WHO-EM/RDO/011/A

خارطة الطريق لعمل منظمة الصحة العالمية في إقليم شرق المتوسط

2021–2017

منظمة الصحة العالمية
المكتب الإقليمي لشرق المتوسط

WHO-EM/RDO/011/A

خارطة الطريق لعمل منظمة الصحة العالمية في إقليم شرق المتوسط 2017-2021

أيلول/سبتمبر 2017

بيانات الفهرسة أثناء النشر في مكتبة منظمة الصحة العالمية

منظمة الصحة العالمية. المكتب الإقليمي لشرق المتوسط

خارطة الطريق لعمل منظمة الصحة العالمية في إقليم شرق المتوسط

2017-2021 / المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط

WHO-EM/RDO/011/A

1. التخطيط الصحي الإقليمي – إقليم شرق المتوسط 2. الأولويات الصحية 3. الخدمات الطبية الطارئة 4. مكافحة الأمراض السارية 5. الأمراض المزمنة – الوقاية والمكافحة 6. تقديم الرعاية الصحية 7. الخدمات الصحية للأمهات والأطفال 8. صحة المراهقين 9. منظمة الصحة العالمية I. العنوان II. المكتب الإقليمي لشرق المتوسط

(NLM Classification: WA 541)

© منظمة الصحة العالمية 2017

بعض الحقوق محفوظة. هذا المصنف متاح بمقتضى ترخيص المشاع الإبداعي "نسب المصنف – غير تجاري – المشاركة بالمثل 3.0 لفائدة المنظمات الحكومية الدولية"(https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo; CC BY-NC-SA 3.0 IGO licence).

وبمقتضى هذا الترخيص يجوز أن تنسخوا المصنف وتعيدوا توزيعه وتحوروه للأغراض غير التجارية، وذلك شريطة أن يتم اقتباس المصنف على النحو الملائم. ولا ينبغي في أي استخدام لهذا المصنف الإيحاء بأن المنظمة (WHO) تعتمد أي منظمة أو منتجات أو خدمات محددة. ولا يُسمح باستخدام شعار المنظمة (WHO). وإذا قمتم بتعديل المصنف فيجب عندئذٍ أن تحصلوا على ترخيص لمصنفكم بمقتضى نفس ترخيص المشاع الإبداعي (Creative Commons licence) أو ترخيص يعادله. وإذا قمتم بترجمة المصنف فينبغي أن تدرجوا بيان إخلاء المسؤولية التالي مع الاقتباس المقترح: *"هذه الترجمة ليست من إعداد منظمة الصحة العالمية (المنظمة (WHO)).والمنظمة (WHO) غير مسؤولة عن محتوى هذه الترجمة أو دقتها.* ويجب أن يكون إصدار الأصل الإنكليزي هو الإصدار الملزم وذو الحجية."

ويجب أن تتم أية وساطة فيما يتعلق بالمنازعات التي تنشأ في إطار هذا الترخيص وفقاً لقواعد الوساطة للمنظمة العالمية للملكية الفكرية.

الاقتباس المقترح [العنوان].القاهرة: المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط؛ 2017.الترخيص: CC BYNC-SA 3.0 IGO.

المبيعات والحقوق والترخيص. لشراء مطبوعات المنظمة (WHO) انظر الرابط http://apps.who.int/bookorders. ولتقديم طلبات الاستخدام التجاري والاستفسارات الخاصة بالحقوق والترخيص انظر الرابط http://www.who.int/about/licensing.

مواد الطرف الثالث.إذا كنتم ترغبون في إعادة استخدام مواد واردة في هذا المصنف ومنسوبة إلى طرف ثالث، مثل الجداول أو الأشكال أو الصور فإنكم تتحملون مسؤولية تحديد ما إذا كان يلزم الحصول على إذن لإعادة الاستخدام هذه أم لا، وعن الحصول على الإذن من صاحب حقوق المؤلف. ويتحمل المستخدم وحده أية مخاطر لحدوث مطالبات نتيجة انتهاك أي عنصر يملكه طرف ثالث في المصنف.

بيانات عامة لإخلاء المسؤولية. التسميات المستعملة في هذا المطبوع، وطريقة عرض المواد الواردة فيه، لا تعبر ضمناً عن أي رأي كان من جانب منظمة الصحة العالمية بشأن الوضع القانوني لأي بلد أو أرض أو مدينة أو منطقة أو لسلطات أي منها أو بشأن تحديد حدودها أو تخومها. وتشكل الخطوط المنقوطة على الخرائط خطوطاً حدودية تقريبية قد لا يوجد بعد اتفاق كامل بشأنها.

كما أن ذكر شركات محددة أو منتجات جهات صانعة معينة لا يعني أن هذه الشركات والمنتجات معتمدة أو موصى بها من جانب منظمة الصحة العالمية، تفضيلاً لها على سواها مما يماثلها في الطابع ولم يرد ذكره. وفيما عدا الخطأ والسهو، تميز أسماء المنتجات المسجلة الملكية بالأحرف الاستهلالية (في النص الإنكليزي).

وقد اتخذت منظمة الصحة العالمية كل الاحتياطات المعقولة للتحقق من المعلومات الواردة في هذا المطبوع. ومع ذلك فإن المواد المنشورة تُوزع دون أي ضمان من أي نوع، سواء أكان بشكل صريح أم بشكل ضمني. والقارئ هو المسؤول عن تفسير واستعمال المواد. ومنظمة الصحة العالمية ليست مسؤولة بأي حال عن الأضرار التي قد تترتب على استعمالها.

Document WHO-EM/RDO/000/E/08.17

المحتويات

تمهيد 1

1. المقدمة 2
2. الوضع الراهن في إقليم شرق المتوسط 3
3. التحديات الإقليمية 10
4. التوجُّهات الاستراتيجية 2017–2021 12

الطوارئ والأمن الصحي 12
الأمراض السارية 13
الأمراض غير السارية 14
صحة الأمهات وحديثي الولادة والأطفال والمراهقين 14
تعزيز النُظُم الصحية 15

5. عوامل التمكين 16
6. بيئة العمل بالمنظمة 18
7. حضور المنظمة في البلدان 19
8. الملحق 1. مؤشرات النجاح 21

تمهيد

يسرُّني أن أقدِّم لكم خارطة الطريق لفترة ولايتي الأولى كمدير لمنظمة الصحة العالمية لإقليم شرق المتوسط ومدتها خمس سنوات، وأَوَدُّ أن أستهل هذا التمهيد بتوجيه الشكر إلى الدول الأعضاء على الثقة الغالية التي أولتني إياها لقيادة عمل المنظمة في إقليم شرق المتوسط على مدار السنوات الخمس المقبلة. وإذْ أؤكِّد إدراكي التام لتطلعات الدول الأعضاء، فسوف أبذل قصارى جهدي من أجل الوفاء بالالتزامات التي قد تعهدت بها، وسأعمل على ضمان أخذ المنظمة زمام القيادة في مجال الصحة، ولن نقتصر في سبيل تحقيق ذلك على العمل الوثيق مع الدول الأعضاء بهدف تقديم كل الدعم التقني اللازم لمجابهة التحديات الصحية في الإقليم، ولكن أيضاً بالتركيز على الأولويات التي التزمتُ بها في البيان الذي أدليت به أمام اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط في تشرين الأول/أكتوبر 2016، وأمام المجلس التنفيذي للمنظمة في كانون الثاني/يناير 2017.

وقد طرحت رؤيةً لكي نعمل في ضوئها على تحقيق هذا المسعى، وخارطة الطريق التي بين أيديكم تدعم تنفيذ تلك الرؤية إبّان فترة ولايتي التي تمتد لخمس سنوات في منصب المدير الإقليمي. والهدف الذي أنشده من وراء ذلك هو زيادة قدرة المنظمة على تلبية احتياجات الدول الأعضاء بضمان زيادة فاعلية المنظمة وكفاءتها ومساءلتها وشفافيتها في الإقليم عنها في أي وقت مضى.

وستعمل المنظمة عن كثب مع الدول الأعضاء من أجل تحقيق الغايات المتعلقة بالصحة التي ينطوي عليها الهدف الثالث من أهداف التنمية المستدامة، أي "ضمان تمتع الجميع بأنماط عيش صحية وبالرفاهية في جميع الأعمار"؛ وهو ما يعدُّ شرطاً أساسياً ومهماً لبلوغ سائر الأهداف ضمن خطة التنمية المستدامة لعام 2030.

وضماناً لمواءمة خارطة الطريق مع أهداف التنمية المستدامة، فإن التركيز فيها ينصب على خمس أولويات، وهي تحديداً: الطوارئ والأمن الصحي، والأمراض السارية، والأمراض غير السارية، وصحة الأمهات وحديثي الولادة والأطفال والمراهقين، وتعزيز النُظُم الصحية، وذلك من أجل تحقيق نتائج ملموسة قبل انقضاء فترة ولايتي. وتضمَّنت الخارطة غايات ومؤشرات ومعالم عملية للبرامج يمكن تحقيقها في كل مجال من المجالات ذات الأولوية، والتي ستخضع للمتابعة الجيدة.

أما داخل المنظمة، فسأعمل على إيجاد بيئة ملائمة تحفز الإبداع والابتكار وتكون أساساً تنطلق منه المنظمة وتُعضد مكانتها كمركز للتميُّز. وسأوجِّه تركيزي لتنمية مهارات الموظفين وتعزيز التواصل الفعّال فيما بينهم وإرساء آليات للتنسيق الفعّال وتيسير سُبُل العمل الجماعي. وهناك مجموعة من التغييرات التمكينية، ومنها زيادة فرص تفويض السلطات إلى الموظفين على مختلف مستويات المنظمة لضمان موضوعية المساءلة وزيادة الشفافية وإدارة المخاطر.

ولن يتسنَّى إحراز تقدُّم في تلك المجالات إلا من خلال الالتزام الدائم من جانبنا في المنظمة، وأيضاً من جانب الدول الأعضاء والشركاء. وسنعمل على توحيد الجهود والبناء على ما نتمتع به من نقاط قوة وما نمتلكه من موارد لضمان إحراز التحسينات الشاملة التي نصبو إليها في مجال الصحة.

الدكتور محمود فكري
مدير منظمة الصحة العالمية
لإقليم شرق المتوسط

1. المقدمة

تهدف خارطة الطريق لعمل منظمة الصحة العالمية في إقليم شرق المتوسط (2017–2021) إلى ترجمة الرؤية التي طرحها المدير الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية إلى مجموعة من الإجراءات الاستراتيجية بهدف توجيه عمل المنظمة مع الدول الأعضاء، وهي عبارة عن خطة استراتيجية خمسية للمكتب الإقليمي تحت قيادة الدكتور محمود فكري بعد انتخابه مديراً إقليمياً.

وتأخذ هذه الخارطة بعين الاعتبار السياقين الإقليمي والعالمي اللذين تعمل فيهما المنظمة، بما في ذلك الالتزام العالمي بخطة التنمية المستدامة لعام 2030 وبرنامج إصلاح منظمة الصحة العالمية. ومن هنا، فإن خارطة الطريق تنظر إلى أهداف التنمية المستدامة على أنها الإطار العام الذي يوجّه المنظمة في عملها مع الدول الأعضاء في الإقليم، إذ توفِّر المنظمة الدعم للدول الأعضاء في تحقيق الغايات التي تنطوي عليها أهداف التنمية المستدامة كافة، فضلاً عن أنها ستأخذ زمام القيادة في دعم تلك الدول في التخطيط لوضع سياساتها التنموية وتنفيذها سعياً إلى تحقيق الهدف الثالث على وجه الخصوص، وهو "ضمان تمتع الجميع بأنماط عيش صحية وبالرفاهية في جميع الأعمار"، مع التركيز على التقدّم صَوْب بلوغ التغطية الصحية الشاملة.

وقد شكَّل المدير الإقليمي، في مستهل ولايته، فريق عملٍ مشتركاً بين الإدارات بهدف إعداد خارطة طريق واضحة لعمل المنظمة بين عامَيْ 2017 و2021. والهدف من تشكيل هذا الفريق هو تسهيل إرساء نَهج على صعيد الإقليم يتم من خلاله التصدي للأولويات الصحية على نحو منهجي وشامل، بما يضمن مواءمة عمل المكتب الإقليمي مع احتياجات الدول الأعضاء والقرارات والمقررات الصادرة عن جمعية الصحة العالمية والمجلس التنفيذي واللجنة الإقليمية.

وقد روعي في إعداد خارطة الطريق أربع ركائز مترابطة فيما بينها، وتتمثل في أولويات الصحة العامة، وعوامل التمكين، وحضور المنظمة في البلدان؛ وبيئة العمل في المنظمة؛ وهي الركائز التي تُترجَم على أساسها الرؤية المطروحة إلى إجراءات ملموسة لتوجيه عمل المنظمة. وينصبّ التركيز هنا على خمسة مجالات ذات أولوية بالنسبة للصحة العامة، وسيأتي بيانها لاحقاً. وقد تعرفنا على التحديات الماثلة أمام التصدي لهذه الأولويات، وتم اقتراح الإجراءات الاستراتيجية اللازمة لإحداث التغيير وفقاً لها. كما حدّدنا مجموعة من الغايات والمؤشرات والمعالم العملية التي يمكن تحقيقها خلال تلك المدة المقررة، وسوف يخضع التقدُّم المُحرَز للمتابعة الجيدة.

ولا يمكن التصدي لهذه الأولويات بمعزل عن بعضها البعض، فهي مترابطة فيما بينها بالنظر إلى طبيعة التحديات التي تجمعها والنهوج الاستراتيجية اللازمة للتعامل معها. وفيما يلي المجالات ذات الأولوية المستهدفة من الإجراءات المقترحة:

- الطوارئ والأمن الصحي لضمان اتباع نهج متّسق للصحة العامة تجاه الاستجابة للطوارئ في البلدان المتضررة منها، ولتعزيز التأهُّب والأمن الصحي في الإقليم، بما في ذلك استئصال شلل الأطفال.
- الوقاية من الأمراض السارية ومكافحتها بهدف مواجهة الثغرات الهامة في التغطية بالتطعيم، والسيطرة على الانتشار السريع لمقاومة مضادات الميكروبات، وتنفيذ الترصُّد المتكامل للأمراض من أجل الرصد الدقيق لتلك الأمراض وتأثير التدخلات الرامية إلى الحدِّ من الاعتلالات والوفيات الناجمة عنها.
- الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها، والصحة النفسية، وإساءة استعمال مواد الإدمان، بهدف تعزيز الجهود الرامية إلى تخفيف العبء والوفيات الناجمين عن هذه الأمراض مع التركيز على تقليص عوامل الخطر.
- صحة الأمهات وحديثي الولادة والأطفال والمراهقين بهدف الحد من وفيات حديثي الولادة والأطفال والمراهقين وتخفيف العبء المتبقي الناجم عن ارتفاع وفيات الأمهات؛
- تعزيز النُظُم الصحية لتحقيق التغطية الصحية الشاملة.

