منظمة الصحة العالمية

إقليم شرق المتوسط

اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط
الدورة الثانية والسبعون
البند 5 (ب) من جدول الأعمال المؤقت

EM/RC72/7
ش م/ل إ72/7
أيلول/ سبتمبر 2025

تعافي النُّظم الصحية في الأوضاع الهشة والمتأثرة بالنزاعات في إقليم شرق المتوسط

ملخص تنفيذي

تتعرض النُّظم الصحية في إقليم المنظمة لشرق المتوسط إلى ضغوط هائلة. ففي نيسان/ أبريل 2025، كان الإقليم يواجه 16 حالة طوارئ مُصنَّفة، وكان أكثر من 110 ملايين من سكانه في حاجة إلى المساعدة الإنسانية. وقد أدت تلك الأزمات المتزامنة والممتدة الناجمة عن النزاعات المسلحة والكوارث وفاشيات الأمراض وآثار تغير المناخ والانهيار الاقتصادي إلى إرباك المؤسسات، وعطلت تقديم الخدمات الأساسية، وزادت من الحاجة إلى المساعدات الإنسانية.

وقد أدت هذه التحديات إلى انتكاسة في تحقيق أهداف بالغة الأهمية من أهداف التنمية المستدامة المتعلقة بالصحة، لا سيما فيما يخص التغطية الصحية الشاملة والأمن الصحي. وقد قلَّت فرص الحصول على الرعاية بسبب الأضرار التي لحقت بالبنية الأساسية ونزوح القوى العاملة وتعطُّل سلاسل الإمداد وتراجُع ثقة الجمهور.

إن التعافي ليس أمرًا يؤجل التفكير فيه إلى ما بعد الأزمة، بل هو ضروري لاستئناف تقديم الخدمات، وإعادة بناء القدرات، وضمان القدرة على الصمود في المستقبل، وهو سبب لتسريع تحقيق الأهداف الإنمائية.

ويشمل تعافي النُّظم الصحية استئناف تقديم الخدمات، وإعادة بناء الوظائف الأساسية، وتعزيز القدرات الأساسية في مجال الصحة العامة. وعند اتباع نهج "إعادة البناء على نحو أفضل"، فإن التعافي يُعد فرصة لمعالجة مواطن الضعف في النظام، وتعزيز الإنصاف، والحد من مواطن الضعف في المستقبل، والنهوض بالتغطية الصحية الشاملة والأمن الصحي.

وتعافي النُّظم الصحية لا بد أن يبدأ في وقت مبكر -غالبًا خلال مرحلة الاستجابة الإنسانية- وأن يُكيَّف لمراعاة الواقع المحلي. وفي الأوضاع الهشة والمتأثرة بالنزاعات، فإن التعافي نادرًا ما يسير في خط مستقيم؛ بل يجب أن يتميز بالمرونة ومراعاة النزاعات والاسترشاد بالقيادة الوطنية والمحلية، واتباع نُهُجٍ لإدارة المخاطر تقوم على الربط بين العمل الإنساني والتنمية والسلام، وشمول الحكومة بأسرها والمجتمع بأسره.

ولتفعيل هذه الرؤية، تقدم الورقة إطارًا تنفيذيًّا وخطوات عملية يمكن تكييفها وإدماجها في استراتيجيات وعمليات التعافي الوطنية والمتعددة القطاعات.

وتستند الورقة إلى الخبرات الإقليمية، وتتماشى مع برنامج العمل العام الرابع عشر للمنظمة، والخطة التنفيذية الاستراتيجية لإقليم شرق المتوسط للفترة 2025-2028، والمبادرات الرئيسية وبرنامج عمل بناء القدرة على الصمود المنصوص عليه في الورقة التقنية التي سبق تقديمها للَّجنة الإقليمية (وثيقة رقم ش م/ل إ69/ 4) بشأن بناء نُظم صحية قادرة على الصمود من أجل النهوض بالتغطية الصحية الشاملة وضمان الأمن الصحي في إقليم شرق المتوسط. وهي تقدم إرشادات عملية للدول الأعضاء والمنظمة والشركاء، ويصحبها مشروع قرار يحث على الالتزام المستمر بالتعافي بوصفه أساسًا للنُّظم الصحية القادرة على الصمود.

المقدمة

1. يُعد إقليم منظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط من أكثر أقاليمها في العالم عرضةً للأزمات، بل إن بعض بلدانه تجتمع عليه في وقت واحد النزاعات المسلحة والكوارث الطبيعية وفاشيات الأمراض وآثار تغيُّر المناخ وعدم الاستقرار الاقتصادي (1، 2). وفي نيسان/ أبريل 2025، بلغت حالات الطوارئ المصنفة التي تستجيب لها المنظمة في الإقليم 16 حالة[1]، منها ست حالات مُصنَّفة على أنها من المستوى الثالث، وهو أعلى مستويات شدة الطوارئ (3). ويُقدَّر عدد المحتاجين للمساعدات الإنسانية في الإقليم بما يبلغ 110 ملايين إنسان، أي ثلث عدد المحتاجين للمساعدات الإنسانية في العالم كله (4).

2. ومن السمات الأساسية للإقليم النزاعات الممتدة التي تجتمع مع الهشاشة (5، 6). فوفقًا للبنك الدولي، تُصنَّف تسعة من بُلدان وأراضي الإقليم البالغ عددها 22 (أفغانستان والعراق وليبيا ولبنان وفلسطين والصومال والسودان والجمهورية العربية السورية واليمن) على أنها هشة ومتأثرة بنزاعات[2]، وهذا يمثل 23% من إجمالي حالات الهشاشة والتأثر بالنزاعات في العالم (7، 8). وهذه البلدان مُعرَّضة بشدة لخطر عدم تحقيق أهداف التنمية المستدامة المتعلقة بالصحة (9، 10).

3. وكثيرًا ما تواجه البلدان المصنفة على أنها في أوضاع هشة ومتأثرة بنزاعات أكثر من صدمة في وقت واحد، وهذا يزيد إجهادَ النُّظم الصحية الهشة أصلًا. فقد أدى انفجار ميناء بيروت في لبنان في عام 2020، مثلًا، إلى تفاقم الأزمة الاقتصادية بالإضافة إلى جائحة كوفيد-19 وحالة الجمود السياسي الشديد، وكذلك الزلزال الذي ضرب الجمهورية العربية السورية في عام 2022 وفاقم أثرَ النزاع الذي طال أمده والجائحة. وتتطلب هذه الأزمات المتعددة المستويات استراتيجيات متكاملة للتعافي وبناء القدرة على الصمود، بدلًا من الاستجابة لكل طارئة بمعزل عن الأخرى. والنهج الأمثل في مثل تلك الحالات هو نهج "إعادة البناء على نحو أفضل"[3] (11)، الذي لا يقتصر على تلبية الاحتياجات العاجلة فحسب، بل يعالج أيضًا العوامل الأساسية التي تغذي النزاع والهشاشة. ودعمت المنظمة هذه الجهود من خلال نهج التصدي لكل الأخطار وتقديم إرشادات تقنية وإرشادات بشأن السياسات، معدة خاصةً لربط مسارَي العمل الإنساني والإنمائي. وقد نشرت المنظمة وثيقتين رئيسيتين توفران مثل هذا الدعم، وهما **الدليل التنفيذي لتعافي النُّظم الصحية في حالات الطوارئ: تحويل التحديات إلى فرص** (بالإنجليزية) (12) **وتجاوز التقسيم: دليل لتنفيذ الربط بين العمل الإنساني والتنمية والسلام من أجل الصحة** (بالإنجليزية) (13).

[1] حدث من أحداث الصحة العامة الحادة أو طارئة يتطلب استجابة ميدانية من المنظمة. وتُصنِّف المنظمة حالات الطوارئ إلى ثلاثة مستويات تدل على مستوى الاستجابة الميدانية للمنظمة: المستوى الأول (استجابة محدودة)، والمستوى الثاني (استجابة متوسطة)، والمستوى الثالث (استجابة كبرى/ قصوى).

[2] الهشاشة هي حالة عامة أو وضع عام يتسم بانخفاض بالغ في القدرات المؤسسية وقدرات الحوكمة، وهذا الانخفاض يعوق إلى حد كبير قدرة الدولة على أداء وظائفها بفعالية والحفاظ على السلام وتعزيز التنمية الاقتصادية والاجتماعية. أما النزاع، فيُعرَّف بأنه حالة من انعدام الأمن الحاد ناتجة عن استخدام مجموعة، قد تكون قوات الدولة أو جماعات منظمة غير حكومية أو كيانات أخرى غير شرعية، لقوة مميتة لتحقيق غرض سياسي أو بدافع سياسي. ويمكن أن يكون استخدام مثل هذه القوة من جانبين، أي يشمل اشتباكًا بين عدة أطراف منظمة ومسلحة يؤدي في بعض الأحيان إلى أضرار جانبية للمدنيين، أو من جانب واحد يستهدف المدنيين تحديدًا (5،6).

[3] استخدام مراحل التعافي وإعادة التأهيل وإعادة الإعمار بعد وقوع كارثة أو حالة طوارئ، لزيادة قدرة الدول والمجتمعات المحلية على الصمود من خلال إدماج تدابير الحد من مخاطر الكوارث في جهود إصلاح البنى الأساسية المادية والنُّظم المجتمعية، وفي إنعاش أسباب المعيشة والاقتصادات والبيئة.

4. وهناك مجموعة من الوثائق والقرارات التي تقدم المزيد من الإرشادات بشأن تفاصيل أركان النظام الصحي أو وظائف الصحة العامة. وتتناول تلك الوثائق والقرارات مجالات منها، على سبيل المثال لا الحصر، المجالات التالية ذات الأولوية: الرعاية الصحية الأولية، وقدرة المستشفيات على الصمود (14)، والقوى العاملة الصحية، ونُظم المعلومات الصحية (15)، وجودة الرعاية، والنُّظم الصحية القادرة على التكيف مع تغير المناخ (16)، والأمراض غير السارية (17)، والصحة النفسية (18)، والصحة الجنسية والإنجابية (19)، وصحة الأمهات والمواليد والأطفال (20)، وصحة الأطفال والمراهقين (21)، واللوائح الصحية الدولية (2005) (22)، والتأهب للطوارئ والاستعداد لها والحد من مخاطر الكوارث (23).

5. وتبحث هذه الورقة احتياجات الإقليم بخصوص تعافي النُّظم الصحية في سياق الأوضاع الهشة والمتأثرة بالنزاعات، وتَعرِض الإجراءات الاستراتيجية الموصى بها للدول الأعضاء والشركاء. وتُعد هذه الورقة خلفيةً لقرار مقترح للَّجنة الإقليمية، وتتماشى مع برنامج العمل العام الرابع عشر للمنظمة (24)، والخطة التنفيذية الاستراتيجية لإقليم شرق المتوسط للفترة 2025 - 2028 (25)، والمبادرات الرئيسية (26)، وقرار اللجنة الإقليمية (وثيقة رقم ش م/ل إ69/ 2) بشأن بناء نُظُم صحية قادرة على الصمود من أجل النهوض بالتغطية الصحية الشاملة وضمان الأمن الصحي في إقليم شرق المتوسط (27).

الأوضاع الهشة والمتأثرة بالنزاعات في إقليم شرْق المتوسّط

6. عالميًّا، يتزايد الاهتمام بالأوضاع الهشة والمتأثرة بالنزاعات، لأن البلدان التي تتأثر بتلك الأوضاع تضم نسبة كبيرة ومتنامية من المتضررين من الفقر وعدم الاستقرار والأزمات المتكررة. وبحلول عام 2030، ستضم الأماكن المتأثرة بتلك الأوضاع ما يقرب من 60% من إجمالي الفقراء فقرًا مدقعًا في العالم. ويتزايد حجم هذه التحديات وترسخها، وهذا يؤدي إلى تزايد الاحتياجات الإنسانية وطول أمدها. وبحلول عام 2025، ارتفع عدد المحتاجين للمساعدات الإنسانية في العالم إلى أكثر من 305 ملايين إنسان بعد أن كانوا 77 مليون إنسان فقط في عام 2015. وفي الوقت نفسه، زاد متوسط مدة الأزمة الإنسانية الواحدة ليصل إلى ما يقرب من 10 سنوات (28).

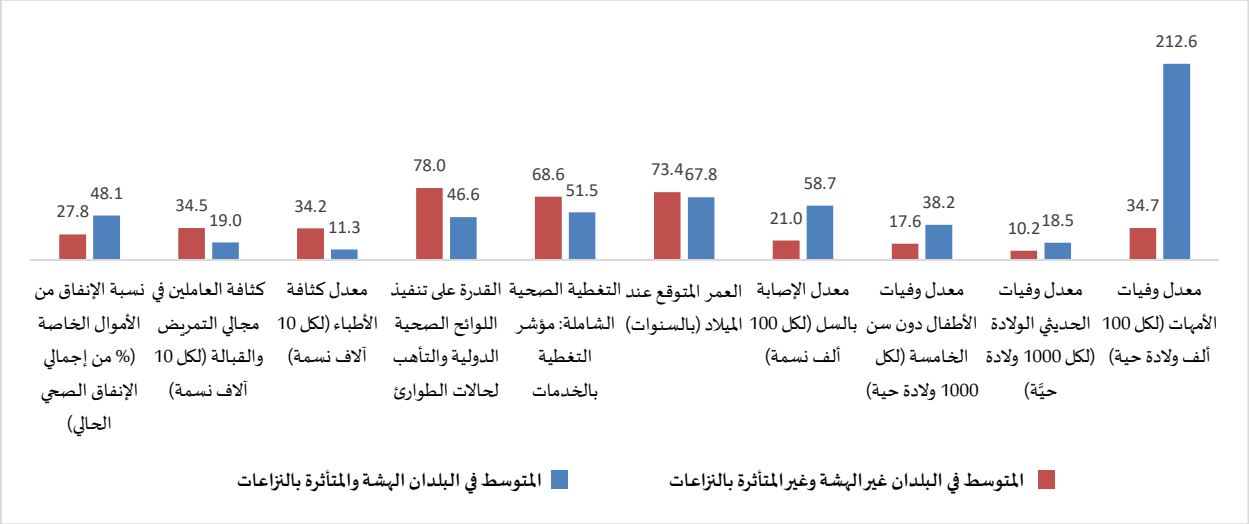
7. ومثل تلك الاتجاهات تتضح جليةً في إقليم المنظمة لشرق المتوسط. فالإقليم يعاني من أزمات طويلة الأمد ومتداخلة تؤدي إلى تعطيل التنمية وتقويض المؤسسات وتعريض النُّظم العامة، لا سيما في قطاع الصحة، لضغوط شديدة.

