

حماية الناس من آثار الطوارئ الصحية

ملخص تنفيذي

1. يُعدّ التصديّ للطوارئ الصحية من أهم القضايا في مجال الصحة العامة العالمية، وقد أقرّت بهذه الأهمية خطة التنمية المستدامة لعام 2030. ويُحدّد برنامج العمل العام الثالث عشر لمنظمة الصحة العالمية 2019-2023 هذه القضية باعتبارها واحدة من أولويات المنظمة الاستراتيجية الثلاث، ويضع هدفاً يضمن حماية مليار شخص آخر من الطوارئ الصحية على نحو أفضل بحلول عام 2023. وما زال العمل جارياً على الصعيد العالمي لتقدير السُّبل التي تستطيع أن تُسهم من خلالها أقاليم العالم وبُلدانه في تحقيق هذه الغاية تقديراً كمياً، غير أنّ الهدف من هذه الورقة هو تقديم تقديراتٍ أولية عن الأثر المُحتمل لتحسين التأهب لحالات الطوارئ في إقليم شرق المتوسط.

2. وفي شباط/فبراير 2018، أُجري تقييم إقليمي للمخاطر، استُخدمت فيه أداة المنظمة الاستراتيجية لتقييم المخاطر لتحديد الأخطار الطبيعية والتي من صنع الإنسان في الإقليم. وحدد هذا التقييم 23 خطراً محتملاً يستلزم تدخلاً إقليمياً في الوقت الحالي، و/أو قد يستلزم ذلك، منها ثلاثة أخطار شديدة جداً، وهي: النزاع المسلح، والنزوح القسري للسكان، والأحداث الكيميائية والبيولوجية والإشعاعية – النووية. ويزيد الضعف أمام هذه المخاطر وغيرها من المخاطر بفعل عوامل منها، على سبيل المثال، انخفاض معدلات التنمية في بعض البلدان المتضررة بالنزاعات، والزيادة الكبيرة في أعداد النازحين داخلياً. أضف إلى ذلك أنّ العمل ما زال مستمراً لتحقيق قدرات الصحة العامة المطلوبة بموجب اللوائح الصحية الدولية (2005) تحقيقاً كاملاً من أجل توقي أي خطرٍ من أخطار الصحة العامة والكشف عنه بفاعلية ومن ثمّ الاستجابة له بسرعة. وكشفت تقييمات اللوائح الصحية الدولية (2005) عن عددٍ من نقاط القوة المختلفة والفجوات المتفاوتة بين جميع البلدان في الإقليم.

3. ومن الضروري تنفيذ القدرات المطلوبة بموجب اللوائح الصحية الدولية (2005) والقدرات اللازمة لإدارة مخاطر الكوارث بموجب إطار سينداي من أجل الحماية من حالات الطوارئ المتعلقة بجميع الأخطار. علاوة على ذلك، من المهم أيضاً أن نضمن استعداد جميع البلدان وتأهيلها بما يلزم للتخفيف من وطأة المخاطر الناجمة عن الأخطار المُعدية التي تُشكّل تهديداً كبيراً، وأن نكفل قدرة السكان المتضررين بالطوارئ على الوصول إلى الخدمات الصحية المُنقذة للحياة وتدخّلات الصحة العامة للحدّ من آثار الطوارئ إلى أدنى مستوى. واستناداً إلى البيانات الواردة من مرصد الصحة العالمي التابع للمنظمة، تعرض هذه الورقة مستويات تنفيذ اللوائح الصحية الدولية المُتوقعة من كل بلدٍ في الإقليم بحلول عام 2030. وفي حال نُقّدت التوجّهات الاستراتيجية للمنظمة والتوصيات المُوجّهة للبلدان بدعمٍ من المنظمة والشركاء، فسوف يتراوح مستوى التنفيذ بين 30% إلى 100% في بلدان الإقليم.

المقدمة

4. اعتمدت جمعية الصحة العالمية الحادية والسبعون، في أيار/مايو 2018، برنامج العمل العام الثالث عشر 2019-2023 لمنظمة الصحة العالمية (1). وسيُوجَّه برنامج العمل العام الثالث عشر، الذي أُعدَّ من خلال مشاورات مكثفة، عمل المنظمة على مدى السنوات الخمس المقبلة على الأقل. ويحدِّد البرنامج ثلاث أولوياتٍ استراتيجيةٍ مترابطةٍ، ويضع أهدافاً طموحة تتصل بخطة التنمية المستدامة لعام 2030. وتشمل الأولويات والأهداف الاستراتيجية التغيير التدريجي في مجال الصحة العامة الذي يتعيَّن تحقيقه على الصعيد العالمي بحلول عام 2023، للبقاء على المسار الصحيح صَوَّب بلوغ أهداف التنمية المستدامة المتعلقة بالصحة بحلول عام 2030.

5. إذن، ما الذي ينبغي عمله من أجل تنفيذ برنامج العمل العام الثالث عشر في إقليم شرق المتوسط؟ هذه الورقة هي واحدة من سلسلة ورقات تهدف إلى تعزيز المناقشات في الدورة الخامسة والستين للجنة الإقليمية لشرق المتوسط. وتُركِّز على الأولوية الاستراتيجية الخاصة بمواجهة الطوارئ الصحية والهدف المتعلق بها؛ وهو: حماية مليار شخص آخر من الطوارئ الصحية على نحو أفضل. ويرتكز هذا الهدف على المؤشر 3-د-1 لأهداف التنمية المستدامة: القدرات الخاصة باللوائح الصحية الدولية (2005)، والتأهَّب للطوارئ الصحية، وحسن توقيت الاستجابة. ومن شأن العمل على بلوغ الهدف أن يجعل العالم في وضع أفضل وأكثر قدرة على التصدي للطوارئ الصحية، من خلال زيادة مرونة النُظُم الصحية وقدرتها على الصمود لصالح مليار شخص آخر، على نحو قابل للقياس. وسوف تقيس المنظمة التقدم المُحرَز صَوَّب بلوغ هذا الهدف، استناداً إلى أنشطة الدعم المقدمة من المنظمة للبلدان من أجل تعزيز تأهبها لمواجهة الطوارئ الصحية.

6. تهدف هذه الورقة إلى:

- تقديم نبذة عن الوضع الحالي في الإقليم فيما يتعلق بالطوارئ الصحية؛
- تحديد المخاطر الرئيسية ومواقع القوة ومواطن الضعف في النُظُم الصحية في الإقليم في ما يتعلق بالتأهَّب للطوارئ والاستجابة لها؛
- شرح نهج المنظمة في ما يختص بالطوارئ الصحية، وتأثيره المُتوخَّى على التأهَّب للطوارئ والاستجابة لها؛
- عرض بعض التوجُّهات الاستراتيجية للمنظمة، والتوصية ببعض الإجراءات لتقوم بها بلدان الإقليم من أجل الإسهام في تحقيق هدف حماية مليار شخص آخر من الطوارئ الصحية.