وتشمل عوامل التمكين الدعوة لإدماج الصحة في جميع السياسات[1]، وبناء قدرات الإدارة والقيادة في مجال الصحة العامة؛ والتوسّع في الشراكات مع وكالات الأمم المتحدة والمجتمع المدني، وإدماج الصحة في أهداف التنمية المستدامة؛ واعتماد نهوج متعددة القطاعات وأخرى لإدارة المخاطر، وتعزيز القدرات الإقليمية على حشد الموارد؛ وتعزيز مهام الرصد والتقييم في المنظمة، والتصدي للمحددات الاجتماعية والبيئية للصحة في النهوج المتبعة لدى المنظمة.

ويهدف المكتب الإقليمي للمنظمة إلى تحسين أعماله على المستوى القُطري لكي يزيد من تلبيته لاحتياجات الدول الأعضاء. ومن ثمَّ يأتي الالتزام الذي تعهَّد به المدير الإقليمي تجاه تعضيد سُبُل مشاركة المنظمة واستجابتها، وتعزيز صورتها على المستوى القُطري من خلال زيادة الشفافية في تعاملها مع الدول الأعضاء، والتخطيط المشترك، والحوار المتبادل والمستمر، وزيادة مشاركة البلدان في عمل المنظمة، ولا سيّما في تحديد الأولويات وعقد المنتديات الاستشارية والاجتماعات التشاورية والتعاون التقني فيما بين البلدان. ويعتزم المدير الإقليمي، سعياً منه إلى تقوية حضور المنظمة في البلدان، مواصلة تعزيز دور المكاتب القُطرية للمنظمة لتصبح أكثر استجابة لاحتياجات الدول الأعضاء وتيسير التوسُّع في الشراكات مع وكالات الأمم المتحدة وغيرها من الشركاء وأصحاب المصلحة، الأمر الذي أصبح أكثر أهمية من أي وقت مضى في سياق خطة التنمية المستدامة لعام 2030.

وسيعمل المدير الإقليمي على تهيئة بيئة تسودها الإنتاجية، والكفاءة، والإبداع والابتكار لترسيخ دور المنظمة كمركز للتميز. وهدفه من وراء ذلك هو زيادة فرص تفويض السلطات إلى الموظفين على مختلف مستويات المنظمة لضمان موضوعية المساءلة وزيادة الشفافية وإدارة المخاطر. وسيتطلب ذلك الاهتمام بالتطوير المهني للموظفين وتعزيز مهاراتهم والتواصل الفعّال فيما بينهم، وتنسيق الأدوار المنوطة بهم، وتوطيد العمل الجماعي وتعزيز إطار الرقابة الداخلية للمنظمة.

وقد قدَّم المكتب الإقليمي، بوصفه كياناً يهدف إلى تحقيق النتائج ويتأسى بها، خططاً استراتيجية واضحة في خارطة الطريق. وسيدعم ذلك خطط تنفيذية تفصيلية للنتائج المتوقعة، فضلاً عن تحديد غايات ومؤشرات واضحة لرصد العمل وتقييمه على مدار الإطار الزمني لتنفيذ خارطة الطريق. وسيُقدِّم المدير الإقليمي إلى اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط، في إطار التقرير السنوي للمدير الإقليمي، تحديثاً سنوياً بشأن التقدُّم المُحرَز في تنفيذ خارطة الطريق.

2. الوضع الراهن في إقليم شرق المتوسط

يمتد إقليم منظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط من باكستان شرقاً إلى المغرب غرباً، ويقطنه نحو 645 مليون نسمة[2] في 22 بلداً تختلف أوضاعها الاجتماعية والاقتصادية وتتباين التحديات الصحية التي تجابهها.

ويواجِه الإقليم حالياً أزمات لم يشهد لها مثيلاً سواء بالنظر إلى حجمها أو نطاق تأثيرها. فمنذ عام 2011، ارتفع عدد البلدان المتأثرة بالصراعات، حتى أن ثلثي بلدان الإقليم تعاني اليوم معاناةً مباشرةً أو غير مباشرة من وطأة حالات الطوارئ، ومن بينها أربعة بلدان (من أصل ستة على الصعيد العالمي) صنّفتها منظمة الصحة العالمية والأمم المتحدة ضمن حالات الطوارئ "الكبرى" من المستوى الثالث، وهي تحديداً: العراق، والصومال، والجمهورية العربية السورية، واليمن.[3] ويضم الإقليم أيضاً بلداناً تمر بحالات طوارئ طويلة الأمد، ومنها أفغانستان، وليبيا، وفلسطين، وباكستان، والسودان. ذلك إضافةً إلى معاناة معظم بلدان الإقليم المتبقية من أثر الأزمات في البلدان المجاورة لها. وبالتالي، فإن كثيراً من الدول الأعضاء بالإقليم

[1] نهج دمج الصحة في جميع السياسات هو: "نهج للسياسات العامة في مختلف القطاعات يأخذ في الاعتبار بصورة منهجية الآثار الصحية المترتبة على القرارات، ويسعى لتعزيز أوجه التآزر، ويتجنب الآثار الضارة على الصحة، بهدف تحسين صحة السكان والإنصاف في الصحة" – منظمة الصحة العالمية. بيان هلسنكي بشأن دمج الصحة في جميع السياسات [شبكة الإنترنت]. المؤتمر العالمي الثامن حول تعزيز الصحة. 10-14 حزيران/يونيو 2013؛ هلسنكي (فنلندا). جنيف، منظمة الصحة العالمية؛ 2013(.

[2] Eastern Mediterranean Region Framework for health information systems and core indicators for monitoring health situation and health system performance 2016. Cairo: World Health Organization; 2016. http://applications.emro.who.int/dsaf/EMROPUB_2016_EN_19169.pdf?ua=1.

[3] http://www.who.int/hac/crises/en/.

تواجه عقبات كبيرة في إعادة توجيه خطط التنمية الوطنية لديها صَوْب تحقيق أهداف التنمية المستدامة، ومن هنا يجب بذل المزيد من الجهود لدعم تلك البلدان في هذا الصدد.

ويواصل الإقليم تحمُّل العبء الأكبر من الأفراد المحتاجين إلى المساعدات على اختلاف أنواعها، بما في ذلك الرعاية الصحية. فبحلول نهاية عام 2016، كان أكثر من 76 مليون شخص (59%) نسمة من إجمالي 140 مليون شخص بحاجة إلى مساعدات حول العالم يعيشون في بلدان داخل الإقليم متأثرةً تأثراً مباشراً أو غير مباشر بالطوارئ.[4] وقد تفاقم الوضع بفعل تواصُل الهجمات على مرافق الرعاية الصحية والعاملين والتي وردت بلاغات بشأنها من ثمانية بلدان في الإقليم، ما يمثل 83% من مجموع الهجمات على الصعيد العالمي في عام 2016.

وإضافةً إلى ذلك، يتحمَّل الإقليم العبء الأكبر من السكان المشردين عالمياً في ظل وجود أكثر من 30 مليون نازحٍ في شتى أرجائه. فقد شهد الإقليم على مدار السنوات القليلة الماضية حركة نزوح داخلي واسعة النطاق في أفغانستان والعراق والصومال والجمهورية العربية السورية واليمن. وتتأثر الدول المجاورة والمجتمعات المستضيفة تأثراً هائلاً بالسكان المشردين وقد استُنفِدت قدراتها في كثير من الحالات. كما ارتفع الطلب على الخدمات مثل الصحة والتعليم والمياه والصرف الصحي بصورة كبيرة، الأمر الذي عرّض الدول لمخاطر جسيمة فيما يتعلق بالصحة العامة وأدى إلى خسارة المكاسب الصحية التي تحقَّقت على مدار سنوات من العمل الشاق. وفي هذا السياق، وافقت الدول الأعضاء في خطة التنمية المستدامة لعام 2030 على "تلبية الاحتياجات الخاصة للأشخاص الذين يعيشون في المناطق المتضررة من حالات الطوارئ الإنسانية المعقدة وفي المناطق المتضررة من الإرهاب".

وتتسبَّب حالات الطوارئ في إضعاف النُظُم الصحية الهشة في عدد من البلدان، فضلاً عن تأثيرها السلبي على صحة السكان في الإقليم. ونتيجةً لذلك، فإن عدداً متزايداً من الناس في حاجة إلى رعاية الإصابات الشديدة المنقذة للحياة وعلاج الأمراض السارية وغير السارية، واضطرابات الصحة النفسية، والرعاية الصحية للأمهات والأطفال، فضلاً عن ضرورة تلبية احتياجات الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة.

وقد كان لهذا الوضع أثره البالغ على الأمن الصحي في الإقليم – حيث يشكّل ارتفاع معدلات الإصابة بالأمراض المعدية المستجدة والتي تعاود الظهور تهديداً دائماً على الأمن الصحي الإقليمي، وهو ما له أيضاً أثرٌ كبير على الصحة والتنمية الاقتصادية في الإقليم. وشهد ما لا يقل عن 12 من بلدان الإقليم البالغ عددها 22 بلداً واحدةً أو أكثر من فاشيات الأمراض المعدية في العقد الماضي مع احتمال انتشارها دولياً، وشمل ذلك فاشيات فيروس كورونا المسبِّب لمتلازمة الشرق الأوسط التنفسية، والعدوى بإنفلونزا الطيور A(H5N1)، وحمى الضنك، والكوليرا، والقرم–الكونغو النزفية وغيرها.

وتُعدُّ حالات الطوارئ الإنسانية الجارية التي أسفرت عن نُظُم صحية هشة في العديد من البلدان أحد عوامل الخطر الرئيسية التي تسهم في ظهور عدد كبير من الأمراض الناشئة وفي الانتشار السريع لها، وهناك عوامل خطر أخرى منها زيادة حركة تنقل السكان (السفر والنزوح)، والنُظُم الإيكولوجية الهشة (المناطق الجافة والتصحُّر وندرة المياه)، والتحضر السريع، وتغيُّر المناخ، والفجوات المعرفية عن عوامل الخطر المرتبطة بانتقال العدوى المستجدَّة، وضعف وتفاوت أنظمة الترصد للكشف المبكر والاستجابة، وعدم كفاية الاستعداد القُطري، ومحدودية قدرات التشخيص المختبري، وزيادة مخالطة الإنسان للحيوانات.

وثَمَّة مرض معدٍ نقف على أعتاب الانتهاء من استئصاله، ألا وهو شلل الأطفال؛ فباستثناء أفغانستان وباكستان، فإن جميع بلدان الإقليم خالية من شلل الأطفال. وقد أحرزت أفغانستان وباكستان تقدماً هائلاً منذ عام 2014، صاحبه انخفاض في أعداد الحالات من 334 حالة في عام 2014 إلى 33 حالة في عام 2016. وتم الإبلاغ عن خمس حالات إصابة بشلل

[4] http://www.emro.who.int/eha/countries-in-crisis/index.html.

الأطفال في الربع الأول من عام 2017 حتى تاريخه (ثلاثة من أفغانستان واثنتان من باكستان)، مقارنةً باثني عشرة حالة مُبلغ عنها في نفس الفترة من عام 2016.

ولا تزال بلدان الإقليم متعثرة فيما يتعلق بتحقيق القدرات الأساسية المطلوبة بموجب اللوائح الصحية الدولية (2005) تحقيقاً كاملاً من أجل المنع الفعّال لأي تهديدات على الصحة العامة، واكتشاف تلك التهديدات والتصدي السريع لها قبل أن تتحول إلى طارئة دولية. وقد أُوفِدت بعثات التقييم المستقل بناء على طلب من الدول الأعضاء خلال عامَيْ 2014 و2015، في ضوء القرار ش م/ل إ 61/ق-2 (2014)، وكشفت تلك البعثات عن وجود عدد من الثغرات الحرجة في قدرة البلدان على ترصُّد التهديدات فيما يتعلق بوفادة عدوى فيروس الإيبولا إلى الإقليم والاستجابة لها، بما في ذلك في البلدان التي أعلنت استيفاءها لمتطلبات اللوائح الصحية الدولية بشأن الترصُّد والاستجابة بحلول الموعدين النهائيين الأول والثاني في عامَيْ 2012 و2014. وعلاوةً على ذلك، فقد كشفت التقييمات الخارجية المشتركة لحالة تنفيذ اللوائح الصحية الدولية في الدول الأعضاء، بالاستعانة بأداة التقييم المستقل الخارجي المشترك خلال عام 2016 والربع الأول من عام 2017، أيضاً مزيداً من الثغرات، بما في ذلك الثغرات في القدرات المتعلقة بسلامة الغذاء والأحداث الكيميائية والإشعاعية والنووية.

وقد ظهرت مقاومة مضادات الميكروبات باعتبارها تهديداً كبيراً للصحة العامة يقترن بتأثير خطير على الصحة في إقليمنا. وتشمل العوامل المحفزة لمقاومة مضادات الميكروبات غياب برامج الوقاية والمكافحة للحدِّ من حالات العدوى وانتقال الممرضات المقاوِمة، واستعمال مضادات الميكروبات على نحو غير مسؤول، إلى جانب إنتاج الأغذية والصحة الحيوانية. ومن هنا، برزت أهمية السيطرة على تفاقم مشكلة مقاومة مضادات الميكروبات كإحدى أولويات الإقليم.

ولا تزال الأمراض المعدية مسؤولةً عن قدر كبير من المراضة والوفيات في الإقليم؛ وبرغم التقدُّم المُحرَز في مرحلة سابقة، فقد أصابت الصراعات المتعددة التي نشبت في الإقليم النُظُم الصحية والخدمات البيئية وغيرها من مرافق البنية التحتية في عدد من البلدان بالضعف والوهن، بالإضافة إلى تشريد عدد كبير من السكان، ما أدى بدوره إلى معاودة ظهور أمراض سارية كنا نعتقد لفترة طويلة أنها تحت السيطرة. ولا يخفى أن مكافحة تلك الأمراض أمر بالغ الأهمية لتحقيق أهداف التنمية المستدامة بحلول عام 2030.