8. وتخلق تلك الظروف عقبات خطيرة أمام تحقيق أهداف التنمية المستدامة المتعلقة بالصحة، ومن ذلك التغطية الصحية الشاملة (الغاية 3-8) والأمن الصحي (المؤشر 3-د-1 لأهداف التنمية المستدامة). وفي العديد من البلدان المتأثرة بالهشاشة والنزاعات، هناك انتكاسة في المكاسب التي تحققت من قبل. وهذه الانتكاسات توضح التحديات الإنمائية الأوسع نطاقًا، وتدل أيضًا على الآثار المعقدة والبعيدة الأمد للأزمات الممتدة الناجمة عن النزاع وعدم الاستقرار. وانظر الشكل 1 والملحق 1 للاطلاع على مقارنة بين المؤشرات الصحية الرئيسية للبلدان المصنفة على أنها أوضاع هشة ومتأثرة بالنزاع والبلدان الأخرى في الإقليم.

9. وقد أدَّت النزاعات المسلحة الطويلة الأمد، التي تفاقمت بسبب هشاشة أوضاع الدول، إلى دمار واسع النطاق وتعطيل في جميع عناصر النظام الصحي في العديد من بلدان الإقليم. وقد أدَّى ذلك إلى تراجع كبير في ثقة الجمهور في المؤسسات الصحية، وقلة اللجوء إلى الخدمات الصحية الرسمية، وزيادة الاعتماد على مقدِّمي الخدمات غير الرسميين – الأمر الذي يؤثر سلبًا في سلامة المرضى وجودة الرعاية على حدٍّ سواء. وتسهم تلك العوامل في ارتفاع نسبة الأمراض والوفيات التي يمكن الوقاية منها. وإضافةً إلى ذلك، فإن النزوح الناجم عن النزاعات يزيد الضغط على المجتمعات المضيفة والبلدان المجاورة، التي يعاني كثير منها أصلًا من قلة موارد النُّظم الصحية، وهذا يفاقم التحديات القائمة.

10. وتمثل الهجمات على مرافق الرعاية الصحية أحد أكبر التحديات التي تواجهها النُّظم الصحية في الأوضاع الهشة والمتأثرة بالنزاعات. وإضافةً إلى ذلك، يؤدي العنف إلى إتلاف البنية الأساسية، ونزوح العاملين الصحيين، وإضعاف الحوكمة ونُظم المعلومات الصحية، وتعطيل سلاسل الإمداد الذي يتسبَّب في نقص واسع النطاق في الأدوية والمعدات ويعطِّل تقديم الخدمات. أما انعدام الأمن فيقيد الحصول على الخدمات، لأن الكثيرين يعجزون عن الوصول إلى المرافق الصحية أو يحجمون عن التوجه إليها بسبب إغلاق الطرق، أو نقاط التفتيش، أو الهجمات الموجهة، أو الخوف من العنف (29، 30).

11. وفي ظل تلك الظروف، فإن التمويل الصحي يتزايد تجزؤه وعدم إمكانية التنبؤ به، وهذا يؤدى إلى زيادة الاعتماد على المعونة الخارجية. وتقوض هذه التحديات الإتاحة المنصفة للخدمات وتحد من الحماية المالية، لا سيما للفئات السكانية الضعيفة.



الشكل 1. مقارنة للمؤشرات الصحية الرئيسية بين بلدان إقليم شرق المتوسط المُصنَّفة على أنها أوضاع هشة ومتأثرة بالنزاعات وبقية بلدان الإقليم

فانهيار الاقتصاد وفقدان أسباب المعيشة يحدان من قدرة الأسر على تحمُّل تكاليف الرعاية، لا سيَّما عندما يحتاج المريض إلى الدفع من جيبه الخاص. وفي الوقت نفسه، يؤدي تعطيل التعليم إلى إضعاف القدرة على تخريج مهنيين صحيين، إضافةً إلى عدم الاستقرار المزمن الذي لا يشجع على الاستثمار البعيد الأمد في البنية الأساسية الصحية.

12. ونظرًا لحجم تلك المشكلات وتعقيدها، فإن استعادة تقديم الخدمات والاستثمار في تعافي النُّظم الصحية ضروريان للوقاية من المزيد من تدهور الحصائل الصحية، والحد من الزيادة المفرطة في معدلات المراضة والوفيات (31).

أهمية تعافي النُّظم الصحية

13. للعمل الإنساني دورٌ بالغ الأهمية في حالات الطوارئ، إذ يقدم المساعدة الفورية اللازمة لإنقاذ الأرواح ويكفل استمرارية الرعاية. وغالبًا، فإن الجهات الفاعلة في مجال العمل الإنساني هي أهم الجهات التي تقدم الخدمات الأساسية، ولا سيما في المناطق التي يصعب الوصول إليها أو تعاني من انعدام الأمن. ومع ذلك، وعلى الرغم من أن العمل الإنساني لا غنى عنه، فإن خططه لا تتضمن التصدي لتحديات النُّظم الصحية البعيدة الأمد ولا لبناء قدرة النُّظم على الصمود.

14. فتعافي النظام الصحي يتجاوز تلبية الاحتياجات العاجلة، ويركز على إعادة بناء النُّظم الصحية وتعزيزها على مدار مدة من الوقت، وتعزيز التأهب للصدمات المستقبلية والقدرة على الصمود أمامها، ويسهم أيضًا في تحقيق أهداف بناء السلام والتنمية الأوسع نطاقًا (12). ومن خلال استعادة تقديم الخدمات وبناء الثقة وتعزيز الإنصاف، يمكن لجهود التعافي أن تعزز التماسك الاجتماعي وتساعد على استقرار المجتمعات المحلية. وهذا بدوره يدعم العودة إلى مسارات التنمية، ويسهم في التعافي الاجتماعي والاقتصادي الأوسع نطاقًا.

15. ومن المهم التنويه هنا إلى أن الجهود الإنسانية وجهود التعافي لا تتعارضان، بل إنهما مترابطتان وكثيرًا ما تتداخلان. وفي الأوضاع الهشة والمتأثرة بالنزاعات، ينبغي أن يبدأ التخطيط للتعافي في أقرب وقت ممكن، بل يمكن أن يبدأ خلال المرحلة الحادة من الطوارئ، لحماية الخدمات الصحية الأساسية وإرساء الأساس لتنمية أكثر استدامة بقيادة وطنية. وحتى يكون التعافي فعالًا، يجب أن يسبقه تخطيط جيد، ثم يُنفَّذ جيدًا بدعم قوي من الإرادة السياسية، مع توفير ما يكفيه من قدرات تقنية وتشغيلية. وينبغي أن تكون النُّهُج مصممة بما يلائم السياق وطبيعة كل طارئة وظروف كل بلد (27، 32).

فهم تعافي النُّظُم الصحية في الأوضاع الهشة والمتأثرة بالنزاعات

تعريف تعافي النظام الصحي وأهدافه

16. تعافي النظام الصحي هو عملية إعادة الخدمات الصحية المعطلة للعمل، واستعادة أركان النظام الصحي الحيوية، وتعزيز الوظائف الأساسية للصحة العامة، وهو يتماشى مع مبادئ إعادة البناء على نحو أفضل والتنمية المستدامة.

17. ويبدأ التعافي عادة باستعادة توافر الخدمات الأساسية، وذلك غالبًا خلال مرحلة الاستجابة الإنسانية، ثم يمتد إلى العمل على استقرار وظائف النظام الأساسية، واستئناف العمليات الروتينية، وتعزيز أركان النظام الصحي والوظائف الأساسية للصحة العامة. ويتمثل الهدف العام في تسريع وتيرة التقدم نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة، وتعزيز الأمن الصحي، والتخفيف من المخاطر المستقبلية، والمساهمة في خطة التنمية الوطنية وأهداف التنمية المستدامة.

نهج إعادة البناء على نحو أفضل

18. لا ينظر نهج إعادة البناء على نحو أفضل إلى التعافي على أنه عودة إلى الوضع الذي كان سائدًا قبل الأزمة، بل باعتباره فرصة استراتيجية لمعالجة مواطن الضعف التي تعتري النُّظم الصحية منذ أمد بعيد وتعزيز النُّظم الصحية من حيث الإنصاف والقدرة على الصمود والاستدامة (33).

19. وفي قطاع الصحة، لا تقتصر إعادة البناء على نحو أفضل على إعادة بناء البنية الأساسية ماديًّا، بل تشمل أيضًا تعزيز تقديم الخدمات ونُظُم الإحالة والقوى العاملة الصحية وسلاسل الإمداد. وتعزز أيضًا إدماج الصحة النفسية ورعاية الأمراض غير السارية والقدرة على التكيف مع تغير المناخ في استراتيجيات التعافي.

20. وعلاوة على ذلك، فإن إعادة البناء على نحو أفضل تشجع الإصلاحات في مجالات الحوكمة والتمويل والإنصاف بين الجنسين وتشدد على الحد من مخاطر الكوارث. فعلى سبيل المثال، يمكن إعادة بناء المرافق الصحية المتضررة في شكل مرافق صديقة للبيئة قادرة على التكيف مع تغير المناخ وتستخدم الطاقة المتجددة وشبكات مياه تتميز بالكفاءة.

تصنيف حالات الطوارئ

21. يمكن تصنيف حالات الطوارئ إلى ثلاثة أنواع، هي الحالات الحادة والممتدة والمعقدة، ويتطلب كل منها نُهُجًا للتعافي مصممة له خاصةً. وعادة ما تكون حالات الطوارئ الحادة قصيرة المدة، وتستلزم استجابة إنسانية سريعة لتلبية الاحتياجات العاجلة. أما حالات الطوارئ الممتدة فعادةً ما تكون مدفوعة بنزاع مستمر أو ضعف مزمن أو صدمات متكررة أو ضعف الحوكمة لفترات طويلة، وغالبًا ما تستمر أكثر من ستة أشهر. أما الطوارئ المعقدة فتتسم باجتماع عدة عوامل، مثل الحرب أو الصراعات الأهلية وانعدام الأمن الغذائي والنزوح الجماعي، وغالبًا ما تؤدي إلى حالات كثيرة من الوفيات والمرض. وعادة ما يصحب هذه المواقف انهيار للسلطة وانتشار للعنف وتعطل الخدمات العامة بشدة (34).

22. في الأوضاع الهشة والمتأثرة بالنزاعات، كثيرًا ما يتداخل أكثر من نوع من الطوارئ. فحالة طوارئ معقدة يمكن أن تتحول إلى حالة طوارئ ممتدة إذا ظلت الأسباب الجذرية، مثل النزاع أو فشل الحوكمة، بدون حل. ومن ناحية أخرى، فإن الصراع الذي يطول أمده يمكن أن يزيد تعقيدَ الحالة. وعلاوة على ذلك، يمكن أن تحدث حالات الطوارئ الحادة، ومنها فاشيات الأمراض أو الكوارث الطبيعية أو التصعيد المفاجئ في أعمال العنف، في أثناء استمرار أزمة ممتدة، وهذا يزيد تعقيدَ التحديات الإنسانية.

23. وفي مثل تلك الظروف، فإن التعافي يصبح عملية مطولة لا تسير في خط مستقيم، وكثيرًا ما تتطلب تكرار الانتقال بين مرحلتَي الاستجابة والتعافي، بل قد تتطلب تنفيذ المرحلتين معًا في وقت واحد. ويتطلب التعافي الفعال فهمًا شاملًا للهشاشة الموجودة من قبل، والقدرات المؤسسية المتاحة والعوامل السياسية الديناميكية والمستجدات في احتياجات السكان المتضررين، وذلك التعافي يجب أن يراعي العوامل المتعلقة بالنزاع ويستجيب لمتطلبات السلام ويُصمم كي يلائم الظروف المحلية. وحشد الجهات الفاعلة والموارد المحلية يكفل تعزيز الإنصاف والاستدامة في التعافي وإتاحة الخدمات الصحية (35). وإضافةً إلى ذلك، فإن إشراك القطاع الخاص بوصفه مُقدِّمًا رئيسيًّا للخدمات الصحية في كثير من الأوضاع الهشة والمتأثرة بالنزاعات أمر بالغ الأهمية، وإذا توفرت الحوكمة الفعالة، فإن إشراكه يُعزِّز قدرة النُّظُم الصحية والابتكار والقدرة على الصمود (36). وينبغي أيضًا أن تراعي جهود التعافي الفوارق بين الجنسين، وأن تتواءم مع قدرات السلطات

الوطنية ودون الوطنية وغيرها من الجهات الفاعلة. ولأن الظروف قد تختلف اختلافًا كبيرًا من منطقة إلى أخرى داخل البلد الواحد، فمن الضروري اتباع نهج قائم على المناطق.

