

رسم ملامح مستقبل الصحة في إقليم منظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط

تعزيز دور المنظمة 2012-2016

المقدمة وأبرز النقاط في التقرير

1. يستعرض التقرير آخر مستجدات الوضع في إقليم منظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط منذ توليت منصب المدير الإقليمي في شباط/فبراير 2012، والتقدم المُحرز في المجالات الاستراتيجية الخمسة، وهي تحديداً: تعزيز النظم الصحية لبلوغ التغطية الصحية الشاملة، وصحة الأمهات والأطفال، والأمن الصحي والأمراض السارية، والأمراض غير السارية، والتأهب والاستجابة لحالات الطوارئ. وكانت اللجنة الإقليمية لمنظمة الصحة العالمية لإقليم شرق المتوسط، قد اعتمدت هذه الأولويات في دورتها التاسعة والخمسين التي عُقدت في تشرين الأول/أكتوبر عام 2012.
2. وكان الوضع آنذاك في عددٍ من بلدان الإقليم يؤثر بالفعل على صحة السكان، ولكننا لم نكن نتصور حجم الأزمة الإنسانية التي سوف تعصف عمّا قريب بأرواح الملايين من البشر. واليوم، ينتمي أكثر من نصف عدد اللاجئين في العالم إلى ثلاثة بلدان تقع جميعها داخل حدود إقليمنا (أفغانستان، والجمهورية العربية السورية، والصومال)، وتستضيفهم أربعة بلدان فقط (الأردن، وباكستان، وجمهورية إيران الإسلامية، ولبنان). وعلى الجانب الآخر، يستضيف الإقليم أيضاً العدد الأكبر من النازحين جراء النزاعات الدائرة. وفي غضون ذلك يتجلى حجم الضرر الواقع على صحة البشر، وهو ضرر كارثي. ففي هذه اللحظة، لا يبدو أن ثمة نهاية تلوح في الأفق، وتستمر الأزمات وربما تصبح أثرها السلبية الخطيرة على الصحة في البلدان المتضررة وجيرانها أسوأ بكثير.
3. وعلى الرغم من ذلك، فقد أحرزت منظمة الصحة العالمية والدول الأعضاء، بالتعاون فيما بينها، مكاسب كبرى في الإقليم من خلال تركيز الجهود على المجالات الأساسية الخمسة حيث نسهم مساهمةً إيجابية صوب إحداث التغيير وإرساء القواعد لاستمرار التنمية في مجال الصحة.
4. وفيما يتعلق بتعزيز النظم الصحية، فقد أجرينا استعراضاً شاملاً للبنى الأساسية للنظم الصحية في بلدان الإقليم، وتوافقت الآراء على سبع أولويات أساسية علينا جميعاً التصدي لها خلال فترة الخمس سنوات القادمة. واستناداً إلى هذا الاستعراض وبالتشاور الوثيق مع الدول الأعضاء، أُعدّ مرتسّم قطري لكل دولة عضو يغطي أهم المؤشرات والإنجازات ونقاط القوة ومواطن الضعف وأوليات العمل الخاصة بالنظم الصحية. وقد تحقق إنجاز مهم في التحرك نحو التغطية الصحية الشاملة بإعداد إطار عمل للنهوض بالتغطية الصحية الشاملة والذي يسترشد به كثير من البلدان حالياً في تسريع وتيرة التقدم بها. وهذا الإطار هو خارطة طريق لتحقيق إمكانية وصول السكان ككل، بمن فيهم الفئات الضعيفة والمهمشة، في جميع البلدان إلى الرعاية الصحية. وحالياً، تقدّم المنظمة الدعم للبلدان من أجل تحقيق هذا الهدف.

5. وقد جرى تطوير عنصري القيادة والحوكمة في الصحة العمومية أيضاً عبر مجموعة من البرامج. ففي سبيل التصدي للثغرات التي تشوب قدرات الصحة العمومية في كثير من البلدان، وبالعامل مع الخبراء الرئيسيين على الصعيدين الدولي والإقليمي، أُعدت أدوات لتقييم وظائف الصحة العمومية في وزارات الصحة، وخضعت للتجربة بنجاح في بلدين. ويجدد تقرير التقييم لكل بلد المجالات التي ينبغي تعزيزها ويوصي بمجموعة من الإجراءات. وسوف يخضع مزيد من البلدان للتقييم في عام 2016. كما قُدم برنامج للقيادة من أجل الصحة، بالتعاون مع كلية هارفارد للصحة العمومية، وقد تخرج فيه على مدار العامين الماضيين ما يزيد على 50 قيادة من قيادات الصحة في المستقبل.

6. وثمة إنجاز آخر تمثل في وضع إطار العمل الخاص بنظم المعلومات الصحية عقب جولات من المشاورات المكثفة مع مختلف القطاعات بالدول الأعضاء ومع الخبراء الدوليين. ويتألف إطار العمل من ثلاثة عناصر أساسية، هي: رصد أهم المخاطر والمحددات، وتقييم الوضع الصحي بما في ذلك الوفيات الناجمة عن أسباب محددة، وقياس مدى استجابة القطاع الصحي. وقد تم الاتفاق على مجموعة من المؤشرات الأساسية لكل من هذه العناصر. ونحن حالياً بصدد تقييم كل بلد من حيث قدرته على توليد بيانات موثوقة يُستفاد منها في المؤشرات الأساسية الواردة في إطار العمل والبالغ عددها 68 مؤشراً. وقد أجرينا أيضاً تقييماً معمّقا لنظام تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية في جميع البلدان. وتُعدّ المعلومات المقدّمة من خلال هذا البرنامج هي الأوسع والأشمل بين مختلف أقاليم المنظمة. وقد وضعنا استراتيجية إقليمية استناداً إلى هذا التقييم. وحددت كل البلدان حالياً بوضوح الثغرات والمجالات التي يلزم تعزيزها وقُدم لها الدعم التقني اللازم مع مضيّها قدماً في التصدي لتلك الثغرات.

7. وفي سبيل دعم تنمية القوى العاملة الصحية في الإقليم، أُعدّ إطار عمل إقليمي للتعليم الطبي، استناداً إلى تحليل شامل للحالة واستبيان إقليمي لكليات الطب، كما يوجد إطار عمل آخر مماثل يحدّد الاتجاهات الاستراتيجية لتعزيز التعليم والممارسة في مجالي التمريض والقبالة. ودأبت المنظمة أيضاً على بناء قدرات البلدان في مجال التعاون مع القطاع الصحي الخاص وتنظيم أنشطته من أجل المضي قدماً صوب التغطية الصحية الشاملة. كما شرع الإقليم في إجراء تقييم مُحكم للتكنولوجيات الصحية، ومنها الأدوية، بما في ذلك إعداد مرسوم دوائي لكل بلد بما يدعم اتخاذ قرارات الشراء الفعّال لقاء التكاليف.

8. لقد كانت صحة الأمهات والأطفال أحد الشواغل الرئيسية في الإقليم عام 2012، ولاسيما الارتفاع المستمر في معدلات وفيات الأمهات والأطفال في بعض البلدان. وتم تحديد معظم الأسباب على أنها مشاكل تتعلق بالنظم الصحية، ومن ثم أُطلقت مبادرة كبرى بعنوان "إنقاذ حياة الأمهات والأطفال". وقُدم الدعم إلى البلدان التسعة التي تنوء بعبء ثقيل من وفيات الأمهات والأطفال لإعداد استراتيجيات لتحسين بقاء الأطفال والأمهات على قيد الحياة، والحفاظ على صحتهم. وأجري تحليل للحالة في كل بلد للوقوف على الثغرات في هذا المضمار، وأُعدّ مرسوم قطري ليسلط الضوء على الحالة الراهنة والتحديات القائمة والإجراءات اللازمة، إلى جانب تحليل التكلفة. وأعقب ذلك إعداد خطط متعددة القطاعات لتسريع وتيرة التقدّم إلى جانب مبادرات تفصيلية عالية المردود لكل بلد. وقد أُطلق معظم البلدان التي تنوء بعبء ثقيل من الوفيات والمرضاة بين الأمهات والأطفال الخطط الخاصة بها، وتقوم حالياً بتنفيذها.

9. وبالنسبة للأمراض غير السارية، أُعدّ الإقليم إطار عمل لتنفيذ الإعلان السياسي الصادر عن الأمم المتحدة بشأن الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها، وهو الإطار الذي تضمن 17 تدخلاً استراتيجياً في مكوّناته

الأربعة (الحوكمة، والوقاية، والرعاية الصحية، والترصد)، و10 مؤشرات يمكن للبلدان أن تقيس عليها ما تحرزه من تقدّم. وقد أُنجز عملٌ مكثف، استناداً إلى استعراض البيّنات والتجارب الدولية، بهدف إعداد إرشادات عملية تقنية حول كيفية تنفيذ التدخلات، مثل تدابير مكافحة التبغ، وخفض استهلاك الملح والسكر والدهون المشبعة، والتخلص من الدهون المهدرجة المنتجة صناعياً، وكذلك حول الحد من عوامل الخطر. وهذه الإرشادات متاحة الآن ويستخدمها كثير من الدول الأعضاء. وهناك مجالان رئيسيان آخران يعتبران من المجالات الحيوية؛ الأول هو التوجيه بشأن إدماج الرعاية الصحية الخاصة بالأمراض غير السارية ضمن الرعاية الصحية الأولية واستمرار العلاج أثناء الطوارئ، والثاني هو إطار التصد الذي ينبغي للبلدان استخدامه لرصد التقدّم المُحرز بها.

10. ويجري إعداد مرتسمات موجزة سنوياً حول استجابة كل بلد استناداً إلى مؤشرات قياس التقدّم التي يتضمنها إطار العمل. ويبيّن استعراض أُجري مؤخراً حول التقدّم المحرز قسطاً كبيراً من العمل الذي ينبغي إتمامه من أجل الوفاء بالإجراءات المحدد زمنياً المطلوبة بموجب الإعلان السياسي، وستواصل المنظمة دعمها للبلدان فيما تبذله من جهود لتلبية هذه الغايات.

11. وقد كان الأمن الصحي محل تركيز في أعمالنا فيما يتعلق بالأمراض السارية؛ إذ كانت الوقاية من فاشيات الأمراض المستجدة والمنبثقة والاستجابة لها أولويةً في السنوات الأربع الأخيرة مع تردي أوضاع الصحة العمومية في عدد من البلدان. وقد نُفذت حملات هائلة بهدف مكافحة الفاشيات واسعة النطاق لشلل الأطفال والحصبة، وأثمرت عن نجاح في منع حدوث مزيد من الانتشار لتلك الفاشيات سواء داخل الإقليم أو خارج حدوده. ونُفذت أيضاً أعمالٌ على قدر من الأهمية لضمان امتلاك الدول الأعضاء للقدرات الأساسية اللازمة لتنفيذ اللوائح الصحية الدولية (2005). فمع نهاية عام 2014، وبطلب من الدول الأعضاء، نفذت المنظمة تقييمات سريعة لقدرات البلدان في مجال الكشف عن حالات الإصابة بالإيبولا والاستجابة لها. وأظهرت النتائج ثغرات في قدرات الوقاية من الفاشيات ومكافحتها في جميع البلدان وكشفت عن القيود المرتبطة بأداة التقييم الذاتي لتنفيذ اللوائح الصحية الدولية. ودعت اللجنة الإقليمية، بناءً على ذلك، إلى اعتماد التقييم المستقل وتشكيل لجنة إقليمية للتقييم من أجل إسداء الإرشادات التقنية للبلدان والإشراف على عملية التقييم الخارجي المشترك المستقل. وقد لعب إقليمنا دوراً رائداً في مواءمة أداة التقييم الخاصة باللوائح الصحية الدولية مع الخطة العالمية للأمن الصحي، وإعداد أداة للتقييم الخارجي المشترك يعتمدها الآن جميع أقاليم المنظمة، فضلاً عن الخطة العالمية للأمن الصحي.

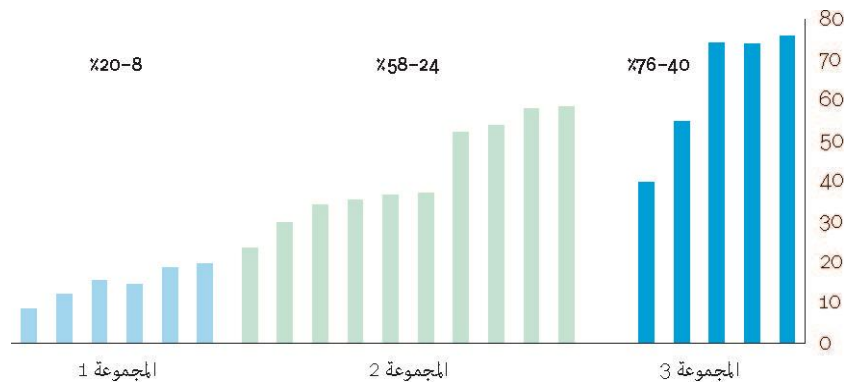
12. ويمثّل التأهب للطوارئ والاستجابة لها الأولوية الخامسة للإقليم. بالإضافة إلى جسامه هذا التحدي، فقد فرّ العاملون الصحيون من ويلات العنف، بينما كان مصير مرافق الرعاية الصحية التعرض للضرر أو الدمار، وشحّت الأدوية والإمدادات الطبية. وحتى عند توافر الطواقم الطبية، فلم تكن قادرة على دخول كثير من مناطق الصراعات. أما الرعاية الصحية للاجئين والنازحين فيما يشوبها التفتت أو أنها لا تُقدّم على الإطلاق. وأصبح العثور على عاملين بالرعاية الصحية راغبين في العمل بتلك المناطق أصعب من أي وقت مضى.

13. وجميع بلدان الإقليم عُرضة للمخاطر. وكما أوضحت سلفاً، فلقد واجهنا تهديدات خطيرة على الصحة العمومية، مثل عودة شلل الأطفال وغيره من الفاشيات. وتوقف تقديم الرعاية طويلة الأمد والوقائية اللازمة لمواجهة الأمراض غير السارية الرئيسية، وهي في الأغلب أمراض القلب، وأمراض الرئة، والسكري، والسرطان، لأعداد كبيرة ممن يعانون هذه الأمراض في مناطق الصراعات.

14. وقد ركزت أعمالنا في مجال التأهب للطوارئ والاستجابة لها على تعزيز قدراتنا على الاستجابة بفاعلية وكفاءة على أرض الواقع مع تطور الأوضاع، وعلى تعزيز التأهب للكوارث والطوارئ على المستويين الإقليمي والقطري. وقد ترتب على ذلك إنشاء هياكل ومراكز داخلية جديدة للتصدي إلى مختلف العوامل المهمة لحالة الطوارئ. ويجري إرساء شراكات أقوى مع السلطات الصحية والمنظمات غير الحكومية والقيادات المجتمعية والأوساط الأكاديمية والجهات المانحة والقطاع الخاص وغيرها من الأطراف المعنية، بهدف دعم البلدان. وقد أنشئ صندوق تضامن إقليمي لتوفير التمويل المباشر على المدى القصير لدعم حالات الطوارئ الحادة، وهناك جهود تُبدل لتسليط الضوء على فجوة التمويل بالنسبة للبلدان التي تشهد أزمات ممتدة في ظل سعيها إلى إعادة بناء البنية التحتية وتوفير الرعاية الصحية لسكانها.

15. وفي حين تسلط هذه المقدمة الضوء على بعض من أكبر التحديات التي نواجهها والإجراءات الرئيسية المتخذة حيالها، فإن التقرير يتناول بمزيد من التفصيل الأعمال المنجزة إزاء كل من الأولويات الإقليمية الأساسية الخمس منذ أن اعتُمدت في أيار/مايو 2012 حتى اليوم، أيار/مايو 2016. ويسلط التقرير الضوء أيضاً على سبل المضي قدماً في التعامل مع بعض التحديات المستمرة.

