الهدف 3: ضمان تمتّع الجميع بأنماط عيش صحية وبالرفاهية في جميع الأعمار

شهدت المنطقة العربية في العقود الأخيرة تحسناً كبيراً في المؤشرات الصحية الرئيسية، ولا سيما بانخفاض معدلات وفيات الأمهات والأطفال دون سن الخامسة. لكنّ مستويات الصحة والرفاه لا تزال على تفاوت كبير داخل البلدان وفي ما بينها. فالخدمات الصحية مجزأة، تعمل غالباً حسب العرض لا الحاجة، والتباين في التغطية الصحية الشاملة كبيرٌ داخل البلدان وفي ما بينها كما بين الفئات الاجتماعية المختلفة. وتركّز غالبية النُّظُم الصحية على الخدمات العلاجية بدلًا من الرعاية الأولية والوقائية، ولا تراعي بالقدر الكافي المحددات الاجتماعية للصحة. وتستلزم صحة الإنسان كما رفاهه تحوّلًا في المنطقة إلى نهج حقوقي متعدد القطاعات، يعمل على تقوية النُّظُم والخدمات الصحية، وتعزيز إمكانات مقدمي الخدمات وزيادة أعدادهم، وتغطية الأبعاد الاقتصادية والاجتماعية والبيئية للهدف 3 من أهداف التنمية المستدامة.

وقائع

سجّلت المنطقة تقدُّماً في الحد من معدلات وفيات الأمهات. ولكن المتوسط الإقليمي العام بقي عند 142 حالة وفاة لكل 100,000 مولود حي في عام 2015، وهو ضعف المقصد العالمي. وسجّلت البلدان العربية الأقل نمواً ثاني أعلى معدل لوفيات الأمهات في العالم بلغ 493 حالة وفاة لكل 100,000 مولود حي[1].

حقّقت بلدان مجلس التعاون الخليجي والمشرق العربي والمغرب العربي، بحلول عام 2017، مقصد خفض حالات وفاة الأطفال دون سن الخامسة إلى 25 لكل 1,000 مولود حي. ولكن المعدل في البلدان الأقل نمواً لا يزال بعيداً عن هذا المقصد، إذ يصل إلى 77 حالة وفاة لكل 1,000 مولود حي[2].

وفيات المواليد

انخفض معدل وفيات المواليد بسرعة أقل من معدل وفيات الأطفال، فباتَ، في عام 2017، يمثّل أكثر من 45 في المائة من وفيات الأطفال دون سن الخامسة[3]. والتفاوتات كبيرة بين البلدان، ففي البلدان الأقل نمواً بعض أعلى المعدلات في العالم، وهي تفوق ضعف المقصد المعني بخفض العدد إلى 31 حالة وفاة لكل 1,000 مولود حي[4].

سجّل متوسط العمر المتوقع عند الولادة ارتفاعاً يتوقع أن يستمر، من 71 عاماً في عام 2015 إلى 76.4 عاماً في عام 2050. ولكنه لا يزال منخفضاً إلى حد مقلق في بلدان عدة. ففي عام 2015، كان متوسط العمر أقل من 60 عاماً في الصومال ولم يتجاوز 62 عاماً في جيبوتي. وفي الصراعات والفقر وعودة بعض الأمراض المعدية للظهور عوامل تغيِّر المسار التصاعدي لمتوسط العمر المتوقع في بلدان مثل جزر القمر، والجمهورية العربية السورية، وجيبوتي، والسودان، والصومال، والعراق، وموريتانيا، واليمن[5].

الملاريا

سجّلت أربعة بلدان (جيبوتي، والصومال، والسودان، واليمن) أكثر من 97 في المائة من الحالات المؤكدة من الملاريا في المنطقة في عام 2018، وكان أكثر من 85 في المائة من هذه الحالات في السودان[6].

أدت أزمات الصراع والنزوح إلى تقويض خدمات الرعاية الأولية في البلدان المتضررة، ولا سيما خدمات الصحة الإنجابية والتلقيح. وتسببت هذه الأزمات كذلك في تفاقم انتشار الأمراض المعدية.

بلغ متوسط الإنفاق الشخصي على الرعاية الصحية، كنسبة من الإنفاق الصحي الحالي في المنطقة، 37.3 في المائة، وذلك استناداً إلى البيانات المتاحة في عام 2015[7]. ولكن التفاوت كبير بين البلدان، فيتراوح معدل الإنفاق بين 6.2 في المائة في قطر و81 في المائة في اليمن[8].

لا تتجاوز نسبة الأخصائيين الذين يقدمون الخدمات الصحية في المناطق الريفية في السودان، وهو بلد يقيم 70 في المائة من سكانه في الريف، 30 في المائة. وفي دولة فلسطين، يعمل 91 في المائة من أخصائيي الصحة في المناطق الحضرية[9].

التغطية الصحية الشاملة

بلغ متوسط مؤشر التغطية الصحية الشاملة في المنطقة العربية في عام 2015 نحو 61 في المائة، أي أقل من المتوسط العالمي بثلاث نقاط مئوية. وتتراوح معدلات التغطية بين 22 و23 في المائة في الصومال وموريتانيا و77 في المائة في الكويت وقطر[10].

سجّلت المنطقة ثالث أعلى معدل في العالم من حيث أعداد الولادات لأمهات مراهقات، بلغ 56 ولادة لكل 1,000 امرأة بين 15 و19 سنة. والاختلافات كبيرة داخل المنطقة، فقد سجلت بلدان المشرق والبلدان الأقل نمواً حتى الآن أعلى المعدلات، وهي، على التوالي، 60 و75 ولادة لكل 1,000 امرأة بين 15 و19 سنة[11].

تنظيم الأسرة

تقارب نسبة النساء المتزوجات أو في علاقة حميمة، اللواتي لُبّيت حاجتهن إلى تنظيم الأسرة بطرق حديثة، المتوسط العالمي البالغ 65.66 في المائة، مع تفاوتات ملحوظة داخل المنطقة. وتسجّل بلدان مجلس التعاون الخليجي ثالث أدنى نسبة في المنطقة تبلغ 48.70 في المائة، وهي أعلى بقليل من نسبة أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى. وتبلغ النسبة في البلدان الأقل نمواً 36.68 في المائة، أي نصف المتوسط العالمي[12].

الأمراض غير المعدية

تمثّل الأمراض غير المعدية السبب الرئيسي للوفاة في معظم بلدان المنطقة. ويفوق انتشار عوامل الخطر، مثل ارتفاع مستوى السكر في الدم وارتفاع ضغط الدم والسمنة والتدخين، المعدلات العالمية والمعدلات في بلدان أخرى ذات مستويات دخل مماثلة[13].

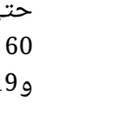
عبء مزدوج

تُعاني المنطقة من عبء مزدوج سببه سوء التغذية ويشمل نقص التغذية والسمنة.

السمنة

تُصنّف عشرة بلدان في المنطقة بين أوّل 25 بلداً في العالم من حيث معدلات السمنة لدى الذكور كما الإناث، وبمعدّلات أعلى لدى الإناث في الكثير من الأحيان. وتبلغ معدلات السمنة لدى الإناث 45.6 في المائة في الكويت و43.1 في المائة في قطر والأردن و41.1 في المائة في مصر[14].

ينتشر استعمال التبغ عند الأشخاص الذين تزيد أعمارهم عن 15 سنة بنسبة تزيد ثلاث مرات عن النسبة المحددة في مقصد التنمية المستدامة، وهي رابع أعلى نسبة في العالم[15]. وفي عام 2015، بلغت النسبة 25 في المائة في خمسة بلدان هي: الإمارات العربية المتحدة، والبحرين، وتونس، ولبنان، ومصر[16].



تسجّل المنطقة العربية أحد أعلى معدلات الوفيات بسبب حوادث المرور في العالم[17].

يعدّ معدل انتشار فيروس نقص المناعة البشرية في المنطقة منخفضاً نسبياً ولكنه في تزايد، ويبلغ شخصاً لكل 23,000 شخص غير مصاب[18]. إلاّ أن غالبية المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز ليسوا على علم بحالتهم[19].

الصحة العقلية والنفسية

تشير الدراسات المتوفرة عن بعض بلدان المنطقة إلى أن معدلات الاكتئاب والقلق أعلى لدى النساء، وإلى أن الاكتئاب هو السبب الرئيسي لاعتلالهن[20].

قياس الهدف 3 في المنطقة العربية وفقاً لإطار المؤشـرات العالمية لأهداف التنمية المستدامة

تتوفر بيانات عن 24 من 27 مؤشراً، وعن جميع مقاصد الهدف 3.

على الرغم من توفر قدر كبير من البيانات، ثمة قيود عدة على طبيعة البيانات المتاحة ونطاقها، وهي تشمل ما يلي:

- لا بدَّ من تعزيز نُظُم التسجيل المدني والإحصاءات الحيوية الضرورية لقياس المؤشرات الصحية للسكان وتحديد متطلبات الرعاية الصحية وغيرها من مستحقاتهم القانونية. فلا تزيد، مثلاً، نسبة الولادات المسجَّلة في البلدان الأقل نمواً على 54 في المائة[21]، وتتراوح نسبة اكتمال البيانات المتعلقة بأسباب الوفاة بين 29 في المائة في المغرب وتونس وأكثر من 90 في المائة في البحرين ومصر[22]. وقد أدت موجات النزوح القسري الكبيرة في المنطقة إلى تقويض النُّظُم القائمة للتسجيل المدني والإحصاءات الحيوية، وتحول عوائق عديدة دون تسجيل الولادات والوفيات لدى اللاجئين في البلدان المضيفة[23].

- لا يتضح مدى شمول بيانات الصحة للمقيمين من غير المواطنين، وخصوصاً المهاجرين واللاجئين، وقد لا تكون متاحة للجمهور. وكذلك حال نتائج مسوح السكان، فقد لا يسهل الاطلاع عليها، ولا تتاح بشكل آني للجمهور، ما يعوق جهود صانعي السياسات والباحثين والمجتمع المدني، ويضعف قدرة المواطنين على المساءلة.

- لا ترصد مؤشرات الهدف 3 بقدر كافٍ حالة الإعاقة، ولا العوامل التي تؤدي إلى تدني نوعية الحياة والرفاه، التي تهمّ على الأخص البلدان المتوسطة والمرتفعة الدخل.

- لا تتوفر بيانات الصحة الجنسية والإنجابية عادة إلا "للنساء اللواتي سبق لهن الزواج". ولا تغطي مسوح السكان المعتمدة بشكل كافٍ احتياجات الصحة الجنسية والإنجابية للشباب، أو غير المتزوجين أو من لم يتزوجوا بعد، أو الرجال.

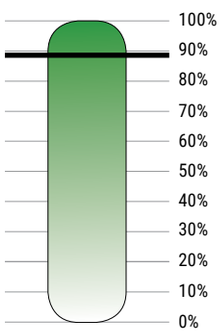
- لا تجمع سوى بلدان قليلة بيانات عن العنف على أساس الجنس على نحو منتظم وفترات زمنية طويلة.

بالإضافة إلى هذه القيود الإقليمية، لا بدّ من استكمال قياس المقاصد العالمية التي يتضمّنها الهدف 3 بمؤشرات محسّنة على النحو التالي:

- قياس جودة أو ملاءمة خدمات الرعاية الصحية، ومدى أداء النُّظُم الصحية لوظائفها، ومراعاتها لإجراءات الوقاية وليس فقط الإجراءات العلاجية.

- معالجة قضايا أوسع متعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية كتلك المتعلقة بسرطانات الجهاز التناسلي وقضايا الصحة الجنسية

تغطية المؤشرات



الهدف 3

الصحة العقلية والنفسـية

لا تتطرق مؤشرات الهدف 3 إلى الصحة العقلية والنفسية إلا في مؤشر واحد متطرف نسبياً، وهو معدل الوفيات من جراء الانتحار. ولكن اضطرابات الصحة العقلية والنفسية تمثل سبباً رئيسياً لعدد من المشاكل الصحية المختلفة غير المميتة في بلدان عدة في المنطقة[أ]. ووفقاً لتقديرات عام 2016، تقلُّ معدلات الوفيات من جراء الانتحار الموحدة السن في بعض البلدان العربية عن نصف المعدل العالمي (4.3/100,000 مقارنة بمعدل 10.5/100,000)[ب]. وفي معظم الأحيان، ليست الخدمات المتاحة، في جميع أنحاء المنطقة، مجهزة لعلاج اضطرابات الصحة العقلية والنفسية. فلا يوجد في بعض البلدان إلا 7.7 عاملين في مجال الصحة العقلية والنفسية لكل 100,000 من السكان مقارنة بمتوسط عالمي يبلغ 9 عاملين، و5.1 أسرّة لكل 100,000 من مرضى الصحة العقلية والنفسية مقارنة بمتوسط عالمي يبلغ 16.4 سريراً[ج]. ويتسبّب الصراع والنزوح القسري، وما يصحبهما من تدهور في سبل العيش وتفكك في النسيج الاجتماعي، بتزايد مخاطر الإصابة باضطرابات عقلية. وتظهر تقديرات منظمة الصحة العالمية الأخيرة أن شخصاً من كل خمسة أشخاص (22 في المائة) يعيشون في مناطق متأثرة بالصراعات يعاني من شكل من أشكال الاضطراب العقلي، أي بمعدل يزيد على ضعف المعدل لعموم السكان. كما أن معدلات الاكتئاب والقلق هي من الأعلى في العالم، وتعزى بالكامل إلى أحوال الطوارئ السائدة[د]. وبالمجمل، يعاني سكان الأراضي الفلسطينية المحتلة من انتشار للاضطرابات العقلية والنفسية هو من الأعلى مقارنة مع البلدان المجاورة. فتشير التقارير إلى أن نحو 54 في المائة من الفتيان الفلسطينيين و47 في المائة من الفتيات الفلسطينيات، من الفئة العمرية 6-12 سنة، لديهم اضطرابات عاطفية و/أو سلوكية، ويقدّر العبء المرضي الإجمالي للأمراض العقلية والنفسية بنحو 3 في المائة من سنوات الحياة المعدلة حسب حالة الإعاقة[هـ].

