

96393 v1

**مجموعة البنك الدولي**

بناء مجتمعات أكثر صحة وإقامة

أنظمة للرعاية الصحية أعلى أداءً في دول مجلس التعاون الخليجي

مجموعة الممارسات العالمية للصحة والتغذية والسكان

أبريل 2015

|  |
| --- |
| نائبا الرئيس: كيث هانسن ونينا ستويلجكوفيك  المدير الأول: تيم إيفانز  مدير مجموعة الممارسات: إنيس باريز  رئيس فريق العمل: فراس رائد |

جدول المحتويات

[شكر وتقدير 4](#_Toc419883695)

[مقدمة 5](#_Toc419883696)

[أوضاع دول مجلس التعاون الخليجي 5](#_Toc419883697)

[اتجاهات قطاع الرعاية الصحية وتحدياته في دول مجلس التعاون الخليجي 6](#_Toc419883698)

[تفاقم أزمة الأمراض غير المعدية والإصابات 3](#_Toc419883699)

[السمنة والسكري وإصابات حوادث الطرق: هل تغرد دول مجلس التعاون الخليجي خارج سرب الدول مرتفعة الدخل؟ 6](#_Toc419883700)

[تحديات تقديم خدمات الرعاية الصحية وتمويلها 7](#_Toc419883701)

[مشاركة البنك الدولي في مجال الرعاية الصحية بدول مجلس التعاون الخليجي 10](#_Toc419883702)

[ملخص الملاحظات والآفاق المستقبلية 11](#_Toc419883703)

# شكر وتقدير

أعدّت مذكرة السياسات هذه مجموعةُ الممارسات العالمية للصحة والتغذية والسكان بالتعاون الوثيق مع وحدة الإدارة المعنية بدول مجلس التعاون الخليجي بمكتب منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا. ويود مؤلف التقرير فراس رائد (أخصائي أول رعاية صحية) أن يتوجه بالشكر إلى كلٍ من نادر محمد (المدير الإقليمي لوحدة البنك الدولي المعنية بدول مجلس التعاون الخليجي) وإنيس باريز (مدير بمجموعة ممارسات الصحة والتغذية والسكان) وهانا بريكشي (رئيسة برنامج مجلس التعاون الخليجي بالبنك الدولي) لما قدموه من توجيهات ومساندة قوية خلال إعداد هذه المذكرة.

كما يدين المؤلف بالفضل إلى من قاموا رسمياً بمراجعة النظراء، وهما نيكول كلينغي (مديرة بمجموعة ممارسات الصحة والتغذية والسكان) وهانا بريكشي (رئيسة برنامج مجلس التعاون الخليجي) لما أبدتاه من تعليقات بناءة، وكذلك المراجعين الآخرين الذين قدموا مساهمات قيِّمة ومن بينهم نادر محمد وإنيس باريز وجمال الكبي (مدير ببرنامج مجلس التعاون الخليجي) وراج نالاري (خبير اقتصادي بشؤون دول مجلس التعاون الخليجي) وسامي بن دعمش (مسؤول أول العمليات في المكتب القطري بالكويت) وعيسى أوجليك (معاون فني مبتدئ بمجموعة ممارسات الصحة والتغذية والسكان). كما نود أيضا أن نتوجه بالشكر لكلٍ من عيسى أوجليك وآدم برودفوت (مسؤول العمليات التجارية) اللذين أسهما بشكل مفيد للغاية في إعداد التصميم النهائي لمذكرة السياسات هذه وطباعتها.

# مقدمة

تلخص مذكرة السياسات هذه الاتجاهات والتحديات الرئيسية لقطاع الرعاية الصحية في دول مجلس التعاون الخليجي بمنطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا. وهذه الدول هي المملكة العربية السعودية والكويت والبحرين والإمارات العربية المتحدة وسلطنة عُمان وقطر. وتقدم هذه المذكرة أيضا عرضا عاما لأوضاع دول المجلس حيث تناقش القواسم المشتركة بين الدول الست الأعضاء، والمجالات الرئيسية لمشاركة مجموعة الممارسات العالمية للصحة والتغذية والسكان التابعة للبنك الدولي دعما لأولويات إصلاح قطاع الرعاية الصحية في هذه الدول. وتركز مجالات المشاركة على ثلاث مجموعات عمل رئيسية: (1) وضع حلول متعددة المستويات لتحسين النتائج المتعلقة بالأمراض غير المعدية والسلامة على الطرق؛ (2) تدعيم أنظمة الرعاية الصحية؛ و(3) دمج حلول سياسات الرعاية الصحية ضمن الأطر المؤسسية وأطر السياسات الأوسع نطاقا في دول المجلس.

وتستند المذكرة إلى إستراتيجية إقليمية سابقة للصحة والتغذية والسكان أعدها البنك الدولي في عام 2013 وتركز على مفهومي العدالة والمساءلة. وأبرزت هذه الإستراتيجية أهمية حدوث تحسُّن في أداء أنظمة الرعاية الصحية ببلدان منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا من منظور الإنصاف والمساءلة والاستدامة المالية. ويغطي إطار الإستراتيجية المساواة في الوضع الصحي، والحماية المالية والاستجابة، ومساءلة السكان والممولين ومقدِّمي خدمات الرعاية الصحية الذين يتفاعلون ضمن نظام الرعاية الصحية. وأحد المكونات الرئيسية للإستراتيجية الإقليمية هو تحقيق الاستدامة المالية لأنظمة الرعاية الصحية بالمنطقة في مواجهة الضغوط المتنامية على الموازنة خلال فترة من انعدام الاستقرار العام وتباطؤ النمو الاقتصادي.

# أوضاع دول مجلس التعاون الخليجي

تتباين دول مجلس التعاون الخليجي الست مرتفعة الدخل فيما بينها من حيث المساحة الجغرافية وتعداد السكان ومستويات متوسط دخل الفرد، لكنها تتشابه في جوانب سياسية واقتصادية واجتماعية مهمة أخرى. وتبلغ مساحة المملكة العربية السعودية، وهي أكبر بلد في شبه الجزيرة العربية، 2.15 مليون كيلومتر مربع ويبلغ تعداد سكانها 28 مليون نسمة، فيما تبلغ مساحة البحرين 750 كيلومترا مربعا وتعداد سكانها حوالي 1.2 مليون نسمة. وبينهما، تقع عُمان والإمارات العربية المتحدة وقطر والكويت التي تتراوح مساحة أراضيها من 300 ألف إلى 11600 كيلومتر مربع ويتفاوت تعداد سكانها من 9.4 مليون إلى 2.2 مليون نسمة. وبالنسبة لمستويات إجمالي الدخل القومي التي تُقدَّر باستخدام تعادل القوة الشرائية، فإن قطر تأتي في صدارة دول المجلس والعالم حيث يبلغ متوسط دخل الفرد بها 128530 دولارا، تليها الكويت والمملكة العربية السعودية إذ يبلغ متوسط دخل الفرد بهما 88170 دولارا و53640 دولارا على التوالي. ويُعد متوسط دخل الفرد في البحرين الأدنى بين دول المجلس، حيث يبلغ 35760 دولارا.[[1]](#footnote-1)