16. وقد ركزنا جهودنا، خلال هذه الفترة، على تحقيق أقصى قدر ممكن من النتائج. وتمكّننا أيضاً من تعزيز القدرات التقنية للمنظمة في الإقليم ومن تحسين جودة الخدمات المقدمة إلى الدول الأعضاء. ونواصل بناء قدرات موظفي المنظمة واستخدام شبكة موسّعة من كبار الخبراء الدوليين في المجالات الخمسة ذات الأولوية. وكان العمل المشترك مع الشركاء وسائر الأطراف المعنية اتجاهاً استراتيجياً مهماً ميّز عملنا في الكثير من المجالات البرمجية، وعلمنا أن نستمر في هذا الاتجاه. ولن تتمكن من التصدي للتحديات الصحية الكبرى التي تواجهها بلدان الإقليم إلا من خلال العمل الجماعي. ونحن ملتزمون بدعم البلدان مع شروعها في العمل على بلوغ الغايات الصحية الطموحة الواردة ضمن أهداف التنمية المستدامة، ومع بنائها نظاماً صحياً تتسم بالفاعلية والكفاءة لخدمة جميع السكان في إقليم شرق المتوسط.



الشكل 1. حصة الإنفاق من الأموال الشخصية في إجمالي النفقات الصحية لعام 2013. من المقدّر أن يواجه في كل سنة ما يصل إلى 16.5 مليون شخص في الإقليم كارثة مالية وأن يصبح 7.5 مليون شخص في عداد الفقراء بسبب المدفوعات الصحية من الأموال الشخصية

تعزيز النظم الصحية

الوضع في عام 2012

17. كانت الحاجة إلى تعزيز النظم الصحية واضحة وضوحاً شديداً في عام 2012 ولم تنزل هكذا إلى يومنا هذا، حيث شاعت أوجه الإجحاف الصحي، ليس فقط في بلدان المجموعتين الثانية والثالثة، ولكن في بلدان المجموعة الأولى أيضاً. وتتصاعد وتيرة التعرض للمخاطر الصحية، وبالأخص لأهم الأسباب المؤدية إلى الأمراض غير السارية، التي تُعدُّ بدورها السبب الرئيسي للوفاة في الإقليم. كما أن تكاليف الرعاية الصحية آخذة في التزايد مع انخفاض التغطية بالتأمين الصحي، مما يؤدي إلى ارتفاع المدفوعات المباشرة من جيوب المرضى، وتسقط الكثير من الأسر نتيجة ذلك في براثن الفقر (الشكل 1). أما الحصول على الرعاية الصحية الجيدة، وحتى مجرد الرعاية الصحية في بعض الأحيان، فهو أمر بعيد المنال بالنسبة لجزء لا يستهان به من سكان الإقليم. وفي حين تُتاح الشبكات الحديثة من البنى التحتية الصحية والعاملين المهرة في الرعاية الصحية والتكنولوجيات الطبية والمستحضرات الدوائية المتقدمة إتاحةً كاملةً لمواطني بعض البلدان، فالأمر لا يكون كذلك أبداً في كل البلدان. ومثل هذه التفاوتات في قوة النظم الصحية إنما تسهم في تباين النتائج الصحية، مثلما هو الحال بالنسبة لمأمول الحياة ووفيات الأمهات ووفيات الرضع والأطفال.

18. وبالنسبة لنظم المعلومات الصحية، بما فيها نظم تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية، فهي غير قادرة على جمع المعلومات الحيوية اللازمة لوضع الخطط للنظم الصحية وإقامة هذه النظم ورصد عملها. وتتضمن هذه المعلومات بيانات موثوقة عن المواليد والوفيات وأسباب الوفاة، وأهم المؤشرات الصحية. وفي حين توجد تباينات بين البلدان في جودة نظام المعلومات الصحية، فإن جميع البلدان تفتقر إلى نظام شامل يعمل بالكامل وقادر على توفير المعلومات اللازمة في الوقت المناسب وبطريقة موثوقة للاسترشاد بها في التخطيط ورسم السياسات.

19. وتُعدُّ القدرات والموارد اللازمة للتأهب للطوارئ والاستجابة لها غير كافية وتتسم بالتفتت. وأحداث العنف والدمار الذي أصاب البنى التحتية، بما في ذلك البنية التحتية الخاصة بالرعاية الصحية، ونزوح ملايين البشر، أضحت تمثل أزمةً حادةً بالنسبة للنظم الصحية التي لم تكن متأهبة على النحو الكافي. وفي استجابة مباشرة لهذه وغيرها من التحديات الصحية الشديدة، شرع المكتب الإقليمي بالتعاون مع المكاتب القطرية ووزارات الصحة والمقر الرئيسي للمنظمة وغير ذلك من الشركاء، في عملية تعزيز النظم الصحية للدول الأعضاء.

20. ففي تشرين الأول/أكتوبر 2012، اعتمدت اللجنة الإقليمية قراراً (ش م/ل 59/ق-3) بشأن تعزيز النظم الصحية في بلدان إقليم شرق المتوسط. وقد خلص القرار إلى أن تحسين صحة السكان في الإقليم "لا يمكن أن يتم إلا من خلال نُظم صحية وطنية جيدة الأداء، تضمن الإتاحة الشاملة لرعاية صحية فعالة وعالية الجودة"، وحثَّ الدول الأعضاء على التركيز على سبع أولويات استراتيجية (الإطار 1). وأصبحت تلك الأولويات تمثل الأهداف المنشودة من تعزيز النظم الصحية.

¹تحَدَّدت المجموعات الثلاث بناءً على النتائج الصحية للسكان وأداء النظام الصحي ومستوى الإنفاق على الصحة: (1) البلدان التي شهدت التنمية الاجتماعية والاقتصادية بما تقدُّماً يُعْتَدُّ به على مدار العقود الأربعة الماضية، مدعومةً بارتفاع معدلات الدخل؛ (2) البلدان المتوسطة الدخل بشكل عام التي أقامت بنيةً أساسيةً واسعة للصحة العمومية ولكنها تواجه صعوبات في الموارد؛ (3) البلدان التي تواجه صعوبات في تحسين النتائج الصحية للسكان نتيجةً لنقص الموارد، وعدم الاستقرار السياسي وغيرها من التحديات الإنمائية المعقدة.

الإطار 1. أولويات تعزيز النظم الصحية

1. تعزيز القيادة والحوكمة في الصحة
2. التحرك صوب تحقيق التغطية الصحية الشاملة
3. تقوية نُظُم المعلومات الصحية
4. دعم إعداد قوى عاملة صحية متوازنة وجيدة الإدارة
5. وتحسين الحصول على خدمات رعاية صحية رفيعة الجودة
6. المشاركة مع القطاع الصحي الخاص
7. ضمان الحصول على التكنولوجيات الأساسية، ومنها الأدوية

التقدم المحرز في الفترة 2012-2016

21. القيادة والحوكمة: بدأ هذا المجال المتعدد الجوانب من مجالات تعزيز النظم الصحية بإجراء استعراض معمق للنظم الصحية في الإقليم، وأعقب ذلك إعداد مرتسم موجز للنظام الصحي في كل بلد. وتصدر هذه المرتسمات المكوّنة من صفحتين كام عام بالتشاور مع الدول الأعضاء، وتوفر معلومات مهمة عن كل بلد وتعرض تقييماً موجزاً لنقاط القوة ومواطن الضعف والفرص والتحديات والأولويات. وتهدف إلى مساعدة رسمي السياسات على التركيز على ما تتمتع به بلدانهم من مقومات وما يعترض طريقها من تحديات وتوفّر مناسبة هامة ومدخلاً للحوار، ولاسيما أثناء البعثات المرسلّة إلى البلدان. وقد قُدّمت بالتوازي مع ذلك مجموعة من الدورات التدريبية على تنمية القدرات بهدف تعزيز عمليات رسم السياسات وصنع القرارات في الدوائر الحكومية، وعلى التشريعات واللوائح الخاصة بالصحة، وعلى الحقوق الصحية والإنسانية، والسياسات الصحية والتخطيط في مجال الصحة.

22. وقد كان أحد العوائق الرئيسية التي تعترض سبيل التقدم في مجال الصحة العمومية في كثير من البلدان متمثلاً في نقص قدرتها على وضع السياسات والبرامج الصحية المسندة بالبيّنات وتنفيذها. وفي إطار الجهود الرامية إلى تعزيز القيادة، أُطلق برنامج للقيادة من أجل الصحة بهدف صقل مهارات مسؤولي الصحة العمومية في مستوى الوظائف المتوسطة والعليا. وحتى الآن، تخرج من هذا البرنامج ما يزيد على 50 قيادة من قيادات الصحة العمومية في المستقبل. ويهدف البرنامج، الذي يقُدّم بالتعاون مع كلية هارفارد للصحة العمومية، إلى تطوير القيادات المستقبلية القادرة على المبادرة بالتصدي إلى المشكلات الصحية، على المستوى المحلي والوطني، التي لها تأثير مباشر على صحة السكان. وهناك مبادرات رئيسية أخرى تمثلت في تقييم وظائف الصحة العمومية الأساسية في الإقليم. وقد أسهم هذا العمل، الذي تولى زمام قيادته المدير الإقليمي وأسدت له النصح لجنة عالمية من الخبراء المعروفين، في إرساء الوظائف المحددة للصحة العمومية في الدول الأعضاء، وهي الوظائف الضرورية للحفاظ على صحة سكان تلك الدول وعافيتهم. وأعقب ذلك إعداد الأدوات والأدلة الخاصة بالتقييم الذاتي للبلدان من أجل تحديد الثغرات في قدرات الصحة العمومية لديها. وقد نُفِذ التقييم في بلدين بصفة تجريبية وسوف يُنشر في سائر بلدان الإقليم.

23. وبالنسبة للحوكمة في الصحة، أُطلّقت مبادرة لبناء القدرات في مجال الدبلوماسية الصحية، وهو المجال الذي يتعلق بالمفاوضات التي تنخرط فيها البلدان على المستوى العالمي، بوجه خاص، حول القضايا الصحية التي تؤثر على البلدان والتي ترسم ملامح بيئة السياسات العالمية المحيطة بالصحة. وقد حضر الندوات السنوية مجموعة من

أهم المسؤولين المعنيين من وزارات الصحة والشؤون الخارجية والدبلوماسية والبرلمانيين والخبراء لمناقشة أهم قضايا الساعة في مجال الصحة على الصعيد العالمي وتبادل الدروس المستفادة. وقد ثبت، عام تلو العام، أن هذه المبادرة هي أكثر أنواع الحوار نفعاً حيث يستقي منها المشاركون الدروس وتسهم في توطيد العلاقة بين الصحة والسياسة الخارجية في الإقليم. وتقيم بلدان عديدة ندوات وحلقات عمل مماثلة على المستوى الوطني.

24. **التغطية الصحية الشاملة:** أهم ما يرمي إليه تعزيز النظم الصحية في البلدان هو تحقيق التغطية الصحية الشاملة، وهو ما يعني تقديمها لجميع الأفراد ولجميع البلدان، وللمواطنين والمغتربين على السواء. ولا بد أن تتضمن التغطية الصحية الشاملة تدخلات يتم من خلالها التصدي لأهم أسباب المراضة والوفيات للسكان ككل، بمن فيهم المجموعات المهمشة والضعيفة، فضلاً عن حمايتهم من التكاليف الباهظة للرعاية الصحية التي تعرّض الأسر لمخاطر السقوط في دائرة الإفلاس. ويعدُّ هذا الأمر إحدى الغايات المهمة للهدف الخاص بالصحة ضمن أهداف التنمية المستدامة وله دور حيوي في ضمان الاستجابة الفعّالة للأثر المتفاقم للأمراض غير السارية. وكان اعتماد اللجنة الإقليمية عام 2012 للتغطية الصحية الشاملة باعتبارها أولوية شاملة قد أسفر عن إعداد إطار العمل المعني بالنهوض بالتغطية الصحية الشاملة في إقليم شرق المتوسط، واعتماده بعد ذلك في عام 2014. وهذا الإطار هو وثيقة استراتيجية فيما يتعلق بالسياسات وسيساعد على تحقيق هذه المبادرة البالغة الأهمية لجميع الأفراد والأسر في كل بلدان الإقليم البالغة 22 بلداً.

25. ويشمل الإطار مجموعة من الإجراءات الاستراتيجية لبلوغ التغطية الصحية الشاملة، وهي إجراءات مسندة بالبيّنات وعالية المردود وذات جدوى، وسوف تدعمها جميعاً إجراءات مقابلة من جانب المنظمة. ومن هذه الإجراءات، على سبيل المثال، إرساء آلية توجيهية متعددة القطاعات معنية بالتغطية الصحية الشاملة تُشرف عليها وزارة الصحة. ويشتمل أيضاً على إجراءات لتعزيز الحماية من المخاطر المالية، والتي من شأنها أن تساعد على تقليل حصة مدفوعات المرضى المباشرة من جيوبهم وخفض النفقات الباهظة للرعاية الصحية، ومن ثم الحماية من السقوط في براثن الفقر. ويهدف الإطار أيضاً إلى ضمان احتواء برنامج التغطية بالتأمين الصحي الاجتماعي في كل بلد على حزمة من الخدمات الأساسية، ومنها الخدمات الوقائية والعلاجية. وأخيراً، يُستخدم الإطار في إرشاد البلدان لتوسيع نطاق التغطية للمجموعات الضعيفة، وخصوصاً الفقراء والعاملين في القطاع غير الرسمي، كما يُستخدم في جمع البيانات التي تتيح رصد التقدّم المحرز صوب تحقيق التغطية للسكان.

26. وعقب اعتماد الإطار الإقليمي المعني بالنهوض بالتغطية الصحية الشاملة، بات من الضروري لكل بلد أن يعكف على تنفيذ الإجراءات الموصى بها (الإطار 2). وسعيًا منها إلى تحقيق هذا الغرض، قدّمت المنظمة الدعم من خلال بعثات مراجعة النظم الصحية التي هدفت إلى الوقوف على التحديات والفرص السانحة من أجل إعداد استراتيجيات وطنية للتغطية الصحية الشاملة. وبحلول منتصف عام 2016، أجريت أعمال مراجعة معمّقة للنظم الصحية وأعدت استراتيجيات وخطط وطنية في 10 بلدان. ويعكف جميع البلدان تقريباً، بما في ذلك بلدان المجموعة الثالثة، بنشاط على استكشاف الخيارات المتاحة للتغطية الصحية الشاملة، بما فيها توسيع نطاق التغطية من خلال التأمين الصحي.

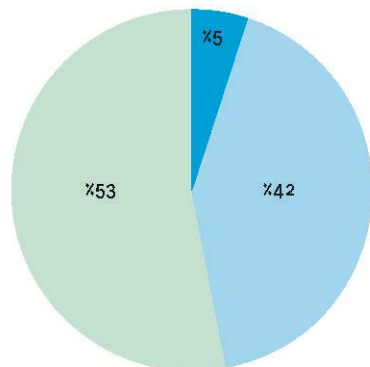
إطار 2. التغطية الصحية الشاملة: التزامات إطار العمل الرئيسية

1. إعداد رؤية واستراتيجية
2. تعزيز الحماية من المخاطر المالية
3. توسيع نطاق التغطية بالخدمات الصحية اللازمة
4. ضمان توسيع نطاق التغطية السكانية ورصدها

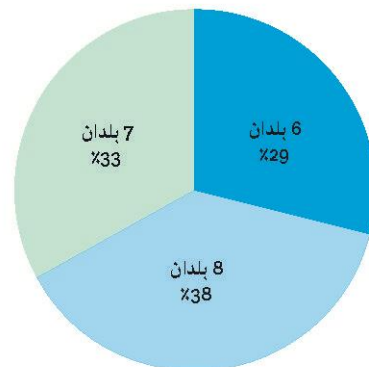
27. نظم المعلومات الصحية: تتولى منظمة الصحة العالمية زمام مبادرتين مترابطتين لمعالجة ثغرات نظم المعلومات الصحية وتفتتها في مختلف البلدان. وقد انطلقت هاتان المبادرتان في عام 2012، وكلاهما مهم لتطوير عملية صنع السياسات الصحية المسندة بالبيانات والتخطيط والرصد في المستقبل.