مراحل تعافي النُّظم الصحية

24. عادة ما يُخطَّط لتعافي النُّظم الصحية في صورة مرحلتين متداخلتين: التعافي الأوَّلي والانتقال، والتعافي البعيد الأمد (المستدام) (12). وعلى الرغم من أن هاتين المرحلتين لا تسيران بتتابع صارم يشبه الخط المستقيم، فإن فهم الأهداف المميزة لكل منهما يساعد في توجيه اتخاذ القرارات الاستراتيجية والتخطيط للبرامج.

25. وغالبًا لا تكون هناك خطوط فاصلة واضحة تميز التحول من الاستجابة للطوارئ إلى التعافي الأولي، ومن التعافي الأوَّلي إلى التعافي البعيد الأمد. ومع ذلك، يمكن التمييز بين هذه المراحل بوجه عام باستخدام ثلاثة معايير رئيسية هي: مدى العجلة والاستدامة والفعالية من حيث التكلفة، وذلك على النحو المبين أدناه:

- **مرحلة الاستجابة**: ينصبُّ التركيز على سرعة تنفيذ التدخلات المنقذة للأرواح، التي تنفَّذ في كثير من الأحيان باتباع نهج عدم الندم، مع إعطاء الأولوية للتأثير الفوري، ولو لم تكن التدخلات مستدامة أو عالية المردود.
- **التعافي الأولي**: على الرغم من أن عنصر الوقت عنصر حساس، فإن التركيز يبدأ في التحول نحو إعادة إرساء أسس النظام الصحي، مع زيادة التركيز على الاستدامة والمردود العالي.
- **التعافي البعيد الأمد**: مع التقدم في جهود التعافي، يتزايد التركيز على الاستدامة والاستثمار في النُّظم القادرة على الصمود، ويزداد الاهتمام أيضًا بالمردود العالي للتدخلات.

26. ويبدأ التعافي الأوَّلي والانتقال جنبًا إلى جنب مع الاستجابة الإنسانية ويبنيان على ما تحققه، ويمتدان إلى تحقيق الاستقرار ويشملان اتخاذ إجراءات عاجلة لإنقاذ الأرواح مع إرساء الأساس للتعافي والتنمية على الأمد البعيد. وتتضمن الأولويات العاجلة ما يلي:

- استعادة الخدمات الحيوية مثل صحة الأمهات والأطفال، والصحة الجنسية والإنجابية، ورعاية الإصابات الشديدة، ومكافحة الفاشيات؛
- إعادة سلاسل الإمداد والخدمات اللوجستية للعمل لدعم تقديم الخدمات الصحية؛
- إعادة فتح المرافق الصحية وتوفير الموظفين لها.

27. ومع استقرار الأوضاع، ينبغي أن يتجه الاهتمام إلى إعادة تنشيط الحوكمة وآليات التنسيق ونُظم المعلومات الصحية، لأنها عناصر أساسية لإدارة التعافي بفعالية. ويمثل التعافي الأولي أيضًا بداية التخطيط المتكامل بالاشتراك بين الجهات الفاعلة في محاور العمل الإنساني والتنمية وبناء السلام. ويدعم نهج الربط الثلاثي بين العمل الإنساني والتنمية والسلام هذا التكامل من خلال تعزيز التعاون بين الجهات الفاعلة، والاستفادة من الميزة النسبية لكل منها، وعملها مجتمعةً لتحقيق النتائج في إطار زمني يمتد سنوات (13).

28. ويبدأ التعافي (المستدام) البعيد الأمد عند استعادة وظائف النظام الصحي الأساسية، وسماح الظروف الاجتماعية والسياسية بالتخطيط للمستقبل. ويتحول الهدف إلى إعادة بناء نظام صحي يتسم بالإنصاف والكفاءة والقدرة على الصمود والاستدامة، وذلك للإسهام في تحقيق حصائل إنمائية أوسع نطاقًا، والنهوض بأهداف التنمية المستدامة المتعلقة بالصحة. وينبغي أن ترتكز هذه المرحلة على استراتيجية أو إطار وطني للتعافي يتواءم مع أولويات التنمية الوطنية وإطار الأمم المتحدة للتعاون في مجال التنمية المستدامة.

29. ويمكن الاسترشاد بالمجالات ذات الأولوية التالية، المنقولة عن الورقة التقنية التي سبق تقديمها للجنة الإقليمية (وثيقة رقم ش م/ل إ69/ 4) بشأن بناء نُظُم صحية قادرة على الصمود من أجل النهوض بالتغطية الصحية الشاملة وضمان الأمن الصحي في إقليم شرق المتوسط (32)، في تخطيط التعافي البعيد الأمد:

- تعزيز إدارة مخاطر الطوارئ الصحية والكوارث (37)؛
- الوصول بوزارات الصحة إلى الوضع الأمثل وتطوير مؤسسات الصحة العامة؛
- إنشاء نماذج رعاية مُوجَّهة نحو الرعاية الصحية الأولية؛
- زيادة أعداد القوى العاملة الصحية المناسبة للغرض المتوخى منها والمؤهلة لممارسة عملها؛
- تعزيز الإنصاف والحماية المالية؛
- تحسين إتاحة الأدوية واللقاحات والمنتجات الصحية؛
- تعزيز اتباع نُهج متكاملة للتخطيط ووضع السياسات والاستثمار في القدرة على الصمود.

30. وفي البلدان المتأثرة بالنزاعات، يُعد التعافي البعيد الأمد أيضًا وسيلة لبناء السلام والمصالحة وإعادة اكتساب الثقة في مؤسسات الدولة، إذ يمكن تخفيف حدة التوترات وتعزيز التماسك الاجتماعي بوضع البرامج على نحو يراعي حساسيات النزاع والفوارق بين الجنسين، وإشراك جميع أصحاب المصلحة ضمن نهج شامل للجميع للتخطيط والحوكمة مع التحلي بالإنصاف في تقديم الخدمات الصحية (38).

31. وكلٌّ من التعافي الأوَّلي والتعافي البعيد الأمد ينبغي أن يكون جزءًا لا يتجزأ من الاستراتيجيات الوطنية، وأن يتواءم مع الالتزامات العالمية، أي جميع الالتزامات المرتبطة بالتغطية الصحية الشاملة والأمن الصحي وأهداف التنمية المستدامة الأخرى المتعلقة بالصحة. وعند اتباع استراتيجية سليمة لتسلسل التعافي، فإن الجهود الأولية يمكن أن تهيئ الزخم اللازم للتحول المستدام.

المبادئ التوجيهية لتعافي النُّظم الصحية

32. ينبغي الاسترشاد في جهود تعافي النظام الصحي، بجميع مراحلها، بالمبادئ التالية:

- عدم الإضرار، أي ضمان ألَّا تتسبب التدخلات في تفاقم التوترات أو أوجه عدم المساواة القائمة.
- احترام مبادئ العمل الإنساني، وهي الإنسانية والحياد والنزاهة والاستقلالية (39).
- تطبيق مبادئ فعالية التنمية، وهي المواءمة وتولّي زمام الأمور والتنسيق (40).
- دمج التعافي منذ البداية، أي وضع خطة للقدرة على الصمود ابتداءً من الاستجابة للطوارئ.
- التواؤم مع أُطر العمل المتعددة القطاعات مثل استراتيجيات التعافي الوطنية وأطر الأمم المتحدة للتعاون.
- إشراك المجتمعات المحلية، بضمان أن تكون التدخلات ملائمة لظروف المجتمع المحلي، وأن يتولى هو زمام أمورها.
- تعزيز الإنصاف ومراعاة الفروق بين الجنسين، ومن ذلك التركيز على الفئات السكانية الضعيفة والتصدي لأوجه عدم الإنصاف المتأصلة في الأنظمة.
- اعتماد نهج يمتد طوال مراحل العمر، ويغطي جميع الفئات العمرية والاحتياجات الصحية.
- دمج القدرة على الصمود أمام تغير المناخ والكوارث، وذلك بإقامة نُظُم قادرة على الصمود أمام المخاطر المستقبلية.

تفعيل جهود تعافي النُّظم الصحية في الأوضاع الهشة والمتأثرة بالنزاع

33. يمكن تنفيذ تعافي النُّظم الصحية في أعقاب الطوارئ الحادة أو الممتدة أو المعقدة، أو أكثر من نوع من تلك الطوارئ، على نحو مستقل أو تنفيذه ضمن العمليات المنهجية المتعددة القطاعات، مثل تقييمات التعافي وبناء السلام (41)، أو تقييمات الاحتياجات اللاحقة للكوارث (42) أو التقييمات السريعة للأضرار والاحتياجات (43).[4]

34. وسواء كان التعافي مرتبطًا بتقييم رسمي، أم بدأ خلال المراحل الأولية أو البعيدة الأمد، أم كان استجابةً للصدمات المزمنة أو الحادة، فإنه ينبغي أن يتبع عملية منظمة تتضمن ست خطوات مترابطة: (1) الاستعداد للتعافي، (2) تقدير احتياجات التعافي، (3) التخطيط للتعافي، (4) تعبئة الموارد، (5) تنفيذ جهود التعافي، (6) الرصد والتقييم.

35. وفي الأوضاع الهشة والمتأثرة بالنزاعات، فإن هذه العملية قد لا تسير بخطوات متتابعة. فقد يلزم أن تتوقف جهود التعافي، أو أن تعود خطوة إلى الخلف، أو أن تُكيف بسبب تجدد الأزمات أو تغيُّر الاحتياجات. ولهذا، فلا غنى عن المرونة، وكل خطوة يجب أن تسترشد بالدروس المستفادة من التجارب السابقة، مع إجراء تعديلات تدريجية لتجنُّب تكرار التعرض للتحديات وتحسين النتائج في المستقبل.

36. وغالبًا ما تكون السمة المميزة للأوضاع الهشة والمتأثرة بالنزاعات هي طول الفترة الانتقالية وطبيعتها الديناميكية، وهو وضع تتطلب فيه استدامة التدخلات وجود صلات فعالة بين ثلاث مجموعات رئيسية من الجهات الفاعلة، أي الجهات الفاعلة في مجالات العمل الإنساني والتنمية والسلام، باتباع نهج الربط. ومن خلال الاستفادة من المزايا النسبية لكل مجموعة من الجهات الفاعلة، يمكن تفعيل نهج الربط بين العمل الإنساني والتنمية والسلام من خلال تحديد حصائل جماعية، وآليات تنسيق تشمل الجميع، والاشتراك في وضع البرامج، وتنسيق الموارد المالية (13).

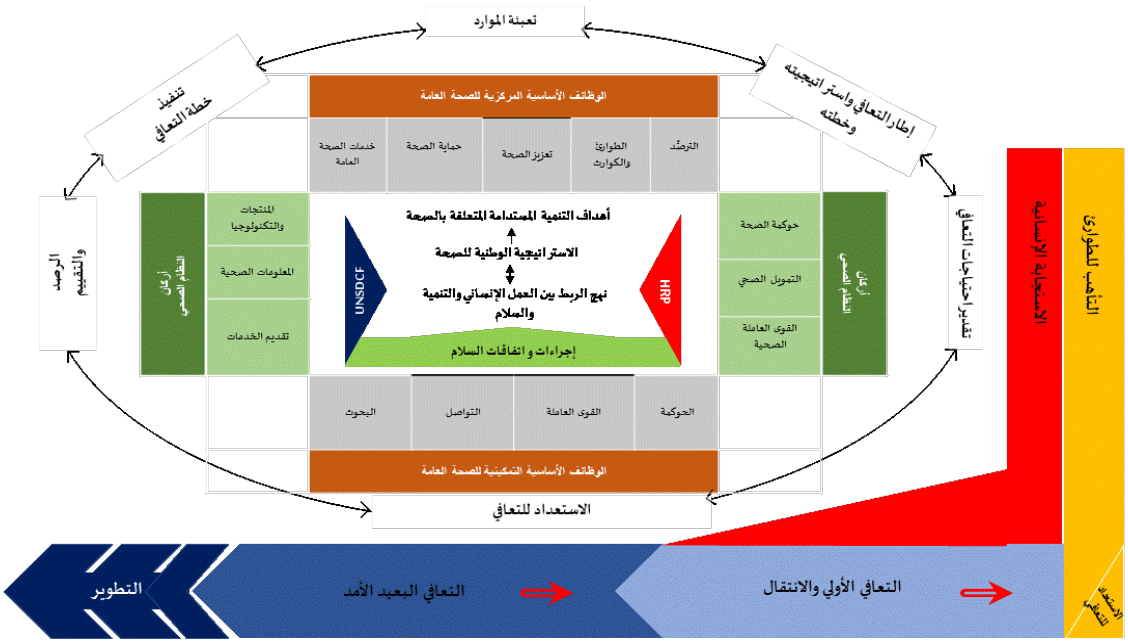
37. وقد يختلف المسمى المستخدم للإشارة إلى نهج الربط اختلافًا بسيطًا حسب السياق والظروف السياسية ومدى تنفيذ إجراءات الاستجابة الإنسانية والتنمية والسلام. ومن تلك المسميات الربط بين العمل الإنساني والتنمية (الربط الثنائي)، والربط الثلاثي بين العمل الإنساني والتنمية وبناء السلام، والربط الثلاثي بين العمل الإنساني والتنمية وصنع السلام وحفظه، والربط بين المساعدة الإنسانية والاحتياجات الإنسانية الأساسية (في البلدان التي يُعلَّق فيها دعم التنمية الرسمي)، والتعاون بين جهات العمل الإنساني والإنمائي، والعمل الإنساني المُعزَّز، والتعافي الأولي والقدرة على الصمود (13).