المصادر: (أ) Charara and others, 2017؛ (ب) WHO, 2017 (مجموعات البلدان حسب تصنيف منظمة الصحة العالمية لمنطقة الشرق المتوسط)؛ (ج) المرجع نفسه؛ (د) Charlson and others, 2019؛ (هـ) WHO, 2019b.

والإنجابية لدى الذكور، عوضاً عن حصر التركيز بقضايا الخصوبة في إطار تنظيم الأسرة والولادات لدى المراهقات.

- إجراء تدخلات استباقية تنطلق من خارج قطاع الصحة، مثل وضع ضرائب وقيود على تسويق التبغ والكحول والمنتجات الأخرى الضارة بالصحة.
- معالجة قضايا الصحة العقلية والنفسية.
- تلبية احتياجات وخدمات صحة الأسنان.

يتضمّن الهدف 3 مقصداً واحداً ينبغي تحقيقه بحلول عام 2020

المقصد 3-6 خفض عدد الوفيات والإصابات الناجمة عن حوادث المرور على الصعيد العالمي إلى النصف

العوائق الرئيسية أمام ضمان تمتّع الجميع بأنماط عيش صحية وبالرفاهية في جميع الأعمار في المنطقة العربية

الإنسان هو في صلب خطة عام 2030. وصحته ورفاهه أساسٌ لا غنى عنه في كل فائدة يحققها من التنمية المستدامة وكل مساهمة له فيها. والصحة هي مؤشر حاسم على مدى التقدم في التنمية البشرية.

وفي المنطقة العربية تفاوت كبير بين البلدان الغنية والفقيرة، وبين الفئات الميسورة والضعيفة، وبين مختلف المناطق الجغرافية داخل البلد الواحد في إمكانية الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية، وفي مدى جودة هذه الخدمات. وكثيراً ما يؤدي الصراع والنزوح إلى أعباء مفرطة على الخدمات الصحية، بل وحتى إلى تدميرها، وإلى تدهور المؤشرات الصحية. وبالمجمل، لم تشهد المنطقة بعد تحوّلاً إلى نهج شامل يستند إلى حق الجميع في الصحة، ونموذج للرعاية الصحية يدمج المحددات الاجتماعية للصحة في التخطيط وتقديم الخدمات.

يتقاطع تحقيق الهدف الثالث من أهداف التنمية المستدامة مع تحقيق العديد من الأهداف والمقاصد الأخرى. فالفقر يعوق الحصول على الرعاية الصحية الجيدة بكلفة ميسّرة، كما أنه يحفز سلوكيات صحية خطرة (الهدف 1). فالفقراء كثيراً ما يشاركون في أنشطة اقتصادية تشكّل خطراً على صحتهم (الهدف 8)، ويعيشون في مناطق مزدحمة أو ملوثة أو تعاني من نقص في الخدمات، ولا سيما الضرورية منها كخدمات المياه والصرف الصحي (الهدفان 11 و6)، ما يزيد من خطر الإصابة بالأمراض المنقولة عن طريق المياه وانتشار الفيروسات. وندرة المياه وتغيّر المناخ يهددان الإنتاجية الزراعية والأمن الغذائي (الهدفان 13 و2)، كما تترتب عليهما آثار سلبية على صحة الإنسان.

ويؤدي التوسّع العمراني والتلوث وضعف البنية التحتية للنقل ونقص المساحات العامة الخضراء (الهدف 11) إلى تبعات صحية ضارة، كتفاقم الأمراض المزمنة، وتشجيع سلوكيات الخمول، والحد من الخيارات المتاحة لممارسة التمارين الرياضية. وتعد التغيّرات في أنماط النظام الغذائي في المنطقة محركاً بارزاً لارتفاع معدلات السمنة والأمراض غير المعدية (الهدف 2). وفي البلدان الأقل نمواً أعلى معدلات في العالم للوفيات الموحدة السن جرّاء تلوث الهواء الحاد في المنازل والهواء المحيط[24].

ولا تزال النساء والفتيات في سن الإنجاب في العديد من البلدان والمناطق يعانين من معدلات مرتفعة للمرض والوفاة وبدرجة غير متناسبة مقارنة بالرجال بسبب محدودية إمكانية حصولهن على الرعاية اللازمة على أسس تراعي حقوقهن. وتواجه نساء كثيرات قيوداً مهولة على قدرتهن على اتخاذ الخيارات المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية (الهدف 5).

الأخصائيون الصحيون

لا يختلف متوسط كثافة الأخصائيين الصحيين في المنطقة عن المتوسطات العالمية، باستثناء الممرضين، حيث يقل المتوسط الإقليمي عن العالمي (الشكل 23). لكن معدلات الكثافة الإجمالية تخفي أوجهاً من عدم المساواة في التوزيع بين المناطق الحضرية والريفية. ونقص الخدمات في بعض المناطق كثيراً ما يفاقمه سوء ظروف عمل الأخصائيين الصحيين، وانخفاض الحوافز المالية لهم، ورداءة وسائل النقل(أ). وتظهر أوجه التفاوت واضحةً في البلدان الأقل نمواً حيث النقص شديد في أعداد الأطباء والممرضين. وكثافة الممرضين أعلى بكثير في بلدان مجلس التعاون الخليجي بسبب ميل العاملين في التمريض إلى الهجرة إليها من البلدان الفقيرة.

المصدر: (أ) AbuAlRub and others, 2013.

مشاكل **الصحة الإنجابية** من الأسباب الرئيسية للمرض والوفاة لدى النساء والفتيات في سن الإنجاب في المنطقة. وقد قطع بعض البلدان أشواطاً كبيرة في الحد من وفيات الأمهات، ولا سيما المغرب الذي انخفض المعدل فيه بنسبة 35 في المائة بين عامي 2010 و2016(أ).

ومن حيث الأوضاع الإنسانية، سُجّل تزايد في الزواج المبكر. فارتفعت، مثلاً، النسبة المئوية للفتيات السوريات القاصرات اللواتي سُجِّلت زيجاتهن في الأردن ثلاث مرات مقارنة بمعدلات عام 2011، لتصل إلى 32 في المائة من مجموع الزيجات حتى عام 2014(ب). وتجدر الإشارة إلى أن الزواج المبكر يضاعف أعداد حالات الحمل غير الآمنة والولادات القيصرية. وكذلك، ينحو العنف على أساس الجنس إلى الازدياد، بينما تنخفض إمكانية الحصول على الرعاية الأولية والوقائية ووسائل منع الحمل بشكل كبير.

المصادر: (أ) UNICEF, 2019؛ (ب) Sahbani, Al-Khateeb and Hikmat, 2016.

في ما يلي العوائق الرئيسـية أمـام تحقيق الهدف 3 في المنطقة العربية

تجزؤ في النُّظُم الصحية

لا تزال النُّظُم الصحية مجزأة على مستوى تقديم الخدمات بين القطاعين العام والخاص، وفي تعدد مستويات الرعاية، وتعدّد أنماط تقديم الخدمات بما في ذلك عبر القطاعات غير الحكومية والعسكرية. ويتسبب هذا التجزؤ بنواقص في التغطية وفي توفر الخدمات ونوعيتها، تجعل إقصاء العديد من الفئات الاجتماعية والديمغرافية والمناطق الجغرافية واقعاً حتمياً. ويسبّب التجزؤ كذلك بتقطّع الرعاية للمرضى، وبصعوبات يواجهها واضعو السياسات في تحديد الاحتياجات والنواقص الصحية. والجدير بالذكر أن قلة من الخدمات متاحة للسكان في المرافق الصحية القريبة من مساكنهم.

وفهم الاحتياجات الصحية للسكان تكتنفه التحديات، سواء في الوقت الحاضر أم مع مرور الوقت، خاصة احتياجات الفئات المهمشة مثل الأشخاص ذوي الإعاقة أو كبار السن أو المراهقين أو النساء أو المهاجرين. ومع أن أغلبية الدول العربية لديها استراتيجيات وخطط وطنية للسياسة الصحية، لا يزال من غير الواضح ما إذا كانت هذه الاستراتيجيات تغطي احتياجات شتى الفئات السكانية، وتنطلق من منظور كليّ لفهم الملامح والاحتياجات الصحية، وتنشد مقاصد ونتائج محددة على المدى المتوسط والبعيد[25].

توسيع نطاق الخدمات الصحية من دون الاستناد إلى أدلة

تشوب النُّظُم الصحية الوطنية في المنطقة مكامن ضعف عديدة، تفاقمت بفعل الصراعات وحركات النزوح القسري التي عطلت خدمات الرعاية الصحية، وزادت كثيراً من الطلب عليها. ولا يستند توسيع الخدمات الصحية عادة إلى أدلة عن الاحتياجات الديمغرافية والصحية، بل يأتي توسيعها، ولا سيما توسيع الخدمات التي يقدمها القطاع الخاص، استجابة لطلب السوق[26]. وفي الوقت نفسه، وخصوصاً في البلدان المتوسطة والمرتفعة الدخل، التركيز شديد على تقديم الرعاية الكثيفة الاستخدام للتكنولوجيا في حين لا تُعطى أهمية تذكر لخدمات الوقاية القليلة الكلفة على السكان. وبالنسبة إلى صحة الأمهات، لا تزال الفوارق كبيرة بين البلدان المنخفضة الدخل التي تعاني من محدودية إمكانية الحصول على خدمات الولادة الطارئة، وعدم توفرها بالدرجة الكافية، وبين البلدان المتوسطة الدخل، حيث تنتشر التدخلات الطبية الباهظة الكلفة والمبالغ في الحاجة إليها. ففي مصر، التي شهدت تحسينات كبيرة في تدريب المساعدين في التوليد وتراجعاً في معدل وفيات الأمهات، يتمّ أكثر من نصف عمليات التوليد على المستوى الوطني بعملية قيصرية[27]. وتُلاحظ معدلات مماثلة في لبنان وبلدان أخرى.

ارتفاع في الإنفاق الشخصي على الخدمات الصحية

في جميع أنحاء المنطقة، تحول التكاليف الشخصية الباهظة دون الوصول إلى الخدمات، وتعوق استمرارية الرعاية، وقد تفضي إلى إفقار مستخدميها. وينخفض نسبياً إنفاق المواطنين الشخصي على الخدمات الصحية كنسبة من مجموع الإنفاق الصحي في بلدان مجلس التعاون الخليجي، حيث لم يتجاوز هذا الإنفاق في عُمان، مثلاً، 6.4 في المائة في عام 2015. وبالمقابل بلغت هذه النسبة 62 في المائة في مصر و76 في المائة في العراق في العام نفسه[28]. ويبلغ الإنفاق الشخصي على الخدمات الصحية حداً يعتبر كارثياً في العديد من البلدان العربية ولعدد من الفئات الاجتماعية[29]. وفي جميع أنحاء المنطقة، ولا سيما في البلدان الأقل نمواً، يصعب على الفئات التي هي بحاجة إلى الخدمات الحصول على رعاية ميسّرة الكلفة. ويزداد الوضع سوءاً بسبب ارتفاع نسبة العاملين في القطاع الاقتصادي غير النظامي ونسب البطالة لدى النساء والشباب.

وتتفاقم المخاطر جرّاء التجزؤ الشديد في التغطية الصحية. ففي لبنان مثلاً يشكّل الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي الجهة الرئيسية للتأمين، ويغطي حوالي 28 في المائة من السكان؛ وتغطي البرامج العسكرية حوالي 9 في المائة؛ يليها نظام تعاونية موظفي الدولة التابع لمجلس الخدمة المدنية، الذي يؤمن حوالي 5 في المائة؛ وتغطي الصناديق المشتركة 12 في المائة والشركات الخاصة النسبة نفسها[30]. ويمكن أن تتداخل الخطط غير أنّ التقديرات تشير إلى أنّ نصف السكان على الأقل هم من دون تأمين. وفي السودان، وصلت تغطية التأمين الصحي في عام 2018 إلى 46.3 في المائة من السكان، وصنّف حوالي 60 في المائة من السكان المشمولين على أنهم فقراء أو معرضون للمخاطر، و56 في المائة منهم على أنهم يعملون في القطاع غير النظامي[31].

عدم إعطاء الأولوية للرعاية الوقائية الأولية

يؤدي التجاوز المستمر لخدمات الرعاية الصحية الأولية لصالح الخدمات الثانوية والمتقدمة إلى ارتفاع التكاليف وتدني الكفاءة، كما أن تعاظم دور القطاع الخاص في الرعاية الصحية يشجّع على الاستثمار في التقنيات والتدخلات العلاجية المكلفة بدلاً من التركيز على انتظام الرعاية الوقائية الأولية.

وفي المنطقة، لم يبدأ الاهتمام بالمحددات الأساسية والمتعددة القطاعات للصحة إلا مؤخراً. وتشمل هذه المحددات التعليم الذي يؤثر على السلوكيات، ولا سيما تلك المتصلة بمتطلبات الرعاية الصحية وخيارات نمط الحياة. ويظهر هذا الخلل في تنامي استهلاك منتجات التبغ، مثل السجائر والنرجيلة في المنطقة[32]، بموازاة تناقص استهلاك هذه المنتجات في سائر أنحاء العالم. وقليلة هي الحكومات في المنطقة التي تبحث في إمكانية اتباع سياسات مالية لفرض ضرائب على السجائر أو الكحول، مع أن هذه السياسات يمكنها أن تدر إيرادات إضافية وتحد من الاستهلاك. ولا تتوخى الحكومات الصرامة في تنفيذ توصيات السياسة العامة التي ثبتت كفاءتها في التحكم في عوامل المخاطر الصحية الرئيسية، وكثيراً ما يفتقر التنفيذ إلى دعم الإرادة السياسية لمنع الانتكاس[33].