وبرغم احتفاظ الإقليم بمعدلات تغطية مرتفعة بالتمنيع الروتيني، انخفضت التغطية بالجرعة الثالثة من لقاح الدفتريا والتيتانوس والسعال إلى 80% في عام 2016 بعد أن سجلت 86% في عام 2011. وعلاوة على ذلك، فإن مكافحة فاشيات الحصبة لم تزل على قائمة أولويات الإقليم، وكذلك تغطية الأطفال الذين لم يتلقوا اللقاحات كاملة. ويبلغ عدد الأطفال دون السنة الواحدة الذين لم يتلقوا التطعيم 3.8 مليون طفل، يعيش أكثر من 95% منهم في بلدان متأثرة بالصراعات.

ويتوطن بلدان الإقليم عددٌ كبيرٌ من الأمراض التي تنقلها الحشرات مثل الملاريا، والبلهارسيا، وداء الليشمانيات، وداء الخيطيات اللمفاوية، وحمى الضنك، والشيكونغونيا، وحمى القرم-الكونغو، أو أنها معرَّضة لحدوث إصابات بتلك الأمراض فيها. وتركَّز 80% من حالات الإصابة بالملاريا عام 2015 في بلدين، هما: السودان وباكستان. ولا يزال السل مشكلةً خطيرةً من مشاكل الصحة العامة في الإقليم في ظل إخطار السلطات الصحية بـ 64% فقط من الحالات في عام 2015، ولم تشمل التغطية بخدمات تشخيص الحالات المقاوِمة وعلاجها سوى 21% من العدد المقدّر للحالات. وعلى الرغم من انخفاض معدّل انتشار فيروس نقص المناعة البشرية في الإقليم (0.1%) مقارنةً بأقاليم منظمة الصحة العالمية الأخرى، فإن معدل الإصابة في تزايد ولا يزال الوصول إلى العلاج المضاد للفيروسات المنقذة للحياة منخفضاً جداً (14%)، وبعيداً عن المعدلات المستهدفة عالمياً. أما بالنسبة لمعدل انتشار التهاب الكبد الفيروسي C، فيبلغ 2.3%، وهو المعدّل الأعلى بين جميع أقاليم المنظمة (يوجد بحسب التقديرات نحو 15.1 مليون شخص يعانون عدوى مزمنة بالتهاب الكبد الفيروسي C، ويوجد 80% من هؤلاء الأشخاص في مصر وباكستان). ويُعَدُّ التوافر الحالي للأدوية المضادة للفيروسات ذات المفعول المباشر بمثابة فرصة سانحة لإنقاذ حياة المصابين وعلاج التهاب الكبد C ومكافحته في الإقليم.

ولم تزل العلاقة قائمة بين الأمراض غير السارية وارتفاع العبء الصحي والتنموي، إذ تظل هي السبب الرئيسي للوفاة والإصابات المزمنة في الإقليم، في ظل حدوث 2.2 مليون وفاة سنوياً مرتبطة بتلك الأمراض، ومن المتوقع لهذا الرقم أن يتجاوز 3.8 مليون وفاة بحلول عام 2030.

وفي عام 2012، ومقارنةً بالأقاليم الأخرى للمنظمة، امتلك إقليم شرق المتوسط ثاني أعلى متوسط لمعدّل انتشار التدخين بين الرجال (40% تقريباً). ووفقاً للتوقعات الحالية، سيرتفع معدل انتشار تعاطي التبغ بين عامَيْ 2010 و2025 (ارتفاعاً بنسبة تزيد على 4%)، متجاوزاً المعدّل المتوقّع للإقليم الأفريقي للمنظمة (ارتفاعاً بنسبة 2% تقريباً)، بينما يُتوقَّع انخفاض معدّل الانتشار في جميع الأقاليم الأخرى للمنظمة بحلول عام 2025. كما يُعدُّ تدخين النرجيلة اتجاهاً منذراً بالخطر ومتصاعداً ليس في الإقليم وحسب بل وفي العالم بأسره؛ إذ يتراوح انتشار استخدام النرجيلة بين طلاب المدارس في الفئة العمرية بين 13 و15سنةً في الإقليم من 1.5% في بعض البلدان إلى ما يقرب من 35% في بلدان أخرى. والأمر الأخطر هو أن الإقليم يتصدر سائر الأقاليم في استهلاك النرجيلة بين فئة الشباب.

ويعاني الإقليم أيضاً من عبء مزدوج لسوء التغذية؛ ففي عام 2015، كان نقص التغذية سبباً أساسياً في حدوث 45% من وفيات الأطفال دون سن الخامسة، في حين ساهم قصر قامة الأم وفقر الدم الناتج عن عوز الحديد في 20% من وفيات الأمهات. وعلاوةً على ذلك، فأكثر من 45% من الأطفال دون سن الخامسة في البلدان المنخفضة الدخل في الإقليم يعانون من التقزُّم، ما يؤثر على نموهم وقدرتهم على المساهمة في المجتمع.

ومن ناحية أخرى، فلم يزل عبء فرط الوزن والسِّمنة والأمراض المزمنة ذات الصلة بالنظام الغذائي في تزايد بسبب التحول الغذائي في العديد من البلدان، ولا سيّما في البلدان المرتفعة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل. وأشارت التقديرات إلى أن معدل الانتشار الموحَّد لفرط الوزن حسب السن بين البالغين قد بلغ 46.8% في الإقليم، مع ارتفاع معدل الانتشار بين النساء (50.1%) مقارنةً بالرجال (43.8%). وبالإضافة إلى ذلك، فإن متوسط تقديرات معدل انتشار السمنة في الإقليم يبلغ 19.0%، مع ارتفاع معدل الانتشار بين النساء (23.6%) مقارنةً بالرجال (14.6%). وبالتالي، فإن أكثر من 60% من السكان البالغين في الإقليم مصابون إما بفرط الوزن وإما بالسمنة.

ويمتلك 40% تقريباً من البلدان مبادئ توجيهية أو بروتوكولات أو معايير وطنية معترف بها أو معتمدة من الحكومة ومسنَدة بالبيِّنات للتدبير العلاجي للأمراض القلبية الوعائية، والسرطان، والسكّري، وأمراض الجهاز التنفسي المزمنة. وأدرج 60% تقريباً (وتحديداً 59.1%) من البلدان الكشف عن عوامل الخطر والتدبير العلاجي للأمراض في نظمها الوطنية للرعاية الصحية الأولية، كما أدرج أقل من نصف البلدان (45.4%) في الإقليم أهم الأدوية والتكنولوجيات الأساسية للأمراض غير السارية ضمن القوائم الوطنية للأدوية الأساسية، والتي عادةً ما تكون متوفرة في القطاع الصحي العام، بما يتماشَى مع توصيات منظمة الصحة العالمية.

وتمتلك بلدان شمال أفريقيا والشرق الأوسط العبء الأكبر للأمراض الناجمة عن الاضطرابات النفسية والعصبية والإدمانية، ويرجع ذلك في المقام الأول إلى ارتفاع معدلات الاكتئاب الشديد والقلق التي تُعزى إلى حالات الطوارئ الإنسانية التي يمر بها الإقليم. وقد أوضح التحليل التلوي الذي أُجري ضمن أكثر المسوحات الوبائية مصداقية على الفئات السكانية المتضرِّرة من النزاعات أن متوسط معدل الانتشار يبلغ 15.4% بالنسبة لاضطرابات التوتر التالي للصدمات، بينما يبلغ 17.3% بالنسبة لحالات الاكتئاب. وهذه المعدّلات أعلى بكثير من المتوسط البالغ 7.6% (لأي اضطراب مرتبط بالقلق، بما في ذلك اضطرابات التوتر التالي للصدمات)، ومن المتوسط البالغ 5.3% (لأي اضطراب مزاجي، بما في ذلك اضطراب الاكتئاب الشديد).

وتُسهم المخاطر البيئية، بما في ذلك تلوث الهواء، في نحو 000 854 وفاة مبكرة سنوياً في الإقليم، ويُعزى ثلاثة أرباع هذا العدد إلى الأمراض غير السارية والإصابات.

ولم تزل الإصابات الناجمة عن التصادمات المرورية على الطرق تشكّل مصدر قلق بالغاً في الإقليم على الرغم من انخفاض معدل الوفيات الناجمة عن تلك التصادمات في الإقليم من 21.3 إلى 19.9 لكل 000 100 نسمة بين عامي 2010 و2013. ويظل هذا المعدّل أعلى من المعدَّل العالمي، ما يجعل الإقليم في المرتبة الثانية بعد الإقليم الأفريقي من حيث أعلى معدّلات الوفاة بين سائر أقاليم المنظمة. ويقع نحو ثلثي الوفيات الناجمة عن التصادمات المرورية على الطرق ضمن الفئات العمرية الأصغر سناً والأنشط اقتصادياً (15 - 59 سنة)، ويمثل الذكور غالبية تلك الوفيات. ومن الواضح أن الإصابات الناجمة عن التصادمات المرورية على الطرق تشكل مصدر قلق بالغاً بالنسبة لجميع بلدان الإقليم، بصرف النظر عن مستوى الدخل فيها.

وعلى الرغم من إحراز بعض التقدم خلال حقبة الأهداف الإنمائية للألفية، فإن إقليم شرق المتوسط يحل ثانياً بين سائر أقاليم المنظمة من حيث أعلى معدلات وفيات الأمهات وحديثي الولادة والأطفال. فقد انخفضت نسبة وفيات الأمهات من 362 إلى 166 وفاة لكل 100 ألف ولادة حية بين عامي 1990 و2015، بانخفاض قدره 54%. وحققت ثلاثة بلدان فقط[5] الهدف الخامس من الأهداف الإنمائية للألفية. ويمكن، في جميع بلدان الإقليم، تجنب الأسباب الرئيسية لوفيات الأمهات، ومنها النزيف (32.9%)، والإنتان (9.1%)، وارتفاع ضغط الدم أثناء الحمل (8.4%).[6]

وبين عامَيْ 1990 و2015، انخفض معدّل وفيات الأطفال دون سن الخامسة (الهدف الإنمائي الرابع للألفية) بنسبة 48% في الإقليم (من 100 وفاة لكل 1000 ولادة حية إلى 52 وفاة لكل 1000 ولادة حية)[7]. وقد انخفض معدّل وفيات حديثي الولادة بمقدار 37% فقط في الإقليم بين عامي 1990 و2015. وفي عام 2015، بلغ معدّل وفيات حديثي الولادة نحو 51% من وفيات الأطفال دون سن الخامسة في الإقليم، ما أدَّى إلى وفاة 000 454 مولود. ويمتلك ثمان من الدول الأعضاء معدلات لوفيات الأطفال دون سن الخامسة أعلى من الغاية العالمية لأهداف التنمية المستدامة لعام 2030 (خفض وفيات الأطفال دون سن الخامسة على الأقل إلى 25 حالة وفاة لكل 1000 مولود حي)، بينما يمتلك تسع دول أعضاء معدلات لوفيات حديثي الولادة أعلى من الغاية العالمية لأهداف التنمية المستدامة لعام 2030 (خفض وفيات المواليد على الأقل إلى 12 حالة وفاة لكل 1000 مولود حي). ويلقى نحو 000 210 طفل دون سن الخامسة حتفه سنوياً بسبب التعرض لعوامل الخطر البيئية.

وهناك تباين واضح في الأرقام المسجَّلة والإنجازات المحقَّقة في مجال الصحة الإنجابية، وصحة الأمهات، وحديثي الولادة، والأطفال، والمراهقين فيما بين الدول الأعضاء في الإقليم وداخل كل منها، في ظل وجود 90% من وفيات الأمهات والأطفال دون سن الخامسة في تسعة بلدان فقط.[8]

ويشكِّل المراهقون نحو خُمس سكان الإقليم (125 مليون نسمة)، مع تراوح معدل وفيات المراهقين في البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل حول 115 حالة وفاة لكل 000 100 شخص. وعلى الصعيد العالمي، يمتلك الإقليم ثاني أعلى المعدلات عالمياً بعد الإقليم الأفريقي للمنظمة. وأهم خمسة أسباب للوفيات بين المراهقين هي: العنف الجماعي، والتدخلات القانونية، والإصابات الناجمة عن التصادمات المرورية على الطرق، والغرق، وعدوى الجهاز التنفسي السفلي، والعنف بين الأشخاص. بينما تتمثل أهم خمسة أسباب رئيسية لسنوات العمر المُصحّحة باحتساب مدَد العجز[9] المفقودة للمراهقين في العنف الجماعي والتدخل القانوني، وفقر الدم الناجم عن عوز الحديد، والإصابات الناجمة عن التصادمات المرورية على الطرق، واضطرابات الاكتئاب، والاضطرابات السلوكية في مرحلة الطفولة.[10] في حين أن الحروب أو الصراعات مسؤولة عن

---

[5] جمهورية إيران الإسلامية، وليبيا، ولبنان.

[6] Say L. et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. Lancet Glob Health 2014;2:e323-e333

[7] Levels and trends in child mortality 2015, http://www.childmortality.org/files_v20/download/IGME%20Report%202015_9_3%20LR%20Web.pdf.

[8] أفغانستان وجيبوتي ومصر والعراق والمغرب وباكستان والصومال والسودان واليمن.

[9] مجموع سنوات الحياة المحتمل فقدها بسبب الوفاة المبكرة وسنوات الحياة المنتجة المفقودة بسبب الإعاقة. (http://www.who.int/mental_health/management/depression/daly/en/).

[10] WHO. Global health estimates 2015: deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000–2015 Geneva; 2016 (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html).

وفاة واحدة من بين كل خمس وفيات تحدث بين المراهقين الذكور في البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل في إقليم شرق المتوسط. كما أن وفيات الأمهات من المراهقات لا تزال سبباً جوهرياً للوفيات في هذه الفئة العمرية في الإقليم.

ويعتمد التصدي الجيد للتحديات على توافر نظام صحي حسن الأداء. ومع ذلك، فإن النُظُم الصحية في بلدان الإقليم تعكس بوضوح التنوع الإقليمي الذي يتوافق عادةً مع مستوى دخل الدول الأعضاء. وتتسم البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل بما يلي: عدم الإنصاف في الصحة، وانخفاض التمويل العام للصحة، وارتفاع النفقات المباشرة من جيوب المرضى، وارتفاع النفقات الكارثية والمفقرة، وضعف الحَوْكَمة والإشراف من جانب وزارات الصحة، والتحديات التي تكتنف أعداد القوى العاملة الصحية وجودتها، وضعف نُظُم المعلومات الصحية وتفتُّتها، وتنامي القطاع الصحي الخاص وعدم خضوع معظمه للتنظيم، وضعف تنظيم المنتجات والخدمات والمؤسسات التعليمية الصحية. وفي البلدان المتوسطة الدخل والمرتفعة الدخل، يكمن التحدي في توسيع نطاق الحماية المالية ليشمل جميع السكان، بما في ذلك السكان المغتربون والمشردون واللاجئون. وهناك تحديات أخرى منها الاستعمال غير الفعّال للموارد الصحية الشحيحة، وتدني جودة الخدمات، وعدم كفاية الرعاية الوقائية، والحاجة إلى تعزيز حَوْكَمة النُظُم الصحية.