28. وفي بداية هاتين المبادرتين، كانت منظمة الصحة العالمية تعمل عملاً مكثفاً مع الدول الأعضاء لمراجعة نظم المعلومات الصحية لديها وتعزيزها، وذلك من خلال مشاورات الخبراء والجلسات المشتركة بين البلدان والتشاور على نطاق واسع مع مختلف البلدان. وفي عام 2014، أقرت اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط إطار عمل نظم المعلومات الصحية، الذي يتضمن ثمانية وستين مؤشراً أساسياً لرصد الصحة في ثلاثة مجالات، ألا وهي: المخاطر الصحية ومحدداتها؛ والوضع الصحي بما في ذلك الأمراض والوفيات؛ واستجابات النظام الصحي. وقدمت منظمة الصحة العالمية تحليلاً مفصلاً لسمات كل من هذه المؤشرات (سجل تلوي) يشمل مصدر البيانات والأداة المستخدمة للحصول عليها ومتطلبات التحليل والاستخدام الخاص بإعداد السياسات ونشرها. وعلى مدار العامين الماضيين، بدأت الدول الأعضاء في تبني المؤشرات الأساسية وإعداد تقارير بشأنها. إلا أنه وحتى تاريخه، لم تتمكن أي من هذه الدول من إعداد تقارير عن جميع المؤشرات، ومن الضروري أن تتصدى كل البلدان لهذا التحدي. وقد تم إطلاع وزراء الصحة على تقرير شامل عن الثغرات الموجودة في بيانات كل بلد، ويعقب ذلك تقييم شامل لتحديد أولويات معالجة كل منها. وتأتي الخطوة الثانية التي يتعين على منظمة الصحة العالمية القيام، وهي تقديم الدعم التقني للبلدان تعزيزاً لنظم المعلومات الصحية بما - كل حسب احتياجاته.

توزيع السكان حسب القدرة الوظيفية
لنظم تسجيل الأحوال
المدنية والإحصاءات الحيوية



توزيع البلدان حسب القدرات الوظيفية
المختلفة لنظم تسجيل الأحوال
المدنية والإحصاءات الحيوية
(% من البلدان)



● مرضية ● عاملة لكنها غير كافية ● ضعيفة أو غير عاملة

الشكل 2. الأداء الوظيفي لنظم تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية: نتائج التقييم الذاتي السريع في 21 بلداً في إقليم شرق المتوسط لمنظمة الصحة العالمية 2012-2013

29. أما المبادرة الثانية، التي أقرتها اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط عام 2013، فهي تركز على تحسين تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية، مع إيلاء اهتمام خاص لتعزيز إحصاءات الوفيات التي تُعزى لأسباب محددة. وكنتيحة لعمليات التقييم السريعة الشاملة والتي تمت بالتعاون مع وزارات الصحة وأصحاب المصلحة الوطنيين، أصبح هناك تصوراً شاملاً لأوجه القوة والضعف بنظم تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية في كل البلدان (الشكل 2). إن الثغرات كبيرة، حيث إن أكثر من 30% من المواليد في الإقليم لم يتم تسجيلهم، كما أن نسبة الوفيات المبلغ عنها مع بيان أسبابها أقل من 20%. ولقد تم إطلاع الدول الأعضاء على الثغرات التي تعاني منها نظمها وعُرض تقديم الدعم الفني استناداً إلى الاستراتيجية الإقليمية التي أقرتها اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط. ومنذ إجراء عمليات التقييم، ارتفع عدد بلدان الإقليم التي تعد تقارير بشأن إحصاءات أسباب الوفيات من 7 بلاد في عام 2012 إلى 13 بلداً في عام 2016. وعلى الرغم من ذلك، فإن كل البلدان، بصرف النظر عن إنجازاتها الحالية، عليها أن تبذل مزيداً من الجهد لتحسين دقة بيانات الوفيات الناجمة عن أسباب محددة، وهي بيانات ضرورية لرصد الصحة وأيضاً لتحقيق أهداف التنمية المستدامة.

30. **القوى العاملة الصحية:** تتضمن هذه المبادرة زيادة عدد العاملين بالرعاية الصحية وغيرهم ممن يعملون في مجال الصحة وتحتاجهم البلدان، كما تنطوي على تحسين جودة تأهيل القوى العاملة. ويعد ذلك من المجالات بالغة الأهمية بالنسبة للصحة في الإقليم. وتواجه بعض البلدان الآن صعوبة في اجتذاب عاملين في مجال الرعاية الصحية على درجة عالية من التأهيل، نتيجة لعدم الاستقرار الحالي والصراعات الدائرة والتي دفعت الكثير من المهنيين الصحيين إلى الهرب مع عائلاتهم. وفي بلدان أخرى، لا تتوافر الأجور وظروف العمل الملائمة للحفاظ على القوى العاملة اللازمة. وفي هذا الصدد، تم تطبيق عدة استراتيجيات، بالتعاون مع وزارات الصحة، من أجل تعزيز القوى العاملة الصحية.

31. كما أنه وبالتشاور مع الدول الأعضاء، وُضع إطار عمل إقليمي لتنمية القوى العاملة الصحية. ويوفّر هذا الإطار المسندَ بالبيّنات والذي يتوافق تماماً مع الاستراتيجية العالمية للقوى العاملة الصحية، عدة خيارات لمعالجة بعض من أصعب المشكلات التي تواجه البلدان.

32. ويعدّ تعزيز التعليم الطبي أمراً ضرورياً نحو تحقيق التنمية الصحية في الإقليم. وقد توقف عمل المنظمة في هذا المجال على مدار العقد الماضي. وبُذِل عمل مكثف مع البلدان ومع الاتحاد العالمي للتعليم الطبي لإجراء تقييم واضح لوضع التعليم الطبي في مختلف البلدان، وتم وضع إطار عمل إقليمي للتصدي للتحديات القائمة، استناداً إلى الخبرة الدولية. ويمثل هذا الإطار نهجاً للارتقاء بجودة تأهيل الأطباء، بدءاً من بناء القدرات التنظيمية وتعزيزها، وتوفير المعايير والدلائل الإرشادية لكليات الطب الجديدة، وتشجيع/تعزيز مراكز تطوير التعليم، وبناء قدرات القيادات التعليمية، وإنشاء برامج اعتماد وطنية مستقلة. كما يشمل إطار العمل اجتذاب أعضاء هيئة التدريس ذوي الكفاءة والاحتفاظ بهم، وكذلك توفير الموارد الكافية للتدريب. وتم تحديد الإجراءات التي ستنفذها الدول الأعضاء على المديين القصير والطويل فيما يتعلق بكل أولوية من الأولويات، مع تقديم المنظمة لدعم تقني محدد يتلاءم مع كل من تلك الإجراءات.

33. ولم يقل أهمية عن ذلك وضع استراتيجية إقليمية تهدف إلى تعزيز التمريض والقبالة، حيث تقدّم الممرضات والقبالات نسبة كبيرة من خدمات الرعاية الصحية عالمياً وإقليمياً. ولما كان الإقليم يعاني من نقص شديد في أعداد الممرضات والقبالات، فإن الاستراتيجية توصي بإجراءات استراتيجية في خمسة مجالات عمل رئيسية، ألا

وهي: الحوكمة والتنظيم؛ ونظم إدارة القوى العاملة؛ والممارسات والخدمات؛ وإمكانية الحصول على تعليم عالي الجودة؛ والأبحاث.

34. إتاحة رعاية صحية عالية الجودة: يعتمد تقديم خدمات الرعاية الصحية الجيدة للسكان على القيم والمبادئ المتبعة في تقديم الرعاية الصحية الأولية. وقد تم تعزيز طب الأسرة كنهج أساسي نحو تقديم رعاية أولية متكاملة في الإقليم تركز على الأشخاص، إلا أن البلدان تعاني من ثغرات وتحديات كثيرة في مجال توفير برامج مطورة بالكامل لطب الأسرة تتميز باستجابتها العالية للعوامل الديمغرافية المتغيرة وعبء الأمراض. وتضمنت الجهود المبذولة لتعزيز الرعاية الصحية الأولية استعراض الوضع وتقديم التوجيهات الاستراتيجية للبلدان وبناء قدراتها وإسداء النصح لها لزيادة تخريج أطباء الأسرة. كما تم وضع برامج وأدوات لتحسين جودة الرعاية وسلامة المرضى على كل مستويات رعاية المرضى. وتم تحديث دليل تقييم سلامة المرضى، فضلاً عن إعداد مجموعة أدوات لدعمها.

35. وأدرج مجالان جديداً من مجالات العمل ضمن الأولويات الاستراتيجية لتعزيز النظم الصحية، وهما: إدارة المستشفيات ودور قطاع الصحة الخاص.

36. وأجري تحليل لأوضاع مستشفيات القطاع الخاص في الإقليم ونُظمت حلقة عمل لبناء القدرات حضرها مديرو المستشفيات من داخل الإقليم وخارجه حيث تبادلوا أفضل الممارسات المتبعة بشأن الرعاية المقدمة في المستشفيات وإدارتها. وبناء على ذلك، أنشئت شبكة من مديري المستشفيات وصانعي السياسات تعزيزاً للتعاون في هذه المجالات.

37. ويعدُّ القطاع الصحي الخاص أحد الأطراف الرئيسية في تقديم الخدمات الصحية في معظم البلدان. وقد توسَّع هذا القطاع بشكل سريع، إلا أنه غالباً ما يفتقر إلى التنظيم الجيد. وربما يكون عقد شراكات مع القطاع الخاص لتقديم خدمات صحية أساسية مموله من القطاع العام إحدى الوسائل المهمة نحو تحسين صحة السكان. ولكن حتى يتسنى تحقيق هذه الفرصة، يتعين تنظيم القطاع الخاص بصورة جيدة، استناداً إلى معايير محددة وقابلة للتنفيذ. وسيكون الإشراف الحكومي ضرورياً في هذا الشأن ولن يُقبل اتباع مبدأ عدم التدخل. وقد بدأ العمل على قطاع الصحة الخاص من خلال إجراء تحليل لأوضاعه، وتبع ذلك عقد سلسلة من حلقات العمل حول بناء القدرات وكذلك المشاورات التي تهدف إلى إشراكه في بلوغ التغطية الصحية الشاملة وتنظيم عمله.

38. التكنولوجيات الأساسية، بما في ذلك الأدوية: قد تكون إتاحة التكنولوجيات الصحية، بما في ذلك الأدوية واللقاحات والمستحضرات البيولوجية والأجهزة الطبية، بمثابة الفرق ما بين الصحة والأمراض المنتشرة بالنسبة للسكان أو الفرق بين الحياة والموت بالنسبة للأفراد. ولكن في العديد من البلدان، تفتقر نسبة كبيرة من السكان إلى إمكانية الحصول على التكنولوجيات الأساسية، بما في ذلك الأدوية، حيث ينطوي ضمان الجودة على مشاكل معقدة وينتشر الاستخدام غير الرشيد. وقد تكون قدرة الحكومة على التنظيم موجهة نحو الطلب، مما قد يؤدي إلى هدر النفقات وشراء منتجات غير ملائمة. ويتزايد الإدراك بأن ضعف أداء النظم الصحية الوطنية في هذا المجال يمثل عائقاً رئيسياً أمام التنمية الصحية.

39. واستجابة لذلك، أُطلقت أداة قوية لتقييم التكنولوجيا الصحية. وهذا التقييم عبارة عن عملية متعددة الاختصاصات لصنع القرار تستخدم معلومات عن المسائل الطبية والاجتماعية والاقتصادية والتنظيمية

والأخلاقية المتصلة باستخدام بإحدى التكنولوجيات الصحية. كما أنها تدعم صياغة سياسات صحية آمنة وفعالة تركز على المرضى وتسعى نحو تحقيق أفضل قيمة وأفضل نتائج للمرضى. ويمكن لهذه الأداة تقييم التكلفة والعائد حتى يتسنى اتخاذ قرارات الشراء في نطاق الميزانية المحددة، كما أن ذلك من شأنه أن يخفض الإهدار وعدم الفاعلية اللذين ينتجان عن الاستثمارات غير الملائمة. وقد تكون مفيدة أيضاً بالنسبة للبلدان التي تسعى نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة.

40. وتم إعداد موجزات القطاع الصيدلاني لجميع البلدان، وهي توفر وصفاً مفصلاً لمكونات السياسات الوطنية الخاصة بمكافحة المخدرات، بالإضافة إلى سجل لقياس أداء المؤشرات، وتبين أيضاً التحديات والأولويات التي تستوجب اتخاذ إجراءات بشأنها.

السييل إلى الماضي قدماً

41. يتسم إطار عمل التغطية الصحية الشاملة وعمل وزارات الصحة بالتعاون مع المكاتب القطرية بأنه أمر واعد للغاية وسيؤدي إلى تحقيق تقدّم فعلي، حال ما إذا تم الالتزام بهذه العملية والتوسع فيها. وسيتم إيلاء اهتمام خاص للانتهاء من إعداد خارطة طريق خاصة بكل بلد نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة، بما في ذلك استراتيجيات التمويل الصحي وتقديم الخدمات. وسيتم تبادل التجارب والدروس المستخلصة سواء داخل الإقليم أو خارجه.

42. وسيركز العمل في المستقبل بشأن القيادة والحوكمة على تعزيز وزارات الصحة وبناء قدراتها من أجل تنظيم قطاع الصحة بشكل أفضل وإشراك قطاعات متعددة بصورة أكبر، بالإضافة إلى تحقيق لا مركزية فاعلة وزيادة المساءلة والشفافية. ومن الضروري هنا تعزيز قدرات الصحة العمومية في وزارات الصحة. وسوف يحقق برنامج القيادة من أجل الصحة، الذي كان ناجحاً على مدار عامين متتاليين، مزيداً من الفوائد مع مرور الوقت ومع إحراز الخريجين مزيداً من التقدم في حياتهم المهنية. ويهدف البرنامج إلى تخريج قيادات في مجال الصحة العمومية من الإقليم بمعدل ثلاثين شخصاً كل عام. وتقوم الخطة على إسناد هذا البرنامج إلى أحد المؤسسات الأكاديمية في الإقليم ضماناً لاستدامته.

