ش م/ل إ2/73

منظمة الصحة العالمية

إقليم شرق المتوسط

أعمال منظمة الصحة العالمية في إقليم شرق المتوسط

التقرير السنوي للمديرة الإقليمية

2026/2025



RC73

معًا من أجل مستقبل أوفر صحة
العمل. الإتاحة. الإنصاف.

امسح الرمز للاطلاع
على الملخص التنفيذي

أعمال منظمة الصحة العالمية في إقليم شرق المتوسط: التقرير السنوي للمديرة الإقليمية 2026/2025
[The work of WHO in the Eastern Mediterranean Region: annual report of the Regional Director 2025/2026]

النسخة الإلكترونية: 978-92-9274-815-9 (ISBN)
النسخة المطبوعة: 978-92-9274-814-2 (ISBN)

© منظمة الصحة العالمية 2026

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

وبمقتضى هذا الترخيص يجوز لكم نسخ المصنف وإعادة توزيعه وتحويره للأغراض غير التجارية، شريطة أن يتم اقتباس المصنف على النحو الملائم، كما هو مبيّن أدناه. ولا ينبغي في أي استخدام لهذا المصنف الإيحاء بأن المنظمة (WHO) تعتمد أي منظمة أو منتجات أو خدمات محددة. ولا يُسمح باستخدام شعار المنظمة (WHO). وإذا قمتم بتحوير هذا المصنف، فيجب عندئذٍ الحصول على ترخيص لمصنفكم بمقتضى نفس ترخيص المشاع الإبداعي (Creative Commons licence) أو ما يعادله. وإذا قمتم بترجمة المصنف، فينبغي إدراج بيان إخلاء المسؤولية التالي مع الاقتباس المقترح: "هذه الترجمة ليست من إعداد منظمة الصحة العالمية (المنظمة (WHO)). والمنظمة غير مسؤولة عن محتوى هذه الترجمة أو دقتها. والإصدار الأصلي بالإنكليزية هو الإصدار الملزم وذو الحجية."

ويجب أن تتم أية وساطة فيما يتعلق بالمنازعات التي تنشأ في إطار هذا الترخيص وفقاً لقواعد الوساطة للمنظمة العالمية للملكية الفكرية. (https://www.wipo.int/amc/ar/mediation/rules/index.html).

الاقتباس المقترح. أعمال منظمة الصحة العالمية في إقليم شرق المتوسط: التقرير السنوي للمديرة الإقليمية 2026/2025
The work of WHO in the Eastern Mediterranean Region: annual report of the Regional Director 2025/2026. القاهرة: المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط؛ 2026. الترخيص: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

بيانات الفهرسة أثناء النشر. بيانات الفهرسة أثناء النشر متاحة على الرابط https://iris.who.int/home.

المبيعات والحقوق والترخيص. لشراء مطبوعات المنظمة (WHO) انظر الرابط https://www.who.int/publications/book-orders. ولتقديم طلبات الاستخدام التجاري والاستفسارات بشأن الحقوق والترخيص، انظر الرابط https://www.who.int/ar/copyright.

مواد الطرف الثالث. إذا رغبتم في إعادة استخدام مواد واردة في هذا المصنف ومنسوبة إلى طرف ثالث، مثل الجداول أو الأشكال أو الصور، فعليكم مسؤولية تحديد ما إذا كان يلزم الحصول على إذن لإعادة الاستخدام، والحصول على إذن من صاحب حقوق المؤلف. ويتحمل المستخدم وحده مخاطر أي مطالبات تنشأ نتيجة انتهاك أي عنصر في المصنف تعود ملكيته لطرف ثالث.

بيانات عامة لإخلاء المسؤولية. لا تنطوي التسميات المستخدمة في هذا المطبوع وطريقة عرض المواد الواردة فيه، على أي رأي كان من جانب المنظمة (WHO) بشأن الوضع القانوني لأي بلد أو أرض أو مدينة أو منطقة أو لسلطات أي منها أو بشأن تحديد حدودها أو تخومها. وتشكل الخطوط المنقوطة والخطوط المتقطعة على الخرائط خطوطاً حدودية تقريبية قد لا يوجد بعد اتفاق كامل بشأنها.

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

وقد اتخذت المنظمة (WHO) كل الاحتياطات المعقولة للتحقق من المعلومات الواردة في هذا المطبوع. ومع ذلك، فإن المواد المنشورة تُوزع دون تقديم أي نوع من أنواع الضمانات، صريحةً كانت أم ضمنية. ويتحمّل القارئ وحده المسؤولية عن تفسير هذه المواد واستعمالها. ولا تتحمل المنظمة (WHO) بأي حال من الأحوال المسؤولية عن الأضرار التي قد تترتب على استعمالها.

ش م/ل إ2/73

منظمة الصحة العالمية

إقليم شرق المتوسط

أعمال منظمة الصحة العالمية في إقليم شرق المتوسط

التقرير السنوي للمديرة الإقليمية

2026/2025

RC73

معًا من أجل مستقبل أوفر صحة

العمل. الإتاحة. الإنصاف.

المحتويات

تمهيد بقلم المديرة الإقليمية 9
مقدمة..... 1

الأولوية الإقليمية الأولى (تعزيز الصحة)
تعزيز الصحة والوقاية من الأمراض وعوامل الخطر المتصلة بها..... 2
الحد من عوامل الخطر المرتبطة بالأمراض غير السارية والأمراض السارية،
والعنف والإصابات، وسوء التغذية، وتعزيز الصحة النفسية..... 3
التخلص من الأمراض السارية ذات الأولوية..... 3
مقاومة مضادات الميكروبات، والوقاية من العدوى ومكافحتها، ونهج الصحة الواحدة..... 3
الأمراض غير السارية..... 5
التغذية والعبء المزدوج لسوء التغذية..... 7
مكافحة التبغ 8
الصحة النفسية 9
المبادرة الرئيسية الإقليمية: تسريع إجراءات الصحة العامة بشأن تعاطي مواد الإدمان 11
الإصابات والعنف والسلامة على الطرق 11
تمكين الفئات السكانية الأكثر عرضة للإصابة بالمرض وتوسيع نطاق المشاركة المجتمعية في مجال الصحة..... 12
التصدي للمخاطر والآثار الصحية المترتبة على تغيُّر المناخ..... 13
تغيُّر المناخ وصحة البيئة..... 13
المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية 14
الصحة والسلامة المهنيتان..... 14
الحد من أوجه الجور في مجال الصحة من خلال التصدي للمُحدِّدات الاجتماعية
والاقتصادية والبيئية وغيرها من مُحدِّدات الصحة..... 14

الأولوية الإقليمية الثانية (تقديم الخدمات)
تيسير حصول الجميع على الرعاية الصحية ذات الجودة العالية،
وخصوصًا الفئات السكانية التي يصعُب الوصول إليها والفئات السكانية الأشد عُرضة للمخاطر..... 16
تعزيز إتاحة خدمات جيدة بشأن الأمراض غير السارية والصحة النفسية والأمراض السارية 17
الأمراض غير السارية وتقديم خدمات متكاملة..... 17
خدمات السل والأمراض السارية..... 17
التمنيع والأطفال الذين لم يحصلوا على أي جرعات 17
التوسع في إتاحة الخدمات الصحية استنادًا إلى نهج الرعاية الصحية الأولية لتسريع
وتيرة التغطية الصحية الشاملة..... 19
التغطية الصحية الشاملة وقدرة النُّظم الصحية على الصمود 19
تعافي النظام الصحي والربط بين العمل الإنساني والتنمية والسلام 20
تحسين التغطية بالخدمات الصحية في جميع مراحل العمر..... 21
صحة الأمهات والمواليد والأطفال والمراهقين 21
التأهيل، والتكنولوجيات المساعدة، والرعاية التالية للإصابات..... 21
الارتقاء بالقوى العاملة في مجال الرعاية الصحية، وزيادة التمويل الصحي، وتحسين إتاحة المنتجات الطبية 22
المبادرة الرئيسية الإقليمية: الاستثمار في قوى عاملة صحية قادرة على الصمود 22
تعزيز التمويل الصحي لتحقيق التغطية الصحية الشاملة..... 23
المبادرة الرئيسية الإقليمية: توسيع نطاق الحصول المُنصِف على المنتجات الطبية..... 23

الأولوية الإقليمية الثالثة (الحماية)
تعزيز قدرات البلدان على تلبية الاحتياجات الصحية الناجمة عن أزمة المناخ، والأوبئة والجوائح، والنزاعات، والكوارث الطبيعية، وغيرها من حالات الطوارئ 26
نطاق التحدي وشِدَّته 27
ضمان الكشف السَّريع والفعَّال عن التهديدات الصحية العامة والاستجابة لها 28
تصاعد النزاع في الشرق الأوسط 29
انعدام الأمن الغذائي وسوء التغذية 30
التدبير العلاجي لفاشيات الأمراض السارية في النزاعات والأوضاع الإنسانية 30
تزايد عبء الرضوح 32
تعزيز التأهب والاستعداد والقدرة على الصمود 32
استمرار تقديم الخدمات الصحية الأساسية في حالات الطوارئ والأوضاع الإنسانية 34

الأولوية الإقليمية الرابعة (شلل الأطفال)
تحقيق استئصال شلل الأطفال والحفاظ على حالة الخلو منه 38
وقف سريان فيروس شلل الأطفال البري في أفغانستان وباكستان وفيروس شلل الأطفال الدائر المشتق من اللقاحات من النمط 2 في جميع بلدان الإقليم 39
احتواء فاشيات فيروس شلل الأطفال المشتق من اللقاحات 40
تعزيز الترصُّد والمختبرات والاحتواء 41
الإنصاف، والنوع الاجتماعي، والمشاركة المجتمعية 41
المرحلة الانتقالية الخاصة بشلل الأطفال والحفاظ على المكاسب 41

الأولوية الإقليمية الخامسة (تمكين الصحة)
تحسين تبادل المعارف ورسم السياسات المسندة بالبيِّنات وتوسيع نطاق استخدام التكنولوجيا الرقمية في مجال الصحة لتعزيز الصحة العامة 42
تعزيز نُظُم المعلومات الصحية والمُضِي قُدمًا في التحوُّل الرقمي 43
ضمان اضطلاع المنظمة بدور قيادي في مجال الصحة من خلال تنظيم الاجتماعات، ووضع جداول الأعمال، وبناء الشراكات، وتعزيز التواصل 44
توسيع نطاق الحصول على المنتجات المعيارية لمنظمة الصحة العالمية 45

الأولوية الإقليمية السادسة (الأداء)
الارتقاء بأداء المنظمة إلى المستوى الأمثل لتعزيز التعاون وتحقيق أثر أكبر في مجال الصحة العالمية 46
تعزيز قدرات المكاتب القُطرية ودورها القيادي 47
تعزيز التنسيق والحوكمة على الصعيد الإقليمي 47
توسيع نطاق الشراكات 48
تعزيز نهج التنفيذ لتحقيق الأثر 49
توفير تمويل مَرِن يُمكن التنبُّؤ به 50
الارتقاء بكفاءة العمليات المؤسسية 51

الخاتمة وسُبُل المُضيّ قُدُمًا 54

يوضح هذا التقرير أعمال منظمة الصحة العالمية في إقليم شرق المتوسط خلال المدة من 1 تموز/ يوليو 2025 إلى 30 حزيران/ يونيو 2026. وهذه المدة المشمولة بالتقرير تتضمن الانتقال من برنامج العمل العام الثالث عشر 2019–2025 إلى برنامج العمل العام الرابع عشر 2025–2028. وخلال النصف الأول من هذه المدة، واصَل المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط إحراز تقدُّم نحو تحقيق غايات "المليارات الثلاثة" لبرنامج العمل العام الثالث عشر من خلال تعزيز الصحة والعافية، وتوسيع نطاق التغطية الصحية الشاملة، وزيادة الحماية من الطوارئ الصحية. وشهد النصف الثاني بداية تنفيذ برنامج العمل العام الرابع عشر واستمرار تطبيق الخطة التنفيذية الاستراتيجية لإقليم شرق المتوسط 2025–2028، التي اعتمد الإقليم في إطارها ست أولويات استراتيجية –التعزيز، والتحقيق، والحماية، وشلل الأطفال، والتمكين، والأداء– بدعم من المبادرات الرئيسية الثلاث للمديرة الإقليمية. ويتمحور التقرير حول هذه الأولويات الإقليمية الست، ويسلط الضوء على التقدم المحرز خلال هذه الفترة من التحوُّل الاستراتيجي نحو تحسين صحة جميع الناس وعافيتهم في إقليم شرق المتوسط.

تمهيد بقلم المديرة الإقليمية

1. يمر إقليم منظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط بمرحلة بالغة الصعوبة في مجال الصحة. ولا تزال النزاعات ونزوح السكان والصدمات المتعلقة بالمناخ تُرهِق النُّظم الصحية الهشة أصلًا في كثير من بلدان الإقليم وأراضيه. وفي حزيران/ يونيو 2026، كان أكثر من 117 مليون شخص في الإقليم يحتاجون إلى مساعدات إنسانية –وهو ما يقرب من نصف الاحتياجات الإنسانية العالمية – رغم أن سكان الإقليم لا يتجاوزون 9% من سكان العالم.

2. وفي الوقت نفسه، لا تزال الهجمات على مرافق الرعاية الصحية مرتفعة على نحو يبعث على القلق، وهو ما يعوق تقديمَ الخدمات الأساسية، ويُعرِّض حياة العاملين الصحيين والمرضى لخطر جسيم. ومن تموز/ يوليو 2025 إلى حزيران/ يونيو 2026، سجَّل الإقليم 632 هجومًا على مرافق الرعاية الصحية، وهو ما أسفر عن 1531 وفاة –أيْ 86% من جميع الوفيات الناجمة عن هذه الهجمات في العالم أجمع– وأحدث اضطرابات شديدة في تقديم الخدمات الصحية.

3. وتتزايد هذه الضغوط في ظل تزايد القيود التي تشهدها البيئة الصحية العالمية. فتصاعد التوترات الجغرافية والسياسية واستمرار تراجع المساعدات الإنمائية الرسمية المخصصة للصحة يحدّان من الموارد المتاحة في الوقت الذي تتزايد فيه الاحتياجات. ومن دون استثمار مستدام وتعاون متواصل، قد يتبدَّد ما أُحرِزَ من تقدم على مدى العقود الماضية.

4. وهذا هو التقرير السنوي الأول الذي يصدر عقب عملية إعادة ترتيب الأولويات على نطاق المنظمة، وعقب اعتماد غطاء مالي مخفّض. واستجابةً لذلك، يجب على المنظمة أن تُوجِّه مواردها بشكل استراتيجي، وأن تركّز دعمها على المجالات التي يمكن فيها لخبرتها التقنية وريادتها في وضع المعايير وقدرتها على حشد الأطراف المعنية أن تحقق أقصى قدر من الأثر.

5. ولا يزال إقليم شرق المتوسط يواجه تزامنًا غير مسبوق لحالات طوارئ صحية واسعة النطاق. والتجربة خلال العام الماضي –التي بلغت ذروتها بتجدُّد التصعيد الإقليمي في ظل أزمات ممتدة في أفغانستان وقطاع غزة والصومال والسودان واليمن– تؤكد أن هذه ليست أحداثًا منعزلة. ويتسم عبء الطوارئ في الإقليم بأنه عبء مستمر ومترابط، وهو ما يتطلب استجابات مستدامة وعلى القدر نفسه من التكامل.



الدكتورة حنان حسن بلخي
المديرة الإقليمية
لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط

6. وفي الوقت نفسه، تُظهِر التجربة أن الاستثمار في التأهب يؤتي ثماره عند وقوع الأزمات. فالتدريب على التعامل مع الإصابات الجماعية في لبنان، وحملات التطعيم ضد الكوليرا في السودان، وفِرَق الاستجابة السريعة في اليمن، وتفعيل آليات التنسيق في حالات الطوارئ خلال التصعيد الإقليمي عام 2026، كلها أمثلة تُظهر ما يمكن أن يحققه الاستثمار المستدام والتنسيق الفعّال وتفاني العاملين الصحيين. ولا تزال للإقليم أيضًا مكانة محورية في المسعى الأخير لاستئصال شلل الأطفال على مستوى العالم، في وقت يدخل فيه العالم المرحلة الأخيرة من هذا الجهد التاريخي.

7. ولكن كثيرًا من هذه المكاسب يظل هشًّا، إذا لم يوجد تمويل مستدام يمكن التنبؤ به. ويجب على البلدان أن تواصل تعزيز خطط العمل الوطنية للأمن الصحي، والتوسع في تنفيذ اللوائح الصحية الدولية (2005)، والاستثمار في قدرات القوى العاملة الصحية، والتواصل بشأن المخاطر، ونُظُم الترصد القابلة للتشغيل المتبادل.

8. ومن المهم أن الاستجابة لحالات الطوارئ يجب ألا تطغى على برنامج الصحة العامة الأوسع نطاقًا. فمواصلة التقدم في إطار أولويتَي "تعزيز الصحة" و"تقديم الخدمات"لا تزال أمرًا لا غنى عنه – بدءًا من الوقاية من الأمراض، ومرورًا بمعالجة عوامل الخطر الرئيسية كتعاطي التبغ والتهديدات البيئية، وتعزيز التمنيع والترصد، وصولًا إلى توسيع نطاق حصول الجميع على رعاية صحية جيدة، بمن فيهم الفئات الأشد ضعفًا. وسيتطلب ذلك استثمارًا مستدامًا في القوى العاملة الصحية، التي يبلغ متوسطها 16.5 ممرضة وقابلة لكل 10 آلاف نسمة في الإقليم، مقابل 39.4 على الصعيد العالمي.

9. وعلى الرغم من هذه التحديات، واصل الإقليم تحقيق النتائج. فقد حققت البلدان تقدمًا في القضاء على الأمراض، والتمنيع، والصحة الرقمية، وتعزيز التنظيم، وإتاحة الخدمات الأساسية، مع الاستجابة لحالات طوارئ متعددة. وتعكف وزارات الصحة والعاملون في الصفوف الأمامية على تعزيز نُظُم الصحة العامة وتوسيع نطاق الخدمات الأساسية.

10. وتُقدِّم الخطةُ التنفيذية الاستراتيجية لإقليم شرق المتوسط 2025–2028 إطارًا واضحًا للعمل مستقبلًا، في حين أن المبادرات الرئيسية الثلاث للمديرة الإقليمية ستُسهم في تسريع وتيرة التقدم في توسيع نطاق الحصول المُنصِف على المنتجات الطبية، والاستثمار في قوى عاملة صحية قادرة على الصمود، وتسريع إجراءات الصحة العامة بشأن تعاطي مواد الإدمان. ويعمل الإقليم أيضًا على دفع عجلة التغيير على مستوى النظام، مع النهوض بالتغطية الصحية الشاملة والأمن الصحي.

11. وعلى مدار الثنائية 2024–2025، حشد الإقليم 1.6 مليار دولار أمريكي من المساهمات الطوعية، لا سيما من أجل استئصال شلل الأطفال والطوارئ الصحية، وهو من أعلى المستويات على نطاق أقاليم المنظمة. ولكن لا يزال هناك تحدٍّ تمويلي مزدوج، فكثيرٌ من المجالات التقنية التي لا غنى عنها لتعزيز النُّظُم الصحية والوقاية من الأمراض ذات العبء الثقيل ومكافحتها يعاني نقصًا في التمويل، في حين لا تزال الاحتياجات الإنسانية المتنامية تفوق التمويل المخصص للاستجابات الصحية في شتى أنحاء الإقليم.

12. وسيتطلب سد هذه الفجوات استثمارًا مستدامًا في كل من الأمن الصحي وتعزيز النُّظُم الصحية، لضمان أن البلدان أفضل استعدادًا لمواجهة الأزمات المستقبلية، مع الاستمرار في المضي قدمًا نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة. ويشمل ذلك الاستثمار في القوى العاملة الصحية، وتعزيز تقديم الرعاية الصحية الأولية، وتوسيع نطاق الحصول المُنصِف على المنتجات الطبية، وبناء مؤسسات صحية عامة قادرة على الصمود وعلى تلبية احتياجات الإقليم الصحية المتنامية والمتزايدة التعقيد.

13. وفي وقت يشهد تزايدًا في حالة عدم اليقين بشأن الصحة العالمية، سيكون استمرار الشراكة والالتزام والاستثمار أمرًا ضروريًّا لحماية التقدم المُحرز وبناء نُظم صحية أقوى وأكثر قدرة على الصمود من أجل جميع الناس في إقليم شرق المتوسط.


World Health
Organization

مقدمة

14. يوضح هذا التقرير أعمال منظمة الصحة العالمية في إقليم شرق المتوسط خلال المدة من 1 تموز/ يوليو 2025 إلى 30 حزيران/ يونيو 2026. وينبغي أن يُقرأ إلى جانب الكلمة الشفهية للمديرة الإقليمية في الدورة الثالثة والسبعين للّجنة الإقليمية لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط (2026) والوثائق المُصاحبة، ومنها التقارير المرحلية عن المسائل التقنية.

15. وتتضمن المدةُ المشمولة بالتقرير الانتقالَ من برنامج العمل العام الثالث عشر 2019–2025 إلى برنامج العمل العام الرابع عشر 2025–2028، بما في ذلك تطبيق الخطة التنفيذية الاستراتيجية لإقليم شرق المتوسط 2025–2028 (المُشار إليها فيما يلي باسم "الخطة التنفيذية الاستراتيجية الإقليمية") والمبادرات الرئيسية الثلاث للمديرة الإقليمية، التي أقرتها الدورة الحادية والسبعين للجنة الإقليمية لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط في عام 2024. ويأتي النصف الأول من هذه المدة (من تموز/ يوليو إلى كانون الأول/ ديسمبر 2025) ضمن السنة الأخيرة من برنامج العمل العام الثالث عشر. وخلال هذه المدة، واصل المكتب الإقليمي دفع عجلة التقدم صوب تحقيق غايات "المليارات الثلاثة" المتمثلة في تمتُّع مليار شخص آخر بمزيد من الصحة والعافية، واستفادة مليار شخص آخر من التغطية الصحية الشاملة، وحماية مليار شخص آخر من الطوارئ الصحية على نحو أفضل. وشهد النصف الثاني (من كانون الثاني/ يناير إلى حزيران/ يونيو 2026) بداية تنفيذ برنامج العمل العام الرابع عشر، الذي يبني على إنجازات برنامج العمل العام الثالث عشر مع التحوُّل من إطار المليارات الثلاثة إلى غايات أوسع على مستوى السكان، مع التركيز الاستراتيجي على النُّظم الصحية المتكاملة والقادرة على الصمود والقادرة على تحقيق أثر دائم، مع إعادة تحديد الغايات العالمية لعام 2028.

16. ويتمحور التقرير حول الأولويات الإقليمية الست للخطة التنفيذية الاستراتيجية الإقليمية، وهي: "1" تعزيز الصحة والوقاية من الأمراض وعوامل الخطر المرتبطة بها؛ "2" وجعل الرعاية الصحية الجيدة في متناول الجميع، لا سيما الفئات السكانية التي يصعب الوصول إليها والأشد عُرضة للخطر؛ "3" وزيادة قدرة البلدان على تلبية المتطلبات الصحية لأزمة المناخ والأوبئة والجوائح والنزاعات والكوارث الطبيعية وغيرها من الطوارئ؛ "4" واستئصال شلل الأطفال والحفاظ على ذلك الإنجاز؛ "5" وتحسين تبادل المعرفة ورسم سياسات مسندة بالبيّنات وتوسيع نطاق الصحة الرقمية لتعزيز الصحة العامة؛ "6" وتحسين أداء المنظمة على الوجه الأمثل لتعزيز التعاون وتحسين التأثير على الصحة العالمية. ويُسهم التقدم المُحرز في هذه الأولويات إسهامًا مباشرًا في تحقيق أهداف برنامج العمل العام الرابع عشر المتمثلة في تحسين الصحة والعافية، وتوسيع نطاق التغطية الصحية الشاملة، وتعزيز الحماية من الطوارئ الصحية.

17. ويواجه الإقليم عبئًا من الطوارئ لم يسبق له مثيل من حيث الحجم والتعقيد الهيكلي والخسائر البشرية. فقد صُنِّفت تسعة من بلدان الإقليم وأراضيه على أنها هشة أو متضررة من النزاعات. وفي حزيران/ يونيو 2026، كانت المنظمة تتصدى لأربع عشرة حالة طوارئ مُصَنَّفة يحتاج فيها أكثر من 117 مليون شخص إلى مساعدات إنسانية – أيْ ما يقرب من نصف العدد الإجمالي على مستوى العالم – رغم أن الإقليم لا يضم سوى 9% من سكان العالم. وقد أضاف التصاعد الإقليمي الكبير في النزاع الذي بدأ في شباط/ فبراير 2026 أبعادًا حادة أخرى لهذه العبء، مع تزايد العواقب المتتالية التي طالت النُّظم الصحية وسلاسل الإمداد والاستجابة الإنسانية الأوسع نطاقًا.



الأولوية الإقليمية الأولى (تعزيز الصحة)

تعزيز الصحة والوقاية من الأمراض وعوامل الخطر المتصلة بها

الحد من عوامل الخطر المرتبطة بالأمراض غير السارية والأمراض السارية، والعنف والإصابات، وسوء التغذية، وتعزيز الصحة النفسية

التخلص من الأمراض السارية ذات الأولوية

18. واصل إقليم شرق المتوسط إحراز تقدم نحو القضاء على الأمراض السارية ذات الأولوية على الرغم من تفاوت القدرات والأعباء من بلد إلى آخر. وقد أدى الدعم المتواصل المُقدَّم من المنظمة، وتعزيز نُظُم الترصُّد والمختبرات، والقيادة القوية التي تضطلع بها البرامج الوطنية إلى توطيد التقدم المحرز على صعيد خطط العمل المتعددة للقضاء على تلك الأمراض. ومن أجل تسريع وتيرة العمل الرامي إلى القضاء على الأمراض السارية، أطلقت المنظمةُ مبادرة إقليمية تهدف إلى التكامل في التدخلات بين البرامج المختلفة، ومواءمة تقديم الخدمات، وقياس التقدم المحرز من خلال الرصد الروتيني. ويمنح هذا النهج الأولوية للتخلص من 14 مرضًا ساريًا، مع تمكين البلدان من مواصلة تحديد الأمراض ذات الأولوية وخطط التخلص منها. وستُعرَض ورقة تقنية وقرار على الدول الأعضاء في الدورة الثالثة والسبعين للجنة الإقليمية لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط في عام 2026. وفي الدورة التاسعة والسبعين لجمعية الصحة العالمية في أيار/ مايو 2026، وقّع مكتب المنظمة الإقليمي لشرق المتوسط رسميًّا مذكرة تفاهم جديدة مع المعهد العالمي للقضاء على الأمراض لتعزيز التعاون التقني والشراكات في جميع أنحاء الإقليم.

19. واشتملت الإنجازات الرئيسية خلال المدة المشمولة بالتقرير على تحقُّق المنظمة من القضاء على التراخوما بوصفها مشكلة صحية عامة في مصر (تشرين الثاني/ نوفمبر 2025)، وليبيا (شباط/ فبراير 2026)، وتونس (أيار/ مايو 2026). وأحرزت مصر أيضًا تقدمًا مستمرًا نحو القضاء على التهاب الكبد C من خلال تعزيز الترصُّد والتنفيذ المستمر لمبادرة "100 مليون صحة". وحافظت سلطنة عُمان على إنجازاتها في القضاء على انتقال فيروس العوز المناعي البشري والزهري من الأم إلى الطفل، وقد اعتمدتها لجنة التحقق الإقليمية. ولا يزال التقدم المحرز في مكافحة الأمراض التي يمكن الوقاية منها باللقاحات قويًّا. وحافظت البحرين ومصر وجمهورية إيران الإسلامية وسلطنة عُمان على وضع التخلص من الحصبة والحصبة الألمانية الذي تحققت منه منظمة الصحة العالمية، في حين حققت الكويت وقطر هذا الوضع للمرة الأولى. وقدَّمت أنشطةُ التمنيع التكميلي 72 مليون جرعة من لقاح الحصبة، فوصلت إلى 60 مليون طفل في سبعة بلدان، وهو ما عزَّز مناعة السكان. وأصبحت مصر أول بلد في الإقليم ينجح في مكافحة التهاب الكبد B (في أيار/ مايو 2025). وفي تشرين الثاني/ نوفمبر 2025، تحققت رسميًّا لجنةُ التحقق الإقليمية من نجاح المغرب في مكافحة التهاب الكبد B.

20. ولا يزال الإقليم يكافح السل بشدة، إذ يحافظ على أعلى معدل عالمي لنجاح علاج السل المستجيب للأدوية (الذي يتجاوز باستمرار 90%)، مع انخفاض معدل الإصابة بالسل المقاوِم للأدوية. وعززت بعثات المنظمة إلى مصر والسودان والجمهورية العربية السورية اكتشاف الحالات وتدبيرها علاجيًّا، في حين سرَّع إطار المساءلة المتعدد القطاعات في باكستان وتيرة التقدم نحو تحقيق الغايات العالمية للقضاء على السل. وقد خفَّض 11 بلدًا معدل الإصابة بالسل بنسبة تزيد على 20% منذ عام 2015. ولكن لا يزال الانخفاض الإقليمي في معدل الإصابة بالسل (5.9%) والوفيات الناجمة عنه (3.8%) بين عامي 2015 و2024 أقل بكثير من الهدفين المرحليين لاستراتيجية القضاء على السل البالغين 80% و90%، على الترتيب، بحلول عام 2030.

21. وفي اليمن، دعمت المنظمةُ إعادة التصميم الاستراتيجي للبرنامج الوطني للتخلص من داء كلابية الذنب (العمى النهري)، بالتحوُّل من نمط التقديم الثابت القائم على العيادات إلى المعالجة الجموعية بالأدوية عن طريق الزيارات المنزلية بقيادة المجتمعات المحلية. وأعطى أكثرُ من 419 متطوعًا ما يزيد على 1.2 مليون قرص Mectizan مُتبرَع به، وهو ما حقق تغطية سكانية بنسبة 91% في حجة والمحويت و86.5% في تعز، وهو ما يزيد كثيرًا على الحد الأدنى الذي توصي به منظمة الصحة العالمية (80%). وأدت الحملة إلى توسيع نطاق الوصول إلى الأسر التي كان يتعذر الوصول إليها من قبل، وشكّلت علامة فارقة في القضاء على داء كلابية الذنب.

مقاومة مضادات الميكروبات، والوقاية من العدوى ومكافحتها، ونهج الصحة الواحدة

22. تُعدّ مقاومة مضادات الميكروبات أزمة عالمية عاجلة وتهديدًا كبيرًا ومتناميًا من تهديدات الصحة العامة في الإقليم. ووفقًا لتحليل شامل لعبء مقاومة مضادات الميكروبات في الإقليم خلال المدة من 1990 إلى 2021 أجرته جهات التعاون المعنية بمقاومة مضادات الميكروبات في إقليم شرق المتوسط، تتسبب مقاومة مضادات الميكروبات بشكل مباشر في حدوث ما يقدر بنحو 92800 حالة وفاة سنويًّا، وترتبط بحدوث 380 ألف حالة وفاة إضافية. وتشير بيانات من نظام المنظمة للترصد العالمي لمقاومة مضادات الميكروبات واستخدامها لعام 2023 (التي نُشرت في 2025) إلى أن حالة واحدة تقريبًا من كل ثلاث حالات عدوى جرثومية في الإقليم مُقاوِمةٌ للمضادات

الحيوية، وذلك المعدل من أعلى المعدلات على مستوى العالم. وهذه المستويات المرتفعة من مقاومة مضادات الميكروبات تؤدي إلى زيادة خطر فشل العلاج، وتكاليف الرعاية الصحية، والمضاعفات المرتبطة بالإجراءات الطبية الروتينية.

23. وخلال المدة المشمولة بالتقرير، واصلت البلدان تعزيز ترصُّد مقاومة مضادات الميكروبات، والحوكمة، والوقاية من العدوى ومكافحتها، ونهج الصحة الواحدة. وفي عام 2026، أجابت جميع بلدان الإقليم عن استقصاء التقييم الذاتي القُطري بشأن تتبع مقاومة مضادات الميكروبات (TrACSS)، الذي أظهر أن 21 بلدًا لديها خطط عمل وطنية بشأن مقاومة مضادات الميكروبات، وأن 19 بلدًا لديها هياكل حوكمة متعددة القطاعات، وأن أربعة بلدان بصدد تحديث خططها، وذلك حتى آب/ أغسطس 2026. ووضعت ستة عشر بلدًا لوائح لتنظيم وصف المضادات الحيوية وبيعها، في حين أدرجت 11 بلدًا تصنيف المضادات الحيوية وفقًا لفئات الإتاحة والمراقبة والاحتياط في قوائم الأدوية الأساسية. وقدَّمت 20 بلدًا بيانات بشأن مقاومة مضادات الميكروبات إلى نظام الترصُّد العالمي في أحدث دورة –وهي أعلى نسبة مشاركة إقليمية على مستوى العالم– وأبلغت 13 بلدًا عن بيانات بشأن استخدام مضادات الميكروبات.

24. وأصبحت باكستان أول بلد في الإقليم يضع قائمة وطنية بمسببات الأمراض الجرثومية والفطرية ذات الأولوية باستخدام منهجية منظمة الصحة العالمية. واستكملت جمهورية إيران الإسلامية الجولة الثانية من الترصُّد الثلاثي للإشْريكِيَّة القولونِيَّة المنتجة للبيتا لاكتاماز الواسع الطيف. وعززت البحرين ترصُّد مقاومة مضادات الميكروبات والإشراف عليها، فعقدت مائدة مستديرة رفيعة المستوى مع المركز المتعاون مع منظمة الصحة العالمية بشأن تطوير تعليم المهن الصحية في جامعة الخليج العربي لمواءمة تعليم القوى العاملة وتعزيز العمل الوطني المُنسَّق. ووسَّعت قطر نطاق شبكتها الخاصة بترصُّد استعمال مضادات الميكروبات في إطار نظام الترصُّد العالمي لمقاومة مضادات الميكروبات، لتشمل مرافق إضافية من القطاع الخاص وصيدليات مجتمعية، في حين أن قطر والكويت عقدتا حلقتَي عمل وطنيتين بشأن ترصُّد استعمال مضادات الميكروبات، ونظَّمت عدة بلدان حملةً متعددة القطاعات في الأسبوع العالمي للتوعية بمضادات الميكروبات لتعزيز نهج الصحة الواحدة لاحتواء مقاومة مضادات الميكروبات. وعقدت المنظمة أول دورة تدريبية إقليمية للمُدرِّبين بشأن تحديد أولويات خطة العمل وتقدير تكلفتها في تموز/ يوليو 2026.

25. وتحسَّنت أيضًا القدرة على الوقاية من العدوى ومكافحتها. وقد وضعت ثمانية عشر بلدًا برامج وطنية للوقاية من العدوى ومكافحتها، وذلك حتى حزيران/ يونيو 2026. وحققت بلدان مجلس التعاون لدول الخليج العربية 90% من القدرة على الوقاية من العدوى ومكافحتها، ووصلت مصر إلى 80%، على الرغم من أن ترصُّد العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية والبيئات الآمنة للمرافق يتطلب مزيدًا من الاستثمار. وأدّت قطر دورًا قياديًّا إقليميًّا من خلال تنفيذ حملات توعية وطنية وإقليمية، وتنفيذ مبادرات تدريبية واسعة النطاق تشمل آلاف العاملين الصحيين. وفي أعقاب ما أصاب نظام ترصُّد الأمراض من اضطراب بسبب الصراع في قطاع غزة، سارعت المنظمة ووزارة الصحة إلى إنشاء نظام الإنذار المبكر وتوجيه التحذيرات والاستجابة لرصد الأمراض السارية واكتشاف الفاشيات.

26. وأُحرِز في شتى أنحاء الإقليم تقدُّمٌ في تنسيق نهج الصحة الواحدة. وعززت جيبوتي ومصر والعراق والأردن وليبيا وسلطنة عُمان وباكستان وتونس والإمارات العربية المتحدة واليمن آليات الحوكمة والترصُّد والتنسيق المتعددة القطاعات، في حين أنشأت باكستان خمسة مراكز للصحة الواحدة على مستوى المقاطعات من خلال الدعم المُقدَّم من صندوق مكافحة الجوائح. وأقرَّ شركاء التحالف الرباعي[1] خطة عمل إقليمية بشأن نهج الصحة الواحدة، وعززوا آليات التنسيق الرسمية.

27. وعلى الرغم من هذه المكاسب، لا تزال هناك ثغرات كبيرة. فثلاثة بلدان فقط (البحرين وقطر والمملكة العربية السعودية) هي التي نفَّذت خطط العمل الوطنية لمقاومة مضادات الميكروبات وموّلتها بالكامل. وخمسة بلدان فقط هي التي نفَّذت برامج للإشراف على مضادات الميكروبات في معظم المرافق، وخصصت ستة بلدان ميزانيات للوقاية من العدوى ومكافحتها، وأدمجت سبعة بلدان خططها بشأن مقاومة مضادات الميكروبات في استراتيجية وطنية للصحة الواحدة أو آلية تنسيق، ولم توجد خدمات فعالة في مجال المياه والصرف الصحي والنظافة الشخصية بجميع مرافق الرعاية الصحية إلا في 12 بلدًا. وسيتطلب إحراز تقدم مستدام زيادة التمويل المحلي، وتعزيز حوكمة نهج الصحة الواحدة، والتعجيل بتنفيذ خطط العمل الوطنية المحسوبة التكاليف.

