

## تقييم فعالية السياسات الصحية في الدول الآخذة في النمو: دراسة في الاقترابات والمؤشرات بالتطبيق على بعض الدول الآسيوية

د. أحمد أحمد زهران فرغلي\*

### مستخلص

تعكف هذه الدراسة على تحليل فعالية السياسات الصحية في الدول الآخذة في النمو ومحاولة تقصى الروابط المباشرة بين السياسات الصحية وتنفيذ السياسات الصحية اعتمادا على رصد وتحليل المخرجات المتعلقة بالنتائج الصحية في بعض الدول الآسيوية خلال الفترة الزمنية الممتدة بين عامي 2019 و 2024؛ حيث قطعت غالبية الدول الآسيوية خلال تلك الفترة التي تسمى "مواجهة تداعيات ما بعد كورونا" شوطا معتبرا في بناء وتطوير صنع السياسات الصحية فيها مما أسهم في تحسين بعض معايير ومؤشرات صحة الجمهور، وضمان توفير خدمات صحية عالية الجودة للجميع. لذا تشتمل الدراسة على الأقسام التالية: أولا الإطار النظري للدراسة؛ وثانيا: تعريف مصطلحي السياسات العامة والسياسات الصحية؛ ثالثا: مداخل واقترابات قياس فعالية وجودة السياسات العامة الصحية؛ ورابعا: محددات وأنماط السياسات العامة الصحية الفاعلة؛ وخامسا: مؤشرات فعالية السياسات الصحية في بعض الدول الآسيوية؛ وسادسا: تحديات السياسات الصحية العامة في آسيا وسبل التغلب عليها؛ وسابعا: الدروس المستفادة لمصر من السياسات الصحية العامة في آسيا.

**كلمات مفتاحية:** السياسات الصحية- فعالية السياسات- الدول النامية- آسيا - مصر ,

### Abstract:

*This study aims to analyze the effectiveness of health policies in developing countries and attempts to investigate the direct links between health policies and the implementation of health policies based on monitoring and analyzing the outputs related to health outcomes in some Asian countries during the period between 2019 and 2024; Where the majority of Asian countries during that period called "confronting the repercussions of post-Corona" have made significant progress in building and developing health policy-making in them, which contributed to improving some standards and*

\* أستاذ مساعد بمعهد أكتوبر العالي للاقتصاد مدينة الثقافة والعلوم 6 أكتوبر - جيزة

• Email: ahmedzahran203020@gmail.com

*indicators of public health, and ensuring the provision of high-quality health services for all.*

*Therefore, the study includes the following sections: First, the theoretical framework of the study; Second: Definition of the terms public policies and health policies; Third: Approaches and approaches to measuring the effectiveness and quality of public health policies; Fourth: Determinants and patterns of effective public health policies; Fifth: Indicators of the effectiveness of health policies in some Asian countries; Sixth: Challenges of public health policies in Asia and ways to overcome them; Seventh: Lessons learned for Egypt from public health policies in Asia.*

**Key Words:** Health Policies-Policy Effectiveness -Developing Countries -Asia –Egypt.

## مقدمة:

تزايدت الدراسات الأكاديمية حول تحليل السياسات الصحية بشكل كبير بدءاً من عقد التسعينات في القرن العشرين؛ حيث أصبحت أهمية تحليل فعالية السياسات الصحية معترف بها على نطاق واسع ويُنظر إليها كأداة للعمل بشكل أكثر فعالية لمكافحة المشاكل الصحية وتحسين ظروف الحياة<sup>(1)</sup>. وكذلك يساعد تحليل فعالية السياسات الصحية في فهم كيفية قيام صانعي السياسات بتحديد الأهداف واتخاذ القرارات بشأن الأولويات الصحية واتخاذ الإجراءات: كما يشرح أيضاً كيف يؤثر سياق السياسات (السياسي والاقتصادي والاجتماعي والثقافي) على عملية السياسات الصحية ونتائجها. علاوة على ذلك، يمكن أن يساعد تحليل فعالية السياسات الصحية في فهم المراحل المهمة من عملية السياسة الصحية مثل بناء جدول الأعمال وصياغة السياسات والتخطيط والرصد والتقييم وأي العوامل وكذلك الجهات الفاعلة تؤثر على العملية<sup>(2)</sup>.

وفي العديد من البلدان النامية، لم تحقق البرامج والسياسات الصحية المختلفة أهدافها المرجوة خلال العقود الماضية بسبب عوامل مختلفة تتعلق بمحتوى السياسات الصحية وسياقها وعملياتها. لذا تعكف هذه الدراسة على تحليل فعالية السياسات الصحية في الدول الآخذة في النمو ومحاولة تقصي الروابط المباشرة بين السياسات الصحية وتنفيذ السياسات الصحية اعتماداً على رصد وتحليل المخرجات المتعلقة بالنتائج الصحية في بعض الدول الآسيوية خلال الفترة الزمنية الممتدة بين عامي 2019 و2024؛ حيث قطعت غالبية الدول الآسيوية خلال تلك الفترة التي تسمى "مواجهة تداعيات ما بعد كورونا" شوطاً معتبراً في بناء وتطوير صنع السياسات الصحية فيها مما أسهم في تحسين بعض معايير ومؤشرات صحة الجمهور، وضمان توفير خدمات صحية عالية الجودة للجميع. لذا تشتمل الدراسة على الأقسام التالية: أولاً الإطار النظري للدراسة؛ وثانياً: تعريف مصطلحي السياسات العامة والسياسات الصحية؛ ثالثاً: مداخل واقترابات

قياس فعالية وجودة السياسات العامة الصحية؛ ورابعاً: محددات وأنماط السياسات العامة الصحية الفاعلة؛ وخامساً: مؤشرات فعالية السياسات الصحية في بعض الدول الآسيوية؛ وسادساً: تحديات السياسات الصحية العامة في آسيا وسبل التغلب عليها؛ وسابعاً: الدروس المستفادة لمصر من السياسات الصحية العامة في آسيا.

### أولاً: الإطار النظري للدراسة

يتضمن الإطار النظري: الدراسات السابقة؛ ومشكلة وفروض الدراسة؛ والهدف من الدراسة؛ ومنهجية الدراسة؛ وأهمية الدراسة. وفيما يلي توضيح لكل من المكونات والعناصر السابقة:

1- الدراسات السابقة: هناك عدد من الدراسات التي تناولت قضايا السياسات الصحية عموماً والسياسات الصحية في الدول النامية وبصفة خاصة الآسيوية منها بصفة خاصة والتي يمكن تقسيمها وفقاً لموضوعات التناول على النحو التالي:

أ- دراسات السياسات الصحية: وهي تلك الدراسات التي عنى معدوها بتحليل مكونات ومراحل صنع وتنفيذ وتقييم السياسات الصحية؛ ومن أبرز هذه الدراسات مايلي:

1- دراسة: توماس كولينز عن: تحليل السياسة الصحية: نموذج مبسط لصانعي السياسات؛ والتي سعى فيها المؤلف إلى تعريف صانعي السياسات الصحية عموماً بعناصر ومكونات وأهداف السياسات الصحية؛ وآليات العمل والتنسيق بين الأجهزة التنفيذية الحكومية والبرلمان ومنظمات المجتمع المدني محلياً ودولياً لتحسين الحالة الصحية للمواطنين؛ علاوة على تقديم مجموعة من المقترحات والتوصيات لصانعي السياسات لتحسين كفاءة وجودة مخرجات السياسات الصحية<sup>(3)</sup>.

2- دراسة: هيلين بسمانترا وصمويل تيدي آيرين وآخرون عن النماذج والاقتربات المستخدمة في المراكز الطبية الأكاديمية في عدد من الدول النامية مع عرض بعض الدروس المستفادة للحالة الأندونيسية. وقد اعتبرت هذه الدراسة أن مهمة الاقتربات والمداخل هي المساهمة في فهم كيفية تحديد واضعي السياسات للأولويات في مجال الرعاية الصحية وتخطيط الإجراءات من أجل معالجة المشاكل الصحية المتزايدة؛ وكذلك تحليل المراحل المهمة من عملية السياسة الصحية - بما في ذلك بناء جدول الأعمال وصياغة السياسات والتخطيط والرصد والتقييم - لتحديد العوامل والجهات الفاعلة التي تؤثر في عملية السياسات الصحية. وقامت الدراسة بتحليل وفحص المداخل والاقتربات المستخدمة في تحليل السياسات الصحية والتي من أبرزها المنهج العقلاني والاقتراب السلوكي. وانتهت الدراسة إلى أن المنهج العقلاني أو "النموذج الخطي" يميل إلى التركيز بشكل أكبر على محتوى السياسة ويكون أكثر توجهاً نحو القيمة - لأنه يحلل كيفية القيام بعملية صنع السياسات؛ بينما النهج السلوكي أنه من الضروري إيلاء المزيد من الاهتمام للعملية والسياق الذي يتم من خلاله تشكيل السياسات وتنفيذها لذا وفقاً لهذا النهج، يساعد تحليل عملية السياسات في فهم سبب عدم حل العديد من المشكلات الصحية، ولماذا لا يتم تنفيذ السياسات بشكل فعال ولماذا لا تحقق السياسات الصحية أهدافها في بعض الدول النامية<sup>(4)</sup>.

ب- دراسات السياسات الصحية في الدول النامية والآسيوية خصوصاً: تركز هذه الدراسات على شرح وتحليل السياسات الصحية في الدول النامية عموماً والآسيوية منها بصفة خاصة من حيث التطور والمراحل وعمليات الصنع والتنفيذ والجهات والمؤسسات الفاعلة فيها ودور المنظمات الوطنية والدولية غير الحكومية فيها؛ وفيما يلي عرض وتوضيح لما حوته أهم هذه الدراسات على النحو التالي:

1- دراسة بونندرا كومار رانا بعنوان: " الاستجابة لكوفيد-19 في جنوب شرق آسيا: تعزيز جودة الرعاية الصحية من خلال المشاركة السياسية"؛ انطلقت هذه الدراسة من أن انتشار مرض فيروس كورونا 2019 (كوفيد-19)، أدى إلى حدوث جائحة أثرت على كل دول إقليم جنوب شرق آسيا المكون من 11 دولة هي: بنغلاديش، بوتان، جمهورية كوريا الشعبية الديمقراطية، الهند، إندونيسيا، جزر المالديف، ميانمار، نيبال، سريلانكا، تايلاند، وتيمور الشرقية. قد واجهت كل دولة من هذه البلدان تحديات مختلفة في معالجة كوفيد-19 اعتماداً على مواردها ونظامها الصحي. لذا اعتمدت هذه الدول على تبني استراتيجيتين عالمياً هما: إغلاق الحدود الدولية وتقييد الحركة داخل تلك البلدان. كما قامت أيضاً بتكوير وتحسين سياساتها الصحية والتي تضمنت إقامة أنظمة رعاية صحية ذكية ومرنة وجاهزة دائماً؛ والتركيز على الرعاية الصحية الأولية؛ وبناء القوى العاملة الماهرة في مجال الرعاية الصحية؛ والاستفادة من التكنولوجيا؛ والرعاية الصحية الرقمية<sup>(5)</sup>.

2- دراسة منظمة الصحة العالمية عن اللوائح والقوانين التي تعزز أهداف الصحة والرفاهية (SDG3) في بلدان منظمة الصحة العالمية في جنوب شرق آسيا، والتي نوهت إلى أن جميع بلدان إقليم جنوب شرق آسيا تبذل قصارى جهدها لتسريع التقدم نحو تحقيق الهدف 3 من أهداف التنمية المستدامة بحلول عام 2030 من أجل صحة ورفاهية سكانها الصحية، بما في ذلك التغطية الصحية الشاملة، وتنفيذ السياسات الصحية، وتطبيق اللوائح الصحية الدولية، وقدم التقرير خريطة شاملة للدعم القانوني المتعلق بالسياسات الصحية، بما في ذلك اللوائح والقوانين الوطنية التي تعزز تحقيق الأهداف الصحية بحلول عام 2030. وينتمي التقرير إلى فئة الأدلة التعريفية المقدمة لجميع أصحاب المصلحة المشاركين في تنفيذ ومتابعة سياسات تحقيق غايات التغطية الصحية الشاملة<sup>(6)</sup>.

3- دراسة مينج باوليم وآخرون عن تحديات تمويل السياسات الصحية في جنوب شرق آسيا؛ والتي أكدت على تأثير النظام التجاري والمنتجات على سلوكيات وظروف صحة السكان التي تغير أساليب حياة الناس. ونوهت الدراسة إلى جهود منظمة الصحة العالمية في تقديم مجموعة من السياسات المقترحة للتغلب على مشكلات وتحديات تمويل السياسات الصحية وبما يتجاوز المحددات التجارية للصحة (CDH) والمحددات الاجتماعية للصحة مثل: التفاوت في الدخل، والتعليم، وظروف السكن... وغيرها من العوامل غير الطبية التي تؤثر على النتائج الصحية وعدم المساواة في مجال الصحة<sup>(7)</sup>.

4- دراسة أنور إسلام وظافر طاهر والتي ركزت على عملية وسياسات إصلاح القطاع الصحي في جنوب آسيا والتحديات والقيود الجديدة التي تواجهها؛ فبعد تحليل الخصوبة والوفيات وغيرها من البيانات الديموغرافية والوبائية في دول جنوب آسيا وغيرها من البلدان النامية، ترى الدراسة أن النموذج الكلاسيكي في تحليل السياسات الصحية في دول المنطقة بحاجة إلى إعادة التقييم نظرا لظهور مجموعة من "التحديات" الجديدة التي تشمل: النمو السكاني المستمر في بعض البلدان، والتوسع الحضري السريع غير المخطط له، ووباء فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز في منطقة جنوب الصحراء الكبرى في أفريقيا (والتهديد الوشيك الذي يشكله في جنوب آسيا)، والعولمة والتهميش المتزايد للبلدان النامية؛ وضعف الاستثمار في التنمية البشرية؛ علاوة على الضعف الاقتصادي المتزايد لحكوماتها يجبرها على التراجع أكثر عن القطاع الاجتماعي وإصلاح القطاع الصحي وسياساته.

تقييم الدراسات السابقة: يمكن أن نخلص من قراءة وتحليل الدراسات السابقة إلى عدة ملاحظات أهمها: أن غالبية النظريات والنماذج المستخدمة في تحليل السياسات الصحية في الدول الآخذة في النمو ودول آسيا والمحيط الهادى بصفة خاصة ليست مناسبة لأن السياق السياسي والاقتصادي والاجتماعي والثقافي الذي تجري فيه عملية وضع السياسات في العالم المتقدم يختلف عن البلدان النامية. لذا فإنه من الأهم ضرورة الاستعانة بمناهج واقتربات ومدخل تعنى أكثر بالاهتمام بمحتوى السياسات الصحية ورصد وتحليل المؤشرات المرتبطة بالنتائج ومن ثم تحديد الأولويات والأدوات وبرامج السياسات التي يعتقد أنها تحقق أهداف السياسات الصحية وغاياتها؛ وهوما تسعى هذه الدراسة لتطبيقه.

الجانب الإيجابي لبعض الدراسات والتقارير السابقة والذي تنوى الدراسة الاستفادة منه وتوظيفه كاملا هو البيانات الرقمية المتعلقة بالسياسات الصحية والتي حوتها التقارير الرسمية لوزارة وإدارات الصحة في بعض الدول النامية وتقارير المنظمات والوكالات الدولية لاسما منظمة الصحة العالمية علاوة على البيانات والمعلومات الواردة في تقارير الندوات والمؤتمرات حول السياسات حيث تتميز هذه المعلومات والبيانات بدرجة مقبولة من الدقة والموثوقية. علاوة على أنها ستمكننا من الوقوف على أوجه القصور والسلبيات وكذلك معرفة أبرز الايجابيات ومعالم التميز في نتائج السياسات الصحية لبعض الدول وأليات الاستفادة بها كتحسين مخرجات ونتائج السياسات الصحية في مصر ،

2- مشكلة وفروض الدراسة: تنطلق هذه الدراسة من افتراض رئيس مفاده " أن هناك ضعفا ملحوظا فى تقييم فعالية السياسات العامة الصحية عموما وفى الدول النامية والآسيوية منها بصفة خاصة؛ حيث تركز مساهمات الباحثين والمتخصصين على عملية صنع وتنفيذ هذه السياسات فى هذه الدول ". وترى هذه الدراسة أن عملية قياس فعالية هذه السياسات العامة عموما وفى مجال الرعاية الصحية هو تقييم لدور المحددات والفواعل أو الجهات والمؤسسات الفاعلة والمشاركة فى صنع وتنفيذ هذه السياسات الصحية.

وتسعى الدراسة في إطار بحث مدى صحة وخطأ الفرض العلمي السابق؛ إلى محاولة الإجابة على عدد من الأسئلة المرتبطة بالفرض السابق؛ والتي من أبرزها مايلي: ماهى المداخل والاقترابات الضرورية والجيدة لدراسة فعالية السياسات الصحية في الدول الآخذة في النمو عموماً وفي الدول الآسيوية بصفة خاصة؟؛ وماهى المؤشرات والأدوات الضرورية واللازمة لقياس فعالية - نجاح أو قصور وضعف السياسات العامة الصحية فى الدول محل الدراسة فى آسيا؟؛ وماهى التحديات والمشكلات التي تواجهها هذه الدول لتحسين وتطوير السياسات العامة الصحية فيها لمواكبة التغيرات والتطورات المتعددة فى البيئة الصحية الوطنية والعالمية عموماً؟؛ وماهى المقترحات والتوصيات والدروس المستفادة من الخبرة الآسيوية للسياسات العامة الصحية فى مصر لتحسين مؤشرات فعالية السياسات الصحية فيها والتخفيف أو القضاء على أوجه القصور والضعف فيها خاصة فيما يتعلق بالبعد الاقتصادى والفنى والتكنولوجى والبشرى منها؟.

وتتخذ الدراسة من المنطقة الآسيوية وبعض الدول فيها ميداناً وحالة تطبيقية نموذجية لتحليل وقياس فعالية السياسات الصحية فيها خلال الفترة الزمنية الممتدة بين عامي 2019 و2024 لعدة اعتبارات منها: أن كثير من هذه الدول اعتبرت السياسات الصحية العامة من أهم المجالات التي تسهم في الحفاظ على صحة المواطنين وتحسين جودة الرعاية الصحية؛ علاوة على اشتغال السياسات العامة الصحية فى هذه الدول - مثل حال غالبية الدول النامية ومنها مصر - على تطبيق عدة مبادئ واستراتيجيات تهدف لتعزيز الوقاية من الأمراض والتشخيص المبكر والتدخل السريع في حالات الطوارئ الصحية بهدف تحسين صحة المجتمع بشكل شامل من خلال توفير الخدمات الصحية الوقائية، وتعزيز التثقيف الصحي، وتوجيه السياسات العامة نحو دعم الرعاية الصحية وتوفير الوصول العادل للخدمات الصحية لجميع المواطنين. بالإضافة لماسبق؛ وجود كثير من سمات التشابه الديمغرافى / السكانى بين مصر وبعض هذه الدول؛ وقلة الموارد الاقتصادية الحكومية اللازمة والكافية لتطبيق السياسات الصحية؛ والبعد الزمنى للتجربة المصرية فى مجال السياسات العامة الصحية مع غالبية الدول الآسيوية والتي بدأت فى مرحلة مابعد الاستقلال فى النصف الثانى من القرن العشرين؛ وتشابه هيكل صنع السياسات العامة فى مصر عموماً وفى المجال الصحى خصوصاً مع بعض هذه الدول.

3- الهدف من الدراسة: على الرغم من شيوع الوعي بأهمية السياسات العامة فى عملية تنمية الدول والمجتمعات والتي يتم الترويج لها بمقولة أن " السياسات العامة موجودة فى كل مجال وقطاع وأماكن تجمع البشر عموماً " غير أن فهم سياسات عملية صنع السياسات العامة إجمالاً والسياسات الصحية بصفة خاصة لا يقل أهمية عن فهم كيفية تحسين قطاع الطب للصحة. وبعبارة أخرى، فى حين أن التخصصات الأكاديمية الأخرى قد توفر الأدلة اللازمة لتحسين الصحة، فإنه فى ظل غياب الفهم الجيد والواعى لمكونات ومحددات وعناصر عملية السياسات الصحية، فمن المرجح أن تكون الحلول الفنية والمتخصصة التقنية غير كافية لتغيير الممارسة فى العالم الحقيقى للأفراد والمجتمعات.

ويعد تقييم فعالية السياسات الصحية في آسيا أمرًا حيويًا لقياس النجاح والتأثير المحتمل لتلك السياسات. ويتضمن تقييم فعالية السياسات الصحية في آسيا عدة عناصر. من بين هذه العناصر، يتم تقييم مدى تحقيق أهداف السياسات الصحية في آسيا وأثرها على الأمراض الشائعة والصحة العامة. يتم أيضًا تحليل تكاليف وفوائد السياسات الصحية وتقييم إشراك ومشاركة المجتمع في تلك السياسات. بالإضافة إلى ذلك يتم استخدام منهجيات البحث والتقييم المعترف بها عالميًا لجمع البيانات وتحليلها في تقييم فعالية السياسات الصحية في آسيا.

يساهم تقييم فعالية السياسات الصحية في آسيا في تحديد نقاط القوة والضعف في تلك السياسات وتحديد الإصلاحات المحتملة لتعزيز النتائج وتحسين الصحة العامة في المنطقة.

لذا تستهدف هذه الدراسة الوقوف على تحليل ورصد مؤشرات فعالية السياسات الصحية العامة عموماً وفي بعض الدول الآسيوية خصوصاً باعتبارها من أهم المجالات التي تسهم في الحفاظ على صحة المواطنين وتحسين جودة الرعاية الصحية. تشمل مؤشرات قياس الفعالية عدة عناصر ومؤشرات عامة هي: القدرة على تعزيز الوقاية من الأمراض والتشخيص المبكر والتدخل السريع في حالات الطوارئ الصحية؛ والعناية بصحة المجتمع بشكل شامل، وتوفير الخدمات الصحية الأساسية والوقائية، وتعزيز التنقيف الصحي، وحجم دعم الرعاية الصحية وتوفير الوصول العادل للخدمات الصحية لجميع المواطنين.

علاوة على التعرف على سمات ومحددات وتحديات ومعوقات السياسات الصحية عموماً وفي المنطقة الآسيوية على وجه الخصوص؛ ومحاولة استخلاص الدروس والمقترحات اللازمة لتطوير السياسات الصحية في الدول النامية عموماً ومن بينها مصر.

4- منهجية الدراسة: تستخدم هذه الدراسة أسلوب البحث الكيفي باستخدام التحليل الوصفي والاستعانة بوثائق المنظمات الدولية على وجه الخصوص في دراسة فعالية السياسات الصحية في منطقة آسيا والمحيط الهادئ. في تحليل لقياس فعالية وجودة السياسات الصحية في بعض الدول النامية الآسيوية مع التركيز على وصف مسارات صنع وتنفيذ ومخرجات هذه السياسات والفهم الأعمق لها، وذلك بالاعتماد على البيانات الثانوية سواء المنشورة أو غير المنشورة التي تصدر عن المنظمات الدولية المتخصصة والأجهزة والجهات الحكومية، وشبكة المعلومات لبعض المواقع المتخصصة، ومراكز البحوث والدراسات المتخصصة والداعمة لاتخاذ القرار في عدد من الدول الآسيوية؛ كما يتم الاستعانة بالمعلومات المتاحة في المجالات والدوريات العلمية المتخصصة في الدراسات المتعلقة بالصحة والسياسات العامة الصحية والإدارة العامة والدراسات السياسية والاقتصادية والحكومة وغيرها؛ علاوة على المعلومات المستقاة من التقارير المتخصصة في مجالات الصحة العامة والرعاية الصحية وإدارة المؤسسات الصحية وتمويل الخدمات الصحية وأدارة الموارد البشرية العاملة في مجال الرعاية الصحية؛ ثم تحليلها بأسلوب استقرائي للتعرف على المدلول، مع إبراز أهم المؤشرات والنتائج المتعلقة بتحقيق الهدف

من الدراسة والذي يتمثل في التعرف على أوجه النجاح والتطور والتحسين وكذلك نواحي القصور والضعف والمشكلات والمعوقات المرتبطة بالخدمات الصحية المقدمة للأفراد والجماعات داخل الدولة في المنطقة الآسيوية المتباينة في درجة ومستويات التنمية السياسية والاقتصادية والاجتماعية فيها.