43. والحصول على بيانات دقيقة من نظم المعلومات الصحية أمر بالغ الأهمية لتحسين صحة السكان؛ إذ يحتاج كل بلد من بلدان الإقليم إلى حشد التزام حكومي رفيع المستوى ودعم من مختلف القطاعات المعنية للوفاء بالتعهد الوارد في مبادرات نظم المعلومات الصحية، خاصة فيما يتعلق بجمع بيانات شاملة عن أسباب الوفاة. ولطالما أعربت الدول الأعضاء عن قلقها إزاء مدى صحة التقديرات المستخدمة في تقارير الأوضاع الصحية في مختلف البلدان. وتشهد طرق الحصول على هذه التقديرات تحسناً على المستوى العالمي، إلا أنه لا يوجد بديل عن هذه التقديرات ما لم تقم البلدان بوضع أنظمة دقيقة من حيث جمع البيانات وإصدار التقارير. وتعكف منظمة الصحة العالمية على وضع منهجيات لتقييم صحة المؤشرات المبلغ بها، بحيث تساعد نتائج التقييمات البلدان في تحسين نظم معلوماتها على المستوى الوطني. وعلى جانب آخر، ينبغي أن تضع البلدان في اعتبارها الثغرات التي تواجهها عند رفع تقارير بشأن المؤشرات الأساسية الثمانية والستين الخاصة بإطار العمل الذي وضعته منظمة الصحة العالمية بشأن المعلومات الصحية الإقليمية، وكذلك تعمل على وضع خطة في هذا الشأن. ويتعين على البلدان أيضاً أن تنظر في المجالات التي يلزم تعزيزها ضمن نظم تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية، وهي المجالات التي حددها التقييم الشامل وما تلاه من تقارير للمنظمة.

44. وتكتسي تنمية القوى العاملة الصحية أهمية بالغة في بالنسبة لأي مبادرة صحية. وقد تم إعداد استراتيجيات واضحة لبناء القوى العاملة في المستقبل، على أن تتم مناقشتها مع الدول الأعضاء في الدورة الثالثة والستين للجنة الإقليمية لشرق المتوسط. ومن الضروري الآن ضمان الدعم من القيادة السياسية والتعليمية في البلدان حتى يتسنى المضي قُدماً في هذا المجال.

45. وسيستمر الدعم المقدم إلى كليات الطب من خلال تنفيذ إطار العمل الإقليمي للتعليم الطبي. وستتم مناقشة إطار العمل في اجتماع وزاري لقطاعي الصحة والتعليم العالي، والمقرر انعقاده في الثلاثة أشهر الأخيرة من عام 2016. ومن المتوقع أن يقوم كل بلد بمراجعة وضع القوى العاملة في مجالي التمريض والقبالة استناداً إلى إطار العمل الإقليمي. وستتولى المنظمة تقديم الإرشاد والدعم التقنيين من خلال شبكة من الخبراء الدوليين والإقليميين.

46. ومن أجل تسريع وتيرة التقدم صوب التغطية الصحية الشاملة وتحسين سلامة المرضى، يجب أن يُتوسع في البرامج الإقليمية الخاصة ببناء القدرات والدعم التقني والتي تهدف إلى توسيع نطاق الحصول على الرعاية الصحية، بما في ذلك تحسين الرعاية الأولية من خلال التوسع في ممارسات طب الأسرة. وتأتي مشاركة قطاع الصحة الخاص كأحد المكونات الرئيسية في مسار تحقيق التغطية الصحية الشاملة. وسيستمر عمل المنظمة في الثنائية 2016-2017 على توفير الإرشادات الخاصة بتعزيز دور القطاع الخاص من أجل المضي صوب بلوغ التغطية الصحية الشاملة وتنظيمها.

47. وقد بدأت بالفعل اجتماعات بين البلدان حول تقييم وتنظيم التكنولوجيات الأساسية، وذلك بغرض وضع مبادئ توجيهية دعماً للدول الأعضاء. وعلى البلدان أن تنتهي من وضع خطط العمل، ثم تنفيذها، للبدء بتقييم التكنولوجيات الصحية وإدارتها. وستواصل المنظمة بناء القدرات وتقديم الدعم التقني في كل خطوة نحو التنفيذ الكامل للتقييم في البلدان. وعلاوة على ذلك، فمن المحتمل أن يبدي المانحون الدوليون اهتماماً بدعم عمليات تقييم التكنولوجيات الصحية وتنظيمها.

صحة الأمهات والأطفال

الوضع في عام 2012

48. تمثل صحة الأمهات والأطفال واحداً من هواجس الصحة العمومية في الإقليم، حيث تستأثر بعض البلدان بأعلى معدلات وفيات بين الأمهات والأطفال على مستوى العالم، بينما بلدان أخرى عديدة لديها أقل المعدلات. وفي عام 2012، أشارت التقديرات إلى أن عدد الأمهات والأطفال الذين يلقون حتفهم يومياً لأسباب يمكن تجنبها يبلغ 80 و2400 حالة على التوالي. ومن بين هذه الوفيات بين الأمهات والأطفال في الإقليم، كان 95% منها في البلدان التسعة التي تنوء بعبءٍ ثقيلٍ من هذه الوفيات، وكان 45% من الوفيات دون سن الخامسة بين حديثي الولادة. وفي الفترة ما بين 1990 و2012، انخفض معدل وفيات الأمهات بنسبة 42%، كما انخفض معدل الوفيات دون سن الخامسة بنسبة 45%. إلا أن معدلات الانخفاض المشار إليها لم ترتقِ إلى المستوى المخطط له لتحقيق غايات الأهداف الإنمائية للألفية لعام 2015.

49. وترجع معدلات وفيات الأمهات والأطفال المرتفعة في الإقليم بشكل رئيسي إلى الثغرات الموجودة في النظم الصحية والتحديات الماثلة أمامها، خاصة عدم كفاية القوى العاملة الصحية، وعدم إمكانية الوصول إلى الأدوية الأساسية، ونظم الإحالة غير العاملة، وتدني جودة الرعاية بالإضافة إلى سوء التغذية. ولم يزل مستوى الإرادة

والالتزام الحكوميين فيما يتعلق بصحة الأمهات والأطفال غير كافٍ، كما أن آليات التمويل غير كافية لضمان تغطية شاملة بخدمات صحة الأمهات والأطفال. ويزداد الوضع صعوبة في البلدان التي يسود فيها عدم الاستقرار والنزاعات والأزمات الممتدة. ويأتي التنسيق والملاءمة فيما بين الشركاء وأصحاب المصلحة والقطاعات الأخرى من ضمن أوجه التعزيز اللازمة التي جرى تحديدها في البلدان ذات معدلات الوفيات المرتفعة.

50. وإدراكاً منها لأهمية تعزيز جهود الحكومات والشركاء والجهات المانحة استجابة للاحتياجات الصحية للأمهات والأطفال، فإن منظمة الصحة العالمية واليونسف وصندوق الأمم المتحدة للسكان قد شرعت، بالتعاون مع الدول الأعضاء وأصحاب المصلحة الآخرين، في تنفيذ مبادرة إقليمية لإنقاذ حياة الأمهات والأطفال. وكان الهدف من ذلك أيضاً تسريع وتيرة التقدم نحو تحقيق الهدفين 4 و5 من الأهداف الإنمائية للألفية بشأن خفض معدل وفيات الأطفال والأمهات. وأقرت هذه المبادرة نُهجاً استراتيجية تستهدف إعطاء الأولوية للبلدان التي تعاني من ارتفاع معدلات وفيات الأمهات والأطفال، والتركيز على تدخلات عالية المردود نُفذت في مجال الرعاية الصحية الأولية وثبتت فاعليتها، وكذلك تعزيز الشراكات.

التقدم المُحرز في الفترة 2012 - 2016

51. شاركت الدول الأعضاء منظمة الصحة العالمية وصندوق الأمم المتحدة للسكان واليونسف وأصحاب المصلحة في اجتماع عالي المستوى في كانون الثاني/يناير 2013 لإطلاق المبادرة. ولقد انتهى هذا الاجتماع إلى إصدار إعلان دبي تحت عنوان "إنقاذ حياة الأمهات والأطفال: معاً لمواجهة التحدي"، والذي وُقِر الزخم اللازم ورسم سبيل المضي قدماً أمام البلدان والشركاء.

52. وقد اعتمدت اللجنة الإقليمية إعلان دبي في تشرين الأول/أكتوبر 2013، الأمر الذي عكس التزام الدول الأعضاء بدعم صحة الأمهات والأطفال كإحدى أولوياتها على جدول الأعمال الوطني للصحة. وأجرت البلدان التسعة التي تنوء بعبءٍ ثقيلٍ من هذه الوفيات تحليلاً لأوضاع صحة الأمهات والأطفال، حيث حددت الثغرات والتدخلات عالية المردود الرامية إلى معالجة وفيات الأمهات والأطفال. وتم وضع خطط لتسريع وتيرة التوسع في التدخلات المسندة بالبيّنات والتي لها أثر كبير على الصحة الإنجابية وصحة الأمهات والولدان والأطفال. وأطلقت سبعة بلدان من التسعة خططها مع قيادات سياسيين بارزة باستخدام الاعتمادات المالية الأولية المخصصة من مصادر التمويل المحلية والجهات المانحة، علاوة على الاعتمادات المالية الأخرى من الإقليم ومن برنامج منظمة الصحة العالمية للتعاون القطري. وأجريت مسوحات إقليمية لتقييم المبادرة وتم البدء في بناء القدرات لمديري برنامج الصحة الإنجابية وصحة الأمهات والولدان والأطفال. وأُعدت أدوات لتحسين تقييم العدوى ومكافحتها وقياس مدى جودة معايير خدمات صحة الأمهات والأطفال. كما أُجري تقييم للقوى العاملة في مجال صحة الأمهات والأطفال لكل البلدان التي تنوء بعبء مرتفع، مع تقديم توصيات مهمة لمعالجة الثغرات في إتاحة التدريب وتوزيعه وجودته.

53. ويستمر تعزيز نظم المعلومات الصحية بوصفه أحد العوامل المهمة في تحسين صحة الأمهات والأطفال. وترصد وفيات الأمهات حالياً في مراحل مختلفة من التنفيذ على مستوى بلدان الإقليم. وقد أُطلقت مبادرات لتعزيز هذا الترصد، وتخضع أدوات ترصد وفيات الفترة المحيطة بالولادة للاختبار حالياً على المستوى القطري. وعُقدت اجتماعات بين البلدان وبعثات قُطرية بالاشتراك مع صندوق الأمم المتحدة للسكان واليونسف لتحديد التدخلات ذات الأولوية التي تستهدف تحديد الأسباب الرئيسية للوفيات التي يمكن تجنبها، وذلك لتسريع وتيرة الخطط المتعلقة بصحة الأمهات والأطفال.

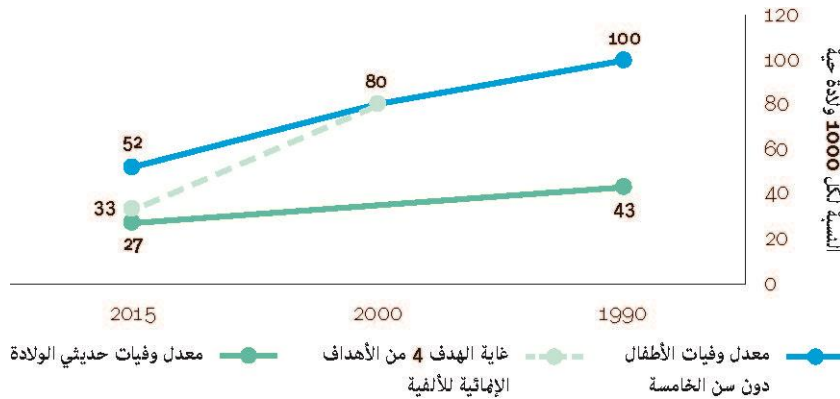
54. واستمرارًا للشراكة التي تهدف إلى تحسين نتائج صحة الأمهات والأطفال في الإقليم، وتماشياً مع أهمية سلسلة الرعاية طوال فترة الحياة، فقد تم تعزيز الرعاية السابقة على الحمل ضمن برامج صحة الأمهات والأطفال. وتلتزم الدول الأعضاء بتعزيز تنفيذ حزمة الرعاية السابقة على الحمل، وذلك من خلال اعتماد وتنفيذ تدخلات مسندة بالبيّنات وعالية المردود ومراعية للثقافة السائدة ويكون لها كبير الأثر على صحة الأمهات والأطفال، وهي التدخلات التي تعرف بـ"أفضل الصفقات".

55. ومع نهاية عام 2015، أُحرز تقدم كبير نحو تحقيق الهدفين الرابع والخامس من الأهداف الإنمائية للألفية في الإقليم؛ ففي الفترة ما بين 1990 و2015، انخفض معدل وفيات الأمهات بنسبة 54% (الشكل 3)، كما انخفض معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة بنسبة 48% (الشكل 4). وحققت ثمانية بلدان الهدف الرابع من الأهداف الإنمائية للألفية، بينما حققت ثلاثة بلدان الهدف الخامس. ومن ضمن البلدان التسعة التي تنوء بعبء ثقيل من وفيات الأمهات والأطفال، استطاع بلدان فقط تحقيق الهدف الرابع.



المصدر: الاتجاهات في وفيات الأمهات: تقديرات للأعوام 1990-2015 وضعتها منظمة الصحة العالمية، واليونسيف، وصندوق الأمم المتحدة للسكان، ومجموعة البنك الدولي، وشعبة السكان بالأمم المتحدة.

الشكل 3. اتجاهات وفيات الأمهات في الإقليم في الفترة 1990-2015



المصدر: المستويات والاتجاهات في وفيات الأمهات: تقديرات وضعها فريق الأمم المتحدة المشترك بين الوكالات المعني بتقدير معدلات وفاة الأطفال، تقرير عام 2015.

الشكل 4. اتجاهات وفيات الأطفال دون سن الخامسة في الإقليم في الفترة 1990-2015

السييل إلى الماضي قدمًا

56. يجب أن تظل صحة الأمهات والموليد والأطفال من ضمن الأولويات في كل البلدان بصرف النظر عن مستوى الدخل أو وضع التنمية بها. ويجب أن يتم الحفاظ على التقدم الذي تم إحرازه في البرامج التي أُطلقت بالفعل، مع مراعاة الجداول الزمنية بالنسبة لعمليات التنفيذ في المستقبل. وسوف تستمر المنظمة في دعم البلدان التي تنوء بأعباء ثقيلة والبلدان التي تعاني من حالات طوارئ. ونظرًا لتأثيرهما على معدل المرض والوفيات وصحة الموليد والنمو في مرحلة الطفولة، تصاعدت أهمية صحة المراهقين والرعاية السابقة على الحمل ليصبحان ضمن أولويات الإقليم. كما أن المبادرات التي تستهدف الرعاية الصحية الشاملة وتحسين جودة الرعاية تحظى أيضًا بأهمية بالنسبة لصحة الأمهات والأطفال.

57. وينبغي على كل البلدان الالتزام بإعداد أو تحديث خططها الاستراتيجية للفترة ما بين 2016 إلى 2020 فيما يتعلق بالصحة الإنجابية وصحة الأمهات والموليد والمراهقين، وذلك وفقًا لما أقرته اللجنة الإقليمية في تشرين الأول/أكتوبر 2015 ووفقًا للاستراتيجية العالمية للأمم المتحدة لصحة المرأة والطفل والمراهق. ويجب أن يبدأ التصدي لأوجه الإجحاف الصحي من خلال معالجة المحددات الاجتماعية للصحة في مراحل تخطيط كافة المبادرات الخاصة بصحة الأمهات والأطفال.

الأمراض غير السارية

الوضع في عام 2012

58. الأمراض غير السارية هي أكبر مسببات الوفاة على مستوى العالم، بما في ذلك إقليم شرق المتوسط، حيث كانت كل أنواع الأمراض غير السارية مسؤولة في عام 2012 عن 57% من الوفيات - أي أكثر من 2.2 مليون شخص - في كافة ربوع الإقليم. وفي بلدان المجموعة الأولى وفي العديد من بلدان المجموعة الثانية، ترجع 75% من حالات الوفيات إلى هذه الأمراض. ووفقًا للتقديرات، فإن ما يصل إلى نصف هذه الوفيات هي حالات وفاة مبكرة في بعض البلدان. ويمكن تجنب معظم الوفيات والإعاقات من خلال تدخلات مسندة بالبيّنات تعالج المجموعات الأربعة الأساسية من الأمراض - ألا وهي: أمراض القلب والمرض الرئوي المزمن والسرطان والسكري - وعوامل الخطر المتصلة بها مثل: تعاطي التبغ، والنظام الغذائي غير الصحي، والحمول البدني، وتعاطي الكحول على نحو ضار.