وتتمثل مشكلة سلوكية أخرى في الخمول البدني، وهو شائع لدى الأطفال والبالغين، وأكثر شيوعاً لدى النساء. وتشير المسوح الوطنية إلى أنّ 60 إلى 90 في المائة من أطفال المدارس كانوا غير نشطين بدنياً خلال الأيام السبعة الأخيرة[34]. ومع تزايد السكان في المناطق الحضرية، وشيوع الاعتماد على وسائل النقل بدلاً من المشي، سيكون لمراعاة البيئة المبنيّة والانتباه إلى ما تحمله من

تبعات صحية، أهمية بالغة. حالياً، تفتقر أغلبية المراكز الحضرية التي لا تزال تتوسّع إلى المساحات الخضراء أو العامة للعب أو الترفيه. وما يتوفر منها ليس دائماً متاحاً للأشخاص ذوي الإعاقة والنساء والأطفال، الذين يواجهون عموماً قيوداً أكبر على حركتهم. وتجدر الإشارة إلى أن ارتفاع معدلات السمنة يتسبب بتزايد الإصابات بمرض السكري وارتفاع ضغط الدم وأمراض القلب والسكتة الدماغية وأمراض مزمنة أخرى[35]. والإصابات جرّاء حوادث المرور هي مشكلة أخرى واسعة الانتشار لكن يمكن تجنبها بدرجة كبيرة.

ضعف التنظيم والمساءلة

على الرغم من تزايد التغطية بالخدمات الصحية، لا تعتني الحكومات دائماً بجودة هذه الخدمات، فمعظم نُظُم التدقيق في العناية السريرية في المنطقة غير كافية، وجهود ضمان الجودة تركز على العقوبات بدلاً من التعلم والتحسين. ولا يزال الاهتمام قليلاً، نسبياً، بتحفيز الطلب على الخدمات الصحية، ولا سيما في المجالات الصحية الحساسة، وكذلك بالحد من الحواجز الاجتماعية التي تحول دون الحصول على الرعاية. ولكن أبعاد التنظيم والمساءلة هذه ملحة في قضايا الصحة الجنسية والإنجابية، وبالنسبة إلى النساء (بمن فيهن غير المتزوجات والمراهقات) والشباب. وفي حين يسهم صوت المجتمع المدني ومنظمات حقوق المرضى بشكل كبير في تكوين خصائص نُظُم الرعاية الصحية في مناطق أخرى من العالم، لا يزال هذا الصوت خافتاً في المنطقة العربية، ما يحد من قدرة المرضى والمواطنين، عموماً، على ممارسة حقهم في المساءلة.

الصراعات والأزمات

تؤدي الصراعات إلى موجات نزوح هائلة للعاملين في مجال الرعاية الصحية تفضي إلى فقدانهم في بعض أنحاء المنطقة، وسوء توزيعهم على بلدانها. وتتسبب الصراعات أيضاً بتقلص المرافق المتاحة للرعاية الصحية، وتدميرها في بعض الأحيان، ما يضعف رصد الأمراض ويسهّل تفشي الأمراض المعدية، كما هو حال وباء الكوليرا غير المسبوق في خطره في اليمن. وتعرقل الصراعات مواصلة الرعاية من الأمراض غير المعدية، وتفاقم مكامن الضعف في الرعاية الصحية للأمهات وحديثي الولادة. وتشهد مناطق الصراع والأزمات تحديات أخرى، كشحّ الأدوية وخدمات الطوارئ، وتزايد المخاطر المرتبطة بالعمليات الجراحية والتدخلات الطبية الأخرى نتيجة انهيار البنية التحتية وتدهور نُظُم السلامة والنظافة.

وفي عام 2015، لم يتمكن 71 في المائة من المصابين بأمراض مزمنة في ليبيا من الحصول على الأدوية الأساسية التي يحتاجونها[36]. ويؤدي نقص التمويل إلى تقويض القدرة على تلقيح الأطفال ضد الحصبة والحصبة الألمانية، ما يعرّضهم وآخرين لخطر الإصابة بأمراض شديدة العدوى قد تؤدي إلى الوفاة. ويؤدي الصراع أيضاً إلى زيادة الأمراض العقلية والنفسية، التي لا تُرصد أو تعالج كما يجب لا في البلدان التي تشهد صراعاً ولا في غيرها من بلدان المنطقة[37].

يتزايد **الإنفاق الحكومي على الرعاية الصحية** في المنطقة، ومع ذلك لا يزال منخفضاً نسبياً مقارنة بمناطق أخرى(أ). وتراوحت نسبته من مجموع الإنفاق الحكومي في عام 2014 بين 3.9 في المائة في اليمن و14.2 في المائة في تونس. وقد سجل المتوسط الإقليمي زيادة طفيفة من 8 في المائة في عام 2004 إلى 8.3 في المائة في عام 2014. وبين عامي 2004 و2014، انخفضت نسبة الإنفاق الحكومي العام على الصحة من مجموع الإنفاق الحكومي في 9 بلدان عربية وازدادت في 11 بلداً، وقد سجلت أكبر زيادة في العراق (104 في المائة)، فالسودان (78 في المائة)، والبحرين (20 في المائة). أما الانخفاض الأكبر فقد سجل في قطر (40- في المائة)، فاليمن (36- في المائة)، والجمهورية العربية السورية (30- في المائة)(ب).

المصادر: (أ) World Bank, 2013؛ (ب) WHO, 2014.

فرضت بلدان مجلس التعاون الخليجي **ضرائب على الإنتاج** تطال السلع المضرة بصحة الإنسان. وتشمل التدابير المعتمدة رسم 50 في المائة على المشروبات الغازية ورسم 100 في المائة على منتجات التبغ ومشروبات الطاقة. وفرضت المملكة العربية السعودية والإمارات العربية المتحدة رسوماً مشابهة في عام 2019 على أجهزة التدخين الإلكترونية والمنتجات المضاف إليها السكر أو المواد المُحليّة.

المصدر: ESCWA, 2019.

على الرغم من ندرة البيانات، تفيد بعض الدراسات بأن **للسياحة العلاجية** في المنطقة فوائد اقتصادية كبيرة، خاصة في الأردن والإمارات العربية المتحدة وتونس ولبنان ومصر. ففي الإمارات العربية المتحدة وحدها، وصلت العائدات إلى 250 مليون دولار في عام 2015. ولا بد من إجراء مزيد من الدراسات لتحديد آثار السياحة العلاجية، لا سيما لمعرفة ما إذا كانت تضعف تقديم الخدمات للسكان المحليين من خلال تحويل الموارد إلى التدخلات العلاجية الأعلى كلفة(أ). ولا بد أيضاً من البحث في معدلات تركّز الخبرات الصحية غير المتكافئة، لأسباب منها هجرة الأطباء والممرضين داخل المنطقة.

المصادر: (أ) Dewachi, 2018; Lertora, 2016.

محدودية البحث والتطوير هي من أسباب قلة البيانات المتعلقة بالصحة والضعف في تصنيفها في المنطقة. ففي عام 2013، لم يتجاوز مجموع ما أنفقته المنطقة على البحث الطبي 1 في المائة من المجموع العالمي للإنفاق على البحث العلمي، وبقي أقل من نصف المبلغ الذي أنفقته جمهورية إيران الإسلامية أو تركيا.

المصدر: Dewachi, 2018.

وُثِّقت في **الجمهورية العربية السورية**، بين عامي 2011 و2019، 588 هجمة على 350 مرفقاً للرعاية الصحية، إضافة إلى مقتل 914 عاملاً في المجال الطبي. وفي **اليمن**، وبحلول نيسان/أبريل 2018، كان 49 في المائة من المرافق الصحية لا تعمل أو تعمل جزئياً فقط بسبب نقص العاملين، أو نقص الإمدادات، أو عدم القدرة على تغطية تكاليف التشغيل، أو محدودية إمكانية الوصول اليها. وتناقص عدد الأخصائيين الذين يعملون في مستشفيات المقاطعات والجامعات، وافتقر 53 في المائة من المرافق الصحية إلى أطباء عامين بينما افتقر 45 في المائة من المستشفيات العاملة الى أخصائيين. ومع توفر عامل صحي واحد فقط لكل 1,000 من السكان في اليمن، انخفض المعدل إلى أقل من نصف الحد الأدنى الذي تحدده منظمة الصحة العالمية. كما أن معظم المعدات في المستشفيات لا تعمل أو عفا عليها الزمن، والعديد من العاملين الصحيين لم يتلقوا رواتبهم بانتظام منذ عامين.

المصادر: Physicians for Human Rights, 2019; OCHA, 2019.

عرضة للإهمال

في جميع أنحاء المنطقة، غالباً ما تكون الفئات التالية من الأكثر عرضة لخطر الإهمال، مع أنهم أكثر من قد يستفيد من تحسين الخدمات الصحية.

الفقراء ومن لا يغطيهم أي تأمين صحي: لارتفاع الإنفاق الشخصي على الرعاية الصحية التبعات الأشد على أكثر الناس فقراً، وقد يدفع البعض إلى ما تحت خط الفقر، أو يهوي بهم إلى دركات أعمق من الفقر. وفي خضم ما تشهده المنطقة من خصخصة وإصلاحات اقتصادية وتردٍّ في الأحوال الاقتصادية، علاوة على الأضرار الناجمة عن الصراعات، يتدنّى توفر الرعاية الصحية المجانية والمنخفضة الكلفة. وقد توسّع دور القطاع الخاص في الرعاية الصحية، فصار يقدّم معظم خدمات الرعاية الصحية في بلدان عدة في المنطقة. وفي المقابل، تفتقر فئات اجتماعية عديدة إلى إمكانية الحصول على التأمين الصحي النظامي الذي يساعد على تحمّل التكاليف المتزايدة للرعاية الصحية والأدوية. وتشمل هذه الفئات الشباب الذين يسجلون أعلى معدلات البطالة في العالم، والنساء اللواتي لا تزال مشاركتهن في القوى العاملة النظامية منخفضة. وبشكل عام، يعمل الكثيرون في المنطقة لحسابهم الخاص أو في القطاع غير النظامي، ويفتقرون إلى أي مخصصات صحية[38].

البلدان العربية الأقل نمواً: أداء هذه البلدان هو الأضعف في جميع مؤشرات الهدف 3 تقريباً. فالفارق صارخ مثلاً في معدلات وفيات المواليد يصل إلى 10 مرات بين هذه البلدان حيث المعدل 40 وفاة تقريباً لكل 1,000 مولود حيّ والبلدان الأكثر ثراءً حيث لا يتجاوز هذا المعدل 4 وفيات لكل 1,000 مولود حيّ[39]. كما أن التفاوت كبير في التغطية بالخدمات الأساسية، يتراوح بين مستوى منخفض يبلغ 22 في المائة في الصومال وآخر مرتفع يبلغ 77 في المائة في الكويت[40]. وفي موريتانيا بلغ عدد الأطباء 12.7 طبيباً لكل 100,000 من السكان في عام 2009، في حين وصل هذا العدد إلى 343 طبيباً لكل 100,000 من السكان في الأردن في عام 2015[41].

اللاجئون والنازحون والسكان المتضررون من الصراعات: تقوّض الصراعات إمكانية الحصول على الرعاية الصحية، وتدمّر مرافق الرعاية الصحية، وتدفع موظفيها المدربين إلى الهجرة، وتتسبّب بنقص في الأدوية والمعدات. ويمكن لموجات النزوح الضخمة والاضطرابات الاجتماعية والاقتصادية أن تزيد من انتشار مشاكل الصحة العقلية والنفسية وكذلك العنف على أساس الجنس. ويساعد الاكتظاظ في مخيمات النازحين واللاجئين على تفشي الأمراض المعدية وسط ضعف القدرة على السيطرة على الأمراض.

وتندلع الصراعات في المنطقة في بيئات الدخل المتوسط حيث تنتشر الأمراض غير المعدية. ويعني النزوح القسري الذي تتسبب به الصراعات انقطاع علاجات السرطان ومرض السكري وارتفاع ضغط الدم، وتقطع الإمداد بالأدوية الأساسية لحالات أخرى كثيرة.

تتفاوت إمكانية **الوصول إلى مرافق الرعاية الصحية** بين بلدان المنطقة. ففي تونس مثلاً يعيش نحو 90 في المائة من السكان على بعد أقل من 5 كيلومترات من مرفق للرعاية الصحية، في حين يفتقر 14.8 مليون شخص في اليمن إلى الرعاية الصحية الأساسية، ومنهم 8.8 ملايين في مناطق تعاني من نقص شديد في الخدمات الصحية. وفي المغرب، يعيش نحو 25 في المائة من السكان حالياً على بعد أكثر من 10 كيلومترات من مركز صحي رسمي، ويجد أكثر من 40 في المائة من السكان صعوبة في الحصول على رعاية استشفائية.

المصدر: WHO EMRO, 2019b.

لم يتخطّ متوسط الإمداد بالكهرباء في **قطاع غزة** سبع ساعات يومياً في عام 2018، ولساعات الإمداد المحدودة والتقطعات غير المتوقعة آثار خطيرة على قطاع الصحة. فالمستشفيات والعيادات تعتمد على توفر الوقود لتزويد مولدات الطوارئ، فيزداد تعرض حياة المرضى للخطر مع نقص الوقود وتزايد انقطاع الكهرباء. وقد أوجد التقسيم التشريعي والمادي للضفة الغربية مجموعات سكانية هم أشد تعرضاً للمخاطر في المنطقة ج ومنطقة التماس والمنطقة هـ 2 في الخليل. ومن بين 330,000 فلسطيني تقريباً يسكنون في هذه المناطق، يعاني 114,000 (أي 35 في المائة) من فرص محدودة للحصول على الرعاية الصحية الأولية. وتخدم العيادات المتنقلة حالياً 135 مجتمعاً سكانياً، ولكن عدم اليقين إزاء التمويل يلقي بظلال الشك على استدامة هذه الخدمات. وتعوق سياسات التخطيط المقيِّدة للفلسطينيين في المنطقة ج جهود إنشاء مرافق أكثر ديمومة لبعض المجتمعات بسبب تولّي إسرائيل السيطرة المدنية والعسكرية.

المصدر: WHO, 2019b.

وثلاثة أرباع اللاجئين السوريين في البلدان المجاورة هم من النساء والأطفال، وقد انخفضت إمكانية حصولهم على الخدمات الصحية في مرحلة ما قبل الولادة والولادة والتلقيح وغير ذلك[42]. وترزح النُّظُم الصحية المحلية تحت ضغط هائل بسبب حركة اللاجئين الكبيرة، وغياب أفق لانتهاء الأزمات المديدة. وتواجه نُظُم المساعدات الإنسانية أيضاً مصاعب جمة في تلبية الاحتياجات الصحية.