5- أهمية الدراسة : تسعى هذه الدراسة إلى إثراء المكتبة العربية بتناول قضية قياس فعالية السياسات العامة الصحية في الدول النامية والآسيوية، وذلك بالتعرف على بعض التجارب الدولية - والتي لا تتوفر عنها دراسات علمية متعمقة ورصينة باللغة العربية - في تبنى ووضع السياسات العامة الصحية لتحسين وتطوير منظومة الخدمات الصحية فيها انطلاقاً من ارتباطها وتأثيرها المباشر في عماية التنمية الشاملة بأبعادها الاقتصادية والسياسية والاجتماعية والثقافية وغيرها؛ ومن ثم استقاء بعض الدروس المستفادة من هذه التجارب والخبرات التي يندر وجود دراسة علمية أوأكاديمية عنها باللغة العربية - لتجويد وتحسين السياسات العامة الصحية في الدول النامية عموماً وفي مصر بصفة خاصة والحد من أوجه القصور والضعف فيها وخاصة فيما يتعلق بالبعد أوالمكون الاقتصادي والفنى والتكنولوجى والبشرى فيها. علاوة على ماسبق تسعى هذه الدراسة لمحاولة تجاوز النظرة العلمية الضيقة المعتمدة على علم أو تخصص علمى وحيد فى دراسة الظواهر العلمية والطبيعية متعددة الجوانب والمكونات والآثار؛ حيث تهتم هذه الدراسة متعددة التخصصات (الطبية والسياسية والاقتصادية والاجتماعية والإدارية) بمراجعة وتقييم السياسات العامة الصحية فى الدول النامية عموماً وفى المنطقة الآسيوية على وجه الخصوص؛ وتقييم السياسات التى تقوم بها بعض الدول الآسيوية لتطوير وتحسين كفاءة وقدرات وامكانيات وانتشار الخدمات الصحية فيها؛ مما يسهم فى التعرف على فهم وتجاوز أوجه القصور والضعف فى هذه السياسات الصحية لتلك الدول النامية ومنها مصر بشكل أفضل؛ علاوة على استشراف مسقبل مسارات ومجالات تطوير السياسات الصحية فى السنوات القادمة.

### **ثانياً: تعريف مصطلحى السياسات العامة والسياسات الصحية**

تزايد الاهتمام بحقل السياسات العامة منذ أوائل عقد الثمانينات من القرن العشرين؛ والذي كان يتم دمج وتدرسه فى حقل الإدارة العامة وضمن مقررات حقل العلوم السياسية. غير أن هذه النظرة سرعات ما تغيرت كثيراً نتيجة عدة تطورات عالمية ومحلية خاصة بالدول المتقدمة والدول النامية منذ أوائل القرن الواحد والعشرين والتي من أبرزها ظاهرة العولمة وتغير النظرة المحدودة للسياسات العامة باعتبارها شأنًا وطنياً ومحلياً خالصاً لايجب التدخل الخارجى فيها لاعتبارات السيادة الوطنية للدول والحكومات؛ علاوة على تغير النظرة الضيقة فى تصنيف وفرز العلوم الطبيعية والعلوم الاجتماعية وإقامة سياق حديدى لكل حقل على حده؛ وأصبح الاهتمام ينصب حالياً على فكرة الاستعانة بالعلوم المتعددة لدراسة الظواهر مختلفة ومتعددة المجالات مثل ظواهر الارهاب وتغير المناخ وكذلك السياسات العامة بمختلف مجالات عملها واهتماماتها مثل السياسات العامة

الصحية والسياسات العامة البيئية والسياسات العامة التعليمية وغيرها؛ مما كسر حلقة التخصص العلمي الدقيق في التعامل مع ودراسة هذه الموضوعات<sup>(8)</sup>.

لذا أصبحت مصطلحات السياسات والسياسات العامة والسياسات الصحية من أبرز المصطلحات الأكثر شيوعاً واستخداماً في الدراسات والتقارير الخاصة بالرعاية الصحية. وبالتالي كثرت المساهمات العلمية للباحثين والمتخصصين في تعريف هذه المصطلحات؛ فمصطلح السياسة عرفه البعض على أنها " مجموعة من القرارات يتخذها المسؤولون عن مجال سياسي معين "؛ وقد يكون ذلك في مجال الصحة أو البيئة أو التعليم أو التجارة<sup>(9)</sup>. ويشار إلى الأشخاص الذين يصنعون السياسات باسم صانعي السياسات؛ ويمكن فهم وتأطير السياسات على مستويات عديدة منها<sup>(10)</sup>: على مستوى الحكومة المركزية أو الحكومات والأجهزة والهيئات المحلية، وكذا على مستوى الشركات متعددة الجنسيات أو الشركات المحلية، وكذلك على مستوى الوحدات المقدمة للخدمات لجمهور معين مثل المدرسة أو المستشفى. ويشار إلى القائمين على وضع وصنع هذه السياسات باسم " نخب السياسات "؛ وهي مجموعة محددة من صنّاع القرار الذين يشغلون مناصب عليا في الدولة أو المدينة أو الشركة أو المؤسسة أو المنظمة الصادر عنها هذه السياسات وغالباً ما يتمتعون بامتياز الوصول إلى كبار الأعضاء الآخرين في نفس المنظمات وغيرها. على سبيل المثال، قد تشمل النخب السياسية في الحكومة أعضاء مجلس الوزراء ورئيس الوزراء وحكام الولايات والأقاليم أو المحافظين ورؤساء المدن والهيئات والأجهزة المحلية وجميعهم تتوفر لديهم القدرة على الاتصال والالتقاء بكبار المسؤولين التنفيذيين في داخل حدود الدولة؛ وكذلك مع الشركات متعددة الجنسيات أو الوكالات والمنظمات الدولية والإقليمية المتخصصة مثل منظمة الصحة العالمية وغيرها<sup>(11)</sup>.

لذا أصبح وضع السياسات في منشآت ومؤسسات القطاعين العام والخاص موضع اهتمام محلي ودراسي السياسات العامة على ذات درجة الاهتمام بدراسة ودراسة عملية صنع وتنفيذ السياسات في الدولة. ففي مؤسسات القطاع الخاص، يجوز للتكتلات والشركات متعددة الجنسيات أن تضع سياسات لجميع شركاتها في جميع أنحاء العالم، ولكنها تسمح للشركات المحلية بأن تقرر سياساتها الخاصة بشأن شروط الخدمة. ومع ذلك، يتعين على شركات القطاع الخاص التأكد من أن سياساتها تتم ضمن حدود القانون العام الذي تضعه الدول والحكومات.

1- تعريف مصطلح السياسات العامة: تعددت المساهمات في تعريف هذا المصطلح بدءاً من نظرة بعض الباحثين إليه على أنه ينحصر فقط في " سياسات الحكومة " ومن أبرز رواد هذا التوجه عالم السياسات الأمريكي توماس داي الذي عرف السياسات العامة بأنها " هي كل ما تختار الحكومات أن تفعله أولاً تفعل "؛ والذي يرى أن الفشل في اتخاذ قرار أو التصرف بشأن قضية معينة يشكل أيضاً سياسة عامة للحكومة<sup>(12)</sup>. ويؤكد أنصار هذا التوجه أنه عند البحث والدراسة لقضية ما والسياسات العامة بشأنها يجب الاعتماد والاستناد إلى البيانات أو المواقف الرسمية الصادرة عن الحكومة، أو إحدى الدوائر الحكومية. وقد يتم صياغتها بعبارات تشير إلى تحقيق غرض أو هدف معين (إدخال برامج تبادل الإبر

للحد من الضرر بين متعاطي المخدرات) أولحل مشكلة (فرض رسوم على السيارات للحد من الازدحام المروري في المناطق الحضرية) وغيرها<sup>(13)</sup>.

تعرض التعريف السابق لعدة انتقادات أبرزها<sup>(14)</sup>: النظرة الضيقة لعملية السياسات العامة حيث اعتبر أن كل قرار تصدره الحكومة هو بمثابة سياسة عامة واحدة؛ وهو ما يكشف الواقع المعاصر عن صعوبة قبوله في ظل ما تقوم بعض الحكومات من اتخاذ عدة قرارات في إطار سياسة عامة محددة مثل معالجة تدني كفاءة الخدمات الصحية المقدمة للأفراد أو تطوير المنظومة التعليمية في المراحل ما قبل الجامعية على سبيل المثال. علاوة على تجاهل هذا التعريف لمشاركة عدة جهات ومؤسسات أخرى في عملية صنع وتنفيذ وتقييم السياسات العامة مثل شركات القطاع الخاص ومنظمات المجتمع المدني؛ بالإضافة إلى تجاهل تأثير البيئات الاقتصادية والاجتماعية والثقافية في حماية صنع وتنفيذ السياسات العامة. ناهيك عن أن تعريف توماس داي البسيط للسياسة العامة بأنها ما تفعله أولاً تفعله الحكومات، يتناقض مع الافتراضات الأكثر رسمية بأن كل السياسات يتم وضعها لتحقيق هدف أوغرض معين<sup>(15)</sup>.

2- مصطلح السياسات العامة الصحية: تلعب السياسات الصحية دورًا حاسمًا في تحقيق تأثير مباشر وغير مباشر على الاقتصاد؛ فعلى سبيل المثال، يؤدي استثمار الحكومة في بنية التحتية الصحي وتوفير الخدمات الصحية الأساسية إلى تقوية قدرة القوى العاملة والمواطنين على المساهمة بشكل فعال في النمو الاقتصادي. وبالتالي، يسهم الصحة الجيدة في زيادة الإنتاجية والكفاءة العامة للمجتمع. علاوة على ذلك، تساهم السياسات الصحية في الحد من النفقات الطبية للأفراد وتخفيف العبء المالي عن الأسر والمجتمعات، مما يساهم في زيادة الدخل القابل للإنفاق والاستثمار في قطاعات أخرى. يمكن أيضاً أن تؤثر السياسات الصحية على الاقتصاد من خلال تعزيز السياحة الطبية، حيث يتعين للمرضى السفر للحصول على الرعاية الصحية عالية الجودة بتكاليف أقل. بالإضافة إلى ذلك، تنشط صناعة الأدوية وتكنولوجيا الرعاية الصحية وفقاً لظروف سياسية صحية مواتية، وتعزز التنافسية وتشجع الابتكار والتطوير في هذه القطاعات الحيوية المرتبطة بالاقتصاد.<sup>(16)</sup>

مما سبق نقصد بالسياسات العامة الصحية أنها جميع السياسات المتعلقة بالصحة والتي تحتضن مسارات العمل (والتقاعس عن العمل) التي تؤثر على مجموعة المؤسسات والمنظمات والخدمات وترتيبات التمويل للنظام الصحي؛ كما تشمل السياسات الموضوعية في القطاع العام (من قبل الحكومة) وكذلك السياسات في القطاع الخاص ومنظمات المجتمع المدني؛ وذلك نظراً لتأثر الرعاية الصحية بالعديد من المحددات خارج النظام الصحي. ومن ثم فإن الدراسة تواكب التطورات والنظرة الجديدة لمحلي السياسات الصحية الذين يهتمون أيضاً بالإجراءات والإجراءات المقصودة من المنظمات خارج النظام الصحي والتي لها تأثير على الصحة (على سبيل المثال، الصناعات الغذائية أو التبغ أو الأدوية)<sup>(17)</sup>. ويتعين تحليل ودراسة السياسات العامة الصحية بمنظور شامل عابر للتخصصات العلمية القائمة؛ وبالتالي تجاوز الخلافات العقيمة حول قصر تحليل ودراسة هذه

السياسات في علم أوتخصص واحد ضيق كما يذهب بعض الخبراء الاقتصاديين مثلاً في أن دراسة السياسات الصحية تدور أوتتعلق فقط بتخصيص الموارد النادرة للصحة؛ بينما يرى الأطباء بأنها تقتصر فقط على الأطباء والتمريض والمستشفيات والوحدات الصحية. لذا فإن الدراسة ستأخذ بوجهة النظر الأخيرة للسياسة الصحية، وتضعها ضمن إطار يتضمن السياسات والتي لا يمكن فصلها عن السياسات الصحية<sup>(18)</sup>.

كما تستهدف الدراسة وضع إطار لدمج السياسات في السياسات الصحية بحيث يذهب إلى ما هو أبعد من النقطة التي يتوقف عندها العديد من محلي ودراسي السياسات الصحية؛ حيث تركز على أن السياسات الصحية هي "مسار عمل هادف يتبعه فاعل أو مجموعة من الفاعلين في التعامل مع مشكلة أو مسألة محل اهتمام في مجال الرعاية الصحية"؛ ونرمي من التعريف السابق النظر إلى السياسات الصحية على أنها مسار عمل "مقصود"، تمييزاً لها عن ما قد يزعم كثيرون أن السياسات العامة عموماً وفي مجال الصحة بصفة خاصة تكون في بعض الأحيان نتيجة غير مقصودة للعديد من القرارات المختلفة التي يتم اتخاذها مع مرور الوقت.

ويمكن التعبير عن السياسات العامة الصحية في سلسلة كاملة من الأدوات والممارسات والبيانات واللوائح والقوانين والخطط والبرامج التي قد تكون ضمنية أو صريحة، تقديرية أو قانونية<sup>(19)</sup>. وتستعين الدراسة في تحليل وقياس فعالية تلك السياسات الصحية بالدراسات والبحوث التي جرت وتجرى في حقول الطب أو علم الأوبئة أو النظرية التنظيمية أو الاقتصاد لتقييم السياسات الصحية حيث تعمل جحافل من الأطباء وعلماء الأوبئة وخبراء الاقتصاد الصحي والمنظرين التنظيميين على تطوير حلول سليمة من الناحية الفنية للمشاكل ذات الأهمية للصحة العامة.

وتتفق الدراسة وترتكز على المساهمات العلمية التي قدمتها وتقدمها المنظمات الدولية المتخصصة لمفهوم السياسات الصحية حيث تعرف منظمة الصحة العالمية الصحة في المادة الأولى من ميثاقها الصحة بأنها حالة اكتمال السلامة بدنياً وعقلياً واجتماعياً لا مجرد الخلو من المرض أو العجز. أما السياسات الصحية فتري منظمة الصحة أنها القرارات والخطط والإجراءات التي يتم القيام بها لتحقيق رعاية صحية محددة الأهداف في المجتمع؛ وبهذا المعنى فإن وجود سياسة صحية واضحة يعني أنها ستحقق أهدافاً محددة وتحدد رؤية مستقبلية للأولويات والأدوار المتوقعة من مجموعات مختلفة؛ وبناء توافق في الآراء بين الناس حول قضايا الصحة والأهداف التي يجب معالجتها، والأولويات بين تلك الأهداف، والاتجاهات الرئيسية لتحقيقها<sup>(20)</sup>.

وتذهب الموسوعة الدولية للعلوم الاجتماعية إلى تعريف السياسات الصحية بأنها مجموعة من الأهداف والبرامج الأساسية المعلنة في مجال الصحة تصاحبها مجموعة من الأفعال المتجسدة في قرارات تشريعية وتنفيذية و برامج عمل تقترحها الحكومات؛ فهي تحدد كيفية صنع الأهداف العامة الصحية وبكيفية تنفيذها وإدارة الخدمات الصحية؛ وأسلوب انخراط الحكومة وتأثيرها في نشاطات كل من القطاعين الخاص والعام في المجال الصحي بغية تحقيق الأهداف العامة وبكفاءة عالية<sup>(21)</sup>.

**ثالثاً: مداخل واقتراحات قياس فعالية وجودة السياسات العامة الصحية**

تعد السياسات الصحية من العوامل الرئيسية التي تؤثر على الصحة العامة في الدول عموماً؛ فعلى سبيل المثال قد تتضمن السياسات الصحية توفير حملات توعية وتنقيف للمجتمع بشأن الوقاية من الأمراض الشائعة مثل الأنفلونزا والتهاب الكبد والتسوس. بالإضافة إلى ذلك، يمكن أن تشمل السياسات الصحية إنشاء برامج تطعيم واسعة النطاق لحماية الأفراد من الأمراض الوبائية. كذلك، يمكن أن تهدف السياسات الصحية إلى توفير الرعاية الصحية الشاملة والوقاية المبكرة لتحسين جودة الحياة وزيادة متوسط العمر في المنطقة. بالإضافة إلى ذلك، يمكن عبر السياسات الصحية تعزيز الفحص والتشخيص المبكر للأمراض المزمنة وتوفير العلاج المناسب للمرضى، مما يقلل من تأثيرات هذه الأمراض على الصحة العامة (22).

وهناك عدة مداخل واجتهادات علمية رصينة لقياس فعالية وجودة السياسات العامة الصحية؛ يمكن تقسيمها وتوضيح مكوناتها وعناصرها الفرعية على النحو التالي:

أ) المدخل القانوني الرسمي: وهو اقتراح يعتمد على تحليل وتقييم الوثائق الخاصة بالسياسات الصحية؛ فالسياسات الصحية تنصرف أو تركز من وجهة نظر أنصار هذا التوجه على التحليل الكمي والكيفي لمضمون القرارات والإجراءات (وعدم القيام بإجراءات) التي تؤثر على مجموعات المؤسسات والمنظمات والخدمات والترتيبات التمويلية لنظام الرعاية الصحية.

كما يرى أنصار هذا المدخل أنه يعالج مشكلات ضعف وقصور الخدمات الصحية وفقاً لبعض الضوابط منها: تجنب صنع السياسات على أساس العرق أو اللغة أو الدين؛ ففي بعض الأحيان يقترح صناع السياسات أو المناصرين سياسة تركز على معالجة التفاوتات الصحية وتحدد صراحة مجموعة عرقية أو إثنية معينة معرضة بشكل كبير لخطر الإصابة بالأمراض. وعلى الرغم من أنه قد يكون من الممكن توجيه الموارد إلى بعض المجتمعات حسب العرق، إلا أنه من الأصعب بكثير من وجهة نظر قانونية توجيه الموارد من خلال العرق أو الأصل العرقي أو الأصل القومي مقارنة باستخدام معظم الطرق الأخرى لتصنيف الأشخاص (23). ونتيجة لذلك، إذا كان من المرجح أن تكون السياسات فعالة بنفس القدر في معالجة الفوارق الصحية دون الحاجة إلى التركيز بشكل واضح على العرق، فسيكون اتباع هذا النهج أكثر أماناً من المنظور القانوني؛ إن التعقيد الذي يتسم به صنع السياسات على أساس العرق أو الإثنية مستمد من الفقه القانوني المحيط ببند الحماية المتساوية في أغلب دساتير دول العالم ومنه الدول النامية (24).

وعلى النقيض من القوانين التي تركز على التحيز، وفي سياق العديد من الفوارق الصحية، فإن الهدف الأساسي للتشريع هو تحسين الحالة الصحية السيئة لدى الأفراد الأكثر تضرراً. ونتيجة لذلك، قد يكون من الأقل إثارة للجدل من الناحية القانونية (والسياسية) إصدار قانون يستهدف الموارد للأقاليم والمناطق أو المجتمعات التي تعاني من سوء وضعف المؤشرات الصحية. ومن المفترض، في حالة وجود تباينات، أن عملية الاستهداف هذه ستوفر الموارد المطلوبة للمجموعة المعنية، وبقدر ما تنتهي في النهاية

لتشمل أيضًا أحياء أو مجموعات أخرى، فإن فوائد معالجة هذه المشكلات الصحية قد لا تنتقص من أهمية معالجة هذه المشكلات الصحية والحد من الفوارق الصحية (25).

علاوة على بعد صنع السياسات على أساس الدخل؛ فعلى النقيض من الفوارق العرقية أو الإثنية، إذا كان التفاوت الصحي المعني يتعلق بالدخل أو أي تصنيف آخر غير محمي، فسيكون هناك خطر قانوني ضئيل بموجب بند الحماية المتساوية في تحديد هذه المجموعة المستهدفة صراحةً في التشريع الذي يعالج المشكلة؛ حيث يعد استهداف الأشخاص على أساس الدخل أسلوبًا شائعًا لتقديم الخدمات والدعم الحكومي في مجال الرعاية الصحية (26).

يمكن الاستفادة من الاقتراب السابق في الاستعانة بمكوناته وضوابطه العامة في عملية صنع وتصميم السياسات الصحية على مستوى المجتمع أو المستوى الوطني العام للحد من عدم المساواة في الموارد، وإعطاء الأولوية للمناطق المحرومة من البنية التحتية والمرافق الصحية الأساسية الجديدة أو المجددة.

ب) المدخل المؤسسي؛ والذي ينطلق أنصاره من فكرة تعددية الفاعلين في صنع وتنفيذ السياسات الصحية وهي تلك السياسات التي تُصدر بشأن إدارة وتشغيل المؤسسات الصحية التابعة للقطاع العام (من قبل الحكومة) فضلًا عن السياسات الصحية الصادرة عن الشركات والمؤسسات الصحية المملوكة للقطاع الخاص؛ ونظرًا لتأثر الصحة بالعديد من العوامل خارج نظام الرعاية الصحية، يهتم محللو هذا التوجه بالإجراءات والأعمال المقصودة التي تقوم بها المنظمات خارج النظام الصحي التي تؤثر على الصحة (على سبيل المثال، صناعات الغذاء والتبغ والأدوية) (27).

يركز أنصار التوجه والمنظور المؤسسي على فهم مدى تأثير الجهات الفاعلة على عملية صنع السياسات العامة سواء في الدول المتقدمة أو الدول النامية؛ وإدراك مفهوم السلطة وكيفية ممارستها؛ حيث قد تسعى الجهات الفاعلة إلى التأثير على السياسات العامة، ولكن مدى قدرتها على القيام بذلك سيعتمد، من بين أمور أخرى، على قوتها المتصورة أو الفعلية. فوفقًا لبعض الباحثين تتميز السلطة بمزيج من الثروة الفردية، أو الشخصية، أو مستوى المعرفة أو السلطة أو الوصول إليها، ولكنها مرتبطة بقوة بالتنظيم والهياكل (بما في ذلك الشبكات) التي يعمل ويعيش ضمنها الفاعل الفردي. لذا يتحدث علماء الاجتماع وعلماء السياسات عن التفاعل بين الوكالة والبنية، مقدمين فكرة أن قوة الفاعلين (الوكلاء) تتشابه مع الهياكل (المنظمات) التي ينتمون إليها. ومن ثم فإن عملية صنع السياسات العامة تركز على السلطة القائمة بصنع السياسات العامة ومنها السياسات الصحية باعتبارها نتيجة التفاعل بين الفاعلية والبنية (28).

ويجادل أنصار هذا المدخل بأنه يعالج مشكلة قصور فهم السياسات الصحية على أنها الوثائق والقواعد والإرشادات المكتوبة؛ وأنها تمثل قرارات صناعات السياسات حول الإجراءات التي تعد مشروعة وضرورية لتعزيز النظام الصحي وتحسين الصحة العامة؛ لذا فإن هذه الوثائق الرسمية تترجم من خلال صنع القرارات الذي يقوم بها الفاعلون في السياسات مثل مديري الإدارة الوسطى والعاملون في المجال الصحي والمواطنون فتتحول إلى

ممارسات يومية، فتصبح هذه الممارسات اليومية سياسة صحية يُشعر بها الأفراد، والتي قد تختلف عما كانت تنتويه الوثائق الرسمية<sup>(29)</sup>. وبالتالي، يمكن رؤية السياسات الصحية لا كبيانات رسمية ولكن أيضاً كممارسات غير رسمية وغير مكتوبة؛ والتي قد تختلف عن التطبيق المحدد للسياسات وردود الفعل عليها.

