



إصلاحات  
تقديم  
الخدمات

إصلاحات  
التغطية  
الشاملة

إصلاحات  
السياسات  
العمومية

إصلاحات  
القيادة

## الرعاية الصحية الأولية

# الآن أكثر من أي وقت مضى

جميع الحقوق محفوظة. ويمكن الحصول على منشورات منظمة الصحة العالمية من قسم النشر بمنظمة الصحة العالمية، 20، 27، Avenue Appia، 1211 Geneva، Switzerland (هاتف رقم: +41 22 3264 791؛ فاكس رقم: +41 22 791 4857؛ عنوان البريد الإلكتروني: bookorders@who.int). وينبغي إرسال طلبات الحصول على إذن باستنساخ منشورات المنظمة أو ترجمتها - لأغراض البيع أو التوزيع غير التجاري - إلى قسم النشر بمنظمة الصحة العالمية على العنوان السابق المذكور (فاكس رقم: +41 22 791 4806؛ عنوان البريد الإلكتروني: permissions@who.int).

والترسيمات المستخدمة في هذه المنشورة، وطريقة عرض المواد الواردة بها، لا تعبر إطلاقاً عن رأي منظمة الصحة العالمية بشأن الوضع القانوني لأي بلد، أو إقليم، أو مدينة، أو منطقة، أو لسلطات أي منها، أو بشأن تحديد حدودها أو تخومها. وتحتل الخطوط المنقوطة على الخرائط خطوطاً حدودية تقريبية قد لا يوجد حولها بعد اتفاق كامل.

كما أن ذكر شركات أو منتجات جهات صانعة معينة لا يعني أن هذه الشركات والمنتجات معتمدة أو موصى بها من قبل منظمة الصحة العالمية، تفضيلاً لها على سواها مما يتاحها ولم يرد ذكره. وفيما عدا الخطأ والسهو، تميز أسماء المنتجات المسجلة الملكية بالأحرف المائلة.

وقد اتخذت منظمة الصحة العالمية كل الاحتياطات المعقولة للتحقق من المعلومات الواردة في هذه المنشورة. ومع ذلك فإن المواد المنشورة توزع دون أي ضمان من أي نوع سواء أكان بشكل صريح أم بشكل مفهوم ضمناً. والقارئ هو المسؤول عن تفسير واستعمال المواد المنشورة. والمنظمة ليست مسؤولة بأي حال عن الأضرار التي تترتب على استعمال هذه المواد.

ويمكن الحصول على المعلومات الخاصة بهذه المنشورة من العنوان التالي:  
World Health Report  
World Health Organization  
Geneva 27, Switzerland 1211  
E-mail: whr@who.int

ويمكن طلب الحصول على نسخة من هذه المنشورة عن طريق عنوان البريد الإلكتروني التالي:  
bookorders@who.int

تم إعداد التقرير الخاص بالصحة في العالم 2008 تحت الإشراف العام لتيم إيفانز (المدير العام المساعد) ووجم فان ليربيرغي (رئيس التحرير). وضمت هيئة التحرير الأساسية كلاً من وجم فان ليربيرغي وتيم إيفانز وكومانان راسفانان وعبد الحفي مشبال. أما المساهمون الرئيسيون الآخرون في صياغة التقرير فهم كل من: آن أنديرمان ودافيد إيفانز وبينيديكت غالبيشت وأليك إروين وماري كاي كيندهاوز وريمو ميلوني وتيري ميرتينز وكارلوس موك وهيرنان مونتينغرو ودينييس بوريغون وديبا راجان، وقامت بالإشراف التنظيمي على إعداد التقرير راميش شادماياني.

وردت المساهمات بالأطر والأشكال وتحليلات البيانات من كل من: ألبيني آدمز وجوانفانا أبراهامز وفيغي أماوكو جونسون وجيوفاني أنكونا وكريس بيلي وروبرت بيغلهور وهينك بيكيدام وأندريه بيسكاييا وبول بوسينز وإريك بوتش وأندرو كاسلي وسومات شاتيرجي ومايو دال بوز وبيم دي غراف وجان دي مايزينر نيك دراغير وفارانارجان دورابراج وجون دزينو واغيز ودومينيك إغير وريكاردو فابريغاس وبازولو فيرينهو ودانييل فيرانتى وكريستوفر فينتا تريك وغاودين غالبا وكلوديا غارسيا مورينو وأندريه غريكسبور ولييف غومان ومريم هير شيفلد وأهدمريزا هوسينيور وجوستينا هسو وشانديكا إنديكاداهينا وماي إينو ولوري إروين وأندريه إيزراكوف ومايكل جانتكوس وميلود كادار وهيبوليت كالامباي وغوي كيغيلز وميليكيدزفيد كازيزي وإيلونا كيكوش ويوهانز كينغو وتورد كجلمستروم وروديغير كرش ومحمد العزيري وكولين مازرز ووزو ماتيس وماورين ماكتوش ودي ماكينتاير ودافيد ميدينغز وبير ميرسينيه ويات نيويولت وبازولو بيغا وأني بورتيليا ويونغوت بونسوباب وأميت برازاد ورينو سادانا ودافيد ساندروز وساليف ساماكي وجيرار شميتس وإقبال شاه وشاوغونغ وانغ وأناند سيفاسانكارا كوروب وكينجي شيبويا ومايكل تيرين ونيكول فالانتين وناتالي فان دي مايل وجانيت فيغا وجيريمي فيبارد ويوب وولارد.

وردت أيضاً مداخلات قيمة، بما في ذلك المساهمات والاستعراض الجماعي والمقترحات والتقد، من المديرين الإقليميين وموظفيهم ومن الدكتور أنار في أساموا باه، نائب المدير العام، ومن المديرين العاملين بالمساعد.

وخضعت مسودة التقرير لاستعراض جماعي في اجتماع عُقد في مونترال بسويسرا حضره الأشخاص التالية أسماؤهم: أوزول أزوار وتيم إيفانز وريكاردو فابريغاس وشيلا كاميل - فورستر وانطونيو دوران وأليك إروين ومحمد علي جعفر وسافورة جعفر وبونغيستيو جونغو دوموسك وجوزيف كاسوندي وكامران لانكاريني وعبد الحفي مشبال وجون مارتن ودونالد ماسيزون وجان دي مايزينر ورافي نارايان وسيدني ساؤل نديكي وأدريان أونغ وبونغدهورن وبوكيرمدى وطومسون برينتايس وكومانان رازاناثان وسلمان رؤوف وبيجان صدريزاده وهوغو سانشين وراميش شادماياني وبربارا ستارفيلد وثان تون ساين ووجم فان ليربيرغي وأولغا زويس وماريا هاملين زوفيغا.

واستفيد في إعداد التقرير استفادة كبيرة من مساهمات المشاركين في حلقة عملية مدتها أسبوع عُقدت في بيلغوي بإيطاليا، وهم: أحمد عبد اللطيف وكريس بايلي ودوغلاس بيتشر وجون بريانت وتيم إيفانز وماري تريز فيورشتاين وعبد الحفي مشبال وتيري ميرتينز وهيرنان مونتينغرو ورولان لا بونتي وسقراطيس ليتسيوس وتيلما نارايان وطومسون برينتايس وكومانان رازاناثان وميات هتو رازاك وناعشارونستين ووجم فان ليربيرغي وجانيت فيغا وجيريمي فيبارد.

وقدمت الأفرقة العاملة التابعة للمنظمة مداخلات أولية في التقرير. وضمت هذه الأفرقة العاملة موظفي المقر الرئيسي والمكاتب الإقليمية التالية أسماؤهم: شيلي عبدول وأحمد عبد اللطيف وشامبو أثاريا وكريس بايلي وجيمس بارترام ودوغلاس بيتشر وإريك بلاس وتايس بوريرما وروبيرت بوس وماري شارلوت بوسو وغوي كارين وفينكاترامان شاندر - مولي وإيف كارتيهه وأليساندرو كولومبو وكارلوس كورفالان ويرياديت دالمانس ودينييس داوميري وتارون درا وجوان دزينو واغيس ودافيد إيفانز ويوب فريات وميشيل فونك وتشاد غاردنر وغويليانو غارغوني وغولن غيديك وساندي غوفي وكريستين غوتشمايدت وأليكس كالاشي وعالم خان وإيلونا كيكوش ويونكاب كونكام ورتشارد لاينغ وأورنيلا لينستو ودانييل لوبيز أكونا وفيغيانا مانغياتيرا وكولين مازرز ومايكل ميبزو وعبد الحفي مشبال وكاميني مينديز وشانتي منديز وسوزان مير كادو وتشارلز موك وهيرنان مونتينغرو وكاترين مولهولاند وبيجو أولوكوي وأني بورتيليا وطومسون برينتايس وأنيست بروس - أوستون وكومانان رازاناثان وميات هتو رازاك ولينا توكر رينديرز واللبل وينغاناثان وغو كا روجلبيك وميشيل ريان وشيكسا ساكسينا وروبرت تشيربير وراميش شادماياني وكينجي شيبويا وسامين صديقي وأوريل سولار وفرانسيسكو سوغاني وكلوديا شتاين وكوك - تشو تانغ وأندرياس أولريش وموكوند أبلكار ووجم فان ليربيرغي وجانيت فيغا وجيريمي فيبارد وأوجينيو فيلار وديانا ويل وجوليانا يارتي.

وترأس طومسون برينتايس، مدير التحرير، فريق التحرير. وتولت مهمة تحرير التقرير ديانا هوبكينز وساعدتها في ذلك برابرا كامابنني. وقدمت المساعدة الخاصة بالرسوم التوضيحية وإعداد النسخة الخاصة بالنتشر على شبكة الإنترنت وسائر وسائل الإعلام الإلكترونية من قبل غابيل كرين. وأسدت لينا توكر رينديرز التصالح الخاصة بالتحرير. وأعد الفهرست بواسطة جون موريسون.

