



منظمة الصحة العالمية

جمعية الصحة العالمية التاسعة والستون

جنيف، ٢٣-٢٨ أيار/ مايو ٢٠١٦

القرارات والمقررات الإجرائية
الملاحق

جنيف
٢٠١٦

التسميات المستخدمة في هذا المجلد وطريقة عرض المواد لا تعني بأي حال من الأحوال التعبير عن وجهة نظر معينة للأمانة العامة لمنظمة الصحة العالمية فيما يتعلق بالوضع القانوني لأي بلد أو إقليم أو مدينة أو منطقة أو للسلطات فيها، أو فيما يتعلق بحدودها. وحيثما تظهر عبارة "بلد أو منطقة" في عناوين الجداول فإنها تشمل البلدان أو الأقاليم أو المدن أو المناطق.

مقدمة

انعقدت جمعية الصحة العالمية التاسعة والستون في قصر الأمم بجنيف في الفترة من ٢٣ إلى ٢٨ أيار/ مايو ٢٠١٦، طبقاً لما قرره المجلس التنفيذي في دورته السابعة والثلاثين بعد المائة.^١

١ المقرر الإجرائي مت ١٣٧(٦) (٢٠١٥).

المحتويات

iii	مقدمة
ix	جدول الأعمال
xv	قائمة بالوثائق
xxiii	أعضاء مكتب جمعية الصحة وعضوية اللجان

القرارات والمقررات الإجرائية

القرارات

٣	جص ع٦٩-١ تعزيز الوظائف الأساسية للصحة العمومية دعماً لبلوغ التغطية الصحية الشاملة
٧	جص ع٦٩-٢ الالتزام بتنفيذ الاستراتيجية العالمية بشأن صحة المرأة والطفل والمراهق
٨	جص ع٦٩-٣ الاستراتيجية وخطة العمل العالميتان بشأن الشيخوخة والصحة ٢٠١٦-٢٠٢٠: عالم يتسنى فيه لكل فرد أن يحيا حياة طويلة ويتمتع بالصحة
١٢	جص ع٦٩-٤ دور قطاع الصحة في النهج الاستراتيجي للإدارة الدولية للمواد الكيميائية من أجل تحقيق الهدف المنشود لعام ٢٠٢٠ وما بعده
١٩	جص ع٦٩-٥ خطة العمل العالمية للمنظمة لتعزيز دور النظام الصحي في إطار استجابة وطنية متعددة القطاعات للتصدي للعنف بين الأفراد، وخصوصاً ضد النساء والفتيات، وضد الأطفال
٢٠	جص ع٦٩-٦ الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها: الاستجابة للتكاليف المحددة من أجل التحضير للاجتماع الثالث الرفيع المستوى للجمعية العامة للأمم المتحدة بشأن الوقاية من الأمراض غير المعدية (غير السارية) ومكافحتها في عام ٢٠١٨
٢١	جص ع٦٩-٧ التصدي للتحديات الماثلة أمام عقد الأمم المتحدة للعمل من أجل السلامة على الطرق ٢٠١١-٢٠٢٠: حصيلة المؤتمر الثاني الرفيع المستوى بشأن السلامة على الطرق - آن الأوان لتحقيق النتائج
٢٤	جص ع٦٩-٨ عقد عمل الأمم المتحدة من أجل التغذية (٢٠١٦-٢٠٢٥)

٢٧	وضع حد للترويج غير الملائم لأغذية الرضع وصغار الأطفال	جص ع ٦٩-٩
٢٩	إطار المشاركة مع الجهات الفاعلة غير الدول	جص ع ٦٩-١٠
٣٢	الصحة في خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠	جص ع ٦٩-١١
٣٧	التقرير البرمجي والمالي لمنظمة الصحة العالمية عن الفترة ٢٠١٤-٢٠١٥، بما في ذلك البيانات المالية المراجعة عن عام ٢٠١٥	جص ع ٦٩-١٢
٣٨	حالة تحصيل الاشتراكات المقدر، بما في ذلك الدول الأعضاء المتأخرة في سداد اشتراكاتها إلى حد يبرر تطبيق أحكام المادة ٧ من الدستور	جص ع ٦٩-١٣
٣٩	جدول تقدير الاشتراكات لعام ٢٠١٧	جص ع ٦٩-١٤
٤٤	تقرير مراجع الحسابات الخارجي	جص ع ٦٩-١٥
٤٤	مرتبات الموظفين في الوظائف غير المصنفة في رتب ومرتب المدير العام ...	جص ع ٦٩-١٦
٤٥	تعديلات النظام الأساسي للموظفين: تسوية المنازعات	جص ع ٦٩-١٧
٤٥	عملية انتخاب المدير العام لمنظمة الصحة العالمية	جص ع ٦٩-١٨
٤٦	الاستراتيجية العالمية بشأن الموارد البشرية الصحية: القوى العاملة ٢٠٣٠	جص ع ٦٩-١٩
٥٠	تعزيز ابتكار أدوية الأطفال الجيدة والمأمونة الناجعة والميسورة التكلفة وإتاحتها	جص ع ٦٩-٢٠
٥٤	التصدي لعبء الوباء الفطري	جص ع ٦٩-٢١
٥٦	الاستراتيجيات العالمية لقطاع الصحة بشأن فيروس العوز المناعي البشري والتهاب الكبد الفيروسي والعدوى المنقولة جنسياً للفترة ٢٠١٦-٢٠٢١	جص ع ٦٩-٢٢
٥٧	متابعة تقرير فريق الخبراء الاستشاريين العامل المعني بتمويل وتنسيق البحث والتطوير	جص ع ٦٩-٢٣
٦٠	تعزيز الخدمات الصحية المتكاملة التي تركز على الناس	جص ع ٦٩-٢٤
٦٢	معالجة النقص العالمي في الأدوية واللقاحات، ومأمونية أدوية الأطفال وإتاحتها	جص ع ٦٩-٢٥

المقررات الإجرائية

٦٥	تشكيل لجنة أوراق الاعتماد	جص ع ٦٩ (١)
٦٥	انتخاب أعضاء مكتب جمعية الصحة العالمية التاسعة والستين	جص ع ٦٩ (٢)
٦٥	انتخاب أعضاء مكتب اللجنيتين الرئيسيتين	جص ع ٦٩ (٣)
٦٦	إنشاء اللجنة العامة	جص ع ٦٩ (٤)
٦٦	اعتماد جدول الأعمال	جص ع ٦٩ (٥)

٦٦	التحقق من أوراق الاعتماد	جصع٦٩(٦)
٦٧	انتخاب الدول الأعضاء التي لها الحق في تعيين شخص للعمل عضواً في المجلس التنفيذي	جصع٦٩(٧)
٦٧	مقرر إجرائي معد بناءً على التوصيات المنفق عليها والصادرة عن الاجتماع الحكومي الدولي المفتوح بشأن إصلاح تصريف الشؤون (جنيف، ٨ و ٩ آذار/ مارس ٢٠١٦، و ٢٨ و ٢٩ نيسان/ أبريل ٢٠١٦)	جصع٦٩(٨)
٧٠	إصلاح عمل المنظمة في إدارة الطوارئ الصحية: برنامج منظمة الصحة العالمية الخاص بالطوارئ الصحية	جصع٦٩(٩)
٧٠	الأحوال الصحية في الأرض الفلسطينية المحتلة، بما فيها القدس الشرقية، وفي الجولان السوري المحتل	جصع٦٩(١٠)
٧٢	الصحة والبيئة: مسودة الدليل التفصيلي لتعزيز الاستجابة العالمية لآثار تلوث الهواء الضارة بالصحة	جصع٦٩(١١)
٧٣	تقرير اللجنة المعنية بالقضاء على سمنة الأطفال	جصع٦٩(١٢)
٧٣	تعزيز أوجه التآزر بين جمعية الصحة العالمية ومؤتمر الأطراف في اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ	جصع٦٩(١٣)
٧٤	تنفيذ اللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥)	جصع٦٩(١٤)
٧٤	البُعد الصحي العمومي لمشكلة المخدرات العالمية، بما في ذلك في سياق الدورة الاستثنائية للجمعية العامة للأمم المتحدة بشأن مشكلة المخدرات العالمية المعقودة في نيسان/ أبريل ٢٠١٦	جصع٦٩(١٥)
٧٥	التخصيص الاستراتيجي لحيز الميزانية	جصع٦٩(١٦)
٧٥	تعيين ممثلين في لجنة المعاشات التقاعدية لموظفي منظمة الصحة العالمية ...	جصع٦٩(١٧)
٧٦	العقارات: أحدث المعلومات عن استراتيجية تجديد مباني جنيف	جصع٦٩(١٨)
٧٦	اختيار البلد الذي ستُعقد فيه جمعية الصحة العالمية السبعون	جصع٦٩(١٩)

الملاحق

٧٩	١- الاستراتيجية وخطة العمل العالميتان بشأن الشيخوخة والصحة ٢٠١٦-٢٠٢٠: عالم يتسنى فيه لكل فرد أن يحيا حياة طويلة ويتمتع بالصحة	
١١٤	٢- خطة العمل العالمية للمنظمة لتعزيز دور النظام الصحي في إطار استجابة وطنية متعددة القطاعات للتصدي للعنف بين الأفراد، وخصوصاً ضد النساء والفتيات، وضد الأطفال	
١٧٩	٣- إعلان برازيليا	

١٨٧	..... إرشادات بشأن وضع حد للترويج غير الملائم لأغذية الرضع وصغار الأطفال	-٤
١٩٢	..... إطار المشاركة مع الجهات الفاعلة غير الدول	-٥
٢٢٣	..... النص المعدل للنظام الأساسي للموظفين	-٦
٢٢٤	..... الاستراتيجية العالمية بشأن الموارد البشرية الصحية: القوى العاملة	-٧
٢٧١	..... الاستراتيجية العالمية لقطاع الصحة بشأن فيروس العوز الناعي البشري والتهاب الكبد الفيروسي والعدوى المنقولة جنسياً للفترة ٢٠١٦-٢٠٢١	-٨
٤٠٦	..... إطار الخدمات الصحية المتكاملة التي تركز على الناس	-٩
٤١٥	..... برنامج الطوارئ الصحية لمنظمة الصحة العالمية	-١٠
٤٢٢	..... دليل تفصيلي لتعزيز الاستجابة العالمية لآثار تلوث الهواء الضارة بالصحة	-١١
٤٣٤	..... توصيات اللجنة المعنية بالقضاء على سممة الأطفال والإجراءات والمسؤوليات المتعلقة بتنفيذها	-١٢
٤٤٣	..... التوصيات الواردة في تقرير لجنة المراجعة المعنية بدور اللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥) في مواجهة فاشية الإيبولا والاستجابة لها	-١٣
٤٦٢	..... نماذج من إعداد الفريق العامل المعني بالتخصيص الاستراتيجي لحيز الميزانية بشأن القطاع ١ من الميزانية البرمجية للمنظمة	-١٤
٤٦٨	..... الآثار المالية والإدارية المترتبة بالنسبة إلي الأمانة نتيجة للقرارات والمقررات الإجرائية المتعمدة من جانب جمعية الصحة	-١٥

جدول الأعمال ١

الجلسات العامة

- ١- افتتاح جمعية الصحة
- ١-١ تعيين لجنة أوراق الاعتماد
- ٢-١ انتخاب الرئيس
- ٣-١ انتخاب نواب الرئيس الخمسة ورئسي اللجنتين الرئيسيتين وإنشاء اللجنة العامة
- ٤-١ اعتماد جدول الأعمال وتوزيع البنود على اللجنتين الرئيسيتين
- ٢- تقرير المجلس التنفيذي عن دورتيه السابعة والثلاثين بعد المائة والثامنة والثلاثين بعد المائة
- ٣- كلمة الدكتورة مارغريت تشان، المديرية العامة
- ٤- كلمة ضيف الجمعية
- ٥- [حُذِف]
- ٦- انتخاب أعضاء المجلس التنفيذي
- ٧- الجوائز
- ٨- تقارير اللجنتين الرئيسيتين
- ٩- اختتام جمعية الصحة

اللجنة "أ"

- ١٠- افتتاح أعمال اللجنة ٢
- ١١- إصلاح منظمة الصحة العالمية
- ١-١١ نبذة عن تنفيذ الإصلاح

-
- ١ اعتمد في الجلسة العامة الثانية.
 - ٢ بما في ذلك انتخاب نواب الرئيس والمقرر.

- ٢-١١ عملية تشاور الدول الأعضاء بشأن إصلاح تصريف الشؤون
- ٣-١١ إطار المشاركة مع الجهات الفاعلة غير الدول
- ١٢- الأمراض غير السارية
- ١-١٢ تغذية الأمهات والرضع وصغار الأطفال
- ٢-١٢ تقرير اللجنة المعنية بالقضاء على سمنة الأطفال
- ٣-١٢ مسودة خطة العمل العالمية بشأن العنف
- ٤-١٢ الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها: الاستجابة للتكاليف المحددة من أجل التحضير للاجتماع الثالث الرفيع المستوى للجمعية العامة للأمم المتحدة بشأن الوقاية من الأمراض غير المعدية (غير السارية) ومكافحتها في عام ٢٠١٨
- ٥-١٢ تعزيز أوجه التآزر بين جمعية الصحة العالمية ومؤتمر الأطراف في اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ
- ٦-١٢ البُعد الصحي العمومي لمشكلة المخدرات العالمية، بما في ذلك في سياق الدورة الاستثنائية للجمعية العامة للأمم المتحدة بشأن مشكلة المخدرات العالمية المعقودة في نيسان/ أبريل ٢٠١٦
- ٧-١٢ التصدي للتحديات الماثلة أمام عقد الأمم المتحدة للعمل من أجل السلامة على الطرق (٢٠١١-٢٠٢٠): حصيلة المؤتمر العالمي الثاني الرفيع المستوى بشأن السلامة على الطرق - أن الأوان لتحقيق النتائج
- ١٣- تعزيز الصحة طيلة العمر
- ١-١٣ رصد بلوغ الأهداف الإنمائية للألفية المتعلقة بالصحة
- ٢-١٣ الصحة في خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠
- ٣-١٣ الخطة العملية للتقدم في الاستراتيجية العالمية لصحة المرأة والطفل والمراهق
- ٤-١٣ العمل المتعدد القطاعات من أجل اتباع نهج يمتد طيلة العمر للتمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة: مسودة الاستراتيجية وخطة العمل العالميتين بشأن الشيخوخة والصحة
- ٥-١٣ الصحة والبيئة: مسودة الدليل التفصيلي لتعزيز الاستجابة العالمية لآثار تلوث الهواء الضارة بالصحة
- ٦-١٣ دور قطاع الصحة في الإدارة السليمة للمواد الكيميائية

١٤- التأهب والترصد والاستجابة

١٤-١ تنفيذ اللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥)

• التقرير السنوي عن تنفيذ اللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥)

• تقرير لجنة المراجعة المعنية بدور اللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥) في مواجهة فاشية الإيبولا والاستجابة لها

١٤-٢ التأهب للأنفلونزا الجائحة: تبادل فيروسات الأنفلونزا والتوصل إلى اللقاحات والفوائد الأخرى

١٤-٣ استئصال الجدري: تدمير مخزونات فيروس الجدري

١٤-٤ خطة العمل العالمية بشأن مقاومة مضادات الميكروبات

١٤-٥ شلل الأطفال

١٤-٦ استجابة المنظمة في الطوارئ الوخيمة الواسعة النطاق

١٤-٧ تعزيز صحة المهاجرين

١٤-٨ فاشية مرض فيروس الإيبولا في عام ٢٠١٤

• أحدث المعلومات عن فاشية مرض فيروس الإيبولا في عام ٢٠١٤ واستجابة الأمانة لسائر المسائل المطروحة

[لم تصدر الوثيقة]

• خيارات تعزيز تبادل المعلومات عن منتجات التشخيص والوقاية والعلاج وتحسين قدرة المنظمة على تسهيل إتاحة تلك المنتجات، بوسائل منها إنشاء قاعدة بيانات عالمية، ابتداءً من الحمى النزفية

١٤-٩ إصلاح عمل المنظمة في إدارة الطوارئ الصحية: برنامج المنظمة الخاص بالطوارئ الصحية

١٥- [تم نقله إلى اللجنة "ب"]

١٦- [تم نقله إلى اللجنة "ب"]

١٧- [تم نقله إلى اللجنة "ب"]

اللجنة "ب"

١٨- افتتاح أعمال اللجنة^١

١ بما في ذلك انتخاب نواب الرئيس والمقرر.

- ١٩- الأحوال الصحية في الأرض الفلسطينية المحتلة، بما فيها القدس الشرقية، وفي الجولان السوري المحتل
- ٢٠- الميزانية البرمجية والشؤون المالية
- ٢٠-١ التقرير البرمجي والمالي لمنظمة الصحة العالمية عن الفترة ٢٠١٤-٢٠١٥، بما في ذلك البيانات المالية المراجعة عن عام ٢٠١٥
- ٢٠-٢ تمويل الميزانية البرمجية ٢٠١٦-٢٠١٧
- التخصيص الاستراتيجي لحيز الميزانية
- ٢٠-٣ حالة تحصيل الاشتراكات المقدر، بما في ذلك الدول الأعضاء المتأخرة في سداد اشتراكاتها إلى حد يبرر تطبيق أحكام المادة ٧ من الدستور
- ٢٠-٤ [حُذِف]
- ٢٠-٥ جدول تقدير الاشتراكات لعام ٢٠١٧
- ٢٠-٦ [حُذِف]
- ٢٠-٧ [حُذِف]
- ٢١- شؤون مراجعة الحسابات والمراقبة
- ٢١-١ تقرير مراجع الحسابات الخارجي
- ٢١-٢ تقرير مراجع الحسابات الداخلي
- ٢٢- شؤون العاملين
- ٢٢-١ التقرير السنوي عن الموارد البشرية
- ٢٢-٢ تقرير لجنة الخدمة المدنية الدولية
- ٢٢-٣ تعديلات النظام الأساسي للموظفين ولوائح الموظفين
- ٢٢-٤ تعيين ممثلين في لجنة المعاشات التقاعدية لموظفي منظمة الصحة العالمية
- ٢٣- الشؤون الإدارية والقانونية
- ٢٣-١ العقارات: أحدث المعلومات عن استراتيجية تجديد مباني جنيف
- ٢٣-٢ عملية انتخاب المدير العام لمنظمة الصحة العالمية
- ٢٤- التعاون داخل منظومة الأمم المتحدة ومع سائر المنظمات الحكومية الدولية

١٥- الأمراض السارية

١-١٥ مسودات الاستراتيجيات العالمية لقطاع الصحة

- فيروس العوز المناعي البشري، ٢٠١٦-٢٠٢١
- التهاب الكبد الفيروسي، ٢٠١٦-٢٠٢١
- العدوى المنقولة جنسياً، ٢٠١٦-٢٠٢١

٢-١٥ خطة العمل العالمية الخاصة باللقاحات

٣-١٥ الورم الفطري

١٦- النظم الصحية^١

١-١٦ القوى العاملة والخدمات الصحية

- مسودة الاستراتيجية العالمية بشأن الموارد البشرية الصحية: القوى العاملة ٢٠٣٠
- إطار الخدمات الصحية المتكاملة التي تركز على الناس

٢-١٦ متابعة تقرير فريق الخبراء الاستشاريين العامل المعني بتمويل وتنسيق البحث والتطوير - تقرير الاجتماع المفتوح للدول الأعضاء

٣-١٦ المنتجات الطبية المتعدنية النوعية/ المزورة/ المغشوشة التوسيم/ المغشوشة/ المزيفة

٤-١٦ معالجة حالات نقص الأدوية عالمياً، ومأمونية أدوية الأطفال وإمكانية إتاحتها

١٧- التقارير المرحلية

الأمراض السارية

ألف: استئصال داء التتينات (القرار جص ع٦٤-١٦)

الأمراض غير السارية

باء: التخلص من اضطرابات عوز اليود بشكل دائم (القرار جص ع٦٠-٢١)

تعزيز الصحة طيلة العمر

جيم: تعزيز الرعاية الملطفة كعنصر من عناصر الرعاية الشاملة طيلة العمر (القرار جص ع٦٧-١٩)

١ نُقِلَ من برنامج عمل اللجنة "أ" إلى برنامج عمل اللجنة "ب" عملاً بالمقرّر الإجرائي مت١٣٨(١١) (٢٠١٦).

دال: المساهمة في التنمية الاجتماعية والاقتصادية: إجراءات مستدامة عبر القطاعات من أجل تحسين الصحة والإنصاف في مجال الصحة [متابعة المؤتمر العالمي الثامن بشأن تعزيز الصحة] (القرار جص ع ٦٧-١٢)

هاء: الصحة الإنجابية: استراتيجية تسريع التقدم نحو بلوغ الأهداف والمرامي الإنمائية الدولية (القرار جص ع ٥٧-١٢)

النظم الصحية

واو: تقييم التدخلات والتكنولوجيات الصحية دعماً للتغطية الصحية الشاملة (القرار جص ع ٦٧-٢٣)

زاي: إتاحة الأدوية الأساسية (القرار جص ع ٦٧-٢٢)

حاء: إتاحة منتجات العلاج البيولوجية بما في ذلك منتجات العلاج البيولوجية المماثلة وضمان جودتها ومأمونيتها ونجاعتها (القرار جص ع ٦٧-٢١)

طاء: استراتيجية منظمة الصحة العالمية بشأن البحوث من أجل الصحة (القرار جص ع ٦٣-٢١)

الخدمات المؤسسية/ الوظائف التمكينية

ياء: التعددية اللغوية: تنفيذ خطة العمل (القرار جص ع ٦١-١٢)

قائمة الوثائق

جدول الأعمال ^١	ج ١/٦٩ تنقيح
تقرير المجلس التنفيذي عن دورتيه السابعة والثلاثين بعد المائة والثامنة والثلاثين بعد المائة	ج ٢/٦٩
كلمة الدكتورة مارغريت تشان، المديرية العامة، أمام جمعية الصحة العالمية التاسعة والستين	ج ٣/٦٩
نبذة عن تنفيذ الإصلاح	ج ٤/٦٩
عملية تشاور الدول الأعضاء بشأن إصلاح تصريف الشؤون	ج ٥/٦٩
إطار المشاركة مع الجهات الفاعلة غير الدول ^٢	ج ٦/٦٩
تغذية الأمهات الرضع وصغار الأطفال	ج ٧/٦٩
تغذية الأمهات الرضع وصغار الأطفال إرشادات بشأن وضع حد للترويج غير الملائم لأغذية الرضع وصغار الأطفال ^٣	ج ٧/٦٩ إضافة ١
تغذية الأمهات الرضع وصغار الأطفال عقد الأمم المتحدة للعمل من أجل التغذية (٢٠١٦-٢٠٢٥)	ج ٧/٦٩ إضافة ٢
تقرير اللجنة المعنية بالقضاء على سممة الأطفال ^٤	ج ٨/٦٩
مسودة خطة العمل العالمية بشأن العنف ^٥	ج ٩/٦٩
الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها: الاستجابة للتكليفات المحددة من أجل التحضير للاجتماع الثالث الرفيع المستوى للجمعية العامة للأمم المتحدة بشأن الوقاية من الأمراض غير المعدية (غير السارية) ومكافحتها في عام ٢٠١٨	ج ١٠/٦٩

١ انظر الصفحة xi.

٢ انظر الملحق ٥.

٣ انظر الملحق ٤.

٤ انظر الملحق ١٢.

٥ انظر الملحق ٢.

- ج ١١/٦٩ تعزيز أوجه التآزر بين جمعية الصحة العالمية ومؤتمر الأطراف في اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ
- ج ١١/٦٩ إضافة ١ الآثار المالية والإدارية المترتبة بالنسبة إلى الأمانة نتيجة للقرارات المقترح اعتمادها من جانب المجلس التنفيذي أو جمعية الصحة^١
- ج ١٢/٦٩ البُعد الصحي العمومي لمشكلة المخدرات العالمية، بما في ذلك في سياق الدورة الاستثنائية للجمعية العامة للأمم المتحدة بشأن مشكلة المخدرات العالمية المنعقدة في نيسان/ أبريل ٢٠١٦
- ج ١٣/٦٩ التصدي للتحديات الماثلة أمام عقد الأمم المتحدة للعمل من أجل السلامة على الطرق (٢٠١١-٢٠٢٠): حصيلة المؤتمر العالمي الثاني الرفيع المستوى بشأن السلامة على الطرق - أن الأوان لتحقيق النتائج^٢
- ج ١٤/٦٩ رصد بلوغ الأهداف الإنمائية للألفية المتعلقة بالصحة
- ج ١٥/٦٩ الصحة في خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠
- ج ١٦/٦٩ الخطة العملية للتقدم المُحرز في الاستراتيجية العالمية بشأن صحة المرأة والطفل والمراهق
- ج ١٧/٦٩ العمل المتعدد القطاعات من أجل اتباع نهج يمتد طيلة العمر للتمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة: مسودة الاستراتيجية وخطة العمل العالميتين بشأن الشيخوخة والصحة^٣
- ج ١٨/٦٩ الصحة والبيئة مسودة دليل تفصيلي لتعزيز الاستجابة العالمية لآثار تلوث الهواء الضارة بالصحة^٤
- ج ١٩/٦٩ دور قطاع الصحة في الإدارة السليمة للمواد الكيميائية
- ج ٢٠/٦٩ تنفيذ اللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥) التقرير السنوي عن تنفيذ اللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥)
- ج ٢١/٦٩ تنفيذ اللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥) تقرير لجنة المراجعة المعنية بدور اللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥) في مواجهة فاشية الإيبولا والاستجابة لها^٥

١ انظر الملحق ١٥.

٢ انظر الملحق ٣.

٣ انظر الملحق ١.

٤ انظر الملحق ١١.

٥ انظر الملحق ١٣.

قائمة الوثائق

ج ٢١/٦٩ إضافة ٢	الآثار المالية والإدارية المترتبة بالنسبة إلى الأمانة نتيجة للمقررات الإجرائية المقترح اعتمادها من جانب المجلس التنفيذي أو جمعية الصحة ^١
ج ٢٢/٦٩	التأهب للأنفلونزا الجائحة: تبادل فيروسات الأنفلونزا والتوصل إلى اللقاحات والفوائد الأخرى
ج ٢٢/٦٩ إضافة ١	التأهب للأنفلونزا الجائحة: تبادل فيروسات الأنفلونزا والتوصل إلى اللقاحات والفوائد الأخرى
ج ٢٢/٦٩ إضافة ٢	تقرير الدورة الاستثنائية للفريق الاستشاري المعني بالإطار الخاص بالتأهب للأنفلونزا الجائحة
ج ٢٢/٦٩ إضافة ٢	التأهب للأنفلونزا الجائحة: تبادل فيروسات الأنفلونزا والتوصل إلى اللقاحات والفوائد الأخرى
ج ٢٣/٦٩	استئصال الجدري: تدمير مخزونات فيروس الجدري
ج ٢٤/٦٩	خطة العمل العالمية بشأن مقاومة مضادات الميكروبات
ج ٢٤/٦٩ إضافة ١	خطة العمل العالمية بشأن مقاومة مضادات الميكروبات
	خيارات وضع إطار عالمي للتطوير والقوامة لدعم استحداث الأدوية ووسائل التشخيص واللقاحات الجديدة المضادة للميكروبات، وغيرها من التدخلات، ومراقبتها وتوزيعها واستعمالها الملائم
ج ٢٥/٦٩	شلل الأطفال
ج ٢٦/٦٩	استجابة المنظمة في الطوارئ الوخيمة الواسعة النطاق
ج ٢٧/٦٩	تعزيز صحة المهاجرين
ج ٢٨/٦٩	[الوثيقة لم تصدر]
ج ٢٩/٦٩	خيارات تعزيز تبادل المعلومات عن منتجات التشخيص والوقاية والعلاج وتحسين قدرة المنظمة على تسهيل إتاحة تلك المنتجات، بوسائل منها إنشاء قاعدة بيانات عالمية، ابتداءً من الحمى النزفية
ج ٣٠/٦٩	إصلاح عمل المنظمة في إدارة الطوارئ الصحية برنامج الطوارئ الصحية لمنظمة الصحة العالمية ^٢

١ انظر الملحق ١٥.

٢ انظر الملحق ١٠.

مسودة الاستراتيجيات العالمية لقطاع الصحة فيروس العوز المناعي البشري، ٢٠١٦-٢٠٢١	ج ٣١/٦٩
مسودة الاستراتيجيات العالمية لقطاع الصحة التهاب الكبد الفيروسي، ٢٠١٦-٢٠٢١	ج ٣٢/٦٩
مسودة الاستراتيجيات العالمية لقطاع الصحة الأمراض المعدية المنقولة جنسياً، ٢٠١٦-٢٠٢١	ج ٣٣/٦٩
خطة العمل العالمية الخاصة باللقاحات	ج ٣٤/٦٩
الورم الفطري	ج ٣٥/٦٩
القوى العاملة الصحية: أحدث المعلومات	ج ٣٦/٦٩
مدونة المنظمة العالمية لقواعد الممارسة بشأن توظيف العاملين الصحيين على المستوى الدولي: السلسلة الثانية من التقارير الوطنية	ج ٣٧/٦٩ وج ٣٧/٦٩ إضافة ١
القوى العاملة والخدمات الصحية مسودة الاستراتيجية العالمية بشأن الموارد البشرية الصحية: القوى العامة ٢٠٣٠	ج ٣٨/٦٩
إطار الخدمات الصحية المتكاملة التي تركز على الناس ^٣	ج ٣٩/٦٩
متابعة تقرير فريق الخبراء الاستشاريين العامل المعني بتمويل وتنسيق البحث والتطوير - تقرير الاجتماع المفتوح للدول الأعضاء	ج ٤٠/٦٩
المنتجات الطبية المتدنية النوعية/ المزورة/ المغشوشة التوسيم/ المغشوشة/ المزيفة	ج ٤١/٦٩
معالجة حالات نقص الأدوية عالمياً، ومأمونية أدوية الأطفال وإمكانية إنتاجها	ج ٤٢/٦٩
التقارير المرحلية	ج ٤٣/٦٩
الأحوال الصحية في الأرض الفلسطينية المحتلة، بما فيها القدس الشرقية، وفي الجولان السوري المحتل	ج ٤٤/٦٩

١ انظر الملحق ٨.

٢ انظر الملحق ٧.

٣ انظر الملحق ٩.

قائمة الوثائق

- ج ٤٤/٦٩ إضافة ١ الأحوال الصحية في الأرض الفلسطينية المحتلة، بما فيها القدس الشرقية، وفي الجولان السوري المحتل
تقرير التقييم الميداني: الأحوال الصحية في الأرض الفلسطينية المحتلة: موجز النتائج
- ج ٤٥/٦٩ التقرير البرمجي والمالي لمنظمة الصحة العالمية عن الفترة ٢٠١٤-٢٠١٥، بما في ذلك البيانات المالية المراجعة عن عام ٢٠١٥
- ج ٤٦/٦٩ تمويل الميزانية البرمجية ٢٠١٦-٢٠١٧
- ج ٤٧/٦٩ تمويل الميزانية البرمجية ٢٠١٦-٢٠١٧
التخصيص الاستراتيجي لحيز الميزانية^١
- ج ٤٨/٦٩ حالة تحصيل الاشتراكات المقدرة، بما في ذلك الدول الأعضاء المتأخرة في سداد اشتراكاتها إلى حد يبرر تطبيق أحكام المادة ٧ من الدستور
- ج ٤٩/٦٩ جدول تقدير الاشتراكات لعام ٢٠١٧
- ج ٥٠/٦٩ تقرير مراجع الحسابات الخارجي
- ج ٥١/٦٩ تقرير مراجع الحسابات الداخلي
- ج ٥٢/٦٩ التقرير السنوي عن الموارد البشرية
- ج ٥٣/٦٩ تقرير لجنة الخدمة المدنية الدولية
- ج ٥٤/٦٩ تعديلات النظام الأساسي للموظفين ولانحة الموظفين^٢
- ج ٥٥/٦٩ تعلق ممثلين في لجنة المعاشات التقاعدية لموظفي منظمة الصحة العالمية
- ج ٥٦/٦٩ العقارات: أحدث المعلومات عن استراتيجية تجديد مباني جنيف
- ج ٥٧/٦٩ عملية انتخاب المدير العام لمنظمة الصحة العالمية
- ج ٥٨/٦٩ التعاون داخل منظومة الأمم المتحدة ومع سائر المنظمات الحكومية الدولية
- ج ٥٩/٦٩ مشروع قرار
الاستراتيجيات العالمية لقطاع الصحة بشأن فيروس العوز المناعي البشري
والتهاب الكبد الفيروسي والعدوى المنقولة جنسياً للفترة ٢٠١٦-٢٠٢١

١ انظر الملحق ١٤.

٢ انظر الملحق ٦.

ج ٥٩/٦٩ إضافة ١	الآثار المالية والإدارية المترتبة بالنسبة إلى الأمانة نتيجة للقرارات المقترحة اعتمادها من جانب المجلس التنفيذي أو جمعية الصحة ^١
ج ٦٠/٦٩	إطار المشاركة مع الجهات الفاعلة غير الدول تقرير لجنة البرنامج والميزانية والإدارة التابعة للمجلس التنفيذي إلى جمعية الصحة العالمية التاسعة والستين
ج ٦١/٦٩	إصلاح عمل المنظمة في إدارة الطوارئ الصحية تقرير لجنة البرنامج والميزانية والإدارة التابعة للمجلس التنفيذي إلى جمعية الصحة العالمية التاسعة والستين
ج ٦٢/٦٩	تقرير منظمة الصحة العالمية البرمجي والمالي عن الفترة ٢٠١٤-٢٠١٥، بما في ذلك البيانات المالية المراجعة لعام ٢٠١٥ تقرير لجنة البرنامج والميزانية والإدارة التابعة للمجلس التنفيذي إلى جمعية الصحة العالمية التاسعة والستين
ج ٦٣/٦٩	حالة تحصيل الاشتراكات المقدر، بما في ذلك الدول الأعضاء المتأخرة في سداد اشتراكاتها إلى حد يبرر تطبيق أحكام المادة ٧ من الدستور تقرير لجنة البرنامج والميزانية والإدارة التابعة للمجلس التنفيذي إلى جمعية الصحة العالمية التاسعة والستين
ج ٦٤/٦٩	تقرير مراجع الحسابات الخارجي وتقرير مراجع الحسابات الداخلي وتوصيات المراجعة الخارجية والداخلية للحسابات: تقرير مرحلي عن التنفيذ تقرير لجنة البرنامج والميزانية والإدارة التابعة للمجلس التنفيذي المقدم إلى جمعية الصحة العالمية التاسعة والستين
ج ٦٥/٦٩	التقرير السنوي عن الموارد البشرية تقرير لجنة البرنامج والميزانية والإدارة التابعة للمجلس التنفيذي إلى جمعية الصحة العالمية التاسعة والستين
ج ٦٦/٦٩	التقرير الأول للجنة "أ"
ج ٦٧/٦٩	لجنة أوراق الاعتماد
ج ٦٨/٦٩	انتخاب الدول الأعضاء التي لها حق تعيين شخص للعمل عضواً في المجلس التنفيذي
ج ٦٩/٦٩	التقرير الأول للجنة "ب"
ج ٧٠/٦٩	التقرير الثاني للجنة "أ"
ج ٧١/٦٩	التقرير الثاني للجنة "ب"

قائمة الوثائق

التقرير الثالث للجنة "أ"	ج ٦٩/٧٢
التقرير الرابع للجنة "أ"	ج ٦٩/٧٣
التقرير الثالث للجنة "ب"	ج ٦٩/٧٤
التقرير الرابع للجنة "ب"	ج ٦٩/٧٥
التقرير الخامس للجنة "أ"	ج ٦٩/٧٦

وثائق معلومات

الجوائز	ج ٦٩/معلومات/١
[الوثيقة لم تصدر]	ج ٦٩/معلومات/٢
المساهمات الطوعية حسب الصندوق وحسب الجهة المساهمة لعام ٢٠١٥	ج ٦٩/معلومات/٣
الأحوال الصحية في الأرض الفلسطينية المحتلة، بما فيها القدس الشرقية وفي الجولان السوري المحتل تقرير مقدم من وزارة الصحة في الجمهورية العربية السورية	ج ٦٩/معلومات/٤
الأحوال الصحية في الأرض الفلسطينية المحتلة، بما فيها القدس الشرقية وفي الجولان السوري المحتل تقرير مقدم من مدير إدارة الصحة بالأونروا	ج ٦٩/معلومات/٥
الأحوال الصحية في الأرض الفلسطينية المحتلة، بما فيها القدس الشرقية وفي الجولان السوري المحتل تقرير مقدم بناءً على طلب المراقب الدائم لفلسطين لدى الأمم المتحدة والمنظمات الدولية الأخرى في جنيف	ج ٦٩/معلومات/٦

وثائق متنوعات

قائمة بأسماء المندوبين وسائر المشاركين [بالإنكليزية والفرنسية فقط]	ج ٦٩/متنوعات/١ تنقيح ١
دليل المندوبين إلى جمعية الصحة العالمية	ج ٦٩/متنوعات/٢
المقررات الإجرائية وقائمة القرارات	ج ٦٩/متنوعات/٣
قائمة الوثائق	ج ٦٩/متنوعات/٤
تعليمات بشأن استخدام نظام التصويت الإلكتروني لترشيح المدير العام وتعيينه	ج ٦٩/متنوعات/٥
كلمة السيدة كريستيانا فيغيريس، الأمين التنفيذي لاتفاقية الأمم المتحدة الإطارية بشأن تغيّر المناخ أمام جمعية الصحة العالمية التاسعة والستين	ج ٦٩/متنوعات/٦

أعضاء مكتب جمعية الصحة وعضوية اللجان

الرئيس: الصومال، المملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية، جمهورية تنزانيا المتحدة، الولايات المتحدة الأمريكية.

الرئيس: الدكتور أحمد بن محمد السعيد (عمان)
الأمين: الدكتورة مارغريت تشان، المدير العام

اللجان الرئيسيتين

بموجب المادة ٣٣ من النظام الداخلي لجمعية الصحة العالمية يحق لكل وفد أن يكون ممثلاً بأحد أعضائه في كل لجنة رئيسية.

اللجنة "أ"

الرئيس: السيد مارتن بولز (أستراليا)
نائب الرئيس: السيدة تارو كوفيستو (فنلندا)
السيد نيكولاس ستيل (غرينادا)
المقرر: السيدة عائشة سامية (ملاي)
الأمين: الدكتور تيموثي أرمسترونغ، المنسق،
الترصد والوقاية السكانية

اللجنة "ب"

الرئيس: الدكتور فوسيت براكونغسي (تايلند)
نائب الرئيس: الدكتورة ماهليت كايقلي (إثيوبيا)
الدكتور أسادي - لاري (جمهورية إيران الإسلامية)
المقرر: السيد عبدونومون سيديكوف (أوزبكستان)
الأمين: الدكتور كلايف أوندوري، المنسق، السلامة والحذر

ممثلو المجلس التنفيذي

السيدة بريشياس ماتوزو (جنوب أفريقيا)
الدكتور روبين أغوستين نيبينو (الأرجنتين)
الدكتور اسعد حافظ (باكستان)
الدكتورة جيون مان - بوك (جمهورية كوريا)

الرئيس:

الرئيس: الدكتور أحمد بن محمد السعيد (عمان)

نواب الرئيس:

الدكتور ساتاسيفام سوبرامانيام (ماليزيا)

الدكتور فرانسيسكو فيرينتيس (بنما)

السيد أسان ناغياوم (تشاد)

الدكتورة أنا إيزابيل سواريس (تيمور - لشتي)

الدكتور أرمين مراديان (أرمينيا)

الأمين:

الدكتورة مارغريت تشان، المدير العام

لجنة أوراق الاعتماد

تألفت لجنة أوراق الاعتماد من وفود الدول الأعضاء التالية: أفغانستان، دولة بوليفيا المتعددة القوميات، جورجيا، هايتي، الهند كينيا، ليبيريا، مدغشقر، بولندا، جمهورية كوريا، أسبانيا، تونغ.

الرئيس: السيدة كاترينا روتكوفوسكا (بولندا)

نائب الرئيس: الدكتورة بيرينس داهن (ليبيريا)

الأمين: السيدة فرانسوا زموران - شوت، كبيرة المستشارين القانونيين

اللجنة العامة

تألفت اللجنة العامة من رئيس جمعية الصحة ونوابه ورئيسي اللجنتين الرئيسيتين، إلى جانب مندوبي الدول الأعضاء التالية: أنتيغوا وبربودا، الأرجنتين، بنن، الكامبيون، جمهورية أفريقيا الوسطى، الصين، كوت ديفوار، كوبا، إستونيا، فرنسا، العراق، هولندا، الاتحاد الروسي،

القرارات والمقررات الإجرائية

القرارات

ج ص ٦٩٤-١ تعزيز الوظائف الأساسية للصحة العمومية دعماً لبلوغ التغطية الصحية الشاملة^١

جمعية الصحة العالمية التاسعة والستون،

بعد النظر في التقرير الخاص بالصحة في خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠؛^٢

إذ تُشير إلى أهمية وظائف الصحة العمومية باعتبارها من أكثر الطرق فعالية وشمولية واستدامة في تعزيز صحة السكان والأفراد وفي الحد من عبء المرض؛

وإذ يُدرك الحاجة إلى تعزيز سبل تصريف شؤون الصحة العمومية، والقدرات المؤسسية والتقنية في البلدان للمساهمة بفعالية في تعزيز صحة السكان وحماية الناس من الآثار الاجتماعية والاقتصادية الناجمة عن اعتلال الصحة في ظل عالم تسوده العولمة؛

وإذ تقر بأن الهدف ٣ من خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠ (ضمان تمتّع الجميع بأنماط عيش صحية وبالرفاهية في جميع الأعمار) وما ينطوي عليه من ١٣ غاية ترتبط بالصحة، إلى جانب العديد من الغايات والأهداف الأخرى ذات الصلة بالصحة في خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠، سيستلزم التعاون بقوة بين القطاعات حتى ينتهي تنفيذه بشكل كامل؛

وإذ تؤكد مجدداً على الالتزام الوارد في قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة ١/٧٠ (٢٠١٥)، بعنوان "تحويل عالمنا: خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠"، وخاصة الغاية ٣-٨ (تحقيق التغطية الصحية الشاملة، بما في ذلك الحماية من المخاطر المالية، وإتاحة خدمات الرعاية الصحية الأساسية الجيدة والأدوية واللقاحات المأمونة والفعالة والجيدة والميسورة التكلفة للجميع) والذي سوف يساهم في القضاء على الفقر ومكافحة عدم المساواة والجور؛

وإذ تشير إلى قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة ٨١/٦٧ (٢٠١٢) بشأن الصحة العالمية والسياسة الخارجية، وإذ تعترف بأن التغطية الصحية الشاملة تنطوي ضمناً على إمكانية حصول الجميع بلا تمييز على مجموعات محددة على الصعيد الوطني من الخدمات الصحية الأساسية اللازمة لتعزيز الصحة والوقاية والعلاج والتأهيل، وعلى الأدوية الأساسية المأمونة والميسورة التكلفة والفعالة والجيدة، مع ضمان أنّ هذه الخدمات لن تعرّض الحاصلين عليها لصعوبات مالية؛ مع التركيز بشكل خاص على الفئات الفقيرة والضعيفة والمهمشة من

١ انظر الملحق ١٥ للاطلاع على الآثار المالية والإدارية المترتبة على اعتماد هذا القرار بالنسبة إلى الأمانة.

٢ الوثيقة ج١٥/٦٩.

السكان؛ وفقاً لمبدأ الاندماج الاجتماعي، من أجل تعزيز قدرة هذه الفئات على إعمال حقها في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة البدنية والنفسية؛

وإذ تُشير كذلك إلى أن قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة ٨١/٦٧ (٢٠١٢) الذي يسلم أيضاً بأن تحقيق التغطية الصحية الشاملة على نحو فعال ومستدام مالياً يستند إلى وجود نظام صحي قادر على الصمود والاستجابة للاحتياجات، يوفر خدمات الرعاية الصحية الأولية الشاملة، ويغطي نطاقاً جغرافياً واسعاً، يشمل المناطق النائية والريفية، ويركز بشكل خاص على أشد السكان احتياجاً، ويضم عدداً كافياً من العاملين المهرة الذين حصلوا على التدريب الجيد ولديهم الدافع على العمل، وتتوافر له القدرات اللازمة لتنفيذ تدابير الصحة العمومية الواسعة النطاق وحماية الصحة ومعالجة المحددات الصحية بواسطة سياسات تشمل مختلف القطاعات، بما في ذلك تعزيز الوعي الصحي لدى السكان؛

وإذ تُشير إلى القرار جصع ٦٢-١٢ (٢٠٠٩) بشأن الرعاية الصحية الأولية، بما في ذلك تعزيز النظم الصحية، والذي يحث الدول الأعضاء على إحلال الناس مكان الصدارة في مجال الرعاية الصحية عن طريق اعتماد نماذج لإيتاء الخدمات، على النحو المناسب، تركز على المستويات المحلية ومستويات المناطق التي تقدم خدمات الرعاية الصحية الأولية الشاملة، بما في ذلك خدمات تعزيز الصحة وتوقي الأمراض والرعاية العلاجية والرعاية الملطفة مع الإشارة إلى أهمية الخدمات المنصفة والتي يمكن تحمّل تكاليفها؛

وإذ تُشير أيضاً إلى القرار جصع ٦٤-٩ (٢٠١١) بشأن استدامة هياكل التمويل الصحي والتغطية الشاملة، والذي يقر بأن للنظم الصحية الفعالة التي توفر خدمات صحية شاملة، بما فيها خدمات الوقاية، أهمية قصوى للصحة والتنمية الاقتصادية والرفاه، وبضرورة ارتكاز هذه النظم على التمويل المنصف والمستدام؛

وإذ تُشير أيضاً إلى قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة ٦٨/٣٠٠ (٢٠١٤)، الوثيقة الختامية للاجتماع رفيع المستوى للجمعية العامة بشأن الاستعراض الشامل وتقييم التقدم المحرز في الوقاية من الأمراض غير المعدية (غير السارية) ومكافحتها، والذي يعترف، ضمن جملة أمور، بأن التقدم غير الكافي في الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها يقوض التنمية الاجتماعية والاقتصادية في جميع أنحاء العالم، ويلزم بتنفيذ السياسات العامة الفعالة والمتعددة القطاعات لتعزيز الصحة، وتعزيز النظم الصحية وتوجيهها على نحو تتناول فيه الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها والمحددات الاجتماعية الأساسية من خلال الرعاية الصحية الأولية التي تركز على الناس والتغطية الصحية الشاملة في جميع مراحل الحياة؛

وإذ تُشير كذلك إلى القرارات الإقليمية التالية: EURO/RC61/R2 (٢٠١١) بشأن تعزيز قدرات الصحة العمومية وخدماتها في أوروبا: إطار للعمل، و CD42.R14 (٢٠٠٠) بشأن الوظائف الأساسية للصحة العمومية و CD53.R14 (٢٠١٤) بشأن استراتيجية لإتاحة الخدمات الصحية أمام الجميع وتحقيق التغطية الصحية الشاملة، و WPR/RC53.R7 (٢٠٠٢) بشأن الوظائف الأساسية للصحة العمومية، وإحاطة الدورة الثانية والستين للجنة الإقليمية لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط بشأن تقييم الوظائف الأساسية للصحة العمومية في إقليم شرق المتوسط، وتشجيع الدول الأعضاء على تعزيز الوظائف الأساسية للصحة العمومية كأساس لتحسين ممارسات الصحة العمومية وكوسيلة لتعزيز النظم الصحية القادرة على الصمود والماضية قدماً صوب تحقيق التغطية الصحية الشاملة؛

وإذ تُقر بأن الوظائف الأساسية للصحة العمومية تقع مسؤوليتها في المقام الأول على عاتق الدول الأعضاء وتدعم تحقيق أغراض التغطية الصحية الشاملة، وتعمل على تيسير الجدوى المالية منها عن طريق الحد من المخاطر الصحية وتهديداتها، وعبء الأمراض غير السارية والأمراض السارية، وتساهم في تحقيق أهداف التنمية المستدامة الأخرى ذات الصلة بالصحة وغياتها؛

وإذ تلاحظ أن الوظائف الأساسية للصحة العمومية التي تمتد عبر العديد من القطاعات بخلاف قطاع الصحة، تُعالج المحددات الاقتصادية والبيئية والاجتماعية للصحة من بين جملة أمور أخرى، ونقيض صحة جميع السكان، ومع ذلك فقد تعاني من نقص الإمدادات ولا تتدخل الحكومة لعلاج الأمر؛

وإذ تُقر بأن التنفيذ الناجح لوظائف الصحة العمومية الأساسية يتطلب تعزيز قدرات تصريف الشؤون والصحة العمومية، والتي قد تشمل عدة أمور من بينها بناء المعارف وقاعدة البيانات اللازمة لتحديد الخيارات السياساتية والاستراتيجيات؛ ضمان توفير موارد مستدامة وكافية، ودعم الوكالات والموظفين المهرة والمتقنين؛ تقييم الصحة والآثار المترتبة على مختلف الخيارات السياساتية والواقعة على كل من الجنسين فيما يتعلق بالصحة؛ فهم الخطط الخاصة بسياسات القطاعات الأخرى؛ وإنشاء منصات للحوار بين القطاعات والتصدي للتحديات، بما في ذلك من خلال المشاركة المجتمعية؛ تقييم فعالية العمل المشترك بين القطاعات ورسم السياسات المتكاملة والعمل مع القطاعات الحكومية الأخرى لتعزيز الصحة والرفاه؛

وإذ تذكّر بالقرار ج ص ٥٨٤-٣ (٢٠٠٥) الذي يحث الدول الأعضاء على تعزيز قدرات الصحة العمومية وصونها للكشف عن طوارئ الصحة العمومية والمخاطر التي تهدد الصحة العمومية والتبليغ عنها وتقييمها والاستجابة لها، وذلك كجزء من التزامات البلدان بتنفيذ اللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥) بشكل كامل؛ والقرار EBSS3.R1 (٢٠١٥) للدورة الاستثنائية للمجلس التنفيذي بشأن فيروس الإيبولا، والذي أقر بأهمية معالجة الثغرات المنهجية الطويلة الأجل والتي تكتنف القدرة على الوقاية من التهديدات الصحية والكشف عنها والاستجابة لها بفعالية بهدف تحسين الأمن الصحي على الصعيد الوطني والإقليمي والعالمي وإذ تحيط علماً بما يستدعيه هذا الأمر من عمل مشترك ومتساوي القدر بين القطاعات؛

وإذ تؤكد على الطبيعة المتكاملة، والمتداخلة لأهداف التنمية المستدامة، والتي تدعو إلى العمل المتعدد القطاعات وتضفي طابعاً شرعياً جديداً لمعالجة المحددات الأوسع نطاقاً للصحة،

١- تحث الدول الأعضاء^١ على ما يلي:

(١) أن تُظهر السلطات الصحية الوطنية ودون الوطنية روح القيادة والشعور بالملكية في تحديد سبل تصريف الشؤون الصحية بفعالية بما في ذلك السياسات الصحية المشتركة بين القطاعات والاستراتيجيات المتكاملة بهدف تحسين صحة السكان لتحقيق الغاية ٣-٨ المندرجة ضمن أهداف التنمية المستدامة والمتعلقة بالتغطية الصحية الشاملة وغيرها من أهداف التنمية المستدامة ذات الصلة بالصحة، وفقاً للأولويات الموضوعية على الصعيد الوطني، وتسريع وتيرة الإنجاز، حسب الاقتضاء، من خلال إنشاء وتحسين آليات وقدرات الرصد والتقييم والمساءلة؛

(٢) أن تُعزز التعاون الدولي لتحقيق التغطية الصحية الشاملة، بما في ذلك الحماية من المخاطر المالية، وإتاحة خدمات الرعاية الصحية الأساسية الجيدة والأدوية واللقاحات المأمونة والفعالة والجيدة والميسورة التكلفة للجميع؛

(٣) أن تستثمر موارد مستدامة كافية لتعزيز النظم الصحية لتحقيق التغطية الصحية الشاملة، بما في ذلك تخصيص الموارد للفئات الاجتماعية والاقتصادية على أساس الاحتياجات لصالح أكثر الفئات السكانية استضعافاً والمحرومين ضمن السياقات الوطنية بهدف الحد من عبء الأمراض والمخاطر المالية وعدم المساواة والجور؛

١ وحسب الاقتضاء، منظمات التكامل الاقتصادي الإقليمي.

(٤) أن تُعزز القدرات المؤسسية والتشغيلية والبنية التحتية للصحة العمومية، بما في ذلك الكفاءات العلمية والتشغيلية لمؤسسات الصحة العمومية، بما يتناسب مع الظروف الوطنية، فضلاً عن البنية التحتية المشتركة بين القطاعات للاضطلاع بوظائف الصحة العمومية الأساسية، بما في ذلك القدرة على التصدي للتهديدات والمخاطر الصحية الحالية والناشئة؛

(٥) أن تستثمر في التعليم والتوظيف والاحتفاظ بالقوى العاملة المناسبة للغرض المتوخى منها والمستجيبة له والتي يتم نشرها على نحو فعال ومنصف للمساهمة في فعالية وكفاءة الاضطلاع بوظائف الصحة العمومية الأساسية، على أساس احتياجات السكان؛

(٦) أن تضمن التنسيق والتعاون والتواصل والتآزر بين القطاعات والبرامج، حسب الاقتضاء، ومع سائر أصحاب المصلحة المعنيين، وذلك بهدف تحسين الصحة وحماية الناس من المخاطر المالية الناجمة عن اعتلال الصحة، وتعزيز نهج شامل يدعم تحقيق التغطية الصحية الشاملة في جميع مراحل الحياة؛

(٧) أن تعزز النهج التي تتصدى بشكل منهجي للمحددات الاجتماعية والبيئية والاقتصادية للصحة والإجفاف الصحي، مع مراعاة آثار ذلك على الجنسين؛

(٨) أن ترصد وتقييم وتحلل وتحسن الحصائل الصحية، بما في ذلك، من خلال إنشاء نظم تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية التي تتسم بالشمولية والفعالية، والاضطلاع بالوظائف الأساسية للصحة العمومية بفعالية، وتوخي المساواة في إتاحة خدمات الرعاية الصحية عالية الجودة، ومستوى الحماية من المخاطر المالية؛

تطلب من المدير العام ما يلي: -٢

(١) أن يقوم بإعداد ونشر الإرشادات التقنية بشأن تطبيق وظائف الصحة العمومية الأساسية، مع الأخذ بعين الاعتبار التعاريف الإقليمية للمنظمة، بصدد تعزيز النظم الصحية وتحقيق التغطية الصحية الشاملة؛

(٢) أن يعمل على تيسير التعاون الدولي ومواصلة وتعزيز الدعم المقدم للدول الأعضاء، بناءً على طلبها، في جهودها الرامية إلى بناء القدرات الإدارية المؤسسية والقدرات العلمية اللازمة، مع توفير الدعم التقني فيما يتعلق بوظائف الصحة العمومية الأساسية، لتعزيز النظم الصحية، بما في ذلك الوقاية من الأحداث الصحية العمومية واكتشافها وتقييمها والاستجابة لها، ومن أجل اتباع نهج متعددة القطاعات ومتكاملة للتغطية الصحية الشاملة؛ وإعداد أدوات التيسير في هذا الصدد؛

(٣) أن يأخذ زمام القيادة، ويعمل على تيسير التعاون الدولي وتعزيز التنسيق في مجال الصحة العمومية على جميع المستويات، وخاصة فيما يتعلق بتعزيز النظام الصحي، بما في ذلك وظائف الصحة العمومية الأساسية، دعماً لتحقيق أهداف وغايات التنمية المستدامة المرتبطة بالصحة؛

(٤) أن يقدم تقريراً إلى جمعية الصحة عن تنفيذ هذا القرار كمساهمة في تحقيق الغايات المرتبطة بالصحة والمدرجة ضمن خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠.

(الجلسة العامة السابعة، ٢٧ أيار/مايو ٢٠١٦ -

اللجنة "أ"، التقرير الأول)

ج ص ٦٩٤-٢ الالتزام بتنفيذ الاستراتيجية العالمية بشأن صحة المرأة والطفل والمراهق^١

جمعية الصحة العالمية التاسعة والستون،

بعد النظر في التقرير الخاص بالخطة العملية للتقدم المحرز في الاستراتيجية العالمية بشأن صحة المرأة والطفل والمراهق؛^٢

وإذ ترحب بإصدار الأمين العام للأمم المتحدة للاستراتيجية العالمية الجديدة بشأن صحة المرأة والطفل والمراهق (٢٠١٦-٢٠٣٠) التي تتوخى عالمياً تتال فيه كل امرأة وطفل ومراهق في كل مكان حقوقهم المرتبطة بالصحة البدنية والنفسية والرفاه، وتتاح لهم الفرص الاجتماعية والاقتصادية، ويتمكنون من المشاركة بالكامل في رسم معالم مجتمعات مزدهرة ومستدامة؛

وإذ تعترف بأن الاستراتيجية العالمية بشأن صحة المرأة والطفل والمراهق (٢٠١٦-٢٠٣٠) توفر خارطة طريق لبلوغ هذه الأغراض الطموحة، وبأنها ستسهم في تنفيذ أهداف التنمية المستدامة المتعلقة بصحة المرأة والطفل والمراهق؛

وإذ تقر بأهمية الإجراءات والقيادة القطرية، وبضرورة إعطاء الأولوية لتحديث السياسات والاستراتيجيات والخطط الوطنية الخاصة بالصحة والتمويل كي تجسد الغايات السبع عشرة المدرجة في الاستراتيجية العالمية بشأن صحة المرأة والطفل والمراهق (٢٠١٦-٢٠٣٠)، من أجل التقدم في مجال صحة ورفاه المرأة والطفل والمراهق؛

وإذ تسلّم بضرورة اتباع نهج قائم على الإنصاف يراعي الاعتبارات الخاصة بالجنسين ويمتد طيلة العمر، وضرورة إقامة شراكات تشمل أصحاب مصلحة متعددين وقطاعات متعددة، بما في ذلك القطاع الخاص والمجتمع المدني، مثل حركة "كل امرأة، كل طفل"، في تنفيذ الاستراتيجية العالمية بشأن صحة المرأة والطفل والمراهق (٢٠١٦-٢٠٣٠)؛

وإذ تشدد على الدور الحاسم للمساءلة على جميع المستويات، بما في ذلك دور نظم البيانات والمعلومات الهام، واذ تشير إلى عمل الفريق المستقل المعني بالمساءلة على تجميع تقرير عالمي سنوي عن حالة صحة المرأة والطفل والمراهق،

١- تدعو الدول الأعضاء إلى ما يلي:

(١) أن تلتزم، حسب خططها وأولوياتها الوطنية، بتنفيذ الاستراتيجية العالمية بشأن صحة المرأة والطفل والمراهق (٢٠١٦-٢٠٣٠)، ووضع حد لوفيات النساء والأطفال والمراهقين التي يمكن تلافيها، وتحسين الصحة والرفاه عموماً، وتعزيز البيئات المواتية بطريقة مستدامة وفعالة، مدعومة في ذلك من التزام رفيع المستوى وتمويل كافٍ، بما في ذلك، حسب الاقتضاء، الإجراءات المحددة تحت المجالات التسعة، على النحو المقترح في الاستراتيجية العالمية بشأن صحة المرأة والطفل والمراهق (٢٠١٦-٢٠٣٠) وإطارها التشغيلي؛

١ انظر الملحق ١٥ للاطلاع على الآثار المالية والإدارية المترتبة على اعتماد هذا القرار بالنسبة إلى الأمانة.

٢ الوثيقة ج ١٦/٦٩.

(٢) أن تعزز المساواة والمتابعة على جميع المستويات، بما في ذلك تعزيزهما من خلال رصد التقدم المحرز على الصعيد الوطني وزيادة بناء القدرات فيما يتعلق بجمع البيانات الجيدة وتحليلها، حسب الاقتضاء؛

٢- تدعو جميع أصحاب المصلحة المعنيين، حسب الاقتضاء، إلى دعم التنفيذ الفعال للخطط الوطنية والإسهام في إنجاز الاستراتيجية العالمية بشأن صحة المرأة والطفل والمراهق (٢٠١٦-٢٠٣٠) ومراحلها الرئيسية؛

٣- **تطلب من المدير العام ما يلي:**

(١) أن يقدم الدعم التقني الكافي إلى الدول الأعضاء في تحديث وتنفيذ خططها الوطنية والعناصر ذات الصلة من الاستراتيجية العالمية بشأن صحة المرأة والطفل والمراهق (٢٠١٦-٢٠٣٠)، بما في ذلك جمع البيانات الجيدة وتحليلها؛

(٢) أن يستمر في التعاون مع سائر وكالات الأمم المتحدة وصناديقها وبرامجها^١ ومع الشركاء وأصحاب المصلحة الآخرين المعنيين والصناديق المعنية، من أجل تعزيز المساعدة الخاصة بالتنفيذ المنسق والفعال للخطط الوطنية؛

(٣) أن يقدم تقارير منتظمة عن التقدم المحرز نحو توفير صحة المرأة والطفل والمراهق إلى جمعية الصحة.

(الجلسة العامة التاسعة، ٢٨ أيار/مايو ٢٠١٦ -
اللجنة "أ"، التقرير الثالث)

ج ص ٦٩٤-٣ الاستراتيجية وخطة العمل العالميتان بشأن الشيخوخة والصحة ٢٠١٦-٢٠٢٠:
عالم يتسنى فيه لكل فرد أن يحيا حياة طويلة ويتمتع بالصحة^٢

جمعية الصحة العالمية التاسعة والستون،

بعد النظر في التقرير الخاص بالعمل المتعدد القطاعات من أجل اتباع نهج يمتد طيلة العمر للتمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة: مسودة الاستراتيجية وخطة العمل العالميتين بشأن الشيخوخة والصحة؛^٣

وإذ تذكّر بالقرار ج ص ٥٢-٧ (١٩٩٩) بشأن النشاط في مرحلة الشيخوخة والقرار ج ص ٥٨-١٦ (٢٠٠٥) بشأن تعزيز التمتع بالنشاط والصحة في مرحلة الشيخوخة، واللذين شجع كل منهما الدول الأعضاء على اتخاذ التدابير التي تكفل أعلى مستوى يمكن بلوغه من الصحة والعافية للأعداد المتزايدة من مواطنيها الطاعنين في السن؛

١ الشراكة الصحية العالمية السادسة التي تضم برنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الأيدز، وهيئة الأمم المتحدة للمساواة بين الجنسين وتمكين المرأة، وصندوق الأمم المتحدة للسكان، ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة، والبنك الدولي، ومنظمة الصحة العالمية.

٢ انظر الملحق ١٥ للاطلاع على الآثار المالية والإدارية المترتبة على اعتماد هذا القرار بالنسبة إلى الأمانة.

٣ الوثيقة ج ١٧/٦٩.

وإذ تذكّر كذلك بقرار الجمعية العامة للأمم المتحدة ١٦٧/٥٧ (٢٠٠٢) الذي اعتمد خطة عمل مدريد الدولية بشأن الشيخوخة، ٢٠٠٢، وكذلك القرارات ذات الصلة الأخرى والالتزامات الدولية الأخرى المتعلقة بالشيخوخة؛

وإذ تذكّر بالقرار ج ص ع ٦٥-٣ (٢٠١٢) بشأن تدعيم السياسات الخاصة بالأمراض غير السارية من أجل تعزيز التمتع بالنشاط في مرحلة الشيخوخة، الذي يلاحظ أنه مع تزايد انتشار الأمراض غير السارية في صفوف الطاعنين في السن فإن هناك حاجة ملحة للوقاية من الإعاقات المتعلقة بمثل هذه الأمراض والتخطيط للرعاية طويلة الأجل؛

وإذ تذكّر أيضاً بالقرار ج ص ع ٦٧-١٩ (٢٠١٤) بشأن تعزيز الرعاية الملطفة كعنصر من عناصر العلاج المتكامل طيلة العمر؛

وإذ تذكّر كذلك بالقرار ج ص ع ٦٤-٩ (٢٠١١) بشأن استدامة هياكل التمويل الصحي والتغطية الشاملة، الذي يدعو إلى الاستثمار في نظم تقديم الخدمات الصحية وتعزيز هذه النظم، ولاسيما الرعاية الصحية الأولية وخدماتها وتوفير الموارد البشرية الكافية للنظم الصحية ونظم المعلومات الصحية ضماناً لحصول جميع المواطنين على الرعاية والخدمات الصحية على نحو منصف؛

وإذ ترحب بخطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠،^١ التي تتضمن مجموعة متكاملة لا فصام لها من الأهداف العالمية للتنمية المستدامة التي تتيح منصة للتعامل مع التحديات والفرص المتعلقة بالسكان المسنين وتبعاها بطريقة شاملة، وهي خطة تتعهد بعدم السماح بتخلف أحد عن الركب؛

وإذ تلاحظ أن المجموعات السكانية حول العالم، وعلى مختلف مستويات الدخل، تتقدم بالسن بسرعة، ومع ذلك فإن مدى الفرص الناشئة عن السكان المسنين، وطول عمرهم المتزايد، وشيخوختهم النشطة سيعتمد اعتماداً كبيراً على الصحة الجيدة؛

وإذ تلاحظ أيضاً أن التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة يتأثر تأثراً شديداً بالمحددات الاجتماعية للصحة؛ حيث يعاني الناس من أبناء المجموعات المحرومة اجتماعياً واقتصادياً من رداءة الصحة بشكل ملحوظ عند تقدمهم في السن ومن متوسط عمر مأمول أقصر؛

وإذ تلاحظ كذلك أهمية البيئات الصحية، والميسورة المنال، والداعمة التي يمكن أن تمكّن الناس من المرور بمرحلة الشيخوخة في المكان الصحيح لهم والقيام بالأشياء التي يقدرونها؛

وإذ تقر بأن المسنين يقدمون مساهمات متنوعة وقيّمة للمجتمع وينبغي أن يتمتعوا بحقوق وفرص متساوية، وأن يعيشوا دون التعرض للتمييز القائم على العمر؛

وإذ ترحب بأول مؤتمر وزاري عقدته منظمة الصحة العالمية بشأن العمل العالمي على مكافحة الخرف (جنيف، ١٦ و ١٧ آذار/ مارس ٢٠١٥)، وتحيط علماً بحصيلته، وترحب مع التقدير بجميع المبادرات الدولية والإقليمية الأخرى الهادفة إلى ضمان حياة صحية للمسنين؛

وإذ ترحب كذلك بالتقرير العالمي بشأن الشيخوخة والصحة،^٢ الذي يطرح مفهوماً جديداً عن الصحة في مرحلة الشيخوخة ويرسم إطاراً للصحة العمومية للعمل على تدعيمها؛

١ قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة ١/٧٠ (٢٠١٥) - تحويل عالمنا: خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠، انظر: http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1 (تم الاطلاع في ٢٣ أيار/ مايو ٢٠١٦).