وثمَّة تحدٍّ خاص متعلق بالنُظُم الصحية، وهو التعقيدات التي تكتنف الحفاظ على عمل النُظُم الصحية في حالات الطوارئ. ولما كان أكثر من نصف بلدان الإقليم تشهد شكلاً من أشكال الطوارئ، ينبغي أن تكون النُظُم الصحية قادرة على التكيف حتى يمكِّنها الاستجابة للاحتياجات الصحية والإنسانية المتزايدة.

وبرغم تأييد معظم بلدان الإقليم لرؤية التغطية الصحية الشاملة، ثمَّة تباين كبير في تقديم الخدمات بين البلدان؛ فلا يزال الحصول على خدمات الرعاية الصحية تحدياً رئيسياً. ويرتبط الإنصاف في الصحة ارتباطاً وثيقاً بالمساواة الاجتماعية والاقتصادية والتكافؤ البيئي. ولا يزال طب الأسرة مفهوماً جديداً لكثير من وزارات الصحة في الإقليم، ولا يتوفر له الدعم السياسي الذي يكفي لتعزيز التدخُّلات الضرورية في هذا المجال. ولم يتسن للعديد من البلدان إنشاء نُظُم صحية متكاملة تؤدي وظائفها بشكل جيد على مستوى المناطق، في حين أن تقديم الخدمات في البلدان المتأثرة بالطوارئ يعاني من التفتت، ويعتمد في معظمه على الفِرَق المتنقلة المستقلة والعاملين الصحيين المجتمعيين. وتتفاقم مشكلة التفتت في العديد من البلدان بفعل نماذج الرعاية السائدة القائمة على المستشفى والمرض الواحد و"الصوامع" المكتفية ذاتياً. وتشكِّل عوامل سلامة المرضى والجودة واعتماد الخدمات الصحية تحديات خطيرة في جميع البلدان، إذ يصل معدل انتشار الأحداث الضارة بين المرضى الداخليين إلى 18% في بعض البلدان.

ولا تزال هناك ثغرات كبرى في القوى العاملة الصحية في الإقليم؛ فمستويات تخريج العاملين الصحيّين وتوافرهم لم تزل دون المستوى وتفتقر إلى التوازن. ويُعدّ التوزيع الجغرافي غير المنصف تحدياً آخر بالغ الأهمية لابد من أن يلقَى مزيداً من الاهتمام في معظم البلدان. وهناك أيضاً مخاوف فيما يتعلق بجودة العاملين الصحيين ومدى ملاءمتهم وأدائهم. كما أن نقص المعلومات الموثوقة والمحدّثة عن القوى العاملة الصحية يعرقل عملية وضع الخطط الاستراتيجية للقوى العاملة الصحية وتنفيذها. ويساور البلدان التي تواجه أزمات طال أمدها القلق إزاء تأثير استمرار نقص تلك المعلومات، وعلى نحو متزايد، إزاء سلامة العاملين الصحيين وأمنهم، حيث أُبلِغ عن سقوط 2520 عاملاً صحياً حول العالم ما بين قتيل ومصاب في عامي 2014 و2015، وكان 86% منهم في إقليم شرق المتوسط.

ويمتلك الإقليم مستوىً متدنياً للاستثمار في مجال الصحة، إذ بلغ إجمالي الإنفاق على الرعاية الصحية 153 مليار دولار أمريكي عام 2014 على سكان تجاوز عددهم 620 مليون نسمة، أي بنسبة تقترب بالكاد من 2% من الإنفاق الصحي العالمي على 9% تقريباً من سكان العالم – مع وجود تباين هائل بين البلدان وداخل كل منها. ويواجه نحو 16.5 مليون شخص صعوبات مالية ويسقط نحو 7.5 مليون شخص في براثن الفقر كل عام في الإقليم بسبب الزيادة المفرطة في الإنفاق المباشر من جيوبهم.

وقد اعتمد ثلثا الدول الأعضاء تقريباً سياسات وطنية بشأن الأدوية والتكنولوجيات الصحية، إلا أن تنفيذها جاء مشوباً بالضعف. وتشير التقديرات أيضاً إلى إهدار ما بين 30 و50% من المنتجات الطبية بسبب الاستعمال غير الرشيد، على الرغم من وجود القوائم الأساسية وذات الأولوية. ويستورد الإقليم أكثر من 90% من احتياجاته من المنتجات الطبية. وتزيد أسعار الأدوية التي تحمل علامات تجارية في المتوسط بمقدار 2.9 مرة عن أسعار نظائرها الجنيسة. وعلى الرغم من وجود سلطات تنظيمية وطنية في أكثر من 90% من البلدان، فأداؤها يحتاج إلى التحسين. وتركِّز السلطات التنظيمية الوطنية في المقام الأول على تنظيم الأدوية، بينما لا تتولَّى التنظيم الجيد للمنتجات البيولوجية (اللقاحات، ومكونات الدم المتغيرة، والمنتجات الطبية المشتقة من البلازما، والغلوبولينات المناعية)، والأجهزة الطبية والتكنولوجيات السريرية (الإكلينيكية)، بما في ذلك المختبرات.

وفي مجال نُظُم المعلومات الصحية، أجرى المكتب الإقليمي تقييم سريع لقدرات الدول الأعضاء (شارك فيه 19 دولة) للإبلاغ عن المؤشرات الأساسية لرصد الوضع الصحي وأداء النُظُم الصحية،[11] وكشف عن أنه برغم بعض التحسُّن في الإبلاغ عن تلك المؤشرات منذ اعتمادها في عام 2014، فلا يبلغ أي بلد في الإقليم حالياً عن جميع المؤشرات البالغ عددها 68 مؤشراً في الوقت المناسب. وتراوح الإبلاغ عن المؤشرات الأساسية في عام 2016 ما بين 38 مؤشراً و58 مؤشراً على الأكثر. وفي حين شكّل ذلك تحسناً ملحوظاً مقارنةً بوقت بدء المبادرة، فإن الثغرات لا تزال كبيرة. وحتى في البلدان التي تمتلك بنية تحتية ملائمة، فإن نُظُم المعلومات بها تعاني من التفتت وتتّسم النُهُج الوطنية لتجميع البيانات والتحقق من صحتها بالضعف أو أنها لا توجد أساساً. ونتيجةً لذلك، فإن معظم البلدان لا تملك فرصاً للحصول على بيانات موثوق بها في الوقت المناسب التي تمكّنها من مواجهة كل التحديات المرتبطة بالصحة العامة، على الرغم من زيادة الاستثمارات في هذا المجال.

ويزداد الأمر تفاقماً بسبب القيود الموجودة في النُظُم الوطنية لتسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية. وقد كشفت التقييمات السريعة والشاملة التي أجريت في الإقليم في الفترة من عام 2013 إلى عام 2016 أن ستة بلدان فقط لديها نُظُم مُرضيّة لإعداد قدرٍ كافٍ من البيانات الجيدة، وثمانية بلدان لديها نُظُم ضعيفة أو غير عاملة لتسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية. وحتى في تلك البلدان التي لديها نُظُم ملائمة، فإن المشاكل الكامنة في نُظُم المعلومات الصحية تتمثل في أغلب الأحيان في عدم تسجيل أسباب الوفاة أو تحليلها بشكل ملائم أو دقيق. ومن بين الدول التي تبلغ عن أسباب الوفاة، فإن 20–48% من أسباب الوفاة يتم ترميزها بشكل خاطئ. وسوف تزداد تلك القيود في حقبة أهداف التنمية المستدامة، التي سوف تعتمد المتابعة الفعّالة للعديد من الغايات فيها (13 مؤشراً) على التقييم الدقيق لهذه الأسباب.

وفيما يخص حضورالمنظمة في البلدان، فالمنظمة لها حضور مادي في بلدان الإقليم من خلال 18 مكتباً قطرياً يعمل بها موظفون متخصصون. ويتفاوت هذا الحضور من بلد إلى آخر وفقاً لعدة عوامل تشمل حجم البلد وسياقه ومدى توافر الموارد به. أما البلدان الأربعة المتبقية فليس للمنظمة حضور مادي بها من خلال مكاتب قطرية، ولكن تدعمها من خلال مكاتب للتنسيق القطري. وعلى المستوى القطري، تُعتبر استراتيجية التعاون القطري أحد الجوانب الرئيسية لعمل المنظمة، إلا أن هناك ستة بلدان فقط تمتلك حالياً استراتيجية تعاون قُطري سارية أو تم الانتهاء منها مؤخراً أو على وشك الانتهاء منها. وقد بدأت أربعة بلدان في إعداد الاستراتيجية، ولا تزال البلدان المتضررة من حالات الطوارئ بحاجة إلى التوجيه بشأن إعداد استراتيجية متوسطة الأجل «أقصر أمداً» تغطي الاحتياجات الإنسانية.

[11] تغطي المجالات الرئيسية، وهي: مصادر البيانات المتاحة، وتواتر جمع البيانات، وتحليل البيانات، والموارد المتاحة، واتباع المعايير المناسبة لجمع البيانات ومعالجتها وتحليلها.

3. التحديات الإقليمية

لا يزال هناك عدد من التحديات العامة القائمة والتي تقف حائلاً دون إحراز تقدُّم في المجالات التي تم تحديدها كأولويات لعمل المنظمة في الإقليم فيما يتعلق بالصحة العامة، والتي قد تستمر خلال السنوات الخمسة المقبلة. وهذه التحديات الشاملة إما أن تنبع من داخل الإقليم أو تأتي من خارجه أو تكون مرتبطة بمجالات بعينها.

وتشمل التحديات الداخلية التي تواجه منظمة الصحة العالمية ما يأتي:

- ندرة الموارد المالية وصعوبة التنبؤ بمدى توافرها وإمكانية تعبئتها، ما قد يعيق تنفيذ مختلف الأنشطة على المستويَيْن الإقليمي والقُطري؛
- صعوبات في توظيف واستبقاء الموظفين الموهوبين الذين يتمتعون بالخبرة في عدد من المجالات التقنية، سواء على مستوى المكتب الإقليمي أو المكاتب القُطرية؛
- ضعف التنسيق وقلة التعاون مع الشركاء وأصحاب المصلحة والقطاعات المختلفة من خارج قطاع الصحة؛
- ضعف التنسيق فيما بين البرامج على المستويَيْن الإقليمي والقُطري.

أما التحديات الخارجية، فتتضمَّن:

- عدم كفاية الالتزام السياسي إزاء بعض المجالات، وإن وُجد، فإنه لا يُترجم دوماً إلى إجراءات ملموسة من حيث تخصيص الموارد (البشرية والمالية)؛
- عدم كفاية القدرات والموارد في مجال الصحة العامة بالقدر الذي يمكن معه استدامة البرامج على المستوى الوطني؛
- الاضطرابات السياسية والأزمات الممتدة وحالات الطوارئ الإنسانية التي تقوِّض نُظُم الصحة الوطنية وتعيق تقدّم البرامج القائمة؛
- محدودية توافر بيانات موثوقة ويمكن الحصول عليها في الوقت المناسب بشأن بعض المسائل المتعلقة بالصحة العامة؛
- محدودية التنسيق داخل القطاعات الأخرى بخلاف قطاع الصحة وفيما بينها؛
- ضعف عمليات الإدارة على كافة مستويات خدمات الرعاية الصحية في معظم البلدان، الأمر الذي يمثل أحد الأسباب الجذرية لكثير من أوجه القصور التي تعاني منها النُظُم الصحية الوطنية؛
- النمو السكاني الخارج عن السيطرة، ما يتسبَّب في فجوة دائمة في الوفاء بالاحتياجات الصحية وفي إنهاك جهود التنمية بشكل عام؛
- اتساع الفجوة في إتاحة خدمات الرعاية الصحية والتغطية بها؛
- تزايد عدد اللاجئين والمهاجرين والسكان النازحين، ما يشكل عبئاً إضافياً على موارد المنظمة المحدودة بالفعل.

وبالإضافة إلى التحديات العامة المذكورة آنفاً، توجد بعض التحديات المرتبطة بمجالات محددة وذات أولوية، وفيما يلي عرض موجز لها.

ففي مجال حالات الطوارئ والأمن الصحي، ظل كل من نقص التمويل وضعف القدرة التقنية على المستوى القُطري يعيقان إلى حدٍّ كبير بناء القدرات من أجل إدارة المخاطر في حالات الطوارئ والتصدي لها. وعلاوةً على ذلك، فإن تحويل الأموال المتاحة أحياناً إلى جهود الاستجابة الإنسانية يهدد غالباً تنفيذ إجراءات التأهُّب على أرض الواقع. ولا تزال قدرة المنظمة على الاستجابة للاحتياجات المنقذة للحياة تواجه تحديات فيما يتعلق بالهجمات على مرافق الرعاية الصحية والقوى العاملة الصحية في الإقليم، وغياب تأهُّب النُظُم الصحية بطريقة منهجية مثلى، واستمرار انعدام الأمن، وتعذُّر وصول العاملين في مجال الخدمات الإنسانية إلى المحتاجين إلى مساعدات.

وهناك جهود مبذولة لمكافحة الأمراض الوبائية بما فيها الأمراض المستجدة والتي تعاود الظهور والقضاء عليها، غير أن تلك الجهود تقوّضها مظاهر الضعف والتفتت في نُظُم ترصُّد الأمراض وضعف قدرات الكشف عن التهديدات في البلدان، وهو الأمر الذي يتطلب بدوره تحولاً في النهج المتبع لزيادة الالتزام السياسي ومشاركة كل الأطراف المعنية من أجل التصدي للتهديدات التي يواجهها الأمن الصحي على نحو متكامل ومتّسق ومنسَّق مع تبنِّي أهداف وغايات مُحددة بإطار زمني، وذلك من خلال وضع خطط عمل وطنية للأمن الصحي تستند إلى حصائل التقييم الخارجي المشترك للقدرات المطلوبة بموجب اللوائح الصحية الدولية.

وبالنسبة للتحديات التي تقف حائلاً دون استئصال مرض شلل الأطفال، فهي تتمثل في: الحفاظ على نوعية الأنشطة والالتزام السياسي والمجتمعي، وتحسين إمكانية الوصول إلى عدد كبير من الأطفال في البلدين المتوطن فيهما المرض والبلدان الستة المُعرضة لخطر توطّنه فيها، والوفاء بالمتطلبات اللازمة من الموارد ، والحفاظ على محاور التركيز لدى المنظمة.