7. تتضمن هذه الورقة تصورات لتأثير السياسات المقترحة في ما يتعلق تحديداً بتعزيز القدرات والآليات الوطنية للتأهَّب والاستجابة، وتنفيذ اللوائح الصحية الدولية (2005). وبينما يستمر العمل في جوانب أخرى لقياس التأثير، وتحديد حصة الإقليم في تحقيق الهدف العالمي المتمثِّل في حماية مليار شخص من الطوارئ الصحية على نحو أفضل، فإننا في هذه الورقة لا نحاول حساب مساهمة الإقليم في بلوغ غاية المليار شخص.

تحليل الوضع الراهن

المخاطر المرتبطة بالتعرض لجميع الأخطار

8. أُجري تقييم إقليمي للمخاطر في شباط/فبراير 2018، باستخدام الأداة الاستراتيجية للمنظمة لتقييم المخاطر، من أجل تحديد الأخطار المحتملة في الإقليم¹. وقد تم تحديد الأخطار استناداً إلى تأثيراتها السابقة و/أو المحتملة التي قد تستلزم استجابة طارئة من قِبَل مكتب المنظمة الإقليمي. ونوقشت جميع الأخطار الممكنة، الطبيعية منها أو تلك التي من صنع الإنسان (استناداً إلى تصنيفات الأداة)، وذلك في إطار عملية تحديد الأخطار. وبلغ عدد المخاطر التي أمكن تحديدها 23، باعتبارها أخطاراً محتملة تستلزم تدخلاً إقليمياً حالياً، و/أو قد تستلزم ذلك. واستناداً إلى النظام المستخدم لتصنيف المخاطر، صُنِّفت الأخطار المحددة على النحو الآتي:

- خطر شديد جداً (ثلاثة أخطار): نزاع مسلح، ونزوح قسري للسكان، وأحداث كيميائية، وبيولوجية، وإشعاعية - نووية.
- خطر شديد (ستة أخطار): الكوليرا، والحصبة، والدفتريا، والتيتانوس "الكزاز"، وفيروس كورونا المسبب لمتلازمة الشرق الأوسط التنفسية، والزلازل، والعواصف الترابية.
- خطر متوسط (تسعة أخطار): حمى الضنك، وحمى الوادي المتصدع، وحمى القرم-الكونغو النزفية، وشلل الأطفال، والسل الشديد المقاومة للأدوية، والجفاف، والفيضانات، والأعاصير، والحوادث الصناعية.
- خطر منخفض (أربعة أخطار): الحمى الصفراء، وفيروسات الأنفلونزا الجديدة، وموجات البرد، وموجات الحرارة.
- خطر منخفض جداً (خطر واحد): الانهيارات الأرضية الرطبة والجافة.

9. وتتفاوت العواقب الصحية لهذه الأخطار الثلاثة والعشرين، من ارتفاع في معدلات الأمراض والوفيات المرتبطة بالعوامل المُمرضِة، إلى إصابات جماعية، والأمراض التي يمكن الوقاية منها باللقاحات، والأمراض المنقولة بالماء، وحالات الصحة النفسية، والأمراض غير السارية، وارتفاع العبء المرضي الواقع على النظام الصحي من جراء الكوارث الطبيعية، والنزاع المسلح، ونزوح السكان. ويتفاقم تواتر العديد من أخطار الكوارث الطبيعية، ووخامتها، وطول مدتها بفعل التأثيرات الناجمة عن تغيُّر المناخ والأحوال الجوية القاسية، الأمر الذي يؤدِّي بدوره إلى تفاقم تأثيرها على الصحة.

10. ازداد احتمال ظهور أمراض تسببها عوامل ممرضة شديدة الخطورة، والسرارية السريعة لتلك الأمراض في الإقليم، حيث يتضرر عدد من البلدان، بشكل مباشر أو غير مباشر، من حالات الطوارئ الإنسانية الحادة والممتدة. ومن بين عوامل الخطر الأخرى التوسُّع العمراني السريع، وتغيُّر المناخ، وضعف نُظْم الترصد، ومحدودية القدرات التشخيصية المختبرية، وزيادة التفاعل بين الإنسان والحيوان. فمثلاً، عدم كفاية القدرات اللازمة لمواجهة فاشيات فيروس كورونا المسبب لمتلازمة الشرق الأوسط التنفسية، يعني أن يُصنَّف هذا الخطر بأنه شديد. وفضلاً عن ذلك، فقد تسبب فيروسات الأنفلونزا الجديدة، أو لا تسبب، جائحة. فإذا تسببت تلك الفيروسات في حدوث جائحة، فيُفترَض ألا تكون هناك مناعة ضدها، ومن ثمَّ فقد تشكِّل "خطراً شديداً جداً أو خطراً شديداً".

¹ يتمثل الغرض من الأداة الاستراتيجية للمنظمة لتقييم المخاطر في تحديد المخاطر وترتيب مدى تأثيرها، من أجل دعم التخطيط للطوارئ الصحية التي تحفز اتخاذ الإجراءات اللازمة للوقاية من المخاطر المرتبطة بخطر معين وعواقبه على الصحة، والاستعداد لمجابهة تلك المخاطر وتقليل حدتها. وتتناول الأداة الاستراتيجية الأخطار الطبيعية أو تلك التي من صنع الإنسان، والأحداث المدرجة في اللوائح الصحية الدولية، والأحداث في البلدان أو الأقاليم المجاورة. أما نطاق الأداة، فيتسم بالمرونة ويمكن تكيفه، غير أنه يُسَلِّم بالحاجة إلى الإدارة المتعددة القطاعات للمخاطر، وبالعلاج المحددات المتشابهة التي تتعلق بتحديد الأخطار، وتقييم مستوى التعرُّض، وتحليل السياق، ومواطن الضعف، وتقدير الأثر.

11. يؤدي التأثير الوخيم لبعض الكوارث الطبيعية، مثل الزلازل، إلى تصنيفها باعتبارها أخطاراً شديدة، على الرغم من انخفاض احتمال حدوثها. وقد كان للإعصار الذي ضرب الصومال، وعمان، واليمن في أيار/مايو 2018، تأثير وخيم على الصومال واليمن، أما عمان، فقد ضربت مثلاً جيداً على قدرة النظام الصحي المستعد استعداداً جيداً على الاستجابة بسرعة وكفاءة للعواقب الوخيمة الناجمة عن حدث مثل ذلك.

12. تُسكّل التجمعات الجماهيرية الحاشدة مخاطر كبيرة على الأمن الصحي. ومعلوم أن الإقليم يستضيف عدداً من تلك التجمعات، والتي تشمل مناسبات سنوية، مثل الحج في المملكة العربية السعودية، ومحرم والأربعين في العراق، إلى جانب الأحداث الرياضية والاجتماعية الدورية والمنتظمة، التي تجتذب مئات الآلاف من الناس في بعض بلدان الإقليم، والتي يمكن أن تساعد في انتشار الأمراض المعدية، وقد تُفضي إلى وقوع الحوادث بما يفوق القدرات الصحية الاعتيادية للبلدان.