٢ التقرير العالمي بشأن الشيخوخة والصحة، جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ ٢٠١٥.

وإذ تسلّم بمفهوم الصحة في مرحلة الشيخوخة، المحدد على أنه عملية لتطوير وصون القدرة على الأداء^١ التي تمكّن من التمتع بالعافية في الكبر؛

وإذ نظرت في مسودة الاستراتيجية وخطة العمل العالميتين بشأن الشيخوخة والصحة استجابة للمقرر الإجمالي ج ص ع ٦٧ (١٣) (٢٠١٤)، التي تستند إلى الاستراتيجيات والأطر الإقليمية لمنظمة الصحة العالمية^٢ في هذا المجال وتتوسع فيها،

١- **تعتمد** الاستراتيجية وخطة العمل العالميتين بشأن الشيخوخة والصحة^٣؛

٢- **تدعو** الشركاء، بما في ذلك المنظمات الدولية والحكومية الدولية وغير الحكومية، وكذلك منظمات المساعدة الذاتية وغيرها من المنظمات ذات الصلة إلى:

(١) تقديم المساندة والإسهام في إنجاز الاستراتيجية وخطة العمل العالميتين بشأن الشيخوخة والصحة، والتعاون، عند القيام بذلك، مع الدول الأعضاء ومع أمانة منظمة الصحة العالمية حسب الاقتضاء؛

(٢) تحسين ودعم عافية المسنين والقائمين على رعايتهم من خلال التوفير الكافي والمنصف للخدمات والمساعدة؛

(٣) مساندة البحوث والابتكار وجمع البيانات عما يمكن القيام به لرعاية الصحة في مرحلة الشيخوخة في السياقات المختلفة، بما في ذلك تعميق الوعي بالمحددات الاجتماعية للصحة وأثرها على الشيخوخة؛

(٤) مساندة تبادل المعارف والخبرات المبتكرة، بما في ذلك عبر تعاون بلدان الشمال والجنوب، وبلدان الجنوب، والتعاون الثلاثي، والشبكات الإقليمية والعالمية؛

(٥) العمل بنشاط في مجال الدعوة للصحة في مرحلة الشيخوخة طيلة العمر ومكافحة التمييز القائم على العمر،

٣- **تحث** الدول الأعضاء على ما يلي:

(١) تنفيذ التدابير المقترحة في الاستراتيجية وخطة العمل العالميتين بشأن الشيخوخة والصحة، عبر نهج متعدد القطاعات، بما في ذلك إرساء خطط وطنية أو تعميم هذه الخطة على امتداد القطاعات الحكومية، مع مواءمتها مع الأولويات الوطنية والسياقات المخصصة؛

(٢) إرساء مركز اتصال ومجال عمل بشأن الشيخوخة والصحة لتعزيز قدرة القطاعات الحكومية على التعامل مع بُعد الصحة في مرحلة الشيخوخة في أنشطتها من خلال القيادة، والشراكات، والدعوة، والتنسيق؛

١ تتحدد هذه القدرة على الأداء بفعل القدرة المتأصلة للأفراد، والبيئات التي يعيشون فيها، والتفاعل بينهما. كما أن التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة هو عملية تستمر طيلة العمر ويمكن أن تكون ذات صلة بالجميع وليس فقط بالأشخاص غير المرضى حالياً.

٢ إقليم الأمريكتين: خطة العمل بشأن صحة المسنين التي تشمل التمتع بالنشاط والصحة في مرحلة الشيخوخة (القرار CD49.R15 (٢٠٠٩))؛ إقليم جنوب شرق آسيا: الاستراتيجية الإقليمية للصحة في مرحلة الشيخوخة (٢٠١٣-٢٠١٨)؛ الإقليم الأوروبي: الاستراتيجية وخطة العمل بشأن الصحة في مرحلة الشيخوخة في أوروبا، ٢٠١٢-٢٠٢٠ (القرار EUR/RC62/R6 (٢٠١٢))؛ إقليم شرق المتوسط: الاستراتيجية المعنية بالشيخوخة الصحية النشطة ورعاية المسنين في إقليم شرق المتوسط ٢٠٠٦-٢٠١٥؛ إقليم غرب المحيط الهادئ: الإطار الإقليمي للعمل بشأن الشيخوخة والصحة في غرب المحيط الهادئ (٢٠١٤-٢٠١٩). وثمة استراتيجية إقليمية قيد التحضير في الإقليم الأفريقي.

٣ انظر الملحق ١.

(٣) المساندة والمساهمة في عمليات التبادل بين الدول الأعضاء على المستويات العالمية والإقليمية للدروس المستفادة والخبرات المبتكرة، بما في ذلك التدابير للنهوض بأنشطة القياس، والرصد، والبحوث المتعلقة بالصحة في مرحلة الشيخوخة على مختلف الأصعدة؛

(٤) المساهمة في تطوير بيئات مراعية للشيخوخة، وتعميق الوعي بالاستقلال الذاتي للمسنين وإشراكهم، من خلال نهج متعدد القطاعات؛

تطلب من المدير العام ما يلي:

-٤

(١) تقديم الدعم التقني إلى الدول الأعضاء لوضع خطط وطنية للصحة في مرحلة الشيخوخة، وإنشاء نظم الرعاية طويلة الأجل القادرة على تقديم الرعاية الصحية الممتازة؛ وتنفيذ التدخلات القائمة على البيانات التي تتعامل مع المحددات الأساسية للصحة في مرحلة الشيخوخة؛ وتعزيز النظم اللازمة لجمع، وتحليل، واستخدام، وتفسير البيانات بشأن الصحة في مرحلة الشيخوخة على مدى الزمن؛

(٢) تنفيذ التدابير المقترحة للأمانة الواردة في الاستراتيجية وخطة العمل العالميتين بشأن الشيخوخة والصحة بالتعاون مع الهيئات الأخرى التابعة لمنظمة الأمم المتحدة؛

(٣) الاستفادة من الخبرات والدروس المستخلصة من تنفيذ الاستراتيجية وخطة العمل العالميتين بشأن الشيخوخة والصحة بغية النهوض بإعداد مقترح لإعلان عقد الصحة في مرحلة الشيخوخة ٢٠٢٠-٢٠٣٠، مع الدول الأعضاء وبمدخلات من الشركاء، بما في ذلك وكالات الأمم المتحدة، والمنظمات الدولية الأخرى، والمنظمات غير الحكومية؛

(٤) إعداد تقرير حالة عالمي عن الصحة في مرحلة الشيخوخة لتقديمه إلى جمعية الصحة العالمية الثالثة والسبعين، بما يعكس المعايير والقياسات المعتمدة والبيانات الجديدة بشأن ما يمكن القيام به في كل موضوع استراتيجي، وذلك لتوفير وتوفير بيانات خط الأساس لعقد الصحة في مرحلة الشيخوخة ٢٠٢٠-٢٠٣٠؛

(٥) عقد منتدى لتعميق الوعي بالصحة في مرحلة الشيخوخة وتعزيز التعاون الدولي حول التدابير المحددة في الاستراتيجية وخطة العمل العالميتين بشأن الشيخوخة والصحة؛

(٦) العمل، بالتعاون مع الشركاء الآخرين، على إعداد حملة عالمية لمكافحة التمييز ضد المسنين بغية توفير قيمة مضافة للمبادرات المحلية وتحقيق الهدف النهائي المتمثل في النهوض بالخبرة اليومية للمسنين وتحسين الاستجابات في مجال السياسات إلى أبعد حد؛

(٧) مواصلة تطوير شبكة منظمة الصحة العالمية للمدن والمجتمعات المحلية المراعية للمسنين كآلية لدعم العمل المحلي المتعدد القطاعات بشأن الصحة في مرحلة الشيخوخة؛

(٨) دعم البحوث والابتكار من أجل رعاية الصحة في مرحلة الشيخوخة، بما في ذلك استحداث ما يلي: (١) أدوات قائمة على البيانات لتقدير ودعم الجهود السريرية، والمجتمعية، والسكانية لتعزيز الطاقة المتأصلة والقدرة على الأداء؛ (٢) تدخلات فعالة من حيث التكاليف لتعزيز القدرة على الأداء لدى الأشخاص المعانين من خلل في القدرة المتأصلة؛

(٩) تقديم تقرير في منتصف المدة عن التقدم في تنفيذ الاستراتيجية إلى جمعية الصحة العالمية الحادية والسبعين وخطة العمل العالميتين بشأن الشيخوخة والصحة، بما يعكس مؤشرات كمية معتمدة، ومعايير وقياسات وبيانات جديدة عما يمكن القيام به بالنسبة لكل غرض استراتيجي.

(الجلسة العامة الثامنة، ٢٨ أيار/ مايو ٢٠١٦ -

اللجنة "أ"، التقرير الثالث)

ج ص ٦٩٤-٤ دور قطاع الصحة في النهج الاستراتيجي للإدارة الدولية للمواد الكيميائية من أجل تحقيق الهدف المنشود لعام ٢٠٢٠ وما بعده^١

جمعية الصحة العالمية التاسعة والستون،

بعد النظر في التقرير الخاص بدور قطاع الصحة في الإدارة السليمة للمواد الكيميائية^٢؛

إذ تُذكر بالقرار ج ص ٥٩٤-١٥ (٢٠٠٦) الذي رحبت فيه جمعية الصحة بالنهج الاستراتيجي للإدارة الدولية للمواد الكيميائية الذي اعتمده المؤتمر الدولي المعني بإدارة المواد الكيميائية (دبي، الإمارات العربية المتحدة، ٤-٦ شباط/فبراير ٢٠٠٦) مع هدفه العام المتمثل في تحقيق "الإدارة السليمة للمواد الكيميائية طوال دورة حياتها بحلول عام ٢٠٢٠ واستخدام المواد الكيميائية وإنتاجها بطرائق تؤدي إلى التقليل إلى أدنى حد من الآثار البالغة الضرر بصحة البشر والبيئة"، على النحو المستوحى من الفقرة ٢٣ من خطة جوهانسبرغ للتنفيذ المنبثقة عن مؤتمر القمة العالمي للتنمية المستدامة (جوهانسبرغ، جنوب أفريقيا، ٢٦ آب/أغسطس - ٤ أيلول/سبتمبر ٢٠٠٢)؛

وإذ تؤكد مجدداً التزامها بالوثيقة الختامية الصادرة عن مؤتمر الأمم المتحدة للتنمية المستدامة المعقود في عام ٢٠١٢ (ريو+٢٠) "المستقبل الذي نصبو إليه"^٣؛

وإذ تذكر كذلك بالفقرة ٢١٣ من الوثيقة الختامية "المستقبل الذي نصبو إليه"، التي تنص على ما يلي: "تؤكد من جديد هدفنا الرامي إلى تحقيق الإدارة السليمة للمواد الكيميائية طوال دورة حياتها وللنفايات الخطرة بطرائق تؤدي بحلول عام ٢٠٢٠ إلى التقليل إلى أدنى حد من الآثار البالغة الضرر بصحة البشر والبيئة، على النحو المبين في خطة جوهانسبرغ للتنفيذ"؛

وإذ تذكر أيضاً بالفقرة ٢١٤ من الوثيقة الختامية "المستقبل الذي نصبو إليه" التي تدعو إلى "التنفيذ الفعال للنهج الاستراتيجي للإدارة الدولية للمواد الكيميائية وتعزيز ذلك النهج في إطار نظام قوي يتسم بالتماسك والفعالية والكفاءة من أجل الإدارة السليمة للمواد الكيميائية طوال دورة حياتها"؛

وإذ تحيط علماً بالوقت المحدود المتبقي لإحراز التقدم من أجل تحقيق الهدف المنشود لعام ٢٠٢٠، والحاجة الملحة إلى اتخاذ إجراءات عملية والتعاون التقني في إطار قطاع الصحة ومع قطاعات أخرى؛

وإذ تعترف بأن المواد الكيميائية تساهم مساهمة كبيرة في الاقتصاد العالمي ومستويات المعيشة والصحة غير أن الإدارة غير السليمة للمواد الكيميائية طوال دورة حياتها تسهم إسهاماً ملحوظاً في عبء الأمراض العالمي، وبأن البلدان النامية تتحمل جزءاً كبيراً من هذا العبء؛

وإذ تلاحظ أن الوفيات الواقعة سنوياً بمقدار ١٢,٦ مليون وفاة (٢٢,٧٪ من مجموع الوفيات) وسنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز البالغ عددها ٥٩٦ مليون سنة (٢١,٨٪ من إجمالي عبء المرض في سياق سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز) هي وفيات وسنوات مرتبطة بعوامل بيئية يمكن تعديلها، بما فيها حالات التعرض للمواد الكيميائية، وتلاحظ كذلك أنه في عام ٢٠١٢ وقعت ١,٣ مليون وفاة

١ انظر الملحق ١٥ للاطلاع على الآثار المالية والإدارية المترتبة على اعتماد هذا القرار بالنسبة إلى الأمانة.

٢ الوثيقة ج ٦٩٤/١٩.

٣ ملحق القرار ٦٦/٢٨٨ الصادر عن الجمعية العامة للأمم المتحدة.

(٢,٣٪ من مجموع الوفيات) و٤٣ مليون سنة من سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز (١,٦٪ من إجمالي عبء المرض في سياق سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز) من جراء حالات التعرض لعدد من المواد الكيميائية المعنية.^١ وإذ تلاحظ أيضاً أنه من بين ذلك يمكن للتصدي لمشكلة التعرض للرصاص أن يقي من الإصابة بنسبة ٩,٨٪ من حالات العجز الذهني و٤٪ من حالات الإصابة بداء القلب الإقفاري و٤,٦٪ من حالات الإصابة بالسكتة الدماغية فيما بين صفوف السكان، وأن حالات التسمم العرضي قد تسببت في قتل عدد يُقدَّر بنحو ١٩٣ ٠٠٠ شخص في عام ٢٠١٢، منهم نسبة ٨٥٪ في البلدان النامية التي تُردّ فيها بشدة حالات التسمم هذه إلى التعرض المفرط للمواد الكيميائية السامة وإلى استخدام تلك المواد استخداماً غير سليم، وإذ تعترف بأنه نظراً لطابع المسألة المعقد فإن المعلومات عن عبء الأمراض لا تتاح إلا بخصوص عدد قليل جداً من حالات التعرض للمواد الكيميائية، وبأن الأشخاص يتعرضون لمواد كيميائية أكثر بكثير في حياتهم اليومية؛

وإذ يساورها القلق إزاء الآثار الضارة الحادة والمزمنة والمشاركة التي يمكن أن تتجم عن التعرض للمواد الكيميائية والنفائيات وإزاء توزيع المخاطر غير العادل في الغالب واحتمال أن تكون هذه المخاطر أكثر حدة بالنسبة إلى بعض الفئات السكانية المستضعفة، وخصوصاً النساء والأطفال والأجيال القادمة عن طريقهم؛

وإذ تؤكد الحاجة إلى التصدي لمحددات الصحة الاجتماعية والاقتصادية والبيئية من أجل تحسين الحصائل الصحية وتحقيق التنمية المستدامة؛

وإذ تشدد على أهمية حماية الصحة والحد من الإجحافات الصحية، ولاسيما من خلال الحد من آثار المواد الكيميائية والنفائيات الضارة بالصحة، باعتماد نهج دمج الصحة في جميع السياسات والنهج الشامل للحكومة ككل، حسب الاقتضاء؛

وإذ تذكر باعتراف المنظمة منذ زمن بعيد بأهمية الإدارة السليمة للمواد الكيميائية لفائدة الصحة البشرية، والدور الرئيسي الذي تضطلع به المنظمة بتولي القيادة فيما يتعلق بجوانب الصحة البشرية للإدارة السليمة للمواد الكيميائية طوال دورة حياتها، وضرورة مشاركة قطاع الصحة ومساهمته في هذه الجهود على النحو المبين في القرار جص ع ٥٩-١٥ (٢٠٠٦) بشأن النهج الاستراتيجي للإدارة الدولية للمواد الكيميائية؛ والقرار جص ع ٦٣-٢٥ (٢٠١٠) بشأن تحسين الصحة من خلال تصريف النفائيات بطرق مأمونة وسليمة بيئياً؛ والقرار جص ع ٦٣-٢٦ بشأن تحسين الصحة من خلال الإدارة السليمة لمبيدات الهوام المتروكة وسائر المواد الكيميائية المتروكة؛ والقرار جص ع ٦٧-١١ (٢٠١٤) بشأن الآثار الصحية العمومية المترتبة على التعرض للزئبق ومركباته؛ والقرار جص ع ٦٨-٨ (٢٠١٥) بشأن الصحة والبيئة: التصدي لأثر تلوث الهواء على الصحة؛

وإذ تُدكّر علاوة على ذلك بالحصائل المتعلقة بالصحة للمؤتمر الدولي المعني بإدارة المواد الكيميائية في دوراته الثانية والثالثة والرابعة التي استرعت الانتباه إلى الحاجة إلى مزيد من المشاركة من جانب قطاع الصحة وتمخضت عن اعتماد استراتيجية لتعزيز مشاركة قطاع الصحة في تنفيذ النهج الاستراتيجي^٢ الذي يُبين بالتفصيل الأدوار والمسؤوليات الرئيسية لقطاع الصحة في الإدارة السليمة للمواد الكيميائية؛

^١ Prüss-Ustün A, et al. Preventing disease through healthy environments: a global assessment of the environmental burden of disease. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://www.who.int/quantifying_ehimpacts/publications/preventing-disease/en/, accessed 19 May 2016).

^٢ انظر الوثيقة SAICM/ICCM.3/24، الملحق الخامس للاطلاع على الاستراتيجية والملحق الأول للاطلاع على القرار SAICM/ICCM.3/III/4.

وإذ تذكر أيضاً بالفقرة ١ من القرار IV/1 الذي اعتمده المؤتمر الدولي المعني بإدارة المواد الكيميائية في دورته الرابعة والذي يؤيد وثيقة التوجه العام والإرشادات العامة لتحقيق هدف عام ٢٠٢٠ كأداة طوعية سوف تساعد في تحديد أولويات الجهود الرامية إلى الإدارة السليمة للمواد والنفائيات الكيميائية على سبيل المساهمة في التنفيذ العام للنهج الاستراتيجي، وإذ تضع في اعتبارها الدعوة في الفقرة ٥ إلى "منظمات البرنامج المشترك بين المنظمات للإدارة السليمة للمواد الكيميائية وفريق الأمم المتحدة لإدارة البيئة أن تُصدر، قدر الإمكان بحلول ١ تموز/ يوليو ٢٠١٦، إعلاناً يُعرب عن التزامها بتعزيز أهمية الإدارة السليمة للمواد والنفائيات الكيميائية على السواء داخل منظماتها وخارجها، بما في ذلك الإجراءات المعترزم اتخاذها في نطاق ولاياتها لتحقيق هدف عام ٢٠٢٠، إن لم تكن قد فعلت ذلك؛"

وإذ تسلم مع التقدير بأنشطة المنظمة الشاملة في هذا الصدد، والتي تشمل على سبيل المثال لا الحصر دعم البلدان في سبيل تنفيذ اللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥) فيما يتعلق بالأحداث الكيميائية، وإنشاء شبكة المنظمة لتقييم المخاطر الكيميائية في عام ٢٠١٣، والمشاركة في استحداث مجموعة أدوات اتخاذ القرارات في مجال الإدارة الكيميائية التابعة للبرنامج المشترك بين المنظمات للإدارة السليمة للمواد الكيميائية، والمشاركة في قيادة التحالف العالمي للتخلص من الرصاص في الطلاء، والمشاركة في اتفاقات بيئية متعددة الأطراف متعلقة بالمواد الكيميائية والنفائيات؛

وإذ تسلم أيضاً بالمبادرات المتخذة على المستويين الوطني والإقليمي، ومن خلال هيئات أخرى في منظومة الأمم المتحدة وغيرها من أصحاب المصلحة المعنيين، والإسهامات الكبيرة التي تقدمها تلك المبادرات في مجال حماية الصحة من المواد الكيميائية والنفائيات الخطرة؛

وإذ تذكر بالاتفاقات المتعددة الأطراف ذات الصلة فيما يخص المواد الكيميائية والنفائيات، ومن بينها اتفاقية ستوكهولم بشأن الملوثات العضوية الثابتة (٢٠٠٤) واتفاقية روتردام المتعلقة بتطبيق إجراء الموافقة المسبقة عن علم على مواد كيميائية ومبيدات آفات معينة خطيرة متداولة في التجارة الدولية (٢٠٠٤)، نُفّحت في عام ٢٠٠٨) واتفاقية بازل بشأن التحكم في نقل النفايات الخطرة والتخلص منها عبر الحدود (١٩٨٩) واتفاقية ميناماتا بشأن الزئبق (٢٠١٣)؛

وإذ يساورها القلق من أنه يتعين، رغم هذه الجهود، تحقيق مزيد من التقدم نحو التقليل إلى أدنى حدّ من الآثار الضارة الكبيرة على صحة الإنسان التي قد تكون مرتبطة بالمواد الكيميائية والنفائيات، وإذ تسلم بوجود حاجة ملحة إلى سد الفجوات التي تتخلل حالياً قدرات مختلف البلدان؛

وإذ تسلم بالحاجة إلى توثيق عرى التعاون الرامي إلى تعزيز قدرات البلدان النامية على الإدارة السليمة للمواد الكيميائية والنفائيات الخطرة والترويج لنقل ما يكفي من التكنولوجيات النظيفة والمأمونة إلى تلك البلدان؛

وإذ تؤكد على أهمية إدخال اتفاقية ميناماتا بشأن الزئبق حيز النفاذ في أقرب وقت ممكن؛

وإذ ترحب بحصيلة الدراسة الاستقصائية التي أجرتها المنظمة لأولويات قطاع الصحة في سبيل تحقيق هدف عام ٢٠٢٠ الخاص بالإدارة السليمة للمواد الكيميائية^١ المستندة إلى استراتيجية مشاركة قطاع الصحة في تنفيذ النهج الاستراتيجي؛

وإذ تسلم بالفقرة ١ من إعلان دبي بشأن الإدارة الدولية للمواد الكيميائية (٢٠٠٦) الذي ينص على أن "الإدارة السليمة للمواد الكيميائية أساسية لتحقيق التنمية المستدامة، بما في ذلك استئصال الفقر والمرض، والنهوض بصحة البشر والبيئة، والارتقاء بمستوى المعيشة والحفاظ عليه لدى البلدان التي تمر بجميع مراحل التنمية"؛

وإذ ترحب بخطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠، وخاصة الهدف ٣، الغاية ٣-٩ من أهداف التنمية المستدامة (الحد بدرجة كبيرة من عدد الوفيات والأمراض الناجمة عن التعرض للمواد الكيميائية الخطرة وتلوث وتلوث الهواء والماء والتربة بحلول عام ٢٠٣٠)، وإذ تسلم علاوة على ذلك بالهدف ١٢، الغاية ١٢-٤ (تحقيق الإدارة السليمة بيئياً للمواد الكيميائية وجميع النفايات طوال دورة عمرها، وفقاً للأطر الدولية المتفق عليها، بحلول عام ٢٠٢٠)، وكذلك الأهداف والغايات الأخرى ذات الصلة بالجوانب الصحية لإدارة المواد الكيميائية والنفايات، مثل الهدف ٦، الغاية ٦-٣ الخاصة بتحسين نوعية المياه؛

وإذ تؤمن بأن تحقيق الإدارة السليمة للمواد الكيميائية والنفايات طوال دورة حياتها يتطلب نهجاً متعدد القطاعات يضطلع فيه قطاع الصحة بدور حاسم الأهمية سعياً إلى تحقيق هدف عام ٢٠٢٠ وتحديد الأولويات المتعلقة بالمواد الكيميائية والنفايات لمرحلة ما بعد عام ٢٠٢٠؛

وإذ تشدد على مسؤولية قطاع الصناعة عن أن يتيح للجهات صاحبة المصلحة هذه البيانات والمعلومات المتعلقة بالآثار الصحية والبيئية للمواد الكيميائية، بوصفها بيانات ومعلومات ضرورية من أجل استخدام المواد الكيميائية والمنتجات المصنوعة منها استخداماً آمناً؛

وإذ ترحب بالنهج المتكامل المتبّع في تمويل الإدارة السليمة للمواد الكيميائية والنفايات الذي وضعه برنامج الأمم المتحدة للبيئة،^١ والذي يمكن تطبيقه في إطار النهج الاستراتيجي، وتؤكد على أن عناصر النهج المتكامل الثلاثة، ألا وهي الإدماج وإشراك قطاع الصناعة والتمويل الخارجي المخصّص، هي عناصر تعزز بعضها البعض ومهمة كلها بالنسبة إلى تمويل الإدارة السليمة للمواد الكيميائية والنفايات على المستويات كافة؛

وإذ تدرك أن تعزيز النظم الصحية وتدريب القوى العاملة الصحية كما ينبغي يشكلان عاملاً أساسياً لتسهيل إسهام قطاع الصحة بمزيد من الفعالية في الإدارة السليمة للمواد الكيميائية والنفايات؛

وإذ تدرك أيضاً ضرورة تعزيز دور قطاع الصحة لضمان مساهمته في الجهود المتعددة القطاعات الرامية إلى تحقيق هدف عام ٢٠٢٠ وما بعده، وأن وضع خارطة طريق تحدد الإجراءات الفعلية التي ينبغي لقطاع الصحة أن يتخذها، من شأنه أن ييسر ذلك،

١- تحث الدول الأعضاء^٢ على ما يلي:

(١) أن تشارك على نحو استباقي، بطرق من بينها تعزيز دور قطاع الصحة، في الإجراءات الرامية إلى الإدارة السليمة للمواد الكيميائية والنفايات على الصعيدين الوطني والإقليمي والصعيد الدولي، من أجل تقليل مخاطر الآثار الصحية الضائرة للمواد الكيميائية طوال دورة حياتها إلى الحد الأدنى؛

١ الإدارة السليمة للمواد الكيميائية: إسهام برنامج الأمم المتحدة للبيئة في تحقيق هدف عام ٢٠٢٠
<http://www.unep.org/chemicalsandwaste/Portals/9/Mainstreaming/Sound%20Management%20of%20Chemicals/SoundManagementofChemicals.pdf>

(تم الاطلاع في ١٩ أيار/مايو ٢٠١٦).

٢ وحسب الاقتضاء، منظمات التكامل الاقتصادي الإقليمي.

(٢) تطوير التعاون المتعدد القطاعات وتعزيزه حسب الاقتضاء على الصعيدين الوطني والإقليمي والصعيد الدولي، من أجل الحد من الآثار الضائرة الوخيمة للمواد الكيميائية والنفايات على الصحة، والوقاية منها، بما في ذلك داخل قطاع الصحة نفسه؛

(٣) مراعاة التوجه العام والتوجيهات العامة للنهج الاستراتيجي في سبيل تحقيق هدف عام ٢٠٢٠، بما في ذلك أولويات قطاع الصحة، واستراتيجية تعزيز المشاركة مع قطاع الصحة، والنظر في قضايا السياسات الناشئة وغيرها من القضايا ذات الاهتمام،^١ واتخاذ إجراءات فورية حيثما أمكن، وكلما لزم الأمر، لتسريع التقدم المحرز صوب بلوغ هدف عام ٢٠٢٠؛

(٤) تشجيع جميع أصحاب المصلحة المعنيين في قطاع الصحة على المشاركة في النهج الاستراتيجي وضمان إنشاء الصلات الملائمة مع مراكز الاتصال الوطنية والإقليمية المعنية بالنهج الاستراتيجي، والمشاركة في التقارير عن التقدم المحرز بشأن النهج الاستراتيجي؛

(٥) تعزيز قدرات الأفراد والمؤسسات والقدرة على التواصل داخل الشبكات على الصعيدين الوطني والإقليمي لضمان التنفيذ الناجح للنهج الاستراتيجي؛

(٦) التشجيع على مشاركة قطاع الصحة في العملية التي تُجرى في الفترات الفاصلة بين الدورات والتي وُضعت من خلال الدورة الرابعة للمؤتمر الدولي لإدارة المواد الكيميائية، لإعداد التوصيات بشأن النهج الاستراتيجي والإدارة السليمة للمواد الكيميائية والنفايات في مرحلة ما بعد عام ٢٠٢٠، بما في ذلك الاجتماع الثالث للفريق العامل المفتوح العضوية؛

(٧) مواصلة تقديم الدعم وحيثما أمكن زيادته، بما في ذلك الدعم العلمي واللوجستي المالي أو العيني المقدم إلى الجهود الإقليمية والعالمية التي تبذلها أمانة المنظمة في مجال السلامة الكيميائية وإدارة النفايات، حسب الاقتضاء؛

(٨) السعي إلى تنفيذ مبادرات إضافية تستهدف تعبئة الموارد الوطنية حسب الاقتضاء والدولية، بما في ذلك من أجل قطاع الصحة، في سبيل تحقيق الإدارة السليمة للمواد الكيميائية والنفايات؛

(٩) تعزيز التعاون الدولي على التصدي للآثار الصحية للمواد الكيميائية والنفايات، بوسائل منها تسهيل نقل الخبرات والتكنولوجيات والبيانات العلمية اللازمة لتطبيق النهج الاستراتيجي، فضلاً عن تبادل الممارسات الجيدة؛

١ قضايا السياسات الناشئة هي: الرصاص في الطلاء؛ المواد الكيميائية في المنتجات؛ المواد الخطرة خلال دورة حياة المنتجات الكهربائية والإلكترونية، والتكنولوجيات النانوية والمواد النانوية المصنعة، والمواد الكيميائية التي تسبب خلل الغدد الصماء، والملوثات الصيدلانية التي تستمر في البيئة؛ والقضايا الأخرى ذات الاهتمام هي: المواد الكيميائية البيروفلورية والانتقال إلى البدائل الأكثر أماناً ومبيدات الآفات الشديدة الخطورة"

[http://www.unep.org/chemicalsandwaste/Portals/9/Mainstreaming/Sound%20Management%20of%20SoundManagementofChemicals.pdf\(0Chemicals/](http://www.unep.org/chemicalsandwaste/Portals/9/Mainstreaming/Sound%20Management%20of%20SoundManagementofChemicals.pdf(0Chemicals/)

(تم الاطلاع في ٢٠ أيار/ مايو ٢٠١٦).

٢- **تطلب من المدير العام ما يلي:**

(١) أن يعدّ، بالتشاور مع الدول الأعضاء^١ وهيئات منظومة الأمم المتحدة وسائر الجهات صاحبة المصلحة المعنية، خارطة طريق لقطاع الصحة على المستويات الوطنية والإقليمية والدولية صوب تحقيق هدف عام ٢٠٢٠، والإسهام في بلوغ الغايات ذات الصلة من خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠، مع الأخذ في الحسبان التوجّه العام والتوجيهات العامة الخاصة بالنهج الاستراتيجي للإدارة الدولية للمواد الكيميائية، والعملية التي تتم في الفترة الفاصلة بين الدورات لإعداد توصيات بشأن النهج الاستراتيجي والإدارة السليمة للمواد الكيميائية والنفايات بعد عام ٢٠٢٠، والتي أُنشئت أثناء الدورة الرابعة للمؤتمر الدولي المعني بإدارة المواد الكيميائية، والاستناد إلى عمل المنظمة الحالي الوثيق الصلة، فضلاً عن استراتيجية لتعزيز مشاركة قطاع الصحة في تنفيذ النهج الاستراتيجي للإدارة الدولية للمواد الكيميائية، مع التركيز بوجه خاص على المجالات التالية:

(أ) مشاركة قطاع الصحة ودعمه إنشاء وتعزيز الأطر التشريعية والتنظيمية الوطنية ذات الصلة؛

(ب) دعم إنشاء أو تعزيز آليات تنسيق وطنية أو إقليمية أو دولية، حسب الاقتضاء، للتعاون المتعدد القطاعات، ولاسيما تعزيز مشاركة جميع الجهات صاحبة المصلحة المعنية داخل قطاع الصحة؛

(ج) تعزيز التواصل وإتاحة أحدث المعلومات ذات الصلة التي يسهل فهمها لزيادة الاهتمام والوعي بأهمية الإدارة السليمة للمواد الكيميائية والمخلفات بالنسبة للصحة، وخاصة للفئات السكانية الضعيفة، ولاسيما النساء والأطفال ومنهم إلى أجيال المستقبل؛

(د) المشاركة في الجهود الثنائية الأطراف والإقليمية والدولية الرامية إلى تبادل المعارف وأفضل الممارسات حول الإدارة السليمة للمواد الكيميائية، بما في ذلك شبكة المنظمة لتقييم المخاطر الكيميائية؛

(هـ) المشاركة بنشاط في العمل المتواصل بشأن المسائل الناشئة في مجال السياسات العامة للنهج الاستراتيجي وغيرها من المسائل التي تثير القلق، فضلاً عن العملية التي تُجرى في الفترة الفاصلة بين الدورات والتي أُنشئت أثناء الدورة الرابعة للمؤتمر الدولي المعني بإدارة المواد الكيميائية من أجل إعداد توصيات بشأن النهج الاستراتيجي والإدارة السليمة للمواد الكيميائية والنفايات بعد عام ٢٠٢٠؛

(و) تشجيع تنفيذ استراتيجية تعزيز مشاركة قطاع الصحة في تطبيق النهج الاستراتيجي، بما في ذلك إجراء استعراض للدور المنوط بهذا القطاع باعتباره مستخدماً للمواد الكيميائية ومنتجاً للمخلفات الخطرة؛

(ز) إدماج مكون المنظور الجنساني في جميع السياسات والاستراتيجيات والخطط الرامية إلى الإدارة السليمة للمواد الكيميائية والمخلفات، ومراعاة الاختلافات بين الجنسين فيما يتعلق بالتعرّض للمواد الكيميائية السامة وآثارها على الصحة، مع ضمان مشاركة النساء باعتبارهن وسيطات التغيير في رسم السياسات واتخاذ القرارات؛

(ح) تعزيز الجهود الرامية إلى تنفيذ الأولويات المُحدّثة لقطاع الصحة؛

١ وحسب الاقتضاء، منظمات التكامل الاقتصادي الإقليمي.

(٢) مواصلة وتعزيز تنفيذ الإجراءات بموجب القرار ج ص ع ٦٣-٢٥ (٢٠١٠) بشأن تحسين الصحة من خلال تصريف النفايات بطرق مأمونة وسليمة بيئياً، وإعداد تقرير عن آثار النفايات على الصحة، وما تقوم به المنظمة في الوقت الحالي من أعمال في هذا المجال، والإجراءات الأخرى الممكنة التي يستطيع قطاع الصحة، بما في ذلك المنظمة، اتخاذها لحماية الصحة؛

(٣) مواصلة الاضطلاع بالدور القيادي للمنظمة وتعزيز هذا الدور في تنفيذ النهج الاستراتيجي دعماً للإدارة السليمة للمواد الكيميائية طول دورة حياتها بهدف التقليل إلى أدنى حد من الآثار الضارة الجسيمة على الصحة، والوقاية منها، حيثما أمكن؛

(٤) دعم تعزيز القدرات على جميع المستويات من أجل إعداد وإتاحة وتحليل بيانات جيدة وموثوقة ويمكن الوصول إليها في الوقت المناسب من البيانات المصنّفة كما ينبغي واللائمة لإجراء قياس مرضٍ للتقدم المحرز صوب بلوغ الهدف ٣، الغاية ٣-٩ من خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠، وتحسين البيانات المسندة بالبيانات، حسب الاقتضاء؛

(٥) مواصلة الجهود الحالية لمشاركة قطاع الصحة في إدارة المواد الكيميائية وإحراز تقدّم في مجال السلامة الكيميائية خاصة في تنفيذ اللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥)؛

(٦) دعم الدول الأعضاء عن طريق تقديم الدعم التقني بما في ذلك على الصعيدين الإقليمي والقطري، من أجل تعزيز دور قطاع الصحة صوب تحقيق هدف عام ٢٠٢٠، بما في ذلك تعزيز القدرات على مستوى الأفراد والمؤسسات والشبكات، ونشر أفضل الممارسات المُستندة بالبيانات؛

(٧) دعم الدول الأعضاء في مجال تعزيز تنسيق شؤون قطاع الصحة فيما يتعلق بالاستجابة للجهود الدولية القائمة، وتجنب الازدواجية أثناء القيام بذلك؛

(٨) تخصيص الموارد الكافية والعاملين لإنجاز عمل الأمانة بما يتماشى مع الميزانية البرمجية ٢٠١٦-٢٠١٧ وبرنامج العمل العام الثاني عشر ٢٠١٤-٢٠١٩، مع الأخذ بعين الاعتبار النداء المُوجّه بالآونة الأخيرة في الدورة الرابعة للمؤتمر الدولي المعني بإدارة المواد الكيميائية، والدعوة المُوجهة في الدورة الأولى لجمعية الأمم المتحدة للبيئة بشأن دعم النهج الاستراتيجي؛ والعمل في إطار التعاون مع أمانة النهج المذكور من أجل إيجاد وسيلة تعزز قدرة الأمانة على دعم الأنشطة المتصلة بقطاع الصحة؛

(٩) عرض ما يلي على جمعية الصحة العالمية السبعين:

(أ) خارطة طريق تبين الإجراءات الملموسة لتعزيز مشاركة قطاع الصحة صوب تحقيق هدف عام ٢٠٢٠ والإسهام في بلوغ الغايات ذات الصلة من خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠، وذلك على النحو المطلوب في الفقرة الفرعية ٢(١) من المنطوق والواردة أعلاه؛

(ب) وتقديم تقرير مرحلي عن إعداد التقرير المطلوب في الفقرة الفرعية ٢(٢) من المنطوق والواردة أعلاه؛

(١٠) تحديث خارطة الطريق وفقاً لحصيلة العملية التي تُجرى في الفترة الفاصلة بين الدورات لإعداد توصيات بشأن النهج الاستراتيجي والإدارة السليمة للمواد الكيميائية والنفايات بعد عام ٢٠٢٠.

(الجلسة العامة الثامنة، ٢٨ أيار/ مايو ٢٠١٦-

اللجنة "أ"، التقرير الرابع)

ج ص ٦٩-٥ خطة العمل العالمية للمنظمة لتعزيز دور النظام الصحي في إطار استجابة وطنية متعددة القطاعات للتصدي للعنف بين الأفراد، وخصوصاً ضد النساء والفتيات، وضد الأطفال^١

جمعية الصحة العالمية التاسعة والستون،

بعد النظر في التقرير الخاص بمسودة خطة العمل العالمية بشأن العنف؛^٢

وبعد النظر في مسودة خطة العمل العالمية للمنظمة لتعزيز دور النظام الصحي في إطار استجابة وطنية متعددة القطاعات للتصدي للعنف بين الأفراد، وخصوصاً ضد النساء والفتيات، وضد الأطفال؛

وإذ تُقر بأن خطة العمل العالمية هذه لتعزيز دور النظام الصحي في إطار استجابة وطنية متعددة القطاعات للتصدي للعنف بين الأفراد، وخصوصاً ضد النساء والفتيات، وضد الأطفال تشكل وثيقة تقنية مسندة بالبيّنات وأفضل الممارسات وإرشادات المنظمة التقنية الراهنة. وأنها تقدّم مجموعة من الإجراءات العملية التي يمكن للدول الأعضاء اتخاذها لتعزيز نظمها الصحية للتصدي للعنف بين الأفراد، وخصوصاً ضد النساء والفتيات وضد الأطفال،

١- **تؤيد** خطة العمل العالمية للمنظمة لتعزيز دور النظام الصحي في إطار استجابة وطنية متعددة القطاعات للتصدي للعنف بين الأفراد، وخصوصاً ضد النساء والفتيات، وضد الأطفال؛^٣

٢- **تشجع** الدول الأعضاء على أن تكيّف على المستوى الوطني خطة العمل العالمية للمنظمة لتعزيز دور النظام الصحي في إطار استجابة وطنية متعددة القطاعات للتصدي للعنف بين الأفراد، وخصوصاً ضد النساء والفتيات، وضد الأطفال بما يتماشى مع الالتزامات الدولية التي أعلنتها بالفعل الدول الأعضاء، بما في ذلك أهداف خطة التنمية المستدامة ٢٠٣٠، مع أخذ الأوضاع الخاصة بالأقاليم بعين الاعتبار في الوقت ذاته، وفقاً للتشريعات والقدرات والأولويات الوطنية والظروف الوطنية المحددة؛

٣- **تحث** الدول الأعضاء على أن تنفذ، حسب الاقتضاء، الإجراءات المقترحة للدول الأعضاء في خطة العمل العالمية للمنظمة لتعزيز دور النظام الصحي في إطار استجابة وطنية متعددة القطاعات للتصدي للعنف بين الأفراد، وخصوصاً ضد النساء والفتيات، وضد الأطفال؛

٤- **تدعو** الشركاء الدوليين والإقليميين والوطنيين إلى تنفيذ الإجراءات اللازمة للمساهمة في تحقيق التوجهات الاستراتيجية الأربعة لخطة العمل العالمية للمنظمة لتعزيز دور النظام الصحي في إطار استجابة وطنية متعددة القطاعات للتصدي للعنف بين الأفراد، وخصوصاً ضد النساء والفتيات، وضد الأطفال؛

٥- **تطلب** من المدير العام ما يلي:

(١) تنفيذ الإجراءات المقترحة من الأمانة بموجب خطة العمل العالمية للمنظمة لتعزيز دور النظام الصحي في إطار استجابة وطنية متعددة القطاعات للتصدي للعنف بين الأفراد، وخصوصاً ضد النساء والفتيات، وضد الأطفال؛

١ انظر الملحق ١٥ للاطلاع على الآثار المالية والإدارية المترتبة على اعتماد هذا القرار بالنسبة إلى الأمانة.

٢ الوثيقة ج ٦٩/٩.

٣ انظر الملحق ٢.

(٢) تقديم تقرير مبدئي عن التقدم المحرز في تنفيذ خطة العمل العالمية للمنظمة لتعزيز دور النظام الصحي في إطار استجابة وطنية متعددة القطاعات للتصدي للعنف بين الأفراد، وخصوصاً ضد النساء والفتيات، وضد الأطفال، إلى جمعية الصحة العالمية الحادية والسبعين، وتقديم تقرير كامل إلى جمعية الصحة العالمية الرابعة والسبعين

(الجلسة العامة الثامنة، ٢٨ أيار/ مايو ٢٠١٦ -
اللجنة "أ"، التقرير الرابع)

ج ص ٦٩٤-٦٩٥ الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها: الاستجابة للتكاليف المحددة من أجل التحضير للاجتماع الثالث الرفيع المستوى للجمعية العامة للأمم المتحدة بشأن الوقاية من الأمراض غير المعدية (غير السارية) ومكافحتها في عام ٢٠١٨

جمعية الصحة العالمية التاسعة والستون،

بعد النظر في التقرير الخاص بالوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها: الاستجابة للتكاليف المحددة من أجل التحضير للاجتماع الثالث الرفيع المستوى للجمعية العامة للأمم المتحدة بشأن الوقاية من الأمراض غير المعدية (غير السارية) ومكافحتها في عام ٢٠١٨؛^٢

وإذ تذكر بالقرار ج ص ٦٦٤-١٠ (٢٠١٣)، وقرارات الجمعية العامة للأمم المتحدة ٢/٦٦ (٢٠١١) و ٣٠٠/٦٨ (٢٠١٤) و ٣١٣/٦٩ (٢٠١٥) و ١/٧٠ (٢٠١٥)، وقرارات المجلس الاقتصادي والاجتماعي التابع للأمم المتحدة ١٢/٢٠١٣ و ١٠/٢٠١٤ و ٨/٢٠١٥،

١- تلاحظ عملية تحديث التذييل ٣، في عام ٢٠١٦، من خطة العمل العالمية بشأن الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها ٢٠١٣-٢٠٢٠؛

٢- تؤيد عملية مواصلة إعداد، في عام ٢٠١٦، نهج يمكن استخدامه لتسجيل ونشر مساهمات الجهات الفاعلة غير الدول بهدف تحقيق الغايات العالمية الاختيارية التسع المتعلقة بالأمراض غير السارية؛

٣- تحث الدول الأعضاء على أن تواصل تنفيذ خارطة الطريق الخاصة بالالتزامات الوطنية المدرجة في قراري الجمعية العامة للأمم المتحدة ٢/٦٦ و ٣٠٠/٦٨، والتي تتضمن الالتزامات الوطنية الأربعة المحددة زمنياً لعامي ٢٠١٥ و ٢٠١٦، وسائر الالتزامات الرئيسية، مثل تطوير أو تعزيز نظم الترصد من أجل تتبع الإحافات الاجتماعية فيما يتعلق بالأمراض غير السارية وعوامل الخطر الخاصة بها، ومواصلة وتعزيز النهج القائمة على مراعاة الاعتبارات الخاصة بالجنسين للوقاية من الأمراض غير السارية، في إطار التحضير للاجتماع الثالث الرفيع المستوى للجمعية العامة للأمم المتحدة بشأن الوقاية من الأمراض غير المعدية (غير السارية) ومكافحتها في عام ٢٠١٨، مع الأخذ بعين الاعتبار الملاحظة التقنية التي نشرتها منظمة الصحة العالمية في ١ أيار/ مايو ٢٠١٥، والتي تحدد مؤشرات رصد التقدم والتي سيعتمد عليه المدير العام في إعداد التقرير المقدم إلى الجمعية العامة للأمم المتحدة في عام ٢٠١٧ بشأن التقدم المحرز في تنفيذ الالتزامات الوطنية؛

١ انظر الملحق ١٥ للاطلاع على الآثار المالية والإدارية المترتبة على اعتماد هذا القرار بالنسبة إلى الأمانة.

٢ الوثيقة ج ١٠/٦٩.

- ٤- **تحيط علماً** بأن المدير العام تلقى تقريرين من الفريقين العاملين لآلية التنسيق العالمية التابعة للمنظمة بشأن الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها واللذين يوصيان بسبل ووسائل لتشجيع الدول الأعضاء على الوفاء بالالتزامات التي تنص عليها الفقرتان ٤٤ و ٤٥ (د) من الإعلان السياسي للاجتماع الرفيع المستوى للجمعية العامة للأمم المتحدة بشأن الوقاية من الأمراض غير المعدية (غير السارية) ومكافحتها لعام ٢٠١١؛^١
- ٥- **تطلب من المدير العام ما يلي:**

(١) أن يقدم مسودة للتذييل ٣ المحدث من خطة العمل العالمية للوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها ٢٠١٣-٢٠٢٠، من خلال المجلس التنفيذي، إلى جمعية الصحة في عام ٢٠١٧، وفقاً للإطار الزمني المحدد في الملحق ٢ من الوثيقة ج١٠/٦٩؛

(٢) أن يقدم نهجاً يمكن استخدامه لتسجيل ونشر مساهمات الجهات الفاعلة غير الدول، من خلال المجلس التنفيذي، إلى جمعية الصحة في عام ٢٠١٧، وفقاً للإطار الزمني المحدد في الملحق ٤ من الوثيقة ج١٠/٦٩.

(٣) أن يواصل تقديم الدعم التقني، عند الطلب، إلى الدول الأعضاء من أجل تعزيز جهودها الرامية إلى تنفيذ الاستجابات الوطنية الخاصة بالأمراض غير السارية، بما يتضمن المجالات التي يشملها تقرير الفريقين العاملين لآلية التنسيق العالمية التابعة للمنظمة بشأن الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها، في إطار البارامترات المحددة في الميزانية البرمجية.

(الجلسة العامة الثامنة، ٢٨ أيار/مايو ٢٠١٦ - اللجنة "أ"، التقرير الرابع)

ج ص ٦٩٤-٧ التصدي للتحديات الماثلة أمام عقد الأمم المتحدة للعمل من أجل السلامة على الطرق ٢٠١١-٢٠٢٠: حصيلة المؤتمر الثاني الرفيع المستوى بشأن السلامة على الطرق - آن الأوان لتحقيق النتائج^٢

جمعية الصحة العالمية التاسعة والستون،

بعد النظر في التقرير بشأن التصدي للتحديات الماثلة أمام عقد الأمم المتحدة للعمل من أجل السلامة على الطرق (٢٠١١-٢٠٢٠): حصيلة المؤتمر العالمي الثاني الرفيع المستوى بشأن السلامة على الطرق - آن الأوان لتحقيق النتائج^٣

وإذ تسلم بأن الإصابات الناجمة عن حوادث المرور تمثل إحدى مشكلات الصحة العمومية وسبباً رئيسياً للوفاة والإصابة في شتى أنحاء العالم، وأن تكاليفها الواقعة على الصحة العمومية وتكاليفها الاجتماعية الاقتصادية تُعد مرتفعة؛

١ انظر الوثيقة ج١٠/٦٩، الملحق ٥: الإجراء ٣-١، الحاشية ٤؛ الإجراء ٥-١، الحاشية ١.

٢ انظر الملحق ١٥ للاطلاع على الآثار المالية والإدارية المترتبة على اعتماد هذا القرار بالنسبة إلى الأمانة.

٣ الوثيقة ج١٣/٦٩.

وإذ تذكر بالقرار جص ٥٧-١٠ (٢٠٠٤) بشأن السلامة على الطرق والصحة، الذي قبل دعوة الجمعية العامة للأمم المتحدة منظمة الصحة العالمية إلى أن تؤدي داخل منظومة الأمم المتحدة دور منسق المسائل المتعلقة بالسلامة على الطرق؛ والقرار جص ٦٠-٢٢ (٢٠٠٧) بشأن النظم الصحية: نُظم رعاية الطوارئ؛

وإذ ترحب بالإعلان عن عقد العمل من أجل السلامة على الطرق ٢٠١١-٢٠٢٠ في قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة ٦٤/٢٥٥ (٢٠١٠) بشأن تحسين السلامة على الطرق في العالم، وبتأكيد الجمعية العامة مجدداً دعوتها الموجهة إلى الدول الأعضاء في الأمم المتحدة للاضطلاع بدور ريادي في تنفيذ أنشطة عقد العمل في القرار ٦٨/٢٦٩ (٢٠١٤)؛

وإذ تشيد بعمل المنظمة في تنسيق المبادرات العالمية بشأن السلامة على الطرق من خلال فريق الأمم المتحدة المعني بالتعاون في مجال السلامة على الطرق، وفي توفير أعمال الأمانة لعقد العمل، وفي قيادة الجهود الرامية إلى إذكاء الوعي وزيادة القدرات وتقديم الدعم التقني إلى الدول الأعضاء؛

وإذ تسلّم بأنه يلزم اتباع نهج متعدد القطاعات ومشارك بين القطاعات من أجل الحد من عبء الوفيات والإصابات الناجمة عن حوادث المرور، وأن التدخلات المستندة بالبيانات موجودة بالفعل؛ وأن قطاع الصحة ينبغي أن يضطلع بدور كبير في تحسين سلوكيات مستخدمي الطرق، وتعزيز الصحة، والتواصل والتوعية بشأن التدابير الوقائية وجمع البيانات والاستجابة في أعقاب الحوادث؛ وأن "نهج النظام المأمون" يشمل عدة قطاعات أخرى معنية بنظم سلامة المركبات، والإنفاذ، والبنى التحتية للطرق، والتوعية والإدارة في مجال السلامة على الطرق؛

وإذ تعيد التأكيد على أن مسؤولية تهيئة الظروف وتقديم الخدمات الأساسية من أجل معالجة مسألة السلامة على الطرق، تقع في المقام الأول على عاتق الحكومات؛ وإذ تسلّم مع ذلك بأن هناك مسؤولية مشتركة تقضي بالتقدم في سبيل تحقيق عالم خال من الوفيات والإصابات الخطيرة الناجمة عن حوادث الطرق، وأن معالجة مسألة السلامة على الطرق تتطلب التعاون بين أصحاب المصلحة المتعددين في القطاعين العام والخاص، والأوساط الأكاديمية، والمنظمات الفنية، والمنظمات غير الحكومية ووسائل الإعلام؛

وإذ ترحب بالعدد الكبير من الأنشطة التي تُجرى منذ عام ٢٠٠٤ والتي أسهمت في الحد من عدد الوفيات والإصابات الخطيرة الناجمة عن حوادث المرور، ولاسيما الأنشطة التالية: نشر عدة أدلة موجهة إلى صانعي القرار والممارسين؛ والنشر الدوري للتقارير عن وضع السلامة على الطرق في العالم؛ وإعلان عقد العمل من أجل السلامة على الطرق ٢٠١١-٢٠٢٠؛ والاحتفال ثلاث مرات بأسبوع الأمم المتحدة بشأن السلامة على الطرق؛ وحصيلة المؤتمر الوزاري العالمي الأول بشأن السلامة على الطرق (موسكو، ٢٠٠٩)؛ وإدراج الغايتين ذواتي الصلة في خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠،^١ وحصيلة المؤتمر العالمي الثاني الرفيع المستوى بشأن السلامة على الطرق (برازيليا، في ١٨-١٩ تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠١٥)،

١- تؤيد إعلان برازيليا بشأن السلامة على الطرق وهو الوثيقة الختامية للمؤتمر العالمي الثاني الرفيع المستوى بشأن السلامة على الطرق؛^٢

١ الغايتان ٣-٦ و ١١-٢.

٢ انظر الملحق ٣.

٢- ترى أنه ينبغي لجميع القطاعات، بما فيها قطاع الصحة العمومية، تكثيف جهودها المبذولة لتحقيق الغايات الدولية الخاصة بالسلامة على الطرق والمحددة في إطار عقد العمل من أجل السلامة على الطرق ٢٠١١-٢٠٢٠ وخطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠ وتسريع وتيرة أنشطتها التي تشمل جمع البيانات الملائمة عن الوفيات والإصابات الناجمة عن حوادث المرور من جانب الدول الأعضاء ضمن الهياكل القائمة لاستخدامها في مجالي الوقاية والتوعية، وتعزيز نظم رعاية الطوارئ والبنى التحتية للاستجابة (بما في ذلك رعاية المصابين بالرضوح السابقة لدخول المستشفى والمعتمدة على المرافق)، وتوفير الدعم الشامل للضحايا وأسره وخدمات دعم إعادة التأهيل لضحايا الإصابات الناجمة عن تصادمات حوادث المرور؛

٣- تحث الدول الأعضاء^١ على ما يلي:

- (١) تنفيذ إعلان برازيليا بشأن السلامة على الطرق؛
- (٢) تجديد التزامها بعقد العمل من أجل السلامة على الطرق ٢٠١١-٢٠٢٠ وتنفيذ الخطة العالمية لعقد العمل من أجل السلامة على الطرق ٢٠١١-٢٠٢٠؛
- (٣) العمل بناءً على نتائج التقارير العالمية للمنظمة عن حالة السلامة على الطرق واستنتاجات المنظمة وتوصياتها؛
- (٤) وضع وتنفيذ استراتيجية وطنية وخطط عمل مناسبة تولي عناية خاصة لمستخدمي الطرق المعرضين للحوادث بالتركيز الخاص على الأطفال والشباب والمسنين والأشخاص ذوي الإعاقة وتتاح لها الموارد المتناسبة، إن لم يسبق لها الاضطلاع بذلك؛
- (٥) اعتماد وإنفاذ القوانين المتعلقة بعوامل الخطر الرئيسية، بما فيها السرعة والقيادة تحت تأثير الكحول، وعدم استخدام خوذات الدراجات النارية وأحزمة المقاعد وأحزمة أمان الأطفال، والنظر في تنفيذ التشريعات الملائمة والفعالة والمسددة بالبيانات بشأن عوامل الخطر الأخرى المرتبطة بالقيادة الساهية أو الضعيفة؛
- (٦) تحسين جودة البيانات عن السلامة على الطرق من خلال تعزيز الجهود لجمع البيانات الملائمة والموثوقة والقابلة للمقارنة من أجل الوقاية من الإصابات الناجمة عن حوادث المرور وتبديرها العلاجي، بما يشمل أثر تصادمات حوادث المرور على الصحة والتنمية والآثار الاقتصادية ومردودية التدخلات؛
- (٧) تخصيص رقم وطني وحيد للطوارئ وتحسين برامج تدريب المهنيين في قطاع الصحة على الوقاية وطب الطوارئ فيما يتعلق بتصادمات حوادث المرور وحالات الإصابة بالرضوح الناجمة عن تلك الحوادث؛

٤- تطلب من المدير العام القيام بما يلي:

- (١) أن يواصل تيسير عملية شفافة ومستدامة قائمة على المشاركة مع جميع الجهات صاحبة المصلحة، من أجل مساعدة البلدان المهتمة على وضع غايات عالمية اختيارية للأداء بشأن عوامل الخطر الرئيسية وآليات تقديم الخدمات، من أجل الحد من الوفيات والإصابات الناجمة عن حوادث المرور، بمشاركة الدول الأعضاء التامة وبالتعاون مع المنظمات التابعة لمنظومة الأمم المتحدة

١ وحسب الاقتضاء، منظمات التكامل الاقتصادي الإقليمي.

(بما فيها اللجان الإقليمية التابعة للأمم المتحدة)، عبر الآليات الراهنة، (بما في ذلك فريق الأمم المتحدة المعني بالتعاون في مجال السلامة على الطرق)، في سياق العملية المؤدية إلى تحديد واستخدام المؤشرات الخاصة بالغايات المتعلقة بالسلامة على الطرق في خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠ والخطة العالمية لعقد العمل من أجل السلامة على الطرق ٢٠١١-٢٠٢٠؛

(٢) تقديم الدعم إلى الدول الأعضاء في تنفيذ السياسات والممارسات المسندة بالبيانات لتحسين السلامة على الطرق وتخفيف وطأة الإصابات الناجمة عن حوادث المرور والحد من عددها تمشياً مع الخطة العالمية لعقد العمل من أجل السلامة على الطرق ٢٠١١-٢٠٢٠ وخطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠؛

(٣) تقديم الدعم التقني لتعزيز خدمات الرعاية السابقة لدخول المستشفى، بما في ذلك خدمات الطوارئ الصحية والاستجابة الفورية عقب التصادم، والمبادئ التوجيهية الخاصة بالمستشفيات والإسعاف بشأن رعاية المصابين بالرضوح وإعادة التأهيل، وبناء القدرات وتحسين الإتاحة الملائمة التوقيت للرعاية الصحية المتكاملة؛

(٤) الحفاظ على النهج المسندة بالبيانات وتعزيزها لإذكاء الوعي لأغراض الوقاية من الإصابات الناجمة عن حوادث المرور وتخفيف وطأتها وتيسير مثل هذا العمل على الصعيد العالمي والإقليمي والوطني؛

(٥) مواصلة التعاون مع اللجان الإقليمية للأمم المتحدة وسائر وكالات الأمم المتحدة المعنية، في الأنشطة التي تستهدف دعم تنفيذ أهداف عقد العمل من أجل السلامة على الطرق ٢٠١١-٢٠٢٠، والغايات المتعلقة بالسلامة على الطرق في خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠، مع ضمان الاتساق على صعيد المنظومة؛

(٦) مواصلة رصد التقدم المحرز صوب تحقيق أهداف عقد العمل من أجل السلامة على الطرق ٢٠١١-٢٠٢٠، من خلال تقارير الحالة العالمية بشأنه؛

(٧) تيسير تنظيم الأنشطة خلال عام ٢٠١٧ من أجل أسبوع الأمم المتحدة الرابع بشأن السلامة على الطرق، بالتعاون مع اللجان الإقليمية للأمم المتحدة؛

(٨) تقديم تقرير عن التقدم المحرز في تنفيذ هذا القرار إلى جمعية الصحة العالمية السبعين.

(الجلسة العامة الثامنة، ٢٨ أيار/ مايو ٢٠١٦ -
اللجنة "أ"، التقرير الخامس)

ج ص ٦٩-٨ عقد عمل الأمم المتحدة من أجل التغذية (٢٠١٦-٢٠٢٥) ١

جمعية الصحة العالمية التاسعة والستون،

بعد النظر في التقارير الخاصة بتغذية الأمهات والرضع وصغار الأطفال؛^٢

١ انظر الملحق ١٥ للاطلاع على الآثار المالية والإدارية المترتبة على اعتماد هذا القرار بالنسبة إلى الأمانة.

٢ الوثائق ج ٧/٦٩ وج ٧/٦٩ إضافة ١ وإضافة ٢.