28. وقد اعتمدت اللجنة الإقليمية في عام 2025 قرارًا بشأن تعزيز السياسات والأُطر الوطنية المعنية بالسلامة البيولوجية والأمن البيولوجي في المختبرات في الإقليم

[1] **يتألف التحالف الرباعي من منظمة الأغذية والزراعة للأمم المتحدة، وبرنامج الأمم المتحدة للبيئة، ومنظمة الصحة العالمية، والمنظمة العالمية لصحة الحيوان. ويتعاون هؤلاء الشركاء من أجل تعزيز نهج «الصحة الواحدة» من خلال العمل المُنسَّق في مجالات صحة الإنسان والحيوان والنبات والبيئة.**

(ش م/ل إ72/ق-5)، ودعا القرار إلى تعزيز الحوكمة والآليات التنظيمية للسلامة البيولوجية والأمن البيولوجي في المختبرات، بوسائل منها وضع سياسات وأطر وطنية شاملة تتماشى مع المعايير الدولية. وشهدت أيضًا القدرات المختبرية والجاهزية التشخيصية توسعًا كبيرًا. وكان اعتماد الهدف الإقليمي للتخلص من الحصبة الألمانية من خلال القرار ش م/ل إ72/ق-2 (2025) مدعومًا بتوسيع نطاق القدرة على إجراء الاختبارات التشخيصية الجزيئية للحصبة والحصبة الألمانية في 15 بلدًا. وفي جيبوتي، استرشدت التقييمات المختبرية المتكاملة بخريطة طريق لاستعادة الخدمات التشخيصية للسل وتحسينها. ونشر الأردن في عام 2025 خطة استراتيجية وطنية للمختبرات في إطار نهج الصحة الواحدة (2026–2030) والإرشادات المصاحبة لها بشأن نظام إدارة الجودة في المختبرات، في الوقت الذي عمل فيه على وضع استراتيجية وطنية للترصد الجينومي لمواجهة الأمراض المستجدة ومقاومة مضادات الميكروبات، استكمالًا للخطة الوطنية الخاصة بمقاومة مضادات الميكروبات.

29. وقد أدى أيضًا تعزيز نُظُم البيانات إلى تحسين الوقاية والاكتشاف المبكر. كما أن اعتماد نظام المعلومات الصحية على مستوى المناطق (DHIS2) لتتبُّع الحالات من خلال البرامج الوطنية لمكافحة السل وفيروس العوز المناعي البشري عزَّز الترصُّد الآني واتخاذ القرارات، في حين أن نُظُم إدارة المعلومات المختبرية حسَّنت الإبلاغ وإدارة البيانات. ووسَّعت المنظمة أيضًا نطاق التدريب على نظام الترصد العالمي لمقاومة مضادات الميكروبات وعلى برنامج المنظمة الحاسوبي لترصُّد مقاومة الميكروبات –وهو نظام/ تطبيق حاسوبي لإدارة وتحليل بيانات مختبرات الميكروبيولوجيا– لتعزيز ترصُّد مقاومة مضادات الميكروبات. وجرى تعزيز قدرات ترصُّد التمنيع وإدارة البيانات في جميع بلدان الإقليم وأراضيه الاثنين والعشرين.

30. وتُسهم هذه الاستثمارات في تحسين فهم العبء المرضي، وهو ما يسمح بوضع استراتيجيات وقاية أكثر استهدافًا. واستخدمت البلدانُ بيانات على مستوى المناطق لتكييف تدخلات مكافحة الملاريا في الصومال والسودان واليمن، في حين أن قرار السودان الخاص بتحديث وسائل التشخيص في عام 2026 استرشد بالرصد الإقليمي لمقاومة الأدوية المضادة للملاريا. ومن خلال شبكة القرن الأفريقي لرصد العلاج المضاد للملاريا (HANMAT)، دعمت المنظمةُ الترصُّد دون الإقليمي لفعالية العلاج المضاد للملاريا وأنماط المقاومة المستجدة، وهو ما يعزز الجهود المسندة بالبيّنات لمكافحة الملاريا والقضاء عليها.

الأمراض غير السارية

31. لا تزال الأمراض غير السارية هي السبب الرئيسي للوفيات في إقليم شرق المتوسط، إذ تتسبب في ما يقرب من ثلثي جميع الوفيات – أكثر من 2.8 مليون وفاة سنويًّا. وتأتي في صدارتها أمراض القلب والأوعية الدموية والسرطان والسكري والأمراض التنفسية المزمنة، مدفوعةً بتعاطي التبغ والنُّظم الغذائية غير الصحية والخمول البدني. وتشير التقديرات إلى أن 56% من الوفيات تحدث مبكرًا قبل سن 70 عامًا، وهو ما تنجم عنه تكاليف اقتصادية واجتماعية كبيرة. وأصاب داء السكري أكثر من 74 مليون شخص في عام 2023، ومن المتوقع أن ترتفع التكاليف من 639 مليار دولار دولي إلى 1.5 تريليون دولار دولي بحلول عام 2050. ولا يزال قرابة نصف المصابين بارتفاع ضغط الدم غير مُدركين لحالتهم الصحية. ومن المتوقع أن يتضاعف معدل الإصابة بالسرطان بحلول عام 2045، وهو ما يسلط الضوء على الحاجة الملحة إلى تعزيز خدمات الوقاية والاكتشاف المبكر والعلاج.

32. وعلى الرغم من التقدم المُحرَز في تعزيز نُظُم الرصد وأطر السياسات الخاصة بالأمراض غير السارية، لا تزال توجد تحديات كبرى في سد الثغرات التي تعتري سلسلة الوقاية والتشخيص والعلاج والمكافحة، وفي تحسين حوكمة البيانات والإتاحة المُنصِفة للخدمات. واستجابةً لذلك، واصلت البلدان تعزيز الوقاية والترصُّد وتقديم الخدمات من خلال الرعاية الصحية الأولية، للنهوض بنُظُم الرصد، ومكافحة السرطان، وترصُّد عوامل الخطر، ونماذج الرعاية الأكثر تكاملًا.

33. وإدراكًا للظروف الإنسانية السائدة في الإقليم، أدمج المكتبُ الإقليمي "حزمة المنظمة للتدخلات الأساسية الخاصة بالأمراض غير السارية " وحزمة HEARTS[2] التقنية ضمن إطاره الإقليمي الأوسع نطاقًا للعمل على التصدي للأمراض غير السارية في حالات الطوارئ (2024)، وذلك لمساعدة البلدان على الحفاظ على استمرارية الرعاية الخاصة بأمراض القلب والأوعية الدموية والسكري والأمراض غير السارية الأخرى خلال الأزمات. وفي بلدان مثل لبنان والصومال والسودان

[2] **"حزمة التدخلات الأساسية في مجال الأمراض غير السارية" و"الحزمة التقنية للتدبير العلاجي لأمراض القلب والأوعية في الرعاية الصحية" هما مبادرتان تقنيتان أطلقتهما المنظمة بهدف تعزيز الوقاية من الأمراض غير السارية وتشخيصها وتدبيرها علاجيًّا، لا سيما أمراض القلب والأوعية الدموية والسكري، في إطار الرعاية الصحية الأولية، وخصوصًا في الأماكن الشحيحة الموارد. وحزمة التدخلات الأساسية في مجال الأمراض غير السارية هي مجموعة من التدخلات ذات الأولوية، المُسندة بالبيّنات والعالية المردود. أما "الحزمة التقنية للتدبير العلاجي لأمراض القلب والأوعية في الرعاية الصحية"، فهي حزمة تقنية تتألف من ست وحدات إلى جانب دليل للتنفيذ.**

والجمهورية العربية السورية، ركزت الجهود على تعزيز خدمات الرعاية الصحية الأولية، وضمان توفر الأدوية الأساسية ووسائل التشخيص، وبناء قدرات العاملين الصحيين في الصفوف الأمامية، وتكييف البروتوكولات السريرية لاستخدامها في سياقات الطوارئ. ويعكف الإقليم أيضًا على ترويج نماذج مبتكرة لتقديم الخدمات، ونشر مجموعات أدوات الطوارئ الخاصة بالأمراض غير السارية، وتعزيز مسارات الإحالة، وإدماج مؤشرات الأمراض غير السارية في آليات التأهب لحالات الطوارئ والاستجابة لها.

34. وتؤدي نُظم الرصد المُعزَّزة القائمة على المرافق إلى تحسين توفر البيانات واستخدامها. وتعكف المنظمةُ على دعم الجهود الإقليمية الرامية إلى تعزيز ترصُّد ارتفاع ضغط الدم والسكري على مستوى الرعاية الصحية الأولية. وركَّزت حلقة عمل إقليمية عُقِدت في أوائل عام 2026 على إعداد أدوات متابعة موحدة لرصد مؤشرات ارتفاع ضغط الدم والسكري لحظة بلحظة، وهو ما يُمكِّن البلدان من تتبُّع الأداء على نحو أفضل طوال سلسلة الرعاية المتصلة وتحديد العقبات. أحرزت جيبوتي ومصر، على سبيل المثال، تقدمًا في تطوير نُظُم رصد الأمراض غير السارية القائم على المرافق في مرافق الرعاية الصحية الأولية.

35. وقد أحرز الإقليم تقدمًا كبيرًا في النهوض بالمبادرات العالمية الثلاث للسرطان، وهي: المبادرة العالمية لسرطان الأطفال، ومبادرة القضاء على سرطان عنق الرحم، والمبادرة العالمية لمكافحة سرطان الثدي. واستنادًا إلى إرشادات المنظمة، قام المكتب الإقليمي بتكييف هذه المبادرات لتتلاءم مع الاحتياجات الإقليمية من خلال وضع استراتيجيات مُخصَّصة، وتقديم الإرشادات التقنية، وتنفيذ أنشطة بناء القدرات، وتقديم الدعم المباشر للبلدان. وتدعم المنظمة البلدان في إدخال التطعيم ضد فيروس الورم الحليمي البشري، وتعزيز برامج التحري، وتوسيع نطاق إتاحة العلاج والرعاية الملطفة. وفي عام 2025، أدخلت 10 بلدان لقاح فيروس الورم الحليمي البشري، واستخدم كثير منها في ذلك منصات الصحة المدرسية. وقد أنشأت تسعة بلدان برامج للتحري. وبالتعاون مع مستشفى سانت جود لبحوث الأطفال، يعكف الإقليم على النهوض بتنفيذ المبادرة العالمية لسرطان الأطفال ودعم البلدان لتحسين التشخيص المبكر ومسارات الإحالة وحصائل العلاج. ويعمل بلدان اثنان (الأردن وباكستان) على تعزيز إتاحة أدوية سرطان الأطفال الأساسية من خلال تقوية سلاسل الإمداد وتوفر الأدوية. وتعمل المنظمة مع الدول الأعضاء على تعزيز الكشف المبكر، والحد من تأخر التشخيص، وتحسين إتاحة علاج فائق الجودة لسرطان الثدي، بهدف خفض الوفيات الناجمة عن سرطان الثدي بنسبة 2.5% سنويًّا. وقد بذلت خمسة بلدان في الإقليم جهودًا كبيرة لتعزيز التواصل مع المتعايشين مع السرطان، وضمان مراعاة آراء المرضى عند اتخاذ قرارات تؤثر على صحتهم.

36. وجددت المنظمةُ خطة عملها المشتركة مع الوكالة الدولية لبحوث السرطان، ولذلك بإطلاق المرحلة السادسة من التعاون لتعزيز ترصُّد السرطان في الإقليم. وقدمت المنظمة أيضًا الدعم اللازم لوضع وتعزيز خطط وطنية لمكافحة السرطان، وحسّنت الاكتشاف المبكر لسرطان الأطفال، وسهّلت زيادة إشراك أصحاب التجارب الشخصية مع السرطان في عمليات وضع السياسات. ويجري دعم أفغانستان لإنشاء نظام لتسجيل حالات الإصابة بالسرطان في المستشفيات. وأكملت مصر تقييمًا وطنيًّا لنظام تسجيل حالات السرطان بها. وفي فلسطين، دعمت المنظمة وضع استراتيجية لمكافحة السرطان واعتمادها، وعززت حوكمة السرطان من خلال مُنسِّق مُخصَّص من وزارة الصحة، ورسمت خرائط لخدمات تصوير الثدي بالأشعة في قطاع غزة لتقييم القدرة على إجراء فحوص سرطان الثدي. وأُطلِقت مبادرة "المتعايشون مع السرطان" على سبيل التجربة في مصر والأردن والمغرب وقطر والجمهورية العربية السورية لتعزيز الدعم الذي يُركِّز على المرضى، إلى جانب توسيع نطاق التوعية والدعوة المُوجهتين إلى القوى العاملة المتنوّعة في البلدان بشأن الوقاية من السرطان والكشف المبكر عنه.

37. واستمر إحراز تقدُّم في ترصُّد عوامل خطر الأمراض غير السارية، إذ أحرزت البلدان تقدمًا في مراحل مختلفة من تنفيذ نهج المنظمة التدريجي (STEPwise) لترصد عوامل خطر الأمراض غير السارية.[3] وأكملت مصر جمع البيانات الميدانية للجولة الرابعة من مسحها الوطني الخاص بالنهج التدريجي للترصد في عام 2026. وأصدر العراق نتائج مسحه العالمي للصحة المدرسية لعام 2025 في نيسان/ أبريل 2026، بدعم مُقدَّم من منظمة الصحة العالمية إلى وزارة الصحة لتنفيذ المسح وترجمة نتائجه إلى موجزات لسياسات صحة المراهقين وعافيتهم. وأصدر الأردن ولبنان وسلطنة عُمان وقطر نتائج مسح النهج التدريجي للترصد في عام 2025 وأوائل عام 2026، وتستخدم هذه البلدان تلك النتائج للاسترشاد بها في رسم السياسات والتخطيط على الصعيد الوطني، في حين تمضي الكويت وتونس قُدُمًا في تنفيذ المسح. وأُضيف قسمان جديدان إلى المسح بشأن السمع والبصر، إلى جانب استمرار منح الأولوية للصحة النفسية.

[3] **النهج التدريجي لترصد عوامل خطر الأمراض غير السارية هو طريقة بسيطة وموحدة تُستخدم لجمع بيانات بشأن عوامل الخطر الرئيسية للأمراض غير السارية، وتحليل تلك البيانات، ونشرها.**

38. وتعكف المنظمةُ على النهوض بالتثقيف العلاجي للمرضى بوصفه ركيزة أساسية لرعاية مرضى السكري التي تركز على الأشخاص، وهو ما يُمكِّن المتعايشين مع السكري من التدبير العلاجي الذاتي لحالتهم الصحية بفعالية. وقد وضع المكتبُ الإقليمي لمهني الرعاية الصحية منهجًا دراسيًّا شاملًا قائمًا على الكفاءات بشأن التثقيف العلاجي للمرضى، ودعم الرقمنةَ والترجمة والاختبار التجريبي في بلدان مختارة، منها لبنان والأردن. ويُعدّ هذا العمل استثمارًا إقليميًّا كبيرًا في تمكين المتعايشين مع السكري، وتعزيز قدرات مقدمي الخدمات، وإدماج الدعم الخاص بالتدبير العلاجي الذاتي في الخدمات الروتينية لمرضى السكري في جميع أنحاء الإقليم.

39. وتعمل البلدان في شتى أنحاء الإقليم على تطوير نُهج متعددة القطاعات للحد من عوامل الخطر الخاصة بالأمراض غير السارية وتعزيز إجراءات الوقاية منها. ووسع الأردن نطاق خدمات الإقلاع عن التدخين من خمس عيادات في عام 2019 إلى 29 عيادة على الصعيد الوطني بحلول عام 2025 من خلال إصلاح السياسات والإدماج في الرعاية الأولية. وأما في مصر، فإن تطبيق "نظام المنظمة للتحقق من التخلص من الدهون المتحوّلة" يدعم الامتثال للوائح الدهون المتحوّلة، ويحافظ على التقدم المحرز نحو التخلص من تلك الدهون، في حين أن البرامج الوطنية الموسعة للتحري ومكافحة السرطان تعمل على تحسين مسارات الاكتشاف المبكر والإحالة على نطاق واسع. وفي الكويت، دعمت المنظمة وضع آلية تنسيق وطنية للوقاية من السمنة، ولوضع غايات الحد من السمنة لعام 2030، ولتنفيذ تدابير تنظيمية تشمل فرض قيود على مبيعات مشروبات الطاقة للقُصّر، وتعزيز معايير التغذية في المدارس والإجراءات الخاصة بالدهون المتحوّلة. وفي ليبيا، قدَّمت المنظمة الدعم لإعداد وإطلاق الاستراتيجية الوطنية المتعددة القطاعات بشأن الأمراض غير السارية 2025–2030، إلى جانب المبادئ التوجيهية الجديدة بشأن ارتفاع ضغط الدم، ووضع اللمسات الأخيرة على المبادئ التوجيهية الوطنية بشأن التدبير العلاجي للسكري، وتعزيز أسس السياسات وتقديم الخدمات للوقاية من تلك الأمراض ومكافحتها. وفي قطر، لا تزال سمنة الأطفال أولوية وطنية، إذ أقر مجلس الشورى في عام 2026 توصيات لتعزيز توسيم الأغذية، والتوعية العامة، والبيئات الغذائية المدرسية الصحية.

التغذية والعبء المزدوج لسوء التغذية

40. يواجه الإقليم عبئًا مزدوجًا لسوء التغذية يتمثل في قلة التغذية في بيئات هشة ومتضررة من النزاعات، وتزايد السمنة في أماكن أخرى. ولا يزال سوء التغذية بجميع أشكاله يُمثِّل تحدِّيًا حاسمًا في مجال الصحة العامة بشتى أنحاء الإقليم.

41. كما أن تطبيق الاستراتيجية الإقليمية للتغذية 2020–2030 (2019) يساعد البلدانَ على التصدي للطيف الكامل من تحديات التغذية من خلال حوكمة أقوى، وبيئات غذائية أوفر صحة، وخدمات أكثر تكاملًا. ويزداد يومًا بعد يوم إدماج تدخلات التغذية في برامج الرعاية الصحية الأولية، وبرامج الصحة العامة، ومنصات الاستجابة الإنسانية، وهو ما يساعد البلدان على التصدِّي لكلٍّ من نقص التغذية والأمراض المرتبطة بالنظام الغذائي. وتحرص الآن جميع البلدان على إدراج تعزيز النُّظم الغذائية الصحية أو الوقاية من السمنة في السياسات أو الاستراتيجيات الوطنية.

42. وأقرّ العراقُ في منتصف عام 2025 استراتيجية وطنية متعددة القطاعات بشأن التغذية تجمع بين وزارة الصحة وخمس وزارات أخرى لتعزيز العمل المُنسَّق بشأن التغذية. وتحققت المنظمة من تخلُّص سلطنة عُمان والمملكة العربية السعودية والإمارات العربية المتحدة من الأحماض الدهنية المتحولة المُنتَجة صناعيًّا في الأغذية المُصنَّعة محليًّا، واعتمدت ستة بلدان إضافية سياسات بشأن أفضل الممارسات وتمضي تلك البلدان قدمًا نحو التخلص التام من هذه الأحماض. وبالتوازي مع ذلك، فرض 11 بلدًا ضرائب على المشروبات المُحلاة بالسكر، لتصل معدلات الضرائب إلى 50% في بعض الحالات.

43. ولا يزال نقص التغذية بُعدًا حاسمًا وفتاكًا من أبعاد عبء سوء التغذية في الإقليم. ووفقًا للتقديرات المشتركة بين اليونيسف ومنظمة الصحة العالمية والبنك الدولي بشأن سوء التغذية لدى الأطفال (2025)، فإن التقزُّم يؤثر على نحو 26% من الأطفال الذين تقل أعمارهم عن 5 سنوات في الإقليم، بمعدلات تتجاوز 40% في أفغانستان واليمن. ويؤثر الهزال على 6.3% تقريبًا من هذه الفئة العمرية، مع وصول سوء التغذية الحاد الوخيم – وهو سبب مباشر لوفيات الأطفال – إلى مستويات الأزمات في قطاع غزة والسودان واليمن. وتشير التقديرات إلى أن 80% من الأطفال المصابين بسوء التغذية الحاد الوخيم في الإقليم لا يتلقون العلاج، وهو ما يشير إلى وجود فجوات مستمرة في التغطية بالخدمات وسلاسل الإمداد والتمويل.

44. وتدعم المنظمةُ البلدان للتوسع في النُّهُج المتكاملة المُتَّبعة في التدبير العلاجي لسوء التغذية الحاد من خلال الإدارة المجتمعية، بما في ذلك الرعاية الداخلية لحالات سوء التغذية الحاد الوخيم المصحوب بمضاعفات طبية، وتعزيز سلاسل الإمداد بالمستلزمات الطبية الأساسية والأغذية العلاجية الجاهزة، وإدماج التغذية في الرعاية الصحية الأولية واستجابات الطوارئ.

45. وفي باكستان، دعمت المنظمة إنشاء 24 مركزًا جديدًا لإسعاف حالات سوء التغذية منذ 1 تموز/ يوليو 2025، ليصل بذلك العدد الإجمالي للمراكز المدعومة إلى 169 مركزًا على الصعيد الوطني. وبفضل أكثر من 700 موظف مُدرَّب، تقدم هذه المراكز علاجًا منقذًا للأرواح إلى ما يصل إلى 65 ألف طفل سنويًّا، وتُقدِّم استشارات تغذوية إلى أكثر من 100 ألف أم ومقدّم رعاية كل عام.

46. وفي فلسطين، دعمت المنظمةُ التوسع في خدمات التغذية في ظل تدهور متسارع لوضع الأمن الغذائي. وبحلول نهاية عام 2025، تم فحص نحو 55 ألف طفل للكشف عن سوء التغذية، وأُنشِئت خدمات لعلاج سوء التغذية الحاد الوخيم والتوسع فيها، واستمرت الرعاية الداخلية من خلال ثمانية مراكز إسعاف في قطاع غزة، منها سبعة مراكز لا تزال تعمل. وقد عالجت الخدمات المدعومة من المنظمة أكثر من 4300 حالة سوء تغذية حاد، وأحالت أكثر من 1000 حالة وخيمة لتلقي الرعاية الداخلية، وقدَّمت الدعم بالمغذيات الدقيقة إلى أكثر من 95000 شخص. وعلى الرغم من عدم تصنيف أي منطقة في قطاع غزة ضمن المرحلة الخامسة من التصنيف المتكامل لمراحل الأمن الغذائي (المجاعة) عقب وقف إطلاق النار، من المتوقع أن يظل نحو 1.6 مليون شخص يعانون انعدام الأمن الغذائي الحاد في عام 2026.

47. وفي السودان، دعمت المنظمة 156 مركز إسعاف وخدمات لعلاج سوء التغذية الحاد الوخيم، وهو ما أسهم في علاج 42625 طفل مصاب بسوء التغذية الحاد الوخيم المصحوب بمضاعفات طبية، مع الحفاظ على معدلات شفاء تفوق المعايير الدولية رغم استمرار النزاع والقيود المفروضة على الوصول. وواصلت المنظمة، خلال الفترة المشمولة بالتقرير، تعزيز خدمات التغذية من خلال دعم الترصد التغذوي، وتوفير الإمدادات الأساسية لمراكز إسعاف حالات سوء التغذية، وإنشاء أركان مخصصة للرضاعة الطبيعية، وبناء قدرات العاملين الصحيين في الصفوف الأمامية.

48. وفي اليمن، وسَّعت المنظمة نطاق الترصُّد التغذوي ليشمل 324 موقعًا روتينيًّا و101 موقع خافر متكامل، بدعم من أدوات مُنسَّقة ونُظُم إبلاغ رقمية، حيث تجاوزت نسبة اكتمال الإبلاغ 90%. وقد أدت مبادرات التوعية المتكاملة إلى استعادة الخدمات في المناطق التي يصعب الوصول إليها، فقُدِّم أكثر من 969000 خدمة تغذية. وفي المدة الممتدة من تموز/ يوليو 2025 إلى نيسان/ أبريل 2026، استقبلت المستشفيات إجمالًا 20970 طفلًا دون سن الخامسة، وتلقَّوا خدمات صحية وتغذوية منقذة للأرواح في 96 مركزًا من مراكز التغذية العلاجية. وعلى الرغم من قيود التمويل التي أدت إلى تراجع عدد المراكز العاملة إلى 53 مركزًا في عام 2026، استمر تحسّن جودة الخدمات، كما يتضح من مؤشرات الأداء الرئيسية: معدل شفاء/ تعافٍ بلغ 97% ومعدل وفيات بلغ 1%.

مكافحة التبغ

49. لا يزال تعاطي التبغ أحد أسباب الوفاة والمرض الرئيسية التي يمكن تلافيها في الإقليم، إذ يتسبب في وقوع ما يُقدَّر بنحو نصف مليون حالة وفاة في عام 2023. ويبلغ معدل الانتشار بين البالغين 18% تقريبًا، وتتجاوز معدلات الانتشار بين الذكور 47% في بعض البلدان. ويسجّل الإقليم أعلى معدلات تدخين الشيشة (النرجيلة) على مستوى العالم. وعلى الرغم من تعزيز الحوكمة وتدابير المكافحة، لا يزال الإقليم بعيدًا عن مسار تحقيق الغاية العالمية المتمثلة في خفض معدل تعاطي التبغ بنسبة 30% بحلول عام 2030. ولا تزال القدرة على الرصد تشهد فجوة كبيرة، في حين أن ظهور منتجات تبغ ونيكوتين جديدة يمثل تحديًا تنظيميًّا إضافيًّا ومتناميًا.

50. وتتحول جهود مكافحة التبغ بشكل متزايد من مرحلة وضع السياسات إلى مرحلتي التنفيذ والإنفاذ. وتعمل البلدان على تعزيز التشريعات والضرائب ومتطلبات تغليف المنتجات وخدمات الإقلاع عن التدخين وتنظيم منتجات النيكوتين المستجدة، مع الإسراع في تنفيذ اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ والتدابير الستة لمكافحة التبغ.[4] وقد أقرَّت اللجنة الإقليمية لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، في دورتها السبعين المنعقدة في تشرين الأول/ أكتوبر 2023، تمديد فترة تنفيذ الاستراتيجية وخطة العمل الإقليميتين لمكافحة التبغ إلى عام 2030 من خلال القرار ش م/ل إ70/ق-1، وهو ما يعيد تأكيد التزام الإقليم بتنفيذ الاستراتيجية وخطة العمل.

51. وكان التقدم أشد وضوحًا في جانب تعزيز أطر السياسات، والإنفاذ، والتطبيق. ويضع الآن 12 بلدًا في الإقليم تحذيرات صحية على عبوات التبغ وفقًا لأعلى مستوى من الإنجاز، بما في ذلك التحذيرات المصورة الكبيرة أو التغليف البسيط. فقد أحرزت المملكة العربية السعودية تقدمًا في التغليف البسيط والتحذيرات الصحية المصوّرة، في حين عزّزت

[4] **مجموعة التدابير الستة لمكافحة التبغ هي مجموعة من ستة تدابير مسندة بالبيّنات وعالية المردود قدمتها المنظمة في عام 2008 لمساعدة البلدان على تنفيذ اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ والحد من الطلب على التبغ. وتهدف التدابير الستة لمكافحة التبغ إلى رصد تعاطي التبغ وسياسات الوقاية منه، وحماية الناس من دخان التبغ، وعرض المساعدة للإقلاع عن تعاطي التبغ، والتحذير من أخطار التبغ، وإنفاذ حظر الإعلان عن التبغ والترويج له ورعايته، وزيادة الضرائب المفروضة على منتجات التبغ.**

باكستان تشريعاتها من خلال فرض قيود أشد صرامة على الإعلان عن التبغ والترويج له ورعايته وتوسيع نطاق الملصقات التحذيرية. وأما في جمهورية إيران الإسلامية، فقد أدى استمرار الإجراءات التنظيمية والدعم المُقدَّم من منظمة الصحة العالمية إلى تعزيز تطبيق اتفاقية المنظمة الإطارية بشأن مكافحة التبغ، بما في ذلك التدابير المتعلقة بالتشريعات والترصد والاتجار غير المشروع وتدخل دوائر صناعة التبغ والتغليف البسيط. وفرض المغربُ زيادة كبيرة في ضرائب التبغ من خلال زيادة ضرائب الإنتاج وزيادات متتالية في الأسعار. وعززت البلدان في شتى أنحاء شمال أفريقيا متطلبات التغليف والتوسيم، ووسَّعت نطاق حظر الإعلان عن التبغ والترويج له ورعايته. وأحرز الأردن ولبنان تقدمًا في السياسات الخاصة بخلو الأماكن العامة من التدخين، وتدابير التوعية العامة، في حين حافظت الجمهورية العربية السورية على التدابير الأساسية لمكافحة التبغ في ظل بيئة عمل معقّدة. وفي الصومال، ركز التقدم المحرز على النهوض بتشريعات مكافحة التبغ. وفي الأماكن الأخرى الهشة والمتضررة من النزاعات، ركزت الجهود على الحفاظ على التدابير الأساسية لمكافحة التبغ، وإدماج دعم الإقلاع عن التدخين في الرعاية الصحية الأولية حيثما أمكن.

52. وأما على مستوى المجتمع المحلي، فقد دعمت المنظمةُ مبادرات مثل مبادرة "رياضة بلا تبغ" ومبادرة "قرى صحية" في بلدان عديدة، مع الجمع بين سياسات الخلو من التدخين ودعم الإقلاع عن التدخين وأنشطة التوعية المستهدفة. وفي الوقت نفسه، تعكف البلدان في شتى أنحاء الإقليم على تعزيز اللوائح التنظيمية للنُظُم الإلكترونية لإيصال النيكوتين ومنتجات النيكوتين المستجدة الأخرى، لا سيما للحد من الإقبال عليها بين الشباب.

الصحة النفسية

53. إن احتياجات الصحة النفسية في إقليم شرق المتوسط من أعلى الاحتياجات على الصعيد العالمي، بسبب النزاعات الطويلة الأمد والنزوح والأزمات المتكررة. وتشير التقديرات إلى أن معدل انتشار الاضطرابات النفسية يبلغ 15.7%، ويُعزى ذلك بالكامل تقريبًا إلى حالات الطوارئ السائدة في الإقليم. ورغم هذه التحديات، تُظهر أحدث التقديرات (2024) أن معدلات الانتحار انخفضت بنسبة 17% منذ عام 2019 في الإقليم، وهو ما يدل على تزايد الجهود الرامية إلى توسيع نطاق الحصول على الرعاية وتعزيز خدمات الصحة النفسية. ولكن لا يزال الحصول على الرعاية محدودًا بشدة. وتصل الفجوات العلاجية إلى 90% في بعض البلدان، ولا يبلغ متوسط القوى العاملة في مجال الصحة النفسية سوى 4.7 عاملين لكل 100 ألف نسمة – مقابل 15.4 على الصعيد العالمي. وتوجد فوارق كبيرة في الموارد البشرية العاملة في مجال الرعاية الصحية النفسية بحسب حالة الطوارئ، إذ يبلغ وسيط عدد العاملين في الصحة النفسية 2.6 لكل 100 ألف نسمة في البلدان التي تشهد حالات طوارئ، مقابل 12.8 لكل 100 ألف نسمة في البلدان غير المتأثرة بحالات الطوارئ. وغالبًا ما تتركَّز الخدمات في مرافق الرعاية التخصصية بالمناطق الحضرية، في حين أن الوصم ونقص الاستثمار وضعف الاندماج في النُّظم الصحية يحرمون معظم الناس من الحصول على الدعم اللازم.

54. ولكن الصحة النفسية أصبحت تزداد اندماجًا في النُّظم الصحية الوطنية في شتى أنحاء الإقليم. وركَّز التقدم المُحرَز خلال المدة المشمولة بالتقرير على توسيع نطاق الخدمات المجتمعية، وتعزيز تكاملها داخل الرعاية الصحية الأولية، وإدماج الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي في نُظم التأهب للطوارئ والاستجابة لها.

55. وقدمت المنظمةُ الدعم إلى 14 بلدًا لتوسيع نطاق الخدمات المجتمعية في مجال الصحة النفسية من خلال برنامج عمل المنظمة بشأن سد الفجوات في مجال الصحة النفسية.[5] وقد أُحرِز تقدُّم من حيث الإدماج في الرعاية الأولية، إذ ارتفعت حصة البلدان التي تستوفي أربعة من خمسة معايير للإدماج من 25% في عام 2020 إلى 38% في عام 2025، وأبلغ 95% من البلدان عن أنها درَّبت العاملين في مجال الرعاية الصحية الأولية على التدبير العلاجي للصحة النفسية. وقد ساعدت هذه الجهود على توسيع نطاق الحصول على خدمات الصحة النفسية وتعزيز رعاية الصحة النفسية على مستوى المجتمع المحلي.

56. وفي البحرين، أدى تدريب أطباء الأسرة في إطار برنامج عمل المنظمة بشأن سد الفجوات في مجال الصحة النفسية إلى زيادة قدرة العاملين في الصفوف الأمامية على تحديد حالات الصحة النفسية ذات الأولوية وتوفير التدبير العلاجي لها. وفي العراق، ساعدت المنظمةُ وزارة الصحة على وضع الاستراتيجية الوطنية للصحة النفسية وتعاطي مواد الإدمان (2025–2030). وفي الأردن، استُكملت أول دراسة لجدوى الاستثمار في الصحة النفسية في الإقليم، وهو ما عزز قاعدة البيّنات اللازمة لاتخاذ قرارات السياسات والتمويل. ودعمت المنظمةُ أيضًا إدماج الصحة النفسية في الرعاية الأولية عن طريق تدريب ما يقرب من 300 طبيب أسرة في إطار برنامج عمل المنظمة بشأن سد الفجوات في مجال الصحة النفسية، وإدخال أداة فحص

[5] أطلقت منظمة الصحة العالمية في عام 2008 "برنامج العمل الخاص بسد الفجوات في مجال الصحة النفسية" لمعالجة الفجوة الكبيرة بين ارتفاع معدل انتشار الاضطرابات النفسية والعصبية والإدمانيَّة والموارد المحدودة المتاحة لعلاجها.

وطنية للأطفال والمراهقين من أجل تحسين الاكتشاف المبكر والإحالة. وفي قطر، وُضعت الصيغة النهائية لخطة عمل مُحدَّثة للصحة النفسية (2026–2030)، وأُنشئت لجنة وطنية لدعم تنفيذ قانون الصحة النفسية (2016)، وبدأ العمل على ميثاق لحقوق المرضى، إلى جانب استمرار الدعوة العالية بشأن التوحد.

57. واعتمدت الدول الأعضاء خطة العمل الإقليمية للصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي في حالات الطوارئ (2024-2030) في الدورة الحادية والسبعين للجنة الإقليمية لشرق المتوسط في عام 2024. وبحلول عام 2025، كان أكثر من ثلاثة أرباع بلدان الإقليم قد أدمجت مكونات الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي في خططها الخاصة بالتأهب لحالات الطوارئ والاستجابة لها و/أو خطط إدارة مخاطر الكوارث (بعد أن كانت نسبة تلك البلدان 52% في عام 2020)، وقدَّم 81% هذا الدعم أثناء حالات الطوارئ (مقارنةً بنسبة 45% على الصعيد العالمي). وكانت لدى 76% من هذه البلدان منصاتُ تنسيق متعددة القطاعات، وقدم اختصاصيو الصحة النفسية الدعم اللازم لتدريب مقدمي الرعاية الأولية والإشراف عليهم في جميع البلدان المتضررة من الطوارئ، وفي 85% من البلدان الأخرى. وعززت المنظمة قدرات الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي في العديد من الأماكن التي تشهد أزمات. ولكن لم يُبلِغ سوى 56% من البلدان عن وجود تمويل مخصص (مقارنة بنسبة 69% على الصعيد العالمي)، ولم يُوثَّق سوى 44% من البلدان التقدم المُحرَز أو الأثر، وهو ما يدل على أن تطوير النظام لا يزال يفوق التمويل والتقييم.

58. وفي جمهورية إيران الإسلامية، ساعدت المنظمةُ وزارة الصحة والتعليم الطبي على تكوين فريق عامل تقني معني بالصحة النفسية في حالات الطوارئ، وتعزيز قدرات القوى العاملة الصحية من خلال التدريب على الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي في حالات الطوارئ. وفي لبنان، دعمت المنظمةُ إدماج الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي في نُظُم التأهب للطوارئ والاستجابة لها، وعززت قدرات القوى العاملة في مجال الإسعافات الأولية النفسية وإدارة الأزمات، وعززت آليات التنسيق وتقديم الخدمات للحفاظ على إتاحة الرعاية الصحية النفسية في أثناء الطوارئ. وفي ليبيا، حرصت المنظمة على دعم إطلاق الاستراتيجية الوطنية للصحة النفسية، وتعزيز قدرات القوى العاملة في الرعاية الصحية الأولية من خلال برنامج عمل المنظمة بشأن سد الفجوات في مجال الصحة النفسية والتدريب على الدعم النفسي الاجتماعي، وتوسيع نطاق حصول اللاجئين السودانيين وغيرهم من الفئات السكانية الضعيفة على خدمات الصحة النفسية المتخصصة. وفي فلسطين، اشتركت المنظمة في قيادة التنسيق الخاص بالصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي، وعقدت أكثر من 24 اجتماعًا للشركاء، ودرَّبت أكثر من 350 مستشارًا مدرسيًّا وأكثر من 700 عامل في المجال الإنساني على التدخلات الطارئة في مجال الصحة النفسية، وعززت خدمات الصحة النفسية المجتمعية، واشترت 23 دواءً نفسيًّا أساسيًّا لوزارة الصحة ووكالة الأمم المتحدة لإغاثة وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين في الشرق الأدنى (الأونروا). وأدت إعادة تأهيل مستشفى بيت لحم للطب النفسي وتقديم الدعم لبرامج الصحة النفسية المدرسية إلى زيادة تعزيز القدرة على تقديم الخدمات والتأهب للطوارئ. وفي الصومال، أدرجت المنظمةُ الرعاية المتكاملة المُراعية للصدمات والإسعافات الأولية النفسية في التدريب على الرعاية الطارئة والتدبير العلاجي لسوء التغذية، مع توسيع نطاق التطبيق من خلال التنسيق المتعدد القطاعات الذي تشترك المنظمة في قيادته. وفي السودان، أدمجت المنظمةُ الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي في خدمات الرعاية الصحية الأولية وخدمات الطوارئ، وذلك بوسائل منها العيادات المتنقلة التي تخدم السكان النازحين. وفي عام 2025، استضافت قطر مؤتمر القمة الوزاري بشأن الصحة النفسية، الذي ضم الدول الأعضاء وخبراء عالميين.