وفي مجال الأمراض السارية، تشتمل التحديات على ضعف البنية التحتية للترصُّد والفحوص المختبرية التي تشكّل عائقاً أمام جهود الوقاية من الأمراض ومكافحتها، والاعتماد على الموارد الخارجية التي يصعب التنبؤ بها لتمويل البرامج الوطنية لمكافحة الأمراض السارية، وضعف الالتزام السياسي على المستوي الوطني.

أما بالنسبة للأمراض غير السارية، فتتضمَّن التحديات عدم كفاية الالتزام السياسي وقدرة البلدان على إعداد خطط مكافحة الأمراض غير السارية على مستوى القطاعات المتعددة، وعلى منح الأولوية للتدخلات الاستراتيجية الأساسية. ولا يزال من الضروري التصدي لعوامل الخطر وتنفيذ اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ تنفيذاً كاملاً. وهناك عجز في النُظُم القوية المتكاملة لترصُّد الأمراض غير السارية القادرة على استخلاص البيانات الوطنية اللازمة لإعداد السياسات والتخطيط، كما أن التركيز على المستوى الوطني مُنصب على الخدمات العلاجية، وليس على الخدمات الوقائية والكشف المبكر عن الأمراض، علاوةً على أن الرصد البيئي غير مرتبط بنظم الترصد الصحية. وتتمثل التحديات في سد الفجوات العلاجية في مجالي الصحة النفسية وإساءة استعمال الدواء في المقام الأول في شُحّ الموارد البشرية والمالية، وأوجُه عدم المساواة في توزيعها وعدم الكفاءة في استخدامها، فضلاً عن الوصم المرتبط بالاضطرابات النفسية والتي قد تعيق حصول الناس على ما يحتاجونه من خدمات.

وفي مجال صحة الأمهات وحديثي الولادة والأطفال والمراهقين، تشمل التحديات انخفاض التغطية بالخدمات الصحية للأمهات وحديثي الولادة والأطفال والمراهقين، وعدم استهداف الأسباب الأساسية وراء مراضة ووفيات الأمهات وحديثي الولادة والأطفال بصورة كافية، وضعف التنسيق والمواءمة مع أصحاب المصلحة المعنيين. كما توجد أيضاً بعض التحديات المتأصلة في المجتمعات والتي ترتبط بوضع المرأة في تلك المجتمعات والممارسات التقليدية وقدرة الأشخاص على الحصول على خدمات عالية الجودة والاستفادة منها. ويمكن مواجهة تلك التحديات من خلال تحسين المحددات الاجتماعية للصحة، وهو أمر تستطيع الدول الأعضاء الدعوة إليه ومناصرته بدعم من المنظمة.

وفي مجال تعزيز النُظُم الصحية، يُعتبر الحصول على خدمات الرعاية الصحية من التحديات الأساسية، ويتعاظم هذا التحدي بفعل ارتفاع النفقات المباشرة من جيوب المرضى على الصحة؛ وعدم التوازن في تخريج العاملين الصحيين وتوزيعهم وتوافرهم بشكل عام؛ وضعف أداء السلطات التنظيمية الوطنية والاعتماد على المنتجات الطبية المستوردة، وتفتت نُظُم المعلومات الصحية مع وجود ثغرات كبرى في التبليغ بشأن المؤشرات الأساسية (خاصةً الوفيات التي تُعزَى لأسباب محددة) ما يعيق استخدام المعلومات الصحية في إعداد السياسات والتخطيط. كما تتسبَّب حالات الطوارئ والصراعات وعمليات النزوح في هشاشة النُظُم الصحية وضعفها في بعض البلدان. وينبغي مواءمة النُظُم الصحية للتصدي للاحتياجات الصحية الأكثر إلحاحاً في تلك البلدان المتأثرة بالطوارئ.

4. التوجُّهات الاستراتيجية 2017–2021

سوف يعتمد المكتب الإقليمي التوجُّهات الاستراتيجية الآتي بيانها لتوجيه عمل المنظمة في كل مجال من المجالات ذات الأولوية للسنوات الخمس المقبلة، وذلك في إطار السعي إلى التغلب على التحديات التي يواجهها الإقليم. وسيعمل المكتب الإقليمي والمكاتب القطرية على حشد الجهود وتوجيهها بصورة جماعية بهدف التصدي لتلك الأولويات. وسيعمل جميع الأفراد والبرامج والإدارات والمكاتب في إطار من التنسيق الوثيق على إظهار روح المسؤولية الجماعية، واتباع نفس التوجهات والإرشادات الاستراتيجية، والسعي إلى تحقيق نفس الأهداف.

الطوارئ والأمن الصحي

1. ستدعم المنظمة بناء قدرات القطاعات الصحية في الدول الأعضاء المتضررة من حالات الطوارئ الصحية المصنَّفة من جانب المنظمة والممتدة من أجل التصدي لحالات الطوارئ الصحية فيما يتعلق بجميع المخاطر، وذلك بتوسيع نطاق الاستجابة وتدابير التعافي المبكر من حالات الطوارئ من خلال اعتماد نهج متعدد القطاعات عن طريق:

- دعم الدول الأعضاء لإنشاء نُظُم لإدارة الأحداث الصحية في حالات الطوارئ وإضفاء الطابع المؤسسي عليها، والتأكد من ربطها بشبكة مراكز عمليات الطوارئ، ودعم إنشاء هذه المراكز أينما تمس الحاجة إليها؛
- وتوسيع نطاق تدخلات الصحة العامة المسندة بالبيّنات وحِزم الخدمات الصحية الأساسية، وتنفيذ نموذج الأعمال القُطري في الدرجة الثالثة والبلدان المعرّضة لمخاطر شديدة من جرّاء التعرُّض لحالات طوارئ ممتدة؛
- وضمان تلقّي الدول الأعضاء المتضررة الإمدادات والخدمات اللوجستية الأساسية خلال 72 ساعة من خلال مواصلة تطوير وتوسيع نطاق الخدمات اللوجستية الصحية للمنظمة وقدرات سلسلة الإمداد لديها وما يتعلق بذلك من إجراءات تمكينية، وتحديث مركز الإمدادات اللوجستية في دبي وتعزيزه بما يجعله قادراً على الاستجابة لكل الاحتياجات الإقليمية في حالات الطوارئ؛
- وتعزيز القيادة والشراكات من أجل عمل جماعي منسّق ويمكن التنبؤ به عبر ضمان إيجاد تنسيق مع المجموعة الصحية و/أو دعم هذا التنسيق في كل البلدان التي تشهد حالات طوارئ مصنفة.

2. ستعمل المنظمة على تحسين الوقاية من الأمراض المستجدة والتي تعاود الظهور والأمراض التي يمكن أن تتحول إلى أوبئة ومكافحتها، بُغْيَة النهوض بجهود الوقاية والاحتواء والمكافحة التي تستهدف أمراضاً يسهل القضاء عليها والوقاية منها ومكافحتها، وذلك عن طريق:

- تزويد الدول الأعضاء بإرشادات مسنَدة بالبيِّنات، ومعارف الخبراء، وأفضل الممارسات للقضاء على مخاطر الأمراض الوبائية ومكافحتها؛
- وتعزيز قدرة الدول الأعضاء على توقع المخاطر المرتبطة بأي أحداث صحية محتملة والكشف المبكر عنها وتقييمها؛
- ودعم الدول الأعضاء في حشد استجابة مبكرة وسريعة لأي فاشية محتملة؛
- والاستمرار في دعم الدول الأعضاء «المعرَّضة لمخاطر شديدة» من أجل وضع خطط شاملة ومتكاملة للتأهُّب والاستجابة للأمراض الوبائية، استناداً إلى تقييم شامل للمخاطر وتحديد المناطق الساخنة، ومن أجل وضع إطار مناسب لنظام ترصُّد الأمراض في وقتها الحقيقي للكشف المبكر عن الأمراض المستجدة والأمراض التي يمكن أن تتحول إلى أوبئة باستخدام نهج مبتكر.

3. ستواصل المنظمة دعم البلدان لاستيفاء التزاماتها بموجب اللوائح الصحية الدولية، ولتشكيل قدراتها المرتبطة بتلك اللوائح والحفاظ عليها من أجل التأهُّب لأي من أحداث الصحة العامة وترصُّدها والاستجابة لها، من خلال:

- دعم الدول الأعضاء، بما في ذلك البلدان المتضررة من حالات الطوارئ لتقييم قدراتها باستمرار باستخدام مكونات إطار اللوائح الصحية الدولية الأربعة للرصد والتقييم، ووضع خطط عمل وطنية للأمن الصحي بمشاركة كل أصحاب المصلحة المعنيين، وبالاتساق مع كل الخطط القائمة ذات الصلة؛
- ومواصلة دعم الدول الأعضاء لتحسين قدرة مراكز الاتصال الوطنية المعنية باللوائح الصحية الدولية من خلال تزويدها بالمعارف الضرورية والتدريب؛
- ودعم الدول الأعضاء في تعبئة الموارد لتنفيذ خطط أعمالها من خلال توجيه عملية تحديد الشركاء المحليين؛ وتحديد مجالات التنسيق والحوار مع الشركاء العالميين والإقليميين وتعزيزها؛ ووضع آلية لتيسير الدعم فيما بين البلدان.

4. ستدعم المنظمة الدول الأعضاء في وقف دوران فيروس شلل الأطفال في الإقليم بصورة تامة، وفي الإشهاد على استئصال مرض شلل الأطفال، وذلك من خلال:

- دعم باكستان وأفغانستان في قيام كل منهما بتنفيذ خطة العمل الوطنية للطوارئ لاستئصال شلل الأطفال تنفيذاً كاملاً؛
- وحماية البلدان والمناطق المعرَّضة للخطر من خلال تنفيذ أنشطة تمنيع عالية الجودة، ودعم استمرار ما يتّسم به نظام ترصُّد الشلل الرخو الحاد من حساسية عالية، بمساندة المختبرات المعنية بشلل الأطفال؛
- وضمان وجود خطط محدّثة للاستجابة لفاشية شلل الأطفال في جميع البلدان وقيامها باختبار تلك الخطط ميدانياً عن طريق إجراء تمرينات المحاكاة؛
- والقيام عن كثب برصد تنفيذ خطة العمل العالمية لاحتواء فيروس شلل الأطفال، وتقديم الدعم التقني في حينه إلى الدول الأعضاء؛
- ودعم البلدان ذات الأولوية في إعداد خطة المرحلة الانتقالية الخاصة بها وفقاً للوقت المحدد؛
- وتحسين جودة عمليات توثيق الإشهاد والتحقق من صحة البيانات المُبلّغة من خلال عمليات تقييم ميداني؛
- والإسهام في إعداد وتنفيذ الاستراتيجية العالمية لمرحلة ما بعد الإشهاد.

الأمراض السارية

1. ستعمل المنظمة مع الدول الأعضاء على تعزيز قدراتها للوقاية من الأمراض السارية وتشخيصها وعلاجها على نحو أفضل، وذلك من خلال دعم جهود هذه الدول فيما يلي:

- تحسين التغطية بالتمنيع باللقاح الثلاثي المضاد للدفتيريا والسعال الديكي والتيتانوس، والقضاء على الحصبة وفقاً لتنفيذ خطة العمل الإقليمية الخاصة باللقاحات، ودعم تنفيذ حملات التطعيم في حالات الطوارئ في المناطق المعرَّضة لمخاطر شديدة ومتضررة من حالات طوارئ؛
- والسيطرة على انتشار مقاومة مضادات الميكروبات عن طريق ضمان الوقاية من العدوى ومكافحتها بصورة أفضل في مرافق الرعاية الصحية، مع الاستخدام الحذر للمضادات الحيوية في قطاعي الصحة البشرية والحيوانية؛
- وتسريع وتيرة الجهود الرامية إلى القضاء على الملاريا في البلدان ذات معدلات السراية المنخفضة، وخفض معدلات المراضة الناجمة عن الملاريا في بلدان أخرى؛
- وخفض العبء والتهديد الناجمين عن الأمراض المحمولة بالنواقل عن طريق التدبير العلاجي المتكامل للنواقل؛
- وتسريع وتيرة الجهود الرامية إلى استئصال داء التنينات والقضاء على داء البلهارسيات والقضاء على داء الفيلاريات اللمفي والتراخوما، بوصفها بعضاً من مشكلات الصحة العامة في البلدان الأكثر تضرراً؛
- وتحسين معدلات الكشف عن السل والنجاح في علاج كل حالات السل المكتشفَة لخفض معدلات الوفيات الناجمة عنه؛

- وتسريع وتيرة الحصول على سلسلة رعاية فيروس نقص المناعة البشرية، والتي تشمل الوقاية والتشخيص والعلاج والرعاية؛
- وضمان الحصول على الخدمات وتغطية كافة خدمات سلسلة رعاية التهاب الكبد، والتي تشمل الوقاية والتشخيص والعلاج والرعاية؛
- وتحسين النظام المتكامل لترصُّد كل الأمراض السارية ورصدها وتقييمها.

الأمراض غير السارية

1. ستقدِّم المنظمة الدعم للدول الأعضاء لتنفيذ التزاماتها بموجب الإعلان السياسي للأمم المتحدة بشأن الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها؛ ولاسيما من أجل التصدي لأمراض القلب والأوعية الدموية، والسكري، والسرطان، وأمراض الجهاز التنفسي. وستعمل المنظمة أيضاً على ضمان استمرار تقديم الدعم التقني للدول الأعضاء لصياغة استجابات وطنية شاملة للأمراض غير السارية وتوسيع نطاقها، وهذه الاستجابات موصى بها ضمن المجالات الأربعة لإطار العمل الإقليمي، ألا وهي: الحَوْكَمة، والوقاية، والترصُّد، والرعاية الصحية، مع التركيز على مواجهة عوامل الخطر المرتبطة بالأمراض غير السارية والتدخلات البيئية، وذلك من خلال:

- إعداد مبادئ توجيهية للتدبير العلاجي للأمراض غير السارية أثناء الطوارئ، خاصةً في صفوف اللاجئين والفئات السكانية النازحة؛
- والعمل مع الدول الأعضاء والشركاء لضمان الإتاحة الشاملة لإجراءات التغذية الفعّالة وللنُظُم الغذائية الصحية المستدامة من خلال نهج صالح للتطبيق مدى الحياة، ولتحقيق الغايات العالمية للتغذية وتنفيذ إطار عمل المؤتمر الدولي الثاني بشأن التغذية؛
- ودعم الدول الأعضاء في تعزيز تنفيذ الاتفاقية الإطارية لمنظمة الصحة العالمية بشأن مكافحة التبغ وما يرتبط بها من التزامات في ضوء الالتزام بالغاية 3.أ الواردة ضمن أهداف التنمية المستدامة، فضلاً عن تشجيعها على التصديق على بروتوكول الاتفاقية.