وإذ تُذكر بالقرار ج ص ع ٦٨-١٩ (٢٠١٥) بشأن حصائل المؤتمر الدولي الثاني بشأن التغذية (روما، ١٩-٢١ تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠١٤) والذي أيد إعلان روما بشأن التغذية فضلاً عن إطار العمل؛

وإذ تؤكد مجدداً على الالتزام بتنفيذ الغايات وخطط العمل الدولية ذات الصلة، بما في ذلك غايات المنظمة للتغذية العالمية لعام ٢٠٢٥، وخطة العمل العالمية التي وضعتها المنظمة بشأن الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها للفترة ٢٠١٣-٢٠٢٠؛

وإذ تُذكر بالقرار ج ص ع ٦٥-٦ (٢٠١٢) والذي أيدت بمقتضاه جمعية الصحة خطة التنفيذ الشاملة الخاصة بتغذية الأمهات والرضع وصغار الأطفال وطلبت من المدير العام عدة أمور منها تقديم تقرير عن التقدم المحرز في تنفيذ الخطة؛

وإذ تُذكر بقرار الجمعية العامة للأمم المتحدة ١/٧٠ (٢٠١٥) والمعنون "تحويل عالمنا: خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠"، والذي يقر بالبعد المتكامل للأهداف ويعترف بأنه حتى يتثنى وضع حد لجميع أشكال سوء التغذية وتلبية الاحتياجات الغذائية طيلة العمر، فمن الضروري تيسير حصول الجميع على غذاء آمن ومغذ يتم إنتاجه بشكل مستدام، وضمان التغطية الشاملة بتدابير التغذية الأساسية؛

وإذ تذكر بأن أهداف التنمية المستدامة وغاياتها تعتبر متكاملة وغير قابلة للتجزئة، وتعمل على تحقيق التوازن بين أبعاد التنمية المستدامة الثلاثة، وتقر بأهمية بلوغ الهدف ٢ من أهداف التنمية المستدامة، الذي يهدف إلى القضاء على الجوع، وتحقيق الأمن الغذائي وتحسين التغذية وتعزيز الزراعة المستدامة، فضلاً عن الغايات المترابطة في سائر الأهداف الأخرى؛

وإذ ترحب بقرار الجمعية العامة للأمم المتحدة ٢٥٩/٧٠ (٢٠١٦)، والمعنون "عقد الأمم المتحدة للعمل من أجل التغذية (٢٠١٦-٢٠٢٥)" الذي يدعو منظمة الأغذية والزراعة ومنظمة الصحة العالمية إلى قيادة تنفيذ عقد الأمم المتحدة للعمل من أجل التغذية (٢٠١٦-٢٠٢٥)، وذلك بالتعاون مع برنامج الأغذية العالمي، والصندوق الدولي للتنمية الزراعية، واليونيسيف، وإلى تحديد ووضع برنامج عمل يعتمد على إعلان روما بشأن التغذية وإطار العمل الخاص به، جنباً إلى جنب مع وسائل تنفيذه للفترة ٢٠١٦-٢٠٢٥، باستخدام آليات التنسيق من قبيل اللجنة الدائمة المعنية بالتغذية والمحافل المتعددة الأطراف من قبيل لجنة الأمن الغذائي العالمي، بما يتماشى مع ولايتها، وبالتشاور مع سائر المنظمات والمحافل الدولية والإقليمية وحركات من قبيل حركة الارتقاء بالتغذية؛

وإذ تؤكد مجدداً الالتزام بالقضاء على الجوع ومنع كل أشكال سوء التغذية في جميع أنحاء العالم، ولاسيما سوء التغذية، والتقزم، والهزال، ونقص الوزن، وزيادة الوزن لدى الأطفال دون سن الخامسة، وفقر الدم لدى النساء والأطفال من بين نقص المغذيات الدقيقة الأخرى؛ فضلاً عن إيقاف الاتجاهات المتصاعدة في زيادة الوزن والسمنة، وتقليص عبء الأمراض غير السارية المرتبطة بالنظام الغذائي لدى جميع الفئات العمرية؛

وإذ تعرب عن قلقها من أن ما يقرب من ربعين من بين كل ثلاثة دون سن ٦ أشهر لا يقتصرون حصراً على الرضاعة من الثدي؛ وأن أقل من رضيع بين كل خمسة يرضع من الثدي لمدة ١٢ شهراً في البلدان المرتفعة الدخل؛ وأن اثنين فقط من بين كل ثلاثة أطفال ممن تتراوح أعمارهم بين ٦ أشهر وستين يرضعون من الثدي في البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل؛

وإذ تعرب عن قلقها من أن ٤٩٪ فقط من البلدان لديه ما يكفي من البيانات عن التغذية لتقييم التقدم صوب تحقيق غايات التغذية العالمية،

١- **تطالب جميع صناديق الأمم المتحدة وبرامجها ووكالاتها المتخصصة والمجتمع المدني وغيرها من الجهات المعنية بما يلي:**

(١) أن تعمل بشكل جماعي في مختلف القطاعات والدوائر على توجيه ودعم وتنفيذ سياسات التغذية، وبرامجها، وخططها تحت مظلة عقد الأمم المتحدة للعمل من أجل التغذية (٢٠١٦-٢٠٢٥)؛

(٢) أن تدعم آليات الرصد والإبلاغ عن الالتزامات؛

٢- **تحث الدول الأعضاء على ما يلي:**

(١) أن تعد وتنفذ الاستراتيجيات المعنية بتغذية الأمهات والرضع وصغار الأطفال والتي تستجيب بصورة شاملة للتحديات التي تجابه التغذية، وتمتد عبر مختلف القطاعات وتشمل الرصد والتقييم الرصينين والمصنفين؛

(٢) أن تنتظر في القيام، عند الاقتضاء، بإعداد سياسات والتزامات مالية محددة، وقابلة للقياس، وقابلة للتحقيق، ومناسبة، وموقوتة زمنياً فيما يتعلق بإعلان روما بشأن التغذية والخيارات الطوعية الواردة في إطار العمل الخاص بالمؤتمر الدولي الثاني بشأن التغذية وكذلك خطة التنفيذ الشاملة الخاصة بتغذية الأمهات والرضع وصغار الأطفال؛

(٣) أن تنتظر في تعريف الغايات الوطنية على أساس الغايات العالمية التي تم مواعمتها مع الأولويات الوطنية، وبارامترات محددة؛

(٤) أن تنتظر في تخصيص تمويل كاف مع أخذ السياق المحلي بعين الاعتبار؛

(٥) أن تقدم المعلومات على أساس طوعي بشأن جهودهم المبذولة لتنفيذ التزامات إعلان روما بشأن التغذية من خلال مجموعة من خيارات السياسات الطوعية الواردة في إطار العمل بما في ذلك سياستها واستثماراتها اللازمة للتدخلات الفعالة لتحسين النظام الغذائي للسكان وتغذيتهم، حتى في حالات الطوارئ؛

٣- **تطلب من المدير العام ما يلي:**

(١) أن يعمل مع المدير العام لمنظمة الأغذية والزراعة على ما يلي:

(أ) أن يدعم الدول الأعضاء، بناءً على طلبها، في تطوير وتعزيز وتنفيذ سياساتها وبرامجها وخططها للتصدي إلى التحديات المتعددة المتعلقة بسوء التغذية، وعقد اجتماعات دورية ذات طبيعة شاملة لتبادل أفضل الممارسات، بما في ذلك النظر في الالتزامات التي تكون محددة، وقابلة للقياس، وقابلة للتحقيق، ومناسبة، وموقوتة زمنياً، في إطار عقد العمل من أجل التغذية (٢٠١٦-٢٠٢٥)؛

(ب) أن يحافظ على قاعدة بيانات متاحة للعموم بشأن الالتزام بالمساءلة أمام الجميع، وإدراج تحليل الالتزامات التي قطعت في تقرير الثنائية الخاص بتنفيذ الوثيقة الختامية للمؤتمر الدولي الثاني بشأن التغذية، وإطار العمل؛

(٢) أن يواصل تقديم الدعم التقني للدول الأعضاء لمساعدتها على تنفيذ عقد عمل الأمم المتحدة من أجل التغذية وخطة التنفيذ الشاملة الخاصة بتغذية الأمهات والرضع وصغار الأطفال؛

(٣) أن يواصل دعم مبادرة الدعوة إلى الرضاعة من الثدي لزيادة الالتزام السياسي والاستثمار في الرضاعة من الثدي باعتبارها حجر الزاوية في تغذية الطفل والصحة والنماء؛

(٤) أن يساعد الدول الأعضاء في تعزيز عنصر نظم المعلومات الوطنية الخاص بالتغذية بما في ذلك تجميع البيانات والتحليل بهدف اتخاذ القرار السياسي المسترشد بالبيانات.

(الجلسة العامة الثامنة، ٢٨ أيار/مايو ٢٠١٦ -
للجنة "أ"، التقرير الخامس)

ج ص ٦٩-٩ وضع حد للترويج غير الملائم لأغذية الرضّع وصغار الأطفال^١

جمعية الصحة العالمية التاسعة والستون،

بعد النظر في التقريرين الخاصين بتغذية الأمهات والرضع وصغار الأطفال؛^٢

وإذ تذكر بالقرارات ج ص ٣٣-٣٢ (١٩٨٠) وج ص ٣٤-٢٢ (١٩٨١) وج ص ٣٥-٢٦ (١٩٨٢) وج ص ٣٧-٣٠ (١٩٨٤) وج ص ٣٩-٢٨ (١٩٨٦) وج ص ٤١-١١ (١٩٨٨) وج ص ٤٣-٣ (١٩٩٠) وج ص ٤٥-٣٤ (١٩٩٢) وج ص ٤٦-٧ (١٩٩٣) وج ص ٤٧-٥ (١٩٩٤) وج ص ٤٩-١٥ (١٩٩٦) وج ص ٥٤-٢ (٢٠٠١) وج ص ٥٥-٢٥ (٢٠٠٢) وج ص ٥٨-٣٢ (٢٠٠٥) وج ص ٥٩-٢١ (٢٠٠٦) وج ص ٦١-٢٠ (٢٠٠٨) وج ص ٦٣-٢٣ (٢٠١٠) بشأن تغذية الرضّع وصغار الأطفال، وممارسات التغذية الملائمة والمسائل ذات الصلة؛

وإذ تذكر أيضاً بالقرار ج ص ٦٥-٦ (٢٠١٢) بشأن تغذية الأمهات والرضع وصغار الأطفال، الذي طلبت فيه جمعية الصحة من المدير العام تقديم إرشادات بشأن الترويج غير الملائم لأغذية الرضّع وصغار الأطفال المشار إليه في القرار ج ص ٦٣-٢٣ (٢٠١٠)؛

وإذ تؤمن بأن الإرشادات الخاصة بوضع حد للترويج غير الملائم لأغذية الرضّع وصغار الأطفال لازمة للدول الأعضاء والقطاع الخاص والنظم الصحية والمجتمع المدني والمنظمات الدولية؛

وإذ تؤكد مجدداً على الحاجة إلى تعزيز ممارسات الإرضاع الطبيعي الحصري خلال الـ ٦ أشهر الأولى من الحياة، واستمرار الرضاعة الطبيعية حتى سن عامين، وبعده، وإذ تعترف بالحاجة إلى تعزيز ممارسات التغذية التكميلية المثلى للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ٦ أشهر و٣٦ شهراً على أساس المبادئ التوجيهية الغذائية^٣ لمنظمة الصحة العالمية ومنظمة الأغذية والزراعة وبما يتماشى مع المبادئ التوجيهية الغذائية الوطنية؛

١ انظر الملحق ١٥ للاطلاع على الآثار المالية والإدارية المترتبة على اعتماد هذا القرار بالنسبة إلى الأمانة.

٢ الوثيقتان ج ٦٩/٧ وج ٦٩/٧ إضافة ١.

٣ منظمة الصحة العالمية، منظمة الصحة العالمية. المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية للبلدان الأمريكية ومنظمة الصحة العالمية بشأن التغذية التكميلية للأطفال الذين يرضعون رضاعة طبيعية، ٢٠٠٣؛ المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية بشأن الأطفال الذين لا يرضعون رضاعة طبيعية والذين تتراوح أعمارهم بين ٦ أشهر و٢٤ شهراً. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ ٢٠٠٥.

وإذ تعترف بأن هيئة الدستور الغذائي هي هيئة حكومية دولية، والتي تعتبر بمثابة الجهاز الرئيسي من برنامج المواصفات الغذائية المشترك بين منظمة الأغذية والزراعة ومنظمة الصحة العالمية، وهي الهيئة المناسبة لوضع المعايير الدولية بشأن المنتجات الغذائية، والتي تعيد النظر في مواصفات الدستور الغذائي والمبادئ التوجيهية الخاصة، فإنها ينبغي أن تراعي تماماً المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية وتوصياتها، بما في ذلك المدونة الدولية لتسويق بدائل لبن الأم وقرارات جمعية الصحة ذات الصلة،

١- **ترحب مع التقدير بالإرشادات التقنية الخاصة بوضع حد للترويج غير الملائم لأغذية الرضّع وصغار الأطفال؛^١**

٢- **تحث الدول الأعضاء ٤٠٣،٢ وفقاً للسياق الوطني، على ما يلي:**

(١) أن تتخذ جميع التدابير لصالح الصحة العمومية لوضع حد للترويج غير الملائم لأغذية الرضّع وصغار الأطفال بما في ذلك بالتحديد تنفيذ التوصيات الواردة في الإرشادات، مع مراعاة التشريعات والسياسات القائمة فضلاً عن الالتزامات الدولية؛

(٢) أن تضع نظاماً لرصد وتقييم تنفيذ التوصيات الواردة في الإرشادات؛

(٣) أن تضع حد للترويج غير الملائم لأغذية الرضّع وصغار الأطفال ولتعزيز السياسات والبيئات الاجتماعية والاقتصادية التي تمكّن الأباء ومقدمي الرعاية من اتخاذ قرارات مستنيرة بشأن تغذية الرضّع وصغار الأطفال، بالإضافة إلى دعم ممارسات التغذية الملائمة من خلال تحسين الوعي بالصحة والتغذية؛

(٤) أن تواصل تنفيذ المدونة الدولية لقواعد تسويق بدائل لبن الأم والتوصيات الصادرة عن المنظمة بشأن تسويق الأغذية والمشروبات غير الكحولية للأطفال؛

٣- **تدعو مصنعي أغذية الرضّع وصغار الأطفال وموزعيها إلى وضع حد لجميع أشكال الترويج غير الملائم، على النحو المحدد في التوصيات الواردة في الإرشادات؛**

٤- **تدعو الفنيين في مجال الرعاية الصحية إلى الاضطلاع بدورهم الأساسي في تزويد الوالدين وغيرهما من مقدمي الرعاية بالمعلومات والدعم بشأن ممارسات التغذية المثلى للرضع وصغار الأطفال، وأن تنفذ التوصيات الواردة في الإرشادات؛**

٥- **تحث وسائل الإعلام ودوائر الصناعات الإبداعية إلى ضمان أن أنشطتها على صعيد جميع قنوات التواصل والمنابر الإعلامية في جميع الأماكن وباستخدام جميع تقنيات التسويق، تتم وفقاً للتوصيات الواردة في الإرشادات الخاصة بوضع حد للترويج غير الملائم لأغذية الرضّع وصغار الأطفال؛**

١ انظر الملحق ٤.

٢ وحسب الاقتضاء، منظمات التكامل الاقتصادي الإقليمي.

٣ مع مراعاة سياق الدول الاتحادية.

٤ ويمكن أن تتخذ الدول الأعضاء إجراءات إضافية لوضع حد للترويج غير الملائم لأغذية الرضّع وصغار الأطفال.

٦- تدعو المجتمع المدني إلى دعم الجهود الرامية إلى وضع حد للترويج غير الملائم لأغذية الرضع وصغار الأطفال، بطرق من بينها أنشطة الدعوة ورصد تقدم الدول الأعضاء صوب تحقيق هدف الإرشادات؛

٧- تطلب من المدير العام ما يلي:

(١) أن يقدم الدعم التقني للدول الأعضاء بشأن تنفيذ التوصيات الواردة في الإرشادات الخاصة بوضع حد للترويج غير الملائم لأغذية الرضع وصغار الأطفال، وفي رصد وتقييم تنفيذها؛

(٢) أن يجري استعراضاً للخبرات الوطنية في تنفيذ التوصيات الواردة في الإرشادات من أجل وضع البيانات الدالة على فعاليتها والنظر في تعديلها عند اللزوم؛

(٣) أن يعمل على تعزيز التعاون الدولي مع صناديق الأمم المتحدة ذات الصلة والبرامج والوكالات المتخصصة وغيرها من المنظمات الدولية في تشجيع العمل الوطني لوضع حد للترويج غير الملائم لأغذية الرضع وصغار الأطفال مع الأخذ بعين الاعتبار التوصيات الواردة في إرشادات المنظمة؛

(٤) أن يقدم تقريراً عن تنفيذ التوصيات الواردة في الإرشادات الخاصة بوضع حد للترويج غير الملائم لأغذية الرضع وصغار الأطفال كجزء من التقرير عن التقدم المحرز في تنفيذ خطة التنفيذ الشاملة الخاصة بتغذية الأمهات والرضع وصغار الأطفال، إلى جمعيتي الصحة العالمية الحادية والسبعين والثالثة والسبعين في عامي ٢٠١٨ و ٢٠٢٠ بالترتيب.

(الجلسة العامة الثامنة، ٢٨ أيار/ مايو ٢٠١٦ - اللجنة "أ"، التقرير الخامس)

جص ٦٩٤-١٠ إطار المشاركة مع الجهات الفاعلة غير الدول^١

جمعية الصحة العالمية التاسعة والستون،

بعد النظر في التقرير الخاص بإطار المشاركة مع الجهات الفاعلة غير الدول وفي المسودة المنقحة للإطار المذكور؛^٢

وبعد الإحاطة علماً بتقرير لجنة البرنامج والميزانية والإدارة التابعة للمجلس التنفيذي إلى جمعية الصحة العالمية التاسعة والستين؛^٣

وإذ تشير إلى القرار جص ٦٤-٢ (٢٠١١) وإلى المقرر الإجرائي جص ٦٥-٩ (٢٠١٢) بشأن إصلاح منظمة الصحة العالمية، وإلى المقررات الإجرائية جص ٦٧-١٤ (٢٠١٤) وم ١٣٦-٣ (٢٠١٥) وم ١٣٨-٣ (٢٠١٦) والقرار جص ٦٨-٩ (٢٠١٥) بشأن إطار المشاركة مع الجهات الفاعلة غير الدول؛

١ انظر الملحق ١٥ للاطلاع على الآثار المالية والإدارية المترتبة على اعتماد هذا القرار بالنسبة إلى الأمانة.

٢ الوثيقة ج ٦٩/٦.

٣ الوثيقة ج ٦٩/٦٠.

وإذ تذكر بقرار الجمعية العامة للأمم المتحدة ١/٧٠ "تحويل عالمنا: خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠"، وبالأهداف، والغايات، ووسائل التنفيذ التي تتمتع بأهمية مكافئة والواردة فيه، والداعية، ضمن جملة أمور، إلى تنشيط الشراكة العالمية للتنمية المستدامة، بالاستناد إلى روح التضامن العالمي المعزز، والمركز خصوصاً على احتياجات الأشد فقراً وحرماناً وبمشاركة كل البلدان، وكل أصحاب المصلحة وكل الناس؛

وإذ تذكر أيضاً بقرار الجمعية العامة للأمم المتحدة ٣١٣/٦٩ بشأن خطة عمل أديس أبابا للمؤتمر الدولي الثالث لتمويل التنمية (أديس أبابا، ١٣-١٦ تموز/ يوليو ٢٠١٥)، التي تشكل جزءاً أصيلاً من خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠؛

وإذ تذكر كذلك بإعلان روما بشأن التغذية وإطار العمل بشأن التغذية، الذي اعتمده المؤتمر الدولي الثاني بشأن التغذية (روما، ١٩-٢١ تشرين الثاني/ نوفمبر ٢٠١٤)؛

وإذ تشدد على الالتزام السياسي الكامل لجميع الدول الأعضاء إزاء التنفيذ المتسق والمتناسك لإطار المشاركة مع الجهات الفاعلة غير الدول على امتداد المستويات الثلاثة للمنظمة،

١- **تعتمد** إطار المشاركة مع الجهات الفاعلة غير الدول؛^{٢١}

٢- **تقرّر** أن يحلّ إطار المشاركة مع الجهات الفاعلة غير الدول محل المبادئ التي تحكم العلاقات بين منظمة الصحة العالمية والمنظمات غير الحكومية^٣ والمبادئ التوجيهية للعمل مع المؤسسات التجارية من أجل تحقيق الحصائل الصحية المرجوة؛^٤

٣- **تطلب** من المدير العام ما يلي:

(١) أن يباشر على الفور تنفيذ إطار المشاركة مع الجهات الفاعلة غير الدول؛

(٢) أن يتخذ، بالتعاون مع المدراء الإقليميين، جميع التدابير الضرورية لتنفيذ الكامل لإطار المشاركة مع الجهات الفاعلة غير الدول على نحو متماسك ومتسق على امتداد كل المستويات الثلاثة للمنظمة، بغية الوصول إلى مرحلة التشغيل الكامل في غضون عامين؛

(٣) أن يسرع بالإنشاء الكامل للسجل الخاص بالجهات الفاعلة غير الدول في التوقيت المناسب لجمعية الصحة العالمية السبعين؛

(٤) أن يقدم تقريراً عن تنفيذ إطار المشاركة مع الجهات الفاعلة غير الدول، من خلال لجنة البرنامج والميزانية والإدارة، إلى المجلس التنفيذي في كل واحدة من دوراته المعقودة في كانون الثاني/يناير بموجب بند دائم من بنود جدول الأعمال؛

١ المكوّن من إطار جامع وأربع سياسات محددة بشأن المشاركة مع المنظمات غير الحكومية والكيانات التابعة للقطاع الخاص والمؤسسات الخيرية وتلك الأكاديمية.

٢ انظر الملحق ٥.

٣ المعتمدة في القرار جص ع ٤٠-٢٥ (١٩٨٧). انظر الوثائق الأساسية، الطبعة الثامنة والأربعون. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ ٢٠١٤.

٤ ملحق الوثيقة مت ٢٠١٧/٢٠.

(٥) أن يدرج في التقرير المتعلق بتنفيذ إطار المشاركة مع الجهات الفاعلة غير الدول، حينما يكون ذلك ضرورياً، أية مسألة أو أنواع المشاركة مع الجهات الفاعلة غير الدول التي يمكن أن تستفيد من الإخضاع لمزيد من الدراسة من جانب المجلس التنفيذي، من خلال لجنة البرنامج والميزانية والإدارة التابعة له، بالنظر إلى سماتها الفريدة وأهميتها؛

(٦) أن يجري في عام ٢٠١٩ تقييماً أولياً لتنفيذ إطار المشاركة مع الجهات الفاعلة غير الدول، ولتأثيره على عمل المنظمة بقصد تقديم النتائج، جنباً إلى جنب مع أية مقترحات بشأن تنقيح الإطار، إلى المجلس التنفيذي في كانون الثاني/يناير ٢٠٢٠، من خلال لجنة البرنامج والميزانية والإدارة التابعة له؛

(٧) أن يدرج في دليل الموظفين تدابير تتعلق بتطبيق الأحكام ذات الصلة الواردة في سياسات المنظمة القائمة بشأن تضارب المصالح، بهدف تيسير تنفيذ إطار المشاركة مع الجهات الفاعلة غير الدول؛

(٨) وطبقاً للفقرة ٣(٨) من منطوق القرار طُلب من المدير العام أن يعد، بالتشاور مع الدول الأعضاء، مجموعة من المعايير والمبادئ لعمليات الانتداب من المنظمات غير الحكومية، والمؤسسات الخيرية، والمؤسسات الأكاديمية، وأن يقدم المعايير والمبادئ لتتظر فيها وتقرها، حسب الاقتضاء، جمعية الصحة العالمية السبعون، من خلال المجلس التنفيذي، ومع مراعاة المسائل المحددة التالية على سبيل المثال لا الحصر:

(أ) الخبرة التقنية المحددة اللازمة وباستثناء المناصب الإدارية و/ أو الحساسة؛

(ب) تعزيز التوزيع الجغرافي المنصف؛

(ج) الشفافية والوضوح فيما يخص المناصب المطلوبة، بما في ذلك الإعلان عنها على الملأ؛

(د) عمليات الانتداب مؤقتة بطبيعتها ولا تتجاوز فترة عامين؛

(٩) أن يشير إلى عمليات الانتداب من الجهات الفاعلة غير الدول في التقرير السنوي المقرر تقديمه بشأن المشاركة مع هذه الجهات، بما في ذلك مسوغات هذه العمليات؛

٤- **تطلب من** لجنة الخبراء المستقلين الاستشارية، وفقاً لاختصاصاتها الحالية، أن تدرج قسماً عن تنفيذ إطار المشاركة مع الجهات الفاعلة غير الدول في تقريرها إلى لجنة البرنامج والميزانية والإدارة التابعة للمجلس التنفيذي في كل دورة من دورات شهر كانون الثاني/يناير؛

٥- **تطلب من** جمعية الصحة العالمية السبعين أن تستعرض التقدم في التنفيذ على مستويات المنظمة الثلاثة، بغية اتخاذ أية قرارات ضرورية تتيح التنفيذ الكامل والمتناسك والمتسق لإطار المشاركة مع الجهات الفاعلة غير الدول.

(الجلسة العامة الثامنة، ٢٨ أيار/مايو ٢٠١٦ - اللجنة "أ"، التقرير الخامس)

ج ص ٦٩-١١ الصحة في خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠

جمعية الصحة العالمية التاسعة والستون،

إذ تؤكد مجدداً على دستور منظمة الصحة العالمية الذي ينص على أن التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه هو أحد الحقوق الأساسية لكل إنسان دون تمييز بسبب العنصر أو الدين أو العقيدة السياسية أو الحالة الاقتصادية أو الاجتماعية؛

وإذ تؤكد مجدداً أيضاً على قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة ١/٧٠ (٢٠١٥) المعنون "تحويل عالمنا: خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠"، الذي اعتمدت فيه الجمعية العامة الوثيقة الختامية لمؤتمر قمة الأمم المتحدة لاعتماد خطة التنمية لما بعد عام ٢٠١٥، تسليماً بأن القضاء على الفقر بجميع أشكاله وأبعاده، بما في ذلك الفقر المدقع، هو أكبر التحديات العالمية وشرط لا غنى عنه للتنمية المستدامة ولإيجاد عالم خالٍ من الفقر والجوع والمرض والحرمان، عالم يسود فيه احترام حقوق الإنسان والكرامة الإنسانية بما يشمل توفير الرعاية الصحية والحماية الاجتماعية على نحو منصف وشامل، وتُكفّل فيه السلامة البدنية والنفسية والاجتماعية؛

وإذ تؤكد على قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة ٣١٣/٦٩ في ٢٧ تموز/ يوليو ٢٠١٥ بشأن خطة عمل أديس أبابا للمؤتمر الدولي الثالث لتمويل التنمية، التي تشكل جزءاً أصيلاً من خطة عمل ٢٠٣٠ للتنمية المستدامة، وتدعمها وتكملها، وتساعد على استجلاء سياق غايات وسائل تنفيذها بسياسات وتدابير ملموسة، وتؤكد مجدداً الالتزام السياسي القوي بالتصدي لتحدي التمويل وخلق بيئة مواتية على مختلف الأصعدة للتنمية المستدامة بروح من الشراكة والتضامن الدوليين؛

وإذ تُسَلِّم بالإنجازات الكبيرة للأهداف الإنمائية للألفية بشأن تحفيز الأعمال الجماعية على المستوى العالمي من أجل تحسين الحصائل الصحية، ولاسيما فيما يتعلق باستيفاء الغايات العالمية الخاصة بفيروس العوز المناعي البشري والسل والملاريا وتخفيض وفيات الأطفال بنسبة ٥٣٪ ووفيات الأمهات بنسبة ٤٤٪، وهي تخفيضات جديرة بالترحيب حتى وإن كانت لم تحقق غايات الأهداف؛

وإذ تُذَكِّر بالقرارين ج ص ٦٦-١١ (٢٠١٣) وج ص ٦٧-١٤ (٢٠١٤) بشأن الصحة في خطة التنمية لما بعد عام ٢٠١٥ اللذين يشاركان إلى أهمية الصحة في تلبية أهداف التنمية المستدامة الأوسع نطاقاً والحاجة إلى تسريع التقدم بشأن الأعمال التي لم تكتمل من الأهداف الإنمائية للألفية؛

وإذ تُسَلِّم بأهمية استراتيجيات المنظمة وخطط عملها العديدة المتصلة بالصحة والنظم الصحية والصحة العمومية، كأدوات مفيدة في مواصلة العمل بشأن خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠، وإذ تؤكد أن دعم المنظمة للبلدان في تنفيذ هذه الاستراتيجيات ينبغي أن يوفّر بطريقة متسقة، ومتوائمة مع الاحتياجات والسياقات والأولويات الوطنية، وبالتنسيق الفعّال مع وكالات الأمم المتحدة الأخرى؛

وإذ تُسَلِّم أيضاً بالفرصة التي تتيحها خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠ لاعتماد نهج متكامل ومتعدد القطاعات بدرجة أكبر إزاء الصحة، والترويج الصحي والعافية يُسَلِّم بأن النظم الصحية كيان متسق يتألف من النظم والخدمات وليس سلسلة من المبادرات المنفصلة المعنية بأمراض أو مواضيع محدّدة؛

١ انظر الملحق ١٥ للاطلاع على الآثار المالية والإدارية المترتبة على اعتماد هذا القرار بالنسبة إلى الأمانة.

وإذ تُسَلَّمُ علاوة على ذلك بأن التغطية الصحية الشاملة تعني قدرة كل الناس بدون تمييز على الوصول إلى مجموعة محددة وطنياً من الخدمات الصحية الأساسية الضرورية الترويجية، والوقائية، والعلاجية، والملطفة، والتأهيلية، وإلى الأدوية واللقاحات الأساسية، والسليمة، وذات التكلفة المعقولة، والفعالة، والجيدة، مع ضمان أن هذه الخدمات لا يعرّض المستخدمين في الوقت نفسه إلى مصاعب مالية، مع التأكيد بشكل خاص على الشرائح الفقيرة، والضعيفة، والمهمشة من السكان؛^١

وإذ تقر بأن العاملين الصحيين والقوى العاملة الصحية العمومية هم جزء أصيل في بناء نظم صحية قوية وصامدة تسهم في تحقيق أهداف التنمية المستدامة؛

وإذ تُذَكَّرُ بالقرار EBSS3.R1 (٢٠١٥) بشأن الإيبولا الذي سلّم المجلس التنفيذي فيه بالضرورة الملحة لتوفير جميع البلدان لنظم صحية قوية وقادرة على الصمود ومتكاملة بمستطاعها تنفيذ اللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥) بشكل كامل، ولديها القدرة على التأهب لحالات الطوارئ المتعلقة بالصحة، وإحراز تقدم صوب تحقيق التغطية الصحية الشاملة التي تعزز سبل الحصول على الخدمات الصحية بشكل شامل ومنصف ويضمن تقديم الخدمات الجيدة بأسعار معقولة؛

وإذ تُسَلَّمُ بأهمية تعزيز النظم الصحية وبناء القدرات من أجل التدابير الصحية العمومية الواسعة النطاق وحماية الصحة وترويجها والعمل على التصدي لمحدّات الصحة الاجتماعية، والاقتصادية، والبيئية دعماً لضمان الحياة الصحية وترويج العافية للجميع بكل الأعمار؛

وإذ تُذَكَّرُ أيضاً بأهمية تدعيم مواومة وتنسيق التدخلات العالمية في ميدان تقوية النظم الصحية، بما في ذلك على مستوى الرعاية الصحية الأولية، وتقر بالدور الهام الذي ينبغي أن تضطلع به منظمة الصحة العالمية في هذا الصدد؛

وإذ تحيط علماً بالبنية التحتية، والأصول، والموارد البشرية للمبادرة العالمية لاستئصال شلل الأطفال، وعملية الموروث الجارية على امتداد البلدان حسب الاقتضاء؛

وإذ تؤكد على الحاجة إلى تركيز المشاركة المجتمعية الانتباه على التكامل الرشيد والاستشاري للعاملين الصحيين على المستوى المجتمعي بدرجة أكبر في النظم الصحية العاملة المتسقة مع غايات البلد وإجراءاته، وعلى أنهم عناصر فاعلة رئيسية لتوفير الخدمات الصحية الأساسية مباشرة إلى المجتمعات المحلية من أجل تحقيق أهداف خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠؛

الأهداف

وإذ تؤكد مجدداً على أن أهداف وغايات خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠ متكاملة ولا تقبل التجزئة، وأنها توازن بين الأبعاد الثلاثة للتنمية المستدامة (البُعد الاقتصادي، والبُعد الاجتماعي، والبُعد البيئي) والمساواة بين الجنسين وتمكين النساء والفتيات، وأنها ذات طبيعة عالمية وقابلة للتطبيق على نحو شامل، مع مراعاة الحقائق والقدرات ومستويات التنمية الوطنية المختلفة واحترام السياسات والأولويات الوطنية؛

وإذ ترحب بخطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠، بما في ذلك الهدف ٣ من أهداف التنمية المستدامة "ضمان تمتع الجميع بأنماط عيش صحية وبالرفاهية في جميع الأعمار"، وإذ تؤكد مجدداً غاياتها المحددة والمترابطة وكذلك الأهداف والغايات الأخرى المرتبطة بالصحة، وإذ تشدد على أهمية تعزيز النظام الصحي بالنظر إلى دوره الحاسم في تحقيق جميع الغايات؛

١ انظر القرار جص ٦٧ع-١٤ (٢٠١٤).

وإذ تؤكد مجدداً أيضاً على التزامات محددة بتعزيز الصحة البدنية والنفسية والرفاه، وعلى توسيع نطاق متوسط العمر المتوقع للجميع، على النحو الوارد في خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠ بما في ذلك: تحقيق التغطية الصحية الشاملة والحصول على الرعاية الصحية الجيدة؛ وضمان ألا يترك أي شخص متخلفاً عن الركب؛ وتسريع وتيرة التقدم المحرز حتى الآن في خفض معدل وفيات المواليد والأطفال والأمهات عن طريق وضع نهاية لجميع هذه الوفيات التي يمكن تجنبها قبل عام ٢٠٣٠؛ وحصول الجميع على خدمات الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية، بما في ذلك خدمات تنظيم الأسرة والمعلومات والتثقيف؛ وإنهاء أوبئة فيروس العوز المناعي البشري/ الأيدز والسل والملاريا فضلاً عن تسريع جهود مكافحة التهاب الكبد، والإيبولا وسائر الأمراض السارية والأوبئة، بما في ذلك عن طريق معالجة تزايد مقاومة مضادات الميكروبات ومشكلة الأمراض المدارية المهملة والتي تؤثر على البلدان النامية؛ والوقاية من الأمراض غير السارية وعلاجها، بما في ذلك الاضطرابات السلوكية والتنموية والعصبية، والتي تمثل تحدياً كبيراً للتنمية المستدامة؛

وإذ تؤكد على أن الصحة لا تمثل مجرد غاية في حد ذاتها، وإنما هي وسيلة لتحقيق غايات أخرى تندرج ضمن أهداف خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠، وإذ تشير إلى أن الاستثمارات في مجال الصحة تسهم في النمو الاقتصادي الجامع المستدام، والتنمية الاجتماعية، والحماية البيئية، واستئصال الفقر والجوع والحد من الإجحاف، وإذ تسلم أيضاً بالفوائد المتبادلة بين تحقيق الهدف الخاص بالصحة وبلوغ جميع الأهداف الأخرى؛

وإذ تؤكد مجدداً على الاستراتيجية وخطة العمل العالميتين بشأن الصحة العمومية والابتكار والملكية الفكرية؛^١

وسائل التنفيذ

وإذ تدرك أيضاً أن خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠، بما فيها أهداف التنمية المستدامة، يمكن تحقيقها في إطار تنشيط شراكة عالمية من أجل التنمية المستدامة، تدعمها السياسات والإجراءات الملموسة الواردة في خطة عمل أديس أبابا، والتي تعتبر جزءاً لا يتجزأ من خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠، والتي تساعد، وتكمل، وتعين على بيان سياق غايات وسائل تنفيذ خطة عام ٢٠٣٠، بما في ذلك آلياتها لتيسير التكنولوجيا، والتي تتعلق بالموارد العامة المحلية، وأنشطة الأعمال والتمويل الخاصة المحلية والدولية، والتعاون الإنمائي الدولي، والتجارة الدولية كمحرك للتنمية، والديون والقدرة على تحمل الدين، والتصدي للمساءلة النظامية، والعلوم، والتكنولوجيا، والابتكار، وبناء القدرات، والبيانات، والرصد، والمتابعة؛

وإذ تكرر تأكيد وسائل التنفيذ الخاصة بالغايات في إطار الهدف ١٧ وفي إطار الأهداف الأخرى للتنمية المستدامة، تعتبر أساسية لتحقيق الخطة وتتسم بأهمية مكافئة للأهداف والغايات الأخرى، وتشدد أيضاً على أن الغايات ٣ أ و ٣ ب و ٣ ج و ٣ د وكذلك الغايات المترابطة الأخرى تمثل عناصر مهمة لتحقيق خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠؛

وإذ تؤكد مجدداً أن نطاق وطموح خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠ يتطلبان شراكة عالمية متجددة للتنمية المستدامة في سبيل تعبئة الوسائل الضرورية لضمان تنفيذها، علماً بأن هذه الشراكة ستعمل بروح من التضامن العالمي، ولإسيما التضامن مع الأشد فقراً ومع الناس الذي يواجهون حالات الضعف، وأنها ستيسر الانخراط العالمي الكثيف لدعم تنفيذ كل الأهداف والغايات، وأنها ستجمع بين الحكومات، والقطاع الخاص، والمجتمع المدني، ومنظومة الأمم المتحدة، والجهات الفاعلة الأخرى، وستقوم بتعبئة كل الموارد المالية وغير المالية المتاحة؛

١ المعتمدين في القرار جص ٦١-٢١ (٢٠٠٨) والقرار جص ٦٢-١٦ (٢٠٠٩).

المتابعة والاستعراض

وإذ تذكّر بالفقرة ٤٨ من قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة رقم ١/٧٠ لمساعدة الحكومات في متابعتها وأستعراضها للأهداف والغايات، بما في ذلك وسائل التنفيذ، ويؤكد على التزام قطاع الصحة بالمساهمة ودعم هذه العملية، ولاسيما الالتزام بتعزيز القدرات الإحصائية في البلدان النامية؛

وإذ تقر بأن المنتدى السياسي الرفيع المستوى برعاية الجمعية العامة والمجلس الاقتصادي والاجتماعي سيضطلع بالدور المحوري في الإشراف والمتابعة والاستعراض على الصعيد العالمي،

١- تحث الدول الأعضاء^١ على ما يلي:

(١) أن تُعزز العمل الشامل على الصعيد الوطني والإقليمي والعالمي بغية تحقيق أهداف وغايات خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠ المتعلقة بالصحة؛

(٢) أن تُعطي أولوية لتعزيز النظم الصحية، بما في ذلك ضمان توفير قوى عاملة صحية مدربة بشكل كاف ومنحها المكافآت الكافية لتحقيق التغطية الصحية الشاملة والحفاظ عليها، فيما يعرف بالإتاحة الشاملة للجيد من الخدمات التعزيزية والوقائية والعلاجية والتأهيلية والملطفة، بما في ذلك إتاحة الأدوية واللقاحات الأساسية المأمونة والفعالة والجيدة والميسورة التكلفة للجميع، وضمان الحماية من الإنفاق المباشر على الصحة، مع التركيز بصفة خاصة على الشرائح الفقيرة والسريعة التأثر والمهمشة من السكان،^٢ باعتبارها عناصر أساسية لتحقيق خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠؛

(٣) أن تؤكد على ضرورة العمل التعاوني على الصعيد الوطني والإقليمي والعالمي عبر جميع القطاعات الحكومية وداخلها لمعالجة المحددات الاجتماعية والبيئية والاقتصادية للصحة، وللحد من الإجحاف الصحي، وخصوصاً من خلال تمكين النساء والفتيات، والمساهمة في التنمية المستدامة، بما في ذلك إدماج "الصحة في جميع السياسات" حسب الاقتضاء؛

(٤) أن تُحدد أولويات الاستثمارات في مجال الصحة بشكل مناسب وتعزز تعبئة الموارد المحلية والدولية الموجهة إلى الصحة واستخدامها الفعال، وفقاً لما قد تحققه الاستثمارات في الصحة من آثار واسعة النطاق ومتعددة القطاعات على الاقتصادات والمجتمعات المحلية؛

(٥) أن تدعم البحث والتطوير في مجال اللقاحات والأدوية الخاصة بالأمراض السارية وغير السارية التي تؤثر في البلدان النامية في المقام الأول، وإتاحة سبل الحصول على الأدوية واللقاحات الأساسية بتكلفة ميسورة وفقاً لإعلان الدوحة بشأن اتفاق "تريبس" الذي يؤكد حق البلدان النامية في استخدام أحكام الاتفاق المتعلق بالجوانب المتصلة بالتجارة من حقوق الملكية الفكرية وبالصحة العامة الخاصة بأوجه المرونة اللازمة لحماية الصحة العمومية ولاسيما إتاحة الأدوية للجميع؛^٣

(٦) أن تُعزز الحوار بين المجموعات الطبية والبيطرية والبيئية مع إيلاء اهتمام خاص للأمراض الناشئة والمعاودة، إلى جانب ظهور مسببات الأمراض المقاومة لمضادات الميكروبات بطريقة تساعد في تعزيز وتحسين الترصد والبحث واتخاذ التدابير الوقائية والتدريب لضمان توفير أو بناء القدرات اللازمة لمواجهة هذه التحديات الصحية العالمية وإدارتها؛

(٧) أن تطور، على أساس الآليات القائمة حيثما أمكن ذلك، عمليات مساءلة وطنية جيدة تتسم بالشمولية والشفافية، بما يتفق مع السياسات والخطة والأولويات الوطنية، للقيام بالترصد المنتظم

١ وحسب الاقتضاء، منظمات التكامل الاقتصادي الإقليمي.

٢ انظر القرار جصع ٦٧-١٤ (٢٠١٤).

٣ انظر الغاية ٣ب من الهدف ٣ من أهداف التنمية المستدامة.

واستعراض التقدم المحرز في تحقيق أهداف وغايات خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠، والتي ينبغي أن تشكل الأساس لتقييم التقدم المحرز على الصعيدين العالمي والإقليمي؛

٢- **تطلب من المدير العام ما يلي:**

(١) أن يعزز نهجاً متعدد القطاعات وأن تشارك المنظمة بفعالية على جميع المستويات بهدف تنفيذ أهداف خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠ فيما يتعلق بالصحة بشكل منسق، وفقاً لمبدأ مفاده أن أهداف خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠ متكاملة وغير قابلة للتجزئة، بما في ذلك من خلال المواومة وتحسين التعاون عبر برامج المنظمة؛

(٢) أن يشارك في سياق التخطيط الاستراتيجي والتنفيذ والتبليغ على نطاق منظومة الأمم المتحدة، من أجل ضمان تقديم الدعم المتسق والمتكامل لتنفيذ خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠؛

(٣) أن يقوم بدور استباقي في دعم التنفيذ المتكامل لخطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠ على كل من المستوى الوطني والإقليمي والعالمي، بالتشاور مع الدول الأعضاء، لوضع خطة طويلة الأجل لتعظيم أثر مساهمات المنظمة على جميع المستويات في سبيل تحقيق خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠؛

(٤) أن يعمل مع فريق الخبراء المشترك بين الوكالات المعني بمؤشرات أهداف التنمية المستدامة، حسب الاقتضاء، من أجل مواصلة إعداد وبلورة مؤشرات أهداف التنمية المستدامة المتعلقة بالصحة؛

(٥) أن يتخذ خطوات لضمان تطوير القدرات والموارد اللازمة، على جميع مستويات المنظمة، والحفاظ عليها لتحقيق النجاح في تحقيق خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠، وخاصة لدعم شمولية وتكامل الخطط الوطنية المعنية بالصحة كجزء من تنفيذ خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠، مع الإقرار بأن الكفاءات اللازمة تشمل القدرة على العمل مع قطاعات متعددة، والاستجابة لمجموعة أوسع نطاقاً من الأولويات الصحية، بما في ذلك دعم التقدم صوب تحقيق التغطية الصحية الشاملة وتوفير الدعم لبناء القدرات أو الدعم التقني؛

(٦) أن يساعد الدول الأعضاء في تعزيز البحث والتطوير في مجال التكنولوجيا والأدوات الجديدة وكذلك تقييم التكنولوجيات الصحية، مع إيلاء اهتمام خاص لاحتياجات البلدان النامية المتعلقة بالبحوث الصحية والتطوير، بالاعتماد على الاستراتيجيات وخطط العمل والبرامج ذات الصلة، ولاسيما بالاستناد إلى الاستراتيجية وخطة العمل العالميتين بشأن الصحة العمومية والابتكار والملكية الفكرية وعملية متابعتها بغية تحقيق خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠، ولاسيما تحقيق إتاحة اللقاحات والأدوية ووسائل التشخيص الجيدة والمأمونة والفعالة والميسورة التكلفة اللازمة لعلاج الأمراض السارية وغير السارية أمام الجميع؛

(٧) أن يدعم الدول الأعضاء في إجراء بحوث النظم الصحية لوضع نهج أكثر فعالية لتأمين وتوفير الإتاحة الشاملة للخدمات الصحية مع إيلاء عناية خاصة لاحتياجات البلدان النامية؛

(٨) أن ييسر التعاون المحسن بين بلدان الشمال والجنوب والتعاون فيما بين بلدان الجنوب والتعاون الثلاثي والتعاون الدولي بشأن ما يتعلق بالصحة من العلوم والتكنولوجيا والابتكار وإتاحتها، ويعزز تبادل المعارف بناءً على شروط متفق عليها، بما في ذلك من خلال تحسين التنسيق بين الآليات القائمة، ولاسيما على صعيد الأمم المتحدة، ومن خلال آلية عالمية لتيسير التكنولوجيا؛

(٩) أن يعمل مع الدول الأعضاء لضمان أن المنظمة ستساهم مساهمة فعالة في متابعة خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠، في إطار ولايتها القائمة، عن طريق دعم الاستعراضات المواضيعية للتقدم المحرز صوب تحقيق أهداف التنمية المستدامة، بما في ذلك المواضيع الشاملة التي تصب

حيثما أمكن في دورة المنتدى السياسي الرفيع المستوى وتتواءم معها، وفقاً لطرائق تحددتها الجمعية العامة والمجلس الاقتصادي والاجتماعي في سياق المنتدى السياسي الرفيع المستوى؛

(١٠) أن يقدم تقريراً إلى الدول الأعضاء بشكل دوري، على الأقل مرة كل سنتين، عن التقدم العالمي والإقليمي في تحقيق أهداف الصحة ككل والغايات المرتبطة بها والأهداف والغايات الأخرى المتعلقة بالصحة في خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠، بما في ذلك التركيز على التغطية الصحية المستدامة والإنصاف؛

(١١) أن يدعم الدول الأعضاء في تعزيز قدراتها الإحصائية الوطنية على جميع المستويات، ولاسيما في البلدان النامية، من أجل ضمان بيانات الصحة العالية الجودة والمتاحة والملائمة التوقيت والتي يعول عليها والمصنفة، بما في ذلك من خلال الهيئة التعاونية للبيانات الصحية عند اللزوم؛

(١٢) أن يدعم الدول الأعضاء في تعزيز التبليغ بشأن خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠، ولاسيما الهدف المتعلق بالصحة والغايات المرتبطة به؛

(١٣) أن يأخذ خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠ في الاعتبار عند إعداد الميزانية البرمجية وبرنامج العمل العام، حسب الاقتضاء؛

(١٤) أن يقدم تقريراً عن التقدم المحرز في تنفيذ هذا القرار إلى جمعية الصحة العالمية السبعين مع تقديم تقارير إلى جمعيات الصحة المستقبلية مرة كل سنتين على الأقل بعد ذلك.

(الجلسة العامة الثامنة، ٢٨ أيار/ مايو ٢٠١٦ -
اللجنة "أ"، التقرير الخامس)

ج ص ٦٩٤-١٢ التقرير البرمجي والمالي لمنظمة الصحة العالمية عن الفترة ٢٠١٤-٢٠١٥،
بما في ذلك البيانات المالية المراجعة عن عام ٢٠١٥

جمعية الصحة العالمية التاسعة والستون،

بعد أن نظرت في التقرير البرمجي والمالي لمنظمة الصحة العالمية عن الفترة ٢٠١٤-٢٠١٥، بما في ذلك البيانات المالية المراجعة لعام ٢٠١٥؛^١

وبعد أن أحاطت علماً بتقرير لجنة البرنامج والميزانية والإدارة التابعة للمجلس التنفيذي إلى جمعية الصحة العالمية التاسعة والستين،^٢

تقبل التقرير البرمجي والمالي لمنظمة الصحة العالمية عن الفترة ٢٠١٤-٢٠١٥، بما في ذلك البيانات المالية المراجعة لعام ٢٠١٥.

(الجلسة العامة الثامنة، ٢٨ أيار/ مايو ٢٠١٦ -
اللجنة "ب"، التقرير الثاني)

١ الوثيقة ج ٤٥/٦٩.

٢ الوثيقة ج ٦٢/٦٩.

ج ص ٦٩٤-١٣ حالة تحصيل الاشتراكات المقدرة، بما في ذلك الدول الأعضاء المتأخرة في سداد اشتراكاتها إلى حد يبرر تطبيق أحكام المادة ٧ من الدستور

جمعية الصحة العالمية التاسعة والستون،

بعد النظر في التقرير عن حالة تحصيل الاشتراكات المقدرة بما في ذلك الدول الأعضاء المتأخرة في سداد اشتراكاتها إلى حد يبرر تطبيق أحكام المادة ٧ من الدستور والترتيبات الخاصة لتسوية المتأخرات؛^١

وبعد الإحاطة علماً بالتقرير المقدم من لجنة البرنامج والميزانية والإدارة التابعة للمجلس التنفيذي إلى جمعية الصحة العالمية التاسعة والستين؛^٢

وإذ تلاحظ أنه عند افتتاح جمعية الصحة العالمية التاسعة والستين كانت حقوق التصويت الخاصة بجمهورية أفريقيا الوسطى وجزر القمر وغينيا وغينيا - بيساو والصومال وأوكرانيا واليمن موقوفة، وأن هذا الوقف سيستمر إلى أن تخفض المتأخرات المستحقة على الدول الأعضاء المعنية أثناء جمعية الصحة الحالية أو جمعيات الصحة المقبلة إلى مستوى أقل من المبلغ الذي يبرر تطبيق أحكام المادة ٧ من الدستور؛

وإذ تلاحظ أيضاً أن بوروندي والسلفادور وجزر سليمان وجمهورية فنزويلا البوليفارية متأخرة في سداد اشتراكاتها عند افتتاح جمعية الصحة العالمية التاسعة والستين إلى حد اقتضى من جمعية الصحة أن تنظر، وفقاً لأحكام المادة ٧ من الدستور، فيما إذا كان ينبغي أم لا وقف امتيازات التصويت الخاصة بتلك البلدان الأربعة، عند افتتاح جمعية الصحة العالمية السبعين،

تقرر ما يلي:

(١) أنه وفقاً لبيان المبادئ الوارد في القرار ج ص ٤١٤-٧ (١٩٨٨)، إذا كانت بوروندي والسلفادور وجزر سليمان وجمهورية فنزويلا البوليفارية لاتزال متأخرة، عند افتتاح جمعية الصحة العالمية السبعين، في سداد اشتراكاتها إلى حد يبرر تطبيق أحكام المادة ٧ من الدستور، فإن امتيازات التصويت الخاصة بها سوف توقف اعتباراً من تاريخ الافتتاح المشار إليه؛

(٢) أن أي وقف يتم تطبيقه على النحو الوارد بيانه في الفقرة (١) أعلاه سيستمر خلال جمعية الصحة العالمية السبعين وجمعيات الصحة اللاحقة، إلى أن يتم خفض متأخرات بوروندي والسلفادور وجزر سليمان وجمهورية فنزويلا البوليفارية إلى مستوى أقل من المبلغ الذي يبرر تطبيق أحكام المادة ٧ من الدستور؛

(٣) ألا يخلّ هذا القرار بحق أية دولة عضو في أن تطلب استعادة امتيازات التصويت الخاصة بها وفقاً للمادة ٧ من الدستور.

(الجلسة العامة الثامنة، ٢٨ أيار/مايو ٢٠١٦ -
اللجنة "ب" التقرير الثاني)

١ الوثيقة ج ٤٨/٦٩.

٢ الوثيقة ج ٦٣/٦٩.

ج ص ٦٩-١٤ جدول تقدير الاشتراكات لعام ٢٠١٧

جمعية الصحة العالمية التاسعة والستون،

بعد النظر في تقرير المدير العام،

تعتمد جدول تقدير اشتراكات الدول الأعضاء والدول الأعضاء المنتسبة لعام ٢٠١٧ المبين أدناه:

جدول تقدير الاشتراكات في منظمة
الصحة العالمية لعام ٢٠١٧
%

الدول الأعضاء
والدول الأعضاء المنتسبة

٣,٠٨٨٢

الاتحاد الروسي

٠,٠١٠٠

إثيوبيا

٠,٠٦٠٠

أذربيجان

٠,٨٩٢٠

الأرجنتين

٠,٠٢٠٠

الأردن

٠,٠٠٦٠

أرمينيا

٠,٠٠١٠

إريتريا

٢,٤٤٣١

أسبانيا

٢,٣٣٧١

أستراليا

٠,٠٣٨٠

إستونيا

٠,٤٣٠٠

إسرائيل

٠,٠٠٦٠

أفغانستان

٠,٠٦٧٠

إكوادور

٠,٠٠٨٠

ألبانيا

٦,٣٨٩٢

ألمانيا

٠,٦٠٤٠

الإمارات العربية المتحدة

٠,٠٠٢٠

أنتيغوا وبربودا

٠,٠٠٦٠

أندورا

٠,٥٠٤٠

إندونيسيا

٠,٠١٠٠

أنغولا

٠,٠٧٩٠

أوروغواي

٠,٠٢٣٠

أوزبكستان

٠,٠٠٩٠

أوغندا

٠,١٠٣٠

أوكرانيا

٠,٣٣٥٠

أيرلندا

٠,٠٢٣٠

آيسلندا

٣,٧٤٨٢

إيطاليا

٠,٠٠٤٠

بابوا غينيا الجديدة

٠,٠١٤٠

باراغواي

٠,٠٩٣٠

باكستان

٠,٠٠١٠

بالاو

٠,٠٤٤٠

البحرين

٣,٨٢٣٢

البرازيل

جدول تقدير الاشتراكات في منظمة
الصحة العالمية لعام ٢٠١٧
%

الدول الأعضاء
والدول الأعضاء المنتسبة

٠,٠٠٧٠	بربادوس
٠,٣٩٢٠	البرتغال
٠,٠٢٩٠	بروني دار السلام
٠,٨٨٥١	بلجيكا
٠,٠٤٥٠	بلغاريا
٠,٠٠١٠	بليز
٠,٠١٠٠	بنغلاديش
٠,٠٣٤٠	بنما
٠,٠٠٣٠	بنن
٠,٠٠١٠	بوتان
٠,٠١٤٠	بوتسوانا
٠,٠٠١٠	بورتوريكو (ليست عضواً في الأمم المتحدة)
٠,٠٠٤٠	بوركينا فاسو
٠,٠٠١٠	بوروندي
٠,٠١٣٠	البوسنة والهرسك
٠,٨٤١١	بولندا
٠,١٣٦٠	بيرو
٠,٠٥٦٠	بيلاروس
٠,٢٩١٠	تايلند
٠,٠٢٦٠	تركمانستان
١,٠١٨١	تركيا
٠,٠٣٤٠	ترينيداد وتوباغو
٠,٠٠٥٠	تشاد
٠,٠٠١٠	توغو
٠,٠٠١٠	توفالو
٠,٠٠١٠	توكيلاو (ليست عضواً في الأمم المتحدة)
٠,٠٢٨٠	تونس
٠,٠٠١٠	تونغا
٠,٠٠٣٠	تيمور - لشتي
٠,٠٠٩٠	جامايكا
٠,٠٠٤٠	الجيل الأسود
٠,١٦١٠	الجزائر
٠,٠١٤٠	جزر البهاما
٠,٠٠١٠	جزر القمر
٠,٠٠١٠	جزر سليمان
٠,٠٠١٠	جزر كوك (ليست عضواً في الأمم المتحدة)
٠,٠٠١٠	جزر مارشال
٠,٠٠١٠	جمهورية أفريقيا الوسطى
٠,٣٤٤٠	الجمهورية التشيكية
٠,٠٤٦٠	الجمهورية الدومينيكية

جدول تقدير الاشتراكات في منظمة
الصحة العالمية لعام ٢٠١٧
%

٠,٠٢٤٠
٠,٠٠٨٠
٠,٤٧١٠
٠,٠١٠٠
٠,٥٧١٠
٢,٠٣٩١
٠,٠٠٥٠
٠,٠٠٣٠
٠,٠٠٧٠
٠,٠٠٤٠
٠,٣٦٤٠
٠,٠٠٣٠
٠,٠٠٨٠
٠,٠٠١٠
٠,٥٨٤٠
٠,٠١٢٠
٠,٠٠١٠
٠,٠٠١٠
٠,٠٠٢٠
٠,١٨٤٠
٠,٠٠٧٠
٠,٠٠٤٠
٠,٠٠١٠
٠,٠٠١٠
٠,٠٠٣٠
٠,٠٠١٠
٠,٠٠١٠
٠,٠٠١٠
٠,٠٣١٠
٠,٠١٤٠
٠,١٦٠٠
٠,٠٨٤٠
٠,٤٤٧٠
٠,٠٠٥٠
٠,٠٠٢٠
٠,٠١٠٠
٠,٠٠٦٠
٠,٩٥٦١
١,١٤٠١
٠,٠٠١٠
٠,٠٠١٠

الدول الأعضاء
والدول الأعضاء المنتسبة

الجمهورية العربية السورية
جمهورية الكونغو الديمقراطية
جمهورية إيران الإسلامية
جمهورية تنزانيا المتحدة
جمهورية فنزويلا البوليفارية
جمهورية كوريا
جمهورية كوريا الديمقراطية الشعبية
جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية
جمهورية مقدونية اليوغوسلافية السابقة
جمهورية مولدوفا
جنوب أفريقيا
جنوب السودان
جورجيا
جيبوتي
الدانمرك
دولة بوليفيا المتعددة القوميات
دومينيكا
كابو فيردي
رواندا
رومانيا
زامبيا
زيمبابوي
ساموا
سان تومي وبرينسيبي
سان مارينو
سانت فنسنت وغرينادين
سانت كيتس ونيفيس
سانت لوسيا
سري لانكا
السلفادور
سلوفاكيا
سلوفينيا
سنغافورة
السنغال
سوازيلند
السودان
سورينام
السويد
سويسرا
سيراليون
سيشيل

جدول تقدير الاشتراكات في منظمة
الصحة العالمية لعام ٢٠١٧
%

الدول الأعضاء
والدول الأعضاء المنتسبة

٠,٣٩٩٠
٠,٠٣٢٠
٠,٠٠١٠
٧,٩٢١٢
٠,٠٠٤٠
٠,١٢٩٠
٠,١١٣٠
٠,٠١٧٠
٠,٠٠١٠
٠,٠١٦٠
٠,٠٠١٠
٠,٠٢٨٠
٠,٠٠٢٠
٠,٠٠٢٠
٠,٠٠١٠
٠,٠١٠٠
٠,٠٠١٠
٤,٨٥٩٢
٠,١٦٥٠
٠,٤٥٦٠
٠,٠٠٣٠
٠,٠٥٨٠
٠,٠٤٣٠
٠,٢٦٩٠
٠,٠٠٢٠
٠,١٩١٠
٠,٠١٠٠
٠,٠٩٩٠
٠,٠٠٤٠
٢,٩٢١١
٠,٠٦٥٠
٠,٠٠٩٠
٠,٠٤٧٠
٠,٣٢٢٠
٠,٠٠٦٠
٠,٢٨٥٠
٠,٠٠١٠
٠,٠١٨٠
٠,٠٥٠٠
٠,٠٤٦٠

شيلي
صربيا
الصومال
الصين
طاجيكستان
العراق
عُمان
غابون
غامبيا
غانا
غرينادا
غواتيمالا
غيانا
غينيا
غينيا - بيساو
غينيا الاستوائية
فانواتو
فرنسا
الفلبين
فنلندا
فيجي
فييت نام
قبرص
قطر
قيرغيزستان
كازاخستان
الكاميرون
كرواتيا
كمبوديا
كندا
كوبا
كوت ديفوار
كوستاريكا
كولومبيا
الكونغو
الكويت
كيريباتي
كينيا
لاتفيا
لبنان

جدول تقدير الاشتراكات في منظمة
الصحة العالمية لعام ٢٠١٧
%

٠,٠٦٤٠
٠,١٢٥٠
٠,٠٠١٠
٠,٠٧٢٠
٠,٠٠١٠
٠,٠١٦٠
٠,٠٠٣٠
٠,٣٢٢٠
٠,٠٠٣٠
٠,١٥٢٠
٠,٠٥٤٠
١,٤٣٥١
٠,٠٠٢٠
٠,٠٠٢٠
١,١٤٦١
٤,٤٦٣٢
٠,٠٠٥٠
٠,٠٠٢٠
٠,٠١٢٠
٠,٠٠٤٠
٠,٠١٠٠
٠,٠١٠٠
٠,٠١٠٠
٠,٠٠١٠
٠,٨٤٩١
٠,٧٢٠١
٠,٠٠٦٠
٠,٠٠٢٠
٠,٢٠٩٠
٠,٠٠٤٠
٠,٢٦٨٠
٠,٠٠١٠
٠,٠٠٣٠
٠,٧٣٧٠
٠,٠٠٨٠
٠,١٦١٠
١,٤٨٢١
٢٢,٠٠٠٠
٠,٠٠١٠
٩,٦٨٠٢

الدول الأعضاء
والدول الأعضاء المنتسبة

لكسمبرغ
ليبيا
ليبيريا
ليتوانيا
ليسوتو
مالطة
مالي
ماليزيا
مدغشقر
مصر
المغرب
المكسيك
ملاوي
ملديف
المملكة العربية السعودية
المملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية
منغوليا
موريتانيا
موريشيوس
موزامبيق
موناكو
ميانمار
ناميبيا
ناورو
النرويج
النمسا
نيبال
النيجر
نيجيريا
نيكاراغوا
نيوزيلندا
نيووي (ليست عضواً في الأمم المتحدة)
هايتي
الهند
هندوراس
هنغاريا
هولندا
الولايات المتحدة الأمريكية
ولايات ميكرونيزيا الموحدة
اليابان

جدول تقدير الاشتراكات في منظمة الصحة العالمية لعام ٢٠١٧ %	الدول الأعضاء والدول الأعضاء المنتسبة
٠,٠١٠٠	اليمن
٠,٤٧١٠	اليونان
١٠٠,٠٠٠٠	المجموع

(الجلسة العامة الثامنة، ٢٨ أيار/ مايو ٢٠١٦ -
اللجنة "ب"، التقرير الثاني)

ج ص ٦٩-١٥ تقرير مراجع الحسابات الخارجي

جمعية الصحة العالمية التاسعة والستون،

بعد النظر في تقرير مراجع الحسابات الخارجي المقدم إلى جمعية الصحة؛^١

وبعد الإحاطة علماً بالتقرير المقدم من لجنة البرنامج والميزانية والإدارة التابعة للمجلس التنفيذي إلى
جمعية الصحة العالمية التاسعة والستين،^٢

تقبل التقرير المقدم من مراجع الحسابات الخارجي إلى جمعية الصحة.

(الجلسة العامة الثامنة، ٢٨ أيار/ مايو ٢٠١٦ -
اللجنة "ب"، التقرير الثاني)

ج ص ٦٩-١٦ مرتبات الموظفين في الوظائف غير المصنفة في رتب ومرتب المدير العام

جمعية الصحة العالمية التاسعة والستون،

إذ تشير إلى توصيات المجلس التنفيذي المتعلقة بمرتبات الموظفين في الوظائف غير المصنفة في
رتب ومرتب المدير العام،^٣

١- تحدد المرتبات الإجمالية للمديرين العامّين المساعدين والمديرين الإقليميين بمبلغ
١٧٦ ٤٦٣ دولاراً أمريكياً في السنة ليكون المرتب الصافي ١٣٧ ٠٢٤ دولاراً أمريكياً (للمعيل)
أو ١٢٤ ٠٨٠ دولاراً أمريكياً (لغير المعيل)؛

٢- تحدد المرتب الإجمالي لنائب المدير العام بمبلغ ١٣٦ ١٩٤ دولاراً أمريكياً في السنة ليكون
المرتب الصافي ١٤٩ ٣٩٥ دولاراً أمريكياً (للمعيل) أو ١٣٤ ٤٤٩ دولاراً أمريكياً (لغير المعيل)؛

١ الوثيقة ج ٥٠/٦٩.

٢ الوثيقة ج ٦٤/٦٩.

٣ انظر الوثيقة ج ٥٤/٦٩.

٣- تحدّد المرتب الإجمالي للمدير العام بمبلغ ٢٣٨ ٦٤٤ دولاراً أمريكياً في السنة ليكون المرتب الصافي ١٨٠ ٥٥١ دولاراً أمريكياً (للمعيل) أو ١٦٠ ٥٦٦ دولاراً أمريكياً (لغير المعيل)؛

٤- تقرّر أن تدخل هذه التسويات في المرتبات حيّز النفاذ اعتباراً من ١ كانون الثاني/يناير ٢٠١٦.

(الجلسة العامة الثامنة، ٢٨ أيار/مايو ٢٠١٦ -
للجنة "ب"، التقرير الثاني)

ج ص ٦٩٤-١٧ تعديلات النظام الأساسي للموظفين: تسوية المنازعات ١

جمعية الصحة العالمية التاسعة والستون،

إذ تشير إلى توصيات المجلس التنفيذي المتعلقة بتسوية المنازعات،^٢

١- تعتمد التعديل المقترح إدخاله على عنوان المادة الحادية عشرة من النظام الأساسي للموظفين؛^٣

٢- تعتمد التعديل المقترح إدخاله على المادة ١١-٢ من النظام الأساسي للموظفين؛

٣- تقرّر أن تصبح هذه التعديلات سارية مع دخول سياسات إصلاح العدالة الداخلية في المنظمة حيّز النفاذ.

(الجلسة العامة الثامنة، ٢٨ أيار/مايو ٢٠١٦ -
للجنة "ب"، التقرير الثاني)

ج ص ٦٩٤-١٨ عملية انتخاب المدير العام لمنظمة الصحة العالمية

جمعية الصحة العالمية التاسعة والستون،

بعد أن نظرت في التقرير عن عملية انتخاب المدير العام لمنظمة الصحة العالمية،^٤

تقرر أن يتحدث المرشحون الذين يقترحهم المجلس التنفيذي لشغل منصب المدير العام لمنظمة الصحة العالمية أمام جمعية الصحة قبل التصويت على تعيين المدير العام، وذلك على أساس الفهم التالي:

(أ) أن يُقصر وقت الإدلاء بالبيانات على ١٥ دقيقة كحد أقصى؛

(ب) أن يُبَيّن في ترتيب البيانات على أساس القرعة؛

١ انظر الملحق ١٥ للاطلاع على الآثار المالية والإدارية المترتبة على اعتماد هذا القرار بالنسبة إلى الأمانة.

٢ انظر الوثيقة ج ٥٤/٦٩.

٣ انظر الملحق ٦.

٤ الوثيقة ج ٥٧/٦٩.

(ج) ألا تُطرح عقب إلقاء البيانات أية أسئلة أو أجوبة عليها؛

(د) أن تُثبت البيانات على موقع المنظمة الإلكتروني بجميع اللغات الرسمية.

(الجلسة العامة الثامنة، ٢٨ أيار/ مايو ٢٠١٦ -
اللجنة "ب"، التقرير الثاني)

ج ص ٦٩-١٩ الاستراتيجية العالمية بشأن الموارد البشرية الصحية: القوى العاملة ٢٠٣٠

جمعية الصحة العالمية التاسعة والستون،

بعد النظر في التقرير الخاص بمسودة الاستراتيجية العالمية بشأن الموارد البشرية الصحية: القوى
العاملة ٢٠٣٠؛ ٢

وإذ تعيد تأكيد استمرار أهمية تطبيق مدونة المنظمة العالمية لقواعد الممارسة بشأن توظيف العاملين
الصحيين على المستوى الدولي (المسمّاة فيما يلي بـ"المدونة العالمية للمنظمة")؛^٣

وإذ تذكر بالقرارات السابقة لجمعية الصحة التي تستهدف تعزيز القوى العاملة الصحية؛^٤

وإذ تذكر أيضاً بقراري الجمعية العامة للأمم المتحدة الصادرين في عام ٢٠١٤ و عام ٢٠١٥ اللذين
يدعوان، على التوالي، الدول الأعضاء إلى التعاون مع المنظمات الدولية المعنية والجهات الفاعلة غير الدول
المعنية، حسب الاقتضاء، في سبيل اتخاذ تدابير وقائية فعالة من أجل تحسين وتعزيز سلامة العاملين الطبيين
والصحيين وحياتهم، واحترام مدونات الأخلاقيات المهنية الخاصة بهم؛^٥ واللذين يؤكدان أهمية توافر القدرات
الفُطرية الكافية لمواجهة المخاطر المحدقة بالصحة العمومية بواسطة النُظم الصحية القوية والقادرة على
الصمود المستفيدة من إتاحة العاملين الصحيين الذين يتوافر لديهم الدافع على العمل والحاصلين على التدريب
الجيد والمجهزين بالمعدات اللازمة؛^٦

١ انظر الملحق ١٥ للاطلاع على الآثار المالية والإدارية المترتبة على اعتماد هذا القرار بالنسبة إلى الأمانة.

