

حزمة الخدمات الصحية الأساسية للدول الخارجة من صراع: مقترحات للرعاية الصحية الجنسية والإيجابية

بقلم: بايارد روبرتس^١، سامانثا جاي^٢، إيجبيرت سوندورب^٣، لويس لي-جونز^٤
أ باحث في البرامج الصحية والصراعات، مدرسة لندن للصحة العامة، وطب المناطق الحارة، لندن، المملكة المتحدة
البريد الإلكتروني: bayard.roberts@lshtm.ac.uk
ب كبير مستشاري الصحة الإيجابية في جمعيات اللاجئين، مبادرة ريز ماري ستوبز الدولية، لندن، المملكة المتحدة
ج كبير محاضري الصحة العامة والمساعداة الإنسانية، الصراعات والبرامج الطبية،
مدرسة لندن للصحة العامة وطب المناطق الحارة، لندن، المملكة المتحدة
د مدير المشروعات، ماري ستوبز الدولية، لندن، المملكة المتحدة

ترجمة: رفعت علي

موجز المقال: يتصف النظام الصحي للدول الخارجة من صراع بوجه عام بدمار البنية الأساسية للمؤسسات الصحية، وقلة الكفاءات البشرية المتاحة للعمل بها، وضعف العمالة المتخصصة وتكاثر المنظمات غير الحكومية العاملة في المجال. ينتج عن ذلك تشتت وجزئة تحقيق الرعاية الطبية اللازمة. الاستجابة التي تلقى قبولاً وانتشاراً أكبر لتحسين الرعاية الطبية في الدول الخارجة من صراعات وحروب تكمن في قيام حكومات تلك الدول والمناخون الدوليون بالتعاقد مع المنظمات غير الحكومية لتقديم حزمة أساسية من الرعاية الصحية لسكان تلك الدول. لقد تم تطبيق ذلك الأسلوب في أفغانستان وجنوب السودان، وتم الإعداد لتنفيذه أيضاً في جمهورية الكونغو الديمقراطية. هذا الأسلوب ابتكر حديثاً كنهج وحيد قادر على تحقيق آلية فعالة لتقديم الرعاية الطبية الأولية والأساسية في جميع أرجاء الدولة الخارجة من صراعات أو حروب، بالمتاح من التمويل المخصص للرعاية الصحية، على الرغم من أن الهدف هو الارتقاء بمستوى الرعاية الصحية بسرعة، بما فيها رعاية الصحة الجنسية والإيجابية، فإن هناك عدد من التبعات تقع على عاتق تلك القطاعات الأساسية. هذا البحث يتناول نظام التعاقد لتوفير الحزمة الأساسية من خدمات الرعاية الصحية، كما يعرض بعض التحديات الرئيسية التي يواجهها هذا النهج في مجال الصحة الجنسية الإيجابية؛ وعلى وجه التحديد، الخدمات الصحية المتاحة تقديمها ونوعيتها، ومدى قبول تلك الخدمات في الدول التي تقدم بها.

A Basic Package of Health Services for Post-Conflict Countries: Implications for Sexual and Reproductive Health Services

Bayard Roberts, Samantha Guy, Egbert Sondorp, Louise Lee-Jones, Reproductive Health Matters 2008; 16(31):57-64

الكلمات المفتاحية: حالات الصراعات والأزمات، الرعاية الصحية الجنسية والإيجابية، جنوب السودان، أفغانستان

الصحية من الممكن أن تتضرر وتنتهار وتتعرض لدمار شديد، ويتقلص المتوفر منها، كما تقلص فرص تدريب الكوادر الفنية المؤهلة، وتقل - أيضاً - فرص التزود بالعقاقير الطبية، وفي الغالب تضعف نظم الإدارة أيضاً، وكذا تصبح قدرات وزارة الصحة محدودة جداً، وفي الغالب تتكاثر المنظمات غير الحكومية والبرامج الرأسية، التي تنصف بقلة التنسيق فيما بينها، أو انعدامه^٧، وينتج عن ذلك عادة تشتت الرعاية المقدمة وتنظيمها ومحدودية تأثيرها وقلة كفاءتها

ترسخت أهمية مفهوم أن الرعاية الصحية الجنسية والإيجابية تحسن المؤشرات الصحية وتقلل من مستويات الفقر^١، تزيد الصراعات من هشاشة الرعاية الصحية الجنسية والإيجابية، والحاجة للرعاية الصحية الجنسية والإيجابية تصبح ماسة ودرجة في الدول الخارجة من صراع وحرب^٤، القدرة على توفير الرعاية الصحية بما فيها رعاية الصحة الجنسية والإيجابية، تصبح في الغالب محدودة جداً في الدول الخارجة من صراع أو حرب، فالبنية التحتية للرعاية

من خلال التعاقد وضعه البنك الدولي. إلى حد كبير. طبقت أنواع متباينة من تعاقدات تقديم حزم الرعاية الصحية في أفغانستان وجنوب السودان. كما تم التخطيط لتطبيقه في جمهورية الكونغو الديمقراطية. المانحون الرئيسيون هم البنك الدولي. والمفوضية الأوربية وبعض الدول الأوربية بصفتها. وبنك التنمية الآسيوي. والوكالة الأمريكية للتنمية الدولية. وجهات أخرى مانحة. التمويل تم التخطيط له بتحديد المانحين لأقاليم مثلما حدث في أفغانستان. أو تم تجميعه مركزياً كما حدث في جنوب السودان. ومن المفترض أن تساهم حكومة الدولة المعنية ماليًا في تمويل خطة الحزمة الأساسية من الرعاية الصحية على مدى زمني أبعد. وذلك بعد أن تتعافى من آثار الصراع.