2. ستقدِّم المنظمة الدعم للدول الأعضاء من أجل تحسين السلامة على الطرق في الإقليم عن طريق إعداد وتنفيذ سياسات واستراتيجيات وخطط عمل وطنية مسنَدة بالبيّنات للوقاية من الإصابات الناجمة عن التصادمات المرورية على الطرق ومكافحتها. وستدعم المنظمة الدول في تحسين قدراتها على الاستعانة بالتدخلات المسندة بالبيِّنات وعالية المردود وتكييفها وتنفيذها، وتعزيز دور قطاع الصحة في مجال الوقاية من الإصابات الناجمة عن التصادمات المرورية ومكافحتها بحيث يتجاوز مجرد تقديم البيانات إلى تقديم الرعاية، وذلك ضمن نطاق أوسع للقطاعات المتعددة.

3. ستقدِّم المنظمة الدعم للبلدان لسد الفجوة العلاجية وتحقيق الهدف العام لتعزيز العافية النفسية، ما يقي من اضطرابات الصحة النفسية ويخفض معدلات الوفيات والمراضة والإعاقة للأشخاص الذين يعانون من اضطرابات نفسية. وتستدعي الضرورة التركيز على التدخلات الاستراتيجية الأساسية للنهوض بالرعاية الشاملة للصحة النفسية، الواردة في الإطار الإقليمي، ودعمها بمجموعة من المؤشرات لرصد عملية التنفيذ ودعمها بمجموعة من الموارد والأدوات التي تمتلكها المنظمة لدعم البلدان في وضع خطط عملها الوطنية بشأن الصحة النفسية وتنفيذها.

صحة الأمهات وحديثي الولادة والأطفال والمراهقين

1. ستعمل المنظمة مع الدول الأعضاء على دعم جهودها لضمان عافية النساء وحديثي الولادة والأطفال والمراهقين من خلال الاستجابة لاحتياجاتهم الصحية وتمكينهم من البقاء على قيد الحياة والنمو وإحداث تحوّل في حياتهم من خلال:

- زيادة التغطية وضمان المساواة في فرص الوصول إلى التدخلات عالية المردود والمنقذة للحياة في مجال الصحة الإنجابية وصحة الأمهات وحديثي الولادة والأطفال والمراهقين، جنباً إلى جنب مع سلسلة الرعاية، بما يتماشَى مع

الاستراتيجية العالمية بشأن صحة المرأة والطفل والمراهق (2016 - 2030)، وخطة عمل «كل مولود» والإجراءات المُعجّلة لصحة المراهقين عبر تنفيذ خطط وطنية متعددة القطاعات؛

- وتحسين جودة خدمات الرعاية، واعتماد المبادئ التوجيهية والمعايير والبروتوكولات الخاصة بالمنظمة من أجل خدمات رعاية صحية أفضل، تزامناً مع بناء قدرات مديري البرامج ومقدمي الخدمات؛
- وإحصاء كل حالة وفاة للنساء وحديثي الولادة والأطفال والمراهقين من خلال اعتماد أنظمة ترصُّد مسنَدة بالبيّنات (مثل نظام ترصُّد وفيات الأمهات والوفيات في الفترة المحيطة بالولادة والاستجابة لها، ونظام ترصُّد وفيات حديثي الولادة والأطفال)؛
- واعتماد نهج متكامل للتنسيق والشراكة على مستوى القطاعات المتعددة بمشاركة المجتمعات المحلية والمجتمع المدني لضمان تحقيق نتيجة مثلى لبرامج الصحة الإنجابية وصحة الأمهات وحديثي الولادة والأطفال والمراهقين؛
- وإعطاء الأولوية للبلدان المتضررة من حالات الطوارئ واستهدافها بخطط استجابة عاجلة وخاصة بكل سياق على حدة للصحة الإنجابية وصحة الأمهات وحديثي الولادة والأطفال والمراهقين، مع التركيز على المجموعات السكانية المعرّضة للخطر؛
- ودعم إدماج التدخلات المتعلقة بالنماء في مرحلة الطفولة المبكرة ضمن الخطط الوطنية، وتوسيع نطاق تلك التدخلات والخدمات في قطاع الصحة؛
- وتعزيز برامج الصحة المدرسية وزيادة عدد المدارس المعززة للصحة لتعزيز صحة الأطفال والمراهقين ونمائهم.

تعزيز النُظُم الصحية

1. ستقدِّم المنظمة الدعم للدول الأعضاء لضمان المساواة في حصول الجميع في الإقليم (بمن فيهم اللاجئون والسكان النازحون وغيرهم من الفئات المعرَّضة للخطر) على رعاية صحية بالجودة المطلوبة دون أي تمييز، وبكرامة ودون التعرُّض لأي ضائقة مالية. وستدعم المنظمة البلدان في استكشاف إصلاحات وأساليب النظم الصحية وتنفيذها بغية المُضيّ قدماً نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة في إطار خطة التنمية المستدامة لعام 2030، وبما يتواءم مع إطار العمل الإقليمي بشأن الارتقاء بالتغطية الصحية الشاملة في إقليم شرق المتوسط، وذلك ببذل الاستثمارات في مجال تعزيز النُظُم الصحية من خلال:

- تعزيز الحَوْكَمة والقيادة الصحية ودعم وزارات الصحة في أداء أدوارها المتغيرة ومساعدتها على وضع سياسات محسّنة وتنفيذها؛
- ودعم البلدان في توسيع نطاق الحماية المالية ليشمل جميع السكان من خلال ترتيبات السداد المسبق، وتعزيز الشراكات بين القطاعين العام والخاص، وتوسيع نطاق التأمين الصحي الاجتماعي.
- وتنظيم الخدمات الصحية المتكاملة التي تركز على الناس والتي تكون آمنة للمرضى وتتّسم بالجودة المضمونة، استناداً إلى نهج ممارسة طب الأسرة على مستوى الرعاية الصحية الأولية مع وجود نُظُم إحالة قوية بين الرعاية الصحية الأولية والرعاية المقدّمة في المستشفيات؛
- وإعداد حزم خدمات أساسية محددة السياق لكل حالات الطوارئ المصنفة بمشاركة فعّالة من جانب قطاع الصحة الخاص؛
- والاستثمار في تخريج وتوفير القوى العاملة الصحية التي تتمتع بقدر ملائم من المهارة والعمل؛
- وإنشاء نُظُم معلومات صحية موثوق فيها ويمكن الاستعانة بها؛
- وتحسين إتاحة الأدوية الأساسية، واللقاحات، والدم ومنتجات الدم، ووسائل التشخيص، والأجهزة الطبية وغيرها من التكنولوجيات الصحية بجودة مضمونة وأسعار معقولة؛
- وتعزيز قدرة قطاع الصحة على الصمود للتصدي لتغيُّر المناخ.

2. ستعمل المنظمة على إعداد إطار استراتيجي لإقامة نُظُم صحية قادرة على الصمود من أجل الاستثمار في قدرات المؤسسات، والقوى العاملة الصحية والأفراد للتأهُّب للأزمات والتصدي لها بفاعلية، والحفاظ على الوظائف الأساسية أثناء الأزمات، وضمان استعادة النُظُم الصحية لقدراتها بمجرد انتهاء حالة الطوارئ.

5. عوامل التمكين

هناك عدد من النُهُج التي ينبغي مواصلة تعزيزها حتى يتسنَّى للمكتب الإقليمي تلبية التوجهات الاستراتيجية التي ورد بيانها في القسم 4 والوفاء بتوقعات الدول الأعضاء فيما يتعلق بالدعم الجيد والملائم الذي يُقدم في حينه فيما يتعلق بالسياسات والاستراتيجيات وخطط العمل الوطنية من أجل تنفيذ خطة التنمية المستدامة على نطاق أوسع.

1. الدعوة إلى نهج دمج الصحة في جميع السياسات، مع التركيز على المحددات الاجتماعية والبيئية للصحة، والتي عادة ما يتم تناولها من خلال السياسات والتدخلات والإجراءات خارج نطاق قطاع الصحة. ويُعدُّ دعم المنظمة للدول الأعضاء في إعداد سياسات واستراتيجيات وخطط أعمال وطنية مسندة بالبيِّنات ترمي إلى التصدي للمحددات الاجتماعية والبيئية للصحة، وترسيخ نهج دمج الصحة في جميع السياسات أمراً أساسياً في المساهمة في تحقيق أهداف التنمية المستدامة والحد من أوجه الجور الصحي في الإقليم.

وستدعم المنظمة وزارات الصحة في الدول الأعضاء لضمان حفاظها على دورها الإشرافي في نهج دمج الصحة في جميع السياسات، ولضمان قدرتها على الدعوة لإجراء تقييمات الأثر على الصحة، وتطوير القدرات وتبادل الخبرات وأفضل الممارسات والدروس المستفادة. وستقدِّم المنظمة الدعم للدول الأعضاء في توثيق خبراتها وتعميمها.

2. تعزيز قدرات القيادة في الصحة العامة، وهو أمر بالغ الأهمية في التصدي للأولويات المشتركة في مجال الصحة العامة. وكثير من المسائل الصحية لا تقتصر على الحدود الوطنية وتستدعي العمل من أجل التصدي للمحددات المرتبطة بها على الصعيد العالمي. ومن هنا، فإن القادة في مجال الصحة العامة يرون أن للدبلوماسيين دوراً مهماً في مجال الصحة ضمن خطة التنمية المستدامة لعام 2030 والتي تحوّل التركيز فيها من حَوْكَمة الصحة إلى الحَوْكَمة من أجل الصحة. وفي حقبة أهداف التنمية المستدامة، ينبغي أن يتمتع هؤلاء القادة بالمهارات اللازمة التي تمكِّنهم من العمل في ظل المناخ المتغير للصحة والسياسة الخارجية.[12] وبالتالي، تحتاج الدول الأعضاء إلى الاستثمار في إعداد قادة في مجال الصحة العامة قادرين على تحديد أولويات الصحة العامة بفاعلية، والمشاركة في المناقشات الجارية على الصعيد العالمي بشأن الصحة على مستوى القطاعات المتعددة، والتي تحظى بالأهمية على الصعيدين الوطني والإقليمي. وستدعم المنظمة الدول الأعضاء في هذا المجال من خلال إعداد دورات تدريبية وفرص لتحسين المهارات القيادية بما يتناسب والاحتياجات الخاصة بالإقليم. وبالإضافة إلى ذلك، تتطلب القيادة الفعَّالة في الصحة العامة إتاحة المعلومات في حينها لتحسين عملية صنع القرار المسترشدة بالبيِّنات والبراهين المتاحة. وستدعم المنظمة الدول الأعضاء من أجل زيادة القدرات المؤسسية لوزارات الصحة بها في تحديد الأولويات وفي الحصول على البينات والبراهين البحثية والاستفادة منها في إعداد السياسات.

3. توسيع نطاق الشراكات داخل منظومة الأمم المتحدة وخارجها لضمان وجود نهج مبسَّط لدعم البلدان وتجنُّب تحميل الدول الأعضاء عبء ازدواج العمل أو تفتته والذي قد يكون نتيجة مضاعفة عدد الشراكات والمبادرات في قطاع الصحة سريعاً. كما أن الشراكات القوية فيما بين وكالات الأمم المتحدة سيكون من شأنها تعظيم الفوائد التي ستجنيها الدول الأعضاء وتدعيم توسيع نطاق البرامج الناجحة. وستعمل المنظمة على الاستفادة من الشراكات القائمة وتعزيزها، وإقامة شراكات جديدة على الصعيدين الإقليمي والوطني عندما تسنح الفرصة لذلك.

[12] Kickbusch et al. Global health diplomacy: training across disciplines. Geneva: Bulletin of the World Health Organization

4. مشاركة منظمات المجتمع المدني والمؤسسات الأكاديمية في إحراز مزيد من التقدم في التصدي للمجالات الصحية ذات الأولوية التي جرى تحديدها للإقليم، فلم يَعُد التصدي للمسائل الصحية قاصراً على قطاع الصحة وحده، ومشاركة منظمات المجتمع المدني هو التزام وافقت عليه الدول الأعضاء في عدد من المنتديات الدولية (مثل خطة التنمية المستدامة لعام 2030، والإعلان السياسي للأمم المتحدة بشأن الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها، وما إلى ذلك). وتمتلك المؤسسات الأكاديمية الخبرة اللازمة في عدد من مجالات البحوث وبناء القدرات – وقد تعود الاستفادة من هذا المورد بالنفع الكبير على مستوى تنفيذ برامج الصحة العامة. وفي إطار سعيها إلى تحقيق ذلك الهدف، ستعمل المنظمة على ضمان المواءمة مع إطار المشاركة مع الجهات الفاعلة غير الدول، والذي اعتمدته جمعية الصحة العالمية في دورتها التاسعة والستين، وستنفذ الآليات الملائمة لحماية ولاية المنظمة من تضارب المصالح.

5. تحسين تعبئة الموارد، خاصةً على المستوى القُطري؛ إذ يُعدُّ تحسين تعبئة الموارد على مستوى المنظمة أحد أهم مكونات برنامج الإصلاح بالمنظمة، وضماناً لإمكانية التنبؤ بالتمويل الذي تقدمه المنظمة واستدامته، خاصةً على المستوى القُطري حيث يوجد كثير من الموارد. وتحقيقاً لتلك الغاية، ستعمل المنظمة على تقوية علاقاتها مع الجهات المانحة والشركاء الإقليميين والعالميين وزيادة الدعم المقدَّم للمكاتب القُطرية في تعبئة الموارد وضمان توافر بيئة سياسية تمكينية لتعبئة الموارد.

6. تعزيز ثقافة التقييم وضمان إقامة أنظمة الرصد والتقييم من أجل تحسين الأداء والجودة — بما يمكّن من التخطيط السليم وقياس التقدُّم المُحرَز تجاه إدراك الغايات التي تنطوي عليها أهداف التنمية المستدامة والإعلان السياسي للأمم المتحدة بشأن الوقاية من الأمراض السارية ومكافحتها وغيرها من الالتزامات العالمية والإقليمية.