٢ الوثيقة ج ٦٩/٣٨.

٣ اعتمدت بالقرار ج ص ٦٣-١٦ (٢٠١٠).

٤ القرار ج ص ٦٤-٦ (٢٠١١) بشأن تدعيم القوى العاملة الصحية؛ والقرار ج ص ٦٤-٧ (٢٠١١) بشأن تعزيز
التمريض والقبالة؛ والقرار ج ص ٦٥-٢٠ (٢٠١٢) بشأن استجابة منظمة الصحة العالمية، ودورها بصفتها قائد
مجموعة الصحة، في مجال تلبية الطلبات الصحية المتنامية في الطوارئ الإنسانية، والقرار ج ص ٦٦-٢٣ (٢٠١٣)
بشأن إحداث تحويل في تعليم القوى العاملة الصحية دعماً لتحقيق التغطية الصحية الشاملة، والقرار ج ص ٦٧-١٩
(٢٠١٤) بشأن تعزيز الرعاية المُلطفة كعنصر من عناصر الرعاية الشاملة طويلة العمر، والقرار ج ص ٦٧-٢٤
(٢٠١٤) بشأن متابعة إعلان ريسيفي السياسي بشأن الموارد البشرية الصحية: تجديد الالتزامات بتحقيق التغطية
الصحية الشاملة، والقرار ج ص ٦٨-١٥ (٢٠١٥) بشأن تعزيز الرعاية الجراحية الطارئة والأساسية والتخدير كعنصر
من عناصر التغطية الصحية الشاملة.

٥ قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة ٦٩/١٣٢ (٢٠١٤) بشأن الصحة العالمية والسياسة الخارجية.

٦ قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة ٧٠/١٨٣ (٢٠١٥) بشأن الصحة العالمية والسياسة الخارجية: تعزيز إدارة
الأزمات الصحية الدولية.

وإذ تستمد الإلهام من ما تتسم به خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠ من طموح، بما في ذلك البُعد القوي المتعدد القطاعات الذي تنطوي عليه هذه الخطة ودعوتها إلى تحقيق التغطية الصحية الشاملة؛

وإذ تسترشد بالدعوة التي تنص عليها الغاية ٣ (ج) من الهدف ٣ من أهداف التنمية المستدامة، إلى "زيادة التمويل في قطاع الصحة وتوظيف القوى العاملة في هذا القطاع وتطويرها وتدريبها واستبقائها في البلدان النامية، وبخاصة في أقل البلدان نمواً والدول الجزرية الصغيرة النامية، زيادة كبيرة؛"

وإذ تعترف بدور العاملين الصحيين الأساسيين في بناء نظم صحية قوية وقادرة على الصمود تسهم في بلوغ أهداف التنمية المستدامة والغايات المتعلقة بالتغذية والصحة والتعليم والمساواة بين الجنسين والعمالة والحد من أوجه الإجحاف؛^١

وإذ تعترف كذلك بأن بلوغ الهدف ٣ من أهداف التنمية المستدامة "ضمان تمتّع الجميع بأنماط عيش صحية وبالرفاهية في جميع الأعمار" وغاياته لن يتحقق إلا بفضل توظيف استثمارات جوهرية واستراتيجية في القوى العاملة الصحية العالمية، فضلاً عن إحداث تحوّل كبير في مجال تخطيط القوى العاملة الصحية وتنقيفها ونشرها واستبقائها وإدارتها ومكافأتها؛

وإذ تعترف أيضاً بأن القوى العاملة الصحية المحلية في بلد ما هي القوى الأساسية المستجيبة في البلدان كافة، بما فيها تلك التي تعاني من هشاشة نظمها الصحية، وأن دور هذه القوى رئيسي في بناء نظم صحية قادرة على الصمود؛^٢

وإذ تحيط علماً بالبنية التحتية، والأصول، والموارد البشرية الضخمة لمبادرة استئصال شلل الأطفال، وعملية الموروث الجارية عبر البلدان، حسب الاقتضاء؛

وإذ يساورها بالغ القلق إزاء تزايد العجز في القوى العاملة الصحية العالمية وانعدام التوافق بين الاحتياجات من القوى العاملة الصحية والطلب عليها والمعروض منها واحتياجات السكان إليها في الحاضر والمستقبل، ممّا يشكّل عائقاً كبيراً يحول دون تحقيق التغطية الصحية الشاملة على غرار الالتزام المقطوع في الغاية ٣-٨ من الهدف ٣ من أهداف التنمية المستدامة؛

وإذ تحيط علماً بإعادة التركيز مجدداً على تعزيز النظام الصحي والحاجة إلى تعبئة التمويل الصحي المحلي والدولي وغيره من أشكال التمويل وإدارة ذلك التمويل إدارة فعالة دعماً لمثل هذا التعزيز؛^٣

وإذ يشجعها الإجماع السياسي الناشئ عن إسهام العاملين الصحيين في تحسين الحصائل الصحية وفي النمو الاقتصادي وفي تنفيذ اللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥) وفي استئباب الأمن الصحي العالمي؛

وإذ تسلّم بأن الاستثمار في فرص توظيف قوى عاملة صحية جديدة قد يضيف أيضاً قيمة اجتماعية واقتصادية أوسع نطاقاً إلى الاقتصاد، ويسهم في تنفيذ أهداف التنمية المستدامة،

١ انظر أهداف التنمية المستدامة وغاياتها المتاحة على الرابط التالي:

<https://sustainabledevelopment.un.org/?menu=1300> (تم الاطلاع في ٢٥ كانون الثاني/يناير ٢٠١٦).

٢ انظر القرار جص ع٦٤-١٠ (٢٠١١) بشأن تعزيز القدرات الوطنية في مجال إدارة الطوارئ الصحية والكوارث وتعزيز مرونة النظم الصحية؛ والوثيقة ج٦٨/٢٧ بشأن القوى العاملة الصحية العالمية.

٣ انظر مثلاً مبادرة "النظم الصحية - حياة صحية"؛ والقرار جص ع٦٢-١٢ (٢٠٠٩) بشأن الرعاية الصحية الأولية، بما في ذلك تعزيز النظم الصحية، والقرار جص ع٦٢-١٣ (٢٠٠٩) بشأن الطب التقليدي (الشعبي)، والقرار جص ع٦٤-٨ (٢٠١١) بشأن تعزيز حوار السياسات الوطني الدائر حول وضع سياسات واستراتيجيات وخطط صحية متينة، والقرار جص ع٦٤-٩ (٢٠١١) بشأن استدامة هياكل التمويل الصحي والتغطية الشاملة.

١- **تعتمد** الاستراتيجية العالمية بشأن الموارد البشرية الصحية: القوى العاملة ٢٠٣٠ (المسماة أدناه "الاستراتيجية العالمية")، بما في ذلك رؤيتها الخاصة بتسريع التقدم نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة وأهداف التنمية المستدامة من خلال ضمان الإتاحة الشاملة للعاملين الصحيين، ومبادئها وأغراضها الاستراتيجية الأربعة، ومراحلها الرئيسية لعامي ٢٠٢٠ و ٢٠٣٠؛^١

٢- **تحت** جميع الدول الأعضاء ٣٠٢ على أن تقوم، كجزء لا يتجزأ من تعزيز النظم الصحية، بما يلي:

(١) **تكثيف** الأغراض الاستراتيجية الأربع للاستراتيجية العالمية في إطار الاستراتيجيات الوطنية الخاصة بالصحة والتعليم والتوظيف، وسياقات التنمية الاجتماعية الاقتصادية، بما يتماشى مع الأولويات والخصوصيات الوطنية؛

(٢) **إشراك** القطاعات المعنية وضمان وجود آليات مشتركة بين القطاعات على المستوى الوطني ودون الوطني، حسبما يلزم من أجل الاستثمار الفعال في سياسات القوى العاملة الصحية وتنفيذها بكفاءة؛

(٣) **تنفيذ** الخيارات السياساتية بصيغتها المقترحة على الدول الأعضاء في الاستراتيجية العالمية، وذلك بدعم من التزام رفيع المستوى وتمويل كافٍ، ومن خلال تنفيذ المدونة العالمية التي وضعتها المنظمة، وخصوصاً ما يلي:

(أ) **تعزيز** القدرات المتعلقة بالوصول بالقوى العاملة الصحية القائمة إلى المستوى الأمثل للمساهمة في تحقيق التغطية الصحية الشاملة؛

(ب) **النشاط** في التنبؤ وسد الثغرات بين الاحتياجات من القوى العاملة الصحية والطلب عليها والمعروض منها، بما في ذلك من خلال التوزيع الجغرافي، وكذلك الثغرات في توزيع القوى العاملة الصحية بين القطاعين العام والخاص، ومن خلال التعاون بين القطاعات؛

(ج) **بناء** القدرة المؤسسية على المستوى دون الوطني والوطني فيما يتعلق بتصريف شؤون الموارد البشرية الصحية وقيادتها، التي ستشكل، على سبيل المثال، عنصراً أساسياً لبناء النظم الصحية الوطنية الشاملة، مما يوفر حلاً طويل الأمد في مجال إدارة الفاشيات الطارئة في مرحلة بدايتها؛

(د) **تجميع** مجموعة أساسية من بيانات الموارد البشرية الصحية، مع تقديم التقارير إلى المرصد الصحي العالمي، وكذلك التنفيذ التدريجي لحسابات القوى العاملة الصحية الوطنية، من أجل دعم السياسة الوطنية والتخطيط الوطني؛ وإطار الرصد والمساءلة الخاص بالاستراتيجية العالمية.

٣- **تدعو** الشركاء والجهات صاحبة المصلحة على الصعيد الدولي والإقليمي والوطني والمحلي داخل قطاع الصحة وخارجه إلى المشاركة في تنفيذ الاستراتيجية العالمية وبلوغ معالمها الرئيسية لعامي ٢٠٢٠ و ٢٠٣٠ وأن تدعم تنفيذها بالمواءمة مع الآليات المؤسسية الوطنية لتنسيق خطة مشتركة بين القطاعات بشأن القوى العاملة الصحية، مع توجيه الدعوة تحديداً إلى:

١ انظر الملحق ٧.

٢ وحسب الاقتضاء، منظمات التكامل الاقتصادي الإقليمي.

٣ مع مراعاة سياق الدول الاتحادية حيث تعتبر الصحة مسؤولية مشتركة بين السلطات الوطنية ودون الوطنية.

(١) يتعين على المؤسسات التعليمية أن تُكَيَّف بنيتها المؤسسية وطرائق التدريس بها بما يتواءم مع أنظمة الاعتماد الوطنية والاحتياجات الصحية للسكان، وأن تُدَرَّب العاملين الصحيين بأعداد كافية وجودة مناسبة ممن تتوافر فيهم المهارات ذات الصلة، مع العمل في الوقت ذاته على تعزيز المساواة بين الجنسين في القبول والتدريس، والحفاظ على الجودة وتعزيز الأداء من خلال برامج التطوير المهني المستمر، بما في ذلك أعضاء هيئات التدريس والقوى العاملة الصحية الموجودة بالفعل؛

(٢) يتعين على المجالس والجمعيات المهنية والهيئات التنظيمية أن تُقَرَّ لوائح تهدف إلى الاستفادة المثلى من كفاءات القوى العاملة، وأن تدعم التعاون بين المهنيين لتطوير مزيج من المهارات يُلبِّي احتياجات السكان؛

(٣) يتعين على صندوق النقد الدولي والبنك الدولي والمصارف الإنمائية الإقليمية وسائر المؤسسات المالية ومؤسسات الإقراض أن تُكَيَّف سياسات الاقتصاد الكلي ومعايير الاستثمار الخاصة بها في ضوء الأدلة المتزايدة على جدوى الاستثمار في تخطيط القوى العاملة الصحية وتدريب العاملين الصحيين وتطويرهم وتعيينهم والإبقاء عليهم في تحقيق التنمية الاقتصادية والاجتماعية وبلوغ أهداف التنمية المستدامة؛

(٤) يتعين على الشركاء الإنمائيين، بما في ذلك الجهات الشريكة ثنائية الأطراف وآليات المساعدة المتعددة الأطراف، أن تعزز استثماراتها في مجال التعليم والتوظيف والصحة وقضايا الجنسين والعمل، وتنسيق هذه الاستثمارات ومواءمتها دعماً للتمويل المحلي الذي يهدف إلى معالجة أولويات القوى العاملة الصحية الوطنية؛

(٥) يتعين على المبادرات الصحية العالمية أن تضمن احتواء كل المنح على تقييم للآثار المترتبة على القوى العاملة الصحية، وأن تستفيد من التنسيق والقيادة على المستوى الوطني، وأن تسهم في القيام باستثمارات تنسم بالكفاءة في سياسات القوى العاملة الصحية الوطنية وتنفيذ هذه السياسات تنفيذاً فعالاً؛

تطلب من المدير العام ما يلي:

-٤

(١) تقديم الدعم إلى الدول الأعضاء، عند طلبها، لتنفيذ الاستراتيجية العالمية ورصدها، بما في ذلك من أجل تحقيق ما يلي:

(أ) تعزيز القوى العاملة الصحية الموجودة لديها والنهوض بها إلى المستوى الأمثل وتوقُّع احتياجات القوى العاملة الصحية في المستقبل وتلبيتها؛

(ب) تعزيز تصريف شؤون الموارد البشرية الصحية وقيادتها وإعداد توجيهات معيارية، وتقديم التعاون التقني، وتعزيز الأنشطة الفعالة عبر الوطنية للتنسيق والمواءمة والمساءلة؛

(ج) إعداد إطار لنظم معلومات القوى العاملة الصحية والمحافظة على هذا الإطار، بما في ذلك النظر في مجموعة أساسية من بيانات القوى العاملة الصحية مع تقديم تقرير سنوي إلى المرصد الصحي العالمي، فضلاً عن التنفيذ التدريجي لحسابات القوى العاملة الصحية الوطنية من أجل تعزيز توافر بيانات القوى العاملة الصحية وجودتها واكتمالها؛

(د) تعزيز تنفيذ القرارات السابقة الصادرة عن جمعية الصحة والتي تتعلق بالقوى العاملة الصحية، بما في ذلك القرار ج ص ٦٦ع-٢٣ (٢٠١٣) بشأن إحداث تحويل في تعليم القوى العاملة الصحية دعماً لتحقيق التغطية الصحية الشاملة، واستبقاء القوى العاملة الصحية، ودعم الدول الأعضاء عند الطلب؛

- (٢) تطوير القدرة على دعم الدول الأعضاء، بما في ذلك دعمها من خلال تعزيز البحوث وعند الطلب، من خلال التعاون التقني والوسائل الأخرى، في اتخاذ الإجراءات الوقائية الملائمة لتحسين وتعزيز سلامة الموظفين الطبيين والصحيين ووسائل انتقالهم ومنشأتهم وحمايتهم، لتحسين قدرة النظم الصحية على الصمود وتعزيز التنفيذ الفعال للتغطية الصحية الشاملة؛
- (٣) تضمين إجراء تقييم لآثار القرارات التقنية التي تنتظر فيها جمعية الصحة واللجان الإقليمية التابعة للمنظمة على القوى العاملة الصحية؛
- (٤) تيسير تبادل المعلومات والممارسات الجيدة بشأن الموارد البشرية الصحية والتعاون بين الدول الأعضاء والجهات صاحبة المصلحة المعنية، ومواصلة الممارسات الموضحة في مدونة المنظمة العالمية لقواعد الممارسة بشأن توظيف العاملين الصحيين على المستوى الدولي؛
- (٥) تقديم تقرير منظم إلى جمعية الصحة عن التقدم المحرز صوب تحقيق المراحل الرئيسية التي حددتها الاستراتيجية العالمية بما يتواءم مع التقارير المقدمة عن المدونة العالمية التي وضعتها المنظمة.
- (الجلسة العامة الثامنة، ٢٨ أيار/مايو ٢٠١٦ -
اللجنة "ب"، التقرير الثالث)

ج ص ٦٩-٢٠ تعزيز ابتكار أدوية الأطفال الجيدة والمأمونة الناجعة والميسورة التكلفة وإتاحتها^١

جمعية الصحة العالمية التاسعة والستون،

بعد أن نظرت في التقرير الخاص بمعالجة حالات نقص الأدوية عالمياً، ومأمونية أدوية الأطفال وإمكانية إتاحتها؛^٢

وإذ تذكر بالقرار ج ص ٦٠-٢٠ (٢٠٠٧) بشأن أدوية أفضل لعلاج الأطفال والقرار ج ص ٦٧-٢٢ (٢٠١٤) بشأن إتاحة الأدوية الأساسية الذي حدد الإجراءات المطلوبة من الدول الأعضاء والمدير العام لدعم تحسين إتاحة أدوية الأطفال الأساسية؛

وإذ تذكر أيضاً بالقرار ج ص ٦٧-٢٠ (٢٠١٤) بشأن تعزيز نظم تنظيم المنتجات الطبية وبأهميته لتعزيز مأمونية أدوية الأطفال وإمكانية إتاحتها والقدرة على تحمل تكاليفها؛

وإذ يساورها القلق إزاء عدم إتاحة أدوية الأطفال الجيدة والمأمونة والناجعة والميسورة التكلفة بأشكال الجرعات الملائمة وإزاء المشاكل المرتبطة باستخدام أدوية الأطفال على نحو رشيد في عدة بلدان، وإزاء استمرار عدم حصول الأطفال دون سن الخامسة بشكل آمن على الصعيد العالمي على الأدوية التي تعالج الالتهاب الرئوي والسل وأمراض الإسهال والعدوى بفيروس العوز المناعي البشري ومرض الأيدز والملاريا فضلاً عن الأدوية المعالجة لكثير من الأمراض المعدية الأخرى والأمراض غير السارية والأمراض النادرة؛

١ انظر الملحق ١٥ للاطلاع على الآثار المالية والإدارية المترتبة على اعتماد هذا القرار بالنسبة إلى الأمانة.

٢ الوثيقة ج ٦٩/٤٢.

وإذ يساورها القلق أيضاً إزاء انعدام أنشطة البحث والتطوير المتعلقة بأنسب أشكال الجرعات للأطفال حسب السن وكذلك المتعلقة بالأدوية الجديدة لمعالجة الأمراض التي تصيب الأطفال والمناسبة لاستخدامها في كل البيئات بما في ذلك المناطق التي تفتقر إلى المياه النظيفة؛

وإذ يُدرك أن أحد العوامل المهمة المرتبطة بمرضاة الأطفال ووفياتهم هو عدم وجود أدوية مأمونة وناجعة وميسورة التكلفة ومضمونة الجودة للأطفال وعدم تغليف الأدوية في عبوات تضمن حماية الأطفال في بعض الظروف؛

وإذ تلاحظ أن عدة بلدان لاتزال تواجه تحديات متعددة لضمان إتاحة أدوية الأطفال والقدرة على تحمل تكاليفها وتوكيد جودتها واستخدامها على نحو رشيد على الرغم من الجهود المتواصلة التي بذلتها الدول الأعضاء والأمانة والجهات الشريكة على مدى عدة عقود؛

وإذ تعترف بالهدف ٣ من خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠ "ضمان تمتع الجميع بأنماط عيش صحية وبإرفاهية في جميع الأعمار" وتلاحظ بشكل خاص الغايات المتعلقة بإتاحة الأدوية، وأهداف الخطة وغاياتها المترابطة؛

وإذ تلاحظ أن التقرير الخاص بالصحة في العالم لعام ٢٠١٠ حدد تعزيز الأدوية الجنيسة كإجراء رئيسي يمكن اتخاذه لتحسين إتاحة الأدوية من خلال تعزيز القدرة على تحمل تكاليفها والاعتراف بأهمية تسريع وتيرة إتاحة الأدوية الجنيسة واستخدامها عقب انتهاء مدة براءات الاختراع؛

وإذ تذكر باتفاقية حقوق الطفل التي تعترف فيها الدول الأطراف بحق الطفل في التمتع بأعلى مستوى صحي يمكن بلوغه وبحقه في مرافق علاج الأمراض وإعادة التأهيل الصحي،

١- تحث الدول الأعضاء^١ على ما يلي:

(١) أن تعجل تنفيذ الإجراءات المبينة في القرار ج ص ع ٦٠-٢٠ بشأن أدوية أفضل لعلاج الأطفال والقرار ج ص ع ٦٧-٢٠ بشأن تعزيز نُظم تنظيم المنتجات الطبية؛^٢

(٢) أن تستفيد من التجارب الناجحة بشأن السياسات الخاصة بأدوية الأطفال في البلدان الأخرى وتضطلع بصياغة تدابير وطنية ملائمة تشمل التشريعات حسب الاقتضاء، والسياسات الخاصة بالمستحضرات الصيدلانية وتنفيذ هذه التدابير دعماً لإتاحة أدوية الأطفال الجيدة والمأمونة والناجعة والميسورة التكلفة؛

(٣) أن تتخذ جميع التدابير اللازمة، بما فيها التشريعات حسب الاقتضاء، لوضع خطط وطنية وهياكل وقدرات تنظيمية لتعزيز هذه التدابير في إطار السياسات الوطنية الخاصة بالمستحضرات الصيدلانية عند الاقتضاء، من أجل تحسين صحة الأطفال؛

(٤) أن تضمن إدراج مراعاة احتياجات الأطفال في السياسات والخطط الصحية الوطنية على أساس الوضع الوطني، مع وضع أغراض واضحة لزيادة إتاحة أدوية الأطفال؛

١ وحسب الاقتضاء، منظمات التكامل الاقتصادي الإقليمي.

٢ مع مراعاة سياقات الدول الاتحادية.

(٥) أن ترسي العمليات المسندة بالبيانات التي تتسم بالشفافية لإعداد قوائمها الوطنية للأدوية الأساسية أو ما يعادل هذه القوائم وتحديث ذلك بهدف إدراج أدوية الأطفال، حسب احتياجات كل بلد وأولوياته في مجال الصحة، مع مراعاة قائمة المنظمة النموذجية للأدوية الأساسية، بما في ذلك قائمة المنظمة النموذجية لأدوية الأطفال الأساسية، وعمليتها المسندة بالبيانات التي تتسم بالشفافية وتأخذ في الاعتبار أهمية الصحة العمومية، والبيانات الخاصة بالنجاعة والمأمونية وفعالية التكلفة المقارنة؛

(٦) أن تنفذ الإجراءات، بالتركيز على الأطفال، حسبما اتفق عليه في إطار الغاية ٣ من الهدف ٣ من أهداف التنمية المستدامة الذي ينص على ما يلي: دعم البحث والتطوير في مجال اللقاحات والأدوية الخاصة بالأمراض السارية وغير السارية التي تتأثر بها البلدان النامية في المقام الأول، وتوفير إمكانية إتاحة الأدوية واللقاحات الأساسية بأسعار معقولة، وفقاً لإعلان الدوحة بشأن الاتفاق المتعلق بالجوانب المتصلة بالتجارة من حقوق الملكية الفكرية وبالصحة العمومية، الذي يؤكد حق البلدان النامية في الاستفادة بالكامل من الأحكام الواردة في الاتفاق بشأن الجوانب المتصلة بالتجارة من حقوق الملكية الفكرية المتعلقة بأوجه المرونة اللازمة لحماية الصحة العمومية، ولاسيما العمل من أجل إمكانية إتاحة الأدوية للجميع؛

(٧) أن تحلل نظمها لتوريد المستحضرات الصيدلانية، بما في ذلك عن طريق استخدام استقصاءات المنظمة الموحدة وتحدد أوجه القصور في هياكل تحديد تكاليف الأدوية وأسعارها ومصادر هوامش الربح المتصلة بأسعار الأدوية وتسعى إلى تخفيض أسعار أدوية الأطفال من خلال النهوض بزيادة توافر الأدوية الجنيسة واستخدامها وتحديد استراتيجيات ترمي إلى تخفيض الأسعار بما يشمل هوامش الربح المتصلة بأسعار الأدوية، بهدف تعزيز توافر أدوية الأطفال والقدرة على تحمل تكاليفها؛

(٨) أن تعزز البحث والتطوير بشأن الأدوية الملائمة لمعالجة الأمراض التي تصيب الأطفال وتضمن خضوع هذه الأدوية لتجارب سريرية عالية الجودة تُجرى بطريقة أخلاقية وتتعاون بغية تيسير أنشطة البحث والتطوير الابتكارية في مجال تركيب أدوية الأطفال بما فيها الأدوية الجنيسة، وموافقة السلطات التنظيمية عليها في الوقت المناسب، وتوفير المعلومات الفورية والكافية بشأنها والاستخدام الرشيد لها؛

(٩) أن تيسر خضوع أدوية الأطفال للتجارب السريرية على أساس مبادئ الأخلاق السليمة والاحتياجات ومبادئ حماية المرضى وتضطلع بتسجيل التجارب السريرية في أي سجل^١ يوفر البيانات إلى المنصة الدولية لسجلات التجارب السريرية التابعة لمنظمة الصحة العالمية وتتيح المعلومات عن هذه التجارب للعموم، بما في ذلك نشر البيانات الموجزة والكاملة الخاصة بالتجارب المستكملة وفقاً للأطر التشريعية الوطنية والإقليمية حسب الاقتضاء؛

(١٠) أن تعزز النظم التنظيمية الوطنية بما في ذلك ترصد الآثار الدوائية الضارة والترصد في مرحلة ما بعد التسويق وتنهض بخضوع أدوية الأطفال لتجارب سريرية متسمة بالجودة ومراعية للأخلاق وإمكانية إتاحة أدوية الأطفال الجيدة والمأمونة والناجعة والميسورة التكلفة وتوافرها؛

(١١) أن تُعزز تعليم القوى العاملة الصحية وتدريبها في مجال الاستعمال الرشيد لأدوية الأطفال بما فيها الأدوية الجنيسة وتُعزز التنقيف الصحي لعامة الناس، لضمان قبول ترشيد استخدام أدوية الأطفال وفهم ترشيد استخدامها؛

١ بما في ذلك السجلات المفتوحة المعترف بها دولياً، مثل clinicaltrials.gov، وغيرها، والسجلات الوطنية.

٢- **تطلب من المدير العام ما يلي:**

(١) أن يعجل تنفيذ الإجراءات المبينة في القرار ج ص ع ٦٠-٢٠ بشأن أدوية أفضل لعلاج الأطفال والقرار ج ص ع ٦٧-٢٢ بشأن إتاحة الأدوية الأساسية والقرار ج ص ع ٦٧-٢٠ بشأن تعزيز نُظم تنظيم المنتجات الطبية؛

(٢) أن يواصل وضع قائمة أدوية الأطفال الأساسية وحفظها ضمن قائمة المنظمة النموذجية للأدوية الأساسية والقائمة النموذجية للأدوية الأساسية للأطفال، باستخدام المبادئ التوجيهية السريرية المسندة بالبيانات وبالتنسيق مع جميع برامج المنظمة ذات الصلة؛

(٣) أن ينظر في التمثيل المناسب لخبراء طب الأطفال في لجنة الخبراء التابعة للمنظمة والمعنية باختيار الأدوية الأساسية واستعمالها؛

(٤) أن يدعم الدول الأعضاء في اتخاذ التدابير المناسبة عن طريق تقديم التدريب وتعزيز القدرات التنظيمية، وفقاً للظروف الوطنية والإقليمية، وفي تعزيز التواصل والتنسيق بين البلدان بشأن تصميم التجارب السريرية الخاصة بطب الأطفال، والموافقة الأخلاقية، وتركيبات المنتجات، بما في ذلك عبر الشبكات التنظيمية؛

(٥) أن يظل يتعاون مع الحكومات^١ والمنظمات الأخرى داخل منظومة الأمم المتحدة، بما في ذلك منظمة التجارة العالمية والمنظمة العالمية للملكية الفكرية، والوكالات المانحة، والمنظمات غير الحكومية، ودوائر صناعة المستحضرات الصيدلانية، من أجل تشجيع تجارة أدوية الأطفال المأمونة والناجعة بطريقة عادلة والتمويل الكافي لضمان تحسين إتاحة هذه الأدوية؛

(٦) أن يدعم الدول الأعضاء في تنفيذ المعايير الخاصة بالتجارب السريرية الأخلاقية والملائمة لأدوية الأطفال عند الاقتضاء وبناءً على الطلب، وبمساعدة التواصل والتنسيق بين الدول الأعضاء^١ بهدف تبادل المعلومات عن التجارب السريرية الخاصة بطب الأطفال؛

(٧) أن يدعم تحليل تكاليف أنشطة البحث والتطوير التي تتعلق بأدوية الأطفال وتشمل الأمراض النادرة لدى الأطفال وتحسين فهم هذه التكاليف؛

(٨) أن يدعم البلدان في تنفيذ السياسات ذات الصلة تمشياً مع خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠ بما فيها الهدف ٣ والغايات المتعلقة بإتاحة الأدوية ويقدم المساعدة التقنية اللازمة في هذا الصدد بناءً على الطلب؛

(٩) أن يقدم تقريراً عن التقدم المحرز في تنفيذ هذا القرار إلى جمعية الصحة العالمية الحادية والسبعين.

(الجلسة العامة الثامنة، ٢٨ أيار/ مايو ٢٠١٦ -
اللجنة "ب"، التقرير الثالث)

^١ وحسب الاقتضاء، منظمات التكامل الاقتصادي الإقليمي.

ج ص ٦٩-٢١ التصدي لعبء الورم الفطري^١

جمعية الصحة العالمية التاسعة والستون،

بعد النظر في التقرير عن الورم الفطري،^٢

وإذ تعرب عن بالغ قلقها إزاء أثر الورم الفطري، ولاسيما في صفوف الأطفال والشباب البالغين في سن العمل، وأعباء المرض الاجتماعية والاقتصادية والمتصلة بالصحة العمومية التي تلقى على كاهل الفقراء والمجتمعات الريفية؛

وإذ تدرك أن الكشف المبكر عن المرض وعلاجه أمران يقللان إلى أدنى حد من العواقب الضارة الناتجة عن الورم الفطري؛

وإذ تلاحظ مع الارتياح التقدم الذي أحرزه بعض الدول الأعضاء في مجال البحث المتعلق بالورم الفطري والتدبير العلاجي لحالات المرض؛

وإذ يساورها القلق لأن عدة عوامل، بما فيها الكشف المتأخر عن حالات الورم الفطري وعدم كفاية الأدوات المتاحة لتشخيص المرض وعلاجه والوقاية منه، تعرقل إحراز المزيد من التقدم؛

وإذ تضع في اعتبارها أن تحقيق أهداف الأمم المتحدة الإنمائية للألفية وأهداف خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠،^٣ وخصوصاً الأهداف المتصلة بالفقر والجوع والصحة والتعليم، قد يتعطل بسبب الأثر السلبي للأمراض المهملة التي تصيب الفقراء بما فيها الورم الفطري،

١- **تتشهد المجتمع الدولي وجميع الجهات صاحبة المصلحة، بما فيها المنظمات الدولية والهيئات التابعة لمنظومة الأمم المتحدة والجهات المانحة والمنظمات غير الحكومية والمؤسسات الوقفية ومؤسسات البحوث، الاضطلاع بما يلي:**

(١) التعاون مباشرة مع البلدان التي يتوطنها المرض، بناءً على طلب تلك البلدان، بهدف تعزيز أنشطة مكافحته؛

(٢) النهوض بالشراكات وتوطيد أو اصر التعاون مع المنظمات والبرامج المعنية بتطوير النظام الصحي بغية ضمان إمكانية إتاحة التدخلات الناجعة لجميع المحتاجين إليها؛

(٣) دعم المؤسسات العاملة على البحوث المتصلة بالورم الفطري؛

١ انظر الملحق ١٥ للاطلاع على الآثار المالية والإدارية المترتبة على اعتماد هذا القرار بالنسبة إلى الأمانة.

٢ الوثيقة ج ٦٩/٣٥.

٣ قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة ١/٧٠، تحويل عالمنا: خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠، انظر الرابط http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1.

٢- تشجع الدول الأعضاء التي يتوطنها الورم الفطري أو يهدد بالتوطن فيها على القيام بما يلي:

- (١) تقييم عبء الورم الفطري وإنشاء برنامج لمكافحته عند الضرورة؛
- (٢) تسريع وتيرة الجهود المبذولة للكشف المبكر عن حالات الورم الفطري وعلاجها؛
- (٣) دمج الجهود الرامية إلى مكافحة الورم الفطري في سائر الأنشطة المعنية لمكافحة الأمراض حيثما أمكن؛
- (٤) إرساء الشراكات وصونها لمكافحة الورم الفطري على الصعيدين القطري والإقليمي في سياق تطوير النظام الصحي؛
- (٥) تلبية الاحتياجات في مجال مكافحة الورم الفطري، بما فيها ما يتعلق بتحسين إتاحة خدمات العلاج وإعادة التأهيل من خلال تعبئة الموارد الوطنية؛
- (٦) توفير التدريب للعاملين الصحيين المعنيين في مجال التدبير العلاجي للورم الفطري؛
- (٧) تكثيف البحوث بهدف استحداث أدوات جديدة لتشخيص الورم الفطري وعلاجه والوقاية منه؛
- (٨) تعزيز وعي المجتمعات المحلية بأعراض المرض لدعم الكشف المبكر عن الحالات والوقاية منها وتكثيف مشاركة المجتمعات المحلية في جهود مكافحة؛

٣- تطلب من المدير العام أن يتولى ما يلي:

- (١) إدراج الورم الفطري في الأمراض التي تسمى "أمراض المناطق المدارية المهملة"؛
- (٢) مواصلة تقديم الدعم التقني إلى المؤسسات العاملة على البحوث المتصلة بالورم الفطري، بما فيها المراكز المتعاونة مع المنظمة، تأييداً لتحسين جهود مكافحة المرض المسندة بالبيانات؛
- (٣) دعم الدول الأعضاء التي يتوطنها المرض لتعزيز القدرات من أجل تحسين الكشف المبكر عن الحالات وإتاحة العلاج؛
- (٤) تعزيز التعاون التقني بين البلدان كوسيلة لتدعيم خدمات الترصد والمكافحة وإعادة التأهيل؛
- (٥) دعم تعزيز القدرات في مجال البحث عبر البرنامج الخاص للبحوث والتدريب في مجال أمراض المناطق المدارية المشتركة بين اليونيسيف وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي والبنك الدولي ومنظمة الصحة العالمية بهدف تلبية الاحتياجات لتحسين وسائل تشخيص الورم الفطري وعلاجه والوقاية منه؛
- (٦) القيام من خلال فريق الخبراء الاستشاري الاستراتيجي والتقني المعني بأمراض المناطق المدارية المهملة بتحديد عملية منهجية وموجهة تقنياً بشأن تقييم أمراض أخرى من بين "أمراض المناطق المدارية المهملة" وإمكانية إدراجها فيها؛
- (٧) تقديم تقرير عن التقدم المحرز في تنفيذ هذا القرار إلى جمعية الصحة العالمية الثانية والسبعين.

(الجلسة العامة الثامنة، ٢٨ أيار/ مايو ٢٠١٦ -

اللجنة "ب"، التقرير الرابع)

ج ص ع ٦٩-٢٢ الاستراتيجيات العالمية لقطاع الصحة بشأن فيروس العوز المناعي البشري والتهاب الكبد الفيروسي والعدوى المنقولة جنسياً للفترة ٢٠١٦-٢٠٢١

جمعية الصحة العالمية التاسعة والستون،

بعد النظر في تقارير الأمانة عن مسودات الاستراتيجيات العالمية لقطاع الصحة بشأن فيروس العوز المناعي البشري والتهاب الكبد الفيروسي والعدوى المنقولة جنسياً على التوالي، للفترة ٢٠١٦-٢٠٢١؛^٢

وإذ تُذكر بالقرار ج ص ع ٦٤-١٤ (٢٠١١) بشأن الاستراتيجية العالمية لقطاع الصحة بشأن الأيدز والعدوى بفيروسه في الفترة ٢٠١١-٢٠١٥ والقرارين ج ص ع ٦٣-١٨ (٢٠١٠) وج ص ع ٦٧-٦ (٢٠١٤) بشأن التهاب الكبد الفيروسي والقرار ج ص ع ٥٩-١٩ (٢٠٠٦) بشأن توقي ومكافحة الأمراض المنقولة جنسياً؛

وإذ تلاحظ الغايات المتعلقة بفيروس العوز المناعي البشري والتهاب الكبد الفيروسي والصحة الجنسية والصحة الإنجابية والتغطية الصحية الشاملة والمحددة في الوثيقة المعنونة - تحويل عالمنا: خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠،^٣

١- **تعتمد** الاستراتيجيات العالمية لقطاع الصحة بشأن فيروس العوز المناعي البشري والتهاب الكبد الفيروسي والعدوى المنقولة جنسياً على التوالي، للفترة ٢٠١٦-٢٠٢١؛^٤

٢- **تحث** الدول الأعضاء على تنفيذ الإجراءات المقترحة الخاصة بالدول الأعضاء على النحو المبين في الاستراتيجيات العالمية لقطاع الصحة بشأن فيروس العوز المناعي البشري والتهاب الكبد الفيروسي والعدوى المنقولة جنسياً على التوالي، للفترة ٢٠١٦-٢٠٢١، بتكليفها مع الأولويات والتشريعات والسياقات المحددة الوطنية؛

٣- **تدعو** الشركاء الدوليين والإقليميين والوطنيين إلى تنفيذ الإجراءات اللازمة للمساهمة في تحقيق الغايات المحددة في الاستراتيجيات العالمية لقطاع الصحة بشأن فيروس العوز المناعي البشري والتهاب الكبد الفيروسي والعدوى المنقولة جنسياً على التوالي، للفترة ٢٠١٦-٢٠٢١؛

٤- **تطلب** من المدير العام الاضطلاع بما يلي:

(١) تنفيذ الإجراءات الخاصة بالأمانة على النحو المبين في الاستراتيجيات العالمية لقطاع الصحة بشأن فيروس العوز المناعي البشري والتهاب الكبد الفيروسي والعدوى المنقولة جنسياً على التوالي، للفترة ٢٠١٦-٢٠٢١؛

١ انظر الملحق ١٥ للاطلاع على الآثار المالية والإدارية المترتبة على اعتماد هذا القرار بالنسبة إلى الأمانة.

٢ الوثائق ج ٣١/٦٩ وج ٣٢/٦٩ وج ٣٣/٦٩.

٣ اعتمدها الجمعية العامة للأمم المتحدة في القرار ١/٧٠ في عام ٢٠١٥، انظر الموقع الإلكتروني التالي: http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1 (تم الاطلاع في ١٩ أيار/ مايو ٢٠١٦).

٤ انظر الملحق ٨.

(٢) تقديم التقارير عن التقدم المحرز في تنفيذ الاستراتيجيات العالمية لقطاع الصحة بشأن فيروس العوز المناعي البشري والتهاب الكبد الفيروسي والعدوى المنقولة جنسياً على التوالي، للفترة ٢٠١٦-٢٠٢١، إلى جمعية الصحة العالمية الحادية والسبعين في عام ٢٠١٨ وإلى جمعية الصحة العالمية الرابعة والسبعين في عام ٢٠٢١.

(الجلسة العامة الثامنة، ٢٨ أيار/ مايو ٢٠١٦ -
اللجنة "ب"، التقرير الرابع)

ج ص ٦٩-٢٣ متابعة تقرير فريق الخبراء الاستشاريين العامل المعني بتمويل وتنسيق البحث والتطوير^١

جمعية الصحة العالمية التاسعة والستون،

بعد النظر في التقرير الخاص بمتابعة تقرير فريق الخبراء الاستشاريين العامل المعني بتمويل وتنسيق البحث والتطوير؛^٢ تقرير الاجتماع المفتوح للدول الأعضاء؛

وإذ تُذكر بالقرار ج ص ٦٦-٢٢ (٢٠١٣) والمقررات الإجرائية الصادرة لاحقاً عن جمعية الصحة بشأن متابعة تقرير فريق الخبراء الاستشاريين العامل المعني بتمويل وتنسيق البحث والتطوير، وإذ تلاحظ التقدم المحرز في تنفيذ خطة العمل الاستراتيجية المؤيدة في القرار ج ص ٦٦-٢٢؛

وإذ تسلم بأن خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠ تشمل دعم البحث والتطوير في مجال اللقاحات والأدوية الخاصة بالأمراض السارية وغير السارية التي تتعرض لها البلدان النامية في المقام الأول، وإتاحة الحصول على الأدوية واللقاحات بأسعار ميسورة، وفقاً لإعلان الدوحة بشأن الاتفاق المتعلق بالجوانب المتصلة بالتجارة من حقوق الملكية الفكرية وبالصحة العمومية، الذي يؤكد حق البلدان النامية في الاستفادة بالكامل من الأحكام الواردة في الاتفاق بشأن الجوانب المتصلة بالتجارة من حقوق الملكية الفكرية المتعلقة بأوجه المرونة اللازمة لحماية الصحة العمومية، ولاسيما إتاحة حصول الجميع على الأدوية؛

وإذ تُذكر بالاستراتيجية وخطة العمل العالميتين بشأن الصحة العمومية والابتكار والملكية الفكرية وبأهدافهما الرامية إلى تعزيز الابتكار، وبناء القدرة، وتحسين إتاحة الموارد وتعبئتها من أجل التصدي للأمراض التي تؤثر تأثيراً غير متناسب على البلدان النامية؛

وإذ تلاحظ مع القلق بوجه خاص أن الحق في التمتع بأعلى مستوى يمكن بلوغه من الصحة البدنية والعقلية، بما في ذلك الحصول على الأدوية، لا يزال هدفاً بعيد المنال بالنسبة إلى الملايين من الناس، بل إن إمكانية تحقيقه في كثير من الحالات، وبخاصة بالنسبة إلى الأطفال والأشخاص الذين يعيشون في فقر تتضاءل؛

وإذ تلاحظ إنشاء الفريق الرفيع المستوى المعني بإتاحة الأدوية الذي شكّله الأمين العام للأمم المتحدة؛

١ انظر الملحق ١٥ للاطلاع على الآثار المالية والإدارية المترتبة على اعتماد هذا القرار بالنسبة إلى الأمانة.

٢ الوثيقة ج ٤٠/٦٩.

وإذ تؤكد أن البحث والتطوير في مجال الصحة ينبغي أن يتوجه إلى الاحتياجات وأن يستند إلى البيّنات وأن يسترشد بالمبادئ الأساسية التالية: يسر التكلفة، والفعالية، والكفاءة، والإنصاف؛ وأنه ينبغي أن يُعتبر مسؤولية مشتركة؛

وإذ تُقر بالدور المحوري للمركز العالمي للبحث والتطوير في مجال الصحة من أجل تجميع ورصد وتحليل المعلومات ذات الصلة عن الأنشطة الخاصة بالبحث والتطوير في مجال الصحة المتعلقة بالأمراض من النمطين الثاني والثالث واحتياجات البحث والتطوير المحددة للبلدان النامية فيما يتعلق بالأمراض من النمط الأول الاحتياجات الخاصة بالمجالات المحتملة التي توجد فيها حالات فشل السوق والمعلومات الخاصة بها ومقاومة مضادات الميكروبات والأمراض المعدية المستجدة التي قد تنتسب في أوبئة كبرى، بالاستناد إلى المرصد الوطنية والإقليمية (أو الوظائف المماثلة) والآليات الراهنة لجمع البيانات، بهدف المساهمة في تحديد الثغرات الكائنة والفرص المتاحة وتعريفها من أجل تنفيذ أولويات البحث والتطوير في مجال الصحة ودعم العمل المنسق بشأن البحث والتطوير في مجال الصحة؛

وإذ تعرب عن قلقها إزاء الثغرة الكبيرة في تمويل خطة العمل الاستراتيجية المؤيدة في القرار جص ٦٦٤-٢٢، بما في ذلك المشاريع الإيضاحية الستة المختارة،

١- تحث الدول الأعضاء^١ على ما يلي:

(١) أن تبذل جهوداً منسقة، ولاسيما من خلال التمويل الكافي والمستدام من أجل التنفيذ الكامل لخطة العمل الاستراتيجية المتفق عليها في القرار جص ٦٦٤-٢٢؛

(٢) أن تنشئ وتشغل وتعزز، حسب الاقتضاء، مرصد وطنية للبحث والتطوير في مجال الصحة أو وظائف مماثلة لتتبع المعلومات ذات الصلة عن البحث والتطوير في مجال الصحة ورصدها وتتيح المعلومات المنتظمة عن الأنشطة ذات الصلة الخاصة بالبحث والتطوير في مجال الصحة للمركز العالمي للبحث والتطوير في مجال الصحة أو للآليات الراهنة الأخرى لجمع البيانات التي تقدم تقارير منتظمة إلى المرصد العالمي للبحث والتطوير في مجال الصحة؛

(٣) أن تقدم الدعم إلى المدير العام في وضع آليات التمويل المستدامة من أجل التنفيذ الكامل لخطة العمل الاستراتيجية المؤيدة في القرار جص ٦٦٤-٢٢؛

٢- تطلب من المدير العام ما يلي:

(١) أن يسرّع التنفيذ الكامل لخطة العمل الاستراتيجية المؤيدة في القرار جص ٦٦٤-٢٢؛

(٢) أن يسرّع مواصلة تطوير مرصد عالمي للبحث والتطوير في مجال الصحة يعمل بكامل طاقته؛

(٣) أن يقدم اختصاصات المرصد العالمي للبحث والتطوير في مجال الصحة وخطة العمل المحددة التكاليف الخاصة به إلى جمعية الصحة العالمية السبعين من خلال المجلس التنفيذي في دورته الأربعين بعد المائة، في إطار بند جدول الأعمال الخاص بفريق الخبراء الاستشاريين العامل المعني بتمويل وتنسيق البحث والتطوير؛

١ وحسب الاقتضاء، منظمات التكامل الاقتصادي الإقليمي.

(٤) أن يسرّع عملية وضع قواعد ومعايير تصنيف البحث والتطوير في مجال الصحة، كجزء من إنشاء المرصد الصحي العالمي للبحث والتطوير، بما في ذلك نماذج التبليغ الموحدة، بالاستناد إلى الموارد القائمة وبالتشاور مع الخبراء وأصحاب المصلحة المعنيين في الدول الأعضاء، من أجل جمع المعلومات وتجميعها على نحو منهجي؛

(٥) أن يروج للمرصد الصحي العالمي للبحث والتطوير بين جميع أصحاب المصلحة، بطرق من بينها إصدار المنشورات المنتظمة المتاحة للاطلاع العام وإجراء أنشطة الدعوة وتشجيع جميع أصحاب المصلحة على التبادل المنتظم للمعلومات ذات الصلة عن البحث والتطوير في مجال الصحة مع المرصد الصحي العالمي للبحث والتطوير؛

(٦) أن يدعم الدول الأعضاء في سعيها إلى إرساء قدرات البحث والتطوير في مجال الصحة أو تعزيزها بما في ذلك رصد المعلومات ذات الصلة عن البحث والتطوير في مجال الصحة؛

(٧) أن ينشئ لجنة خبراء تابعة للمنظمة معنية بالبحث والتطوير في مجال الصحة لإسداء المشورة التقنية بشأن تحديد أولويات البحث والتطوير في مجال الصحة المتعلقة بالأمراض من النمطين الثاني والثالث واحتياجات البحث والتطوير المحددة المتعلقة بالأمراض من النمط الأول في البلدان النامية والمجالات المحتملة حيثما وجدت حالات فشل السوق بالاستناد إلى جملة أمور منها التحاليل المقدمة من المرصد العالمي للبحث والتطوير في مجال الصحة. مع تشاور لجنة الخبراء، عند الاقتضاء، مع جميع أصحاب المصلحة المعنيين في إطار أداء عملها على النحو المحدد في اختصاصاتها التي ستصاغ وتقدم لنظر المجلس التنفيذي في دورته الأربعين بعد المائة؛

(٨) أن يأخذ في الحسبان الدراسة التي أجراها البرنامج الخاص للبحوث والتدريب في مجال أمراض المناطق المدارية المشتركة بين اليونيسيف وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي والبنك الدولي ومنظمة الصحة العالمية ويقدم، بناءً على تقرير فريق الخبراء الاستشاريين العامل المعني بتمويل وتنسيق البحث والتطوير، اقتراحاً يتضمن الأهداف وخطة عملية بشأن صندوق مجمع للتبرعات لدعم البحث والتطوير فيما يتعلق بالأمراض من النمطين الثاني والثالث واحتياجات البحث والتطوير المحددة المتعلقة بالأمراض من النمط الأول في البلدان النامية لعرضه على جمعية الصحة العالمية السبعين من خلال المجلس التنفيذي في دورته الأربعين بعد المائة؛

(٩) أن يضمن أن تصف الخطة العملية طريقة تعاون المرصد العالمي للبحث والتطوير في مجال الصحة ولجنة الخبراء التابعة للمنظمة والمعنية بالبحث والتطوير والفريق العامل العلمي المعني بالصندوق المجمع، بالإشارة إلى أمثلة محددة على الأمراض وبما يتماشى مع المبادئ الأساسية المتمثلة في يسر التكلفة والفعالية والكفاءة والإنصاف ومبدأ الفصل، وأن تتضمن الخطة أيضاً خيارات التمويل المستدام؛

(١٠) أن يعزز استخدام التمويل المستدام والابتكاري ويدعو إليه فيما يتعلق بجميع جوانب خطة العمل الاستراتيجية المؤيدة في القرار ج ص ع ٦٦-٢٢ ويدرج، عند الاقتضاء، خطة العمل الاستراتيجية في الحوار الخاص بالتمويل في المنظمة من أجل تعبئة الموارد الكافية لتحقيق الأهداف التي ينص عليها القرار ج ص ع ٦٦-٢٢؛

(١١) أن يشجع اتساق السياسات ضمن المنظمة بشأن أنشطتها المتعلقة بالبحث والتطوير مثل الأنشطة المتصلة بمخطط البحث والتطوير في مجال الممرضات المستجدة وخطة العمل العالمية بشأن

مقاومة مضادات الميكروبات من حيث تطبيق المبادئ الأساسية المتمثلة في يسر التكلفة والفعالية والكفاءة والإنصاف والهدف المتمثل في عملية الفصل المحددة في القرار ج ص ع ٦٦-٢٢؛

(١٢) أن يقدم تقريراً عن تنفيذ هذا القرار إلى جمعية الصحة العالمية السبعين ويطلب من جمعية الصحة العالمية السبعين النظر في عقد اجتماع آخر مفتوح العضوية للدول الأعضاء بهدف تقييم التقدم المحرز ومواصلة المناقشات بشأن المسائل المتبقية المتعلقة برصد أنشطة البحث والتطوير في مجال الصحة وتنسيقها وتمويلها مع مراعاة التحاليل والتقارير ذات الصلة.

(الجلسة العامة الثامنة، ٢٨ أيار/ مايو ٢٠١٦ -
للجنة "ب"، التقرير الرابع)

ج ص ع ٦٩-٢٤ تعزيز الخدمات الصحية المتكاملة التي تركز على الناس^١

جمعية الصحة العالمية التاسعة والستون،

بعد النظر في متابعة التقرير المقدم عن إطار الخدمات الصحية المتكاملة التي تركز على الناس؛^٢

إذ تعترف بالهدف ٣ من خطة التنمية المستدامة (ضمان تمتع الجميع بأنماط عيش صحية وبالرفاهية في جميع الأعمار) بما في ذلك الغاية ٣-٨ التي تُعنى بتحقيق التغطية الصحية الشاملة، بما في ذلك الحماية من المخاطر المالية، وإمكانية الحصول على خدمات الرعاية الصحية الأساسية الجيدة وإمكانية حصول الجميع على الأدوية واللقاحات الجيدة والفعالة والميسورة التكلفة؛

وإذ تذكر بالقرار ج ص ع ٦٤-٩ (٢٠١١) بشأن استدامة هياكل التمويل الصحي والتغطية الشاملة، الذي يدعو إلى الاستثمار في نُظم تقديم الخدمات الصحية وتعزيز هذه النُظم، ولاسيما الرعاية الصحية الأولية وخدماتها وتوفير الموارد البشرية الكافية للنُظم الصحية ونُظم المعلومات الصحية ضماناً لحصول جميع المواطنين على الرعاية والخدمات الصحية على نحو منصف؛

وإذ تؤكد مجدداً على القرار ج ص ع ٦٢-١٢ (٢٠٠٩) بشأن الرعاية الصحية الأولية، بما في ذلك تعزيز النُظم الصحية، والذي يطلب تنفيذ خطط بشأن توجهات السياسة العامة الأربعة، بما في ذلك وضع الناس في صلب عملية تقديم الخدمات، وتؤكد كذلك مجدداً على الحاجة إلى مواصلة إعطاء الأولوية للتقدم في خطط التنفيذ بشأن توجهات السياسة العامة الثلاثة الأخرى الواردة في القرار ج ص ع ٦٢-١٢ (٢٠٠٩): (١) التصدي للمساواة عن طريق التوجه صوب التغطية الشاملة؛ (٢) العمل المتعدد القطاعات، وإدراج الصحة في جميع السياسات؛ (٣) ممارسة القيادة الشاملة، والتصريف الفعال لشؤون الصحة؛

وإذ تذكر بالقرار ج ص ع ٦٣-١٦ (٢٠١٠) بشأن مدونة المنظمة العالمية لقواعد الممارسة بشأن توظيف العاملين الصحيين على المستوى الدولي، وما ورد فيها من اعتراف بأن وجود قوى عاملة صحية ملائمة وفي المتناول أمر جوهري لتكامل النُظم الصحية ولتقديم الخدمات الصحية الأساسية؛

١ انظر الملحق ١٥ للاطلاع على الآثار المالية والإدارية المترتبة على اعتماد هذا القرار بالنسبة إلى الأمانة.

٢ الوثيقة ج ٦٩/٣٩.

وإذ تذكر بالقرار ج ص ع ٦٤-٧ (٢٠١١) بشأن تعزيز التمريض والقبالة والذي شدد على تنفيذ استراتيجيات لتعزيز التنقيف المشترك بين المهن والممارسة القائمة على التعاون كجزء من خدمات الرعاية التي تركز على الناس، والقرار ج ص ع ٦٦-٢٣ (٢٠١٣) بشأن إحداث تحويل في تعليم القوى العاملة الصحية دعماً لتحقيق التغطية الصحية الشاملة؛

وإذ تؤكد مجدداً على القرار ج ص ع ٦٠-٢٧ (٢٠٠٧) بشأن تعزيز نُظم المعلومات الصحية، والذي يقر بأن المعلومات السليمة تكتسي أهمية حيوية في وضع السياسات الصحية واتخاذ القرارات بالاستناد إلى البيانات، كما تكتسي أهمية أساسية لرصد التقدم المحرز نحو بلوغ الأهداف الإنمائية المتعلقة بالصحة والمتفق عليها دولياً؛

وإذ تذكر بالقرار ج ص ع ٦٧-٢٠ (٢٠١٤) بشأن تعزيز نُظم تنظيم المنتجات الطبية، والقرار ج ص ع ٦٧-٢١ (٢٠١٤) بشأن إتاحة منتجات العلاج البيولوجية بما في ذلك منتجات العلاج البيولوجية المماثلة وضمان جودتها وأمنيتها ونجاعتها، والقرار ج ص ع ٦٧-٢٢ (٢٠١٤) بشأن إتاحة الأدوية الأساسية، والقرار ج ص ع ٦٧-٢٣ (٢٠١٤) بشأن تقييم التدخلات والتكنولوجيات الصحية دعماً للتغطية الصحية الشاملة، والقرار ج ص ع ٦٧-١٨ (٢٠١٤) بشأن الطب الشعبي،

١- **تعتمد** إطار الخدمات الصحية المتكاملة التي تركز على الناس؛^١

٢- **تحث** الدول الأعضاء على ما يلي:

(١) أن تنفذ، حسب الاقتضاء، إطار الخدمات الصحية المتكاملة التي تركز على الناس على الصعيدين الإقليمي والقطري وفقاً للسياقات والأولويات الوطنية؛

(٢) أن تنفذ الخيارات والتدخلات المقترحة المتعلقة بالسياسات للدول الأعضاء في إطار الخدمات الصحية المتكاملة التي تركز على الناس، ووفقاً للأولويات المحددة وطنياً من أجل تحقيق التغطية الصحية الشاملة واستدامتها، بما في ذلك الرعاية الصحية الأولية كجزء من تعزيز النظام الصحي؛

(٣) أن تجعل نُظم الرعاية الصحية أكثر استجابة لاحتياجات الناس، مع الاعتراف بحقوقهم ومسؤولياتهم فيما يتعلق بصحتهم، وإشراك أصحاب المصلحة في وضع السياسات وتنفيذها؛

(٤) أن تعزز تنسيق الخدمات الصحية داخل قطاع الصحة، والتعاون بين القطاعات من أجل التصدي للمحددات الأعم، وضمان اتباع نهج شامل، بما في ذلك تعزيز الصحة والوقاية من الأمراض وتشخيصها وعلاجها، وخدمات التدبير العلاجي للأمراض والتأهيل والرعاية الملطفة؛

(٥) أن تدمج، حسب الاقتضاء، الطب الشعبي والطب التكميلي في النظم الصحية الحديثة، حسب السياق الوطني والسياسات المسندة بالبيانات، مع ضمان مأمونية الخدمات الصحية وجودتها وفعاليتها، مع أخذ نهج صحي شامل بعين الاعتبار؛

٣- **تدعو** الشركاء الدوليين والإقليميين والوطنيين إلى الإحاطة علماً بإطار الخدمات الصحية المتكاملة التي تركز على الناس؛

٤- **تطلب من المدير العام ما يلي:**

- (١) أن يقدم الدعم التقني والإرشادات إلى الدول الأعضاء بشأن تنفيذ إطار الخدمات الصحية المتكاملة التي تركز على الناس، وتطويعه وطنياً ووضع موضع التشغيل، مع إيلاء اهتمام خاص للخدمات الصحية الأولية كجزء من تعزيز النظام الصحي؛
- (٢) أن يضمن المواءمة بين جميع الأجزاء المعنية من المنظمة في المقر الرئيسي وعلى المستوى الإقليمي والقطني، وإشراكها بنشاط والتنسيق بينها في تعزيز وتنفيذ إطار الخدمات الصحية المتكاملة التي تركز على الناس؛
- (٣) أن يضطلع بأنشطة البحث والتطوير بشأن المؤشرات الخاصة بتتبع التقدم العالمي في إطار الخدمات الصحية المتكاملة التي تركز على الناس؛
- (٤) أن يقدم تقريراً عن التقدم في تنفيذ إطار الخدمات الصحية المتكاملة التي تركز على الناس، إلى جمعية الصحة العالمية الحادية والسبعين وجمعية الصحة العالمية الثالثة والسبعين، وعلى فترات منتظمة بعد ذلك.

(الجلسة العامة الثامنة، ٢٨ أيار/ مايو ٢٠١٦ -
اللجنة "ب"، التقرير الرابع)

ج ص ع ٦٩-٢٥ معالجة النقص العالمي في الأدوية واللقاحات، ومأمونية أدوية الأطفال وإتاحتها^١

جمعية الصحة العالمية التاسعة والستون،

بعد النظر في التقرير الخاص بمعالجة النقص العالمي في الأدوية، ومأمونية أدوية الأطفال وإتاحتها^٢؛

وإذ تُذكر بقرارات جمعية الصحة ج ص ع ٦٧-٢٢ (٢٠١٤) بشأن إتاحة الأدوية الأساسية، والقرار ج ص ع ٦٠-٢٠ (٢٠٠٧) بشأن أدوية أفضل لعلاج الأطفال، والقرار ج ص ع ٦٧-٢٠ (٢٠١٤) بشأن تعزيز نُظم تنظيم المنتجات الطبية، والقرار ج ص ع ٦٧-٢١ (٢٠١٤) بشأن إتاحة منتجات العلاج البيولوجية المماثلة وضمان جودتها ومأمونيتها ونجاعتها، والقرار ج ص ع ٦١-٢١ (٢٠٠٨) بشأن الاستراتيجية وخطة العمل العالميتين بشأن الصحة العمومية والابتكار والملكية الفكرية، وج ص ع ٦٥-١٩ (٢٠١٢) بشأن المنتجات الطبية المتعدنية النوعية/ المزورة/ المغشوشة التوسيم/ المغشوشة/ المزيفة، والقرار ج ص ع ٦٥-١٧ (٢٠١٢) بشأن خطة العمل العالمية الخاصة باللقاحات، والقرار ج ص ع ٦٨-٧ (٢٠١٥) بشأن خطة العمل العالمية بشأن مقاومة مضادات الميكروبات، وج ص ع ٦٧-٢٥ (٢٠١٤) بشأن مقاومة مضادات الميكروبات، والقرار ج ص ع ٦٤-٩ (٢٠١١) بشأن هيكل التمويل الصحي المستدام والتغطية الشاملة، وقرار مجلس حقوق

١ انظر الملحق ١٥ للاطلاع على الآثار المالية والإدارية المترتبة على اعتماد هذا القرار بالنسبة إلى الأمانة.

٢ الوثيقة ج ٦٩/٤٢.

الإنسان A/HRC/RES/12/24 (٢٠٠٩) بشأن الحصول على الأدوية في سياق حق كل فرد في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة البدنية والعقلية؛

وإذ تُلاحظ بقلق خاص أن حق ملايين الناس في التمتع بأعلى مستوى من الصحة البدنية والنفسية يمكن بلوغه، بما في ذلك الحصول على الأدوية، لا يزال هدفاً بعيد المنال، ولا سيما بالنسبة للأطفال ومن يعيشون في فقر مدقع، وأن إمكان تحقيق هذا الهدف بات بعيداً بشكل متزايد؛

وإذ تُسلم بأن مواصلة الإمداد بالأدوية العالية الجودة والمأمونة والفعالة يعتبر من اللبنة الأساسية لكل نظام صحي يقوم بدوره بشكل جيد، مما يتطلب سلسلة توريد موثوقة: وإذ تُلاحظ التقارير الخاصة بحالات نقص الأدوية عالمياً ونفاد المخزون والذي يمثل أيضاً انتهاكاً للحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه حسيماً ورد في دستور المنظمة، وأنه يقوض بلوغ أهداف الصحة العمومية المرتبطة بالوقاية والعلاج؛ ويهدد قدرة الحكومات على رفع مستوى الخدمات للوصول إلى التغطية الصحية الشاملة وكذلك قدرتها على الاستجابة الملائمة للفاشيات والطوارئ الصحية؛

وإذ تُذكر بالغاية ٣-٨ من الهدف ٣ من خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠، والتي تشمل الالتزام بتحقيق التغطية الصحية الشاملة، والحماية من المخاطر المالية، وإتاحة خدمات الرعاية الصحية الأساسية الجيدة، وحصول الجميع على الأدوية واللقاحات والمأمونة والفعالة والعالية الجودة بأسعار ميسورة؛

وإذ تُقر بأن خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠، تدعم البحث وتطوير اللقاحات والأدوية الخاصة بالأمراض السارية وغير السارية التي تؤثر في المقام الأول على البلدان النامية، وتوفر فرص الحصول على الأدوية واللقاحات الأساسية بأسعار ميسورة، وفقاً لإعلان الدوحة بشأن الاتفاق المتعلق بالجوانب المتصلة بالتجارة من حقوق الملكية الفكرية وبالصحة العامة، والذي يؤكد على حق البلدان النامية في الاستفادة بالكامل من الأحكام الواردة في الاتفاق بشأن الجوانب المتصلة بالتجارة من حقوق الملكية الفكرية المتعلقة بأوجه المرونة اللازمة لحماية الصحة العامة، ولا سيما العمل من أجل إمكانية حصول الجميع على الأدوية؛^١

وإذ تُلاحظ أن التحديات المتعلقة بنقص الأدوية تؤثر في إتاحة الأدوية؛ وأنها معقدة وواسعة الانتشار ومتزايدة الوتيرة؛ وأنها تؤثر في المواطنين ووكالات الشراء والبلدان، أياً كان مستوى تنميتها وأن المعلومات المتاحة لا تكفي لتحديد حجم المشكلة وخصائصها المحددة؛

وإذ تُلاحظ أيضاً أن الآثار المترتبة على هذا النقص في حالة الأمراض المعدية تؤثر في الصحة العمومية ككل إذ إن نقص/ نفاذ المضادات الحيوية، والأدوية المضادة للسل، والأدوية المضادة للفيروسات القهقرية، والأدوية المضادة للملاريا والأدوية المضادة للطفيليات واللقاحات قد يؤدي إلى انتشار العدوى ليتجاوز آحاد المرضى؛

وإذ ترى أن هناك حاجة لتحسين التعاون الدولي في مجال التعامل مع نقص الأدوية،

١- تحث الدول الأعضاء^٢ على:

أن تعد الاستراتيجيات التي يمكن استخدامها في التنبؤ بالنقص/ نفاذ المخزون وتجنبه أو الحد منه، وتكييفها بما يتواءم مع الأولويات والسياقات الوطنية، بما في ذلك:

(١) أن تنفذ نظم فعالة للإخطار بما يتيح إجراء تدخل تصحيحي لتفادي نقص الأدوية واللقاحات؛

١ القرار ١/٧٠ الصادر (٢٠١٥) عن الجمعية العامة للأمم المتحدة (الهدف ٣، الغاية ٣ب).