38. ويكتسي السلام أهمية حاسمة لتعافي النُّظم الصحية في الأوضاع الهشة والمتأثرة بالنزاعات. فالاستقرار يتيح إعادة الخدمات الأساسية للعمل، وإعادة بناء البنية الأساسية، وعودة العاملين في مجال الرعاية الصحية. وفي غياب السلام، فإن الجهود الرامية إلى تحسين الحصائل الصحية غالبًا ما تتعطل بسبب العنف وانعدام

4 تقييمات التعافي وبناء السلام وتقييمات الاحتياجات اللاحقة للكوارث والتقييمات السريعة للأضرار والاحتياجات هي منهجيات مشتركة وضعتها الأمم المتحدة والبنك الدولي والاتحاد الأوروبي. وتُستخدم تقييمات التعافي وبناء السلام لتقييم احتياجات التعافي وبناء السلام وتوفيرها في البلدان المتأثرة بالنزاع، أو التي تمر بمرحلة انتقالية للخروج من أزمة. وتأتي نتيجة التقييمات في صورة تحديد للأولويات العاجلة والمتوسطة الأمد والبعيدة الأمد. أما تقييمات الاحتياجات اللاحقة للكوارث فهي تقييمات تقودها الحكومات لتقييم الآثار المادية والاقتصادية والإنسانية للكوارث، مع تجميع النتائج في تقرير واحد لتقدير احتياجات التعافي وتحديد أولويات الإجراءات. وتُجرَى التقييمات السريعة للأضرار والاحتياجات بعد وقوع كارثة أو نزاع بوقت قصير لتقييم الأضرار المادية والخسائر الاقتصادية واحتياجات التعافي العاجلة، وهي تستند عادة إلى منهجية تقييم الأضرار والخسائر، التي تقوم على نهج منظم لتقدير أثر الكوارث ولكنه مكيَّف للإسراع بالتنفيذ.

الأمن. وعلاوة على ذلك، فإن توفر السلام يعزز الثقة والتعاون بين المجتمعات المحلية، وهما أمران أساسيان لتدخلات الصحة العامة الفعالة والقدرة على الصمود البعيد الأمد. وبرغم الدور المحدود لقطاع الصحة في اتفاقات السلام السياسية، فإنه لا يزال بإمكانه أن يؤدي دورًا مهمًا في الحيلولة دون نشوب النزاعات وتعزيز التماسك الاجتماعي والثقة، وجميعها عوامل يجب توافرها حتى يتحقق التعافي والتنمية المستدامة على نحو فعال. وتقدم مبادرة المنظمة العالمية للصحة والسلام مجموعة متنوعة من التدخلات في هذا الصدد، مع التركيز على الإنصاف في تقديم الخدمات الصحية فضلًا عن الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي (44).

39. ويوضح الشكل 2 إطارًا لتفعيل تعافي النُّظم الصحية في الأوضاع الهشة والمتأثرة بالنزاعات، ويعرض مراحل التعافي (التعافي الأولي والانتقال، والتعافي البعيد الأمد)، وعناصر التعافي (أركان النظام الصحي ووظائف الصحة العامة الأساسية والتمكينية)، وخطوات تنفيذ التعافي.



الشكل 2. إطار تنفيذي لعملية تعافي النُّظم الصحية في الأوضاع الهشة والمتأثرة بالنزاعات

تكييف خطوات تعافي النُّظم الصحية للظروف الديناميكية في الأوضاع الهشة والمتأثرة بالنزاعات

الاستعداد للتعافي

40. يضمن الاستعداد للتعافي استعداد النُّظم وأصحاب المصلحة لتقييم الاحتياجات وتصميم التدخلات وتنفيذ أعمال التعافي بفعالية.

41. ويبدأ الاستعداد للتعافي بدمج التعافي في الأطر الأوسع نطاقًا للتأهب للطوارئ، وينبغي أن يكون ذلك، قدر الإمكان، قبل وقوع الحدث. ورغم أن هذا قد يكون ممكنًا في حالة الكوارث الطبيعية، وغيرها من الطوارئ التي يمكن التنبؤ بها، فإن فُرصه تَقِل في حالة النزاعات. كما ينبغي أن يبدأ ذلك الاستعداد أيضًا قبل أي تخطيط

للتعافي الأولي أو البعيد الأمد في حالات الطوارئ الممتدة، مع تكراره وتنقيحه بانتظام بما يتماشى مع أي تغيرات في الطارئة.

42. ومن أهم إجراءات الاستعداد للتعافي:

- إنشاء آلية لتنسيق التعافي؛
- تحديد مسؤولي تنسيق لقيادة التعافي وتدريبهم؛
- تعزيز نُظم المعلومات لتقدير أثر الطوارئ على الاقتصاد وعلى البشر.

43. ويتضمن الاستعداد أيضًا التحضير للتقييمات المنهجية مثل تقييمات التعافي وبناء السلام أو تقييمات الاحتياجات اللاحقة للكوارث أو التقييمات السريعة للأضرار والاحتياجات. ويمكن تقييم الاستعداد من خلال أدوات مستقلة أو دمجه في استعراضات لاحقة للإجراءات أو استعراضات مرحلية للإجراءات (45) لتحديد الثغرات وتعزيز التأهب لجهود التعافي في المستقبل.

تقدير احتياجات التعافي

44. يهدف تقدير احتياجات التعافي إلى توفير المعلومات اللازمة للتخطيط للتعافي وتنفيذه. ويتناول هذا التقدير (46):

- تقييم أثر حالة الطوارئ على البنية الأساسية والأصول، وتقديم الخدمات، وإتاحة الخدمات، والحوكمة والعمليات الاجتماعية؛
- تقييم المخاطر ومواطن الضعف الأساسية لإعادة البناء على نحو أفضل؛
- تقدير الأضرار والخسائر الناجمة عن حالة الطوارئ؛[5]
- تقدير التبعات على الاقتصاد الكلي؛
- تحديد احتياجات التعافي استنادًا إلى التقييم والتقديرات المذكورة سابقًا.

45. وتُستخدم النتائج في تحديد أولويات التعافي، ويُسترشد بها في اتخاذ القرارات المتعلقة بالاستثمار وتعبئة الموارد. وينبغي أن تُجرى التقديرات، حيثما أمكن، ضمن الجهود المتعددة القطاعات، مثل تقييمات الاحتياجات اللاحقة للكوارث أو تقييمات التعافي وبناء السلام أو تقديرات احتياجات التعافي من الكوارث الصحية. وفي الأزمات المعقدة أو المتداخلة، قد يلزم اتباع نُهُج مختلطة.

46. وعلى الرغم من أن جودة البيانات قد تكون محدودة، فإن المعلومات ذات الصلة توجد عادة، ولكن متفرقة في مصادر مختلفة، ولهذا فمن الضروري جمع تلك البيانات من أكثر من مصدر لتكوين صورة شاملة لاحتياجات التعافي. وينبغي أن تُجرى جميع التقديرات بالنظر إلى السياق المحدد ومراعاة العوامل السياسية، وبما يتواءم مع أهداف بناء السلام، وينبغي أيضًا تحديثها بانتظام بما يتناسب مع الظروف المتغيرة مع تكميلها، عند الاقتضاء، بدراسات مخصصة.

5 يشير مصطلح "الضرر" إلى التدمير الكلي أو الجزئي للأصول المادية، أما "الخسارة" فتعني التغيرات في التدفقات الاقتصادية نتيجة لفقدان الإيرادات أو النفقات غير المتوقعة لتلبية الاحتياجات الإنسانية.

التخطيط للتعافي

47. التخطيط للتعافي هو تحويل نتائج تقدير احتياجات التعافي إلى ترتيب منهجي يشمل إطار عمل واستراتيجية وخطة. ويحدد هذا التخطيط أهدافًا لإعادة الخدمات الأساسية للعمل، وإعادة بناء البنية الأساسية، وتلبية الزيادة في الاحتياجات الصحية، وتعزيز النُّظم الصحية والوظائف الأساسية للصحة العامة.

48. وفي الأوضاع الهشة والمتأثرة بالنزاعات، يجب أن تتسم خطط التعافي بالمرونة، وأن تراعي أي تغير في الظروف، مع الحفاظ على التركيز، على الأمد البعيد، على القدرة على الصمود والتنمية. وينبغي النظر في اتباع نهج قائم على المناطق لأجل معالجة احتياجات كل منطقة وظروفها بفعالية.

49. وقد تتخذ خطط التعافي شكل استراتيجية وإطار مستقلين للتعافي الصحي، أو عنصر من عناصر خطة أوسع نطاقًا للتعافي تشمل عدة قطاعات، أو وحدة متكاملة في إطار خطط التنمية القطاعية.

50. وينبغي أيضًا أن تؤخذ أولويات التعافي الأولي وبناء القدرة على الصمود في الحسبان في الاستعراضات العامة للاحتياجات الإنسانية وخطط الاستجابة الإنسانية. والوضع الأمثل لمثل تلك الخطط أن تكون لعدة سنوات، وأن تتضمن أهدافًا للتعافي الأولي تتماشى مع إطار تعافي النظام الصحي الأوسع نطاقًا.

تعبئة الموارد

51. يتطلب التعافي الفعال للنُّظم الصحية تمويلًا يمكن التنبؤ به يجمع بين المرونة والمواءمة السليمة. ومن شأن اتباع نهج متوازن يجمع بين توظيف الموارد المحلية والدعم الدولي أن يضمن تحمُّل المسؤولية عن الموارد المستخدمة والاستدامة. ومن عناصر التمكين الحاسمة الأهمية في الأوضاع الهشة والمتأثرة بالنزاعات:

- توفير تمويل انتقالي لتيسير الانتقال من الاستجابة إلى التعافي؛
- التمويل المتعدد السنوات لدعم عمليات التعافي من الطوارئ المعقدة أو الممتدة؛
- الإدارة المالية العامة السليمة التي تتميز بالشفافية.

52. ولتحقيق أقصى استفادة من دعم الجهات المانحة، تجب مواءمته مع الأولويات الصحية الوطنية. ومن شأن توظيف آليات تجميع التمويل أو الصناديق الاستئمانية، قدر الإمكان، تبسيط التنسيق والحد من التجزؤ.

التنفيذ

53. يتطلب تنفيذ استراتيجيات التعافي مشاركة كلٍّ من السلطات الوطنية ووكالات الأمم المتحدة والجهات المانحة ومنظمات المجتمع المدني، مع التنسيق بين كل تلك الجهات. وفي الحالات التي تكون فيها قدرات الحكومة محدودة، ينبغي ألَّا يقتصر تصميم التنفيذ على تقديم الخدمات، بل ينبغي أن يشمل أيضًا بناء القدرات المحلية في مجالات القيادة والنُّظم المؤسسية والقوى العاملة.

54. وينبغي إنشاء آلية لتنسيق التعافي تربط بين المراقبة الاستراتيجية والتنفيذ الميداني، مع الاستعانة في ذلك بالتحليل المستمر للمخاطر والخطط الاحترازية. وإضافة إلى ذلك، تتضمن أهم مقومات النجاح في تنفيذ التعافي:

- التعاون والشراكات المتعددا القطاعات؛

- التآزر بين آليات التنسيق الإنسانية والإنمائية والجهود في هذين المجالين؛
- التنسيق بين مجموعات القطاعات (مثل الصحة والتغذية) ومجموعة التعافي الأولي؛
- إشراك المجتمعات والجهات الفاعلة على المستوى المحلي لضمان مشاركتهم وتحملهم للمسؤولية؛
- توصيف الموارد وتتبُّع النفقات لضمان المساءلة؛
- الإدارة التي تتميز بالتكيف للتغلب على ما يستجد من مخاطر.

الرصد والتقييم

55. يضمن الرصد والتقييم أن يتسم التعافي بالفعالية والمساءلة والقدرة على التكيف مع تغير الظروف. وبالنظر إلى عدم إمكانية التنبؤ في السياقات الهشة، فإن إجراء تقييمات منتظمة للمخاطر ووضع خطط احترازية أمر بالغ الأهمية للحفاظ على زخم التعافي.

56. ويشمل رصد وتقييم عملية التعافي ما يلي:

- تقييم العمليات لتتبع جودة التنفيذ والكشف عن أي عقبات تشغيلية؛
- تقييم الحصائل لقياس التقدم المحرز بالاستناد إلى أهداف التعافي المحددة مقدمًا والمؤشرات الخاصة بها؛
- الاستعراضات التنفيذية واستعراضات الدروس المستفادة، سواء كانت مدمجة في الاستعراضات اللاحقة للإجراءات أو الاستعراضات المرحلية للإجراءات، أم منفصلة عنها، لدعم التعلم المؤسسي.

57. ويعرض الإطار 1 في الصفحات 16-18 أمثلة من المبادرات التي اتخذتها البلدان والشركاء الدوليون لأجل تعافي النُّظم الصحية.