الأشخاص ذوو الإعاقة: لا تلبّى احتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة من الرعاية الصحية، الجسدية والمعرفية، على النحو الكافي. وتتفاقم العوائق أمام الحصول على الرعاية الصحية مع تقاطع أوجه عدم المساواة مثل الأشخاص ذوي الإعاقة في المناطق الريفية أو تجمّعات اللاجئين أو المجتمعات المهمشة الأخرى. وللصعوبات المالية ونقص المعلومات حول الخدمات المتاحة دور أيضاً في إقصاء الأشخاص ذوي الإعاقة من خدمات الرعاية الصحية[43].

المقيمون من غير المواطنين والمهاجرون: تسجّل في المنطقة العربية، ولا سيما في بلدان مجلس التعاون الخليجي، نسب هي من الأعلى في العالم للمقيمين غير المواطنين والمهاجرين، بمن فيهم العاملون في القطاع الصحي. ومع قلة البيانات المتاحة عن هذه الفئات، لا يُعرف إلا القليل نسبياً عن احتياجاتهم الصحية واستخدامهم للخدمات والعوائق أمام وصولهم إليها.

المراهقون: مقارنة مع المراهقين في أنحاء أخرى من العالم، يعاني المراهقون في المنطقة من معدلات أعلى من الإصابات الناجمة عن حوادث المرور، ومن أمراض القلب والأوعية الدموية والأيض ومشاكل الصحة العقلية والنفسية[44]. ومع ذلك، لا يُصار إلى زيادة وعي مقدمي الرعاية الصحية ولا تُصمم خدمات تلبي الاحتياجات الصحية الخاصة بهذه الفئة. ومع تدني التثقيف الصحي الشامل، وخصوصاً بشأن التربية الجنسية، أو الإحجام عنه في المدارس، غالباً ما يلجأ الشباب إلى الإنترنت أو أقرانهم للحصول على معلومات قد تكون غير دقيقة. كما يواجه المراهقون والمراهقات غير المتزوجين حواجز اجتماعية تحول دون إثارة قضايا الصحة الجنسية والإنجابية مع مقدمي الرعاية الصحية.

النساء والفتيات: يظهر عدم الاهتمام الكافي باعتبارات الجنسين في الصحة جلياً في عدم توفر بيانات كافية مفصّلة حسب الجنس عن جميع مؤشرات الهدف 3 في المنطقة ما عدا ستة منها. ولا تزال نسب وفيات الأمهات مرتفعة ولأسباب شتى كالنزيف والعدوى وارتفاع ضغط الدم أثناء الحمل، مع أن تفاديها ممكن بالرعاية الجيدة والحسنة التوقيت. والتباين كبير في إمكانية الحصول على الرعاية قبل الولادة وبعدها. ولا يُعرف سوى القليل عن مدى إمكانية الحصول على الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية الشاملة في المنطقة، إذ لا تزال عوائق اجتماعية عديدة تحول دون استخدام الخدمات وطلب المعلومات. بالإضافة إلى ذلك، لا تزال ملايين الفتيات يقعن ضحية تشويه الأعضاء التناسلية للإناث في عدد من البلدان، ويعانين من أذى يستمر طوال حياتهن.

وتشير البيانات في العديد من البلدان إلى أن نسبة الإناث إلى الذكور في الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية تقل عن المعدلات في مناطق أخرى من العالم، ولكن قد يكون ذلك نتيجة الامتناع عن الاختبار والكشف الطوعيين لدى النساء[45]. ويُعزى انخفاض الكشف عن الإصابة إلى الخوف من الوصم وصعوبة الحصول على الخدمات بالإضافة إلى نقص المعرفة بالمخاطر المحتملة لممارسة الجنس غير الآمن، حتى في إطار الزواج. وفي بعض الأحيان، لا تتقدم النساء للاختبار إذا كان يتطلب موافقة الزوج، أو بسبب القيود على التنقل، وصعوبة الوصول إلى وسائل النقل ورعاية الأطفال، ومحدودية المعرفة بالجوانب العلاجية[46]. وينطوي ذلك على آثار خطيرة على الرفاه العام للمرأة، بما في ذلك الصحة الجسدية والعقلية والنفسية.

ولا يزال العنف على أساس الجنس واسع الانتشار، وتشير التقديرات في بعض بلدان المنطقة إلى أنّ 37 في المائة من النساء اللواتي لهنّ أو سبق أن كان لهن شريك حميم قد تعرضن لعنف جسدي و/أو جنسي على يد الشريك في مرحلة ما من حياتهن[47].

يبدأ **المهاجرون** غالباً رحلتهم وهم يتمتعون بميزة صحية، لأن الأصحاء في معظم الأحيان هم الأكثر قدرة على الهجرة، ولكن سرعان ما يزيد سوء ظروف العيش والعمل من خطر تعرضهم للمرض والإصابة. وتتأثّر قدرة المهاجرين على عيش حياة صحية بعوامل عدة منها الجهة التي تتحمل تكاليف تغطيتهم بالتأمين الصحي، ومدى شمول هذه التغطية، ونوعية الخدمات التي يمكنهم الحصول عليها. وتتعرّض فئات معيّنة من المهاجرين أكثر من غيرها للإقصاء من التغطية الصحية، وتشمل المهاجرين غير النظاميين والأطفال والنساء وكبار السن. وقد اتخذ بعض البلدان، في السنوات الأخيرة، إجراءات واعدة لتمكين المهاجرين النظاميين على الأقل من المشاركة في برامج المساعدة الطبية التي تستهدف ذوي الدخل المنخفض.

المصدر: ESCWA and IOM, 2019.

ما العمل لتسـريع التقدّم في تحقيق الهدف 3

لا بدّ من نهج متكامل قائم على الحقوق إزاء قضايا الصحة ونُظُم الرعاية الصحية لتوفير تغطية أكثر شمولاً وأفضل جودة للجميع، وتلبية الاحتياجات الصحية للفئات المختلفة، ولا سيما النساء والفتيات. ومن شأن هذا النهج أيضاً أن يشرك السكان في تحقيق الهدف 3 من أهداف التنمية المستدامة من خلال تحسين التعليم والوعي (الهدف 4)، وهذا بدوره يحسّن حوكمة الرعاية الصحية ويزيد من الشفافية في التخطيط ووضع الميزانيات وتقديم الخدمات (الهدف 16).

1. توسيع نطاق الخدمات الصحية والتغطية الصحية بالاستناد إلى الأدلة، وتيسير كلفتها:

- وضع رؤية وطنية للتغطية الصحية الشاملة للجميع وخارطة طريق لتحقيقها، مع مراعاة تحديات النظام الصحي في كل بلد، والتطلعات الاقتصادية الكلية واحتياجات الناس.
- دمج المقاصد والنتائج في الاستراتيجيات الصحية التي تتناول الفجوات في مجالات مختلفة واحتياجات الفئات الاجتماعية والديمغرافية المختلفة، من أشخاص ذوي إعاقة ونساء وفتيات وكبار سن ومراهقين وغيرهم.
- تحديد حزم الخدمات الصحية الوطنية الأساسية أو ذات الأولوية، بما في ذلك الخدمات الوقائية والتشجيعية والعلاجية والتأهيلية والمخففة، المرتبطة بالأمراض المعدية وغير المعدية على مدى الحياة، وتطوير نماذج متكاملة للرعاية، محورها الإنسان وتشمل أنظمة فعالة للإحالة.
- إنشاء أو إعادة تشكيل تدابير السداد المسبق للفئات السكانية المختلفة، من دون إهمال أحد. وينبغي تمويل هذه التدابير من خلال مخصصات في الميزانية و/أو مساهمات إلزامية للحد من التجزؤ وتعزيز الإنصاف وتحسين الحماية المالية والاجتماعية.
- ضمان نهج قائم على حقوق الإنسان في الصحة الجنسية والإنجابية، تدعمه المخصصات اللازمة من الميزانية.
- توسيع نطاق الاستهداف بالتغطية الصحية الشاملة إلى غير المواطنين المقيمين داخل الأراضي الوطنية، بمن فيهم اللاجئون والعمال المهاجرون والفئات المهمشة الأخرى.

2. تحسين جودة الرعاية الصحية:

- إعادة توجيه النُّظُم الصحية نحو مزيد من الوقاية، مع التركيز على الرعاية الصحية الأولية، وتعزيز مراكز الرعاية الصحية الأولية المحلية وتشجيع متابعة المرضى.
- تحسين الأطر التنظيمية لتمكين المواطنين من المساءلة عن نوعية الخدمات الصحية. ويمكن لوزارات الصحة اعتماد تنظيمات محسّنة لحفظ جودة الرعاية من خلال نُظُم المراجعة والمراقبة المؤسسية.
- تحسين الإلمام بالاحتياجات في القطاع الصحي، من أجل تخطيط وتنفيذ وتقييم أفضل لأثر الخدمات الصحية.
- العمل على تغيير ثقافي في نُظُم الرعاية الصحية من خلال تتبع سلامة المرضى والأخطاء الطبية. ويمكن أن يُتَّبع في ذلك نهج لا يركّز على إلقاء اللوم بل على توثيق أفضل لمشاكل المرضى.
- تعزيز الترتيبات المؤسسية لحوكمة النُّظُم الصحية وكذلك التشريعات الداعمة لتحسين الأداء والمساءلة والوقاية من الفساد.
- معالجة أوجه النقص وخلق حوافز للحد من هجرة الأخصائيين الصحيين، بمن فيهم الممرضون.
- تعزيز نهج الحكومة بجميع مكوّناتها، وتقييم الأثر الصحي لجميع سياسات الصحة العامة، وإشراك البرلمانيين والمجتمع المدني والقطاع الخاص في جهود القطاع الصحي لتحسين استراتيجيات الحماية الاجتماعية.
- تمكين المجتمع المدني في مجال الصحة والخدمات الصحية لتعزيز المساءلة. وقد يستلزم ذلك اعتماد وإنفاذ تشريعات بشأن الحصول على المعلومات، ورفع القيود المفروضة على عمل المجتمع المدني بشكل عام.

3. تدخلات استباقية لمعالجة محددات الصحة:

- دمج عوامل الخطر التي تتسبب بزيادة كبيرة في الأمراض غير المعدية، في استراتيجيات الصحة العامة، وتحديد الروابط مع العوامل الاستهلاكية والبيئية.
- دمج الأبعاد الصحية في الخطط الإنمائية والاستراتيجيات القطاعية الوطنية، بما في ذلك تلك المتعلقة بالتخطيط الحضري والنقل والطاقة والمياه والصرف الصحي.
- وضع أطر تنظيمية للسيطرة على المضافات من ملح، ودهون متحوّلة وغيرها، ووضع سياسات للمالية العامة وتنظيمات مدروسة لتسويق الكحول والتبغ والمشروبات السكرية، وغيرها من المنتجات التي لها آثار مؤكدة على الصحة، وتوفير معلومات غذائية شاملة للمستهلكين.
- دمج الصحة في المناهج التعليمية منذ المراحل المبكرة لزيادة الوعي بالمخاطر الصحية، وزيادة الإلمام بقضايا الصحة الجنسية والإنجابية، وتعزيز التغيّرات السلوكية والبيئية بما يسهم في تحسين الصحة.
- رصد الامتثال لقوانين السلامة على الطرق للتصدي لآفة حوادث المرور التي تؤثر على السائقين كما المشاة، وخاصة الشباب.
- العمل على الوقاية والعلاج من سوء التغذية لدى الحوامل والأطفال حتى عمر السنتين، والتشجيع على استهلاك كمية كافية من المغذيات الدقيقة، وعلى الرضاعة الطبيعية حصراً خلال الأشهر الستة الأولى، ومواصلة الرضاعة الطبيعية لعامين.

4. الاستثمار في تحسين الرصد وجمع البيانات والتحليل:

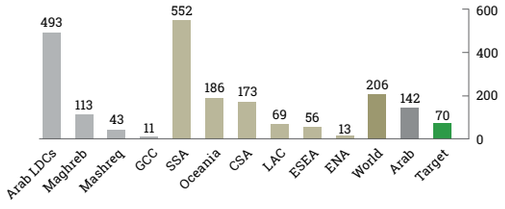
- الاستثمار في جمع البيانات على نحو أفضل وأكثر شمولاً، ولا سيما على الصعيد دون الوطني، وكذلك في الإمكانات والاستعدادات لتحليل البيانات ووضع سياسات تيسّر المساءلة وتسترشد بالأدلة.
- تحسين تفصيل البيانات حسب الجنس والعمر ومتغيّرات أخرى ذات صلة. ويمكن تحقيق ذلك بوسائل منها تعزيز نُظُم السجلات الحيوية، بما في ذلك لغير المواطنين (اللاجئون والمهاجرون).
- تحسين جمع البيانات عن العنف على أساس الجنس، وتنسيق توليد البيانات بين مختلف القطاعات الاجتماعية، والجهات التشريعية والمسؤولة عن إنفاذ القانون.
- ضمان استخدام أفضل للبيانات الإدارية الوافرة التي تجمعها نُظُم الرعاية الصحية.
- تشجيع الصحة الرقمية، وتعزيز مصادر البيانات الاعتيادية، واستخدام مصادر غير رسمية للبيانات من أجل الكشف المبكر عن اتجاهات الأمراض ورصد تفشيها.
- الالتزام بإتاحة البيانات للجمهور، بما يتفق مع الاتجاهات العالمية ودعوة الهدف 16 إلى تعزيز المعرفة وزيادة الشفافية والمساءلة.

5. تعزيز القدرات الإقليمية والوطنية للاستعداد للطوارئ والاستجابة لجميع المخاطر:

- اعتماد نهج الترابط بين القضايا الإنسانية وقضايا التنمية والسلام لتقديم مساعدة متكاملة للبلدان المتضررة من حالات الطوارئ.
- تطوير قدرات محددة للوقاية من الأمراض المعدية الناشئة ومن الإنفلونزا الموسمية والجائحة، والكشف عنها، والتصدي لها.
- تعزيز النُّظُم والقدرات لتلبية الاحتياجات من حيث الصحة الجنسية والإنجابية وقضايا صحة الأم في السياقات الإنسانية.
- تعزيز إمكانات إدارة الطوارئ بشكل عام في المنطقة من خلال توصيف جميع المخاطر، ووضع خطط الاستعداد والاستجابة لجميع المخاطر.
- تعزيز النُّظُم والقدرات لإدارة الصدمات والإصابات، وخاصة الصدمات العنيفة في ظروف الصراع.
- ضمّ الجهود للحد من العنف على أساس الجنس والتصدي له ضمن الخدمات الصحية والاجتماعية التي تستهدف اللاجئين والنازحين قسراً.