وقدم الدعم الإداري لإعداد التقرير كل من سابا أمديز يلاسي وماريس كوتي وميلودي فادريكويلا وإيفلين أوموكوبي وكريستين بيربي.

أصحاب الصور: الغلاف الأمامي: منظمة الصحة العالمية / ماركو كوكيك؛ صورة المدير العام: منظمة الصحة العالمية؛ الغلاف الداخلي: منظمة الصحة العالمية / ماركو كوكيك؛ الغلاف الخلفي: منظمة الصحة العالمية / كريستوفر بلاك (أعلى الصفحة إلى اليسار)؛ منظمة الصحة العالمية / كارين بونستون (أعلى الصفحة إلى اليمين)؛ ألين أدايف (وسط الصفحة إلى اليسار) ووسط الصفحة إلى اليمين)؛ الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر / جون هاسكو (أسفل الصفحة على اليسار)؛ منظمة الصحة العالمية / ماركو كوكيك (أسفل الصفحة إلى اليمين).

التصميم: رضا صادقي  
المنتجات: ستيف إيوارت ورضا صادقي  
الأشكال: كرسفور غرانغير  
تنسيق شؤون الطبع: باسكال برويزين  
طبع في القاهرة، مصر

التقرير الخاص بالصحة في العالم ٢٠٠٨

المقدمة ونبذة عامة

الرعاية الصحية الأولية

الآن أكثر  
من أي  
وقت مضى

منظمة  
الصحة العالمية



## رسالة من المديرة العامة



عندما تقلدت منصبني في عام 2007 أوضحت جيداً التزامي بتوجيه دفة منظمة الصحة العالمية صوب الرعاية الصحية الأولية. وكان الأهم من اقتناعي الشخصي بهذه الوجهة تزايد طلب الدول الأعضاء بالرعاية الصحية الأولية على نطاق واسع. فقد فتح هذا الطلب شهية راسمي السياسات لاستيعاب الطرق الكفيلة بجعل النظم الصحية أكثر مساواة وشمولاً وإنصافاً. كما أن لهذا الطلب أساساً أعمق هو التحول نحو تفكير أشمل لتحسين أداء النظام الصحي ككل.

وفي هذا العام نحتفل بالعيد الستين لمنظمة الصحة العالمية، وبالعيد الثلاثين لإعلان ألما - آتا الذي صدر في عام 1978 بشأن الرعاية الصحية الأولية. وإن كان السياق الصحي العالمي قد تغير تغيراً ملحوظاً على مدى

سنة عقود، فإن القيم الكامنة في دستور هذه المنظمة والقيم التي استند إليها إعلان ألما - آتا قد صمدت أمام الزمن وأثبتت صحتها. وبالرغم من التقدم الهائل في مجال الصحة في العالم ما هو فشلنا الجماعي في تنفيذ هذه القيم يتضح وضوحاً مؤلماً ويتطلب جل انتباهنا. فما زلنا نرى أماً تعاني من مضاعفات الولادة بدون أن نتاح لها سبل الحصول على دعم مناسب، وطفلاً نعوزه التطعيمات الأساسية، وساكناً في حي حضري فقير يعيش وسط القاذورات، ومشاة يهرون بلا حماية على طرق داخلية وخارجية مكتظة بالسيارات، وازدياداً في الفقر من جراء الاضطرار إلى دفع مصاريف الرعاية مباشرة بسبب غياب التأمين الصحي. وهذه الوقائع وغيرها من حقائق حياتنا اليومية تجسد قصوراً مرفوضاً يمكن تلافيه في أداء نظمنا الصحية.

والآن ونحن نخطو قدماً لا بد لنا من أن نأخذ العبرة من دروس الماضي، وما أن ننظر إلى الماضي يتبين لنا جلياً أن بوسعنا عمل الأفضل في المستقبل. ومن هذا المنطلق راجعنا في هذا التقرير الخاص بالصحة في العالم دراستنا للرؤية الطموحة للرعاية الصحية بوصفها مجموعة قيم ومبادئ ترشد إلى تطوير النظم الصحية. ويتيح التقرير فرصة مهمة لاستيفاد من عبر الماضي ونفكر في تحديات المستقبل ونحدد السبل المفتوحة أمام النظم الصحية لتضييق الفجوات غير المقبولة التي باعدت بين الطموح والتنفيذ.



وإذا كانت هذه الإصلاحات قابلة للتنفيذ في جميع أنحاء العالم، فإنها ليست مخططاً نموذجياً ولا قائمة إجراءات، بل سيقضي تنفيذها في كل بلد قوة دافعة في ظل ظروف وسياقات محددة وأفضل البيئات المتاحة. ولكن لا ينبغي أن يكون هذا سبباً يحتمل أي بلد - غنياً كان أم فقيراً - على الوقوف وقفة المنتظر قبل الشروع في تنفيذ هذه الإصلاحات، خاصة وأن العبر المستخلصة من العقود الثلاثة الماضية علمتنا أن التقدم الكبير أمر في متناول أيدينا.

إن تحسين الأمور في الثلاثين سنة المقبلة معناه أن نبادر منذ الآن إلى استثمار قدراتنا لجعل أدائنا الفعلي مواكباً لطموحاتنا وتوقعاتنا والتغيير السريع في معطيات عالمنا الصحي المترابط. ولا غرو في ذلك، فقد أصبحنا متماسكين في مواقفنا بسبب التحديات المشتركة في الرعاية الصحية الأولية. والفرصة سانحة الآن أكثر من أي وقت مضى لتعزيز الاستفادة من العبر وتبادلها عبر الأمم لرسم معالم أقرب طريق يؤدي إلى توفير الصحة للجميع.

*M. Lehan*

الدكتورة مارغريت تشان  
المديرة العامة  
منظمة الصحة العالمية

وقد حددنا تلك السبل في هذا التقرير على شكل إصلاحات مقسمة إلى أربع مجموعات تحقق التقارب بين قيم الرعاية الصحية الأولية، وتوقعات المواطنين، وتحديات الأداء الشائعة في مجال الصحة والتي تعترض جميع المجالات الأخرى. وهذه الإصلاحات تشمل ما يلي:

- إصلاحات التغطية الشاملة التي تعيد إنعاش النظم الصحية في تحقيق المساواة والعدالة الاجتماعية وإنهاء الإقصاء، وذلك، أساساً، عن طريق التحرك نحو الإتاحة الشاملة والحماية الصحية الاجتماعية؛
- إصلاحات تقديم الخدمات والتي تعيد تنظيم الخدمات الصحية بحيث تقوم على احتياجات الناس وتوقعاتهم، وتجعلها أنسب اجتماعياً وأكثر استجابة للعالم المتغير مع التوصل إلى حصائل أفضل؛
- إصلاحات السياسات العمومية التي تكفل للمجتمعات المحلية صحة أفضل عن طريق دمج إجراءات الصحة العمومية مع الرعاية الأولية، وعن طريق اتباع سياسات عمومية صحية في جميع القطاعات، ومن خلال تعزيز مداخلات الصحة العمومية الوطنية وغير الوطنية؛
- إصلاحات القيادة التي تستعاض من جانب عن الاعتماد المفرط والتحكم والمكافحة، ومن جانب آخر عدم التدخل وفك ارتباط الدولة بالقيادة الشاملة والتشاركية القائمة على التفاوض التي أصبح يقتضيها تعقد النظم الصحية المعاصرة.

الرعاية الصحية  
الأولية

---

الآن أكثر  
من أي وقت مضى

---



## المقدمة ونبذة عامة

لماذا تجديد الرعاية الصحية الأولية؟ ولماذا الآن أكثر من أي وقت مضى؟ إن الجواب الفوري علي هذا السؤال هو الطلب الواضح عليها من الدول الأعضاء، لا من المهنيين الصحيين فحسب، بل ومن الأوساط السياسية أيضاً.

فقد أجهدت العولمة التلاحم الاجتماعي في كثير من البلدان، وأصبح من الواضح بجلاء أن النظم الصحية، بوصفها من العناصر الأساسية المكونة لهيكل المجتمعات المعاصرة، لا تؤدي عملها بأفضل ما تستطيع كما ينبغي لها.

ويتزايد نفاذ صبر الناس أمام عدم قدرة المرافق الصحية على تقديم مستويات من التغطية الوطنية تلبى الطلبات المعرب عنها والاحتياجات المتغيرة وإزاء عجزها عن تقديم الخدمات بالشكل المتوقع منها. وقليل هم الذين يجادلون في أن النظم

الصحية يجب أن تستجيب بشكل أفضل - وأسرع - لتحديات عالم متغير. والرعاية الصحية الأولية تستطيع أن تفعل ذلك.

6	الاستجابة لتحديات عالم متغير
7	زيادة توقعات تحسين الأداء
8	من حزم الماضي إلى إصلاحات المستقبل
10	أربع مجموعات من إصلاحات الرعاية الصحية الأولية
12	اغتنام الفرص

يوتون بالمعدلات نفسها التي كانت سائدة في عام 1978 لشهد عام 2006، 16,2 مليون وفاة بين الأطفال في العالم وفي الواقع بلغ عدد وفيات الأطفال 9,5 مليون وفاة (9). وهذا الفرق البالغ 6,7 مليون وفاة يعني إنقاذ حياة 18 329 طفلاً كل يوم. وأصبحت فكرة الأدوية الأساسية التي كانت تعتبر ثورية في الأيام الخوالي شيئاً عادياً اليوم. وحدثت تحسينات هامة في سبل الحصول على المياه والإصحاح والرعاية السابقة للولادة.