أدواروومسؤوليات الجهات الفاعلة على المستويين الوطني والدولي

58. يعتمد التعافي الفعال للنُّظم الصحية في الأوضاع الهشة والمتأثرة بالنزاعات على تنسيق مشاركة السلطات الوطنية والشركاء الدوليين، ويشمل ذلك منظمة الصحة العالمية والأوساط الصحية والإنسانية والإنمائية الأوسع نطاقًا. وعلى الرغم من تمايز أدوار تلك الجهات، فإنها متكاملة عبر المراحل المختلفة لتعافي النُّظم الصحية، وكذلك خلال التحضير لذلك التعافي.

قبل حالات الطوارئ وفي بداية أي عملية جديدة للتعافي

59. للاستعداد للتعافي الفعال بعد الأزمات، ينبغي للنُّظم الصحية الوطنية أن ترسي أساسًا من استعداد المؤسسات قبل أي حدث، كلما كان ذلك ممكنًا. ولكن في حالة الأوضاع الهشة والمتأثرة بالنزاعات، ينبغي إرساء مثل ذلك الأساس أيضًا قبل أي تخطيط للتعافي الأولي أو البعيد الأمد في حالات الطوارئ الممتدة أو أي طوارئ حادة تتداخل معها، مع تكرار ذلك وتنقيحه بانتظام بما يتماشى مع أي تغيرات في الطارئة. وتشمل أهم الأنشطة في هذا الصدد:

- إنشاء آلية لتنسيق التعافي داخل وزارة الصحة تتولى القيادة والمراقبة الميدانية؛
- تحديد فريق مسؤول عن تنسيق التعافي وتدريبه لإدارة أعمال التخطيط والاستجابة المشتركة بين القطاعات؛

- إدماج التخطيط للتعافي في الأطر الوطنية للتأهب للطوارئ، وضمان إدماجه في استراتيجيات الأمن الصحي واستراتيجيات الحد من المخاطر؛
- إجراء تقييم للمخاطر التي تؤثر في النظام الصحي باستخدام تحليل جميع الأخطار ونقاط الضعف للاسترشاد به في التخطيط القائم على السيناريوهات.

60. ولدعم تلك الجهود، من المتوقع أن تتولى المنظمة والشركاء الآخرون في القطاع الصحي ما يلي:

- تعزيز القدرات التقنية والتشغيلية داخل كل منظمة لدعم تعافي النُّظم الصحية في الأوضاع الهشة والمتأثرة بالنزاعات؛
- الاستفادة من منصات وآليات الشراكة الإقليمية والوطنية، ولا سيما التحالف الصحي الإقليمي(47)؛
- توفير الدعم لبناء القدرات المؤسسية التي تضمن أن تتوفر للبلدان القيادة والأدوات والكيانات اللازمة لعملية التعافي؛
- دعم التقييمات الشاملة للنظام الصحي ووضع خطط احترازية للتعافي قائمة على السيناريوهات لتحسين العمل الاستباقي وتحديد الأولويات.

التعافي الأولي والانتقال

61. خلال المرحلة الأولى من التعافي، وربما قبل انتهاء الاستجابة للطوارئ، ينبغي للنُّظم الصحية الوطنية أن تتولى ما يلي:

- تفعيل أو إنشاء منصات تنسيق تتضمن مشاركة الجهات الفاعلة في القطاع الصحي وغيره من القطاعات؛
- قيادة أعمال تقدير احتياجات التعافي، سواء وحدها أو بالاشتراك مع غيرها، وذلك لتقييم الأضرار والخسائر والعجز في تقديم الخدمات؛
- إعداد استراتيجية وخطة وطنيتين للتعافي بالاستناد إلى نتائج تقدير احتياجات التعافي والأولويات الوطنية؛
- بدء جهود الدعوة لتعبئة التمويل المحلي والدولي للتعافي؛
- البدء في تنفيذ إجراءات التعافي ذات الأولوية، ومن ذلك إعادة الخدمات والبنية الأساسية للعمل.

62. وبالتوازي مع ذلك، تسهم المنظمة وشركاؤها بما يلي:

- تقديم الدعم التقني لتقدير احتياجات التعافي ووضع نماذج السيناريوهات للاسترشاد بها في التخطيط الاستراتيجي؛
- المساعدة في صياغة استراتيجيات التعافي الوطنية وخطط التنفيذ المحسوبة التكلفة، وضمان الجدوى والمواءمة مع الأهداف الصحية الأوسع نطاقًا؛
- الدعوة إلى إشراك الجهات المانحة وتنسيق ذلك لضمان التمويل الكافي والمستدام للتعافي؛
- دعم التنسيق بين الجهات الفاعلة في قطاع الصحة وجمعها للحد من الازدواجية وتعزيز التكامل؛
- ضمان استمرارية الخدمات الأساسية خلال الفترة الانتقالية، ولا سيما للفئات الضعيفة؛
- بناء القدرات الوطنية لتنفيذ جهود التعافي وقيادتها من خلال التدريب والدعم الاستشاري؛

- تيسير المفاوضات المتعلقة بالوصول والحوار بشأن السياسات في البيئات المتأثرة بالنزاعات، للحفاظ على بيئة تسمح بممارسة العمل الإنساني وتمكين تقديم الخدمات.

التعافي البعيد الأمد (المستدام)

63. مع تجاوز البلدان المرحلة التي تعقب الأزمة مباشرةً، تأخذ النُّظم الصحية الوطنية بزمام المبادرة في إضفاء الطابع المؤسسي على التعافي والنهوض بتعزيز النُّظم الصحية وتطويرها على الأمد البعيد. وتشمل أهم المسؤوليات في ذلك الصدد:

- الانتظام في استعراض استراتيجية التعافي الوطنية وتكييفها استجابةً للتغير في الاحتياجات والبيِّنات وما يرد من تعليقات؛
- توسيع نطاق تنفيذ التعافي والحفاظ على استدامته من خلال النُّظم والمنصات الوطنية؛
- تحويل تمويل الصحة من الاعتماد على الخارج إلى الاعتماد على التمويل المحلي الحكومي، مع ترسيخ ذلك من خلال إصلاح السياسة المالية والميزانية؛
- تحويل الإدارة التشغيلية للخدمات من الجهات الفاعلة الدولية لتتولى مقاليدها ومراقبتها الجهات الوطنية؛
- وضع خطة للحماية الصحية الاجتماعية وتنفيذها، على نحو يتواءم مع مبادئ التغطية الصحية الشاملة، لأجل تعزيز الإتاحة المنصفة والحماية المالية.

64. أما منظمة الصحة العالمية وشركاؤها، فيستمرون في الاضطلاع بدور استراتيجي من خلال:

- دعم استراتيجيات تعبئة الموارد المحلية وتخطيط الانتقال المالي لضمان استدامة مكاسب التعافي؛
- دمج منصات تقديم الخدمات المُنشأة أثناء الطوارئ، سواء كانت متخصصة أم إضافية، في النُّظم الصحية الوطنية؛
- تعزيز نُظم البيانات الوطنية لضمان استمرارية الخدمات الصحية وشمولها والإنصاف في توفيرها، بما في ذلك الخدمات المقدمة إلى اللاجئين والمهاجرين؛
- المشاركة في قيادة أنشطة الرصد والتقييم مع الجهات الحكومية صاحبة المصلحة لتتبع التقدم المحرز ودعم التنفيذ مع التكيف مع المتغيرات؛
- توثيق الدروس المستفادة والممارسات السليمة والابتكارات الناشئة عن تجارب البلدان في مجال التعافي ونشر ذلك لتوجيه الجهود الجارية والتأهب في المستقبل.

الإطار1. تطبيق إطار تعافي النُّظم الصحية في الأوضاع الهشة والمتأثرة بالنزاعات: ممارسات وأمثلة من الإقليم

في إقليم شرق المتوسط، يتزايد تطبيق البلدان لإطار المنظمة لتعافي النُّظم الصحية، وذلك في جميع مراحل التعافي وعند التحضير لمحاولات التعافي. وتوضح الأمثلة التالية كيف بدأت البلدان في تنفيذ إجراءات محددة ذات أولوية، على الرغم من هشاشة الأوضاع والتحديات المستمرة.

المثال الأول: فلسطين: الإعداد لتعافي النظام الصحي في خضم الصراع المتصاعد في قطاع غزة

على مدى العقود السبعة الماضية، شهدت فلسطين تصعيدات عديدة للنزاع، ولكن الأحداث التي أعقبت 7 تشرين الأول/ أكتوبر 2023 كانت من أكثرها تدميرًا. واستجابة لهذه الأزمة غير المسبوقة، أعطى فريق الأمم المتحدة القُطري والفريق القُطري للعمل الإنساني الأولوية للإغاثة الإنسانية العاجلة، مع التخطيط في الوقت نفسه للتعافي الأولي والمتوسط الأمد.

ونُفذ هذا المسار المزدوج بالتعاون مع السلطة الفلسطينية ودعمته شراكات استراتيجية مع البنك الدولي والاتحاد الأوروبي. وفي هذا الإطار، اتخذت المنظمة، بوصفها القائدة لقطاع الصحة وبالتعاون مع الشركاء الآخرين في القطاع، عدة إجراءات رئيسية لضمان استعدادها لدعم عملية التعافي المدمجة في الاستجابة الإنسانية، التي يمكن أن تبدأ ولو في ظل القيود (48). وشملت هذه الإجراءات إنشاء فريق عمل للتعافي يتألف من ثلاثة مستويات في بداية الأزمة، وتعيين مسؤول تقني معني بالتعافي في المكتب القُطري للمنظمة، وتعزيز نُظم المعلومات الصحية، وتجميع البيانات المرجعية اللازمة لتقديرات احتياجات التعافي، والمشاركة بنشاط في آليات التنسيق المحلية والوطنية والمتعددة الشركاء، وإعداد ورقة مبادئ لتعافي النظام الصحي.

ومكَّنت هذه الجهود الشركاء في قطاع الصحة من المساهمة بفعالية في إجراء تقييم مرحلي سريع للأضرار والاحتياجات (49) بوصفه مرجعًا مهمًّا للمبادرات الحاسمة، مثل استراتيجية تعافي قطاع الصحة وإطار عمل التعافي من النزاع وخطط التعافي الوطنية، ولا سيما خطة تعافي غزة وإعادة بنائها التي وضعتها السلطة الفلسطينية. فوجود استراتيجية واضحة للتعافي وآلية للتنسيق قبل توافر التمويل عامل في غاية الأهمية.

المثال الثاني: السودان: استراتيجيات تكيف لاستمرار عمل نظام ترصد وفيات الأمهات والاستجابة لها

منذ تصاعد النزاع المسلح في نيسان/ أبريل 2023، يعاني السودان من أزمة إنسانية طويلة الأمد عطلت بشدة نظامه الصحي في جميع الولايات البالغ عددها 18 ولاية. وفي خضم تلك التحديات الهائلة، أظهرت وزارة الصحة الاتحادية قدرة ملحوظة على الصمود والتكيف للحفاظ على الوظائف الأساسية للترصد الصحي، ومن ذلك نظام ترصُّد وفيات الأمهات والاستجابة لها،

وهو نظام أُنشئَ في عام 2009 للحد من وفيات الأمهات بالإبلاغ المنتظم عن تلك الوفيات واستعراضها والاستجابة لها. وعلى الرغم من الاضطراب الواسع النطاق، نفذت وزارة الصحة الاتحادية، بدعم تقني ولوجستي من صندوق الأمم المتحدة للسكان، سلسلة من استراتيجيات التكيف لضمان استمرار عمل هذا النظام الحيوي.

ومن خلال تبسيط الإجراءات الواردة في المبادئ التوجيهية الوطنية وتعديلها، تمكنت الوزارة من الحفاظ على الوظائف الأساسية مثل الإخطار بالحالات والاستعراض والإشراف الداعم. واستمرت اجتماعات لجان النظام في 11 ولاية على الرغم من استمرار الصراع. وعلاوةً على ذلك، أُدمجَ نظام ترصد وفيات الأمهات والاستجابة لها بنجاح، بدعم من صندوق الأمم المتحدة للسكان، في منصة نظام المعلومات الصحية على مستوى المناطق 2 **(DHIS2)**، وقد عزز هذا قدرات جمع البيانات وإدارتها وتحليلها.

وفي عام 2024، بلغ إجمالي وفيات الأمهات التي أُبلغ عنها من خلال نظام ترصد وفيات الأمهات 1024 حالة، وخضعت 857 حالة منها (84%) لاستعراض شامل. ووفر استعراض تلك الحالات معلومات مهمة عن الأسباب الكامنة والعوامل المساهمة في وفيات الأمهات، وقد استُرشد بتلك المعلومات في التدخلات الموجهة في الرعاية التوليدية الطارئة، والوقاية من العدوى ومكافحتها، وتدريب العاملين الصحيين في الخطوط الأمامية والإشراف عليهم.

وتسلط هذه التجربة الضوء على إمكانية التعافي الأولي والقدرة على الصمود في مجال الترصد الصحي خلال النزاعات، وذلك من خلال الاستفادة من النُّظم القائمة والتكيف مع النزاع الدائر والظروف المحلية.