7. تحسين التواصل والدعوة لدعم أولويات المنظمة وتلبية التزامها بإذكاء الوعي بالمشاكل القائمة وطرح الحلول. ويعتبر التواصل والدعوة لتوضيح مسوغات التغيير جزءاً لا يتجزأ من سعي المنظمة لتحقيق أهدافها الاستراتيجية. وستضمن المنظمة أنها: 1) تتبنَّى نهجاً استباقياً لبيان قيادة المنظمة في الموضوعات المتعلقة بالصحة والتنمية؛ 2) تركِّز على عمليات التواصل الرقمية وتزيد حجم التفاعل الإلكتروني على شبكة الإنترنت بهدف إشراك الجمهور في حوار تفاعلي؛ 3) تقوم ببناء قدرات التواصل لتوجيه جهود التواصل ودعمها في المكتب الإقليمي والمكاتب القُطرية من خلال التدريب وجهاً لوجه أو عن عبر الإنترنت.

8. ضمان الالتزام بمواصلة تنفيذ جهود إصلاح المنظمة، مع التركيز على: إدخال مزيد من التحسينات على إدارة المخاطر، والشفافية والمساءلة؛ وزيادة الرصد، وكفاءة العمليات وتقييم الأداء والجودة؛ وتعزيز العمليات التمكينية في إطار بيئة عمل صحية؛ وتشجيع ثقافة التميز من أجل التمكين وضمان تحقيق "أفضل قيمة مقابل المال".

9. تنفيذ طرق عمل المنظمة "المنظمة بأسرها"؛ سوف تشرع المنظمة في التخطيط الإقليمي لتعزيز نظرية التغير وضمان اتباع نُهُوج أكثر شمولاً وتكاملاً لتقديم الخدمات وتنسيق جهود الدعم المقدّمة إلى المكاتب القُطرية، وذلك من خلال عمليات التخطيط لمختلف البرامج وفيما بينها تحديد مواعيد لبعثات وأعمال تعاونية أوسع نطاقاً. كما سيتم إعداد جدول زمني بمواعيد الاجتماعات التقنية واعتماده في إطار التخطيط التنفيذي بما يحقق أكبر أثر ممكن لقدرة المكتب الإقليمي على الحشد، وتجنُّب ازدواج الجهود وضمان مشاركة الدول الأعضاء المعنية على النحو الأمثل. ودعماً لتواصل التنسيق على المستوى التقني طوال مرحلة التنفيذ، سيتم بصورة منتظمة على مستوى المكاتب إجراء تنسيق تقني وعقد منتديات تعليمية والتي ستقوم بعدة أمور منها تبادل أفضل الممارسات، ومناقشة الأنشطة الاستراتيجية في المستقبل، ومبادرات البرامج الجديدة، والأولويات المستجدة ونتائج التقييم والدروس المستفادة. وبُغْيَة توفير دعم احتياطي إلى البلدان، ستُشكِّل المنظمة فرق دعم قُطرية (متعددة التخصصات) لمجموعات البلدان لتقديم الدعم التقني وبناء القدرات. وللاستفادة من إصلاح المنظمة وإدخال الفئة التقنية وشبكات المجال البرمجي، سيضطلع المديرون بدور فعَّال وبارز في مجال الرصد التقني لتوجيه استعراضات النظراء من أجل ضمان الجودة وقوة الأداء. وسيتم النظر في اختصاصات

المستشارين الإقليميين بحيث تعكس وتعزز كل من المسؤوليات المتعلقة بضمان جودة البرامج ومدى ملاءمتها التقنية على مستوى الإقليم ككل، وكذلك مسؤولياتهم في تمثيل الإقليم. وسيتم تشجيع نشر ثقافة التقييم بإعطاء المديرين أدوار قيادية واضحة من خلال المجموعة الدائمة المعنية بالتقييم التي سوف تجري تقييمات في بلد واحد أو بلدين أو تقييمات مواضيعية كل سنتين.

6. بيئة العمل بالمنظمة

يتجسد حضور المنظمة في الإقليم في تنوع منسوبيها، بما يمثلونه من ثقافات مختلفة ومهارات متنوعة؛ إذ تشير الأرقام إلى أن عدد العاملين بالمكتب الإقليمي في 31 كانون الأول/ديسمبر 2016 قد بلغ 1066 موظفاً، من بينهم 264 موظفاً في الفئة الفنية والفئات الأعلى، وينتمي حوالي 50% منهم إلى الدول الأعضاء في الإقليم.

وسوف ينصب التركيز خلال الخمس سنوات القادمة على ضمان خلق بيئة تمكينية بتعزيز قدرات المكتب الإقليمي حتى يتمكَّن من مساندة أعمال المكاتب القُطرية للمنظمة من خلال دعم تنفيذ البرامج بكفاءة وفاعلية. ولن يُدّخر أي جهد لكي يصبح المكتب الإقليمي بيئة داعمة لقادة المستقبل في مجال الصحة العامة ما يسهِّل تنمية المواهب واجتذابها والحفاظ على العاملين في المكتب من خلال الاستثمار في صقل مهاراتهم وتعلمهم من خلال مسار واضح لتطورهم الوظيفي، بما يتواءم مع احتياجات الإقليم الجديدة والمتغيرة. وسيسهم تناوب الموظفين وتنقلهم في ضمان إيلاء مزيد من الاهتمام لاحتياجات الموظفين وأسرهم، مع ضمان وجود مجموعة المهارات المناسبة في المكان المناسب داخل المنظمة.

وعلى المستوى الداخلي، سيتم إدخال عدد من التغييرات على بيئة العمل بالمنظمة لضمان تحقيق وتيسير ما يلي:

- توسيع نطاق تفويض السلطة فيما يتعلق بالإدارة الشاملة للمخاطر، ورَصْد الامتثال التقني والإداري، ووضع نظام واضح للمساءلة والشفافية بما يتماشَى مع مبادئ إصلاح المنظمة؛
- تطبيق آليات تواصل وتنسيق فعّالة داخل الإدارات التقنية وفيما بينها، وكذلك عبر المستويات الثلاثة للمنظمة. وسيتم تعزيز الآليات القائمة، مثل فرق العمل، وإدخال آليات إضافية، مثل منتدى التنسيق والتعلم التقني لمساعدة المكتب الإقليمي على تعزيز جهوده الرامية إلى ضمان تطبيق نُهُج شاملة ومنسقة في كل البرامج التقنية؛
- ضمان تميز الموظفين في الوفاء بالالتزامات الأساسية للمنظمة تجاه الدول الأعضاء، وذلك من خلال تقييم أداء الموظفين بصورة دورية مع الإشادة بحسن الأداء والوقوف على أوجه الأداء التي لا ترقي للمستوى المطلوب؛
- مراعاة الإبداع والابتكار في تنفيذ المهام للتغلب على التحديات والعقبات؛
- الإنتاجية على أعلى مستوى وبأفضل المعايير، من خلال إتاحة الفرص لتنمية مهارات الموظفين بما يمكّن من تحقيق أقصى استفادة من المهارات والخبرات المتاحة؛
- إذكاء روح الفريق لتقديم الخدمات كـ"منظمة واحدة" قادرة على دعم الدول الأعضاء في سعيها نحو تحقيق الصحة والتنمية لسكانها؛
- تعزيز الإدارة الفعّالة للمخاطر والتخطيط لذلك وتنفيذه عن علم؛
- زيادة قدرات المنظمة على الصعيد القُطري المرتبطة بغايات واضحة للأداء، والحد من المخاطر والسيطرة على أوجه التعرض لها، حسبما تحددها آليات المراقبة المنسقة، والتركيز على العمليات التمكينية لدعم طرح البرامج بفعالية وكفاءة، وضمان الاستخدام الفعّال للتمويل المقدّم من الجهات المانحة؛
- تحسين الفاعلية والمساءلة في مجالات الشؤون المالية والمشتريات والإدارة العامة.

7. حضور المنظمة في البلدان

يتمثَّل الهدف العام لعمل المنظمة، وفقاً لما ينص عليه دستورها، في «أن تبلُغ جميع الشعوب أرفع مستوى صحي ممكن». وفي هذا السياق، فإن حضور المنظمة في البلدان هو بمثابة منبر للتعاون الفعّال مع الدول الأعضاء للنهوض ببرنامج العمل الصحي العالمي، والمساهمة في وضع السياسات والخطط الوطنية، ومواءمة أولويات البلدان وواقعها مع السياسات والأولويات العالمية. ويشير هذا الحضور إلى عمل الأمانة ككل، والذي يُنفَّذ من خلال الحضور المادي لمكاتب المنظمة في البلدان وعمل المنظمة الخاص بوضع القواعد والمعايير؛ والدعم المنسّق المقدّم من سائر مستويات الأمانة، من خلال مساندة الجوانب التقنية على المستوى الإقليمي ومستوى المقر الرئيسي (بما في ذلك الدعم التقني، وبناء القدرات، وإدارة البرامج، والتنسيق لدعم البلدان). وقد أجريت دراسة استقصائية حول حضور المنظمة في البلدان وتم توزيعها على جميع ممثلي المنظمة. ووفقاً لنتائجها الأولوية، فقد أفاد أغلب ممثلي المنظمة أن قدرات الموظفين المهنيين لديهم في حاجة إلى مزيد من التطوير حتى يمكنهم الوفاء باحتياجات الدول الأعضاء. ويمكن فهم ذلك على نحو أوضح إذا ما علمنا أن كثيراً من البلدان لديها موظف تقني واحد مسؤول عن معظم المجالات التقنية، أو لديها شخص أو اثنان مسؤولان عن تقديم الدعم للعديد من البرامج. ومع كثرة الأعباء التي يضطلع بها الموظفون التقنيون عادةً، فقد لا يستطيعون تقديم الدعم الأمثل للدول الأعضاء. ولا يخفى أن إرساء دعائم عمل المنظمة يبدأ من المستوى القُطري، وكلما كان الأساس قوياً، كلما أصبحت البنية أقوى وأمتن. وسيحظَى هذا الأمر باهتمام بالغ على مدار السنوات الخمس المقبلة.

وسعياً إلى تحقيق ذلك، سيدعو المكتب الإقليمي بقوة، في إطار عمله مع الدول الأعضاء، إلى ضمان تحقيق ما يلي:

- شعور الدول الأعضاء بملكية مقاليد أمور العمل المشترك لضمان استمرارية البرامج الصحية واستدامة الإنجازات المشتركة؛
- وضع نهج شامل للتصدي للمشكلات الصحية في الدول الأعضاء من خلال التنسيق مع وزارات الصحة لتيسير مشاركة القطاعات غير الصحية في عمل المنظمة، حسب الاقتضاء؛
- مراعاة الشفافية لضمان إبقاء الدول الأعضاء على علم بتطورات الأنشطة المشتركة والتقدُّم المُحرَز في تنفيذها؛
- التخطيط المشترك لضمان تلبية البرامج لاحتياجات الدول الأعضاء وضمان الاستفادة الأمثل من الموارد المتاحة (بشرية كانت أو مالية) بالنسبة لكل من الأمانة والدول الأعضاء. وسيتم تحليل نهج التخطيط "من القاعدة إلى القمة" المعتمد حتى الآن، واستقاء الدروس المستفادة منه للاستعانة بها في توجيه عملية التخطيط مستقبلاً؛
- الحوار المتبادل الذي يتيح تبادل الخبرات وتشاطر المخاوف فيما بين الأمانة والدول الأعضاء؛
- الاستثمار في تطوير مهارات الموظفين في المكاتب القُطرية وضمان تمتع المكاتب القُطرية بالقدرات اللازمة لتقديم الدعم التقني الكافي للدول الأعضاء.

ويتوقَّع المكتب الإقليمي، على مدار السنوات الخمس القادمة، مشاركةً أقوى من جانب الدول الأعضاء في تحديد أولويات عمل المنظمة لضمان تخصيص الموارد المحدودة حيثما تشتد الحاجة إليها، وفي الوقت نفسه ضمان اتّساق عمل المنظمة مع الخطط العالمية. ومن ضمن الآليات التي يمكن تطبيقها لتحقيق ذلك التوسع في عقد المنتديات الاستشارية والمشاورات مع الدول الأعضاء، وكذلك توطيد سُبُل التعاون التقني فيما بين البلدان وتيسيره. وبرغم التنوع الهائل بين بلدان الإقليم، علينا أن نتذكر دوماً السمات المشتركة الكثيرة فيما بينها. ولا شك أن هناك تجارب وإنجازات قد تحققت في بلدان الإقليم، ومن الأهمية بمكان أن ننطلق من تلك التجارب والإنجازات لإحراز التقدّم المنشود في سائر البلدان.

ومن الواضح أن حضور المنظمة يتفاوت من بلد لآخر داخل الإقليم، ويُعزَى ذلك إلى حجم البلد والسياق السائد فيه ومدى توافر الموارد لديه. وسيزداد التركيز على زيادة حضور المنظمة في البلدان مادياً وافتراضياً لتمكين المكاتب القُطرية من الوفاء باحتياجات الدول الأعضاء بصورة أفضل.

والمنظمة وحدها لا تستطيع دعم البلدان في إدراك غاياتها في مجال الصحة، إذ إن مشاركة سائر القطاعات الأخرى أمر بالغ الأهمية لتحقيق نتائج صحية أفضل. وسيكون التوسع في نطاق الشراكات مع وكالات الأمم المتحدة والشركاء وأصحاب المصلحة من داخل قطاع الصحة وخارجه أحد المكونات الأساسية في خارطة طريق السنوات الخمس القادمة.

وبالمثل، فإن المنظمة والشركاء لن يكون بوسعهم إحراز أي تقدُّم في أي مجال من دون الالتزام من جانب الدول الأعضاء وبذلها الاستثمارات في مجالات العمل التي تُعنى بها؛ ويُعدّ ذلك شرطاً أساسياً مهماً في تحقيق التوجهات الاستراتيجية الواردة في هذه الوثيقة وتنفيذها. وخارطة الطريق التي بين أيديكم ما هي إلا بيان للإرشادات اللازمة فيما يتعلق بالمجالات الأساسية التي ستركِّز فيها المنظمة دعمها على مدار الخمس سنوات المقبلة، على أن تنفيذها سيختلف ويتباين حسب سياق كل بلد واحتياجاته وما يواجهه من تحديات.

