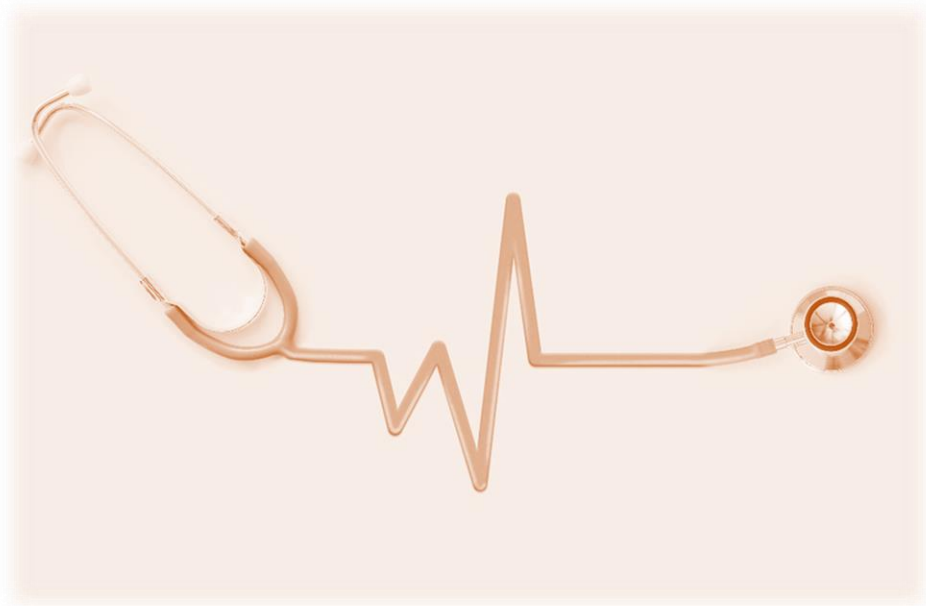


تقرير منظمة التعاون الإسلامي حول الصحة 2019



منظمة التعاون الإسلامي
مركز الأبحاث الإحصائية والاقتصادية والاجتماعية
والتدريب للدول الإسلامية



© نوفمبر 2019 | مركز الأبحاث الإحصائية والاقتصادية والاجتماعية والتدريب للدول الإسلامية (سيسرك)

Kudüs Cad. No: 9, Diplomatik Site, 06450 Oran, Ankara –Turkey

+90–312–468 6172

الهاتف:

www.sesric.org

الموقع الإلكتروني

pubs@sesric.org

البريد الإلكتروني

تخضع المادة المقدمة في هذه الطبعة لقانون حقوق الطبع والنشر. يعطي المؤلفون الإذن بعرض ونسخ وتحميل وطباعة المواد المعروضة على أن لا يتم إعادة استخدامها، في أي ظرف كان، لأغراض تجارية. وللحصول على الإذن لإعادة إنتاج أو طبع أي جزء من هذا المنشور، يرجى إرسال طلب يشمل جميع المعلومات لدائرة النشر بسيسرك.

توجه جميع الاستفسارات بشأن الحقوق والتراخيص إلى دائرة النشر بسيسرك على العنوان المذكور أعلاه. وتقع مسؤولية المحتوى والآراء والتأويلات والشروط الواردة في هذا العمل حصرا على عاتق المؤلفين ولا يمكن بأي حال من الأحوال اعتبار سيسرك أو دوله الأعضاء أو شركائه أو منظمة التعاون الإسلامي جهات مسؤولة عنها.

الرقم الدولي المعياري للكتاب: 978-975-6427-92-7

تم تصميم الغلاف من قبل سفاش بهليفان، دائرة النشر، سيسرك.

ترجم هذا التقرير من الإنجليزية إلى العربية فريق الترجمة في سيسرك.

لمزيد من المعلومات، يرجى التواصل مع دائرة الأبحاث عبر البريد الإلكتروني: research@sesric.org

المحتويات

iii	المحتويات
vi	المختصرات
viii	تمهيد
x	توطئة
xii	شكر وتقدير
xiii	ملخص
1	الفصل الأول – مقدمة
3	الفصل الثاني – تعزيز النظم الصحية
3	1.2 النفقات والتمويل في مجال الصحة
3	1.1.2 نصيب الفرد من النفقات الصحية
5	2.1.2 النفقات الصحية كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي
6	3.1.2 النفقات الحكومية على الصحة
8	2.2 تمويل الرعاية الصحية
9	3.2 القوى العاملة في مجال الصحة
12	4.2 مرافق الرعاية الصحية
14	5.2 الأسرة في المستشفيات
15	الفصل الثالث – الوقاية من الأمراض ومكافحتها
16	1.3 متوسط العمر المتوقع عند الولادة
18	2.3 معدل وفيات البالغين
20	3.3 أسباب الوفيات
23	4.3 الأمراض المعدية
23	1.4.3 فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز



25.....	الإسهال	2.4.3
26.....	الملاريا	3.4.3
27.....	الالتهاب الرئوي	4.4.3
28.....	السل	5.4.3
30.....	شلل الأطفال	6.4.3
30.....	الأمراض غير المعدية	5.3
31.....	الأمراض القلبية الوعائية والسرطان والسكري وأمراض الجهاز التنفسي المزمنة	1.5.3
35.....	عوامل الخطر	6.3
35.....	تعاطي المشروبات الكحولية	1.6.3
37.....	تعاطي التبغ	2.6.3
38.....	عدم كفاية النشاط البدني	3.6.3
39.....	السمنة	4.6.3
42.....	الفصل الرابع - صحة وتغذية الأم والوليد والطفل	
42.....	الوفيات النفاسية	1.4
44.....	الوفيات في صفوف حديثي الولادة والأطفال	2.4
47.....	الأسباب الرئيسية لوفيات الأطفال	3.4
48.....	خدمات الرعاية الصحية للأم وحديثي الولادة والأطفال	4.4
48.....	العناية ما قبل الولادة	1.4.4
49.....	نسبة الولادات تحت إشراف مهنين صحيين مهرة	2.4.4
50.....	التحصين	3.4.4
52.....	الوقاية من الأمراض المعدية ومكافحتها	5.4
55.....	التغذية	6.4
55.....	معدل سوء التغذية	1.6.4
57.....	ممارسات التغذية	2.6.4
59.....	نقص المغذيات الدقيقة	7.4
59.....	مكمل الفيتامين (أ)	1.7.4
60.....	استهلاك الملح المعالج باليود	2.7.4
61.....	أنيميا نقص الحديد	3.7.4
63.....	الفصل الخامس - الأدوية واللقاحات والتكنولوجيات الطبية	
63.....	الصناعة الصيدلانية	1.5



64.....	الإنتاج والاستهلاك العالميين.....	1.1.5
65.....	الإنتاج والاستهلاك في دول منظمة التعاون الإسلامي.....	2.1.5
67.....	توافر الأدوية الأساسية والجنيسة.....	3.1.5
69.....	التجارة بالمستحضرات الصيدلانية.....	4.1.5
72.....	اللقاحات.....	2.5
72.....	الإنتاج.....	1.2.5
73.....	التجارة.....	2.2.5
74.....	التكنولوجيا الطبية.....	3.5
74.....	سوق الأجهزة الطبية.....	1.3.5
75.....	سياسات التكنولوجيا الصحية.....	2.3.5
78.....	الفصل السادس - إدارة المخاطر في حالات الطوارئ الصحية.....	
80.....	الحاجة إلى تعزيز قدرات النظام الصحي.....	1.6
89.....	تقييم قدرات النظام الصحي على إدارة الحالات الطارئة.....	2.6
89.....	الإطار العام للنظام الصحي في حالات الطوارئ.....	1.2.6
90.....	تقييم سلامة المستشفيات.....	2.2.6
91.....	الجهات المعنية بالاستجابة للحالات الصحية الطارئة والمبادرات الإقليمية.....	3.2.6
93.....	الوضع الحالي للقطاع الصحي في البلدان المتأثرة بصراعات.....	3.6
98.....	الفصل السابع - المعلومات والأبحاث والتعليم والتعبئة.....	
98.....	نظام التعليم في مجال الصحة.....	1.7
101.....	جودة التعليم في مجال الصحة.....	2.7
104.....	التفاعلات الضارة للأدوية والاستخدام غير الرشيد لها.....	3.7
106.....	الضوابط والتوازنات للسيطرة على الممارسات الخاطئة.....	4.7
108.....	القضايا الاجتماعية والثقافية المتعلقة بالخدمات الصحية.....	5.7
110.....	خطط التوعية في مجال الصحة العامة.....	6.7
113.....	الفصل الثامن - ملاحظات ختامية وتوصيات متعلقة بالسياسات.....	
122.....	الملحق.....	
122.....	تصنيفات البلدان.....	
126.....	المراجع.....	



المختصرات

معدل وفيات البالغين	AMR
تغطية العناية ما قبل الولادة	ANCC
الأمراض المعدية	CDs
الإطار الشامل بشأن المستشفيات الآمنة	CSHF
إدارة مخاطر الكوارث	DRM
الدفتيريا والكزاز والسعال الديكي	DTP
شرق آسيا والمحيط الهادئ	EAP
أوروبا وآسيا الوسطى	ECA
إدارة المخاطر في حالة الطوارئ والكوارث الصحية	EDRMH
الخدمات الطبية الطارئة	EMS
برنامج التحصين الموسع	EPI
كل امرأة، كل طفل	EWEC
الاتفاقية الإطارية بشأن مكافحة التبغ	FCTC
مؤشر سلامة المستشفيات	HSI
المؤتمر الإسلامي لوزراء الصحة	ICHM
اللجنة الإسلامية للهلال الدولي	ICIC
النازحون داخليا	IDP
الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر	IFRC
اللوائح الصحية الدولية	IHR
أمريكا اللاتينية والبحر الكاريبي	LAC



متوسط العمر المتوقع عند الولادة	LEB
الأهداف الإنمائية للألفية	MDGs
أهداف التنمية المستدامة	SDGs
الشرق الأوسط وشمال أفريقيا	MENA
معدل الوفيات النفاسية	MMR
الأمراض غير المعدية	NCDs
الجمعيات الوطنية للصليب الأحمر والهلال الأحمر	NRCS
منظمة التعاون الإسلامي	OIC
منظمة الصحة للبلدان الأمريكية	PAHO
جنوب آسيا	SA
الإطار الاستراتيجي بشأن التأهب لحالات الطوارئ	SFEP
أفريقيا جنوب الصحراء	SSA
معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة	U5MR
برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز	UNAIDS
صندوق الأمم المتحدة للسكان	UNFPA
منظمة الأمم المتحدة للطفولة - اليونيسيف	UNICEF
البنك الدولي	WB
منظمة الصحة العالمية	WHO



تمهيد

نظرا للدور الرئيسي الذي تلعبه الصحة في التنمية البشرية الشاملة والتنمية الاجتماعية والاقتصادية والتخفيف من وطأة الفقر، فإن الصحة من مجالات التعاون الهامة التي حددتها الدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي في إطار برنامج العمل العشري للمنظمة الذي اعتمده مؤتمر القمة الاستثنائي الثالث الذي عقد في فترة 8-9 ديسمبر 2005 في مكة المكرمة. وتناول برنامج عمل منظمة التعاون الإسلامي لعام 2025، الذي اعتمده مؤتمر القمة الإسلامي الثالث عشر الذي عقد في فترة 14-15 أبريل 2016 في إسطنبول، هذا الموضوع بمزيد من الإسهاب.

وقد عقدت الدول الأعضاء في المنظمة ست دورات للمؤتمر الإسلامي لوزراء الصحة (ICHM) واعتمدت برنامج العمل الاستراتيجي لمنظمة التعاون الإسلامي في مجال الصحة 2014-2023 (OIC-SHPA) بهدف معالجة القضايا والتحديات المتعلقة بالصحة العامة في كل أنحاء العالم الإسلامي.

فخلال العقد الأخير، أولت العديد من البلدان الأعضاء في المنظمة عناية خاصة بالقضايا المتعلقة بالصحة وتنمية نظم صحية حديثة ومستدامة من خلال تخصيص المزيد من الموارد في قطاع الصحة أكثر من أي وقت مضى. وكنتيجة متوقعة لذلك، تحسنت كثيرا الأوضاع المتعلقة بتغطية الرعاية الصحية في هذه البلدان، لكن الوضع في البلدان الأعضاء الأقل نموا لا يبعث على الاطمئنان، لأنها لا تزال متأخرة حتى على مستوى تغطية الرعاية الصحية الأولية. وهذا الواقع يبدو جليا أكثر في منطقتي جنوب آسيا وأفريقيا جنوب الصحراء، حيث تعاني نظم الرعاية الصحية من الهشاشة بسبب عدم كفاية الموارد المالية وضعف البنية التحتية ونقص القوى العاملة في مجال الصحة والتقدم البطيء على مستوى الإصلاحات في قطاع الصحة، وهذه كلها عوامل تؤدي إلى انخفاض كبير في إمكانية الاستفادة من الخدمات الصحية.



وكمبدأ أساسي، يجب أن ينعم كل الأفراد بالحق في الحصول على الخدمات الصحية على قدم المساواة بغض النظر عن وضعهم الاجتماعي أو ظروفهم الاقتصادية. لكن مع الأسف، الواقع يشير إلى عكس ذلك في حالة العديد من البلدان الأعضاء في المنظمة، حيث تعاني أكثر الفئات هشاشة في المجتمع، أي الأطفال والنساء من الأوساط الفقيرة، من نسبة عالية من أعباء الأمراض، لاسيما في المناطق الريفية النائية. وعلى الرغم من التحسن الملموس في نظم وتغطية الرعاية الصحية، تبقى وتيرة التقدم الذي تحرزه البلدان الأعضاء في المنظمة كمجموعة على مستوى الحد من الوفيات النفاسية والأطفال بطيئة للغاية. وتشير الدراسات إلى أنه يمكن تجنب معظم هذه الوفيات من خلال اتباع إجراءات وتدابير بسيطة وغير مكلفة ماديا مثل الخضوع للفحوصات السابقة للولادة والتطعيم والاستعانة بأخصائيين مهرة أثناء الولادة. وإننا بأمس الحاجة لإعادة النظر في ممارساتنا الراهنة واعتماد نهج أكثر واقعية وقائمة على النتائج تكون قد أثبتت نجاحها في أماكن أخرى من العالم.

إن تقرير منظمة التعاون الإسلامي حول الصحة لعام 2019 يقيم أحدث الأوضاع المتعلقة بقطاع الصحة في البلدان الأعضاء، ويعرض تحليلا مقارنا بهذا الخصوص ويقترح رؤى من شأنها دعم تنفيذ الإجراءات والأنشطة التي يوصي بها المؤتمر الإسلامي لوزراء الصحة وبرنامج العمل الاستراتيجي لمنظمة التعاون الإسلامي في مجال الصحة لفترة 2014-2023 (OIC-SHPA). ويحدد التقرير أيضا بعض القضايا الرئيسية التي تتطلب تدخلات فورية على الصعيدين الوطني والدولي في إطار منظمة التعاون الإسلامي لتسريع تقدمنا لتحقيق تغطية شاملة للرعاية الصحية.

أود أن أعرب عن شكري لفريق الأبحاث في سيسرك على هذا التقرير المنجز بعناية فائقة. ويحذوني اليقين بأن القضايا والاتجاهات الواردة في هذا التقرير من شأنها أن تكون داعمة في صياغة سياسات مستقبلية بهدف تعزيز التعاون فيما بين بلدان المنظمة في مجال الصحة.

د. يوسف بن أحمد العثيمين
الأمين العام
منظمة التعاون الإسلامي



توطئة

يسرني أن أقدم بين يدي القارئ الكريم تقرير منظمة التعاون الإسلامي حول الصحة لعام 2019، الذي يصدر وقد قطعنا الشوط الأول من برنامج العمل الاستراتيجي لمنظمة التعاون الإسلامي في مجال الصحة لفترة 2014-2023 (OIC-SHPA). ويستفيض هذا التقرير في استعراض أداء البلدان الأعضاء في المنظمة في مجال الصحة من خلال تحليل أحدث البيانات والاتجاهات المتعلقة بالمجالات المواضيعية الستة للتعاون المنصوص عليها في برنامج العمل الاستراتيجي.

وكما هو وارد في عرض هذا التقرير، من المهم جدا الإشادة بالتقدم الملموس الذي أحرزته بلدان المنظمة على امتداد السنوات الماضية على مستوى ضمان أن ينعم السكان بالرفاهية وبحياة سليمة صحيا. فمنذ عام 1990 إلى الآن، ارتفع متوسط العمر المتوقع عند الولادة بنسبة 5.5 سنوات، بينما انخفضت معدلات وفيات الأطفال والأمهات بنسبة 52% و 42% على التوالي. وبات أكثر من ثلاثة أرباع الأطفال (77%) في بلدان المنظمة يستفيدون من التحصين ضد الأمراض الفتاكة. ومنذ عام 2010، أخذت معدلات الإصابة بالأمراض المعدية - السل والإسهال وفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز - تتراجع، في حين أن الوفيات الناجمة عن الأمراض القلبية الوعائية والسرطان والسكري وأمراض الجهاز التنفسي المزمنة تحت السيطرة. لكن بالرغم من هذه الاتجاهات الإيجابية في مجال الصحة، تبقى مجموعة بلدان المنظمة متخلفة عن أداء مجموعات البلدان الأخرى على صعيد العديد من الجوانب.

ومن الحقائق الملفتة للنظر التي يبرزها التقرير مستوى الموارد التي تخصصها بلدان المنظمة لقطاع الصحة. فالنفقات الصحية في بلدان المنظمة لم تتعد نسبة 4.4% فقط من الناتج المحلي الإجمالي و 8.5% من إجمالي الإنفاق الحكومي عام 2016. وإذا أمعنا في التحليل، نجد أن متوسط معدل نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة في بلدان المنظمة لا يتجاوز مبلغ 161 دولارا أمريكيا، وهو رقم يقل عن المتوسط العالمي بستة أضعاف وعن متوسط البلدان المتقدمة بنحو 35 ضعفا. وبالإضافة إلى ذلك، تبلغ نسبة الإنفاق على الصحة من الأموال الخاصة للأفراد مرتفعة جدا في بلدان المنظمة بمعدل 37.4%. مقارنة بحصة 18.6% كمتوسط عالمي و 13.5% في البلدان المتقدمة.



ويديق التقرير ناقوس الخطر بخصوص كثافة العاملين في مجال الصحة في بلدان المنظمة، وذلك لكون كل عشرة آلاف نسمة لا تحظى إلا بثمانية أطباء وثمانية عشر ممرضا وقابلة، وهذا رقم دون عتبة 34.5 التي تعتبر ضرورية لتقديم الخدمات الصحية الأساسية في بلد أو منطقة معينة. وفي ظل محدودية قدرات الإنتاج المحلية والاعتماد الكبير على الواردات، تشكل مسألة توافر الأدوية الأساسية والقدرة على تحمل تكلفتها هاجسا إضافيا بالنسبة لبلدان المنظمة، لا سيما المنخفضة الدخل منها. وبالرغم من وجود روابط قوية بين مستوى المعلومات والتعليم والتعبئة والنتائج التي يحققها قطاع الصحة، يكشف التقرير أن أجزاء كثيرة من العالم الإسلامي لا تزال تسجل معدلات مرتفعة لانتشار بعض المحرمات الاجتماعية والمعلومات المغلوطة بشأن بعض التدخلات الصحية مثل التطعيم والصحة العامة والتغذية.

ولعل من أكثر النتائج المثيرة للقلق التي توصل إليها التقرير هي أن للزاعات والكوارث الطبيعية انعكاسات جسيمة على استمرارية واستدامة نظم الرعاية الصحية في العديد من بلدان المنظمة. فملايين الأشخاص في هذه البلدان يجدون أنفسهم مجبرين على هجر ديارهم ومنازلهم ويعانون كثيرا في الحصول على الغذاء والمأوى وخدمات الرعاية الصحية الأساسية. وفي الأخير، أود أن أشير إلى أن الاستفادة من هذه الاتجاهات الإيجابية والسلبية في جميع بلدان المنظمة يتطلب المزيد من التعاون والتنسيق بين هذه البلدان لتستفيد من تجارب بعضها البعض وتدعم عملية تطوير نظم فعالة وذات كفاءة للرعاية الصحية.

إن إصدار 2019 من تقرير منظمة التعاون الإسلامي حول الصحة نتاج للاستثمار الكبير في الوقت والجهد والتفاني من قبل موظفي سيسرك. وهنا أود أن أعرب عن شكري وتقديري لموظفي سيسرك على عملهم الدؤوب وإسهاماتهم القيمة، على أمل أن يبعث هذا التقرير نفسا جديدا في جهودنا المشتركة لتحسين الوضع الصحي في بلدان منظمة التعاون الإسلامي.

نبيل دبور
المدير العام
سيسرك



شكر وتقدير

أعد هذا التقرير فريق من الباحثين العاملين في سيسرك ترأسه السيد مزهر حسين وضم السيدين جيم تن تن وكان نملي والسيدة تازين قريشي. وقد أجري العمل تحت إشراف سعادة السيد نبيل دبور، المدير العام لسيسرک.

واشتغل على إعداد الفصل الأول (مقدمة) والفصل الثاني (تعزيز النظام الصحي) والفصل الرابع (صحة وتغذية الأم وحديثي الولادة والأطفال) بشكل مشترك كل من السيد مزهر حسين والسيدة تازين قريشي. فيما أعد الفصل الثالث (الوقاية من الأمراض ومكافحتها) والفصل الخامس (الأدوية واللقاحات والتكنولوجيات الطبية) السيد جيم تن تن. والفصلين السادس (إدارة المخاطر في حالات الطوارئ الصحية) والسابع (المعلومات والأبحاث والتعليم والتعبئة) أعدهما السيد كان نملي. وقدمت السيدة تازين قريشي مساعدتها كذلك في التنسيق الشكلي للنص.



ملخص

تعزير النظام الصحي

النفقات الصحية وتمويل الرعاية الصحية

يعتبر تمويل الرعاية الصحية أحد المكونات الرئيسية في النظم الصحية. فهو يرتبط أساسا بإيجاد موارد مالية وتخصيصها واستخدامها لتقديم خدمات الرعاية الصحية لجميع الأفراد بتكلفة معقولة وبأسعار مقبولة. ويعد نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة مؤشرا مهما للدلالة على حجم استهلاك السلع والخدمات الصحية على المستوى الجزئي. ففي عام 2016 بلغ متوسط نصيب الفرد من الإنفاق الإجمالي على الصحة في دول منظمة التعاون الإسلامي 161 دولارا أمريكيا. وهذا الرقم يتعارض سلبا حتى مع نظيره المسجل في الدول النامية غير الأعضاء في المنظمة الذي بلغ 272 دولارا. وكنسبة مئوية من مجموع الناتج المحلي الإجمالي لدول المنظمة، بلغت حصة الإنفاق على الصحة معدلا يناهز 4.4% مقارنة بمعدل 5.5% المسجل في البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة و 9.9% كمتوسط عالمي. وبصورة عامة، شكلت النفقات الصحية حصة 8.5% فقط من مجمل النفقات الحكومية في بلدان المنظمة مقارنة مع حصة 26.1% في البلدان المتقدمة و 20.4% في العالم و 9.3% في البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة.

وغطى التمويل الحكومي ما يناهز 52% من مجموع النفقات الصحية في بلدان المنظمة بالمقارنة مع 74% على المستوى العالمي و 80.2% في البلدان المتقدمة. وعموما يبقى مستوى تغطية نظم الدفع المسبق، سواء العامة أو الخاصة، منخفضا جدا في بلدان المنظمة، بحيث أن تمويل 37.8% من مجموع النفقات الصحية مصدره مدفوعات الأفراد من أموالهم الخاصة في هذه البلدان مقارنة بنسبة 18.6% على المستوى العالمي و 13.5% في البلدان المتقدمة.

القوى العاملة في مجال الصحة ومرافق الرعاية الصحية

تشير الدلائل إلى أن هناك علاقة إيجابية قوية بين كثافة القوى العاملة الصحية وتغطية الخدمات والنتائج الصحية في بلد أو منطقة معينة. إذ أنه بمعدل 8 أطباء و 18 ممرضا وقابلة فقط، سجلت كثافة العاملين في مجال الصحة في دول منظمة التعاون الإسلامي (26 عامل لكل عشرة آلاف نسمة) معدلا أقل بكثير من عتبة 34.5 التي تعتبر ضرورية لتقديم الخدمات الصحية الأساسية في بلد أو منطقة معينة.

وبلغ متوسط عدد نقاط الرعاية الصحية لكل مائة ألف نسمة 6.7 نقاط في الدول الأعضاء في المنظمة، وهو مستوى منخفض بالمقارنة مع المتوسط العالمي البالغ 14.8 ومتوسط البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة (24.4). وبالمثل، بلغ متوسط عدد المراكز الصحية 2.1 لكل مائة ألف نسمة في بلدان المنظمة مقارنة مع 2.9



في العالم. وبمتوسط 0.9 من المستشفيات لكل مائة ألف نسمة، تعتبر دول المنظمة متخلفة أيضا عن المتوسط العالمي ومتوسط الدول النامية غير الأعضاء في المنظمة (1.3 و 1.5 على التوالي) من حيث توفر المستشفيات على مستوى الأحياء والمقاطعات والمتخصصة منها. ويعتبر عدد الأسرة في المستشفيات من المؤشرات المهمة على الموارد المتاحة لرعاية المرضى الداخليين والحصول الشامل على الخدمات التي توفرها المستشفيات. في عام 2015، بلغ عدد المستشفيات لكل عشرة آلاف نسمة في بلدان المنظمة 13 بالمقارنة مع 26 في البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة و 28 كمتوسط عالمي و 56 في البلدان المتقدمة.

الوقاية من الأمراض ومكافحتها

عبء الأمراض

إن موضوع الوقاية من الأمراض والأوبئة ومكافحتها من المواضيع المهمة في مجال الصحة وتستلزم عناية فائقة في التعامل معه. وبالنظر إلى الاتجاهات العامة في معدلات الاعتلال والوفيات حسب الأسباب (أي انتشار الوفيات الناجمة عن الأمراض المعدية وغير المعدية، وكذلك الإصابات) يتبين أن الأمراض غير المعدية تسببت في 59.2% من مجموع الوفيات في 2016 في دول منظمة التعاون الإسلامي. وكل عام يموت عدد متزايد من الأشخاص في دول المنظمة بسبب الأمراض غير المعدية (NCDs) وذلك راجع للمستوى المرتفع لعوامل الخطر (مثل التعاطي المفرط للكحول والسمنة). وفي بلدان المنظمة كذلك نجد أن الأمراض المعدية قد تسببت في 29.6% من مجموع الوفيات عام 2016، وهو رقم يتجاوز بكثير متوسط البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة (23.7%) والمتوسط العالمي (22.3%). ولكون مستويات التنمية في دول المنظمة آخذة في الارتفاع، أصبحت مشكلة الأمراض غير المعدية أكثر تفاقما ضمن مجموعة هذه الدول بصفة عامة. لكن عددا كبيرا منها منخرط بشكل متواصل في مكافحة الأوبئة الناجمة عن الأمراض المعدية التي يمكن الوقاية منها.

الأمراض المعدية وغير المعدية

تشير الأرقام إلى تراجع حالات الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز في بلدان منظمة التعاون الإسلامي، بحيث أصبحت معدلها 1.3 عام 2017 بدل 1.5 المسجل عام 2010. وسجل متوسط معدل الوفيات الناجمة عن المياه غير المأمونة والمرافق الصحية غير الآمنة وانعدام مقومات الصحة العامة (لكل مائة ألف نسمة) مستويات عالية في بلدان المنظمة، بحيث بلغ معدل 20.9 عام 2016، بينما بلغ المتوسط العالمي 12.5 في نفس العام. وتدل هذه الأرقام على أن العديد من الأطفال والبالغين معرضون لخطر الموت بسبب الإسهال الذي يصاب به الإنسان أساسا بسبب مياه الشرب غير النظيفة ورياءة خدمات الصرف الصحي. ويسير مجموع حالات الإصابة بالمalaria في بعض بلدان المنظمة في منحى تصاعدي، ونتيجة لذلك بلغت حصة هذه البلدان من حالات الإصابة بالمalaria في العالم عام 2017 نسبة 52.3% مقابل نسبة 50.8% المسجلة عام 2016. وفي المقابل، تراجع معدل حالات الإصابة بالسل في بلدان المنظمة من 132.3 (لكل مائة ألف نسمة) في 2010 إلى 113.7 في 2016. وأظهر تحليل أجري بشأن الوفيات الناجمة عن الأمراض غير المعدية أن معدلات الوفاة في تراجع مستمر. كما تراجع معدل الوفيات الناجمة عن الأمراض القلبية الوعائية أو السرطان أو مرض السكري أو أمراض الجهاز التنفسي المزمنة من 24.3% المسجل عام 2010 إلى 23.1% في عام 2016 بالنسبة للذكور من السكان، بينما تراجع هذا المعدل في صفوف الإناث من 20.2% عام 2010 إلى 19.0% عام 2016.

عوامل الخطر

تراجع متوسط الأرقام المتعلقة بالتعاطي للكحول على نحو ضار في دول المنظمة من 3.0 لتر في 2010 إلى 2.8 لتر عام 2016. كما أن هناك كذلك اتجاها تراجعيا في معدلات انتشار استهلاك التبغ في دول المنظمة إذ تراجع متوسط المعدل من 20.2% عام 2010 إلى 19.3% عام 2016. وتشير البيانات إلى أن متوسط انتشار عدم كفاية النشاط البدني في دول المنظمة (28.8%) كان أعلى من المتوسط العالمي (28.2%). وكنتيجة طبيعية



لعدم كفاية النشاط البدني واتباع نظام غذائي غير صحي، زاد متوسط معدل انتشار السمنة في دول المنظمة من 15.2% المسجل عام 2010 إلى 17.5% عام 2016. وتسجل بعض بلدان المنظمة الواقعة في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا بالخصوص معدلات أعلى نسبيا لانتشار السمنة. ويكشف تحليل عوامل الخطر للفترة الممتدة بين عامي 2010 و2016 أن بلدان المنظمة أبلت جيدا على بعض المستويات مثل التقليل من معدلات تعاطي المشروبات الكحولية على نحو ضار والتدخين. لكن لا يزال هناك عمل كثير للقيام به في بعض المجالات مثل النهوض بمستوى النشاط البدني والتعامل مع السمنة.

صحة وتغذية الأم وحديثي الولادة والأطفال

وفيات الأمهات والأطفال

على مدى العقدين الماضيين، شهدت العديد من دول منظمة التعاون الإسلامي تحسنا كبيرا على مستوى تغطية الرعاية الصحية والخدمات المرتبطة بها، وكنتيجة لذلك سجلت تراجعاً مهماً في معدلات وفيات الأمهات وحديثي الولادة والأطفال. ووفقاً لأحدث التقديرات، وانطلاقاً من أعلى معدل أساس البالغ 559 حالة وفاة لكل مائة ألف مولود حي في عام 1990، تمكنت دول المنظمة من خفض معدل الوفيات النفاسية (MMR) بنسبة 42% لتصل إلى 326 حالة وفاة لكل مائة ألف مولود حي عام 2015. وعلى نفس النسق، تراجع معدل وفيات الأطفال كذلك من 126 حالة وفاة من بين كل ألف مولود حي سجلت عام 1990 إلى 60 حالة فقط عام 2015، أي ما يعادل تراجعاً بنسبة 52%. لكن على الرغم من هذا التحسن، سجلت مجموعة دول المنظمة أدنى معدلات التقدم في الحد من وفيات الأمهات والأطفال منذ عام 1990. وإن كانت معدلات وفيات الأطفال قد تراجعت في مختلف ربوع المجموعات الإقليمية لمنظمة التعاون الإسلامي، تبقى منطقتي أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى وجنوب آسيا ضمن أكثر الأماكن صعوبة بالنسبة لبقاء الأم والطفل.

الأسباب الرئيسية لوفيات الأطفال

إن الأسباب الرئيسية الكامنة وراء وفيات الأطفال دون سن الخامسة في دول منظمة التعاون الإسلامي هي نفسها في البلدان النامية الأخرى. ففي 2017، تسببت ثلاثة أمراض معدية في 37.8% من وفيات الأطفال دون سن الخامسة، وهي التهابات الجهاز التنفسي السفلي الحادة (19.2%) والإسهال (10.5%) والمالاريا (8%). وفي سياق المضاعفات المتعلقة بالحمل والولادة، ظل الخداج (18.5%) السبب الرئيسي لوفيات الأطفال دون سن الخامسة، يليه الاختناق أثناء الولادة (15%) والتشوهات الخلقية (8.4%).

تغطية الرعاية الصحية

يمكن تجنب غالبية حالات وفيات الأمهات وحديثي الولادة والأطفال من خلال تدخلات مثل الرعاية ما قبل الولادة وتوفير قابلات ماهرات أثناء الولادة والتحصين والرعاية المبكرة التي تقي من الأمراض المعدية. ويعتبر توفير الرعاية الجيدة قبل الولادة من الشواغل الكبيرة في العديد من بلدان منظمة التعاون الإسلامي. فخلال الفترة الممتدة بين عامي 2009 و2018، استفادت زهاء 64.5% من النساء الحوامل في بلدان المنظمة من الفحوصات الأربعة السابقة للولادة الموصى بها. رغم ذلك يبقى متوسط المنظمة أقل من المتوسط العالمي ومتوسط البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة. وفي دول المنظمة لا يزال عدد كبير من الولادات تجري دون مساعدة، حيث أن 69% فقط من الولادات خلال الفترة المتراوحة بين عامي 2005 و2017 هي التي أجريت بمساعدة طبيب أو ممرضة أو قابلة بالمقارنة مع 84% في البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة و80% في العالم. وارتفع معدل التلقيح ضد الدفتيريا والكزاز والسعال الديكي (DTP3) في دول المنظمة من 67% إلى 77% خلال الفترة الممتدة بين عامي 2007 و2017. لكن معدل التغطية في هذه البلدان ظل دون المتوسط العالمي (85%) ومتوسط البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة (89%).



الحالة التغذوية

تشير أحدث التقديرات إلى أن حوالي 31% من الأطفال دون سن الخامسة في دول منظمة التعاون الإسلامي توقف نموهم خلال الفترة الممتدة بين عامي 2010 و 2018 مقابل 27% في البلدان النامية الأخرى وفي العالم. وخلال الفترة نفسها، بلغت نسبة الأطفال دون سن الخامسة الذين يعانون من نقص في الوزن 19.9% في بلدان المنظمة مقابل 19.2% في البلدان النامية الأخرى. ويمثل الهزال شكلا حادا من أشكال نقص التغذية وهو ما يشكل خطر إصابة الأطفال بأمراض عدة أو حتى موتهم. وبلغت معدلات انتشار الهزال أرقاما متقاربة في بلدان المنظمة وفي البلدان النامية الأخرى وذلك بنسبتي 9.2% و 9.9% على التوالي. وعلى الرغم من أن فرط الوزن كما مرتبطا أساسا بالبلدان ذات الدخل المرتفع في فترة من الفترات، فقد زاد عدد الأطفال دون سن الخامسة الذين يعانون منه إلى ثلاثة أضعاف بين عامي 2000 و 2018 في أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى. واستأثرت دول منظمة التعاون الإسلامي بحوالي ثلث إجمالي الأطفال الذين يعانون من فرط الوزن في العالم بمعدل انتشار بلغ 5.4% مقابل 4.9% في البلدان النامية الأخرى.

الممارسات المتعلقة بالتغذية

تعتبر التغذية السليمة خاصة خلال أول عامين من الحياة أمرا بالغ الأهمية من أجل بقاء الطفل ونموه وتنميته. وتكشف أحدث التقديرات المتعلقة بالممارسات ذات الصلة بالتغذية أنه على الرغم من الأهمية البالغة للحالة التغذوية للأطفال، فإن عددا كبيرا من الرضع والأطفال لا ينالون حظا من الرضاعة الطبيعية. ففي بلدان منظمة التعاون الإسلامي، 49.3% فقط من الرضع تم إرضاعهم طبيعيا خلال الساعة الأولى من الولادة، و فقط نسبة 36.9% تم إرضاعهم طبيعيا خلال الأشهر الستة الأولى من الحياة مقارنة مع 52.8% و 40% في العالم، على التوالي. لكن تغطية الرضاعة الطبيعية حتى سن الثانية من العمر أفضل نسبيا في بلدان المنظمة بمعدل 63.1% من مجموع الأطفال. وفيما يخص التغذية الملائمة للأطفال مع الأغذية التكميلية المناسبة والأمنة، تكشف التقديرات ذات الصلة أن 74.2% من الأطفال الرضع في دول المنظمة تلقوا الأطعمة الصلبة أو شبه الصلبة أو اللينة خلال الفترة العمرية المترواحة بين 6 إلى 8 أشهر.

نقص المغذيات الدقيقة

يعد نقص المغذيات الدقيقة مثل نقص فيتامين (أ) والحديد واليود والزنك وحمض الفوليك ظاهرة شائعة جدا في صفوف النساء والأطفال في البلدان النامية المنخفضة الدخل، بما في ذلك بعض بلدان منظمة التعاون الإسلامي. وعلى الصعيد العالمي، تلقى قرابة 64% من الأطفال المترواحة أعمارهم بين 6 أشهر و 59 شهرا جرعتين من فيتامين (أ) خلال الفترة الممتدة بين عامي 2010 و 2017، بينما بلغت هذه النسبة 71% في بلدان المنظمة و 51% في البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة. وخلال الفترة ذاتها، بلغت نسبة الأسر المعيشية التي تستهلك الملح المعالج باليود في منطقة المنظمة 77.1% مقابل 85.3% في البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة و 83.7% في العالم. كما شكل فقر الدم الناجم عن نقص الحديد أحد التحديات الصحية الكبيرة، وهو ما أثر على أكثر من 41% من الأطفال دون سن الخامسة من العمر في العالم خلال عام 2016. وفي الوقت الذي بلغ فيه معدل انتشار فقر الدم في البلدان المتقدمة نسبة 11% فقط في صفوف الأطفال، كانت الأعداد مهولة في البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة وفي بلدان المنظمة بمعدلي 41% و 50% على التوالي.

الأدوية واللقاحات والتكنولوجيات الطبية

الأدوية واللقاحات

بلغت قيمة صادرات منظمة التعاون الإسلامي للمستحضرات الصيدلانية 1191 مليار دولار أمريكي عام 2018 بالمقارنة مع قيمة 628.7 مليون دولار عام 2010، وهذا ما يمثل زيادة قدرها 89%. وبشكل عام، تركزت



هذه الصادرات بشكل كبير في منطقتي أوروبا وآسيا الوسطى (ECA) والشرق الأوسط وشمال أفريقيا (MENA)، اللتين استأثرتا بنسبتي 41.4% و 29.4%، على التوالي، من إجمالي صادرات المنظمة عام 2018. وبالمقابل، شهدت واردات المستحضرات الصيدلانية إلى المنظمة منى تصاعديا وزادت من مبلغ 6.3 مليار دولار أمريكي المسجل عام 2012 إلى 9.2 مليار دولار عام 2017. وفي عام 2018 بلغ هذا الرقم 8.4 مليار دولار.

وتراوح متوسط وفترة أدوية جنيصة معينة في قطاع الصحة العام بين 35% و 96.7% (بمتوسط عام بلغ 71.9%). وعلى نفس المنوال، عكست بلدان منظمة التعاون الإسلامي بنية غير متجانسة على مستوى قطاع الصحة الخاص، بمتوسط توافر تراوح بين 57.8% و 96.7% (بمتوسط عام بلغ 77.6%). كما سجلت القدرات المتعلقة بإنتاج اللقاحات مستويات جد متدنية في جميع بلدان المنظمة. ووفقا للبيانات المتاحة، استثمرت بلدان المنظمة مبلغ 2.95 مليار دولار في واردات اللقاحات عام 2018.

التكنولوجيات الطبية

ففي 2013/14، كان لدى 23 من أصل 48 دولة في منظمة التعاون الإسلامي (48%) على سياسة وطنية في مجال التكنولوجيا الصحية. بينما لا يتوفر 25 بلدا (52%) على أي سياسات في هذا المجال. وخلال فترة العامين 2013 و 2014، لم يكن 28 بلدا من أصل 47 بلدا عضوا في المنظمة، المتوفرة حولها البيانات، تتوفر على أي قائمة وطنية تشمل أسماء الأجهزة الطبية المعتمدة للشراء أو السداد. وفي المقابل، توفرت خلال نفس الفترة 12 دولة من أصل 47 دولة من دول المنظمة على قائمة وطنية لكنها مجرد توصية. وتمثل وحدات التصوير المقطعي المحوسب (CT) في القطاعين العام والخاص أعلى كثافة للأجهزة الطبية في بلدان المنظمة بمعدل 144 جهاز لكل مليون شخص.

إدارة المخاطر في حالات الطوارئ الصحية

تتميز حالات الطوارئ التي تواجهها البلدان في جميع أنحاء العالم بالتنوع الكبير واتساع نطاقها، وتشمل أنواعا مختلفة من المخاطر الطبيعية وأخرى متعلقة بالصراعات والنزوح الجماعي وتغير المناخ والفقر بالإضافة إلى شواغل أخرى متعلقة بالصحة العامة. ومن الجدير الإشارة إلى الخصوصية التي تُميز الصحة فيما يتعلق بحالات الطوارئ، فمعظم حالات الطوارئ، إن لم تكن كلها، تؤثر بشكل مباشر على صحة الأفراد. ومن الشواغل المتعلقة بالصحة العامة الناشئة عن حالات الطوارئ على المستوى العالمي تفشي الأمراض المعدية والتلوث الكيميائي والإشعاعي والإعاقات والمشاكل النفسية وعدد من الآثار الصحية الضارة بالإنسان. ففي مثل هذه الحالات الطارئة، غالبا ما يحرم الكثير من الأفراد من الاستفادة من الرعاية الأساسية والضرورية والأدوية المنقذة للحياة والبنية التحتية والإمدادات الطبية المناسبة. لهذا السبب تعد إدارة المخاطر في حالات الطوارئ الصحية من العناصر الهامة المسهمة في التخفيف من الآثار السلبية الناجمة عن الطوارئ سواء على الأفراد أو المجتمعات.

تواجه معظم الدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي مجموعة واسعة من حالات الطوارئ الناجمة عن الكوارث الطبيعية والصراعات المسلحة والفقر وغيرها من العوامل. وعادة ما يكون لهذه الطوارئ انعكاسات على الهياكل السياسية والاجتماعية والاقتصادية والصحة العامة في بلدان المنظمة. فسواء أكانت هذه الأزمات الطارئة بسبب الكوارث الطبيعية أو الصراعات أو تفشي الأمراض والأوبئة أو أي شكل من أشكال الخطر، فإنها قادرة على أن تخلّف أثارا خطيرة على النظم الصحية في هذه البلدان. وفي هذا الصدد، يتناول هذا القسم أحد أبرز التحديات التي تواجهها الدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي والذي يتمثل في تعزيز نظمها الصحية لتكون أكثر مرونة وفعالية في التعامل مع حالات الطوارئ.

ويسلط الفصل السادس الضوء على أوجه التباين التي تتميز بها البلدان الأعضاء في المنظمة على مستوى عدد من الجوانب بما في ذلك الوضع الاجتماعي والاقتصادي ومستوى التنمية والبنية التحتية والصحة. كما يبرز أيضا مدى التباين على صعيد حالات الطوارئ التي تواجهها هذه البلدان. ففي الوقت الذي تواجه فيه



بعضها كوارث طبيعية، فإن البعض الآخر يعاني من ويلات النزاعات وانتشار العنف. وتستأثر بلدان المنظمة بنسبة 61.5% من إجمالي النازحين في العالم بمعدل يفوق 25 مليون نازح (SESRIC, 2017). وتجسد الحالة السورية نموذج لإحدى أشد الأزمات الإنسانية قسوة في العصر الحديث. وعلى نحو مماثل، اتجهت وتيرة الكوارث الطبيعية خلال العقود الأربعة الماضية في منحنى تصاعدي أكثر حدة في بلدان المنظمة، حيث احتدت بشكل كبير وقفزت من زهاء 681 حالة مسجلة في فترة التسعينات من القرن الماضي إلى 1747 حالة في الفترة الممتدة بين عامي 2000 و 2016. وهذا ما يعكس معدل زيادة أعلى عن المتوسط العالمي (SESRIC, 2017). وإلى جانب التكاليف الاجتماعية والاقتصادية الكبيرة التي تسفر عنها هذه الصراعات والكوارث، يواجه الناس في جميع أنحاء بلدان منظمة التعاون الإسلامي قيوداً وأوجه قصور كبيرة على صعيد الرعاية الصحية خلال فترات الطوارئ.

على الرغم من اختلاف حالات الطوارئ من حيث الحدة والسياق، إلا أنها تشترك في العديد من نقاط الضعف والثغرات التي تكشف عنها في القطاع الصحي. ومن شأن تقديم أساليب وسياسات مشتركة لإدارة الكوارث بخصوص الجانب المتعلق بالنظام الصحي أن يعزز من قدرة المجتمعات وتالمنظم الصحية على الصمود في وجه هذه الكوارث. ويبقى التحدي الأكبر أمام الدول الأعضاء في المنظمة متمثلاً في الانتقال من مجرد الاستجابة للطوارئ والانتعاش من أثارها المدمرة إلى العمل على إيجاد حلول وقائية والتخطيط لإجراءات من شأنها التخفيف من حدة الكوارث في نظمها الصحية. ومن المهم الإشارة إلى أن بعض دول المنظمة قد أحرزت تقدماً في إدارة مخاطر الكوارث والاستجابة في الحالات الطبية الطارئة. لكن هناك فوارق كبيرة بين القدرات الصحية لبلدان المنظمة. وتعد النزاعات المستمرة ونقص التمويل في النظم الصحية ومحدودية الوصول إلى الموارد والتكنولوجيات الحديثة من أبرز العوامل التي تؤثر على قدرة بلدان المنظمة على الهوض بقدراتها.

المعلومات والأبحاث والتثقيف والتعبئة

نظام التعليم في مجال الصحة

هناك علاقة وثيقة بين مستوى التوعية والتعبئة العامة والتعليم ومخرجات الصحة في أي بلد كان. فقد أثبتت الدراسات والأبحاث أن الوقاية من معظم القضايا المتعلقة بصحة الإنسان بما في ذلك الأمراض أمر ممكن، وذلك عن طريق إيصال المعلومات والمعارف ذات الصلة للمرضى ومقدمي الرعاية الصحية بالاعتماد على قنوات موثوقة. وبهذا تكون المعلومات والتعليم والتعبئة عناصر مكملة لبعضها البعض. فهناك العديد من الشواغل المتعلقة بالصحة التي تستلزم التواصل مع العامة ومقدمي الرعاية الصحية ومشاركة معلومات دقيقة معهم حتى يتسنى لهم اتخاذ خيارات سليمة حين يتعلق الأمر بالصحة. وعلاوة على ذلك، أخذت المعلومات والتثقيف في المجال الصحي مؤخراً تسير في منحنى يرمي إلى تعزيز الصحة والتعبئة. لذلك، هناك ميول في اتجاه نشر ثقافة الوقاية والمعلومات والتعليم والتعبئة التي تصب في هذا الاتجاه أيضاً. والعنصر الآخر هو الحصول على المعلومات ومستويات التثقيف المناسبة لعمليات التشخيص والعلاج، التي يمكن أن تنقذ ملايين الأرواح في جميع أنحاء العالم وفي منطقة منظمة التعاون الإسلامي. ومن هذا المنطلق، يتطرق هذا القسم لموضوع المعلومات والأبحاث والتثقيف والتعبئة في مجال الصحة.

نظام التعليم في مجال الصحة

يعتبر التعليم في مجال الصحة عنصراً مهماً للغاية من عناصر النظام الصحي. فبدون تعليم جيد في مجال الصحة، تتحمل البلدان عبئاً كبيراً من حيث التكاليف الاقتصادية وسلامة صحة الأفراد والمجتمع وتفاقم القضايا ذات الصلة بالصحة العامة. فعلى سبيل المثال، تشير بعض الدراسات العلمية إلى معاناة الكثير من البلدان الأفريقية من عبء كبير بسبب الأمراض وذلك لقلة التثقيف بالقضايا الصحية. لذلك، يعد التعليم في مجال الصحة من القضايا التي يجب أن تحظى بأهمية بالغة بالنسبة للأفراد والمجتمعات المحلية والحكومات والمجتمع ككل. والهدف من التعليم في مجال الصحة هو توفير معلومات دقيقة وحديثة لمجموعة



كبيرة من الجهات الفاعلة بما في ذلك الأفراد والأسر والمجتمعات ومقدمي الرعاية الصحية. ويرمي أيضا إلى توسيع نطاق المعرفة وإذكاء الوعي وتسليح الأفراد بالمهارات المناسبة لاتخاذ قرارات صحية في حياتهم

هناك ندرة شديدة على الصعيد العالمي في البيانات المتعلقة بعدد مدارس ومؤسسات التدريب في مجال الصحة. ووفقا لآخر البيانات المتاحة من تقرير منظمة الصحة العالمية حول الصحة في العالم (2006)، يوجد على الصعيد العالمي 2420 كلية طب، و 467 مدرسة أو قسم للصحة العامة، وعدد غير محدد من المؤسسات التعليمية في مجال التمريض لما بعد المرحلة الثانوية في 169 بلدا. وتسهر هذه المدارس والمؤسسات على تدريب حوالي مليون طبيب وممرض وقابلة وعامل في مجال الصحة العامة كل عام. ومن بين البلدان العشرين الأكثر احتضانا لكليات الطب النشطة، هناك أربع دول من منظمة التعاون الإسلامي. وهي إيران (48 كلية طب) وتركيا (37) وباكستان (34) وإندونيسيا (32)، وتستأثر بحصص 2.5% و 1.9% و 1.8% و 1.7%، على التوالي، من إجمالي كليات الطب في العالم. لم تكن هناك سوى مدرسة طبية نشطة واحدة في كل من غينيا بيساو والغابون وسورينام.

ويكشف النقاش الوارد في هذا القسم أن مؤسسات التعليم في مجال الصحة في الدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي ضعيفة جدا بالمقارنة مع نظيراتها في مجموعات البلدان الأخرى. وبات من الجلي أنه يجب بذل المزيد من الجهود في كل بلدان المنظمة لإنشاء مرافق للتعليم في مجال الصحة. ونظرا لكون بلدان المنظمة تضم أكبر نسبة من الشباب في العالم، يتعين عليها توفير المرافق التعليمية اللازمة للشباب لمتابعة دراستهم في المجال الطبي. ولا يكفي فقط توفير المؤسسات التعليمية، بل يجب أيضا أن تكون هناك مرافق أخرى تكميلية مثل المختبرات ومعدات الاختبار والأجهزة التكنولوجية ذات الصلة. وإلى جانب المؤسسات التعليمية، تشكل جودة التعليم في مجال الصحة جزءا مهما من نظام التعليم في هذا المجال.

جودة التعليم في مجال الصحة

تؤثر جودة التعليم في مجال الصحة تأثيرا مباشرا على النتائج الصحية. والتعليم لبننة من اللبنة البالغة الأهمية بالنسبة للتنمية الاجتماعية والاقتصادية، وله انعكاسات مهمة على صحة السكان. ومما لا شك فيه أن التعليم الطبي له أثر كبير على أنماط الممارسات ويشكل ملامح الخيارات الوظيفية؛ وبالتالي فإنه يلقي بأثره على صحة السكان أجمع، لا سيما في المناطق المتخلفة أو البلدان التي تقدم تدريباً لعدد قليل نسبياً من الممارسين في المجال الطبي. وتتمثل إحدى الفرص التحويلية الرئيسية لتحسين الوضع الصحي لمختلف المجتمعات في جميع أنحاء العالم في إصلاح رؤية المؤسسات التعليمية وبرامجها ونظمها بهدف تدريب المهنيين في مجال الصحة بحيث يكونون قادرين على تلبية احتياجات الناس وتمكين المجتمعات المحلية وتعزيز رفاه الإنسان.

ويفتقر أكثر من أربعة ملايين شخص في جميع أنحاء العالم إلى الخدمات الصحية ذات الجودة العالية، ويُعزى ذلك في المقام الأول إلى النقص الحاد في العاملين في مجال الصحة، ومزيج المهارات غير المتوازن لديهم، وتوزيعهم الجغرافي غير المتكافئ. وتقدر منظمة الصحة العالمية أن العالم بحاجة إلى 4.3 مليون عامل صحي إضافي. وحيث أن أزمة القوى العاملة في المجال الصحي يترتب عليها آثار كارثية على صحة ملايين الناس ورفاههم، بيد أنه لا يتم تحضير أعداد كافية من العاملين في المجال الصحي لسد هذا النقص. ومن الواضح أن هناك حاجة ملحة إلى توسيع نطاق البرامج التعليمية لإعداد فرق تقدم خدمات متعددة الاختصاصات تشتمل على مجموعة متزنة من الأطباء السريريين والعاملين في مجال الصحة المجتمعية والأطباء الإدارية، خاصة في مناطق المنظمة. لكن مجرد زيادة أعداد العاملين لن يكون كافياً. وما يزيد هذا النقص سوءاً هي حقيقة أن مهارات العاملين الموجودين وكفاءتهم وخبراتهم السريرية وتوقعاتهم كثيراً ما تكون غير متوافقة مع الاحتياجات الصحية للسكان الذين يسهرون على خدمتهم (WHO, 2017). لذلك، تعد الحاجة إلى تعليم جيد في مجال الصحة من المكونات الرئيسية للنظم الصحية، كما هو موضح في هذا القسم.



التوعية العامة والصحة

الصحة العامة مجال علمي يهتم بحماية صحة الأسر والمجتمعات وتحسينها من خلال تعزيز أساليب الحياة الصحية، وإجراء الأبحاث عن الأمراض والوقاية من الإصابات، والكشف عن الأمراض المعدية ومكافحتها. وبشكل عام، تعنى الصحة العامة بحماية صحة كل السكان. وقد يقصد بالسكان فئة صغيرة بحجم حي محلي أو فئة كبيرة بحجم بلد أو منطقة إقليمية على مستوى العالم. ويعمل المختصون في مجال الصحة العامة على منع حدوث المشاكل أو تكرارها من خلال تنفيذ البرامج التعليمية واقتراح السياسات وإدارة الخدمات وإجراء الأبحاث - على نقيض المهنيين السريريين مثل الأطباء والممرضين الذين يركزون بشكل أساسي على علاج الأفراد بعد إصابتهم بالمرض أو الأذى. كما تعنى الصحة العامة أيضا بالحد من التفاوتات في الوضع الصحي. ويهتم جانب كبير من مجال الصحة العامة بتعزيز المساواة في الحصول على الرعاية الصحية وتحسين نوعية هذه الرعاية وإمكانية الوصول إليها.

إن مما لا شك فيه هو أن للتوعية الصحية العامة دور ذا أهمية بالغة من أجل مجتمعات سليمة صحيا. ووفقا لمنظمة الصحة العالمية، يمكن الوقاية من معظم أمراض القلب والسكتات الدماغية وداء السكري من النوع الثاني وعدد من حالات السرطان بمجرد تعليم وتوعية الأفراد بشأن أهمية اتباع نظام غذائي صحي والقيام بأنشطة وتمارين بدنية والضرر المصاحب لاستهلاك التبغ. وعلى منوال نظيراتها النامية، فإن العديد من دول منظمة التعاون الإسلامي تعاني من ضعف مستوى التوعية الصحية. والوضع أكثر حرجا في البلدان المنخفضة الدخل حيث تنتشر الخرافات والمحضورات الثقافية التي تتسبب في انخفاض معدلات الاعتماد على خدمات الرعاية الصحية واللجوء إليها التي تعتبر بالغة الأهمية للحفاظ على صحة الأفراد. كما هو موضح في هذا القسم، يتعين على البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي العمل على النهوض بخطط التوعية العامة الرسمية وغير الرسمية لإطلاع الناس على أنماط الحياة وخيارات وأساليب العيش السليمة. ويمكن إذكاء الوعي العام بخصوص المواضيع المتعلقة بالصحة عن طريق استخدام الوسائط الرقمية وحملات التوعية من قبل شخصيات مؤثرة ومواد تعليمية تستهدف العامة.



الفصل الأول

مقدمة

تعتبر الصحة عاملاً حاسماً في رفاه البشرية، فهي تساهم بقدر مهم في التقدم الاقتصادي كون الأشخاص الأصحاء يعيشون حياة أطول وأكثر إنتاجية. وهناك عوامل عديدة ومتنوعة تؤثر على الوضع الصحي وقدرة الدول على توفير الخدمات الصحية الجيدة لشعوبها. ومن هنا فإن وزارات الصحة تلعب دوراً رئيسياً في توفير الخدمات الصحية، لكن يبقى للهيئات الحكومية والمؤسسات المانحة ومنظمات المجتمع المدني كذلك دور في الأداء العام للقطاع الصحي.

وعلى مدى العقود الماضية، اكتسبت مسألة الصحة أهمية بالغة باعتبارها المحرك الرئيسي للتقدم الاجتماعي والاقتصادي في جميع أنحاء العالم أكثر من أي وقت مضى، بحيث يتم ضخ المزيد من الموارد لاستثمارها في هذا القطاع. وبشكل شامل، يتمتع الأفراد في عصرنا الحاضر بصحة جيدة، كما أنهم أكثر ثراءً ويعيشون حياة أطول بالمقارنة مع ما كانت عليه الأوضاع قبل حوالي 50 عاماً. وابتداءً من عام 1990، شهدت الدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي تحسناً كبيراً على مستوى صحة الأمهات والأطفال بحيث تراجعت معدلات الوفيات بنسبتي 44% و 52% على التوالي. لكن على الرغم من هذا التقدم الملحوظ، فإن هذه الدول كمجموعة حققت أقل المكاسب فيما يتعلق بالتقليص من وفيات الأمهات والأطفال منذ ذلك العام.

لا تزال فئة كبيرة من الناس في العديد من دول منظمة التعاون الإسلامي، خاصة في منطقتي جنوب آسيا وأفريقيا جنوب الصحراء، تعاني من ضعف خدمات الرعاية الصحية، ويرجع ذلك أساساً إلى عدم وجود موارد مالية كافية ومستدامة وضعف البنية التحتية الصحية وعدم كفاية القوى العاملة ذات التدريب الجيد في المجال الصحي. فطبيعة وحجم هذه التحديات الرئيسية يتطلب المزيد من الالتزام من الحكومات في وضع القطاع الصحي ضمن أولويات برامج التنمية الوطنية وبناء البنية التحتية الصحية وتدريب القوى العاملة لتلبية الطلبات الراهنة والمستقبلية للخدمات الصحية. وفي هذا الصدد، من شأن برنامج العمل الاستراتيجي لمنظمة التعاون الإسلامي في مجال الصحة 2014-2023 (OIC-SHPA)، الذي أعده سيسرك بالتعاون مع دول للمنظمة والمنظمات الدولية ذات الصلة، والذي اعتمده المؤتمر الإسلامي الرابع لوزراء الصحة. أن يلعب دوراً رئيسياً من خلال تقوية وتعزيز التعاون والتنسيق في مختلف القضايا الصحية في دول المنظمة.



وإزاء ما تقدم، يلقي هذا التقرير الضوء على وضع الصحة في الدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي من منظور مقارنة. ولتمهيد الطريق، فإن القسم الثاني من التقرير يقيم أداء النظم الصحية في بلدان المنظمة من خلال تسليط الضوء على بعض اللبنة الأساسية مثل الإنفاق والتمويل والقوى العاملة في مجال الصحة والبنية التحتية الصحية. ويتطرق التقرير في قسمه الثالث بالنقاش والتحليل لآخر الاتجاهات المتعلقة بانتشار الأمراض المعدية وغير المعدية، وعبء الوفيات الناجم عنها والتقدم المحرز نحو معالجة عوامل الخطر الرئيسية. فيما يتناول القسم الرابع الوضع الراهن المتعلق بصحة وتغذية الأمهات وحديثي الولادة والأطفال من خلال إبراز الاتجاهات الراهنة الخاصة بوفيات الأمهات والأطفال وذلك بالنظر في تنفيذ التدخلات التي أوصت بها منظمة الصحة العالمية مثل الفحوصات السابقة للولادة والتطعيم وحضور الأخصائيين المهرة أثناء الولادة وتوفير الرضاعة الطبيعية وغيرها من الأمور للتخفيف من معدل وفيات وسوء تغذية الأمهات وحديثي الولادة والأطفال. أما القسم الخامس فيسلط الضوء بالتفصيل على وضع الأدوية واللقاحات وإنتاج التقنيات الطبية وآليات الشراء في دول منظمة التعاون الإسلامي فضلا عن مدى توافر الأدوية الأساسية. ويركز القسم السادس على الموارد القائمة حاليا والقدرات المتعلقة بالاستجابة والتدخلات الطارئة في دول منظمة التعاون الإسلامي إلى جانب بعض الثغرات المشتركة في الاستجابة الإنسانية للقطاع الصحي ذات الصلة بإدارة المعلومات وتحليلها والتخطيط الاستراتيجي والتنسيق وتقديم الخدمات. ويتمحور القسم السابع حول الروابط القائمة بين مستوى المعلومات والتعليم والتعبئة ونتائج الصحة في دول منظمة التعاون الإسلامي من خلال التحقيق في جودة التعليم في مجال الصحة ومستوى الوعي بشأن التفاعلات الدوائية الضارية والاستخدام غير الرشيد للأدوية. وتتلخص النتائج الرئيسية للتقرير في القسم الثامن. ويختتم التقرير بتوصيات بشأن السياسات التي تهدف إلى تعزيز تنفيذ التدخلات على مستوى التعاون الوطني داخل منظمة التعاون الإسلامي وعلى المستوى الدولي على حد سواء لتحسين وضع قطاع الصحة في دول المنظمة.

الفصل الثاني

تعزيز النظم الصحية

وفقا لتعريف منظمة الصحة العالمية، النظام الصحي هو مجموع المنظمات والمؤسسات والموارد المتاحة التي يتمثل هدفها الأساسي في تحسين وضع قطاع الصحة. ويمهد النظام الصحي الجيد الأداء الطريق أمام تمتع أفراد المجتمع بصحة جيدة، وتنشئة مجتمع سليم واقتصاد متين. لكن من أجل بلوغ هذا الهدف يتطلب النظام الصحي آلية تمويل قوية، وقوة عاملة مدربة جيدا وتتقاضى رواتب محفزة، وتوفر معلومات موثوقة يتم على أساسها اتخاذ القرارات ووضع السياسات، ومرافق وخدمات لوجستية جيدة الصيانة لتقديم أدوية وتكنولوجيات ذات جودة عالية (WHO, 2014). وبشكل عام، يشمل تعزيز النظام الصحي جميع التدابير والأنشطة والإجراءات التي تهدف إلى تحسين وضع الأعمدة الأساسية للنظام الصحي الواردة أعلاه في بلد أو منطقة معينة. في ضوء هذا الفهم، يقيم هذا القسم أداء النظم الصحية في بلدان منظمة التعاون الإسلامي من حيث التمويل الصحي والقوى العاملة والبنية التحتية.

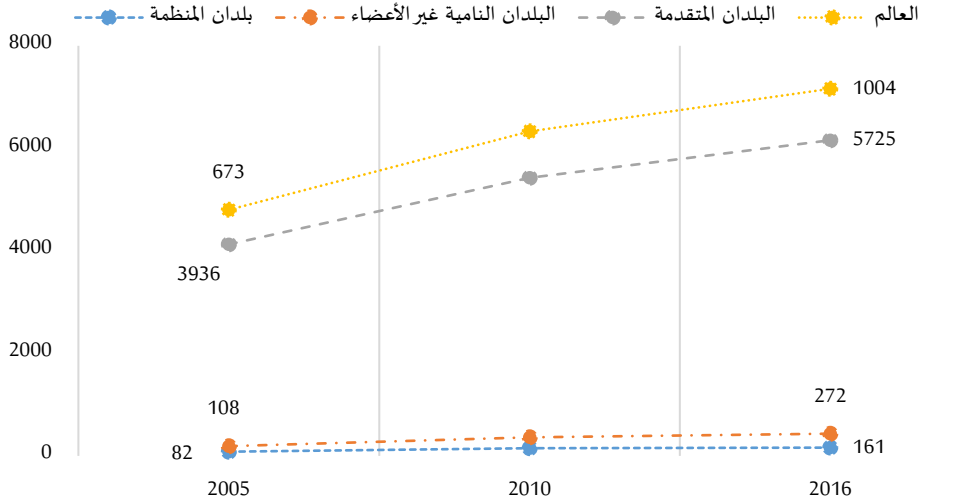
1.2 النفقات والتمويل في مجال الصحة

1.1.2 نصيب الفرد من النفقات الصحية

يعتبر نصيب الفرد من إجمالي الإنفاق على الصحة مؤشرا مهما يشير إلى استهلاك السلع والخدمات الصحية على المستوى الجزئي. وكما هو مبين في الشكل 1.2، فإن مجموع حصة الفرد في النفقات الصحية (بالسعر الجاري للدولار) قد زاد في جميع أنحاء العالم بين عامي 2005 و 2016. وفي عام 2016، بلغ نصيب الفرد من هذه النفقات نحو 161 دولار أمريكي في دول منظمة التعاون الإسلامي. وهذا الرقم يتعارض سلبا حتى مع نظيره المسجل في الدول النامية غير الأعضاء في المنظمة الذي بلغ 272 دولارا. فيما بلغ هذا الرقم في البلدان المتقدمة مستوى أعلى من متوسط المنظمة بحوالي 35 ضعفا في 2016. لكن من الجدير بالذكر أن نصيب الفرد من هذه النفقات زاد في دول المنظمة كمجموعة بضعفين عام 2016 عن مستوى 82 دولارا المسجل عام 2005.



