

Distr.: General
20 December 2002
Arabic
Original: English

المجلس الاقتصادي والاجتماعي



اللجنة الإحصائية

الدورة الرابعة والثلاثون

٤-٧ آذار/مارس ٢٠٠٣

البند ٣ (ب) من جدول الأعمال المؤقت*

الإحصاءات الديموغرافية والاجتماعية: الإحصاءات الصحية

تقرير المكتب الإحصائي للجماعات الأوروبية

مذكرة من الأمين العام

يتشرف الأمين العام بأن يحيل إلى اللجنة الإحصائية التقرير الذي أعده المكتب الإحصائي للجماعات الأوروبية عن الإحصاءات الصحية. وتتضمن الفقرتان ١١ و ٦٩ من التقرير نقاطاً معروضة على اللجنة للنظر.

* E/CN.3/2003/1

تقرير المكتب الإحصائي للجماعات الأوروبية عن الإحصاءات الصحية

المحتويات

الصفحة	الفقرات	
٣	١١-١ مقدمة - أولاً
٥	٢٠-١٢ برامج السياسة العامة والاحتياجات من المعلومات في الاتحاد الأوروبي - ثانياً
٦	٢٦-٢١ نظام الإحصاءات الصحية في الاتحاد الأوروبي - ثالثاً
٨	٤١-٢٧ الحالة الراهنة للإحصاءات الصحية في الاتحاد الأوروبي - رابعاً
١٢	٤٩-٤٢ التعاون الدولي - خامساً
١٣	٥٧-٥٠ ترتيبات العمل القائمة مع المنظمات الدولية - سادساً
١٥	٦٩-٥٨ أفكار أخرى تتعلق بتحسين التعاون الدولي - سابعاً

أولا - مقدمة

- ١ - ترجع بداية مشاريع الإحصاءات الصحية في الاتحاد الأوروبي إلى بضعة عقود؛ ولم تكن هذه المشاريع مدمجة بعد في مجموعات موحدة بل تدار إما في إطار الديموغرافيا، (مثل الإحصاءات المتعلقة بفئات أسباب الوفاة حسب المنطقة)، أو في إطار مجالات أخرى للإحصاءات الاجتماعية، (مثل الإحصاءات المتعلقة بالصحة والسلامة في العمل).
- ٢ - وباعتماد معاهدة ماسترخت في عام ١٩٩٣ (وخاصة المادة ١٢٩ منها)، أتيحت للاتحاد الأوروبي لأول مرة قاعدة قانونية لإجراءاته المتعلقة بالصحة العامة. وأحد الشروط المسبقة لهذه الإجراءات هو الإلمام بالمشاكل القائمة وطبيعتها ومداهها. ولذلك، اعتُبرت معاهدة ماسترخت نقطة بداية لتنقيح وتوسيع نطاق مجموعة من الإحصاءات الاجتماعية في الاتحاد الأوروبي على وجه العموم، وفي المكتب الإحصائي للجماعات الأوروبية على وجه الخصوص. وورد للمرة الأولى ذكر للإحصاءات الصحية كمجال قائم بذاته في البرنامج الإحصائي للجماعة الأوروبية للفترة ١٩٩٣-١٩٩٧.
- ٣ - وقد دخلت حيز النطاق العملي برامج محددة مختلفة في مجال الصحة العامة، (أحدها هو برنامج إجراءات الرصد الصحي (١٩٩٧-٢٠٠١)، فضلا عن برامج مشمولة بمجالات اجتماعية أخرى، تضمنت إشارات صريحة إلى ضرورة جمع المعلومات والبيانات في هذا المجال، ومنها على سبيل المثال الوضع الصحي ومحدداته بالنسبة للمشاركة الاجتماعية وتكافؤ الفرص.
- ٤ - وأوجدت هذه التطورات في مجال السياسة حاجة ماسة لتوفير إحصاءات أكثر وأفضل عن الوضع الصحي ومحدداته، وعن استخدام الخدمات الاجتماعية والصحية، وعن الموارد المشمولة بهذه الخدمات.
- ٥ - وفي الآونة الأخيرة، أُجري استعراض لإطار إجراءات الاتحاد الأوروبي في مجال الصحة العامة، أسفر عن وضع استراتيجية جديدة نالت تأييد البرلمان والمجلس الأوروبيين في قرارهما المؤرخ ٢٣ أيلول/سبتمبر ٢٠٠٢، بشأن بدء برنامج جديد للإجراءات في مجال الصحة العامة (٢٠٠٣-٢٠٠٨).
- ٦ - وبذلك، أنشأت الدول الأعضاء والمكتب الإحصائي للجماعات الأوروبية/ داخلة إطار النظام الإحصائي الأوروبي، بشكل تدريجي منذ عام ١٩٩٤، شبكات للشراكة ترمي إلى حشد الخبرات والجهود من أجل إحداث تطوير متجانس للإحصاءات الصحية، على

صعيد الاتحاد الأوروبي وأيضا على صعيد الدول الأعضاء. كما بدأت الدول العشر المرشحة لعضوية الاتحاد الأوروبي في عام ٢٠٠٤ الانضمام عمليا إلى هذه الشبكات.

٧ - وتطورت الجهود الأنفة الذكر بالاعتماد أيضا على خبرات وتجارب المنظمات الدولية، ومنها الشعبة الإحصائية في الأمم المتحدة، ومنظمة الصحة العالمية، ومنظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، ومنظمة العمل الدولية، وهي منظمات يشارك في أعمالها كثير من خبراء الدول الأعضاء في الاتحاد الأوروبي.

