

تقرير أحدث المستجدات الاقتصادية لمنطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، أكتوبر/تشرين الأول 2021

الإفراط في الثقة: كيف تركت الانقسامات في الاقتصاد والرعاية الصحية منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا غير مُهيأة لمواجهة جائحة كورونا



تقرير أحدث المستجدات الاقتصادية لمنطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، أكتوبر/تشرين الأول 2021

الإفراط في الثقة: كيف تركز الانقسامات في الاقتصاد والرعاية الصحية منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا غير مُهيأة لمواجهة جائحة كورونا

أصدر البنك الدولي هذا التقرير أصلاً باللغة الإنجليزية بعنوان "الإفراط في الثقة: كيف تركت الانقسامات في الاقتصاد والرعاية الصحية منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا غير مُهيأة لمواجهة جائحة كورونا" أحدث *المستجدات الاقتصادية* لمنطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (أكتوبر/تشرين الأول)، 2021. وفي حالة وجود اختلافات، تكون لغة التقرير الأصلي هي الحاكمة.

© 2021 International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank

1818 H Street NW

Washington DC 20433

هاتف: 202- 473- 1000

موقع الويب: www.worldbank.org

هذه المطبوعة هي نتاج عمل خبراء البنك الدولي مع إسهامات خارجية. ولا تشكّل النتائج والتفسيرات والاستنتاجات الواردة في هذا العمل بالضرورة وجهة نظر البنك الدولي، أو مجلس مديريه التنفيذيين، أو الحكومات التي يمثلونها.

ولا يضمن البنك الدولي دقة أو اكتمال أو قبول البيانات الواردة في هذا العمل، ولا يتحمل المسؤولية عن أي أخطاء أو سهو أو اختلافات في المعلومات، أو المسؤولية عن استخدام أو عدم استخدام المعلومات أو الأساليب أو العمليات أو الاستنتاجات المبيّنة. ولا تعني الحدود والألوان والمسمّيات والمعلومات الأخرى المبيّنة في أية خريطة في هذا العمل أي حكمٍ من جانب البنك الدولي على الوضع القانوني لأي إقليم أو تأييد هذه الحدود أو قبولها.

وليس بهذا التقرير ما يشكل أو ما يعتبر تأويلاً أو قيداً على الامتيازات أو الحصانات التي يتمتع بها البنك الدولي، أو تخلياً عنها، فجميعها محفوظ على نحوٍ محدد وصریح.

الحقوق والأدون



تخضع محتويات هذا التقرير لحقوق الاستنساخ. ولأن البنك الدولي يُشجّع على نشر معارفه، فإنه يجوز إعادة نسخ هذا التقرير كلياً أو جزئياً لأهداف غير تجارية ما دام يتضمن نسبته بشكل كامل إلى هذا العمل.

يجب توجيه أي استفسارات عن الحقوق والتراخيص، بما في ذلك حقوق التبعية، إلى إدارة مطبوعات البنك الدولي على العنوان التالي: The World Bank Group, 1818 H Street NW, Washington, DC 20433, USA، فاكس: 202- 522- 2625؛ بريد إلكتروني: pubrights@worldbank.org.

صورة الغلاف بعدسة: MJGraphics/Shutterstock.com

جدول المحتويات

iv	شكر وتقدير
v	الاختصارات والأسماء المختصرة
vi	تمهيد
1	الفصل الأول. مقدمة وعرض عام للنتائج
3	الفصل الثاني. تعافٍ اقتصادي هش ومتفاوت في ظل جائحة مستمرة
5	أثر مراقبة الصحة العمومية
6	أثر ارتفاع أسعار السلع الأولية
9	الفصل الثالث. التحولات الاقتصادية المتقطعة في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا وتداعياتها على النمو الاقتصادي
13	الفصل الرابع. التحوّلات الديموغرافية والوبائية المتقطعة في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا
13	التحول الديموغرافي المتقطع في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا
15	التحول الوبائي المتقطع في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا
	الفصل الخامس. الثقة المفرطة: حالة أنظمة الصحة العامة في منطقة الشرق الأوسط
20	وشمال أفريقيا قبيل الجائحة
20	عدم كفاية التمويل يعوق موارد النظام الصحي
23	القيود المالية والبشرية والمادية تضعف الأنظمة الصحية
25	جاهزية أنظمة الصحة العامة في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا بالمقارنة بالتقييمات الذاتية
27	الطريق ما زال طويلاً أمام حوكمة النظم الصحية
	الفصل السادس. مرض فيروس كورونا (كوفيد-19) في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا:
29	اختبار القدرة على تحمل الضغوط
30	مرض فيروس كورونا (كوفيد-19) في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا: اختبار تحمل للقدرة على مواجهة التحديات في بيئة محرومة من البيانات
38	الفصل السابع. استشراف المستقبل: ماذا تقول الشواهد العملية عن استخدام وسوء استخدام بيانات الصحة العامة
46	المراجع
56	الملحق
56	الملحق 1. تعديلات النمو ومعدل النتائج الإيجابية لاختبارات فيروس كورونا
56	الملحق 2. تأثير صدمات أسعار السلع الأولية على نمو إجمالي الناتج المحلي
57	الملحق 3. تقديرات التحولات المتقطعة طويلة الأجل قبل صدمة جائحة كورونا في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا
58	الملحق 4. حالة أنظمة الصحة العامة في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا قبيل جائحة كورونا
62	ملحق البيانات

قائمة الأشكال

الفصل الثاني. تعافٍ اقتصادي هش ومتفاوت في ظل جائحة مستمرة

- الشكل 2-1. توقعات مستوى إجمالي الناتج المحلي.....4
- الشكل 2-2. تعافٍ متفاوت.....4
- الشكل 2-3. تعديلات النمو ومعدل الإصابات.....4
- الشكل 2-4. أسعار النفط والعقود الآجلة.....6
- الشكل 2-5. الانكشاف أمام السوق الدولية للسلع الأولية.....7

الفصل الثالث. التحولات الاقتصادية المتقطعة في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا وتداعياتها على النمو الاقتصادي

- الشكل 3-1. نسبة الإنفاق الحكومي إلى إجمالي الناتج المحلي في عامي 2009 و2019.....9
- الشكل 3-2. التغيرات في الإنفاق الحكومي على إجمالي الناتج المحلي، 2019 مطروحا منها 2009 مقارنة بالمستوى المرجعي، حسب مستويات التنمية.....10
- الشكل 3-3. نسب التوظيف في القطاع العام بمنطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا خلاف مجلس التعاون الخليجي مقارنة بالمعايير القياسية حسب مستويات التنمية.....10
- الشكل 3-4. الإنفاق الحكومي على الرعاية الصحية كنسبة من فاتورة الأجور العامة مقابل نصيب الفرد من إجمالي الناتج المحلي، 2018.....11
- الشكل 3-5. الإنفاق على الصحة الوقائية والنظام الصحي.....11

الفصل الرابع. التحوّلات الديموغرافية والوبائية المتقطعة في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا

- الشكل 4-1. معدل الخصوبة مقابل نصيب الفرد من إجمالي الدخل القومي.....13
- الشكل 4-2. معدلات الخصوبة في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا مقارنة بالمعايير المرجعية حسب مستويات التنمية.....14
- الشكل 4-3. السمنة في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا وبقية العالم.....16
- الشكل 4-4. وهم السكان الأصحاء عندما تختلف العوامل الديموغرافية العمرية فيما بين البلدان.....16
- الشكل 4-5. الأمراض السارية وغير السارية.....18
- الشكل 4-6. الوفيات موحدة حسب العمر لكل 100 ألف نسمة في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا مقارنة بالمعايير القياسية لمستوى الدخل.....18

الفصل الخامس. الثقة المفرطة: حالة أنظمة الصحة العامة في منطقة الشرق الأوسط

وشمال أفريقيا قبيل الجائحة

- الشكل 5-1. الإنفاق على الرعاية الصحية في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا مقارنة بمستوى التنمية.....21
- الشكل 5-2. مصادر الإنفاق على الرعاية الصحية كنسبة من إجمالي الإنفاق على الرعاية الصحية.....22
- الشكل 5-3. كثافة الكوادر الطبية الماهرة.....22
- الشكل 5-4. كثافة منشآت الرعاية الصحية الأولية.....24

الفصل السادس. مرض فيروس كورونا (كوفيد-19) في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا:

اختبار القدرة على تحمل الضغوط

- الشكل 6-1. أسباب توقف الخدمات.....31
- الشكل 6-2. نتيجة الثبات P-score للوفيات الزائدة.....34
- الشكل 6-3. مؤشر الاحتواء والصحة في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا - كثافة سياسات احتواء فيروس كورونا مع مرور الوقت.....34

الفصل السابع. استشراف المستقبل: ماذا تقول الشواهد العملية عن استخدام وسوء استخدام بيانات الصحة العامة

- الشكل 7-1. تقييم توافر البيانات لمنطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا.....39

قائمة الجداول

الفصل الخامس. الثقة المفرطة: حالة أنظمة الصحة العامة في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا قبيل الجائحة

- الجدول 5-1. الإفراط في الثقة بمنطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا: تأهب نظام الصحة العامة مقابل التقييم الذاتي.....26
- الجدول 5-2. عوامل الارتباط بنصيب الفرد من الاختبارات.....27

الفصل السادس. مرض فيروس كورونا (كوفيد-19) في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا: اختبار القدرة على تحمل الضغوط

- الجدول 6-1. مؤشرات فيروس كورونا المبلغ عنها حتى 13 سبتمبر/أيلول 2021.....32
- الجدول 6-2. دراسات الانتشار المصلي في المنطقة مقارنة بالانتشار الرسمي المؤكد.....33
- الجدول 6-3. النسبة بين الزيادة في الوفيات ووفيات كورونا المبلغ عنها.....34
- الجدول 6-4. التقدم في حملات التطعيم حسب المنطقة حتى 9 أغسطس/آب 2021.....36

الفصل السابع. استشراف المستقبل: ماذا تقول الشواهد العملية عن استخدام وسوء استخدام بيانات الصحة العامة

- الجدول 7-1. الأدوار المتعددة للبيانات في أنظمة الرعاية الصحية الحديثة.....40

الملحق 56

- الجدول 1.1. التغيرات في توقعات نصيب الفرد من إجمالي الناتج المحلي ومعدل النتائج الإيجابية لاختبارات فيروس كورونا...56
- الجدول 2.1. تأثير صدمات أسعار السلع الأولية.....57
- الجدول 4.1. المتغيرات المدرجة في كل ركيزة رئيسية.....60
- الجدول 4.1. المتغيرات المدرجة في كل ركيزة رئيسية.....61

ملحق البيانات..... 62

- جدول الملحق ب1. توقعات البنك الدولي للنمو وحساب المعاملات الجارية وحساب الموازنة.....62
- جدول الملحق ب2. تعديل البنك الدولي لتوقعات النمو.....63
- جدول الملحق ب3. مؤشرات مختارة للصحة في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا وبقية العالم حسب مجموعات الدخل 2019 تقريبا.....64
- قائمة الإطارات

الفصل السابع. استشراف المستقبل: ماذا تقول الشواهد العملية عن استخدام وسوء استخدام بيانات الصحة العامة

- الإطار 7-1. نشر المعلومات، واستجابة الجمهور للتدابير على مستوى السياسات، ودور الثقة في الأزمات.....42

شكر وتقدير

تقرير أحدث المستجدات الاقتصادية لمنطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا هو نتاج عمل مكتب رئيس الخبراء الاقتصاديين بإدارة منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا التابعة للبنك الدولي. وكتب التقرير روبرتا غاتي (رئيس الخبراء الاقتصاديين بالمنطقة)، ودانييل ليدرمان (نائب رئيس الخبراء الاقتصاديين)، وراشيل يوتنغ فان (رئيس فريق العمل)، وأريان هاتفي، وها نغوين، وأنجا ساوتمان، وجوزيف مارتن ساكس، وكريستينا أ. وود.

ونحن مدينون لعبدو يزيك على أفكاره ونصائحه التي شكلت التقرير، وخاصة فيما يتعلق بدور التحولات الاقتصادية والديموغرافية والوبائية. ونعرب عن التقدير البالغ للمعلومات التي قدمها يوهانس جي. هوغيفين ومينه كونغ نغوين.

كما نتوجه بالشكر لكل من كلاوديو جيرمياس روخاس غوزمان ورنا محمد عمرو محمد نبيل لطفي على ما قدماه من مساعدة بحثية قيّمة.

وتلقينا ملاحظات قيّمة من كل من فريد بلحاج (نائب رئيس المنطقة)، وستيفان كويرلي، وجيسكو هنتشيل، ونادر محمد، وفاطمة زهرة شاه، وإسماعيل رضوان، وتانيا ماير، ونانسي لوزانو غراسيا، وأنوش بيزهانيان، وينس كرومان، وبول ويلتون، ولورا دي كاسترو زوراتو، وسارة النشار، وماجد كاظمي، وأشواق ناطق مسيح، وأناستازيا يانزر-أراجي، وسعدية رفاقات، ووائل منصور، ووسام حراكي، ولوان زاو، وخايمي دي بينز، وداليا القاضي، وعمرو الشلقاني، وبول مورينو لوبيز، وخافيير دياز كاسو.

ونتوجه بالتقدير البالغ لفريق قطاع الصحة في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا بالبنك الدولي لما قدمه من مساندة وتوجيه وملاحظات عامة، ويضم رخا مينون، ومنصور فيصل الرومانيان، وشيرين فاري، وسامح السهرتي، وسون نام نغوين، ودنيجان دوران، وفاطمة القادري اليماني، وإرينا بوستولوفسكا، وفرناندو خافيير موتينيغرو توريس، وتاكاهيرو هاسومي، وكريستوفر هيربست، وخورخي كواراسا، ورونالد إدواردو غوميز سواريز.

وقدمت سوزان بلمينغ المشورة المناسبة في توقيتها بشأن الرسائل أثناء المراحل النهائية من إعداد هذا التقرير.

ونعرب عن الشكر لجيمس رو على تحرير النص. ونتوجه بالتقدير لوحدة الترجمة والطباعة والوسائط المتعددة بإدارة الحلول المؤسسية العالمية في البنك الدولي لما قدمته من مساعدة. وقدم سواتي رايشودوري الدعم الإداري الممتاز.

الاختصارات والأسماء المختصرة

البلدان المنخفضة الدخل	LICs	مرض الإيدز	AIDS
التدابير الطبية المضادة	MCM	مقاومة مضادات الميكروبات	AMR
الجرعة الأولى من لقاح الحصبة	MCV1	نظام إدارة المعلومات للاستجابة لفيروس الإيدز	BHRIMS
الشرق الأوسط وشمال أفريقيا	MENA	مراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها	CDC
متلازمة الشرق الأوسط التنفسية	MERS	مرض فيروس كورونا (كوفيد-19)	COVID-19
البلدان المتوسطة الدخل	MICs	البلدان النامية المصدرة للنفط	DOE
تقرير عن آفاق الاقتصاد الكلي والفقير	MPO	البلدان النامية المستوردة للنفط	DOI
أمريكا الشمالية	NAC	شرق آسيا والمحيط الهادئ	EAP
مرض غير سارٍ	NCD	أوروبا وآسيا الوسطى	ECA
بلد مصدر للنفط	OEC	المكتب الإقليمي لشرق المتوسط	EMRO
منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية	OECD	منظمة الأغذية والزراعة للأمم المتحدة	FAO
طريقة المربعات الصغرى العادية	OLS	التأثيرات الثابتة	FE
الإنفاق الشخصي	OOPS	التحالف العالمي للقاحات والتحصين	GAVI
منظمة البلدان المصدرة للنفط (أوبك)	OPEC	مجلس التعاون الخليجي	GCC
تحليل المكونات الرئيسية	PCA	إجمالي الناتج المحلي	GDP
الرعاية الصحية الأولية	PHC	المصروفات العالمية على الصحة	GHE
مؤشر مديري المشتريات	PMI	المرصد الصحي العالمي	GHO
معدات الوقاية الشخصية	PPE	الأمن الصحي العالمي	GHS
تعادل القوة الشرائية	PPP	مؤشر الأمن الصحي العالمي	GHSI
الصحة الإنجابية وصحة الأم والطفل	RMNCH	إجمالي الدخل القومي	GNI
جنوب آسيا	SAR	العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية	HCAI
مؤشرات الخدمات	SDI	البلدان المرتفعة الدخل	HICs
أداة التقييم الذاتي للتقارير السنوية للدول الأطراف	SPAR	فيروس الإيدز	HIV
أفريقيا جنوب الصحراء	SSA	وحدة العناية المركزة	ICU
الإمارات	UAE	وثائق الهوية	ID
التغطية الصحية الشاملة	UHC	مبادرة تحديد الهوية من أجل التنمية	ID4D
منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف)	UNICEF	اللوائح الصحية الدولية	IHR
الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية	USAID	صندوق النقد الدولي	IMF
مؤشرات البنك الدولي	WDI	تقييم خارجي مشترك	JEE
منظمة الصحة العالمية	WHO	أمريكا اللاتينية والبحر الكاريبي	LAC
		مجتمع المثليات والمثليين ومزدوجي الجنس والمتحولين جنسيا ومثليي الجنس (مجتمع الميم)	LGBTQI

تمهيد

مع تفشي جائحة فيروس كورونا عام 2020، كانت أنظمة الصحة العامة في مختلف أنحاء المنطقة مثقلة بجهود الاستجابة للجائحة والتي زادت من أعباء رعاية المرضى المصابين بأمراض غير كورونا. وعلى الرغم من أننا لا نفهم الكثير عن تفشي جائحة كورونا في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا وغيرها من مناطق العالم، فمن الواضح أن قدرة النظام الصحي على استيعاب الزيادة المفاجئة في أعداد المرضى بسبب صدمة صحية غير متوقعة لا تزال تمثل بعدا رئيسيا للصحة العامة. ببساطة، فإن نفاذ صهاريج الأكسجين وعدم وجود أسرة شاغرة بالمستشفيات، بل حتى عدم كفاية الأطباء والمرمزين أثناء حالة الطوارئ الصحية، كل ذلك أعراض لغياب القدرة على الصمود.

وعلى الرغم من أن المنطقة لم تتفرد بمواجهة جائحة مروعة استنفدت موارد الصحة العامة المتاحة، فإنها تفردت مقارنة ببقية مناطق العالم من حيث كيف انتهى بها المطاف إلى عدم الاستعداد لاستيعاب صدمة فيروس كورونا. ويرى مؤلفو هذا التقرير أن ثلاثة اتجاهات طويلة الأمد تركت أنظمة الصحة العامة في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا بقدرات ضعيفة لا تقوى على التعامل مع حالات الطوارئ. إن بقاء الإصلاحات الرامية إلى إقامة أنظمة اقتصادية موجهة نحو السوق ومؤسسات شفافة، خلال العقد الماضي، قد خلف إرثا من القطاع العام الضخم الذي زاحم فعليا الاستثمارات في الخدمات الاجتماعية كالصحة العامة. وفي الوقت نفسه، أسفرت الاتجاهات الوبائية في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا عن ارتفاع معدلات الإصابة بالأمراض غير السارية والأمراض السارية على نحو غير معهود مقارنة بالمناطق المناظرة. وأدى ارتفاع معدلات الخصوبة إلى زيادة نسبة الشباب من السكان، وهو ما جعل مواطني المنطقة يبدوون كما لو كانوا يتمتعون عموما بصحة جيدة، في حين أن المنطقة كانت تضم في الواقع عددا مرتفعا نسبيا من الشباب الذين يعانون من سوء الحالة الصحية.

وكما هو الحال في المناطق الأخرى، لم تعكس التحديات التي تواجهها المنطقة في مجال التصدي للجائحة عدم استعداد أنظمتها الصحية للتعامل مع جائحة كورونا فحسب، بل عكست أيضا مشاكل تتعلق بغياب القيادة وضعف توفر البيانات الموثوقة وعدم كفاية انتشار التقنيات الحديثة لتحديد انتشار الفيروس واحتوائه. ومع ذلك، لم تكن أنظمة الصحة العامة في البلدان المتوسطة الدخل بالمنطقة مستعدة بشكل خاص لمواجهة الجائحة، خلافا للتصورات السائدة لدى السلطات الصحية في المنطقة. ولذلك، يرى المؤلفون أن منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا لم تكن ضعيفة الاستعداد فحسب، بل كانت أيضا مفرطة في الثقة؛ حتى عام 2019، كانت سلطات الصحة العامة في مختلف أنحاء المنطقة قد رسمت صورا مفرطة في التفاؤل لقدرات أنظمتها الصحية على التعامل مع تبعات الطوارئ الصحية غير المتوقعة.

وبالفعل، كما يبرز هذا التقرير، كانت سلطات المنطقة متفائلة بشأن استعداد أنظمتها الصحية عند مقارنتها بتقييمات الخبراء المستقلين التي يجريها أخصائيو الصحة العامة. وأسهم عدم كفاية المعلومات والبيانات في هذا التفاؤل. فقد أدى عدم كفاية البيانات، مقترنا بضغوط موارد الموازنة في البلدان المتوسطة الدخل، إلى إضعاف تخطيط قطاع الصحة.

وكانت آثار الجائحة واضحة على الأنظمة الصحية في بلدان المنطقة، مما تسبب في مشكلات في التوظيف وجودة الرعاية للمرضى غير المصابين بفيروس كورونا وضغوط على الموارد المادية للأنظمة الصحية. وعلى الرغم من أن التطعيم سبيل للخروج من الجائحة، فإن معدلات التطعيم في المنطقة متباينة، مع تقدم بعض البلدان المرتفعة الدخل كثيرا، في حين أن البلدان المتوسطة الدخل والمنخفضة الدخل تتخلف عن المسار.

وتتسق قصة أنظمة الصحة العامة التي تفتقر إلى القدرة على الصمود مع الاتجاهات الأخرى المعروفة جيدا للمحللين في المنطقة. فقد دخل العديد من بلدان المنطقة عام 2020 بتاريخ يمتد لعقود من الانخفاض المزمع للنمو، واختلالات الاقتصاد الكلي، وتحديات الحوكمة، بما في ذلك نقص البيانات وغياب الشفافية. وسيكون التعافي الاقتصادي الذي بدأ في المنطقة عام 2021 متفاوتا فيما بين البلدان، ولن يتجاوز سوى عدد قليل من البلدان مستويات نصيب الفرد من إجمالي الناتج المحلي التي تحققت قبل الجائحة.

إن تقييم قدرة النظام الصحي على الصمود والوارد في هذا التقرير له آثار تتجاوز نطاق جائحة كورونا. ومع زيادة بيانات النظام الصحي وتحسين جودتها، يمكن للسلطات الصحية في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا أن تصبح أكثر واقعية فيما يتعلق بقدرات نظامها الصحي. ومن خلال دمج معلومات أكثر شمولا في عملية التخطيط، يمكن لبلدان المنطقة الاستفادة من البيانات في صياغة وتنفيذ إصلاحات النظام الصحي الأكثر ملاءمة لاحتياجات مواطنيها. ويمكن للبيانات الموثوقة عالية الجودة ومحكمة التوقيت التي يمكن ربطها عبر قواعد البيانات الحكومية ونشرها بفعالية أن تساعد الأنظمة الصحية في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا على تقديم خدمات صحية جيدة، لا سيما الطب الوقائي، في المستقبل القريب وتسمح للمنطقة بأن تكون أفضل استعدادا لحالات الطوارئ الصحية في المستقبل، والتي قد لا تنشأ عن الأوبئة فحسب، بل أيضا عن الكوارث الطبيعية المرتبطة بالمناخ والصراعات المسلحة.

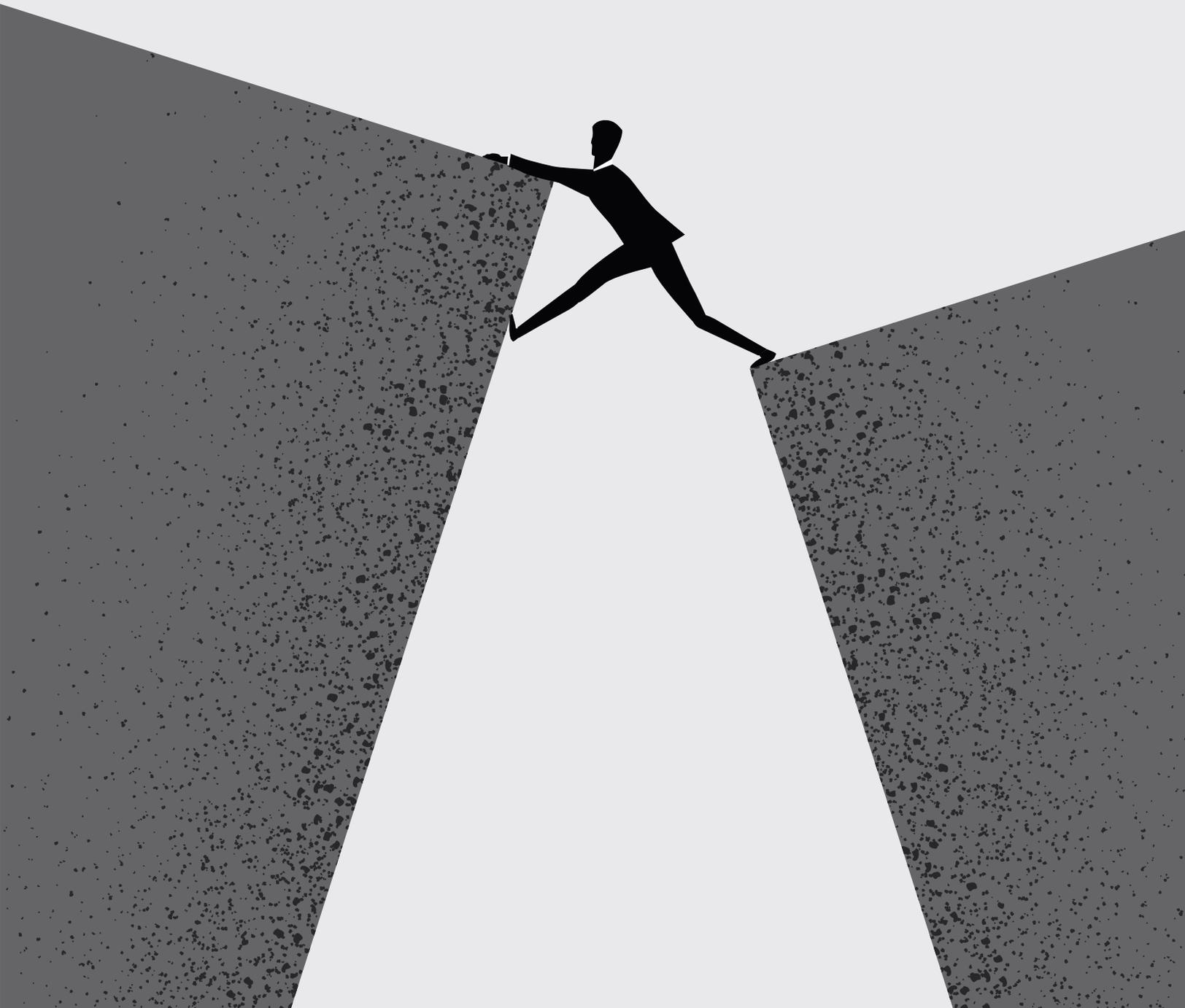
ومع استمرار الجائحة، سيواصل البنك الدولي مساندته للمنطقة، لا لتسهيل الاستجابات قصيرة الأجل واحتياجات الإغاثة في حالات الكوارث فحسب، بل أيضا لتلبية نظام البيانات والاحتياجات المؤسسية اللازمة لتدعيم القواعد الأساسية لأنظمة رعاية صحية أكثر فعالية وإنصافا وقدرة على الصمود في السنوات القادمة.

فريد بلحاج،

نائب رئيس

البنك الدولي لشؤون منطقة الشرق الأوسط

وشمال أفريقيا



الفصل الأول. مقدمة وعرض عام للنتائج

شكلت جائحة فيروس كورونا تحدياً حتى لأفضل أنظمة الرعاية الصحية في العالم. ولا يزال العلماء يكتشفون المزيد عن طبيعة هذا الفيروس كل يوم، وتنتشر حالة متنامية من عدم اليقين العلمي. وفي المجال السياسي، كانت بعض أفضل أنظمة الرعاية الصحية تفتقر إلى القيادة اللازمة لاحتواء تفشي الجائحة. علاوة على ذلك، لا تزال الطفرات المتعاقبة لفيروس كورونا تهدد أنظمة الصحة العامة العالمية، وبالتالي الآفاق الاقتصادية العالمية.

ووسط عدم اليقين هذا، كان هناك أمر واحد مؤكد، وهو أن وظائف الصحة العامة الأساسية، مثل مراقبة الأمراض والوقاية منها والتأهب لها، لم تكن أكثر أهمية مما هي عليه اليوم. فضلاً عن ذلك، فإن الحاجة إلى علاقة منفتحة قائمة على البيانات بين الدولة ومواطنيها لم تكن قط أكثر إلحاحاً. فكلاهما ضروري من أجل نجاح السيطرة على الجائحة. ومع ذلك، وقبيل تفشي الجائحة ترك الانتقال نحو مؤسسات تشاركية وموجهة نحو السوق، والذي توقف خلال العقد السابق في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، الكثير من بلدان المنطقة غير مهيأة. وعرقلت مواطن الضعف في المالية العامة المرتبطة بمشاركة القطاع العام في الاقتصاد الاستثمارات اللازمة لتدعيم أنظمة الصحة العامة.

واتضح أنه حتى عام 2019، كانت معظم بلدان منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا مفرطة في الثقة بقدرة أنظمتها الصحية على الصمود. وبعد مرور أكثر من عام ونصف العام على تفشي الجائحة، لا تزال بعض الحكومات غير قادرة على استخدام أنظمة البيانات بفاعلية لمساعدة المواطنين في حماية أنفسهم من العدوى. وإلى جانب التركيز بشدة على بناء المهام الأساسية للصحة العامة، فإن إتاحة البيانات والاستفادة منها يمكن أن يساعد على تعزيز التعافي الاقتصادي في المنطقة والانتقال نحو مؤسسات السوق.

وقبل اندلاع الاضطرابات الاجتماعية المرتبطة بالربيع العربي عام 2011، كانت بلدان المنطقة تتبع نموذجاً للتنمية الاقتصادية غير ملائم بشكل واضح ومفرط في الاعتماد على قيام القطاع العام بالإنفاق والتوظيف. ومنذ ذلك الحين، مضت الإصلاحات في المنطقة ببطء أكثر مما كان مأمولاً، الأمر الذي أدى إلى انتقال متقطع ومجتزأ نحو اقتصاد السوق. ومع تعثر الإصلاحات الاقتصادية، استمرت أولويات الإنفاق العام في تفضيل التوظيف في مؤسسات الدولة بدلاً من الاستثمار في سلع النفع العام الأساسية، مثل بناء أنظمة صحية عامة قادرة على مواجهة التحديات. وبالتالي، عشية تفشي الجائحة في عام 2019، كانت أنظمة الصحة العامة في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا تعاني في العادة من نقص التمويل، لا سيما فيما بين البلدان المتوسطة الدخل، على الرغم من نمو حجم القطاع العام كنسبة من إجمالي الناتج المحلي. ويبدو أن انخفاض الإنفاق على الصحة العامة قياساً على فاتورة أجور القطاع العام قد حول العبء المالي للرعاية الصحية نحو الأفراد، كما يتضح من ارتفاع الإنفاق الشخصي على الرعاية الصحية على نحو غير متناسب. وبالقدر نفسه من الأهمية، أُغفلت ممارسات مراقبة الأمراض التي تتسم بالشفافية، في حين كانت قدرات الخدمات الصحية الاحتياطية محدودة نسبياً. وبعبارة أخرى، كان مكونان رئيسيان للاستجابة للجائحة، وهما المراقبة والقدرات الاستيعابية، غير كافيين حين تفشت جائحة كورونا رغم أن الآثار الاقتصادية للدولة في الاقتصاد زادت بالفعل منذ عام 2009.

ومنذ عام 2009، شهدت معظم بلدان المنطقة أيضاً تغيرات ديموغرافية وبائية أسهمت أيضاً في أنظمة الرعاية الصحية التي كانت غير مهيأة للتعامل مع حالات الطوارئ الصحية. فقد تشكل الجانب الديموغرافي لسكان المنطقة بمعدلات الخصوبة المرتفعة بشكل غير عادي وما يرتبط بذلك من زيادة في نسب الإعاقة - نسبة الأطفال والمسنين من السكان - مما أدى إلى تفاقم اختلالات الاقتصاد الكلي في شكل عجز في حساب المعاملات الجارية. ولعل الأهم من ذلك هو أن ارتفاع معدلات الخصوبة أسفر عن ظهور شريحة من الشباب وخلق وهما إحصائياً بوجود سكان أصحاء، وذلك لأن الأطفال أقل عرضة للأمراض غير السارية من البالغين.

ومن ناحية أخرى، أدت التحولات الوبائية المتقطعة التي لوحظت في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا منذ عام 2009 إلى ارتفاع أعباء الأمراض بصورة غير طبيعية. وشهدت عدة بلدان ارتفاعاً في معدلات الوفاة من جراء الأمراض السارية وغير السارية على حد سواء، في حين شهدت

كل بلدان المنطقة إما معدلات وفاة مرتفعة بسبب الأمراض غير السارية مقارنة بالبلدان الأخرى التي تشهد نفس مستوى التنمية، أو زيادة مرتفعة بشكل غير معهود في العبء (الوفيات) الناتج عن الأمراض غير السارية.

وعلى ذلك، أسفرت هذه التحولات الاجتماعية والاقتصادية المتقطعة عن وجود أنظمة صحية عامة غير مستعدة لاستيعاب الصدمة الهائلة لجائحة كورونا. لكن الشواهد التجريبية التي تم جمعها لهذا التقرير تظهر أيضا أن سلطات الصحة العامة في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا كانت ترسم صورة وردية نسبيا لأنظمة الصحة العامة في عام 2018-2019، قبيل تفشي الجائحة. وكانت مؤشرات التأهب التي تم الإبلاغ عنها ذاتيا أكثر تفاؤلا على الدوام من البلدان ذات المستويات المماثلة من التنمية، ولكن المؤشرات الموضوعية أظهرت أن أداء بلدان المنطقة أقل من نظيراتها.

وكشف العمان الأخير أن الأداء الاقتصادي يعتمد إلى حد كبير على مكافحة الأوبئة. فقد اقترنت النظم الصحية المُجهدة بعوامل اقتصادية عالمية - تقلبات أسعار السلع الأولية، ولا سيما النفط- ليتمخض ذلك عن تفاوت في التعافي الاقتصادي بالمنطقة وتوقعات ضعيفة له. ومن المتوقع أن تنمو المنطقة بنسبة 2.8% عام 2021 وبنسبة 4.2% عام 2022، ولكن هذه المتوسطات تخفي تباينات مهمة فيما بين البلدان. ويعتمد أداء كل اقتصاد بصورة كبيرة على مدى تعرضه لتقلبات أسعار السلع الأولية وحسن إدارته للتصدي للجائحة. والأهم من ذلك، أن غالبية البلدان قد لا تشهد انتعاشا بالسرعة الكافية التي تمكنها من الوصول إلى مستويات نصيب الفرد من إجمالي الناتج المحلي قبل الجائحة حتى عام 2022، ناهيك عن مستوياته المتوقعة قبل الجائحة. وتزايد مخاطر التطورات السلبية، بما في ذلك احتمال أن تطول فترة تفشي الجائحة، لا سيما في البلدان متوسطة ومنخفضة الدخل في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، حيث تسير عمليات التلقيح ببطء.

خلاصة القول إن الأزمة أصابت معظم بلدان المنطقة في ظل أنظمة صحية تعاني من نقص التمويل وعدم التوازن وسوء الاستعداد. وقد تضررت معظم البلدان بشدة من أزمة كورونا، لكن ثمة جانب مشرق في جانبيين. أولا، تمكنت بعض البلدان من التكيف والاستجابة السريعة للجائحة، وأدارت استجابات مثيرة للإعجاب على صعيدي السياسات واحتواء الجائحة على حد سواء. ومما يؤسف له أن العديد من البلدان الأخرى في المنطقة لم تفعل ذلك. وثانيا، أصبح استخدام البيانات - وهو عنصر ضروري - محورا لصنع سياسات الصحة العامة، ويمكن البناء على التقدم المحرز في هذا الصدد من أجل إجراء إصلاحات أعمق وبناء قدرات التأهب بعد الجائحة.

وتم تنظيم بقية هذا التقرير على النحو التالي. يقدم الفصل الثاني لمحة عامة عن تنبؤات الاقتصاد الكلي، مع تحليل لكيفية ارتباط تكاليف الأزمة بالعوامل الاقتصادية وعوامل الصحة العامة على حد سواء. ويتناول الفصل الثالث بالدراسة الشواهد التجريبية على التحول الاقتصادي المتقطع، ويبين كيف أن الإنفاق العام على الرعاية الصحية في أعقاب الربيع العربي طغت عليه زيادة الإنفاق الحكومي على التوظيف بالجهاز الحكومي. ويتناول الفصل الرابع بالتحليل التحولات الديموغرافية والوبائية المتقطعة. ويقيم الفصل الخامس جاهزية نظام الصحة العامة في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا قبيل تفشي فيروس كورونا، ويبين كيف أن العديد من بلدان المنطقة رسمت صورا مفرطة في التفاؤل بشأن قدرات أنظمتها الصحية العامة. ويتناول الفصل السادس بالبحث تفشي فيروس كورونا، الذي كان بمثابة اختبار لقدرات النظم الصحية التي كان أداؤها أسوأ بالفعل من أداء نظيراتها في بقية العالم. ويركز الفصل السابع على الدروس المستخلصة من البحوث الأكاديمية بشأن المكاسب الاجتماعية والاقتصادية التي يمكن تحقيقها عن طريق تطبيق نظم المعلومات الرقمية الذكية في مجال الصحة العامة.

الفصل الثاني. تعافٍ اقتصادي هش ومتفاوت في ظل جائحة مستمرة

النتائج الرئيسية

- تشير تقديرات البنك الدولي إلى أن إجمالي الناتج المحلي الإقليمي لمنطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا تقلص بنسبة 3.8% عام 2020 ويتوقع أن ينمو بنسبة 2.8% عام 2021.
- ويتسم التعافي بالضعف إذ من المتوقع أن تكون مستويات نصيب الفرد من إجمالي الناتج المحلي عام 2021 في معظم بلدان المنطقة دون مستوياتها عام 2019.
- من المتوقع أن يصبح التعافي متفاوتاً لأن التقديرات على مستوى المنطقة تحجب الاختلافات والفوارق فيما بين البلدان وداخلها.

تشهد الاقتصادات في المنطقة تعافياً اقتصادياً ضعيفاً ومتفاوتاً مع استمرار جائحة فيروس كورونا. ويقدر البنك الدولي أن إجمالي الناتج المحلي للمنطقة قد تقلص بنسبة 3.8% عام 2020 ويتوقع أن ينمو بنسبة 2.8% عام 2021 (انظر الجدول ب1 من ملحق البيانات).

وكان النمو المتواضع لإجمالي الناتج المحلي عام 2021 والذي بلغ 0.6% من النقاط المئوية أعلى مما كان متوقعاً في شهر أبريل/نيسان¹ (انظر الجدول ب2 من ملحق البيانات). ومع ذلك، ستظل المنطقة إجمالاً دون مستوى إجمالي الناتج المحلي قبل الجائحة بنسبة 1.1% (انظر الشكل 1-2، اللوحة أ). وبشكل عام، كانت تكلفة الناتج خلال أزمة كورونا في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا حتى الآن حوالي 200 مليار دولار، وهو رقم تم قياسه بمقارنته مستوى إجمالي الناتج المحلي المتوقع للمنطقة مع مستوى سيناريو عدم تفشي فيروس كورونا. فضلاً عن ذلك، فإن احتمال ظهور سلالات متحورة للفيروس تخلق قدراً كبيراً من عدم اليقين بشأن الآفاق الاقتصادية، خاصة في البلدان التي تتقدم فيها حملات التطعيم ببطء.

ويمكن القول إن نصيب الفرد من إجمالي الناتج المحلي هو مقياس أكثر دقة لمستوى المعيشة في المنطقة من إجمالي الناتج المحلي الذي ينقل، في حالة منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، رسالة مماثلة وإن كانت أكثر واقعية. ومن المتوقع أن يرتفع متوسط نصيب الفرد من إجمالي الناتج المحلي الحقيقي في المنطقة بنسبة 1.1% فقط عام 2021 بعد تراجع تُقدر نسبته بنحو 5.4% عام 2020. وبالتالي سيكون نصيب الفرد من إجمالي الناتج المحلي الحقيقي بالمنطقة أقل بنسبة 4.3% عن مستواه عام 2019 (انظر الشكل 1-2، اللوحة ج).

ومن المتوقع أن تشهد دول مجلس التعاون الخليجي نمواً بنسبة 2.6% عام 2021 بعد تسجيل انكماش بمعدل 5.0% عام 2020، في حين يتوقع أن تنمو البلدان النامية الأخرى المصدرة للنفط 3.2% عام 2021 بعد تسجيل انكماش بمعدل 3.0% عام 2020. من ناحية أخرى، يتوقع أن تنمو البلدان المستوردة للنفط في المنطقة بنسبة 2.8% عام 2021، وذلك بفضل الانتعاش المنتظر في السياحة ضمن أسباب أخرى، وذلك بعد تسجيل انكماش تُقدر نسبته بحوالي 2.2% عام 2020.

