- خدمات الرعاية الصحية الوسيطة.
- خدمات رعاية للمرضى المترددين.
- خدمات رعاية مرضى المنازل سواء المقدمة في المنظمة او الواصلة إلى المنزل.
- خدمات الرعاية التأهيلية لاستعادة الوظائف والوقاية بدرجاتها.

٦ - الرعاية المستمرة:

- العاملون في المستشفيات طويلة مدد الإقامة (الرعاية للأمراض النفسية والعقلية والجدام والعجز والإعاقة).
- العاملون في مستشفيات المسنين ووحداتهم الأيوائية والخاصة.
- العاملون في منظمات المرضى المزمنين ومراكزهم الخاصة.

- العاملون في المنظمات التعليمية الخاصة برعاية النوعيات الخاصة (إعاقة وعجز..).

ثالثا: أنواع المنظمات الصحية يمكن تصنيفها على أساس:

(١) محور الربح المنظم :

أ - منظمات هادفة للربح:

- للمالكين.
- لتعزيز الخدمات المقدمة من المنظمة أو الإرتقاء بجودة خدماتها أو التوسع في أدائها (لا يدفع الربح لأفراد).

ب - منظمات لا تهدف إلى الربح:

- المنظمات الحكومية (تنفق الحكومة عليها).
- المنظمات التي تمولها الحكومة جزئيا وكليا.
- منظمات حكومية تدار على نمط الموازنات التجارية للمنافسة مع القطاع الخاص والتحكم في أسعار الخدمة الخاصة.

(٢) محور الملكية:

أ - الملكية الخاصة والتعاون:

- جمعيات دينية.
- جمعيات أهلية.
- محليه (بيئية ومجتمعية).

ب- الملكية العامة والحكومية:

- العيادات والمنظمة الصحية التابعة للدولة والملكية العامة: (في الحي أو الشياخة، في المصنع أو الوحدة).
- المستشفيات التابعة للدولة والملكية العامة.
- المستشفيات الجامعية التابعة للدولة ولأغراض إضافية للبحث والتعليم.

ج - الملكية الخاصة : (الفردية أو الاستثمارية أو المساهمة):

• عيادات.

• منظمات ومراكز صحية وطبية.

• مستشفيات.

د - الملكية العامة : ذات الطبيعة الخاصة (بوزارتي الداخلية والحربية).

(٣) محور مدة إقامة المريض في المنظمة:

• الخارجي : جديد أو متردد ، بما لا يزيد علي ٢٤ ساعة في الوحدة

"وحدات ومستشفيات اليوم الواحد"

• الداخلي : ما يزيد علي ٢٤ ساعة :

• نو الطبيعة قصيرة المدى (الحادة نسبيًا) والمدة أقل من ٣٠ يوم (وتقاس

مدة الإقامة بالأيام).

• نو طبيعة طويلة المدى حيث تزيد مدة إقامة المريض علي ٣٠ يوما

(وتقاس مدة الإقامة بالأشهر).

(٤) محور دور الوحدة في نظام الخدمة الصحية:

• الدور الصحي القروي وحدات ريفية / مراكز ريفية.

• مراكز صحية حضرية / مكاتب صحة / صحية مدرسيه / رعاية أمومة

وظفولة / عيادات ممارسين / عيادات مجعه / عيادات مراكز إصابة

عمل.

• دور إقامة لكبار السن NURSING HOMES عادة بأسرة ذات طابع

إيوائي.

• عيادات خارجية وتخصصية (حكومية وخاصة وتعاونية لأغراض متعددة).

• مستشفيات مركزية متنوعة الأغراض.

• مستشفيات أساسية / تخصصية / تعليمية / جامعية / عسكرية.

• وحدات وقائية متخصصة لأداء الخدمات الوقائية والوبائية والمعدية.

• مراكز ومعامل متخصصة بيئية أو إكلينيكية.

- وحدات تنظيم أسرة.
- وحدات إسعاف ووحدات خدمات الطوارئ بالمستشفيات بأنواعها.
- منظمات ووحدات للمعوقين سمعيه وبصريا وحركية.
- مصحات للأمراض والرعاية النفسية والعصبية والحركية.
- مصحات لمدمني المخدرات.

١-٢-٢ مؤشرات "تقييم المنظومة الصحية":

مداخل التقييم:

١. من مدخل المريض وإشباع الخدمة لحاجاته ومتطلباته.
٢. من مدخل مقدم الخدمة وشعوره بالانتماء والرضاء.
٣. من مدخل النظام وعدالته.
 - وكفاية موارده.
 - وفاعليته (عمليات جيدة).
 - وكفاءة تشغيله (عمليات مرشدة).
 - ومخرجاته الملائمة.
٤. من مدخل المحيط المجتمعي بمعنى ديمقراطية الإدارة، ومشاركة السكان في إدارة وتطوير شئون الصحة والسكان والصحة الإنجابية والتغذية والمرافق الصحية وتحميم التلوث.

قياس إتاحة الخدمة الصحية:

١. الإتاحة الفيزيائية: وتقدر بالمسافة المعقولة (ألفان من الأمتار) التي تبعد فيها الوحدة الصحية عن أبعد مواطن مسجل عندها.
٢. الإتاحة للخدمات الفاعلة: القدرة على تقديم خدمة مرضية، سليمة مهنيا، وفي التوقيت الملائم.
٣. التسلسل الكفاء لتحويل الحالات: كمساند رئيسي للإتاحة.
 - الوسيلة المناسبة لانتقال المريض.

- في التوقيت الملائم.
- بغض النظر عن القدرة المادية.
- إلى الجهة الصحيحة المرضية.

التمويل " قيد على عدالة الخدمة في الدول النامية ":

مصادر تمويل الخدمة الصحية المحتملة:

- الحكومة (مباشر أو غير مباشر).
- صاحب العمل .
- النقابات والروابط.
- ضرائب مخصصة (عامة أو محلية).
- التبرعات والهبات والمنح الدولية والمحلية.
- صناديق التأمين (إسهامات صحية).
- غرامات موجهة كحصيلة للصحة.
- حصة أو تغطيه كاملة من الجيب:
 - إما بمبلغ مقطوع أو بدفع جزء ثم يكمل لاحقاً.
 - وإما بنسبه مئوية من الدخل (إذا أمكن) أو الأجر.

مصادر التمويل الفعلية:

مزيج من أكثر من طريقة:

- ثمره للممارسة (تجربة وخطأ) شائع
- تجارب مستفاد منها قليل
- تخطيط ودراسة نادر

الصحة حق، وحق دستوري:

تفاوت النظرة:

- حق نظري وتطبيق غير عادل (متفاوت).

- البعض (يرى أنها) حق للخدمة الأساسية.
 - وما بينهما: بمزيج متفاوت من التمويل من أكثر من مصدر للصحة ككل.
- هدف يسعى إليه أو عملية تتشكل في الواقع اليومي.
- موقع الصحة في أجندة الدولة : هل تقع تمويليا في قمة الأهداف أم أنها ذيليه ؟
- موقع اللامركزية وديمقراطية المشاركة: في مواجهه المركزية والتعليمات المهنية والإدارية.

الخطة التمويلية الحكومية والخاصة وتشكيلها المتفاوت:

- طبقا للمخطط.
 - وطبقا للنظام السياسي.
 - وطبقا للخدمة المستهدفة.
 - وطبقا للشريحة التي يستهدفها التطبيق.
- وبدائل الخطة كثيرة بدخول وسيط بين الحكومي والخاص (شبه حكومي وشبه خاص).

هل هناك تناقض بين العدالة المستهدفة والفاعلية والجودة؟

هل هناك برامج تظل رأسية ومركزية (إلزام دولة مثل التطعيم، تنظيم الأسرة، المياه، الصرف..) أم أنها تفوض لإختصاصات إقليمية لكن تظل حكومية، مع أخذ التغيير وتغيير الأفراد الدائم في الحكومة كظاهرة، أم أنها تصبح بالكامل إختصاصا محليا يعزز مركزيا بصفة مؤقتة خلال فترة الانتقال.

المشاركة الديمقراطية (أو ديمقراطية المشاركة) والقطاع الأهلي:

موقف الحكومات من الجمعيات المنظمات الأهلية:

أغلبها يرى دعم ومساعدة وزيادة عدد جمعيات الخدمات، ذات العقلية الخدمية. ولكنها تعارض وتقلص دور جمعيات الرؤية السياسية، والتنظيمية للأشطة الإنتاجية والخدمية، حيث تعتبر الأخيرة تهديدا لسلطوتها.

هل تطلق الحكومات دور المنظمات الأهلية :

- دون إحتواء ؟
- دون تقليص لدور بعضها ؟
- دون السيطرة عليها بكوادرها ؟
- دون هيمنة السلطة الإدارية لإعلان قيامها ووقف نشاطها ؟

قوة الجمعيات تستمد من:

١- مشروعية سعيها لتصحيح أوضاع ظالمة.

٢- مهارة وخبرة أعضائها.

٣- دعم الفئات والقوى المستفيدة.

البعض يرى الصحة وظيفة أدائية للمشاركة الديمقراطية عالميا ومحليا، حيث أن الصحة والتنمية البشرية هما روافع التكامل والتكافل، وإزالة العوائق، في المجتمع وقطاع الخدمات.

والمنهج يستند إلى مشاركة الإقليم وسكانه COMMUNITY BASED APPROACH وإشراكهم لدفع البرامج الهادفة لخدمة سكان الإقليم، خاصة في مجال الرعاية الصحية الأساسية كنظام، وكمبادرة للإحالة إلى المستشفيات والعلاج التخصصي، وتخليق نظام إحالة يرتضيه المشاركون والمشترون، مع السعي لتوظيف القطاعات الأخرى وتكوين علاقات دافعة لتحقيق أهداف البرامج الصحية الأساسية.

الدور الإقليمي والدور الكوكبي للإصلاح الصحي:

دور الكوكبية:

- ذات الأيدلوجية الرأسمالية.
- ذات القدرات المالية الهائلة.
- ذات القدرة على فتح الباب للعلاقات مع دول أخرى ومنظمات.

• ذات برامج للإصلاح والتثبيت الهيكلي.

• ذات ارتباط باتفاق التجارة (الجات) غير المواتي للدول النامية.

مثل صندوق النقد الدولي، والبنك الدولي، ومنظمة التجارة العالمية، وبنك التنمية الأفريقي، وحتى بعض منظمات الأمم المتحدة المختلفة في كثير من الأحيان، وكل الجهات ذات التاريخ والتجارب غير الملائمة مع الدول النامية.

وتتباين نظرة القوى المحلية إلى تلك المنظمات بدءاً من: المستوى التوافقي إلى مستوى الرفض.

ولكن الحكومات تفتقد الرؤية، وقدره القرار، والكوادر المدربة، والخبرة المحلية. فتخضع وتتقاتل للحصول على المعونات بغض النظر عن الثمن.

هل يمكن تحقيق تكامل إقليمي للدول النامية لإبتكار الحلول الصحية الملائمة، والإصلاح الصحي الملائم، وبما يتفق والمحافظة على الأسس المحلية، وتنمية الروابط الاجتماعية القائمة بدلاً من تفكيكها في زمن العولمة.

وأخيراً هل يمكن للقطاع الأهلي أن يحاول ما فشلت فيه الحكومات ؟

أهداف مستقبلية وطنية محدودة مستهدفة في زمن الكوكبية:

- إتاحة الحصول على الخدمة الصحية (كعاية صحية): خاصة للمناطق الريفية، وضواحي المدن وما حولها، والمناطق الهامشية (العشوائية).
- إتباع سياسة تمويلية محققة للعدالة في القطاعات الاجتماعية المختلفة: ففي القطاعين العام والخاص، في الريف والحضر، عادلة للفقير مثل الغني.
- توزيع الإمكانات طبقاً لمعايير العدالة والإحتياج سواء إمكانات بشرية أو مادية كاستثمار أو كموازنات جارية (دوائيات ومسلزمات كجزء من التمويل الجارى). ولا يتم ذلك إلا بعد مراجعة الموقف الصحي الحالي، وتخليق البرامج الملائمة للأنشطة المعدلة.

المعلومات والمؤشرات الصحية اللازمة لقياس مخرجات الخدمة الصحية:

تقاس الخدمة الصحية، طبقاً لرؤية منظمة الصحة العالمية، بواسطة مؤشرات نواتج تشغيل فعلية، عددها حوالي ٧٣ مؤشراً تقيس مخرجات الأنشطة الصحية، وتحدد كفاءة نظام تقديم الخدمة في كل بلد من البلدان، كأسس أولية وأساسية. وترتكز كل المؤشرات إلى تنظيم يجمعها في ثمانية مجموعات.