٨ - وعلى مدى سنوات، وضعت ترتيبات تنفيذية عملية لجمع المعلومات وللمنهجيات الإحصائية، ومنها على سبيل المثال الترتيبات المتصلة بعمليات التصنيف، اشترك فيها المكتب الإحصائي للجماعات الأوروبية مع المنظمات الدولية الأخرى الناشطة في ميدان المعلومات الصحية مثل منظمة الصحة العالمية ومنظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي.

٩ - ويقتضي التطور الصحي الحالي وزيادة الاهتمام بالصحة العامة، مضاعفة المتاح من المساعدة التي يقدمها الإحصائيون المؤهلون ذوو الخبرة في مجالات كثيرة محددة في الإحصاءات الصحية، وهو ما يوجد حاجة ماسة متزايدة إلى قيام تعاون أشد فعالية بين الوكالات الإحصائية النشطة على الصعيدين الدولي وفوق القومي.

١٠ - ومن أمثلة الحاجة إلى التعاون ما ظهر باعتزام منظمة الصحة العالمية إطلاق المسح الصحي العالمي: فقد عرضت مسألة المسح هذا على اللجنة الإحصائية في دورتها الثالثة والثلاثين حيث طلب رؤساء الهيئات الإحصائية في الدول الأعضاء في الاتحاد الأوروبي، ومعهم ي. فرانشيه، المدير العام للمكتب الإحصائي للجماعات الأوروبية من منظمة الصحة العالمية صراحة، أن تكفل عناصر التنسيق الجيد بين ما تقوم به من أنشطة والعمل الراهن والمزمع القيام به مستقبلا في الدول الأعضاء في الاتحاد الأوروبي قبل أن تدشن المسح الصحي العالمي الجديد، وعلى أية حال، قبل طلب أي ترتيبات رسمية تتعلق بمشاركة الدول الأعضاء.

١١ - وقد أبلغنا بأن المسح الصحي العالمي دُشن خلال الشهور الأخيرة لعام ٢٠٠٢ وفي مطلع عام ٢٠٠٣. ووفقا للمعلومات المتاحة عن طريق "النظام الإحصائي الأوروبي" فإن الدوائر المسؤولة في المكاتب/الهيئات الوطنية للإحصاء، باستثناء حالات نادرة، لم تشارك أو تستشر في مرحلة التحضير. فقد اتصلت منظمة الصحة العالمية بوزارات الصحة الوطنية، لكنها لم تتيقن من مشاركة جميع الدوائر المسؤولة داخل المكاتب/الهيئات الوطنية للإحصاء في منطقة اللجنة الاقتصادية لأوروبا، حسبما طلب ذلك كل من اللجنة الإحصائية ومؤتمر الإحصائيين الأوروبيين بكامل هيئته ومكتب المؤتمر. ويؤكد هذا الوضع بشدة أهمية معاودة عرض مسألة التعاون الدولي في موضوع الإحصاءات الصحية على اللجنة الإحصائية.

ثانياً - برامج السياسة العامة والاحتياجات من المعلومات في الاتحاد الأوروبي

١٢ - تواجه دول الاتحاد الأوروبي على الصعيد الوطني تطورات سياسية اجتماعية تنطوي على تحديات وتلقي أعباءً ثقلاً على كاهل الخدمات الصحية والاجتماعية وعلى الموارد المخصصة لتمويل هذه الخدمات. وفي كل دولة من الدول الأعضاء تغير هيكل خدمات الرعاية الصحية الوطنية. ولم يقتصر التغيير على مستويات توفير الرعاية الصحية للمرضى في المستشفيات وتوفير الرعاية الصحية لمرضى العيادات الخارجية والرعاية الصحية المتنقلة، وإنما امتد أيضاً إلى الدول الأعضاء التي درجت على توفير التأمين الصحي التقليدي على الصعيد الوطني، إذ يوجد اتجاه نحو زيادة الأخذ بالرعاية الصحية الخاصة و/أو خفض نسبة رد التكاليف.

١٣ - وأدت المبادئ الأساسية المقبولة في المجتمع على وجه العموم، مثل مبادئ تكافؤ الفرص وأهمية التمتع بالخدمات الاجتماعية والصحية، إلى نشوء طلبات على تدابير وخدمات محددة في مجال السياسة العامة. وبات الأثر السلبي المعروف لبعض الأنماط المعيشية، مثل التدخين أو العادات غير الصحية في تناول الطعام، يحتاج قدراً أوفر من الاهتمام، مما دفع إلى شن حملات كثيرة من أجل النهوض بالصحة.

١٤ - وأسفرت شيوخة السكان عن آثار شملت، من ناحية، زيادة الطلب على الرعاية اللازمة للقطاع المسن من السكان، ومن ناحية أخرى نوع العلاج والرعاية المطلوبين. أضف إلى ذلك حالة الطلب المتزايد على العلاج المتطور المرتفع التكلفة الذي يستفيد من الابتكارات الجديدة. وحقيقة الأمر أن الطلب على الرعاية الصحية للمسنين يزداد بسرعة تفوق الزيادة في عددهم الإجمالي؛ غير أن الموارد المطلوبة لتلبية هذا الطلب المتزايد لا تزيد بصورة متناسبة لا في الجانب المالي ولا في الجانب البشري. بل شهد بعض الدول الأعضاء، على النقيض من ذلك، نقصاً شديداً في الموظفين المؤهلين أدى إلى إغلاق بعض العنابر في المستشفيات.

١٥ - والتطورات التي تحصل في الدول الأعضاء تنعكس في مختلف برامج الاتحاد الأوروبي حيث يتم تحديد معالم السياسات والمسائل ذات الاهتمام المشترك. وتتضمن البرامج أيضاً وبوضوح أدواراً محددة للغاية للدول الأعضاء وللاتحاد الأوروبي، وحيثما يكون ذلك ملائماً، أدوار الوكالات الوطنية والدولية وجماعات الباحثين. ويرد أيضاً في البرامج التي تتناول الإحصاءات و/أو المعلومات وصف للأدوار التي تضطلع بها السلطات الإحصائية الوطنية والمكتب الإحصائي للجماعات الأوروبية.