مقاصد الهدف 3 ومؤشـراته في المنطقة العربية

المقصد	المؤشر	البيانات
3-1 خفض النسبة العالمية للوفيات النفاسية إلى أقل من 70 حالة وفاة لكل 100,000 مولود حي بحلول عام 2030	**3-1-1** نسبة الوفيات النفاسية	**الشكل 1** نسبة الوفيات النفاسية (لكل 100,000 مولود حي)

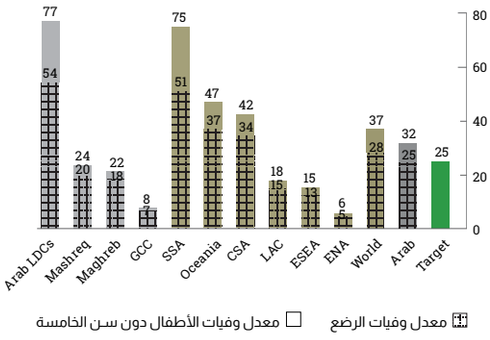


ملاحظة: تُرجح جميع المتوسطات حسب إجمالي الولادات لعام 2011 (United Nations Statistics Division, 2019b). ويشمل المجموع الإقليمي للمنطقة العربية قيماً بيانية سُجّلت في عام 2015 لجميع البلدان باستثناء السودان. وقد تأثر توفر البيانات سلباً بالترجيح وفقاً للقاسم (عدد المواليد الأحياء في عام 2015)، ولذلك استعيض عنه باعتماد تسوية للترجيح من خلال استخدام أحدث البيانات المتاحة لمجموع الولادات لعام 2011.

2-3
وضع نهاية لوفيات المواليد والأطفال دون سن الخامسة التي يمكن تفاديها بحلول عام 2030، بسعي جميع البلدان إلى بلوغ هدف خفض وفيات المواليد على الأقل إلى 12 حالة وفاة في كل 1,000 مولود حي، وخفض وفيات الأطفال دون سن الخامسة على الأقل إلى 25 حالة وفاة في كل 1,000 مولود حي

1-2-3
معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة

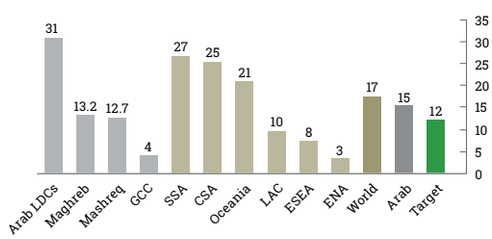
الشكل 3 معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة ومعدل وفيات الرضع (الوفيات لكل 1,000 مولود حي)



ملاحظة: تُرجح جميع المتوسطات حسب مجموع عدد الولادات لعام 2011 (United Nations Statistics Division, 2019b). وتشمل المجاميع الإقليمية للمنطقة العربية لكلٍّ من السلسلتين، قيم بيانات عام 2017 لجميع البلدان باستثناء السودان. ويجري تصوير هاتين السلسلتين وتحليلهما باستخدام رسم بياني بأعمدة مكدّسة، بما أنهما تقيسان أوجهاً ودرجات شدة مختلفة لوفيات الأطفال التي يمكن تجنبها، ويشمل معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة معدل وفيات الرضع (لمزيد من التفاصيل يمكن الاطلاع على المرفق). وفي كل من السلسلتين، تأثر توفر البيانات سلباً بالترجيح وفقاً للقاسم (المواليد الأحياء في عام 2015)، ولذلك استعيض عنه باعتماد تسوية للترجيح من خلال استخدام أحدث البيانات المتاحة لمجموع المواليد لعام 2011.

2-2-3
معدل وفيات المواليد

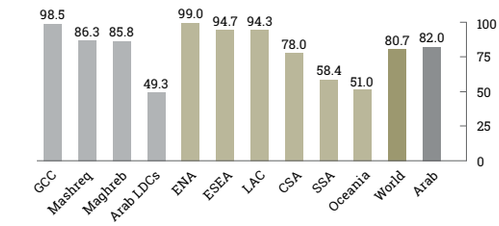
شكل 4 معدل وفيات المواليد (الوفيات لكل 1,000 مولود حي)



ملاحظة: تُرجح جميع المتوسطات حسب إجمالي الولادات لعام 2011 (United Nations Statistics Division, 2019b). ويشمل المجموع الإقليمي للمنطقة العربية قيماً بيانية سُجّلت في عام 2017 لجميع البلدان باستثناء السودان. وقد تأثر توفر البيانات سلباً بالترجيح وفقاً للقاسم (عدد المواليد الأحياء في عام 2015)، ولذلك استعيض عنه باعتماد تسوية للترجيح من خلال استخدام أحدث البيانات المتاحة لمجموع الولادات لعام 2011.

3-1-3
نسبة الولادات التي يشرف عليها أخصائيون صحيون مَهرَة

الشكل 2 نسبة الولادات التي يشرف عليها أخصائيون صحيون مَهرَة (بالنسبة المئوية)

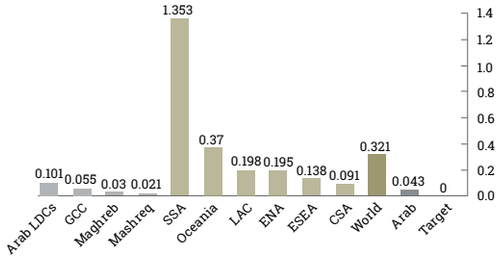


ملاحظة: تُرجح جميع المتوسطات حسب مجموع عدد الولادات (أي القاسم) لعام 2011 (United Nations Statistics Division, 2019a). تشمل المجاميع الإقليمية للمنطقة العربية قيماً بيانية سُجّلت في الأعوام المذكورة للبلدان التالية: الجمهورية العربية السورية (2009)، المغرب (2011)، الأردن وتونس الجزائر وجزر القمر وجيبوتي والعراق (2012)، ليبيا والمملكة العربية السعودية واليمن (2013)، عُمان ودولة فلسطين ومصر (2014)، الإمارات العربية المتحدة والبحرين وقطر والكويت وموريتانيا (2015).

3-3
وضع نهاية لأوبئة الإيدز والسل والملاريا والأمراض المدارية المهملة ومكافحة التهاب الكبد والأمراض المنقولة بالمياه والأمراض المعدية الأخرى بحلول عام 2030

1-3-3
عدد الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشرية لكل 1,000 شخص غير مصاب من السكان بحسب الجنس والعمر والفئات الرئيسية من السكان

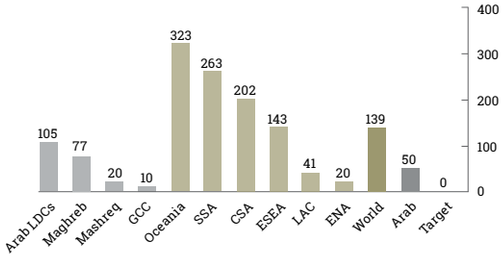
الشكل 5 عدد الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشرية لكل 1,000 شخص غير مصاب من السكان



ملاحظة: تُرجّح جميع المتوسطات حسب عدد السكان بالرجوع إلى التقديرات السكانية الأحدث (United Nations Population) (2015) (Division, 2017; United Nations Statistics Division, 2019a). ويشمل المجموع الإقليمي للمنطقة العربية قيماً بيانية سُجّلت في عام 2017 للبلدان التالية: البحرين وتونس والجزائر وجزر القمر وجيبوتي والسودان والصومال وقطر والكويت ولبنان ومصر والمغرب وموريتانيا. وفي الحالات المثلى، تُرجح المتوسطات بمجموع السكان غير المصابين، وهو القاسم. وللوصول إلى هذا المتغيّر، يلزم استخدام بيانات منظمة الصحة العالمية بشأن مجموع المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية وطرحه من بيانات مجموع السكان. ولكن في أكثر من ربع بلدان العالم لا تتوفر هذه البيانات تحديداً، لذلك، استخدم مجموع عدد السكان لعام 2015، وهو آخر عام تتاح عنه بيانات، كمتغيّر بديل للترجيح.

2-3-3
معدل انتشار داء السل لكل 100,000 شخص

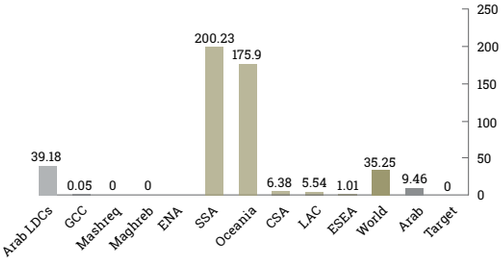
الشكل 6 معدل انتشار داء السل لكل 100,000 شخص



ملاحظة: تُرجّح جميع المتوسطات حسب عدد السكان بالرجوع إلى التقديرات السكانية الأحدث (United Nations Population) (2015) (Division, 2017; United Nations Statistics Division, 2019a). ويشمل المجموع الإقليمي للمنطقة العربية قيماً بيانية سُجّلت في عام 2016 لجميع البلدان.

3-3-3
عدد حالات الإصابة بالملاريا لكل 1,000 شخص

الشكل 7 عدد حالات الإصابة بالملاريا لكل 1,000 شخص معرّض

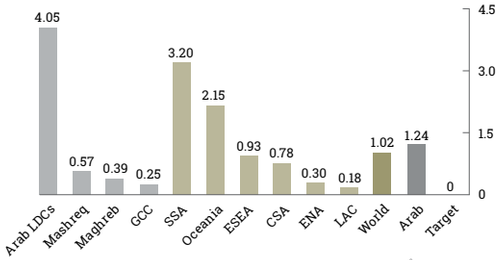


ملاحظة: تُرجّح جميع المتوسطات حسب عدد السكان بالرجوع إلى التقديرات السكانية الأحدث (United Nations Population) (2015) (Division, 2017; United Nations Statistics Division, 2019a). ويشمل المجموع الإقليمي للمنطقة العربية قيماً بيانية سُجّلت في عام 2017 للبلدان التالية: الإمارات العربية المتحدة والجزائر وجزر القمر والجمهورية العربية السورية وجيبوتي والسودان والصومال والعراق وعُمان ومصر والمغرب والمملكة العربية السعودية وموريتانيا واليمن.

4-3
تخفيض الوفيات المبكرة الناجمة عن الأمراض غير المعدية بمقدار الثلث من خلال الوقاية والعلاج وتعزيز الصحة والسلامة العقليتين بحلول عام 2030

4-3-3
عدد الإصابات بأمراض التهاب الكبد الوبائي باء لكل 100,000 من السكان

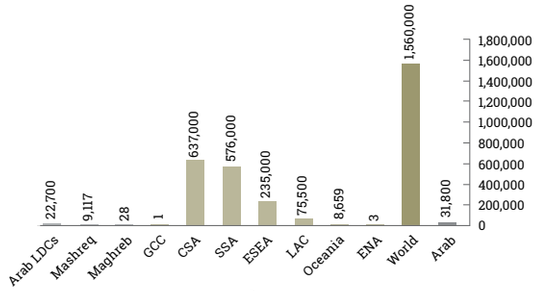
الشكل 8 انتشار المستضد السطحي لالتهاب الكبد الوبائي باء (HBsAg) (بالنسبة المئوية)



ملاحظة: تُرجّح جميع المتوسطات حسب عدد السكان، بالرجوع إلى United Nations Population) (2015) التقديرات السكانية الأحدث (Division, 2017; United Nations Statistics Division, 2019a). ويشمل المجموع الإقليمي للمنطقة العربية قيماً بيانية سُجّلت في عام 2015 لجميع البلدان باستثناء دولة فلسطين.

5-3-3
عدد الأشخاص الذين يستلزمون تدخلات لمكافحة الأمراض المدارية المهملة

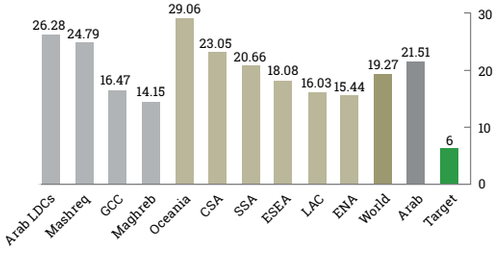
الشكل 9 عدد الأشخاص الذين يستلزمون تدخلات لمكافحة الأمراض المدارية المهملة (بالآلاف)



ملاحظة: المجاميع هي المجموع الكلّي لقيم البلدان (United Nations Statistics Division, 2019a). ويشمل المجموع الإقليمي للمنطقة العربية قيماً بيانية سُجّلت في عام 2017 لجميع البلدان باستثناء دولة فلسطين.

1-4-3
معدل الوفيات الناجمة عن أمراض القلب والأوعية الدموية والسرطان وداء السكري والأمراض التنفسية المزمنة

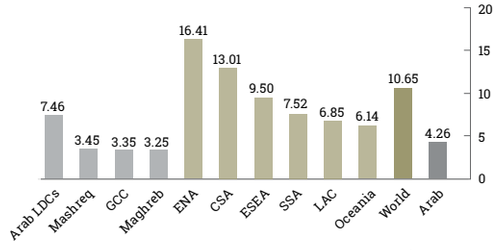
الشكل 10 معدل الوفيات الناجمة عن أمراض القلب والأوعية الدموية والسرطان وداء السكري والأمراض التنفسية المزمنة (الاحتمال، بالنسبة المئوية)



ملاحظة: تُرجّح جميع المتوسطات حسب عدد السكان، بالرجوع إلى United Nations Population) (2015) التقديرات السكانية الأحدث (Division, 2017; United Nations Statistics Division, 2019a). ويشمل المجموع الإقليمي للمنطقة العربية قيماً بيانية سُجّلت في عام 2016 لجميع البلدان باستثناء دولة فلسطين.