وبجانب هذه الاختلافات، ثمة أربعة قواسم مشتركة مهمة بين الدول الست:

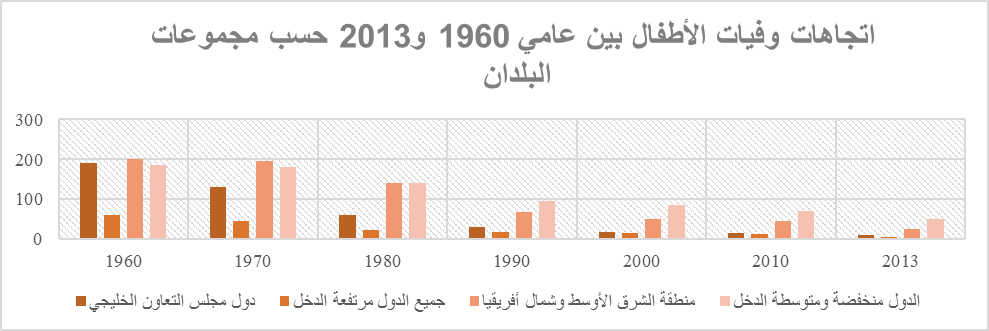
* وفرة الثروات من الموارد الطبيعية- تمتلك دول مجلس التعاون الخليجي نحو 33 في المائة من الاحتياطيات النفطية المؤكدة في العالم. وتمتلك المملكة العربية السعودية وحدها حوالي 18 في المائة من الاحتياطيات النفطية العالمية. وبالنسبة للغاز الطبيعي، يوجد 17 في المائة من احتياطيات الغاز المؤكدة في أربعة من دول المجلس، وهي قطر والمملكة العربية السعودية والكويت وعُمان.[[2]](#footnote-2)
* سياسات سخية للدعم والضمان الاجتماعي- في ظل وفرة الموارد الطبيعية، وضعت دول مجلس التعاون الخليجي سياسات سخية للدعم والضمان الاجتماعي تغطي طائفة متنوعة من القطاعات من بينها الطاقة والتعليم والرعاية الصحية والإسكان والحماية الاجتماعية. وتعززت سياسات الضمان الاجتماعي بوجه خاص بفضل الأحكامُ الدستورية والقانونية الواردة في جميع الدول الست والتي تنص على "التزام" الدولة بتوفير الخدمات الضرورية بما فيها خدمات الرعاية الصحية.
* ضخامة أعداد العمالة الوافدة- تشتمل أسواق العمل في دول مجلس التعاون الخليجي على عدد كبير نسبيا من العمالة الوافدة معظمها من الذكور الشباب. ويعمل غالبية هؤلاء الوافدين في قطاعات الطاقة والإنشاء والخدمات والخدمة المنزلية. وتشكل أعداد العمالة الوافدة ما يتراوح من 30 إلى 80 في المائة من إجمالي السكان المقيمين داخل كل دولة من دول المجلس.
* تراث ثقافي وديني واجتماعي مشترك – لدى دول مجلس التعاون الخليجي تراث ثقافي وديني واجتماعي مشترك. وتمثل اللغة العربية والدين الإسلامي والتقاليد والأعراف القبلية السمات الثقافية والدينية والاجتماعية المميزة للمجتمعات في هذه الدول.

كما أن الروابط المجتمعية الوثيقة والتجارب التاريخية المشتركة والمساحة المشتركة في شبه الجزيرة العربية شجعت الدول الست على تكوين تحالف في عام 1981 وإنشاء مجلس التعاون الخليجي. ويهدف هذا المجلس إلى تعميق العلاقات وتقوية التعاون بين الدول الأعضاء على كافة المستويات، لاسيما في القطاع الاقتصادي والاجتماعي وقطاع البنية التحتية. وعلى مدار السنوات الاثنتي عشرة الماضية، عمل المجلس على إنشاء اتحاد جمركي وسوق مشتركة للسلع والخدمات والعمالة. ومنذ عام 2009، تبذل بعض الدول الأعضاء جهودا ترمي إلى إنشاء اتحاد نقدي.

# اتجاهات قطاع الرعاية الصحية وتحدياته في دول مجلس التعاون الخليجي

أدت الاستثمارات الضخمة لدول مجلس التعاون الخليجي على مدار عدة عقود في مجال البنية التحتية لخدمات الرعاية الصحية إلى تحقيق تحسُّن مثير للإعجاب في نتائج الوضع الصحي بشكل عام.[[3]](#footnote-3) وركزت أنظمة الرعاية الصحية التي أنشأتها دول المجلس على أداء وظائف الصحة العامة الأساسية المتعلقة بتطعيم الأطفال، وسلامة الغذاء، والصحة البيئية، وخدمات الرعاية الصحية الأساسية للأطفال والأمهات. ويوضح الشكل "1" أدناه الاتجاهات السائدة في معدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة بالمقارنة بين دول المجلس ومنطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا ككل وجميع البلدان النامية وسائر البلدان مرتفعة الدخل. ففي عام 1960، كانت معدلات وفيات الأطفال في دول المجلس مشابهة لمعدلاتها في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا ومعدلاتها في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل، كما كانت ترتفع بواقع ثلاثة أمثال تقريبا عن متوسط معدل وفيات الأطفال في البلدان مرتفعة الدخل. وعلى مدار خمسة عقود، تراجع معدل وفيات الأطفال في دول المجلس سريعاً ليصل إلى مستوى يعادل تقريبا المعدل المتوسط في البلدان مرتفعة الدخل.

الشكل 1:اتجاهات وفيات الأطفال بين عامي 1960 و2013 حسب مجموعات البلدان



وفيات الأطفال لكل 1000 مولود حي

المصدر: البنك الدولي، مؤشرات التنمية لعام 2014.