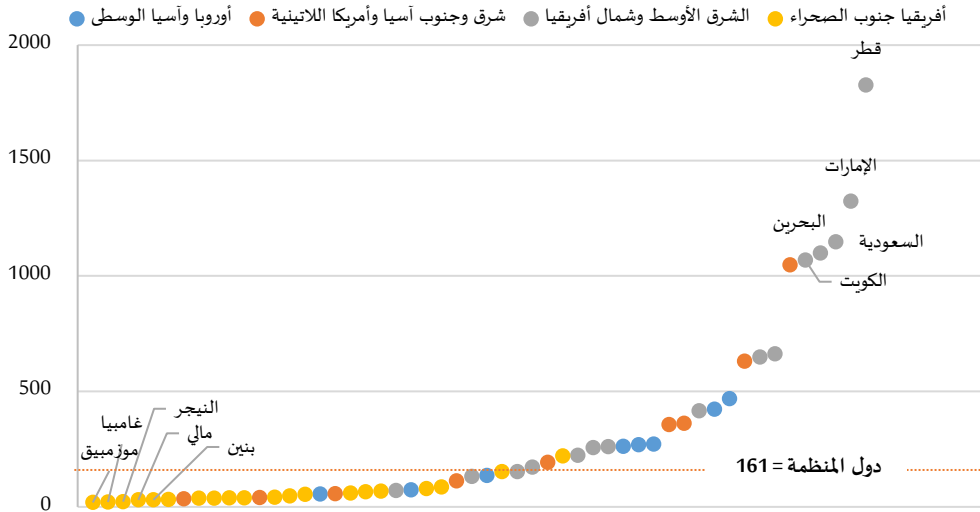
الشكل 1.2: مقارنة النفقات على الصحة حسب الفرد (السعر الجاري للدولار الأمريكي) (2005-2016)



المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على مستودع بيانات منظمة الصحة العالمية

يمكن ملاحظة الكثير من الاختلاف في مستويات الإنفاق على الرعاية الصحية في دول منظمة التعاون الإسلامي (الشكل 2.2)، بدءاً من قطر ذات إجمالي نصيب الفرد من الإنفاق الصحي البالغ 1827.1 دولار أمريكي إلى موزمبيق ذات 19.2 دولار فقط كمعدل نصيب الفرد من هذا الإنفاق. وبشكل عام، فإن نصيب الفرد من النفقات الصحية سجل أعلى المستويات في بلدان المنظمة من منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا. ومن بين هذه البلدان، سجلت قطر أعلى معدل وتلتها كل من الإمارات العربية المتحدة والمملكة

الشكل 2.2: دول منظمة التعاون الإسلامي ذات أعلى وأدنى نصيب للفرد من النفقات الصحية، 2016



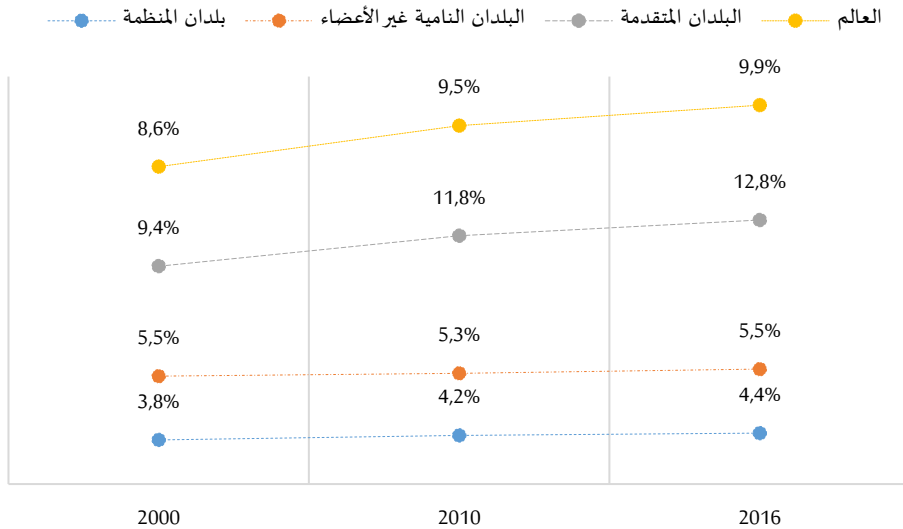
المصدر: مستودع بيانات منظمة الصحة العالمية

العربية السعودية. وفي المقابل، كانت غالبية بلدان المنظمة الواقعة في منطقة أفريقيا جنوب الصحراء ضمن قائمة البلدان الأسوأ أداء. فقد كان الوضع جد حرج في موزمبيق وغامبيا والنيجرومالي وبنين حيث لم يتجاوز معدل نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة 40 دولارا أمريكيا. وفي عام 2014، بلغ نصيب الفرد من الإنفاق الصحي أقل من متوسط منظمة التعاون الإسلامي في 55.7% من الدول التي تتوفر حولها البيانات.

2.1.2 النفقات الصحية كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي

تشير آخر التقديرات إلى أن العالم أنفق ما مجموعه 7.5 تريليون دولار أمريكي على الرعاية الصحية في عام 2016. والتوزيع الجغرافي للموارد المالية المخصصة للصحة غير متكافئ ويتركز الإنفاق العالمي على الرعاية الصحية بشكل كبير في البلدان المتقدمة، بينما ظل مصدر قلق كبير في بلدان منظمة التعاون الإسلامي. وكما هو مبين في الشكل 3.2، بلغ إجمالي الإنفاق على الصحة في دول المنظمة نحو 4.4% من ناتجها المحلي الإجمالي عام 2016 مقارنة مع 5.5% في البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة. وهذا أيضا رقم يقل بكثير عن متوسطي العالم والدول المتقدمة البالغين 9.9% و 12.8% على التوالي. وخلال الفترة الممتدة بين عامي 2000 و 2016، ارتفعت الحصة المخصصة للصحة من الناتج المحلي الإجمالي بأقل من نقطة مئوية واحدة في الدول الأعضاء في المنظمة. وخلال الفترة نفسها، سجلت الدول المتقدمة زيادة قدرها 3.4 نقطة مئوية (الشكل 3.2).

الشكل 3.2: مقارنة الإنفاق على الصحة كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي (2000-2016)

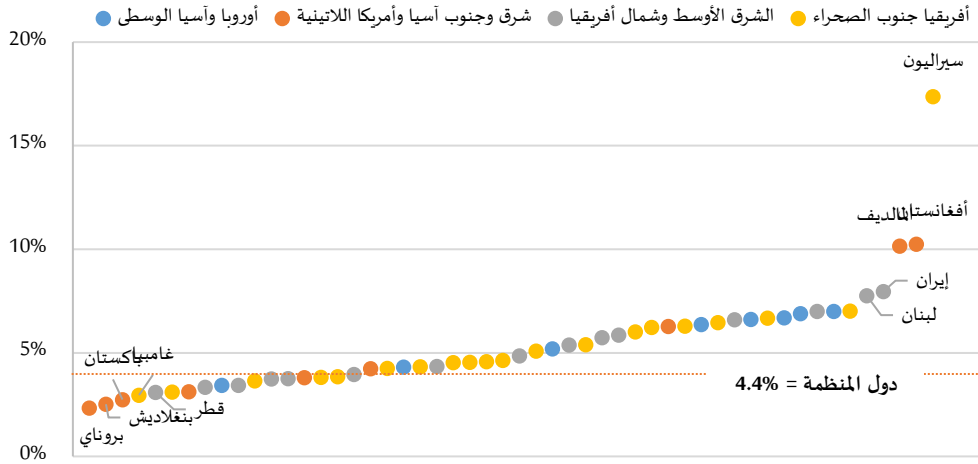


المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على مستودع بيانات منظمة الصحة العالمية

في معظم بلدان منظمة التعاون الإسلامي التي تتوفر حولها البيانات، بلغ مجموع الإنفاق على الصحة أكثر من 5% من الناتج المحلي الإجمالي. وكما هو مبين في الشكل 4.2 تعد سيراليون البلد الأكثر إنفاقا على الصحة بحيث يخصص 17% من الناتج المحلي الإجمالي لهذا القطاع. وكل البلدان الخمسة المترتبة على رأس قائمة أكثر البلدان إنفاقا على الصحة تدخل ضمن قائمة البلدان المنخفضة الدخل، باستثناء المالديف وإيران ولبنان التي تعتبر من البلدان المرتفعة الدخل. وبالمقابل، استأثرت النفقات الصحية



الشكل 4.2: دول منظمة التعاون الإسلامي ذات أدنى وأعلى حصة من النفقات الصحية من الناتج المحلي الإجمالي، 2016



المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على مستودع بيانات منظمة الصحة العالمية

بحصة 2.3% فقط من الناتج المحلي الإجمالي في بروناي دار السلام وتلتها بنغلاديش بمعدل 2.5%. وحسب البيانات المتاحة، ارتفعت حصة النفقات الصحية من الناتج المحلي الإجمالي بين عامي 2000 و 2016 في 28 بلدا عضوا في المنظمة، بمعدل تراوح بين نسبة 0.01 نقطة مئوية في الغابون وزيادة بنسبة 3 نقاط مئوية فيأذربيجان والجزائر وإيران وتوغو وبوركينا فاسو. وفي المقابل، تراجعت النسبة إلى ما بين 0.1 و 5.3 نقطة مئوية في 22 بلدا من بلدان المنظمة. وسجلت كل من تركمانستان والأردن تراجعا كبيرا فاق 4 نقاط مئوية تلتها لبنان وذلك بانخفاض قدره 2.9 نقطة مئوية.

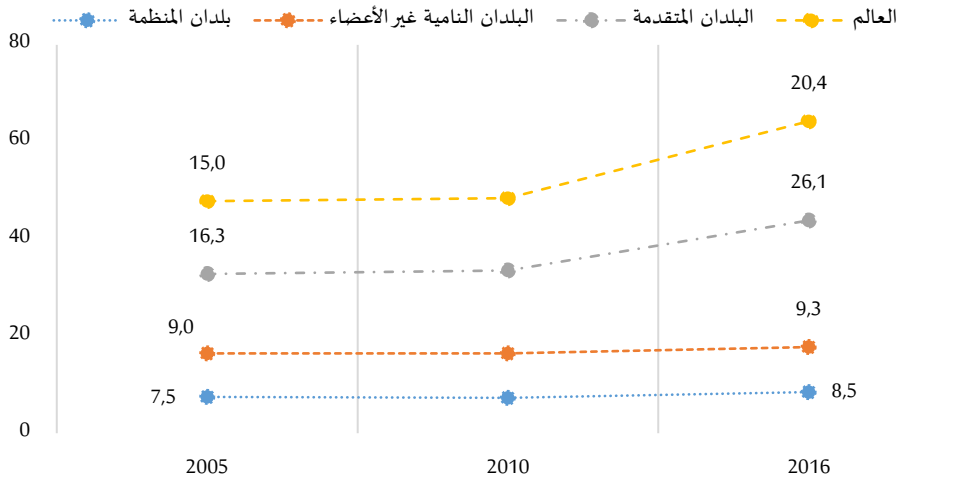
3.1.2 النفقات الحكومية على الصحة

تعتبر حصة إنفاق الحكومة على الصحة من إجمالي نفقاتها مؤشرا هاما على الأهمية النسبية للقطاع الصحي في جدول أعمال التنمية الوطنية، وبالتالي مؤشرا على مدى الدعم المالي الحكومي للنظام الصحي. وكما هو مبين في الشكل 5.2، بلغ الإنفاق الحكومي على الصحة في دول منظمة التعاون الإسلامي 8.5% فقط من الإنفاق الحكومي الإجمالي في عام 2016، مقارنة بمعدل 26.1% في البلدان المتقدمة، و 20.4% في العالم، و 9.3% في البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة. ولا يعد انخفاض حصة الإنفاق على الصحة في ميزانيات دول المنظمة مجرد نتيجة للقيود المالية العامة فحسب ولكن أيضاً بسبب تدني أولوية قطاع الصحة. وبين عامي 2005 و 2016، ارتفعت حصة إجمالي النفقات الحكومية المخصصة للصحة بنحو 1% فقط في دول المنظمة، بينما ارتفعت بنسبة 5.4 نقطة مئوية في العالم (الشكل 5.2). وخلال الفترة نفسها، سجلت الدول المتقدمة زيادة قدرها 9.8 نقطة مئوية.

وعلى المستوى الفردي للبلدان، خصصت 11 دولة عضواً في المنظمة أكثر من 10% من ميزانياتها الوطنية لقطاع الصحة عام 2016. ومن بين هذه البلدان، سجلت إيران والمالديف وسورينام أعلى الأرقام بلغت 22.5% و 20.1% و 16.5% على التوالي (الشكل 6.2). وبالمقابل، خصصت 14 من بلدان المنظمة أقل من 5% من ميزانياتها الإجمالية للقطاع الصحي عام 2016. ومن بين هذه البلدان، سجلت العراق وأفغانستان أدنى الحصة، بمعدل بلغ 1.6% و 2% على التوالي، وتلتها غامبيا (2.7%) والكاميرون (2.9%). وحسب

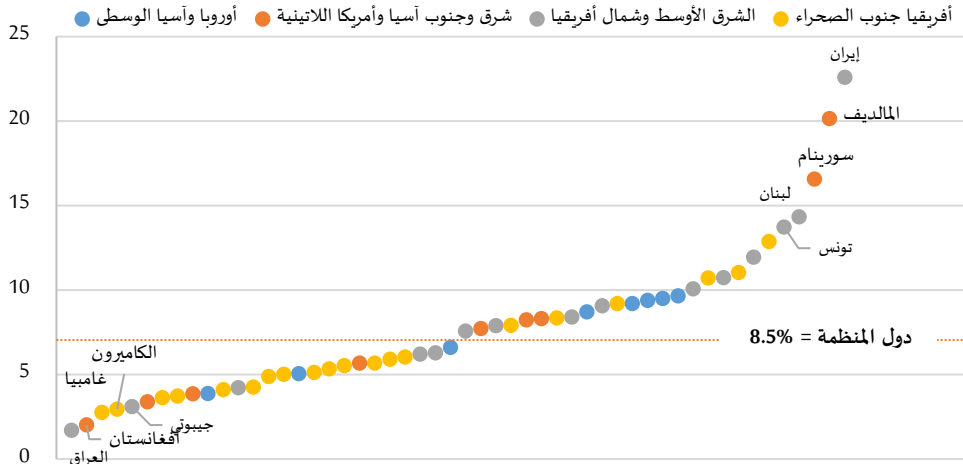
البيانات المتاحة، زادت حصة النفقات المخصصة لقطاع الصحة من الإنفاق الحكومي في 23 دولة من دول المنظمة خلال الفترة الممتدة بين عامي 2005 و 2016، متراوحا بين 0.1 نقطة مئوية المسجلة في باكستان و 13.2 نقطة مئوية في إيران. وفي الوقت نفسه، تراجعت الحصة بمعدل تراوح بين 0.03 و 9.7 نقطة مئوية في 28 دولة عضو في المنظمة، بحيث سجلت أوغندا وموزمبيق أعلى تراجع بلغ 9.7 و 7.5 نقطة مئوية على التوالي.

الشكل 5.2: حصة الإنفاق على الصحة من إجمالي النفقات الحكومية (2005-2016)



المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على مستودع بيانات منظمة الصحة العالمية

الشكل 6.2: دول منظمة التعاون الإسلامي ذات أعلى وأدنى حصة من الميزانية المخصصة للصحة، 2016



المصدر: مستودع بيانات منظمة الصحة العالمية



2.2 تمويل الرعاية الصحية

يعتبر تمويل الرعاية الصحية أحد المكونات الرئيسية في النظم الصحية. ففي عام 2016، تم تخصيص حوالي 7.5 مليون دولار أمريكي أو ما يعادل 10% من الناتج المحلي الإجمالي العالمي كنفقات على الصحة. والإنفاق على الصحة يرتبط أساساً بإيجاد موارد مالية وتخصيصها واستخدامها لتقديم خدمات الرعاية الصحية لجميع الأفراد بتكلفة معقولة وبأسعار مقبولة. ويشمل إجمالي الإنفاق على الصحة المصادر العامة والخاصة للرعاية الصحية. ويشمل التمويل العام أساساً أموالاً من ميزانية الحكومة وخطط الضمان الاجتماعي، بينما يشمل التمويل الخاص التأمين الصحي الخاص بشكل رئيسي والمدفوعات من الأموال الخاصة للأفراد. وللحصة النسبية لهذه المصادر من إجمالي النفقات الصحية تداعيات على مستوى الحصول على خدمات الرعاية الصحية والاستدامة المالية في بلد معين. هناك أدلة على المستوى العالمي مفادها أن تحقيق هدف التغطية الصحية الشاملة رهين بتوليد قدر مهم من الموارد المالية لتوفير الخدمات الصحية من خلال المساهمات عن طريق الدفع المسبق والتجميع مثل التمويل القائم على الضرائب والتأمين الصحي الاجتماعي والتأمين الصحي الخاص، بينما يجب تخفيض حصة الإنفاق على الصحة القائم على الأموال الخاصة للأفراد (WHO, 2005).

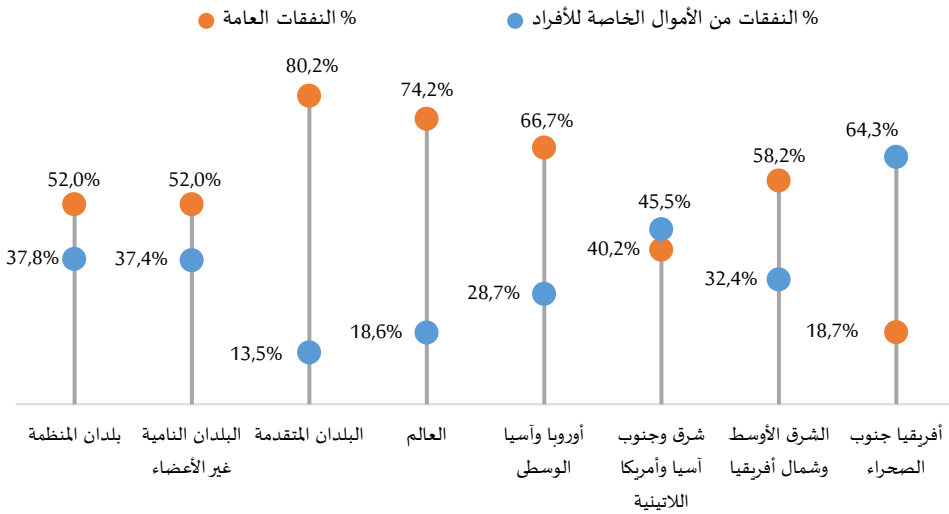
وتوصلت منظمة الصحة العالمية إلى أنه خلال الفترة الممتدة بين عامي 2000 و 2016 حصلت تغيرات كبيرة على مستوى الإنفاق العالمي على الصحة. لكن الأرقام الخاصة بالعديد من الدول لا تعكس وجود أي منحنى تصاعدي بخصوص إيلاء الحكومات لأولوية خاصة للإنفاق على الصحة. وفي الوقت ذاته، تظهر الاتجاهات العالمية بين عامي 2000 و 2016 وجود زيادة في مستوى التمويل المحلي العام وتراجعا في التمويل الخارجي.

وعلى الصعيد العالمي، يعتبر القطاع العام المصدر الرئيسي لتمويل قطاع الصحة. لكن، بشكل عام يبقى مستوى التمويل العام لقطاع الصحة أعلى بكثير في البلدان المتقدمة والمرتفعة الدخل مقارنة مع البلدان النامية والبلدان ذات الدخل المنخفض. وكما هو مبين في الشكل 7.2، استأثر القطاع العام بحصة 80.2% من الإنفاق العالمي على الصحة عام 2016. وسجلت نفس الحالة في البلدان المتقدمة حيث يبلغ الفرق بين الإنفاق العام وإنفاق الأشخاص من مالهم الخاص نسبة 66.7%. لكن لم يغط التمويل العام سوى 52% من مجموع النفقات الصحية في بلدان المنظمة وفي البلدان النامية غير الأعضاء فيها. والحصة المتبقية تغطيها مصادر خاصة.

في الواقع، تلعب المصادر الخاصة لاسيما إنفاق الأفراد من أموالهم الخاصة دوراً هاماً في تمويل النفقات الصحية في بلدان منظمة التعاون الإسلامي. وعلى الرغم من تراجع المعدلات العالمية لإنفاق الأفراد من أموالهم الخاصة على الصحة خلال فترة 2000-2016، إلا أن نفقات الأفراد من جيوبهم استأثرت بحصة 37.8% من إجمالي النفقات على الصحة في بلدان منظمة التعاون الإسلامي عام 2016. ومقارنة بمتوسطات المجموعات الأخرى، ظلت حصة الإنفاق على الصحة من المال الخاص للأفراد من مجموع النفقات الصحية في دول المنظمة هي الأعلى، لكن مجموعة البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة بدورها سجلت معدلاً قريباً من معدل المنظمة بلغ 37.4% (الشكل 7.2). وهذا يدل على الاعتماد الكبير للبلدان النامية على مدفوعات الأفراد من مالهم الخاص، وهي الطريقة الأكثر رجعية لتمويل الصحي وتتسبب في العديد من الآثار السلبية خصوصاً على ذوي الدخل المحدود والأسر الفقيرة.



الشكل 7.2: مصادر تمويل الصحة (النسبة المئوية من النفقات الحالية على الصحة)، 2016



المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على قاعدة بيانات مؤشرات التنمية العالمية للبنك الدولي

أما على مستوى فرادى البلدان، فيشكل الإنفاق من الأموال الخاصة للأفراد نسبة 50% من تمويل الصحة في 21 بلد عضو في منظمة التعاون الإسلامي. وتبلغ هذه النسبة 81% في اليمن و 78.9% في أذربيجان و 78.5% في العراق و 77.4% في أفغانستان و 76.2% في تركمانستان. ومن ناحية أخرى، تم تمويل أقل من 20% من إجمالي النفقات الصحية من خلال الأموال الخاصة للأفراد في 9 دول أعضاء في المنظمة. ومن بين هذه البلدان، استأثرت المدفوعات من المال الخاص للأفراد بنسبة أقل من 15% من إجمالي الإنفاق على الرعاية الصحية في بروناي دار السلام وعمان وموزمبيق وقطر والمملكة العربية السعودية (الشكل 8.2).

3.2 القوى العاملة في مجال الصحة

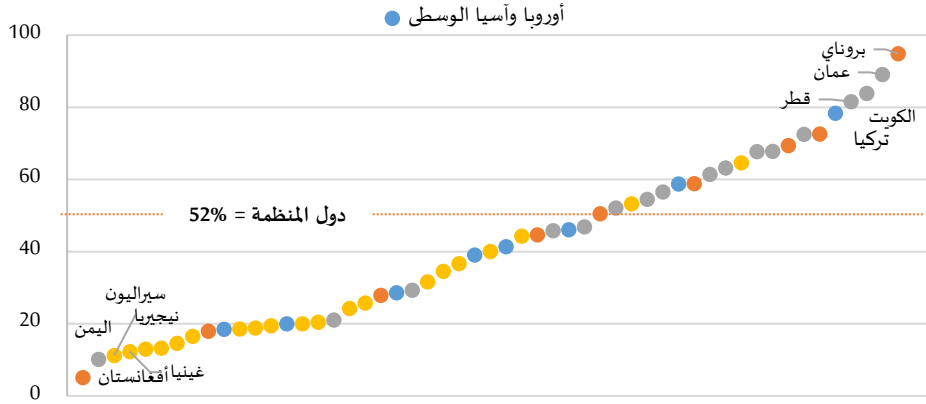
في الوقت الحاضر، لا شك أن عدد العاملين في مجال الصحة ومهاراتهم وتوزيعهم الجغرافي وإنتاجيتهم كلها عوامل تلعب دورا هاما في توفير رعاية صحية عالية الجودة وذات كفاءة. فالقوى العاملة في مجال الصحة، لا سيما الأطباء والممرضين، هي العمود الفقري لنظام الرعاية الصحية. ووفقا لأحدث التقديرات (لآخر سنة بين عامي 2001 و 2018)، ضم العالم ما يناهز 37 مليون طبيبا وممرضيا وقابلة، وتميز توزيعهم الجغرافي بتمركز كبير في البلدان النامية التي استأثرت بأكثر من نصف الإجمالي العالمي. وخلال هذه الفترة، استأثرت دول منظمة التعاون الإسلامي بنحو 14% فقط من الإجمالي العالمي. وتماشيا مع الاتجاه العالمي، يفوق عدد الممرضين والقابلات عدد الأطباء في دول المنظمة، بحصة بلغت 69% وهو الرقم ذاته تقريبا المسجل على المستوى العالمي (60%) وعلى مستوى البلدان النامية غير الاعضاء في المنظمة (66%).



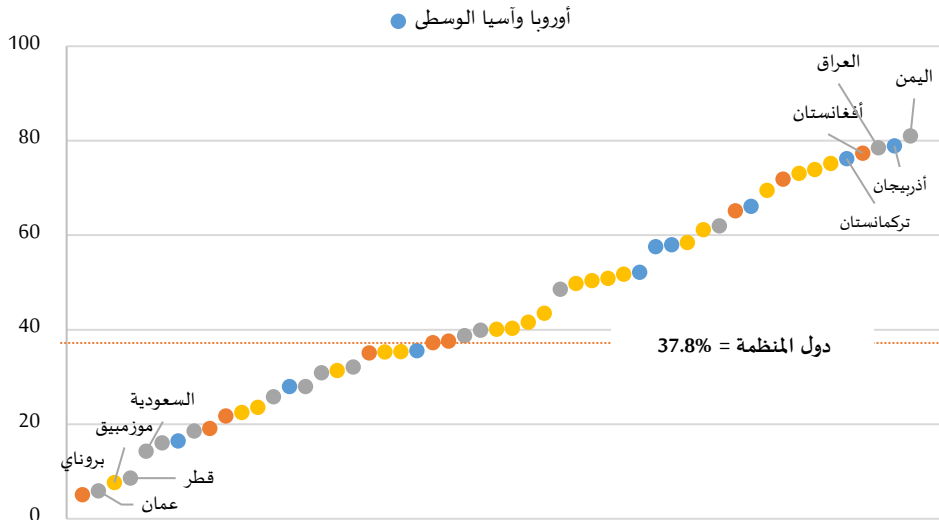
وبشكل عام، هناك علاقة إيجابية قوية بين كثافة القوى العاملة في مجال الصحة وتغطية الخدمات الصحية والنتائج المحصلة على صعيد بلد أو منطقة معينة. فكثافة العاملين في المجال الصحي (الأطباء والمرضى والقابلات لكل عشرة آلاف نسمة) تختلف بشكل كبير من منطقة لأخرى في العالم. وكما هو مبين في الشكل 8.2، بلغ عدد الأطباء والمرضى لكل عشرة آلاف شخص في العالم 15 و 35 على التوالي

الشكل 8.2: دول منظمة التعاون الإسلامي ذات أعلى وأدنى الحصص في تمويل الرعاية الصحية، 2016

التمويل العام للصحة (% من النفقات الحالية على الصحة)



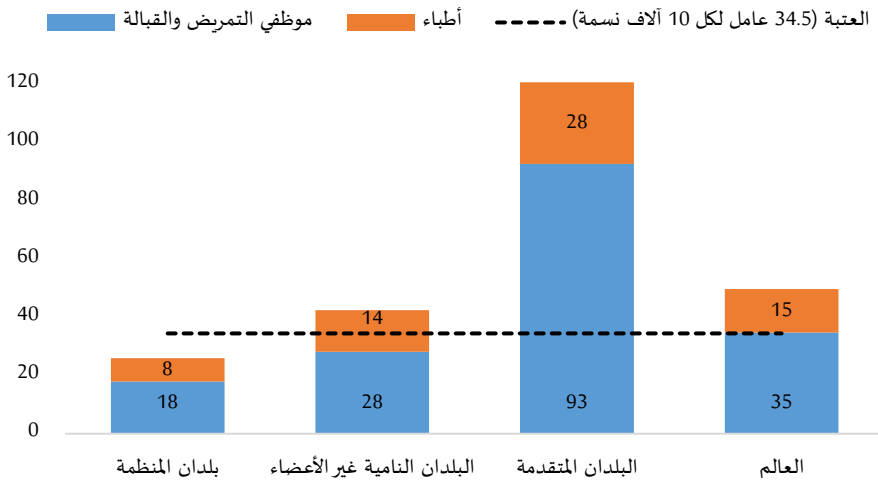
التمويل من المال الخاص للأفراد للصحة (% من النفقات الحالية على الصحة)



المصدر: قاعدة بيانات مؤشرات التنمية العالمية للبنك الدولي



الشكل 9.2: العاملون في مجال الصحة لكل عشرة آلاف شخص، 2001-2018*



المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على مستودع بيانات منظمة الصحة العالمية
*أحدث بيانات متاحة

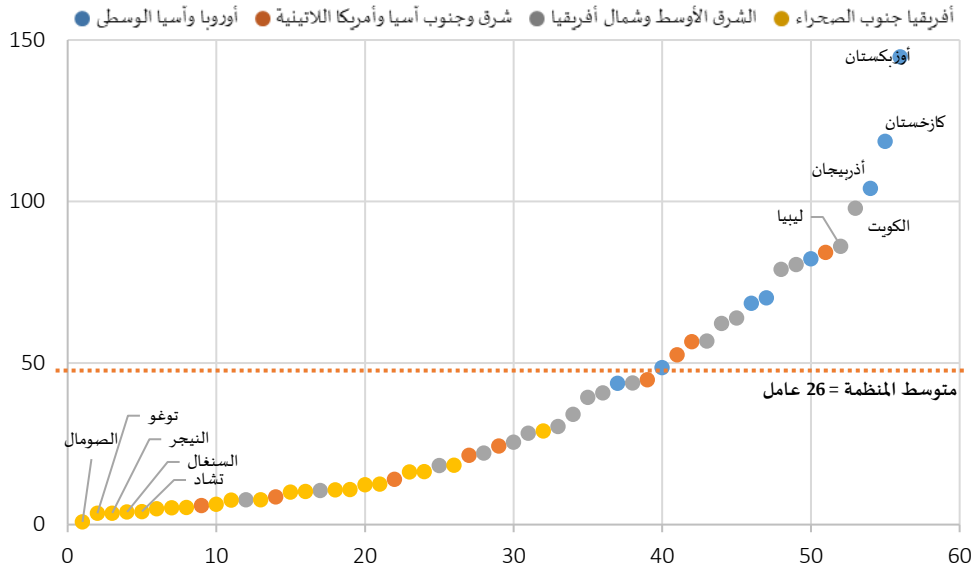
خلال الفترة الممتدة بين عامي 2001 و 2018. وفي البلدان المتقدمة حظيت كل عشرة آلاف نسمة بحصة 28 طبيباً و 93 ممرضاً مقارنة بحصة 14 طبيباً و 28 ممرضاً في البلدان النامية. كما سجلت كثافة كل من الأطباء والممرضين والقابلات نوعاً ما أرقاماً منخفضة جداً في بلدان المنظمة كون لم يحظ عشرة آلاف نسمة إلا بحصة 8 أطباء و 18 ممرضاً وقابلة خلال الفترة الممتدة بين عامي 2001 و 2018. في الواقع، سجلت كثافة العاملين في مجال الصحة في دول المنظمة (26 لكل عشرة آلاف نسمة) رقماً دون مستوى 34.5 الذي يعتبر ضرورياً لتقديم الخدمات الصحية الأساسية في بلد أو منطقة معينة.

ما تزال العديد من دول منظمة التعاون الإسلامي تواجه تحديات عويصة فيما يتعلق بأعداد القوى العاملة في مجال الصحة وتنوعها وكفاءتها. ومما لا شك فيه هو أن نقص هذه القوى العاملة يشكل خطراً كبيراً لا سيما في الدول الواقعة في منطقتي شرق وجنوب آسيا وأمريكا اللاتينية (ESALA) وأفريقيا وجنوب الصحراء الكبرى (SSA). ومن بين 56 دولة عضو في منظمة التعاون الإسلامي التي توفرت حولها البيانات، نجد أن 34 دولة تواجه نقصاً خطيراً في أعداد العاملين في مجال الصحة بمعدل بلغ أقل من 34.5 من الأطباء والممرضين والقابلات لكل عشرة آلاف شخص. وبلغت كثافة العاملين في مجال الصحة أقل من 10 لكل عشرة آلاف نسمة في 14 بلداً مع نقص حاد، 12 منها تقع في منطقة أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى واثنان في منطقة جنوب آسيا. وكما هو مبين في الشكل 10.2، فإن أكبر عدد من الأطباء والممرضين والقابلات لكل عشرة آلاف نسمة تم تسجيله في أوزبكستان (145) تلتها كازاخستان (119) ثم أذربيجان (104). وبالمقابل، حظيت كل عشرة آلاف نسمة بأقل من 5 عاملين في مجال الصحة في كل من الصومال وتوغو والنيجر والسنغال وتشاد وغينيا.



الشكل 10.2: دول منظمة التعاون الإسلامي ذات أدنى وأعلى معدلات كثافة العاملين في مجال الصحة لكل

عشرة آلاف نسمة، 2001-2018*

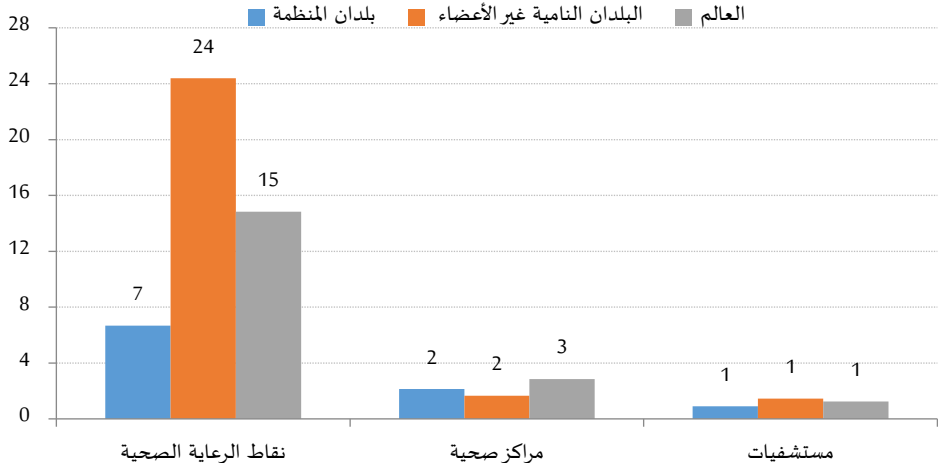


4.2 مرافق الرعاية الصحية

تعد مرافق الرعاية الصحية مثل المستشفيات ونقاط الرعاية الصحية مكونات أساسية لنظام الرعاية الصحية المتسم بالكفاءة والفعالية. وفي الغالبية العظمى من البلدان النامية تشكل نقاط الرعاية الصحية المستوى الأول من الاتصال بين النظام الصحي والمجتمعات. وفي عام 2013، كما هو مبين في الشكل 11.2، بلغ متوسط عدد نقاط الرعاية الصحية في 34 دولة من دول منظمة التعاون الإسلامي التي تتوفر حولها البيانات 6.7 لكل مائة ألف نسمة، وهو مستوى أقل بكثير من المتوسط العالمي البالغ 14.8 ومتوسط البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة البالغ 24.4. وبالمثل، بلغ متوسط عدد المراكز الصحية 2.1 لكل مائة ألف نسمة في بلدان المنظمة مقارنة مع 2.9 كمتوسط عالمي. وبمتوسط 0.9 من المستشفيات لكل مائة ألف شخص، نجد أن دول المنظمة متخلفة أيضاً عن المتوسط العالمي ومتوسط الدول النامية غير الأعضاء في المنظمة من حيث توفر المستشفيات في الأحياء والمحافظات والمستشفيات المتخصصة.

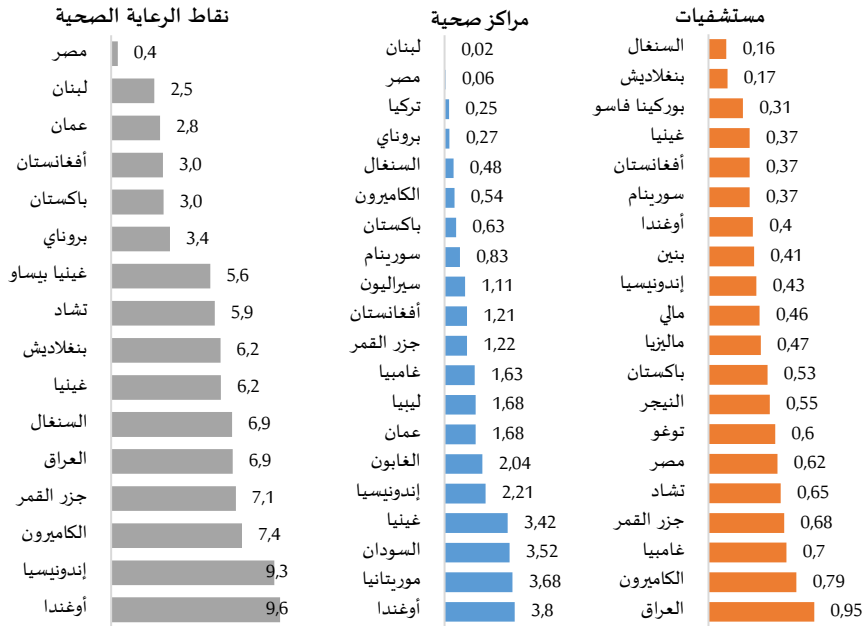
وعلى مستوى كل بلد على حدة، سجلت 17 دولة عضواً في المنظمة توفير أكثر من 10 نقاط للرعاية الصحية لكل مائة ألف نسمة. وسجلت سورينام أعلى كثافة لنقاط الرعاية الصحية (45.3 لكل مائة ألف نسمة) تلتها الغابون (29.4) ثم ليبيا (29.3). لكن بالمقابل، نجد أن أقل من خمس نقاط للرعاية الصحية كانت متاحة لكل مائة ألف نسمة في ست دول أعضاء في المنظمة، مع تسجيل أدنى رقم في مصر (0.4) ولبنان (2.5). وبالمثل، توفرت 26 دولة من دول المنظمة على أقل من 10 مراكز صحية لكل مائة ألف نسمة، و 29 دولة من المنظمة كذلك توفرت على أقل من مستشفيين لكل مائة ألف نسمة عام 2013.

الشكل 11.2: عدد المرافق الصحية لكل 100 ألف نسمة، 2013



المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على مستودع بيانات منظمة الصحة العالمية

الشكل 12.2: بلدان منظمة التعاون الإسلامي ذات أقل عدد من المرافق الصحية لكل مائة ألف نسمة، 2013

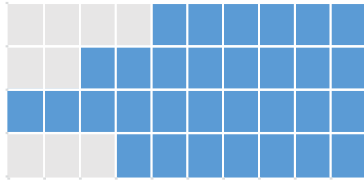


المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على مستودع بيانات منظمة الصحة العالمية



5.2 أسرة المستشفيات

الشكل 13.2: أسرة المستشفيات لكل عشرة آلاف نسمة، 2015*



بلدان المنظمة (13)
البلدان النامية غير الأعضاء (26)
البلدان المتقدمة (56)
العالم (28)

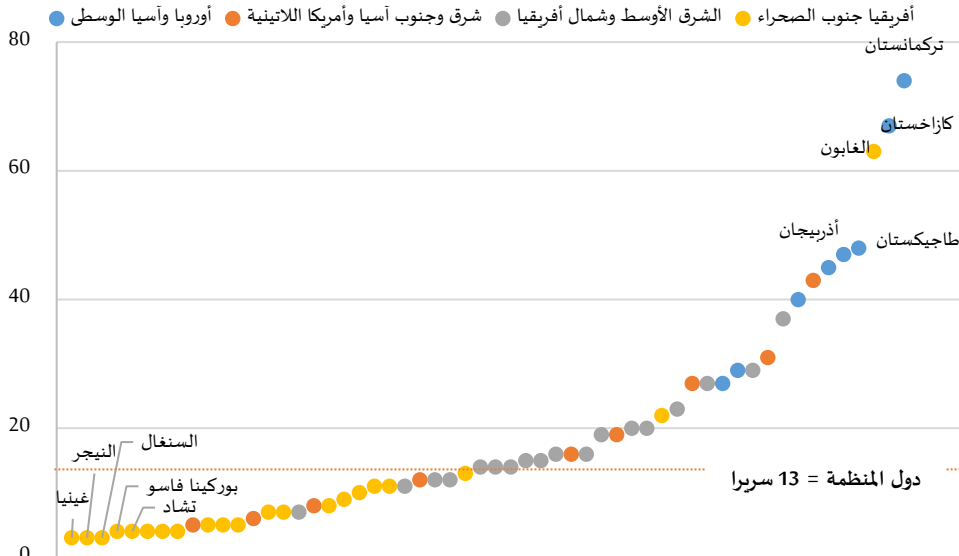
المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على مستودع بيانات منظمة الصحة العالمية
*أحدث بيانات متاحة

يعتبر عدد الأسرة في المستشفيات من المؤشرات المهمة على الموارد المتاحة لرعاية المرضى الداخليين والحصول الشامل على الخدمات التي توفرها المستشفيات. وكما هو مبين في الشكل 13.2، بلغ متوسط عدد الأسرة المخصصة لكل عشرة آلاف نسمة 28 سريرا خلال فترة 2005-2015 (الآخر سنة تتوفر حولها البيانات). وكانت كثافة أسرة المستشفيات أعلى

بشكل كبير في البلدان المتقدمة حيث بلغ متوسطها 56 سريرا متاحا لكل عشرة آلاف شخص، بينما لم يبلغ العدد في مجموعة البلدان النامية غير الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي سوى 26 سريرا لكل عشرة آلاف نسمة. كما بلغ هذا المتوسط مستوى هزلا جدا في بلدان المنظمة، حيث بلغت هذه النسبة فقط 13 لكل عشرة آلاف شخص خلال فترة 2005-2015 (الشكل 13.2).

وتتباين أعداد توافر الأسرة في المستشفيات لكل عشرة آلاف شخص إلى حد كبير في جميع أنحاء دول منظمة التعاون الإسلامي. فكما هو مبين في الشكل 14.2، سجلت كل من تركمانستان وكازاخستان والغابون أعلى نسبة من حيث هذا المتوسط بمعدل أكثر من 50 سريرا لكل عشرة آلاف نسمة. لكن يبقى هذا المعدل في 19 دولة من دول المنظمة أقل من 10 أسرة لكل عشرة آلاف نسمة. ومن بين هذه البلدان، سجلت كل من غينيا والنيجروالسنغال أقل كثافة من حيث عدد الأسرة في المستشفيات بمعدل 3 أسرة فقط متاحة لكل عشرة آلاف نسمة خلال فترة 2005-2015.

الشكل 14.2: دول منظمة التعاون الإسلامي ذات أعلى وأدنى كثافة لأسرة المستشفيات، 2005-2015*



المصدر: مستودع بيانات منظمة الصحة العالمية*أحدث بيانات متاحة



الفصل الثالث

الوقاية من الأمراض ومكافحتها

إن موضوع الوقاية من الأمراض والأوبئة ومكافحتها من المواضيع المهمة في مجال الصحة وتستلزم عناية فائقة في التعامل معه. والتعاون في هذا المجال يصب في المصلحة المشتركة للمجتمع الدولي وكل الدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي. وفي هذا السياق، فإن البلدان النامية، بما فيها البلدان الأعضاء في المنظمة، قد دأبت على اتخاذ إجراءات متنوعة لمكافحة الأمراض والأوبئة سواء من خلال البرامج والاستراتيجيات الوطنية المعنية بالصحة أو عن طريق الشراكات على المستوى الدولي. وكون دول منظمة التعاون الإسلامي تشكل جزءاً مهماً من البلدان النامية، فهي تعكس مستويات عالية من عدم التجانس والتباين في مجال التنمية الاجتماعية والاقتصادية، وتنعكس حالة عدم التجانس هذه على المستوى التنموي على أداؤها في مجال الوقاية من الأمراض ومكافحتها.

سعت بلدان منظمة التعاون الإسلامي على مدى سنوات لتطوير استراتيجيات وبرامج متعددة الأوجه للوقاية من الأمراض والرعاية والعلاج وخططاً للتأهب لحالات الطوارئ. لكن يبدو أنه ما يزال هناك حاجة في العديد من هذه الدول لبذل المزيد من الجهود لتعزيز البنى التحتية الصحية وبناء قدرات العاملين في مجال الصحة وتحسين فرص الحصول على الأدوية الأساسية، بما في ذلك اللقاحات، لا سيما في البلدان التي تفتقر إلى الموارد اللازمة للقيام بذلك. وهذا ما يؤكد الحاجة الملحة إلى إقامة علاقات تعاون وثيقة على الصعيدين الإقليمي والدولي بمشاركة المؤسسات والمبادرات الدولية ذات الصلة في مجال الصحة، مثل منظمة الصحة العالمية والصندوق العالمي.

وبالنظر إلى الاتجاهات العامة في معدلات الاعتلال والوفيات حسب أسباب معينة (أي انتشار الوفيات الناجمة عن الأمراض المعدية وغير المعدية، وكذلك الإصابات) تنكشف الكثير من الأمور. فقد تسببت الأمراض غير المعدية في 59.2% من مجموع الوفيات في 2016 في دول منظمة التعاون الإسلامي؛ وكل عام يموت عدد متزايد من الناس في هذه الدول بسبب الأمراض غير المعدية وذلك راجع للمستوى المرتفع لعوامل الخطر (مثل التعاطي المفرط للكحول على نحو ضار والسمنة). وفي هذه البلدان كذلك نجد أن الأمراض المعدية قد تسببت في 29.6% من مجموع الوفيات عام 2016، وهو رقم يتجاوز بكثير متوسط البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة والمتوسط العالمي. وتدلل هذه الأرقام الأساسية على أنه يتعين على الدول الأعضاء في المنظمة صياغة وتنفيذ استراتيجيات أكثر فعالية في مجال الوقاية من الأمراض المعدية وغير المعدية ومكافحتها.

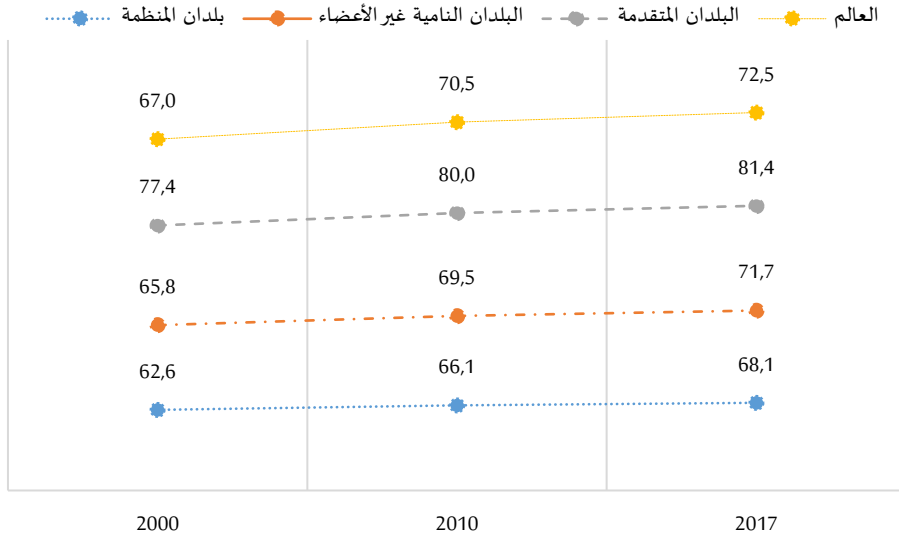


1.3 متوسط العمر المتوقع عند الولادة

متوسط العمر المتوقع عند الولادة (LEB) هو مؤشر مهم عن الحالة الصحية العامة للناس في بلد معين ومدى جودة خدمات الرعاية الصحية التي يتلقونها. وهو متوسط عدد السنوات التي من المتوقع أن يعيشها المولود الجديد إذا بقيت أوضاعه الصحية والمعيشية كما هي عليه وقت الولادة. وبشكل عام، تتدخل مجموعة من العوامل الاجتماعية والاقتصادية لتحديد متوسط العمر المتوقع عند الولادة في بلد معين مثل حالة الفقر وسوء التغذية والحصول على المياه النظيفة وخدمات الصرف الصحي وتوفير خدمات الرعاية الصحية الأولية وتغطية التحصين.

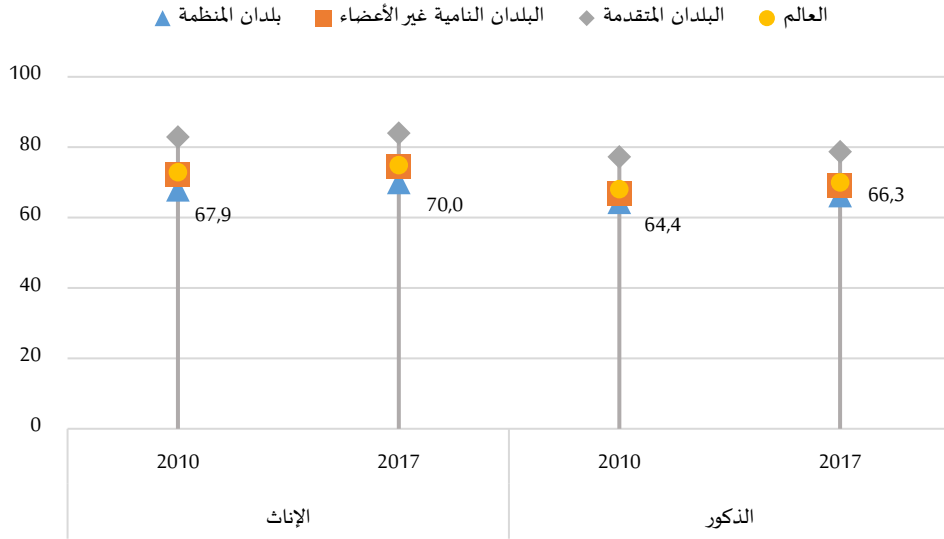
يعرض الشكل 1.3 معدلات العمر المتوقع بين عامي 2000 و 2017 في جميع أنحاء العالم. فقد شهد متوسط دول منظمة التعاون الإسلامي كمجموعة تحسناً في متوسط العمر المتوقع عند الولادة خلال الفترة الممتدة بين عامي 2000 و 2017، بحيث ارتفع من 62.6 سنة في 2000 إلى 68.1 سنة في عام 2017. وفي الفترة نفسها، زاد المتوسط في البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة من 65.8 إلى 71.7 سنة، كما حقق ذات المتوسط طفرة من 67 إلى 72.5 سنة على المستوى العالمي، فيما بلغ هذا المتوسط 81.4 سنة في البلدان المتقدمة، وهو أعلى متوسط للعمر المتوقع عند الولادة من بين جميع مجموعات الدول عام 2017. وبشكل وجيز، على الرغم من التحسن الكبير في متوسط العمر المتوقع عند الولادة، ما تزال دول المنظمة متخلفة عن متوسط الدول النامية غير الأعضاء في المنظمة والمتوسط العالمي وكذلك متوسط الدول المتقدمة.

الشكل 1.3: متوسط العمر المتوقع عند الولادة (2000-2016)



المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على قاعدة بيانات مؤشرات التنمية العالمية للبنك الدولي

الشكل 3.3: متوسط العمر المتوقع عند الولادة (السنوات) (2017-2000)



المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على قاعدة بيانات مؤشرات التنمية العالمية للبنك الدولي

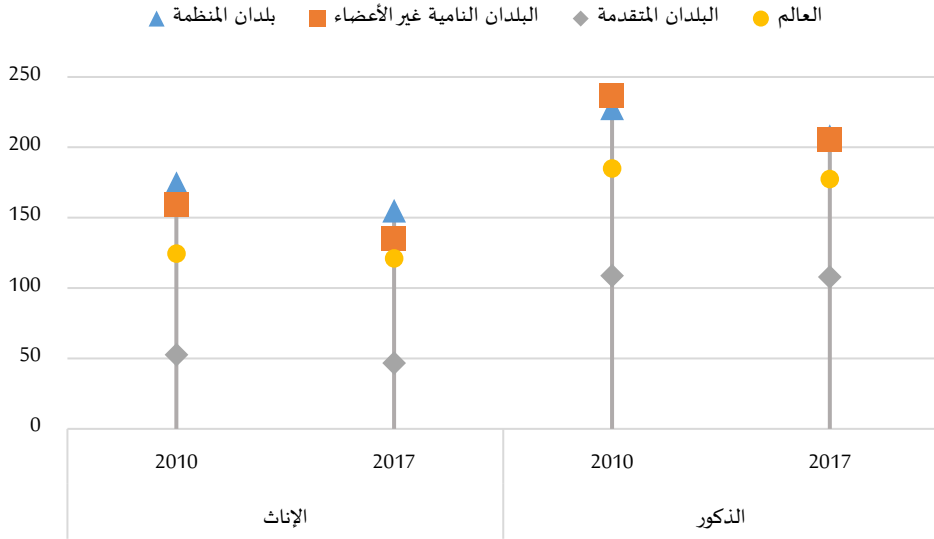
2.3 معدل وفيات البالغين

يشير معدل وفيات البالغين (AMR) إلى احتمالية الوفاة بين سن 15 و 60 من العمر لكل ألف نسمة، ويعتبر واحدا من أكثر التدابير العامة لتقييم الوضع الصحي في بلد من البلدان. والنظر إلى معدل وفيات البالغين في صفوف الذكور والإناث بين عامي 2010 و 2017 في مجموعات البلدان من الوسائل الفعالة لفهم مستوى التقدم المحرز على صعيد الوقاية من الأمراض ومكافحتها في هذه البلدان.

وكما هو مبين في الشكل 4.3، تراجع المتوسط العالمي لمعدل وفيات البالغين من الذكور من 185.1 حالة وفاة لكل ألف نسمة في 2010 إلى 177.6 في عام 2017، والحال كذلك بالنسبة للإناث بحيث انخفض هذا المتوسط من 124.7 إلى 121.2 خلال الفترة ذاتها. وفي بلدان منظمة التعاون الإسلامي يلاحظ تسجيل تراجع في الأرقام الخاصة بمعدل وفيات البالغين. فبين عامي 2010 و 2017 انخفض المعدل في صفوف الذكور من 227.9 إلى 208.1 فيما تراجع أيضا المعدل في أوساط الإناث من 174.5 إلى 155.0 حالة وفاة من بين كل ألف نسمة. وسجلت الفجوة بين الجنسين تقلصا من حيث هذا المعدل من 53.4 إلى 53.0 إلا أن هذا التغيير لا يكاد يكون له أثر يذكر في مجموعة منظمة التعاون الإسلامي. ولذلك، فإنه من الصعب الادعاء بأن هناك تحسنا كبيرا في التقليل من التفاوت بين الجنسين من حيث معدل وفيات البالغين بين عامي 2010 و 2017 في بلدان المنظمة. وعلى مستوى كل بلد على حدة، سجلت قطر أدنى معدل لوفيات البالغين من الإناث بلغ 46 حالة بينما شهدت موزمبيق أعلى معدل بلغ 383 في 2017. أما بالنسبة لفئة الذكور، فقد سجلت كوت ديفوار أعلى معدل لوفيات البالغين بلغ 406 وكان أدنى معدل في قطر وبلغ 64 (الشكل 5.3). وعموماً، سجلت أعلى معدلات وفيات البالغين إلى حدود عام 2017 في البلدان الواقعة في أفريقيا جنوب الصحراء من بين كل مناطق منظمة التعاون الإسلامي، وذلك على مستوى فئتي الذكور (297.7 حالة وفاة من بين كل ألف نسمة كمتوسط) والإناث (253.7 حالة وفاة من بين كل ألف نسمة كمتوسط).

وإجمالاً، طرأ تحسن على الوضع المتعلق بوفيات البالغين بشكل ملحوظ في بلدان المنظمة واتجهت معدلاتها في منحنى تراجعى خلال فترة 2010-2017، وذلك بفضل الجهود المكثفة من المؤسسات الوطنية والدولية لمكافحة الأمراض المعدية وغير المعدية. لكن هذا التحسن لم يرق لمستوى يمكن هذه الدول من اللحاق بالمتوسط العالمي. لذلك هناك حاجة إلى المزيد من الاستثمار في الخدمات الصحية في هذه البلدان للتقليص أكثر من إجمالي معدل وفيات البالغين والقضاء على التفاوت بين الجنسين في ذات المعدل سعياً نحو خلق مجتمعات يسود فيها المزيد من قيم المساواة. ولتتكامل هذه الجهود بالنجاح، فإنه من المهم التعاون مع المجتمع الدولي والاستفادة من تجارب الدول الأعضاء في المنظمة.

الشكل 4.3: معدل وفيات البالغين (من بين كل 1000 نسمة) (2000-2017)



المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على قاعدة بيانات مؤشرات التنمية العالمية للبنك الدولي



الشكل 5.3: دول منظمة التعاون الإسلامي ذات أعلى وأدنى معدلات وفيات البالغين من الذكور (أعلى) والإناث (أسفل)، 2017



المصدر: قاعدة بيانات مؤشرات التنمية العالمية للبنك الدولي

3.3 أسباب الوفيات

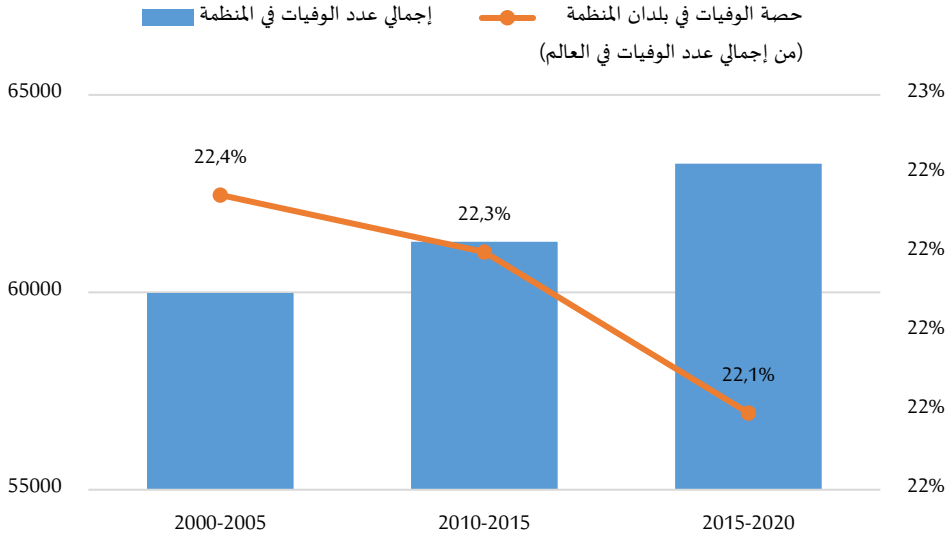
يمكن في أي بلد أو منطقة التقليل من معدلات الوفيات من خلال تحسين مستوى الخدمات الصحية وسبل الوصول إليها ومكافحة الأمراض عن طريق الجهود المبذولة في مجال الوقاية من الأمراض واستخدام التكنولوجيا الحديثة في هذا الصدد. ويمكن أيضا لعكس مسار الاتجاه المتعلق بعدد الصراعات والحروب والكوارث الطبيعية أن يسهم في تراجع العدد الإجمالي للوفيات الإجمالية في بلد معين أو منطقة معينة.

ويعرض الشكل 6.3 العدد التقديري للوفيات الإجمالية في مجموعة منظمة التعاون الإسلامي وأيضا حصة بلدان المنظمة من إجمالي الوفيات في العالم خلال فترة 2000-2015. وقدر إجمالي عدد الوفيات في بلدان المنظمة بنحو 60 مليون شخص خلال الفترة الممتدة بين عامي 2000 و 2005. ومن المتوقع أن يصل هذا الرقم إلى 63.3 مليون حالة وفاة خلال الفترة الممتدة بين عامي 2015 و 2020. لكن حصة الوفيات المسجلة في بلدان المنظمة من إجمالي الوفيات في العالم في تراجع مستمر، بحيث انخفضت من



نسبة 22.4% المسجلة في فترة 2005-2000 إلى 22.3% في فترة 2010-2015. ومن المنتظر أن تتراجع أكثر لتصل إلى نسبة 22.1% خلال الفترة الممتدة بين عامي 2015 و 2020. ويمكن أن يعزى هذا الاتجاه لعدد من العوامل مثل زيادة متوسط العمر المتوقع وتحسن مستوى الخدمات الصحية والجهود الجبارة التي تبذلها بلدان المنظمة على مستوى الوقاية من الأمراض.

الشكل 6.3: الوفيات في بلدان منظمة التعاون الإسلامي (كلا الجنسين) (2020-2000)



المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على تقديرات إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية التابعة للأمم المتحدة.

وفقاً لمنظمة الصحة العالمية يمكن تصنيف أسباب الوفاة تحت ثلاث فئات رئيسية وهي: الأمراض غير المعدية والأمراض المعدية والإصابات. ولا تؤثر مستويات التنمية في البلدان على معدلات الوفيات والعمر المتوقع ونوعية حياة سكانها فحسب، بل تتجاوز ذلك إلى تحديد الأسباب الرئيسية الكامنة وراء وفاتهم. ومع تحسن مستويات التقدم في البلدان مع مرور الوقت، فإن بوسعها الاستثمار أكثر في مكافحة الأمراض المعدية التي يمكن الوقاية منها بسهولة، وبالتالي ضمان عدم تسبب هذه الأمراض في حصد أرواح مواطنيها. بيد أن سكان البلدان الأكثر تقدماً غالباً ما يعانون من الأمراض غير المعدية مثل السكري والسمنة وقلة النشاط البدني، وهو ما يجعل حياتهم في خطر.

ويظهر الشكل 7.3 أسباب الوفيات عبر مجموعات البلدان في عامي 2010 و 2016. ووفقاً لأحدث التقديرات، كانت الأمراض غير المعدية المسبب الرئيسي للوفاة في كل مناطق العالم. وقد تعزى حصة 68.8% من إجمالي الوفيات حول العالم عام 2016 للأمراض غير المعدية. وفي مجموعة منظمة التعاون الإسلامي، تسببت الأمراض غير المعدية في ما يناهز 56.6% من مجموع الوفيات عام 2010 و 59.2% عام 2016. فيما انخفضت نسبة الوفيات الناجمة عن الأمراض المعدية من 33.4% المسجلة عام 2010 إلى 29.6% عام 2016، وذلك بفضل جهود الدول الأعضاء في المنظمة بالتعاون مع المؤسسات الدولية ذات الصلة في مجال مكافحة الأمراض المعدية. فيما شهدت حصة الوفيات الناجمة عن الإصابات في دول المنظمة زيادة طفيفة من 10.0% المسجلة عام 2010 إلى 11.3% عام 2016. وعموماً، أصبح من الواضح أن الأمراض غير المعدية تشكل تحدياً بصورة متزايدة أمام الوضع الصحي للأفراد الذين يعيشون في بلدان



المنظمة. وفي الوقت الذي يتم فيه تنفيذ سياسات لمكافحة الأمراض المعدية، فإنه من الضروري كذلك على صناع السياسات إيلاء اهتمام خاص بمسألة ارتفاع معدلات انتشار الوفيات الناجمة عن الأمراض غير المعدية (الشكل 7.3).

الشكل 7.3: المسببات الرئيسية للوفيات (% من إجمالي الوفيات) (2016-2000)



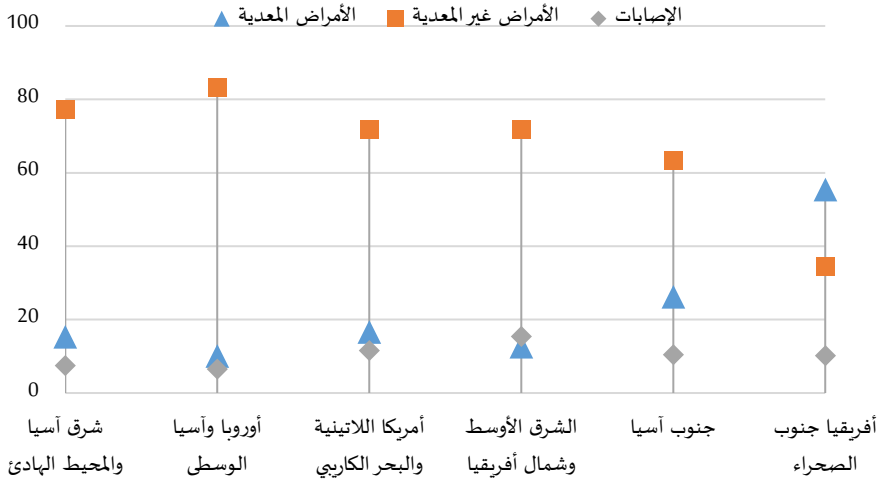
المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على قاعدة بيانات مؤشرات التنمية العالمية للبنك الدولي

أما على مستوى البلدان المتقدمة، فقد تسببت الأمراض غير المعدية عام 2016 في 88.5% من مجموع الوفيات مقابل 67.3% في البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة. ومن جهة أخرى، لم تسبب الأمراض المعدية إلا بنسبة 6.3% فقط من مجموع الوفيات خلال 2016، وكانت الإصابات المسبب الرئيسي لنسبة 5.2% من مجموع الوفيات في البلدان المتقدمة. لكن الأمراض المعدية في البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة أودت بحياة العديد من الأرواح بمعدل 23.7% من مجموع الوفيات عام 2016. وكان للأمراض المعدية حدة أقل في البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة بالمقارنة مع متوسط الدول الأعضاء (29.6%) من حيث التسبب في الوفيات. وفي البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة، تسببت الإصابات في 9.0% من إجمالي حالات الوفيات عام 2016.