2-4-3
معدل وفيات الانتحار

الشكل 11 معدل وفيات الانتحار (عدد عمليات الانتحار لكل 100,000 شخص)



ملاحظة: تُرجّح جميع المتوسطات حسب عدد السكان، بالرجوع إلى United Nations Population) (2015) التقديرات السكانية الأحدث (Division, 2017; United Nations Statistics Division, 2019a). ويشمل المجموع الإقليمي للمنطقة العربية قيماً بيانية سُجّلت في عام 2016 لجميع البلدان باستثناء دولة فلسطين.

3-5

تعزيز الوقاية من إساءة استعمال المواد، بما يشمل تعاطي مواد الإدمان وتناول الكحول على نحو يضر بالصحة، وعلاج ذلك

1-5-3

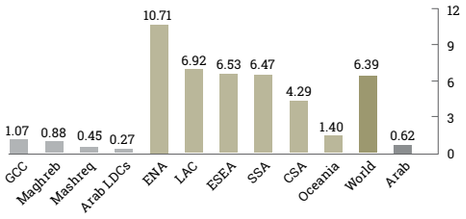
نطاق تغطية التدخلات العلاجية (الخدمات الدوائية والنفسانية وخدمات إعادة التأهيل والرعاية اللاحقة) لمعالجة الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المواد المخدرة

لم تُستوفَ المعايير المحدّدة للتوصّل إلى المتوسط الإقليمي لهذا المؤشر.

2-5-3

الاستعمال الضار للكحول، محدداً وفقاً للظروف الوطنية في إطار استهلاك الفرد الواحد من الكحول (سن 15 سنة فأكثر) في سنة تقويمية، باللترات من الكحول الصافي

الشكل 12 استهلاك الفرد (15 سنة فأكثر) من الكحول في سنة تقويمية (باللترات من الكحول الصافي)



ملاحظة: تُرجّح جميع المتوسطات حسب عدد السكان، بالرجوع إلى التقديرات الأحدث لمجموع عدد السكان الذين تبلغ أعمارهم 15 سنة فأكثر (2015) (United Nations Population Division, 2017; United Nations Statistics Division, 2019a). ويشمل المجموع الإقليمي للمنطقة العربية قيماً بيانية سُجّلت في عام 2016 لجميع البلدان باستثناء دولة فلسطين.

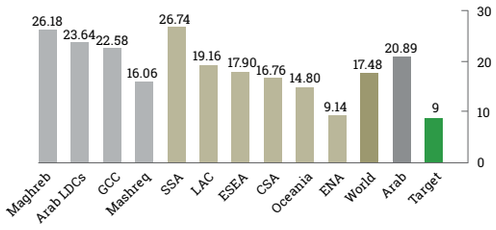
3-6

خفض عدد الوفيات والإصابات الناجمة عن حوادث المرور على الصعيد العالمي إلى النصف بحلول عام 2020

1-6-3

معدلات الوفيات الناجمة عن الإصابات جراء حوادث المرور على الطرق

الشكل 13 معدلات الوفيات الناجمة عن الإصابات جراء حوادث المرور (عدد الوفيات لكل 100,000 شخص)



ملاحظة: تُرجّح جميع المتوسطات حسب عدد السكان، بالرجوع إلى التقديرات السكانية الأحدث (2015) (United Nations Population Division, 2017; United Nations Statistics Division, 2019a). ويشمل المجموع الإقليمي للمنطقة العربية قيماً بيانية سُجّلت في عام 2013 لجميع البلدان.

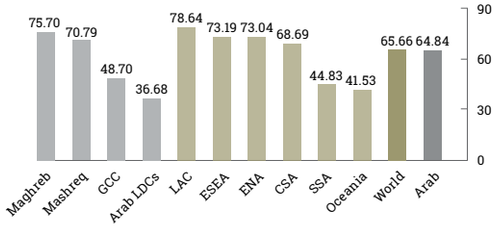
3-7

ضمان حصول الجميع على خدمات رعاية الصحة الجنسية والإنجابية، بما في ذلك خدمات ومعلومات تنظيم الأسرة والتوعية الخاصة به، وإدماج الصحة الإنجابية في الاستراتيجيات والبرامج الوطنية بحلول عام 2030

1-7-3

نسبة النساء اللاتي في سن الإنجاب (15-49 سنة) واللاتي لُبّيت حاجتهن إلى تنظيم الأسرة بطرق حديثة

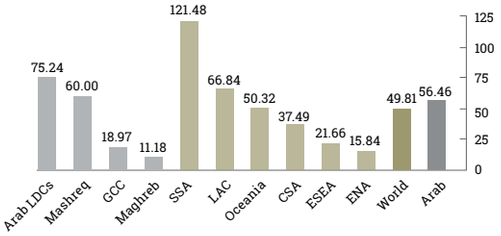
الشكل 14 نسبة النساء المتزوجات أو في علاقة اللاتي في سن الإنجاب (15-49 سنة) واللاتي لُبّيت حاجتهن إلى تنظيم الأسرة بطرق حديثة (بالنسبة المئوية)



ملاحظة: تُرجّح جميع المتوسطات حسب عدد السكان من النساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين 15 و49 سنة في عام 2014 (United Nations Population Division, 2017; United Nations Statistics Division, 2019a). ويشمل المجموع الإقليمي للمنطقة العربية قيماً بيانية سُجّلت في الأعوام المذكورة للبلدان التالية: الجمهورية العربية السورية (2009)، العراق والمغرب (2011)، الأردن وتونس وجزر القمر وقطر (2012)، الجزائر واليمن (2013)، السودان وعُمان ودولة فلسطين ومصر (2014)، موريتانيا (2015).

2-7-3
معدل الولادات لدى المراهقات (10-14 سنة؛ و15-19 سنة) لكل 1,000 امرأة في تلك الفئة العمرية

الشكل 15 معدل الولادات لدى المراهقات (لكل 1,000 امرأة في الفئة العمرية 15-19 سنة)

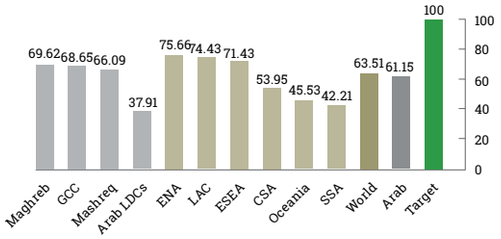


ملاحظة: تُرجّح جميع المتوسطات حسب مجموع عدد النساء في الفئة العمرية 15-19 سنة في عام 2015 (United Nations Population Division, 2017; United Nations Statistics Division, 2019a). ويشمل المجموع الإقليمي للمنطقة العربية قيماً بيانية سُجّلت في الأعوام المذكورة للبلدان التالية: الإمارات العربية المتحدة والجمهورية العربية السورية والعراق (2009)، جيبوتي (2010)، الأردن وتونس وجزر القمر والصومال وموريتانيا (2011)، مصر واليمن (2012)، الجزائر والسودان وليبيا (2013)، البحرين ودولة فلسطين (2014)، قطر والكويت (2015)، عُمان (2016).

8-3
تحقيق التغطية الصحية الشاملة، بما في ذلك الحماية من المخاطر المالية وإمكانية الحصول على خدمات الرعاية الصحية الأساسية الجيدة وإمكانية حصول الجميع على الأدوية واللقاحات الأساسية المأمونة الجيدة الفعالة الميسورة التكلفة

1-8-3
تغطية توافر الخدمات الصحية الأساسية (المُعرّفة باعتبارها متوسط التغطية التي توفر الخدمات الأساسية المستندة إلى الإجراءات الكاشفة التي تشمل الصحة الإنجابية وصحة الأمهات والمواليد الجدد والأطفال والأمراض المعدية والأمراض غير المعدية والقدرة على توفير الخدمات وإمكانية الوصول إليها لدى السكان عموماً والأشد حرماناً خصوصاً)

الشكل 16 مؤشر تغطية الخدمات الصحية الشاملة (من 0 إلى 100)



ملاحظة: تُرجّح جميع المتوسطات حسب عدد السكان، بالرجوع إلى التقديرات السكانية الأحدث (United Nations Population Division, 2017; United Nations Statistics Division, 2019a). ويشمل المجموع الإقليمي للمنطقة العربية قيماً بيانية سُجّلت في عام 2015 لجميع البلدان باستثناء دولة فلسطين.

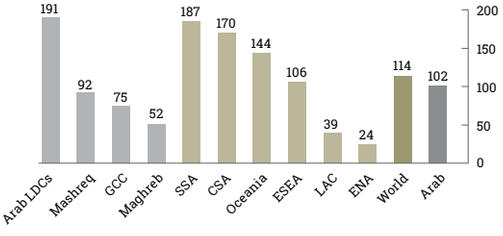
2-8-3
نسبة السكان الذين تصرف أسرهم المعيشية نفقات كبيرة على الصحة محسوبة كحصة من مجموع إنفاق الأسر المعيشية أو دخلها

لم تُستوفَ المعايير المحدّدة للتوصّل إلى المتوسط الإقليمي لهذا المؤشر.

9-3
الحد بدرجة كبيرة من عدد الوفيات والأمراض الناجمة عن التعرّض للمواد الكيميائية الخطرة وتلويث وتلوث الهواء والماء والتربة بحلول عام 2030

1-9-3
معدل الوفيات المنسوبة إلى تلوث الهواء المنزلي والهواء المحيط

الشكل 17 المعدل الموحَّد السن للوفيات المنسوبة إلى تلوث الهواء المنزلي والهواء المحيط (عدد الوفيات لكل 100,000 شخص)

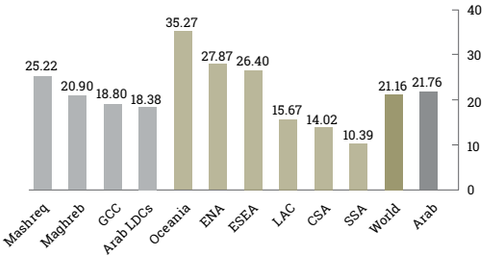


ملاحظة: تُرجّح جميع المتوسطات حسب عدد السكان، بالرجوع إلى التقديرات السكانية الأحدث (United Nations Population Division, 2017; United Nations Statistics Division, 2019a). ويشمل المجموع الإقليمي للمنطقة العربية قيماً بيانية سُجّلت في عام 2016 لجميع البلدان باستثناء دولة فلسطين.

3-أ
تعزيز تنفيذ اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ في جميع البلدان، حسب الاقتضاء

3-أ-1
معدل الانتشار الموحد السن لاستعمال التبغ حالياً لدى الأشخاص الذين تبلغ أعمارهم 15 سنة فأكثر

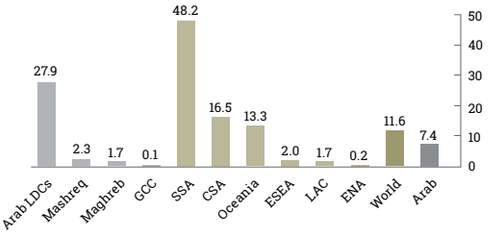
الشكل 20 معدل الانتشار الموحد السن لاستعمال التبغ حالياً لدى الأشخاص الذين تبلغ أعمارهم 15 سنة فأكثر (بالنسبة المئوية)



ملاحظة: تُرجّح جميع المتوسطات حسب عدد السكان الذين تبلغ أعمارهم 15 سنة فأكثر. بالرجوع إلى التقديرات السكانية الأحدث (2015) (United Nations Population Division, 2017; United Nations Statistics Division, 2019a). ويشمل المجموع الإقليمي للمنطقة العربية قيماً بيانية سجلت في عام 2015 للبلدان التالية: الإمارات العربية المتحدة والبحرين وتونس والجزائر وجزر القمر وجيبوتي وعُمان وقطر والكويت ولبنان ومصر والمغرب والمملكة العربية السعودية واليمن.

3-9-2
معدل الوفيات المنسوب إلى المياه غير المأمونة وخدمات الصرف الصحي غير المأمونة والافتقار إلى المرافق الصحية (التعرض لخدمات غير مأمونة في توفير المياه وخدمات الصرف الصحي والنظافة الصحية للجميع)

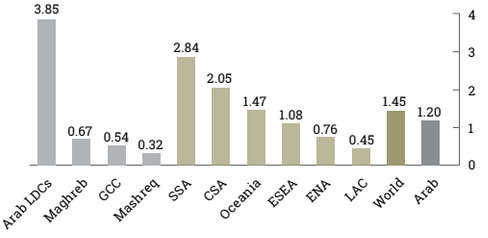
الشكل 18 معدل الوفيات المنسوب إلى المياه غير المأمونة وخدمات الصرف الصحي غير المأمونة والافتقار الى المرافق الصحية (عدد الوفيات لكل 100,000 شخص)



ملاحظة: تُرجّح جميع المتوسطات حسب عدد السكان، بالرجوع إلى التقديرات السكانية الأحدث (2015) (United Nations Population Division, 2017; United Nations Statistics Division, 2019a). ويشمل المجموع الإقليمي للمنطقة العربية قيماً بيانية سُجّلت في عام 2016 لجميع البلدان باستثناء دولة فلسطين.

3-9-3
معدل الوفيات المنسوب إلى التسمم غير المتعمد

الشكل 19 معدل الوفيات المنسوب إلى التسمم غير المتعمد (المؤشر، عدد الوفيات لكل 100,000 شخص)



ملاحظة: تُرجّح جميع المتوسطات حسب عدد السكان، بالرجوع إلى التقديرات السكانية الأحدث (2015) (United Nations Population Division, 2017; United Nations Statistics Division, 2019a). ويشمل المجموع الإقليمي للمنطقة العربية قيماً بيانية سُجّلت في عام 2016 لجميع البلدان باستثناء دولة فلسطين.

