الأمم المتحدة

E/CN.3/2003/3

المجلس الاقتصادي والاجتماعي

Distr.: General
20 December 2002
Arabic
Original: English

اللجنة الإحصائية

الدورة الرابعة والثلاثون

٤-٧ آذار/مارس ٢٠٠٣

البند ٣ (ب) من جدول الأعمال المؤقت*

الإحصاءات الديمغرافية والاجتماعية:

الإحصاءات الصحية

تقرير منظمة الصحة العالمية

مذكرة من الأمين العام

بناء على طلب اللجنة الإحصائية في دورتها الثالثة والثلاثين**، يتشرف الأمين العام بأن يحيل إليها تقرير منظمة الصحة العالمية عن الإحصاءات الصحية. وقد تود اللجنة استعراض الأنشطة الراهنة والخطط المستقبلية في مجال الإحصاءات الصحية التي قدمتها منظمة الصحة العالمية.

* E/CN.3/2003/1.

** الوثائق الرسمية للمجلس الاقتصادي والاجتماعي، ٢٠٠١، الملحق رقم ٤ (E/2001/24)، الفقرة ١.

280103 270103 02-75919 (A)
0275919

تقرير منظمة الصحة العالمية عن الإحصاءات الصحية

المحتويات

	الفقرات	الصفحة
أولا – مقدمة	١	٣
ثانيا – الاستعراض العلمي من جانب الأقران	٢-٥	٣
ثالثا – المشاورات مع الخبراء التقنيين والدول الأعضاء	٦-١٠	٤
رابعا – وضع الإحصاءات الصحية ونشرها	١١-١٥	٥
خامسا – المؤشرات النوعية	١٦-٢٢	٧
سادسا – دراسة الحالة الصحية في العالم	٢٣-٣١	٩
سابعا – تعزيز القدرات القطرية	٣٢-٤٠	١١
ثامنا – الاستنتاجات	٤١	١٣
المرفقات		
الأول – اجتماعات فرق الاستعراض الفنية		١٥
الثاني – المشاورات الإقليمية		١٦

أولا – مقدمة

١ – يوجز هذا التقرير الأنشطة التي اضطلعت بها منظمة الصحة العالمية في الآونة الأخيرة فيما يتعلق بالإحصائيات الصحية التي أبلغت عنها، ويرتكز إلى موجز لجوانب العمل الرئيسية في الإحصاءات الصحية التي قامت بها المنظمة وأحيلت إلى اللجنة الإحصائية في آذار/مارس ٢٠٠٢.

ثانيا – الاستعراض العلمي من جانب الأقران

٢ – اقترح المدير العام عددا من التدابير لمساعدة الدول الأعضاء في المساهمة في التقييم الذي تعده منظمة الصحة العالمية لأداء نظمها الصحية بصورة منتظمة، والتي أشار إليها المجلس التنفيذي بارتياح في القرار EB107.R8 في كانون الثاني/يناير ٢٠٠١. وتشمل هذه التدابير ما يلي:

(أ) استهلال عملية تشاور تقني، تجمع بين العاملين لدى الدول الأعضاء في مختلف أقاليم المنظمة ووجهات نظر هذه الدول، ويدعمها على نحو مشترك موظفون من المنظمة على الصعد القطري والإقليمي والعالمي؛

(ب) ضمان أن يجري التشاور مع كل دولة عضو بشأن أفضل البيانات التي يتعين استخدامها لتقييم أداء النظم الصحية، وأن يتم تزويدها سلفا بالمعلومات اللازمة بشأن قيم المؤشرات التي تحصل عليها المنظمة باستخدام هذه البيانات؛

(ج) إنشاء فريق استشاري مصغر، يضم بعض أعضاء المجلس التنفيذي لمنظمة الصحة العالمية واللجنة الاستشارية للبحوث الصحية، للمساعدة في رصد دعم المنظمة لتقييم أداء النظم الصحية.

٣ – واستجابة لهذا القرار، قام المدير العام لمنظمة الصحية العالمية بإنشاء فريق الاستعراض العلمي من جانب الأقران في تشرين الأول/أكتوبر ٢٠٠١، برئاسة الأستاذ سودهير أناند من جامعة أكسفورد، لاستعراض أطر العمل والنهج المستخدمة لرصد أداء النظم الصحية. وكان الفريق يضم في عضويته خبراء تقنيين مستقلين، وأكاديميين وصانعي سياسة وممثلين عن جميع أقاليم المنظمة. وقدم الفريق تقريره النهائي إلى المدير العام في أيار/مايو ٢٠٠٢. وقام المجلس التنفيذي للمنظمة بدراسة التقرير في أيار/مايو ٢٠٠٢ وسيتولى المجلس التنفيذي في كانون الثاني/يناير ٢٠٠٣ دراسة رد المدير العام على التوصيات الواردة في التقرير.