وعلى مستوى المجموعات الإقليمية في منظمة التعاون الإسلامي فإن منطقة أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى هي أكثر المناطق التي عانت من الأمراض المعدية والاعتلالات التنفسية والسابقة للولادة وحالات التغذية بحيث أن 55.4% من جميع حالات الوفيات نجمت عن هذه الاعتلالات عام 2016. وسجلت منطقة جنوب آسيا ثاني أعلى معدل من بين المناطق الفرعية للمنظمة من حيث عدد الوفيات الناجمة عن الأمراض المعدية، بحيث تسببت في 26.2% من حالات الوفيات لحدود عام 2016 (الشكل 8.3). وعلى مستوى فرادى البلدان، تسببت الأمراض المعدية في 65.3% من جميع الوفيات في موزمبيق، وتلتها الصومال بحصة بلغت 64.2% عام 2016. وهذا ما يجعل من موزمبيق والصومال البلدين الأكثر معاناة مع الأمراض المعدية في مجموعة منظمة التعاون الإسلامي من حيث تسببها في الوفيات. ومن ناحية أخرى، تعتبر منطقة أوروبا وآسيا الوسطى أكثر المناطق معاناة من حيث عدد الوفيات الناجمة عن الأمراض غير المعدية، حيث تسببت بما متوسطه 83.4% من مجموع الوفيات الناجمة عن هذه الأمراض (الشكل 8.3). وتلتها منطقة شرق آسيا والمحيط الهادئ حيث تسبب هذه الأمراض بنسبة 77.2% من حالات الوفيات.

وفي 2016، تسببت الأمراض غير المعدية في حوالي 93.1% من مجموع الوفيات في ألبانيا، وهذه تعتبر أعلى نسبة من بين كل دول منظمة التعاون الإسلامي. وكانت الإصابات أكثر ما أودى بحياة الأفراد في منطقتي الشرق الأوسط وشمال أفريقيا وأمريكا اللاتينية والبحر الكاريبي حيث تسببت في 15.4% و 11.6%، على التوالي، من مجموع الوفيات الناجمة عن الإصابات خلال عام 2016 (الشكل 8.3).

الشكل 8.3: المسببات الرئيسية للوفيات في منطقة المنظمة (% من إجمالي الوفيات)، 2016



المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على قاعدة بيانات مؤشرات التنمية العالمية للبنك الدولي

4.3 الأمراض المعدية

تنشأ الأمراض السارية عن طريق الأحياء الدقيقة المسببة للأمراض مثل البكتيريا والفيروسات والطفيليات والفطريات، ويمكن للأمراض أن تنتشر بشكل مباشر أو غير مباشر من شخص إلى آخر. وهذا النوع من الأمراض يسمى عادة بالأمراض المعدية ويمكن الوقاية منها في معظم الحالات. وهذا القسم يسلط الضوء على انتشار الأمراض المعدية في دول منظمة التعاون الإسلامي.

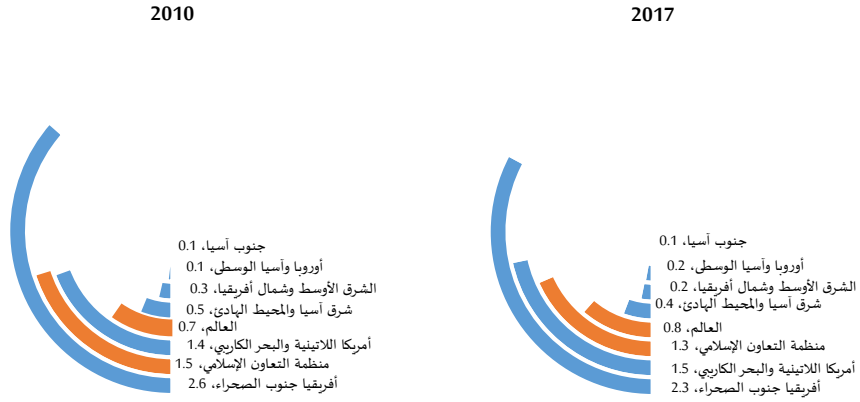
1.4.3 فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز

فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) يستهدف جهاز المناعة ويضعف أنظمة المراقبة والدفاع ضد الالتهابات وبعض أنواع السرطان. وبما أن هذا الفيروس يدمر وظيفة الخلايا المناعية ويضعفها، فإن الأفراد المصابين به يصبحون شيئاً فشيئاً مصابين بالقصور المناعي. وأكثر المراحل تقدماً من الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية هي الإصابة بمتلازمة نقص المناعة المكتسبة (الإيدز)، والتي من الممكن أن تستغرق من سنتين إلى خمس عشرة سنة للتطور حسب الفرد المصاب بها. ويمكن القول بأن شخصاً ما مصاب بمرض الإيدز عن طريق رصد تطور بعض أنواع السرطانات أو الالتهابات أو غيرها من المظاهر السريرية الحادة.



ووفقاً لمنظمة الصحة العالمية (2019)، ضم العالم عام 2018 ما يناهز 1.7 مليون شخص مصاب حديثاً بفيروس نقص المناعة البشرية وحوالي 38 مليون شخص مصاب به ويتعايش معه. وتبقى منطقة أفريقيا أكثر المناطق معاناة مع هذا المرض حيث تم تسجيل حوالي 1.1 مليون حالة إصابة جديدة بهذا المرض عام 2018. ويمكن أن ينتقل هذا الفيروس عن طريق مجموعة متنوعة من سوائل الجسم من المصابين، مثل الدم وحليب الثدي والسائل المنوي والإفرازات المهبلية. ويتطلب تشخيص المرض إجراء اختبار

الشكل 9.3: انتشار فيروس نقص المناعة البشرية (% من السكان المترواحة أعمارهم بين 15 و 49) في العالم وفي مناطق منظمة التعاون الإسلامي (2010-2017)



المصدر: حسابات موظفي سيسرك استناداً إلى إحصاءات البنك الدولي حول التغذية الصحية والسكان

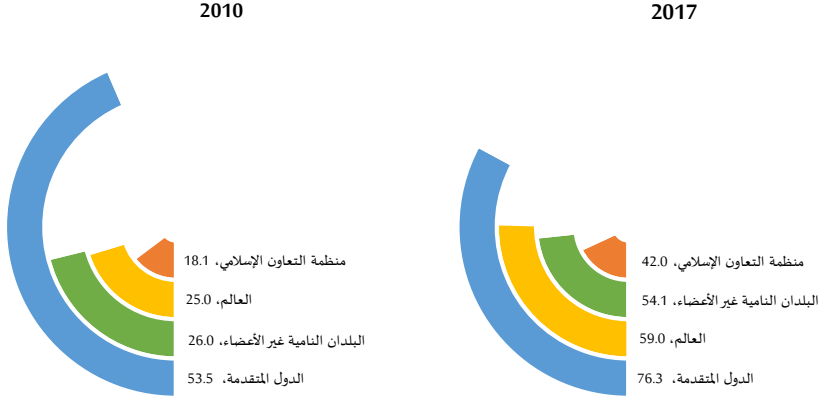
لفيروس نقص المناعة البشرية الذي يكشف حالة العدوى عن طريق الكشف عن وجود الأجسام المضادة لهذا الفيروس أو عدمه.

ووفقاً للشكل 9.3 (يسار)، فإن معدل انتشار فيروس نقص المناعة البشرية في العالم شهد زيادة طفيفة بين عامي 2010 و 2017. لكن بفضل الحملات على الصعيدين الوطني والدولي تمكنت بعض بلدان منظمة التعاون الإسلامي من تسجيل تراجع في انتشار حالات الإصابة بهذا المرض خلال هذه الفترة. وفي عام 2017، بلغ متوسط المعدل العالمي لانتشار الفيروس 0.8%. وبشكل عام، تسجل حصة بلدان المنظمة تراجعاً في متوسط معدل انتشار هذا الداء، بحيث تراجع من نسبة 1.5% المسجلة عام 2010 إلى 1.3% عام 2017. وعلى مستوى المناطق الفرعية للمنظمة، تركز انتشار فيروس نقص المناعة البشرية بشكل خاص في منطقة أفريقيا جنوب الصحراء. فقد كانت هذه المنطقة أكثر المناطق معاناة مع هذا المرض، حيث بلغ معدل انتشاره فيها 2.3% في 2017، وهو معدل يفوق المتوسط العالمي البالغ 0.8% ومتوسط المنظمة البالغ 1.3%. ومن بين المناطق الفرعية للمنظمة، سجلت أدنى حالات انتشار الفيروس في منطقة جنوب آسيا، حيث شمل معدل الانتشار 0.1% فقط من جميع السكان الذي عرضوا على التشخيص (الشكل 9.3، يمين).

وتعتبر تغطية العلاج المضاد للفيروسات العكوسة أحد أكثر الطرق الفعالة للوقاية من الإيدز والعلاج منه. فوفقاً لمنظمة الصحة العالمية، فإن العقاقير المضادة للفيروسات العكوسة تسمح للناس المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية بالعيش لسنوات عديدة قبل ظهور أعراض الإيدز. وسجل متوسط نسبة تغطية العلاج بالمضادات للفيروسات العكوسة في مجموعة منظمة التعاون الإسلامي ارتفاعاً من 18.1%

المسجل عام 2010 إلى 42% عام 2017. مع ذلك، يبقى هذا المعدل دون المتوسط العالمي البالغ 59.0% عام 2017 (الشكل 10.3).

الشكل 10.3: تغطية العلاج المضاد للفيروسات العكوسة (%) من الأشخاص الذين يتعايشون مع فيروس نقص المناعة البشرية) (2010-2017)

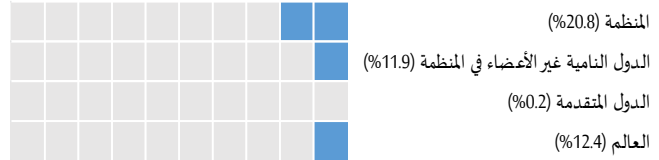


المصدر: حسابات موظفي سيسرك استنادا إلى إحصاءات البنك الدولي حول التغذية الصحية والسكان

2.4.3 الإسهال

يستخدم مصطلح الإسهال للدلالة على مرور البراز الرخو أو السائل لأكثر من ثلاث مرات في اليوم (أو البراز بصورة أكثر مما هو طبيعي بالنسبة للفرد). ويعتبر ثاني أبرز الأسباب الكامنة وراء وفيات الأطفال دون سن الخامسة في جميع أنحاء العالم، فكل عام يحصد الإسهال أرواح حوالي 525 ألف طفل دون سن الخامسة. وعلى الصعيد العالمي، هناك ما يقرب من 1.7 مليار من حالات الإسهال كل عام. كما أنه أحد الأسباب الرئيسية لسوء التغذية في صفوف الأطفال دون سن الخامسة من العمر.

الشكل 11.3: معدل الوفيات الناجمة عن المياه غير المأمونة والمرافق الصحية غير الآمنة وانعدام مقومات الصحة العامة (لكل مائة ألف نسمة)، 2016



المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على قاعدة بيانات مؤشرات التنمية العالمية للبنك الدولي

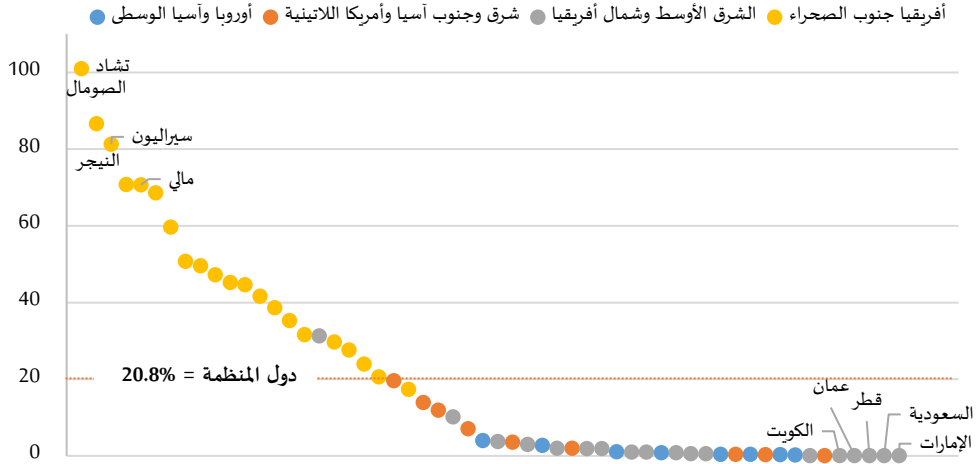
ويمكن الوقاية من نسبة كبيرة من حالات الإسهال عن طريق توفير مياه الشرب المأمونة ومرافق الصرف الصحي والنظافة الملائمة. وتمكنت دول منظمة التعاون الإسلامي، في المتوسط، من الزيادة في مرافق

الصرف الصحي ومصادر المياه مقارنة مع تسعينيات القرن الماضي. فاعتبارا من عام 2015، صار يوسع ما متوسطه 67.6% من السكان في بلدان المنظمة الاستفادة من مرافق الصرف الصحي المحسنة، كما أن 84.3% من السكان يحصلون على مصادر مياه محسنة (SESRIC, 2017). وسجل متوسط معدل



الوفيات الناجمة عن المياه غير المأمونة والمرافق الصحية غير الآمنة وانعدام مقومات الصحة العامة (لكل مائة ألف نسمة) مستويات عالية في بلدان المنظمة، بحيث بلغ معدل 20.9 عام 2016، بينما بلغ المتوسط العالمي 12.5 في نفس العام (الشكل 11.3). في هذا الصدد، كانت دول المنظمة الواقعة في منطقة أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى أكثر الدول معاناة مع هذا الوضع. ففي تشاد بلغ المعدل 101 عام 2016 وتلتها الصومال (86.6). وعموماً، تشير هذه الأرقام إلى أن مسألة الحصول على المرافق الصحية ومصادر المياه ما تزال تجسد مشكلة رئيسية في عدد من دول المنظمة، لا سيما في منطقتي أفريقيا جنوب الصحراء وجنوب آسيا. وهذان العاملان (المياه غير المأمونة والمرافق الصحية غير الآمنة) من بين الأسباب الرئيسية لحالات الإسهال وهما مسؤولان عن العديد من الوفيات. لذلك، ينبغي لبلدان المنظمة الاستثمار أكثر في البنية التحتية للتقليص من أعداد الوفيات الناجمة عن الإسهال الذي يعتبر مرضاً معدياً يمكن الوقاية منه.

الشكل 12.3: معدل الوفيات الناجمة عن المياه غير المأمونة والمرافق الصحية غير الآمنة وانعدام مقومات الصحة العامة في بلدان المنظمة (لكل مائة ألف نسمة)، 2016



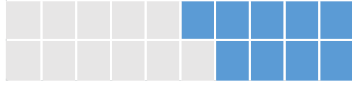
المصدر: قاعدة بيانات مؤشرات التنمية العالمية للبنك الدولي

3.4.3 الملاريا

الملاريا هي مرض مهدد للحياة تسبب في الإصابة به الطفيليات التي تنتقل إلى البشر من خلال لدغات البعوض الحامل لها. في عام 2017، تسببت الملاريا في ما يقدر بحوالي 435 ألف حالة وفاة في القارة الأفريقية، معظمها في صفوف الأطفال. ويعد مرضها يمكن الوقاية والشفاء منه. وللتدابير المتزايدة الخاصة بالوقاية من الملاريا ومكافحتها دور كبير في التخفيف من عبء هذا الوباء في كثير من البلدان النامية. لكن يسير مجموع حالات الإصابة بالملاريا في بعض بلدان المنظمة في منحنى تصاعدي، ونتيجة لذلك بلغت حصة هذه البلدان من حالات الإصابة بالملاريا في العالم عام 2017 نسبة 52.3% مقابل نسبة 50.8% المسجلة عام 2016. في عام 2017، بلغ عدد الإصابات بالملاريا ما يقارب 219 حالة في 87 دولة. وكانت بوركينافاسو (412) ومالي (386) وسيراليون (380) البلدان الثلاثة الأكثر تضرراً في منطقة المنظمة عام 2017 من حيث الإصابة بالملاريا (لكل 1000 شخص) (الشكل 14.3).



الشكل 13.3: حالات الملاريا المسجلة كحصة من الحالات في العالم،



2017

المنظمة (52.3%)

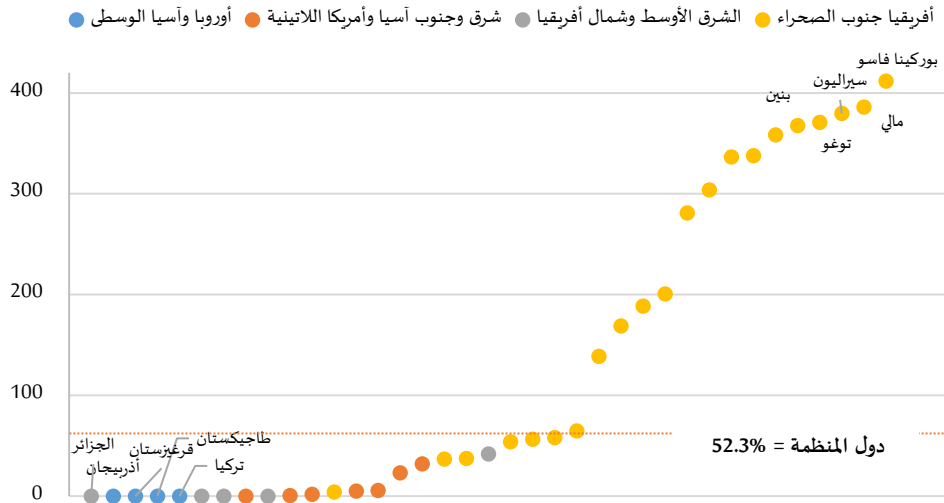
البلدان النامية غير الأعضاء (47.7%)

المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على قاعدة بيانات مؤشرات التنمية العالمية للبنك الدولي

وتتضمن مجالات التركيز التي تشملها عملية مكافحة الملاريا معلومات متعلقة بالصحة العامة، والعلوم والأبحاث، والوقاية والرصد، وإدارة الحالة، وتنظيم الاختبارات التشخيصية واللقاحات. على وجه الخصوص، تعتبر الأدوية

المضادة للملاريا واستخدام الناموسيات المعالجة بمبيدات الحشرات فعالة جداً في مكافحة الملاريا في صفوف الأطفال. وفي هذا الصدد، يتعين على بلدان المنظمة بذل مزيد من الجهود لمحاربة الملاريا من خلال زيادة الاستثمار في هذه الأدوية والناموسيات. وقد أشارت كل من الأهداف الإنمائية للألفية وأهداف التنمية المستدامة إلى الملاريا وحددت مقاصد تحث البلدان على مكافحة الملاريا في جميع أنحاء العالم. كما يعرض أيضا برنامج العمل الاستراتيجي لمنظمة التعاون الإسلامي في مجال الصحة للفترة 2014-2023 خارطة طريق لدول المنظمة لمكافحة الملاريا في إطار المجال المواضيعي رقم 2.

الشكل 14.3: حالات الإصابة بالملاريا في بلدان المنظمة (لكل 1000 نسمة معرضة لخطر الإصابة)، 2017*



المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على قاعدة بيانات مؤشرات التنمية العالمية للبنك الدولي.

ملاحظة: تم ذكر البلدان التي تتوفر حولها البيانات

*أحدث بيانات متاحة

4.4.3 الالتهاب الرئوي

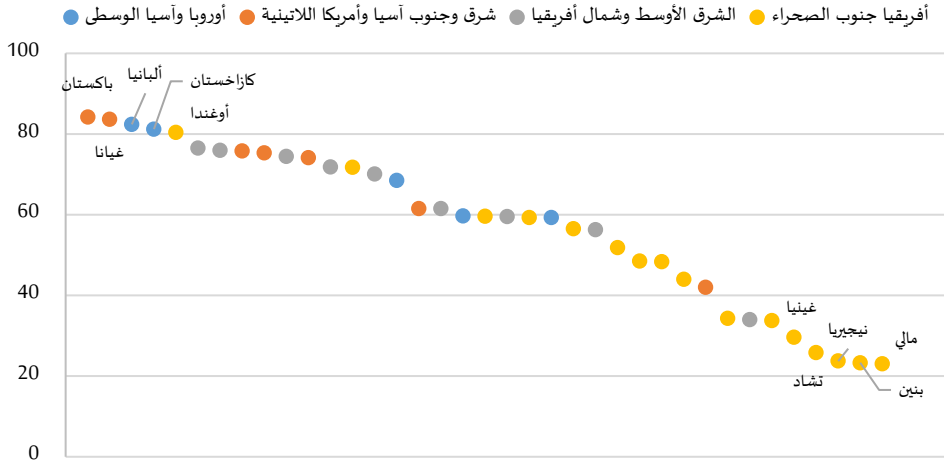
الالتهاب الرئوي هو شكل من أشكال العدوى التنفسية الحادة التي تصيب الرئتين. وتتشكل الرئتين من حويصلات صغيرة تسمى الحويصلات الهوائية، التي تملأ بالهواء عندما يتنفس الشخص السليم. وعند إصابة الفرد بالالتهاب الرئوي، تمتلئ هذه الحويصلات الهوائية بالقيح والسوائل، مما يجعل التنفس مؤلماً ويحد من كمية الأكسجين.



الالتهاب الرئوي هو أكثر الأمراض المعدية فتكا بحياة الأطفال في جميع أنحاء العالم، بحيث تسبب في وفاة ما يناهز 808,694 طفلا دون سن الخامسة في عام 2017 فقط، أي ما يمثل 15% من جميع حالات وفيات الأطفال دون سن الخامسة من العمر. ويصيب الالتهاب الرئوي الأطفال والأسر في كل مكان، لكنه أكثر انتشاراً في دول جنوب آسيا وأفريقيا جنوب الصحراء الكبرى. إن الالتهاب الرئوي مرض يمكن الوقاية منه عن طريق التطعيم وتلقي التغذية الملائمة، وأيضاً من خلال معالجة العوامل البيئية المحفزة. كما يمكن كذلك حماية الأطفال من الإصابة به عن طريق تدخلات بسيطة، ويمكن علاجهم بالاعتماد على أدوية ورعاية منخفضة التكلفة ولا تتطلب تكنولوجيا عالية التعقيد.

ويستخدم علاج التهابات الجهاز التنفسي الحادة (ARI) لمكافحة عدوى الالتهاب الرئوي. فهو يساعد على تحسين جودة التنفس وبمرور الوقت يقضي على هذا المرض. ووفقاً لسيسرك (2017)، سجلت بلدان منظمة التعاون الإسلامي منذ تسعينات القرن الماضي حتى اليوم تحسناً في معدل علاج التهابات الجهاز التنفسي الحادة. لكن رغم ذلك تبقى هناك تفاوتات كبيرة على مستوى الأداء الفردي لبلدان المنظمة. فعلى سبيل المثال، ظل المعدل في كل من مالي وبنين ونيجيريا دون 24%، في حين أنه فاق نسبة 80% في بلدان أعضاء أخرى مثل ألبانيا وغيانا وباكستان (الشكل 15.3). لهذا يتعين على العديد من بلدان المنظمة تكثيف جهودها لزيادة معدل تغطية علاج التهابات الجهاز التنفسي الحادة. وبصفة خاصة، ينبغي للبلدان الأعضاء في المنظمة الواقعة في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى والتي تعاني بشكل كبير من وطأة الالتهاب الرئوي ومشاكل التنفس ذات الصلة العمل لتحقيق مزيد من التقدم.

الشكل 15.3: علاج التهابات الجهاز التنفسي الحادة (% من الأطفال دون سن الخامسة الذين عرضوا على مقدمي الرعاية الصحية) في بلدان المنظمة، 2017*



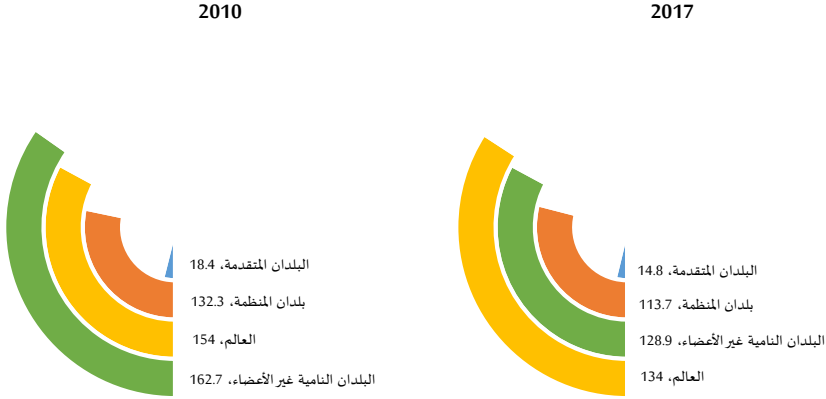
المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على قاعدة بيانات مؤشرات التنمية العالمية للبنك الدولي.
ملاحظة: تم ذكر البلدان التي تتوفر حولها البيانات *أحدث بيانات متاحة

5.4.3 السل

السل هو مرض بكتيري معد تسببه المتفطرة السلية التي تصيب غالباً الرئتين. ينتقل المرض من شخص لآخر عن طريق الرذاذ المتطاير من الحلق والرئتين من الأشخاص الذين تكون أمراض الجهاز التنفسي لديهم في وضع نشط. وتتجلى أعراض إصابة الرئة بالسل بالنشاط في السعال، ويكون أحياناً مصحوباً بالبلغم أو الدم، وآلام في الصدر، والإحساس بالضعف، وفقدان الوزن والحمى والتعرق الليلي.



الشكل 16.3: حالات الإصابة بالسل (لكل 100 ألف نسمة)، 2010 و 2017



المصدر: حسابات موظفي سيسرك استنادا إلى إحصاءات البنك الدولي حول التغذية الصحية والسكان

ووفقا لمنظمة الصحة العالمية، يصنف السل ضمن الأسباب العشرة الأكثر حصدا للأرواح في العالم. ففي عام 2017، أصيب 10 ملايين شخص بالسل وتوفي 1.6 مليون بسبب هذا المرض. وفي نفس العام، سجلت 87% من حالات السل الجديدة في البلدان الثلاثين الأكثر معاناة من عبء هذا الداء. واستأثرت ثمانية بلدان فقط بثلاثي حالات السل الجديدة، وهذه البلدان هي الهند والصين وإندونيسيا والفلبين وباكستان ونيجيريا وبنغلاديش وجنوب إفريقيا، وأربعة منها أعضاء في منظمة التعاون الإسلامي.

يمكن العلاج من مرض السل باتباع مسيرة علاجية لمدة ستة أشهر تتضمن تلقي المضادات الحيوية اللازمة. وهو واحد من الأمراض المعدية المحددة في الأهداف الإنمائية للألفية (الهدف 6). كما أن القضاء على مرض السل بحلول عام 2030 واحد من المقاصد المتعلقة بالصحة الواردة في أهداف التنمية المستدامة. وتشير الأرقام إلى أن عدد الأفراد الذين يسقطون ضحايا لهذا المرض أخذ في التراجع كل عام وإن كان بوتيرة بطيئة جدا.

تراجع المعدل العالمي للإصابة بداء السل من 154 في 2010 إلى 134 في 2017 (الشكل 16.3). وسجلت دول منظمة التعاون الإسلامي بدورها اتجاهات تراجعية، بحيث شهدت معدلات الإصابة بالسل انخفاضا من 132.3 (لكل 100 ألف نسمة) لعام 2010 إلى 113.7 في 2017. وفي البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة كذلك، تراجع متوسط معدل الإصابة بالداء من 162.7 المسجل عام 2010 إلى 128.9 عام 2017.

وكانت نسبة النجاح العالية في علاج السل من الأسباب الرئيسية وراء انخفاض عدد الوفيات الناجمة عن هذا الداء في العالم. وشهدت بلدان المنظمة بدورها نجاحا متواصلا على مستوى علاج السل وبلغت نسبة النجاح 81.7% عام 2016 بدل 80.7% المسجلة عام 2010 (الشكل 17.3). وخلال نفس الفترة تراجع معدل النجاح العالمي من 84% إلى 81%.

الشكل 17.3: معدل نجاح العلاج الخاص بالسل (%) من الحالات الجديدة)، 2016



المصدر: حسابات موظفي سيسرك استنادا إلى إحصاءات البنك الدولي حول التغذية الصحية والسكان



وعموماً، سجلت مجموعة منظمة التعاون الإسلامي تقدماً ملموساً في مجال مكافحة الإصابة بمرض السل، وذلك بفضل الجهود المبذولة في هذا الصدد وأيضاً بفضل تحسين التغذية. ومع ذلك، لا يزال أمام هذه البلدان الكثير من العمل للقيام به للهبوط بالجهود الوقائية ومعدلات النجاح في علاج السل من أجل تقليل عدد الإصابات الجديدة بالسل وتجنب الوفيات الناجمة عنه.

6.4.3 شلل الأطفال

يعد شلل الأطفال مرضاً شديداً العدوى يسبب الإصابة به أحد الفيروسات، بحيث يغزو الجهاز العصبي ويمكن أن يسبب الشلل التام في غضون ساعات. ينتقل الفيروس من شخص إلى شخص آخر من خلال البراز أو عن طريق الفم بشكل رئيسي، وبصورة قليلة عن طريق وسيلة مشتركة (مثل المياه والطعام الملوثة) ويتكاثر في الأمعاء. وتتمثل الأعراض الأولية في ظهور الحمى والتعب والصداع والتقيؤ وتصلب في الرقبة واللام في الأطراف. وتؤدي حالة واحدة من بين 200 حالة عدوى إلى شلل لا يمكن الشفاء منه (عادة في الساقين). من بين المصابين بالشلل، يموت نحو 5% إلى 10% عندما تشل حركة العضلات المسؤولة عن التنفس.

ويصيب شلل الأطفال في الغالب الأطفال دون سن الخامسة من العمر، كما أنه لا وجود لعلاج لشلل الأطفال عدا العمل على الوقاية من الإصابة به، بحيث أن جرعتين من اللقاح قادرة على القضاء على احتمالية الإصابة به. وقد تم تسجيل انخفاض في حالات الإصابة بشلل الأطفال بنسبة تفوق 99% منذ عام 1988 من بين 350 ألف حالة سجلت آنذاك إلى 33 حالة فقط في عام 2018. وكنتيجة للمجهودات على الصعيد العالمي للقضاء على المرض، تم إنقاذ ملايين الأشخاص من الشلل. والانخفاض المسجل هو نتيجة للجهود العالمية للقضاء على المرض. وحسب تقديرات منظمة الصحة العالمية، من شأن القضاء على شلل الأطفال أن يوفر ما لا يقل عن 40-50 مليار دولار بين عامي 1988 و 2035، وبشكل أخص في الدول المنخفضة الدخل بما فيها العديد من دول منظمة التعاون الإسلامي.

5.3 الأمراض غير المعدية

الأمراض غير المعدية المزمنة هي السبب الأول لحالات الوفاة والعجز في العالم. يشير مصطلح الأمراض غير المعدية لمجموعة من الحالات التي لا تنتج أساساً عن طريق عدوى حادة، وتؤدي إلى عواقب صحية على المدى الطويل، وغالباً ما تؤدي إلى ظهور الحاجة لعلاج ورعاية على الأمد الطويل. وتشمل هذه الحالات السرطانات وأمراض القلب والأوعية الدموية والسكري وأمراض الرئة المزمنة فضلاً عن حالات أخرى رئيسية. ويمكن الوقاية من العديد من الأمراض المزمنة من خلال التقليل من عوامل الخطر الشائعة مثل تعاطي التبغ والمشروبات الكحول وقلة النشاط البدني وتناول الوجبات الغذائية غير الصحية.

ووفقاً لمنظمة الصحة العالمية، تسبب الأمراض غير المعدية في وفاة 41 مليون شخص سنوياً، أي ما يعادل 71% من حالات الوفيات على المستوى العالمي. وتستأثر أمراض القلب والأوعية الدموية بأكبر حصة من الوفيات الناجمة عن الأمراض غير المعدية، أو بعبارة أخرى 17.9 مليون شخص سنوياً، تليها أمراض السرطانات (9.0 مليون)، وأمراض الجهاز التنفسي (3.9 مليون)، ثم مرض السكري (1.6 مليون). هذه المجموعات الأربع من الأمراض تستأثر بأكثر من 80% من جميع الوفيات الناجمة عن الأمراض غير المعدية.

إن للأمراض غير المعدية عواقب اجتماعية واقتصادية لا يستهان بها، بحيث تخصص ملايين الدولارات لعلاج أمراض القلب والأوعية الدموية والسرطان والسكري والأمراض التنفسية المزمنة، وهو الأمر الذي يقوض استدامة ميزانيات الرعاية الصحية الوطنية. وحسب تقديرات منظمة الصحة العالمية، يجد ما يقرب من 100 مليون شخص أنفسهم في براثن الفقر كل عام لأنه يتوجب عليهم الدفع من جيوبهم لقاء الخدمات الصحية. هذا إن دل على شيء فإنما يدل على أن هناك علاقة قوية بين الأمراض غير المعدية



والفقر. ففي البلدان النامية يسقط الكثير من الفقراء عرضة لحلقة مفرغة حيث يعزز الفقر والأمراض غير المعدية كلا منهما الآخر بشكل مستمر. وكلما زادت حدة فقر الأسر الفقيرة تتراجع قدرتها على مكافحة الأمراض غير المعدية وبالتالي كل ما يتبقى معها هو بعض المال الذي قد لا يكون كافياً لتلبية الاحتياجات الأساسية. وفي هذا السياق، يتعين أن تشمل سياسات مكافحة الأمراض غير المعدية ثلاثة عناصر، وهي: علاج الأمراض، والتقليص من عوامل الخطر المؤدية إلى الأمراض غير المعدية (أي الوقاية)، ومعالجة الآثار الاجتماعية والاقتصادية للأمراض غير المعدية على الأفراد. وتولي الأمم المتحدة وغيرها من المنظمات الدولية اهتماماً خاصاً للأمراض غير المعدية التي تؤثر على الملايين من الناس في جميع أنحاء العالم. فقد حددت أهداف التنمية المستدامة مقصداً لخفض الوفيات المبكرة الناجمة عن الأمراض غير المعدية إلى الثلث عن طريق الوقاية والعلاج وذلك بحلول عام 2030.

1.5.3 الأمراض القلبية الوعائية والسرطان والسكري وأمراض الجهاز التنفسي المزمنة

1.1.5.3 حقائق أساسية

تنجم الأمراض القلبية الوعائية عن اضطرابات في القلب والأوعية الدموية، وتشمل أمراض القلب التاجية (النوبات القلبية)، والأمراض الوعائية الدماغية (السكتة الدماغية)، وارتفاع ضغط الدم، ومرض الشريان المحيطي وأمراض القلب الروماتيزمية وأمراض القلب الخلقية وفشل القلب. ومن بين الأسباب الرئيسية للإصابة بالأمراض القلبية الوعائية هناك تعاطي التبغ وقلة النشاط البدني والنظام الغذائي غير الصحي وتعاطي المشروبات الكحولية، كما أن للعوامل الوراثية والبيئية أيضاً بعض الأثر على الإصابة بهذه الأمراض.

تعتبر الأمراض القلبية الوعائية السبب الأول للوفاة على مستوى العالم. وبعبارة أخرى، يفوق عدد الأفراد الذين توافهم المنية بسبب هذه الأمراض سنوياً عدد المتوفين لأسباب أخرى. ووفقاً لمنظمة الصحة العالمية، توفي ما يقدر بنحو 17.9 مليون شخص بسبب الأمراض القلبية الوعائية عام 2016، وهو ما يمثل 31% من مجموع الوفيات العالمية.

وفقاً لمنظمة الصحة العالمية مصطلح السرطان مصطلح عام يشمل مجموعة كبيرة من الأمراض التي يمكن أن تؤثر على أي جزء من الجسم. والمصطلحات الأخرى المستخدمة للدلالة على نفس المعنى هناك مصطلحي الأورام والأورام الخبيثة. ومن بين السمات المميزة لمرض السرطان سرعة نمو الخلايا الشاذة التي تنمو خارج حدودها المعروفة، والتي يمكنها بعد أن تغزو الأجزاء المجاورة في الجسم أن تنتشر إلى أعضاء أخرى، وتسمى هذه العملية بنقائل الأورام. ونقائل الأورام هي السبب الرئيسي للوفاة جراء الإصابة بالسرطان.

السرطانات من بين الأسباب الرئيسية للمرض والوفيات في جميع أنحاء العالم، بحيث قدرت حالات الوفيات بنحو 9.6 مليون حالة وفاة بسببها في عام 2018. وعلى المستوى العالمي يموت فرد واحد من بين كل ستة أفراد بسبب السرطان. ويعود حوالي ثلث حالات الوفاة الناجمة عن السرطان إلى خمسة مخاطر سلوكية وغذائية رئيسية: ارتفاع الرقم القياسي لكتلة الجسم، وقلة تناول الخضروات والفواكه، وقلة النشاط البدني وتعاطي التبغ واستهلاك المشروبات الكحولية. وكانت الأسباب الأكثر شيوعاً للوفاة بالسرطان في 2018 سرطان الرئة (2.09 مليون حالة وفاة) وسرطان الثدي (2.09 مليون حالة وفاة) وسرطان القولون (1.80 مليون حالة وفاة).

أمراض الجهاز التنفسي المزمنة (CRD) هي الأمراض المتعلقة بالشعب الهوائية وغيرها من العناصر المشككة لبنية الرئة. وتشمل بعض أكثر الأمراض شيوعاً الربو ومرض الانسداد الرئوي المزمن والحساسية في الجهاز



التنفسية. ويعاني مئات الملايين من الناس على أساس يومي من أمراض الجهاز التنفسي المزمنة. ووفقاً لأحدث تقديرات منظمة الصحة العالمية، فإن ما مجموعه نحو 235 مليون شخص عانوا من مرض الربو عام 2017. وتوفي أكثر من 3 ملايين شخص بسبب مرض الانسداد الرئوي المزمن في 2017، أي ما يعادل 6% من مجموع الوفيات في العالم في ذلك العام.

بالإضافة إلى دخان التبغ، تتسبب بدورها عوامل الخطر الأخرى في الإصابة بأمراض الجهاز التنفسي المزمنة، ومن بين هذه العوامل هناك تلوث الهواء والمواد الكيميائية والغبار في أماكن العمل والتهابات الجهاز التنفسي السفلي المتكررة خلال مرحلة الطفولة.

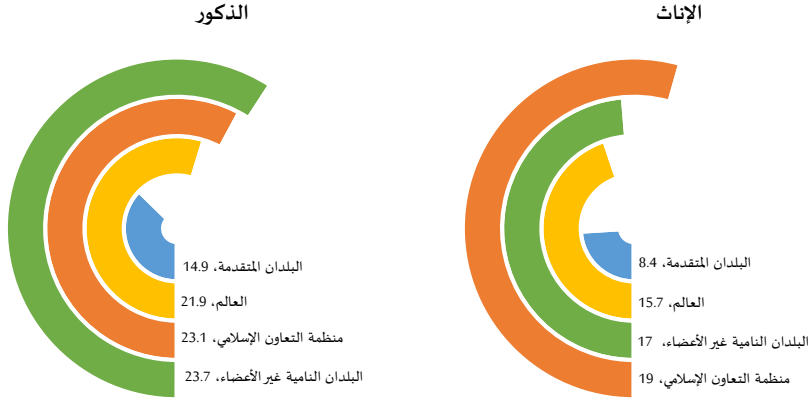
مرض السكري هو مرض مزمن غير معد تحصل الإصابة به عندما يعجز البنكرياس عن إنتاج ما يكفي من الأنسولين أو عندما لا يستطيع الجسم استخدام الأنسولين المنتج بشكل فعال. وارتفاع مستوى السكر في الدم هو التأثير الشائع لداء السكري غير المراقب وبمرور الوقت يؤدي إلى أضرار وخيمة على الكثير من الأنظمة في الجسد، وبخاصة في الأعصاب والأوعية الدموية. وتعتبر أسباب الإصابة بمرض السكري معقدة. لكن يمكن أن تعزى الزيادة في انتشار مرض السكري على المستوى العالمي إلى الزيادة السريعة في فرط الوزن، بما في ذلك السمنة وقلة النشاط البدني. وفي عام 2016، قدر عدد الوفيات الناجمة بشكل مباشر عن مرض السكري في العالم بنحو 1.6 مليون حالة وفاة.

2.1.5.3 معدلات الوفيات

يبين الشكل 18.3 معدل الوفيات الناجمة عن الأمراض القلبية الوعائية أو السرطان أو مرض السكري أو أمراض الجهاز التنفسي المزمنة في صفوف الأشخاص المتراوح أعمارهم بين 30 و70 سنة في 2010 و2016. ففي صفوف الإناث من السكان، تراجع معدل الوفيات على الصعيد العالمي من نسبة 16.6% المسجلة عام 2010 إلى 15.7% عام 2016. ونفس الاتجاه تم تسجيله في صفوف الذكور بحيث انخفض المعدل من 23.3% إلى 21.9% خلال نفس الفترة. كما سجلت دول منظمة التعاون الإسلامي بدورها تراجعاً في معدل الوفيات في صفوف الذكور والإناث خلال هذه الفترة. تراجع متوسط معدل الوفيات في صفوف الذكور في بلدان المنظمة من معدل 24.3% في 2010 إلى 23.1% في 2016، بينما تراجع هذا المعدل في صفوف الإناث من 20.2% عام 2010 إلى 19.0% عام 2016. وفي سياق البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة أيضاً تم تسجيل نفس الاتجاه خلال هذه الفترة.



الشكل 18.3: الوفيات بسبب الأمراض القلبية الوعائية أو السرطان أو السكري أو أمراض الجهاز التنفسي المزمنة في صفوف المتراوحة أعمارهم بين 30 و70 (%، 2016



المصدر: حسابات موظفي سيسرك استناداً إلى إحصاءات البنك الدولي حول التغذية الصحية والسكان

وعلى مستوى فرادى البلدان، سجلت كل من جزر المالديف (10.3%) والمغرب (11.3%) وتركيا (11.3%) والبحرين (11.9%) أدنى معدلات وفيات الإناث بسبب الأمراض القلبية الوعائية أو السرطان أو السكري أو أمراض الجهاز التنفسي المزمنة عام 2016. وسجلت سيراليون (32.6%) وكوت ديفوار (30.1%) أعلى معدل للوفيات في نفس العام. وفي صفوف الذكور من السكان، سجلت كل من البحرين (10.9%) والمغرب (13.3%) أدنى معدلات الوفيات بسبب هذه الأمراض من بين كل بلدان المنظمة، في حين سجلت كازاخستان (36.8%) وتركمانستان (36.7%) أعلى معدلات للوفيات (الشكل 19.3).

وبشكل عام، تكشف الأرقام أن بلدان المنظمة أحرزت تقدماً على مستوى التعامل مع الأمراض القلبية الوعائية والسرطان والسكري وأمراض الجهاز التنفسي المزمنة خلال فترة 2010-2016. لمن مع ذلك، يتعين عليها بذل المزيد من الجهود من حيث الوقاية والكشف والعلاج لتقليل نسبة الوفيات الناجمة عن مثل هذه الأمراض.

3.1.5.3 الوقاية والعلاج

يمكن الوقاية من معظم الأمراض القلبية الوعائية من خلال التصدي لعوامل الخطر السلوكية مثل تعاطي التبغ واتباع نظام غذائي غير صحي والسمنة والخمول البدني وتعاطي المشروبات الكحولية على نحو ضار. وتتوفر على الصعيد العالمي العديد من الأجهزة الطبية والعقاقير المناسبة لتحسين حالة المرضى الذين يعانون من الأمراض القلبية الوعائية وعلاجهم. وفي هذا الصدد، ينبغي لبلدان منظمة التعاون الإسلامي تكثيف جهودها لمحاربة عوامل الخطر (مثل السمنة وقلة النشاط البدني...) التي تؤدي إلى الإصابة بهذه الأمراض وكذلك تحسين نطاق بعض الطرق العلاجية المستخدمة في مجال الأمراض القلبية الوعائية.

ويتطلب كل نوع من أنواع السرطان نظام علاج محدد يشمل طريقة أو أكثر مثل الجراحة أو العلاج الإشعاعي أو العلاج الكيميائي. وفي هذا الصدد، فإن الكشف المبكر والتشخيص الصحيح ضروريان لتلقي طريقة العلاج الأنسب والفعالة. ويعود حوالي ثلث حالات الوفاة الناجمة عن السرطان إلى خمسة مخاطر



الشكل 19.3: دول منظمة التعاون الإسلامي ذات أعلى وأدنى معدلات وفيات الذكور (أعلى) والإناث (أسفل) بسبب الأمراض القلبية الوعائية أو السرطان أو السكري أو أمراض الجهاز التنفسي المزمنة (%، 2016)



سلوكية وغذائية رئيسية: ارتفاع الرقم القياسي لكتلة الجسم، وقلة تناول الخضروات والفواكه، وقلة النشاط البدني وتعاطي التبغ واستهلاك المشروبات الكحولية. ويعتبر تعاطي التبغ أكثر العوامل خطورة للإصابة بالسرطان بحيث يتسبب في حوالي 20% من الوفيات الناجمة عن السرطان ونحو 70% من الوفيات الناجمة عن سرطان الرئة على المستوى العالمي. لذلك فإن مكافحة عوامل الخطر هذه تكتسي أهمية حاسمة بالنسبة لجميع البلدان للتقليل من معدل الوفيات الناجمة عن السرطان. وقد بات من الممكن اليوم علاج مرضى السرطان باعتماد تكنولوجيات حديثة وأدوية جديدة. وفي هذا الصدد، ينبغي لبلدان المنظمة العمل على تحسين قدرات نظمها الصحي الوطنية لتوفير هذه الأدوية والتكنولوجيات لشعوبها في الوقت المطلوب.

وحسب منظمة الصحة العالمية، فإن عوامل الخطر الرئيسية لأمراض الجهاز التنفسي تتمثل في تدخين التبغ وتلوث الهواء في الأماكن المغلقة وتلوث الهواء الطلق والمواد المثيرة للحساسية، والمخاطر والهشاشة المهنية. وفي الوقت الذي تستثمر فيه دول المنظمة لعلاج أمراض الجهاز التنفسي، ينبغي عليها عدم إهمال تنفيذ سياسات للتقليل من عوامل الخطر المذكورة أعلاه التي تسبب في ملايين الوفيات سنويا. وفي هذا الصدد، بوسع مبادرة "منظمة التعاون الإسلامي للتحرر من التبغ" الصادرة عن مركز الأبحاث

الإحصائية والاقتصادية والاجتماعية والتدريب للدول الإسلامية (سيسرك) أن تلعب دورا هاما في التقليل من الوفيات الناجمة عن أمراض الجهاز التنفسي في مختلف ربوع بلدان منظمة التعاون الإسلامي. على الرغم من أن معظم أمراض الجهاز التنفسي المزمنة غير قابلة للشفاء، أصبحت التكنولوجيا والأدوية الجديدة تساعد الأشخاص الذين يعانون من هذه الأمراض في تحسين نوعية حياتهم. وفي هذا الصدد، يتعين على بلدان المنظمة أن تتابع عن كثب آخر التطورات في هذا المجال لتوفير الأدوية والتكنولوجيات العلاجية الفعالة لشعوبها.

يتعين على بلدان المنظمة بذل جهود كبيرة لمحاربة عوامل الخطر التي من شأنها أن تتسبب في الإصابة بمرض السكري من قبيل السمنة وعدم كفاية النشاط البدني. وعلى وجه الخصوص، يجب تشديد المراقبة على بعض المكونات المستخدمة في صناعة الأغذية مثل السكر والإضافات الغذائية من قبل السلطات الوطنية للحد من انتشار مرض السكري على المدى الطويل في بلدان المنظمة. كما من شأن حملات التوعية بشأن مرض السكري وتعزيز أنماط الحياة الصحية في الأوساط الاجتماعية أن تلعب دورا في الوقاية من مرض السكري.

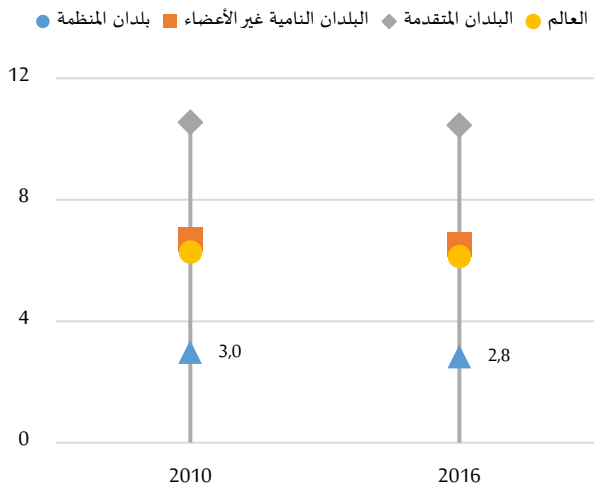
6.3 عوامل الخطر

عوامل الخطر هي العوامل التي تؤدي إلى الإصابة بالأمراض غير المعدية في جميع أنحاء العالم من قبيل تعاطي الكحول على نحو ضار وقلّة النشاط البدني. يستعرض هذا القسم الفرعي لمحة عامة عن اتجاهات دول منظمة التعاون الإسلامي فيما يتعلق بعوامل الخطر الرئيسية المختارة بالمقارنة مع المجموعات الأخرى من الدول، ويستخلص بعض التوصيات المتعلقة بالسياسة العامة للمضي قدما.

1.6.3 تعاطي المشروبات الكحولية

إن التعاطي للمشروبات الكحولية من العوامل المسببة لأكثر من 200 من الأمراض بما فيها الأمراض المعدية مثل السل وكذلك حالات الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز والإصابات بشتى أنواعها. لذلك فهو عامل خطري يتسبب في كثير من الأمراض التي تؤثر على الملايين من الناس في جميع أنحاء العالم. ووفقا لتقديرات منظمة الصحة العالمية فإن حوالي 3 مليون حالة وفاة تحصل كل عام بسبب التعاطي للمشروبات الكحولية على نحو ضار على الصعيد العالمي، وهذا يمثل 5.3% من جميع حالات الوفاة. وبشكل أخص، تعزى 13.5% من مجموع الوفيات لاستخدام الكحول في الفئة العمرية 20-39 سنة.

الشكل 20.3: استهلاك الكحول حسب الفرد (15 سنة فما فوق)، 2010 و 2016

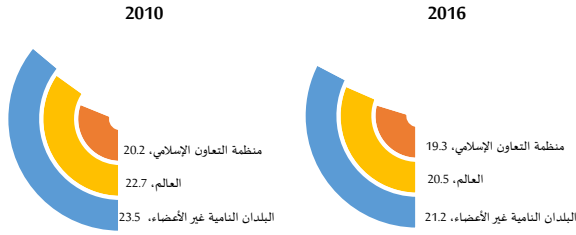


المصدر: حسابات موظفي سيسرك استنادا إلى إحصاءات البنك الدولي حول التغذية الصحية والسكان



وفضلا عن العواقب الصحية لتعاطي المشروبات الكحولية، فهي أيضا تجلب خسائر اجتماعية واقتصادية كبيرة على الأفراد والمجتمع. وفي هذا السياق، فإنه يتعين على الحكومات في جميع أنحاء العالم مكافحة الاستخدام الضار للكحول. ويبين الشكل 20.3 بأن المتوسط العالمي لنصيب الفرد لتعاطي المشروبات الكحولية المسجل قد شهد تراجعا من 6.3 لترات في 2010 إلى 6.1 لترات عام 2016. وشهدت مجموعة بلدان المنظمة، في المتوسط، انخفاضا طفيفا من 3.0 لتر إلى 2.8 لتر في نفس الفترة. وفي البلدان المتقدمة أيضا تراجع متوسط استهلاك المشروبات الكحولية من 10.6 لتر إلى 10.5. وتراجع أيضا هذا المتوسط بشكل طفيف في البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة من 6.7 لتر في 2010 إلى 6.5 لتر عام 2016.

الشكل 20.3: انتشار التدخين، إجمالي (15 سنة فما فوق)، 2010 و 2016



المصدر: حسابات موظفي سيسرك استنادا إلى إحصاءات البنك الدولي حول التغذية والصحة والسكان

تشير هذه الأرقام إلى أن هناك منحنى تراجعي على مستوى العالم من حيث استخدام الكحول على نحو ضار. ومع ذلك، يتعين على بعض بلدان المنظمة التي يرتفع فيها بشكل كبير متوسط استهلاك الفرد للكحول بذل المزيد من الجهود في هذا الصدد. وتقع معظم هذه البلدان في منطقتي أفريقيا جنوب الصحراء (4.3 لترات) وأوروبا وآسيا الوسطى (4.4 لترات). وينبغي لهذه البلدان وضع استراتيجيات فعالة وتنفيذها للتخفيف من الاستخدام الضار للمشروبات الكحولية. وفيما يلي بعض الاستراتيجيات المعتمدة على المستوى الدولي في هذا الصدد:

- تنظيم تسويق المشروبات الكحولية (لا سيما للشباب)؛
 - تنظيم وتقييد توفر الكحول؛
 - سن سياسات مناسبة متعلقة بالقيادة تحت تأثير الخمر؛
 - تخفيض الطلب من خلال آليات الضرائب والتسعير؛
 - رفع مستوى الوعي بخصوص المشاكل الصحية العامة الناجمة عن تعاطي الكحول على نحو ضار وضمن دعم سياسات الكحول الفعالة؛
 - توفير العلاج الذي يمكن الوصول إليه وبأسعار معقولة للأشخاص الذين يعانون من اضطرابات تعاطي الكحول؛
 - تنفيذ برامج الفحص والتدخلات السريعة للشرب الخطر والضرر في الخدمات الصحية.
- بالإضافة إلى الاستراتيجيات العالمية المذكورة أعلاه، يمكن لبلدان منظمة التعاون الإسلامي بمساعدة من علماء الدين الإسلامي نقل رسالة الإسلام الفريدة إلى المجتمع بأن الإسلام حرم شرب الخمر. إذا تم نقل الرسالة على نطاق واسع وبشكل فعال في المجتمع، يمكن أن تساعد هذه الاستراتيجية العديد من المسلمين في جميع أنحاء دول المنظمة على وقف تناول الكحول.

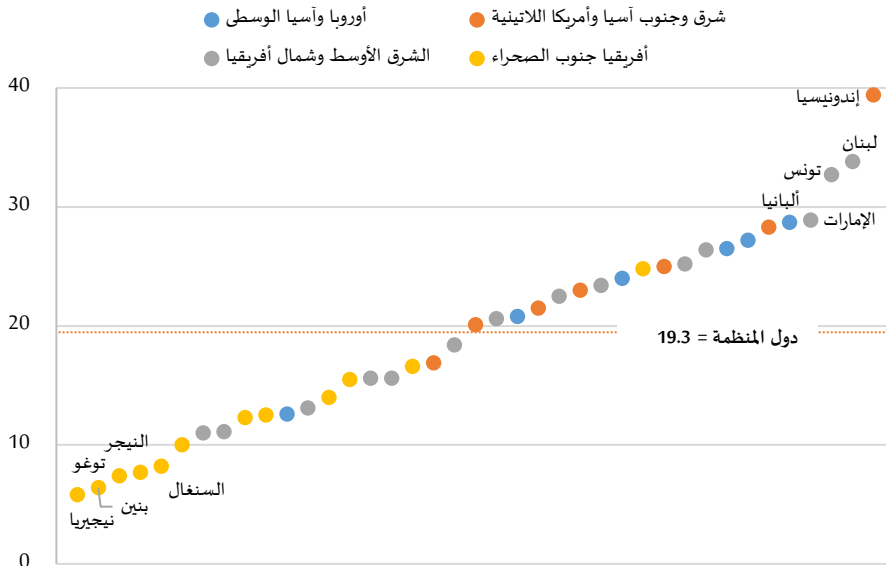
2.6.3 تعاطي التبغ

تصرح منظمة الصحة العالمية بأن التبغ يحصد أرواح ما يصل إلى نصف مستخدميه. فدخان التبغ يحتوي على أكثر من 4000 مادة كيميائية، وما لا يقل عن 250 منها معروف أنها ضارة وأكثر من 50 منها يسبب السرطان. وتشير التقديرات إلى أن التبغ يتسبب في وفاة أكثر من 8 ملايين شخص سنوياً، وأكثر من 7 ملايين منها نتيجة لتعاطي التبغ بشكل مباشر، بينما أكثر من 1.2 مليون حالة وفاة تحصل نتيجة لتعرض الأفراد غير المدخنين لدخان التبغ بطريقة غير مباشرة. وتعتبر البلدان النامية بشكل عام الأكثر معاناة من استخدام التبغ. فحوالي 80% من بين 1.1 مليار مدخن في العالم يعيشون في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل. ويتسبب استخدام التبغ الذين يموتون قبل الأوان في حرمان أسرهم من الدخل ورفع تكاليف الرعاية الصحية وإعاقة التنمية الاقتصادية.

وكما يظهر الشكل 21.3، فإن معدل انتشار التعاطي للتبغ لم يسجل أي تراجع بالرغم من الجهود المبذولة عالمياً لتحقيق ذلك، وإن كان هناك تراجع طفيف من 22.7% في 2010 إلى 20.5% في 2016 على المستوى العالمي. وفي بلدان المنظمة، تراجع متوسط معدل تدخين التبغ من 20.2% المسجل عام 2010 إلى 19.3% عام 2016. وظل متوسط البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة أعلى من المتوسط العالمي في عامي 2010 و 2016. وعلى المستوى القطري لمنظمة التعاون الإسلامي، كما هو مبين في الشكل 22.3 (يمين)، سجلت إندونيسيا أعلى معدل لانتشار التدخين (39.4%)، تلتها لبنان (33.8%) ثم تونس (32.7%) في 2016. وفي النيجر وتوغو وبنين ونيجيريا بقيت معدلات الانتشار أقل من 8% وهي أدنى المعدلات على صعيد بلدان المنظمة عام 2016.

ومن بين الطرق الفعالة للتعامل مع تعاطي التبغ هناك رفع الضرائب على منتجات التبغ وحظر الإعلانات عن منتجاته وتقييد النطاقات المسموح فيها بالتدخين بشكل عام. ودخلت اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ حيز التنفيذ في فبراير 2005. ومن وقتها أصبحت واحدة من أكثر المعاهدات

الشكل 22.3: انتشار التدخين في بلدان منظمة التعاون الإسلامي (+15)، 2016



المصدر: البنك الدولي، إحصاءات الصحة والتغذية والسكان



التي حظيت بالقبول في تاريخ الأمم المتحدة لتضمينها على 180 دولة موقعة، وتغطي 90% من سكان العالم. وفي عام 2008، قدمت منظمة الصحة العالمية طريقة عملية فعالة من حيث التكلفة لتوسيع نطاق تنفيذ أحكام هذه الاتفاقية على أرض الواقع وهي ما أطلقت عليه اسم برنامج السياسات الست. ويشمل برنامج السياسات الست:

- سياسات رصد استخدام التبغ ومنعه؛
- حماية الناس من استخدام التبغ؛
- عرض المساعدة على الإقلاع عن تعاطي التبغ؛
- التحذير من أخطار التبغ؛
- فرض حظر الإعلان عن التبغ والترويج له ورعايته؛
- رفع الضرائب على التبغ.

كما كانت استجابة منظمة التعاون الإسلامي لاستخدام التبغ أيضا فعالة جداً وشاملة. فقد بدأت العملية في عام 2007 من خلال مبادرة "منظمة التعاون الإسلامي للتحرر من التبغ" التي صاغها مركز الأبحاث الإحصائية والاقتصادية والاجتماعية والتدريب للدول الإسلامية (سيسرك) كردة فعل على انتشار وباء التبغ في دول المنظمة. وتهدف المبادرة إلى تعزيز نهج منسق على نطاق واسع في منظمة التعاون الإسلامي للتخفيف من انتشار وباء التبغ ومكافحته في دول المنظمة. كما تركز على برامج التدريب وبناء القدرات لتسهيل وضع استراتيجيات مستدامة لمكافحة التبغ وتنفيذها على المستوى الوطني في الدول الأعضاء. ووفقاً لمقررات وقرارات المؤتمر الإسلامي الأول لوزراء الصحة (2007)، فإن الأهداف الرئيسية لمبادرة التحرر من التبغ هي على النحو التالي:

- إذكاء الوعي العام حول مراقبة المستهلك التبغ من خلال توفير المعرفة القائمة على الأدلة والمعلومات، وبهذه الطريقة يمكن النأي بالأطفال عن بدء تعاطي التبغ،
- إنشاء شبكات وشراكات على مستوى منظمة التعاون الإسلامي لتبادل الخبرات وأفضل الممارسات في مجال استراتيجيات مبادرات ومشاريع وبرامج مكافحة التبغ؛
- بناء قدرات المنظمات أو المؤسسات ذات الصلة من أجل تنسيق أفضل للسياسات لتحقيق هدف التحرر من التبغ في منظمة التعاون الإسلامي.

يسرد برنامج العمل الاستراتيجي لمنظمة التعاون الإسلامي في مجال الصحة 2014-2023 (OIC-SHPA) أيضاً الإجراءات ذات الصلة الواجب اتخاذها لمكافحة تعاطي التبغ تحت عدة مجالات مواضيعية. وتحقيقاً لهذه الغاية سواء على المستوى العالمي أو مستوى منظمة التعاون الإسلامي، فإن هناك مبادرات وآليات للتعامل مع تعاطي التبغ. وبالتعاون مع المنظمات الدولية، يمكن لبلدان منظمة التعاون الإسلامي أن تقلل بشكل فعال من معدلات تعاطي التبغ وبالتالي إنقاذ الكثير من الأرواح.

3.6.3 عدم كفاية النشاط البدني

تعرف منظمة الصحة العالمية النشاط البدني على أنه أي حركة جسدية تنتجها العضلات والهيكل العظمي وتزولزم قدراً من الطاقة، بما في ذلك الأنشطة أثناء العمل واللعب والقيام بالأعمال المنزلية والسفر والانخراط في الأنشطة الترفيهية. فالنشاط البدني المعتدل أو المكثف كلاهما يجلبان فوائد صحية. أما

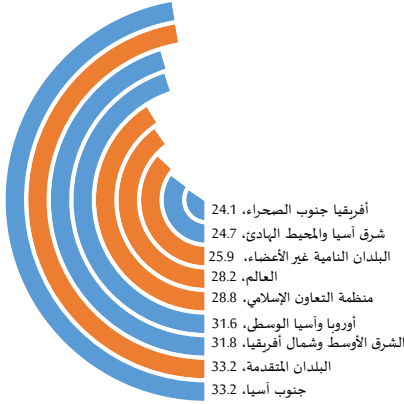


عدم كفاية النشاط البدني فهو واحد من بين عوامل الخطر العشرة الرئيسية للوفاة في العالم. وعلى الصعيد العالمي، تشير منظمة الصحة العالمية إلى أن 1 من أصل 4 بالغين لا يقوم بما يكفي من الحركة، وهذا الأمر من بين الأسباب الرئيسية للإصابة بالأمراض غير المعدية مثل الأمراض القلبية الوعائية والسرطان والسكري.

وبالتالي فإن النشاط البدني له فوائد صحية كبيرة ويسهم في منع ظهور الأمراض غير المعدية. لكن أكثر من 80% من السكان المراهقين في العالم يعانون من عدم كفاية الأنشطة البدنية. فقد أصبحت عوامل اجتماعية واقتصادية واجتماعية وثقافية تتدخل لتؤثر على أنماط حياة الأفراد. ومع زيادة التوسع الحضري، برزت عوامل أخرى ذات الأثر السلبي على النشاط البدني. ومن بين الأسباب الشائعة وراء قلة النشاط البدني في المناطق الحضرية العنف وحركة المرور عالية الكثافة وانخفاض جودة الهواء والتلوث وعدم توفر حدائق وأرصفة ومرافق للرياضة والترفيه.

وبين الشكل 23.3 انتشار عدم كفاية النشاط البدني بين البالغين عبر مجموعات البلدان والمناطق الفرعية للمنظمة عام 2016. وبلغ متوسط انتشار عدم كفاية النشاط البدني في بلدان المنظمة 28.8%، وهو رقم أعلى من المتوسط العالمي (28.2%) ومتوسط البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة (25.9%)، وفي ربوع المناطق الفرعية للمنظمة. سجلت منطقة جنوب آسيا أعلى معدل لانتشار قلة النشاط البدني بمتوسط بلغ 33.2%. فيما سجلت منطقة أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى أدنى معدل (24.1%) عام 2016.

الشكل 23.3: انتشار عدم كفاية النشاط البدني في صفوف السكان البالغين من العمر 18 فما فوق (%). 2016



المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على مستودع بيانات منظمة الصحة العالمية
ملاحظة: لم يتم ذكر منطقة أمريكا اللاتينية نظرا لعدم توفر البيانات.