من الملاحظ حدوث تحسُّنات مماثلة في نتائج الوضع الصحي فيما يتعلق بالرعاية الصحية للأطفال الرضع والأمهات والبالغين في جميع دول مجلس التعاون الخليجي الست. فقد زاد متوسط العمر المتوقع عند الميلاد في هذه الدول من 62 سنة في عام 1970 إلى حوالي 77 سنة في عام 2012، بزيادة قدرها 24 في المائة خلال أربعة عقود. وفي عام 1970 كما هو موضَّح في الشكل "2" أدناه، كان متوسط العمر المتوقع في هذه الدول مقارباً للمتوسط العالمي وأقل قليلاً من المتوسط بالنسبة للشريحة العليا من البلدان متوسطة الدخل. وبحلول عام 2012، أصبح متوسط العمر المتوقع متجاوزاً بكثير لمثيله في الشريحة العليا من البلدان متوسطة الدخل ولم يقل سوى بدرجة طفيفة عن المتوسط بالنسبة للبلدان مرتفعة الدخل. وفيما بين دول المجلس، كان هناك تفاوت أيضا في متوسط العمر المتوقع خلال الفترة بين عامي 1970 و1990، حيث كانت عُمان والمملكة العربية السعودية متأخرتين كثيرا عن باقي دول المجلس، كما هو موضَّح في الشكل "3". وتقلصت هذه الفجوة في الوضع الصحي بدرجة كبيرة خلال العقدين الماضيين.

|  |  |
| --- | --- |
| الشكل 2: متوسط العمر المتوقع حسب المناطق[[4]](#footnote-4) في الفترة 1970-2012 | الشكل 3: متوسط العمر المتوقع لكلٍ من دول مجلس التعاون الخليجي في الفترة 1970-2012 |
|  | وفيات الأطفال لكل 1000 مولود حي |
| المصدر: منظمة الصحة العالمية، مؤشرات التنمية في العالم لعام 2014. | المصدر: منظمة الصحة العالمية، مؤشرات التنمية في العالم لعام 2014. |

استطاعت إحدى دول مجلس التعاون الخليجي على وجه الخصوص تحقيق تحسينات استثنائية في مستوى أداء نظام الرعاية الصحية خلال الفترة بين عامي 1970 و2000. وقامت منظمة الصحة العالمية بتصنيف سلطنة عمان ضمن البلدان العشرة الأفضل أداءً في العالم عام 2000 لما حققته من إنجازات في مجال تحسين نتائج أداء نظام الرعاية الصحية فيما يتعلق بالوضع الصحي والحماية المالية والاستجابة. ففي عام 1970، لم يكن يوجد بسلطنة عمان سوى مستشفيين و13 طبيبا موظفا، وكان متوسط العمر المتوقع عند الولادة يبلغ حوالي 50 عاما. وعلى مدى خمسة عقود، تحسّن متوسط العمر المتوقع بواقع 80 في المائة تقريبا، وهو إنجاز ملحوظ يعكس التزاما ثابتا من جانب الحكومة العُمانية نحو تحسين أوضاع التنمية البشرية للسكان.

وجاءت هذه التحسينات الكبيرة في الوضع الصحي خلال العقود الأخيرة نتيجة لقيام الحكومة بتطوير بنية تحتية شاملة لخدمات الرعاية الصحية. واعتمدت دول مجلس التعاون الخليجي في وقت مبكر نموذجا تقليديا "لخدمات الرعاية الصحية الوطنية" قامت في ظله الحكومة إلى حد كبير بامتلاك وإدارة المنشآت الصحية التي تقدّم الخدمات لعموم السكان. وداخل القطاع العام، ظهرت شبكات كبيرة لقطاع الرعاية الصحية تتبع وزارات الصحة والدفاع والداخلية وجهات عامة أخرى.

ومع مرور الوقت، ظهرت خدمات صحية موازية في القطاع الخاص، لاسيما في مجال الرعاية بالعيادات الخارجية. وكان إطلاق مبادرات التأمين الصحي الإلزامي، بعد عام 2000 في العديد من دول مجلس التعاون الخليجي، إيذانا بحقبة من التوسع السريع في منشآت الرعاية الخاصة. وتُعد حصة القطاع الخاص من طاقة البنية التحتية لقطاع الرعاية الصحية والخدمات المقدمة كبيرةً الآن في معظم دول مجلس التعاون الخليجي. ففي أبوظبي، يمتلك القطاع الخاص الآن 31 في المائة من أسرة المستشفيات و93 في المائة من مراكز وعيادات الرعاية الأولية.[[5]](#footnote-5) وفي المملكة العربية السعودية، يمتلك القطاع الخاص 23 في المائة من جميع أسرة المستشفيات الموجودة في البلاد.[[6]](#footnote-6)

وقد أدى ظهور برامج التأمين الصحي الإلزامي في دول مجلس التعاون الخليجي إلى زيادة الإنفاق على التأمين الصحي الخاص كنسبة من إجمالي الإنفاق الخاص على الرعاية الصحية.وفي قطر، زاد الإنفاق على التأمين الخاص، كنسبة مئوية من إجمالي الإنفاق الخاص على الرعاية الصحية، من 7 في المائة عام 1995 إلى 47.8 في المائة عام 2012. وفي المملكة العربية السعودية، زادت هذه النسبة من 27.7 في المائة إلى 45.3 في المائة خلال الفترة نفسها، كما لوحظت زيادة مماثلة في البحرين.[[7]](#footnote-7)

وفي إطار مجلس التعاون الخليجي، تم إنشاء هيئة تنفيذية لمجلس وزراء الصحة في عام 1991 بهدف تعزيز تنسيق جداول أعمال سياسات الرعاية الصحية بين الدول الأعضاء الست.[[8]](#footnote-8) وقد ركزت الهيئة التنفيذية على تشجيع التعاون في مجالات مكافحة الأمراض المعدية، وتعزيز الصحة، والخدمات الطبية الطارئة، والتبرع بالأعضاء وزراعتها. وعلى جانب التمويل، أطلقت الهيئة أيضا مبادرة لشراء الأدوية بالجملة مما يحقق تحسنا كبيرا في مستوى الكفاءة لكل دولة على حدة.

ورغم الإنجازات التاريخية الكبيرة في العقود الأخيرة، فلا تزال نتائج الوضع الصحي في دول مجلس التعاون الخليجي متأخرة عن نتائج غيرها من الدول التي بها مستويات مماثلة لمتوسط دخل الفرد والإنفاق على الرعاية الصحية.*وكما يوضح الشكل "4" أدناه بالنسبة لمتوسط العمر المتوقع، فإن أداء جميع دول مجلس التعاون الخليجي الست يقل عن المتوسط مقارنةً بالبلدان التي بها مستويات مماثلة لمتوسط دخل الفرد- لكنه يرتفع قليلا عن المتوسط بالنسبة لنصيب الفرد من الإنفاق على الرعاية الصحية. ويقل أداء الكويت عن المتوسط بالنسبة لكلا المؤشرين، لاسيما فيما يتعلق بنصيب الفرد من إجمالي الناتج المحلي.*

الشكل "4":متوسط العمر المتوقع بالنسبة للإنفاق على الرعاية الصحية ونصيب الفرد من إجمالي الناتج المحلي، عام 2012

**عمان**

تركيا

**قطر**

**البحرين**

هولندا

**السعودية**

**الإمارات**

أمريكا

لبنان

كوريا

سنغافورة

**الكويت**

كندا

المملكة المتحدة

الأردن

فرنسا

ماليزيا

**فوق المتوسط**

**تحت المتوسط**

**تحت المتوسط**

**فوق المتوسط**

متوسط العمر المتوقع بالنسبة للإنفاق على الرعاية الصحية

متوسط العمر المتوقع بالنسبة نصيب الفرد من إجمالي الناتج المحلي

المصدر: البنك الدولي، منظمة الصحة العالمية، صندوق النقد الدولي 2014.

