

مجلس الصحة
لدول مجلس التعاون
Gulf Health Council



UN INTERAGENCY
TASK FORCE ON NCDs

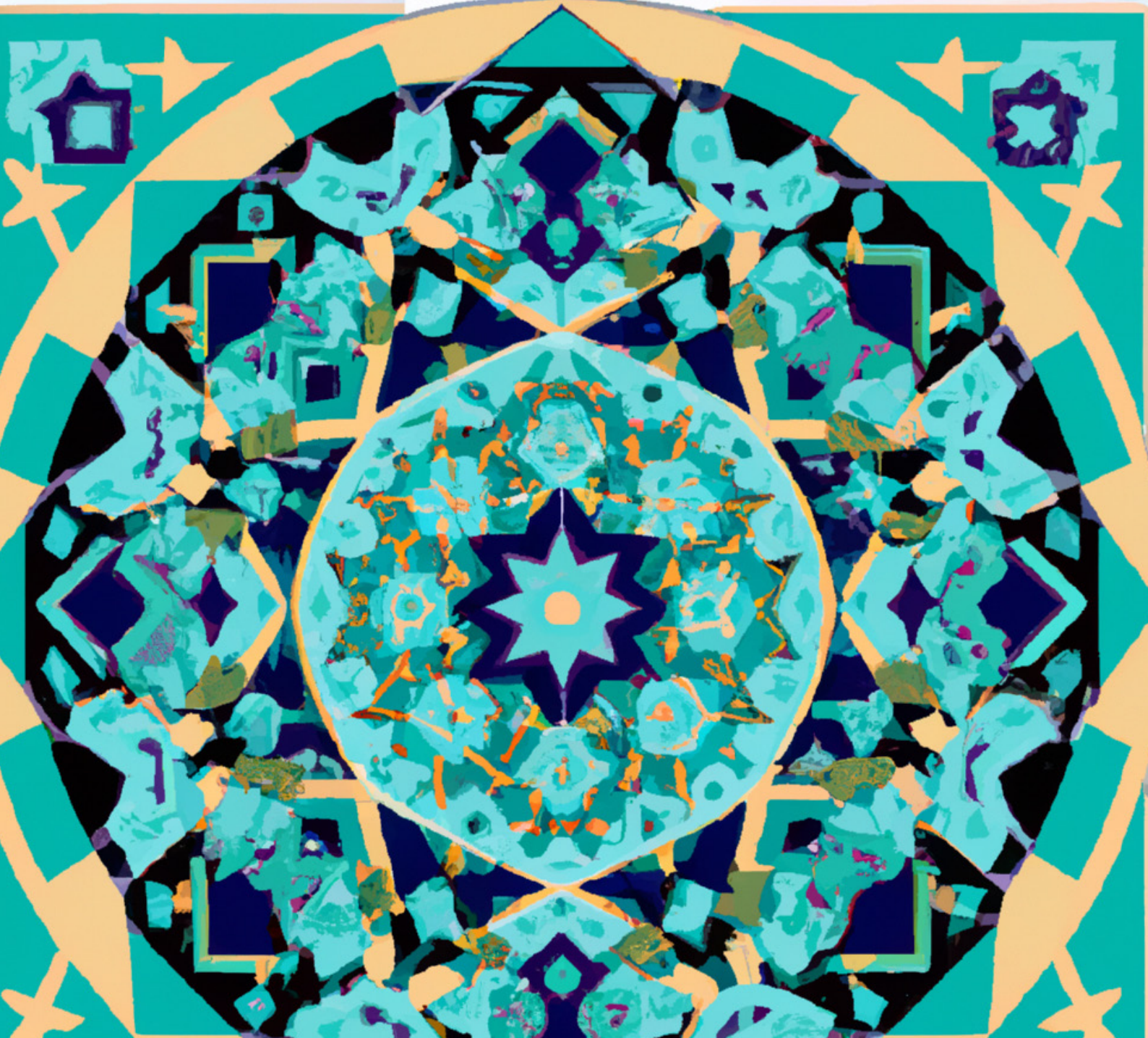


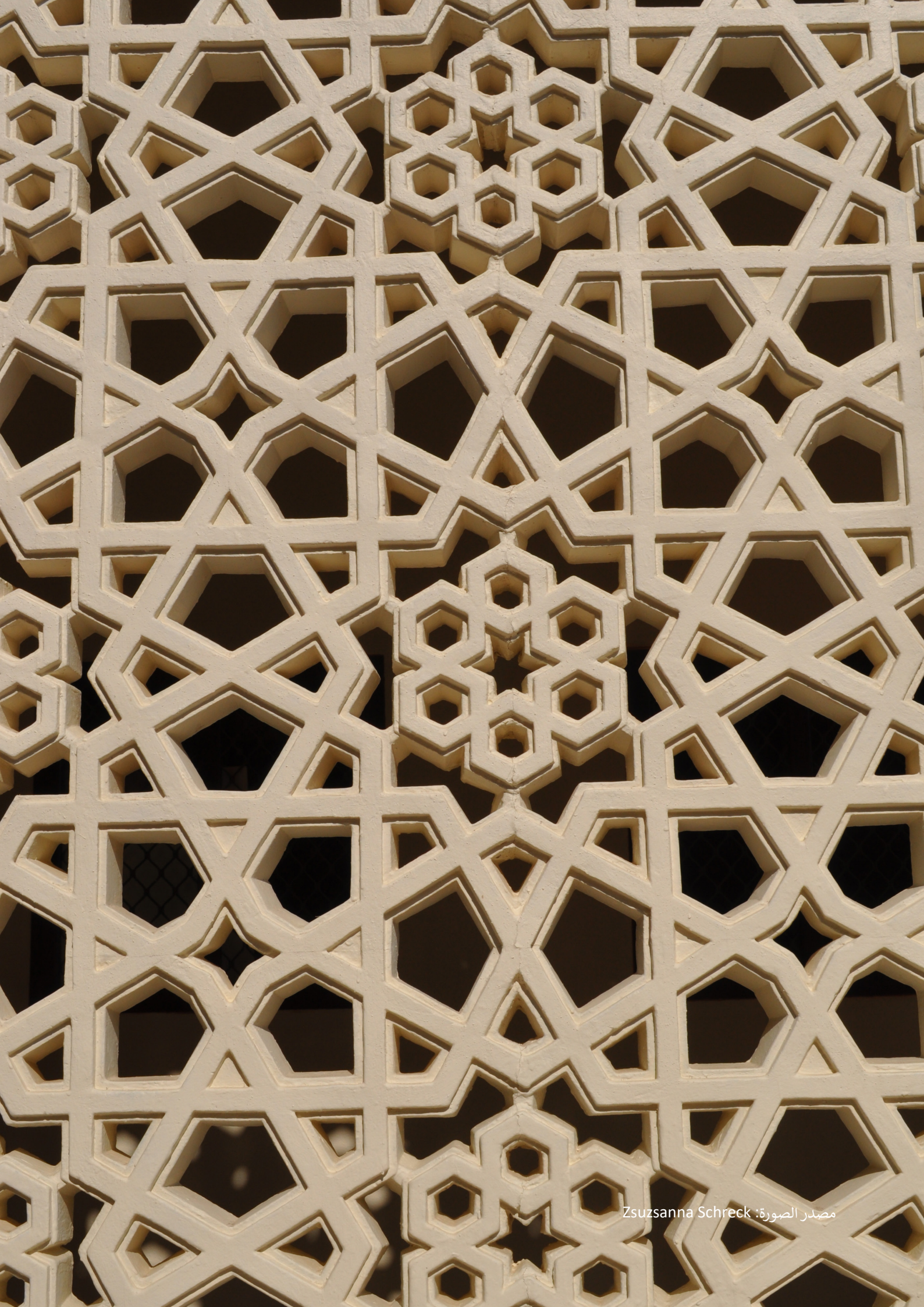
World Health
Organization



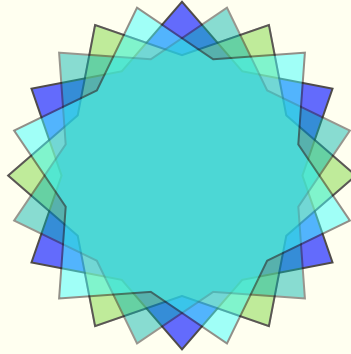
تكاليف الرعاية الصحية الأولية

التقرير التجميعي





تكلفة الخدمات الصحية المقدمة في مراكز الرعاية الصحية الأولية بدول مجلس التعاون



تقرير تجميعي عن دول الخليج الست





المحتويات

| | |
|----|--|
| 8 | الملخص العام |
| 10 | مُقدّمة |
| 12 | الهدف من الدراسة |
| 12 | نطاق الدراسة |
| 14 | منهج الدراسة |
| 14 | نطاق الدراسة |
| 14 | مصادر البيانات |
| 15 | نموذج حساب التكاليف |
| 16 | تقديرات التغطية |
| 16 | قيود البيانات والافتراضات |
| 18 | النتائج |
| 18 | تكاليف الخدمات السريرية المختارة المقدمة في مراكز الرعاية الأولية |
| 19 | الأمراض غير المعدية |
| 21 | الفحوصات الطبية والتشخيصية |
| 22 | خدمات الصحة النفسية |
| 23 | تحليل النتائج |
| 23 | تكلفة الخدمات السريرية للرعاية الصحية الأولية في دول مجلس التعاون |
| 24 | سياق الخدمات السريرية للرعاية الصحية الأولية في دول مجلس التعاون |
| 30 | الخطوات المستقبلية المقترحة |
| 30 | التوصيات |
| 34 | الملحق: نظرة عامة على الخدمات السريرية على مستوى الرعاية الصحية الأولية حسب الدولة |

إخلاء المسؤولية

© برنامج الأمم المتحدة الإنمائي ومنظمة الصحة العالمية ومجلس الصحة لدول مجلس التعاون 2023

بعض الحقوق محفوظة. هذا المصنف متاح بمقتضى ترخيص المشاع الإبداعي «نسب المصنف - غير تجاري - المشاركة بالمثل ٣.٠» لصالح المنظمات الحكومية الدولية» (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

بموجب شروط هذا الترخيص، يجوز نسخ المصنف وإعادة توزيعه وتعديله للأغراض غير التجارية، وذلك بشرط الاستشهاد المرجعي الملائم بالمصنف على النحو المبين أدناه. ولا ينبغي في أي استخدام لهذا المصنف الإيحاء بأن منظمة الصحة العالمية أو برنامج الأمم المتحدة الإنمائي يعتمدان أي منظمة أو منتجات أو خدمات مُحددة. ولا يُسمح باستخدام أسماء أو شعارات منظمة الصحة العالمية أو برنامج الأمم المتحدة الإنمائي من دون تفويض. وإذا قمت بتعديل هذا المصنف، يجب عليك ترخيص مصنفك بمقتضى ترخيص المشاع الإبداعي (Creative Commons) نفسه أو ترخيص آخر يعادله. وعند ترجمة هذا المصنف، يجب إضافة بيان إخلاء المسؤولية التالي مع الاستشهاد المرجعي المقترح: «هذه الترجمة ليست من إعداد منظمة الصحة العالمية أو برنامج الأمم المتحدة الإنمائي. ومن ثمَّ فإن منظمة الصحة العالمية وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي لا يتحملان أي مسؤولية عن محتوى هذه الترجمة أو دقتها. ويجب أن يكون الأصل الإنجليزي هو الإصدار الملزم وذو الحجية».

يجب أن تتم أي وساطة تتعلق بالنزاعات الناشئة في إطار هذا الترخيص وفقًا لقواعد الوساطة التي حدتها المنظمة العالمية للملكية الفكرية (<https://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules>).

الاستشهاد المرجعي المقترح: خليفة المشرف، سيباستيان بوا، يوهانا يونغ، يحيى الفارسي، وآخرون (2023). تكلفة الخدمات الصحية المقدمة في مراكز الرعاية الصحية الأولية بدول مجلس التعاون. جنيف: برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، منظمة الصحة العالمية، فريق عمل الأمم المتحدة المشترك بين الوكالات المعنية بالوقاية من الأمراض غير المعدية، مجلس الصحة لدول مجلس التعاون.

المبيعات والحقوق والتراخيص: لشراء إصدارات منظمة الصحة العالمية، انظر الرابط <http://apps.who.int/bookorders>. ولتقديم طلبات الاستخدام التجاري والاستفسارات حول الحقوق وأي ترتيبات أخرى للتراخيص، انظر <http://www.who.int/about/licensing>.

مواد الأطراف الخارجية: إذا كنت ترغب في إعادة استخدام أي مواد واردة في هذا المصنف ومنسوبة إلى طرف خارجي مثل الجداول أو الأشكال أو الصور، فإنك تتحمل مسؤولية تحديد مدى الحاجة للحصول على إذن لإعادة استخدام هذه المواد وكذلك المسؤولية عن الحصول على الإذن من صاحب حقوق المؤلف. وتقع على عاتق المستخدم وحده مخاطر المطالبات الناتجة عن التعدي على أي عنصر أو مكون في المصنف مملوك لطرف خارجي.

بيانات إخلاء المسؤولية: لا تعبر التسميات المستخدمة في هذا الإصدار وطريقة عرض المواد الواردة فيه عن أي رأي مهما كان لمنظمة الصحة العالمية أو برنامج الأمم المتحدة الإنمائي بشأن الوضع القانوني لأي بلد أو إقليم أو مدينة أو منطقة أو بشأن الوضع القانوني لسلطاتها، أو بشأن تعيين حدودها أو تخومها. وتشكل الخطوط المنقوطة والمتقطعة على الخرائط خطوطًا حدودية تقريبية قد لا يكون هناك بعد اتفاق كامل بشأنها.

ولا يعني ذكر شركات محددة أو منتجات من جهات تصنيع بعينها أنها معتمدة من منظمة الصحة العالمية أو برنامج الأمم المتحدة الإنمائي أو موصى بها تفضيلاً لها على ما سواها مما يماثلها في النوع ولم يرد ذكره في هذا التقرير. وفيما عدا الخطأ والسهو، فقد ميّزت في هذا الإصدار أسماء المنتجات المسجلة الملكية بأحرف استهلاكية كبيرة (في النص الإنجليزي).

لقد اتخذت منظمة الصحة العالمية وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي جميع الاحتياطات المعقولة للتحقق من المعلومات الواردة في هذا الإصدار. ومع ذلك فإن جميع المواد المنشورة سيتم توزيعها بلا أي ضمان من أي نوع، صريحاً كان أو ضمنياً. والقارئ هو المسؤول عن تفسير هذه المواد واستعمالها. ولا تتحمل منظمة الصحة العالمية أو برنامج الأمم المتحدة الإنمائي بأي حال من الأحوال المسؤولية عن أي أضرار ناشئة عن استخدامها.

الترجمة إلى العربية: أبوالحجاج محمد بشير

تصميم الجرافيك: Zsuzsanna Schreck

شكر وتقدير

يعرب المؤلفون عن خالص امتنانهم لوزارات الصحة في دول الخليج والفرق الوطنية التي ساهمت في جمع البيانات وتحليلها، والجهات المعنية التي بذلت الجهد والوقت لمراجعة هذه الدراسة وتحسينها. ويود المؤلفون أن يخصوا بالشكر مسؤولي الرعاية الأولية في وزارات الصحة الخليجية على ما قدموه من دعم ومساندة.

تم إعداد تقرير تكاليف الرعاية الصحية الأولية بفضل الدعم المالي والتقني المُقدّم من مجلس الصحة لدول مجلس التعاون. وقد قدم ممثلو مجلس الصحة لدول مجلس التعاون إسهامات بارزة تمثلت في مراجعة نصوص وأقسام ومسودات التقرير، والمشاركة في تخطيط المشروع وتنظيم الاجتماعات واللقاءات مع المسؤولين في دول الخليج. وقد استفاد هذا التقرير إلى حد كبير من النصائح العديدة والمساهمات الكبيرة للدكتور يحيى الفارسي والإشراف العام لسعادة الأستاذ سليمان الدخيل، وكلاهما يعمل في مجلس الصحة لدول مجلس التعاون.

تولى الدكتور خليفة المشرف، من جامعة بيرمينغهام دبي، إجراء التحليل الاقتصادي بمساعدة سيباستيان بوا من جامعة ليمريك. كتب هذا التقرير كل من يوهانا يونغ، وريبيكا غريبيل، وراشيل ستانتون، ودانييل غرافتون من برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، بالتعاون مع الدكتور خليفة المشرف وسيباستيان بوا، ودادلي تارلتون من برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، والدكتور نيكولاس باناتفالا من فريق عمل الأمم المتحدة المشترك بين الوكالات المعنية بالوقاية من الأمراض غير المعدية ومكافحتها، والدكتورة لمياء محمود ودينا العصفور من المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط. وساهم أودانيي إغبوجا في كتابة المسودة وفي إجراء المزيد من الأبحاث.

نود أيضًا أن نسجل خالص تقديرنا لإسهامات المكاتب الإقليمية لمنظمة الصحة العالمية وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي، ووزارات الصحة الخليجية في تنظيم إعداد التقرير التجميعي حول تقدير تكاليف خدمات الرعاية الصحية الأولية، وإسهامات الوزارات والمؤسسات الحكومية في دول الخليج لتوفيرها المعلومات التي ساهمت في إعداد هذا التقرير.

كذلك نخص بالشكر الدكتور أسموس هامريش، والدكتور عوض مطرية، والدكتور هشام البري، وماتيلدا بيستروم، والدكتورة هبة فؤاد، والدكتورة مارغاريدا بريتو، والدكتور خالد فراز، والدكتورة نسيم بورغازي، والدكتور محمد سعادي من المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، وفيتو إنتيني، والفايح عبد الرحيم، وكوثر زيروالي، وثريا باهري، ونادين عبدالرؤوف من المكتب الإقليمي لبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي للدول العربية.

المُلخَص العام

مراكز الرعاية الصحية الأولية ذات الجودة والكفاءة العالية هي الركيزة الأولى في بناء قطاع صحي متطور يحقق أفضل النتائج الصحية بأقل قدر من الإنفاق. وتتمثل الخطوة الأولى لتعزيز خدمات الرعاية الأولية في تقييم الأداء الحالي. يحدد هذا التقرير تكلفة الخدمات السريرية المختارة المقدمة في مراكز الرعاية الصحية الأولية في دول مجلس التعاون الخليجي (مملكة البحرين ودولة الكويت وسلطنة عُمان وقطر والمملكة العربية السعودية والإمارات العربية المتحدة). يتناول هذا التقرير تقدير تكلفة مجموعة مختارة من خدمات العيادات الخارجية السريرية الأولية في القطاع العام في كل دول الخليج بناءً على تكاليف القوة العاملة في القطاع الصحي بالإضافة إلى تكلفة الأدوية والمستلزمات الطبية لتعزيز الخدمات الوقائية والخدمات التي تقدم للسكان مباشرة في المنطقة، كما يقدم نبذة عامة عن الرعاية الصحية الأولية في جميع أنحاء المنطقة. وفي الختام، يقدم التقرير توصيات لتحسين تخصيص الموارد المالية الموجهة لمراكز الرعاية الصحية الأولية الحكومية لتلبية الاحتياجات الصحية المتنامية للسكان بشكل أفضل.

