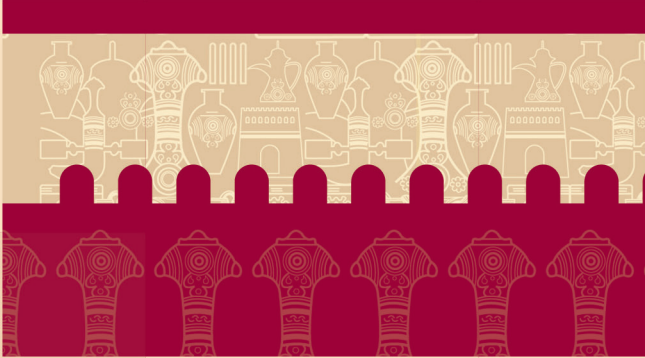


## الفصل السادس

التنمية الصحية : استثمار في البشر





لقد شَخَّص التقرير الأول عن التنمية البشرية في السلطنة، حقيقة مهمة من المفيد استحضارها عند تناول الشأن الصحي بالتحليل والدراسة . وتلك الحقيقة تقول : إن الإنفاق على الصحة صار يعامل على أنه إنفاق استثماري لا إنفاق استهلاكي ، فهو استثمار في البشر لا يقل مردوده عن الاستثمار في وسائل الإنتاج المادية .

فالصحة هي أحد الأركان الرئيسية في تنمية البشر ، وغياها يحد من نشاط الإنسان وقدراته في الاختيار والعمل من أجل إحراز التنمية والرفاهية الإنسانية . وقد يؤدي انتشار الاعتلالات الصحية إلى انتكاسات مجتمعية اقتصادية واجتماعية وثقافية .

وقد ساهمت النظم الصحية في تغيير شكل الحياة ومعدلات التنمية الشاملة من خلال مكافحة الأوبئة والأمراض والحد من الوفيات.

وتؤثر الاعتلالات الصحية على فئات المجتمع بصورة متفاوتة لاسيما الفقراء وخاصة الذين يعملون منهم في الزراعة والعاملين في مجال الأعمال اليدوية . كذلك فإن تدني الوضع الصحي والحالة الغذائية يؤثر بشكل خاص على مدى قدرة الأطفال على الالتحاق بالدراسة. وقد أشار هاشيموتو رئيس الوزراء الأسبق لليابان في اجتماع عن التحكم في الأمراض الطفيلية عام ٢٠٠٠م إلى أن برنامج مكافحة الطفيليات في الأطفال في اليابان عام ١٩٥٠م ، كان أحد أسباب النمو الكبير الذي شهدته اليابان في السنوات اللاحقة للبرنامج . وأوضحت بعض الدراسات إن علاج الطفيليات في الأطفال في الولايات المتحدة الأمريكية يمكن أن يساهم في خفض التغيب عن المدارس بنسبة ٢٥٪. لذا كان الاهتمام بصحة جميع فئات المجتمع بما يحقق عدالة توزيع الرعاية الصحية للجميع بدون تحيز لفئة أو جنس ، هو أحد ركائز تنمية البشر .

## ٦ - ١ : النظام الصحي في السلطنة :

### ٦ - ١ - ١ : بنية النظام الصحي :

يعرف النظام الصحي بأنه : كيان مترابط من مكونات عديدة متشابكة ، منها ما هو قطاعي وما هو مشترك بين القطاعات إلى جانب المجتمع ذاته ، وهي في مجملها تحدث

أثراً مشتركاً في صحة السكان. ويوفر النظام الصحي في السلطنة خدمات تعزيزية ووقائية وعلاجية وتأهيلية ، وهو يركز على المحاور التالية :

- الشمولية والعدالة في توفير الخدمات الصحية وأعباء الإنفاق الصحي .
- الاستجابة لتوقعات ومتطلبات المواطنين المرتبطة بالصحة.
- استدامة التنمية الصحية .
- تعاون القطاعات ذات العلاقة .

يعتبر النظام الصحي في عمان احد نماذج الرعاية الصحية الحكومية حيث تتفق الحكومة (٧٥,٥٪) من إجمالي المصروفات الصحية وهو ما يعادل (٤,٩٪) من إجمالي المصروفات الحكومية (تقديرات عام ٢٠٠٨م) وتمتلك (٩٣,١٪) من إجمالي المستشفيات و(٩٧,٣٪) من أسرة المستشفيات ويعمل بها (٧٧,٢٪) من الأطباء و(٩١,٦٪) من الممرضات و(٨٠,٧٪) من الفئات الطبية المساعدة الأخرى . تبلغ إجمالي المصروفات الصحية (حكومي وخاص) حوالي (٢,١٪) من إجمالي الناتج المحلي لعام ٢٠٠٨م (حسب تقديرات منظمة الصحة العالمية) وهذا يمثل حوالي (١٧٦,٥) ريال عماني للفرد (٤٥٩ دولار بموجب سعر الصرف الجاري ٦٠٠ دولار أمريكي بموجب تعادل القوة الشرائية) .

أما نصيب الفرد من الإنفاق الصحي الحكومي فقد بلغ عام ٢٠٠٨ (٣٤٧) دولار أمريكي ، أي ما يعادل (٤٥٣) دولارا بموجب تعادل القوة الشرائية. وتبلغ نسبة مصروفات الأفراد الشخصية على الصحة من إجمالي المصروفات الصحية الخاصة ، ٦١,٤٪ للعام ٢٠٠٨ .

يتسم النظام الصحي المذكور بلامركزية تقديم الخدمات الصحية واتخاذ القرارات مما استلزم الاهتمام بالإدارة الصحية والتطوير الإداري في مناطق وولايات السلطنة نتيجة للفناعة بأنها الأقدر على الاستجابة للمتطلبات الصحية للمجتمع بسرعة وكفاءة أعلى مما يمكن أن يحققه النظام المركزي في الإدارة .

وفي عام ٢٠٠٣م تم تطوير نظام الولايات الصحي وتحديثه وتعيين أطباء كمدراء للخدمات الصحية في عدد من الولايات . وشهدت الخطة السادسة (٢٠٠١ - ٢٠٠٥) قيام العديد من الولايات بإعداد خططها لبرامج التنمية

فالصحة هي أحد الأركان الرئيسية في تنمية البشر، وغياها يحد من نشاط الإنسان وقدراته في الاختيار والعمل من أجل إحراز التنمية والرفاهية الإنسانية

يعتبر النظام الصحي في عمان احد نماذج الرعاية الصحية الحكومية حيث تتفق الحكومة (٧٥,٥٪) من إجمالي المصروفات الصحية وهو ما يعادل (٤,٩٪) من إجمالي المصروفات الحكومية

إلى أن برنامج مكافحة الطفيليات في الأطفال في اليابان عام ١٩٥٠م، كان احد أسباب النمو الكبير الذي شهدته اليابان في السنوات اللاحقة للبرنامج

**ثانياً: القطاعات الأخرى ذات الصلة بالصحة:**

تدرك الجهات المعنية بالشأن الصحي في السلطنة أهمية دور قطاعات البيئة والبلديات الإقليمية والمياه والتعليم والتنمية الاجتماعية والزراعة والشباب والإسكان والكهرباء وغيرها، في تحسين الصحة المجتمعية وترتبط ارتباطاً وثيقاً بالتنمية الاقتصادية والاجتماعية والثقافية. وتمثل اللجان الصحية على مستوى الولايات (الوحدة الأساسية للنظام الصحي) أحد مظاهر تعاون القطاعات المختلفة في مجال التنمية الصحية وهي لجان يتم تكوينها من أعضاء ممثلين عن الوزارات والهيئات ذات العلاقة بالصحة وتتصدى لعدد من القضايا المحلية المرتبطة بالصحة. وتهتم هذه اللجان ببحث جذور المشاكل الصحية والعمل على إيجاد الحلول لها ووضع الخطط لتنفيذ هذه الحلول بحشد ما يتوافر لها من موارد لدى أفراد المجتمع وقطاعاته. وأظهرت هذه الخطوة نجاحاً ملموساً في التصدي لعدد من المشاكل الصحية.

الإطار (٦-١) : إصدار لائحة سلامة الغذاء

في شهر يناير من العام ٢٠١٠، أصدرت وزارة البلديات الإقليمية وموارد المياه لائحة سلامة الغذاء التي تنظم ممارسة نشاط تداول الغذاء لضمان الالتزام بالاشتراطات الصحية وحماية الغذاء من التلوث وضمان أن تكون المواد الغذائية غير ضارة بالصحة وصالحة للاستهلاك الآدمي وعدم تضليل المستهلك وضمان إطلاعهم على مواصفات المنتج الغذائي.

الصحية لتعكس خصوصية وواقع المشاكل الصحية بها. وفي عام ٢٠٠٣م بدء تطبيق خطة الاستقلال الإداري للمستشفيات المرجعية واستكملت بنهاية عام ٢٠٠٥م، واستلزم ذلك إعداد الكوادر المؤهلة لإدارة تلك الخدمات. ومع أن النظام الصحي يقوم على توفير الرعاية الصحية الأولية والرعاية الثانوية والمستوى الثالث من الرعاية، إلا أن الرعاية الصحية الأولية تعتبر هي المدخل الأساسي لتحسين صحة المجتمع. وتوفر خدمات الرعاية الصحية الثانوية والمستوى الثالث من الرعاية علاجات للمشكلات الطبية الأكثر تعقيداً وتقدم رعاية أكثر مهارة وتخصصاً. وتقدم الرعاية التخصصية من خلال مستشفيات المناطق التابعة لوزارة الصحة ومستشفى جامعة السلطان قابوس ومستشفيات الجهات الأخرى مثل القوات المسلحة وشرطة عمان السلطانية بالإضافة إلى مستشفيات القطاع الخاص. ولتلافي الهدر في استخدام الموارد، فقد تم وضع نظام للإحالة بين مستويات الرعاية الصحية المختلفة.

ويتألف النظام الصحي في السلطنة من مكونات متشابكة هي: القطاع الصحي، والقطاعات الأخرى ذات العلاقة بالصحة مثل البيئة والتعليم، ومشاركات المجتمع وهي تعمل في مجملها على تحديد الوضع الصحي للمجتمع.

**أولاً: القطاع الصحي :**

تتولى وزارة الصحة مهمة نشر وتوفير خدمات الرعاية الصحية في أرجاء البلاد والعمل على رفع المستوى الصحي للمجتمع، حيث توفر ٨٠٪ من المستشفيات و٨١٪ من أسرة المستشفيات المتوفرة بالبلاد (بنهاية عام ٢٠١٠م)، كما يعمل بها ٧٨٪ من إجمالي القوى العاملة في المجال الصحي و٧٠٪ من الأطباء و٨٣٪ من الممرضات. وإضافة إلى الوزارة فهناك عدد من الجهات الحكومية الأخرى التي توفر خدمات صحية للعاملين بها وذويهم وكما موضح في الجدول (٦-١).

الجدول (٦-١): جهات القطاع الصحي وخدماتها الصحية للعام ٢٠١٠

الجهة المقدمة للخدمات الصحية	المستشفيات	أسرة المستشفيات	المراكز الصحية أو المستوصفات الطبية	العيادات
وزارة الصحة	٥٠	٤٦٩٢	١٧٦	
الخدمات الطبية للقوات المسلحة	٣	٢٦٠	٣١	
الخدمات الطبية لشرطة عمان السلطانية	١	٥٠	٣	
مستشفى جامعة السلطان قابوس	١	٤٧٦	١	
الخدمات الطبية للديوان السلطاني	٠			١
الخدمات الطبية لشركة تنمية نفط عمان	٠			٩
القطاع الخاص	٧	٢٧٩		٨١٤
الإجمالي	٦٢	٥٧٥٧	٢١١	٨٢٤

المصدر: التقرير الصحي لوزارة الصحة ٢٠١٠م وبيانات مرسله من وزارة الصحة

شهدت الخطة السادسة (٢٠٠١-٢٠٠٥) قيام العديد من الولايات بإعداد خططها لبرامج التنمية الصحية لتعكس خصوصية وواقع المشاكل الصحية بها

تمثل اللجان الصحية على مستوى الولايات (الوحدة الأساسية للنظام الصحي) أحد مظاهر تعاون القطاعات المختلفة في مجال التنمية الصحية

## ثالثاً: المشاركة المجتمعية:

هي عملية تتحمل فيها المجتمعات والأسر والأفراد مسؤولية المحافظة على الصحة والمشاركة في الأنشطة الصحية ضمن الجهود المبذولة لتنمية المجتمع. وشملت آليات إشراك المجتمع في التنمية الصحية إيجاد جماعات دعم صحة المجتمع، لتعمل بشكل تطوعي وبإشراف من وزارة الصحة في العديد من المجالات الصحية، في كل قرى ومدن السلطنة. ولقد بلغت جملة أعداد المتطوعين والمتطوعات أكثر من ٣٠٠٠، ثلثهم من الرجال. وقد تم تدريب ٧٥٪ من مجموعات الدعم على مهارات الاتصال.