اتفقت الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية على التقليل من عدم كفاية النشاط البدني بنسبة 10% بحلول عام 2025. ولتشجيع النشاط البدني، يتعين على الحكومات ضمان أنه يمكن لجميع الأفراد الاستفادة من المشي وركوب الدراجات واستخدام أشكال أخرى للتنقل بشكل فعال وآمن؛ وأن تكون سياسات العمل وأماكن العمل مشجعة على النشاط البدني؛ وأن تتوفر مساحات ومرافق آمنة في المدارس للطلاب لقضاء وقت فراغهم بنشاط وبصورة آمنة؛ وأن تكون التربية البدنية دعامة للأطفال على تطوير أنماط سلوكهم التي من شأنها أن تبقي على النشاط البدني سلوكا مرافقا لهم طوال حياتهم؛ وأن توفر المرافق الرياضية والترفيهية الفرص للجميع لممارسة الرياضة. وفي هذا الصدد، يتعين على صانعي السياسات في دول المنظمة اتخاذ الترتيبات اللازمة لتعزيز نمط الحياة الأكثر نشاطا بدنيا لتنشئة أجيال أكثر سلامة من الناحية الصحية وللتقليل من الضغط على نظم الضمان الاجتماعي.

4.5.4 السمنة

السمنة هي نتاج لتراكم الدهون بشكل غير طبيعي أو مفرط والذي قد يضر بالصحة. وتحدد منظمة الصحة العالمية أن الفرد الذي يعاني من السمنة هو الشخص الذي يفوق مؤشر كتلة الجسم لديه 30



أو يعادله¹ السمنة تؤدي إلى تأثيرات أضرار سلبية على ضغط الدم والكوليسترول والدهون الثلاثية ومقاومة الأنسولين. وتزداد مخاطر الإصابة بأمراض القلب التاجية والسكتة الدماغية الإقفارية والنوع 2 من مرض السكري بصورة مطّردة مع زيادة مؤشر كتلة الجسم. كما يثير ارتفاع مؤشر كتلة الجسم خطر الإصابة بسرطان الثدي والقولون والبروستاتا وبطانة الرحم والكلية والمرارة. وترتفع معدلات الوفيات بارتفاع درجات زيادة الوزن حسب مؤشر كتلة الجسم.

ومنذ عام 1975، زادت السمنة في جميع أنحاء العالم ثلاثة أضعاف. وفي عام 2016، كان أكثر من 1.9 مليار من البالغين 18 عاماً فأكثر، يعانون من فرط الوزن حيث تجاوز مؤشر كتلة الجسم لديهم 25، وكان من بينهم أكثر من 650 مليون يعانون من السمنة. وعلى الصعيد العالمي، كانت نسبة 13% من البالغين البالغة أعمارهم 18 سنة فما فوق يعانون من السمنة في عام 2016.

يزداد انتشار مؤشر كتلة الجسم المرتفعة حسب مستوى دخل البلدان. فوفقاً لتقديرات منظمة

الصحة العالمية، يفوق المعدل العام لانتشار السمنة في البلدان ذات الدخل المرتفع نظيره في البلدان ذات الدخل المنخفض بأكثر من أربعة أضعاف.

وحسب الشكل 24.3 (يسار)، ارتفع انتشار معدل السمنة من 15.2% المسجلة في عام 2010 إلى 17.5% في عام 2016 في مجموعة منظمة التعاون الإسلامي. وفي البلدان المتقدمة، بلغ متوسط معدل الانتشار 21.8% في عام 2016. من بين كل مجموعات البلدان، كان متوسط دول المنظمة هو الأدنى في عام 2016 من حيث انتشار السمنة. ومن بين مناطق المنظمة الفرعية، كانت منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا هي الأكثر عرضة للسمنة بمتوسط معدل انتشار بلغ 29.1%. أما منطقة جنوب آسيا فقد تميزت بتسجيل أدنى معدل من بين جميع المناطق الفرعية في المنظمة بمتوسط معدل انتشار بلغ 5.9% فقط (الشكل 24.3، يمين). وعلى المستوى القطري، سجلت الكويت (37.9%) والأردن (35.5%) أعلى معدل انتشار للسمنة في عام 2016. وبالمقابل، سجل أدنى معدل انتشار للسمنة في بنغلاديش (3.6%) فيما بين بلدان منظمة التعاون الإسلامي (الشكل 25.3).

الشكل 24.3: انتشار السمنة في صفوف السكان من الفئة العمرية +18، (%، 2010 و 2016)

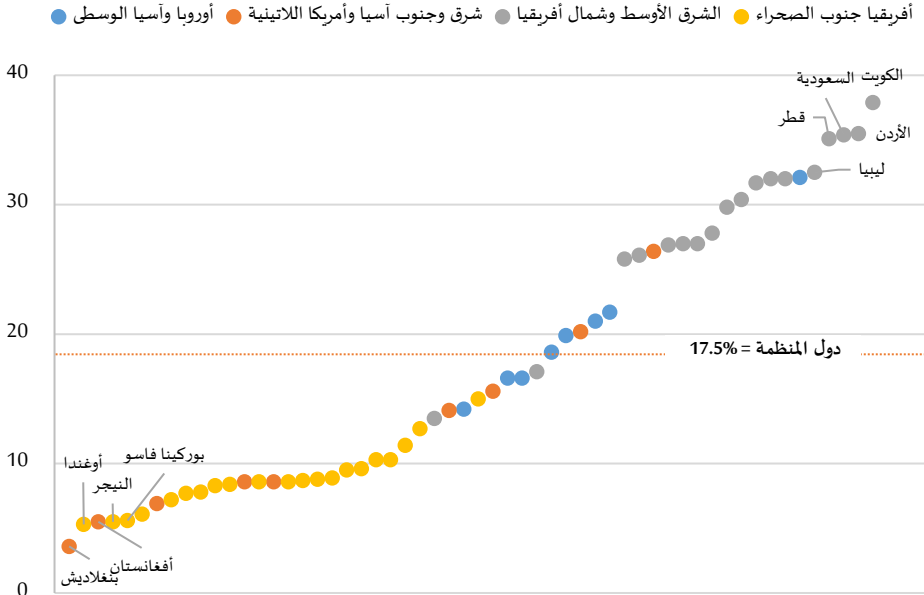


المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على مستودع بيانات منظمة الصحة العالمية

¹ مؤشر كتلة الجسم (BMI) هو مؤشر بسيط لقياس الوزن إلى الطول يستخدم عادة لتصنيف فرط الوزن والسمنة لدى البالغين. ويعرّف على أنه وزن الشخص بالكيلوجرام مقسوماً على مربع طوله بالأمتار (كيلوجرام / متر مربع).

في الواقع، يمكن دائما الوقاية من الإصابة بالسمنة؛ فعلى المستوى الفردي، يمكن للأفراد الحد من استهلاك الطاقة من الدهون الكلية والسكريات، وزيادة استهلاك الفواكه والخضروات، وكذلك البقول والحبوب الكاملة والمكسرات، والانخراط في النشاط البدني بانتظام (60 دقيقة يوميا للأطفال، و 150 دقيقة في الأسبوع للبالغين). كما يمكن لصناعة المواد الغذائية أيضا أن تلعب دورا هاما في تعزيز النظم الغذائية الصحية عن طريق الحد من الدهون والسكر ومحتوى الملح في الأطعمة المصنّعة، وضمان توفير الخيارات الصحية والمغذية المتاحة وبأسعار معقولة لجميع المستهلكين، وممارسة التسويق المسؤول بخاصة ذلك الذي يستهدف الأطفال والمراهقين، وضمان توفر خيارات لتناول الأغذية الصحية ودعم ممارسة النشاط البدني المنتظم في أماكن العمل. وعلى ضوء ما سبق، فإن صناع السياسات في دول منظمة التعاون الإسلامي هم المسؤولون عن تصميم السياسات الرامية إلى تعزيز النظم الغذائية الصحية وتشجيع زيادة النشاط البدني وتنظيم صناعة المواد الغذائية لما فيه صلاح لشعوبهم.

الشكل 25.3: انتشار السمنة في صفوف البالغين، الفئة العمرية +18 في دول المنظمة (% من السكان)، 2016



الفصل الرابع

صحة وتغذية الأم والوليد والطفل

تعتبر الصحة أمراً حيوياً لرفاه جميع البشر، فوفقاً لتعريف منظمة الصحة العالمية (WHO)، لا تعني الصحة غياب المرض فقط بل هي مفهوم متعدد الأبعاد يشمل الحالة البدنية والنفسية والرفاه الاجتماعي للشخص. فالحق في الرعاية الصحية أمر حيوي بالنسبة للجميع، لكنه مهم بشكل خاص بالنسبة للأمهات والأطفال لأنهم أكثر عرضة للإصابة بالأمراض والمشاكل الصحية. وتشير صحة الأم والوليد والطفل (MNCH) بشكل أساسي إلى صحة النساء والأطفال أثناء الحمل والولادة وبعد الولادة. بحيث أن توفير الرعاية الجيدة خلال هذه الفترة أمر جوهري للغاية من أجل صحة وبقاء الأم والرضيع.

1.4 الوفيات النفاسية

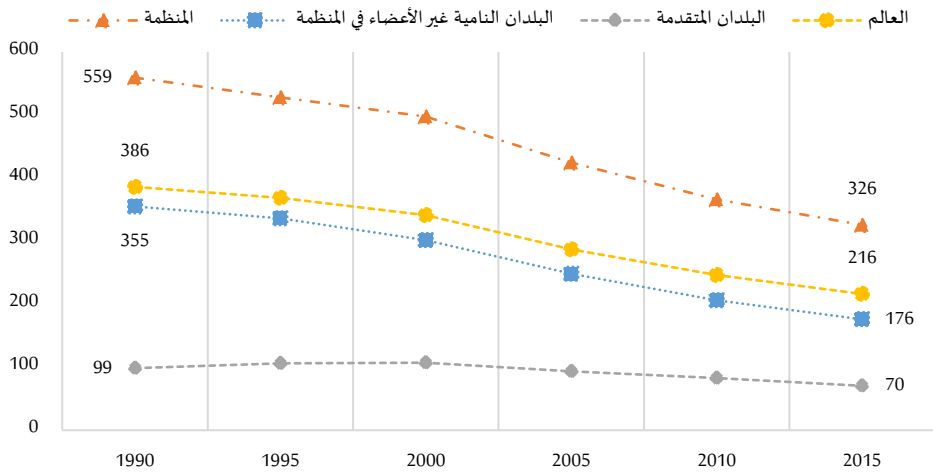
ظلت الوفيات النفاسية مرتفعة بشكل كبير في العالم النامي. فوفقاً لأخر تقديرات منظمة الصحة العالمية، توفي ما يقرب من 300 ألف من النساء جراء أسباب يمكن الوقاية منها تتعلق بالحمل والولادة في عام 2015. وكل حالات الوفاة هذه وقعت تقريباً في البلدان النامية، ولا سيما في أفريقيا جنوب الصحراء وآسيا. ويعود سبب حوالي 75% من مجموع الوفيات النفاسية في العالم إلى خمسة مضاعفات رئيسية أثناء وبعد الحمل (WHO, 2014) وقائع الوفيات النفاسية صفحة رقم: 348). ومن بين هذه المضاعفات، يعتبر النزيف الحاد (النزيف في الغالب بعد الولادة) أكبر سبب للوفيات النفاسية، وهو ما يمثل 27% منها، يليه ارتفاع ضغط الدم أثناء الحمل (14%)، والالتهابات عادة بعد الولادة (11%)، ومضاعفات الولادة (9%)، والإجهاض غير المأمون (8%).

وفي بلدان المنظمة، ماتت حوالي 149 مليون امرأة من أسباب يمكن الوقاية منها تتعلق بالحمل والولادة في عام 2015، أي ما يعادل 49% من مجموع الوفيات النفاسية في العالم. وظلت الوفيات النفاسية تتركز بشكل كبير في عدد قليل من دول المنظمة. وفي عام 2015، تم الإبلاغ عن أكثر من نصف (49.7%) إجمالي الوفيات النفاسية في المنظمة فقط في ثلاثة بلدان، وهي: نيجيريا، وباكستان، وإندونيسيا. ومن بين هذه الدول ذات النسب العالية من العبء، شكلت نيجيريا وحدها ما يقرب من ثلثي (38.9%) إجمالي الوفيات النفاسية في المنظمة في عام 2015. ومن بين دول أخرى، بلغت نسبة باكستان 6.5% تلتها إندونيسيا (4.3%).



وفي إطار الهدف الخامس من الأهداف الإنمائية للألفية، كانت جميع البلدان ملتزمة بخفض معدل الوفيات النفاسية بمقدار ثلاثة أرباع بين عامي 1990 و 2015. فالجهود المبذولة لتحقيق هذا الهدف قد أثمرت وانخفض معدل الوفيات النفاسية (MMR) من 386 حالة وفاة لكل 100,000 ولادة حية عام 1990 إلى 216 حالة وفاة في عام 2015، أي ما يعادل انخفاضا بنسبة 44% (الشكل 1.4). ويمكن ملاحظة اتجاه مماثل بالنسبة للبلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة بتسجيل انخفاض عام بنسبة 50% في معدل الوفيات النفاسية. وتماشيا مع الاتجاهات العالمية، شهدت بلدان المنظمة أيضا بعض التحسن في الأوضاع الصحية للأمهات وانخفض معدل الوفيات النفاسية من 559 حالة وفاة عام 1990 إلى 326 حالة وفاة عام 2015، أي ما يعادل انخفاضا بنسبة 42%. ومع ذلك، على الرغم من هذا التحسن، ظل معدل الوفيات النفاسية في دول المنظمة أعلى بكثير من المعدلات في المجموعات الأخرى.

الشكل 1.4: معدل الوفيات النفاسية لكل 100,000 ولادة حية (2015-1990)

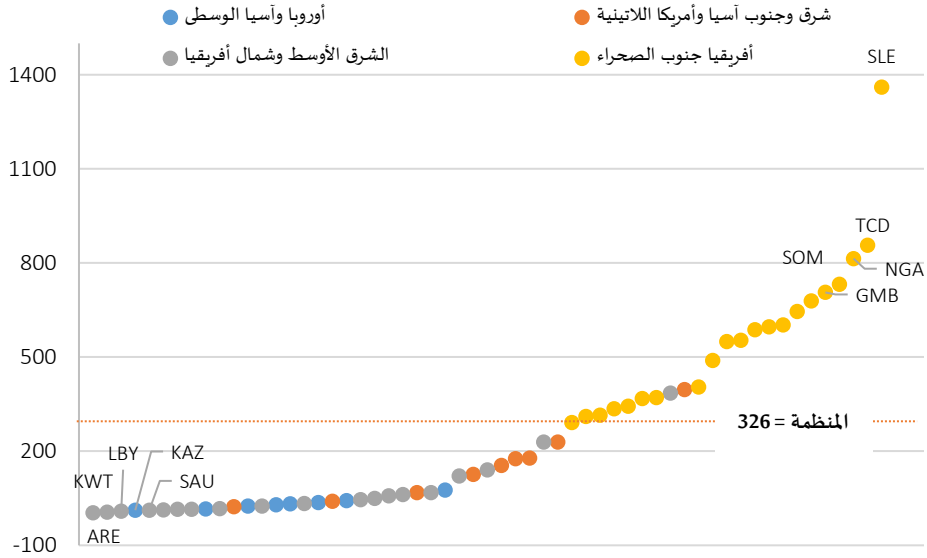


المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على مستودع بيانات منظمة الصحة العالمية

على مستوى كل بلد على حدة (الشكل 2.4)، سجلت سيراليون أعلى معدل وفيات نفاسية بما يقرب من 1,360 حالة وفاة لكل 100,000 ولادة حية)، تلتها نيجيريا (856 حالة وفاة)، والصومال (814 حالة وفاة). ومن بين هذه البلدان استأثرت سيراليون بالمرتبة الأولى فيما يتعلق بأعلى معدل للوفيات النفاسية في العالم، تلتها تشاد في المرتبة الثالثة، ونيجيريا في المرتبة الرابعة. وفي المقابل، سجلت الكويت أدنى معدل للوفيات النفاسية بأربع وفيات نفاسية لكل 100,000 ولادة حية تلتها الإمارات العربية المتحدة (6 وفيات)، ثم ليبيا (11 حالة وفاة). وبين عامي 1990 و 2015، سجلت 25 دولة في منظمة التعاون الإسلامي انخفاضا بأكثر من 50% في معدل الوفيات النفاسية. وتنتهي غالبية هذه البلدان إلى منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (11 دولة) وأوروبا وآسيا الوسطى (5 دول). وقد أبلغت دولتان في المنظمة هما غيانا وسورينام عن زيادة في معدل الوفيات النفاسية.



الشكل 2.4: دول منظمة التعاون الإسلامي ذات أدنى وأعلى معدل للوفيات النفاسية، 2015



المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على مستودع بيانات منظمة الصحة العالمية.

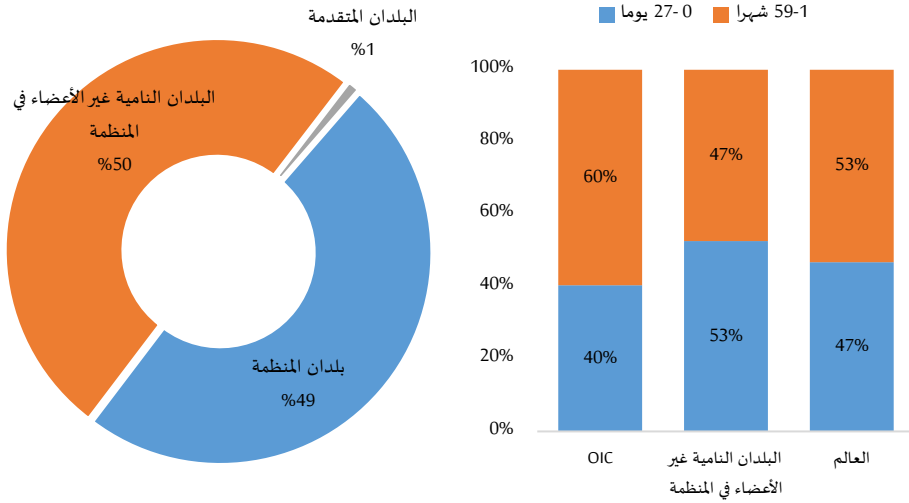
2.4 الوفيات في صفوف حديثي الولادة والأطفال

يعبر معدل وفيات الأطفال عن عدد وفيات الأطفال دون سن الخامسة لكل 1,000 مولود حي. ويعتبر أحد أهم المؤشرات الدالة على وضع صحة الأطفال، والذي يعكس بالأساس التغطية الشاملة وفعالية خدمات الرعاية الصحية إلى جانب التنمية الاجتماعية والاقتصادية في البلاد. فقد كان بمثابة المؤشر المرجعي للهدف الرابع من الأهداف الإنمائية للألفية الخاصة للأمم المتحدة، والذي كانت غايته خفض معدل وفيات الأطفال بمقدار الثلثين بين عامي 1990 و 2015. معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة (UN, 2014). وعلى الصعيد العالمي، توفي أكثر من 5.4 ملايين طفل قبل بلوغهم سن الخامسة في عام 2017. ويعتبر خطر تعرض الطفل للموت أعلى في فترة ما بعد الولادة؛ خلال الـ 28 يوم الأولى من عمر الطفل. وفي عام 2017، تم الإبلاغ عن 47% من وفيات الأطفال دون سن الخامسة خلال فترة ما بعد الولادة. ويمكن الحيلولة بسهولة دون حدوث غالبية هذه الوفيات عن طريق ضمان الحصول على إمكانية الولادة الآمنة والفعالة وخدمات رعاية الأطفال حديثي الولادة (WHO, 2015).

ظلت وفيات الأطفال دون سن الخامسة مركزة للغاية في البلدان النامية التي تمثل أكثر من 99% من الإجمالي العالمي في عام 2017. واستأثرت دول منظمة التعاون الإسلامي، كونها جزءاً كبيراً من العالم النامي، بنسبة 49% من الإجمالي العالمي لحالات الوفاة دون سن الخامسة في عام 2017. وحصلت أكثر من 40% من حالات وفيات الأطفال فيها خلال الشهر الأول من عمر الطفل (الشكل 3.4).



الشكل 3.4: التوزيع والهيكل العمري للوفيات دون سن الخامسة، 2017



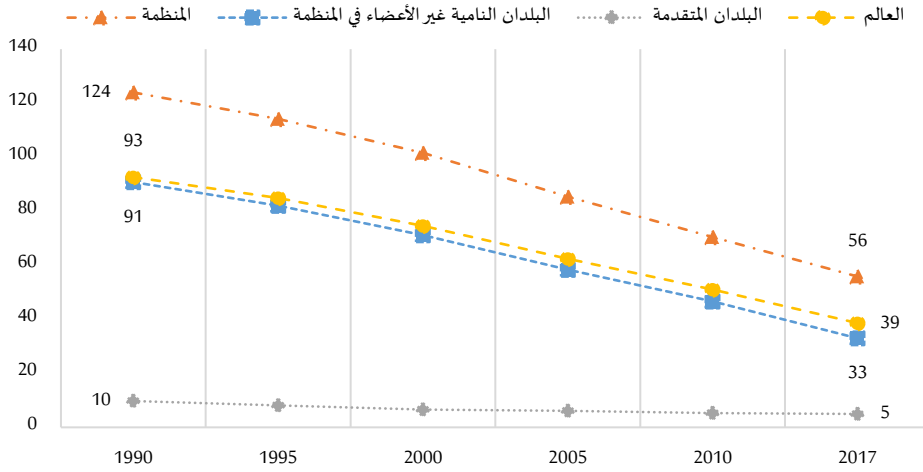
المصدر: حسابات موظفي سيسرك استنادا إلى مجموعة الأمم المتحدة المشتركة بين الوكالات المعنية بوفيات الأطفال

وعلى مر السنين، أظهرت معدلات وفيات الأطفال اتجاهها نحو الانخفاض في جميع أنحاء العالم (الشكل 4.4) حيث انخفض معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة بنسبة 54% منذ العام 1990 بمعدل 39 حالة وفاة لكل 1,000 مولود حي في عام 2017. كما سجلت البلدان النامية غير الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي أيضا تقدما ملحوظا بانخفاض بلغ 58% في معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة منذ عام 1990. وتماشيا مع الاتجاهات العالمية، تم كذلك تحسين وضع وفيات الأطفال في دول المنظمة. وبدءا من أعلى معدل لوفيات الأطفال دون سن الخامسة البالغ 124 حالة وفاة لكل 1000 مولود حي في عام 1990، فإن دول المنظمة تمكنت من خفض معدل وفيات الأطفال دون الخامسة بنسبة 68% لتصل إلى 56 حالة وفاة لكل 1000 مولود حي بحلول عام 2017. لكن وعلى الرغم من هذا التحسن، أحرزت مجموعة المنظمة التقدم الأقل المسجل في خفض وفيات الأطفال منذ عام 1990. واعتبارا من عام 2017، فإن واحدا من أصل 17 طفلا في بلدان المنظمة يموت قبل بلوغه سن الخامسة بالمقارنة مع واحد من أصل 30 طفلا في البلدان النامية الأخرى وطفل واحد فقط من أصل 25 طفلا على مستوى العالم.

على الصعيد الوطني، قطعت العديد من دول منظمة التعاون الإسلامي أشواطا كبيرة في مكافحة وفيات الأطفال على مدى العقدين الماضيين. فخلال فترة 1990-2017، تم تسجيل انخفاض بلغ أكثر من ثلثي حالات الوفيات (66%) في 20 دولة من دول المنظمة وفي 10 بلدان تراوح معدل الانخفاض ما بين 50 و 65%. واعتبارا من عام 2017، تراوح معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة في دول المنظمة ما بين مستوى منخفض بلغ 7 حالات وفاة لكل 1000 ولادة حية في البحرين ومستوى مرتفع بلغ 127 حالة في الصومال (الشكل 5.4). كما سجلت تسعة بلدان أعضاء في المنظمة معدلا أقل من 10 حالات وفاة لكل 1000 ولادة حية. وفي المقابل، سجلت 6 بلدان في المنظمة من منطقة أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى معدلا فاق 90 حالة وفاة لكل 1000 ولادة حية. وجميع هذه البلدان الستة تصنّف من بين الدول الـ10 الأولى ذات أعلى معدل وفيات للأطفال دون سن الخامسة في العالم. وفي عام 2017، احتلت الصومال المرتبة الأولى فيما يتعلق بأعلى معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة في العالم تلتها تشاد (المرتبة الثانية) وسيراليون (المرتبة الرابعة) ومالي (المرتبة الخامسة) ونيجييريا (المرتبة السادسة) ثم بنين (المرتبة السابعة).



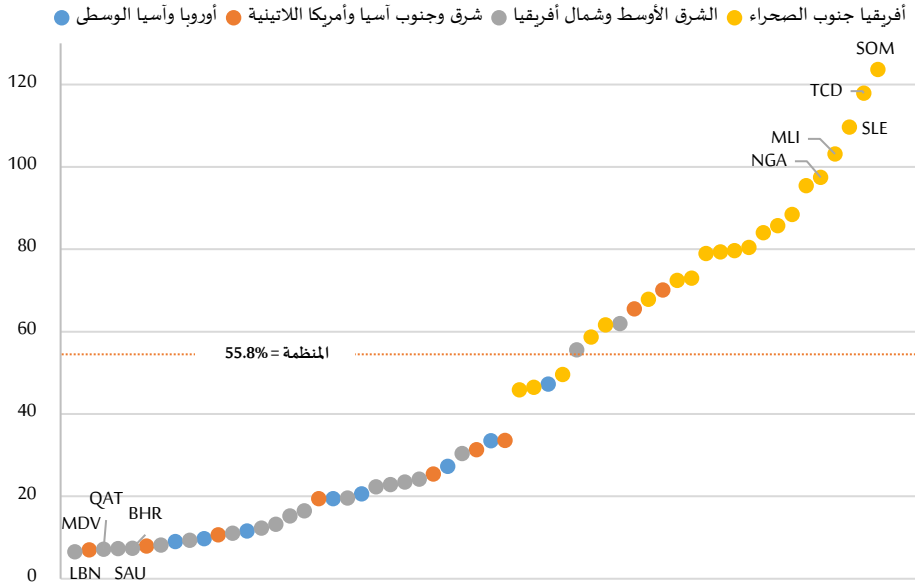
الشكل 4.4: معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة لكل 1,000 ولادة حية (1990-2017)



المصدر: حسابات موظفي سيسرك استناداً إلى مجموعة الأمم المتحدة المشتركة بين الوكالات المعنية بوفيات الأطفال

الشكل 5.4: دول منظمة التعاون الإسلامي ذات أدنى وأعلى معدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة،

2017

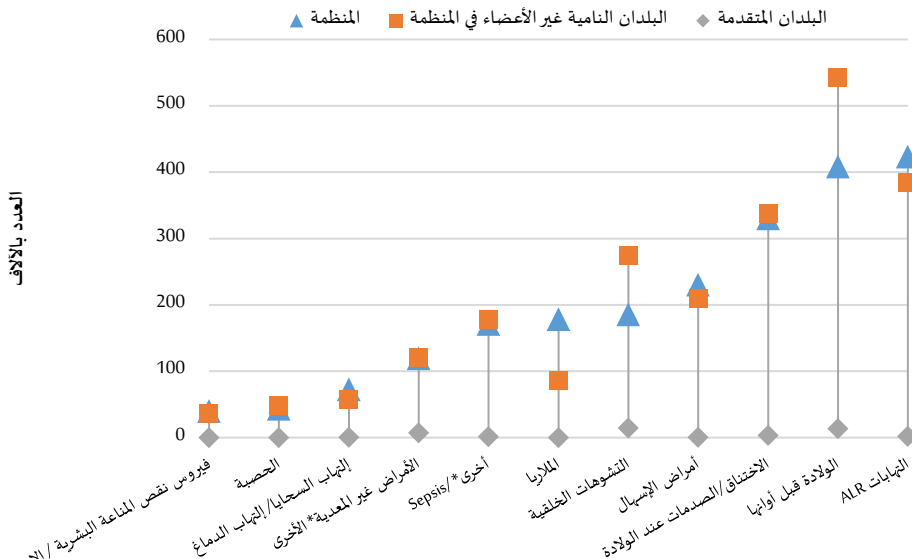


المصدر: حسابات موظفي سيسرك استناداً إلى مجموعة الأمم المتحدة المشتركة بين الوكالات المعنية بوفيات الأطفال

3.4 الأسباب الرئيسية لوفيات الأطفال

على الصعيد العالمي، أسفرت التهابات الجهاز التنفسي السفلي الحادة والمضاعفات المرتبطة بالخداج عن أكثر من ثلث إجمالي الوفيات المسجلة لدى الأطفال دون سن الخامسة في عام 2017. وفي الواقع، يمكن إلى حد كبير الوقاية من هذه الأسباب أو علاجها عن طريق ضمان الوصول إلى تدخلات بسيطة ومعقولة التكلفة مثل التطعيم والرعاية الصحية ما قبل الولادة وإشراف المهنيين المهرة على الولادة. وكما هو مبين في الشكل 6.4، مثل الخداج أكبر سبب للوفاة في صفوف الأطفال دون سن الخامسة في عام 2017، وما يقرب من 50% من هذه الوفيات كان لأسباب مثل الالتهاب الرئوي/ الإنتان (الالتهاب الرئوي لحديثي الولادة)، والإسهال والتشوهات الخلقية والاختناق أثناء الولادة أو الأمراض المتعلقة بالصدمات. ويلاحظ وجود وضع مماثل أيضا في حالة البلدان النامية غير الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي حيث تتمثل الأسباب الرئيسية للوفاة في صفوف الأطفال دون سن الخامسة في الخداج والتهابات الجهاز التنفسي السفلي الحادة والاختناق أثناء الولادة والتشوهات الخلقية. وفي المقابل، تميل أسباب وفيات الأطفال في الدول المتقدمة أكثر نحو المضاعفات المرتبطة بالحمل والولادة أكثر من الأمراض المعدية. وتعتبر الأسباب الرئيسية لوفيات الأطفال دون سن الخامسة في دول منظمة التعاون الإسلامي نفسها في البلدان النامية الأخرى. وكما هو مبين في الشكل 6.4، فإن 37.8% من وفيات الأطفال دون سن الخامسة سببها ثلاثة أمراض معدية هي: التهابات الجهاز التنفسي السفلي الحادة (19.2%) والإسهال (10.5%) والملاريا (8%). ومن بين المضاعفات المتعلقة بالحمل والولادة، ظل الخداج (18.5%) السبب الرئيسي في حالات وفيات الأطفال دون سن الخامسة يليه الاختناق أثناء الولادة (15%) والتشوهات الخلقية (8.4%).

الشكل 6.4: الأسباب الرئيسية لوفيات الأطفال (عدد الوفيات بالآلاف حسب السبب)، 2017



المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على مستودع بيانات منظمة الصحة العالمية
*التهابات ALR: التهابات الجهاز التنفسي السفلي الحادة، الإنتان/ أخرى: الإنتان أو الحالات المعدية الأخرى للأطفال حديثي الولادة، الأمراض غير المعدية الأخرى.



4.4 خدمات الرعاية الصحية للأم وحديثي الولادة والأطفال

يرى خبراء الصحة أن غالبية وفيات الأمهات والأطفال قابلة للوقاية وأن التدخلات مثل العناية ما قبل الولادة، وإشراف القابلات الماهرات على الولادة، والتطعيم والرعاية المبكرة التي من شأنها علاج الالتهاب الرئوي والإسهال والملاريا كلها أمور حاسمة لبقاء الأمهات والأطفال على قيد الحياة ورفاههم. ويتناول هذا القسم الفرعي أداء دول منظمة التعاون الإسلامي من حيث تغطية بعض هذه التدخلات المختارة.

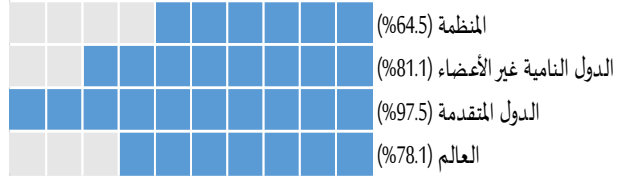
1.4.4 العناية ما قبل الولادة

تعتبر العناية ما قبل الولادة (ANC) وتقديم المشورة نقطة الدخول إلى نظام الرعاية الصحية الرسمي، وهي توفر قاعدة صلبة لمراقبة وتحسين صحة الأم والطفل من خلال تحديد ومنع/ السيطرة على مضاعفات ما قبل الولادة في مرحلة مبكرة (WHO, 2010). وتحدد العناية ما قبل الولادة نسبة مجموع النساء الحوامل اللاتي تتراوح أعمارهن بين 15-49 واللاتي تلقين معانة صحية مهنية لأسباب تتعلق بالحمل. ويعد عدد الزيارات وتوقيتها مهما جدا لتحقيق جودة وفعالية العناية ما قبل الولادة.

كما يعتبر توفير العناية ذات الجودة في مرحلة ما قبل الولادة مصدر قلق كبير في العديد من بلدان منظمة التعاون الإسلامي. فخلال الفترة الممتدة بين عامي 2009 و 2018، استفاد حوالي 64.5% من مجموع النساء الحوامل في بلدان المنظمة من الفحوصات الأربعة السابقة للولادة الموصى بها (الشكل 7.4). لكن متوسط العناية ما قبل الولادة في المنظمة ظل أقل من متوسطي البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة والعالم.

على مستوى كل بلد على حدة، زار أكثر من 80% من النساء الحوامل العيادة الصحية أربع مرات في 14 دولة في منظمة التعاون الإسلامي في حين تراوحت هذه النسبة بين 50% و 78% في 24 دولة أخرى. وسجلت كل من أفغانستان واليمن وجيبوتي أدنى نسبة لتغطية العناية ما قبل الولادة،

الشكل 7.4: تغطية العناية ما قبل الولادة، 2009-2018*

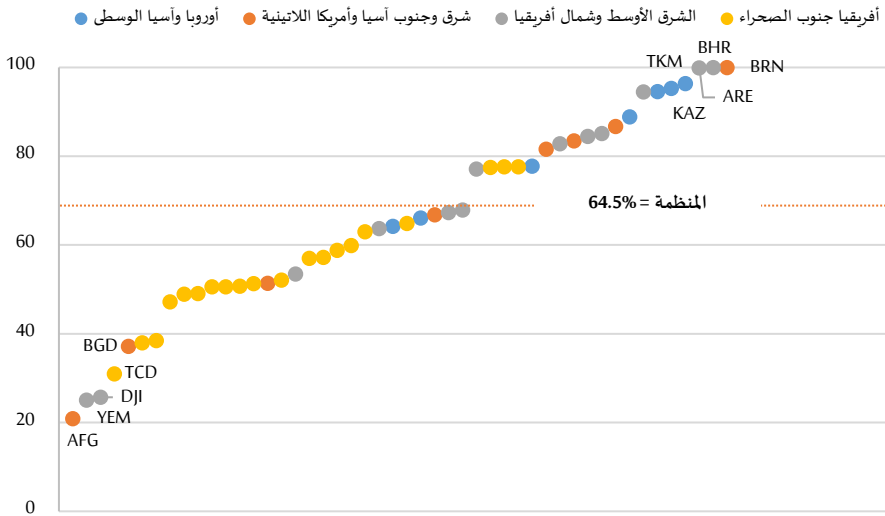


المصدر: مستودع بيانات منظمة الصحة العالمية
*أحدث بيانات متاحة

بحيث قامت فقط 20.9% و 25.1% و 25.7%، على التوالي، من النساء بزيارة المرافق الصحية أربع مرات أثناء الحمل (الشكل 8.4). وعلى العموم، ظل معدل تغطية الرعاية السابقة للولادة أقل من 50% في 10 بلدان أعضاء. كما أن غالبية بلدان منظمة التعاون الإسلامي ذات أقل تغطية للعناية ما قبل الولادة تقع في منطقة أفريقيا جنوب الصحراء (11 بلدا).

الشكل 8.4: تغطية العناية ما قبل الولادة (% النساء اللواتي قمن بأربع زيارات على الأقل) في بلدان المنظمة،

*2018-2009



المصدر: مستودع بيانات منظمة الصحة العالمية
*أحدث بيانات متاحة

2.4.4 نسبة الولادات تحت إشراف مهنيين صحيين مهرة

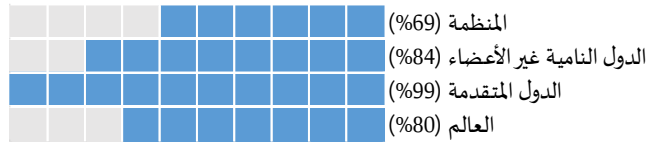
تعتبر الرعاية والمساعدة الصحية التي يوفرها مهنيون مهرة في وقت الولادة من الأمور البالغة الأهمية بالنسبة لصحة وبقاء كل من الأم والطفل. ووفقا لآخر تقديرات منظمة الصحة العالمية، فإن حوالي مليوني حالة وفاة ونفاسية ووفاة حديثي الولادة تحدث كل عام، على الصعيد العالمي، بسبب نقص في الرعاية الصحية السليمة أثناء المخاض والولادة. ويمكن تفادي حدوث هذه الوفيات إلى حد كبير من خلال ضمان توفير المساعدة من قبل العاملين الصحيين المهرة - طبيب أو ممرضة أو قابلة - أثناء الولادة.

وفقا لأحدث التقديرات، لا يزال ربع حالات الولادة (20%) على الصعيد العالمي تجري دون مساعدة ورعاية أشخاص مهرة (الشكل 9.4). حتى إن غالبية هذه الولادات التي تتم دون إشراف طبي تحدث في البلدان

النامية. في 2017-2005، فإن الطبيب أو الممرضة أو القابلة ساعدوا في 69% من الولادات في بلدان منظمة التعاون الإسلامي. وفي المقابل، سجلت هذه النسبة 84% في الدول غير الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي و 80% في العالم.

الشكل 9.4: الولادات التي تمت تحت إشراف عاملين مهرة في مجال الصحة،

*2017-2000

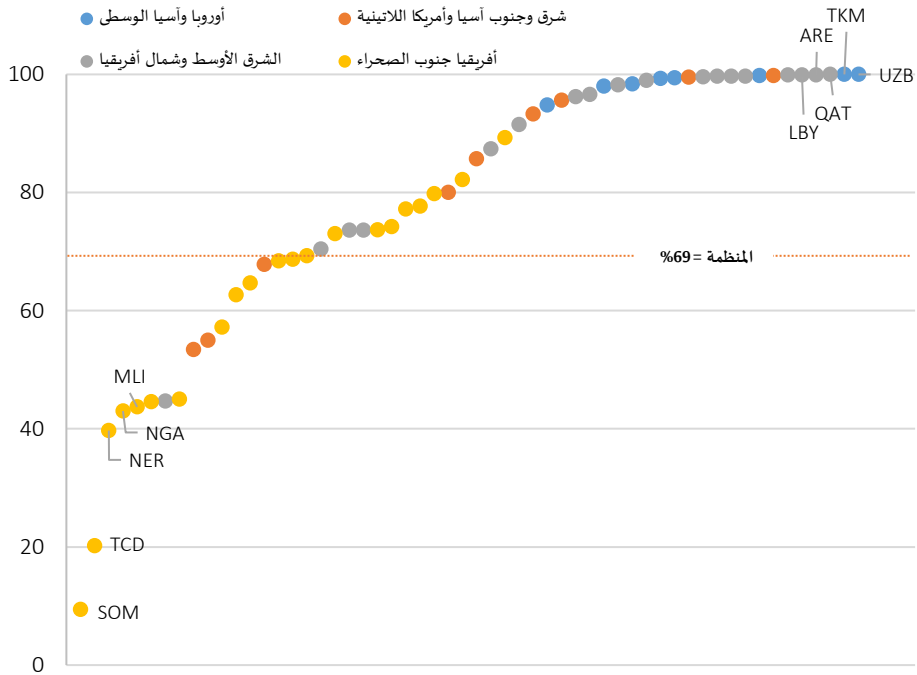


المصدر: حسابات موظفي سيسرك استنادا إلى مستودع بيانات منظمة الصحة العالمية ومؤشرات التنمية العالمية التابعة للبنك الدولي والتوقعات السكانية في العالم للأمم المتحدة.
*أحدث بيانات متاحة



وعلى مر السنين، شهدت غالبية دول منظمة التعاون الإسلامي تحسن في نسبة الولادات التي تتم تحت إشراف عاملين صحيين مهرة. وخلال فترة 2005-2017، أشرف العاملون في مجال الصحة على أكثر من 90% من الولادات في 25 بلدا عضوا (الشكل 10.4). كما أن غالبية البلدان الأفضل أداء هي الواقعة في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (13 بلدا) ومنطقة أوروبا وآسيا الوسطى (7 بلدان). وفي المقابل، أشرف الموظفون الصحيون المهرة على نصف مجموع الولادات في 8 بلدان في المنظمة. وظل الوضع في الصومال وتشاد مثار قلق بشكل خاص حيث تمت أكثر من 70% من إجمالي الولادات دون أي رعاية وإشراف صحي خلال وقت الولادة (الشكل 10.4).

الشكل 10.4: البلدان الأعضاء في المنظمة ذات أعلى وأقل نسبة من الولادات المشرف عليها من قبل عاملين مهرة في مجال الصحة، 2005-2017*



المصدر: حسابات موظفي سيسرك استنادا إلى مستودع بيانات منظمة الصحة العالمية ومؤشرات التنمية العالمية التابعة للبنك الدولي والتوقعات السكانية في العالم للأمم المتحدة. *أحدث بيانات متاحة

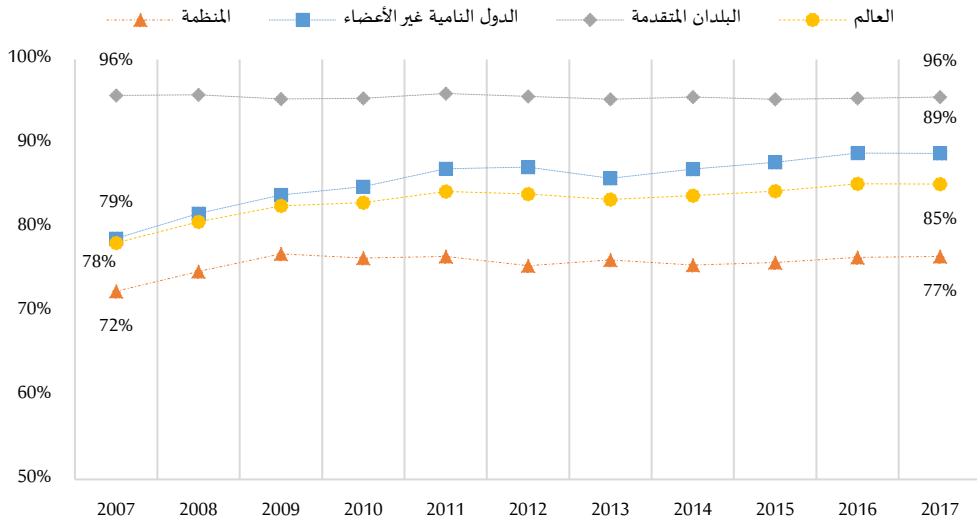
3.4.4 التحصين

مع الأخذ بعين الاعتبار المخاطر الصحية في سن معينة، فإن تحصين الطفولة هو أحد أكثر الطرق كفاءة وفعالية للوقاية من أمراض مثل الحصبة، والتهاب السحايا، والدفتيريا، والتيتانوس، والسعال الديكي، والحمى الصفراء، وشلل الأطفال والتهاب الكبد الوبائي (ب). فعلى مر السنين، بُدلت جهود جادة في جميع أنحاء العالم لتطوير وتحسين برامج التحصين والتغطية الوطنية عن طريق ضمان الحصول على اللقاحات والتدريب اللازم للعاملين في مجال الصحة. وقد ساعدت هذه الجهود العظيمة الموجهة نحو زيادة تغطية التحصين على منع حدوث الملايين من وفيات الأطفال في جميع أنحاء العالم.



وتستخدم تغطية الدفتيريا والكزاز والسعال الديكي (DTP3)، وهي مزيج من لقاحات ضد ثلاثة أمراض معدية: الدفتيريا والكزاز والسعال الديكي، كمؤشر قياسي لبرنامج التحصين الروتيني في بلد/ منطقة معينة عن طريق صندوق الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) ومنظمة الصحة العالمية (WHO, 2015a). فعلى الصعيد العالمي، زادت تغطية التحصين ضد الدفتيريا والكزاز والسعال الديكي (DTP3) خلال السنة الأولى من العمر من 78% في عام 2007 إلى 85% في عام 2017، وهو ما يمثل زيادة بنسبة 7 نقطة مئوية (الشكل 11.4). هناك اتجاه مماثل ساد في البلدان النامية غير التابعة لمنظمة التعاون الإسلامي مع زيادة تغطية التحصين من 79% في عام 2007 إلى 89% في عام 2017. كما شهدت بلدان المنظمة تحسنا في التحصين ضد الدفتيريا والكزاز والسعال الديكي (DTP3) في صفوف الأطفال في سن الواحدة، كما ارتفع معدل تغطيتها من 72% في عام 2007 إلى 77% في عام 2017. وعلى الرغم من أن تغطية بلدان المنظمة قد ظلت تحت متوسط العالم والبلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة، فلا زالت تحاول اللحاق بالركب بصورة متسارعة بزيادة بلغت 13 نقطة مئوية خلال 2007-2017.

الشكل 11.4: تغطية التحصين باللقاح الثلاثي (2007-2017)



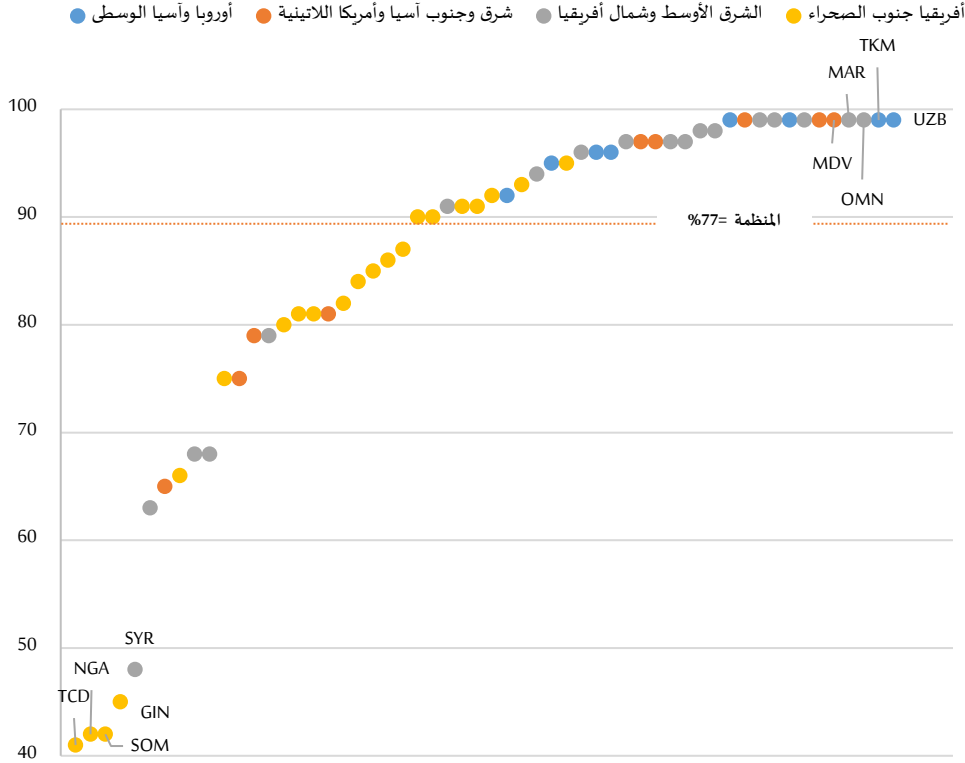
المصدر: حسابات موظفي سيسرك استنادا إلى مستودع بيانات منظمة الصحة العالمية ومؤشرات التنمية العالمية التابعة للبنك الدولي، والتوقعات السكانية في العالم للأمم المتحدة.

ظلت تغطية التحصين ضد الدفتيريا والكزاز والسعال الديكي عالية جدا في غالبية بلدان منظمة التعاون الإسلامي. في عام 2017، سجلت 33 دولة في المنظمة معدل تغطية بنسبة 90% أو أكثر. ومن بين هذه الدول الثلاثين، سجلت 12 دولة في المنظمة تغطية بالتحصين بلغت نسبة 99% (الشكل 12.4). ومن بين دول أخرى، كانت 9 دولة ضمن نطاق 80-89%، وظلت نسبة التغطية بين 70 و79% في 4 دول أخرى في منظمة التعاون الإسلامي. وفي المقابل، كان حوالي 50% من الأطفال البالغين من العمر سنة واحدة غير محصنين ضد الدفتيريا والكزاز والسعال الديكي في 5 دول أعضاء في منظمة التعاون الإسلامي. وكما هو



مبين في الشكل 12.4، سُجلت من بين هذه الدول أدنى نسبة للتغطية في تشاد (41%)، تلتها نيجيريا (42%) والصومال (42%).

الشكل 12.4: دول المنظمة ذات أعلى وأدنى نسبة لتغطية التحصين الثلاثي، 2017



المصدر: حسابات موظفي سيسرك استناداً إلى مستودع بيانات منظمة الصحة العالمية ومؤشرات التنمية العالمية التابعة للبنك الدولي والتوقعات السكانية في العالم للأمم المتحدة.

5.4 الوقاية من الأمراض المعدية ومكافحتها

على الصعيد العالمي، أكثر من 33% من مجموع وفيات الأطفال دون سن الخامسة تتم بسبب ثلاثة أمراض معدية فقط تشمل الالتهاب الرئوي والإسهال والملاريا. ويبلغ عبء الجمع بين هذه الأمراض الثلاثة حوالي 30% من مجموع وفيات الأطفال دون سن الخامسة في البلدان النامية غير التابعة لمنظمة التعاون الإسلامي وأكثر من 37% في بلدان المنظمة (الشكل 6.4). وأنه يمكن تفادي حدوث غالبية هذه الوفيات باستخدام تدابير معقولة التكلفة وفعالة وسهلة التنفيذ.

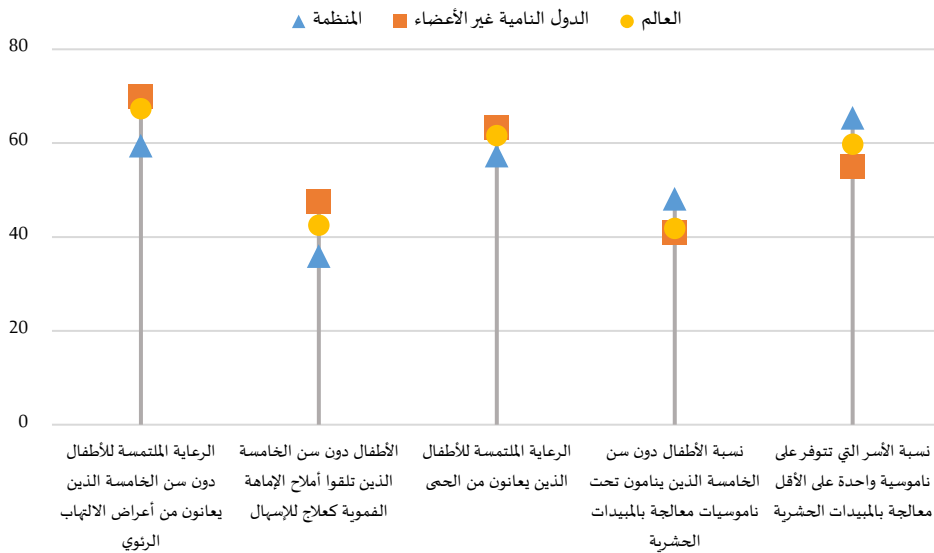
ويبقى الحد من وفيات الأطفال الناجمة عن التهابات الجهاز التنفسي السفلي الحادة هدفاً بعيد المنال، ويرجع ذلك أساساً إلى مخططات التحصين غير المكتملة، وسوء التغذية، وطلب الرعاية في وقت متأخر والعلاج غير الكافي. وتشير آخر التقديرات إلى أن 67.4% من الأطفال الذين يعانون من أعراض الالتهاب الرئوي في العالم قد تم نقلهم إلى مزود الخدمة الصحية في 2010-2017. كما تسود حالة مماثلة في

البلدان النامية الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي وغير الأعضاء فيها على حد سواء. ومع ذلك، فإن العلاج بالمضادات الحيوية للالتهاب الرئوي مرتفع بشكل ملحوظ في بلدان المنظمة مع نسبة التغطية 59.5% (الشكل 13.4).

ويمثل الإسهال عاملاً مميّزاً رئيسياً آخر للأطفال، حيث يمثل 9% من مجموع وفيات الأطفال دون سن الخامسة في العالم. وعلى الرغم من أن إسهال الأطفال يمكن علاجه مع محلول بسيط مصنوع من أملاح الإماهة الفموية (ORS)، نجد أن أقل من نصف الأطفال بقليل (42.6%) الذين يعانون من الإسهال في جميع أنحاء العالم قد تم علاجهم باستخدام هذه الأملاح في 2010-2017. وبلغت نسبة التغطية 36% في المنظمة و 47.5% في البلدان النامية الأخرى (الشكل 13.4).

على الصعيد العالمي، يرجع أكثر من 5% من مجموع وفيات الأطفال إلى الإصابة بالمalaria. وقد حدثت معظم هذه الوفيات في دول منظمة التعاون الإسلامي والتي تمثل 67.6% من العبء العالمي في فترة 2010-2017. ويعتبر النوم تحت الناموسيات المعالجة بالمبيدات الحشرية الطريقة الأكثر فعالية لمنع الإصابة بالمalaria والحد من الوفيات الناجمة عنها. وقد بلغ متوسط عدد الأطفال الذين ينامون تحت الناموسيات المعالجة بالمبيدات الحشرية في جميع أنحاء العالم في فترة 2010-2017 نسبة 41.9%. إلا أنه على الرغم من بقاء نسبة متوسط التغطية أفضل نسبياً في دول منظمة التعاون الإسلامي، لا يزال 48% فقط من مجموع الأطفال ينامون تحت الناموسيات المعالجة بالمبيدات الحشرية (الشكل 13.4). وفي المتوسط، يتوفر أكثر من نصف مجموع الأسر على ناموسية واحدة معالجة بالمبيدات الحشرية على الأقل في البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة مقارنة بمتوسط المنظمة البالغ 65.4%.

الشكل 13.4: متوسط تغطية التدابير المتخذة ضد الأمراض المعدية، 2010-2017*

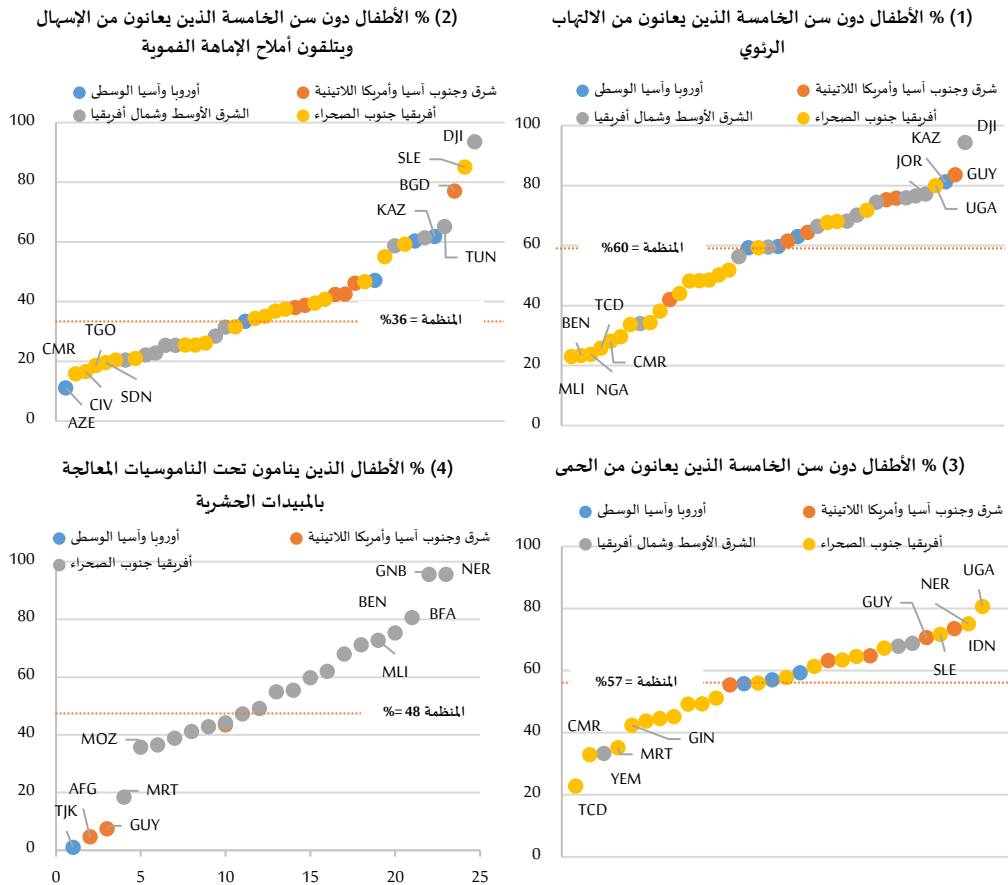


المصدر: مستودع بيانات منظمة الصحة العالمية
*أحدث بيانات متاحة



ظلت وفيات الأطفال الناجمة عن الالتهاب الرئوي والإسهال والملاريا مركزة بشكل كبير في منطقتين من مناطق منظمة التعاون الإسلامي وهي: أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى وجنوب آسيا. فاعتبارا من عام 2017، استأثرت منطقة أفريقيا جنوب الصحراء بمعظم وفيات الأطفال دون سن الخامسة بسبب الملاريا في بلدان منظمة التعاون الإسلامي. وعلى الرغم من هذه الخسائر الكبيرة، تشير التقديرات الحديثة إلى أن متوسط التغطية للناموسيات بالمبيدات الحشرية قد توسع ليشمل 55% فقط من الأطفال في هذه المنطقة وأن 73% تقريبا من الأسر تتوفر على واحدة منها على الأقل. أما بالنسبة للعديد من الدول في منطقة أفريقيا جنوب الصحراء، فقد ظلت تغطية هذه الناموسيات أقل بكثير من قيمة المتوسط الإقليمي (الشكل 14.4). وبصورة عامة، سُجّلت أدنى تغطية في موريتانيا حيث ينام فقط 18% من الأطفال تحت الناموسيات المعالجة بالمبيدات الحشرية تلتها موزمبيق (35.7%) ثم تشاد (36.4%).

الشكل 14.4: متوسط التغطية للمكملات الغذائية في بلدان المنظمة، 2010-2017*



المصدر: بيانات اليونيسيف
*أحدث بيانات متاحة



في فترة 2010-2017، تم الإبلاغ عن عدد كبير من وفيات الأطفال المرتبطة بالإسهال في دول منظمة التعاون الإسلامي في مناطق مختلفة. ولكن العلاج بأملاح الإماهة الفموية ظل منخفضاً بمتوسط تغطية أقل من 50% في جميع مناطق المنظمة الأربعة. ومن خلال البيانات المتاحة المحدودة، توسع متوسط التغطية لعلاج الإسهال باستخدام أملاح الإماهة الفموية لـ 28.4% من الأطفال في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، و 32.9% من الأطفال في منطقة أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، و 42.4% من الأطفال في شرق وجنوب آسيا وأمريكا اللاتينية، و 47.1% من الأطفال في منطقة أوروبا وآسيا الوسطى في فترة 2010-2017. وكما هو مبين في الشكل 14.4 (2)، تم علاج أقل من 30% من الأطفال الذين يعانون من الإسهال باستخدام أملاح الإماهة الفموية في 16 بلداً، معظمها من منطقة أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى. وسجلت الكامرون أقل نسبة تغطية لأملاح الإماهة الفموية (15.8%) تلتها كوت ديفوار (16.5%) وتوغو (18.6%).

وفي حالة الالتهاب الرئوي، اتسم متوسط التغطية بالنسبة للأطفال دون سن الخامسة داخل مناطق منظمة التعاون الإسلامي بالاختلاف. وبمجرد ظهور أعراض الالتهاب الرئوي لدى الأطفال، فإن طلب الرعاية المبكرة والعلاج الفوري من شأنه أن ينقذ حياتهم. ومع ذلك، في فترة 2010-2017، سجل متوسط التغطية للعلاج المطلوب لأعراض الالتهاب الرئوي أدنى معدل في أفريقيا جنوب الصحراء بنسبة 46%. تلتها أوروبا وآسيا الوسطى (61.3%)، وشرق وجنوب آسيا وأمريكا اللاتينية (69.8%)، ثم الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (70.1%). فعلى مستوى كل بلد على حدة، كما هو مبين في الشكل 14.4، تم اصطحاب أكثر من ثلثي الأطفال المصابين بالالتهاب الرئوي إلى مقدم خدمة الرعاية الصحية في أربعة من بلدان المنظمة وهي: الغابون (67.7%) وغامبيا (68%) وسيراليون (71.7%) وأوغندا (80%). وعلى الجانب الآخر من المقياس، ظل عامل طلب الرعاية لعلاج الالتهاب الرئوي أدنى في مالي (23%)، تلتها بنين (23.3%)، ثم نيجيريا (23.7%).

6.4 التغذية

تعتبر التغذية السليمة للطفل إحدى أقوى الأدوات لتنشئة جيل صحي ومنتج، فهي تساعد على تحسين فرص الأطفال للبقاء على قيد الحياة خلال السنوات الأولى من الحياة كما تساهم في نموهم البدني والمعرفي أيضاً. ومن المعلوم أن سوء التغذية لا يزيد فقط من مخاطر الوفاة بين الأطفال بسبب الأمراض الشائعة مثل الإسهال والالتهاب الرئوي والملاريا، بل قد يؤدي أيضاً إلى التقزم، الغير قابل للعلاج، والذي يرتبط بضعف وانخفاض القدرة المعرفية المدرسية وأداء العمل. ووفقاً لليونيسيف (2013a)، يتم تقييم الحالة التغذوية للأطفال من خلال قياس وزنهم وطولهم. وتتمثل المؤشرات الأكثر شيوعاً للحالة التغذوية في التقزم، ونقص الوزن والهزال، وفرط الوزن.

1.6.4 معدل سوء التغذية

تشير أحدث تقديرات منظمة الصحة العالمية إلى أن حوالي واحد من كل أربعة أطفال أو حوالي 149 مليون طفل دون سن الخامسة في جميع أنحاء العالم، معظمهم من البلدان النامية، عانوا من التقزم في عام 2018. وعلاوة على ذلك، عانى حوالي 49 مليون طفل من الهزال. وتتحمل دول المنظمة 31% من العبء العالمي للأطفال الذين يعانون من التقزم في فترة 2010-2018 كما هو مبين في الشكل 15.4. وبالمقارنة، حوالي 27% في البلدان النامية الأخرى وفي العالم. ومن بين مناطق المنظمة، سُجلت أعلى نسبة انتشار للتقزم في شرق وجنوب آسيا وأمريكا اللاتينية (36.4%)، تلتها أفريقيا جنوب الصحراء (36.3%) والشرق

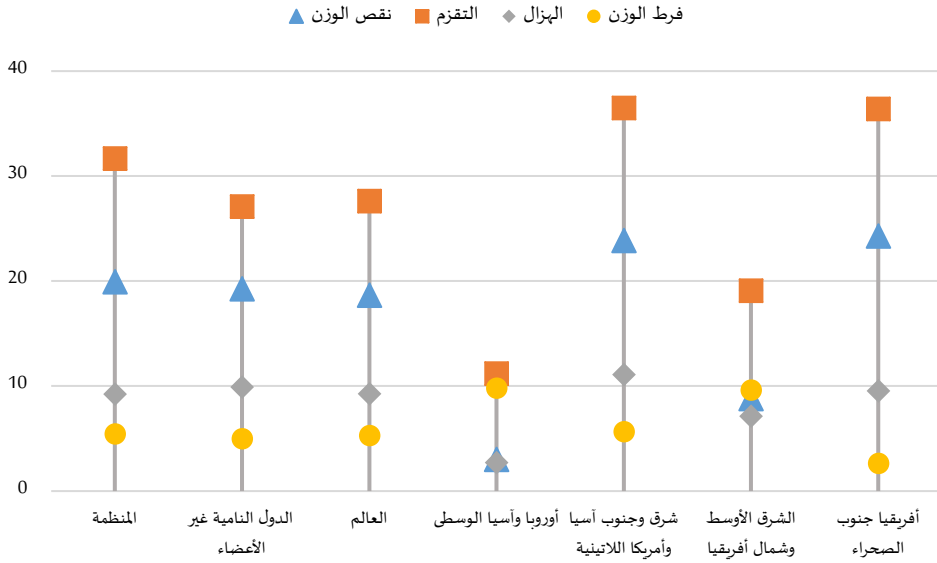


الأوسط وشمال أفريقيا (19%) ثم أوروبا وآسيا الوسطى (11.1%). وبقي توزيع الأطفال الذين يعانون من التقزم متفاوت للغاية في جميع أنحاء دول منظمة التعاون الإسلامي إذ يعيش أكثر من نصفهم في أربع دول وهي: نيجيريا (21.4% من مجموع المنظمة)، وباكستان (14.7%)، وإندونيسيا (13.6%) ثم بنغلاديش (8.6%).