ومن المتوقع أيضاً أن يكون تعافي مستويات إجمالي الناتج المحلي متفاوتاً فيما بين مجموعات البلدان بالمنطقة. وفي عام 2021، من المتوقع أن يكون مستوى إجمالي الناتج المحلي لدول مجلس التعاون الخليجي أقل بنسبة 2.5% من مستوى ما قبل الجائحة. لكن أداء البلدان المصدرة والمستوردة للنفط سيتحسن لأن المجموعتين لم تشهدا انكماشاً حاداً في عام 2020 مثلما شهدته دول مجلس التعاون الخليجي. وتشير التوقعات إلى أن مستويات إجمالي الناتج المحلي في البلدان المصدرة والمستوردة للنفط بالمنطقة ستتجاوز مستويات إجمالي الناتج المحلي قبل الجائحة (انظر الشكل 1-2، اللوحة ب). ومن الجدير بالذكر أن أداء البلدان المستوردة للنفط يغلب عليه تعافٍ الاقتصاد المصري، الذي يشكل نسبة النصف من إجمالي الناتج المحلي للمجموعة.

¹ في أبريل/نيسان 2021، توقع الخبراء الاقتصاديون في البنك الدولي أن يصل معدل النمو الاقتصادي في المنطقة إلى 2.2% عام 2021.

ومن المتوقع ألا يتجاوز معدل نمو نصيب الفرد من إجمالي الناتج المحلي عام 2021 في دول مجلس التعاون الخليجي والبلدان الأخرى المصدرة للنفط والبلدان المستوردة للنفط 0.3% و1.6% و1.2% على التوالي (انظر الشكل 2-1، اللوحة د). ومن حيث نصيب الفرد من إجمالي الناتج المحلي، من المتوقع أن تظل جميع المجموعات الثلاث من بلدان الشرق الأوسط وشمال أفريقيا دون مستوياتها قبل الجائحة.

كما أن المخاطر التي تحيق بأفاق النمو في المنطقة متفاوتة أيضا. ففي حين أن دول مجلس التعاون الخليجي من بين أفضل بلدان العالم من حيث تطعيم مواطنيها، فإن بقاء وتيرة حملات التطعيم في كثير من البلدان النامية بالشرق الأوسط وشمال أفريقيا يجعلها عرضة لارتفاعات حادة في الإصابات بفيروس كورونا مع ظهور سلالات متحورة من الفيروس.² وتشكل التوترات السياسية وأوضاع الهشاشة التي تسود في كثير من البلدان النامية المصدرة للنفط، مثل إيران والعراق وليبيا واليمن، مخاطر إضافية على توقعات النمو في تلك البلدان.

وتغذي التوقعات بتعافي متواضع في الطلب العالمي تعافيا ضعيفا على نحو مماثل في الثقة في شركات القطاع الخاص. ويمكن النظر إلى المؤشرات الشهرية لمديري المشتريات، التي ترصد التغيرات الشهرية في قرارات الاستثمار في القطاع الخاص تحسبا لظروف السوق المتوقعة، على أنها مؤشرات على ثقة الشركات. وتتوفر مؤشرات مديري المشتريات لعدد قليل من اقتصادات منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، وهي مصر ولبنان والسعودية والإمارات وقطر. وتشير القراءات التي تزيد على 50 مؤشرا إلى تحسن أوضاع الأعمال للقطاع الخاص. وفي لبنان، لا يزال المؤشر دون مستوى 50 نقطة منذ 2019 على الأقل.

ويظهر الشكل 2-2 انكماشات حادة في شهري مارس/آذار وأبريل/نيسان 2020، ولكن بحلول شهر سبتمبر/أيلول 2020، تجاوزت مصر والسعودية والإمارات وقطر مستوى 50 نقطة، وهو مستوى يشير إلى تحسن مناخ الأعمال. وكانت قراءة المؤشر في كل من السعودية والإمارات وقطر أعلى من 50 منذ بداية عام 2021، مما يشير إلى استمرار التوسع الاقتصادي في القطاع الخاص، بما يتماشى مع التوقعات الخاصة بنمو الناتج.

وعلى النقيض من ذلك، انخفض المؤشر مرة أخرى بالنسبة لمصر، وسجل أقل من 50 منذ شهر ديسمبر/كانون الأول 2020، وهو ما يشير إلى تدهور مستمر في ثقة القطاع الخاص وأفاق الاستثمار. من ناحية أخرى، واعتبارا من الربع الثالث من 2020، تقلص التراجع في الاستثمار العام في مصر على أساس سنوي، وبدأ في الارتفاع على أساس سنوي في الربع الأول من عام 2021. ووفقا لبيانات من وزارة التخطيط والتنمية الاقتصادية المصرية، تم الاطلاع عليها يوم 17 أغسطس/آب 2021، تراجعت الاستثمارات الخاصة الاسمية بنسبة 43% على أساس سنوي في الربع الأول من عام 2021، في حين ارتفعت الاستثمارات العامة بنسبة 14% على أساس سنوي خلال الفترة نفسها. وبالتالي، ففي مصر على الأقل، هناك كثير من الشواهد التي تشير إلى تفاوت مساهمات القطاعين العام والخاص في النمو في عام 2021.

أثر مراقبة الصحة العمومية

وبينما عطلت جائحة كورونا الاقتصاد العالمي عن المضي في مساره في أوائل 2020، فإن التفاوتات بين البلدان في تقديرات التكاليف الاقتصادية للجائحة ترتبط بقدرة أنظمة الرعاية الصحية في كل بلد على التصدي لها. وتعتبر القدرة على إجراء الاختبارات عنصرا أساسيا في المراقبة الصحية التي لا غنى عنها في الوقاية من الأمراض والتصدي لها (دي والك وآخرون، 2020). ويبين الشكل 2-3 الارتباط الجزئي بين معدلات النتائج الإيجابية لاختبارات كورونا وتكاليف الاقتصاد الكلي للجائحة، ويتجلى ذلك في الفرق بين توقعات النمو قبل الجائحة والتقديرات الحالية لمعدلات نمو إجمالي الناتج المحلي عام 2020. وتشير التقديرات الاقتصادية القياسية إلى أن انخفاضاً بنسبة 1% في معدل النتائج الإيجابية لاختبارات كورونا في بلد ما يرتبط بتراجع قدره 0.08% في معدل النمو المتوقع عام 2020، بعد تحييد أثر نصيب الفرد من إجمالي الناتج المحلي عام 2019. كما تظهر عملية مماثلة لقياس تأثير معدل النتائج الإيجابية لاختبارات كورونا على التكلفة المتراكمة المتوقعة للأزمة التي سيتكبدها الاقتصاد الكلي حتى عام 2021، بالتعديل بالهبوط في إجمالي الناتج المحلي عام 2021، وذلك على الرغم من كونه أصغر وأقل دلالة إحصائية.³

² انظر مناقشة بشأن التطعيم في الفصل السادس.
³ انظر الملحق أ-1.

ومن المتوقع أن تتحسن أرصدة المالية العامة في المنطقة في عام 2021، لا سيما في دول مجلس التعاون الخليجي وغيرها من البلدان المصدرة للنفط بفضل ارتفاع أسعار النفط (انظر جدول ملحق البيانات ب1). ومع ذلك، وبينما تبلغ أرصدة المالية العامة نسبة 5.2% في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا ككل و7.1% في البلدان المستوردة للنفط، فإن الحيز المتاح في المالية العامة - قدرة الحكومة على زيادة الإنفاق بشكل مستدام لتلبية الاحتياجات- يظل محدودا في وقت لا تزال فيه الجائحة تتطلب مصروفات صحية واجتماعية ضخمة. وسيتحسن مستوى الدين العام كنسبة من إجمالي الناتج المحلي بشكل طفيف لكنه سيظل مرتفعا. وبالنسبة لمنطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا في المتوسط، من المتوقع أن تتحسن نسبة الدين العام من إجمالي الناتج المحلي عام 2021 من 56.3% إلى 53.6%، في حين يتوقع أن تتحسن في دول مجلس التعاون الخليجي من 90.4% إلى 92.3% مع بقاء عجز الموازنة على ارتفاعه⁴.

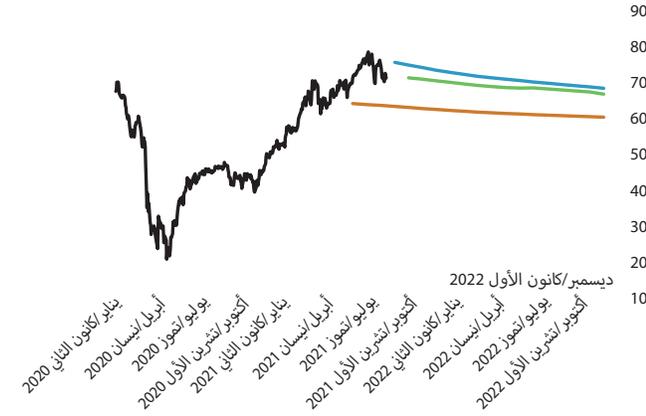
ومن المتوقع أيضا أن تتحسن أرصدة المعاملات الجارية لبلدان الشرق الأوسط وشمال أفريقيا عام 2021، مدفوعة أساسا بالزيادة الكبيرة في صادرات المنطقة، لا سيما بسبب النفط. ويتوقع أن تشهد دول مجلس التعاون الخليجي والبلدان المصدرة للنفط أكبر قدر من التحسن، إذ تعزز زيادة الصادرات وارتفاع أسعار النفط إيرادات جميع البلدان المصدرة للنفط.

أثر ارتفاع أسعار السلع الأولية

منذ صدور تقرير أحدث المستجدات الاقتصادية لمنطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا في الربع الأول من عام 2021، تواصل أسعار النفط ارتفاعها، في حين تراجع تضخم أسعار السلع الغذائية الذي يضر الأسر الأشد فقرا أكثر من غيرها. ونظرا لتنوع انكشاف البلدان المنطقة لأسواق السلع الأولية، فإن تأثير صدمات أسعارها يختلف من بلد لآخر.

الشكل 4-2. أسعار النفط والعقود الآجلة

(بالدولار الأمريكي للبرميل، تواريخ الاستحقاق على المحور الأفقي)



ويبين الشكل 4-2 أن سعر النفط كان أقل من 20 دولارا للبرميل في بداية الجائحة عندما اندلعت حرب أسعار. وارتفعت الأسعار بعد أن خفضت منظمة البلدان المصدرة للنفط (أوبك) الإنتاج، ثم استقرت لفترة وجيزة في سبتمبر/أيلول وأكتوبر/تشرين الأول 2020، عندما أثارت المخاوف من بقاء التعافي الاقتصادي القلق حيال ضعف الطلب على النفط. ومنذ نهاية أكتوبر/تشرين الأول 2020، فإن سعر النفط أخذ في الارتفاع، وتخطى حاجز 70 دولارا للبرميل في يوليو/تموز 2021، مع استكمال الاقتصادات العالمية الكبرى تطعيم أعداد كبيرة من سكانها واستمرار التخفيضات في إنتاج النفط.

وتتوقع السوق استقرار سعر النفط تدريجيا عند 65 دولارا للبرميل بنهاية عام 2022. ومع ذلك، ثمة قدر كبير من عدم اليقين فيما يتعلق بمسار الأسعار. وتأتي المخاطر السلبية من جهتين. أولا، ما تسببه سلالة دلتا المتحورة من فيروس كورونا من ارتفاع في الإصابات حول العالم، مما يعني موجات جديدة من تعثر

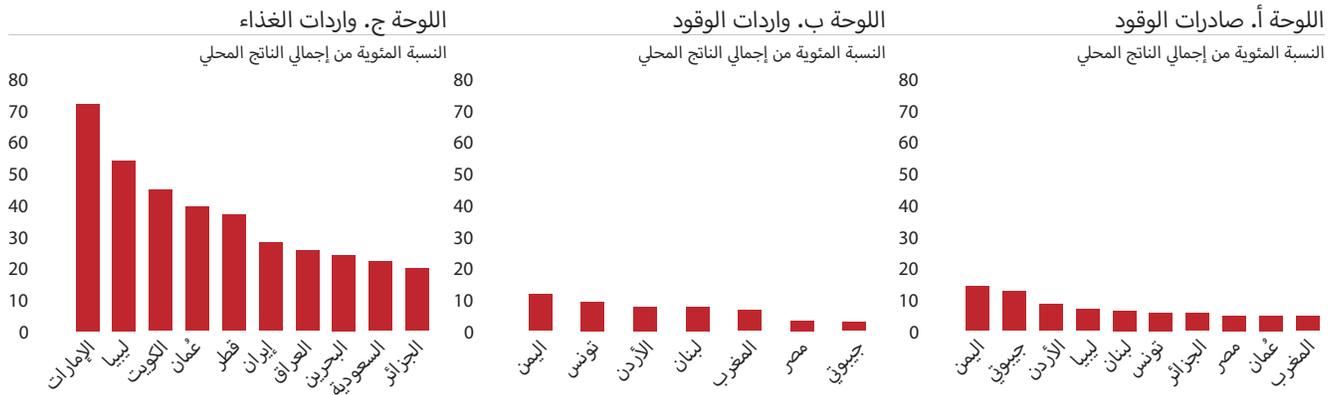
المصدر: مكتب رئيس الخبراء الاقتصاديين لمنطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا بالبنك الدولي؛ وبلومبرج، L.P. ملاحظة: يشير الخط الأسود إلى السعر الفوري لخام برنت. تشير الخطوط الملونة إلى أسعار العقود الآجلة لخام برنت في 6 أبريل/نيسان 2021 و14 يوليو/تموز 2021 و13 أغسطس/آب 2021، على التوالي.

النشاط الاقتصادي، الأمر الذي قد يخفض الطلب على النفط. وثانيا، قد يزداد المعروض العالمي من النفط ما دامت الأسعار مرتفعة. على سبيل المثال، يمكن استئناف إنتاج النفط الصخري في الولايات المتحدة، أكبر منتج في العالم، تدريجيا إذا ظل سعر النفط أعلى من أسعار المنتجين عند نقطة التعادل، التي تقدر بما يتراوح بين 60 و90 دولارا للبرميل (كلاينبرج وآخرون 2018).

⁴ انظر (غاتي وآخرون. 2021) للاطلاع على نقاش حول أوجه الضعف المتصلة بالدين العام في المنطقة.

ورغم أن أسعار النفط المرتفعة تغذي فيما يبدو النشاط الاقتصادي في البلدان المصدرة للنفط، وربما تؤدي إلى كساد النشاط الاقتصادي في البلدان المستوردة له. وتظهر شواهد الاقتصاد القياسي من عينة عالمية من البلدان أن صدمات أسعار الصادرات الإيجابية ترفع نمو إجمالي الناتج المحلي في المتوسط، في حين أن صدمات أسعار الواردات لا تؤثر فيما يبدو تأثيراً كبيراً على نمو إجمالي الناتج المحلي (انظر جدول الملحق 2-1). ولكن يبدو أن الوضع يختلف في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، حيث تكون للصدمات الإيجابية والسلبية لأسعار السلع الأولية آثار أكبر على النمو منها في بقية العالم. وإذا افترضنا نفس التعرض وصدمات الأسعار، تشير شواهدنا الاقتصادية القياسية إلى أن صدمات أسعار الصادرات تعزز نمو إجمالي الناتج المحلي في البلدان المصدرة للنفط متوسطة الدخل في المنطقة أكثر بكثير من بقية العالم. ومن ناحية أخرى، تؤثر الزيادات في أسعار الواردات تأثيراً سلبياً على بلدان الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، ولا سيما البلدان المستوردة للنفط، أكثر من بقية العالم.

الشكل 2-5. الانكشاف أمام السوق الدولية للسلع الأولية



المصادر: مؤشرات التنمية العالمية، البنك الدولي، وحسابات خبراء البنك الدولي.

ملاحظة: بالنسبة للوحه أ: الإمارات والكويت وقطر حتى عام 2019؛ ليبيا وعمان والبحرين وإيران حتى عام 2018؛ الجزائر حتى عام 2017؛ السعودية والعراق حتى عام 2016. بالنسبة للوحه ب: البيانات حتى عام 2019، باستثناء لبنان واليمن حتى عام 2018؛ وجيبوتي حتى عام 2009. بالنسبة للوحه ج: البيانات عن مصر والمغرب وتونس حتى عام 2019؛ لبنان وليبيا وعمان واليمن حتى عام 2018؛ الجزائر حتى عام 2017؛ جيبوتي حتى عام 2009.

وتوضح اللوحه أ من الشكل 2-5 أن صادرات الوقود كنسبة مئوية من إجمالي الناتج المحلي تجاوزت 70% في الإمارات في عام 2019، وبلغت 20% أو أكثر في جميع البلدان الرئيسية المصدرة للوقود، على الرغم من أن تواريخ الإبلاغ عن البيانات تتفاوت من 2016 إلى 2019. وهذا يعني أن كبار مصدري النفط في المنطقة، بما في ذلك البلدان النامية المصدرة للنفط مثل ليبيا والعراق، سيستفيدون على الأرجح من صعود أسعار النفط المتوقع في العام المقبل.

وفي الفترة بين 1 مارس/آذار و16 سبتمبر/أيلول 2021، ارتفع السعر الفوري للنفط بنسبة 16%. وبالتالي، يجدر التساؤل عما إذا كانت صدمة أسعار النفط هذه يمكن أن تفسر التغيرات في توقعات البنك الدولي للنمو منذ أبريل/نيسان 2021. وباستخدام تقديرات الاقتصاد القياسي الواردة في جدول الملحق 2-1، يمكننا حساب حجم تأثير الزيادة في سعر النفط على النمو المتوقع. وبالنسبة لحالة مجلس التعاون الخليجي ككل، فإن الأثر الصافي لزيادة أسعار النفط (بعد تسوية الأثر من خلال واردات الوقود) هو +0.43 نقطة مئوية. وبالنسبة للبلدان المتوسطة الدخل المصدرة للنفط كمجموعة، يبلغ صافي الأثر +0.28 نقطة مئوية. وعلى النقيض من ذلك، بالنسبة للبلدان المستوردة للنفط في المنطقة، فإن صافي الأثر على النمو المتوقع بسبب الزيادة في أسعار النفط بين شهري مارس/آذار وسبتمبر/أيلول يبلغ -0.14 نقطة مئوية. ومن المثير للاهتمام أن البيانات الخاصة بتعدلات تنبؤات النمو الواردة في جدول الملحق 2 تشير إلى أن التغيير في توقعات النمو في دول مجلس التعاون الخليجي عام 2021 بلغ +0.4 نقطة مئوية، وهو رقم قريب جداً من تقديراتنا بشأن تأثير الزيادة في سعر النفط البالغة +0.43 نقطة مئوية.

في المقابل، يمكن أن تشكل الزيادات في أسعار النفط عبئا على اقتصادات البلدان المستوردة للوقود (انظر اللوحة ب من الشكل 2-5). وبالمثل، فإن عدة اقتصادات في المنطقة منكشفة أيضا للزيادة في أسعار السلع الأولية الأخرى. ويعد اليمن، وهو أكبر مستورد للنفط والغذاء في المنطقة، الأكثر تعرضا للسوق العالمية بالمنطقة (انظر الشكل 2-5، اللوحة ج). فالتضخم في أسعار الغذاء يضر بشكل خاص بمن يعيشون في فقر. ومن المتوقع أن يرتفع عدد من يعيشون في فقر (أقل من 5.50 دولارا للفرد في اليوم) إلى 189 مليوناً في عام 2021. وتقلل هذه التوقعات من شأن معدل الفقر، لأنها تفترض أن كل أسرة تتأثر بالقدر نفسه، في حين تؤثر أسعار الغذاء في الواقع بشكل غير متناسب على الفقراء.

ومن المسلم به أنه عند ارتفاع سعر النفط، تكون تحويلات العاملين المغتربين في البلدان المصدرة للنفط أحد مصادر الدخل بالنسبة للبلدان المستوردة. لكن من غير المرجح أن تعوض هذه التدفقات الأثر السلبي لأسعار الطاقة المرتفعة على النمو في البلدان المستوردة للنفط، على الأقل بشكل غير متزامن.

باختصار، تشهد منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا تعافيا متفاوتا وضعيفا من أزمة جائحة فيروس كورونا. وتشير توقعات البنك الدولي إلى أن بضعة بلدان في المنطقة ستعود إلى مستويات النشاط الاقتصادي التي بلغت عام 2019. ولا تزال الحالات القليلة التي يتوقع أن يتجاوز فيها إجمالي الناتج المحلي في عام 2021 مستويات ما قبل أزمة كورونا، مصر على سبيل المثال، مقيدة بفعل دينامية القطاع الخاص الهزيلة. ويبدو أن البلدان المصدرة للنفط تتعافى مع انتعاش أسواق النفط العالمية، ويبدو أن هذا التعافي قد عزز أيضا نشاط القطاع الخاص. غير أن أغلبية هذه الاقتصادات ستظل دون مستوياتها قبل الجائحة بنهاية عام 2021. وبالإضافة إلى ذلك، ارتبطت التقلبات العالمية في السلع الأولية الأخرى، ولا سيما المواد الغذائية الأساسية، بتضخم أسعار الغذاء المحلية، الذي عادة ما يلحق أشد الضرر بالأسر الفقيرة. خلاصة القول، يبدو أن الأداء الاقتصادي خلال عام 2020 يرتبط جزئيا بقدرة البلدان على تبني إستراتيجيات فعالة لمراقبة الصحة العامة، حيث من المرجح أن تؤدي معدلات التطعيم دورا أكثر أهمية في المستقبل القريب.

وتقدم الفصول التالية نظرة أطول أمدا حول التصدعات الاجتماعية والاقتصادية والصحية الأوسع نطاقا وكيف تركت منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا غير متأهبة لاستيعاب الصدمة الهائلة لجائحة فيروس كورونا.

الفصل الثالث. التحولات الاقتصادية المتقطعة في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا وتدايها على النمو الاقتصادي

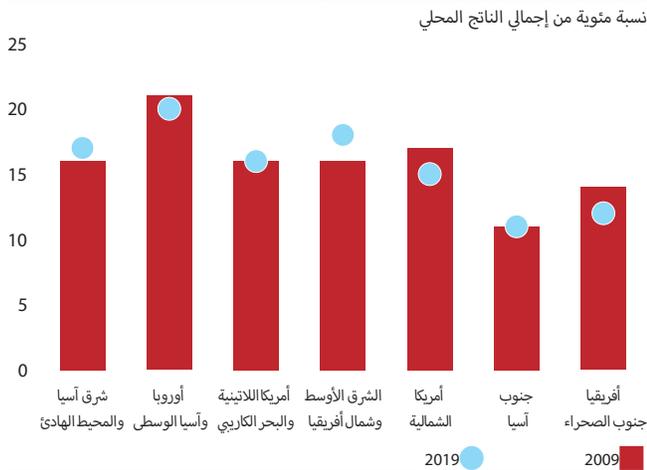
النتائج الرئيسية

- تخلت المنطقة عن التحول إلى نظام اقتصاد السوق فيما زاد الأثر الاقتصادي للقطاع العام خلال العقد المنتهي في عام 2019.
- وفي خضم هذه العملية، عانت المنطقة من سياسات المالية العامة قصيرة النظر: فمع ارتفاع فاتورة الأجور في القطاع العام، تراجع الإنفاق العام على الرعاية الصحية إلى مستويات منخفضة بشكل غير عادي بالنسبة لمستوى التنمية في المنطقة.

وقبل وقوع الاضطرابات الاجتماعية المرتبطة بالربيع العربي في عام 2011، اتبعت بلدان المنطقة نموذجاً للتنمية محوره الدولة عانى من مشكلات وعثرات كما يتضح من تزايد نقاط الضعف على مستوى الاقتصاد الكلي، بما في ذلك الدين العام وعجز الموازنة والاختلالات التجارية. ومع ذلك، بعد ثورات الربيع العربي، أخفقت حكومات المنطقة في الشروع في الإصلاحات العميقة اللازمة للمضي قدماً نحو تحقيق نمو شامل يستند إلى السوق. بل إن بعض السياسات التي ميزت العقد الاجتماعي التقليدي أصبحت أكثر ترسخاً، وزاد أثر القطاع العام في الاقتصاد. فعلى سبيل المثال، أظهرت البيانات الواردة من تونس قفزة حادة في معدلات التوظيف بالقطاع العام بعد عام 2010. وعلى صعيد عام، أدى هذا الاتجاه إلى تحول اقتصادي لم يكتمل بعد نحو اقتصاد السوق. ويوثق هذا الفصل كيف توقف هذا التحول ليترك بلدان الشرق الأوسط وشمال أفريقيا تعاني من وجود قطاع عام كبير زاحم على الأرجح الاستثمار في مجالات أخرى ذات أولوية مثل الصحة العامة.

ويصف الملحق 3 الإستراتيجية التجريبية المستخدمة لتحديد مدى ما شهدته بلدان المنطقة من تحولات اقتصادية متقطعة خلال العقد السابق على صدمة جائحة كورونا. وعلى وجه التحديد، يقارن النهج الاقتصادي القياسي بين مستوى مؤشرات محددة لبلدان الشرق الأوسط وشمال أفريقيا قبيل الجائحة ومؤشرات البلدان التي بلغت نفس معدلات التنمية عام 2009، أي قبل عقد من تفشي الجائحة في أنحاء العالم.

الشكل 3-1. نسبة الإنفاق الحكومي إلى إجمالي الناتج المحلي في عامي 2009 و2019



المصدر: مؤشرات التنمية العالمية، البنك الدولي.
ملاحظة: استناداً إلى بيانات من 160 بلداً تتوفر بياناتها. وتستخدم البيانات من عامي 2017 و2018 عندما لا تتوفر بيانات عام 2019.

ورغم ضرورة التحول إلى نظام اقتصاد السوق، توسع دور القطاع العام بعد عام 2011. ولتوثيق التحول الاقتصادي المتقطع في المنطقة، يستخدم هذا التقرير الإنفاق الحكومي كنسبة من إجمالي الناتج المحلي بوصفه مؤشراً بديلاً على حجم الأثر الاقتصادي للقطاع العام. إن منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا هي المنطقة الوحيدة من مناطق العالم التي زاد فيها الإنفاق الحكومي كنسبة من إجمالي الناتج المحلي بشكل كبير من 2009 إلى 2019 (انظر الشكل 3-1). ويتناقض النمو الذي يزيد على نقطتين مئويتين الذي سجلته المنطقة مع التراجع في منطقة أوروبا وآسيا الوسطى، ومنطقة أمريكا اللاتينية والبحر الكاريبي، ومنطقة أمريكا الشمالية، ومنطقة أفريقيا جنوب الصحراء. وارتفعت المصروفات العامة كنسبة مئوية من إجمالي الناتج المحلي أقل من 0.5 نقطة مئوية في منطقة شرق آسيا والمحيط الهادئ ومنطقة جنوب آسيا. وحتى عام 2019، كان حجم القطاع العام في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا يأتي في المرتبة الثانية بعد أوروبا وآسيا الوسطى.

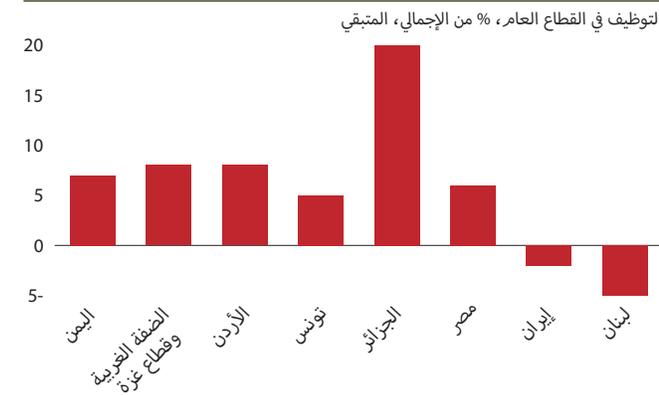
ولعل الأمر الأكثر أهمية من الزيادة في حجم القطاع العام هو أداء المنطقة مقارنة بما كان متوقعا نظرا لمستويات التنمية في اقتصادات المنطقة. فعلى صعيد كل بلد من بلدان المنطقة قبيل تفشي الجائحة، كانت نسبة الإنفاق الحكومي من إجمالي الناتج المحلي في نصف دول مجلس التعاون الخليجي ونصف بلدان المنطقة المتوسطة الدخل أعلى من المتوسط العالمي. ومع ذلك، تشير نتائج الاقتصاد القياسي في الشكل 2-3 إلى أن جميع دول مجلس التعاون الخليجي سجلت زيادات أعلى من المتوسط في نسب الإنفاق الحكومي بين 2009 و2019، مقارنة بنظيراتها التي بدأت بنفس مستوى نصيب الفرد من الدخل عام 2009. وباستثناء مصر والأردن والضفة الغربية وقطاع غزة، شهدت بلدان المنطقة خلاف دول مجلس التعاون أيضا زيادات أعلى (أو انخفاضات أقل) في نسب الإنفاق الحكومي من إجمالي الناتج المحلي مقارنة بنظيراتها. وبالتالي، كان نمو القطاع العام في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا غير منهجي مقارنة بالبلدان ذات المستوى نفسه من نصيب الفرد من إجمالي الناتج المحلي.

الشكل 2-3. التغيرات في الإنفاق الحكومي على إجمالي الناتج المحلي، 2019 مطروحا منها 2009 مقارنة بالمستوى المرجعي حسب مستويات التنمية



المصدر: مؤشرات التنمية العالمية، البنك الدولي، وحسابات خبراء البنك الدولي. ملاحظة: تعرض الرسوم البيانية المتبقي من انحدارات الفارق بين نسبة الإنفاق الاستهلاكي العام للحكومة من إجمالي الناتج المحلي عامي 2019 و2009، على لوغاريتم نصيب الفرد من إجمالي الدخل القومي في النموذج (2) عام 2009، كما ورد في الملحق ألف-3. ويعكس ترتيب أعمدة البلدان تصنيف البلدان حسب متوسط نصيب الفرد من إجمالي الناتج المحلي وفقا لتعادل القوة الشرائية.

الشكل 3-3. نسب التوظيف في القطاع العام بمنطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا خلاف مجلس التعاون الخليجي مقارنة بالمعايير القياسية حسب مستويات التنمية

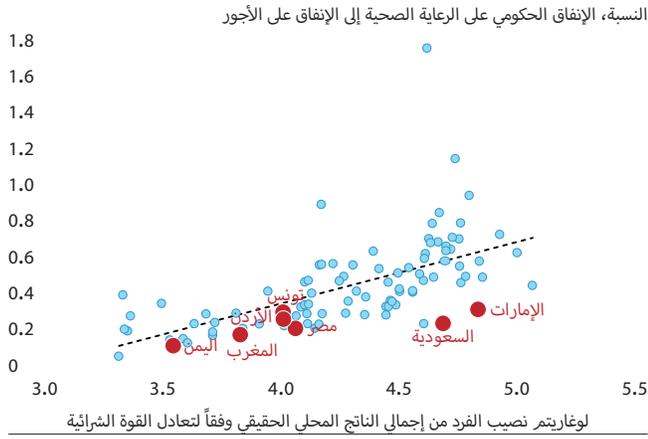


المصادر: منظمة العمل الدولية، الأمم المتحدة؛ ومؤشرات التنمية العالمية، البنك الدولي؛ وحسابات خبراء البنك الدولي. ملاحظة: المتبقي من الانحدار البسيط للمربعات الصغرى العادية لنسبة القطاع العام من الوظائف (أحدث سنة متاحة) في لوغاريتم عام 2009 لنصيب الفرد من إجمالي الدخل القومي. سنوات بيانات التوظيف: 2019 (لبنان، مصر، إيران، الأردن)، 2018 (الضفة الغربية وقطاع غزة)، 2017 (الجزائر، تونس)، 2014 (اليمن). ويعكس ترتيب أعمدة البلدان تصنيف البلدان حسب متوسط نصيب الفرد من إجمالي الناتج المحلي وفقا لتعادل القوة الشرائية.

وفي إطار العقد الاجتماعي السائد في المنطقة، أفرطت بلدان كثيرة في استخدام الوظائف العامة بهدف الحفاظ على السلم الاجتماعي والتوافق (جاتي وآخرون، 2013). وعلى هذا النحو أسفر تحليل مماثل لحجم العمالة في القطاع العام عن نتائج مماثلة لنتائج حجم الحكومة. ويوضح الشكل 3-3 المتبقي من الانحدار بالنسبة إلى معايير البلدان ذات المستويات المماثلة من نصيب الفرد من إجمالي الناتج المحلي في البلدان غير الأعضاء في مجلس التعاون الخليجي التي تصدر بيانات قابلة للمقارنة دوليا. وفي هذه العينة، يبدو أن لبنان وحده كان لديه وظائف منخفضة في القطاع العام لمستوى تنميته.⁵ وبطبيعة الحال، كان لبنان يواجه بالفعل مصاعب في تمويل القطاع العام في عام 2019، وهو عام البيانات المستخدم في المقارنة المرجعية، قبل أن يتخلف في نهاية المطاف عن سداد مدفوعات الدين العام في مارس/أذار 2020.

⁵ تُظهر الأدبيات التي بدأها باولو ماورو (1995) ثم تابعتها أليزينا وآخرون (2003) أن البلدان التي تعاني من تشرد شديد لا تستثمر بالقدر الكافي في المنافع العامة. ويبدو أن هذا هو الحال في لبنان.

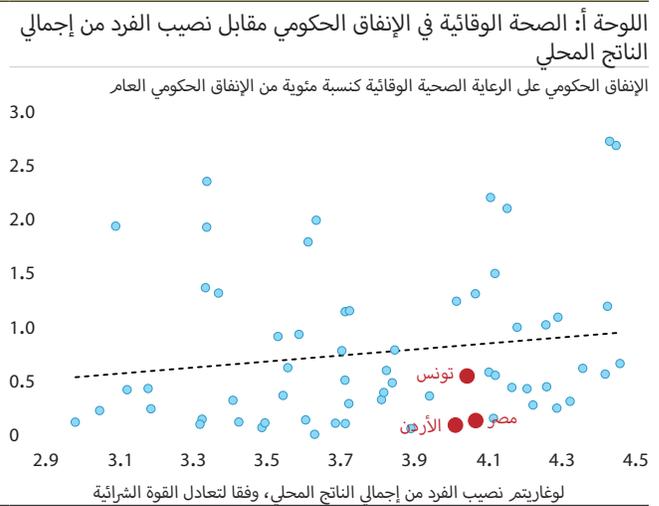
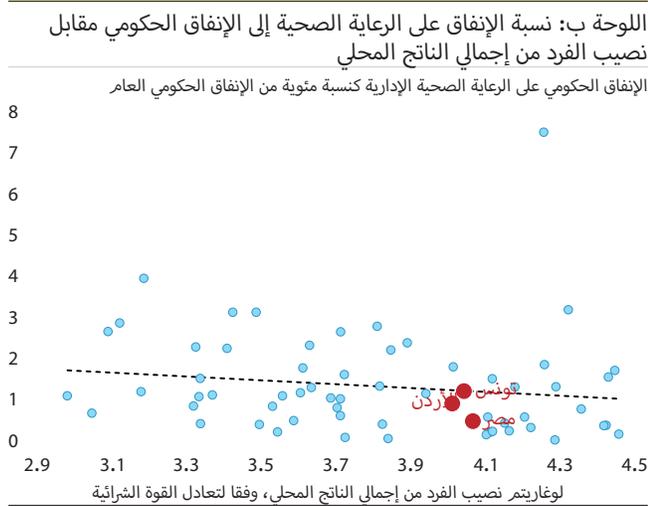
الشكل 3-4. الإنفاق الحكومي على الرعاية الصحية كنسبة من فاتورة الأجور العامة مقابل نصيب الفرد من إجمالي الناتج المحلي، 2018، المحلي



المصادر: منظمة الصحة العالمية، قاعدة بيانات الإنفاق الصحي العالمي (الإنفاق الحكومي على الصحة)، صندوق النقد الدولي (إجمالي الناتج المحلي، الإنفاق على مستحقات موظفي القطاع العام)، البنك الدولي (شراكة بين القطاعين العام والخاص)، حسابات خبراء البنك الدولي. ملاحظة: الاتجاه الخطي المبين. سنوات البيانات في البلد المعني: 2018 أو بعده (الإمارات، السعودية، الأردن، 2015 (مصر)، 2012 (تونس، اليمن)، 2011 (المغرب).

وهناك الكثير من المؤلفات التي تناقش الإنفاق على الصحة من جانب الجهات الفاعلة العامة والخاصة (على سبيل المثال كوروفسكي 2021). وفي حين لا يوجد إجماع عالمي على الحد الأمثل للإنفاق على الصحة، فمن الواضح أن بعض البلدان تنفق نسبة كبيرة من إجمالي الناتج المحلي على الرعاية الصحية بينما لا تنفق بلدان أخرى إلا نسبة ضئيلة. وتخصص بعض بلدان المنطقة، مثل الإمارات، نسبة كبيرة من الإنفاق الحكومي للصحة. ورغم ذلك، فالمهم هو كيفية إنفاق المال ومدى جودة هذا الإنفاق. وثمة توافق متزايد في الأدبيات في مجال الصحة على أن الإصلاحات ينبغي أن تهدف إلى توفير تغطية صحية شاملة للجميع بطرق من شأنها أن تعزز الرعاية الوقائية والأولية وتبني أنظمة صحية قادرة على الصمود في وجه التحديات. ولا يمكن أن يكون لهذا أهمية أكبر مما هو عليه في الوقت الحالي، مع مراعاة احتياجات الرعاية الصحية أثناء الجائحة. ومع ذلك تظهر البيانات أنه يتم توجيه موارد أقل للصحة الوقائية وبناء الأنظمة الصحية. وتظهر البيانات من 65 بلداً، من بينها ثلاثة بلدان بالمنطقة - مصر وتونس والأردن - أن نسبة الإنفاق على الرعاية الصحية الوقائية إلى الإنفاق الحكومي العام في هذه البلدان الثلاثة أقل مقارنة بالبلدان الأخرى في العينة. وتبين اللوحة أ من الشكل 3-5 أن نسبة الرعاية الصحية الوقائية أقل من المتوقع استناداً إلى مستوى الدخل. كما أن الإنفاق أقل على الحوكمة، والنظام الصحي، والمصرفيات الإدارية. وهذا يعني أن الأردن ومصر وتونس تنفق قدراً أقل على بناء نظم صحية وطنية (كنسبة من إجمالي الإنفاق الحكومي) مقارنة بنظيراتها على مستوى الدخل (انظر اللوحة ب الشكل 3-5).

الشكل 3-5. الإنفاق على الصحة الوقائية والنظام الصحي



المصدر: قاعدة بيانات الإنفاق الصحي العالمي لمنظمة الصحة العالمية (الإنفاق الحكومي على الرعاية الصحية الوقائية، الإنفاق الحكومي على الرعاية الصحية فيما يتعلق بالحوكمة، والنظام الصحي، وإدارة التمويل)؛ والبنك الدولي، مؤشرات التنمية العالمية (نصيب الفرد من إجمالي الناتج المحلي، وفقاً لتعديل القوة الشرائية)، وحسابات خبراء البنك الدولي. ملاحظة: الملاحظات مستقاة من 65 بلداً. البيانات حتى عام 2018.

ونستطيع أن نفرس جزءا من هذا الضعف في الاستثمارات في قطاع الصحة، وخاصة الصحة الوقائية، بفكرة "سياسات المالية العامة قصيرة النظر". فعادة ما تواجه الحكومات احتياجات ملحة في الأجل القصير، وكثير منها ينطوي على عواقب سياسية مهمة، وتجد أن من الأنسب التركيز على الإنفاق الذي يحقق تأثيرات قصيرة الأجل بدلا من المكاسب الاجتماعية التي لها تأثيرات طويلة الأجل.⁶ وإذا نظرنا إلى الإنفاق على التوظيف في الجهاز الحكومي من خلال هذا المنظور يمكن القول إن له تأثيرات سياسية مواتية في الأمد القريب: فالتوظيف بالجهاز الحكومي من شأنه أن يساعد في الحفاظ على النظام الاجتماعي. في المقابل، يمكن أن تكون للرعاية الصحية الوقائية آثار مفيدة طويلة الأجل على الصحة العامة والنمو الاقتصادي على السواء.⁷ ولكن بعد أحداث الربيع العربي، كانت درجة قصر النظر شديدة في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، كما يتضح من حقيقة أن الإنفاق على الرعاية الوقائية وعلى النظام الصحي عموما كان منخفضا بشكل غير طبيعي مقارنة بالبلدان الأخرى ذات مستوى الدخل المماثل. وهذا في منطقة زاد فيها إجمالي الإنفاق الحكومي. وعندما يقترن بعوامل أخرى في المنطقة تعرقل وضع السياسات - لا سيما إخفاقات الحوكمة، بما في ذلك الافتقار إلى الشفافية وغياب المساءلة- فإن هذا التفكير قصير الأجل حال بصورة غير مباشرة دون الاستثمار في مجال الصحة العامة (وغيرها من الخدمات العامة) اللازمة لبناء نظم صحية عامة قادرة على استيعاب الصدمات الناجمة عن الأحداث الصحية غير المتوقعة، مثل الأوبئة والكوارث الطبيعية والصراعات المسلحة. والواقع أن الصراعات المسلحة في المنطقة قيّدت أيضا من الحيز المالي المتاح للاستثمار في الصحة العامة على الأمد الطويل في البلدان المنكوبة بالصراع، بل أيضا في البلدان التي تتحمل عبء تكاليف استضافة اللاجئين.⁸

ومن ثم فقد تركت التحولات الاقتصادية المتقطعة منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا تعاني من أوجه ضعف مالية وأعباء كبيرة على كاهل المالية العامة، في حين تزداد خدمات الصحة العامة وربما غيرها من الخدمات العامة سوءا. وقد تفاقمت التحديات الإنمائية الناجمة عن التخلي عن التحول إلى نظام اقتصاد السوق بفعل الانتقالات الديموغرافية والوبائية المجزأة والمتقطعة، التي سنناقشها في الفصول التالية.

⁶ تناقش الأدبيات المتعلقة بدورة الأعمال السياسية كيف يستخدم السياسيون الحاليون أدوات السياسة المالية والنقدية أملا في تحفيز الاقتصاد قبل إجراء الانتخابات، ومن ثمّ تحسين فرصة إعادة انتخاب حزبهم بشكل كبير. انظر درازين (2000) للاطلاع على عرض عام.
⁷ تشمل الرعاية الوقائية برامج التحصين، والفحوصات الصحية، والتوعية الصحية، واكتشاف الأمراض، والمتابعة والاستجابة للطوارئ.
⁸ في العديد من البلدان المتأثرة بالصراعات، يعد القطاع الخاص والمنظمات غير الحكومية مصدرا رئيسيا للرعاية الصحية حيث لا تتوفر الخدمات الحكومية.