تحدد حكومة الدولة المعنية - بمعاونة من المانحين. والأمم المتحدة. والمنظمات غير الحكومية - محتوى الحزمة الأساسية المطلوب تطبيقها اعتمادًا على تحديد الاحتياجات الصحية لتلك الدولة. وتكلفة الرعاية الفعالة المطلوبة. وقيمتها المالية. مقارنة بالتمويل المتاح لتوفير تلك الحزمة الأساسية. تشمل مستويات تقديم الخدمة المراكز الصحية. والوحدات الصحية. ومشافي الأحياء السكنية. يتحدد محتوى الحزمة بصفة أولية على المستوى الدولي المتعارف عليه للرعاية الفعالة. والمصدق عليه من قبل حكومة الدولة المعنية. تلك الخدمات المقدمة تضم في العادة صحة الأمومة ورعاية حديثي الولادة. والصحة الإيجابية. وصحة الطفولة. والتطعيم. والأمراض المعدية. والتغذية. يمكن تضمين خدمات إضافية اعتمادًا على الاحتياجات الصحية النوعية لتلك الدولة. في أفغانستان (الإطار ١) على سبيل المثال تم إضافة رعاية الإعاقات البدنية لدعم الأعداد الكبيرة من المصابين جراء انفجار الألغام الأرضية وأنواع الأسلحة الأخرى. تم الاتفاق بين المنظمات غير الحكومية وحكومة الدولة والمانحين على تقديم كل خدمات الرعاية الصحية الأساسية.

كما تم تطوير وترسيخ نظم دعوة المنظمات غير

وتدنى نوعيتها.

أحد الاستجابات لمعالجة تلك المشاكل التي تلقى تأييدًا وقبولًا أوسع في الدول الخارجة من صراعات وحروب تتمثل في نظام تعاقد حكومات تلك الدول والدول المانحة مع منظمات غير حكومية لتقديم حزمة أساسية من الخدمات الصحية كوسيلة رئيسية على المدى الطويل لتقديم الرعاية الصحية لكل أبناء تلك الدول. الهدف من ذلك. هو سرعة تخطيط بنية جديدة للرعاية الصحية. قادرة على تقديم خدمة فعلية تمل محل بنية الرعاية الصحية ذات التركيب الرأسي السابق. التي تفسخت وأصبحت غير متكاملة بفعل الصراع والحرب. وهي أوضاع سائدة في كثير من الدول الخارجة من صراعات. يتبنى أسلوب التعاقد على تقديم الحزمة الأساسية من الرعاية الصحية منهجًا مبنياً على مبادرات سابقة تم تطبيقها في كمبوديا. وعدة دول أخرى محدودة الدخل. وطُبّق في أحياء محددة. أو في حالات مرضية معينة مثل سوء التغذية أو مكافحة الدرن وعلاجه.^{٨-١١} وعلى أية حال. فإن أسلوب التعاقد الذي تم تبنيه في أفغانستان وجنوب السودان والذي تم التخطيط لتنفيذه في جمهورية الكونغو الديمقراطية. يُعد مبتكرًا؛ فقد تم إعداده ليكون الآلية الرئيسة والأساسية الوحيدة لتقديم الرعاية الصحية الأولية في جميع أنحاء الدولة. بالتمويل المتاح للرعاية الصحية. والذي تم تخصيصه مبدئيًا لهذا الغرض. ولهذا بعض التداعيات على القطاعات الصحية التحتية. وعلى دور البرامج الصحية الرأسية. يتناول هذا البحث أسلوب التعاقد على تقديم الحزمة الأساسية من الرعاية الصحية. كما يناقش بعض التحديات الرئيسة التي تواجهه في مجال تقديم خدمات الرعاية الصحية الجنسية والإيجابية. مركزًا - على وجه التخصيص - على مدى توفر تلك الرعاية ونوعيتها والأنشطة الداعمة لها.

الحزمة الأساسية من الرعاية الصحية

منهج تقديم الحزمة الرئيسة من الرعاية الصحية

ذلك، تقوم الحكومة والمانحون بتفعيل التعاقدات. ثم تقييم أداء المنظمات غير الحكومية المنفذة. بعد اكتمال أعوام التعاقد. تعاد دعوة المنظمات غير الحكومية للتنافس على تقديم خدمات الرعاية الصحية الأساسية لدورة زمنية جديدة. وتقوم الحكومة بالدور الإداري؛ ويشمل مراجعة العطاءات، ومراقبة أداء المنظمات غير الحكومية القائمة بالتنفيذ، ووضع المخططات والأهداف، وكذلك وضع الأسس والمعايير والقواعد المنظمة للأداء. يرى البعض أن منهج التعاقد على تقديم الحزمة الأساسية من الرعاية الصحية وسيلة انتقالية على مدى بضعة أعوام حتى تتمكن حكومة الدولة من استعادة دورها في تقديم خدمات الرعاية الصحية مباشرة بنفسها. بينما يرى غيرهم أن ذلك الأسلوب يمكن له أن يُصبح طريقة مستدامة لتقديم خدمات الرعاية الصحية لدولة ما خارجة من صراعات مسلحة.^{١٧}