وجدير بالذكر أن هذه الدراسة لم تتضمن تقدير تكاليف عناصر إضافية تسهم في تحديد حجم الإنفاق الصحي على الرعاية الصحية الأولية، مثل موارد الرعاية الصحية الأولية الأساسية (على سبيل المثال: تطوير البنية التحتية أو إعداد السياسات)، والسياسات متعددة القطاعات والوقاية الصحية، وكذلك الرعاية الصحية الأولية التي يقدمها القطاع الخاص. ولهذا لم تنطرق الدراسة إلى المقارنة المباشرة بين تكاليف خدمات الرعاية الصحية الأولية المشمولة في الدراسة وحجم الإنفاق الصحي، ومن ثمَّ ينبغي توخي الحذر في المقارنة بين دول المنطقة.

خامساً - النتائج الرئيسية

1 قدرت الدراسة تكاليف ما بين 72 و101 خدمة سريرية في الدول الست، وتراوحت التكلفة الإجمالية التقديرية لجميع الخدمات للفرد من 69 دولاراً أمريكياً في المملكة العربية السعودية إلى 272 دولاراً أمريكياً في الكويت.

2 وفق تقديرات الدراسة، بلغت التكلفة الإجمالية لمجموعة الخدمات السريرية التي تقدمها مراكز الرعاية الأولية في دول مجلس التعاون مجتمعة في عام 2019 ما مقداره 5.7 مليار دولار أمريكي. وتباينت التكلفة الإجمالية للخدمات السريرية النموذجية في كل دولة من 160 مليون دولار أمريكي في البحرين إلى 2.3 مليار دولار أمريكي في المملكة العربية السعودية.

3 تم تصنيف الخدمات السريرية التي تناولت الدراسة الحالية تقدير تكاليفها إلى ثماني فئات من الخدمات الصحية. وفئات الخدمات السريرية التي ساهمت بأكبر قدر في التكلفة الإجمالية للخدمات السريرية هي الممارسة العامة (الطب العام) والأمراض غير المعدية.

التوصيات

1 إعداد الاستراتيجيات الوطنية للرعاية الصحية الأولية ونماذج الرعاية

2 تعزيز التعاون الإقليمي والتنسيق بين دول مجلس التعاون الخليجي

3 توسيع الاستثمار في الأبحاث وتدابير مراقبة قطاع الرعاية الصحية الأولية وتطويرها لتحسين الكفاءة والنتائج الصحية

4 زيادة أعداد القوة العاملة في القطاع الصحي مع التركيز على المتخصصين في تقديم الرعاية الصحية الأولية

5 توسيع نطاق الفحوصات التشخيصية للأمراض غير المعدية وخدمات الوقاية منها في مراكز الرعاية الصحية الأولية

6 تقديم المزيد من خدمات الصحة النفسية عبر مراكز الرعاية الصحية الأولية

مقدمة

كان إعلان "ألما - آتا 1978" الذي دعا إلى توجيه اهتمام القطاعات والنظم الصحية نحو الرعاية الصحية الأولية، حدثاً بارزاً ونقطة فارقة في تاريخ الصحة العالمية. وفي عام 2018، وبعد مرور 40 عامًا، أعاد إعلان "أستانا" التأكيد على الالتزام العالمي تجاه الرعاية الصحية الأولية بوصفها أداة أساسية لتحقيق التغطية الصحية الشاملة وأهداف التنمية المستدامة المتعلقة بالصحة¹. تركز الرعاية الصحية الأولية بوصفها نهجٌ للرعاية الصحية على ثلاثة مكونات هي: سياسات وإجراءات متعددة القطاعات، وتمكين الأفراد والمجتمعات، والتعامل مع الرعاية الصحية الأولية باعتبارها جوهر وقلب الخدمات الصحية المتكاملة². وبينما تختلف تعريفات الرعاية الصحية الأولية، فإنها لا تقتصر بشكل عام على نقطة الاتصال الأولى للحصول على الرعاية الطبية، بل تشمل التثقيف والتوعية والوقاية الصحية أيضًا.

الإطار (1): ما هي الرعاية الصحية الأولية؟

يعتمد مفهوم الرعاية الصحية الأولية في هذا التقرير على تعريفها في منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية: "الرعاية الصحية الأولية هي نقطة الاتصال الأولى والرئيسية لمعظم السكان بنظام الرعاية الصحية، مع التركيز على الأفراد ومجتمعاتهم. وهي تتعامل مع الفرد على أنه وحدة متكاملة، فهي لا تركز على المرض أو على النظام العضوي للجسم، لكنها تركز على المريض نفسه، ومن ثمّ فالرعاية الأولية لا تهتم بصحة الإنسان وسلامته بدنيًا فحسب، بل نفسيًا واجتماعيًا أيضًا."

تؤدي الرعاية الصحية الأولية عالية الجودة إلى فوائد ومكاسب صحية واقتصادية كبيرة. ويقوم نظام الرعاية الصحية الأولية عالي الكفاءة بدور كبير في تحسين كفاءة القطاع الصحي ككل، فضلًا عن خفض التكاليف الصحية، وزيادة رضا المريض، ومعالجة مظاهر عدم المساواة بتحسين النتائج الصحية على مستوى المؤشرات الاجتماعية والاقتصادية^{3,4,5}. تسهم الرعاية الصحية الأولية في تحسين كفاءة القطاع الصحي بخفض أعداد المرضى الذين يُعالجون في المستشفيات وخفض عدد الزيارات لأقسام الطوارئ، وبالتالي تقليل تكاليف الرعاية الصحية⁶. كما تسهم الرعاية الصحية الأولية بصفتها نقطة الاتصال الأولى بين المريض والقطاع الصحي في تعزيز كفاءة القطاع الصحي في التعامل مع الأمراض المزمنة وتنفيذ الإجراءات والتدابير الوقائية⁷. ومن خلال الفهم المتعمق للمخاطر الصحية التي يتعرض لها الفرد أو العائلة بأكملها، سيتسنى تقديم خدمات الرعاية الوقائية أو المزمنة على نحو يضع المريض في مركز الاهتمام.

1 الإطار التشغيلي للرعاية الصحية الأولية: تحويل الرؤية إلى عمل. جنيف: منظمة الصحة العالمية ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف)، 2020. ترخيص المشاع الإبداعي (نسب المصنف - غير تجاري - المشاركة بالمثل ٣,٠ لفائدة المنظمات الحكومية الدولية) المرجع السابق.

2 [Organisation for Economic Cooperation and Development \(OECD\). \(2020\), Realising the Potential of Primary Healthcare, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris](#)

3 [Starfield B. \(1994\). Is primary care essential?. Lancet \(London, England\), 344\(8930\), 1129-1133.](#)

4 [Starfield, B., Shi, L., & Macinko, J. \(2005\). Contribution of primary care to health systems and health. The Milbank quarterly, 83\(3\), 457-502.](#)

5 [Macinko, J., Starfield, B. and Shi, L. \(2003\). The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development \(OECD\) Countries, 1970-1998. Health Services Research, 38: 831-865.](#)

6 [OECD \(2020\), Realising the Potential of Primary Healthcare, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris.](#)

7 المرجع السابق.

ومن ثمّ فإن الاستثمار في الرعاية الصحية الأولية يؤدي إلى تحسين صحة السكان وزيادة قدراتهم الإنتاجية.^{9,8}

الإطار (2): سمات الرعاية الصحية الأولية المتميزة^{10, 11}

- إتاحة الرعاية الشاملة والمستمرة في تناول الجميع
- تقديم التثقيف والتدريب غالبًا في إطار الرعاية الأولية
- تخصيص مُقدم رعاية صحية واحد لكل مريض أو أسرة
- وجود أنظمة فعّالة لإحالة المرضى إلى المستوى الثاني والثالث من مرافق الرعاية الصحية
- تركيز النظام الصحي على احتياجات السكان المحليين

وعلى الصعيد العالمي، ازداد الاهتمام بالرعاية الصحية الأولية في ضوء التغير الحاصل في الخصائص السكانية والصحية. وقد ازداد الطلب على الرعاية الصحية على مستوى العالم، لا سيما في إقليم شرق المتوسط بسبب عوامل مثل فئات السكان المتقدمة في العمر، ومعدلات النمو السكاني، وانتشار الثقافة الصحية، والتوقعات العامة للخدمات الصحية¹². وما أدى إلى حدوث التغييرات في الرعاية الصحية الأولية تنامي الأمراض غير المعدية حتى أصبحت تشكل نسبة كبيرة من تكاليف الأمراض، وزيادة الوصول إلى التكنولوجيا. وتُشير التقديرات المتعلقة بالرعاية الصحية الأولية إلى إمكانية توفير 90% من جميع الاحتياجات الصحية عبر مراكز الرعاية الصحية الأولية، الأمر الذي يعزز قدرة الدول على المُضي قُدماً في تحسين الصحة وتعزيز كفاءة القطاع الصحي.¹³

ولإقليم شرق المتوسط تاريخ طويل في مجال الرعاية الصحية الأولية، ولقد ظهر ذلك جلياً مع إعلان قطر بشأن الرعاية الصحية الأولية الذي أقرته جميع دول المنطقة في عام 2008.¹⁴ ويؤكد هذا الإعلان على التزام الدول الأعضاء بالحرص على تحسين صحة السكان وتقليل الإصابة بالأمراض عن طريق تعزيز النظم الصحية القائمة على الرعاية الصحية الأولية. وتشهد المنطقة توسعاً متزايداً في تقديم خدمات طب الأسرة كوسيلة لتحسين الرعاية الصحية الأولية، ومن ثمّ تحقيق التغطية الصحية الشاملة. ومن الممكن تقديم الرعاية الصحية الأولية عبر خدمات الطب العام (الممارسة العامة) أو طب الأسرة، ويستخدم المصطلحان بالتبادل في العديد من السياقات. وفي ضوء الغرض من هذا التقرير، يشير مصطلح "الطب العام" (أو الممارسة العامة) إلى الخدمات التي يقدمها الطبيب المؤهل لتقديم الرعاية الصحية الأولية للفرد وعائلته ومجتمعه من خلال التدريب الطبي على ممارسات الطب العام. أما مصطلح طب الأسرة فيشير إلى الخدمات التي يقدمها طبيب الأسرة الذي خضع لتدريب متخصص للعناية بالصحة العامة للأسرة والأفراد على مستوى أعمارهم المختلفة.¹⁵

8 [Macinko, J., Starfield, B. and Shi, L. \(2003\). The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development \(OECD\) Countries, 1970–1998. Health Services Research, 38: 831-865.](#)

9 [Macinko, J., Starfield, B., Erinosho, T. \(2009\). The impact of primary healthcare on population health in low and middle income countries. Journal of Ambulatory Care Management, 32:2;150-171.](#)

10 [World Health Organization. \(2008\). The world health report 2008: primary healthcare now more than ever. World Health Organization.](#)

11 [van Weel, C., & Kidd, M. R. \(2018\). Why strengthening primary healthcare is essential to achieving universal health coverage. CMAJ: Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne, 190\(15\), E463–E466.](#)

12 [Salah, H. et Kidd, M. \(Ed.\) \(2019\): Family Practice in the Eastern Mediterranean Region. CRC Press.](#)

13 [World Health Organization, Regional Committee for the Eastern Mediterranean. \(2009\). Progress report on strengthening primary health care based health systems.](#)

14 المرجع السابق.

15 [Salah, H. et Kidd, M. \(Ed.\) \(2019\): Family Practice in the Eastern Mediterranean Region. CRC Press.](#)

تحقيق أعلى معدل ممكن من التغطية الصحية الشاملة هو الركيزة الأساسية لتحقيق أهداف التنمية المستدامة في مجال الصحة. ولما كانت الرعاية الصحية الأولية هي حجر الأساس للتغطية الصحية الشاملة، صار التخطيط المُعزَّز بالأدلة مطلباً جوهرياً لضمان استمرارية برامج وخدمات الرعاية الصحية الأولية. ولتعزيز الاستثمارات المتزايدة في خدمات وبرامج الرعاية الصحية الأولية وتسريع وتيرة التقدم نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة، طلبت دول مجلس التعاون الخليجي من الأمم المتحدة المساعدة في إجراء دراسة مقارنة حول تكاليف خدمات الرعاية الصحية الأولية، وهذه الدول هي البحرين والكويت وعمان وقطر والمملكة العربية السعودية والإمارات العربية المتحدة. من خلال معرفة تكاليف عناصر ومكونات خدمات الرعاية الصحية الأولية وتقدير تكاليف كل خدمة منها في السنوات القادمة، ستتمكن الدول من الوصول لحلول مالية عملية وتخصيص المبالغ الملائمة لتوجيه الاستثمارات إلى القطاعات التي تؤدي إلى خفض التكاليف مثل قطاع الأدوية، والمستلزمات الطبية، وتدريب الكفاءات الصحية وفقاً لاحتياجات كل بلد. وسوف يؤدي ذلك إلى تعزيز استمرارية الخدمات الصحية في دول مجلس التعاون الخليجي على مستوى الكفاءة والجودة لتلبية الطلب المتزايد.

الهدف من الدراسة

تهدف هذه الدراسة إلى تقدير تكاليف تقديم مجموعة من خدمات الرعاية الأولية السريرية الموزعة على سبع فئات أو برامج هي: (1) التطعيم أو التحصين، (2) الأمراض غير المعدية، (3) العناية بالفم والأسنان، (4) صحة الطفل، (5) التغذية، (6) الصحة النفسية والقدرة الإنجابية وصحة الأمهات وحديثي الولادة والأطفال، (7) والطب العام (الممارسة العامة). وتستخدم هذه الدراسة مجموعة الخدمات السريرية المقدمة في مراكز الرعاية الصحية الأولية لتكون نموذجاً للرعاية الصحية الأولية. وتجدر الإشارة إلى أن الدراسة لا تشمل جميع الخدمات أو جميع التكاليف المرتبطة بالرعاية الصحية الأولية.

نطاق الدراسة

ينصب تركيز نطاق هذه الدراسة على تقدير تكلفة الرعاية الوقائية والرعاية العامة لمرضى العيادات الخارجية (على أساس تكلفة وقت الأطباء وأطقم التمريض وغيرهم من مقدمي الرعاية الصحية، والأدوية، والفحوصات والاختبارات التشخيصية، والمستلزمات الطبية) بوصفها مكونات أساسية للرعاية الصحية الأولية لتعزيز الخدمات الوقائية والخدمات الصحية المقدمة فعلياً لأفراد المجتمع. وتركز الدراسة على تقدير تكلفة مجموعة مُحددة من الخدمات السريرية التي تُقدِّمها مراكز الرعاية الصحية الأولية في كل دولة من دول مجلس التعاون الخليجي. وقد تم الاتفاق على قائمة أولية من الخدمات قبل بدء الدراسة، ثم روجعت هذه القائمة وتُفحَّت بالتشاور مع الخبراء والمسؤولية من وزارات الصحة الخليجية. وجدير بالذكر أن هذه القائمة من الخدمات لا تشمل كل الخدمات التي تصنف ضمن خدمات الرعاية الصحية الأولية. فعلى سبيل المثال لم تتضمن الدراسة تقدير تكلفة تدابير الرعاية الصحية الأولية الأخرى مثل السياسات والإجراءات متعددة القطاعات التي تهدف إلى تمكين الأفراد والمجتمعات، ولم تتضمن الدراسة كذلك تقدير الموارد اللازمة لنظم المعلومات والإدارة الرشيدة والتمويل. واقتصرت الدراسة على تقدير التكاليف التي يتحملها القطاع الحكومي فقط. ومعدلات التغطية الحالية قد لا تعكس أو تبين تأثير الخدمات الصحية التي يقدمها القطاع الطبي الخاص (الشكل 1).

الشكل (1): تكاليف خدمات الرعاية الصحية الأولية التي تركز عليها هذه الدراسة

مجالات الإنفاق على الرعاية الصحية الأولية

البنية التحتية والمعدات

الإدارة الصحية

تكاليف دعم الخدمات الطبية

القوى العاملة في مجال الصحة

الأدوية والمستلزمات الطبية

إعدادات السياسات وتنفيذها

النفقات الصحية

تشمل هذه الدراسة:

تكلفة مجموعة مختارة من الخدمات السريرية التي تقدمها مراكز وعيادات الرعاية الصحية الأولية، بناءً على تكاليف الأدوية والمستلزمات الطبية والقوى العاملة. تتضمن المجموعة المختارة من الخدمات السريرية: التحصين أو التطعيم والأمراض غير المعدية وصحة الطفل وطب الأسرة وصحة الفم والحالات التي لا تتطلب دخول المستشفى، والتغذية والصحة النفسية.

منهج الدراسة

نطاق الدراسة

استخدمنا في هذه الدراسة منهج تقدير تكلفة عناصر الرعاية الصحية في تقدير تكاليف تقديم قائمة الخدمات السريرية المختارة التي تقدمها مراكز الرعاية الصحية الأولية في دول مجلس التعاون الخليجي الست. تم إنشاء قائمة بالخدمات السريرية المختارة لكل دولة من دول الخليج بناءً على المعلومات المتاحة (افتراضات التكلفة، ومتطلبات وقت الموظفين، وعلاجات النظام المعياري) في أداة OneHealth¹⁶، وهي أداة لتحليل بيانات انتشار الأمراض بين السكان طورها شركاء الأمم المتحدة، أما وحدة منظمة الصحة العالمية لتقدير التكاليف، وهي إحدى أدوات OneHealth، فهي قاعدة بيانات تتضمن تكاليف الأدوية والخدمات ويعمل الخبراء في منظمة الصحة العالمية على تحديثها بانتظام. ويحتوي دليل دليل أداة OneHealth على المزيد من المعلومات عن استخدام هذه الأدوات. وقد تولى مسؤولو الرعاية الأولية في وزارات الصحة الخليجية مراجعة هذه القائمة وتعديلها والتأكد من صحتها.