ويجري دعم العديد من المشروعات التي تهدف إلى تحسين صحة الناس من خلال مشاركة المجتمع والتعاون بين القطاعات المختلفة، «منها مشروع نزوى لأنماط الحياة الصحية (الذي انطلق منذ عام ١٩٩٩م)» وقرية قلهاة الصحية (منذ عام ٢٠٠٣م)» ومدينة صور الصحية (منذ عام ٢٠٠٤م)» ومبادرة القرى والأحياء الصحية بمسقط (منذ عام ٢٠٠٤م)» ومدينة صحار الصحية (منذ عام ٢٠٠٦م)» ومدينة صلالة الصحية (منذ عام ٢٠٠٦م)».

## الإطار (٦-٢): مسابقة أفضل مشروع صحي قائم على مشاركة المجتمع

ولاية لوى تفوز بالمركز الأول في مسابقة أفضل مشروع صحي قائم على مشاركة المجتمع والإصلاح البيئي والصحي للعام ٢٠٠٦: وجاء نجاح المشروع نتيجة تضافر جهود مؤسسات حكومية وخاصة ومجموعة دعم صحة المجتمع وجمعية المرأة العمانية والأهالي. ويقوم المشروع على التصدي لمشكلة قصور الخدمات الصحية في وادي رجب وتلوث المياه الجوفية هناك.

## ٦-١-٢: مظاهر تطور النظام الصحي:

شهدت الفترة منذ العام ٢٠٠٠م وإلى الوقت الحاضر، المزيد من التطور في النظام الصحي للسلطنة. كان من أبرزها تطبيق النظام اللامركزي، إضافة إلى إنشاء وكالة للتخطيط في وزارة الصحة للتعبير عن أهمية التخطيط في جوانبه المختلفة.

وقد اهتمت الخطط في هذه المرحلة والتي هي الثانية من مراحل التخطيط لوزارة الصحة، بالتطوير النوعي بجانب التوسع الكمي والجغرافي للخدمات الصحية.

وهناك مقترح للتغيير - للخطة الخمسية الثامنة ٢٠١١ يجري بموجبه اعتماد أسلوب جديد يتضمن ثلاث مستويات من التخطيط:

- ١- خطة إستراتيجية تتضمن التوجّهات والأهداف العامة والأولويات على المستوى الوطني.
- ٢- خطط خمسية مستوحاة من الخطة الإستراتيجية على مستوى المناطق الصحية.
- ٣- خطط محلية على مستوى الولايات.

## ٦-١-٣: تمويل النظام الصحي:

بالرغم من الاهتمام الذي أولته دول العالم لتوفير الرعاية الصحية لمواطنيها، إلا أن تمويل تكاليف توفير هذه الرعاية اعتماداً على الموارد الحكومية لوحدها فقط هو عبء كبير. فالتطور الذي حصل في تكنولوجيا الرعاية الصحية وتوسعها قد فرض على الدول اقتناءها مع ارتفاع تكاليفها. وذلك من أجل تقديم أفضل الخدمات الصحية لمواطنيها. ولقد أصبح التوازن بين تكاليف الرعاية الصحية وسبل تمويلها مشكلة تواجه دول العالم المختلفة، ولا تختلف السلطنة في هذا عن باقي دول العالم.

ونتيجة لعدم وجود نظام متكامل لحسابات تكاليف قطاع الصحة في السلطنة يتم الاعتماد، عادة، على تقديرات منظمة الصحة العالمية في تحليل وضع الإنفاق الصحي في السلطنة. وتشير تلك التقديرات إلى أن إجمالي المصروفات الصحية تبلغ حوالي (٢,١٪) من إجمالي الناتج المحلي لعام ٢٠٠٨م وهي نسبة منخفضة إذا ما قورنت بدول أخرى، إذ جاء ترتيبها بين أقل ثمان دول على مستوى العالم من حيث هذه النسبة وأقل من المتوسط لدول إقليم شرق المتوسط والبالغ (٤,٢٪) ودول إقليم جنوب شرق آسيا (٣,٨٪). وبالرغم من أنه ليس هناك نسبة مرجعية تسعى الدول لتحقيقها أو توصي المنظمات الدولية بتحقيقها، إلا أنه قد أشير في بعض التقارير إلى أن إجمالي المصروفات الصحية يجب ألا تقل عن نسبة (٥٪) من إجمالي الناتج المحلي<sup>١</sup>.

شملت آليات إشراك المجتمع في التنمية الصحية إيجاد جماعات دعم صحة المجتمع، لتعمل بشكل تطوعي وبإشراف من وزارة الصحة في العديد من المجالات الصحية، في كل قرى ومدن السلطنة

نتيجة لعدم وجود نظام متكامل لحسابات تكاليف قطاع الصحة في السلطنة يتم الاعتماد عادة على تقديرات منظمة الصحة العالمية في تحليل وضع الإنفاق الصحي في السلطنة

1 William Savedoff . How Much Should Countries Spend on Health? Discussion Paper No 2- 200.



## الجدول (٦-٢): تطور الإنفاق الصحي في سلطنة عمان

المؤشر	٢٠٠٠	٢٠٠٢	٢٠٠٤	٢٠٠٦	٢٠٠٧*	٢٠٠٨*
% إجمالي المصروفات الصحية من إجمالي الناتج المحلي	٣,١	٣,٢	٣,٠	٣,٣	٣,٤	٣,١
% المصروفات الصحية الحكومية من إجمالي المصروفات الصحية	٨٢,٣	٨٣,٨	٨٢,٧	٨٢,٣	٧٨,٧	٧٥,٥
% المصروفات الصحية الحكومية من إجمالي المصروفات الحكومية	٧,٣	٧,٠	٦,١	٥,٤	٥,٢	٤,٩
% المصروفات الصحية الخاصة من إجمالي المصروفات الصحية	١٧,٧	١٦,٤	١٧,٣	١٧,٧	٢١,٣	٢٤,٥
% مصروفات الأفراد الشخصية على الصحة من إجمالي المصروفات الصحية الخاصة	٦٥,١	٦١,١	٦٠,٤	٥٧,٧	٦١,٣	٦١,٤
نصيب الفرد من إجمالي الإنفاق الصحي (US\$)	٢٥٤	٢٦٣	٢٩٥	٣٣٢	٣٧٥	٤٥٩
نصيب الفرد من إجمالي الإنفاق الصحي (Int. \$)	٤٦١	٥٣٥	٥٥٨	٥٢٦	٦٨٨	٦٠٠
نصيب الفرد من إجمالي الإنفاق الصحي العام (الحكومي) (US\$)	٢٠٩	٢١٩	٢٤٤	٢٧٣	٢٩٦	٣٤٧
نصيب الفرد من إجمالي الإنفاق الصحي العام (الحكومي) (Int. \$)	٣٨٠	٤٤٧	٤٦١	٤٣٣	٥٤٢	٤٥٣

المصدر: إحصائيات صحة العالم - منظمة الصحة العالمية  
\* أولية

أما مصروفات الأفراد الشخصية على الصحة فقد بلغت حوالي (٦١٪) من المصروفات الصحية الخاصة. إن ذلك يعكس محدودية مشاركة القطاع الخاص في مجال الخدمات الطبية، مما يوقع عبء هذه الخدمات على كاهل المستشفيات الحكومية في السلطنة، كما أنه يلقي أعباء مالية متزايدة على الأسر.

وبالرغم من هذه الأعباء المتزايدة فإنها لازالت الأقل إذا ما قورنت بدول مجلس التعاون لدول الخليج، فيما عدا المملكة العربية السعودية. إذ نجد أن الإنفاق الخاص على الصحة بلغ (٢٢٪) من إجمالي الإنفاق على الصحة في كل من البحرين وقطر، وتتحمل الأسر ما نسبته (٩٢٪) و(٨٨٪) من هذه النفقات على التوالي.

وبالرغم من أن عدداً من الدول الأوربية ترتفع فيها نسبة مشاركة الحكومات في الإنفاق الصحي حيث يبلغ متوسط نسبة الإنفاق الخاص من إجمالي الإنفاق الكلي على الصحة فيها حوالي (٢٤٪) فقط، إلا أن أعباء الإنفاق الصحي الخاص تتحمله الأسر والأفراد فينفقون في المتوسط ما نسبته (٧١٪) من الإنفاق الصحي الخاص. واختلفت في ذلك الولايات المتحدة الأمريكية حيث بلغت

نسبة الإنفاق الصحي الخاص (٥٤٪) وتتحمل الأسر والأفراد أقل من ربع هذه المصروفات الصحية الخاصة. إن تلك الحقائق تعكس قدرة خطط السداد المسبقة أو نظم التأمين الصحي في الولايات المتحدة الأمريكية على تحمل الأعباء الصحية. ويهتم النظام الصحي في السلطنة بعدالة توزيع المصروفات الصحية وعدالة توزيع المساهمات المالية لجميع فئات المجتمع. ففي التقرير الخاص بالصحة في العالم الصادر عن منظمة الصحة العالمية عام ٢٠٠٠م والذي يقيم عدالة الإسهامات المالية في النظم الصحية لجميع الدول الأعضاء في هذه المنظمة، حصلت السلطنة على مؤشر قدره (٩٥٢,٠) (الحد الأعلى هو ١) وهو

وقد بلغ متوسط هذه النسبة في الدول الأوربية (٨,٤٪) ودول الأمريكيتين (١٢,٨٪) وبلغ في الولايات المتحدة الأمريكية (١٥,٣٪). وبالرغم من أن نسبة المصروفات الصحية من إجمالي الناتج المحلي في سلطنة عمان تساوت تقريباً مع كل من الإمارات العربية المتحدة (٢,٥٪) والكويت (٢,٢٪)، إلا أن نصيب الفرد من إجمالي الإنفاق الصحي مقدراً بسعر الدولار الدولي (لإمكانية المقارنة بين الدول حسب القوة الشرائية للدولار) في سلطنة عمان بلغ ٦٠٠ دولار دولي وهو حوالي أقل من نصف نظيره في الإمارات العربية المتحدة وثلاث نظيره في الكويت. وتوضح البيانات الواردة في الملحق الإحصائي، أن نصيب الفرد من إجمالي الإنفاق الصحي في الولايات المتحدة الأمريكية هو حوالي ١٢ ضعف نصيب الفرد في سلطنة عمان، وفي المملكة المتحدة هو ٦ أضعاف وفي فرنسا ٨ أضعاف.

يعتبر النظام الصحي في سلطنة عمان أحد نماذج الرعاية الصحية الحكومية حيث أن الحكومة تقوم بتمويل حوالي (٧٥٪) من إجمالي المصروفات الصحية وهي من النسب المرتفعة عالمياً، إذ أنها أعلى نسبة بين دول مجلس التعاون لدول الخليج العربي.

وهي تحتل المرتبة (٢٣) من بين دول العالم من حيث ارتفاع هذه النسبة. وجاءت بعد المملكة المتحدة (٨٧٪) والدنمارك (٨٦٪) كأتمثلة، وقد بلغت نسبة المصروفات الحكومية على الصحة من إجمالي المصروفات الحكومية للسلطنة (٤,٩٪) وهي تعتبر نسبة قليلة دولياً حيث جاءت من بين أقل ٢١ دولة من إجمالي ١٩١ على مستوى العالم في تلك النسبة. إلا كانت الدولة الأقل من بين دول مجلس التعاون لدول الخليج العربي.

وتراوح نسبة المصروفات الصحية الخاصة بين (١٦٪) و(٢٤٪) من إجمالي المصروفات الصحية لمعظم السنوات.

نسبة المصروفات الحكومية على الصحة من إجمالي المصروفات الحكومية للسلطنة (٤,٩٪) وهي تعتبر نسبة قليلة دولياً حيث جاءت من بين أقل ٢١ دولة من إجمالي ١٩١ على مستوى العالم في تلك النسبة

إن تلك الحقائق تعكس قدرة خطط السداد المسبقة أو نظم التأمين الصحي في الولايات المتحدة الأمريكية على تحمل الأعباء الصحية

تقدير مرتفع ، مما منحها الترتيب ٥٧ من بين ١٩١ من الدول الأعضاء لهذا المؤشر بالتحديد .

ويلاحظ من الجدول (٦-٣) أن هناك عدالة نسبية في توزيع المصروفات الصحية إقليمياً وعدم وجود تحيز لمنطقة العاصمة أو المناطق الحضرية ، إذ حصل الأفراد في بعض المناطق ذات الكثافة السكانية المنخفضة والمناطق البعيدة نسبياً عن منطقة العاصمة مسقط على نصيب مرتفع بسبب ارتفاع تكلفة توفير الخدمات الصحية لتلك المناطق .

□ تقوم وزارة الصحة حالياً بدراسة استيفاء رسوم من دخل المواطنين .

□ تعمل الوزارة على إنشاء وحدات لمحاسبة التكاليف في المؤسسات الصحية .