المجموعة الأولى: تتعلق بالتوجهات السياسية للنظام الصحي، وهي ترتبط بالأهداف القومية السكانية المتعلقة بالخصوبة والزيادة السكانية.

المجموعة الثانية: تتعلق بالتوجهات الاقتصادية والاجتماعية والسكانية والتغذية، وموقفها الحالي في كل بلد من البلاد، ونمط المعيشة التي يحياها الفرد، قروياً كان أو مدنياً في البلد موضع الدراسة.

المجموعة الثالثة: تتعلق بالصحة والبيئة، موضحاً بها كيفية التعامل مع أضرار البيئة، وحماية السكان من تلك الأضرار، وتدرس الإمداد بالمياه النقية، ووسائل الصرف الصحي، والتخلص من الفضلات.

المجموعة الرابعة: تتعلق بالموارد الصحية سواء البشرية أو المالية أو البنية التحتية للمنظمات والوحدات، وتوفير قوائم العقاقير الأساسية وغيرها من الأدوية والإسهامات الدولية والمشاركة في الصحة.

المجموعة الخامسة: تتعلق بنمو النظام الصحي وتطوره. ومن هنا فإنه يرتبط بالسياسات الاستراتيجية، والتعاون بين القطاعات الصحية، وتنظيم القطاع الصحي وقطاعاته الرأسمية والأفقية، وتصل إلى العمليات الإدارية المتبعة في القطاع، ونظم المعلومات الصحية، ودور الإقليم وسكانه، والاستعدادات الصحية للطوارئ، وأخيراً الأبحاث الطبية والتكنولوجية.

المجموعة السادسة: وتختص بقراءة الخدمات الصحية الناتجة من النظام المطبق فيما يتعلق بالتعليم الصحي، والثقافة الصحية، ورعاية الأمهات والحوامل والأطفال، في مختلف المراحل السنوية، والبرامج والبروتوكولات والإجراءات

المتبعة في هذا القطاع، وكذلك بالتطعيم والتحصين والبرامج المطبقة، والوقاية والتحكم في الأمراض المتوطنة، وعلاج الأمراض الشائعة والحوادث.

المجموعة السابعة: وتشمل مؤشرات تتعلق بالموقف الصحي القائم حالياً، من ناحية معدل الإصابة بالأمراض حسب تصنيفاتها، والعمر المتوقع عند الميلاد، وعند بدايات سن معين، واتجاه الوفيات ومسبباتها ومعدلاتها الكلية والنسبية.

المجموعة الأخيرة (الثامنة): وتدور حول مؤشرات النظرة المستقبلية، بما نسميه التقدير الكلي للموقف الصحي الشامل والمقولات الصحية الاستراتيجية، ثم الانتقال إلى النظرة المستقبلية، وأخيراً الوصول إلى الاستراتيجيات الصحية المقترحة، ونظام الإصلاح الصحي المقترح فيما يتعلق:

- بتنظيم وإدارة الخدمات الصحية.
- بنظام تقديم الخدمات الصحية.
- بنظم التمويل الصحي والدفع لمقدمي الخدمة.
- بالتنفيذ التجريبي، وتحديد عوامل النجاح والتنفيذ الشامل للنظام الصحي والمقترح.
- بدعم ومساندة القدرات التشريعية والمؤسسية والتأمينية.
- بتنمية القوة البشرية.
- بإدارة قطاع الأدوية والإمداد بالعقارات والمستلزمات الطبية.
- بإعادة بناء التأمين الصحي والنظم التأمينية الأخرى.

مشاكل الصحة:

أ - من وجهة نظر المريض:

- ضعف المعلومات لديه عن النظام والبدائل والخيارات.
- عدم الرضاء (في إطار الرضاء بما قسم له فقط).
- عدم القناعة بالعلاج الحكومي والمجاني.
- عدم القدرة رغم الرغبة في الحصول علي خدمة القطاع الخاص.
- العلاج الحكومي أصبح مكلفاً (شراء مستلزمات وأدوية).

ب - من وجهة نظر العاملين بالخدمات الطبية:

- السلبية (أداء الحد الأدنى "على قد فلوسهم").
- عدم الرضاء عن الدخل المتولد (وتوليد الدخل بالاستقلال).
- المحسوبية والتوصيات (محرك للتشغيل).

ج - مهنيا: ضعف النظام وتجزئته: كإدارة/ وتمويل/ وأداء/ ومنتج/ وانتماء. مما يترتب عليه هجرة العقول، أو البحث عن التعويض من خلال العمل الخاص (ومزجه أحيانا بالعمل الحكومى).

د - النمو والتنمية : محدود، حيث الإسهام الجامعى محدود: بحثا - تعليما - تدريبيا.

هـ الإسهام الأجنبي: إسهامه فى التطوير محدود، وغير دارس للواقع المحلى جيدا (ويستند إلى النقل من تجارب أخرى).

الصحة والخصائص السكانية:

صحة أفضل فى عام ٢٠٢٠:

إن نظرة نحو قوم افضل صحة فى أعوام مستقبلية تستند إلى تحديد المجموعات السكانية الحالية الأفضل نصيبا، حيث متوسط أعمارهم أطول، ونسبة أمراضهم أقل، وحالات العجز بينهم أقل، ويتبع ذلك تحديد الفجوة بينهم وبين المتوسط العام للسكان، ثم تحديد العوامل التي أعطت تلك المجموعات السكانية وضعاً متميزاً، وأخيراً التخطيط لإكساب السكان عامة تلك العوامل التي أدت إلى تحسن المستوى الصحي لتلك المجموعات السكانية المتميزة. ويجب أن يتم التركيز على المجموعات السكانية الأقل حظاً، والأدنى نصيباً، حيث تتوافر العوامل العكسية، التي تؤدي إلى تدنى أوضاعها وخصائصها السكانية، وحيث أن تحسين تلك العوامل يؤدي إلى دفع المتوسط السكاني العام لتحسين خصائصه الصحية. وتعتبر تلك المجموعات ذات الخصائص السكانية المتدنية مجموعات سكانية مهياة بعوامل المخاطرة بما يترتب عليه من تردى أوضاعها العامة، والصحية خاصة.

وللوصول إلى ذلك لابد من:

- تحديد الأسس المعلوماتية، أي توافر قاعدة معلوماتية عن المجموعات السكانية، خاصة تلك المعرضة للخطر والمخاطر .
- تحديد الأسس المجتمعية، وتمييزها عن الأسس الإكلينيكية لكل من تلك العوامل المهيئة للخطر، حيث أن التعميم داخل كل مجموعه، قد يؤدي إلى أخطاء في القراءة التحليلية لتلك المجموعات السكانية .

وتتحدد تلك العوامل فى:

١. أماكن المعيشة.
٢. مستوى التعليم.
٣. مستوى الدخل.
٤. الأقليات السكانية.
٥. العاهات والعجز.
٦. الجنس.
٧. السن.

وغالبا ما تتحدد بعض أو كثير من هذه العوامل في مجموعه سكانية، بمستوى معين دخلا، وتعلما، وتعيش في مكان مهمش، أو يكون أفرادها من ذوى العاهات.

إن مقارنة بين أوضاع هذه المجموعات حاليا ومستقبلا قد يعطى دلالة أكثر وضوحا، عن توجهات السيناريوهات المختلفة للتعامل مع هذه المجموعات المتدنية، وكيف يتسنى لتلك السيناريوهات أن تدفع أخيرا في اتجاه تحسين المعدل العام للعمر، والمرض، والإصابات، والعاهات، والوفيات.

إن من يحصلون على دخل منخفض يقل عن ١٠٠ جنيها شهريا للفرد (١ دولار يوميا بقدرة شرائية تزيد بمقدار ٨٠% عن القدرة الشرائية للدولار في بلاده)، والذين ترقى نسبتهم في مصر إلى ٤٨% من السكان، لهم في الحقيقة من يعيشون في الأرياف، أو في المناطق المهمشة في المدن الحضرية، أو حتى في

بعض أحياء الشرائح الدنيا من الفئات الوسطى، وهم الذين يجب دراسة تفاصيل حياتهم، المعيشية والصحية، وتحديد العلاقات الإحصائية المتعلقة بخطى الفقر الأدنى والأعلى.

وتشمل تلك الشريحة العاطلين، ومن يحصلون على أجور أقل، ومن يعيشون في منازل وأحياء هامشية، والأسر فاقدة العائل، بل قد تمتد هذه المظلة إلى الأسرة متدنية الدخل من أبناء الشرائح المجتمعية الوسطى.

إن التناقض يكون أكثر وضوحاً، إذا ما قورنت الأسر ذات الدخل المنخفض بالأسر ذات الدخل المرتفع، من زاوية المؤشرات الصحية، حيث تشير جميع تلك المؤشرات، دون استثناء، إلى تناقص نصيب الأسر متدنية الدخل من الصحة والعمر والسلامة.

ونشير هنا إلى أهم تلك المؤشرات التي يجب مقارنتها حالياً بما ستكون عليه مستقبلاً في كل من السيناريوهات المطروحة للحوار وهي:

- أمراض القلب.
- الأورام خاصة، أورام الفم والمرئي والمعدة، الرئة، عنق الرحم، البروستاتا.
- الأمراض المعدية والوبائية / شبه الوبائية.
- الدرن.
- الإصابات خاصة، الحوادث في الطرق، التسمم، الضعف الأسرى، الجريمة، إساءة استخدام الأطفال، إهمال الأطفال، الغرق، السقوط من ارتفاع، الحريق، الخنق والاختناق.
- وفيات الأطفال: حديثي الولادة، والرضع، ودون سن الخامسة، ولعله أدق مؤشر في حالة الاعتماد على مؤشر وحيد.
- متوسط العمر المتوقع.
- نقص مواد غذائية ضرورية بكميات ضئيلة، مثل اليود، الحديد.
- زيادة مواد ضارة حتى بكميات ضئيلة، مثل الرصاص في دم الطفل والبالغ.

- معدل القزمية، ونقص الوزن، والهزال.
- قياس التخلف العقلي ودرجاته ومسبباته.
- تحديد أيام العجز في المراحل السنوية المختلفة، وكذلك أيام نقص النشاط وما يترتب عليه من سنوات العمر الضائعة بسبب العجز أو المرض.
- التدخين.
- السمنة.
- الفحوص الدورية.
- خدمة ما قبل الولادة للسيدات الحوامل، وخدمة الولادة.
- خدمة الأطفال الرضع.
- الرعاية الصحية التأمينية للأطفال والبالغين (أو للأسر والمجتمع).
- وأخيرا تسوس الأسنان في الأطفال والبالغين.

إن هذه المؤشرات تحتاج إلى دراسات تفصيلية، لتحديد واقعها الآن، ليس على المستوى القومي فقط، وإنما أيضا على مستوى دراسة تفصيلية، لكل شريحة مجتمعية، طبقا للتقسيمات التي أشرنا إليها، ومقارنة ذلك بما ستصبح عليه كل من تلك المجموعات بعد عشرين عاما، وتصور مجهودات كل سيناريو من السيناريوهات الخمس المشار إليها في نطاق المؤشرات المطروحة لكل مجموعة وليس على مستوى المتوسط القومي العام فقط.

تغير الخريطة السكانية ونمط الأمراض السائدة:

يتميز القرن العشرون بتغير في:

١. كم السكان.
٢. خصائص سكانية.
٣. نمط الأمراض السائدة.
٤. تحول في أسباب الوفيات.

وكان أوضح تغيير في الدول النامية، ومن أبرز أمثلة هذا التغيير ما حدث في مصر حيث:

- زاد عدد السكان إلى أكثر من ستة أمثال.
- وتغيرت الخصائص السكانية.

وبالرغم مما حدث في تغيرات في السكان، ونمط الأمراض، وأسباب الوفيات، ومتوسط العمر، فإن مشاكل مميزة ظلت موجودة، بعضها من بقايا القرن المنصرم، والأخرى نتيجة للتحوّل الذي حدث في مصر في النصف الثاني من القرن العشرين، ويتوقع أن يستمر خلال الربع الأول من القرن الواحد والعشرين، حيث تتفاوت توقعات التعامل معها، طبقاً لتوقعات حكم الدولة والمجتمع *governance* والحكومة السائدة.