٤ – وأيد فريق الاستعراض العلمي من جانب الأقران، بعد ما اجتمع عدة مرات وقدم تقريرا مؤقتا إلى المجلس التنفيذي لمنظمة الصحة العالمية في كانون الثاني/يناير ٢٠٠٢، النهج

المتبع إزاء تقييم الأداء الذي اقترحته المنظمة بعد إجراء سلسلة من الاستشارات التقنية والإقليمية بشأن النهج الأصلية. وتضمن الاستعراض نهجا لقياس النتائج الرئيسية (الصحة وجوانب التفاوت في المجال الصحي، والاستجابة والإنصاف في المساهمات المالية)، وأداء وظائف النظام الصحي، وقياس كمية المدخلات في النظام الصحي. وتناول الاستعراض أيضا النهج المستخدمة للحصول على بيانات، بما في ذلك دراسة الحالة الصحية في العالم. كما قدم عدة اقتراحات بشأن كيفية زيادة تطوير العمل. وكجزء من هذه الاستجابة، سيقوم المدير العام بإنشاء عدد من اللجان الاستشارية تضم خبراء خارجيين لمواصلة تقديم المشورة التقنية المستقلة إلى المنظمة في المجالات الرئيسية المتصلة بإحصاءاتها الصحية.

٥ - وتقرير الفريق متاح على الموقع التالي: www.who.int/health-systems-performance. وتوخيا للشفافية، ستتاح جميع الوثائق المتعلقة بالأرقام التي قامت المنظمة بقياسها والإبلاغ عنها بالنسبة لتقييم أداء النظام الصحي على نفس الموقع في الشبكة العالمية، بما في ذلك الانتقادات الموجهة لنهج المنظمة والنقاشات التي دارت حوله. ويجري استكمال المعلومات المنشورة في الموقع على فترات متقطعة.

ثالثا - المشاورات مع الخبراء التقنيين والدول الأعضاء

المشاورات المتصلة بالنتائج والوظائف المتعلقة بالنظام الصحي

٦ - عقدت ست مشاورات على مستوى الخبراء وجلسة مشاورات واحدة متصلة بها لفريق علمي لبحث النهج المتبعة في قياس النتائج والوظائف الرئيسية المتعلقة بالنظم الصحية. وكان المشاركون من الشخصيات المعروفة على الصعيد الدولي في المجالات التقنية ذات الصلة. وجرى في كل جلسة مشاورات مناقشة النهج المقترحة لقياس كميات معينة ذات أهمية وقدمت توصيات عن مدى ملاءمتها وإمكانية تحسينها، وقد أخذت هذه التوصيات في الحسبان عند وضع مقترحات الأمانة ثم قام فريق الاستعراض العلمي من جانب الأقران بالنظر فيها. وترد المشاورات في المرفق الأول. ويمكن الاطلاع على التقارير الكاملة على موقع منظمة الصحة العالمية: www.who.int/health-systems-performance

٧ - إضافة إلى ذلك، عقدت مشاورات إقليمية بشأن أطر العمل والنهج العامة المستخدمة لقياس نتائج النظم الصحية في ستة أقاليم لمنظمة الصحة العالمية (انظر القائمة في المرفق الثاني). وشارك فيها مسؤولون حكوميون من الدول الأعضاء، وخبراء تقنيون وأكاديميون من تلك الدول الأعضاء، وأعضاء المكاتب الإقليمية للمنظمة. وتتوفر تقارير عن هذه المشاورات وقائمة بأسماء المشاركين في نفس الموقع. واستخدمت هذه التقارير أيضا

للمساعدة على تطوير النهج المنقحة التي اقترحها فريق الاستعراض، وقام فريق الاستعراض العلمي من جانب الأقران بالنظر فيها.

المشاورات مع الدول الأعضاء بشأن الإحصاءات الصحية

٨ - تقيم منظمة الصحة العالمية اتصالات شبه يومية مع الدول الأعضاء بشأن مختلف أنواع الإحصاءات الصحية. فعلى سبيل المثال، هناك تفاعل مستمر مع البلدان بشأن البيانات الضرورية لاستكمال وتوسيع نطاق الأرقام المتعلقة بالصحة الوطنية، ويتلقى العديد من البرامج التقنية تقارير منتظمة من البلدان عن متغيرات مثل معدل الإصابة بأنواع مختلفة من الأمراض، ونطاق شمول بعض أنواع المداخلات (مثل التحصين) ومعدلات الشفاء. وتعمل المنظمة عن كثب مع البلدان لتحسين قدرتها على تحديد أنواع معينة من الأمراض والإبلاغ عنها.

٩ - إضافة إلى ذلك، قُبيل نشر تقرير الصحة العالمية كل عام، تقوم منظمة الصحة العالمية بعقد مشاورات غير رسمية مع الدول الأعضاء فيها بشأن إحصاءاتها الصحية والبيانات التي جمعتها المنظمة، (بما في ذلك الأرقام التي أعدت لجداول المرفق، بما في ذلك العمر المتوقع، والعمر الصحي المتوقع، والنفقات الصحية). وخلال فترة التشاور، جرى تنقيح الأرقام عندما كان يقتضي الأمر ذلك قبل نشرها بصيغتها النهائية.

اللجان الإقليمية والطلبات القطرية

١٠ - خلال اجتماعات اللجان الإقليمية في عام ٢٠٠١، قُدمت إحاطة إلى الدول الأعضاء عن دراسة الحالة الصحية في العالم، بما في ذلك البيانات التي تم جمعها. ونوقشت أيضا الخطط الخاصة بدراسة الحالة الصحية في العالم. وخلال عام ٢٠٠٢، طلب العديد من البلدان المشاركة في الجولة الأولى التي كان من المقرر أن تبدأ في أواخر عام ٢٠٠٢. وقرر ٧٣ بلدا إجراء الدراسة الاستقصائية ميدانيا ابتداء من أواخر عام ٢٠٠٢.