**٦-٢ : تطور خدمات الرعاية الصحية :**

#### ٦-٢-١ : المؤسسات الصحية :

خلال الفترة من عام ٢٠٠٠م إلى عام ٢٠١٠م ارتفع عدد المستشفيات من (٥٢) مستشفى حكومي وثلاثة مستشفيات خاصة (وفيها ٥١٩٠ سرير بمعدل ٢١,٦ سرير لكل عشرة آلاف من السكان) ، إلى (٥٥) مستشفى حكومي و(٧) مستشفيات خاصة (تحتوي على ٥٧٥٧ سرير بمعدل ١٧,٧ سريراً لكل ١٠ آلاف من السكان) . وارتفع عدد المراكز والمستوصفات الصحية والعيادات الحكومية من ١٦١ إلى ٢١٧ وبمعدل زيادة بلغ حوالي ٣٥٪. وارتفع عدد العيادات الخاصة من ٥٦٠ إلى ٨١٤ . أما عدم الزيادة في أعداد أسرة المستشفيات (الذي يظهر في الجدول ٦-٤) فقد كان من الاستراتيجيات التي جاءت في الخطة الخمسية السادسة والسابعة بعد أن كان قد تم إحلال المستشفيات القديمة بأخرى حديثة تتماشى مع نوعية الخدمات الصحية المقدمة . وقد أخذ في الاعتبار عند بناء

وقد أجريت العديد من الدراسات في السلطنة للبحث عن بدائل التمويل المتاحة والمعروفة دولياً وبيان ما يتناسب منها مع الظروف الاجتماعية والاقتصادية القائمة وكان من بينها التأمين الصحي الذي لجأ إليه كثير من دول العالم كنوع من التكافل الاجتماعي . ويهدف النظام الصحي إلى استمرارية تقديم الرعاية والخدمات الصحية ليس فقط من مفهوم المحافظة على مؤشرات التنمية الصحية والاجتماعية وتحسينها ، وإنما إلى رفع مستوى فاعلية كلفة الخدمات الصحية وتقديم الخدمات . وقد أخذت السلطنة بعدد من الإجراءات في مجال التمويل :

- فرض بعض الرسوم الرمزية مقابل إصدار الملف الطبي وعلى الاستشارات الطبية والغرف الخاصة .
- استرداد تكلفة علاج الإصابات بسبب حوادث المرور من شركات التأمين .
- استرداد الرسوم من المستفيدين من العاملين في القطاع

الجدول (٦-٣) : المصروفات الصحية المتكررة لوزارة الصحة حسب موازنات المناطق الصحية لعام

٢٠٠٩م

المصروفات المتكررة مليون ر.ع.	نصيب الفرد من الإنفاق ريال عماني	المنطقة الصحية
٤٧,٢	٥٠	محافظة مسقط
١٩,٢	٦٢	محافظة ظفار
٢٥,٠	٧٥	منطقة الداخلية
١٤,٤	٨٢	منطقة شمال الشرقية
١٧,٦	٧٧	منطقة جنوب الشرقية
٢٥,٩	٥٠	منطقة شمال الباطنة
١٥,٦	٥١	منطقة جنوب الباطنة
١٣,٥	٨٠	منطقة الظاهرة
٦,٧	٥٦	محافظة البريمي
٤,٥	١١١	منطقة مسندم
٢,٥	٧٦	منطقة الوسطى

المصدر : التقرير الصحي السنوي لوزارة الصحة ٢٠٠٩م.

المصروفات الأخرى: مصروفات ديوان عام الوزارة ١٢,٠ ، الموازنة المركزية ٤٦,٢ ، المديرية العامة للتعليم والتدريب ١١,١ والمستشفى السلطاني ٣٨,٢ .

يتوفر بهما ٩ و ٩,٩ سرير لكل ١٠ آلاف من السكان على التوالي ، مقارنة بمعدل وطني ١٧,٧ سرير لكل ١٠ آلاف من السكان غير أن دراسة استخدام أسرة المستشفيات أوضحت انخفاض معدلات إشغال الأسرة لتبلغ (٢, ٦٤٪) في شمال الباطنة و(٧, ٥٤٪) في جنوب الباطنة خلال عام ٢٠٠٩م وهي نسب تتقارب مع المناطق الصحية الأخرى . ولذا فليس هناك نقص حقيقي في أسرة المستشفيات في هاتين المنطقتين . كما يرتفع معدل توفر أسرة المستشفيات في محافظة مسندم مع معدلات إشغال متدنية بلغت (٢, ٢١٪) نظراً لخصوصية هذه المحافظة من حيث انخفاض عدد سكانها ووقوعها في شمال البلاد وتفصلها أراض غير عمانية عن باقي البلاد وضرورة أن تتوفر لها الخدمات الصحية المناسبة .

ولأغراض المقارنة بين دول مجلس التعاون ، نستعين بالجدول (٦-٥) الذي يوضح أنه ليست هناك فروق كبيرة

هذه المستشفيات النمو السكاني والتغيرات الديموغرافية ولذا فقد احتوت على أعداد كافية من الأسرة خاصة بعد الانخفاض في أعداد الأمراض المعدية مثل حالات الملاريا وكذلك أعداد الولادات التي كانت تتطلب التنويم ، وأيضاً بسبب إدخال تقنيات علاجية متطورة من شأنها تقليل طول فترات العلاج والإقامة بالمستشفى . وكانت هذه العوامل مجتمعة قد أدت إلى انخفاض في معدلات إشغال أسرة المستشفيات والتي بلغت حوالي (٥٤٪) لمستشفيات وزارة الصحة و(٦٧٪) للمستشفيات الحكومية غير التابعة لوزارة الصحة خلال عام ٢٠٠٩م .

ويعرض الشكل (٦ - ١) توفر أسرة المستشفيات لكل ١٠ آلاف من السكان حسب المناطق الصحية خلال عام ٢٠٠٩م . ويتضح أن بعض المناطق الصحية خاصة منطقتي شمال وجنوب الباطنة يتوفر بها أعداد أقل من الأسرة بالنسبة للسكان مقارنة بالمناطق الأخرى ، إذ

أن دراسة استخدام أسرة المستشفيات أوضحت انخفاض معدلات إشغال الأسرة لتبلغ (٢, ٦٤٪) في شمال الباطنة و(٧, ٥٤٪) في جنوب الباطنة خلال عام ٢٠٠٩م

الجدول (٦-٤): تطور الخدمات الصحية للفترة (٢٠٠٠-٢٠١٠)

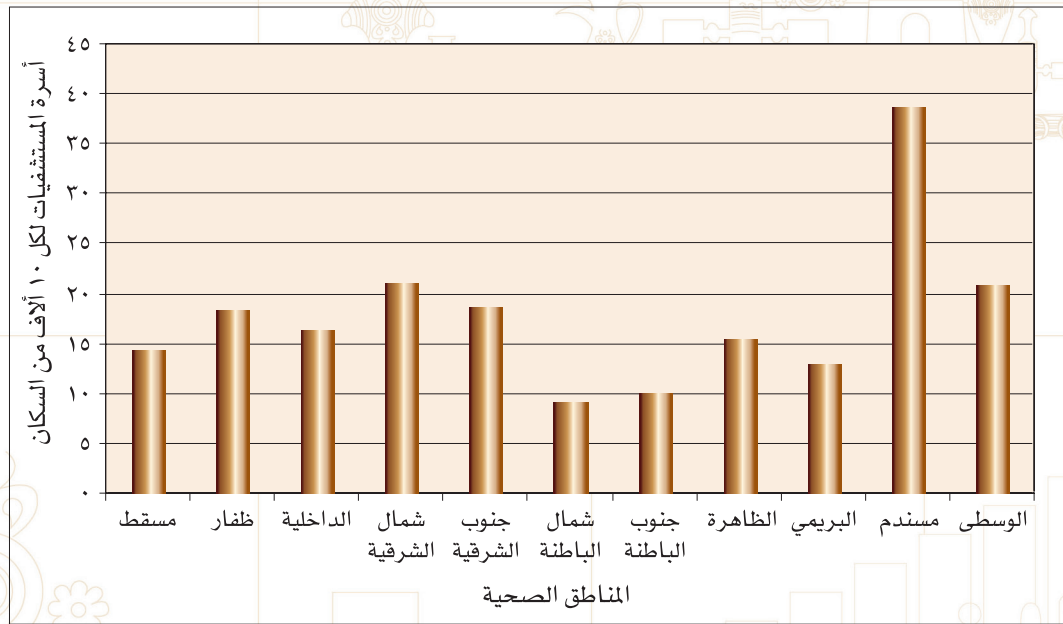
البيان	٢٠٠٠	٢٠٠٥	٢٠١٠
أعداد المستشفيات			
وزارة الصحة	٤٧	٤٩	٥٠
الخدمات الطبية للقوات المسلحة	٣	٣	٣
شرطة عمان السلطانية	١	١	١
جامعة السلطان قابوس	١	١	١
شركة تنمية نفط عمان	٠	٠	٠
القطاع الخاص	٣	٤	٧
الإجمالي الوطني	٥٥	٥٨	٦٢
أعداد أسرة المستشفيات			
وزارة الصحة	٤٥٣٤	٤٥٤٢	٤٦٩٢
الخدمات الطبية للقوات المسلحة	٢٦٠	٢٦٠	٢٦٠
شرطة عمان السلطانية	٤٨	٤٨	٥٠
جامعة السلطان قابوس	٢٩٧	٢٩٤	٤٧٦
شركة تنمية نفط عمان	٠	٠	٠
القطاع الخاص	٥١	١٢٦	٢٧٩
الإجمالي الوطني	٥١٩٠	٥٢٧٠	٥٧٥٧
أسرة المستشفيات لكل ١٠ آلاف من السكان	٢١,٦	٢١,٠	١٧,٧
مراكز صحية / مستوصفات			
وزارة الصحة	١١٨	١٤٤	١٧٦
جهات حكومية غير وزارة الصحة	٤٣	٤٤	٤٥
الإجمالي الوطني	١٦١	١٨٨	٢١٧
إجمالي العيادات الخاصة	٥٦٠	٧١٣	٨١٤

المصدر: التقرير الصحي السنوي لوزارة الصحة لعام ٢٠٠٩م وبيانات مرسلة من وزارة الصحة تشمل العيادات الصينية والهندية ومختبرات طبية ومراكز تشخيصية



الشكل (٦-١): أعداد أسرة المستشفيات لكل ١٠ آلاف من السكان حسب المناطق الصحية للعام

٢٠٠٩م



المصدر: التقرير الصحي السنوي لوزارة الصحة لعام ٢٠٠٩م

الأنفاق لأي نظام صحي. وقد شهدت السلطنة على مدى السنوات، تطوراً كبيراً في أعداد ومؤشرات توفر القوى العاملة الصحية والتي صاحبت نمو الخدمات الصحية. ويوضح الجدول (٦-٦) والشكل (٦-٢) تطور مؤشرات توفر الفئات الطبية والطبية المساعدة بالنسبة للسكان بالسلطنة للفترة ٢٠٠٠ - ٢٠٠٩م. حيث شهدت جميع المؤشرات تحسناً مضطرباً.

بين هذه الدول في مؤشر توفر أسرة المستشفيات في حين كان مؤشر توفر مؤسسات الرعاية الصحية الأولية مرتفع في كل من الكويت وقطر وارتفعت سلطنة عمان في ذلك المؤشر عن كل من الإمارات العربية المتحدة والبحرين.

#### ٦-٢-٢: القوى العاملة الصحية :

تمثل القوى العاملة الصحية أحد أهم ركائز تنمية وتطوير النظام الصحي ويعتبر توفير القوى العاملة الصحية من التحديات الكبيرة نظراً لأهمية توفير الفئات الفنية وتأهيل المتخصصين منهم في تحديد نوعية الرعاية الصحية والخدمات العلاجية. كما أن للقوى العاملة الصحية أعباء اقتصادية حيث يخصص لها ما يقرب من ثلثي

الجدول (٦-٥): مقارنة مؤشرات توفر أسرة المستشفيات ومؤسسات الرعاية الصحية الأولية في دول

مجلس التعاون لدول الخليج العربية

المؤشر (لكل ١٠٠٠ من السكان)	سلطنة عمان	الإمارات العربية المتحدة	المملكة العربية السعودية	الكويت	قطر	البحرين
أسرة المستشفيات	١٩,٦	١٨,٦	٢٢,١	١٨,٠	١٦,٦	١٩,٧
مؤسسات الرعاية الصحية الأولية	٠,٧	٠,٣	٠,٨	٢,٣	٢	٠,٢

المصدر: المؤشرات الصحية الحيوية لدول مجلس التعاون ٢٠٠٧م

الجدول (٦-٦) : تطور بعض مؤشرات القوى العاملة في قطاع الصحة

البيان #	٢٠٠٩	٢٠٠٥	٢٠٠٠
الأطباء لكل ١٠٠٠٠ من السكان	١٧,٥	١٦,٧	١٣,٦
أطباء العموم لكل ١٠٠٠٠ من السكان	١٠,٦	١٠,٩	٩,٠
الأخصائيون لكل ١٠٠٠٠ من السكان *	٦,٩	٥,٧	٤,٥
أطباء الأسنان لكل ١٠٠٠٠ من السكان	٢,٠	١,٨	١,١
الصيدالة لكل ١٠٠٠٠ من السكان	٣,٤	٣,٠	٢,١
الممرضون لكل ١٠٠٠٠ من السكان	٣٨,١	٣٧,٠	٣٢,٦
نسبة الممرضين/الممرضات للأطباء	٢,٢	٢,٢	٢,٤
أطباء العموم لكل اختصاصي *	١,٥	١,٩	٢,٠
أسرة المستشفيات لكل طبيب	١,٠	١,٣	١,٦
أسرة المستشفيات لكل ممرض	٠,٤	٠,٦	٠,٧

المصدر: التقرير الصحي السنوي لعام ٢٠٠٩م

\* تشمل فئة الأخصائيين الأطباء الإداريون.