في فترة 2010-2018، 18.6% من الأطفال دون سن الخامسة في العالم يعانون من نقص الوزن. ومن بين البلدان النامية، شكلت مجموعة البلدان النامية غير الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي أعلى نسبة من الأطفال الذين يعانون من نقص الوزن (63%)، تلتها دول منظمة التعاون الإسلامي (37%). وكما هو مبين في الشكل 15.4، سُجّلت نسبة الأطفال دون سن الخامسة الذين يعانون من نقص الوزن بمقدار 19.9% في بلدان المنظمة تلتها البلدان النامية الأخرى بنسبة قريبة جدا (19.2%). ومن بين مناطق منظمة التعاون الإسلامي، كما هو مبين في الشكل 15.4، ظلت نسبة انتشار نقص الوزن الأعلى في أفريقيا جنوب الصحراء (24.2%)، تلتها شرق وجنوب آسيا وأمريكا اللاتينية (23.8%) ثم الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (8.7%). ومن حيث الأرقام المطلقة للأطفال الذين يعانون من نقص الوزن، كانت مناطق أفريقيا جنوب الصحراء والشرق الأوسط وشمال أفريقيا موطننا لحوالي 80% من مجموع الأطفال ذوي الوزن المنخفض في بلدان منظمة التعاون الإسلامي. وحوالي ثلثي الأطفال ذوي الوزن المنخفض في بلدان المنظمة كانوا يعيشون فقط في خمس دول وهي: نيجيريا (24.6% من مجموع المنظمة)، وباكستان (14.3%)، وبنغلاديش (12.3%)، وإندونيسيا (11.8%) ثم السودان (4.8%).

ويعتبر الهزال مشكلة صحية كبيرة. فعلى الصعيد العالمي، نجد أن أكثر من 49 مليون طفل تحت سن 5 سنوات من العمر تم فقدهم بصورة معتدلة أو حادة في 2018، وهو ما يمثل 7.3% من الأطفال في العالم. وكما هو مبين في الشكل 15.4، يبقى انتشار الهزال أكثر أو أقل ثباتا في منظمة التعاون الإسلامي والبلدان النامية الأخرى وذلك بنسبة 9.2% و 9.9% على التوالي. ومن بين مناطق المنظمة، سجل الهزال انتشارا

الشكل 15.4: الحالة التغذوية للأطفال دون سن الخامسة (%). 2010-2018*



المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على بيانات اليونيسيف
*أحدث بيانات متاحة



أكبر في شرق وجنوب آسيا وأمريكا اللاتينية، حيث أن واحدا من كل ست أطفال (11%) يعاني من الهزال المعتدل أو الحاد (الشكل 15.4). وتوجد حالة مماثلة في منطقة أفريقيا جنوب الصحراء. وإن عبء الهزال مرتفع في منطقتي شرق وجنوب آسيا وأمريكا اللاتينية وأفريقيا جنوب الصحراء، والذي بلغ 83.7% من مجموع الأطفال الذين يعانون منه في دول المنظمة (مع نسبة 42.8% تعيش في شرق وجنوب آسيا وأمريكا اللاتينية و40.9% في أفريقيا جنوب الصحراء). والجدير بالذكر أن أكثر من نصف مجموع الأطفال الذين يعانون من الهزال في المنظمة يعيشون في أربع بلدان فقط وهي: نيجيريا (18.2%)، وإندونيسيا (17.4%) من مجموع المنظمة)، وبنغلاديش (11.7%)، وباكستان (9.5%).

ويأخذ فرط الوزن والسمنة في مرحلة الطفولة منحى متصاعدا في جميع أنحاء العالم وخاصة في العالم النامي. وهناك عواقب صحية خطيرة لفرط الوزن والسمنة في مرحلة الطفولة بما في ذلك أمراض القلب والأوعية الدموية، والسكري، والعديد من أنواع السرطان. وعلى الصعيد العالمي، يعاني حوالي 5.9% من الأطفال دون سن الخامسة من فرط الوزن. وعلى الرغم من أن فرط الوزن مرتبط أساسا بالبلدان ذات الدخل المرتفع، فقد تضاعف عدد الأطفال دون سن الخامسة الذين يعانون منه إلى ثلاثة أضعاف بين عامي 2000 و 2018 في أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى. واعتبارا من 2010-2018، ظل انتشار فرط الوزن بين الأطفال في دول المنظمة (5.4%) أعلى من البلدان النامية الأخرى (4.9%). كما بقي انتشار فرط الوزن مرتفعا في منطقتي أوروبا وآسيا الوسطى والشرق الأوسط وشمال أفريقيا (الشكل 15.4). وشكلت هذه المنطقتين 44% من عبء منظمة التعاون الإسلامي المتعلق بالأطفال الذين يعانون من فرط الوزن (مع 36.8% من مجموع المنظمة يعيشون في شرق وجنوب آسيا وأمريكا اللاتينية، و 33.3% في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا). وعلى المستوى القطري، تعيش أعلى نسبة من مجموع الأطفال الذين يعانون من فرط الوزن في منظمة التعاون الإسلامي (25%) في إندونيسيا، تلتها مصر (16.8%)، ثم تركيا (6.6%).

2.6.4 ممارسات التغذية

تعتبر التغذية السليمة خاصة خلال العامين الأولين من الحياة أمرا بالغ الأهمية من أجل بقاء الطفل ونموه وتنميته. وفيما يتعلق بأفضل العادات الغذائية للطفل، نجد أن وكالات الصحة الدولية مثل اليونيسيف ومنظمة الصحة توصي بأن الرضع ينبغي أن يتلقوا الرضاعة الطبيعية بعد ساعة واحدة من الولادة، وأن تستمر الرضاعة الطبيعية وحدها خلال الأشهر الستة الأولى من عمر الطفل حتى يصل إلى سنتين من العمر وأكثر من ذلك. وابتداء من 6 أشهر، ينبغي الجمع بين الرضاعة الطبيعية والتغذية الآمنة، التي تتناسب مع أعمارهم من خلال الأطعمة الصلبة واللينة. ووفقا لأحدث نتائج اليونيسيف (2013)، من شأن تنفيذ هذه التدخلات أن يقلل من الوفيات العالمية للأطفال دون السن الخامسة بنسبة 20%.

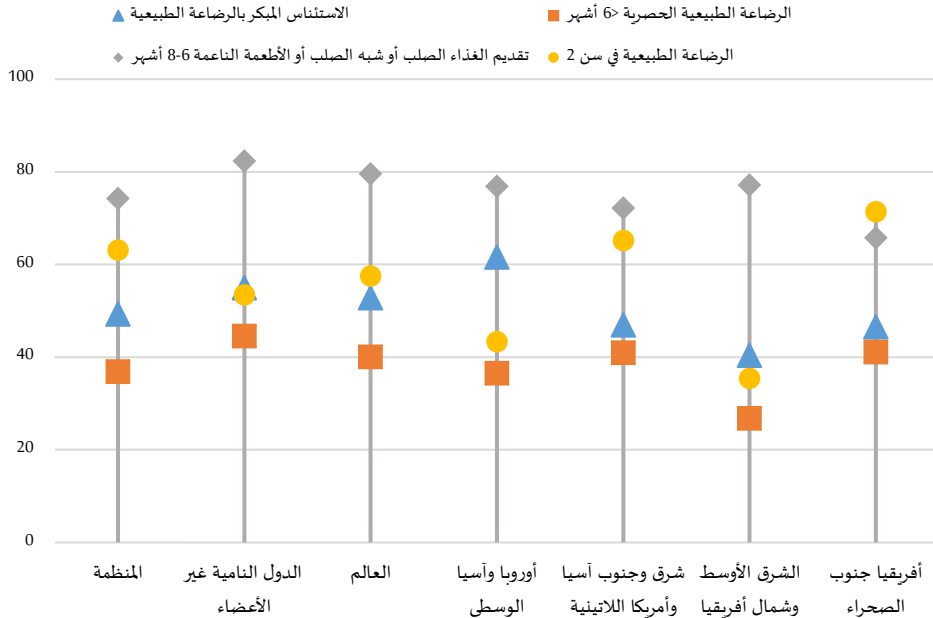
وتكشف أحدث التقديرات حول الممارسات المتعلقة بالتغذية بين الأطفال الرضع والأطفال الصغار أنه على الرغم من الأهمية البالغة لتغذية الأطفال فإن عددا كبيرا منهم لا يتم إرضاعهم طبيعيا. أما على الصعيد العالمي، فقط 52.8% من الرضع تم إرضاعهم طبيعيا في غضون ساعة واحدة من الولادة و40% تلقوا رضاعة طبيعية حصريا في فترة 0-5 أشهر (الشكل 16.4). وتماشيا مع الاتجاهات العالمية، ظلت تغطية الممارسات المتعلقة بتغذية الرضع والأطفال مماثلة إلى حد ما في البلدان النامية سواء تلك الأعضاء في المنظمة وغير الأعضاء فيها. وفي بلدان المنظمة، تم إرضاع متوسط 49.3% من الرضع طبيعيا خلال الساعة الأولى من الولادة، وتلقت نسبة 36.9% منهم الرضاعة الطبيعية وحدها خلال الأشهر الستة الأولى من الحياة. وظلت تغطية الرضاعة الطبيعية حتى سن الثانية أفضل نسبيا في بلدان المنظمة بمتوسط 63.1% من الأطفال الذين يتم إرضاعهم حتى سن الثانية. وفيما يخص التغذية السليمة



للأطفال بالأغذية التكميلية المناسبة والأمنة، تكشف التقديرات ذات الصلة أن متوسط 74.2% من الأطفال الرضع في دول منظمة التعاون الإسلامي تم إطعامهم الأطعمة الصلبة أو شبه الصلبة أو اللينة في سن 6-8 أشهر. وقد ظلت تغطية الأغذية التكميلية للرضع تقريبا على نفس المستوى في كل من العالم والبلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة. وبشكل عام، ظل متوسط دول المنظمة فيما يخص الاستئناس المبكر بالرضاعة والرضاعة الطبيعية الحصرية لمدة ستة أشهر أقل بشكل واضح من متوسطات الدول النامية غير الأعضاء في المنظمة (الشكل 16.4).

وتختلف تغطية ممارسات الرضاعة الطبيعية الموصى بها إلى حد كبير بين مناطق المنظمة (الشكل 16.4). فحصة الرضع الذين يحصلون على رضاعة طبيعية خلال ساعة واحدة من الولادة تتراوح من 46.5% في أفريقيا جنوب الصحراء إلى 61.6% في منطقة أوروبا وآسيا الوسطى. ومن حيث استمرار الرضاعة الطبيعية في عمر الستين، تتراوح التغطية من 35.4% في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا و 71.4% في منطقة أفريقيا جنوب الصحراء. وبصفة عامة، تكشف البيانات المستمدة من ثلاثة مؤشرات تتعلق بالرضاعة الطبيعية أن عددا كبيرا من الأطفال ما زالوا عرضة لسوء التغذية في جميع مناطق منظمة التعاون الإسلامي. وفيما يتعلق بإدخال الأغذية التكميلية، سجلت منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا أعلى نسبة للتغطية بنسبة 77.1% في حين تم إطعام حوالي نصف الرضع أطعمة صلبة وشبه صلبة أو لينة في 6-8 أشهر في مناطق أفريقيا جنوب الصحراء وأوروبا وآسيا الوسطى وشرق وجنوب آسيا وأمريكا اللاتينية (الشكل 16.4).

الشكل 16.4: متوسط تغطية ممارسات تغذية الأطفال (%). 2010-2018*



المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على بيانات اليونيسيف
*أحدث بيانات متاحة



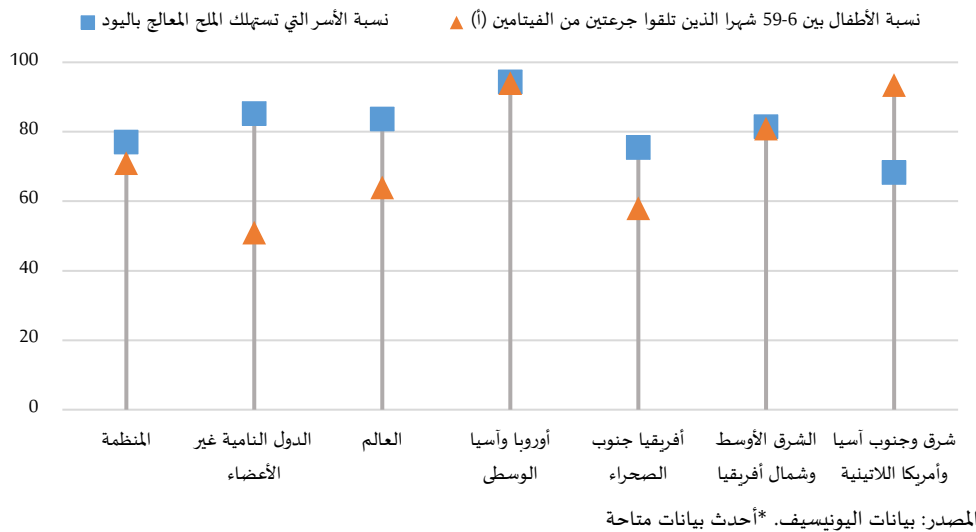
7.4 نقص المغذيات الدقيقة

يعد نقص المغذيات الدقيقة مثل نقص فيتامين (أ) والحديد واليود والزنك وحمض الفوليك ظاهرة شائعة جدا بين النساء والأطفال في البلدان النامية ذات الدخل المنخفض، بما في ذلك بعض بلدان منظمة التعاون الإسلامي. وفي الوقت الذي يعتبر فيه بذل الجهود لتحسين الحالة التغذوية للأطفال من خلال الرضاعة الطبيعية والتغذية التكميلية أمرا حاسما، فإن التدخلات مثل المكملات تعتبر نهجا سريعا لتحسين تناول المغذيات الدقيقة الحيوية بين النساء والأطفال. ويعرض هذا القسم الفرعي لمحة موجزة عن الجهود التي تبذلها دول المنظمة لتحسين نقص المغذيات الدقيقة بين الأطفال.

1.7.4 مكمل الفيتامين (أ)

وفقا لمنظمة الصحة العالمية (2015c)، يعد نقص فيتامين (أ) مشكلة صحية عامة وبشكل خاص في أفريقيا وجنوب شرق آسيا. فهولا يمثل فقط السبب الرئيسي للعمى الذي يمكن الوقاية منه عند الأطفال ولكنه يزيد أيضا من خطر المرض والموت جراء الإتهابات الحادة. وعلى الصعيد العالمي، حوالي ثلثي (64%) الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6-59 شهرا قد تلقوا جرعتين من فيتامين (أ) في فترة 2010-2017 (الشكل 17.4). وبينما ظلت تغطية فيتامين (أ) أعلى في دول منظمة التعاون الإسلامي حيث 71% من الأطفال تلقوا جرعتين من فيتامين (أ). سجلت الدول غير الأعضاء في المنظمة متوسط تغطية منخفضة نسبيا بلغ 51%. وإن التغطية التكميلية لفيتامين (أ) تختلف بشكل كبير بين مناطق منظمة التعاون الإسلامي. ففي 2010-2017، سجلت أوروبا وآسيا الوسطى أعلى معدل لمتوسط التغطية بلغ 94% تلتها منطقة شرق وجنوب آسيا وأمريكا اللاتينية (93.5%) ومنطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (81%). وفي المقابل، ظل الأطفال أكثر عرضة لنقص فيتامين (أ) وبالتالي العمى في مناطق أفريقيا جنوب الصحراء، مع عدم تلقي أكثر من نصف الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6-59 شهرا جرعتين من فيتامين (أ) (الشكل 17.4).

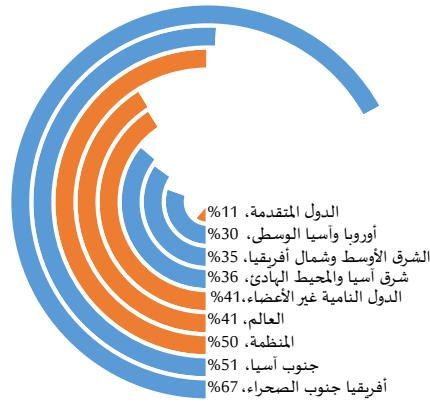
الشكل 17.4: متوسط التغطية للمكمل الغذائي فيتامين (أ) ومتوسط استهلاك الملح المعالج باليود في صفوف الأسر (%). 2010-2017*



الأسر الملح المتوفر على أي نوع من اليود (أجزاء أكبر من الصفر لكل مليون أو أكثر)، غير أن التغطية تختلف بشكل ملحوظ بين البلدان النامية (الشكل 17.4). وسجلت البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة أعلى تغطية، بنسبة 85.3% من الأسر التي تستهلك الملح المتوفر على أي نوع من اليود. وفي المقابل، 77.1% فقط من الأسر تستهلك الملح المتوفر على أي نوع من اليود في بلدان المنظمة. كما تباين استهلاك الملح مع أي نوع من اليود في الأسر في جميع أنحاء مناطق منظمة التعاون الإسلامي بتسجيل أكبر عدد من الأسر في أوروبا وآسيا الوسطى (94.4%)، تلتها منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (81.5%)، ثم أفريقيا جنوب الصحراء (75.5%). بينما تم الإبلاغ عن أقل استهلاك للملح مع أي نوع من اليود من قبل الأسر في شرق وجنوب آسيا وأمريكا اللاتينية بنسبة 68.3%.

وعلى مستوى كل بلد على حدة، 14 من أصل 32 دولة في منظمة التعاون الإسلامي، والتي تتوفر حولها البيانات، قد وصلت إلى الهدف العالمي المتمثل في متوسط 80% من التغطية المتعلقة بمكملات فيتامين (أ). ومن بين هذه الدول الـ 14، ظلت التغطية أكثر من 90% في 11 دولة في المنظمة من منطقة أوروبا وآسيا الوسطى وشرق وجنوب آسيا وأمريكا اللاتينية والشرق الأوسط وشمال أفريقيا (الشكل 18.4). وبالنسبة لاستهلاك الأسر للملح، تمكنت 10 دول، التي تتوفر عنها البيانات، من تجاوز الهدف العالمي البالغ 90% من متوسط التغطية. ومن بين دول أخرى، فإن نسبة استهلاك الملح المعالج باليود تراوحت بين 50 و 89% في 19 دولة في المنظمة، 11 من هذه الدول ظلت التغطية فيها أكثر من 70%. وفي المقابل، تشير إحصاءات متوسط التغطية إلى أن أقل من 30% من الأسر في موريتانيا وغينيا بيساو تستهلك الملح مع أي نوع من اليود. وبقي متوسط التغطية أقل من 50% في السودان (34.4%) وموزمبيق (42.4%) وغيانا (42.7%) واليمن (48.6%).

الشكل 19.4: انتشار الأنيميا الناتجة عن نقص الحديد، 2016



المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على قاعدة بيانات مؤشرات التنمية العالمية للبنك الدولي

3.7.4 أنيميا نقص الحديد

يعتبر نقص الحديد إحدى الاضطرابات الغذائية الأكثر شيوعاً وانتشاراً في العالم. وبالرغم من كونه منتشر في الغالب في صفوف الأطفال والنساء في البلدان النامية ذات الدخل المنخفض، فهو يعتبر النقص الوحيد في المغذيات المنتشر أيضاً بكثيرة في البلدان المتقدمة. ويشار إلى نقص الحديد باعتباره السبب الأكثر شيوعاً لفقر الدم عند النساء والأطفال. فخلال فترة الحمل، يمكن أن يكون نقص الحديد ضاراً على كل من الأم والطفل، مما يؤدي إلى مضاعفات في عملية الولادة، وزيادة مخاطر الوفيات النفسانية وضعف النمو البدني والعقلي للطفل (UNICEF, 2004).

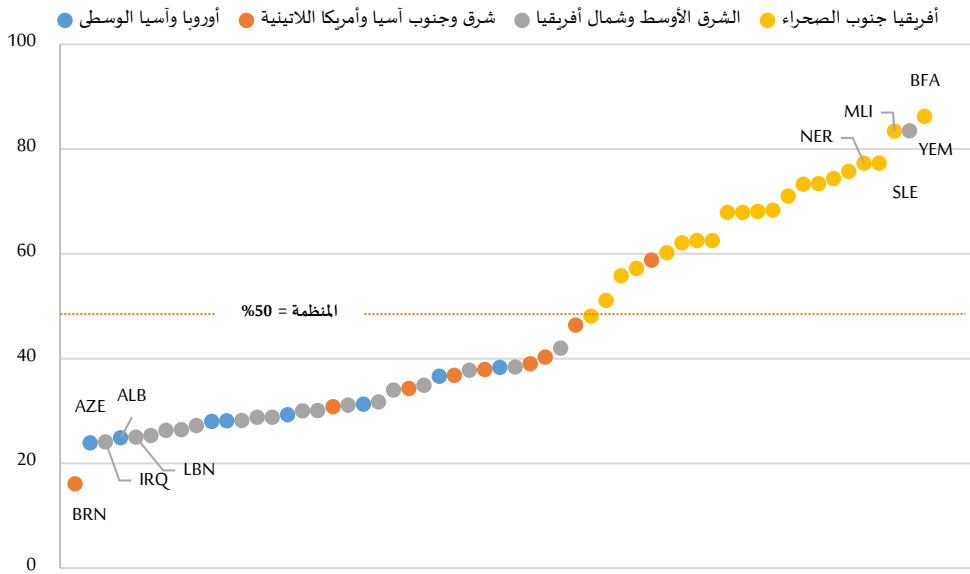
ووفقاً لأحدث التقديرات، يعاني أكثر من 41% من الأطفال دون سن الخامسة من فقر الدم في عام 2016. وفي الوقت الذي بلغ فيه معدل انتشار فقر الدم في البلدان المتقدمة نسبة 11% فقط، كانت الأعداد مهولة في البلدان النامية غير الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي وفي بلدان المنظمة بمعدلي 41% و 50%



%، على التوالي، من الأطفال الذين يعانون من فقر الدم (الشكل 19.4). وظل فقر الدم لدى الأطفال، في منطقة منظمة التعاون الإسلامي، يشكل تحدياً صحياً كبيراً في جنوب آسيا وأفريقيا جنوب الصحراء الكبرى. فقد شكلت هاتين المنطقتين أكثر من 7% من مجموع الأطفال المصابين بفقر الدم في بلدان المنظمة. وكما هو مبين في الشكل 19.4، فإن حوالي 67% من الأطفال يعانون من فقر الدم في أفريقيا جنوب الصحراء و 51% في منطقة جنوب آسيا. وفي المقابل، كان أقل من 40% من الأطفال مصابين بفقر الدم في المناطق الأخرى.

وعند التدقيق في كل بلد على حدة، كما هو مبين في الشكل 20.4، سجلت بروناي أدنى معدل لانتشار فقر الدم بين الأطفال (16%)، تلتها أذربيجان (24%) ثم العراق (24%). على الجانب الآخر من المقياس، بقي الانتشار مرتفعاً في بوركينا فاسو (86%)، تلتها اليمن (84%) ومالي (83%). وبشكل عام، كان أكثر من نصف الأطفال مصابين بفقر الدم في 22 بلداً في منظمة التعاون الإسلامي؛ 20 منها من منطقة أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى.

الشكل 20.4: بلدان منظمة التعاون الإسلامي ذات أعلى وأدنى مستويات انتشار فقر الدم (2016)



المصدر: قاعدة بيانات مؤشرات التنمية العالمية للبنك الدولي



الفصل الخامس

الأدوية واللقاحات والتكنولوجيات الطبية

يكتسي دور الأدوية واللقاحات والتكنولوجيات الطبية في دعم التنمية في أوساط المجتمعات الصحية أهمية بالغة. وعلى نحو أدق، فإن صناعة الأدوية تشكل أحد العناصر الأساسية لنظام الرعاية الصحية الفعال والذي يعمل بشكل جيد. فالمنتجات الصيدلانية، مثل الأدوية واللقاحات، هي منتجات أساسية تتطلب تمويلاً مناسباً. كما أن الأجهزة الطبية مهمة لتوفير الرعاية الصحية وتحسين صحة الأفراد والسكان. ويتمثل أحد الأهداف الاستراتيجية لمنظمة الصحة العالمية في ضمان تحسين الحصول على الأجهزة الطبية وتحسين جودتها واستخدامها.

وعلى ضوء ما سبق، يصف هذا القسم الوضع الحالي للأدوية واللقاحات وكذلك التكنولوجيات الطبية في دول منظمة التعاون الإسلامي.

1.5 الصناعة الصيدلانية

أصبحت الأدوية اليوم جزءاً لا يتجزأ من نظام الرعاية الصحية في جميع أنحاء العالم. فقد لعبت الأدوية تاريخياً دوراً حيوياً في التنمية البشرية من خلال تحسين نوعية الحياة وتقليل الوقت الذي يقضى في المستشفيات. وبفضل صناعة الأدوية المبتكرة، صارت اليوم جميع الأوبئة والأمراض المزمنة تقريباً قابلة للشفاء. ونظراً لارتباطها المباشر برخاء الإنسان ورفاهه، تعتبر صناعة الأدوية ذات أهمية استراتيجية لتنمية أمة منتجة تفعم بالصحة. كما تعد صناعة المستحضرات الصيدلانية واحدة من أكبر وأسرع الصناعات نمواً في العالم. فهي مصدر رئيسي لتوليد فرص العمل وعائدات النقد الأجنبي للعديد من البلدان في شتى بقاع العالم.

إلا أنه وبالرغم من كل هذه الإنجازات الضخمة، مازالت هنالك حقيقة لا يمكن التغاضي عنها ألا وهي موت أكثر من 2.3 مليون شخص سنوياً في جميع أنحاء العالم (WHO, 2011). معظمهم في البلدان النامية ذات الدخل المنخفض، وذلك بسبب عدم توفر الأدوية الضرورية وعدم إمكانية الوصول إليها. كما أن العديد من البلدان النامية، بما في ذلك بعض بلدان المنظمة، تتوفر على قدرات غير كافية للتصنيع في قطاع صناعة المستحضرات الصيدلانية أو لا تتوفر على قدرات أصلاً. وتغطي الصناعة المحلية نسبة

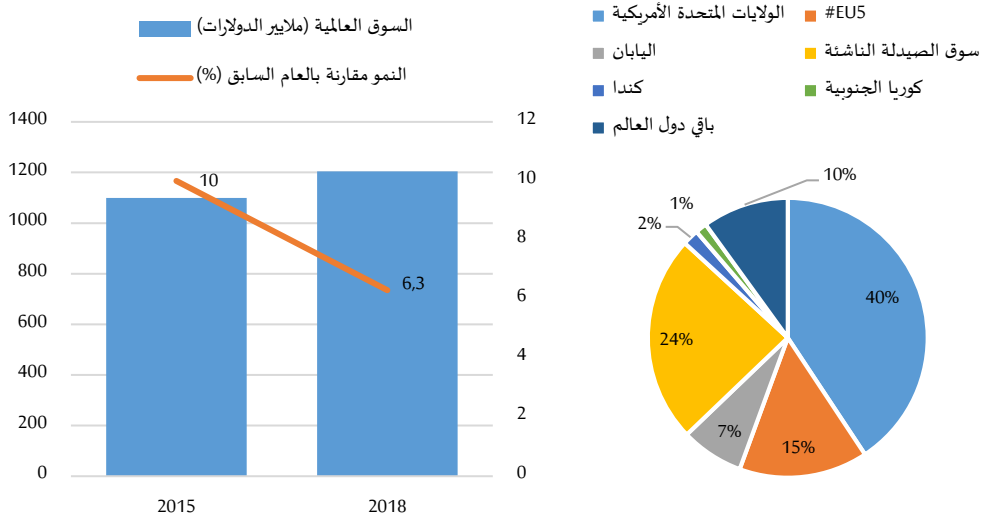


ضئيلة من الطلب المحلي وتعتمد اعتمادا كبيرا على الواردات والمساعدات على شكل أدوية. بالإضافة إلى ذلك، فإن حصة الأدوية في المدفوعات لقاء الخدمات الصحية "مدفوعات من المال الخاص" (أي التي يدفعها المريض) تتراوح ما بين 40 إلى 60% في هذه البلدان. ونتيجة لذلك، لانتوفر الأدوية ولا يمكن لجزء كبير من السكان الوصول إليها مما يؤدي إلى موت مئات الآلاف بسبب أمراض يمكن الوقاية منها وعلاجها. ويحاول هذا القسم التحقيق في توفر الأدوية في دول المنظمة من خلال التركيز على الإنتاج والاستهلاك وأنماط التجارة بالأدوية في هذه البلدان استنادا إلى أحدث بيانات متاحة.

1.1.5 الإنتاج والاستهلاك العالميين

أظهرت صناعة الأدوية العالمية نموا سريعا على مدى السنوات الماضية، وظهرت باعتبارها إحدى أسرع الصناعات نموا في العالم. ومع ذلك، فإن إنتاج الأدوية واستهلاكها موزع بشكل غير متساو في جميع أنحاء العالم. وتعتبر البلدان المتقدمة من كبار منتجي ومستهلكي الأدوية على حد سواء. فوفقا لشركة (IQVIA) (وهي شركة دولية لخدمات الاستشارات والبيانات)، ارتفع حجم صناعة الأدوية من 1,100 مليار دولار أمريكي في عام 2015 إلى 1,205 مليار دولار أمريكي في عام 2018. وخلال هذه الفترة، شهد معدل النمو في هذه الصناعة (بالمقارنة مع السنة السابقة) اتجاها منخفا من 10% في عام 2015 إلى 6.3% في عام 2018. ويرتبط هذا الانخفاض بشكل رئيسي بتباطؤ النشاط الاقتصادي، وخاصة في الدول المتقدمة التي تستهلك جزءا كبيرا من المنتجات الصيدلانية العالمية. وفي عام 2008، شهد التباطؤ الاقتصادي في الدول المتقدمة إحدى أسوأ الأزمات المالية والاقتصادية العالمية منذ الكساد العظيم. إذ ظهرت التأثيرات السلبية لهذه الأزمة ذات الحجم التاريخي في جميع أنحاء العالم وتضررت جميع القطاعات. وبعد فترة الإصلاح، ظلت حالة عدم اليقين في الاقتصاد العالمي والاختلالات العالمية التي أصابت في الغالب الأسواق الناشئة من بين أبرز التحديات التي تحد من مسارات نمو صناعة الأدوية (الشكل 1.5).

الشكل 5.1: سوق الأدوية العالمي والتوزيع الإقليمي



المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على تقرير المعهد الإنساني IQVIA لعام 2019



وفقا لتقديرات IQVIA، سيتجاوز سوق الأدوية العالمي 1.5 تريليون دولار أمريكي بحلول عام 2023 بمعدل نمو سنوي مركب قدره 3 - 6% خلال فترة 2019-2023. وستظل الولايات المتحدة والأسواق الصيدلانية هما المحركين الرئيسيين للنمو بنسبة نمو سنوي مركب قدره 4 - 7% و 5-8% على التوالي (IQVIA, 2019).

كما سيظل النمو السكاني، وشيخوخة السكان، وتحسين الوصول إلى أسواق الصيدلة من بين عوامل النمو الرئيسية في العالم في المستقبل القريب. وتتمركز سوق الأدوية العالمي، سواء من حيث الإنتاج والاستهلاك، بشكل كبير في المناطق المتقدمة. ففي عام 2018، استأثرت الولايات المتحدة الأمريكية بأعلى حصة (40%) من الإنفاق العالمي، تلتها أسواق الأدوية (24%) و5 دول من الاتحاد الأوروبي (ألمانيا وفرنسا وإيطاليا والمملكة المتحدة وإسبانيا) (15%). وتشمل أسواق الصيدلة الصين والبرازيل والهند وروسيا والمكسيك وتركيا وبولندا والسعودية وإندونيسيا ومصر والفلبين وباكستان وفيتنام وبنغلاديش والأرجنتين والجزائر وكولومبيا وجنوب إفريقيا وتشيلي ونيجيريا وكازاخستان. بينما شكلت بقية العالم، ومعظمها المناطق النامية، 10% فقط من الاستهلاك العالمي للأدوية.

2.1.5 الإنتاج والاستهلاك في دول منظمة التعاون الإسلامي

تواجه الدول الأعضاء في المنظمة، مثل عدد من البلدان النامية الأخرى، العديد من التحديات الاجتماعية والاقتصادية بما في ذلك إنشاء نظام كفؤ وفعال للرعاية الصحية. ففي هذه البلدان، لا يزال القطاع الصحي يعاني من العديد من المشاكل، بدءا من ضعف البنية التحتية إلى عدم توفر العدد الكافي من العاملين في المجال الطبي. ومع ذلك، فإن نقص الأدوية الضرورية وعدم إمكانية الوصول إليها هي من بين أصعب المشاكل القائمة. ونظرا لعدم توفر البيانات ذات الصلة بشأن معظم دول المنظمة، يستحيل إجراء تحليل شامل ومقارن بشأن الطاقة الإنتاجية لصناعة المستحضرات الصيدلانية على مستوى المنظمة. ومع ذلك، سيتم إعطاء لمحة عامة عن صناعة الأدوية في دول المنظمة، التي تتوفر عنها البيانات، من حيث المناطق الجغرافية في القسم التالي.

الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (MENA)

تعمل التنمية الاقتصادية على التغيير من الوضع الصحي في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، خصوصا مع تزايد انتشار الأمراض المعدية. وفي هذا السياق، فإن الشركات الدولية تعترف بقيمة وإمكانيات منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا. فعلى سبيل المثال، تعتبر سانوفي أكبر شركة أدوية في المغرب، في حين غلاكسو سميث كلاين هي الرائدة في المملكة العربية السعودية. وعلاوة على ذلك، فإن بعض المنتجين المحليين مثل شركة الحكمة من الأردن وسببماكو من المملكة العربية السعودية يهدفان ليصبحا رائدين في المنطقة. ويتوقع لمبيعات الأدوية في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا أن تصل إلى 35,8 مليار دولار أمريكي في أسعار التجزئة في عام 2016، بما في ذلك مبيعات الصيدليات والمستشفيات. وتعتبر تركيا ومصر والمملكة العربية السعودية الجهات الفاعلة الرئيسية في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا.

كما نما سوق الأدوية المصري بمعدل نمو سنوي مركب قدره 17% بين عامي 2011 و 2017 ليصل إجمالي قيمة السوق إلى 50 مليار جنيه في عام 2017. ومع ذلك، لا يزال استهلاك الفرد منخفضا. وعلى الرغم من مشاكل الإنتاج الأخيرة، فمن المتوقع أن يرتفع هذا الإنتاج مع استمرار انتقال نظام الرعاية الصحية نحو التحديث. فقد أصبحت مصر سوقا جاذبة للغاية لشركات الأدوية متعددة الجنسيات بين الأسواق المصنعة للمستحضرات الصيدلانية.



تتوفر الأردن على مستوى قوي نسبيا من الإنتاج المحلي. ومع ذلك، فإن معظم ما يتم إنتاجه يتم تصديره مما يؤدي إلى اعتمادية السوق على الواردات. ومعظم المستحضرات الصيدلانية المستوردة هي بالتجزئة من الدول الواقعة في أوروبا الغربية، مثل سويسرا وألمانيا. وفي المقابل، تكون الصادرات في المقام الأول أدوية نصف مكتملة ولبيع بالتجزئة موجهة لبلدان أخرى في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا. وأكبر شركة أدوية في الأردن هي شركة أدوية الحكمة، مع حصة في السوق تبلغ أكثر من 10%. ولدى هذه الشركة عدد من مرافق التصنيع في الأردن. فضلا عن مرافق البحث والتطوير. وفي عام 2010، استحوذت الحكمة على أعمال تجارية خاصة بالحقن من شركة في الولايات المتحدة مما عزز بشكل كبير من نطاق أعمالها التجارية عن طريق الحقن في جميع أنحاء العالم. كما استحوذت الحكمة على شركة جزائرية وعلى شركة تونسية أيضا عام 2010، مما عزز من وجودها في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا.

وعلى الرغم من أن سوق الأدوية المغربي يعد صغيرا على الصعيد العالمي، فإن نصيب الفرد من الإنفاق على المنتجات الصيدلانية مرتفع نسبيا بالنسبة لبلد أفريقي. وتمتلك الاستثمارات الأجنبية أكثر من 50% من شركات الأدوية، وهو ما يمثل أكثر من نصف حجم المبيعات الكلية للصناعة. وتتوفر الشركات متعددة الجنسيات على وجود قوي في سوق الأدوية المغربي بما في ذلك سانوفي، وشركة غلاكسو سميث كلاين وفايزر. كما زادت شركة الحكمة أيضا من التغلغل في السوق، بعد الاستيلاء على 63.9% من شركة بروموفارم. وتطورت سوق المستحضرات الصيدلانية بشكل إيجابي، حيث بلغت مبيعاتها 1.48 مليار دولار أمريكي في عام 2017 بتوقعات تبلغ 1.9 مليار دولار أمريكي في عام 2021 بمعدل نمو سنوي مركب قدره 6.7 في المائة.

وتعد السوق الصيدلانية السعودية الأغنى في منطقة الخليج. ويميل قطاع الصيدلة الخاص إلى تفضيل الأدوية ذات العلامات التجارية ولكنه يتسم بضوابط الأسعار. وتشمل أبرز الجهات الفاعلة في سوق الأدوية في المملكة العربية السعودية شركة نوفارتيس (Novartis AG) وسبيماكو (SPIMACO) وفايزر (Pfizer Inc) وغلاكسو سميث كلاين (Glaxosmithkline plc) وجامجوم فارما (Jamjoom Pharma) وشركة تابوك لتصنيع المستحضرات الصيدلانية (Tabuk). ويعتمد القطاع العام على عائدات النفط ويتميز بإحتواء التكاليف. كما يعتبر الإنتاج المحلي قليلا في المملكة العربية السعودية. وبالتالي يتم توفير الغالبية العظمى من احتياجات السوق عن طريق الواردات. كما أنه لا يوجد سوى عدد قليل من المصنعين المحليين الرئيسيين في البلاد. وتدعم الأدوية المصنعة محليا حوالي 15% من السوق، ويتم تصدير الباقي من الإنتاج بشكل أساسي إلى دول مجلس التعاون الخليجي.

آسيا

في منطقة آسيا الوسطى، برزت تركيا باعتبارها سوقا واعدة للأدوية. واليوم، تعد تركيا إحدى أكبر منتجي الأدوية في مجموعة دول منظمة التعاون الإسلامي، إذ أن هناك 69 شركة تصنيع أدوية تعمل في البلد، منها 15 شركة متعددة الجنسيات. كما تستضيف تركيا أيضا 10 شركات منتجة للمواد الخام لصناعة الأدوية، منها 3 شركات متعددة الجنسيات. وهناك 25 مركزا للبحث والتطوير (R&D) مسخرة لخدمة احتياجات صناعة الأدوية. وقد نما سوق الأدوية التركي بنسبة 16.5% في عام 2016، وبلغت المبيعات 20.7 مليار ليرة تركية، بمعدل نمو سنوي مركب نسبته 7.6% خلال فترة 2011-2016.

كما تتوفر سوق الصناعة الدوائية التركية على إمكانات كبيرة للنمو وهي ضمن مجموعة من البلدان تسمى "الأسواق المصنعة للمستحضرات الصيدلانية" التي تمثل الأسواق الصيدلانية الأسرع نموا في العالم. والأسواق المصنعة للمستحضرات الصيدلانية تشمل 21 دولة حددتها شركة الصحة IQVIA باعتبارها



تمتلك أكثر من مليار دولار أمريكي في نمو الإنفاق الصيدلاني في فترة 2014-2016 ونصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي أقل من 30,000 دولار أمريكي. ومن بين هذه الأسواق المصنعة للمستحضرات الصيدلانية، توجد تركيا والمملكة العربية السعودية واندونيسيا ومصر والجزائر وبنغلاديش ونيجييا وكازاخستان وباكستان التي هي دول في منظمة التعاون الإسلامي.

وفي منطقة آسيا والمحيط الهادئ، تعد ماليزيا إحدى أسواق الأدوية الأسرع نموا حيث تقدر قيمتها بحوالي 1.6 مليار دولار أمريكي في عام 2012. ووفقا للهيئة الماليزية لمراقبة الأدوية، في عام 2012 كان هناك 235 شركة أدوية مسجلة في البلاد والإنتاج المحلي عطى حوالي 25-30% من الطلب المحلي. ومع توفر الموارد الطبيعية الغنية (النباتية والحيوانية)، تعتبر ماليزيا سوقا حيويا مهما (في مجال الأدوية العشبية والفيتامينات) في المنطقة. وقد صنفت ماليزيا الرعاية الصحية كإحدى أبرز المجالات الاقتصادية الوطنية الإثني عشر في البلاد (NKEA)، مع التركيز بشكل خاص على المستحضرات الصيدلانية. كما تشجع الحكومة الاستثمارات الخاصة فضلا عن المزيد من التعاون بين القطاعين العام والخاص في قطاع الأدوية.

وتعتبر إندونيسيا سوق الأدوية المتنامية الأخرى في المنطقة، ففي عام 2016، بلغت قيمة سوق الأدوية في إندونيسيا أكثر من 6 مليارات دولار، ومن المتوقع أن يتضاعف هذا الرقم بحلول عام 2020. ووفقا لوكالة مراقبة الأدوية والغذاء (BPOM)، فإن إندونيسيا تمتاز بصناعة أدوية قوية مبنية على عدد 108 شركة. وفي عام 2012، استأثرت الشركات المحلية بنسبة 75% من مبيعات الأدوية في البلاد. وتتوفر العديد من شركات الأدوية الأجنبية على مكاتب ومرافق تصنيع في إندونيسيا. ووفقا لمجموعة مصنعي المستحضرات الصيدلانية العالمية (IPMG)، وهي مجموعة من شركات الأدوية الأجنبية في إندونيسيا، استثمرت شركات الأدوية الأجنبية أكثر من مليار دولار أمريكي في سوق الأدوية الإندونيسي في السنوات الأخيرة.

أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى (SSA)

تمثل منطقة أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى 25% من العبء العالمي للأمراض، وأقل من 1% من النفقات العالمية على الصحة. إذ يموت المرضى 50% من مجموع النفقات على الصحة في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى. ووفقا لمسح الصحة العالمية لعام 2003، فإن متوسط نصيب الأدوية من الإنفاق من الأموال الخاصة للأفراد في منطقة أفريقيا جنوب الصحراء (14 بلدا) بلغ 37%. بينما على المستوى القطري، تتفاوت هذه النسبة من 11% في تشاد إلى 62.2% في بوركينافاسو. وفي عام 2012، قدرت قيمة سوق الأدوية في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى بنحو 23 مليار دولار أمريكي بحصة بلغت 2.3% مقدارها 965 مليار دولار أمريكي في السوق العالمية. وفي أفريقيا جنوب الصحراء، تتوفر 37 من أصل 44 دولة على إمكانية إنتاج الأدوية ويقدر الإنتاج المحلي بنسبة 25-30% من الطلب المحلي لمنطقة أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى. ومع ذلك، يتركز إنتاج الأدوية بصورة عالية بين عدد قليل من البلدان. ويعتبر سوق الأدوية في جنوب أفريقيا أحد أكثر الأسواق جاذبية في أفريقيا. ومن بين أبرز الأسباب الكامنة وراء نموها السريع توفر البنية التحتية ذات الجودة العالية والفعالة من حيث التكلفة والعمالة الماهرة، واستحداث هيئة تنظيم المنتجات الصحية في جنوب أفريقيا (SAHPRA). وقد كانت نيجيريا ثاني أكبر منتج بحصة بلغت 6% (أي 1.4 مليار دولار أمريكي). ومن بين الدول الأخرى في المنظمة، أنتج المغرب 1.2 مليار دولار أمريكي وتونس تنتج ما قيمته 0.8 مليار دولار أمريكي للأدوية في عام 2012.

3.1.5 توافر الأدوية الأساسية والجنيسة

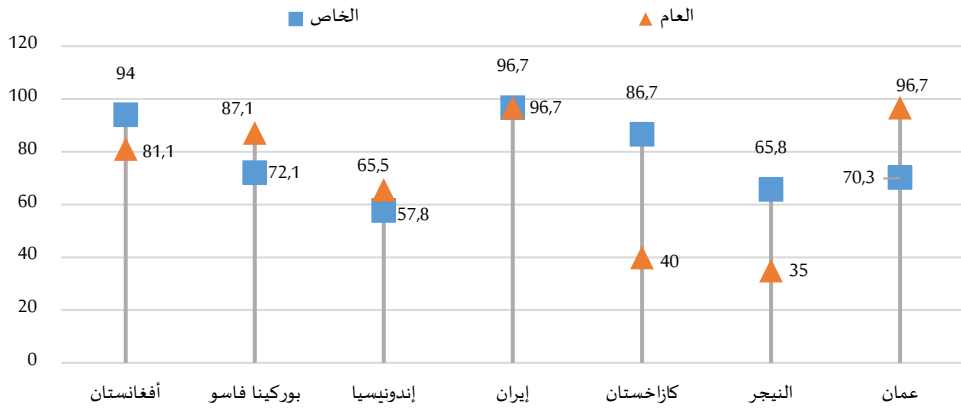
يقر المقصد E.8 للأهداف الإنمائية للألفية والمقصد 8.3 لأهداف التنمية المستدامة (SDG) بالحاجة إلى تحسين توافر الأدوية بأسعار ميسورة في البلدان النامية. وقد أحرزت العديد من البلدان تقدما نحو زيادة



فرص الحصول على الأدوية الأساسية. وبالرغم من ذلك، فإن نسبة الحصول على الأدوية الأساسية في البلدان النامية ليست كافية. وفي البلدان التي تتوفر عنها البيانات، تبين أن الأدوية الأساسية متاحة فقط لما يعادل 57% من السكان و 65% من المنشآت الصحية الخاصة في عام 2012. وتمثل أسعار الأدوية حوالي 3.3 حتى 5.7 أضعاف الأسعار المرجعية الدولية (UN, 2013).

وفي بلدان المنظمة، التي تتوفر عنها البيانات ذات الصلة، بلغ متوسط توافر الأدوية الجينية المختارة للصحة في القطاع العام ما بين 35% و 96.7% (بمتوسط عام بلغ 71.9%) (الشكل 2.5). وبالمثل، مثلت دول منظمة التعاون الإسلامي بنية متجانسة في قطاع الصحة الخاص، بمتوسط توافر تراوح بين 57.8% و 96.7% (بمتوسط عام بلغ 77.6%). وتستأثر إيران بأعلى معدل متوسط توافر للأدوية الجينية المختارة بنسبة 96.7% في القطاعين العام والخاص. ومع ذلك، انخفض معدل التوافر في عدد من بلدان المنظمة. فعلى سبيل المثال، سجلت النيجر أدنى معدل توافر بنسبة 35% في القطاع العام، وسجلت إندونيسيا أدنى معدل توافر بنسبة 57.8% في القطاع الخاص.

الشكل 2.5: متوسط توافر الأدوية الجينية (%).، 2007-2013



المصدر: مستودع بيانات منظمة الصحة العالمية

وتعتبر الأدوية العنصر الحاسم للوقاية الآمنة والفعالة ولعلاج الأمراض والأوبئة. وبالتالي، فإنه من الضروري أن يكون الحصول عليها سهلاً وفي الوقت المناسب. ويجب أن تكون الأدوية في المتناول وبكميات معقولة لكن، وكما ذكرنا أعلاه؛ الوضع ليس كذلك في معظم بلدان منظمة التعاون الإسلامي (SESRIC, 2014). وترجع محدودية توافر الأدوية الأساسية في القطاع العام إلى عدم كفاية الموارد وعدم كفاءة التوزيع والتوريد. وبالتالي، يصبح القطاع الخاص هو المزود الرئيسي للدواء لصالح المريض، علماً أنه يتقاضى أكثر عن ذلك. وخلال فترة 2003-2009، ارتفعت هوامش الربح والضرائب والرسوم الجمركية، ويرجع ذلك إلى ارتفاع أسعار المصنعين، وكانت نسبة متوسط أسعار المستهلك للأدوية الجينية المختارة في القطاع الخاص ثلاث مرات أكثر من نسبة السعر في القطاع العام في دول منظمة التعاون الإسلامي (SESRIC, 2014).

يعرف رصد تداول العقاقير على أنه العلم والأنشطة المتعلقة باكتشاف الآثار الضارة للأدوية أو أي مشكلة أخرى تتعلق بالأدوية وتقييمها وفهمها والوقاية منها. وتتسم هذه العملية في بلدان المنظمة بضعف في الكشف عن الأعراض السلبية للأدوية والتحصين والتحقيق فيها والإبلاغ عنها. ولا توجد النظم الفعالة

لضمان الجودة والمراقبة في العديد من البلدان، كما يمثل بيع الأدوية المزيفة مشكلة كبيرة. ويتم استيراد أكثر من 90% من المنتجات الطبية (SESRIC, 2014).

4.1.5 التجارة بالمستحضرات الصيدلانية

يحلل هذا القسم صادرات وواردات المستحضرات الصيدلانية في بلدان منظمة التعاون الإسلامي فضلا عن التجارة بالمستحضرات الصيدلانية البيئية في المنظمة باستخدام قاعدة بيانات الأمم المتحدة الإحصائية لتجارة السلع الأساسية على مستوى 3 أرقام من "المنتجات الطبية والصيدلانية، باستثناء دواء 542" (مجموعة SITC 541).

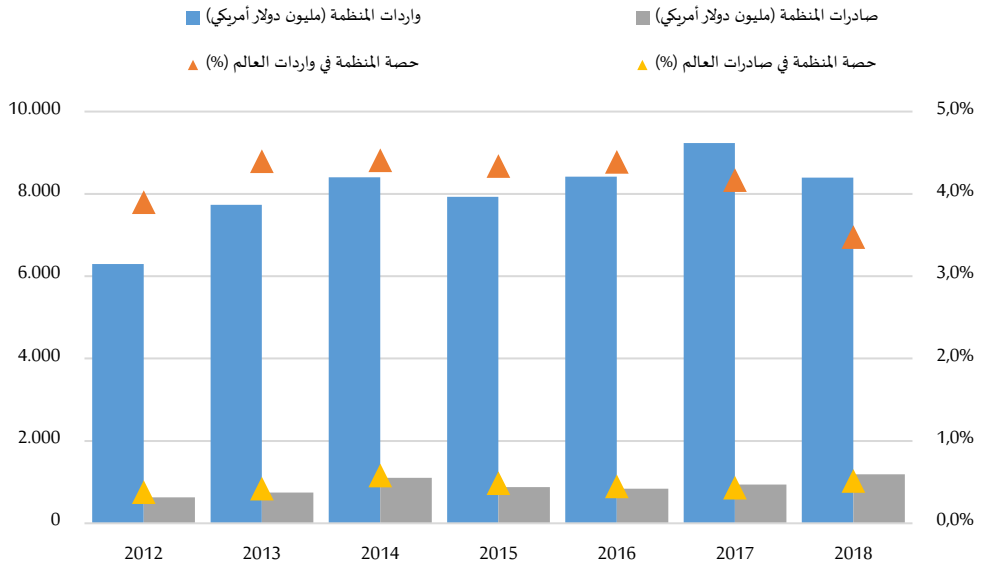
فقد أظهرت التجارة بالمستحضرات الصيدلانية العالمية اتجاها تصاعديا خلال فترة 2015-2018. وبلغت قيمة صادرات المستحضرات الصيدلانية العالمية 231 مليون دولار أمريكي في حين بلغت قيمة وارداتها 241 دولار أمريكي في عام 2018. ومع ذلك، ظلت التجارة الصيدلانية، مثل الإنتاج، تتركز بشكل كبير في البلدان المتقدمة التي تمثل نحو 95% من الصادرات العالمية واستوعبت ما يقرب من 85% من واردات المستحضرات الصيدلانية في عام 2018. وكمجموعة، مثلت البلدان المتقدمة المصدر الصافي للمنتجات الصيدلانية في حين اعتبرت البلدان النامية مستوردا صافيا.

وباعتبارها جزءا كبيرا من البلدان النامية، تعتبر الغالبية العظمى من دول المنظمة مستوردا صافيا للمستحضرات الصيدلانية وما زال نصيبها في التجارة الصيدلانية العالمية منخفضا للغاية. وكما هو مبين في الشكل 3.5، شهدت صادرات المستحضرات الصيدلانية لمنظمة التعاون الإسلامي اتجاها متزايدا خلال فترة 2012-2018. ففي عام 2018، بلغت قيمة هذه الصادرات في المنظمة 1,191 مليار دولار أمريكي بالمقارنة مع قيمة 628.7 مليون دولار في عام 2010، أي بزيادة قدرها 89%. وفي عام 2018، مثلت بلدان منظمة التعاون الإسلامي كمجموعة حوالي 0.4% من إجمالي الصادرات الصيدلانية في العالم. وبشكل عام، ظلت صادرات المستحضرات الصيدلانية للمنظمة تتركز بشكل كبير في منطقة أوروبا وآسيا الوسطى (ECA) والشرق الأوسط وشمال أفريقيا (MENA)، والتي بلغت 41.4% و 29.4% من إجمالي صادرات المنظمة على التوالي في عام 2018.

ونظرا لضعف القدرة الإنتاجية ومحدودية الدراية التكنولوجية، فإن الغالبية العظمى من دول منظمة التعاون الإسلامي غير قادرة على تأمين الإنتاج محليا لما يكفي من الأدوية اللازمة لتلبية الاحتياجات المحلية. ونتيجة لذلك، يتوجب على دول المنظمة الاستيراد من دول أخرى. وقد شهدت واردات المستحضرات الصيدلانية في المنظمة اتجاها تصاعديا وارتفعت من 6.3 مليار دولار أمريكي في عام 2012 إلى 9.2 مليار دولار أمريكي في عام 2017. وفي عام 2018، تم قياسها بمقدار 8.4 مليار دولار أمريكي. وبالمقارنة مع الصادرات الصيدلانية، ظلت حصة بلدان منظمة التعاون الإسلامي، كمجموعة، أعلى بكثير في إجمالي واردات المستحضرات الصيدلانية العالمية. وخلال فترة 2013-2017، كانت حصة البلدان الأعضاء في واردات المستحضرات الصيدلانية العالمية، في المتوسط، أعلى من 4%. وفي عام 2018، مثلت 3.5% من إجمالي الواردات الصيدلانية العالمية. وكما في الصادرات، تركزت واردات المنظمة من المنتجات الصيدلانية بشكل كبير في منطقتي الشرق الأوسط وشمال أفريقيا وأوروبا وآسيا الوسطى، ومثلت 41.3% و 31% من إجمالي واردات منظمة التعاون الإسلامي، على التوالي في عام 2018.



الشكل 3.5: التجارة بالمستحضرات الصيدلانية في منظمة التعاون الإسلامي* (2012-2018)



المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على قاعدة بيانات الأمم المتحدة الإحصائية لتجارة السلع الأساسية* تستند الحسابات إلى رمز السلع 541 (المنتجات الطبية والصيدلانية بخلاف الأدوية من المجموعة 542) في إطار التفتيح الرابع للتصنيف الدولي الموحد للتجارة الخاص بقاعدة البيانات الإحصائية لتجارة السلع الأساسية.

تتركز الصادرات الصيدلانية من دول منظمة التعاون الإسلامي إلى حد كبير في عدد قليل منها حيث سجلت 10 دول فقط في المنظمة أكثر من 95% من إجمالي صادرات المستحضرات الصيدلانية لمنظمة التعاون الإسلامي في عام 2018 (الجدول 1.5). وظلت تركيا هي أكبر دولة مصدرة للأدوية في المنظمة بصادرات قيمتها 484.1 مليون دولار أمريكي، مثلت 40.6% من إجمالي صادرات المستحضرات الصيدلانية لمنظمة التعاون الإسلامي في عام 2018. ومن بين المصدرين العشرة الأوائل في المنظمة، مثلت الدول الخمس الأولى وهي: تركيا والإمارات العربية المتحدة وماليزيا وإندونيسيا ومصر نسبة 95.7% من إجمالي صادرات المستحضرات الصيدلانية للمنظمة في عام 2018.

ويمكن ملاحظة اتجاه مماثل في حالة الواردات أيضا. ففي عام 2018، مثل أكبر 10 مستوردين أكثر من 90% من إجمالي واردات المستحضرات الصيدلانية في المنظمة (الجدول 1.5). وبقية تركيا هي المستورد الأول للأدوية ب واردات بلغت 2,237 مليون دولار أمريكي شكلت 26.6% من إجمالي واردات المستحضرات الصيدلانية في المنظمة في عام 2018. ومن بين أكبر 10 مستوردين، شكلت تركيا والمملكة العربية السعودية والإمارات العربية المتحدة وإندونيسيا وباكستان أكبر خمسة مستوردين لأكثر من 67% من إجمالي واردات المستحضرات الصيدلانية في المنظمة سنة 2018.

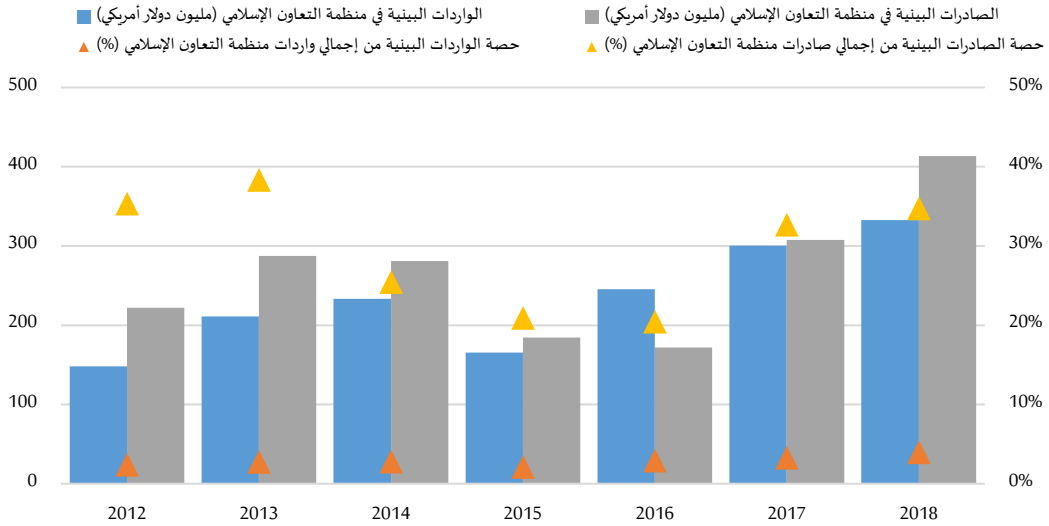


الجدول 1.5: أول عشر دول مصدرة ومستوردة للأدوية في منظمة التعاون الإسلامي، 2018

الترتيب	البلد	الصادرات (مليون \$)	الحصة من إجمالي صادرات المنظمة	الترتيب	البلد	الواردات (مليون \$)	الحصة من إجمالي واردات المنظمة
1	تركيا	484.1	%40.6	1	تركيا	2237.1	%26.6
2	الإمارات	273.0	%22.9	2	السعودية	1198.1	%14.3
3	ماليزيا	213.1	%17.9	3	الإمارات	851.8	%10.1
4	إندونيسيا	124.2	%10.4	4	إندونيسيا	763.1	%9.1
5	مصر	46.0	%3.9	5	باكستان	592.2	%7.1
6	السعودية	26.4	%2.2	6	مصر	519.4	%6.2
7	كازاخستان	8.6	%0.7	7	ماليزيا	448.6	%5.3
8	باكستان	5.2	%0.4	8	الكويت	369.7	%4.4
9	السنغال	3.4	%0.3	9	لبنان	369.7	%4.4
10	لبنان	3.1	%0.3	10	كازاخستان	307.4	%3.7

المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على قاعدة بيانات الأمم المتحدة الإحصائية لتجارة السلع الأساسية.

الشكل 4.5: التجارة البيئية بالمسحرات الصيدلانية في منظمة التعاون الإسلامي* (2012-2018)



المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على قاعدة بيانات الأمم المتحدة الإحصائية لتجارة السلع الأساسية* تستند الحسابات إلى رمز السلع 541 (المنتجات الطبية والصيدلانية بخلاف الأدوية من المجموعة 542) في إطار التقييم الرابع للتصنيف الدولي الموحد للتجارة الخاص بقاعدة البيانات الإحصائية لتجارة السلع الأساسية.



التجارة بالمستحضرات الصيدلانية البيئية في منظمة التعاون الإسلامي

على الصعيد البيئي في المنظمة، انخفض حجم التجارة البيئية بالمستحضرات الصيدلانية من 370 مليون دولار أمريكي في عام 2012 إلى 746 مليون دولار أمريكي في عام 2018. وكما هو مبين في الشكل 4.5، أظهرت صادرات المستحضرات الصيدلانية البيئية اتجاها تصاعديا خلال فترة 2012-2018 وزادت من 94 مليون دولار أمريكي إلى 109 مليون دولار أمريكي. ففي المتوسط، شكلت الصادرات البيئية أقل من نصف إجمالي صادرات المستحضرات الصيدلانية في المنظمة خلال هذه الفترة. ومع ذلك ظلت صادرات المستحضرات الصيدلانية البيئية تتركز بشكل كبير في عدد قليل من بلدان المنظمة.

وفي المقابل، شهدت حصة واردات المستحضرات الصيدلانية البيئية في دول المنظمة زيادة من 2.4% مسجلة عام 2012 إلى 4% في عام 2018 في إجمالي واردات المستحضرات الصيدلانية في المنظمة. إذ يشير هذا إلى أن العديد من دول منظمة التعاون الإسلامي تعتمد بشكل كبير على الدول غير الأعضاء في المنظمة لتلبية الطلب المحلي فيما يتعلق بالمنتجات الصيدلانية (الشكل 4.5).

2.5 اللقاحات

يسيطر عدد قليل من الشركات متعددة الجنسيات على صناعة اللقاحات العالمية. ومع ذلك، أصبحت بعض الشركات في الصين والهند وغيرها من الاقتصادات الناشئة مؤخرا من صناعات اللقاحات الكبار وبدأت ببيع اللقاحات في الأسواق الدولية. وقد اتسم قطاع اللقاحات لسنوات عديدة بضوابط الأسعار الحكومية، وهي مجموعة من المنتجات الناضجة بناء على مجموعة محدودة من التكنولوجيات. وقيدت هذه الخصائص مستوى الاستثمار ووتيرة ناتج الابتكار التكنولوجي. ولكن في السنوات الأخيرة، حيث تم إدخال لقاحات جديدة لتحل محل التقنيات القديمة وتعالج مجالات مرضية جديدة، تحسنت كذلك البيئة التسعيرية.

1.2.5 الإنتاج

ارتفع السوق العالمي للقاحات بشكل كبير خلال العقود الأخيرة من 5 مليارات دولار أمريكي عام 2000 إلى 34 مليارات دولار أمريكي في عام 2017. وهو يعتبر سوقا سريع النمو بمعدل نمو سنوي قدره 10-15%. وقدر بأن سوق اللقاحات يبلغ 2-3% من السوق الصيدلانية العالمية (WHO, 2013). فعلى الصعيد العالمي، تتركز مبيعات اللقاحات بشكل كبير في البلدان المتقدمة التي تمثل أكثر من 80% من إجمالي المبيعات من حيث القيمة. ويعتبر تصنيع اللقاح عملا تجاريا معقدا جدا ويرجع ذلك أساسا إلى العائدات الضعيفة على الاستثمار والمخاطر العالية في مجال البحث والتطوير. ويعود سبب انخفاض عدد الدول المنتجة للقاحات من 63 في 1990 إلى 44 في عام 2010، رغم زيادة الطلب على اللقاحات، جزئيا إلى هذه العوامل. واليوم، صارت البلدان النامية الناشئة هي المنتج الأكبر للقاحات. واعتبارا من عام 2013، تم تأمين أكثر من 70% من الطلب العالمي على اللقاحات بواسطة ثلاث دول فقط هي: الصين والهند وإندونيسيا (WHO, 2013).

وبقيت القدرة الإنتاجية للقاحات منخفضة جدا في جميع أنحاء دول منظمة التعاون الإسلامي. ووفقا لأحدث التقديرات، فإن اثنين فقط من دول المنظمة، وهما: إندونيسيا وإيران، هما اللتان تتمتعان بقدرات جيدة في التصنيع في حين أنه يعاب على منتجي اللقاحات الآخرين مثل السنغال وأوزبكستان وبنغلاديش وتونس ومصر ضعف قدراتها الإنتاجية. ويلاحظ أن إندونيسيا هي العضو الأكثر تميزا في الأداء بحصة بلغت 10% من الإنتاج العالمي للقاحات، وهي بذلك تعتبر ثالث أكبر منتج للقاحات بعد الصين والهند.