اعتمدت الدراسة على تعريف تكلفة الخدمة السريرية بأنها حصيلة الجمع بين تكاليف الأدوية ومستلزمات العلاج وتكاليف الموظفين والقوة العاملة لتقديم خدمة معينة، وتختلف التكاليف التي يشملها هذا التقرير عن المفهوم الأوسع للنفقات الصحية، الذي يتضمن جميع النفقات اللازمة لتوفير الخدمات الصحية (التي تشمل الإنفاق على البنية التحتية والمعدات، والإدارة). فعلى سبيل المثال، رغم أن النفقات الصحية عمومًا تشمل التكلفة الإجمالية للقوى العاملة الصحية، فإن هذه الدراسة تقتصر فقط على تقدير الوقت الذي يقضيه الأطباء وأطقم التمريض في تقديم الخدمات السريرية المختارة في مراكز الرعاية الصحية الأولية. لذلك، لم يشمل تحليل التكلفة الوقت الذي يقضيه الأطباء وأطقم التمريض وغيرهم من مقدمي الرعاية الصحية في تقديم الخدمات السريرية الأخرى أو الأنشطة غير السريرية مثل (التنسيق، التدريب وغيرها). فالتكاليف المقدرة في هذه الدراسة لا تمثل سوى نفقات الرعاية الصحية الأولية المستخدمة مباشرة في تقديم الخدمات السريرية المختارة. استخدمت الدراسة التكاليف القياسية استنادًا إلى تقديرات الأسعار وبرامج العلاج المعتمدة¹⁷ (في منظمة الصحة العالمية، وبرنامج منظمة الصحة العالمية لاختيار التدخلات الفعالة من حيث التكلفة WHO-CHOICE، ومنظمة اليونيسف، ودليل المؤشر الدولي لأسعار الأدوية الصادر عن منظمة علوم الإدارة للصحة MSH)، الأمر الذي ساعدنا في تقدير التكاليف المتوقعة للخدمات السريرية.

مصادر البيانات

حصلنا على أعداد السكان من بيانات أو تقديرات التعداد الوطنية في دول الخليج الستة، أما معدلات الانتشار أو الإصابة فقد حصلنا عليها من أداة نهج منظمة الصحة العالمية المتدرج لرصد عوامل الإصابة بالأمراض غير المعدية (STEPS)، وقاعدة بيانات البنك الدولي، والتقارير المحلية التي نشرتها وزارات الصحة، والدراسات والتقارير المحلية أو الإقليمية. حصلت الدراسة على بيانات تغطية الخدمات من التقارير الإحصائية السنوية التي تنشرها وزارات الصحة أو مباشرة من مسؤولي الرعاية الأولية في وزارات الصحة أو المؤسسات ذات الصلة في كل دولة. وعندما لا تتوفر المعلومات، كنا نستكمل البيانات بافتراضات وبيانات مشابهة على مستوى الإقليمي والدولي. حسبنا تكلفة الأدوية والمستلزمات الطبية ومتطلبات وقت الموظفين من أداة تقدير التكلفة OneHealth Tool. أما الخدمات السريرية التي لم تكن ضمن القائمة الأولية التي أعدتها الدراسة، فقد قدرنا تكاليف الأدوية والمستلزمات الطبية ومتطلبات وقت الموظفين من قاعدة البيانات WHO-CHOICE، وتقارير منظمة الصحة العالمية حول بيانات أسعار اللقاحات والتطعيمات،¹⁸ والتقارير أو المبادئ التوجيهية الوطنية.

16 منظمة الصحة العالمية: أداة OneHealth.

17 باستثناء دولة قطر، حيث قدمت مؤسسة الرعاية الصحية الأولية أغلب بيانات التكاليف للأدوية والمستلزمات الطبية.

18 WHO Regional Office for Europe (2015). Review of vaccine price data.

نموذج حساب التكلفة

تم حساب تكلفة الخدمات السريرية المقدمة في مراكز الرعاية الصحية الأولية باستخدام طريقة حساب تكلفة المكونات. في هذا النهج، حسبنا التكلفة الإجمالية للخدمة السريرية من خلال ضرب تكلفة الخدمة في إجمالي عدد الخدمات المقدمة خلال السنة (انظر المعادلة أدناه).

$$\text{التكلفة الإجمالية للخدمة السريرية} = \text{تكلفة الخدمة} \times \text{عدد الخدمات المقدمة}$$

حصلنا على تكلفة كل خدمة عن طريق جمع تكاليف الأدوية والمستلزمات الطبية وتكاليف الكوادر والكفاءات الصحية (انظر المعادلة أدناه). في هذا النهج، حصلنا على تكاليف الكوادر الصحية العاملة بضرب الوقت الذي تستغرقه هذه الكفاءات في تقديم الخدمة (بالدقائق) في أجور هذه الكفاءات الصحية للدقيقة، وذلك لكل فئة من الأطقم الصحية المشاركة في تقديم الرعاية الصحية. تم حساب الأجر للدقيقة باستخدام الأجور والافتراضات السنوية في كل دولة من دول الخليج (أيام العمل في السنة، ساعات العمل في اليوم) وقد راجع مسؤولي وزارات الصحة الخليجية هذه البيانات وتحققوا من صحتها.

$$\text{تكلفة الخدمة} = \text{تكاليف الأدوية والمستلزمات الطبية} + \text{تكلفة وقت مقدمي الرعاية الصحية}$$

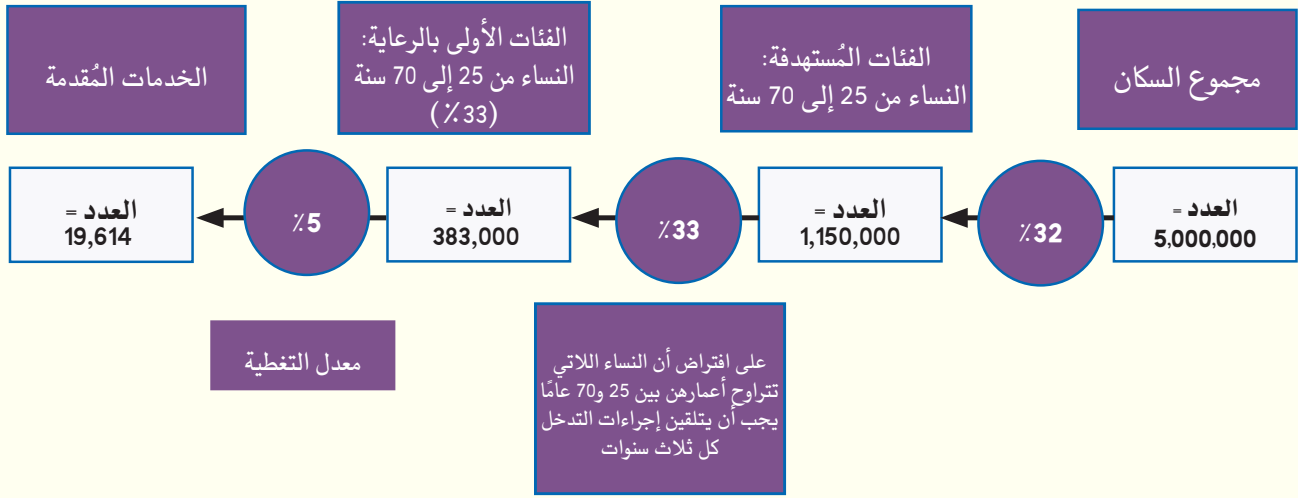
حصلنا على عدد الخدمات المقدمة من التقارير الإحصائية السنوية التي تنشرها وزارات الصحة أو مباشرة من قبل مسؤولي وزارات الصحة الخليجية. وعندما لا تتوفر بيانات عن عدد الخدمات المقدمة أو يُعبر عنه كمعدل للتغطية، فإننا نقدره على النحو التالي:

$$\text{عدد الخدمات المقدمة} = \text{الفئات المستهدفة} \times \text{الفئات الأولى بالرعاية} \times \text{معدل التغطية}$$

يُشير مصطلح فئات السكان المستهدفة إلى مجموعات مُعينة من السكان المؤهلين والمستحقين لتلقي خدمة سريرية مُحددة، أما مصطلح فئات السكان الأولى بالرعاية فيشير إلى نسبة السكان المستهدفين الذين يتطلبون خدمة علاجية وسريرية بعينها سنويًا. أما معدل التغطية¹⁹ فيشير إلى النسبة المئوية من فئات السكان المستفيدة الذين تلقوا خدمة طبية أو علاجية ما في مراكز الرعاية الصحية الأولية على مدى عام. يصف الشكل 2 العلاقات بين فئات السكان المستهدفة والفئات الأولى بالرعاية ومعدل التغطية وعدد الخدمات المقدمة.

19 التعريف العملي لمصطلح "التغطية": النسبة المئوية للأفراد في فئة أو شريحة معينة من السكان الذين يحتاجون إلى أو قد يستفيدوا من الخدمات السريرية المقدمة في مراكز الرعاية الصحية الأولية (الفئات الأولى بالرعاية) والأفراد الذين يحصلون أو يستفيدون بالفعل من هذه الخدمات في مراكز الرعاية الصحية الأولية.

الشكل (2): العلاقات بين فئات السكان المستهدفة والفئات الأولى بالرعاية ومعدل التغطية وعدد الخدمات المقدمة باستخدام إجراء مسحة عنق الرحم للنساء كمثال.



تقديرات التغطية

قدرت هذه الدراسة أيضاً معدل تغطية خدمات سريرية محددة حسب فئة الخدمات (الأمراض غير المعدية، الصحة النفسية)، نوع المرض (السكري، أمراض القلب والأوعية الدموية، أمراض الجهاز التنفسي) ونوع الإجراء (خدمات الفحص التشخيصي). حصلنا على معدل التغطية بقسمة العدد الإجمالي للخدمات المقدمة على إجمالي فئات السكان الأولى بالرعاية.²⁰

القيود والافتراضات

لا تشمل قائمة الخدمات السريرية جميع الخدمات المقدمة في مراكز الرعاية الصحية الأولية. وقد استخدمت الدراسة تقديرات التكلفة في وحدة منظمة الصحة العالمية لتقدير التكاليف في أداة OneHealth لجميع الدول عدا دولة قطر التي وفرت البيانات الأولية. ويعمل الخبراء في منظمة الصحة العالمية على إدخال تكاليف الأدوية في أداة OneHealth ومراجعتها بانتظام.

لم تكن البيانات المتعلقة بمعدلات الاستفادة من كل الخدمات بالضرورة متاحة دائماً. وللخدمات التي لم تتوفر لها بيانات عن معدل الاستفادة منها وانتشارها، أعدنا افتراضات على أساس إجراءات تدخل أو معطيات مماثلة من الدولة نفسها أو من التقديرات في الدول المجاورة. وقد راجع هذه البيانات خبراء متخصصون من وزارات الصحة في دول الخليج. وقد استخدمنا - قدر الإمكان - العدد الرسمي للزيارات المرتبطة بفئة خدمات الرعاية الصحية (مثل الأمراض غير المعدية) أو نوع إجراءات التدخل (مثل عيادات السكري، رعاية ما قبل الولادة) لتقدير معدلات تغطية الخدمات وتصنيف النتائج. وينبغي أن نشير إلى أن معدلات التغطية غير مؤكدة خاصة للفحوصات الطبية والأنشطة المتعلقة بالتوعية لأنها لا تُسجل دائماً في استطلاعات المسح أو سجلات الإحصاءات الصحية. كذلك استخدمنا منهجاً مختلفاً في استخلاص البيانات والتحقق منها لتقليل الشك وعدم اليقين، مثل التشاور مع الإدارات والأقسام المتخصصة في كل دولة، ومقارنة الأرقام مع الدول الأخرى في المنطقة، ومقارنة الأرقام مع الخدمات الأخرى المماثلة، وغيرها. وبشكل عام، يجب تفسير معدلات التغطية بحذر لأنها تعبر فقط عن عدد الخدمات المقدمة على مستوى الرعاية الأولية. لذلك، يمكننا الافتراض أن بعض الخدمات قد تم تقديمها أيضاً عبر مستويات أخرى في قطاع الصحة العامة الحكومي أو عبر القطاع الخاص أو كليهما. تتفاوت نسبة الخدمات

20 تم حساب فئات السكان الأولى بالرعاية في الكويت والبحرين وقطر والمملكة العربية السعودية والإمارات العربية المتحدة باستخدام إجمالي السكان (المواطنين والمقيمين) كبيانات مرجعية، أما في سلطنة عُمان، فقد اقتصرَت البيانات المرجعية على المواطنين فقط.

المقدمة في القطاع الخاص في كل دولة حسب نظام الرعاية الصحية في الدولة والتركيب السكاني لها، وهذه الدراسة محدودة أيضًا من حيث المعلومات المتعلقة بخصائص الأفراد المشمولين في نطاق تغطية الخدمة، مثل الجنسية أو النوع.

لم تتوفر معلومات حول التكاليف العامة اللازمة لتشغيل الخدمات السريرية في مراكز الرعاية الأولية (مثل التدريب، وإدارة البرامج العلاجية، والإشراف، والمتابعة، والتقييم، والاتصالات، والبنية التحتية والمعدات، والنقل، والتوعية والدعم). ولهذا وضعنا، بالتشاور مع مسؤولي الرعاية الأولية في وزارات الصحة الخليجية، تقديرًا لذلك العنصر بلغ 20٪ من إجمالي التكاليف.

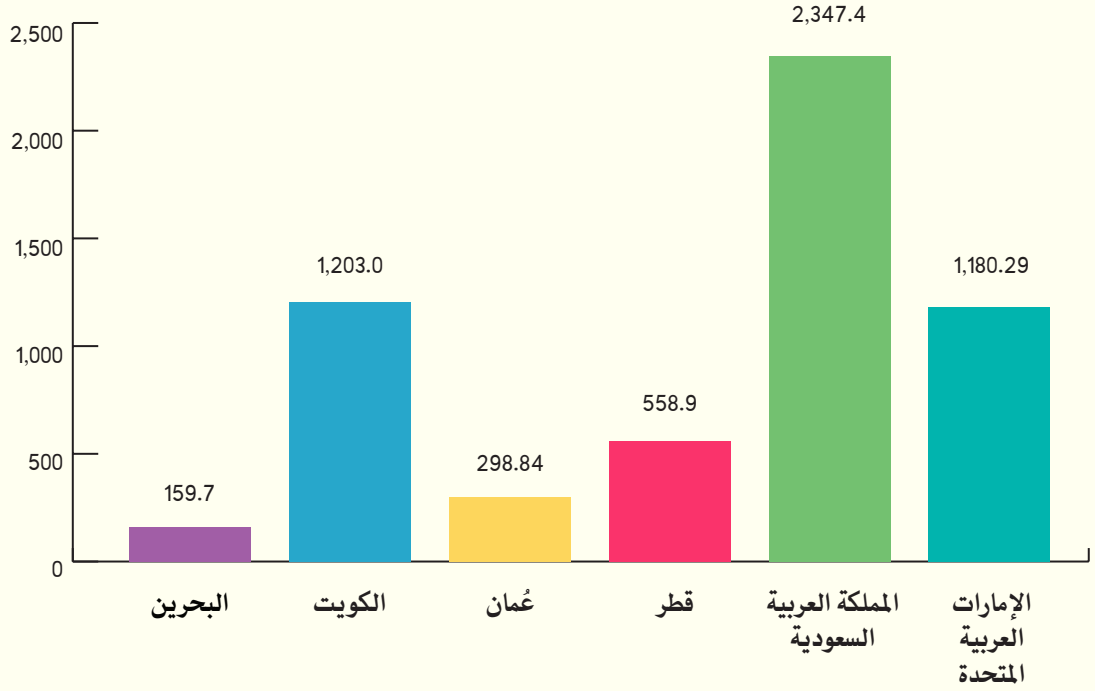
وفي الختام، يجب إجراء المقارنات بين البلدان بحذر نظرًا للاختلافات في عدد وطبيعة الخدمات السريرية المدرجة في كل بلد والاختلافات بين نظم الرعاية الصحية (حصة القطاع العام، إلخ) والبنية السكانية. يجب أيضًا توخي الحذر في إجراء مقارنات بين هذه الدراسات والتقديرات المنشورة الأخرى لنفقات الرعاية الصحية الأولية مع التدقيق في مصادر البيانات. على سبيل المثال، تقدر منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي الإنفاق على الرعاية الصحية الأولية استنادًا إلى نظام الحسابات الصحية لعام 2011، باستخدام الرعاية العلاجية العامة لمرضى العيادات الخارجية، ورعاية الأسنان والخدمات الوقائية على النحو الذي يقدمه مقدمو الخدمات الإسعافية كأقرب مثال لتقدير إنفاق الرعاية الصحية الأولية، بدلاً من الخدمات القائمة على المرض.

النتائج

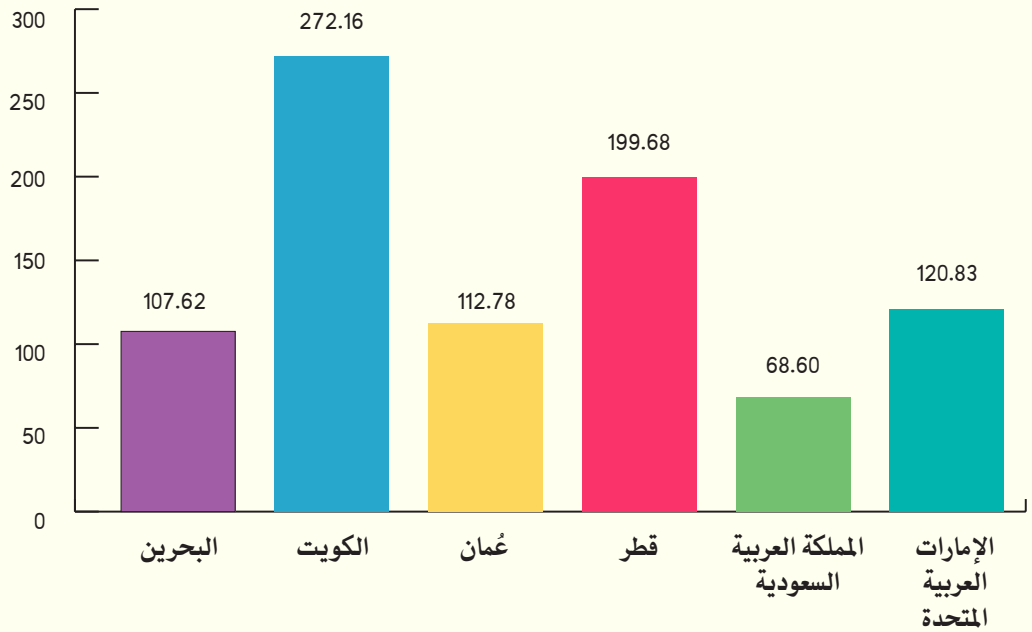
تكاليف الخدمات السريرية المختارة التي تقدمها مراكز الرعاية الأولية

تم تقدير تكاليف ما بين 72 و101 خدمة سريرية، وذلك حسب كل دولة من دول الخليج الست. وقد بلغ إجمالي التكلفة التقديرية للخدمات السريرية المختارة التي تقدمها مراكز الرعاية الصحية الأولية في دول الخليج 5,7 مليارات دولار أمريكي في عام 2019 (الشكل 3). ورصدت الدراسة أعلى تكلفة للفرد في الكويت (272,16 دولارًا أمريكيًا)، تليها قطر (199,68 دولارًا أمريكيًا) (الشكل 4). ورغم أن المملكة العربية السعودية لديها أقل تكلفة للفرد (68,60 دولارًا أمريكيًا)، فإن لديها أعلى تكلفة إجمالية تم تقديرها بحوالي 2,3 مليار دولار أمريكي في عام 2019.