١٦ - وكما هو مذكور أعلاه، كان هناك في الفترة من ١٩٩٦-١٩٩٧ إلى ٢٠٠٢ ثمانية برامج محددة تنطوي على إجراءات في ميدان الصحة العامة تتراوح بين مجالات محددة، كالأمراض النادرة والأمراض السارية والسرطان والعقاقير، وبين النهوض بالصحة ورصدها. واعتمد البرلمان الأوروبي والمجلس في ٢٣ أيلول/سبتمبر ٢٠٠٢ برنامجاً جديداً للصحة العامة سيجري تنفيذه في الفترة ٢٠٠٣-٢٠٠٨ وهو يجمع السياسات والإجراءات الصحية المتفق عليها بشكل عام في الاتحاد الأوروبي في برنامج عمل واحد.

١٧ - وللبرنامج ثلاثة أهداف عامة :

(أ) تحسين المعلومات والمعرفة للنهوض بالصحة العامة؛

(ب) تدعيم القدرة على المواجهة السريعة وبشكل منسّق للمخاطر التي تهدد

الصحة؛

(ج) النهوض بالصحة والوقاية من الأمراض عن طريق تناول المحددات الصحية

في جميع السياسات والأنشطة.

١٨ - ويستند المهدفان الأول والأخير بصفة خاصة إلى الإحصاءات الصحية. ويشير البرنامج صراحة إلى العنصر الإحصائي الذي يتعيّن تطويره في سياق البرنامج، بالتعاون مع الدول الأعضاء، باستخدام البرنامج الإحصائي للجماعة، حسب الاقتضاء، من أجل تعزيز التناغم وتفاذي الازدواجية (ويندرج ذلك في البرنامج الإحصائي للجماعة للفترة ٢٠٠٣-٢٠٠٨).

١٩ - لذا، ستتحذ الأطراف العاملة الترتيبات الملائمة لكي تُدرج في البرنامج الصحي الجديد والهياكل في إطار البرنامج الصحي للجماعة.

٢٠ - ومن مواضيع دعم سياسة الصحة العامة وضع مؤشرات صحية. وهذه المؤشرات هي جزئياً مؤشرات إحصائية. ولكن يمكن أيضاً استخلاص بعضها من النظم الإدارية ومن نتائج البحوث. ويتم تنفيذ البرنامج بواسطة برامج سنوية لتوفير الدعم المالي لشبكات المؤسسات. وترمي مشاريع عديدة إلى تحسين الإحصاءات أو سد الفجوات في النظام الإحصائي.

ثالثاً - نظام الإحصاءات الصحية في الاتحاد الأوروبي

٢١ - اعتباراً من عام ١٩٩٤، وضع المكتب الإحصائي للجماعات الأوروبية، بالتعاون مع خبراء من الدول الأعضاء، نظاماً شاملاً ودائماً للإحصاءات الصحية. وفي الاجتماع الأول

الذي عقده الفريق العامل المعني بإحصاءات الصحة العامة التابع للمكتب الإحصائي للجماعات الأوروبية في مطلع عام ١٩٩٦، أوصى الفريق بمواصلة العمل في ثلاثة مجالات: إحصاءات أسباب الوفيات والبيانات الاستقصائية عن الصحة والمسائل المتصلة بالصحة وإحصاءات الرعاية الصحية.

٢٢ - وكان إحصائيون من ٤ دول أعضاء قد قاموا بمبادرة في عام ١٩٩٧ لإنشاء شراكة مع المكتب الإحصائي للجماعات الأوروبية من أجل دعم العمل الجديد في إطار الاختصاصات التي اتفق عليها الفريق العامل المعني بإحصاءات الصحة العامة. وتجربة العمل الأولى هذه تمت عن طريق فريق شراكة (فريق القيادة في المجال الصحي) شكّلته لجنة البرنامج الإحصائي، وهو مسؤول أمامها. وقد ساهم كل شريك بموارد بشرية، وقدم المكتب الإحصائي للجماعات الأوروبية دعماً مالياً ساهم في تمويل المشاركة في الاجتماعات على وجه الخصوص. وأنشئت فرق عمل لكل من المجالات الإحصائية الثلاثة المذكورة أعلاه: إحصاءات أسباب الوفيات والبيانات الاستقصائية عن الصحة والمسائل المتصلة بالصحة (التي تضمنت تدريجياً إحصاءات عن المرضية والإعاقة)، وإحصاءات الرعاية الصحية، وذلك بتوجيه من فريق القيادة في المجال الصحي. واضطلع كل شريك، بالتعاون مع المكتب الإحصائي للجماعات الأوروبية، بمسؤولية واحدة من فرق العمل، وكفلوا معا التناغم لنظام الإحصاءات الصحية ككل. وساهمت كل دولة عضو بمشاركة نشطة في أعمال فرق العمل.

٢٣ - وقامت كل فرقة عمل في البداية بتصميم إطار للمجال المعنية به وحددت الأولويات واتفقت على الإجراءات التي يتعين إدراجها في برامج العمل السنوية لكي يوافق عليها الفريق العامل المعني بإحصاءات الصحة العامة التابع للمكتب الإحصائي للجماعات الأوروبية. وفي عام ١٩٩٨، انبثق عن مقترحات فرق العمل والفريق العامل إطار لإحصاءات شاملة دائمة للاتحاد الأوروبي أقرته لجنة البرنامج الإحصائي في السنة نفسها.

٢٤ - وأدى العمل الذي قامت به فرق العمل على مراحل إلى وضع منهجية، وأساساً عن طريق مشروع مختلف مولّه المكتب الإحصائي للجماعات الأوروبية أو دوائر أخرى تابعة للمفوضية، ثم تنفيذها عن طريق جمع البيانات المعتادة وتحليلها وتعميمها بصورة منتظمة.