# (المؤشرات لا تشمل الخدمات الطبية للقوات المسلحة لعدم توفر البيانات)

أظهرت بيانات العام ٢٠٠٩م أن ٢٢٪ من إجمالي الأطباء يعملون في القطاع الخاص كما يعمل فيه ٥٩٪ من أطباء الأسنان و ٧٤٪ من الصيدالة و ١٠٪ من الممرضات

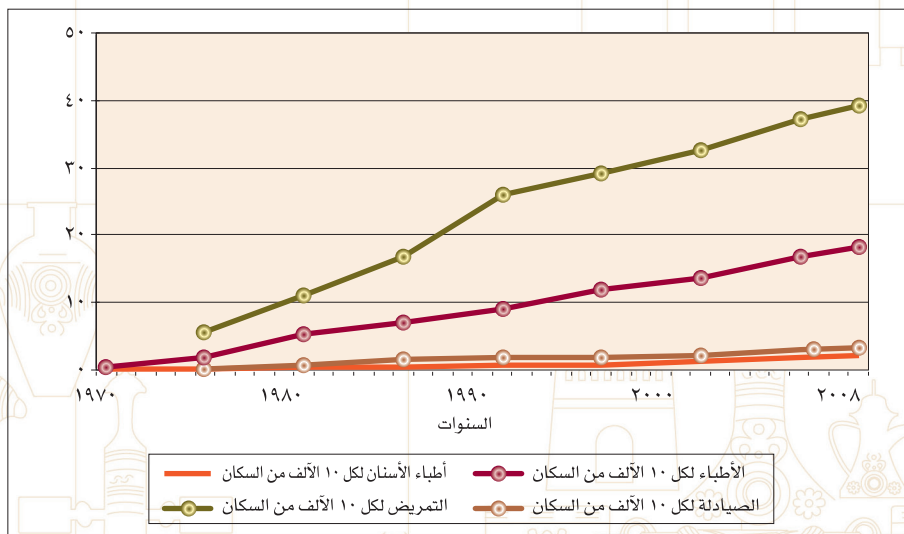
الجدول (٦-٧). وتعتمد السلطنة في مجال الصيدلة على مساعدي الصيدالة وهم من خريجي معهد مساعدي الصيدالة التابع لوزارة الصحة الذين يتعاونون مع الصيدالة كل في مجاله.

وقد أظهرت بيانات العام ٢٠٠٩م أن ٢٢٪ من إجمالي الأطباء يعملون في القطاع الخاص كما يعمل فيه ٥٩٪ من أطباء الأسنان و ٧٤٪ من الصيدالة و ١٠٪ من الممرضات. وهذا دليل على دور القطاع الخاص الهام في توفير القوى العاملة الصحية بالبلاد.

وبالرغم من التحسن في مؤشرات القوى العاملة إلا أنه لازال هناك مجال لمزيد من التحسن إذا ما تمت المقارنة مع الدول المجاورة خاصة أن هناك نقصا في بعض الفئات العاملة في المجال الصحي مثل أطباء الأسنان والصيدالة

بالرغم من التحسن في مؤشرات القوى العاملة إلا أنه لازال هناك مجال لمزيد من التحسن إذا ما تمت المقارنة مع الدول المجاورة خاصة أن هناك نقصا في بعض الفئات العاملة في المجال الصحي مثل أطباء الأسنان والصيدالة

الشكل (٦-٢) : تطور مؤشرات توفر الفئات الطبية بالنسبة للسكان



المصدر: التقرير الصحي السنوي لعام ٢٠٠٩م

## الجدول (٦-٧) : مقارنة القوى العاملة بالمجال الصحي في دول مجلس التعاون لعام ٢٠٠٧م

الفئة	سلطنة عمان	الإمارات العربية المتحدة	المملكة العربية السعودية	الكويت	قطر	البحرين
المعدل	المعدل	المعدل	المعدل	المعدل	المعدل	المعدل
الأطباء	١٧,٩	١٩,٣	٢١,٠	١٨,٠	٢٢,٥	٢١,٤
أطباء الأسنان	١,٩	٤,٣	٢,٥	٣,٠	٦,٥	٣,٢
الصيدالة	٣,٣	٥,٩	٦,٢	٥,٠	١٠,٧	٦,٢
المرضات والممرضون	٣٩,٢	٤٠,٩	٣٨,٧	٣٦,٠	٥٦,٧	٤١,٩

المصدر: المؤشرات الصحية الحيوية لدول مجلس التعاون / ٢٠٠٧م

## ٦-٢-٣ : تعليم وتدريب الفئات الطبية والطبية المساعدة :

وفي مجال تدريب الأطباء الاختصاصيين فقد تم إنشاء مجلس عمان للاختصاصات الطبية في عام ١٩٩٤م. ويقوم المجلس بتدريب الأطباء في مجال الدراسات العليا في عدد من التخصصات؛ ويتم قبول حوالي ٦٠ - ٧٠ طبيباً سنوياً للدراسة في عدة مجالات بلغ مجموع الدارسين منهم في نهاية ٢٠٠٩ ، ( ٣٢٤ ) طبيباً. وفي التدريب التخصصي للأطباء فإن هناك ٨٦ طبيباً في نهاية عام ٢٠٠٩م يدرسون خارج السلطنة في تخصصات مختلفة بالإضافة لعدد ( ١٨ ) أنهما دراستهم التخصصية خلال عام ٢٠٠٩م .

## ٦-٣ : تطور مؤشرات الوضع الصحي :

حققت السلطنة إنجازات مهمة على صعيد التنمية الصحية انعكست في التطور الملحوظ في الحالة الصحية للمجتمع العماني ويأتي ذلك كنتيجة طبيعية للتطور في الخدمات والرعاية الصحية إضافة إلى تطور الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية والبيئية. وقد أشادت المحافل والمنظمات الدولية المهتمة بقضايا التنمية الصحية، بجهود النظام الصحي وثمنت الانجازات التي حققتها السلطنة على مدى السنوات السابقة. فقد أحرزت السلطنة المرتبة الأولى على مستوى دول العالم بالنسبة لكفاءة النظام الصحي في رفع المستوى الصحي والمرتبة الثامنة من حيث كفاءة النظام الصحي بشكل عام على مستوى دول العالم . وجاء ذلك في تحليل للنظم الصحية أجرته منظمة الصحة العالمية وشمل ١٩١ دولة خلال عام ٢٠٠٠/٩٩م . وقد ابرز تقرير المنظمة السلطنة كنموذج رائد على إمكانية إحداث تغييرات جذرية في الوضع الصحي خلال فترة زمنية قصيرة إذا ما توافرت الإدارة الواعية والالتزام الواضح من الدولة والمساندة الفعالة من المجتمع.

والسلطنة هي إحدى دول الدخل المرتفع (حسب تصنيف البنك الدولي) ويبلغ إجمالي السكان المقيمين بها ٢,٧٧٤ مليون نسمة حسب نتائج التعداد العام للسكان للعام ٢٠١٠م. منهم حوالي ٧٠,٦٪ مواطنين و ٢٩,٤٪

وساهمت الجهود المبذولة في مجال التعليم الطبي والصحي في تحقيق نسب تعمين جيدة خلال السنوات الأخيرة ، ففي عام ٢٠٠١م تم افتتاح معهد للتمريض التخصصي يوفر برامج تمريض تخصصية : (تمريض الكلى والعناية الحرجة للأطفال وحديثي الولادة والقبالة والعناية المركزة للكبار وتمريض الصحة النفسية وإدارة التمريض) . وفي عام ٢٠٠٢م تم إنشاء معهد لتدريب فنيي السجلات الطبية . ويبلغ إجمالي المعاهد التي تديرها وزارة الصحة ١٧ معهداً بلغ عدد خريجها منذ بداية تأسيسها وحتى نهاية عام ٢٠١٠م ، ١٠٣٧٩ خريجاً من الفئات الطبية المساعدة على مستوى الدبلوم الأساسي. كما ساهمت جامعة السلطان قابوس في تخريج فئات طبية مساعدة على مستوى البكالوريوس في مجال التمريض والمختبرات الطبية . وساهمت مؤسسات التعليم الخاص في تخريج الفئات الطبية والطبية المساعدة ، حيث أنشئت كلية عمان الطبية في عام ٢٠٠١/٢٠٠٢م والتي توفر برنامجاً لتخريج الأطباء وبرنامجاً للصيدالة وجامعة نزوى التي توفر برنامجاً لتخريج صيدالة وآخر لتخريج فئة التمريض على مستوى البكالوريوس منذ العام (٢٠٠٤-٢٠٠٥). ويوضح الجدول (٦-٨) مساهمة مؤسسات التعليم العالي في تخريج أعداد من الفئات الطبية والطبية المساعدة .

## الجدول (٦-٨) : مخرجات مؤسسات التعليم العالي (على مستوى البكالوريوس) للفئات الطبية والطبية المساعدة

السنوات	الأطباء	التمريض	الصيدالة	مختبرات طبية
٢٠٠٠	٥٩			
٢٠٠٥	٩١			
٢٠٠٦	٨٦			
٢٠٠٧	٩١	٤٤	١٨	١٩
٢٠٠٨*	١٢٦	٧٧	٣٣	٢٢
٢٠١٠*	١٧٢	١٢٦	١٠٧	٣١

\* الزيادة في أعداد الخريجين بسبب خريجي كلية عمان الطبية المصدر : وزارة الصحة (أرسلت بشكل مباشر)

ساهمت الجهود المبذولة في مجال التعليم الطبي والصحي في تحقيق نسب تعمين جيدة خلال السنوات الأخيرة

الجدول (٦-٩) : تطور توقع الحياة عند الولادة ومعدل الوفيات الخام في سلطنة عمان

البيان	٢٠٠٠	٢٠٠٥	٢٠١٠
توقع الحياة عند الولادة (سنة)	٧٣,٤	٧٤,٣	٧٣,٣
الذكور	٧٢,٥	٧٣,٢	٧٠,٨
الإناث	٧٤,٣	٧٥,٤	٧٦,٢
معدل الوفيات الخام (لكل ١٠٠٠ من السكان)	٣,٧	٢,٥	٢,٩

المصدر: - التقرير الصحي السنوي لوزارة الصحة عام ٢٠٠٩ م. + وزارة الصحة

الجدول (٦-١٠) : تطور معدلات وفيات الرضع ودون الخامسة والأمهات ومعدل الإملاص

البيان	٢٠٠٠	٢٠٠٥	٢٠١٠
معدل وفيات الرضع (لكل ١٠٠٠ مولود حي)	١٦,٧	١٠,٢٨	١٠,٢
معدل وفيات دون الخامسة (لكل ١٠٠٠ مولود حي)	٢١,٧	١١,٠٥	١٢,٣
معدل الإملاص (مواليد موتى) (لكل ١٠٠٠ مولود)	١٠	٩,١	٧,٩
معدل وفيات الأمهات (لكل ١٠٠٠٠٠ مولود حي)	١٦,١	١٥,٤	٢٦,٤

المصدر: - التقرير الصحي السنوي لوزارة الصحة عام ٢٠٠٩ م. + وزارة الصحة

لقد افترقت السلطنة لوجود نظام إلزامي لتسجيل المواليد والوفيات كجزء من التسجيل المدني حتى بدأ تطبيقه في مايو عام ٢٠٠٤ م ؛ وكانت مؤشرات الوفيات في السنوات قبل ذلك يتم تقديرها من خلال الدراسات والمسوح الديموغرافية والصحية. وقد بدأ الاعتماد على بيانات تسجيل بلاغات المواليد والوفيات في تقدير المؤشرات الحيوية عام ٢٠٠٧ م بعد أن أظهرت دراسات وتقارير بوزارة الصحة العمانية (لم يتم نشرها) ارتفاع في نسب التغطية في تسجيل هذه البلاغات بما يسمح بالاعتماد عليها. ولذا يلاحظ من الجدول (٦-٩) ارتفاع معدل الوفيات الخام وانخفاض توقع الحياة في عام ٢٠٠٩ م مقارنة بعام ٢٠٠٥ م وذلك بسبب اختلاف طرق الحساب كما ذكر . ويتوقع أن تكون التقديرات في عام ٢٠٠٩ م هي التقديرات الصحيحة.

كما أظهرت البيانات الواردة في الجدول (٦-١٠) انخفاضاً حاداً في معدل وفيات الرضع ومعدل وفيات دون الخامسة، ويعزى ذلك لنفس السبب وهو اختلاف طرق التقدير وإن كانت بيانات عام ٢٠٠٩ م والمقدرة باستخدام الطرق المباشرة من بيانات تسجيل الوفيات تؤكد على انخفاض هذه المعدلات.