المثال الثالث: الجمهورية العربية السورية: التعافي من الزلزال في أثناء الاستجابة للنزاع

في الجمهورية العربية السورية، أدى زلزال 6 شباط/فبراير 2023، الذي بلغت قوته 7.8 درجات على مقياس ريختر، ثم تلاه تابع بلغت قوته 6.4 درجات على طول الحدود مع تركيا بعد أسبوعين، إلى تفاقم الأوضاع المزرية من قبلُ بسبب النزاع الذي دام 12 عامًا. واستجابةً لذلك، أجرى البنك الدولي تقديرًا للأضرار بطريقة التقدير الشامل السريع للأضرار بعد وقوع الكوارث (50) ركَّز على تقييم الأضرار المادية المباشرة في البلاد. واستنادًا إلى ذلك التقدير، أطلق البنك بعد ذلك التقييم السريع للأضرار والاحتياجات الناتجة عن الزلزال في سوريا (51)، الذي تضمن تقديرات أولية لإعادة بناء البنية الأساسية واستعادة تقديم الخدمات. وأوجز التقييم أيضًا المبادئ التوجيهية للتعافي وإعادة البناء على نحو أفضل خلال كلٍ من مرحلة التعافي الأولي (0-12 شهرًا) ومرحلة التعافي القريبة الأمد (1-3 سنوات).

وبالتوازي مع ذلك، أجرت الأمم المتحدة تقييم احتياجات تعافي سوريا من الزلزال، استنادًا إلى منهجية تقييم الاحتياجات اللاحق للكوارث. وتضمن التقييم، الذي أُعدَّ بمشاركة 11 من وكالات الأمم المتحدة وصناديقها وبرامجها، استراتيجية مقترحة مدتها ثلاث سنوات للتعافي من الزلزال والحد من مخاطر الكوارث، لدعم المجتمعات المحلية المتضررة وجهود التعافي الوطنية.

وفي هذا السياق، كان على استراتيجية التعافي الصحي معالجة الآثار المتفاقمة على النظام الصحي في الجمهورية العربية السورية لكلٍّ من النزاع الممتد وجائحة كوفيد-19 وفاشية للكوليرا والزلزال. وتضمنت الأولويات العاجلة استعادة تقديم الخدمات الصحية الأساسية في المرافق التي ما زالت تعمل ومواصلة تقديم الخدمات، من خلال وحدات متنقلة في المناطق التي تعطلت فيها البنية الأساسية الصحية. وركزت الأولويات، في المرحلتين المتوسطة الأمد والبعيدة الأمد، على إعادة بناء الموارد البشرية، وإعادة تأهيل مرافق الرعاية الصحية المتضررة، وتعزيز الرعاية الطارئة والتأهب للجوائح، مع إشراك القطاع الصحي الخاص لضمان توفير الخدمات بتكلفة ميسورة.

المثال الرابع: الصومال: اعتماد نهج الربط من خلال مواءمة خطة الاستجابة الإنسانية والخطة الاستراتيجية لقطاع الصحة

تأثَّر النظام الصحي في الصومال وضعف ضعفًا شديدًا بسبب ما يزيد على ثلاثة عقود من الحرب الأهلية، وعدم الاستقرار السياسي، والكوارث الطبيعية المتكررة. وعلى الرغم من هذه التحديات، تعمل الحكومة، بالتعاون مع الشركاء الدوليين، على اغتنام الفرص للتعافي وبناء القدرة على الصمود، مع مواصلة تلبية الاحتياجات الإنسانية العاجلة.

فمن ناحية، لا يقتصر تركيز خطة الاستجابة الإنسانية على التدخلات المنقذة للحياة فقط، بل تهدف أيضًا إلى تقديم خدمات صحية شاملة من خلال نموذج متكامل يتضمن مسارات إحالة معززة (52). ومن ناحية أخرى، تحدد الخطة الاستراتيجية الثالثة لقطاع الصحة 2022-2026 أهدافًا متوسطة الأجل لتحسين إتاحة الخدمات الصحية الميسورة التكلفة والعالية الجودة على نحو منصف، مع الاسترشاد بنهج الرعاية الصحية الأولية (53). وتستند هذه الاستراتيجية إلى البيِّنات المستمدة من الحزمة الأساسية للخدمات الصحية لعام 2020، التي تعزز التوسع في تقديم الخدمات المتكاملة بوصفها أحد أُسس تعافي النظام الصحي وتطويره.

وتدعم منظمة الصحة العالمية واليونيسف وشركاء آخرون الخطة والاستراتيجية معًا حتى تكمِّل كل منهما الأخرى. وإضافةً إلى ذلك، يعمل تحالف غافي للقاحات والصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا ومرفق التمويل العالمي والبنك الدولي على مواءمة التمويل المقدم منهم مع الأولويات الوطنية لتعزيز الرعاية الصحية الأولية والخدمات الصحية الأساسية ونُظُم إدارة سلسلة الإمداد (54).

المثال الخامس: العراق: الانتقال في مرحلة ما بعد انتهاء الصراع من الاستجابة الإنسانية إلى التنمية

واجه العراق، على مدار أكثر من عقد من الزمن، تحديات إنسانية كبيرة بسبب النزاع والنزوح الجماعي وانهيار البنية الأساسية الصحية. ولكن بحلول عام 2022، بدأ المشهد الإنساني في التحول، مع تحوُّل كثير من برامج الطوارئ إلى الإشراف الوطني (55)، وكان ذلك تحولًا محوريًّا في النظام الصحي في العراق من نظام يقوم على الاستجابة للأزمات إلى التركيز على التعافي والقدرة على الصمود والتنمية المستدامة.

واستنادًا إلى الدروس المستفادة من مرحلة الاستجابة الإنسانية، وضعت حكومة العراق خطة التنمية الوطنية (2018-2022)، تلتها خطة أحدث للفترة من عام 2024 حتى عام 2028 (56) ضمت أهدافًا استراتيجية لقطاع الصحة تتعلق بتعزيز حوكمة قطاع الصحة، والتأمين الصحي، والبنى الأساسية الصحية، وخدمات الرعاية الصحية، ومكافحة الأمراض والوقاية منها، والقوى العاملة الصحية، وإشراك القطاع الخاص.

وشهد عاما 2022 و2023 أيضًا التعافي من أثر جائحة كوفيد-19 على الصحة العامة، واستفاد العراق من التقدم المحرز خلال الاستجابة للجائحة في تعزيز نظامه الصحي.

وبالتوازي مع ذلك، أجرت وزارة الصحة، بدعم من المنظمة، استعراضًا شاملًا للصحة والتأهب (57)، ليصبح العراق أول بلد في إقليم شرق المتوسط يجريه. وقد عزز الاستعراضُ توجُّه العراق الاستراتيجي للتعافي من خلال تحديد الأولويات التشغيلية الحاسمة الأهمية، ومنها تعزيز الرعاية الصحية الأولية، وتعزيز نُظم الترصد والمعلومات، وتحسين تمويل الصحة، وتعزيز التأهب لحالات الطوارئ. وبطبيعة الحال، لم يكن تعزيز الرعاية الصحية الأولية توجهًا جديدًا، بل كان عنصرًا أساسيًّا للاستجابة الصحية الإنسانية في العراق التي أرست الأساس لتعافي العراق، وللسعي إلى تحقيق التغطية الصحية الشاملة والأمن الصحي وأهداف التنمية المستدامة الأخرى المتعلقة بالصحة (58).

ودعمًا لهذه الأولويات، أحرز العراق تقدمًا كبيرًا في التحول الرقمي لنُظم المعلومات الصحية باعتباره من أسس تعافي النُّظم الصحية، من خلال إضفاء الطابع المؤسسي على نظام رصد توافر الموارد والخدمات الصحية، والتوسع في تطبيق المنصة الوطنية لنظام المعلومات الصحية على مستوى المناطق (DHIS2) (59). وأدَّى هذا التحوُّل إلى تحسُّن كبير في جودة البيانات، والكشف عن الفاشيات، وتخطيط الموارد، والمساءلة فيما يتعلق بتقديم الخدمات.

الخاتمة

65. إن تعافي النُّظم الصحية في إقليم شرق المتوسط ليس ترفًا، بل ضرورة استراتيجية. فمع استمرار النزاعات والكوارث وحالات الطوارئ المتداخلة في زعزعة استقرار حياة الناس والمؤسسات، فإن التعافي ركيزة أساسية في القدرة على الصمود. ولا يُقصد بالتعافي الاقتصار على استعادة القدرات التي فقدها النظام الصحي، بل يمتد أيضًا إلى وضع تصوُّر جديد للنظام الصحي وإعادة بنائه ليصبح أقوى وأكثر إنصافًا وأكثر قدرة على تحمُّل الصدمات في المستقبل.

66. ووجهة النظر التي تطرحها هذه الورقة تقوم على أن التعافي يجب أن يبدأ في وقت مبكر، ويرتكز إلى القيادة الوطنية، ويربط بين محاور العمل الإنساني والإنمائي وبناء السلام. وذلك التعافي يجب أن تتولى الجهات المحلية زمام أموره، وأن يسترشد بالاعتبارات السياسية وينبع من واقع الأوضاع الهشة والمتأثرة بالنزاعات. فالإقليم لا يستطيع أن يتحمل تبعات نُهُج مجزأة، أو تقوم على ردود أفعال للأحداث بعد وقوعها؛ بل يحتاج إلى إجراءات مدروسة تتميز بالتنسيق والنظرة المستقبلية.

67. والتعافي لا تقتصر أهميته على النُّظم، بل هو مهم للسيادة والاستقرار والكرامة. فهناك ملايين يعيشون في أزمات ممتدة، وإعادة بناء النُّظم الصحية هو السبيل لإعادة بث الأمل فيهم واستعادة ثقتهم في المؤسسات، وهو الاستثمار الأعلى مردودًا في التأهب والإنصاف والسلام المستدام.

68. ويمثل إطار العمل التنفيذي الموضح في هذه الورقة نهجًا عمليًّا يمكن تكييفه مع ظروف كل بلد، ويتواءم مع الخطة التنفيذية الاستراتيجية للمنظمة في إقليم شرق المتوسط 2025- 2028، ويقوم على دروس واقعية مستفادة من جميع أنحاء الإقليم وخارجه. ولكن أطر العمل وحدها لا تكفي، والمطلوب الآن هو الإرادة السياسية، والتمويل المستدام، والتزام واثق باتخاذ الإجراءات اللازمة، لا سيما في الحالات الأكثر تعقيدًا وإهمالًا. وقد أثبت إقليم شرق المتوسط بالفعل أن التعافي أمر ممكن، مهما كانت هشاشة الأوضاع. والتحدي الماثل أمامنا الآن هو ضمان إضفاء الطابع المؤسسي على عمليات التعافي، والتخطيط لها وتمويلها، لأن مستقبل الصحة في الإقليم يعتمد على ذلك.

69. وتهدف ورقة هذا العام والمناقشة المصاحِبة لها إلى بناء الزخم اللازم بخصوص تعافي النُّظم الصحية في الأوضاع الهشة والمتأثرة بالنزاع. والدول الأعضاء مدعوة إلى اعتماد القرار المرافق لهذه الورقة، الذي يُعد خطوة مهمة في مسيرة تحقيق التغطية الصحية الشاملة والأمن الصحي، وغير ذلك من أهداف التنمية المستدامة المتعلقة بالصحة.

المراجع[6]

1. Infectious disease outbreaks reported in the Eastern Mediterranean Region in 2022 [website]. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2025 (https://www.emro.who.int/pandemic-epidemic-diseases/information-resources/infectious-disease-outbreaks-reported-in-the-eastern-mediterranean-region-in-2022.html).

2. تقرير مرحلي عن القضايا الصحية التي تواجه السكان المتضررين من الكوارث وحالات الطوارئ، ومنها اللوائح الصحية الدولية (2005). القاهرة: المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط؛ 2024 (ش م/ل إ71/ وثيقة إعلامية 4 - تنقيح 1،.(https://applications.emro.who.int/docs/WHE-IHR-ara.pdf

3. إطار منظمة الصحة العالمية للاستجابة للطوارئ - الإجراءات الداخلية للمنظمة. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2024. (https://iris.who.int/handle/10665/376848) الترخيص: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

4. بيان الدكتورة حنان حسن بلخي المديرة الإقليمية لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط في الإحاطة الصحفية بخصوص الطوارئ الصحية، 18 آذار/ مارس 2025 [موقع إلكتروني]. القاهرة: المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط؛ 2025 (https://www.emro.who.int/ar/media/news/statement-by-who-regional-director-for-the-eastern-mediterranean-at-the-heath-emergencies-press-briefing-18-march.html)

5. Organisation for Economic Co-operation and Development. States of fragility 2025. Paris: OECD Publishing. 2025 (https://doi.org/10.1787/81982370-en).

6. Classification of fragility and conflict situations (FCS) for World Bank Group engagement. Washington, DC: World Bank Group; 2023 (https://thedocs.worldbank.org/en/doc/fb0f93e8e3375803bce211ab1218ef2a-0090082023/original/Classification-of-Fragility-and-Conflict-Situations-FY24.pdf).

7. FY25 list of fragile and conflict-affected situations. Washington, DC: World Bank Group; 2025 (https://thedocs.worldbank.org/en/doc/b3c737c4687db176ec98f5c434d0de91-0090082024/original/FCSListFY25.pdf).

8. Health and well-being profile of the Eastern Mediterranean Region. An overview of the health situation in the Region and its countries in 2023. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2025 (https://applications.emro.who.int/docs/9789292744656-eng.pdf). Licence: CC BYNC-SA 3.0 IGO.

9. Brennan R, Hajjeh R, Al-Mandhari A. Responding to health emergencies in the Eastern Mediterranean region in times of conflict. Lancet. 2022;399(10332):e20–e22. doi:10.1016/S0140-6736(20)30069-6.