ووفقاً لأنصار هذا المدخل يتعين مراعاة عدة ضوابط لضمان فعالية هذا المسار والأسلوب في السياسات العامة الصحية أهمها: صنع السياسات على أساس الجوار بين المؤسسات والأطراف المشاركة في صنع وتنفيذ السياسات العامة الصحية سواء على المستوى المركزي - المحلي؛ وعلى مستوى الحكومة وشركات ومؤسسات القطاع الخاص ومنظمات المجتمع المدني. وينوه مروجو ومشجعو المدخل المؤسسي إلى ما يحققه من مزايا عدة منها: نحسين الدوافع البيئية المحددة للتفاوتات الاجتماعية في ظل ضعف ومحدودية البنية التحتية الصحية؛ علاوة على مواكبته للنهج السياسي الجديد في تقديم الخدمات العامة عموماً وفي مجال الصحة بشكل خاص والذي يركز على المستوى اللامركزي أو المحلي في القرى والأحياء والمناطق البعيدة عن المركز أو المدن حيث تركز السياسات الصحية على تحسين الظروف البيئية (إما من خلال تخصيص الموارد العامة أو التأثير على القرارات الخاصة) للأشخاص المتضررين من الفوارق الصحية قبل أن يتمكن بقية السكان من تجربة فوائدها<sup>(30)</sup>. وبالتالي فهذا النهج والمسار من وجهة انصاره هو وسيلة لتحديد أولويات احتياجات الأشخاص والأحياء التي تعاني من التفاوتات الحادة والواضحة في الخدمات الصحية؛ حيث يضمن حصول القرى والأحياء البعيدة والنائية على تلك المرافق الصحية المحتاجين إليها أو المحرومين منها تماماً؛ وبالتالي تقليل الفوارق بين المركز والأقاليم في الحصول على الخدمات والمرافق الصحية المطلوبة؛ ومن ثم ارساء أسس العدالة والمساواة والحد من مظاهر الانقسام المجتمعي في مجال الرعاية الصحية<sup>(31)</sup>.

وعلى ضوء ما سبق؛ يمكن قياس جودة وفعالية السياسات الصحية في الدول النامية - ووفقاً للمنظور والمدخل السابق؛ بمدى نجاح هذه السياسات في معالجة الفوارق في الرعاية الصحية في المجتمعات التي تعاني فيها نسبة كبيرة من السكان من فوارق صحية سلبية مقارنة بما يحصل عليه الأفراد في مناطق أخرى أكثر تقدماً ونصيماً من مرافق وخدمات الرعاية الصحية.

غير أن أبرز القيود على استخدام هذا المدخل والمنظور في قياس فعالية وجودة مؤشرات الرعاية الصحية في الدول النامية هو هشاشة وضعف أهداف مؤسسات صنع وتنفيذ وتقييم السياسات العامة بتلك الدول ومنها السياسات الصحية؛ وهو ما أشارت إليه العديد من الدراسات المتخصصة التي كشفت عن<sup>(32)</sup>: ضعف أدوار ووظائف المؤسسات التشريعية سواء المتعلقة بإقرار السياسات العامة والموافقة عليها وكذلك مراقبة ومحاسبة الأجهزة التنفيذية في حال التقصير والاختفاق والفشل في تنفيذ السياسات العامة وتدنى مؤشرات النجاح الخاصة بها عن المستهدف منها؛ وضعف وعدم استقلالية المؤسسات القضائية القائمة على التأكد من تطبيق القانون واحترام قواعد العدالة والمساواة والحد من

الفساد بمعاقبة الفاسدين وتعزيز ممارسة وتمتع الأفراد والجماعات بحقوق الإنسان والتي من بينهما وأهمها الحق في الصحة. إلى جانب قيام بعض حكومات الدول النامية بحصار منظمات المجتمع المدني وتهميش دورها إن لم يكن استبعادها من كافة مراحل وعمليات السياسات العامة ومنها السياسات الصحية.

(ج) افتراق صنع القرار؛ وهو اقتراب يركز أنصاره أكثر على الأبعاد السياسية والاقتصادية والتنظيمية لتحليل السياسات العامة عموماً ومنها السياسات الصحية نفسها كعملية اتخاذ القرار، بدلاً من التركيز فقط على السياسات كنتاج لتلك العملية أو كمدخل إداري فقط<sup>(33)</sup>.

ووفقاً لهذا المدخل هناك عدة اشتراطات أو ضوابط يتعين على صانع القرار التقيد بها في عملية صنع هذه السياسات الصحية في الدول النامية لضمان نجاح تنفيذ هذه السياسات أهمها<sup>(34)</sup>: تبنى السياسات التي تشجع التكامل الوطني وبما يؤدي إلى التأكد من أن المجتمعات المحرومة وذات الدخل المنخفض تتمتع بإمكانية وصول جيدة إلى ميزات المجتمع الصحية وتقليل التعرض للميزات غير الصحية؛ والتشاور مع شركاء صنع السياسات الصحية لمعالجة مشكلات عدم التوازن في الموارد والمرافق الصحية بين الأحياء والمجتمعات المختلفة؛ وكذلك مشكلة الفصل السكني على أساس العرق والطبقة نفسها حيث يخلق الفصل الإثنى والجغرافى حواجز أمام الأفراد من المجتمعات المحرومة والذين يرغبون في الوصول إلى المزايا المتاحة في أماكن أخرى أكثر ثراءً. وبقدر أهمية تحسين الظروف الصحية في المجتمعات ذات الدخل المنخفض، فمن المرجح أن تكون المرافق الصحية عالية الجودة والعديد من الموارد الرئيسية الأخرى في المستقبل المنظور، متاحة على نطاق أوسع بكثير في المجتمعات ذات الدخل المتوسط والعالي؛ لذا يعد تعزيز التكامل الوطني في الحصول والتمتع بالرعاية الصحية هدفاً رئيسياً للمجتمعات الصحية والقضاء على الفوارق الصحية على المدى الطويل بين الأقاليم والوحدات الإدارية للدولة. لذا يجب على صانعي القرارات في مجال السياسات الصحية أن يتبنوا التكامل الجغرافى والوطنى كإجراء حاسم وضرورى لتحقيق تحسينات طويلة الأجل في صحة المجتمع وإنهاء الفوارق الصحية بين الجماعات البشرية فيه<sup>(35)</sup>.

وعلى الرغم من أهمية هذا المدخل في لفت النظر إلى محتوى السياسات وعمليات صنع السياسات وكيفية استخدام السلطة في السياسات الصحية؛ إلا أن ذلك الأمر يتطلب استكشاف دور الدولة النامية التي يتم فيها صنع وتنفيذ السياسات العامة على المستويين الوطنى والدولى، والمجموعات التي تشكل المجتمع المدنى الوطنى والعالمى، وذلك لفهم كيفية تفاعلها وتأثيرها على السياسات العامة الصحية. كما يتطلب أيضاً فهم العمليات التي يتم من خلالها ممارسة هذا التأثير (على سبيل المثال، في صياغة السياسات) والسياق الذي تتفاعل فيه هذه الجهات الفاعلة والعمليات المختلفة للوصول لمرحلتى صنع وتنفيذ السياسات العامة عموماً والسياسات الصحية بصفة خاصة؛ وهو ما يتعذر القيام به بكفاءة وقدرة وجودة علمية في بعض النامية غير الديمقراطية<sup>(36)</sup>.

(د) اقتراب / مدخل النظم: يرتكز مدخل أو اقتراب النظم لعالم السياسات الأمريكي ديفيد ايستون على تقسيم السياسات العامة ومنها السياسات الصحية إلى مجموعة من العمليات والمراحل؛ كما يزعم أنصاره أنه يقدم نهجاً واحداً لتبسيط تعقيدات عملية صنع القرار السياسي وفهم سياقاته ومكوناته الوطنية والمحلية والعالمية. فوفقاً لديفيد ايستون يعد النظام معقداً حيث يتكون من عدد من الأجزاء المترابطة؛ وبالتالي فإن احتمال تغير وتطور مكونات وأجزاء النظام أثناء تفاعلها مع بعضها البعض ومع البيئة الأوسع هو أمر شائع الحدوث حيث أن هذه التغييرات وعمليات التفاعل تؤدي إلى حدوث تحول مستمر داخل النظام، على الرغم من أنها بشكل عام يجب أن تظل في حالة توازن أو توازن على نطاق واسع إذا أراد النظام الحفاظ على بقاءه واستمراره (37).

ويستند أنصار هذا النموذج إلى أن النظام السياسي هو الذي يهتم بتحديد السلع والخدمات والحريات والحقوق والامتيازات التي سيتم منحها (أو رفضها) ولمن سيتم منحها (أو رفضها)؛ علاوة على تأثير البيئة الأوسع على النظام السياسي من حيث أنها توفر الفرص والموارد والعقبات والقيود أمام اتخاذ القرار السياسي الخاص بالسياسات العامة عموماً ومنها السياسات الصحية (38). فعلى سبيل المثال، قد يكون هناك نقص في أعداد الأطباء والعاملين في التمريض مما يؤدي أو يثير تحركاً (قراراً سياسياً) من النظام السياسي للتعامل مع هذا النقص بأحد البدائل السياسية والتي من قيام النظام السياسي بزيادة عدد أماكن الطب والتمريض في مرافق التعليم العالي، وتوفير حوافز مالية مثل القروض لتشجيع الطلاب على دخول تخصصي الطب والتمريض، وتوظيف أطباء وممرضات من دول وبلدان أخرى، وزيادة مهارات الموظفين شبه الطبيين لتوفير الرعاية الصحية وتكليفهم بتولي بعض وظائف الطب والتمريض، أو عدم القيام بأي شيء مما سبق وإبقاء الحال على ما هو عليه.

وتشتمل العمليات الرئيسية لهذا الاقتراب على: المدخلات والمخرجات والروابط بينهما. تأخذ المدخلات شكل مطالب ودعم من السكان (وهي بمثابة مصدر الطاقة التي تحرك النظام)؛ ويتم تقديم الطلبات للنظام من قبل الأفراد والجماعات والتي تتضمن في مجال السياسات الصحية زيادة الإنفاق على الرعاية الصحية، وتوفير الرعاية المجانية أو بأسعار معقولة ومقبولة من جانب غالبية الأفراد والجماعات بغض النظر عن حجم ومصادر دخلهم. وتتحول هذه التفضيلات إلى مطالب عندما ينقلها المواطنون إلى صناع القرار بشكل مباشر أو غير مباشر من خلال قنوات التوصيل أو الوساطة بينها وبين مسئولى النظام السياسى وواضعى السياسات العامة والتي من أبرزها جماعات الضغط أو جماعات المصالح والأحزاب السياسية. بينما يشمل الدعم الإجراءات التي يتخذها الجمهور لدعم (أو معارضة) النظام السياسي من خلال دفع الضرائب، والتصويت والامتثال للقانون (أو عدم دفع الضرائب، وتشويه بطاقات الاقتراع، واستخدام الخدمات غير المشروعة في بعض الأحيان (39).

ويتم إدخال المدخلات في عملية صنع السياسات العامة لإنتاج المخرجات التي تضم القرارات وسياسات الحكومة بما في ذلك التشريعات وفرض الضرائب وتخصيص الموارد.

وقدم إيستون تفاصيل قليلة نسبياً حول كيفية حدوث عملية التحويل الخاصة للمدخلات إلى مخرجات؛ وبالتالي يعتبر اتخاذ القرار الحكومي المتعلق بالسياسات العامة ومنها السياسات العامة "صندوقاً أسود" لاتضح فيه سوى بعض النتائج النهائية مثل قرار الحكومة بتدريب المزيد من الأطباء والممرضات؛ وقد تكون بعض المخرجات أقل وضوحاً وحتى غير مرئية إلى حد كبير؛ كما قد تكون بعض القرارات خفية أو غير معلنة أحياناً وهو ما يؤدي أحياناً إلى إدامة التخصيص الحالي للقيم أو إبقاء القضايا خارج جدول أعمال السياسات العامة عموماً<sup>(40)</sup>. علاوة على قصور بعض القرارات المتعلقة بالسياسات العامة حيث تميل بعض حكومات الدول النامية إلى اتخاذ قرارات لتهدئة الرأي العام دون أن يصاحب تلك القرارات قرارات أخرى تتعلق بتخصيص الموارد المالية؛ وهو ما تكرر كثيراً في قاع الصحة بعدة دول نامية مثل باكستان والهند ومصر والمجر والأرجنتين خلال الفترة الممتدة بين عامي 2015 و2020.

وتتعلق عملية تأثير مخرجات النظام والتغذية العكسية (feedback) بآثار قرارات السياسات العامة على الأفراد والجماعات في المجتمع؛ حيث يفرض منطق هذا المنهج والنموذج أن مخرجات السياسات وتأثيراتها تولد "ردود فعل" تؤثر على الطلبات المستقبلية والدعم للنظام - مما يخلق حلقة مستمرة؛ كما تتميز ردود الفعل بأنها مستمرة أو متكررة لالتقاط الترابط المتطور داخل مكونات النظام للاستمرار. فعلى سبيل المثال في مجال السياسات الصحية إذا فشلت السياسات المعتمدة في تحقيق أهدافها وأدت إلى عواقب غير متوقعة (أطباء وتمريض ذوجودة رديئة)، فمن المرجح أن تغير المجموعات المتضررة تفضيلاتها ومطالبها ودعمها فيما يتعلق ببدائل السياسات الأخرى. وستؤثر هذه المدخلات بدورها على القيود والفرص المقدمة لصناع القرار الذين يعملون داخل الصندوق الأسود وتحدد خططهم وسياساتهم اللاحقة في التعامل مع المشكلة<sup>(41)</sup>.

مما سبق يتبين أن اقتراب/ مدخل النظم لعالم السياسات ديفيد إيستون يشرح سبب استجابة الأنظمة السياسية في الدول المتقدمة والديمقراطية للضغوط العامة؛ علاوة على قيامه أيضاً بتقسيم عملية صنع السياسات إلى مراحل منفصلة يسهل دراسة كل منها على حده؛ بالإضافة إلى أن الطبيعة العامة لمكونات النموذج والاقتراب تجعل منه نموذجاً واقتراباً مثالياً ومفضلاً من جانب كبير كبير من الباحثين والمتخصصين في دراسة السياسات العامة ومنها السياسات الصحية في معظم الأنظمة السياسية<sup>(42)</sup>.

غير أن المدخل والاقتراب السابق يفترض وجود سيولة ومرونة كاملة لقنوات التواصل والوساطة بين صانعي السياسات والأفراد والجماعات وهو الأمر الذي يصعب توفره في كثير من الدول النامية غير الديمقراطية التي لاتعترف بأدوار هذه القنوات وفي بعض الأحيان لاتسمح بوجوده أساساً؛ علاوة على انفراد المؤسسة التنفيذية بإدارة كافة أدوار ومراحل السياسات العامة ومنها السياسات الصحية وحجب ومنع المؤسسات السياسية والمتخصصة الأخرى من المشاركة في صنع وتنفيذ وتقييم السياسات العامة. والأهم مما سبق جميعه هو افتراض النموذج والاقتراب حرية الحصول على وتداول المعلومات بشفافية كاملة وهو الأمر الشائع والمطبق في الدول الديمقراطية والمتقدمة وتفتقده بشكل كبير

غالبية الدول النامية غير الديمقراطية<sup>(43)</sup>. لذا ستكفي الدراسة بالتركيز على تقييم مخرجات السياسات الصحية نتائجها وآثارها ومقارنتها بالأهداف المخططة التي أعلنتها قيادات وصانعي السياسات العامة الصحية في بعض الدول الآسيوية محل الدراسة.

هـ) التوجه بالنتائج؛ وهو توجه يرى أنصاره أن تحليل السياسات الصحية يفهم أحياناً كعمل فني يدعم تطوير السياسات الجديدة أو على أنه العنصر المركزي في تقييمها؛ ويشمل على سبيل المثال، الأهداف الهامة للتدخلات الصحية؛ وتحليل الكفاءة؛ وحساب ومصادر تدبير التكلفة بما يكفل تحديد التدخلات الممكنة لمعالجة مشكلة صحية معينة وبأفضل قيمة مقابل الإنفاق<sup>(44)</sup>.

يؤكد أنصار هذا التوجه على أن السياسات الصحية عموماً وفي الدول النامية بصفة خاصة تستهدف تحسين البنية الأساسية والمرافق الصحية والممارسات والمنتجات الصحية والتي تتسبب في تدني مؤشرات الرعاية الصحية وجودتها؛ لذا ونظراً لأن الطريقة المباشرة لتحسين النتائج الصحية للأشخاص والجماعات البشرية الذين ينتمون إلى عرق أو إثنية أو دخل معين هي استهداف القضاء على مشاكل محددة تؤثر على أولئك الذين يعانون من الفوارق الصحية<sup>(45)</sup>.

يتعين الإحاطة بأن تطبيق التوجهات والمداخل السابقة يفترض الالتزام بتنفيذ عدة أسس في عملية صنع السياسات الصحية من أبرزها: ضمان تحديد المشكلات الصحية المحتملة وطرق معالجتها؛ وذلك بالاستماع إلى أصحاب المصلحة الرئيسيين وخلق مشاركة مجتمعية هادفة. كما تتطلب أو تشترط دراسة العوامل السياقية التي تؤثر على السياسات العامة ومنها السياسات الصحية والتي يقصد بها مجموعة العوامل النظامية - السياسية والاقتصادية والاجتماعية، الوطنية والدولية على حد سواء - التي قد يكون لها تأثير على السياسات الصحية؛ وهو الذي يتعذر النجاح في دراسته في كثير من الدول النامية غير الديمقراطية.

لذا؛ وفي ظل القيود السابقة على التوجهات والمداخل والاقترابات السابقة؛ ستعتمد الدراسة على استخدام هذا المدخل في قياس فعالية وجودة السياسات الصحية لعدة اعتبارات من أهمها<sup>(46)</sup>: أنه من أحدث طرق تقييمات الأثر الصحي؛ والأكثر شعبية وقبولاً في إرساء أسس انشاء عملية مشاركة مجتمعية حقيقية لتحديد النطاق الواسع من التأثيرات التي قد تحدثها السياسات الصحية. فوفقاً لأحد المتخصصين تعد أدوات ومؤشرات تقييم الأثر الصحي المعروفة باسم "تقييمات أثر التفاوت الصحي" أدوات ناشئة مصممة "للإعلام صناعات السياسات بالآثار المحتملة للسياسات والبرامج المقترحة على الفوارق في الصحة والرعاية الصحية بين الأقليات العرقية والإثنية، والحد من الفوارق الصحية الجغرافية والمجتمعية من خلال تحسين الجديد من هذه السياسات والبرامج.

بالإضافة إلى فوائده المتعددة في تعريف صناعات السياسات الصحية بالاحتياجات الصحية للمجتمع من خلال عملية تقييم احتياجات صحة المجتمع (Community Health Needs Assessments (CHNA حيث يتم في هذه العملية وصف الحالة الصحية للمجتمع والتعرف على احتياجات المجتمع من السياسات الصحية ومقارنة

النتائج المحققة بالأهداف والاحتياجات الصحية للأفراد والجماعات والتي تم تحديدها سابقاً. كما يتم استخدام مؤشرات ونتائج التقييم لرصد التغيرات في صحة المجتمع والرعاية الصحية في الدولة عموماً، لتكون بمثابة دليل لتطوير الخدمات وتخصيص الموارد على أساس الفرص والاحتياجات؛ علاوة على استخدام المنظمات سواء الحكومية والخاصة والأهلية هذه المعلومات المهمة لتوجيه خططها وبرامجها للرعاية الصحية في الأهلين المتوسط والطويلة (47).

ويشترط لنجاح عملية استخدام هذا المنظور والمنهج توفير عدة ضوابط أهمها (48):  
السماح وتمكين أعضاء المجتمع بالإبلاغ عن الآثار السلبية التي ربما لم تحدث لفريق يركز على رصد نتائج تطبيق وتقييم السياسات الصحية. علاوة على توفير البيانات والإحصاءات الخاصة بالرعاية الصحية في المدن والوحدات المحلية وصولاً للأفراد في القرى الصغيرة والنائية. وضمان شفافية وكفاءة عمليات المشاركة المجتمعية المستجيبة والمستهدفة مما يدعم بشكل عام التوجهات والسياسات العامة في التنمية عموماً وفي مجال الصحة بصفة خاصة؛ علاوة على التخفيف من حدة الهواجس والمخاوف بشأن تكلفة الخدمات الصحية والأعباء غير المرغوب فيها. ويتعين على المؤسسات التشريعية المركزية واللامركزية الاستعداد لتعديل السياسات الصحية لإصلاح المشكلات المحددة. بالإضافة إلى توفير البرامج التجريبية والتحديثات السنوية والتقارير المقدمة إلى المؤسسات والهيئات الرقابية ومنها المجالس التشريعية للوقوف على ومعالجة المشكلات والعواقب غير المقصودة من خلال إدراج هذه الأنواع من إجراءات التقييم في كل سياسة صحية عامة وبما يكفل مشاركة صناعات السياسات الصحية في البحث والتواصل العام والتقييم وإعادة التقييم لضمان استفادة المجتمعات ذات الدخل المنخفض والمجتمعات الملونة فعلياً من السياسات الصحية. والسعى الجاد لتحقيق أهداف العدالة الصحية، من قبل الحكومة المركزية أو الحكومات الفيدرالية وحكومات الولايات والحكومات المحلية من خلال القيام بعملية توصيف ورصد الفوارق الصحية من خلال جمع البيانات التي تحدد التباينات والفوارق الصحية بين السكان وتصنف الموارد (أو عدم وجودها) اللازمة لخفض وتقليل هذه الفوارق؛ وإصدار تقارير عامة منتظمة حول الفوارق والاتجاهات الصحية في الدولة بمختلف وحداتها الإدارية؛ وبناء قدرات موظفي إدارة الصحة العامة على تفسير بيانات الفوارق الصحية، والتواصل حول تلك الفوارق مع الجمهور والمسؤولين المنتخبين وشركاء المجتمع، وترجمة بيانات الفوارق إلى استراتيجيات ملموسة. ومعالجة الفوارق الصحية ليس فقط من خلال السياسات الصحية العامة في حد ذاتها، ولكن أيضاً من خلال مجالات وخطط السياسات الأخرى التي تؤثر على المحددات الاجتماعية للصحة حيث يؤدي كل من الفقر والتعليم والفصل السكني مثلاً إلى تحقيق نتائج صحية متفاوتة، ومع ذلك فإن هذه المجالات والسياسات الأخرى نادراً ما تشهد مشاركة من مجتمع أوصانعي السياسات الصحية العامة (49).

#### **رابعاً: محددات وأنماط السياسات العامة الصحية الفاعلة**

يتناول هذا القسم من الدراسة محددات وسمات السياسات الصحية في الدول النامية باعتبارها من الأسس والمرتكزات الضرورية واللازمة لتقييم عملية صنع السياسات الصحية في الدول عموماً وفي الدول النامية محل الدراسة بصفة خاصة؛ وبيان مدى تأثير تلك المحددات والسمات على مخرجات ونتائج السياسات الصحية في الوصول للأهداف والنتائج المخطط لها لها والمرجوة منها؛ وتشمل تلك المحددات التي تنصرف وتتعلق بالبيئة والسياق الذي تتم فيه عملية صنع السياسات العامة عموماً والسياسات العامة الصحية بصفة خاصة؛ ونقصد بها تلك العوامل النظامية - السياسية والاقتصادية والاجتماعية، الوطنية والدولية على حد سواء - التي قد يكون لها تأثير على السياسات الصحية. وفيما يلي عرض وتحليل تلك العوامل وتأثيرها على السياسات العامة الصحية:

أ- المحددات والعوامل الهيكلية والأساسية: نقصد بها هي تلك العناصر شبه الثابتة وغير المتغيرة أو المتجددة نسبياً في المجتمعات النامية. وتشمل تلك المحددات: شكل وهيكل النظام السياسي القائم وتوزيع السلطات التنفيذية والتشريعية فيه؛ ومدى انفتاحه أو انغلاقه على القوى السياسية الوطنية والمؤسسات والمنظمات الدولية والإقليمية المتخصصة مثل منظمة الصحة العالمية والبرنامج الإنمائي للأمم المتحدة والبنك الدولي؛ والفرص المتاحة لمنظمات المجتمع المدني للمشاركة في المناقشات والقرارات المتعلقة بالسياسات الصحية؛ علاوة على علاقة النظام السياسي بمؤسسات القطاع الخاصة والتشبيك معها فيما يتعلق بصنع وتنفيذ السياسات الصحية<sup>(50)</sup>.

ويمكن أن تشمل العوامل الأساسية والهيكلية أيضاً وشكل ونمط ونوع النظام والسياسات الاقتصادية القائمة سواء في شكلها الرأسمالي الصريح والواضح أو وفقاً للاقتصاد الاجتماعي أو الثالث وهو النمط الذي يركز على تطبيق السياسات الرأسمالية مع إيلاء الاهتمام بالجوانب والأبعاد الاجتماعية السلبية المصاحبة لعملية التنمية مثل الفقر والتمييز وعدم المساواة في الحقوق الاجتماعية ومنها الحق في الرعاية الصحية؛ بالإضافة إلى العنصر المتعلق بسياسات التشغيل والتوظيف في القطاع الصحي<sup>(51)</sup>. فعلى سبيل المثال، عندما تكون أجور الممرضات منخفضة، أو عندما يكون هناك عدد قليل للغاية من الوظائف لأولئك الذين تم تدريبهم وتأهيلهم لاستخدام التكنولوجيا والطرائق الحديثة في التشخيص والعلاج الطبي؛ فعادة تعاني كثير من الدول النامية الآسيوية ومنها الفلبين وكوريا وسنغافورة وماليزيا وتايوان من هجرة هؤلاء المهنيين إلى مجتمعات ودول أخرى تعانى نقصاً حاداً أو طلباً شديداً على هذه الكفاءات مثل ألمانيا وإيطاليا وفرنسا وبريطانيا خلال الفترة بين عامي 2010 و2022<sup>(52)</sup>.