وفيما يتعلق بالآثار المسببة للفقر الناتجة عن النفقات الصحية الكارثية، سواء بسبب المرض المفاجئ أو الأمراض المزمنة طويلة الأمد، توفر دول مجلس التعاون الخليجي لسكانها المقيمين مستوى واسع النطاق نسبيا من الحماية المالية. ويقل الإنفاق الشخصي المباشر على الصحة، كنسبة مئوية من إجمالي الإنفاق على الرعاية الصحية، عن 21 في المائة في جميع دول المجلس الست، فيما يزيد بكثير عن الدول الأخرى بمنطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا والمناطق الأخرى من العالم. وكما يوضح الشكل "5" أدناه، فإن متوسط الإنفاق الشخصي المباشر على الصحة في دول المجلس، كنسبة مئوية من إجمالي الناتج المحلي، يبلغ 15 في المائة- أي أقل من المتوسط الخاص بمنظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي بواقع نقطتين مئويتين وأدنى من المتوسط في المنطقة بواقع 23 نقطة مئوية. ويشير الإنفاق الشخصي المباشر الذي يقل عن حد العشرين في المائة المحدد من منظمة الصحة العالمية إلى مستوى جيد نسبيا من الحماية المالية من التكاليف التي يتعذر التنبؤ بها لمعالجة الأمراض البشرية.

الشكل 5:الإنفاق الشخصي المباشر على الصحة كنسبة مئوية من إجمالي الإنفاق على الرعاية الصحية

المصدر: مؤشرات تمويل الرعاية الصحية لمنظمة الصحة العالمية، عام 2012.

# تفاقم أزمة الأمراض غير المعدية والإصابات

تندرج الأزمة المتفاقمة للأمراض غير المعدية والإصابات ضمن تحديات أنظمة الرعاية الصحية الأكثر إلحاحا التي تواجه البلدان حول العالم بما فيها دول مجلس التعاون الخليجي. فبعد معالجة الأمراض المعدية ومكافحتها على مدار نصف القرن الماضي من خلال خدمات التطعيم ومراقبة الصحة العامة وخدمات الرعاية الصحية الضرورية، تعاني البلدان الآن من تزايد أعباء الحالات والإصابات المزمنة وعوامل خطورتها. وعالميا، تتمثل الأنواع الخمسة الرئيسية للأمراض غير المعدية والإصابات في أمراض القلب والأوعية الدموية والسرطانات وأمراض الجهاز التنفسي المزمنة وإصابات حوادث الطرق، كما تتمثل عوامل الخطر الرئيسية لإصابة البالغين بالأمراض غير المعدية في السمنة وقلة النشاط البدني والتدخين وتناول الكحول وارتفاع ضغط الدم.[[9]](#footnote-9)

ولن يؤدي تزايد انتشار الأمراض غير المعدية والإصابات في دول مجلس التعاون الخليجي إلى تفاقم الضغوط على تمويل الرعاية الصحية فقط، بل سيؤثر أيضا في الإنتاجية الاقتصادية نظرا لتنامي معدلات الوفيات المبكرة والإصابة بالأمراض بين السكان في سن العمل.وكانت الأنماط المتغيرة للعبء المرضي في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، بما فيها دول المجلس، مماثلةً إلى حد كبير للاتجاهات العالمية خلال العشرين عاما الماضية، لاسيما في أوروبا وأمريكا الشمالية. وستؤدي هذه التغييرات، مقترنةً بزيادة أعداد المسنين، بالضرورة إلى تصاعد الضغوط على الإنفاق الصحي مع استمرار تنامي عبء الأمراض غير المعدية. ومن المتوقع أن تشكل حالات الوفاة بهذه الأمراض 81 في المائة من إجمالي الوفيات في المنطقة و87 في المائة من إجمالي الوفيات في دول المجلس بحلول عام 2030.[[10]](#footnote-10) وتُعد حالات الوفاة المبكرة الناجمة عن الإصابة بالأمراض غير المعدية بين السكان في سن العمل مرتفعةً بشكل خاص في هذه الدول كما يوضح الشكل "6" أدناه.

الشكل 6:الوفيات الناجمة عن الأمراض غير المعدية دون سن الستين عاما كنسبة من جميع الوفيات بهذه الأمراض، عام 2013

المصدر: وحدة المعلومات الاقتصادية، عام 2014 "نتائج وتكلفة الرعاية الصحية: مقارنة بين 166 بلدا".

تُعد نسبة الوفيات الناجمة عن الأمراض غير المعدية بين الأفراد الذين في سن الستين عاما أو أقل، من بين إجمالي الوفيات بهذه الأمراض في دول مجلس التعاون الخليجي، هي الأعلى في العالم.ويوضح الشكل 6 أعلاه التقديرات بالنسبة للعديد من بلدان منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي بما فيهم اليابان والدانمرك والولايات المتحدة حيث تقل النسب عن 15 في المائة. وعلى الجانب الآخر من الرسم البياني توجد دول المجلس الست، حيث تكون النسب في جميعها مساوية لمستوى الأربعين في المائة ومتجاوزة له. وتشتد حدة هذه المشكلة في قطر والإمارات العربية المتحدة بشكل استثنائي حيث تتجاوز النسب المئوية مستوى الخمسين في المائة. وتترتب على هذا المستوى المرتفع للوفيات المبكرة بين السكان في سن العمل تداعياتٌ لا يمكن تجاهلها على إنتاجية الأيدي العاملة. ويُعزى ارتفاع معدل الوفيات المبكرة بالأمراض غير المعدية في دول المجلس إلى اتباع أنماط حياتية غير صحية وربما خيارات العلاج غير الملائمة لمعالجة هذه الأمراض ومضاعفاتها.

وهناك أيضا فوارق ملحوظة بين الجنسين في معدلات الوفيات المبكرة بالأمراض غير المعدية تحت سن السبعين عاما في دول مجلس التعاون الخليجي، حيث تزيد الوفيات المبكرة بين الذكور بدرجة أكبر منها بين الإناث. ويوجد الفارق الأكبر في قطر (21.8 نقطة مئوية)، فيما يوجد أدنى فارق في الكويت (10.1 نقطة مئوية). وتقترب الاتجاهات السائدة في سلطنة عُمان من نظيراتها في قطر إذ يبلغ الفارق بها 16.9 نقطة مئوية، فيما تقترب البحرين والمملكة العربية السعودية من الكويت حيث يبلغ الفارق بهما 12.7 و11.9 نقطة مئوية على التوالي.[[11]](#footnote-11)

وتمثل العوامل الرئيسية المساهمة في العبء المرضي بدول مجلس التعاون الخليجي مزيجا من الأمراض غير المعدية وإصابات حوادث الطرق. وساهمت اضطرابات الصحة العقلية والسكري والألم أسفل الظهر وإصابات حوادث الطرق وأمراض القلب بالقدر الأكبر في العبء المرضي بهذه الدول عام 2010، وذلك وفقا للمقياس المركب لسنوات العمر الضائعة المصححة باحتساب مدد العجز (DALYs).[[12]](#footnote-12) وتُصنَّف اضطرابات الصحة العقلية باعتبارها المساهم الأول في العبء المرضي بكلٍ من البحرين وقطر والإمارات العربية المتحدة، فيما تأتي إصابات حوادث الطرق في صدارة العوامل المسببة لذلك في المملكة العربية السعودية وعُمان. وفي الكويت، تُعد أمراض القلب الأكثر تأثيرا بين الأمراض غير المعدية.[[13]](#footnote-13) ويندرج تغيُّر ديناميات الأسر المعيشية والجنسين والأوضاع الاجتماعية في دول المجلس ضمن التفسيرات الخاصة بإسهام اضطرابات الصحة العقلية بشكل رئيسي في العبء المرضي بهذه الدول مرتفعة الدخل.