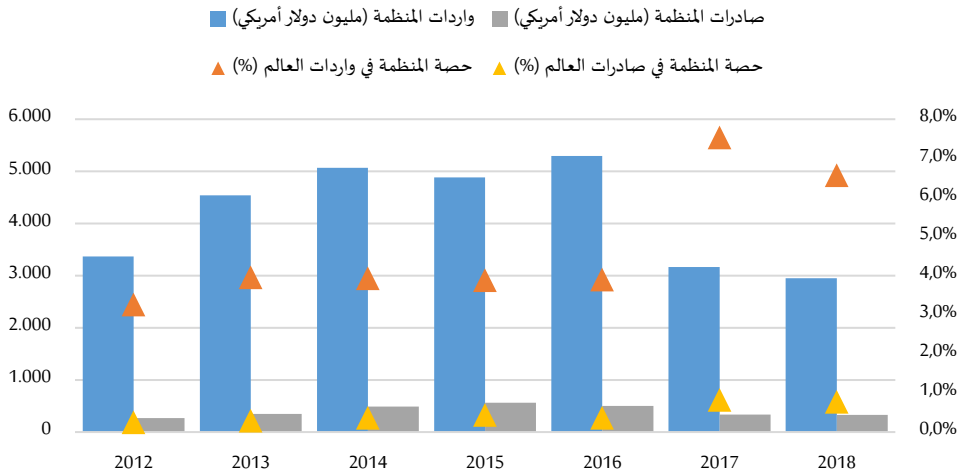


2.2.5 التجارة

نظرا لمحدودية إنتاج اللقاحات في بلدان منظمة التعاون الإسلامي، فهي تعتمد اعتمادا كبيرا على واردات اللقاحات. وقد تم استخدام قاعدة بيانات الأمم المتحدة الإحصائية لتجارة السلع الأساسية على مستوى 4 أرقام من "غليكوسيدات أو غدد أو أعضاء أخرى ومستخلصاتها؛ أمصال مضادة، ولقاحات ومنتجات مماثلة" (مجموعة SITC 5416) من أجل تحليل مجال تجارة اللقاحات في المنظمة. فخلال الفترة ما بين عامي 2012 و 2018، أظهرت صادرات المنظمة من اللقاحات اتجاها تصاعديا من 268 مليون دولار أمريكي في عام 2012 إلى 331 مليون دولار أمريكي في عام 2018 بحصة 0.8% من المجموع العالمي. وبالمثل، ارتفعت واردات المنظمة من اللقاحات من 3.37 مليار دولار أمريكي في عام 2012 إلى 5.3 مليار دولار أمريكي في عام 2016. ومع ذلك، فقد تراجعت خلال فترة 2017-2018، بحيث تم قياسها بمقدار 2.95 مليار دولار أمريكي في عام 2018، ممثلة حصة قدرها 6.6% في العالم (الشكل 5.5).

وتظهر دول منظمة التعاون الإسلامي بنية متجانسة من حيث شراء اللقاحات. فإن دول المنظمة ذات الدخل المنخفض تقوم بشراء اللقاحات إلى حد كبير من خلال التحالف العالمي للقاحات والتحصين (GAVI). في حين أن البلدان المرتفعة الدخل مثل دول الخليج تشتري اللقاحات الجديدة بنفسها. وعلى العكس من ذلك، تعاني البلدان متوسطة الدخل من مصاعب مالية وتشغيلية لإدخال لقاحات جديدة. ومن بين عوامل أخرى، يشكل النقص في الأموال الكافية وارتفاع أسعار اللقاحات الجديدة السائدة العقبتين الرئيسيتين في هذا السياق. وبالإضافة إلى توفير اللقاحات، تهتم برامج التحصين الوطنية بجودة وسلامة التطعيم من خلال تبني التقنيات الآمنة للحقن (محاقن ذاتية التعطيل، وصناديق التخزين، والمحاقن) وسلسلة التبريد السليمة وصيانة مخزون اللقاحات.

الشكل 5.5: تجارة اللقاحات في منظمة التعاون الإسلامي* (2012-2018)



المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على قاعدة بيانات الأمم المتحدة الإحصائية لتجارة السلع الأساسية* تستند الحسابات إلى رمز السلع 5416 (غليكوسيدات أو غدد أو أعضاء أخرى ومستخلصاتها؛ أمصال مضادة، ولقاحات ومنتجات مماثلة) في إطار التصنيف الرابع للتصنيف الدولي الموحد للتجارة الخاص بقاعدة البيانات الإحصائية لتجارة السلع الأساسية.



يتم تصنيف بلدان المنظمة في مجموعتين وفقاً لمصدر اللقاحات التي يتم استخدامها في البرنامج الموسع للتحصين (EPI). وتتكون المجموعة الأولى من 31 دولة في المنظمة تحصل على مصادر اللقاحات عن طريق اليونيسيف والتحالف العالمي للقاحات والتحصين (GAVI) مثل أفغانستان، وبنغلاديش، وبنين، وبوركينا فاسو، والكاميرون، وتشاد، وجزر القمر. أما المجموعة الثانية فتشير إلى بلدان المنظمة التي تحصل على اللقاحات مباشرة من الشركات المصنعة مثل البحرين، والكويت، وإيران، والعراق، والأردن، وليبيا، وعمان وفلسطين وقطر.

3.5 التكنولوجيا الطبية

تعتبر التكنولوجيات الصحية، خاصة تلك التي تتعامل مع الأجهزة الطبية، أساسية للخدمات المقدمة في مجالات الوقاية والتشخيص والعلاج من الاعتلال والمرض والإعاقة. وتوجد عدة تعريفات لمصطلح التكنولوجيات الصحية. فوفقاً للمبادرة العالمية التقنيات الصحية، تشير التكنولوجيات الصحية إلى تطبيق المعارف والمهارات المنظمة على شكل أجهزة وإجراءات ونظم وضعت لحل مشكلة صحية وتحسين نوعية الحياة.

ويهدف هذا القسم إلى تقديم وضع تطوير برنامج التكنولوجيا الصحية المخصصة للأجهزة الطبية في السوق العالمية ودول منظمة التعاون الإسلامي باستخدام المسح الأساسي القطري حول الأجهزة الطبية الذي أجرته منظمة الصحة العالمية بين عامي 2010 و 2013.

1.3.5 سوق الأجهزة الطبية

الشكل 6.5: السوق العالمي للأجهزة الطبية



المصدر: منظمة الصحة العالمية، أطلس العالمية للأجهزة الطبية، 2013-2014

تشير الأجهزة الطبية إلى مقال أو أداة أو وحدة أو جهاز يستخدم في الوقاية أو التشخيص أو العلاج من اعتلال أو مرض أو للكشف عن أو قياس أو استعادة قدرة أو تصحيح أو تعديل هيكل أو وظيفة الجسم لبعض الأغراض الصحية. وهناك ما يقرب من 10,000 نوع من مجموعات الأجهزة الطبية الجنيصة المتاحة من خلال الأسواق العالمية. وكما هو مبين في الشكل 6.5، مثلت معدات التصوير التشخيصي أكبر نسبة (26%) من السوق العالمية، تلتها الأجهزة الكهربائية الطبية الأخرى مثل الشاشات وأجهزة تنظيم ضربات القلب، بما في ذلك أجهزة التعقيم التي بلغت نسبتها نحو 30%، ثم المواد الاستهلاكية (15%) وأجهزة جراحة العظام وكذلك الأجهزة التعويضية (13%). وفي عام 2014، تم تقدير قيمة السوق العالمي للأجهزة الطبية بحوالي 361 مليار دولار أمريكي. وبمتوسط نمو يبلغ 3%، فإن السوق العالمي للأجهزة الطبية سيصل إلى 427 مليار دولار أمريكي في عام 2018. وبالنسبة لسوق "بقية العالم" (جميع المناطق خارج الولايات المتحدة وأوروبا وآسيا) فهو يمثل خمس السوق العالمي للأجهزة الطبية.



2.3.5 سياسات التكنولوجيا الصحية

من شأن التوفر على سياسة وطنية في مجال التكنولوجيا الصحية (الجهاز الطبي) المساعدة في ضمان الاستخدام الأمثل للموارد وفقاً لاحتياجات السكان. ففي 2013/2014، كان لدى 23 من أصل 48 دولة في منظمة التعاون الإسلامي (48%) على سياسة وطنية في مجال التكنولوجيا الصحية. وفي المقابل، 25 من أصل 48 دولة في المنظمة (52%) لم يكن لديها مثل هذه السياسات. وتعتبر هذه النسبة مرتفعة بالمقارنة مع متوسط الدول المتقدمة التي بلغت 38%، ومماثلة للمتوسط العالمي البالغ 52%. ولدى دول بنين، والأردن، والمغرب، وعمان، وقطر والمملكة العربية السعودية سياسات وطنية في مجال التكنولوجيا ولكنها ليست جزءاً من البرنامج/ الخطة أو السياسة الوطنية في مجال الصحة.

ويمكن لوحدها في وزارة الصحة إجراء تقييم للتكنولوجيا الصحية أو التخطيط لها أو اقتنائها أو استخدامها أو أي نوع آخر من المهام المتعلقة بإدارة الأجهزة الطبية. وفي فترة 2013-2014، كانت 40 من أصل 48 دولة في منظمة التعاون الإسلامي (83%) تتوفر على مثل هذه الوحدة في وزارة الصحة. ويشير هذا الوضع إلى أنه على الرغم من أن العديد من دول المنظمة تتوفر على وحدات مسؤولة عن إدارة الأجهزة الطبية، فهي تفتقد سياسة وطنية تعنى بالأجهزة الطبية، مما يعني أن هذه الوحدات في وزارة الصحة ليست فعالة (SESRIC, 2014a). وبعبارة أخرى، يجب على من يقومون بالتخطيط الوطني في مجال الصحة في عدد من دول منظمة التعاون الإسلامي الاعتراف بمفاهيم مثل تقييم وإدارة التكنولوجيا الصحية. وعلاوة على ذلك، 8 من أصل 48 دولة في المنظمة مثل بنغلاديش، وبوركينا فاسو وتشاد وجزر القمر لم تكن تتوفر على أي وحدة ذات الصلة (الشكل 7.5).

الجدول 1.5: سياسة وطنية تعنى بالتكنولوجيا الصحية ووحدة ذات صلة في وزارة الصحة، 2013-2014		
لا	نعم	
25	23	هل تتوفر بلدكم على سياسة وطنية تعنى بالتكنولوجيا الصحية؟
8	40	هل تتوفر بلدكم على وحدة تعنى بالتكنولوجيا الصحية داخل وزارة الصحة؟

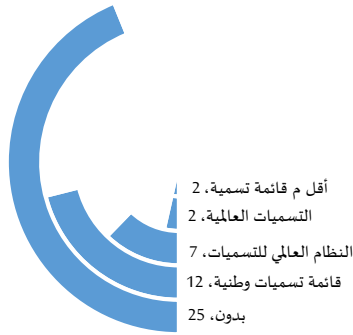
المصدر: منظمة الصحة العالمية، مستودع البيانات

قوائم الأجهزة الطبية المعتمدة

يعتبر توافر قائمة وطنية للأجهزة الطبية المعتمدة للشراء أو السداد أحد المؤشرات الواردة في الهدف الاستراتيجي لمنظمة الصحة العالمية الحادي عشر الذي يدعو إلى تحسين فرص الحصول على منتجات وتكنولوجيات الرعاية الصحية الآمنة والفعالة. وخلال فترة 2013-2014، لم تكن لدى 28 من أصل 47 دولة في المنظمة، التي تتوفر عنها البيانات، أي قائمة وطنية للأجهزة الطبية المعتمدة بالشراء أو السداد في البلد. أما الأردن ومالي وطاجيكستان وتركيا وأوغندا فقد كان لديها قائمة وطنية للأجهزة الطبية المعتمدة للشراء أو السداد. وخلال نفس الفترة، كانت 12 دولة من أصل 47 دولة في المنظمة تتوفر على قائمة وطنية ولكنها كانت مجرد توصية (الشكل 8.5).



الشكل 8.5: بلدان المنظمة التي تتوفر على تسميات للأجهزة الطبية، 2013-2014



المصدر: منظمة الصحة العالمية، مستودع البيانات

الشكل 7.5: بلدان المنظمة التي تتوفر على قائمة وطنية بالأجهزة الطبية، 2013-2014



المصدر: منظمة الصحة العالمية، مستودع البيانات

التسمية الرسمية للأجهزة الطبية

يشير نوع نظام التسمية للأجهزة الطبية داخل البلاد إلى عدد من أنظمة التسميات بشأن الأجهزة الطبية التي تسهل عمليات أفضل للتصنيف والتنظيم والإدارة. وإن بيانات المسح الذي أجرته منظمة الصحة العالمية تقدم معلومات عن استخدام هذه النظم وتساعد على تحديد الحاجة إلى التسميات. وفي فترة 2013-2014، لم تستخدم 25 من أصل 48 دولة في منظمة التعاون الإسلامي أي نوع من التسميات. ومع ذلك، فإن 12 من أصل 48 دولة في المنظمة مثل ألبانيا ومصر وكازاخستان وتركيا وتونس وأوغندا استخدمت نظاما للتسمية طُور على الصعيد الوطني. في حين اعتمدت غامبيا وإندونيسيا في نظام التسميات الخاص بهما على أكثر من نظام واحد (الشكل 8.5).

الشكل 9.5: بلدان المنظمة التي تشتري الأجهزة الطبية، 2013-2014



المصدر: منظمة الصحة العالمية، مستودع البيانات

وقد استخدمت الأردن وقرغيزستان والمغرب وقطر والسودان وسيراليون والصومال نظام تسمية مبني على أساس النظام العالمي لتسميات الأجهزة الطبية (UMDNS). وعلاوة على ذلك، استخدمت طاجيكستان، وماليزيا نظام تسمية بناء على أساس تسميات الأجهزة الطبية العالمية (GMDN). وفي المقابل، استخدمت 7 دول فقط من أصل 48 دولة في منظمة التعاون الإسلامي، وهي: ألبانيا وليبيا والسعودية والسنگال والسودان وطاجيكستان التسميات لأغراض التنظيم أو الشراء أو التخزين.

شراء الأجهزة الطبية

إن عملية شراء الأجهزة الطبية التي يتم تنفيذها على المستوى الوطني هي الطريقة التي تجلب بها البلدان الأجهزة الطبية سواء على المستوى الوطني أم لا. فهي



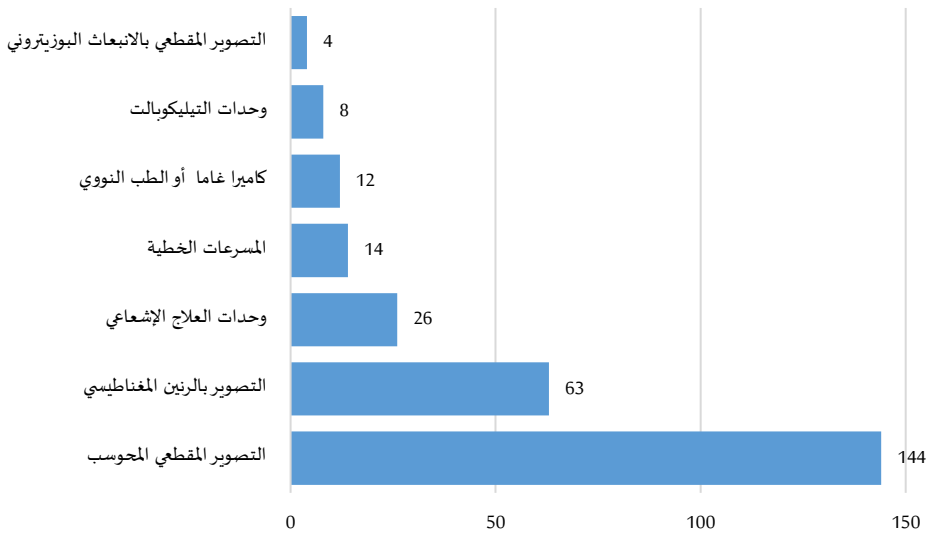
تسمح للبلدان بوضع بيانات محددة عن عملية الشراء. ويؤدي العرض المفرط من المنتجات المشتراة إلى تصاعد تكاليف التسليم، وعدم الإنصاف في إمكانية الوصول إليها بين السكان (WHO/EMRO, 2012). ولم يتم شراء الأجهزة الطبية على المستوى الوطني في 15 من أصل 48 دولة في المنظمة، تتوفر عنها البيانات (الشكل 9.5).

علاوة على ذلك، يعتبر التوجيه الوطني أمرا لا غنى عنه لتوزيع الموارد في سياق محلي. فإن المبادئ التوجيهية أو السياسات أو التوصيات الوطنية بشأن شراء أجهزة طبية تعتبر ذات أهمية من أجل التخصيص الأمثل للموارد وعملية شراء الأجهزة الطبية. ولكن 22 من أصل 48 دولة في منظمة التعاون الإسلامي، التي تتوفر عنها البيانات، لم يكن لديها أية مبادئ توجيهية لشراء الأجهزة الطبية.

توافر الأجهزة الطبية

بشكل عام، تعد المعدات المتخصصة في مجال التكنولوجيا العالية أقل توفرا في بلدان منظمة التعاون الإسلامي. وفي فترة 2013-2014، مثلت وحدات مسح التصوير المقطعي المحوسب (CT) من القطاعين العام والخاص أعلى كثافة للأجهزة الطبية بين دول المنظمة بمجموع 144 جهاز لكل مليون نسمة (الشكل 10.5). ويلي وحدات التصوير المقطعي في الكثافة كل من وحدات التصوير بالرنين المغناطيسي (MRI)، ووحدات العلاج الإشعاعي (RT)، والمسرع الخطي (LA)، وكاميرا غاما أو الطب النووي (GC أو NM) ووحدات التيليكوبالت (TU)، والتصوير المقطعي بالانبعاث البوزيتروني (PET) بفارق يتراوح بين 4 و 63 وحدة لكل مليون نسمة في دول المنظمة (الشكل 10.5).

الشكل 10.5: كثافة الأجهزة الطبية في دول منظمة التعاون الإسلامي، (لكل مليون شخص)، 2013-2014



المصدر: منظمة الصحة العالمية، مستودع البيانات



الفصل السادس

إدارة المخاطر في حالات الطوارئ الصحية

تتميز حالات الطوارئ التي تواجهها البلدان في جميع أنحاء العالم بالتنوع الكبير واتساع نطاقها، وتشمل أنواعا مختلفة من المخاطر الطبيعية، والصراعات، والنزوح الجماعي، وتغير المناخ، والفقر من بين شواغل أخرى للصحة العامة. ومن الجدير الإشارة إلى الخصوصية التي تُميز الصحة فيما يتعلق بحالات الطوارئ. فإن معظم حالات الطوارئ، إن لم تكن كلها، تؤثر على صحة الأفراد. وتشمل اهتمامات الصحة العامة العالمية التي تنشأ عن حالات الطوارئ تفشي الأمراض المعدية والتلوث الكيميائي والإشعاعي والإعاقات والمشاكل النفسية وغيرها من الآثار الصحية. فخلال مثل هذه الحالات الطارئة، غالبا ما يتم عزل الناس عن الرعاية الأساسية والضرورية، والأدوية المنقذة للحياة، والبنية التحتية المناسبة والإمدادات الطبية.

واليوم، يتأثر واحد من كل أربعة أطفال بالنزاعات أو الكوارث (اليونيسيف، الصحة في حالات الطوارئ، 2018). وفي عام 2017، أثرت أكثر من 300 كارثة طبيعية على أكثر من 95.6 مليون شخص، مما أسفر عن مقتل 9,697 شخصا إضافيا مكلفا ما مجموعه 335 مليار دولار أمريكي (Relief web, 2018). وتشير التقديرات إلى وجود ما يقرب من ملياري فرد يعيشون في بلدان تتأثر فيها نتائج التنمية بالهشاشة والصراعات والعنف (WB, 2017). وعلى الصعيد العالمي، تعرض 65.6 مليون شخص للنزوح القسري. كما يتسبب تغير المناخ في تداعيات بيئية تؤدي إلى آثار بالغة في جميع أنحاء العالم.

وتقع الصحة في محور حالات الطوارئ المذكورة أعلاه. وبالتالي، من الضروري التوفر على آليات مناسبة لإدارة مخاطر الطوارئ لتقليل الآثار الصحية السلبية الناتجة عنها بشكل فعال. وقد تركز النهج التقليدي للصحة في حالات الطوارئ على الاستجابة الفعالة لهذه الطوارئ. ومع ذلك، هناك مؤخرا تحرك نحو مزيد من التركيز على منع وقوع حالات الطوارئ والتخفيف من حدتها. فقد كانت بعض البلدان أكثر نجاحا في اتخاذ تدابير وقائية مثل بناء أنظمة صحية مرنة تستند إلى حماية المرافق والخدمات وزيادة القدرات على توفير خدمات استجابة وإنعاش فعالة وفي حينها. ومع ذلك، لا تزال معظم البلدان في جميع أنحاء العالم تتفاعل مع حالات الطوارئ من خلال الآلية التقليدية للاستجابة.

وفي محاولة لمكافحة المخاوف الصحية في حالات الطوارئ على النطاق العالمي، ذكرت منظمة الصحة العالمية بشكل مباشر حماية الأشخاص من حالات الطوارئ الصحية كهدف في خطتها الاستراتيجية الخمسية (منظمة الصحة العالمية، 10 تهديدات للصحة العالمية في عام 2019) - برنامج العمل العام الثالث عشر. وتركز الخطة الواردة في الوثيقة على مقصد ثلاث أضعاف المليار: ضمان استفادة مليار



شخص إضافي من إمكانية الحصول على التغطية الصحية الشاملة، وحماية مليار شخص آخر من حالات الطوارئ الصحية، وضمان تمتع مليار شخص آخر بصحة ورفاه أفضل (WHO, 2019). وضمن هذه التطورات العالمية لحالات الطوارئ وضرورة قيام القطاع الصحي بالاستعداد لمثل هذه المواقف ومنعها والتخفيف من حدتها والاستجابة لها، فإنه من الأهمية بمكان أن نقيم الوضع في الدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي

كما تواجه معظم الدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي مجموعة واسعة من حالات الطوارئ الناجمة عن الكوارث الطبيعية والصراعات المسلحة والفقروغيرها. وغالبا ما يكون لهذه الحالات الطارئة آثارا على الهياكل السياسية والاجتماعية والاقتصادية والعامية لبلدان المنظمة. فسواء أكانت بسبب الكوارث الطبيعية أو الصراعات أو تفشي الأمراض أو أي مخاطر أخرى، يمكن لأزمات الطوارئ أن يكون لها آثارا خطيرة على النظم الصحية. ويتمثل التحدي الأكثر أهمية الذي يواجهه الدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي في تعزيز نظمها الصحية لتكون أكثر مرونة وفعالية في التعامل مع حالات الطوارئ.

وتختلف الدول الأعضاء في المنظمة في عدد من الجوانب بما في ذلك الوضع الاجتماعي والاقتصادي ومستوى التنمية والبنية التحتية والصحة. كما تُظهر حالات الطوارئ التي تواجهها أيضا عدم التجانس بينها. ففي حين أن بعضها يواجه كوارث طبيعية، فإن بلدانا أخرى تغمرها حالات الطوارئ بسبب النزاعات والعنف. وتستأثر بلدان المنظمة بنسبة 61.5% من إجمالي السكان النازحين في العالم بأكثر من 25 مليون نازح (SESRIC, 2017). وقد أصبحت سوريا في قلب إحدى أشد الأزمات الإنسانية قسوة في العصر الحديث. وعلاوة على ذلك، شهدت الكوارث الطبيعية خلال الأربعة عقود الماضية اتجاها متصاعدا أكثر حدة داخل دول المنظمة حيث ارتفعت بشكل كبير من حوالي 681 حالة مسجلة في فترة التسعينات إلى 1,747 في الفترة ما بين عامي 2000 و 2016 بمعدل يزيد عن المتوسط العالمي (SESRIC, 2017). وإلى جانب التكاليف الاجتماعية والاقتصادية الكبيرة الناجمة عن هذه الصراعات والكوارث، يواجه الناس في جميع أنحاء بلدان منظمة التعاون الإسلامي قيودا كبيرة في مجال الصحة وأوجه قصور في حالات الطوارئ.

وعلى الرغم من اختلاف حالات الطوارئ، فإن نقاط ضعفها في القطاع الصحي تتسم بالعديد من أوجه التشابه. ومن خلال إدراج الأساليب والسياسات المشتركة لإدارة الكوارث فيما يتعلق بالنظام الصحي، فإنه يمكن تعزيز قدرة المجتمعات على الصمود في وجه هذه الحالات وكذا النظام الصحي. ويظل التحدي الذي تواجهه الدول الأعضاء في المنظمة متمثلا في التخلي عن الاستجابة والانتعاش للانتقال إلى الحد من حدوث الكوارث والتخفيف منها في أنظمتها الصحية. ومن المهم الإشارة إلى أن بعض دول المنظمة قد أحرزت تقدما في إدارة مخاطر الكوارث واستجاباتها الصحية. ومع ذلك، فإن القدرات الصحية لبلدان منظمة التعاون الإسلامي تُظهر تنوعا كبيرا. وتعد النزاعات المستمرة ونقص التمويل في النظم الصحية ومحدودية الوصول إلى الموارد والتكنولوجيا وغيرها من أبرز العوامل التي تؤثر على قدرة بلدان المنظمة على تطوير قدراتها.

وفي ضوء المناقشة أعلاه، يركز هذا القسم على احتياجات وقدرات الدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي في مجال الطوارئ الصحية. ويكرر التأكيد على الدور البارز للنظم الصحية والحاجة إلى تعزيزها من أجل إدارة حالات الطوارئ. كما يقيم الفصل الوضع الحالي في بلدان منظمة التعاون الإسلامي؛ ولكن بسبب الطبيعة المحدودة للبيانات المتعلقة بالمعلومات حول الاستجابة الصحية، لم يكن من الممكن تقديم تقييم شامل. ومع ذلك، فإنه يوفر نظرة عامة تشدد حاجة بلدان المنظمة إليها. ولأن النزاعات



تشكل مصدرا رئيسيا للشواغل الصحية ولكونها أكثر وضوحا في بلدان منظمة التعاون الإسلامي، يخلص القسم الأخير من الفصل بتحليل للوضع الصحي في الدول الأعضاء في المنظمة المتأثرة بالتزاعات.

1.6 الحاجة إلى تعزيز قدرات النظام الصحي

تحدث الحالات الطارئة بمختلف أنواعها ونطاقاتها وتعقيدها في أجزاء متعددة من العالم بغض النظر عن المجموعة الواسعة من التدابير والإجراءات التي يتم اتخاذها للحيلولة دون وقوعها. وعندما تحدث حالات الطوارئ، تحتاج البلدان والمجتمعات إلى الاستعداد للعواقب الإنسانية والاقتصادية والاجتماعية والصحية المحتملة. وتتمثل الحلقة الأضعف في أي بلد خلال التعامل مع حالة طوارئ في تأمين الخدمات الصحية لمواطنيها وضمان رفاهيتهم. وسواء كان ذلك بسبب المخاطر الطبيعية أو النزاعات من صنع الإنسان، فإن استمرارية النظام الصحي واستدامته يواجهان مخاطر جسيمة خلال أوقات الأزمات. وتمتلك حالات الطوارئ القدرة على تدمير سنوات من تنمية القطاع الصحي بسبب الأضرار التي تلحقها بالبنية التحتية والإمدادات والعمال في المجال الصحي وفي نهاية المطاف الأنظمة الصحية ككل.

فخلال أوقات الطوارئ، يصبح تقديم خدمات صحية فعالة أكثر أهمية لتقليل الخسائر المترتبة عنها على الناس. ويتطلب الاستعداد لحالات الطوارئ زيادة قدرة النظام الصحي في البلدان والجهات الفاعلة الإقليمية والدولية وجعلها جاهزة للاستجابة في الوقت المناسب وبطريقة فعالة. ولذلك، من الأهمية بمكان اتخاذ تدابير معينة لتعزيز قدرات النظام الصحي بشأن إدارة حالات الطوارئ، ويتضمن ذلك القدرة على الاستعداد قبل حدوث الأزمة للقدرة على الاستجابة بفعالية عندما تنشأ، والحفاظ على الوظائف الأساسية عند وقوع الأزمة، وحماية البنى التحتية الصحية، والقدرة على إعادة التنظيم إذا تطلب الوضع ذلك (Kruk et al. 2015). وهناك عدد من العناصر المختلفة التي من شأنها تعزيز قدرات النظام الصحي بنجاح، والتي تتراوح من السياسة والصياغة والبحث والتدريب إلى تلبية متطلبات التمويل والبنية التحتية والعرض. وقبل الشروع في مناقشة هذه العناصر، من المهم تسليط الضوء على أن تعزيز قدرة النظام الصحي في حالات الطوارئ يتطلب تعزيز النظم الصحية ككل قبل الأزمات وما بعدها وضمان تشغيلها بشكل صحيح.

ويتمثل أول عنصر مهم في تعزيز قدرات النظام الصحي في التمويل. فعلى المستوى العالمي، تعاني المؤسسات الصحية في البلدان المنخفضة الدخل من نقص التمويل وتتركز عادة على التدخلات قصيرة الأجل التي تفتقر إلى الاستدامة المطلوبة لتعزيز النظم الصحية. وإن المؤسسات في البلدان المنخفضة الدخل مثل وزارات الصحة والجامعات ومنظمات السياسة الصحية تعاني عادة من نقص في التمويل، وغالبا ما يكون التمويل غير نظاميا ومسخرا حصريا للقضايا والمشايخ قصيرة الأجل (Swanson et al., 2019). وتؤثر السياسات العالمية على المستوى الكلي مثل المساعدات وقضايا الملكية الفكرية والتسعير الصيدلاني أيضا على قدرات النظم الصحية. كما تعيق الحواجز الناجمة عن التمويل قدرة البلدان على بناء أنظمة صحية مرنة وفعالة وتشغيلية. لذلك، يعد التمويل مكونا حيويا لتعزيز قدرات النظام الصحي ليس فقط للعمل بشكل صحيح خلال الأوقات "العادية" ولكن أيضا للعمل بفعالية أثناء حالات الطوارئ.

كما يمثل تمويل النظم الصحية مصدر قلق رئيسي للدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي. وكما نوقش بشكل شامل في الأقسام السابقة، فإن نصيب الفرد من النفقات الصحية لمنظمة التعاون الإسلامي، كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي وحصص الإنفاق الحكومي، كلها أقل من متوسطي مجموعتي العالم والبلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة (راجع الفصل 2). وبدون التمويل اللازم، فإنه من الصعب جدا زيادة قدرات النظام الصحي للعب دور نشط في إدارة حالات الطوارئ. وتواجه العديد



من دول منظمة التعاون الإسلامي مجموعة متنوعة من الأخطار الطبيعية والبشرية، التي تتطلب التمويل والموارد من أجل مجموعة واسعة من القضايا التي تتراوح بين الكوارث الطبيعية وتفشي الأمراض والتجمعات الجماهيرية والنزاعات. وفي معظم الأحيان، تواجه هذه البلدان أكثر من حالة خطر واحدة. ويعرض الجدول 1.6 المخاطر المتعددة التي تواجهها مختلف بلدان منظمة التعاون الإسلامي. وتتطلب كل هذه القضايا تمويلًا مستهدفًا لتقليل المشكلات الصحية الناشئة عن هذه الحالات الخطرة والقضاء عليها. ومن خلال التمويل الشامل والمنهجي، يمكن للدول الأعضاء في المنظمة زيادة قدرات نظمها الصحية للتعامل مع المخاطر المتعددة التي تواجهها.

الجدول 1.6: الأخطار في الدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي، 2016-2018			
البلد	أخطار	البلد	أخطار
أفغانستان	الكوارث الطبيعية، تفشي الأمراض، النزاعات المسلحة، السكان النازحون	عمان	تفشي الأمراض، الكوارث الطبيعية، استضافة السكان النازحين، هجرة العمالة
البحرين	تفشي الأمراض، هجرة العمالة	باكستان	الكوارث الطبيعية، تفشي الأمراض، السكان النازحون، التجمعات الجماهيرية
جيبوتي	تفشي الأمراض	فلسطين	النزاع المسلح، تفشي الأمراض
مصر	تفشي الأمراض، استضافة السكان النازحين	قطر	تفشي الأمراض، هجرة العمالة، التجمعات الجماهيرية
الأردن	تفشي الأمراض، استضافة السكان النازحين	السعودية	الكوارث الطبيعية، تفشي الأمراض، هجرة العمالة، التجمعات الجماهيرية
إيران	الكوارث الطبيعية، تفشي الأمراض	الصومال	الكوارث الطبيعية، النزاع المسلح، تفشي الأمراض
العراق	الكوارث الطبيعية، النزاع المسلح، تفشي الأمراض، التجمعات الجماهيرية	السودان	الكوارث الطبيعية، النزاع المسلح، تفشي الأمراض
الكويت	تفشي الأمراض، هجرة العمالة	سوريا	النزاع المسلح، تفشي الأمراض، السكان النازحون
لبنان	لبنان	تونس	الكوارث الطبيعية، تفشي الأمراض، التجمعات الجماهيرية
ليبيا	تفشي الأمراض، النزاع المسلح	الإمارات	تفشي الأمراض، هجرة العمالة، التجمعات الجماهيرية
المغرب	تفشي الأمراض، هجرة العمالة	اليمن	النزاع المسلح، تفشي الأمراض

المصدر: استمدت من منظمة الصحة العالمية، قمة الصحة العالمية السابعة، 2019

وتتمثل إحدى الجوانب المهمة الأخرى لعملية تعزيز النظم الصحية لتصبح أكثر تأهبًا للاستجابة لحالات الطوارئ في بناء القدرات في مجال البحوث الصحية. فهي تدعم مساعي تحديد المشكلات والحلول في حالات الطوارئ، وهي لبنة أساسية في بناء قدرات النظام الصحي. ومن خلال البحوث الصحية الصحيحة، يمكن إدارة المخاوف الصحية أثناء الأزمة بشكل أفضل، وتقليل عبءها على حياة الأفراد. ولا يقتصر الأمر على أهمية البحوث الصحية خلال حالات الطوارئ للاستجابة لها بشكل فعال فقط، بل إنها ضرورية أيضًا قبل اندلاع أزمة معينة. كما يمكنها أن تساعد قبل الأزمة في التخفيف من حدة المشكلة من خلال الكشف عن حجم حالة الطوارئ قبل حدوثها، والإمدادات والاحتياجات المطلوبة، وأنواع المخاطر الصحية التي قد تسببها الأزمة والطريقة التي يجب أن تتم بها الاستجابة.



وعلى الرغم من زيادة مستويات الاستثمار في تعزيز قدرات البحوث الصحية، إلا أنها تتم بشكل غير متناسب في بلدان الشمال (Bowsher et al., 2019). فعلى سبيل المثال، أثبتت لانسيت غلوبال هيلث (Lancet Global Health) أن 35% فقط من المؤلفين ينتمون إلى البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل (LMIC) بينما البقية منهم من الدول المتقدمة. وعلى هذا النحو، يرى بوشر وآخرون (2019) أن القدرة الحالية لإجراء البحوث الصحية في العديد من البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل لا تزال محدودة وتقوض تحويل النظم الصحية إلى كيانات مستدامة قادرة على معالجة حالات الطوارئ بشكل فعال.

وهناك جانب إضافي من البحوث الصحية، التي تكتسي أهمية خاصة بالنسبة لبلدان منظمة التعاون الإسلامي، وهو البحوث الناشئة من البلدان التي تشهد صراعات. فالبحوث التي تنبع من البلدان المتضررة من النزاعات أقل شيوعاً على الرغم من الاحتياجات الصحية الماسة للسكان المتضررين من النزاعات (Bowsher et al., 2019). كما تميل البحوث والمنشورات إلى الانخفاض في منطقة منظمة التعاون الإسلامي بالمقارنة مع مجموعات البلدان الأخرى (SESRC, 2019). وضمن هذا السياق، تكون البحوث الصحية في بلدان المنظمة بما في ذلك تلك التي تعاني من نزاعات محدودة للغاية إن وجدت. لذلك، تحتاج بلدان المنظمة إلى توفير قدر أكبر من الجهد لزيادة البحوث الصحية كجزء من إطارها لتعزيز قدرة النظام الصحي على مواجهة حالات الطوارئ والأزمات التي تواجهها بشكل مناسب، أو قد تواجهها في المستقبل.

ومن العناصر المكمل للتمويل والبحث ضرورة وضع سياسات صحية تدعم النظم الصحية الفعالة لإدارة الطوارئ. فعلى المستوى الوطني، تؤثر السياسات الصحية والأعراف الاجتماعية والقطاع الخاص بقوة على قدرة النظم الصحية. وإن سياسات مثل التمويل والتنظيم واستثمارات البنية التحتية والاستخدام التكنولوجي تمكن أو تعرقل قدرة القطاعات الصحية على تقديم التدخلات الصحية بشكل فعال وخاصة في حالات الطوارئ (Swanson, 2019). وفي إطار السياسة الصحية، هناك أيضاً قضايا تتعلق بالمعايير الاجتماعية مثل عدم التعامل مع الصحة كأولوية على مستويات الفرد والأسرة والمجتمع والحكومة. وعندما تصبح الصحة ثانوية بالنسبة للقضايا الأخرى، يصبح التأهب لحالات الطوارئ والتخفيف منها والاستجابة لها من حيث الصحة محدوداً. لذلك، ينبغي أن تهدف السياسات إلى تعزيز النظم الصحية عن طريق وضع لوائح معترف بها دولياً، وتوفير التمويل، وتحفيز البحوث والقضاء على المعايير الاجتماعية السلبية. وفي الدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي، تُظهر السياسات في مجال الصحة تبايناً كبيراً ونقاط قوة وضعف. وعلى الرغم من أن بعض الدول الأعضاء في المنظمة قد تحسنت في سياساتها الرامية إلى زيادة قدرات نظامها الصحي، إلا أن الكثير منها يفتقر إلى طريقة شاملة لتطوير نظمها الصحية. وهذا بدوره يؤدي إلى عدم القدرة على التأهب للطوارئ أو تخفيف حدتها أو الاستجابة لها بشكل مناسب.

وعادة ما يكون الاستخدام التكنولوجي عنصراً متديناً في نطاق قدرة النظام الصحي. فإن تعزيز قدرات النظام الصحي يشمل الأنشطة التي تعزز أي أو جميع وظائف الخدمات الأساسية مثل الموارد البشرية الصحية، والتمويل الصحي، وإدارة الصحة، ومعلومات الصحة، والمنتجات واللقاحات والتقنيات الطبية، وتقديم الخدمات. وفي هذا السياق، من المهم تسليط الضوء على أن التقنيات والمعلوماتية الصحية بطبيعتها عنصر مهم في النظم الصحية. فإن المكتبة الوطنية للطب في الولايات المتحدة الأمريكية تعرف المعلوماتية الصحية بأنها الدراسة متعددة التخصصات لتصميم وتطوير وتبني وتطبيق الابتكارات القائمة على تكنولوجيا المعلومات (IT) في تقديم خدمات الرعاية الصحية وإدارتها والتخطيط لها (Siribaddana, 2019). ولكن تكنولوجيا المعلومات تعتبر أقل شيوعاً في البلدان المتوسطة والمنخفضة الدخل بالمقارنة مع الدول المتقدمة.



ومن بين بلدان منظمة التعاون الإسلامي، تمكن البعض من إحراز تقدم في اعتماد الأدوات التكنولوجية لتعزيز قدرات النظم الصحية في حين لم يتمكن الكثير منها من استخدام مثل هذه الأنظمة. وهذه الأنواع من التقنيات تصبح أكثر أهمية خلال أوقات الأزمات، إذ أن من شأن التقنيات المعتمدة على نحو صحيح والموظفين المدربين لاستخدامها أن يقلل من المخاوف الصحية في حالات الطوارئ بشكل كبير (Siribaddana, 2019). كما تحتاج الدول الأعضاء في المنظمة إلى إيلاء المزيد من الاهتمام لاعتماد التقنيات الصحية لمساعدتها في التعامل مع أنواع مختلفة من حالات الطوارئ. ويعرض الجدول 2.6 بعض الأساليب التقليدية مقابل الأساليب التكنولوجية الجديدة في استجابة خدمات الطوارئ الطبية لحالات الطوارئ. ففي حين أن العديد من بلدان المنظمة لا تزال تميل إلى استخدام الطريقة التقليدية في حالات الطوارئ، تستخدم البلدان المتقدمة على نطاق واسع الأساليب التكنولوجية في أنظمتها الصحية وتتجه نحو استخدام جديد ومبتكر للمعلوماتية لتعزيز قدرات نظامها الصحي على الاستجابة لحالات الطوارئ.

الجدول 2.6: الأساليب التقليدية والأساليب التكنولوجية في النظم الصحية		
المجال	الأساليب التقليدية	الأساليب التكنولوجية
الاتصالات	الخطوط الأرضية	القمر الصناعي
الموقع الجغرافي	الاتصال اللاسلكي/ خرائط ورقية	النظام العالمي لتحديد المواقع وتحديد الترددات الراديوية والتثليث الخليوي.
تعقب المريض	بطاقات علامة ورقية	تعقب الرمز الشريطي
بيانات المريض والرصد	بطاقات علامة ورقية	نظام رصد إلكتروني
السيطرة على الحوادث وإدارتها	الاتصالات اللاسلكية/ السبورة البيضاء	لوحات المعلومات الإلكترونية

المصدر: Chan et al., 2004

أخيراً، تتمثل إحدى جوانب قدرات النظم الصحية المهمة جداً في الموارد البشرية. فإن القدرات البشرية تلعب دوراً هاماً في تعزيز مقاومة النظام الصحي وضمان استمراريته في تقديم خدمات تتسم بالكفاءة والجودة لكل أطياف السكان في جميع الأوضاع. وحين تكون الأنظمة الصحية والعاملين في مجال الصحة على أهبة الاستعداد لأي حالة طارئة، وذوي القدرة على توقع احتياجات السكان الصحية مسبقاً، عندها يمكن أن يكونوا في وضع يسمح لهم بالاستجابة بشكل فوري وفعال في حال نشوب أي أزمة. فخلال تفشي وباء إيبولا في غرب أفريقيا بين عامي 2014 و 2015 مثلاً، توفي العديد من العاملين في المجال الصحي، وأصبحت النظم الصحية التمس كانت تعاني أصلاً من الهشاشة أكثر ضعفاً، وهذا ما أدى إلى ارتفاع أعداد الوفيات بين الأمهات والرضع والأطفال (EWEC, 2015). ولا تزال الموارد البشرية في القطاع الصحي في منطقة منظمة التعاون الإسلامي محدودة ولم يتم بلوغ الكفاءة المطلوبة (راجع الفصل 2 للحصول على التفاصيل). ولذلك، يتطلب التأهب لحالات الطوارئ في النظام الصحي توفير العدد والنوعية المناسبة من العاملين الصحيين ليكونوا قادرين على الاستجابة بفعالية وفي الوقت المناسب للأزمة عند حدوثها.



الإطار 1.6: تكنولوجيا المعلومات في مجال الصحة المستخدمة في خدمات الطوارئ الطبية

يقوم مقدمو خدمات الطوارئ الطبية (EMS) كل يوم بإدخال البيانات في سجل رعاية المرضى الإلكتروني (ePCR)، أي معادل خدمات الطوارئ الطبية لسجل الصحة الإلكتروني (EHR). وتشمل البيانات التي يتم جمعها معلومات فردية عن المريض وكذلك البيانات التشغيلية وتلك الخاصة بتقديم الخدمات والجودة. وفي معظم الحالات، يقوم مقدمو خدمات الطوارئ الطبية المحليون بمشاركة مجموعة بيانات نظام المعلومات الوطنية الخاصة بخدمات الطوارئ الطبية (NEMESIS) الدنيا التي يتم إعادة تحديدها مع وكالة خدمات الطوارئ الطبية الحكومية والتي تقوم بعد ذلك بمشاركة مجموعة فرعية من هذه البيانات على المستوى الوطني، والتي يتم جمعها وتخزينها في قاعدة بيانات NEMESIS الوطنية. وفي نهاية المطاف، يمكن أن تساعد مجموعة البيانات الموحدة لنظام المعلومات الوطني الخاص بخدمات الطوارئ الطبية وقواعد البيانات الوطنية شركاء خدمات الطوارئ الطبية المحلية والحكومية والوطنية على معالجة مشكلات مثل أداء هذه الخدمات والتدخلات السريرية والتخطيط الاستراتيجي والمتطلبات المستقبلية.

المصدر: خدمات الطوارئ الطبية وجاهزية الطوارئ. استخرجت من (healthit.gov) الموقع الرسمي لمكتب المنسق الوطني لتكنولوجيا المعلومات الصحية، 2019

وتلعب العناصر الخمسة المذكورة أعلاه (التمويل والبحث والسياسة والتكنولوجيا والموارد البشرية) دورا بارزا في زيادة قدرة النظم الصحية على الاستجابة لحالات الطوارئ في الوقت المناسب وبطريقة فعالة وشاملة. وفي هذا الإطار، تقتضي اللوائح الصحية الدولية (IHR) المعتمدة من قبل الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية عام 2005 أن تكون لدى جميع البلدان القدرة على كشف حالات الطوارئ الصحية العامة المحتمل حدوثها ذات الاهتمام الدولي على جميع مستويات الحكومة وتقييمها والإبلاغ عنها والاستجابة لها، وتقديم تقارير بشأنها إلى منظمة الصحة العالمية بشكل فوري لتحديد ما إذا كان الوضع يتطلب تنسيقا واستجابة على المستوى العالمي. وقد أكدت الأوبئة التي ظهرت في العقد الأخير في أفريقيا، بما في ذلك بعض دول المنظمة، على مدى أهمية تنفيذ هذه اللوائح الصحية الدولية، وتعزيز النظام الصحي وتفاعله للتصدي الفعال لمثل هذه الحالات على المستوى المحلي والوطني.

وهناك حاجة إلى نهج مشترك وفعال يتمتع بالتنسيق بين مختلف القطاعات متضمنا تدابير ضد جميع المخاطر وتدابير تخص كل خطر على حدة، وهكذا يتم ضمان التأهب لجميع أنواع الحالات الطارئة بما في ذلك تفشي الأمراض المعدية والأوبئة والجوائح على الصعيد المحلي والوطني، وغيرها من أنواع الحالات الطارئة الأخرى الناجمة عن الكوارث الطبيعية والتكنولوجية والاجتماعية التي يمكن أن تتسبب بآثار بالغة على المخرجات الصحية. ويقدم الجدول 3.6 توصيفات بشأن مختلف أنواع الحالات الطارئة المتعلقة بالصحة ومن المهم تعزيز حالة التأهب على مستوى الدولة والمجتمع لحالات الطوارئ وذلك من أجل ضمان استجابة فورية وفعالة وذات كفاءة عالية لمثل هذه الحوادث.



ففي الأونة الأخيرة، قامت منظمة الصحة العالمية بإعداد الإطار الاستراتيجي بشأن التأهب لحالات الطوارئ (SFEP) التي قامت بتحديد المبادئ والعناصر اللازمة للتأهب الفعال للحالات الصحية الطارئة في الدولة. ويدعو هذا الإطار كذلك إلى إعطاء الأولوية لعمليات التأهب على مستوى المجتمع والبلد فيما يتعلق بالمخصصات المالية وغيرها من الموارد، كما يدعو إلى تعبئة زيادة الاستثمارات المحلية والدولية واستدامتها (WHO, 2017a)، وبالتالي يجدي هذا الإطار نفعا في منح الأولوية للإجراءات الهامة المتخذة من أجل رفع مستوى التأهب للحالات الطارئة وتنفيذها، مع تعزيز التعاون بين الأقسام الحكومية منها والخاصة بالإضافة إلى المجتمع المدني.

ويحدد الإطار الاستراتيجي بشأن التأهب لحالات الطوارئ اثني عشر مرتكزا؛ كل واحد منها يمثل مجال عمل مستقل. وتشمل هذه المرتكزات عناصر ترتبط بتعزيز المجالات المحددة في الجدول 4.6. وتشير هذه المجالات التي أبرزتها منظمة الصحة العالمية إلى أهمية الزيادة من قدرة النظم الصحية ككل. ففي بلدان منظمة التعاون الإسلامي حيث العديد من هذه المجالات إما مفقودة أو محدودة، يصبح الأمر ذا أهمية كبيرة بالنسبة لهم. ومن خلال التحسين والاستثمار في تعزيز المجالات المذكورة في الجدول 4.6، ستكون دول المنظمة مهيأة بشكل أفضل للإعداد والتخفيف والاستجابة لمختلف أنواع الطوارئ كما هو موضح في الجدول أعلاه.

وفي نفس الوقت، يعد التأهب للحالات الطارئة مسؤولية مشتركة تتطلب تنسيقا بين المجتمعات والجهات الفاعلة على المستويين الوطني والدولي، كما تتطلب شراكة فاعلة بين القطاعين العام والخاص والمجتمع المدني والجهات المانحة والوكالات الفنية. وبالتالي فإن ضمان الأمن الصحي يرتكز على العمل الذي يجري تنسيقه والاستثمارات التي يجري القيام بها بين مختلف القطاعات من أجل إقامة حالة راسخة من التأهب للحالات الطارئة. وحينئذ، تصبح الاستجابة للحالات الطارئة أنسب من حيث التوقيت والفاعلية، كما يمكن الحد بشكل كبير من التبعات البشرية والاقتصادية والاجتماعية جراء هذه الحالات. وينطوي تحقيق التأهب للحالات الطارئة على تكاليف بطبيعة الحال، ولكنه استثمار في مجالات الصحة والسلامة والأمن والتنمية. وقد زادت الحالات الطارئة الصحية جراء الكوارث الطبيعية والصراعات والأمراض المعدية العابرة للحدود من الإدراك بمدى فداحة التأثيرات التي تتركها الحالات الطارئة على التنمية.



الجدول 3.6: أنواع حالات الطوارئ				
المجموعات الرئيسية	المجموعات	المجموعات الفرعية	أمثلة	السمات والتدابير
الحالات الطارئة الناجمة عن الكوارث الطبيعية	الأخطار البيولوجية	الانتشار المحلي والوطني	إيبولا، التهاب السحايا، وغيرها من الأمراض المعدية الكثيرة	تعتمد السيطرة عليها على مدى قدرة الأنظمة الصحية الوطنية والمحلية على كشفها والاستجابة لها فوراً وبمهارة.
		التفشي الناجم عن مسببات مرضية مع إمكانية الوصول إلى درجة الوباء	فيروس كورونا المسبب لمتلازمة الشرق الأوسط التنفسية وإنفلونزا الطيور (H5N1)	لدى هذه المسببات المرضية إمكانية عالية للانتقال بين البشر، وقد تم رصدها في العديد من البلدان، غير أنها لم تبلغ درجة الوباء بعد. وقد تستدعي الحاجة اتخاذ تدابير مختلفة جوهرية.
		الأوبئة	إنفلونزا الطيور (H1N1)	تتطلب في العادة استجابة حقيقية. فهناك حاجة للحد من انتشارها وإدارة الاستجابة لها خاصة مع محدودية الوصول إلى التطعيمات والأدوية وغيرها من أشكال المساعدة.
الحالات الطارئة بشرية المنشأ	الأخطار المائية المناخية والأخطار الجيوفيزيائية	-	الفيضانات والجفاف والزلازل	تؤثر الكوارث الطبيعية بشكل مباشر أو غير مباشر على المستوى الصحي إلى جانب خلخلة النظم الاجتماعية والصحية (وإمكانية حدوث انتشار لأمراض أخرى)، وتتطلب تآهما على مستوى قطاعات متعددة بما في ذلك قطاع الصحة.
	الأخطار التكنولوجية	-	التلوث الصناعي، الإشعاعات النووية، النفايات السامة، الحرائق، تسرب المواد الكيميائية	قد تقتصر تأثيراتها على موقع بذاته على المستوى المحلي أو قد تمتد آثارها لتشكل ظاهرة إقليمية أو عالمية.
	الأخطار المجتمعية	-	الصراعات المسلحة، الإرهاب، تعمد استخدام العناصر الكيميائية والبيولوجية والإشعاعية والنووية	يمكن أن تتسبب الصراعات المسلحة بمعدلات اعتلال وخسارة للأرواح مهولة إلى جانب تعطيل الخدمات الأساسية بما في ذلك الخدمات الصحية والتي من المفترض أن تبقى لعدة سنوات أو حتى عقود. وعادة ما يكون هناك حاجة إلى مساعدة دولية كبيرة.

المصدر: تم جمعها من منظمة الصحة العالمية (2017a)



الجدول 4.6: المكونات الجوهرية الـ 12 للإطار الاستراتيجي بشأن التأهب لحالات الطوارئ	
المجال	المكون
الحكومة	<ol style="list-style-type: none"> 1. السياسات والتشريعات الوطنية التي من شأنها إدماج التأهب للحالات الطارئة. 2. خطط تعنى بالتأهب للحالات الطارئة والاستجابة لها والتعافي منها. 3. آليات التنسيق
القدرات	<ol style="list-style-type: none"> 1. تقييم المخاطر والقدرات لتحديد نطاق الأولويات المتعلقة بالتأهب للحالات الطارئة 2. المراقبة والإنذار المبكر، وإدارة المعلومات 3. الحصول على الخدمات التشخيصية أثناء الحالات الطارئة 4. الخدمات الصحية والطارئة الأساسية والأمنة 5. التقارير التي تعد بخصوص المخاطر 6. تطوير البحوث وعمليات التقييم للإبلاغ عن عمليات التأهب للحالات الطارئة وتسريعها.
الموارد	<ol style="list-style-type: none"> 1. الموارد المالية لعمليات التأهب والتمويل الطارئ لعمليات الاستجابة. 2. الآليات اللوجستية للصحة وإمداداتها الأساسية 3. الموارد البشرية المكرسة والمدربة والمهيئة للحالات الطارئة

المصدر: منظمة الصحة العالمية، 2017



الشكل 1.6: السمات التي تميز النظام الصحي المرن



المصدر: تم تجميعها من (Kruk et al). (2015) و (Ontario 2016)

ويعد التكامل والتكيف ثالث هذه السمات، فهي تجمع مختلف أنواع العاملين والأفكار والمجموعات للإتيان بحلول والشروع في اتخاذ الإجراءات. كما أنها تتسم بالتأقلم: فهي قادرة، وفقاً لذلك، على إحداث تحولات في ذاتها تضمن لها تحسين أدائها في وجه أفسى الظروف غير المواتية. وأخيراً، دائماً ما يكون هناك هامشاً للتحسن؛ فاستمرار النظام الصحي في التعلم والتكيف والتطور يعد أمراً بالغ الأهمية حتى يصبح نظاماً استباقياً يتمتع بسرعة الاستجابة والجودة في الأداء.

ويجب أن تكون الأنظمة جاهزة للتعامل مع عدد كبير من المرضى وتقديم وظائف مختلفة في وقت واحد. كما يجب أن تتوفر خطط ضمان استمرارية الخدمات الصحية مع تحديد الخدمات ذات الأولوية وتصميم آليات تنسيق الاستجابة تصميمياً متقناً. وعلاوة على ذلك، ينبغي إعداد خطة عمل متعددة القطاعات لحماية السكان المتضررين على مستوى أوسع من محددات الصحة مثل المياه والصرف الصحي والتغذية والأمن. ولضمان استمرارية تقديم الخدمات الصحية يتحتم كذلك الحفاظ على البنى التحتية الأساسية. مثل الاتصالات، والخدمات اللوجستية، وإمدادات الطاقة والمياه من خلال التنسيق بين القطاعات المتنوعة.

إن محدودية الخدمات الصحية والبنى التحتية الأساسية تزيد بشكل كبير من تحديات الاستجابة للكوارث. وغالباً ما تكون البلدان ذات النظم الصحية المتطورة أكثر مرونة وأفضل استعداداً بكثير في مواجهة



الكوارث. وتنشئ الرعاية الصحية الأولية قدرة لدى المجتمعات للوقوف في وجه الحالات الطارئة كما أنها توفر الأساس الذي تبنى عليه الاستجابة لهذه الحالات. وللإجراءات المجتمعية وظيفية حاسمة كذلك في حماية الصحة خلال الحالات الطارئة، نتيجة لدورها في تخفيف منابع الأخطار من خلال توظيف المعرفة التي تتوافر بشأن هذه الأخطار على الصعيد المحلي وتجنب التعرض لها. ولذلك، يمكن للمجتمعات ذات التحضير والتنظيم الجيدين التخفيف من المخاطر والتبعات التي تتركها حالات الطوارئ وإنقاذ العديد من الأرواح (WHO, 2013).

وفي خضم الأزمات، تقوم الأنظمة الصحية المرنة بالتقليل من حجم الخسائر في الأرواح والتخفيف من فداحة التبعات الصحية من خلال إيلاء اهتمام خاص بالاحتياجات الصحية الطارئة والروتينية. كما أن بوسعها تقليص حجم الاضطرابات الاجتماعية والاقتصادية التي تصاحب تفشي الأمراض وغيرها من المخاطر الصحية واسعة النطاق. ويعقب نشوب الأزمات انتشار الأمراض وهو ما يشكل مصدر قلق كبير. وبصفة عامة، فقد أدى الفقر والتمدد والنزوح السكاني إلى تكديس السكان في ظروف مواتية لتفشي الأمراض الرئيسية. ويتمثل التحدي في تعزيز الجهود العالمية للكشف عن تهديدات الأمراض الوبائية واحتوائها. ومن أجل منع مثل هذ التفشي، ينبغي وضع نظام شامل للتحذير والاستجابة مع تضمين مكونات مختلفة تشمل المراقبة والاستجابة والتقييم بعد وقوع الحدث.

2.6 تقييم قدرات النظام الصحي على إدارة الحالات الطارئة

تعد عملية التقييم لقدرات النظام الصحي القائمة أمراً حاسماً ضمن مجال التأهب لحالات الطوارئ. وإن عدم وجود بيانات بشأن الموارد الصحية المتاحة غالباً ما يخلق فجوة كبيرة في اتخاذ القرارات في حالات الطوارئ. يشير (Nickerson et al. (2015) إلى أن تقييم مدى توفر وظائف الخدمات والمرافق الصحية ممكناً من الناحية التقنية في حالات الطوارئ، حتى في ظل الظروف الصعبة. وفي هذا الصدد، يساعد نظام تتبع مدى توافر الموارد الصحية الخاص بمنظمة الصحة العالمية على تعزيز ودعم الممارسة الجيدة بشأن تتبع مدى توافر الموارد الصحية وخدماتها في حالات الطوارئ لتعزيز صنع القرار القائم على المعرفة من قبل مجموعة الصحة. ويهدف هذا النظام إلى ضمان إمكانية إجراء تقييم لمدى توفر الموارد الصحية والخدمات ورصدها بصورة منتظمة وبسرعة عالية على الرغم من محدودية الوقت والموارد وإمكانية الوصول إليها.

في هذا السياق، تم وضع آليات وأدوات تقييمية متعددة من أجل تقييم مدى تأهب الأنظمة الصحية لحالات الطوارئ. كما تتوفر مختلف البلدان على آليات متنوعة للاستجابة حيث تضطلع جمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر بمسؤوليات كبرى في هذا الصدد. ويناقش هذا القسم الفرعي بعض العناصر المتعلقة بقدرات النظام الصحي في حالة الطوارئ.

1.2.6 الإطار العام للنظام الصحي في حالات الطوارئ

يتكون الإطار العام للنظام الصحي في حالات الطوارئ، والذي تم وضعه من قبل منظمة الصحة العالمية كأساس مفاهيمي يستخدم لوصف وتحليل النظم الصحية في حالات الطوارئ، من ست لبنات: (1) القيادة والحوكمة، (2) القوى العاملة في مجال الصحة، (3) المنتجات الطبية واللقاحات والتكنولوجيا، (4) المعلومات الصحية، (5) التمويل الصحي، (6) تقديم الخدمات. وقد اعتمد المكتب الإقليمي في أوروبا التابع لمنظمة الصحة العالمية تعزيز النظام الصحي كنهج لدعم التأهب لحالات الطوارئ وتعزيز قدرات إدارة الأزمات، وقد قامت بوضع مجموعة أدوات عملية مبنية على هذه الوظائف الست، والمقسمة إلى



16 عنصراً أساسياً و 51 سمة أساسية تسهل إجراء تقييم هيكلي قابل للاستنساخ بشأن مدى جاهزية الأنظمة الصحية.

تم تطوير النسخة النهائية من مجموعة الأدوات ونشرت أوائل عام 2012 على أساس التقديرات التجريبية التي نفذت في حوالي 20 بلداً بما في ذلك أذربيجان وكازاخستان وتركيا. نُشرت النسخة النهائية من مجموعة الأدوات في أوائل عام 2012 على أساس تقييمات تجريبية أجريت في حوالي 20 دولة من بينها أذربيجان وكازاخستان وتركيا. وقد استخدمت هذه التقارير طريقة التقييم الموحد مع نهج متعدد القطاعات شاملاً لجميع المخاطر، معتمدة إطار النظم الصحية لمنظمة الصحة العالمية كأساس مفاهيمي لوصف وتحليل حالة تأهب النظم الصحية لمواجهة الأزمات وتحديد التوصيات الرئيسية (WHO, 2012). وقد تم عرض نتائج تلك التقارير بشكل مختصر في تقرير الصحة لمنظمة التعاون الإسلامي 2015.

وبما أن عمليات التقييم بشأن الخدمات الصحية الطارئة متاحة لعدد قليل من بلدان منظمة التعاون الإسلامي، فسيكون من المفيد للبلدان الأخرى في المنظمة إجراء دراسة تقييمية بشأن القدرات والاحتياجات الحالية، ربما بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية أو المنظمات المهنية الأخرى. وبصفة عامة، يتطلب تنفيذ أي برنامج وطني متكامل للتأهب لحالات الطوارئ عدد كافٍ من الموظفين المجهزين تجهيزاً جيداً بغية وضع خطط موحدة لتأهب القطاع الصحي لحالات الطوارئ وصياغة سياسات التعليم والتدريب والاعتماد والبحوث.

ويجب أن تكون لوزارات الصحة شكلاً من أشكال الترتيبات المؤسسية بما يضمن تطوير وصيانة برامج التأهب والاستجابة للطوارئ الصحية. وينبغي أن يتضمن النظام الفعال للاستجابة لحالات الطوارئ مؤسسة صحية مهيبة، وكوادر فنية مدربة تدريباً جيداً، ومراقبة سلسة ودقيقة للأمراض، ونظام لإعداد التقارير، ومختبرات حديثة، ونظام معلومات إلكتروني قادر على تيسير سرعة التواصل مع الإدارات الأخرى، ومخزونات كافية من الأدوية واللقاحات، ومنهجيات فعالة لمنع انتشار المرض، وكلها ضرورية لاحتواء حالات الطوارئ (APEC, 2012).

2.2.6 تقييم سلامة المستشفيات

تمثل المستشفيات الملائم الأخير لضحايا الكوارث في العديد من البلدان، ملتجئين للجوء إليها وللعناية التي هم في أمس الحاجة إليها. كما تشكل نظم المستشفيات جزءاً كبيراً من الاستثمار يصل إلى 70% من ميزانية وزارة الصحة، كما تعد مؤشراً للرفاه الاجتماعي. وقد ينتج عن خسارة مستشفى واحد فقدان للأمن والترابط والثقة على مستوى المجتمعات المحلية. بل إن الأدلة تبين أن المرافق الصحية والعاملين في المجال الصحي هم من بين الضحايا الرئيسيين في حالات الطوارئ والأزمات الأخرى. كما تقلل خسارة الخدمات الصحية في حالة الطوارئ والكوارث بشكل حاد من إمكانية إنقاذ الأرواح والتخفيف من التبعات الصحية الأخرى (WHO, 2015a).

كما هو موضح في الأقسام السابقة من هذا التقرير، فإن معدلات منظمة التعاون الإسلامي من حيث مرافق الرعاية الصحية غالباً ما تكون أقل من متوسط مجموعات الدول الأخرى. وعلى وجه التحديد، تتخلف وظائف ومراكز ومستشفيات الرعاية الصحية في جميع أنحاء منظمة التعاون الإسلامي عن المتوسطات في البلدان النامية والبلدان غير الأعضاء في المنظمة. إذ يشير هذا إلى خطورة المشكلة وضرورة قيام الدول الأعضاء بزيادة مرافقها الصحية خاصة لمواجهة حالات الطوارئ. وبالإضافة إلى كمية مرافق الرعاية الصحية، هناك حاجة للتأكد من أنها مبنية وفقاً للوائح الدولية حتى تصمد أمام مختلف أنواع المخاطر.



الشكل 2.6: الأهداف الأربعة للإطار الشامل للمستشفيات الآمنة (CSHF)



المصدر: WHO, 2015b

وفي عام 2015، قامت منظمة الصحة العالمية بنشر الإطار الشامل للمستشفيات الآمنة (CSHF) لتزويد الحكومات والسلطات الصحية بطرق أكثر منهجية لتعزيز سلامة المرافق الصحية وجاهايتها لجميع أنواع المخاطر. ويهدف هذا الإطار إلى ضمان أنه قد تم تشييد المرافق الصحية بصورة مأمونة بما يضمن تحملها المخاطر والبقاء قيد العمل في حالات الطوارئ. وعند تصميم مستشفيات آمنة جديدة أو عند اتخاذ اجراءات تحسين مستوى أمان المستشفيات القائمة، تبرز أربعة أهداف تتمثل في الشكل 2.6.