59. وإدراكًا منهم للآثار المدمرة للأمراض غير السارية على المستوى الاجتماعي والاقتصادي وعلى مستوى الصحة العمومية، اجتمع قادة العالم في الجمعية العامة للأمم المتحدة عام 2011 واتفقوا على خارطة طريق تتضمن التزامات حقيقية للتصدي لهذا العبء العالمي. وبالتالي، أصبحت الأولوية الأساسية لمنظمة الصحة العالمية والدول الأعضاء في عام 2012 وما بعده، متمثلة في التركيز على تنفيذ خارطة الطريق المشار إليها. وتتمثل الأولويات في الدعوة إلى مستويات أرفع من الالتزام السياسي والمشاركة المتعددة القطاعات، وتقديم الدعم التقني لوضع خطط متعدّدة القطاعات وتنفيذ الإجراءات التي وردت في توصيات الإعلان، ووضع أطر للرصد والمراقبة، بما يشمل مجموعة من الأهداف والمؤشرات الوطنية.

60. اعتمدت اللجنة الإقليمية، في تشرين الأول/أكتوبر 2012، إطار عمل لتنفيذ الإعلان السياسي للأمم المتحدة بشأن الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها. ويضم إطار العمل مجموعة من الإجراءات الاستراتيجية التي ينبغي على البلدان تنفيذها في أربعة مجالات عمل، وهي: الحوكمة والوقاية من عوامل الخطر وتقليلها والرعاية الصحية والترصد. ويعتبر إطار العمل الإقليمي الذي أقرته اللجنة الإقليمية معلماً هاماً حيث يُلزم البلدان بإجراءات مسندة بالبيّنات ومحددة للغاية لقياس التقدّم في المجالات الأربعة. وجميع الإجراءات المتضمنة في إطار العمل ذات أثر كبير ومسندة بالبيّنات وعالية المردود وميسورة التكلفة (أفضل الصفقات) ويمكن لأي من البلدان تنفيذها بصرف النظر عن مستوى دخلها. وتتضمن مؤشرات التقدّم ما يلي:

- إعداد وتنفيذ خطة عمل/استراتيجية وطنية عملية متعددة القطاعات؛
- تحديد أهداف ومؤشرات وطنية ذات إطار زمني محدد، استناداً إلى إرشادات منظمة الصحة العالمية؛
- تنفيذ التدابير الأربعة للحد من الطلب التي نصت عليها اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ، على أعلى مستوى من الإنجاز: الضرائب، وسياسات الأماكن الخالية من دخان التبغ، والتحذيرات الصحية، وحظر الإعلان؛
- تنفيذ أربعة تدابير للحد من الأنظمة الغذائية غير الصحية: سياسات الحد من استخدام الملح بين السكان، وسياسات الحد من استخدام الدهون المشبعة والقضاء على الدهون المهدرجة المنتجة صناعياً، والمبادئ التوجيهية بشأن التسويق للأطفال؛ وتوصيات المدونة الدولية بشأن تسويق بدائل لبن الأم؛
- تنفيذ برنامج وطني للتوعية العامة بشأن النظام الغذائي و/أو النشاط البدني؛
- تنفيذ، حسب الاقتضاء ووفقاً للظروف الوطنية، التدابير الثلاثة المسندة بالبيّنات للحد من تعاطي الكحول على نحو ضار: إعداد وتفعيل تشريعات، ووقف الإعلان عن التبغ والترويج له، والسياسات التسعيرية؛
- تعزيز رصد الأمراض غير السارية وعوامل الخطر ذات الصلة بها من خلال تنفيذ إطار عمل منظمة الصحة العالمية لترصد الأمراض غير السارية، بما في ذلك وجود نظام يؤدي الغرض منه للحصول بصفة دورية على بيانات دقيقة حول الوفيات الناجمة عن أسباب محددة؛
- دمج الإدارة والرعاية الصحية للأشخاص الذين يعانون من أمراض غير سارية ضمن الرعاية الصحية الأولية وتوفير العلاج بالأدوية (بما في ذلك السيطرة على نسبة السكر في الدم) وتقديم استشارات للأشخاص الذين يرتفع احتمال تعرضهم لخطر النوبات القلبية والسكتات.

61. وأدخل الإقليم لوحة متابعة التدخلات القانونية ذات الأولوية اللازمة للتصدي للأمراض غير السارية، ومنها زيادة الضرائب على التبغ، وحظر الإعلان عن التبغ والترويج له، والحد من الدهون المدرجة المنتجة صناعياً من الإمدادات الغذائية، وخفض الملح في الأغذية المصنّعة، وحماية سياسات الصحة العمومية من تدخل المصالح الخاصة. ويصدر الإقليم سنوياً موجزات مختصرة عن استجابة كل بلد على المستوى الوطني للأمراض غير السارية بناءً على مؤشرات قياس التقدّم الواردة في إطار العمل الإقليمي.

62. تحتاج أمراض القلب وأمراض الرئة والسرطان والسكري إلى خدمات الرعاية التي تُقدم للحالات المزمنة للحصول على نتائج صحية إيجابية والحفاظ على صحة السكان. وهناك مجالان بالغا الأهمية، هما: دمج الرعاية الصحية اللازمة للاعتلالات الشائعة ضمن الرعاية الأولية واستمرار العلاج أثناء أوقات الأزمات وحالات الطوارئ. وقد تم وضع إطار عمل إقليمي، متضمناً خيارات متعلقة بالسياسات، فيما يتعلق بالتدبير العلاجي للأمراض غير

السارية ودمجها ضمن الرعاية الأولية لمجموعات البلدان الثلاثة لدراسته. ويعدُّ الحفاظ على الرعاية الصحية أثناء حالات الطوارئ الوطنية عملية صعبة، خاصة بالنسبة للنازحين وفي المناطق التي طال فيها مرافق الرعاية الصحية الضرر والدمار، وهرب منها العاملون في مجال الرعاية الصحية. وفي هذا الصدد، يجري تحضير مجموعات الأدوات الصحية اللازمة للطوارئ، وتتضمن الأدوية والتكنولوجيات الأساسية الضرورية للحفاظ على استمرارية علاج عشرة آلاف شخص لمدة ثلاثة أشهر في المناطق التي تعطلت فيها الإمدادات بالأدوية والتكنولوجيات.

63. وتُعدُّ اضطرابات الصحة النفسية أيضاً سبباً رئيسياً في عبء الأمراض في الإقليم، حيث إن غالبية الأشخاص الذين يعانون من درجات متوسطة إلى حادة من اضطرابات الصحة النفسية ليس لديهم إمكانية الحصول على الرعاية الصحية والاجتماعية اللازمة. وتطرح الاستراتيجية العالمية للصحة النفسية قائمة شاملة بالتدخلات لتعزيز برامج الصحة النفسية الوطنية وتحسين الحصول على الرعاية. وقد أثمر العمل المكثف مع الخبراء الدوليين والإقليميين عن وضع إطار عمل إقليمي أكثر تركيزاً لتعزيز العمل المتصل بالصحة النفسية، وهو حالياً متاح للبلدان. ويقدم إطار العمل مجموعة من التدخلات المُسنَّدة بالبيّنات عالية المردود وميسور التكلفة، والتي إن نُفذت، سيكون لها أثر كبير على تحسين الصحة النفسية للسكان. ويشمل إطار العمل إجراءات في أربعة مجالات، هي: الحوكمة، والرعاية الصحية، وتعزيز الصحة والوقاية، والترصد والرصد. وتستطيع البلدان كافة تنفيذ هذه الإجراءات بصرف النظر عن مستوى دخل أي منها.

64. وتزايد أهمية الصحة البيئية بالنسبة للإقليم؛ فتلوث الهواء ومياه الشرب غير المأمونة وسوء مستوى النظافة وتلوث الغذاء والتعرض للمواد الكيميائية جميعها من المسائل المثيرة للقلق بشكل خاص، علاوة على الآثار المتوقعة لتغير المناخ على الصحة. وقد اعتمدت اللجنة الإقليمية، في عام 2013، استراتيجية إقليمية بشأن الصحة والبيئة مع إطار عمل للفترة من 2014 إلى 2019. وبالتالي، وضع العديد من البلدان أطر عمل وطنية، بينما تعكف بلدان أخرى على تنفيذ الاستراتيجية الإقليمية. كما تم الانتهاء من بعثات تقييم سلامة الغذاء وإعداد الموجزات الوطنية في 15 بلداً. وتتابع منظمة الصحة العالمية والبلدان تنفيذ النتائج والتوصيات، وجاري العمل على إعداد خطة عمل إقليمية لتعزيز نظم سلامة الغذاء.

السييل إلى المضي قدماً

65. سوف يقدم جميع الدول الأعضاء، في عام 2018، إلى الاجتماع الرفيع المستوى الثالث المعني بالأمراض غير السارية للجمعية العامة للأمم المتحدة، تقاريرها بشأن التقدم المُحرز في تنفيذ أهم الالتزامات التي نص عليها الإعلان السياسي لعام 2011، والواردة في إطار العمل الإقليمي. وقد وُضع لذلك مؤشرات واضحة وسوف تستخدم في قياس التقدم المحرز في هذا المضمار. ويشير استعراض للمؤشرات أُجري مؤخراً أن الأمر لم يزل يتطلب جهوداً كثيرة؛ فعلى سبيل المثال، لم يحقق التنفيذ الكامل سوى 9% من البلدان بالنسبة لفرض الضرائب على التبغ، و18% بالنسبة لفرض قيود على التسويق للأطفال، و27% بالنسبة لإجراء مسوحات على عوامل الخطر. وربما لا توجد مجالات تكون فيها الإجراءات المستهدفة والملتزمة بإطار زمني على هذه الدرجة من الوضوح مثلما هو الحال في مجال الاستجابة للأمراض غير السارية.

66. وقد بدأ التقدم يتحقق بالفعل وبات الأمر يكتسب زخماً لدى القيادات السياسية والصحية. والسييل الوحيد للدول الأعضاء لمواجهة أكثر الأمراض فتكاً في العالم هو تسريع وتيرة التقدم الذي تحقق حتى الآن لتحقيق الأهداف من الآن وحتى 2025. وبالنسبة لعام 2018، فإنه ينبغي على البلدان أن تفي بالالتزامات الواردة في إطار العمل الإقليمي.

الأمراض السارية

الوضع في 2012 - 2016

67. ظلت استجابة الصحة العمومية لتهديدات الأمراض السارية المستجدة وغيرها من الأمراض التي يمكن أن تتوطن في الإقليم تشكّل تحديًا مستمرًا منذ عام 2012. وقد واجه الإقليم تكرار فاشيات الأمراض المستجدة في الوقت الذي تعرضت فيه النظم الصحية الهشة إلى ضرر كبير بفعل حالات الطوارئ الإنسانية المعقدة والنزاعات الممتدة، مما جعل جهود مكافحة الأمراض السارية والقضاء عليها تكتنفها صعوبات وتحديات بالغة.

68. وفي عام 2012، أشارت التقديرات إلى أن الأمراض السارية لا تزال مسؤولة عن ثلث الوفيات وثلث الأمراض تقريباً في الإقليم، مما يشكّل عقبة كبيرة أمام التنمية الصحية والاجتماعية الاقتصادية في بعض البلدان. وهناك بلدان من بين البلدان الثلاثة التي يتوطن بها شلل الأطفال في العالم ينتميان إلى إقليم شرق المتوسط ويتحملان المسؤولية عن معظم الحالات المبلغ بها، مما يهدد المكاسب المحققة في مجال استئصال شلل الأطفال عالمياً. كما استمر فيروس نقص المناعة البشرية في الانتشار بوتيرة سريعة، وظل عبء الملاريا والسل مرتفعاً، خاصة في بلدان المجموعة الثالثة. وعليه، كان لا بد من تحسين نطاق التغطية لبرامج مكافحة فيروس نقص المناعة البشرية والملاريا والسل وجودتها. وعلى الرغم من استمرار تزايد عدد المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية في الإقليم، فقد احتل نطاق التغطية بالعلاج المرتبة الأدنى بين أقاليم المنظمة. وتشير التقديرات إلى عدم الإبلاغ عن أكثر من نصف حالات الإصابة بمرض السل، كما ظل التهاب الكبد الفيروسي وباءً صامتاً في بعض البلدان.

69. وشهد الإقليم ارتفاعاً في عدد الأمراض السارية سواء المستجدة منها أو التي تعاود الظهور، بما في ذلك أنفلونزا الطيور، والحمى المالطية، والكوليرا، وحمى الضنك، وسائر أمراض الحمى الفيروسية النزفية، والدفتيريا، والحصبة والحمى الصفراء، والفيروس التاجي (فيروس كورونا) المسبب لمتلازمة الشرق الأوسط التنفسية، وفيروس غرب النيل، والتهاب الكبد A. وقد واجهت برامج التمنيع ومكافحة الأمراض التي يمكن توقيها باللقاحات تحديات هائلة في العديد من البلدان، مما أدى إلى ارتفاع معدلات انتشار هذه الأمراض والإصابة بها. وقد واجهت الجهود المبذولة لتحقيق الهدف الإقليمي للتخلص من الحصبة انتكاسة نتيجة انخفاض مستوى تغطية السكان المعرضين للإصابة بخدمات التطعيم.

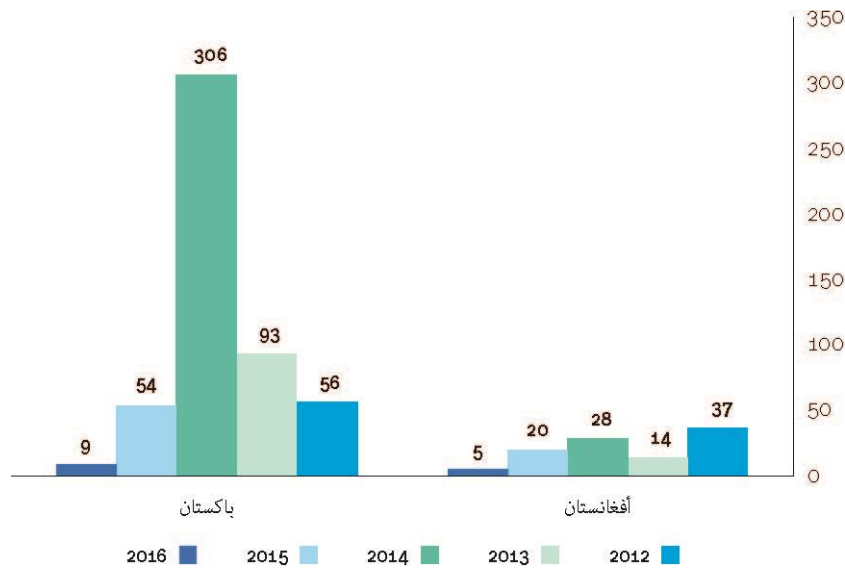
70. ويمثل الأمن الصحي أحد الشواغل ذات الأهمية البالغة. وفي هذا الصدد، يظل الالتزام بالقدرات الأساسية المطلوبة بموجب اللوائح الصحية الدولية (2005)، وهي اتفاقية قانونية دولية ملزمة لكل الدول الأعضاء، منقوصاً بشدة نتيجة الثغرات الحرجة في النظم الصحية للبلدان. ومع تفاقم الوضع الأمني، توقفت جهود المكافحة والقضاء على العديد من الأمراض السارية التي تشكل عبئاً ثقيلاً، كما تدهورت جهود الوقاية منها. كما أن قدرات البلدان على التصد من أجل الكشف عن الفاشيات والاستجابة لها، وتقييم البرامج، ووضع تصور للاحتياجات في المستقبل، قد تم تحديدها بوصفها تحدياً ذا طبيعة خاصة، لا سيما في بلدان المجموعتين الثانية والثالثة.