إلى جانب ما سبق؛ هناك السمات والعناصر أو المحددات المتعلقة بالبنية والتركيبية السكانية أو الديمغرافية للدول النامية والتي تؤثر بشكل كبير وملحوظ على السياسات الصحية في تلك الدول. على سبيل المثال، تواجه البلدان التي تعاني من شيخوخة السكان - وهي تلك الدول التي ترتفع فيها نسبة السكان من الشريحة العمرية التي تتراوح بين 60 و80 عاماً؛ ومن هذه الدول اليابان وبعض الدول الاسكندنافية مثل النرويج والسويد وفنلندا- من ارتفاع تكاليف المستشفيات والأدوية لكبار السن، حيث تتزايد احتياجاتهم مع

تقدم العمر<sup>(53)</sup>. علاوة على درجة التطور التكنولوجي في الدول محل صنع وتنفيذ السياسات الصحية؛ حيث أدى التغير التكنولوجي إلى زيادة عدد النساء اللاتي يلدن بعملية قيصرية في العديد من البلدان النامية؛ بعد أن كانت الظاهرة مقتصرة فقط على الدول المتقدمة. كما يعزى السبب في ذلك أيضا في الدول المتقدمة إلى تزايد الاعتماد المهني على التكنولوجيا المتقدمة مما أدى إلى إحجام بعض الأطباء والقابلات عن تحمل أية مخاطر صحية أو قانونية تتعلق بعمليات التقاضى وطلب التعويضات الضخمة في حال تعثر أو حدوث مضاعفات صحية نتيجة الولادة الطبيعية؛ علاوة على مدى وفرة الموارد المالية والتمويلية اللازمة لتنفيذ السياسات الصحية خاصة فيما يتعلق بالبنية التحتية الصحية من مستشفيات وأجهزة ومعدات ومرتبات وأجور الطواقم الطبية والتمريضية والبشرية المعاونة وكذلك الأدوية والمستلزمات العلاجية؛ وهو الأمر الذي تمكنت الدول ذات الاقتصاد الريعي - المعتمد على الثروات الطبيعية مثل البترول والفحم والغاز الطبيعي - من مواجهته ببسر وسهولة تامة بعس دول أخرى نامية ليست لديها تلك الموارد والامكانات من الثروات الطبيعية عالية القيمة والمدرة للدخل والعوائد المالية الدائمة والمستمرة<sup>(54)</sup>.

ب - العوامل الثقافية: يعول بعض الباحثين والمتخصصين على دراسة تأثير تلك العوامل والمحددات على السياسات الصحية العامة في الدول النامية؛ وتتعلق تلك العوامل بالنظرة العامة لصانعي السياسات العامة عموما في الدول النامية والسياسات الصحية بصفة خاصة في تلك الدول؛ ومن ثم ضرورة معرفة التسلسل الهرمي لصانعي السياسات ومدى إمكانية مناقشة المنظمات والجمعيات الأهلية والمحلية وقادة الرأي في المجتمعات المحلية لهم وهوما يتعذر تحقيقه في غالبية الدول النامية غير الديمقراطية حيث تتعدد الصعوبات القانونية والاجتماعية المرتبطة بالعادات والتقاليد والأعراف المتوارثة التي تعوق عملية مناقشة واستجواب أو تحدي كبار المسؤولين أو كبار رجال الدولة القائمين بإقرار وصنع تلك السياسات عموما والسياسات الصحية بصفة خاصة<sup>(55)</sup>.

علاوة على فهم ودراسة التكوينات الإثنية العرقية واللغوية والدينية في المجتمعات والدول النامية؛ حيث قد يؤدي وضع الأقليات العرقية أو الاختلافات اللغوية إلى عدم معرفة مجموعات معينة بحقوقها أو الخدمات التي لا تلبي احتياجاتها الصحية الخاصة مثل احتياجات السكان من الأقليات المسلمة واليهود لبعض الخدمات الصحية المتعلقة بختان الذكور في دول ومجتمعات مثل سنغافورة وتايلاند وكوريا واليابان ذات الأغلبية البوذية. وفي بعض البلدان ومنها بعض الدول الأفريقية والعربية لا تستطيع المرأة الوصول بسهولة إلى الخدمات الصحية (لأنه يجب أن تكون مصحوبة بزوجها أو أحد محارمها من أسرته أو أسرة زوجها)<sup>(56)</sup>.

كما يتواجد إلى جانب ما سبق؛ استمرار النظرة غير اللائقة وغير الآدمية لبعض الأفراد المصابين ببعض الأمراض "المرفوضة اجتماعيا وثقافيا" حيث توجد وصمة عار كبيرة للمصابين ببعض هذه الأمراض (على سبيل المثال، السل؛ وألتهنوس الكبدى الوبائى؛ وألتهنوس نقص المناعة البشرية) حيث تمتنع بعض المستشفيات والطواقم الطبية عن

تقديم الخدمات الصحية لهؤلاء الأفراد لاعتبارات دينية واجتماعية وصحية تتعلق بانتقال العدوى والمرض لهم. لذا طورت بعض الدول والمجتمعات المتقدمة مثل الولايات المتحدة وكندا واليابان وسابقتها في ذلك بعض الدول النامية مثل ماليزيا وسنغافورة والفلبين أنظمة صحية خاصة للزيارات المنزلية أو "الزيارة من الباب" (57).

ويمكن في إطار توضيح أثر العوامل السياسية الدينية على محتوى ومضمون وتمويل السياسات الصحية سواء في بعض الدول المتقدمة وبعض الدول النامية؛ الاستعانة ببعض الأمثلة في تلك الدول؛ ففي الولايات المتحدة الأمريكية أصر الرئيس الأمريكي الأسبق جورج دبليو بوش في أوائل العقد الأول من القرن الحادي والعشرين في محتوى ومضمون السياسات الصحية على تشجيع الامتناع عن ممارسة الجنس على حساب تقديم وسائل منع الحمل أو الوصول إلى خدمات الإجهاض؛ وقد أثر هذا القرار على السياسات الصحية المتبعة في الولايات المتحدة الأمريكية وفي العديد من البلدان الأخرى المتلقية للمساعدات والمعونات الأمريكية، حيث تم تقليص خدمات الصحة الإنجابية للمنظمات غير الحكومية بشكل كبير أتم قطع أموالها من الولايات المتحدة إذا فشلت تلك الدول في تضمين سياسات العامة الصحية في الامتثال للأعراف الدينية والثقافية التي يعتنقها الرئيس بوش (58).

وفي بعض الدول النامية وخاصة الإسلامية منها مثل السعودية ومصر وأندونيسيا والجزائر رفضت قيادات تلك الدول خلال الفترة الزمنية الممتدة بين عامي 1980 و 2010 تضمين السياسات الصحية فيها الرعاية والعلاج والأدوية لمرضى نقص المناعة المكتسبة ( الإيدز) لاعتبارات دينية تتعلق بالفهم الخاطي والقصور الشديد في الوعي بأسباب العدوى وانتشار المرض؛ والتي انحصرت آنذاك في قيام الأشخاص المصابين بالمرض بممارسات جنسية شاذة مرفوضة اجتماعيا ومجرمة دينيا دون التنبه والإمام بالأسباب الأخرى المتعلقة بعمليات العدوى عن طريق نقل الدم أو التلوث الناجم عن استخدام الأدوات الجراحية غير المعقمة في غرف العمليات الجراحية وعيادات علاج الأسنان وغيرها (59).

ج- العوامل الدولية أو الخارجية: وهي تلك العوامل والمحددات المتعلقة بالبيئة الدولية؛ والتي شهدت خلال الفترة الزمنية الممتدة بين عامي 1991 و 2022 زيادة هائلة في درجات ومستويات الاعتماد المتبادل بين الدول المتقدمة والنامية علاوة على تزايد أدوار وتدخلات المنظمات الدولية والإقليمية المتخصصة في عمليات صياغة وصنع وتنفيذ وتقييم السياسات العامة عموما وفي مجال السياسات الصحية بصفة خاصة. على الرغم من أن العديد من المشاكل الصحية يتم التعامل معها من قبل الحكومات الوطنية، إلا أن بعضها يحتاج إلى التعاون بينها وبين الدول المتقدمة والمنظمات الوطنية أو الإقليمية أو المتعددة الأطراف مثل البنك الدولي ومنظمة الصحة العالمية والاتحاد الأوروبي والبنك الآسيوي للتنمية والبنك الأفريقي للتنمية وغيرها للمعاونة في قطاعات ومجالات ومكونات تدبير الموارد المالية اللازمة وكذلك تقديم الدعم الفني والتكنولوجي وتدريب وتأهيل الموارد البشرية اللازمة لتنفيذ السياسات الصحية. فعلى سبيل المثال، تم القضاء على شلل الأطفال في أجزاء كثيرة من الدول النامية بفضل تكامل السياسات الصحية الوطنية مع

السياسات الصحية العالمية والإقليمية المعاونة والمساعدة التي قدمتها المنظمات الدولية مثل منظمة الصحة العالمية (60).

وتنوه كثير من المنظمات الدولية والدول المتقدمة بشكل دوري سنوي إلى بيان وتوضيح كمية ونوعية وحجم المساعدات التي تقدمها للدول النامية لضمان فعالية ونجاح سياساتها الصحية العامة؛ فعلى سبيل المثال يلتزم البنك الدولي بمساعدة البلدان النامية على تعميم التغطية الصحية الشاملة من خلال مساعدتها في وضع وتنفيذ سياسات عامة وأنظمة صحية أقوى وأكثر قدرة على الصمود، وتقديم خدمات صحية جيدة ميسورة التكلفة للجميع - لا سيما للفئات الأكثر احتياجاً. وتظنر لما كشفت عنه أحدث بحوث للبنك الدولي ومنظمة الصحة العالمية من توقف مقلق في التقدم المحرز نحو توفير وتسهيل الحصول على خدمات رعاية صحية جيدة وميسورة التكلفة للجميع في كل مكان؛ واستمرار أكثر من نصف سكان العالم محرومين من الخدمات الصحية الأساسية، ومواجهة نحو مليار شخص صعوبات مالية شديدة عند الدفع من مالهم الخاص مقابل الخدمات والأدوية والعقاقير التي يحتاجون إليها؛ وكذلك انخفاض الإنفاق الحكومي على الصحة منذ انحسار جائحة كورونا - قام البنك الدولي بتخصيص تمويل متزايد لمحافظة المشروعات الصحية العالمية للبنك، التي بلغت قيمتها نحو 36 مليار دولار، لاقامة أكثر من 210 مشروعات تساعد البلدان من خلال نهج شامل على تحسين النواتج الصحية والأمن الصحي، لا سيما للفئات الفقيرة والأكثر احتياجاً، من خلال تدعيم خدمات الرعاية الأولية ووظائف الصحة العامة الرئيسية (61).

ويساند صندوق التمويل العالمي المعني بالنساء والأطفال والمراهقين، وهو شراكة تضم العديد من أصحاب المصلحة يستضيفها البنك الدولي، البلدان التي تعاني من أعلى أعباء لوفيات الأمهات والأطفال في العالم واحتياجاتها المالية. ويرسم تقرير حديث صادر عن البنك الدولي أجندة نحو إعادة تصور خدمات الرعاية الصحية الأولية التي تفي بالغرض منها، وهو يعكس فهماً متجدداً لمواطن الضعف والفرص العالمية والمحلية في عالم ما بعد جائحة كورونا. ويستند تقرير آخر صدر بعنوان "لا بد من التغيير دون انتظار: بناء أنظمة صحية قادرة على الصمود في ظل جائحة كورونا" إلى هذا التحليل ويعرض إطاراً جديداً لجعل الأنظمة الصحية قادرة على الصمود وحيث يمكن للبلدان والشركاء توجيه الاستثمارات على أفضل نحو لتحسين النواتج الصحية (62).

كما يدعم البنك الدولي السياسات الصحية في الدول النامية من أجل: تعزيز وتحسين تقديم الخدمات وتمويل الرعاية الصحية، مع التخفيف من مخاطر المناخ والجوائح على الصحة؛ ويشمل ذلك بناء قدرات النظم الصحية، بما في ذلك رفع مهارات الكوادر الصحية وتحسين فرص الحصول على الأدوية بأسعار معقولة. بالإضافة إلى توسيع نطاق الخدمات استجابة للتغيرات الديمغرافية والتغيرات في خصائص الجوائح، بما في ذلك الخدمات الأساسية التي تعزز صحة الأم والطفل، والتغذية، والوقاية، والمساواة بين الجنسين، فضلاً عن مكافحة الأمراض غير السارية، وتقديم خدمات الصحة العقلية والرعاية طويلة الأجل لكبار السن. علاوة على قيامه بتعزيز دور وزارتي المالية والصحة والقطاعات الأخرى في

هذه الدول من خلال توفير المعرفة والتعلم وتدعيم البيانات لدعم عملية اتخاذ القرار، وتقديم المعلومات والإرشادات اللازمة لإصلاح السياسات وزيادة الكفاءة والفعالية في الإنفاق على سياسات وخدمات الرعاية الصحية<sup>(63)</sup>.

وتوصى منظمة الصحة العالمية بإعادة توجيه النظم الصحية نحو اتباع نهج الرعاية الصحية الأولية كأساس للتغطية الصحية الشاملة. ويمثل تحقيق التغطية الصحية الشاملة أولوية استراتيجية للمنظمة، وذلك بهدف استفادة مليار شخص آخر من التغطية الصحية الشاملة بحلول عام 2025.<sup>(64)</sup> وفي البلدان التي تتسم بنظم صحية هشّة، تركّز المنظمة على المساعدة التقنية الرامية إلى تقوية المؤسسات الوطنية وتوفير الخدمات لسد الفجوات الحرجة في حالات الطوارئ. وفي السياقات التي تكون فيها النظم الصحية أكثر متانة، نوجه تأثير الصحة العامة نحو تحقيق التغطية الصحية للجميع من خلال الحوار بشأن سياسات تدعم نُظم المستقبل والدعم الاستراتيجي لتحسين الأداء<sup>(65)</sup>.

ويُدعم هذا العمل بإرشادات معيارية واتفاقات؛ وبالبيانات والبحوث والابتكار؛ وبالقيادة في مجالات الدبلوماسية، والدعوة، والمساواة بين الجنسين، والإنصاف في مجال الصحة وحقوق الإنسان، والعمل المتعدد القطاعات، والتمويل. ويتسق عمل المنظمة مع الغاية 3-8 من أهداف التنمية المستدامة التي تركز على تحقيق التغطية الصحية الشاملة، بما فيها الحماية من المخاطر المالية وإتاحة خدمات الرعاية الصحية الأساسية الجيدة والأدوية واللقاحات الأساسية المأمونة والفعالة والجيدة والميسورة التكلفة للجميع. وترصد المنظمة إحراز التقدم صوب تحقيق التغطية الصحية الشاملة؛ وتنشر تقارير عالمية تتضمن آخر البيانات المتاحة كل سنتين<sup>(66)</sup>.

خامسا: مؤشرات فعالية السياسات الصحية في بعض الدول الآسيوية

تطالب منظمة الصحة العالمية كافة دول العالم وبصفة خاصة الدول الآسيوية في كافة تقاريرها السنوية بشأن المراجعات الدورية لمستهدفات الرعاية الصحية الضرورية والأساسية للأفراد والمجتمعات المحلية ببناء وإقامة نظامًا صحيًا قويًا؛ وضرورة الاستثمار في النظام الصحي المرن وبما يكفل القدرة على الاستعداد للتغيير الشديد الذي يؤثر على النظم الصحية وإدارتها والتعلم منها<sup>(67)</sup>.

ونوهت المنظمة إلى ضرورة اشتغال السياسات الصحية العامة والخطط الوطنية للرعاية الصحية في الدول الآسيوية على ستة عناصر ومقومات أساسية هي: تقديم الخدمات الصحية بشكل عادل ودون تمييز، وإعداد وتأهيل الموارد البشرية اللازمة للصحة، وبناء نظام المعلومات الصحية الرقمية، وتدبير المنتجات والتكنولوجيا الطبية الأساسية، وتدبير التمويل اللازم والكافي لتنفيذ وتطوير السياسات الصحية، والالتزام بتطبيق ضوابط القيادة ومعايير الحوكمة. وتشمل العوامل والعناصر غير الصحية والتي يتعين على الحكومات وضعها في الاعتبار وتضمينها في سياساتها الصحية العامة وخططها الوطنية للرعاية الصحية كلا من: البيئة التمكينية؛ والأمن الغذائي؛ ومرافق البنية التحتية المصاحبة والمناسبة. ويقصد بالبيئة التمكينية تحسين العناصر والمحددات الاجتماعية للصحة-(SDOH) أو بمعنى آخر تحسين الظروف التي يولد فيها الناس،

علاوة على ضمان توافر أنظمة غذائية آمنة ومغذية وبنية تحتية صحية قادرة على التكيف مع تغير المناخ وتحمل الكوارث الطبيعية المتعددة التي تشهدها القارة الآسيوية<sup>(68)</sup>.

لذا يتناول هذا الجزء من الدراسة اتجاهات وتطور مؤشرات السياسات الصحية العامة في آسيا وتقييم فعالية تلك السياسات اعتماداً أوباستخدام مؤشرات وغايات الأهداف الواردة في خطة التنمية المستدامة التي تبنتها الدول الأعضاء في الأمم المتحدة للنهوض بقطاع وسياسات الرعاية الصحية لعام 2030؛ وذلك على النحو التالي:

1- أهداف السياسات الصحية للدول في خطة الأمم المتحدة للتنمية المستدامة 2030: اعتمدت الجمعية العامة للأمم المتحدة في عام 2015 خطة التنمية المستدامة لعام 2030، والتي تحمل عنوان "تحويل عالمنا: خطة التنمية المستدامة لعام 2030"، وهي تشمل 17 هدفاً من أهداف التنمية المستدامة والتي تتضمن بدورها نحو 169 هدفاً فرعياً اتفقت جميع الدول الأعضاء في الأمم المتحدة البالغ عددها 191 دولة آنذاك على محاولة تحقيقها بحلول عام 2030؛ وهي تؤكد على الحاجة إلى ضمان "عدم ترك أحد خلف الركب" بما يعنيه ذلك من عدم إهمال أو تجاهل بعض الأفراد والجماعات في الحصول على حقهم في الحصول على الرعاية الصحية<sup>(69)</sup>. وتعكس تلك الخطة وما تتضمنه من أهداف سامية لسرعة وشمول عملية التنمية للجميع وفقاً لمعايير العدالة والمساواة وعدم التمييز؛ تغييراً كبيراً في التفكير حول كيفية تسريع تنفيذ التحسينات المستدامة في التنمية بشكل عام وفي الصحة بشكل أكثر تحديداً.

وتركز الدراسة في هذا الشأن على ماتضمنه الهدف الثالث في هذه الأهداف المحورية لعملية التنمية المستدامة؛ حيث ينص الهدف 3 على "ضمان حياة صحية وتعزيز الرفاه للجميع، في جميع الأعمار" ويتضمن ذلك الهدف جميع الأولويات الصحية الرئيسية وهي: الصحة الإنجابية، وصحة الأم، والمواليد الجدد، والأطفال والمراهقين؛ ومكافحة الأمراض المعدية وغير المعدية؛ وتحقيق تغطية صحية شاملة؛ وحصول الجميع على الأدوية واللقاحات الآمنة والفعالة والجيدة والميسورة التكلفة. وفيما يلي بعض التوضيح لكل هدف ومؤشر فرعي لقياس فعالية استجابة السياسات الصحية العامة للدول الآسيوية لها؛ على النحو التالي<sup>(70)</sup>:

أ) الهدف 3.8: تحقيق التغطية الصحية الشاملة، والذي يتضمن مؤشرات وأهداف فرعية هي: الحماية من المخاطر المالية، والحصول على خدمات الرعاية الصحية الأساسية الجيدة، والحصول على الأدوية واللقاحات الأساسية الآمنة والفعالة والجيدة والميسورة التكلفة للجميع. وتطمح الأمم المتحدة وكافة الدول الأعضاء بإعمال ذلك المؤشر لتحقيق عدة غايات تشمل: الغاية 3.1: الحد من العبء العالمي لوفيات الأمهات؛ والغاية 3.2: إنهاء وفيات المواليد والأطفال دون سن الخامسة التي يمكن الوقاية منها؛ والغاية 3.3: القضاء على أوبئة الإيدز والسل والملاريا وأمراض المناطق المدارية المهملة ومكافحة التهاب الكبد والأمراض المنقولة بالمياه وغيرها من الأمراض المعدية.

ب) الهدف 3.4: خفض الوفيات المبكرة الناجمة عن الأمراض غير السارية بمقدار الثلث من خلال الوقاية والعلاج وتعزيز الصحة العقلية والرفاهية.

ج) الهدف 3.5: تعزيز الوقاية من تعاطي المخدرات وعلاجه، بما في ذلك تعاطي المخدرات وتعاطي الكحول على نحو صارم

د) الهدف 3.6: خفض عدد الوفيات والإصابات الناجمة عن حوادث المرور على الطرق في العالم إلى النصف.

هـ) الهدف 3.7: ضمان حصول الجميع على خدمات الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية، بما في ذلك تنظيم الأسرة والمعلومات والتثقيف، وإدماج الصحة الإنجابية في الاستراتيجيات والبرامج الوطنية.

و) الهدف 3.9: الحد بشكل كبير من عدد الوفيات والأمراض الناجمة عن المواد الكيميائية الخطرة والتلوث وتلوث الهواء والماء والتربة. ويتضمن هذه الهدف بدوره هدفين فرعيين هما:

- الهدف الفرعي 3.9.1: تعزيز تنفيذ اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ في جميع البلدان، حسب الاقتضاء.

- الهدف الفرعي 3.9.2: دعم البحث والتطوير في مجال اللقاحات والأدوية للأمراض المعدية وغير المعدية، وتوفير إمكانية الحصول على الأدوية واللقاحات الأساسية بأسعار معقولة.

يرمى الهدف الرئيسي 3.9 ومشتملاته من أهداف فرعية لتحقيق عدة غايات أهمها: تحقيق زيادة كبيرة في تمويل الصحة وتوظيف القوى العاملة في مجال الصحة وتطويرها وتدريبها واستبقائها في البلدان النامية، ولا سيما في أقل البلدان نمواً والدول الجزرية الصغيرة النامية. وكذلك تعزيز قدرة جميع البلدان، ولا سيما البلدان النامية، على الإنذار المبكر والحد من المخاطر وإدارة المخاطر الصحية الوطنية والعالمية.

2- واقع فعالية السياسات الصحية في بعض الدول الآسيوية: يعد الهدف 3.8: تحقيق التغطية الصحية الشاملة، والذي يتضمن مؤشرات وأهداف فرعية هي: الحماية من المخاطر المالية، والحصول على خدمات الرعاية الصحية الأساسية الجيدة، والحصول على الأدوية واللقاحات الأساسية الآمنة والفعالة والجيدة والميسورة التكلفة للجميع - من أشمل هذه الأهداف وأكثرها تفصيلاً وشمولاً لذا اتجهت كثير من دول العالم النامي ومنها الدول الآسيوية إلى إدماج وتضمين غايات ذلك الهدف في سياسات العامة للصحة؛ وواظب غالبية هذه الدول على إمداد منظمة الصحة العالمية بكافة البيانات والإحصاءات والأرقام الخاصة بهذه المؤشرات الفرعية لتضمينها في تقاريرها السنوية الخاصة بمتابع التقدم في إحراز أهداف التنمية الصحية المستدامة 2030؛ لذا سيتم رصد تطور هذه المؤشرات في الدول الآسيوية محل الدراسة لبيان مدى فعالية السياسات الصحية العامة في تلك الدول لتحقيق تلك الغايات؛ وبالتالي تسليط الضوء على قضايا الإنصاف وزيادة الوصول إلى الرعاية الصحية في تلك الدول؛ إلى جانب تناول المؤشرات الخاصة بالنفقات الصحية المباشرة وتمويل الرعاية الصحية والحصول على الرعاية الصحية الجيدة، فضلاً عن تلك المؤشرات الخاصة بالموارد البشرية للصحة في الدول الآسيوية.