المبادرة الرئيسية الإقليمية: تسريع إجراءات الصحة العامة بشأن تعاطي مواد الإدمان

59. يُعدّ تعاطي مواد الإدمان تحديًا ماكرًا من تحديات الصحة العامة في شتى أنحاء الإقليم، وذلك التحدي يؤجّجه النزاع والنزوح والتحول الاجتماعي السريع واتساع نطاق الأسواق غير المشروعة. وتشير التقديرات إلى أن 6.7% من السكان يتعاطون المخدرات، إذ يستأثر اضطراب تعاطي المواد الأفيونية بنحو نصف حالات تعاطي المخدرات، وبما يقارب 80% من سنوات العمر المُصحَّحة حسب الإعاقة التي تُعزى إلى الاضطرابات الناجمة عن تعاطي مواد الإدمان. ويقع في الإقليم نحو 17% من الوفيات العالمية الناجمة عن المواد الأفيونية رغم أن سكانه ليسوا سوى 9% من سكان العالم، وهو ما يدل على ارتفاع عبء اضطرابات تعاطي المواد الأفيونية، والغياب شبه التام للمعالجة بمنشطات الأفيونات في كثير من البلدان، على النحو المُفصَّل في تقرير المخدرات العالمي لعام 2025. وعلى الرغم من حجم المشكلة، لا تزال التغطية العلاجية منخفضة، إذ لم يتلق العلاج في عام 2022 سوى شخص واحد من كل 13 شخصًا مصابًا بالاضطرابات الناجمة عن تعاطي مواد الإدمان في الإقليم، وهو ما يدل على وجود ثغرات في الخدمات، واستمرار الوصم، وضعف نُظُم الترصُّد.

60. ويزداد يومًا بعد يوم إدراك البلدان أن تعاطي مواد الإدمان يمثل تحديًا من تحديات الصحة العامة التي تتطلب اتخاذ إجراءات مُنسَّقة على نطاق خدمات الوقاية والعلاج والحد من الأضرار والتعافي. وفي عام 2024، أقرت الدورة الحادية والسبعون للجنة الإقليمية لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط مبادرة رئيسية إقليمية بشأن تسريع إجراءات الصحة العامة بشأن تعاطي مواد الإدمان، وهو ما يعزز اتباع نهج متوازن وموجَّه نحو الصحة العامة. وجرى تعزيز التعاون الإقليمي من خلال وضع خطة عمل مشتركة بشأن تعاطي مواد الإدمان للتحالف الصحي الإقليمي.

61. وعلى المستوى القُطري، استمر إحراز تقدم في تعزيز الوقاية من تعاطي مواد الإدمان وعلاجه. وفي العراق، زاد إدماج خدمات الصحة النفسية وتعاطي مواد الإدمان في الرعاية الصحية الأولية من خلال إقرار بروتوكول وطني موحد للاضطرابات الناجمة عن تعاطي مواد الإدمان. ودعمت المنظمةُ أيضًا إعداد مبادئ توجيهية وطنية لوسائل الإعلام والمجتمعات المحلية بهدف الحد من الوصم وتعزيز الوقاية والتوعية، ودعمت إصدار تقرير تحليلي لوضع المخدرات في عام 2025 [6] من أجل الاسترشاد به في السياسات والتخطيط. وفي الكويت، أجرت منظمة الصحة العالمية بعثة استطلاعية لتقييم استجابة الصحة العامة لتعاطي مواد الإدمان، وهو ما استُرشد به في إعداد مقترح مشترك للأمم المتحدة بالتعاون مع مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، بتمويل من حكومة الكويت. وفي مصر، دعمت المنظمة إجراء حوار وطني متعدد الأطراف لاستعراض السياسات والتشريعات المتعلقة بتعاطي مواد الإدمان، إلى جانب التوسع في خدمات العلاج والتعافي. وفي لبنان، عُقد حوار مماثل بالتعاون مع البرنامج الوطني للصحة النفسية، واستُرشد بنتائجه في تحديث الاستراتيجية الوطنية الخاصة بتعاطي مواد الإدمان وإصلاح التشريعات ذات الصلة. وفي الجمهورية العربية السورية، جاء حوار بشأن السياسات مُكمِّلًا للدعم الذي قدَّمته المنظمة لوضع خطة استراتيجية متعددة القطاعات، للوقاية من تعاطي مواد الإدمان وعلاجه، ودعمت المنظمة كذلك وضْع خطة مماثلة في الصومال. وتوسَّعت كذلك خدمات العلاج والتعافي في أفغانستان، وفي باكستان التي من المقرر أن يُعقد فيها حوار وطني بشأن السياسات في تشرين الثاني/ نوفمبر 2026.

الإصابات والعنف والسلامة على الطرق

62. تمثل الإصابات والعنف عبئًا كبيرًا ومتزايدًا على الصحة العامة في الإقليم، إذ تُسبِّب أكثر من 433 ألف وفاة سنويًّا وتؤثر تأثيرًا بالغًا على الشباب والفئات السكانية الضعيفة. والإصابات الناجمة عن حوادث الطرق تتسبب وحدها في ما يقرب من ثلث الوفيات الناجمة عن الإصابات، إذ يسجل الإقليم ثاني أعلى معدلات الوفيات على مستوى العالم – أيْ 19.6 وفاة لكل 100 ألف نسمة – وهو ما يزيد كثيرًا على المتوسط العالمي البالغ 15.3، على النحو المُفصَّل في تقرير المنظمة العالمي عن حالة السلامة على الطرق لعام 2023. ولا يزال الغرق من الأسباب الرئيسية لوفاة الأطفال، في حين أن العنف مع النساء والأطفال لا يزال شاغلًا رئيسيًّا من شواغل الصحة العامة والشواغل الاجتماعية، وتتفاقم آثاره في البيئات الهشة والمتضررة من النزاعات. وقد عززت المنظمةُ القدرة الإقليمية والوطنية على الوقاية من الإصابات والعنف من خلال دعم السياسات، ونُظُم البيانات، والتنسيق المتعدد القطاعات.

63. وخلال المدة المشمولة بالتقرير، استخدم 18 بلدًا أداة رصد إقليمية لتتبُّع تنفيذ تدخلات السلامة على الطرق. وقد أُعِدَّت هذه الأداة عقب نشر التقرير العالمي عن حالة السلامة على الطرق لعام 2023، وتُستخدم باستمرار منذ ذلك الحين في شتى أنحاء الإقليم. وتعمل المبادرات المُوجَّهة، ومنها برنامج بشأن سلامة راكبي الدراجات يدعمه صندوق الأمم المتحدة للسلامة على الطرق، على النهوض بأطر التشريعات والإنفاذ في البلدان التي تنوء بعبء جسيم. وفي قطر، وُضعت خطة عمل شاملة للسلامة على الطرق في أواخر عام 2025، استنادًا إلى التحليل القائم على البيانات، والتدخلات المسندة بالبيّنات، والمشاركة المتعددة القطاعات. وفي تونس، قدَّمت المنظمةُ الدعمَ اللازم لتنفيذ الاستراتيجية الوطنية المتعددة القطاعات للسلامة على الطرق من خلال تعزيز آليات الحوكمة والمساءلة، بما في ذلك دعم المرصد الوطني لسلامة المرور. وتُطبَّق في تونس العاصمة مبادرةٌ تجريبية باسم "منطقة 30" استنادًا إلى مبادئ النظام الآمن، بهدف حماية مستخدمي الطرق المعرضين للخطر من خلال إدارة السرعة وتحسين التصميم الحضري الآمن. وقد اتسع أيضًا نطاق التعاون الإقليمي من خلال حلقات العمل التقنية، والبحوث، وتبادل المعارف لتعزيز استراتيجيات الوقاية.

64. وفيما يتعلق بمنع العنف، ساعدت المنظمةُ 11 بلدًا وأرضًا على تعزيز استجابات النُّظم الصحية لحالات العنف مع النساء والأطفال من خلال وضع السياسات وبناء القدرات وتكامل الخدمات. وتلقى أكثر من 1500 عامل صحي تدريبًا

[6] أُعِدَّ بالتعاون مع مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة.

على تقديم رعاية تركز على الناجين، ووُضِعت إرشادات وطنية للمُيسِّرين بشأن العنف مع الأطفال في تشرين الثاني/ نوفمبر 2025، وهو ما عزز دور قطاع الصحة في الوقاية والكشف المبكر والاستجابة.

65. وعلى الصعيد الإقليمي، أصدرت المنظمةُ في نيسان/ أبريل 2026 تقديرات جديدة لمعدل انتشار العنف مع المرأة، وأظهرت تلك التقديرات أن 27.2% من النساء في إقليم شرق المتوسط، أي ما يعادل نحو 90 مليون امرأة، تعرضن في حياتهن لعنف بدني أو جنسي أو كليهما على يد العشير، وهو ثالث أعلى معدل انتشار على الصعيد العالمي. ودعمت المنظمة أيضًا مساهمات البلدان في التقرير العالمي الثاني عن حالة منع العنف مع الأطفال، المُقرَّر إصداره خلال المؤتمر الوزاري العالمي الثاني بشأن إنهاء العنف مع الأطفال (مانيلا، الفلبين، 19-18 تشرين الثاني/ نوفمبر 2026)، وشرعت في تنفيذ خطة عمل استراتيجية إقليمية بشأن منع العنف مع المرأة (2025–2030) في عام 2025، بما في ذلك إطار للرصد والتقييم والمساءلة والتعلم.

66. وعلى الصعيد القُطري، دعمت المنظمةُ العراق في تنقيح مسارات الإحالة الوطنية، وإجراءات التشغيل الموحدة، والمبادئ التوجيهية السريرية للتصدي للعنف مع المرأة، إلى جانب نشر استراتيجية وطنية مُحدَّثة لمكافحة العنف مع النساء والفتيات 2025–2030. وفي أفغانستان، حدَّثت المنظمةُ البروتوكولات الوطنية لعلاج الناجين من العنف، ودرَّبت أكثر من 200 عامل صحي، ودعمت المركز الوطني المتقدم لإحالة حالات العنف القائم على النوع الاجتماعي لتقديم الخدمات الطبية والنفسية والاجتماعية والمشورة لأكثر من 5000 ناجٍ. وفي الكويت، عزَّزت المنظمة حماية الأطفال من خلال تدريب المهنيين الصحيين والمعنيين بالصحة المدرسية، وتحسين مسارات الإحالة، وتعزيز المساءلة المتعددة القطاعات. وفي ليبيا، دعمت المنظمةُ الجهات الوطنية المعنية لتعزيز الوقاية من العنف مع الأطفال، مع التركيز بشدة على النُّهُج الشاملة وحماية الأطفال ذوي الإعاقة. وفي السودان، أدمجت المنظمةُ خدمات العنف مع المرأة في برامج الرعاية الصحية الأولية والاستجابة للطوارئ، وذلك بوسائل منها نُهُج التطبيب الرقمي والتطبيب عن بُعد التي وسعت نطاق إتاحة الخدمات في المناطق المتضررة من النزاعات والتي يصعب الوصول إليها. وفي اليمن، دعمت المنظمةُ إقرار البروتوكول الوطني لمكافحة العنف مع المرأة ومدونة قواعد السلوك الخاصة بوزارة الصحة العامة والسكان، ودرَّبت أكثر من 420 موظفًا من موظفي الحكومة والقطاع الصحي والمجتمع المدني، وشرعت في إجراء تقييمات عالية الجودة لتعزيز استعداد المرافق الصحية للاستجابة لحالات العنف مع المرأة.

67. ولا يزال الغرق يمثل مشكلة صحية عامة كبرى، ولكن يمكن الوقاية منها، إذ تسبب في وفاة ما يُقدَّر بنحو 35000 شخص في عام 2021، أي قرابة 12% من العدد الإجمالي العالمي. ويشهد إقليم شرق المتوسط ثاني أعلى معدل للوفيات الناجمة عن الغرق في العالم (4.4 لكل 100 ألف نسمة)، وأعلى معدل لغرق الأطفال في الفئة العمرية من الولادة حتى سن 4 سنوات، مع تأثر الذكور والشباب على نحو غير متناسب.

68. وساندت المنظمةُ الجهود المتعددة القطاعات الرامية إلى الوقاية من الغرق، وذلك من خلال حلقة عمل مشتركة بين إقليمين عقدها مكتب المنظمة الإقليمي لشرق المتوسط ومكتبها الإقليمي لأفريقيا، وشارك فيها 11 بلدًا. ويسَّرت حلقةُ العمل تبادل أفضل الممارسات، وحددت أولويات نُظُم البيانات وحشد الموارد، وعززت الروابط مع استراتيجيات السلامة على الطرق وصحة الطفل. وفي لبنان، ساعدت المنظمةُ وزارة الصحة العامة على إطلاق أول مبادرة وطنية للوقاية من الغرق في البلد، وشمل ذلك حملة توعية عامة، ومواد للإبلاغ عن المخاطر، ومشاورة متعددة القطاعات شاركت فيها الهيئات الحكومية والدفاع المدني والبلديات وشركاء التنمية. وساعدت هذه الجهود على الارتقاء بالوقاية من الغرق بوصفها إحدى أولويات الصحة العامة، وأرست الأساس اللازم لتعزيز الترصد ووضع السياسات وتنسق الإجراءات. وساهمت المنظمة أيضًا في حلقة عمل تقنية بشأن المركبات الغارقة في المؤتمر العالمي للوقاية من الغرق الذي عُقد في تشرين الثاني/ نوفمبر 2025.

تمكين الفئات السكانية الأكثر عرضة للإصابة بالمرض وتوسيع نطاق المشاركة المجتمعية في مجال الصحة

69. تتجه البلدان بشكل متزايد نحو اعتماد نُهُج تشمل الحكومة بأكملها والمجتمع بأسره في تعزيز الصحة، انطلاقًا من إدراكها أن الحصائل الصحية تتشكل بفعل محددات اجتماعية وبيئية وسلوكية. واسترشادًا بقرار اللجنة الإقليمية ش م/ل إ69/ق-4 (2022)، دعمت المنظمةُ التنفيذ من خلال خريطة طريق إقليمية، ونُهُج إدماج الصحة في جميع السياسات، وآليات مُعززة للحوكمة والتنسيق والمساءلة.

70. ويجري حاليًّا ترويج البيئات الصحية –ومنها المدن الصحية والقرى الصحية والمدن المُراعية للمسنين والمدارس المُعزِّزة للصحة والجامعات الصحية– وتوسيع نطاقها في جميع أنحاء الإقليم لإنشاء منصات للعمل المتعدد القطاعات ولتهيئة بيئات مواتية لأنماط الحياة الصحية والعافية. واتسع نطاق الشبكة الإقليمية للمدن الصحية من 105 مدن مسجلة في عام 2022 إلى 186 مدينة حتى حزيران/ يونيو 2026. وفي الوقت نفسه، ارتفع عدد البلدان التي اعتمدت "المعايير العالمية

للمدارس المُعزِّزة للصحة" من بلد واحد إلى ثمانية بلدان. وزاد حجم الشبكة الإقليمية للجامعات الصحية بأكثر من الضعف خلال المدة المشمولة بالتقرير، إذ وصل عدد الجامعات المسجلة 23 جامعة حتى حزيران/ يونيو 2026، وهو ما يدل على تزايد الالتزام بإدماج الصحة والعافية في شتى المجتمعات المحلية والمؤسسات.

71. وتسارعت وتيرة التنفيذ على الصعيد القُطري. ففي المملكة العربية السعودية، اتسع نطاق برنامج المدن الصحية ليشمل 21 مدينة من المدن التي منحتها المنظمة هذا اللقب، وفي البحرين حصلت جميع المحافظات الأربع على لقب مدينة صحية بحلول عام 2025. وفي الإمارات العربية المتحدة، ظهرت الشارقة بوصفها نموذجًا إقليميًّا يجمع بين نهج المدن الصحية ونهج المدن المُراعية للمسنين، ويُعد مركزًا لتبادل المعارف الإقليمية. وفي قطر، أُعيد في عام 2026 منح لقب مدينة صحية لجميع البلديات الثماني، ولقب جامعة صحية للمدينة التعليمية وجامعة قطر، وهو ما يدل على الالتزام المستمر بنهج البيئات الصحية. وفي المغرب، انضمت الدار البيضاء إلى الشراكة العالمية من أجل مدن صحية في أوائل عام 2026، وأبدت أغادير رغبتها في الانضمام إلى الشبكة الإقليمية للمدن الصحية.

72. وسُجِّل أيضًا تقدُّم في مبادرات الجامعات الصحية. فقد حصلت ثماني مؤسسات تعليمية عليا في البحرين على لقب جامعة مُعزِّزة للصحة من منظمة الصحة العالمية بين عامي 2023 و2025، فزاد عدد تلك المؤسسات من صفر إلى ثمانٍ في غضون 3 سنوات، لتكون بذلك سبّاقة على مستوى الإقليم في تحقيق هذا الإنجاز. وفي عام 2026، حصلت أيضًا جامعة العلمين الدولية في مصر وثلاث جامعات في سلطنة عُمان على لقب جامعة صحية. واتسع نطاق تنفيذ نهج الرعاية المتكاملة للمسنين ليشمل ثمانية بلدان، بدعم من المركز المتعاون مع المنظمة للشيخوخة والخرف في مؤسسة حمد الطبية في قطر.

73. وساعدت المنظمةُ أيضًا البلدانَ على تطبيق الرؤى السلوكية والثقافية، وتعزيز الإلمام بالأمور الصحية، وإضفاء الطابع المؤسسي على المشاركة المجتمعية. ومن خلال تنفيذ إطار إقليمي للمشاركة المجتمعية، وسَّعت البلدان نطاق آليات المشاركة، وإشراك المجتمع المدني، وتلقي آراء المجتمع المحلي. وفي ليبيا وباكستان والصومال والسودان، أدت هذه النُّهُج إلى دعم التواصل بشأن المخاطر، والتصدي للمعلومات المغلوطة، وتحسين الإقبال على اللقاحات خلال حملات التمنيع. وفي جمهورية إيران الإسلامية، وصل النهج القائم على الرعاية الصحية الأولية لمعالجة المحددات الاجتماعية للصحة إلى أكثر من مليونَي شخص من خلال البروتوكولات الموحدة، وبناء القدرات، وتعزيز التنسيق المتعدد القطاعات. وفي الكويت، وصل برنامج "دايم" للتربية الإيجابية على الصعيد الوطني إلى أكثر من 400 أسرة، فأدى إلى تقوية مسارات تعزيز الصحة وحمايتها على مستوى المجتمع المحلي.

التصدي للمخاطر والآثار الصحية المترتبة على تغيُّر المناخ

تغيُّر المناخ وصحة البيئة

74. لا يزال إقليم شرق المتوسط من أشد الأقاليم تأثرًا بالمناخ على مستوى العالم، إذ يؤدي تزايد درجات الحرارة وندرة المياه وتلوث الهواء والظروف الجوية المتطرفة إلى تفاقم الصراعات والنزوح. في تشرين الأول/ أكتوبر 2025، حثَّت اللجنة الإقليمية للمنظمة، من خلال القرار ش م/ل إ72/ق-6 الدول الأعضاء على الإسراع في الانتهاء من "خطة العمل التنفيذية بشأن تغير المناخ والصحة في إقليم شرق المتوسط (2026-2030)". وتركز أول خطة محسوبة التكاليف في الإقليم بشأن المناخ والصحة على الترصد، والنُّظم الصحية القادرة على الصمود في مواجهة تغيُّر المناخ، والتمويل المستدام، وإنشاء مرصد إقليمي للأمن الصحي.

75. ويزداد يومًا بعد يوم تحوُّل البلدان من الوعي بالمخاطر الصحية المرتبطة بالمناخ إلى اتخاذ تدابير عملية للتكيف وبناء القدرة على الصمود. وركّز التقدم المحرز خلال المدة المشمولة بالتقرير على تعزيز البيّنات، وإدماج الاعتبارات المناخية في التخطيط والتأهب الصحي، وتوسيع نطاق الوصول إلى فرص التمويل في مجالي المناخ والصحة.

76. خلال عامي 2026/2025، جرى تعزيز الأدلة المتعلقة بالتكيّف مع تغير المناخ على مستوى البلدان من خلال الانتهاء من تقييمات قابلية التأثر والتكيف في مجال الصحة في كل من الأردن والعراق وسلطنة عُمان، استنادًا إلى الأعمال السابقة في جمهورية إيران الإسلامية ولبنان والمغرب والمملكة العربية السعودية والسودان. ولا يزال 15 بلدًا منخرطًا في تحالف العمل على إحداث التحول في المناخ والصحة. وفي العراق، دعمت المنظمةُ إجراء تقييم للهجرة المرتبطة بالمناخ وأثرها على الصحة، واستقصاءً للمعارف والمواقف والممارسات في محافظة البصرة، ووضع خطة البصرة للتكيف الصحي مع تغير المناخ، إلى جانب برنامج لتدريب المدربين قائم على الكفاءات في مجال الهجرة والصحة. وفي اليمن، دعمت المنظمةُ إعداد واعتماد خطة عمل وطنية للتكيف مع تغير المناخ والصحة، بما يوفر إطارًا لتعزيز قدرة النُّظم الصحية على الصمود في وجه تغير المناخ والتأهب لمواجهة المخاطر الصحية المرتبطة بالمناخ في واحدة من أكثر البيئات هشاشةً في الإقليم.

77. كما أُحرز تقدم في مجالي المناخ والتمويل الصحي. ودعمت المنظمة العمل الإقليمي بشأن النُّظم الصحية القادرة على الصمود في مواجهة تغير المناخ في البلدان ذات الدخل المنخفض. وقُدِّم الدعم إلى أفغانستان للتعاون مع الصندوق العالمي والبنك الدولي بشأن التمويل الصحي المتعلق بالمناخ. ووُضِعت بالتعاون مع ليبيا مذكرة مفاهيمية بقيمة 5 ملايين دولار أمريكي لصندوق التكيف، وبدأت مشاورات بشأن صندوق مواجهة الخسائر والأضرار مع الأردن والعراق والكويت ولبنان وباكستان.

78. وخلال الأعمال العدائية التي شهدتها منطقة الخليج في أوائل عام 2026، فعّلت المنظمةُ قدراتها الخاصة بالتقييم السريع للمخاطر الصحية البيئية، فنشرت نُظم الرصد بالأقمار الصناعية لرصد أمن المياه وجودة الهواء وتتبُّع بصمات الحرائق، إلى جانب رصد المخاطر الكيميائية والبيولوجية والإشعاعية والنووية. واسترشد إعداد تقارير الحالة والتنسيق المشترك بين الوكالات الذي قادته المنظمة بتقييمات المخاطر الصحية البيئية المتصلة بجزيرة خرج وبالانبعاثات النفطية الناجمة عن هجمات على مستودع النفط في طهران. ودعمت المنظمةُ أيضًا وزارة الصحة والتعليم الطبي الإيرانية في نشر الوعي، والتواصل بشأن المخاطر والمشاركة المجتمعية، وجهود الاستجابة في أعقاب ضربات مستودعات النفط في طهران.

79. واستمر تعزيز نُظُم الصحة البيئية في شتى أنحاء الإقليم. وتُبلغ الآن أكثر من 120 مدينة عن بيانات جودة الهواء، في حين أن الشبكات الإقليمية للسلامة الكيميائية ومراكز السموم وسلامة الأغذية دعمت التأهب والاستجابة. ودعمت المنظمةُ أيضًا تنفيذ الاستراتيجية العالمية للمنظمة بشأن سلامة الأغذية 2022–2030 من خلال تقييمات النُّظم الوطنية لسلامة الأغذية والترصُّد.

المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية

80. ركَّز التقدم المُحرَز في خدمات المياه والصرف الصحي والنظافة الشخصية، وإدارة نفايات الرعاية الصحية، والصحة والسلامة المهنيتين على تعزيز النُّظم في مرافق الرعاية الصحية. وشهد التدريبُ على "أداة تحسين خدمات المياه والصرف الصحي والنظافة العامة في المرافق الصحية" (WASH FIT) وتنفيذُها توسعًا في عدة بلدان، منها جمهورية إيران الإسلامية ولبنان وليبيا والمغرب والجمهورية العربية السورية، في حين أسهم 21 من بلدان الإقليم وأراضيه الاثنين والعشرين في التقرير العالمي المتعلق بخدمات المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية في مرافق الرعاية الصحية، الذي عُرض على اجتماع رفيع المستوى عُقد في أثناء الجمعية العامة للأمم المتحدة في شهر أيلول/ سبتمبر 2025. وفي البيئات الهشة والمتضررة من النزاعات، دعمت المنظمةُ استمرار الخدمات الصحية الأساسية من خلال تدخلات المياه والصرف الصحي والنظافة الشخصية: ففي اليمن، شمل ذلك توفير أكثر من 60 مليون لتر من المياه المأمونة للمرافق الصحية، وإعادة تأهيل البنية التحتية للمياه والصرف الصحي في مستشفيات الإحالة، وتدريب العاملين الصحيين والعاملين في هذا المجال على أداة WASH FIT، وفي ليبيا، عززت المنظمةُ خدمات المياه والصرف الصحي والنظافة الشخصية في الكُفرة إلى جانب فرق الطوارئ الطبية، وفي فلسطين أدت تحسينات المياه والصرف الصحي والنظافة الشخصية إلى دعم الوقاية من العدوى ومكافحتها والحد من انتقال الأمراض السارية.

الصحة والسلامة المهنيتان

81. في مجال الصحة والسلامة المهنيتين، دعمت المنظمةُ بعض البلدان، منها قطر والمملكة العربية السعودية والإمارات العربية المتحدة، لتعزيز البرامج التي تحمي العاملين الصحيين، إلى جانب شراكات أوسع نطاقًا مع منظمة الأغذية والزراعة للأمم المتحدة (الفاو)، والاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر، واليونيسف، والسلطات الوطنية للنهوض بنُظم صحية أكثر أمانًا واستدامةً وقدرةً على الصمود في جميع أنحاء الإقليم.

الحد من أوجه الجور في مجال الصحة من خلال التصدي للمُحدِّدات الاجتماعية والاقتصادية والبيئية وغيرها من مُحدِّدات الصحة

82. لا تزال الحصائل الصحية في شتى أنحاء الإقليم تتأثر بظروف تتجاوز نطاق قطاع الصحة بكثير، وهذه الظروف غير مُوزَّعة بالتساوي. وتُمثِّل المخاطر البيئية وحدها ما يُقدَّر بنحو 23% من إجمالي عبء الأمراض في الإقليم، إذ تُسهم في وقوع ما يقارب مليون وفاة مبكرة سنويًّا - مرتبطة بتلوث الهواء، وتراجع مستوى مأمونية المياه والصرف الصحي، والمواد الكيميائية السامة، والأغذية غير المأمونة - كما أن التعرض لهذه المخاطر يتوزع بشكل غير متكافئ: فمعظم سكان الإقليم تقريبًا يعيشون في بيئة تتسم بجودة هواء غير صحية، وأكثر من 40% منهم يفتقرون إلى خدمات المياه والصرف الصحي المدارة بشكل آمن، ويقع العبء الأكبر على عاتق المجتمعات المحرومة والمهمشة. ويؤدي النزاع والنزوح والحيز المالي المحدود إلى زيادة توسُّع هذه الثغرات في الأماكن الهشة والمتضررة من الأزمات في الإقليم.

83. ودعمت المنظمةُ البلدان لتحويل هذه البيّنات إلى إجراءات مُحدَّدة الأهداف على مستوى المناطق والمجتمعات المحلية. واستنادًا إلى توصيات لجنة شرق المتوسط المعنية بالمحددات الاجتماعية للصحة (2022)، قُدِّم الدعم للبلدان لتطبيق مجموعة الأدوات الإقليمية للمحددات الاجتماعية لوضع استراتيجيات وخطط وطنية ودون وطنية لمعالجة المحددات الاجتماعية للصحة والإنصاف. وتوجد مجموعة الأدوات هذه على منصة إلكترونية تُرشد المستخدمين خطوة بخطوة خلال عملية وضع الخطط الاستراتيجية وخطط العمل، مع ترجمة توصيات اللجنة إلى إجراءات عملية وفقًا للسياق الوطني والأولويات الوطنية، باستخدام نُهُج تشمل الحكومة بأكملها والمجتمع بأسره، وإدماج الصحة في جميع السياسات. ويُكمِّل ذلك التزام الإقليم الأوسع نطاقًا بتشخيص ومعالجة الأسباب الجذرية لمشكلات الصحة العامة والحالات المحددة التي تؤدي إلى وجود اختلافات يمكن تجنبها في الصحة داخل البلدان وفيما بينها.



الأولوية الإقليمية الثانية (تقديم الخدمات)

تيسير حصول الجميع على الرعاية الصحية ذات الجودة العالية، وخصوصًا الفئات السكانية التي يصعُب الوصول إليها والفئات السكانية الأشد عُرضة للمخاطر

تعزيز إتاحة خدمات جيدة بشأن الأمراض غير السارية والصحة النفسية والأمراض السارية

الأمراض غير السارية وتقديم خدمات متكاملة

84. تعكف البلدان على تعزيز تقديم خدمات متكاملة من خلال الرعاية الصحية الأولية، مع تركيز دعم المنظمة على توحيد الرعاية، وتحسين الاكتشاف المبكر، ومواءمة الخدمات مع أهداف التغطية الصحية الشاملة. وبعض الشراكات، مثل الشراكة مع مؤسسة "عازمون على إنقاذ الأرواح"، حشدت التمويل اللازم لتنفيذ نُظُم التدبير العلاجي لارتفاع ضغط الدم والسكري باستخدام حزمة HEARTS التقنية الصادرة عن منظمة الصحة العالمية، مع تولي مصر وباكستان قيادة التنفيذ. ويستخدم 14 بلدًا الآن مبادئ توجيهية مُسندة بالبيّنات من أجل التدبير العلاجي للأمراض غير السارية من خلال نهج الرعاية الصحية الأولية. وهذا التحوُّل صوب الرعاية المتكاملة التي تتمحور حول الرعاية الصحية الأولية يُترجَم إلى خدمات أكثر تنسيقًا وإتاحةً، وهو ما يقلل التجزؤ، ويُحسّن استمرارية الرعاية.

85. وفي جمهورية إيران الإسلامية، أدت حزم الخدمات الموحدة إلى الحد من التشتُّت وتوجيه عملية تصميم حزم منافع التغطية الصحية الشاملة. وعززت سلطنة عُمان الرعاية الصحية الأولية عن طريق ضمان الاستثمار المستدام وتحسين التشخيص المبكر واستمرارية الرعاية والتدبير العلاجي للأمراض غير السارية. وأدمج الأردن خدمات الأمراض غير السارية والصحة النفسية في الرعاية الصحية الأولية، بما في ذلك توسيع نطاق تنفيذ برنامج عمل المنظمة بشأن سد الفجوات في مجال الصحة النفسية. ووسَّع المغرب وباكستان والصومال وتونس واليمن نطاق الخدمات المتكاملة للأمراض غير السارية من خلال الرعاية الصحية الأولية والمنصات المجتمعية، في حين عززت جيبوتي قدرات القوى العاملة وتقديم الخدمات لتحسين رعاية الأمراض غير السارية. وفي فلسطين، ساعدت المنظمةُ وزارة الصحة في غزة على مواصلة تقديم خدمات الأمراض غير السارية الأساسية أثناء الطوارئ الإنسانية من خلال ضمان التنسيق في تقديم الخدمات، وحزمة الحد الأدنى من الرعاية، وتدريب أكثر من 400 عامل صحي، وتوفير الأدوية والإمدادات الأساسية والفرق الطبية الطارئة المتخصصة.

خدمات السل والأمراض السارية

86. يجري تعزيز تقديم خدمات مكافحة السل من خلال نماذج رعاية أكثر تكاملًا تُركز على الرعاية الصحية الأولية. وتواصل آليات المساءلة المتعددة القطاعات توسيع نطاقها، ومن المتوقع أن يتضاعف تقريبًا عدد البلدان التي تنفذ هذه النُّهُج من 11 إلى 20 بلدًا بحلول عام 2028. كما أن بعثات لجنة الضوء الأخضر الإقليمية في مصر والجمهورية العربية السورية والسودان قد دعمت الانتقال إلى أنظمة العلاج الفموي الكامل، وحسَّنت الإدارة البرنامجية لحالات السل المقاوم للأدوية، وهو ما أسهم في تقريب الرعاية من المرضى وتخفيف عبء العلاج عنهم.

التمنيع والأطفال الذين لم يحصلوا على أي جرعات

87. تعمل المنظمةُ على تسريع وتيرة الدعم المُقدَّم إلى برامج التمنيع الوطنية لعكس مسار التراجع في معدلات التغطية بالتمنيع الروتيني ومعالجة فجوات الإنصاف الآخذة في الاتساع في شتى أنحاء الإقليم. وفي عام 2025 وحده، لم يحصل ما يقدر بنحو 2.4 مليون طفل على أي جرعة من اللقاح، ولم يحصل 3.7 ملايين طفل على الجرعة الأولى من اللقاح المحتوي على الحصبة. وحتى قبل أن تتصاعد الأعمال العدائية في أنحاء الشرق الأوسط في عام 2026، كانت معدلات التغطية في تراجع: فقد انخفضت نسبة التغطية بالجرعة الأولى من لقاح الدفتيريا والتيتانوس والسعال الديكي من 89% في عام 2019 إلى 88% في عام 2025، وانخفضت نسبة التغطية بالجرعة الأولى من لقاح الحصبة من 82% إلى 81%، وهي نسب أقل بكثير من الحد الأدنى البالغ ≥ 95% المطلوب للحفاظ على حالة التخلص من الحصبة. وخلال المدة من عام 2020 إلى عام 2025، لم يحصل ما يُقدَّر مجموعه بنحو 14.6 مليون طفل في الإقليم على الجرعة الأولى من اللقاح الثلاثي (أيْ 12.8% من الرُّضَّع الباقين على قيد الحياة البالغ عددهم 114 مليونًا). وفي عام 2025 وحده، قُدِّر عدد الأطفال الذين لم يتلقَّوا أي جرعة بنحو 2.4 مليون طفل، يتركّز قرابة 94% منهم في ستة بلدان، هي: اليمن (29.2%)، وأفغانستان (20.2%)، وباكستان (19.5%)، والسودان (11.5%)، والصومال (7.5%)، والجمهورية العربية السورية (6.2%).

88. وقد أسفرت أنشطة التمنيع التكميلي عن تقديم 72 مليون جرعة من اللقاح المحتوي على الحصبة، فجرى الوصول إلى 60 مليون طفل في سبعة بلدان، في حين أن "حملة الاستدراك الواسعة"[7] وصلت إلى 53% من الأطفال الذين لم يتلقوا أي جرعة من لقاح الدفتيريا والتيتانوس والسعال الديكي و67% ممن لم يتلقوا أي جرعة من لقاح الحصبة، فأعطت نحو 9.9 ملايين جرعة من لقاح الدفتيريا والتيتانوس والسعال الديكي و13.4 مليون جرعة من لقاح الحصبة. وفي أفغانستان، نُشِر 695 شخصًا إضافيًّا من القائمين على التطعيم في جميع المقاطعات البالغ عددها 34 مقاطعة. ووسَّعت جيبوتي والجمهورية العربية السورية نطاق تغطيتها بالتمنيع. ودرَّب الأردن 4000 عامل صحي، ووسَّع نطاق قدرات سلسلة التبريد لديه. ووضعت ليبيا استراتيجية تمنيع وطنية محسوبة التكاليف وتركز على الإنصاف. وفي باكستان، حُشِد 7000 من القائمين على التطعيم في آزاد جامو وكشمير، وبلوشستان، وإسلام أباد، وخيبر باختونخوا؛ ودعمت المنظمةُ حملة التطعيم ضد فيروس الورم الحليمي البشري الأولى في باكستان، لحماية أكثر من 9.6 ملايين فتاة تتراوح أعمارهن بين 9 أعوام و14 عامًا، فضلًا عن دعم حملة وقائية لقّحت 34 مليون طفل ضد الحصبة والحصبة الألمانية، و19 مليون طفل ضد شلل الأطفال في 88 منطقة معرضة لخطر مرتفع. وفي الصومال، في عام 2026، حصل على الجرعة الأولى من اللقاح الخماسي التكافؤ، الذي يحمي من أمراض مثل الدفتريا والسعال الديكي، قرابة 700 ألف طفل لم يسبق لهم تلقِّي أي جرعات. وفي اليمن، دُرِّب وجُهِّز 6000 عامل صحي لتقديم خدمات التمنيع الروتيني، ومنها "حملة الاستدراك الواسعة". وفي فلسطين، نُفِّذت ثلاث حملات تطعيم استدراكية متعددة المستضدات في جميع أنحاء قطاع غزة استهدفت الأطفال الذين فاتهم التطعيم الروتيني، فجرى تطعيم نحو 37000 طفل دون سن الثالثة، إلى جانب تعزيز الحماية من الأمراض التي يمكن الوقاية منها باللقاحات بعد عامين على النزاع وتعطُّل الخدمات.