وهذا يبين أن التقدم ممكن. بل ويمكن كذلك تسريعه. ولم يحدث أن توافرت للصحة موارد أكثر مما هي عليه الآن. وأصبح اقتصاد الصحة العالمية يتنامى بخطى أسرع من الناتج الخلى الإجمالي، حيث زادت حصته من 8% إلى 8,6% بين عامي 2000 و2005: ويعني هذا، بالقيمة المطلقة وبعد التعديل لاحتساب معدل التضخم، أن الإنفاق العالمي على الصحة نما بنسبة 35% على مدى خمس سنوات. وأصبحت المعارف المتعلقة بالصحة وفهمها تتزايد بسرعة. والثورة التكنولوجية المتسارعة تضاعف إمكانات تحسين الصحة والتحول في التعليم الصحي في مجتمع عالمي عصري وأفضل تعليماً. وظهر الآن نوع من القوامة العالمية: من التبادلات المكثفة بين البلدان، انطلاقاً في أغلب الأحيان من التسليم بالتهديدات أو التحديات أو الفرص المشتركة؛ ومن تزايد التضامن؛ ومن الالتزام العالمي بالقضاء على الفقر، الأمر الذي يتجلى في المرامي الإنمائية للألفية.

ومع ذلك هناك اتجاهات أخرى يجب عدم تجاهلها، ومنها أولاً، أن التقدم الكبير في الصحة على مدى العقود الأخيرة كان متفاوتاً بشكل عميق، إذ حدث تقارب من أجل تحسين الصحة في قسم كبير من العالم، ولكن في الوقت نفسه ظل عدد كبير من البلدان في حالة تخلف عن الركب أو تراجع. كما أن هناك الآن قدراً كافياً من الوثائق - لم يكن متاحاً قبل ثلاثين عاماً - عن أوجه التفاوت الصحي الكبير داخل البلدان، وعن زيادة هذا التفاوت في أحيان كثيرة.

وثانياً، أن المشاكل الصحية أخذ طابعها يتغير بطرق لم تكن متوقعة إلا جزئياً وبمعدل لم يكن متوقفاً على الإطلاق. فالشيخوخة وآثار سوء إدارة كل من التوسع الحضري والعملة تسرع في إحداث تحول عالمي في انتقال الأمراض السارية وتزيد عبء الاضطرابات المزمنة وغير السارية. وهذا الواقع الذي يزداد حدة، وهو أن أفراداً كثيرين لديهم أعراض مرضية واعتلالات متعددة، يضع تحديات أمام تقديم الخدمات لتمثل في تطوير التدبير العلاجي للحالات بطريقة متكاملة وشاملة. والحرك هنا هو شبكة معقدة من عوامل مترابطة، تشمل زيادات الدخل والسكان بشكل متدرج ولكن لأمد طويل، وتغير المناخ، وتحديات أمام الأمن الغذائي، والتوترات الاجتماعية، ولها جميعاً آثار محددة على الصحة، وإن يكن من الصعب إلى حد كبير التنبؤ بها في السنوات المقبلة.

وثالثاً، أن النظم الصحية ليست بمعزل عن خطوات التغيير والتحول السريعة التي أصبحت جزءاً أساسياً من العملة اليوم. كما

وهناك تسليم الآن بأن هناك من تخلفوا عن الركب، فضلاً عن الشعور بالفرص الضائعة، وهو ما يُذكر بالظروف التي كانت السبب الأساسي الذي أوجد قبل ثلاثين عاماً تحولاً جذرياً في أماً-آتا في التفكير في الصحة. فقد عبأ مؤتمر أماً-آتا «حركة للرعاية الصحية الأولية» من المهنيين والمؤسسات والحكومات ومنظمات المجتمع المدني، والباحثين والمنظمات الشعبية، التزمت بالتصدي للتفاوتات «غير المقبولة سياسياً واجتماعياً واقتصادياً» (1) في الأوضاع الصحية في جميع البلدان. وكان إعلان أماً-آتا واضحاً فيما يتعلق بالقيم المطلوبة: وهي العدالة الاجتماعية والحق في تحسين الصحة للجميع والمشاركة والتضامن (1). وكان هناك إحساس بأن التقدم نحو تلك القيم يتطلب تغييرات أساسية في الطريقة التي تعمل بها نظم الرعاية الصحية وتسخير إمكانات القطاعات الأخرى.

ولم تكن ترجمة هذه القيم إلى إصلاحات ملموسة تتم بشكل متساوٍ. غير أن المساواة في الصحة هذه الأيام تلقى رواجاً متزايداً في مناقشات القادة السياسيين ووزارات الصحة (2) ومناقشات الهياكل الحكومية الخلية والمنظمات المهنية ومنظمات المجتمع المدني.

وتحتاج قيم الرعاية الصحية الأولية، حتى تحقق توفير الصحة للجميع، إلى وجود نظم صحية «تضع الناس في صلب الرعاية الصحية» (3). إن ما يعتبره الناس أساليب معيشة مرغوبة بوصفهم أفراداً وما يتوقعونه لمجتمعاتهم - أي ما يتطلع إليه الناس - يشكل متباينات هامة لتنظيم قطاع الصحة. ولقد ظلت الرعاية الصحية الأولية هي المنطلق في معظم مناقشات البلدان بشأن الصحة، وذلك على وجه التحديد لأن حركة الرعاية الصحية الأولية سعت إلى تحقيق استجابات وطنية رشيدة ومسندة بالبيانات تستشرف المستقبل لتلبية هذه الاحتياجات الصحية والتوقعات الاجتماعية (4) و6 و7). ويحتاج تحقيق ذلك إلى توازنات يجب أن تبدأ بمرعاة المواطنين «وتوقعاتهم بشأن الصحة والرعاية الصحية» وتضمن «أن يسمع صوتهم وخياراتهم بشكل قاطع في تنفيذ الطريقة التي تصمم بها وتعمل بها المرافق الصحية» (8). ويرز استعراض جرى مؤخراً للرعاية الصحية الأولية هذا المنظور باعتباره «الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه»، «يعظم المساواة والتضامن» ويستلهم «الاستجابة لاحتياجات الناس» (4). ويقتضى التحرك نحو توفير الصحة للجميع أن تستجيب النظم الصحية للتحديات هذا العالم المتغير وللتوقعات المتزايدة لأداء أفضل. وهذا ينطوي على إعادة توجيه جوهرية وإصلاح لطرق عمل النظم الصحية في مجتمع اليوم: وهذه الإصلاحات هي التي تشكل برنامج عمل تجديد الرعاية الصحية الأولية.

### الاستجابة لتحديات عالم متغير

يتمتع الناس اليوم بصفة عامة بصحة أفضل ومال أكثر وعمر أطول مما كان عليه الحال قبل ثلاثين عاماً؛ ولو أن الأطفال ظلوا



■ النظم الصحية التي يتبع فيها نهج رفع الأيدي أو عدم التدخل، مما أدى إلى ازدهار إصغاء الطابع التجاري غير المنظم على تقديم الخدمات الصحية.

وتعتبر هذه الاتجاهات صفة في وجه الاستجابة الشاملة والمتوازنة للاحتياجات الصحية. وفي عدد من البلدان يشكل الوصول غير المنصف الناجم عن هذا للرعاية الصحية، والتكاليف المفقرة وانعدام الثقة في الرعاية الصحية، تهديداً لاستقرار الاجتماعي.

### زيادة توقعات تحسين الأداء

ينبع الدعم لتجديد الرعاية الصحية الأولية من تنامي إدراك راسمي السياسات الصحية أنها يمكن أن توفر إحساساً أقوى بالاتجاه والوحدة في السياق الحالي الذي يتسم بتجزئة النظم الصحية، وبديلاً للإصلاحات السريعة المختلفة التي يروج لها حالياً باعتبارها العلاج للأمراض قطاع الصحة. وهناك كذلك إدراك متنامٍ لأن تقديم خدمات الرعاية الصحية التقليدي، من خلال آليات مختلفة ولأسباب مختلفة، ليس أقل فعالية مما يمكن أن يكون عليه فحسب، ولكنه يعاني من مجموعة من العيوب والتناقضات الموجودة في كل مكان، والتي يرد ملخصها في الإطار 1.

إن عدم التناسب بين التطلعات والأداء إنما هو سبب للقلق بالنسبة للسلطات الصحية. وبالنظر إلى تزايد النقل الاقتصادي والأهمية الاجتماعية لقطاع الصحة فهو أيضاً سبب متزايد للقلق بين السياسيين؛ وما يستلقت النظر أن قضايا الرعاية الصحية ذكرت في المتوسط أكثر من 28 مرة في كل واحدة من المناظرات التي جرت في الانتخابات الرئاسية الأولية الأخيرة في الولايات المتحدة (22). ولم يعد خيار ترك الأمر على ما هو عليه وارداً في النظم الصحية. وإذا أُريد لهذه العيوب في الأداء أن تعالج فسيحتاج الأمر فيما يخص المشاكل الصحية اليوم وغداً إلى إدارة جماعية قوية، ومساءلة، على هدي إحساس واضح بالتوجه العام والهدف.

والواقع أن هذا ما يتوقع الناس أن يحدث. فمع تحضر المجتمعات وتمشيها مع العصر، يطلب الناس المزيد من النظام الصحي لأنفسهم ولأسرهم وكذلك للمجتمع الذي يعيشون فيه. ومن ثم فهناك دعم شعبي متزايد لتحسين المساواة في الصحة وإنهاء الإقصاء، وخدمات صحية تركز إلى احتياجات الناس وتطلعاتهم؛ وللأمن الصحي للمجتمعات التي يعيشون فيها؛ وأن تكون لهم كلمة فيما يؤثر على صحتهم وصحة مجتمعاتهم (23).