الفصل الرابع. التحوّلات الديموغرافية والوبائية المتقطعة في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا

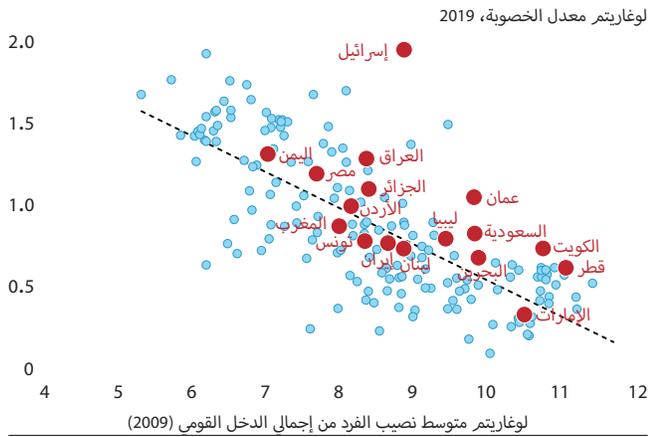
النتائج الرئيسية

- خلف التحوّل الديموغرافي المتقطع نسب إعالة مرتفعة ترتبط باختلالات خارجية في الاقتصاد الكلي في بعض البلدان، وخلق إحساسا وهميا بانخفاض مستويات المرض، وهو ما يرجع في الأساس إلى زيادة نسبة الأطفال من السكان.
- وترك التحول الوبائي المتقطع المنطقة تحت وطأة أعباء مرتفعة بسبب الأمراض غير السارية معدّلة حسب العمر.

التحول الديموغرافي المتقطع في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا

مع تطور البلدان واستفادتها من أوجه التقدم في مجال الصحة والرعاية الطبية، يزداد متوسط العمر المتوقع وتنخفض معدلات الخصوبة. وفي مرحلة ما، يؤدي هذان التطوران إلى زيادة فئة السكان في سن العمل مقارنة بفئة الصغار وكبار السن. إن الانخفاض الناتج عن ذلك في نسبي الإعالة (اللتين تقيسان معا بشكل أساسي النسبة المئوية للسكان الذين لا يعملون) يعزز نصيب الفرد من الناتج الكلي، الأمر الذي يمكن أن يسرع من معدل نمو نصيب الفرد من إجمالي الناتج المحلي. وقد أطلق على هذا التمثيل الضخم للسكان في سن العمل، الذي يصب في مصلحة الناتج، اسم العائد الديموغرافي.⁹ وبالإضافة إلى ذلك، ومع ارتفاع الحجم النسبي للسكان في سن العمل، تزداد المدخرات الوطنية، مما يخفف العجز في حساب المعاملات الجارية، وهو أحد جوانب الضعف الرئيسية في الاقتصاد الكلي الذي لوحظ في عدة بلدان بالمنطقة منذ بداية أحداث الربيع العربي عام 2011.

الشكل 1-4. معدل الخصوبة ونصيب الفرد من الدخل القومي



المصادر: التوقعات السكانية في العالم، الأمر المتحدة؛ ومؤشرات التنمية العالمية، البنك الدولي؛ وحسابات خبراء البنك الدولي. ملاحظة: الاتجاه الخطي مبين.

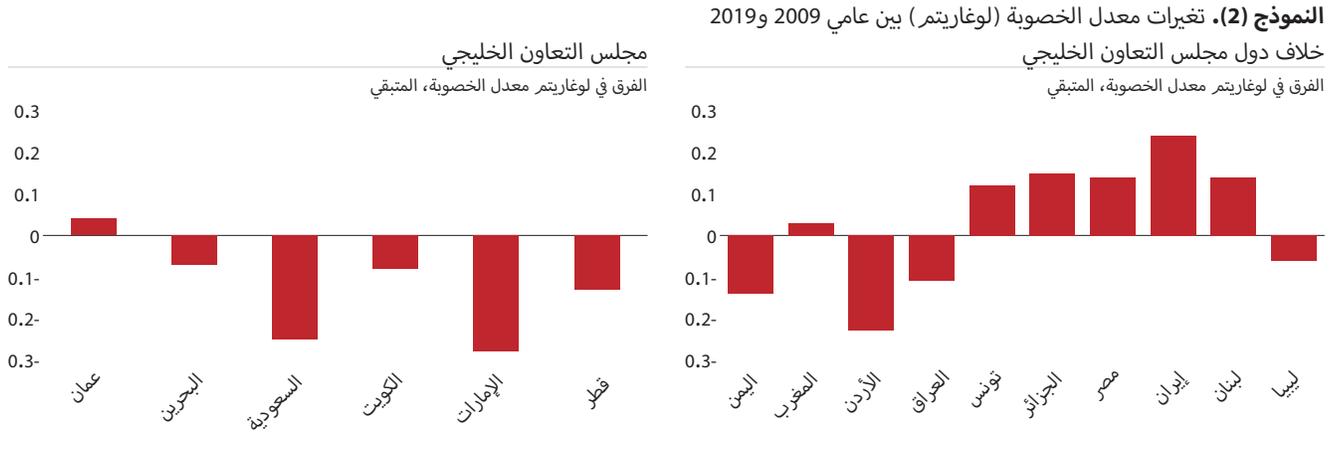
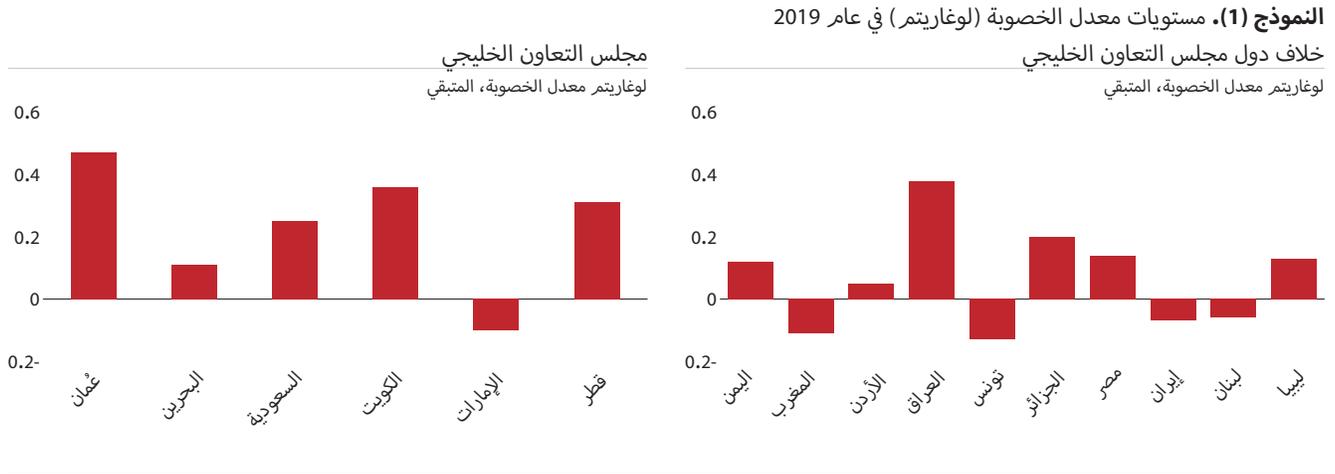
ولم تحقق المنطقة الإمكانيات الكاملة للعائد الديموغرافي. وقد اتسم تطور توزيع سكان المنطقة حسب العمر بنمو فئات الصغار وكبار السن. وظلت معدلات الخصوبة مرتفعة، حتى مع زيادة متوسط العمر المتوقع وانخفاض وفيات الرضع، مما أدى إلى ارتفاع معدلات إعالة الصغار وكبار السن. ولم تجن منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا بعد ثمار العائد الديموغرافي، وبالتالي فإنها تحقق معدلات نمو اقتصادي أدنى مما كان بوسعها تحقيقه.

يستخدم هذا القسم معدل الخصوبة في بلد ما كمؤشر بديل لتمثيل الديناميات الديموغرافية للبلد. ويبين الشكل 1-4 العلاقة بين معدلات الخصوبة عام 2019 ونصيب الفرد من إجمالي الناتج المحلي عام 2009 في عينة من بلدان العالم. وعادة ما تتراجع معدلات الخصوبة مع ارتفاع مستوى التنمية؛ فترتبط زيادة بنسبة 1% في نصيب الفرد من إجمالي الناتج المحلي بانخفاض 0.22% في معدل الخصوبة. والأهم من ذلك أنه رغم ترسخ هذه العلاقة

⁹ انظر البنك الدولي (2016) <https://www.worldbank.org/en/publication/global-monitoring-report>

السلبية فيما يبدو بمنطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، التي تشهد بلدانها الأكثر ثراء معدلات خصوبة أقل على ما يبدو، تزيد معدلات الخصوبة في بلدان المنطقة عن المستويات المتوقعة مقارنة بالبلدان ذات مستويات الدخل المماثلة. وينطبق هذا على كافة مجموعات الدخل في المنطقة، بما في ذلك دول مجلس التعاون الخليجي (باستثناء الإمارات) ومعظم البلدان غير الأعضاء في المجلس (باستثناء المغرب وتونس ولبنان وإيران). ولا تقل الاستثناءات إلا بشكل طفيف عن المستويات المتوقعة.

الشكل 2-4. معدلات الخصوبة في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا مقارنة بالمعايير المرجعية حسب مستويات التنمية



المصادر: التوقعات السكانية في العالم، الأمم المتحدة؛ ومؤشرات التنمية العالمية، البنك الدولي؛ وحسابات خبراء البنك الدولي. ملاحظة: المتبقي في اللوحات العليا محسوبا من انحدار لوغاريتم معدل الخصوبة عام 2019 على لوغاريتم نصيب الفرد من إجمالي الدخل القومي في النموذج (1) كما ورد في الملحق ألف-3. والمتبقي في اللوحات السفلي محسوبا من انحدار الفارق في لوغاريتم معدلات الخصوبة عامي 2019 و2009 على لوغاريتم نصيب الفرد من إجمالي الدخل القومي في النموذج (2) عام 2009. ويعكس ترتيب أعمدة البلدان تصنيف البلدان حسب متوسط نصيب الفرد من إجمالي الناتج المحلي وفقا لتعادل القوة الشرائية.

ويبين الشكل 2-4 النتائج المعيارية للاقتصاد القياسي لبلدان المنطقة. وشهدت جميع دول مجلس التعاون الخليجي (باستثناء الإمارات) وأكثر من نصف البلدان غير الأعضاء بالمجلس معدلات خصوبة أعلى من نظيراتها في الدخل عام 2019. وعلاوة على ذلك، لا تزال البلدان غير الأعضاء في مجلس التعاون الخليجي التي تنخفض فيها معدلات نمو الخصوبة نسبيا، مثل الأردن والعراق، أعلى من نظيراتها في عام 2019. وفي الوقت ذاته، شهدت البلدان التي تنخفض فيها معدلات الخصوبة عن نظيراتها، مثل إيران وتونس، زيادات أعلى من المتوقع في الخصوبة بين 2009 و2019. وتظهر بيانات من التوقعات السكانية في العالم، الأمم المتحدة، أن ديناميات معدل الخصوبة في العديد من بلدان المنطقة تغيرت من التراجع المستمر طوال سنوات إلى زيادة مفاجئة في أواخر العقد الأخير من القرن العشرين وأوائل

العقد الأول من القرن الحادي والعشرين (انظر السحرتي وآخرون (2021) بالنسبة لحالة مصر). أي أنه في أعقاب الربيع العربي، كانت معدلات الخصوبة في معظم بلدان المنطقة مرتفعة مقارنة بمستويات التنمية فيها حتى 2009، أو شهدت زيادات غير عادية في معدلات الخصوبة بين 2009 و2019، مما أسفر عن تحوّل ديموغرافي متقطع.

ولا يتسع المجال في هذا التقرير لتقديم تفسير لاستمرار ارتفاع معدلات الخصوبة في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا. ومع ذلك، إذا أخذنا ارتفاع معدلات الخصوبة كأمر مسلم به، فقد كان الأثر المترتب على ذلك هو زيادة نسب إعالة الصغار قبيل الجائحة، مع ما يترتب على ذلك من تداعيات ضخمة صحية ومالية واقتصادية.

أولاً، قد يلحق ارتفاع نسبة إعالة الصغار الضرر بصحة المرأة أو بنصيب الفرد من الاستثمارات العامة والخاصة في تعليم الأطفال وصحتهم، خاصة في البلدان منخفضة الدخل.

ثانياً، ربما أضر التحول الديموغرافي غير المكتمل في المنطقة بأرصدة الاقتصاد الكلي والنمو. فارتفاع مستوى إعالة الصغار والمسنين يزيد الأعباء على كاهل المالية العامة في بلدان المنطقة، ويسفر عن وجود قطاع عام غير مستدام مالياً، حيث تعجز إيرادات الضرائب الحكومية عن تلبية احتياجات الإنفاق في مجالي الصحة والتعليم، حتى مع استمرار القطاع العام في الاضطلاع بدور كبير في اقتصادات المنطقة. ومع ذلك، فإن نموذج التنمية الذي يمثل فيه القطاع العام الملاذ الأول للتوظيف، كما هو الحال في المنطقة، لا يمكن أن يحقق الاستفادة في الأجل الطويل كما يتجلى في الانخفاض المزمّن في معدلات النمو وأوجه الضعف التي تعترى المالية العامة. وعلاوة على ذلك، فإن ارتفاع نسب الإعالة يقلص أيضاً المدخرات الخاصة لأن المزيد من موارد الأسر تخصص لاحتياجات الأطفال والمسنين، مما يعني خسارة موارد كان من الممكن أن تتوفر لولا ذلك لتمويل الاستثمارات اللازمة لتعزيز النمو الاقتصادي. ونتيجة لذلك، أسهم انخفاض المدخرات الحكومية والخاصة في العجز المزمّن في حساب المعاملات الجارية. وفي الواقع، يرتبط ارتفاع نسب إعالة الصغار والمسنين بتأثير سلبي كبير على رصيد المعاملات الجارية (أرزقي وآخرون 2020). كما أن نسب الإعالة المرتفعة تؤدي إلى انخفاض نصيب الفرد من الناتج (إذ إن الصغار وكبار السن لا يعملون في الغالب).¹⁰

التحول الوبائي المتقطع في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا

تعمل الديناميات الوبائية - تطور أسباب الوفيات بين سكان بلد ما- بالترادف مع الديناميات الديموغرافية فيما ينتقل البلد من مستويات الدخل المنخفض إلى مستويات الدخل الأعلى. وعلى وجه التحديد، ومع ازدياد ثراء البلدان، يؤدي تحسين سبل الحصول على الرعاية الصحية والطبية إلى انخفاض عدد الوفيات الناجمة عن الأمراض المعدية (السارية). وخلال هذه العملية، تميل نسبة الوفيات الناجمة عن الأمراض غير السارية إلى الارتفاع (عمران 2005).¹¹ ولأن نسبة إعالة المسنين في المنطقة ترتفع أثناء هذا التحول الوبائي المتقطع، فإن الأمراض غير السارية مثل السرطان، وأمراض القلب والأوعية الدموية، والسكري، وأمراض الجهاز التنفسي المزمّن تصبح سبباً أكبر للوفاة. على سبيل المثال، يشكل مرض السكري أحد عوامل الخطر البيولوجية الرئيسية للأمراض غير السارية، وقد زادت الإصابة بالسكري بنسبة 99% خلال العقد الماضي في السعودية، من 1.4 مليون حالة عام 2009 إلى 2.7 مليون عام 2019. وقد أصبح عبئاً صحياً واقتصادياً كبيراً بسبب تأثيره على رأس المال البشري (يصدر قريباً عن البنك الدولي). ويعد انتشار السمنة والسكري في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا من بين أعلى المعدلات في العالم (انظر الشكل 3-4).

ومن سمات التحول الوبائي غير المكتمل زيادة عبء الأمراض السارية وغير السارية على حد سواء. وبدلاً من التحول من الأمراض السارية إلى الأمراض غير السارية كأسباب رئيسية للوفاة عند ارتفاع الدخل، شهدت البلدان متوسطة الدخل في المنطقة العديد من الوفيات الناجمة عن الأمراض السارية والأمراض غير السارية على حد سواء في عام 2019، قبيل تفشي جائحة كورونا. وقد بدأت بلدان المنطقة العقد الثاني

¹⁰ لوضع الآثار السلبية في منظورها الصحيح، ففي عام 2019، يزيد معدل الخصوبة في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا في المتوسط 1.14 نقطة مئوية عن البلدان الأخرى ذات المستوى المماثل من التنمية. وفي عام 2019، بلغ المتوسط البسيط لنسبة السكان في سن العمل بالمنطقة 51.8%، وبالتالي، فإن ارتفاع معدل الخصوبة بواقع 1.14 نقطة مئوية إضافية يعني زيادة الإعالة في سن الشباب بنسبة 2.2% على مدى السنوات الأربع عشرة القادمة (أي إلى أن يبلغ الأطفال 15 عاماً). ويتغذى هذا المدخلات في المعامل المُقدر الذي تم الحصول عليه في أرزقي وآخرون (2020)، نجد أن الأثر المتراكم هو تدهور الحساب الجاري بنسبة 0.8% من إجمالي الناتج المحلي لعام 2019 (بافتراض نمو إجمالي الناتج المحلي الحقيقي بنسبة 1% سنوياً).

¹¹ يحتوي جدول الملحق ب-3 على مؤشرات أساسية للصحة في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا وبقية العالم حسب مجموعات الدخل.

الشكل 3-4. السمنة في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا وبقية العالم

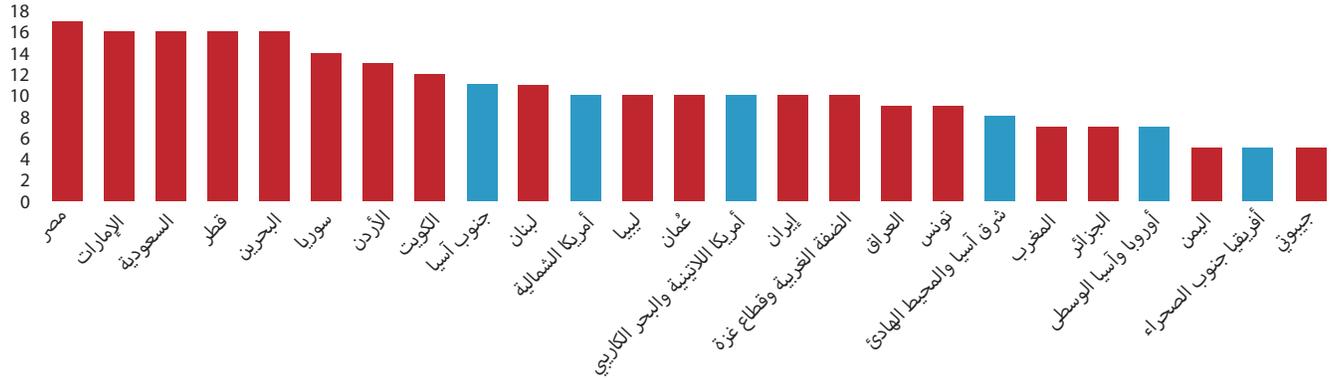
اللوحة أ. انتشار زيادة الوزن في بلدان منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا وبقية العالم

نسبة البالغين



اللوحة ب. انتشار السكري في بلدان منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا وبقية العالم

نسبة السكان في الشريحة العمرية 20 - 79



المصدر: البنك الدولي، إحصاءات الصحة والتغذية والسكان.

الشكل 4-4. وهم السكان الأصحاء عندما تختلف العوامل الديموغرافية العمرية فيما بين البلدان

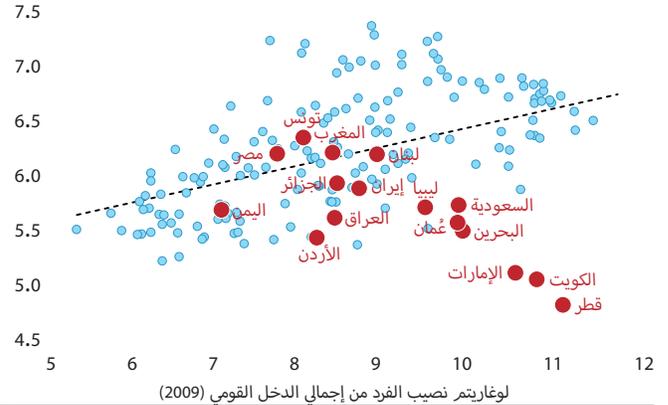
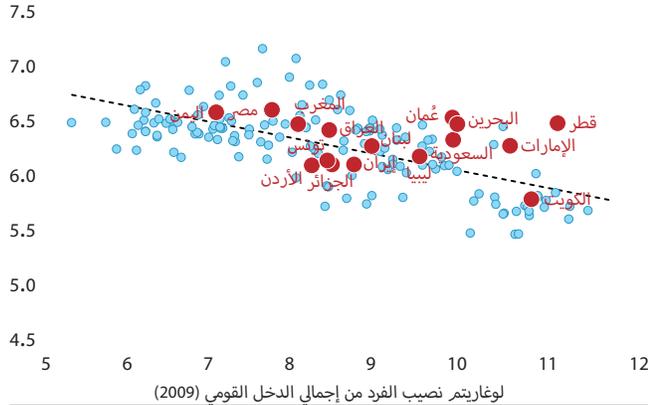
نصيب الفرد من الوفيات الناجمة عن الأمراض غير السارية

اللوحة أ. بدون تعديل حسب العمر

لوغاريتم الوفيات الناجمة عن الأمراض غير السارية/100 ألف نسمة، 2019

مع التعديل حسب العمر

لوغاريتم الوفيات الناجمة عن الأمراض غير السارية/100 ألف نسمة، 2019



المصادر: منظمة الصحة العالمية، مرصد الصحة العالمية؛ البنك الدولي، مؤشرات التنمية العالمية. ملاحظة: حسابات التعديل حسب العمر أجرتها منظمة الصحة العالمية. الاتجاه الخطي مبين.

من الألفية وهي أقل بكثير من نظيراتها في مستوى الدخل من حيث معدلات الوفاة الناجمة عن الأمراض السارية، ولكن بحلول عام 2019 بدأت هذه الفجوة تتلاشى على مستوى المنطقة. في الوقت نفسه، أنهت دول مجلس التعاون الخليجي، باستثناء البحرين، العقد بارتفاع في معدلات الوفاة الناتجة عن الأمراض السارية مقارنة بنظيراتها في مستوى الدخل.

وتزد الوفيات الناجمة عن الأمراض غير السارية لكل 100 ألف شخص في المنطقة في رسمين بيانيين في الشكل 4-4. وتمثل اللوحة أ (لوجاريتم) الوفيات الناجمة عن الأمراض غير السارية لكل 100 ألف شخص مقابل نصيب الفرد من إجمالي الناتج المحلي في عام 2009. وتربط اللوحة ب (لوجاريتم) الوفيات الناجمة عن الأمراض غير السارية لكل 100 ألف شخص بالمستوى الأولي للدخل في عام 2009 بعد توحيد المعايير العمرية، الذي يفترض أن للفئات العمرية نفس التمثيل في جميع البلدان. وتظهر اللوحتان منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا من زاويتين مختلفتين.¹² ويعد توحيد المعايير العمرية أمراً بالغ الأهمية لمقارنة أعباء الأمراض غير السارية في جميع البلدان لأنها ليست موزعة بصورة متماثلة بين جميع الفئات العمرية. وفي غياب هذا التوحيد سيكون من الواضح أن البلدان التي يشكل الشباب معظم سكانها، كما هو الحال في المنطقة، تشهد معدلات وفاة منخفضة للغاية من جراء الأمراض غير السارية لأن نسبة أقل من سكانها في فئة عمرية معرضة لتلك الأمراض. ومع ذلك، من الممكن أيضاً أن تؤثر الأمراض غير السارية على صحة الشباب بمعدلات عالية بشكل غير عادي، وذلك على سبيل المثال بسبب السمنة والسكري. إن توحيد البيانات من خلال إعادة ترجيح الفئات العمرية لكل بلد كي تعكس المجموعات السكانية المرجعية التي حددتها منظمة الصحة العالمية يسمح بمقارنة العبء الذي يتحملة كل بلد جراء الأمراض غير السارية مع تحييد أثر توزيع أعمار السكان.¹³

وفي اللوحة أ من الشكل 4-4، يبدو عدد الوفيات الناجمة عن الأمراض غير السارية في بلدان المنطقة أقل منه في نظيراتها عام 2019. ولكنه وهم إحصائي يرجع في الأساس إلى تأثير التركيبة العمرية. وتظهر اللوحة ب، بعد التعديل لمراعاة أعمار السكان، أن جميع بلدان الشرق الأوسط وشمال أفريقيا تقريبا تشهد عدداً أكبر من المتوقع من الوفيات الناجمة عن الأمراض غير السارية. وهذا أمر يبعث على القلق لأنه يعني ضمناً أن عوامل الإصابة بأكثر من مرض ونمط الحياة، وهي العوامل الكامنة وراء وفيات الأمراض غير السارية، منتشرة بشكل أكبر بين جميع الفئات العمرية في المنطقة مقارنة بالمجتمعات التي تشهد مستويات مماثلة من التنمية. ولأن أقوى الأعباء المرضية المصاحبة لفيروس كورونا تكمن جذورها في الوزن والمخاطر المتعلقة بالتمثيل الغذائي (السكري، وأمراض القلب، ومقاومة الأنسولين)، يثير القلق هنا حقيقة مفادها أن الأمراض غير السارية منتشرة أكثر مما ينبغي بين السكان الأصغر سناً في المنطقة. إن هذا التحول الوبائي المتقطع، فضلاً عن التحول الديموغرافي المتقطع أيضاً، هو في الأساس نتاج لأنظمة الصحة العامة الضعيفة وهي نفس الأنظمة المكلفة الآن بالتصدي للجائحة.

أضف إلى ذلك، لم تراجع معدلات الإصابة بالأمراض السارية في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا بنفس السرعة التي تراجعت بها في بقية العالم خلال السنوات العشر الماضية (انظر الشكل 4-5، اللوحة أ). وخلال السنوات العشر الماضية، شهدت المنطقة أيضاً أقل انخفاض في وفيات الأمراض غير السارية المعدلة حسب العمر بين كل مناطق العالم، باستثناء أمريكا الشمالية (انظر الشكل 4-5، اللوحة ب).

ويظهر الشكل 4-6 النتائج المعيارية للاقتصاد القياسي على صعيد البلدان. وتوضح هذه النتائج أن أعباء الأمراض غير السارية لا تزال مرتفعة في مختلف فئات الدخل في المنطقة مقارنة بالبلدان النظيرة. وحتى عام 2019، كان نصيب الفرد من الوفيات الناجمة عن الأمراض غير السارية في دول مجلس التعاون الخليجي، باستثناء الكويت، أعلى منه في نظيراتها. كما أن أكثر من نصف البلدان النامية في المنطقة عانت من معدلات وفيات من الأمراض غير السارية أعلى مقارنة بنظيراتها باستثناء الأردن والجزائر وتونس وإيران.

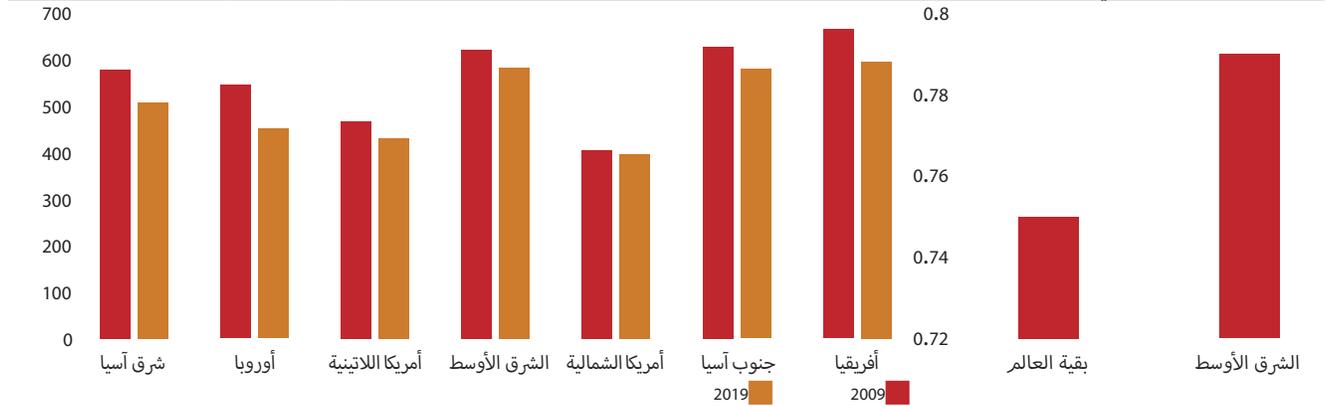
وكانت دول مجلس التعاون الخليجي تحقق تقدماً مقارنة بنظيراتها من الدخل. وكما هو مبين في اللوحة السفلى من الشكل 4-6، فإن نتائج نموذج القياس الاقتصادي المرجعي للتغيرات في عبء الأمراض غير السارية على مدى العقد الماضي كانت أكثر سلبية بقليل من النظراء، مع استثناء الإمارات. وفي الوقت نفسه، ارتفعت المعدلات في البلدان غير الأعضاء في مجلس التعاون الخليجي بسرعة أكبر أو انخفضت ببطء أكبر خلال السنوات العشر الماضية مقارنة بنظيراتها في الدخل باستثناء الجزائر والأردن.

¹² للمزيد من التفاصيل عن توزيع الوفيات الناجمة عن الأمراض غير السارية في مختلف الفئات العمرية، انظر رامون مارتينيز وآخرون (2020).

¹³ للاطلاع على وصف لإجراءات توحيد الأعمار، وتاريخ الممارسة، والخلفية الأساسية للسكان القياسيين الحاليين في منظمة الصحة العالمية، انظر Ahmad, Omar B., and others. "Age standardization of rates: a new WHO standard". Geneva: World Health Organization 9.10 (2001).

الشكل 4-5. الأمراض السارية وغير السارية

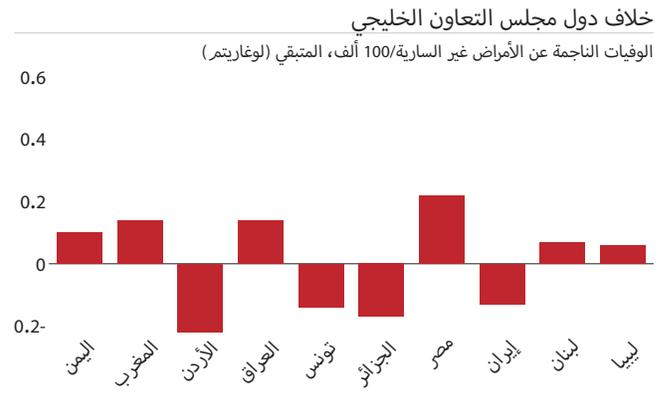
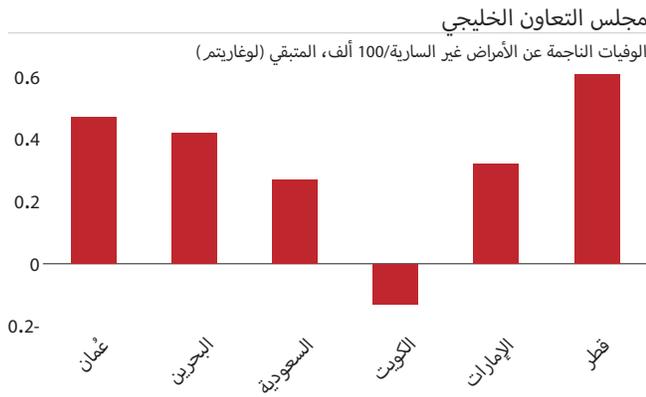
اللوحة أ: الوفيات بسبب الأمراض السارية لكل 100 ألف نسمة في 2019 (1 = 2010)
اللوحة ب: الوفيات الناجمة عن الأمراض غير السارية لكل 100 ألف نسمة، معيار العمر



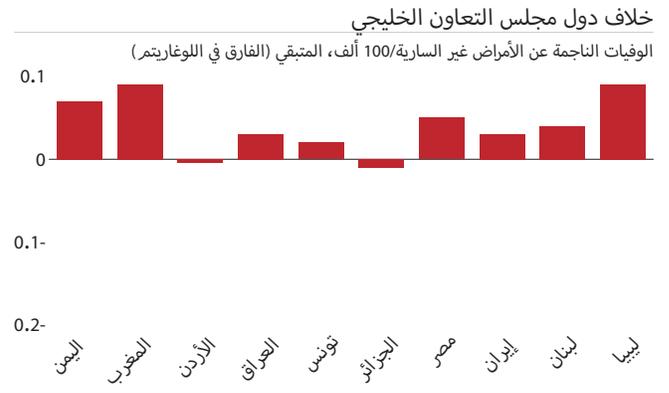
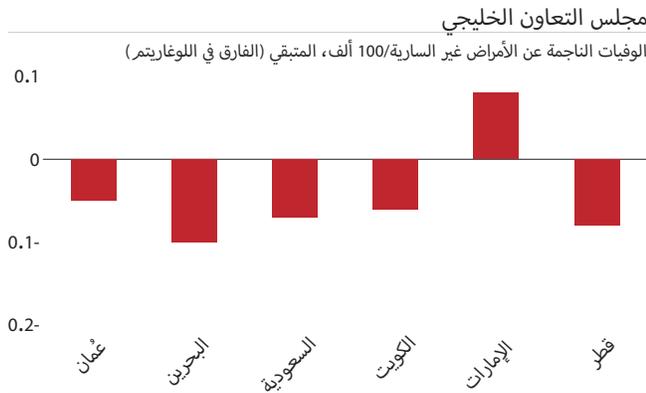
المصدر: حسابات مؤلفي التقرير استناداً إلى بيانات منظمة الصحة العالمية.
ملاحظة: المناطق مُثَّلة حسب المتوسط المرجح للبلدان الأعضاء.

الشكل 4-6. الوفيات الناجمة عن الأمراض غير السارية موحدة حسب العمر لكل 100 ألف نسمة في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا مقارنة بالمعايير القياسية لمستوى الدخل

النموذج (1). (لوغاريتم) المستويات في عام 2019



النموذج (2). الفارق بين عامي 2009 و2019 في المستويات اللوغاريتمية



المصادر: منظمة الصحة العالمية؛ البنك الدولي، مؤشرات التنمية العالمية.

ملاحظة: المتبقي في اللوحات العليا من انحدار لوغاريتم الوفيات الناجمة عن الأمراض غير السارية لكل 100 ألف نسمة المعدلة حسب العمر عام 2019 على لوغاريتم نصيب الفرد من إجمالي الدخل القومي في النموذج (1) 2009، كما ورد في الملحق ألف-3. والمتبقي في اللوحات السفلي من انحدار الفارق في لوغاريتم الوفيات الناجمة عن الأمراض غير السارية لكل 100 ألف نسمة والمعدلة حسب العمر عامي 2019 و2009 على لوغاريتم نصيب الفرد من إجمالي الدخل القومي في النموذج (2) عام 2009. ويعكس ترتيب البلدان تصنيف البلدان حسب متوسط نصيب الفرد من إجمالي الناتج المحلي، وفقاً لتعادل القوة الشرائية.

وتشير غالبية الشواهد والأدلة إلى أن المنطقة شهدت تحولات اقتصادية وديموغرافية ووبائية متقطعة في العقد الذي سبق جائحة كورونا. وقد خلف التحول الديموغرافي المتقطع نسب إعالة متضخمة ترتبط باختلالات خارجية في الاقتصاد الكلي في بعض البلدان، وخلق إحساسا وهميا بانخفاض مستويات المرض الذي يرجع في الأساس إلى زيادة نسبة الشباب بين السكان. وفي المقابل، ترك التحول الوبائي المتقطع المنطقة تحت وطأة أعباء غير معهودة معدلة حسب العمر بسبب الأمراض غير السارية، مقارنة ببلدان حققت مستويات مماثلة من التنمية. وكانت البلدان القليلة التي تراجعت فيها أعباء الأمراض غير السارية نسبيا هي أيضا البلدان التي سجلت زيادات كبيرة غير عادية في أعباء الأمراض غير السارية المعدلة حسب العمر بين عامي 2009 و2019.

وسيقم هذا التقرير فيما بعد حالة أنظمة الصحة العامة في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا قبيل تفشي الجائحة. وتشير الأدلة والشواهد العملية إلى أن كثيرا من حكومات المنطقة كانت مفرطة في ثقتها في قدرات أنظمتها الصحية.

الفصل الخامس. الثقة المفرطة: حالة أنظمة الصحة العامة في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا قبيل الجائحة

النتائج الرئيسية

- تختلف كفاية الموارد لأنظمة الرعاية الصحية في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا اختلافا كبيرا، ولكن توافر البيانات الأساسية عن النظم الصحية متفاوت في أفضل الأحوال.
- وتشير الأدلة والشواهد العملية إلى أن كثيرا من حكومات المنطقة كانت مفرطة في ثقتها بشأن قدرات أنظمتها الصحية.

وحتى مع عدم اكتمال التحولات الديموغرافية والوبائية التي أدت إلى ارتفاع أعباء الأمراض وإلى وجود نظم صحية غير مستعدة في نهاية عام 2019، كان المسؤولون في كثير من تلك البلدان ينظرون نظرة مفرطة في التفاؤل إلى مدى جاهزية تلك الأنظمة.

والنظم الصحية عالية الجودة ضرورية لتحقيق نواتج صحية جيدة.¹⁴ وقد سلطت جائحة كورونا الضوء على أهمية قدرة أنظمة الصحة العامة على الصمود، والتي يُقصد بها "قدرات هذه الأنظمة على الاستعداد للصدمات والتعافي منها واستيعابها، مع مواصلة الوظائف الأساسية وتلبية احتياجات الرعاية المستمرة والملحة لمجتمعاتها" (هالدان وآخرون 2021). ويتم تحديد قدرة أنظمة الرعاية الصحية على الصمود من خلال القدرات الوظيفية والاحتياطية في مختلف اللبنة الأساسية لهذه النظم. وتوفر القدرات الوظيفية الخدمات الأساسية للنظام الصحي لتلبية الاحتياجات الدائمة. وتمثل القدرات الاحتياطية في قدرة النظام على توسيع نطاق تقديم الخدمات بوتيرة سريعة عندما يزداد الطلب عليها بشدة، كما يحدث أثناء الأوبئة. وتشمل اللبنة الأساسية للنظام توفير الموارد، بما في ذلك التمويل وقوة العمل والمنتجات الطبية والتكنولوجيا، وتقديم الخدمات بما في ذلك الخدمات الصحية الفردية ووظائف الصحة العامة، والحوكمة التي تشمل الجوانب السياسية والإدارية للنظام الصحي. وناقش فيما يلي كل لبنة من لبنات النظام الصحي في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا.

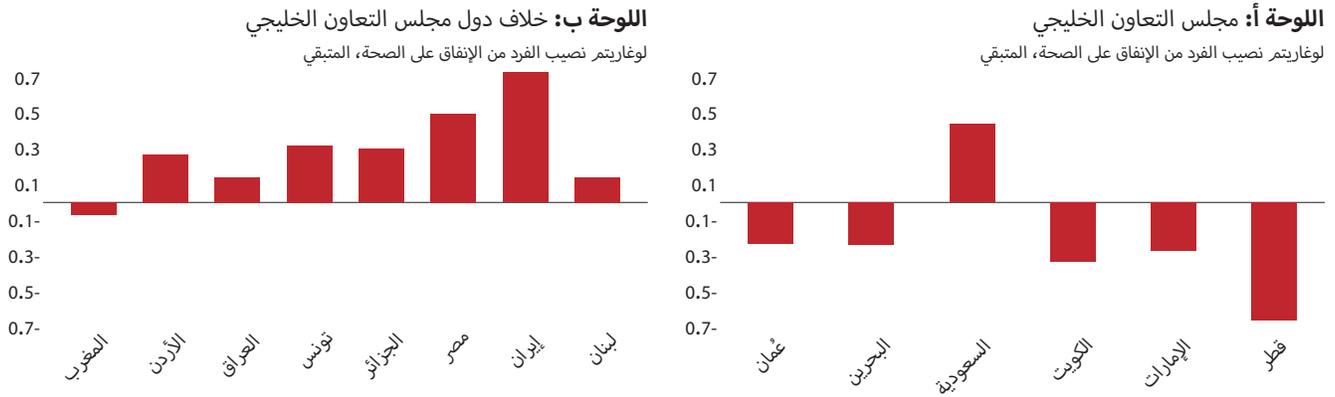
عدم كفاية التمويل يعوق موارد النظام الصحي

يعد التمويل أمرا بالغ الأهمية لتوفير الموارد للنظام الصحي، ومع ذلك، تواجه دول مجلس التعاون الخليجي والبلدان النامية بالمنطقة على حد سواء تحديات كبيرة، وإن كانت مختلفة، في تمويل أنظمتها الصحية. وليس هناك هدف أمثل واضح للإنفاق على الصحة لأن نجاعة هذا الإنفاق تختلف من بلد إلى آخر. ومع ذلك، يرى بعض المحللين أن البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل التي تزيد من الإنفاق الحكومي الكفاء على الصحة بنسبة تصل إلى نحو 5% من إجمالي الناتج المحلي تحقق عادة نواتج صحية أفضل (البنك الدولي 2018؛ أندروز وآخرون، 2019). وحتى عام 2018، لم يحقق كل من مصر والعراق وجيبوتي هدف 5% وفقا لبيانات منظمة الصحة العالمية.