رابعا - وضع الإحصاءات الصحية ونشرها

١١ - قامت منظمة الصحة العالمية بصياغة استراتيجية لوضع مؤشرات صحية أساسية في الأجل البعيد بغية تحديد المؤشرات الأساسية للصحة ولأداء النظام الصحي بصورة تدريجية، وسوف تتضمن هذه معلومات عن عوامل المخاطرة، والأمراض والتدخلات والنتائج الصحية. وتهدف هذه المؤشرات إلى دعم السياسة والبرامج الصحية بالمعلومات، وسوف تستجيب إلى خمسة معايير للجودة. فالمؤشرات سوف:

(أ) تجمع باستخدام أدوات ثبتت صحتها؛

(ب) توفر مقاييس قابلة للمقارنة بين البلدان، وبين شريحة سكانية وأخرى داخل البلدان، وبمرور الوقت؛

(ج) يبلغ عنها بناء على مقاييس موثوقية يمكن الاعتماد عليها، ومقاييس إحصائية للجوانب غير المؤكدة؛

(د) تُستعرض في دورة مشاورات مع الدول الأعضاء لتحديد مصادر البيانات الأولية التي لم يبلغ عنها أو التي لم تستخدم سابقا، وبناء تفاهم مشترك لنقاط قوة وضعف البيانات المتاحة وضمان تبني النتائج على نطاق واسع؛

(هـ) تستند إلى بيانات موثقة شفافة، وضمان حرية الوصول إلى البيانات الأولية، كلما أمكن ذلك، والإبلاغ الصريح عن أي تقنيات مستخدمة لتعديل أو تصحيح الانحيازات، وأية تعديلات أخرى.

١٢ - ووضع العديد من البرامج التقنية لمنظمة الصحة العالمية أطر رصد وتقييم تستند إلى قوائم قصيرة من المؤشرات الموصى بها. وتحدد هذه الأطر المتطلبات العامة من المعايير والمقاييس لعدد يتراوح بين ١٠ مؤشرات و ٤٠ مؤشرا صحيا أساسيا وذلك حسب نطاق البرنامج الذي ينظر فيه ومدى تعقيده. وسبق أن حددت هذه الأطر لمرض الملاريا والسل والأمراض الوبائية والصحة التناسلية والصحة البيئية والمواد الصيدلانية وأداء النظام الصحي، والأمراض غير المعدية وبعض عوامل المخاطرة. وتقوم فرق علمية محددة بإعادة تقييم مستمرة لانطباق هذه الأطر على الصعيد القطري وقدرتها على توليد معلومات جيدة يمكن أن تستخدم وتصنف لأغراض استخبارية.

١٣ - وأتاح هذا العمل المعياري فرصا لتعزيز نظم المعلومات الصحية الوطنية وبعض نظمها الفرعية. فعلى سبيل المثال، قامت إدارة مراقبة الأمراض السارية والتصدي لها التابعة لمنظمة الصحة العالمية بوضع نهج متكامل من أجل مراقبة الأمراض السارية يضم موارد وقدرات مختبرات شبكات المراقبة، ونظم تسجيل الإحصاءات الحيوية، وتقارير الخدمات ومواقع المراقبة. وتقترح مجموعة الأمراض غير المعدية والصحة النفسية لمنظمة الصحة العالمية نهجا متدرجا إزاء مراقبة عوامل المخاطرة، بما في ذلك إجراء تقييمات متعاقبة تستند إلى استبيانات، وقياسات مادية وتقييمات بيوكيميائية.

١٤ - وأصبح وضع صياغة واضحة للمؤشرات الصحية الأساسية ومعايير جودة البيانات، إضافة إلى تبسيط آليات الإنتاج، حجر الأساس لمعظم البرامج التقنية لمنظمة الصحة العالمية وذلك بهدف تأمين معلومات صحية شاملة وذات معنى على الصعيد القطري.

١٥ - وستعد تقارير دورية عن البيانات المتعلقة بالمؤشرات الصحية للأهداف الإنمائية للألفية وغير ذلك من الإحصاءات الصحية، وذلك بالتعاون مع الوكالات الأخرى للأمم المتحدة، في مرفق تقرير الحالة الصحية في العالم، وستنشر أيضا من خلال النظم القطرية لمنظمة الصحة العالمية على الشبكة العالمية. وستتاح لصانعي القرارات ووسائط الإعلام والمجتمعات المحلية هذه المعلومات المشروحة بطريقة تكشف حدودها. وستكون هذه النظم على شكل هياكل ترتبط بمصادر أخرى حيث أمكن، ومصممة بحيث تمكن من استخدام البيانات استخداما مثمرا على الصعيدين العالمي والإقليمي، وحتى على الصعيد المحلي. وستضاف تعليمات بشأن طريقة استخدام هذه المصادر العالمية للمعلومات إلى المبادئ التوجيهية ومواد التدريب الخاصة ببناء القدرات الوطنية.

خامسا - المؤشرات النوعية

١٦ - فيما يلي المعلومات الجديدة المتوفرة عن المؤشرات النوعية التي وضعت منذ آخر تقرير قدمته منظمة الصحة العالمية إلى اللجنة في آذار/مارس ٢٠٠٢: لا ترد هنا سوى المعلومات الجديدة.