عوامل الضعف

13. تبيّن، باستخدام نفس الأداة الخاصة بتقييم المخاطر، أنّ الأخطار الثلاثة المصنّفة على أنها أخطار شديدة جداً – النزاع المسلح، والنزوح القسري للسكان، والأحداث الكيميائية والبيولوجية، والإشعاعية - النووية، ستقع على الأرجح في غضون الشهر الاثني عشر القادمة، مع تأثر البلد الذي قد تقع فيه أي من هذه الأحداث تأثراً بالغاً. كما تبيّن أن العواصف الترابية، والكوليرا، والحصبة، هي أيضاً أحداث "يكاد يكون من المؤكد وقوعها" خلال الشهر الاثني عشر القادمة، غير أنه من المتوقع أن يكون تأثيرها على الإقليم متوسطاً، نظراً لتوفّر القدرات الكبيرة للتعامل مع الكوليرا والحصبة، إضافة إلى الشدة المتوسطة للعواصف الترابية التي تضرب الإقليم.

14. واجه الإقليم، خلال 2017-2018، عشر حالات طوارئ مُصنّفة؛ حيث صُنّفت على أنها طوارئ من المستوى الثالث في كل من الجمهورية العربية السورية، والصومال، واليمن؛ ومن المستوى الثاني في العراق (إذ انخفض تصنيفها من المستوى الثالث في 2017 إلى المستوى الثاني في شباط/فبراير 2018)، وفي السودان وفلسطين وليبيا؛ ومن المستوى الأول في كلّ من أفغانستان، وباكستان، والمملكة العربية السعودية. وقد صُنّفت باكستان والمملكة العربية السعودية على هذا النحو بسبب حصى الضنك، وفيروس كورونا المسبّب لمتلازمة الشرق الأوسط التنفسية، على التوالي.

15. وينخفض حالياً معدل التغطية بالتمنيع الروتيني في العديد من البلدان المتضررة من النزاعات في الإقليم – فأكثر من 90% من الأطفال غير المُطعمين ضد الدفتريا والتيتانوس والسعال الديكي (التطعيم الثلاثي) يعيشون في بلدان تمر بحالات طوارئ إنسانية، وإن كان بدرجات مختلفة. وكانت الأمراض التي يمكن توقّعها باللقاحات السبب الرئيسي للمراضة والوفيات في أغلب حالات الطوارئ الإنسانية في الإقليم. ومع انخفاض احتمال حدوث الدفتريا والتيتانوس مقارنةً بالحصبة، فإن إمكانية التعرّض للحصبة أعلى في الإقليم. ووُثقت في 2017-2018 فاشيات واسعة النطاق لأمراض يمكن توقّعها باللقاحات، مثل الحصبة في باكستان، والجمهورية العربية السورية، والسودان، والصومال، وليبيا²، والدفتريا في اليمن³.

16. أوقعت الحرب الدائرة في الجمهورية العربية السورية 80% من شعبيها في برائن الفقر، وأنقصت مأمول الحياة بنحو عشرين عاماً، وأفضت إلى خسائر اقتصادية فادحة قُدّرت بما يربو على متي مليار دولار أمريكي منذ بدء النزاع (2). وشهد الصومال، في 2017، واحدة من أسوأ فاشيات الكوليرا التي

² <http://www.emro.who.int/vpi/publications/measles-monthly-bulletin.html>

³ http://applications.emro.who.int/docs/epi/2018/Epi_Monitor_2018_11_29.pdf?ua=1

شهدها العالم، مع ارتفاع معدل إماتة الحالات، وتزامن معها جفاف طال أمده، وانعدام الأمن الغذائي، وسوء التغذية. وما يزال اليمن يواجه أكبر فاشية للكوليرا على مستوى العالم، وسط أكبر أزمة إنسانية عالمية. كما وثقت هجمات كيميائية في الجمهورية العربية السورية والعراق.

17. أدى انقطاع الكهرباء، والقيود المفروضة على إمدادات الوقود، ونقص الوقود اللازم لتشغيل المولدات الاحتياطية في غزة إلى تعطّل تقديم الخدمات الأساسية مثل الصحة والمياه وإدارة النفايات بشكل كبير، في حين بدأت في العراق مرحلة جديدة في مجال المساعدة الإنسانية منذ استعادة الموصل، حيث تحوّل التركيز إلى إعادة بناء النظام الصحي ودعم العائدين.

18. وفي عام 2017، كان هناك 17 مليون نازح داخلي في الإقليم من أصل 39 مليون نازح على مستوى العالم، ما يمثل 44% تقريباً من عدد النازحين داخلياً في العالم. وشكّل السوريون نسبة 36% من إجمالي عدد النازحين داخلياً في الإقليم (6.2 ملايين)، فيما بلغت نسبة العراقيين 15% (2.6 مليوناً). وفي نفس العام، كان هناك 17 مليون لاجئ من بلدان الإقليم، يمثلون 67% من مجموع اللاجئين في العالم البالغ عددهم 25.4 مليوناً. وكان 11 مليوناً من هؤلاء اللاجئين، وعددهم 17 مليوناً، يقيمون في الإقليم. وتفيد التقارير بأن عدد اللاجئين الفلسطينيين قد بلغ 5.3 ملايين (3، 4). واندلعت فاشيات كبرى للكوليرا بين اللاجئين والنازحين داخلياً في العراق خلال عامي 2015 و2016. وهناك تقارير بحدوث ارتفاع كبير في حالات الإصابة بداء الليشمانيات في الجمهورية العربية السورية، وبين اللاجئين السوريين الموجودين في غازي عنتاب بتركيا.

19. وشرّع عدد من اللاجئين والنازحين داخلياً في العودة إلى مواطنهم الأصلية. ففي أواخر 2017، كان من بين العائدين في الإقليم 4.1 ملايين نازح داخلي، و 460 000 لاجئ. ولا يُدرج هؤلاء العائدون دائماً في الخطط الوطنية، ما يؤدي إلى إلقاء عبء إضافي على النظم الصحية التي تعاني حالياً من صعوبات في مواكبة الزيادة في أعداد العائدين.

20. ولتغيّر المناخ والتدهور البيئي، اللذين غالباً ما يتفاقم تأثيرهما في حالات الطوارئ الإنسانية، آثار مباشرة وغير مباشرة على حدوث الأمراض المعدية وانتشارها. وتشير البيّنات المتاحة إلى تزايد ظهور الأمراض المنقولة بالبعوض مثل حمى الضنك (في باكستان، والسودان، والصومال، ومصر، والمملكة العربية السعودية)، والشيكونغونيا (في باكستان، واليمن)، والأمراض المنقولة بالقراد مثل حمى القرم-الكونغو النزفية (في أفغانستان، وباكستان، والسودان، والصومال، والجمهورية العربية السورية) والأمراض الليمشمانيات (في أفغانستان، وباكستان، والسودان، والصومال، والجمهورية العربية السورية) والأمراض الحيوانية المنشأ مثل فيروس كورونا المسبب لمتلازمة الشرق الأوسط التنفسية (في الإمارات العربية المتحدة، وعمان، وقطر، والمملكة العربية السعودية). كما أنّ لتغيّر المناخ تأثيراً أيضاً على الأمراض غير السارية بسبب زيادة التعرّض لموجات الحرارة، والمواد الكيميائية، وسوء التغذية، والكرب النفسي. وقد يدفع أيضاً إلى الهجرة الجماعية من المناطق المتضررة، الأمر الذي يتسبب في ضغوط جديدة و/أو متراكمة، وزيادة الطلب في المجتمعات والبلدان المستضيفة.