وتلك المشاكل هي:

- مازالت الأمراض الوبائية المعدية والمتوطنة تحمل الصفة السائدة في ريف مصر والمناطق الهامشية بالمدن والعواصم المصرية، سواء أكانت في عواصم المحافظات أم في المحافظات المسمّاة بالحضرية، ومازالت معدلاتها عالية حيثما يوجد الفقر، ونقص التعليم، والتمييز بين الذكر والأنثى.
- ومازالت أمراض سوء التغذية، وفقر الدم، ونقص عناصر معدنية ونوعيات من الفيتامينات، تمثل خريطة مرضية، يتوازى توزيعها مع خريطة توزيع الأمراض الوبائية والمعدية والمتوطنة.
- ومازال العبء في الأمراض الوبائية والمعدية، وفي أمراض سوء التغذية، وفقر الدم، يقع بصفة أساسية على الفئات الحساسة من المجتمع (النساء خاصة في فترات الحمل وما بعد الوضع، والأطفال تحت الخامسة خاصة حديثي الولادة والرضع، والأطفال في السن المدرسي) خاصة تحت الثانية عشر).
- وذلك بالطبع إضافة إلى العبء المستجد في النصف الثاني من القرن الأخير من أمراض غير معدية (القلب والأوعية الدموية، والأورام،

وأعراض التآكل المفصلي، والهشاشة، وعتامة عدسات العين، وأمراض التنفس، والمشاكل المعوية المستحدثة والمعوية التي تصيب كبار السن وغيرها.

- وتغير نمط الأمراض السائدة، بتبادل وشيك للمواقع بين الأمراض الوبائية والمعوية والمتوطنة، التي كانت سائدة مع الأمراض غير المعوية التي تميز السن الوسيط، وكبار السن، لتصبح الأخيرة سائدة في بداية القرن الحادي والعشرين. وعلي حين أن الأمراض المعوية والمتوطنة ستتحسّر لتشغل نسبة متواضعة من النمط المرضى في بداية القرن الحادي والعشرين، مع تزايد واضح في الحوادث ومضاعفاتها، حيث تزايدت الأخيرة إلى حوالي ثلاثة أمثال ما كانت عليه.
- ونتج عن ذلك تغير أيضا في خريطة أسباب الوفيات، حيث تتأسبت مع تغير نمط الأمراض السائدة، وما يترتب عليه من الزيادة المستمرة في متوسط العمر للأفراد.

ويتوقع أن يصبح العبء الذي كان أحاديا في معظم القرن الماضي، ثم أصبح مزدوجا في نهاية القرن العشرين ليستمر عبئا مزدوجا مع مطلع القرن الواحد والعشرين، ولفترة طويلة قد تزيد عن الربع الأول من القرن الحادي والعشرين. وتصبح السلطات الصحية مطالبة باستراتيجية وخطط صحية متتابعة لمواجهة العبء المزدوج. ومن هنا يتحدد أهمية الخريطة تغير الصحية الحالية، ومستقبلها في أوائل القرن الحادي والعشرين، بما يمكن من رسم سياسة صحية سليمة طبقا للآتي:

- توجهات وخيارات القوى الحاكمة والمؤثرة في المجتمع والضغط الواقعة عليها من التكتلات والأنظمة المجتمعية الناتجة في حينه.
- الحصة التمويلية المخصصة للإنفاق الصحي على مستوى الفرد والمجتمع والدولة في إطار ندرة الموارد التمويلية الخاصة بالفرد والمجتمع والدولة.
- الأولويات والخيارات على مستوى:
 - جغرافي.

- حضارى (ريفى / مدينى).
 - نوعى:
 - الأمراض المعدية والطفيلية وسوء التغذية.
 - الأمراض غير المعدية.
 - خيار نظام تقديم الخدمات الصحية، وألوياته المفضلة لدى المجتمع والدولة.
- ولعل نقطة البدء للولوج، فى موضوع شائك مثل هذا الموضوع المطروح، هو تحديد الخريطة الصحية، كما نراها اليوم، وإسقاطاتها المستقبلية، فى حدود مستقبل متطور يقل عن ربع قرن.

١- الباب الأول : النظام الصحى والجهود العالمية

١-٢ الفصل الثانى : الإتجاهات والجهود العالمية فى قطاع الصحة

- | | |
|---------|--|
| ١-٢-١ | نمو النظام الصحى |
| ١-١-٢-١ | التعاون بين القطاعات. |
| ٢-١-٢-١ | الإتجاهات لإعادة تنظيم (المنظومة الصحية) عالمياً (بالاستناد إلى الرعاية الصحية الأولية). |
| ٣-١-٢-١ | العملية الإدارية للنمو الصحى. |
| ٤-١-٢-١ | أنظمة المعلومات الصحية السائدة فى دول العالم. |
| ٥-١-٢-١ | الرؤية العالمية للدور الفاعل للمجتمع المحلى. |
| ٦-١-٢-١ | الإعداد للظوارئ. |
| ٢-٢-١ | رؤية عالمية للخدمات الصحية |
| ١-٢-٢-١ | نظرة عالمية إلى التعلم المرشد للصحة وترقيته. |
| ٢-٢-٢-١ | الإمداد بالمياه والمرافق الصحية. |
| ٣-٢-٢-١ | التغذية السليمة والملائمة والمحاولات العلمية لحل المشكلة. |
| ٤-٢-٢-١ | تنظيم الأسرة ورعاية الأم والطفل على مستوى العالم. |
| ٥-٢-٢-١ | التطعيم على مستوى العالم. |
| ٦-٢-٢-١ | التوقى والتحكم فى الأمراض الوبائية المحلية (رؤية عالمية). |
| ٧-٢-٢-١ | الوقاية والعلاج للأمراض غير السارية (غير المعدية)، والإصابات. |
| ٨-٢-٢-١ | قوائم العقاقير الأساسية (نظرة عامة). |
- ٣-١ خاتمة ألباب الأول.

١ - الباب الأول : النظام الصحي والجهود العالمية

١ - ٢ الفصل الثاني : الاتجاهات والجهود العالمية في قطاع الصحة

١-٢-١ نمو النظام الصحي

١-٢-١-١ التعاون بين القطاعات:

الأهمية:

تزايد الاهتمام في الدول المتقدمة في السبعينات بالتخطيط والبرمجة بتعددية نظامية؛ داخل القطاع الصحي، وبمشاركة من القطاعات الأخرى.

ومن المزايا الكبرى للتخطيط المركزي للاقتصاد أن التنسيق القطاعي ظاهرة متميزة.

وفي الاقتصاد الحر عموماً فإن البنية والآلية تجهز، بحيث تحقق ترشيحاً في النمو الاقتصادي والاجتماعي، من خلال مشاركة القطاعات المتعددة في صنع القرار.

التنظيمات:

أقام كثير من الدول النامية خلال العشرين سنة الماضية مجالس صحية قومية، لتعزيز التعاون القطاعي، وخلق هذه الدول لجاناً ولقاءات للتنسيق بين القطاعات المتعددة أو ما يشابهها من أليات.

لكن الكثير من تلك المنظمات لا زال يعمل عشوائياً، وليس من خلال تنظيم هيكلي، وذلك لأسباب منها أن كلا من:

البنية التنظيمية للوزارات والمكاتب الحكومية، وخط السلطة التقليدي، يجعل الموظفين يمارسون أعمالهم في سرية. ويترتب على ذلك أن الارتباط بسياسة معلنة بين القطاعات تظل غائبة.

نوعيه وأولوية ترابط العلاقات بين قطاعات داخل كل دولة :

وتلك العلاقات القطاعية تتوقف على الوضع الصحي في كل من تلك الدول. ففي الدول الفقيرة التي لازالت تقاوم الأمراض المعدية (في إفريقيا مثلا) فإن الروابط بين القطاع الصحي وغيره من القطاعات، المختصة بالطعام والتغذية والمرافق والتعليم مازالت قوية، أما في الأقطار الآخذة بأسباب الصناعة فإنها تواجه خطر التلوث الصناعي بما يغير من النظام البيئي، ويفرض علي المجتمع حماية المحيط البيئي من خطر التلوث، وما يترتب عليه من مشكلات صحية وطبية، حيث تنشأ روابط جديدة مع الصناعة المستجدة مثل صناعة النقل، وحماية البيئة، ويتضح ذلك في الأمريكيتين، وجنوب شرق آسيا، وشرق البحر الأبيض، والباسيفيك الغربي.

أما الأقطار المتقدمة، والتي تتأثر فيها الأحوال الصحية بنمط الحياة ومتغيراته المصاحبة للنمو الصناعي الراسخ، فإن التمدن والتأثيرات المادية تخلق روابطاً وأخطاراً مع قطاعات وأنماط أخرى، مثل: السياحة، والرياضة، والتدخين، والمشروبات الكحولية، وصناعه الدواء.

يقظة الحكومات:

إن أغلب الحكومات قد تنبهت تنبها متزايدا إلى أن هناك جوانب صحية تتطلب إهتماما خاصا في جميع مشروعات التنمية كبيرة الحجم، وذلك لتأثير المشروع علي تنامي النشاط الصحي. ولكن طرق التحليل والمتابعة والإشراف ما زالت تتطلب تطورا كبيرا.

الصحة هي الشريك الضعيف:

وما زالت الصحة ينظر إليها، في أغلب الأقطار، وحتى نهاية القرن العشرين، على أنها الجانب الضعيف، بمعنى أنها تستهلك موارد أكثر مما تساهم به في النمو الاقتصادي. وما زالت الصحة غير قادرة على الدفع في اتجاه تغيير سياسات التنمية الاقتصادية والاجتماعية. وما زالت غير قادرة على تحريك فعل متعاون متعدد

القطاعات المجتمعية لصالح الصحة وتطويرها. وما زالت الصحة غير قادرة على جعل الآخرين يدركون مدى القدرة الإسهامية لقطاعهم، بما ينعكس على جميع القطاعات الأخرى، من خلال تقديم عروض عملية، لتخليق المساندة والدعم لأعمال وزارات الصحة.

٢-١-٢-١ الاتجاهات لإعادة تنظيم (المنظومة الصحية) عالمياً (بالاستناد إلى الرعاية الصحية الأولية):

التنظيم القطاعي / التنظيم البرامجي / منظمات الرعاية الصحية / منظمات الخدمات الصحية.

التنظيم القطاعي

دور القطاع الخاص: تعرفت معظم الحكومات أخيراً على هذا الدور الذي لم يكن محددًا من قبل، وعرفت تلك الحكومات أهمية القطاع الخاص في تنامي الصحة قوميًا، وأنه لا بد من تخليق الوسائل لتحقيق ذلك. ونما القطاع الخاص أعدادًا، وقوة، وأهمية، لتغطية الاحتياج الصحي للسكان. وأصبحت وزارات الصحة تحسب حسابًا للإسهامات التمويلية التي يقدمها القطاع العائلي، واحتياج السكان لمنافسة القطاع الخاص للقطاع العام، عند التخطيط للخدمات الصحية، وعند تقديمها.

مرحلة تحول (تغيير) النظام الصحي: في كثير من الأقطار يتحول النظام الصحي مستبدلاً الوظائف الصحية التقليدية التي تؤديها الحكومات، من تخطيط وإشراف وتمويل وتقديم خدمة ومتابعة وتطوير، إلى الاقتصار على الدور التخطيطي، والإشرافي، ودور المتابع، والمطور، بإشراك القطاع الخاص والقوى المجتمعية الفاعلة، أما دور تقديم الخدمة الصحية فترك وزارات الصحة أمر تنفيذه لمنظمات التشغيل المتنافسة من قطاع عام أو قطاع خاص.

وقد كان الاتجاه في السبعينات لتخليق أنظمة تقديم الخدمة الصحية بواسطة الدولة من خلال التمويل العام من الدولة. وتغير اليوم باتجاه مزيد من إشراك

القطاع الخاص ومن تمويل متعدد، أو مشترك، متجاوبا مع قوى السوق، مع احتفاظ الدولة بوضع النمط والدور الإشرافي.

جوهر التنظيم الجديد (إصلاح القطاع الحكومي):

- إعادة تنظيم وزارات الصحة لتصبح أصغر، وتركز على التخطيط والإدارة ذات الطابع الإستراتيجي.
- فصل وظائف تقديم الخدمة عن تمويل الخدمة بالوزارات، لتلائم القطاعين الخاص والعام، ولتختص أكثر بالتنظيم والتنسيق والمتابعة.

التنظيم البرامجي:

إن إعادة تنظيم البرامج الصحية يستهدف أساسا مزيدا من التعاون بين الخدمات العلاجية والوقائية. وكذلك تكامل البرامج الرأسية في أداء الخدمات الصحية العامة. وظلت صعوبة تكامل البرامج الرأسية عقبه كؤودا تعوق برامج الرعاية الصحية الأولية، والبرامج اللازمة لتحقيق استراتيجيات الصحة للجميع، وحديثا: البرامج اللازمة لتحقيق "الإصلاح الصحي"، وتتعد تلك العقبة أكثر بالأولويات النوعية التي يتطلبها بعض مقدمي الخدمة.