وفي هذا الصدد، قامت منظمة الصحة للبلدان الأمريكية (PAHO) ومجموعة من الخبراء من منطقة البحر الكاريبي وأمريكا اللاتينية بتطوير مؤشر سلامة المستشفيات (HSI) أداة لقياس المستوى العام للسلامة مباني المستشفيات أو المنشآت الصحية في حالات الطوارئ (PAHO, 2015). ولا يضطلع المؤشر بتقدير القدرة التشغيلية للمستشفيات أثناء الحالة الطارئة وفي أعقابها وحسب، بل أنه يقوم بتوفير نطاقات من شأنها مساعدة السلطات على تحديد أي المستشفيات في أشد الحاجة إلى الإجراءات التي تعمل على تحسين سلامتها وأدائها. وينطوي تحديد درجات المؤشر على وسيلة مبتكرة لإدارة المخاطر في القطاع الصحي وينبغي لبلدان منظمة التعاون الإسلامي الانضمام إلى جهود قياس سلامة المرافق الصحية وتعزيزها وفقاً لذلك.

3.2.6 الجهات المعنية بالاستجابة للحالات الصحية الطارئة والمبادرات الإقليمية

تعد جمعيات الهلال الأحمر والصليب الأحمر المؤسسات الرئيسية عبر العالم التي تقوم بتقديم الإسعافات الأولية والاستجابة لحالات الطوارئ، فضلاً عن مكافحة الأوبئة، والبرامج المعنية بتعزيز الصحة والوقاية، والرعاية النفسية والاجتماعية، وتمكين المجتمعات المحلية. ويعمل مئات الآلاف من المتطوعين في هذه



الجمعيات لتعزيز الصحة والوقاية من الأمراض ليس في حالات الطوارئ وحسب وإنما في مجمل الأوقات أيضا.

وعلى الصعيد العالمي، تتوفر هناك 190 جمعية وطنية للهلال الأحمر والصليب الأحمر والتي تعد أعضاء في الاتحاد الدولي. منها 157 جمعية صليب أحمر و 33 جمعية هلال أحمر. وعلى مستوى بلدان منظمة التعاون الإسلامي، يوجد هناك 33 جمعية للهلال الأحمر و 23 جمعية للصليب الأحمر². ووحدها فقط سلطنة عمان لا تتوفر لديها جمعية وطنية عضوة في الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر.

وتقدم هذه الجمعيات بملايين المتطوعين فيها استجابة على مستوى الجهات الأمامية حالما تحل الحالات الطارئة، حيث يهرعون لتقديم المساعدة العاجلة للضحايا ويشاركون في أنشطة طويلة الأجل تساهم في إنقاذ الأرواح وتحسين المستوى الصحي العام. ونظرا لارتفاع عدد الكوارث والصراعات، تتسبب الأوبئة الناجمة عن الأمراض المعدية في أعداد هائلة من الوفيات والإعاقات كل عام. وترتفع نسبة تفشي الأمراض المعدية في المجتمعات الفقيرة والهشة، مما يزيد من صعوبة احتواء المرض وتوفير رعاية صحية فعالة. وتسهم جمعيات الهلال الأحمر والصليب الأحمر بشكل كبير في منع انتشار الأمراض وربط السكان والمجتمعات بالمساعدة الضرورية التي يحتاجونها.

وبالرغم من الفروقات الشاسعة من حيث القدرات والإمكانيات لدى كل جمعية من جمعيات الهلال الأحمر والصليب الأحمر ضمن بلدان المنظمة، إلا أنه لا يوجد هناك مؤشرا قابلا للمقارنة من أجل تقييم أداء هذه الجمعيات. وبالتالي، يتحتم على هذه الجمعيات تعزيز التعاون والشراكة فيما بينها بغية تبادل الخبرات ونقل المعرفة والقدرات.

على المستوى الإقليمي للمنظمة، تأسست اللجنة الإسلامية للهلال الدولي (ICIC) كمؤسسة متخصصة تهدف إلى زيادة التعاون بين الجمعيات الوطنية وتنسيق الاستجابة الإنسانية داخل المنظمة. وقد قام المؤتمر الإسلامي الثامن لوزراء الخارجية الذي عقد في مايو من عام 1977 في طرابلس-ليبيا بإقرار مبدأ إنشاء هذه المؤسسة. وقد تم إطلاق هذه اللجنة عام 1982 بأمانة عامة تقع في مدينة بنغازي، ليبيا. ووفقا للمعلومات الواردة في الموقع الإلكتروني للجنة، فقد صادق على الاتفاق 18 بدا عضوا في المنظمة³، بالإضافة إلى بلدين موقعين⁴. لدى اللجنة الإسلامية للهلال الدولي العديد من الوظائف ولكها مصممة بشكل أساسي للقيام بالمهام التالية.

- توفير الإغاثة والمساعدة في حالات الكوارث؛
- توفير خدمات ورعاية للضحايا الصراعات المسلحة وإطلاق المبادرات السلمية من أجل حل المشاكل التي يتسبب بها البشر؛

² ويوجد لدى البلدان الآتية جمعيات الصليب الأحمر: ألبانيا، الجزائر، بنين، بوركينا فاسو، الكاميرون، تشاد، كوت ديفوار، الغابون، غامبيا، غينيا، غينيا بيساو، غيانا، إندونيسيا، لبنان، مالي، موزمبيق، النيجر، نيجيريا، السنغال، سيراليون، سورينام، توغو وأوغندا. أما بقية دول الأعضاء فيتوفر لديها جمعيات هلال الأحمر.

³ البلدان المصادقة على اتفاق اللجنة هي ليبيا ومالي والمملكة العربية السعودية وإيران وسوريا وتونس والسودان والأردن وقطر والإمارات العربية المتحدة وجزر القمر واليمن والمغرب والنيجر وموريتانيا والجزائر والعراق وجيبوتي.

⁴ البلدين الموقعين هما تركيا وغينيا.



- بناء روابط تعاونية وطيدة مع المنظمات النشطة في مجال الخدمات الإنسانية، لا سيما جمعيات الهلال الأحمر والصليب الأحمر:
- الإسهام في الجهود الرامية لإقامة علاقات أفضل بين الناس، وتعزيز التضامن للدفاع عن حقوق الإنسان، ودعم الدعوة إلى إقامة العدالة والسلام، ومنع مخاطر الحروب.

وإلى جانب جمعيات الهلال الأحمر والصليب الأحمر، فإن عدد منظمات المجتمع المدني الأخرى في زيادة مطردة، وتستهدف هذه المنظمات السكان المعرضين للمخاطر والمتضررين منها، وذلك لتلبية احتياجاتهم الصحية وغيرها من الاحتياجات الإنسانية خلال حالات الطوارئ وفي أعقابها. وتؤدي هذه المنظمات دورا هاما في هذا المجال، وبامتلاكها لحجم كاف من الدعم والتسهيلات، فإن بإمكانها الاضطلاع بدور أكبر في إغاثة السكان وتلبية احتياجاتهم الصحية.

3.6 الوضع الحالي للقطاع الصحي في البلدان المتأثرة بصراعات

على الرغم من أن بلدان منظمة التعاون الإسلامي تواجه عددا من المخاطر الطبيعية والبشرية المختلفة، إلا أن النزاعات في جميع أنحاء منطقتها تتطلب عناية خاصة. في الوقت الحالي، يزداد عدد النزاعات وشدها في بلدان منظمة التعاون الإسلامي. كما تحدث 60% من جميع النزاعات حول العالم في بلدان المنظمة (SESRIC, 2019). وكنتيجة مباشرة، تستأثر بلدان المنظمة بحصة 61.5% من إجمالي النازحين حول العالم بعدد يربو على 25 مليون نازح. والأكثر خطورة من ذلك هو أن حوالي 80% من كل حالات النزوح الداخلي الجديدة في العالم خلال فترة 2014-2015 حصلت على أراضي بلدان المنظمة. وبالإضافة إلى ذلك، فإن 71% (أي حوالي 89 مليون) من الناس الذين هم بحاجة إلى المساعدات الإنسانية على مستوى العالم يعيشون في بلدان المنظمة.

تنتشر العديد من مناطق الصراع في جميع أنحاء العالم تاركة عواقب صحية وخيمة. كما يوضح الجدول 5.6 قائمة البلدان التي حصلت على الدرجات 3 و 2 و 1 من قبل منظمة الصحة العالمية. وتعتبر حالات الطوارئ من الدرجة 3 هي حدث واحد أو متعدد في البلد ذو عواقب وخيمة على الصحة العامة ويتطلب استجابة كبيرة. وتشير حالات الطوارئ من الدرجة 2 إلى تلك الحالات في بلد ذات حدث فردي أو متعدد يتطلب استجابة معتدلة. وأخيرا، حالات الطوارئ من الدرجة الأولى في بلد معين هي ذات حدث واحد أو متعدد مع الحد الأدنى من الاهتمام بالصحة العامة والتي تتطلب الحد الأدنى من الاستجابة.

لدى 6 من أصل 9 مخاوف بشأن الصحة العامة فيها (الدرجة 3) وهي دول أعضاء في منظمة التعاون الإسلامي. وعلاوة على ذلك، هناك 11 دولة من مجموعة منظمة التعاون الإسلامي في حالة الطوارئ من الدرجة الثانية. وفي المجموع، 20 من أصل 35 دولة تثير القلق بشأن الصحة هي دول أعضاء في المنظمة. وتشمل القائمة بلدانا تثير مخاوف بشأن الصحة نتيجة للصراعات فضلا عن تفشي الأمراض وبعض الأسباب الأخرى. وبالنظر إلى الجدول 5.6 يبدو من الواضح أن دول المنظمة تواجه ارتفاعا في عدد حالات الطوارئ خصوصا نتيجة النزاعات. وبهذا، يقدم هذا القسم الفرعي المعلومات عن الوضع الراهن لقطاع الصحة في دول المنظمة التي وقع عليها الاختيار والمتأثرة من الصراعات. وقد تم جمع المعلومات الواردة في هذا القسم الفرعي من تقرير منظمة الصحة العالمية بشأن خططها للاستجابة الإنسانية عام 2017 (انظر (WHO, 2017b).



الجدول 5.6: قائمة بالبلدان التي تثير مخاوف بشأن الصحة والأزمات والحالات الطارئة				
الدرجة 1	الدرجة 2	الدرجة 3		
تشاد	أفغانستان	العراق	دول المنظمة (18):	
جيبوتي	بوركينافاسو	موزمبيق		
مالي	الكاميرون	نيجيريا		
	إيران	الصومال		
	العراق	سوريا		
	ليبيا	اليمن		
	موزمبيق			
	النيجر			
	فلسطين			
	باكستان			
	السودان			
كينيا	أنغولا	إثيوبيا		الدول النامية غير الأعضاء في المنظمة (13)
تانزانيا	بوروندي	جنوب السودان		
ناميبيا	CAR	جمهورية الكونغو الديمقراطية		
	إثيوبيا			
	ملاوي			
	ميانمار			
	ساوتومي			
	أوكرانيا			
	زيمبابوي			

المصدر: <https://www.who.int/emergencies/crises/en/>

أفغانستان: يتسبب الصراع المستمر في أفغانستان بزيادة موجات النزوح في البلد. ففي عام 2017، تعرض ما يربو عن 3.4 مليون أفغاني إلى التهجير داخليا نتيجة الصراع. ويستمر الصراع الدائر في البلد بتهديد سلامة الأفغان وصحتهم. ولا تزال الهجمات ضد المنشآت الصحية والمرضى والكوادر الطبية والمركبات تمزق السكان وتحرمهم من تلقي العلاج المنقذ للحياة. ويقطن أربعة ملايين ونصف من السكان في المناطق المتأثرة بالصراع مع إمكانية محدودة للغاية للحصول على الخدمات الصحية. ولا تزال صحة الأم والطفل تعاني من التجاهل بشكل خطير. وتعد نسبة الوفيات في صفوف الأطفال والأمهات من بين أعلى المعدلات على مستوى العالم، أما سوء التغذية الحاد فقد تجاوزت عتبات حالات الطوارئ في 20 من أصل 34 ولاية. ويحتاج ما يقرب من 1.8 مليون فرد إلى تلقي العلاج جراء سوء التغذية الحاد.

تشاد: يشكل نعدام الأمن الغذائي والحركة السكانية وحالات الطوارئ الصحية الأزمة الإنسانية ثلاثة جوانب رئيسية للأزمة الإنسانية في تشاد، وهي ما تفاقم من ضعف السكان هناك. وتعد النساء والأطفال الأشد تعرضا وضعفا، وتنتشر حالة من محدودية الوصول إلى الخدمات الأساسية. وتحوي تشاد على



580,000 نازح. كما يعاني ما يزيد عن أربعة ملايين فرد من انعدام الأمن الغذائي في تشاد، ويتوقع أن يعاني ما يقرب من مليون منهم من انعدام حاد في الأمن الغذائي. وتبقى الحالة الغذائية مثار قلق كبير مع توقع حدوث ما يقرب من 991,000 حالة من حالات سوء التغذية عام 2017. وتعد الملايا المسبب الأول للاعتلال في أوساط الأطفال دون سن الخامسة. وتبلغ حالات الإصابة المؤكدة بالملايا 400,000 كما تم تسجيل أكثر من 7,000 حالة وفاة بسبب الملايا منذ يناير 2016.

العراق: تبقى الأزمة الإنسانية في العراق واحدة من أكبر الأزمات الإنسانية في العالم وأشدّها تقيلاً. فقد وصل عدد المهجرين حالياً إلى ما يزيد عن أربعة ملايين عراقياً. وخلال العام المنصرم، تم تهجير ما يربو عن 750,000 فرد في المناطق المتأثرة بالنزاع. ومن المتوقع أن يزيد هذا الرقم إلى ما بين 1.2 إلى 1.5 مليون مدني إضافي. وتكون العائلات المهجرة في حاجة ماسة إلى إغاثة طارئة شاملة بما في ذلك المأوى والغذاء والماء والتصريف الصحي واللوازم المنزلية والرعاية الصحية والتعليم والحماية الخاصة. وقد زاد عدد الاستشارات الصحية التي أجريت في العيادات الصحية بمقدار ثمانية أضعاف، بينما تم إلحاق الضرر أو التدمير بما يزيد عن نصف مستشفيات الدرجة الثانية والثالثة في الموصل. ولا يزال يشكل نقص المياه النقية بالنسبة للسكان المحاصرين داخل الموصل مصدر قلق كبير حيث أنها تضاعف من مخاطر تفشي الأمراض التي تنقلها المياه.

ليبيا: تسبب العنف وانعدام الأمن في جميع أنحاء ليبيا بخلق ظروف معيشية غير آمنة، وتدمير للبنية التحتية الحيوية مما أدى إلى تعرض السكان لخطر الإصابات والوفاة، وتعذر الحصول على المرافق والخدمات العامة، والزواج القسري. ويتعذر حصول ما يقرب من 1.3 مليون فرد على خدمات الرعاية الصحية ومواردها التي من شأنها أن تنقذ أرواحهم. وقد تأثرت مرافق الصحة العامة تأثراً كبيراً؛ وإن 43 من أصل 98 مستشفى جرى تقييمها ما بين خارج عن الخدمة جزئياً أو كلياً بسبب النقص الحاد في الأدوية والإمدادات والمعدات الطبية إلى جانب النقص الحاد في الموارد البشرية لا سيما الممرضين المتخصصين والقابلات والفنيين. ويتجلى هذا النقص بشكل أكثر وضوحاً على مستوى الرعاية الأولية. نتيجة لذلك، فإن مستشفيات الإحالة ومستشفيات الدرجة الثالثة مثقلة بالمرضى المحتاجين إلى مساعدة ضد الأمراض الشائعة، وهي بذلك غير قادرة على تلبية هذه الاحتياجات.

مالي: يعيش أكثر من نصف السكان الذي يقدر عددهم بـ 18 مليوناً تحت خط الفقر بدخل يومي لا يتعدى دولارين يومياً. وتعاني مالي من نزاع مسلح منذ عام 2012، وبالرغم من توقيع اتفاقية السلام عام 2015، إلا أن المواجهات المسلحة لا زالت مستمرة وهو ما يعرض أمن المدنيين للخطر. وتسبب انعدام الأمن هناك في نزوح السكان، ومحدودية الوصول إلى الخدمات الاجتماعية بما في ذلك الرعاية الصحية، كما تسبب في انعدام الأمن الغذائي وأزمة سوء التغذية. وتهدد الأوبئة والجفاف والفيضانات السكان في مالي. وفي عام 2016، بلغ عدد المتضررين من الفيضانات ما يزيد عن 18,000 فرد. وقد يتعرض أكثر من 60,000 شخص للخطر بسبب الفيضانات في عام 2017. ويبقى الحصول على الرعاية الصحية محدوداً بشكل عام في البلاد، لا سيما في مدينة كيدال بسبب توقف 22 من أصل 32 مرفقاً صحياً قائماً عن



العمل. وما يزيد الأمر سوءاً هو نقص العاملين في مجال الصحة ذوي المهارات في أغلب مناطق البلاد. ولا تزال مالي معرضة لخطر تفشي الأمراض: ففي عام 2015، تم تسجيل خمسمائة حالة إصابة بمرض التهاب السحايا. بالإضافة إلى ذلك، أبلغت الجهات العاملة في المجال الإنساني عن زيادة في تكرار الإصابة بحالات أمراض الإسهال بين الأطفال والذي تبين أن لها علاقة باستهلاك المياه غير النقية إلى جانب حالات الإصابة بأمراض الجهاز التنفسي نتيجة لعدم ملائمة الظروف المتعلقة بالمأوى. ويستمر الإنعدام الغذائي في كونه مشكلة مستعصية مع معاناة 19% من السكان منه بما في ذلك 458,600 فرد يعانون من إنعدام غذائي حاد.

نيجيريا: تفاقمت الأزمة الإنسانية على امتداد ولايات شمال شرق نيجيريا الست بعد ثماني سنوات من الصراع المسلح. وقد تسبب الصراع في حدوث موجة نزوح قسري على نطاق واسع وانعدام شديد للطعام والغذاء وانتهاكات صارخة لحقوق الإنسان. ويبقى وصول المساعدات الإنسانية إلى بعض المناطق متعذراً. كما أدى العنف إلى تشريد جماعي للناس إلى البلدان المجاورة. وينتشر سوء التغذية الحاد على نطاق واسع إلى جانب ارتفاع نسب الإعتلال والوفيات. ويفاقم نقص مرافق الإيواء والمياه والمراحيض والاستحمام من مخاطر الأمراض المعدية بما في ذلك الكوليرا، كما يؤدي إلى زيادة انتشار حالات سوء التغذية في أوساط الأطفال دون سن الخامسة. ويتحتم إصلاح / إعادة بناء البنية التحتية للمياه والصرف الصحي والنظافة الصحية على وجه السرعة للحد من الأمراض المنقولة بواسطة المياه.

فلسطين: تجد فلسطين نفسها في وسط أزمة طال أمدها إذ بلغت عامها الخمسين حالياً. وفي عام 2016، فإن ما يقدر بمليون فرد بحاجة إلى تدخلات إنسانية في مجال الصحة والتغذية، منهم 830,000 فرد يعيشون في قطاع غزة و 173,000 في الضفة الغربية. وفي غزة، تعاني المستشفيات وعيادات الرعاية الصحية الأساسية من نقص مزمن في الأدوية والمستلزمات الطبية والتجهيزات الأساسية، يرافقها نقص حاد في الوقود وانقطاعات مطولة في الطاقة الكهربائية. أما في الضفة الغربية، تبقى محدودية الوصول إلى الخدمات الطبية تشكل مثار قلق لدى المرضى والعاملين في المجال الصحي، لا سيما في المناطق مقيدة الدخول والمتأثرة بالجدار الأمني ونقاط التفتيش. وهنا تشكل العيادات الصحية المتنقلة شريان حياة أساسي للمجتمعات المحلية المتضررة.

الصومال: في حين أن الصراعات والأخطار البيئية قد جعلت الكثير من سكان البلاد والمقدر عددهم بـ 12.3 مليون نسمة منهكين بشكل مزمن أو حاد، فإن عام 2017 يحمل معه موجة جفاف محتملة لتصبح في طليعة العوامل الرئيسية المسببة للأزمة هناك. ويعد عدم الاستقرار السياسي المستمر، والإخلاء القسري للنازحين داخليا، والصراع المسلح الدائر حالياً في البلاد، والإجهاد البيئي طويل الأمد بعضاً من العوامل التي تنخر في البلد. وتبقى تغطية الخدمات الاجتماعية الأساسية وجودتها في البلاد محدودة للغاية. وتؤدي حالات الجفاف المتكررة إلى انعدام الأمن الغذائي وسوء التغذية، كما أن لديها صلات بتفشي الأمراض هناك. ويظل الحصول خدمات الرعاية الصحية الأساسية المنقذة للحياة يشكل تحدياً يجب إيلاؤه بكل الاهتمام. وتعد نسبة تغطية التحصين منخفضة إلى حد كبير، كما يجري الإبلاغ باستمرار عن حالات تفشي الإسهال المائي الحاد/الكوليرا والحصبة والملاريا وغيرها من الأمراض المعدية في العديد من مناطق



البلاد. وقد ملأت الحركة المتسارعة للنازحين داخليا المرافق الصحية إرهاقا وإجهادا. وقد اتسمت إمدادات الأدوية والمعدات الطبية المنقذة للحياة بعدم الانتظام نتيجة لانعدام الأمن وتعذر الوصول ونقص الكهرباء والوقود والخلل الحاصل في سلاسل التبريد. وتشكل فرط اكتظاظ السكان، ونقص نظم الإحالة العاملة ومحدودية وصول الخدمات الصحية واستعمال المياه غير النقية والممارسات غير الصحية وحالات سوء التغذية الأساسية تحديات رئيسية في وجه الوقاية من انتشار الأمراض ومكافحتها.

سوريا: لا تزال جميع مناطق البلاد تعاني من نقص حاد في الخدمات الصحية الأساسية. ويستمر عدم كفاية الموارد البشرية والإمدادات والمعدات والبنى التحتية في زعزعة الوظائف المنوطة بالنظم الصحية. وينحصر ما يزيد عن نصف المستشفيات الحكومية وما يقرب من نصف مراكز الرعاية الصحية الحكومية لديها في كونها إما مغلقة أو تعمل بشكل جزئي فقط. ويعني النقص الحاد في عدد القابلات وأطباء التوليد الماهرين محدودية حصول النساء الحوامل على خدمات التوليد الضرورية. ويعاني واحد من خمسة سوريين من مشاكل نفسية متوسطة، كما يجري تعرض واحد من كل 30 فرد إلى الإصابة بمشاكل نفسية حادة أو شديدة. وعلى الرغم من تنامي الاحتياج لهذا المجال، فإن نسبة المرافق الصحية العاملة التي تقدم الرعاية الصحية النفسية تبلغ 20% فقط. ولا تزال الشبكات الصحية المحلية، التي تربط مختلف مستويات الرعاية من خلال شبكات الإحالة، تعاني من حالة من التثني، مما يشكل مسارا معقدا للمرضى الذين يبحثون عن هذه الخدمات. وتنتشر هناك حالة من تعذر الحصول على الأدوية والرعاية المنقذة للحياة، كما أن الأفراد الذين يعانون من أمراض مزمنة تهدد حياتهم مثل السكري والفشل الكلوي والربو والصرع والسرطان وأمراض القلب والأوعية الدموية يظلون معرضين لخطر الوفاة أو الإصابة بمضاعفات لهذه الأمراض.

اليمن: عصفت باليمن حرب قارب عمرها 4 سنوات، تاركة 18.8 مليون شخص في حاجة إلى مساعدات إنسانية ومساعدات في مجال الحماية. فالصراع يدفع بالبلاد نحو انهيار اجتماعي واقتصادي ومؤسسي. ويعاني أكثر من 7 ملايين فرد هناك من انعدام الأمن الغذائي، وأكثر من 8 ملايين من نقص حاد في المياه النقية والصرف الصحي، وما يقرب من 3.3 ملايين من سوء حاد في التغذية. كما يتعذر حصول 14.8 مليون شخص على الرعاية الصحية الأساسية، يعيش 8.8 مليون منهم في مناطق تعاني من نقص شديد في الخدمات. واعتبارا من شهر أكتوبر من عام 2016، تعرض ما لا يقل عن 274 مرفقا صحيا للخراب والدمار، وقتل 13 عاملا في مجال الصحة وجرح 31 آخرون. وتتنحصر الأسباب الرئيسية للوفيات التي يمكن تفاديها هناك في الأمراض المعدية، وأوضاع التغذية وظروف الأمهات بما فيها تلك التي تسبق ولادتهن (تشكل مجتمعة 50% من نسبة الوفيات)، والأمراض غير المعدية (39% من نسبة الوفيات).



الفصل السابع

المعلومات والأبحاث والتعليم والتعبئة

هناك صلة قوية بين مستوى المعلومات والتعليم ونتائج الإرشاد والصحة في بلد ما. فقد تُبَت من خلال البحوث أن بالإمكان الوقاية من معظم الأمراض عن طريق نقل المعلومات والمعرفة ذات الصلة والمتسمة بالدقة للمرضى ومقدمي الرعاية الصحية. وهذا المعنى، فإن المعلومات والتعليم والتعبئة كلها مكملات لبعضها البعض. فهناك العديد من المخاوف الصحية التي تتطلب تقديم معلومات دقيقة للعامّة ومقدمي الرعاية الصحية حتى يتمكنوا من اتخاذ خيارات صحية. وعلاوة على ذلك، عرفت المعلومات الصحية والتعليم ذي الصلة مؤخرًا تطورًا يرمي إلى تعزيز الصحة والتعبئة. لذلك، هناك ميول إلى الوقاية والمعلومات الوقائية والتعليم والتعبئة. كما أن العنصر الآخر هو الحصول على المعلومات والتعليم المناسبين لعمليات التشخيص والشفاء، والتي يمكن أن تنقذ ملايين الأرواح في جميع أنحاء العالم وفي منطقة منظمة التعاون الإسلامي. زعَى هذه الخلفية، يتطرق هذا القسم إلى مناقشة المعلومات والبحث والتعليم والتعبئة من حيث صلت هذه الأمور بالصحة.

1.7 نظام التعليم في مجال الصحة

يعتبر التعليم الصحي عنصراً حاسماً في النظام الصحي. فبدون تعليم صحي مناسب، تتحمل البلدان عبئاً كبيراً من حيث التكاليف الاقتصادية وصحة الأفراد والمجتمع وتوسيع نطاق القضايا الصحية. وعلى سبيل المثال، تشير الدراسات العلمية إلى وجود عبء كبير للأمراض في البلدان الأفريقية بسبب نقص التعليم الصحي. لذلك، يعد التعليم الصحي قضية بارزة تهم الأفراد والمجتمعات والحكومات والمجتمع ككل. والهدف من التعليم الصحي هو توفير معلومات دقيقة وحديثة لمجموعة واسعة من الجهات الفاعلة بما في ذلك الأفراد والأسر والمجتمعات ومقدمي الرعاية الصحية. فهو يهدف إلى توسيع المعرفة ورفع الوعي وتوفير المهارات والمواقف المناسبة للأفراد لاتخاذ خيارات صحية.

وهناك ندرة شديدة على الصعيد العالمي في البيانات بشأن عدد المدارس ومؤسسات سالتدريب المتعلقة بقطاع الصحة. ووفقاً لآخر البيانات المتاحة من تقرير منظمة الصحة العالمية عن الصحة العالمية



(2006)، يوجد على الصعيد العالمي 2420 كلية طبية، و 467 مدرسة أو إدارة للصحة العامة، وعدد غير محدد من المؤسسة التعليمية في مجال التمريض لما بعد المرحلة الثانوية في 169 بلدا. وتسهر هذه المدارس والمؤسسات على تدريب حوالي مليون طبيب وممرض وقابلة ومهنيي الصحة العامة كل عام.

الجدول 1.7: الدول التي لديها أكثر المدارس نشاطا في مجال الطب في العالم (أعلى 20).		
البلد	عدد كليات الطب	% من المجموع
الهند	219	11.3
الولايات المتحدة الأمريكية	147	7.6
الصين	130	6.7
البرازيل	84	4.3
اليابان	80	4.1
المكسيك	65	3.4
روسيا	60	3.1
كوريا الجنوبية	52	2.7
إيران	48	2.5
فرنسا	46	2.4
إيطاليا	39	2.0
تركيا	37	1.9
ألمانيا	36	1.9
باكستان	34	1.8
الفلبين	34	1.8
كولومبيا	32	1.7
إندونيسيا	32	1.7
المملكة المتحدة	29	1.5
بيرو	28	1.5
إسبانيا	26	1.3

المصدر: Boulet et al., 2017

وتوجد في كثير من البلدان، لا سيما بلدان العالم النامي، حالة بارزة من عدم التوازن بين عدد الكليات الطبية وحجم السكان أو حجم الأمراض التي تعاني منها. واستنادا إلى بيانات منظمة الصحة العالمية (2006)، فهناك كلية طبية واحدة لكل 3.3 مليون فرد بإجمالي يبلغ 1935 كلية طبية قائمة حول العالم. وبضمها أكبر عدد من السكان في العالم، تمتلك آسيا النصيب الأكبر من هذه الكليات (860)، وهو ما يشكل 44% فقط، في حين أن أكثر من 60% من سكان العالم يقيمون في هذه القارة. إضافة إلى ذلك، فهناك انخفاض في كثافة الأطباء بأقل من طبيب واحد، في المتوسط، لكل 1000 من السكان. وفي المقابل، تسجل أمريكا الشمالية ما يقرب من 16% من المدارس الطبية في العالم؛ في حين أن 8% فقط من سكان



العالم يقيمون هناك. ويسجل العدد الكبير نسبيا من الأطباء الممارسين، ولا سيما في أمريكا الشمالية، كثافة على أساس قاري تبلغ 2.2 طبيب لكل 1000 نسمة. وفي أفريقيا، لم يكن هناك سوى 126 كلية طبية تمثل 6.6% من المجموع العالمي. يوضح الجدول 1.7 البلدان التي لديها أكثر كليات الطب نشاطا في جميع أنحاء العالم.

من بين أفضل 20 كلية طب فاعلة في العالم، توجد أربعة منها في دول منظمة التعاون الإسلامي. وهي إيران التي تضم 48 كلية طب، وتركيا 37، وباكستان 34، واندونيسيا 32، تمثل 2.5% و 1.9% و 1.8% و 1.7% من إجمالي الأسهم العالمية على التوالي. وكانت هناك مدرسة طبية واحدة فقط في غينيا بيساو وغابون وسورينام.

وهناك عدد قليل نسبيا من البلدان التي يزيد عدد سكانها عن أربعة ملايين نسمة ولا توجد بها كليات طبية (إريتريا والصومال). وعلى مستوى كل بلد على حدة، يقع ما يقرب من نصف جميع الكليات الطبية على مستوى العالم في 10 دول تشمل الهند والولايات المتحدة الأمريكية والصين والبرازيل واليابان والمكسيك وروسيا وكوريا الجنوبية وإيران وفرنسا. ومن ناحية أخرى، هناك 26 بلدا من أفريقيا جنوب الصحراء لديها إما كلية طبية واحدة أو لا تتوفر لديها أي منها (Frenk et.al, 2010).

ويعتبر العدد الكافي من الموارد البشرية المؤهلة بشكل مناسب عنصرا حاسما في أي نظام صحي فعال. إلا أن العديد من المناطق تعاني من نقص في العاملين في المجال الصحي. وتسجل أفريقيا أعلى عجز عالمي في الموارد البشرية العاملة في مجال الصحة. وتمثلت الانتكاسة الرئيسية للمنطقة الأفريقية في هجرة أعداد كبيرة من الأطباء المدربين تدريباً عالياً، والذين تلقوا تعليمهم في هذه البلدان، خارج القارة (Clemens MA and Pettersson G, 2008). فعلى سبيل المثال، شهدت بلدان جنوب الصحراء الكبرى على مدى السنوات العشر من 2002 إلى 2011 انخفاضا في كثافة الأطباء بسبب زيادة معدلات الهجرة (Tankwanchi ABS, et.al., 2013). والإضافة إلى ذلك، فحتى عام 2010، لم يكن لدى ثمانية من بلدان جنوب الصحراء الكبرى كليات طبية خاصة بها، مما استلزم الاعتماد على المغتربين والتدريب الخارجي (Chen C, et.al. 2012). فالأدلة تُبين أنه من العاجل والمهم جدا وضع وإنشاء نظم التعليم في مجال الصحة لدى البلدان التي لا تتوفر بعد على الكليات الطبية.

عند النظر إلى مؤسسات التعليم الصحي في جميع أنحاء منطقة منظمة التعاون الإسلامي، يتضح وجود حاجة إلى بذل المزيد من الجهود لإنشاء المرافق التعليمية الصحية. تحتاج دول المنظمة، لكون سكانها الأصغر في العالم، إلى توفير المرافق التعليمية اللازمة للشباب لمتابعة التعليم في المجال الطبي. ولا يكفي توفير مؤسسة تعليمية فحسب، بل يجب أيضا أن تكون هناك مرافق أخرى تكملها مثل المختبرات ومعدات الاختبار والأجهزة التكنولوجية ذات الصلة. كما أنه إلى جانب المؤسسات التعليمية، تشكل جودة التعليم الصحي جزءا مهما من نظام التعليم الصحي.



2.7 جودة التعليم في مجال الصحة

تؤثر جودة التعليم في مجال الصحة تأثيراً مباشراً على النتائج الصحية، ويشكل التعليم أهمية بالغة بالنسبة للتنمية الاجتماعية والاقتصادية، وله تأثيرات عميقة على صحة السكان. ومما لا شك فيه أن التعليم الطبي سوف يؤثر على أنماط الممارسة وينعكس على الخيارات الوظيفية؛ وبالتالي سيكون له تأثيراً نهائياً على صحة السكان أجمع، لا سيما في المناطق المتخلفة أو البلدان التي يجري فيها تدريب عدد قليل نسبياً من الممارسين. وتتمثل إحدى الفرص التحويلية الرئيسية لتحسين الوضع الصحي لمختلف المجتمعات في جميع أنحاء العالم في إصلاح رؤية المؤسسات التعليمية وبرامجها ونظمها بهدف تدريب المهنيين في مجال الصحة بحيث يكونون قادرين على تلبية احتياجات الناس وتمكين المجتمعات المحلية وتعزيز رفاه الإنسان.

وكثيراً ما يتم إغفال حقيقة أن نتاج الصحة قائم على المعرفة ويتأثر بالجوانب الاجتماعية، كما أن المهنيين في مجال الصحة بوصفهم وسطاء المعرفة يمثلون المحرك الرئيسي لتحقيق التقدم في هذا المجال (Zulfiqar Bhutta, et.al. 2010) ويعد توفير التدريب الذي يضمن وجود أعداد كافية من القوى العاملة في مجال الرعاية الصحية على مستوى العالم أمراً جوهرياً. وعلى أية حال، وفي ظل البيئة العالمية الحالية وارتفاع الطلب على نظم الرعاية الصحية، أصبح لدى الأطباء حرية التنقل من مكان إلى آخر أو حتى من بلد إلى آخر. والأهم من ذلك، كان ولا يزال أمام الكثير من هؤلاء الأفراد خيارات متعددة بشأن الأماكن التي تعقد فيها دورات التدريب الطبية بما في ذلك تلك التي تنعقد خارج بلدانهم الأصلية. ونتيجة لذلك، فإن الحصول على معلومات بشأن مواقع مؤسسات التدريب ونوعية التدريب فيها يعتبر أمراً مفصلياً بالنسبة للخطط التي تمس القوى العاملة في المجال الصحي (WHO, 2006).

ويفتقر أكثر من أربعة ملايين شخص في جميع أنحاء العالم إلى الخدمات الصحية ذات الجودة العالية، ويُعزى ذلك في المقام الأول إلى النقص الحاد في العاملين في مجال الصحة، ومزيج المهارات غير المتوازن لديهم، وتوزيعهم الجغرافي غير المتكافئ. وتقدر منظمة الصحة العالمية أن العالم بحاجة إلى 4.3 مليون عامل صحي إضافي. وحيث أن أزمة القوى العاملة في المجال الصحي يترتب عليها آثار كارثية على صحة ملايين الناس ورفاههم، بيد أنه لا يتم تحضير أعداد كافية من العاملين في المجال الصحي لسد هذا النقص. ومن الواضح أن هناك حاجة ملحة وضرورية إلى توسيع نطاق البرامج التعليمية لإعداد فرق تقدم خدمات متعددة الاختصاصات تشتمل على مجموعة متزنة اتزاناً دقيقاً من الأطباء السريريين والعاملين في مجال الصحة المجتمعية والمدراء. وعلى أية حال، فإن مجرد زيادة أعداد العاملين لن يكون كافياً. وما يزيد هذا النقص سوءاً هي حقيقة أن مهارات العاملين الموجودين وكفاءاتهم وخبراتهم السريرية وتوقعاتهم كثيراً ما تكون غير متوافقة مع الاحتياجات الصحية للسكان الذين يسهرون على خدمتهم (WHO, 2017).



ولا يمكن لنظام صحي أن يعمل بشكل ملائم دون أن تكون هناك أعداد كافية من العاملين في المجال الصحي. ووفقا لمنظمة الصحة العالمية، فلا يتوفر في 83 بلدا سوى أقل من 23 طبيبا وممرضا وقابلة لكل 10000 شخص. وتعتبر هذه البلدان أفقر بلدان العالم، وقد وصفت منظمة الصحة العالمية هذا النقص بأنه "أحد أهم القيود التي تحول دون تحقيق الأهداف الصحية والإنمائية". وقد أفادت التقديرات عام 2006 أن 25% من إجمالي الأطباء و 5% من الممرضين الذين تلقوا تدريباً في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى منخرطون في العمل لدى بلدان منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي.

وفي حين تشير البيانات الحديثة إلى أن تدفق العاملين في المجال الصحي المدربين دولياً في بعض هذه البلدان قد استقر أو انخفض، فإن الهجرة العامة لهؤلاء العاملين إلى بلدان منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي قد ازدادت. ويتم تدريب العديد من هؤلاء الأفراد على حساب النفقات العامة. وهذا يعني، أساساً، أن البلدان الغنية تستفيد من الأموال التي تستثمرها البلدان الفقيرة في تدريب العاملين في مجال الصحة (Humanosphere, 2014). ولا تقتصر الهجرة على العاملين في مجال الصحة فقط بل تشمل كذلك المعلمين. وتؤثر هجرة العاملين في مجال الصحة على جميع البلدان بطريقة أو بأخرى. ففي بعض الحالات، يغادر هؤلاء العاملون بلدانهم الأصلية بحثاً عن ظروف عمل أفضل وفرص وظيفية في الخارج. وفي بلدان أخرى، فهم يرتحلون من المناطق الريفية إلى المناطق الحضرية. والمحصلة هي تفاقم عدم المساواة في الحصول على الرعاية الصحية ضمن البلدان وفيما بينها. وتعمل منظمة الصحة العالمية جنباً إلى جنب مع أصحاب المصلحة بحثاً عن إجابات بشأن الرفع من أعداد القوى العاملة في مجال الصحة وتحسين نوعية العاملين في هذا المجال وكفاءتهم وذلك من أجل تلبية احتياجات القرن الحادي والعشرين والإسهام في تحسين النتائج المتعلقة بصحة السكان (WHO, 2017).

ولعل من أهم القضايا المتعلقة بالتعليم في مجال الصحة هو أنه لا ينبغي على الفرد الافتراض ببساطة فعالية المواد والمعلومات والإجراءات التعليمية المستخدمة. وإن المحاضرة أو التدخل الذي يظهر وأنه فعالاً قد تسفر عنه نتائج غير متوقعة تماماً أو حتى ضارة. ويعتمد التعليم الفعال في مجال الصحة اعتماداً كبيراً على الاختبار المستمر له لضمان التوافق والفهم القائم على المعرفة، وإنتاج بيانات يمكن استخدامها في قياس فعالية عمل نظام الرعاية الصحية، وتطوير مستقبل التعليم، إلى جانب تقويم المجالات ذات الاهتمام ومعالجتها فور حدوثها.

علاوة على ذلك، يتطلب هذا الاختبار المستمر القائم على جمع البيانات التعليمية وجود أساسيات ما قبل الاختبار لتقرير أثر المواد التعليمية التي تم تطويرها، كما يحتاج المعلمون إلى قياس المعرفة المسبقة لدى الطالب حتى يتم قياس فعالية العملية التعليمية. وقد تبين أن لدى هذه المعرفة المسبقة تأثير جوهري على ملاحظات الطالب وقابليته للتعلم وقناعاته الإدراكية. لذلك، ينبغي أن تنفذ معظم برامج التعليم الصحي بعض وسائل اختبار المعرفة السابقة للطالب، عن طريق استخدام الاستبيانات والدراسات الاستقصائية والمحادثات وغيرها. وبعد تحقيق الاختبار المسبق الكافي، يجب على المعلمين البدء في برنامج



التعليم الصحي المقترح. وبعدها ينبغي إجراء عمليات متابعة للمتعلم. وفي هذا الصدد، هناك تدابير مختلفة يمكن للباحثين والمعلمين اعتمادها لتقييم نتائج برامجهم التعليمية، بما في ذلك:

التغيرات في المعرفة: التغيرات الواضحة التي تطرأ على إجابات الطلاب على الأسئلة، المسوح، الاستبيانات غير الإيحائية المحددة مسبقاً و/ أو غيرها من التدابير التي تتعلق بمواد معينة يتناولها البرنامج التعليمي في المجال الصحي. ومن الناحية المثالية، سوف يؤدي برنامج صحي فعال إلى تغييرات تثبت زيادة الدقة الواقعية والمعرفة حول القضايا الطبية والصحية ذات الصلة لفترة طويلة من الزمن (Estabrooks C.A. et.al. 2003).

التغيرات في السلوك: من شأن التعليم الفعال في مجال الصحة أن يسفر عن تغييرات قصيرة وطويلة الأجل في السلوك الذي يحد من السلوكيات الطائشة و/ أو يحسن من نوعية الحياة. ويمكن تسجيل هذه التغيرات من خلال ملاحظات خبير التقييم وتعليقات المتعلم، أو من خلال وسائل أكثر رسمية، مثل الاستبيانات والمسوح. ومن المهم الإشارة إلى أن مدى التغير السلوكي للطلاب والحفاظ عليه يعتمد بشكل كبير على قناعات المتعلم، لا سيما فيما يتعلق بتوقعاته بشأن النتائج الناجمة عن هذا التغير، إلى جانب التوقعات الشخصية حول قدرة الفرد على الخضوع لهذا التغير.

رضا المتعلم / المشارك: وهو إجراء ذاتي قائم على توقعات المتعلمين التي يمكن ملاحظتها بشأن تجربتهم العامة والنتائج الفعلية التي حصلوا عليها. وبوجه عام، يتم جمع بيانات رضا المتعلم / المشارك من خلال الاستبيانات أو المسوح، ويمكن استخدام البيانات لتحسين البرامج التعليمية في مجال الصحة من خلال استهداف التغيرات المحددة التي أشار إليها المشاركون السابقون (Appleton-Knapp, 2009).

تحليل فعالية التكلفة (CEA): بدقيق العبارة، تحليل فعالية التكلفة هو عملية تقدير صافي تكاليف أي إجراء والآثار التي يتركها. فبالنسبة للتعليم في المجال الصحي، يوفر هذا التحليل وسيلة لمطوري البرامج لتوضيح "تكلفة الفرصة البديلة" كمياً لأي قرار، بحيث يتم حصر الفوائد الاجتماعية والتعليمية والطبية المحتملة التي سيتم تفويتها إذا ما تم تنفيذ برنامج آخر. وبهذا المعنى، فإنه يوفر مقياساً إضافياً للعاملين في المجال الصحي لإصدار أحكام مستنيرة في إنشاء برنامج تعليمي فعال (Gold Marthe R, 1996).

ويبلغ مجموع الإنفاق العالمي للتعليم المهني في مجال الصحة حوالي 100 مليار دولار أمريكي سنوياً. ويمثل هذا المبلغ أقل من 2 في المائة من جميع النفقات على قطاع الصحة في جميع أنحاء العالم، وهو رقم صغير بالنسبة لقطاع يعتمد على كثافة اليد العاملة. وقد أفادت دراسة أن متوسط التكلفة لكل خريج على مستوى العالم يبلغ حوالي 113.000 دولار لطلاب الطب و 46.000 دولار للممرضين (Frenk et.al, 2010). وتتعلق التحديات الرئيسية التي تواجه ضمان الحصول على التعليم التمريضي الجيد في بلدان المنظمة بعدم كفاية الاستثمار وانخفاض الأولوية الممنوحة لتعليم التمريض؛ ونقص القدرات في مدارس التمريض من حيث توافر المدرسين فضلاً عن البنية التحتية؛ والحاجة إلى مواصلة تحديث مناهج التمريض من أجل سد الفجوة بين التعليم والخدمة؛ والقدرة المؤسسية المحدودة على تقديم برامج التدريب بعد المرحلة



الأساسية؛ وعدم كفاية التركيز على برنامج التطوير المهني المستمر (SESRIC, 2015). ويعمل كل بلد على تحسين نوعية التعليم لديه، بيد أن هناك تحديات كثيرة تبرز أمام دول منظمة التعاون الإسلامي كأى دولة نامية أخرى بسبب المشاكل الاقتصادية، والأحوال السياسية غير المستقرة، والحروب بما فيها تلك الأهلية منها، وانعدام الكفاءة المهنية، ونقص الموارد البشرية، ونقص الخبرات في الميدان إلى جانب عوامل أخرى.

3.7 التفاعلات الضارة للأدوية والاستخدام غير الرشيد لها

يعد استخدام الدواء أمراً منطقياً (مناسباً ومستحسنًا وصائبًا) عندما يتلقى المرضى الأدوية المناسبة، بالجرعات التي تلي الاحتياجات الفردية الخاصة بكل فرد منهم، ولفترة كافية من الوقت بأقل تكلفة سواء بالنسبة لهم وللمجتمع. في حين يعد استخدامه غير رشيداً (غير مناسباً ولا مستحسنًا ولا صائبًا) عندما ينتفي واحد أو أكثر من هذه الشروط. وقد يتخذ الاستخدام غير الرشيد للأدوية العديد من الأشكال المختلفة، مثل تعديد الأدوية، والإفراط في استخدام المضادات الحيوية والحقن، وعدم وصف الأدوية وفقاً للمبادئ التوجيهية السريرية، والعلاج الذاتي غير اللائق.

وعلى الصعيد العالمي، تشير التقديرات إلى أن أكثر من نصف جميع الأدوية يتم وصفها أو صرفها أو بيعها بشكل غير مناسب (WHO, 2009). علاوة على ذلك، تم تقدير عدد المرضى الذين لا يتناولون الأدوية الخاصة بهم كما تم وصفه أو صرفه لهم بنصف العدد الإجمالي (Sabaté E, 2003). وتعتبر التفاعلات الضارة للأدوية والاستخدام غير الرشيد لها مشكلة عالمية جد خطيرة ومدمرة ووخيمة. وعلى مستوى البلدان النامية والبلدان التي تمر بمرحلة انتقالية، فهناك أقل من 40 في المائة من المرضى في القطاع العام و 30% من المرضى في القطاع الخاص يتم معالجتهم وفقاً للمبادئ التوجيهية القياسية للعلاج (Kathleen Holloway and Liset Van Dijk, 2011). وعلى الرغم من المشكلة العالمية للاستخدام غير الرشيد، يقوم عدد قليل من البلدان برصد استخدام الأدوية أو باتخاذ إجراءات كافية لتصحيح الوضع (WHO, 2006).

وتزداد المقاومة لمضادات الميكروبات بشكل كبير في جميع أنحاء العالم استجابة لاستخدام المضادات الحيوية، ويرجع جزء كبير منها إلى الاستخدام المفرط غير الملائم (وهو ما يتسبب بمعدلات اعتلال ووفيات كبيرة) (WHO, 2009). وقد تم تقدير تكلفة المقاومة لمضادات الميكروبات سنوياً ما بين 4000 و 5000 مليون دولار أمريكي في الولايات المتحدة الأمريكية و 9000 مليون يورو في أوروبا (SCRE, 2004). ويرتبط استخدام الحقن غير المعقمة بانتشار العدوى المنقولة عن طريق الدم، مثل التهاب الكبد ب و ج وفيروس نقص المناعة البشرية (الإيدز). وعلى الرغم من أن الطب القائم على الأدلة قد حظي بالاهتمام، إلا أن استخدام كل من المبادئ التوجيهية في التشخيص والعلاج لهو دون المستوى الأمثل، ولا زال هناك الكثير مما يمكن تحسينه فيه.



وينتشر الاستخدام غير الملائم للأدوية عادة في نظم الرعاية الصحية على مستوى العالم، إلا أنه من الملاحظ انتشاره على نطاق واسع على مستوى البلدان النامية. وتشمل الأمثلة الشائعة على الاستخدام غير الرشيد للأدوية تعاطي الكثير من الأدوية لا سيما بين المسنين، والإفراط في استخدام المضادات الحيوية حتى أنها قد تستخدم بشكل خاطئ للعدوى غير البكتيرية، وتعاطي بعض الأدوية بجرعات زائدة أو ناقصة، ووصف الحقن على نطاق واسع حين يكون العلاج عن طريق الفم ناجعا، والتطبيب الذاتي ووصف الأدوية في ظل أنماط لا تتوافق مع المبادئ التوجيهية السريرية المعتمدة (Akl OA et.al., 2014).

الجدول 2.7: التدخلات لتعزيز الاستخدام الرشيد للأدوية

- هيئة وطنية متعددة التخصصات مكلفة بتنسيق سياسات استخدام الدواء
- الإرشادات السريرية
- قائمة الأدوية الأساسية على أساس العلاجات المختارة
- لجان المخدرات والعلاج في المقاطعات والمستشفيات
- التدريب على العلاج الدوائي القائم على حل المشكلات في مناهج التعليم الجامعي
- التعليم الطبي المستمر أثناء الخدمة كشرط مرخص به
- الإشراف والتدقيق والتغذية المرتدة
- معلومات مستقلة عن الأدوية
- التعليم العام حول الأدوية
- تجنب الحوافز المالية الضارة
- تنظيم مناسب ومطبق

المصدر: منظمة الصحة العالمية، 2006

وفي البلدان المتقدمة وبعض البلدان التي تمر بمرحلة انتقالية، حيث يغطي التأمين الصحي نسبة كبيرة من السكان، يمكن لشركات التأمين الصحي أن تؤدي دورا هاما في تعزيز الاستخدام الرشيد للأدوية عن طريق دفع تكاليف الوصفات الطبية التي تتفق مع المبادئ التوجيهية السريرية أو تلك التي تحتوي على أدوية أساسية. وفي بعض البلدان ذات الدخل العالي والمتوسط، تقوم شركات التأمين بدفع تكاليف الأدوية وفقا لما إذا كانت أدوية أساسية أو مكافئة أو مرخصة لاستخدام معين. بيد أن تغطية التأمين في العديد من البلدان ذات الدخل المنخفض ضعيفة، وليست البنى التحتية كافية لإنشاء نظام تأمين صحي على المدى القريب. ويعد إقناع الحكومات والجهات المانحة والمجتمع الدولي باستثمار قدر كاف في تعزيز الاستخدام الرشيد للأدوية واحدا من التحديات الرئيسية المستقبلية.

ويتسبب القصور في فهم بعض الجوانب المتعلقة بالأدوية إلى ممارسات خطيرة كالاعتقاد بأن تناول دوائين خير من تناول دواء واحد، أو جرعتين أكثر فعالية من جرعة واحدة، أو أن الحقن أكثر نجاعة من الأقراص، فضلا عن تعاطي الأدوية التقليدية إلى جانب الأدوية التي تم وصفها من قبل الطبيب دون استشارته (Abbott et.al., 2009). ويعتبر الاستخدام غير الرشيد للأدوية واحدا من المشاكل الصحية التي تعمل



منظمة الصحة العالمية على معالجتها من خلال وضع مبادئ توجيهية تشمل قائمة الأدوية الأساسية والوصف الفعال لها. ووفقاً لمنظمة الصحة العالمية، فإن الحملات الإعلامية والتعليمية للعامة بشأن استخدام الأدوية هما عنصران أساسيان في السياسات الوطنية المتعلقة بالأدوية. وعلى الرغم من التقدم المحرز في بعض البلدان، إلا أن الموارد البشرية والمالية اللازمة لا تزال محدودة لتعليم العامة بشأن تناول الأدوية. وعادة ما يتم التعامل مع نشاط هامشي أو نشاط يجب معالجته فقط عندما تكون العناصر الأخرى لسياسة الأدوية قائمة (Management Sciences for Health, 2012).

ويمكن للتعليم الطبي والإرشادات المقدمة من مهنيي الرعاية الصحية بناء مريض واسع الاطلاع بشأن القضايا المتعلقة باستخدام الأدوية. وقد يقلل تعليم المرضى من حوادث التفاعلات الدوائية الضارة. ويشكل تبادل المعلومات ضرورة ملحة بالنسبة للمرضى حتى يتمكنوا من تناول أدويتهم على نحو سليم. ويرغب المرضى بتلقي معلومات بشأن جوانب السلامة في الأدوية التي يتناولونها من خلال مصادر متعددة. ويلزم بذل جهود حثيثة لتحسين كيفية استخدام الأدوية، وأن تكون البرامج التعليمية في مجال الصحة أكثر تركيزاً على استخدامها بشكل صائب. وفي بعض البلدان، يكون الوصول إلى المنشورات الإعلامية محدوداً، ولا يملك الناس أدنى فكرة عن كيفية الحصول على المعلومات الدقيقة (WHO, 2006). ويتعين على أخصائيي الرعاية الصحية القيام بدور نشط في تطوير برامج التعليم في مجال الصحة والتواصل مع مراكز معلومات مستقلة من أجل الحصول على معلومات تتعلق بالأدوية.

في المجتمعات الفقيرة خاصة، يقوم الأشخاص غير المؤهلين ببيع الأدوية في العديد من الأسواق من السلطات الصحية المحلية. ويحمل الاستخدام غير الرشيد للأدوية نتائج سلبية على مستويين الصحي والاقتصادي تلقي بظلالها على كل من المستهلكين والحكومات. ويمكن لمهنيي الرعاية الصحية الحد من مشكلات المستهلكين فيما يتعلق بالأدوية عند تظافر جهود بعضهم بشكل تعاوني، وذلك من خلال تعليمهم وتزويدهم بالإرشادات والمعلومات القائمة على الأدلة وصولاً إلى استخدام أمثل للأدوية.

4.7 الضوابط والتوازنات للسيطرة على الممارسات الخاطئة

يتضمن سوء الممارسة الطبية إلحاق الضرر بالمريض أو إصابته أو وفاته وتعزى إلى سلوك ينم عن إهمال من قبل ممارس مهنة الطب أو أي مهنة أخرى تتعلق بمهنيي الرعاية الصحية (Ritchey FJ, 2014). وفي كثير من الأحيان، يرفع المرضى (أو أسرهم)، الذين يعتقدون أنهم وقعوا ضحايا لسوء الممارسة الطبية، دعاوى ضد مقدمي الرعاية الصحية. وتحمل هذه الاحتمالية في طياتها تأثيرات قوية محتملة فيما يتعلق بالتكاليف ودفع التعويضات، كما تدفع الأطباء ومهنيي الرعاية الصحية الأخرى ومنظمات الرعاية الصحية إلى توقيع عقود تأمين المسؤولية من أجل معادلة المخاطر التي يتعرضون لها. ولا تتوفر سوى بيانات محدودة جداً بشأن الممارسات الخاطئة حول العالم. ولا تقوم معظم البلدان بجمع بيانات عن حالات سوء الممارسة والإبلاغ عنها.



ووفقا لبعض التقديرات، يلقي ما يقرب من 18.000 شخص حتفهم كل سنة نتيجة لأخطاء طبية، في حين يعاني 50.000 شخص من إصابة دائمة بسببها (Emily B., 2013). ادعت دراسة حديثة أجراها جون هوبكينز أن أكثر من 250.000 شخصا في الولايات المتحدة يموتون كل عام بسبب أخطاء طبية (John Hopkins, 2013). ويعد التشخيص الخاطئ أو تفويته أو تأخير المصدر الأول للشكاوى المتعلقة بالممارسات الطبية الخاطئة؛ فعندما يجانب الطبيب الصواب، أو لنقل يفشل، في عملية تشخيص حالة ما لبعض الوقت، فإن المريض قد تفوته بذلك فرصة العلاج مما قد يتسبب بضرر بالغ له أو وفاته.

وفي الواقع، يمكن أن يؤدي التشخيص الخاطئ إلى وصف علاجات غير مناسبة للمريض، كما يمكن أن يؤدي إلى إلحاق الضرر. ويمكن أن تتسبب الممارسات الخاطئة بعدد من الإصابات لجنين أثناء الحمل أو لطفل أثناء عملية الولادة. وقد تكون بعض هذه الإصابات بالغة، مثل إصابات الدماغ (كالشلل الدماغي ونوبات الصرع)، وكسور العظام، والشلل الكامل أو الجزئي. وبطبيعة الحال، تكون العديد من هذه الإصابات أيضا نتيجة لأسباب طبيعية. ومع ذلك، قد يقع سوء الممارسة الطبية إذا ما تسبب إهمال الطبيب في هذه الظروف أو فشل الطبيب في اتخاذ خطوات لعلاج حالة قد تؤدي إلى هذه الظروف.

أخطاء وصف الأدوية: أخطاء وصف الأدوية هي واحدة من الأشكال الأكثر شيوعا لسوء الممارسة الطبية ويمكن أن تحدث بطرق عديدة. فعلى سبيل المثال، قد يكون الطبيب قد ارتكب خطأ في وصفة طبية أولية، أو وصف الدواء بشكل غير لائق، أو فشل في ملاحظة تفاعل ضار محتمل للدواء. وفي المستشفيات، ينتج واحد من الأشكال الشائعة لإصابة المريض من إعطاء الوصف الخطأ للدواء للمريض الخطأ. ومع ذلك، تنطوي أخطاء وصف الأدوية الأكثر شيوعا، على الإطلاق، على الجرعات غير المناسبة.

أخطاء التخدير: تعد أخطاء التخدير نادرة نسبيا، ولكنها قد تكون أكثر خطرا من الأخطاء الجراحية. فيمكن أن يؤدي خطأ صغير من قبل طبيب التخدير إلى إصابة دائمة، أو تلف في الدماغ، أو الموت. وتشمل الأسباب التقليدية للممارسات الخاطئة من قبل أطباء التخدير الفشل في التحقق من التاريخ الطبي للمريض للتأكد من المضاعفات المحتملة، أو عدم إبلاغ المريض بشأن الإجراءات اللازمة قبل الجراحة (مثل عدم تناول الطعام لفترة معينة قبل الجراحة). أما أخطاء التخدير الشائعة الأخرى فتشمل إعطاء المريض جرعة زائدة من المادة المخدرة، والفشل في مراقبة المؤشرات الحيوية للمريض، والإدخال الخاطئ للأنبوب في قصبه المريض الهوائية لمساعدته على التنفس ("intubation")، أو استخدام معدات معيبة.

أخطاء الجراحة: أحيانا، قد يقترب الجراح خطأ في غرفة العمليات، وقد يتسبب بأخطاء ناجمة عن إهمال أثناء الجراحة نفسها، مثل خرق عضو ما أو وعاء دموي، أو العمل على جزء غير صحيح من الجسم، أو ترك المعدات الجراحية داخل الجسم. إضافة إلى ذلك، يمكن أن يؤدي الإهمال في طاقم التمريض إلى وصف أدوية للمريض بشكل خاطئ، أو القيام بممارسات غير سليمة يمكن أن تؤدي إلى إصابة المريض بالعدوى، أو عدم إعطاء المريض تعليمات كافية لما يتطلبه الشفاء بعد العملية الجراحية.



5.7 القضايا الاجتماعية والثقافية المتعلقة بالخدمات الصحية

من المعترف به الآن على نطاق واسع أن النتائج الصحية تتأثر تأثراً عميقاً بعوامل اجتماعية وثقافية متنوعة خارج نطاق الرعاية الصحية. وتبرز هناك حاجة إلى فهم الاختلافات والمواقف الثقافية لتوفير الرعاية الصحية الفعالة بشكل مناسب. ولدى جميع الثقافات منظومة من المعتقدات تقوم بشرح مسببات المرض، وكيف يمكن علاجه أو معالجته، ومن ينبغي أن يشارك في هذه العملية.

وتؤدي القضايا الثقافية دوراً رئيسياً في التزام المرضى. ويتمتع مدى استيعاب المرضى للخدمات الصحية بما يتفق مع قيمهم الثقافية بتأثير عميق على تقبلهم للمعلومات المقدمة لهم واستعدادهم للأخذ بها. وفي العادة، تعتبر الأمراض في المجتمعات المتقدمة نتاج ظواهر علمية طبيعية، وتقوم السلطات بدعم استخدام العلاجات الطبية التي تكافح الكائنات الحية الدقيقة أو استخدام التكنولوجيا المتطورة لتشخيص المرض وعلاجه. في حين أنه وفي بعض السياقات الاجتماعية والثقافية الأخرى، يعتقد الناس أن المرض هو نتيجة لظواهر خارقة للطبيعة، وبالتالي، يكفي التدخل الروحي فقط للتخلص منه.

ويتيح تزايد التنوع في الأمة فرصاً كما أنه يفرض تحديات أمام مقدمي الرعاية الصحية وأنظمتها وواضعي السياسات من أجل إنشاء وتقديم خدمات تتسم بالكفاءة الثقافية. وتعرف الكفاءة الثقافية بأنها قدرة مقدمي الخدمات والمنظمات على تقديم خدمات الرعاية الصحية التي تلبى الاحتياجات الاجتماعية والثقافية واللغوية للمرضى (Betancourt, et.al., 2002). ويمكن لنظام الرعاية الصحية المؤهل ثقافياً أن يساعد على تحسين النتائج الصحية وجودة الرعاية، وأن يسهم في القضاء على الفوارق الصحية العرقية والإثنية. ومن الأمثلة على الاستراتيجيات الرامية إلى توجيه نظام الرعاية الصحية نحو تحقيق هذه الأهداف توفير برامج تدريبية ذات صلة بشأن الكفاءة الثقافية والقضايا المشتركة بين الثقافات للمهنيين في المجال الصحي ووضع سياسات تحد من الحواجز الإدارية واللغوية التي تحول دون رعاية المرضى.

وتتمتع الأسرة الكبيرة بتأثير فعال، وفي كثير من الأحيان يكون كبار السن في الأسرة هم صانعو القرار والمتحدثون باسم أغلبية المجتمعات النامية. وعادة ما تكون مصالح الأسرة وشرفها أكثر أهمية من المصالح الفردية لأعضائها. ويحظى أفراد الأسرة الأكبر سناً بالاحترام، وغالباً ما تكون سلطتهم أمر لا جدال فيه. وفي العادة، يتم طلب المشورة من أحد كبار العائلة لاتخاذ قرارات هامة تتعلق بالصحة. وبالنسبة للثقافات الآسيوية، يعتبر الحفاظ على الانسجام قيمة مهمة؛ وبالتالي، هناك تركيز قوي على تجنب الصراع والمواجهة المباشرة. ونتيجة لتمتع السلطة بالاحترام، يتم تحاشي مخالفة توصيات العاملين في مجال الرعاية الصحية. إلا أن عدم وجود خلاف لا يشير إلى أن المريض والأسرة يتفقون مع التوصيات العلاجية أو يمثلون لها. وفيما يتعلق بالمرضى الصينيين، ولأن سلوك الفرد ينعكس على الأسرة، قد ينتج عن المرض العقلي أو عن أي سلوك يشير إلى عدم ضبط النفس إحساس بالعار والذنب. نتيجة لذلك، قد يجد المرضى الصينيون حرجاً في مناقشة أعراض المرض العقلي أو الاكتئاب.



وتعد قارة أفريقيا واحدة من أكبر قارات العالم وتشكل مجتمعا متعدد الأعراق أخذنا في الاعتبار طبيعتها الخاصة والممارسات المتنوعة التي تتمتع بها. فعلى سبيل المثال، تتألف نيجيريا، كبلد، من شعب ينتهي أفرادها إلى مجموعات عرقية مختلفة ومن ممارسات ثقافية متنوعة. ويحوي البلد على أكثر من 250 مجموعة إثنية ذات ممارسات ثقافية مختلفة. وتجدي بعض هذه الممارسات، التي صمدت لقرون من الممارسة، نفعاً بالنسبة للأفراد هناك. وليس من غير المؤلف التفكير في شيء غير مهذب وسيء متى ما تحدث المرء عن ممارسات ثقافية تتعلق بالصحة. فمن خلال برامج مختلفة، يمكن تعليم الأطفال والشباب التغلب على الممارسات الاجتماعية والثقافية التي تضر بالحياة الصحية. ويسلط الإطار 1.7 الضوء على برنامج يستخدم في إندونيسيا للتغلب على هذه العقبات وتوفير التدريب.

الإطار 1.7: برنامج الطبيب الصغير في إندونيسيا

في إندونيسيا، يتم تنفيذ التعليم الصحي غير النظامي الذي يسمى "Penyuluhan Keshehatan" كجزء لا يتجزأ من خدمات الصحة المدرسية. وأحد المدخلات الهامة لهذا هو برنامج "Dokter Kecil" أو الطبيب الصغير، الذي يحظى بدعم شخصي من رئيس البلد. ويستخدم البرنامج مجموعة من التلاميذ للعمل كمحرك رئيسي ودافع للتغييرات التي تعزز صحة أفضل في المدرسة والمنزل والمجتمع. يتم اختيار الأطفال من الصف الرابع إلى السادس من قبل المعلمين للعمل كأطباء صغار بناءً على إمكانات القيادة والاستعداد لمساعدة الآخرين ومراعاة النظافة الشخصية الجيدة.