وتمثلت عوامل الخطر الرئيسية للإصابة بالأمراض غير المعدية في كافة دول مجلس التعاون الخليجي في السمنة ومخاطر التغذية وارتفاع مستوى السكر في الدم وارتفاع ضغط الدم وقلة النشاط البدني.وكانت السمنة بشكل واضح عامل الخطر الأول في جميع هذه الدول عام 2010 (ارتفاع مؤشر كتلة الجسم)، إذ يُعزى إلى المخاطر المرتبطة بالسمنة ما يتراوح من 8 إلى 12 في المائة من مجموع سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز في هذه الدول. وكانت مخاطر التغذية ثاني أكبر العوامل المساهمة في العبء المرضي بكل من عُمان والكويت والمملكة العربية السعودية والإمارات العربية المتحدة، بينما كان ارتفاع مستويات السكر في الدم للصائم ثاني أكبر العوامل المساهمة في البحرين وقطر. كما تم تصنيف قلة النشاط البدني ضمن أعلى خمسة عوامل مسببة للخطر في دول المجلس، فيما جاء التدخين ضمن أعلى 15 عاملا مسببا للخطر.[[14]](#footnote-14)

# السمنة والسكري وإصابات حوادث الطرق: هل تغرد دول مجلس التعاون الخليجي خارج سرب الدول مرتفعة الدخل؟

هل تغرد دول مجلس التعاون الخليجي خارج سرب الدول مرتفعة الدخل على مستوى العالم فيما يتعلق بالسمنة والسكري وإصابات حوادث الطرق؟ تشير الشواهد الوبائية الحالية إلى أن أداء هذه الدول أسوأ بكثير بالفعل من غيرها من الدول مرتفعة الدخل. فمعدلات انتشار السمنة والسكري في دول المجلس هي الأعلى بين كافة البلدان مرتفعة الدخل وتأتي في المرتبة الثانية بين جميع بلدان العالم. ولا يسبقها في ارتفاع معدلات الإصابة بالسمنة والسكري سوى دول جزر بولينيزيا منخفضة الدخل الموجودة في المحيط الهادئ (مثل تونغا، ساموا، فيجي). وبالمثل، فإن متوسط معدلات الوفيات الناتجة عن حوادث الطرق أعلى بشكل لافت في دول المجلس منه بين الدول مرتفعة الدخل في العالم.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| الشكل 7: انتشار السمنة بين البالغين (2013) | الشكل 8: انتشار الإصابة بالسكري بين البالغين (2012) | الشكل 9: معدلات الوفيات الناتجة عن حوادث الطرق (2013) |
|  |  |  |
| المصدر: مؤشرات منظمة الصحة العالمية، عام 2014 | المصدر: المؤسسة الدولية لداء السكري، عام 2014. تقرير منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي لعام 2013 | المصدر: مؤشرات منظمة الصحة العالمية، عام 2014 |

توضح الأشكال "7" و"8" و"9" هذه الفوارق في شكل بياني. وكما هو موضَّح في الشكل "7"، فإن متوسط نسبة انتشار الإصابة بالسمنة بين الأفراد ممن تتراوح أعمارهم بين 20 و79 عاما في دول مجلس التعاون الخليجي بلغ 33.2 في المائة عام 2013، فيما بلغ هذا المتوسط 21.8 في المائة بين بلدان منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، أي أقل بنحو 12 نقطة مئوية. ويُلاحظ وجود فجوة مشابهة في الشكل 8. فنسبة انتشار الإصابة بداء السكري بين البالغين في دول المجلس عام 2012 تراوحت من 8.2 في المائة في عُمان إلى 20.5 في المائة بالمملكة العربية السعودية، وبلغ متوسط نسبة انتشار الإصابة بهذا المرض بين البالغين حوالي 16.5 في المائة. وعلى الجانب الآخر، بلغ هذا المتوسط 6.9 في المائة بين بلدان منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي.[[15]](#footnote-15) كما ارتفعت معدلات الوفيات الناجمة عن حوادث الطرق، التي تُقاس بعدد وفيات حوادث الطرق لكل مائة ألف نسمة، كثيراً عن المتوسط الخاص بالبلدان مرتفعة الدخل وهو 7.7 وفاة لكل مائة ألف نسمة، كما هو مبيَّن في الشكل 9. وتجدر الإشارة إلى أن سلطنة عُمان "تشذ عن غيرها" من دول المجلس في الرسوم البيانية الثلاثة. فمؤشراتها الخاصة بالإصابة بالسمنة والسكري مشابهة لمؤشرات منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، لكن مؤشرها الخاص بوفيات حوادث الطرق يرتفع كثيرا عن مؤشر معظم دول الخليج المجاورة لها. وتُعزى الإنجازات المثيرة للإعجاب في مجال مكافحة السمنة وداء السكري في عُمان إلى عقود من الاستثمارات الكبيرة في أنشطة الرعاية الأولية وتعزيز الصحة. ومن المرجح أن نتائج السلامة على الطرق الأقل جودةً، كما تبيِّن بيانات عام 2012، تعود إلى السلوكيات الخطرة بين الشباب وتدني الاستثمارات الممكنة في الخدمات الطبية الطارئة اللازمة.

وتستوجب هذه الاتجاهات المثيرة للقلق اتخاذ إجراءات قوية ومستدامة على صعيد السياسات من جانب دول مجلس التعاون الخليجي. وتؤثر السمنة على بعض عوامل الخطر المهمة الأخرى للإصابة بالأمراض غير المعدية (مثل ارتفاع ضغط الدم، الكولسترول) وتمثل أحد عوامل الخطر الرئيسية للإصابة بأمراض القلب والسكري وأنواع معينة من السرطان (مثل سرطان الثدي والقولون والكُلية). ويؤدي داء السكري، إذا لم تتم السيطرة عليه، إلى مضاعفات خطيرة من بينها الفشل الكلوي والعمى وعجز بالقدم وبدء الإصابة بأمراض القلب والشرايين. وبالمثل، تكون لأمراض الصحة العقلية عواقب اجتماعية واقتصادية جسيمة على مجتمعات دول المجلس. وسيزداد أثر الأمراض غير المعدية وإصابات حوادث الطرق بدرجة أكبر على هذه الدول ومجتمعاتها إذا لم تُوضع إستراتيجيات فعالة للوقاية والمعالجة. وستستمر هذه الاتجاهات في: (1) دفع تضخم التكاليف في قطاع الرعاية الصحية و(2) خفض إنتاجية الأيدي العاملة في سوق العمل.