الآراء المؤيدة لنظام التعاقد على تقديم الحزمة الأساسية من الرعاية الصحية تركز على مفاهيم الفعالية العالية وكفاءة الأداء والمساواة. وتتلعل تلك الآراء بأن أوليات الرعاية الصحية الأساسية تُعد أكفأ وسيلة لتقليل مخاطر تدرى الرعاية الصحية، وما ينتج عنه من زيادة الوفيات والإعاقات البدنية.^٩ وأن تقوية التنسيق والتكامل الأفقى الذي يشمل كل أرجاء الدولة التي تقدم فيها الرعاية يزيد من الفعالية والكفاءة وحقيق المساواة في تقديم تلك الخدمة.^{١٨،٩} تتحقق الفعالية والمساواة بالتعاقد مع المنظمات غير الحكومية في تقديم الرعاية وسرعة الارتفاع بمستوى التغطية في تقديم خدمات الرعاية الصحية الأساسية. أكثر من الاعتماد على القدرات المحدودة للخدمات الصحية الحكومية.^{١٧} وفي الغالب تقدم المنظمات غير الحكومية معظم الخدمات الصحية، ولديها خبرة وخبراء لتوسيع نطاق التغطية. وتتيح ما تتميز به المنظمات غير الحكومية من مرونة عالية وقدرة على ابتكار الحلول قدرة أكبر على الاستجابة السريعة الفعالة مقارنة بنظام الدولة الضعيف المكبل بالبيروقراطية.^{١٩} ويساعد التركيز على النتائج

الحكومية المحلية والدولية للتنافس على الحصول على تعاقدات توفير الحزمة الأساسية من الرعاية الصحية في مناطق جغرافية معينة (إقليم أو ولاية على سبيل المثال) تختارها حكومة الدولة المعنية والمانحين. بعد

الإطار ١. الحزمة الأساسية للخدمات الصحية في أفغانستان

كان الوضع الصحي في أفغانستان بعد الإطاحة بنظام حكم طالبان في ٢٠٠١-٢٠٠٢ من أسوأ الأوضاع الصحية من بين جميع دول العالم.^{١٢،١٣} ومع تعيين حكومة جديدة بعد الإطاحة بطالبان، تم وضع أساس للتنافس بين المنظمات غير الحكومية للحصول على تعاقدات لتقديم حزمة أساسية من خدمات الرعاية الصحية.^{١٤} وبالتعاون والتنسيق بين وزارة الصحة العامة الأفغانية، والبنك الدولي والوكالة الأمريكية للتنمية الدولية، والمفوضية الأوروبية يتم الآن تمويل عقود وقَّعت مع ٣٠ منظمة غير حكومية محلية ودولية بقيمة ١٤٠ مليون دولار أمريكي. تغطي العقود ٣٤ مقاطعة، وتغطي إما مقاطعة بأكملها أو تجمعات أحياء سكنية.^{١٥،١٧} وتشمل حزمة الرعاية الصحية الأساسية الخدمات التالية:

- صحة الأمومة ورعاية حديثي الولادة؛ ومنها صحة الأم قبل الولادة، والتوليد، وصحة الأم بعد الولادة، وتنظيم الأسرة ورعاية حديثي الولادة.
- صحة الأطفال، وتشمل التطعيم والرعاية المتكاملة للأمراض الطفولة.
- التغذية العامة، بما فيها الأغذية النوعية التكميلية، وعلاج أمراض سوء التغذية.
- الأمراض المعدية، بما فيها السيطرة على انتشار الدرن والملاريا.
- الصحة العقلية.
- الإعاقة البدنية.

التي كانت موجودة قبل بدأ النزاع والصراع. الجدول (١) يلخص المدى الذي بلغه تضمين الرعاية الصحية الجنسية والإيجابية في الحزم الأساسية التي قدمت في أفغانستان^{١٤} وجنوب السودان^{١٥} اعتمادًا على المعايير الدولية للرعاية الصحية الجنسية والإيجابية للسكان في مناطق النزاعات المسلحة. وما بعد النزاعات المسلحة^{١٦-٢٢} يُظهر الجدول أن عددًا كبيرًا من الخدمات الرئيسية مدرج في البرامج في الدولتين كليهما. ما يزيد بشكل ملموس من إمكانية توفير الرعاية الصحية الجنسية والإيجابية في كلٍّ منهما. الإغفال الرئيسي في الخدمات تركّز في إغفال معالجة المشاكل المترتبة على العنف الجنسي. وآثار العنف المترتب على النوع. هذا على الرغم من ثبوت وجود معدلات عالية من هذا النوع من العنف أثناء الصراعات المسلحة وبعد انتهائها؛ كما هو حادث في جنوب السودان^{٢٣-٢٧}. هذا الإغفال تتضاعف آثاره على ضوء أن الرعاية الصحية العقلية غير مشمولة في تلك الحزم في جنوب السودان. كما أن المختصين بالتوعية والرعاية للشباب غير مذكورين على الإطلاق. هذا على الرغم من وجود دليل قوي دوليًا على شدة الاحتياج للموجهين ومقدمي الرعاية للشباب صغير السن في الجوانب الجنسية والإيجابية^{٢٨-٣٠}. من الواضح أن تقديم خدمات تنظيم الأسرة قد ازداد في أفغانستان في المراكز الصحية نتيجة تطبيق نظام التعاقد على توفير الحزمة الأساسية من الرعاية الصحية. غير أن تحقيق هذا النوع من الرعاية مازال محدودًا^{٣١-٣٢}. وعلى أية حال. فإن مؤشرات النتيجة العامة الكلية لنظام التعاقد على الصحة الإيجابية مازالت محدودة. خاصة في جنوب السودان. نظرًا لأن هذا النوع من الرعاية طُبّق حديثًا.