89. وتزداد عملية تقديم الخدمات تكاملًا. ففي جمهورية إيران الإسلامية، أسهم إدخال لقاح الكورات الرئوية واللقاح المضاد للفيروس العجلي وتوسيع نطاق استخدامهما بدعم من منظمة الصحة العالمية، إلى جانب تدريب القوى العاملة وتعزيز الترصُّد - أسهم في تحسين تكافؤ فرص الحصول على هذه الخدمات، كما جرى تحديث السياسات الوطنية للبرنامج الموسع للتمنيع لتشمل التطعيم الاستدراكي للأطفال دون سن الخامسة. وفي الجمهورية العربية السورية واليمن، تُقدَّم خدمات التمنيع جنبًا إلى جنب مع خدمات صحة الأمهات والأطفال والتغذية. وطُرحت أدوات مُحدَّثة عبر منصة نظام المعلومات الصحية على مستوى المناطق 2 (DHIS2) في أفغانستان والصومال والسودان والجمهورية العربية السورية، في حين أدخلت باكستان سجلًا إلكترونيًّا للتمنيع. وأكمل السودان أيضًا استعراضًا لترصُّد الأمراض التي يمكن الوقاية منها باللقاحات من أجل تحديد الثغرات وتعزيز أداء نظام الترصُّد الوطني.

90. وفي اجتماعها الذي عُقد في كانون الأول/ ديسمبر 2025، استعرضت اللجنةُ الإقليمية للتحقق من القضاء على الحصبة والحصبة الألمانية في إقليم شرق المتوسط بياناتٍ قُطريةً، وأكدت أن البحرين ومصر وجمهورية إيران الإسلامية وسلطنة عُمان حافظت على حالة القضاء على الحصبة والحصبة الألمانية بها حتى عام 2024. وخلصت اللجنةُ أيضًا إلى أن الكويت وقطر قد أوقفتا سريان فيروسات الحصبة والحصبة الألمانية المتوطنة مدة لا تقل عن 12 شهرًا متتاليًا، استنادًا إلى بيانات عام 2024، وأنهما تحرزان تقدُّمًا نحو التحقق من استمرار التخلص من هذين المرضين، رهنًا باستمرار وجود أدلة على توقف السريان واستيفاء معايير التحقق. وقد حقق 15 بلدًا[8] درجة كافية من دقة الترصُّد، وأُنشئت في المكتب الإقليمي لشرق المتوسط أداة متابعة إقليمية للحصبة والحصبة الألمانية من أجل رصد الحالة الوبائية وتقديم توجيهات آنية إلى البلدان. ونجحت البحرين أيضًا في اعتماد مختبرها المعني بالحصبة والحصبة الألمانية مختبرًا مرجعيًّا وطنيًّا، وهو ما يُعزِّز القدرة الوطنية على الترصُّد وتوطيد المكاسب التي حققها البلد في القضاء على المرض. وأدخلت قطر لقاح الفيروس المخلوي التنفسي ولقاح الهربس النطاقي، وواصلت جهود التوعية لدعم التوسع في التطعيم ضد فيروس الورم الحليمي البشري من خلال برامج مدرسية. وتحسَّن نضج الفِرَق الاستشارية التقنية

[7] **أُطلِقت حملة الاستدراك الواسعة خلال أسبوع التمنيع العالمي لعام 2023، فاستمرت من نيسان/ أبريل 2023 حتى آذار/ مارس 2026. وهذا الجهد التاريخي المتعدد السنوات والمتعدد البلدان قادته منظمة الصحة العالمية واليونيسف وتحالف غافي للقاحات وشركاء آخرون، من أجل التصدي لتراجع معدلات التغطية باللقاحات وسد فجوات التمنيع لدى الأطفال، ولا سيما أولئك الذين فاتتهم اللقاحات الروتينية. واستهدفت المبادرةُ الأطفال غير الحاصلين على أي جرعة (أيْ الأطفال الذين لم يتلقوا أي لقاح قطّ) والأطفال الذين يعانون من نقص التمنيع لضمان حصولهم على اللقاحات الأساسية مثل اللقاح المحتوي على الحصبة ولقاح شلل الأطفال المعطل.**

[8] **أفغانستان والبحرين وجيبوتي وجمهورية إيران الإسلامية والعراق والأردن وليبيا وسلطنة عُمان وباكستان وقطر والمملكة العربية السعودية والصومال والجمهورية العربية السورية والإمارات العربية المتحدة واليمن.**

الوطنية المعنية بالتمنيع[9] تحسنًا ملحوظًا في شتى أنحاء الإقليم، إذ زادت من 59% في عام 2020 إلى 86% في عام 2025، وهو ما يدل على تقوية عمليات سياسات التمنيع وتعزيز المسؤولية الوطنية. ودعمت المنظمةُ إدخال لقاحات جديدة، منها اللقاح المتقارن المضاد للمكورات الرئوية (PCV13) واللقاح المضاد للفيروس العجلي في الصومال، وتوسيع نطاق التطعيم بلقاح فيروس الورم الحليمي البشري في باكستان، والتقييم اللاحق لإدخال لقاح المكورات الرئوية العشري التكافؤ (PCV10) واللقاح المضاد للفيروس العجلي في جمهورية إيران الإسلامية والبحوث ذات الصلة بذلك.

التوسع في إتاحة الخدمات الصحية استنادًا إلى نهج الرعاية الصحية الأولية لتسريع وتيرة التغطية الصحية الشاملة

التغطية الصحية الشاملة وقدرة النظم الصحية على الصمود

91. يواجه إقليم شرق المتوسط أشد فجوة في إتاحة الرعاية الصحية الجيدة والسريعة مقارنةً بجميع أقاليم المنظمة الأخرى، وهي فجوة تُعزى إلى النزاعات وتفاقمت بسبب أوجه الهشاشة، وضعف التمويل العام، ونقص القوى العاملة، والتفاوتات الواسعة بين بلدان الإقليم وأراضيه الاثنين والعشرين وداخلها. فيتراوح مؤشر التغطية بالخدمات من أجل تحقيق التغطية الصحية الشاملة بين 30 في الصومال و84 في الإمارات العربية المتحدة، وهو ما يعكس تفاوتات صارخة بين البلدان وداخلها في إتاحة الخدمات الصحية الأساسية. ولا تزال الحماية المالية هشة، إذ يؤدي ارتفاع الإنفاق من الأموال الخاصة إلى إعاقة الرعاية أو دفع الأسر إلى الوقوع في براثن الفقر. وفي البيئات الهشة، لا يمكن حتى افتراض وجود خدمات أساسية.

92. وتتصدى البلدان لذلك من خلال التركيز على قدرة النُّظم الصحية على الصمود، في إطار برنامج العمل الإقليمي الذي أقرته الدورة التاسعة والستون للَّجنة الإقليمية لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط في عام 2022. وتدعم المنظمةُ هذا التحول السريع نحو نُظُم متكاملة تركز على الناس وتستند إلى الرعاية الصحية الأولية من خلال الحوار بشأن السياسات، والمساعدة التقنية، والإصلاح على نطاق المنظومة بأكملها.

93. ويجري حاليًّا تعزيز تقديم الخدمات وتكاملها. فشرعت جمهورية إيران الإسلامية في التوسيع التدريجي لبرنامج أطباء الأسرة لتحسين إتاحة الخدمات الصحية من خلال تقوية نظام الإحالة وتعزيز الحماية المالية. ويجري تقديم الدعم إلى أفغانستان والعراق وليبيا لتحديث حزم خدمات الرعاية الصحية الأولية لديها. وفي العراق، أسهم استعراضُ النظام الصحي المدعوم من المنظمة في توجيه الإصلاحات في مجالات الرعاية الصحية الأولية، والتمويل الصحي، وتخطيط القوى العاملة، وترصُّد الأمراض، والصحة الرقمية، والنُّظم الصيدلانية. وفي الأردن، دعمت المنظمةُ تأهيل وتجهيز ما يقرب من 20 مركزًا صحيًّا، وهو ما أسفر عن تحسن كبير في الحصول على الخدمات وجودة الرعاية وجاهزية الخدمات، لا سيما للفئات السكانية المستضعفة. وسرَّع لبنان واليمن وتيرة إنشاء معهدين وطنيين للصحة العامة في عام 2025، ليرتفع بذلك العدد الإجمالي لهذه المعاهد على مستوى الإقليم إلى 11 معهدًا. ووُضعت استراتيجيتان وطنيتان لقطاع المستشفيات في باكستان وتونس، في حين شرعت ستة بلدان في التخطيط وتنفيذ خرائط طريق مُوجَّهة نحو الرعاية الصحية الأولية. وفي تونس، دعمت المنظمةُ أيضًا إنشاء برنامج وطني لتعزيز قدرة المستشفيات على الصمود، ودرَّبت قادة المستشفيات على تقييم المخاطر، واستمرارية الخدمات، وإدارة الأزمات. ودعمت المنظمةُ تحديد وتوثيق الممارسات الجيدة في مجال الرعاية الصحية الأولية فيما يتعلق بتحويل الرعاية الأولية استنادًا إلى البيانات في جمهورية إيران الإسلامية وسلطنة عُمان وباكستان والصومال. وسوف تُدرَج أمثلة الممارسات الجيدة في موجز عالي للممارسات الجيدة في مجال الرعاية الأولية، المقرر نشره في عام 2027.

94. وتمضي البلدان قُدُمًا في إصلاح النُّظُم الصحية بطرائق مختلفة. ففي مصر، واصل التوسع في مظلة التأمين الصحي الشامل تحسين إتاحة الخدمات في المحافظات المشمولة بالمبادرة، حيث ارتفع معدل الحصول على الخدمات بنسبة تزيد على 80%، ويدل ذلك على ما يمكن أن يحققه الاستثمار المستدام في الحماية المالية وتقديم الخدمات من نتائج ملموسة. ومضت ليبيا قدمًا في تنفيذ الحزمة الأساسية للخدمات الصحية، وعزَّزت التوعية الصحية المجتمعية من خلال أدوات وطنية وإجراءات تنفيذية موحدة، إلى جانب مشروعات تجريبية على مستوى البلديات تربط الأسر بمرافق الرعاية الصحية الأولية، بما يوسّع نطاق الوصول إلى الفئات الضعيفة والمحرومة من الخدمات. وعززت باكستان تقديم الخدمات المتكاملة على مستوى المقاطعات من خلال الربط بين خدمات الأمراض غير السارية والصحة النفسية وصحة الأمهات.

[9] **الفِرَق الاستشارية التقنية الوطنية المعنية بالتمنيع هي هيئات متعددة التخصصات تتألف من خبراء وطنيين يقدمون توصيات مُسندة بالبيِّنات إلى راسمي السياسات ومديري برامج التمنيع.**

95. وعلى الرغم من هذا التقدم، لا تزال هناك تحديات كبيرة، منها النقص المستمر في القوى العاملة، والقيود المفروضة على التمويل، وارتفاع الإنفاق من الأموال الخاصة. وواصلت بلدان، منها جيبوتي وجمهورية إيران الإسلامية والأردن والمغرب وسلطنة عُمان، مسيرة الإصلاحات الرامية إلى تحسين جودة الرعاية الصحية، وتعزيز قدرات القوى العاملة، ودعم الرعاية الصحية الأولية والتمويل الصحي، إلى جانب تقديم المنظمة للدعم اللازم لتنفيذ هذه الإصلاحات من خلال المشورة بشأن السياسات، وبناء القدرات، والمساعدة التقنية.

96. وحدَّث 20 بلدًا استراتيجياتها المتعلقة بجودة الرعاية وسلامة المرضى، بما يعزز آليات الحوكمة وجودة الخدمات والمساءلة على مستوى النُّظم الصحية. وفي جمهورية إيران الإسلامية، دعمت المنظمةُ وضع إجراءات تشغيلية موحدة وأدوات رقمية وطنية لتنفيذ دليل المنظمة لتقييم سلامة المرضى في الرعاية الصحية الأولية (2020)، بالإضافة إلى وضع ميثاق لحقوق سلامة المرضى في الرعاية الصحية الأولية. وفي سلطنة عُمان، دعمت المنظمةُ إدماج سلامة المرضى في الإصلاحات الأوسع نطاقًا للنظام الصحي والرعاية الصحية الأولية، وهو ما يعزز آليات الحوكمة الوطنية، ويُرسِّخ الجودة والسلامة في الخدمات الصحية الأساسية، وينهض بمشاركة المرضى وأسرهم في إطار خطة عمل وطنية مستدامة للجودة. وفي الإمارات العربية المتحدة، جرى ترسيخ أطر المنظمة لسلامة المرضى في شتى المرافق الصحية العامة والخاصة، إذ أسهم بناء قدرات مُقيّمي الجودة والسلامة في التطبيق المستدام الذي تقوده الجهات المحلية ويُحسِّن نتائج رعاية المرضى. وفي اليمن، دعمت المنظمةُ تنفيذ استراتيجية وطنية معتمدة لجودة الرعاية من خلال تكييف أطر المنظمة للجودة وسلامة المرضى، وإنشاء جهات تنسيق وفِرَق معنية بالجودة، ووضع خرائط طريق لتحسين المرافق الصحية.

97. وفي الأوضاع الهشة، كان لدعم المنظمة أهمية بالغة للحفاظ على استمرار الخدمات مع إرساء أسس التعافي. وفي أفغانستان والجمهورية العربية السورية، تسهم إعادة تأهيل المرافق الصحية وإعادة بناء النظام الصحي في استعادة توفر الخدمات. وفي قطاع غزة، في عام 2025، وفي خضم الانهيار شبه الكامل للنظام، نسَّقت المجموعة الصحية التابعة للمنظمة جهود أكثر من 80 شريكًا وصلت خدماتهم إلى 391 ألف شخص في المتوسط أسبوعيًّا، ودعمت 52 فريقًا طبيًّا طارئًا قدموا أكثر من 1.8 مليون استشارة وأجْروا 24283 عملية جراحية، ويسَّرت عمليات الإجلاء الطبي إلى جانب جهود التعافي المبكر. وفي السودان –حيث توقف عن العمل ما يقرب من 40% من المرافق– قادت المنظمةُ تنسيق المجموعة الصحية، ودعمت 54 مستشفى و78 مرفقًا من مرافق الرعاية الصحية الأولية في جميع الولايات، واستعادت سلاسل الإمداد، وعززت نُظُمًا مثل نظام رصد توفر الموارد والخدمات الصحية، ودعمت استراتيجية وطنية للتعافي. وفي اليمن، دعمت المنظمةُ المستشفيات ومراكز التغذية العلاجية والمختبرات وخدمات نقل الدم ونُظُم ترصُّد الأمراض للحفاظ على الخدمات الصحية الأساسية خلال الأزمة.

98. وعززت المنظمة جاهزية المستشفيات واستمرارية تقديم الرعاية من خلال توجيهات تنفيذية في خمسة بلدان[10] إلى جانب مواءمة إقليمية بشأن الرعاية الطارئة والحرجة والجراحية. وتعكف المنظمةُ على دعم البلدان لضمان الاستمرارية على طول مسار الرعاية الكاملة – ابتداءً من الخدمات السابقة لدخول المستشفى وصولًا إلى إعادة التأهيل.

99. ويتزايد إدماج الاستدامة البيئية مع تقييمات تجريبية للنُّظم الصحية ذات الانبعاثات الكربونية المنخفضة. وفي اليمن، دعمت المنظمةُ إمداد ستة مستشفيات إحالة في المحافظات بالطاقة الشمسية، وهو ما قلّل الاعتماد على وقود الديزل وعزّز في الوقت ذاته صمود البنية التحتية الصحية.

تعافي النظام الصحي والربط بين العمل الإنساني والتنمية والسلام

100. تساعد المنظمةُ البلدان على النهوض بالتعافي من خلال نهج الربط بين العمل الإنساني والتنمية والسلام، انطلاقًا من إدراك أن التعافي يجب أن يبدأ مبكرًا وأن يُدمَج مع الاستجابة لحالات الطوارئ. ويشمل التقدّم المحرز ما يلي: في أفغانستان، إجراء تقييمات الاحتياجات بعد الكوارث في أعقاب الزلازل الكبرى؛ وفي العراق وليبيا والسودان، دفع عمليات التعافي قدمًا؛ وفي فلسطين، الأعمال التحضيرية للتعافي في مرحلة ما بعد النزاع؛ وفي السودان، إعداد الخطة الاستراتيجية الوطنية لتعافي القطاع الصحي (2026–2030)، التي تُقاد من خلال منتدى تعافي وإصلاح القطاع الصحي، بما يوفر إطارًا وطنيًّا مملوكًا للجهات الوطنية للانتقال من الاستجابة الطارئة إلى التعافي وبناء القدرة على الصمود، مع الحفاظ في الوقت ذاته على الخدمات الأساسية في ظل استمرار النزاع؛ وفي الجمهورية العربية السورية، إنشاء تحالف لتعافي القطاع الصحي، إلى جانب مواءمة خطة الاحتياجات الإنسانية والاستجابة لعام 2026 مع الخطة الاستراتيجية لوزارة الصحة للفترة 2026–2028 وأهدافها الاستراتيجية الثمانية؛ وفي اليمن، مواصلة الجهود الرامية إلى تعزيز قدرة النظام الصحي على الصمود. واعتمدت اللجنةُ الإقليمية لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، في دورتها الثانية والسبعين التي عُقدت في عام

[10] العراق والأردن وباكستان والجمهورية العربية السورية وتونس.

2025 القرار ش م/ل إ72/ق-3 بشأن تعافي النُّظم الصحية في الأوضاع الهشة والمتأثرة بالنزاعات في إقليم شرق المتوسط، مؤكدةً ضرورة اتباع نُهُج منسقة تراعي خصوصية كل سياق.

تحسين التغطية بالخدمات الصحية في جميع مراحل العمر

صحة الأمهات والمواليد والأطفال والمراهقين

101. وفقًا لأحدث البيانات المتاحة التي نُشرت في عام 2025، انخفض معدل وفيات الأمهات في إقليم شرق المتوسط بنسبة 56% بين عامَي 2000 و2023، من 378 إلى 167 حالة وفاة لكل 100 ألف مولود حي، في حين انخفض معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة من 82 حالة وفاة لكل 1000 مولود حي في عام 2000 إلى 42 حالة في عام 2024. ولكن هذه المعدلات الإقليمية تُخفِي وراءها تفاوتات صارخة، إذ يتراوح معدل وفيات الأمهات من مستويات أحادية الرقم في بعض البلدان إلى أكثر من 500 حالة وفاة في كل 100 ألف مولود حي في البلدان المتأثرة بالنزاعات والهشاشة، ويتراوح معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة من 5 حالات وفاة لكل 1000 مولود حي إلى أكثر من 100 حالة وفاة. ولا تزال البلدان الأشد تضررًا في الإقليم تسجل بعضًا من أسوأ النتائج الصحية للأمهات وحديثي الولادة والأطفال والمراهقين على مستوى العالم، ومنها الصومال (563 حالة وفاة بين الأمهات لكل 100 ألف مولود حي، و101 حالة وفاة بين الأطفال دون سن الخامسة لكل 1000 مولود حي)، وأفغانستان (521 حالة وفاة بين الأمهات لكل 100 ألف مولود حي، و53 حالة وفاة بين الأطفال دون سن الخامسة لكل 1000 مولود حي)، والسودان (256 حالة وفاة بين الأمهات لكل 100 ألف مولود حي، و62 حالة وفاة بين الأطفال دون سن الخامسة لكل 1000 مولود حي).

102. وتعكف المنظمةُ على توسيع نطاق التدخلات المُسنَدة بالبيِّنات والعالية التأثير في البلدان التي تنوء بعبء ثقيل (أفغانستان وجيبوتي وباكستان والصومال والسودان واليمن). وفي أفغانستان، دعمت المنظمةُ تنفيذ استراتيجية وطنية للصحة الإنجابية وصحة الأمهات والمواليد والأطفال والمراهقين، وأنشأت لجان لاستعراض وفيات الأمهات والمواليد في 26 مستشفى. وفي جيبوتي، تلقى أكثر من 200 عامل صحي تدريبًا على معايير الرعاية السابقة للولادة. وفي باكستان، أسهم تدريب مقدمي الخدمات واستخدام أدوات لضبط جودة الرعاية في تحسين معايير خدمات الصحة الإنجابية وصحة الأمهات والمواليد والأطفال والمراهقين التي يتلقاها 5.25 ملايين امرأة وطفل، في حين أن نموذج الرعاية الصحية الأولية وسَّع نطاق تقديم الخدمات المتكاملة ليشمل أكثر من مليون شخص. وفي اليمن، دعمت المنظمةُ إنشاء لجان لترصُّد واستعراض وفيات الأمهات في 26 مستشفى، واعتماد دليل وطني لتدقيق وفيات الأطفال، وتعميم الرعاية الأساسية المبكرة لحديثي الولادة.

103. واستمر إحراز تقدم في سياقات أخرى أيضًا. ففي العراق، أُطلِقت خطة عمل صحة النساء والأطفال واليافعين (2025–2027) في آب/ أغسطس 2025، إلى جانب توسيع نطاق الرعاية الأساسية المبكرة للمواليد في 17 مستشفى للمساعدة على خفض وفيات المواليد خلال الساعات الأربع والعشرين الأولى بعد الولادة. وفي فلسطين، حافظت المنظمة على استمرار الخدمات الأساسية في مجال الصحة الجنسية والإنجابية وصحة الأمهات والمواليد والأطفال، على الرغم من القيود الشديدة. فأمدت المنظمةُ 56 مرفقًا صحيًّا في قطاع غزة بمستلزمات التوليد والقِبالة والعمليات القيصرية، إلى جانب الأدوية والإمدادات، وهو ما أسهم في تقديم الخدمات لأكثر من 63400 امرأة في سن الإنجاب، وإجراء أكثر من 19000 ولادة مُبلَّغ عنها. كما درّبت 165 عاملًا صحيًّا على الولادة الآمنة، وجودة الرعاية في أثناء المخاض والولادة، والإبلاغ. وفي الجمهورية العربية السورية، أدى تعميم الترصُّد المتكامل للتغذية في 941 مرفقًا صحيًّا إلى تقديم أكثر من 826 ألف خدمة فحص تغذوي، والكشف عن أكثر من 22 ألف حالة سوء تغذية حاد، ودعم علاج أكثر من 1500 طفل مصاب بسوء التغذية الحاد الوخيم من خلال 25 مركز إسعاف.

104. ويتزايد إدماج التدخلات التغذوية في الرعاية الصحية الأولية. فقد دعَمت المنظمةُ بلدانًا وأراضي، مثل أفغانستان وفلسطين والصومال واليمن، لتعزيز التدبير العلاجي لحالات سوء التغذية الحاد والحفاظ على استمرار تقديم الخدمات في سياقات الأزمات. وفي باكستان، أدى إدماج خدمات التغذية في الرعاية الصحية الأولية والمنصات المجتمعية إلى توسيع نطاق التغطية في المناطق التي تنوء بعبء ثقيل. وفي مصر والمغرب، تُسهِم الاستراتيجيات الوطنية وإصلاحات السياسات في تعزيز الحوكمة والقدرات وتقديم الخدمات في مجالَي التغذية والنُّظم الغذائية، وفي التصدي لعوامل الخطر المرتبطة بالتغذية والنظام الغذائي. وفي اليمن، أُدمِجت خدمات التقييم الغذائي في منصات صحة الأمهات والأطفال، وهو ما أتاح فحص قرابة 200 ألف امرأة حامل ومرضع، وتعزيز الكشف المبكر عن سوء التغذية وفقر الدم لدى الأمهات ونقص وزن المواليد.

التأهيل، والتكنولوجيات المساعدة، والرعاية التالية للإصابات

105. تشير التقديرات إلى أن إقليم شرق المتوسط يضم 190 مليون شخص يعانون من حالات يمكن أن تستفيد من

خدمات إعادة التأهيل، ولا يُلبَّى فيه حاليًّا سوى 10% تقريبًا من احتياجات التكنولوجيات المساعدة. ومن المتوقع أن تزيد هذه الأعداد بسبب شيخوخة السكان، وتزايد الأمراض غير السارية، والرضوح، والتأثير الشديد لحالات الطوارئ. وقد أظهر تحليلٌ للوضع الإقليمي للنُظُم الصحية المُراعية لمسائل الإعاقة أُجري في 15 بلدًا وجود ثغرات كبيرة في توفر خدمات إعادة التأهيل وإمكانية الحصول إليها، وهو ما يؤكد ضرورة تعزيز خدمات إعادة التأهيل، وقدرات القوى العاملة، والجودة على جميع مستويات الرعاية، بدعم من مسارات الإحالة المناسبة.

106. وتواصل المنظمةُ دعمَ الجهود القُطرية الرامية إلى تعزيز خدمات إعادة التأهيل والتكنولوجيات المساعدة على نطاق النُّظم الصحية، وأوضاع الطوارئ، والرعاية الأولية، وفقًا للقرار ج ص ع76-6 (2023) بشأن تعزيز إعادة التأهيل في النُّظم الصحية. وشارك 18 بلدًا من بلدان الإقليم في المشاورة التي عقدتها المنظمة بشأن اختيار مؤشرات إعادة التأهيل العالمية. وأحرزت بلدان وأراض في شتى أنحاء الإقليم تقدمًا في التخطيط لإعادة التأهيل، وإدماجها في نُظم المعلومات الصحية، وتقييم الاحتياجات الخاصة بالتكنولوجيات المساعدة، ومن تلك البلدان جيبوتي وجمهورية إيران الإسلامية والعراق والأردن والمغرب وسلطنة عُمان وباكستان وفلسطين وقطر. ونظمت منظمة الصحة العالمية واللجنة الدولية للصليب الأحمر، بالتعاون مع جمعية الهلال الأحمر الإيرانية، فعاليةً ثانيةً متعددة البلدان بشأن إعادة التأهيل المبكر في جمهورية إيران الإسلامية، وضمت هذه الفعالية مشاركين من البلدان الثمانية عشر ذاتها لتعزيز القدرات وتبادل الخبرات.

107. وبالتوازي مع ذلك، دعمت المنظمة استمرار خدمات إعادة التأهيل والتكنولوجيات المساعدة في أثناء الطوارئ. وفي قطاع غزة، عزَّزت المنظمة خدمات إعادة التأهيل من خلال تنسيق عملية توفير أكثر من 12000 منتج مُساعِد، وإنشاء نظام تتبُّع مركزي يخدم نحو 19000 مستفيد، وتدريب مهنيي إعادة التأهيل لتحسين إتاحة خدمات إعادة التأهيل والتكنولوجيات المساعدة العالية الجودة في الأوضاع الإنسانية ذات القيود الشديدة. وفي لبنان، قدمت المنظمةُ مع مركز عمليات طوارئ الصحة العامة تدريبًا إلكترونيًّا وعمليًّا بشأن إعادة تأهيل المصابين بفقدان السمع وضعف البصر في أوضاع النزاعات، وذلك بالتعاون مع المركز المتعاون مع المنظمة في مستشفى روما للعيون، وبالتنسيق مع نقابة المهن البصرية في لبنان. وفي السودان، دعمت المنظمة إنشاء آلية مشتركة بين القطاعات لتنسيق إعادة التأهيل. وساهمت المنظمة أيضًا في ندوات إلكترونية عن إعادة التأهيل في حالات النزاع استضافها الاتحاد العالمي للعلاج الطبيعي لتوجيه مهنيي إعادة التأهيل في المواقع المتضررة بشأن دورهم في الاستجابة للطوارئ.

الارتقاء بالقوى العاملة في مجال الرعاية الصحية، وزيادة التمويل الصحي، وتحسين إتاحة المنتجات الطبية

المبادرة الرئيسية الإقليمية: الاستثمار في قوى عاملة صحية قادرة على الصمود

108. لا يوجد في الإقليم سوى 16.5 ممرضًا وقابلةً لكل 10000 نسمة، في حين أن المتوسط العالمي يبلغ 39.4، وتنخفض هذه النسبة في بعض البلدان إلى معدلات في خانة الآحاد. كما يبلغ معدل تخرّج المرضين والقابلات 7.1 لكل 100 ألف نسمة، في حين أن المتوسط العالمي يبلغ 22.6، ومن المتوقع أن يصل العجز في أعداد المرضين إلى 1.2 مليون ممرض بحلول عام 2030. وتتفاقم هذه الفجوات الهيكلية بسبب عدم كفاية برامج التدريب، وتركُّز العاملين الماهرين في المناطق الحضرية، وفقدان القوى العاملة الصحية نتيجة للهجرة والإرهاق الوظيفي والنزوح الناجم عن النزاعات.

109. واستجابةً لذلك، جعلت المديرةُ الإقليمية تعزيز القوى العاملة الصحية أولوية رئيسية. وتعكف لجنةٌ إقليمية على النهوض بتحليل العرض والتوزيع والتمويل وأسواق العمل للاسترشاد بذلك التحليل في التخطيط واستراتيجيات الاستبقاء. وقد تحوَّل ذلك إلى إجراءات ملموسة من خلال تحليلات أسواق العمل في ثمانية بلدان، ونمذجة القوى العاملة، ودعم إصلاحات التمريض بشكل موجه في العراق وباكستان. ودعمت المنظمةُ أيضًا العراق وباكستان والجمهورية العربية السورية واليمن لتحديد القوى العاملة المطلوبة لتنفيذ نماذج الرعاية، ويُسترشَد في التدريب الوطني بإطار كفاءات جديد لوظائف الصحة العامة الأساسية.

110. ويجري أيضًا تعزيز القدرات التنظيمية. ودعمت المنظمةُ المجلسَ الباكستاني للتمريض والقبالة، وإنشاءَ مجلس المهنيين الصحيين في الصومال، وشراكاتٍ أكاديميةً بين أفغانستان وباكستان وبين جامعة السلطان قابوس (سلطنة عُمان) وجامعة عدن (اليمن) بشأن تعليم التمريض. وفي جمهورية إيران الإسلامية، دعمت المنظمةُ أول دورة تدريبية قائمة على الكفاءات بشأن تنفيذ الوظائف الأساسية للصحة العامة، وهو ما أكسب مديري المستشفيات المعارف والمهارات اللازمة لتعزيز أداء المستشفيات في إطار نماذج رعاية متكاملة تركز على الناس. وفي المغرب، استفاد 225 مهنيًّا صحيًّا من بناء القدرات في المجالات ذات الأولوية، ويعمل حاليًّا برنامج ماجستير جديد في مجال إعادة التأهيل على توسيع نطاق القدرات المتخصصة.

111. وتتحسن المساءلة على مستوى النظام الصحي من خلال توسيع نطاق الإبلاغ عبر "الحسابات الوطنية للقوى العاملة الصحية [11](NHWA)". وتعمل المراكز الجديدة المتعاونة مع المنظمة في الكويت وقطر والمملكة العربية السعودية على النهوض بالعمل الخاص بعافية القوى العاملة وتنظيمها، في حين أن التحالف الصحي الإقليمي مكَّن البعثات القُطرية المشتركة من تعزيز القوى العاملة في مجال الرعاية الأولية. ويجري حاليًّا التخطيط للتعليم المتعدد المهن في المملكة العربية السعودية، ويمثّل تصنيف الفريق السعودي للمساندة الطبية في الكوارث بوصفه أول فريق طبي للطوارئ في الإقليم تعتمده منظمة الصحة العالمية في آذار/ مارس 2025 إنجازًا بارزًا في تعزيز قدرات القوى العاملة في مجال الطوارئ.

112. وأهَّلت برامجُ تدريب المدربين أكثر من 220 مدربًا وطنيًّا، ودعم برنامجُ المنظمة العالمي للقيادة في مجال الرعاية الصحية الأولية 28 مشاركًا من مختلف أنحاء الإقليم. وتسترشد الإصلاحاتُ الجارية بالتعاون مع المجلس العربي للاختصاصات الصحية بمشاورة إقليمية بشأن التعليم التخصصي الصحي للدراسات العليا.

تعزيز التمويل الصحي لتحقيق التغطية الصحية الشاملة

113. بات التمويل الصحي أحد أكثر التحديات الهيكلية والسياسية إلحاحًا في إقليم شرق المتوسط، الذي يمثل 9% من سكان العالم، لكنه لا ينفق سوى أقل من 2% من الإنفاق العالمي على الصحة. ومن كل ثلاثة أشخاص يوجد اثنان لا يستطيعان الحصول على الرعاية التي يحتاجان إليها، وتشير التقديرات إلى أن نحو 28% يعانون من ضائقة مالية بسبب الإنفاق على الصحة من أموالهم الخاصة، فيما يضطر واحد من كل خمسة أشخاص إلى خفض الإنفاق على الغذاء أو التعليم من أجل التماس الرعاية الصحية. وتتفاقم هذه الضغوط بفعل القيود المالية، واستمرار انخفاض المساعدات الإنمائية الرسمية، وتزايد العبء الناجم عن النزاعات، الأمر الذي يجعل نماذج التمويل الحالية غير قابلة للاستدامة.

114. وتعمل البلدان على المُضي قُدمًا في تنفيذ إصلاحات تركز على مجموعة مشتركة من الأولويات، وهي: تعزيز التمويل الحكومي المحلي للرعاية الصحية الأولية؛ والتوسع في آليات السداد المسبق وتجميع المخاطر للحد من الإنفاق من الأموال الخاصة؛ وتنقيح حزم استحقاقات التغطية الصحية الشاملة استنادًا إلى مجموعة تدخلات التغطية الصحية الشاملة وتدخلات تقديم حزمة الخدمات؛ وتحسين الكفاءة من خلال الشراء الاستراتيجي والأدوات الرقمية؛ والاستفادة من أدوات التمويل المبتكرة، مثل الضرائب الصحية والتمويل المختلط والتمويل الإسلامي، لتوسيع الحيز المالي.

115. ففي فلسطين، على سبيل المثال، تواصل المنظمةُ دعم إصلاحات تمويل الصحة من خلال تعزيز رصد الصعوبات المالية، وتنقيح حزمة الخدمات الصحية الأساسية، ووضع استراتيجية جديدة لتمويل الصحة، بما في ذلك إصلاحات التأمين الصحي الحكومي بهدف زيادة الإنصاف والقدرة على تحمل التكاليف وإتاحة الخدمات الصحية الأساسية. وتتعاون المنظمةُ أيضًا في الوقت الحالي مع وزارة الصحة لإجراء تحليل لسوق العمل الصحي، وهو تحليل مهم من شأنه أن يدعم تقديم رعاية جيدة للجميع.

116. ولتسريع وتيرة التقدم، عقدت المنظمةُ اجتماعًا وزاريًّا على مائدة مستديرة بشأن تمويل الصحة على هامش جمعية الصحة العالمية التاسعة والسبعين في أيار/ مايو 2026، وضم ذلك الاجتماع وزراء الصحة وكبار المسؤولين من شتى أنحاء إقليم شرق المتوسط ومن خارجه لتعزيز الالتزام السياسي بإصلاح التمويل. واستنادًا إلى هذا الزخم، أُنشِئت فرقة عمل إقليمية معنية بالتمويل الصحي تعكف حاليًّا على إعداد ورقة تقنية إقليمية ومشروع قرار بشأن استدامة التمويل الصحي والحماية المالية، لتنظر فيهما اللجنة الإقليمية للمنظمة لشرق المتوسط في دورتها الثالثة والسبعين في تشرين الأول/ أكتوبر 2026. وإضافةً إلى ذلك، شاركت بوركينا فاسو والأردن وتركيا ومنظمة التعاون الإسلامي في تنظيم فعالية جانبية رفيعة المستوى على هامش جمعية الصحة العالمية بشأن آليات التمويل المبتكرة والقائمة على التضامن، واستعرضت تلك الفعالية فرص الاستفادة من أدوات مثل منصة الأوقاف وغيرها من نُهُج التمويل التضامنية لتكميل التمويل الحكومي ودعم استدامة النظام الصحي.

المبادرة الرئيسية الإقليمية: توسيع نطاق الحصول المُنصِف على المنتجات الطبية

117. تواجه بلدانٌ كثيرة عقبات تحول دون الحصول على الأدوية واللقاحات الأساسية، منها: ضعف اللوائح التنظيمية، ونفاد المخزون، وارتفاع الأسعار، وتشتُّت سلاسل الإمداد، وحالات الطوارئ المطولة. وتهدف المبادرة الرئيسية للمديرة الإقليمية بشأن توسيع نطاق الحصول المُنصِف على المنتجات الطبية إلى ضمان إتاحة منتجات طبية مأمونة وفعالة وميسورة التكلفة من خلال تعزيز اللوائح التنظيمية، وزيادة قدرة سلاسل الإمداد على الصمود، والتوسع في الإنتاج المحلي.

[11] **حسابات القوى العاملة الصحية الوطنية هي أداة من أدوات منظمة الصحة العالمية التي تستخدمها البلدان لجمع بيانات عن القوى العاملة الصحية لديها، وتنظيم تلك البيانات، والإبلاغ عنها.**

118. وساهمت المنظمةُ في النهوض بالنُّهُج الإقليمية الرامية إلى تحسين الإتاحة وزيادة القدرة على تحمل التكاليف، ويشمل ذلك إرساء الأساس اللازم لآلية شراء مجمَّع، مُسترشدةً في ذلك بخبرة منظمة الصحة للبلدان الأمريكية، وتحديث السياسات الوطنية للأدوية في عدة بلدان، وإجراء مسوحات لقطاع المستحضرات الصيدلانية في سبعة بلدان لوضع بيانات مرجعية عن أنظمة الرقابة والتسعير والإمداد. وأدى تحليل أسعار اللقاحات في الأردن والمشاركة في المنتدى العالمي الرابع للتسعير العادل في شباط/ فبراير 2024 إلى تعزيز التزام الإقليم بضمان القدرة على تحمل التكاليف وشفافية الأسعار، في حين يُسترشد بمسح إقليمي بشأن المنتجات الطبية المتدنية النوعية والمغشوشة في تنفيذ استجابة مُنسَّقة.