الثغرات والتحديات الماثلة

21. ما يزال العمل جارياً صوب تحقيق القدرات في مجال الصحة العامة المطلوبة بموجب اللوائح الصحية الدولية (2005) تحقيقاً كاملاً من أجل توفّي حدوث أي تهديد صحي وكشفه بفاعلية ومن ثمّ الاستجابة له بسرعة. وقد خلّص تقييم اللوائح الصحية الدولية الذي أُجري في عدد من بلدان الإقليم، باستخدام الأدوات الطوعية والإلزامية، إلى تحديد العديد من مواضع القوة والثغرات في جميع البلدان.

وتكمن مواضع القوة المشتركة التي حددها التقييم في الترصد القائم على المؤشرات (بما يشمل الأمراض الحيوانية المنشأ)، وسلامة الأغذية، والتمنيع، ووسائل تشخيص العوامل الممرضة المعروفة، وجمع العينات المختبرية وإحالتها، وتفعيل عمليات الاستجابة للطوارئ، وتدابير مكافحة الطيبة، وتنمية قدرات الموظفين، وربط الصحة العامة بالمجالات الأمنية. وتتعلق الثغرات بالتشريعات، ومقاومة مضادات الميكروبات، والسلامة البيولوجية والأمن البيولوجي، والحفاظ على سلسلة التبريد على مختلف المستويات الإدارية، والتدبير العلاجي للأمراض الحيوانية المنشأ والأمراض المنقولة بالغذاء، والترصد القائم على الأحداث، وتحليل البيانات وإدارتها لأغراض الصحة العامة، والتبليغ عن المخاطر، وإدارة الصحة العامة للأحداث الكيميائية والإشعاعية.

22. ومن بين التحديات الماثلة في مجال الوقاية من الأمراض المستجدة والأمراض التي قد تتحول إلى أوبئة ومكافحتها، ضعف أو تفتت نُظُم ترصد الأمراض من أجل الكشف المبكر عن التهديدات الصحية، ومحدودية القدرات التشخيصية المختبرية من أجل اكتشاف الأمراض، وغياب استراتيجيات وطنية متماسكة وشاملة للوقاية من الأمراض المستجدة وتلك التي قد تتحول إلى أوبئة واحتوائها ومكافحتها.

23. يوجد لدى الكثير من البلدان خطط تأهب واستجابة جيدة الإعداد خاصة بأمراض محددة، بيد أنها تفتقر إلى نظام شامل للتأهب للطوارئ الصحة العامة والاستجابة لها، يضم جميع القطاعات الملزمة باللوائح الصحية الدولية، بما في ذلك نقاط الدخول. كما أن تحديد المخاطر المتصلة بالصحة العامة، وتعيين الموارد يُجرى بصورة غير متسقة في مختلف أرجاء الإقليم، باستثناء عدد قليل فقط من البلدان التي لديها مرتسمات وطنية عن المخاطر فيها، والتي تم تجميعها وترتيب أهميتها من خلال نهج تعاوني متعدد القطاعات.

24. ويغلب على النُظُم الصحية في بلدان الإقليم، ولا سيما تلك التي تمر بحالات الطوارئ، طابع التفتت والتعددية وارتفاع تكاليفها وعدم قدرتها على مواجهة الطلب المتزايد على الخدمات. وقد يلقي اللاجئون والمهاجرون صعوبة في الحصول على الخدمات، التي قد تكون مكلفة ولا تلبى احتياجاتهم. وعلاوة على ذلك، فإن النقص المزمّن في الخدمات، والأدوية، والمستلزمات الأساسية، أمر موثق ومعروف، ويؤثر على مرتسم الأمراض في تلك البلدان.

25. وبالنسبة للقدرات الخاصة بالتأهب للطوارئ الصحة العامة التي تعتمد نهجاً يراعي جميع الأخطار، ويُشرك جميع القطاعات الملزمة باللوائح الصحية الدولية، فإنها قدرات غير كافية في غالبية بلدان الإقليم. وتشمل القدرات الخاصة بالتأهب للطوارئ تعيين أصحاب مصلحة يظطلعون بأدوار ومسؤوليات واضحة لإدارة الاستجابة، بما في ذلك الشؤون اللوجستية، والخبرات، والقوى العاملة، والمشتريات، وسلسلة التوريد الخاصة بالمعدات والمستلزمات، وتمويل عمليات الاستجابة. وينبغي أن يتضمن النظام أيضاً قدرات يمكنها تلبية الاحتياجات المفاجئة، وأن يكون قادراً على توسيع نطاق عمليات الاستجابة حتى يمكن الاستجابة بفاعلية لجميع حالات طوارئ الصحة العامة التي يُحتمل أن تثير قلقاً دولياً. وينبغي أن تكون عناصر القدرات الخاصة بالتأهب سريعة الاستجابة وقادرة على التعامل مع الأحداث المتعلقة بهجرة السكان ونزوحهم وكذلك التجمعات الجماهيرية الحاشدة، حيثما اقتضى الأمر ذلك.

26. توجد تهديدات خطيرة على الصحة العامة في كثير من البلدان داخل الإقليم وعلى مستوى العالم. فزيادة حركة السكان، سواء لأغراض السياحة، أو الهجرة، أو بسبب الكوارث، ونمو التجارة العالمية، والتغيرات الاجتماعية والبيئية، تعني أن مرضاً مُعدياً في بلد ما لا يفصله سوى بضع ساعات عن تشكيله تهديداً لبلد آخر، ويحتمل أن يكون مصدر قلقٍ للعالم أجمع. ولا يزال يتعين على البلدان استيفاء متطلبات اللوائح الصحية الدولية (2005) فيما يتعلق بنقاط الدخول، من أجل التقليل للحد الأدنى من

مخاطر الانتشار الدولي للأمراض، وتلافي تنفيذ تدابير إضافية استناداً إلى المادة 43 من اللوائح الصحية الدولية (2005)، مثل إغلاق الحدود، ومنع إصدار تأشيرات الدخول، وتعليق الرحلات الجوية التي يمكن أن تتعارض بشكل كبير مع أنشطة المرور والتجارة الدوليين. وينبغي إيلاء اهتمام أكبر للترتيبات المتعلقة بالتعاون عبر الحدود ذات الصلة بأحداث الصحة العامة، في شكل تبادل المعلومات، والتقييم المشترك للمخاطر والاستجابة لها.