وتتوافق هذه التطلعات مع القيم الواردة في صلب إعلان ألما - آتا. وهي تفسر الطلب الحالي على تحسين المواءمة في النظم الصحية مع هذه القيم، وتزود حركة الرعاية الصحية الأولية هذه الأيام بدعم اجتماعي وسياسي متجدد لمساغها من أجل إصلاح النظم الصحية.

أن الأزمات الاقتصادية والسياسية تتحدى دور الدولة والمؤسسات في ضمان الحصول على الخدمات وتمويلها. ويصاحب إصغاء الطابع التجاري غير المنظم طمس في الحدود بين الجهات الفاعلة من القطاع العام والخاص، وفي نفس الوقت يأخذ التفاوض على الاستحقاقات والحقوق طابعاً سياسياً متزايداً. لقد أحدث عصر المعلومات تحولاً في العلاقات بين المواطنين والمهنيين والسياسيين.

ومن نواحٍ كثيرة ظلت الاستجابات من قطاع الصحة للعالم المتغير غير كافية وساذجة. فهي غير كافية لعجزها عن التوقع، وليس هذا فحسب بل لعجزها أيضاً عن الاستجابة بشكل ملائم؛ فهي في أغلب الأحوال أقل من المطلوب ومتأخرة أكثر من اللازم أو كثيرة في المكان الخطأ. وهي ساذجة من حيث إن فشل النظام يستدعي حلولاً للنظام - وليس إصلاحاً مؤقتاً. والمشاكل في مجال الموارد البشرية اللازمة للصحة العمومية والرعاية الصحية والتمويل والبنى التحتية أو نظم المعلومات تتجاوز بشكل أو بآخر قطاع الصحة بمعناه الضيق، وتتجاوز المستوى الواحد للتخصصات على صعيد السياسة العمومية، وبشكل متزايد عبر الحدود، وهذا يرفع العتبة الأساسية من حيث ضرورة العمل بفعالية، العمل الذي يشترك فيه الحكومات وأصحاب المصلحة.

ومع أن قطاع الصحة لا يزال منقوص الموارد بشكل كبير في الكثير من البلدان، فقد ظلت قاعدة الموارد المكرسة للصحة تتزايد باطراد على مدى العقد المنصرم. وكثيراً ما تهدر الفرص التي يتيحها هذا النمو لدفع عجلة التغييرات الهيكلية وجعل النظم الصحية أكثر فعالية وإنصافاً، لأن عمليات صياغة السياسات الوطنية ظلت تركز بشكل متزايد على قضايا منعزلة تتنافس فيها الدوائر المختلفة على موارد محدودة، ولا يولي إلا القليل من الاهتمام للقيود التي تعمل تحت السطح والتي تعوق تطوير النظم الصحية في السياقات الوطنية. وبدلاً من تحسين القدرة على الاستجابة وتوقع التحديات الجديدة يبدو أن النظم الصحية تنقل من إحدى الأولويات القصيرة الأمد إلى الأخرى على نحو متجزئ بشكل متزايد ودون إحساس واضح بالاتجاه.

ومن الواضح اليوم أن النظم الصحية، إذا ما تركت لأجهزتها الخاصة، لا تلتئم بشكل طبيعي نحو مرامي توفير الصحة للجميع من خلال الرعاية الصحية الأولية وفق ما جاء في إعلان ألما-آتا. فالنظم الصحية تتطور في اتجاهات لا تسهم إلا قليلاً في الإنصاف والعدالة الاجتماعية وتفشل في تحقيق أفضل الحاصلات الصحية مقابل ما ينفق عليها من أموال. وهناك ثلاثة اتجاهات مقلقة بشكل خاص يمكن تمييزها على النحو التالي:

- النظم الصحية التي تركز بشكل غير متناسب على عرض ضيق للرعاية العلاجية التخصصية؛
- النظم الصحية التي يتبع فيها نهج القيادة والتحكم في مكافحة الأمراض مع التركيز على النتائج القصيرة الأمد وهو نهج يجزئ تقديم الخدمة؛

## من حزم الماضي إلى إصلاحات المستقبل

لم يؤد ارتفاع مستوى التوقعات، واتساع الدعم للرؤية الواردة في قيم الما-آتا، دائماً ببساطة إلى تحولات فعلية في النظم الصحية. فقد كانت هناك ظروف واتجاهات مؤثرة من خارج قطاع الصحة - منها التعديلات الهيكلية، على سبيل المثال - لم يكن لحركة الرعاية الصحية الأولية إلا القليل من التأثير أو السيطرة عليها. وفضلاً عن هذا فكثيراً ما أفرطت حركة الرعاية الصحية الأولية في تبسيط رسالتها، مما جعلها تبدو وكأنها وصفة تفيد في جميع الأحوال، غير أنها لا تناسب السياقات والمشاكل المختلفة (24). ونتيجة لهذا نظرت بعض السلطات الصحية الوطنية والعالمية في بعض الأوقات إلى الرعاية الصحية الأولية ليس باعتبارها مجموعة إصلاحات، وهو ما كان مقصوداً، وإنما باعتبارها برنامجاً من برامج كثيرة تقدم رعاية صحية سيئة للفقراء. ويستعرض الجدول 1 الأبعاد المختلفة للمحاولات الأولى لتنفيذ الرعاية الصحية الأولية، ويقابل هذا بالنهوج الراهنة. ومن المعالم الأساسية لهذا التطور الاعتراف بأن إعطاء النظم الصحية إحساساً بالاتجاه يتطلب مجموعة من الإصلاحات المحددة، الحساسة للسياقات، والتي تستجيب لتحديات اليوم في مجال الصحة وتعد لتحديات الغد.

وموضع تركيز هذه الإصلاحات يتجاوز بقدر كبير تقديم الخدمات «الأساسية»، ويتخطى الحدود الموضوعية للوحدات التي يقوم عليها بناء النظم الصحية الوطنية (25). وعلى سبيل المثال سوف يتطلب تنسيق النظم الصحية القائمة على القيم المستقاة من الرعاية الصحية الأولية، سياسات موارد بشرية طموحة. ومع ذلك فمن الوهم اعتقاد أن هذه الإصلاحات يمكن تطويرها بمعزل عن سياسات التمويل أو تقديم الخدمات أو إصلاح الخدمة المدنية وترتيباتها التي تعالج هجرة المهنيين الصحيين عبر الحدود.

وفي الوقت نفسه فإن إصلاحات الرعاية الصحية الأولية وحركة الرعاية الصحية الأولية التي تعزز الإصلاحات يتعين أن تكون أكثر استجابة للتغير الاجتماعي والتطلعات المتزايدة التي ترد مع التنمية والتحضر العصري. وقد أصبح الناس في جميع أنحاء العالم أعلى صوتاً فيما يخص الصحة باعتبارها جزءاً أساسياً في معيشة الناس وأسرهم اليومية، وفيما يخص طريقة معالجة المجتمع للصحة والرعاية الصحية. ويجب أن يكون لآليات الطلب صوت في عمليات رسم السياسات واتخاذ القرارات. ويتعين أن تستند إعادة التوجيه الضرورية للنظم الصحية إلى بينات علمية سليمة والى إدارة رشيدة لأوجه عدم اليقين، ولكن ينبغي أيضاً أن تراعي ما يتوقعه الناس من الصحة والرعاية الصحية لأنفسهم ولأسرهم ولمجتمعهم. وهذا يتطلب مبادلات ومفاوضات حساسة مع أصحاب مصلحة عديدين، مما يعني خروجاً واضحاً عن النماذج الخطية من أعلى إلى أسفل التي

## الإطار 1: خمسة عيوب شائعة في تقديم خدمات الرعاية الصحية

**الرعاية العكسية** - الناس الذين لديهم كل الوسائل - والذين تكون احتياجاتهم للرعاية الصحية في الغالب أقل - يستهلكون معظم الرعاية، بينما الذين لديهم أقل الوسائل وأكثر المشاكل الصحية يستهلكون أقلها (10). والإنفاق العام على الخدمات الصحية يفيد في أغلب الأحوال الأغنياء أكثر مما يفيد الفقراء (11) وذلك في البلدان سواء كانت مرتفعة الدخل أو منخفضة الدخل. (12, 13)

**الرعاية المقفرة** - حيثما يفترق الناس إلى الحماية الاجتماعية ويدفعون مقابل العلاج بصورة مباشرة إلى حد كبير في مقر تقديم الخدمة، يمكن أن تواجههم نفقات كارثية. فأكثر من 100 مليون شخص يسقطون سنوياً في براثن الفقر لأنهم يضطرون إلى دفع تكاليف الرعاية الصحية من جيوبهم (14).

**الرعاية المجزأة والمجزئة** - إن فرط التخصص لدى مقدمي خدمات الرعاية الصحية والتركيز الضيق في كثير من برامج مكافحة الأمراض يثني عن اتباع نهج شامل مع الأفراد والأسر ممن يتعاملون معهم، ولا يعطي الاعتبار الواجب للحاجة إلى الاستمرارية في الرعاية (15). وكثيراً ما يزداد تجزؤ الخدمات الصحية للفقراء والمهمشين وتكون مواردها ناقصة نقصاً شديداً (16)، كما أن المساعدات الإنمائية غالباً ما تضيف إلى هذه التجزئة (17).