الشكل (3): التكلفة الإجمالية للخدمات السريرية المختارة في كل دولة من دول الخليج (بالمليون دولار أمريكي)



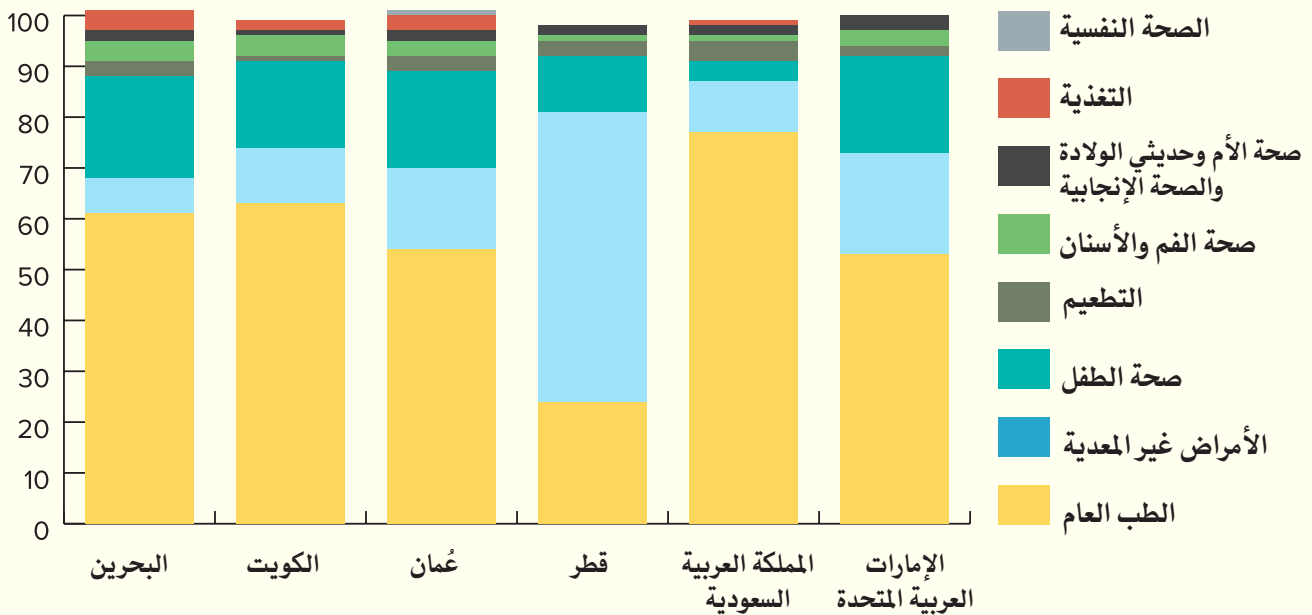
الشكل (4): التكلفة الإجمالية للخدمات السريرية المختارة على مستوى الفرد (بالدولار الأمريكي)



فئة الطب العام هي أعلى فئات الخدمات تكلفة في جميع دول الخليج باستثناء دولة قطر، وتراوحت نسبتها من التكاليف بين 53% من إجمالي التكاليف في الإمارات العربية المتحدة و77% في المملكة العربية السعودية (الشكل 5).

تتضمن خدمات الطب العام التي قُدرت تكلفتها جميع الخدمات المدرجة في هذا التحليل ولا تندرج تحت أي من الفئات السبعة المحددة للخدمات الصحية. ففي دولة قطر على سبيل المثال، تشكل فئة الخدمات الصحية لعلاج الأمراض غير المعدية وتشخيصها والوقاية منها الحصة الأكبر من إجمالي التكاليف (57%)، وتم تقدير حجم الإنفاق على هذه الفئة في عام 2019 بقيمة 256 مليون دولار أمريكي. وفي الدول الخمس الأخرى، تراوحت نسبة خدمات الأمراض غير المعدية من إجمالي التكاليف من 7% في البحرين إلى 20% في الإمارات. صحة الطفل من أسباب التكلفة المهمة، وتأتي غالباً في المرتبة الثانية أو الثالثة ضمن الخدمات الصحية الأعلى تكلفة. وعلى النقيض، فئة خدمات الصحة النفسية هي الأقل تكلفة في الدول الست، وتمثل في المتوسط 0,2% من إجمالي تكاليف الخدمات السريرية المختارة المقدمة في مراكز الرعاية الصحية الأولية بالقطاع الحكومي. وتقترن هذه التكلفة الإجمالية المنخفضة بمستوى منخفض من عدد الخدمات المقدمة أكثر مما ترتبط بتكلفة كل خدمة منها.

الشكل (5): توزيع التكاليف حسب فئة الخدمات والدولة



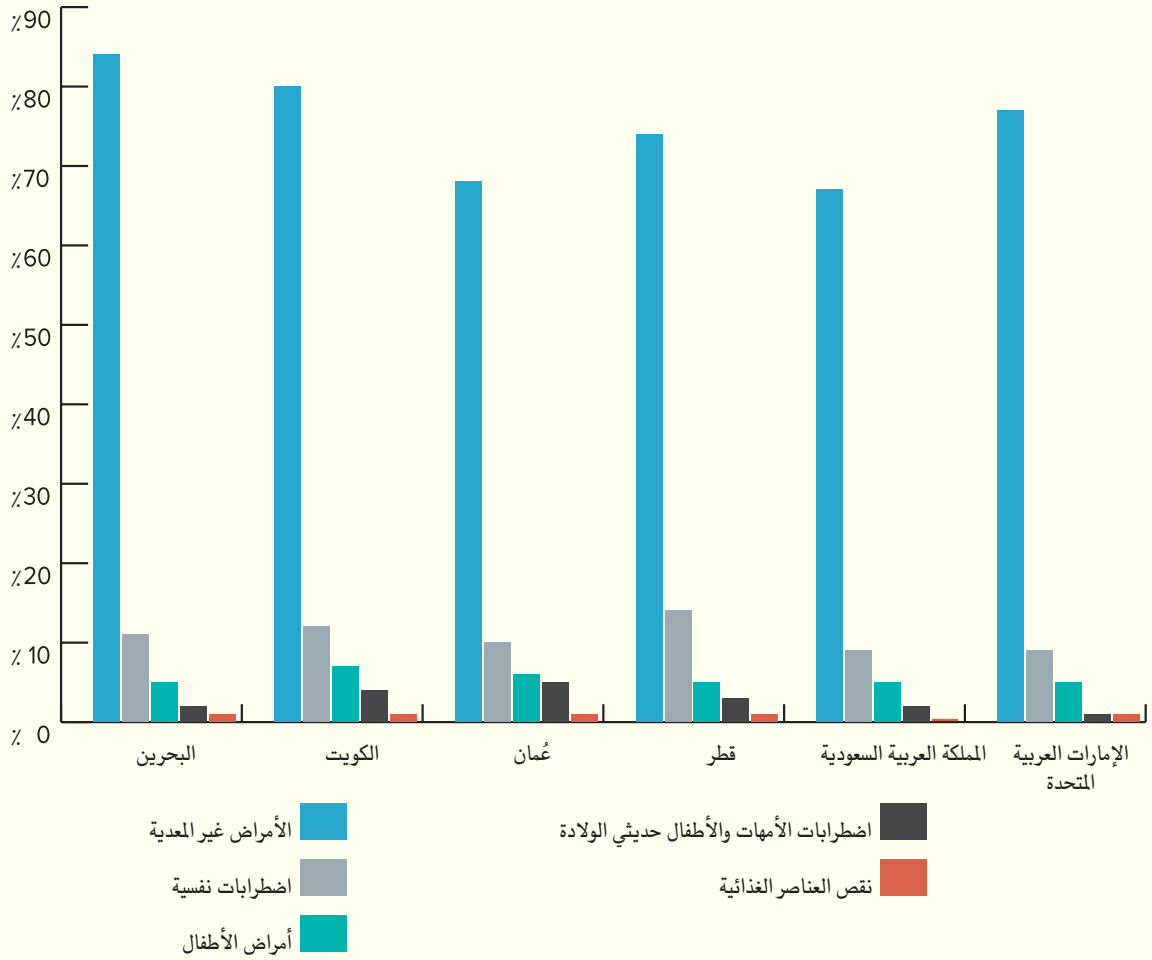
الأمراض غير المعدية

أنفقت الدول الست إجمالاً نحو 676 مليون دولار أمريكي على الخدمات السريرية المرتبطة بمرض السكري وأمراض القلب والأوعية الدموية والجهاز التنفسي (الربو والانسداد الرئوي المزمن) في عام 2019. وفي المتوسط، شكلت هذه الخدمات 18% من إجمالي التكاليف الصحية، وتراوحت من 3,9% في مملكة البحرين إلى 56,9% في دولة قطر. ويُعزى ارتفاع تكلفة الخدمات الصحية الخاصة بالأمراض غير المعدية في قطر إلى أسعار الأدوية الأعلى من التقديرات الإقليمية في أداة OneHealth. وبالتالي، فإن استخدام التكاليف الفعلية لدولة قطر، مقارنةً بالتكاليف القياسية لأداة OneHealth في دول الخليج الأخرى المشمولة في هذه الدراسة قد يُفسر هذا الاختلاف الملحوظ.

وما يؤكد أن خدمات الأمراض غير المعدية تشكل نسبة عالية من التكاليف المشمولة في هذه الدراسة حقيقة أن الأمراض غير المعدية هي السبب الرئيسي لأعباء الأمراض في دول مجلس التعاون الخليجي الست (الشكل 6). وتتفاوت نسبة الأمراض غير المعدية من إجمالي أعباء الأمراض الحالية في سنوات العمر المفقودة بسبب الإعاقة من 84% في البحرين إلى 64% في المملكة العربية السعودية. وتسهم أمراض الأطفال أيضاً بنسبة كبيرة من أعباء

الأمراض، وتندرج خدمات الرعاية الأولية المحيطة برعاية الطفل ضمن فئات الأمراض الأعلى تكلفة على النحو المبين في هذه الدراسة.

الشكل (6): النسبة المئوية لإجمالي أعباء الأمراض (المحسوبة بسنوات العمر المفقودة بسبب الإعاقة) في فئات مختارة من خدمات الرعاية الصحية الأولية من دول الخليج في 2019.

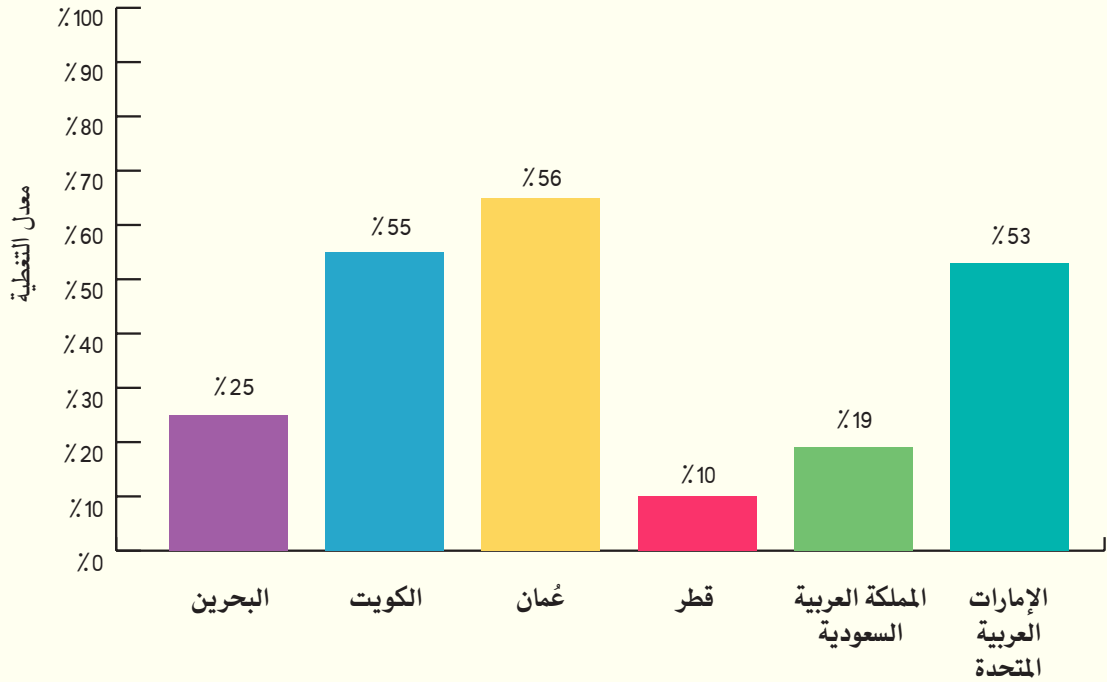


(* تشمل أمراض الأطفال التهابات الجهاز التنفسي السفلي والإسهال للأعمار من الولادة حتى 9 سنوات)²¹

21 [Global Burden of Disease Collaborative Network. Global Burden of Disease Study 2019 \(GBD 2019\) Results. Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation \(IHME\), 2020.](#)

يتراوح معدل التغطية للخدمات السريرية للأمراض غير المعدية التي تقدمها مراكز الرعاية الأولية من 10٪ في قطر إلى 55٪ في الكويت (الشكل 7). وفي سلطنة عُمان، تم احتساب معدل التغطية البالغ 65٪ على أساس المواطنين العُمانيين فقط.

الشكل (7): معدل التغطية التقديري للخدمات السريرية المتعلقة بالأمراض غير المعدية المقدمة في مراكز الرعاية الصحية الأولية الحكومية حسب الدولة



بناءً على معدل التغطية وفئات السكان الأولى بالرعاية في كل دولة، قدرت الدراسة أن ما يقرب من 15 مليون شخص يعانون من مرض السكري وأمراض القلب والأوعية الدموية أو أمراض الجهاز التنفسي (الربو ومرض الانسداد الرئوي المزمن) لم يتلقوا الخدمات التي يحتاجونها في مراكز الرعاية الصحية الأولية الحكومية في دول الخليج الستة في عام 2019. وكما ذكرنا سابقاً، لا يشمل هذا التقدير الذين ربما تلقوا تلك الخدمات في المؤسسات الصحية الخاصة أو الحكومية من المستوى الثاني أو الثالث.

الفحوصات الطبية والتشخيصية

قدرت الدراسة تكاليف سبع خدمات خاصة بالفحوصات الطبية والتشخيصية (فحص احتمالات الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية والسكري، والكشف عن السرطان، والكشف عن مضاعفات مرض السكري) (الجدول 1). تمثل هذه الخدمات في جميع البلدان أقل من 1٪ من إجمالي التكاليف. وفي المجمل، كان معدل التغطية ثابتاً في الدول الستة، إذ تراوح من 4٪ في قطر إلى 7٪ في سلطنة عُمان. وبناءً على معدلات التغطية، وجدت الدراسة أن هناك 30 مليون شخص يستحقون الفحص لم يتلقوا الخدمات التي يحتاجونها في مراكز الرعاية الأولية الحكومية في عام 2019. وتجدر الإشارة إلى أن هذه النتائج ينبغي دراستها بعناية، وذلك في ضوء نقص البيانات المتعلقة بمعدلات تغطية خدمات الفحوصات التشخيصية.

الجدول (1): التكاليف ومعدل التغطية وعدد المرضى الذين لم يحصلوا على خدمات الفحوصات المطلوبة لتشخيص الأمراض غير المعدية في مراكز الرعاية الأولية الحكومية*

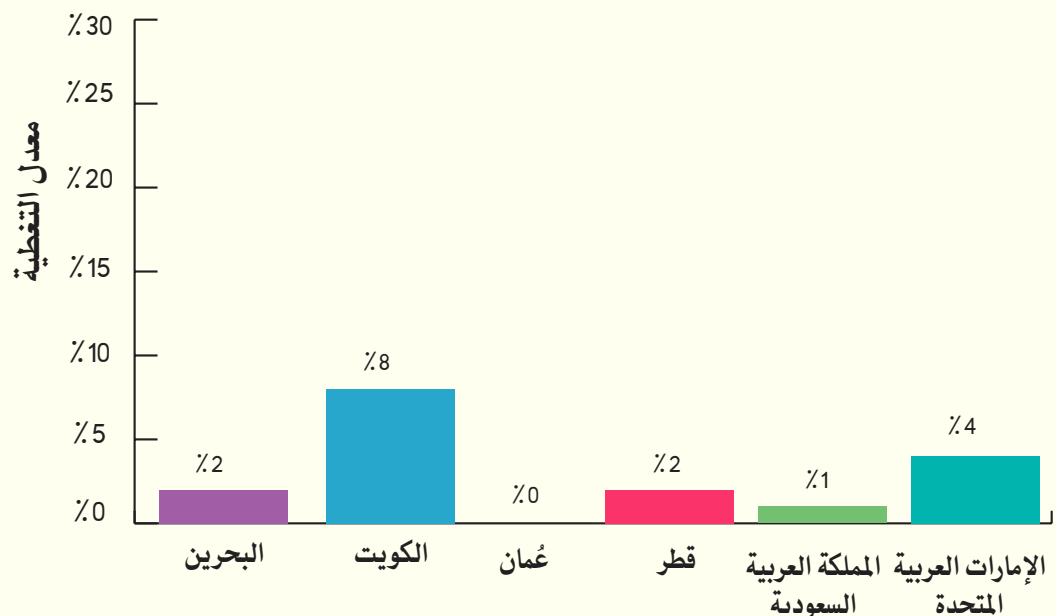
| الدولة | التكلفة (بالمليون دولار أمريكي) | النسبة من التكاليف الإجمالية | معدل التغطية | المرضى الذين لم يتلقوا الخدمات المطلوبة في مراكز الرعاية الأولية الحكومية |
|--------------------------|---------------------------------|------------------------------|--------------|---|
| مملكة البحرين | 0,9 | %0,7 | %6 | 1,058,867 |
| الكويت | 1,1 | %0,1 | %6 | 3,184,364 |
| سلطنة عُمان** | 0,2 | %0,1 | %7 | 953,919 |
| قطر*** | 2,0 | %0,5 | %4 | 1,445,053 |
| المملكة العربية السعودية | 5,8 | %0,3 | %5 | 18,912,383 |
| الإمارات العربية المتحدة | 8,1 | %0,9 | %5 | 4,881,399 |
| الإجمالي | | | | 30,435,987 |

* تشمل الخدمات السريرية فحص احتمالات الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية والسكري، والكشف عن السرطان (فحص الثدي السريري، ومسحة عنق الرحم، واختبار الدم الخفي في البراز)، والكشف عن مضاعفات مرض السكري.
** تم احتساب معدل التغطية على أساس المواطنين العُمانيين فقط.
*** في قطر، وفرت مؤسسة الرعاية الصحية الأولية بيانات التكلفة. ولم تتضمن الدراسة الخدمات التي تقدمها مؤسسات أخرى مثل الهلال الأحمر.