27. ووفقاً لأحكام اللوائح الصحية الدولية (2005)، فإن الدول الأطراف مطالبة بإجراء تقييم لأحداث الصحة العامة التي تقع داخل أراضيها، بتطبيق المبادئ التوجيهية لاتخاذ القرارات الواردة في المرفق 2 من اللوائح الصحية الدولية، ومن ثم إخطار المنظمة بجميع الأحداث التي يتعين الإخطار بها، في غضون 24 ساعة من تقييم هذه الأحداث. وعلى الرغم من تحسُّن الوضع، فإن الدول الأطراف لا تزال مترددة، بوجه عام، في تقاسم المعلومات ذات الصلة بأحداث الصحة العامة التي يحتمل أن تثير قلقاً دولياً، والتي قد يكون لها تداعيات سياسية واجتماعية واقتصادية سلبية. وهذا الأمر يُضعف الاستجابة السريعة لأحداث الصحة العامة، ويزيد احتمال الانتشار الدولي لهذه الأحداث.

28. وبينما يُجمع قدرٌ كبيرٌ من البيانات في الكثير من البلدان في إطار الأدوات المختلفة للمعلومات الصحية، فإن ذلك لا يشمل دائماً المجالات الهامة ذات الأولوية، كما يغيب التنسيق والروابط اللازمة التي تجعل من تحليل البيانات بصورة مفيدة وفي توقيت مناسب أمراً ممكناً. ويعني ذلك استحالة وضع مؤشرات لفئات سكانية بعينها في العديد من البلدان على المستوى الوطني وبأسلوب مركزي، أو إثارة القلق بشأن دقة هذه المؤشرات. وتجدر الإشارة إلى أن نُظُم المعلومات الصحية القوية جزء لا يتجزأ من أية عملية تخطيط طويلة الأجل.

29. وتنخفض النسبة المُقدَّرة للمهنيين الصحيين المهرة في الإقليم إلى 26.3 لكل 10 000 شخص (2005-2015). وبينما تفي القوى العاملة الصحية في الكثير من البلدان المستضيفة للاجئين بالمطلوب منها، فقد أدت إضافة 2 مليون شخص آخر من السكان النازحين في كل من الأردن ولبنان إلى إجهاد خدمات الرعاية الصحية في كلا البلدين.

30. ويظل الإنفاق الحكومي على الصحة في الإقليم منخفضاً ليلعب 8.8% من إجمالي الإنفاق الحكومي العام. وقُدِّر متوسط المدفوعات من أموال الأشخاص الخاصة في الإقليم بمثابة نسبة مئوية من إجمالي الإنفاق على الصحة بنسبة 38% في عام 2014، مع ارتفاع كبير في هذه المدفوعات في بلدان مثل أفغانستان (64%) وباكستان (56.3%)، والسودان (76%) واليمن (76%). وكان القطاع الصحي، في عامي 2016-2017، من بين القطاعات الأقل تمويلاً في الإقليم. وفي عام 2018 وحتى 5 حزيران/يونيو، حصل قطاع الصحة على 284 مليون دولار أمريكي (21%) من أصل 1.4 مليار دولار أمريكي يحتاج إليها القطاع.

31. وبينما وضعت بعض بلدان الإقليم استراتيجية من أجل تعبئة الموارد وحشد القدرات اللازمة للنشر الفوري وتلبية الاحتياجات المفاجئة بما يتماشى مع احتياجاتها من الاستجابة الطارئة، تفتقر بلدان الإقليم في كثير من الأحيان إلى نهج منتظم في هذا الشأن. وبالرغم من ارتفاع التمويل الخارجي على نحو مُتَّرد بين عامي 2016 و2017، فقد أثقلت الأزمات المتزامنة والواسعة النطاق كاهل الجهات المانحة وأثرت على قدرتها على الوفاء بالاحتياجات الإنسانية بشكل كامل، ومنها الاحتياجات الصحية. أما المساعدات الإنمائية الرسمية التي تقدمها البلدان المانحة المعروفة، فهي إما ثابتة على حالها، أو أُعيد توجيهها من أجل التصدي لتحديات جديدة.

الأثر المتوخى

32. يصف إطار المنظمة للاستجابة للطوارئ (5) وكذلك إطار النتائج لبرنامج المنظمة للطوارئ الصحية (6) النهج الذي تتبعه منظمة الصحة العالمية في الاستجابة للطوارئ الصحية ولجميع الأخطار. وتسعى المنظمة إلى ضمان أن السكان المتضررين من حالات الطوارئ الصحية يستطيعون الوصول إلى الخدمات الصحية الأساسية المنقذة للحياة وتدخلات الصحة العامة؛ وأن جميع البلدان أصبحت مؤهلة للتخفيف من وطأة المخاطر الناجمة عن الأخطار المعدية التي تُمثّل تهديداً شديداً؛ وأن تضطلع جميع البلدان بتقييم الفجوات الحرجة التي تشوب التأهب لحالات الطوارئ الصحية وأن تعالجها، بما في ذلك الفجوات الخاصة بالقدرات الأساسية المطلوبة بموجب اللوائح الصحية الدولية (2005)، والقدرات اللازمة لإدارة مخاطر الطوارئ الصحية التي تشمل جميع الأخطار؛ وأن يُقدّم برنامج المنظمة للطوارئ الصحية (7)، الذي تتوفر له الموارد الكافية ويتسم بالكفاءة، الدعم إلى برامج الطوارئ الصحية الوطنية. ويحدد إطار الأثر الخاص ببرنامج العمل العام الثالث عشر 3 حصائل مرجوة من هذا النهج؛ وهي: تعزيز تأهب البلدان لحالات الطوارئ الصحية والاستجابة لها. وسوف يُنظر في هذه التوجّهات الاستراتيجية من أجل تنفيذها خلال الفترة 2019-2023. وقد تُعدّل تلك التوجّهات استناداً إلى ما سيسفر عنه رصد تنفيذ هذه التوجّهات وتقييم هذا التنفيذ.

33. ويُعدّ تنفيذ القدرات المطلوبة بموجب اللوائح الصحية الدولية (2005) أمراً أساسياً من أجل توفير الحماية من الطوارئ. وسوف يُقاس تنفيذ اللوائح الصحية الدولية (2005) من خلال آلية التبليغ السنوي عن اللوائح الصحية الدولية، وسوف يُعدّل هذا التنفيذ باستخدام البيانات الواردة من عملية التقييم الخارجي المشترك. ويبين الجدول 1 التوقعات الخاصة بتنفيذ اللوائح الصحية الدولية بحلول عام 2023، في حال تنفيذ التوجّهات الاستراتيجية المُقترحة والتوصيات القطرية.