# تحديات تقديم خدمات الرعاية الصحية وتمويلها

تواجه أنظمة تقديم خدمات الرعاية الصحية في دول مجلس التعاون الخليجي مجموعة مشتركة من الضغوط والتحديات. أولا، يفرض تزايد انتشار الأمراض غير المعدية ضغوطا على أنظمة الرعاية الصحية في هذه الدول لتغيير "نموذج الرعاية" بها بتوجيه المزيد من خدمات الوقاية من الأمراض غير المعدية ومعالجتها لتصل إلى مستوى ممارسي الرعاية الأولية. وفي ظل نموذج كهذا، يمكن فحص المرضى المعرضين للخطر بكفاءة أكبر لاكتشاف عوامل الخطر المسببة للإصابة بالأمراض غير المعدية، كما يمكن معالجة المرضى المصابين بأمراض مزمنة (مثل المصابين بارتفاع ضغط الدم، وداء السكري) بكفاءة أكبر كذلك. وتتطلب معالجة الأمراض المزمنة متابعة مستمرة من جانب ممارسي الرعاية الأولية للمرضى المصابين بالأمراض غير المعدية. وإدراكا لهذا التحدي، تدرس البحرين حاليا تدعيم خدماتها الخاصة بالأمراض غير المعدية داخل مراكز الرعاية الصحية الأولية لديها البالغ عددها 27 مركزا.

ثانيا، تكشف الأعداد المتنامية للمصابين بالأمراض غير المعدية وإصابات حوادث الطرق أوجه الضعف في إدارة وتخطيط خدمات الرعاية الصحية في دول مجلس التعاون الخليجي. فغالبا ما يمكث المرضى المصابون بالأمراض غير المعدية، لاسيما من كبار السن، وإصابات حوادث الطرق الذين يحتاجون إلى رعاية تأهيلية طويلة المدى لفترات ممتدة وغير مبررة في المستشفيات العامة للرعاية بالحالات الحرجة. وتنشأ هذه المشكلة من قصور أنظمة المعالجة السريرية وكذلك "الضغوط الاجتماعية" لإبقاء المرضى المصابين بأمراض مزمنة في بيئة للرعاية بالحالات الحرجة. وثمة شق آخر للمشكلة يتمثل في نقص المرافق الصحية الملائمة التي تقدم خدمات الرعاية لما بعد التعرُّض للحالات الحرجة مثل الرعاية التأهيلية والرعاية التمريضية طويلة المدى وخدمات الرعاية في دور المسنين والعجزة والمنزل، وهو ما يفاقم من تحديات الإدارة السريرية في المستشفيات الحكومية. وأشارت دراسة استقصائية للأطباء في الرياض بالمملكة العربية السعودية إلى أن 86 في المائة من المستجيبين من مستشفيات حكومية يعتقدون بعدم ملاءمة الخدمات أثناء الإقامة في المستشفى لتلقي العلاج، بما في ذلك فترات الإقامة الطويلة، "أحيانا" (69.9 في المائة) أو "دائما" (16.4 في المائة).[[16]](#footnote-16)

ثالثا، غالبا ما تفتقر أنظمة تقديم خدمات الرعاية الصحية بدول مجلس التعاون الخليجي، التي تعمل في ظل قواعد مركزية للخدمة المدنية والإدارة المالية العامة، إلى وجود هياكل تحفيزية ملائمة تدفع إلى تحسين أداء أنظمة الرعاية الصحية. فالمديرون في المنشآت الحكومية لا تتوفر لديها معلومات كاملة عن الإدارة (بسبب ضعف أنظمة الرعاية الصحية الإلكترونية) كما لا يمتلكون صلاحيات كافية تمكنهم من إدارة موظفيهم بفاعلية (أي التوظيف أو الفصل من العمل أو الترقية). وتؤدي إجراءات اعتمادات الموازنة المركزية إلى تقييد الابتكار في الإدارة ومساعي تحسين الكفاءة. وتدفع هذه المشكلات "الإدارية" الحكومة إلى التفكير في طرق تتيح مزيدا من الاستقلالية لمنشآت الرعاية الصحية بهذا القطاع. وفي السنوات الأخيرة، قامت المملكة العربية السعودية والبحرين بدراسة فصل المستشفيات الحكومية عن منظومة وزارة الصحة وإنشاء هيئات مستقلة.

رابعا، تمثل نوعية الرعاية وملاءمتها تحديا مهما أمام مسؤولي الصحة بدول مجلس التعاون الخليجي. فتجزؤ شبكات تقديم خدمات الرعاية الصحية في القطاعين العام والخاص وغياب برامج وطنية فعالة لنوعية الرعاية في هذه الدول لا يتيحان إنشاء نظام بيئي ملائم لمواصلة تحسين نوعية خدمات الرعاية الصحية. وتحتاج هذه الدول إلى تنسيق معايير نوعية الرعاية بين شبكاتها العديدة لخدمات الرعاية الصحية ووضع أنظمة وطنية لرصد نتائج نوعية الرعاية ورفع تقارير عنها. وفي المملكة العربية السعودية، يعمل المجلس الصحي السعودي على تنسيق معايير الترميز الإكلينيكية في جميع الأنظمة الفرعية الستة الكبرى للرعاية الصحية في البلاد (وزارة الصحة، وزارة الدفاع، الحرس الوطني، وزارة الداخلية، القطاع الجامعي، القطاع الخاص). وفي البحرين، أنشأت الحكومة مؤخرا الهيئة الوطنية لتنظيم المهن والخدمات الصحية لتقوم بشكل مستقل برصد نوعية الممارسات الطبية في قطاع الصحة.

على جانب تمويل الرعاية الصحية، هناك كذلك العديد من التحديات الكبيرة التي تواجه أنظمة الرعاية الصحية بدول مجلس التعاون الخليجي. وفي المقام الأول، تأتي مسألة الاستدامة المالية العامة على المدى الطويل. فبالرغم من انخفاض الإنفاق الكلي على الرعاية الصحية نسبيا مقارنةً بالبلدان التي لديها مستويات دخل مماثلة (يقل إجمالي الإنفاق على الرعاية الصحية عن 5 في المائة من إجمالي الناتج المحلي في جميع دول المجلس)، فإن هناك ثلاثة عوامل مهمة تستدعي الاهتمام: (1) اعتماد وعاء المالية العامة بدرجة كبيرة على عائدات الهيدروكربونات وليس الإيرادات الضريبية؛ (2) تزايد تضخم التكاليف الناشئ عن زيادة الطلب بسبب الديناميات السكانية والأنماط المتغيرة للأمراض ومواصلة إدخال أدوية وتقنيات صحية عالية التكلفة؛ و(3) العقد الاجتماعي الذي تجسده أحكام دستورية مختلفة بين الدولة والمجتمع تنص على التزامات الأولى بضمان بتوفير خدمات الرعاية الصحية.