**الرعاية غير المأمونة** - يؤدي سوء تصميم النظم وعجزها عن ضمان معايير السلامة والمعايير الصحية، إلى ارتفاع معدلات العدوى المكتسبة من المستشفيات، إلى جانب الأخطاء في الأدوية والآثار السلبية الأخرى التي يمكن تجنبها، وهو سبب من أسباب الوفيات وسوء الصحة لا يأخذ حقه من التقدير. (18)

**سوء توجيه الرعاية** - يتمركز توزيع الموارد حول الخدمات العلاجية التي تقدم بتكلفة كبرى، ومع إهمال إمكانيات الوقاية الأولية وتعزيز الصحة وقدرتها على منع ما يصل إلى 70% من عبء الأمراض (19, 20). وفي الوقت نفسه يفترق قطاع الصحة إلى الخبرة اللازمة للتخفيف من الآثار السلبية على الصحة من قطاعات أخرى والاستفادة الكاملة مما يمكن أن تسهم به القطاعات الأخرى في الصحة (21).



تحسينها فحسب، ولكن بالآليات الاجتماعية التي تحدد دور النظم الصحية في المجتمع.

كانت متبعة في الماضي. ومن ثم فإن إصلاحات الرعاية الصحية الأولية هذه الأيام ليست محددة تحديداً أولاً بالعناصر المكونة لما هو مطلوب التصدي له ولا باختيار مداخلات مكافحة الأمراض المراد

الجدول 1: كيف تحول تركيز حركة الرعاية الصحية الأولية بحكم التجربة

الشواغل الراهنة حول إصلاحات الرعاية الصحية الأولية	المحاولات الأولى لتنفيذ الرعاية الصحية الأولية
التحول والتنظيم للنظم الصحية القائمة، بهدف تيسير الحصول على الخدمات للجميع والحماية الصحية الاجتماعية	التوسع في سبل الحصول على حزمة أساسية من المداخلات الصحية والأدوية الأساسية لفقراء الريف
التعامل مع صحة كل إنسان في المجتمع	التركيز على صحة الأم والطفل
استجابة شاملة لتطلعات الناس واحتياجاتهم تشمل كامل نطاق المخاطر والاعتلالات	التركيز على عدد صغير من أمراض منتقاة، هي في المقام الأول الأمراض المعدية والحادة
تعزيز أنماط معيشة أصح وتخفيف الآثار الصحية للأخطار الاجتماعية والبيئية	تحسين التصحح والمياه والإصحاح والتثقيف الصحي على مستوى القرية
أفرقة العاملين الصحيين الذين ييسرون الحصول على التكنولوجيا والأدوية الملائمة واستخدامها	تكنولوجيا بسيطة للعاملين الصحيين في أوساط المتطوعين وغير المهنيين
المشاركة المؤسسية للمجتمع المدني في حوار السياسات وآليات المساءلة	المشاركة عن طريق تعبئة الموارد المحلية وإدارة المراكز الصحية من خلال اللجان الصحية المحلية
نظم صحية متعددة تعمل في سياق معولم	الخدمات الممولة من الحكومة والمقدمة منها مع إدارة مركزية من أعلى لأسفل
توجيه نمو الموارد الصحية نحو التغطية الشاملة	الإدارة في ظل موارد متناقصة وتقليص الحجم
التضامن العالمي والتعلم المشترك	المساعدة الثنائية والمساعدة التقنية
الرعاية الأولية بوصفها المنسق لاستجابة شاملة على كل المستويات	الرعاية الأولية باعتبارها نقيض المستشفى
الرعاية الصحية الأولية ليست رخيصة الثمن: فهي تتطلب استثماراً كبيراً، ولكنها تعطي قيمة أكبر مقابل المال أكثر من بدائلها	الرعاية الصحية الأولية رخيصة الثمن ولا تحتاج إلا إلى استثمار متواضع

الشكل 1: إصلاحات الرعاية الصحية الأولية اللازمة للتركيز في النظم الصحية على توفير الصحة للجميع



الخدمات متوفرة، ولكنها ليست بالضرورة الخدمات المطلوبة. ولا تزال الثغرات في العرض واقعاً في كثير من البلدان مما يجعل التوسع في شبكات الخدمات الخاصة بها من الشواغل ذات الأولوية، كما كان الحال قبل ثلاثين عاماً.

ومع التحسن العام في عرض الخدمات الصحية أصبح من الواضح بشكل أكبر أن الحواجز أمام الوصول إلى الخدمات عوامل هامة في وجود أوجه التفاوت هذه: فالرسوم المفروضة على المستخدم أصبحت بوجه خاص مصادر هامة للإقصاء عن الرعاية اللازمة. وفضلاً عن هذا فعندما يتعين على الناس شراء خدمات الرعاية الصحية بثمن يتجاوز إمكاناتهم يمكن للمشاكل الصحية أن تلقي بهم في براثن الفقر أو الإفلاس سريعاً (14). وهذا هو السبب في أنه لا بد من أن يكون التوسع في عرض الخدمات موازياً للحماية الصحية الاجتماعية، عن طريق التجميع، والدفع المسبق، بدلاً من الدفع المباشر مقابل الرسوم المفروضة على المستخدم. والإصلاحات التي ترمي إلى إحداث تغطية شاملة - أي الوصول الشامل المرتبط بالحماية الصحية الاجتماعية - تشكل شرطاً ضرورياً لتحسين المساواة في الصحة. ولما كانت تجربة النظم التي حققت تغطية قريبة من الشاملة تدل على أن الإصلاحات يتعين استكمالها بمجموعة أخرى من التدابير الاستباقية لتصل إلى من لم تصل إليهم من قبل: وهؤلاء هم الذين لا يفيدهم التوافر والحماية الاجتماعية إلا قليلاً في تعويض العواقب الصحية للطبقة الاجتماعية. فهناك أفراد كثيرون في هذه الفئة يعتمدون على شبكات الرعاية الصحية التي تضطلع بالمسؤولية عن صحة المجتمعات المحلية بأكملها. وهذا هو سبب الحاجة إلى مجموعة ثانية من الإصلاحات هي إصلاحات تقديم الخدمات.

## أربع مجموعات من إصلاحات الرعاية الصحية الأولية

مطلوب من أجل الاستجابة الفعالة للتحديات الصحية في عالم اليوم، وقيم المساواة والنظام والعدالة الاجتماعية التي تدفع حركة الرعاية الصحية الأولية، والتطلعات المتزايدة للسكان في تحديث مجتمعاتهم (الشكل 1):

■ الإصلاحات التي تكفل إسهام النظم الصحية في تحقيق المساواة في الصحة والعدالة الاجتماعية وإنهاء الإقصاء، وذلك، أساساً، عن طريق التحرك نحو الإتاحة الشاملة والحماية الصحية الاجتماعية - إصلاحات التغطية الشاملة؛

■ الإصلاحات التي تعيد تنظيم الخدمات الصحية بوصفها رعاية أولية، أي تقوم على احتياجات الناس وتوقعاتهم، بحيث تجعلها أنسب اجتماعياً وأكثر استجابة للعالم المتغير، مع التوصل إلى حواصل أفضل - إصلاحات تقديم الخدمات؛

■ الإصلاحات التي تكفل للمجتمعات المحلية صحة أفضل عن طريق دمج إجراءات الصحة العمومية مع الرعاية الأولية وعن طريق اتباع سياسات عمومية صحية في جميع القطاعات - إصلاحات السياسات العمومية؛

■ الإصلاحات التي تستعيز عن الاعتماد المفرط على القيادة والتحكم من جانب، وفك ارتباط الدولة - وعدم التدخل من جانب آخر، بالقيادة الشاملة والتشاركية القائمة على التفاوض التي أصبحت يقتضيها تعقد النظم الصحية المعاصرة - إصلاحات القيادة.

وأول مجموعة الإصلاحات الأربعة يهدف إلى تقليص الإقصاء والفوارق الاجتماعية في مجال الصحة. وفي نهاية المطاف تحتاج العوامل التي تحدد أوجه التفاوت في مجال الصحة إلى استجابة مجتمعية، مع خيارات سياسية وتقنية تؤثر على كثير من القطاعات المختلفة. وتشكل أوجه التفاوت في مجال الصحة أيضاً نتيجة التفاوت في توافر الخدمات والوصول إليها وجودتها، والعبء المالي الذي تفرضه على الناس، بل وعن طريق الحواجز اللغوية والثقافية والجنسانية التي توجد غالباً في طريقة تنفيذ ممارسات الطب السريري (26).

للمجتمع، أي سد الثغرة في عرض الخدمات. ولقد أصبحت شبكات الخدمات أكثر كثافة هذه الأيام مما كانت عليه قبل ثلاثين عاماً، ولكنها أغفلت من حسابها فئات مختلفة كبيرة من السكان. وفي بعض الأماكن دمرت الحروب والنزاعات الأهلية البنى التحتية، وفي أماكن أخرى أدى إضفاء الطابع التجاري غير المنظم إلى جعل



إصلاحات تقديم الخدمات هذه إلا مجموعة واحدة فرعية من إصلاحات الرعاية الصحية الأولية، ولكنها مجموعة بارزة تغطي في أغلب الأحوال على برنامج عمل الرعاية الصحية الأولية الأوسع. وما ينجم عن ذلك من خلط إنما هو نتيجة التبسيط المفرط في النظر إلى ما تنطوي عليه الرعاية الأولية وما يميزها عن تقديم الرعاية الصحية التقليدي (الإطار 2)(23).