وفقاً لما سبق؛ تشير التغطية الصحية الشاملة إلى الأشخاص الذين لديهم مجموعة كاملة من الخدمات الصحية عالية الجودة المتاحة، متى وأينما يحتاجون إليها، دون ضائقة مالية. وهو يغطي السلسلة الكاملة للخدمات الصحية الأساسية، من تعزيز الصحة إلى الوقاية والتشخيص والعلاج وإعادة التأهيل والرعاية التطبيفية على مدار الحياة. وقد تبنى قرار الجمعية العامة رقم 2 في دورتها العادية الرابعة والسبعين A/RES/74/2 لعام 2019 الإعلان السياسي للاجتماع الرفيع المستوى المعني بالتغطية الصحية الشاملة والذي اعتبره رؤساء الدول والحكومات وممثلو الدول والحكومات الذين شاركوا في الاجتماع أنه قد ركز، لأول مرة، على التغطية الصحية الشاملة واعتبرها شرطاً مسبقاً ونتيجة ومؤشراً للأبعاد الاجتماعية والاقتصادية والبيئية للتنمية المستدامة وتنفيذ خطة التنمية المستدامة لعام 2030. وذكروا كذلك أنهم "سيجددون التزامهم القوي بتحقيق التغطية الصحية الشاملة بحلول عام 2030، بهدف توسيع نطاق الجهود العالمية لبناء عالم أكثر صحة"<sup>(71)</sup>.

وفي الآونة الأخيرة، عُقد اجتماع الأمم المتحدة الرفيع المستوى لعام 2023 بشأن التغطية الصحية الشاملة في 21 أيلول/سبتمبر 2023؛ ودعا الإعلان السياسي نواصلة "التغطية الصحية الشاملة: توسيع طموحنا للصحة والرفاهية في عالم ما بعد كوفيد" البلدان وأصحاب المصلحة إلى إعادة تنشيط التقدم نحو توفير الصحة للجميع. كما شدد، من بين أمور أخرى، على الحاجة إلى شراكات عالمية قوية مع جميع أصحاب المصلحة المعنيين لدعم جهود الدول الأعضاء بشكل تعاوني خاصة في ظل عصر العولمة الذي يتميز بزيادة الاتصال وتغير المناخ وعدم الاستقرار الجيوسياسي؛ مما يتعين معه تسخير التكنولوجيا وتعزيز التعاون الدولي في تقديم وتوفير الخدمات والرعاية الصحية للجميع<sup>(72)</sup>.

ووفقاً لتقارير منظمة الصحة العالمية الصادرة في أعوام 2020 و2021 و2022 و2023 عن التقدم المحرز في تحقيق الهدف الثالث من أهداف التنمية المستدامة في آسيا والمحيط الهادئ؛ فقد أحرزت دول المنطقة تقدماً متفاوتاً في تحقيق غايات الهدف 3 من أهداف التنمية المستدامة المتعلقة بالصحة والرفاه، والذي له تأثير كبير على العديد من أهداف التنمية المستدامة الأخرى ويرتبط بها ارتباطاً وثيقاً، ولا سيما الهدف 1 المتعلق بالحد من الفقر، والهدف 2 المتعلق بالقضاء على الجوع، والهدف 4 المتعلق بالتعليم الجيد، والهدف 5 المتعلق بالمساواة بين الجنسين، والهدف 6 المتعلق بالمياه النظيفة والصرف الصحي، والهدف 8 المتعلق بالعمل اللائق والنمو الاقتصادي، والهدف 10 المتعلق بالحد من عدم المساواة. وفي هذا الصدد، اعتبرت منظمة الصحة العالمية أن الصحة الجيدة أمر أساسي في تعزيز التقدم المحرز في تحقيق أهداف التنمية المستدامة الأخرى<sup>(73)</sup>.

وتتعلق الغايات المختلفة في إطار الهدف 3 من أهداف التنمية المستدامة بمؤشرين: المؤشر 3.8.1 الذي يجسد التغطية السكانية بالخدمات الصحية الأساسية؛ والمؤشر 3.8.2 الذي يتناول الحماية المالية والذي يركز على أن استخدام الخدمات الصحية لا

ينبغي أن يؤدي إلى ضائقة مالية للأفراد والجماعات للحصول عليها. ويعتمد المؤشر 3.8.1 على أربع فئات واسعة من مؤشرات قياس تدخلات التتبع للسياسات الصحية العامة للدول الآسيوية: الأول هو الصحة الإنجابية وصحة الأم والوليد والطفل، والذي يشتمل على مؤشرات تتعلق بتنظيم الأسرة ورعاية الحمل وتحصين الأطفال وعلاج الأطفال. والثاني هو الأمراض المعدية، والذي يتضمن بدوره مؤشرات عن علاج أمراض السل وفيروس نقص المناعة البشرية (الإيدز) والمalaria وتوفر سبل الوصول إلى المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية. والثالث هو الأمراض غير المعدية، حيث يشتمل بدوره على عدة مؤشرات هي علاج ارتفاع ضغط الدم والسكري والحد من تداعيات وتأثير استخدام التبغ على الصحة. والرابع هو القدرة على تقديم الخدمات والوصول إليها، ويشمل مؤشرات عن الوصول إلى المستشفيات والقوى العاملة الصحية والأمن الصحي<sup>(74)</sup>.

وقد حققت دول منطقة آسيا والمحيط الهادئ وفقا لتقرير منظمة الصحة العالمية في عام 2023 - تقدماً كبيراً في إطار فئتين من فئات التتبع الأربع المذكورة سابقاً. على وجه التحديد، حققت دول المنطقة تحسينات ملحوظة في الأهداف المتعلقة بصحة الأم وصحة المواليد والطفل وكذلك مكافحة مرض الملاريا. وفيما يتعلق بالأهداف الأخرى، مثل تنظيم الأسرة، وكذلك السل وفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، خلصت المنظمة في تقريرها إلى أن التقدم كان بطيئاً للغاية. واعتبرت المنظمة أن التقدم المحرز في الفئتين المتبقيتين (الأمراض غير المعدية وقدرة الخدمة والوصول إليها)، كان بعيداً جداً عن السرعة الكافية للوصول إلى هدف 2030. ومع ذلك، نوهت المنظمة إلى أن بعض البلدان الآسيوية حققت تقدماً كبيراً فيما يتعلق بأهداف ومؤشرات محددة؛ فعلى سبيل المثال في عام 2019، حققت بنجلاديش وتايلاند وتركمانستان، على التوالي زيادات بلغت 77.4 و88.2% من الطلب على تنظيم الأسرة. وفيما يتعلق بتغطية العلاج المضاد للفيروسات الرجعية لفيروس نقص المناعة البشرية، تبرز كمبوديا بنسبة 83% في عام 2020، في حين أن المعدل أقل من ذلك في أربعة بلدان أخرى مجاورة مثل كمبوديا ومينامار ولاوس وتايلاند<sup>(75)</sup>.

وفي شأن ارتباط التغطية الصحية الشاملة بالتغير الديموغرافي في السياسات الصحية العامة لدول آسيا والمحيط الهادئ أكدت منظمة الصحة العالمية على أن أكثر من ثلث السكان في دول آسيا والمحيط الهادئ غير محميين بشكل فعال من خلال نظام الرعاية الصحية والسياسات الصحية العامة في تلك الدول؛ مما يعني أن هناك نحو 1.6 مليار شخص لا يحصلون على الرعاية الصحية أو تشملهم السياسات الصحية في هذه الدول؛ وهوما يفرض على هذه الدول ضرورة تعديل السياسات الصحية العامة فيها بما يسمح بتمكين حوالي 60% من العمال من الحصول على تغطية تكاليف الرعاية الصحية الخاصة بهم في أوقات المرض<sup>(76)</sup>.

وقد تجاوزت بعض الدول الآسيوية معضلة العلاقة التاريخية بين مستوى التنمية الاقتصادية والحصول على الخدمات والحقوق الاجتماعية عموماً ومنها الحق في الرعاية الصحية؛ وأكدت منظمة الصحة العالمية في التقريرين الصادرين عنها في عامي 2021

و2023 على أن الإنجاز والتقدم المحرز لا يرتبطان بالضرورة بشكل موحد بمستوى التنمية الاجتماعية والاقتصادية حيث تمكنت عدة دول وبلدان آسيوية مصنفة عالمياً ضمن دول الدخل المتوسط والمنخفض المرتفع من تحقيق معدلات مرتفعة في التغطية الصحية الشاملة لمواطنيها؛ ومن أبرز تلك الدول: كمبوديا وجمهورية إيران الإسلامية وكازاخستان وقيرغيزستان وماليزيا والملايف ومنغوليا والاتحاد الروسي وطاجيكستان وتايلاند وتركيا وفيتنام؛ والتي حققت جميعها درجة مؤشر التغطية الصحية الشاملة تتراوح بين 60 و80%؛ وهوما انعكس إيجابياً على تحسن الأداء في مؤشر آخر يتعلق بمخصصات إنفاق الأسر للحصول على الرعاية الصحية حيث قامت أقل من 20% من الأسر بتخصيص نسبة 10% من إجمالي نفقاتها أودخلها على الصحة<sup>(77)</sup>.

وعلى سبيل المثال فقد أحرزت جمهورية كوريا تقدماً كبيراً في توسيع نطاق الحصول على الرعاية الصحية حيث رصدت منظمة الصحة العالمية في عام 2023 وجود 45 مستشفى من المستوى الثالث منتشرة في جميع أنحاء البلاد ومجهزة بمرافق وموظفين على مستوى عالمي. علاوة على ذلك، هناك 40 مركزاً إقليمياً لطب الطوارئ، و15 مركزاً إقليمياً لعلاج الصدمات، و14 مركزاً إقليمياً لأمراض القلب والأوعية الدموية الدماغية والتي تقدم رعاية الطوارئ بسرعة. وأرجعت منظمة الصحة العالمية سبب نجاح كوريا في تحقيق الإنجازات إلى قوة وسلامة السياسات الصحية العامة في جمهورية كوريا والتي تتضمن تقدمها للرعاية الصحية للمواطنين من خلال نظام التأمين الصحي الوطني الذي يوفر لجميع سكان البلاد مستويات مناسبة من الأمن الطبي، بما في ذلك التخفيف من عبء النفقات الطبية عليهم<sup>(78)</sup>.

ووفقاً لتقارير منظمة الصحة العالمية في عامي 2015 و2021؛ فقد أحرزت غالبية البلدان والدول الآسيوية تقدماً من حيث تحقيق التغطية الصحية الشاملة بين عامي 2015 و2021، مقياساً بمؤشر التغطية الصحية الشاملة. وقد اعتمدت المنظمة في تقاريرها على المؤشر العام للتغطية الصحية الشاملة والذي يتم حسابه كمتوسط هندسي لـ 14 مؤشراً فرعياً لتغطية الخدمات الصحية الشاملة في الدول الآسيوية محل الدراسة؛ وبالتالي تركز هذه المؤشرات على قياس تغطية الخدمة ولا تفسر على أنها قائمة شاملة بالخدمات أو التدخلات الصحية المطلوبة لتحقيق التغطية الصحية الشاملة.

وبقراءة وتحليل المؤشرات الفرعية لقياس التغطية الصحية الشاملة في دول آسيا والمحيط الهادئ في عامي 2015 و2021؛ والذي تم الحصول عليها من بوابة أهداف التنمية المستدامة للجنة الاقتصادية والاجتماعية لآسيا والمحيط الهادئ يتضح ما يلي:

1- تباين مؤشرات فعالية السياسات الصحية العامة المتعلقة بالتغطية الصحية الشاملة في الدول الآسيوية بين عامي 2015 و2021 من منطقة لأخرى في القارة الآسيوية؛ حيث أكدت تقارير منظمة الصحة العالمية في هذا الشأن على<sup>(79)</sup>: ارتفاع قيم المؤشرات في الدول والبلدان الواقعة في منطقة شرق وشمال شرق آسيا والتي تضم كل من اليابان وكوريا ومنغوليا وسنغافورة وماليزيا وتايلاند وتايوان؛ وكذلك الدول المنتمية لمنطقة شمال ووسط آسيا والتي تتواجد فيها دول روسيا ودول آسيا الوسطى ( )

كازاخستان؛ قيرقيزستان؛ طاجيكستان؛ وتركمنستان؛ وأذربيجان) وأرمينيا وإيران وتركيا؛ بينما تضعف فعالية ومؤشرات التغطية الصحية الشاملة وبالتالي قصور السياسات العامة الصحية في دول منطقتي جنوب وجنوب غرب آسيا والتي تشمل: المناطق الجنوبية في الصين ومينامار وبنجلاديش وسريلانكا وباكستان وأفغانستان وبوتان ونيبال وكمبوديا وتيمور الشرقية حيث تراوحت درجات المؤشر في هذه الدول والبلدان بين 30 و45 درجة في بداية الفترة في عام 2015. وعلى الرغم من ارتفاع درجات المؤشر في عام 2021 في دول: أفغانستان وبنجلاديش وبوتان والهند ونيبال وباكستان بمعدل تراوح بين 10% و12% عما كان عليه في عام 2015؛ إلا أن المعدل أو درجة المؤشر عموماً لم تتجاوز 50 درجة مقارنة بالدول في منطقتي شرق وشمال شرق آسيا والتي تراوحت فيها درجة المؤشر بين 60 درجة في دولة كوريا الديمقراطية الشعبية الشمالية 80 درجة في كوريا الجنوبية وحوالي 72 درجة في منغوليا و98 درجة في اليابان. وأنتت منظمة الصحة العالمية على فعالية السياسات الصحية العامة في كوريا الشمالية<sup>(80)</sup> التي شهدت أكبر تغيير في محتوى وجودة مضمون السياسات الصحية فيها والتي نتج عنها زيادة في قيمتها لمؤشر تغطية الخدمات بنسبة 60% تقريباً بين عامي 2015 وعلى الرغم من كثرة وصرامة العقوبات الاقتصادية المفروضة عليها من جانب مجلس الأمن الدولي بسبب سياساتها وبرامجها العسكرية والنووية المهددة للأمن والاستقرار الإقليمي.

2- تباين أداء المؤشر الخاص بهدف التنمية المستدامة 3.8.2 والمتعلق بالحماية المالية للرعاية الصحية والتغطية الصحية الشاملة؛ حيث يركز ذلك المؤشر على تناول أثر الفقر وقصور وضعف الدخل الخاص بالأفراد على تمتعهم بخدمات الرعاية الصحية الأساسية أو الشاملة؛ أي معدل ما يقوم الأفراد وأسره ما دون خط الفقر بإنفاقه على الصحة. فعند النظر إلى النسبة المئوية للسكان البالغين في بلد ما (الذين تتراوح أعمارهم بين 20 و59 عاماً) والذين لديهم نفقات أسرية على الصحة تزيد عن 10% من إجمالي إنفاق الأسرة أو دخلها، فإن تسعة بلدان فقط في آسيا تتوفر بيانات عنها لديها معدلات تزيد على 10%؛ وتشمل تلك الدول كل من<sup>(81)</sup>: اليابان وكوريا وسنغافورة وماليزيا وتايوان والصين والهند وفيتنام. وهو الأمر الذي منع منظمة الصحة العالمية من الوقوف على برامج وخطط السياسات الصحية العامة في باقي الدول الآسيوية في خفض معدلات الإنفاق الخاص للأفراد والأسر تحت خط الفقر على الرعاية الصحية الأساسية وباللازمة لهم. وغنى عن البيان أن هناك عدة آسيوية تشهد معدلات مرتفعة من الأفراد والأسر الواقعة تحت الفقر حيث تصل تلك النسبة إلى ذروة الارتفاع في أفغانستان والتي تصل فيها إلى نحو 82% من إجمالي عدد السكان في عام 2021؛ بينما تتراوح بين 40 و60% من السكان في دول مينامار وكمبوديا وبنجلاديش ونيبال وسريلانكا وإيران وتركيا وجمهورية آسيا الوسطى وباكستان وبعض ولايات الهند وبعض مناطق وأقاليم الصين لاسيما الغربية منها فيما يعرف بالصين الغربية<sup>(82)</sup>.

ويلقي منظور أوسع للبيانات على المستويات الإقليمية ودون الإقليمية والوطنية يأخذ في الاعتبار الإنفاق الصحي ونسبة الإنفاق الشخصي الضوء على الوضع في جميع أنحاء

ودول منطقة آسيا. ففي عام 2020، بلغ إجمالي الإنفاق الشخصي للأسر 31% من إجمالي الإنفاق الصحي لمنطقة آسيا ككل؛ وكان الرقم الخاص بدول جنوب وجنوب غرب آسيا، والبالغ 45%، أعلى بكثير من الأرقام الخاصة بالمناطق دون الإقليمية الأخرى<sup>(83)</sup>. ووفقاً لبيانات وإحصاءات منظمة الصحة العالمية عن الإنفاق الصحي الشخصي كنسبة مئوية من الإنفاق الصحي لدول وبلدان آسيا في عامي 2015 و2020؛ والتي تم الحصول عليها موقع بوابة أهداف التنمية المستدامة للجنة الاقتصادية والاجتماعية لآسيا والمحيط الهادئ في يوليو 2024<sup>(84)</sup>؛ شهدت 35 دولة من الدول الخمسين التي شملتها البيانات والاحصاءات - زيادات نسبية في الإنفاق الصحي الشخصي من عام 2015 إلى عام 2020، بينما لم يحدث أي تغيير في 3 دول فقط؛ بينما كانت هناك 12 دولة، لم تشهد أي منها زيادة مماثلة في الحجم الإنفاق الشخصي على الرعاية الصحية؛ مما يعنى باختصار أن الغالبية العظمى من الدول والبلدان لا تحرز تقدماً في الحد من الإنفاق الصحي الشخصي. وتصبح المسألة أكثر أهمية عند النظر في أن بنجلاديش فقط (وإن كانت من الدول ذات المستويات العالية نسبياً من الإنفاق الشخصي على الرعاية الصحية)، من بين البلدان الثمانية في المنطقة التي يزيد عدد سكانها عن 100 مليون نسمة، شهدت انخفاضاً في الإنفاق الصحي الشخصي. أما البلدان السبعة المتبقية فهي: الصين والهند وإندونيسيا واليابان وباكستان والفلبين والاتحاد الروسي حيث شهدت كلها زيادات في الإنفاق الصحي من الأموال الخاصة، وتمثل وحدها ما يزيد قليلاً على 75% من إجمالي سكان المنطقة الآسيوية<sup>(85)</sup>، مما يسلط الضوء على الحاجة إلى عكس الاتجاهات وخفض الإنفاق الصحي من الأموال الخاصة، لا سيما بالنظر إلى تأثيرها غير المتناسب على الأسر الفقيرة في الدول الآسيوية.

وهناك أمثلة قليلة للغاية لبعض الدول التي قامت بمعالجة أوجه القصور السابقة وبالتالي تمكنت من خفض الإنفاق الشخصي للحصول على الرعاية الصحية الأساسية ومن ثم تعزيز الوصول الأكثر شمولاً إلى الرعاية الصحية فيها. فعلى سبيل المثال<sup>(86)</sup>، وضعت دولة ساموا مبادرتان بهدف محدد هو تزويد الجميع بخدمات رعاية صحية عالية الجودة تركز على الناس وتحقيق معايير عالية لرعاية المرضى من أجل تعزيز صحة ورفاهية جميع السكان. المبادرة الأولى هي: مسار تنمية ساموا، والتي توفر التوجيه الشامل لتنمية ساموا خلال الفترة 2016-2021؛ والثانية هي: خطة القطاع الصحي (2020-2030)؛ والتي تركز على توفير الرعاية الصحية للجميع إلى جانب تحقيق أهداف ثانوية أخرى تتعلق بما يلي: تعزيز التغذية الأفضل للحد من معدلات السمنة؛ وتحسين الوقاية من الأمراض المدارية المعدية والمهملة ومكافحتها وإدارتها، بما في ذلك الحد من الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية وانتشار الإصابة بالإيدز. وتمكنت ساموا حتى نهاية 2023 من تحقيق عدة نتائج ملموسة شملت: نجاح الإصلاحات المؤسسية، وتحسين معدلات التحصين من الأمراض، وإعادة التركيز على الرعاية الصحية الأولية، وتحسين البنية التحتية الصحية.

كما شهدت فانواتونجاحات في خطتها الاستراتيجية الوطنية للقضاء على الملاريا 2021-2026 من خلال تنفيذ البرامج الوطنية والإقليمية المنسقة، وبدعم من منظمات المجتمع المحلي، وتنفيذ نهج تدريجي يبدأ بالمجتمعات عالية الحوادث أولاً، كما شهدت العديد من جزر البلاد القضاء على انتشار مرض الملاريا. علاوة على ذلك، من خلال هذه الخطة الاستراتيجية، نجحت معالجة الأمراض المدارية المهملة، مثل الداء العليقي وداء الفيلة والديدان الطفيلية<sup>(87)</sup>.

لذا دعت منظمة الصحة العالمية غالبية الدول الآسيوية بشأن مخصصات وإجمالي الإنفاق العام على الرعاية الصحية كنسبة مئوية من إجمالي الناتج المحلي الإجمالي إلى تسريع التقدم نحوالتغطية الصحية الشاملة، جنباً إلى جنب مع تنفيذ استراتيجيات تعزيز الشيخوخة الصحية. فمن خلال تنفيذ التغطية الصحية الشاملة، يمكن للحكومات وأصحاب المصلحة الآخرين في آسيا وضع استراتيجيات وتدخلات لتحسين النتائج الصحية لغالبية السكان وبصفة خاصة لشريحة السكان من ذوى الأعمار المبكرة وبالتالي مساندة ومتابعة وملاحقة الدول مرتفعة الدخل مثل اليابان والدول العربية الخليجية والتي تشهد فقرات كبرى في الإنفاق الصحي في المستقبل<sup>(88)</sup>.

3- نجاح غالبية الدول الآسيوية في تنوع مصادر تمويل التغطية الصحية الشاملة للسكان: تعد الحماية المالية لجميع الناس من صميم المفهوم والمؤشر الرئيسى للتغطية الصحية الشاملة وفقاً لتوجيهات وإرشادات منظمة الصحة العالمية (WHO) كأحد أهداف التغطية النهائية. كما لوحظ أن سياسة التمويل الصحي تؤثر بشكل مباشر على الحماية المالية للمواطنين وبالتالي عدم تعرض الناس لضائقة مالية أو مستويات معيشية معرضة للخطر بسبب تقديم مدفوعات مباشرة للحصول على الخدمات الصحية<sup>(89)</sup>.

وقد نفذت كثير من الدول الآسيوية العديد من برامج تمويل الرعاية الصحية الشاملة؛ ففي تايلاند<sup>(90)</sup> يتم تمويل الرعاية الصحية في الغالب من خلال برامج وخطط التمويل الحكومية، والتي من خلالها يحق للأفراد تلقائياً الحصول على الرعاية الصحية بناءً على أماكن إقامتهم. كما لدى سريلانكا أيضاً نظام صحى عام ممول من الضرائب التي تجمعها الحكومة والتي استطاعت تقديم خدمات الرعاية الصحية العامة الشاملة والمجانية، من خلال شبكة واسعة من المستشفيات والعيادات والمراكز الصحية الحكومية والتي تقدم خدماتها لجميع السكان منذ عام 1951 عندما تم إلغاء نظام الرسوم المالية المفروضة على طالبي تلك الخدمات الصحية والمستخدمين لها؛ لذا حققت البلاد مستوى عالٍ من التغطية الصحية الشاملة وفي ذات الوقت الحفاظ على استمرار وبقاء نظام رعاية صحية عام متطور ويقدم مستويات تغطية التحصين والوقاية من الأمراض والولادة على يد أطباء ماهرين وبشكل مجاني كامل. علاوة على ذلك، تنفذ سريلانكا مبادرات تعزيز الصحة من خلال تنفيذها برامج ونموذج تمكين للأفراد والجماعات من الحصول على الرعاية الصحية الشاملة بمشاركة نشطة من منظمات ومؤسسات المجتمعات المحلية، بما في ذلك ما يتعلق بالعلاج من الأمراض التي يسببها التبغ والكحول وعوامل الخطر الأخرى المرتبطة بالأمراض المزمنة غير المعدية. وعلى الرغم من التقدم المذكور أعلاه، نوهت تقارير

منظمة الصحة العالمية في عام 2022 إلى الآثار الشديدة للأزمة الاقتصادية الحالية التي تمر بها سريلانكا على قطاع الرعاية الصحية خاصة فيما بكفاية تمويل أنظمة الصحة العامة مما ساهم في نقص الإمدادات الطبية الأساسية في المستشفيات العامة التابعة للدولة<sup>(91)</sup>.