وافدين. والمجتمع العماني لازال مجتمعاً فتياً تصل فيه نسبة الأطفال اقل من خمس سنوات في العمر إلى ١٣,٥٪ والأطفال اقل من الخامسة عشر من العمر ٣٥,٢٪ وتمثل الإناث في عمر الإنجاب (١٥-٤٩ سنة) حوالي ٢٧,٢٪ من إجمالي السكان العمانيين و٥٥٪ من مجموع الإناث. ولا شك أن التركيب السكاني في شكله الحالي يلقي بأعباء إضافية على النظام الصحي . فالمشكلات الصحية المرتبطة بالطفولة والأمومة تستحوذ على جزء مهم من جهود النظام الصحي ، حيث تشكل نسبة الأطفال اقل من خمس سنوات في العمر والإناث في سن الإنجاب، معاً، حوالي ٤٠٪ من إجمالي السكان العمانيين. كما أن نسبة الوافدين المرتفعة نسبياً تساهم في جلب بعض الأمراض المتوطنة في بلاد غير سلطنة عمان مثل الملاريا وكذلك في نشر بعض الأوبئة مثل ما حدث مؤخراً مع أنفلونزا الطيور وأنفلونزا اتش ١ إن ١.

الإطار (٦-٣) : مؤشرات صحية مقترحة

من أجل الارتقاء بعملية قياس مؤشرات الوضع الصحي، يقترح العمل على تهيئة مستلزمات قياس ما يعرف بمقياس (سنوات الحياة المعدلة نوعياً) QALY والذي يقيس العبء الذي يسببه المرض على الحياة مقاساً كمياً ونوعياً. وهو يستخدم لقياس قيمة الأموال التي تنفق في مجال التدخل الطبي وإجراء ما يعرف بتحليل (الكلفة - المنفعة) الذي يساعد بدوره في تحسين تخصيص الموارد الطبية إلى أكثر المجالات فائدة. كذلك هنالك مقياس سنوات الحياة المعدلة بموجب الإعاقة DALY .

ويمكن إيجاز ملامح التحسن في الوضع الصحي للمجتمع العماني خلال الفترة منذ العام ٢٠٠٠ م وإلى الوقت الحاضر في الآتي :

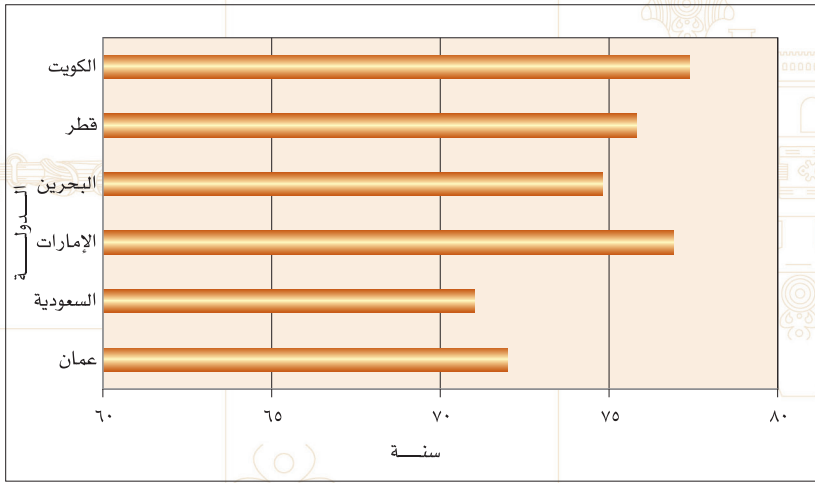
٦ - ٣ - ١ : انخفاض معدلات الوفيات وارتفاع متوسط العمر المتوقع :

شهدت السلطنة انخفاضاً ملحوظاً في معدل الوفيات الخام حيث انخفض من ٣,٧ عام ٢٠٠٠ م إلى ٢,٩ عام ٢٠١٠ م. كما انخفضت معدلات الوفيات النوعية ، إذ انخفض معدل وفيات الرضع من ٢١,٧ لكل ١٠٠٠ مولود حي في العام ٢٠٠٠ م إلى ١٠,٢ عام ٢٠١٠ م وانخفض معدل الوفيات دون الخامسة من ٢١,٧ إلى ١٢,٣ لنفس الفترة.

أن التركيب السكاني في شكله الحالي يلقي بأعباء إضافية على النظام الصحي. فالمشكلات الصحية المرتبطة بالطفولة والأمومة تستحوذ على جزء مهم من جهود النظام الصحي

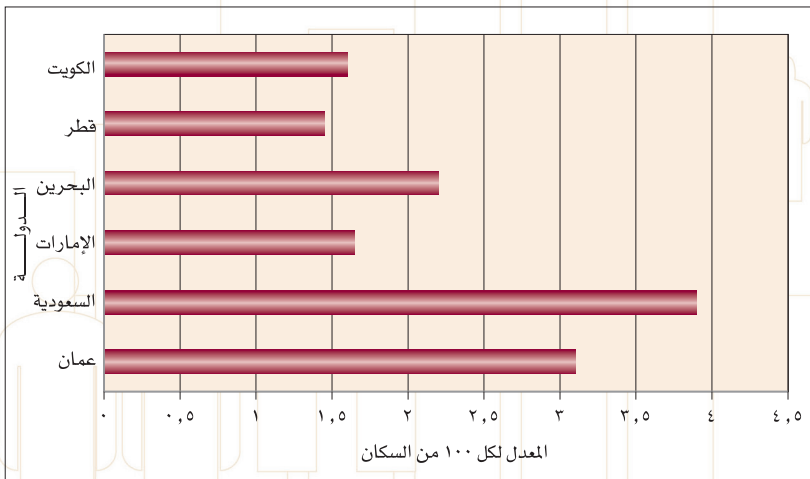


الشكل (٦-٣): العمر المتوقع عند الولادة كمقارنة بين دول مجلس التعاون (٢٠٠٧م)



المصدر: المؤشرات الصحية الحيوية لدول مجلس التعاون، العدد ٢٠٠٧م

الشكل (٦-٤): معدل الوفيات الخام كمقارنة في دول مجلس التعاون (٢٠٠٧م)



المصدر: المؤشرات الصحية الحيوية لدول مجلس التعاون، العدد ٢٠٠٧م

### ٦-٣-٢: انخفاض في معدلات الخصوبة:

انخفضت معدلات المواليد الخام من ٣٢,٦ عام ٢٠٠٠م إلى ٢٩,٢ عام ٢٠١٠م وانخفض معدل الخصوبة الكلي من ٤,٧ طفل لكل امرأة في سن الإنجاب إلى ٣,٣ في نفس الفترة.

انخفضت معدلات المواليد الخام من ٣٢,٦ عام ٢٠٠٠م إلى ٢٩,٥ عام ٢٠٠٩م وانخفض معدل الخصوبة الكلي من ٤,٧ طفل لكل امرأة في سن الإنجاب إلى ٣,٣ في نفس الفترة

كما يلاحظ أيضاً تذبذب معدل وفيات الأمهات على مدى السنوات إذ كان ١٦,١ عام ٢٠٠٠م انخفض إلى ١٥,٤ عام ٢٠٠٥م ثم إلى ٢٦,٤ عام ٢٠١٠م. وتجدر الإشارة إلى أن قلة عدد وفيات الأمهات وحساب المؤشر لكل ١٠٠ ألف مولود حي يجعل أي تغير بسيط في أعداد الوفيات يؤدي إلى تغير ملحوظ في معدل وفيات الأمهات. فقد تم تسجيل ١٨ حالة وفيات أمهات عام ٢٠٠٢م (مما رفع المعدل في تلك السنة إلى ٣٧,٥) وهو أكبر عدد تم تسجيله على مدى السنوات السابقة إذ تراوحت أعداد الوفيات سنوياً منذ عام ١٩٩٥م وحتى عام ٢٠٠٨م ما بين ٦ و ١٢ حالة سنوياً (بيانات عن بلاغات وفيات الأمهات من وزارة الصحة تستخدم في حساب المؤشرات ولا يتم نشر التفاصيل).

ولغرض مقارنة هذه المؤشرات في السلطنة مع مثيلاتها في دول مجلس التعاون، نستعين بالشكلين (٦-٣) و (٦-٤) حيث يتبين ارتفاع معدل الوفيات الخام ومعدل وفيات الرضع في كل من المملكة العربية السعودية وسلطنة عمان على التوالي مما انعكس على خفض متوسط العمر المتوقع عند الولادة في هاتين الدولتين. وتتشابه كل من المملكة العربية السعودية والسلطنة في ترامي أطراف البلاد من حيث المساحة وكذلك وجود أقل نسب الوافدين مقارنة بباقي دول المجلس وهذه العوامل قد تنعكس على بعض المؤشرات خاصة الوفيات، علماً بأن مؤشرات الوفيات والخصوبة لسلطنة عمان تم تقديرها للعمانيين فقط ولا تشمل الوافدين والتي تشملهم مؤشرات بعض الدول الأخرى.

### الإطار (٦-٤): الاستراتيجية الوطنية لرعاية المسنين

في شهر أكتوبر من العام ٢٠٠٧ أعلنت وزارة الصحة عن وضع الاستراتيجية الوطنية لرعاية المسنين. وتهدف هذه الاستراتيجية إلى تأمين الرعاية الصحية المتكاملة للمسنين (ستين سنة فأكثر) الذين كانوا يشكلون نسبة ٥,٢٪ من العمانيين ونسبة ٤,١٪ من إجمالي السكان بموجب تعداد ٢٠١٠. كما تهدف إلى تعزيز النظرة الإيجابية للشيخوخة ودعم دور الأسرة والمجتمع المدني في رعاية المسنين. وفي عام ٢٠١١ تبنت وزارة التنمية الاجتماعية بالتعاون مع وزارة الصحة، برنامج الرعاية المنزلية للمسنين.

الجدول (٦-١١) : تطور معدلات المواليد الخام و الخصوبة الكلية

البيان	٢٠٠٠	٢٠٠٥	٢٠٠٩
معدل المواليد الخام (لكل ١٠٠٠ من السكان)	٣٢,٦	٢٤,٨	٢٩,٥
معدل الخصوبة الكلية (مولود لكل سيدة ١٥-٤٩)	٤,٧	٣,١	٣,٣

المصدر: وزارة الاقتصاد الوطني، الكتاب الإحصائي السنوي أعداد مختلفة.

ويعزى انخفاض الخصوبة إلى عدة عوامل منها: ارتفاع نسب التعليم خاصة للإناث وارتفاع متوسط سن الزواج. كما ساهمت خدمات المبالغة بين الولادات بشكل كبير في خفض معدلات الخصوبة. هذا وقد لوحظ ارتفاع مستويات الخصوبة خلال ٢٠٠٩م مما أدى إلى ارتفاع في معدل الزيادة الطبيعية. وتوضح البيانات أن الارتفاع في أعداد المواليد قد يستمر بسبب فترات الخصوبة المرتفعة خلال أواخر الثمانينات وأوائل التسعينات إلا أنها كانت أكبر من التوقعات وتحتاج لمتابعة ودراسة.

يعانين من فقر الدم إلى ٢٧,٩ ٪ عام ٢٠١٠م مقارنة بـ ٣٦,٥ ٪ عام ٢٠٠٠م).

وفي مجال صحة الطفل فهناك اهتمام كبير بتغذية الأطفال لما لذلك من أثر على صحة الطفل. وقد وجد أن معدل حدوث سوء التغذية الناتجة من نقص البروتين والطاقة (السعرات البروتينية) قد بلغ ٦,٩ لكل ١٠٠٠ طفل أقل من خمس سنوات في العمر خلال عام ٢٠١٠م مقارنة بمعدل قدره ١٥ عام ٢٠٠٠م (الجدول ٦-١٣).

الجدول (٦-١٣): سوء التغذية الناتج عن نقص السعرات البروتينية في الأطفال أقل من ٥ سنوات في العمر

السنوات	٢٠٠٠	٢٠٠٥	٢٠١٠
المعدل لكل ١٠٠٠ طفل أقل من ٥ سنوات	١٥	٢٢	٦,٩
(%) الحالات الحادة	٦,٨	٧,١	٨,٦
% الحالات التي تم توثيقها بالمستشفيات إلى إجمالي الحالات			
لعلاج سوء التغذية	٤,٨	٥,٧	٣,٧
لعلاج أمراض مصاحبة	١٨,٢	١٠,٣	١٠,٥
الوفيات المتعلقة بسوء التغذية	٠	٣	٠

المصدر: - التقرير الصحي السنوي لوزارة الصحة عام ٢٠٠٩م. + وزارة الصحة

وبمراجعة البيانات المتوفرة عن معدل انتشار سوء التغذية المرتبطة بالسعرات البروتينية في الأطفال أقل من ٥ سنوات في العمر، كانت المعدلات مرتفعة إذ ما قورنت

## ٦-٣-٣ : تطور خدمات ومراضة الأمومة والطفولة:

يعود اهتمام النظام الصحي بالأطفال أقل من ٥ سنوات في العمر والإناث في سن الإنجاب، ليس فقط لأنهم يشكلون معاً، بموجب نتائج تعداد العام ٢٠١٠، حوالي ٤١٪ من إجمالي السكان العمانيين ولكن أيضاً لكون هذه الفئات عرضة للعديد من المخاطر الصحية.