والمقصود من إصلاحات تقديم الخدمات هذه هو تحويل تقديم الرعاية الصحية التقليدي إلى تقديم رعاية أولية تعظم إسهام الخدمات الصحية إلى الحد الأمثل - وهي النظم الصحية المحلية وشبكات الرعاية الصحية والمناطق الصحية - في الصحة والعدالة مع الاستجابة للتوقعات المتنامية إلى «وضع الناس في صلب الرعاية الصحية والمواءمة بين العقل والجسد، والناس والنظم»(3). وليست

## الإطار 2: ما اعتبر رعاية أولية في السياقات ذات الموارد الكافية تم الإفراط في تبسيطه بصورة خطيرة في البيئات ذات الموارد المحدودة

عُرفت الرعاية الأولية وُصفت ودرست بشكل مستفيض في سياقات ذات موارد كافية، مع الإشارة في الغالب إلى الأطباء ذوي التخصص في طب الأسرة أو الممارسة العامة. وتتيح هذه الأوصاف برنامج عمل أكثر طموحاً بكثير من الوصفات غير المشجعة والمقيدة بشكل غير مقبول للرعاية الأولية، والتي رُوج لها للبلدان المنخفضة الدخل (٢٦ و ٢٧):

- تتيح الرعاية الأولية مكاناً يمكن أن يذهب إليه الناس لمعالجة مجموعة واسعة من المشاكل الصحية - وليس من المقبول أن تكون الرعاية الأولية في البلدان المنخفضة الدخل مقصورة على قلة من «الأمراض ذات الأولوية»؛
- الرعاية الصحية نقطة مركزية يوجه المرضى منها عبر النظام الصحي - وليس من المقبول اختزال الرعاية الأولية في البلدان المنخفضة الدخل في وظيفة صحية منعزلة أو في أحد العاملين في مجال صحة المجتمع؛
- تيسر الرعاية الأولية إقامة علاقات مستمرة بين المرضى والأخصائيين السريريين، يشارك فيها المرضى في اتخاذ القرارات بشأن صحتهم ورعايتهم الصحية؛ وهي تبني الجسور بين الرعاية الصحية الشخصية وأسر المرضى ومجتمعاتهم المحلية - وليس من المقبول أن تقيد الرعاية الأولية في البلدان المنخفضة الدخل لتصبح طريقاً ذا اتجاه واحد من أجل تنفيذ المداخلات الصحية ذات الأولوية؛
- تتيح الرعاية الأولية فرصاً للوقاية من الأمراض وتعزيز الصحة وكذلك الكشف المبكر عن الأمراض - وليس من المقبول أن تقتصر الرعاية الأولية في البلدان المنخفضة الدخل على مجرد معالجة الاعتلالات الشائعة؛
- تتطلب الرعاية الأولية أفرقة من المهنيين الصحيين: الأطباء وممارسي التمريض والمساعدين ذوي المهارات المحددة في مجالي الطب الحيوي والرعاية الاجتماعية - وليس من المقبول أن تكون الرعاية الأولية في البلدان المنخفضة الدخل مرادفة للرعاية غير المهنية المعتمدة على تكنولوجيا بسيطة لفقراء الريف الذين لا يطيقون تكاليف الحصول على رعاية أفضل؛
- تتطلب الرعاية الأولية موارد كافية واستثمارات ملائمة لتستطيع عندها توفير قيمة أفضل كثيراً من بدائلها بالنسبة لما ينفق عليها من أموال - وليس من المقبول أن تظل الرعاية الأولية في البلدان المنخفضة الدخل تقبل من مدفوعات المرضى المباشرة، على أساس افتراض خاطئ بأنها رخيصة وينبغي أن يكون الفقراء قادرين على تحمل تكاليفها.

توجيه الخدمات الصحية القائمة نحو الرعاية الأولية - ليس في البيئات ذات الموارد الكافية فحسب بل وحيث يكون المال شحيحاً والاحتياجات شديدة أيضاً. وفي البلدان الكثيرة المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل التي تتسارع فيها وتيرة التوسع في عرض الخدمات، توجد الآن فرصة لرسم طريق يمكن أن يتلافى تكرار بعض الأخطاء التي كانت تقع فيها البلدان المرتفعة الدخل في الماضي.

ويمكن للرعاية الأولية أن تقدم الكثير نحو تحسين صحة المجتمعات المحلية، ولكنها لا تكفي للاستجابة لرغبات الناس في العيش في ظروف تحمي صحتهم وتدعم المساواة في الصحة وتمكنهم من المعيشة التي يقدرونها. غير أن الناس يتوقعون أيضاً أن تنفذ حكوماتهم مجموعة من السياسات العمومية لمعالجة التحديات الصحية، كالتى

هناك كم هائل من البيئات الدالة على وجود ميزات نسبية، من حيث الفعالية والكفاءة، تُجنى من تنظيم الرعاية الصحية بوصفها رعاية أولية تركز على الناس. ورغم الاختلافات في مصطلحات معينة، فإن ملامحها الخاصة (التركيز على الناس والشمول والتكامل واستمرارية الرعاية ومشاركة المرضى والأسر والمجتمعات المحلية) معروفة بشكل جيد (14 و 26). فالرعاية التي تتجسد فيها هذه الملامح تتطلب خدمات صحية منظمة تبعاً لذلك، مع وجود أفرقة متعددة التخصصات قريباً من المرضى ومسؤولة عن مجموعة سكانية معينة وتتعاون مع قطاع الخدمة الاجتماعية وغيره من القطاعات وتنسق إسهام المستشفيات والمتخصصين والمنظمات المجتمعية. وقد نتجت عن النمو الاقتصادي في الآونة الأخيرة موارد إضافية للصحة. وهذا حين يقتدر بتنامي الطلب على تحسين الأداء يتيح فرصاً جيدة لإعادة

الرعاية الصحية الأولية من دروس النجاحات والإخفاقات الماضية. وتصريف شؤون الصحة هو تحد رئيسي لوزارات الصحة وغيرها من المؤسسات الحكومية وغير الحكومية التي توفر القيادة في مجال الصحة، فلم يعد بوسع هذه المؤسسات أن تقتنع بمجرد إدارة النظام الذي لديها، وإنما عليها أن تصبح منظمات تشجع التعلم. وهذا يتطلب قيادة شاملة يشترك فيها أصحاب مصلحة متنوعون من خارج حدود القطاع العام، من الأخصائيين السريريين إلى المجتمع المدني، ومن المجتمعات المحلية إلى الباحثين والأكاديميين. والمجالات الاستراتيجية للاستثمار من أجل تحسين قدرة السلطات الصحية على قيادة إصلاحات الرعاية الصحية الأولية تشمل الاستفادة من نظم المعلومات الصحية في الإصلاح؛ وتسخير الابتكارات في قطاع الصحة وما يتصل بها من ديناميات في كل المجتمعات؛ وبناء القدرات عن طريق التواصل مع الآخرين والاستفادة من خبراتهم - داخل وعبر الحدود.

### اغتنام الفرص

الدافع لهذه المجموعات الأربع من إصلاحات الرعاية الصحية الأولية هو القيم المشتركة التي تحظى بتأييد قوي والتحديات المشتركة في عالم معولم. ومع ذلك فالوقائع المختلفة بصورة شديدة التي تواجهها أحاد البلدان هي التي يجب أن ترسم الطريق الذي ينهض بها. فعملية تفعيل التغطية الشاملة وتقديم الخدمات والسياسات العمومية وإصلاحات القيادات لا يمكن تنفيذها كمخطط نموذجي أو باعتبارها حزمة قياسية.

وفي الاقتصادات الصحية عالية الإنفاق، وهو الحال في معظم البلدان المرتفعة الدخل، توجد فسحة مالية كافية لتسريع الانتقال من الرعاية الثالثة إلى الرعاية الأولية وإيجاد بيئة سياسية أكثر صحة واستكمال نظام تغطية شاملة على أسس قوية له تدابير مستهدفة للحد من الإقصاء. وفي العدد الكبير من الاقتصادات الصحية سريعة النمو - التي يعيش في ظلها 3 مليارات من الناس - والتي يتيح فيها النمو الحقيقي فرصاً لإقامة نظم صحية على أساس مبدئي الرعاية الأولية السليمة والتغطية الشاملة في مرحلة التوسع الكامل، تتلافى فيها الأخطاء الناجمة عن الإغفال مثل عدم الاستثمار في السياسات العمومية الصحية، والأخطاء الناجمة عن أعمال مثل الاستثمار المفرط في الرعاية الثالثة، وهي أمور اتسمت بها النظم الصحية في البلدان المرتفعة الدخل في الماضي القريب. وواضح أن التحدي أصعب بمراحل أمام ملياريين من البشر يعيشون في ظل اقتصادات صحية منخفضة النمو في أفريقيا وجنوب شرق آسيا، وأمام أكثر من 500 مليون نسمة يعيشون في دول هشة. ومع ذلك فحتى هنا توجد علامات نمو - وبيانات تدل على إمكانية تسريعه من خلال وسائل أخرى ليس منها الاعتماد غير المجدي على المدفوعات المباشرة وغير المنصفة التي يتحملها المرضى في مواقع تقديم الخدمات - وهو

يواجهونها بسبب التوسع الحضري أو تغير المناخ أو التمييز على أساس نوع الجنس أو الطبقة الاجتماعية.

وتشمل هذه السياسات العمومية السياسات التقنية والبرامج التي تعالج المشاكل الصحية ذات الأولوية. وبالإمكان أن تصمم هذه البرامج كي تعمل من خلال الرعاية الأولية وتدعمها وتعطيها دفعات إلى الأمام، أو أنها يمكن أن تغفل هذا وتتسبب، عن غير قصد، في تقويض الجهود الرامية إلى إصلاح تقديم الخدمات. وتتحمل السلطات الصحية مسؤولية رئيسية عن اتخاذ قرارات التصميم الصحيحة. ومن الضروري تكملة البرامج التي تعمل على معالجة المشاكل الصحية ذات الأولوية من خلال الرعاية الأولية بمدخلات الصحة العمومية على المستوى الوطني أو الدولي. ومن شأن ذلك أن يوفر كفاءات كبيرة بل ويمكن أن يكون ذلك هو الخيار الوحيد المجدي في معالجة بعض المشاكل. وهناك بيئات قوية تدل على أن العمل على هذا النطاق بالنسبة لمدخلات مختارة قد تتراوح بين التصحح العمومي والوقاية من الأمراض وتعزيز الصحة، يمكن أن تكون له إسهامات رئيسية في الصحة. ومع ذلك قد تُهمل هذه الأمور بشكل ملفت في كل البلدان بغض النظر عن مستوى الدخل. ويرى هذا بوجه خاص في أوقات الأزمات والتهديدات الحادة لصحة الجماهير، عندما تكون القدرة على الاستجابة السريعة ضرورية، لا لتأمين الصحة فحسب بل وللحفاظ على ثقة الجماهير في النظام الصحي.