٢٥ - ويتجه العمل الآن أكثر فأكثر من وضع المنهجية إلى التنفيذ وجمع البيانات. واستدعى ذلك، فضلاً عن الحاجة إلى الاستعداد للتوسع، تنقيح شكل الشراكة الصحية الذي تبناه مديرو الإحصاءات الاجتماعية في الاجتماع الذي عقده في نيسان/أبريل ٢٠٠٢ على أن يدخل حيز النفاذ في عام ٢٠٠٤.

٢٦ - وينطوي الشكل الجديد للشراكة على هيكلية منقحة تضطلع فيها مجموعات مختلفة بأدوار مختلفة: من التوجيه إلى التطوير إلى التنفيذ العملي.

رابعا - الحالة الراهنة للإحصاءات الصحية في الاتحاد الأوروبي

بيانات الدراسات الاستقصائية (بواسطة المقابلات) عن الصحة والمسائل المتصلة بها
٢٧ - بدأ جمع البيانات قبل حوالي أربع سنوات بعد إجراء جرد موسّع للاستقصاءات الموجودة لدى الدول الأعضاء بشأن المواضيع التي تشملها الدراسات الاستقصائية (بواسطة المقابلات) عن الصحة والمسائل المتصلة بها، وكذلك بشأن الوسائل المستخدمة. وتم في البداية جمع البيانات فيما يتعلق بـ ١٢ بنداً مختاراً. وجرى مؤخراً توسيع نطاق التغطية لتشمل ١٨ بنداً. وتم جمع البيانات عن تلك البنود باستخدام شكل مشترك للنواتج وبتفصيلها، وفقاً لما اتفق عليه، حسب العمر ونوع الجنس ومتغيرات الخلفية الاقتصادية والاجتماعية، كالتعليم والنشاط الاقتصادي.

٢٨ - وأسفر العمل بشأن توحيد الوسائل عن تطبيق "نموذج صحي مبدئي لأوروبا" على الصعيد للاتحاد الأوروبي، سيدرج، على الأقل، في الدراسات الاستقصائية السنوية للاتحاد الأوروبي، مثل "إحصاءات الدخل والظروف المعيشية". وستدرج الدول الأعضاء كلما كان ذلك مناسباً، هذا النموذج الصحي ضمن الدراسات الاستقصائية الوطنية لتعزيز القابلية للمقارنة دولياً لمختلف نتائج الدراسات الاستقصائية.

٢٩ - ويتوقع أن تعد نماذج أوسع نطاقاً لتوحيد قياسات الوضع الصحي والمحددات الصحية والمتغيرات الأساسية للأشخاص وللأسر المعيشية بحيث تكون جاهزة في عام ٢٠٠٣. وتعد النماذج وفقاً للنهج التالي: الاتفاق على مفهوم مشترك يستعمل على مستوى الاتحاد الأوروبي بينود (متغيرات) متفق عليها ومحددة تماماً، ومصحوبة بالوسائل المرجعية للاتحاد الأوروبي. وعلى الصعيد الوطني، يمكن عندئذ تكييف الوسائل المرجعية للاتحاد الأوروبي بحيث تصبح وسائل تنفيذية وفقاً للمواصفات الثقافية (بطريقة المعايرة مثلاً إذا اقتضى الأمر) وترجمتها إلى اللغة الوطنية.

٣٠ - وبجانب توحيد المدخلات هذه، قد تكون هناك حاجة إلى تعديل النتائج وفقاً لقواعد صارمة وطرائق تقنية متفق عليها (للتوحيد اللاحق).

إحصاءات الإعاقة

٣١ - في البداية، تم إجراء تحر مكثف عن احتياجات المستعمل: وأسفر هذا عن اعتماد حطين رئيسيين. فوافق جهاز "النظام الإحصائي الأوروبي" "كمسار سريع أول" على

”النموذج الصحي المبدئي لأوروبا“ بوصفه أدنى مقياس يمكن استخدامه لقياس الإعاقة لدى إعداد الدراسات الاستقصائية العامة للسكان. وبالإضافة إلى ذلك، تمت الموافقة على قائمة من الموضوعات وسيبدأ عمل آخر بشأن المفاهيم والبنود والوسائل المرجعية عام ٢٠٠٣ استناداً إلى قوائم الجرد المتوفرة بكثرة. وفي الوقت نفسه، تم تحليل ونشر المتغيرات المتوفرة عن الإعاقة منذ عام ١٩٩٣ لدى فريق الأسر المعيشية للجماعة الأوروبية ١٩٩٤-٢٠٠١، مما أتاح أول مجموعة بيانات موحدة للاتحاد الأوروبي عن الإعاقة.

٣٢ - وخلال العقد الماضي، أجريت مجموعة كبيرة جدا من الدراسات الاستقصائية السكانية شملت الصحة ومواضيع متعلقة بالصحة والإعاقة في جميع أنحاء الاتحاد الأوروبي، وقد جرى بعضها بدعم من الاتحاد الأوروبي. ومؤخراً أيضاً بدأ إجراء دراسات استقصائية جديدة متعددة القوميات، على سبيل المثال ”الدراسة الاستقصائية للحالة الصحية في العالم“.