٢ وحسب الاقتضاء، منظمات التكامل الاقتصادي الإقليمي.

(٢) أن تضمن اتباع أفضل الممارسات الخاصة بشراء الأدوية واللقاحات وتوزيعها وإدارة العقود للحد من مخاطر نقصها؛

(٣) أن تعد و/ أو تعزز النظم القادرة على رصد إمدادات الأدوية واللقاحات والطلب عليها وإتاحتها وتنبية إدارات المشتريات بأية مشاكل محتملة في توافر الأدوية واللقاحات؛

(٤) أن تعزز القدرات المؤسسية لضمان الإدارة المالية السليمة لنظم المشتريات، ولتلافي نقص التمويل المخصص للأدوية؛

(٥) أن تعطي الأولوية، في حالة النقص، إلى الاحتياجات الصحية لأكثر الفئات تضرراً، وذلك كي تضمن حصول هذه الفئات على الأدوية في الوقت المناسب؛

(٦) أن تعزز التعاون الإقليمي والدولي على دعم نظم الإخطار الوطنية بالتدرج بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر التشارك في أفضل الممارسات، والتدريب على بناء القدرات البشرية من خلال الهياكل الإقليمية ودون الإقليمية حيثما كان ذلك ضرورياً؛

٢- تدعو الصانعين وتجار الجملة ووكالات المشتريات العالمية والإقليمية وغيرها من أصحاب المصلحة المعنيين للمساهمة في الجهود العالمية المبذولة لمواجهة التحديات المرتبطة بنقص الأدوية واللقاحات بما في ذلك من خلال المشاركة في نظم الإخطار؛

٣- **تطلب من المدير العام ما يلي:**

(١) أن يضع تعاريف تقنية، حسب الاقتضاء، لنقص الأدوية واللقاحات ونفادها، مع مراعاة الإتاحة ويسر التكلفة، وذلك بالتشاور مع خبراء الدول الأعضاء في التقيد بالإجراءات التي حددتها المنظمة، وأن يقدم تقريراً عن التعاريف إلى جمعية الصحة العالمية السبعين من خلال المجلس التنفيذي؛

(٢) أن يجري تقديراً لحجم وطبيعة مشكلة نقص الأدوية واللقاحات؛

(٣) أن يدعم الدول الأعضاء في مواجهة التحديات العالمية الخاصة بنقص الأدوية واللقاحات من خلال إعداد نظام إخطار عالمي بنقص الدواء؛ والذي سيشمل معلومات للكشف بشكل أفضل عن نقص الأدوية وفهم أسبابه؛

(٤) أن يقدم تقريراً عن التقدم المحرز في تنفيذ هذا القرار، وعن حصائل هذا التنفيذ، إلى جمعية الصحة العالمية الحادية والسبعين.

(الجلسة العامة الثامنة، ٢٨ أيار/ مايو ٢٠١٦ -
اللجنة "ب"، التقرير الرابع)

المقررات الإجرائية

ج ص ٦٩٤ (١) تشكيل لجنة أوراق الاعتماد

عينت جمعية الصحة العالمية التاسعة والستون لجنة أوراق اعتماد تضم مندوبي الدول الأعضاء التالية: أفغانستان، دولة بوليفيا المتعددة القوميات، جورجيا، هايتي، الهند، كينيا، ليبيريا، مدغشقر، بولندا، جمهورية كوريا، أسبانيا، تونغا.

(الجلسة العامة الأولى، ٢٣ أيار/ مايو ٢٠١٦)

ج ص ٦٩٤ (٢) انتخاب أعضاء مكتب جمعية الصحة العالمية التاسعة والستين

انتخبت جمعية الصحة العالمية التاسعة والستون أعضاء المكتب التالية أسماؤهم:

الرئيس: الدكتور أحمد بن محمد السعيد (عمان)

نواب الرئيس: الدكتور ساثاسيفام سوبرامانيام (ماليزيا)

الدكتور فرانسكو فيرينتيس (بنما)

السيد أسان ناغياوم (تشاد)

الدكتورة أنا إيزابيل سواريس (تيمور - لشتي)

الدكتور أرمين مراديان (أرمينيا)

(الجلسة العامة الأولى، ٢٣ أيار/ مايو ٢٠١٦)

ج ص ٦٩٤ (٣) انتخاب أعضاء مكتب اللجنتين الرئيسيتين

انتخبت جمعية الصحة العالمية التاسعة والستون عضوي مكتب اللجنتين الرئيسيتين التاليين:

اللجنة "أ": السيد مارتن بولز (أستراليا)

اللجنة "ب": الدكتور فوسيت براكونغساي (تايلند)

(الجلسة العامة الأولى، ٢٣ أيار/ مايو ٢٠١٦)

وانتخبت اللجنتان الرئيسيتان بعد ذلك أعضاء المكتب التاليين:

اللجنة "أ": نائبا الرئيس السيدة تارو كويفيستو (فنلندا).

السيد نيكولاس ستيل (غرينادا)

المقرر السيدة عائشة سامية (ملديف)

اللجنة "ب" نائبا الرئيس الدكتورة ماهليت كايفلي (إثيوبيا)
الدكتور أسادي - لاري (جمهورية إيران الإسلامية)
المقرر السيد عبدونومون سيديكوف (أوزبكستان)

(الجلستان الأوليان للجننتين "أ" و"ب"،
٢٣ و ٢٥ أيار/ مايو ٢٠١٦، بالترتيب)

ج ص ٦٩٤ (٤) إنشاء اللجنة العامة

بعد النظر في توصيات لجنة الترشيحات انتخبت جمعية الصحة العالمية التاسعة والستون مندوبي البلدان السبعة عشر التالية أعضاء في اللجنة العامة: أنتيغوا وبربودا، الأرجنتين، بنن، الكامرون، جمهورية أفريقيا الوسطى، الصين، كوت ديفوار، كوبا، إستونيا، فرنسا، العراق، هولندا، الاتحاد الروسي، الصومال، المملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية، جمهورية تنزانيا المتحدة، الولايات المتحدة الأمريكية.

(الجلسة العامة الأولى، ٢٣ أيار/ مايو ٢٠١٦)

ج ص ٦٩٤ (٥) اعتماد جدول الأعمال

اعتمدت جمعية الصحة العالمية التاسعة والستون جدول الأعمال المؤقت الذي أعده المجلس التنفيذي في دورته الثامنة والثلاثين بعد المائة، مع حذف أربعة بنود ونقل البندين ١٦ و ١٧ من اللجنة "أ" إلى اللجنة "ب".

(الجلسة العامة الثانية، ٢٣ أيار/ مايو ٢٠١٦)

ج ص ٦٩٤ (٦) التحقق من أوراق الاعتماد

اعترفت جمعية الصحة العالمية التاسعة والستون بصحة أوراق اعتماد الوفود التالية: أفغانستان؛ ألبانيا؛ الجزائر؛ أندورا؛ أنغولا؛ أنتيغوا وبربودا؛ الأرجنتين؛ أرمينيا؛ أستراليا؛ النمسا؛ أذربيجان؛ جزر البهاما؛ البحرين؛ بنغلاديش؛ بربادوس؛ بيلاروس؛ بلجيكا؛ بوتان؛ دولة بوليفيا المتعددة القوميات؛ البوسنة والهرسك؛ البرازيل؛ بروني دار السلام؛ بلغاريا؛ بوركينا فاسو؛ بوروندي؛ كابو فيردي؛ كمبوديا؛ الكامرون؛ كندا؛ تشاد؛ شيلي؛ الصين؛ كولومبيا؛ جزر القمر؛ الكونغو؛ جزر كوك؛ كوستاريكا؛ كوت ديفوار؛ كرواتيا؛ كوبا؛ قبرص؛ الجمهورية التشيكية؛ جمهورية كوريا الديمقراطية الشعبية؛ جمهورية الكونغو الديمقراطية؛ الدانمرك؛ الجمهورية الدومينيكية؛ إكوادور؛ مصر؛ السلفادور؛ غينيا الاستوائية؛ إريتريا؛ إستونيا؛ إثيوبيا؛ فيجي؛ فنلندا؛ فرنسا؛ غابون؛ جورجيا؛ ألمانيا؛ غانا؛ اليونان؛ غرينادا؛ غواتيمالا؛ غينيا؛ هايتي؛ هندوراس؛ هنغاريا؛ أيسلندا؛ الهند؛ إندونيسيا؛ جمهورية إيران الإسلامية؛ العراق؛ أيرلندا؛ إسرائيل؛ إيطاليا؛ جامايكا؛ اليابان؛ كازاخستان؛ كينيا؛ كيريباتي؛ الكويت؛ جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية؛ لاتفيا؛ لبنان؛ ليسوتو؛ ليبيريا؛ ليتوانيا؛ لكسمبرغ؛ مدغشقر؛ ملاوي؛ ماليزيا؛ ملديف؛ مالي؛ مالطة؛ جزر مارشال؛ موريتانيا؛ موريشيوس؛ المكسيك؛ ولايات ميكرونيزيا الموحدة؛ موناكو؛ منغوليا؛ الجبل الأسود؛ المغرب؛ موزامبيق؛ ميانمار؛ ناميبيا؛ نيبال؛ هولندا؛ نيوزيلندا؛ نيكاراغوا؛ النيجر؛ نيجيريا؛ النرويج؛ عمان؛ باكستان؛ بالاو؛ بنما؛ بابوا غينيا الجديدة؛ باراغواي؛ بيرو؛ الفلبين؛ بولندا؛ البرتغال؛ قطر؛ جمهورية كوريا؛ جمهورية مولدوفا؛ رومانيا؛ الاتحاد الروسي؛ رواندا؛ سانت كيتس ونيفيس؛ سانت فنسنت وجرينادين؛ ساموا؛ سان مارينو؛ سان تومي وبرينسيبي؛ المملكة العربية السعودية؛ السنغال؛ صربيا؛ سيشيل؛ سيراليون؛ سنغافورة؛ سلوفاكيا؛ سلوفينيا؛ جزر سليمان؛ الصومال؛ جنوب

أفريقيا؛ جنوب السودان؛ أسبانيا؛ سري لانكا؛ سورينام؛ سوازيلند؛ السويد؛ سويسرا؛ الجمهورية العربية السورية؛ طاجيكستان؛ تايلند؛ جمهورية مقدونية اليوغوسلافية السابقة؛ تيمور - لشتي؛ توغو؛ تونغا؛ تونس؛ تركيا؛ تركمانستان؛ توفالو؛ أوغندا؛ أوكرانيا؛ الإمارات العربية المتحدة؛ المملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية؛ جمهورية تنزانيا المتحدة؛ الولايات المتحدة الأمريكية؛ أوروغواي؛ أوزبكستان؛ فانواتو؛ جمهورية فنزويلا البوليفارية؛ فييت نام؛ اليمن؛ زامبيا؛ زمبابوي.

(الجلسة العامة السابعة، ٢٧ أيار/ مايو ٢٠١٦)

ج ص ٦٩٤ (٧) انتخاب الدول الأعضاء التي لها الحق في تعيين شخص للعمل عضواً في المجلس التنفيذي

بعد النظر في توصيات اللجنة العامة، انتخبت جمعية الصحة العالمية التاسعة والستون، الدول الأعضاء التالية التي لها الحق في تعيين شخص للعمل عضواً في المجلس التنفيذي: الجزائر، البحرين، بوتان، بوروندي، كولومبيا، فيجي، جامايكا، ليبيا، المكسيك، هولندا، تركيا، فييت نام.

(الجلسة العامة السابعة، ٢٧ أيار/ مايو ٢٠١٦)

ج ص ٦٩٤ (٨) مقرر إجرائي معد بناءً على التوصيات المتفق عليها والصادرة عن الاجتماع الحكومي الدولي المفتوح بشأن إصلاح تصريف الشؤون (جنيف، ٨ و ٩ آذار/ مارس ٢٠١٦، و ٢٨ و ٢٩ نيسان/ أبريل ٢٠١٦)^١

جمعية الصحة العالمية التاسعة والستون، بعد النظر في التقرير الخاص بعملية تشاور الدول الأعضاء بشأن إصلاح تصريف الشؤون^٢، قررت ما يلي:

برنامج زمني تطلعي لجدول أعمال المجلس التنفيذي وجمعية الصحة

(١) أن تطلب من المدير العام إعداد برنامج تخطيط زمني تطلعي سداسي السنوات لبنود جدول الأعمال المتوقعة للمجلس التنفيذي، بما في ذلك لجانة الدائمة، وجمعية الصحة، وذلك على أساس البنود الدائمة والمتطلبات التي تحددها المقررات الإجرائية والقرارات الصادرة عن الأجهزة الرئاسية، وكذلك تلك المنصوص عليها في دستور المنظمة ولوائحها وقواعدها، مع وضع برنامج العمل العام في الاعتبار على وجه الخصوص، ودون المساس ببنود جدول الأعمال الإضافية والتكميلية والعاجلة التي قد تضاف إلى جداول أعمال الأجهزة الرئاسية؛

(٢) أن تطلب من المدير العام تقديم برنامج التخطيط الزمني التطلعي المذكور أعلاه في صورة وثيقة معلومات إلى المجلس التنفيذي في دورته الأربعين بعد المائة، وأن يحدث البرنامج الزمني بانتظام، حسب الاقتضاء؛

١ انظر الملحق ١٥ للاطلاع على الآثار المالية والإدارية المترتبة على اعتماد هذا المقرر الإجرائي بالنسبة إلى الأمانة.

٢ الوثيقة ج ٥/٦٩.

إدارة جدول الأعمال

(٣) أن تطلب من هيئة مكتب المجلس التنفيذي، مع مراعاة مدخلات الدول الأعضاء،^١ أن تستعرض المعايير المطبقة حالياً على النظر في البنود لإدراجها في جدول الأعمال المؤقت للمجلس،^٢ وأن تضع اقتراحات بخصوص المعايير الجديدة/ المنقحة كي تنظر فيها دورة المجلس التنفيذي الأربعون بعد المائة؛

(٤) أن تطلب من المدير العام أن يضع، بعد التشاور مع الدول الأعضاء ومع مراعاة المناقشات السابقة للدول الأعضاء،^٣ وبحلول آخر تشرين الأول/ أكتوبر ٢٠١٦، اقتراحات لتحسين مستوى التناسب بين عدد بنود جداول الأعمال المؤقتة للأجهزة الرئاسية وعدد دوراتها وطول مدة انعقادها وتوقيتها، بما في ذلك الآثار المالية للخيارات المقترحة، كي تنظر فيها جمعية الصحة العالمية السبعون عن طريق دورة المجلس التنفيذي الأربعين بعد المائة؛

القواعد الخاصة ببنود جدول الأعمال الإضافية والتكميلية والعاجلة

(٥) أن تطلب من المدير العام أن يضع تحليلاً للنظام الداخلي للمجلس التنفيذي والنظام الداخلي لجمعية الصحة العالمية من أجل تحديد النقاط الملتبسة والثغرات في إجراءات إدراج بنود جدول الأعمال الإضافية والتكميلية والعاجلة، وأن يضع توصيات بشأن مواصلة تحسين تلك الإجراءات، وأن يقدم تقريراً إلى جمعية الصحة العالمية الحادية والسبعين عن طريق المجلس التنفيذي؛

تحسين أدوات تكنولوجيا المعلومات لتحسين الإتاحة

(٦) أن تطلب من المدير العام أن يواصل تعزيز استخدام أدوات تكنولوجيا المعلومات القائمة والجديدة وأن يجعل استخدامها أيسر على المستخدم من أجل تحسين الوصول المناسب التوقيت والعالى المردود لاجتماعات الأجهزة الرئاسية ولوثائقها، قبل الدورات وبعدها، وأن يواصل اتخاذ ما يلزم من ترتيبات للوصول إلى بث الجلسات العلنية للأجهزة الرئاسية على الإنترنت بعد اختتامها؛

التنسيق على مستوى الإدارة العليا

(٧) أن تعترف بفريق السياسات العالمية^٤ كألية استشارية للمدير العام، وتشجع المدير العام، طبقاً لدستور المنظمة، على مواصلة تعزيز التنسيق على مستوى الإدارة العليا فيما يتعلق بتنفيذ المقررات الإجرائية للمنظمة وسياساتها واستراتيجياتها، على جميع المستويات؛

تحسين الشفافية والمساءلة

(٨) أن تطلب من المدير العام والمديرين الإقليميين أن يتيحوا وثائق تفويض السلطات ورسائل التمثيل على الملأ في منصة إلكترونية^٥ من أجل تحسين الشفافية والمساءلة؛

١ متاحة في الرابط الإلكتروني <http://apps.who.int/gb/mscp/mscp.html> (تم الاطلاع في ٩ أيار/ مايو ٢٠١٦).

٢ انظر المقرر الإجرائي جص ع٦٥ (٩) (٢٠١٢) والقرار مت ١٢١ ق ١ (٢٠٠٧).

٣ انظر الوثيقة مت ١٣٦/٢٠١٥/سجلات/٢، المحاضر الموجزة للجلسة الرابعة (بالإنكليزية)؛ والوثيقة مت ١٣٤/٢٠١٤/سجلات/٢، المحاضر الموجزة للجلستين الخامسة والثانية عشرة، الفرع ٤ (بالإنكليزية)؛ والوثيقة مت ١٣٢/٢٠١٣/سجلات/٢، المحاضر الموجزة للجلستين الخامسة والسادسة (بالإنكليزية).

٤ من الملاحظ أن فريق السياسات العالمية يضم حالياً المدير العام ونواب المدير العام والمديرين الإقليميين.

٥ الفرع الخاص بإصلاح تصريف الشؤون في موقع المنظمة الإلكتروني على سبيل المثال.

تعزيز التنسيق على نطاق اللجان الإقليمية فيما يتعلق بترشيح المديرين الإقليميين

(٩) أن تدعو اللجان الإقليمية، طبقاً للمقرر الإجرائي ج ص ٦٥ع (٩) (٢٠١٢)، إلى النظر في اتخاذ تدابير خاصة بتحسين عملية ترشيح المديرين الإقليميين، مع مراعاة أفضل الممارسات المتبعة في الأقاليم الستة؛

تحسين الشفافية في عملية اختيار المديرين العاميين المساعدين

(١٠) أن تطلب من المدير العام أن يحسن الشفافية في عملية اختيار المديرين العاميين المساعدين، بما في ذلك تحسينها من خلال الإعلان في التوقيت المناسب عن مناصب المديرين العاميين المساعدين بكل اللغات الرسمية؛

تعزيز آليات التخطيط

(١١) أن تشجع المدير العام والمديرين الإقليميين، بالعمل مع رؤساء مكاتب المنظمة القطرية، على أن يعززوا تنفيذ آليات التخطيط^١ التي تحسن المواعمة على نطاق مستويات المنظمة الثلاثة؛

تعزيز المواعمة

(١٢) أن تطلب من المدير العام، بالعمل مع المديرين الإقليميين، أن يجري تقديراً ويقدم تقريراً بشأن تنفيذ الفقرة ٤ من منطوق المقرر الإجرائي ج ص ٦٥ع (٩) في سياق تقديم التقارير عن إصلاح المنظمة، بهدف تعزيز المواعمة بين اللجان الإقليمية والمجلس التنفيذي، فيما يتعلق بكل فقرة فرعية؛

تعزيز وظائف المراقبة

(١٣) أن تدعو اللجان الإقليمية إلى النظر في استعراض ممارساتها الحالية، بما في ذلك ممارسات لجانها الدائمة واللجان المنبثقة عنها، حسب الاقتضاء، بالنظر إلى تعزيز وظائفها الخاصة بالمراقبة؛ وتطلب من المدير العام، بالعمل مع المديرين الإقليميين، أن يستحدث ويصون منصة^٢ لتبادل حصائل الاستعراضات للمساعدة على تحديد أفضل الممارسات في وظائف المراقبة، وأن يقدم تقريراً في الوقت المناسب إلى المجلس التنفيذي؛

تعزيز تعاون المنظمة مع البلدان

(١٤) أن تدعو اللجان الإقليمية إلى تحسين مراقبة عمل المكاتب الإقليمية والقطرية، بما في ذلك مراقبتها عن طريق تحديد أفضل الممارسات ووضع مجموعة شروط بشأن تقديم التقارير عن إدارة المكاتب الإقليمية والقطرية والمعلومات المالية ونتائج البرامج إلى اللجان الإقليمية؛

(١٥) أن تطلب من المدير العام والمديرين الإقليميين أن يقدموا تقرير السنيتين عن وجود المنظمة في البلدان كي تستعرضه اللجان الإقليمية، وكوثيقة معلومات لجمعية الصحة، عن طريق المجلس التنفيذي ولجنة البرنامج والميزانية والإدارة التابعة له.

(الجلسة العامة السابعة، ٢٧ أيار/ مايو ٢٠١٦)

١ شبكات الفئات وسلاسل النتائج، على سبيل المثال.

٢ الصفحة الأولى للموقع الفرعي الخاص بتصريف الشؤون، على سبيل المثال.

ج ص ع ٦٩ (٩) إصلاح عمل المنظمة في إدارة الطوارئ الصحية: برنامج منظمة الصحة العالمية الخاص بالطوارئ الصحية

جمعية الصحة العالمية التاسعة والستون، بعد أن نظرت في التقريرين الخاصين بإصلاح أعمال المنظمة فيما يخص إدارة الطوارئ الصحية،^١ قررت ما يلي:

(١) أن ترحب بالتقدم المُحرز في مجال إعداد برنامج الطوارئ الصحية الجديد، ووضع خطة وإطار زمني لتنفيذه، وإنشاء اللجنة الاستشارية المعنية بالإشراف على الطوارئ؛

(٢) أن تشجع التعاون الجاري مع مكتب تنسيق الشؤون الإنسانية على تعزيز التنسيق على نطاق المنظومة ككل فيما يتعلق بالاستجابة لمخاطر الأمراض المعدية الواسعة النطاق في المستقبل؛

(٣) أن تلاحظ أن الميزانية الإجمالية لبرنامج الطوارئ الصحية وقدراته التشغيلية الجديدة ستُحدّد بمبلغ ٤٩٤ مليون دولار أمريكي في فترة السنتين ٢٠١٦-٢٠١٧، وهو ما يمثل زيادة قدرها ١٦٠ مليون دولار أمريكي على الميزانية الحالية لأعمال المنظمة الأساسية المعيارية والتقنية في ميدان إدارة الطوارئ الصحية؛

(٤) أن توافق على زيادة قدرها ١٦٠ مليون دولار أمريكي في الميزانية البرمجية ٢٠١٦-٢٠١٧ لأغراض استهلال خطة تنفيذ برنامج الطوارئ الصحية الجديد، وتفويض المدير العام بسلطة حشد المزيد من المساهمات الطوعية لتلبية هذه الحاجة المالية في فترة السنتين ٢٠١٦-٢٠١٧؛

(٥) أن تطلب من المدير العام أن يقدم إلى جمعية الصحة العالمية السبعين عن طريق المجلس التنفيذي تقريراً عن التقدم المُحرز والخبرة المكتسبة فيما يخص إنشاء برنامج الطوارئ الصحية وتشغيله.

(الجلسة العامة السابعة، ٢٧ أيار/ مايو ٢٠١٦)

ج ص ع ٦٩ (١٠) الأحوال الصحية في الأرض الفلسطينية المحتلة، بما فيها القدس الشرقية، وفي الجولان السوري المحتل^٢

جمعية الصحة العالمية التاسعة والستون، إذ تضع في اعتبارها المبدأ الأساسي المؤسس في دستور منظمة الصحة العالمية، والذي يؤكد أن صحة جميع الشعوب أمر أساسي لبلوغ السلم والأمن، مع التشديد على أن إتاحة الرعاية الصحية دون عوائق هي عنصر حاسم من عناصر الحق في الصحة؛ وإذ تحيط علماً أيضاً بتقرير الأمانة عن الأحوال الصحية في الأرض الفلسطينية المحتلة، بما فيها القدس الشرقية، وفي الجولان السوري المحتل،^٣ مع الإحاطة علماً أيضاً بتقرير التقييم الميداني عن الأحوال الصحية في الأرض الفلسطينية المحتلة: موجز النتائج،^٤ طلبت من المدير العام ما يلي:

١ الوثيقتان ج ٣٠/٦٩ وج ٦١/٦٩.

٢ انظر الملحق ١٥ للاطلاع على الآثار المالية والإدارية المترتبة على اعتماد هذا المقرر الإجرائي بالنسبة إلى الأمانة.

٣ الوثيقة ج ٤٤/٦٩.

٤ الوثيقة ج ٤٤/٦٩ إضافة ١.

(١) تقديم تقرير وتقديم توصيات عملية عن الأحوال الصحية في الأرض الفلسطينية المحتلة، بما فيها القدس الشرقية، وفي الجولان السوري المحتل، إلى جمعية الصحة العالمية السبعين، من خلال تقييم ميداني تجريه المنظمة، مع التركيز بوجه خاص على ما يلي:

(أ) العقبات المادية والإجرائية التي تعترض سبيل إتاحة الرعاية الصحية في الأرض الفلسطينية المحتلة، بما في ذلك العقبات الناجمة عن القيود المفروضة على التنقل وتجزئة الأرض، وكذلك التقدم المُحرز في تنفيذ التوصيات الواردة في تقرير المنظمة لعام ٢٠١٤ عن "الحق في الصحة: عبور الحواجز من أجل الحصول على الرعاية الصحية في الأرض الفلسطينية المحتلة، ٢٠١٣"؛^١

(ب) حوادث تأخير أو رفض خدمة سيارات الإسعاف، والآثار الضارة المترتبة على "إجراءات التصييق" بالنسبة إلى نقل سيارات الإسعاف للمرضى عبر نقاط التفتيش؛

(ج) الإصابات الجسدية وحالات العجز، وتلف ودمار البنية التحتية والمرافق الطبية، وكذلك العقبات التي تعوق إعمار هذه المرافق الصحية وتطويرها وتجهيزها بالمعدات وتحقيق سلامة العاملين في مجال الرعاية الصحية؛

(د) إتاحة خدمات صحية لائقة للأسرى الفلسطينيين، بما في ذلك إمكانية الوصول إلى العاملين الصحيين الذين يمكنهم العمل بمعزل عن سلطات الاحتجاز، والعواقب الصحية التي يخلفها نظام الاحتجاز العسكري على الأسرى والمحتجزين، وخصوصاً الأطفال المحتجزين، وكذلك التقدم المحرز في تنفيذ التوصيات الواردة في مشروع المنظمة لعام ٢٠١٢ للدعوة إلى الحق في الصحة "Right to Health Advocacy Project"؛

(هـ) أثر طول مدة الاحتلال وانتهاكات حقوق الإنسان على الصحة النفسية والجسدية والبيئية وعلى تطوير نظام صحي مستدام في الأرض الفلسطينية المحتلة، بما في ذلك العواقب الصحية التي تخلفها ظروف المعيشة غير الآمنة، وخصوصاً تلك الناجمة عن التشريد وهدم المنازل والحرمان من الخدمات الطبية؛

(و) أثر الإتاحة المشوية بالعراقيل للمياه وخدمات الإصحاح، وانعدام الأمن الغذائي، على الأحوال الصحية في الأرض الفلسطينية المحتلة، وخصوصاً في قطاع غزة، وأثر الإجراءات الإسرائيلية الضارة بالبيئة، بما في ذلك إلقاء النفايات التي تشكل تهديداً لصحة السكان المدنيين، والتقدم المحرز في تنفيذ التوصيات الواردة في تقرير التقييم المشترك لقطاع الصحة في قطاع غزة في أيلول/سبتمبر ٢٠١٤؛^٢

(ز) تقديم المساعدة والدعم الماليين والتقنيين من جانب الجهات المانحة الدولية، بما في ذلك تقديمها من خلال الأونروا، وإسهامها في تحسين الأحوال الصحية في الأرض الفلسطينية المحتلة؛

١ الحق في الصحة: عبور الحواجز من أجل الحصول على الرعاية الصحية في الأرض الفلسطينية المحتلة، ٢٠١٣. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ ٢٠١٤

(http://www.emro.who.int/images/stories/palestine/documents/WHO_-_RTH_crossing_barriers_to_access_health.pdf?ua=1) تم الاطلاع في ٦ حزيران/يونيو ٢٠١٦).

٢ متاحة في الرابط التالي:

([http://www.emro.who.int/images/stories/palestine/documents/Joint_Health_Sector_Assessment_Report_Gaza_Sept_2014-](http://www.emro.who.int/images/stories/palestine/documents/Joint_Health_Sector_Assessment_Report_Gaza_Sept_2014-final.pdf)) تم الاطلاع في ٦ حزيران/يونيو ٢٠١٦).

(٢) تقديم الدعم إلى الخدمات الصحية الفلسطينية، بما في ذلك تقديمه من خلال برامج بناء القدرات، ووضع خطط استراتيجية للاستثمارات في قدرات محددة للعلاج والتشخيص على الصعيد المحلي؛

(٣) تقديم المساعدة التقنية المتصلة بالصحة إلى السكان السوريين في الجولان السوري المحتل؛

(٤) الاستمرار في تقديم المساعدة التقنية الضرورية لتلبية احتياجات الشعب الفلسطيني الصحية، بمن فيه الأسرى والمحتجزون، وذلك بالتعاون مع جهود اللجنة الدولية للصليب الأحمر، وكذلك الاحتياجات الصحية للمعاقين والمصابين؛

(٥) اقتراح تدابير لتحسين صحة الأسرى والأسرى السابقين وإعادة إدماج الأسرى السابقين في المجتمع المحلي، وتوفير المعلومات للأسرى عن كيفية الصمود أمام اعتلال الصحة والإبلاغ عنه؛

(٦) تقديم الدعم إلى قطاع الصحة الفلسطيني في التأهب لمواجهة حالات الطوارئ، وتعزيز قدرات التأهب لتلك الحالات والاستجابة، وفي الحد من نقص الأدوية المنقذة للأرواح والأدوات الطبية التي تُستعمل مرةً واحدةً والمعدات؛

(٧) دعم تطوير النظام الصحي في الأرض الفلسطينية المحتلة، بما في ذلك تنمية الموارد البشرية، مع التركيز بوجه خاص على تعزيز الرعاية الصحية الأولية ودمج تقديم خدمات الصحة النفسية في خدمات الرعاية الصحية الأولية، وكذلك التركيز على الوقاية الصحية والتدبير العلاج المتكامل للأمراض، وإسداء النصح إلى المانحين بشأن كيفية تقديم أفضل دعم لهذه الأنشطة؛

(٨) ضمان توزيع الموارد البشرية والمالية من أجل تحقيق هذه الأغراض.

(الجلسة العامة السابعة، ٢٧ أيار/ مايو ٢٠١٦)

ج ص ع ٦٩ (١١) الصحة والبيئة: مسودة الدليل التفصيلي لتعزيز الاستجابة العالمية لآثار تلوث الهواء الضارة بالصحة^١

جمعية الصحة العالمية التاسعة والستون، بعد النظر في تقرير الأمانة عن الصحة والبيئة: مسودة الدليل التفصيلي لتعزيز الاستجابة العالمية لآثار تلوث الهواء الضارة بالصحة،^٢ قررت ما يلي:

(١) أن ترحب بالدليل التفصيلي لتعزيز الاستجابة العالمية لآثار تلوث الهواء الضارة بالصحة؛^٣

(٢) أن تطلب من المدير العام أن يقدم تقريراً عن التقدم المحرز نحو تعزيز الاستجابة العالمية لآثار تلوث الهواء الضارة بالصحة إلى جمعية الصحة العالمية الحادية والسبعين، وعن إنجازاته إلى جمعية الصحة العالمية الثالثة والسبعين.

(الجلسة العامة الثامنة، ٢٨ أيار/ مايو ٢٠١٦)

١ انظر الملحق ١٥ للاطلاع على الآثار المالية والإدارية المترتبة على اعتماد هذا المقرر الإجرائي بالنسبة إلى الأمانة.

٢ الوثيقة ج ١٨/٦٩.

٣ انظر الملحق ١١.

ج ص ٦٩ع (١٢) تقرير اللجنة المعنية بالقضاء على سمنة الأطفال

جمعية الصحة العالمية التاسعة والستون، بعد النظر في تقرير اللجنة المعنية بالقضاء على سمنة الأطفال^١ قررت ما يلي:

- (١) أن ترحب بتقرير اللجنة المعنية بالقضاء على سمنة الأطفال^٢؛
- (٢) أن تدعو جميع أصحاب المصلحة المعنيين، بمن فيهم المنظمات الدولية والمنظمات غير الحكومية والمؤسسات الخيرية والمؤسسات الأكاديمية والقطاع الخاص، إلى العمل على تنفيذ الإجراءات الموصى بها في تقرير اللجنة المعنية بالقضاء على سمنة الأطفال، حسب الاقتضاء، وحسب السياق، بغية تعزيز مساهماتهم في القضاء على سمنة الأطفال والمراهقين؛
- (٣) أن توصي الدول الأعضاء بأن تحدد استجابات وطنية للقضاء على سمنة الأطفال والمراهقين، مع مراعاة التوصيات الواردة في تقرير اللجنة المعنية بالقضاء على سمنة الأطفال، ومع تكييفها مع سياقاتها الوطنية؛
- (٤) أن تطلب من المدير العام أن يضع، بالتشاور مع الدول الأعضاء^٣ وأصحاب المصلحة المعنيين، خطة تنفيذ توجه مواصلة اتخاذ الإجراءات بشأن التوصيات الواردة في تقرير اللجنة المعنية بالقضاء على سمنة الأطفال، والتي ستقدم عن طريق المجلس التنفيذي في دورته الأربعين بعد المائة إلى جمعية الصحة العالمية السبعين كي تنظر فيها.

(الجلسة العامة الثامنة، ٢٨ أيار/ مايو ٢٠١٦)

ج ص ٦٩ع (١٣) تعزيز أوجه التآزر بين جمعية الصحة العالمية ومؤتمر الأطراف في اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ؛

جمعية الصحة العالمية التاسعة والستون، بعد أن نظرت في التقرير عن تعزيز أوجه التآزر بين جمعية الصحة العالمية ومؤتمر الأطراف في اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ،^٥ قررت ما يلي:

- (١) دعوة مؤتمر الأطراف في اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ إلى النظر في تقديم تقرير إلى جمعية الصحة العالمية للإعلام عن حصائل هذا المؤتمر، وكذلك في الطرائق المتعلقة بعرض مثل هذا التقرير؛
- (٢) دعوة مؤتمر الأطراف في اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ إلى النظر في دعوة جمعية الصحة إلى تقديم تقرير إلى مؤتمر الأطراف في اتفاقية منظمة الصحة العالمية

١ الوثيقة ج ٦٩/٨.

٢ انظر الملحق ١٢.

٣ وحسب الاقتضاء منظمات التكامل الاقتصادي الإقليمي.

٤ انظر الملحق ١٥ للاطلاع على الآثار المالية والإدارية المترتبة على اعتماد هذا المقرر الإجرائي بالنسبة إلى الأمانة.

٥ الوثيقة ج ٦٩/١١.

الإطارية بشأن مكافحة التبغ للإعلام عن القرارات والمقررات الإجرائية لجمعية الصحة فيما يتصل بالإجراءات المتعلقة بالتبغ؛

(٣) إدراج بند متابعة في جدول الأعمال المؤقت لجمعية الصحة العالمية السبعين.

(الجلسة العامة الثامنة، ٢٨ أيار/ مايو ٢٠١٦)

ج ص ٦٩ع (١٤) تنفيذ اللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥) ١

جمعية الصحة العالمية التاسعة والستون، بعد النظر في تقرير لجنة المراجعة المعنية بدور اللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥) في مواجهة فاشية الإيبولا والاستجابة لها،^٢ والتسليم بدور المنظمة القيادي في هذا المضمار، قررت ما يلي:

(١) أن تنثني على الاختتام الناجح لعمل لجنة المراجعة المعنية بدور اللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥) في مواجهة فاشية الإيبولا والاستجابة لها، وعلى القيادة التي اضطلع بها رئيسها وتقاني أعضائها الموقرين، وتقديم تقريرها إلى المدير العام كي يحيله إلى جمعية الصحة العالمية التاسعة والستين؛

(٢) أن تطلب من المدير العام أن يعدّ مسودة خطة تنفيذ عالمية لتوصيات لجنة المراجعة^٣ لكي تنظر فيها اللجان الإقليمية في عام ٢٠١٦، بحيث تضم المسودة جوانب التخطيط الفوري لتحسين تنفيذ اللوائح الصحية الدولية من خلال تعزيز النهج القائمة، وتبين طريق المضي قدماً في تناول المقترحات الجديدة التي يلزم أن تواصل الدول الأعضاء مناقشتها من الناحية التقنية؛

(٣) أن تطلب من المدير العام أن يقدم الصيغة النهائية من خطة التنفيذ العالمية إلى نظر المجلس التنفيذي في دورته الأربعين بعد المائة.

(الجلسة العامة الثامنة، ٢٨ أيار/ مايو ٢٠١٦)

ج ص ٦٩ع (١٥) البُعد الصحي العمومي لمشكلة المخدرات العالمية، بما في ذلك في سياق الدورة الاستثنائية للجمعية العامة للأمم المتحدة بشأن مشكلة المخدرات العالمية المعقودة في نيسان/ أبريل ٢٠١٦

جمعية الصحة العالمية التاسعة والستون، بعد النظر في تقرير البُعد الصحي العمومي لمشكلة المخدرات العالمية، بما في ذلك في سياق الدورة الاستثنائية للجمعية العامة للأمم المتحدة بشأن مشكلة المخدرات العالمية المعقودة في نيسان/ أبريل ٢٠١٦،^٤ قررت أن يتم إدراج هذا البند في جدول أعمال المجلس التنفيذي في دورته الأربعين بعد المائة التي ستعقد في كانون الثاني/ يناير ٢٠١٧.

(الجلسة العامة الثامنة، ٢٨ أيار/ مايو ٢٠١٦)

١ انظر الملحق ١٥ للاطلاع على الآثار المالية والإدارية المترتبة على اعتماد هذا المقرر الإجرائي بالنسبة إلى الأمانة.

٢ الوثيقة ج ٢١/٦٩.

٣ انظر الملحق ١٣.

٤ الوثيقة ج ١٢/٦٩.

ج ص ٦٩ع (١٦) التخصيص الاستراتيجي لحيز الميزانية^١

جمعية الصحة العالمية التاسعة والستون، بعد النظر في التقرير عن تمويل الميزانية البرمجية ٢٠١٦-٢٠١٧: التخصيص الاستراتيجي لحيز الميزانية،^٢ قررت ما يلي:

(١) أن ترحب بتقرير الفريق العامل المعني بالتخصيص الاستراتيجي لحيز الميزانية، وتعرب عن تقديرها لأعضاء الفريق العامل نظراً للعمل الشامل الذي اضطلعوا به في استعراض العمل السابق، ونظراً لإعداد نموذج منقح على نحو موضوعي ومناسب التوقيت؛^٣

(٢) أن تعتمد النموذج المقترح الذي أوصى به الفريق العامل المعني بالتخصيص الاستراتيجي لحيز الميزانية؛

(٣) أن تطلب من المدير العام أن يقوم بما يلي فيما يتعلق بالنموذج المعتمد:

(أ) تطبيق النموذج الموصى به على مدى ثلاث إلى أربع ثنائيات، والتقليل إلى أدنى حد ممكن من أي أثر سلبي بالنسبة إلى الميزانية على المستوى القطري والإقليمي، وخصوصاً في البلدان الأكثر احتياجاً، وذلك بالتشاور مع المديرين الإقليميين، وبجعل التخصيص الحالي للتعاون التقني على الصعيد القطري نقطة الانطلاق؛

(ب) تقديم تقرير كل ثنائية عن تنفيذ النموذج الجديد في إطار التقارير الخاصة بالميزانية البرمجية، إلى المجلس التنفيذي، من خلال لجنة البرنامج والميزانية والإدارة التابعة له؛

(ج) إجراء استعراضات كل ست سنوات على الأقل من أجل تقييم مدى ملاءمة النموذج للاحتياجات القطرية وأثره على حوافز الميزانيات الإقليمية؛

(٤) أن تطلب من المدير العام كذلك أن يعمل مع المديرين الإقليميين على بذل جهود دؤوبة من أجل استخدام الميزانيات القطرية للمنظمة ورأسمال المنظمة الاجتماعي والفكري في جمع موارد إضافية من أجل تنفيذ البرامج الوطنية ذات الأولوية وتحقيق استدامتها بفعالية.

(الجلسة العامة الثامنة، ٢٨ أيار/ مايو ٢٠١٦)

ج ص ٦٩ع (١٧) تعيين ممثلين في لجنة المعاشات التقاعدية لموظفي منظمة الصحة العالمية

رشحت جمعية الصحة العالمية التاسعة والستون الدكتور باليتا غوناراسنا ماهيبالا من وفد سري لانكا، عضواً في لجنة المعاشات التقاعدية لموظفي منظمة الصحة العالمية لمدة ثلاث سنوات حتى أيار/ مايو ٢٠١٩.

ورشحت جمعية الصحة الدكتور ناوكو يماموتو من وفد اليابان، والدكتور غيراردو لوبين بورغوس برنال من وفد كولومبيا، عضوين بديلين في لجنة المعاشات التقاعدية لموظفي منظمة الصحة العالمية لمدة ثلاث سنوات حتى أيار/ مايو ٢٠١٩.

(الجلسة العامة الثامنة، ٢٨ أيار/ مايو ٢٠١٦)

١ انظر الملحق ١٥ للاطلاع على الآثار المالية والإدارية المترتبة على اعتماد هذا المقرر الإجرائي بالنسبة إلى الأمانة.

٢ الوثيقة ج ٤٧/٦٩.

٣ انظر الملحق ١٤ للاطلاع على النماذج المقترحة من الفريق العامل المعني بالتخصص الاستراتيجي لحيز الميزانية.

ج ص ٦٩٤ (١٨) العقارات: أحدث المعلومات عن استراتيجية تجديد مباني جنيف

جمعية الصحة العالمية التاسعة والستون، بعد أن نظرت في تقرير المدير العام بشأن العقارات: أحدث المعلومات عن استراتيجية تجديد مباني جنيف،^١ قررت ما يلي:

(١) أن تُعرب مجدداً عن تقديرها للاتحاد السويسري ولجمهورية وكانتون جنيف، لحسن الضيافة التي يظهرونها على الدوام؛

(٢) اعتماد استراتيجية تجديد مباني جنيف، على النحو الموضح في التقرير بشأن العقارات: أحدث المعلومات عن استراتيجية تجديد مباني جنيف؛

(٣) أن تأذن للمدير العام بالمضي قدماً في تجديد المبنى الرئيسي (١١٠ ملايين فرنك سويسري) وتشبيد مبنى جديد (١٤٠ مليون فرنك سويسري) في موقع المقر الرئيسي للمنظمة بجنيف بتكلفة إجمالية مقدارها ٢٥٠ مليون فرنك سويسري، علماً بأنه في حال زيادة التكلفة الإجمالية للمشروع بما يزيد على ١٠٪ خلال فترة وضع التصميم، ينبغي الحصول على تصريح جديد من جمعية الصحة العالمية؛

(٤) أن تأذن للمدير العام بقبول كامل مبلغ القرض بدون فوائد المقدم من السلطات الاتحادية السويسرية، وقدره ١٤٠ مليون فرنك سويسري ويسدد على مدى ٥٠ عاماً، رهناً بموافقتها على منحه في كانون الأول/ديسمبر ٢٠١٦؛

(٥) أن توافق على استخدام صندوق العقارات في سداد تكاليف التجديد والقرض بدون فوائد إذا أقرته السلطات السويسرية، على مدى ٥٠ عاماً تبدأ اعتباراً من العام الأول من اكتمال المبنى؛

(٦) أن تطلب من المدير العام:

(أ) ضمان تخصيص ٢٥ مليون دولار أمريكي من كل ثنائية لصندوق العقارات؛

(ب) أن يقدم تقريراً على فترات لا تزيد على سنتين إلى المجلس التنفيذي وجمعية الصحة العالمية بشأن التقدم المحرز في تشييد المبنى الجديد وما يتعلق بذلك من تكاليف.

(الجلسة العامة الثامنة، ٢٨ أيار/مايو ٢٠١٦)

ج ص ٦٩٤ (١٩) اختيار البلد الذي ستُعقد فيه جمعية الصحة العالمية السبعون

قررت جمعية الصحة العالمية التاسعة والستون، طبقاً للمادة ١٤ من الدستور، أن تعقد جمعية الصحة العالمية السبعون في سويسرا.

(الجلسة العامة الثامنة، ٢٨ أيار/مايو ٢٠١٦)

الملاحق

الملحق ١

الاستراتيجية وخطة العمل العالميتان بشأن الشيخوخة والصحة ٢٠١٦-٢٠٢٠: عالم يتسنى فيه لكل فرد أن يحيا حياة طويلة ويتمتع بالصحة^١

[ج٦٩/١٧ - ٢٢ نيسان/ أبريل ٢٠١٦]

الغرض

١- في عام ٢٠١٤، طلبت جمعية الصحة العالمية السابعة والستون إلى المدير العام أن يقوم، بالتشاور مع الدول الأعضاء وسائر أصحاب المصلحة وبالتنسيق مع المكاتب الإقليمية وفي حدود الموارد المتاحة، "بوضع استراتيجية عالمية شاملة وخطة عمل بشأن الشيخوخة والصحة، لينظر فيهما المجلس التنفيذي في كانون الثاني/يناير ٢٠١٦ وجمعية الصحة العالمية التاسعة والستون في أيار/مايو ٢٠١٦".^٢

٢- وتستجيب هذه الاستراتيجية وخطة العمل العالميتان بشأن الشيخوخة والصحة أيضاً لأهداف التنمية المستدامة التي اعتُمدت مؤخراً، والتي تمثل مجموعة متكاملة لا تتجزأ من الأولويات العالمية للتنمية المستدامة. وتُعد الشيخوخة مسألة ذات صلة بالهدفين ١٥ و١٧ بصفة خاصة:

- الهدف ١ - القضاء على الفقر بجميع أشكاله في كل مكان، بين جميع الرجال والنساء؛
- الهدف ٢ - القضاء على الجوع وتوفير الأمن الغذائي والتغذية المحسنة وتعزيز الزراعة المستدامة، بما في ذلك من أجل المسنين؛
- الهدف ٣ - ضمان تمتع الجميع بأنماط عيش صحية وبالرفاهية في جميع الأعمار من خلال التغطية الصحية الشاملة، بما في ذلك الحماية من المخاطر المالية؛
- الهدف ٤ - ضمان التعليم الجيد المنصف والشامل للجميع وتعزيز فرص التعلم مدى الحياة للجميع؛
- الهدف ٥ - تحقيق المساواة بين الجنسين وتمكين كل النساء والفتيات؛
- الهدف ٨ - تعزيز النمو الاقتصادي المطرد والشامل للجميع والمستدام، والعمالة الكاملة والمنتجة، وتوفير العمل اللائق للجميع؛
- الهدف ١٠ - الحد من انعدام المساواة داخل البلدان وفيما بينها، عن طريق تعزيز الدمج الاجتماعي والسياسي والاقتصادي للجميع بغض النظر عن السن؛

١ انظر القرار جصع٦٩-٣ (٢٠١٦).

٢ المقرر الإجرائي جصع٦٧(١٣) (٢٠١٤).

- الهدف ١١ - جعل المدن والمستوطنات البشرية شاملة للجميع وأمنة وقادرة على الصمود ومستدامة، عن طريق توفير سبل استفاضة الجميع من مساحات خضراء وأماكن عامة آمنة وشاملة للجميع ويمكن الوصول إليها ولاسيما بالنسبة إلى المسنين؛
- الهدف ١٦ - التشجيع على إقامة مجتمعات مسالمة لا يهْمش فيها أحد من أجل تحقيق التنمية المستدامة، وإتاحة إمكانية وصول الجميع إلى العدالة، وبناء مؤسسات فعالة وخاضعة للمساءلة وشاملة للجميع على جميع المستويات.

٣- وسيطلب تحقيق هذه الأهداف الطموحة بذل جهود متضافرة من أجل تسخير المساهمات العديدة التي يمكن للمسنين أن يسهموا بها في التنمية المستدامة وضمان عدم تخلفهم عن الركب. وتحدد الاستراتيجية الإطار الذي يمكن من خلاله تحقيق ذلك عن طريق التركيز على قدرة المسنين على الأداء. ويمكن تطبيق هذا النهج على كل هدف، من أجل ضمان تلبية احتياجات المسنين واحترام حقوقهم بالقدر الكافي. وفيما يتعلق بالهدف ٣، فإنه يمثل تحولاً كبيراً مقارنة بالأولويات العالمية الصحية السابقة، حيث كان التركيز يتمحور في كثير من الأحيان على الحد من معدل الوفيات في الأعمار الصغيرة. وفي المقابل فإن تركيز الاستراتيجية يتمحور حول نوعية السنوات الإضافية التي تمكننا هذه التدخلات الآن من التمتع بها.

٤- وتستند الاستراتيجية إلى صكين للسياسات الدولية وجها العمل بشأن الشيخوخة والصحة منذ عام ٢٠٠٢ - خطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة^١ وإطار السياسات بشأن التمتع بالنشاط في مرحلة الشيخوخة^٢. ويشير كلاهما إلى الحق في الصحة وإطاره القانوني الدولي، ويسلطا الضوء على مهارات المسنين وخبراتهم ومساهماتهم المحتملة، بغض النظر عن أوجه القصور البدني والإدراكي لديهم، ويرسما خريطة طيف واسع من المجالات حيث يمكن للعمل السياسي أن يُمكّن من هذه المساهمات وأن يكفل الأمن في الكبر.

٥- ومع ذلك، فإن التقدم المُحرز في تحسين صحة المسنين منذ عام ٢٠٠٢ لم يكن متساو وكان في العموم غير كاف. ويلزم تجديد الالتزام وحشد استجابة أكثر تنسيقاً. وبالتالي فإن هذه الاستراتيجية تتوسع في الصكوك السابقة من أجل تناول تفاصيل الإجراءات اللازمة لتحقيق ذلك. وبذلك فهي تحافظ على النهج القائم على الحقوق الذي انتهجه السكان وتسعى إلى التغلب على العقبات القانونية والاجتماعية والهيكلية التي تحد من التمتع بالصحة في الكبر، كما تسعى إلى ضمان الوفاء بالالتزامات القانونية التي قطعتها الأطراف الفاعلة من الدول ومن غير الدول في سبيل احترام هذه الحقوق وحمايتها وإعمالها.

٦- وتوضح الاستراتيجية إطاراً للعمل يمكن اتباعه من جانب جميع أصحاب المصلحة المعنيين خلال فترة الخمسة عشر عاماً المحددة لأهداف التنمية المستدامة. كما توضح الإجراءات الفعلية التي يمكن اتخاذها في هذا الإطار خلال فترة السنوات الخمس من عام ٢٠١٦ إلى عام ٢٠٢٠.

علاقة الاستراتيجية بالاستراتيجيات والخطط القائمة

٧- تستند الاستراتيجية أيضاً إلى خمس استراتيجيات وخطط عمل إقليمية للمنظمة تتناول صحة المسنين وتجسد المشاورات الموسعة مع الدول الأعضاء وسائر أصحاب المصلحة. وهي تضيف القيمة بتوفير رؤية عامة وإطار للصحة العمومية لتنسيق الإجراءات العالمية، وتأكيد أهمية التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة كإحدى

١ الإعلان السياسي وخطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة. نيويورك: الأمم المتحدة، ٢٠٠٢ (http://www.un.org/en/events/pastevents/pdfs/Madrid_plan.pdf)، تم الاطلاع في ٣ آذار/ مارس (٢٠١٦).

٢ التمتع بالنشاط في مرحلة الشيخوخة: إطار للسياسات. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ ٢٠٠٢ (الوثيقة HO/NMH/NPH/02.8.pdf؛ http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/1/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf)، تم الاطلاع في ٤ كانون الأول/ ديسمبر (٢٠١٥).

أولويات الصحة العمومية وضرورة التزام الدول الأعضاء بحشد استجابة للصحة العمومية تتسم بالاستدامة وتسترشد بالبيّنات. وتجسد الاستراتيجية أيضاً الالتزامات والنهوج والمنصات القائمة وتكمّلها، مثل التغطية الصحية الشاملة، والمحددات الاجتماعية للصحة، ومكافحة الأمراض غير السارية، والوقاية من العجز والعنف والإصابات، وتهيئة المدن والمجتمعات المحلية المراعية للمسنين، وتعزيز الموارد البشرية الصحية، وتطوير الرعاية المتكاملة التي تركز على الناس، ومكافحة الخرف، وضمان تقديم الرعاية الملمطة.

٨- وتستند الاستراتيجية إلى التقرير العالمي بشأن الشيخوخة والصحة.^١ ويوضح هذا التقرير نموذجاً مفاهيمياً للتمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة ويضع إطاراً للصحة العمومية للعمل على تعزيزه. وقد استُخدم هذا الإطار كنقطة انطلاق للمشاورات الموسعة التي أفضت إلى المسودة النهائية للاستراتيجية.

الوضع العالمي

٩- اليوم، لأول مرة في التاريخ، يمكن لمعظم الناس أن يتوقعوا أن يعيشوا ليلغوا السنتين من العمر بل ويتجاوزوها. ويجسد ذلك نجاحنا في التعامل مع أمراض الطفولة القاتلة، ووفيات الأمومة، وفي الآونة الأخيرة وفيات المسنين. وإلى جانب التراجع الواضح في معدلات الخصوبة، تؤدي هذه الزيادة في متوسط العمر المتوقع إلى تغير كبير أيضاً في البنية السكانية، ألا وهو شيخوخة السكان.

١٠- وتُعد الأعمار الطويلة مورداً قيماً للغاية، بالنسبة إلى كل منا كأفراد وبالنسبة إلى المجتمع الأوسع نطاقاً سواءً بسواء. فالمسنون يشاركون ويسهمون في المجتمع بطرق شتى، بما في ذلك كمدرّبين ومقدمين للرعاية وفنانين ومستهلكين ومبتكرين ورجال أعمال وأعضاء في القوى العاملة. ومن شأن هذه المشاركة الاجتماعية أن تعزز بدورها صحة المسنين أنفسهم وعافيتهم.

١١- ومع ذلك فإن حجم الفرص التي تنشأ عن طول العمر سيتوقف بدرجة كبيرة على عامل رئيسي واحد، ألا وهو صحة هؤلاء السكان المسنين. فإذا ما حظى الناس بهذه السنوات الإضافية وهم يتمتعون بالصحة الجيدة ويعيشون في بيئة داعمة، فإن قدرتهم على أداء الأفعال التي يؤمنون بأهميتها لن تحدها عقبات كثيرة. ولكن إذا شهدت هذه السنوات المضافة في معظمها تراجعاً في القدرات البدنية والعقلية، فستكون الآثار المترتبة على ذلك بالنسبة إلى المسنين والمجتمع ككل أسوأ بكثير. وبالتالي فإن ضمان التمتع بأكثر قدر من الصحة في الكبر يكتسي أهمية بالغة إذا كنا لنحقق التنمية المستدامة.

١٢- وليس هناك للأسف سوى قدر قليل من البيّنات التي تشير إلى أن المسنين يتمتعون اليوم بصحة أفضل من التي تمتع بها آباؤهم عندما كانوا في مثل سنهم. وفضلاً عن ذلك، فإن التمتع بالصحة في الكبر ليس موزعاً توزيعاً عادلاً، سواء داخل المجموعات السكانية أو فيما بينها. فنجد مثلاً أن النطاق بين البلدان من حيث متوسط العمر المتوقع عند الميلاد يبلغ ٣٨ عاماً، ومن حيث متوسط العمر المتوقع عند الميلاد مع التمتع بالصحة يبلغ ٣٧ عاماً، ومن حيث متوسط العمر المتوقع في السنين من العمر يبلغ ١٣ عاماً. وفضلاً عن ذلك، فقد اتسعت الفجوة في متوسط العمر المتوقع عند بلوغ السنين من العمر خلال العقود الماضية، بين البلدان المرتفعة الدخل والبلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل. وعلاوة على ذلك فإن مستويات القدرة داخل مجموعة سكانية معينة تكون في عمومها موزعة على سلم اجتماعي يجسد الأثر التراكمي لمختلف المحددات الاجتماعية والاقتصادية للصحة طيلة حياة الفرد. ويتمثل أحد الآثار البالغة الأهمية في أن الأشخاص المسنين الذين لديهم أكبر قدر من الاحتياجات الصحية عادة ما يكونون أيضاً الأشخاص الأقل قدرة على الحصول على الموارد التي قد تساعد على

١ التقرير العالمي بشأن الشيخوخة والصحة. جنيف: منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٥. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf، تم الاطلاع في ٤ كانون الأول/ديسمبر (٢٠١٥).

تلبية هذه الاحتياجات. ويترتب على هذا الارتباط آثار على السياسات التي يلزم أن تصاغ بطرق تتغلب على هذه الإجحافات ولا تعززها.

١٣- ومن الممكن تجنب عدم ضمان التمتع بأكبر قدر من الصحة في سنوات العمر الإضافية. وترتبط معظم المشكلات الصحية للمسنين بالحالات المرضية المزمنة ولاسيما الأمراض غير السارية. ويمكن الوقاية من العديد من هذه الحالات أو تأخيرها باتباع السلوكيات الصحية، ومن خلال البيئات التي تدعم هذه السلوكيات. وحتى لو ظهرت الأمراض المزمنة فيمكن الحد من آثارها عن طريق الرعاية المتكاملة من أجل تعزيز القدرة والحفاظ عليها أو عكس مسار تراجعها. وفيما يتعلق بالأشخاص الذين يعانون من تراجع كبير في القدرة، فإن البيئات الداعمة من شأنها أن تعزز الكرامة والاستقلال والأداء واستمرار النمو الشخصي. ومع ذلك، فإن العالم مازال بعيداً جداً عن هذا الوضع المثالي، ولاسيما فيما يتعلق بالمسنين من الفقراء والفئات المجتمعية المحرومة.

١٤- وثمة حاجة عاجلة إلى حشد استجابة شاملة لتعزيز التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة.

التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة

١٥- إن التغيرات التي تشكل الشيخوخة وتؤثر فيها هي تغيرات معقدة. وعلى المستوى البيولوجي، يؤدي تراكم طيف واسع من الأضرار التي تصيب الجزيئات والخلايا، إلى تراجع تدريجي في الاحتياطات الفيزيولوجية، وزيادة مخاطر الإصابة بأمراض عديدة وتراجع عام في القدرة. ولكن هذه التغيرات ليست خطية ولا متسقة، وهي لا ترتبط بالمرحلة بالسنوات إلا ارتباطاً ضعيفاً. وبالتالي فإن بعض الأشخاص البالغين من العمر ٧٠ عاماً قد يتمتعون بقدرة بدنية وعقلية جيدة، في حين قد يعاني بعضهم الآخر من الضعف ويحتاجون إلى قدر كبير من الدعم من أجل تلبية احتياجاتهم الأساسية.

١٦- وفيما يتجاوز هذه الخسائر البيولوجية، فإن الكبر عادة ما ينطوي على تغيرات أخرى مهمة مثل تبدل الأدوار والأوضاع الاجتماعية. وعلى الرغم من أن بعض هذه التغيرات قد تنجم عن التكيف مع الخسارة، فإن بعضها الآخر يجسد استمرار النمو النفسي في الكبر الذي قد يرتبط بتبلور وجهات النظر الجديدة وتطور السياقات الاجتماعية. وبالتالي فعند حشد استجابة الصحة العمومية للشيخوخة يصبح من الأهمية بمكان النظر في الاستراتيجيات التي تعزز القدرة على الصمود والنمو النفسي الاجتماعي. وحيث إن القواعد الثقافية التي تقيد بأن الكبر هو مرحلة تراجع لابد منها، قد تؤدي إلى تقويض هذه الجهود، فسوف يكون من الأهمية بمكان أيضاً مكافحة القوالب النمطية التي تعرّف حالياً معنى "الكبر".

١٧- وتضع هذه الاستراتيجية إطاراً لهذه الاستجابة من خلال مفهوم التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة الموضح بالتفصيل في التقرير العالمي بشأن الشيخوخة والصحة. ويُعرّف ذلك بأنه "عملية تطوير القدرة على الأداء التي تمكن من التمتع بالعافية في الكبر". وتحدد هذه القدرة على الأداء بواسطة القدرة الأساسية للشخص (أي مجموع قدرات الشخص البدنية والعقلية - بما في ذلك القدرات النفسية الاجتماعية)، والبيئات التي يعيش فيها (بمعناها الأعم، بما في ذلك البيئات المادية والاجتماعية والخاصة بالسياسات)، والتفاعل بينهما.

١٨- والتمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة عملية تستمر طيلة العمر ويمكن أن تكون ذات صلة بالجميع وليس فقط بالأشخاص غير المرضى حالياً. وتحدد القدرة الأساسية في أي وقت من الأوقات من خلال عوامل عدة، بما في ذلك التغيرات الفيزيولوجية والنفسية الأساسية، والسلوكيات المتعلقة بالصحة، ووجود المرض أو عدمه. وهذه العوامل تتأثر بدورها تأثيراً شديداً بالبيئة التي عاش فيها الأشخاص طيلة أعمارهم. ونظراً لأن العلاقة التي تربط الشخص بهذه البيئات تتأثر هي نفسها بعوامل مثل نوع الجنس والعرق الذي ينتمي إليهما الشخص، فإن هذه السمات الشخصية ترتبط أيضاً ارتباطاً قوياً بالقدرة في أي وقت من الأوقات.

١٩- ولكن القدرة الأساسية تمثل بعداً واحداً من أبعاد أداء المسنين. فالبيئات التي يعيشون فيها وتفاعلهم معها هي أيضاً من المحددات الرئيسية لما يمكن للمسنين الذين يحظون بمستوى معين من القدرة أن يفعلوه. فهذه البيئات توفر طيفاً من الموارد أو العقبات التي ستحدد في نهاية المطاف إذا ما كان المسنون قادرين على المشاركة في الأنشطة التي يهتمون بها. ومن ثم فإن المسنين الذين يعانون من الفصال العظمي الوخيم قد يحظون بقدرات أساسية محدودة، ولكنهم قد يكونون مع ذلك قادرين على التسوق إذا ما أُتيحت لهم استخدام أحد الأجهزة المساعدة (مثل عصا المشي أو الكرسي المتحرك أو دراجة القدم) وكانوا يعيشون بالقرب من وسائل النقل الميسورة التكلفة والتي يسهل الانتفاع بها.

٢٠- وهذا التصور المفاهيمي للتمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة يجسد ما يتراكم من جوانب القوى والقصور لدى الفرد على مدى العمر. وبالتالي فيمكن للإجراءات الرامية إلى تحسين مسارات التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة أن تُتخذ في أي سن وسوف يلزم اتخاذها على مستويات متعددة وفي قطاعات متعددة. ونظراً لأن عمل المنظمة في جانب كبير منه يتناول ما يمكن عمله في الأعمار الصغيرة، فإن هذه الاستراتيجية تركز على ما يمكن عمله من أجل الأشخاص في النصف الثاني من أعمارهم.

٢١- وبذلك، فهي تولي عناية خاصة بأهمية تأثير القواعد المتعلقة بنوع الجنس، على مسارات تمتع المسنين في مرحلة الشيخوخة وعلى الأثر الذي قد تتركه الشيخوخة على أسرهم ومجتمعاتهم المحلية. فنوع الجنس له تأثير كبير مثلاً على العديد من السلوكيات المتعلقة بالصحة وما يتعرض له الشخص على مدى العمر. ونتيجة لذلك، فإن النساء عادة ما يعشن حياة أطول من الرجال ولكنهن يتمتعن عموماً بقدر أقل من الصحة طيلة أعمارهن وترتفع معدلات الفقر بينهن مقارنة بالرجال. وفضلاً عن ذلك، فعندما يعاني المسنون من تراجع كبير في القدرة، عادة ما تضطلع الأسرة بدور رئيسي في تقديم الرعاية والدعم اللذين يحتاجون إليهما. وعادة ما تهض النساء بهذه الأدوار غير المدفوعة الأجر والتي لا تحظى بالاحترام الكافي، ويؤدي ذلك إلى الحد من مشاركة النساء في القوى العاملة والتعليم. وقد يكلف ذلك عافيتهن عند الكبر تكلفة كبيرة، نظراً لأنه قد يحد من تراكم مستحقات المعاشات التقاعدية ويزيد مخاطر الفقر وغير ذلك من أشكال انعدام الأمن.

المبادئ التوجيهية

٢٢- تنطلق الاستراتيجية من افتراض أن الشيخوخة تمثل عملية ذات قيمة وإن كانت في كثير من الأحيان محفوفة بالتحديات. وترى الاستراتيجية أن التقدم في العمر أمر جيد وأن المجتمع يستفيد من السكان المسنين. وفي الوقت ذاته، فهي تقر بأن العديد من المسنين سوف يتكبدون خسائر لا يستهان بها، سواء أكانت خسائر في القدرة البدنية أو الإدراكية، أو في أفراد الأسرة والأصدقاء والأدوار التي اضطلعوا بها في مراحل الحياة السابقة. وبعض هذه الخسائر يمكن تجنبها، وينبغي علينا أن نبذل قصارى جهدنا لمنعها. ولكن بعضها الآخر سيكون حتمياً. وينبغي للاستجابة المجتمعية للشيخوخة عدم إنكار هذه التحديات، والسعي إلى تعزيز التعافي والتكيف والكرامة.