غير أن رسم السياسات العمومية ينطوي على أكثر من الصحة العمومية التقليدية. وتعتمد إصلاحات الرعاية الأولية والحماية الاجتماعية بشكل حاسم على اختيار سياسات النظم الصحية، مثل السياسات المتعلقة بالأدوية الأساسية والتكنولوجيا والموارد البشرية والتمويل، التي تدعم الإصلاحات الرامية إلى تعزيز المساواة والرعاية التي تركز على الناس. وعلاوة على هذا فمن الواضح أن صحة السكان يمكن أن تتحسن من خلال سياسات تتحكم فيها قطاعات غير قطاع الصحة. فالمناهج المدرسية وسياسة الصناعة الرامية إلى تحقيق المساواة بين الجنسين وسلامة الأغذية والسلع الاستهلاكية أو نقل النفايات السامة، كلها قضايا يمكن أن تؤثر بشكل عميق سلباً أو إيجاباً، بل وأن تحدد صحة مجتمعات بأكملها، رهناً بالخيارات التي يؤخذ بها. ويمكن بالجهود الجادة من أجل التعاون بين القطاعات إيلاء الاعتبار الواجب لعملية «الصحة في جميع السياسات» (28) لضمان أن تؤدي التأثيرات الصحية، إلى جانب مرامي وأغراض القطاعات الأخرى، دوراً في قرارات السياسة العمومية.

ولإجراء هذه الإصلاحات في بيئة قطاع الصحة المعقدة بشكل غير عادي سيكون من الضروري إعادة الاستثمار في بناء القيادة العمومية بطريقة تُتبع فيها نماذج تعاونية حوار السياسات مع أصحاب المصلحة العديدين - لأن هذا هو الذي يتوقعه الناس ولأن هذا هو الذي يعمل على أفضل وجه. ويوسع السلطات الصحية أن تفعل الكثير بشكل أفضل في صياغة وتنفيذ إصلاحات في الرعاية الصحية الأولية تتكيف مع السياقات والقيود الوطنية لكي تستفيد التبعئة حول



وبالاستفادة من هذه الدفعة القوية يمكن للاستثمار في إصلاحات الرعاية الصحية الأولية أن يعجل بتحول النظم الصحية بحيث تنتج حصائل صحية أفضل وأكثر إنصافاً في توزيعها. ولدى العالم تكنولوجيا أفضل ومعلومات أفضل تتيح له تعظيم العائد من تحويل أداء النظم الصحية. كما أن تزايد إشراك المجتمع المدني في مجال الصحة والتفكير العالمي الجماعي المتمم بالكفاءة الكبيرة (على سبيل المثال في الأدوية الأساسية) يمكن أن يسهم بشكل أكبر في فرص النجاح.

وخلال العقد المنصرم بدأ المجتمع العالمي يتعامل مع الفقر والتفاوت في جميع أنحاء العالم بطريقة أكثر منهجية بكثير - عن طريق تحديد المرامي الإنمائية للألفية وعرض قضية التفاوت على الأجهزة الهامة لرسم السياسات الاجتماعية. وبشكل شامل ظلت الصحة موضع اهتمام مركزي ومتربط بشكل وثيق. وهذا يتيح فرصاً لمزيد من العمل الصحي الفعال. كما أنه يوجد الظروف الاجتماعية اللازمة لإقامة تحالفات وثيقة تتجاوز قطاع الصحة. ومن ثم عاد العمل المشترك بين القطاعات إلى وسط الساحة. وكثير من السلطات الصحية اليوم لم يعد يرى مسؤولياته عن الصحة على أنها قاصرة على البقاء على قيد الحياة ومكافحة الأمراض، ولكن باعتبارها من القدرات الرئيسية التي يقدرها الناس والمجتمعات. (30) وأصبحت شرعية السلطات الصحية تعتمد بشكل متزايد على مدى كفاءتها فيما تضطلع به من مسؤوليات لتطوير وإصلاح قطاع الصحة وفقاً لما يقدره الناس - من حيث الصحة ومن حيث ما يُنتظر من النظم الصحية في المجتمع.

نمو يتيح إمكانيات للتوسع في النظم والخدمات الصحية. والواقع أن الناس هنا، أكثر ممن في البلدان الأخرى، ليس بوسعهم تحمل تبعات عدم اختيار الرعاية الصحية الأولية، وهنا، كما في الأماكن الأخرى، يمكن أن يشرعوا في ذلك على الفور.

والبيئة الدولية الراهنة تساند تجديد الرعاية الصحية الأولية. فالصحة على نطاق العالم تلقى اهتماماً غير مسبوق، ويتزايد الاهتمام بالعمل الموحد، وتزداد المطالبات بالرعاية الشاملة والرعاية للجميع - سواء أكانت من أناس يتعايشون مع فيروس العوز المناعي البشري أو من المهتمين بتوفير العلاج والرعاية، أو من وزارات الصحة ومجموعة البلدان الثمانية - إضافة إلى التوسع الهائل في آليات التمويل العالمية المتكررة المتصلة بالتضامن العالمي. وثمة دلائل واضحة ومقبولة على الرغبة في العمل معاً في بناء نظم مستدامة للصحة بدلاً من الاعتماد على نهج معززة ومشردمة (29).

وفي الوقت نفسه هناك آفاق متاحة للاستثمار المحلي المعزز في إعادة تنشيط النظم الصحية حول قيم الرعاية الصحية الأولية. فالنمو في الناتج المحلي الإجمالي - مع التسليم بتعرضه للتباطؤ الاقتصادي وأزمات الغذاء والطاقة والاحترار العالمي - يحفز الإنفاق على الصحة في جميع أنحاء العالم، باستثناء واضح هو الدول الهشة. وتعزيز هذا النمو الاقتصادي من شأنه أن يتيح فرصاً لتفعيل الإصلاحات اللازمة في مجال الرعاية الصحية الأولية لم تكن متاحة خلال الثمانينات والتسعينات. والآن لا يتجه إلا جزء قليل من الإنفاق على الصحة إلى تصحيح التشوهات الشائعة في طريقة أداء النظم الصحية، أو التغلب على مآزق النظام التي تحد من تقديم الخدمات، ولكن الإمكانيات موجودة وتتنامى بسرعة.

وسيظل التضامن العالمي - والمعونة - مهمين لتكملة جهود البلدان التي تركز تقدماً بطيئاً ودعمها، ولكن سوف تقل أهمية ذلك في حد ذاته عن التبادل والتعلم المشترك وتصريف الشؤون على الصعيد العالمي. وقد حدث هذا التحول بالفعل في معظم أنحاء العالم: فمعظم البلدان النامية أصبحت غير معتمدة على المعونة. ويوسع التعاون الدولي أن يعجل بتحويل النظم الصحية في العالم، بما في ذلك عن طريق تحسين توجيه المعونة، ولكن التقدم الحقيقي لن يحدث إلا من خلال تحسين تصريف شؤون الصحة في البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المرتفعة الدخل على السواء.

والسلطات الصحية والقادة السياسيون غير مرتاحين للاتجاهات الراهنة في تطوير النظم الصحية، ويدركون الحاجة الواضحة للتكيف مع التحديات الصحية المتغيرة، والطلبات والتوقعات المتزايدة. وهذا هو الذي يشكل الفرص الراهنة لتنفيذ إصلاحات الرعاية الصحية الأولية. فالإحباط الذي أصاب الناس، والضغط من أجل توفير رعاية صحية مختلفة ومنصفة وتحسين الحماية الصحية للمجتمع هي مسائل تتراكم: ولم يحدث من قبل أن كانت التوقعات بهذه الدرجة من العلو حول ما ينبغي أن تعمله السلطات الصحية، وبالتحديد وزارات الصحة، حول هذا الموضوع.