منظمات الرعاية الصحية:

توسعت الوحدات الصحية بصفة عامة عند المستوى الأول (المجتمع الإقليمي)، وفي المناطق الريفية في معظم البلاد والأقطار. بينما ظل نظام الإحالة والمستشفيات التي يحال إليها المريض (المركزي والحي) ضعيفا جدا. وتعاني تلك الوحدات من موارد محدودة، ومن فقر في العمليات التشغيلية، وفقر في القدرات التقنية، وضعف في نظام خدمات الرعاية الصحية الأولية، مما أنتج ضعفا في تقديم الخدمات الصحية، خاصة المعقدة منها، بل ووصل، أخيرا، إلى ما تحت حد الانتفاع الأمثل بتلك الوحدات. وفي كثير من الأقطار مازالت الخدمات العلاجية متسيدة على حساب الخدمات الوقائية والمعلوماتية، المطلوبة لتغيير نمط الحياة، حيث تستهلك هذه النوعية، من الخدمات الطبية عالية المستوى والتقنية، موارد تقدم لبعض المجموعات والنوعيات من المرضى، تاركة موارد قليلة لباقي السكان العديدين.

تنظيمات الخدمات الصحية:

تزايد عدد الأقطار التي تبنت سياسات لا مركزية، ولكن دون حكمة، حيث لم يتم تحضير المستويات الأقل (المجتمعات المحلية) والوحدات، لتحمل المسؤولية الجديدة. وحيث لا يتم توازن بين ما هو مركزي، وما هو لا مركزي، في المراحل المتتابعة، وبما يترتب عليه من نتائج غير جيدة.

ولقد برز وتقدم نظام مستند إلي تخليق مستوى "منطقة لتقديم الخدمة الصحية" Regionalization في كثير من الأقطار، ولكنه يتم إختزاله بالاهتمام بتقوية مستوى واحد هام هو مستوى الحي، ولا يمكن لمستوى الحي أن يعمل بجودة دون تعاون متبادل مع المستويات الأخرى، الموجودة داخل النظام الصحي.

١-٢-٣ إدارة النمو في القطاع الصحي:

أصبح مطلوباً وبشدة توفير المساندة المعلوماتية، وتنمية القوى البشرية كضرورة، لظهور إدارة عصرية متطورة للوحدات والمنظمات الصحية. ولا يتوقع تحقق التنامي الصحي بدون التخلص من المحددات التي تعوق التقدم بنظام إدارة تمويل وتقديم الخدمات الصحية.

قيد أساسي:

تعاني معظم الأقطار من قيد عام هو نقص المساندة المعلوماتية، بما يترتب عليها من فقدان الأساس لعمل متخذى القرار والمديرين.

قيد شائع:

أما القيد الثاني فهو نقص المديرين المهرة برغم تزايد الجهود التدريبية، مما يفرض توفير المتطلبات الضرورية اللازمة لتنمية القوى البشرية لتعظيم القدرات في مجالات:

- وضع السياسات.
- التخطيط.
- الإدارة المحترفة.

- البحث في القضايا الصحية.
- اقتصاديات الصحة.
- التمويل.
- المتابعة.
- التقييم.

وقد تزايدت المعرفة بأن "التدريب التقليدي" وحده لن يحسن إدارة الخدمات الصحية كثيرا، وأنه لابد من توظيف إدارة الجودة المستمرة CQM، مع العمل علي أن تتكامل تلك المادة التدريبية مع الواقع المجتمعي المعاش، بإشراك الإداريين والمهنيين والخبراء المحليين لتصميم البرامج ومتابعة تطورها.

١-٢-٤ أنظمه المعلومات الصحية الساندة (في دول العالم):

استفادت دول اقتصاد السوق أكبر فائدة، بتوظيف المؤشرات الخاصة بالمتابعة، وتقييم التقدم، حيث أصدرت وعممت تقارير عن مؤشرات الأداء، ومؤشرات نمو الموارد، وتلك النوعية من المؤشرات ضرورية لقياس وتقييم الموقف الصحي.

أما أغلب الدول النامية، فقد حققت تقدما كبيرا، حيث تزايدت القدرة لتقديم معلومات تحليلية ومنظمة للتقييم المستمر للموقف الصحي؛ وتحديد الأولويات، ومتابعة التنفيذ، والتقييم. ولقد خلقت الكثير من تلك الدول أقساما ضخمة مخصصة للمعلومات وإدارة أنظمتها، كما تمت درجة كبيرة من الأتمته للمعلومات باستخدام الحاسبات على مستوى مركزي، ومستوى المناطق، والأحياء، والمستوى المؤسسي ذاته، مصحوبة بتدريب للأفراد على استخدام الحاسبات.

وتركز كثير من الدول المتجهة نحو الأتمته على مستوى المعلومات بالمستشفى والمعهد بالمحل الأول، ويقل اهتمام تلك الدول بالمعلومات في الوحدات الطرفية، وفيما يتعلق بأغراض الصحة العامة. كما تزايد استخدام البريد الإلكتروني والانترنت، بما وسع ولوج هذه الأقطار إلى ساحة المعلومات المتسعة على مستوى العالم.

أما الدول الأقل نمواً، فتتماثل مع الدول النامية في أنظمة المعلومات الصحية، ولكنها تختلف عنها في أنها أكثر اعتماداً على التمويل من المنظمات الأجنبية، والإستناد إلى خبراتهم. وهكذا، أصبح الإستناد إلى حزمة الحد الأدنى من المعلومات الأساسية ضرورياً للأغراض الإدارية.

تحديات مطلوب مواجهتها، في دول التحول الإقتصادي، والدول النامية:

- المبالغة في الإحتياجات لتسجيل المعلومات وإصدار تقارير لا إحتياج حقيقي إليها في الأداء الخدمي اللازم لإدارة الوحدة، وإدارة المتابعة العلاجية للحالات المرضية.
- نقص الرؤية الاستراتيجية والمزايا العملية للمعلومات الصحية لدى صناعات القرار ومديري البرامج، مما يؤدي إلى إعتبار المعلومات التي تحتويها تقارير الخدمات الطبية موضع شك، ولا يعتد بها.
- عدم كفاءة تسجيل المواليد والوفيات والمتابعة الإحصائية للأمراض في كثير من الأقطار، وكذلك غيبة المعلومات عند الإحتياج إليها.
- نقص ترقية نظم المعلومات التقليدية (الروتينية) حيث أن الأقسام والمعاهد والبرامج المتواجدة، داخل القطاع الصحي، تميل إلى تنمية نظمها الخاصة لجمع المعلومات، دون تشاور بينها، لإنتاج مسوح إحصائية عامة، أو مسوح متخصصة، فكل منها يقوم وحده بإنتاج معلوماته بل ويحجبها أحيانا عن الغير، وعادة ما تكون تلك البحوث مدعومة بمساندة من الهيئات الدولية. كما تؤدي تلك البحوث إلى تناقص الاعتماد على نظام المعلومات المركزي المطلوب تعزيزه.
- وفي نفس الوقت فإن وزارات الصحة بحاجة إلى تجميع وحسن عرض المعلومات غير الكمية، إضافة إلى معلوماتها ذات الطبيعة الكمية، وإرسال سمواتهم كرسائل إلي الجمهور أو إلى صناعات القرار. ولا تنتج هذه المعلومات إلا بواسطة البحوث، وتحليل السياسات، وتقييم البرامج، مع ضرورة توفير حسن عرضها، لتوصيل صورته كاملة عن الوضع الصحي.

• وأخيراً، فإن هناك عدم كفاءة قي استخدام الكمبيوتر، لتحقيق اتصال أفضل، وإدارة أفضل، بالرغم من كل الاستثمارات التي أنفقت في الكمبيوتر، وإنتاج وتشغيل المعلومات.

وعموماً، وبالنسبة لكل الأقطار، فإن ترقب ورصد: الأمراض البازغة الجديدة، وكذلك الأمراض معاودة الظهور (أمراض كانت قد اختفت)، والمخاطر البيئية على الصحة، أصبحت معلومات ذات أولوية في السنوات الأخيرة. ولقد أقيمت أو قويت الشبكات الإقليمية والعالمية لمراقبة الأمراض، وملاحظة مقاومة الجراثيم للعقاقير. وتم توظيف الأدوات المعرفية اللازمة لتحليل المعلومات، والعمل على نشرها. وتتزايد تكنولوجيا عرض المعلومات، والعمل على تعليمها، وكذلك توصيل المعلومات لمستخدميها وطالبيها.



١-٢-١-٥ الرؤية العالمية للدور الفاعل للمجتمع المحلي:

الأمل: تم تحقق كثير من أغراض الصحة للجميع بالرغم من الأسلوب الطموح، المستخدم في "الإستراتيجية العالمية لتحقيق الصحة للجميع". والأمل الطموح، غير المسبوق، أن تقوم وزارات الصحة بتحريك كل المجتمعات المحلية للمشاركة المباشرة، في الأنشطة، وحكم الدولة والمجتمع في نطاق الرعاية الصحية الأولية. إلا أن ذلك لم يتحقق بتلك الطريقة الطموحة التي طرحتها برامج الصحة للجميع في العشرين سنة الأخيرة من القرن المنصرم.

المتحقق: لم تتمكن وزارات الصحة أن تحول أعدادا كبيره من جماهير المحليات إلى مجتمعات تحكم نفسها في نطاق الرعاية الصحية الأولية. وكذلك لم يتم نجاح واسع لنقل الأفراد الحكوميين من الخدمات الصحية المركزية إلى المحليات، لمساندة المجتمعات المحلية في مبادراتهم ومسيرتهم الصحية. وإن ما تم هو محاولات متعددة في كل العالم لمسارعة مشاركة المجتمعات المحلية، بديلاً عن إخطارهم وتدريبهم بما يتوجب عليهم، بحيث تتم إستشارتهم، وطلب النصح منهم، والتخطيط المشترك معهم، وإعدادهم لحكم أنفسهم بأنفسهم. ولم يتم، إلا في عدد قليل من البلدان، وجود مجتمعات محلية نقلت إليها الصلاحيات، المدعمة بالمساندة

المركزية، لإدارة خدماتهم الصحية بأنفسهم. لكن التحكم في الموارد مازال مركزيا في أغلب تلك الأقطار.

البنية والآلية المساندة: ولقد وظفت بنية وآلية مساندة لمشاركة المجتمعات المحلية في الأقطار المختلفة تستند الي:

مجالس قرى منتخبة، التعاون مع القادة الدينيين والمعالجين التقليديين، وجمعيات تنمية القرية، ومجموعات ترقية القرية، ومجالس صحة الحي. وقد خلقت بعض الدول مجالس محلية جديدة، أو إدارات أحياء، أو مجالس تشريعية كمجالس محلية، أو مراكز معتمدة على المجتمعات المحلية، بمسؤوليات محددة وموارد مازال الكل يسعى إليها.

صعوبات: وتؤكد كثير من الدول كيف أن المجتمعات المحلية تقدم المايلات والمواد والعمل التطوعي للبنية التحتية الصحية المحلية مثل: المراكز الصحية /الآبار في بعض المناطق /دورات المياه/تعاونيات توزيع الدواء/تعاونيات بيع الأغذية /دفع أجور العاملين في المجتمعات المحلية الصحية. ولكن يصعب استمرارية هذه الموارد والمدخلات (دور مؤقت).

وتشير بعض الأقطار إلى صعوبة تحريك المجتمعات الصغيرة، للمشاركة في الأنشطة الصحية، ويعزى ذلك إلى:

- التحكم المركزي الشديد في الموارد، دون أي ميل لإشراك المحليات في صنع القرار.
- فقر التعليم.
- المعتقدات والتقاليد المحلية عن:
 - مسببات الأمراض.
 - الاعتماد السلبي على الحكومات في كل الأنشطة والموارد.

أما في المناطق المدنية، فمن الصعب، خاصة في المدن الكبيرة، إشراك تلك المجتمعات المدنية في إدارة وتشغيل الخدمات الصحية بسبب:

- عدم التجانس الحضاري في المدينة.
- فقدان القيم التقليدية قبل تخلق قيم عصرية بديلة.
- تمزق البنية المجتمعية والأسرية.

أهمية المشاركة المجتمعية:

وترى كثير من الدول أن إشراك المحليات هو:

- ضرورة.
- آلية فاعلية وضرورية للتخطيط.
- وكذلك لتنفيذ وتقييم البرامج الصحية.