٢٣- وسيطلب ذلك اتباع نهج مؤدية إلى التحول تسلم بحقوق المسنين وتمكنهم من الازدهار في البيئة المعقدة والمتغيرة والتي يصعب التنبؤ بها التي سيعيشون فيها على الأرجح سواء في الحاضر أو في المستقبل. ومع ذلك، فإن هذه الاستراتيجية لا تتمحور حول سلوكيات إلزامية ينبغي أن يتبعها المسنون، بل تهدف إلى تعزيز قدرة المسنين أنفسهم على ابتكار المستقبل بطرق قد نعجز نحن والأجيال السابقة حتى عن تصورها.

٢٤- ويجب أن تعزز هذه النهج قدرة المسنين على تقديم مساهمات متعددة في بيئة تحترم كرامتهم وحقوقهم الإنسانية، وتخلو من التمييز القائم على نوع الجنس أو السن. وبالتالي فإن الاستراتيجية تستند إلى المبادئ التالية:

- حقوق الإنسان بما في ذلك حق المسنين في التمتع بالقدرة الأمثل من الصحة وإعماله على نحو تدريجي وخاضع للمساءلة؛

- المساواة بين الجنسين؛
- المساواة وعدم التمييز، ولاسيما التمييز على أساس السن؛
- الإنصاف (تكافؤ الفرص الخاصة بمحددات التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة التي لا تجسد الأوضاع الاجتماعية أو الاقتصادية، أو مكان الميلاد أو الإقامة أو غيرها من المحددات الاجتماعية)؛
- التضامن بين الأجيال (تمكين التماسك الاجتماعي بين الأجيال).

الرؤية والأهداف والأغراض الاستراتيجية

٢٥- تتمثل رؤية الاستراتيجية في عالم يتسنى فيه لكل فرد أن يحيا حياة طويلة ويتمتع بالصحة. وسيشهد هذا العالم تعزيز القدرة على الأداء طيلة العمر وتمتع المسنين بحقوق وفرص متساوية وإمكانية عيشهم دون التعرض للتمييز على أساس السن.

الرؤية

عالم يتسنى فيه لكل فرد أن يحيا حياة طويلة ويتمتع بالصحة

الأغراض الاستراتيجية

- ١- الالتزام بالعمل المرتبط بالتمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة في كل بلد
- ٢- تهيئة البيئات المراعية للمسنين
- ٣- موازنة النظم الصحية مع احتياجات السكان المسنين
- ٤- وضع نظم مستدامة ومنصفة لتقديم الرعاية الطويلة الأجل (المنزل والمجتمعات المحلية والمؤسسات)
- ٥- تحسين القياس والرصد والبحث في مجال التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة

خطة العمل في الفترة ٢٠١٦-٢٠٢٠

الأهداف

- ١- اتخاذ إجراءات مُسندة بالبيّنات لمدة خمس سنوات لتحقيق القدرة القصوى على الأداء وتزويد كل شخص بها.
- ٢- تكوين البيئات والشراكات اللازمة بحلول عام ٢٠٢٠ لدعم عقد التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة من عام ٢٠٢٠ إلى عام ٢٠٣٠.

٢٦- وتحدّد خمسة أغراض استراتيجية. ويجسد أول غرضين، أي الالتزام بالعمل المرتبط بالتمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة في كل بلد وتهيئة البيئات المراعية للمسنين، الآثار المتعددة والمشاركة بين القطاعات على التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة. ويحددان أيضاً معالم السياق الأوسع نطاقاً الذي يمكن فيه لقطاعي الصحة والرعاية الاجتماعية اتخاذ إجراءات أكثر تركيزاً. ويرد عرض هذه الإجراءات ضمن الغرضين الاستراتيجيين ٣ و ٤ المتمثلين في موازنة النظم الصحية مع احتياجات السكان المسنين ووضع نظم للرعاية الطويلة الأجل (في المنزل والمجتمعات والمؤسسات). وتحدد الاستراتيجية هذين الغرضين بصورة منفصلة لتيسير إجراءات القطاعات المحددة رغم أنه من الضروري أخذهما في عين الاعتبار في إطار سلسلة متكاملة من خدمات الرعاية. أما الغرض الاستراتيجي الأخير أي تحسين أنشطة القياس والرصد والبحث في مجال التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة فينتاول الإجراءات اللازمة للمساعدة على إرساء قاعدة البيّنات التي يمكن أن تضمن إحداث الآثار المستهدفة والسعي إلى تحقيق الإنصاف والالتزام بالفعالية من حيث التكاليف في إطار جميع الإجراءات. وهناك

علاقة ترابط وتداخل ودعم متبادل بين الأغراض الاستراتيجية الخمسة التي تتواءم مع هذه الرؤية المتصلة بالتمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة. ويشمل كل غرض من الأغراض الاستراتيجية الخمسة ثلاثة مجالات عمل ذات أولوية.

٢٧- ويرد بيان المساهمات المقترحة التي يمكن للدول الأعضاء والأمانة والجهات الشريكة الأخرى تقديمها من أجل تحقيق هذه الرؤية وهذه الأغراض الاستراتيجية خلال الفترة ٢٠١٦-٢٠٢٠ في التذييل. وتصاغ هذه المساهمات في ظل هدفين. وتوجد عدة ثغرات كبيرة في فهمنا للعوامل التي يمكن أن تعزز التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة غير أن هناك بيانات كافية في عدة ميادين لتحديد الإجراءات التي يمكن اتخاذها في الوقت الحالي للمساعدة على تحقيق هذه الرؤية. وعليه، يركز الهدف الأول أي "اتخاذ إجراءات مُسندة بالبيانات لمدة خمس سنوات لتحقيق القدرة القصوى على الأداء وتزويد كل شخص بها" على ضمان اتخاذ هذه الإجراءات على أوسع نطاق ممكن وعلى نحو يكفل إيلاء عناية خاصة للأشخاص الأقل وصولاً إلى الموارد التي يحتاجون إليها للحفاظ على قدرتهم على الأداء.

٢٨- وعلى الرغم من ذلك، يسلم التقرير العالمي بشأن الشيخوخة والصحة بعدم توفر البيانات والبنى التحتية في عدة مجالات حاسمة. ويرمي الهدف الثاني أي "تكوين البيانات والشراكات اللازمة بحلول عام ٢٠٢٠ لدعم عقد التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة من عام ٢٠٢٠ إلى عام ٢٠٣٠" إلى استخدام فترة السنوات الخمس ٢٠١٦-٢٠٢٠ لسد هذه الثغرات وضمان تمتع الدول الأعضاء والجهات صاحبة المصلحة الأخرى بوضع إمكاناتها من تنفيذ إجراءات منسقة ومُسندة بالبيانات طوال عقد يغطي الفترة بين عامي ٢٠٢٠ و ٢٠٣٠.

الغرض الاستراتيجي ١: الالتزام بالعمل المرتبط بالتمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة في كل بلد

٢٩- يتطلب تعزيز التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة القيادة والالتزام. وسوف يعود الاستثمار في عافية المسنين بعائدات اقتصادية واجتماعية كبيرة. وفي بعض الأحيان سيكون عائد هذه الاستثمارات مباشراً. فالاستثمار، مثلاً، في النظم الصحية التي تتواءم على نحو أفضل مع احتياجات المسنين سينتج عنه تمتعهم بقدر أكبر من القدرة الأساسية، ما سيؤدي بدوره إلى تمكينهم من المشاركة والمساهمة بمزيد من النشاط. وقد تكون العائدات الأخرى أقل وضوحاً من ذلك ولكنها لا تقل عنه أهمية. فالاستثمار في الرعاية الطويلة الأجل، مثلاً، يساعد المسنين الذين يعانون من خسائر كبيرة في القدرة، على الحفاظ على الحياة بكرامة وعلى الاستمرار في النمو الشخصي، ولكنه من شأنه أيضاً أن يحمي الأسر من الوقوع في براثن الفقر، ويسمح للنساء بالبقاء في القوى العاملة، ويعزز التماسك الاجتماعي عن طريق تقاسم المخاطر على صعيد المجتمع المحلي. كما أن معظم الاستثمارات في البنية التحتية أو السياسات من أجل تعزيز التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة ستعود بفوائد مباشرة على القطاعات السكانية الأخرى. فإن تحسين إتاحة وسائل النقل والمباني والمساحات العامة أو تكنولوجيا المعلومات والاتصالات المساعدة، على سبيل المثال، من شأنه أن يبسر دمج جميع الأشخاص ومشاركتهم، بما في ذلك الأشخاص المصابين بالعجز والآباء والأمهات ممن لديهم أطفال صغار. وسوف يستفيد الجميع من النظم الصحية الأكثر تكاملاً وتركيزاً على الناس.

٣٠- ويتطلب تمكين جميع الناس من أن يعيشوا حياة طويلة مع التمتع بالصحة اتباع نهج متعدد القطاعات يشارك فيه مختلف القطاعات ومختلف المستويات الحكومية. كما ينبغي التعاون بين الجهات الفاعلة الحكومية وغير الحكومية، بما في ذلك مقدمو الخدمات ومطورو المنتجات والدوائر الأكاديمية والمسنون أنفسهم. ويجب أن تتمثل إحدى الخطوات الرئيسية في العمل الداعم في بناء التحالفات والفهم المشترك اللذين يمكنان هذا الالتزام المتعدد القطاعات.

٣١- ومع ذلك، فإن هذه الاستراتيجية لا تقترح تنفيذ العمل من أجل التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة كبرنامج عمل مستقل بالضرورة. ففي العديد من الحالات، سيتمثل النهج الأشد فعالية في دمج الإجراءات المُسندة بالبيّنات في عمل البرامج والشراكات الصحية الأخرى، أو في سياسات وقوانين القطاعات الأخرى، مثل تلك التي تتعلق بالإسكان والنقل والحماية الاجتماعية والتعليم والتوظيف. ولكن العمل بشأن التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة لن يتحقق من تلقاء ذاته، بل سيتطلب القيادة والتنسيق وتحقيق فهم أعمق بكثير لما لدى هذا القطاع المتنامي من السكان من طموحات وإمكانات واحتياجات. ومن شأن هذا الالتزام أن يؤسس القاعدة العامة السياسية والتشغيلية التي تمكن من إجراء العمل الفعال والمتعدد الأبعاد، ويضفي عليه الشرعية. وتتمثل إحدى المسؤوليات المحورية لهذه القيادة وهذا الالتزام في ضمان إعلام المسنين والمنظمات الممثلة لهم، ومشاورتهم وإشراكهم مشاركة نشيطة في صياغة السياسات والقوانين التي تؤثر عليهم وفي تنفيذها ورصدها.

٣٢- ولكن الاستراتيجية تقترح أن مكافحة التمييز ضد المسنين تُعد خطوة أساسية في تعزيز التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة. ويتمثل بعض أهم العقبات التي تقف في سبيل العمل ووضع سياسات الصحة العمومية الفعالة بشأن التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة، في التصورات الخاطئة المنتشرة والمواقف والافتراضات السلبية بشأن الشيخوخة والمسنين، والتي يمكن أن تؤثر على سلوك الأفراد (بما في ذلك سلوك المسنين أنفسهم)، وعلى القيم والقواعد الاجتماعية. كما يمكن أن تغير تركيز البحث والسياسات بشأن الشيخوخة والصحة بتشكيل التصور المفاهيمي للمشكلات والحلول المحتملة، والطريقة التي تضع بها المؤسسات القواعد والإجراءات وتنفذها. وما لم تتم مكافحة التمييز ضد المسنين وتغيير هذه المعتقدات والإجراءات الأساسية، فإن قدرتنا على اغتنام الفرص الابتكارية لتعزيز التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة ستكون محدودة. وسيتطلب ذلك إجراءات متنوعة تشمل التشريعات والتدخلات الرامية إلى تغيير القواعد الاجتماعية والتنوعية.

٣٣- ولذا فإن هذا الغرض الاستراتيجي يركز على وضع أطر وطنية وإقليمية للعمل، وتمكين الدول الأعضاء من الاطلاع على البيّنات القائمة واستخدامها، وبذل جهود ملموسة في سبيل التصدي للتمييز ضد المسنين كخطوة أساسية في تعزيز التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة.

الغرض الاستراتيجي ١-١: وضع أطر عمل وطنية متعلقة بالتمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة

٣٤- لا يتعلق تصريف الشؤون بالحكومة وحدها ولكنه يمتد ليشمل علاقتها بالقطاع الخاص والمنظمات غير الحكومية والمجتمع المدني. ومع ذلك، فبوصفها الحامي النهائي لضمان أن يعيش الناس حياة طويلة مع التمتع بالصحة، فإنها مسؤولة على نطاق مختلف مستوياتها الإدارية، عن وضع السياسات والترتيبات المالية وآليات المساءلة الملائمة. ويلزم أن يحدث ذلك على صعيد القطاعات كافة وعلى مختلف المستويات الحكومية.

٣٥- ويلزم وضع الاستراتيجيات الوطنية والإقليمية الواضحة والمُسندة بالبيّنات، التي تُعنى بالشيخوخة والصحة. ويتطلب تصريف الشؤون الخاصة بالتمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة بفعالية، وضع تشريعات وسياسات وخطط مُسندة بالبيّنات، كوثائق مستقلة أو مدمجة على صعيد قطاع الصحة وسائر القطاعات، تولى عناية واضحة بالإنصاف وبالكرامة الأصلية للمسنين وحقوقهم الإنسانية. ويجب أن تعتمد هذه التشريعات والسياسات والخطط نهجاً قائماً على الحقوق في التنمية وأن تدرج آراء المسنين على نحو منهجي. وعلى ذلك، فإنه يلزم ربط هذه الخطط بآليات التنسيق والمساءلة الفعالة من أجل ضمان تنفيذها. ويمكن أن يعززها مجتمع مدني قوي ولاسيما الرابطات الخاصة بالمسنين وأسرهم وبمقدمي الرعاية، ما من شأنه أي يساعد على وضع سياسات وقوانين وخدمات أشد فعالية وخضوعاً للمساءلة بشأن التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة. كما سيسبق العمل أيضاً من تقييم الخبرات وتبادلها دعماً للتمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة على صعيد البلدان.

الغرض الاستراتيجي ١-٢: تعزيز القدرات الوطنية لوضع سياسات مُسندة بالبيّنات

٣٦- على الرغم من الفجوات الكبيرة في معارفنا، لدينا القدر الكافي من البيّنات الذي يمكّن من العمل الآن، وهناك ما يمكن لكل بلد أن يفعله بغض النظر عن وضعه الحالي أو مستوى التنمية فيه. ومن أجل ضمان أن العمل يسترشد بالبيّنات يلزم على رسمي السياسات أن يكونوا على علم بالنتائج الرئيسية للبحوث وأن يمكّنوا من إدراجها عند وضع السياسات. وسيتطلب ذلك آليات أشد فعالية لرأب الصدع بين كيفية توليد المعارف وكيفية استخدامها. وتشمل هذه الآليات ما يلي: النظر في سياق السياسات، مثل دور المؤسسات والإرادة السياسية والأفكار والاهتمامات؛ تيسير وضع البيّنات والمعارف ذات الصلة والملائمة التوقيت، وإجراء البحوث ذات الصلة بشأن الشيخوخة والصحة لاستخدامها في ذلك السياق الخاص بالسياسات، بما في ذلك تدخلات النظم الصحية الفعالة من حيث التكلفة التي يمكن تطبيقها في الظروف المحلية؛ التواصل على نحو أفضل وإتاحة نتائج البحوث لصناع القرار بتجميع البيّنات في حزم بحيث يتمكن راسمو السياسات من استخدامها؛ تمكين صناع القرار من استخدام هذه المعلومات من خلال ثقافة تقدر البيّنات والأخذ بها.

٣٧- وتتمثل إحدى آليات تعزيز ترجمة المعارف إلى سياسات وممارسات في الحوارات الخاصة بالسياسات التي تجمع البيّنات القائمة معاً وتقيم مدى ملاءمتها للأولويات الوطنية. وسيكون من الأهمية بمكان إشراك المجتمع المدني وتمثيل مختلف الفئات العمرية والمصالح في هذه العمليات من أجل تشكيل عملية وضع السياسات وتنفيذها بما يتماشى مع التوقعات المجتمعية.

الغرض الاستراتيجي ١-٣: مكافحة التمييز ضد المسنين وتغيير فهم الشيخوخة والصحة

٣٨- ينبغي أن تكون مكافحة التمييز ضد المسنين في صميم استجابة الصحة العمومية لشيخوخة السكان، أياً كانت. ورغم التحدي الذي يمثله ذلك، فإن الخبرة في التعامل مع أشكال التمييز الأخرى المنتشرة مثل التمييز بين الجنسين والتمييز العنصري، أثبتت أن المواقف والأعراف من الممكن تغييرها. وتتطلب مكافحة التمييز ضد المسنين على الصعيد المؤسسي اعتماد القوانين للحماية من التمييز على أساس السن، وتعديل أو إلغاء القوانين والعادات أو الممارسات التي تؤدي إلى التمييز المباشر أو غير المباشر، واتخاذ التدابير الإدارية الملائمة الأخرى عند اللزوم. وسيتمثل إجراء رئيسي في التخلي عن التصنيف التعسفي القائم على السن (مثل وصف الأشخاص الذين تجاوزوا سنّاً معينة بالمسنين)، حيث يغفل هذا التصنيف التفاوت الكبير في القدرة في أي عمر من الأعمار وقد يؤدي إلى استجابة مبالغ في التبسيط بالاستناد إلى قوالب نمطية لما ينطوي عليه هذا السن. ومن شأن التخلص من هذه المفاهيم الاجتماعية المقيدة أن يعزز وجهة النظر التي ترى أن الكبر على الرغم مما يستتبعه من خسائر، يمكن أن يمثل مرحلة من النمو الشخصي والإبداع والإنتاجية.

٣٩- وتتطلب مكافحة التمييز ضد المسنين أيضاً اتباع أسلوب جديد في فهم الشيخوخة والصحة ينأى عن تصوير المسنين كعبء وعن الافتراض غير الواقعي بأن المسنين قد تجنبوا اليوم التحديات الصحية التي واجهها آباؤهم وأجدادهم بطريقة ما. وستعتمد التصورات الدقيقة للشيخوخة والصحة منظوراً شاملاً للعمر بأكمله وستسعى إلى زيادة الثقة وإزالة الحواجز بين الأجيال، مع تعزيز الشعور بالهوية المشتركة واحترام أوجه الاختلاف. وتشمل الاستراتيجيات الأساسية حملات التواصل التي تكافح التمييز ضد المسنين على نحو مباشر والجهود المتضافرة في الإعلام والترفيه، سعياً إلى تقديم رؤية متوازنة للشيخوخة.

٤٠- وتتمثل خطوة رئيسية أخرى في مكافحة التمييز ضد المسنين في تجميع البيّنات بشأن أدوار المسنين واحتياجاتهم الحالية. ويلزم وضع نماذج اقتصادية جديدة من أجل تقييم المساهمات الإجمالية للمسنين تقيماً شاملاً؛ وتقدير تكلفة تقديم الرعاية (ليس فقط بالنسبة إلى الخدمات العامة وإنما أيضاً بالنسبة إلى مقدمي الرعاية غير الرسميين الذين عادة ما يضطلعون بذلك)؛ وتقدير فوائد التدخلات الرامية إلى تعزيز التمتع بالصحة في

مرحلة الشيخوخة التي تعود على أداء المسنين ومساهماتهم وعلى المجتمع الأوسع نطاقاً (على حاجتهم إلى الرعاية مثلاً). وسوف توفر البيانات التي ستولد مرجعاً مستمراً للخطاب العام اللاحق.

الغرض الاستراتيجي ٢: تهيئة البيئات المراعية للمسنين

٤١- تمثل البيئات السياقات التي يعيش فيها الناس حياتهم. والبيئات المراعية للمسنين تساعد على تعزيز التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة بطريقتين، ألا وهما: دعم بناء القدرة الأساسية والحفاظ عليها على مدى العمر، وتمكين المزيد من القدرة على الأداء بحيث يستطيع الأشخاص الذين يتمتعون بمستويات مختلفة من القدرة أن يادوا الأفعال التي تعد مهمة بالنسبة إليهم.

٤٢- ويمكن أن تستهدف الإجراءات الرامية إلى تهيئة بيئات مراعية للمسنين السياقات المختلفة (البيت أو المجتمع المحلي مثلاً) أو أن تستهدف عوامل بيئية محددة (مثل النقل والإسكان والحماية الاجتماعية والطرق والمنتزهات والمرافق الاجتماعية والصحة والرعاية طويلة الأجل والمواقف والقيم الاجتماعية)، ويمكن التأثير عليها على مختلف المستويات الحكومية (الوطنية أو الإقليمية أو المحلية). وعندما تأخذ الإجراءات الإقصاء الاجتماعي والعقبات التي تحول دون الحصول على الفرص في الاعتبار أيضاً، فإن هذه الجهود الرامية إلى بناء القدرة على الأداء والحفاظ عليها يمكن أن تؤدي كذلك إلى التغلب على الإجحافات بين فئات المسنين.

٤٣- وتقدم شبكة المنظمة العالمية للمدن والمجتمعات المحلية المراعية للمسنين مثلاً جيداً لكيفية تهيئة البيئات المراعية للمسنين بنجاح على الصعيد المحلي. وتجمع الشبكة معاً بلديات من شتى أنحاء العالم تسعى عن طريق العمل المتعدد القطاعات إلى تحويل بيئاتها إلى أماكن أفضل لمعيشة المسنين. وبتخاذ احتياجات المسنين وأفضلياتهم كنقطة انطلاق لتهيئة البيئات المراعية للمسنين، بدلاً من النظر من منظور الخدمات أو من جانب العرض فحسب، تضمن هذه البلديات ملاءمة النهج المحددة للسكان المحليين.

٤٤- وعندما تتسق الإجراءات المراعية للمسنين على صعيد قطاعات ومستويات متعددة، يمكنها تعزيز طيف من مجالات القدرة على الأداء، بما في ذلك "القدرات" الخاصة بتلبية الاحتياجات الأساسية؛ والتحرك، ومواصلة التعلم والنمو واتخاذ القرار؛ وبناء العلاقات والحفاظ عليها؛ وتقديم المساهمات. وعندما تجتمع قطاعات متعددة وأصحاب مصلحة متعددين على الهدف المشترك المتمثل في تعزيز القدرة على الأداء وتشكيل التطور على نحو يعزز هذه القدرات المحددة، من شأن ذلك أن يساعد على ضمان أن المسنين يتقدمون في العمر على نحو آمن في المكان الملائم لهم، وأنهم لا يعانون من الفقر، ويمكنهم مواصلة النمو الشخصي ويمكنهم المساهمة في مجتمعاتهم المحلية مع احتفاظهم بالاستقلال وتمتعهم بالصحة. ويُعد هذا النهج ملائماً أيضاً في حالات الطوارئ.

٤٥- ومع ذلك، ففي حين أن التدخلات التي تنفذ على صعيد السكان مثل وسائل النقل التي يسهل استخدامها قد توفر مورداً لجميع المسنين، لن يستطيع بعضهم الاستفادة منها استفادة كاملة في غياب الدعم المصمم خصيصاً لهم من أجل تعزيز استقلالهم ومشاركتهم. فمثلاً، قد تتوقف قدرة إحدى النساء المسنات على الحركة على رغبتها في الخروج، وعلى توافر أجهزة التحرك المحددة المرتبطة باحتياجاتها (مشاية أو كرسي متحرك أو ما إلى ذلك)، وعلى مدى إتاحة طرق المشاة والمباني والإضاءة وأمونيبتها، وعلى تكريم سائق الحافلة والركاب الآخرين بمساعدتها على الصعود إلى الحافلة أو النزول منها.

٤٦- ويوضح هذا الغرض الاستراتيجي النهج التي تحقق أكبر قدر من مشاركة المسنين مع التركيز على تعزيز استقلالهم وتمكينهم من المشاركة. ونظراً لأن العمل المتعدد الإجراءات لازماً لتحقيق هذه النهج، فإن النهج الثالث يشير إلى كيفية عمل القطاعات معاً بفعالية من أجل تحقيق أعظم الأثر.

الغرض الاستراتيجي ٢-١: تعزيز استقلال المسنين

٤٧- أشار المسنون مراراً وتكراراً إلى الاستقلال كعنصر أساسي من عناصر العافية وإلى تأثيره القوي على كرامتهم وسلامتهم وحرمتهم وعدم اعتمادهم على الآخرين. وللمسنين الحق في الاختيار وفي التحكم في طيف من المسائل، بما في ذلك الأماكن التي يعيشون فيها، والعلاقات التي يقيمونها، والملابس التي يرتدونها، والطريقة التي يقضون بها أوقاتهم، وإذا ما كانوا سيتلقون العلاج. ومع ذلك، فإن العديد من المسنين - ولاسيما النساء - لا يتمتعون بعد بهذه الفرص على مدى أعمارهم. ويجب إعمال هذه الحقوق والحريات الأساسية بغض النظر عن السن والجنس ومستوى القدرة الأساسية، بما في ذلك في حالات الطوارئ والرعاية المؤسسية، ويلزم أن ينص عليها القانون (تم تناول ذلك في الغرض الاستراتيجي ١).

٤٨- ويُشكل الاستقلال بفعل عدة عناصر، بما في ذلك قدرة المسنين، والبيئات التي يعيشون فيها، والموارد الشخصية (مثل العلاقة مع الأبناء وسائر أفراد الأسرة، والأصدقاء، والجيران، والشبكات المجتمعية الأوسع نطاقاً) والموارد المالية التي يمكنهم الاستفادة منها، والفرص المتاحة أمامهم. ويعتمد الاستقلال اعتماداً كبيراً على تلبية احتياجات الشخص المسن الأساسية وعلى إتاحة طيف من الخدمات، مثل النقل والتعلم المستمر طيلة العمر (تم تناول ذلك في الغرض الاستراتيجي ٢-٣). ويتعرض استقلال المسنين للتقويض في حالات الطوارئ بصفة خاصة، إن لم تتخذ الإجراءات الملائمة.

٤٩- ويمكن تعزيز الاستقلال بغض النظر عن مستوى القدرة التي يتمتع بها الشخص المسن بواسطة طيف من الآليات، بما في ذلك التخطيط المسبق للرعاية، ودعم اتخاذ القرار، وإتاحة الأجهزة المساعدة الملائمة. وعندما تتكيف هذه الآليات مع الفرد والبيئة المحيطة به، اللذين قد يتغيران عبر الزمن، من شأنها أن تُمكن المسنين من استبقاء أعلى مستوى من التحكم في حياتهم. وتشمل الإجراءات الأخرى التي تؤثر مباشرة على استقلال المسنين، حماية حقوقهم الإنسانية وكفالتهم عن طريق إنكفاء الوعي ووضع التشريعات والآليات التي تتصدى لانتهاك هذه الحقوق.

٥٠- وعلى النحو الموضح في التقرير العالمي بشأن الشيخوخة والصحة، فإن أحد المخاطر الرئيسية التي تهدد استقلال المسنين هو إساءة معاملة المسنين، الذي يتضرر منه حالياً واحد من كل ١٠ مسنين يعيشون في المجتمع المحلي، ونسبة أكبر من ذلك من المسنين الذين يعيشون في مؤسسات الرعاية. ويمثل السقوط أحد المخاطر الأخرى التي تهدد الاستقلال. وسوف يتعرض نحو ٣٠٪ من الأشخاص الذين تتجاوز أعمارهم ٦٥ عاماً، و ٥٠٪ من الأشخاص الذين تتجاوز أعمارهم ٨٥ عاماً الذين يعيشون في المجتمع المحلي للسقوط مرة واحدة على الأقل سنوياً. ولذا فإنه يلزم اتخاذ إجراءات محددة لحماية حق المسنين في السلامة من الإصابة والعنف وإساءة المعاملة.

الغرض الاستراتيجي ٢-٢: تمكين المسنين من المشاركة

٥١- من شأن إشراك المسنين في عمليات التنمية أن يساعد على بناء مجتمعات متماسكة تنعم بالسلام والإنصاف والأمن. ولا يؤدي استبعاد المسنين من هذه العمليات إلى تقويض عافيتهم ومساهماتهم فحسب، بل قد يؤثر أيضاً تأثيراً كبيراً على عافية الأجيال الأخرى وإنتاجيتها. فالمسنون يقدمون مساهمات اجتماعية واقتصادية عديدة إلى أسرهم ومجتمعاتهم المحلية ومجتمعاتهم الأعم، مثل مساعدة الأصدقاء والجيران، وتدريب الأقران والأشخاص الأصغر سناً، ورعاية أفراد الأسرة والمجتمع المحلي الأوسع نطاقاً، وكمستهلكين وعاملين ومتطوعين. ولذا فيجب أن يكون تمكين مشاركة المسنين هدفاً محورياً للتنمية الاجتماعية الاقتصادية، ويُعد ضمان استطاعتهم المشاركة في هذه العمليات والاستفادة منها ضرورياً.

٥٢- ومن شأن الاستثمار في المسنين من خلال التنظيمات المجتمعية والمنظمات المعنية بالمسنين ومجموعات المساعدة الذاتية، على سبيل المثال، أن يبسر مشاركة المسنين. وعندما تكون هذه المنظمات مطورة وممولة على النحو الملائم، يمكنها أيضاً أن تضطلع بدور مهم في تقديم الخدمات، بما في ذلك في حالات الطوارئ، مثلاً عن طريق تحديد الأشخاص المسنين الذين قد يتعرضون للعزل والوحدة، وتوفير المعلومات، ودعم الأقران والرعاية طويلة الأجل، وضمان إتاحة الفرصة أمام المسنين لمواصلة بناء وحفظ المهارات التي يحتاجون إليها كي يهتدوا إلى طريقهم في هذا العالم المتغير ويستفيدوا منه ويؤثروا فيه.

الغرض الاستراتيجي ٢-٣: تعزيز العمل المتعدد القطاعات

٥٣- تؤثر معظم السياسات والنظم والخدمات تأثيراً مباشراً على قدرة المسنين على التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة. كما تؤثر الطريقة التي تقدم بها هذه السياسات والنظم والخدمات تأثيراً مختلفاً على المسنين وأسرتهم.

٥٤- ولا يمكن لقطاع واحد أن يعزز قدرة المسنين على الأداء. فالقدرة على الحركة مثلاً، تتأثر تأثيراً مباشراً بالقطاعات المسؤولة عن النقل، والتخطيط الحضري، والإسكان، والإعلام، والصحة، والرعاية الاجتماعية. ومن شأن العمل معاً أن يحقق مكاسب مهمة ناجمة عن زيادة الكفاءة، حيث قد يؤدي العمل في مجال معين إلى الحد من الاحتياجات في المجالات الأخرى. فإدخال التعديلات على المساكن أو توفير التكنولوجيات المساعدة، مثلاً، قد يقلل من الحاجة إلى الرعاية طويلة الأجل.

٥٥- وفي إمكان الاستراتيجيات وخطط العمل الوطنية والإقليمية بشأن التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة، على النحو الموضح في الغرض الاستراتيجي ١، أن توفر إطاراً للعمل من جانب أصحاب المصلحة المعنيين. ومع ذلك فيلزم اتخاذ إجراءات فعلية ومتسقة داخل القطاعات وعلى نطاقها، إذا كانت هذه الأطر تؤثر تأثيراً إيجابياً على قدرة المسنين على الأداء. وفضلاً عن ذلك، يلزم أن تشمل هذه الجهود البرامج والمبادرات المتنوعة المتعددة القطاعات الضرورية لتعزيز القدرة على الأداء، بما في ذلك وضع نظم الحماية الاجتماعية وأستدامتها، وتحسين إتاحة الإسكان الملائم، والتمكين من التعلم المستمر طوال الحياة، وتقديم الرعاية الصحية والطويلة الأجل الفعالة، وتعزيز مساهمة المسنين في القوى العاملة عن طريق التطوع والنهوض بالأدوار الاجتماعية الأخرى. وسيختلف تنفيذ هذه البرامج والمبادرات بطبيعة الحال من مكان إلى مكان وبين المستويات الحكومية ووفقاً للظروف (بين السياقات المتضررة من الكوارث والسياقات غير المتضررة، على سبيل المثال).

٥٦- ويُعد جمع واستخدام المعلومات المصنفة وفقاً للسن والحالة الاجتماعية الاقتصادية بشأن قدرة المسنين على الأداء، مهمين من أجل توثيق عدم المساواة والتصدي للإجفافات، وتقييم مدى فعالية السياسات والنظم والخدمات القائمة في تلبية الاحتياجات واحترام حقوق جميع المسنين، وتحديد ما يعترها من الثغرات. كما تُعد إمكانية الاطلاع على المعلومات والممارسات الجيدة مهمة للحكومات وسائر أصحاب المصلحة الرئيسيين في سبيل دعم تنفيذ خطط العمل والدعوة إلى العمل والدعم السياسي والتقني من أجل التنفيذ.

الغرض الاستراتيجي ٣: موازنة النظم الصحية مع احتياجات السكان المسنين

٥٧- مع تقدم الأشخاص في السن عادة ما تصبح احتياجاتهم الصحية مزمنة وأشد تعقيداً. وقد ثبت أن النظم والخدمات الصحية التي تلبى هذه الاحتياجات المتعددة الأبعاد على نحو متكامل أشد فعالية من الخدمات التي تمثل مجرد ردود أفعال مستقلة لكل مرض محدد. ومع ذلك فالعديد من النظم القائمة مصممة تصميماً أفضل لعلاج الحالات القصيرة المدى، وتستمر في إدارة المشكلات الصحية على نحو غير مترابط ومجزأ، وتفتقر إلى التنسيق على صعيد مقدمي الخدمات والأماكن والأوقات. وينتج عن ذلك خدمات رعاية صحية وخدمات أخرى لا تعجز فحسب عن تلبية احتياجات المسنين على نحو كافٍ، بل تؤدي إلى تكاليف كبيرة ويمكن تجنبها، بالنسبة إلى المسنين والنظام الصحي سواءً بسواء. وحيثما توجد الخدمات، كثيراً ما تكون هناك عقبات تحد من قدرة

المسنين على الوصول إليها، مثل غياب وسائل المواصلات، وارتفاع التكلفة، والتمييز ضد المسنين في تقديم الرعاية الصحية.

٥٨- وغالباً ما يغفل الفنيون الصحيون المشكلات التي تهم المسنين مثل قرح الفراش، والألم المزمن، وصعوبة السمع أو الإبصار أو المشي أو أداء الأنشطة اليومية أو الاجتماعية. وما زال التركيز السريري في الرعاية الصحية الأولية يتمحور حول الكشف عن الأمراض وعلاجها؛ ونظراً لأن هذه المشكلات لا تعتبر أمراضاً، فإن مقدمي الرعاية الصحية قد لا يكونوا على دراية بكيفية التعامل معها، وعادة ما يفتقرون إلى الإرشادات بشأن التعرف على حالات الضعف ومتلازمات الشيخوخة، أو التدريب على ذلك. ويؤدي ذلك إلى عزوف المسنين عن تلقي الخدمات، وعدم التزامهم بالعلاج، أو عدم تقدمهم إلى عيادات الرعاية الصحية الأولية، اعتقاداً منهم بأنه لا يوجد علاج للمشكلات التي يعانون منها. وعادة ما لا تُكتشف العلامات الأخرى المبكرة لتراجع القدرة على الأداء مثل سرعة المشي أو قوة العضلات، ولا تُعالج أو تُرصد، ما يُعد بالغ الأهمية في تأخير تراجع القدرة وعكس مساره. ويلزم إدخال الجديد من نهج ونماذج التدخلات السريرية على مستوى الرعاية الصحية الأولية، إذا كان الهدف يتمثل في منع الاعتماد على الرعاية والاحتفاظ بالقدرة الأساسية.

٥٩- وينبغي إجراء تحول في الطريقة التي تصمم بها النظم الصحية، لضمان الإتاحة الميسورة التكلفة للخدمات المتكاملة التي تركز على احتياجات المسنين وحقوقهم. ويلزم أن تستجيب هذه النظم للاحتياجات المتنوعة للمسنين، بما في ذلك من يتمتعون بمستويات عالية ومستقرة من القدرة الأساسية، ومن يشهدون تراجعاً في هذه القدرة، ومن يعانون من خسائر في القدرة تتطلب الرعاية والدعم من جانب الآخرين.

٦٠- ويمكن تحقيق ذلك من خلال الهدف المشترك المتمثل في مساعدة المسنين على بناء أفضل قدر من القدرة على الأداء والحفاظ عليه في جميع مراحل العمر. ويتطلب ذلك التنسيق بين طيف واسع من الخدمات، بما في ذلك تعزيز الصحة والوقاية من الأمراض؛ وإجراء فحوص التحري والكشف المبكر وتقديم الرعاية القصيرة المدى؛ وتقديم التدبير العلاجي المستمر للحالات المزمنة؛ والتأهيل وتقديم الرعاية الملطفة. وسيكتسي التنسيق بين المستويات المختلفة للخدمات وبين الخدمات الصحية والخدمات الاجتماعية أهمية بالغة. كما أن توفير التكنولوجيات المساعدة للمسنين الذين تراجع قدرتهم، غالباً ما سيكتسي أهمية كذلك.

٦١- وكخطوة أولى، سيلزم تصميم الخدمات وفقاً لاحتياجات المسنين وأفضلياتهم. وتتمثل أفضل طريقة لتحقيق ذلك في إشراك المسنين أنفسهم في تخطيط الخدمات. وسيلزم النظر في العديد من المشكلات العملية، بما في ذلك الصعوبة التي قد يواجهها المسنين في الاصطفاف في طوابير الانتظار أو الوقوف لفترات طويلة، وضرورة توفير المراحيض الكافية. وفضلاً عن ذلك، فمن الضروري أن تكون معاملة الخدمات والموظفين للمسنين معاملة تكفل لهم ما يستحقونه من الاحترام. ويشمل ذلك التواصل بطرق فعالة تراعي حالات ضعف البصر والسمع الشائعة.

الغرض الاستراتيجي ٣-١: توجيه النظم الصحية كي تركز على القدرات الأساسية والقدرة على الأداء

٦٢- سيتطلب بناء النظم التي تُمكن من اتباع أفضل مسارات القدرة على الأداء على مدى العمر، أن تتواءم المحركات الأساسية للنظم مع هذا الهدف المشترك. وسيتطلب ذلك إدخال تغييرات كبيرة على طرق جمع المعلومات الصحية والإدارية وتسجيلها وربطها، والتي مازالت حالياً قائمة على الحالات أو التدخلات. ويمكن أن تُستمد المعلومات عن مسارات الأداء من عمليات تقييم القدرة والاستطاعة التي تُعد نقطة الانطلاق لتحقيق الرعاية المتكاملة التي تركز على المسنين وينبغي أن تُجمع على نحو روتيني في كل لقاء لهم بالنظام. ويلزم وضع آليات لأتمتة تخزين المعلومات من أجل السماح بتحديد اتجاهات الأداء عبر الزمن على نحو روتيني. ومن شأن ذلك أن يعود بالفائدة على الممارسة السريرية، وقد يشكل أيضاً في المستقبل أساساً لإدارة الأداء وآليات التمويل.

فالمكافآت والحوافز الخاصة بمقدمي الخدمات مثلاً، يمكن أن توجه نحو تمكين أفضل مسارات الأداء الممكنة، لا نحو تقديم تدخلات محددة.

٦٣- وفي العديد من الأماكن، سيلزم استعراض سائر لبنات البناء الأساسية للخدمات، لضمان إمكانية حصول المسنين على الرعاية التي يحتاجون إليها. فسوف يلزم مثلاً تحديد وإتاحة المنتجات الطبية والأجهزة المساعدة الضرورية لتعزيز القدرة الأساسية والقدرة على الأداء لدى المسنين. ففي حين أن استخدام العدسات التي تزرع في العين في جراحة الكاتراكت قد يبدو ترفاً في ظروف شح الموارد، فإن هذه الجراحة يمكن إجراؤها في بضع دقائق باستخدام التخدير الموضعي وتؤدي إلى احتفاظ المسنين باستقلالهم بدلاً من اعتمادهم على رعاية الآخرين.

٦٤- وقد يكون تسخير الابتكارات التكنولوجية (بما في ذلك التكنولوجيات المساعدة وتكنولوجيا المعلومات والاتصالات) مفيداً بصفة خاصة، وينطبق ذلك على العيادات والمنازل والمجتمع المحلي. كما قد تساعد الابتكارات التكنولوجية أو تقارب التكنولوجيات القائمة، البلدان القليلة الموارد على وضع نماذج للخدمات تقفز بها إلى مستوى الخدمات المقدمة في الأماكن الأخرى.

٦٥- ونظراً لأن العديد من الاضطرابات التي يصاب بها المسنون من الممكن تلافيها ولأن العديد من محدوداتها يبدأ في مرحلة سابقة من العمر، يلزم على النظم أن تتضمن استراتيجيات فعالة للوقاية من المرض ومن تراجع القدرات. وفي الأعمار الأصغر عندما يكون مستوى القدرة عالياً، ستكون الأولوية للوقاية من الأمراض غير السارية الشائعة عن طريق التمكين من مزاوله النشاط البدني والتغذية الجيدة، وتجنب التبغ والتشجيع على التحلي بالمسؤولية في تعاطي الكحول. وتظل هذه العوامل مهمة طوال الحياة، ولكن إذا بدأت القدرة في التراجع، يمكن أن تبدأ النهج الأخرى التي تساعد المسنين على تجنب أو تأخير الاعتماد على الرعاية. وثمة حاجة إلى نماذج جديدة لتعزيز الصحة والوقاية من الأمراض في المسنين، لضمان أن هذه الاستراتيجيات تستند إلى البيانات. ومعظم الإجراءات الناتجة سيكون محلها في البيئات التي يعيش فيها المسنون.

الغرض الاستراتيجي ٣-٢: تطوير وضمان الإتاحة الميسورة للتكلفة للرعاية السريرية المتكاملة الجيدة التي تركز على المسنين

٦٦- تتمثل نقطة الدخول إلى الرعاية المتكاملة التي تركز على المسنين في نظام قوي للتدبير العلاجي للحالات، يتم فيه تقدير الاحتياجات الفردية وتوضع فيه خطة رعاية شاملة مصممة بحيث تلبى الاحتياجات الشخصية وتتمحور حول الهدف الوحيد المتمثل في الحفاظ على القدرة على الأداء. وينبغي لهذه الخطط أن تصمم بحيث تراعي أولويات الشخص المسن وأهدافه، والطريقة المثلى لتلبيتها وكيفية متابعة التقدم المحرز. وسيتمثل أحد الأهداف الرئيسية في تعزيز التدبير العلاجي الذاتي عن طريق تقديم دعم الأقران والتدريب والمعلومات والمشورة، إلى المسنين ومقدمي الرعاية سواءً بسواء.

٦٧- وستكتسي الآليات التي تضمن إمكانية حصول المسنين على الخدمات دون تحمل أعباء مالية أهمية بالغة. وثمة حاجة عاجلة إلى وضع نماذج التمويل المستدامة من أجل تعزيز الخدمات الشاملة والمتكاملة اللازمة للمسنين. وينبغي أن تراعي هذه النماذج ضرورة تقليل الإنفاق من المال الخاص والحد من تجزؤ النظام الصحي إلى أدنى قدر.

٦٨- ولا يعني التكامُل والتركيز على القدرة أن تُهمل الخدمات والتدخلات الخاصة بالحالات الصحية الرئيسية التي تصيب المسنين. وتشمل هذه الاعتلالات حالات الضعف العضلي الهيكلي والحسي؛ أمراض القلب والأوعية الدموية وعوامل الخطر مثل فرط ضغط الدم والسكري؛ الاضطرابات النفسية، والخرف وتراجع الإدراك؛ السرطان، وصحة الفم، ومتلازمات الشيخوخة مثل الوهن وسلس البول والهذيان والسقوط. ويلزم مواصلة البحث من أجل تحسين العلاجات المتاحة لكل حالة من هذه الحالات، وينبغي تحديد العمليات لضمان ترجمة نتائج البحوث إلى

ممارسات. ولكن سيلزم تنسيق التدبير العلاجي لكل حالة من هذه الحالات المرضية وفقاً لقدرة الشخص المسن على الأداء. وسيلزم أيضاً مراعاة الاعتلالات المصاحبة الشائعة بين المسنين، والمخاطر المرتبطة بالإفراط الدوائي، وأثرها المشترك على الأداء. وقد يتطلب ذلك وضع مبادئ توجيهية سريرية جديدة بشأن كيفية تحقيق المسارات الفضلى للقدرة الأساسية، أو تحديث المبادئ التوجيهية الحالية بشأن الحالات المرضية المحددة من أجل النظر في أثرها على القدرة. كما ستكتسي الخدمات التي تُمكن من التعافي من تراجع القدرة أهمية أيضاً، وكذلك ضمان أن جميع المسنين الذين يحتاجون إلى الرعاية المطفة قادرين على الحصول عليها.

٦٩- وفضلاً عن ذلك، فإن التحديات الصحية التي يواجهها المسنون ليست جميعها مزمنة. فالمسنون قد يعانون من التراجع السريع في الصحة نتيجة لمرض بسيط قصير المدى أو نتيجة لتفاقم إحدى الحالات الموجودة بالفعل. ومن ثم فإن الإتاحة الملائمة التوقيت للرعاية القصيرة المدى والمتخصصة في مجال الشيخوخة تُعد لازمة بصفة خاصة للمسنين المصابين بالوهن. وعلاوة على ذلك، فإن المسنين يظلون عموماً في حاجة إلى خدمات الصحة النفسية والصحة الجنسية، بما في ذلك الوقاية من الأمراض المعدية المنقولة جنسياً وعلاجها، ما يُعد أيضاً جزءاً من الجهود الأوسع نطاقاً المبذولة لضمان حماية حقوق وحرية الجميع وتعزيزها.

٧٠- ومن أجل تمكين المسنين من قضاء شيخوختهم في أماكن ملائمة لهم، ينبغي تقديم الخدمات في أقرب مكان ممكن من الأماكن التي يعيشون فيها، بما في ذلك تقديم الخدمات في منازلهم وتقديم الرعاية القائمة على المجتمعات المحلية.

الغرض الاستراتيجي ٣-٣: ضمان استدامة القوى العاملة الصحية وتدريبها ونشرها وإدارتها على النحو المناسب

٧١- يحتاج جميع مقدمي الخدمات إلى الكفاءات الملائمة لتلبية احتياجات المسنين. وهي تشمل المهارات في مجال طب الشيخوخة وأمراض الشيخوخة، والكفاءات الأعم اللازمة لتقديم الرعاية المتكاملة، مثل القدرة على تبادل المعلومات باستخدام تكنولوجيا المعلومات والاتصالات، ومكافحة التمييز ضد المسنين، وتقديم الدعم في مجال التدبير العلاجي الذاتي. وبطبيعة الحال، تتطلب الرعاية السريرية للمسنين مشاركة الأفرقة المتعددة الاختصاصات، وستكون الكفاءات الخاصة بالعمل في هذه البيئة ضرورية أيضاً سواء أكان مقدمو الخدمات يعملون في المستشفيات أو في البيئات المجتمعية.

٧٢- وسيطلب ضمان القوى العاملة المدربة تدريباً كافياً أولاً تحديد طبيعة هذه الكفاءات وحجمها وخصائصها. وينبغي بعد ذلك إدراجها في مناهج جميع الفنيين الصحيين. وغالباً ما سيحتاج مقدمو الخدمات الحاليون إلى التطوير المهني لتحقيقها.

٧٣- وسيكون من المهم أيضاً ضمان أن العرض من المتخصصين في طب الشيخوخة يلبي احتياجات السكان، وتشجيع إنشاء وحدات متخصصة في التدبير العلاجي للحالات المعقدة. ومن شأن ذلك أن يضمن توفير العلاج الملائم للحالات الأكثر تعقيداً ويمكن أن يمثل أداة مفيدة للبحث من أجل تحديد نماذج الرعاية الجيدة.

٧٤- وسيلزم النظر أيضاً في الجديد من كوادرات القوى العاملة (مثل منسقي الرعاية ومستشاري التدبير العلاجي الذاتي) والمسارات المهنية، والنظر كذلك في الخيارات المطروحة للتوسع في أدوار العاملين الصحيين الموجودين بالفعل، سواء أكانوا مدفوعي الأجر أم لا وسواء أكانوا من العاملين في المؤسسات الصحية أم في المجتمعات المحلية. وفي العديد من البلدان، سيتمثل أحد التحديات التي سيلزم مواجهتها في شيخوخة القوى العاملة الصحية. وسينبغي فحص نماذج التوظيف التي تعزز استبقاء هؤلاء العاملين المهرة.

الغرض الاستراتيجي ٤: وضع نظم مستدامة ومنصفة لتقديم الرعاية الطويلة الأجل

٧٥- يعاني جميع الأشخاص في مرحلة ما من مراحل العمر من تراجع كبير في قدرتهم. وينطبق ذلك بصفة خاصة على المسنين. وكجزء من حق الناس في الصحة، يحق للمسنين الذي يعانون من فقدان القدرة أو يتعرضون لذلك تعرضاً شديداً أن يتلقوا الرعاية والدعم للحفاظ على أفضل مستوى ممكن من القدرة على الأداء بما يتماشى مع حقوقهم الإنسانية وحياتهم الأساسية وكرامتهم الإنسانية.

٧٦- وفي جميع أنحاء العالم يزداد عدد المسنين الذين يحتاجون إلى الرعاية والدعم زيادة سريعة. وفي الوقت ذاته تتراجع نسبة الأشخاص الأصغر سناً الذين قد يكونون قادرين على تقديم هذه الرعاية، والنساء اللواتي يمثلن مقدمات الرعاية التقليدية داخل الأسرة، يشغلن أدواراً اجتماعية واقتصادية أخرى بالفعل أو يتطلعن لشغلها. ونتيجة لذلك، فإن افتراض أن الأسر تستطيع بمفردها أن تلبي احتياجات المسنين الذين يعانون من تراجع كبير في القدرة قد عفا عليه الزمن ولا يُعد مستداماً ولا منصفاً.

٧٧- وبالتالي فإنه في القرن الحادي والعشرين يلزم على كل بلد أن يحظى بنظام شامل للرعاية الطويلة الأجل التي يمكن أن تقدّم في المنزل أو المجتمع المحلي أو داخل المؤسسات. ولهذه الأنظمة فوائد عظيمة تتجاوز تمكين المسنين الذين يعتمدون على الرعاية من مواصلة أداء الأفعال التي يؤمنون بأهميتها والتمتع بالحياة الكريمة. وتشمل هذه الأنظمة إتاحة الوقت أمام النساء كي يمارسن الأعمال التي يرونها مهمة، والحد من استخدام الخدمات الصحية القصيرة المدى على نحو غير ملائم، ومساعدة الأسر على تجنب الوقوع في براثن الفقر والتعرض لنفقات الرعاية الكارثية. ويتقاسم المخاطر والتكاليف المرتبطة بالاعتماد على الرعاية على مدى الأجيال، يمكن لنظم الرعاية الطويلة الأجل أن تساعد على تعزيز التماسك الاجتماعي.

٧٨- ولوضع الإطار الخاص بكيفية تحقيق ذلك، تعتمد الاستراتيجية تعريف الرعاية الطويلة الأجل المستخدم في التقرير العالمي بشأن الشيخوخة والصحة، وهو: "الأنشطة التي ينهض بها الآخرون لضمان أن الأشخاص الذين يعانون من تراجع كبير في القدرة الأساسية على نحو مستمر أو يتعرضون له، يمكنهم الحفاظ على مستوى من القدرة على الأداء يتماشى مع حقوقهم الأساسية وحياتهم الأساسية وكرامتهم الإنسانية".

٧٩- ويستند هذا التعريف إلى مبدئين أساسيين. أولاً، أنه حتى في ظروف التراجع الكبير في الأداء، لا يزال المسنون أمامهم حياة يعيشونها. ومن حقهم التمتع بحرية تحقيق طموحاتهم المستمرة في التمتع بالعافية والمغزى والاحترام، وهم يستحقون ذلك. وثانياً، أن القدرة الأساسية لا تكون ثابتة في هذه المرحلة، مثلها في ذلك مثل سائر مراحل العمر. بل إن التراجع في القدرة يمثل جزءاً من سلسلة متصلة وفي بعض الأحيان يمكن تلافيه أو عكس مساره. ومن ثم فإن تلبية احتياجات الأشخاص في هذه المرحلة من العمر تلبية كاملة، يتطلب بذل الجهود من أجل تحقيق أفضل مسارات القدرة، والحد بالتالي من أوجه القصور التي سينبغي تعويضها عن طريق آليات الرعاية الأخرى.

٨٠- ويلزم على كل بلد أن يضع نظاماً يراعي سياقه الاقتصادي والثقافي، ويكون قادراً على الاستفادة من نظم تقديم الرعاية الصحية والاجتماعية القائمة بطريقة تعزز الإنصاف بين الأجيال. وليس هناك نظام واحد للرعاية الطويلة الأجل يمكن تطبيقه في جميع الظروف، حتى في البلدان التي تعاني على نحو مماثل من قصور الموارد. وينبغي أن تستند نظم الرعاية الطويلة الأجل إلى شراكة واضحة بين المسنين والأسر والمجتمعات المحلية ومقدمي الخدمات والقطاعين العام والخاص.

٨١- ويتمثل دور رئيسي ينبغي للحكومة أن تنهض به في الإشراف على هذه الشراكات وبناء توافق الآراء بشأن النظام الأنسب. وفضلاً عن ذلك، فإن الحكومات في جميع الظروف ينبغي أن تضطلع بدور في ضمان توافر جميع عناصر النظام، بما في ذلك إطار تنظيمي سليم، والتدريب والدعم لمقدمي الرعاية، والتنسيق والتكامل

على صعيد مختلف القطاعات (بما في ذلك قطاع الصحة)، والآليات مثل الاعتماد والرصد من أجل ضمان الجودة. وفي العديد من البلدان سيقدم القطاع الخاص أيضاً الخدمات على نحو مباشر، ولاسيما إلى الأشخاص الأُمس حاجة (نظراً لتراجع قدرتهم أو لوضعهم الاجتماعي الاقتصادي أو لكونهم مهمشين).

الغرض الاستراتيجي ٤-١: وضع نظام مستدام ومنصف للرعاية الطويلة الأجل ومواصلة تحسينه

٨٢- يتطلب إنشاء نظام مستدام هيكلاً لتصرف الشؤون قادراً على توجيه التطوير والإشراف عليه، وعلى إسناد المسؤولية عن إحراز التقدم. ويمكن أن يساعد ذلك على تحديد الخدمات والأدوار الرئيسية والفوائد المتوقعة منها وكيف ينبغي تقديمها، والعقبات التي قد تقف في سبيل تحقيقها. وينبغي أن يتمثل أحد محاور التركيز الرئيسية في تطوير النظام على نحو يساعد المسنين على قضاء شيخوختهم في المكان الذي يلائمهم والحفاظ على صلاتهم بمجتمعاتهم المحلية وشبكاتهم الاجتماعية، وعلى نحو يتواءم مع احتياجات الأشخاص بتقديم الرعاية المتكاملة التي تركز على الناس (بما في ذلك في النظام الصحي). وكجزء من التغطية الصحية الشاملة، سيتطلب ضمان إتاحة هذه الرعاية دون مخاطر تعرض المسنون أو مقدم الرعاية أو الأسرة لصعوبات مالية، توفير الموارد والالتزام بإعطاء الأولوية للأشخاص الأُمس حاجة من الناحية الصحية والمالية.

٨٣- وهناك عدد من الإجراءات التي قد تساعد على تحقيق هذه الأهداف. وسيكتسي الإقرار الواضح بأن الرعاية الطويلة الأجل تمثل أولوية مهمة في الصحة العمومية، أهمية محورية. ويمكن ربط ذلك بالاعتراف بحق المسنين الذين يعانون من تراجع كبير في القدرة في الرعاية والدعم الملائمين، وترسيخ ذلك في التشريعات الوطنية لضمان إتاحة الخدمات الجيدة، مع إيلاء عناية خاصة بالمسنين من الفقراء والمهمشين. وسيكون من الأهمية بمكان أيضاً تحديد المسؤولية عن تطوير النظام وبدء التخطيط أو استعراضه، وتحديد أدوار الحكومة وسائر أصحاب المصلحة، وتحديد النهج التي سيلزم اتباعها من أجل النهوض بهذه الأدوار، مثل اللوائح والحوافز والرصد. وأخيراً فسيلزم لأي نظام أن يستند إلى آليات مستدامة ومنصفة لتوفير الموارد والدعم، وسيلزم تحديد هذه الآليات وإنشاؤها.

الغرض الاستراتيجي ٤-٢: بناء قدرات القوى العاملة ودعم مقدمي الرعاية

٨٤- ستتطلب تهيئة نظام شامل للرعاية الطويلة الأجل أن يحظى جميع المساهمين فيه بالمهارات الكافية وأن يحصلوا على الدعم الملائم. وسيكون العديد من الإجراءات الموضحة في الغرض الاستراتيجي ٣-٥ ذات صلة بتدريب مقدمي خدمات الرعاية الطويلة الأجل. ومع ذلك، فنظراً إلى أن مجال الرعاية الطويلة الأجل لا يحظى بالتقدير الكافي في معظم البلدان، فسيتمثل إجراء بالغ الأهمية في ضمان منح مقدمي الخدمات المدفوعي الأجر ما يستحقون من مكانة وتقدير بفضل مساهمتهم. وعلاوة على ذلك، فإنه على عكس النظام الصحي، يتكون معظم مقدمي الرعاية في نظام الرعاية الطويلة الأجل حالياً من أفراد الأسرة والمتطوعين وأعضاء المنظمات المجتمعية أو من العاملين المدفوعي الأجر الذين يكونون في كثير من الأحيان غير مدربين. ويتألف العديد منهم من المسنين أنفسهم ومعظمهم من النساء. وسيلزم بذل جهود خاصة لضمان أن جميع مقدمي الرعاية هؤلاء يتاح لهم الحصول على الموارد و/أو المعلومات و/أو التدريب اللازم لهم كي ينهضوا بأدوارهم. ومن شأن ذلك أن يضمن أن المسنين يتلقون أفضل رعاية ممكنة وأن يرفع عن مقدمي الرعاية الضغوط الناجمة عن افتقارهم إلى المعلومات والمهارات الكافية التي تمكنهم من التعامل مع المواقف الصعبة. وتشمل الآليات الأخرى التي يمكنها أن تحد من العبء الواقع على كاهل مقدمي الرعاية، توفير الرعاية المؤقتة وتدابير العمل المرنة أو إصدار إذن الغياب لأفراد القوى العاملة.

٨٥- كما سيكون من المهم أيضاً التوسع في القوى العاملة الحالية. وستساعد القوى العاملة التي تتمتع بالمهارات الكافية وتحصل على الدعم الملائم على استبقاء العاملين في الرعاية. وتتمثل إحدى الإمكانيات المهمة في زيادة مشاركة الرجال والشباب والأشخاص من غير أفراد الأسرة كالأقران على سبيل المثال. وتتمثل إمكانية

أخرى في الاستفادة من المتطوعين الأكبر سناً الذين يتم تمكينهم من خلال الروابط الخاصة بالمسنين. وتوجد أمثلة جيدة في العديد من البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، ويمكن نقل هذه المفاهيم والممارسات الجيدة عبر البلدان والبيئات المختلفة.

الغرض الاستراتيجي ٤-٣: ضمان جودة خدمات الرعاية الطويلة الأجل المتكاملة التي تركز على الأشخاص

٨٦- يلزم أن توجه خدمات الرعاية الطويلة الأجل إلى قدرة المسنين على الأداء وعافيتهم. ويتطلب ذلك من النظم ومقدمي الرعاية أن يقدموا الرعاية بطريقة تدعم أفضل مسار للقدرة الأساسية يمكن تحقيقه وتعوض فقدان القدرة عن طريق الدعم والرعاية والإجراءات البيئية الرامية إلى الحفاظ على القدرة على الأداء في مستوى يكفل العافية ويسمح للشخص المسن بقضاء شيخوخته في المكان الملائم له. ويمكن تحقيق ذلك عن طريق الرعاية المتكاملة على نطاق العديد من الوظائف والبيئات والخدمات الخاصة بحالات مرضية محددة وبرعاية محددة (الخرف والرعاية الملطفة مثلاً). كما أن استخدام التكنولوجيات الصحية المساعدة الابتكارية أو الاستفادة من التكنولوجيات القائمة بطرق ابتكارية من أجل التنسيق والدعم والرصد، قد يكتسبان أهمية خاصة.

٨٧- ويتطلب ضمان جودة وفعالية هذه الرعاية وضع مبادئ توجيهية وبروتوكولات ومعايير ملائمة. كما يتطلب آليات لاعتماد مقدمي الرعاية (المؤسسين والفنيين)، وحماية حقوق المتلقين للرعاية، ورصد وتقييم أثر تقديم الرعاية الطويلة الأجل على قدرة المتلقين على الأداء وعلى عافيتهم.

٨٨- وستتمثل خطوة رئيسية في تحديد نماذج الرعاية الطويلة الأجل في مختلف البيئات التي سيكون لها أعظم الأثر على مسارات التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة. ويمكن التنسيق على صعيد الخدمات وفيما بينها (بما في ذلك التنسيق بين الرعاية الطويلة الأجل وخدمات الرعاية الصحية) من خلال التدبير العلاجي للحالات. كما سيلزم وضع نظم لإدارة الجودة تحدد جوانب الرعاية الحاسمة الأهمية مع التركيز على تعظيم القدرة على الأداء والعافية. وينبغي أن تستند هذه النظم إلى آليات لحماية حقوق المتلقين للرعاية واستقلالهم.

الغرض الاستراتيجي ٥: تحسين القياس والرصد والبحث في مجال التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة

٨٩- سيتطلب إحرار التقدم في مجال التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة المزيد من البحث والبيانات بشأن المسائل المتعلقة بالسن، والاتجاهات والتوزيع، وبشأن الإجراءات التي يمكن اتخاذها دعماً للتمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة على مدى العمر. وما زال هناك العديد من الأسئلة الأساسية التي تنتظر الإجابة عنها. وتشمل هذه الأسئلة ما يلي:

ما هي احتياجات المسنين وأفضلياتهم؟ ما مدى الاختلاف بينها؟ ما هي حصائل التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة التي يقدرها الناس والتي يرغبون في أن تسهم المجتمعات في تحقيقها؟

ما هي الأنماط الحالية للتمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة؟ هل ترتبط زيادة متوسط العمر المتوقع بسنوات إضافية من الحياة مع التمتع بالصحة؟

ما هي محددات الحياة الطويلة مع التمتع بالصحة، بما في ذلك المحددات الهيكلية والبيولوجية والاجتماعية والفردية والمتعلقة بالنظم؟ ما هي الخصائص البيئية التي تؤثر في حصائل التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة مثلاً؟ ما هي أوجه التقدم البيولوجي أو الخلوي التي يمكن إتاحتها والتي تلائم أكبر طائفة من الناس، ولاسيما من هم الأشد افتقاراً إلى الموارد؟

ما هي احتياجات المسنين الحالية من الرعاية الصحية والرعاية الطويلة الأجل، وهل تلبى هذه الاحتياجات على النحو الملائم؟ كيف نعرف أن شخصاً ما قد احتفظ باستقلاليته؟

كيف ينبغي قياس التفاوت في التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة، ولاسيما أوجه التفاوت ذات الصلة بالسياسات والإجراءات؟

هل يتزايد انعدام المساواة أو يتناقص؟ ما هي أوجه عدم المساواة والإجحاف في كل سياق من السياقات؟

ما هي التدخلات التي تحسّن مسارات التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة، وما هي السياقات والمجموعات السكانية الفرعية التي تنجح فيها؟

وهل تتحسن إتاحة هذه التدخلات وفعاليتها وتغطيتها؟

ما هما التوقيت والترتيب الملائمان لهذه التدخلات في مختلف السياقات؟

كيف يمكن تحسين نهج البحوث السريرية من أجل توليد المعلومات عن فعالية المعالجات ومردوديتها في المسنين أو الأشخاص المصابين باعتلالات مصاحبة؟

ما هي خصائص البيئة المراعية للمسنين؟ ما هي التدخلات التي تنجح في تهيئة البيئات المراعية للمسنين؟

ما هي المساهمات الاقتصادية والمساهمات الأخرى التي يقدمها المسنون؟ ما هي التكاليف الإجمالية لتراجع القدرة على الأداء في الكبر بالنسبة إلى الشخص المسن وأسرته ومجتمعه المحلي؟ ما هو عائد الاستثمار في الخدمات الصحية والرعاية الاجتماعية وسائر أشكال الحماية الاجتماعية للمسنين؟

ما هي أفضل الاستثمارات وأكثرها استدامة لتعزيز التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة على مدى العمر؟

٩٠- وتتطلب الإجابة عن هذه الأسئلة وغيرها من الأسئلة البحث في طيف من التخصصات التي ستكون ذات صلة بقطاعات عدة، مع إنتاج البيانات على نحو يتيح الاسترشاد بها في وضع خيارات السياسات. كما سيتطلب ذلك إجراء تقييم دقيق للسياسات والتدخلات التي وُضعت. وستتمثل خطوة أساسية في فهم ما لدى المسنين وأسره من احتياجات وحقوق وتوقعات. وستتمثل خطوة أخرى في تحسين فهم تفاعلات المسنين من الرجال والنساء مع مجتمعاتهم المحلية وشبكاتهم الاجتماعية وقطاع الصحة والقطاع الاجتماعي والبيئة الأوسع نطاقاً. وسيتطلب ذلك إجراء دراسات نوعية وكمية توثق اختلاف هذه التفاعلات وفقاً للخصائص الاجتماعية الاقتصادية وغيرها من الخصائص، بما في ذلك نوع الجنس ومحل الإقامة، وكيف تتغير هذه العلاقات عبر الزمن.