16. Moore G, Showstack J. Primary care medicine in crisis: towards reconstruction and renewal. *Annals of Internal Medicine*, 2003, 138:244-247.
17. Shiffman J. Has donor prioritization of HIV/AIDS displaced aid for other health issues? *Health Policy and Planning*, 2008, 23:95-100.
18. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. To err is human: building a safer health system. Washington DC, National Academy Press, Committee on Quality of Care in America, Institute of Medicine, 1999.
19. Fries JF et al. Reducing health care costs by reducing the need and demand for medical services. *New England Journal of Medicine*, 1993, 329:321-325.
20. التقرير الخاص بالصحة في العالم 2002، ما المعافاة إلا في الحد من المخاطر المحتملة. جنيف، منظمة الصحة العالمية، 2002.
21. Sindall C. Intersectoral collaboration: the best of times, the worst of times. *Health Promotion International*, 1997, 12(1):5-6.
22. Stevenson D. Planning for the future – long term care and the 2008 election. *New England Journal of Medicine*, 2008, 358:19.
23. Blendon RJ et al. Inequities in health care: a five-country survey. *Health Affairs*, 2002, 21:182-191.
24. Tarimo E, Webster EG. Primary health care concepts and challenges in a changing world: Alma-Ata revisited. Geneva, World Health Organization, 1997 (Current concerns ARA paper No. 7).
25. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Geneva, World Health Organization, 2007.
26. Dans A et al. Assessing equity in clinical practice guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology*, 2007, 60:540-546.
27. Primary care. America's health in a new era. Washington DC, National Academy Press, Institute of Medicine 1996.
28. Starfield B. Primary care: balancing health needs, services, and technology. New York, Oxford University Press, 1998.
29. Ståhl T et al, eds. Health in all policies. Prospects and potentials. Oslo, Ministry of Social Affairs and Health, 2006.
30. إعلان باريس بشأن فعالية المعونة: الملكية والتنسيق والمواعاة وتحقيق النتائج والمساءلة. باريس، منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، 2005.
31. Nussbaum MC, Sen A, eds. The quality of life. Oxford, Clarendon Press, 1993.
1. الرعاية الصحية الأولية: تقرير المؤتمر الدولي للرعاية الصحية الأولية، ألما - آتا، اتحاد الجمهوريات الاشتراكية السوفيتية، 6-12 أيلول / سبتمبر 1978، تحت إشراف منظمة الصحة العالمية وصندوق الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف). جنيف، منظمة الصحة العالمية، 1978 (سلسلة توفير الصحة للجميع، رقم 1).
2. Dahlgren G, Whitehead M. Levelling up (part 2): a discussion paper on European strategies for tackling social inequities in health. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2006 (Studies on social and economic determinants of population health No. 3).
3. WHO Regional Office for South-East Asia and WHO Regional Office for the Western Pacific. People at the centre of health care: harmonizing mind and body, people and systems. Geneva, World Health Organization, 2007.
4. Renewing primary health care in the Americas: a position paper of the Pan American Health Organization. Washington DC, Pan American Health Organization, 2007.
5. Saltman R, Rico A, Boerma W. Primary health care in the driver's seat: organizational reform in European primary care. Maidenhead, England, Open University Press, 2006 (European Observatory on Health Systems and Policies Series).
6. Report on the review of primary care in the African Region. Brazzaville, World Health Organization Regional Office for Africa, 2003.
7. المؤتمر الدولي للرعاية الصحية الأولية، ألما - آتا: العيد الخامس والعشرون. جنيف، منظمة الصحة العالمية، 2003 (جمعية الصحة العالمية السادسة والخمسون، جنيف، 19-28 أيار / مايو 2003، ج ص ع 56-6، البند 14-8 من جدول الأعمال).
8. The Ljubljana Charter on Reforming Health Care, 1996. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 1996.
9. الإحصاءات الصحية العالمية. جنيف، منظمة الصحة العالمية، 2008.
10. Hart T. The inverse care law. *Lancet*, 1971, 1:405-412.
11. World development report 2004: making services work for poor people. Washington DC, The World Bank, 2003.
12. Filmer D. The incidence of public expenditures on health and education. Washington DC, The World Bank, 2003 (background note for World development report 2004 – making services work for poor people).
13. Hanratty B, Zhang T, Whitehead M. How close have universal health systems come to achieving equity in use of curative services? A systematic review. *International Journal of Health Services*, 2007, 37:89-109.
14. Xu K et al. Protecting households from catastrophic health expenditures. *Health Affairs*, 2007, 6:972-983.
15. Starfield B. Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy*, 2002, 60:201-218.

## مكاتب منظمة الصحة العالمية

### WHO Regional Office for Europe

8 Scherfigsvej  
2100 Copenhagen O, Denmark  
**Telephone:** (45) 39 17 17 17  
**Facsimile:** (45) 39 17 18 18  
**E-mail:** postmaster@euro.who.int  
**Web site:** <http://www.euro.who.int>

### المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط:

شارع عبد الرزاق السنهوري  
صندوق بريد 7608  
مدينة نصر  
القاهرة - 11371 مصر  
رقم الهاتف : 2670 2535 (202)  
رقم الفاكس : 2670 2492/94 (202)  
البريد الإلكتروني : webmaster@emro.who.int  
الموقع على الويب : <http://www.emro.who.int>

### WHO Regional Office for Western Pacific

P.O.Box 2932  
Manila 1000, Philippines  
**Telephone:** (632) 528 9991  
**Facsimile:** (632) 521 1036 or 526 0279  
**E-mail:** pio@wpro.who.int  
**Web site:** <http://www.wpro.who.int>

### International Agency for Research on Cancer

150, cours Albert-Thomas  
69372 Lyon Cédex 08, France  
**Telephone:** (33) 472 73 84 85  
**Facsimile:** (33) 472 73 85 75  
**E-mail:** [www@iarc.fr](http://www.iarc.fr)  
**Web site:** <http://www.iarc.fr>

### المقر الرئيسي

### World Health Organization

Avenue Appia 20  
1211 Geneva 27, Switzerland  
**Telephone:** (41) 22 791 21 11  
**Facsimile:** (41) 22 791 31 11  
**E-mail:** inf@who.int  
**Web site:** <http://www.who.int>

### WHO Regional Office for Africa

Cite du Djoue  
P.O.Box 06  
Brazzaville, Congo  
**Telephone:** (47) 241 39100  
**Facsimile:** (47) 241 39503  
**E-mail:** webmaster@afro.who.int  
**Web site:** <http://www.afro.who.int>

### WHO Regional Office for the Americas/Pan American Sanitary Bureau

525 23rd Street N.W.  
Washington, D.C. 20037, USA  
**Telephone:** (1) 202 974 3000  
**Facsimile:** (1) 202 974 3663  
**E-mail:** webmaster@paho.org  
**Web site:** <http://www.paho.org>

### WHO Regional Office for South-East Asia

World Health House  
Indraprastha Estate  
Mahatma Gandhi Road  
New Delhi 110002, India  
**Telephone:** (91) 112 337 0804/09/10/11  
**Facsimile:** (91) 112 337 0197/337 9395  
**E-mail:** registry@searo.who.int  
**Web site:** <http://www.searo.who.int>

إن الدول وهي تسعى إلى تعزيز نظمها الصحية تتطلع أكثر فأكثر إلى الرعاية الصحية الأولية من أجل إعطاء إحساس واضح وشامل بالاتجاه. ويحلل التقرير الخاص بالصحة في العالم ٢٠٠٨ كيف تُعد إصلاحات الرعاية الصحية الأولية، التي تجسد مبادئ الإتاحة الشاملة والمساواة والعدالة الاجتماعية، استجابة ضرورية للتحديات الصحية في عالم سريع التغيير وتلبية للآمال المتنامية التي تعقدتها البلدان ومواطنوها على الصحة والرعاية الصحية.

ويحدد التقرير أربع مجموعات مترابطة من إصلاحات الرعاية الصحية الأولية تستهدف ما يلي: تحقيق الإتاحة الشاملة والحماية الاجتماعية بما يحسن المساواة في الصحة؛ وإعادة تنظيم تقديم الخدمات بحيث تقوم على احتياجات الناس وتوقعاتهم؛ وضمان صحة أفضل للمجتمعات المحلية من خلال تحسين السياسات العمومية؛ وتجديد نموذج القيادة الصحية على أساس تعزيز فعالية الحكومات وتنشيط مشاركة أصحاب المصلحة الرئيسيين.

وهذا التقرير يأتي بعد ٣٠ سنة من مؤتمر ألما آتا الذي عُقد في عام ١٩٧٨ بشأن الرعاية الصحية الأولية واتفق على التصدي للفتاوات «غير المقبولة سياسياً واجتماعياً واقتصادياً» في الأوضاع الصحية في جميع البلدان. وقد تحقق الكثير في هذا الصدد، فمعدلات وفاة الأطفال المسجلة في عام ١٩٧٨ لو كانت قد استمرت كما هي لشهد عام ٢٠٠٦ وفاة ١٦,٢ مليون طفل في العالم بدلاً من الرقم المسجل بالفعل وهو ٩,٥ مليون طفل. ومع ذلك ظل التقدم في مجال الصحة متفاوتاً إلى حد بعيد وغير مقبول، حيث إن كثيراً من السكان الخرومين ازدادوا تخلفاً عن الركب أو بدأ تراجعهم عنه. وفي هذه الأثناء أخذت طبيعة المشاكل الصحية تتغير بحدّة. فالتوسع الحضري والعمولة وعوامل أخرى كلها أمور تُعجّل بانتقال الأمراض السارية وزيادة عبء الاضطرابات المزمنة. وسيسفر تغيّر المناخ وانعدام الأمن الغذائي عن آثار كبيرة على الصحة في السنوات المقبلة، الأمر الذي يضع تحديات هائلة أمام الاستجابة الفعالة والمنصفة.

وفي ظل هذه الظروف كافة لم يعد ترك الأمر كما هو عليه خياراً وارداً للنظم الصحية. ويبدو أن نظاماً كثيرة أصبحت تنحرف من أولوية قصيرة الأمد إلى أخرى، وتتجزأ أكثر فأكثر دون إحساس قوي بالاستعداد لما هو قادم.

ولحسن الحظ أصبحت البيئة الدولية الراهنة مواتية لتجديد الرعاية الصحية الأولية. فالصحة تجتذب انتباهاً لم يسبق له مثيل على صعيد العالم. وهناك اهتمام متزايد باتخاذ إجراءات موحدة، ونداءات أكبر لإدراج الرعاية الشاملة والمتاحة للجميع ضمن كل السياسات. ولم يحدث من قبل أن كانت التوقعات بهذه الدرجة العالية.

وبالاستفادة من هذه الدفعة القوية يمكن للاستثمار في الرعاية الصحية الأولية أن يعجل بتحول النظم الصحية وأن يحسن صحة الأفراد والأسر والمجتمعات المحلية في كل مكان. ولا غنى عن قراءة التقرير الخاص بالصحة في العالم ٢٠٠٨ لكل من يريد الاطلاع على طرق التقدم في مجال الصحة في القرن الحادي والعشرين.

إصلاحات  
الرعاية  
الصحية  
الأولية