التقدم المُحرز في الفترة 2012 - 2016

71. ينبغي أن تضع أي استجابة من الإقليم ترمي إلى السيطرة على عبء الأمراض السارية في الاعتبار الوضع الأمني المتفاقم والطويل الأمد في الإقليم. وقد تم الاحتواء السريع لفاشيات الأمراض السارية، ومن ثم فهي لم يتفاقم خطرهما أو تتحول إلى أوبئة أو جوائح ولم تنتشر على الصعيد الدولي داخل الإقليم، وهذه الحقيقة في حد ذاتها تمثل مقياساً للنجاح الكبير والإنجاز المهم اللذين تحققا في مجال الصحة العمومية. والتحديات الخطيرة أمام

مكافحة الأمراض كانت وستظل متمثلة في الآتي: نزوح السكان على نطاق واسع، وتضرر مرافق الرعاية الصحية وتدمير، وتعطل خدمات الصحة العمومية الأساسية، وهجرة العاملين الصحيين الذين يفرون من أحداث العنف، وانخفاض إمكانية الحصول على خدمات الرعاية الصحية، بما في ذلك المستلزمات الطبية واللقاحات، واستهداف العاملين الصحيين من خلال الهجمات المسلحة.

72. ويظل إقليم شرق المتوسط هو الإقليم الوحيد للمنظمة الذي لا يزال يتوطن فيه مرض شلل الأطفال. وفي عام 2012، نفذت أفغانستان وباكستان خطط طوارئ وطنية، وأبديا التزامًا تامًا بتحسين أداء البرامج والمساءلة. وساعد على ذلك زيادة الدعم التقني المقدم من المنظمة والشركاء الدوليين، بالإضافة إلى تحسين الدعوة والمناصرة من جانب القيادات المجتمعية والدينية لمواجهة الحملات المضللة التي تقوم بها بعض المجموعات. وفي عام 2013، اعتبرت فاشيتا شلل الأطفال في منطقتي القرن الإفريقي والشرق الأوسط بمثابة تهديد خطير للأمن الصحي، وأعلنتها لجنة الطوارئ المعنية باللوائح الصحية الدولية حالة طوارئ صحية عمومية مثيرة للقلق الدولي. وبذلت الحكومات الوطنية على مستوى الإقليم وشركاؤها في مجال الصحة جهودًا هائلة للتخلص من الفيروس. ومنذ عام 2012، انخفض عدد حالات الإصابة بشلل الأطفال بشكل ملحوظ (الشكل 5). ولا تزال بعض المناطق في أفغانستان وباكستان تعاني من استمرار انتشار فيروس شلل الأطفال نتيجة وجود ثغرات في التغطية باللقاحات بسبب عدم إمكانية الوصول إلى هذه المناطق، ورفض الآباء تطعيم أبنائهم، بالإضافة إلى بعض أوجه القصور في تنفيذ البرامج في المناطق التي أمكن الوصول إليها. وكان انعدام الأمن والهجمات التي تستهدف حياة العاملين في مجال مكافحة شلل الأطفال وانتشار المعلومات المضللة أيضاً من ضمن الأسباب التي تعوق الوصول إلى الأطفال وتطعيمهم في بعض المناطق.



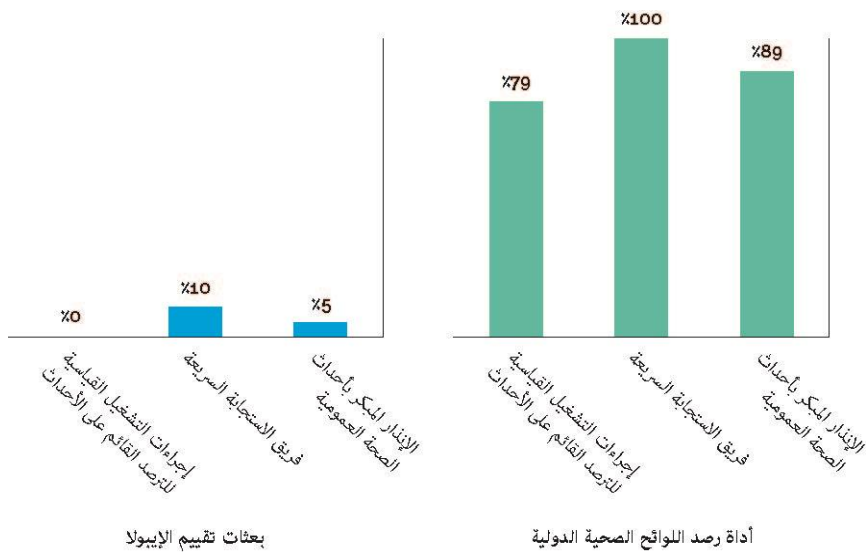
الشكل 5- انخفاض حالات شلل الأطفال في البلدان المتوطن فيها منذ عام 2012

73. وقد لقي الالتزام باللوائح الصحية الدولية (2005) تأييداً قوياً من الدول الأعضاء وأصحاب المصلحة بوصفها مطلباً ضرورياً لتحقيق الأمن الصحي على الأصعدة الوطنية والإقليمية والعالمية. وعقب فاشية الإيبولا في غرب إفريقيا، وبناء على طلب الدول الأعضاء، أجرت منظمة الصحة العالمية تقييمات سريعة لقدرات البلدان على الكشف عن حالات الإصابة بالإيبولا والاستجابة لها على وجه السرعة. وقد أظهرت نتائج التقييمات ثغرات في قدرات البلدان على التصدي للفاشيات ومكافحتها، بما في ذلك البلدان التي سبق وأعلنت استعدادها لتنفيذ

اللوائح الصحية الدولية (2005) (الشكل 6). كما كشفت هذه التقييمات أيضاً عن القيود التي تواجه أداة التقييم الذاتي الخاصة باللوائح الصحية الدولية، الأمر الذي دفع اللجنة الإقليمية في دورتها الثانية والستين عام 2015 إلى الدعوة لاعتماد نظام تقييم مستقل وتشكيل لجنة إقليمية معنية بتقييم اللوائح الصحية الدولية، وذلك لتسهيل وتقديم التوجيهات التقنية للبلدان والإشراف على عملية التقييم الخارجي المستقل المشترك. وقد ظل إقليمنا رائداً في المواءمة بين أداة تقييم اللوائح الصحية الدولية وأداة الخطة العالمية للأمن الصحي وإعداد أداة التقييم الخارجي المستقل المشترك، التي أقرتها جميع أقاليم المنظمة حالياً والخطة العالمية للأمن الصحي.

74. وتم إدخال تعديل استراتيجي على كيفية تنفيذ اللوائح الصحية الدولية من خلال إطار عمل جديد للرصد والتقييم متضمناً لأربعة مكونات، هي: تقارير ذاتية سنوية من الدول الأعضاء، واستعراضات لاحقة على العمل استجابةً للفاشيات/الأزمات، وتمارين المحاكاة، وتقييمات خارجية مستقلة مشتركة. وقامت كل من الدول الأعضاء بإنشاء مركز اتصال وطني معني باللوائح الصحية الدولية، كما وضعت البلدان خططاً لتنفيذ اللوائح الصحية الدولية، وبدا هناك إدراك متزايد لأهمية تعزيز التدابير عند نقاط الدخول للتعامل مع التهديدات الصحية.

75. وتتضمن أهم الأمراض المعدية ذات التهديد الواسع والتي تم التحري عنها واحتواؤها سريعاً على مدار الخمس سنوات السابقة الحمى الصفراء في السودان، والتهاب الكبد A في العراق والأردن، والكوليرا في العراق، والأنفلونزا البوابية في العراق والأردن والكويت وليبيا ومصر وتونس واليمن وباكستان، وأنفلونزا الطيور في مصر، ومتلازمة الشرق الأوسط التنفسية المستجدة التي يسببها الفيروس التاجي (فيروس كورونا) في المملكة العربية السعودية وبلدان أخرى، وحمى الضنك في باكستان واليمن والسودان. وقد ساعدت جهود الاستجابات الفعالة التي جاءت في التوقيت المناسب في تجنب حالات طوارئ صحية كبرى على الصعيد الدولي نتيجة تلك التهديدات. وأنشئت شبكة للإنذار المبكر والاستجابة والتوسع فيها سريعاً للكشف المبكر عن التهديدات الصحية والاستجابة لها في كل البلدان التي تضررت بالأزمة السورية وغيرها من حالات الطوارئ. وتجسدت قيمة إنشاء هذه الشبكة في التمكّن من تفادي أوبئة واسعة الانتشار. وأنشئت أيضاً شبكة إقليمية من الخبراء والمؤسسات التقنية لتسهيل الدعم المقدم في مجال الاستجابة الدولية للفاشيات.



الشكل 6. مقارنة بين نتائج تقييم الرصد للوائح الصحية الدولية ونتائج التقييم لفيروس إيبولا بشأن القدرات الأساسية للترصد، لعام 2014

76. وأُنشئت أنظمة ترصد للأمراض الشبيهة بالأنفلونزا وعدوى الجهاز التنفسي الحادة الوحيمية، وذلك بهدف بناء القدرات المحلية للكشف المبكر عن أي فيروس أنفلونزا جديد قد يسبب جائحة والتعرف عليه والاستجابة له. وأُنشئت مراكز وطنية للأنفلونزا بإجمالي ستة عشر مركزًا على مستوى الإقليم وتتولى عزل فيروس الأنفلونزا وتحديد تسلسله الجيني وإجراء اختبار مقاومة مضادات الفيروسات. وبالإضافة إلى ذلك، وُضع إطار عمل منظمة الصحة العالمية الخاص بالتأهب لمواجهة الأنفلونزا الجائحة، وهو مبادرة ذات طابع فريد للشراكة بين القطاعين العام والخاص، لتعزيز قدرة البلدان على الكشف عن فيروس الأنفلونزا الذي قد يسبب جائحة والاستجابة له، علاوة على زيادة إمكانية الحصول على اللقاحات وغيرها من المستلزمات المرتبطة بالتصدي للجوائح. كما تم تعزيز المختبرات للوقاية من الأمراض والكشف عنها ومكافحتها.

77. وبرغم التحديات المستمرة، حافظ الإقليم على متوسط التغطية بالتطعيم باللقاح الثلاثي عند نسبة 82%، واستطاع أربعة عشر بلدًا، في عام 2014، الحفاظ على تغطية التطعيم باللقاح الثلاثي عند نسبة تزيد على 90%. وعلى الرغم من وقوع الفاشيات في العديد من البلدان، انخفض عدد حالات الإصابة بالحصبة المبلغ عنها إلى النصف خلال الفترة من 2011 إلى 2014. وأطلقت حملات مكافحة الحصبة في اثني عشر بلدًا خلال 2015، واستطاعت هذه الحملات إيصال لقاح الحصبة إلى أكثر من 65 مليون طفل. وتحقق تقدّم ملحوظ في بناء القدرات والتخطيط وتقييم برامج التمنيع، ويوجد حاليًا في كل البلدان تقريبًا فرق استشارية تقنية وطنية معنية بالتمنيع. كما اعتمدت اللجنة الإقليمية في 2015 خطة عمل إقليمية جديدة خاصة باللقاحات. وتم بنجاح تنفيذ نهج رعاية جديدة متنقلة ومجتمعية في مناطق الأزمت حيث لحق الضرر بالمرافق الصحية أو تعرضت للدمار أو لم تكن موجودة أساسًا، بما في ذلك معسكرات النازحين. وبفضل هذه التدابير المبتكرة، تم سد الثغرات الموجودة في التغطية بالتمنيع، بما في ذلك التمنيع ضد مرض الحصبة.

78. وُضع إطار عمل تنفيذي إقليمي من أجل تنفيذ خطة العمل العالمية بشأن مقاومة مضادات الميكروبات في الإقليم. وتم إعداد بيانات وتبينات حول عبء التهديد الناجم عن مقاومة مضادات الميكروبات وحجمه ونطاقه في الإقليم، كما تمت مواءمة إجراءات الصحة العمومية مع قطاع الصحة الحيوانية من أجل التوصل إلى نهج متكامل ومنسق لمقاومة هذا التهديد المستجد أمام البشرية.

79. وقد تضاعفت تقريبًا التغطية بالعلاج لرعاية المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية في الفترة من 2011 إلى 2014، على الرغم من أن التغطية الكلية للعلاج المضاد للفيروسات القهقرية للأشخاص المستحقين للعلاج لا تزال أقل من 20%. ولوحظت زيادة ثابتة في الإخطار بحالات الإصابة بالسل منذ 2012، بينما تحسن معدل نجاح العلاج حيث وصل إلى 91% في 2015، متجاوزًا المعدل المستهدف على الصعيد العالمي والبالغ 85%. كما انخفضت المعدلات المقدرة للإصابة بالمalaria أو الوفاة بسببها في الفترة من 2010 إلى 2015.

السبيل إلى المضي قدمًا

80. بالإضافة إلى تعزيز جهود الاستجابة لمكافحة فاشيات الأمراض السارية، يجب تركيز العمل على الأمن الصحي، خاصة امتثال جميع البلدان التام باللوائح الصحية الدولية (2005). كما يجب الوفاء بالقدرات المطلوبة بموجب اللوائح الصحية الدولية (2005). وبرغم أن التقييمات الذاتية قد أشارت إلى مستويات تنفيذ عالية إلى حد ما فيما يتعلق باللوائح، فقد كشفت التقييمات اللاحقة التي أجريت استجابةً لأي وفادة محتملة لفيروس الإيبولا عن وجود كثير من الثغرات الحرجة في البلدان، ومنها غياب هياكل التنسيق التنفيذية ومراكز عمليات الطوارئ،

ورصد أي تهديدات صحية خطيرة في حينها، ويجب على الدول الأعضاء أن تبذل جهوداً لسد هذه الثغرات. وبالإشتراك مع الدول الأعضاء، حددت منظمة الصحة العالمية خطوات بعينها لاتخاذها من جانب البلدان، كما قدّمت الدعم التقني وبناء القدرات دعماً للامتثال التام للوائح الصحية الدولية (2005). وسيتم تقييم أوجه الامتثال الأساسية للوائح الصحية الدولية باستخدام التقييم الخارجي المستقل المشترك والعمل معاً على الخطة العالمية للأمن الصحي. ولقد حددنا هدفاً متمثلاً في تقييم 10 بلدان خلال الفترة المتبقية من 2016، بدءاً بباكستان التي أتمت التقييم في أوائل أيار/مايو 2016. وعلى منظمة الصحة العالمية والبلدان تعميم إطار العمل الاستراتيجي للوقاية من الأمراض المستجدة ومكافحتها، ووضع إطار عمل لإدخال نظام الإنذار المبكر لفاشيات الأمراض في البلدان المتضررة بالأزمات الإنسانية. وسيتم التوسع في شبكة الخبراء المدربين والمؤسسات التقنية لدعم الدول الأعضاء في الكشف عن الفاشيات والاستقصاء الميداني والاستجابة لها. كما يجب تحسين مستوى التأهب المؤسسي لمنظمة الصحة العالمية لضمان الاستجابة السريعة والشاملة للتهديدات الصحية المستجدة. وينبغي كذلك تعزيز التنسيق عبر الحدود بين البلدان. وسيكون على رأس الأولويات مكافحة الخطر المتنامي لمقاومة مضادات الميكروبات.