والبيانات توضح تحسن نسب الإجهاض، كما أن الانخفاض في متوسط عدد زيارات المتابعة خلال الحمل من ٨,٦ زيارة خلال ٢٠٠٥م إلى ٦,٣ خلال عام ٢٠٠٩م يعزى لتغيير سياسة المتابعة وتخفيض عدد زيارات المتابعة اللازمة. كما أن هناك زيادة في نسب اللاتي يباعدن بين الحمل والآخر بفترات ٣ سنوات أو أكثر من ٣٢,٧ ٪ عام ٢٠٠٠م إلى ٣٧,٩ ٪ عام ٢٠١٠م. وانخفضت نسبة اللاتي

إن معدل حدوث سوء التغذية الناتجة من نقص البروتين والطاقة (السعرات البروتينية) قد بلغ ٦,٩ لكل ١٠٠٠ طفل أقل من خمس سنوات في العمر خلال عام ٢٠١٠م مقارنة بمعدل قدره ١٥ عام ٢٠٠٠م

هناك زيادة في نسب اللاتي يباعدن بين الحمل والآخر بفترات ٣ سنوات أو أكثر من ٣٢,٧ ٪ عام ٢٠٠٠م إلى ٣٧,٩ ٪ عام ٢٠١٠م

الجدول (٦-١٢): تطور مؤشرات ومراضة الأمومة (مؤسسات وزارة الصحة)

المؤشرات (المؤشرات)	٢٠٠٠	٢٠٠٥	٢٠١٠
متوسط عدد الزيارات أثناء الحمل	٧,٩	٨,٦	٦,٢
% حالات فقر الدم	٣٦,٥	٣٣,١	٢٧,٩
% حالات ضغط الدم	١,٠	٠,٩	١,٢٧
% اللاتي لم يراجعن عيادة الحوامل	٠,٩	٠,٦	٠,٦
نسبة عدد الزيارات بعد الولادة إلى الحوامل المسجلات	١,٣	١,٢٩	١,٠
% من باعدن بين الولادات أقل من سنتين	٢٣,٧	٢٠,٧	٢٤,٤
% من باعدن بين الولادات أكثر من ٣ سنوات	٣٢,٧	٣٩,٨	٣٥,٢
المواليد ذو الوزن المنخفض (لكل ١٠٠٠ مولود حي)	٨١,٠	٨٢,٥	١٠٠
عدد حالات الإجهاض (لكل ١٠٠٠ مولود حي)	١٥٠,٥	١٢٩,٥	١٢٣,٤
معدل الإجهاض (لكل ١٠٠٠ سيدة عمرها ١٥-٤٩ سنة)، (٢٠٠٩)	١١,٩	٩,٢	٩,٣

المصدر: التقرير الصحي السنوي لعام ٢٠٠٩م وبيانات مرسلة من وزارة الصحة

## ٦ - ٣ - ٤ : انخفاض في معدلات المراضة للأمراض المعدية:

نجح النظام الصحي في السلطنة في التحكم في الأمراض المعدية بشكل فعال خاصة التي تصيب الأطفال ، إذ لم تسجل أي حالات من مرض شلل الأطفال منذ عام ١٩٩٣م وسجلت ثلاث حالات فقط للدفتيريا منذ عام ١٩٨٧م وحالة واحدة لتيتانوس حديثي الولادة منذ عام ١٩٩١م. وانخفضت حالات الحصبة إلى ٣ حالات خلال عام ٢٠٠٩م وهو مستوى متدني جداً ومن المخطط له القضاء على الحصبة في عام ٢٠١٠م .

كما تراجعت أغلب الأمراض المعدية الأخرى وكانت الآليات والإجراءات التي اتخذت في مجال الأمراض المعدية تتلخص في دعم جهاز الترصد ومراقبة الأمراض المعدية والتغطية بالتحصينات ضد أمراض الطفولة بنسب مرتفعة، هذا ويتم على مدى السنوات إضافة تحصينات جديدة حسب الحاجة مثل استخدام الطعام الخماسي بداية عام ٢٠٠٣م متشياً مع التطور الدولي في ترقية إجراءات التحصين ضد الأمراض الخطرة . وتم كذلك توفير التحصين ضد التهاب الكبد الفيروسي (ب) إضافة إلى تنفيذ حملات لتحصين طلاب المدارس الثانوية ضد هذا المرض . وبذلك يكون قد جرى تطعيم جميع أفراد المجتمع أقل من ٢٨ سنة في العمر، إضافة إلى إجراءات مكافحة للسيطرة على الأمراض غير المشمولة في التحصينات . وقد تم العمل على وضع استراتيجية وطنية للتأهب الوبائي ورفع كفاءتها لمواجهة الأوبئة الخطيرة التي يشهدها العالم من وقت لآخر بالإضافة لعدد من البرامج التثقيفية للمجتمع .

وشهدت أمراض الإسهال وأمراض الجهاز التنفسي الحادة في الأطفال تراجعاً واضحاً ولم تحدث منها حالات وفيات. وتراجع معدل حدوث الدرن الرئوي وبلغت نسبة الشفاء في إطار نظام العلاج لفترة قصيرة تحت المراقبة المباشرة ما يزيد عن ٩٥٪.

وتحققت انجازات كبيرة في مجال مكافحة واستئصال الملاريا على مدى السنوات الماضية، فانخفضت أعداد حالات الملاريا من أكثر من ٣٠ ألف حالة في عام ١٩٩١م إلى ٨٩٨ حالة عام ٢٠٠٩م أغلبها حالات وافدة.

وفي مجال الأمراض المنقولة تناسلياً، تم تبني العديد من الآليات والإجراءات والأنشطة التوعوية الموجهة لجميع فئات المجتمع خاصة المعرضة للخطورة منها وتشجيع الفحص التطوعي وتقديم المشورة للفئات الأكثر عرضة للإصابة بهذه الأمراض. وتظهر البيانات انخفاضاً في معدلات حدوث الأمراض المنقولة تناسلياً إذ بلغ ٣٥,١ لكل

بدول ذات دخل مماثل لسلطنة عمان . كما أن مراجعة بيانات الصحة المدرسية لعام ٢٠٠٩م أظهرت أن ١٢٪ من أطفال الصف الأول الدراسي و ١٨,٦٪ من طلاب الصف السابع في مرحلة التعليم العام والتعليم الأساسي يعانون من نقص الوزن بالنسبة للسن وأن ١٧,٢٪ و ٢١,٥٪، على التوالي، يعانون من فقر الدم التغذوي.

وقد أوضحت إحدى الدراسات النوعية التي أجرتها وزارة الصحة عام ٢٠٠٢م أن الأسباب الرئيسية لارتفاع معدلات سوء التغذية لدى الأطفال هي غياب الوعي الصحي لدى الأسر بأهمية وطرق التغذية السليمة للأطفال وتعدد الحمل وعدم المباشرة بين الولادات وحجم الأسر الكبير مما يحرم الأمهات والأطفال من الرعاية المناسبة والتغذية الكافية. كما أوضحت دراسة كمية أجريت عام ٢٠٠٢ عن عوامل الخطورة لأمراض سوء التغذية المرتبطة بنقص البروتين في الأطفال أقل من ٣ سنوات ، أن العوامل الاقتصادية وعمل الأم ونقص الوزن الولادي هي أيضاً من الأسباب التي تساهم في رفع معدلات سوء التغذية لدى الأطفال .

إضافة إلى ما تقدم ، فإن المسح الصحي لسوء التغذية للأطفال الذي أجرته وزارة الصحة عام ٢٠٠٩م، أظهر بيانات هامة عن الوضع التغذوي للأطفال من خلال أعداد ونسب الحالات التي تتجم عن سوء التغذية. والجدول التالي (٦-١٤) يتضمن إيجازاً لتلك النتائج.

الجدول (٦-١٤) : نسب التقزم والنفخة وانخفاض الوزن للأطفال العمانيين اقل من خمس سنوات ، ٢٠٠٩م

المحافظة/ المنطقة	التقزم %	النفخة %	انخفاض الوزن %
مسقط	٤,٣	٣,٢	٣,٦
الداخلية	٨,٤	٩,٦	٩,١
الشرقية شمال	١٧,٧	٨,٩	١٤,٥
الشرقية جنوب	١٥	٨	١١,٧
الباطنة شمال	٩,١	٥,٣	٤,٥
الباطنة جنوب	٨	٧,٢	٨,٨
الظاهرة	٨,٩	٧,٦	١٠
مسندم	١٦	١٠,٨	٧,٢
الوسطى	٢١,٥	٥,٤	٧,٩

المصدر: وزارة الصحة، المسح الصحي لسوء التغذية للأطفال اقل من خمس سنوات ، ٢٠٠٩م (المسح الثاني)

وبمراجعة البيانات المتوفرة عن معدل انتشار سوء التغذية المرتبطة بالسعرات البروتينية في الأطفال أقل من ٥ سنوات في العمر، كانت المعدلات مرتفعة إذ ما قورنت بدول ذات دخل مماثل لسلطنة عمان

تم العمل على وضع استراتيجية وطنية للتأهب الوبائي ورفع كفاءتها لمواجهة الأوبئة الخطيرة التي يشهدها العالم من وقت لآخر بالإضافة لعدد من البرامج التثقيفية للمجتمع



بين شرطة عمان السلطانية ووزارة الصحة فإن بعض الوفيات التي تحصل في المستشفى بعد مرور فترة معينة من الحادث لا تعتبر نتيجة حادث مروري من وجهة نظر وزارة الصحة بينما تعتبر كذلك من وجهة نظر الشرطة. ذلك الاختلاف في التعريف جعل أعداد الوفيات نتيجة الحوادث في إحصاءات الشرطة أكبر من إحصاءات وزارة الصحة حيث بلغت ٩٥٣ وفاة). وشكلت الوفيات نتيجة حوادث السيارات مانسبته ١٣,٤٪ من إجمالي الوفيات في عمان في تلك الفترة.

وأظهر المسح الوطني لعام ٢٠٠٠م، أن معدل انتشار ارتفاع ضغط الدم قد بلغ ٣٥,٢٪ في الذكور و ٣٠,٩٪ في الإناث وبلغت نسبة الحالات غير المشخصة في ذلك الوقت ٦٩٪. أما نتائج المسح الصحي العالمي للعام ٢٠٠٩، فقد بينت أن معدل إجمالي انتشار ضغط الدم قد بلغ ٤٠,٣٪ لعموم السكان العمانيين. وأظهر المسح العالمي للتدخين بين الشباب والذي أجري في السلطنة عام ٢٠٠٢م، أن نسبة المستخدمين للسجائر بين الشباب في الفئة العمرية ١٣ - ١٥ سنة قد بلغت ٦,٩٪، ونسبة المدخنين لأنواع من التبغ الأخرى ١٠,٤٪. في حين بين المسح العالمي لاستخدام التبغ بين الشباب لعام ٢٠٠٧م انخفاض تلك النسب لتبلغ ٢,٣٪ بالنسبة للسجائر و ٥,٧٪ لأنواع التبغ الأخرى. وبلغ معدل انتشار السكري ١١,٦٪ حسب المسح الصحي الوطني لعام ٢٠٠٠م ويتوقع أن يكون قد ارتفع عن هذا المعدل وذلك بسبب انخفاض الوفيات من السكري واستمرار أو ارتفاع معدلات حدوث المرض. ويوجه اهتمام خاص لمنع مضاعفات المرض باستخدام بعض الآليات مثل توفير عيادات متخصصة لمتابعة المرضى وتسجيلهم في سجل خاص.

أما بخصوص معدلات حدوث الأورام السرطانية، فإن الشكل (٦-٥) يظهر استقرارا نسبيا في معدلاتها على مدى السنوات منذ عام ١٩٩٧م. وكان المعدل عام ٢٠٠٩م هو ١٠٠,٣ لكل مئة ألف من الذكور العمانيين و ٨٩,٨ لكل مئة ألف من الإناث العمانيات.

### ٦-٣-٦- أوضاع مياه الشرب والتأثير على الحالة الصحية:

تعتبر دراسة مصادر المياه وتأثيرها على صحة المجتمع ذات أهمية خاصة في دراسة علاقة الصحة بالتنمية البشرية. وتقع عمان في حزام المناطق الجافة وشبه الجافة وتعتمد على مياه الأمطار والمياه الجوفية بالإضافة إلى تحلية مياه البحر، إضافة إلى استخدام مياه الصرف الصحي المعالجة في الزراعة. وتعتبر ندرة المياه أحد أهم التحديات للتنمية في البلاد مع الزيادة المضطردة في الطلب على المياه.