٣٣ - وسيؤدي انتشار الدراسات الاستقصائية هذا، بلا شك، إلى التوصل إلى نتائج مختلفة انطلاقاً من المفاهيم ويضيف بالتالي إلى عدم الوضوح لا إلى حل مشكلة القابلية للمقارنة. وحتى يمكن المساعدة في بناء نظم مستدامة والاستفادة المثلى في نفس الوقت من الموارد النادرة والخبرات المتاحة بغرض تحقيق المزيد من القابلية للمقارنة والمزيد من التجانس والارتقاء بالتنوع مع تجنب التداخلات والازدواجية في العمل، والمساعدة كذلك في استحداث وسائل جديدة، أعرب ”مدير الإحصاءات الاجتماعية“ في دورتهم الأخيرة التي عقدت في أيلول/سبتمبر ٢٠٠٢، عن رأي إيجابي أيدياً فيه الاقتراح المقدم بإنشاء نظام جديد هو ”نظام الدراسات الاستقصائية للحالة الصحية في أوروبا“.

٣٤ - ويمكن مبدئياً أن يُعرّف ”نظام الدراسات الاستقصائية للحالة الصحية في أوروبا“ بوصفه مجموعة من الدراسات الاستقصائية الشاملة المنسقة التي تسمح بإجراء مقارنات فيما بين البلدان، وتقوم حول إطار دراسة استقصائية أساسية جوهرية، وفقاً لتنفيذ نموذجي، مرن بهدف رصد التغيرات المحتملة في مجال الصحة والمواضيع ذات الصلة على مر الزمن. ويتكون ”نظام الدراسات الاستقصائية للحالة الصحية في أوروبا“ (النظام) من ثلاث دعائم:

(أ) الدراسة الاستقصائية الصحية الأوروبية عن طريق المقابلات، وهي تعتبر الدراسة الاستقصائية الأساسية في ”النظام“ لغرض القياس الإحصائي العام في إطار الإحصاءات الصحية؛

(ب) مجموعة تكميلية من الدراسات الاستقصائية الخاصة (فئات عمرية محددة، وتصنيفات مرضية...)، ينبغي أن تتناول مواضيع محددة موجهة إلى المستعمل ويمكن أن تديرها شبكات خاصة من الباحثين و/أو المعاهد؛

(ج) يجري حاليا إنشاء قاعدة بيانات تتضمن الوسائل المرجعية والوسائل الأخرى الموصى بها.

٣٥ - وفيما يتعلق بـ "الدراسة الاستقصائية الصحية الأوروبية عن طريق المقابلات"، هناك بالفعل ما يلي: "النموذج الصحي المبدئي لأوروبا" بدورته السنوية، في إطار "إحصاءات الدخل والظروف المعيشية"؛ وينبغي كل خمس سنوات على الأقل أن تدرج الدول الأعضاء خلال الفترة نفسها أربعة نماذج موحدة تبني حول مفاهيم مشتركة تتوافر لها بالفعل وسائل مرجعية أو ستتوافر لها هذه الوسائل وهي: النموذج الأساسي الأوروبي، والنموذج الأوروبي عن الوضع الصحي، والنموذج الأوروبي عن الرعاية الصحية، والنموذج الأوروبي عن المحددات الصحية.

إحصاءات انتشار المرض (المرضية)

٣٦ - لا يوجد من الناحية الفعلية إطار عمل أساسي لاتباع نهج عام ولقياس بيانات معدل انتشار المرض المتعلقة بالتشخيص على المستوى السكاني، بخلاف البيانات العادية المتعلقة بالتشخيص والمتاحة من خلال الخدمات الصحية والشبكات الخاصة، ما يتعلق على سبيل المثال بالأمراض المعدية والسرطان. وما زال جهد التطوير بشأن المنهجية جاريا، وسيولى اهتماما خاصا في عام ٢٠٠٣، مع الاستفادة من الجهد المبذول حاليا في هذا المجال في الاتحاد الأوروبي.

الإحصاءات المتعلقة بأسباب الوفاة

٣٧ - من سمات الحالة في الاتحاد الأوروبي وجود لوائح وطنية تتعلق بموضوع الإشعار وممارسات وطنية مختلفة تتعلق بتطبيق قواعد "التصنيف الإحصائي الدولي للأمراض والمشاكل الصحية ذات الصلة، التنقيح العاشر" في مجالي التصنيف والترميز. وقد تم إحراز تقدم هائل عن طريق شبكة خبراء إحصائيين لتبادل الخبرة من أجل تحقيق نوعية أفضل وزيادة القابلية للمقارنة. وانتشر تطبيق "التصنيف الإحصائي الدولي للأمراض" على مدى نحو ١٠ سنوات في الاتحاد الأوروبي معيقا على نحو كبير المقارنات التفصيلية بين الدول الأعضاء. ولذلك، أدخلت قائمة مختصرة من ٦٥ رمزا يمكن أيضا تطبيقها على مسألة جمع البيانات على المستوى دون الوطني مما يسمح بالمساهمة في زيادة فهم الاختلافات الإقليمية في أنماط الوفيات.

٣٨ - وما زال هناك الكثير الذي يمكن عمله في هذا المجال بشأن إدخال نظم الترميز الآلية التي ليست بالأمر الهين بالنسبة إلى الاتحاد الأوروبي بسبب وجود لغات كثيرة للغاية. وهذا يعني أن نظام الترميز الآلي في الولايات المتحدة المقبول على نطاق واسع يتطلب استثمارات وطنية كبيرة لتطويعه لأوروبا. وتكمن المشكلة في التحويل الآلي للمصطلحات الطبية المستخدمة في شهادات الوفاة إلى رموز "التصنيف الإحصائي الدولي للأمراض". والهدف هو تطبيق قواعد الترميز الآلي في جميع الدول الأعضاء بحلول عام ٢٠٠٥، وسيجرى التدريب على الترميز اليدوي وإدخال البيانات على مستوى الاتحاد الأوروبي تحت رعاية المكتب الإحصائي للجماعات الأوروبية وشركائه.