الحالة الصحية للسكان

١٧ - منذ خمسين عاما مضت والدول الأعضاء تقدم تقارير سنوية إلى المنظمة عن الإحصاءات المتعلقة بأسباب الوفاة استنادا إلى سجلات الأحوال المدنية. وترد بيانات الآن من نحو ١٢٠ دولة عضوا ويجري التثبت من صحتها بالتعاون مع هذه البلدان. ونشرت في الآونة الأخيرة جداول عن الأعمار في ١٩١ دولة عضوا لعام ٢٠٠٠[١]. إضافة إلى ذلك، سينشر كتاب قبل نهاية عام ٢٠٠٢ يتضمن مجموعة ورقات عن التدابير الموجزة المتعلقة بالحالة الصحية للسكان، مستقاة من المشاورات التقنية التي أسهمت في وضع مقياس العمر الصحي المتوقع الذي تستخدمه منظمة الصحة العالمية[٢].

١٨ - وتُوج جهد استغرق أربع سنوات لقياس العبء المرتبط بالمخاطر الرئيسية على الصحة والإبلاغ عنه بنشر تقرير عن الحالة الصحية في العالم لعام ٢٠٠٢ تناول هذا الموضوع. ولأول مرة تنشر معلومات مقارنة على الصعيدين العالمي ودون الإقليمي. فقد عرضت نتائج لأربع عشرة منطقة دون إقليمية وبائية. ولا يكتفي التقرير بتحديد كمية العبء المرتبط بكل عامل من عوامل المخاطرة، بل ويحدد التكاليف المترتبة على تدخلات مختارة لتخفيف حدة هذا العبء وما لهذه التدخلات من آثار. وقد شارك أكثر من ١٠٠ متعاون خارجي في هذا الجهد، وخضعت جميع تقديرات الأعباء لعملية استعراض دقيقة من قبل أقران. وسينشر في عام ٢٠٠٣ كتاب عن التقديرات التفصيلية.

حسابات الصحة القومية

١٩ - توسع الجدولان المرفقان **تقرير الحالة الصحية في العالم لعام ٢٠٠٢** في تفاصيل أرقام الإنفاق الصحي فأضافا سلاسل زمنية لكل بلد، من عام ١٩٩٥ إلى عام ٢٠٠٠. وفي السنوات اللاحقة، سيجري الإبلاغ عن بيانات من آخر خمس سنوات. وتنطوي هذه العملية على تفاعل منتظم مع الدول الأعضاء وغيرها من المنظمات العاملة في المنطقة، مثل البنك الدولي ومنظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي. ويجري وضع اللمسات الأخيرة على دليل بالتعاون مع البنك الدولي ووكالة التنمية الدولية التابعة للولايات المتحدة، وبمشاركة منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي. وعقدت أيضا حلقات عمل إقليمية وقطرية لبناء القدرات وللتوعية على فترات متقطعة. وعلى سبيل المثال، سيعقد في السنغال اجتماع توعية لصانعي القرارات في بلدان وسط وغرب أفريقيا بنهاية شهر كانون الثاني/يناير ٢٠٠٣، على غرار اجتماع مماثل عقد في نيروبي في حزيران/يونيه ٢٠٠٢.

الإسهامات المالية للأسر المعيشية في النظام الصحي

٢٠ - بناء على توصيات فريق الاستعراض العلمي من جانب الأقران، ستعد المنظمة تقريرا عن تأثير التبرعات المالية على توزيع الدخل والفقر في مجال الإيرادات، وعلى العبء الذي تفرضه المدفوعات على الأسر المعيشية. وأيد فريق الاستعراض صياغة جديدة لعدالة مؤشر التبرعات المالية، وسوف تعد المنظمة أيضا تقريرا عن نسبة الأسر المعيشية التي تواجه نفقات فاجعة. وشددت المنظمة من تفاعلها مع الدول الأعضاء لتحديد الدراسات الاستقصائية الأخيرة للأسر المعيشية والتي تتضمن بيانات عن الإنفاق لهذا الغرض. ومعظم هذا العمل يستخدم بيانات من الدراسات الاستقصائية لقياس مستوى المعيشة، بدعم من البنك الدولي.

فئة التصنيفات الدولية لمنظمة الصحة العالمية

٢١ - أنشئت شبكة لمراكز التصنيفات الدولية لمنظمة الصحة العالمية للإشراف على تنفيذ وصيانة وتحديث فئة التصنيفات الدولية لمنظمة الصحة العالمية. إضافة إلى ذلك، ستقوم لجنة استشارية بتوفير الخبرة التقنية لدعم المنظمة في هذه العملية. وتلتقي المراكز التعاونية مرة كل سنة. وقد عقد آخر اجتماع لها في بريزبين باستراليا في الفترة من ١٤ إلى ١٩ تشرين الأول/أكتوبر ٢٠٠٢. وأنشئت خمس لجان لتقديم المشورة إلى المنظمة وتوجيه العمل المتعلق بتطوير هذه التصنيفات وتنفيذها وصيانتها واستخدامها. وهذه اللجان هي: لجنة نماء الأسرة، ولجنة التنفيذ وفريق التدريب والاعتماد التابع لها، وفريق مرجع الوفيات، ولجنة تحديث المراجع ولجنة الأدوات الإلكترونية. والتقرير الكامل عن اجتماع عام ٢٠٠٢ متاح على الموقع التالي: http://www.who.int/whosis/icd10/collabor.htm.