ثانيا، هناك مجال رحب لإجراء تحسينات في كفاءة الإنفاق لأنظمة الرعاية الصحية بدول مجلس التعاون الخليجي. ففي معظم هذه الأنظمة، تغطي نسبة كبيرة بشكل مفرط من الإنفاق الصحي خدمات الرعاية الثانوية والتخصصية مرتفعة التكلفة بدلا من استهداف خدمات الوقاية والتوعية والرعاية الأولية الأقل تكلفة. وفي الكويت ووفقا لبيانات الحسابات الصحية الوطنية، كان إنفاق وزارة الصحة على العلاج بالخارج باهظ التكلفة (14 في المائة من موازنة وزارة الصحة) في عامي 2010-2011 أكبر من إنفاقها على خدمات الرعاية الصحية الأولية (8 في المائة).[[17]](#footnote-17) وفي عام 2012، زار نحو 21658 مواطنا إماراتيا خمسة مستشفيات خاصة في تايلند وبلغ متوسط الإنفاق حوالي 24 ألف (بات تايلندي) لكل خدمة في العيادات الخارجية و350 ألف (بات تايلندي) لكل إدخالٍ لمريض داخلي.[[18]](#footnote-18)

ثالثا، غابت روح الابتكار في تطوير أنظمة دفع جديدة لمقدمي الخدمات بدول مجلس التعاون الخليجي. ففي العقود الأخيرة، انتقل الكثير من أنظمة الرعاية الصحية حول العالم من استخدام بنود الموازنة التقليدية والمدفوعات المستندة إلى الرواتب وأنظمة الرسوم مقابل الخدمات إلى أشكال جديدة من أنظمة الدفع. وحدث هذا التحول خلال الفترة بين عامي 1970 و2000 بسبب تنامي الشواهد التجريبية في أدبيات اقتصاديات الصحة على أن للأنواع المختلفة من أنظمة الدفع آثارا متباينة على ممارسة الطب، وبالتالي على تحقيق مختلف الأهداف الخاصة بأداء نظام الرعاية الصحية (أي الكفاءة والإنصاف والجودة). وتشمل بعض أنظمة الدفع الحديثة لمقدمي الخدمات وضع موازنات شاملة للمستشفيات العامة، ومدفوعات محددة للفرد نظير خدمات الرعاية الأولية، وأنظمة للمدفوعات المحتملة تستند إلى الفئات المرتبطة بالتشخيص (DRG) مقابل الخدمة بالمستشفيات، وأنظمة للدفع مقابل الأداء. ولاشك أن كل نظام من أنظمة الدفع له مميزاته وعيوبه فيما يتعلق بتداعياته على منظومة الرعاية الصحية. ومع إطلاق مبادرات جديدة للتأمين الصحي الإلزامي، شرعت بعض أنظمة الرعاية الصحية بدول المجلس في تجريب وضع أنظمة دفع جديدة من بينها وضع موازنات شاملة وتحديد مدفوعات للفرد مقابل خدمات الرعاية الأولية.

# مشاركة البنك الدولي في مجال الرعاية الصحية بدول مجلس التعاون الخليجي

يستعين البنك الدولي بتجاربه العالمية وخبراته القطاعية ومعارفه بالأوضاع القطرية لإتاحة نافذة "واحدة" لتقديم الخدمات الاستشارية لدول مجلس التعاون الخليجي تشمل المساندة في وضع السياسات وتنفيذها. كما يقوم البنك بتنظيم فعاليات لتبادل المعارف لدول المجلس تركز على أفضل الممارسات العالمية في مجموعة واسعة من القطاعات. وتركز مشاركة البنك الدولي في مجال الرعاية الصحية بهذه الدول حالياً على ثلاث مجموعات من أنشطة البحث والمساعدة الفنية كما هو مبيَّن أدناه.

1. وضع حلول متعددة المستويات لتحسين النتائج المتعلقة بالأمراض غير المعدية والسلامة على الطرق

وداخل هذه المجموعة، يستفيد البنك الدولي من أعمال فريقه للممارسات العالمية للصحة في مناطق أمريكا اللاتينية، والبحر الكاريبي، وشرق ووسط أوروبا، وشرق آسيا والمحيط الهادئ[[19]](#footnote-19) بغرض التركيز على الأنشطة التالية:

* تحليل العبء الاقتصادي للأمراض غير المعدية وإصابات حوادث الطرق
* دراسة فعالية التكاليف للحلول متعددة القطاعات في مجابهة تزايد انتشار الأمراض غير المعدية وإصابات حوادث الطرق
* تقييم مدى الجاهزية على جانب العرض لأنظمة الرعاية الصحية بدول مجلس التعاون الخليجي واستعدادها للاستجابة للطلب مستقبلاً على خدمات الرعاية الصحية الناتجة عن الأمراض غير المعدية وإصابات حوادث الطرق
* تقديم الشواهد الخاصة بأفضل الممارسات العالمية في إيجاد طرق للتصدي لعوامل الخطر الرئيسية للإصابة بالأمراض غير المعدية
* تصميم أنظمة للدفع مقابل الأداء لأجل تحسين برامج فحص الأمراض غير المعدية
* تقييم نوعية خدمات الرعاية الصحية للأمراض غير المعدية

1. تدعيم أنظمة الرعاية الصحية

في إطار هذه المجموعة، تركز أنشطة البنك الدولي على الأعمال التالية:

* وضع إستراتيجيات للرعاية الصحية وتقييمها بشكل مستقل، وإرساء معايير مرجعية لقياس أداء نظام الرعاية الصحية
* تحليل أنظمة تمويل الرعاية الصحية واتجاهات الإنفاق وخيارات الإصلاح وتقديم المساندة في التنفيذ (تشمل الأنشطة مراجعات الإنفاق العام، وإضفاء الطابع المؤسسي على الحسابات الصحية، وتحليل خيارات التأمين الصحي، وتصميم أنظمة دفع جديدة، ومساندة تطوير القدرات لتقييم تقنيات الرعاية الصحية)
* تدعيم ترشيد تقديم خدمات الرعاية الصحية (تشمل الأنشطة وضع خطة رئيسية لقطاع الصحة، ووضع خيارات للتصدي للممارسات المزدوجة من جانب الأطباء)
* تحليل الفرص لزيادة مشاركة القطاع الخاص في تقديم خدمات الرعاية الصحية
* دراسة الخيارات المتاحة لتحسين أنظمة الجودة والاعتماد للرعاية الصحية