إحصاءات الرعاية الصحية

٣٩ - تم تنقيح الإحصاءات المتعلقة بالمستشفيات والأيدي العاملة، الموجودة منذ عدة سنوات، على نحو جذري، ووسعت بإضافة بيانات من قبيل بيانات التشخيص عند خروج المريض من المستشفى وكان موضوع المشروع الأول الواسع النطاق جمع معلومات شاملة بشأن هيكل وترتيبات نظم الرعاية الصحية الوطنية. والفروقات بين الدول الأعضاء في الاتحاد الأوروبي كبيرة، ويمكن أن تعوق كثيرا إمكانية مقارنة البيانات في هذا المجال. فالمستشفيات مختلفة الأنواع، وخدماتها مختلفة هي الأخرى؛ فيوجد، على سبيل المثال، لدى بعض الدول الأعضاء فئات متعددة من المستشفيات المتخصصة. كما تختلف خدمات العيادات الخارجية، وبالذات مرافق الرعاية الطويلة الأجل التي توجد بينها فروق كبيرة (بعض الدول الأعضاء مثلا لا يتوافر بها دور للمسنين).

٤٠ - وبالإضافة إلى ذلك، تختلف حدود الرعاية ونظم التمويل. ولذلك، وضع نظام للمعلومات الشاملة غاية في التفصيل من أجل تصنيف مقدمي الخدمات حسب الاختصاصات. ويوفر هذا أساسا لتحقيق قابلية المقارنة من حيث الاختصاص وإقامة نظام للحسابات الصحية قابل للمقارنة حقيقة، يبوب وفقا للدليل الذي وضعته لهذا الغرض منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، بمساهمة كبيرة ودعم من النظام الإحصائي الأوروبي، وتعد من أجله حاليا مبادئ توجيهية إضافية للدول الأعضاء في الاتحاد الأوروبي.

٤١ - وسيكون أول تبويب وظيفي لنظام الحسابات الصحية في الاتحاد الأوروبي حسب العمر ونوع الجنس، وتبين أولى النتائج المبدئية تطورا واعداد. وتم وضع نموذج أولي لإحصاءات المتعلقة بالأيدي العاملة وثمة نموذج أولي لنظام الحسابات الصحية في طريقه إلى التنفيذ.

خامسا - التعاون الدولي

٤٢ - تم بالفعل جمع خبرات دولية هامة في مجال البيانات الصحية واستخدام المؤشرات الصحية ولا سيما عن طريق منظمة الصحة العالمية ومنظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي. ويزيد التعاون بين هاتين المنظمتين والاتحاد الأوروبي (الإدارة العامة المعنية بالصحة وحماية المستهلك والمكتب الإحصائي للجماعات الأوروبية) بشأن الرصد الصحي وإحصاءات الصحة العامة من خلال مشاركة هذه الهيئات في اجتماعات فرق العمل التابعة للمكتب الإحصائي للجماعات الأوروبية وحضورها كمراقبة في اجتماعات الفريق العامل المعني بإحصاءات الصحة العامة. وكثيرا ما يدعى ممثلو منظمة الصحة العالمية ومنظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي - إما كمشاركين أو كمراقبين - لحضور الاجتماعات التي تنظم في سياق الإجراءات المطروحة في إطار البرنامج المتعلق بالرصد الصحي.

٤٣ - ويتم التبادل المنتظم للمعلومات عن الأنشطة الإحصائية للمنظمات المعنية عن طريق اللجنة الاقتصادية لأوروبا/مؤتمر الإحصائيين الأوروبيين اللذين عينا منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي كجهة اتصال بشأن الإحصاءات الصحية. وبالإضافة إلى ذلك، كان من شأن الرسائل المتبادلة بين منظمة الصحة العالمية والاتحاد الأوروبي وضع إطار جديد للتعاون، ويتم تبادل المعلومات في فترات منتظمة في اجتماعات المسؤولين الرفيعي المستوى التابعين لمنظمة الصحة العالمية والاتحاد الأوروبي.

٤٤ - ودعمت "لجنة البرامج الإحصائية"، خلال مناقشتها بشأن الإحصاءات الصحية، خيارات لتعاون من هذا القبيل مع الوكالات الدولية إما على أساس "استخدام استبيانات مشتركة" أو على أساس "تقسيم إقليمي"، لا على أساس التقسيم حسب "المواضيع" من قبيل معدلات الوفيات أو الدراسات الاستقصائية أو تكلفة الرعاية الصحية.

٤٥ - وتتخذ أسباب هذا التفضيل طابعا شكليا وكذلك عمليا، إذ لا يمكن نقل الولايات بين المنظمات الدولية أو المنظمات فوق الوطنية، ويستلزم النهج الشامل الذي يعتمد عليه المكتب الإحصائي للجماعات الأوروبية جمع بيانات منتظمة وملائمة بشأن جميع العناصر. ويجري تطبيق النموذج الإقليمي ونموذج الاستبيان الموحد بنجاح على عدة ميادين، ومن بينها الإحصاءات المتعلقة بالزراعة أو التعليم أو السكان أو تقدير حالة المواقع من الناحية البيئية. ويشمل هذان النموذجان أصلا وكالات أخرى تابعة للأمم المتحدة، من قبيل منظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة (اليونسكو) والشعبة الإحصائية التابعة للأمم المتحدة، ويمكن تطبيقهما أيضا على الإحصاءات الصحية، بما في ذلك تقديم البيانات إلى منظمة الصحة العالمية وإمكان تقديمها أيضا إلى وكالات أخرى.