ولعل المقارنات بين الإنفاق الصحي التي تأخذ في الحسبان مستوى التنمية في البلد أكثر دلالة من أهداف الإنفاق الثابت. وفي هذا الصدد، تقدم منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا صورة متباينة لنصيب الفرد من النفقات الصحية الإجمالية. وعادة ما يقل نصيب الفرد من الإنفاق الصحي في دول مجلس التعاون الخليجي عن مستواه في نظرائها (انظر اللوحة أ من الشكل 5-1)، بينما يزيد في بلدان المنطقة مقارنة بنظيراتها (انظر اللوحة ب من الشكل 5-1). لكن واقع الحال هو أن مواطني بلدان المنطقة، ولا سيما في الاقتصادات النامية، يواجهون مخاطر الإفقر بسبب ارتفاع الإنفاق الشخصي عند نقطة تقديم الخدمة لأن الإنفاق العام لا يغطي سوى القليل من الخدمات الصحية.

¹⁴ <https://www.thelancet.com/commissions/quality-health-systems>

الشكل 5-1. الإنفاق على الرعاية الصحية في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا مقارنة بمستوى التنمية



المصادر: منظمة الصحة العالمية، الإنفاق العالمي على الصحة؛ البنك الدولي، مؤشرات التنمية العالمية. ملاحظة: المتبقي من انحدار لوغاريتم نصيب الفرد من الإنفاق على الرعاية الصحية عام 2018 على لوغاريتم نصيب الفرد من الدخل القومي الإجمالي في النموذج (1) عام 2008. ويعكس ترتيب أعمدة البلدان تصنيف البلدان حسب متوسط نصيب الفرد من إجمالي الناتج المحلي، وفقا لتعادل القوة الشرائية.

ويترتب على الحيز المالي المحدود الناجم عن التحول الاقتصادي المتقطع نحو اقتصادات السوق، وخاصة في البلدان النامية بالمنطقة، أثاراً رئيسيان على التمويل الصحي.

أولاً، إن الافتقار إلى مرونة الموازنة يمنع الحكومات من تحمل تكاليف توفير الرعاية الصحية ويحول عبء الإنفاق الصحي إلى المرضى، الذين يتعين عليهم أن ينفقوا من أموالهم الخاصة. ويمثل الإنفاق الشخصي جزءاً كبيراً من الإنفاق الصحي في الكثير من البلدان المتوسطة والمنخفضة الدخل في المنطقة (انظر الشكل 5-2). على سبيل المثال، تبلغ حصة الإنفاق الشخصي من إجمالي الإنفاق الصحي نحو 60% في مصر و80% في اليمن. وعلى النقيض من ذلك، يبلغ الإنفاق الشخصي 6% في عُمان، حيث تتحمل الحكومة معظم تكاليف الخدمات الصحية.

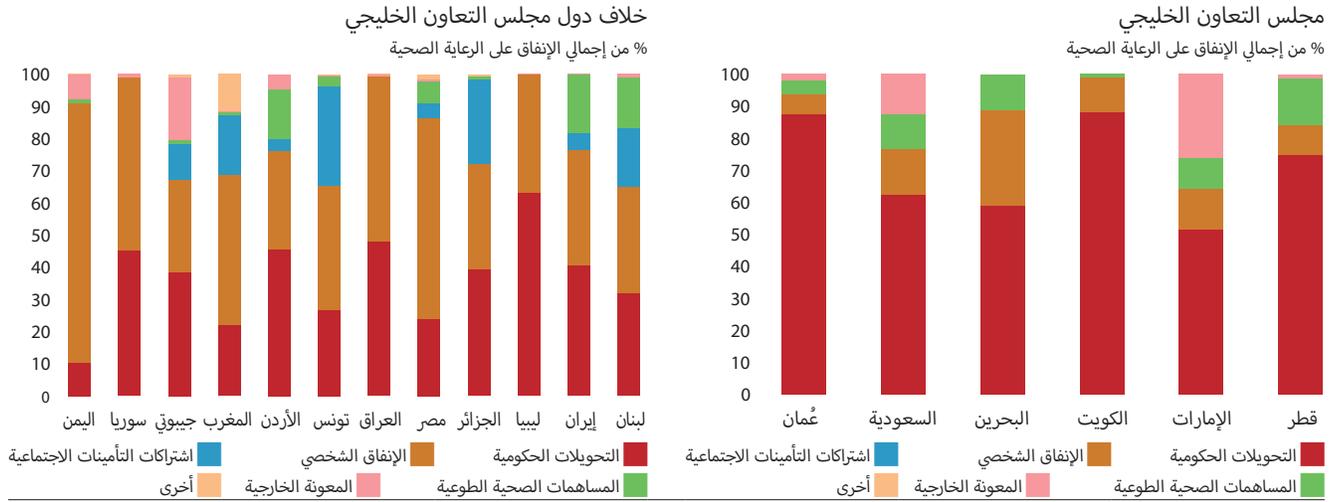
ويجب أن يوزع نظام التمويل الصحي الجيد تكاليف الرعاية الصحية من خلال توفير خدمات صحية مدفوعة مسبقاً - من مجمعات يتم تمويلها إما عن طريق الضرائب أو التأمين التجاري - إلى من يحتاجون إلى الخدمات. ومع ذلك، فإن اعتماد المنطقة على الإنفاق الشخصي يحول عبء التكلفة إلى المرضى ويمكن أن يستنزف دخل الأسر.

ويحد هذا الاعتماد على مجمعات التأمين الصحي من الرفع المالي لمقدمي الخدمات، مما يقيد قدرة أي بلد على توجيه الأموال إلى مهام الصحة العامة الحيوية، مثل الوقاية من الأمراض ومراقبتها. وهذه هي النتيجة الثانية لنقص التمويل في مجال الصحة العامة بسبب محدودية الحيز المالي نتيجة لعدم التبصر في إدارة الموازنة. فالأفراد، وليس الحكومات، هم من يتحملون في واقع الأمر تكلفة الخدمات. وتعمل هذه الآلية على تحويل القوة الشرائية بعيداً عن مجموعات كبيرة من السكان تحتاج إجراءات صحية أساسية، مثل الوقاية من الأمراض ومراقبتها، ونحو من يحتاجون إلى خدمات فردية نهائية، وهي خدمات أكثر تكلفة في الأغلب.

لقد أبرزت الجائحة الحاجة إلى الوقاية والرصد والاستجابة. ولكن هذه الحاجة تتسع لتشمل ضغوطاً صحية واسعة النطاق وطويلة الأمد، مثل الأمراض غير السارية. وتعد المشتريات الإستراتيجية للخدمات الصحية، التي تستخدم القوة الشرائية كوسيلة ضغط لحمل مقدمي الخدمات على معاونة ومساندة أهداف النظام الصحي، وسيلة قوية لضمان توفير الأموال للأولويات الصحية مثل الأمراض غير السارية. ولكن تحقيق هذه الإستراتيجية يسير على نحو ضعيف في البلدان متوسطة الدخل في المنطقة.

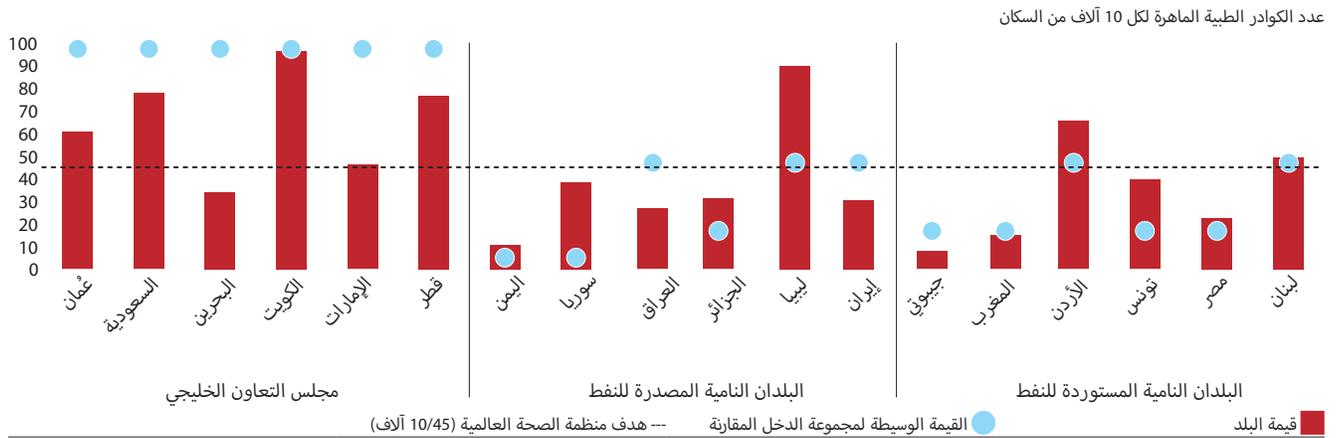
ولا يشكل انخفاض مستويات الرفح المالي لمقدمي الخدمات سوى جزء من السبب وراء ضعف مراقبة الأمراض والوقاية منها. كما أن الشراء الإستراتيجي للخدمات الصحية يعد تحدياً من الناحية التقنية بسبب غياب آليات قوية لاستقاء الآراء التقييمية لرصد البيانات المعقدة مثل سلوك مقدمي الخدمات، أو نواتج النظم الصحية، أو النتائج الصحية. بعبارة أخرى، تواجه المشتريات الإستراتيجية تحديات في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا على جبهتين: محدودية الرفح المالي بسبب انخفاض الحيز المتاح في المالية العامة وضعف جمع المعلومات واستخدامها.

الشكل 5-2. مصادر الإنفاق على الرعاية الصحية كنسبة من إجمالي الإنفاق على الرعاية الصحية



المصدر: منظمة الصحة العالمية، قاعدة البيانات العالمية عن مصروفات الرعاية الصحية. ملاحظة: بيانات من عام 2018، باستثناء: ليبيا، 2011؛ سوريا، 2012؛ تونس، 2015.

الشكل 5-3. كثافة الكوادر الطبية الماهرة



المصدر: منظمة الصحة العالمية، مرصد الصحة العالمي. ملاحظة: بيانات من 2014، باستثناء عُمان، 2016؛ الكويت والبحرين والأردن وتونس، 2015؛ الجزائر، 2007. وتُقارن دول مجلس التعاون الخليجي بالقيمة الوسيطة للبلدان المرتفعة الدخل؛ وتُقارن جميع البلدان الأخرى بالقيمة الوسيطة للبلدان المتوسطة الدخل.

ويمكن للتمويل غير الكافي أن يشكل تحدياً لموارد النظام الصحي الأخرى - مثل القوى العاملة الصحية والإمدادات المنتظمة من المنتجات والتكنولوجيات الطبية. ففي مختلف أنحاء المنطقة، وخاصة في البلدان ذات الدخل المتوسط، عادة ما يتسم هذان الموردان نسبياً بعدم المرونة وعدم الكفاية، وسوء التوزيع. وهو ما يصعب تقديم المهام الأساسية ولا يترك سوى القليل من القدرات الاحتياطية

لتلبية التغيرات في الطلب. وتعد كثافة الأطباء لكل 1000 شخص في مجلس التعاون الخليجي منخفضة مقارنة بمنظمة التعاون والتنمية الاقتصادية (حوالي 2 مقارنة بمتوسط 3.4 في منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية)، في حين أن هناك تبايناً أكبر بين البلدان النامية في المنطقة وفقاً لأحدث بيانات المرصد الصحي العالمي. ولا يختلف الأمر بالنسبة للممرضات والقابلات، وإن كان يتسم بتباين أكبر في المنطقة. وقد حددت منظمة الصحة العالمية حداً أدنى قدره 45 عاملاً صحياً ماهراً لكل 10 آلاف من السكان لتحقيق أهداف النظام (منظمة الصحة العالمية 2016). وفي مجلس التعاون الخليجي، لم تحقق سوى البحرين في تحقيق هذا الهدف (33.8) في عام 2014، بينما لم تتمكن سوى ليبيا ولبنان والأردن من بين البلدان النامية في المنطقة من بلوغه (انظر الشكل 5-3). ولا تتحدث هذه البيانات إلا عن الأعداد، رغم أن المؤلفات والممارسات الحديثة تولى اهتماماً متزايداً لجودة تقديم الخدمات مثل كفاءة القوة العاملة في مجال الصحة.¹⁵ وهذه البيانات غير متوفرة بالنسبة لجميع بلدان المنطقة.

إن الإمدادات، بما في ذلك الأدوية الأساسية، أو معدات الحماية الشخصية، أو وسائل التشخيص، أو التقنيات الصحية المتقدمة، ضرورية لتقديم الخدمات بفاعلية. ومع ذلك، هناك نقص في البيانات العامة الموثوقة بشأن توافرها. فعلى سبيل المثال، هناك تفاوت في توافر البيانات الخاصة بإمدادات الأدوية الأساسية في دول مجلس التعاون (تلك التي لديها بيانات عامة تفيد بوجود إمدادات كافية)، في حين تشهد البلدان النامية في المنطقة قدراً أكبر من عدم التجانس وتدني مستوى توافر الأدوية الأساسية (مكتب منظمة الصحة العالمية الإقليمي لشرق المتوسط، 2019). وعلى غرار المقومات الأخرى للنظام الصحي، مثل رأس المال المادي أو الموارد البشرية، تستند القدرات الوظيفية والاحتياطية الكافية إلى سلاسل توريد سليمة وفعالة.

وبوجه عام، هناك فجوة هائلة بين مجلس التعاون الخليجي والبلدان المتوسطة الدخل في المنطقة من حيث موارد النظام الصحي. وتقترب دول مجلس التعاون مع بلدان أخرى مرتفعة الدخل. وتتحمل دول المجلس جانبا كبيرا من تكاليف الرعاية الصحية مقدما، أو تتقاسم مخاطرها، من مصادر عامة في الغالب. لكن نصيب الفرد من إجمالي الإنفاق على الصحة في دول المجلس أقل منه في البلدان الأخرى المرتفعة الدخل، على الرغم من أنه يمثل حصة أكبر من النفقات الحكومية مقارنة بنظيراتها. وفي الوقت نفسه، تعتمد الاقتصادات النامية في المنطقة بشدة على الإنفاق الشخصي للحصول على الخدمات الصحية، مع توفر القليل من الأموال لتغطية تكاليف المهام الأساسية للنظام (ولا سيما في مجال الصحة العامة)، أو لتطوير القدرات الاحتياطية.

القيود المالية والبشرية والمادية تضعف الأنظمة الصحية

تخلق القيود على موارد الرعاية الصحية بالمنطقة تحديات إزاء التنسيق وتوفير وظائف الصحة العامة، والحماية من المخاطر المالية، وتقديم الخدمات الصحية الوقائية والعلاجية من المستوى الأول. على سبيل المثال، وعلى الرغم من الاعتماد المفرط على المستشفيات، فإن عدد أسرة المستشفيات لكل 1000 شخص (كثافة أسرة المستشفيات) في المنطقة يقل عنه في البلدان المناظرة. ففي مجلس التعاون الخليجي، تصل عدد الأسرة حوالي 2 لكل 1000 شخص، وفي حين يتفاوت هذا العدد بشكل أكبر في البلدان النامية في المنطقة فإن كثافة الأسرة متشابهة. بينما تصل الكثافة في منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية إلى نحو 3.6. كما أن عدم كفاءة توزيع الأسرة في المستشفيات - وخاصة أسرة العناية المركزة - يزيد من عدم مرونة القدرات الوظيفية ويحد من القدرات الاحتياطية. كما أفاد مكتب منظمة الصحة العالمية الإقليمي لشرق المتوسط بأن كثافة منشآت الرعاية الصحية الأولية لكل 10 آلاف نسمة منخفضة في جميع بلدان المنطقة (انظر الشكل 4-5). وهناك تفاوت كبير داخل المنطقة، ولكن انخفاض الكثافة عموماً يعكس مواطن الضعف في منطقة تعتمد على المستشفيات في توفير الرعاية الأساسية. وبالإضافة إلى ذلك، تباطأت خطوات المنطقة في تبني تكنولوجيات الصحة الرقمية لزيادة المرونة في توفير إمكانية الحصول على الخدمات الصحية وتحسين جودتها.

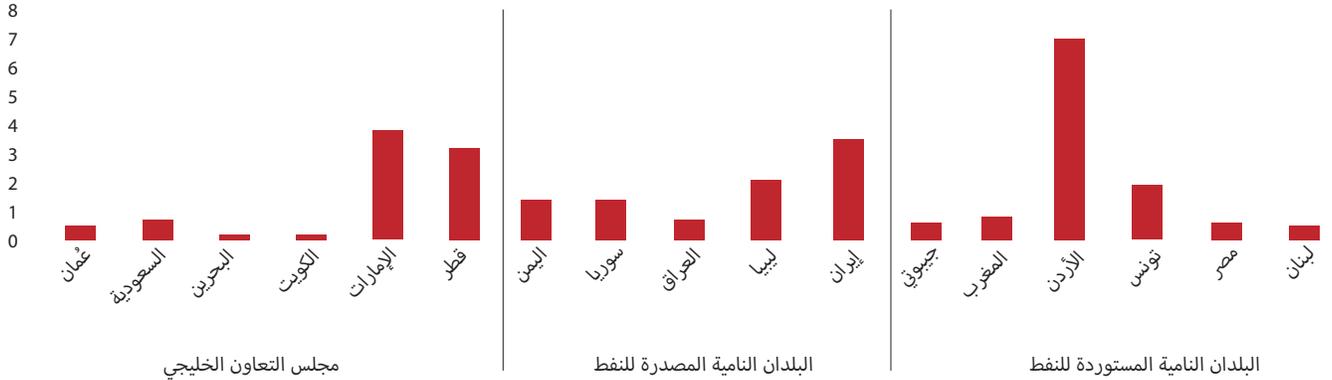
كما أن تغطية الخدمات المتاحة للجمهور والبيانات الجيدة محدودة أيضاً. ويتم الإبلاغ علناً عن المؤشرات الرئيسية للرعاية الصحية الأولية - مثل الرعاية قبل الولادة، أو معدل تردد الفرد على العيادات الخارجية، أو أنواع معينة من التطعيمات - على الرغم من أن جودة البيانات و/أو الخدمات أقل وضوحاً. وتباين بيانات التغطية وتوفر معايير بديلة لتقديم الخدمة من المستوى الأول، ولكنها لا تشير إلى قدرة هذه الخدمات على التكيف مع الطلبات الجديدة أو المتزايدة، وفقاً لأحدث بيانات المرصد الصحي العالمي. وأفضل ما يلخص

¹⁵ غاتي وآخرون، 2021

هذه المؤشرات هو مؤشر تغطية خدمات التغطية الصحية الشاملة الذي أعدته منظمة الصحة العالمية، والذي يعكس الوسط الهندسي لأربعة عشر مؤشرا تتبع تغطية الخدمات الصحية الأساسية. ويتراجع أداء بلدان منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا مقارنة بنظيراتها في الدخل. ويتراوح المؤشر من 68 إلى 77 من أصل 100 في مجلس التعاون الخليجي (مقارنة بالمتوسط البالغ 82 في البلدان المرتفعة الدخل كمجموعة) ومن 42 إلى 75 في البلدان النامية بالمنطقة (مقابل 77 في الشريحة العليا من البلدان المتوسطة الدخل و55 في الشريحة الدنيا من البلدان المتوسطة الدخل). يتم إعطاء تقدير "100" إذا كانت تغطية الخدمات الأساسية كاملة.

الشكل 4-5. كثافة منشآت الرعاية الصحية الأولية

عدد المنشآت لكل 10 آلاف نسمة



المصدر: منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط. ملاحظة: بيانات من عام 2019.

بشكل عام، فإن توفر بيانات مدخلات ومخرجات الخدمات الصحية في المنطقة متفاوت في أحسن الأحوال. وتكشف البيانات، حيثما تكون متاحة، تفاوتاً ملموساً، ويتم تجميعها بطريقة غير منهجية، وتشير إلى قدرات وظيفية محدودة في تقديم الخدمات الصحية الأساسية في مختلف أنحاء المنطقة. ويناقش الفصل السابع بتوسع أكبر المسائل المتعلقة بتوفر البيانات.

وتكتمل المهام العامة للرعاية الصحية الخدمات الصحية الفردية وتعمل بالتوازي معها وتتجاوز مجرد الوقاية من الأمراض السارية والكشف عنها والتصدي لها. وتعتمد مهام الصحة العامة على الآراء التقييمية المستمدة من مجموعة من البيانات - الديموغرافية والصحية وعوامل الخطر، على سبيل المثال لا الحصر- لتحسين مستوى الصحة، والوقاية من الأمراض والكشف عنها من خلال الفحوص والاختبارات التشخيصية والمراقبة وتعقب المخالطين، وتطبيق ممارسات فعالة للوقاية من العدوى ومكافحتها، والتخفيف من حدة المخاطر البيئية. لكن ثمة تباين في توفر البيانات وجودتها - على سبيل المثال، نسبة المواليد والوفيات المسجلة لدى السلطات- في جميع أنحاء المنطقة. وعلاوة على ذلك، وكما هو مبين آنفاً، أدت الاحتياطات المحدودة للمالية العامة وارتفاع الإنفاق الشخصي على الخدمات الصحية الفردية إلى نقص الاستثمار في البنية التحتية للصحة العامة. ويؤدي هذا المزيج من محدودية أنظمة استقاء الآراء التقييمية والموارد غير الكافية إلى تقويض القدرات الوظيفية والاحتياطية في مجال الصحة العامة.

ويقوم القسم التالي بصورة عملية المنطقة مقارنة بنظيراتها التي تتمتع بمستويات مماثلة من التنمية، إلى جانب المؤشرات الموضوعية والجاهزية التي تم الإبلاغ عنها ذاتياً لاستيعاب صدمات الصحة العامة. ويتيح ذلك إجراء تقييم لمدى الثقة المفرطة التي كانت تبديها السلطات في أنظمة الصحة العامة في المنطقة قبيل تفشي فيروس كورونا.

جاهزية أنظمة الصحة العامة في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا مقارنة بالتقييمات الذاتية.

ولاستكشاف المزيد عن مدى الاستعداد لجائحة فيروس كورونا في بلدان المنطقة، يعتمد التحليل الوارد في هذا التقرير على بيانات مستمدة من مؤشرين قائمين من مؤشرات قوة الأمن الصحي. الأول، هو مؤشر الأمن الصحي العالمي الذي تجريه جهات تقييم خارجية تتحلل بالموضوعية. ويعتمد الثاني على تقييم ذاتي تقدمه البلدان بشكل فردي- أداة التقييم الذاتي للتقارير السنوية للدول الأطراف.¹⁶

وتضم بيانات مؤشر الأمن الصحي العالمي مقاييس بديلة للعديد من جوانب قدرة الصحة العامة على الصمود. ولكن لأنها تشدد على أهمية إجراءات مكافحة الجائحة، فإن بيانات مؤشر الأمن الصحي العالمي ليست مجموعة شاملة من تدابير الصحة العامة. ومع ذلك، فهي تقدم تقييمات نوعية مفيدة للكثير من جوانب نظام الرعاية الصحية العامة في أي بلد.

وتتم إعادة تنظيم مؤشرات مختارة من كل مجموعة بيانات في الفئات الأربع الأكثر صلة بقدرة النظام الصحي على مواجهة التحديات - قدرات المراقبة، وتبادل المعلومات الصحية، وقدرات النظام الصحي، ونطاق عمليات التخطيط وممارسات الجاهزية. ويتم حساب الدرجات لكل فئة من الفئات (انظر الملحق 4). يتم بعد ذلك القياس الاقتصادي لدرجات كل بلد مقارنة بالبلدان الأخرى ذات مستويات التنمية المماثلة.

ولبناء إطار التعافي والقدرة على الصمود في بلدان الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، يتم مواءمة بيانات مؤشر الأمن الصحي العالمي بهدف توفير مقياس لقدرة أنظمة الصحة العامة على استيعاب الصدمات قبل عام 2020. أما الركائز الأربعة المستندة إلى تلك المؤشرات (وترد جميعها في جدول الملحق 4-أ) فهي:

- قدرات المراقبة، التي تخضع للقياس من خلال تسعة مؤشرات، بما في ذلك مراقبة مقاومة مضادات الميكروبات والأمراض حيوانية المنشأ في الحياة البرية.
- تبادل المعلومات الصحية، التي تعتمد على 12 مؤشراً، من بينها آليات لإشراك القطاعين العام والخاص أثناء حالات الطوارئ الصحية العامة، والاحتفاظ بالسجلات الصحية الإلكترونية.
- قدرات النظام الصحي، التي تتألف من 13 مؤشراً، وتقيس مدى توفر موارد الصحة العامة الرئيسية مثل عدد الأطباء ونصيب الفرد من أسرة العناية المركزة.
- عمليات التخطيط وتدريبات الجاهزية المنتظمة، وهي مجموعة من ستة مؤشرات تقيس ما إذا كان بلد ما قد أجرى عمليات محاكاة وأعد خططاً لمواجهة حالات الطوارئ الصحية العامة.

وبالإضافة إلى ذلك، جمعنا بيانات من التقييمات الذاتية التي أجرتها الحكومات لمدى مرونة أنظمة الصحة العامة لديها قبل عام 2020. وتم تجميع المؤشرات المستمدة من التقييمات الذاتية في نفس الركائز الأربع كما حدث مع المؤشرات الموضوعية. وبمقارنة الأداء الموضوعي لكل بلد بالتقييمات الذاتية التي أجراها، يمكننا حساب مؤشر على مدى الثقة المفرطة التي كانت سائدة في جميع بلدان المنطقة قبل الجائحة.

وتبين اللوحة أ من الجدول 1-5، أن بيانات مؤشر الأمن الصحي العالمي لبلدان المنطقة كانت أضعف دوماً مقارنة بالمعايير المرجعية لمستوى الدخل. ويتراجع أداء كل بلد، باستثناء الأردن، في ركيزة واحدة على الأقل مقارنة بنظرائه، ولم يتفوق سوى الأردن والمغرب في ثلاث ركائز على النظراء. وبالإضافة إلى ذلك، يبين الجدول أن أداء البلدان الأكثر ثراءً في المنطقة أقل من نظرائها في مستوى الدخل في نظام النقاط الموضوعية. ففي منطقة تتعرض لانتقادات واسعة بسبب الافتقار إلى الشفافية في كثير من الأنشطة الحكومية، كان لبنان والمغرب فقط في الثلث الأعلى من البلدان في تبادل المعلومات. وعلى النقيض هناك ستة بلدان فقط من أصل 15 منحت نفسها تقييمات منخفضة

¹⁶ انظر الملحق 4 للاطلاع على المناقشة الفنية للمؤشرات والمنهجية.

بالقدر الكافي بما يوضح أنها كانت ضعيفة الأداء (انظر اللوحة ب من الجدول 1-5)، وتقييم مصر والمغرب أداءهما على أنه أفضل من النظراء في جميع الركائز الأربع. وتعتقد الإمارات، والجزائر، وتونس، والعراق أنها أفضل من النظراء في ثلاث من الركائز الأربع.¹⁷

كما يوثق الجدول ميل المنطقة نحو الثقة المفرطة من خلال إظهار الاختلافات بين التقييمات الموضوعية والذاتية لجاهزية أنظمة الصحة العامة. وفي فئات الأداء الستين (أربع فئات لكل 15 بلدا)، أبدت بلدان المنطقة ثقة مفرطة في 41 فئة منها.

الجدول 1-5. الإفراط في الثقة بمنطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا: تأهب نظام الصحة العامة مقابل التقييم الذاتي

اللوحة ج. الإفراط في الثقة: الهدف مطروحا منه التأهب المُسجل ذاتيا بالنسبة للمعايير المرجعية				اللوحة ب. التأهب المُسجل ذاتيا بالنسبة للمعايير المرجعية				اللوحة أ. التأهب الموضوعي بالنسبة للمعايير المرجعية				البلد
عمليات التخطيط والتأهب المنتظمة	تدعيم الأنظمة الصحية	تبادل المعلومات	قدرات المراقبة	عمليات التخطيط والتأهب المنتظمة	تدعيم الأنظمة الصحية	تبادل المعلومات	قدرات المراقبة	عمليات التخطيط والتأهب المنتظمة	تدعيم الأنظمة الصحية	تبادل المعلومات	قدرات المراقبة	
3.07	1.08	2.33	1.17	0.60	0.42	0.32	0.30	2.47	0.66	2.02	1.47	قطر
1.70	0.29	2.00	2.92	0.76	0.15	0.64	0.72	0.94	0.44	1.36	2.20	الإمارات
0.42	0.11	0.64	0.07	0.77	0.59	0.49	0.46	1.19	0.48	0.15	0.39	الكويت
0.91	1.06	0.47	0.59	0.12	0.39	0.43	0.03	0.80	0.67	0.04	0.56	السعودية
2.83	1.36	1.01	0.72	0.99	0.23	0.06	0.37	1.83	1.13	1.08	0.34	البحرين
1.00	0.57	0.82	2.52	0.42	0.84	0.43	1.19	0.58	0.27	0.39	1.32	عمان
0.41	0.07	0.73	0.04	1.81	0.30	0.81	1.30	1.40	0.23	0.08	1.26	ليبيا
0.63	1.41	0.28	0.88	0.08	0.26	0.84	0.58	0.70	1.15	0.56	0.30	لبنان
								1.32	0.66	0.60	0.93	إيران
1.06	1.77	0.93	1.88	1.76	1.52	0.86	0.74	0.69	0.25	0.07	1.15	مصر
1.72	2.45	2.02	2.72	0.06	1.53	0.88	1.86	1.66	0.91	1.14	0.86	الجزائر
0.88	1.10	1.35	2.25	0.76	0.85	0.61	1.17	1.64	0.25	0.74	1.08	تونس
2.59	2.83	0.54	1.98	0.96	1.60	0.95	2.89	1.63	1.24	0.41	0.91	العراق
2.84	1.73	1.17	2.80	1.58	1.16	1.27	1.38	1.26	0.56	0.10	1.42	الأردن
2.27	0.15	0.44	0.62	1.15	1.39	0.89	1.40	1.12	1.24	1.34	0.79	المغرب
0.13	0.41	0.51	0.61	1.24	1.50	1.13	0.26	1.37	1.08	0.62	0.87	جيبوتي

المصادر: حسابات المؤلفين استنادا إلى بيانات من مؤشر الأمن الصحي العالمي وأداة الإبلاغ السنوي عن التقييم الذاتي للدول الأطراف. ملاحظة: تراجمت درجات ترتيب البلدان على أربع ركائز مقابل نصيب الفرد من إجمالي الناتج المحلي. وتبين الأرقام الواردة في اللوحة أ الانحرافات عن القيم المتوقعة، التي يتم تطبيعها حسب الانحرافات المعيارية، باستخدام بيانات مؤشر الأمن الصحي العالمي. ويتم تمييز الخلايا بالألوان لإظهار انحرافات ضمن فترة الثقة البالغة 33% للقيم المتوقعة باللون الأصفر، وتعلو على فترة الثقة البالغة 33% باللون الأخضر، وأقل من 33% من فترة الثقة باللون الأحمر - وبالمثل، تُظهر الأرقام الواردة في اللوحة ب انحرافات معيارية مرمزة بالألوان عن التنبؤات باستخدام بيانات أداة التقييم الذاتي للتقارير السنوية للدول الأطراف (SPAR). وتؤدي الانحرافات المعيارية في هذه الأداة في كل ركيزة من كل بلد من اللوحة ب، مطروحا منها الانحرافات المعيارية المقابلة لها في مؤشر الأمن الصحي العالمي من اللوحة أ، إلى مؤشر الثقة المفرطة في اللوحة ج. والخلايا في اللوحة ج عبارة عن أعمدة مرمزة بالألوان بلون أشد احمرارا لمؤشر أعلى للإفراط في الثقة وأكثر احضارا لمؤشر ثقة أقل (أكثر سلبية).

ومع ذلك، فإن دالة بيانات مؤشر الأمن الصحي العالمي ليست بالضرورة أداة تنبؤ جيدة لأداء بلدا ما في التعامل مع جائحة كورونا. على سبيل المثال، كانت الولايات المتحدة والمملكة المتحدة من بين البلدان الأفضل أداء على مؤشر الأمن الصحي العالمي، ولكنهما شهدتا واحدة من أسوأ معدلات الوفاة المسجلة بسبب فيروس كورونا خلال عام 2020. واعتمد أداء الأنظمة الصحية في الاستجابة لصدمة مرض فيروس كورونا على عوامل متعددة من بينها مدى نجاحها في نشر قدراتها. بالإضافة إلى ذلك، ونظرا لأن معدلات اختبارات الكشف عن الإصابة بفيروس كورونا تختلف إلى حد كبير بين البلدان، حيث إن نصيب الفرد من الاختبارات الرسمية في البلدان الأقل نموا أقل منه في البلدان الأكثر ثراء، فمن الصعب استخلاص استنتاجات قوية من أرقام الحالات المبلغ عنها.¹⁸ ومع ذلك، هناك بعض الأدلة التي تشير إلى أن بيانات مؤشر الأمن الصحي العالمي، بناء على المؤشرات الموضوعية لجاهزية نظم الصحة العامة لمواجهة الصدمات الصحية الكبيرة ترتبط بصورة منهجية بأداء هذه النظم في مكافحة مرض فيروس كورونا. ويقيس مؤشر البنك الدولي لتعقب

¹⁷ فيما يتعلق بتحليلات شفافية البيانات والأداء الاقتصادي انظر أرزقي وآخرون (2020) وإسلام وليدرمان (2020).

¹⁸ عادة ما يرتفع نصيب الفرد من الاختبارات ارتفاعا منهجيا مع نصيب الفرد من إجمالي الناتج المحلي أثناء جائحة كورونا. انظر النشرة الإخبارية الأسبوعية لمتابعة الأزمات في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، التي يصدرها البنك الدولي. وحتى عدد الوفيات المؤكدة بسبب جائحة كورونا غير قابل للمقارنة الصارمة فيما بين البلدان. علاوة على ذلك، لا يسمح التفاوت في إمكانية حصول الجمهور على بيانات الوفيات في مختلف البلدان، لاسيما في بلدان المنطقة، بإجراء مقارنات بين "الوفيات الزائدة" في عامي 2020 و2021 مقارنة بالسنوات السابقة قبل تفشي الجائحة.

الأزمة في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (البنك الدولي 2021) الاختلافات فيما بين البلدان في نصيب الفرد من اختبارات كورونا، كدالة على مستوى التنمية، والدرجة المركبة لمؤشر الأمن الصحي العالمي، وحجم السكان (تأثيرات النطاق)، والأيام منذ بداية التفشي في كل بلد. وفي هذه المجموعة من الانحذارات الاقتصادية القياسية، التي تم تحديثها شهريا، ارتبط مؤشر الأمن الصحي العالمي بشكل دائم وإيجابي بمعدل نصيب الفرد من الاختبارات، حتى بعد تحييد أثر نصيب الفرد من إجمالي الناتج المحلي (انظر الجدول 2-5). ويبين مؤشر تعقب الأزمة في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا أن مؤشر الأمن الصحي العالمي يرتبط مع الوقت بعنصر رئيسي واحد على الأقل في جهود الاستجابة في مجال الصحة العامة للجائحة- نصيب الفرد من الاختبارات، وهو عنصر بالغ الأهمية في مكافحة الناجحة للجائحة.

الجدول 2-5. عوامل الارتباط بنصيب الفرد من الاختبارات			
طريقة المربعات الصغرى العادية			النموذج
لوغاريتم سجل الاختبارات لكل مليون من السكان (حتى 16 أغسطس/آب 2021)			متغير النتائج
(3)	(2)	(1)	
***0.596	***0.707	***0.726	لوغاريتم نصيب الفرد من إجمالي الناتج المحلي (بالأسعار الثابتة للدولار الأمريكي عام 2010)، في 2018
(0.086)	(0.085)	(0.084)	لوغاريتم السكان، 2018
***0.269-	***0.267-	***0.234-	مؤشر الأمن الصحي العالمي، 2019
(0.056)	(0.064)	(0.058)	عدد الأيام منذ الحالة 100 (15 أغسطس/آب 2021)
***0.027	***0.030	***0.031	ثابت
(0.010)	(0.010)	(0.010)	المتغيرات الرمزية للمنطقة
0.001	*0.002	لا	عدد الملاحظات
(0.001)	(0.001)	لا	الجزر التريبي المعدل
***9.721	***8.504	***8.528	
(1.100)	(1.155)	(1.155)	
نعم	لا	لا	
163	163	163	
0.767	0.730	0.728	

المصدر: النشرة الأسبوعية لمؤشر تعقب الأزمة في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا 16 أغسطس/آب 2021. ملحوظة: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1. تم حذف منطقة شرق آسيا والمحيط الهادئ.

الطريق ما زال طويلا أمام حوكمة النظم الصحية

تعتبر السياسة وإدارة نظم الصحة العامة محددين بالغي الأهمية في فاعلية الاستجابات على صعيد السياسات العامة لتفشي فيروس كورونا، مما يعني أن هناك مكونا يتعلق بالحوكمة في إطار قدرة النظم الصحية على الصمود. فحتى البلد الذي حصل على درجة كاملة على مؤشر الأمن الصحي العالمي قد يكون أداءه سيئا خلال الجائحة إذا كانت الحوكمة ضعيفة. وقبل الجائحة، كانت الحوكمة الصحية في المنطقة رهنا للعديد من الاتجاهات الاجتماعية والسياسية التي تعبر عن الاستياء العام من الهيئات العامة، وانعدام الثقة بها. وسيناقش الفصل السابع أهمية البيانات في بناء الثقة.

وثمة مسألة أخرى تؤثر على المرونة وهي الإشراف على مقدمي الخدمات الصحية من القطاع الخاص. ولا توجد بروتوكولات اعتماد رسمية لمقدمي الخدمات من القطاع الخاص إلا في عدد قليل من بلدان المنطقة. فضلا عن ذلك، غالبا ما لا يشترط على مقدمي الخدمات من القطاع الخاص الإبلاغ عن البيانات الصحية (مثل بيانات المراقبة ذات الصلة بالكشف عن الأوبئة) أو يتم ذلك بصورة عشوائية، أو بعيدا عن إشراف هيئات القطاع العام (تمويل الرعاية الصحية والحوكمة، الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية 2018). إن الأنظمة الصحية التي تعتمد على توفير الرعاية من القطاعين العام والخاص تشكل واقعا في مختلف أنحاء العالم. ومع ذلك، فإن ضعف الإشراف على مقدمي

الخدمات من القطاع الخاص في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا يخلق نظامين صحيين يعملان بالتوازي: نظام عام يقوده موظفون عموميون مكلف بتحديد أولويات احتياجات الصحة العامة، ونظام خاص قد لا تتسق أهدافه بالضرورة مع أولويات الصحة العامة. كل هذا في سياق بلدان المنطقة التي تعاني من غياب التبصر في إدارة الموازنة، مما أدى إلى الإنفاق على التوظيف في القطاع العام على نحو يضر بالاستثمارات في الوظائف الأخرى ذات الأولوية في مجال الصحة العامة. ومن ثم يقوض ضعف الإدارة أداء النظام الصحي عندما لا تعمل قوى السوق على موازنة مقدمي الخدمات من القطاع الخاص مع أهداف النظام الصحي - مثل الاختبارات للكشف عن حالات العدوى الوبائية- ويقلل من قدرة النظام على التكيف مع الاحتياجات الصحية المتغيرة، المزمنة والحادة على حد سواء.

خلاصة القول إن النظم الصحية التي تواجه صعوبات في تمويل الوظائف الأساسية خلال الأوقات التي يسود فيها الهدوء من غير المرجح أن تتمتع بقدرات احتياطية كافية لاستيعاب الصدمات الحادة. وبالتالي، فإن الاتجاهات الاقتصادية، والديموغرافية، والصحية، لا تبئنا إلا بجزء من الأوضاع القائمة في المنطقة قبل الجائحة. ومع ذلك، فإن لمحة سريعة عن القدرات الأساسية للنظام الصحي وأدائه في هذه المجالات تفسر بصورة أكبر مواطن الضعف التي تعتري المنطقة في مواجهة الضغوط التي تمثلها الجائحة وتقترب أولويات الاستثمار. وتكشف الأدلة والشواهد أن العديد من بلدان المنطقة كانت غير مستعدة لاستيعاب الصدمات الحادة التي تعرضت لها أنظمتها الصحية العامة، ومع ذلك كانت تميل إلى المبالغة في مستوى جاهزيتها مقارنة بالبلدان التي تتمتع بمستويات مماثلة من التنمية.

وعلى الرغم من أن مصدرا كبيرا بما يكفي للإجهاد يمكن أن يستنزف قدرة أي نظام على الصمود، تشير الأدلة الواردة هنا إلى أن الأنظمة الصحية في المنطقة كانت تكافح بالفعل لتحقيق أهدافها الأساسية (البلدان النامية في المنطقة بصورة مطلقة، ودول مجلس التعاون الخليجي بصورة نسبية) بسبب عدم كفاية الموارد و/أو عدم كفاءة نشر تلك الموارد. وتعني القدرات الوظيفية المحدودة للنظام الصحي غياب أي قدرات احتياطية تقريبا. وتعتبر هذه القدرة التكميلية ضرورية إذا ما واجه نظام الصحة العامة تحديات جديدة أو مكلفة، بما في ذلك التحولات الصحية والديموغرافية والصدمات الحادة وغير المتوقعة، مثل تفشي فيروس كورونا. من ناحية أخرى، يحد ضعف أنظمة الآراء التقييمية - الاستجابات، إلى جانب الظروف الاقتصادية الصعبة - من قدرة المنطقة على الاستجابة والتحرك بفاعلية، مما يخلق حلقة مفرغة من نقاط الضعف الصحية والاقتصادية التي تقوض الازدهار في المستقبل، وتجعل الأنظمة عرضة لمصادر جديدة من الضغوط. ويبحث الفصل التالي في أداء نظم الصحة العامة في المنطقة خلال تفشي فيروس كورونا، الذي أصبح اختبارا فعليا للقدرة على التحمل لا يزال قائما.