1. دمج حلول سياسات الرعاية الصحية ضمن الأطر المؤسسية وأطر السياسات الأوسع نطاقا

سيركز العمل في إطار هذا المكوِّن على الأنشطة التالية:

* تحليل سبل تحسين أداء نظام الرعاية الصحية من خلال تحسين ترتيبات نظم الحوكمة (على سبيل المثال، كيف تؤثر قواعد الخدمة المدنية والإدارة المالية العامة على الإصلاحات في تقديم خدمات الرعاية الصحية مثل إصلاحات نظم الدفع لمقدمي الخدمات أو استقلالية المستشفيات)
* الاستفادة من الصلات بين القطاعات لتحسين نتائج الوضع الصحي (على سبيل المثال، وضع إستراتيجيات متكاملة بين قطاعات الصحة والنقل والتعليم والزراعة والقطاع الحضري للتصدي للأمراض غير المعدية وإصابات حوادث الطرق)
* مساندة وضع أطر تنظيمية في المجالات المهمة من قطاع الصحة (الأغذية والأدوية والأجهزة الطبية) داخل دول مجلس التعاون الخليجي وفيما بينها
* تحليل الخيارات ووضع حلول لتعزيز التعاون الإقليمي بين هذه الدول في مجال الرعاية الصحية (على سبيل المثال، تبسيط إمكانية نقل تغطية التأمين الصحي وتنسيق اللوائح التنظيمية التي تحكم ترخيص الأطباء ومعايير الاعتماد والسياسات الدوائية)

# ملخص الملاحظات والآفاق المستقبلية

تتمتع مجموعة البنك الدولي بوضع جيد يمكّنها من مساندة دول مجلس التعاون الخليجي بتقديم خدمات استشارية شاملة في مجال سياسات الرعاية الصحية. وبفضل ولايتها الدولية وخبراتها الواسعة في مجال السياسات وخبرتها الفنية المتعمقة وتواجدها القطري وبرنامجها متعدد الخدمات، تستطيع المجموعة تقديم هذه الخدمات التي تغطي مجالات مساندة تحليل السياسات وتنفيذها. ويعمل البنك الدولي للإنشاء والتعمير ومؤسسة التمويل الدولية، العضوان بمجموعة البنك الدولي، سويا لتحفيز مشاركة واستثمارات القطاع الخاص في قطاع الرعاية الصحية. وبفضل روابطها القوية بوزارات المالية والمنظمات الإنمائية حول العالم، تمتلك المجموعة أيضا شبكات مؤسسية تتيح لها تعبئة جميع الخبرات العالمية لمساندة إصلاحات سياسات الرعاية الصحية التي لها الأولوية في دول المجلس.

1. البنك الدولي، مؤشرات التنمية لعامي 2013 و2014. [↑](#footnote-ref-1)
2. إدارة معلومات الطاقة الأمريكية، 2014؛ ومنظمة البلدان المصدرة للنفط (أوبك)، 2013. [↑](#footnote-ref-2)
3. تتعلق نتائج الوضع الصحي الواردة في الأقسام التالية بمواطني دول مجلس التعاون الخليجي فقط ولا تشمل العمالة الوافدة بها. [↑](#footnote-ref-3)
4. LI: البلدان منخفضة الدخل؛ LMI : الشريحة الدنيا من البلدان متوسطة الدخل؛ UMI: الشريحة العليا من البلدان متوسطة الدخل؛ HI: البلدان مرتفعة الدخل. يبدأ المحور "ص" في كلا الرسمين البيانيين عند الدرجة 40 لإظهار الفروق البينية في متوسط العمر المتوقع من الميلاد بشكل أوضح. [↑](#footnote-ref-4)
5. هيئة الصحة في أبوظبي، 2012. [↑](#footnote-ref-5)
6. وزارة الصحة، المملكة العربية السعودية، 2014. [↑](#footnote-ref-6)
7. البنك الدولي، مؤشرات التنمية في العالم لعام 2015. [↑](#footnote-ref-7)
8. انضم اليمن كعضو سابع في مجلس وزراء الصحة عام 2003. [↑](#footnote-ref-8)
9. غالبا ما يُنظر أيضا إلى ارتفاع ضغط الدم باعتباره "مؤشرا للخطر" وليس "عاملا للخطر"، كما في حالة فرط كولسترول الدم حيث تشمل عوامل الخطر المسببة للإصابة به كلاً من السمنة والتدخين وقلة النشاط البدني. [↑](#footnote-ref-9)
10. منظمة الصحة العالمية، 2014. [↑](#footnote-ref-10)
11. منظمة الصحة العالمية عام 2010 "تقرير الوضع العالمي الخاص بالأمراض غير المعدية". [↑](#footnote-ref-11)
12. تحدد سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز كلاً من الوفيات المبكرة (سنوات العمر الضائعة) والإعاقة (السنوات المعاشة مع الإعاقة) بين السكان. [↑](#footnote-ref-12)
13. معهد قياسات الصحة والتقييم، الموجزات القطرية لدول مجلس التعاون الخليجي في تقرير العبء العالمي للأمراض، عام 2010. [↑](#footnote-ref-13)
14. المصدر السابق. [↑](#footnote-ref-14)
15. تقرير "نظرة على الصحة" الصادر عن منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، عام 2013. [↑](#footnote-ref-15)
16. بدران العمر، 2006، المجلة الصحية لشرق المتوسط، "العوامل التي تؤثر على المعالجة غير الملائمة بالمستشفيات في الرياض، المملكة العربية السعودية: وجهات نظر الأطباء"، المجلد 12. [↑](#footnote-ref-16)
17. وزارة الصحة الكويتية، تقرير الحسابات الصحية الوطنية، 2014. [↑](#footnote-ref-17)
18. نوري، تي. 2012، "السياحة الطبية في تايلند"، عرض تقديمي. ملاحظة: كان سعر صرف البات التايلندي 36.1 مقابل الدولار الأمريكي في منتصف عام 2012. [↑](#footnote-ref-18)
19. تشمل الأمثلة على أحدث مطبوعات البنك الدولي عن الأمراض غير المعدية: (1) نحو حياة أكثر صحة وانسجاما في الصين: احتواء تزايد انتشار الأمراض غير المعدية؛ (2) الآثار الاقتصادية للأمراض غير المعدية على الهند؛ (3) التصدي لتحدي الأمراض غير المعدية في البرازيل؛ (4) تعزيز الحياة الصحية في أمريكا اللاتينية والبحر الكاريبي: حوكمة الأنشطة متعددة القطاعات للوقاية من عوامل الخطر المسببة للإصابة بالأمراض غير المعدية؛ و(5) الجاهزية على جانب العرض للتغطية الصحية الشاملة: تناول عمق التغطية للأمراض غير المعدية في إندونيسيا. [↑](#footnote-ref-19)