119. وقد تسارعت وتيرة تقوية اللوائح التنظيمية تسارعًا كبيرًا. فبلغت المملكة العربية السعودية المستوى الرابع من النضج حسب تصنيف منظمة الصحة العالمية في عام 2023، وتمضي قُدُمًا نحو الحصول على لقب سلطة مُدرجة في قائمة المنظمة. وأما مصر – وهي أول بلد في أفريقيا يصل إلى المستوى الثالث من النضج في كل من الأدوية واللقاحات بوصفها بلدًا مُنتِجًا في كانون الأول/ ديسمبر 2024 – ففي طريقها إلى بلوغ المستوى الرابع من النضج، في حين تتقدم جمهورية إيران الإسلامية والأردن والمغرب وباكستان وتونس نحو المستوى الثالث من النضج. وفي تونس، قدَّمت المنظمةُ الدعمَ إلى السلطة التنظيمية الوطنية المعنية بالأدوية واللقاحات من خلال تنفيذ نظام لإدارة الجودة وإصلاحات تتوافق مع أداة المنظمة العالمية للمقارنة المرجعية، وهو ما سرَّع وتيرة التقدم المُحرز نحو النضج التنظيمي. وقد أنشأ المغرب وتونس والإمارات العربية المتحدة هيئات تنظيمية مستقلة؛ وتؤدي مبادرة "المواءمة بين لوائح تنظيم الأدوية في شمال أفريقيا" التي أُطلِقت في عام 2025 إلى تحقيق تقارب إقليمي؛ وقد أتاحت "إجراءات المنظمة بشأن التسجيل التعاوني" تسريع إصدار الموافقات في الأردن وباكستان وقطر وتونس واليمن. واتسعت قدرات التيقُّظ الدوائي في العراق والأردن واليمن، وازدادت عضوية برنامج منظمة الصحة العالمية للرصد الدولي للأدوية لتشمل 17 دولة عضوًا. وحتى في الأوضاع الهشة، كان التقدم التنظيمي ملحوظًا بالقدر نفسه: فقد فعَّل الصومال سلطته الوطنية المعنية بتنظيم الأدوية - وهو إنجاز بارز نظرًا إلى انهيار الإطار التنظيمي للبلد في عام 1991 - إذ تقدم المنظمة الدعم التقني اللازم للأساس القانوني، واللوائح الأساسية، وتدريب الموظفين، وإنشاء نظام رقمي لإدارة المعلومات التنظيمية؛ وقد وافق مجلسا البرلمان الاتحادي على مشروع قانون الأدوية الصومالي.

120. وفي الوقت الحالي، تُسهم إصلاحات سلاسل الإمداد في تحقيق نتائج ملموسة على أرض الواقع. وفي العراق، بدأ تنفيذ نظام رقمي لإدارة المستودعات في إقليم كردستان. وفي الأردن، أدت حزمة من الإصلاحات اللوجستية إلى زيادة قدرات التخزين بنسبة 50% تقريبًا، وخفض حالات نفاد المخزون بنسبة 30%، وخفض المدة الزمنية للتوصيل إلى المناطق النائية بنسبة تصل إلى 40%؛ وإضافة إلى ذلك، قدمت المنظمةُ الدعم اللازم لتصميم وإطلاق دبلوم مهني بشأن سلاسل الإمداد من أجل إضفاء الطابع المؤسسي على أفضل الممارسات وتعزيز القدرات الوطنية في مجال إدارة سلاسل الإمداد. وتستند هذه النتائج إلى استثمارات كبيرة في البنية التحتية، بما في ذلك تشغيل 14 مستودعًا حديثًا، وهو ما عزز بشدة قدرات التخزين الوطنية، وإدارة سلسلة التبريد وقدرتها على الصمود، وتحسين إتاحة المنتجات الطبية في شتى أنحاء البلد. وفي لبنان، أجرت عمليات التفتيش التنظيمية تقييمًا لاثنتي عشرة شركة من شركات تصنيع المستحضرات الصيدلانية للوقوف على مدى امتثالها لممارسات التصنيع الجيدة الصادرة عن منظمة الصحة العالمية. وفي عام 2025، انضمت وزارة الخدمات الصحية الوطنية والتنظيم والتنسيق في باكستان إلى المنصة العالمية لإتاحة أدوية سرطان الأطفال، وهو ما يسمح بتقديم علاج مجاني ومضمون الجودة إلى أكثر من 8000 طفل مصاب بالسرطان سنويًّا، ومن المقرر أن تبدأ أربعة مستشفيات في تلقي الأدوية بحلول نهاية عام 2026. وحُدِّثت قوائم الأدوية الأساسية في 12 بلدًا، فيما تستند الإصلاحات المحددة الأهداف في المنظومة حاليًّا إلى التقييمات الوطنية لسلاسل الإمداد في الأردن وليبيا والجمهورية العربية السورية.

121. ويشهد الإنتاج المحلي تقدمًا في شتى أنحاء الإقليم. فقد أحرزت مصر وباكستان تقدمًا في استراتيجيتيهما الوطنيتين لإنتاج اللقاحات، في حين واصلت مصر الاستثمار في القدرات التصنيعية المحلية وتنمية القوى العاملة. وفي الآونة الأخيرة، حصل مركز التطوير المهني المستمر بهيئة الدواء المصرية على اعتماد منظمة الصحة العالمية بوصفه مركزًا إقليميًّا للتدريب على التصنيع الحيوي. وإضافة إلى ذلك، حققت مصر الاعتماد على القدرات السريرية المحلية بإنتاج أربعة منتجات طبية أساسية مشتقة من البلازما ومدرجة ضمن الأدوية الأساسية.[12] وفي العراق، أُجري تقييم للقدرة المحلية على تصنيع المستحضرات الصيدلانية للاسترشاد به في الحوار بشأن السياسات المتعلقة بتعزيز الإنتاج المحلي وتحسين إتاحة الأدوية الأساسية. واستكملت تونس مرحلة إثبات الجدوى

[12] **الألبومين البشري، والغلوبيولين المناعي الوريدي، وعاملا التخثر الثامن والتاسع.**

في إطار مبادرة منظمة الصحة العالمية لنقل تكنولوجيا الرَّنا المِرسال، التي تهدف إلى بناء قدرة إقليمية مستدامة على إنتاج منتجات صحية قائمة على الرَّنا المرسال. وأما على الصعيد الإقليمي، فقد وُضعت استراتيجية إقليمية لإنتاج اللقاحات في عام 2024، وهذه الاستراتيجية تشمل السياسات، والبحث والتطوير، والتصنيع، والاستعداد التنظيمي.

122. وفي الأوضاع الهشة، كان استمرار دعم المنظمة أمرًا حاسمًا. ففي فلسطين، واصلت المنظمةُ توصيل الأدوية، والإمدادات اللازمة لعلاج الرضوح، والوقود في ظل ظروف بالغة الصعوبة. وفي الجمهورية العربية السورية، استفاد أكثر من 7 ملايين شخص من الأدوية والإمدادات الأساسية للغسيل الكلوي ورعاية السرطان والأمراض غير السارية. وفي اليمن، حافظت المنظمة على توافر الأدوية الأساسية والإمدادات المختبرية وغيرها من السلع الصحية من خلال تعزيز سلاسل الإمداد، وشمل ذلك تسيير 18 رحلة جوية مُموَّلة من المديرية العامة للعمليات الأوروبية للحماية المدنية والمعونة الإنسانية، وشحنات مُجمَّعة أُرسِلت إلى صنعاء وعدن سلَّمت أكثر من 7800 طن من الإمدادات إلى ما يقرب من 350 مرفقًا صحيًّا، ودعَّمت الخدمات الصحية المُقدمة إلى أكثر من 5.8 ملايين شخص.

الأولوية الإقليمية الثالثة (الحماية)

تعزيز قدرات البلدان على تلبية الاحتياجات الصحية الناجمة عن أزمة المناخ، والأوبئة والجوائح، والنزاعات، والكوارث الطبيعية، وغيرها من حالات الطوارئ



نطاق التحدي وشِدَّته

123. لا يزال إقليم شرق المتوسط يشكّل بؤرةً عالميةً للطوارئ الصحية، إذ يواجه طوارئ صحية تفوق في نطاقها وشدتها ما يشهده أي إقليم آخر من أقاليم المنظمة. فحتى حزيران/ يونيو 2026، واصلت المنظمة الاستجابة لأربع عشرة طارئة مُصنَّفة، منها ثماني طوارئ من المستوى 3 (تشمل ستَّ أزمات ممتدة وأزمتين حادَّتين)، وهو أكثر من ثلث إجمالي حالات الطوارئ في العالم. وحتى الآن، احتاج أكثر من 117 مليون شخص في الإقليم إلى مساعدات إنسانية في عام 2026، من أصل 252 مليون شخص على مستوى العالم، أي ما يقارب نصف الاحتياجات العالمية، رغم أن سكان الإقليم لا يمثلون سوى 9% من سكان العالم.

124. ويستضيف الإقليم ثلاثًا من أكبر أزمات النزوح في العالم - في السودان (14.3 مليونًا)، وفي الجمهورية العربية السورية (13.5 مليونًا)، وفي أفغانستان (10.3 ملايين) - ويمثل 46% من النزوح الداخلي في العالم و57% من اللاجئين. وتُصنَّف تسعة من بلدانه وأراضيه باعتبارها أوضاعًا هشة أو متضررة من النزاعات، حيث أُبلغ عن 130000 حالة وفاة مرتبطة بالنزاعات في المدة 2024-2025. وتُصنَّف سبعة على الأقل من بلدان الإقليم وأراضيه على أنها في المرحلة الثالثة (الأزمة) أو أعلى على مقياس انعدام الأمن الغذائي الحاد (التصنيف المتكامل لمراحل الأمن الغذائي)، مما يؤثر على ما يقرب من 80 مليون شخص. وفي عام 2025، تأكد حدوث مجاعة (المرحلة الخامسة من التصنيف المتكامل لمراحل الأمن الغذائي) في محافظة غزة وفي الفاشر بالسودان. وعلى الرغم من عدم تصنيف أي منطقة في قطاع غزة ضمن حالة المجاعة منذ كانون الأول/ ديسمبر 2025، ظل 1.6 مليون شخص –أيْ 77% من السكان– يعانون من انعدام الأمن الغذائي الحاد حتى عام 2026؛ وفي السودان، لم يُعَدْ تأكيد وقوع مجاعة في أحدث تحليل للتصنيف المتكامل لمراحل الأمن الغذائي (أيار/ مايو 2026)، رغم استمرار خطر وقوعها في مناطق متعددة في دارفور وكردفان.

125. وعلى الصعيد العالمي، أصبحت الأحداث المرتبطة بالمناخ عاملًا رئيسيًّا في تفاقم أكثر من 75% من حالات الطوارئ المُصنَّفة من المستوى 3، ويظهر ذلك جليًّا في إقليم شرق المتوسط، حيث تزيد الفيضانات والجفاف والإجهاد الحراري من حدة النزاعات وحركة النزوح. فقد أضرَّت الفيضانات والزلازل وموجات الحرارة في عام 2025 بما لا يقل عن 12 بلدًا وأرضًا في الإقليم، وأضرت بما يقرب من 33.5 مليون شخص، منها باكستان، التي تسببت فيها الفيضانات في مقتل أكثر من 1000 شخص وتضرُّر 6.9 ملايين آخرين، وأفغانستان، التي أسفرت فيها الزلازل عن أكثر من 2200 وفاة و3600 إصابة.

126. ولا تزال الهجمات على مرافق الرعاية الصحية إحدى السمات البارزة للأزمات التي تعصف بالإقليم: سُجِّل 632 هجومًا في أنحاء الإقليم في الفترة الممتدة بين 1 تموز/ يوليو 2025 و30 حزيران/ يونيو 2026، وتسبب ذلك في مقتل 1531 شخصًا وإصابة 1429 آخرين، وهو ما يمثل أكثر من 43% من الهجمات العالمية و86% من الوفيات. وسُجِل وقوع هجمات في سبعة من بلدان الإقليم وأراضيه، هي أفغانستان وجمهورية إيران الإسلامية ولبنان وفلسطين والسودان والجمهورية العربية السورية واليمن. وخلال النصف الأول من عام 2026، سُجِّلت في الإقليم 47% من جميع الهجمات على الرعاية الصحية المسجلة على مستوى العالم.[13]

127. وترتبت على نقص التمويل آثار تشغيلية مباشرة. فعلى الصعيد العالمي، بلغ رصيد الصندوق الاحتياطي للمنظمة الخاص بالطوارئ في نهاية عام 2025 ما لا يتجاوز 19.5 مليون دولار أمريكي، وهو أدنى رصيد له في السنوات الأخيرة، في ظل فجوة في الميزانية البرمجية الخاصة بعامي 2024 و2025 بلغت 553 مليون دولار أمريكي لعمليات الطوارئ، وهو ما يزيد الضغط على قدرة المنظمة على توفير استجابات عاجلة في جميع أنحاء العالم. وفي عام 2025، أثرت قيود التمويل في 1950 مرفقًا صحيًّا، منها 1027 مرفقًا (52.7%) علّق عملياته، فيما كان 923 مرفقًا يعمل بقدرة منخفضة، مما أثر في ما يُقدَّر بنحو 25.9 مليون شخص في البلدان السبعة المذكورة آنفًا.

128. وقد أضاف التصعيد الإقليمي الهائل منذ شباط/ فبراير 2026 بُعدًا جديدًا لهذا العبء، اتسم بقدر كبير من الحدة، إذ تضرر ما لا يقل عن 14 بلدًا في إقليم شرق المتوسط، مع تداعيات طالت النُّظُم الصحية وسلاسل الإمداد والاستجابة الإنسانية الأوسع نطاقًا. وإلى جانب الخسائر البشرية الناجمة عن النزاع، وسّعت الأزمة نطاق المخاطر المحدقة بالصحة العامة في عدة مجالات، منها سريان الأمراض المعدية داخل اللاجئ المكتظة، وتعطُّل خدمات التمنيع والتدبير العلاجي للأمراض المزمنة، وتزايد احتياجات الصحة النفسية بين السكان النازحين، والهجمات على مرافق الرعاية الصحية، والتهديدات التي اتسعت لتشمل نُظُم الطاقة والمياه الحيوية. ويعتمد العديد من بلدان الإقليم على تحلية المياه لتوفير أكثر من 70% من احتياجاته من المياه البلدية، كما يستأثر الإقليم بنحو 47% من القدرة العالمية على تحلية المياه. ومن ثم، تشكل الهجمات

[13] **وعلى الصعيد العالمي، وقع 1483 هجومًا تحققت منه المنظمة (أسفر عن 1781 وفاة و2006 إصابات) بين 1 تموز/ يوليو 2025 و30 حزيران/ يونيو 2026. وخلال النصف الأول من عام 2026، وقع 853 هجومًا على مستوى العالم، منها 400 هجوم في إقليم شرق المتوسط.**

التي تستهدف البنية التحتية للمياه أو تقع بالقرب منها تهديدًا مباشرًا للصحة العامة، وقد تترتب عليها عواقب طويلة الأجل.

ضمان الكشف السَّريع والفعَّال عن التهديدات الصحية العامة والاستجابة لها

129. عزّزت منظمة الصحة العالمية جهود التأهب للأوبئة والجوائح من خلال اتباع نهج متكاملة جمعت بين الترصُّد، وتعزيز القدرات المختبرية، وتنمية القوى العاملة، وتنسيق الجهود. وحتى 30 حزيران/ يونيو 2026، كانت هناك 48 فاشية نشطة تؤثر في 17 بلدًا وأرضًا، شملت حمى الضنك، والحصبة، والكوليرا، وفيروس شلل الأطفال الدائر المشتق من اللقاح من النمط 2، وجدري القردة، والملاريا. وأُحرِز تقدم في ضمان امتلاك جميع البلدان القدرة على إجراء اختبارات الكشف عن المُمرضات ذات الأولوية وتحليل تسلسلها، من خلال توسيع قدرات تحليل التسلسل الجينومي في 21 بلدًا، والحفاظ على الجاهزية التشخيصية، بما في ذلك في الأوضاع الهشة.

130. وشهد التأهب الإقليمي للمُمرضات التنفسية، بما في ذلك فيروسات الإنفلونزا وفيروس كورونا سارس-2، تحسنًا رغم القيود الهائلة، ومنها سحب الولايات المتحدة تمويل المختبرات، وهو ما أثر في المراكز الوطنية المعنية بالإنفلونزا في أفغانستان والسودان والجمهورية العربية السورية واليمن. ونُفِّذت أنشطة الترصُّد المتكامل لفيروس الإنفلونزا وفيروس كورونا-سارس-2 في 18 بلدًا، في حين اتسع نطاق نظام تبليغ شبكة شرق المتوسط للإنفلونزا ليشمل 19 بلدًا. واستمر تشغيل المراكز الوطنية العاملة المعنية بالإنفلونزا في 18 بلدًا وأرضًا من أصل 22 بلدًا وأرضًا، وعُزِّزت القدرة على إجراء التسلسل الجيني في 21 بلدًا وأرضًا. ودعمت المنظمة أيضًا الأردن وتونس والعراق ولبنان ومصر واليمن في استخدام بيانات عبء المرض وأدوات التنبؤ به للاسترشاد بها في وضع سياسات التطعيم. ووُضعت أول استراتيجية تنفيذية في الإقليم لحماية المجتمع من الأمراض التنفسية، إلى جانب عقد حلقة عمل عالية حول الموضوع ذاته استضافها الأردن. وفي العراق، أُطلقت الحملة الأولى للتطعيم ضد الإنفلونزا الموسمية بعد اعتماد السياسة الوطنية للتطعيم ضد الإنفلونزا، واستطاعت الحملة الوصول إلى ما يقرب من 800000 شخص - أي حوالي 90% من السكان المستهدفين - خلال الأشهر الثلاثة الأولى. وحدَّث المغرب خطته الوطنية للتأهب والاستجابة لأوبئة الإنفلونزا والمُمرضات التنفسية المستجدة بما يتماشى مع نهج المنظمة الخاص بالتأهب والاستجابة للتهديدات المستجدة، مع النهوض بجهود التصدي للوباء المعلوماتي من خلال تعزيز قدرات القوى العاملة ووضع خريطة طريق وطنية لتفعيل الاستجابة لحالات الطوارئ.

131. كما جرى تعزيز نُظُم استخبارات الصحة العامة على نحو ملحوظ. حيث رصد المركز الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية أكثر من 2.4 مليون إشارة في عام 2025، وحدّد الأحداث ذات الأولوية وتولى إدارتها في الأوضاع المتأثرة بالنزاعات والنزوح وتغير المناخ. كما جرى توسيع نطاق نُظُم الإنذار المبكر المتكاملة وفِرَق الاستجابة السريعة في جميع أنحاء الإقليم. وفي العراق، أُحرز تقدم في دمج الترصُّد القائم على الأحداث في منصة نظام المعلومات الصحية على مستوى المناطق (DHIS2). وفي لبنان، أُجريت عملية لتحديد أولويات الترصُّد القائم على البيانات. وعزز المغرب استخبارات الصحة العامة من خلال توسيع نطاق الترصُّد القائم على الأحداث ونشر منصة رصد المعلومات الوبائية المفتوحة المصدر التي تقودها المنظمة على الصعيد الوطني. وأضفت تونس طابعًا مؤسسيًّا على الاستخبارات الوبائية والترصُّد القائم على الأحداث. كما جرى تعزيز قدرات القوى العاملة؛ ففي الكويت، أجرت المنظمة، بالشراكة مع الشبكة الشرق أوسطية للصحة المجتمعية ومركز الكويت للوقاية من الأمراض ومكافحتها، تقييمًا للاحتياجات التدريبية لدعم إضفاء الطابع المؤسسي على برنامج التدريب على مكافحة الأوبئة ميدانيًّا، في حين حققت الجمهورية العربية السورية تقدمًا في تنفيذ برامج التدريب على مكافحة الأوبئة ميدانيًّا. وبالإضافة إلى ذلك، عززت تونس خدمات الرعاية الطارئة، وقدرة المستشفيات على الصمود، والقدرة على التواصل بشأن المخاطر، بما شمل أكثر من 1000 مهني صحي.

132. وأعدت المنظمة مجموعة أدوات لإدارة معلومات جميع الأخطار - وهي منصة قائمة على الذكاء الاصطناعي أُنشئت بالتعاون مع المركز العالمي لتحليل معلومات الجوائح والأوبئة التابع لمنظمة الصحة العالمية في برلين، والمقر الرئيسي للمنظمة، ومؤسسة نوركاب النرويجية. وتهدف هذه المجموعة إلى إعداد منتجات إعلامية أساسية بشأن الطوارئ، وهو ما يقلّص زمن إنتاجها من أيام أو أسابيع إلى دقائق، ويخفض الوقت اللازم لإعداد المخرجات الأساسية بأكثر من 99%. وقد أثبتت هذه المجموعة فعاليتها في سياقات متعددة، بما في ذلك التصعيد في الشرق الأوسط، والاستجابة في أوكرانيا، وفاشية الحصبة في المغرب، حيث مكّنت من اتخاذ قرارات أسرع قائمة على البيّنات منذ المراحل الأولى للطوارئ. وأسهمت حلقة عمل إقليمية عُقدت في الأردن في وضع إطار لنشرها وتطبيقها على المستوى الوطني.

133. كما جرى تعزيز قدرات التأهُّب والاستجابة للفاشيات على المستوى القُطري في جميع أنحاء الإقليم. ففي السودان، أعادت المنظمة تفعيل القدرات التشخيصية من خلال نقل المختبر الوطني للصحة العامة، وإعادة تأهيل المختبرات، ونشر

الوحدات المتنقلة، مع تعزيز التدبير العلاجي لحالات الملاريا وحمى الضنك من خلال التوجيه السريري والدعم التقني، بما في ذلك في الولايات المتضررة من النزاع. ودعمت هذه الجهود الكشف عن أكثر من 64000 حالة حمى ضنك و650000 حالة ملاريا. وأسهم تعزيز ترصُّد الكوليرا والاستجابة لها في تخصيص 12 مليون جرعة من اللقاح الفموي المضاد للكوليرا من خلال آلية فريق التنسيق الدولي، وساعدت على خفض معدل إماتة حالات الكوليرا من 2.7% إلى 1.7% بحلول منتصف عام 2025. واتسع نطاق قدرات الاستجابة السريعة في عدة بلدان: حيث أضفت الكويت الطابع المؤسسي على البرنامج الوطني لفرق الاستجابة السريعة، وعزَّز المغرب تقييم المخاطر والاستجابة للفاشيات من خلال التدريب المستمر لفرق الاستجابة السريعة، وحققت باكستان تقدمًا في ما يتعلق بالترصُّد وتنسيق الاستجابة للفيضانات. كما أُحرز تقدم في التأهب لأخطار الأوبئة والجوائح: حيث عزز العراق التأهب لجائحة الإنفلونزا، في حين دعمت مصر نُظم الترصُّد المتكامل والمختبرات على الصعيد الوطني. وواصلت المنظمة تعزيز نُظم الترصُّد في الأوضاع الهشة: حيث عزز الصومال أنشطة الترصُّد والتمنيع للتصدي لمخاطر فيروس شلل الأطفال، وفي اليمن، دعمت المنظمة النظام الإلكتروني المتكامل للإنذار المبكر بالأمراض، ومواقع الترصُّد الخافر، وفرق الاستجابة السريعة، وقدمت مساعدة تقنية وميدانية إلى أكثر من 1500 من المستجيبين المدربين على مستوى المراكز والمحافظات والمناطق.

134. وعززت المنظمة أيضًا نُظم المختبرات والترصُّد لدعم الكشف عن التهديدات والاستجابة لها، بما في ذلك في الأوضاع الإنسانية. وفي قطاع غزة، قدمت المنظمة الإمدادات المختبرية الأساسية وكواشف الفحص، ودعم برامج فحص حديثي الولادة، وبناء القدرات للمساعدة على استمرار الخدمات التشخيصية الأساسية في أثناء الطوارئ الإنسانية. وعزز الصومال قدراته على تأكيد حالات الدفتريا، وأعاد السودان وظائف المختبرات الخاصة بالأمراض ذات الأولوية التي يمكن الوقاية منها باللقاحات. وفي اليمن، قدَّمت المنظمة الدعم لمواصلة عمل مختبرات الصحة العامة من خلال توفير الكواشف الأساسية، والإمدادات المختبرية، ودعم ضمان الجودة، وتعزيز قدرات التشخيص والترصُّد. وفي الإمارات العربية المتحدة، عززت نُظُم الترصُّد المتكامل وربط البيانات اتخاذ قرارات فورية والتأهب لحالات الطوارئ.

تصاعد النزاع في الشرق الأوسط

135. أدى تصعيد النزاع في أجزاء عديدة من الشرق الأوسط منذ أوائل عام 2026 إلى زيادة الضغوط على النُّظُم الصحية الهشة أصلًا في ما لا يقل عن 14 بلدًا وأرضًا من أصل 22 بلدًا وأرضًا في الإقليم، وسلّط الضوء كذلك على الآثار الممتدة على مستوى النُّظُم الناجمة عن استمرار عدم الاستقرار لفترات طويلة. ففي بعض البلدان، أدّى تزايد أعداد المصابين والنزوح الجماعي إلى بلوغ المستشفيات طاقتها القصوى، إذ تجاوزت أقسام الطوارئ قدرتها الاستيعابية، مع نقص حاد في خدمات رعاية المصابين بالرضوح والسرطان والأمراض غير السارية. وشهدت الهجمات على مرافق الرعاية الصحية تصعيدًا حادًّا، وهو ما أدى إلى مزيد من تعطُّل تقديم الخدمات، وعرّض العاملين الصحيين والمرضى للخطر. وتضررت المرافق أو أُجبرت على الإغلاق، في حين فرضت الضربات المتكررة على سيارات الإسعاف والمستجيبين الأوائل قيودًا شديدة على الاستجابة للطوارئ. وأُضيفت المخاطر البيئية - مثل الحرائق المؤثرة على البنية التحتية للبترول والأضرار التي لحقت بنُظُم تحلية المياه - إلى قائمة المخاطر الصحية العامة. كما أسهمت الأضرار التي لحقت بالمرافق النووية ومرافق الطاقة في تصاعد المخاوف من المخاطر الإشعاعية المحتملة. ولذلك نسّقت منظمة الصحة العالمية جهودها بشكل وثيق مع الوكالة الدولية للطاقة الذرية لدعم تقييم المخاطر، والتأهب، والتواصل بشأن المخاطر المحدقة بالصحة العامة.

136. وجاءت استجابة المنظمة سريعة وفورية، وشملت عدة بلدان. ففي قطاع غزة، وفرت المنظمة إمدادات حيوية ونظمت عمل الفرق الطبية الطارئة، علاوة على دعم عمليات الإجلاء الطبي. وفي جمهورية إيران الإسلامية، أُعطيَت الأولوية لشراء المولدات الكهربائية، ومعدات الإمداد المستمر بالطاقة، والإمدادات اللازمة لعلاج الرضوح، بما يضمن استمرارية الوظائف الحيوية للمرافق الصحية. وتبرعت المنظمة أيضًا بأربع مجموعات أدوات لعلاج الرضوح والجراحة الطارئة، كل مجموعة قادرة على دعم الرعاية الجراحية لنحو 50 مريضًا في حالات الطوارئ، بافتراض إجراء عمليتين في المتوسط لكل مريض. وتلقى أكثر من 4000 عامل من العاملين في مجال الرعاية الصحية التدريب على توسيع نطاق خدمات الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي. وفي العراق، عززت المنظمة التأهُّب لحالات الطوارئ والاستجابة لها في المستشفيات ذات الأولوية من خلال التدريب على التدبير العلاجي للإصابات الجماعية، ودعم إعداد برنامج وطني للفرق الطبية الطارئة، وتعزيز نُظُم ترصُّد الأمراض. وفي لبنان، اضطلع مركز عمليات طوارئ الصحة العامة بدور تنسيقي مركزي، حيث أشرف على إحالة المصابين وتوزيعهم، وحافظ على التواصل الفوري مع المستشفيات لتعظيم القدرة على تلبية الاحتياجات الفاجئة؛ وسلَّمت المنظمة الإمدادات الصحية من خلال قوافل برية قادمة من دبي ورحلات جوية مستأجرة من أوروبا لتوزيعها على

المستشفيات الموجودة في الخطوط الأمامية. وفي الجمهورية العربية السورية، عَبَر أكثر من 448000 شخص الحدود قادمين من لبنان مطلع حزيران/ يونيو 2026، وهو ما زاد الضغوط على الخدمات الصحية التي كانت تواجه بالفعل تجمّعات لحالات التهاب الكبد A في درعا وفاشية حصبة مؤكدة مختبريًّا في الحسكة. ودعمت المنظمة تقديم الخدمات الصحية في محافظات حلب ودرعا وحماة وحمص وإدلب والصويرة وأجزاء من شمال شرق البلاد، وشمل ذلك شراء الأدوية الأساسية وإمدادات علاج الرضوح وتعزيز الترصُّد والوقاية من الفاشيات. وفي اليمن، عززت المنظمة التأهُّب من خلال التخطيط للطوارئ القائم على السيناريوهات، ودعم نُظُم التنسيق والترصُّد في حالات الطوارئ، وبناء القدرات في مجال إدارة الأحداث من خلال مراكز عمليات طوارئ الصحة العامة، وتعميم أدوات الإدارة الإلكترونية لطوارئ الصحة العامة من أجل تعزيز التبليغ في حالات الطوارئ والترصُّد القائم على الأحداث، والتجهيز المسبق للأدوية الأساسية واللوازم المختبرية ومجموعات أدوات الطوارئ في المرافق الصحية في 19 محافظة.

137. كما أدى تصاعد النزاع إلى تعزيز التأهب على نطاق واسع في جميع بلدان مجلس التعاون لدول الخليج العربية. ففي المدة بين نيسان/ أبريل وحزيران/ يونيو 2026، أوفدت منظمة الصحة العالمية خبراء متخصصين في التأهب والاستجابة لحالات الطوارئ في البحرين والكويت وسلطنة عُمان وقطر والمملكة العربية السعودية، لرفع مستوى الاستعداد للتعامل مع المخاطر الناشئة عن احتمال اتساع رقعة النزاع في الإقليم. وركز الدعم المُقدَّم على إدارة الطوارئ الشاملة لجميع الأخطار، واستخبارات الصحة العامة، ونُظم الإنذار المبكر، وقابلية التشغيل البيني لمراكز عمليات الطوارئ الصحية العامة، والتأهب للإصابات الجماعية والأخطار الكيميائية والبيولوجية والإشعاعية والنووية، واللوجستيات في حالات الطوارئ، ووسائل المكافحة الطبية، والتواصل بشأن المخاطر، واستمرارية تقديم الخدمات الصحية الأساسية. وأسهمت هذه المبادرة في تنمية القدرات الوطنية، ودعم نهج إقليمي أكثر تكاملًا وتنسيقًا بين دول مجلس التعاون لدول الخليج العربية في مجال الأمن الصحي والتأهب والاستجابة.

138. وعزّزت البحرين تأهبها للاختبارات التشغيلية والربط الإقليمي، فيما وسّعت الكويت دورها في مجال التأهب للعمل الإنساني وتنسيق الأمن الصحي، وطوّرت سلطنة عُمان قدراتها في الإنذار المبكر ورصد المستجدات، ورسّخت قطر ترتيباتها المتكاملة للتأهب والاستجابة، بينما سخّرت المملكة العربية السعودية قدراتها المتقدمة في عمليات الطوارئ والمحاكاة والاستجابة السريعة. كما عزّزت المبادرة التعاون بين بلدان مجلس التعاون لدول الخليج العربية، ومهّدت الطريق لإرساء نموذج تملكه الدول الأعضاء، ومتوافق مع نموذج المركز الخليجي للوقاية من الأمراض ومكافحتها، وتدعمه المنظمة، بما يعزز الجاهزية الجماعية والتميز التشغيلي والأمن الصحي على مستوى منطقة دول الخليج.

139. وقد أدى تصعيد النزاع إلى حدوث اضطراب شديد في سلاسل الإمداد الإقليمية، وإيقاف العمليات مؤقتًا في مركز الإمدادات اللوجستية التابع للمنظمة في دبي، وارتفعت تكاليف النقل بنسبة 50% مقارنةً بمستوياتها قبل الأزمة، نتيجة زيادة الرسوم الإضافية على الوقود وفرض قيود على المجال الجوي، وهو ما اقتضى التحول إلى مسارات النقل البري والنقل المتعدد الوسائط. واستؤنفت العمليات بفضل اعتماد حلول مبتكرة لسلسلة الإمداد، الأمر الذي سلط الضوء على هشاشة نُظُم الإمداد في ظل تشابك الأزمات الإقليمية، وأبرز الأهمية البالغة للمخزونات الجاهزة وقدرات الاستجابة السريعة، المدعومة بإيصال الإمدادات عبر رحلات جوية طارئة مستأجرة ومُمولة بالتبرعات. وبالرغم من هذه القيود، أرسل مركز المنظمة في دبي منذ بداية تصعيد النزاع حتى منتصف حزيران/ يونيو 2026 إمدادات صحية بقيمة 5.9 ملايين دولار أمريكي إلى 26 بلدًا وأرضًا، ليستفيد منها أكثر من 8 ملايين شخص.

انعدام الأمن الغذائي وسوء التغذية

140. ظل انعدام الأمن الغذائي الحاد وسوء التغذية منتشرين على نطاق واسع في العديد من الأوضاع التي تشهد حالات طوارئ. وعزَّزت المنظمة الترصُّد التغذوي ورعاية الحالات المصابة بسوء التغذية الحاد الوخيم داخل المستشفيات في البلدان والأراضي الأشد تأثرًا، ومنها أفغانستان وباكستان وفلسطين والصومال والسودان واليمن، مما أسهم في الحفاظ على استمرارية الخدمات الأساسية رغم التحديات التشغيلية الجسيمة. وترد تفاصيل إضافية في هذا الشأن ضمن الأولوية الإقليمية الأولى.

التدبير العلاجي لفاشيات الأمراض السارية في النزاعات والأوضاع الإنسانية

141. تهيئ الأزمات الممتدة ظروفًا مُواتية لانتشار الكوليرا والحصبة والدفتيريا وحمى الضنك والملاريا وحمى القرم-الكونغو النزفية وجدري القِرَدة والتيفود والتهاب الكبد A، فيما تتسبب في إضعاف البنية التحتية اللازمة لتشخيص هذه الأمراض وعلاجها واحتوائها. وفي عام 2025، أُبلغ عن 62 فاشية في 19 بلدًا وأرضًا؛ وظلت 48 فاشية نشطة في 17 بلدًا وأرضًا حتى 30 حزيران/ يونيو 2026. واستندت استجابة

المنظمة إلى النشر الميداني السريع، واللوجستيات الملائمة للسياق، والتدخلات المتكاملة والمتعددة القطاعات، إلى جانب جهود إعادة بناء النُّظُم الصحية، وهو ما أسهم في إبقاء معدلات الوفيات ضمن مستويات يمكن احتواؤها. وفي السودان، دعمت المنظمة الاستجابات المتكاملة لفاشيات الكوليرا وحمى الضنك والملاريا، وربطت بين الترصُّد، والتدبير العلاجي للحالات، ومكافحة نواقل الأمراض، وخدمات المياه والصرف الصحي والنظافة العامة، والتواصل بشأن المخاطر، والمشاركة المجتمعية للحد من انتقال العدوى وتعزيز الوقاية على مستوى المجتمع المحلي.

142. ولا تزال الكوليرا تمثل التهديد الأكثر انتشارًا والأشد فتكًا في الإقليم. حيث أُبلغ عن أكثر من 359000 حالة إصابة بالكوليرا والإسهال المائي الحاد، و2167 حالة وفاة في ستة بلدان في عام 2025. وأبقت الاستجابة الإقليمية المنسَّقة — التي جمعت بين التأكيد المختبري المبكر، والتطعيم في حالات الطوارئ، والتوعية المجتمعية — معدلات إماتة الحالات دون عتبة الطوارئ البالغة 1% التي تحددها المنظمة في معظم السياقات. وفي الصومال، أدى التطعيم المتكامل مع الخدمات الصحية، والتوعية المجتمعية، والتجهيز المسبق للإمدادات الطبية الطارئة إلى خفض حالات الكوليرا بنسبة 60% تقريبًا - من 22028 في عام 2024 إلى 9004 في عام 2025 - وخفض الوفيات من 135 إلى تسع وفيات. وفي السودان، أسهم تأكيد فاشيات الكوليرا واستمرار الترصُّد الوبائي في تقديم عدة طلبات من خلال آلية فريق التنسيق الدولي، أسفرت عن تخصيص أكثر من 12 مليون جرعة من لقاح الكوليرا الفموي. وساهمت حملات التطعيم الجماعية الموجَّهة في خفض معدل إماتة الحالات من 2.7% إلى 1.7% بحلول منتصف عام 2025. وفي اليمن، دعمت المنظمة 19 مركزًا لعلاج الإسهال، وعززت الترصُّد والتدبير العلاجي للحالات، ودعمت حملات التطعيم الفموي ضد الكوليرا التي وصلت إلى أكثر من 3 ملايين شخص. وفي أعقاب الفيضانات الشديدة، عززت المنظمة أيضًا الوقاية من الفاشيات من خلال الإمدادات الطبية الطارئة ومكافحة النواقل وتدابير ترصُّد الأمراض.