81. وتسهم برامج التمنيع بصفة رئيسية في حماية الصحة العمومية وتعزيز التنمية الصحية والاجتماعية والاقتصادية بوجه عام. وبينما تزايد الإسهام الحكومي في برامج التمنيع في جميع البلدان، يمكن توقع انخفاض الاعتمادات المالية المقدمة من الجهات المانحة العالمية خلال السنوات القادمة، وبالتالي تحتاج البلدان إلى زيادة الجهود المبذولة لضمان توافر التمويل المناسب لبرامج التمنيع الشاملة.

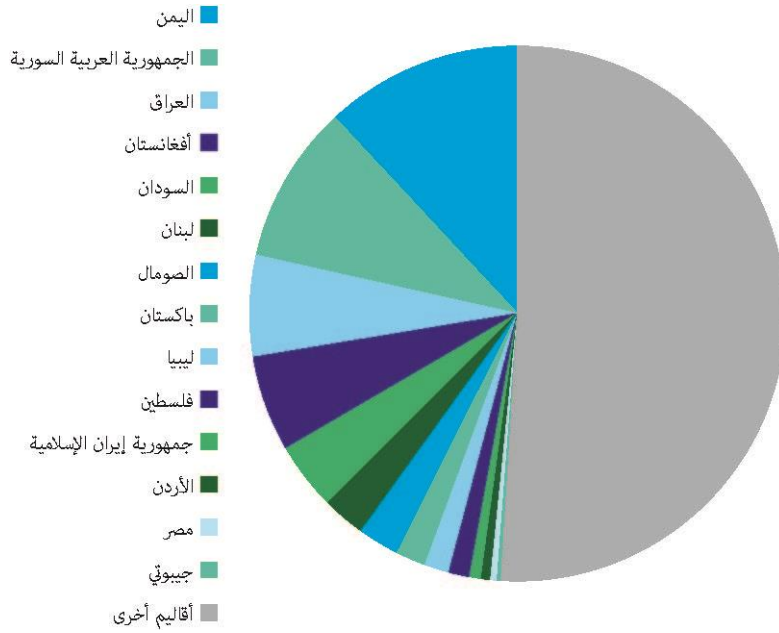
82. وربما يكون استمرار أعمال العنف والاضطرابات المدنية ونزوح الأشخاص والأزمات الإنسانية في كثير من البلدان في الإقليم قد أدى إلى تأخر القدرة على استئصال أمراض سارية معينة، وبدلاً من ذلك، تم تحويل التركيز بشكل مؤقت إلى احتوائها. ولكن تظل الخطط الشاملة والمُسنّدة بالبيّنات سارية من أجل تحقيق الغاية النهائية المتمثلة في استئصال هذه الأمراض، والتي سوف تتحقق من خلال التعاون المستمر فيما بين جميع الأطراف.

التأهب لحالات الطوارئ والاستجابة لها

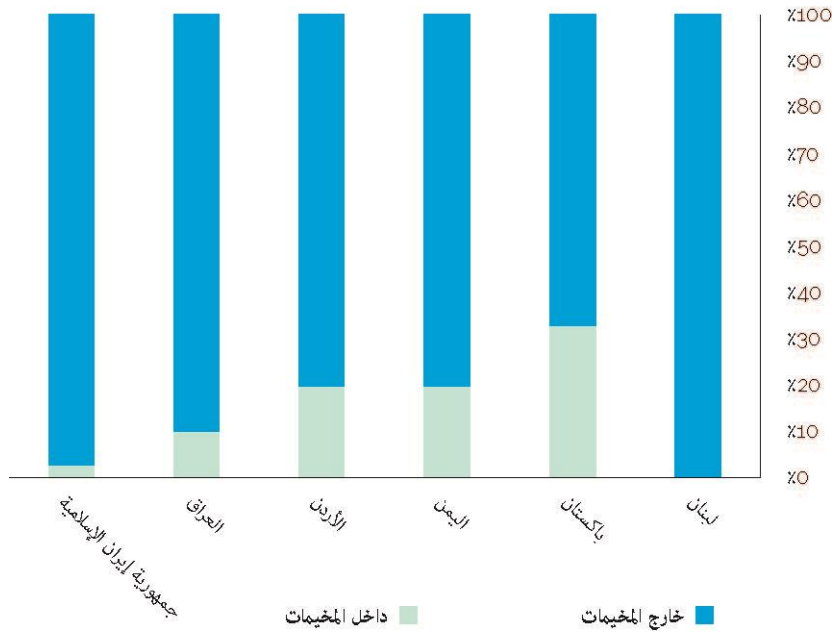
الوضع في الفترة 2012-2016

83. تمخضت النزاعات الاجتماعية والسياسية التي شهدها عامي 2011 و2012 عن نطاق غير مسبوق للأزمات الإنسانية والاحتياجات الصحية التي يواجهها أكثر من نصف البلدان حالياً. ووفقاً لتقديرات عام 2012، فقد وصل عدد من يحتاجون إلى الخدمات الصحية نتيجة حالات الطوارئ إلى 40 مليون شخص. واليوم، ارتفع ذلك الرقم ليتجاوز 62 مليون شخص (الشكل 7). ومنذ عام 2012، تم تصنيف حالات الطوارئ في ثلاثة بلدان - سوريا، والعراق، واليمن - على أنها من المستوى الثالث، وهو أعلى مستوى للطوارئ وفقاً لنظام الأمم المتحدة لتصنيف الطوارئ. كما أن البلدان المجاورة لتلك الدول تضررت بشدة.

84. وينتمي أكثر من نصف اللاجئين في العالم إلى إقليم شرق المتوسط، الذي يستضيف أيضاً العدد الأكبر من الأشخاص النازحين داخلياً نتيجة الصراع، حيث بلغ عدد النازحين الآن 30 مليون شخص، يعيش ثلثهم في بلادهم، بينما يعيش الباقي في بلدان أخرى. ويُقدر عدد اللاجئين السوريين في لبنان حالياً بثلث إجمالي عدد السكان البالغ 4 مليون شخص، بينما يمثلون 10% من عدد السكان في الأردن. ومعظم اللاجئين يعيشون في مجتمعات مستضيفة (الشكل 8).



الشكل 7. من إجمالي 125 مليون شخص في حاجة إلى الخدمات الصحية على الصعيد العالمي بسبب حالات الطوارئ، يأتي نصفهم تقريباً من إقليم شرق المتوسط، وذلك حتى نهاية عام 2015



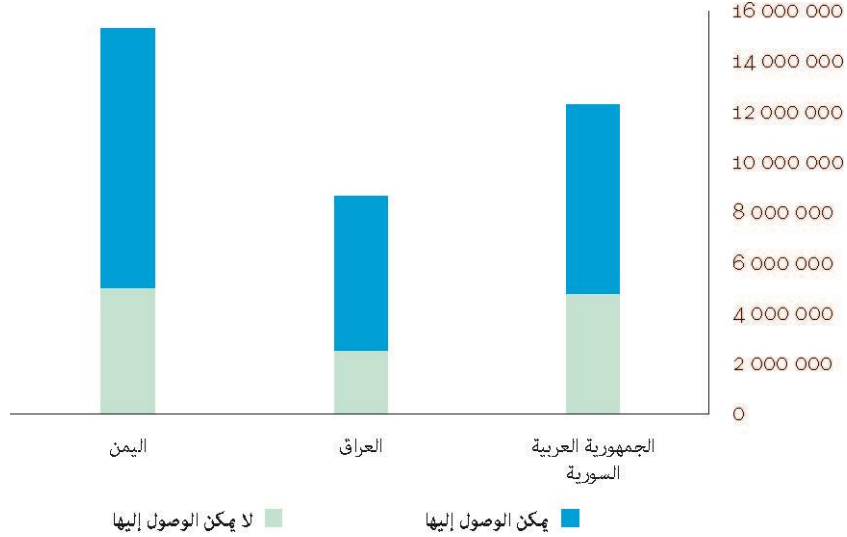
الشكل 8. السكان المشردون في البلدان المضيفة الذين يعيشون في مخيمات وبين المجتمعات المضيفة

85. واستمرار تردي الأوضاع معناه أن كل من السكان النازحين والمجتمعات المستضيفة معرضون لخطر متزايد من الإصابة بالأمراض المعدية بسبب الأوضاع المعيشية في أماكن مكتظة، ومحدودية الوصول إلى المياه المأمونة وخدمات الإصحاح، وتفاوت درجات الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية الأولية. وظلت فاشيات الأمراض أحد أكبر دواعي القلق، مما أبرز الحاجة إلى تحسين طرق الكشف عن أي تهديدات على الصحة العمومية وتحسين طرق الاستجابة لمقتضياتها.

86. ولا تتوافر خدمات الصحة النفسية في البلدان التي لا يزال مستمراً فيها الصراع والعنف، ويعزى ذلك إلى نقص العاملين الصحيين المؤهلين. وغالباً ما تجد الخدمات الصحية الأساسية والطائرة العراقية نتيجة نقص الأدوية الأساسية المُنقّدة للحياة والمستلزمات الطبية، وكذلك نقص إمدادات الوقود التي تضمن استمرار عمل المرافق الصحية. وتسهم النُظم الصحية التي تعاني من العجز ونقص الأدوية في زيادة عبء الأمراض غير السارية، نظراً لأن الفئات السكانية لم تعد قادرة على الحصول على معالجة منتظمة أو الوصول إلى الأدوية الأساسية المنقّدة للحياة.

87. ويوجد عدد من التحديات الأساسية التي تحول دون الاستجابة الفعّالة في حالات الطوارئ، ومنها عدم إمكانية الوصول إلى الفئات السكانية التي يتعذر الوصول إليها وضيق حيز خدمات الإغاثة الإنسانية (الشكل 9). وفي توجه جديد مثير للقلق في بعض البلدان، أصبح العاملون في مجال الرعاية الصحية والمرافق الصحية مستهدفين بصورة مباشرة أو معرّضين للضرر بصورة غير مباشرة، مما جعل الفئات السكانية المستضعفة تحصل على نسبة بسيطة من خدمات الرعاية الصحية أو قد يتعذر وصولها مطلقاً إلى تلك الخدمات. كما هرب كثير من العاملين الصحيين مع أسرهم.

88. ويأتي توفير التمويل ليمثل عائقاً آخر أمام الاستجابة الفعّالة لحالات الطوارئ. ففي عام 2012، تم الوفاء بـ47% فقط من متطلبات قطاع الصحة، مما يؤكّد الحاجة إلى اتخاذ أسلوب أكثر تنسيقاً فيما بين الشركاء لتلبية الاحتياجات الصحية للفئات السكانية المتضررة. وشهد عام 2013 زيادة في التمويل، بينما شهد عام 2015 تراجعاً في التمويل مرة أخرى إلى أقل من 40% (الجدول 1).



الشكل 9. عدد الأشخاص المحتاجين الذين يعيشون في مناطق يمكن الوصول إليها أو مناطق لا يمكن أو يصعب الوصول إليها في البلدان التي تواجه حالات طوارئ من المستوى الثالث

الجدول 1: التمويل المخصص لمكوّن قطاع الصحة في خطط الأمم المتحدة الاستراتيجية للاستجابة في بلدان الإقليم للفترة 2011 - 2015

النسبة المئوية التمويل	التمويل الوارد (بالدولار الأمريكي)	التمويل المطلوب (بالدولار الأمريكي)	
9%	124 مليون	1.3 مليار	2016 (بدءاً من 16 أيار/مايو)
39%	470 مليون	1.2 مليار	2015
54%	560 مليون	1 مليار	2014
64%	512 مليون	795 مليون	2013
47%	366 مليون	774 مليون	2012
78%	417 مليون	537 مليون	2011

89. وعلى الرغم من حالات الطوارئ الحادة والممتدة في الإقليم وإمكانية التعرض للكوارث الطبيعية، كان العديد من البلدان ولا تزال تفتقر إلى السياسات والتشريعات الضرورية لدعم أو تيسير التأهب لحالات الطوارئ والاستجابة لها على كافة المستويات في كل القطاعات، ولم يتمكن سوى ثلث البلدان من إضفاء الصبغة المؤسسية على برامج التأهب لحالات الطوارئ والاستجابة لها في قطاع الصحة.

التقدم المُحرز في الفترة 2012 - 2016

القيادة

90. بدأ العمل على برنامج طموح للإصلاح لتحسين قدرات الطوارئ والعمل الإنساني في الإقليم منذ عام 2014 بناءً على طلب اللجنة الإقليمية. وشهد عام 2015 البدء في تنفيذ هيكل تنظيمي جديد قائم على استجابة ذات قدرة مختصة بحالات الطوارئ، والتنسيق بين الشركاء، وخدمات الطوارئ الأساسية. وأنشئ مركز إقليمي للتأهب للطوارئ واستئصال شلل الأطفال في عمان. وركز عمل المركز على بناء القدرات وتطوير الآليات لنشر الخبراء الخارجيين أثناء حالات الطوارئ.

91. كما أنشئ صندوق تضامن إقليمي لضمان توافر الموارد المالية على الفور وتخفيف الإجراءات في أقرب وقت ممكن بمجرد وقوع الأزمة. وأنشئ مركز إقليمي للوجستيات في المدينة العالمية للخدمات الإنسانية بدبي، وساعد تخزين الإمدادات الطبية المسبق في دبي على ضمان توفير الأدوية التي تمس الحاجة إليها، والإمدادات الطبية، والمستلزمات الطبية، والمركبات، وسيارات الإسعاف في حينها إلى بلدان الإقليم. فعلى سبيل المثال، في حرب غزة في الفترة تموز/يوليو-آب/أغسطس 2014، استطاعت منظمة الصحة العالمية وشركاؤها الاستجابة في الوقت المناسب للاحتياجات الملحة من الإمدادات الطبية والجراحية من خلال جسر جوي من دبي.

الاستجابة

92. ظلت منظمة الصحة العالمية توجه استجابة قطاع الصحة في كل البلدان التي تمرّ بأزمات، بما في ذلك العراق وسوريا واليمن. ولضمان توافر الخدمات الصحية لكل الفئات السكانية المستضعفة، ولاسيما النساء والأطفال، في أكثر المناطق تضرراً، عملت منظمة الصحة العالمية على زيادة ما تقدمه من إمدادات طبية، وعززت من نظم الإنذار المبكر لرصد فاشيات الأمراض ومكافحتها، وأنشأت عيادات متنقلة لزيادة إمكانية الحصول على الخدمات الصحية، ووفرت الوقود من أجل استمرار عمل المرافق الصحية. كما وفرت المنظمة الدعم لتقديم

الخدمات الصحية التوليدية والنسائية، وتطعيم الأطفال دون سن الخامسة باللقاحات، ووفرت أيضاً الدعم لخدمات الصحة النفسية وأعدت مجموعة مستلزمات صحية للطوارئ للاستجابة لاحتياجات الفئات السكانية المتضررة من الطوارئ بُعِيَة التدبير العلاجي للأمراض غير السارية.

93. وتم إنشاء شراكات مع المنظمات غير الحكومية وتعزيزها على أرض الواقع لضمان حصول الفئات السكانية التي تعيش في مناطق يتعذر الوصول إليها على الرعاية الصحية، وواصلت المنظمة الدعم في سبيل تدليل كل العقبات أمام توصيل الرعاية الصحية إلى كل المرضى.

94. وزاد عدد المتدربين من العاملين في مجال الصحة في الإقليم لتحسين القدرة الوطنية، ففي سوريا وحدها وصل عدد العاملين الصحيين المُدرِّبين إلى 20 000 شخص منذ عام 2012. وتناول التدريب عدة مجالات مثل رعاية الإصابات والرضوح، وخدمات التطعيم الروتيني الأساسية، وإدارة اللقاحات، ومكافحة العدوى، ورعاية الأمراض المزمنة والتدبير العلاجي لها، ورعاية الصحة النفسية، وترصد الأمراض، والتغذية، ورعاية الصحة الإنجابية.