فضلاً على هذا. هناك عدد من العوامل التي تعوق توفر الرعاية الصحية الجنسية والإيجابية على وجه التحديد. أولاً. قد تؤدي الحاجة لإظهار مدى الكفاءة والفعالية مقابل التكلفة. والتركيز الشديد على تخفيض نسب الوفيات. والعجز البدني. إلى قيود تعيق إيلاء أولوية لتقديم خدمات الرعاية الجنسية

التي يمكن قياسها على إجراء نتائج عديدة. وتحسين نوعية أداء كل منظمة على حدة. وتحسين الكفاءة والفعالية في قطاع الصحة في مجمله. وتزداد كفاءة الأداء من خلال التنافس على الحصول على التعاقد لأنه يعتمد على أسلوب يحقق أفضل نتائج في معادلة «التكلفة - الفعالية»^{٣٤}. وعلى الرغم من وجود أدلة محدودة على مدى كفاءة نظام توفير حزمة الخدمات الطبية الأساسية في أفغانستان وجنوب السودان لحدثة تطبيقه فيهما. فإن بحثًا أوليًا أجري في أفغانستان يُظهر أن ذلك النظام توسع وانتشر بسرعة في تقديم خدمات الرعاية الطبية الأساسية^{٣٥-٣٧}.

أما المخاوف والتحديات على نظام حزمة الرعاية الصحية الأساسية فتتحدد في عدم الاطمئنان عند التركيز على مسألة التكلفة مقابل الفعالية. «التكلفة - الفعالية». قد يؤدي التأكيد على التدخل بهذا النظام إلى تقليل أعداد الوفيات والعجز البدني إلى المخاطرة بتجاهل جانب مهم. ولكنه أقل بروزًا. مثل الفوائد على الصحة في مجملها ورفاه الإنسان^{٣٨}. المخاوف الأخرى تتركز في عملية إجراء التعاقدات ذاتها. وتشمل تلك التخوفات مدى تحقيق المنافسة الفعلية. في مناطق لا توجد فيها منظمات أخرى لتقديم الخدمة^{٣٩} على المدى الأبعد. هناك قلق بشأن ما إذا كان التعاقد مع منظمات غير حكومية يدعم ويقوي النظام الصحي في مجمله. وكذا تشكك في قدرة الحكومة المحلية. ودورها ومدى شرعيتها^{٤٠}. نظام التعاقدات أيضًا تترتب عليه تبعات فيما يخص النظم الصحية الفرعية مثل الصحة الجنسية والإيجابية التي يتم إهمالها. وكذا الأثر الذي يتركه على المختصين في هذا المجال من قد يتعرضون للتهميش.

تبعات مدى توفر الرعاية الصحية الجنسية والإيجابية

الحزمة الأساسية من خدمات الرعاية الصحية تقدم بالضرورة نشرًا سريعًا للرعاية الصحية الجنسية والإيجابية مقارنة بالخدمات الموجودة فعليًا وتلك

√	√	رصد الأمراض الجنسية وعلاجها
√		استشارات اختيارية وخدمات خليل الإصابة بالإيدز
√		رعاية الوقاية من نقل المرض من الأم للابن
√		تعاطى جرعات منع الانتكاس
√		الدعم الاجتماعي للمصابين بالإيدز

على سبيل المثال. الخدمات الرعائية المتخصصة والتوعوية للشباب صغار السن غير مشمولة في حزمتي الرعاية الصحية الأساسية في الجدول (١). على الرغم من الدلائل والبراهين القوية على قيمة تلك الرعاية ومدى احتياج صغار السن من الشباب لها من قِبَل شخصيات مقبولة ومحبة لهم.^{١٨-٢٠} وبالمثل فإن تقييم خدمة الرعاية الصحية الأساسية على ضوء «التكلفة - الفعالية» قد لا يقر بأهمية معالجة مشكلة العنف المرتبط بالنوع أو الجنس. وهو غير مشمول أيضاً في حزمتي الرعاية في الجدول ١ في كل من أفغانستان وجنوب السودان. لذلك لابد أن يتسم نظام التعاقد بالمرونة الكافية ليسمح للمنظمات غير الحكومية بتخصيص تمويل تلك الخدمات الرعائية والقيام بها.

ثانياً: نظام العطاءات واللجوء للتنافس السعري لزيادة الكفاءة يضع أعباءً على المتنافسين لاحتواء التكلفة. ويمكن أن يؤثر ذلك على مدى توفير الخدمة. استجابت المنظمات غير الحكومية في أفغانستان للجانب التنافسي بإجراء تقديرات مختلفة لتكلفة تقديم حزمة خدمات الرعاية الصحية الأساسية. قدّر بعضها التكلفة بأقل من القيمة الفعلية في سعيه لكسب العطاء والتعاقد.^{١٧، ١٥} وينتج عن ذلك تقليص بعض أنواع الرعاية مثل رعاية الصحة الجنسية والإنجابية. والتي لم تحظ تاريخياً بالأولوية اللازمة من المجتمعات البشرية.^{٣٢، ٣٤} يستلزم نظام التعاقد أن