143. وفي الصومال، ارتفعت حالات الدفتيريا ستة أضعاف إلى 3653 حالة في عام 2025، ومعظمها بين الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 5 أعوام و15 عامًا ممن لم يتلقوا التطعيم. واستجابت المنظمة والولايات الأعضاء في النظام الاتحادي بتطعيم أكثر من 1.8 مليون طفل، ونشر ترياق الدفتيريا في المرافق التي تستقبل أكبر أعداد من المرضى، وهو ما أسهم في خفض معدل إماتة الحالات من 12.8% إلى 4.1%، أي إلى نحو ثلث مستواه السابق. وفي السودان، أسهمت نُظُم الإنذار المبكر وتوجيه التحذيرات والاستجابة، بما في ذلك النُّظُم المتنقلة العاملة في المناطق المتضررة من النزاع والتي يتعذر الوصول إليها، في ترصد أكثر من 64000 حالة إصابة بحمى الضنك وأكثر من 650000 حالة إصابة بالملاريا والكشف عنها والتبليغ بها والاستجابة لها، على الرغم من الاضطراب الواسع النطاق الذي طال النظام الصحي وحقيقة خروج العديد من المرافق الصحية عن الخدمة. وفي الجمهورية العربية السورية، دعمت المنظمة الوقاية من الفاشيات والاستجابة لها، بما في ذلك فاشيات التهاب الكبد A وفاشية الحصبة المؤكدة مختبريًّا. كما جرى تعزيز القدرات المختبرية لإجراء الفحوص الجزيئية الخاصة بالحصبة والحصبة الألمانية في 15 بلدًا، الأمر الذي أسهم في تسريع وتيرة تأكيد الفاشيات. وفي قطاع غزة، جرى الكشف عن 1.6 مليون حالة من الأمراض ذات الأولوية والتبليغ بها عبر نظام الإنذار المبكر والاستجابة، وهو ما مكّن من التنسيق السريع بين الشركاء في سياق كان قد انهار فيه نظام الترصُّد الروتيني إلى حد كبير. وفي اليمن، أسهمت تدخلات مكافحة نواقل الأمراض، بما فيها أنشطة التعبئة المجتمعية، في حماية ما يُقدَّر بنحو 4 ملايين شخص من فاشيات حمى الضنك.

144. وعُزِّزت الوقاية من العدوى ومكافحتها بوصفها تدبيرًا متاحًا في الخطوط الأمامية للتخفيف من وطأة الفاشيات. وفي عام 2025، حقق الإقليم درجة إجمالية في قدرات الوقاية من العدوى ومكافحتها بلغت 61%، أي وصل إلى المستوى الثالث («قدرات متطورة»)، متجاوزًا المتوسط العالمي، على الرغم من اندلاع صراعات نشطة في عدد من بلدان الإقليم خلال المدة نفسها. وأدرجت المنظمة الإرشادات المتعلقة بالوقاية من العدوى ومكافحتها في أطر التأهب للطوارئ، ونشرت خبراء في مجال الوقاية من العدوى ومكافحتها في البلدان المعرضة لمخاطر مرتفعة، وحافظت على استمرارية الممارسات الأساسية من خلال الشراكات مع مؤسسة "ولكوم الاستئمانية" والمراكز المتعاونة مع المنظمة التي وسعت نطاق قدرات نظام التدريب وإدارة المعلومات المختبرية. وعُززت البرامج المتكاملة للوقاية من العدوى ومكافحتها في 11 بلدًا، وهو ما أسهم مباشرةً في الوفاء بالتزام المنظمة بمعايير الوقاية من العدوى ومكافحتها. كما ساعدت بعثات الصندوق العالمي الإقليمية في السودان والجمهورية العربية السورية، واستعراضات البرامج المتكيِّفة مع حالات الطوارئ في أفغانستان، على الحفاظ على استمرارية توفير علاج السل المقاوم للأدوية، الذي يُعد من أكثر العلاجات عرضةً للانقطاع.

145. وتطلب الاستمرار في هذه الاستجابات تكييف الترتيبات اللوجستية وإيجاد حلول بديلة لتجاوز القيود التي تفرضها النُّظُم، وعلى نطاق واسع. فقد نقلت المنظمة المختبر الوطني للصحة العامة في السودان إلى بورتسودان، ونشرت ثلاث وحدات مختبرية متنقلة في مخيمات النازحين داخليًّا والمناطق

المتضررة بالنزاعات، وحافظت على توفير الإمدادات التشخيصية في أكثر من 80% من المرافق الصحية التي يمكن الوصول إليها. وفي اليمن، حافظت المنظمة على النظام الإلكتروني المتكامل للإنذار المبكر بالأمراض وفرق الاستجابة السريعة وعزَّزتها، وهو ما أسهم في الكشف عن الفاشيات والاستجابة لها بصورة عاجلة وتعزيز قدرات التأهب لها على المستوى الوطني. كما جرى تعزيز التنسيق عبر الحدود، ولا سيَّما عبر منطقة القرن الأفريقي، وذلك للحد من مخاطر انتشار الأمراض على الصعيد الدولي. وتواصل تعزيز التأهب للأمراض المنقولة بالنواقل من خلال التدريب الإقليمي على الترصد المتكامل للنواقل وإدارة مقاومة المبيدات الحشرية؛ وقد استرشد السودان بالبيّنات المستقاة من رصد الواسمات الجزيئية لمقاومة الأدوية المضادة للملاريا في قراره بتغيير الاختبارات التشخيصية السريعة في عام 2026، وهو مثال ملموس على التكيف المسند بالبيّنات في ظل ظروف الأزمات.

تزايد عبء الرضوح

146. تمثل الرضوح الناجمة عن النزاعات أشد أعباء الطوارئ الصحية حدةً وأسرعها تزايدًا في إقليم شرق المتوسط. حيث تودي الإصابات والعنف بحياة أكثر من 433000 شخص في الإقليم كل عام - وهو ثاني أعلى معدل للوفيات الناجمة عن الإصابات من بين جميع أقاليم المنظمة. وقد نقلت المدة المشمولة بالتقرير هذه الأرقام إلى مستوى مختلف تمامًا، فشهد الإقليم 43% من جميع الهجمات على مرافق الرعاية الصحية المُوثَّقة على مستوى العالم، وأكثر من 86% من الوفيات المرتبطة بها، وخلال النصف الأول من عام 2026، استأثر الإقليم بنسبة 47% من جميع الأحداث التي تحققت منها المنظمة في جميع أنحاء العالم. وفي قطاع غزة، أُصيب أكثر من 171000 شخص في الفترة من تشرين الأول/ أكتوبر 2023 حتى 31 كانون الأول/ ديسمبر 2025، وكان نحو 25% منهم يعانون من إصابات غيرت مجرى حياتهم واستدعت إعادة تأهيل طويلة الأمد، بما في ذلك ما يُقدَّر بنحو 5000 حالة بتر. وفي لبنان، أسفر التصعيد في عام 2024 عن مقتل أكثر من 4000 شخص وإصابة 16600 آخرين. وفي السودان، ووفقًا لتقديرات وزارة العمل والتنمية الاجتماعية السودانية، يتعايش أكثر من 397000 شخص مع إعاقات مرتبطة بالنزاعات. وفي جمهورية إيران الإسلامية، أُبلغ عن 2150 وفاة و27931 إصابة حتى 2 نيسان/ أبريل 2026. وبغض النظر عن اختلاف السياقات، لا تزال نُظُم إعادة التأهيل ونُظُم معلومات الرضوح وآليات تحسين الجودة تعاني من نقص مزمن في الموارد، بما يمثل خللًا هيكليًّا من شأنه أن يزيد عبء الإعاقة في السنوات المقبلة.

147. وواصلت المبادرة الإقليمية للرضوح أداء مهامها رغم السحب الكامل للتمويل المخصص لها في عام 2025، وهو ما اضطر الفريق إلى تقليص عدد أعضائه. وقد دعمت المبادرةُ، منذ إنشائها في عام 2020، الاستجابة لأكثر من 200 حادث إصابة جماعية، ودعمت بالتوازي نُظُم الرضوح في الإقليم لتقديم الرعاية لما يقدر بنحو 800000 مريض مصاب. وكان لبنان أوضح مثال على تأثير المبادرة الإقليمية للرضوح: إذ دُرِّب 7070 من العاملين الصحيين في 548 مرفقًا صحيًّا، ونُفِّذ 112 تمرينًا لتفعيل خطط الاستجابة. وتمثّل أحد الإنجازات البارزة في إضفاء الطابع المؤسسي على منهج الرعاية الحرجة للتمريض في سياقات النزاعات، مع اعتماد 23 مدرّبًا وطنيًّا. وبالتوازي مع ذلك، تلقى 64 جراحًا وأخصائي تخدير وطبيب طوارئ تدريبًا على الإصابات الناجمة عن الانفجار، والإنعاش الهادف إلى السيطرة على الضرر، والتدبير العلاجي لجروح الحرب. وفي قطاع غزة، جرى تيسير 77 بعثة لاختصاصي علاج الرضوح، وتسليم أكثر من 220 مجموعة من مستلزمات علاج الرضوح والجراحة الطارئة؛ وتمكنت 36 بعثة إجلاء طبي من إخراج 557 مريضًا و1228 من مرافقيهم والقائمين على رعايتهم من قطاع غزة، مع استخدام بيانات مسارات الرضوح للاسترشاد بها في الدعوة إلى حماية المدنيين. وفي الضفة الغربية، عززت المنظمة قدرات رعاية المصابين بالرضوح من خلال تدريب أكثر من 1500 من العاملين الصحيين والمستجيبين الأوائل، ومن خلال تقديم الدعم التقني والمستلزمات والمعدات للمستشفيات ونقاط علاج الرضوح وغيرها من نقاط الخدمات الصحية. وفي مصر، جرى تقديم تدريب داخلي في ستة مستشفيات. وفي السودان، أُعيد تشكيل الفريق العامل التقني المعني بالرضوح التابع للمجموعة الصحية. وفي الجمهورية العربية السورية، وصل التدريب على التدبير العلاجي للإصابات الجماعية إلى 13 مستشفى. وأسهم تعيين مركز حمد لإصابات الحوادث في قطر مركزًا متعاونًا مع منظمة الصحة العالمية في إنشاء منصة إقليمية قابلة للتوسع للتدريب الموحد على جراحات الحروب، وأُعيدت الدورة المشتركة لتدريب 77 متدربًا من خمسة مكاتب قُطرية تابعة للمنظمة في كانون الثاني/ يناير 2026.

تعزيز التأهب والاستعداد والقدرة على الصمود

148. كان اتفاق المنظمة بشأن الجوائح، الذي اعتُمد بتوافق الآراء في جمعية الصحة العالمية الثامنة والسبعين في أيار/ مايو 2025، معلمًا بارزًا في التأهب العالمي، حيث اختتم ثلاث سنوات من المفاوضات المكثفة. وشاركت بلدان إقليم شرق المتوسط بفعالية طوال هذه العملية، وقدمت إسهامات

جوهرية في صياغة أحكامه الرئيسية. وبالتوازي مع ذلك، دخلت التعديلات على اللوائح الصحية الدولية (2005) حيز النفاذ رسميًّا في أيلول/ سبتمبر 2025، وهو ما يعزز قدرات الترصد ويعزز الحصول المنصف على المنتجات الصحية. وتواصل المنظمة تقديم الدعم إلى الدول الأعضاء في الإقليم من خلال أنشطة إذكاء الوعي، والإرشادات التقنية، وبناء القدرات، ووضع خطط تنفيذ وطنية لتيسير اعتماد وتنفيذ كل من الاتفاق بشأن الجوائح واللوائح الصحية الدولية المعدلة بشكل فعال.

149. واستكملت جميع البلدان والأراضي البالغ عددها 22 بلدًا وأرضًا دورة الإبلاغ السنوي للتقييم الذاتي للدول الأطراف في عام 2025، غير أن مستويات القدرات الإجمالية ظلت إلى حد كبير دون تغيير منذ عام 2018، إذ تراوحت بين 63% و66%، وهو ما يعكس استمرار نقص الاستثمار. وأظهرت نُظم الترصُّد، والمختبرات، وتقديم الخدمات أداءً أفضل، بينما لا تزال توجد ثغرات في القوى العاملة، والتواصل بشأن المخاطر، والتأهب للأحداث الكيميائية. ووفقا لبيانات أداة الإبلاغ السنوي للتقييم الذاتي للدول الأطراف لعام 2025، كان أعلى متوسط درجات في مجالات الترصُّد (83%)، وتقديم الخدمات الصحية (74%)، والمختبرات (71%)، في حين كانت أدنى الدرجات في الأحداث الكيميائية (55%)، ونقاط الدخول (58%)، وسلامة الأغذية (60%).

150. وواصل برنامج التعلُّم من الأقران المخصص لمراكز الاتصال الوطنية المعنية باللوائح الصحية الدولية[14]، إلى جانب جماعات الممارسين، الاضطلاع بدور محوري بوصفهما منصتين أساسيتين لتعزيز التعاون وتبادل المعارف وتنمية القدرات على مستوى إقليم شرق المتوسط. وعُقِد ما مجموعه 21 جلسة لجماعات الممارسين، ضمت مراكز الاتصال الوطنية المعنية باللوائح الصحية الدولية والخبراء التقنيين من جميع أنحاء الإقليم. وتناولت الجلسات طيفًا واسعًا من الموضوعات التقنية والقضايا المستجدة في مجال الصحة العامة، بما في ذلك أحدث المعلومات بشأن الطوارئ الصحية العامة التي تسبب قلقًا دوليًّا، والفاشيات المستمرة، وتقييم الأحداث وآليات الإخطار بها، والتواصل بشأن المخاطر، ونقاط الدخول، وتنفيذ اللوائح الصحية الدولية.

151. وفي الفترة من تموز/ يوليو 2025 إلى حزيران/ يونيو 2026، يسّرت المنظمة إجراء 20 تقييمًا خارجيًّا مشتركًا على الصعيد العالمي ودعمت 22 خطة عمل وطنية للأمن الصحي و59 عملية محاكاة. ومن بين هذه التقييمات، أُجريت ثلاثة في أفغانستان وليبيا وتونس أو نُشرت نتائج بشأنها، أي ما يعادل 15% من مجموع التقييمات على مستوى العالم. وبالإضافة إلى ذلك، وُضعت خطط عمل وطنية للأمن الصحي في العراق وليبيا وقطر. كما أجرى الإقليم 17 تمرين محاكاة من مختلف الأنواع في كلٍّ من البحرين والعراق والأردن وسلطنة عُمان وباكستان وتونس والإمارات العربية المتحدة واليمن. ومن بين هذه التمارين، أُجري تمرينان على المستويين الإقليمي ودون الإقليمي.

152. وشهد تنفيذ الالتزام بإجراء إبلاغ دوري عن المرافق الصحية في جميع البلدان التي تواجه حالات طوارئ إنسانية تقدمًا ملحوظًا، بفضل إضفاء الطابع المؤسسي على أدوات الرصد في الوقت الحقيقي: ففي قطاع غزة والسودان، عززت المنظمة النُّظُم الوطنية بإرساء نظام لرصد توافر الموارد الصحية، وهو ما أتاح الحصول على صورة آنية عن وضع المرافق الصحية، وتعزيز التنسيق بين الشركاء الصحيين، وتحسين تحديد الأولويات وتخصيص الموارد رغم القيود التشغيلية الشديدة.

153. وجرى تعزيز تنفيذ اللوائح الصحية الدولية من خلال جهود منسقة لتقوية البنية التحتية في مجالات متعددة. وأُنشئت مراكز عمليات طوارئ الصحة العامة في مصر والعراق والجمهورية العربية السورية، وتلقَّى لبنان وقطر والسودان واليمن الدعم لتعزيز المراكز القائمة بالفعل. ودعمت المنظمة بناء القدرات في نقاط الدخول في 10 بلدان عبر 304 نقاط دخول محددة، وذلك من خلال التدريب الموجَّه وتمارين المحاكاة والتنسيق عبر الحدود.

154. وأُحرز تقدم في تمويل التأهب رغم استمرار الفجوات، إذ حصلت ثمانية بلدان على تمويل تراكمي قدره 153.2 مليون دولار أمريكي من صندوق مكافحة الجوائح الذي يستضيفه البنك الدولي، خلال الجولات التمويلية الثلاث الأولى، وهو ما يمثل 50% من جميع البلدان المؤهلة في الإقليم. وترتبط هذه الاستثمارات بشكل مباشر بتقييم اللوائح الصحية الدولية وخطط العمل الوطنية المرتبطة بها، وتدعم توسيع نطاق الترصُّد، وتنمية القوى العاملة، ونُظُم التنسيق في حالات الطوارئ. وفي اليمن، حقق الدعم المقدَّم من صندوق مكافحة الجوائح نتائج ملموسة: فقد توسعت التغطية بالترصُّد من

[14] **ويُعدُّ برنامج التعلُّم من الأقران بموجب اللوائح الصحية الوطنية مبادرة تقودها المنظمة تهدف إلى تعزيز قدرات مراكز الاتصال الوطنية المعنية باللوائح الصحية الدولية وتنسيقها واستعدادها الميداني في جميع الدول الأطراف من خلال تبادل الخبرات وأفضل الممارسات والتعلُّم المشترك. وبموجب اللوائح الصحية الدولية، ينبغي لكل دولة طرف أن تعين مركز اتصال وطني معني باللوائح الصحية الدولية - وعادة ما يكون مكتبًا أو مركزًا وطنيًّا - ليكون حلقة الاتصال الرسمية المتاحة دائمًا بين المنظمة والبلد. وتضطلع مراكز الاتصال الوطنية بالمسؤولية عن إخطار المنظمة بأحداث الصحة العامة المهمة، وإرسال مشورة المنظمة إلى القطاعات الوطنية، وضمان التنسيق بين الوزارات والوكالات.**

خلال دعم 2725 موقعًا خافرًا يستخدم النظام الإلكتروني المتكامل للإنذار المبكر بالأمراض، وهو ما أدى إلى زيادة التغطية الوطنية من 49.5% إلى 56%، في حين دُرِّب 670 عاملًا صحيًّا ونشرهم ضمن فرق استجابة سريعة في 134 منطقة، وتنفيذ أكثر من 142000 مهمة ميدانية للتحقُّق من الإنذارات بالفاشيات واستقصائها.

155. وإدراكًا من المنظمة للمخاطر المتزايدة الناجمة عن الأخطار الكيميائية والبيولوجية والإشعاعية والنووية، دعمت المنظمة الدول الأعضاء في تعزيز التأهب المتكامل لجميع الأخطار في جميع أنحاء الإقليم. حيث تعززت قدرات التأهب لمواجهة هذه الأخطار في 13 دولةً عضوًا، وأثبتت هذه الجهود أهميتها المباشرة خلال التصعيد في عام 2026. ووُضعت خطط استراتيجية وخطط عمل إقليمية، وأسهم التعاون الأقاليمي بين المكاتب الإقليمية لأفريقيا وجنوب شرق آسيا وأوروبا في تعزيز تبادل المعارف.

156. ودعمت المنظمة جيبوتي والعراق والأردن وتونس في إعداد مرتسمات وطنية للمخاطر الصحية باستخدام الأداة الاستراتيجية لتقييم المخاطر، وهو ما أتاح لهذه البلدان تحديد مجموعة واسعة من التهديدات المحدقة بالصحة العامة، وترتيب أولوياتها، ووضع خطط منهجية للتعامل معها. وتعززت قدرة المستشفيات على الصمود من خلال تطبيق أداة مؤشر سلامة المستشفيات وأداة STAR للمستشفيات في الأردن والعراق وتونس، إلى جانب التدريب على إدارة الأزمات في السودان. وجرى تقييم نُظُم الرعاية الطارئة في الصومال، مع تحديد الأولويات لتعزيز قدرات النظام. ودعمت منظمة الصحة العالمية نظام الرعاية الطارئة في باكستان عن طريق تدريب مقدمي الرعاية الصحية في الخطوط الأمامية على الرعاية الطارئة الأساسية، بهدف تحسين جودة الكشف المبكر عن المرضى ذوي الحالات الحادة والمصابين، وضمان تقديم العلاج الفعال لهم في الوقت المناسب.

157. وعززت المنظمة التخطيط القائم على المخاطر للتجمعات الحاشدة الكبرى - بما في ذلك الحج والعمرة، وتجمُّع الأربعين في العراق، وكأس الأمم الأفريقية في المغرب - ودعمت البلدان في تقييم المخاطر الصحية العامة وإدارتها على نطاق واسع. وشمل ذلك استخدام أدوات منهجية لتقييم المخاطر، وتعزيز نُظُم الترصُّد والإنذار المبكر، وتدابير الوقاية من العدوى ومكافحتها، والتنسيق المتعدد القطاعات. كما جرى تعزيز التعاون عبر الحدود للتعامل مع حركة السكان والتخفيف من حدة مخاطر الفاشيات. وأجرت المنظمة أيضًا أول استعراض لاحق للإجراءات لتجمُّع الأربعين، مستخلصةً دروسًا مهمة لتعزيز التأهب والاستجابة وتبادل المعارف على الصعيد الإقليمي بشأن الأحداث شديدة الخطورة في المستقبل.

158. ولا يزال إضفاء الطابع المؤسسي على التواصل بشأن المخاطر والمشاركة المجتمعية وإدارة الوباء المعلوماتي مستمرًا نظرًا لكونها عناصر أساسية للتأهب للطوارئ والاستعداد والاستجابة لها في جميع أنحاء الإقليم. ويتواصل في العديد من البلدان تنفيذ برامج تدريبية موجهة لتعزيز القدرات الوطنية، في حين جرى تجريب نهج حماية المجتمعات المحلية وتطبيقه في العراق والأردن ضمن إطار التأهب للطوارئ الصحية والاستجابة لها والقدرة على الصمود في مواجهتها - الذي يهدف إلى تحسين الروابط بين النُّظُم الصحية والسكان. ونُظِّمت دورات تدريبية بشأن التصدي للوباء المعلوماتي في لبنان والمغرب والجمهورية العربية السورية واليمن، فيما دُعم استمرار رصد الرأي العام على وسائل التواصل الاجتماعي في جمهورية إيران الإسلامية والأردن وفلسطين والسودان والجمهورية العربية السورية، بما أسهم في دمج رصد الوباء المعلوماتي ضمن أنشطة التواصل بشأن المخاطر وتخطيط الاستجابة والمشاركة المجتمعية. واستُخدمت التقييمات والتقديرات الخارجية بوصفها أدوات رئيسية لدعم التخطيط الوطني في العراق وليبيا والمغرب وقطر والسودان والجمهورية العربية السورية واليمن، في إطار تعزيز الامتثال المؤسسي للوائح الصحية الدولية. وتجلت أهمية هذا الاستثمار خلال التصعيد الذي شهده الشرق الأوسط في عام 2026. فعندما نزح أكثر من 140000 شخص إلى المدارس واللاجئ المؤقتة في مختلف أنحاء لبنان، تعاونت المنظمة مع وزارة الصحة العامة وحشدت شركاء غير تقليديين، بمن فيهم طلاب جامعيون متطوعون، لإعداد مجموعة أدوات صحية عملية تتناسب مع أوضاع اللاجئ، وتضمنت رسائل تركز على مخاطر الاكتظاظ بوصفه عاملًا رئيسيًّا لانتقال الأمراض، بدلًا من التركيز على السلوك الفردي. وتصدَّت المبادرة بصورة عملية للسلوكيات والاحتياجات القائمة، مع تشجيع الأفراد على التماس الرعاية وتحديد مسارات الحصول عليها.

استمرار تقديم الخدمات الصحية الأساسية في حالات الطوارئ والأوضاع الإنسانية

159. واصلت المنظمة تنفيذ عمليات واسعة النطاق لإنقاذ الأرواح في جميع أنحاء الإقليم، مستفيدة من نظام إدارة الأحداث الذي يشمل جميع الأخطار. وعلى الصعيد العالمي، يسَّرت الفرق الطبية الطارئة تقديم أكثر من 3.5 ملايين استشارة أثناء الأزمات خلال عام 2025. وشكَّل إقليم شرق

المتوسط القاسم الأكبر من هذه النسبة: ففي قطاع غزة في عام 2025 وحده، قدم 52 فريقًا طبيًّا طارئًا أكثر من 1.8 مليون استشارة، وأجْروا 24283 إجراءً جراحيًّا طارئًا، وقدموا الرعاية إلى 123925 مريضًا مصابًا برضوح.

160. وعُزِّزت قدرات الرعاية الطارئة على امتداد سلسلة العمل - بدءًا من الاستجابة المجتمعية الأولى ووصولًا إلى الرعاية السريرية المتقدمة. وفي مصر، أسهم التدريب على الرعاية الطارئة الأساسية في تعزيز المهارات السريرية للعاملين في الخطوط الأمامية، وهو ما مكّنهم من الكشف عن الحالات الصحية التي تهدد الحياة مبكرًا، وتدبيرها علاجيًّا. وفي العراق، أدى التدريب على الإسعافات الأولية على مستوى المجتمع المحلي إلى تعزيز قدرات الاستجابة الفورية، بما يزيد فرص النجاة خلال الفترة الحرجة التي تسبق وصول المرضى إلى مرافق الرعاية الصحية. وفي الصومال، أُدمج التدريب على الرعاية الطارئة والحرجة في النظام الجامعي الوطني، مكمِّلًا بذلك جهود التدريب التي كانت تُنفذ سابقًا على أساس غير منتظم. وفي الوقت نفسه، تركز خطط العمل الوطنية الأوسع نطاقًا على سدّ الثغرات الحرجة التي كشفت عنها التقييمات الأخيرة للنُّظُم الصحية. وفي اليمن، أسهمت مجموعة أدوات الرعاية الطارئة في توحيد البروتوكولات، وتعزيز ممارسات فرز المرضى، وتحسين الجودة في المرافق الصحية ذات العبء المرتفع. كما تحسَّنت القدرة الإقليمية على تلبية الاحتياجات المفاجئة: ففي آذار/ مارس 2025، أصبح الفريق السعودي للمساندة الطبية في الكوارث أول فريق في الإقليم يحقق تصنيف منظمة الصحة العالمية باعتباره فريقًا طبيًّا للطوارئ من النمط 2، وهو ما عزز الاستعداد الوطني والإقليمي لتقديم رعاية المرضى الداخليين والرعاية الجراحية أثناء الأزمات.

161. وعمومًا، شحن مركز الإمدادات اللوجستية للطوارئ الصحية العالمية التابع للمنظمة في دبي، خلال المدة من تموز/ يوليو 2025 إلى حزيران/ يونيو 2026، إمدادات بقيمة 24.8 مليون دولار أمريكي إلى مختلف أنحاء العالم، كما لبَّى نحو 435 طلبًا للطوارئ في 74 بلدًا، وفي عام 2025، يسَّرت المنظمة إيصال إمدادات طبية بقيمة 41 مليون دولار أمريكي إلى قطاع غزة، في ظل القيود المعقدة المفروضة على الوصول وعلى التنقل، وإجراءات التفتيش المطوَّلة. ونسَّقت المنظمة منذ بداية الأزمة نحو 100 رحلة جوية مستأجَرة، بدعم من المديرية العامة للعمليات الأوروبية ودولة الإمارات العربية المتحدة. ودعمت المنظمة كذلك تحرُّك 289 شاحنة تابعة للشركاء عبر جميع المرات، وهو ما مكَّن الشركاء مباشرةً من مواصلة عملياتهم في وقتٍ حدَّت فيه التغييرات الإدارية وإلغاء تسجيل المنظمات غير الحكومية الدولية بشدة من استقلاليتهم. وعلاوة على ذلك، وزعت المنظمة 10.79 ملايين لتر من الوقود داخل قطاع غزة، الأمر الذي ضمن استمرار تشغيل مولدات المستشفيات وأنظمة سلاسل التبريد التي لا غنى عنها لرعاية الطوارئ والإحالة.

162. وعلى المستوى القُطري، واصلت المنظمة تقديم الخدمات الصحية الأساسية على نطاق واسع. وفي أفغانستان، استمر تقديم الخدمات على الصعيد الوطني على الرغم من القيود المفروضة على إتاحة الخدمات، حيث استجابت 98% من الإنذارات الخاصة بالفاشيات في غضون 96 ساعة، وعولج 570000 طفل من سوء التغذية الحاد الوخيم، وقُدِّمت أكثر من 3.1 ملايين استشارة. وفي مصر، دعمت المنظمة استجابة النظام الصحي للأزمات الإقليمية، وساعدت على استمرار تقديم الرعاية للنازحين من قطاع غزة والسودان من خلال تعزيز التنسيق، وتقديم الإمدادات الطبية الأساسية، ودعم تقديم الخدمات الصحية الأساسية المنقذة للحياة والخدمات المتخصصة، ومنها الغسيل الكلوي وأمراض الأورام والرعاية الطارئة. وفي ليبيا، دعمت منظمة الصحة العالمية خدمات الصحة وخدمات المياه والصرف الصحي والنظافة العامة في الكُفرة استجابة لتدفق اللاجئين الفارين من النزاع في السودان. وقدمت الفرق الطبية الطارئة، التي نُشِرت في 14 موقعًا، 72000 استشارة تضمنت خدمات للصحة الجنسية والإنجابية والصحة النفسية والتغذية، في حين ساعد تعزيز مسارات الإحالة وتدخلات المياه والصرف الصحي والنظافة العامة على الحد من مخاطر الأمراض والحفاظ على الخدمات المقدمة للاجئين والمجتمعات المستضيفة. وقدمت المنظمة الدعم إلى باكستان لتعزيز التأهب والاستجابة للطوارئ في 33 مقاطعة من المقاطعات المتضررة من الفيضانات، والمصنفة ضمن المناطق العالية المخاطر وذات الأولوية، في أقاليم بلوشستان وخيبر بختونخوا والبنجاب والسند. وفي الصومال، أدى دعم التمنيع والاستجابة للفاشيات إلى تخفيف عبء الأمراض في صفوف الفئات السكانية الضعيفة. وفي الجمهورية العربية السورية، دعمت المنظمة تقديم أكثر من 750000 استشارة في مجال الرضوح، وأكثر من 1.5 مليون استشارة لمرضى العيادات الخارجية والرضوح والصحة النفسية، مع تعزيز نُظم الإحالة واستمرارية الرعاية. وفي اليمن، ساعد الدعم المقدم إلى أكثر من 2300 مرفق صحي على استمرار عمليات المستشفيات من خلال توفير الوقود والأكسجين والأدوية الأساسية.

163. وفي فلسطين، شملت استجابة المنظمة عمليات الطوارئ، وتنسيق المجموعة الصحية، والتعافي المبكر، بما في ذلك تقييم الأضرار والاحتياجات، وإعادة تأهيل المرافق الصحية، واستعادة نُظُم المعلومات الصحية، والتخطيط للتعافي. وبحلول نهاية كانون الأول/ ديسمبر 2025، لم يكن يعمل سوى 18 مستشفى من أصل 36 مستشفى، وجميعها تعمل بصورة

جزئية، بينما لم يكن أي مستشفى يعمل في شمال قطاع غزة. كما ظل أقل من نصف مرافق الرعاية الصحية الأولية قيد التشغيل، ونفد مخزون 51% من الأدوية الأساسية و65% من المستلزمات الطبية. وعلى الرغم من الفجوة التمويلية الكبيرة، إذ لم يُتلقَّ سوى 156.5 مليون دولار أمريكي من أصل 648 مليون دولار أمريكي مطلوبة، واصلت المنظمة وشركاء المجموعة الصحية تشغيل مئات نقاط تقديم الخدمات، التي قدّمت نحو 15 مليون استشارة طبية. ووُفِّرت إمدادات طبية بقيمة تقارب 60 مليون دولار أمريكي، فيما قدَّم 34 فريقًا طبيًّا طارئًا أكثر من 1.8 مليون استشارة، وأُجري 18747 إجراء جراحيًّا طارئًا، إلى جانب دعم خدمات رعاية المصابين بالرضوح، والإحالة، وجراحة العظام، والتدبير العلاجي لسوء التغذية الحاد الوخيم، ورعاية الأمراض غير السارية. وعُزِّز ترصُّد الأمراض من خلال نظام الإنذار المبكر وتوجيه التحذيرات والاستجابة، الذي رصد أكثر من 1.6 مليون حالة من الأمراض ذات الأولوية، كما أُنشئ نظام للترصُّد المجتمعي، ونُفِّذت ثلاث جولات من التطعيم ضد الفيروس الدائر المشتق من اللقاحات من النمط 2 المسبِّب لشلل الأطفال، استفاد منها أكثر من 600000 طفل بحلول مطلع عام 2025.

164. وفي السودان، واصلت منظمة الصحة العالمية الاستجابة لأزمة صحية آخذة في التفاقم، إذ أدى النزاع إلى خروج نحو 40% من المرافق الصحية عن الخدمة، بينما يُتوقع أن يحتاج 33.7 مليون شخص إلى المساعدة الإنسانية خلال عام 2026. وعلى الرغم من القيود اللوجستية المعقدة، سلَّمت المنظمة أكثر من 800 طن من الإمدادات الطبية في عام 2025، وحافظت على استمرارية الخدمات الصحية في المناطق المتضررة من النزاع، فيما حصل أكثر من 1.8 مليون شخص على الخدمات الصحية الأساسية من خلال المستشفيات والمرافق الصحية الأولية والعيادات المتنقلة والمختبرات التي تدعمها المنظمة. وأُطلِق مشروع المساعدة الصحية والاستجابة للطوارئ في السودان (SHARE) في 10 مستشفيات، حيث قُدِّم تدريب على نظام المعلومات الصحية على مستوى المناطق (DHIS2) إلى 101 موظف، وسُجِّلت 116961 خدمة في شباط/ فبراير 2026 وحده. وفي 25 مركزًا للرعاية الصحية الأولية تدعمها مبادرة SHARE في 13 ولاية، استمر تقديم الخدمات الأساسية، كما تلقَّت القوى العاملة الصحية تدريبًا موجَّهًا بشأن التدبير العلاجي المتكامل لأمراض الطفولة، والعنف القائم على نوع الجنس، والرعاية الأساسية المبكرة للمواليد. كما جرى تعزيز القدرات في مجال رعاية الحالات الحادة والرضوح من خلال تنسيق الإحالة في 10 ولايات، وتقديم التدريب على الرعاية أثناء الطوارئ والفرز، ونشر فرق علاج الرضوح، وتقديم الدعم للمرافق في الخطوط الأمامية. واستمر التمنيع في ظل ظروف بالغة الصعوبة؛ فبعد تراجع التغطية بالجرعة الثالثة من اللقاح الخماسي إلى 38% في عام 2024، أسهم دعم المنظمة في رفعها مجددًا إلى 71% في عام 2025. ووصلت حملات التطعيم الوطنية إلى نحو 20.3 مليون شخص، محققةً تغطية تجاوزت 95%، في حين أصبح السودان أول بلد في إقليم شرق المتوسط يُدخِل لقاح الملاريا ويُوسّع نطاق استخدامه ليشمل أكثر من 140000 طفل في أربع ولايات بحلول نهاية عام 2025. وواصلت المنظمة أيضًا تقديم خدمات مكافحة أمراض المناطق المدارية المهملة، ودعم أنشطة ترصُّد الجذام وداء الليشمانيات الحشوي وداء التنينات (داء الدودة الغينية)، والكشف النشط عن الحالات، وحملات التوعية المجتمعية، والإشراف التقني في عدة ولايات على الرغم من استمرار الصراع.

165. وفي اليمن، ساعدت المنظمة على الحفاظ على استمرارية الخدمات الصحية الأساسية في واحدة من أصعب الأوضاع الإنسانية في الإقليم، رغم القيود التمويلية الشديدة، وتعطّل العمليات، وتراجع وجود الشركاء. ومن خلال دعم تشغيل المرافق الحيوية، بما في ذلك توفير الوقود والأكسجين الطبي والمياه المأمونة والأدوية الأساسية، ساعدت المنظمة على الحفاظ على شبكة من مرافق الرعاية الصحية الثانوية والإحالة التي تخدم أكثر من 20 مليون شخص في جميع المحافظات. وتوفر هذه المرافق ما يقرب من 12 ألف سرير للمرضى الداخليين، وأكثر من 1000 سرير في وحدات العناية المركزة، وأكثر من 1000 وحدة حضَّانة. وساعد هذا الدعم على ضمان استمرار حصول نحو 5 ملايين من الأشخاص الأكثر ضعفًا على الرعاية الصحية في عام 2026. وخلال عام 2025، قدمت المرافق التي تدعمها المنظمة أكثر من 744000 استشارة، و341000 عملية إدخال إلى المستشفى للمرضى الداخليين، و116000 إجراء جراحي، منها أكثر من 43000 عملية قيصرية، وأكثر من 100000 ولادة في المرافق.



الأولوية الإقليمية الرابعة
(شلل الأطفال)

تحقيق استئصال
شلل الأطفال والحفاظ
على حالة الخلو منه

وقف سريان فيروس شلل الأطفال البرّيّ في أفغانستان وباكستان وفيروس شلل الأطفال الدائر المشتق من اللقاحات من النمط 2 في جميع بلدان الإقليم

166. لا يزال انتشار فيروس شلل الأطفال البري على المستوى الدولي يمثل طارئة صحية عامة تسبب قلقًا دوليًا [15]، وأحد أبرز المهام غير المُنجزة بعدُ في الإقليم. وأفغانستان وباكستان هما آخر بلديْن على مستوى العالم يتوطن فيهما سريان فيروس شلل الأطفال البري من النمط 1. وعلاوة على ذلك، تواصل جيبوتي وفلسطين والصومال والسودان واليمن الاستجابة لفاشيات فيروس شلل الأطفال الدائر المشتق من اللقاحات. وفي حزيران/يونيو 2026، أكملت فلسطين 15 شهرًا متتاليًا دون اكتشاف فيروس شلل الأطفال في العينات البشرية أو البيئية. ويشكّل استمرار انتشار فيروس شلل الأطفال الدائر المشتق من اللقاحات من النمط 2 — ولا سيما في شمال اليمن، حيث لم يُسمح بتنفيذ حملات التطعيم الجماعي منذ اندلاع الفاشية الحالية للفيروس في عام 2021، وفي وسط وجنوب الصومال، حيث يُقيَّد الوصول إلى الأطفال، مع استمرار سريان الفيروس في جميع أنحاء القرن الأفريقي — خطرًا إقليميًّا مستمرًّا، يتفاقم بفعل حركة السكان والثغرات في التمنيع الروتيني.