الفصل السادس. مرض فيروس كورونا (كوفيد-19) في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا: اختبار القدرة على تحمل الضغوط

النتائج الرئيسية

- فرض تفشي فيروس كورونا مطالب جديدة ومنتزعة على الحكومات استنفدت القدرات الوظيفية والاحتياطية المحدودة أصلاً، وفاقمت التحديات القائمة.
- بالإضافة إلى الأعباء المباشرة المرتبطة بالاعتلال والوفيات التي تعاني منها بلدان المنطقة جراء جائحة كورونا، تسبب الجائحة في مشاكل تتعلق بعدد الموظفين، والعناية بالحالات المزمنة والحادة غير المرتبطة بكورونا، كما أثقلت كاهل الموارد المادية للأنظمة الصحية.
- في حين يظل التطعيم مسارا مهما للخروج من الجائحة، فإن وتيرة التلقيح في المنطقة متفاوتة وتتخلف البلدان المتوسطة والمنخفضة الدخل عن تلك الأكثر ثراء.

بحلول أواخر أغسطس/آب 2021، كان هناك ما يربو على 200 مليون إصابة مؤكدة بفيروس كورونا وأكثر من 4 ملايين وفاة مؤكدة بسبب الفيروس في جميع أنحاء العالم، وعلى الرغم من أن هذه التقديرات قد تكون أقل من الواقع بسبب عوامل مثل عدم كفاية الاختبارات أو القصور في الإبلاغ عن الوفيات (لوحة البيانات الإلكترونية لفيروس كورونا التي تصدرها منظمة الصحة العالمية 2021، الفريق المستقل، منظمة الصحة العالمية، 2021). وتشير عدة تقديرات إلى أعداد أكبر بكثير للوفيات والإصابات. وتسهم الفجوات في البيانات في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (ومناطق أخرى) في حالة عدم اليقين بشأن نطاق الجائحة وتأثيراتها المدمرة.

وهناك أمر واحد مؤكد: لقد كانت جائحة كورونا صدمة غير مسبوقه أربكت حتى الأنظمة الصحية الأكثر قدرة على مواجهة التحديات. إن قدرة الفيروس الكبيرة على العدوى، وخاصة من الحالات التي لا تظهر عليها الأعراض،¹⁹ حوله من وباء إلى جائحة، في حين دفعت شدته العديد من الحكومات لاتخاذ إجراءات صارمة ومكلفة للسيطرة عليه. ورغم ذلك انتشر المرض بسرعة كبيرة حتى أنه طغى على تدخلات الصحة العامة، مثل تتبع المخالطين، ولم يترك سوى خيارات صعبة على صعيد السياسات العامة مثل عمليات الإغلاق واسعة النطاق والفرص الشامل لوضع الكمامات لإبطاء وتيرة العدوى.

وأُنقذت الاستجابة للجائحة التي اعتمدت على تدابير وقائية الأرواح وسبل العيش. وتتطلب معالجة الجائحة استجابة شاملة ومشاركة بين القطاعات في النظام الصحي تشمل كلا من القطاعين العام والخاص والمجتمع المدني، وتتكيف مع مرحلة انتقال المرض في بلد ما. وكما يتضح من مؤشر الأمن الصحي العالمي وتقييمات القدرة على التكيف الأخرى، كانت جاهزية البنية التحتية للصحة العامة في ديسمبر/كانون الأول 2019 متفاوتة من بلد إلى آخر، وحتى في البلدان التي يبدو أن لديها أنظمة مهيأة جيداً كان القادة إما غير قادرين أو غير مستعدين لاتخاذ قرارات تستند إلى معلومات المراقبة العالمية الواردة من الخارج. لقد تمكنت البلدان التي تحركت بطريقة حازمة على صعيد السياسات العامة في وقت مبكر من ظهور الجائحة من الحد بشكل كبير من انتقال الفيروس والوفيات الناجمة عنه (شيسادزا وآخرون 2021، فلاكسمان وآخرون 2020، فولر وآخرون 2021). لكن مع تصاعد الحالات على المستويات الوطنية من بؤر معزولة إلى إصابات واسعة الانتشار، اضطرت البلدان إلى اعتماد إستراتيجيات استجابة أكثر صرامة للتكيف مع الوضع المحلي، مما شكل ضغطاً على القيادات وعلى قدرات النظم الصحية.

¹⁹ انظر، على سبيل المثال، Johansson MA, Quandelacy TM, Kada S, and others, 2021.

وتتطلب مواءمة الاستجابة لمرض فيروس كورونا أنظمة فعالة للآراء التقييمية لتوفير معلومات آنية مفيدة، وأنظمة استجابة يمكنها تلقي المعلومات ومعالجتها، واتخاذ قرارات مستنيرة، ونشر موارد خدمات الصحة العامة. واضطرت الأنظمة للاعتماد على القدرات الوظيفية و/أو الاحتياطية للنهوض بوظائف الصحة العامة وتقديم الخدمات الصحية الفردية.

وقد واجهت آليات أنظمة الآراء التقييمية / الاستجابات تحديات من عدة عوامل. وخلق هذا التهديد الجديد قدرا كبيرا من عدم اليقين الذي شكل تحديا لجميع البلدان في بداية ظهور الجائحة. لكن أداء بعض البلدان كان أفضل بكثير في اكتشاف الحالات (كما يتضح من نسبة الاختبارات التي جاءت نتائجها إيجابية، أو معدلات النتائج الإيجابية للاختبارات). وواجهت البلدان صاحبة أسوأ أداء مشاكل من بينها ضعف قدرات الاختبار أو التأخير في إجرائها، أو التردد أو الإنكار، أو حتى المنع المتعمد للاختبارات. وكان الكشف الموثوق عن الحالات بمثابة آلية الآراء التقييمية الحاسمة لمواءمة الاستجابة، ومع ذلك لم تواكب البنية التحتية للمراقبة العالمية معدل انتشار فيروس كورونا. وبدون بيانات موثوقة، لا يمكن أن تكون استجابة الصحة العامة جيدة التصميم ولا يمكن مساءلة صناع القرار. وكما هو الحال مع الاختبارات التشخيصية، يمكن سرد قصص مماثلة عن التسلسل الجينومي للفيروس، وتوافر معدات الحماية الشخصية للعاملين الصحيين والأساسيين، واستخدام المستشفيات، أو التطعيمات، من بين أمور أخرى.

مرض فيروس كورونا (كوفيد-19) في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا: اختبار تحمل للقدرة على الصمود في بيئة محرومة من البيانات

في نهاية أغسطس/آب 2021، كانت منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا قد سجلت أكثر من 12 مليون إصابة مؤكدة وما يربو على 200 ألف وفاة مؤكدة بمرض فيروس كورونا (بيانات البنك الدولي 2021). وتشير الأرقام الرسمية إلى أن فيروس كورونا أصبح خامس سبب رئيسي للوفاة في المنطقة (على افتراض أن أسباب الوفاة في 2020 كانت مماثلة لعام 2019). ومع ذلك، تشير عوامل مثل معدلات النتائج الإيجابية للاختبارات، والتكافؤ المصلي (معدل العدوى الفعلي)، والاختلالات الواسعة المعروفة في الخدمات الصحية، إلى خفض شديد في تقدير حجم تأثير فيروس كورونا.

فرض فيروس كورونا أعباء شديدة على الأنظمة الصحية في المنطقة، التي كانت قدرتها محدودة على التعامل مع الصدمات، وتواجهه تحديات بالفعل لمواجهة التحولات الاقتصادية والديموغرافية والوبائية المتقطعة. وقبيل تفشي الجائحة، كانت قدرة أنظمة الصحة العامة في المنطقة على نشر موارد خدمات الصحة العامة وتقديم الخدمات الصحية الفردية والنهوض بوظائف الصحة العامة الحيوية تعاني من الإجهاد.

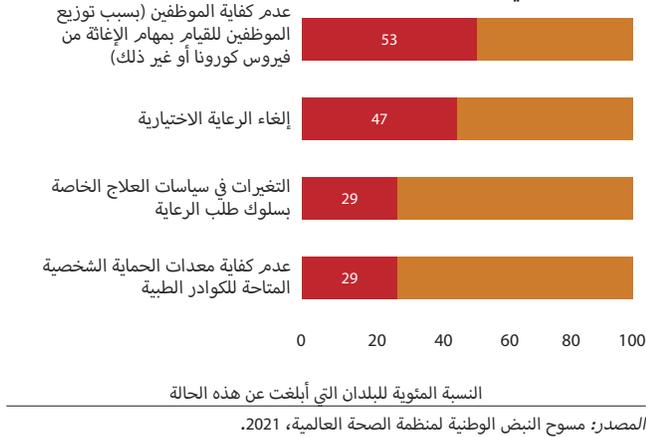
توفير الموارد لاستجابة صحية قادرة على الصمود. شكلت مواطن الضعف التي كانت تعترى الموارد المالية، والبشرية، والمادية قبل الجائحة تحديا لقدرة النظم الصحية في المنطقة على استيعاب الضغوط الناجمة عن فيروس كورونا، مع الحفاظ على الوظائف الأساسية. وربما كان هذا هو الحال في مختلف أنحاء العالم، وقد يكون من السابق لأوانه استخلاص استنتاجات قاطعة حول أداء الأنظمة الصحية في المنطقة خلال الأزمة الحالية، لا سيما بسبب نقص المعلومات والتوعية العامة والتواصل مع الجمهور. فعلى سبيل المثال، لا تتوفر بيانات تمويل الرعاية الصحية لعام 2020 المتعلقة بنفقات مكافحة فيروس كورونا، والتغيرات في إجمالي الإنفاق على الصحة، أو التأثير على الإنفاق الشخصي أو الإنفاق المفقور بشكل منهجي أو واسع النطاق أو كل ما سبق.

وحتى لو لم يسفر اختبار القدرة على تحمل الضغوط الناجمة عن الجائحة إلى الآن عن استنتاجات قاطعة بخصوص قدرة التمويل الصحي على الصمود، فيبدو من الواضح أن المرونة المحدودة لقوة العمل في مجال الرعاية الصحية والإمدادات من المنتجات والتكنولوجيات الطبية تسببت في أزمات ومعوقات كبيرة.²⁰ وتوصل مسح أجرته منظمة الصحة العالمية إلى أن 53% من بلدان المكتب الإقليمي لشرق المتوسط التابع للمنظمة أبلغ عن اختلالات في تقديم خدمات الرعاية الصحية بسبب نقص العاملين (انظر الشكل 6-1). واشتد الضغط على عدد العاملين في مجال الرعاية الصحية بسبب الحاجة إلى تكليف بعضهم برعاية مرضى فيروس كورونا، والعدد الكبير من الإصابات في صفوف الأطقم الصحية، وتغيب من يخشون الإصابة عن العمل (وهي مخاوف تفاقمت بدون شك بسبب نقص معدات الوقاية الشخصية). وتشير الشواهد غير الموثقة إلى أن ما يصل إلى 20% من العاملين في مجال الرعاية الصحية أصيبوا بفيروس كورونا (مكتب منظمة الصحة العالمية الإقليمي لشرق المتوسط 2020)، ولكن لا توجد بيانات رسمية أو متاحة عن تلك الإصابات (لوحة البيانات الإلكترونية لمراقبة فيروس كورونا التي تصدرها منظمة الصحة العالمية 2021). وشكل إلغاء الرعاية الصحية الاختيارية 47% من الاختلالات في تقديم الخدمة.

²⁰ تتألف بلدان مكتب منظمة الصحة العالمية الإقليمي لشرق المتوسط من جميع بلدان الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (باستثناء الجزائر) بالإضافة إلى أفغانستان وباكستان والصومال والسودان.

الشكل 6-1. أسباب توقف الخدمات

عوامل جانب العرض التي تتسبب في توقف خدمات الرعاية الصحية في منطقة المكتب الإقليمي لشرق المتوسط



وتعتمد البروتوكولات التي تحمي كلا من الأطقم الطبية والمرضى من العدوى على سلاسل إمداد المنتجات الطبية التي كثيراً ما تكون غير فعالة. وفي كثير من الأحيان، كانت المخزونات الاحتياطية من مثل هذه المنتجات مثل الكمادات الطبية، وأغطية الوجه الواقية، وغير ذلك من معدات الوقاية الشخصية غير كافية أو غير موجودة أصلاً. وفاق الطلب العالمي على معدات الوقاية الشخصية العرض بسرعة، مما أدى إلى ارتفاع الأسعار وتقليص المخزونات (الفريق المستقل، منظمة الصحة العالمية، 2021). وأفاد ما يقرب من 30% من بلدان المكتب الإقليمي لشرق المتوسط عن اختلالات في الخدمة بسبب نقص معدات الوقاية الشخصية (المسح الوطني الذي أجرته منظمة الصحة العالمية عام 2021).

وإلى جانب معدات الوقاية، كانت المنطقة تعاني إلى حد كبير من نقص في كثير من الأدوات الرئيسية اللازمة لتقديم الخدمات الصحية، بما في ذلك الأدوية الأساسية. وفرض فيروس كورونا المزيد من الأعباء على كاهل الأنظمة الصحية في المنطقة من خلال زيادة الطلب على مثل هذه المنتجات الطبية مثل الأكسجين، وأدوية معينة (من بينها

لقاحات كورونا)، وأجهزة التنفس الصناعي. وفي السعودية، التي تعد ظاهرياً واحدة من أكثر بلدان المنطقة قدرة على توفير الموارد للنظم الصحية، أفاد 51% ممن شاركوا في المسح عن نقص في 10 أدوية أساسية أو أكثر، و33% عن نقص في معدات الوقاية الشخصية، وأكثر من النصف تحدثوا عن زيادات في الأسعار بنسبة 25% أو أكثر (الجديد وآخرون 2021). وأشارت التقديرات إلى وجود نقص كبير في الأكسجين قبل تفشي الجائحة. ويقدر أحد النماذج أن الطلب المتزايد على الأكسجين أدى إلى تفاقم نقصه في المنطقة بواقع 20 ضعفاً، وهو أسوأ كثيراً منه في الصين وأوروبا واليابان والولايات المتحدة (ماكينزي وشركاه 2020). وأنهكت الجائحة الموارد المالية والبشرية والمادية الأولية المحدودة أو غير القادرة أصلاً على مواجهة الأزمات، مما فاقم مشاكل النظم الصحية التي تعاني أصلاً من ضعف القدرات الوظيفية اللازمة لتقديم الخدمات الفردية ووظائف الصحة العامة.

تقديم خدمات الرعاية الصحية. فرضت الجائحة أعباء على كل من العرض والطلب على خدمات الرعاية الصحية الفردية. ونتيجة لذلك، أعادت النظم الصحية توجيه خدماتها لمجابهة التحدي الكبير الذي يشكله فيروس كورونا. وكانت إعادة توجيه هذه تعني تخفيض الخدمات الصحية الأساسية للأمراض المزمنة بسبب تراجع القدرات الاحتياطية. وأدت الاختلالات في سلاسل الإمداد ونقص العاملين في القطاع الصحي واحتياطيات التمويل المحدودة إلى نقص كفاية الموارد الضرورية لتلبية الاحتياجات اللازمة لتوفير الخدمات للأمراض الحادة والمزمنة على حد سواء. وفي الوقت نفسه، أدى الخوف من انتقال عدوى كورونا إلى المستشفيات وتراجع أولوية علاج الحالات المزمنة، إلى انخفاض الطلب على الخدمات الصحية الأساسية، على الرغم من أن الحاجة إليها لم تتغير.

ويكتسي قياس الحالات التي تتطلب العلاج بالمستشفيات أهمية بالغة في تقييم تقديم الخدمات أثناء تفشي جائحة كورونا، غير أن بيانات التداوي داخل المستشفيات، بما في ذلك استخدام العناية المركزة، ليست متاحة على نطاق واسع. وتعكف منظمة الصحة العالمية على جمع بيانات أسبوعية من البلدان عن النسبة المئوية لحالات كورونا التي احتاجت العلاج في المستشفيات ووحدات العناية المركزة، فضلاً عن نسبة إشغال الأسرة بالمستشفيات (بما في ذلك أسرة وحدات العناية المركزة). غير أن هذه البيانات متاحة لبضعة بلدان فقط، ويتم نشرها والإعلان عنها في عدد أقل من البلدان.

كما كشفت الضغوط الناجمة عن الجائحة عن ضعف قدرات نظم الرعاية الصحية في تقديم الخدمات الصحية الأساسية من المستوى الأول خلال أوقات الأزمات. على سبيل المثال، بين شهري ديسمبر/كانون الأول 2020 وأبريل/نيسان 2021، أبلغ 26% من بلدان المكتب الإقليمي لشرق المتوسط عن تعطل خدمات الأمراض السارية، و26% عن تعطل خدمات الأمراض غير السارية، و24% عن تعطل في خدمات الصحة النفسية، و24% في اللقاحات، و32% في خدمات الصحة الإنجابية وصحة الأم وحيثي الولادة والأطفال، و16% في خدمات الطوارئ ورعاية الحالات الحرجة والعمليات الجراحية. وأفاد 44% من البلدان بوجود تعطل في خدمات

العيادات الخارجية، و40% في الرعاية المجتمعية، و41% في رعاية مرضى الأقسام الداخلية بالمستشفيات (المسح الوطني لاستطلاع الرأي الذي أجرته منظمة الصحة العالمية عام 2021). ومنذ ذلك الحين، استمرت الاختلالات في تقديم الخدمات، وإن كان بوتيرة أقل (المسح الوطني لاستطلاع الرأي الذي أجرته منظمة الصحة العالمية عام 2021). إضافة إلى ذلك، تقول منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف) إن هناك اختلالات كبيرة في التطعيم على مستوى العالم وفي المنطقة على حد سواء، على الرغم من أن البيانات في هذا الصدد محدودة ومنخفضة الجودة (منظمة الصحة العالمية، 2021).

وفرضت الجائحة تكاليف مباشرة وغير مباشرة على البلدان في أنحاء العالم. أما في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، فإن مدى قدرة تقديم الخدمات على استيعاب الصدمة الحادة غير واضح، لأن كثيرا من المؤشرات الأساسية مثل استخدام المستشفيات أو جودة الخدمات إما غير متوفرة أو تفتقر إلى المصدقية. وعلاوة على ذلك، ساهمت القدرة المحدودة أصلا على الصمود أمام التحديات في ضرر غير مباشر لم يتم قياسه بعد: أدى تعطل الخدمات الصحية الأساسية على الأرجح إلى زيادة في الوفيات، سواء في الوقت الحاضر أو في الأجل الطويل، بسبب تأخر الرعاية.

وظائف الصحة العامة والقيادة الصحية. يشكل الكشف عن حالات مرض فيروس كورونا اختبارا آخر لقدرة أنظمة الصحة العامة في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا على الصمود. ويمثل الكشف عن العدوى الأساس للمعلومات المتعلقة بالجائحة إذ إن المعلومات عن

الجدول 6-1. مؤشرات فيروس كورونا المبلغ عنها حتى 13 سبتمبر/أيلول 2021			
معدل النتائج الإيجابية للاختبارات، الإجمالي	الحالات لكل مليون شخص	الاختبارات لكل مليون شخص	
4.45%	154482	3471842	البحرين
10.41%	94519	907579	الكويت
1.21%	57608	4751451	عمان
9.14%	83568	914675	قطر
1.95%	15397	791231	السعودية
0.93%	72647	7807722	الإمارات
86.66%	4466	5153	الجزائر
5.60%	11799	210550	جيبوتي
9.55%	2800	29326	مصر
17.58%	62100	353240	إيران
13.21%	47234	357467	العراق
8.43%	78202	928034	الأردن
12.83%	90369	704140	لبنان
20.41%	46388	227280	ليبيا
9.67%	24167	249882	المغرب
15.98%	70526	441415	الضفة الغربية وقطاع غزة
28.48%	1638	5751	سوريا
25.08%	57245	228204	تونس
3.17%	275	8666	اليمن

المصدر: موقع وورلدميتر، 13 سبتمبر/أيلول 2021.

ملاحظات: قد لا تكون المؤشرات قابلة للمقارنة فيما بين البلدان بسبب الاختلافات في ممارسات إجراء الاختبارات والإبلاغ. لم يتمكن خبراء البنك الدولي من التحقق من البيانات الواردة في قاعدة بيانات وورلدميتر عن مصر وسوريا واليمن والجزائر.

مسار العدوى باللغة الأهمية لكل جانب آخر من جوانب الاستجابة للجائحة. ويتطلب الكشف عن الحالات وجود أنظمة قوية لمراقبة الأمراض النشطة والخاملة على حد سواء (بما في ذلك الترصد الجينومي لمراقبة ظهور السلالات المتحورة من الفيروس)، والاختبارات، واقتفاء أثر التعرض للفيروس (لكل من المخالطين وغيرها من حالات التعرض البيئي). ومن شأن المعلومات عن الجائحة كذلك أن توفر الآراء والملاحظات لتوجيه أشكال الاستجابة النهائية، بما في ذلك الحجر الصحي أو عزل الأفراد وعمليات الإغلاق واسعة النطاق للأعمال والأنشطة الاجتماعية. وتأتي القدرة على تحديد وفحص الأفراد المعرضين لمخاطر عالية كما ينبغي في صميم عملية اكتشاف الحالات.

وتجلى الأعباء التي تفرضها الجائحة على النظام الصحي الإقليمي جزئيا من خلال منظور النتائج الوبائية المرتبطة بها، بما في ذلك مرض فيروس كورونا واختبارات الانتشار المصلي، ومعدلات الوفاة المفردة أو التي تقل عن الأرقام الفعلية.

وتمثل الاختبارات ركيزة أساسية في فهم حجم العبء الذي يشكله المرض، لكن اختبارات كورونا كانت غير كافية إلى حد كبير سواء في العالم أو في المنطقة. وحافظت خمسة بلدان في المنطقة - البحرين وعمان والسعودية والإمارات واليمن²¹ - على إجمالي النتائج الإيجابية للاختبارات تحت حد 5% الذي أوصت به منظمة الصحة العالمية (انظر الجدول 6-1)، مما يشير إلى أن بلدان أخرى في المنطقة لم تجر عموما ما يكفي من الاختبارات لكشف معظم الحالات. ويشير ارتفاع معدلات النتائج الإيجابية للاختبارات إلى مستويات عالية من الإصابات غير المكتشفة أو غير المؤكدة، مما يجعل من الصعب تفسير البيانات واتخاذ التدابير المناسبة. وعلاوة على ذلك،

²¹ بالنسبة لليمن، لم يتمكن موظفو البنك الدولي من التثبت من البيانات الواردة في قاعدة بيانات وورلدميتر.

الجدول 6-2. دراسات الانتشار المصلي في المنطقة مقارنة بالانتشار الرسمي المؤكد			
تقدير الانتشار المؤكد	تقدير الانتشار المصلي	عدد دراسات الانتشار المصلي	
15.29%	-	-	البحرين
1.01%	38.1% (26 يونيو/ حزيران 2020)	1	الكويت
1.87%	21% (28 سبتمبر/ أيلول 2020)	1	عمان
4.30%	13.3-64.4% (9 سبتمبر/أيلول 2020)	7	قطر
0.40%	1.4-24.24% (17 يونيو/حزيران 2020)	9	السعودية
0.64%	10.4-68.6% (14 أغسطس/آب 2020)	2	الإمارات
0.41%	-	-	الجزائر
1.16%	-	-	جيبوتي
0.10%	1.3-34.8% (31 أكتوبر/ تشرين الأول 2020)	5	مصر
0.15%	4.8-41.56% (20 مايو/أيار 2020)	17	إيران
1.50%	62.58% (30 يناير كانون الثاني 2021)	1	العراق
3.23%	0-27.3% (5 فبراير/ شباط 2021)	3	الأردن
8.43%	-	-	لبنان
0.00%	0-4.23% (18 مايو/أيار 2020)	3	ليبيا
1.88%	-	-	المغرب
6.08%	-	-	الضفة الغربية وقطاع غزة
0.15%	-	-	سوريا

المصادر: Worldometer و SeroTracker.

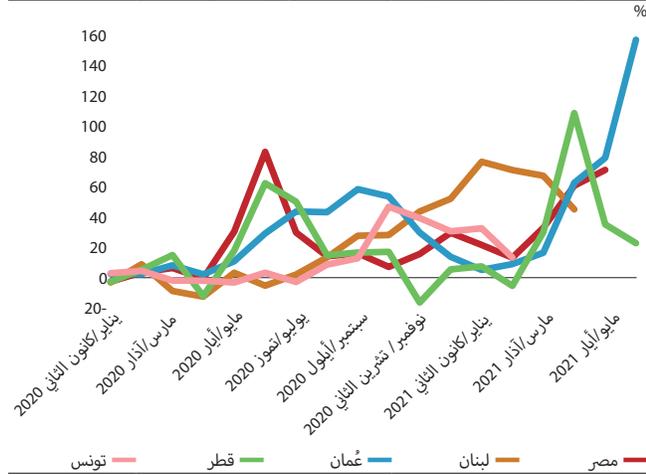
ملاحظة: التاريخ الموجود أدناه لتقدير الانتشار المصلي هو تاريخ انتهاء جمع عينة الدراسة. عندما يكون هناك فاصل زمني للتقديرات، يشير التاريخ إلى الحد الأعلى للفاصل الزمني. تقدير الانتشار المؤكد هو إجمالي الحالات المؤكدة كنسبة من السكان.

من غير الواضح ما إذا كانت بيانات الاختبارات والحالات والوفيات قابلة للمقارنة فيما بين البلدان. وهذا يعني أنه يجب تفسير هذه المعدلات الإيجابية المخيبة للآمال بحذر نظراً لأن أغلب البلدان على الأرجح تقلل عدد الحالات.

ومن شأن اختبارات الانتشار المصلي، التي تبحث عن الأجسام المضادة للفيروس في الدم (وهي علامة على الإصابة السابقة) أن تكمل البيانات المستقاة من الاختبارات الرسمية بهدف سد الفجوات الناتجة عن عدم كفاية الفحوص للعدوى ذاتها. وقد يعيب هذه البيانات القيود المفروضة على أخذ العينات، ولكنها قد تساعد في تحسين تقدير انتشار المرض بقدر ما تكون المجتمعات الإحصائية المأخوذ منها العينة مُمثلة على الصعيد الوطني. ويشير الجدول 6-2 إلى نتائج دراسات الانتشار المصلي المختلفة التي أجريت في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، مع ملاحظة أن توافر بيانات الانتشار المصلي محدود، لا سيما في بلدان المنطقة المتوسطة الدخل. وتختلف النتائج في المنطقة اختلافاً كبيراً، حسب البلد ووقت إجراء الدراسة. وتتراوح النتائج من صفر في دراسة ليبية في مايو/أيار 2020 إلى ما يقرب من 69% في الإمارات خلال أغسطس/آب 2020. وكشف استعراض منهجي لدراسات الانتشار المصلي في شتى أنحاء العالم عن متوسط عالمي له يبلغ 4.5%. ولكن النسبة كانت 8.2% في المنطقة مما يشير إلى وجود 71.2 حالة غير مكتشفة مقابل كل حالة مكتشفة (بوبروفيتس وآخرون 2021).

تعتبر الزيادة في معدل الوفيات - عدد الوفيات الناجمة عن جميع الأسباب أعلى من العدد المتوقع للوفيات خلال فترة محددة- على نطاق واسع مؤشراً موضوعياً آخر للوفيات الناتجة عن الإصابة بفيروس كورونا. وتشمل الوفيات الناجمة عن جميع الأسباب حالات الوفاة بمرض فيروس كورونا سواء المبلغ عنها، أو غير المعروفة أو غير المبلغ عنها، وغيرها من الوفيات، سواء كانت بسبب الأمراض أو الحوادث أو أي شيء آخر. وربما ارتبطت الوفيات الأخرى بالجائحة (على سبيل المثال حالة انتحار بسبب العزل أو حالة صحية لم تتلق العلاج الملائم بسبب توجيه الموارد الصحية لرعاية المصابين بفيروس كورونا). ولطالما استخدم مقياس زيادة الوفيات لتقدير عدد الوفيات خلال فترات الأوبئة وغيرها من الظواهر المناخية بالغة الشدة (كارلينسكي وكوباك 2021). ويبين الشكل 2-6 ارتفاع معدلات الزيادة في الوفيات في عمان ومصر في مايو/أيار 2021 ويونيو/حزيران 2021. ويعتقد أن معظم، إن لم يكن كل، الزيادة في الوفيات ناجمة عن الجائحة.

الشكل 6-2. نتيجة الثبات P-score للوفيات الزائدة



المصدر: عالما في البيانات.

ملاحظة: ترصد هذه الخطوط نتيجة الثبات للوفيات الزائدة، التي تحسب الفرق المئوي بين عدد الوفيات في 2020-2021 ومتوسط عدد الوفيات في الفترة نفسها - أسبوعيا أو شهريا - على مدى السنوات 2015-2019.

الجدول 6-3. النسبة بين الزيادة في الوفيات ووفيات كورونا المبلغ عنها

البيانات حتى	معدل التقدير الأقل	البلد
30 نوفمبر/تشرين الثاني 2020	13.1	مصر
21 سبتمبر/أيلول 2020	2.4	إيران
30 أبريل/نيسان 2021	1.2	لبنان
31 مايو/أيار 2021	0.9	عُمان
30 أبريل/نيسان 2021	1.4	قطر
14 فبراير/شباط 2021	0.6	تونس

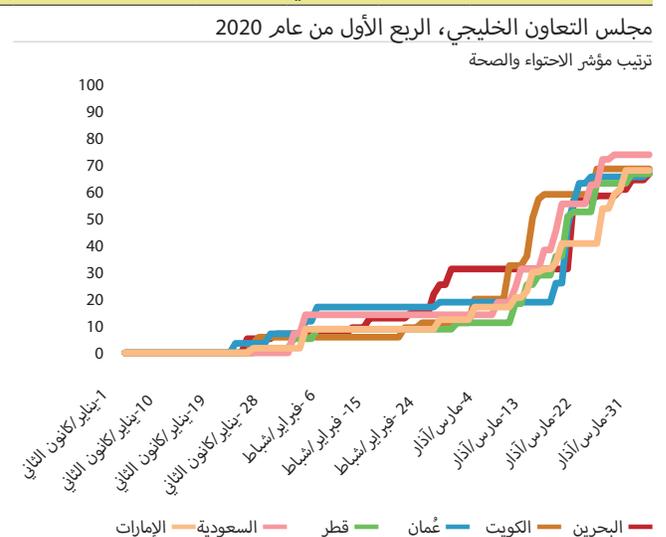
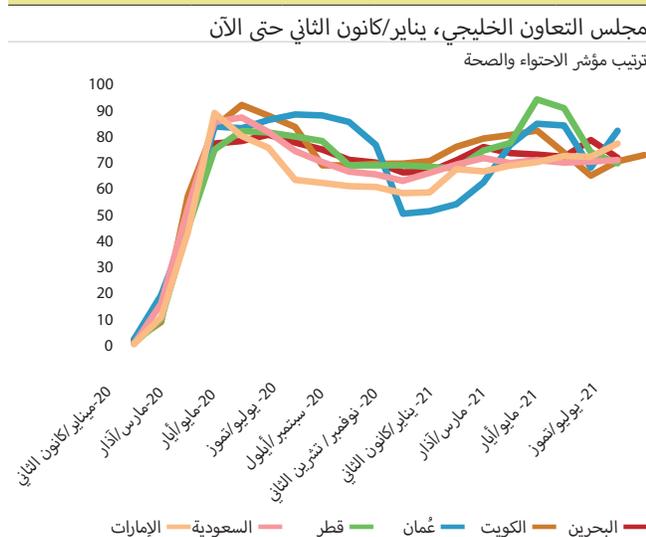
المصدر: كارلينسكي وكوباك (2021).

ويربط معدل التقدير الأقل للوفيات زيادة الوفيات بسبب وفيات فيروس كورونا المبلغ عنها. ويعني ارتفاع معدل التقدير الأقل أن الوفيات غير المعروفة وغير المبلغ عنها بسبب فيروس كورونا وغيرها من الوفيات، التي قد تكون مرتبطة بال جائحة أو لا تكون مرتبطة بها، لم تُحتسب. ويبين الجدول 3-6 معدلات التقدير الأقل لحالات الوفاة في ستة بلدان في المنطقة مع البيانات المتاحة. وكان معدل التقدير الأقل في معظم بلدان المنطقة أقل من 3، باستثناء مصر. فمصر لديها واحد من أعلى معدلات التقديرات الأقل للوفيات في العالم (13، حتى نوفمبر/تشرين الثاني 2020)، إلى جانب طاجيكستان (100) ونيكاراجوا (51) وعدة بلدان أخرى (كارلينسكي وكوباك 2021).

فالعدد الكبير من الوفيات، والعدد الأكبر من الإصابات الخطيرة، والاختلالات في الاقتصاد وفي نظام الرعاية الصحية والحياة الخاصة، وضع القيادات العامة في مواجهة حالة طوارئ يتعين عليهم الاستجابة لها وصياغة السياسات العامة الخاصة بها بسرعة كبيرة في ظل الضغوط والمعلومات غير الكاملة. ويقدر أهمية الجاهزية في مجال الصحة العامة، فإنها لم تتنبأ بالضرورة بالأداء الحكومي خلال أزمة كورونا. وبدلا من ذلك، كانت الإجراءات الحاسمة التي اتخذها القادة هي العنصر الرئيسي في تحديد مدى فاعلية نشر قدرات الصحة العامة.

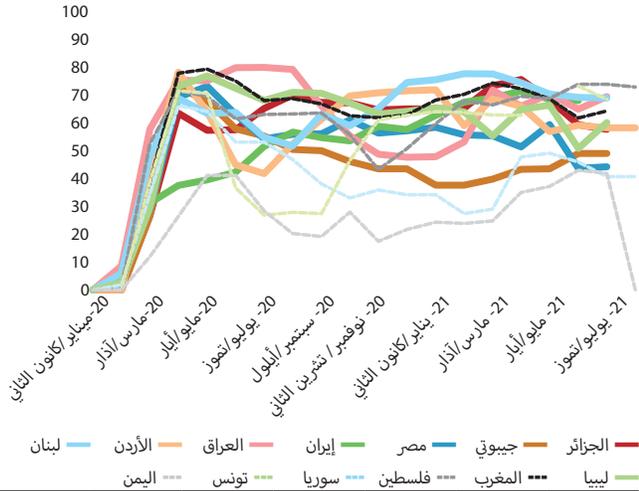
ويوفر مؤشر جامعة أكسفورد للاحتواء الصحي والصحة مقياسا مركبا لثلاثة عشر إجراء على صعيد السياسات الحكومية لمواجهة

الشكل 6-3. مؤشر الاحتواء والصحة في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا - كثافة سياسات احتواء فيروس كورونا مع مرور الوقت



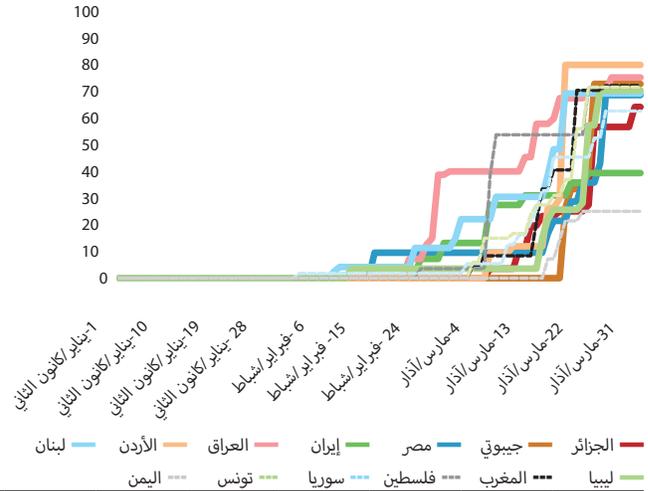
خلاف مجلس التعاون الخليجي، يناير/كانون الثاني 2020 حتى الآن

ترتيب مؤشر الاحتواء والصحة



خلاف دول مجلس التعاون الخليجي، الربع الأول 2020

ترتيب مؤشر الاحتواء والصحة



المصدر: هال وآخرون (2021).

ملاحظة: تستند الدرجة المركبة المستندة إلى المؤشر إلى 13 استجابة على صعيد السياسات، منها إغلاق المدارس وأماكن العمل، وحظر السفر، وسياسات الاختبار، وتباعد المخالطين، وتغطية الوجه، وسياسات اللقاحات. ويجري تطبيق درجات التصنيف إلى 100-0، حيث تشير درجة 100 إلى المستويات الأشد صرامة، وحيثما تفاوتت القيود داخل البلدان، يظهر أكثر المستويات المحلية صرامة.

الأزمة مع مرور الوقت (انظر الشكل 6-3 الخاص بمنطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا). وتشمل هذه الإجراءات إغلاق المدارس وأماكن العمل، وحظر السفر، وسياسات الاختبارات، وتعقب المخالطين، وأغطية الوجه، والتطعيم. وكان مجلس التعاون الخليجي أول من اتخذ إجراءات من بين بلدان المنطقة للتصدي لمرض فيروس كورونا بعد اكتشاف حالات في الإمارات في أواخر يناير كانون الثاني 2020. وقد انتظرت معظم حكومات المنطقة حتى أوائل مارس/آذار قبل أن تتخذ خطوات رئيسية لمواجهة الأعداد المتزايدة من الحالات. فقد تباطأت البلدان النامية في المنطقة، مثل إيران، في اعتماد سياسات صارمة لمواجهة تسارع أعباء الحالات ولم تلجأ عموماً لتبني أشد هذه السياسات. وكانت المنطقة ككل - مع بعض الاستثناءات - بطيئة نسبياً في التعامل مع المعلومات الواردة من الخارج خلال الأيام الأولى للجائحة.

ولعل قوة موارد الخدمات الصحية والخبرات السابقة المكتسبة من فيروس كورونا المسبب لمتلازمة الشرق الأوسط التنفسية الأكثر حدة والأقل قابلية للانتشار، تفسر أداء قطاع الصحة العامة في مجلس التعاون الخليجي، ولاسيما في السعودية والإمارات.²² ومع ذلك، أخفقت بعض بلدان المجلس في الاستفادة من المعلومات بشأن الجائحة. وبدلاً من ذلك، اعتمدت هذه البلدان اعتماداً مفرطاً في استيعاب صدمة فيروس كورونا على قدرة جوانب أخرى من النظام الصحي على مواجهة الأزمات - تقديم الخدمات، والتمويل الصحي، وأطقم العاملين في مجال الصحة، وسلاسل الإمداد - لتعويض أوجه القصور في البيانات. ومع ذلك، فإن القدرات الوظيفية والاحتياطية في مجال الصحة العامة، والمعلومات الوبائية توفر بعض الآراء التقييمية، في حين أن القيادة الحكيمة التي تتحرك في وقت مبكر بما يتناسب مع المعلومات الواردة عن الجائحة الناشئة كانت مطلوبة لتطبيق استجابة فعالة تماماً.

ووضعت التحولات الاقتصادية والديموغرافية والوبائية المتقطعة المقترنة بالقدرات الوظيفية المحدودة للنظام الصحي المنطقة في مواجهة صعوبات جمة لتعويض أوجه القصور الصحية المزمنة في بداية ظهور الجائحة. ومع ذلك، كانت هذه الدلائل الواضحة على تفشي المرض على الأرجح مجرد غيض من فيض. وفرضت الضغوط الناجمة عن تفشي فيروس كورونا مطالب جديدة ومتزايدة على الحكومات استنفدت القدرات الوظيفية والاحتياطية المحدودة أصلاً، وفاقت التحديات القائمة وكشفت نقاط الضعف التي لم يعد بالإمكان التغاضي عنها. لقد كانت الجائحة في الواقع بمثابة اختبار تحمل للقدرة على مواجهة التحديات أبرز كلاهما أهمية تلبية الاحتياجات القائمة، وأتاحا الفرصة لفهم جديد لأوجه الضعف الكامنة التي جعلت البلدان عرضة للمخاطر في المستقبل ولمخاطر صحية معينة.

²² انظر، على سبيل المثال، أبو بكر فرج وآخرون، 2019.

وتتلخص المقاييس الأكثر أهمية طوال مدة تفشي الجائحة في معدل الوفيات، والدخول إلى المستشفيات (وهو مؤشر على المرض الشديد)، وانتقال العدوى. وقد أدى العجز العام لمنظومة الصحة العامة عن اكتشاف الحالات إلى تعقيد الجهود الرامية إلى إدراك حجم انتقال العدوى، أو العبء الحقيقي المترتب على دخول المستشفيات، أو الوفيات الناجمة عن المرض. ونتيجة لذلك، لم تتمكن الأنظمة الصحية من تصميم واستخدام إجراءات تدخلية محددة لوقف انتقال العدوى ومكافحة المرض أو الوفيات.

وتعد زيادة معدل الوفيات من بين المؤشرات الأكثر أهمية لقدرة أي بلد على الصمود وأبسط وسيلة للتعويض عن عدم كفاية الكشف عن الحالات، لأنها تفترض نسبيًا، أن الوفيات الزائدة إما تنجم مباشرة عن فيروس كورونا أو عن الاختلالات في تقديم الخدمات الصحية بسبب الجائحة. لكن هذه البيانات لا تتوفر إلى حد كبير في المنطقة، ويرجع ذلك جزئيًا إلى أوجه القصور الأساسية مثل محدودية تسجيل الوفيات، أو تجميع البيانات، أو الإبلاغ عنها. غير أن بعض البيانات ذات دلالة بالنسبة للمنطقة: على سبيل المثال، كانت الزيادة في الوفيات المبلغ عنها في مصر في عام 2020، أكبر بنحو 10 مرات من الوفيات المسجلة رسميًا بسبب فيروس كورونا. لقد فرضت الجائحة ضغوطًا هائلة على قدرة النظام الصحي في المنطقة على مواجهة الأزمات، وكانت بمثابة اختبار لقابلية المنطقة للتعرض للمخاطر وهي حالة قائمة بالفعل. ويعد بطء وتيرة حملات التطعيم مؤشرا على محدودية قدرة النظم الصحية في المنطقة على الصمود. فبحلول الأسبوع الأخير من يوليو/تموز 2021، أعطت المنطقة 99 مليون جرعة فقط من لقاحات كورونا. وصنف معدل التطعيم في المنطقة بين أسوأ المعدلات في العالم (مجلة إيكونوميست 2021، عالما في البيانات 2021). ولم يتم تطعيم سوى 9% فقط من الأفراد المؤهلين للحصول على اللقاح في المنطقة بشكل كامل حتى أوائل أغسطس/آب 2021 (انظر الجدول 4-6). يخفي هذا الرقم الإجمالي تباينا مهما في جميع أنحاء المنطقة. وقد حققت دول مجلس التعاون الخليجي أداء جيدا فيما يتعلق بالتطعيم، في حين يعاني العديد من بلدان الشرق الأوسط وشمال أفريقيا النامية في هذا المجال. ويعزى بطء وتيرة التطعيم في كثير من البلدان إلى مسائل تتعلق بالطلب، مثل التردد في الحصول على اللقاحات، وقضايا تتعلق بالعرض مثل العراقيل أمام الإمدادات (البنك الدولي 2021 ب).