95. وقدم الإقليم مُهَجًا رائدة في تعزيز التردد الروتيني للصحة العمومية من خلال تقنيات الهواتف النقالة والمنصة الإلكترونية. وتم التوسع في عدد المواقع المخفّرية لشبكة الإنذار المبكر والمواجهة (EWARN) في المناطق التي يتعذر الوصول إليها.

96. وفي أعقاب فاشيتي شلل الأطفال والحصبة في الإقليم، قامت حملة مكافحة فاشية شلل الأطفال في شرق المتوسط بتطعيم ما يربو على 27 مليون طفل في ثمانية بلدان في الفترة من 2013 إلى 2015. ويرى المجلس المستقل لرصد شلل الأطفال أن الحملة متعددة البلدان، والتي نُجحت في إيقاف انتقال المرض في سوريا والعراق، مثالاً جيداً على كيفية إدارة مكافحة الفاشيات بكفاءة. وتم تعزيز الشراكات والتوسع فيها مع المؤسسات الدينية والمنظمات غير الحكومية، ولا سيّما تلك التي تعمل في المناطق التي تسيطر عليها المعارضة.

التأهب

97. تم إعداد إطار عمل شامل للتأهب لحالات الطوارئ، والذي سلط الضوء على 10 إجراءات ذات أولوية ينبغي تنفيذها على مستوى البلدان. وتم التأكيد على تنمية القدرات من خلال مناهج وأدوات ودورات تدريبية أُعدت بهدف دعم التأهب لحالات الطوارئ والاستجابة لها في مجال الصحة، بما في ذلك الدورة التدريبية الإقليمية الأولى على المرحلة السابقة على الانتشار، والتي عُقدت في أوائل عام 2016 لتعزيز القدرة على تلبية الاحتياجات المفاجئة.

سُبُل المضيّ قُدماً

98. نزوح عشرات الملايين من الأشخاص، وتضرر المدن الكبرى أو تعرضها للتدمير، واستمرار الأعمال العدائية واستهداف المجموعات الفرعية من السكان، وكل ما يرتبط بذلك من كوارث إنسانية، تُنذر جميعها بأن المشاكل الصحية المرتبطة بتلك الأزمات سوف تستمر معنا لسنين أخرى قادمة. وعليه، ينبغي إضفاء الصبغة المؤسسية على إعداد الاستراتيجيات وتشكيل فرق العمل للتعاطي خصيصاً مع المشكلات الصحية المرتبطة بالأزمات. ويجب إعادة هيكلة الكيانات الصحية القطرية والإقليمية، بما في ذلك المكتب الإقليمي ذاته، على نحو يسمح لنا بمواجهة الأزمات الصحية الحادة والممتدة المواجهة الملائمة.

99. وفي غضون السنوات القادمة، سوف تواصل منظمة الصحة العالمية التوسع في عملها لدعم الدول الأعضاء في الإقليم لإعداد برامج فعّالة للتأهب للطوارئ مع التأكيد على المجتمعات الأشد عُرضة للخطر. وينبغي إيلاء مزيد من الاهتمام لشراكات أقوى بين السلطات الصحية والمنظمات غير الحكومية والقيادات المجتمعية والمؤسسات الأكاديمية والجهات المانحة وغيره ذلك من أصحاب المصلحة المعنيين.

100. وتمثل الفجوة التمويلية مسألة مهمة، حيث إن البلدان التي تمرّ بأزمات ممتدة وتعاني من تدمير البنية التحتية الحضرية والمساكن لن يكون لديها الموارد لإعادة الإعمار أو لتوفير الرعاية الصحية لسكانها. وسيلزم لسد هذه الفجوة اتباع نهج أكثر ابتكارًا واستدامة والاستعانة بجهات مانحة غير تقليدية.

101. ومن الضروري أيضًا زيادة الدعوة لتوفير الحماية للعاملين في مجال الرعاية الصحية والمرافق الصحية، وفقًا لما هو متاح بموجب القانون الإنساني الدولي، بما في ذلك اتفاقيات جنيف. ويجب وقف استهداف العاملين في مجال الرعاية الصحية والمرافق الصحية. كما يلزم توفير مزيد من الدعم لتحسين إمكانية الوصول إلى السكان المحاصرين. ويمكن استخدام الهدنات الإنسانية لدعم الصحة بوصفها جسر من جسور السلام.

تنفيذ الإصلاحات الإدارية لمنظمة الصحة العالمية

الوضع في عام 2012

102. كان من الواضح في عام 2012 أن تعزيز العمليات الإدارية وتعزيز فاعلية الإجراءات الإدارية وشفافيتها من ضمن الأولويات الأساسية لإصلاح عمل المنظمة في الإقليم. وتستلزم الأزمات الإنسانية التي يشهدها الإقليم عمليات الإدارة والحوكمة الأكثر فاعلية وكفاءة على مستوى الإقليم، وذلك لضمان توفير أفضل أوجه المساعدة والدعم الممكن لملايين السكان المحتاجين لتلك المساعدات. وتمثّل الأهداف الرئيسية من الإصلاحات في إعداد وتنفيذ خطط ينبثق عنها إجراءات محددة ملموسة، ونتائج قابلة للقياس في مجال الصحة العمومية، وإطار واضح للمساءلة. ويتم حاليًا بصورة واضحة التنسيق فيما بين عمليات الحوكمة والإدارة والعمليات الإدارية، كما يتم تحديد الأولويات وتقليل عددها بحيث تصبح قاصرة على الأولويات ذات التطلعات الواقعية والنتائج ذات القيمة.

التقدم المُحرز في الفترة 2012 - 2016

البرامج وتحديد الأولويات

103. جرى، على المستويين الإقليمي والقطري، تحديد اتجاهات رئيسية متعلقة بالمجالات التقنية الخمسة المذكورة في هذا التقرير: تعزيز النظم الصحية نحو رعاية صحية شاملة؛ وصحة الأمهات والأطفال؛ والأمراض غير السارية؛ والأمن الصحي والأمراض السارية؛ والتأهب للطوارئ والاستجابة لها. وتعكس تلك الأولويات الاحتياجات الإقليمية، كما أنها تتسق مع الأولويات التي اعتمدها جمعية الصحة العالمية في إطار برنامج العمل العام الثاني عشر للفترة 2014 - 2019.

104. وكان الإقليم، بفضل دعم اللجنة الإقليمية والعمل عن كثب مع السلطات الصحية الوطنية على أعلى المستويات، هو الإقليم الأول للمنظمة الذي قام بتنفيذ عملية تخطيط من القاعدة إلى القمة، بداية بالتخطيط للفترة 2014-2015، مع التركيز على مجموعة واقعية من مجالات البرامج والأهداف القابلة للتحقق حتى يتسنى

تحقيق نتائج ملموسة أكثر والتقريب ما بين الاحتياجات على المستوى القطري. وعمل الإقليم، واضعاً هذا الهدف المحدد نصب أعينه، الإقليم على زيادة الميزانية المخصصة للبرنامج القطري على مدار سنتين متتاليتين. ومقارنة بالفترة 2014-2015، فإن الميزانية البرمجية للفترة 2016-2017 تتضمن زيادة محصنات المكاتب الإقليمية بنسبة 36%، بينما لم تتجاوز الزيادة للمكتب الإقليمي نسبة 7%. وكان الهدف من ذلك هو زيادة تأثير دعم المنظمة إلى البلدان وتجنب التفتت الذي شهدته السنوات الماضية. وتم الاستعانة بتجربة الإقليم الناجحة في التخطيط للفترة 2014-2015 للاسترشاد بها في عمليات التخطيط في سائر المنظمة في التخطيط للفترة 2016-2017.

الحوكمة

105. بناء على توجيهات الدول الأعضاء، ركزت الإصلاحات على مواءمة عمليات الحوكمة، وتعزيز المراقبة، وقيام الهيئات الرئاسية باتخاذ مزيد من القرارات الاستراتيجية، وزيادة المشاركة الفعالة مع سائر الأطراف المعنية. كما تناولت الإصلاحات الحاجة إلى تحسين الروابط بين اللجان الإقليمية والهيئات الرئاسية العالمية من ناحية، وبين الدول الأعضاء والمدير الإقليمي من ناحية أخرى.

106. ومنذ عام 2012، اتخذ المكتب الإقليمي عدداً من الإجراءات والمبادرات لتعزيز عملية الحوكمة، ونظمت اجتماعات رفيعة المستوى لممثلي الدول الأعضاء والبعثات الدائمة لها في جنيف قبل انعقاد كل اجتماع من الاجتماعات الكبرى للهيئتين الرئاسيتين للمنظمة (جمعية الصحة العالمية، والمجلس التنفيذي)، ودُعمت بتقديم مذكرات إحاطة موجزة إلى الممثلين. وشهدت تلك الاجتماعات حضوراً جيداً، وساهمت في تعزيز مشاركة الدول الأعضاء في عمل الهيئتين الرئاسيتين، كما كان لها الأثر في توجيه أعضاء الوفود والممثلين الجدد. وتم تنقيح قواعد إجراءات اللجنة الإقليمية لضمات مواءمتها مع أفضل الممارسات في المنظمة، وبدأنا في تخصيص اليوم السابق على اللجنة الإقليمية لعقد مناقشات أقل رسمية بشأن القضايا الراهنة والمستجدة على خطة الصحة في الإقليم.

107. وتم تبسيط جدول أعمال اللجنة الإقليمية ذاتها بحيث يتواءم مع بنود جدول الأعمال العادية بشأن الأولويات الاستراتيجية الأساسية لتعزيز نظم الصحة والأمن الصحي والأمراض غير السارية، والتحديثات السنوية بشأن صحة الأمهات والأطفال، والتأهب لحالات الطوارئ والاستجابة لها. كما تضافرت الجهود لتقليل عدد القرارات التي يلزم على الدول الأعضاء تنفيذها إلى مستوى قابل للتنفيذ. وقررت اللجنة الإقليمية إيقاف سريان 79 قراراً، والتي اعتبرتها نُفذت بالفعل أو أُستبدلت بأخرى أو منتهية، كما قررت استحداث آلية للمساءلة بغرض رصد القرارات السارية، والإبلاغ بانتظام عن تنفيذها.

108. وتشكلت لجنة استشارية تقنية لإسداء المشورة للمدير الإقليمي بشأن المسائل المتعلقة بتعزيز التعاون التقني فيما بين الدول الأعضاء في الإقليم، وتقديم الدعم في تقييم البرامج، والمساعدة في حشد الموارد.

الإدارة

109. كان إصلاح الإدارة يهدف إلى توظيف الموارد المحدودة بصورة أكثر كفاءة وتوزيعها على المجالات ذات الأولوية، وذلك بغرض زيادة تركيز الإقليم على احتياجات البلدان الهائلة، مع ضمان تحقيق قدر أكبر من الكفاءة والشفافية والمساءلة. وقام المكتب الإقليمي بتعزيز القدرات على المستوى القطري وقدمت مزيداً من

التدريب والدعم لفرق العمل في البلدان. وتم، على وجه خاص، التأكيد على القدرات التقنية والإدارية من خلال الاختيار الملائم لممثلي منظمة الصحة العالمية بما يضمن دعم فعّال على المستوى القطري، وكذلك التأكيد على مراجعة وتنقيح هياكل المكاتب القطرية في بعض البلدان. كما تم العمل على تحسين عمليات مماثلة على المستوى الإقليمي. وتمت مراجعة وتنقيح الهياكل الداخلية، كما تم تبسيط البرامج ونقلها إلى إدارات أخرى حسبما هو ضروري لتحقيق الفاعلية القصوى.

110. وجاء تعزيز ثقافة المساءلة لإتمام الإجراءات الإدارية المرتبطة بعملية الإصلاح بشأن تنقل الموظفين وتناوبهم، وإدارة الأداء، وتخطيط وإدارة الموارد البشرية. وظلت المساءلة والمراقبة في صميم جهود التحسين، مع التركيز على مجالات الامتثال الخمسة، التي تكررت الإشارة إليها في ملاحظات المراجعة الداخلية والخارجية العام الماضي، وهي: التعاون المالي المباشر، والتنفيذ المباشر، طلبات شراء السلف، وقوائم جرد الأصول، والترتيبات التعاقدية مع غير المعيّنين. وتكون تلك المجالات محلاً للرصد الوثيق على مدار العام من خلال لوحات قياس الامتثال الشهرية.

111. وتتضمن الإصلاحات الإدارية الأخرى: الامتثال المتخصص ودور إدارة المخاطر؛ وتحسين رصد الامتثال والأداء ورفع تقارير بشأنهما من خلال لوحات الامتثال المخصصة لذلك؛ وموثيق المساءلة حيث يكون مديرو مراكز الميزانية والمسؤولون الإداريون مرتبطين بآليات الأداء والإدارة؛ واستبيانات التقييم الذاتي للمدراء دعمًا لادعاءات الإدارة بشأن الرقابة الداخلية؛ ومبادرات بناء القدرات مثل برنامج التدريب المتكامل لمراكز الميزانية، ومنتديات الامتثال، وغيرها من مبادرات التوعية بما في ذلك أنشطة بناء القدرات مع الدول الأعضاء.

112. وقد تحقق تقدّم قابل للقياس فيما يتعلق بالمساءلة والرقابة الداخلية. فعلى سبيل المثال، انخفض عدد التقارير التي يتأخر تقديمها بشأن التعاون المالي المباشر من أكثر من 500 تقرير عام 2014 إلى نحو 60 تقرير بحلول منتصف شهر أيار/مايو 2016؛ حيث أُعد مشروع محدد للإصلاح بهدف التصدي إلى الاستخدامات المخالفة للامتثال لاتفاقيات الخدمات الخاصة كطريقة للتعاقد؛ كما تم تنفيذ كل توصيات المراجعة المتأخرة والمنبثقة عن المراجعات الداخلية والخارجية بحلول شهر أيار/مايو 2016 - وهو أمر غير مسبوق، بالإضافة إلى التنفيذ الجري لتوصيات المراجعة الجديدة إلى حد كبير قبل موعدها المحدد.

السبيل إلى المضي قدماً

113. تلتزم منظمة الصحة العالمية في الإقليم التزامًا تامًا بالإصلاح. وقد أُحرز تقدّم كبير حتى الآن، إلا أنه من الواضح أن هناك الكثير الذي ينبغي القيام به من أجل تحسين أداء المنظمة ودعمها للدول الأعضاء، استنادًا إلى الكفاءة والمساءلة والشفافية. وقد ظلت المكاتب القطرية أحد محاور الاهتمام الرئيسية، وفي الوقت الذي تحقق فيه تقدّم إيجابي في العديد من البلدان، تستهدف الخطط استمرار التوسع في تواجد منظمة الصحة العالمية في بلدان أخرى. ومن المتوقع أن يكون لعملية الإصلاح المخطط لها في برنامج الطوارئ الخاص بمنظمة الصحة العالمية أثر كبير داخل الإقليم، بالنظر إلى جسامة الوضع الحالي، كما أنها يمكن أن تؤدي إلى فوائد ملموسة.

114. وقد كان دعم اللجنة الإقليمية في الفترة من 2012 إلى 2016 عظيم الفائدة، سواء في توجيه عمل منظمة الصحة العالمية في الإقليم أو في رغبتها في دعم التغيير. وستظل ملكية الدول الأعضاء لمقدرات أعمال المنظمة أمرًا ضروريًا لتحقيق النجاح في مواصلة عملية الإصلاح.