167. وخلال المدة المشمولة بالتقرير، واصلت المنظمة الاضطلاع بدور محوري في دعم جهود استئصال شلل الأطفال في جميع أنحاء الإقليم على الرغم من التحديات الإنسانية والأمنية المعقدة. ودعمت المنظمة، بالتعاون مع الدول الأعضاء وشركاء المبادرة العالمية لاستئصال شلل الأطفال، تكثيف استراتيجيات الاستئصال، وتعزيز نُظُم الترصُّد، وتنسيق الاستجابات للفاشيات، بما في ذلك الكشف البيئي المستمر الذي يساعد على حماية الفئات السكانية الأكثر عرضة للخطر. ولا تزال استراتيجية استئصال شلل الأطفال للفترة 2022–2026، الممتدة حتى عام 2029، وخطة العمل الإقليمية لاستئصال شلل الأطفال لعام 2026 تسترشد بهذه الجهود، مع التركيز على وقف سريان فيروس شلل الأطفال البري من النمط 1، ووقف فاشيات فيروسات شلل الأطفال الدائرة المشتقة من اللقاحات، وتعزيز التكامل مع نُظُم التمنيع الروتيني. وعلى الرغم من تأمين مساهمات كبيرة من الجهات المانحة، بما في ذلك 500 مليون دولار أمريكي لصالح "المبادرة العالمية لاستئصال شلل الأطفال" على مدى السنوات الخمس المقبلة من المملكة العربية السعودية، و140 مليون دولار أمريكي من الإمارات العربية المتحدة،، لا تزال القيود التمويلية قائمة، وهو ما يستلزم زيادة الكفاءة وترتيب الأولويات. ويمثل عام 2026 نافذة وبائية حاسمة لقطع سلسلة انتقال المرض، لا سيما في البلدان الموطونة به.

168. فعقب ارتفاع مستوى سريان فيروس شلل الأطفال البري من النمط 1 في عام 2024، تراجع انتقال الفيروس في أفغانستان وباكستان خلال عام 2025 وأوائل عام 2026. ويتركز سريان المرض بشكل متزايد في مناطق جغرافية محددة، وهو ما يعكس أثر تعزيز استراتيجيات البرنامج، وتحسين جودة الحملات، واستدامة الالتزام السياسي.

169. وكان التقدم المحرز أكثر وضوحًا في الممرات الشمالية العابرة للحدود، ولا سيما المنطقة الشرقية في أفغانستان وإقليم بيشاور في باكستان، حيث أسهم تعزيز التنسيق، وتحسين التخطيط المحلي، وتعزيز المشاركة المجتمعية في خفض عدد الأطفال الذين فاتهم التطعيم خلال الحملات، وتقليص انتقال الفيروس والكشف عنه. وأدى تزامن حملات التطعيم عبر الحدود وآليات التخطيط المشتركة دورًا حاسمًا في الوصول إلى السكان المتنقلين والفئات المحرومة من الخدمات.

170. ومع ذلك، لا تزال مناطق السراية الجنوبية تمثل التحدي الرئيسي، حيث لا تزال مناطق جنوب خيبر باختونخوا وكراتشي في باكستان، إلى جانب المنطقة الجنوبية من أفغانستان، تشهد سريانًا مركزًا للفيروس، وتُسجَّل فيها حالات شلل أطفال مسبب للشلل، بما يسهم في استمرار انتشار الفيروس على الصعيدين الوطني والدولي. ولا تزال التحديات المرتبطة بالوصول، بما في ذلك انعدام الأمن، وتنقل السكان، والقيود التشغيلية، تعوق الوصول إلى جميع الأطفال المستهدفين بالتطعيم. وفي الوقت نفسه، تتطلب حالات رفض التطعيم الناجمة عن عوامل اجتماعية أو مرتبطة بالثقة استراتيجيات محددة الأهداف للمشاركة المجتمعية والتعبئة الاجتماعية.

[15] **تُعرِّف المادة 1 من اللوائح الصحية الدولية (2005) الطارئة الصحية العامة التي تسبب قلقًا دوليًا بأنها "حدث استثنائي يشكل خطرًا على الصحة العامة في الدول الأطراف الأخرى نتيجة انتشار الأمراض على الصعيد الدولي، وأنه من المحتمل أن يتطلب استجابة دولية منسقة". وفي 5 أيار/ مايو 2014، وبناءً على مشورة لجنة الطوارئ المعنية باللوائح الصحية الدولية، قرر المدير العام لمنظمة الصحة العالمية أن الانتشار الدولي لفيروس شلل الأطفال البري يمثل طارئة صحية عامة تسبب قلقًا دوليًا، وأصدر توصيات مؤقتة مماثلة بموجب اللوائح الصحية الدولية. ولا يزال وضع فيروس شلل الأطفال يمثل طارئة صحية عامة تسبب قلقًا دوليًا، حيث أوصت لجنة الطوارئ المعنية باللوائح الصحية الدولية مؤخرًا بتمديد التوصيات المؤقتة في آذار/ مارس 2026.**

171. ودعمت المنظمة كلا البلدين في تنفيذ تعديلات برنامجية لتحسين جودة أنشطة التمنيع التكميلي، وتعزيز الرقابة والمساءلة، وتعزيز الجهود الرامية إلى الوصول إلى الفئات السكانية الشديدة التعرض للخطر. وفي أفغانستان، أدى تحسين نهج التطعيم من موقع إلى آخر إلى توسيع نطاق الوصول إلى خدمات التطعيم وتعزيز الإقبال عليها، بينما استُخدمت موارد برنامج شلل الأطفال لتعزيز خدمات التمنيع الروتيني في المناطق عالية الخطورة. وفي باكستان، أسهم تكثيف تنفيذ خطة العمل الوطنية للطوارئ، بما يشمل تعزيز المراقبة، وتحسين التخطيط المحلي، وتجديد التركيز على العمليات الميدانية في المناطق عالية الخطورة استنادًا إلى تدقيق برامجي أُجري في كراتشي عام 2025، في تحسين أداء حملات التطعيم.

172. وواصلت مبادرة "تحدي القضاء على شلل الأطفال"، التي تقودها حكومات قطر والمملكة العربية السعودية والإمارات العربية المتحدة بدعم من مؤسسة غيتس، ربط جهود الاستئصال بتعزيز النظام الصحي على نطاق أوسع من خلال التمويل القائم على النتائج، وتعزيز المساءلة والأداء.

173. وقد حافظت بعثات المراقبة الرفيعة المستوى على التزامها السياسي، مع تسليط الضوء في الوقت نفسه على الحاجة إلى إدخال تحسينات قابلة للقياس على مناطق السراية المتبقية. واستمرت التدابير الرامية إلى ضمان سلامة العاملات في الخطوط الأمامية واستبقائهن وتعزيز فعاليتهن، تقديرًا لدورهن الأساسي في الوصول إلى الأطفال في المجتمعات المحلية التي يصعب الوصول إليها.

احتواء فاشيات فيروس شلل الأطفال المشتق من اللقاحات

174. نسقت المنظمة عمليات الاستجابة لفاشيات فيروسات شلل الأطفال المشتقة من اللقاحات في العديد من الأوضاع الهشة والمتضررة من النزاعات. وعلى الرغم من شدة القيود التشغيلية، أسهمت هذه الجهود في إحراز تقدم ملموس وقابل للقياس نحو وقف سريان العدوى في سياقات متعددة.

175. ففي جيبوتي، استمرت أنشطة الاستجابة في أعقاب الكشف عن فاشيات فيروسات شلل الأطفال الدائر المشتق من اللقاح من النمطين 1 و2 في عام 2024 وأوائل عام 2025. وأُبلغَ عن آخر اكتشاف مؤكَّد في أيار/ مايو 2025؛ ولم يُكتشف منذ ذلك الحين أي فيروس آخر مشتق من اللقاحات. ولا تزال هناك حاجة لمواصلة التيقّظ على أعلى المستويات، بالنظر إلى كون جيبوتي مركزًا إقليميًّا للعبور.

176. وفي فلسطين، وصلت حملات التطعيم التي أُجريت خلال الهدنات الإنسانية إلى أكثر من 600000 طفل تقل أعمارهم عن 10 سنوات في شباط/ فبراير 2025، ما حقق تغطية عالية على الرغم من القيود المفروضة على الوصول. وعقب وقف إطلاق النار في تشرين الأول/ أكتوبر 2025، نُفِّذت ثلاث حملات استدراك متعددة المستضدات في جميع أنحاء قطاع غزة، ووصلت إلى ما يقرب من 36000 طفل، وعززت الحماية من الأمراض التي يمكن الوقاية منها باللقاحات بعد عامين من النزاع وانقطاع الخدمات. ولم تُسجَّل أي حالات أخرى للكشف عن فيروس شلل الأطفال منذ آذار/ مارس 2025، وإن كان لا يمكن استبعاد استمرار سريان الفيروس بمستويات منخفضة.

177. وفي الصومال، تستمر أطول فاشية في العالم لفيروس شلل الأطفال الدائر المشتق من اللقاحات من النمط 2، مع استمرار انتقال الفيروس في المناطق الوسطى والجنوبية بشكل أساسي، وسط انعدام الأمن وتعذُّر الوصول إلى تلك المناطق. وقد جرى تعزيز التنسيق العابر للحدود داخل منطقة القرن الأفريقي من خلال التعاون بين الوزارات على مواءمة وتعزيز أنشطة التصدي للفاشيات لمنع الانتشار الدولي.

178. وفي السودان، دعمت المنظمة حملات الاستجابة للفاشيات وتدابير الترصُّد في حالات الطوارئ، بما في ذلك الترتيبات المختبرية عبر الحدود، للحفاظ على قدرات الكشف والاستجابة. وساهم استخدام اللقاحات الفموية الجديدة المضادة لشلل الأطفال في ارتفاع التغطية بالتطعيم في المناطق الشديدة الخطورة.

179. وفي اليمن، ساهم غياب حملات التطعيم الجماعي في المحافظات الشمالية منذ عام 2021 في استمرار سريان الفيروس، وتفاقُم الوضع نتيجة تعطُّل نُظُم الترصُّد. وفي المقابل، أسهمت حملات التطعيم وتعزيز التمنيع الروتيني في المحافظات الجنوبية في تحسُّن مناعة السكان.

180. ولا تزال حركة السكان في منطقة القرن الأفريقي، وامتدادها إلى اليمن ودول الخليج المجاورة، تزيد من مخاطر سريان الأمراض المعدية وغيرها من التهديدات الصحية العامة المستجدة عبر الحدود. وفي أيار/ مايو 2026، عُقدت مشاورة وزارية شاركت فيها جيبوتي والصومال والسودان واليمن على هامش الدورة التاسعة والسبعين لجمعية الصحة العالمية لتعزيز التعاون الصحي الإقليمي والتخفيف من حدة هذه المخاطر. وفي اليمن، أبلغ البرنامج الوطني لمكافحة الملاريا عن زيادة في عدد حالات الإصابة بالمتصوَّرة النشيطة، لا سيما في المحافظات المُستضيفة للاجئين والمهاجرين.

تعزيز الترصُّد والمختبرات والاحتواء

181. لا تزال نُظُم الترصُّد تمثل حجر الزاوية في جهود الاستئصال. ودعمت المنظمة الدول الأعضاء في تعزيز ترصُّد الشلل الرخو الحاد والترصُّد البيئي، وتوسيع نطاق التغطية، والحفاظ على شبكة مختبرات إقليمية قوية. ويجري الآن تنفيذ الترصُّد البيئي في 18 بلدًا وأرضًا من أصل 22 بلدًا وأرضًا في أكثر من 400 موقع، مع التخطيط لمزيد من التوسُّع.

182. وكان لافتتاح مختبر إقليمي للترصُّد البيئي في تونس في كانون الأول/ ديسمبر 2025 أثره الملموس في تعزيز القدرة التشخيصية وتقليل الاعتماد على الشبكات الخارجية. واتسع نطاق ترصُّد فيروس شلل الأطفال المشتق من اللقاحات المرتبط بنقص المناعة، ما عزز الكشف عن مسارات سريان العدوى الأقل شيوعًا. وفي السودان، كفلت التدابير الطارئة استمرارية جهود الترصُّد بالرغم من استمرار النزاع.

183. واستكملت جميع البلدان المرحلة الأولى من خطة العمل العالمية الثالثة لاحتواء فيروس شلل الأطفال. ويستمر إحراز التقدم في إصدار شهادات الاحتواء، بينما تسلّط الاختلافات في النهج الوطنية الضوء على أهمية مواصلة الرصد لضمان الامتثال للمعايير العالمية.

الإنصاف، والنوع الاجتماعي، والمشاركة المجتمعية

184. لا يزال الإنصاف بين الجنسين عنصرًا أساسيًّا في جهود الاستئصال. وتدعو المديرة الإقليمية، بصفتها مُناصِرة للمساواة بين الجنسين في المبادرة العالمية لاستئصال شلل الأطفال، إلى الوصول إلى كل طفل وتعزيز تمكين المرأة في الشوط الأخير من جهود الاستئصال. لذلك، تُدرَج الاعتبارات المتعلقة بالنوع الاجتماعي ضمن تخطيط الحملات وأنشطة المشاركة المجتمعية، مع إيلاء اهتمام خاص للمناطق التي تشهد معدلات مرتفعة من رفض التطعيم أو تواجه عوائق تحول دون الوصول إلى السكان. وتُظهر البيِّنات المتزايدة أن الوصول إلى الأطفال الأكثر عرضة للإصابة بالمرض لا يتحدد بالموقع الجغرافي بقدر ما تحدده عوامل مثل الثقة والأعراف الاجتماعية والديناميات الجنسانية في مجتمعاتهم. وفي أفغانستان وباكستان، استمر اتخاذ تدابير محددة لتعزيز سلامة العاملات في الخطوط الأمامية واستبقائهن وفاعليتهن، انطلاقًا من الاعتراف بدورهن الحيوي، الذي يتعذر الاستغناء عنه في كثير من الأحيان، في إتاحة الوصول إلى الأسر والمجتمعات المحلية التي لا يستطيع العاملون الذكور في مجال التطعيم العمل فيها. وفي اليمن، عزز توسيع نطاق تقديم الخدمات المجتمعية، بما في ذلك التدبير العلاجي لحالات الملاريا ونشر ما يقرب من 7000 قابلة مجتمعية، فرص الحصول على الرعاية الأساسية في المجتمعات المحلية النائية وتلك التي يتعذر الوصول إليها.

المرحلة الانتقالية الخاصة بشلل الأطفال والحفاظ على المكاسب

185. يستمر إحراز تقدُّم في دمج أصول برنامج استئصال شلل الأطفال ضمن النُّظُم الصحية الوطنية. حيث استكمل العراق وليبيا والجمهورية العربية السورية المرحلة الانتقالية، بينما نجح الصومال والسودان واليمن في إدماج الوظائف الأساسية للبرنامج، إلا أنها لا تزال تعتمد على التمويل الخارجي. ولا تزال أفغانستان وباكستان والصومال تعتمد على الدعم المُقدَّم من المبادرة العالمية لاستئصال شلل الأطفال نظرًا لاستمرار سريان المرض، مع التخطيط للمرحلة الانتقالية التي ستعقب توقفها. وتؤكد التجربة الحاجة إلى التخطيط المبكر، والتكامل مع التمنيع الروتيني، وضمان التمويل المحلي للحفاظ على المكاسب.

186. وعلى الرغم من التقدم الملموس المحرز، بما في ذلك انخفاض سريان فيروس شلل الأطفال البري من النمط 1 وعدم تسجيل أي حالات جديدة في جيبوتي وقطاع غزة منذ النصف الأول من عام 2025، لا يزال سريان فيروس شلل الأطفال مستمرًّا في أصعب الأوضاع في الإقليم. وتمثل بؤر سريان الفيروس المتبقية في جنوب أفغانستان وباكستان فرصة حاسمة؛ فالأدوات اللازمة لوقف سريان الفيروس متاحة، ويمثل عام 2026 نافذة وبائية مواتية وحاسمة لقطع سلسلة سريانه.

الأولوية الإقليمية الخامسة (تمكين الصحة)

تحسين تبادل المعارف ورسم السياسات المسندة بالبيِّنات وتوسيع نطاق استخدام التكنولوجيا الرقمية في مجال الصحة لتعزيز الصحة العامة



تعزيز نُظُم المعلومات الصحية والمُضِي قُدمًا في التحوُّل الرقمي

187. لطالما شكّل تفتُّت نُظُم المعلومات، وضعف نُظم تسجيل الأحوال المدنية، ومحدودية القدرات المؤسسية عوائق أمام اتخاذ القرارات المستنيرة بالبيّنات في إقليم شرق المتوسط. وغالبًا ما كانت البيانات متفرقة ومعزولة، ومتفاوتة الجودة، ولا يُستفاد منها بالقدر الكافي على المستوى دون الوطني، وهو ما أضعف تقديم الخدمات والترصُّد والمساءلة.

188. وخلال المدة المشمولة بالتقرير، دعمت المنظمة التحول نحو نُظم أكثر تكاملًا للصحة الرقمية والبيّنات، تتولى فيه البلدان زمام ملكيتها. وترتكز عملية التحول هذه على إطارين إقليميين رئيسيين: استراتيجية تعزيز نُظُم المعلومات الصحية (2024) (ش م/ ل إ6/71تنقيح-2) والاستراتيجية الإقليمية لتعزيز الصحة الرقمية (2022) (ش م/ ل إ/8/69)، اللتين توفران معًا إطارًا متكاملًا لتعزيز حوكمة البيانات وقابلية التشغيل البيني والاستخدام المنهجي للبيّنات في وضع السياسات والتخطيط. وتسهم هذه الجهود مباشرةً في تحقيق الأولوية التي يوليها برنامج العمل العام الرابع عشر للتحول الرقمي باعتباره عاملًا تمكينيًّا لتعزيز النُّظُم الصحية، وتحقيق التغطية الصحية الشاملة، وتعزيز التأهب للطوارئ الصحية.

189. وقد بدأ تنفيذ الاستراتيجية الإقليمية لتعزيز نُظم المعلومات الصحية يُثمر تقدمًا ملموسًا وقابلًا للقياس. وقد استكملت جميع البلدان والأراضي البالغ عددها 22 بلدًا وأرضًا تقييمات منظمة الصحة العالمية في إطار حزمة «المسح والعد والتحسين والاستعراض والتمكين» (SCORE) أو حزمة الأدوات التقنية لبيانات الصحة، وهو ما أرسى خط أساس للإصلاح، فيما حدّث 16 بلدًا نُظُم معلوماته الصحية الوطنية أو استراتيجياته للصحة الرقمية، وهو ما أسهم في تعزيز الحوكمة والمساءلة. وأُحرِزَ تقدم في بناء القدرات بالتوازي، بما في ذلك التدريب الواسع النطاق على ترميز التصنيف الدولي للأمراض والنُّظُم الرقمية لدعم القوى العاملة الماهرة.

190. وتعكف البلدان على دمج النُّظُم المجزأة في منصات وطنية قابلة للتشغيل البيني. واعتمد 12 بلدًا نظام المعلومات الصحية على مستوى المناطق (DHIS2) لدمج بيانات الترصُّد وتقديم الخدمات والبرامج. وفي العراق، أدى اعتماد نظام المعلومات الصحية على مستوى المناطق (DHIS2) بوصفها منصة وطنية موحدة إلى إتاحة الإبلاغ في الوقت الحقيقي على مستوى البرامج المختلفة، وعزّز قدرات الإنذار المبكر. وفي فلسطين، أسهم التوسُّع في تطبيق النظام في الضفة الغربية في تحسين إدارة البيانات، بينما ساعد الانتقال إلى نظام قائم على الحوسبة السحابية في قطاع غزة على الحفاظ على البيانات الصحية الحيوية وتيسير الاستعادة التدريجية المستمرة للوظائف في أعقاب الدمار الواسع النطاق. وفي الصومال، أدى نشر 548 مرفقًا إلى تعزيز الترصد وصنع القرار. وفي السودان، استُخدم نظام المعلومات الصحية على مستوى المناطق (DHIS2) لأول مرة لرصد توزيع الناموسيات المعالجة بالمبيدات الحشرية على الصعيد الوطني، وتوجيه مسوحات التتبع، وتعزيز رصد البرامج في الوقت الحقيقي واتخاذ القرارات. ودعمت المنظمة أيضًا التحوُّل الرقمي من خلال إعداد مذكرة مفاهيمية وطنية بشأن الصحة الرقمية، ووسعت نطاق استخدام المنصات الرقمية لإدارة المعلومات الصحية وتقديم الخدمات.

191. ويمضي التحول الرقمي قُدمًا عبر النُّظُم الصحية على الصعيد الإقليمي. ففي البحرين، دعمت المنظمة تنفيذ المسح الصحي العالمي المُعزَّز، ورصد المؤشرات الصحية والإبلاغ عنها بغرض متابعة أهداف التنمية المستدامة، وعزَّزت ترصُّد الوفيات من خلال التدريب على ترميز المراجعتين العاشرة والحادية عشرة للتصنيف الدولي للأمراض. وتعمل مصر على تطوير السجلات الصحية الإلكترونية لتعزيز استمرارية الرعاية وتحسين كفاءة الخدمات. وقد أضفت جمهورية إيران الإسلامية الطابع المؤسسي على نظام الوصفات الطبية الإلكترونية ضمن الهيكل الوطني للصحة الإلكترونية. وفي الأردن، يُتوقع استكمال ربط جميع مراكز الرعاية الصحية الأولية التابعة لوزارة الصحة بنظام «حكيم» للمعلومات الصحية بحلول عام 2026، في خطوة بارزة على طريق التحول الرقمي الصحي في البلاد. كما أطلق الأردن مستشفى افتراضيًّا، ووسّع نطاق خدمات التطبيب عن بُعد. ووضعت ليبيا إطارًا وطنيًّا للرقمنة يتضمن ترتيبًا مخصصًا للحوكمة. وفي سلطنة عُمان، دعمت المنظمة إدماج أدوات السلامة الرقمية وأطر حوكمة البيانات في الرعاية الصحية الأولية، وإدماج إدارة الجودة وسلامة المرضى في تقديم الخدمات الروتينية. ووافقت باكستان على إطار وطني محدد التكاليف للصحة الرقمية، وأطلقت مبادرة "مرض واحد، هوية واحدة". وتواصل المملكة العربية السعودية إحراز تقدم في النضج الرقمي من خلال إطلاق المستشفيات الافتراضية وخدمات الرعاية التي تعمل بالذكاء الاصطناعي.

192. ويسهم الابتكار الرقمي أيضًا في تعزيز التأهب لحالات الطوارئ والاستجابة لها. وواصلت المنظمة تطوير ونشر مجموعة أدوات لإدارة معلومات جميع الأخطار القائمة على الذكاء الاصطناعي، التي تدعم إعداد تقييمات سريعة للمخاطر وتحليلات لوضع الصحة العامة وخطط الاستجابة. ومن خلال تسريع وتيرة تحليل المعلومات الصحية واستخدامها أثناء

الطوارئ، تساعد هذه المجموعة البلدان وفِرَق المنظمة على اتخاذ قرارات أسرع مسندة بالبيّنات، إلى جانب تعزيز قدرات التأهب.

193. كما أُحرز تقدم ملحوظ في تعزيز نُظم تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية. حيث يطبق حاليًّا نحو 75% من البلدان والأراضي نُظُمًا مستدامة لتسجيل المواليد والوفيات. وفي لبنان، دعمت المنظمة تحديث نظام ترصُّد الوفيات باستحداث نظام قائم على نظام المعلومات الصحية على مستوى المناطق (DHIS2) لإدارة بيانات وفيات المستشفيات وإحصاءات أسباب الوفاة. وتلقى أكثر من 200 مهني صحي من 129 مستشفى تدريبًا على الإبلاغ عن الوفيات وإصدار شهادات الوفاة. وفي المغرب، أسهم التحول الرقمي في رفع التغطية بتسجيل الوفيات من 30% إلى 47%، وهو ما أدى إلى زيادة عدد شهادات الوفاة المُعالجة إلى أكثر من الضعف، وتحسين جودة تحديد أسباب الوفاة. وتستخدم قطر التصنيف الدولي للأداء والإعاقة والصحة لمنظمة الصحة العالمية للاسترشاد به في وضع استراتيجيتها الوطنية المحدَّثة بشأن الإعاقة.

194. وتبرز الأهمية الحاسمة للصحة الرقمية في الأوضاع الهشة والمتضررة من النزاعات. ففي أفغانستان والصومال والجمهورية العربية السورية واليمن، تدعم المنصات الرقمية الكشف عن فاشيات الأمراض وترصُّد الوفيات وتقديم الخدمات على الرغم من تضرر البنية التحتية. وفي فلسطين، تتيح النُّظُم الرقمية استمرار تقديم الخدمات الصحية رغم صعوبة القيود، بينما يتيح التطبيب عن بُعد في السودان توسيع نطاق الوصول إلى خدمات الصحة النفسية وخدمات الوقاية من العنف القائم على نوع الجنس والاستجابة له.

ضمان اضطلاع المنظمة بدور قيادي في مجال الصحة من خلال تنظيم الاجتماعات، ووضع جداول الأعمال، وبناء الشراكات، وتعزيز التواصل

195. اضطلعت المنظمة بدور محوري في جمع الجهات المعنية وتعزيز المواءمة الإقليمية في مجالي الصحة الرقمية وحوكمة البيانات. وعزّز اعتماد الاستراتيجيات الإقليمية بشأن نُظُم المعلومات الصحية والصحة الرقمية التنسيقَ والحوكمةَ واعتمادَ معاييرَ مشتركة بين البلدان، كما دعم تنفيذ اتفاق المنظمة بشأن الجوائح من خلال تعزيز نُظُم الترصُّد والتشغيل البيني وتبادل البيانات.

196. ووضعت جمهورية إيران الإسلامية خريطة طريق وطنية للصحة الإلكترونية، في حين سرّعت ليبيا وتيرة تنفيذ برنامج عمل التحول في مجال الصحة الرقمية من خلال وضع مخطط استراتيجي للصحة الرقمية للفترة 2026–2030، وتعزيز آليات التنسيق الخاصة بنُظُم المعلومات الصحية المتكاملة. وفي الأردن، دعمت منظمة الصحة العالمية تعزيز التشغيل البيني بين نظام المعلومات الصحية على مستوى المناطق (DHIS2) ومبادرة «حكيم»، وتعزيز تكامل نظام المعلومات الصحية الوطني، وتحسين استخدام البيانات في اتخاذ القرارات، وهو ما أسهم في رفع نسبة الإبلاغ عن مؤشرات الهدف الثالث من أهداف التنمية المستدامة من 36% في عام 2023 إلى 76% في عام 2025. وفي فلسطين، أُعيد تفعيل آليات تنسيق نُظم المعلومات الصحية الوطنية، وهو ما عزز الحوكمة والمواءمة على نطاق القطاع الصحي. وعُيِّن مركز القيادة الوطنية للصحة في المملكة العربية السعودية مركزًا متعاونًا مع منظمة الصحة العالمية، ليتولى دورًا قياديًّا على الصعيد الإقليمي في مجال التشغيل البيني والتحول الرقمي في القطاع الصحي.

197. ويواصل الإقليم تعزيز إسهامه في الابتكار والتعاون على الصعيد العالمي. فقد أسهم تنفيذ الملخص الدولي لسجلات المرضى خلال موسم الحج لعام 2024 في استمرار إتاحة تبادل البيانات في الوقت الفعلي وعلى نطاق واسع عبر الحدود. وتعمل المنصات الإقليمية، مثل مؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية ومبادرات الذكاء الاصطناعي التي تدعمها منظمة الصحة العالمية، على النهوض بالبحث والابتكار والحوكمة، في حين سيدعم الفريق الاستشاري التقني الإقليمي المعني بالذكاء الاصطناعي في مجال الصحة الاعتماد الآمن والمنصف للتكنولوجيات الناشئة. وتشكل المراكز المتعاونة مع المنظمة، البالغ عددها 68 مركزًا في أنحاء الإقليم، عنصرًا مهمًّا في هذه المنظومة، من خلال إسهامها في توليد المعارف، وتنمية القدرات، وتحويل الابتكار إلى ممارسات عملية على مستوى البلدان.

198. وتدعم المراكز المتعاونة في الإقليم عمل المنظمة في طيف واسع من المجالات، منها النُّظُم والسياسات الصحية، والأمراض السارية وغير السارية، وصحة الأمهات والأطفال، والتأهيل، والتغذية، والتمريض، وسلامة المرضى، والصحة النفسية وتعاطي مواد الإدمان، والتأهب لحالات الطوارئ والاستجابة لها، والأمراض المعدية مثل الملاريا، وفيروس العوز المناعي البشري/ الإيدز، والسل، وأمراض المناطق المدارية المهملة، والحمى النزفية الفيروسية.

199. وقد عزز المركز الوطني لإدارة الأزمات والكوارث الصحية بوزارة الصحة السعودية، وهو مركز متعاون مع منظمة الصحة العالمية في مجال إدارة الكوارث والطوارئ، شراكته مع المنظمة من خلال تكامل الدور المعياري والتنسيقي للمنظمة مع الخبرات التشغيلية والتقنية التي يتمتع بها المركز. ومن خلال الجولات الدراسية، والتدريب المختلط، وتقديم الدعم المباشر إلى الدول الأعضاء، أسهم المركز في تعزيز القدرات الوطنية في مجالات الحوكمة، والتوظيف، والاستعداد الميداني في مختلف أنحاء الإقليم.

200. وأعدَّ مركز منظمة الصحة العالمية المتعاون بشأن النماء في مرحلة الطفولة المبكرة والإعاقة النمائية في جامعة السلطان قابوس بسلطنة عُمان نسخًا باللغة العربية من حزمة منظمة الصحة العالمية للرعاية من أجل نماء الطفل، ومن المقياس العالمي لنماء الطفل في المراحل المبكرة التابع للمنظمة، دعمًا لتوسيع نطاق تطبيقهما في الإقليم. وفي الوقت نفسه، أجرى المركز المتعاون مع المنظمة للبحوث والتدريب في مجال الاضطرابات الناجمة عن تعاطي المواد والصحة النفسية بجامعة طهران للعلوم الطبية في جمهورية إيران الإسلامية استعراضًا شاملًا وتحليلًا وصفيًّا لتعاطي المخدرات، وتوافر خدمات العلاج، ومعدل انتشار فيروس العوز المناعي البشري والتهاب الكبد من النمطين B وC بين متعاطي المخدرات بالحقن.

201. واتسع نطاق شبكة المؤسسات المعنية بتحويل البيّنات والبيانات إلى سياسات ليشمل 35 مؤسسة عضوًا من 22 بلدًا وأرضًا في عام 2025، منها 18 مؤسسة أكاديمية، إلى جانب مؤسسة واحدة بصفة مراقب من الإقليم الأفريقي. وتواصل الشبكة تعزيز القدرة الإقليمية على رسم السياسات المستنيرة بالبيّنات وترجمة المعارف. تضاعف حجم الإنتاج البحثي في مجال الصحة في الإقليم خلال السنوات الأخيرة، إذ ارتفع من 6.7 منشورات لكل 100 ألف نسمة في عام 2018 إلى 12.3 منشورًا لكل 100 ألف نسمة في عام 2025، وسجل 17 بلدًا زيادة كبيرة في هذا المجال.

توسيع نطاق الحصول على المنتجات المعيارية لمنظمة الصحة العالمية

202. ساعدت المنظمة البلدان على ترسيخ الاستخدام المنهجي للبيّنات في وضع السياسات، والانتقال من التحليلات المنفردة والمخصصة إلى نُظم وطنية متكاملة ومستدامة. ففي الكويت، أدى تطبيق أداة المنظمة للمشورة السريعة إلى إدماج النهج المستنيرة بالبيّنات في الاستراتيجية الوطنية للصحة (2024–2030). وفي الجمهورية العربية السورية، استُرشد بهذه الأداة في إعداد استراتيجية وطنية للسياسات الصحية المستنيرة بالبيّنات.

203. وما يتزايد اعتماد البلدان على المنتجات المعيارية والتقنية للمنظمة. ففي مصر، أُنشئ برنامج وطني لإعداد المبادئ التوجيهية السريرية، دُرِّب أكثر من 200 جهة من الجهات صاحبة المصلحة وإطلاق خريطة طريق معتمدة على الصعيد الوطني. وفي جمهورية إيران الإسلامية، دعمت المنظمة إرساء نهج متكامل لإجراء دراسات تقييم التكنولوجيات الصحية على مستوى السلطات المعنية، لتعزيز اتخاذ القرارات المستنيرة بالبيّنات بشأن وضع وتنقيح حزم استحقاقات التأمين الصحي للتغطية الصحية الشاملة. وفي باكستان، ساهم الدعم المُقدَّم من المنظمة في تعزيز المنظومة الوطنية للبحوث السريرية. وفي عام 2025، جرى تحديد أولويات البحوث الصحية الوطنية في قطر من خلال التعاون بين وزارة الصحة العامة ومنظمة الصحة العالمية، وهو ما ساعد على مواءمة الجهود البحثية مع الأولويات الوطنية وتخصيص الموارد.

204. ودعمت المنظمة انخراط الخبراء على المستوى الإقليمي وإجراء مشاورات بين البلدان، بما يسهم في تعزيز الممارسات المتعلقة بإجراء التجارب السريرية العشوائية وحوكمتها في جميع أنحاء الإقليم. وقد أسهمت هذه الجهود في تعزيز القدرات الوطنية على تصميم تجارب عالية الجودة وتنفيذها ومراقبتها، فضلًا عن دعم التعاون وتعزيز الاتساق في أطر حوكمة التجارب بين الدول الأعضاء.

205. وفي عام 2025، قدمت المنظمة سلسلة من الندوات الإلكترونية تضم مؤسسات رائدة وخبراء معترف بهم دوليًّا للنهوض بالعناصر الرئيسية لرسم السياسات المستنيرة بالبيّنات. وشملت السلسلة المفاهيم الأساسية والأولويات الناشئة، بما في ذلك المستجدات في مجال توليف البيّنات والاستفادة من الذكاء الاصطناعي لتعزيز كفاءة توليد البيّنات وجودتها وسرعة إتاحتها.

206. وواصلت المجلة الصحية لشرق المتوسط الاضطلاع بدور رئيسي في طرح أبرز التحديات الصحية العامة ودعم الابتكار في جميع أنحاء الإقليم. وفي عام 2025، أصدرت المجلة عدة إصدارات خاصة تناولت أولويات إقليمية، من بينها إصداران ركّزا على حالات الطوارئ والنزاع في قطاع غزة، وقدّما بيّنات في الوقت المناسب وتحليلات متعمقة دعمت وضع السياسات والممارسات.

الأولوية الإقليمية السادسة (الأداء)

الارتقاء بأداء المنظمة إلى المستوى الأمثل لتعزيز التعاون وتحقيق أثر أكبر في مجال الصحة العالمية



تعزيز قدرات المكاتب القُطرية ودورها القيادي

207. عزّزت المنظمة نموذجها التشغيلي الذي يركز على البلدان في الإقليم، بما يكفل استمرار اتساق الدعم مع أولويات الدول الأعضاء وتوجيه الموارد والدعم إلى حيث تكون الاحتياجات أكبر. وتماشيًا مع الخطة التنفيذية الاستراتيجية الإقليمية وبرنامج العمل العام الرابع عشر، جرى تعزيز قدرات المكاتب القطرية من خلال إرساء نهج أكثر انتظامًا في إدارة البرامج، وتوسيع نطاق تفويض السلطة والمسؤوليات، وتعزيز القدرات التشغيلية.

208. وخُصّص أكثر من 70% من الموارد الإقليمية الخاصة بالبرامج الأساسية للمكاتب القُطرية خلال الثنائيتين 2024-2025 و2026-2027، بما عزز نقل عمليات صنع القرار والتنفيذ إلى مستويات أقرب إلى الدول الأعضاء. واستُعيض عن نموذج الحضور القُطري الأساسي الذي يمكن التنبؤ به بالنموذج التشغيلي القُطري الأساسي ابتداءً من عام 2026، مع زيادة توسيع نطاق الحضور القُطري من خلال استحداث وشغل 115 وظيفة جديدة ذات أولوية طويلة الأجل ومُموَّلة في المكاتب القُطرية، وهو ما أسهم في تعزيز القدرات التقنية والتشغيلية في المواقع الأشد احتياجًا. كما أسهم بناء القدرات الموجّه للفرق العاملة في مجالات العمليات، والموارد البشرية، وإدارة المخاطر الاستراتيجية والتشغيلية، ومنع جميع أشكال سوء السلوك والتصدي لها، بما في ذلك الاستغلال الجنسي وسوء السلوك الجنسي، والشؤون المالية والمشتريات، في تعزيز تولّي زمام الأمور على المستوى القطري، وسرعة الاستجابة، والمساءلة.

209. وأسهم توسيع نطاق تفويض السلطة إلى ممثلي المنظمة وتوضيح صلاحياتهم في تقريب صنع القرار من مستوى التنفيذ، وهو ما أتاح اتخاذ إجراءات أسرع وأكثر استنادًا إلى المخاطر، مع الحفاظ على مستوى قوي من المراقبة من خلال تعزيز الامتثال ونُظم إدارة المخاطر. وكان لذلك أهمية خاصة في حالات الطوارئ، حيث يُعدّ اتخاذ الإجراءات في الوقت المناسب أمرًا بالغ الأهمية لضمان استمرارية العمليات المنقذة للأرواح.

210. وساهم تحديد أولويات الموارد البشرية على مراحل وبنهج منضبط في مواءمة القدرات مع المخاطر التشغيلية والاحتياجات الحيوية. وعلى مدار ثلاث جولات من الاستعراض، جرى تقييم الوظائف وفقًا لدرجة أهميتها الحاسمة، مع التركيز على البلدان التي تشهد حالات طوارئ من المستوى 3 وطوارئ ممتدة من المستوى 3، بما يضمن صون الوظائف الأساسية والخدمات المقدمة في الخطوط الأمامية في أكثر السياقات هشاشة. ويوازن هذا النهج بين القيود المالية وضرورة الحفاظ على وجود المنظمة وتأثيرها في الأماكن التي تشتد فيها الحاجة إليها.