10. WHO presence in fragile and conflict affected situations (FCS), 2021. Geneva: World Health Organization; 2021 (https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/347261/9789240036543-eng.pdf.) Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

11. تعريف: إعادة البناء بشكل أفضل [موقع إلكتروني]. بون: مكتب الأمم المتحدة للحد من مخاطر الكوارث؛ 2025 .(https://www.undrr.org/ar/terminology/aadt-albna-bshkl-afdl)

12. Implementation guide for health systems recovery in emergencies: transforming challenges into opportunities. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2020 (https://iris.who.int/handle/10665/336472). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

13. Bridging the divide. A guide to implementing the humanitarian-development-peace nexus for health (second edition). Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2025 (https://applications.emro.who.int/docs/9789292747145-eng.pdf). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

[6] تاريخ الاطلاع على المراجع 7 أيلول/ سبتمبر 2025.

14. الدورة السادسة والستون للّجنة الإقليمية لشرق المتوسط: طهران، 14- 17 تشرين الأول/ أكتوبر 2019: عرض إطار العمل الخاص بقطاع المستشفيات في إقليم شرق المتوسط. القاهرة: المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط؛ 2019 (ش م/ل إ66/ق-5، https://iris.who.int/handle/10665/371129).
15. الدورة الحادية والسبعون للّجنة الإقليمية لشرق المتوسط: الدوحة، 14- 17 تشرين الأول/ أكتوبر 2024: قرار: تعزيز نُظُم المعلومات الصحية ورقمنتها في بلدان إقليم شرق المتوسط: استراتيجية إقليمية 2024- 2028. القاهرة: المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط؛ 2024 (ش م/ل إق-71/6، https://applications.emro.who.int/docs/RC71-R6-D-HIS-ara.pdf?ua=1&ua=1).
16. الدورة السبعون للّجنة الإقليمية لشرق المتوسط: القاهرة: 9 – 12 تشرين الأول/ أكتوبر 2023: تغيُّر المناخ والصحة والبيئة: إطار عمل إقليمي للفترة 2023-2029. القاهرة: المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط؛ 2023 (ش م/ل إ6/70، https://applications.emro.who.int/docs/Climate-change-RC70-ara.pdf).
17. الدورة السبعون للّجنة الإقليمية لشرق المتوسط: القاهرة: 9 – 12 تشرين الأول/ أكتوبر 2023: التصدِّي للأمراض غير السارية في حالات الطوارئ: إطار عمل إقليمي. القاهرة: المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط؛ 2023، ش م/ل 70/ 3-تنقيح1؛ https://applications.emro.who.int/docs/EMRC685-ara.pdf?ua=1).
18. الدورة الحادية والسبعون للّجنة الإقليمية لشرق المتوسط: الدوحة، 14- 17 تشرين الأول/ أكتوبر 2024: خطة العمل الإقليمية للصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي في حالات الطوارئ (2024- 2030). القاهرة: المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط؛ 2024 (ش م/ل إ71/ 5- تنقيح 2، https://applications.emro.who.int/docs/TP-NMH-MHPSS-ara.pdf?ua=1).
19. Minimum initial service package (MISP) resources. New York: Inter-Agency Working Group on Reproductive Health in Crisis; 2024 (https://iawg.net/resources/minimum-initial-service-package-misp-resources).
20. جمعية الصحة العالمية السابعة والسبعون، بند جدول الأعمال رقم 11- 7، 1 حزيران/ يونيو 2024: قرار: تسريع وتيرة التقدم نحو خفض وفيات الأمهات والمواليد والأطفال من أجل تحقيق الغايتين 3-1 و3-2 من أهداف التنمية المستدامة. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2023 (WHA77/5؛ https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA77/A77_ACONF5-ar.pdf).
21. Child and adolescent health in humanitarian settings: operational guide. A holistic approach for programme managers. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2021. (https://iris.who.int/handle/10665/351255) Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
22. اللوائح الصحية الدولية (2005). الطبعة الثالثة. جنيف: World Health Organization; 2016 (https://iris.who.int/handle/10665/246107).
23. إطار سِنداي للحد من مخاطر الكوارث. جنيف: مكتب الأمم المتحدة للحد من مخاطر الكوارث؛ 2015 (https://www.undrr.org/media/16180/download?startDownload=20250625).
24. استراتيجية الصحة العالمية للفترة 2025- 2028: تعزيز الإنصاف والقدرة على الصمود في عالم مضطرب: برنامج العمل العام الرابع عشر. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2025 :الترخيص (https://iris.who.int/handle/10665/381625) CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
25. الخطة التنفيذية الاستراتيجية لإقليم شرق المتوسط، 2025-2028. القاهرة: المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط؛ 2024 (ش م/ل إ71/د -تنقيح2؛ https://applications.emro.who.int/docs/Strategic-operational-plan-ara.pdf).
26. المبادرات الرئيسية [موقع إلكتروني]. القاهرة: المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط؛ 2025 (https://www.emro.who.int/ar/about-who/regional-director/flagship-initiatives.html)).
27. الدورة التاسعة والستون للّجنة الإقليمية لشرق المتوسط: القاهرة، 10-13 تشرين الأول/ أكتوبر 2022: قرار: بناء نُظُم صحية قادرة على الصمود من أجل النهوض بالتغطية الصحية الشاملة وضمان الأمن الصحي في إقليم شرق المتوسط.

القاهرة: المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط؛ 2022 (ش م/ل إ69/ ق-2؛ https://applications.emro.who.int/docs/Building-resilient-health-systems-RC69-R2-ara.pdf?ua=1).

28. لمحة عامة عن العمل الإنساني العالمي 2025. نيويورك: مكتب الأمم المتحدة لتنسيق الشؤون الإنسانية، 2024 (https://www.unocha.org/publications/report/world/global-humanitarian-overview-2025-enarfres).

29. Balkhy H. Staying and delivering: WHO's enduring commitment to healthcare delivery in emergencies and humanitarian settings in the Eastern Mediterranean Region. East Mediterr Health J. 2024;31(1):3–5 doi:10.26719/2025.31.1.3.

30. Brennan R, Sheraz M. The international community is failing to protect healthcare in armed conflict. BMJ. 2024;387:q2474. doi:10.1136/bmj.q2474.

31. Frontiers in Public Health. Health systems recovery in the context of COVID-19 and protracted conflict. Lausanne: Frontiers Media; 2023 (Vol. 11, https://www.frontiersin.org/research-topics/38177/health-systems-recovery-in-the-context-of-covid-19-and-protracted-conflict).

32. الدورة التاسعة والستون للّجنة الإقليمية لشرق المتوسط: القاهرة، 10-13 تشرين الأول/ أكتوبر 2022: بناء نُظُم صحية قادرة على الصمود من أجل النهوض بالتغطية الصحية الشاملة وضمان الأمن الصحي في إقليم شرق المتوسط. القاهرة: المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط؛ 2022 (ش م/ل إ69/ 4؛ https://applications.emro.who.int/docs/Build-resilient-health-systems-UHC-EMR-ara.pdf?ua=1).

33. Planning for health system recovery: guidance for application in countries. Geneva: World Health Organization; 2024 (https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/378458/9789240097810-eng.pdf). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

34. Inter-Agency Standing Committee Working Group XVIth meeting: New York, 30 November 1994: definition of complex emergencies. New York, NY: IASC; 1994 (https://interagencystandingcommittee.org/sites/default/files/migrated/2014-12/WG16_4.pdf).

35. Strengthening local engagements and collaborations for more effective health emergency management: WHO localization strategy. Geneva: World Health Organization; 2025 (https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/380776/9789240106178-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Licence: CC BY-NCSA 3.0 IGO.

36. إشراك القطاع الخاص لتقديم الخدمات الصحية من خلال حوكمة النُّظم الصحية المختلطة: تقرير عن استراتيجية فريق المنظمة الاستشاري المعني بحوكمة القطاع الخاص من أجل التغطية الصحية الشاملة. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2024 (https://iris.who.int/handle/10665/378256). الترخيص: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

37. إطار إدارة مخاطر الطوارئ والكوارث الصحية. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2019 (https://www.who.int/publications/i/item/9789241516181). الترخيص: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

38. Health and peace initiative. Geneva: World Health Organization; 2020 (https://iris.who.int/handle/10665/332938). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

39. الدورة السادسة والأربعون للجمعية العامة للأمم المتحدة: نيويورك، 1991- 1992: القرار 46/ 182: تعزيز تنسيق المساعدة الإنسانية التي تقدمها الأمم المتحدة في حالات الطوارئ. نيويورك: الأمم المتحدة؛ 1991 (46/ 182، https://docs.un.org/A/RES/46/182).

40. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Paris Declaration on Aid Effectiveness. Paris: OECD Publishing; 2005 (https://www.effectivecooperation.org/system/files/2020-09/Paris%20Declaration%20on%20Aid%20Effectiveness%20.pdf).

41. European Commission, United Nations Development Group, World Bank. Joint Recovery and Peacebuilding Assessments (RPBAs): a practical note to assessment and planning. Washington, DC: World Bank Group; 2017 (https://fpi.ec.europa.eu/system/files/2021-05/rpba_guidance.pdf).

42. European Commission, United Nations Development Group, World Bank. Post-disaster needs assessments, volume A, guidelines. New York, NY: United Nations Development Fund (UNDP); 2013, (https://www.undp.org/publications/post-disaster-needs-assessment).

43. Lebanon. Rapid Damage and Needs Assessment (RDNA), March 2025. Washington, DC: World Bank Group; 2025 (https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/099030125012526525/p5063801f58e97062197c31ebf5a511c4e1).

44. World Health Organization. Global health and peace initiative (GHPI). Geneva: World Health Organization; 2024 (https://www.who.int/initiatives/who-health-and-peace-initiative).

45. World Health Organization. Emergency response reviews [website]. Geneva: World Health Organization (https://www.who.int/emergencies/operations/emergency-response-reviews/).

46. البنك الدولي للإنشاء والتعمير/ البنك الدولي. تقييم الأضرار والخسائر والاحتياجات: ملاحظات إرشادية. واشنطن العاصمة: الصندوق العالمي للحد من الكوارث والتعافي من آثارها؛ 2010 (https://www.preventionweb.net/media/42966/download?startDownload=20250625).

47. Towards one regional WHO–UN health agenda in 2025: a Regional Health Alliance strategic dialogue. Report of the third Regional Health Alliance meeting, January 2025. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2025 (emro.who.int/images/stories/health-topics/health-alliance/Regional-Health-Alliance-High-Level-Meeting-Report-January-2025.pdf). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

48. WHO operational response and early recovery plan for the occupied Palestinian territory, April 2024–December 2024. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2025 (https://www.emro.who.int/images/stories/palestine/WHO_WHO_oPt_Operational_Plan_April_2024.pdf).

49. World Bank, European Union, United Nations. Gaza and West Bank interim damage and needs assessment, February 2025. Washington, DC: World Bank Group; 2025 (https://thedocs.worldbank.org/en/doc/133c3304e29086819c1119fe8e85366b-0280012025/original/Gaza-RDNA-final-med.pdf).

50. Global Facility for Disaster Reduction and Recovery. Global rapid post-disaster damage estimation (GRADE) report: Mw 7.8 Türkiye–Syria Earthquake. Assessment of the impact on Syria: Results as of February 20, 2023. Washington, DC: World Bank; 2023 (https://openknowledge.worldbank.org/entities/publication/7642cac2-7f97-4c22-9419-139356d04f24).

51. International Bank for Reconstruction and Development, World Bank. Syria earthquake 2023: Rapid damage and needs assessment (RDNA) Washington, DC: World Bank; 2023 (https://documents1.worldbank.org/curated/en/099093003162314369/pdf/P1721710e2b4a60b40a5940f0793f8a0d24.pdf).

52. Somalia 2025 Humanitarian Needs and Response Plan (HNRP). New York, NY: UN Office for the Coordination of Humanitarian Affairs; 2025 (https://reliefweb.int/report/somalia/somalia-2025-humanitarian-needs-and-response-plan-hnrp).

53. Somalia health sector strategy plan 2022–2026 (HSSP III). Mogadishu: Ministry of Health and Human Services, Federal Government of Somalia; 2021 (https://moh.gov.so/so/wp-content/uploads/2022/11/Health-Sector-Strategy-Plan-III.pdf).

54. Overcoming fragility in Somalia to build a strong primary health care system, 15 September 2020 [website]. Geneva: World Health Organization; 2020 (https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/somalia).

55. لمحة عامة للعملية الانتقالية في العمل الإنساني - العراق. نيويورك، نيويورك: مكتب الأمم المتحدة لتنسيق الشؤون الإنسانية؛ 2023 (https://reliefweb.int/attachments/65f05f54-ba96-49de-a7b5-c4d13ef88628/Iraq%20Humanitarian%20Transition%20Overview%202023%20-%20Ar.pdf).

56. National Development Plan 2024–2028. Baghdad; Republic of Iraq Ministry of Planning; 2024 (https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/2024-12/national-development-plan-2024-2028.pdf).

57. Universal health and preparedness review (UHPR). National report of the Republic of Iraq, April 2023. Baghdad; Republic of Iraq Ministry of Health; 2023 (https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/emergencies/uhpr-national-report-iraq_final.pdf).