٤٦ - وتتمثل إحدى الخطوات الإضافية في التماس حلول عملية تساعد على تفادي الازدواجية في الجهود والتوصل إلى الشفافية. ويمكن المضي في تحسين علاقات العمل بين المنظمات وفقا للدعائم التقنية الثلاث التالية:

- (أ) أطر النظم الإحصائية في الدول الأعضاء، بما في ذلك توفير الدعم عموماً للدول الأعضاء، والمعايير والأدوات المتعلقة بجميع البيانات وتعريفاتها وتصنيفاتها؛
- (ب) عملية جمع البيانات في حد ذاتها، ومضاهاة هذه البيانات وإمكان نقلها؛
- (ج) الاستعانة بالبيانات لأغراض الإدارة، والتخطيط، والتحليل والنشر، والبحث، الخ.

٤٧ - وفي ما يتعلق بالدعامة الأولى، ينبغي أن تكون جهة التنسيق الدولية حيث يمكن حشد الخبرات على أحسن وجه، من قبيل "التصنيف الإحصائي الدولي للأمراض" و "التصنيف الدولي للأداء والإعاقة والصحة" في منظمة الصحة العالمية، وتصنيف الإنفاق الصحي في منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي. ولا يحول ذلك دون تعاون الوكالات الأخرى مع جهة التنسيق.

٤٨ - أما الدعامة الثانية فينبغي أن تتبع النهجين المذكورين أعلاه (الذين سبق أن اعتمدهما منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي والمكتب الإحصائي للجماعات الأوروبية وبعض المنظمات الأخرى). وينبغي توثيق الانحرافات المحتملة عن المعايير في عملية التطبيق توثيقاً جيداً.

٤٩ - أما بالنسبة للدعامة الثالثة فيجب على كل منظمة أن تتمتع بحرية التصرف وفقاً لولايتها. مثال على ذلك تقارير الصحة العالمية (منظمة الصحة العالمية)، وتقارير الصحة العامة (الاتحاد الأوروبي).

سادساً - ترتيبات العمل القائمة مع المنظمات الدولية

٥٠ - استناداً إلى النهج المقترح أعلاه، يجري العمل منذ مدة بالترتيبات العملية المبينة أدناه:

الإحصاءات المتعلقة بأسباب الوفيات

٥١ - يستخدم التصنيف الإحصائي الدولي للأمراض الذي وضعته منظمة الصحة العالمية أساساً للإحصاءات المتعلقة بأسباب الوفيات، وقد تم اعتماد إجراء لوضع نهج مشترك لجمع البيانات المتعلقة بأسباب الوفيات بالاشتراك مع مقر منظمة الصحة العالمية في جنيف ومكتبها الإقليمي في أوروبا.

الإحصاءات المتعلقة بالإعاقة

٥٢ - اتفق جميع المشاركين في الحلقة الدراسية المعنية بقياس الإعاقة التي نظمتها الشعبة الإحصائية التابعة للأمم المتحدة من ٤ إلى ٦ حزيران/يونيه ٢٠٠١ في نيويورك ورعاها و/أو تعاون على تنظيمها كل من منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) ومركز الولايات المتحدة لمراقبة الأمراض والوقاية منها والمكتب الإحصائي للجماعات الأوروبية، على أن التصنيف الدولي للأداء والإعاقة والصحة الذي وضعته وصدقت عليه منظمة الصحة العالمية في عام ٢٠٠١ يوفر الإطار اللازم لقياس الإعاقة.

٥٣ - وبناء على اقتراح الحلقة الدراسية، أنشأت اللجنة الإحصائية فريق مدينة واشنطن لقياس الإعاقة. ويسهم المكتب الإحصائي للجماعات الأوروبية وشركاؤه في النظام الإحصائي الأوروبي العاملون في مجال الإحصاءات المتعلقة بالإعاقة مساهمة فعالة في أعمال هذا الفريق.

بيانات الدراسات الاستقصائية المتعلقة بالصحة والمسائل المتصلة بها التي تجري عن طريق المقابلات

٥٤ - يتولى المكتب الإحصائي للجماعات الأوروبية الترويج للوسائل المرجعية المتعلقة بإجراء الدراسات الاستقصائية الصحية التي يوجد اتفاق مشترك بشأنها والتي خضعت للاختبار، من قبيل ما حدده المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية في أوروبا في مشروع الدراسات الاستقصائية الصحية الأوروبية عن طريق المقابلات، وذلك بغرض استخدامها في إعداد الدراسات الاستقصائية الأوروبية والقطرية.

٥٥ - وقد استهلكت في عام ١٩٩٨ أول عملية مشتركة لجمع البيانات المتعلقة بـ ١٢ بندا صحيا مختارا، وتمت العملية الثانية لجمع البيانات المتعلقة بـ ١٨ بندا صحيا مختارا عام ٢٠٠٢. وجرت ترتيبات العمل في كلتا العمليتين بالتعاون مع المنظمات الدولية، وسوف تتاح البيانات المجمعة أيضا لمنظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي.

٥٦ - وقدم النظام الإحصائي الأوروبي، عن طريق فرقة العمل المعنية بإحصاءات الرعاية الصحية والفريق العامل المعني بإحصاءات الصحة العامة دعما فعالا لمنظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي في وضع الدليل المتعلق بنظام الحسابات الصحية، ويعكف المكتب الإحصائي للجماعات الأوروبية حاليا على توفير التوجيه للدول الأعضاء في مجال تنفيذ بنود هذا الدليل، وهو ما يجري تنفيذه حاليا من خلال مشاريع رائدة.

٥٧ - وتم الاتفاق، في إطار تبادل البيانات بين منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي والمكتب الإحصائي للجماعات الأوروبية، على أن يتولى النظام المذكور جمع

البيانات المتعلقة بالعاملين الصحيين والتجهيزات الصحية مباشرة من الدول الأعضاء وعلى أن يرسل إلى المنظمة المذكورة نسخا من رد الدول الأعضاء (المستندات الأصلية للبيانات والوثائق).