والإنجابية. من الواضح أن أغلب فعاليات الصحة الإنجابية تقلص نسب الوفيات، وتقلل نسب العجز والإصابة بمضاعفات بدنية.^١ وعلى كل الأحوال، فإن الفوائد الملموسة في مجمل الصحة العامة والرفاه العام للأفراد وأسرتهم ومجتمعاتهم المقدمة من بعض برامج الرعاية يمكن أن تهمل ويتم تخطيها بسبب اتخاذ القرار على ضوء التكلفة - الفعالية.^{٢١}

جدول ١. رعاية الصحة الإنجابية في حزمة الرعاية الصحية الأساسية في أفغانستان وجنوب السودان

نوع الرعاية ^{٢١-٢٢}	أفغانستان ^{٢٤}	جنوب السودان ^{٢١}
الأمومة وحديثو الولادة		
رعاية الحمل	√	√
علاج الإجهاض غير الكامل / وما بعد الإجهاض	√	√
رعاية الولادة	√	√
رعاية الولادات الطارئة	√	√
رعاية ما بعد الولادة	√	√
رعاية حديثي الولادة	√	√
توعية، تعليم، تواصل	√	√
تنظيم الأسرة		
توعية، تعليم، تواصل	√	√
توزيع تنظيم الأسرة في المجتمع	√	√
ترويج وسائل منع الحمل	√	√
توفير الواقي الذكري، وأقراص منع الحمل وحقن منع الحمل واللولب الرحمي	√	√
التعقيم الجراحي للرجال والنساء	√	√
الإيدز والأمراض الجنسية		
توعية، تعليم، تواصل	√	√

بالصراعات المسلحة.^{٢٩، ٤١، ٤٢} وحتاج الحكومات في تلك الدول والجهات المانحة إلى مراقبة مستوى تقديم خدمات الرعاية الصحية الأساسية مراقبة دقيقة. وكذلك الحرص على دعم المنظمات لتقديم خدمات رعاية الصحة الجنسية والإيجابية. في أفغانستان، ونتيجة عدم وجود نظام معلوماتي صحي فعال، يُستخدم نظام متوازن من بطاقات الإجاز لتقييم الأداء في تقديم خدمات الرعاية الصحية. ويشمل إحصائيات تضم التجهيزات والأدوات والإمكانات الطبية.^{٣١، ٣٢} وعلى الرغم من ذلك، فإن دلائل رعاية الصحة الجنسية والإيجابية ومؤشراتها، تُعد محدودة وقاصرة على مدى توفر خدمات تنظيم الأسرة ورعاية الولادات فقط.

جودة الرعاية

تواجه نظام التعاقد لتقديم الحزمة الأساسية من خدمات الرعاية الصحية تحديات تتعلق بالتأكد من نوعية خدمات الرعاية الصحية الجنسية والإيجابية. هناك أدلة ثابتة على أن المنظمات غير الحكومية التي يتم التعاقد معها لتقديم الحزمة الأساسية من خدمات الصحة العامة قد لا تكون لديها الخبرة، ولا المعرفة، ولا الالتزام بتقديم خدمات الرعاية الصحية الجنسية والإيجابية طبقاً للمعايير العالمية المتوافق عليها.^{٣٣، ٣٤} المنظمات غير الحكومية المتخصصة في تقديم الرعاية الجنسية والإيجابية لديها خبرات تقنية، ولديها أيضاً الخبرة والمعرفة في توجيه الخطاب وإدارة الحوار فيما يخص المواضيع الشائكة الجدلية والحساسية للصحة الإيجابية اللازمة لكسب ثقة المجتمع الذي تعمل فيه ودعمه. ولكن هناك أفقاً محدوداً جداً، وكذلك تمويل أقل للمنظمات غير الحكومية العاملة في مجالات فرعية من الصحة العامة مثل الصحة الإيجابية، لتقديم خدماتها، والقيام بتدريب مقدمي الخدمة، وتقديم المعارف والمعلومات اللازمة والدعم الفني. وكذلك الرصد اللازم لتقييم مستوى الخدمة، تتضمن المشاكل الشائعة في أفغانستان غياب القدرات والإمكانات،

تقوم الحكومة والمانحين برقابة أداء المتعاقدين الذين أساؤوا تقدير التكلفة، وكذلك المنظمات التي تسعى لتقليص الخدمة. كما تصعب الرقابة المشددة في الدول الخارجة من صراعات مسلحة مثل أفغانستان وجنوب السودان بسبب الاضطرابات وضعف وسائل الاتصال.

ثالثاً: قد تتأثر إمكانية تقديم خدمات الرعاية الصحية الجنسية والإيجابية تأثراً سلبياً بسبب وجود تأثير قوي للقوى السياسية المحافظة، والتيارات الدينية المتشددة، وكذا الثقافات المحلية، التي تهدد التزود بخدمات الرعاية الصحية الجنسية والإيجابية. وتحوّل دون تعميمها، كما هي مطبقة على المستوى العالمي،^{٣٥} بما فيها برامج تنظيم النسل.^{٣٦، ٣٧} وبالمثل، فإن الفشل الدولي في منع الإجهاض السري غير الآمن، يعد شديد الحدة في الدول الخارجة من نزاعات وصراعات مسلحة.^{٣٨، ٣٩} وعلى مستوى المنظمات غير الحكومية، قد ترسوا العطاءات والعقود على منظمات عقائدية أو مذهبية، قد تمتنع عن تقديم خدمات تنظيم النسل، ولا تقدم بكفاءة رعاية الصحة الجنسية والإيجابية مثل الإجهاض غير الآمن. وأظهرت الحزمة المقدمة في جنوب السودان ذلك، وأوصت بأن المنظمات المقدمة لحزمة الرعاية الصحية الأساسية على أسس دينية أو مذهبية التي لا تود تقديم خدمات نوعية مثل تنظيم النسل، عليها أن تتعاقد من الباطن مع منظمات أخرى تقبل تقديم تلك الخدمات.^{٤٠} وعلى أية حال، فإن التطبيق الفعلي الذي يجعل من المنظمات المذهبية تتعاقد من الباطن مع منظمات غير حكومية أخرى يُحتم على الحكومة مراقبتها مراقبة لصيقة.