وارتبطت التحولات المتقطعة التي شهدتها المنطقة بدلائل واضحة على أوجه القصور في أداء النظام الصحي في المنطقة قبل ظهور الجائحة بوقت طويل. وأسهمت بعض العوامل في حجب مواطن الضعف التي تعترى الأنظمة الصحية، بما في ذلك سلطة الحكومة القوية والسكان الذين يغلب عليهم الشباب نسبيًا حيث يمرض الناس بمعدل أقل مما يحدث في المجتمعات ذات التوزيع العمري الطبيعي. وأدت عوامل أخرى إلى تفاقم أوجه الضعف، مثل تدني الحيز المتاح في المالية العامة للإنفاق العام، وارتفاع أعباء الأمراض غير السارية، وتراجع القدرات الوظيفية والاحتياطية داخل أنظمة الرعاية الصحية، وضعف توافر البيانات و/أو نقص الشفافية.

ولا تتوفر البيانات الأساسية، مثل المعلومات عن معدلات العدوى بين الكوادر الصحية أو التداوي داخل المستشفيات، مما يجعل من الصعب إجراء تقييم كامل لقدرة المنطقة على استيعاب الصدمة الصحية. وتشير البيانات الأخرى المتاحة - مثل زيادة معدل الوفيات، أو الانتشار المصلي، أو معدلات النتائج الإيجابية للاختبارات - إلى عدم كفاية جمع البيانات أو انخفاض جودتها، وإلى محدودية قدرة المنطقة على التكيف مع الضغوط والتحديات الجديدة التي تركتها عرضة للمخاطر الصحية. وكما سيرد تفصيلا في الفصل التالي، سيكون جمع البيانات على نطاق واسع وعن عمد، ونشر هذه البيانات بصورة يتسم بالشفافية، أمرين حاسمين لتحسين آليات الآراء التقييمية/الاستجابة اللازمة لمواجهة صدمات الأمن الصحي.

الجدول 4-6. التقدم في حملات التطعيم حسب المنطقة حتى 9 أغسطس/آب 2021			
المنطقة	الجرعات المستخدمة (بالمليون)	من تزيد أعمارهم عن 12 سنة الذين حصلوا على الجرعة الأولى (%)	من تزيد أعمارهم عن 12 سنة الذين حصلوا على الجرعة الثانية (%)
شرق آسيا	2110	78.2%	28.2%
الاتحاد الأوروبي	487	69.0%	56.8%
أمريكا الشمالية	474	65.3%	50.0%
أمريكا الجنوبية	287	56.7%	25.8%
باقي أوروبا	270	43.9%	33.7%
جنوب آسيا	549	33.6%	9.8%
منطقة أمريكا الوسطى	40.1	32.5%	19.1%
منطقة أوقيانوسيا	16.9	32.5%	16.5%
الشرق الأوسط وشمال أفريقيا	133	21.6%	13.1%
آسيا الوسطى	63	19.4%	3.2%
أفريقيا جنوب الصحراء	35.4	3.6%	1.5%

المصدر: مجلة إيكونوميست، 2021أ.

ولا يجب اختبار القدرة على التحمل الفعلي عن كثير من الأسئلة، إما لأنه من السابق لأوانه معرفة ذلك أو لأن جمع البيانات لم يكن كافياً. وعادة ما تتأخر بيانات التمويل الصحي لفترة تتراوح بين عام وعامين، لذلك لم يتضح بعد كيف أثرت جائحة كورونا على المصروفات الصحية، لا سيما الإنفاق الشخصي الذي يثقل كاهل الأسرة. ولم يتكشف بعد حجم التأثير الصحي لمختلف الأعباء الملقاة على عاتق الفئات الأولى بالرعاية كالمسنين، وأصحاب الأمراض المزمنة، والمحرومين. ويعزى التحول إلى الأمراض غير السارية جزئياً إلى المكاسب المطردة التي تحققت في المعركة ضد الأمراض السارية، وليس من الواضح ما إذا كانت الجائحة قد قوضت هذه المكاسب أو إلى أي مدى. علاوة على ذلك، قد نحتاج لسنوات للتعرف على التأثيرات طويلة الأمد للاختلالات التي شابت الخدمات الصحية.

ومع ذلك يجب اختبار القدرة على تحمل الضغوط عن أحد الأسئلة: تفتقر أنظمة الرعاية الصحية في المنطقة وفي العالم إلى القدرة الكافية على الصمود في وجه الأزمات بصورة تمكنها من تجنب و/أو استيعاب نوع المخاطر الصحية التي من المؤكد أن تقع. وسوف يستمر ظهور أوبئة جديدة، وتشير الشواهد إلى أن تواترها في ازدياد (سميث وآخرون 2014، المنتدى الاقتصادي العالمي 2019). وستكون بعض هذه التهديدات الصحية جسيمة لكن أقل قدرة على العدوى، كما كان الحال مع متلازمة الشرق الأوسط التنفسية، فيما سيكون بعضها شديد العدوى وأقل خطورة مثل فيروس زيكا. وقد اتسم تفشي مرض فيروس كورونا بخطورة عالية وبإمكانية انتقال عالية، ومن المؤكد أن بعض التهديدات الصحية المستقبلية ستشبه تلك التي يفرضها الفيروس المسبب مرض كورونا.

ويناقد الفصل التالي الخيارات على صعيد السياسات في المنطقة مع التركيز على تحسين نظم البيانات كجزء من الإصلاحات طويلة الأجل في مجال الصحة العامة.

الفصل السابع. استشراف المستقبل: ماذا تقول الشواهد العملية عن استخدام وسوء استخدام بيانات الصحة العامة

النتائج الرئيسية

- يعد إصلاح نظم البيانات كجزء من إصلاحات النظام الصحي من المجالات التي تستلزم تحركا عاجلا في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا.
- ويتمثل في توفير بيانات موثوقة محكمة التوقيت وعالية الجودة يمكن ربطها عبر قواعد البيانات وعبر مختلف الفترات الزمنية لتحقيق فوائد هائلة لأنظمة الرعاية الصحية بشكل عام وللاستجابة للجائحة في أي بلد بشكل خاص.

إن تحسين النظم الصحية القائمة في المنطقة مهمة شاملة وواسعة. ولا يتسع المجال في هذا التقرير للحديث باستفاضة عن هذه المهمة متعددة الجوانب. وفي حين يقدم هالدين وآخرون (2021) توجيهات ريفية المستوى للنظر في اعتبارات السياسات العامة، يناقش دوران ومينون (2020) أولويات السياسات المتعلقة بالمنطقة. وتشمل هذه الأولويات، التي تختلف باختلاف البلدان، ما يلي: التعجيل بالإصلاحات الرامية إلى تحسين مستوى وتوزيع التمويل الصحي والموارد المادية والبشرية، وتحسين مرونة الخدمات وجودتها على مستوى المجتمع المحلي ومستوى الرعاية الأولية ومستوى المستشفيات، وإشراك القطاع الخاص بشكل استباقي، وتحسين قدرات المراقبة وأنظمة المعلومات الصحية المتكاملة. لكن القاسم المشترك بين بلدان المنطقة هو الافتقار إلى بيانات رقمية موثوقة وعالية الجودة لإثراء وتوجيه عملية صنع القرار التي تتسم بالشفافية وتخضع للمساءلة. ويبرز أحد الدروس الرئيسية المستفادة من الجائحة أهمية هذه البيانات في توفير الخدمات الصحية وغيرها من الخدمات العامة. وهذا يعني أن المنطقة في أمس الحاجة لإصلاح نظم البيانات كجزء من إصلاح الأنظمة الصحية، وتشجيع ثقافة الانفتاح واستخدام البيانات لإثراء وتوجيه الإجراءات المتعلقة بالسياسات. وأصبحت البيانات أكثر أهمية في ظل أوضاع يكتنفها عدم اليقين مع احتمال حدوث طفرات جديدة لفيروس كورونا تهدد حياة الناس وسبل عيشهم.

ويوثق الشكل 7-1 صعوبة العثور على مؤشرات شائعة الاستخدام والوصول إليها لتقييم استجابة بلدان المنطقة للجائحة. ويبين الشكل أن العديد من المؤشرات إما غير متاحة للجمهور أو غير مجمعة، وفي حالات كثيرة لم يتمكن مؤلفو هذا التقرير من التحقق من الحالة.

وفي إطار البحث في مدى توافر مجموعة متنوعة من البيانات الخاصة بفيروس كورونا في جميع بلدان المنطقة، تم جمع تسعة مؤشرات لثمانية عشر بلدا. وتقدم المؤشرات المختارة معلومات أساسية عن الجوانب الرئيسية للصحة العامة وعن الظروف التي تواجه العاملين الصحيين في الخطوط الأمامية خلال تصديهم للجائحة. وشملت هذه المؤشرات بيانات النظام الصحي (مثل معدلات الإصابة بين الأطقم الطبية ونسبة إشغال المستشفيات، والإنفاق على وظائف الصحة العامة مثل تتبع المخالطين) والمعلومات على مستوى السكان (مثل العدد الإجمالي للمواليد والوفيات، والنسبة المئوية للأسر التي تكبدت مستويات كارثية من الإنفاق بسبب حالة طوارئ صحية).

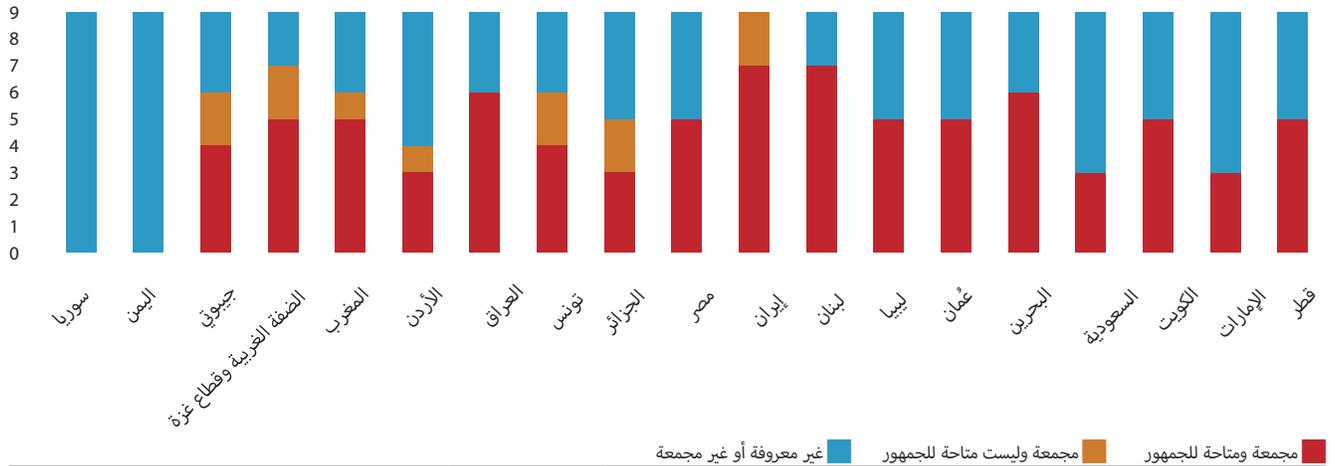
تظهر اللوحة العليا مدى توفر المؤشرات حسب البلد. وتظهر اللوحة السفلى مدى توفر كل مؤشر في مختلف البلدان. ولم تكن البيانات متاحة للجمهور إلا في نصف الوقت تقريبا. وتم جمع بعض أنواع البيانات، ولكنها غير متاحة للجمهور. وفي كثير من الحالات، لم يكن من الممكن التأكد مما إذا كانت البيانات متاحة أم لا. ويبين ذلك أنه حتى في حالة جمع البيانات يصعب في كثير من الأحيان العثور عليها والحصول عليها.

والمطلوب هو الحصول على بيانات عالية الجودة موثوقة ومحكمة التوقيت يمكن ربطها عبر مختلف قواعد البيانات وفي مختلف الفترات الزمنية. ومن شأن ذلك أن يعود بفوائد جمة على النظام الصحي بوجه عام وعلى استجابة بلد ما للجائحة بوجه خاص.

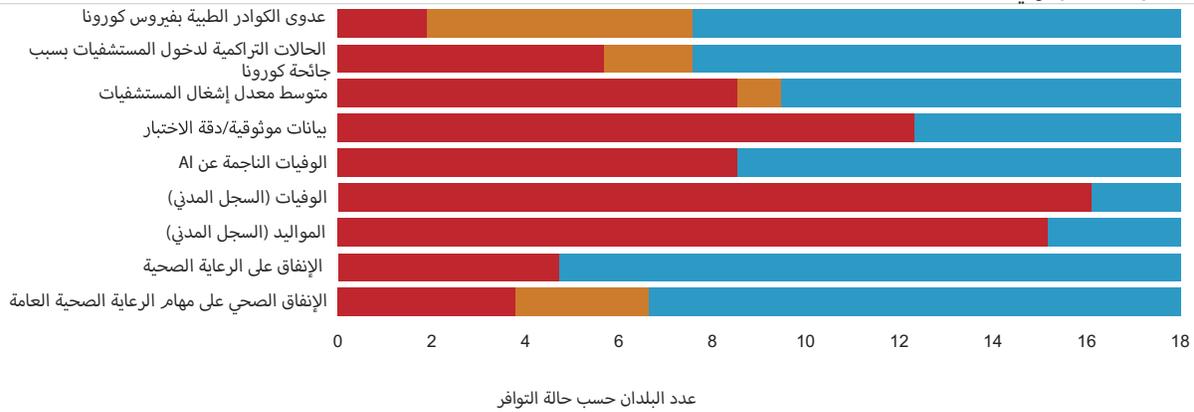
الشكل 7-1. تقييم توافر البيانات لمنطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا

اللوحة أ: توافر المؤشرات حسب البلدان

عدد المجالات حسب حالة التوافر



اللوحة ب: توافر كل مؤشر في مختلف البلدان



ملاحظة: تعتبر المجالات الواردة في اللوحة ب أساسية لتحسين فهم انتشار جائحة كورونا وشدتها وتأثيرها في البلدان، ويمكن استخدامها لإجراء مقارنات. ويهدف هذا التقييم إلى تحديد حالة جمع هذه المجالات وتوافرها للجمهور في كل بلد بمنطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، والبيانات إما مجموعة ومناحة للجمهور، أو مجموعة وغير متاحة للجمهور، أو لا يتم جمعها/جمعها. تسرد اللوحة أ مدى توفر/وضع تسعة مجالات لكل بلد. وتسرد اللوحة ب حالة توافر كل مجال حسب البلد.

وعندما نحاول فهم كيف يمكن لتدفق البيانات والمعلومات بشكل أفضل أن يعزز نظام الرعاية الصحية في بلد ما خلال إحدى الفاشيات الفيروسية، من المهم الاعتماد على البحوث التي تخضع لمراجعة النظراء والتي تقيم العلاقات السببية. إن مجموعة البحوث المتعلقة بفيروس كورونا حديثة العهد، وهناك نقص في الدراسات السببية الدقيقة عن فوائد استخدام البيانات في التصدي للجائحة. ولكن بوسع صناع السياسات أن يستفيدوا من مجموعة أكبر من الأدلة القائمة فيما يتصل بتحسين تبادل المعلومات، واستخدام البيانات، والنواتج الصحية. وسيلخص هذا القسم بعض هذه الأدلة والشواهد ويستعرض بإيجاز الاعتبارات العملية لتحسين جمع البيانات وتبادلها في النظام الصحي.

الشواهد: فوائد البيانات الرقمية الموثوقة المحكمة التوقيت. في ظل الظروف الملائمة، قد تكون هناك فوائد جمة لرقمنة البيانات الصحية وتبادلها وربطها. وقد تم جمع الكثير من دراسات الحالة التي تستند إلى الممارسات الإكلينيكية والابتكارات الحالية في مجال السياسات (انظر الجدول 7-1). ويمكن تصنيف البيانات الصحية إلى خمس فئات مع ما يقابلها من فوائد: السجلات الصحية الفردية؛ بيانات المنشآت والمعدات والأجهزة والموظفين والقدرات؛ بيانات الأطباء والموظفين؛ بيانات سلسلة المشتريات والإمداد؛ البيانات المجمعة ومجموعات البيانات المخصصة للاستخدام العام. ويركز هذا القسم على الدراسات الأكاديمية التي تؤسس علاقة سببية بين تحسين نظام البيانات والفوائد التي تعود على الخدمات الصحية. ولم يتم الاستشهاد إلا ببعض الدراسات البحثية الوجيهة.

الجدول 7-1. الأدوار المتعددة للبيانات في أنظمة الرعاية الصحية الحديثة

الفئة	مصادر البيانات	استخدام البيانات	عينة من التطبيقات: جهود التطعيم الوبائي من مرض فيروس كورونا
السجلات الصحية الفردية	سجلات التأمين الصحي، وسجلات مقدمي الخدمة، وبيانات وزارة الصحة المقدمة من مقدمي الخدمات بالقطاع الخاص أو العام، وسجلات اللقاحات وغيرها من السجلات الطبية، والشركات الخاصة (على سبيل المثال، تطبيقات اللياقة البدنية)	تتبع الصحة الفردية واستخدام الرعاية الصحية، ونقل معلومات المرضى بين مقدمي الخدمة، والتحقق من بيانات الإصابة بالأمراض، والمواليد، والوفيات، ومطابقة فصيلة الدم أو الأعضاء البشرية بين المتبرعين والمستفيدين منها.	معدلات التلقيح، ومعلومات آنية عن الطلب المتوقع على اللقاحات
بيانات عن المعدات والأجهزة والموظفين والقدرات في المنشآت	التقارير التي تقدمها المنشآت عن البيانات التنظيمية الخاصة بوزارة الصحة، والدراسات المسحية للمنشآت، وسجلات التراخيص، والشركات الخاصة (مثل تصنيفات الموقع الإلكتروني للمنشآت)	تخصيص الموارد والموظفين (خاصة المنشآت العامة)، وإصدار التراخيص، ووضع متطلبات وسياسات التدريب الطبي	أحدث المعلومات عن مراكز التطعيم المتاحة، وطاقات التبريد والتخزين
بيانات الأطباء والموظفين	التقارير التي تقدمها المنشآت عن البيانات التنظيمية الخاصة بوزارة الصحة، وسجلات التراخيص، والمسوح الخاصة بدرجة رضا المرضى، ومسوح المستشفيات، وسجلات التأمين	مراقبة أداء مقدمي الخدمات ووضع الحوافز، وتتبع توفر التخصصات الطبية المتاحة محليا وإقليميا	القدرة على تعبئة حملات التلقيح، مخاطر استنزاف المستجيب الأول
بيانات سلاسل المشتريات والإمداد	بيانات تنظيمية عن أسعار الأدوية وتوزيعها، وسجلات التراخيص، والدراسات المسحية عن الصيدليات والمستوصفات، والدراسات المسحية عن الصناعة الدوائية	تتبع مستويات الإمدادات والأسعار، وتوجيه الإمدادات وتوقع العراقيل، والسيطرة على التكاليف	توافر وتوزيع جرعات اللقاحات والمواد المطلوبة للتلقيح
تجميع البيانات ومجموعات البيانات ذات الاستخدام العام	سجلات المواليد والوفيات، والمسوح الصحية الوطنية، والبيانات مجهلة الهوية المستخلصة من السجلات المركزية (مثل سجلات وزارة الصحة) أو السجلات اللامركزية (مثل سجلات شركات التأمين الصحي)	استحداث البيانات المُجمّعة لتقدير آثار السياسات ومراقبة الاتجاهات الصحية، وإعداد لوحات البيانات وتبادل أحدث المعلومات لتعزيز المساءلة والشفافية	البحوث المتعلقة بفاعلية اللقاحات وآثارها الجانبية، وفعالية السياسات الرامية لزيادة الإقبال على التلقيح، وأحدث المعلومات عن معدلات التحصين

تعقب المرضى وحالتهم الصحية. يجري جمع أكثر البيانات الصحية تفصيلا على مستوى كل مريض على حدة، وقد ركز جزء كبير من البحوث المتعلقة بنظم السجلات الصحية الرقمية على ما إذا كانت هذه النظم قادرة على تحسين الرعاية الفردية (أناسوي، وجرينوود، ومكولو 2019). وفي سياق الاستجابة الصحية العامة لجائحة كورونا، قد تكون السجلات الرقمية الكاملة القابلة للربط عبر وثيقة هوية

مميزة مفيدة بشكل خاص في تتبع الحالات، على سبيل المثال: تجنب الازدواجية في التشخيص والاختبارات أو العلاج، ووضع شروط للحجر الصحي، وتوفير بيانات مجمعة محكمة التوقيت عن الحالات.

وتبين شواهد من الهند أن تتبع المرضى من خلال نظام للتعريف الحيوي لتحديد الهوية يحسن بدرجة كبيرة الالتزام بعلاج السل من خلال تسجيل ما إذا كان المريض قد حصل على الدواء، وإرسال تنبيهات آلية لمقدم الرعاية الصحية عند تفويت جرعة الدواء، مما زاد من متابعة مقدمي الرعاية للحالات المنزلية (بوسوروي وديلافلاد وبونز، 2019). ويستخدم نظام إدارة المعلومات للاستجابة لفيروس الإيدز في بوتسوانا بيانات مماثلة محددة عن المرضى لدعم المتابعة المنزلية، الأمر الذي زاد بشكل كبير من الالتزام بالعلاج واستبقاء المرضى، وعزز العدد الإجمالي للمرضى الذين يتلقون العلاج (فرحاني وآخرون، 2014). وفي كلا البلدين، عملت أنظمة المعلومات الصحية هذه أيضا على تحسين تتبع الأمراض من خلال الحد من تضخم أعداد المرضى أو تكرارها. وفي الدراسة عن السل، أشارت مقارنة بين مصادر البيانات المختلفة إلى أن ما يصل إلى 20% من أعداد المرضى المعروفين تم حسابها مرتين في غياب أجهزة القياس الحيوي. وقدم نظام بوتسوانا أيضا عدة سنوات من البيانات الطولية عن مؤشرات مثل استخدام الأدوية والنتائج الصحية والوفيات، التي حسنت بروتوكولات العلاج وأتاحت إجراء بحوث متعمقة (فرحاني وآخرون، 2014). وتندر الدراسات حول فاعلية العلاج بمضادات الفيروسات الرجعية في الحد من الوفيات المرتبطة بمرض الإيدز في أفريقيا جنوب الصحراء بسبب القصور واسع النطاق في الإبلاغ عن الوفيات والتوصيف الخاطئ لسبب الوفاة. على سبيل المثال، تشير التقديرات إلى أن سجلات المواليد والوفيات في بوتسوانا لم تحسب 20% من جميع الوفيات في الفترة 2006-2010 (ستونبرنر وآخرون، 2014).

وعلى مستوى النظام الصحي، لعبت أيضا وثائق الهوية المميزة دورا بالغ الأهمية في تحسين ربط البيانات عبر نظم الاستحقاقات وفي تحسين حصول المواطنين على الرعاية الصحية. وفي تايلند، ساعد برنامج وثائق الهوية الحكومي، والسجلات السكانية وتقاسم قواعد البيانات القابلة للتشغيل البيئي عبر ثلاثة برامج عامة، في تحقيق التغطية الصحية الشاملة في عام 2001، مما خفض عدد الأشخاص غير المؤمن عليهم إلى 5% من السكان. كما عمل هذا النظام على تيسير التحقق من الإحصاءات الحيوية، والاحتفاظ بسجلات للأمراض، وتعقب عمليات التلقيح (تانتشاروينساثيران وآخرون عام 2014، مبادرة الهوية من أجل التنمية 2018). وهي عناصر بالغة الأهمية في استجابة أي بلد للجوائح ويمكن تكييفها بسرعة للتصدي لتفشي أمراض جديدة مثل فيروس كورونا. وإذا لم يكن هناك نظام وطني لوثائق الهوية، يمكن لوثيقة هوية مخصصة للأمور الصحية أن تؤدي العديد من هذه المهام (مبادرة الهوية من أجل التنمية، 2018).

الرصد والمراقبة وتبادل المعلومات مع الجمهور. تعتبر المنشآت الصحية جيدة التجهيز التي تؤدي وظائفها على الوجه الصحيح ويثق بها المرضى شرطا أساسيا للتصدي الفعال للجائحة (انظر الإطار 7-1). وتلعب البيانات المُحدثة سواء على مستوى المنشآت أو مقدمي الخدمات دورا بارزا في مساءلة مقدمي الخدمات ووضعي السياسات وفي ضمان نوعية الرعاية. لقياس مثل هذه البيانات المهمة على سبيل المثال. وتشمل مبادرة مؤشرات الخدمات في أفريقيا إجراء دراسات مسحية وإفية عن مؤشرات الجودة في مجالي الصحة والتعليم، وتوفير مقاييس لجودة الخدمات والاستفادة منها وأدائها على مستوى المنشآت. وحتى الآن، استفاد 13 بلدا في أفريقيا جنوب الصحراء من هذه الأداة لرسم صورة مفصلة عن تقديم الخدمات، وهي خطوة أولى نحو تحديد العقبات أو اتخاذ إجراءات تصحيحية.

ويمكن للبيانات الآتية أن تساند جهود المراقبة وضمان الجودة على نحو أكثر فاعلية، على سبيل المثال عن طريق مساعدة المديرين على رصد المواظبة على الحضور. وفي دراسات عشوائية جرت في الهند، ساعدت المراقبة باستخدام المقاييس الحيوية لحضور موظفي المنشآت الصحية في زيادة أداء مقدمي الخدمات بنسبة تتراوح بين 15% و17%، مما أدى إلى تحسن كبير في نتائج المرضى (بوسوروي وديلافلاد وبونز، 2019؛ دهاليوال وهانا 2017). وزاد حضور الأطباء في العيادات الريفية بنسبة 75% في إقليم البنجاب في باكستان بعد تزويد مفتشي المنشآت الصحية بتطبيق هاتفي ولوحة بيانات إلكترونية ترفعان المعلومات عن غياب الموظفين المتكرر إلى المشرفين (كالين وآخرون 2020). ولكن هذه النتائج تنطوي على بعض المحاذير التي تؤكد على أن المعلومات لا تكون جيدة إلا بقدر جودة الإجراءات التي تستند إليها. ففي الهند، أحجم المسؤولون عن استخدام المعلومات الخاصة بالغياب لتوبيخ الأطباء، بمعنى أن تأثير البرنامج كان أكثر وضوحا على الموظفين في الرتب الأدنى (دهاليوال وهانا 2017). وفي البنجاب، كان للبرنامج تأثيرات قصيرة الأجل فقط على معدلات التفتيش والتي كانت أقل كثيرا من المعدل المتوقع للزيارات الشهرية (كالين وآخرون 2020). ويشير ذلك إلى أن المراقبة لن تكون فعالة إذا غابت الحوافز المطلوبة للقيام بذلك أو لم تتوفر قدرات التنفيذ.

الإطار 7-1. نشر المعلومات، واستجابة الجمهور للتدابير على مستوى السياسات، ودور الثقة في الأزمات

يتوقف نجاح الاستجابة الصحية العامة عندما تتفشى جائحة ما بشكل كبير على توافر المعلومات ونشرها وعلى استجابة الأفراد للتدابير على مستوى السياسات. ويعد جمع البيانات وتبادلها في الوقت المناسب وبشكل واضح وغير منحاز أمراً بالغ الأهمية.

وفي أوقات الأزمات، يكون الأفراد عرضة بدرجة كبيرة للمعلومات التي تنتشر عبر شبكات التواصل الاجتماعي غير الرسمية. وقد يعود ذلك بالنفع عند تبادل معلومات مفيدة في مجال الصحة العامة، كما حدث في الهند، حيث وجدت دراسة تجريبية أن رسالة الفيديو التي بثها الخبير الاقتصادي أبهيجيت بانيرجي الحائز على جائزة نوبل حسنت مستويات الإبلاغ عن الأعراض، والتباعد الاجتماعي، والنظافة الصحية من قبل من تلقوا الرسالة ومن لم يتلقوها (بانيرجي وآخرون 2020). لكن تبادل المعلومات عن طريق شبكات التواصل الاجتماعي يمكن أيضاً أن يحدث تأثيرات أكثر غموضاً؛ فعلى سبيل المثال، أثناء تفشي فيروس سارس في تايوان عندما أصيب 312 شخصاً، ساهمت تأثيرات الأقران في انخفاض حاد في استخدام المنشآت الصحية مما أدى لإطالة أمد المرض وظهوره في مناطق جديدة (بينيت وتشيانج ومالاني 2015). وكما ورد آنفاً، حدث تأثير مماثل أثناء تفشي فيروس كورونا، عندما أظهرت بيانات حركة التنقل أن الاتصالات الشخصية انخفضت بشكل كبير في بعض المناطق حتى قبل وضع السياسات الرسمية موضع التنفيذ.

ويبدو أن الثقة في الرسالة والتضامن مع المجتمع المحلي من بين العوامل المهمة في استجابة الجمهور (برودور وآخرون، 2020). ولم تسفر تجربة ثانية في الهند لإرسال رسائل نصية، لم تظهر فيها شخصية معروفة، عن نفس التأثير الذي أحدثه فيديو بانيرجي (باهيتي وآخرون 2021). وفي أوروبا، أظهرت المناطق التي تتمتع بقدر أكبر من الثقة في الحكومة وثقافة مدنية أقوى التزاماً أكبر بسياسات التباعد الاجتماعي مثل الإغلاق الشامل (بارجين وأمينونوف 2020؛ دوراتي وجويسو وجولينو 2021).

وقد يكون للقيادة السياسية تأثير هائل وربما مضر على السلوك الفردي وذلك وفقاً لمحتوى الرسائل. فقد أظهرت شواهد من الولايات المتحدة أن الانتماء السياسي للحزب الجمهوري ومشاهدة القنوات الإخبارية ذات الميول اليمينية ارتبطا بتدني مستوى الالتزام بالتباعد الاجتماعي وبظهور نتائج صحية أسوأ (ألكوت وآخرون 2020؛ بينتر وكيو 2021؛ سيمونوف وآخرون 2020؛ بورستين وآخرون، 2020). وهذه النتائج مثيرة للقلق لأن الأكاديميين في الولايات المتحدة قادوا الجهود الرامية إلى تبادل المعلومات بحرية مع الجمهور في الوقت الحقيقي - على سبيل المثال لوحة بيانات إلكترونية أعدتها جامعة جونز هوبكنز عن فيروس كورونا (دونغ ودو وغاردنر، 2020)، ولأن أبحاث اللقاحات ضد الفيروس كانت مدعومة باستثمارات ضخمة مولتها الحكومة الاتحادية الأمريكية من أموال دافعي الضرائب (فرانك وداناش ولوري 2021).

وتعد البرازيل نموذجاً لبلد قوضت فيه المعلومات المضللة والافتقار إلى القيادة خلال الجائحة الجهود المثالية لرسم السياسات استناداً إلى الشواهد والأدلة. إذ أظهرت الشواهد الواردة من البرازيل في الماضي أن واضعي السياسات على مستوى البلديات (رؤساء البلديات) يثمنون الشواهد الدقيقة وأنهم منفتحون بصورة غير عادية على ترجمة هذه الشواهد إلى تغيير في السياسات (هيورتاند وآخرون 2021). وكانت البرازيل أيضاً أول بلد يجري دراسة مسحية على الصعيد الوطني عن الانتشار المصلي، إذ جرت أربع مرات بين شهري مايو/أيار وأغسطس/آب 2020. وكشفت الدراسة عن تفاوتات في الانتشار المصلي بين الجماعات المحلية والعرقية للسكان (هالال وهارتويغ وآخرون 2020؛ هالال وهورتا وآخرون 2020؛ البنك الدولي 2021a). ولكن الأدلة الأكاديمية التي تستند لها الدراسة تشير أيضاً إلى أن "العينة لم تكن كافية"، ويعزى ذلك جزئياً إلى "عدم التنسيق بين وزارة الصحة (التي كلفت بإجراء الدراسة) وحكومات المدن والولايات" فضلاً عن "الانتشار السريع للمعلومات المضللة عبر وسائل التواصل الاجتماعي التي تصور القائمين على إجراء المقابلات كمحتالين، أو كجزء من مؤامرة لنشر الفيروس". وقال التقرير إنه "في 27 مدينة، ألقى القبض على القائمين على إجراء المقابلات، وفي ثمانية مدن أتلقت قوات الشرطة المحلية الاختبارات" (هالال وهارتويغ وآخرون 2020). وطيلة الوقت رفضت قيادة البلاد علناً مخاطر مرض فيروس كورونا، واحتمال أن تكون له عواقب مميتة (أجرنمان وكافالكاتي ودا ماتا 2020؛ وكابرال وإيتو ويونغلوبي 2021).

ويتمثل أحد الدروس المستفادة في أن تبادل المعلومات والرسائل الموثوقة التي لا لبس فيها يزداد أهمية خلال أزمات الصحة العامة. ويتعين على الرعاة السياسيين وغيرهم من الرموز العامة الموثوق بها أن يعززوا بشكل لا لبس فيه تدابير الصحة العامة. وهو ما يتطلب وقتاً وجهداً لبناء ثقة الجمهور وقدرات البيانات اللازمة للاستجابة للأزمات على النحو الأمثل.

وحيثما يعتري الضعف المؤسسات الحكومية يمكن أن تحل المراقبة المجتمعية، ولو جزئياً، محل الرقابة الرسمية. وفي دراسة تجريبية أجريت في أوغندا، تم تزويد المجتمعات المحلية بطاقات لقياس أداء منشآت الرعاية الصحية المحلية وتشجيعها على وضع خطة للرصد والمتابعة. ونتيجة لذلك، انخفضت فترات الانتظار، وقل نفاذ المخزونات، والتغيب عن العمل في العيادات، بينما زادت النظافة واستخدام المعدات والأجهزة، مما أدى إلى زيادة الاستفادة منها إلى حد كبير وإلى تحسين النواتج الصحية (بيوركمان وسفينسون، 2009). غير أن الحصول على المعلومات المتعلقة بالأداء، وكثيراً ما تكون هذه البيانات شحيحة، يشكل شرطاً أساسياً للرصد المجتمعي الفعال. وفي الآونة الأخيرة بدأت جهود القطاع الخاص التي تستخدم تكنولوجيا الهاتف المحمول في المساعدة في سد هذه الفجوة. وفي أوغندا، يقوم برنامج تتبع المنشآت الصحية الذي يعتمد على خدمة الرسائل النصية القصيرة mTRAC، الذي يجري مسوحات للمنشآت ويسمح أيضاً للجمهور بتقديم شكاوى مجهولة، بتزويد المرضى ومقدمي الخدمات والحكومة بمعلومات صحية آنية (اليونيسف 2021؛ مبادرة البحوث المواضيعية المعنية بالبيانات والإحصاءات التابعة لشبكة الأمم المتحدة للحلول الإنمائية المستدامة 2018). ويستعين برنامج الرسائل النصية MPedigree، المستخدم في نيجيريا وأماكن أخرى، بلوحات قابلة للخدش ذات رموز خاصة في تغليف الأدوية كي يتسنى للمشتريين التحقق من مصدر العقاقير والتعرف على المنتجات المقلدة (بي بي سي 2013).

ويمكن تعديل أنظمة المراقبة الموجودة بالفعل بسرعة لاستخدامها في أوقات الأزمات. فعلى سبيل المثال، تفيد دراسة حالة بأن برنامج mTRAC خفض وقت الاستجابة لتفشي الأمراض مثل تفشي الإيبولا في عام 2012 إلى النصف تقريباً، مما يساعد مقدمي الخدمات الصحية على الحصول على المعلومات وتطبيق تدابير مثل الحجر الصحي بسرعة أكبر. ويبدو التعاون بين القطاعين العام والخاص وسيلة واعدة لجمع البيانات بسرعة عن انتشار الأوبئة: فقد تمكنت شركات الهاتف الكبرى من تتبع المخالطين بسرعة كبيرة أثناء تفشي جائحة كورونا، حيث أصدرت شركتا أبل وجوجل الوثائق ذات الصلة بحلول أبريل/نيسان 2020 (أبل 2020).

ويبحث أخصائيو الصحة العامة الحكومات على اتخاذ خطوات أكثر حزماً للتعاون مع مشغلي الشبكات وخدمات بيانات المواقع للمساعدة في مكافحة الجائحة (أوليفر وآخرون 2020). ومن الممكن استخدام بيانات التعرض والمخالطة والموقع بمرور الوقت لتعقب استجابات المواطنين السلوكية لإجراءات مثل حظر التجول أو تقديم تقديرات لعدد التكاثر الأساسي R، الذي يقيس مدى انتشار المرض. وطبقت السعودية هذه الإستراتيجية للبيانات بنجاح تام. فاستخدمت المملكة شبكتها الحالية للمراقبة الإلكترونية الصحية، التي أطلقتها عام 2012، لتتبع الفحوص المخبرية، ووسعت نطاق وظائف التطبيقات الصحية القائمة (موعد وصحتي) للسماح للمستخدمين بإجراء فحوص ذاتية للأعراض، وحجز مواعيد في عيادات فيروس كورونا وأماكن إجراء الفحوص والاختبارات. كما أطلقت تطبيقات جديدة لتعزيز تتبع المخالطين والتباعد الاجتماعي، بما في ذلك تطبيق تباعد الذي يتبع معايير أبل/جوجل وينبه الأفراد في حالة تعرضهم لشخص مصاب بفيروس كورونا (حسونة ورحيل والحفظي 2020).

توجيه مخصصات رأس المال البشري والإمدادات والموارد. تتمثل إحدى الوظائف الأساسية للنظام الصحي في بلد ما في تخصيص الموارد. كما أن سرعة تخصيص الموارد وتوزيعها - سواء كانت اللقاحات أو أسرة المستشفيات أو أسطوانات الأكسجين - تلعب دوراً بارزاً في الاستجابة للجائحة.

وكثيراً ما يتطلب قطاع الصحة إجراء تدخلاً مركزياً لتحسين تخصيص الموارد ومواءمة العرض والطلب على الخدمات الصحية. وقد تكون مثل هذه الإجراءات التدخلية ناجحة للغاية: وقد حصل ألفين روث على جائزة نوبل في عام 2012 (مع لويد شابلي) للإسهام في تطبيق نظرية "المواءمة في الاتجاهين" على العديد من التحديات المتعلقة بمخصصات القطاع الصحي، بما في ذلك توزيع أخصائيين طبيين على مواقع مختلفة، ومطابقة الأعضاء البشرية بين المتبرعين والمتلقين (روث 1991؛ روث وبيرانسون 1999؛ روث وسونميز ويونفير 2005). وناقش الباحثون مؤخراً كيف يمكن أن تساعد أساليب مماثلة في تخصيص موارد محددة، مثل أجهزة التنفس الصناعي والأدوية المضادة للفيروسات، خلال تفشي فيروس كورونا (باتاك وآخرون 2021). ومن الشروط المسبقة المهمة لجميع هذه الاستخدامات جمع وتبادل البيانات الدقيقة عن الطلب والعرض لمورد معين.

ومع ذلك، في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، غالباً ما تكون المعلومات الأساسية شحيحة أو غير موثوقة، وحيثما تتوفر البيانات فإنها تكشف عن أوجه قصور كبيرة. على سبيل المثال، أظهرت مبادرة مؤشرات الخدمات في أفريقيا بشأن أعباء العمل على كاهل المنشآت ومقدمي الخدمة أن استخدام الخدمات الصحية يتفاوت على نطاق واسع ويفتقر لأنماط واضحة على ما يبدو (آندروز وآخرون 2021؛ غاتي

وآخرون (2021) - وقد يكون هناك قلة في استخدام إحدى المنشآت وفي الوقت نفسه فترات انتظار طويلة جدا للمرضى في منشأة أخرى. ويمكن أن تكشف الدراسات المسحية الأساسية أو جمع البيانات الإدارية عن مثل هذه المسائل وتساعد واضعي السياسات على تخصيص الموارد الصحية بشكل أفضل. وفي أوضاع تتسم بقدر كبير من ندرة الموارد، يمكن لجمع البيانات لأغراض معينة أن يسد الثغرات في البيانات الممثلة للأوضاع على المستوى الوطني. ففي اليمن على سبيل المثال، يستخدم البنك الدولي (إلى جانب منظمات دولية أخرى) حاليا مسوحا هاتفية عالية التواتر، وتحليلات جغرافية مكانية، وتقنيات مسح الوسائط الاجتماعية لقياس القدرة على الحصول على الرعاية الصحية والإجراءات التدخلية الموجهة.

تحسين أنظمة البيانات. بالإضافة إلى تعزيز أسلوب استجابة البلدان للجائحة، يمكن لأنظمة البيانات جيدة التصميم أن تحسن نظم الرعاية الصحية ككل. ويتسم تبادل المعلومات في مجال الرعاية الصحية بأهمية خاصة لسببين. أولاً، بالنسبة لكثير من الأمراض السارية، يمكن أن يؤثر مرض الشخص - والرعاية التي يتلقاها- على آخرين. ويساعد تتبع الحالات والنتائج الصحية، ومراقبة الوقاية بشفافية، في السيطرة على تفشي الأمراض وزيادة ثقة الجمهور في نظام الرعاية الصحية وفي الحكومة. ثانياً، إن طبيعة المرض والرعاية الصحية تجعل من الصعب على المرضى وجهات المراقبة الخارجية معرفة ما إذا كانت رعاية المرضى مناسبة وفعالة من حيث التكلفة. إن مراقبة الأداء في العديد من الحالات وبمرور الوقت أمر حيوي لقطاع الرعاية الصحية الذي يؤدي وظائفه على النحو الصحيح.