٢٢ - وعقدت منظمة الصحة العالمية أيضا مؤتمرا في تريستة بإيطاليا خلال الفترة من ١٧ إلى ٢٠ نيسان/أبريل ٢٠٠٢ عن الصحة والعجز. وأجريت مناقشات المائدة المستديرة حول مواضيع الصحة وثروات الدول، والعجز والصحة. وبالإضافة إلى ذلك، عقدت جلسات عن الإحصائيات المتعلقة بالعجز، والتصنيف الدولي للأداء والإعاقة والصحة في نظم المعلومات الصحية، والتصنيف الدولي في العيادات الطبية، والتصنيف الدولي في الدراسات الاستقصائية. وشدد الاجتماع على الحاجة إلى وضع إطار مشترك لوصف الصحة والعجز وقياسهما لأغراض عديدة مختلفة. ويمكن الاطلاع على التقرير الكامل للاجتماع في الموقع التالي: http://www.who.int/classifications/icf.

سادسا - دراسة الحالة الصحية في العالم

٢٣ - استعرض فريق الاستعراض العلمي من جانب الأقران اقتراح إجراء دراسة عن الحالة الصحية في العالم، ونتائج الدراسة الاستقصائية لبلدان متعددة للفترة ٢٠٠٠-٢٠٠١، وأوصى بمتابعة دراسة الحالة الصحية في العالم. ولا يكمن الغرض منها في أن تحل مكان نظم المعلومات الاعتيادية بل أن تكملها. ولا تزال منظمة الصحة العالمية ملتزمة بمساعدة البلدان في وضع نظم المعلومات الصحية الاعتيادية التابعة لها ونظم تسجيل الأحوال الشخصية فيها على نحو خاص.

٢٤ - وبدأت الدراسة في ٧٣ بلدا طلبت حكوماتها أو وافقت على المشاركة، في جميع أقاليم منظمة الصحة العالمية. وسيُنشر تقرير مفصل عن دراسة الحالة الصحية في العالم كجزء من تقرير اجتماع فريق الخبراء التابع للشعبة الإحصائية بالأمم المتحدة المنعقد في نيويورك خلال الفترة ٨ - ١١ تشرين الأول/أكتوبر ٢٠٠٢: ''تحليل الخصائص التنفيذية لدراسات الحالة في البلدان النامية والبلدان التي تمر بمرحلة انتقالية: تكاليف الدراسة، وآثار التصميم وأخطاء التحيز'' ويتبعه تقرير مرحلي موجز.

٢٥ - وشمل العمل التحضيري الواسع استعراضا منهجيا لأدوات قياس النتائج الصحية والنتائج المتعلقة بالصحة، وقبول الأطر المشتركة لهذه القياسات والاستعراض الهام الذي وضعه فريق الاستعراض العلمي من جانب الأقران. وقد وضعت الأداة بالتشاور مع الفرق الفنية داخل منظمة الصحة العالمية وخارجها، وأُخضعت لاختبارات شديدة لمدى انطباقها ثقافيا ووضع خصائص للقياس النفسي باللغات المحلية في الدراسة الاستقصائية لبلدان متعددة التي أجريت في ٦١ بلدا[٣]. وأجري اختبار أولي على الأداة المنقحة في ١٢ بلدا للحصول على النسخة النهائية من أداة دراسة الحالة الصحية في العالم للجولة الحالية.

٢٦ - وكما ورد في تقرير آذار/مارس ٢٠٠٢، فقد وضعت الأداة بطريقة معيارية وتتألف من استبيان للأسرة المعيشية واستبيان فردي. ويسعى استبيان الأسرة المعيشية للحصول على معلومات ديمغرافية ومعلومات عن توفر التأمين الصحي، والدخل الدائم والنفقات الصحية. بالإضافة إلى ذلك تُطرح أسئلة عن مدى شمولية بعض المداخلات المختارة ووجود أوضاع صحية تسبب العجز لمقدم المعلومات في الأسرة المعيشية. أما الاستبيان الفردي، الموجَّه إلى مقدِّم معلومات مختار محتمل من داخل الأسرة المعيشية، فهو يسأل عن الوضع الصحي؛ وتقييم الأحوال الصحية، والوفيات من حيث تاريخ المولد والأخوة الأحياء، وعوامل المخاطرة، وشمولية المداخلات الصحية الرئيسية، واستجابة النظام الصحي، والأهمية النسبية لأهداف النظام الصحي ورأس المال الاجتماعي.

٢٧ - وقد وضعت منظمة الصحة العالمية عملية مفصلة لمراقبة الجودة وتقديم الدعم الفني للبلدان تشمل خبراء داخليين وخارجيين. وعقدت حلقات عمل تدريبية إقليمية لتدريب جميع المحققين في منهجية دراسات الحالة الصحية في العالم، وللتأكيد على أهمية بروتوكول كفالة الجودة الذي بدئ تنفيذه. وتم توفير مواد تدريبية مثل قرص تفاعلي وشريط فيديو في جميع المواقع. ويقوم فريق من المستشارين الفنيين بمساعدة منظمة الصحة العالمية في دعم المواقع في مجال تصميم الدراسات وتنفيذها وتحليلها وكتابتها لاحقا. وستُعقد حلقات عمل حول تحليل البيانات ما أن تُجمع جميع البيانات، وسيتم إعداد جميع التقارير الوطنية لنشر النتائج.