وفي دول أخرى في المنطقة الآسيوية يتم تمويل الجزء الأكبر من الإنفاق الصحي من خلال خطط التأمين الصحي الإلزامي (إما من خلال الكيانات العامة أو الخاصة) المرتبطة بدفع الاشتراكات الاجتماعية أو أقساط التأمين الصحي. بالإضافة إلى هذه الطرائق، تتكون نسبة متفاوتة من الإنفاق على الرعاية الصحية من مدفوعات الأسر من جيبها الخاص - إما كمدفوعات مستقلة أو كجزء من ترتيبات المشاركة في الدفع - بالإضافة إلى أشكال مختلفة من خطط الدفع الطوعية، مثل التأمين الصحي الطوعي<sup>(92)</sup>.

لذا يتعين التنويه إلى أنه على الرغم من وجود استثناءات كثيرة في بعض الدول مثل كوريا الشمالية والصين وفيتنام وميانمار ذات الاقتصاد الاجتماعي القائم على الدور المحوري للدولة فتمويل التنمية والإنفاق على الرعاية الصحية، كلما ارتفع مستوى دخل الدولة زادت نسبة مخصصات الإنفاق على الرعاية الصحية الممولة من خلال الموازنات والمخططات الحكومية أو موازنات ومخططات التأمين الصحي الإلزامي. وتعد هذه الأشكال من التمويل الأكثر فعالية في تعزيز الوصول العادل إلى خدمات الرعاية الصحية، خاصة وأنها تساعد في تقليل الاعتماد على الإنفاق الصحي من المال والدخل الخاص للأفراد وما يترتب على ذلك من آثار تتعلق بزيادة حدة معاناتهم من ظاهرة الفقر. ومع ذلك، قد تواجه هذه السياسات والمخططات قيوداً على الاستدامة المالية وتحث من جودة تقديم حزمة مزايا الخدمة الخاصة بها خاصة في أثناء الأزمات الاقتصادية الحادة التي مرت بها دول منطقة جنوب شرق آسيا في أعوام 1997 و 2008 و 2019<sup>(93)</sup>.

في آسيا والمحيط الهادئ، كان لدى بروني دار السلام واليابان ونيوزيلندا أكثر من 75% من الإنفاق الصحي الذي تغطيه الحكومة وخطط التأمين الصحي الإلزامي في عام 2019. في تايلاند، بالإضافة إلى بلدين منخفضي الدخل (بابوا غينيا الجديدة وجزر سليمان)، تم العثور على أنماط مماثلة. ومن الإنجازات البارزة الأخرى الزيادات بأكثر من 10 نقاط مئوية في نسب الإنفاق الصحي الممول من الحكومة وخطط التأمين الصحي الإلزامي في إندونيسيا وجمهورية لاوس الديمقراطية الشعبية وباكستان وسنغافورة بين عامي 2010 و 2019<sup>(94)</sup>.

وقد دفعت الأزمات الاقتصادية التي عصفت ببعض الاقتصادات الآسيوية بعض الدول إلى تعديل سياساتها الخاصة بالتمويل الصحي والانتقال من مرحلة أولية من خفض الإنفاق على الرعاية الصحية العامة وزيادة نسبة المدفوعات من الأموال الخاصة للأفراد لضمان الاستمرار في تحقيق تغطية أوسع للرعاية الصحية، والوصول العادل والحماية المالية للأفراد والمجتمعات المحلية. كما تزايد الاعتماد في تمويل السياسات العامة العامة على التمويل الإلزامي المدفوع مسبقاً تحت مسمى " الاشتراك في الخدمة الصحية " بدلاً من طرق التمويل الطوعية القائمة على التبرعات والمساهمات التي يقدمها الأثرياء والشركات

الخاصة الكبرى والمنظمات الدولية المانحة والمعونات والمساعدات الخارجية من الدول المتقدمة؛ وقد لاقت السياسات التمويلية الجديدة قبولا عاما في تايلاند (المساهمة الموحدة بـ 30 باهت شهريا أى ما يعادل نحو واحد دولار لكل منتفع ويتم استقطاعه من مرتبات وأجور العاملين بصرف النظر عن جهة عملهم حكومية أم خاصة أم أهلية) مما وفر ومكن الأفراد المحرومين من الرعاية الصحية فى السابق من الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية وهوما يتوافق مع مبادئ التغطية الصحية الشاملة وخطط التأمين الصحي الوطنية العادلة<sup>(95)</sup>.

كما تبنت دول أخرى مثل ماليزيا وأندونيسيا وسنغافورة نظم تأمين التمويل المستدام للرعاية الصحية، سواء من خلال التمويل الضريبي أو المدفوعات القائمة على الاشتراكات والمعاشات التقاعدية، والتي تعتمد إلى حد كبير على العقد الاجتماعي في المجتمع وفهم طبيعة الصالح العام للصحة؛ وتحقيق التضامن بين الأجيال والذي يعد أمرا أساسيا فى نجاح أي نظام صحي وسياسات صحية عامة على المدى الطويل<sup>(96)</sup>.

4- كفاءة وجودة إعداد وتأهيل الموارد البشرية العاملة فى وحدات الرعاية الصحية: تحتاج السياسات العامة الصحية إلى أعداد كبيرة ومتزايدة ومتنوعة من الموارد البشرية اللازمة لتنفيذ السياسات والبرامج والخطط الصحية موضع التطبيق؛ والتي تشمل على طواقم التمريض والفنيين المتخصصين فى إدارة وتشغيل المعدات الطبية فى المستشفيات والوحدات الصحية؛ علاوة على العاملين والمتخصصين العاملين فى مجال تسجيل البيانات والمعلومات والإحصاءات؛ بالإضافة للفئة الأهم وعماد البرامج والسياسات الصحية وهى الأطباء ومعاونيهم ومساعدتهم؛ علاوة على العمالة المتمرسه فى تقديم بعض الخدمات الصحية المتخصصة اعتمادا على التدريب والتأهيل المتخصص وهم القابلات ( الدايات واللائي يتم الاستعانة بهن فى العناية بالسيدات الحوامل حتى وصولهن لمرحلة المخاض والولادة).

لذا حرصت كثير من الدول الآسيوية ومن أبرزها: سنغافورة والفلبين وكوريا وماليزيا وتايلاند فى اطار عنايتها بتقديم وتوفير مجموعة واسعة ومتنوعة جداً من الخدمات الطبية ذات المستوى العالي والجودة العالمية والتي يتم الاستعانة فى تنفيذها بفرق طبية متكاملة ذات خبرة عالية ومهارات متقدمة فى جميع التخصصات الطبية المتاحة مثل الجراحة التجميلية، وجراحة القلب المعقدة، وجراحة العظام الحساسة، وجراحة الأعصاب الدقيقة، والزراعة الجراحية للشعر، وعلاجات السرطان المتقدمة وعلاجات العقم المتخصصة والعناية بالعيون والأمراض النفسية الجلدية والتصوير الطبي المتطور وعلاجات التجميل المبتكرة وعلاجات الأسنان الفقالة. وتضم الموارد والقوى البشرية المشغلة لتلك الخدمات الصحية فرق متكاملة من الأطباء والجراحين والتمريض والتقنيين الكافين والمدربين والمؤهلين بشكل جيد<sup>(97)</sup>.

ويعتبر هذا النهج / المسعى المتعدد التخصصات والاهتمام المستمر بالتدريب والتطوير المهني للعاملين فى المجال الطبي أحد العوامل الرئيسية فى تحقيق نتائج ممتازة للمرضى؛ وذلك بالاستفادة من التطورات الحديثة فى علم الأدوية والتكنولوجيا الطبية والتشخيص

المبكر والعلاج والتعافي والمتابعة الذاتية للمرضى بواسطة التقنيات المتقدمة مثل التطبيقات الصحية المحمولة ومساعدات الذكاء الاصطناعي.

وحرصت كثير من الدول الآسيوية على إمداد منظمة الصحة العالمية بغالبية البيانات والمعلومات والاحصاءات الخاصة بمدى التقدم الذي أحرزته في استيفاء متطلبات أهداف التنمية المستدامة فيما يتعلق بجودة وتأهيل وكفاءة وكفاية الموارد البشرية في قطاع الصحة عموماً مع إشارة محددة إلى موظفي التمريض والقبالة، وكذلك الأطباء. وتقوم منظمة الصحة العالمية سنوياً بتضمين البيانات الخاصة بكثافة العاملين الصحيين وأفراد التمريض والقبالة؛ والأطباء (لكل 10000 نسمة من السكان في تقاريرها الدورية المتعلقة بالرعاية الصحية في تلك الدول. واستعانت الدراسة بتلك البيانات والمعلومات والمنشورة على بوابة أهداف التنمية المستدامة للجنة الاقتصادية والاجتماعية لآسيا والمحيط الهادئ لقياس فعالية وجودة الموارد البشرية في قطاع الصحة بتلك الدول<sup>(98)</sup>).

وفقاً للبيانات والمعلومات المستقاة من المصدر السابق وفيما يتعلق بموظفي التمريض والقبالة في تلك الدول فإن دول وبلدان شمال ووسط آسيا لديها أعلى المعدلات حيث يوجد حوالي 100 من موظفي التمريض والقبالة لكل 10000 فرد من السكان. بينما تحقق دول منطقة جنوب وجنوب غرب آسيا أدنى معدل إجمالي لكل 10 000 نسمة حيث لا يزيد الرقم فيها على 17 فرداً لكل عشرة آلاف نسمة. وبالنسبة لجنوب شرق آسيا وشرق وشمال شرق آسيا جاءت الأرقام 36 و42 فرداً لكل عشرة آلاف نسمة على التوالي. وكشفت إحدى الدراسات عن أن دول وبلدان آسيوية محددة جاء أداءها جيداً وفقاً لهذا المؤشر بشكل غير متناسب مع مستويات دخلها؛ وتشمل هذه الدول والبلدان: أرمينيا وجمهورية كوريا الشعبية الديمقراطية وجورجيا وفيرغيزستان<sup>(99)</sup>.

وبالانتقال إلى الأطباء، كما هو متوقع، هناك عدد أقل من هؤلاء من موظفي التمريض والقبالة؛ ومع ذلك فإن الفروق بين المناطق دون الإقليمية في آسيا أقل وضوحاً عند النظر في أعداد الأطباء لكل عشرة آلاف نسمة من السكان؛ ففي شمال ووسط آسيا، تتشابه المعدلات لكل 10000 نسمة حيث تقف على التوالي عند 40 و39 طبيباً لكل عشروآلاف نسمة من السكان؛ بينما في شرق وشمال شرق آسيا، يبلغ المعدل 24 طبيباً فقط؛ أما في جنوب شرق آسيا وجنوب وجنوب غرب آسيا، يبلغ المعدل 8 أطباء لكل 10000 نسمة. وتشمل الدول والبلدان التي لديها معدلات عالية نسبياً من الأطباء لكل 10 000 نسمة بالنسبة لمستوى الدخل، على غرار أرقام موظفي التمريض والقبالة، أرمينيا وأذربيجان وجمهورية كوريا الشعبية الديمقراطية وجورجيا ومنغوليا<sup>(100)</sup>.

نخلص مما سبق إلى أن غالبية الدول الآسيوية قد حققت معدلات نمو متفاوتة في تحقيق أهداف التنمية المستدامة المتعلقة بالسياسات الصحية خاصة في المؤشرات المتعلقة بصحة الأم والوليد والطفل والتحصين والوقاية من الأمراض المعدية؛ وكذلك مؤشرات معدل خدمات وأعداد العاملين بالتمريض لكل عشرة آلاف نسمة ومعدل توزيع الأعباء لكل عششرة آلاف نسمة؛ وكذلك تراجع أوانخفاض الإنفاق الخاص على الرعاية الصحية في مقابل زيادة الإنفاق العام من الموازنات العامة للدول والذي انصرف أغلبه

للانفاق على تحديث المعدات والتجهيزات الطبية في المستشفيات والوحدات الصحية. ومع ذلك مازالت بعض الدول خاصة الدول في جنوب وجنوب غرب آسيا مثل أفغانستان وسيريلانكا وبنجلاديش وباكستان ومينامار وكمبوديا ونيبال تواجه صعوبات في توسيع دوائر وأعداد المنتفعين بالتغطية الصحية الشاملة، وهو حجر الزاوية لضمان حصول جميع الناس على قدم المساواة على السلسلة الكاملة للخدمات الصحية الأساسية، دون مواجهة صعوبات مالية مثل تلك الناجمة عن الإنفاق الشخصي الضخم على الرعاية الصحية.

وهناك العديد من قصص النجاح على المستوى القطري، بما في ذلك ما يتعلق بتوسيع نطاق تغطية الرعاية الصحية وتحقيق مستويات جيدة من الموارد البشرية للصحة، مثل الأعداد النسبية للممرضات والقابلات والأطباء.

قامت كل من الصين والهند واليابان - وبصفة خاصة الصين والهند الأعظم تعدادا للسكان والأكثر امتدادا من حيث المساحة والأكثر من حيث كثافة التوزيع السكاني وهوما يشب إلى حد كبير الحالي في مصر - بتبنى سياسات عامة صحية ونظم صحية تتسم بالفعالية والتقدم علاوة على الكفاءة والجودة في تلبية احتياجات المواطنين الرعاية والتغطية الصحية؛ حيث عملت حكومات تلك الدول على توفير الرعاية الصحية الشاملة وتحقيق التغطية الصحية للجميع. ونجحت تلك الدول في تنوع مصادر التمويل المستدام والشامل للخدمات الصحية التي تركز على إعطاء الأولوية للوقاية والتثقيف الصحي للحفاظ على صحة المواطنين؛ وتقديم كافة خدمات الرعاية الصحية المرتبطة بتحسين حالة الصحة ورفاهية المجتمع فيها.

تعتبر الصين واحدة من الدول النموذجية في تنفيذ السياسات الصحية<sup>(101)</sup>؛ حيث تتميز الصين بنظام صحي شامل يوفر خدمات صحية لملايين الأشخاص في البلاد. ويتم تمويل النظام بشكل رئيسي من خلال تأمين الصحة العامة والتمويل الحكومي من الموازنة العامة للدولة. كما تتضمن السياسات الصحية في الصين إجراءات لمكافحة الأمراض الشائعة مثل السرطان وأمراض القلب والسكتة الدماغية انطلاقاً من مساعيها إلى تحسين صحة الأفراد وتوفير الرعاية الصحية العادلة والشاملة لجميع المواطنين. علاوة على ذلك، تسعى الصين أيضاً لتعزيز التحصين والوقاية للوقاية من الأمراض والتوعية بالسلامة الصحية. كما تعتبر الصين رائدة في استخدام التكنولوجيا الحديثة في الرعاية الصحية وتطوير الابتكارات الطبية لتعزيز السلامة وكفاءة النظام الصحي.

وكذلك تعتبر الهند واحدة من أكبر الدول في آسيا ولديها نظام صحي متنوع ومعقد<sup>(102)</sup>؛ لذا تواجه الهند تحديات عديدة في مجال السياسات الصحية، بما في ذلك الوصول المحدود للخدمات الصحية والتوزيع غير العادل للموارد الصحية. وتستهدف السياسات الصحية في الهند تحسين صحة المواطنين من خلال توفير الرعاية الصحية الأساسية وتعزيز توزيع الموارد الصحية بطريقة عادلة؛ علاوة على السعي إلى تعزيز الوعي الصحي وتشجيع السكان على اعتماد أسلوب حياة صحي والوقاية من الأمراض. ومع ذلك، تواجه الهند تحديات تتعلق بالفقر والمعوقات البيئية والتحديات الثقافية التي تؤثر على جودة السياسات الصحية في الهند مقارنة بنظيرتها في كوريا وماليزيا وتايلاند.

بالإضافة إلى ذلك، فإن تواجه الهند تحديات في تعزيز البحث العلمي والابتكار في مجال السياسات الصحية. وعلى الرغم من هذه التحديات جميعها، فإن الهند تعمل على تطوير استراتيجيات جديدة لتعزيز السياسات الصحية وتحسين صحة السكان فيها. أما اليابان فتعد واحدة من الدول الرائدة في تطوير سياسات الرعاية الصحية في آسيا (103) حيث تمتاز السياسات الصحية فيها بالتركيز على الوقاية والعلاج المبكر، بالإضافة إلى تدبير وتخصيص التمويل الشامل والعادل والذي يستند بالأساس إلى نظام التأمين الصحي الوطني، الذي يشمل جميع المواطنين بغض النظر عن أعمارهم ومناطق إقامتهم وحجم الدخل الخاص بهم. ويقدم هذا النظام تغطية شاملة للعلاج الطبي والأدوية، مما يضمن وصول الجميع إلى الرعاية الصحية اللازمة لحياتهم برفاهية. وتعتبر اليابان أيضًا رائدة في تبني التكنولوجيا الحديثة في الرعاية الصحية، مثل استخدام الروبوتات والذكاء الاصطناعي في المستشفيات والصيدليات. وقد ساهمت هذه الابتكارات في تحسين جودة الخدمات الصحية وتقليل التكاليف الطبية. بالإضافة إلى ذلك، تقوم اليابان بتعزيز البحث والتطوير في مجالات مثل الطب النووي والأدوية الحيوية للمساهمة في تقديم الرعاية الصحية المتقدمة للمرضى ومعالجة الأمراض الشائعة في البلاد.

### **سادسًا: تحديات السياسات الصحية العامة في آسيا وسبل التغلب عليهما**

تعاني آسيا من عدة تحديات صحية رئيسية تؤثر على سياساتها الصحية؛ ومن بين هذه التحديات: زيادة السكان وتزايد الطلب على الخدمات الصحية. لذا تواجه الدول الآسيوية صعوبة في تلبية احتياجات السكان المتزايدة من الخدمات الصحية؛ وتوفير رعاية صحية عالية الجودة من الأمراض ذات الأولوية مثل السل والملاريا والتهاب الكبد الفيروسي والتي يشكل انتشارها أيضًا تحديات صحية كبيرة لدول المنطقة حيث أشارت عدة دراسات متخصصة وتقارير دولية إلى الانتشار الواسع للأمراض المعدية مثل الإيدز والسل والملاريا، وارتفاع معدلات الوفيات الناجمة عنها في بعض البلدان. كما تواجه آسيا تحديات في مجال الصحة العقلية، حيث تزايدت حالات الاكتئاب والقلق والتوتر النفسي بين السكان. وتشمل التحديات الأخرى انتشار الأمراض غير المعدية مثل أمراض القلب والسكتة الدماغية والسمنة، وارتفاع معدلات التدخين وتعاطي الكحول، ونقص في الحصول على الرعاية الصحية في بعض المناطق الريفية والمجتمعات الفقيرة، مما يؤثر على صحة السكان بشكل عام. بالإضافة لما سبق، تواجه آسيا تحديات في مجال النظم الصحية والتمويل الصحي، مما يؤثر على قدرتها على تنفيذ سياسات صحية فعالة.

كما تتوفر أيضًا فرص كبيرة لتعزيز السياسات الصحية في آسيا، مثل تعزيز التعاون بين الدول وتبادل المعرفة والخبرات في مجال الصحة. يمكن للدول الآسيوية أيضًا استغلال التقنية الحديثة والابتكارات الطبية لتحسين الرعاية الصحية وتعزيز السياسات الصحية في المنطقة. وتتمثل التحديات الرئيسية في آسيا فيما يلي:

1- شيخوخة السكان (104): عند النظر فقط في كبار السن (الذين تبلغ أعمارهم 60 سنة أو أكثر)، تتجاوز المعدلات 15 في المائة في 13 بلدًا، وتتراوح بين 32 و 57 في المائة في البلدان الأربعة ذات المعدلات الأعلى. وتشير هذه النقطة الأخيرة إلى وجود تحد

كبير، لا سيما بالنظر إلى أن منطقة آسيا والمحيط الهادئ، كمنطقة، تشهد شيخوخة السكان بوتيرة أسرع من أي منطقة أخرى في العالم. في حين أن عدد كبار السن، الذين يبلغون من العمر 60 عامًا أو أكثر، يقدر بـ 697 مليون شخص في عام 2023، وهو ما يمثل 15 في المائة من إجمالي سكان منطقة آسيا والمحيط الهادئ، بحلول عام 2050، من المتوقع أن يكون الرقم 1.3 مليار شخص، وهو ما يمثل 26 في المائة من إجمالي السكان.

ومن الآثار الهامة لشيخوخة السكان في هذا السياق أن نفقات الرعاية الصحية في المستقبل من المرجح جدا أن تزداد. تؤدي النمذجة الاقتصادية إلى ارتفاع توقعات إجمالي نفقات الرعاية الصحية الإجمالية كنسبة مئوية من إجمالي الناتج المحلي الإجمالي في منطقة آسيا والمحيط الهادئ من 5.3 في المائة في عام 2020 إلى 9.7 في المائة في عام 2060، في ظل افتراض الشيخوخة الصحية. إذا لم تصمد الافتراضات المتعلقة بالشيخوخة الصحية في المستقبل، فمن المتوقع أن يكون الرقم لعام 2060 هو 13.2 في المائة. يمكن تسليط الضوء على أهمية اتباع مسار صحي، بدلاً من الشيخوخة القياسية، من خلال النظر إلى الأمثلة القطرية. يصل الفرق في الإنفاق المتوقع على الرعاية الصحية في ظل هذين السيناريوهين إلى 55 في المائة في جمهورية إيران الإسلامية وجزر المالديف، في حين أنها تزيد عن 40 في المائة في كمبوديا والصين وإندونيسيا ومنغوليا ونيبال وطاجيكستان.

ومن الاعتبارات الأخرى الانتقال الوبائي من الأمراض المعدية إلى الأمراض غير المعدية (أو الأمراض المزمنة)، وكيف تميل هذه الأمراض إلى التأثير على كبار السن أكثر من الفئات العمرية الأخرى. تواجه البلدان النامية أكبر تحديات هذا العبء المتزايد من الأمراض، خاصة بالنظر إلى قيود الموارد التي تواجهها. وهذا يؤثر على جودة الرعاية المقدمة وكذلك يؤدي إلى تقنين خدمات الرعاية الصحية. إن تخصيص الميزانية التنافسية في العديد من البلدان النامية في آسيا والمحيط الهادئ (كما هو موضح أدناه) له آثار ضارة على الصحة؛ وتشمل هذه الآثار نظم الرعاية الصحية الناقصة التمويل وغير الفعالة والمكلفة مما يؤدي إلى حلقة مفرغة من ارتفاع معدلات الاعتلال الصحي والوفيات<sup>(105)</sup>.

بالنظر إلى شيخوخة السكان في جميع أنحاء المنطقة والضغط التضخمي المحتمل على تكلفة الرعاية الصحية، من الضروري أن تستخدم السياسات والمبادرات نهج دورة الحياة وتعزز الشيخوخة الصحية. ويشمل ذلك تعزيز التعلم مدى الحياة في مجال الصحة، إلى جانب زيادة الوعي بعوامل الخطر الرئيسية الأربعة للأمراض غير المعدية، وهي الأنظمة الغذائية غير الصحية، والخمول البدني، وتعاطي التبغ، والتعاطي الضار للكحول. كما تدعو إلى اتباع نهج متعددة القطاعات تعالج المحددات الاجتماعية للصحة بحيث تتاح لجميع شرائح المجتمع الفرص للتمكين في عملية الشيخوخة الصحية.

2- استبعاد بعض الفئات من الحصول على الرعاية الصحية لاعتبارات إثنية<sup>(106)</sup>:

لوحظ، قيام بعض الدول باستبعاد الأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية والأشخاص من الفئات السكانية الرئيسية الذين يدينون بدين مغاير لدين الأغلبية من

الحصول على الرعاية: مثل المسلمون في جنوب تايلاند والسنة في شرق ايران والمسلمون من أقلية الروهينجا في ميانمار، وكذلك المهاجرين والمغتربين في تايلاند وكوريا وفيتنام والهند وأندونيسيا من الرعاية الصحية. ومن الفئات الأخرى من الأشخاص الذين يواجهون حواجز هم كبار السن والأشخاص ذوو الإعاقة حيث تعجز بعض الدول عن تقديم الخدمات الصحية الخاصة بهذه الفئات علاوة على عدم تيسير حصولهم على الخدمات الصحية بعدوى تحقيق المساواة بغيرهم من الأفراد، في حين أن النساء والشباب والمجموعات المصغرة قد يواجهون أيضًا حواجز، بما في ذلك الوصم والتمييز في الحصول على الخدمة كما يجري الأمر في أفغانستان وباكستان والسعودية وبعض مناطق جمهوريات آسيا الوسطى- في الحصول على الخدمات الصحية التي تثير قلقًا خاصًا بشأن الصحة الجنسية والإنجابية والحقوق الإنجابية<sup>(107)</sup>.