ويعني توفير التكلفة من خلال تحسين الرقابة أن الاستثمارات الأولية في نظم البيانات تدر عوائد أكبر من قيمتها (البنك الدولي، 2018). على سبيل المثال، استخدمت دراسة جرت مؤخراً في الهند معلومات مستمدة من 1.6 مليون من مطالبات التأمين بالإضافة إلى استبيانات المرضى، لفحص تأثير التغييرات في معدلات التكاليف المستردة عن التأمين الصحي على سلوك المستشفيات الخاصة. وكشفت الدراسة أن المستشفيات لم تكتف فقط بزيادة عائداتها عن طريق التلاعب في ترميز المطالبات لزيادة التكاليف المستردة مقابل خدمات أكثر ربحاً، بل إنها أيضاً تفرض رسوماً غير قانونية على المرضى (جين 2021).

ويوازن نظام البيانات الصحية الناجح بين مصالح كافة أصحاب المصلحة المعنيين ويجمع بين سهولة الاستخدام، والجودة العالية للبيانات ودقتها، وبين ميزات أمان البيانات وحماية الخصوصية. ووضع العديد من البلدان إستراتيجيات رقمية موحدة تحدد هذه المبادئ وغيرها، مثل برنامج "الهند الرقمية" (<https://www.digitalindia.gov.in>).

ومن الممكن أن تعمل أدوات مثل وثائق تحديد الهوية بالمقاييس الحيوية (بصمات الأصابع أو العين) على تسريع وتيرة مراقبة مقدمي الخدمة للحضور أو فحص سجلات المرضى. وعموماً، يسهل جمع البيانات آلياً والتشغيل البيئي لقواعد البيانات الذي يسمح بتبادلها- بين مقدمي الرعاية الأولية والأخصائيين أو الصيدليات، مثلاً - التعامل مع الأنظمة واستخدامها على نطاق أوسع. وغالبا ما تكون نظم البيانات الآن مجزأة بشدة. على سبيل المثال، هناك أكثر من 200 تطبيق للمعلومات الصحية في قطاع الصحة الإثيوبي، لكن يتبادل 40% فقط منها البيانات مع وزارة الصحة (البنك الدولي 2021أ).

كما يسمح تبادل البيانات بالمزيد من المراجعة المزدوجة: تسمح الوصفة الطبية التي يكتبها الطبيب ويصرفها الصيدلي، وترتبط بنفس وثيقة الهوية، بالتحقق من هوية المريض وتشخيص مرضه من مصدرين مستقلين. وإذا ما تم مسح لقاح ما في المستوصف ومرة أخرى عند إعطائه لطفل، فيمكن تأكيد الجرعة والمنشأ والمتلقي تلقائياً.

ويمكن أن تؤدي هذه المراجعة المزدوجة إلى تحسين نوعية المؤشرات المُجمعة. والقصور في الإبلاغ قضية معروفة في مجال الصحة العالمية وتنتشر بشكل خاص عندما تكون هناك حوافز قائمة على الأداء لمقدمي الرعاية الصحية. فعلى سبيل المثال، عندما قارن باحثون بين اللقاحات المبلغ عنها رسمياً ضد الدفتيريا والتيتانوس والسعال الديكي (يشار إليها باسم اللقاح الثلاثي) مع الاستعانة بشواهد من مسوح شملت 41 بلداً في أفريقيا، وجدوا أن هناك مبالغة كبيرة في الإبلاغ عن عمليات التلقيح. وقال الباحثون إن التباينات بين التطعيمات الفعلية والمبلغ عنها ترجع جزئياً إلى حوافز التطعيم التي يقدمها التحالف العالمي للقاحات والتحصين: في البلدان التي تلقت مدفوعات من التحالف، بلغ عدد الأطفال الذي ورد في البيانات الإدارية الوطنية بوصفهم قد حصلوا على اللقاح تقريبا مثلي عدد الأطفال الذين حصلوا

على اللقاحات في الدراسات المسحية التي جرت على نفس السكان (سانديفور وغلانسان 2014؛ ليم وآخرون 2008). ويجب أن يأخذ نظام البيانات القوي في الاعتبار الحوافز المقدمة لمن يبلغون عن البيانات ويجعل دقة البيانات هدفا صريحا من أهداف التصميم.

وإلى جانب الفوائد المترتبة على وثائق تحديد الهوية العامة ونظم تبادل البيانات تنشأ مخاطر تتطلب حماية قوية ضد إساءة الاستخدام. ففي فنزويلا على سبيل المثال، أصبحت وثائق الهوية القائمة على بصمات اليد، والتي كان الهدف منها في البداية مساندة تحديد هوية الناخبين، شرطا لشراء السلع الأساسية، بما في ذلك الأدوية، كما أفادت منظمات الدعم بأن بعض البائعين يرفضون خدمة أفراد مجتمع المثليات والمثليين ومزدوجي الجنس والمتحولين جنسيا ومثليي الجنس (مجتمع الميم) أو غير الفنزويليين (البنك الدولي 2021a).

ولا بد من حماية الأفراد الذين تم تجميع بياناتهم الصحية الحساسة من الاستبعاد عبر وثائق الهوية أو متطلبات أخرى، ومن الوصول غير المصرح به إلى بياناتهم على حد سواء. وقد ينطوي نظام وثائق الهوية على مشكلات في الأوضاع التي لا يثق فيها الأفراد بأن السلطات ستستخدمه لصالحها ويمتنعون عن التسجيل فيه. ويحدد نظام إدارة المعلومات للاستجابة لفيروس الإيدز في بوتسوانا على سبيل المثال فئات المستخدمين - الأطباء والصيدلة وموظفو المختبرات ومديرو البرامج- وتمتد كل فئة بمستوى مختلف من إمكانية الحصول على البيانات ويمكنها رؤية أنواع معينة فقط منها(الهوية من أجل التنمية 2018). كما ينبغي تطبيق هذه القيود على فروع الحكومة التي تستخدم البيانات لغير الأغراض الصحية.

وأخيرا، ينبغي لأي نظام جيد لإدارة المعلومات الصحية أن يسمح بتجميع البيانات وتجهيلها كي يتسنى للجمهور، وكذلك للباحثين الأكاديميين، الوصول إليها والاطلاع عليها واستخدامها للتحليل. وينبغي تعزيز هذه الاستخدامات من خلال إطار قانوني يدعم مثل هذه الشفافية، في حين يعمل على توفير حماية مادية وأخلاقية وحماية الخصوصية بقوة (كول وآخرون 2020). وعلاوة على ذلك، قد تكون هناك حاجة إلى استثمارات أولية في البنية التحتية التكنولوجية والخبرات المحلية لضمان الإدارة الناجحة للنظام. والواقع أن العديد من المبادرات والأدوات متاحة بالفعل في المجال العام لهذه الأغراض، بدعم من أغلب المنظمات الدولية الرئيسية، مثل البرنامج الحكومي بين منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا ومنظمة التعاون والتنمية الاقتصادية، الذي أصدر ورقة موقف عن الحوكمة الرقمية (منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية 2017).

المراجع

- Abu Baker Farag, Elmoubasher, Mohamed Nour, Ahmed El Idrissi, Jaouad Berrada, Aya Moustafa, Minahil Mehmood, Mahmoud H. Mahmoud, Ahmed M. El-Sayed, Farhoud Alhajri, Mohammed Al-Hajri, Osama Ahmed Hassan, Hamad Al-Romaihi, Mohamed Al-Thani, Salih A. Al-Marri, Marion P.G. Koopmans and Mohamed Haroun Ismail. 2019. "Survey on implementation of One Health approach for MERS-CoV preparedness and control in Gulf Cooperation Council and Middle East countries." *Emerging Infectious Diseases* Volume 25, No. 3. <https://doi.org/10.3201/eid2503.171702>.
- Aggarwal, Shilpa, Rebecca Dizon-Ross, and Ariel D. Zucker. 2020. "Incentivizing Behavioral Change: The Role of Time Preferences." *Working Paper 27079. National Bureau of Economic Research*. <https://doi.org/10.3386/w27079>.
- Agha, Leila. 2014. "The Effects of Health Information Technology on the Costs and Quality of Medical Care." *Journal of Health Economics* Volume 34: 19–30. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2013.12.005>.
- Ahmad, Omar B., Cynthia Boschi-Pinto, Alan D. Lopez, Christopher JL Murray, Rafael Lozano, and Mie Inoue. 2001. "Age Standardization of Rates: A New WHO Standard". *Geneva: World Health Organization*: 9, No. 10.
- Aitken, Tess, Ken Lee Chin, Danny Liew and Richard Ofori-Asenso. 2020. "Rethinking Pandemic Preparation: Global Health Security Index (GHSI) Is Predictive of COVID-19 Burden, but in the Opposite Direction." *The Journal of Infection* Volume 81, no. 2: 318–56. <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2020.05.001>.
- Ajzenman, Nicolas, Tiago Cavalcanti and Daniel Da Mata. 2020. "More than Words: Leaders' Speech and Risky Behavior During a Pandemic." CEPR Discussion Paper 14707.
- Alesina, Alberto, Arnaud Devleeschauwer, William Easterly, Sergio Kurlat, and Romain Wacziarg. 2003. "Fractionalization." *Journal of Economic Growth* 8: 155–194. <https://doi.org/10.1023/A:1024471506938>.
- Aljadeed, Rana, Yazed AlRuthia, Bander Balkhi, Ibrahim Sales, Monira Alwhaibi, Omar Almohammed, Abdulaziz J. Alotaibi, Ali M. Alrumaih and Yousif Asiri. 2021. "The Impact of COVID-19 on Essential Medicines and Personal Protective Equipment Availability and Prices in Saudi Arabia." *Healthcare* 9, No. 290. <https://doi.org/10.3390/healthcare9030290>.
- Allcott, Hunt, Levi Boxell, Jacob Conway, Matthew Gentzkow, Michael Thaler and David Yang. 2020. "Polarization and Public Health: Partisan Differences in Social Distancing during the Coronavirus Pandemic." *Journal of Public Economics* Volume 191: 104254. <https://doi.org/10.1016/j.jpubeco.2020.104254>.
- Andrews, Kathryn Gilman, Ciro Avitabile and Roberta Gatti. 2019. "Domestic Government Spending on Human Capital: Cross-Country Analysis of Recent Trends". *World Bank Policy Research Working Paper No. 9033*. <https://ssrn.com/abstract=3485916>.
- Andrews, Kathryn, Ruben Conner, Roberta Gatti, and Jigyasa Sharma. 2021. "The Realities of Primary Care: Variation in Quality of Care Across Nine Countries in Sub-Saharan Africa." *World Bank Policy Research Working Paper No. 9607*.
- Apple. 2020. "Privacy-Preserving Contact Tracing." <https://covid19.apple.com/contacttracing>.

- Arezki, Rabah, Daniel Lederman, Amani Abou Harb, Nelly El-Mallakh, Rachel Yuting Fan, Asif Islam, Ha Nguyen and Marwane Zouaidi. 2020. "How Transparency Can Help the Middle East and North Africa." *Middle East and North Africa Economic Update (April)*, Washington, DC: World Bank. Doi: 10.1596/978-1-4648-1561-4.
- Atasoy, Hilal, Brad N. Greenwood and Jeffrey Scott McCullough. 2019. "The Digitization of Patient Care: A Review of the Effects of Electronic Health Records on Health Care Quality and Utilization." *Annual Review of Public Health* Volume 40, No. 1: 487–500. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040218-044206>.
- Aurora, Rahul K., Abel Joseph, Jordan Van Wyk, Simona Rocco, Austin Atmaja, Ewan May, Niklas Bobrovitz, Jonathan Chevrier, Matthiew P. Cheng, Tyler Williamson and David L. Buckeridge. 2021. "SeroTracker: A Global SARS-CoV-2 Seroprevalence Dashboard." *The Lancet Infectious Diseases* Volume 21, Issue 4: E75-E76. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30631-9](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30631-9) and <https://serotracker.com/en/Explore>.
- Bahety, Girija, Sebastian Bauhoff, Dev Patel, and James Potter. 2021. "Texts Don't Nudge: An Adaptive Trial to Prevent the Spread of COVID-19 in India." *Center For Global Development Working Paper 585*. <https://www.cgdev.org/publication/texts-dont-nudge-adaptive-trial-prevent-spread-covid-19-india>.
- Banerjee, Abhijit, Marcella Alsan, Emily Breza, Arun G. Chandrasekhar, Abhijit Chowdhury, Esther Duflo, Paul Goldsmith-Pinkham and Benjamin A. Olken. 2020. "Messages on COVID-19 Prevention in India Increased Symptoms Reporting and Adherence to Preventive Behaviors Among 25 Million Recipients with Similar Effects on Non-Recipient Members of Their Communities." *Working Paper 27496*. National Bureau of Economic Research. <https://doi.org/10.3386/w27496>.
- Bargain, Olivier, and Ulugbek Aminjonov. 2020. "Trust and Compliance to Public Health Policies in Times of COVID-19." *Journal of Public Economics*, Volume 192: 104316. <https://doi.org/10.1016/j.jpubeco.2020.104316>.
- Barrett, Ronald, Christopher W. Kuzawa, Thomas McDade, and George J. Armelagos. 1998. "Emerging and Re-emerging Infectious Diseases: The Third Epidemiologic Transition", *Annual Review of Anthropology*, Volume 27: 247–271, <https://doi.org/10.1146/annurev.anthro.27.1.247>, S2CID 2792275.
- BBC. 2013. "Nigerian Texters to Take on the Drug Counterfeiters." *BBC News, Africa*. <https://www.bbc.com/news/world-africa-20976277>.
- Bennett, Daniel, Chun-Fang Chiang and Anup Malani. 2015. "Learning during a Crisis: The SARS Epidemic in Taiwan." *Journal of Development Economics*, Volume 112: 1–18. <https://doi.org/10.1016/j.jdeveco.2014.09.006>.
- Björkman, Martina, and Jakob Svensson. 2009. "Power to the People: Evidence from a Randomized Field Experiment on Community-Based Monitoring in Uganda." *The Quarterly Journal of Economics*, Volume 124, No. 2: 735–69.
- Bloomberg LP. 2021. "Purchasing Managers Index".
- Bobrovitz, Niklas, Rahul Krishan Arora, Christian Cao, Emily Boucher, Michael Liu, Claire Donnici, Mercedes Yanes-Lane, Mairead Whelan, Sara Perlman-Arrow, Judy Chen, Hannah Rahim, Natasha Ilincic, Mitchell Segal, Nathan Duarte, Jordan Van Wyk, Tingting Yan, Austin Atmaja, Simona Rocco, Abel Joseph, Lucas Penny, David A. Clifton, Tyler Williamson, Cedric P. Yansouni, Timothy Grant Evans, Jonathan Chevrier, Jesse Papenburg, and Matthew P. Cheng. 2021. "Global Seroprevalence of SARS-CoV-2 Antibodies: A Systematic Review and Meta-Analysis." *PLOS ONE* 16(6): e0252617. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0252617>.

- Bossuroy, Thomas, Clara Delavallade, and Vincent Pons. 2019. "Biometric Tracking, Healthcare Provision, and Data Quality: Experimental Evidence from Tuberculosis Control." *Working Paper 26388*. National Bureau of Economic Research. <https://doi.org/10.3386/w26388>.
- Boyd, Matthew J., Nick Wilson, and Cassidy Nelson. 2020. "Validation Analysis of Global Health Security Index (GHSI) Scores 2019" *BMJ Global Health*, Volume 5, no. 10: e003276. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-003276>.
- Brodeur, Abel, David M. Gray, Anik Islam, and Suraiya Bhuiyan. 2020. "A Literature Review of the Economics of Covid-19." *IZA Discussion Paper 13411*. <https://papers.ssrn.com/abstract=3636640>.
- Bursztyn, Leonardo, Aakaash Rao, Christopher Roth, and David Yanagizawa-Drott. 2020. "Misinformation During a Pandemic." *NBER Working Paper 27417*. <https://papers.ssrn.com/abstract=3580487>.
- Cabral, Sandro, Nobuiki Ito, and Leandro Pongeluppe. 2021. "The Disastrous Effects of Leaders in Denial: Evidence from the COVID-19 Crisis in Brazil." *Working Paper, SSRN*. <https://papers.ssrn.com/abstract=3836147>.
- Callen, Michael, Saad Gulzar, Ali Hasanain, Muhammad Yasir Khan, and Arman Rezaee. 2020. "Data and Policy Decisions: Experimental Evidence from Pakistan." *Journal of Development Economics*, Volume 146: 102523. <https://doi.org/10.1016/j.jdeveco.2020.102523>.
- Chisadza, Carolyn, Matthew Clance, and Rangan Gupta. 2021. "Government Effectiveness and the COVID-19 Pandemic". *Sustainability*, Volume 13, No. 6: 3042. <https://doi.org/10.3390/su13063042>.
- Cole, Shawn, Iqbal Dhaliwal, Anja Sautmann, and Lars Vilhuber. 2020. "Handbook on Using Administrative Data for Research and Evidence-Based Policy." *Cambridge, MA: Abdul Latif Jameel Poverty Action Lab (J-PAL)*. <https://www.hbs.edu/faculty/Pages/item.aspx?num=59582>.
- Crosby, Sawyer, Joseph L. Dieleman, Samantha Kiernan, and Thomas J. Bollyky. 2020. "All Bets Are Off for Measuring Pandemic Preparedness." *Think Global Health*. <https://www.thinkglobalhealth.org/article/all-bets-are-measuring-pandemic-preparedness>.
- de Walque, Damien, Jed Friedman, Roberta Gatti, and Aaditya Mattoo. 2020. "How Two Tests Can Help Contain COVID-19 and Revive the Economy". *Research and Policy Briefs, No. 29*. World Bank, Washington, DC.
- Dhaliwal, Iqbal, and Rema Hanna. 2017. "The Devil Is in the Details: The Successes and Limitations of Bureaucratic Reform in India." *Journal of Development Economics*, Volume 124: 1–21. <https://doi.org/10.1016/j.jdeveco.2016.08.008>.
- Dong, Ensheng, Hongru Du, and Lauren Gardner. 2020. "An Interactive Web-Based Dashboard to Track COVID-19 in Real Time." *The Lancet Infectious Diseases*, Volume 20, No. 5: 533–34. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30120-1](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30120-1).
- Drazen, Allan. 2000. "Political Economy in Macroeconomics." *Princeton University Press*. ISBN: 9780691188003.
- Duran, Denizhan and Rekha Menon. 2020. "Mitigating the Impact of COVID-19 and Strengthening Health Systems in the Middle East and North Africa." *World Bank, Washington, DC*.
- Durante, Ruben, Luigi Guiso, and Giorgio Gulino. 2021. "Asocial Capital: Civic Culture and Social Distancing during COVID-19." *Journal of Public Economics*, Volume 194: 104342. <https://doi.org/10.1016/j.jpubeco.2020.104342>.
- Eastern Mediterranean Health Observatory. 2019. "Availability of selected essential medicines in public and private health facilities." *World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean*. <https://rho.emro.who.int/Indicator/TermID/85>.

- Egyptian Ministry of Planning and Economic Development. 2021. "National Accounts Data". <https://mped.gov.eg/Analytics?id=61&lang=en>.
- Farahani, Mansour, Anusha Vable, Refeletswe Lebelonyane, Khumo Seipone, Marina Anderson, Ava Avalos, Tim Chadborn, Hailu Tilahun, Danae Roumis, Themba Moeti, Godfrey Musuka, Lesego Busang, Tendani Gaolathe, Kolaatamo C S Malefho, and Richard Marlink. 2014. "Outcomes of the Botswana National HIV/AIDS Treatment Programme from 2002 to 2010: A Longitudinal Analysis." *The Lancet Global Health*, Volume 2, No. 1: e44-50. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(13\)70149-9](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(13)70149-9).
- Flaxman, Seth, Swapnil Mishra, Axel Gandy, H. Juliette T. Unwin, Thomas A. Mellan, Helen Coupland, Charles Whittaker, Harrison Zhu, Tresnia Berah, Jeffrey W. Eaton, Mélodie Monod, Imperial College COVID-19 Response Team, Azra C. Ghani, Christl A. Donnelly, Steven Riley, Michaela A. C. Vollmer, Neil M. Ferguson, Lucy C. Okell, and Samir Bhatt. 2020. "Estimating the Effects of Non-Pharmaceutical Interventions on COVID-19 in Europe." *Nature*, Volume 584: 257-261. <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2405-7>.
- Frank, Richard G., Leslie Dach, and Nicole Lurie. 2021. "It Was The Government That Produced COVID-19 Vaccine Success." *Health Affairs*. <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hblog20210512.191448/full/>.
- Fuller, James A., Avi Hakim, Kerton R. Victory, Kashmira Date, Michael Lynch, Benjamin Dahl, Olga Henao, and CDC COVID-19 Response Team. 2021. "Mitigation Policies and COVID-19-Associated Mortality—7 European Countries, January 23-June 30, 2020". *MMWR and Mortality Weekly Report*: 58-62. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm7002e4>.
- Gatti, Roberta, Daniel Lederman, Ha M. Nguyen, Sultan Abdulaziz Alturki, Rachel Yuting Fan, Asif M. Islam, and Claudio J. Rojas. 2021. "Living with Debt: How Institutions Can Chart a Path to Recovery for the Middle East and North Africa." *Middle East and North Africa Economic Update (April)*, Washington, DC: World Bank.
- Gatti, Roberta, Kathryn Andrews, Ciro Avitabile, Ruben Conner, Jigyasa Sharma, and Andres Yi Chang. 2021. *The Quality of Health and Education Systems Across Africa: Evidence from a Decade of Service Delivery Indicators Surveys*. Washington, DC: World Bank. © World Bank. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/36234>.
- Gatti, Roberta, Matteo Morgandi, Rebekka Grun, Stefanie Brodmann, Diego Angel-Urdinola, Juan Manuel Moreno, Daniela Marotta, Marc Schifffbauer, and Elizabeth Mata Lorenzo. 2013. *Jobs for Shared Prosperity: Time for Action in the Middle East and North Africa*. Washington, DC: World Bank.
- GHS Index News. 2020. "The U.S. and COVID-19: Leading the World by GHS Index Score, Not by Response". *Global Health Security Index*. <https://www.ghsindex.org/news/the-us-and-covid-19-leading-the-world-by-ghs-index-score-not-by-response/>.
- Global Health Security Index. "About the GHS Index." Accessed July 30, 2021. <https://www.ghsindex.org/about/>.
- Global Health Security Index. 2019. "GHS Index: Building Collective Action and Accountability." <https://www.ghsindex.org/>.
- Haider, Najmul, Alexei Yavlinsky, Yu-Mei Chang, Mohammad Nayeem Hasan, Camilla Benfield, Abdinasir Yusuf Osman, Md Jamal Uddin, Osman Dar, Francine Ntoumi, Alimuddin Zumla, and Richard Kock. 2020. "The Global Health Security Index and Joint External Evaluation Score for Health Preparedness Are Not Correlated with Countries' COVID-19 Detection Response Time and Mortality Outcome." *Epidemiology & Infection*, Volume 148: E210. <https://doi.org/10.1017/S0950268820002046>.

- Haldane, Victoria, Chuan De Foo, Salma M. Abdalla, Anne-Sophie Jung, Melisa Tan, Shishi Wu, Alvin Chua, Monica Verma, Pami Shrestha, Sudhvir Singh, Tristana Perez, See Mieng Tan, Michael Bartos, Shunsuke Mabuchi, Mathias Bonk, Christine McNab, George K. Werner, Raj Panjabi, Anders Nordström, and Helena Legido-Quigley. 2021. "Health systems resilience in managing the COVID-19 pandemic: lessons from 28 countries." *Nature Medicine*, Volume 27: 964-980. <https://doi.org/10.1038/s41591-021-01381-y>.
- Hale, Thomas, Noam Angrist, Rafael Goldszmidt, Beatriz Kira, Anna Petherick, Toby Phillips, Samuel Webster, Emily Cameron-Blake, Laura Hallas, Saptarshi Majumdar, and Helen Tatlow. (2021). "A global panel database of pandemic policies (Oxford COVID-19 Government Response Tracker)." *Nature Human Behaviour*, Volume 5:529-538. <https://doi.org/10.1038/s41562-021-01079-8>.
- Hallal, Pedro C, Bernardo L Horta, Aluísio J D Barros, Odir A Dellagostin, Fernando P Hartwig, Lúcia C Pellanda, Cláudio José Struchiner, Marcelo N Burattini, Mariângela Freitas da Silveira, Ana M B Menezes, Fernando C Barros, and Cesar Gomes Victora. 2020. "Evolução Da Prevalência de Infecção Por COVID-19 No Rio Grande Do Sul, Brasil: Inquéritos Sorológicos Seriados." *Ciência & Saúde Coletiva* 25 (suppl 1): 2395–2401. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.09632020>.
- Hallal, Pedro C, Fernando P Hartwig, Bernardo L Horta, Gabriel D Victora, Mariângela F Silveira, Claudio J Struchiner, Luís Paulo Vdaleti, Nelson Arns Neumann, Lúcia C Pellanda, Odir A Dellagostin, Marcelo N Burattini, Ana M B Menezes, Fernando C Barros, Aluísio J D Barros, and Cesar G Victora. 2020. "Remarkable Variability in SARS-CoV-2 Antibodies across Brazilian Regions: Nationwide Serological Household Survey in 27 States." *Preprint. medRxiv*. <https://doi.org/10.1101/2020.05.30.20117531>.
- Hassounah, Marwah, Hafsa Raheel, and Mohammed Alhefzi. 2020. "Digital Response During the COVID-19 Pandemic in Saudi Arabia." *Journal of Medical Internet Research*, Volume 22, No. 9: e19338. <https://doi.org/10.2196/19338>.
- Health Financing and Governance Project, SHOPS Plus. 2018. "Health Trends in the Middle East and North Africa: A Regional Review of Health Financing and the Private Health Sector." United States Agency for International Development. <https://www.hfgproject.org/health-trends-in-the-middle-east-and-north-africa/>.
- Hjort, Jonas, Diana Moreira, Gautam Rao, and Juan Francisco Santini. 2021. "How Research Affects Policy: Experimental Evidence from 2,150 Brazilian Municipalities." *American Economic Review*, Volume 111, No. 5: 1442–80. <https://doi.org/10.1257/aer.20190830>.
- Huidrom, Raju, M. Ayhan Kose, James Lim, and Franziska L. Ohnsorge, 2020. "Why do Fiscal Multipliers depend on Fiscal Positions?" *Journal of Monetary Economics, Elsevier*, Volume 114(C): 109-125.
- ID4D. 2018. "The Role of Digital Identification for Healthcare: The Emerging Use Cases." Washington, DC: Identification for Development, World Bank.
- IMF Data. 2021. "Commodity Terms of Trade." International Monetary Fund. <https://data.imf.org/?sk=2CDDCCB8-0B59-43E9-B6A0-59210D5605D2>.
- Islam, Asif Mohammed, and Daniel Lederman. 2020. "Data Transparency and Long-Run Growth." *Policy Research Working Paper No. 9493*. World Bank, Washington, DC.
- Jain, Radhika. 2021. "Private Hospital Behavior Under Government Health Insurance in India." April, 43.

- Johansson, M.A., Talia M. Quandelacy, Sarah Kada, Pragati Venkata Prasad, Molly Steele, John T. Brooks, Rachel B. Slayton, Matthew Biggerstaff, and Jay C. Butler. "SARS-CoV-2 Transmission From People Without COVID-19 Symptoms." *JAMA Network Open*. 2021;4(1):e2035057. doi: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.35057>.
- Karlinsky, Ariel, and Dmitry Kobak, 2021 "Tracking excess mortality across countries during the COVID-19 pandemic with the World Mortality Dataset." *eLife*, Volume 10: e69336. DOI: <https://doi.org/10.7554/eLife.69336>.
- Keenan, Laura, Christian Lindmeier and Kurtis Cooper. 2021. "COVID-19 pandemic leads to major backsliding on childhood vaccinations, new WHO, UNICEF data shows". *World Health Organization News Release*. <https://www.who.int/news/item/15-07-2021-covid-19-pandemic-leads-to-major-backsliding-on-childhood-vaccinations-new-who-unicef-data-shows>.
- Kleinberg, R. L., S. Pasltsev, C.K.E. Ebinger, D.A. Hobbs, and T. Boersma. 2018. "Tight oil market dynamics: Benchmarks, breakeven points, and inelasticities." *Energy Economics*, Volume 70: 70-83. <https://doi.org/10.1016/j.eneco.2017.11.018>.
- Kruk, Margaret E, Anna D Gage, Catherine Arsenault, Keely Jordan, Hannah H Leslie, Sanam Roder-DeWan, Olusoji Adeyi, Pierre Barker, Bernadette Daelmans, Svetlana V Doubova, Mike English, Ezequiel García-Elorrio, Frederico Guanais, Oye Gureje, Lisa R. Hirschhorn, Lixin Jiang, Edward Kelley, Ephrem Tekle Lemango, Jerker Liljestrand, Address Malata, Tanya Marchant, Malebona Precious Matsoso, John G. Meara, Manoj Mohanan, Youssoupha Ndiaye, Ole F. Norheim, K. Srinath Reddy, Alexander K. Rowe, Joshua A. Salomon, Gagan Thapa, Nana A. Y. Twum-Danso, and Muhammad Pate. 2018." High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution." *The Lancet Global Health Commission*: e1196–252. [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30386-3](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30386-3).
- Kurowski, Christoph, David B. Evans, Ajay Tandon, Patrick Hoang-Vu Eozenou, Martin Schmidt, Alec Irwin, Jewelwayne Salcedo Cain, Eko Setyo Pambudi, and Iryna Postolovska. 2021. "From Double Shock to Double Recovery: Implications and Options for Health Financing in the Time of COVID-19." *Health, Nutrition and Population Discussion Paper*. World Bank, Washington, DC: World Bank.
- Lim, Stephen S., David B. Stein, Alexandra Charrow, and Christopher JL Murray. 2008. "Tracking Progress towards Universal Childhood Immunisation and the Impact of Global Initiatives: A Systematic Analysis of Three-Dose Diphtheria, Tetanus, and Pertussis Immunisation Coverage." *The Lancet*, Volume 372, No. 9655: 2031–46. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61869-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61869-3).
- Martinez, Ramon, Peter Lloyd-Sherlock, Patricia Soliz, Shah Ebrahim, Enrique Vega, Pedro Ordunez, and Martin McKee. 2020. "Trends in premature averالجدول mortality from non-communicable diseases for 195 countries and territories, 1990–2017: a population-based study". *The Lancet Global Health*, Volume 8, Issue 4: e511–e523. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30035-8](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30035-8).
- Mauro, Paulo. 1995. "Corruption and Growth." *The Quarterly Journal of Economics*, Volume 110, No. 3: 681–712. <https://doi.org/10.2307/2946696>.
- McKinsey and Company. 2020. "Pharmaceuticals & Medical Products Practice: COVID-19 Exposes a Critical Shortage of Oxygen in Developing Countries." <https://www.mckinsey.com/industries/pharmaceuticals-and-medical-products/our-insights/covid-19-exposes-a-critical-shortage-of-oxygen-in-developing-countries>.
- Miller, Amalia R., and Catherine E. Tucker. 2011. "Can Health Care Information Technology Save Babies?" *Journal of Political Economy*, Volume 119, No. 2: 289–324. <https://doi.org/10.1086/660083>.

- National Healthcare Safety Network (NHSN). 2020. "Current Hospital Capacity Estimates – Snapshot: COVID-19 Module Data Dashboard Sections." Centers for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/nhsn/covid19/report-patient-impact.html>.
- Nuclear Threat Initiative, Johns Hopkins Center for Global Health Security, The Economist Intelligence Unit. 2019. "2019 Global Health Security Index". *Global Health Security Index*. <https://www.ghsindex.org/wp-content/uploads/2020/04/2019-Global-Health-Security-Index.pdf>.
- Nuclear Threat Initiative, Johns Hopkins Center for Global Health Security, The Economist Intelligence Unit. 2019. "GHS Index Report and Model." *Global Health Security Index*. <https://www.ghsindex.org/report-model/>.
- OECD. 2017. "Benchmarking Digital Government Strategies in MENA Countries." *OECD Digital Government Studies*. Paris: OECD Publishing.
- Oliver, Nuria, Bruno Lepri, Harald Sterly, Renaud Lambiotte, Sébastien Deletaille, Marco De Nadai, Emmanuel Letouzé, Albert Ali Salah, Richard Benjamins, Ciro Cattuto, Vittoria Colizz, Nicolas de Corde, Samuel P. Fraiberger, Till Koebe, Sune Lehmann, Juan Murillo, Alex Pentland, Phuong N. Pham, Frédéric Pivetta, Jari Saramäki, Samuel V. Scarpino, Michele Tizzoni, Stefaan Verhulst, and Patrick Vinck. 2020. "Mobile Phone Data for Informing Public Health Actions across the COVID-19 Pandemic Life Cycle." *Science Advances*, Volume 6, No. 23: eabc0764. <https://doi.org/10.1126/sciadv.abc0764>.
- Omran, A. R. 2005. [1971]. "The epidemiological transition: A theory of the epidemiology of population change" (PDF), *The Milbank Quarterly*, Volume 83, No. 4: 731–57. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00398.x>, PMID 2690264, PMID 16279965, archived from the original (PDF) on 2013-04-12. Reprinted from *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 49 (4, Pt 1): 509–538, 1971.
- Our World in Data. "Statistics and Research: Coronavirus (COVID-19) Vaccinations." <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations>.
- Painter, Marcus, and Tian Qiu. 2021. "Political Beliefs Affect Compliance with Government Mandates." *Journal of Economic Behavior and Organization*, forthcoming (March). <https://papers.ssrn.com/abstract=3569098>.
- Pathak, Parag A., Tayfun Sönmez, M. Utku Ünver, and M. Bumin Yenmez. 2021. "Fair Allocation of Vaccines, Ventilators and Antiviral Treatments: Leaving No Ethical Value Behind in Health Care Rationing." *Boston College Working Papers in Economics*, January. <https://ideas.repec.org/p/boc/bocoec/1015.html>.
- Razavi, Ahmed, Ngozi A. Erondy, Ebere Okereke. 2020. "The Global Health Security Index: What Value Does It Add?" *BMJ Global Health*, Volume 5, No. 4: e002477. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002477>.
- Roth, Alvin E. 1991. "A Natural Experiment in the Organization of Entry-Level Labor Markets: Regional Markets for New Physicians and Surgeons in the United Kingdom." *The American Economic Review*, Volume 81, No. 3: 415–40.
- Roth, Alvin E., and Elliott Peranson. 1999. "The Redesign of the Matching Market for American Physicians: Some Engineering Aspects of Economic Design." *American Economic Review*, Volume 89, No. 4: 748–80. <https://doi.org/10.1257/aer.89.4.748>.
- Roth, Alvin E., Tayfun Sönmez, and Utku M. Ünver. 2005. "A Kidney Exchange Clearinghouse in New England." *American Economic Review*, Volume 95, No. 2: 376–80. <https://doi.org/10.1257/000282805774669989>.

- Sandefur, Justin, and Amanda Glassman. 2014. "The Political Economy of Bad Data: Evidence from African Survey & Administrative Statistics." *The Center for Global Development Working Paper 373*. <https://www.cgdev.org/publication/political-economy-bad-data-evidence-african-survey-administrative-statistics-working>.
- SDSN TRenDS. 2018. "Data Sharing via SMS Strengthens Uganda's Health System: A Case Study of MTRAC, Uganda." *New York: Sustainable Development Solutions Network, United Nations*. <https://www.sdsntrends.org/research/2018/9/27/case-study-mtrac-sms-health-uganda>.
- Shahpar, Cyrus, Christopher T. Lee, Colby Wilkason, Marine Buissonnière, Amanda McClelland, and Thomas R. Frieden. 2019. "Protecting the World from Infectious Disease Threats: Now or Never." *BMJ Global Health*, Volume 4, No. 4: e001885. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-001885>.
- Simonov, Andrey, Szymon K. Sacher, Jean-Pierre H. Dubé, and Shirsho Biswas. 2020. "The Persuasive Effect of Fox News: Non-Compliance with Social Distancing During the Covid-19 Pandemic." *Working Paper 27237. National Bureau of Economic Research*. <https://doi.org/10.3386/w27237>.
- Smith, Katherine F., Michael Goldberg, Samantha Rosenthal, Lynn Carlson, Jane Chen, Cici Chen, and Sohini Ramachandran. 2014. "Global Rise in Human Infectious Disease Outbreaks." *Journal of the Royal Society Interface*, Volume 11, No. 101. <https://doi.org/10.1098/rsif.2014.0950>.
- Stoneburner, Rand, Eline Korenromp, Mark Lazenby, Jean-Michel Tassie, Judith Letebele, Diemo Motlapele, Reuben Granich, Ties Boerma, and Daniel Low-Beer. 2014. "Using Health Surveillance Systems Data to Assess the Impact of AIDS and Antiretroviral Treatment on Adult Morbidity and Mortality in Botswana." *PLOS ONE*, Volume 9, No. 7: e100431. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0100431>.
- Tangcharoensathien, Viroj, Supon Limwattananon, Walaiporn Patcharanarumol, and Jadej Thammatacharee. 2014. "Monitoring and Evaluating Progress towards Universal Health Coverage in Thailand." *PLOS Medicine*, Volume 11, No. 9: e1001726. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001726>.
- The Economist. 2021. "COVID-19 Data: Tracking COVID-19 Across the World." <https://www.economist.com/graphic-detail/tracking-coronavirus-across-the-world>.
- The Economist. 2021. "Modelling Covid-19's death toll." <https://www.economist.com/briefing/2021/05/15/there-have-been-7m-13m-excess-deaths-worldwide-during-the-pandemic>.
- The Global Health Observatory. 2020. "UHC Index of Essential Service Coverage." *World Health Organization*. <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/uhc-index-of-service-coverage>.
- The Independent Panel for Pandemic Preparedness & Response. 2021. "COVID-19: Make it the Last Pandemic." *World Health Organization*. https://theindependentpanel.org/wp-content/uploads/2021/05/COVID-19-Make-it-the-Last-Pandemic_final.pdf.
- The New York Times. 2021. "India Covid-19 Death Estimates." <https://www.nytimes.com/interactive/2021/05/25/world/asia/india-covid-death-estimates.html>.
- UNICEF. 2021. "MTrac: Using Innovations to Improve Healthcare." July 30, 2021. <https://www.unicef.org/uganda/what-we-do/mtrac>.
- United Nations Department of Economic and Social Affairs. 2019. "United Nations World Population Prospects." *United Nations*. <https://population.un.org/wpp/>.

- World Bank Data Analytics. 2021. "Understanding the COVID-19 Pandemic Through Data." World Bank. <https://datanalytics.worldbank.org/covid-dashboard/#section-covid-19-case-data>.
- World Bank DataBank. 2021. "Health Nutrition and Population Statistics." World Bank. <https://databank.worldbank.org/source/health-nutrition-and-population-statistics>.
- World Bank DataBank. 2021. "World Development Indicators." World Bank. <https://databank.worldbank.org/source/world-development-indicators>.
- World Bank Group. Forthcoming "Overweight and Obesity in Saudi Arabia: Consequences and Solutions."
- World Bank. 2016. "Global Monitoring Report: Development Goals in an Era of Demographic Change." <https://www.worldbank.org/en/publication/global-monitoring-report>.
- World Bank. 2018. "Human Capital: A Project for the World." <https://www.devcommittee.org/sites/dc/files/download/Documents/2018-09/DC2018-0012%20Human%20Capital%20Project%20.pdf>.
- World Bank. 2018. "Public Sector Savings and Revenue from Identification Systems: Opportunities and Constraints."
- World Bank. 2021. "MENA Crisis Tracker," August 2, 2021. Washington, D.C: World Bank Group. <http://documents.worldbank.org/curated/en/280131589922657376/MENA-Crisis-Tracker-December-16-2020>.
- World Bank. 2021a. "World Development Report 2021: Data for Better Lives." *World Development Report*. Washington: World Bank.
- World Bank. 2021b. "Assessing Country Readiness for COVID-19 Vaccines: First Insights from the Assessment Rollout (English)." Washington: World Bank Group.
- World Economic Forum. 2019. "Outbreak Readiness and Business Impact: Protecting Lives and Livelihoods across the Global Economy." *World Economic Forum White Paper*. http://www3.weforum.org/docs/WEF%20HGHI_Outbreak_Readiness_Business_Impact.pdf.
- World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean. 2020. "Statement on COVID-19 by WHO's Regional Director for the Eastern Mediterranean Dr Ahmed Al-Mandhari." <http://www.emro.who.int/media/news/statement-on-covid-19-by-regional-director-for-the-eastern-mediterranean-dr-ahmed-al-mandhari.html>.
- World Health Organization. "E-SPAR Public." Accessed July 29, 2021. <https://extranet.who.int/e-spar/>.
- World Health Organization. "Spar: Strategic Partnership for Health Security and Emergency Preparedness (SPH) Portal." Accessed July 29, 2021. <https://extranet.who.int/sph/spar>.
- World Health Organization. 2016. "Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030." <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250368/9789241511131-eng.pdf?sequence=1>.
- World Health Organization. 2020. "WHO COVID-19 Dashboard." <https://covid19.who.int/>.
- World Health Organization. 2021. "Global Health Expenditure Database." <https://apps.who.int/nha/database>.
- World Health Organization. 2021. "Global Health Observatory." <https://www.who.int/data/gho>.
- World Health Organization. 2021. "National Pulse Survey on Continuity of Essential Health Services During the COVID-19 Pandemic.: January-March 2021." <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/monitoring-health-services/national-pulse-survey-on-continuity-of-essential-health-services-during-the-covid-19-pandemic>.

World Health Organization. 2021. "WHO COVID-19 Detailed Surveillance Data Dashboard." <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiYWVhZGZlYm90MDAwLTljYWMtN2EwNTM3YjQzYmRmliwidCI6ImY2MTBjMGI3LWJkMjQ0MTBiLTNkYzI4MGFmYjU5MCIslmMiOjh9>.

World Health Organization. 2021. "The True Death Toll of COVID-19: Estimating Global excess mortality." <https://www.who.int/data/stories/the-true-death-toll-of-covid-19-estimating-global-excess-mortality>.