غير أن المخاطرة من وجهة نظر الحكومات، هو أنها ترى أن إشراك المجتمع المحلي، يعنى فقد أو نقص التحكم في المحليات، وذلك يمثل خيارا صعبا لمسئولي صناعة السياسة الصحية في الإطار الاجتماعي السياسي القائم حاليا، ففي أغلب الدول النامية.

إن تقوية المحليات يحتاج إلى عملية معقدة داخليا وصعبة وطويلة المدى ومستجدة، مقارنة بالأسلوب التشغيلي الذي تستخدمه الحكومات حاليا لإدارة الأنظمة الصحية. وإن استهداف جعل تلك العملية ضرورة إستراتيجية، لتوفير حقيقي للرعاية الصحية الأولية، هو بالتحديد جعل هدف النجاح مستحيلا حاليا.

وهناك وزارات صحة قليلة أصبحت قادرة على تحويل أنماط عملياتها التشغيلية، لكي تقدم طرقا جديدة للخدمات والمساعدات التي يتطلبها السعي لتقوية المجتمعات المحلية وتنظيمها، وتوفير الموارد لديها، غير أن التنفيذ وتحريك الموارد المطلوبة، إلي تلك المجتمعات المحلية، ظل محدودا في عدد قليل من السكان داخل بعض الأقطار.

١-٢-١-٦ الإعداد للطوارئ:

تزايد الكوارث:

تزايدت أهميه الصحة في مواجهة الكوارث الطبيعية والتقنية في العقدين الأخيرين من القرن الماضي، وكذلك الكوارث التي تعتبر من صنع الإنسان، بسبب زيادة السكان والكثافة السكانية، والعيش في مناطق تكثر بها الكوارث الطبيعية. وكذلك تزايدت الطوارئ المعقدة والناجمة من الانهيارات الاقتصادية والتناقضات في الحياة المدنية .

آليات مواجهه الطوارئ:

وظهرت آليات الإعداد للطوارئ، والمساعادات الإنسانية، وإزالة آثار المواجهات المسلحة. كما ظهرت برامج التعامل مع الطوارئ وبرامج إعادة التأهيل بهدف:

١. التخفيف من الكوارث الطارئة.
٢. تقديم مساعدات التخفيف الإنسانية.
٣. تنفيذ برامج الرعاية الصحية الأولية وتطبيقها علي السكان المحركين جبرا (المطرودين أو الهاربين)، وعلي المهاجرين.
٤. إعادة تأهيل أو تشيد الوحدات الصحية.

وظهر في العقدين الأخيرين إحساس بالتضامن الدولي، يحقق الاستجابة السريعة من الهيئات والمنظمات العديدة، عند ظهور كوارث في دول تحتاج للمساعدة.

وبالنسبة للأقطار المعرضة للكوارث، فإن التعاون التقني، طويل المدى، قد نجح في تحسين القدرة المحلية للدولة المعرضة للكوارث على اتخاذ الإجراءات الوقائية، وعلي أن تظل قادرة على التحكم في الكارثة، بإعداد مسبق ومخطط، من خلال برامج إعداد الدولة للتعامل مع الكوارث المتوقعة أو المتكررة الحدوث.

١-٢-٢ رؤية عالمية للخدمات الصحية

مؤتمر الرعاية الصحية الأولية: كان المؤتمر الدولي للرعاية الصحية الأولية الذي عقد في ألما - آتا في ١٩٧٨ والذي حدد "توسع الرعاية الصحية الأولية، وإتاحتها للجميع" هو مفتاح تحقق القدر المتميز من برنامج "الصحة للجميع" سنه ٢٠٠٠".

الحد الأدنى المطلوب للرعاية الصحية الأولية حتى عام ٢٠٠٠:

اتفق في ذلك المؤتمر علي أن الحد الضروري يجب أن يشمل العناصر التالية:

- الارتقاء بالإمداد بالغذاء والتغذية السليمة (المتوازنة).
- الإمداد الكافي بالماء الآمن والمرافق الصحية الأساسية.
- الرعاية الصحية للأم والطفل شاملة تنظيم الأسرة.
- التطعيم ضد الأمراض المعدية العظمية.
- التحكم والوقاية من الأمراض المتوطنة وبائياً.
- العلاج الملائم للأمراض الشائعة والإصابات.
- تقديم الأدوية الأساسية.

المتحقق من الرعاية الصحية الأساسية علي مستوى العالم:

ولقد تحقق تقدم غير منكور للتغطية ببرامج الرعاية الصحية الأساسية في الدول النامية، خلال المدة من ٨٣/٨٥ إلى ٩٤/٩٦ في المجالات الآتية :

المياه و الفضلات : (المدة من عام ١٩٧٩ إلى ١٩٩٧)

الفضلات البشرية وتصريفها	زادت التغطية من ٢٨ % إلى ٤٨ %
الإمداد بالمياه الآمنة	زادت التغطية من ٥٤ % إلى ٧٥ %

الأم والطفل:

زادت التغطية من ٤٩ % إلى ٧٥ %	رعاية الأطفال
زادت التغطية من ٥٩ % إلى ٦٣ %	رعاية الأمهات
زادت التغطية من ٥٢ % إلى ٧١ %	رعاية الحوامل

التطعيمات:

زادت التغطية من ٤٢ % إلى ٨٦ %	التطعيم ضد الدرن
زادت التغطية من ٤٤ % إلى ٨٥ %	التطعيم ضد شلل الأطفال
زادت التغطية من ٤٣ % إلى ٧٧ %	التطعيم ضد الحصبة
زادت التغطية من ٤٢ % إلى ٧٩ %	التطعيم ضد الدفتيريا أو السعال الديكي والتيتانوس
زادت التغطية من ٢٤ % إلى ٤٨ %	التطعيم الحوامل ضد التيتانوس (الكزاز)

١-٢-٢-١ نظرة عالمية إلى التعلم المرشد للصحة وترقيته:

تمت خلال هذه الفترة حماية وترقيه الصحة المتولدة من خلال مدخل شمولي، وتعاون قطاعي، بطريقة أفضل، في الدول المتقدمة عن الدول النامية.

ولقد تم التركيز لتحديد منهج الإقتراب من الصحة بنموذج متعدد البرامج مثل: تنمية المدن الصحية، ترقيه الصحة المدرسية، الصحة في الجزر، البلديات والصحة، القرى والصحة.

وكانت العلامة المميزة في "ترقيه وحماية الصحة" هو "مؤتمر أوتواوا في ١٩٨٦"، والذي تولد منه "ميثاق أوتواوا لترقيه الصحة":

ويقرر هذا الميثاق:

- الإبتعاد عن التركيز على الفرد، إلي التركيز علي المجال الجمعي كالمنظمات والمجتمعات المحلية.

- التدرج في اللامركزية للتعليم الصحي.
- ترقية الصحة المنمأة في الولايات (الأقاليم) وما تحتها من مناطق، لتتحمل المسؤوليات التي كانت تتحملها المعاهد والمنظمات القومية. وكنموذج لهذا الإطار يشار إلى نمط الإقتراب من الصحة بنموذج يربط برامج المسدن الصحية بواسطة "شبكة المدن الصحية" الذي تتبناه منظمة الصحة العالمية، والذي تولد أصلا في المنطقة الأوروبية، وذلك النموذج هو الآن شبكة عالمية، تساندها دول عديدة، ومنظمات ومؤسسات كثيرة.

إن التحديات الجديدة لترقية الصحة في الدول النامية هي التحول في نمط الأمراض والصحة المسمى "بالتحول في الوبائيات" والمنتج "للعيباء المرضي المزدوج"، الذي تتكفل به الدول النامية، وهو مواجهتها لتحديين في وقت واحد: الأول مواجهة التحدي الذي تواجهه المجتمعات طويلة العمر "الأمراض غير السارية" أي غير المعدية والثاني هو استمرارية مواجهة التحدي الآخر، الذي تتميز به الدول النامية قصيرة العمر، وهو مواجهة الأمراض الوبائية والمعدية الطفيلية والميكروبية "الأمراض السارية"، بالإضافة إلى حمل عبء ثالث، هو مواجهة "أمراض الموجة الثالثة" البازغة من أمراض مستجدة مثل الإيدز والفيروسات والإلتهاب الرئوية عند المسنين.

وكان لدخول الانترنت والبريد الإلكتروني دور إنقلابي، لترقيه الصحة وإمكانياتها الجديدة، تشير إليه دون تفصيل حاليا.

١ - ٢ - ٢ - ٢ الإمداد بالمياه والمرافق الصحية:

كان للمؤتمر الذي عقده الأمم المتحدة في مار - دل - بلاتا في الأرجنتين عام ١٩٧٧ دور هام بتوصياته وإعلان استهلال عقد دولي (عشرات سنوات) سمي "العقد الدولي لمياه الشرب والمرافق الصحية"، وكان هدفه هو أن يتحقق لجميع سكان العالم في عام ١٩٩٠ حدا أدنى، من المياه السليمة صحيا، ومن المرافق الصحية الضرورية للتخلص من الفضلات، وتوفير حماية وترقية الصحة.

ولقد نجح العقد المائي في تحقيق:

- مساهمة المجتمعات المحلية للوصول بتكلفة المشروع إلى حدها الأدنى، وتملك أنظمة المياه والمرافق الصحية مجتمعيًا.
- توفير تكنولوجيات رخيصة للإمداد بالمياه، بما فيها المضخات اليدوية، لإمداد الريف بالمياه. وكذلك توفير أنظمة في جميع الأماكن للتخلص من الفضلات.
- تحريك الإهتمام المجتمعي ومشاركة المحليات، وتوفير تمويل للمناطق الفقيرة.
- ومد مظلة التعليم.

ولتحقيق السلامة المائية كانت هناك إجراءات تمت خلال تلك الفترة (من ١٩٧٩ إلى ١٩٩٧) لتنفيذ السلامة الكيميائية للمياه بمساعدة من منظمة الصحة العالمية حول:

تقييم ٢٠٠	مادة كيميائية
ترشيد عن ١٤٥	مادة كيميائية
١٢٠٥	مادة حافظة للأطعمة
٦٥٥	مادة قاتلة للقوارض
٣٠	عقار بيطري متبقي في الأطعمة
١٣٠٠	توصية عن الإستعمال الآمن لمواد كيميائية في مكان العمل
١٦٠	إعداد واعتماد بروتوكول يستفاد منه عند التعرض لمواد كيميائية.

وفي عام ١٩٩٥ أصبح ٧٥% من سكان البلاد النامية لديهم إمكانية التزود بالمياه الآمنة؛ ٨٢% منهم يعيشون في المناطق الحضرية، و ٧٠% منهم يعيشون في المناطق الريفية.

وأصبح هناك أيضا ٤٨% من سكان البلاد النامية لديهم فرصة الحصول علي خدمات مرافق صحية ملائمة؛ ٦٣% منهم يعيشون في المناطق الحضرية، و١٨% منهم يعيشون في المناطق الريفية.

وحتى عام ١٩٩٥ ظلت المناطق العالمية (الثمانية حسب تقسيم منظمة الصحة العالمية) تتفاوت في مدى توافر للمياه الآمنة والمرافق الصحية الملائمة بكل منها (باستثناء المنطقة الأوروبية والبلدان المتقدمة) وبيانها كالآتي:

- في غرب آسيا تغطي المياه الآمنة إحتياج ٨٨ % من السكان.
- في إفريقيا تغطي المياه الآمنة إحتياج ٤٦ % من السكان.
- في غرب آسيا والباسفيك تغطي المرافق الصحية إحتياج:
 - ٦١% من سكان المناطق الحضرية.
 - ١٥ % من سكان المناطق الريفية.
- في أمريكا اللاتينية والكاربيبي تغطي المرافق الصحية إحتياج:
 - ٧٣% من سكان المناطق الحضرية.
 - ٣٤% من سكان المناطق الريفية.
- في إفريقيا تغطي المرافق الصحية إحتياج:
 - ٧٥% من سكان المناطق الحضرية.
 - ٢٤% من سكان المناطق الريفية.

وكان النجاح الأعظم لعقد المياه هو إقناع الجميع بأن مشاكل مياه الشرب والمرافق الصحية يمكن التغلب عليها، وأن هناك طرقا وتكنيكيات عديدة لا نجاز هذا العمل. ولكن هذا العقد المائي لم ينجح في حل مشكلات إستمرارية النظام، ومشكلة توافر الموارد الكافية، وعدم حماس الحكومات والسياسيين في عدد من البلدان، وذلك بالإضافة إلى عبء التزايد السكاني.