على مستوى المجتمع، فإن الطبيعة الجدلية والحساسية المقترنة ببعض خدمات التناسل الصحي يجعلها عرضة لضغوط محلية، تؤدي إلى جعل نظام غير مركزي مثل نظام تقديم خدمات الحزمة الأساسية من الرعاية الصحية أقل استجابة.^{٤١} وذلك على الرغم من الحاجة الماسة للرعاية الصحية الجنسية والإيجابية بين أبناء الدول والمناطق المتأثرة

أنشطة المناصرة والتأييد لخدمات الصحة الجنسية والإيجابية

الجدل الدائر حول طبيعة الصحة الجنسية والإيجابية يعنى الحقوق المعلنة المرتبطة بحرية الاختيارات الجنسية والإيجابية. بما فيها الحصول على تلك الخدمات. وهى موضع رفض وإنكار على مستويات محلية. وإقليمية. ودولية.^{٤٣، ٤٤} ويحدث هذا على وجه التخصيص في البيئات التي تعاني من صراعات أو في مرحلة ما بعد الصراعات.^{٤٥} ونتيجة لذلك تقلص فرص الحصول على خدمات الرعاية الصحية الإيجابية. كما يقل الإبلاغ عن الإصابات والأمراض المترتبة عليها بسبب الخوف أو الإحساس بالعار. ويتطلب تحقيق حقوق الصحة الإيجابية وتحسين ظروف الصحة الإيجابية الانتقال من مجرد التركيز على النوعية التقنية للخدمات السريرية فقط. إلى الجهود المؤسسية المتسقة لمعالجة مشكلة النوع الجنسي والهيمنة على أبعاد صنع القرار في موضوع الإيجاب والعلاقات الجنسية.^{٤٦} هناك حاجة ماسة لوجود تنظيمات وهيئات لدعم الحقوق الجنسية والإيجابية في المجتمعات على المستويات القومية والدولية كجانب من جوانب عمليات إعادة البناء المجتمعى فيما بعد الصراعات المسلحة [الجدول ٢].^{٤٧} إن الغياب الفعلي للمنظمات غير الحكومية المتخصصة في الرعاية الصحية الجنسية والإيجابية نتيجة لنظام التعاقد على حزمة الرعاية الصحية الأساسية يلغى مصدرًا مهمًا من مصادر التأثير في المواقف المجتمعية. والحكومية وفي سياسات المانحين وبرامجهم. هناك أيضًا مخاوف لوحظت من أن نظام التعاقد يترتب عليه عدم قدرة المنظمات غير الحكومية على انتقاد الحكومات أو المانحين وإحجامها عن القيام بأدوار داعمة ومؤثرة. خوفًا من إلغاء التعاقدات. يوصي المؤيدون لنظام التعاقد على تقديم المنظمات غير الحكومية لحزمة خدمات الرعاية الصحية الأساسية بأن تنسحب تلك المنظمات من التعاقد؛ إذا كان ذلك سيضعف من قدرتها على القيام بالجوانب الأخرى.^{٤٨} غير أن هامش المناورة محدود والبدائل التمويلية

أو محدودة الأفق أمام المنظمات غير الحكومية المتخصصة في رعاية الصحة الجنسية والإيجابية [الجدول ٢]. ويمكن توقع وجود المشاكل ذاتها بجنوب السودان. ولكن من المبكر التيقن من ذلك لحداثة تطبيق نظام التعاقدات لتوفير الحزمة الأساسية من الرعاية الصحية هناك.

جدول ٢. ملخص التحديات الرئيسية التي تواجه رعاية الصحة الجنسية والإيجابية ضمن نظام التعاقد على تقديم حزمة الرعاية الصحية الأساسية والمقترحات

الإتاحة

- التأكد من اشتغالها على خدمات التعامل مع العنف المرتبط بالجنس والنوع
- التأكد من اشتغالها على خدمات ومعارف للشباب صغير السن
- التعرف على قيمة تلك الأنشطة التي تهتمّش بسبب معادلة التكلفة في مقابل الكفاءة
- التأكد من اشتغالها على الخدمات التي تهتمّش بسبب نظام العطاءات
- رصد تأثير الخدمات بسبب معارضة تنظيم الأسرة والخدمات الأخرى

الجودة

- التأكد من قدرة المنظمات غير الحكومية على تقديم خدمات رعاية الصحة الإيجابية
- توفير الأفق والتمويل للمنظمات غير الحكومية المتخصصة في الصحة الإيجابية
- إتاحة الفرص للتدريب على رعاية الصحة الإيجابية على يد وكالات متخصصة

التأييد

- زيادة المعرفة بالدعم لتحقيق الاعتراف بالحقوق الجنسية والإيجابية
- توسيع آفاق تمويل الدعم على يد منظمات غير حكومية متخصصة في الصحة الإيجابية وزيادته
- تعزيز استقلالية المنظمات غير الحكومية ودعمها فيما يخص الحقوق الجنسية والإيجابية

خدمات الصحة الجنسية والإيجابية. وأن تكون ضمن حزمة الرعاية الطبية الأساسية. وبالمستوى المطلوب واللائق. آليات المتابعة والمراقبة والتقييم الموجودة حاليًا مثل استعمال نظام بطاقات الإنجاز المتوازن المطبق في أفغانستان من الممكن توسعتها لتضم مدىً أوسع من الخدمات الفعالة في مجال الصحة الجنسية والإيجابية الملائم للدولة التي تطبق بها.