١٠٠ ألف من السكان لعام ٢٠٠٩م مقارنة بـ ٤٠,١ عام ٢٠٠٠م و ٦٠,٦ لعام ٢٠٠١م. كما تبنت وزارة الصحة أيضا عدد من الأنشطة لتعزيز إجراءات سلامة الدم ومشتقاته للحد من خطورة نقل الدم كمصدر للعدوى، وتم إنشاء وحدة لعلاج مرضى الإيدز ومتابعة حالاتهم وتوفير أعداد كافية من المرشدين النفسيين لهم. وقد تم تسجيل ١٤٣ حالة خلال عام ٢٠١٠م وهذا يمثل معدل إصابة مقداره ٦,٩ لكل ١٠٠ ألف من السكان العمانيين. كما تم توفير العلاج الثلاثي اللازم لخفض معدلات الوفيات بسبب فيروس الإيدز والتي بلغت ٣٪ من إجمالي حالات الإيدز عام ٢٠١٠م انخفاضا من ١٦,٨٪ عام ٢٠٠٠م.

### ٦-٣-٥ : التطور في مجال الأمراض غير المعدية:

شهدت السلطنة في العقد الأخيرين تغيرا في الخريطة الوبائية، حيث تراجعت الأمراض المعدية لمستويات دنيا وبدأت الأمراض غير المعدية في احتلال مكانها. ويعزى هذا التغير إلى عدد من العوامل، منها أنشطة المكافحة الموجهة نحو الأمراض المعدية والتغيرات الديموغرافية التي أدت إلى التغير في التركيب السكاني وزيادة العمر المتوقع والتغير في نمط الحياة الذي صاحب النمو الاقتصادي بالبلاد وما صاحب ذلك من مشكلات صحية.

بالرغم من انخفاض الأمراض غير المعدية في مجملها، إلا أنها انخفضت من ٤٢,٥٪ في عام ١٩٩٦ إلى ٣٦,٣٪ عام ٢٠١٠ من المراضة بالعيادات الخارجية. وتعتبر أمراض القلب والجهاز الدوري هي المسبب الرئيسي لوفيات المستشفيات إذ تسببت في حوالي ٣١٪ من مجموع وفيات المستشفيات وأن حوالي ١٠٪ كانت بسبب الأورام السرطانية، وبذلك فهي تعتبر من أهم الأمراض غير المعدية التي يتوجه النظام الصحي لمكافحتها بغرض الحد من انتشارها.

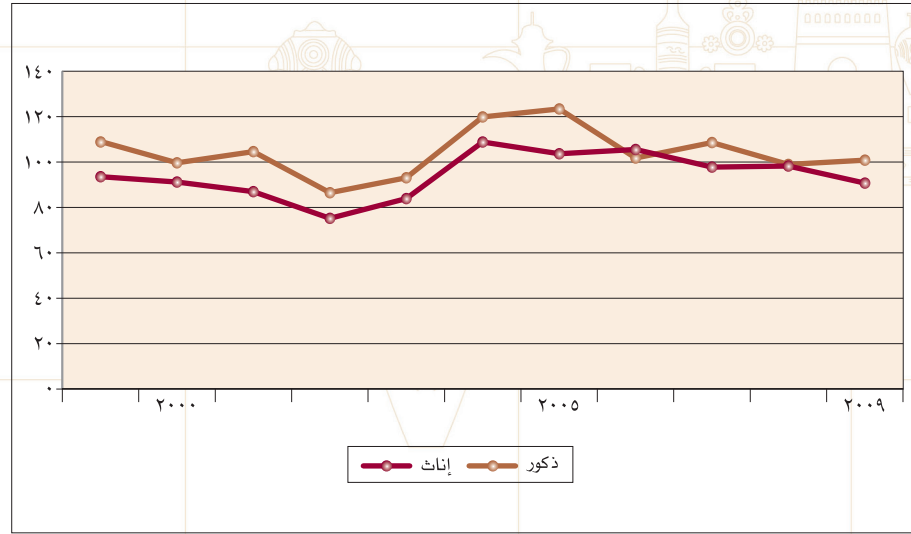
وكان للتغير في نمط الحياة أثرا كبيرا في ازدياد معدلات حدوث الحوادث والإصابات والتي تمثل حوالي ٤,٣٪ من مراضة العيادات الخارجية و ٧,٩٪ من مراضة المرضى المنومين في عام ٢٠٠٩م. وكانت حوادث السيارات تمثل ٣٤٪ من إجمالي أسباب الإصابات بين المرضى المنومين بمستشفيات وزارة الصحة. وقد بلغت أعداد حوادث الطرق خلال عام ٢٠٠٩م ٧٢٥٣ حادثة وكان عدد الوفيات المباشرة أثناء الحوادث ٦٤٦ وفاة، بالإضافة إلى ١٩٧ وفاة حدثت بالمستشفيات. أي أن إجمالي الوفيات بسبب حوادث الطرق تقدر بحوالي ٨٤٣ وفاة من وجهة نظر وزارة الصحة. (نتيجة لاختلاف تصنيف الوفيات في المستشفى

شكلت الوفيات نتيجة حوادث السيارات مانسبته ١٣,٤٪ من إجمالي الوفيات في عمان في تلك الفترة

كانت حوادث السيارات تمثل ٣٤٪ من إجمالي أسباب الإصابات بين المرضى المنومين بمستشفيات وزارة الصحة



الشكل (٥-٦): معدل حدوث الأورام السرطانية لكل ١٠٠ ألف من السكان



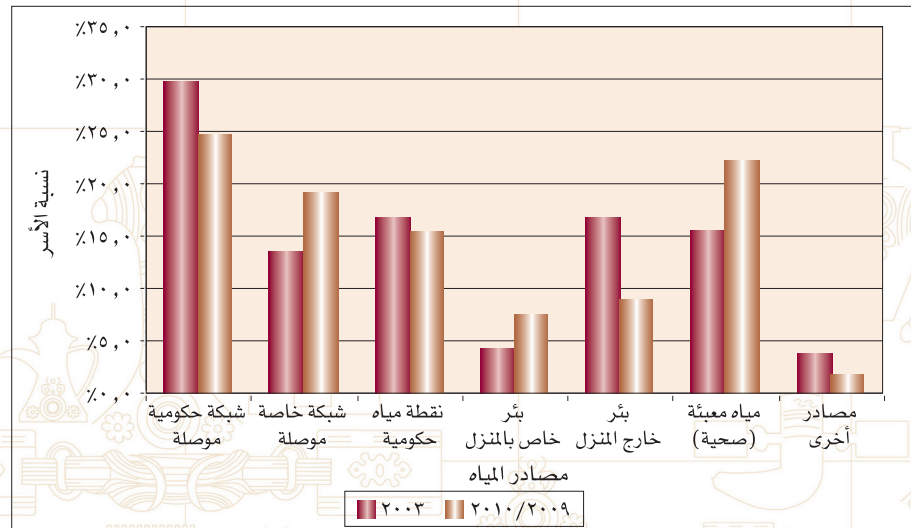
Cancer Incidence In Oman 2007, + Ministry of Health

وأهم مصدر لمياه الشرب في الحضر هي الشبكات الحكومية (٣١٪) والمياه المعبأة (٢٧٪) في حين يكون في القرى نقطة مياه حكومية (٢٩٪) وتنقل إلى المنازل بواسطة ناقلات المياه.

وأوضح المسح المذكور أعلاه أيضا، أن الشبكات الحكومية الموصلة كانت المصدر الغالب لمياه الشرب لكل من محافظة مسندم ومحافظة مسقط ومنطقة الظاهرة والشبكات الخاصة في منطقة الباطنة والداخلية ويشاركها في ذلك الآبار خارج المنزل. وكانت نقطة مياه حكومية (تنقل بواسطة تناكر المياه) المصدر الغالب في كل من منطقة الشرقية والوسطى، والمياه المعبأة هي المصدر الغالب في محافظة ظفار.

ويعرض الشكل (٦-٦) أهم مصادر مياه الشرب للأسر العمانية حسب بيانات تعداد ٢٠٠٣ وبيانات مسح دخل ونفقات الأسر العمانية لعام ٢٠١٠/٢٠٠٩. ويوضح الرسم انخفاض نسبة الأسر التي تحصل على مياه شرب من الشبكات الحكومية الموصلة إلى حوالي ٢٥٪ عام ٢٠١٠/٢٠٠٩ مقارنة بحوالي ٣٠٪ في عام ٢٠٠٣، كما يحصل ١٩٪ منها على مياه الشرب من شبكات مياه خاصة و ١٥،٤٪ من نقط مياه حكومية تنقل بواسطة ناقلات مياه في عام ٢٠١٠/٢٠٠٩ مقارنة بحوالي ١٣٪ و ١٦،٨٪ في عام ٢٠٠٣، على التوالي. كما توضح البيانات أن حوالي ٢٢٪ من الأسر تستخدم مياه معبأة (صحية). وأظهرت بيانات المسح المذكور أيضا، اختلاف مصادر مياه الشرب بين مناطق الحضر عن مناطق القرى.

الشكل (٦-٦): المصادر الرئيسية لمياه الشرب في عام ٢٠٠٣م و ٢٠١٠/٢٠٠٩م



المصدر: تعداد ٢٠٠٣م ومسح نفقات ودخل الأسر ٢٠١٠/٢٠٠٩م

تعتبر ندرة المياه أحد أهم التحديات للتنمية في البلاد مع الزيادة المضطردة في الطلب على المياه

حكومية في المنازل والمدارس)، وحوالي ٥٠٠٠ عينة عام ٢٠٠٦م. وقد أوضحت نتائج التحليل انخفاض نسبة التلوث البكتريولوجي من ٣٠,٥٪ إلى ١٩,٥٪. وأوضح التحليل الكيميائي لحوالي ٢٣١٠ عينة عام ٢٠٠٣م وحوالي ٣٥٦٠ عينة عام ٢٠٠٦م، كذلك انخفاض نسب التلوث الكيميائي من ١٣,٥٪ إلى ٩,٧٪.

### ٦-٣-٧- التحديات والصعوبات التي يواجهها النظام الصحي:

لقد حقق قطاع الصحة الكثير من الإنجازات، إلا أنه لا زال هناك عدد من المهام التي يتوجب العمل على إنجازها في المرحلة القادمة، والتي يمكن إنجازها فيما يلي:

#### أولاً: في مجال الخدمات الصحية:

مع أن المعدل المستهدف لتوفير خدمات الرعاية الصحية الأولية كان: مركز صحي لكل ١٠ آلاف من السكان وهو المعدل المعمول به في كثير من الدول، إلا أن المعدل في السلطنة في نهاية ٢٠٠٩م، بلغ مركز صحي لكل ١٤,٦ ألف من السكان في المتوسط.

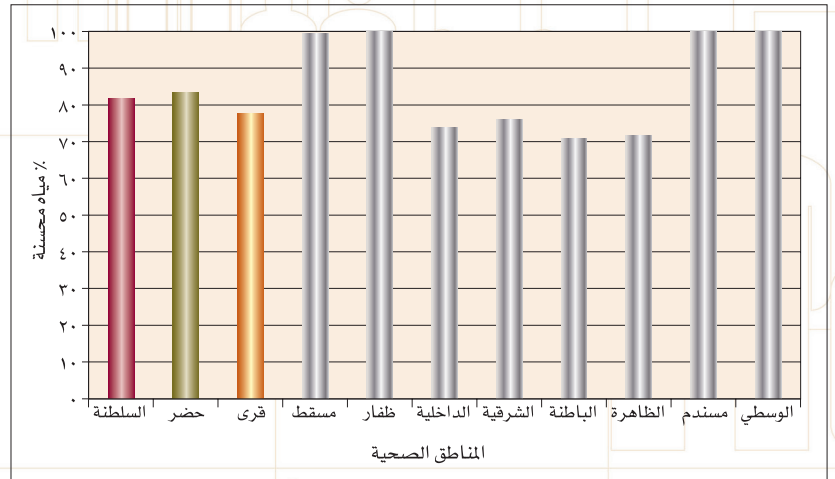
وتلقي طبيعة التوزيع والكثافة السكانية عبئاً متزايداً على النظام الصحي فقد أظهر تعداد عام ٢٠٠٣م، أن حوالي ٩٥٪ من التجمعات السكانية عدد أفراد كل منها أقل من ١٠٠٠ فرد. بل أكثر هذه التجمعات (٣٠٢٠ تجمع) كل منها أقل من ٥٠ فرد وهذه التجمعات السكانية تمثل فقط ١٧,٦٪ من سكان السلطنة (و ١٦,٦٪ من الأسر). ومقابل ذلك، هناك مراكز صحية تخدم في المتوسط أعداداً أقل من ٥٠٠ من السكان مثل المراكز الصحية في منطقة الوسطى وأقل من ١٠ الآلاف مثل المراكز الصحية في محافظة ظفار.

ومن جهة أخرى فإن مناطق التكدس السكاني، خاصة محافظة مسقط ومنطقة الباطنة بالإضافة لمنطقة البريمي، بها مراكز صحية تخدم أكثر من ٢٠ ألفاً من السكان وهو أكثر من المعدل المستهدف في سلطنة عمان. ولاشك أن ارتفاع الأعداد التي تخدمها المراكز الصحية سيؤثر سلباً على نوعية الخدمات التي تقدمها تلك المراكز.