٩١- وفي الماضي، استُبعد المسنون في العديد من الجهود المبذولة لجمع البيانات، أو عمدت تلك الجهود إلى تجميع البيانات الخاصة بالأشخاص الذين تجاوزوا سن معينة، مثل ٦٠ أو ٦٥ عاماً. وسيلزم لنهج الإحصاء والترصد الوطنية أن تصبح شاملة للمسنين، وللفئات العمرية الأكبر سناً، وأن تتضمن أعداداً كافية لتوثيق خبراتهم وسياقاتهم المتنوعة. وسيلزم تصنيف موارد المعلومات حسب السن ونوع الجنس وغيرها من الخصائص بما في ذلك الحالة الاجتماعية. ويجب دمج ذلك في تصميم الإحصاءات الحيوية والمسوح العامة للسكان وجمعها والتبليغ عنها، وسيلزم وضع النهج لربط البيانات على صعيد القطاعات وتحليلها. وفي الوقت الحاضر عندما تُجمع البيانات عن المسنين وأدائهم، تقتصر الأدوات المستخدمة على تحديد المصابين منهم بالمرض أو بتراجع كبير في القدرة. ويلزم وضع أساليب وأدوات جديدة يمكنها تسجيل مسارات التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة ومحدداتها وحصائلها وتوزيعها على مدى العمر، وسيلزم دمج هذه الأساليب والأدوات في عمليات جمع البيانات الروتينية وسائر المسوح السكانية الدورية.

٩٢- ومن أجل قياس مدى موازنة النظم الصحية والاجتماعية لاحتياجات المسنين، سيلزم إجراء الدراسات التي لا تنتظر في وجود الأمراض المزمنة والأمراض الحادة أو غيابها فحسب، بل وفي وجود الاعتلالات المصاحبة أيضاً وأثرها على استطاعة المسنين وقدرتهم على الأداء. ويجب أن يُستكمل ذلك بمعلومات أفضل عن مدى تلبية الاحتياجات التي تنشأ عن هذه الحالات المرضية، سواء عن طريق الخدمات التي تشمل تعزيز الصحة والوقاية من المرض والعلاج والتأهيل والرعاية الملطفة، أو عن طريق النظم الاجتماعية الأوسع نطاقاً. وسيلزم إجراء البحوث أيضاً للنظر في مدى إتاحة الطيف الكامل من الخدمات التي يحتاج إليها المسنون، وفعاليتها، وعدم تسببها في عبء مالي على الأفراد وأسرهم. وغالباً ما ستؤدي مشاركة المسنين ومساهماتهم في تحديد الأولويات ووضع الأساليب، بوصفهم مجيبين على الدراسات أو أصحاب مصلحة في استعراض النتائج، إلى تصاميم للدراسات وتدخلات أكثر ملاءمة وابتكاراً، سواء فيما يتعلق بالسياسات أو الخدمات أو الأجهزة أو المنتجات.

٩٣- كما ستكون الدراسات المتعددة البلدان والمتعددة التخصصات الممثلة لتنوع السكان والسياقات المميزة للمسنين من الرجال والنساء، مهمة أيضاً. ومن شأن هذه الدراسات أن تساعد على تحديد التدخلات الناجحة في مختلف السياقات وفي مختلف المجموعات السكانية. وسيلزم أيضاً وضع آليات عالمية ومحلية لضمان دمج المعارف والبيئات وترجمتها على وجه السرعة إلى سياسات وممارسات. وسيشمل ذلك توصيل المعلومات إلى صناع القرار في أشكال ملائمة لهم، مثل "أفضل الممارسات" أو "أفضل الخيارات" في تعزيز الصحة والممارسة السريرية، والتدخلات الصحية القائمة على السكان، والمنازل والمجتمعات المحلية المراعية للمسنين، ودمج الصحة في جميع السياسات. ولكن ذلك سيتطلب أيضاً من الباحثين أن يشاركوا في العمليات التي تتيح لهم فهماً أفضل للثغرات المعرفية التي تعوق وضع السياسات وأن يُحثوا على سد هذه الثغرات.

٩٤- ومع تزايد البيانات سيلزم وضع أطر وآليات المساءلة لرصد التقدم. وينبغي أن تتضمن هذه الأطر والآليات القيم التي تنطوي عليها هذه الاستراتيجيات، وغايات عالمية شاملة، واستعراضات دورية شاملة لحقوق الإنسان، وعمليات تقييم أداء النظم الصحية، والتزاماً بتهيئة المدن والمجتمعات المحلية المراعية للمسنين، في جملة أمور.

الغرض الاستراتيجي ٥-١: الاتفاق على أساليب قياس التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة وتحليله ووصفه ورصده

٩٥- إن المقاييس والأساليب المستخدمة حالياً في مجال الشيخوخة تُعد محدودة، ما يحول دون الفهم الشامل لمشكلات الصحة الخاصة بالمسنين وفائدة التدخلات الرامية إلى معالجتها. ويلزم إجراء مناقشات شفافة حول القيم والأولويات بمشاركة المسنين وسائر أصحاب المصلحة، للاسترشاد بها في كيفية وضع التعاريف التشغيلية والقياسات الخاصة بالحياة الطويلة مع التمتع بالصحة، وتنفيذها في مجال الرصد والترصد والبحث. وينبغي التوصل إلى توافق آراء حول المصطلحات المشتركة وحول أنسب المقاييس، والواصفات البيولوجية وغيرها من الواصفات، والمقاييس الخاصة بجمع البيانات ونهوج التبليغ عنها. وستستفيد التحسينات من طيف من الاختصاصات والمجالات، وينبغي أن تقي بمعايير واضحة.

٩٦- وتتمثل إحدى الأولويات في أن تسعى هذه النهج الجديدة إلى قياس مسارات القدرة الأساسية والقدرة على الأداء على مدى العمر وتحليلها، والتمييز بين قدرة الفرد وأثر البيئة الأوسع نطاقاً، ومراعاة الاختلاف الفيزيولوجي لدى المسنين والانتشار الواسع لحالات المراضة المتعددة عند تقييم أثر التدخلات السريرية، وتسجيل وجهات النظر الفريدة للمسنين بشأن العوامل التي تشكل الصحة والعافية. كما يلزم وضع نهوج تحليلية جديدة للحصول على تقديرات اقتصادية وثيقة وشاملة لأثر اعتلال الصحة على المسنين وفوائد التدخلات الشاملة للسكان ككل والتدخلات السريرية.

الغرض الاستراتيجي ٥-٢: تعزيز القدرات في مجال البحث وحوافز الابتكار

٩٧- يتطلب تعزيز التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة أيضاً تشجيع الابتكار، وتبادل المعارف ونقل التكنولوجيا طوعاً، واجتذاب الموارد (الناس والمؤسسات والتمويل) في جميع البلدان، من أجل مواجهة التحديات الرئيسية المطروحة. ويجب أن يكون تطوير الابتكارات (في المجالات التي تتراوح بين التكنولوجيات المساعدة والمنتجات الصيدلانية ونماذج الرعاية والتنبؤ بالسيناريوهات) شاملاً للمسنين الذين ينتمون إلى الفئات العمرية الأكبر سناً، من حيث التصميم والتقييم اللذين يقران بالاختلاف الفيزيولوجي لدى المسنين من الرجال والنساء. وسيطلب ذلك تعزيز القدرات على صعيد النظم والمؤسسات والأفراد بقدر كبير. كما سيلزم المزيد من التعاون على نطاق المنظمات والتخصصات والبلدان.

٩٨- ويلزم إجراء البحوث المتعددة الاختصاصات التي تشمل تحاليل تراعي نوع الجنس وتتوجه إلى تحقيق الإنصاف، بمشاركة المسنين في جميع المراحل، من أجل إنتاج البيّنات التي يمكن الاسترشاد بها في وضع السياسات الجديدة وتقييم السياسات القائمة. ويلزم وضع المبادئ التوجيهية الأخلاقية لتوجيه الحكومات وأصحاب المصلحة على جميع المستويات، من أجل تلبية الطلبات المتنافسة على الموارد، ووضع نهج أكثر شمولاً تحقق القدر الأمثل من القدرة على الاداء لدى كل شخص.

٩٩- وستستحدث الابتكارات المتعلقة بالمسنين في اختصاصات أخرى بخلاف طب الشيخوخة وأمراض الشيخوخة. ومع ذلك فإن القوالب النمطية التي تتعلق بالمسنين والتي عفا عليها الزمن عادة ما تحد من قدرة الباحثين في العديد من المجالات على النظر في الفرص المتاحة للتدخل والوقوف عليها. وحتى في التخصصات الصحية قد تحد المواقف التي تميز ضد المسنين من تقدم البحث.

١٠٠- ويلزم تحديد أولويات البحوث العالمية التي تُمكن من فهم أفضل لشيخوخة السكان والصحة في القرن الحادي والعشرين، من أجل معالجة محددات التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة وتقييم التدخلات الرامية إلى تحسينها. وينبغي أن يزود الباحثون وسائر المنتجين للمعارف بالمعلومات والمعدات الكافية. كما سيتعين تحويل الموارد إلى المجالات الناشئة أو معالجة الثغرات الأساسية، ويجب أن تكون النتائج متاحة بسهولة في شتى أنحاء العالم.

الغرض الاستراتيجي ٥-٣: إجراء البحوث وتجميع البيّنات بشأن التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة

١٠١- من أجل حشد استجابة فعالة ومستدامة للصحة العمومية لشيخوخة السكان، يلزم توفير معلومات أفضل بكثير عن احتياجات المسنين وأفضليتهم؛ وإذا ما كانت هذه الاحتياجات والأفضليات تُلبى حالياً؛ والأمر الذي يؤثر في مسارات التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة؛ والتدخلات التي تنجح في تحسينها؛ ومدى فعالية هذه التدخلات من حيث التكلفة. وينبغي للبحوث ودراسات التقييم أن تحدد ما يمكن عمله لتمكين كل شخص من بلوغ مستوى عال نسبياً من القدرة المستقرة، من أجل دعم الأشخاص الذين تتراجع قدرتهم، ودعم هؤلاء الذين فقدوا قدراً كبيراً من قدرتهم.

١٠٢- وكبداية، يمكن للدراسات القائمة على السكان التي تتناول المسنين في المنازل والمجتمعات المحلية والمؤسسات، أن تحدد مستويات القدرة الأساسية والقدرة على الأداء وتوزيعهما، وكيف يتغيران عبر الزمن، وإلى أي مدى تُلبى احتياجات المسنين وتوقعاتهم من الخدمات الصحية والرعاية. وينبغي أن تُجمع هذه المعلومات بطرق تسمح بالمقارنة السليمة والتي يعول عليها بين الأماكن وعبر الزمن.

١٠٣- وثمة حاجة إلى المزيد من البيّنات عن كيفية تشكيل الظروف والمحددات السياسية والاجتماعية والبيولوجية والبيئية الأساسية، حيث إنها تسهم وتؤثر تأثيراً مختلفاً على مسارات التمتع بالصحة في مرحلة

الشيخوخة على مدى العمر داخل مجتمع معين وعلى نطاق البلدان. وستتمثل أولوية أخرى في تحديد طرق تنظيم الخدمات الطبية والصحية والاجتماعية واختيارها ودمجها لدعم المسنين في المنزل والمجتمع المحلي أو المؤسسات على أفضل وجه. وسوف يلزم أن يتضمن ذلك الاعتبارات الخاصة بتصريف شؤون هذه الخدمات وتنظيمها وإتاحتها وتمويلها وتقديمها من قبل الفنيين الصحيين ومقدمي الرعاية غير الرسميين، والاعتبارات الخاصة بتقييم أداء النظم. وهناك حاجة عاجلة أيضاً إلى بحث طرق تحسين السياق البيئي الأوسع نطاقاً والآليات المتعددة القطاعات التي تؤثر على التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة، وتحديد الإجراءات التي يمكن أن تُتخذ داخل الأسر المعيشية والمجتمع المحلي وأماكن العمل وغيرها من الأماكن من أجل تحسين هذا الأثر.

١٠٤- وقد أدى الإقرار المتزايد بأن العديد من محددات التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة تبدأ في مراحل سابقة من الحياة، إلى إثارة الاهتمام بكيفية استخدام النهج الشامل لمراحل الحياة في تحديد الفترات التي يُعد العمل فيها حاسم الأهمية. وينبغي أن يشمل هذا التحليل طريقة تراكم وتحديد الإجهادات وجوانب سرعة التأثير (أو جوانب القوة والقدرة على الصمود). ويمكن لاستخدام الدراسات الأثرية الطولية أن يوضح العلاقات السببية ويسمح بفحص العمليات الإنمائية التي تشكل الاختلافات المبدئية والدائمة في الصحة. وهذه الدراسات إلى جانب التجارب الطبيعية وعمليات التقييم، قد توضح أيضاً ترتيب وفعالية التدخلات التي يمكن أن تخفف من سرعة التأثير وتتغلب عليها أو تعزز دعم الحصائل المرغوبة.

١٠٥- وأخيراً فثمة حاجة عاجلة إلى بحوث سريرية أفضل عن مسببات الحالات الصحية الرئيسية التي تصيب المسنين وعلاجها، بما في ذلك حالات الضعف العضلي والهيكلية والحسي، وأمراض القلب والأوعية الدموية وعوامل الخطر مثل فرط ضغط الدم والسكري؛ الاضطرابات النفسية، والخرف وتراجع الإدراك؛ السرطان، ومتلازمات الشيخوخة مثل الوهن. ويجب أن يشمل ذلك مراعاة أفضل للاختلافات الفيزيولوجية المحددة لدى المسنين من الرجال والنساء ووجود احتمال كبير أن يكونوا مصابين بحالات المراضة المتعددة. ويمكن أن يتوسع ذلك ليشمل التدخلات الممكنة لتعديل التغيرات الفيزيولوجية والنفسية المرتبطة بالشيخوخة.

الموارد

١٠٦- سيتعين على الجهات الفاعلة والعوامل المتعددة أن تتواعم وتتعاون وتشارك في إنتاج التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة. وتشمل هذه الجهات والعوامل المستويات الرسمية للحكومة، والأفراد في المجتمعات المحلية وكمرضى ومقدمي رعاية، وطيفاً واسعاً من الشبكات والروابط والأعمال والمنظمات في مختلف القطاعات. وتوضح الميزانية البرمجية للفترة ٢٠١٦-٢٠١٧ الموارد المالية اللازمة للأمانة من أجل العمل على تحقيق الأغراض الاستراتيجية المحددة على نطاق المنظمة بشأن الشيخوخة والصحة؛ ولكن الموارد المخصصة لمجال الشيخوخة والصحة غير كافية للوفاء بالتوقعات. وبالنسبة إلى الثنائيات القادمة، سيلزم تخصيص المزيد من الموارد نظراً لسرعة شيخوخة السكان وزيادة الفرص المتاحة لتعزيز التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة. وتتوقف مواصلة التقدم صوب تحقيق التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة على الصعيدين الإقليمي والوطني على حجم الموارد الإضافية المتاحة والمخصصة لهذا المجال، وعلى الإجراءات الفعالة المشتركة على صعيد جميع برامج المنظمة وإداراتها ومستوياتها. وسيتعين على جميع الشركاء، بما في ذلك المنظمات الحكومية الدولية والمنظمات غير الحكومية، والمؤسسات الأكاديمية والبحثية، والقطاع الخاص، أن يبذلوا المزيد من الجهود لتعبئة الموارد على المستويات كافة.

المعالم الرئيسية في الفترة ٢٠١٦-٢٠٢٠

١٠٧- يتطلب العمل معاً من أجل تنفيذ الاستراتيجية العالمية استجابة شاملة للحكومة ككل والمجتمع ككل. وفضلاً عن ذلك، فإن الإجراءات المحددة الواردة في التذييل والخاصة بالفترة ٢٠١٦-٢٠٢٠ تتطلب جدولاً زمنياً ومعالم رئيسية يمكن للدول الأعضاء وأصحاب المصلحة وشركاء التنمية الرئيسيين أن يلتزموا بها. ويُعد ذلك جزءاً

من عملية المساءلة على صعيد الحكومات والمنظمات غير الحكومية والبلدان وسائر أصحاب المصلحة بشأن التعاون والتزامهم به. ويتمثل أحد المعالم الرئيسية الأولى المحددة لفترة السنوات الخمس هذه في وضع مجموعة من المؤشرات الرئيسية للعملية القابلة للقياس فيما يتعلق بأغراض خطة العمل، بحلول نهاية كانون الأول/ديسمبر ٢٠١٦. وسوف تُستخدم هذه المؤشرات في قياس التقدم اللاحق وتسهم في المساءلة، وستركز في معظمها على الإجراءات التي اتخذتها الدول الأعضاء والأمانة مع إعداد مسوغات الاستثمار في هذا العمل أيضاً. وستساعد الدول الأعضاء والأمانة معاً على الرصد لمعرفة إذا ما كانت عملية التنفيذ في عمومها تتقدم على المسار الصحيح، وما إذا كانت الموارد والمساهمات قد قُدمت، وما إذا كان يلزم تصحيح المسار صوب تحقيق الرؤية الخاصة بالتمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة. وسوف تستخدم المؤشرات أيضاً في قياس مدى تقدم الأعمال التحضيرية صوب التخطيط لعقد التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة في الفترة ٢٠٢٠-٢٠٣٠، بما في ذلك تحديد القيم الأساسية للصحة وسائر مؤشرات الحصائل ذات الأهمية.

٢٠١٦
أيار/ مايو: اعتماد الصيغة النهائية للاستراتيجية وخطة العمل العالميتين بشأن الشيخوخة والصحة من قِبَل جمعية الصحة العالمية
كانون الأول/ ديسمبر: تحديد مؤشرات التقدم القابلة للقياس لكل غرض استراتيجي من الأغراض المحددة في الاستراتيجية
٢٠١٧
شباط/ فبراير: المساهمة في استعراض خطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة بعد مرور ١٥ عاماً على اعتمادها
حزيران/ يونيو: الاتفاق على مقاييس وأساليب تقييم التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة، سواء أكانت موجودة بالفعل أم جديدة
٢٠١٨
حزيران/ يونيو: تقرير منتصف المدة بشأن تنفيذ الاستراتيجية، بما في ذلك التقدم المُحرز في تجميع البيانات الخاصة بالموضوعات الرئيسية والرصد والقواعد و"أفضل الخيارات". وتنتج توجه الاستراتيجية بالاستناد إلى العبر المستخلصة حتى تاريخه
٢٠١٩:
أيار/ مايو - أيلول/ سبتمبر: مناقشة الاقتراحات بشأن عقد التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة في مشاورة مفتوحة مع الدول الأعضاء، والكيانات الممثلة للمسنين، والهيئات التابعة لمنظمة الأمم المتحدة، وسائر الشركاء وأصحاب المصلحة الرئيسيين.
٢٠٢٠:
كانون الثاني/ يناير: مناقشة الاقتراحات بشأن عقد التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة، والتوسع في خطة العمل لفترة من عام ٢٠٢٠ إلى عام ٢٠٣٠، في المجلس التنفيذي لمنظمة الصحة العالمية
تشرين الأول/ أكتوبر: التقرير الختامي بشأن استعراض الاستراتيجية الشامل للبيانات الأساسية لعقد التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة

التذييل

خطة العمل للفترة ٢٠١٦-٢٠٢٠

يوضح الجدول التالي المساهمات التي يمكن أن تسهم بها الدول الأعضاء، وأمانة المنظمة، وسائر الهيئات التابعة لمنظومة الأمم المتحدة، والشركاء على الصعيدين الوطني والدولي، في كل غرض من الأغراض الاستراتيجية وسيختلف كل بلد عن الآخر من حيث تأهيه لاتخاذ الإجراءات التي حُدثت. والإجراءات التي ينبغي اتخاذها وترتيبها عند التنفيذ، يتوقفان في المقام الأول على السياق الوطني والأولويات الوطنية.

الغرض الاستراتيجي ١: الالتزام بالعمل المرتبط بالتمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة في كل بلد

الدول الأعضاء	الأمانة (المنظمة وسائر الهيئات التابعة لمنظومة الأمم المتحدة)	الجهات الشريكة الوطنية والدولية
١-١ وضع أطر عمل وطنية متعلقة بالتمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة	دعم الحوارات السياسية المتعلقة بالتقرير العالمي بشأن الشيخوخة والصحة والاستراتيجية وخطة العمل العالميتين	إدراج التمتع بالصحة في جميع مراحل الشيخوخة في جميع الحوارات والسياسات المتصلة بالصحة وحقوق الإنسان والتنمية
إعداد خطط وطنية وإقليمية بالتعاون مع جميع الجهات صاحبة المصلحة المعنية لتعزيز التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة، بتحديد خطوط واضحة للمسؤولية وآليات معنية بالتنسيق والمساءلة والرصد والتبليغ على نطاق جميع القطاعات المعنية	وضع مسوغات الاستثمار والميزانية لتوفير الموارد اللازمة لخطة العمل الإجمالية في هذا المجال	تبادل المعلومات وتنسيق الإجراءات ومشاطرة الدروس المستخلصة لدعم وضع السياسات والخطط من أجل تعزيز التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة
تخصيص الموارد الكافية لتنفيذ خطط العمل وضمان فعالية إدارة الموارد العامة في الوقت ذاته لتيسير التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة	إجراء تحليل حالة للأطر القائمة وتبادلها على الصعيد العالمي	دعم مشاركة المسنين والمنظمات الممثلة لهم في مراجعة القوانين والسياسات والخطط المؤثرة في التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة ووضع هذه القوانين والسياسات والخطط
مراجعة القوانين والسياسات الرئيسية والمرتبطة بالشيخوخة لتعزيز التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة ومراجعة آليات الامتثال والإنفاذ	إدراج موضوع اتباع نهج يدوم طيلة العمر للتمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة في جداول أعمال اجتماعات الأجهزة الرئاسية على جميع المستويات وفي المنتديات الاجتماعية والصحية والاقتصادية الأخرى	تعزيز التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة
تكوين ثقافة لصنع القرارات تقدر قيمة البيانات واستخدامها	إشراك المسنين في عملية رسم السياسات على المستوى الدولي والإقليمي والوطني في إطار هياكل المنظمة	تقديم الدعم التقني لأنشطة نقل المعارف التي تمكن من وضع السياسات
تعزيز القدرات الوطنية لوضع سياسات	تقديم الدعم التقني لأنشطة نقل المعارف التي تمكن من وضع السياسات	ضمان الإبلاغ بالبيانات بوسائل يمكن لراسمي السياسات النفاذ إليها

الجهاز الشريكة الوطنية والدولية	الأمانة (المنظمة وسائر الهيئات التابعة لمنظمة الأمم المتحدة)	الدول الأعضاء	مُسندة بالبيانات
<p>واستخدامها إجراء بحوث في مجالات تحدّد فيها ثغرات متعلقة بالسياسات والممارسات</p> <p>تيسير العلاقات بين الباحثين ومستخدمي المعارف والممولين والمسنين والأسر ومقدمي الرعاية والهيئات المهنية دعماً لرسم السياسات بشأن التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة، بما في ذلك إنشاء منظمات إقليمية وعلاقات لتبادل المعلومات والممارسات الجيدة والأدوات بين النظراء</p>	<p>المُسندة بالبيانات بشأن التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة</p> <p>تيسير التبادلات على صعيد البلدان فيما يتعلق بالابتكارات والممارسات الجيدة</p>	<p>إنشاء هياكل رسمية وإتاحة الفرص والقدرات والأنشطة لنقل البحوث والبيانات من أجل توجيه عملية رسم السياسات</p> <p>تحديد ثغرات البحث وتشجيع البحث في هذه المجالات</p> <p>إنشاء آليات تسمح بتدفق التواصل الفعال بين الباحثين وصانعي القرارات</p>	<p>مُسندة بالبيانات</p>
<p>جمع البيانات وتعميمها فيما يتعلق بالشيخوخة ودور المسنين ومساهماتهم والآثار الاجتماعية والاقتصادية الناجمة عن التمييز ضد المسنين</p> <p>ضمان تقديم نظرة متوازنة عن الشيخوخة في وسائل الإعلام والترفيه، عن طريق تقليل التقارير الإخبارية المثيرة عن الجرائم المرتكبة ضد المسنين إلى أدنى حد وشمل المسنين كنموذج يحتذى به على سبيل المثال</p>	<p>تجميع البيانات الحالية وتقديم الإرشاد بشأن إدراك مشكلة التمييز ضد المسنين واتخاذ الإجراءات بخصوصها بهدف تحسين السياسات</p> <p>وضع النماذج الاقتصادية المحسنة لتقييم مساهمات المسنين، وتكاليف الاستثمار في التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة والفوائد التي يعود بها</p> <p>ضمان عدم التمييز على أساس السن ونوع الجنس في إطار سياسات المنظمة وإرشاداتها وتبليغاتها</p>	<p>دعم جمع المعلومات المُسندة بالبيانات والمصنفة حسب السن عن الشيخوخة والصحة وتعميمها ومساهمة المسنين</p> <p>اعتماد تشريعات لمكافحة التمييز على أساس السن ووضع آليات لإنفاذها</p> <p>تعديل القوانين أو السياسات أو البرامج الراهنة أو إبطالها، ولاسيما القوانين أو السياسات أو البرامج التي تتعلق بالصحة والعمل والتعلم مدى الحياة وتنطوي على التمييز المباشر أو غير المباشر وتحول دون مشاركة المسنين في المنافع التي تكفل تلبية احتياجاتهم وأعمال حقوقهم ودون حصولهم عليها</p> <p>شن حملات التواصل بالاستناد إلى البحث في المواقف والمعتقدات المتعلقة بالتمييز ضد المسنين وأثار هذا التمييز من أجل تعزيز معرفة الجمهور وفهمه بخصوص التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة</p>	<p>٣-١ مكافحة التمييز ضد المسنين وتغيير فهم الشيخوخة والصحة</p>

الغرض الاستراتيجي ٢: تهيئة البيئات المراعية للمسنين

الدول الأعضاء	الأمانة (المنظمة وسائر الهيئات التابعة لمنظمة الأمم المتحدة)	الجهات الشريكة الوطنية والدولية
١-٢ تعزيز استقلال المسنين	تعزيز الوعي والفهم بخصوص حقوق المسنين وضع إرشادات تقنية بشأن تعزيز الاستقلال إلى أقصى حد بتغطية مجموعة من المسائل الرئيسية مثل الأمن الغذائي والوقاية من إساءة معاملة المسنين والتصدي لها والوقاية من حالات السقوط توفير قاعدة بيانات عن البيئات المتاحة والمتصلة بمعدلات انتشار إساءة معاملة المسنين وعوامل خطر التعرض لها وعواقبها والتدخلات الخاصة بها، بما في ذلك العنف ضد النساء المسنات توفير قائمة بالأجهزة المساعدة الأساسية	توعية المسنين بحقوقهم الإنسانية دعم توفير التكنولوجيات المساعدة تقديم الدعم التقني والمالي لتنفيذ السياسات والبرامج التي تترقي باستقلال المسنين إنشاء منصات لتبادل المعلومات عن الأساليب الفعالة لتعزيز استقلال المسنين ودعم هذه المنصات
٢-٢ تمكين المسنين من المشاركة	تعزيز الوعي والفهم بخصوص مساهمات المسنين وأهمية العمل مع أجيال مختلفة تقديم الإرشاد والدعم التقنيين لتمكين المسنين من المشاركة في التنمية إشراك المسنين في صنع القرارات في إطار عمليات المنظمة وفيما يتعلق بالمسائل التي تعنيهم	بناء قدرة المنظمات المعنية بشؤون المسنين على المشاركة الفعالة في وضع السياسات وتخطيطها تتمية قدرة المنظمات المعنية بشؤون المسنين على توفير المعلومات والتدريب والدعم عبر النظراء والرعاية طويلة الأجل دعم المنصات لتبادل مختلف آراء المسنين وإنشاء هذه المنصات

الجهات الشريكة الوطنية والدولية	الأمانة (المنظمة وسائر الهيئات التابعة لمنظومة الأمم المتحدة)	الدول الأعضاء	٢-٣ تعزيز العمل المتعدد القطاعات
تعزيز مفهوم البيئات المراعية للمسنين	توسيع نطاق شبكة المنظمة العالمية للمدن والمجتمعات المحلية المراعية للمسنين وتطويرها من أجل ربط المدن والمجتمعات المحلية على نطاق العالم	إعداد رسائل للدعوة تستهدف خصيصاً قطاعات معينة وتتعلق بالطرق التي تسمح لهذه القطاعات بالمساهمة في مجال التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة	
دعم تطوير مدن ومجتمعات محلية وبلدان مراعية للمسنين من خلال ربط الجهات الفاعلة وتيسير تبادل المعلومات ومشاركة الممارسات الجيدة	إتاحة منصة تفاعلية لتيسير التعلم وتبادل المعلومات والخبرات بشأن تهيئة بيئات مراعية للمسنين تعزز التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة	تشجيع البلديات ودعمها كي تتخذ الإجراءات التي تجعلها أكثر مراعاة للمسنين	
تقديم المساعدة التقنية والمالية إلى الدول الأعضاء بهدف ضمان تمكين القدرة على الأداء عبر الخدمات العامة	تقديم الدعم التقني إلى البلدان كي تدعم تطوير البيئات المراعية للمسنين	اتخاذ الإجراءات على جميع المستويات وفي جميع القطاعات لتعزيز القدرة على الأداء، بما في ذلك من أجل تحقيق ما يلي:	
تقديم الإرشاد إلى الدول الأعضاء بخصوص طائفة من المسائل مثل إرساء أسس الحماية الاجتماعية المحددة على الصعيد الوطني والحفاظ عليها؛ وضمان فرص العمل اللائق لجميع الأعمار وتوفير السكن اللائق	توثيق عمليات تقييم المبادرات الراهنة المراعية للمسنين ودعمها وتعميمها من أجل تحديد البيئات التي تدل على الأساليب الفعالة في مختلف السياقات	حماية المسنين من الفقر بضمان دعم النساء المسنات الأكثر تضرراً عموماً	
دعم المسنين والمنظمات المعنية بشؤونهم للحصول على المعلومات عن البرامج الرئيسية	اقتراح مؤشرات يمكن أن توجه راسمي السياسات بشأن التقدم المحرز في تهيئة البيئات المراعية للمسنين	توسيع نطاق خيارات الإسكان والمساعدة على تكيف المساكن على نحو يمكن المسنين من التقدم في السن في أماكن ملائمة لهم دون تحمل أعباء مالية	
	تقديم الإرشاد والدعم التقنيين بشأن تلبية احتياجات المسنين وأعمال حقوقهم في حالات الطوارئ	تعزيز الامتثال للمعايير المرتبطة بتيسير الوصول إلى المباني ووسائل النقل وتكنولوجيا المعلومات والاتصالات وسائر التكنولوجيات المساعدة وضمان الامتثال لهذه المعايير	
		إتاحة أماكن جماعية تسمح بتجمع المسنين مثل مراكز المسنين والحدائق العامة	
		إتاحة الفرص الاجتماعية والمعلومات الميسرة عن الأنشطة الترفيهية والاجتماعية	
		توفير برامج اكتساب المعارف الصحية الخاصة بالمسنين	
		إتاحة الفرص للتعلم مدى الحياة	
		تعزيز التعاون وتنوع الأعمار والإدماج في بيئات العمل	

الدول الأعضاء	الأمانة (المنظمة وسائر الهيئات التابعة لمنظومة الأمم المتحدة)	الجهات الشريكة الوطنية والدولية
ويمان التنسيق الفعال لأنشطة التنفيذ والرصد، عبر فرق العمل (المرتبطة بآليات التنسيق العامة المبينة في إطار الغرض الاستراتيجي (1)		

الغرض الاستراتيجي ٣: موازنة النظم الصحية مع احتياجات السكان المسنين

الدول الأعضاء	الأمانة (المنظمة وسائر الهيئات التابعة لمنظومة الأمم المتحدة)	الجهات الشريكة الوطنية والدولية
١-٣ توجيه النظم الصحية كي تركز على القدرات الأساسية والقدرة على الأداء	تقديم المساعدة التقنية والإرشاد التقني بشأن دمج استجابة النظم الصحية لشيخوخة السكان في السياسات والخطط الوطنية المتعلقة بالتمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة	مناصرة المسنين وأسره ومجتمعاتهم ودعم أسرهم ومجتمعاتهم للمشاركة في السياسات وقرارات التخطيط
استدامة تمويل تقويم البرامج والخدمات والنظم اللازم لتعزيز التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة	إسداء المشورة التقنية ووضع نهج موحدة للتمكين من إجراء تقييمات إقليمية ووطنية لمواءمة النظم الصحية مع احتياجات المسنين	دعم مشاركة المسنين في النظم الصحية
وتكليف نظم المعلومات كي تجمع البيانات عن القدرات الأساسية والاتجاهات في القدرات وتحللها وتبلغ عنها	تقديم المساعدة التقنية للتمكين من تغيير النظم الصحية، بما في ذلك ما يتعلق بالقوى العاملة الصحية ونظم المعلومات الصحية والمنتجات والتكنولوجيات الطبية	تعزيز صحة المسنين الجنسية وحقوقهم
ضمان توافر المنتجات الطبية واللقاحات والتكنولوجيات اللازمة للارتقاء بالقدرات الأساسية والقدرة على الأداء لدى المسنين إلى المستوى الأمثل	توثيق أفضل الممارسات وإعداد نماذج مُسندة بالبيانات لتوفير خدمات الرعاية المتكاملة في سياقات الرعاية الصحية ذات الموارد المرتفعة والمتوسطة والمنخفضة وتبادل نماذج الرعاية التي ثبتت فعاليتها في دعم القدرات الأساسية	المساهمة عبر البيانات والبحوث المتعلقة بتغيير النظم الصحية لصالح السكان المسنين
ضمان التعاون بين القطاعات وعلى الأخص بين دوائر الخدمات الصحية والاجتماعية لتلبية احتياجات المسنين بما في ذلك تلك التي تنشأ عن الاضطرابات النفسية والخرف وتراجع الإدراك ومتلازمات الشيخوخة، مثل الوهن وسلس البول والهذيان والسقوط		

الدول الأعضاء	الأمانة (المنظمة وسائر الهيئات التابعة لمنظومة الأمم المتحدة)	الجهات الشريكة الوطنية والدولية
<p>٢-٣ تطوير وضمان الإتاحة الميسورة التكلفة للرعاية السريرية المتكاملة الجيدة التي تركز على المسنين</p> <p>ضمان تزويد المسنين بتقييمات شاملة لدى مشاركتهم في النظام الصحي وبعد مشاركتهم فيه بشكل دوري</p> <p>تصميم نظم لتعزيز التدبير العلاجي الذاتي لدى المسنين</p> <p>تحديد النماذج المُسندة بالبيّنات لخدمات الرعاية المتكاملة وتنفيذها</p> <p>إرساء البنى التحتية وتصاميم الخدمات والعمليات المراعية للمسنين</p> <p>وإرساء الخدمات في أقرب مكان ممكن من مقر إقامة المسنين</p> <p>تنفيذ استراتيجيات التغطية الصحية الشاملة للحد من الإنفاق من الأموال الخاصة حيثما يكون ممكناً من خلال توسيع نطاق التغطية السكانية ومجموعة الخدمات التي يحتاج المسنون إليها في الغالب</p> <p>توفير التدخلات المجتمعية للوقاية من تدهور الأداء والاعتماد على الرعاية</p> <p>اعتماد مبادئ المنظمة التوجيهية بشأن خدمات الرعاية المتكاملة للمسنين وتنفيذها</p> <p>ضمان إتاحة سلسلة خدمات الرعاية بما في ذلك الروابط بالبرامج المتعلقة بالصحة الجنسية وتوافر خدمات رعاية الحالات الحادة وإعادة التأهيل والرعاية الملطفة</p>	<p>تقديم الدعم التقني المتصل بإرساء خدمات متكاملة، بما في ذلك وضع الاستراتيجيات لضمان تغطية الخدمات وتقليل النفقات الصحية الباهظة</p> <p>وضع توصيات مُسندة بالبيّنات ومبادئ توجيهية سريرية بشأن الوقاية من حالات تدهور الأداء والاعتماد على الرعاية في مرحلة الشيخوخة وتدبيرها العلاجي وتعميم هذه المبادئ التوجيهية وتجريبها على الصعيد القطري</p> <p>إعداد البيّنات والإرشادات المتعلقة بالتدبير السريري لاعتلالات محددة متصلة بالمسنين تشمل الاضطرابات العضلية الهيكلية والحسية والأمراض المتعددة وأمراض القلب والأوعية الدموية وعوامل الخطر مثل ارتفاع ضغط الدم والسكري وأمراض الصحة النفسية والخرف والسرطان</p> <p>إعداد الأدوات والإرشادات لتيسير تنفيذ التدبير العلاجي للحالات</p>	<p>المشاركة في حملات الدعوة وعقد شراكات في إطار المبادرات الراهنة لتشجيع اعتماد نماذج الرعاية المتكاملة</p> <p>التوعية بخصوص الاحتياجات الصحية للمسنين والسكان المسنين ودعم التدبير العلاجي الذاتي والمشاركة لدى المسنين والأسر والمجتمعات</p> <p>تقديم الدعم والتقني المتصل بشأن الكفاءات الضرورية لتلبية احتياجات السكان المسنين</p> <p>التبليغ عن أثر شيخوخة السكان على القوى العاملة والصحية وعلى مدى كفاية القوى العاملة الحالية لتلبية احتياجات السكان المسنين</p> <p>تقديم المساعدة التقنية إلى البلدان لوضع استراتيجيات مُسندة بالبيّنات عن القوى العاملة الصحية</p> <p>دعم إعداد الإرشادات وبرامج التدريب لتحسين مهارات أصحاب المهن الصحية ومعارفهم في البلدان ذات</p>
<p>٣-٣ ضمان استدامة القوى العاملة الصحية وتدريبها ونشرها وإدارتها على النحو المناسب</p> <p>ضمان تمتع أصحاب المهن الصحية الحاليين بالكفاءات المتعلقة بالشيخوخة (بما فيها الكفاءات الضرورية لإجراء تقييمات شاملة خاصة بالتمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة والإدارة المتكاملة لاحتياجات الرعاية الصحية المعقدة) عن طريق التدريب قبل الخدمة وأثناء الخدمة</p> <p>ضمان قدرة مؤسسات التدريب على إرساء/توسيع نطاق التعليم في مجال رعاية المسنين</p>	<p>تقديم الدعم والإرشاد التقنيين بشأن الكفاءات الضرورية لتلبية احتياجات السكان المسنين</p> <p>التبليغ عن أثر شيخوخة السكان على القوى العاملة والصحية وعلى مدى كفاية القوى العاملة الحالية لتلبية احتياجات السكان المسنين</p> <p>تقديم المساعدة التقنية إلى البلدان لوضع استراتيجيات مُسندة بالبيّنات عن القوى العاملة الصحية</p> <p>دعم إعداد الإرشادات وبرامج التدريب لتحسين مهارات أصحاب المهن الصحية ومعارفهم في البلدان ذات</p>	<p>دعم مؤسسات التعليم في مراجعة مناهجها الدراسية لتتاول المسائل المتعلقة بالشيخوخة والصحة</p> <p>توفير الدعم التقني والخبرة التقنية لتنظيم أنشطة التدريب، وخصوصاً في البلدان التي تعاني من نقص أصحاب مهن الرعاية الصحية العاملين في ميدان الشيخوخة</p> <p>الإمام بقواعد المنظمة ومبادئها التوجيهية بشأن خدمات الرعاية المتكاملة المتاحة للمسنين والمساعدة</p>

الدول الأعضاء	الأمانة (المنظمة وسائر الهيئات التابعة لمنظومة الأمم المتحدة)	الجهات الشريكة الوطنية والدولية
ضمان التوزيع المتوازن للقوى العاملة ضمن البلدان وتنمية القوى العاملة لتتوافق مع الطلب على الخدمات تعزيز قيادات جديدة للقوى العاملة (مثل منسقي خدمات الرعاية والمسؤولين عن التدبير العلاجي للحالات والعاملين المجتمعيين في مجال الرعاية) إتاحة الفرص لتوسيع نطاق أدوار الموظفين الحاليين لتوفير الرعاية للمسنين	الدخل المنخفض والمتوسط	على تنفيذ هذه القواعد والمبادئ التوجيهية

الغرض الاستراتيجي ٤: وضع نظم مستدامة ومنصفة لتقديم الرعاية الطويلة الأجل (المنزل والمجتمعات والمؤسسات)

الدول الأعضاء	الأمانة (المنظمة وسائر الهيئات التابعة لمنظومة الأمم المتحدة)	الجهات الشريكة الوطنية والدولية
١-٤ وضع نظام مستدام ومنصف للرعاية الطويلة الأجل ومواصلة تحسينه	تقديم الإرشاد بشأن النظم الملائمة والمستدامة لتوفير الرعاية الطويلة الأجل في السياقات ذات الموارد المختلفة تقديم الدعم التقني إلى الدول الأعضاء لتحديد آليات مستدامة لتزويد الرعاية الطويلة الأجل بالموارد تقديم الدعم التقني لتحليل الوضع على الصعيد الوطني ووضع التشريعات والخدمات والسياسات والخطط المتعلقة بالرعاية الطويلة الأجل وتنفيذها ورصدها	المساهمة في توفير البيانات لوضع النظم الملائمة والآليات المستدامة وتنفيذها من أجل تزويد الرعاية الطويلة الأجل بالموارد في مختلف الظروف الخاصة بالموارد المساهمة في إرساء نظام متكامل ومستدام ومنصف يتوجه إلى القدرة للرعاية الطويلة الأجل وتنفيذه
تحديد إتاحة الرعاية الطويلة الأجل كأولوية من أولويات الصحة العمومية وحق من حقوق الإنسان الإشراف على تطوير البنى التحتية والدعم اللازمين لضمان ضم الرعاية الطويلة الأجل إلى التغطية الصحية الشاملة تحديد نظم الرعاية الملائمة لتحسين القدرة على الأداء والعافية في صفوف المسنين المعانين من تراجع القدرات أو المعرضين لتراجعها تحديد آليات مستدامة ووضعه لتزويد الرعاية الطويلة الأجل بالموارد جمع أصحاب المصلحة المعنيين بمن فيهم المسنون ومقدمو الرعاية، والتخطيط لخدمات الرعاية الطويلة الأجل المستدامة والمنصفة بما يشمل توفير الخدمات وإمدادها بالموارد وتنظيمها ورصدها، وتحديد الأدوار والمسؤوليات (المرتبطة بالغرض الاستراتيجي ١) تعزيز التعاون بين الجهات صاحبة المصلحة الرئيسية التي تشمل الأشخاص المعتمدين على الرعاية ومقدمي الرعاية إليهم والمنظمات غير		

الجهات الشريكة الوطنية والدولية	الأمانة (المنظمة وسائر الهيئات التابعة لمنظومة الأمم المتحدة)	الدول الأعضاء
المساهمة في إعداد أنشطة التدريب والتعليم المتواصل والإشراف وتنفيذها لصالح القوى العاملة المعنية بالرعاية طويلة الأجل	تقديم الإرشاد بشأن التدريب وتغيير توزيع المهام من أجل توفير الرعاية طويلة الأجل إتاحة الموارد الإلكترونية المتصلة بتوفير الرعاية طويلة الأجل لفائدة مقدمي الرعاية غير المأجورين	الحكومية والقطاعين العام والخاص من أجل توفير الرعاية طويلة الأجل
ضمان الأجور والاستحقاقات وظروف العمل للعاملين في مجال الرعاية		وضع الاستراتيجيات وتنفيذها لتوفير المعلومات والتدريب والرعاية المؤقتة لمقدمي الرعاية غير المأجورين وإتاحة ترتيبات العمل المرنة أو إجازات الغياب للأشخاص المشاركين (أو الراغبين في المشاركة) في القوى العاملة
إتاحة ترتيبات العمل المرنة أو إجازات الغياب لمقدمي الرعاية غير المأجورين		إعداد معايير وطنية لتدريب مقدمي الرعاية المهنيين
إنشاء المنصات ودعمها لإعداد التدخلات العالية المردودية وتقييمها من أجل دعم القوى العاملة المعنية بالرعاية طويلة الأجل		تنمية القوى العاملة المعنية بالرعاية طويلة الأجل (التي تشمل أيضاً الرجال والشباب والأفراد غير المنتمين إلى الأسرة مثل المتطوعين والأقران المسنين) عن طريق التدريب وتغيير توزيع المهام
المساهمة في البحوث والبيانات لإعداد التدخلات العالية المردودية وتقييمها من أجل دعم القوى العاملة المعنية بالرعاية طويلة الأجل		تحسين ظروف العمل والأجور وفرص العمل لاجتذاب مقدمي الرعاية المأجورين واستبقائهم
اتباع المعايير والمبادئ التوجيهية والبروتوكولات وآليات الاعتماد والرصد الوطنية الخاصة بالرعاية	تقديم الدعم التقني إلى الدول الأعضاء بشأن توفير خدمات الرعاية طويلة الأجل المتكاملة التي تتوجه إلى القدرة وتركز على الأشخاص	توفير خدمات التعليم المتواصل والإشراف وغيرها من خدمات الدعم لمقدمي الرعاية المأجورين الحاليين
توفير خدمات الرعاية طويلة الأجل الجيدة متشياً مع المعايير والمبادئ التوجيهية والبروتوكولات الوطنية الخاصة بالرعاية مع مراعاة المسنين وتوخي الإنصاف من خلال النهوض بحقوق المسنين	وضع إرشادات بشأن نهج محددة لضمان جودة وملاءمة الرعاية طويلة الأجل في السياقات ذات الموارد المختلفة	ضمان وضع المعايير والمبادئ التوجيهية والبروتوكولات وآليات الاعتماد الوطنية الخاصة بالرعاية وتنفيذها من أجل توفير خدمات الرعاية طويلة الأجل المتكاملة والتي تتوجه إلى القدرة وتركز على الأشخاص
إتاحة آليات لمقدمي الرعاية من أجل تبادل التجارب واستخلاص الدروس منها		ضمان وضع آليات رسمية لتوفير خدمات الرعاية طويلة الأجل المتكاملة التي تتوجه إلى القدرة وتركز على الأشخاص من خلال التدبير العلاجي للحالات والتخطيط المتقدم في مجال الرعاية والتعاون بين مقدمي الرعاية المأجورين وغير المأجورين مثلاً
وضع خدمات ابتكارية للرعاية طويلة الأجل وتنفيذها، بما في ذلك من		ضمان الاستخدام الملائم للفرص الميسورة التكلفة لإتاحة التكنولوجيات الصحية الابتكارية المساعدة من أجل تحسين القدرة على الأداء والعافية في صفوف الأشخاص المحتاجين إلى الرعاية

٢-٤ بناء قدرات القوى العاملة ودعم مقدمي الرعاية

٣-٤ ضمان جودة خدمات الرعاية طويلة الأجل المتكاملة والتي تركز على الأشخاص

الدول الأعضاء	الأمانة (المنظمة وسائر الهيئات التابعة لمنظمة الأمم المتحدة)	الجهات الشريكة الوطنية والدولية
الطويلة الأجل ضمان توفير خدمات الرعاية الطويلة الأجل الأخلاقية والمراعية للمسنين التي تنهض بحقوق المسنين ومقدمي الرعاية إليهم ضمان رصد الرعاية الطويلة الأجل من حيث القدرة على الأداء والعافية واستمرار تحسين هذه الرعاية بناءً على الحصائل		خلال استخدام التكنولوجيا لأغراض التنسيق والرعاية والدعم والرصد

الغرض الاستراتيجي ٥: تحسين القياس والرصد والبحث في مجال التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة

الدول الأعضاء	الأمانة (المنظمة وسائر الهيئات التابعة لمنظمة الأمم المتحدة)	الجهات الشريكة الوطنية والدولية
١-٥ الاتفاق على أساليب قياس التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة وتحليله ووصفه ورصده ضمان تصنيف البيانات والإحصاءات الوطنية الخاصة بتسجيل الأحوال المدنية حسب السن ونوع الجنس في جميع مراحل العمر وحسب الخصائص الاجتماعية والاقتصادية المهمة تشجيع الرصد والترصد والتبليغ تمشياً مع المقاييس العالمية المتفق عليها تشجيع تبادل البيانات وإرساء الروابط عبر القطاعات (مثل قطاعات الصحة والرعاية الاجتماعية والعمل والتعليم والبيئة والنقل) إجراء رصد سكاني دوري للمسنين بمن فيهم المسنون الموجودون في مؤسسات الرعاية الطويلة الأجل ربط رصد مقاييس التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة بتقييم السياسات والبرامج الوطنية القطاعية والمشتركة بين القطاعات والمتعددة القطاعات وسائر الجهود الدولية (مثل أهداف التنمية المستدامة)	دعوة الوكالات المتخصصة في منظومة الأمم المتحدة وسائر الجهات الشريكة المعنية بالتنمية والاتصال بها لتعزيز توافق الآراء بشأن المقاييس والأساليب استعراض مصادر البيانات والأساليب والمؤشرات الحالية وتعزيز تبادل البيانات والأساليب لرصد التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة وترصده على المستوى العالمي والإقليمي والوطني والمحلي وضع القواعد والمقاييس ونهج التحليل الجديدة لوصف التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة ورصده، بما في ذلك المستويات وبيانات التوزيع، إلى جانب الأساليب لجمع المعلومات والتبليغ عنها فيما يتعلق بالقدرات الأساسية والقدرة على الأداء وطول العمر إعداد الموارد التي تشمل الوحدات الاستقصائية الموحدة وأدوات جمع البيانات والمؤشرات الحيوية وبرامج التحليل إعداد تقرير حالة عالمي عن التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة بحلول عام ٢٠٢٠	تمكين المسنين من المشاركة وتبادل أفضل الممارسات للتمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة توفير المعلومات النوعية والكمية لتتبع التقدم المحرز من أجل التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة والدعوة إلى مساءلة جميع الجهات صاحبة المصلحة العمل مع الجهات الشريكة لتحسين نظم القياس والرصد والتبليغ، بما في ذلك تمكين التحليل المراعي للسن وقضايا الجنسين دعم وضع السياسات من خلال التبليغ عن الاتجاهات والمسائل المستجدة

الدول الأعضاء	الأمانة (المنظمة وسائر الهيئات التابعة لمنظومة الأمم المتحدة)	الجهات الشريكة الوطنية والدولية
	يبين توافر المقاييس والبيانات وتوزيعها ضمن البلدان وعبرها، والبيانات الجديدة بشأن الإجراءات التي يمكن اتخاذها لدعم التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة	
٢-٥ تعزيز القدرات في مجال البحث وحوافز الابتكار	شمل المسنين في جميع مراحل البحث والابتكار، بما في ذلك احتياجاتهم وميولهم	تشجيع المسنين على المشاركة في البحوث وتحديد مسائل البحث والحاجة إلى الابتكار، بما في ذلك وضع تصاميم الدراسات
	ضمان التمثيل الإحصائي والمُجدي للمسنين في الدراسات السكانية بقدر كافٍ من الفعالية لتحليل البيانات وشملهم في إطار التجارب السريرية	دعم جهود التدريب وتنمية القدرات، بما في ذلك شبكات الأكاديميين والباحثين والمدرّبين التي تشمل البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط
	تعزيز التمويل والقدرات وعلاقات التعاون في مجال البحث لتناول التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة	ضمان مشاركة المسنين في التجارب السريرية وتقييم التكنولوجيات الجديدة التي تراعي مختلف الاحتياجات والجوانب الفيزيولوجية لدى المسنين من الرجال والنساء
	وضع الحوافز ودعم الابتكار لتلبية احتياجات مختلف الفئات العمرية بما فيها فئة المسنين عبر الإجراءات المتعددة القطاعات والمشاركة بين القطاعات التي تشمل الابتكارات التكنولوجية والاجتماعية لتوفير الخدمات المنزلية والمجتمعية للسكان المسنين	دعم الابتكارات الصغيرة والكبيرة
	دعم نقل التكنولوجيا الطوعي والمتفق عليه على أساس متبادل الذي يشمل الخدمات والابتكارات والمعارف وأفضل الممارسات	تشجيع مشاركة المسنين في تطوير الخدمات أو التكنولوجيات أو المنتجات وتصميمها وتقييمها
	توجيه البحث والابتكار لضمان أن يُلبي مطورو الخدمات ومقدموها من القطاعين العام والخاص (بما يشمل خدمات الصحة والرعاية والأجهزة والأدوية) الاحتياجات المحددة لجميع المسنين بمن فيهم المسنون ذوو الموارد المحدودة.	تعزيز الابتكار لتسريع وتيرة تطوير التكنولوجيات والتدخلات المساعدة الجديدة والمحسنة من أجل دعم المسنين
	بناء القدرة الوطنية على تجميع البحوث كإسهامات في نقل المعارف ووضع السياسات المُسندة بالبيانات (المرتبطة بالغرض الاستراتيجي ١)	التعاون لتحديد معالم البرنامج العالمي للبحث والابتكار في مجال التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة والدعوة إلى تعزيز موارد التمويل والقدرات ودعم ذلك
		المساهمة في وضع الأساليب والنهج الجديدة وتبادلها من أجل تحقيق ما يلي:
		- توفير الخدمات المتكاملة والمركزة على الأشخاص للرعاية الصحية والرعاية طويلة الأجل
		- تحديد معالم البحوث السريرية كي تكون أشد صلة بالمسنين
		- تمويل الخدمات الصحية وخدمات الرعاية طويلة

الجهات الشريكة الوطنية والدولية	الأمانة (المنظمة وسائر الهيئات التابعة لمنظمة الأمم المتحدة)	الدول الأعضاء
	<p>الأجل في إطار نظم التغطية الشاملة</p> <p>- الاستجابة لاحتياجات المسنين وتوقعاتهم في مجتمعات محلية ومدن ومناطق ريفية تيسر الشيخوخة في مكان الإقامة فيما يتعلق بمسائل مثل الصحة واستغلال الأراضي والسكن والنقل وتكنولوجيا الحزمة العريضة</p> <p>- تحديد معدلات انتشار حالات إساءة معاملة المسنين والوقاية من هذه الحالات</p> <p>- تحديد كمية مساهمات المسنين والاستثمارات اللازمة لتوفير الخدمات التي يحتاجون إليها</p> <p>- جمع الاختصاصات المتعددة والبيانات النوعية والكمية للتبليغ عن مختلف احتياجات المسنين وتوقعاتهم</p> <p>دعوة الجهات الشريكة والعمل معها لوضع برنامج عالمي للبحوث عن التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة والتبليغ عنه</p>	
<p>التعاون والمشاركة في تصميم البحوث وتنفيذها، بما في ذلك تقييم الأساليب الفعالة في السياقات المختلفة</p> <p>المساهمة في المعارف المكتسبة من الجمعيات والمنظمات التي تتناول المسائل الخاصة بعوامل خطر أو أمراض أو اعتلالات معينة والشاملة للمسنين (بما في ذلك النهج المتعلقة بالخرف وإساءة معاملة المسنين والمساعدة الذاتية)</p> <p>وضع نهج ابتكارية واختبارها لتعزيز الرعاية المؤسسية والمجتمعية والمنزلية بغية تنفيذ أنسب التدخلات وزيادة فرص إتاحة الأدوية الأساسية للمسنين بما فيها الأدوية</p>	<p>تنظيم المنتديات الدولية والمشاركة فيها لإذكاء الوعي بخصوص أولويات البحث من أجل التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة</p> <p>تنسيق جهود البحث والتقييم ذات الأولوية والمتعددة الأقطار، بالاستناد إلى دراسة المنظمة عن الشيخوخة وصحة البالغين في العالم أو بتكثيف سائر الجهود الراهنة على سبيل المثال</p> <p>التعاون مع الجهات صاحبة المصلحة لتحديد مجموعة المسارات التي قد تكون مشتركة بين القدرات الأساسية والقدرة على الأداء ومحسنتاتها الاجتماعية والاقتصادية والبيئية العامة لدى مختلف الفئات</p>	<p>٣-٥ إجراء البحوث وتجميع البيانات بشأن التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة</p> <p>إجراء استقصاءات سكانية طويلة منتظمة بقياس الوضع الصحي وما يتصل به من احتياجات لدى المسنين ومدى تلبية الاحتياجات</p> <p>تجسيد احتياجات المسنين وتوقعاتهم وتحديد الأولويات الوطنية للبحث والابتكار في مجال التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة وتمويلها وتنفيذها</p> <p>تعزيز البحوث ودعمها لتبين محددات التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة وتقييم التدخلات التي يمكن أن تعزز القدرة على الأداء</p> <p>تعزيز التعاون المتعدد القطاعات والمشارك بين القطاعات مع مختلف الجهات صاحبة المصلحة ودعمه لتصميم الإجراءات الرامية إلى تعزيز القدرة على الأداء وتقييم هذه الإجراءات</p>

الجهات الشريكة الوطنية والدولية	الأمانة (المنظمة وسائر الهيئات التابعة لمنظومة الأمم المتحدة)	الدول الأعضاء
<p>المخففة للألام مثل المسكنات الأفيونية</p> <p>دعم البحوث وتعميم البيانات فيما يتعلق بأثر الخدمات الصحية وخدمات الرعاية الطويلة الأجل والتدخلات البيئية على مسارات التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة</p> <p>المشاركة في الحوار في المجتمعات المحلية ووسائل الإعلام واستخدام أساليب التواصل الفعالة لنقل الرسائل عن التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة</p>	<p>السكانية وفي مختلف السياقات الدعوة إلى إجراء البحوث والتمكين من إجراءات لتكثيف التدخلات وتعزيز النظم الصحية الوطنية بما يشمل العاملين الصحيين ومقدمي الرعاية غير الرسميين وخدمات الرعاية الطويلة الأجل (المنزلية والمجتمعية والمؤسسية) من أجل تلبية احتياجات المسنين</p> <p>استعراض نماذج الرعاية التي أثبتت فعاليتها في دعم القدرات الأساسية وتبادل هذه النماذج</p> <p>وضع نهج العمل المشترك بين القطاعات المُسندة بالبيانات وتحديدها لتعزيز القدرة على الأداء إلى أقصى حد ولاسيما في السياقات القليلة الموارد</p> <p>توثيق أوجه عدم المساواة والإجحاف في مجال الصحة وأثارها في جميع مراحل العمر على التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة والتبليغ عن السبل التي تسمح بتخفيف وطأة هذه الآثار عن طريق التدخلات الصحية والاجتماعية والإجراءات المتعددة القطاعات والمشاركة بين القطاعات</p>	<p>إتاحة المنتديات لتبادل التجارب والممارسات الجيدة والدروس المستخلصة</p> <p>وتعزيز البحث في الابتكارات التي تسهم في البيئات المراعية للمسنين بما فيها مكان العمل</p> <p>تجميع البحوث وتعميم البيانات بشأن التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة لتناول المسائل السياسية المهمة وتوقعات المسنين</p> <p>تجسيد البيانات العالمية المتعلقة بالأساليب الفعالة في السياقات المختلفة والمعايير الأساسية وتشجيع اختبار النهج لمواصلة وضع نظم الرعاية الطويلة الأجل (المنزلية أو المجتمعية أو المؤسسية)</p>

الملحق ٢

خطة العمل العالمية للمنظمة لتعزيز دور النظام الصحي في إطار استجابة وطنية متعددة القطاعات للتصدي للعنف بين الأفراد، وخصوصاً ضد النساء والفتيات، وضد الأطفال^١

[ج٦٩/٩، الملحق ٢ - ١١ آذار/ مارس ٢٠١٦]

الجزء ١: مقدمة

النطاق

١- في أيار/ مايو ٢٠١٤، اعتمدت جمعية الصحة العالمية السابعة والستون القرار جص٦٧ع-١٥ بشأن تعزيز دور النظام الصحي في التصدي للعنف، وخصوصاً ضد النساء والفتيات وضد الأطفال. وطلبت فيه من المديرية العامة "وضع مسودة خطة عمل عالمية بمشاركة الدول الأعضاء التامة بالتشاور مع المنظمات التابعة لمنظمة الأمم المتحدة وسائر الجهات صاحبة المصلحة المعنية، مع التركيز على دور النظم الصحية حسب الاقتضاء، لتعزيز دور هذه النظم في إطار استجابة وطنية متعددة القطاعات تتصدى للعنف بين الأفراد، وخصوصاً ضد النساء والفتيات، وضد الأطفال، استناداً إلى أعمال المنظمة الراهنة ذات الصلة".

٢- ويسترشد نطاق خطة العمل العالمية للمنظمة بالقرار جص٦٧ع-١٥. وتركز الخطة على العنف ضد النساء والفتيات وضد الأطفال بينما تتناول أيضاً الإجراءات المشتركة المرتبطة بكافة أنماط العنف بين الأفراد. وتتطرق كذلك إلى العنف بين الأفراد الممارس ضد النساء والفتيات وضد الأطفال في حالات الطوارئ الإنسانية وفي سياقات ما بعد النزاعات، معترفةً بتفاقم هذا النمط من العنف في ظل هذه الظروف.

٣- وتؤدي كافة أشكال العنف بين الأفراد إلى حصائل صحية سلبية وينبغي أن يعالجها النظام الصحي. ولكن هناك أسباباً قاهرة تبرر التركيز بشكل خاص على العنف ضد النساء والفتيات وضد الأطفال. فالنساء والفتيات يقع عليهن عبء هائل نتيجة أنماط محددة من العنف تجذرت في أشكال مقبولة اجتماعياً من عدم المساواة والتمييز بين الجنسين وهي بالتالي أنماط مجازة على الرغم من أنها تعد انتهاكاً لحقوق الإنسان الخاصة بهن. ونتيجة لذلك، تتعرض النساء والفتيات للعار والوصم بالعار وغالباً ما يبقى العنف خفياً. وفي أغلب الأحيان، تكون المؤسسات الصحية وغيرها من المؤسسات بطيئة في الاعتراف بهذا العنف والتصدي له ولا تتوفر الخدمات أو تكون قدرتها محدودة. وحتى وقت قريب، كان العنف ضد النساء والفتيات خافياً إلى حد بعيد في إطار الإحصاءات ونظم الترصد الوطنية والدولية. وهناك زخم سياسي شديد على الصعيد العالمي يدفع إلى تناول العنف ضد النساء والفتيات في برامج العمل الصحية والإنمائية وبتنحية فرصة تعزيز الوعي به والتصدي له في إطار النظام الصحي (١).^٢

٤- والعنف ضد الأطفال (من الولادة إلى بلوغ ١٨ سنة من العمر) بمن فيهم المراهقون منتشر ويعد انتهاكاً لحقوق الإنسان الخاصة بهم. وله عواقب سلبية تدوم مدى الحياة وتشمل اعتلال الصحة والسلوك المنطوي على

^١ انظر القرار جص٦٩ع-٥ (٢٠١٦).

^٢ يتجلى ذلك في استعراض العشرين سنة لبرنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية (٢٠١٤) إذ سلط ٩٠٪ من الدول الأعضاء البالغ عددها ١٧٦ دولة والمشاركة في الاستعراض الضوء على العنف ضد النساء بوصفه مسألة ذات أولوية بالنسبة إليها.

مخاطر صحية والتعرض للعنف وممارسته لاحقاً. وفي العديد من البلدان غالباً ما يعتبر العنف طريقة مقبولة لتأديب الأطفال. ويكون العنف ضد الأطفال خافياً في كثير من الأحيان وهناك عدد قليل من الأطفال الذين يتعرّضون لإساءة المعاملة وتتاح لهم البرامج والخدمات التي يحتاجون إليها. ويولى حالياً اهتمام متزايد للعنف ضد الأطفال مما يمثل فرصة سانحة لإذكاء الوعي وتعزيز استجابة النظام الصحي.

٥- ومن الواضح أن المسؤولية عن التصدي للعنف بين الأفراد تقع على عاتق الحكومات الوطنية ودون الوطنية. ويتطلب التصدي لهذا العنف استجابة متعددة القطاعات تقتضي أن يعمل قطاع الصحة وغيره من القطاعات معاً. وقد وضعت منظمة الصحة العالمية، بصفتها الوكالة الرائدة في مجال الصحة ضمن منظومة الأمم المتحدة، خطة العمل العالمية هذه للدول الأعضاء بشكل خاص وللجهات الشريكة الوطنية والدولية، مستخدمة نهج الصحة العمومية ومركزة بالتحديد على دور النظام الصحي.