211. وأدت الاستثمارات في تنمية المهارات القيادية والقوى العاملة إلى تعزيز القدرات على الصعيد القطري. حيث عزّز برنامجُ إعداد ممثلي منظمة الصحة العالمية، من خلال معسكرات تدريب قيادية منظمة، وتدريب تمهيدي، ومسارات للتقييم، وتخطيط التعاقب الوظيفي، جاهزيةَ القيادات وإعدادها لتولي المناصب العليا، كما أسهمت أدوات متابعة الموارد البشرية في الوقت الفعلي وأدوات تخطيط القوى العاملة في تعزيز الشفافية وسرعة الاستجابة في مختلف أنحاء الإقليم.

212. كما أرست المنظمة نهجًا أكثر مرونة وتكيّفًا مع السياق في استراتيجيات التعاون القُطري في الإقليم، وأضفت عليه طابعًا مؤسسيًّا. وأسهم هذا التحوّل الاستراتيجي في ضمان تقديم دعم عالي الجودة وفي الوقت المناسب، بما ينسجم بصورة وثيقة مع الخطة التنفيذية الاستراتيجية الإقليمية والمبادرات الإقليمية الرئيسية، ومع الخطط الصحية الوطنية. وخلال المدة المشمولة بالتقرير، استكملت أربعة بلدان (مصر ولبنان وقطر وتونس) استراتيجياتها واعتمدتها؛ فيما استكملت ثلاثة بلدان (الأردن وسلطنة عُمان والصومال) تقييم الاستراتيجيات.

213. وأسهمت المشاركة الرفيعة المستوى والدبلوماسية الصحية في تعزيز الأثر على المستوى القُطري. فقد أتاحت تسع زيارات قُطرية أجرتها المديرة الإقليمية إجراء حوارات مباشرة مع رؤساء الدول والوزراء والشركاء، ما أسفر عن اتخاذ إجراءات ملموسة تتعلق بالسياسات، وتعزيز التعاون المتعدد القطاعات وحشد الموارد. وأسهمت هذه المشاركات في إحراز تقدم في تنفيذ الإصلاحات الرامية إلى تحقيق التغطية الصحية الشاملة وتعزيز الأمن الصحي وقدرة النُّظُم الصحية على الصمود.

تعزيز التنسيق والحوكمة على الصعيد الإقليمي

214. استمر تعزيز أوجه التعاون في إطار منظومة الأمم المتحدة. فقد أُعيد تشكيل التحالف الصحي الإقليمي، الذي يتألف من 18 وكالة تابعة للأمم المتحدة، استنادًا إلى الأولويات المشتركة، وجرى تفعيله من خلال خطط عمل مشتركة، وهو ما أتاح تحقيق إنجاز أكثر تنسيقًا وفعالية على المستوى القُطري. وأسهم الدور القيادي الذي تضطلع به المنظمة في هذه المنصة في تعزيز مكانةَ الصحة بوصفها عنصرًا محوريًّا في جداول أعمال التنمية الأوسع نطاقًا. وعُقدت سلسلة من الاجتماعات

التنسيقية الرفيعة المستوى، منها ثلاث اجتماعات مخصصة للمبادرات الرئيسية لتحديد مجالات التعاون والعمل المشترك، مع التركيز على تحقيق الأثر على المستوى القُطري. وعُقد اجتماع رفيع المستوى لتسريع وتيرة الإجراءات المتعلقة بصحة الأمهات والمواليد والأطفال وتعزيز الدعم لجهود استئصال شلل الأطفال في ستة بلدان مرتفعة العبء،[16] مع وضع إطار لإدماج هذه الخدمات ضمن المنصات القائمة.

215. كما جرى تعزيز نُظُم الحوكمة وإدارة المخاطر والمساءلة من خلال تنفيذ أُطُر إدارة المخاطر الإقليمية، وأدوات متابعة الامتثال وآليات الضمان المالي. وجرى إطلاق خطط عمل للضمان المالي في جميع أنحاء الإقليم، بالتوازي مع تعزيز ترتيبات الرصد من جانب أطراف ثالثة في بيئات العمل الأعلى خطورة. ويؤكد تحسّن أداء مراجعة الحسابات وانخفاض عدد التوصيات المعلّقة إحراز تقدم في تعزيز الضوابط الداخلية وترسيخ المساءلة على مستوى المنظمة.

216. وتعزّز حضور الدول الأعضاء وتأثيرها في الهيئات الرئاسية التابعة للمنظمة بفضل رفع مستوى التأهب، وتكثيف التنسيق بين العواصم ومجموعة ممثلي الصحة في البعثات الدائمة في جنيف، وتعزيز التنسيق الفعّال في جنيف، بالتوازي مع إعادة النظر في عمليات اللجنة الإقليمية. وأسهمت هذه التحسينات في تعزيز المشاركة الاستراتيجية والمنسَّقة، مما عزز حضورًا إقليميًّا أكثر استباقية وأفضل تأثيرًا في الحصائل، بما في ذلك من خلال المشاركة الفاعلة في أطر الحوكمة الصحية العالمية والمفاوضات، مثل المفاوضات بشأن اتفاق المنظمة بشأن الجوائح. وعُزِّز التعاون الإقليمي من خلال اتفاق التعاون الصحي الوزاري الرباعي بين جيبوتي والصومال والسودان واليمن، الذي أتاح منصة للتنسيق الوزاري بشأن أولويات الأمن الصحي المشتركة، والترصُّد العابر للحدود، وصحة المهاجرين، والتحديات الصحية المتعلقة بالمناخ.

توسيع نطاق الشراكات

217. في خضم تراجع المساعدات الإنمائية والتحولات الجذرية في المشهد الصحي العالمي، عززت المنظمة دورها في الحشد والقيادة والتوجيه، لضمان استمرار وضع الصحة في صدارة جداول الأعمال السياسية والاقتصادية والإنمائية الإقليمية. حيث وسع المكتب الإقليمي نطاق العمل مع مجموعة واسعة من الشركاء، مدركًا أن تزايد تنوع الشراكات الاستراتيجية أمر ضروري للحفاظ على التقدم المحرز في بيئة تمويلية عالمية متطورة. وأسهمت الشراكات مع منظمة التعاون الإسلامي، والمنظمة الإسلامية للتربية والعلوم والثقافة، وجامعة الدول العربية في دمج أولويات المنظمة، ومنها التغطية الصحية الشاملة، ومقاومة مضادات الميكروبات، والصحة النفسية، والتأهب للطوارئ، في الأطر الاستراتيجية الإقليمية. وأفضى حوار رفيع المستوى، شاركت المنظمة والمركز الإسلامي لتنمية التجارة في استضافته، إلى الإعلان عن خطط لإنشاء تحالف للتمويل الإسلامي من أجل الصحة، بما يسهم في تطوير آليات مبتكرة لتمويل الصحة، مثل الزكاة والأوقاف،[17] باعتبارهما مصدرين محتملين ومستدامين للاستثمار في الصحة.

218. وعزّزت المنظمة محفظة شراكاتها في الإقليم من خلال إبرام 19 اتفاقًا جديدًا على المستويات العالمية والإقليمية والأقاليمية والقُطرية. وأثمرت هذه الجهود التعاونية عن نتائج ملموسة، منها تعزيز نُظُم الترصُّد وتسجيل الأحوال المدنية بالتعاون مع اللجنة الاقتصادية لأفريقيا التابعة للأمم المتحدة؛ وتوسيع نطاق الدعم في مجالي التمنيع والقضاء على الحصبة في أفغانستان وباكستان من خلال الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر؛ وتحديث خطط العمل الوطنية المتعددة القطاعات لمكافحة مقاومة مضادات الميكروبات في العراق وباكستان؛ وتنفيذ برنامج AMR Future Fighters لتعزيز مشاركة الشباب وقيادتهم في مصر بالتعاون مع مبادرة ريآكت أفريقيا لمكافحة مقاومة المضادات الحيوية؛ وإعداد أداة لرصد التأهب في مجال الصحة النفسية بالتعاون مع وكالة الأمن الصحي بالمملكة المتحدة. كما توسّع نطاق المشاركة مع بنوك التنمية متعددة الأطراف والشركاء من المؤسسات الخيرية، بما استكمل الشراكات التقليدية ووسّع فرص دعم أولويات البلدان.

219. كما عمّقت المنظمة انخراطها مع الشباب ومنظمات المجتمع المدني، ورسّخت نهجًا أكثر شمولًا في الحوكمة وصنع القرار. فقد أسهمت أكثر من 50 منظمة من منظمات المجتمع المدني في الاجتماع الإقليمي الأول للجنة التوجيهية لهيئة المجتمع المدني التابعة للمنظمة، كما شارك مجلس الشباب في إقليم شرق المتوسط في 15 منتدى من المنتديات الإقليمية والعالمية، منها الدورة الثانية والسبعون للجنة الإقليمية لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، وإطلاق تقرير بشأن حالة التمريض في العالم لعام 2025، والانخراط مع لجنة لانسيت الثانية المعنية

[16] أفغانستان وجيبوتي وباكستان والصومال والسودان واليمن.

[17] الزكاة فريضة مالية واجبة في الإسلام، أما الوقف فيشير إلى حبس مال أو أصل على وجه من وجوه الخير وتخصيص عائداته لدعم الخدمات الاجتماعية، بما في ذلك الخدمات الصحية. والصكوك، مثل الزكاة والوقف، تستند إلى مبادئ الإنصاف والتضامن وتقاسم المخاطر، ويمكن أن تساعد على تمويل الخدمات المُقدَّمة إلى الفئات السكانية المستضعفة، وتعزيز ترتيبات التجميع، وتحسين الحماية المالية. ويمكن لهذه الآليات، عند إدارتها وإدماجها بفعالية في النُّظم الوطنية، أن تسهم في زيادة استدامة نُظم التمويل الصحي المحلي.

بصحة المراهقين وعافيتهم (التي أُطلقت في 21 أيار/ مايو 2025). وعلى الصعيد الداخلي، شملت المرحلة الثانية من برنامج بناء القدرات في مجال الشراكات على المستوى الإقليمي تدريب 40 موظفًا، إلى جانب وضع إجراءات تشغيلية موحّدة وآليات لمراجعة الأداء ومنصة لرسم خريطة الشراكات وتتبعها، بما عزز المساءلة والشفافية والإدارة القائمة على النتائج في جميع شراكات المنظمة. وقد عززت هذه الجهود قدرة المنظمة على إقامة الشراكات الاستراتيجية التي تدعم تنفيذ الخطة التنفيذية الاستراتيجية الإقليمية، والمبادرات الرئيسية للمديرة الإقليمية، وأولويات برنامج العمل العام الرابع عشر، وإدارتها، والحفاظ عليها.

تعزيز نهج التنفيذ لتحقيق الأثر

220. تحسَّنَ الأداء التشغيلي للمنظمة بفضل تبسيط العمليات، وتعزيز المساءلة، ومواصلة التحول الرقمي. فبحلول مطلع عام 2026، جرى إدارة 83% من خطط العمل للثنائية 2026-2027 من خلال نظام إدارة الأعمال الجديد التابع للمنظمة، وهو ما أدى إلى تحسين نُظم التخطيط والشفافية والرصد في الوقت الفعلي. وتلقى أكثر من 800 موظف التدريب لتعزيز تنفيذ أدوات متكاملة للتخطيط ووضع الميزانية وإعداد التقارير. وحافظت المنظمة على مستوى مرتفع من الانضباط التشغيلي، حيث بلغت نسبة الامتثال لنظام إدارة الأداء والتطوير 99%، بالتوازي مع تعزيز آليات تخطيط القوى العاملة ورصد الأداء.

221. وواصلت المنظمة تسريع وتيرة تحوّلها في الإقليم نحو تطبيق نموذج تشغيلي أكثر تكاملًا وقدرةً على تحقيق النتائج وخضوعًا للمساءلة. وأدت إعادة الهيكلة التنظيمية الشاملة، بما في ذلك إعداد مخطط تنظيمي منقَّح، وتوصيف القوى العاملة، وإعادة تخصيص الوظائف، إلى مواءمة هيكل المنظمة مع الأولويات الاستراتيجية والموارد المتوقعة. وفي إطار إعادة تحديد الأولويات على مستوى المنظمة كلها والاستعداد لبرنامج العمل العام الرابع عشر، استكمل المكتب الإقليمي استعراضًا واسع النطاق للقوى العاملة، أسفر عن إلغاء أكثر من 300 وظيفة، وإنهاء خدمة أكثر من 60 موظفًا، وإجراء عملية لتوصيف الوظائف ومواءمتها على مستوى الإقليم، بما يضمن توافق توزيع القوى العاملة مع الوظائف ذات الأولوية والتمويل المتاح.

222. وجرى إرساء نهجَي الإدارة القائمة على النتائج ونظرية التغيير باعتبارهما نهجين مؤسسيين عبر جميع مراحل دورة البرنامج، بما يكفل ترابط تحديد الأولويات والتخطيط ووضع الميزانية والتنفيذ والتقييم. وأسهم ذلك في التحول من الإبلاغ عن الأنشطة إلى صياغة أكثر وضوحًا للنتائج والأثر، مدعومًا بتعزيز نُظُم المعلومات والبيانات القُطرية.

223. وجرى تعزيز آليات المساءلة من خلال إجراء تقييمات مستقلة مُوسَّعة. وخضعت مساهمات منظمة الصحة العالمية في خمسة بلدان (الأردن ولبنان وسلطنة عُمان والصومال والجمهورية العربية السورية) لتقييم مستقل أجرته جهات متخصصة مستقلة، واستُخدمت نتائجه في تعديل الوضع الاستراتيجي وإعداد استراتيجيات تعاون قُطرية جديدة. كما وُضعت استجابات إدارية منظَّمة، وجرت تجربة نهج لتقييم المساهمات المشتركة بين منظمة الصحة العالمية والدول الأعضاء.

224. وشرع المكتب الإقليمي في إجراء حوارات منتظمة بشأن التخطيط التنفيذي بين المكاتب القُطرية والمكتب الإقليمي للثنائية 2026–2027. وكان ذلك بمثابة تحوُّل نحو مشاركة أكثر تنظيمًا وتركيزًا على النتائج بين المكاتب القُطرية والإدارات التقنية بالمكتب الإقليمي. وتكفل هذه العملية تحقيق الاتساق بين برنامج العمل العام الرابع عشر، والخطة التنفيذية الاستراتيجية الإقليمية، وخطط العمل القُطرية؛ ووضع أهداف واقعية للمؤشرات في ضوء القيود المالية والبشرية؛ وتعزيز المساءلة المشتركة عبر المستويات الثلاثة للمنظمة. وأسهم التنفيذ الفعّال لنظام إدارة البرامج، ضمن نظام إدارة الأعمال الجديد الذي يحل محل نظام تخطيط الموارد المؤسسية الحالي، في تعزيز التكامل والشفافية عبر منصات التخطيط ووضع الميزانية.

225. وتعزّزت الثقافة المؤسسية وارتفع مستوى أداء القوى العاملة بفضل تطوير نُظُم الموارد البشرية وتعزيز أطر المساءلة. وأسهم تطوير القدرات القيادية والتعلّم المستمر والتواصل المنظّم بشأن التغيير في مساعدة الموظفين على التكيُّف مع مرحلة التحوّل المؤسسي الواسع النطاق.

226. وظلّت حماية الموظفين وصون عافيتهم عنصرين أساسيين في تعزيز قدرة المنظمة على الصمود. حيث أسهم توسيع نطاق خدمات المشورة وتعزيز الدعم النفسي والاجتماعي الموجَّه، إلى جانب معالجة أمين المظالم الإقليمي لأكثر من 200 حالة، في تعزيز بيئة عمل داعمة وفعّالة في ظل ظروف العمل شديدة الضغوط.

227. كما حققت المنظمة تقدمًا كبيرًا في تعزيز نُظُم منع سوء السلوك الجنسي والتصدي له. وجرى نشر منسقين ومسؤولين تقنيين متفرغين في البلدان العالية المخاطر، بالتوازي مع إدماج تقييمات منهجية للمخاطر في عمليات التخطيط لحالات الطوارئ. كما أسهم اعتماد نُهُج مبتكرة على المستوى القُطري، مثل آليات الإبلاغ المجتمعية، وبرنامج «رُوَّاد منع سوء

السلوك الجنسي والتصدي له» في أفغانستان، ونموذج ربط الامتثال بالعقود في الأردن، و«أركان تعزيز حقوق المرضى» في الصومال، في ترسيخ المساءلة وتوسيع نطاق الوصول إلى آليات الإبلاغ.

228. واتسع نطاق المشاركة الإعلامية الاستراتيجية خلال المدة المشمولة بالتقرير: حيث أُجريت 86 مقابلة إعلامية، من بينها أكثر من 40 مقابلة مع المديرة الإقليمية؛ وعُقدت خمسة مؤتمرات صحفية، ركز معظمها على حالات الطوارئ الصحية؛ ونُشر 11 مقالًا افتتاحيًّا في أبرز وسائل الإعلام الدولية والإقليمية؛ وجرى إصدار أكثر من 180 نشرة صحفية، وقصة إخبارية على الموقع الإلكتروني، وبيانًا إعلاميًّا. وسجّل رصد التغطية الإعلامية أكثر من 470000 إشارة للمنظمة في الإقليم خلال المدة المشمولة بالتقرير. وعُقدت أربع لقاءات عامة إقليمية، بلغ متوسط عدد المشاركين فيها ما بين 200 و700 زميل وزميلة.

229. وشملت أنشطة التواصل البرنامجي الاحتفال بأكثر من 46 مناسبة صحية، نُظّمت في إطارها حملات كبرى شملت اليوم العالمي للامتناع عن التبغ، واليوم العالمي لسلامة المرضى، و16 يومًا من النشاط لمناهضة العنف القائم على النوع الاجتماعي، واليوم العالمي للمتبرعين بالدم، واليوم العالمي للإيدز، والأسبوع العالمي للتوعية بمقاومة مضادات الميكروبات، بتنسيق مشترك على مختلف مستويات المنظمة. وحقق أكثر من 2500 منشور ما يقرب من 600000 مشاركة وما يقرب من 30 مليون تفاعل عبر ست منصات لوسائل التواصل الاجتماعي. وسجّل الموقع الإلكتروني أكثر من 2.68 مليون مستخدم وأكثر من 4.5 ملايين مشاهدة للصفحات.

230. وأظهرت التغطية الإعلامية للدورة الثانية والسبعين للجنة الإقليمية في عام 2025 أثر تكامل تنفيذ أنشطة التواصل، من خلال: إنتاج 1735 مقالًا إعلاميًّا، بزيادة قدرها 2.4 ضعف مقارنةً بالدورة الحادية والسبعين للجنة الإقليمية في عام 2024، فضلًا عن تسجيل نحو 22000 مشاهدة لصفحات الموقع الإلكتروني وأكثر من 11500 تفاعل عبر وسائل التواصل الاجتماعي.

توفير تمويل مَرِن يُمكن التنبُّؤ به

231. واجهت المنظمة خلال المدة المشمولة بالتقرير ضغوطًا مالية هائلة، في ظل انخفاض مساهمات الجهات المانحة، واستمرار تقلص المساعدات الإنمائية الرسمية، وتغير أولويات المانحين، وتزايد التنافس على موارد تمويل التنمية. وخلال المدة من 1 تموز/ يوليو 2025 إلى 30 حزيران/ يونيو 2026، حشد مكتبُ المنظمة لإقليم شرق المتوسط ووزَّع ما يقدر بنحو 690 مليون دولار أمريكي من المساهمات الطوعية، وهو ما ساهم في مواصلة تنفيذ البرامج البالغة الأهمية في جميع أنحاء الإقليم. ويستند ذلك إلى الأداء القوي الذي شهدته الثنائية 2024–2025 بأكملها، التي حُشد خلالها ما مجموعه 1.6 مليار دولار أمريكي، وهو من أعلى مستويات حشد الموارد على نطاق أقاليم المنظمة. ومع ذلك، ظلَّ حجم الاحتياجات التمويلية يفوق حجم الموارد المتاحة. وقد خُصِّص نحو 53% من الأموال التي حُشدت خلال المدة المشمولة بالتقرير لدعم عمليات الطوارئ، و28% أخرى لدعم استئصال شلل الأطفال، فبقي الخُمس تقريبًا للبرامج الأساسية. في ظل احتياج مكتب المنظمة الإقليمي لشرق المتوسط إلى 633 مليون دولار أمريكي للاستجابة للطوارئ الصحية في عام 2026، ظل أكثر من 40% من ذلك المبلغ بلا تمويل حتى 30 حزيران/ يونيو 2026.

232. وخلال الثنائية 2024–2025، خُصِّص للمكاتب القُطرية أكثر من 90% من المبلغ 1.8 مليار دولار أمريكي المتاح للإقليم (من جميع مصادر التمويل) –أيْ 1.62 مليار دولار أمريكي– وهو ما يدل على استمرار توجيه الموارد وصلاحيات اتخاذ القرارات إلى المستوى القُطري. وواصل المكتب الإقليمي خلال المدة المشمولة بالتقرير تعزيز قدرته على الصمود المالي وحسن إدارة الموارد. وشملت قاعدة الجهات المانحة 33 جهة مساهمة جديدة، وحُشد ما يقرب من نصف المساهمات الطوعية من خلال آليات متعددة الأطراف وآليات تمويل جماعي. واعتمد المكتب الإقليمي على التخطيط القائم على السيناريوهات وتحديد الأولويات للتعامل مع أثر فجوة تمويلية إقليمية بلغت 69.3 مليون دولار أمريكي، مع ضمان استمرار البرامج الأساسية وتخصيص الموارد المرنة لدعم التأهب للطوارئ والاستجابة لها. وقد تحقق ذلك من خلال المشاركة المكثفة الرفيعة المستوى مع الحكومات والمؤسسات المالية الدولية والجهات الفاعلة الخيرية والقطاع الخاص.

233. وتمثّل التحول الاستراتيجي الرئيسي في الانتقال نحو تمويل أكثر مرونة وتنوعًا وقابلية للتنبؤ. حيث حُشد ما يقرب من نصف المساهمات الطوعية على المستوى الإقليمي عبر آليات متعددة الأطراف وآليات تمويل مجمع، الأمر الذي عزز قدرة المنظمة على توجيه الموارد بحسب الاحتياجات والتكيف مع الأولويات المتطورة. وبالرغم من انخفاض عدد فرص التمويل مقارنةً بالسنوات السابقة، فقد ارتفع متوسط قيمتها، وهو ما يعكس استمرار ثقة الشركاء وزيادة حجم استثماراتهم في برامج المنظمة. واتسع نطاق قاعدة الجهات المانحة اتساعًا كبيرًا ليشمل 33 جهة مساهمة جديدة، وهو ما أدى إلى تقليص الاعتماد على عدد محدود من مصادر التمويل.

234. وتطورت المشاركة مع الدول الأعضاء في مجلس التعاون لدول الخليج العربية إلى شراكات منسَّقة وطويلة الأجل، ما أسفر عن توفير 116 مليون دولار أمريكي من المساهمات المؤكدة وأكثر من 147 مليون دولار أمريكي. وخلال الثنائية 2024-2025، حشدت الشراكة الاستراتيجية بين منظمة الصحة العالمية ومركز الملك سلمان للإغاثة والأعمال الإنسانية 362 مليون دولار أمريكي لدعم الاستجابة للطوارئ في قطاع غزة والسودان والجمهورية العربية السورية وأوكرانيا واليمن، إلى جانب الإسهام في الجهود العالمية لاستئصال شلل الأطفال. وبلغت المساهمات التراكمية للشراكة نحو 755 مليون دولار أمريكي، خُصصت لما يصل إلى 32 مشروعًا في 11 بلدًا وأرضًا، واستفاد منها نحو 98 مليون شخص، وهو ما جعل مركز الملك سلمان للإغاثة والأعمال الإنسانية من الشركاء الرئيسيين للمنظمة في مجال العمل الإنساني في الإقليم. وساهم صندوق قطر للتنمية بمبلغ 6 ملايين دولار أمريكي في التمويل الطوعي الأساسي للمنظمة في المدة 2025-2026، وهو ما زاد من تعزيز التمويل المرن لبرنامج عمل المنظمة. وفي الوقت نفسه، أسهمت آليات التمويل المبتكرة، بما في ذلك المساهمات في الجولة الاستثمارية للمنظمة، وتوسيع نطاق الشراكة مع مؤسسة منظمة الصحة العالمية، ودراسة فرص التمويل من خلال نماذج الوقف الإسلامي، في إتاحة سُبُل جديدة للتمويل المستدام.

235. وفرض اضطراب التمويل في عام 2025 إعادةَ تنظيم الأولويات وتوجيه الموارد على نحو منضبط لضمان استمرارية العمل. واعتمد المكتب الإقليمي على تحليل الفجوات التمويلية والتنبؤ بالموارد واستعراض الموارد البشرية لإدارة الالتزامات ومواءمتها مع مستويات الدخل المتوقعة بصورة أكثر واقعية. وأُعيد توجيه الميزانية التقديرية ومخصصات الموارد المرنة للمكاتب القُطرية والإدارات، بما يضمن الحفاظ على القدرات المعززة على المستوى القُطري ودعم الأولويات المحددة. وأسهمت آليات الحوكمة، بما في ذلك لجنة حوكمة البرامج المنشأة حديثًا، في ترسيخ اتخاذ القرارات المسندة بالبينات خلال مختلف مراحل دورة البرامج.

236. وجرى تعزيز الإدارة والمراقبة الماليتين إلى حد كبير. حيث جرى تعزيز وظيفة الميزانية والخدمات المالية من خلال اعتماد آليات الرصد المالي في الوقت الفعلي، والتخطيط القائم على السيناريوهات، وإعداد تقارير تتسم بالشفافية. وعُزّز دعم مراكز الميزانية من خلال استخدام نهج النمذجة المالية ومواءمة الموارد في أعقاب التخفيضات الكبيرة في التمويل.

237. وأثبتت المنظمة مرونتها التشغيلية من خلال تكييف استجاباتها المالية مع أوضاع الطوارئ في أفغانستان وفلسطين والسودان، بما ضمن استمرارية العمليات رغم الاضطرابات. وأسهمت آليات الضمان، التي شملت التقييمات الخارجية للقدرات وعمليات التفتيش العشوائية والتدقيق بعد التنفيذ، في تعزيز المساءلة والإشراف.

238. كما أسهم دعم المنظمة لآلية الشراء المسترد القيمة في توفير المساندة التشغيلية الحيوية لجمهورية إيران الإسلامية، بما ساعد على ضمان استمرارية إتاحة الأدوية واللقاحات الأساسية رغم تأثير العقوبات الدولية على قنوات التمويل والشراء. ومن خلال الاستفادة من منصة المشتريات العالمية للمنظمة، ساعدت الآلية على تخفيف القيود المفروضة على الإمدادات وإتاحة شراء المنتجات الطبية الأساسية في الوقت المناسب.

الارتقاء بكفاءة العمليات المؤسسية

239. شهدت المنظمة تحولًا جوهريًّا في مجالات الرقمنة والعمليات والحوكمة، بما عزز كفاءتها، ووحد معاييرها، ودعم قدرتها على الصمود فقد جرت مواءمة هياكل المكاتب الإقليمية والقُطرية مع الأولويات الاستراتيجية، وشهدت عمليات الشراء والموارد البشرية والتمويل تبسيطًا في الإجراءات للحد من الازدواجية والنهوض بجودة تقديم الخدمات.

240. وأسهم تطبيق نظام تخطيط موارد المؤسسة الجديد للمنظمة في إحراز تقدم في استخدام منصات متكاملة أخرى لإدارة الأعمال، بالتوازي مع تحديث البنية الأساسية لتكنولوجيا المعلومات وتعزيز نُظم الحوكمة، وهو ما دعم المرونة التنظيمية والبرامج التقنية المُنفَّذة في البيئات التي تشهد بعض أكثر حالات الطوارئ الصحية تعقيدًا في العالم. ونُشرت في جميع أنحاء الإقليم منصات أساسية، من بينها نظام إدارة البرامج، ونظام إدارة مشاركة الجهات المساهمة، ونظام SAP Concur لإدارة السفر والنفقات، لتحل محل النُّظم المجزأة وتستبدلها بحلول موحدة ومتكاملة.

241. وعززت هذه الأدوات عمليات التخطيط، وإدارة المخاطر، والتتبع المالي، ومشاركة الجهات المساهمة، وهو ما مكّن من الاضطلاع بعمليات أكثر اتساقًا وشفافية. وبحلول آذار/ مارس 2026، جرى اعتماد 83% من خطط العمل للثنائية 2026–2027 عبر المنصة الجديدة، وهو ما يعكس تحسنًا في مستوى الانضباط في التخطيط وتعزيز الجاهزية التشغيلية.

242. وتزامنت هذه المرحلة الانتقالية مع تنفيذ برنامج شامل لبناء القدرات وإدارة التغيير، بما دعم عملية التحول وعزّز مقومات نجاحها. فقد أتمَّ أكثر من 800 موظف تدريبات معتمدة عبر نُظم متعددة، بدعم من شبكة تضم 281 ميسّرًا مدرَّبًا موزعين على جميع المكاتب القطرية والمكتب الإقليمي.

وساهمت اختبارات قبول المستخدم ووحدات التعلم الإلكتروني والتدريب الشخصي في تسريع وتيرة اعتماد المنصات الجديدة وخفض تكاليف المرحلة الانتقالية.

243. واستمرت جهود تحسين العمليات المالية والإدارية من خلال تعزيز تفويض السلطات، وتبسيط إجراءات اتفاق المنح والقروض، وتوسيع نطاق حلول التمويل الرقمي بما يتجاوز أنشطة التمنيع ليشمل مجالات وبُلدان إضافية من مجالات البرامج، ومنها باكستان واليمن. وأتاحت هذه التحسينات انسيابية أكبر في سير العمل، ورفعت مستوى الكفاءة، وعززت الضوابط الداخلية.

244. وأسهم تحسين أدوات متابعة معلومات المخاطر ومنصات الامتثال وتعزيز دور لجان المراقبة في ترسيخ الحوكمة وإدارة المخاطر والامتثال، وتعزيز المساءلة المؤسسية وتحسين عملية صنع القرار. وأدمجت شبكةٌ تتألف من مناصري إدارة المخاطر ممارساتِ إدارة المخاطر في جميع أنحاء المنظمة، في حين أسهم تعزيز تنفيذ إطار المشاركة مع الجهات الفاعلة غير الدول في تدعيم إجراءات العناية الواجبة اللازمة.

245. وساهمت آليات ضمان الجودة، بما في ذلك الاستعراضات الإدارية والتقييمات المواضيعية والمتابعات المستهدفة، في تحسين فعالية الضوابط وتسريع وتيرة اتخاذ الإجراءات التصحيحية. وأسهمت هذه التدابير في خفض عدد توصيات مراجعة الحسابات التي لم تُنفذ بعد، وتعزيز أداء المراجعة الداخلية.

246. وأكدت الاستعراضات الخارجية والمقارنة المرجعية استمرار التقدم نحو اعتماد نموذج تشغيلي أكثر نضجًا يتوخى تعزيز الحوكمة، وتطبيق النُّظم المتكاملة، والإشراف المالي السليم، وزيادة الاتساق التنظيمي.



الخاتمة وسُبُل المُضيّ قُدُمًا

247. لقد شكّل العام الماضي فترة اتسعت فيها الفجوة بين تسارع الاحتياجات الصحية وتراجع التمويل الصحي العالمي. ورغم ذلك، واصلت المنظمة الاضطلاع بولايتها في شتى أنحاء الإقليم في ظل ظروف اختبرت قدرة النُّظُم الصحية على الصمود، وقوة الشراكات، والقدرة التشغيلية للمنظمة نفسها. فالنزاعات لم تتوقف، وكذلك حركات النزوح، والصدمات المناخية، وتهديدات الجوائح، والعبء المتزايد للأمراض غير السارية، في الوقت الذي تراجع فيه التمويل. ولذلك، يتمثل جانب كبير من حصيلة هذا العام في الحفاظ على الخدمات الأساسية وحماية المكاسب التي تحققت بشق الأنفس رغم تزايد الضغوط.

248. وفي ضوء هذه الظروف، لا تقتصر الإنجازات الموثقة في هذا التقرير على مخرجات البرامج. حيث تعكس استعادة التغطية بالتمنيع في السودان من 38% إلى 71% للجرعة الثالثة من اللقاح الخماسي، وخفض معدلات إماتة حالات الكوليرا من خلال سرعة تأكيد الحالات مختبريًّا والإمداد باللقاحات، وتوسيع نطاق التغطية بالخدمات في إطار التغطية الصحية الشاملة في بلدان عديدة، وما تحقق من إنجازات بارزة في مجال نضج النُّظُم التنظيمية والإنتاج المحلي للمستحضرات الصيدلانية، مجتمعةً، الجهود المشتركة التي بذلتها الدول الأعضاء والشركاء والعاملون الصحيون في الخطوط الأمامية وموظفو المنظمة، في ظل ضغوط تشغيلية وشخصية استثنائية. وتلك الإنجازات ينبغي النظر إليها باعتبارها مكاسب تحققت بجهود كبيرة وفي ظروف بالغة الصعوبة، لا مجرد نتائج اعتيادية.

249. ويتيح الانتقال إلى برنامج العمل العام الرابع عشر والخطة الاستراتيجية التنفيذية الإقليمية أساسًا متينًا وإطارًا واضحًا لتوجيه العمل في الفترة المقبلة. وتضع الأولوياتُ الإقليمية الست -وهي التعزيز، والتحقيق، والحماية، وشلل الأطفال، والتمكين، والأداء- أولويات المنظمة في إطار يعكس بدقة أعمق أوجه العجز في الإقليم. وتؤكد هذه المؤشرات مجتمعةً — من التغطية بالخدمات من أجل تحقيق التغطية الصحية الشاملة إلى عبء الطوارئ، والوفيات الناجمة عن الأمراض غير السارية، والاحتياجات غير المُستوفاة من خدمات إعادة التأهيل والصحة النفسية — حقيقةً واحدة: أن الإقليم يحتاج إلى التزام مستدام، مدعوم بالموارد الكافية، بما يتناسب مع حجم احتياجاته واستحقاقاته.

250. أما في العام المقبل، فتبرز عدة أولويات رئيسية. فلا يزال استكمال استئصال شلل الأطفال هدفًا بالغ الأهمية لا يحتمل التأخير: إذ يمثّل عام 2026 فرصةً فريدة من الناحية الوبائية، إذ تتوافر الأدوات اللازمة لوقف سريان الفيروس في جنوب أفغانستان وباكستان. ويتعين الآن توجيه الزخم ذاته، القائم على الانضباط والتنسيق والالتزام السياسي، الذي مكّن من احتواء فاشيات المرض في جميع أنحاء الإقليم نحو القضاء على آخر مستودعاته. وفي الوقت نفسه، سيكون الاستثمار المستدام في النُّظم الصحية ضروريًّا لضمان تحقيق مكاسب صحية أوسع نطاقًا وأطول أمدًا. ومن شأن المبادرات الإقليمية الرئيسية بشأن القوى العاملة الصحية، والحصول المنصف على المنتجات الطبية، وتعاطي مواد الإدمان، أن تحوّل الأولويات الإقليمية إلى إجراءات قابلة للقياس على المستوى القُطري، بما يدفع عجلة التقدم نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة. ويتطلب الأمر الحفاظ على التقدم المحرز في إرساء أسس الشراء المجمَّع، إلى جانب تعزيز النُّظم التنظيمية وتوسيع القدرة الإنتاجية المحلية وتسريع وتيرة هذه الجهود.

251. وستتطلب حافظة الاستجابة الإنسانية تكييفًا مستمرًا مع تطور الاحتياجات. حيث أظهر انقطاع التمويل في المدة 2025–2026، الذي أثّر على قرابة 2000 مرفق صحيّ تدعمها منظمة الصحة العالمية وأدى إلى توقف عمليات أكثر من نصفها، أن الفجوة بين الاحتياجات الصحية والتمويل الصحي في الإقليم ليست مجرد مسألة موارد، بل هي أيضًا مسألة خيارات سياسية. وينبغي أن تظل حماية قدرة المنظمة على العمل في أشد الأوضاع هشاشةً وتأثرًا بالنزاعات، وضمان سلامة العاملين الصحيين، والحفاظ على الترابط المستمر بين العمل الإنساني والتنمية، من الأولويات التي لا يجوز المساس بها، بغض النظر عن بيئة التمويل.

252. ومع بدء تنفيذ برنامج العمل العام الرابع عشر، أصبحت منظمة الصحة العالمية أكثر انضباطًا وتركيزًا على النتائج، وأفضل تكاملًا من الناحية الهيكلية، مقارنةً بما كانت عليه في بداية الثنائية السابقة. ومن شأن تعزيز أطر المساءلة، وتوسيع نطاق استراتيجيات التعاون القُطري بما يتماشى مع الخطة الاستراتيجية التنفيذية الإقليمية، ونضج بيئة الحوكمة وضمان الجودة، أن يعزز قدرة المنظمة على تنفيذ ولايتها المتجددة بمزيد من الشفافية وقدرة أكبر على تحقيق الأثر. وتظل المرحلة المقبلة محفوفةً ببعض المخاطر. فعدم الاستقرار الجغرافي السياسي، وتقلبات التمويل، واتساع نطاق الاحتياجات الصحية غير المُستوفاة في الإقليم، ليست ظروفًا عابرة، بل سمات هيكلية. غير أن إنجازات العام الماضي أظهرت أن المنظمة، بالعمل مع الدول الأعضاء والمجتمع الصحي على نطاق أوسع، قادرة على إحراز تقدم في مجال الإنصاف الصحي وإنقاذ الأرواح حتى في أكثر البيئات تحديًا. وهذا هو الأساس الذي سيُبنى عليه عملنا فيما هو آتٍ.



منظمة الصحة العالمية
المكتب الإقليمي لشرق المتوسط
القاهرة، مصر
www.emro.who.int
ش م/ل إ73/ 2