يمكن للمنظمات غير الحكومية المتخصصة في مجالات الصحة الجنسية والإيجابية أن تدعم تدريب القائمين على تنفيذ برنامج حزمة الرعاية الصحية الأساسية. من الممكن أن توفر تلك المنظمات المتخصصة - أيضًا - الدعم للمنظمات المحلية المساهمة في رعاية الجوانب المرتبطة بالصحة الإيجابية والحقوق الإيجابية. الحكومات والجهات المانحة لها دور محوري في توفير نطاق عمل ودعم مثل تلك المنظمات.

وإذا حققت إمكانات توسيع نظام التعاقد لتقديم حزمة الرعاية الصحية الأساسية ليشمل تقديم خدمات الرعاية الصحية الجنسية والإيجابية في مجتمعات ما بعد الصراعات المسلحة. ستكون الحكومات والجهات المانحة والمنظمات غير الحكومية بحاجة لتبني نظام مرن أكثر اتساعًا وشمولًا للمساعدة على النهوض بالصحة الإيجابية والارتقاء بها.

محدودة أمام المنظمات غير الحكومية لتعمل خارج نطاق الحزمة الأساسية للرعاية الصحية. ويدرك المانحون الدوليون أهمية المجتمع المدني المستقل.^{٤٩} ومن المفروض أن ينعكس ذلك على دعم المبادرات المؤيدة للحقوق الإيجابية في الدول التي يطبق فيها نظام التعاقد لتقديم حزمة الرعاية الصحية الأساسية.

الخاتمة

يمكن لنظام التعاقد على توفير حزمة الرعاية الطبية الأساسية أن يوفر وسيلة هامة للارتقاء السريع بالرعاية الصحية الجنسية والإيجابية في الدول الخارجة من مرحلة صراع مسلح. ولكن هناك عددًا من التحديات يتعلق بمدى توفر تلك الخدمات الرعائية ونوعيتها. وكذلك الأنشطة الداعمة للصحة الجنسية والإيجابية.

من الممكن لحكومات الدول والجهات المانحة التي تطبق نظام التعاقد لتوفير حزمة الرعاية الطبية الأساسية أن تبني نظامًا مرئيًا يسمح للمنظمات غير الحكومية بتقديم خدمات ملموسة من الرعاية الصحية الجنسية والإيجابية والأنشطة المساعدة والمرافقة. في سياق تنفيذها لنظام التعاقد لتقديم حزمة الرعاية الطبية الأساسية. الحكومات والجهات المانحة بحاجة أيضًا إلى تقييم أداء المنظمات غير الحكومية. ومراقبتها؛ لضمان تقديم كل جوانب

1. Glasier A, Gulmezoglu A, Schmid G, et al. Sexual and reproductive health: a matter of life and death. *Lancet* 2006;368(9547):1595–607.
2. Singh L, Darroch J, Vlassoff M, et al. Adding It Up. The Benefits of Investing in Reproductive Health Care. Washington DC/ New York: Alan Guttmacher Institute/UNFPA, 2003.
3. United Nations Development Programme, UN Millennium Project. Investing in development: a practical plan to achieve the Millennium Development Goals. New York: UNDP, 2005.
4. Busza J, Lush L. Planning reproductive health in conflict: a conceptual framework. *Social Science and Medicine* 1999;49(2):155–71.
5. McGinn T, Purdin S. Reproductive health and conflict: looking back and moving ahead [Editorial]. *Disasters* 2004;28(3):235–38.
6. van Egmond K, Naeem A, Verstraelen H, et al. Reproductive health in Afghanistan: results of a knowledge, attitudes and practices survey among Afghan women in Kabul. *Disasters* 2004;28(3):269–82.
7. Pavignani E, Colombo A. Analysing Disrupted Health Sectors: A Toolkit. Module 1: The Crisis Environment. Geneva: World Health Organization, 2005.
8. Doherty J, Govender R. The cost-effectiveness of primary care services in developing countries: a review of the international literature. Johannesburg: Disease Control Priorities Project, 2004.
9. Loevinsohn B, Harding A. Buying results? Contracting for health service delivery in developing countries. *Lancet* 2005;366(9486):676–81.
10. Mills A, Broomberg J. Experiences of contracting: an overview of the literature. Geneva: World Health Organization, 1998.
11. World Bank. Investing in Health: World Development Report. Washington DC: World Bank, 1993.
12. Bartlett L, Mawji S, Whitehead S, et al. Where giving birth is a forecast of death: maternal mortality in four districts of Afghanistan, 1999–2002. *Lancet* 2005;365(9462):864–70.
13. Newbrander W, Ickx P, Leitch G. Addressing the immediate and long-term health needs in Afghanistan. *Harvard Health Policy Review* 2003;4(1). At: <www.hhpr.org/currentissue/spring2003/index.php>.
14. Ministry of Public Health. A Basic Package of Health Services for Afghanistan. Kabul: Ministry of Public Health, Transitional Islamic Government of Afghanistan, 2003.
15. Palmer N, Strong L, Wali A, et al. Contracting out health services in fragile states. *BMJ* 2006;332(7543):718–21.
16. Sabri B, Siddiqi S, Ahmed A, et al. Towards sustainable delivery of health services in Afghanistan: options for the future. *Bulletin of World Health Organization* 2007;85(9):712–18.
17. Strong L, Wali A, Sondorp E. Health policy in Afghanistan: two years of rapid change. London: London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2005.
18. Newbrander W, Yoder R, Debevoise AB. Rebuilding health systems in post-conflict countries: estimating the costs of basic services. *International Journal of Health Planning and Management* 2007;22(4):319–36.
19. Cometto G. Contracting out: a different viewpoint from South Sudan. *BMJ* 2006;332 (Rapid response).
20. Mooney G, Wiseman V. Burden of disease and priority setting. *Health Economics* 2000;9(5):369–72.
21. Ministry of Health. Basic Package of Health Services for Southern Sudan (2nd draft). Juba: Ministry of Health, Government of Southern Sudan, 2007.
22. Inter-Agency Standing Committee. Guidelines for Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Settings. Geneva: Inter Agency Standing Committee, 2005.
23. International Planned Parenthood Foundation, IPPF Medical and Service Delivery Guidelines. 3rd ed. London: IPPF, 2004.
24. Sphere Project. Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response. Geneva: Sphere Project, 2004.
25. WHO/UNFPA/UNHCR.