34. سوف تعمل منظمة الصحة العالمية مع الشركاء من أجل تحديد الحصص التي سوف يُسهم بها الإقليم في تحقيق الهدف العالمي المتمثل في حماية مليار شخص آخر من الطوارئ الصحية على نحو أفضل. وسوف يُناقش هذا الأمر جدياً مع البلدان حتى يتسنى طرح الخطط التي تساعد في الوفاء بحصتها في جهود تحقيق الهدف المتمثل في حماية مليار شخص آخر.

النهج المقترح لمنظمة الصحة العالمية حسب الحصيلة

تعزيز تأهب البلدان لحالات الطوارئ الصحية

35. دعم البلدان في ما يتعلق بتنفيذ اللوائح الصحية الدولية (2005) وتعزيزها بما يتماشى مع الخطة الاستراتيجية العالمية الخمسية لتحسين التأهب والاستجابة في مجال الصحة العامة، مع تكييفها وفق المحددات والأولويات الإقليمية.

36. الدعوة إلى استخدام الأدوات الطوعية والإلزامية المستخدمة في رصد وتقييم تنفيذ اللوائح الصحية الدولية (2005)، وكذلك النهج العملية والمُصممة من أجل بيان مدى اضطلاع القدرات الوطنية بوظائفها. وسوف تواصل منظمة الصحة العالمية العمل مع البلدان من أجل إعداد خطط العمل الوطنية في مجال الأمن الصحي وتقدير تكاليف تنفيذها. ويُمثّل ذلك واحداً من المجالات الاستراتيجية الرئيسية لعمل منظمة الصحة العالمية مع بلدان الإقليم.

الجدول 1. توقعات تنفيذ اللوائح الصحية الدولية بحلول عام 2023، باستخدام آلية التبليغ السنوي عن اللوائح الصحية الدولية لعام 2017 والتقييم الخارجي المشترك بمثابة خط أساس

البلدان	الدرجات المتوقعة لتنفيذ اللوائح الصحية الدولية بحلول عام 2023 (%)
جيبوتي، والصومال	40-30
أفغانستان، والجمهورية العربية السورية، وليبيا، واليمن	50-40
باكستان، وفلسطين	60-50
الأردن، وتونس، والسودان، والعراق، ولبنان، والمغرب	70-60
جمهورية إيران الإسلامية، وقطر، والكويت، ومصر	80-70
البحرين، وعمان، والمملكة العربية السعودية	90-80
الإمارات العربية المتحدة	100-90

المصادر: بيانات المرصد الصحي العالمي التابع لمنظمة الصحة العالمية بشأن حالة تنفيذ القدرات الأساسية المطلوبة بموجب اللوائح الصحية الدولية، 2016 http://www.who.int/gho/ihr/monitoring/region_eastern_mediterranean/en، آخر اطلاق في 13 آب/أغسطس (2018)؛ إقليم منظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط: تقارير بعثات التقييم الخارجي المشترك (آخر اطلاق في 13 آب/أغسطس 2018) <http://www.who.int/ihr/procedures/mission-reports-eastern-mediterranean/en>، آخر اطلاق في 13 آب/أغسطس (2018).

37. المواءمة بين التأهب وتقوية النُظُم الصحية، وذلك من خلال اعتماد نهج يراعي كل الأخطار من أجل تنفيذ اللوائح الصحية الدولية (2005) وإطار سينداي للحدّ من مخاطر الكوارث 2015-2030 (إطار سينداي).

38. تعزيز قدرات مراكز الاتصال الوطنية المعنية باللوائح الصحية الدولية (2005). ويجري هذا العمل على قدم وساق، وسوف تزداد وتيرته جنباً إلى جنب مع أنشطة الدعوة التي تستهدف كبار المسؤولين بقصد إذكاء الوعي بضرورة الامتثال للوائح الصحية الدولية (2005)، وبخاصة ما يتعلق بالإخطار بأحداث الصحة العامة والتدابير المتصلة بالسفر والتجارة.

39. دعم البلدان من أجل الوفاء بمتطلبات اللوائح الصحية الدولية (2005) في نقاط الدخول، وتعزيز التعاون عبر الحدود في صورة تبادل المعلومات، وإجراء تقييم مشترك للمخاطر، والاستجابة لأحداث الصحة العامة.

40. دعم البلدان في تقييم الاحتياجات الصحية للمهاجرين والنازحين، ووضع خطط عمل لرأب الفجوات التي تم تحديدها، وضمان أن تتناول خطة العمل الإقليمية بشأن تعزيز صحة اللاجئين والمهاجرين هذه الفجوات تناوياً واضحاً، وسيتم إعداد هذه الخطة استناداً إلى خطة العمل العالمية المقرر عرضها على المجلس التنفيذي في دورته القادمة.

41. تحديث مرتسم المخاطر في الإقليم وتحديث الخطط الإقليمية بشأن التأهب والاستجابة في مجال الطوارئ الصحية العامة، وتحديث خطط الطوارئ للتصدّي لأخطار معنية وفقاً لذلك، فضلاً عن دعم البلدان من أجل توصيف المخاطر المحتملة، وتقييمها، والتنبؤ بها، وضمان وجود مستويات قوية من التأهب لحالات الطوارئ المتعلقة بجميع المخاطر، بما في ذلك الكوارث الطبيعية، والتصدّي لأحداث بعينها، من قبيل التجمعات البشرية الحاشدة.

42. دعم البلدان من أجل مراجعة تشريعاتها، وسياساتها، ولوائحها الوطنية وإجراءاتها الإدارية، وذلك بقصد تعزيز التنسيق المتعدد القطاعات وتيسير تنفيذ القدرات المطلوبة بموجب اللوائح الصحية الدولية (2005).

43. دعم البلدان من أجل تقييم المستشفيات وتعزيز قدرتها على التأهب لجميع الأخطار وإدارتها، بما في ذلك تدريب العاملين في المستشفيات.

44. اشتراك البلدان التي تشهد انتقالاً من حالات الطوارئ في النقاش الجاري حول "الربط بين العمل الإنساني والتنمية" من أجل تحديد سُبُل الربط بين عمليات الاستجابة القصيرة الأجل على الأرض وأنشطة تطوير القدرات على المدى الطويل، وضمان سلاسة الانتقال والتعافي من حالات الطوارئ.

45. تعزيز القدرات الإقليمية في تعبئة الموارد، لا سيّما على المستوى القطري. ويشمل ذلك: تعزيز التعاون في ما بين بلدان الجنوب والجهات المانحة داخل الإقليم وخارجه؛ والمشاركة مع الجهات المانحة في برامج التمويل المتعددة السنوات من أجل تمويل مجالات العمل الرئيسية لبرنامج الطوارئ الصحية؛ وتعزيز جهود التمويل العالمية المبذولة لتوسيع نطاق الشراكات فيما يتعلق ببرنامج الطوارئ الصحية وإقامة علاقات تعاون جديدة وفقاً لنهج «المجتمع بأسره»؛ وتعزيز و/أو إقامة العلاقات الخارجية وتعزيز و/أو بناء القدرة على تعبئة الموارد، وذلك على مستوى المكتب الإقليمي والمكاتب القطرية؛ وإنشاء آليات لإعداد القياسات وتوفير المعلومات المتعلقة بأنشطة عمل الجهات المانحة.