التلوث الهوائى عالميا داخل وخارج المنازل (حتى عام ١٩٩٥):
هو سبب مشارك فى وفاة ٣ مليون من السكان سنويا.

وفى الدول النامية يحدث أكبر تلوث هوائى داخل المنازل، بسبب الفحم، ومخلفات الحيوانات المستخدمة كوقود. مما ينتج عنه ملايين الحالات التنفسية الحادة، والأمراض التنفسية المزمنة. ويزداد التلوث فى مدن الدول النامية برغم تناقصه فى الدول المتقدمة.

الكيميائيات المستخدمة فى مكافحة الآفات الزراعية (حتى عام ١٩٩٥):
يترتب عليها حالات تسمم بالملايين للعاملين فى قطاع الزراعة.

وتتركز تلك الكيماويات فى الأطعمة أو فى المياه، مما يؤدى إلى أمراض وبائية متوطنة بصفة مؤقتة؛ مثل التسمم بالزرنيخ / مرض ميناماتا / مرض فلوروزمين.

١-٢-٣ التغذية السليمة الملائمة، والمحاولات العلمية لحل المشكلة:

الفجوة الغذائية الكلية تناقصت من ١٠% سنة ١٩٧٠، ثم إلى ٧% سنة ١٩٨٠، ثم إلى ٥% سنة ١٩٩٠. وأكثر المناطق تأثرا بهذه الفجوة هي أقطار جنوب الصحراء الإفريقية، حيث تتزايد الفجوة ولم تتناقص (من ١١% سنة ١٩٧٠ إلى ١٤% سنة ١٩٩٠).

وبرغم تحسن هذه الفجوة (بين الطلب والعرض)، فإن خمس سكان العالم النامي لا يجدون طعاما كافيا لسد احتياجاتهم الأساسية.

ولازالت البلاد التي تعاني من الدخل المنخفض، والفجوة الغذائية، والخصوبة المرتفعة، خاصة فى جنوب وشرق آسيا ودول جنوب الصحراء الإفريقية، وهي مناطق ما زالت تعاني من نقص الإنتاج الغذائى ككل، ونقص فى غذاء الأفراد.

وسائل حل المشكلة الغذائية:

فى السبعينات كانت هناك محاولات من دول عديدة لوضع سياسات شاملة، ذات طابع قومى متعاون دوليا للتغذية وتوفير الطعام، ولكن ثبت أنها طموحة.

وفى الثمانينات تغير التوجه للإسراع بتنشيط تدخلات مهمة بعينها: (مثل متابعة نمو الطفل أو التغذية بالثدى، أو الحاجة إلى فيتامين معين، أو معادن معينة) بما يتناسب مع وجهة نظر الرعاية الصحية الأساسية، ودون القفز إلى خطط طموحة لا تنفذ.

وفى عام ١٩٩٢ أعلنت خطة العمل التنفيذية للتغذية فى المؤتمر الدولى للتغذية بواسطة الفاو واليونسكو كإطار عام يصلح "لتفصيل" خطط محلية، استنادا إلى استراتيجية ذات تسعة أبعاد، وقامت أكثر من ١٣٠ دولة بتجهيز خطة مطورة للسياسات والخطط الخاصة بالتغذية، ومن بينها تنظيم مؤتمرات للتغذية بالثدى فى ١٢٢ دولة.

وتم التركيز على تغذية الرضيع من ثدى أمه أو حاضنته، وكذلك التركيز على التغذية التكميلية للطفل، وما تم حتى الآن هو تغذية حوالي ٣٥% من الرضع بواسطة لبن الثدى فقط لمن يبلغ سنهم أقل من ٤ شهور، بينما الواقع أن التغذية للرضيع بلبن الثدى تحتاج الاستمرار بتلك التغذية إلى ١٩ شهرا على الأقل، بخلاف التغذية التكميلية.

ولقد تحسن نسبيا موقف إمداد الفئات الحساسة بالغذاء، خاصة الأمهات الحوامل بالحديد. وأصبح هناك ٨٣ دولة تقدم عنصر اليود من خلال السبرامج المطبقة فى ١٩٩٥، بما يؤدي إلى إمكان القضاء على الاضطرابات المرضية الناتجة عن نقص عنصر اليود.

وأصبح من الضروري الإمداد بموارد فيتامين "أ" الطبيعية، أو الإمداد بفيتامين "أ" المخلوق كيميائيا، والمتاح تجاريا. كذلك يتوجب مراعاة تضمين الأغذية المحتوية على فيتامين "أ" للأطفال بصفة مستمرة، حتى يمكن القضاء نهائيا على الاضطرابات المرضية الناتجة عن نقص فيتامين "أ".

وبالرغم من الجهود المبذولة لتقوية البنية التحتية للتحكم في الغذاء السليم في الدول النامية، فإن ضعف النظم التوزيعية للموارد جعل هذه الجهود محدودة التأثير. ويتوقع أن تخلق أغلب الأقطار وكالة مركزية لتنظيم الغذاء وأمانه وسلامته، خلال جميع مراحل تداوله، علي أن تكون تلك الوكالة مستقلة عن القطاع المختص بالإنتاج الغذائي.

١- ٢ - ٢ - ٤ تنظيم الأسرة ورعاية الأم والطفل علي مستوى العالم:

بالنسبة لرعاية الرضع والأطفال: كان لظهور الإرواء بمحلول الملح للأطفال في الستينات، والتوسع في توظيف الإرواء في السبعينات أثر إنقلابي، في تغيير صورة العلاج للحالات المرضية لإسهال الأطفال، والنقص الكبير في نسبه الوفيات. ولقد تزايدت في الثمانينات قدرة الدول على إنتاج محلول الملح لمعالجة الجفاف، وجعله متاحا للكافة وبتزايد بدءاً من ١٠% سنة ١٩٨٢، إلى ٥١% سنة ١٩٨٥، إلى ٦٣% سنة ١٩٨٩.

أما في منتصف التسعينات فقد تغير التوجه بجهودات منظمة الصحة العالمية، من معالجة ببرامج المرض الواحد، إلى تبني استراتيجية "المعالجة المتكاملة لأمراض الطفولة". وتشمل هذه الإستراتيجية الاقتراب المنظم لتقييم وعلاج الأمراض الخمسة الكبيرة وهي: الإلتهاب التنفسي الحاد / الإسهال / الحصبة / الملاريا / وسوء التغذية. وهذا البرنامج المتكامل يتم تنفيذه حالياً في حوالي ٤٠ دولة في العالم.

بالنسبة لرعاية الحوامل قبل وأثناء وبعد الوضع: تتفاوت الرعاية الصحية المقدمة إلى السيدات الحوامل، في مرحلة ما قبل الوضع، وكذلك أثناء الوضع، وبعده، بتفاوت مرحلة النمو التي يصل إليها القطر؛ ففي دول اقتصاد السوق ودول التحول الاقتصادي تحصل ٩٠% من السيدات الحوامل علي رعاية ما قبل الوضع وما بعده، بواسطة أفراد مدربين علي رعاية حالات الحمل والولادة، وفي الأقطار الأقل نمواً تتلقى ٥٠% فقط من السيدات علي رعاية ما قبل الحمل، علي حين أن ٣٠% منهن يلدن بمساعدة مولد/مولدة متدربة. أما في الأقطار النامية فإن الرقمين

يصبحان ٧٠%، ٦٠% على التتابع. وبالنسبة للتغطية برعاية ما بعد الولادة فإنها منخفضة إلي ما دون ٣٠% في كثير من تلك الدول (النامية والأقل نمواً).

ونحن نعلم اليوم الكثير عن كيفية إنقاص وفيات الأمهات . كما نعلم التدخلات الأساسية المطلوبة والتي تشمل:

- منع الحمل غير المرغوب فيه.
- رعاية ما قبل وما بعد الحمل.
- التدخل في التوقيت المناسب للتعامل مع مضاعفات الحمل.

وتلك هي أعمدة الأمومة الآمنة التي تبلورت في عام ١٩٨٧.

وبالنسبة لسياسات تنظيم الأسرة: تزايد عدد الحكومات التي أصبح لها سياسات مساندة لتقديم خدمات تنظيم الأسرة، حتى وصلت إلى ٧٥% في عام ١٩٩١، بعد أن كانت ٥٥% في عام ١٩٧٤.

وبالرغم من ذلك فإن هناك من ١٠٠ إلى ١٢٠ مليون زوج وزوجة مازالوا غير قادرين على الحصول على المعلومات والخدمات التي يحتاجون إليها لتنظيم أسرهم، بما يحقق لهم اختيار عدد الأبناء الذين يرغبون فيهم، والتوقيت الملائم لهم، والمدة البينية بين حمل وآخر. وهناك أيضا حوالي ١٠٠ مليون زوج وزوجة ما زالوا يستعملون وسائل منع حمل غير مناسبة. كما أن توفير تكنولوجيات تنظيم الخصوبة الآمنة السهلة الفاعلة التي يتوجب إتاحتها للكافة في حدود قدراتهم ضرورة أساسية. ولقد تمكنت منظمة الصحة العالمية بمساعدة الحكومات، ومعاهد البحث وهيئاته، في العالم المتقدم والنامي، من جعل مثل هذه الوسائل متاحة لمعظم الأقطار.

ويتوقع أن يكون لمنهج تقديم الخدمة المتكاملة لتحقيق صحة الطفل وخدمات الصحة الإنجابية (حيث تدمج وتتكامل تلك البرامج) كجزء أساسي من حزمة خدمات الرعاية الصحية الأساسية تأثير كبير، يعظم فاعلية تلك البرامج، ويحقق مردودا مجتمعيًا، لتحسين الوصول إلى الخدمة، ورفع مستوى جودة أداء تلك الخدمة.

١-٢-٥ التطعيم على مستوى العالم:

التطعيم أداة أساسية لتحسين الصحة على اتساع العالم بفاعلية وبأرخص تكلفة. وكان مستوى التطعيم حتى بدايات الثمانينات أقل من ٥٠% على اتساع العالم، وأقل من ٢٠% في الدول الأقل نمواً. وكذلك كان الإمداد بالأموال أقل من الحاجة إليه، أما تسهيلات ووحدات البنية التحتية اللازمة لنشر التطعيم فكانت هي الأخرى غير كافية. وكان التطعيم محدوداً بالنسبة للدفتريا، والسعال الديكي، والتيتانوس (الطعم الثلاثي)، وكذلك بالنسبة لشلل الأطفال، والحصبة، والدرن.

وقد تم تبني سياسات واستراتيجيات شاملة تقريبا في كل الأقطار في عام ١٩٩٥، مما ترتب عليه تزايد معدل التطعيم الكلي إلى أكثر من ٨٠% على اتساع العالم، بدلا مما كان عليه (أقل من ٥٠%). لكن لا يزال هناك ٢٠ قطرا تعاني نقصا في التطعيم الثلاثي بما يجعله نسبة التغطية أقل من ٥٠%.

ولا يزال هناك أيضا ١٨ قطرا يعانون نقصا في التطعيم الثلاثي بما يجعل التغطية بذلك الطعم بين ٥٠% و ٧٠%.

والدول التي تحتاج إلى مساندة خارجية لتنفيذ برامج التطعيم أصبح عددها أقل من ٣٠ دولة فقط. ولقد تم إعلان استئصال الجدري في عام ١٩٨٠، ويتوقع نجاحات أخرى بانتشار التطعيم لتحقيق استئصال أو إستبعاد أمراض أخرى. كما تم استئصال شلل الأطفال بالأمريكتين منذ ١٩٩١، وكان يتوقع إستئصاله على مستوى العالم في عام ٢٠٠٠، إلا أن ذلك تأخر تحققه.

ولقد أضيف تطعيم ضد الفيروس الكبدي (ب) إلى "برامج التطعيم الممتدة" EPI، بالرغم من أن سعره المرتفع نسبيا يقلل من الإسراع بخطوات تعميم تطبيق هذا التطعيم (مثل طعم الحمى الصفراء) في المناطق الموبوءة به.

وإن الإنطلاق المتأني، بالإضافة إلى تزايد المعارف عن الإستجابات المناعية ومسببات الأمراض، يسمح لنا أن نتوقع أمصالا وطعوما جديدة، أسهل في تناولها، وأكثر أمنا، وأكبر فاعلية، وأرخص، بما يؤدي لإنقاص وفيات الأطفال بما يعادل ٨ مليون وفاة سنويا.