خدمات الصحة النفسية

في المتوسط، يُخصص لخدمات الصحة النفسية 0,2% فقط من إجمالي التكاليف التي حصلت عليها الدراسة. تراوح معدل التغطية لخدمات الصحة النفسية ما بين 1% في السعودية و8% في الكويت (الشكل 8). وبناءً على معدلات التغطية، وجدت الدراسة أن ما يقرب من 9 ملايين شخص لم يتلقوا خدمات الصحة النفسية التي يستحقونها في دول الخليج الست في عام 2019. ومع ذلك، يجب تفسير هذه الأرقام بحذر نظرًا لتنوع الخدمات التي تقدمها الدول الست. فبينما تقدم بعض الدول خدمات محدودة للصحة النفسية تقتصر بشكل عام على علاج القلق والاكتئاب أو الإحالة لأطباء آخرين، اختارت الدول الأخرى نهجاً أكثر شمولاً وتنوعاً.

الشكل (8): معدل التغطية التقديري لخدمات الصحة النفسية في دول الخليج الست



تحليل النتائج

تكلفة الخدمات السريرية للرعاية الصحية الأولية في دول مجلس التعاون

تُقدّر هذه الدراسة تكلفة مجموعة مُختارة من الخدمات السريرية المُقدمة في مرافق الرعاية الصحية الأولية الحكومية في دول مجلس التعاون الخليجي. وتُشير النتائج إلى أن إجمالي تكلفة الخدمات تخطى 5,7 مليار دولار أمريكي في أنحاء المنطقة خلال عام 2019. ومن الملاحظ في هذه الدراسة التفاوت الكبير بين نصيب كل فرد من التكلفة على مستوى الدول الست، والذي يتراوح من 68 دولارًا أمريكيًا في المملكة العربية السعودية إلى 217 دولارًا أمريكيًا في الكويت. ويمكن تفسير هذا التفاوت من خلال الاختلافات التي تطبقها كل دولة في النظام الصحي (بما في ذلك مستوى تقديم الرعاية الخاصة) وكذلك من خلال البنية السكانية. وعلى الرغم من أن قائمة الخدمات السريرية في هذه الدراسة اقتصت بكل بلد على حدة، إلا أن تكلفة الخدمات الرئيسية المُتسببة في التكاليف كانت هي نفسها في كل البلدان (وذلك في مجالات الممارسة العامة، والأمراض غير المُعدية، وغيرها).

في المتوسط، شكلت خدمات الطب العام (الممارسة العامة) والخدمات المتعلقة بالأمراض غير المعدية النصيب الأكبر من تكاليف الخدمات في مراكز الرعاية الصحية الأولية الحكومية في هذه الدراسة. ويرجع ذلك على الأرجح إلى ارتفاع معدلات انتشار الأمراض غير المُعدية في البلدان الستة، ولا سيما مرض السكري وأمراض القلب والأوعية الدموية وأمراض الجهاز التنفسي، فضلاً عن التكلفة المرتفعة لبعض الخدمات السريرية المتعلقة بها. وقد كانت قطر هي الدولة الوحيدة التي سجلت زيادة في تكاليف خدمات الأمراض غير المُعدية عن تكاليف خدمات الممارسة العامة. ولأن قطر كانت الدولة الوحيدة التي توفرت فيها بيانات ساعدتنا على تقدير تكاليف الأدوية والمستلزمات الطبية، توصلت هذه الدراسة إلى أن تكاليف علاج وأدوية الأمراض غير المعدية في قطر أعلى من التقديرات الإقليمية في أداة OneHealth.

أظهرت التقديرات المستندة إلى معدلات التغطية للخدمات المرتبطة بالأمراض غير المُعدية أن حوالي 15 مليون شخص لم يحصلوا على الخدمات التي يحتاجونها من خلال مرافق الرعاية الصحية الأولية العامة. ومن المهم أن نضع في اعتبارنا احتمالية حصول هؤلاء المرضى على هذه الخدمات في القطاع الخاص أو من خلال الرعاية الصحية الحكومية في المستوى الثاني أو الثالث، حيث لم تشملهم هذه الدراسة. بينما قُدّر العدد الإجمالي للأشخاص الذين لم يتلقوا خدمات الصحة النفسية في الرعاية الأولية الحكومية بحوالي 9 ملايين شخص.

وقد بينت الدراسة اتساقاً في معدلات التغطية لخدمات فحوصات الأمراض غير المُعدية في البلدان الستة تتراوح من 4% إلى 7%. وبينت أيضاً أن أكثر من 30 مليون شخص في أنحاء المنطقة لم يتلقوا خدمات الفحوصات التشخيصية التي يحتاجونها من خلال الرعاية الأولية الحكومية في عام 2019. ومع ذلك، يجب الاحتياط عند معالجة هذه النتائج نظراً إلى أن الفحوصات التشخيصية والأنشطة التوعوية لا يتم تسجيلها دائماً في المسوحات أو السجلات الإحصائية الصحية.

وقد لاحظنا فروقاً كبيرة في معدلات تغطية الخدمات المقدمة في مراكز الرعاية الصحية الأولية الحكومية بين دول الخليج، لا سيما سلطنة عُمان التي تتمتع بمعدلات تغطية عالية. ويمكن تفسير ذلك بحقيقة أن البيانات المُقدمة للدراسة من سلطنة عُمان خاصة فقط بالمواطنين العُمانيين، في حين تناولت الدراسة بيانات جميع السكان من المواطنين والمقيمين في دول الخليج الأخرى.

سياق الخدمات السريرية للرعاية الصحية الأولية في دول مجلس التعاون

مشاركة القطاعات المختلفة

بذلت جميع دول الخليج الست جهودًا مضيئة لتعزيز المشاركة متعددة القطاعات في مجال الرعاية الصحية الأولية. فعلى سبيل المثال، قامت عُمان بدمج برامج تعزيز الصحة في المرافق التعليمية من خلال مبادرة المدارس المعززة للصحة. ومن خلال هذه المبادرة قامت فرق العمل المدرسية بالتنسيق بين كل من ممرضة المدرسة، والأخصائي الاجتماعي، والمعلم المشرف الصحي، وأولياء الأمور، والطلاب وأفراد المجتمع المحلي، للإشراف على مجموعة من التدخلات، مثل دمج الرسائل الصحية وزيادة النشاط البدني في المناهج الدراسية، وإنشاء عيادة مدرسية جيدة التجهيز، ومراجعة لائحة المقاصف المدرسية وأيام الفعاليات.²² وفي دولة الإمارات العربية المتحدة، تعمل وزارة الصحة ووقاية المجتمع مع الكيانات غير الحكومية لتحسين مستوى الوقاية من الأمراض غير المعدية ومكافحتها من خلال الرعاية الصحية الأولية. على سبيل المثال، تعاون أخصائيو الرعاية الأولية مع مبادرة أصدقاء مرضى السرطان في مبادرة "القالفة الوردية" لتعزيز التوعية المجتمعية بسرطان الثدي وتقديم الفحوصات التشخيصية في مختلف أنحاء البلاد. وقد أجرت هذه المبادرة منذ إنطلاقها في عام 2011 أكثر من 75,000 اختبار لسرطان الثدي في جميع الإمارات السبع.²³

وبالرغم من هذا التقدم، لا يزال هناك مجال للمزيد من جهود المشاركة والتعاون مع القطاعات غير الصحية، ومنها المؤسسات غير الحكومية والقطاع الخاص. وتبين الأعباء المرتفعة للأمراض غير المعدية في جميع دول الخليج الست أن هناك فرصة كبيرة متاحة أمام مؤسسات الرعاية الصحية الأولية لتكثيف خدمات الوقاية من الأمراض غير المعدية والفحوصات المتعلقة بها بالتعاون المشترك مع القطاعات الأخرى لتحسين النتائج الصحية ومن ثم خفض أكبر للتكاليف.

القوى العاملة في مجال الرعاية الصحية

تتفاوت دول الخليج في اعتمادها على القوة العاملة الوافدة في مجال الرعاية الصحية. على سبيل المثال، تعتمد الإمارات العربية المتحدة وقطر والكويت اعتمادًا كبيرًا على الممرضات الوافدات، بينما تشكل الممرضات الوطنيات في عُمان والمملكة العربية السعودية الغالبية²⁴. وفيما يتعلق بالأطباء، سجلت البحرين أعلى نسبة من الأطباء البحرينيين الذين يمثلون 86%²⁵ من مجمل الأطباء، بينما كان أكثر من 90% من الأطباء في قطر من الوافدين في عام 2020.²⁶

لا تعتمد دول الخليج كثيرًا على القوى العاملة الوافدة في الرعاية الصحية فحسب، بل تواجه أيضًا نقصًا في المتخصصين المهنيين في الرعاية الصحية في قطاع الرعاية الأولية بشكل عام. ولمعالجة هذه القضية يجب على البلدان توسيع نطاق التدريب للعاملين في مجال الرعاية الصحية، ولا سيما للممرضات وممارسي طب الأسرة. وعلى أرض الواقع، خصصت جميع الدول برامج تدريبية في مجال طب الأسرة، إلا أن عدد الخريجين لا يكفي لتلبية الطلب عليهم. فعلى سبيل المثال تفتخر السعودية بتقديم 350 خريجًا في برنامج طب الأسرة

22 [World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean. Oman Health promotion and community-based initiatives](#)

23 [أصدقاء مرضى السرطان: القافلة الوردية.](#)

24 سلطنة عمان (2018): 62% من الممرضات عمانيات؛ المملكة العربية السعودية (2020): 87 من الممرضات سعوديات). المصادر: [World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean. Health workforce snapshot Oman](#) السعودية، وزارة الصحة (2020)، الكتاب الإحصائي السنوي 2020.

25 وزارة الصحة البحرينية، الموارد البشرية 2020.

26 [World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean. 2022. Health workforce snapshot: Qatar](#)

كل عام، ولكنها في الحقيقة تحتاج إلى 2000 خريج كل عام من برنامج طب الأسرة لتلبي متطلبات الرعاية الصحية في المملكة.²⁷ ومن المبادرات البارزة التي تهدف إلى توظيف وجذب واستبقاء المزيد من المتخصصين المهرة في مجال الرعاية الصحية، المنح الدراسية التي تقدمها وزارة الصحة ووقاية المجتمع في الإمارات للمواطنين الراغبين في العمل في مجال التمريض، بالإضافة إلى عملية "التعمين/التوطين"²⁸ في سلطنة عُمان التي شهدت زيادة في نسبة الأطباء العُمانيين إلى 41٪ والمرضات العُمانيات إلى 62٪ في عام 2018 (بزيادة قدرها 9٪ و12٪ عن عام 1990 على التوالي).²⁹

تخصيص الرعاية الصحية الأولية لتلبي احتياجات السكان

شهدت جميع دول الخليج الست تحولاً في عبء المرض على مدى العقود الماضية من الأمراض المعدية والأمراض التي تصيب الأمهات والأطفال حديثي الولادة إلى الأمراض غير المعدية، فكل عام تفتك الأمراض غير المعدية بحياة ما يقرب من 43000 شخص في دول مجلس التعاون الخليجي، وتكلفتها 50 مليار دولار أمريكي، أي ما يعادل 3,3٪ من إجمالي الناتج المحلي لعام 2019.³⁰ ومع ارتفاع متوسط العمر المتوقع وزيادة شيخوخة السكان، ستستمر متطلبات الرعاية الصحية في التحول نحو الأمراض غير المعدية ورعاية المسنين ورعاية تسكين الألم.

اتخذت العديد من البلدان خطوات جديرة بالثناء في توجيه هذا العبء المرضي المتغير إلى قطاع الرعاية الأولية. وفي الواقع تُعد عُمان من الدول الرائدة في إدخال رعاية المسنين ضمن نظام الرعاية الصحية الأولية،³¹ وقد أنشأت الإمارات العربية المتحدة وحدة رعاية المسنين في إطار الرعاية الصحية الأولية في عام 2006 والتي توفر رعاية طبية دقيقة وطويلة الأجل من خلال فريق متعدد التخصصات يضم أطباء الأسرة وأخصائيي العلاج الطبيعي والأخصائيين الاجتماعيين وأطباء أمراض الشيخوخة. كما دشنت الإمارات 42 عيادة للأمراض غير المعدية بين عامي 2017 و2018 ودربت موظفي الرعاية الصحية الأولية على الكشف المبكر عن الأمراض غير المعدية وكيفية علاجها.³²

شهد هذا التحول في عبء المرض أيضًا انتشارًا متزايدًا لحالات الصحة النفسية، والتي تُعد الآن من بين الأسباب الرئيسية لسنوات العمر المفقودة بسبب الإعاقة في بعض دول مجلس التعاون الخليجي. وقد بذلت العديد من البلدان جهودًا جديرة بالثناء لمعالجة هذا الأمر. أنشأت البحرين عيادات للصحة النفسية المدرسية، ونفذت برنامجًا تدريبيًا لأطباء الأسرة لتقديم خدمات الصحة النفسية وقامت بتحديث إرشاداتها للصحة النفسية.³³ ومن المرجح أن يزداد كل من الانتشار والطلب على خدمات الصحة النفسية، حيث إنه من المؤكد أن جائحة كوفيد 19 كان لها تأثير سلبي على الصحة النفسية للعديد من الناس وعلى سلامتهم.

27 Salah, K. & Kidd, M. (2019). Family Practice in the Eastern Mediterranean Region: Universal health coverage and quality primary care. Taylor & Francis Group, Florida, USA

28 PHCPI. [Ensuring universal access to primary health care in Oman](#)

29 [World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean. Health workforce snapshot: Oman](#)

30 [Elmusharaf, K., Grafton, D., Jung, J. S., et al. \(2022\). The case for investing in the prevention and control of noncommunicable diseases in the six countries of the Gulf Cooperation Council: an economic evaluation. BMJ global health, 7\(6\), e008670. ASDFSDFSDF](#)

31 Salah, K. & Kidd, M. (2019). Family Practice in the Eastern Mediterranean Region: Universal health coverage and quality primary care. Taylor & Francis Group, Florida, USA

32 I. Fadhil, B. Belaila, and H. Razzak, National accountability and response for noncommunicable diseases in the United Arab Emirates. Int. J. Noncommunicable Dis., vol. 4, no. 1, p. 4, 2019, doi: 10.4103/jncd.jncd_55_18.

33 الاستثمار في الوقاية من الأمراض غير المعدية ومكافحتها في مملكة البحرين: دراسة الجدوى الاقتصادية. جنيف: برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، منظمة الصحة العالمية، فريق عمل الأمم المتحدة المشترك بين الوكالات المعنية بالوقاية من الأمراض غير المعدية، مجلس الصحة لدول مجلس التعاون.

اعترافًا بالعبء المتزايد للأمراض غير المعدية، أنشأت العديد من البلدان آليات تنسيق متعددة القطاعات لتعزيز تكامل السياسات بين القطاعات المختلفة. فقد أنشأت البحرين آلية تنسيق وطنية متعددة القطاعات بشأن الأمراض غير المعدية تضم ممثلين من 12 قطاعًا تحت قيادة وزارة الصحة وتنعقد كل ثلاثة أشهر.³⁴ وفي الكويت تقوم لجنة رفيعة المستوى متعددة القطاعات خاصة بالأمراض غير المعدية منذ عام 2012 بتنسيق سبل الوقاية من الأمراض غير المعدية ومكافحتها، والتي لديها لجنة متخصصة المعنية بالأمراض غير المعدية في الرعاية الصحية الأولية.³⁵ لدى سلطنة عُمان والإمارات العربية المتحدة أيضًا لجان وطنية نشطة متعددة القطاعات تختص بالأمراض غير المعدية.^{36,37} يرتبط هذا النهج متعدد القطاعات بالتوصيات الصادرة عن دراسات حالات الاستثمار السابقة حول الأمراض غير المعدية في دول مجلس التعاون الخليجي، بما في ذلك المشاركة والتعاون من خلال تعزيز العمل متعدد القطاعات من خلال الحكومة بأكملها والمجتمع بأسره بشأن الأمراض غير المعدية.^{38,39,40,41}

التعاون الإقليمي

يؤدي التعاون الإقليمي بين دول الخليج العربية إلى تعزيز كفاءة الرعاية الصحية الأولية بينها. وقد أنشأ مجلس الصحة لدول مجلس التعاون العديد من اللجان المتخصصة للرعاية الصحية الأولية والأمراض غير المعدية.⁴² وهناك أيضًا جهود حالية للتعاون بين دول إقليم شرق المتوسط للتغلب على التحديات المشتركة مثل النقص في عدد أطباء الأسرة.⁴³

في المقابلات التي أجريت بعد الانتهاء من دراسات الجدوى الاقتصادية للاستثمار في مكافحة الأمراض غير المعدية والوقاية منها، أكد مسؤولو الأجهزة المعنية أهمية توسيع نطاق التعاون الإقليمي لتعزيز الوقاية من الأمراض غير المعدية ومكافحتها. وتوسيع التعاون الإقليمي عامل أساسي لتحسين كفاءة الأبحاث ونظم المراقبة بالإضافة إلى تبادل أفضل الممارسات. وبالإضافة إلى ذلك، تحتم بعض القوانين، مثل الضرائب، على دول مجلس التعاون الخليجي العمل ككتلة إقليمية.