و هناك ضرورة لتوفير الأعداد المناسبة من الفئات الصحية المختلفة التي تطلبها طبيعة الخريطة الوبائية في البلاد. كما أن القطاع الصحي لا زال يعتمد على أعداد كبيرة من الفئات الطبية والطبية المساعدة الوافدة وخاصة الأطباء والأطباء الأخصائيين وأطباء الأسنان

ويعتمد تحديد نسبة توفر المياه المحسنة أو الصالحة للشرب في المناطق، على التعريف الذي يعتمد لهذا الغرض. فإذا كان هذا التعريف يشمل مياه الشبكات الحكومية والشبكات الخاصة ونقاط المياه الحكومية والمياه المعبأة، حينها نجد أن ما يزيد عن ٨٠٪ من الأسر العمانية تستهلك مياه شرب من مصادر محسنة وذلك ارتفاعاً من ٧٥٪ من عام ٢٠٠٣م، وأن نسبة الأسر في القرى العمانية التي تحصل على مياه محسنة تبلغ حوالي ٧٠٪ مقارنة بحوالي ٨٥٪ من الأسر في الحضر (الشكل ٦-٦). كما ارتفعت هذه النسبة لتصل إلى حوالي ١٠٠٪ من الأسر في محافظات ظفار ومسندم والمنطقة الوسطى وانخفضت في الشرقية والباطنة لنسب تقارب ٥٠٪ من الأسر. وترتفع نسب الأسر في مناطق الوسطى وظفار والشرقية ومسقط التي تستخدم مياه معبأة عن مثيلتها في المناطق الأخرى إذ تبلغ ٥٨٪ و ٥٣٪ و ٣٤٪ و ٣١٪ (الجدول ٣٧ في الملحق الإحصائي)، على التوالي. ومن الجدير بالإشارة أن بعض التقارير لا تعتبر المياه المعبأة من ضمن المياه المحسنة وذلك بسبب عدم التوفر وليس من حيث جودة المياه. وفي حالة استخدام التعريف ناقصاً المياه المعبأة تنخفض نسبة الأسر التي تحصل على مياه محسنة في السلطنة إلى ٦٠٪<sup>١</sup>.

الشكل (٦-٧): نسبة المياه المحسنة في السلطنة والحضر والقرى والمناطق الإدارية



المصدر: مسح دخل ونفقات الأسر العمانية ٢٠١٠/٢٠٠٩

وتقوم وزارة الصحة بمتابعة جودة مياه الشرب حيث تم عام ٢٠٠٣ إجراء الفحص البكتريولوجي لحوالي ٥٤٠٠ عينة من مختلف مصادر مياه الشرب (آبار، تآكر، شبكة

1 Global Water Supply and Sanitation Assessment 2000 Report – ISBN 92 4 146202 1 – World Health Organization and United Nations Children's fund.

والصبدالة. وتتزايد صعوبة الحصول على هذه الفئات من الدول المصدرة للعمالة نتيجة التغيرات الاقتصادية العالمية مما يشكل عبئاً مالياً من شأنه أن يحدث انتكاسة لجهود التنمية الصحية في حالة عدم توفير الموارد لحين تعميق هذه الوظائف.

#### ثانياً: تمويل الخدمات الصحية:

يساهم التمويل الصحي في توفير المدخلات الأساسية من خدمات وقوى عاملة لتقديم الرعاية الصحية المناسبة. وأنفقت السلطنة ٢,١ ٪ من إجمالي الناتج المحلي عام ٢٠٠٨، وهو أقل من إنفاق دول مجلس التعاون لدول الخليج العربية وأقل من كثير من الدول المتقدمة. وبالرغم من أنه ليس هناك نسبة معيارية للإنفاق الصحي إلا أن بعض المنظمات الدولية المتخصصة تدعو أن تلتزم جميع دول العالم بصرف ما لا يقل عن ٥ ٪ من إجمالي الناتج المحلي على الصحة وهو ضعف ما تصرفه السلطنة أحياناً.

#### ثالثاً: في مجال المشكلات الصحية:

رغم التحسن في مشكلات المراضة والوفيات في السلطنة لازال النظام الصحي يواجه مجموعة من المشكلات المرضية تتباين في مسبباتها، ويمكن إيجازها كالتالي:

أ- الأمراض غير المعدية: شهدت السلطنة في السنوات الأخيرة زيادة في الأمراض غير المعدية مما يمثل عبئاً على الخدمات الصحية. ويمثل السلوك الشخصي والممارسات غير الصحية للأفراد العامل الأساسي في انتشار هذه الأمراض. ويقتضي تغير هذا السلوك جهداً كبيراً ووعياً والتزاماً من الأفراد وجهود متضافرة من قطاعات متعددة.

ب- الأمراض الوراثية: تشير المؤشرات أن الأمراض الوراثية لازالت السبب الأول لوفيات الرضع كما أنها السبب في عدد كبير من الإعاقات مثل الإعاقات الذهنية والتخلف العقلي كما تساهم أمراض الدم الوراثية في ارتفاع معدلات انتشار فقر الدم في فئات عمرية مختلفة والتي هي أحد مظاهر مشكلة سوء التغذية.

ج- المشكلات المرتبطة بسوء التغذية: لازالت المؤشرات تشير إلى ارتفاع معدلات انتشار سوء التغذية بين الفئات الحرجة مثل الأطفال والأمهات الحوامل وارتفاع في معدلات السمنة. وأهم أسباب أمراض سوء التغذية هي غياب الوعي لدى الأسر بأهمية الغذاء السليم وتعدد الحمل وعدم المبالغة بين الولادات بالإضافة إلى العوامل الاقتصادية وعمل الأم ونقص الوزن الولادي للأطفال.

د- الأمراض المعدية: بالرغم من الإنجازات في مجال الأمراض المعدية، فإن بعضها لازال يشكل عبئاً على النظام الصحي مثل التدرن الرئوي وأمراض الإسهال والديدان المعوية وكذلك التهابات الجهاز التنفسي الحادة المعدية. وتواجه أنشطة مكافحة الأمراض المنقولة تناسلياً مشكلة ارتفاع تكاليف المواد الكاشفة والعلاج الثلاثي لمرض الإيدز مما يشكل صعوبة في العناية بمرضى الإيدز وربما تكون هناك حاجة لدعم مادي.

وتمثل الأوبئة الخطيرة والتي يشهدها العالم من وقت لآخر مثل مرض التهاب الجهاز التنفسي الحاد الوخيم (سارس) وأنفلونزا الطيور وباء أنفلونزا الخنازير (أتش ١ إن ١) الأخير تهديداً لصحة المجتمع يقتضي وضع خطة تأهب لمواجهة مثل هذه المخاطر.

#### رابعاً: في مجال التوعية الصحية وأنشطة وفعاليات التثقيف الصحي:

بالرغم من الجهود التي تبذل في مجال التثقيف الصحي، لا تزال هناك حاجة لمزيد من الجهود والتشويق بين القطاعات المختلفة لمواجهة التحديات المتمثلة في أنماط الحياة غير الصحية والتغيرات الوبائية العالمية.

#### خامساً: عدم وجود نظام وطني للحسابات الصحية:

لا زالت السلطنة تفتقر إلى نظام وطني للحسابات الصحية. إذ لا زالت تقديرات الإنفاق الصحي الإجمالي تعتمد على جهود المنظمات الدولية والتي قد لا تكون دقيقة تماماً. ويعود ذلك جزئياً إلى عدم فصل المصروفات الصحية من قبل بعض الجهات بشكل مستقل وتوفيرها إلى الجهات المعنية، كما أنه يعود أيضاً إلى عدم وجود تشريع يقضي بإقامة هذا النظام وإلزام كافة الجهات بتوفير بياناتها الصحية بشكل دوري. إن ذلك في حالة توفره سيوفر صورة واقعية عن الإنفاق الصحي والتكاليف الصحية في السلطنة سواء لأغراض صنع القرار أو لأغراض المقارنات الدولية.

#### سادساً: تحدي تنمية الكوادر البشرية:

لا شك أن تنمية الكادر البشري الطبي يعد من التحديات الرئيسية أمام تطوير الخدمات الطبية في السلطنة. وتعتبر ندرة بعض الاختصاصات وارتفاع أجورها من التحديات الجدية التي تستلزم مواجهتها ووضع الحلول لها.

لا زالت السلطنة تفتقر إلى نظام وطني للحسابات الصحية. إذ لا زالت تقديرات الإنفاق الصحي الإجمالي تعتمد على جهود المنظمات الدولية والتي قد لا تكون دقيقة تماماً

لا زالت المؤشرات تشير إلى ارتفاع معدلات انتشار سوء التغذية بين الفئات الحرجة مثل الأطفال والأمهات الحوامل وارتفاع في معدلات السمنة



## الخلاصة

٢٠١٠ لكنه لا زال معدلا مرتفعاً إذ ما قورن بدول ذات

دخل مماثل للسلطنة.

٥- بالرغم من انخفاض الأمراض غير المعدية في مجملها ، إلا أنها ارتفعت من ٤٢,٥٪ في عام ١٩٩٦ إلى ٥٣,٤٪ عام ٢٠٠٨ من المراضة بالعيادات الخارجية. وتعتبر أمراض القلب والجهاز الدوري هي المسبب الرئيسي لوفيات المستشفيات إذ تسببت في حوالي ٢١٪ من مجموع وفيات المستشفيات وان حوالي ١١٪ كانت بسبب الأورام السرطانية. وقد بلغت أعداد حوادث الطرق خلال عام ٢٠٠٩ ، ٧٢٥٣ حادثة نجم عنها ٨٤٣ حالة وفاة.

٦- أن ما يزيد عن ٨٠٪ من الأسر العمانية تستهلك مياه شرب من مصادر محسنة وذلك ارتفاعاً من ٧٥٪ من عام ٢٠٠٣ م ، وأن نسبة الأسر في القرى العمانية التي تحصل على مياه محسنة تبلغ حوالي ٧٠٪ مقارنة بحوالي ٨٥٪ من الأسر في الحضر.

٧- لا زال هناك عدد من التحديات التي ينبغي تجاوزها تتلخص في مجالات توفير الخدمات الصحية وتمويل تلك الخدمات وفي المشكلات الصحية والتوعية الصحية وتنمية الكوادر البشرية وعدم وجود نظام وطني للحسابات الصحية.

١- أصبح الإنفاق على الصحة يعامل على انه إنفاق استثماري ، فهو استثمار في البشر لا يقل مردوده عن الاستثمار في وسائل الإنتاج المادية . ويوفر النظام الصحي في السلطنة خدمات تعزيزية ووقائية وعلاجية وتأهيلية وهو يعتبر احد نماذج الرعاية الصحية الحكومية حيث تنفق الحكومة (٧٥,٥٪) من إجمالي المصروفات الصحية. ويبلغ نصيب الفرد من الإنفاق الصحي (حكومي وخاص)، (١٧٦,٥) ريال. ويتسم النظام الصحي المذكور بلامركزية تقديم الخدمات الصحية واتخاذ القرارات وهو يتألف من القطاع الصحي والقطاعات الأخرى ذات العلاقة بالصحة مثل البيئة والتعليم ومشاركات المجتمع.

٢- أن تمويل تكاليف توفير الرعاية الصحية اعتماداً على الموارد الحكومية لوحدها فقط هو عبء كبير خاصة بعد ارتفاع تكاليف تكنولوجيا الرعاية الصحية وأصبح التوازن بين تكاليف الرعاية الصحية وسبل تمويلها مشكلة تواجه دول العالم المختلفة . ويتم الاعتماد على تقديرات منظمة الصحة العالمية التي تشير إلى أن إجمالي المصروفات الصحية يبلغ (٢,١٪) من إجمالي الناتج المحلي لعام ٢٠٠٨ وهي نسبة منخفضة.

٣- خلال الفترة من عام ٢٠٠٠م إلى عام ٢٠١٠ ارتفع عدد المستشفيات من (٥٢) مستشفى حكومي وثلاثة مستشفيات خاصة إلى (٥٥) مستشفى حكومي و(٧) مستشفيات خاصة. وارتفع عدد المراكز والمستوصفات الصحية والعيادات الحكومية من ١٦١ إلى ٢١٧. وارتفع عدد العيادات الخاصة من ٥٦٠ إلى ٨١٤ . ويعتبر توفير القوى العاملة الصحية من التحديات الكبيرة نظراً لأهمية توفير الفئات الفنية وتأهيل المتخصصين منهم.

٤- شهدت السلطنة انخفاضاً ملحوظاً في معدل الوفيات الخام حيث انخفض من ٢,٧ عام ٢٠٠٠م إلى ٣,٠ عام ٢٠٠٩ . كما انخفض معدل وفيات الرضع من ١٦,٧ لكل ١٠٠٠ مولود حي في العام ٢٠٠٠م إلى ٩,٦ عام ٢٠٠٩ وانخفض معدل الوفيات دون الخامسة من ٢١,٧ إلى ١٢ نفس الفترة. وانخفض معدل الخصوبة الكلي من ٤,٧ طفل لكل امرأة في سن الإنجاب إلى ٣,٣ في نفس الفترة . وانخفض معدل حدوث سوء التغذية الناتجة من نقص البروتين والطاقة إلى ٦,٩ لكل ١٠٠٠ طفل اقل من خمس سنوات خلال عام