٢٨ - علاوة على ذلك، تُستخدم أجهزة تحديد المواقع لتحديد الشيفرة الجغرافية لمواقع الدراسات بدءا في ١٨ بلدا أفريقيا. ويستخدم ذلك جزئيا كوسيلة لمراقبة الجودة، وجزئيا لإجراء التحليل التالي حيث يمكن وضع خريطة عن موقع المجيبين على الاستبيانات إزاء توفر الخدمات الصحية مثلا. وتُكفل دائما سرية المجيبين على الاستبيانات.

٢٩ - وستوفر المعلومات التي جُمعت عن طريق الدراسة لأول مرة بيانات مقارنة عن السكان فيما يتعلق بمختلف النتائج الصحية والنتائج المتعلقة بالصحة في العينات السكانية المختارة في العالم. وسيوفر مستوى وتوزيع هذه المعايير المرتبطة بالبيانات الواردة من نظم المعلومات الجغرافية، قاعدة معلومات قوية لإجراء تحليل شامل للمساواة في الصحة وتكون بمثابة مدخلات هامة لوضع سياسات عن الفقر والصحة ولورقات استراتيجية الحد من الفقر للدول الأعضاء.

٣٠ - وستعتمد الدراسة على الشبكات الإقليمية مثل مشروع البرنامج الإقليمي المتعلق بتحسين الدراسات وقياسات الظروف المعيشية في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي

(انظر أدناه)، وتجري مناقشات مع وكالة التنمية الدولية التابعة للولايات المتحدة عن أفضل السبل للتفاعل مع برنامج الاستقصاءات الديمغرافية والصحية في كانون الأول/ديسمبر ٢٠٠٢. وتقام الشراكات مع هذه الشبكات وشبكات أخرى لتطوير أواصر التعاون والتكامل في قياس مؤشرات الصحة والمؤشرات المتعلقة بالصحة. ويمكن الاطلاع على جميع الصكوك والبروتوكولات والمعلومات الأساسية لدراسة الحالة الصحية في العالم على الموقع: http://www.who.int/whs.

المبادرات الإقليمية ودراسة الحالة الصحية في العالم

٣١ - أنشئ مشروع البرنامج الإقليمي المتعلق بتحسين الدراسات وقياسات الظروف المعيشية في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي في عام ١٩٩٦ كجهد مشترك بين مجلس التنمية الصناعية والبنك الدولي واللجنة الاقتصادية لأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي. ومنح المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية في الأمريكيتين (منظمة الصحة للبلدان الأمريكية) وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي مركز العضو المشارك. ويتمثل هدفه الرئيسي في تحسين البيانات الواردة من الدراسات الاستقصائية للأسر المعيشية من حيث جودتها وتوقيتها وسهولة الحصول عليها والفائدة منها. وتشارك منظمة الصحة العالمية بنشاط في هذه المبادرة في المنطقة لترى كيف يمكن ربط دراسة الحالة الصحية في العالم مع هذه المبادرة لتفادي الازدواجية، ولتضافر الجهود لدعم الدول الأعضاء وبناء القدرات من أجل تصميم وتنفيذ وتحليل دراسات الحالة الصحية والدراسات ذات الصلة بالصحة.

سابعا - تعزيز القدرات القطرية

٣٢ - تتمثل استراتيجية منظمة الصحة العالمية لتحسين الإحصاءات الصحية للدول الأعضاء فيها على الصعيد الوطني والصعد الأدنى في:

(أ) دعم البلدان في استخدام البيانات المتاحة على نحو أفضل.

(ب) معالجة الفجوات في البيانات بوضع آلية لتوفير المعلومات الرئيسية التي يحتاجها متخذو القرارات والتي لا يتم جمعها بشكل اعتيادي، بل بطريقة تكمّل أنشطة نظم المعلومات الصحية الاعتيادية.

(ج) تعزيز المبادرات للبلدان بغية توليد المعلومات المتعلقة بالصحة واستخدامها وتقديم التقارير بشأنها.

وتعتبر هذه الاستراتيجية جزءا من جهود منظمة الصحة العالمية لتعزيز القدرات الوطنية ولتيسير إقامة شبكات بين البلدان وبين الأقاليم، على النحو التالي.

تعزيز القدرات الوطنية

٣٣ - يتم تناول تعزيز القدرات الوطنية في السياسات الصحية وتقييم الأنظمة والتنمية (بما في ذلك إصدار الإحصاءات الصحية وتحليلها والاستفادة منها)، بطرق شتى. إحداها عن طريق برنامج موسَّع لحلقات البحث وحلقات العمل على الصعيد العالمي والوطني والقطري، وكذلك عن طريق العمل المكثف مع الدول الأعضاء التي تطلب مثل هذا التعاون. ولإتاحة الحد الأقصى من المرونة، تُصمم جميع حلقات العمل وحلقات البحث في شكل موحَّد.