- 34 خليفة المشرف، دانييل غرافتون، إيميلي روبرتس، وآخرون (2021) الاستثمار في الوقاية من الأمراض غير المعدية ومكافحتها في مملكة البحرين: دراسة الجدوى الاقتصادية. جنيف: برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، منظمة الصحة العالمية، فريق عمل الأمم المتحدة المشترك بين الوكالات المعنية بالوقاية من الأمراض غير المعدية، مجلس الصحة لدول مجلس التعاون.
- 35 خليفة المشرف، برناردو مينيسكال، إيميلي روبرتس، وآخرون. (2021) دراسة الجدوى الاقتصادية للاستثمار في الوقاية من الأمراض غير المعدية ومكافحتها في الكويت. جنيف: برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، منظمة الصحة العالمية، فريق عمل الأمم المتحدة المشترك بين الوكالات المعنية بالوقاية من الأمراض غير المعدية، مجلس الصحة لدول مجلس التعاون.
- 36 خليفة المشرف، راشيل ستانتون، رومان تشيستونوف، وآخرون. الاستثمار في الوقاية من الأمراض غير المعدية ومكافحتها في دولة قطر: دراسة الجدوى الاقتصادية. (2021). جنيف: برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، منظمة الصحة العالمية، فريق عمل الأمم المتحدة المشترك بين الوكالات المعنية بالوقاية من الأمراض غير المعدية ومكافحتها، مجلس الصحة لدول مجلس التعاون.
- 37 خليفة المشرف، إيميلي روبرتس، رومان تشيستونوف، وآخرون. (2020) الاستثمار في الوقاية من الأمراض غير المعدية ومكافحتها في سلطنة عُمان: دراسة الجدوى الاقتصادية. جنيف: برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، منظمة الصحة العالمية، فريق عمل الأمم المتحدة المشترك بين الوكالات المعنية بالوقاية من الأمراض غير المعدية، مجلس الصحة لدول مجلس التعاون.
- 38 خليفة المشرف، راشيل ستانتون، رومان تشيستونوف، وآخرون. الاستثمار في الوقاية من الأمراض غير المعدية ومكافحتها في دولة قطر: دراسة الجدوى الاقتصادية. (2021). جنيف: برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، منظمة الصحة العالمية، فريق عمل الأمم المتحدة المشترك بين الوكالات المعنية بالوقاية من الأمراض غير المعدية ومكافحتها، مجلس الصحة لدول مجلس التعاون.
- 39 خليفة المشرف، دانييل غرافتون، إيميلي روبرتس، وآخرون (2021) الاستثمار في الوقاية من الأمراض غير المعدية ومكافحتها في مملكة البحرين: دراسة الجدوى الاقتصادية. جنيف: برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، منظمة الصحة العالمية، فريق عمل الأمم المتحدة المشترك بين الوكالات المعنية بالوقاية من الأمراض غير المعدية، مجلس الصحة لدول مجلس التعاون.
- 40 خليفة المشرف، برناردو مينيسكال، إيميلي روبرتس، وآخرون. (2021) دراسة الجدوى الاقتصادية للاستثمار في الوقاية من الأمراض غير المعدية ومكافحتها في الكويت. جنيف: برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، منظمة الصحة العالمية، فريق عمل الأمم المتحدة المشترك بين الوكالات المعنية بالوقاية من الأمراض غير المعدية، مجلس الصحة لدول مجلس التعاون.
- 41 خليفة المشرف، إيميلي روبرتس، رومان تشيستونوف، وآخرون. (2020) الاستثمار في الوقاية من الأمراض غير المعدية ومكافحتها في سلطنة عُمان: دراسة الجدوى الاقتصادية. جنيف: برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، منظمة الصحة العالمية، فريق عمل الأمم المتحدة المشترك بين الوكالات المعنية بالوقاية من الأمراض غير المعدية، مجلس الصحة لدول مجلس التعاون.
- 42 مجلس الصحة لدول مجلس التعاون. اللجان الفنية.

43 Salah, H., Mataria, A., Wajid, G., Mandil, A., Hamadeh, G., Osman, M., Al-Sharief, W., Badr, E., Hegazy, N.N. and Soliman, S., 2021. Promoting family practice-based model of care: the role of WHO's professional diploma in family medicine in the Eastern Mediterranean Region. East Mediterr Health J, pp.743-744.

وبالمثل، يسهم تعزيز التعاون الإقليمي في تحسين اتساق وانسجام السياسات الإقليمية، وكفاءة الرعاية الصحية الأولية. وتؤدي الاستراتيجيات وخطط العمل الإقليمية، في مجالات الأمراض غير المعدية، والصحة النفسية، والصحة الرقمية، إلى تعزيز المشاركة بين مختلف القطاعات، وإذكاء الوعي، وتحسين علاقات التعاون. وكذلك فإن تبادل أفضل الممارسات وإجراء التدريب ككتلة إقليمية سيؤدي إلى تطبيق منهج فعال قائم على التعاون المشترك في الوقاية من الأمراض غير المعدية ومكافحتها.

التحديات والفرص

ما زالت أمام دول الخليج العديد من التحديات المتعلقة بتوفير الرعاية الصحية الأولية في المناطق الريفية وتسهيل الوصول إليها لا سيما في المملكة العربية السعودية، حيث توجد خطط للاستفادة من انتشار خدمات الإنترنت في مراكز الرعاية الصحية الأولية لإجراء الكشف الطبي عن طريق المكالمات الهاتفية في المناطق الريفية.⁴⁴ كما اتخذت دولة الإمارات العربية المتحدة خطوات مكمولة لتسهيل وصول السكان للخدمات الصحية، حيث لا يوجد أكثر من 200 شخص على بعد أكثر من 30 كيلومتراً من مرفق الرعاية الصحية الأولية. وفي عام 2016، أدخلت دولة الإمارات العربية المتحدة أيضاً عيادات صحية متنقلة لتوفير الرعاية الوقائية للأسنان، والفحوصات المدرسية، والفحوصات الدورية للصحة والسرطان في الأماكن التي لا تستطيع توفير مرافق الرعاية الصحية بسهولة.⁴⁵

تستخدم دول الخليج التكنولوجيا الرقمية على نحو متزايد لتعزيز كفاءة خدمات الرعاية الصحية الأولية. ففي البحرين، يهدف نظام المعلومات الصحية الوطني (برنامج I-SEHA)، الذي تم طرحه لأول مرة في عام 2014 إلى تعزيز خدمات الرعاية الصحية عالية الجودة عبر توفير الخدمات الصحية الإلكترونية.⁴⁶ أما دولة قطر فقد أطلقت تطبيق "نرعاكم" في عام 2021 لجميع خدماتها الإلكترونية وهو متاح باللغتين الإنجليزية والعربية لتمكين السكان من إدارة مواعيدهم الطبية وسجلاتهم عن بُعد، ونظام الابتكار الطبي الإلكتروني (CERNER) الذي تم تشغيله في عام 2014، والذي يُسهّل تبادل السجلات الرقمية للمراكز والهيئات الصحية التابعة لكلا من مؤسسة الرعاية الصحية الأولية أو مؤسسة حمد الطبية.⁴⁷

44 Salah, K. & Kidd, M. (2019). Family Practice in the Eastern Mediterranean Region: Universal health coverage and quality primary care. Taylor & Francis Group, Florida, USA

45 المرجع السابق.

46 [World Health Organization for the Eastern Mediterranean. Bahrain Health Profile 2015.](#)

47 مؤسسة الرعاية الصحية الأولية. كتاب مرور عشر سنوات على استقلال المؤسسة (2012 - 2022).

الإطار (3): ركائز الرعاية الصحية الأولية في دول مجلس التعاون الخليجي⁴⁸

ترتكز الرعاية الصحية الأولية، وفقاً لإعلان مؤتمر "أستانا"، على ثلاثة مكونات أو ركائز رئيسية: سياسات وإجراءات متعددة القطاعات، وتمكين الأفراد والمجتمعات، والرعاية الصحية الأولية باعتبارها جوهر وقلب الخدمات الصحية المتكاملة:

* الرعاية الأولية باعتبارها جوهر الخدمة الصحية المتكاملة متأصلة في النظم الصحية في دول الخليج الست. تشمل الخدمات الصحية المتكاملة منظومة صحية تقدم سلسلة كاملة من الرعاية - ابتداء من تعزيز الصحة والوقاية من الأمراض إلى العلاج وإعادة التأهيل - عبر عدة محطات أو مواقع للرعاية. وقد أعطت جميع دول الخليج الست الأولوية للرعاية الصحية الأولية لأنها نقطة الاتصال الأولى والأساسية للمرضى، وبذلت في ذلك جهوداً كبيرة لتعزيز كفاءة الرعاية الصحية الأولية لتلبية احتياجات السكان الصحية عبر تسهيل الوصول إلى عيادات الرعاية الأولية وتدريب المزيد من الكوادر الطبية الإضافية في مؤسسات ومراكز الرعاية الصحية الأولية.

* تشمل جهود تحسين الرعاية الصحية الأولية بين مختلف القطاعات وضع وتنفيذ السياسات الصحية (أو السياسات في القطاعات الأخرى) التي تتعامل مع المحددات الاجتماعية والاقتصادية والبيئية للصحة من خلال التنسيق والتعاون بين القطاعات. وقد بذلت دول الخليج الست جهوداً مضيئة لتعزيز التعاون المشترك بين القطاعات المتعددة. على سبيل المثال، يؤدي تكامل تعزيز الصحة في المدارس في سلطنة عُمان إلى تحسين الصحة والرفاهية عبر المحددات الصحية من خلال الإجراءات القائمة على التنسيق المشترك بين العديد من القطاعات.

* ينطوي تمكين الأفراد والمجتمعات على توفير الدعم للسيطرة على الاحتياجات الصحية للأفراد. فالتكنولوجيا الصحية على سبيل المثال تساعد على تمكين السكان في قطر من خلال تطبيق "نرعاكم"، الذي يتيح لهم إدارة مواعيدهم الطبية وسجلاتهم الصحية بأنفسهم.

48 منظمة الصحة العالمية ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (2020). الإطار التشغيلي للرعاية الصحية الأولية: تحويل الرؤية إلى عمل. جنيف: منظمة الصحة العالمية ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف). ترخيص المشاع الإبداعي (نسب المصنف - غير تجاري - المشاركة بالمثل 3.0 لفائدة المنظمات الحكومية الدولية)

يقدم نموذج الرعاية تصورًا لكيفية تقديم خدمات الرعاية الصحية، ومنها إجراءات الرعاية وتنظيم مقدمي الخدمات وإدارة الخدمات. ويتضمن نموذج الرعاية أيضًا تصورًا لكيفية اختيار خدمات الرعاية الصحية وتصميمها وتنظيمها ودعمها عبر منافذ التقديم وتعديلها بمرور الوقت لتلبية الاحتياجات الصحية المتغيرة للسكان. جميع النظم الصحية لديها نموذج أو عدة نماذج للرعاية سواء تم التخطيط لها عن عمد أو تطورت بمرور الوقت. ونموذج الرعاية الموجه لخدمات الرعاية الصحية الأولية عنصر أساسي في تعزيز خدمات الرعاية الصحية الأولية وتحسين الكفاءات في المنظومة الصحية بأكملها.

وإثباتًا لأهمية نماذج الرعاية لخدمات الرعاية الصحية الأولية، تم إدراجها في توصيات منظمة الصحة العالمية للتغطية الصحية الشاملة وفي إطار قياس الرعاية الصحية الأولية التابع لمنظمة الصحة العالمية كونها ضمن 14 عنصرًا تشغيليًا لقياس ورصد الرعاية الصحية الأولية. وقد أعدت منظمة الصحة العالمية ورقة استراتيجية حول نماذج الرعاية⁵² وأداة تقديم حزمة الخدمات وتنفيذها (SPDI) التي تساعد في دعم اختيار الخدمات ضمن الرعاية الصحية الشاملة في الدول الأعضاء.⁵³ وتتضمن مراقبة نماذج الرعاية لخدمات الرعاية الصحية الأولية مؤشرات قابلة للقياس لاختيار الخدمات وتخطيطها، وتصميم الخدمات، وتنظيم وإدارة المرافق، وتوطيد العلاقات مع شرائح المجتمع وبناء علاقات الشراكة والتعاون معها. ترتبط هذه المؤشرات ارتباطًا وثيقًا بالركائز الثلاث للرعاية الصحية الأولية (انظر الإطار 3) وتتيح الفرصة لتتبع تعزيز الرعاية الصحية الأولية.

49 الإطار التشغيلي للرعاية الصحية الأولية: تحويل الرؤية إلى عمل. جنيف: منظمة الصحة العالمية ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف)، 2020. ترخيص المشاع الإبداعي (نسب المصنف - غير تجاري - المشاركة بالمثل 3,0 لفائدة المنظمات الحكومية الدولية)

50 World Health Organization, Office for the Eastern Mediterranean. (2022). Strategic paper on models of care for the WHO Eastern Mediterranean Region: Expert consultation

51 World Health Organization and the United Nations Children's Fund. (2022). Primary health care measurement framework and indicators: monitoring health systems through a primary health care lens. Geneva: World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF), Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

52 World Health Organization EURO (2016): Integrated care models: an overview. WHO, Geneva

53 [World Health Organisation \(n.d.\): UHC packages – SPDI Tool](#)

الخطوات المستقبلية المقترحة

التوصيات

تدرك جميع الدول الست في مجلس التعاون الخليجي الأهمية المحورية لمنظومة الرعاية الصحية الأولية التي تتميز بالكفاءة العالية في بناء قطاع صحي فعال وموثوق، وقد أحرزت دول الخليج تقدماً يستحق الثناء في تعزيز الرعاية الصحية الأولية من خلال التكيف مع أعباء الأمراض المتغيرة التي تصيب السكان، وقد ظهر ذلك في خدمات تشخيص وعلاج الأمراض غير المعدية التي تمثل النصيب الأكبر من التكاليف المقدرة في هذه الدراسة.

سلط تحليل التكاليف الوارد في هذا التقرير عدداً من المجالات التي نستطيع من خلالها زيادة خدمات الرعاية الصحية الأولية وتحسين استغلال الموارد في دول الخليج. ستساعد توصيات الإجراءات والتدابير التالية دول مجلس التعاون الخليجي على تحقيق مكاسب صحية واقتصادية كبيرة:

إعداد الاستراتيجيات الوطنية للرعاية الصحية الأولية ونماذج الرعاية

1

بالرغم من أن جميع دول مجلس التعاون الخليجي الست لديها استراتيجيات وطنية للصحة، فإنه لا يوجد في أي منها استراتيجية مخصصة للرعاية الصحية الأولية. نحث دول الخليج على إعداد مثل هذه الإستراتيجية لتحقيق تحسينات مستدامة على المدى البعيد في النتائج الصحية وتخصيص الموارد واستخدامها. تقوم استراتيجيات الرعاية الصحية الأولية بدور مهم في توجيه القطاع الصحي بأكمله نحو الأهداف والغايات المرجوة مثل التغطية الصحية الشاملة، وتطبيق نهج للرعاية الصحية يعطي حقاً الأولوية القصوى للسكان.

وفي إطار هذه الاستراتيجيات وخارجها، يجب على دول الخليج - بما يتماشى مع الأولويات والاحتياجات والموارد الوطنية المتاحة - إعادة تقييم نماذج الرعاية وصياغتها بوضوح لتحديد التحديات التي تواجه تقديم الخدمات ومن ثم تحسينها.

التوصيات والتدابير المقترحة:

- إنشاء نماذج وطنية للرعاية تعتمد على نهج أطباء الأسرة وتسترشد بالأولويات الوطنية والخصائص السكانية والمخصصات المالية.
- وضع استراتيجيات وطنية للرعاية الصحية الأولية على أساس إطار منظمة الصحة العالمية للرعاية الصحية الأولية.

تعزيز التعاون الإقليمي والتنسيق بين دول مجلس التعاون الخليجي

2

في ظل التحديات والفرص المشتركة، تستفيد دول الخليج من تعزيز التعاون الإقليمي فيما بينها لتحسين كفاءة قطاع الرعاية الصحية الأولية. لتوسيع نطاق التعاون الإقليمي، بوسع دول الخليج تشكيل لجنة تنسيقية تحت مظلة مجلس الصحة لدول مجلس التعاون تضم مسؤولي الرعاية الصحية الأولية وتتعقد اجتماعات دورية لتبادل أفضل الممارسات والدروس المستفادة. ومثل هذه اللجان تدعم التوجه نحو اتخاذ إجراءات تشريعية موحدة وتشجع على الاستثمار في تحسين كفاءة مؤسسات الرعاية الصحية الأولية من خلال إشراك الجهات المعنية وجعل هذه القضية في صدارة الخطط الوطنية والإقليمية. وينبغي على دول الخليج إعداد استراتيجيات وخطط عمل إقليمية لزيادة تعزيز التعاون الإقليمي وتعزيز التنسيق والانسجام بين السياسات.

لأن الأمراض غير المعدية تكبد دول الخليج الستة خسائر صحية واقتصادية فادحة، يجب أن تكون خدمات الوقاية من الأمراض غير المعدية والفحص والتشخيص والعلاج المقدمة في مراكز الرعاية الصحية الأولية محوراً رئيسياً للجنة الرعاية الصحية الأولية الإقليمية. سيتيح ذلك لدول الخليج تحليل ومقارنة ما تم إحرازه من تقدم بالإضافة إلى تبادل المعلومات حول التصدي للأمراض غير المعدية ومكافحتها والوقاية منها، مع التركيز على توصيات منظمة الصحة العالمية لأفضل الخيارات وكذلك وحزمة منظمة الصحة العالمية من التدابير وإجراءات التدخل والخدمات الأساسية لمكافحة الأمراض غير المعدية (PEN)⁵⁴. وقد تتضمن هذه المبادرة إنشاء قاعدة بيانات لتسجيل أي تقدم في الأهداف والمؤشرات المتعلقة بمكافحة الأمراض غير المعدية، ومنها التحديات الناشئة مثل منتجات التبغ الجديدة. سيؤدي ذلك إلى تزويد دول الخليج بأدلة دامغة ومؤكدة على المستوى الإقليمي، وسد الفجوة الحالية في نظم المعلومات المعيارية في مجالي الخدمات الصحية ورصد الأمراض غير المعدية.

التوصيات والتدابير المقترحة لتعزيز التعاون الإقليمي:

- إنشاء لجنة إقليمية للرعاية الصحية الأولية تعقد اجتماعاتها بانتظام لتبادل أفضل الممارسات
- إنشاء قاعدة بيانات إقليمية لتسجيل التقدم الذي تحقق في الأهداف والغايات المتعلقة بالأمراض غير المعدية باستخدام أفضل الخيارات التي توصي بها منظمة الصحة العالمية وحزمة منظمة الصحة العالمية للتدخلات والخدمات الأساسية لمكافحة الأمراض غير المعدية (PEN).