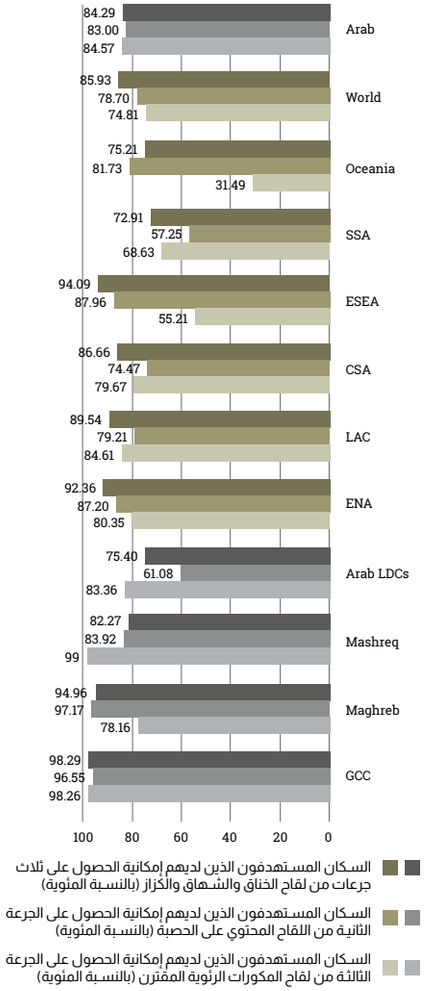
3-ب

دعم البحث والتطوير في مجال اللقاحات والأدوية للأمراض المعدية وغير المعدية التي تتعرض لها البلدان النامية في المقام الأول، وتوفير إمكانية الحصول على الأدوية واللقاحات الأساسية بأسعار معقولة، وفقاً لإعلان الدوحة بشأن الاتفاق المتعلق بالجوانب المتصلة بالتجارة من حقوق الملكية الفكرية وبالصحة العامة، الذي يؤكد حق البلدان النامية في الاستفادة بالكامل من الأحكام الواردة في الاتفاق المتعلق بالجوانب المتصلة بالتجارة من حقوق الملكية الفكرية المتعلقة بأوجه المرونة اللازمة لحماية الصحة العامة، ولا سيما العمل من أجل إمكانية حصول الجميع على الأدوية

3-ب-1

نسبة السكان المستهدفين المستفيدين من جميع اللقاحات المشمولة بالبرنامج الوطني لبلدهم

الشكل 21 نسبة السكان المستهدفين الذين لديهم إمكانية الحصول على ثلاث جرعات من لقاح الخناق والشهاق والكزاز، والجرعة الثانية من اللقاح المحتوي على الحصبة والجرعة الثالثة من لقاح المكورات الرئوية المقترن (بالنسبة المئوية)

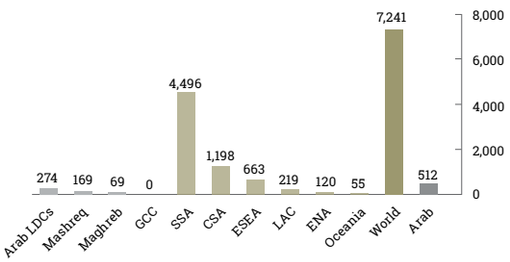


ملاحظة: تُرجَّح جميع المتوسطات حسب مجموع الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين صفر وسنتين (أي الفئة المستهدفة والقاسم)، بالرجوع إلى التقديرات السكانية الأحدث (2015) (United Nations Population Division, 2017; United Nations Statistics Division, 2019a). يُحدّد السكان المستهدفون بلقاح معيّن استناداً إلى العمر الموصى به للحصول على اللقاح. وتُعطى سلسلة التلقيح الأولية لمعظم اللقاحات في أول سنتين من الحياة. ويشمل المجموع الإقليمي للمنطقة العربية، بالنسبة إلى الجرعات الثلاث للقاح الخناق والشهاق والكزاز، قيماً بيانية سجّلت في عام 2016 لجميع البلدان؛ وللقاح المحتوي على الحصبة، قيماً بيانية سجّلت في عام 2016 لجميع البلدان باستثناء جزر القمر والصومال وموريتانيا؛ وللقاح المكورات الرئوية المقترن، قيماً بيانية سجلت في عام 2016 للبلدان التالية: الإمارات العربية المتحدة والبحرين والجزائر وجيبوتي والسودان وعُمان ودولة فلسطين وقطر والكويت وليبيا والمغرب والمملكة والعربية السعودية وموريتانيا واليمن.

3-ب-2

مجموع صافي المساعدة الإنمائية الرسمية المقدمة إلى القطاعات الصحية الأساسية والبحوث الطبية

الشكل 22 مجموع المساعدة الإنمائية الرسمية المقدمة إلى القطاعات الصحية الأساسية والبحوث الطبية (صافي المدفوعات بملايين الدولارات بالسعر الثابت لعام 2016)



ملاحظة: تقتصر تغطية المؤشر 3-ب-2 على البلدان/الأقاليم المتلقية ولا تشمل البلدان/الأقاليم المانحة البالغ عددها 33 المدرجة في قائمة منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية. والمجاميع هي مجموع قيم البلدان (United Nations Statistics Division, 2019a). ويشمل المجموع الإقليمي للمنطقة العربية قيماً بيانية سجّلت في عام 2016 للبلدان التالية: الأردن وتونس والجزائر وجزر القمر والجمهورية العربية السورية وجيبوتي والسودان والصومال والعراق ودولة فلسطين ولبنان وليبيا ومصر والمغرب وموريتانيا واليمن.

3-ج

زيادة التمويل في قطاع الصحة وتوظيف القوى العاملة في هذا القطاع وتطويرها وتدريبها واستبقائها في البلدان النامية، وبخاصة في أقل البلدان نمواً والدول الجزرية الصغيرة النامية، زيادة كبيرة

3-ج-1

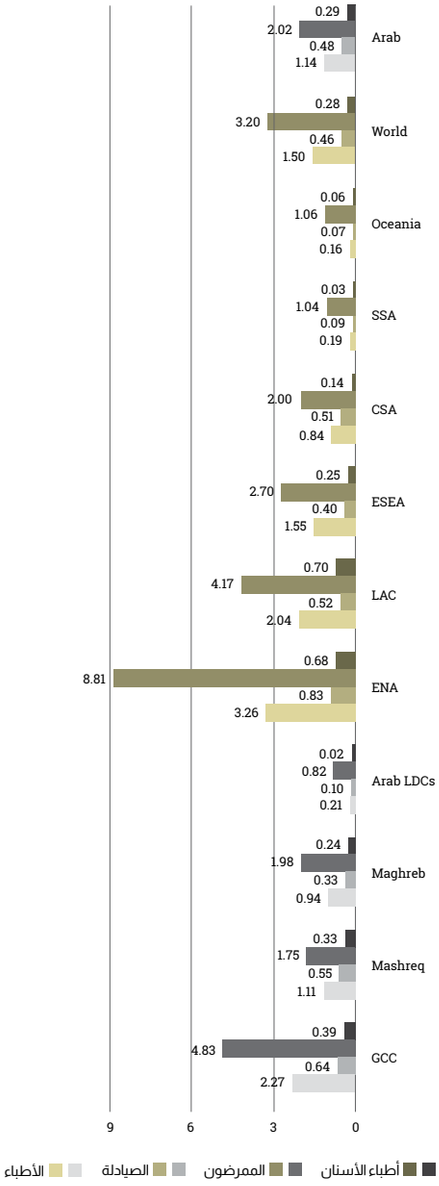
معدل كثافة الأخصائيين الصحيين وتوزيعهم

3-ب-3

نسبة المرافق الصحية المتاحة فيها مجموعة أساسية من الأدوية الضرورية التي تفي بالغرض بكلفة ميسورة على الدوام

لم تُستوفَ المعايير المحدّدة للتوصّل إلى المتوسط الإقليمي لهذا المؤشر.

الشكل 23 معدل كثافة الأخصائيين الصحيين من أطباء أسنان وممرضين وصيادلة وأطباء (المؤشر لكل 1,000 شخص)



ملاحظة: تُرجّح جميع المتوسطات حسب عدد السكان، بالرجوع إلى التقديرات السكانية الأحدث (2014) (United Nations Population Division, 2017; United Nations Statistics Division, 2019a). ويشمل المجموع الإقليمي للمنطقة العربية قيماً بيانية سُجّلت في الأعوام المذكورة للبلدان التالية:

أطباء الأسنان: موريتانيا (2009)، تونس (2010)، الإمارات العربية المتحدة والجمهورية العربية السورية وجيبوتي والعراق وقطر ولبنان وليبيا ومصر والمغرب والمملكة العربية السعودية واليمن (2014)، الأردن والبحرين والكويت (2015)، عُمان (2016).

الممرضون: موريتانيا (2009)، الإمارات العربية المتحدة والجمهورية العربية السورية وجيبوتي والسودان والصومال والعراق وقطر ولبنان وليبيا ومصر والمغرب والمملكة العربية السعودية واليمن (2014)، الأردن والبحرين والكويت (2015)، تونس وعُمان (2016).

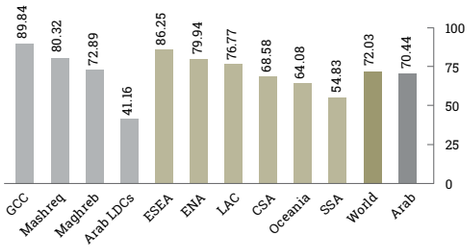
الصيادلة: المغرب وموريتانيا (2009)، تونس (2010)، الإمارات العربية المتحدة والجمهورية العربية السورية وجيبوتي والعراق وقطر والكويت ولبنان وليبيا ومصر والمملكة العربية السعودية واليمن (2014)، الأردن والبحرين (2015)، عُمان (2016).

الأطباء: موريتانيا (2009)، الإمارات العربية المتحدة والجمهورية العربية السورية وجيبوتي والصومال والعراق وقطر ولبنان وليبيا ومصر والمغرب والمملكة العربية السعودية واليمن (2014)، الأردن والبحرين وتونس والكويت (2015)، عُمان (2016).

3-د
تعزيز قدرات جميع البلدان، ولا سيما البلدان النامية، في مجال الإنذار المبكر والحد من المخاطر وإدارة المخاطر الصحية الوطنية والعالمية

1-د-3
القدرة على تنفيذ اللوائح الصحية الدولية والجاهزية لمواجهة حالات الطوارئ الصحية

الشكل 24 متوسط القدرة على تنفيذ 13 من اللوائح الصحية الدولية (بالنسبة المئوية)

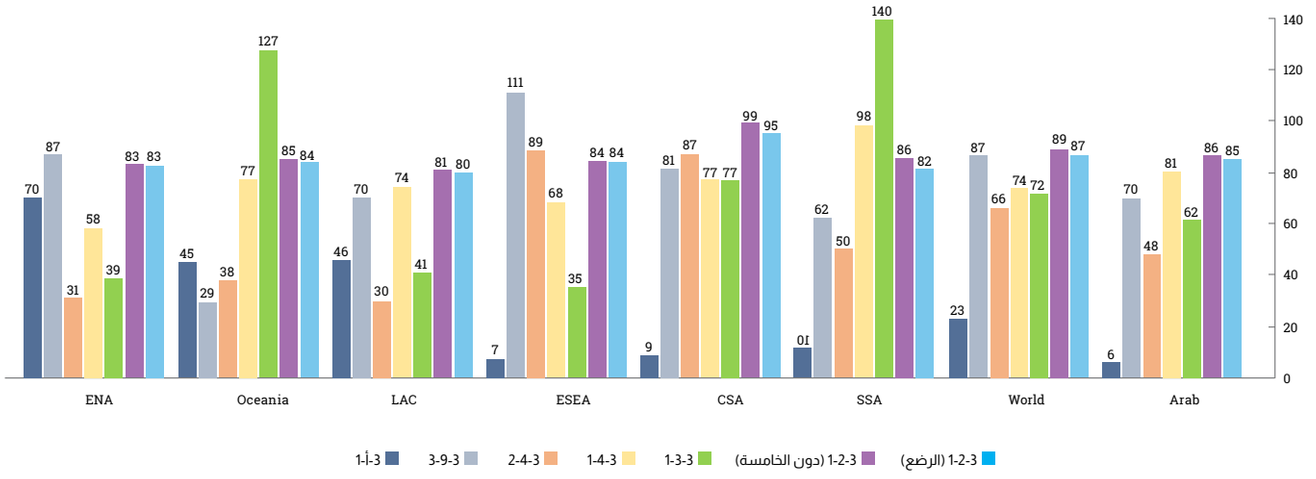


ملاحظة: المجاميع هي المتوسطات البسيطة لقيم البلدان بما أن المؤشر هو على مستوى الدول (United Nations Statistics Division, 2019a). ويشمل المجموع الإقليمي للمنطقة العربية قيماً بيانية سُجّلت في عام 2017 لجميع البلدان باستثناء دولة فلسطين.

ملاحظة: وسط وجنوب آسيا (CSA)؛ شرقي وجنوب شرقي آسيا (ESEA)؛ أوروبا وأمريكا الشمالية (ENA)؛ بلدان مجلس التعاون الخليجي (GCC)؛ أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي (LAC)؛ البلدان العربية الأقل نمواً (Arab LDCs)؛ أوقيانوسيا باستثناء أستراليا ونيوزيلندا (Oceania)؛ أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى (SSA).

تستند جميع الأرقام إلى قاعدة بيانات المؤشرات العالمية لأهداف التنمية المستدامة (United Nations Statistics Division, 2018) باستثناء البيانات المحدثة (United Nations Statistics Division, 2019c) بشأن المؤشرات التالية: 3-1-1 [نسبة الوفيات النفاسية (الوفيات لكل 100,000 مولود حي)]، و3-2-1 [معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة ومعدل وفيات الرضع (الوفيات لكل 1,000 مولود حي)]، و3-2-2 [معدل وفيات المواليد (الوفيات لكل 1,000 مولود حي)]، و3-3-1 [عدد الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشرية لكل 1,000 شخص غير مصاب من السكان]، و3-3-3 [عدد حالات الإصابة بالملاريا لكل 1,000 شخص]، و3-3-5 [عدد الأشخاص الذين يستلزمون تدخلات لمكافحة الأمراض المدارية المهملة].