46. إعداد قائمة بالخبراء التقنيين والإداريين، وتحديد العناصر التشغيلية الضرورية المطلوبة لتيسير النشر السريع للخبراء من أجل تقديم الدعم للبلدان، وتنفيذها.

الحيلولة دون ظهور أخطار مُعدية تُمثل تهديداً شديداً

47. تحسين التغطية بالتمنيع الروتيني ضد جميع المستضدات في جميع البلدان من أجل بناء مناعة السكان ضد الأمراض التي يمكن توقيها باللقاحات، وتحقيق أهداف برامج التمنيع.

48. دعم البلدان من أجل تعزيز سلسلة التبريد الخاصة بتسليم اللقاحات وتحسين عمليتي شراء اللقاحات والتنبؤ بالاحتياجات منها، مما يضمن عدم نفاد مخزونها على المستوى المركزي وعلى مستوى المناطق.

49. إقامة علاقات تعاون فعّالة وتبادل المعلومات مع القطاعات المعنية بصحة الحيوان، والبيئة، والغذاء في إطار نهج «الصحة الواحدة»، وذلك بقصد تعزيز الترصد المشترك، واستقصاء حالات العدوى الحيوانية المنشأ المُستجدة التي تظهر من جزاء مخالطة البشر للحيوانات، والاستجابة لها.

50. توجيه البلدان ودعمها في تنفيذ الإطار الاستراتيجي لتعزيز خدمات المختبرات الصحية 2016-2020.

51. تقوية نُظُم الترصد القطري للأمراض المُستجدة والأمراض التي يمكن أن تتحول إلى أوبئة وجوائح، بما في ذلك إنشاء نُظُم الإنذار المبكر للكشف عن التهديدات الصحية وقت حدوثها.

52. جمع البيانات حول عبء الأمراض المُستجدة وعوامل الخطر والمُحددات المرتبطة بها، بما في ذلك الأثر المترتب على تغيير المناخ، وكذلك البيانات حول أفضل الممارسات في ما يتصل بتدخلات مكافحة الأمراض، حتى يمكن توقّع التهديدات في المستقبل على نحو أفضل. وسوف يتم ذلك من خلال إجراء مراجعة منهجية، فضلاً عن تحديد وتنسيق أنشطة البحث والتطوير والابتكار اللازمة لتحسين الكشف عن الأمراض الجديدة والمُستجدة ومصادر الخطر الأخرى، والوقاية منها والاستجابة لها.

سرعة الكشف عن الطوارئ الصحية والاستجابة لها

53. المساهمة في تقوية نُظُم الاستجابة الصحية الإقليمية، والاستجابة بفاعلية وعلى نحو يمكن التنبؤ به للأثار الصحية المترتبة على حالات الطوارئ الحادة أو الممتدة الأجل.

54. المساهمة في «دورة البرامج الإنسانية»، بما في ذلك التخطيط الاستراتيجي، وتحسين التنفيذ، والقيادة الصحية لخطط الاستجابة الإنسانية، وضمان تقديم استجابة شاملة تلبي احتياجات الناس المتعددة والمتشابهة، وبما يشمل مجالات العمل الإنساني المنقذ للأرواح، وسُبل العيش، والحماية، والخدمات الرئيسية، بالإضافة إلى ضمان استناد خطط الاستجابة الإنسانية إلى تحليل صحي سليم، وأن تكون تلك الخطط موجّهة توجيهاً جيداً، وأن تظل فعالة ومؤثرة في الاستجابة بشكل ملائم للأثار الصحية المترتبة على حالات الطوارئ، وكذلك ضمان الإدارة السليمة لأولويات الاستجابة الصحية في جميع مراحل «دورة البرامج الإنسانية»، بما في ذلك التعافي المبكر.

55. تعزيز مركز عمليات الطوارئ الإقليمي بقصد تنسيق وظائف الاستجابة للتهديدات أو الأحداث المُصنّفة وغير المُصنّفة في جميع مجالات إدارة الأحداث الطارئة الحرجة الستة، ونشر خبراء تقنيين وتوفير الدعم من أجل تلبية الاحتياجات المفاجئة، وتوفير الدعم المالي والتقني واللوجستي من أجل تعزيز قدرات الاستجابة وفقاً للاحتياجات، فضلاً عن توسيع نطاق الروابط بين مركز عمليات الطوارئ الإقليمي وسائر مراكز عمليات الطوارئ على مستوى المكاتب القطرية للمنظمة وفي وزارات الصحة. وكذلك مواصلة العمل مع البلدان من أجل إضفاء الطابع المؤسسي على نظام إدارة الأحداث، مع ضمان ربطه بشبكة مراكز عمليات الطوارئ.

56. ضمان أن الخدمات الصحية المُنقذة للحياة تصل إلى الناس الأشد احتياجاً إليها، بما في ذلك التدبير العلاجي للرضوح والإصابات، والرعاية الصحية الأساسية من المستويين الأول والثانوي، والإحالات الطبية، وتحسين الوصول إلى الخدمات الصحية المُنقذة للحياة، وتعزيز الصحة والوقاية من الأمراض وتديريها علاجياً، إلى جانب الصحة النفسية والدعم النفسي والاجتماعي، بالإضافة إلى إعداد وثائق توجيهية تنفيذية حول الوقاية من فاشيات الأمراض وتديريها علاجياً في حالات الطوارئ.

57. مواصلة تنفيذ النظام الإقليمي لرصد توافر الموارد الصحية ونظام الإنذار المبكر بالأمراض والاستجابة لها من أجل ضمان توافر المعلومات المُحدّثة التي تُسترشد بها تدخلات الصحة العامة وعمليات الاستجابة، واللازمة أيضاً لأغراض تتعلق بالرصد.

58. تعزيز الخدمات اللوجستية، واللوجستيات الطبية، وإدارة الإمدادات على نحو يمكن التنبؤ به، بما في ذلك التخطيط للطوارئ من خلال إعادة تحديد الإمدادات اللازمة للاستجابة الطارئة أثناء حالات الطوارئ وفي المركز الإقليمي للإمدادات اللوجستية.

59. هناك أولوية بحثية تتمثل في تتبّع ما تقوم به المنظمة من عمل من أجل الاستجابة للطوارئ في البلدان المتضررة عن طريق قياس القدرة على الوصول إلى التدخلات وتقديمها.

60. تعزيز قدرات الفرق القطرية المتعددة التخصصات المعنية بالاستجابة السريعة وتوسيع نطاقها، وتعزيز التواصل مع «الشبكة العالمية للإنذار بحدوث الفاشيات ومواجهتها» والانضمام إليها، وذلك من أجل توجيه عمليات الاستقصاء وتنفيذ تدابير الاحتواء العاجلة في مجال الصحة العامة، وإسداء المشورة في هذا الشأن، إلى جانب تعزيز الفرق الطبية في حالات الطوارئ وتحديد البلدان الرائدة في الإقليم التي تستطيع توفير الدعم اللازم للبلدان الأخرى.