سابعاً - أفكار أخرى تتعلق بتحسين التعاون الدولي

٥٨ - رغم جودة علاقات العمل القائمة بين المنظمات الدولية العاملة في ميدان الإحصاءات الصحية، ثمة حاجة إلى استكشاف السبل التي تفضي إلى تحسين التعاون بما يؤدي بصورة رئيسية إلى تحسين الخدمات المقدمة إلى طائفة واسعة من المستعملين الذين تتعاطم حاجتهم الملحة إلى مزيد من البيانات الموثوقة لتدعيم نتائج القرارات والإجراءات التي كثيرا ما يكون لها أثر بعيد المدى في هذا الميدان. ويتمثل التركيز الرئيسي على تحسين التنسيق في مجال تحسين إجراءات تقاسم العمل وزيادة فعاليته.

٥٩ - ويمكن للمنظمات والهيئات الدولية العاملة على المستوى العالمي (الشعبة الإحصائية التابعة للأمم المتحدة، ومنظمة الصحة العالمية، ومنظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي) أن تولي مزيدا من التركيز لتطوير معايير، من قبيل المفاهيم والتصنيفات، والأطر والمنهجية، عن طريق استحداث أدوات عمل لجمع البيانات وتحليلها.

٦٠ - وينبغي للمنظمات والهيئات الدولية ألا تستعين في عملية جمع البيانات الإحصائية المعتادة إلا بالمصادر الثانوية، أي بالأرقام المجمعة التي يوفرها مختلف البلدان.

٦١ - ومن شأن المنظمات الدولية التي تعمل في مناطق محددة من العالم، بمثابة منظمات فوق وطنية، من قبيل المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية في أوروبا والاتحاد الأوروبي، أن تولي مزيدا من التركيز لتكثيف أدوات العمل العالمية وفقا للأوضاع الإقليمية المختلفة. ومن شأن المنظمات الإقليمية أن تعزز ما توفره للمستوى الدولي من دعم في ما يتعلق بأدوات العمل.

٦٢ - أما على المستوى القطري، فينبغي أن ينصب التركيز على تنفيذ المفاهيم المشتركة والصكوك المرجعية في سياق الفوارق الثقافية واللغوية. وينبغي أن تكون البلدان الجهات الأساسية لجمع البيانات، وينبغي أن تكون هي نفسها مصدر توفير الأرقام الكلية للمنظمات الدولية/فوق الوطنية.

٦٣ - ومن الأهمية التركيز على دور النظام الإحصائي الأوروبي حيث تُعقد الاتفاقات - في سياق البرنامج الإحصائي للاتحاد الأوروبي في ما يتعلق بجمع وتجهيز وتحليل الإحصاءات المتعلقة بالاتحاد الأوروبي بصورة متسقة من خلال المكتب الإحصائي للجماعات الأوروبية بالشراكة مع الدول الأعضاء.

٦٤ - ومن منظور عالمي، يمكن للمكتب الإحصائي للجماعات الأوروبية أن يؤدي دور المنسق في توفير البيانات الإحصائية اللازمة التي تقدمها الدول الأعضاء في الاتحاد الأوروبي إلى المنظمات الدولية.

٦٥ - وينبغي للمنظمات الدولية، إذا لزم الأمر، أن تتولى مباشرة عمليات جمع البيانات الأساسية وعمليات جمع البيانات خارج الأطر الإحصائية الرسمية في حالة واحدة هي وجود حاجة ملحة إلى وضع مجموعات تكميلية للبيانات غير متجسدة في الإطار الإحصائي الدولي/فوق الوطني. لكن إطلاق تلك المبادرات في مثل هذه الحالات ينبغي ألا يتم إلا بعد التشاور المستفيض مع المنظمات الوطنية وفوق الوطنية بغية تفادي الازدواجية في العمل وانحراف النتائج.

٦٦ - وينبغي اتخاذ جميع الترتيبات المتعلقة بالتعاون الدولي في ميدان الإحصاءات الصحية بالتشاور والاتفاق مع السلطات الإحصائية المختصة في مختلف البلدان ومع المكتب الإحصائي للجماعات الأوروبية في سياق النظام الإحصائي الأوروبي.

٦٧ - ولا يوجد في العديد من الحالات تشاور كاف مع السلطات الإحصائية الوطنية. وينبغي للمنظمات الدولية أن تبادر بنفسها إلى كفالة اتخاذ الترتيبات الملائمة مع السلطات الإحصائية الوطنية المسؤولة عن موضوع الإحصاءات الصحية والاجتماعية.

٦٨ - وفي حال عدم احترام هذه الترتيبات وقيام المنظمات الدولية بعمليات جمع بيانات بشأن مواضيع مماثلة، يبرز خطر حقيقي يتمثل في عدم تساوق مجموعات البيانات المختلفة. وفي مثل هذه الحالات، يحتم عدم التشكيك في مصداقية الدراسات الاستقصائية الأخرى، ولا سيما الدراسات الاستقصائية الصحية عن طريق المقابلات أن تتولى مجموعة من الخبراء الرفيعة المستوى في مجال الدراسات الاستقصائية السكانية والمنهجية الإحصائية، بادئ ذي بدء، تقييم البيانات المحصلة تقييماً مسهباً قبل الشروع في نشر النتائج. ويمكن أن تشترك السلطات القطرية والمنظمات الدولية وفوق الوطنية المتعاونة في تشكيل مجموعة خبراء من هذا القبيل.

٦٩ - ويمكن إرساء هذا النوع من التعاون في إطار ميثاق (مدونة قواعد سلوك) يتولى الاتفاق عليه ووضعه كل من اللجنة الإحصائية والوكالات الدولية المتخصصة (منظمة الصحة العالمية) والمنظمات فوق الدولية (الاتحاد الأوروبي/المكتب الإحصائي للجماعات الأوروبية) والسلطات الإحصائية المختصة في الدول الأعضاء.