تشمل مسؤوليات الطبيب الصغير ما يلي: تقديم مثال جيد عن طريق اتباع نمط حياة صحي، ومراقبة النظافة الشخصية الجيدة وتجنب سلوك الذي يشكل خط الصحي؛ المشاركة الفعالة في تحسين الظروف البيئية مع الإشارة إلى التخلص من مياه الصرف الصحي والنفايات، وحماية مصادر المياه الآمنة وتخزين الأغذية، ونظافة الغرف؛ توصيل الرسائل حول الوقاية من الإسهال، والتلقيح، ومكافحة البعوض وما إلى ذلك؛ مراقبة النظافة الشخصية والنمو والبصر وصحة الفم والندبات والتهابات الجلد والعين وغيرها من الأعراض؛ إخبار المعلمين بالأطفال الذين يحتاجون إلى العناية؛ توفير علاج بسيط بما في ذلك الإسعافات الأولية وإحالة الحالات؛ الحفاظ على السجل / المذكرات الصحية؛ كتابة التقارير الشخصية؛ وتقديم الحقائق الصحية باستخدام الرسومات. يتلقى الأطباء الصغار تدريباً أولياً يشمل 20 ساعة دراسية. يتم تشجيع حل المشكلات والمشاركة الفعالة. ويتم تقييم التدريب من خلال الاختبارات والمقالات وتقييم المهارات ولعب الأدوار والمناقشات الجماعية. تتم مراقبة عمل الطبيب الصغير، ويصبح تأثير ذلك على المدرسة والمجتمع بارزاً.

المصدر: WHO, Action for Public Health, 1991

وقد ساعدت العديد من الممارسات الثقافية على إطالة أمد بعض الأمراض والمشاكل الصحية وزيادة انتشارها. ومع ذلك، ليست كل الممارسات والمعتقدات الثقافية سيئة، فقد صمد العديد منها لقرون وكان لها إسهامات في تعزيز الوضع الصحي في واقع الأمر. وتعزى معظم الممارسات السلبية إلى الجهل وعدم توفر بدائل أفضل. وينبغي بذل جهود حثيثة لتشجيع الممارسات التي ترفع من الوضع الصحي، ومن ثم تثبيط تلك التي تضر بصحة الإنسان من خلال توفير المعلومات وخدمات الرعاية الصحية الأفضل.



وكثيرا ما أبلغت السلطات في بلدان مثل نيجيريا وباكستان عن معارضة الجماعات الدينية والسياسية للقيام بالحملات الوطنية للتطعيم ضد شلل الأطفال. وللتغلب على هذه المشكلة، حصلت الأمانة العامة لمنظمة التعاون الإسلامي على أمر قضائي ديني من أكاديمية الفقه الإسلامي الذي قام بإصدار فتوى تشجع المسلمين على المشاركة ودعم حملات التطعيم هذه. وقد بينت الفتوى، باقتباس مستفيض من القرآن الكريم، وجوب وقاية الأطفال من الأمراض التي يمكن الوقاية منها. وهكذا، تسلط الفتوى الضوء على مدى أهمية زيادة الوعي في المجتمعات الإسلامية بشأن فوائد حملات التحصين ضد شلل الأطفال. وعلى أية حال، لا زال هناك حاجة ماسة لفتاوى مماثلة لدعم جميع أنواع حملات التحصين في بلدان منظمة التعاون الإسلامي (SESRIC, 2014).

6.7 خطط التوعية في مجال الصحة العامة

الصحة العامة هي علم يهتم بحماية صحة الأسر والمجتمعات وتحسينها من خلال تعزيز أساليب الحياة الصحية، وإجراء الأبحاث عن الأمراض والوقاية من الإصابات، والكشف عن الأمراض المعدية ومكافحتها. وبشكل عام، تهتم الصحة العامة بحماية صحة السكان بأسرهم. وقد يقصد بالسكان فئة صغيرة بحجم محلي أو فئة كبيرة بحجم بلد أو منطقة إقليمية على مستوى العالم. ويعمل المختصون في مجال الصحة العامة على منع حدوث المشاكل أو تكرارها من خلال تنفيذ البرامج التعليمية واقتراح السياسات وإدارة الخدمات وإجراء الأبحاث - على نقيض المهنيين السريريين مثل الأطباء والممرضين الذين يركزون بشكل أساسي على علاج الأفراد بعد إصابتهم بالمرض أو الأذى. كما تعمل الصحة العامة على الحد من التفاوت في الوضع الصحي. ويهتم جانب كبير من مجال الصحة العامة في تعزيز المساواة في الحصول على الرعاية الصحية وتحسين نوعية هذه الرعاية وإمكانية الوصول إليها.

وقد أثبتت تكنولوجيا المعلومات والاتصالات أنها أداة قوية بالنسبة للصحة العامة. وفي البلدان النامية، لا تزال الأمراض التي يمكن الوقاية منها والوفيات المبكرة تحصد أرواح الكثير. ويؤثر عدم المساواة في الحصول على الخدمات الصحية الأساسية على مناطق ومجتمعات وفئات اجتماعية مختلفة. وقد أفضى نقص تمويل القطاع الصحي في معظم البلدان إلى أوجه قصور كمية ونوعية في تقديم الخدمات إلى جانب اتساع الفجوات في المرافق وصيانة المعدات. كما أدى عدم الكفاءة في تخصيص الموارد، على شحها، والافتقار إلى التنسيق بين أصحاب المصلحة الرئيسيين إلى ازدواجية الجهود وتداخل المسؤوليات وهدر الموارد. وتقع معظم البلدان في مرحلة ما على طريق إصلاح قطاع الصحة، في محاولة لتوفير الوصول الموسع والمتكافئ إلى الخدمات عالية النوعية مع الحد أو على الأقل التحكم في ارتفاع تكلفة الرعاية الصحية. وتضم عمليات الإصلاح الصحي جوانب متعددة، ولا يوجد نموذج واحد يحظى باعتماد جميع البلدان.

ويمكن لتكنولوجيات المعلومات والاتصالات أن تسهم إسهاما كبيرا في تحسين إمكانية الحصول على الخدمات وجودتها مع احتواء التكاليف. ويشمل تعزيز مجال الصحة تحسين جانب الصحة العامة والبرامج الطبية المصممة لتوفير الرعاية السريرية الاختيارية والطائرة وطويلة الأجل، وتعليم الناس، وتحسين التغذية والنظافة الصحية؛ وتوفير ظروف معيشية أكثر صحة. وهذا بدوره ينطوي في نهاية



المطاف على تغييرات اجتماعية واقتصادية هائلة؛ حيث أن العديد من التحديات في مجال الصحة تتجاوز كثيرا قطاع الصحة.

ولطالما اعتمد قطاع الصحة على التكنولوجيات المعاصرة؛ فوفقا لمنظمة الصحة العالمية (2004)، فإنها تشكل العمود الفقري بالنسبة للخدمات الرامية إلى الوقاية من الأمراض بأنواعها وتشخيصها وعلاجها. وما تكنولوجيا المعلومات والاتصالات سوى فئة واحدة من مجموعة واسعة من التكنولوجيات التي قد تكون ذات فائدة. وإذا ما افترضنا سلامة السياسات والإدارة والموارد والمؤسسات، فيمكن لتكنولوجيات المعلومات والاتصالات أن تمثل أدوات قوية في أيدي العاملين على تحسين المجال الصحي. وتعتبر قضايا حقوق البث واللوائح التي تسيطر على وسائل الإعلام جزءا لا يتجزأ من هذه الأدوات. وتقاس إمكانية الاتصال بإمكانية التواصل الهاتفي، والامتلاك الشخصي للحواسيب، والاتصال بالإنترنت. كما توجد أيضا إمكانية غير متكافئة للوصول الإلكتروني ضمن المجتمعات. وفي البلدان النامية، هناك شرائح من السكان قد حرمت من منتجات ثورة المعلومات. وما يزيد الأمر تعقيدا الانتشار المتسم بالتغير السريع للتكنولوجيات الجديدة وما يصاحبها من معايير تتطلب من الفرد الرفع المستمر لمستوى التقدم الذي يجب أن يفي به إذا ما أراد أن يظل مواكبا للحاضر (Ishaq, 2001). وهذا يشكل جزءا من مجموعة معوقات أوسع نطاقا تشمل أوجه القصور في بنى الاتصالات السلكية واللاسلكية التحتية، وارتفاع التعريفات الجمركية للاتصالات، وعدم ملائمة أو ضعف السياسات، وعدم الكفاءة التنظيمية، والافتقار إلى المحتوى المعد محليا، والقدرة غير المتكافئة على استخلاص الفوائد الاقتصادية والاجتماعية من الأنشطة القائمة على الاستخدام الكثيف للمعلومات.

قامت دراسات حديثة بإثبات وجود صلة وثيقة بين استخدام الهاتف وزيادة الطلب على الخدمات الصحية في بنغلاديش وبيرو ولاوس. ويظهر التحليل على مستوى الأسرة أن خدمات الهاتف الأساسية تتيح فرصا لتقديم المعلومات في الوقت المناسب عن الخدمات الصحية للأسر المعيشية التي لديها طلب أكبر نسبيا على هذا النوع من المعلومات. وعندها سيتمكن العاملون في مجال الصحة من تتبع الأعراض لدى المرضى ورصدها باستخدام الهواتف المحمولة ذات القدرات النصية بالاقتران مع قاعدة بيانات مركزية. فعلى سبيل المثال، قد يقوم الممرضون الذين يقومون بزيارات ميدانية بطرح سلسلة من أسئلة نعم / لا على الأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية أو المصابين بالسل حول وضعهم والأعراض التي لديهم وردود أفعالهم تجاه أدوية معينة.

ولا تزال الإذاعة، التي تعد من بين تكنولوجيات المعلومات والاتصالات الأكثر استمرارية ورسوخا، تحافظ على مكانة محورية في الاتصالات المتعلقة بالصحة في البلدان النامية. ويمكن للعاملين في مجال الصحة في القرى الآن اصطحاب مشغلات أقراص الفيديو الرقمية (VCD) و (DVD) لإيصال فكرة أساسية ويمكن أن تكون متبوعة بجلسات للنقاش. ففي الماضي، كانت تقنيات الفيديو تكلف باهضا ويصعب استخدامها في المناطق الريفية. أما الآن فيمكن إنتاج شريط فيديو على جهاز حاسوب بسيط، ولا تبلغ تكلفة إنتاج فيديو باللغة المحلية من قبل العاملين المحليين في مجال الصحة سوى أقل من بضع مئات من الدولارات. ويمكن استخدام المشغلات الرقمية المحمولة بسهولة لعرض الفيديو. ولا تزداد هذه العملية إلا يسرا مع مرور الزمن. وقد قامت منظمة غاموس غير الحكومية باستقراء هذا الأمر في المكسيك ومولدوفا وجنوب أفريقيا وكامبوديا وغانا. كما تظهر دراسات التأثير تغيرا ملحوظا في المعرفة والسلوك استنادا إلى أشرطة



الفيديو. وفي غانا، قام عدد من الجهات، بما في ذلك مؤسسة الصحة في غانا، بتدريب موظفيها وبدأوا بإنتاج مقاطع فيديو باللغة المحلية يمكن تشاركها مع بعضهم البعض (Gamos, 2005).

وقد بدأت بعض بلدان منظمة التعاون الإسلامي بالفعل في استخدام تكنولوجيا المعلومات والاتصالات في مجال الصحة على نطاق واسع؛ وتعد تركيا واحدة من هذه البلدان (Tatar, 2011). وتشمل البنية التحتية لتكنولوجيا المعلومات في مجال الرعاية الصحية في تركيا: Sağlık-Net (المصطلح التركي لـ"شبكة الصحة")، والنظام المركزي لأخذ المواعيد في المستشفيات، ووحدة إحصاءات الصحة الأساسية، ونظام إدارة الموارد الأساسية، ونظام الوصفات الطبية الإلكترونية التابع لمؤسسة الضمان الاجتماعي. ويحتوي Sağlık-Net على مكونين رئيسيين هما النظام الوطني للمعلومات الصحية (NHIS) ونظام معلومات طب الأسرة (FMIS). فالأول عبارة عن بنية تحتية على مستوى البلاد تسمح بتبادل السجلات الصحية الإلكترونية للمرضى (EHRs). وحتى الآن، تم إنشاء سجلات صحية إلكترونية لـ 78.9 مليون شخص داخل النظام الوطني للمعلومات الصحية. وبالمثل، فإن طب الأسرة يعد فعالاً في جميع أنحاء البلاد بفضل نظام معلومات طب الأسرة. ويخول النظام المركزي لأخذ المواعيد في المستشفيات للمواطنين حجز المواعيد بسهولة لدى مقدمي الرعاية الصحية.

وتستخدم وحدة الإحصاءات الصحية الأساسية لجمع المعلومات عن الحالة الصحية والمخاطر والمؤشرات في جميع أنحاء البلاد. كما يسرع نظام إدارة الموارد الأساسية تدفق المعلومات بين المقرر الرئيسي ومديريات الصحة في المحافظات. ويرتبط نظام الوصفة الطبية الإلكترونية مع Sağlık-Net ويكون مدمج بسلاسة مع نظم المعلومات لدى مقدمي الرعاية الصحية. وأخيراً، تشارك تركيا في عدة مشاريع دولية لتبادل الخبرات ونشر التنمية الوطنية. في حين أن بعض البلدان لا تزال تستخدم التكنولوجيات الكلاسيكية بسبب تمكين سياسة الاتصالات والبيئة التنظيمية، وعدم الحصول على الكهرباء، وخيارات الطاقة الشمسية، وإمدادات الطاقة الاحتياطية، وعدم كفاية البنية التحتية وإمكانية الاتصال عبر الشبكات المختلفة، وارتفاع التكاليف.



الفصل الثامن

ملاحظات ختامية وتوصيات متعلقة بالسياسات

تشمل الدول الأعضاء في المنظمة البالغ عددها 57 دولة منطقة جغرافية واسعة تتوزع على أربع قارات، ممتدة من ألبانيا (أوروبا) شمالاً إلى موزمبيق (أفريقيا) جنوباً، ومن غيانا (أمريكا اللاتينية) غرباً إلى إندونيسيا (آسيا) شرقاً. وتشكل دول المنظمة جزءاً مهماً من البلدان النامية، ونظراً لتفاوت مستويات التنمية الاقتصادية فيما بينها، فهي لا تمثل مجموعة متجانسة اقتصادياً. وتعكس الطبيعة المختلطة لمجموعة دول المنظمة مستويات عالية من التباين وأوجه الاختلاف في الهيكل والأداء الاقتصادي لهذه الدول. كما تنعكس درجة تفاوت الدول الأعضاء في جوانب الاقتصاد الكلي والجوانب التنموية على أدائها في قطاع الصحة.

وتتسم تغطية الرعاية الصحية في العديد من دول المنظمة بحالة من الضعف الملحوظ، ويرجع ذلك أساساً لنقص الموارد المالية بشكل كافٍ ومستدام، ونقص القوى المدربة العاملة في القطاع الصحي، ورداءة بنية الصحة التحتية. وفي الوقت الحاضر، تقوم دول المنظمة بتخصيص ما نسبته 4.6% فقط من إجمالي ناتجها المحلي للصحة، بينما لا يتعدى الإنفاق على الرعاية الصحية لديها 8.4% من إجمالي الإنفاق الحكومي. يبقى إنفاق الأفراد من أموالهم الخاصة هي الطريقة الأكثر شيوعاً لتمويل الرعاية الصحية بنسبة تبلغ 36% من إجمالي الإنفاق و 82% من الإنفاق الخاص على الرعاية الصحية. وعلى المستوى الفردي للبلدان، تبلغ نسبة إنفاق الأفراد من أموالهم الخاصة ما يزيد عن 50% من إجمالي الإنفاق على الرعاية الصحية في 16 دولة من دول المنظمة. ومن جانب آخر، بالكاد يتجاوز متوسط كثافة العاملين في القطاع الصحي في دول المنظمة العتبة الحرجة البالغة 23 موظفاً صحياً (أطباء، ممرضين، قابلات) لكل 10000 فرد وهي ما تعد ضرورية من أجل تقديم الخدمات الصحية الأساسية عموماً، ولا يتوفر في مستشفيات دول المنظمة سوى أقل من 10 أسرة لكل 10000 فرد.

وعلى مر السنين، أحرزت العديد من دول المنظمة تقدماً ملحوظاً فيما يتعلق بضمان حقوق النساء والأطفال في الرعاية الصحية مع تنامي الموارد التي يتم استثمارها في خدمات الرعاية الصحية الأساسية أكثر من أي وقت مضى. وبالرغم من انخفاض معدل وفيات الأمومة، في المتوسط، إلى 44% بين عامي 1990 و 2015، إلا



أن العديد من الدول الأعضاء قد فشلت في تحقيق الهدف الخامس من الأهداف الإنمائية للألفية المتمثل في تحقيق انخفاض بمقدار ثلاثة أرباع المعدل بحلول عام 2015. وتسود حالة مماثلة بالنسبة لمعدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة، فلم يكن انخفاضها إلى 52% كافياً لتحقيق الهدف الرابع المتمثل في تحقيق انخفاض بمقدار الثلثين مع نهاية عام 2015. كما تعد قضايا التغذية والأمن الغذائي في دول المنظمة مثار قلق كبير هي الأخرى. نتيجة لذلك، فإن الأطفال في دول المنظمة لا يعانون فقط من ارتفاع خطر الوفاة بسبب أمراض كالإسهال والالتهاب الرئوي والملاريا، بل يتعدى ذلك إلى العاهات الجسدية والذهنية بسبب سوء التغذية ونقص المغذيات الدقيقة مثل فيتامين أ واليود والحديد.

ويتبين من تحليل حالة الوقاية من الأمراض ومكافحتها أن دول المنظمة قد حسنت، في المتوسط، من وضعها، وأن العديد منها تمكنت من خفض معدل الوفيات الناجمة عن الأمراض المعدية وغير المعدية. إلا أن القيمة المتوسطة التي تسجلها دول المنظمة بشأن العديد من الأمراض وعوامل الخطر لا تزال مرتفعة مقارنة بتلك الخاصة بالدول المتقدمة والمتوسط العالمي، وهو ما يشير إلى وجود إشكالات تتعلق بالوقاية من الأمراض ومكافحتها بالإضافة إلى مشاكل مرتبطة بالمساواة في إمكانية الحصول على الخدمات الصحية بين الذكور والإناث في دول المنظمة. وبعبارة أخرى، وفي المتوسط، لا يزال الطريق أمام دول المنظمة طويلاً للوصول إلى مصاف الدول المتقدمة في الوقاية من العديد من الأمراض ومكافحتها. وتجدر الإشارة إلى أن الأمراض المعدية وغير المعدية مسؤولة عن ما يقرب من 89% من إجمالي الوفيات في دول المنظمة.

وتبقى دول المنظمة، كمجموعة، مستوردة صافية للمستحضرات الدوائية مع وجود استثناءات قليلة، فلدى غالبيتها قاعدة إنتاجية ذات مستوى منخفض للغاية. وبالنظر إلى التكلفة العالية نسبياً للرعاية الصحية، ونتيجة لعدم توافر الأدوية، فإنه يتعين على العديد من دول المنظمة بذل بعضا من الجهود الحقيقية لتعزيز الصناعات الدوائية في اقتصاداتها. كما تعد الأجهزة الطبية واحدة من أهم أدوات التدخل الصحي التي تتيح الوقاية من الأمراض وتشخيصها وعلاجها إلى جانب إعادة تأهيل المرضى. غير أن استغلال هذه الأجهزة وتوفيرها يعد تحدياً قائماً بالنسبة للعديد من دول المنظمة.

يمكن للحالات الطارئة والكوارث أن تعرض استمرارية خدمات القطاع الصحي واستدامتها في خطر ماحقاً بذلك عدة سنوات من التنمية في القطاع الصحي. فلربما خلقت مشاكل صحية خطيرة بشكل مباشر نتيجة للمخاطر التي تسبب بها أو من خلال تعطيل النظام والمرافق والخدمات الصحية مقوضاً بذلك إمكانية الوصول للرعاية الصحية. كما تعاني الدول المتضررة جراء النزاعات من عواقب وخيمة في الخدمات والنتائج الصحية. وعلى الرغم من إحراز بعض دول المنظمة تقدماً في إدارة مخاطر الكوارث والاستجابة الصحية المرتبطة بها، إلا أن قدرات العديد من الدول في هذا المجال تبقى متباينة إلى حد كبير. كما يوجد هناك تفاوتاً كبيراً بين بلدان المنظمة بشأن القدرة على إدارة الصحة في الحالات الطارئة. ومن أجل إجراء تحليل شامل لقدرات دول المنظمة، تبرز الحاجة إلى دراسات تقييمية لجميع الدول.

وقد أدت التغيرات التي لوحظت على السمات المميزة للمرضى والتطورات الملاحظة في التكنولوجيا إلى زيادة المخاوف بشأن جودة التعليم الصحي وتدريب المهنيين الصحيين في جميع أنحاء العالم. فجودة التعليم الصحي



في كليات الطب وكليات التمريض لم تكن متوافقة بشكل كامل مع احتياجات المرضى ومتطلباتهم. علاوة على ذلك، لم تتمكن تلك المؤسسات التعليمية، حتى في الدول المتقدمة، من تأهيل المهنيين الصحيين المحتملين بشأن استخدام أحدث التقنيات وتفسير البيانات التي تم الحصول عليها من المرضى بالشكل المناسب، ودول المنظمة ليست مستثناة من هذه الحقيقة. وفضلا عن ذلك، هناك علاقة وثيقة بين مستوى الوعي العام ومخرجات الصحة في دولة ما. فقد بُت من خلال البحوث أن بالإمكان الوقاية من معظم الأمراض عن طريق نقل المعلومات والمعرفة ذات الصلة والمتسمة بالدقة للمرضى ومقدمي الرعاية الصحية. ووفقا لمنظمة الصحة العالمية، يمكن الوقاية من معظم أمراض القلب والسكتات الدماغية وداء السكري من النوع الثاني وحالات السرطان بمجرد تعليم وتوعية الأفراد بشأن اتباع نظام غذائي صحي والأنشطة والتمارين البدنية وعدم استهلاك التبغ. ويمكن إنقاذ ما يربو عن مليون شخص سنويا من خلال تشجيع الرضاعة الطبيعية لفترة لا تقل عن سنتين، كما يمكن تجنب معظم وفيات الأطفال دون سن الخامسة من خلال تعليم الآباء بشأن أهمية التغذية والإنفاق الفعال للمال الذي يتم تخصيصه للغذاء والذي قد ينفقونه أحيانا لشراء حلويات لأطفالهم إشباعا لرغباتهم.

وفي ضوء ذلك، تم اقتراح فيما يلي توصيات سياساتية بهدف تعزيز تنفيذ التدخلات على مستويات التعاون الوطني والبيئي في منظمة التعاون الإسلامي والدولي لتحسين الوضع الصحي في دول المنظمة.

تعزيز النظام الصحي

يستلزم تعزيز النظام الصحي طائفة عريضة من الإجراءات على المستويين الوطني والإقليمي. فمعظم دول المنظمة تعتمد بشكل أساسي على إنفاق الأفراد من أموالهم الخاصة لتمويل الخدمات الصحية بينما تبقى حصة الضمان الاجتماعي والتأمين الصحي الخاص في إجمالي الإنفاق على الرعاية الصحية منخفضة إلى حد كبير نسبيا، وهذا ما يمثل عقبة رئيسية أمام تقديم خدمات الرعاية الصحية للمجموعات الفقيرة ذات الدخل المنخفض في المجتمع. ويتطلب هذا الوضع إجراء إصلاحات جوهرية في نظام التمويل الصحي لتمكين الوصول إلى الخدمات الصحية على نطاق أوسع. وتستدعي الإصلاحات زيادة مطردة في الاستثمارات والإنفاق العام على قطاع الصحة، وتقليل الاعتماد على إنفاق الأفراد من أموالهم الخاصة، واعتماد مزيد من سياسات السداد المسبق وتجميع المخاطر، وهو ما قد يتضمن التمويل القائم على الضرائب والضمان الاجتماعي الإلزامي وأنواعا أخرى من التأمين الصحي. ويتوفر الحيز المالي على ما يكفي لرفع مخصصات الميزانية لقطاع الصحة وترسيخ آليات المساءلة لضمان الشفافية والإنفاق الفعال لهذه الموارد. كما تبرز الحاجة إلى اتخاذ التدابير السياساتية اللازمة لتيسير الاستثمار البيئي في قطاع الصحة وتعزيز التعاون مع المؤسسات الدولية مثل منظمة الصحة العالمية واليونيسيف والبنك الدولي للاستفادة من الخبرات التي تتمتع بها والمساهمات المالية التي تمنحها من أجل توفير بنية تحتية لقطاع الصحة. ويتعين على دول المنظمة الشروع في اعتماد أنظمة التمويل الصحي القائمة على السداد المسبق وتجميع المخاطر، مستفيدة بذلك من أفضل الممارسات في هذا الشأن مثل برنامج التأمين الشعبي في المكسيك (Seguro Popular)، والنظام التعاوني الطبي الريفي في الصين، ونظام التأمين الصحي الاجتماعي في مالي، حتى تكون قادرة على تجاوز الموانع المالية التي تعيق وصول الرعاية الصحية لمختلف المناطق لا سيما الريفية منها.



وتسهّم التغيرات الديموغرافية والوبائية، وظهور تقنيات جديدة، وبروز أساليب جديدة للعلاج في تنامي الحاجة إلى التطرق إلى وضع العاملين في المجال الصحي وأدائهم ومشاكلهم. وفي هذا الصدد، ينبغي إجراء عمليات تقييم شاملة بشأن عدد الأفراد الذين يتعين تدريبهم، وتنوع القوى العاملة التي يتعين إعدادها بما يتناسب مع السمات الديموغرافية والاجتماعية والثقافية المميزة للسكان، وقدرة العاملين في المجال الصحي على التطور عند أداء المهام المنوطة بكل فرد منهم. وتشير الأعداد غير الكافية للعاملين في المجال الصحي إلى انخفاض مستوى قدرات وخدمات الرعاية الصحية لدى دول المنظمة، وهو ما يشكل خطراً يتعين معه تعزيز تنمية الموارد البشرية في مجالات الطب والرعاية الصحية بصورة كافية. ومن أجل التغلب على نقص القوى المدربة جيداً العاملة في مجال الصحة والمتسمة بالكفاءة، فإن دول المنظمة بحاجة إلى التركيز على تأسيس لجنة خدمات صحية تعنى بقضايا التدريب والتعيين والإشراف على القوى العاملة في مجال الصحة وتعزيز مستوى التعاون على المستويين الوطني والبيئي في المنظمة من أجل الرفع من مقدار الاستثمار في المؤسسات التعليمية والتدريبية في المجال الصحي. كما تبرز الحاجة إلى زيادة برامج المنح التعليمية لاستقطاب مزيد من الطلاب إلى المهن الصحية، والاعتراف المتبادل للدبلومات والشهادات والدرجات الطبية. وينبغي كذلك وضع حوافز مالية وغير مالية لتعزيز إمداد المناطق الريفية والنائية بالعاملين في مجال الصحة. ويمكن أيضاً أن يؤدي تحسين مستوى التعاون مع المنظمات غير الحكومية والهيئات الدولية إلى تمهيد السبيل لتدريب العاملين وتطويرهم على المستوى المجتمعي (مثل قابلات المجتمع في إندونيسيا وبرنامج الزائرات الصحيات (LHV) في باكستان) بهدف توفير الخدمات الصحية في المناطق الريفية لا سيما تلك المتعلقة بصحة الأمهات وحديثي الولادة والأطفال.

الوقاية من الأمراض ومكافحتها

يتعين على صناعات السياسات صياغة استراتيجيات للنهوض بمستوى الوعي العام بشأن أساليب الحياة الصحية. ولتحقيق هذا، فإن دول المنظمة بحاجة إلى تطوير وتنفيذ استراتيجيات فعالة بشأن الوقاية من الأمراض المعدية وغير المعدية ومكافحتها على حد سواء وفقاً للمبادئ التوجيهية الدولية وبالتعاون مع المنظمات الدولية ذات الصلة. وفي هذا السياق، يمثل برنامج العمل الاستراتيجي لمنظمة التعاون الإسلامي للفترة 2014-2023 (SHPA) فرصة سانحة لتعزيز التعاون بين دول المنظمة في مجال الوقاية من الأمراض ومكافحتها. كما تقترح المبادئ التوجيهية القائمة التابعة لمنظمة الصحة العالمية استراتيجيات لمكافحة العديد من الأمراض المعدية وغير المعدية التي يمكن تطبيقها في العديد من دول المنظمة.

ومن شأن إنشاء آليات ومنصات لتبادل الخبرات القطرية ونقل أفضل الممارسات أن يعين الكثير من دول المنظمة على تطوير وتبني وسائل فعالة للوقاية من الأمراض دون تكلفة. وفي هذا السياق، يمثل برنامج الربط العكسي للبنك الإسلامي للتنمية برنامجاً مرجعياً هاماً حري بدول المنظمة استكشافه والانتفاع به.

وتنعكس درجة تفاوت الدول الأعضاء في الجوانب التنموية على أدائها في مجال الوقاية من الأمراض ومكافحتها. وبعبارة أخرى، قد تتفاوت متطلبات دول المنظمة وأولوياتها إلى حد كبير في هذا المجال تبعاً للمناخ وجودة البنية التحتية ومدى توفر التمويل الحكومي وما إلى ذلك. ووفقاً لذلك، قد تكون المبادئ التوجيهية الدولية



والتعاون البيئي لدول المنظمة ذات أثر محدود في مساعدة دول المنظمة في هذا المجال. وفي هذا الصدد، يقع النصيب الأكبر من مسؤولية الوقاية من الأمراض ومكافحتها على عاتق صناعات السياسات المحليين والخبراء والمجتمع المدني في دول المنظمة. لذلك، يعد تدريب صناعات السياسات والخبراء وكذا المجتمع المدني جزءاً لا يتجزأ من تطوير وتنفيذ أي استراتيجية ناجحة في هذا المجال، بحيث يتم تزويدهم بالمعرفة والمعلومات العلمية الحديثة وأحدث التقنيات لأجل مكافحة الأمراض. وفي هذا السياق، بوسع دول المنظمة تحقيق أقصى أنواع الاستفادة من البرامج التدريبية وبرامج بناء القدرات التي ينظمها مركز الأبحاث الإحصائية والاقتصادية والاجتماعية والتدريب للدول الإسلامية (سيسرك) في مجال الصحة، والتي تهدف إلى تعزيز التعاون البيئي لدول المنظمة لا سيما من خلال مطابقة احتياجات وقدرات الدول الأعضاء، وتيسير تبادل المعرفة وأفضل الممارسات فيما بينها.

صحة وتغذية الأمهات وحديثي الولادة والأطفال

يظل الوضع الصحي والغذائي للأمهات وحديثي الولادة والأطفال متردياً إلى حد كبير في العديد من الدول الأعضاء. ويتمثل التحدي الذي يواجه بلدان المنظمة الراضحة تحت وطأة هذا الوضع في كيفية تحقيق التغطية الشاملة للتدخلات الفعالة بما في ذلك الرعاية قبل الولادة وبعدها، والولادة الآمنة، ورعاية الأطفال حديثي الولادة والرضع، والرضاعة الطبيعية، والمكملات الغذائية الدقيقة، والتحصين الروتيني ضد الأمراض التي يمكن الوقاية منها، مع تنمية الاستثمارات وتعزيز المساءلة لتحسين الوضع الصحي والغذائي للنساء والأطفال.

وفي هذا الصدد، يجب إعطاء الأولوية للإجراءات التي تتضمن تدريب مقدمي رعاية ما قبل الولادة، وتحسين الإمدادات والخدمات اللوجستية للمرافق الصحية، وتعزيز الروابط بين المجتمعات والمستشفيات فيما يخص إحالة الحالات وتقديم الرعاية العاجلة للأمهات والأطفال، والاستثمار في توفير المزيد من العاملين في مجال الصحة المدربين والمجهزين بشكل أفضل من أجل الوصول إلى معظم الأطفال المحرومين من الرعاية الصحية الأساسية في الوقت الحاضر، وتطوير برامج الرعاية المنزلية لهذه الفئات القائمة على نماذج ناجحة من العاملين في صحة المجتمع، ونشر الوعي لدى العائلات والمجتمعات بشأن الطرق المثلى لتنشئة الأطفال بشكل صحي والتعامل مع الأمراض عند حدوثها، والاستخدام الأمثل للبيانات لمراقبة وتحسين التغطية الصحية للأطفال وجودتها.

ولتحسين نطاق التحصين بين الأطفال، ينبغي للتدابير ذات الأولوية المتخذة من قبل الحكومات والأطراف المساهمة الأخرى أن تتضمن صياغة استراتيجيات ابتكارية لتحقيق نطاق تحصين واسع ومنصف، وتطوير لقاحات وتقنيات جديدة للتحصين واستخدامها، ومزامنة أسبوع التطعيم بين دول المنظمة، ومجابهة تحريم التلقيح من خلال إشراك الرموز الدينية والسياسية في المجتمع، وتفعيل آلية الشراء المشترك للقاحات ضمن منظمة التعاون الإسلامي لتأمين توفير اللقاحات ذات الجودة العالية والحصول عليها في الوقت المناسب.

كما يتعين على الحكومات اتخاذ التدابير اللازمة لتحسين الوضع الغذائي للأطفال من خلال استهداف حالات نقص الوزن وتوقف النمو والهزال لديهم. وبالنظر إلى حقيقة أن صحة الأم أمر بالغ الأهمية بالنسبة لطفلها، فإنه ينبغي على الدول تطوير برامج وخدمات الصحة العامة والعمل على تحسينها بحيث تقوم بتوفير



الإمكانات التوعوية والمادية للنساء في سن الإنجاب لتعزيز جانب التغذية الصحية لديهن في فترة ما قبل الحمل وأثناءه، وإجراء عمليات تقييم للنساء الحوامل المعرضات للخطر سعياً للمساهمة في ضمان حصولهن على العناية الطبية الملائمة. بالإضافة إلى ذلك، يجب بذل المزيد من الجهود لصرف النساء عن التدخين، وتشجيع المدخنات على الإقلاع عن التدخين. كما تعد الأبحاث الأكاديمية والسريية بشأن المسببات الرئيسية للاضطرابات الناجمة عن سوء التغذية أمراً بالغ الأهمية كذلك، ويستوجب قدرًا عاليًا من اهتمام صناعات السياسات. وفيما يخص علاج مشكلة السمنة، فقد كان للحملات الداعية إلى التحكم في الوزن على مستوى السكان بالغ الأثر في نشر الوعي بشأن الحد من فرط الوزن بين العاملين في المجال الطبي وصناعات السياسات وعامة الناس. كما أنه من الأمور التي تكتسي أهمية كبيرة في هذا الشأن كذلك إبقاء تسويق الأغذية غير الصحية والمشروبات السكرية للأطفال تحت المراقبة، والحد من استخدام المنتجات التي تدعى بشكل مضلل أنها صحية ومغذية. وفي بعض البلدان، قامت الحكومات بفرض زيادة في مقدار الضرائب على الأغذية ذات السعرات الحرارية المرتفعة والقيمة الغذائية المنخفضة قليلاً لاستهلاكها.

ويعد تشجيع الاقتصار على الرضاعة الطبيعية في الستة الأشهر الأولى واستمرارها حتى عامين وأكثر ذا أهمية بالغة بالنسبة للوضع الغذائي للأطفال. وعلى النحو الذي أوصت به الاستراتيجية العالمية لتغذية الرضع وصغار الأطفال (WHO, 2003)، يتعين على جميع الأمهات الحصول على الإعانة الاحترافية للشروع في الرضاعة الطبيعية الخالصة وإبقائها لستة أشهر، وضمان تقديم الأغذية التكميلية الآمنة بالقدر والتوقيت الملائمين مع إبقاء الرضاعة الطبيعية لمدة سنتين أو أكثر. ومن أجل معالجة مظالم الأمهات العاملات، فإنه يتوجب على الحكومات أن تسنّ تشريعات من شأنها أن تحمي حقوقهن في الإرضاع الطبيعي، وتستحدث الوسائل لإنفاذها وفقاً لمعايير العمل الدولية. إضافة إلى ذلك، فإن إثراء الأغذية، وتكميلها بالمغذيات الدقيقة، ومعالجة سوء التغذية الحاد تعتبر مجالات سياساتية هامة لا سيما في البلدان التي تزداد فيها وطأة هذه القضايا. وفي هذا الصدد، يمكن لدول المنظمة الاستفادة من الدعم الفني والمالي التي تقدمه المؤسسات الدولية وشركاء التنمية من خلال مبادرات على غرار حركة الارتقاء بمستوى التغذية (SUN) التي تقوم بمساعدة البلدان في وضع وتنفيذ السياسات المتعلقة بتغذية الرضع وصغار الأطفال، والتعاون مع الشركاء في تنفيذ البرامج ذات الأهداف المشتركة في مجال التغذية، وحشد الموارد للرفع من مستوى التغذية بشكل فعال مع التركيز بصورة أساسية على تمكين المرأة. وفي الوقت الراهن، تضم عضوية هذه الحركة 55 دولة تشمل 26 دولة عضو في منظمة التعاون الإسلامي.

الأدوية واللقاحات والتكنولوجيات الطبية

تتطلب المنتجات الدوائية موارد بشرية ماهرة مثل العلماء والصيدالدة والبيولوجيين وفنيي المختبرات. ولهذا، يتحتم على دول المنظمة تشجيع وتمكين الأنظمة التعليمية لهذه الفئات لاكتساب معرفة عالية الجودة في التخصصات الأكاديمية كعلوم الكيمياء والأحياء والأدوية وغيرها من علوم الطبيعة. ومن ناحية أخرى، يتوجب على دول المنظمة إيلاء قدر كبير من الاهتمام للتحويل من السماح بهجرة الكفاءات من ذوي المهارات العالية إلى استقطابهم من خلال تيسير عودتهم من المهجر إلى أوطانهم، علاوة على ذلك، فإن الصناعات الدوائية تعتمد اعتماداً كبيراً على أنشطة البحث والتطوير. وعليه، يتوجب توفير مرافق ملائمة للبحث



والتطوير، وتزويد الباحثين والفنيين بالموارد المالية اللازمة لتطوير صناعة دوائية مبتكرة داخل اقتصادات دول المنظمة. كما يتوجب على دول المنظمة مد جسور التعاون فيما بينها من خلال تبادل الخبرات من أجل تنمية الصناعة الدوائية. وفي نفس الوقت، يمكن للدارسين من الدول الأعضاء الأقل نموا الانتساب في تخصصات أكاديمية ذات صلة بالصناعات الدوائية في الدول الأعضاء الأخرى ممن تتمتع بقواعد متينة في الصناعات الدوائية مثل تركيا ومصر والأردن وماليزيا بحيث يتم تزويدهم بالمعرفة والخبرات اللازمة في هذا المجال. وعلى المستوى الدولي، يتعين على دول المنظمة مد جسور التعاون مع المؤسسات الدولية مثل منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي للاستفادة من الخبرات التي تتمتع بها والمساهمات المالية التي تقدمها في إقامة صناعة دوائية محلية. كما يتحتم على دول المنظمة السعي إلى تحقيق التنسيق على الصعيد الإقليمي وتيسير المتطلبات التنظيمية من أجل زيادة فرص الحصول على أدوية آمنة وفعالة وذات جودة عالية.

علاوة على ذلك، فإن فرص العلاج تعتمد اعتمادا كبيرا على توافر الأدوية مسورة التكلفة. كما يلزم توفير إمدادات منتظمة من الأدوية الأساسية لدول المنظمة لتجنب النقص الذي قد يتسبب في معاناة ووفيات يمكن تجنبها. كما يمكن تشجيع شركات الأدوية في دول المنظمة على إنتاج الأدوية الأساسية محليا بأسعار معقولة. وعلى وجه الدقة، ينبغي تيسير تقديم الدعم لمصنعي المنتجات الطبية المحليين، ويتجسد ذلك في وضع سياسات من شأنها خفض تكاليف التصنيع مثل المنح والإعانات المالية والأرض والإعفاءات من الضرائب والرسوم المفروضة على المدخلات المستوردة المستخدمة في الإنتاج المحلي. ويتعين على دول المنظمة دعم تطوير المواصفات الفنية للأجهزة الطبية من أجل توفير المعلومات لصانعي القرار بشأن الحد الأدنى من الشروط الواجب توافرها في الجهاز الذي سيتم شراؤه. كما يتوجب على دول المنظمة سنّ إرشادات توجيهية وسياسات وطنية وفقا للقواعد والمعايير الدولية بشأن توفير اللقاحات والأدوية والأجهزة الطبية وتوزيعها، وذلك من أجل ضمان السلامة والفعالية والجودة عبر قنوات التوزيع.

إدارة المخاطر في حالات الطوارئ الصحية

تعد الصحة والتعليم وتنمية المهارات ثلاثة مجالات حاسمة يمكن فيها للاستثمار في رأس المال البشري أن يحدث فرقاً حقيقياً في تعزيز قدرة الناس على الصمود، مما يقلل من احتمال وقوع الأزمات ويساهم في التعافي منها حال حدوثها. إلا أن دول المنظمة تبقى متخلفة دون القيم المتوسطة العالمية الخاصة بجميع هذه المؤشرات، مما يعكس مدى ضعفها في مواجهة الأزمات. وفي حين أنها تمثل ما يقرب من ربع سكان العالم، تسجل دول المنظمة ما نسبته 4.6% فقط من الإنفاق الصحي العالمي. ومن هنا تبرز الحاجة لوضع استراتيجيات وبرامج من شأنها تحسين المخرجات الصحية والتعليمية والقدرات المعرفية الفنية والعملية للأفراد.

وتتباين مستويات دول المنظمة في التعرض لمختلف الكوارث والصراعات وقابليتها للوقوع فيها وقدرتها على مواجهتها تباينا كبيرا. فبينما تتمتع بعض الدول بتقدم كبير في مجال إدارة المخاطر المرتبطة بالأزمات الإنسانية المحتملة، فإن البعض الآخر بحاجة إلى تنمية القدرات بشكل جوهري فيما يتعلق بنقاط الضعف ومواجهة



المخاطر. وتخلق هذه الحقيقة فرصة للتعاون بين بلدان المنظمة (أو فيما بين بلدان الجنوب) في مجال بناء القدرة على الصمود بالنسبة للبلدان التي تعاني من ضعف في هذا الجانب.

ومن الواضح أن العديد من دول المنظمة تواجه معوقات كبيرة أمام تعزيز إمكانات نظامها الصحي نتيجة للصراعات القائمة أو نقص الموارد المناسبة. فدول المنظمة بحاجة إلى وضع سياسات بشأن التأهب للحالات الصحية الطارئة والاستجابة لها أو تحسين السياسات والبرامج القائمة. وتعد آلية إدارة الكوارث ذات الهيكل الإداري المناسب عنصراً أساسياً لتنسيق عملية الاستجابة للحالات الطارئة بين قطاع الصحة والجهات المعنية الأخرى.

وتعتبر الخطط الاستراتيجية الشاملة القائمة على الأطر الدولية لإدارة مخاطر الكوارث أمراً بالغ الأهمية يمكن من خلالها وضع إرشادات توجيهية وتحديد الأدوار والمسؤوليات على صعيد قطاعات متعددة سعياً لتنسيق استجابة سريعة وفعالة للحالات الطارئة. من ناحية أخرى، ترتبط الإدارة الفعالة للأزمات الإنسانية ارتباطاً وثيقاً بجودة المؤسسات. فمن أجل تحقيق الحوكمة الرشيدة والتنمية الشاملة، تبرز الحاجة إلى تطوير برامج وسياسات للتنمية الشاملة والعمل على تنفيذها بحيث تديرها مؤسسات وطنية ومحلية متينة.

وتعد البنية التحتية المتينة في قطاع الصحة العامة أساساً لا غنى عنه للاستجابة القوية والسريعة في حالات الطوارئ، لهذا يجب تشييد المرافق الصحية وإضفاء التعديلات اللازمة عليها بطريقة تضمن استيعابها للحالات التي قد تترتب عن الكوارث. كما يتوجب وضع خطط للتأهب والاستجابة لحالات الطوارئ في المستشفيات واختبارها. علاوة على ذلك، ينبغي تخصيص ما يكفي من الموارد لوضع البرامج الوطنية وتشغيلها، كما يجب تعزيز قدرات العاملين في القطاع الصحي بشأن الاستجابة للحالات الطارئة من خلال البرامج التدريبية المنتظمة.

المعلومات والبحث والتعليم والتعبئة

تشير التحديات المتصلة بجودة التعليم في مجال الصحة والتوعية الصحية العامة إلى ضرورة إجراء إصلاحات للرفع من مستوى جودة التعليم في مجال الصحة في دول المنظمة. وفي هذا السياق، فإن العديد من دول المنظمة بحاجة إلى تنفيذ عمليات إصلاح جوهرية بهدف تحسين نظم التعليم والتدريب في مجال الصحة. ومن أجل أن تكفل عمليات الإصلاح هذه بالنجاح، فإن التعاون مع المجتمع الدولي ومنظماتها لهو أمر يتسم بأهمية حاسمة. ويمكن للإرشادات التوجيهية الدولية القائمة (مثل المبادئ التوجيهية التابعة لمنظمة الصحة العالمية وبرنامج العمل الاستراتيجي لدول منظمة التعاون الإسلامي في مجال الصحة) مساعدة دول المنظمة على توفير المال والوقت خلال عمليات الإصلاح. وبوسع تعزيز التعاون البيئي في دول المنظمة من خلال تحديد أفضل الممارسات وتبادلها أن تسهم إسهاماً كبيراً في تحسين مستوى جودة الخدمات والتعليم في مجال الصحة في دول المنظمة. ويتطلب التفاوت الموجود فيما بين دول المنظمة والتباين في الظروف المحلية لديها مزيداً من الأدلة من الواقع الميداني ومزيداً من الرؤى من قبل منظمات المجتمع المدني. وإلا فإن محاولات الإصلاح الرامية لتحسين نوعية ونطاق التعليم والخدمات الصحية محكوم عليها بالفشل إذا ما تم إهمال العديد من الشروط والقيود الإقليمية والمحلية ضمن دول المنظمة.



ويعتبر انخراط جميع الجهات المعنية في هذه الإصلاحات والتزامهم بها عاملا حاسما في إطلاق برامج فعالة للمعلومات والتعليم والتعبئة في مجال الصحة المجتمعية. ومن هنا، توصى دول المنظمة بالتنسيق مع مقدمي الرعاية الصحية المحليين والشخصيات البارزة في المجتمع والسكان المحليين سعيا لجعل المعلومات والتدخلات الرامية لتعزيز الصحة المجتمعية أكثر تجاوبا وملاءمة من الناحية الثقافية، وإقامة شراكة بين القطاعين العام والخاص وكذا إشراك المجتمع المدني، والتنسيق مع المنظمات غير الحكومية والدولية لمعالجة القضايا المتعلقة بالتمويل وتوسيع نطاق البرامج الوطنية المعنية بالوقاية من الأمراض وتعزيز الرعاية الصحية، وإطلاق برنامج الصحة المدرسية على مستوى البلد لرفع الوعي في أوساط الشباب لا سيما فيما يتعلق بالسلوكيات المنطوية على كثير من المخاطر كالنشاط البدني غير الكافي وسوء التغذية والنظافة والتبغ وما إلى ذلك، وتعزيز مستوى التعاون فيما بين دول المنظمة لملاءمة الممارسات المتعلقة بالمعلومات والتعليم والتعبئة بما يتفق مع المعايير الدولية من خلال تطبيق الإرشادات الدولية التي تقدمها وكالات الصحة الدولية.



تصنيفات البلدان

أ. المجموعات القطرية الرئيسية المستخدمة في التقرير

دول منظمة التعاون الإسلامي (1+56)

الصومال	جزر المالديف	الغابون	أفغانستان
السودان	مالي	غامبيا	ألبانيا
سورينام	موريتانيا	غينيا	الجزائر
(سوريا)	المغرب	غينيا بيساو	أذربيجان
طاجيكستان	موزمبيق	غيانا	البحرين
توغو	النيجر	إندونيسيا	بنغلاديش
تونس	نيجيريا	إيران	بنين
تركيا	عمان	العراق	بروناي دارالسلام
تركمانستان	باكستان	الأردن	بورкина فاسو
أوغندا	فلسطين	كازاخستان	الكاميرون
الإمارات العربية	قطر	الكويت	تشاد
المتحدة	المملكة العربية	جمهورية قرغيزستان	جزر القمر
أوزبكستان	السعودية	لبنان	كوت ديفوار
اليمن	السنغال	ليبيا	جيبوتي
	سيراليون	ماليزيا	مصر



الدول النامية غير الأعضاء في المنظمة (98)

ساموا	جمهورية مقدونيا	كرواتيا	أنغولا
ساو تومي وبرينسيب	اليوغوسلافية	دومينيكا	أنتيغوا وباربودا
صربيا	السابقة	جمهورية دومينيكا	الأرجنتين
السيشل	مدغشقر	الإكوادور	أرمينيا
جزر سليمان	ملاوي	السلفادور	باهاماس
جنوب أفريقيا	جزر مارشال	غينيا الاستوائية	بربادوس
جنوب السودان	موريشيوس	إريتريا	بيلاروس
سريلانكا	المكسيك	إثيوبيا	بليز
سانت كيتس	ميكرونيزيا	فيجي	بوتان
ونيفيس	مولدوفا	جورجيا	بوليفيا
سانت لوسيا	منغوليا	غانا	البوسنة والهرسك
سانت فينسنت	مونتني نيغرو	غرينادا	بوتسوانا
والغرينادين	ميانمار	غواتيمالا	البرازيل
سوازيلاند	ناميبيا	هايتي	بلغاريا
تاتزانيا	نورو	هندوراس	بوروندي
تايلاند	نيبال	هنغاريا	الرأس الأخضر
تيمور ليستي	نيكاراغوا	الهند	كمبوديا
تونغا	بالاو	جامايكا	جمهورية أفريقيا الوسطى
ترينداد وتوباغو	بنما	كينيا	تشيلي
توفالو	بابوا غينيا الجديدة	كيريباتي	الصين
أوكرانيا	باراغواي	كوسوفو	كولومبيا
الأوروغواي	بيرو	جمهورية لاو	جمهورية جمهورية
فانواتو	الفلبين	الديمقراطية	الكونغو
جمهورية فينزويلا	بولندا	الشعبية	جمهورية الكونغو
فيتنام	رومانيا	ليسوتو	الديمقراطية
زامبيا	روسيا	ليبيريا	كوستاريكا
زيمبابوي	رواندا		



الدول المتقدمة* (39):

سان مارينو	لتوانيا	ألمانيا	أستراليا
سنغافورة	لوكسمبورغ	اليونان	النمسا
جمهورية سلوفاكيا	منطقة ماكاو الإدارية	هونغ كونغ	بلجيكا
سلوفينيا	الخاصة	أيسلندا	كندا
اسبانيا	مالطا	إيرلندا	قبرص
السويد	هولندا	إسرائيل	جمهورية التشيك
سويسرا	نيوزيلاندا	إيطاليا	الدنمارك
تايوان	النرويج	اليابان	إستونيا
المملكة المتحدة	البرتغال	جمهورية كوريا	فنلندا
الولايات المتحدة	بويرتوريكو	لاتفيا	فرنسا

(**) بناء على قائمة الدول المتقدمة المصنفة من قبل صندوق النقد الدولي. آخر تحديث 22 أبريل 2019).



ب. التصنيف الجغرافي لبلدان منظمة التعاون الإسلامي

(بناءً على تصنيف البنك الدولي)

أفريقيا جنوب الصحراء (21):

بنين	الغابون	موزمبيق	السودان
بوركينافاسو	غامبيا	النيجر	توغو
الكاميرون	غينيا	نيجيريا	أوغندا
تشاد	غينيا بيساو	السنغال	
جزر القمر	مالي	سيراليون	
كوت ديفوار	موريتانيا	الصومال	

الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (18+1):

الجزائر	الأردن	فلسطين	الإمارات العربية
البحرين	الكويت	قطر	المتحدة
جيبوتي	لبنان	المملكة العربية	اليمن
مصر	ليبيا	السعودية	
العراق	المغرب	(سوريا)	
إيران	عمان	تونس	

شرق وجنوب آسيا وأمريكا اللاتينية (9):

أفغانستان***	غيانا**	جزر المالديف***
بنغلاديش***	إندونيسيا*	باكستان***
بروناي دار السلام*	ماليزيا*	سورينام**

(*) شرق آسيا والمحيط الهادئ، (**) أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، (***) جنوب آسيا.

أوروبا وآسيا الوسطى (8):

ألبانيا	كازاخستان	طاجيكستان	تركمستان
أذربيجان	قرغيزستان	تركيا	أوزبكستان



- Abbott F., Dukes MNG, Dukes G., (2009). Global Pharmaceutical Policy: Ensuring Medicines for Tomorrow's World
- Akl OA, El Mahalli AA, Elkahky AA, Salem AM (2014). WHO/INRUD Drug Use at Primary Healthcare Centers in Alexandria, Egypt. *J Taibah Univ Med Sci* 2014;9(1):54–64. 6.
- Alcántara, H., (2001). The Development Divide in a Digital Age: An Issues Paper. No. 4, UNRISD, Geneva
- APEC (2012), A Guide to Public Health Emergency Response Capacity Building, APEC Health Working Group, Asia Pacific Economic Cooperation, November 2012.
- Appleton K., Sara L., and Kathleen A., (2009). Measuring Student Expectations and Their Effects on Satisfaction: The Importance of Managing Student Expectations.
- Bayntun C, Rockenschaub G., Murray V. (2012). Developing a Health System Approach to Disaster Management: A Qualitative Analysis of the Core Literature to Complement the WHO Toolkit for Assessing Health-System Capacity for Crisis Management,” *PLOS Currents Disasters*. Aug 22. Edition 1.
- Benthall J. and J. Bellion-Jourdan (2003), *The Charitable Crescent: Politics of Aid in the Muslim World*, L.B. Tauris & Co. Ltd., London & New York.
- Betancourt, J. R., Green, A. R., & Carrillo, J. E. (2002). Cultural competence in health care: Emerging frameworks and practical approaches. New York: The Commonwealth Fund.
- Bhuttaa, Z., et al., (2010). Education of Health Professionals for the 21st Century: A Global Independent Commission
- Bowsher, G., Papamichail, A., El Achi, N., Ekzayez, A., Roberts, B., Sullivan, R., & Patel, P. (2019). A Narrative Review of Health Research Capacity Strengthening in Low and Middle-Income Countries: Lessons for Conflict-Affected Areas. *Globalization and Health*, 15(1), 23.
- Calabretta, N. (2002). Consumer-driven, Patient-centered Health Care in the Age of Electronic Information, *Journal of Medical Library Association*, 90 (1):32-37.



- Chan, T. C., Killeen, J., Griswold, W., & Lenert, L. (2004). Information Technology and Emergency Medical Care during Disasters. *Academic Emergency Medicine, 11*(11), 1229-1236.
- Chen C, Buch E, Wassermann T, et al., (2012). A Survey of Sub-Saharan African Medical Schools. *Human Resources for Health. 10*(4).
- Clemens M., Pettersson G., (2008). New Data on African Health Professionals Abroad. *Human Resources for Health.*
- Elizabeth K., (2013). Ten Things Doctors Can Do to Reduce Their Medical Malpractice Exposure. *CoverMed.*
- Emergency Medical Services & Emergency Preparedness | HealthIT.gov. (2019). Retrieved 10 September 2019, from <https://www.healthit.gov/topic/health-it-health-care-settings/emergency-medical-services-emergency-preparedness>
- Emily B., (2013). Lack of Data Creates Concern over True Extent of Medical Errors. *ABC News, World Today*, updated 10 Jun 2013
- Estabrooks C.A., Wallin L., and Margaret Milner (2003). Measuring Knowledge Utilization in Health Care, *Evaluation & Management 1*(1) 3-36.
- EWEC (2015). The Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016-2030), Every Woman Every Child
- Frenk, Julio., et al. (2010). Health Professionals for a New Century: Transforming Education to Strengthen Health Systems in an Interdependent World. *The Lancet 376*(9756): 1923-1958.
- Gold, Marthe R., (1996). *Cost-effectiveness in Health*, New York: Oxford University Press, 1996
- Hubley, J. (1988). Health Education in Developing Countries—the Need for an Appropriate Technology. *Health Education Research, 3*(4), 387-392.
- Humanosphere (2014). Global Health, Eight Facts about Health Workers and the Brain Drain
- IMS (2014/15). *Pharmerging Markets*, IMS Health, New Jersey.
- Institute of Medicine (2002). *The Future of the Public's Health in the 21st Century*, Washington: National Academy Press
- IQVIA (2019), *The Global Use of Medicine in 2019 and Outlook to 2023: Forecasts and Areas to Watch*, IQVIA Institute.
- Ishaq A., (2001). On the Global Digital Divide. *Finance & Development 38*(3)
- Kathleen, H., and Liset, V. D., (2011). *The World Medicines Situation 2011*. WHO, Geneva
- Kruk, M.E., M. Myers, S.T. Varpilah & B.T. Dahn (2015). What is a Resilient Health System? Lessons from Ebola, *Lancet 2015; 385: 1910–12*
- Książek P., et al. (2008). Health Education as an Essential Standard in Healthcare Prevention for Students in Education Environment in Lublin
- Lancet (2010). Health Professionals for a New Century: Transforming Education to Strengthen Health Systems in an Interdependent World.

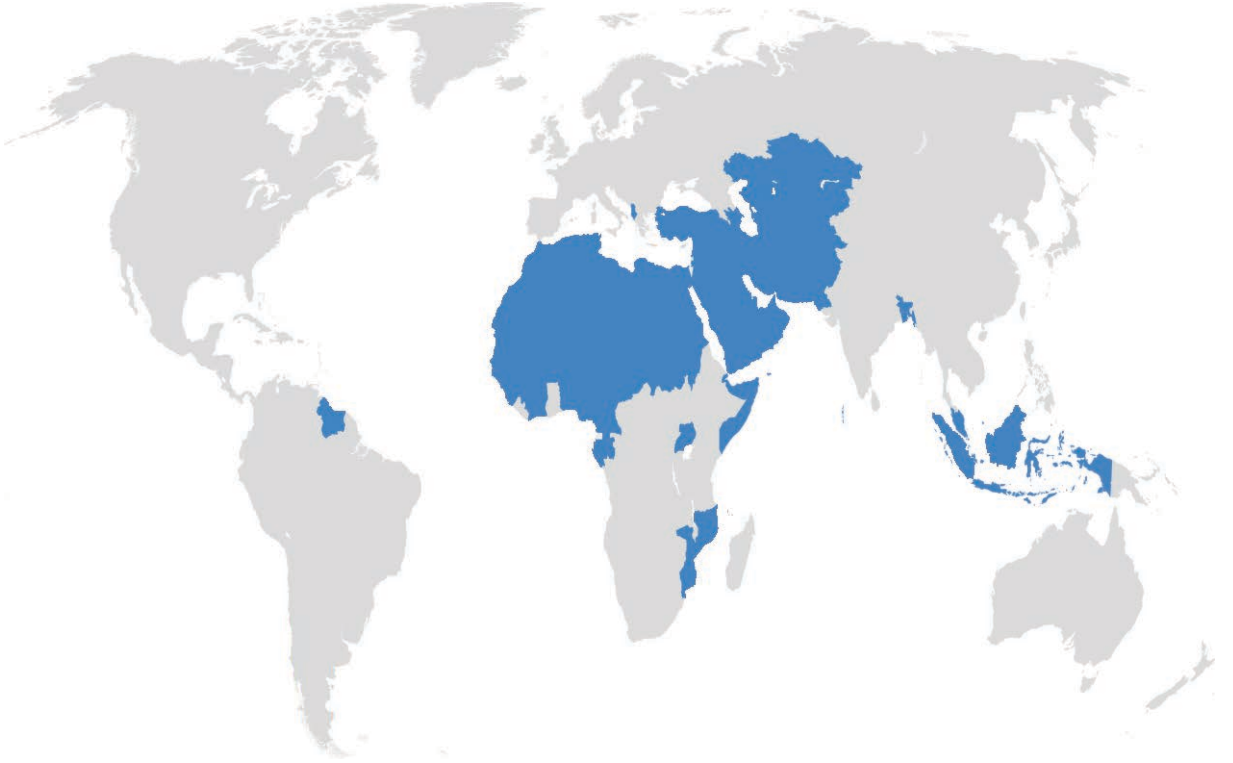


- Management Sciences for Health (2012). MDS-3: Managing Access to Medicines and Health Technologies. Arlington, VA
- Neil P., and Frederick B., (2009). Information Needs of Health Care Workers in Developing Countries: A Literature Review with a Focus on Africa, Human Resources for Health
- Nickerson J. W., J.Hatcher-Roberts, O. Adams, A. Attaran and P. Tugwell (2015). Assessments of Health Services Availability in Humanitarian Emergencies: A Review of Assessments in Haiti and Sudan using a health systems approach, Conflict and Health (2015) 9:20
- Ontario (2016). Building a Ready and Resilient Health System, Ministry of Health and Long-Term Care, Ontario, Canada
- PAHO (2015). The Hospital Safety Index, Pan American Health Organization, available at: http://www.paho.org/disasters/index.php?option=com_content&view=article&id=964&Itemid=911
- Ritchey FJ., (2014). Medical Malpractice, The Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behavior, and Society. New York: Wiley
- Sabaté E., (2003). Adherence to Long-term Therapies, Evidence for Action, WHO, Geneva
- SCRE (2004). Resistance: A Sensitive Issue, European Roadmap to Combat Antimicrobial Resistance, Strategic Council on Resistance in Europe
- SESRIC (2014). Education and Scientific Development in the OIC Member Countries 2014, SESRIC, Ankara
- SESRIC (2014a). Managing Disasters and Conflicts in OIC Countries, SESRIC, Ankara.
- SESRIC (2014b). OIC Strategic Health Programme of Action 2014-2023, SESRIC, Ankara.
- SESRIC (2015). OIC Health Report 2015. SESRIC, Ankara
- SESRIC (2017), OIC Health Report: 2017, Ankara.
- SESRIC (2017). Humanitarian Crises in OIC Countries: Drivers, Impacts, Current Challenges and Potential Remedies, SESRIC, Ankara.
- Siribaddana, P., Hewapathirana, R., Jayatilleke, A. U., Sahay, S., & Dissanayake, V. H. (2019). Strengthening Health Systems through Informatics Capacity Development among Doctors in Low-Resource Contexts: The Sri Lankan Experience. *WHO South-East Asia journal of public health*, 8(2), 87.
- Swanson, R. C., Atun, R., Best, A., Betigeri, A., de Campos, F., Chunharas, S., & Omaswa, F. (2015). Strengthening Health Systems in Low-Income Countries by Enhancing Organizational Capacities and Improving Institutions. *Globalization and Health*, 11(1), 5.
- Tankwanchi ABS., Özden Ç, Vermund SH, (2013). Physician Emigration from Sub-Saharan Africa to the United States: Analysis of the 2011 AMA Physician Masterfile. *PLoS Medicine*.



- Tatar, M., Mollahaliloglu, S., Aydin, S., Maresso, A., Hernandez-Quevedo, C., (2011). Turkey Health System Review, WHO, Geneva
- UNICEF (2004). Vitamin and Mineral Deficiency, Global Progress Report, UNICEF, New York.
- UNICEF (2016). State of the World's Children Report 2016, United Nations Children's Fund, New York.
- WHO (2004). eHealth for Health-care Delivery: Strategy 2004-2007. WHO, Geneva
- WHO (2006). The World Health Report 2006: Working together for Health. WHO, Geneva
- WHO (2009). Medicines Use in Primary Care in Developing and Transitional Countries: Fact book summarizing results from studies reported between 1990 and 2006, WHO, Geneva
- WHO (2010). World Health Report: Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage, WHO, Geneva.
- WHO (2011). The World Medicine Situation, WHO, Geneva.
- WHO (2012), Toolkit for Assessing Health System Capacity for Crisis Management, User Manual, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- WHO (2012). Local Production and Technology Transfer to Increase Access to Medical Devices, WHO, Geneva.
- WHO (2013), Global Vaccine Market Features and Trends, WHO, Geneva.
- WHO (2013b). Emergency Response Framework, WHO, Geneva.
- WHO (2013c). Transforming and Scaling up Health Professionals' Education and Training, WHO, Geneva.
- WHO (2014). Universal Health Coverage (UHC), Fact Sheet No.395 September 2014, WHO, Geneva.
- WHO (2015a), Hospital Safety Index Guide for Evaluators, Second Edition, WHO, Geneva.
- WHO (2015b), Comprehensive Safe Hospitals Framework, WHO, Geneva.
- WHO (2017). Health Workforce, Education and Training, <http://www.who.int/hrh/education/en/>
- WHO (2017a), A Strategic Framework for Emergency Preparedness, WHO, Geneva
- WHO (2017b). Humanitarian Response Plans in 2017, Department for Emergency Risk Management and Humanitarian Response, WHO, Geneva
- WHO (2019), Progress report on HIV, Viral Hepatitis and Sexually Transmitted Infections, Geneva.
- WHO. (1991). *Health Promotion in Developing Countries*. Geneva: The Sundsvall Conference on Supportive Environments.





مركز الأبحاث الإحصائية والاقتصادية والاجتماعية والتدريب
للدول الإسلامية

Kudüs Cad. No:9 Diplomatik Site 06450 ORAN-Ankara, Turkey

Tel: (90-312) 468 61 72-76 Fax: (90-312) 468 57 26

Email: oicankara@sesric.org Web: www.sesric.org