Worldometer. 2021. "Coronavirus Cases." <https://www.worldometers.info/coronavirus/>.

الملحق

الملحق 1.1. تعديلات النمو ومعدل النتائج الإيجابية لاختبارات فيروس كورونا

الجدول أ-1.1. التغيرات في نصيب الفرد من إجمالي الناتج المحلي وتوقعات معدل النتائج الإيجابية لاختبارات فيروس كورونا		
المتغيرات	(1) معدل في 2020	(2) معدل في 2021
نصيب الفرد من إجمالي الناتج المحلي، في 2019 (لوغاريتم)	0.52-	*0.586
	(0.366)	(0.377)
تعديل نمو نصيب الفرد من إجمالي الناتج المحلي في عام 2019	**0.717	***0.968
	(0.296)	(0.274)
درجة الرعاية الصحية	0.0378	0.0288
	(0.0333)	(0.0300)
الصادرات من إجمالي الناتج المحلي	0.0120-	0.0161-
	(0.0116)	(0.0115)
عائدات السياحة من إجمالي الصادرات	***0.160-	***0.160-
	(0.0296)	(0.0226)
معدل الإصابات بنهاية عام 2020	***0.0843-	
	(0.0307)	
معدل الإصابات بحلول أبريل/نيسان 2021		0.0152-
		(0.0309)
ثابت	1.216-	***11.31-
	(2.124)	(2.244)
الملاحظات	127	133
الجذر التربيعي	0.471	0.497

المصدر: حسابات المؤلفين.

ملاحظة: المتغير التابع في العمود (1) هو التعديل المتوقع في نصيب الفرد من إجمالي الناتج المحلي في 2020، كنسبة مئوية من مستوى إجمالي الناتج المحلي في 2019. المتغير التابع في العمود (2) هو التعديل المتوقع في نصيب الفرد من إجمالي الناتج المحلي في 2021، كنسبة مئوية من مستوى إجمالي الناتج المحلي في 2019. المتغيرات المستقلة الشائعة في كلا الانحدارين هي لوغاريتم نصيب الفرد من إجمالي الناتج المحلي في 2019، وتعديل نمو نصيب الفرد من إجمالي الناتج المحلي في 2019، ودرجة مؤشر الأمن الصحي العالمي في 2019، ونسبة الصادرات إلى إجمالي الناتج المحلي (متوسط القيم في 2017 و2018 و2019)، وعائدات السياحة من إجمالي الصادرات (متوسط القيم في 2017 و2018 و2019). ويُستخدم معدل الإصابات المتراكمة حسب اختبارات فيروس كورونا بنهاية عام 2020، محسوبا بضرب 100 × (إجمالي الحالات الإيجابية/ إجمالي الاختبارات) في الانحدار الأول، ويُستخدم معدل النتائج الإيجابية المتراكمة لاختبارات بحلول أبريل/نيسان 2021 في الانحدار الثاني.

يوضح الجدول أ1-1 تأثير معدل النتائج الإيجابية لاختبارات فيروس كورونا على توقعات البنك الدولي لنصيب الفرد من إجمالي الناتج المحلي في الفترة المماثلة. وتتمثل المتغيرات التابعة في تعديل توقعات النمو لنصيب الفرد من إجمالي الناتج المحلي، بالمقارنة بين الأرقام الواردة في عددي أبريل/نيسان 2021 وأكتوبر/تشرين الأول 2019 (قبل الجائحة) لتقرير آفاق الاقتصاد الكلي والفقر. والفرق بين العمودين هو أن المتغير التابع في الانحدار (2) هو تعديل توقعات نصيب الفرد من إجمالي الناتج المحلي في 2021، من حيث نصيب الفرد من إجمالي الناتج المحلي في 2019؛ ويتمثل المتغير التابع في الانحدار (1) في تعديل توقعات نصيب الفرد من إجمالي الناتج المحلي في عام 2020، من حيث نصيب الفرد في 2019.

وتظهر نتائج الانحدار أن عائدات السياحة في إجمالي الصادرات لا تزال تؤثر تأثيرا كبيرا وسلبيا على توقعات النمو، حتى بعد ضبط مستوى الدخل قبل الجائحة، والتعديل المتوقع لنمو نصيب الفرد من إجمالي الناتج المحلي في 2019، وتقييم النظام الصحي اعتبارا من 2019، والاعتماد على الصادرات كنسبة من إجمالي الناتج المحلي. ولم يؤثر معدل الإصابات بفيروس كورونا تأثيرا سلبيا كبيرا إلا على توقعات النمو في 2020. وظل تأثيره سلبيا، ولكن بدرجة وأهمية أقل في الانحدار مع تعديل التوقعات في عام 2021.

الملحق 2. تأثير صدمات أسعار السلع الأولية على نمو

إجمالي الناتج المحلي

ترد في الجدول أ2-1 شواهد عملية وتجريبية توضح الأثر التاريخي لأسعار صادرات وواردات السلع الأولية على نمو إجمالي الناتج المحلي في مختلف البلدان بين عامي 1990 و2019. وتشير الأرقام القياسية لأسعار صادرات وواردات السلع الأولية إلى مدى التعرض لها وللتغيرات في أسعارها. معادلة التقديرات هي:

$$Y_{it} = \alpha + \beta \times \text{exppriceshock}_{it} + Y \times \text{imppriceshock}_{it} + \delta \times \text{MENA}_i \times \text{exppriceshock}_{it} + \theta \times \text{MENA}_i \times \text{imppriceshock}_{it} + a_t + b_i + u_{it}$$

الجدول 2-1. تأثير صدمات أسعار السلع الأولية

المتغيرات	(1) نمو إجمالي الناتج المحلي	(2) نمو إجمالي (3) نمو إجمالي	الناتج المحلي
صدمات أسعار الصادرات	6.077	6.044	**8.825
	(3.734)	(3.738)	(3.777)
صدمات أسعار الواردات	*11.55	*11.32	8.535
	(6.179)	(6.184)	(6.011)
صدمات أسعار الصادرات	1.965-		
*مجلس التعاون الخليجي	(8.363)		
صدمات أسعار الواردات	1.291		
*مجلس التعاون الخليجي	(15.24)		
صدمات أسعار الصادرات	***23.93		
*البلدان النامية المصدرة للنفط	(6.344)		
صدمات أسعار الواردات	146.7-		
*البلدان النامية المصدرة للنفط	(137.2)		
صدمات أسعار الصادرات	43.67		
*البلدان النامية المستوردة للنفط	(43.65)		
صدمات أسعار الواردات	**48.77-		
*البلدان النامية المستوردة للنفط	(20.40)		
صدمات أسعار الصادرات	7.500		
*بلدان الشرق الأوسط وشمال أفريقيا	(7.434)		
صدمات أسعار الواردات	**32.22-		
*بلدان الشرق الأوسط وشمال أفريقيا	(13.88)		
ثابت	***3.076	***3.072	***3.076
	0.694-	(0.691)	(0.691)
التأثيرات الثابتة للبلد والسنة	Y	Y	Y
الملاحظات	6.351	6.351	6.351
الجذر التربيعي	0.105	0.103	0.103
عدد البلدان	176	176	176

المصدر: حسابات المؤلفين.

ملاحظة: المتغير التابع في كل انحدار هو نمو إجمالي الناتج المحلي الحقيقي. ويتم تمثيل الفارق الأول في لوجاريتم مؤشر أسعار صادرات وواردات السلع الأولية لكل بلد والخاص بصندوق النقد الدولي، على التوالي من خلال "Export Price Shocks" و "Import Price Shocks". وترصد مؤشرات أسعار السلع الأولية للصادرات والواردات أوجه الضعف في السلع الأولية والتغيرات في أسعارها. وفي الانحدار (2) أضفنا أيضا شروط التفاعل بين متغير صوري في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا وصدمة أسعار السلع الأولية، وذلك لتميز تأثير صدمات أسعار السلع الأولية بين بلدان الشرق الأوسط وشمال أفريقيا وبقية العالم. وفي الانحدار (3)، استعاض عن المتغيرات الصورية لمنطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا بثلاثة متغيرات صورية لمجموعات بلدان المنطقة: مجلس التعاون الخليجي، والبلدان النامية المصدرة للنفط، والبلدان النامية المستوردة للنفط. وتراجعت الاقتصادات الكبرى بما في ذلك الولايات المتحدة وروسيا والصين واليابان والهند من الانحدار بسبب المخاوف المتعلقة بالتجانس.

حيث γ هو معدل نمو إجمالي الناتج المحلي الحقيقي. ويتم تمثيل الفارق الأول في لوجاريتم مؤشر أسعار الصادرات الخاص بكل بلد ومؤشر واردات أسعار السلع الأولية الخاص بصندوق النقد الدولي، على التوالي من خلال $exppriceshock$ و $imppriceshock$. وفي الانحدار (2) أضفنا أيضا شروط التفاعل بين متغير صوري في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا وصدمة أسعار السلع الأولية، وذلك لتميز تأثير صدمات أسعار السلع الأولية بين بلدان الشرق الأوسط وشمال أفريقيا وبقية العالم. وفي الانحدار (3)، تم استبدال متغيرات صورية في المنطقة بمتغيرات صورية في ثلاث مجموعات من بلدان المنطقة: مجلس التعاون الخليجي، والبلدان النامية المصدرة للنفط، والبلدان النامية المستوردة للنفط. وتم استبعاد الاقتصادات الكبرى- بما في ذلك الولايات المتحدة وروسيا والصين واليابان والهند- من هذا الانحدار بسبب شواغل متعلقة بالمتغيرات الداخلية.

ويبين الجدول 2-1 أن لصدمة أسعار الصادرات تأثيرا إيجابيا كبيرا على نمو إجمالي الناتج المحلي الحقيقي. وبصورة أكثر تحديدا، ترتبط زيادة بنسبة 1% في مؤشر أسعار الصادرات بزيادة قدرها 0.09 نقطة مئوية في نمو إجمالي الناتج المحلي الحقيقي.

إن تأثير صدمات أسعار الصادرات على نمو إجمالي الناتج المحلي الحقيقي قد انحسر تدريجيا عندما تم الفصل بين الشرق الأوسط وشمال أفريقيا وبقية العالم، في حين أن لصدمة أسعار الواردات تأثيرا كبيرا وسلبيا على نمو إجمالي الناتج المحلي في المنطقة، مقارنة ببقية العالم. وبالنظر إلى المنطقة، لا يكون لصدمة أسعار الواردات تأثير كبير وسلبى إلا على النمو في البلدان النامية المستوردة للنفط، بينما لا يكون لصدمة أسعار الصادرات تأثير كبير وإيجابي إلا على النمو في البلدان النامية المصدرة للنفط، مقارنة ببقية العالم.

الملحق 3.1. تقديرات التحولات المتقطعة طويلة الأجل قبل صدمة جائحة كورونا في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا

يتمثل التحدي في كيفية قياس التحول "النموذجي" من دولة إلى أخرى، مع احتمال وجود سلسلة متواصلة من التغيير في الظروف الأولية - أي مستوى التنمية أو نصيب الفرد من إجمالي الناتج المحلي. ولقياس التحول التاريخي "النموذجي" الذي شهدته بلدان منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا مقارنة بنظيراتها خلال نفس الفترة، فإننا نستخدم المستوى الأولي للتنمية (محسوبا بنصيب

الفرد من إجمالي الناتج المحلي) كنقطة انطلاق لتحديد النظراء. وبهذا نستطيع أن نقارن بين مستوى المؤشرات المحددة بالنسبة لبلدان المنطقة اليوم ومستوى البلدان التي كانت تشهد نفس مستوى الدخل قبل ذلك بعشر سنوات (n = 10) في هذه الحالة، الأمر الذي يعكس عينة السنوات (2009-2019).

وفيما يلي الهيكل الأساسي لنموذج القياس الاقتصادي:

$$(1) \quad Y_{c,t} = a + b * X_{c,t-10} + \varepsilon_{c,t}$$

حيث Y هو متغير الفائدة البديل (وبالتحديد المؤشر الاقتصادي أو الديموغرافي أو الوبائي)، و X هو لوغاريتم مستوى التنمية، و ε هو المتبقي للبلد c في الوقت t . ومن خلال بناء النموذج، يقيس $\varepsilon_{c,t}$ الفرق بين المستويات الحالية والمستويات المتوقعة للمؤشر المحدد، حيث يكون المستوى المتوقع هو متوسط قيمة المؤشر في جميع البلدان التي بدأت بنفس مستوى الدخل قبل 10 سنوات. وبعبارة أخرى، فإن المتبقي $\varepsilon_{c,t}$ من شأنه أن يسجل انحراف المؤشر الخاص بالبلد c في الوقت t عن متوسط مستوى المؤشر بالنسبة لجميع البلدان التي بدأت بنفس مستوى الدخل قبل 10 سنوات. ويشير الموجب $\varepsilon_{c,t}$ إلى مستوى أعلى من المتوسط بين النظراء، بينما يشير السالب $\varepsilon_{c,t}$ إلى مستوى أقل من المتوسط.

إن تمديد نطاق النموذج أعلاه، كما هو محدد أدناه، يمكن أن يبين التغيير في مؤشر ما في البلد c مقارنة بنظرائه (البلدان التي حققت نفس نصيب الفرد من إجمالي الناتج المحلي قبل 10 سنوات).

$$(2) \quad \Delta Y_{c,t} = a + b * X_{c,t-10} + \varepsilon_{c,t}$$

وعلى نحو مماثل، من خلال بناء النموذج، يشير الموجب $\varepsilon_{c,t}$ في المعادلة (2) إلى نمو أكبر (أسرع) أو تراجع أصغر (أبطأ) مقارنة بالنظراء، ويشير السالب $\varepsilon_{c,t}$ إلى العكس (نمو أصغر، وبالتالي أبطأ، أو تراجع أكبر مقارنة بالنظراء).

الملاحق 4. حالة أنظمة الصحة العامة في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا قبيل جائحة كورونا

يقيس هذا القسم بشكل تجريبي أداء منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا مقارنة بالبلدان المناظرة التي تشهد مستويات مماثلة من التنمية إلى جانب المؤشرات الموضوعية والأداء الذي تم الإبلاغ عنه ذاتياً. وتسمح هذه المقارنة المعيارية بتقييم مدى الثقة المفرطة في أنظمة الصحة العامة في المنطقة قبيل انتشار جائحة كورونا.

وكما ورد في الفصل الخامس، قمنا بحساب المتوسط المرجح لبلد ما بالنسبة للركائز الأربع لجاهزية نظام الصحة العامة في كل من مؤشر الأمن الصحي العالمي (التقييم الخارجي) وأداة التقرير السنوي للتقييم الذاتي للدول الأطراف (التقرير الذاتي). واستندنا في الحساب إلى الوزن النسبي للمؤشرات في كل ركيزة. وقمنا بترجيح المؤشرات باستخدام نظام ترجيح مؤشر الأمن الصحي العالمي (انظر جدول الملحق 4-1). وبعد حساب المتوسطات المرجحة، قمنا بخفض درجة البلد في كل ركيزة من مستوى التنمية الذي حققه. وبعد مقارنة مدى ملاءمة الأشكال الوظيفية المختلفة، تم إجراء تخفيضات في المربعات الصغرى التريبعية العادية للركائز 1 و 2 و 3، وفي المربعات الصغرى العادية الخفية بالنسبة للركيزة 4.

وبعد قياس أداء كل بلد في كل ركيزة من نصيب الفرد من الدخل، قمنا بتنميط الانحرافات عن الدرجات المتوقعة من خلال الانحراف المعياري للانحدار. تظهر هذه الدرجات المنمطة في الجدول 5-1 اللوحة أ، واللوحة ب، على التوالي. وبعد ذلك نقوم بتلوين كل خلية في اللوحتين وفقاً لما إذا كانت القيمة الفعلية للبلد أعلى من فترة الثقة التي تبلغ 33% من النتيجة المتوقعة أو ضمن نطاقها أو أقل منها. بعبارة أخرى، إذا كانت نتيجة البلد الفعلية في ركيزة معينة 0.43 وحدة من الانحراف المعياري أقل من قيمته المتوقعة، فقد تم ترميزها

باللون الأحمر (غير مناسب)، وإذا كانت ضمن 0.43 من الانحراف المعياري للقيمة المتوقعة فقد تم ترميزها بالأصفر (محايد)، وإذا كانت ضمن 0.43 من الانحراف المعياري الأعلى فتكون باللون أخضر (مواتٍ).

كما أجرينا هذا التحليل باستخدام الانحدار الاقتصادي القياسي والجداول المرمزة بالألوان باستخدام درجات تحليل المكونات الرئيسية بدلا من المتوسطات المرجحة، وكانت النتائج متشابهة بشكل عام.²³

والتباين لافت للنظر بين انحرافات الدرجات الموضوعية في اللوحة أ من الجدول 1-5 وانحرافات الدرجات الذاتية في اللوحة ب من الجدول 1-5. في التقييمات الذاتية (اللوحة ب)، صنفت ستة بلدان فقط من أصل 15 بلدا في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا نفسها في درجة منخفضة بما يكفي للحصول على أي انحرافات باللون الأحمر، بينما في التصنيفات الموضوعية (اللوحة أ)، فإن الأردن هو البلد الوحيد الذي لم يحصل على تصنيف باللون الأحمر.

وبوسعنا أن نبين الفارق بين الطريقة التي نظرت بها البلدان إلى نفسها (درجات التقرير السنوي للتقييم الذاتي للدول الأطراف) وكيف قامت جهة تقييم خارجية بتقييمها (درجاتها على مؤشر الأمن الصحي العالمي) في مؤشر واحد: عدد الانحرافات المعيارية لبلد ما عن القيمة المتوقعة لركيزة معينة في التقرير السنوي للتقييم الذاتي للدول الأطراف، مطروحا منه الانحرافات عن القيمة المتوقعة لدرجاته على مؤشر الأمن الصحي العالمي. هذا الفهرس مُرمز بالألوان في اللوحة ج من الجدول 1-5. وحيثما كان الفارق إيجابيا، يكون البلد مفرطا في الثقة، لأن تقييمه الذاتي كان أعلى من النتيجة الموضوعية. وعندما يكون الرقم سالبا، يبدو أن البلد يعاني من نقص في الثقة - أي أن أداءه في الدرجات الموضوعية أفضل من تقييمه الذاتي. ولهذا السبب، فإن الأرقام السالبة مظلمة باللون الأخضر (مما يدل على التواضع، الذي نعتبره سمة إيجابية) في اللوحة ج من الجدول 1-5، في حين أن الأرقام الموجبة مظلمة بالأحمر.

وتوضح اللوحة ج من الجدول 1-5 الاتجاه الإقليمي نحو الثقة المفرطة. وفي أربع ركائز في 15 بلدا لمقارنة الانحرافات الذاتية والموضوعية، أظهرت بلدان منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا ثقة مفرطة في 41 خلية من 60 خلية. وتبرز الكويت والسعودية وليبيا والأردن لأن درجاتها أقل من صفر (مما يشير إلى قدر أكبر من التواضع بشأن قدرات النظام الصحي نسبة إلى نظرائهم في مستوى الدخل) في أكثر من ثلاث ركائز. وفي الوقت نفسه، يبدو أن قطر والإمارات والبحرين وعمان ومصر والجزائر وتونس مفرطة الثقة في الركائز الأربع. باختصار، يظهر التحليل الوارد أعلاه بوضوح وجود انفصال منهجي بين التصور الذاتي والتقييم الخارجي لقوة النظام الصحي في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا قبل جائحة كورونا.

ومع ذلك، لم تكن نتيجة مؤشر الأمن الصحي العالمي مؤشرا مستقلا للأداء في المراحل الأولى من جائحة كورونا. على سبيل المثال، كانت الولايات المتحدة والمملكة المتحدة من بين البلدان الأفضل أداء على مؤشر الأمن الصحي العالمي، ولكنهما شهدتا واحدة من أسوأ معدلات الوفاة بسبب فيروس كورونا خلال عام 2020. وترتبط وظائف الصحة العامة بصورة أساسية بالقدرات. ويعتمد الأداء على مدى نجاح القيادة والإدارة في توزيع تلك القدرات واستغلالها. بالإضافة إلى ذلك، ونظرا لأن معدلات إجراء اختبارات الكشف عن الإصابة بفيروس كورونا تختلف إلى حد كبير بين البلدان - حيث إن نصيب الفرد من الاختبارات الرسمية في البلدان الأقل نموا أقل منه في البلدان الأكثر ثراء - فمن الصعب استخلاص استنتاجات قوية من أرقام الحالات المبلغ عنها.²⁴ ومع وضع هذه المحاذير في الاعتبار، يقدم مؤشر الأمن الصحي العالمي لمحة مفيدة عن منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا ذات القدرات الوظيفية المحدودة في قطاع الصحة العامة قبل الجائحة، بل تعاني المزيد من القيود على القدرات الاحتياطية للصحة العامة.

²³ كانت هذه الممارسة محدودة بسبب استحالة إجراء تحليل رئيسي لمكونات الركيزة 4 بتقرير تقييم الآثار الاجتماعية لأن الركيزة 4 لها متغير واحد فقط.
²⁴ عادة ما يرتفع نصيب الفرد من الاختبارات ارتفاعا منهجيا مع نصيب الفرد من إجمالي الناتج المحلي أثناء جائحة كورونا. وعدد الوفيات المؤكدة بسبب جائحة كورونا غير قابل للمقارنة الصارمة فيما بين البلدان. علاوة على ذلك، لا يسمح التفاوت في إمكانية حصول الجمهور على بيانات الوفيات في مختلف البلدان، لاسيما في بلدان المنطقة، بإجراء مقارنات بين "الوفيات الزائدة" في عامي 2020 و2021 مقارنة بالسنوات السابقة قبل تفشي الجائحة.

الجدول 4-1. المتغيرات المدرجة في كل ركيزة رئيسية	
المؤشر	الوزن في الركيزة
الركيزة 1: قدرات الرصد والمراقبة	
دالات مؤشر الأمن الصحي العالمي	
4-5-2أ) الأدلة على قيام النظام الوطني للصحة العامة برصد وتعقب العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية.	39.84%
2-2-2أ) الأدلة على استمرار المراقبة والتحليل المستندين إلى الأحداث	13.36%
1-1-1ج) المراقبة البيئية الوطنية للمخلفات/الكائنات المقاومة لمضادات الميكروبات	11.29%
2-2-2أ) النظام الإلكتروني لمراقبة آليات الإبلاغ على الصعيدين الوطني والمحلي	8.91%
2-2-2ب) جمع بيانات المختبرات المستمرة/الآتية بواسطة نظام للمراقبة الإلكترونية	8.91%
1-2-1ب) القوانين/الخطط المتعلقة بمراقبة ومكافحة مسببات الأمراض المتعددة حيوانية المنشأ	5.00%
2-2-1أ) آلية مراقبة/إبلاغ عن الأمراض حيوانية المنشأ بالنسبة لمربي الماشية	5.00%
2-2-1ج) مراقبة الأمراض الحيوانية المنشأ في الحياة البرية	5.00%
1-3-1أ) السجلات الوطنية المُحدثة لقوائم حصر مسببات الأمراض/السميات الخطيرة بشكل خاص	2.71%
مؤشرات التقرير السنوي للتقييم الذاتي للدول الأطراف	
ج12-1) موارد للكشف والتحذير (للأحداث الكيميائية)	66.67%
ج6-1) وظيفة الإنذار المبكر: المراقبة القائمة على المؤشرات والأحداث	33.33%
الركيزة 2: تبادل المعلومات	
دالات مؤشر الأمن الصحي العالمي	
1-4-2أ) آليات للوزارات لتبادل بيانات مراقبة الحيوانات/الإنسان/الحياة البرية	29.39%
1-5-3أ) خطة للتوعية بالمخاطر لاستخدامها بشكل محدد خلال حالات الطوارئ الصحية العامة	12.06%
2-1-3أ) آلية لإشراك القطاع الخاص في التأهب/التصدي لتفشي الأمراض	10.69%
1-4-4أ) وجود نظام للتوعية والتواصل خلال حالات الطوارئ الصحية العامة	9.92%
1-4-4ب) إشراك القطاعين العام والخاص في نظام التوعية والتواصل في مجال الرعاية الصحية	9.92%
3-2-2أ) توافر بيانات المراقبة الصحية مجهلة الهوية عن تفشي الأمراض	7.30%
2-5-3أ) استخدام الحكومة لمنصات وسائل الإعلام لتقديم المعلومات بشأن حالات الطوارئ المتعلقة بالصحة العامة	6.03%
2-5-3ب) إدراج احتياجات مختلف السكان والقطاعات في خطة التوعية بشأن المخاطر	6.03%
5-2-2أ) الاستخدام الشائع للسجلات الصحية الإلكترونية	2.43%
2-2-2ب) يمكن لنظام الصحة العامة الوصول إلى السجلات الصحية الإلكترونية الفردية	2.43%
5-2-2ج) وجود معايير للبيانات تتيح قابلية بيانات السجلات الصحية للمقارنة	2.43%
1-2-1ج) إدارة/هيئة/وحدة مشتركة بين الوزارات معنية بالأمراض حيوانية المنشأ	1.36%
مؤشرات التقرير السنوي للتقييم الذاتي للدول الأطراف	
ج10-1) القدرة على التوعية بالمخاطر الطارئة	25.00%
ج4-1) آلية للتعاون متعددة القطاعات من أجل الأحداث المتعلقة بسلامة الغذاء	25.00%
ج3-1) جهود تعاونية في الأنشطة الرامية إلى التصدي للأمراض حيوانية المنشأ	25.00%
ج2-2) آليات التنسيق متعددة القطاعات بشأن اللوائح الصحية الدولية	12.50%
ج2-1) مركز التنسيق الوطني للوائح الصحية الدولية يعمل في إطار هذه اللوائح	12.50%

الجدول 4-1. المتغيرات المدرجة في كل ركيزة رئيسية	
المؤشر	الوزن في الركيزة
الركيزة 3: قدرات النظام الصحي	
دالات مؤشر الأمن الصحي العالمي	
1-6-1 (أ) معدل تطعيم البشر (الحصبة/الجرعة 1)	17.30%
1-2-4 (أ) وجود مخزونات بالمليون متر مكعب أو اتفاقات شراء تتيح إمكانية الوصول في حالات الطوارئ	10.19%
2-4-4 (أ) خطط لصرف كميات بالمليون متر مكعب للاستخدام على المستوى الوطني خلال حالات الطوارئ الصحية العامة	10.19%
3-2-4 (أ) التخطيط لاستقبال كوارث صحية من الأجنبي خلال حالة طوارئ صحية عامة	10.19%
1-1-2 (أ) قدرة نظام المختبرات الوطني على إجراء 5 أو أكثر من الاختبارات الأساسية لمنظمة الصحة العالمية	9.11%
1-4-4 (أ) عدد أسرة المستشفيات لكل 100 ألف شخص	7.89%
2-1-4 (ب) القدرة داخل البلد على عزل المرضى المصابين بأمراض شديدة العدوى	7.89%
1-3-4 (ب) إمكانية الحصول على قابات ماهرات (% من السكان)	5.59%
1-1-4 (ج) إستراتيجية مُحدثة للقوة العاملة في الرعاية الصحية لمعالجة النقص في الموارد البشرية	5.26%
1-1-4 (أ) عدد الأطباء لكل 100 ألف شخص	5.26%
1-1-4 (ب) الممرضات والقابلات لكل 100 ألف شخص	5.26%
1-1-1 (ب) قدرة المختبرات الوطنية/نظام المختبرات على اختبار مسببات الأمراض ذات الأولوية في مقاومة مضادات الميكروبات	4.75%
1-3-1 (هـ) القدرة على إجراء اختبارات للجمرة الخبيثة/الإيبولا دون استنابات مسببات الأمراض الحية	1.14%
مؤشرات التقرير السنوي للتقييم الذاتي للدول الأطراف	
1-7-1 (ج) الموارد البشرية اللازمة لتنفيذ قدرات اللوائح الصحية الدولية	37.50%
3-1-1 (ج) آلية التمويل والأموال اللازمة للاستجابة في الوقت المناسب لحالات الطوارئ الصحية العامة	12.50%
3-5-1 (ج) إتاحة إمكانية الحصول على قدرات الفحص المخبري للأمراض ذات الأولوية	12.50%
1-9-1 (ج) قدرات التدبير العلاجي للحالات المصابة فيما يتعلق بالأخطار ذات الصلة باللوائح الصحية الدولية	12.50%
2-9-1 (ج) القدرة على الوقاية من العدوى ومكافحتها والتخلص من التلوث الكيميائي والإشعاعي	12.50%
3-8-1 (ج) تعبئة الموارد في حالات الطوارئ	12.50%
الركيزة 4: ممارسات التخطيط والتأهب المنتظمة	
1-5-4 (أ) خطة لمعالجة المسائل الروتينية في حالات الطوارئ الصحية العامة المتعلقة بإمدادات معدات الوقاية الشخصية	25.03%
1-2-3 (أ) استكمال ممارسة اللوائح الصحية الدولية ذات التركيز البيولوجي مع منظمة الصحة العالمية في العام السابق	21.41%
1-2-5 (أ) وجود اتفاقيات لحالات الطوارئ الصحية العامة مع البلدان المجاورة في المنطقة	20.16%
1-2-5 (ب) وجود اتفاقيات تتعلق بحالات الطوارئ الصحية الحيوانية مع البلدان المجاورة في المنطقة	20.16%
1-1-1 (أ) خطة وطنية لمكافحة مسببات الأمراض ذات الأولوية الناجمة عن مقاومة مضادات الميكروبات	7.09%
1-1-3 (د) وجود خطة عامة للتأهب لمواجهة الأنفلونزا الوبائية تم تحديثها منذ عام 2009	6.15%
مؤشرات التقرير السنوي للتقييم الذاتي للدول الأطراف	
1-8-1 (ج) التخطيط لآلية التأهب والاستجابة للطوارئ	100%*

جدول الملحق ب.1. توقعات البنك الدولي للنمو وحساب المعاملات الجارية وحساب الموازنة

	رصيد المعاملات الجارية			رصيد المعاملات الجارية			نمو متوسط نصيب الفرد من إجمالي			الناتج المحلي الحقيقي			نمو إجمالي الناتج المحلي الحقيقي			نسبة مئوية				
	نسبة من إجمالي الناتج المحلي	نسبة مئوية	نسبة مئوية	نسبة مئوية	نسبة مئوية	نسبة مئوية	نسبة مئوية	نسبة مئوية	نسبة مئوية	نسبة مئوية	نسبة مئوية	نسبة مئوية	نسبة مئوية							
	2022	2021	2020	2019	2022	2021	2020	2019	2022	2021	2020	2019	2022	2021	2020	2019	2022	2021	2020	2019
منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا:	3.3-	5.2-	9.9-	4.3-	2.5	2.0	1.5-	2.5	3.2	1.1	5.4-	1.3-	4.2	2.8	3.8-	0.4				
البلدان متوسطة الدخل بالشرق الأوسط وشمال أفريقيا	5.1-	5.6-	8.0-	5.3-	1.4-	2.2-	4.5-	2.6-	2.1	1.4	4.2-	2.0-	3.6	3.0	2.7-	0.4-				
البلدان المصدرة للنفط	2.3-	4.7-	10.6-	3.6-	4.6	4.0	0.9-	4.6	2.4	1.0	5.8-	2.0-	4.2	2.8	4.2-	0.3-				
مجلس التعاون الخليجي	1.9-	4.9-	11.4-	3.4-	5.7	5.1	0.9	6.5	2.4	0.3	6.6-	0.9-	4.7	2.6	5.0-	1.1				
قطر	3.0	0.9-	3.6-	1.0	4.0	3.1	2.5-	2.4	3.1	1.3	5.3-	1.0-	4.8	3.0	3.7-	0.8				
الإمارات	1.0-	1.3-	7.1-	1.0-	7.7	6.5	6.0	8.5	3.6	1.7	7.3-	1.9	4.6	2.7	6.1-	3.4				
الكويت	10.3-	24.4-	33.2-	9.5-	13.3	12.2	20.8	24.4	4.1	0.7	10.2-	2.2-	5.3	2.0	8.9-	0.6-				
السعودية	2.2-	3.8-	11.1-	4.2-	5.0	4.8	2.3-	4.7	3.4	0.9	5.6-	1.3-	4.9	2.4	4.1-	0.3				
البحرين	7.5-	8.4-	17.6-	9.0-	3.7-	4.2-	9.6-	2.4-	1.1	0.8	8.5-	2.4-	3.2	3.5	5.1-	2.1				
عمان	1.8	2.8-	18.6-	6.1-	1.1-	5.0-	13.6-	5.5-	1.4	0.7	5.3-	3.7-	3.4	3.0	2.8-	0.8-				
البلدان النامية المصدرة للنفط	3.3-	3.9-	8.3-	4.1-	1.6	0.9	5.7-	0.0	1.7	1.6	4.5-	4.1-	3.3	3.2	3.0-	2.5-				
إيران	6.9-	7.3-	6.9-	5.0-	1.5	1.4	0.3-	1.5	1.2	1.8	2.1	8.0-	2.4	3.1	3.4	6.8-				
الجزائر	5.5-	5.3-	11.7-	9.6-	2.7-	3.8-	12.3-	9.9-	0.2	2.2	6.6-	1.1-	1.8	3.9	4.9-	0.8				
العراق	3.7	1.4	7.0-	1.4	5.5	4.4	6.3-	6.1	4.8	0.2	17.6-	2.9	7.3	2.6	15.7-	5.2				
البلدان النامية المستوردة للنفط	6.8-	7.1-	7.6-	6.7-	4.4	4.9-	3.5-	5.4-	1.5	1.2	3.8-	1.7	4.3	2.8	2.2-	3.3				
لبنان	.	3.0-	3.3-	10.5-	.	10.1-	6.9-	21.2-	.	9.8-	21.0-	6.8-	.	10.5-	21.4-	6.7-				
مصر	7.2-	7.5-	8.0-	8.1-	3.8-	4.1-	3.1-	3.6-	3.1	1.4	1.6	3.5	5.0	3.3	3.6	5.6				
تونس	5.7-	7.6-	9.4-	2.9-	7.5-	6.1-	6.0-	7.9-	2.6	1.9	10.1-	0.3	3.5	2.9	9.2-	1.5				
الأردن	5.0-	5.8-	7.3-	4.9-	8.0-	11.3-	8.0-	2.1-	1.9	1.2	2.5-	0.6	2.2	1.9	1.6-	2.0				
المغرب	6.6-	6.7-	7.6-	4.1-	3.5-	3.7-	1.5-	3.7-	2.0	4.0	7.4-	1.6	3.2	5.3	6.3-	2.6				
الضفة الغربية وقطاع غزة	7.4-	7.5-	7.4-	4.7-	7.8-	7.5-	6.9-	10.4-	0.8	0.4	13.6-	1.2-	3.3	2.9	11.5-	1.4				
جيبوتي	1.3-	1.6-	1.7-	0.3-	0.5-	1.0-	11.6	28.9	4.1	3.6	1.0-	6.1	5.6	5.1	0.5	7.8				
بنود للتذكرة																				
ليبيا	9.0-	64.4-	1.7	.	6.2-	46.4-	11.6	.	64.6	32.2-	1.0	.	66.7	31.3-	2.5					

المصدر: حسابات المؤلفين اعتماداً على بيانات من تقرير البنك الدولي عن أفاق الاقتصاد الكلي والنفق، عدد أكتوبر/تشرين الأول 2021. ملحوظة: ق = تقديرات، ن = تنبؤات يتم تقريب البيانات إلى رقم في خانة الأعداد. البيانات الكافية بمصر تتوافق مع السنة المالية (أولمو/تموز/حزيران)، لم يتم إدراج سوريا واليمن في المتوسطات الإقليمية ودون الإقليمية بسبب نقص البيانات. ولم يتم حساب توقعات ليبيا وليبيا بعد عام 2021 بسبب ارتفاع درجة عدم اليقين

جدول الملحق ب2. تعديل البنك الدولي لتوقعات النمو					
نمو إجمالي الناتج المحلي الحقيقي (أكتوبر/تشرين الأول 2021 - أكتوبر/تشرين الأول 2019)		نمو إجمالي الناتج المحلي الحقيقي (أبريل/نيسان 2021 - أكتوبر/تشرين الأول 2021)			
ن2021	ق2020	ن2022	ن2021	ق2020	
0.1-	6.5-	0.7	0.6	0.0	منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا
0.0	5.7-	0.1-	0.7	0.1	البلدان متوسطة الدخل بالشرق الأوسط وشمال أفريقيا
0.5	6.3-	0.8	0.5	0.0	البلدان المصدرة للنفط
0.1-	7.2-	1.4	0.4	0.1-	مجلس التعاون الخليجي
0.2-	6.7-	0.7	0.0	0.5-	قطر
0.3-	8.8-	2.1	1.5	0.2	الإمارات
0.8-	11.4-	1.7	0.4-	3.5-	الكويت
0.2	5.7-	1.6	0.0	0.0	السعودية
1.2	7.2-	0.0	0.2	0.3	البحرين
1.0-	6.3-	3.1-	0.5	3.5	عُمان
1.5	4.8-	0.3-	0.8	0.1	البلدان النامية المصدرة للنفط
2.1	3.3	0.2	1.0	1.7	إيران
1.7	6.8-	0.5-	0.3	0.6	الجزائر
0.1-	20.8-	1.1-	0.7	3.8-	العراق
1.8-	6.6-	0.3	0.6	0.0	البلدان النامية المستوردة للنفط
10.9-	21.7-		1.0-	1.1-	لبنان
2.7-	2.2-	0.5	1.0	0.0	مصر
0.3	11.4-	0.9	1.1-	0.4-	تونس
0.6-	3.9-	0.0	0.5	0.2	الأردن
1.7	9.8-	0.5-	1.1	0.7	المغرب
3.3	10.4-	0.1	0.6-	0.0	الضفة الغربية وقطاع غزة
3.0-	7.0-	0.4-	0.4-	0.0	جيبوتي

المصادر: حسابات المؤلفين اعتماداً على بيانات من تقرير البنك الدولي عن آفاق الاقتصاد الكلي والفقير. ملحوظة: لم يتم إدراج ليبيا وسوريا واليمن في المتوسطات الإقليمية ودون الإقليمية بسبب نقص البيانات الموثوقة. التغيرات بالنقاط المئوية.

جدول الملحق ب3. مؤشرات مختارة للصحة في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا وبقية العالم حسب الدخل 2019 تقريبا								
البلد	مصرفات الحكومة العامة المحلية كنسبة مئوية من إجمالي الناتج المحلي	الوفيات حسب الأمراض السارية لكل 100 ألف نسمة	الوفيات حسب الأمراض غير السارية لكل 100 ألف (حسب معيار العمر)	الركيزة 1- قدرات المراقبة	الركيزة 2- تبادل المعلومات	الركيزة 3- قدرات النظام الصحي	الركيزة 4- ممارسات التخطيط والتأهب المنتظمة	
الجزائر	4.09	61.31	374.72	445.80	11.68	1.22	26.18	0.00
البحرين	2.43	14.11	242.54	644.30	51.45	21.74	42.34	7.09
جيبوتي	1.15	279.25	386.43	610.90	0.00	6.03	17.06	0.00
مصر	1.42	55.18	490.58	733.80	5.00	26.61	35.22	45.12
إيران	3.98	35.57	357.52	445.70	56.51	14.78	47.93	7.09
العراق	1.98	62.37	272.75	610.80	8.91	36.69	20.96	0.00
الأردن	3.83	28.61	227.55	441.20	65.03	24.13	44.34	54.81
الكويت	4.40	13.88	155.46	324.40	52.54	52.35	52.59	20.16
لبنان	4.18	30.64	488.56	526.90	29.49	43.94	56.19	20.16
ليبيا	3.83	41.59	300.34	479.00	6.68	29.39	38.44	7.09
المغرب	2.14	60.24	569.43	644.00	44.84	54.88	50.53	7.09
عمان	3.62	31.99	261.40	683.60	16.68	30.26	53.00	27.25
قطر	1.86	7.93	123.16	650.10	39.84	10.90	61.14	0.00
السعودية	3.97	29.82	307.02	558.10	74.33	48.80	66.90	27.25
سوريا	1.61	55.76	393.57	633.50	-	-	-	-
تونس	4.18	41.28	496.53	462.50	5.00	9.92	34.21	0.00
الإمارات	2.18	15.19	165.17	528.40	14.99	21.74	58.43	27.25
الضفة الغربية وقطاع غزة -	-	-	-	-	-	-	-	-
اليمن	0.50	175.77	293.65	717.10	0.00	6.03	12.31	0.00

بنود للتذكير:

البلدان مرتفعة الدخل	5.27	54.42	725.35	396.79	42.52	31.48	46.24	35.86
البلدان متوسطة الدخل	3.06	147.46	517.74	607.39	36.23	30.30	41.00	30.98
البلدان منخفضة الدخل	1.27	357.20	309.36	663.74	18.62	29.41	32.74	25.76

المصادر: منظمة الصحة العالمية، وقاعدة بيانات الإنفاق الصحي العالمي (الإنفاق الصحي الحكومي العام المحلي)، والمرصد الصحي العالمي (الوفيات بسبب الأمراض السارية وغير السارية)؛ ومؤشر الأمن الصحي العالمي (ترتيب الركائز)؛ وحسابات خبراء البنك الدولي (متوسط درجات الركائز المرجحة)
ملاحظة: البيانات الخاصة بالمصرفات الصحية الحكومية العامة حتى عام 2018، باستثناء: ليبيا، حتى 2011؛ سوريا، حتى 2012؛ اليمن، حتى 2015. الوفيات بسبب الأمراض السارية وغير السارية حتى عام 2019، ودرجات مؤشر الأمن الصحي العالمي حتى عام 2019. فئات الدخل مُثَّلة حسب المتوسط البسيط للبلدان الأعضاء. العلامة "-" تشير إلى أن البيانات غير متاحة.

**الإفراط في الثقة: كيف تركت الانقسات في الاقتصاد والرعاية الصحية
منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا غير مُهيأة لمواجهة جائحة كورونا**