توسيع الاستثمار في الأبحاث وتدابير مراقبة ورصد قطاع الرعاية الصحية الأولية وتطويرها لتحسين الكفاءة والنتائج الصحية



تقدير التكاليف التفصيلية في هذه الدراسة هي الخطوة الأولى نحو فهم أفضل للتكاليف المرتبطة بالخدمات السريرية المقدمة في مراكز الرعاية الصحية الأولية في دول الخليج العربي. فمن خلال فهم هذه التكاليف ومقارنتها بالميزانيات والنفقات الأخرى، سواء داخل كل دولة على حدة أو في دول المجلس جميعاً، من الممكن تحديد المجالات والخدمات التي قد تستفيد من تخصيص المزيد من الموارد أو إدارتها بكفاءة أعلى. وهكذا يتسنى لدول الخليج استخدام البيانات والتكاليف التقديرية في هذه الدراسة في تعزيز وتحسين كفاءة نظام الرعاية الأولية، الأمر الذي يؤدي في نهاية المطاف إلى تحسين النتائج الصحية في البلاد.

من أجل تعزيز قاعدة الأدلة في مجال الرعاية الصحية الأولية في منطقة الخليج، على دول مجلس التعاون توسيع نطاق الأبحاث وتدابير المراقبة والرصد في مرافق الرعاية الأولية. لتيسير التقييم، على دول الخليج أن تحدد بوضوح مؤشرات الأداء بوضوح على مستويات مختلفة من الرعاية الصحية الأولية بالإضافة إلى حزم المزايا الصحية ضمن التغطية الصحية الشاملة والخدمات المقدمة من خلالها. لرصد معدل التقدم، بإمكان دول الخليج إنشاء نظام لإدارة أداء أطباء العموم وأطباء الأسرة، وتكرار دراسة تقدير التكلفة في المستقبل القريب باستخدام المزيد من البيانات الوطنية وكذلك النفقات الفعلية لتقييم تأثير أي تغييرات محتملة طرأت على تقديم خدمات الرعاية الأولية.

التوصيات والتدابير المقترحة لتحسين كفاءة قطاع الرعاية الصحية الأولية:

- تحديد مؤشرات الأداء في الرعاية الأولية بوضوح كخدمات التطعيمات واللقاحات ونتائج المرضى، وغيرها
- إعداد حزمة خاصة بكل دولة من دول الخليج تتضمن الخدمات التي تؤدي إلى تغطية صحية شاملة
- مقارنة تكاليف حزم الرعاية الصحية الشاملة وخدمات الرعاية الصحية الأولية مع النفقات الفعلية لتحديد الخدمات التي تتطلب المزيد من التمويل، أو سبل تقديمها بكفاءة أعلى، أو ضرورة إعادة توزيعها لمستويات أخرى من الرعاية الصحية الأولية.

54 WHO (2020). WHO package of essential noncommunicable (PEN) disease interventions for primary health care. Geneva: World Health Organization. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

4 زيادة أعداد القوة العاملة في القطاع الصحي لا سيما المتخصصين في تقديم الرعاية الصحية الأولية

تواجه كل دول الخليج نقصًا حادًا في الكوادر والكفاءات الصحية المدربة والمؤهلة في قطاع الرعاية الأولية، وتتفاوت في اعتمادها على الوافدين في سد النقص في هذه الكوادر الصحية. سوف تستفيد دول الخليج من زيادة الاستثمار في تدريب أطباء الأسرة وأطباء العموم من السكان المحليين واستقطابهم واستبقائهم لتحقيق هدف تخصيص طبيب عام أو طبيب أسرة لكل فرد أو عائلة. تشترك دول الخليج في تخصيص برامج تدريبية لطب الأسرة، غير أنه ينبغي زيادة عدد خريجي هذه البرامج لتلبية الطلب المتزايد.

ورغم أن زيادة عدد القوة الصحية العاملة، مع التركيز على قطاع الرعاية الصحية الأولية، ستتطلب تكاليف إضافية كبيرة في صورة برامج تدريبية أولية ومستمرة وأجور ومكافآت، ينبغي النظر إلى هذه التكاليف في ضوء المكاسب الصحية والاقتصادية التي ستجنيها كل دولة من دول الخليج من زيادة أعداد الكوادر العاملة في مجال الرعاية الصحية الأولية. ستستفيد دول الخليج من صياغة استراتيجية واضحة للقوى العاملة في تحسين كفاءة الرعاية الصحية الأولية وخفض التكاليف، ومن المزايا الأخرى تحويل المهام، والاستفادة من الموارد المتاحة داخل الدولة والشراكات بين القطاعين العام والخاص.

التوصيات والتدابير المقترحة لزيادة عدد كوادر القوة العاملة:

- صياغة استراتيجية وطنية للكوادر والقوة الصحية العاملة لكل دولة مندول الخليج
- إعداد برنامج للتقييم والرصد يتضمن مؤشرات واضحة للأداء لتتبع مدى التقدم في كوادر الرعاية الصحية الأولية
- تدريب وتوظيف المزيد من العاملين الوطنيين في مجال الرعاية الأولية من خلال تقديم منح دراسية لتدريب المواطنين في مهن الرعاية الأولية، وتبسيط عملية منح الترخيص للعاملين في الرعاية الصحية المنزلية وتحديث السياسات لتحقيق التوازن بين العمل والحياة في قطاع الرعاية الأولية.

5 توسيع نطاق الفحوصات التشخيصية للأمراض غير المعدية وخدمات الوقاية منها في مراكز الرعاية الصحية الأولية

من أبرز سمات مؤسسات الرعاية الصحية الأولية عالية الكفاءة هي الاستثمار في خدمات الوقاية من الأمراض وفحوصاتها التشخيصية. فتقديم خدمات الفحص التشخيصي الروتيني لجميع المرضى الأولى بالرعاية في مختلف مراكز الرعاية الأولية يساعد في تحديد الأمراض ومن ثم علاجها مبكرًا الأمر الذي يعزز فرص نجاح العلاج ويقلل التكاليف الصحية والاقتصادية المرتبطة بذلك.

توصلت مؤشرات وتحليلات هذه الدراسة إلى أن جميع دول الخليج الست لديها الفرصة لتوسيع نطاق خدمات الفحص التشخيصي للأمراض غير المعدية في المراكز الحكومية للرعاية الصحية الأولية. وفي المجمل، لم يحصل أكثر من 30 مليون شخص في دول الخليج في عام 2019 على خدمات الفحص التشخيصي بالأمراض غير المعدية التي يحتاجون إليها عبر مراكز الرعاية الصحية الأولية الحكومية. وتجدر الإشارة إلى أن هذه الدراسة لم تتضمن تقديرات تكاليف هذه الخدمات في القطاع الخاص أو مراكز الرعاية الصحية الحكومية من المستوى الثاني أو الثالث. ومن المحتمل أن عددًا كبيرًا من الذين لم يتلقوا الخدمات في مراكز الرعاية الأولية الحكومية قد حصلوا عليها في مكان آخر.

وفي ضوء هذا النقص في البيانات، يوصى بإجراء المزيد من الأبحاث والدراسات حول تغطية خدمات الرعاية الصحية الأولية في القطاع الخاص في كل دول الخليج. وسيساعد ذلك على توسيع نطاق الرعاية الصحية الأولية في القطاعين الحكومي والخاص لتحقيق أهداف تقديم الرعاية الصحية الأولية في كل دولة. ويجب أن يتم توسيع النطاق مع مراعاة تسهيل الوصول للمراكز الرعاية الأولية وتحقيق المساواة والعمل على توفير التغطية الصحية الشاملة عبر توفير خدمات الرعاية الصحية الأولية الحكومية لجميع السكان في كل دولة.

التوصيات والتدابير المقترحة لتوسيع خدمات الفحص التشخيصي:

- زيادة الوعي العام بخدمات الفحص من خلال توسيع نطاق الحملات الإعلامية
- تحديد ما يدفع الناس لإجراء الفحوصات التشخيصية من خلال استخدام الدراسات السلوكية على سبيل المثال
- التعاون مع القطاع الخاص لضمان حصول كل فرد مُستحق على خدمات الفحوصات التشخيصية المقدمة في مراكز الرعاية الصحية الأولية سواء في القطاع الخاص أو الحكومي
- إدراج خدمات الفحوصات التشخيصية والوقاية من الأمراض ضمن الوصف الوظيفي للعاملين في الرعاية الصحية الأولية



تقديم المزيد من خدمات الصحة النفسية عبر مراكز الرعاية الصحية الأولية

في المتوسط تمثل خدمات الصحة النفسية التي تقدمها مراكز الرعاية الأولية 0,2% من إجمالي التكاليف المشمولة في هذا التقرير، وهناك 9 ملايين شخص في دول الخليج لا يحصلون على خدمات الصحة النفسية في مراكز الرعاية الأولية الحكومية، مع مراعاة أن هؤلاء الأفراد ربما حصلوا على الرعاية النفسية في مؤسسات صحية حكومية أو خاصة من المستوى الثاني أو الثالث.

ورغم أن دول مجلس التعاون الخليجي قد اتخذت خطوات مهمة لتيسير الحصول على خدمات الصحة النفسية وتقليل الوصمة الاجتماعية المصاحبة للأمراض النفسية، ما زالت نظرة المجتمع والحصول على خدمات الصحة النفسية من التحديات الرئيسية لخدمات الصحة النفسية في المنطقة. يجري تقديم غالبية خدمات الصحة النفسية حالياً في المستوى الثاني والثالث للرعاية الصحية، وتقديم فحوصات وخدمات الصحة النفسية عبر مراكز الرعاية الأولية الحكومية (وبالأخص الطب العام) لن يضمن فقط سهولة أكبر في حصول السكان على خدمات الرعاية النفسية للسكان، بل ثبت أنه يؤدي أيضاً إلى نتائج صحية أفضل مقارنة بخدمات العلاج عبر المؤسسات الصحية من المستوى الثاني والثالث. فتوفير خدمات الصحة النفسية الرئيسية عبر مراكز الرعاية الأولية سيؤدي إلى تسليط الضوء على اضطرابات الصحة النفسية، والاستفادة من ذلك كنقطة انطلاق لحملات التثقيف والتوعية للحد من الوصمة المجتمعية المرتبطة بهذه الحالات. ومن الناحية النظرية، فإن توسيع نطاق تقديم خدمات الصحة النفسية عبر مراكز الرعاية الأولية جزء لا يتجزأ من منهج الرعاية الصحية الأولية الذي يركز على السكان ويهدف إلى رعاية المرضى والمجتمعات في جميع الحالات سواء في الصحة أو المرض.

التوصيات والتدابير المقترحة لتوسيع نطاق خدمات الصحة النفسية:

- مراجعة ما إذا كان أفراد السكان يحصلون على خدمات الصحة النفسية وأماكن الحصول عليها بمساعدة فئات السكان الأولى بالرعاية المحددين في هذه الدراسة
- التعاون مع الأطراف والجهات المعنية في القطاعين العام والخاص لإعداد برنامج لإدراج خدمات الصحة النفسية في مراكز الرعاية الصحية الأولية إذا لم تكن مدرجة بالفعل⁵⁵

55 Eaton, J., et al. (2018). A structured approach to integrating mental health services into primary care: development of the Mental Health Scale Up Nigeria intervention (mhSUN). International journal of mental health systems, 12, 11.

الملحق: نظرة عامة على الخدمات السريرية المقدمة في مراكز الرعاية الصحية الأولية حسب الدولة

| الإمارات العربية المتحدة | قطر | سلطنة عُمان | الكويت | المملكة العربية السعودية | البحرين | إجراء التدخل |
|----------------------------|-----|-------------|--------|--------------------------|---------|--|
| التطعيم | | | | | | |
| | | | ○ | | | لقاح داء الكلب |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | لقاح السُّل (بي سي جي) |
| ○ | ○ | ○ | ○ | | ○ | لقاح الخناق والسعال الديكي والكزاز |
| | | | ○ | | | الدفتريرا والتيتانوس للبالغين |
| | | | ○ | | | الدفتريرا والتيتانوس للأطفال |
| | | | ○ | | | لقاح فيروس الالتهاب الكبدي ب (للأطفال) |
| ○ | ○ | | | | ○ | لقاح فيروس الالتهاب الكبدي ب (للبالغين) |
| ○ | ○ | | | | ○ | لقاح المستدمية النزلية من النوع ب |
| ○ | | | | ○ | | لقاح فيروس الورم الحليمي البشري (سرطان عنق الرحم) |
| ○ | ○ | | ○ | | ○ | لقاح الانفلونزا |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | لقاح الحصبة |
| | | | ○ | | | لقاح الالتهاب السحائي |
| | | ○ | ○ | ○ | | لقاح خماسي التكافؤ |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | لقاح المكورات الرئوية (لقاح ضد التهاب الرئة والتهاب السحايا) |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | لقاح شلل الأطفال |
| ○ | ○ | | ○ | | ○ | لقاح الفيروس العجالي |
| | | | | ○ | | لقاح الحصبة الألمانية |
| | | | ○ | | | لقاح التيتانوس |
| | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | لقاح الجدري المائي |
| الأمراض غير المعدية | | | | | | |
| سرطان الثدي | | | | | | |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | التوعية العامة بسرطان الثدي |

| الإمارات العربية المتحدة | قطر | سلطنة عُمان | الكويت | المملكة العربية السعودية | البحرين | إجراء التدخل |
|--------------------------------|-----|----------------|--------|--------------------------------|---------|---|
| ○ | | ○ | ○ | | | التشخيص بعد الفحص السريري للثدي |
| ○ | | | | | | التشخيص بعد تصوير الثدي بالأشعة |
| ○ | | | | | | التشخيص من دون اختبار أو إجراء فحصي لسرطان الثدي |
| | | | | ○ | | التشخيص بعد الفحص السريري للثدي |
| | | | | ○ | | التشخيص: فحص بالماموجرام |
| | | | | ○ | | مراقبة ما بعد العلاج لمرضى سرطان الثدي |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | الفحص الطبي: الفحص السريري للثدي |
| ○ | | | | ○ | | الفحص الطبي: تصوير الثدي بالأشعة (الماموجرام) |
| | | | | | | سرطان عنق الرحم |
| ○ | | | | | | الفحص البصري بحمض الخليك، اختبار فيروسات الأورام الحليمية في الحمض النووي (HPV DNA + VIA) |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | اختبار بابانيكولاو (مسحة عنق الرحم) |
| | | | | ○ | | مراقبة ما بعد العلاج لسرطان عنق الرحم |
| ○ | | | | | | الفحص البصري بحمض الخليك (حامض الأسيتيك) |
| | | | | | | سرطان القولون والمستقيم |
| ○ | | | | | | فحص تشخيص سرطان القولون والمستقيم باستخدام اختبار البراز الكيميائي المناعي |
| ○ | | | | ○ | | فحص تشخيص سرطان القولون والمستقيم باستخدام اختبار الدم الخفي في البراز |
| ○ | | | | ○ | | التشخيص بدون فحص لسرطان القولون والمستقيم (حسب الأعراض) |
| | | | | ○ | | مراقبة ما بعد العلاج لسرطان القولون والمستقيم |
| | | | | ○ | | فحص القولون بالمنظار |
| ○ | | | | | | الفحص الطبي: اختبار البراز الكيميائي المناعي |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | الفحص الطبي: اختبار الدم الخفي في البراز |

| الإمارات العربية المتحدة | قطر | سلطنة عُمان | الكويت | المملكة العربية السعودية | البحرين | إجراء التدخل |
|--|-----|----------------|--------|--------------------------------|---------|---|
| | | | | ○ | | الفحص الطبي: المنظار السيني |
| أمراض القلب والأوعية الدموية ومرض السكري | | | | | | |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | متابعة رعاية المعرضين لنسبة منخفضة من احتمالات الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية/مرض السكري (احتمالات الإصابة المؤكدة: من 10 إلى 20٪) |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | التحكم المكثف في نسبة السكر في الدم |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | فحوصات تشخيص الاعتلال العصبي والعناية الوقائية بالقدمين |
| | | ○ | | | | الإحالة لفحص اعتلال الشبكية |
| ○ | ○ | | ○ | | ○ | فحوصات تشخيص اعتلال الشبكية |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | الفحوصات الطبية لأعراض الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية والسكري |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | التحكم القياسي في نسبة السكر في الدم |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | علاج المعرضين لاحتمالات الإصابة المؤكدة بأمراض القلب والأوعية الدموية/مرض السكري بنسبة من 20 إلى 30٪ |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | علاج المصابين بأمراض دماغية وعائية مزمنة وأمراض ما بعد السكتة الدماغية |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | علاج المعرضين بنسبة مرتفعة لاحتمالات الإصابة المؤكدة بأمراض القلب والأوعية الدموية/مرض السكري (أكثر من 30٪) |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | علاج المصابين بارتفاع ضغط الدم والمعرضين بنسبة منخفضة لاحتمالات الإصابة المؤكدة بأمراض القلب والأوعية الدموية/مرض السكري (أقل من 20٪) |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | علاج المصابين بارتفاع نسبة الكوليسترول في الدم والمعرضين بنسبة منخفضة لاحتمالات الإصابة المؤكدة بأمراض القلب والأوعية الدموية/مرض السكري (أقل من 20٪) |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | علاج حالات الإصابة بمرض القلب الإقفاري المزمن |

| الإمارات العربية المتحدة | قطر | سلطنة عُمان | الكويت | المملكة العربية السعودية | البحرين | إجراء التدخل |
|--------------------------------|-----|----------------|--------|--------------------------------|---------|---|
| ○ | ○ | | | ○ | ○ | علاج حالات أمراض القلب الروماتيزمية (بنزاثين البنسلين) |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | علاج الحالات الجديدة للاحتشاء الحاد في عضلة القلب باستخدام الأسبرين |
| العناية بالفم والسرطان | | | | | | |
| رعاية الطوارئ | | | | | | |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | متوسط الاحتياجات السنوية لرعاية الطوارئ |
| العناية بالفم | | | | | | |
| | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | تنظيف الأسنان والعناية الوقائية |
| ○ | | | | | | العناية بالفم والأسنان |
| أمراض الجهاز التنفسي | | | | | | |
| ○ | ○ | | ○ | | ○ | الربو: استنشاق جرعة منخفضة من بيكلوميثازون + ناهض بيتا قصير المفعول (SABA) |
| | | ○ | | ○ | | الربو: استنشاق جرعة عالية من فلوتيكاسون + ناهض بيتا قصير المفعول (SABA) |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | الربو: استنشاق ناهض بيتا قصير المفعول (SABA) لعلاج الربو المتقطع |
| ○ | ○ | | ○ | | ○ | الربو: استنشاق جرعة منخفضة من بيكلوميثازون + ناهض بيتا قصير المفعول (SABA) |
| | | ○ | | ○ | | الربو: استنشاق جرعة منخفضة من بيكلوميثازون + ناهض بيتا قصير المفعول (SABA) |
| | | ○ | | ○ | | الربو: تناول بريدينزولون عن طريق الفم + ثيوفيلين + استنشاق جرعة عالية من فلوتيكاسون + ناهض بيتا قصير المفعول (SABA) |
| | | ○ | | ○ | | الربو: ثيوفيلين + استنشاق جرعة عالية من فلوتيكاسون + ناهض بيتا قصير المفعول (SABA) |