3- ضعف خدمات التغطية الصحية الشاملة في المناطق والأقاليم الجغرافية النائية<sup>(108)</sup>؛ وخاصة في الدول التي تعاني من الاتساع الجغرافي الهائل مثل الصين والهند أوتعاني من ضعف شبكة النقل والمواصلات كما في باكستان وأفغانستان وبنجلاديش وسريلانكا مما أدى إلى اندلاع العديد من موجات الهجرة والانتقال من هذه المناطق البعيدة المحرومة من خدمات الرعاية الصحية للمدن الكبرى وعواصم الدول للحصول على الخدمات الصحية اللازمة لهم. ومن منظور عدم ترك أي شخص يتخلف عن الركب، لا يزال هناك الكثير الذي يتعين على هذه الدول القيام به لزيادة فرص الحصول على الرعاية الصحية في المناطق الريفية والنائية والمناطق التي تعاني من نقص الخدمات، مما يؤدي إلى نشوء الأحياء الفقيرة في المناطق الحضرية. يعتمد هذا إلى حد كبير على ضخ المزيد من الاستثمارات في البنية التحتية الصحية من إقامة الوحدات الصحية والمستشفيات العامة والمستشفيات المتخصصة وجودة وتأهيل الموارد البشرية في مثل هذه الأماكن، إلى جانب جعل الرعاية الصحية في متناول الجميع. لذا من الضروري اتباع نهج مماثل مع مجموعات سكانية متنوعة قد تواجه عوائق في الوصول لخدمات الرعاية الصحية، مع الاهتمام بالتوعية الصحية وكيفية الوصول والحصول عليها، بما في ذلك عن طريق وسائل الإعلام وتنمية القدرات والطرق المبتكرة لتحسين الوصول العادل إلى الخدمات، مثل استخدام تكنولوجيا المعلومات والاتصالات<sup>(109)</sup>.

4- هجرة العمالة الماهرة في الرعاية الصحية للخارج<sup>(110)</sup>: أرجعت بعض الدراسات الاختلاف والتباين بين السياسات الصحية والمؤشرات الخاصة بها في الدول الآسيوية بعضها البعض للاختلافات فيما بينها في عدد الممرضات والأطباء العاملين في بلدان آسيا. غير أن بعض هذه الدول مثل ماليزيا وكوريا والفلبين وتايلاند والصين وسنغافورة أصبحت تعاني من هجرة الموظفين الصحيين سواء من طواقم التمريض والفنيين الصحيين والأطباء. فقد ساهمت ظروف العمل السيئة والأجور المنخفضة ونقص فرص التطوير الوظيفي في مغادرة العاملين الصحيين لبلدان مثل الهند والفلبين والصين وتايلاند لدول أوروبا والخليج العربي. وأشارت الدراسات الاستقصائية الوطنية الطوعية التي قامت بها منظمة الصحة العالمية في عامي 2020 و2022 على كل من: تايلاند وفيجي والفلبين

وكوريا<sup>(111)</sup> إلى الآثار السلبية لـ "تزوج الأدمغة" من العاملين الصحيين على النظم الصحية الوطنية في تلك الدول وغيرها مما يؤدي إلى عدم المساواة في مجال الرعاية الصحية. علاوة على ذلك، غالبًا ما تعاني المناطق الريفية والنائية داخل البلدان من نقص الخدمات من قبل العاملين الصحيين الذين يفضلون العمل في المناطق الحضرية ذات الأجور والمرتببات الأفضل علاوة على توفر خدمات الرفاهية الأخرى مثل خدمات الاتصالات والسكن والتعليم... وغيرها.

5- تحدى استمرار وجودة عملية اصلاح السياسات العامة الصحية فى الدول الآسيوية<sup>(112)</sup>: فى السنوات الأخيرة، شرعت جميع الدول والبلدان الآسيوية تقريباً، بما فى ذلك بلدان جنوب شرق آسيا، فى إصلاح قطاع الصحة، بدرجات متفاوتة وتبنى سياسات عامة جديدة للرعاية الصحية. وتظل أهداف إصلاح القطاع الصحي، بالمعنى الرسمي، هى تحقيق الكفاءة، وتحسين الجودة، والحفاظ على العدالة أوتعزيزها، وتوليد موارد جديدة للرعاية الصحية. ومع ذلك، فإن "الرغبة" فى الإصلاح تختلف من بلد إلى آخر؛ ففي كثير من الأحيان يبدأ الإصلاح من خلال سياسة واعية لتعزيز أوتحسين نظام الرعاية الصحية. وفى بعض الحالات، تأتي الرغبة فى الإصلاح من الرغبة فى الانضمام إلى السوق العالمية من خلال "التحرير الاقتصادي". وفى عدد متزايد من البلدان الآسيوية فى جنوب آسيا مثل باكستان التى تواجه وضعاً اقتصادياً غير مستقر، فإن إصلاح القطاع الصحى الاجتماعى تمليه المنظمات والوكالات الدولية المانحة، وفى المقام الأول البنك الدولى وصندوق النقد الدولى، أكثر من أى قرار سياسى عقلانى. وبالتالي، نادراً ما يأخذ هذا الإصلاح فى الاعتبار التغيرات الاجتماعية والاقتصادية والديموغرافية والوبائية الأوسع التى لها آثار خطيرة على السياسات العامة لقطاع الصحة فى هذه الدول.

سابعاً: الدروس المستفادة لمصر من السياسات الصحية العامة فى آسيا

تتشابه الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية وأحياناً السياسية فى مصر مع كثير من الدول الآسيوية إما بناء على اعتبارات تتعلق بالحجم والتعداد السكانى (مثل إيران وتايلاند وكوريا الجنوبية وسريلانكا) أو الامتداد الجغرافى والمساحة؛ أووفقاً للتاريخ السياسى المعاصر والمرتببب بالتححرر من الاستعمار البريطانى وتحقيق الاستقلال الوطنى ومن ثم بدء الخطط التنموية الشاملة للنهوض الاقتصادى والاجتماعى ومنه توفير وتحقيق التغطية الصحية الشاملة للمواطنين فى دول مثل الهند وماليزيا وأندونيسيا وتايلاند وكمبوديا وإيران وغيرها من الدول الآسيوية.

كما تحظى مصر كأغلب الدول الآسيوية بموارد وامكانات توفر أيضاً فرصاً هامة لتعزيز السياسات الصحية لديها؛ ومن أبرز تلك الموارد الغنية: الكوادر البشرية المدربة والمهارات الفنية وهوما يشكل أساساً قوياً لتنفيذ السياسات الصحية الفعالة. بالإضافة إلى ذلك، تتمتع مصر كما فى بعض البلدان فى آسيا بقدرة تصنيع عالية للأدوية والمعدات الطبية، مما يوفر فرصاً لتعزيز الصحة والوقاية من الأمراض. بالإضافة إلى ذلك، تتمتع مصر بالقدرة على استيعاب التكنولوجيا المتقدمة والكفاء فى تصميم وإدارة قواعد البيانات الضخمة، مما يوفر فرصاً كبيرة هائلة لتطوير وتحليل البيانات وتوجيه السياسات الصحية

بشكل أفضل؛ إذا تم استثمار هذه الفرص بشكل جيد، ويمكنها من أن تكون مركزاً قوياً لتعزيز السياسات الصحية وتحسين الحالة الصحية في المنطقة. على غرار بعض التجارب الناجحة في آسيا مثل سنغافورة وتايلاند والفلبين وماليزيا وكوريا. ومن أبرز الدروس التي يمكن لصانعي السياسات العامة الصحية المصرية الاستفادة من الخبرة الآسيوية فيها ما يلي:

1- التعاون الدولي والإقليمي في تبادل الممارسات الصحية الجيدة (113): دعم تنفيذ الإعلان الوزاري لآسيا والمحيط الهادئ ناهيك عن بروتوكولات واتفاقات التعاون الإقليمي بين دول رابطة الآسيان (رابطة شعوب جنوب شرق آسيا) - خلق بيئات مواتية لتعزيز الصحة والسياسات العامة المرتبطة بها وبشكل أكثر فعالية في بيئات من المجتمع إلى المستويين الوطني والإقليمي، لذا هناك حاجة ضرورية لمصر إلى مزيد من التعاون في تبادل الممارسات الجيدة والدروس المستفادة، وكذلك تنمية القدرات في مجال الصحة عموماً. ويشمل ذلك: توافر الرغبة والإرادة السياسية وتطبيق شراكة حقيقية بين الأجهزة والمؤسسات الحكومية مع منظمات المجتمع المدني وشركات القطاع الخاص وغيرهم من أجل تمويل النظم الصحية وتقديم الخدمات الصحية بفعالية لجميع أفراد المجتمع؛ إلى جانب تحقيق التماسك الناجم عن العقود الاجتماعية والتضامن بين الأجيال. لذا فإن تطوير واقع التغطية الصحية الشاملة والحصول العادل على الرعاية الصحية وتضمينها في الخطاب السياسي الرسمي، سيجعل مصر واحة يسود فيها الرفاه على نطاق واسع كما نجحت في ذلك دول آسيوية مثل ماليزيا وسنغافورة وكوريا وتايلاند.

2- ضرورة الأخذ في الاعتبار الحاجة الملحة إلى تعزيز النظم الصحية الوطنية (114) بحيث تكون مزودة بموارد أفضل وأكثر كفاءة وأكثر إنصافاً وفقاً للمواثيق والاتفاقات الصحية الدولية وبما يتوافق مع النصوص والمواد الدستورية المتعلقة بالصحة في دستور 2014 (115). ومن الأهمية بمكان أيضاً أن تستجيب هذه الأنظمة والسياسات الصحية المصرية لاحتياجات جميع الفئات السكانية، لاسيما الفئات الأكثر حرماناً مثل الأطفال والمهمشين ومعدومي الدخل والعمالة غير المنتظمة والمعاقين وكبار السن؛ مع تنوعها في التعامل مع التغيرات الديموغرافية والوبائية، إلى جانب قدرتها على التكيف مع آثار تغير المناخ والكوارث الطبيعية والمناخية مثل موجات الحر الشديد وغيرها.

3- إعادة النظر في السياسات الصحية المصرية خاصة فيما يتعلق بمحور تحقيق التغطية الصحية الشاملة وتقديمها إلى جميع الناس (116)، فينبغي أن يكون هناك انتقال من النظم الصحية التي يجري تصميمها حول الأمراض والمؤسسات إلى تلك النظم المصممة مع الناس في المقدمة. وهذا هو الأساس الذي تستلزمه سياسات الرعاية الصحية الأولية من خلال النظر في نهج شامل للمجتمع ككل تجاه الصحة يهدف إلى ضمان أعلى مستوى ممكن من الصحة والرفاهية جنباً إلى جنب مع التوزيع العادل للخدمات الصحية. ويتحقق ذلك من خلال التركيز على احتياجات الناس في أقرب وقت ممكن على طول السلسلة الممتدة من تعزيز الصحة والوقاية من الأمراض إلى العلاج وإعادة التأهيل والرعاية الصحية وتحسين البيئة المحيطة اليومية للناس.

4- سرعة رقمنة الخدمات الصحية<sup>(117)</sup>؛ وبما يؤدي إلى استفادة المرضى وموظفي الرعاية الصحية والمجتمع من طرائق الصحة الرقمية، مثل التطبيب والعلاج والتداوى عن بعد؛ نتيجة تسهيل تبادل المعلومات حول التشخيص والعلاج والوقاية؛ بالإضافة إلى تعزيز البحث والتعليم المستمر لمقدمي الرعاية الصحية. كما يمكن لاستخدام التكنولوجيا الرقمية في مجال الصحة أن يعزز من استخدام نظم المعلومات والطريقة التي يتم بها جمع البيانات وتحليلها، مما يسمح برصد أكثر فعالية لأهداف التنمية المستدامة المتعلقة بالصحة، بما في ذلك تحقيق التغطية الصحية الشاملة؛ حيث مكنت أنظمة المعلومات الصحية الأكثر قوة كثير من الدول الآسيوية من صنع وتنفيذ سياسات عامة صحية أكثر فعالية. وفي هذا الصدد، هناك حاجة إلى القيام بإجراء دراسات استقصائية شاملة لنفقات الأسر المعيشية وتسجيل مدني فعال وإحصاءات حيوية لإنتاج وتوفير بيانات عالية الجودة في الوقت المناسب لصانعي السياسات الصحية في مصر.

ويتواكب مع ماسبق ضرورة توحيد وأتمتة نظم جمع البيانات الحالية والتي تميل إلى التركيز أكثر على المستويات الإجمالية والتي قد تخفي أوجه عدم المساواة داخل المجتمع المصري. على سبيل المثال، تكون تغطية الخدمات الصحية الجنسية والإنجابية وصحة الأم والطفل والمراهق أكبر عموماً بين الأشخاص الأكثر ثراءً وتعليماً والذين يعيشون في المناطق الحضرية؛ بينما تفتقر الجماعات والأفراد القاطنين في الريف والمجمعات المحلية خارج المدن الرئيسية إلى وجود تلك الخدمات. علاوة على ذلك، فإن الأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية والأشخاص من الفئات السكانية مثل كبار السن وذوي الأمراض المزمنة المتعلقة بالمخ والأعصاب والكبد والكلية غالباً ما يواجهون العديد من الحواجز والقيود والإجراءات المعقدة والطويلة للوصول إلى خطط وخدمات التأمين الصحي، بالإضافة إلى التغطية المحدودة لتلك الخدمات والتي يصل إليها المقيمين في المدن والقريبيين من وحدات العلاج المتخصصة<sup>(118)</sup>.

وعلى الرغم من وفرة وكثرة التشريعات التي تسمح للسماح للأشخاص من الفئات السكانية الرئيسية بالوصول إلى التأمين، ولكن من الناحية العملية قد يواجهون وصمة عار وتمييزاً، بالإضافة إلى حواجز مثل العمليات الإدارية المعقدة، ومتطلبات التوثيق التي قد لا يمتلكها الأشخاص خاصة من السكان المتنقلين؛ والمدفوعات المشتركة أو رسوم المرافق؛ وضعف أنظمة خصوصية البيانات. وعادة ما يكون المهاجرون داخلها في مصر أيضاً في وضع غير مواتٍ من حيث الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية، لا سيما في حالة الهجرة غير النظامية من الريف للمدن؛ ويشمل ذلك الأطفال المرافقون لأسرهم.

لذا مكنت تكنولوجيا المعلومات والاتصالات الكثير من الدول الآسيوية من تحقيق وزيادة الوصول العادل إلى الرعاية الصحية؛ ففي روسيا على سبيل المثال تم تطوير مبادرات مؤخرًا لتحسين كفاءة النظام الصحي من خلال توفير الخدمات الرقمية بما في ذلك تقنيات التطبيب عن بُعد ومواعيد الأطباء الإلكترونية والوصفات الطبية الإلكترونية؛ مما أسهم في تعزيز مجموعة متنوعة من العمليات مثل التطعيم والفحوصات الطبية والفحوصات الطبية الوقائية والاستشفاء المخطط له واستشارات التطبيب عن بعد<sup>(119)</sup>.

ومن المهم النظر في احتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن من حيث إمكانية الوصول لتلك الخدمات الرقمية الصحية؛ كما يجب النظر في قضايا الخصوصية مع العناية بالوصول على المقترحات والتعليقات المتنوعة حول استخدام التكنولوجيا المناسبة وفي ذات الوقت تلتزم بمراعاة الاعتبارات والنهج القائمة على الحقوق ومنها الحق في الرعاية الصحية الجيدة والمقبولة<sup>(120)</sup>.

5- ضرورة استناد السياسات الصحية العامة في مصر إلى الأبحاث العلمية والتحليلات الاقتصادية والاجتماعية وبما يسهم في تلبية الاحتياجات الفردية والمجتمعية، وتناسب جميع الأطراف المعنية والمهتمة؛ فعلى سبيل المثال تتضمن الخطط والسياسات الصحية الوطنية في سنغافورة<sup>(121)</sup>: تحديد الأهداف الرئيسية لقطاع الرعاية الصحية، ووضع استراتيجيات وبرامج صحية فعالة وملئمة تمامًا لهذه الأهداف بشكل مستدام تمامًا؛ كما تضمن تنظيم العمليات والإجراءات الإدارية بشكل سلس وفعال، إلى جانب تعزيز الشفافية والمساءلة في قطاع الرعاية الصحية. لذا وبفضل هذه السياسات الرائدة والمتطورة، تحظى سنغافورة بنظام صحي متميز يوفر رعاية صحية عالية الجودة ومستدامة لكل فرد في المجتمع؛ علاوة على توفير فرص التعلم التطويرية والمهنية للممارسين في مجال الرعاية الصحية، وتعزيز البحث العلمي في مجال الطب والعلوم الصحية؛ علاوة على الاهتمام بتطوير البنية التحتية الصحية وتحديث التكنولوجيا في المجال الصحي، وذلك من خلال الاستثمار في التجهيزات والمعدات الحديثة والمتطورة لتحسين الرعاية الطبية وتوفير الخدمات الصحية بفعالية أكبر. كما حققت سنغافورة نجاحًا لافتًا في تعزيز المشاركة المجتمعية في قطاع الرعاية الصحية، من خلال إقامة شراكات مستدامة مع الجمعيات والمؤسسات الخاصة والعامة، وتعزيز التعاون بين المجتمع الطبي والجمهور؛ حيث تقوم الحكومة بتوفير مساحة للاستماع للمرضى ومنظمات المجتمع والمهنيين في مجال الرعاية الصحية، وتشجيع الحوار والنقاش المستفيض لتحقيق التحسينات المستمرة في النظام الصحي<sup>(122)</sup>.

6- ضرورة الاستثمار المستمر في البحث والابتكار وتشجيع التطوير المستدام والمبتكر في مجال الرعاية الصحية، بهدف تحقيق الجودة والفعالية والوصول الشامل والعاقل للخدمات الصحية للجميع؛ وتعزيز الوعي الصحي وتشجيع السلوكيات الصحية والوقاية والرعاية الذاتية من خلال حملات توعوية وبرامج تثقيفية. فمن خلال الابتكار والرؤية القيادية في مجال الرعاية الصحية، أصبحت تايلاند وكوريا وسنغافورة مرجعية عالمية في مجال الجودة والابتكار والتميز في الرعاية الصحية؛ حيث تحرص هذه الدول على مواكبة التطورات العالمية في مجال الرعاية الصحية وتبادل الخبرات والمعرفة مع المؤسسات الدولية والدول الأخرى، بهدف تحقيق التعاون والتقدم المشترك في مجال الرعاية الصحية العالمية<sup>(123)</sup>.

7- تعزيز التعاون الدولي في تنفيذ السياسات الصحية<sup>(124)</sup>: اعتمدت كثير من الدول الآسيوية على استراتيجية تكثيف التعاون الدولي في تنفيذ السياسات الصحية فيها وكذلك لمواجهة التحديات الصحية المشتركة في دول المنطقة. ونجحت عدة دول آسيوية منها

دول رابطة الآسيان في ابرام الاتفاقات الثنائية والجماعية المتعلقة بتبادل المعلومات والخبرات والتجارب المتعلقة بالرعاية الصحية، مما مكنها من دعم بعضها البعض في تطبيق السياسات الصحية الفعالة. ونجحت هذه الدول في التعاون مع المنظمات الدولية مثل منظمة الصحة العالمية (WHO) والبنك الدولي ومنظمة التعاون والتنمية الاقتصادية (OECD) لتوفير الدعم الفني والمالي للبلدان الآسيوية لتعزيز القدرات الصحية وتنفيذ السياسات الصحية. كما عزز التعاون الدولي لتلك الدول عملية التنسيق فيما بينها في الاستجابة للأوبئة المستجدة وتبادل التكنولوجيا الطبية والأدوية الحديثة. مما سبق؛ نوّكد على أن تعزيز التعاون الدولي في تنفيذ السياسات الصحية بمصر يجب أن يعكس الرغبة في تحقيق صحة أفضل وأكثر استدامة لجميع السكان في مصر والمنطق الجغرافية المرتبطة مثل المنطقة العربية والمنطقة الأفريقية عموماً.

خاتمة الدراسة:

تلخص الدراسة إلى أن النظام الصحي الفعال وخاصة في البلدان النامية يحتاج إلى سياسات صحية قوية مركزية أساسية لعملية التنمية الشاملة والمستدامة. وقد سلطت الدراسة الضوء على نتائج ومؤشرات تطبيق السياسات الصحية في الدول الآخذة في النمو والتي جاءت نتيجة تحسين الأنشطة الصحية وتطوير السياسات الصحية في كل من البلدان المتقدمة والنامية. وعرضت الدراسة معالم السياسة الصحية العالمية والاتجاهات العالمية لتغيير السياسات الصحية بدءاً من الرعاية الصحية الأولية في السبعينيات، ومبادرات الصحة العالمية في التسعينيات، والأهداف الإنمائية للألفية في العقد الأول من القرن الحادي والعشرين، ثم إلى العصر الحالي لأهداف التنمية المستدامة.

وقامت الدراسة بتحليل ورصد مجموعة من مؤشرات نتائج السياسات الصحية في دول آسيا والمحيط الهادى والتي من أهمها: مدى توافر البنية الأساسية من مستشفيات ومراكز صحية ومعدات وتجهيزات طبية أساسية؛ والموارد والقوى البشرية المتخصصة من أطباء وتمريض وغيرها؛ علاوة على أدوات تمويل الإنفاق على الرعاية الصحية ودور الحكومات ومؤسسات القطاع ومنظمات المجتمع المدني. كما عرضت الدراسة لبعض النتائج والإنجازات الصحية التي حققتها بعض الدول الآسيوية مثل الصين والهند واليابان وسنغافورة. علاوة على قيام الدراسة بعرض بعض التحديات والمشاكل التي تواجهها بعض الدول الآسيوية في سياساتها الصحية الحالية.

وفى نهاية الدراسة تم تقديم بعض التوصيات والمقترحات والدروس المستفادة من تجارب السياسات الصحية في بعض الدول الآسيوية لصانعي السياسات الصحية في مصر لتحسين أداء ونتائج مخرجات السياسات الصحية في مصر والتي من أهمها: تعزيز الشراكة بين القطاعين العام والخاص ومنظمات المجتمع المدني؛ وإدخال التكنولوجيا الحديثة؛ وتطبيق اللامركزية الصحية؛ وتمكين الرعاية الصحية المجتمعية؛ والتدريب وبناء القدرات والاستثمار في البنية التحتية؛ والحد من الفوارق وعدم المساواة بين السكان في تحقيق التغطية الصحية الشاملة وأهداف التنمية المستدامة؛ وضرورة قيام السلطات الصحية في مصر بإعادة صياغة سياستها الصحية الوطنية من خلال الاهتمام ليس فقط

بتقديم خدمات الرعاية الصحية ولكن أيضاً بالمحددات الأخرى للصحة وخاصة البيئة ونمط الحياة ووفقاً لأهداف واضحة وخطط ملموسة وأدوات تنفيذ قابلة للتقييم. علاوة على اتباع نهج متعدد القطاعات من خلال ضمان المساواة والمشاركة الأوسع والتعاون مع جميع الجهات الفاعلة والقطاعات والمنظمات غير الحكومية والمجتمعات ذات الصلة بالسياسات الصحية؛ وزيادة الإنفاق الحكومي على الصحة في ميزانياتها الوطنية بما يصل إلى النسبة المنصوص عليها في دستور 2014،

## هوامش الدراسة

<sup>1)</sup> Aklilu Endalamaw, Resham B Khatri1, Daniel Erku1, Frehiwot Nigatu, Anteneh Zewdie, Eskinder Wolka and Yibeltal Assefa, Successes and challenges towards improving quality of primary health care services: a scoping review , **BMC Health Services Research**, (2023) 23:893. Pp. 3-4.

<sup>2)</sup> IBID.,pp5.