58. Evaluation of WHO contribution in Iraq (2019–2023). Geneva: World Health Organization; 2024 (https://iris.who.int/handle/10665/380588). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

59. منظمة الصحة العالمية ووزارة الصحة تعملان على رقمنة المعلومات اللازمة من أجل عراقٍ أوفرَ صحة [موقع إلكتروني]. القاهرة: المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط؛ 2024 (https://www.emro.who.int/ar/iraq/news/who-and-ministry-of-health-digitize-information-vital-for-a-healthier-iraq.html).

الملحق 1. بعض المؤشرات المختارة للسكان والنُّظم الصحية في البلدان الهشة والمتأثرة بالنزاعات في إقليم شرق المتوسط، ومقارنتها بالبلدان غير الهشة وغير المتأثرة بالنزاعات

المؤشر	أفغانستان	العراق	لبنان	ليبيا	فلسطين	الصومال	السودان	الجمهورية العربية السورية	اليمن	النطاق في البلدان غير الهشة وغير المتأثرة بالنزاعات	المتوسط في البلدان غير الهشة وغير المتأثرة بالنزاعات	الوسيط في البلدان غير الهشة وغير المتأثرة بالنزاعات
الآثار الصحية												
العمر المتوقع عند الميلاد (بالسنوات) [2021] (1)	59.13	71.47	74.34	72.18	73.49	53.95	67.59	72.44	65.76	78.95 – 64.87	73.41	74.38
العمر المتوقع مع التمتع بالصحة عند الميلاد (بالسنوات) [2021] (1)	50.4	61	63.2	62.1	62.9	47.4	58.5	62.3	56.5	67.78–56.99	63.86	63.98
معدل وفيات الأمهات (لكل 100 ألف ولادة حية) - الهدف 3-1-1 من أهداف التنمية المستدامة (2020) (1)	620	76	21	72	20	621	270	30	183	154.16–7.17	34.67	16.91
معدل وفيات الحديثي الولادة (لكل 1000 ولادة حية) - الهدف 3-2-2 من أهداف التنمية المستدامة (2022) (1)	35.5	13.4	10.4	5.5	8.9	35.1	25.7	10.5	21.9	38.76–2.61	10.16	7.62
معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة (لكل 1000 ولادة حية) - الهدف 3-2-1 من أهداف التنمية المستدامة (2022) (1)	57.7	23.5	17.4	10.3	14.3	106.1	51.6	21.4	41.3	60.96–5.25	17.57	11.46
احتمال الوفاة (%) بسبب أيٍّ من أمراض القلب والأوعية الدموية أو السرطان أو السكري أو أمراض الجهاز التنفسي المزمنة، للذين تتراوح أعمارهم تحديدًا بين 30 و70 عامًا (الوفاة المبكرة بسبب الأمراض غير السارية)- هدف التنمية المستدامة 3-4-1 (2021) (2)	32.7	22.7	11.9	19.8	18.3	27.6	21.2	21.3	8.25	26–9.3	16.05	13.9
معدل الإصابة بالسل (لكل 100 ألف نسمة) - الهدف 3-3-2 من أهداف التنمية المستدامة (2022) (1)	80	21	10	59	0.35	243	50	17	48	92–0.8	20.95	11
الحصائل الصحية												
التغطية الصحية الشاملة												
التغطية الصحية الشاملة: مؤشر التغطية بالخدمات - مؤشر هدف التنمية المستدامة 3-8-1 (2021) (1)	41	59	73	62	لا ينطبق	27	44	64	42	81.77–43.91	68.57	70.23
نسبة السكان (%) الذين تزيد نسبة نفقاتهم الأسرية على الصحة على 10% من مجموع إنفاق الأسرة أو دخلها – مؤشر هدف التنمية المستدامة 3-8-2 [2014-2021] (1)	26.08	19.57	26.6	لا ينطبق	9	0.13	12.46	6.88	15.83	31.14–0.37	7.76	5.14
نسبة السكان (%) الذين تزيد نسبة نفقاتهم الأسرية على الصحة على 25% من مجموع إنفاق الأسرة أو دخلها – مؤشر هدف التنمية المستدامة 3-8-3 [2014-2021] (1)	8.03	4.18	6.3	لا ينطبق	1.5	0	1.75	1.41	4.16	6.10–0.04	1.48	0.96

المؤشر	أفغانستان	العراق	لبنان	ليبيا	فلسطين	الصومال	السودان	الجمهورية العربية السورية	اليمن	النطاق في البلدان غير الهشة وغير المتأثرة بالنزاعات	المتوسط في البلدان غير الهشة وغير المتأثرة بالنزاعات	الوسيط في البلدان غير الهشة وغير المتأثرة بالنزاعات
الأمن الصحي												
التأهب - مؤشر هدف التنمية المستدامة 3-د-1 القدرة على تنفيذ اللوائح الصحية الدولية والتأهب لمواجهة حالات الطوارئ الصحية (3)	35	59	70	38	44	41	33	55	44	97–30	78	78
المخرجات الصحية												
إمكانية الوصول المادي												
النسبة المئوية للمرافق التي تقدم خدمات وفقًا لحزمة خدمات وطنية محددة	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق
النسبة المئوية للمرافق التي تفي بالحد الأدنى لمعايير تقديم الخدمات المستخدَمة لتقييم المؤشر	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق
نسبة المرافق الملتزمة بإجراءات الوقاية من العدوى ومكافحتها	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق
الإمكانية المالية:												
نسبة الإنفاق من الأموال الخاصة (%) من إجمالي الإنفاق الصحي الحالي (2022) (4)	77.95	47.83	33.42	30.47	33.55	42.14	51.42	45.73	70.2	53.83–7.48	27.84	30.99
المدخلات												
التمويل الصحي												
نسبة الإنفاق الصحي الحالي (%) من الناتج المحلي الإجمالي (2022) (5)	23.09	4.29	5.74	4.65	9.73	2.62	4.62	4.15	6.19	9.73–2.18	4.50	4.62
الإنفاق الحالي على الصحة للفرد بالدولار الأمريكي (2022) (6)	80.65	254.62	392.38	278.38	350.64	15.35	31.58	34.36	38.12	2315–38.77	777.89	295.1
نسبة الإنفاق الحكومي المحلي العام (%) من الإنفاق الحكومي العام (2022) (7)	1.13	5.84	15.5	5.06	13.48	2.5	6.72	7.78	2.51	19.03–5.15	9.33	8.31
القوى العاملة الصحية												
معدل كثافة الأطباء (لكل 10 آلاف نسمة) - الهدف 3-ج-1 من أهداف التنمية المستدامة (2014-2023) (8)	3.17	10.22	26.8	20.42	21.68	0.48	2.5	15.21	0.98	84.89–1.94	34.21	28.76
كثافة العاملين في مجالي التمريض والقبالة (لكل 10 آلاف نسمة) (2014-2023) (9)	5.49	26.48	19.18	63.77	19.53	2.61	10.83	17.57	5.41	84.89–1.94	34.49	28.76
كثافة أطباء الأسنان (لكل 10 آلاف نسمة) (2014-2023) (10)	0.06	5.02	12.5	5.8	7.215	0	2.5	10.22	0.19	8.85–0.06	4.94	3.68
كثافة الصيادلة (لكل 10 آلاف نسمة) (2014-2023) (11)	0.32	6.19	16.3	4.1	11.30	0.02	0.24	16.31	0.53	20.30–1.65	7.49	6.14
البنية الأساسية المادية												

المؤشر	أفغانستان	العراق	لبنان	ليبيا	فلسطين	الصومال	السودان	الجمهورية العربية السورية	اليمن	النطاق في البلدان غير الهشة وغير المتأثرة بالنزاعات	المتوسط في البلدان غير الهشة وغير المتأثرة بالنزاعات	الوسيط في البلدان غير الهشة وغير المتأثرة بالنزاعات
مر افق الرعاية الصحية الأولية لكل 10 آلاف نسمة (2020) (12)	1.2	1.7	2.5	2.1	1.4	لا ينطبق	1.5	0.9	1.4	7.0–0.2	1.85	0.7
الأدوية وغيرها من المنتجات الصحية												
توفر أدوية أساسية مختارة في المر افق الصحية العامة والخاصة - الهدف 3-ب-3 من أهداف التنمية المستدامة	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق
المر افق العامة (2020) (12)	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	13	92	لا ينطبق	48.7	لا ينطبق	لا ينطبق	100–96.7	99.3	100
المر افق الخاصة (2020) (12)	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	100	لا ينطبق	59	لا ينطبق	لا ينطبق	100–11.6	86.9	100
((HeRAMs) فعالية المر افق الصحية)نظام رصد تو افر الموارد الصحية												
نسبة المر افق الصحية (%) التي تعمل بالكامل (نظام HeRAMs)* (2024) (13)	91	70	لا ينطبق	لا ينطبق	0	94	51	93	61	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق
نسبة المر افق الصحية (%) التي لا تعمل بالكامل (HeRAMs)* (2024) (13)	8	30	لا ينطبق	لا ينطبق	46	2	11	6	35	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق
نسبة المر افق الصحية (%) التي لا تعمل (نظام HeRAMs)* (2024) (13)	1	0	لا ينطبق	لا ينطبق	54	4	38	1	4	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق
نسبة المر افق الصحية (%) غير المتضررة (HeRAMs)* (2024) (13)	76	79	لا ينطبق	لا ينطبق	11	84	83	89	89	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق
نسبة المر افق الصحية (%) التي تعرضت لضرر جزئي (HeRAMs)* (2024) (13)	15	19	لا ينطبق	لا ينطبق	75	8	16	2	9	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق
نسبة المر افق الصحية (%) المدمرة تمامًا (HeRAMs)* (2024) (13)	0	0	لا ينطبق	لا ينطبق	14	0	1	0	2	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق
الهجمات على مر افق الرعاية الصحية												
الهجمات على مر افق الرعاية الصحية (2024) (14)	2	لا ينطبق	149	لا ينطبق	715	3	72	84	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق

* يستند هذا التحليل إلى بيانات نظام رصد توافر الموارد الصحية (HeRAMs) عن سبعة من بُلدان الإقليم التي يصنفها البنك الدولي على أنها من الأوضاع الهشة والمتأثرة بالنزاعات. يشمل عدد المرافق الصحية التي وردت عنها تقارير مرافق في أفغانستان (4503)، والعراق (5092)، والصومال (430)، والسودان (2366)، والجمهورية العربية السورية (127)، واليمن (5371). أما بيانات فلسطين، فلا تشمل سوى 35 مستشفى من قطاع غزة.

مراجع الملحق رقم (1) [7]

1. Monitoring health for the SDGs. The Global Health Observatory [online database]. Geneva: World Health Organization; 2024 (https://www.who.int/data/gho/data/themes/world-health-statistics, accessed 13 May 2024).
2. Probability of dying between the exact ages 30 and 70 years from cardiovascular diseases, cancer, diabetes, or chronic respiratory diseases (SDG 3.4.1). The Global Health Observatory [online database]. Geneva: World Health Organization; 2024 (https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/probability-of-dying-between-exact-ages-30-and-70-from-any-of-cardiovascular-disease-cancer-diabetes-or-chronic-respiratory-(-)).
3. أداة الإبلاغ السنوي للتقييم الذاتي للدول الأطراف في اللوائح الصحية الدولية الإلكترونية. جنيف: منظمة الصحة العالمية، 2024 (https://extranet.who.int/e-spar/).
4. Out-of-pocket expenditure as percentage of current health expenditure (CHE) (%). The Global Health Observatory [online database]. Geneva: World Health Organization; 2025 (https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/out-of-pocket-expenditure-as-percentage-of-current-health-expenditure-(che)-(-)).
5. Current health expenditure (CHE) as percentage of gross domestic product (GDP) (%). The Global Health Observatory [online database]. Geneva: World Health Organization; 2025 (https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/current-health-expenditure-(che)-as-percentage-of-gross-domestic-product-(gdp)-(-)).
6. Current health expenditure (CHE) per capita in US$. The Global Health Observatory [online database]. Geneva: World Health Organization; 2025 (https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/current-health-expenditure-(che)-per-capita-in-us-dollar).
7. Domestic general government health expenditure (GGHE-D) as percentage of general government expenditure (GGE) (%). The Global Health Observatory [online database]. Geneva: World Health Organization; 2025 (https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/domestic-general-government-health-expenditure-(gghe-d)-as-percentage-of-general-government-expenditure-(gge)).
8. Medical doctors (per 10 000 population). The Global Health Observatory [online database]. Geneva: World Health Organization; 2025 (https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/medical-doctors-(per-10-000-population)).
9. Nursing and midwifery personnel (per 10 000 population). The Global Health Observatory [online database]. Geneva: World Health Organization; 2025 (https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/nursing-and-midwifery-personnel-(per-10-000-population)).
10. Dentists (per 10 000 population). The Global Health Observatory [online database]. Geneva: World Health Organization; 2025 (https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/dentists-(per-10-000-population)).

[7] تاريخ الاطلاع على جميع المراجع 26 أيار/ مايو 2025.

11. Pharmacists (per 10 000 population). The Global Health Observatory [online database]. Geneva: World Health Organization; 2025 (https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/pharmacists-(per-10-000-population)).
12. Monitoring health and health system performance in the Eastern Mediterranean Region: core indicators and indicators on the health-related Sustainable Development Goals 2021. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2022 (https://iris.who.int/handle/10665/361347). License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
13. Health resources and services availability monitoring system (HeRAMS). Geneva: World Health Organization; 2025 (https://herams.org/session/create, accessed 25 September 2024).
14. Surveillance system for attacks on health care (SSA) [online database]. Geneva: World Health Organization; 2025 (https://extranet.who.int/ssa/Index.aspx