٣٤ - فقد عُقدت دورتان تدريبيتان جديدتان مثلا، مدة كل منهما أسبوع واحد - واحدة عن الفقر، والأخرى عن تقييم أداء النظام الصحي. وقد عقدتا للمرة الأولى في تشرين الأول/أكتوبر ٢٠٠٢ وشارك فيهما ما يقرب من ٧٠ متدربا في كل دورة، جاءوا من ٥٩ بلدا مختلفا من جميع أقاليم منظمة الصحة العالمية. وتكمل هذه الدورات الجديدة والدورات التدريبية عن العبء الناجم عن المرض وتحليل الجدوى من حيث التكلفة، وهما تجريان بالاشتراك مع جامعة هارفرد منذ أكثر من ١٠ سنوات. وقد جذبت كل من هاتين الدورتين ٦٠ متدربا، من جميع أقاليم منظمة الصحة العالمية.

٣٥ - وأجريت دورة تدريبية على الدراسات الاستقصائية للمرة الأولى في تشرين الثاني/ نوفمبر ٢٠٠١ وتم تعديلها ليعاد إجراؤها في بداية عام ٢٠٠٣. وستركز حلقة العمل تلك على مراقبة الجودة لدراسة الحالة الصحية في العالم.

٣٦ - وخلال عام ٢٠٠٢، عملت منظمة الصحة العالمية مع فرق فنية من بلدان مختارة لتحليل البيانات التي قامت بجمعها كجزء من الدراسة الاستقصائية لبلدان متعددة للفترة ٢٠٠٠-٢٠٠١ والتي أجريت في ٦٣ دولة من الدول الأعضاء. وقد عقدت بعض هذه الاجتماعات في جنيف، وعقد بعضها الآخر في البلد الذي طلب ذلك. وشملت المواضيع عدم المساواة في الصحة، والمستويات الصحية، والعدالة في المساهمات المالية ومدى الاستجابة. وسيستمر ذلك على النحو المطلوب في عام ٢٠٠٣، وقد طلبت دول الخليج عقد حلقة عمل دون إقليمية عن العبء الناجم عن المرض في بداية عام ٢٠٠٣.

٣٧ - وتواصل الوحدات الفنية في منظمة الصحة العالمية أيضا العمل مع الدول الأعضاء على النحو المطلوب لتحسين القدرات المتعلقة بجمع واستخدام المعلومات الاعتيادية المتعلقة ببعض الأمراض مثل التدرن وفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والملاريا.

٣٨ - ومن الواضح أن العمل التحليلي المشترك يعد وسيلة أخرى لتعزيز القدرات الوطنية - سواء كان يتألف من البيانات أو خيارات السياسات. وقد أدى الاهتمام المتزايد في تقييم الأداء كأداة للإشراف في النظم اللامركزية بمنظمة الصحة العالمية للتعاون مع كل من إندونيسيا والمكسيك وأسبانيا وبلدان أخرى لتطبيق إطار منظمة الصحة العالمية على المستوى دون الوطني.

٣٩ - ويجري التخطيط لوضع استراتيجيات أخرى في إطار مبادرة التركيز على البلدان لبناء قدرات موظفي منظمة الصحة العالمية في مجال النظم الصحية. وسيتم ذلك من خلال زيادة توجيه الموظفين من البرامج القائمة على التدخل إلى قضايا النظم الصحية؛ وتقديم مزيد من الدعم المنهجي للعاملين في النظم الصحية القائمة؛ وتوظيف اختصاصيين آخرين في النظم الصحية لتنسيبهم في المكاتب القطرية والإقليمية. وسيقدم مقرر منظمة الصحة العالمية أيضا دعما فنيا مختارا للبلدان، بالتعاون مع المكاتب الإقليمية والقطرية.

تيسير الشبكات الشاملة لعدة بلدان وعدة مناطق

٤٠ - هناك حاجة إلى تيسير الشبكات الشاملة لعدة بلدان وعدة مناطق للأفراد والمؤسسات التي يمكنها أن تدعم عمليات التقييم والسياسات والتحليل والتطوير. وتقوم المكاتب الإقليمية لمنظمة الصحة العالمية بدعم طائفة من الشبكات، والشبكات العالمية مثل ''تعزيز مبادرة أداء النظام الصحي'' والتي يمكن تطويرها على نحو منهجي أكثر لجعلها شبكة تضم أولئك الذين يولدون المعلومات وأولئك الذين يستخدمون الأدلة. وتدعم منظمة الصحة العالمية أيضا الشبكات الإقليمية بشأن حسابات الصحة القومية وتشكيل الفرق القطرية. ويوجد لدى ما يقرب من ٧٠ بلدا حسابات صحية قومية كاملة. وتسمح ميزانيات الحكومات ونفقات الأسر المعيشية على الصحة ببناء مصادر تمويل لـ ١٩١ بلدا حتى الآن.

ثامنا - الاستنتاجات

٤١ - نفّذت منظمة الصحة العالمية استعراضا غير مسبوق على السبل التي تستخدمها في وضع الإحصاءات الصحية المتعلقة بالنتائج الأساسية والوظائف والمدخلات للنظام الصحي. وشمل ذلك مشاورات فنية وإقليمية، واستعراضا علميا رسميا من جانب الأقران. وتواصل العمل مع البلدان عندما يطلب إليها تعزيز قدرات هذه البلدان وجمع وتحليل بياناتها الخاصة بها. وتعمل الوحدات الفنية في مجالات عديدة مع البلدان على نحو روتيني لتعزيز الأساليب المستخدمة لقياس المؤشرات المتعلقة ببعض الأمراض أو الحالات وتقديم تقارير عنها، بما في ذلك مراقبة الأمراض. وتؤدي لجان الخبراء والشراكات مع المنظمات والوكالات الأخرى

(مثل مبادرة دحر الملاريا ومبادرة العمل لوضع حد لداء الدرن الرئوي) دورا هاما في هذه العملية. وكجزء من التزامها المتواصل في كفالة أن تكون الإحصاءات الصحية موثوقا بها وصحيحة ومدققة، تعكف المنظمة على إنشاء لجان استشارية إضافية من خبراء خارجيين لتقديم مشورة الخبراء بصورة متواصلة عن أنشطتها المتعلقة بنتائج النظام الصحي، والعمليات والمدخلات ولتعزيز روابطها مع الوكالات الأخرى العاملة في هذا المجال.