| الإمارات العربية المتحدة | قطر | سلطنة عُمان | الكويت | المملكة العربية السعودية | البحرين | إجراء التدخل |
|--------------------------------|-----|----------------|--------|--------------------------------|---------|--|
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | الانسداد الرئوي المزمن: علاج تفاقم المرض بالمضادات الحيوية |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | الانسداد الرئوي المزمن: علاج تفاقم المرض بتناول بريدينزولون عن طريق الفم |
| ○ | | ○ | | ○ | | الانسداد الرئوي المزمن: علاج تفاقم المرض بالأكسجين |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | الانسداد الرئوي المزمن: استنشاق سالبوتامول |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | الانسداد الرئوي المزمن: جهاز استنشاق إبراتروبيوم |
| | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | الانسداد الرئوي المزمن: جرعة منخفضة من الثيوفيلين عن طريق الفم |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | الانسداد الرئوي المزمن: الإقلاع عن التدخين |
| صحة الطفل | | | | | | |
| علاج الديدان | | | | | | |
| | ○ | ○ | ○ | | ○ | علاج الديدان |
| علاج الإسهال | | | | | | |
| ○ | | ○ | | ○ | | المضادات الحيوية لعلاج الزحار (الدستاريا) |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | تناول محلول معالجة الجفاف عن طريق الفم |
| | | | | ○ | | علاج الإسهال الشديد |
| | | ○ | | ○ | | الزنك (علاج الإسهال) |
| خدمات عامة | | | | | | |
| | | ○ | | ○ | | مكملات الزنك |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | صحة الطفل العامة |
| | ○ | | | | ○ | الصحة المدرسية |
| الملاريا | | | | | | |

| الإمارات العربية المتحدة | قطر | سلطنة عُمان | الكويت | المملكة العربية السعودية | البحرين | إجراء التدخل |
|---|-----|----------------|--------|--------------------------------|---------|--|
| | | ○ | | | | علاج الملاريا (من الولادة حتى 4 سنوات، الحالات الخفيفة) |
| الالتهاب الرئوي | | | | | | |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | علاج الالتهاب الرئوي (للأطفال) |
| | | | | ○ | | علاج الالتهاب الرئوي الحاد |
| زيارة روتينية لرعاية صحة الطفل | | | | | | |
| ○ | | | | | | زيارة روتينية لرعاية صحة الطفل (أقل من سنة) |
| ○ | | | | | | زيارة روتينية لرعاية صحة الطفل (الأطفال من 1 إلى 5 سنوات) |
| برنامج الصحة المدرسية | | | | | | |
| | | ○ | | | | فحص الأسنان |
| | | ○ | | | | فحص الأذن |
| | | ○ | | | | فحص العين |
| التغذية | | | | | | |
| البالغون | | | | | | |
| ○ | | | | | | رعاية البالغين الذين يعانون من الحساسية للغذاء وأعراض الحساسية |
| ○ | | | | | | رعاية البالغين المصابين بارتفاع مستوى حمض اليوريك في الدم |
| ○ | | | | | | رعاية البالغين المصابين بأمراض الكلى |
| | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | رعاية البالغين الذين يعانون من انخفاض مؤشر كتلة الجسم (صغر حجم الجسم) |
| ○ | | | | | | رعاية البالغين المصابين ب فقر الدم الغذائي |
| رعاية البالغين المصابين بأمراض أخرى مرتبطة بالتغذية | | | | | | |
| ○ | | | | | | رعاية مرضى السكري البالغين |
| ○ | | | | | | رعاية البالغين الذين يعانون من السمنة |
| كل السكان | | | | | | |
| ○ | | | | | | تعزيز القيمة الغذائية للطعام |

| الإمارات العربية المتحدة | قطر | سلطنة عُمان | الكويت | المملكة العربية السعودية | البحرين | إجراء التدخل |
|--|-----|----------------|--------|--------------------------------|---------|---|
| الأطفال | | | | | | |
| | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | الاستشارة والدعم حول الرضاعة الطبيعية |
| | | ○ | ○ | ○ | ○ | الاستشارة والدعم حول التغذية التكميلية |
| تقديم المشورة حول التغذية والدعم للرضع والأطفال الصغار في حالات الطوارئ | | | | | | |
| | ○ | ○ | ○ | | ○ | مكملات الحديد غير المنتظمة للأطفال |
| ○ | | | | | | التحكم في الحساسية للأطعمة أو عدم تحمل الطعام |
| ○ | | | | | | علاج سوء التغذية الحاد المعتدل |
| | | ○ | | ○ | | علاج سوء التغذية الحاد المعتدل (الأطفال) |
| ○ | | | | | | علاج سوء التغذية الحاد |
| الحوامل والمرضعات | | | | | | |
| | | ○ | | | | مكملات الكالسيوم للوقاية والعلاج من مقدمات تسمم الحمل وتسمم الحمل |
| | | ○ | | | | تناول مكملات حمض الفوليك يوميًا، بعد الولادة، النساء المصابات بفقر الدم |
| | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | تناول مكملات الحديد وحمض الفوليك يوميًا (للحوامل) |
| | | ○ | | | | تناول مكملات حمض الفوليك على فترات، بعد الولادة، الحوامل غير المصابات بفقر الدم |
| | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | مكملات الحديد وحمض الفوليك غير المنتظمة (الحوامل غير المصابات بفقر الدم) |
| | | | | ○ | | مكملات اليود عند النساء الحوامل |
| | | | | ○ | | مكملات فيتامين أ للحوامل |
| النساء في سن الإنجاب والفتيات المراهقات | | | | | | |
| | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | مكملات الحديد والفوليك غير المنتظمة |

| الإمارات العربية المتحدة | قطر | سلطنة عُمان | الكويت | المملكة العربية السعودية | البحرين | إجراء التدخل |
|---|-----|----------------|--------|--------------------------------|---------|--|
| الصحة النفسية | | | | | | |
| تعاطي/إدمان الكحول | | | | | | |
| ○ | | | | | | تحديد وفحص الحالات الجديدة لتعاطي/ إدمان الكحول |
| | | | | ○ | | إجراءات تدخل قصيرة وجلسات متابعة لتعاطي/إدمان المخدرات |
| | | | | ○ | | تحديد وفحص الحالات الجديدة لتعاطي/ إدمان الكحول |
| اضطرابات القلق | | | | | | |
| ○ | ○ | | ○ | | ○ | العلاج النفسي الأساسي لاضطرابات القلق (الحالات الخفيفة) |
| | | | | | | العلاج النفسي والاجتماعي الأساسي والأدوية المضادة للاكتئاب لاضطرابات القلق (الحالات المتوسطة والشديدة) |
| ○ | ○ | | ○ | ○ | ○ | العلاج النفسي والاجتماعي الأساسي والأدوية المضادة للاكتئاب لاضطرابات القلق (الحالات المتوسطة والشديدة) |
| | | | | ○ | | العلاج النفسي والاجتماعي الأساسي لاضطرابات القلق (الحالات الخفيفة). |
| اضطرابات الانتباه | | | | | | |
| ○ | | | | | | دواء ميثيلفينيديت |
| الاضطرابات ثنائية القطب (التقلبات المزاجية الحادة) | | | | | | |
| ○ | | | | ○ | | العلاج النفسي والاجتماعي الأساسي، واستشارة الطبيب، ومتابعة الاضطراب ثنائي القطب، بالإضافة إلى أدوية استقرار الحالة المزاجية |
| اضطرابات السلوك | | | | | | |
| ○ | | | | ○ | | العلاج النفسي والاجتماعي الأساسي، واستشارة الطبيب، ومتابعة الاضطرابات السلوكية |

| الإمارات العربية المتحدة | قطر | سلطنة عُمان | الكويت | المملكة العربية السعودية | البحرين | إجراء التدخل |
|--------------------------------|-----|----------------|--------|--------------------------------|---------|---|
| الخرف | | | | | | |
| ○ | | | | ○ | | الفحص والتشخيص واستشارة الطبيب والمتابعة للمصابين بالخرف |
| | | | | | | فحص الخرف والعمل الأساسي والإحالة إلى الرعاية المتخصصة |
| ○ | | | | | | العلاج الدوائي للخرف |
| الاكتئاب | | | | | | |
| | | | | | | العلاج النفسي والاجتماعي الأساسي والأدوية المضادة للاكتئاب في الزيارة الأولى للحالات الخفيفة والمتوسطة |
| ○ | ○ | | ○ | ○ | ○ | العلاج النفسي والاجتماعي الأساسي والأدوية المضادة للاكتئاب في الزيارة الأولى للحالات المتوسطة والشديدة |
| ○ | ○ | | ○ | ○ | ○ | العلاج النفسي والاجتماعي الأساسي للاكتئاب الخفيف |
| ○ | | | | | | العلاج النفسي والاجتماعي المكثف والأدوية المضادة للاكتئاب للحالات المتوسطة والشديدة والمتكررة على أساس دائم |
| ○ | | | | | | الرعاية النفسية للاكتئاب قبل الولادة |
| | | | | | | الرعاية النفسية للاكتئاب قبل الولادة للحالات الخفيفة فقط |
| اضطرابات النمو | | | | | | |
| ○ | | | | ○ | | العلاج النفسي والاجتماعي الأساسي، واستشارة الطبيب، ومتابعة اضطرابات النمو |
| تعاطي/إدمان المخدرات | | | | | | |
| ○ | | | | ○ | | إجراءات تدخل وجلسات متابعة قصيرة لتعاطي/إدمان المخدرات |
| | | | | ○ | | تحديد وفحص الحالات الجديدة لتعاطي/إدمان الكحول |
| الصرع | | | | | | |
| | | | | | | الدعم النفسي والاجتماعي الأساسي والمشورة والمتابعة فقط |

| الإمارات العربية المتحدة | قطر | سلطنة عُمان | الكويت | المملكة العربية السعودية | البحرين | إجراء التدخل |
|---|-----|----------------|--------|--------------------------------|---------|---|
| ○ | | | | ○ | | الدعم النفسي والاجتماعي الأساسي، واستشارة الطبيب، والمتابعة، بالإضافة إلى الأدوية المضادة للصرع |
| ذهان (اضطرابات الهلوسة) | | | | | | |
| ○ | | | | ○ | | الدعم النفسي والاجتماعي الأساسي والأدوية المضادة للذهان |
| إيذاء النفس / الانتحار | | | | | | |
| | | | | ○ | | تقييم ورعاية الشخص الذي يؤذي نفسه |
| | | | | | | العلاج النفسي الاجتماعي الأساسي والمشورة والمتابعة لإيذاء النفس / الانتحار |
| | | | | | | علاج التسمم بالمبيدات |
| صحة الأم والمواليد والصحة الإنجابية | | | | | | |
| رعاية ما قبل الولادة | | | | | | |
| ○ | | | | | | رعاية ما قبل الولادة |
| رعاية الولادة - حالات الولادة في المنشآت الصحية | | | | | | |
| | | ○ | | | | استشارات التغذية ودعم الرضع ناقصي الوزن عند الولادة |
| | | ○ | | | | رعاية الأم بحضن وليدها (تتوفر بدلات الولادة في بعض المراكز الصحية من الفئة ب والمستشفيات المحلية ومستشفيات الولايات في حالات الحمل منخفضة المخاطر) |
| | | ○ | | | | متابعة ورعاية المخاض والولادة (تتوفر بدلات الولادة في بعض المراكز الصحية من الفئة ب والمستشفيات المحلية ومستشفيات الولايات في حالات الحمل منخفضة المخاطر) |
| | | ○ | | | | إزالة المشيمة يدويًا |
| | | ○ | | | | MgSO4 لتسمم الحمل |
| | | ○ | | | | إنعاش حديثي الولادة |

| الإمارات العربية المتحدة | قطر | سلطنة عُمان | الكويت | المملكة العربية السعودية | البحرين | إجراء التدخل |
|--------------------------------|-----|----------------|--------|--------------------------------|---------|---|
| | | ○ | | | | حقن مقويات توتر الرحم عن طريق الوريد، متوفرة فقط في مؤسسات الرعاية الصحية الأولية من الفئة (ب) |
| | | ○ | | ○ | | رعاية ما قبل الإحالة لمضاعفات المخاض |
| | | ○ | | | | علاج الالتهابات الموضعية (حديثي الولادة) |
| تنظيم الأسرة | | | | | | |
| | | ○ | | | | الواقى الذكري |
| | ○ | | | | | إدارة منع الحمل |
| | | ○ | | | | عن طريق الغرس - Implanon (ثلاث سنوات) |
| | | ○ | ○ | | ○ | عن طريق الحقن - 3 أشهر (ديبو بروفيرا) |
| | ○ | | ○ | | ○ | رعاية ومتابعة جهاز منع الحمل داخل الرحم (التحقق من وجوده في المكان الصحيح، أو إزالته، أو علاج العدوى المرتبطة به) |
| | | ○ | | ○ | | اللؤلؤ النحاسي (T 380-A) (لمدة 10 سنوات) |
| | | ○ | | | | وسيلة انقطاع الطمث بسبب الرضاعة الطبيعية |
| | | | ○ | | ○ | موانع الحمل الأخرى |
| | | ○ | | | | الامتناع الدوري عن الجماع |
| | | ○ | ○ | | ○ | حبوب منع الحمل - البروجستين فقط |
| | | | | ○ | | حبوب منع الحمل - نظام يومي قياسي |
| | | ○ | | | | منع الحمل باستخدام طريقة حساب الأيام القياسية |
| | | ○ | | ○ | | العزل بعد الجماع |
| | | | | | | علاج مضاعفات الإجهاض |
| | ○ | | ○ | | | علاج أعراض ما بعد الإجهاض |

| الإمارات العربية المتحدة | قطر | سلطنة عُمان | الكويت | المملكة العربية السعودية | البحرين | إجراء التدخل |
|---------------------------------|-----|----------------|--------|--------------------------------|---------|--|
| رعاية الحمل خارج الرحم | | | | | | |
| | | ○ | | | | رعاية الحمل خارج الرحم (تشمل فقط: تثبيت الحالة، واختبار الحمل عن طريق البول والإحالة إلى الرعاية المتخصصة) |
| برنامج انقطاع الطمث | | | | | | |
| | | ○ | | | | فحص اضطرابات المزاج |
| | | ○ | | | | فحص جفاف الجهاز البولي التناسلي |
| أخرى | | | | | | |
| | | | ○ | | | رعاية ما بعد انقطاع الطمث |
| | | | ○ | | | علاج نزيف الرحم غير الطبيعي |
| | | | ○ | | | علاج انقطاع الطمث |
| | | | ○ | | | علاج كثرة الشعر |
| | | | ○ | | | علاج عدم انتظام الحيض |
| | | | ○ | | | علاج التهاب بطانة الرحم الخفيف |
| | | | ○ | | | علاج تكيس المبايض |
| | | | ○ | | | علاج مشكلات ما قبل البلوغ (تأخر الدورة الشهرية، العدوى) |
| الصحة الجنسية والإنجابية وغيرها | | | | | | |
| | | | ○ | ○ | | فحص سرطان عنق الرحم |
| | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | تحديد أسباب العقم وعلاجه |
| | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | علاج الكلاميديا |
| | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | علاج مرض السيلان |
| | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | علاج مرض التهاب الحوض |
| | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | علاج مرض الزهري |
| | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | علاج داء المشعرات |
| | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | علاج التهابات المسالك البولية |

| الإمارات العربية المتحدة | قطر | سلطنة عُمان | الكويت | المملكة العربية السعودية | البحرين | إجراء التدخل |
|--|-----|----------------|--------|--------------------------------|---------|--|
| رعاية ما بعد الولادة | | | | | | |
| | ○ | | ○ | | ○ | التوعية والمشورة بشأن الرضاعة الطبيعية |
| | | ○ | ○ | | ○ | التهاب الثدي |
| ○ | | | | | | رعاية ما بعد الولادة |
| | ○ | | | | | فحص رعاية ما بعد الولادة |
| | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | علاج نزيف ما بعد الولادة |
| | | ○ | | | | علاج الإصابة بتسمم الدم للأم (تشمل فقط: تثبيت الحالة، والإحالة إلى الرعاية المتخصصة) |
| رعاية ما قبل الحمل | | | | | | |
| ○ | | | | | | رعاية ما قبل الحمل |
| الرعاية أثناء الحمل | | | | | | |
| | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | الرعاية الأساسية قبل الولادة |
| | ○ | | ○ | | ○ | الكشف عن مرض الزهري وعلاجه (للحوامل) |
| | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | لقاح التيتانوس (للحوامل) |
| | | ○ | | | | فحص مرض الزهري فقط (للحوامل) |
| الرعاية أثناء الحمل - علاج مضاعفات الحمل | | | | | | |
| | | ○ | ○ | | ○ | التخلص من الديدان (للحوامل) |
| | | ○ | | ○ | | علاج اضطرابات ارتفاع ضغط الدم |
| | | ○ | | | | علاج مضاعفات الحمل الأخرى |
| | | ○ | | | | علاج مقدمات الارتعاج أو تسمم الحمل (كبريتات المغنيسيوم) |
| خدمات فحص ما قبل الزواج | | | | | | |
| ○ | | | | | | خدمات فحص ما قبل الزواج |

| الإمارات العربية المتحدة | قطر | سلطنة عُمان | الكويت | المملكة العربية السعودية | البحرين | إجراء التدخل |
|--------------------------------|-----|----------------|--------|--------------------------------|---------|---|
| الطب العام (الممارسة العامة) | | | | | | |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | خدمات الطب العام |
| برامج أخرى | | | | | | |
| | | ○ | | | | برنامج رعاية المسنين والمجتمع (5 إجراءات تدخل) - مشمولة في الأمراض غير المعدية |
| | ○ | | | | | الكوادر الصحية المساعدة |

مجلس الصحة
لدول مجلس التعاون
Gulf Health Council



UN INTERAGENCY
TASK FORCE ON NCDs



@un_ncd



World Health
Organization