8. الملحق 1. مؤشرات النجاح

مجال الأولوية	التوجُّه الاستراتيجي	المؤشر	خط الأساس	الغاية	
			2017	2019	2021
حالات الطوارئ والأمن الصحي	الطوارئ الإنسانية	نسبة البلدان المتضرِّرة من حالات الطوارئ الصحية المصنَّفة والممتدَّة التي لديها نظام قائم لإدارة الأحداث لتنسيق إجراءات الاستجابة	%0	%50	%100
		عدد البلدان التي لديها مراكز عمليات للطوارئ تؤدي وظائفها في وزارة الصحة ومتصلة بمركز العمليات الإقليمي للطوارئ	5	12	22
		نسبة البلدان المتضرِّرة من حالات الطوارئ الصحية المصنَّفة والممتدة التي تستقبل عمليات صحية منسّقة ومزودة بالعدد الكامل من الموظفين، بما في ذلك مجموعة أساسية من الخدمات الصحية المنقذة للحياة	%20	%50	%100
		نسبة البلدان المتضررة من حالات الطوارئ الصحية المصنفة والممتدة التي لديها دعم للتنسيق القائم والكامل للمجموعات الصحية	30%	%50	%100
		نسبة البلدان المتضررة من حالات الطوارئ الصحية المصنَّفة والممتدة التي تتلقى الإمدادات الأساسية والخدمات اللوجستية خلال 72 ساعة	%50	%80	%100
		عدد البلدان التي يدعمها المكتب الإقليمي في مجال الوقاية من الأمراض ومكافحتها، وهي الأمراض المستهدفة للتخلص منها وفقاً للإطار الاستراتيجي للوقاية من الأمراض المستجدة ومكافحتها	0	8	22
	الأمراض المستجدة والتي تعاود الظهور	عدد البلدان التي لديها خطط تأهُّب واستجابة متكاملة لمواجهة الأوبئة ذات الأولوية	5	10	22
		عدد البلدان التي لديها نهج للصحة الواحدة لتيسير التعاون الفعَّال بين القطاعات والتعاون بين قطاعي صحة البشر وصحة الحيوان	0	10	22
		عدد البلدان التي لديها نظام ترصُّد قائم على الإنذار المبكر في الوقت الحقيقي عن طريق ترصُّد المتلازمات والترصُّد القائم على الأحداث	0	11	22
	التأهُّب واللوائح الصحية الدولية (2005)	عدد البلدان التي أجرت تقييماً خارجياً مشتركاً للقدرات المطلوبة بموجب اللوائح الصحية الدولية	14	22	22
		عدد البلدان التي لديها مراجعة لاحقة للإجراءات وتمارين للمحاكاة لمزيد من التقييم	3	12	22
		عدد البلدان التي وضعت خطة عمل وطنية للأمن الصحي تماشياً مع الخطط القائمة ذات الصلة	3	22	22
		عدد البلدان التي لديها خطط وطنية للصحة العامة	4	12	22

مجال الأولوية	التوجُّه الاستراتيجي	المؤشر	خط الأساس	الغاية	
			2017	2019	2021
		للتأهُّب لجميع الأخطار والاستجابة لها			
		أنشطة تمنيع عالية الجودة باستخدام لقاح شلل الأطفال المعطل من خلال حملات موجّهة في المناطق أو الفئات السكانية المعرضة لمخاطر شديدة	اجتياز 70% من عينات ضمان الجودة من تشغيلات اللقاحات	اجتياز 80% من عينات ضمان الجودة من تشغيلات اللقاحات بمعدل تغطية 90%	غياب حملات التطعيم الجموعية
	استئصال شلل الأطفال	تعزيز حساسية نظام الترصُّد وتوسيع نطاق الترصُّد البيئي وترصُّد نقص المناعة الأولي في عدد مختار من البلدان	معدل الشلل الرخو الحاد غير الناتج عن شلل الأطفال ≤100000/2 <15 عاماً كفاية البراز ≥80%	مستمر	مستمر
		عدد البلدان التي أعدَّت أو حدَّثت خطط استجابة لفاشيات شلل الأطفال والتي تم اختبارها ميدانياً	أعدَّت بلدان الإقليم جميعها خطط للاستجابة	خطط محدّثة متاحة	خطط محدّثة متاحة
		عدد البلدان التي تنفِّذ سحب لقاح شلل الأطفال الفموي وفقاً للسياسة العالمية	22	22	22
		الانتهاء من المرحلتين الأولى والثانية من خطة العمل العالمية ويجري تنفيذ المرحلة الثالثة	22	22	22
		عدد الخطط الانتقالية التي تم وضعها وتنفيذها للبلدان ذات الأولوية	0	5	5
		يجري تحديث وثائق الإشهاد لإعلان خلو الإقليم من شلل الأطفال	22	22	22
الأمراض السارية	الوقاية من الأمراض السارية وتشخيصها وعلاجها	نسبة حالات الإصابة بالسل المبلغ بها/العدد المقدّر للحالات	%61	%70	%80
		نسبة حالات مقاومة الأدوية المتعددة التي تم اكتشافها/العدد المقدّر للحالات مقاومة الأدوية المتعددة	%21	%40	%60
		معدل الوفيات لكل 000 100 حالة تم علاجها	12	10	8

مجال الأولوية	التوجُّه الاستراتيجي	المؤشر	خط الأساس	الغاية	
			2017	2019	2021
		معدل الإصابة بالملاريا لكل 1000 شخص سنوياً	2015: 13 التقديرات لكل 1000	10 لكل 1000	7 لكل 1000
		عدد البلدان التي تخلصت من الملاريا منذ عام 2015	0	0	2
		عدد البلدان التي أنشأت وحدة/إدارة متكاملة لمكافحة النواقل تؤدِّي وظائفه	6	14	18
		عدد البلدان التي لديها نظام ترصُّد للحشرات يؤدي وظائفه	7	14	18
		عدد البلدان التي لديها سياسات وطنية للمختبرات وآلية مطبقة للتنفيذ	5	10	20
		عدد البلدان التي لديها سياسات/مبادئ توجيهية وطنية مطبقة بشأن السلامة البيولوجية/الأمن البيولوجي لخدمات المختبرات الصحية	9	15	20
		عدد المختبرات المرجعية الإقليمية التي تقود شبكات إحالة متعددة المستويات لترصُّد الأمراض التي يمكن أن تتحول إلى أوبئة أو فاشيات والكشف عنها	0	2	4
		عدد البلدان التي حققت 100% من التبرع بالدم الطوعي غير المدفوع الأجر	2	8	17
		عدد البلدان التي أعدَّت ونفَّذت مبادئ توجيهية وطنية حول الاستخدام السريري الملائم للدم؛	13	16	20
		عدد البلدان التي لديها خطة عمل وطنية بشأن مقاومة مضادات الميكروبات وشرعت في تنفيذها	7	12	22
		عدد البلدان التي شرعت في التنفيذ المبكر للنظام العالمي لترصُّد مقاومة مضادات الميكروبات	5	13	22
		عدد البلدان التي لديها برامج وطنية للوقاية من العدوى ومكافحتها	6	12	18
		عدد من البلدان التي لديها معدل تغطية بالجرعة الثالثة من لقاح الدفتريا والتيتانوس والسعال الديكي يزيد على 90%	14	16	22
		عدد البلدان الخالية من الحصبة	4	8	22
		عدد البلدان التي تقلل معدل انتشار المستضد السطحي لالتهاب الكبد إلى <1% في <5 سنوات	8	12	22
		عدد البلدان التي وضعت خطة عمل بشأن فيروس نقص المناعة البشرية ولديها غايات محددة للمكافحة	7	≥ 7	22
		عدد البلدان التي يكون 50% من الأشخاص المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشرية فيها يعرفون حالتهم فيما يتعلق بالإصابة بالفيروس	0	≥ 2	≥ 5
		عدد من البلدان التي يتلقى 90% من المتعايشين مع	0	≥ 2	≥ 5

مجال الأولوية	التوجُّه الاستراتيجي	المؤشر	خط الأساس	الغاية	
			2017	2019	2021
صحة الأمهات وحديثي الولادة والأطفال والمراهقين	عافية النساء وحديثي الولادة والأطفال والمراهقين	فيروس نقص المناعة البشرية فيها العلاج			
		عدد البلدان التي انخفض فيها الحمل الفيروسي لدى 90% ممن تلقوا العلاج	0	≤ 2	≤ 5
		عدد البلدان التي وضعت خطط عمل بشأن فيروس التهاب الكبد ولديها غايات محددة للمكافحة	2	≤ 5	22
		عدد البلدان التي يكون 50% على الأقل من عمليات الحقن في مرافق الرعاية الصحية آمنة			22
		عدد من البلدان التي يخضع للعلاج بها 30% على الأقل من الأشخاص الذين يعانون من التهاب الكبد C	0	≤ 2	≤ 6
		عدد البلدان التي كفلت حضور قابلات ماهرات لأكثر من 90% من الولادات	10	15	20
		عدد البلدان التي وضعت أنظمة ترصُّد لوفيات الأمهات و/أو الوفيات في الفترة المحيطة بالولادة	5	10	15
		عدد البلدان التي نفَّذت تدخلات مسندة بالبيِّنات بشأن صحة المراهقين تهدف إلى خفض الوفيات والمراضة بين المراهقين	0	6	15
		عدد البلدان التي أدرجت النمو في مرحلة الطفولة المبكرة ضمن الخطط الوطنية للتنمية	0	8	18
		عدد البلدان التي تشجع النشاط البدني الصحي من خلال الحملات الإعلامية الجماهيرية وضمان وجود تشريعات كافية تدعم تقديم حصص يومية للنشاط البدني لطلاب المدارس والجامعات	4	10	15
		عدد البلدان التي تضمن تقديم التربية البدنية المنتظمة والجيدة بصورة شاملة لجميع الأطفال كأحد العناصر الأساسية في العملية التعليمية بالمدارس	7	12	17
		عدد البلدان التي وضعت ونفذت سياسة للتخطيط العمراني بما يضمن تعزيز البيئات الحضرية للنشاط البدني	2	8	15
الأمراض غير السارية والصحة النفسية	المحددات الاجتماعية للصحة	عدد البلدان التي لديها خطة استراتيجية وطنية بشأن المحددات الاجتماعية للصحة/الصحة في وجميع السياسات	1	3	7
		عدد البلدان التي وضعت أهدافاً ومؤشرات وطنية محددة بإطار زمني للأمراض غير السارية	6	11	15
	الأمراض غير السارية	عدد البلدان التي تجري بانتظام الاستطلاعات المتعلقة بالتبغ لرصد وباء التبغ (باستخدام الأدوات بالنظام العالمي لترصُّد التبغ)	7	9	12
		عدد البلدان التي راجعت/أعدَّت استراتيجيات وخطط عمل وطنية في مجال التغذية وعوامل الخطر ذات الصلة	8	15	22

مجال الأولوية	التوجُّه الاستراتيجي	المؤشر	خط الأساس	الغاية	
			2017	2019	2021
		بالنظام الغذائي			
		نسبة البلدان التي أجرت ترصُّداً للأمراض غير السارية على المستوى الوطني (النهج التدريجي لترصُّد عوامل خطر الأمراض غير السارية) أو مسح الفحوصات الطبية		%50	%80
		عدد البلدان التي أدرجت الكشف المبكر والإحالة والتدبير العلاجي للأمراض غير السارية ضمن الرعاية الصحية الأولية لديها	13	15	17
		عدد البلدان التي لديها خطة استراتيجية وطنية للسلامة على الطرق تشمل أهدافاً محددة بإطار زمني	9	11	15
	الوقاية من الإصابات الناجمة عن التصادمات المرورية على الطرق ومكافحتها	عدد البلدان التي أجرت تقييماً وطنياً موحداً بعد التصادمات لخدمات الرعاية الطارئة بهدف التعرف على الثغرات وتحديد الإجراءات ذات الأولوية لتطوير النظام	4	8	12
		عدد البلدان التي لديها استراتيجية وطنية لإعادة التأهيل بعد التصادمات	0	4	7
	الصحة النفسية وإساءة استعمال المواد	نسبة البلدان التي وضعت أو حدّثت سياسة/خطة تنفيذية وطنية متعددة القطاعات للصحة النفسية		%60	%80
		نسبة البلدان التي أدمجت التدخلات المسنَدة بالبيِّنات للحالات النفسية ضمن خدمات الرعاية الصحية الأولية		20% من المستشفيات العامة في 50% من البلدان	زيادة التغطية بالخدمات الخاصة بالاضطرابات النفسية الوخيمة بنسبة 20%
تقرير الصحة العالمية	**النظام الصحي كمنطلق نحو بلوغ التغطية الصحية الشاملة**	عدد البلدان التي أدرجت رؤية التغطية الصحية الشاملة في السياسات الصحية الوطنية	5	10	18
		عدد البلدان التي وضعت استراتيجيات للتمويل الصحي لديها	2	9	12
		عدد البلدان التي أجرت حواراً حول السياسات مع مسؤولي الميزانية والمالية بشأن الاستدامة المالية	1	4	9
		عدد البلدان التي تستخدم/تضفي طابعاً مؤسسياً على نظام للحسابات الصحية 2011 لتعقب الموارد المالية في	5	10	15

مجال الأولوية	التوجُّه الاستراتيجي	المؤشر	خط الأساس	الغاية	
			2017	2019	2021
		قطاع الصحة			
		عدد البلدان التي تعاني نقصاً حاداً ولديها خطط استراتيجية للقوى العاملة الصحية	3	5	7
		عدد البلدان في الإقليم التي أصلحت التعليم الطبي لديها	1	2	3
		عدد البلدان التي أعدَّت نموذجاً لنظام صحي متكامل على مستوى المناطق يستند إلى أداة نهج ممارسة طب الأسرة	2	6	15
		عدد البلدان التي تنفذ مؤشرات جودة الرعاية الصحية الأولية/سلامة المرضى الخاصة بمنظمة الصحة العالمية	5	8	14
		عدد البلدان التي لديها برامج لتقييم التكنولوجيا الصحية بدأ استخدامها في النُظُم الصحية الوطنية	1	3	7
		عدد البلدان التي تمتلك خططاً للحَوْكَمة الرشيدة للأدوية	0	4	9
		عدد البلدان التي يستطيع المصنّعون المحليون بها إنتاج أدوية أساسية عالية الجودة بأسعار معقولة	1	2	4
		عدد السلطات التنظيمية الوطنية التي لديها خطط للتطوير المؤسسي تهدف إلى تعزيز قدراتها		5	10
		عدد البلدان التي أجرت تقييماً شاملاً لنظام المعلومات الصحية	1	10	22
		عدد البلدان التي أعدّت استراتيجيات وطنية لتعزيز نظام المعلومات الصحية	لا يوجد	10	15
		عدد البلدان التي حسّنت التبليغ بشأن مؤشرات الهدف الثالث من أهداف التنمية المستدامة	0	5	22
		عدد البلدان التي لا تزيد نسبة الترميز الخاطئ لأسباب الوفاة بها على 20% بحد أقصى	1	5	10
		عدد البلدان التي لديها لجان وطنية قائمة لأخلاقيات البيولوجيا	غير معلوم	15	22
		عدد البلدان التي لديها لجان وطنية قائمة للبحوث من أجل الصحة	غير معلوم	15	22