الحواشي

(١) A.D. Lopez, O.B. Ahmad, M. Guillot. B.D. Ferguson, J.A. Salomon, C.J.L. Murray and K.H. Hill, World Mortality in 2000: Life Tables in 191 Countries (جنيف، منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٢).

(٢) تدابير موجزة عن الحالة الصحية للسكان: المفاهيم، والأخلاق والقياس والتطبيق (منظمة الصحة العالمية، قيد الإصدار).

(٣) انظر Ustun, TB et al. ''الدراسة الاستقصائية لبلدان متعددة التي أجرتها منظمة الصحة العالمية على الصحة ومدى الاستجابة، للفترة ٢٠٠٠ - ٢٠٠١''، مناقشة الرابطة العالمية للمدرسة كأداة للسلم، الورقة ٣٧ (منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠١).

المرفق الأول

اجتماعات فرق الاستعراض الفنية*

١ - قياس كفاءة النظم الصحية، نيوأورليتز، الولايات المتحدة الأمريكية، كانون الثاني/يناير ٢٠٠١.

٢ - مفاهيم وأساليب قياس الاستجابة للنظم الصحية، جنيف، سويسرا، أيلول/سبتمبر ٢٠٠١.

٣ - الإشراف، جنيف، سويسرا، أيلول/سبتمبر ٢٠٠١.

٤ - التغطية الفعالة في النظم الصحية، ريو دي جانيرو، البرازيل، أيلول/سبتمبر ٢٠٠١

٥ - الاستراتيجيات الإحصائية الشاملة لقطاعات السكان، بوسطن، الولايات المتحدة الأمريكية، تشرين الأول/أكتوبر ٢٠٠١.

٦ - عدالة المساهمة المالية، جنيف، سويسرا، تشرين الأول/أكتوبر ٢٠٠١.

٧ - عدم المساواة الصحية، جنيف، سويسرا، تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠٠١.

٨ - التصنيف والقياس الصحي:

- تدابير موجزة لصحة السكان، مراكش، المغرب، كانون الأول/ديسمبر ١٩٩٩.
- اجتماع الفريق العامل التحضيري الأول المعني بقياس الوضع الصحي، جنيف، ٢-٣ آب/أغسطس ٢٠٠٠.
- اجتماع الفريق العامل التحضيري الثاني المعني بقياس المركز الصحي، جنيف، ٤-٥ أيلول/سبتمبر ٢٠٠٠.
- اجتماع لجنة الخبراء المعنية بقياس وتصنيف الصحة، جنيف، ١١-١٢ أيلول/سبتمبر ٢٠٠٠.
- الاجتماع المشترك للجنة الاقتصادية لأوروبا/منظمة الصحة العالمية المعني بقياس الوضع الصحي، أوتاوا، ٢٣-٢٥ تشرين الأول/أكتوبر ٢٠٠٠.

* التقارير الكاملة متاحة على الموقع www.who.int/health-systems-performance.

المرفق الثاني

المشاورات الإقليمية*

١ - المنطقة الأفريقية لمنظمة الصحة العالمية: الاجتماع التشاوري الإقليمي بشأن تقييم أداء النظم الصحية، هراري، زمبابوي، ١٨-٢٠ تموز/يوليه ٢٠٠١.

٢ - منطقة الأمريكيتين لمنظمة الصحة العالمية: المشاورة الإقليمية للأمريكيتين بشأن تقييم أداء النظم الصحية، واشنطن العاصمة، ٨-١٠ أيار/مايو ٢٠٠١.

٣ - منطقة جنوب شرق آسيا لمنظمة الصحة العالمية: المشاورة الإقليمية وحلقة العمل الفنية بشأن تقييم أداء النظم الصحية، نيودلهي، ١٨-٢١ حزيران/يونيه ٢٠٠١.

٤ - المنطقة الأوروبية لمنظمة الصحة العالمية: المشاورة الأوروبية بشأن تقييم أداء النظم الصحية، كوبنهاغن، ٣-٤ أيلول/سبتمبر ٢٠٠١.

٥ - منطقة شرق البحر الأبيض المتوسط لمنظمة الصحة العالمية: مشاورة إقليمية بشأن الإطار المفاهيمي لتقييم أداء النظم الصحية، عين سعادة، لبنان، ٩-١١ تموز/يوليه ٢٠٠١.

٦ - منطقة غرب المحيط الهادئ لمنظمة الصحة العالمية: المشاورة الإقليمية بشأن تقييم أداء النظام الصحي، مانيلا، ٣-٥ تموز/يوليه ٢٠٠١.

---

* التقارير الكاملة متاحة على الموقع www.who.int/health-systems-performance.