الشكل 25 عدم المساواة بين الجنسين في المؤشرات 3-3-1 و3-4-1 و3-4-2 و3-9-3 و3-أ-1 وسلسلتين من 3-2-1 (الإناث إلى الذكور بالنسبة المئوية)



ملاحظة: وسط وجنوب آسيا (CSA)؛ شرقي وجنوب شرقي آسيا (ESEA)؛ أوروبا وأمريكا الشمالية (ENA)؛ بلدان مجلس التعاون الخليجي (GCC)؛ أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي (LAC)؛ البلدان العربية الأقل نمواً (Arab LDCs)؛ أوقيانوسيا باستثناء أستراليا ونيوزيلندا (Oceania)؛ أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى (SSA).

تُرجَّح جميع متوسطات هذه المعدلات بنفس متغيّرات الترجيح المستخدمة للسلاسل الموافقة لها. ولمعدلات المؤشر 3-2-1 (وفيات الرضع ووفيات الأطفال دون سن الخامسة)، تُرجّح جميع المتوسطات حسب مجموع عدد الولادات في عام 2011 بالاستناد إلى United Nations Statistics Division, 2019b. ولمعدلات المؤشرات 3-3-1 و3-4-1 و3-4-2 و3-9-3، تُرجَّح جميع المتوسطات حسب عدد السكان باستخدام أحدث التقديرات السكانية (2015) (United Nations Population Division, 2017; United Nations Statistics Division, 2019a). ولمعدلات المؤشر 3-أ-1، تُرجَّح جميع المتوسطات حسب عدد السكان من الفئة العمرية 15 سنة فأكثر باستخدام أحدث تقديرات السكان (2015) (United Nations Population Division, 2017; United Nations Statistics Division, 2019a). وقد تأثر مستوى توفر البيانات بعض الشيء سلباً من جراء الترجيح.

الحواشي

1. حسابات الإسكوا، الشكل 1.
2. حسابات الإسكوا، الشكل 3.
3. حسابات الإسكوا، الشكلان 3 و4.
4. حسابات الإسكوا، الشكل 4.
5. ESCWA, 2018.
6. حسابات المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط بالاستناد إلى بيانات من WHO, 2018b.
7. حسابات المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط بالاستناد إلى بيانات من WHO EMRO, 2019b.
8. WHO EMRO, 2019b.
9. Federal Health Ministry of Sudan, Sudan Health Observatory, 2018; Federal Health Ministry of Sudan, Directorate General of Human Resources for Health Development, 2012; WHO EMRO, 2019a.
10. حسابات الإسكوا، الشكل 16. لمعلومات عن بيانات البلدان، الاطلاع على مرفق هذا التقرير.
11. حسابات الإسكوا، الشكل 15.
12. حسابات الإسكوا، الشكل 14.
13. World Bank, 2013.
14. WHO, 2016.
15. حسابات الإسكوا، الشكل 20.
16. حسابات الإسكوا، الشكل 20 (المؤشر 3-أ-1).
17. حسابات الإسكوا، الشكل 13.
18. حسابات الإسكوا، الشكل 5.
19. UNAIDS, 2019.
20. Mokdad and others, 2016. هذه الوقائع هي لمنطقة شرق البحر الأبيض المتوسط كما حددتها منظمة الصحة العالمية (وهي تشمل الأردن، والإمارات العربية المتحدة، والبحرين، وتونس، والجمهورية العربية السورية، وجيبوتي، والسودان، والصومال، والعراق، وعُمان، ودولة فلسطين، وقطر، والكويت، ولبنان، وليبيا، ومصر، والمغرب، والمملكة العربية السعودية، واليمن بالإضافة إلى الدول غير العربية وهي أفغانستان، وجمهورية إيران الإسلامية، وباكستان).
21. الاطلاع على المقاصد والمؤشرات للهدف 16.
22. أحدث البيانات المتاحة من WHO, 2019d تعود إلى عام 2015 لمصر، وعام 2014 للمغرب، وعام 2013 لتونس.
23. United Nations, 2014.
24. لمزيد من المعلومات عن بيانات البلدان، الاطلاع على مرفق هذا التقرير.
25. WHO, 2019a.
26. WHO, 2018a.
27. Ministry of Health and Population (Egypt), El-Zanaty and Associates and ICF International, 2015.
28. WHO EMRO, 2019b.
29. WHO and IBRD, 2017; WHO EMRO, 2019b.
30. WHO EMRO, 2019b.
31. المرجع نفسه.
32. WHO, 2019c.
33. Al-Mandhari and others, 2020.
34. Based on Sharara and others, 2018.
35. World Bank, 2013.
36. WHO EMRO, 2019b; WHO and IBRD, 2017.
37. Charlson and others, 2019.
38. World Bank, 2013.
39. لبيانات البلدان، الاطلاع على مرفق هذا التقرير.

40. لبيانات البلدان، الاطلاع على مرفق هذا التقرير (المؤشر 3-8-1).
41. لمزيد من المعلومات عن بيانات البلدان، الاطلاع على مرفق هذا التقرير (المؤشر 3-ج-1).
42. DeJong and others, 2017.
43. مثلاً Baroud, 2017.
44. Obermeyer, Bott and Sassine, 2015.
45. DeJong and Battistin, 2015.
46. UNAIDS, 2012.
47. WHO, 2013; UN Women, 2018. في أربعة بلدان عربية هي: الأردن، والعراق، ودولة فلسطين، ومصر، إضافة إلى جمهورية إيران الإسلامية.

المراجع

AbuAlRub, Raeda F., and others (2013). "The Challenges of Working in Underserved Areas: A Qualitative Exploratory Study of Views of Policy Makers and Professionals". *International Journal of Nursing Studies* 50(1): 73–82. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.08.014.

Al-Mandhari, Ahmed, and others (2020). "Full Implementation of the WHO Framework Convention on Tobacco Control in the Eastern Mediterranean Region Is the Responsibility of All". *East Mediterranean Health Journal* 26(1): 4–5. https://doi.org/10.26719/2020.26.1.4.

Baroud, Maysa (2017). "Improving Healthcare Access for Persons with Disabilities in Lebanon: Together for Justice in Service Provision". AUB Policy Institute.

Charara, Raghid, and others (2017). "The Burden of Mental Disorders in the Eastern Mediterranean Region, 1990-2013". Pallab K. Maulik, ed. *PLOS ONE* 12(1): e0169575. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0169575.

Charlson, Fiona, and others (2019). "New WHO Prevalence Estimates of Mental Disorders in Conflict Settings: A Systematic Review and Meta-Analysis". *The Lancet* 394(10194): 240–48. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30934-1.

DeJong, Jocelyn, and Francesca Battistin (2015). "Women and HIV: The Urgent Need for More Research and Policy Attention in the Middle East and North Africa Region". *Journal of the International AIDS Society* 18(1). https://doi.org/10.7448/IAS.18.1.20084.

DeJong, Jocelyn, and others (2017). "Reproductive, Maternal, Neonatal and Child Health in Conflict: A Case Study on Syria Using Countdown Indicators". *BMJ Global Health* 2(3). https://doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000302.

Dewachi, Omar (2018). "Status of Arab Public Health". In *Innovation or Extinction: Scientific Research in the Arab World: Realities, Challenges and Perspectives*, 10th ed., 441–56. Beirut: Arab Thought Foundation. www.arabthought.org/en/researchcenter/report.

ESCWA (Economic and Social Commission for Western Asia) (2018). "Population and Development Report Issue No. 8: Prospects of Ageing with Dignity in the Arab Region". Beirut. www.unescwa.org/publications/population-development-report-8.

——— (2019). "Fiscal Policy Review of Arab States 2019". Beirut. www.unescwa.org/sites/www.unescwa.org/files/publications/files/l1901323.pdf.

ESCWA (Economic and Social Commission for Western Asia), and IOM (International Organization for Migration) (2019). "Situation Report on International Migration 2019: The Global Compact for Safe, Orderly and Regular Migration in the Context of the Arab Region". Beirut. www.unescwa.org/publications/situation-report-international-migration-2019.

Federal Health Ministry of Sudan, Directorate General of Human Resources for Health Development (2012). *National Human Resources for Health Strategic Plan for Sudan 2012-2016*. www.who.int/workforcealliance/countries/Sudan_HRHPlan_2012-16.pdf.

Federal Health Ministry of Sudan, Sudan Health Observatory (2018). *Annual Health Statistical Report 2018*. www.sho.gov.sd/controller/kn_hub_ featured.php?sm_id=133&mid=110&lid=1#.

Lertora, Emanuela (2016). "The Rise of Medical Tourism in the Middle East". *Insight World Editor*, 11 November 11. www.insight-world.co/rise-medical-tourism-middle-east/#.XkJcPTEzayI.

Ministry of Health and Population (Egypt), El-Zanaty and Associates, and ICF International (2015). *Egypt Demographic and Health Survey* 2014. Cairo. https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR302/FR302.pdf.

Mokdad, Ali H., and others (2016). "Health in Times of Uncertainty in the Eastern Mediterranean Region, 1990–2013: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2013". *The Lancet Global Health* 4(10): e704–13. https://doi.org/10.1016/S2214-109X(16)30168-1.

Obermeyer, Carla Makhlouf, Sarah Bott, and Anniebelle J. Sassine (2015). "Arab Adolescents: Health, Gender, and Social Context". *Journal of Adolescent Health* 57(3): 252–62. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.01.002.

OCHA (United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs) (2019). "Crisis Overview: Yemen". www.unocha.org/yemen/crisis-overview.

Physicians for Human Rights (2019). "A Map of Attacks on Health Care in Syria". http://syriamap.phr.org/#/en/findings.

Sahbani, Shible, Maysa Al-Khateeb, and Ruba Hikmat (2016). "Early Marriage and Pregnancy among Syrian Adolescent Girls in Jordan; Do They Have a Choice?" *Pathogens and Global Health* 110(6): 217–18. https://doi.org/10.1080/20477724.2016.1231834.

Sharara, Eman, and others (2018). "Physical Inactivity, Gender and Culture in Arab Countries: A Systematic Assessment of the Literature". *BMC Public Health* 18(1): 1–19. https://doi.org/10.1186/s12889-018-5472-z.

UN Women (United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women) (2018). "Facts and Figures: Ending Violence against Women". www.unwomen.org/en/what-we-do/ending-violence-against-women/facts-and-figures.

UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS) (2012). "Standing Up, Speaking Out: Women and HIV in the Middle East and North Africa". http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2012/20120713_MENA_Women_and_AIDS_2012_en.pdf.

——— (2019). “UNAIDS Data 2019”. Geneva. www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2019-UNAIDS-data_en.pdf.

UNICEF (United Nations Children’s Fund) (2019). “Maternal Mortality Ratio (Number of Maternal Deaths per 100,000 Live Births)”. UNICEF data. 2019. https://data.unicef.org/resources/data_explorer/unicef_f/?ag=UNICEF&df=GLOBAL_DATAFLOW&ver=1.0&dq=MAR.MNCH_MMR+MNCH_LTR_MATERNAL_DEATH+MNCH_MATERNAL_DEATHS..&startPeriod=2010&endPeriod=2020.

United Nations (2014). *Principles and Recommendations for a Vital Statistics System*. New York. https://unstats.un.org/unsd/demographic/standmeth/principles/M19Rev3en.pdf.

United Nations Population Division (2017). *World Population Prospects*. https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Population/.

United Nations Statistics Division (2018). “Global SDG Indicators Database”. https://unstats.un.org/sdgs/indicators/database/.

——— (2019a). “SDG Indicators Metadata Repository”. https://unstats.un.org/sdgs/metadata/.

——— (2019b). “UNdata Annual Number of Births”. http://data.un.org/Data.aspx?d=SOWC&f=inID%3A75.

——— (2019c). “Global SDG Indicators Database”. https://unstats.un.org/sdgs/indicators/database/.

WHO (World Health Organization) (2013). “Global and Regional Estimates of Violence Against Women: Prevalence and Health Effects of Intimate Partner Violence and Non-Partner Sexual Violence”. https://apps.who.int/iris/handle/10665/85239.

——— (2014). “Global Health Observatory Data Repository”. Current expenditure on health by general government and compulsory schemes (percentage of current expenditure on health). https://apps.who.int/gho/data/view.main.HS05v.

——— (2016). “Global Health Observatory Data Repository”. Prevalence of obesity among adults. http://apps.who.int/gho/data/node.main.A900A?lang=en.

——— (2017). “2017 Mental Health Atlas”. Geneva. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272735/9789241514019-eng.pdf?ua=1.

——— (2018a). “Regional Committee for the Eastern Mediterranean Sixty-Fifth Session”. *Private Sector Engagement for Advancing Universal Health Coverage* 11. http://applications.emro.who.int/docs/RC_Technical_Papers_2018_8_20546_EN.pdf?ua=1.

——— (2018b). “Reported Indigenous Confirmed Cases: Data by Country”. Malaria: number of reported confirmed cases. http://apps.who.int/gho/data/node.main.A1364?lang=en.

——— (2019a). “Country Planning Cycle Database”. www.nationalplanningcycles.org/.

——— (2019b). “Health Conditions in the Occupied Palestinian Territory, Including East Jerusalem, and in the Occupied Syrian Golan: Report by the Director-General”. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328758/A72_33-en.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

——— (2019c). *WHO Global Report on Trends in Prevalence of Tobacco Use 2000-2025*. Geneva. www.who.int/publications-detail/who-global-report-on-trends-in-prevalence-of-tobacco-use-2000-2025-third-edition.

——— (2019d). “World Health Statistics Data Visualizations Dashboard”. Completeness of cause-of-death data. http://apps.who.int/gho/data/view.sdg.17-19-data?lang=en.

WHO EMRO (World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean) (2019a). “Palestine Human Resources for Health Observatory”. www.emro.who.int/health-workforce/highlights/palestinian-human-resources-for-healh-observatory.html.

——— (2019b). *Strengthening Health Financing Systems in the Eastern Mediterranean Region towards Universal Health Coverage: Health Financing Atlas 2018*. https://apps.who.int/iris/handle/10665/311328.

WHO (World Health Organization), and IBRD (International Bank for Reconstruction and Development) (2017). *Tracking Universal Health Coverage: 2017 Global Monitoring Report*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259817/9789241513555-eng.pdf.

World Bank (2013). “Fairness and Accountability: Engaging in Health Systems in the Middle East and North Africa”. Washington D.C. https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/16109.