- Reproductive Health in Refugee Situations. Geneva: WHO/UNFPA/UNHCR, 1999.
26. Elia L. Fighting gender-based violence in South Sudan. *Forced Migration Review* 2007;27:39.
27. Hynes M, Robertson K, Ward J, et al. A determination of the prevalence of gender-based violence among conflict-affected populations in East Timor. *Disasters* 2004;28(3):294–321.
28. Bearinger LH, Sieving R, Ferguson J, et al. Global perspectives on the sexual and reproductive health of adolescents: patterns, prevention, and potential. *Lancet* 2007;369(9568):1220–31.
29. Bosmans M, Cikuru M, Claeys P, et al. Where have all the condoms gone in adolescent programmes in the Democratic Republic of Congo. *Reproductive Health Matters* 2006;14(28):80–88.
30. Kayembe PK, Fatuma A, Mapatano M, et al. Prevalence and determinants of the use of modern contraceptive methods in Kinshasa, Democratic Republic of Congo. *Contraception* 2006;74(5):400–06.
31. Ministry of Public Health, Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health, Indian Institute of Health Management Research. *Afghanistan Health Sector Balanced Scorecard: National and Provincial Results (Round Three)*. Kabul, 2007.
32. Peters DH, Noor A, Singh L, et al. A balanced scorecard for health services in Afghanistan. *Bulletin of World Health Organization* 2007;85(2):146–51.
33. Inter-Agency Working Group. *Inter-Agency Global Evaluation of Reproductive Health Services for Refugees and Internally Displaced Persons*. Geneva: IAWG, 2004.
34. Kealy L. Women refugees lack access to reproductive health services. *Population Today* 1999;27(1):1–2.
35. Cleland J, Bernstein S, Ezeh A, et al. Family planning: the unfinished agenda. *Lancet* 2006;368(9549):1810–27.
36. Senanayake P, Hamm S. Sexual and reproductive health funding: donors and restrictions. *Lancet* 2004;363(9402):70.
37. UNFPA. *Financial resource flows for population and AIDS activities*. New York: UNFPA, 2006.
38. Belton S, Maung C. Fertility and abortion: Burmese women's health on the Thai-Burma border. *Forced Migration Review* 2005; 19:36–37.
39. Sandb&k U. The global gag on reproductive health rights. *Forced Migration Review* 2004;19:20.
40. Lakshminarayanan R. Decentralisation and its implications for reproductive health: the Philippines experience. *Reproductive Health Matters* 2003;11(21):96–107.
41. Uganda Bureau of Statistics, *Uganda Demographic and Health Survey 2006: Preliminary Report*. Kampala, 2006.
42. Women's Commission for Refugee Women and Children, UNFPA. *We Want Birth Control: Reproductive Health Findings in Northern Uganda*. New York/ Washington DC: Women's Commission/UNFPA, 2007.
43. Cook R, Dickens B, Fathalla M. *Reproductive Health and Human Rights: Integrating Medicine, Ethics and Law*. Oxford: Clarendon Press, 2003.
44. Petchesky R, Judd K, with IR-RAG. *Negotiating Reproductive Rights: Women's Perspectives Across Countries and Cultures*. London: Zed Books, 1998.
45. Tambiah Y. *Sexuality and women's rights in armed conflict in Sri Lanka*. *Reproductive Health Matters* 2004;12(23):78–87.
46. Jacobson JL. *Transforming family planning programmes: towards a framework for advancing the reproductive rights agenda*. *Reproductive Health Matters* 2000;8(15): 21–32.
47. Klugman B. *Organising and financing for sexual and reproductive health and rights: the perspective of an NGO activist turned donor*. *Reproductive Health Matters* 2004;12(24):14–24.
48. Loevinsohn B, Harding A. *Contracting for the delivery of community health services: a review of global experience*. Washington DC: World Bank, 2003.
49. Department for International Development. *Civil Society and Development: How DFID works in partnership with civil society to deliver the Millennium Development Goals*. London: DFID, 2006.