61. ضمان تهيئة الظروف البيئية الملائمة والأمنة في مرافق الرعاية الصحية في البلدان التي تواجه حالات طوارئ، وخاصة في ما يتعلق بمياه الشرب، وإدارة النفايات الطبية الصلبة، وأنشطة مكافحة نواقل الأمراض. ودعم وزارات الصحة من أجل إنشاء وحدات معنية بالصحة البيئية داخل هيكلها التنظيمية لضمان جودة الخدمات اللازمة.

62. توسيع نطاق العمل مع الشركاء وتعزيز التنسيق داخل القطاع الصحي، بما في ذلك مع وكالات الأمم المتحدة، والمجتمع المدني وغير ذلك من الجهات صاحبة المصلحة داخل القطاع الصحي وخارجه، من أجل ضمان الاستجابة على نحو ملائم للطوارئ الصحية والآثار الصحية المترتبة عليها، وكذلك تعزيز الدور القيادي للمنظمة في إطار استجابة مجموعة الصحة العالمية وفي إطار الدبلوماسية الصحية، وضمان اضطلاع المنظمة بدورها بوصفها الملاذ الأخير لتوفير الدعم وفقاً لخطة التحول الخاصة باللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات.

63. استكشاف أوجه التآزر بين الحكومات والجهات الفاعلة في مجالات الصحة والعمل الإنساني والإنمائي وتعزيز تلك الأوجه في الأنشطة المشتركة المتعلقة بتحليل التدخلات الإنسانية وتدخلات التعافي المبكر والتخطيط لها ورصدها وتنفيذها بشكل مُنسَّق من أجل تحقيق حصائل جماعية تعظم الأثر المترتب على الاستجابة الصحية، لا سيَّما في البيئات الهشة والمُتضررة من الصراعات.

توصيات إلى الدول الأعضاء

64. تهيئة بيئة مواتية لإدماج النهج التي تراعي جميع الأخطار المتعلقة بالتأهب لحالات الطوارئ والاستجابة لها في تدابير تعزيز النظام الصحي، بما في ذلك في مجال الرعاية الصحية الأولية، وبخاصة في البلدان المُعرَّضة لحالات الطوارئ، وضمان بناء قدرات مقدِّمي الرعاية الصحية في مجال تقييم أخطار الكوارث، وإدارتها والاستجابة لها.

65. مواصلة العمل مع القطاعات المُلتزمة باللوائح الصحية الدولية (2005) من أجل الوفاء بمتطلباتها ومتطلبات إطار سينداي، وذلك حتى يكون النظام الصحي مرناً وقادراً على الصمود في مواجهة الطوارئ الصحية والآثار الصحية المترتبة عليها، بما في ذلك الكوارث المتصلة بالمناخ وغيرها من الكوارث البيئية. وتُعدُّ الاستفادة من الأدوات الإلزامية والطوعية من أجل رصد وتقييم القدرات المطلوبة بموجب اللوائح الصحية الدولية (2005)، فضلاً عن رصد تنفيذ إطار سينداي، أمراً ضرورياً لضمان إحراز التقدم وتحديد العقبات.

66. مواصلة إعداد خطط عمل وطنية في مجال الأمن الصحي تماشياً مع عملية التخطيط في القطاع الصحي، وتعزيز الآليات الوطنية المعنية بتحديد الموارد وتعبئتها لتنفيذ تلك الخطط.

67. توسيع نطاق جهود الوقاية من الأمراض المستجدة والأمراض التي يمكن أن تتحول إلى أوبئة ومكافحتها على نحو منهجي، واستخدام نهج للمخاطر مستند إلى البيئات، وتنفيذ تدابير القضاء على أمراض محددة ومكافحتها، من أجل مواجهة التهديدات ذات الأولوية الناجمة عن الأمراض المُعدية شديدة الخطورة المنتشرة في الإقليم.

68. تقييم النُظُم المالية الوطنية من أجل تحديد الفرص المتاحة لتوفير الموارد المحلية والخارجية لدعم الاستجابة السريعة لحالات الطوارئ.

69. تحديد وتقييم مجموعة الخدمات الصحية الأساسية على المستوى الأولي والثانوي التي يمكن توفيرها للمواطنين في حالات الطوارئ استناداً إلى قدرات النظام الصحي واحتياجاته، وتحديد السُّبُل التي يمكن من خلالها ضمان مواصلة تقديم الخدمات في حالات الطوارئ.

70. ضمان وفاء خطط عمل الدعم القُطري بالهدف الاستراتيجي المتمثّل في «حماية مليار شخص آخر من الطوارئ الصحية على نحو أفضل»، وذلك حتى تتمكن أحاد البلدان من المساهمة في تحقيق تلك الغاية العالمية.

71. وضع خرائط بالمرافق الصحية التي دمرتها الكوارث وحالات الطوارئ الأخرى، وتحديد الأثر المُحتمل المترتب على تلك الكوارث والطوارئ على المناطق التي استهدفتها، والعبء المُحتمل أن يقع على كاهل سائر المرافق.

72. النظر في تحسين القدرات ونُظُم الاختبار وآليات الاستجابة السريعة، والاستفادة منها في البلدان التي تواجه حالات الطوارئ، وذلك بقصد تبادل المعارف والخبرات مع سائر البلدان فيما يتعلق بترصد أحداث الصحة العامة وإدارتها أثناء حالات الطوارئ.

73. إنشاء وتعزيز آليات التنسيق والإشراف على المستوى القُطري من خلال بناء الصلات المشتركة بين القطاعات على المستويات الوطنية ودون الوطنية، وتوسيع نطاق الروابط مع الجامعات والمؤسسات التقنية الوطنية.

المراجع:

1. مسودة برنامج العمل العام الثالث عشر، 2013-2019. تقرير من المدير العام إلى جمعية الصحة العالمية الحادية والسبعين، 5 نيسان/أبريل 2018، (A71/4) http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71/A71_4-ar.pdf آخر اطلاع في 30 تموز/يوليو (2018)
2. Syrian Centre for Policy Research, Alienation and Violence: Impact of Syria Crises Report, 2014, UNDP, UNRWA, March 2015.
3. United Nations High Commissioner for Refugees, UNHCR Population Statistics Reference Database (<http://popstats.unhcr.org/en/overview>, accessed 1 July 2018).
4. United Nations Relief and Works Agency for Palestine Refugees in the Near East (UNWRA), Where we work (<https://www.unrwa.org/where-we-work>, accessed 13 August 2018).
5. WHO Emergency Response Framework, second edition, 2017.
6. WHO Health Emergencies Programme: results framework. Draft version, October 26 2016 (<http://www.who.int/about/finances-accountability/funding/financing-dialogue/emergencies-programme-results-framework.pdf>, accessed 30 July 2018).