١- ٢ - ٢ - ٦ التوقى والتحكم فى الأمراض الوبائية المحلية (رؤية عالمية):

هناك عدد من الأمراض المعدية المنتشرة بشكل وبائي، علما أنها في مجملها قابلة للاستئصال. ومن تلك الأمراض الطفيلية والبكتيرية والفيروسية ما هو معروف في الشرق الأوسط، ومنها ما هو معروف فقط على مستوى إفريقيا، وبعض مناطق العالم النامية الأخرى بآسيا وأمريكا اللاتينية. ويجب علينا استعراض أكثر تلك الأمراض انتشارا.

المالريا:

تحقق الانخفاض في انتشار المالريا في السبعينيات، وصولا إلى استئصالها في ١٨ دولة، ولكن القضاء عليها عالميا لم يتحقق، وتم التحول في المدة من ١٩٧٨ إلى ١٩٩٢ إلى إجراءات قاصرة، وأكثر تواضعا، مما كان متبعا للتحكم في المالريا، بدلا من ممارسات السعي لإستئصالها، وأصبح التعامل مع المرض أقل تغطية، وأقل جودة. كما أن طفيل المالريا نفسه أصبح أكثر مقاومة للعقاقير. والعائل الوسيط كذلك أصبح أيضا أكثر مقاومة لمبيدات البعوض، فعادت المالريا في مناطق كثيرة كان الإستئصال قد تم فيها، بما فيها بلاد الإضطرابات المدنية والاجتماعية

ولقد عقد مؤتمر لوزراء الصحة في أمستردام سنة ١٩٩٢ بعد أن تفاقمت مشكلة المالريا، وتم تبني "استراتيجية للتحكم في المالريا على اتساع العالم" Global Malaria Control Strategy.

ولقد ركزت تلك الاستراتيجية على نقاط أربع ذات طبيعة تقنية وهى:

- التعامل مع المرض.
- توقى المرض.
- توقى وبائية المرض والتحكم فيه.
- مساندة وتقوية قدرات البحث المحلية.

ويتوقع أن تكون قوة الدفع فى القرن الحادى والعشرين مستندة إلى طريقتين:

- التعامل مع البيئة.
- حماية الفرد (دون اعتماد كبير على المبيدات الحشرية).

الفلاريا:

يقدر عدد المصابين بالفلاريا الليمفاوية بـ ١٢٠ مليون فرد تتواجد كحالات متوطنة فى ٧٣ دولة على الأقل. بينما يقدر عدد المعرضون للإصابة بالملاريا- حيث يعيشون فى مناطق تعرضهم للإصابة بالمرض- بحوالى ١,١ بليون نسمة. ويتوقع إستئصال الفلاريا الليمفاوية، كمشكلة صحية، فى عام ٢٠٢٠ بفضل الوسائل التشخيصية والعلاجية الفاعلة.

البلهارسيا:

مرض متوطن فى ٢٤ دولة نامية بالشرق الأوسط وإفريقيا وشرق آسيا. والبلهارسيا تصيب حوالى ٢٠٠ مليون نسمة فى المناطق الزراعية والمناطق المحيطة بالمدن. وتسبب مضاعفات خطيرة لـ ٢٠ مليون من المصابين بها. وعلاجها أصبح متاحا بفضل عقارات ثلاثة Praziquantel Oxamniquine Metrifonate وبالرغم من ذلك فإن التحكم فى البلهارسيا لا يتم إلا بالتحكم الواقى فى أى من حلقات حياتها الثلاثة (تلوث الماء بتبول أو تبرز المصاب، وصول بويضات البلهارسيا بعد خروج الميراسيديم منها فى الماء العذب ووصوله إلى العائل الوسيط "القوقع"، أما الحلقة الأخيرة فتتم عند خروج السركاريا من العائل الوسيط واختراقها لجلد الإنسان لتعيش فى أجهزته الداخلية).

ومنع الإصابة بها لا يتم إلا بمنع تلوث الماء العذب بمخرجات الإنسان، أو بإستئصال العائل الوسيط، أو بتحجيم تلامس جلد الإنسان بالماء الملوث بالسركاريا كلما تعرض المزارع لها، وكذلك معالجة المصاب. وتحتاج مقاومة البلهارسيا إلى ارتباط مشروعى طويل المدى. وهناك عدد كبير من المشروعات طويلة المدى

والمعانة من المنظمات الدولية إلا أن كل تلك المشروعات لم تحقق: إلا خفض معدل الإصابة، وإنقاص المضاعفات.

الدرن:

توقف الدرن عن أن يصبح مشكلة صحية في الدول المتقدمة في السبعينيات، فقد أتاحت بروتوكولات علاجية وعدد من العقاقير الدوائية المقاومة له، مما أعطى إحساساً مزيفاً بأنه أصبح مرضاً من الماضي.

وفي الدول النامية ظل الدرن مشكلة صحية، ينظر إليها باعتبارها رهينة بالفقر، وعدم القدرة على الوصول إلى الطبيب ورعاية المستشفى، أكثر من النظر إليه كتحدٍ حتمي فقط. وبالرغم من ذلك فقد ظلت القدرة على التحكم في المرض غير فاعله بدرجة كبيرة.

ومنذ عام ١٩٩٠ وحتى الآن عاد الدرن واضحا، حيث ظهرت تحويرات بجرائمه، تقاوم تأثير العقاقير المعروفة المعالجة له.

ولقد ظهر تنبه عام متزايد بأن الدرن هو السبب الأول لوفيات البالغين في الأمراض المعدية، وأن علاج حالات هذا المرض يمكن أن يكون أكثر الأدوات المفيدة للصحة العامة، وبأقل تكلفة، وذلك ما أدى إلى عودة ظهور برامج مكافحة لهذا المرض، على مستوى العالم وداخل كل دولة.

ولقد تبنت ٧٠ دولة في عام ١٩٩٦ بقيادة منظمة الصحة العالمية، تجديد إستراتيجية مكافحة الدرن، والقائمة حالياً على الملاحظة المباشرة لتأثير العلاج قصير المدة (DOTS)، وتتواجد هذه الإستراتيجية في أماكن يعيش فيها ٢٣% من سكان العالم، وأصبح أكثر من ١١% من إجمالي حالات الدرن يعالجون من خلال برنامج الـ DOTS.

ويستهدف برنامج مكافحة الدرن أن يصل في سنة ٢٠٠٠ إلى تشخيص ٧٠% من الحالات تشخيصاً مجهرياً، وأن ٨٥% من هذه الحالات ستعالج بنجاح.

الجدام:

انخفضت الحالات من ٣,٦ مليون حالة في ١٩٧٦ الي ١,٢ مليون حالة في ١٩٩٦.

ومنذ استعمال العلاج متعدد العقاقير فإن البلاد التي كان يزيد فيها معدل انتشار الجدام، عن حالة واحدة لكل عشرة آلاف من السكان، قد تقلص من ١٢٢ دولة إلى ٦٧ دولة فقط.

ويستهدف القضاء على الجدام في ٢٠١٠.

مرض شاجا:

وهو مرض لم يكن معروفًا بالدقة حجم انتشاره في أغلب أقطار أمريكا اللاتينية في السبعينيات. ومنذ هذا التاريخ، اتبعت حكومات معظم الأقطار التي بها هذا المرض، أنشطة للتحكم في المرض وانتشاره، في أي منها، مما أدى إلى تناقص:

- معدل العدوى المنزلية في المناطق الموبوءة محلياً.
- معدل انتشار إيجابية سيرم الدم في الشبيبة.
- التبرع بالدم الموبوء.

ويتوقع وقف انتشاره في جميع أقطار أمريكا اللاتينية في عام ٢٠١٠ (بداية بالأرجنتين والبرازيل وشيلي وأرجواي في عام ٢٠٠٠، وبوليفيا وبارجواي في عام ٢٠٠٥).

مرض الليشمانيا:

كان هذا المرض مقدرًا بأقل من واقع انتشاره، وفي عام ١٩٩٥ قدر انتشار المرض، بحوالي ١٢ مليون، والانتشار السنوي المستجد بحوالي ٢ مليون، وتتوأكب الإصابة به مع مرض الإيدز.

ويمكن إنقاص الانتشار:

- باستخدام اختبار Direct Agglutination test لتشخيص المرض.
- باستخدام عقارات مثل Stiboglaconate لعلاج الليشمانيا.
- باستخدام شبكة على السرير مغموسة في pyrethroid لمقاومة ذباب الرمل.

مرض الأونكوسركاريا :

هو السبب الثاني من الأمراض المعدية المسببة للعمى. وانتشار المرض يبلغ مليون فرد في إفريقيا الغربية وحدها ومن بينهم ٣٢ ألف حالة عمى، بسبب المرض.

وهناك برامج استهلت في عام ١٩٧٤ ممولة من: البنك الدولي، ومنظمة الصحة العالمية، والبرنامج الإنمائي للأمم المتحدة، ومنظمة الفاو، ومساندة ٢٠ دولة وهيئة ومنظمة، وذلك حتى سنة ٢٠٠٢.

ويتوقع أنه في عام ٢٠٠٠ سيتحقق الآتي :

- توقي ومنع حدوث العمى لـ ٣٠٠ ألف حالة في ١١ دولة مشتركة في البرنامج.
- شفاء ١,٥ مليون من المصابين.
- نجاح أنشطة التحكم في العائل الوسيط بما يعيد استعمال ٢٥ مليون هكتارا من أراضي الأنهار الخصبة الصالحة للزراعة والإقامة.
- ولادة عشرة مليون طفل دون خطر الإصابة بالمرض.
- وقد أدى ذلك إلى ظهور برنامج آخر إفريقي APOC في عام ١٩٩٥ لعلاج الجميع بعقار Ivermectin. واستئصال العائل بوسائل آمنة بيئيا.

وبالرغم من ذلك، فلا زال هناك ١٢٠ مليون فرد، على اتساع العالم، معرضين لخطر الأونكوسركاريا، حيث أن هذا المرض متوطن في ٣٦ دولة من

دول جنوب الصحراء الإفريقية، وفي اليمن، وفي الأمريكتين. ويقدر عدد المصابين منهم بالمرض بـ ١٨ مليوناً وعدد المصابين منهم بمضاعفة العمى حوالي ٢٧٠ ألفاً.

الدراكيونكيوليز:

٧٨% من الحالات تحدث في قطر واحد، ويتوقع استئصالها في عام ٢٠٠٠.

وقد انخفض معدل انتشاره، من حوالي ١٠ إلى ١٥ مليون مصاب، في عام ١٩٨٠. ليصبح ١٥٠ ألف حالة فقط عام ١٩٩٦.

١-٢-٧ الوقاية والعلاج للأمراض غير السارية (غير المعدية)، والإصابات:

هناك تحسن ملموس، وإن كان غير منتظم في الوقاية والعلاج، عند مستوى الرعاية الصحية الأولية للأمراض الجهازية، والسرطان، والأمراض العقلية والإسهال، والإلتهابات التنفسية الحادة، والأمراض المنقولة جنسياً.

وفي دول اقتصاد السوق ارتفعت نسبة المتنبهين لإصابتهم بضغط دم مرتفع إلى ٨٠% من إجمالي المصابين، ووصلت نسبة من يتعاطون علاج الضغط العقاري إلى ٦٠% وأكثر. وهناك اتجاه عام لإنخفاض المتوسط العام للضغط لدى السكان.

وكذلك، فإن أمراض السرطان يمكن التوقي من الإصابة بثلاثها، ويمكن الشفاء من ثلثها إذا ما أكتشف المرض مبكراً وحصل المريض على العلاج الفاعل، وبالنسبة للمرضى غير المتوقع شفائهم فإن هناك طرق مؤثرة وجيدة لإزالة الألم، والتحكم بتدخلات مناسبة لعلاج أي أعراض، مادامت الخدمة السليمة متاحة للكافة، ويسهل الوصول إليها.

ويتزايد التعامل مع المرضى النفسيين خارج المستشفيات. ويمكن توقي أمراض التخلف العقلي، والصرع، والانتحار، في مستوى الرعاية الصحية الأولية.

ولقد أدخلت الإدارات الصحية، في دول مختلفة، تدخلات فيزيقية بيولوجية، وأخرى سيكولوجية، وأخرى نفسية اجتماعية، في برامج رعاية الصحة الأولية، لمواجهة تحدى الاضطرابات العقلية.

ولا يبقى من الأمراض الشائعة إلا بعض أمراض شائعة ومعديّة (يسمىها البعض بأمراض الموجة الثالثة) مثل مجموعة الأمراض المنقولة جنسياً، ومرض الإيدز، وأمراض الإلتهابات الكبدية الفيروسية، والإلتهابات الرئوية عند المسنين.