<sup>3)</sup> T. Collins Health policy analysis: a simple tool for policy makers, **Public Health**, Volume 119, Issue 3, March 2005, Pages 192-196.

<sup>4)</sup> Bismantara H, Ahern S, Teede HJ, *et al.* Academic health science centre models across the developing countries and lessons for implementation in Indonesia: a scoping review, **BMJ Open** 2022;12. Pp. 1-13.

<sup>5)</sup> Bhupendra Kumar Rana, COVID-19 response in South-East Asia: promoting: healthcare quality through political engagement, **IJQHC Communications**, 2021, **1(1)**, pp. 1-3.

<sup>6)</sup> APACMed Digital Health Committee Regulatory Working Group, Digital Health Regulation In Asia-Pacific, **Digital Health: Overview And Best Practices**, Singapore, 2023. Pp. 1- 19: [www.apacmed.org](http://www.apacmed.org).

<sup>7)</sup> Ming Yao Lim, Hanin Farhana Kamaruzaman, Olivia Wu and Claudia Geue, Health financing challenges in Southeast Asian countries for universal health coverage: a systematic review, *Lim et al. Archives of Public Health* (2023) 81:148.

<sup>8)</sup> محمد علي حمود؛ السياسات العامة: رؤية في عوامل التطور والمدارس الفكرية والمفهوم؛ مجلة تكريت للعلوم السياسية؛ العدد 22؛ 2020. ص ص. 297-298.

<sup>9)</sup> المرجع السابق؛ ص. 299.

<sup>10)</sup> MICHAEL MORAN, MARTIN REIN, and ROBERT E. GOODIN (eds.), **the oxford handbook of PUBLIC POLICY**, Oxford University Press Inc., New York.2005. pp. 15-16..

<sup>11)</sup> *ibid.*, pp.43-45.

<sup>12)</sup> جيمس أندرسون؛ صنع السياسات العامة؛ ترجمة عامر الكبيسي؛ الناشر: دار المسيرة للنشر والطباعة والتوزيع؛ عمان؛ 2015. ص ص. 26-27.

- <sup>13</sup>) MICHAEL MORAN, MARTIN REIN, and ROBERT E. GOODIN (eds.), **the oxford handbook of PUBLIC POLICY**.....,opcit.,. pp. 66-68.
- <sup>14</sup>) Ibid., pp.72-75.
- <sup>15</sup>) جيمس أندرسون؛ صنع السياسات العامة؛ ترجمة عامر الكبيسي..... مرجع سابق؛ ص.62
- <sup>16</sup>) RichardWilson , “Policy Analysis as Policy Advice “, in: MICHAEL MORAN, MARTIN REIN, and ROBERT E. GOODIN (eds.), **the oxford handbook of PUBLIC POLICY**.....,opcit.,. pp. 142-143.
- <sup>17</sup>) Kent Buse, Nicholas Mays and Gill Walt , **Making Health Policy**, Open University Press ,McGraw-Hill Education , Berkshire, England, 2005. Pp.56-57.
- <sup>18</sup>) Ibid.,p.59.
- <sup>19</sup>) Rachel E. Sachs, Innovation Law and Policy: Preserving the Future of Personalized Medicine, **University of California, Davis** ,Vol. 49. , no. 1881 2016.pp. 1882- 1885.
- <sup>20</sup>) Ibid.,pp.1887-1889.
- <sup>21</sup>) Kent Buse, Nicholas Mays and Gill Walt , **Making Health Policy**.....,opcit.,. p.67.
- <sup>22</sup>) Ibid., p.68.
- <sup>23</sup>) Robert E, Rajan D, Koch K, *et al.* Policy dialogue as a collaborative tool for multistakeholder health governance: a scoping study, **BMJ Global Health**, 2020;4.pp. 1-4. Downloaded from <http://gh.bmj.com>
- <sup>24</sup>) Ibid., p.5
- <sup>25</sup>) Ibid., 7.
- <sup>26</sup>) Christine Fry, Sara Zimmerman & Manel Kappagoda , Healthy Reform, Healthy Cities: Using Law and Policy to Reduce Obesity Rates in Underserved Communities, **Fordham Urban Law Journal**, Volume 40 ,Number 4, Article 2 , March 2016. pp. 1265-1271.Available at: <https://ir.lawnet.fordham.edu/ulj/vol40/iss4/2>
- <sup>27</sup>) **Bismantara H, Ahern S,Teede HJ, et al.** Academic health science centre models across the developing countries and lessons for mplementation in Indonesia: a scoping review, **BMJ Open** 2022;12,:e051937. Pp. 2-3.
- <sup>28</sup>) ذهبية صيفي؛ السياسة الصحية في الجزائر وتجربة الإصلاح: دراسة ميدانية بالمؤسسة الاستشفائية والمؤسسة العمومية للصحة الجوارية لسرالدة؛ رسالة دكتوراه في علم الاجتماع؛ كلية العلوم الاجتماعية؛ جامعة الجزائر 2 أبو القاسم سعد الله؛ الجزائر؛ 2018. ص ص. 19-25.
- <sup>29</sup>) المرجع السابق؛ ص. 26
- <sup>30</sup>) المرجع السابق؛ ص. 27.
- <sup>31</sup>) المرجع السابق؛ ص. 29.
- <sup>32</sup>) ziza Mwisongo, Juliet Nabyonga-Orem, Theodore Yao and Delanyo Dovlo , The role of power in health policy dialogues: lessons from African countries , **BMC Health Services Research**, 2016, 16(Suppl 4):213. Pp. 338-340.
- <sup>33</sup>) Ibid., pp.342.
- <sup>34</sup>) Ibid., pp. 43-46.
- <sup>35</sup>) Ibid., p.47.
- <sup>36</sup>) Lucy Gilson, Introduction to Health Policy and Systems Research, in: Lucy Gilson , **A Methodology Reader Health Policy and Systems Research** ,World Health Organization, 2012. Pp. 65-67.

- <sup>37)</sup> Sally S. Cohen, and Karen McKeown, Public Policy, Public Health, and Health Policy, **Oncology Nursing Society**, 2020.pp.14-15.
- <sup>38)</sup> Ibid., pp. 17-18.
- <sup>39)</sup> Ibid., p.20-21.
- <sup>40)</sup> MALLORY E. COMPTON and PAUL ‘T HART, **Great Policy Successes** , Oxford University Press, New York ,2019. Pp.133- 136.
- <sup>41)</sup> Ibid., pp.137-138.
- <sup>42)</sup> Ibid., p. 141.
- <sup>43)</sup> Lucy Gilson, Introduction to Health Policy and Systems Research, in: Lucy Gilson , **A Methodology Reader Health Policy and Systems Research** ....., Pp.73-75.
- <sup>44)</sup> Hélène Barroy, Jonathan Cylus, Walaiporn Patcharanarumo, Jacob Novignon, Tam  as Evetovits and Sanjeev Gupta , Do efficiency gains really translate into more budget for health? An assessment framework and country applications, **Health Policy and Planning**, 36, 2021, pp. 1307–1308.
- <sup>45)</sup> Ibid., p.1309.
- <sup>46)</sup> Ellen Kuhlmann, *Sweden* Robert H. Blank and Ivy Lynn Bourgeault, **The Palgrave International Handbook of Healthcare Policy and Governance**, PALGRAVE MACMILLAN, London. 2015.pp. 134-144.
- <sup>47)</sup> Marc J. Roberts , “ Equity in Health Reform “ , in: Ellen Kuhlmann, *Sweden* Robert H. Blank and Ivy Lynn Bourgeault, **The Palgrave International Handbook of Healthcare Policy and Governance**.....opcit., pp.547-548.
- <sup>48)</sup> Sigrun Olafsdottir and Elyas Bakhtiari , “ Citizenship and Healthcare Policy” , in: Ellen Kuhlmann, *Sweden* Robert H. Blank and Ivy Lynn Bourgeault, **The Palgrave International Handbook of Healthcare Policy and Governance**.....opcit., pp.561-566.
- <sup>49)</sup> T. Collins Health policy analysis: a simple tool for policy makers, **Public Health**, Volume 119, Issue 3, March 2005, Pages 192-196.
- <sup>50)</sup> Brian Abel-Smith, **An Introduction To Health: Policy, Planning and Financing** Routledge,, 2017. Pp.21-13.
- <sup>51)</sup> Ibid., p.15.
- <sup>52)</sup> Gillian Pascall, **Health and Health Policy**, researchgate,2023, at: <https://www.researchgate.net/publication/262685949> pp, 17- 25.
- <sup>53)</sup> Hélène Barroy, Jonathan Cylus, Walaiporn Patcharanarumo, Jacob Novignon, Tam  as Evetovits and Sanjeev Gupta , Do efficiency gains really translate into more budget for health? An assessment framework and country applications, .....opcit., pp. 1309–1311...
- <sup>54)</sup> Ibid., p.1312.
- <sup>55)</sup> Hurriyet Babacan and Narayan Gopalkrishnan, “ Ethnic Minority Groups in Healthcare Governance “ ,in: Ellen Kuhlmann, *Sweden* Robert H. Blank and Ivy Lynn Bourgeault, **The Palgrave International Handbook of Healthcare Policy and Governance**.....opcit., pp.615- 617.
- <sup>56)</sup> ذهبي   صيفي؛ السياسة الصحية في الجزائر وتجربة الإصلاح: دراسة ميدانية بالمؤسسة الاستشفائية والمؤسسة العمومية للصحة الجوارية لسرالدة..... مرجع سابق؛ ص ص. 88-90.

<sup>57)</sup> Emmanuele Pavolini and Hildegard Theobald, "Long-Term Care Policies", in: Ellen Kuhlmann, Sweden Robert H. Blank and Ivy Lynn Bourgeault, **The Palgrave International Handbook of Healthcare Policy and Governance**.....opcit., pp. 462- 466.

<sup>58)</sup> Antonia Maioni and Theodore R. Marmor, "Health Policy Reform in North America", in: Ellen Kuhlmann, Sweden Robert H. Blank and Ivy Lynn Bourgeault, **The Palgrave International Handbook of Healthcare Policy and Governance**.....opcit., pp. 222-224.

<sup>59)</sup> تقرير موجز لمجموعة العمل؛ اشكاليات سياسات الرعاية الصحية في دول مجلس التعاون الخليجي؛ تقرير موجز لمجموعة العمل؛ مركز الدراسات الدولية والإقليمية؛ جامعة جورجتاون بقطر؛ الدوحة. 2020. ص. 16 و18 و26.

<sup>60)</sup> حول جهود الأمم المتحدة في قضية الصحة وكذا بيان بجهود وكالاتها الفرعية ومنظماتها المتخصصة ومنها منظمة الصحة العالمية يمكن الرجوع إلى موقع الأمم المتحدة على الرابط التالي:

<https://www.un.org/ar/global-issues/health> 20/07/2024.

<sup>61)</sup> للمزيد من المعلومات حول أنشطة البنك الدولي في تمويل المشروعات الصحية يمكن الرجوع لموقع البنك على الرابط التالي:

[https://www.albankaldawli.org/ar/topic/health/overview?\\_gl=1\\*8q6jho\\*\\_gcl\\_au\\*MTgwNTUzMDU1NS4xNzIzMzEwMzE5#1](https://www.albankaldawli.org/ar/topic/health/overview?_gl=1*8q6jho*_gcl_au*MTgwNTUzMDU1NS4xNzIzMzEwMzE5#1)

<sup>62)</sup> للمزيد من المعلومات حول هذا الصندوق وأنشطته في تمويل المشروعات الصحية يمكن الرجوع للموقع الخاص به على الرابط التالي:

<https://www.albankaldawli.org/ar/topic/universalhealthcoverage>

<sup>63)</sup> حول جهود البنك في قطاع الصحة بالدول النامية يمكن الرجوع تفصيلا لهذه المشروعات على الرابط التالي:

<https://www.albankaldawli.org/ar/topic/universalhealthcoverage#2>

<sup>64)</sup> لمزيد من المعلومات حول أخطاوغايات منظمة الصحة العالمية يمكن الرجوع إلى موقعها على الرابط التالي:

[https://www.who.int/ar/health-topics/universal-health-coverage#tab=tab\\_1](https://www.who.int/ar/health-topics/universal-health-coverage#tab=tab_1)

( المرجع السابق. <sup>65)</sup>

<sup>66)</sup> للاطلاع على التقارير وصحيفة وقائع التغطية الصحية الشاملة وللمزيد من المعلومات على موقع منظمة الصحة العالمية على الرابط التالي:

[https://www.who.int/ar/health-topics/universal-health-coverage#tab=tab\\_3](https://www.who.int/ar/health-topics/universal-health-coverage#tab=tab_3)

<sup>67)</sup> Eduardo P Banzon, **Improving Health in Asia and the Pacific**, ADB, 2023. PP.15-18.

<sup>68)</sup> **Lymphoma Coalition**, HEALTH LITERACY IN ASIA-PACIFIC 2023: NATIONAL HEALTH LITERACY POLICIES & STRATEGIES IN THE REGION, pp.12-14. [www.LymphomaCoalition.org](http://www.LymphomaCoalition.org).

<sup>69)</sup> Resilience Development Initiative and Aly Diana, **BUILDING HEALTH SYSTEM RESILIENCE IN ASEAN**, ASCC Research and Development Platform | **Policy Brief #7** | 2023. Pp.8-12.

<sup>70)</sup> Ibid., pp.3-6.

<sup>71)</sup> APACMed Digital Health Committee Regulatory Working Group, **Digital Health Regulation In Asia-Pacific**, **Digital Health: Overview And Best Practices**, Singapore, 2023. Pp. 4- 9: [www.apacmed.org](http://www.apacmed.org).

<sup>72)</sup> Ibid., p.15.

<sup>73)</sup> Ming Yao Lim, Hanin Farhana Kamaruzaman, Olivia Wu and Claudia Geue, Health financing challenges in Southeast Asian countries for universal health coverage: a systematic review, Lim *et al. Archives of Public Health* (2023) pp.81:148.

<sup>74)</sup> OECD/WHO (2022), **Health at a Glance: Asia/Pacific 2022: Measuring Progress Towards Universal Health Coverage**, OECD Publishing, Paris, 2022. Pp. 33-38-.

<sup>75)</sup> Ibid., pp.42-47.

<sup>76)</sup> Ibid., p.66.

<sup>77)</sup> Derek Hondo & Yanghee Kim, Achieving Universal Health Coverage in Developing Asia and the Pacific, **Asian Development Bank Institute, policy brief**, No. 15 , November 2023, pp. 3-6.

<sup>78)</sup> Ibid., p.9.

<sup>79)</sup> Economic and Social Commission for Asia and the Pacific, **Universal health care in Asia and the Pacific**, ESCAP/APPC(7)/INF/4 , 31 October 2023 .pp. 3-5.

<sup>80)</sup> Ibid., pp.6-7.

<sup>81)</sup> Ibid., pp12-13.

<sup>82)</sup> The Asia Foundation., Toward a Resilient Care Ecosystem in Asia and the Pacific, The Asia Foundation's Women's Empowerment and Gender Equality Program. 2022.pp.15-18..

<sup>83)</sup> Goran Tomson and Olivia Biermann, "Health Policy Reform in Low-Income and Lower Middle-Income Countries in Southeast Asia " in Ellen Kuhlmann, Sweden Robert H. Blank and Ivy Lynn Bourgeault, **The Palgrave International Handbook of Healthcare Policy and Governance**.....opcit., pp. 171- 173.

<sup>84)</sup> WHO, **Economic and Commercial Determinants of Health in South-East Asia**, Regional consultation Report | 17-19 October 2023, Bangkok, Thailand , delhi , 17 May 2024 | Meeting report.pp.17-18.

<https://www.who.int/southeastasia/publications/i/item/sea-he-217>

<sup>85)</sup> Ibid., pp.33-35.

<sup>86)</sup> Ibid., pp.54-57.

<sup>87)</sup> WHO, **Regional Consultation on Health Research Governance and Management in South-East Asia**, 7–10 November 2023, Delhi, India. 20 February 2024. Pp.22-23.

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376048/SEA-CD-336-eng.pdf?sequence=1>

<sup>88)</sup> WHO, **Progress on health-related SDGs in the South-East Asia Region: Where are we now and what is next?**, New Delhi: World Health Organization, Regional Office for South-East Asia; 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Cataloguing-in-Publication (CIP) data. Printed in India. 2024.pp. 45-51.

<http://apps.who.int/iris>

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376821/9789290211464-eng.pdf?sequence=1>

- <sup>89)</sup> WHO, **Economic and Commercial Determinants of Health in South-East Asia**, Regional consultation Report | 17-19 October 2023, Bangkok, Thailand , delhi , 17 May 2024 | Meeting report.pp.22-25.  
<https://www.who.int/southeastasia/publications/i/item/sea-he-217>
- <sup>90)</sup> Thailand Ministry of Public Health, **Thailand Global Health Action Plan year 2021 - 2027.**, Global Health Division Office of Permanent Secretary, July 2021, pp. 1- 46. <https://ghd.moph.go.th/>
- <sup>91)</sup>WHO, **Sustain Accelerate Innovate - South-East Asia: flagship priority programmes driving impact in countries for the health of billions** ,29 August 2022.  
[https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/362030/9789290209867\\_eng.pdf?sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/362030/9789290209867_eng.pdf?sequence=1)
- <sup>92)</sup> ) Derek Hondo & Yanghee Kim, Achieving Universal Health Coverage in Developing Asia and the Pacific, **Asian Development Bank Institute, policy brief**, No. 15 , November 2023, pp. 5-11.
- <sup>93)</sup> WHO, **The Platinum Decade: Accelerating health for billions: WHO South-East Asia Region 2014–2023**, 14 February 2024. pp. 23-27.  
[The Platinum Decade: Accelerating health for billions: WHO South-East Asia Region 2014–2023](https://www.who.int/publications/i/item/9789241514444)
- <sup>94)</sup> Ibid., pp. 39-41.
- <sup>95)</sup> Thailand Ministry of Public Health, **Thailand Global Health Action Plan year 2021 - 2027.**, Global Health Division Office of Permanent Secretary, July 2021, pp. 1- 46. <https://ghd.moph.go.th/>
- <sup>96)</sup> The ASEAN Secretariat, **ASEAN Statistical Yearbook 2023**, Jakarta: ASEAN Secretariat, December 2023. Pp. 15-33.
- <sup>97)</sup> WHO, **South-East Asia Regional workshop to accelerate technology transfer for local production and improve access to medical products**, May 2024. Pp.49-52.  
[Microsoft Word - South-East Asia Regional workshop to accelerate technology transfer for local production v4.docx \(who.int\)](https://www.who.int/publications/i/item/9789241514444)
- <sup>98)</sup> ( WHO, **Progress on health-related SDGs in the South-East Asia Region: Where are we now and what is next**, 12 May 2024. Pp. 12-17.  
[Progress on health-related SDGs in the South-East Asia Region: Where are we now and what is next? \(who.int\)](https://www.who.int/publications/i/item/9789241514444)
- <sup>99)</sup> Ibid.,
- <sup>100)</sup> OECD/WHO (2022), **Health at a Glance: Asia/Pacific 2022: Measuring Progress Towards Universal Health Coverage**, OECD Publishing, Paris, 2022. Pp. 56-57.
- <sup>101)</sup> OECD/WHO (2022), **Health at a Glance: Asia/Pacific 2022: Measuring Progress Towards Universal Health Coverage**, OECD Publishing, Paris, 2022. Pp. 78-86.
- <sup>102)</sup> WHO, **Analysing the effectiveness of targeting under AB PMJAY in India**, November 2022.pp.1-27.

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/363949/9789290210016-eng.pdf?sequence=1>

& I. Ramabrahmam & Ramya Chitrapu, An Overview of Health Policy in India , **Indian Journal of Health Studies**, Vol 1 Issue 1 , oct.2022. pp. 41-62.

<sup>103)</sup> Hiroki Nakatani, Fumitaka Machida, Yuko Honda, Hikaru Kobayashi, Eriya Kitano, Takuma Inamura, Tastuya Kondo, Approach of Medical Excellence JAPAN to create platforms of collaboration in Asia , **Global Health & Medicine** ; 3(6) 2021. pp.401-405.

<sup>104)</sup> Reiko Hayashi & Osuke Komazawa(eds.) , **Health and Long-term Care Information in Ageing Asia**, ERIA Research Project Report 2022, No. 07. Pp. 24-89.

<sup>105)</sup> Ming Yao Lim, Hanin Farhana Kamaruzaman, Olivia Wu and Claudia Geue, Health financing challenges in Southeast Asian countries for universal health coverage: a systematic review, *Lim et al. Archives of Public Health* (2023) 89:118.

<sup>106)</sup> OECD/WHO (2022), **Health at a Glance: Asia/Pacific 2022: Measuring Progress Towards Universal Health Coverage**,.....opcit.,. Pp. 44-45.

<sup>107)</sup> Ibid., p.61.

<sup>108)</sup> Economic and Social Commission for Asia and the Pacific, **Universal health care in Asia and the Pacific**, ESCAP/APPC(7)/INF/4 , 31 October 2023 .pp. 12-17.

<sup>109)</sup> Ibid., .pp. 14-17.

<sup>110)</sup> The Asia Foundation., **Toward a Resilient Care Ecosystem in Asia and the Pacific**, The Asia Foundation's Women's Empowerment and Gender Equality Program. 2022.pp.15-18. &

<sup>111)</sup> Derek Hondo & Yanghee Kim, Achieving Universal Health Coverage in Developing Asia and the Pacific, **Asian Development Bank Institute, policy brief**, No. 15 , November 2023, pp. 5-8.

<sup>112)</sup> Hiroki Nakatani, Fumitaka Machida, Yuko Honda, Hikaru Kobayashi, Eriya Kitano, Takuma Inamura, Tastuya Kondo, Approach of Medical Excellence JAPAN to create platforms of collaboration in Asia , **Global Health & Medicine** ; 3(6) 2021. pp.401-405.

<sup>113)</sup> WHO, **Regional Consultation on Health Research Governance and Management in South-East Asia**, 7–10 November 2023, Delhi, India. 20 February 2024.

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376048/SEA-CD-336-eng.pdf?sequence=1>

<sup>114)</sup> راجع في ذلك: منظمة الصحة العالمية؛ ورقة بيضاء: رسم ملامح السياسات الصحية في جمهورية مصر العربية؛ بدون تاريخ نشر: ...ص.4 تم الرجوع للورقة على موقع المنظمة على الرابط التالي:

[https://www.emro.who.int/images/stories/egypt/executive\\_summary.arabic.pdf?ua=1](https://www.emro.who.int/images/stories/egypt/executive_summary.arabic.pdf?ua=1)

<sup>115)</sup> ( المرجع السابق؛ ص. 3.

<sup>116)</sup> ( المرجع السابق؛ ص.5

<sup>117)</sup> WHO, **South-East Asia Regional workshop to accelerate technology transfer for local production and improve access to medical products**, May 2024.pp.12-13.

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376746/SEA-HSD-403-eng.pdf?sequence=1>

<sup>118</sup>) Ibid., p.15.

<sup>119</sup>) WHO., **South-East Asia Regional workshop to accelerate technology transfer for local production and improve access to medical products**.....opcit.,pp.22-24.

<sup>120</sup> ( Ming Yao Lim, Hanin Farhana Kamaruzaman, Olivia Wu and Claudia Geue, Health financing challenges in Southeast Asian countries for universal health coverage: a systematic review, Lim *et al. Archives of Public Health* (2023) pp.87-89.

<sup>121</sup>) the Ministry of Health, WHITE PAPER ON HEALTHIER SG, Singapore, SEPTEMBER 2022. Pp.1- 75. & Ministry of Health and Health Promotion Board, Singapore, **NATIONAL POPULATION HEALTH SURVEY 2020**, Epidemiology & Disease Control Division, Ministry of Health, Republic of Singapore, 2021. Pp.1-186.

<sup>122</sup>) Richard B. Saltman, Ming-Jui Yeh and Yu Liu, Can Asia provide models for tax-based European health systems? A comparative study of Singapore and Sweden, **Health Economics, Policy and Law** (2022), 17, pp.157–174.

<sup>123</sup>) APACMed Digital Health Committee Regulatory Working Group, Digital Health Regulation In Asia-Pacific, **Digital Health: Overview And Best Practices**, Singapore, 2023. Pp. 11- 19: [www.apacmed.org](http://www.apacmed.org).

<sup>124</sup>) منظمة الصحة العالمية؛ ورقة بيضاء: رسم ملامح السياسات الصحية في جمهورية مصر العربية؛ بدون تاريخ نشر..... مرجع سابق؛ ص. 8.