وقد أمكن التعامل مع الحالات ذات الأعراض من مجموعة الأمراض المنقولة جنسياً في جلسة واحدة بما فيها إشراك الطرف الآخر، وتعلم الوقاية من تلك الأمراض.

وكذلك ظهرت بروتوكولات جديدة (العلاج الثلاثي) لتعطى أملاً لمرضى الإيدز.

وكذلك ظهرت خطة من الأمصال والطعوم تعطى بالحقن لمن هم أكبر من ٦٥ عاماً مرة واحدة في العمر للوقاية من الإصابة بجراثيم الإلتهابات الرئوية الأكثر شيوعاً.

أما الفيروسات الكبدية فما زالت الجهود مستمرة للتعامل معها.

ونشير في تلك الفقرة إلي أكثر تلك الأمراض تهديداً لسكان الكوكب وهو الإيدز.

الإيدز:

في نهاية عام ١٩٩٩، قدر - بمعرفة منظمة الصحة العالمية- أن هنالك ٣٣,٦ مليوناً من النساء والأطفال الأحياء المصابين بالإيدز أو بعدوى فيروسه، في حين تجاوز في عام ١٩٩٩ عدد الأشخاص المصابين حديثاً بعدوى الفيروس ٥,٦ ملايين شخص. ونلاحظ أنه مع كل دقيقة تمرّ يصاب ١١ شخصاً جديداً بالعدوى بفيروس الإيدز، وأنه منذ أن بدأ الوباء، بلغ صرعى مرض الإيدز في عام ١٩٩٩ وحده

٢,٦ مليون نسمة، مما يعني وفاة ٧١٢٣ شخصاً يومياً أو ٢٩٧ شخص كل ساعة أو ٥ أشخاص كل دقيقة.

ويتمثل خطر الإيدز في أنه يستهدف صغار البالغين. حيث تحدث حوالي ٥٠% من حالات الإيدز، في أفراد دون سن الخامسة والعشرين، ولاشك أن هذا العامل السنوي يجعل الإيدز خطراً يتهدد المراهقين والأطفال بوجه خاص. ففي عام ١٩٩٩ أصيب ٥٧٠.٠٠٠ طفل في سن الرابعة عشرة أو دون تلك السن بالعدوى بفيروس الإيدز، واكتسب أكثر من ٩٠% من هذه الشريحة السنوية العدوى عند الولادة أو عن طريق الإرضاع من الثدي.

وفي نهاية عام ١٩٩٩، فقد ١١,٢ مليون طفل أمهاتهم بسبب الإيدز قبل بلوغهم سن الخامسة عشرة. ووفقاً لآخر التوقعات، يُنتظر أن ينخفض متوسط العمر المأمول، في البلدان العشرة الأكثر تضرراً بالإيدز وفيروسه والواقعة جنوب الصحراء الأفريقية الكبرى، بأكثر من عشرين سنة بحلول سنة ٢٠١٠، وذلك بالمقارنة مع التوقعات المتعلقة بهذا المتوسط في غياب الإيدز وفيروسه.

وعلى حين أن أفريقيا تُعدّ حالياً أشد البقاع تضرراً بالإيدز، فإن العدوى بفيروس الإيدز تنتشر بسرعة في آسيا، ولاسيما في الجنوب والجنوب الشرقي منها، حيث يبلغ عدد المصابين ستة ملايين شخص معظمهم من الشباب الذين يعاقرون المخدرات حقناً.

أما في الأمريكتين، فعلى الرغم من تناقص الوفيات الناجمة عن الإيدز، فإن معدل الإصابة بالعدوى أخذ في التزايد بين؛ الأقليات، والفئات السكانية المحرومة من الخدمات.

وتصيب عدوى فيروس الإيدز على الأخص الأفراد والفئات التي تُصبح أكثر تعرّضاً للعدوى بسبب وضعها المهمّش وحرمانها الاجتماعي والاقتصادي. وتختلف من بلد إلى بلد المجتمعات المعرضة على الأخص للعدوى؛ تبعاً للمهنة، وتبعاً للوضع الاجتماعي من حيث الاستقرار أو الهجرة، وتبعاً للسلوك الجنسي، والسلوك في معاورة المخدرات، والمنطقة الجغرافية، ومستوى الدخل. وعلى سبيل المثال،

ارتفع معدل انتشار العدوى بفيروس الإيدز بين معاقري المخدرات حقناً، في إحدى الولايات الجنوبية المأهولة في الصين، من صفر تقريباً في عام ١٩٩٨ إلى ١١% في أوائل عام ١٩٩٩.

ويلاحظ أن بعض الشباب في شتى أرجاء العالم أكثر تعرضاً لعدوى فيروس الإيدز من البالغين، ولاسيماً أولئك الذين يعيشون في ظروف صعبة، والذين لا يذهبون إلى المدرسة، ويتسكعون في الشوارع، والذين يشتركون في استخدام الإبر مع غيرهم من معاقري المخدرات حقناً، والذين يتعرضون لسوء المعاملة جنسياً وبدنياً. ولذا، فقد ركزت الحملة العالمية لمكافحة الإيدز لعام ١٩٩٩ على الأطفال والشباب لحفظ حقوقهم في الحصول على المعلومات، والرعاية، والحد من تعرضهم للعدوى.

ويبدو أن معدلات الإصابة بعدوى فيروس الإيدز أخذت في الإنخفاض في عدد من الأماكن نتيجةً لبرامج الوقاية الفعالة. وتؤدي أنماط المعالجة الجديدة في الوقت الحاضر إلى؛ تأجيل ظهور المرض، وإطالة أعمار الآلاف من الأحياء المصابين بالإيدز و عدوى فيروسه خاصة في البلدان الصناعية.

إن نجاح إجراءات التصدي للوباء لا يمكن أن يتحقق بدون: الإلتزام السياسي القوي، وتوافر الموارد الكافية، ومشاركة قطاعات متعددة، ومشاركة أفراد المجتمع بمن فيهم المصابون بعدوى فيروس الإيدز وعائلاتهم، والرصد الفعال للوباء وللسلوك المحفوف بالمخاطر، والتركيز بشكل إيجابي على الفئات المعرضة للإصابة بفيروس الإيدز.

١-٢-٢-٨ قوائم العقاقير الأساسية (نظرة عامة):

تحسنت إمكانية حصول كافة الدول على قائمة العقاقير الأساسية اللازمة لأغراض العلاج، وتشمل الأمصال والطحوم اللازمة لبرامج التطعيم EDL، وهناك نسبة كبيرة من سكان العالم يحصلون على العقاقير الأساسية بسهولة.

وكذلك تحسن استعمال الدواء الأساسي بواسطة المهنيين والجمهور، ويتوافر الدواء حالياً في القطاع العام في كثير من الأقطار، وأحياناً بالتكامل بين القطاعين العام والخاص.

وبالرغم من ذلك فإنه :

- يصرف ما بين ٢٥%، ٧٥% من المضادات الحيوية بطريقة غير صحيحة، حتى في المستشفيات التعليمية.
- ٥٠% من المرضى - كمتوسط عام على اتساع العالم - لا يتعاطون الدواء بطريقة صحيحة.
- تزايدت أسعار العقاقير الأساسية في السوق العالمي، لارتفاع أسعار التكلفة والتوزيع للدواء، وعدم كفاية المتوفر من الدواء الكيمائي "الجنيسى" (generic).
- ظهرت أصناف من العقاقير دون المستوى في التجارة الدولية بما يهدد الصحة.
- التقشف في الإنفاق الحكومي أدى إلى تناقص قدرات سلطات وهيئات تنظيم الدواء.

١ - ٣ خاتمة الباب الأول

موجز ونظرة مستقبلية

الموجز: ارتبطت أغلب الأقطار منذ عام ١٩٧٨ "بالاستراتيجية الكلية لتحقيق الصحة للجميع في سنة ٢٠٠٠" لتحقيق أهداف الاستراتيجية. ولقد ساهمت الخصائص التاريخية والحضارية والاجتماعية والاقتصادية، لكل قطر، في تشكيل أنظمة صحية مختلفة في كل العالم، ولكن المبادئ العامة للرعاية الصحية الأولية قد اتبعتها كل الدول لمد نطاق الرعاية، وصولاً لأوسع قطاعات من السكان.

وعموماً فإن التغطية السكانية بعناصر أساسية، من الرعاية الصحية الأولية، قد تزايدت كما تحسنت المؤشرات الصحية في الدول المتقدمة والدول النامية، وتزايد عمر الفرد في جميع الدول، إلا أن معدل التحسن في مؤشرات العمر المتوقع للفرد، وكثيراً من المؤشرات الرئيسية الأخرى كان أسرع في الدول النامية، حيث كان مستواها متدنياً، وما زال بطريقه إلى الصعود.

وبالرغم من ذلك، فإن قطاعات كبيرة من السكان، لا زالت غير قادرة على الوصول للحصول على الرعاية الصحية الأساسية. كما أن الصراعات الداخلية والحروب، والبيئة غير المواتية، قد ساهمت في إبطاء التقدم الاقتصادي والاجتماعي اللازم لتحقيق أهداف الصحة للجميع، كما أن مؤشرات العدالة قد تزايدت اختلالها، داخل بعض الأقطار، بسبب تزداد الظروف الاقتصادية والاجتماعية والسياسية، والتي بدونها يتعذر الوصول إلى نظام صحي كفاء وعادل، ومتاح لمجمل الشرائح السكانية.

وهناك حوالي ٥٠ دولة، لا يحتمل أن تحقق بالكامل أهداف الصحة للجميع، التي وضعت لتحقيق الوضع الصحي الإجمالي المستهدف في سنة ٢٠٠٠، والذي امتد تنفيذه إلى ٢٠٢٠ بأهداف متجددة أكثر واقعية.

ولقد أدى النجاح إلى توليد تحديات جديدة حيث ساعدت على:

- توقع عمر أطول.
- تزايد طموحات السكان.
- تغيرات في الأنماط السائدة في معدل الوفيات ومعدل المراضة.
- وتغيرات في التكنولوجيات الصحية متزايدة الأسعار. واستمرارية الوضع الخاطئ بتوجيه الموارد باتجاه الصحة العلاجية والمستشفيات مما أدى إلى استمرار تزايد الإنفاق الصحي، ووسع الفجوة بين العرض والطلب في الرعاية الصحية.

النظرة المستقبلية: إن تحسن الصحة واكتمال السلامة سيظل هو هدف النمو الاقتصادي والاجتماعي. وستظل الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية متعهدة لتقبل:

- السعي للعدالة والمساواة في الحصول على الخدمة الصحية.
- السعي للتضامن.
- السعي للمعدل الاجتماعي، بإعطاء اعتبار ورعاية أكبر إلى الفئات والشرائح الاجتماعية الأكثر احتياجاً.

كما يجب توفير المتطلبات اللازمة للصحة والتهيئة لتحسينها. أما بالنسبة للأنظمة الصحية فسيظل تبنيها لتقديم ولوج وإتاحة للحصول على خدمات صحية، مستمرة ذات مستوى وجودة متميزة.

وسيظل لوزارات الصحة الأدوار التالية:

- دور وزارات الصحة في كثير من الأقطار مستزايدها، ولصالح أغراض الإدارة الاستراتيجية.
- وكذلك دور ملكية وإدارة وحدات تقديم الخدمة مع فصلها عن موارد التمويل.

- وكذلك القيادة في القطاع الصحي ككل (خطة، ومتابعة، وتصحيح لأي تشوهات).
- والمشاركة مع المعاهد والوحدات، الأهلية والخاصة خارج القطاع الحكومي.

أما الأدوار الرئيسية للصحة العامة الأساسية فستظل تحظى بأفضلية التمويل من الموارد العامة.

إن دروس التقييم التي نتعلمها من دورات التقييم الثلاثة للإستراتيجية الكلية التي قامت بها منظمة الصحة العالمية لتحقيق "الصحة للجميع" في أعوام ١٩٨٥، ١٩٩١، ١٩٩٧، سواء بالنسبة لما تحقق من إيجابيات أو صعوبات واجهت الدول في تنفيذ الاستراتيجية التي اتبعتها الدول منذ الثمانينيات، قد أدت إلى تفهم أفضل. وترتب علي ذلك أنه في مايو ١٩٩٨ قامت الجمعية العامة لمنظمة الصحة العالمية بالموافقة على سياسة جديدة، وبأهداف واقعية جديدة، في العقدين الأول والثاني من القرن الحادي والعشرين، لتحقيق استمرارية عملية التقدم نحو صحة أفضل للجميع على مستوى الأوطان والأقاليم والعالم، وذلك من خلال أهداف عشرة تم الاتفاق عليها (وسنصلها لاحقاً).