٦- وتشكل الخدمات والبرامج الصحية نقطة دخول ملائمة للتصدي للعنف بين الأفراد وخصوصاً ضد النساء والفتيات وضد الأطفال. ومن الأرجح أن تستعين النساء اللواتي يتعرّضن للعنف بالخدمات الصحية أكثر من النساء اللواتي لا يتعرّضن له وإن كان من النادر أن يعترفن بصراحة بأن العنف هو السبب الأساسي (٢). وفي كثير من الأحيان يكون مقدمو الرعاية الصحية نقطة الاتصال المهني الأولى للناجين من العنف/ضحاياه ولكن غالباً ما يخفى عليهم العنف بوصفه السبب الأساسي. وكثيراً ما يلجأ الأطفال المعانون من العنف أيضاً إلى الخدمات الصحية دون أن يتعرّف العاملون الصحيون على حالات العنف. وتركز خطة العمل عمداً على ما يمكن للنظام الصحي الاضطلاع به بالتعاون مع قطاعات أخرى ودون التقليل من أهمية الاستجابة المتعددة القطاعات.

٧- وخطة العمل العالمية للمنظمة هي وثيقة تقنية مسندة بالبيّنات وأفضل الممارسات وإرشادات المنظمة التقنية الراهنة. وتقدّم مجموعة من الإجراءات العملية التي يمكن للدول الأعضاء اتخاذها لتعزيز نظمها الصحية من أجل التصدي للعنف بين الأفراد، وخصوصاً ضد النساء والفتيات وضد الأطفال.

٨- وقد شهد العقدان الماضيان زيادة في كمية البيّنات المرتبطة بانتشار بعض أنماط العنف ضد النساء والفتيات. ومؤخراً، تراكمت أيضاً البيّنات المرتبطة بانتشار العنف ضد الأطفال. ولكن مازال هناك نقص في البيّنات المتعلقة بأوجه عديدة لمختلف أشكال العنف، وما فتئت العلوم والبرامج الرامية إلى التصدي لها في مراحلها الأولى. كما تطوّرت السياسات والبرامج للتصدي للعنف ضد النساء والفتيات والعنف ضد الأطفال كمجالين منفصلين. وعلى صعيد النظام الصحي، تتصل خدمات إدارة الإصابات والرعاية في حالات الصدمات وخدمات الصحة النفسية بكافة أشكال العنف ولكن العواقب التي يخلفها العنف ضد النساء والفتيات في الصحة الجنسية والإنجابية تتطلب تدخلات خاصة. أما الطابع الخفي للعنف ضد النساء والفتيات وضد الأطفال فيطلب توفير تدريب خاص لمقدمي الخدمات يتصل بسبل تحديد تلك المشاكل. وبالتالي، تختلف طبيعة الإرشاد الذي تقدمه خطة العمل العالمية للمنظمة مع اختلاف أشكال العنف هذه.

٩- وترتبط خطة العمل العالمية للمنظمة بعدة قرارات أخرى صادرة عن جمعية الصحة العالمية، وبخطط عمل واستراتيجيات عالمية، وبأعمال أخرى للمنظمة (انظر التذييلات من ٢ إلى ٥). وتستند إلى جهود أخرى عديدة مبذولة على نطاق منظومة الأمم المتحدة وتتصل بها للتصدي للعنف وخصوصاً ضد النساء والفتيات وضد الأطفال (انظر التذييل ٥). ويشمل ذلك برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، وإعلان ومنهاج عمل بيجين والوثائق الختامية لمؤتمرات استعراض نتائجهما، وكافة المعاهدات والاتفاقيات ذات الصلة، والقرارات والإعلانات الصادرة عن الجمعية العامة للأمم المتحدة ومجلس حقوق الإنسان، بالإضافة إلى الاستنتاجات ذات الصلة المتفق عليها للجنة وضع المرأة، من بين أمور أخرى (انظر التذييل ٢). كما تتواءم خطة العمل العالمية للمنظمة مع عدة أهداف وغايات مقترحة في إطار أهداف التنمية المستدامة وخطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠ (انظر التذييل ٦).

١٠- وليس الغرض من خطة العمل العالمية للمنظمة أن تكون خطة شاملة متعددة القطاعات أو خطة على نطاق الأمم المتحدة ككل. والأحرى أن هذه الخطة تتعلق بولاية المنظمة المحددة وتركز على عنصر النظام الصحي في إطار استجابة متعددة القطاعات. وهكذا، تعترف الخطة بأدوار منظمات الأمم المتحدة المختلفة وولاياتها في تنسيق الجهود المتعددة القطاعات الأوسع نطاقاً وقيادتها للتصدي للعنف، وخصوصاً ضد النساء والفتيات وضد الأطفال.

تكييف خطة العمل العالمية للمنظمة مع السياقات الإقليمية والوطنية

١١- لا بد من تكييف خطة العمل العالمية للمنظمة على الصعيدين الإقليمي والوطني، تماشياً مع الالتزامات الدولية التي سبق وتعهّدت بها الدول الأعضاء، بما في ذلك أهداف التنمية المستدامة، مع مراعاة الأوضاع حسب الإقليم ووفقاً للتشريعات والقدرات والأولويات الوطنية والظروف الوطنية المحددة. ولا توجد صيغة وحيدة لخطة عمل عالمية تتاسب جميع الدول الأعضاء نظراً إلى اختلاف مراحل التقدم المحرز فيها في مجال تعزيز دور النظام الصحي في إطار استجابة وطنية متعددة القطاعات للتصدي للعنف بين الأفراد، وخصوصاً ضد النساء والفتيات وضد الأطفال، واختلاف مستويات تنميتها الاجتماعية والاقتصادية. ولكن يمكن لكافة الدول الأعضاء أن تستفيد من النهج الشامل لتعزيز دور النظام الصحي في إطار استجابة وطنية متعددة القطاعات للتصدي للعنف بين الأفراد، وخصوصاً ضد النساء والفتيات وضد الأطفال، المقدم في خطة العمل العالمية هذه.

١٢- وهناك نُهج مسندة بالبيّنات من شأنها، إذا ما نُفّذت على النطاق المناسب، أن تمكن جميع الدول الأعضاء من إحراز تقدم كبير في التصدي للعنف بين الأفراد، وخصوصاً ضد النساء والفتيات وضد الأطفال. وتختلف الطريقة المحددة التي تسمح باتخاذ الإجراءات التي تتضمنها هذه الخطة حسب البلد وتتأثر بما يلي: توفر البيانات والمعارف؛ حجم الأشكال المختلفة للعنف بين الأفراد، وخصوصاً ضد النساء والفتيات وضد الأطفال، والعبء الصحي الناجم عنها؛ المبادرات المتوفرة للتصدي لمختلف أنماط ذلك العنف؛ مدى تأهب النظام الصحي للتصدي لذلك العنف أو قدرة هذا النظام على التصدي له.

١٣- وسيكون من الضروري أن تنتظر الدول الأعضاء في تنفيذ الإجراءات الواردة في الخطة تدريجياً مع مرور الوقت وأن تمد هذه الجهود بالموارد الكافية.

لمحة عامة عن الوضع العالمي (انظر أيضاً التذييلين ٧ و ٨)

حجم المشكلة

١٤- يؤثر العنف في حياة ملايين الأشخاص ويمكن أن تنجم عنه عواقب طويلة الأمد إن لم يكن قاتلاً. ولا تمثل الوفيات إلا جزءاً بسيطاً من العبء الصحي والاجتماعي الناجم عن العنف بين الأفراد. ويتحمل النساء والأطفال والمسنون العبء الأثقل من العواقب البدنية والجنسية والنفسية غير القاتلة الناجمة عن إساءة المعاملة (٣). ويلخص الشكل ١ البيانات المتعلقة بحجم بعض الأنماط الشائعة من العنف بين الأفراد، في جميع مراحل الحياة.

الشكل ١: حجم العنف بين الأفراد، وخصوصاً ضد النساء والفتيات وضد الأطفال، في جميع مراحل الحياة (٣ ومن ٦ إلى ١٠ ومن ١٣ إلى ١٨)

مرحلة الطفولة المبكرة والمتوسطة (من الولادة إلى ٩ أشهر من العمر)	المراهقة (١٠-١٩)	الشباب (٢٠-٢٤)	البلوغ (٢٥-٤٩)	الكهولة (+٤٩)
أكثر من ٦٧ مليون أنثى (٢٠-٢٤ سنة) تزوجن قبل سن ١٨ سنة (٨)	واحدة من كل ٣ إناث (يتراوح عمرهن بين ١٥ و٤٩ سنة) تعرضت لعنف بدني و/أو عنف جنسي من جانب العشير (١٦)	٦٪ من كبار السن أبلغوا عن حدوث اعتداء في الشهر السابق (٦)	ما يقدر بـ ١١,٤ مليون امرأة وفتاة جرى الاتجار بهن (١٠)	
أكثر من ١٢٥ مليون أنثى حية في ٢٩ بلداً في البلدان الأفريقية وبلدان الشرق الأوسط حيث يتركز تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية أصيبن بجروح (٧)	٣٨٪ من حوادث القتل ضد الإناث و ٦٪ من حوادث القتل ضد الذكور ارتكبتها عشراؤهم (١٧,١٦)	٤٧٥,٠٠٠ حادثة قتل في السنة، ٨٢٪ بين الذكور (٣)		
٢٠٪ من الإناث و ٥-١٠٪ من الذكور يتعرضن للاعتداء الجنسي على الأطفال (٩)	ما يقدر بـ ٧٪ من الإناث تعرضن للاعتداء الجنسي من جانب شخص آخر غير العشير بداية من سن ١٥ سنة (١٦)			
٢٥٪ من الأطفال يتعرضن للعنف البدني، و ٣٦٪ للعنف المعنوي (٣)	واحد من كل ذكراًين وواحدة من كل ٤ إناث تعرضت لقتال بدني مع الأقران في الاثني عشر شهراً السابقة (١٨)			
٤٢٪ من الذكور و ٣٧٪ من الإناث تعرضوا للتسلط من جانب الأقران في الثلاثين يوماً السابقة (١٨)	يتلقى الملايين من الشباب والبالغين رعاية في المستشفى لعلاج الإصابات التي تلحق بهم سنوياً (١٤-١٥)			

١٥- العنف ضد المرأة. تتعرض المرأة لأشكال مختلفة من العنف القائم على نوع الجنس (أي العنف المتجذر في عدم المساواة بين الجنسين) في مختلف مراحل حياتها. ويشمل ذلك، على سبيل المثال لا الحصر ما يلي:^١

- العنف من جانب العشير وأفراد الأسرة (٤)؛
- العنف الجنسي (بما في ذلك الاغتصاب) من جانب غير العشير (مثل المعارف والأصدقاء والمدرسين والغرباء)؛
- الاتجار، بما في ذلك الاتجار لأغراض الاستغلال الجنسي والاقتصادي؛
- قتل الإناث، بما في ذلك قتل الإناث من جانب العشير (أي قتل المرأة من جانب العشير الحالي أو السابق)، وجرائم القتل باسم الشرف أو بسبب المهر، أو جرائم القتل التي تستهدف المرأة بالتحديد ولكنها تُرتكب على يد شخص آخر غير العشير، أو جرائم القتل المنطوية على العنف الجنسي (٥)؛
- الاعتداء برش الأحماض؛

١ انظر بشكل خاص المادتين ١ و ٢ من الإعلان بشأن القضاء على العنف ضد المرأة (قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة ١٠٤/٤٨ (١٩٩٤)).

• التحرش الجنسي في المدارس وأماكن العمل والأماكن العامة وتزايدته إلكترونياً عبر الإنترنت أو وسائط التواصل الاجتماعي.

١٦- وينتشر العنف من جانب العشير والعنف الجنسي في كافة السياقات وهما أيضاً الشكلا الأكثر شيوعاً من أشكال العنف التي تتعرض لها المرأة على الصعيد العالمي. وتتعرض المرأة المسنة بدورها للعنف من جانب العشير والعنف الجنسي وأشكال محددة من إساءة معاملة المسنين. ولكن البيانات بشأن معدل انتشار إساءة معاملة المسنين، وخصوصاً البيانات المنبثقة عن البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط، محدودة جداً (٦).

١٧- *العنف ضد الفتيات*. تتعرض الفتيات، بما فيهن المراهقات، لكافة أشكال إساءة معاملة الأطفال المذكورة في النقاط الواردة أدناه الخاصة بالعنف ضد الأطفال بالإضافة إلى أشكال محددة من العنف القائم على نوع الجنس والممارسات الضارة المتجذرة في عدم المساواة والتمييز بين الجنسين. وتضم هذه الأشكال ما يلي:

- تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية المترکز في حوالي ٢٩ بلداً من بلدان أفريقيا والشرق الأوسط والمسجل أيضاً في أماكن أخرى، بما في ذلك في بلدان تقيم فيها مجتمعات الشتات (٧)؛
- زواج الأطفال المبكر والقسري الذي تكون معدلات انتشاره ومعدلات زيادته أعلى في بعض الأقاليم (مثل جنوب آسيا وآسيا الوسطى، وأجزاء من أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى) (٨)؛
- تعرض الفتاة أكثر من الفتى للاعتداء الجنسي أو للاتجار لأغراض الاستغلال الجنسي على الأرجح (٩ و ١٠)؛
- تعرض الفتاة المراهقة ولاسيما الفتاة التي تكون متزوجة أو في علاقة تعارف للعنف من جانب العشير على الأرجح (٤).

١٨- *العنف ضد الأطفال*. يتعرض له الفتيان والفتيات، بمن فيهم المراهقون، من صفر إلى ١٨ سنة من العمر ويشتمل على ما يلي:

- إساءة معاملة الطفل من جانب البالغين الذين هم في موضع الثقة والسلطة، مما قد يشمل الاعتداء البدني (بما في ذلك العقاب البدني)، والاعتداء الجنسي (بما في ذلك سفاح المحارم) والاعتداء النفسي/ المعنوي والإهمال؛
- الأشكال المبكرة من عنف الشباب^١ الذي يحدث أساساً في صفوف الأقران في فترة المراهقة، مثل التسلط والتشاجر البدني والاعتداء الجنسي والعنف في إطار العلاقات/ علاقات التعارف.

١٩- ومن شأن العائلات التي تتمتع بعلاقات آمنة ومثرية بين الآباء والقائمين على الرعاية والأطفال أن توفر بيئة وقائية للأطفال. ولكن هناك أطفالاً يتعرضون في بعض العائلات لإساءة المعاملة مما يستوجب دعم هذه العائلات وتعزيزها.

٢٠- *أوجه التقاطع والروابط بين مختلف أشكال العنف بين الأفراد*. يمكن حدوث إساءة معاملة الأطفال والعنف ضد المرأة من جانب العشير في الأسرة ذاتها. وتزيد إساءة معاملة الأطفال خطر التعرض لعنف العشير والعنف الجنسي أو ارتكابه ضد المرأة في وقت لاحق، بالإضافة إلى خطر التسلط والتشاجر في صفوف الأطفال والمراهقين. ومن الضروري أن تأخذ الجهود الهادفة إلى التصدي للعنف ضد النساء وضد الأطفال في الحسبان

١ تعرف المنظمة عنف الشباب على أنه العنف الممارس خارج المنزل في صفوف الأطفال والمراهقين والشباب الذين تتراوح أعمارهم بين ١٠ سنوات و ٢٩ سنة. ويُنظر في عنف الشباب في إطار العنف ضد الأطفال الذين يضمنون الشباب حتى سن ١٨ عاماً لأغراض خطة العمل العالمية هذه.

أوجه التقاطع بين مختلف أشكال العنف. فحالات إساءة معاملة الأطفال والعنف بين الأقران في صفوف الأطفال والمراهقين تنذر ببعض أشكال عنف الشباب وغيرها من أشكال العنف التي تظهر في مرحلة لاحقة من مراحل الحياة.

٢١- الضعف غير المتناسب في بعض السياقات. يتفاقم العنف بين الأفراد الممارس ضد النساء والفتيات وضد الأطفال في حالات الطوارئ الإنسانية وفي سياقات ما بعد النزاعات وفي حالات النزوح.

٢٢- الضعف غير المتناسب في بعض المؤسسات. يتفاقم العنف كذلك في مؤسسات مثل السجون ومراكز احتجاز الأحداث والمؤسسات الخاصة بالأشخاص المصابين بأمراض نفسية وحالات إعاقة أخرى والمسنين. ويمكن أن يُرتكب العنف ضد المرأة كذلك في إطار النظام الصحي وخاصة في الأماكن التي توفر خدمات الصحة الجنسية والإنجابية (مثل إساءة معاملة المرأة والاعتداء عليها خلال الولادة، والتعقيم القسري) (١١ و ١٢). وقد يتعرّض العاملون الصحيون أنفسهم أيضاً للعنف في منازلهم ومجتمعاتهم المحلية وأماكن عملهم.

٢٣- الضعف غير المتناسب لدى بعض الفئات السكانية. من المرجح أن تكون بعض الفئات أكثر عرضة لأنماط مختلفة من العنف أو معاناة منها بسبب الاستبعاد الاجتماعي والتهميش والوصم وأشكال التمييز المتعددة.

العواقب الصحية

٢٤- يعاني ملايين النساء والفتيات والأطفال والشباب المعرضين للعنف من طائفة من العواقب في الأميين القصير والطويل (من ١٣ إلى ١٥). وتشمل هذه العواقب، على سبيل المثال لا الحصر، الإصابات البدنية التي يتلقى نتيجة لها ملايين الأشخاص في كافة أنحاء العالم خدمات الرعاية الطارئة في المستشفيات، ومشاكل الصحة النفسية مثل الاكتئاب والقلق واضطرابات الإجهاد العصبي التالي للصدمات، والانتحار، وحالات الإعاقة وزيادة خطر الإصابة بالأمراض غير السارية، بما فيها اضطرابات ارتفاع الضغط وأمراض القلب والأوعية الدموية.

٢٥- وبالإضافة إلى ذلك، يعاني النساء والفتيات المعرضات للعنف من مشاكل مرتبطة بالصحة الجنسية والإنجابية تشمل حالات الحمل غير المرغوب فيه، وحصائل صحة الأم والمولود الضارة، والأمراض المنقولة جنسياً والعدوى بفيروس العوز المناعي البشري، والمشاكل الصحية النسائية. وغالباً ما يستمر أو يبدأ عنف العشير ضد المرأة أثناء الحمل، مما يؤدي إلى الإجهاض والإملاص والابتنسار وانخفاض وزن المواليد عند الميلاد (١٦).

٢٦- ويلحق التعرض للعنف، كضحية أو كشاهد، وخاصة في فترة الطفولة المبكرة، أضراراً جسيمة بنمو عقل الطفل، مما قد يسفر عن مشاكل اجتماعية ومعنوية وسلوكية. كما أن هناك احتمالاً أكبر أن يخرط الأفراد، وخاصة الأطفال، الذين يتعرضون للعنف في أنماط سلوكية تضر بالصحة مثل التدخين وتعاطي الكحول والمخدرات وممارسة العلاقات الجنسية غير الآمنة مع ما ينجم عن ذلك من عواقب صحية مدى الحياة، وأن يرتكبوا أو يكونوا ضحايا أعمال العنف بين الأفراد أو العنف الذاتي في مراحل لاحقة من حياتهم. وللعنف أثر على الإنتاجية وتكاليف إنسانية واقتصادية كبيرة يتحملها الناجون/ الضحايا وأسرههم والمجتمع ككل. (انظر التذييل ٧ للحصول على مزيد من المعلومات).

عوامل الخطر والحماية والمحددات

٢٧- لا يوجد عامل واحد يشرح زيادة خطر التعرض للعنف أو ارتكاب مختلف أشكال العنف، أو سبب كون العنف أكثر انتشاراً في بعض البلدان والمجتمعات المحلية مقارنة بغيرها. ولكن هناك بالأحرى عوامل خطر متعددة ترتبط بارتكاب العنف والتعرض له على مستوى الأفراد والعلاقات والمجتمعات المحلية والمجتمع ككل. وللعنف ضد النساء والفتيات وضد الأطفال عوامل خطر فريدة تستحق اهتماماً خاصاً. وتلخص هذه العوامل

تلخيصاً إضافياً في التذييل ٨. وبالإضافة إلى ذلك، هناك عدة عوامل خطر/ محددات مشتركة بين جميع أشكال العنف بين الأفراد. وتشمل عوامل الخطر/ المحددات المشتركة الأساسية المذكورة ما يلي: عدم المساواة بين الجنسين، والبطالة، وقواعد الرجولة الضارة، والفقر وعدم المساواة الاقتصادية، وارتفاع معدلات الجريمة في المجتمعات المحلية، وتوفر الأسلحة النارية، ويسر الحصول على الكحول، والاتجار بالمخدرات، وإنفاذ القوانين غير الكافي. ومن الممكن تعزيز البرامج المستقلة الخاصة بكل نمط من أنماط العنف عن طريق التصدي لعوامل الخطر/ المحددات المشتركة المذكورة وتحقيق التآزر والكفاءة من خلال ضم البرامج حسب الاقتضاء.

التقدم المحرز في البلدان والفجوات

٢٨- تمر البلدان بمختلف مراحل تنفيذ إجراءات النظام الصحي للتصدي للعنف من حيث مدى تأهبها وقدرتها.

٢٩- توجد قوانين للتصدي لبعض أشكال العنف، ولكن إنفاذها ضعيف. تفيد معظم البلدان من أصل ١٣٣ بلداً أرسل تقريراً في إطار إعداد التقرير عن الوضع العالمي للوقاية من العنف (٣) بأن لديها قوانين تعاقب على الأقل على بعض أشكال العنف، بما في ذلك بعض أشكال العنف ضد النساء والفتيات (مثل العنف المنزلي والاعتصاب)، وضد الأطفال. ومع ذلك، تبقى التشريعات في العديد من البلدان غير كافية لتغطي عدداً من أشكال العنف المحددة. وهناك عدد قليل من البلدان التي تعمل على إنفاذ قوانينها بالكامل لمكافحة هذه الأشكال من العنف وغيرها من الأشكال (٣).

٣٠- لا تزود الخطط والسياسات الوطنية للتصدي للعنف بالموارد الكافية. تفيد أغلبية البلدان بأن لديها خطأً وطنية متعددة القطاعات للتصدي للعنف ضد النساء وبعض أشكال العنف ضد الأطفال (إساءة معاملة الأطفال) (٣). ولكن التمويل للتصدي للعنف ضد النساء لا يندرج في معظم الميزانيات الوطنية (٢٠).

٣١- ضعف التنسيق بين القطاعات. يتسم التنسيق بين القطاعات للتصدي لمختلف أشكال العنف بضعفه على غرار التنسيق في إطار النظام الصحي بين مختلف البرامج والخدمات. وفي العديد من البلدان، تشارك وزارات الصحة مشاركة دنيا في آليات التنسيق بين القطاعات للتصدي لمختلف أنماط العنف (٣).

٣٢- حصول عدد قليل من النساء والأطفال على الخدمات في حالات العنف. تظهر البيانات أن أكثرية (٥٥-٩٥٪) النساء الناجيات من العنف لا يكشفن عن تعرضهن للعنف أو لا يسعين إلى الحصول على أي نوع من الخدمات الصحية أو القانونية أو الشرطة (٤). وكذلك، هناك نسبة صغيرة فقط (٣،٠-١٠٪) من ضحايا إساءة معاملة الأطفال نمت إلى علم مرافق حماية الطفل في البلدان المرتفعة الدخل (٢١ و ٢٢).

٣٣- الخدمات التي يحتاج إليها الناجون/ الضحايا محدودة ومتفاوتة من حيث تغطيتها ونوعيتها. يفيد نصف مجمل البلدان فقط بتوفر الخدمات فيه لحماية الناجين من العنف/ ضحايا العنف ودعمهم. ويبلغ ثلثا البلدان عن توفر الخدمات الطبية والقانونية الخاصة بالعنف الجنسي غير أن هذه الخدمات تتركز عادة في عدد قليل من المدن وهناك فجوات من حيث نوعية الخدمات وفرص إتاحتها للنساء والفتيات (٣). وغالباً ما تكون الخدمات المتوفرة مجزأة ومشتتة وقليلة الموارد. وهي غير مدمجة في النظام الصحي. وتضطر النساء والفتيات في كثير من الأحيان إلى التنقل بين مختلف الوكالات للحصول على الخدمات مما يؤدي بهن إلى تكبد تكاليف باهظة والانتظار لفترات طويلة (٢٠). ورغم أن أغلبية البلدان تفيد بأن لديها خدمات لحماية الأطفال ونظماً لتحديد حالات إساءة معاملة الأطفال وإحالتها، فهناك عدد قليل منها مزود ببروتوكولات محددة. وعلى نحو مماثل، تكون الخدمات الطبية السابقة لدخول المستشفى والخدمات الطبية الطارئة لمعالجة الإصابات الخطيرة التي ترتبط غالباً بعنف الشباب (نتيجة طلاقات نارية وحالات الطعن والضرب والحروق مثلاً) قليلة التطور في معظم البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط. ويفيد عدد قليل من البلدان (أقل من النصف) بتوفر خدمات للصحة النفسية فيه من أجل الناجين من العنف/ ضحايا العنف (٣).

٣٤- توفر عدد محدود من الموظفين المستفيدين من التدريب والتوعية في صفوف القوى العاملة الصحية. في معظم البلدان، لا يوجد عاملون صحيون يتمتعون بالمهارات للتصدي للعنف (مثل الأشخاص المعنيين بالاعتداء الجنسي من العاملين في مجال التمريض أو أخصائيي الطب الشرعي)، أو يفتقر مقدمو الرعاية الصحية إلى المهارات أو التدريب للاستجابة على النحو الملائم لحالات العنف ضد النساء والفتيات وضد الأطفال (٢٠ و ٢٣). وقد وثقت دراسات استقصائية في مختلف أنحاء العالم أنّ المواقف التي تتغاضى عن قبول العنف ضد النساء والفتيات واسعة الانتشار وأنّ العاملين الصحيين كثيراً ما يشاطرون القواعد والقيم والمواقف الاجتماعية السائدة بالنسبة إلى العنف (٤ و ١٩). ووثقت الدراسات ازدياد النساء اللواتي يسعين إلى الحصول على خدمات الصحة الإنجابية وإساءة معاملتهن (١١ و ١٢). ولا يحترم العاملون الصحيون دائماً استقلال الناجين/الضحايا وسلامتهم وسريتهم. ولا يُدرج العنف ضد النساء والعنف ضد الأطفال على نحو منهجي في البرامج التعليمية المخصصة للعاملين المهنيين في مجالي التمريض والطب وغيرهم من أصحاب مهن الرعاية الصحية (٢٠).

٣٥- التغطية المحدودة لبرامج الوقاية الواسعة النطاق. هناك عدد قليل من البلدان التي تطبق على نحو منهجي برامج واسعة النطاق للوقاية من مختلف أنماط العنف (٣).

٣٦- دور المجتمع المدني الحاسم. إن الزخم السياسي العالمي للتصدي للعنف ضد النساء والفتيات هو حصيلة جهود المناصرة القوية المبذولة من قبل المجتمع المدني، وخصوصاً المنظمات النسائية (٢٤). وغالباً ما تعاونت هذه المنظمات مع وزارات الصحة والسلطات الصحية المحلية ومرافق الخدمات الاجتماعية لتوفير الخدمات وتطبيق برامج الوقاية.

٣٧- توفر البيانات والمعلومات المحدود. يوجد ما يناهز ١٠٠ بلد لديه بيانات ناتجة عن استقصاءات سكانية بشأن عنف العشير ضد المرأة غير أن هناك عدداً أقل من البلدان التي تتوفر لديها بيانات عن العنف الجنسي وأشكال أخرى من العنف ضد النساء والفتيات، أو عن ارتكاب الرجال لمثل هذا العنف. وبشكل خاص، لا تتوفر البيانات الخاصة بالسياقات الإنسانية أو المتعلقة بالعنف الذي تتعرض له النساء المسنات (١٦) والفئات المستضعفة (٢٤). وعلى نحو مماثل، يفيد عدد أقل من البلدان بأن لديه بيانات سكانية بشأن إساءة معاملة الأطفال أو غير ذلك من أشكال العنف ضد الأطفال على الرغم من تزايد أعدادها. ومن الضروري أيضاً تعزيز صرامة اختبار التدخلات الداعية إلى التفاؤل عبر الرصد والتقييم (٣).

العملية وخارطة الطريق لوضع الخطة

٣٨- تضم خطة العمل العالمية للمنظمة مساهمات المشاورات التي أجريت مع الدول الأعضاء في جميع أقاليم المنظمة السنة ومع منظمات المجتمع المدني وكيانات منظومة الأمم المتحدة والشركاء الدوليين الآخرين، بالإضافة إلى مساهمات دورتي المشاورات العالمية اللتين أجريتا مع الدول الأعضاء في حزيران/يونيو وتشرين الثاني/نوفمبر ٢٠١٥ (انظر التذييل ٩ للحصول على مزيد من التفاصيل عن العملية).

٣٩- وهذه الوثيقة منظمة على النحو التالي:

- الجزء ١: يقدم نطاق الخطة ويصفه.
- الجزء ٢: يعرض رؤية الخطة وأهدافها وأغراضها وتوجهاتها الاستراتيجية ومبادئها التوجيهية.
- الجزء ٣: يعرض الإجراءات التي ينبغي أن تتخذها الدول الأعضاء والجهات الشريكة الوطنية والدولية والمنظمة وينقسم أيضاً إلى ثلاثة أجزاء فرعية هي التالية:

- الجزء ٣-ألف يركز على العنف ضد النساء والفتيات. ويتناول أشكالاً محددة من العنف تخص الفتيات أو تؤثر فيهن تأثيراً غير متناسب، بينما يتطرق الجزء ٣-باء إلى أشكال العنف المشتركة بين الفتيان والفتيات.
- الجزء ٣-باء يركز على العنف ضد الأطفال. ويشمل حالات إساءة معاملة الأطفال وعنف الأقران في صفوف المراهقين من الفتيان والفتيات على السواء، وهي حالات تنذر ببعض أشكال العنف التي تظهر في مرحلة لاحقة من مراحل الحياة.
- الجزء ٣-جيم يركز على كافة أشكال العنف بين الأفراد ويحدد الإجراءات الشاملة التي تضم الإجراءات المشتركة بين جميع أشكال العنف الوارد عرضها في الجزء ٣-ألف و٣-باء بالإضافة إلى أشكال أخرى من العنف بين الأفراد في جميع مراحل الحياة، مثل عنف الشباب وإساءة معاملة المسنين. ويكمل هذا الجزء الجزأين ٣-ألف و٣-باء ويدعمهما.
- الجزء ٤: يصف إطار الرصد والمساءلة، بما في ذلك آليات الإبلاغ والاقتراحات بشأن المؤشرات والغايات على الصعيد العالمي.
- التذييلات: تتضمن مسرد المصطلحات، والروابط الإلكترونية للاطلاع على القرارات والوثائق المعتمدة بتوافق الآراء ذات الصلة، وتفاصيل عمل الأمانة.

الجزء ٢: الرؤية والهدف والأغراض والتوجهات الاستراتيجية والمبادئ التوجيهية

يعرض هذا الجزء رؤية خطة العمل العالمية للمنظمة وهدفها وأغراضها وتوجهاتها الاستراتيجية ومبادئها التوجيهية في ظل دور النظام الصحي في إطار استجابة وطنية متعددة القطاعات. كما يسلط الضوء على أدوار مختلف أصحاب المصلحة فيما يتعلق بتنفيذ الخطة.

الإطار ١: دور النظام الصحي في إطار استجابة متعددة القطاعات

قد يكون للنظام الصحي دور في الوقاية من جميع أشكال العنف بين الأفراد، وخصوصاً ضد النساء والفتيات وضد الأطفال، والتصدي لها نظراً إلى الطابع الخفي لهذا العنف. ويتمثل دور النظام الصحي فيما يلي:

- الدعوة إلى اعتماد منظور الصحة العمومية؛
- تحديد الأشخاص الذين يتعرضون للعنف وتزويدهم بخدمات صحية شاملة على كافة مستويات توفير الخدمات الصحية (أي على مستوى الرعاية الصحية الأولية والإحالة)؛
- وضع برامج للوقاية من العنف وتطبيقها وتقييمها في إطار أنشطة القطاع للوقاية على مستوى السكان والنهوض بالصحة؛
- توثيق حجم المشكلة وأسبابها وعواقبها الصحية وغير ذلك من العواقب بالإضافة إلى التدخلات الفعالة.

ولكن، لا يمكن للنظام الصحي وحده الوقاية من حالات العنف بين الأفراد، وخصوصاً ضد النساء والفتيات وضد الأطفال والتصدي لها على نحو كاف. فالعديد من عوامل الخطر المرتبطة بالعنف ومحدداته يخرج عن نطاق النظام الصحي، مما يتطلب استجابة شاملة ومتكاملة ومنسقة على صعيد مختلف القطاعات والتخصصات المهنية والمؤسسات الحكومية والخاصة وغير الحكومية. وعليه وتماشياً مع نهج "دمج الصحة في جميع السياسات" (٢٥)، ينبغي للحكومات أن تمكن النظام الصحي من التفاعل وتنسيق استجابته مع عدد من القطاعات الأخرى التي تضم قطاع الشرطة والقضاء وقطاع الخدمات الاجتماعية وقطاع التعليم وقطاع الإسكان/المأوى وقطاع حماية الطفل وقطاع العمل والتوظيف وقطاع المساواة بين الجنسين أو تمكين المرأة. ويمكن للنظام الصحي أن يضطلع بما يلي في إطار جهود الوقاية الشاملة والمتعددة القطاعات:

- الدعوة مع القطاعات الأخرى إلى التصدي لعوامل الخطر المرتبطة بالعنف ومحدداته؛
- تيسير إتاحة الخدمات المتعددة القطاعات للناجين من العنف/ ضحايا العنف، بما في ذلك عبر آليات إحالة قوية؛
- توجيه السياسات والبرامج المتعددة القطاعات للوقاية من العنف؛
- دعم اختبار التدخلات في القطاعات الأخرى وتقييمها.

الرؤية

١- توشي عالم يكفل عدم تعرض جميع الأشخاص لكافة أشكال العنف والتمييز وحماية صحتهم ورفاهيتهم وتعزيزهما وإعمال كامل حقوق الإنسان والحريات الأساسية الخاصة بهم وتكون القاعدة فيه تحقيق المساواة بين الجنسين وتمكين النساء والفتيات.

الهدف

٢- تعزيز دور النظام الصحي في كافة السياقات وفي إطار استجابة وطنية متعددة القطاعات لوضع السياسات والبرامج وتنفيذها وتوفير خدمات تعزز وتحمي الصحة والرفاهية لدى كل شخص وخاصة النساء والفتيات والأطفال الذين يقعون ضحايا العنف بين الأفراد أو يتأثرون به أو يتعرضون لخطره.

الأغراض

٣- تتمثل الأغراض فيما يلي:

- التصدي للعواقب الصحية وغيرها من العواقب السلبية الأخرى الناجمة عن العنف بين الأفراد، وخصوصاً ضد النساء والفتيات وضد الأطفال، من خلال توفير خدمات وبرامج صحية شاملة ومتسمة بالجودة وتيسير إتاحة الخدمات المتعددة القطاعات؛
- الوقاية من العنف بين الأفراد، وخصوصاً ضد النساء والفتيات وضد الأطفال.

التوجهات الاستراتيجية

٤- تحقيقاً للأغراض المنشودة، تُقترح أربعة توجهات استراتيجية تتناول ولاية النظام الصحي حسب الخطة ونهج الصحة العمومية للتصدي للعنف بين الأفراد، وخصوصاً ضد النساء والفتيات وضد الأطفال وتشمل ما يلي:

تعزيز قيادة النظام الصحي وتصريف شؤونه

- يغطي هذا التوجه الاستراتيجي الإجراءات المرتبطة بما يلي: الدعوة في إطار النظام الصحي وعبر القطاعات؛ وضع السياسات وتنفيذها؛ التمويل، بما في ذلك مخصصات الميزانية؛ التنظيم؛ المراقبة والمساءلة من أجل تنفيذ السياسات والبرامج؛ تعزيز جهود التنسيق مع القطاعات الأخرى.

تعزيز توفير الخدمات الصحية وقدرة العاملين الصحيين/مقدمي الخدمات الصحية على الاستجابة

- يغطي هذا التوجه الاستراتيجي الإجراءات المرتبطة بما يلي: تحسين البنية التحتية للخدمات وحالات الإحالة إلى خدمات الرعاية وفرص إتاحة هذه الخدمات والقدرة على تحمل تكاليفها ومقبوليتها وتوفرها وجودتها؛ إدماج الخدمات؛ ضمان إتاحة المنتجات الطبية واللقاحات الجيدة والمأمونة والناجعة والميسورة التكلفة؛ تدريب القوى العاملة الصحية والإشراف عليها.

تعزيز برامج الوقاية من العنف بين الأفراد

- يغطي هذا التوجه الاستراتيجي الإجراءات التي تهدف إلى الوقاية من العنف ويمكن للنظام الصحي أن ينفذها مباشرة، بما في ذلك تحديد الأشخاص المعرضين للخطر والاضطلاع بأنشطة تعزيز الصحة، بالإضافة إلى الإجراءات التي يمكن أن يساهم فيها من خلال الجهود المتعددة القطاعات (انظر الإطار ١).

تحسين المعلومات والبيانات

- يضم هذا التوجه الاستراتيجي الإجراءات المرتبطة بما يلي: بحوث الوبائيات والعلوم الاجتماعية والتدخلات؛ وتحسين الترصد، بما في ذلك عبر نظم المعلومات الصحية؛ ورصد البرامج وتقييمها.

المبادئ التوجيهية

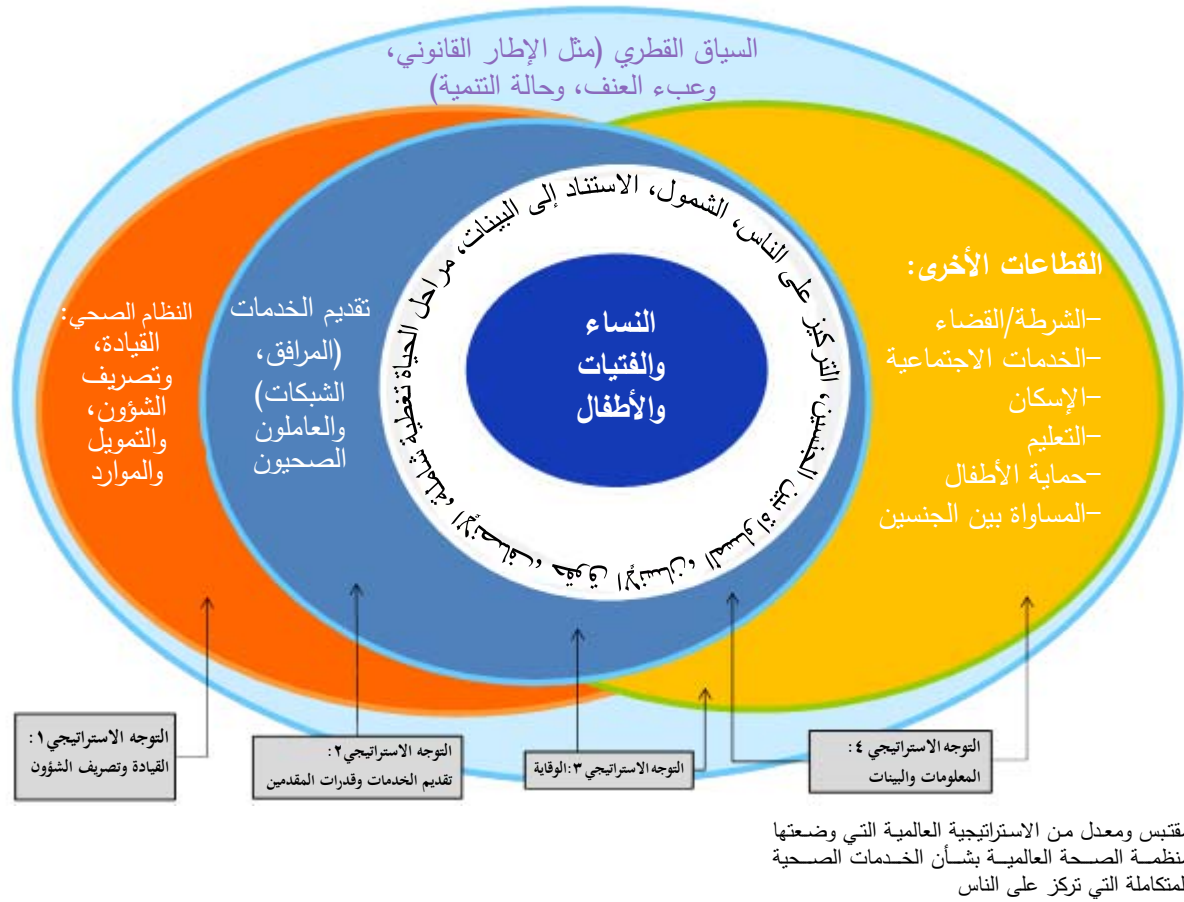
٥- تسترشد الخطة بعشرة مبادئ توجيهية معروضة في الجدول ١.

الجدول ١: ملخص المبادئ التوجيهية لتوجيه تنفيذ هذه الخطة

المبادئ التوجيهية		
١	منظور مراحل الحياة	التصدي لعوامل الخطر الخاصة بالعنف ومحدداته وتلبية الاحتياجات الصحية والاجتماعية للناجين/ الضحايا في مراحل الحياة المبكرة، مع التركيز على الأطفال، وفي جميع مراحل الحياة الأخرى (المراهقة والبلوغ والشيخوخة)
٢	النهج المسند بالبيّنات	الاستناد إلى أفضل البيّنات العلمية المتوفرة مع تصميم التدخلات الملائمة لكل سياق
٣	حقوق الإنسان	احترام حقوق الإنسان بما فيها حقوق النساء والفتيات والأطفال وحمايتهم وإعمالها، تماشياً مع القواعد والمعايير الدولية لحقوق الإنسان، بما فيها الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه
٤	المساواة بين الجنسين	الدعوة إلى التصدي لعدم المساواة بين الجنسين والتمييز القائم على نوع الجنس بوصفهما محددين من المحددات الأساسية الرئيسية للعنف، وخصوصاً ضد النساء والفتيات، من خلال ما يلي: (أ) التصدي لعلاقات القوة غير المتكافئة بين المرأة والرجل والقواعد الاجتماعية والثقافية التي تشدد على سيطرة الذكور وتبعية الإناث؛ (ب) وتعزيز مشاركة الرجال والفتيات في جهود الوقاية إلى جانب الجهود الهادفة إلى تمكين النساء والفتيات
٥	النهج الإيكولوجي	التصدي لعوامل الخطر والمحددات التي تظهر على مستويات متعددة من الإطار الإيكولوجي (الأفراد والعلاقات والمجتمع المحلي والمجتمع ككل)
٦	التغطية الصحية الشاملة	ضمان حصول كافة الشعوب وكافة المجتمعات المحلية على ما تحتاج إليه من الخدمات ذات الجودة وحمايتهم من المخاطر الصحية دون أن تعاني من ضائقة مالية
٧	الإنصاف في مجال الصحة	إضافة إلى التغطية الصحية الشاملة، إيلاء اهتمام خاص لاحتياجات الفئات المهمشة والفئات التي تتعرض لأشكال متعددة من التمييز وتكون أكثر عرضة للعنف وللعقوبات في إتاحة الخدمات
٨	الرعاية المركزة على الناس	توفير الرعاية والخدمات التي تركز على الضحايا/ الناجين أي تحترم تمتعهم بالاستقلال في اتخاذ قرارات كاملة وحرّة ومستنيرة بشأن الرعاية التي يحصلون عليها؛ وتحترم كرامتهم من خلال تعزيز أهميتهم كأشخاص وعدم لومهم أو التمييز ضدهم أو وصمهم بسبب تعرضهم للعنف؛ وتمكنهم عبر توفير المعلومات والمشورة التي تسمح لهم باتخاذ قرارات مستنيرة؛ وتعزز سلامتهم من خلال ضمان الخصوصية والسرية في توفير الرعاية
٩	مشاركة المجتمعات المحلية	مراعاة احتياجات المجتمعات المحلية، وخاصة ما يلي: تشجيع النساء والمراهقين على إيصال أصواتهم؛ ودعم مشاركتهم التامة والمتساوية وضمانها؛ واستخدام النهج التشاركية لبناء الملكية المجتمعية؛ وتشكيل شراكات مع المجتمع المدني، وخصوصاً مع منظمات النساء والشباب؛ وتعزيز القدرات من أجل تحديد الحلول المستدامة
١٠	الاستجابة الشاملة المتعددة القطاعات	بناء الشراكات وتعزيزها والتنسيق بين قطاع الصحة والقطاعات الأخرى، وبين القطاعين العام والخاص، بما يشمل مقدمي الخدمات الذين يستهدفون ولا يستهدفون الريح، والمجتمع المدني، والجمعيات المهنية وسائر أصحاب المصلحة المعنيين ويتلاءم مع وضع كل بلد

٦- ويلخص الشكل ٢ كيفية إدراج دور النظام الصحي في إطار الاستجابة المتعددة القطاعات الأوسع نطاقاً للتصدي للعنف بين الأفراد، وخصوصاً ضد النساء والفتيات وضد الأطفال (٢٦). ويعرض المبادئ التوجيهية وكيفية تماشي التوجهات الاستراتيجية الأربعة مع النظام الصحي والاستجابة المتعددة القطاعات. والإجراءات الخاصة بقيادة النظام الصحي وتصريف شؤونه (التوجه الاستراتيجي ١) وتوفير الخدمات الصحية وقدرات العاملين الصحيين (التوجه الاستراتيجي ٢) هي إجراءات أساسية في النظام الصحي تقتضي التفاعل مع القطاعات الأخرى (مثل الشرطة، والقضاء، والخدمات الاجتماعية، وحماية الطفل، والتعليم، والمساواة بين الجنسين). وتتطلب الوقاية (التوجه الاستراتيجي ٣) إجراءات متعددة القطاعات بمساهمة قوية من النظام الصحي. كما يستلزم توليد المعلومات والبيانات عن طريق البحوث والرصد والتقييم (التوجه الاستراتيجي ٤) إجراءات متعددة القطاعات بمساهمة قوية من النظام الصحي وقيادته في الغالب.

الشكل ٢: دور النظام الصحي في إطار استجابة متعددة القطاعات متصلة بالتوجهات الاستراتيجية لخطة العمل العالمية للمنظمة (٢٦)



الإطار الزمني

٧- الإطار الزمني المحدد لخطة العمل العالمية هذه هو ١٥ عاماً أو حتى عام ٢٠٣٠، مما يتماشى مع فترة تنفيذ أهداف التنمية المستدامة. وفي العديد من البلدان، بدأ فهم نهج الصحة العمومية للتصدي للعنف، وخصوصاً ضد النساء والفتيات وضد الأطفال وتطبيق هذا النهج. وأخذت وزارات الصحة تضطلع بدور أكبر في توفير الخدمات للناجين/ الضحايا وفي تعزيز الوقاية. ولكن تعزيز دور النظام الصحي ومشاركته وقدرته من أجل التصدي للعنف في إطار استجابة وطنية متعددة القطاعات يعتبر عملية طويلة الأجل إذ تتطلب أنشطة الوقاية من العنف والتصدي له التغيير لأغراض تحويل المجتمعات.

دور الدول الأعضاء والشركاء الوطنيين والدوليين

٨- تقع المسؤولية الأولية عن الإجراءات المفصلة في الجزء التالي (الجزء ٣) على عاتق الدول الأعضاء، وخصوصاً الحكومات الوطنية ودون الوطنية.^١ وسيتعين على وزارات الصحة العاملة عن كثب مع الوزارات الأخرى المعنية الاضطلاع بدور القيادة في وضع الخطة موضع التنفيذ. وسيتطلب تنفيذ الخطة الالتزام السياسي على أعلى المستويات الحكومية.

٩- ويُتوقع من الشركاء الوطنيين والدوليين أن يؤدوا دوراً رئيسياً في دعم تنفيذ هذه الخطة من جانب الدول الأعضاء، بوصفهم أصحاب مصلحة يعملون بالشراكة مع البرامج والخدمات الصحية للقطاع العام أو إلى جانبها. وتشمل هذه الجهات الشريكة: خدمات القطاع الخاص (التي تستهدف ولا تستهدف الربح)؛ المجتمع المدني (مثل المنظمات النسائية، ومنظمات الشباب، والمنظمات المجتمعية والدينية، والمنظمات غير الحكومية الدولية)؛ أعضاء البرلمانات؛ الجمعيات الصحية والطبية المهنية؛ هيئات منظومة الأمم المتحدة والمنظمات المتعددة الأطراف؛ الوكالات الثنائية؛ المؤسسات الأكاديمية ومؤسسات البحث. وتضم كذلك المؤسسات الدولية والوطنية والوكالات والمنظمات العاملة في مجال الاستجابة الإنسانية.

١٠- وغالباً ما تتداخل أدوار الدول الأعضاء والشركاء الوطنيين والدوليين وقد تشمل إجراءات متعددة عبر المجالات التالية: القيادة وتصريف الشؤون؛ توفير الخدمات الصحية وتعزيز قدرات العاملين الصحيين؛ الوقاية؛ وتوليد المعلومات والبيانات. فعلى سبيل المثال، يشمل النظام الصحي في عدة بلدان قطاعاً خاصاً واسعاً ينفذ برامج وقائية ويقدم خدمات صحية. وعلى نحو مماثل، يمكن للجمعيات الصحية والطبية المهنية أن تساهم في تعزيز القدرات والدعوة ووضع السياسات. وتمثل منظمات المجتمع المدني جهات شريكة حاسمة في الاضطلاع بالدعوة وإذكاء الوعي وتعبئة المجتمعات المحلية ودعم الحكومة في وضع السياسات وتعزيز القدرات وتوفير الخدمات. ويشارك عدد من المنظمات التابعة لمنظومة الأمم المتحدة في وضع القواعد والمعايير وفي دعم تنفيذ البرامج والمبادرات ذات الصلة بخطة العمل العالمية هذه (انظر التذييل ٦). ومن الضروري تقييم الأدوار والمسؤوليات وتقسيم العمل بين مختلف الشركاء وتوضيح ذلك في إطار تنفيذ الخطة على المستوى الوطني.

دور أمانة المنظمة

١١- اضطلعت الأمانة بدور نشط خلال السنوات العشرين الماضية في العمل على الوقاية من العنف بين الأفراد، وعلى الوقاية من العنف ضد النساء والفتيات وضد الأطفال بشكل خاص والتصدي له. وبناءً على التقدم المحرز في التصدي لمختلف أشكال العنف وتماشياً مع ولاية المنظمة، ستستمر الأمانة في توليد البيانات، ووضع المبادئ التوجيهية والأدوات المعيارية الأخرى، والدعوة دعماً لتنفيذ خطة العمل العالمية للمنظمة. وستتابع الأمانة أيضاً العمل مع الدول الأعضاء لإذكاء الوعي بشأن الوقاية من العنف بين الأفراد، وخصوصاً ضد النساء والفتيات وضد الأطفال، والتصدي له ولمساعدتها على تطبيق الأدوات والمبادئ التوجيهية الصادرة عن المنظمة بهدف تعزيز سياساتها وبرامجها (انظر التذييلين ٤ و ٥ للاطلاع على وصف جهود المنظمة وأدواتها ومبادئها التوجيهية للتصدي للعنف). وتشارك الأمانة في عدد من شراكات الأمم المتحدة ومبادراتها وغيرها من الشراكات والمبادرات المشتركة بين الوكالات بشأن العنف التي لها صلة بالخطة (انظر التذييل ٦).

١ في العديد من البلدان ذات النظام الحكومي الاتحادي أو اللامركزي، قد تقع على عاتق الأقاليم أو الولايات المسؤولية عن تصميم القوانين والسياسات والبرامج والخدمات الصحية أو المرتبطة بالنظام الصحي وتنفيذها للتصدي للعنف بين الأفراد.

الجزء ٣: الإجراءات الخاصة بالدول الأعضاء والشركاء الوطنيين والدوليين وأمانة المنظمة

يصف هذا الجزء الإجراءات الواسعة النطاق والمسندة بالبيّنات التي يمكن أن تتخذها الدول الأعضاء والجهات الشريكة الوطنية والدولية وأمانة المنظمة مع التركيز على العنف ضد النساء والفتيات (الجزء ٣-ألف) وعلى العنف ضد الأطفال (الجزء ٣-باء)، بالإضافة إلى الإجراءات الشاملة التي تساهم في التصدي لكافة أشكال العنف بين الأفراد (الجزء ٣-جيم).

يتناول هذا الجزء إجراءات النظم الصحية من أجل التصدي للعنف القائم على نوع الجنس ضد النساء والفتيات والوقاية منه. وتشمل هذه الإجراءات ما يلي:

- تهيئة بيئة مواتية من القوانين والسياسات الصحية تعزز المساواة بين الجنسين وحقوق الإنسان وتمكن النساء والفتيات؛
- تقديم خدمات شاملة وجيدة للرعاية الصحية وخصوصاً من أجل الصحة الجنسية والإنجابية؛
- وضع برامج للوقاية تستند إلى البيانات وتعزز القواعد والعلاقات القائمة على المساواة وانعدام العنف بين الجنسين؛
- تحسين البيانات عن طريق جمع البيانات عن شتى أشكال العنف ضد النساء والفتيات والممارسات الضارة التي لا تظهر في كثير من الحالات في إطار أنشطة المراقبة العادية والإحصاءات الخاصة بالصحة والجريمة.

وينبغي التصدي لجميع أشكال العنف ضد النساء والفتيات. وينبغي للدول الأعضاء أن تعطي الأولوية لأشكال محددة تكون الأكثر اتصالاً بسياقها بالاستناد إلى البيانات المتعلقة بمعدل انتشار هذه الأشكال وعبئها. وتمنح هذه الخطة الأولوية للإجراءات الرامية إلى التصدي لعنف العشير والعنف الجنسي لأنهما شكلا العنف السائدان في جميع السياقات ولأن تعرض النساء لهما هو الأكثر شيوعاً على صعيد العالم. كما تُمنح الأولوية للأشكال المحددة من العنف أو الممارسات الضارة التي تؤثر تأثيراً غير متناسب في الفتيات بسبب عدم المساواة بين الجنسين (مثل العنف الجنسي) أو التي تقتصر على الفتيات، وتحتل مرتبة عالية في البرامج الصحية والإنمائية العالمية (زواج الأطفال المبكر والقسري وتشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية) ويجري تناولها في هذا الجزء. ويتناول الجزء ٣-بء أشكال العنف الشائعة بين الفتيان والفتيات أثناء مرحلة الطفولة.

التوجه الاستراتيجي ١: تعزيز قيادة النظام الصحي وتصريف شؤونه

الدول الأعضاء	الجهات الشريكة الوطنية والدولية	أمانة المنظمة
١- تعزيز الإرادة السياسية عن طريق الالتزام علناً بالتصدي لمقبولية كل أشكال العنف ضد النساء والفتيات في جميع مراحل الحياة والاعتراض على ذلك، والدعوة إلى القضاء على جميع أشكال العنف ضد النساء والفتيات ووضع حد لكل الممارسات الضارة ضد النساء والفتيات (بما في ذلك تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية ومعالجتها طبيياً وزواج الأطفال المبكر والقسري)، والنهوض بالمساواة بين الجنسين.	١- تعزيز الإرادة السياسية عن طريق الالتزام علناً بالتصدي لمقبولية كل أشكال العنف ضد النساء والفتيات في جميع مراحل الحياة والاعتراض على ذلك، والدعوة إلى القضاء على جميع أشكال العنف ضد النساء والفتيات ووضع حد لكل الممارسات الضارة ضد النساء والفتيات (بما في ذلك تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية ومعالجتها طبيياً وزواج الأطفال المبكر والقسري)، والنهوض بالمساواة بين الجنسين.	١- تعزيز قيادة المنظمة، والإرادة السياسية، وتخصيص الموارد، ودمج جهود التصدي للعنف ضد النساء والفتيات في البرامج الصحية العالمية ذات الصلة (مثل صحة الأم والطفل، والصحة الجنسية والإنجابية، وصحة المراهق، والأمراض غير السارية، والشيخوخة، والصحة النفسية، والطوارئ الإنسانية) وفي التغطية الصحية العالمية.
٢- تخصيص الميزانية/ الموارد الملائمة من أجل الوقاية من العنف ضد النساء والفتيات والتصدي له وإدراج الخدمات المتعلقة بالعنف ضد	٢- الدعوة إلى اعتماد القوانين والسياسات واللوائح التنظيمية وإصلاحها ومواءمتها مع المعايير الدولية لحقوق الإنسان وإنفاذها مما يضمن جملة أمور منها ما يلي: تجريم	٢- رفع مستوى الوعي والفهم بخصوص العنف ضد النساء والفتيات عن طريق الدعوة المسندة بالبيانات في صفوف كبار راسمي السياسات من حيث طبيعته وعواقبه الصحية وغير ذلك من العواقب، وعوامل الخطر المرتبطة به والعوامل المسببة له، والحاجة إلى دمجها في السياسات والخطط والبرامج الصحية وفي جهود الاستجابة الصحية

النساء والفتيات في التغطية الصحية الشاملة.

٣- الدعوة إلى اعتماد القوانين والسياسات واللوائح التنظيمية وإصلاحها ومواءمتها مع المعايير الدولية لحقوق الإنسان وإنفاذها مما يضمن جملة أمور منها ما يلي: تجريم العنف ضد النساء والفتيات؛ وضع حد لجميع الممارسات الضارة والتمييز ضد النساء والفتيات؛ تعزيز صحتهن الجنسية والإنجابية وحقوقهن الإنجابية وحمايتهن وفقاً لبرنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية وإعلان ومنهاج عمل بيجين والوثائق الختامية لمؤتمرات استعراض نتائجهما؛ النهوض بالمساواة بين الجنسين وتمكين المرأة ولاسيما فيما يتعلق بقوانين الميراث وقوانين الأسرة.

٤- إنشاء وحدة أو تعيين جهة تنسيق في وزارات الصحة على جميع المستويات الإدارية للتصدي للعنف ضد النساء والفتيات بهدف تعزيز مساهمة النظام الصحي في استجابة متعددة القطاعات.

٥- ضمان عرض التصدي للعنف ضد النساء والفتيات والممارسات الضارة بوضوح في السياسات واللوائح التنظيمية والخطط والبرامج والميزانيات الصحية^١ (٢١ و ٢٨)، وبخاصة ما يتعلق منها بالصحة الجنسية والإنجابية، وفيروس العوز المناعي البشري، وصحة الأم والطفل، وصحة المراهق، والصحة النفسية، والتمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة، والاستجابة الصحية في حالات الطوارئ الإنسانية. ويجب اشترك المنظمات النسائية والنساء الناجيات في التخطيط وتصميم السياسات وتنفيذها ورصدها والمساءلة؛ ويجب تشجيع القيادة النسائية ودعمها؛ ويتعين توجيه عناية خاصة إلى احتياجات النساء والفتيات مدى الحياة بمن فيهن النساء والفتيات اللاتي يتعرضن لأشكال متعددة من التمييز والتهميش.

العنف ضد النساء والفتيات؛ ووضع حد لجميع الممارسات الضارة والتمييز ضد النساء والفتيات؛ وتعزيز صحتهن الجنسية والإنجابية وحقوقهن الإنجابية وحمايتهن وفقاً لبرنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية وإعلان ومنهاج عمل بيجين والوثائق الختامية لمؤتمرات استعراض نتائجهما؛ والنهوض بالمساواة بين الجنسين وتمكين المرأة ولاسيما فيما يتعلق بقوانين الميراث وقوانين الأسرة.

للطوارئ الإنسانية التي تشمل مجموعات الصحة.

٣- الدعوة لدى وزارات الصحة وأصحاب المصلحة الآخرين المعنيين في إطار النظم الصحية إلى تعزيز تخصيص الموارد البشرية والمالية للبرامج والخدمات الرامية إلى التصدي للعنف ضد النساء والفتيات وإدراج ذلك في التغطية الصحية الشاملة.

٤- توفير الدعم التقني وبناء القدرات من أجل دمج تدخلات التصدي للعنف ضد النساء والفتيات في جميع البرامج والخطط والسياسات الصحية ذات الصلة مثل ما يتصل منها بصحة الأم والطفل، والصحة الجنسية والإنجابية، وفيروس العوز المناعي البشري، والصحة النفسية، والاستجابة للطوارئ.

٥- تعزيز نشر الأدوات لراسمي السياسات والمديرين ودعم نشرها من أجل تصميم البرامج والخدمات الرامية إلى التصدي للعنف ضد النساء والفتيات وإدارتها.

٦- دعم الجهود الرامية إلى تنسيق استجابة النظم الصحية للعنف ضد النساء والفتيات وتسهيلها في إطار منظومة الأمم المتحدة على المستويين العالمي والوطني بما في ذلك عن طريق المشاركة في مبادرات الأمم المتحدة المشتركة بشأن العنف ضد النساء والفتيات (انظر التذييل ٦).

		<p>٦- تعزيز التنسيق في إطار النظام الصحي مع القطاعات الأخرى من أجل استجابة قوية متعددة القطاعات للعنف ضد النساء والفتيات تشمل الشرطة والقضاء؛ والإسكان والخدمات الاجتماعية؛ وشؤون المرأة وحماية الطفل.</p> <p>٧- تعزيز مساهمة النظام الصحي في مجال الوقاية من العنف ضد النساء والفتيات والتصدي له عبر ما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • توفير خدمات وبرامج متممة بالجودة وإنشاء آليات للمراقبة؛ • التصدي لإساءة معاملة النساء والفتيات والاعتداء عليهن من جانب العاملين الصحيين، وبخاصة في مجال خدمات الصحة الجنسية والإنجابية، من خلال وضع مدونات سلوك للعاملين الصحيين وآليات سرية للردود وإجراءات للمظالم من أجل التصدي لإساءة معاملة النساء والفتيات والاعتداء عليهن من جانب العاملين الصحيين؛ • الوقاية من العنف الذي يتعرض له العاملون الصحيون في مكان العمل والتصدي له، ولاسيما من خلال وضع السياسات.
--	--	--

التوجه الاستراتيجي ٢: تعزيز توفير الخدمات الصحية وقدرة العاملين الصحيين/ مقدمي الخدمات الصحية على الاستجابة

الدول الأعضاء	الجهات الشريكة الوطنية والدولية	أمانة المنظمة
<p>٨- وضع مبادئ توجيهية و/ أو بروتوكولات و/ أو إجراءات تشغيل موحدة أو تحديثها وتنفيذها لتحديد الناجيات من العنف ضد النساء ورعايتهن سريرياً وإحالتهم، بالاستناد إلى المبادئ التوجيهية للمنظمة وأدواتها (من ٢٩ إلى ٣٣).</p> <p>٩- توفير خدمات الرعاية الصحية الشاملة لجميع النساء والفتيات اللاتي تعرضن للعنف، بما في ذلك في السياقات الإنسانية. وينبغي أن تشمل هذه الخدمات ما يلي: دعم الخط الأول، والرعاية</p>	<p>٣- توفير خدمات الرعاية الصحية الشاملة لجميع النساء والفتيات اللاتي تعرضن للعنف، بما في ذلك في السياقات الإنسانية. وينبغي أن تشمل هذه الخدمات ما يلي: دعم الخط الأول، والرعاية الخاصة بالإصابات، وخدمات الصحة الجنسية والإنجابية والصحة النفسية، وخدمات الرعاية بعد الاغتصاب بما في ذلك منع الحمل في حالات الطوارئ، وتوفير خدمات الإجهاض الآمن طبقاً للقوانين الوطنية، والوقاية من الأمراض المنقولة جنسياً وفيروس العوز المناعي البشري والتطعيم ضد التهاب الكبد B (من ٢٩ إلى ٣١)؛ وخدمات التدبير العلاجي</p>	<p>٧- توفير التعاون التقني لوزارات الصحة والجهات الشريكة الأخرى في وضع مبادئ توجيهية/ بروتوكولات/ إجراءات تشغيل موحدة أو تحديثها للتصدي للعنف ضد النساء والفتيات، بالاستعانة بالمبادئ التوجيهية للمنظمة وأدواتها (من ٢٩ إلى ٣٣).</p> <p>٨- وضع مبادئ توجيهية وأدوات مسندة بالبيانات تشمل المبادئ التوجيهية والأدوات المتعلقة بالتصدي للعنف الجنسي، وخاصة في حالات النزاع، والتدبير العلاجي للمضاعفات الصحية لتثوية الأعضاء التناسلية الأنثوية أو تحديث هذه المبادئ والأدوات ونشرها.</p>

الخاصة بالإصابات، وخدمات الصحة الجنسية والإنجابية والصحة النفسية، وخدمات الرعاية بعد الاغتصاب بما في ذلك منع الحمل في حالات الطوارئ، وتوفير خدمات الإجهاض الآمن طبقاً للقوانين الوطنية، والوقاية من الأمراض المنقولة جنسياً وفيروس العوز المناعي البشري والتطعيم ضد التهاب الكبد B (من ٢٩ إلى ٣١)؛ وخدمات التدبير العلاجي للمضاعفات الصحية لدى النساء والفتيات اللاتي خضعن لتشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية؛ والتوعية المجتمعية بشأن توافر خدمات الرعاية الصحية وضرورة إتاحة هذه الخدمات في الوقت المناسب، وخاصة خدمات الرعاية بعد الاغتصاب.

١٠- تحسين إتاحة خدمات الرعاية الصحية الجيدة عن طريق دمج خدمات تحديد النساء اللاتي يتعرضن لعنف العشير ولاسيما أثناء الحمل والعنف الجنسي ورعايتهن في البرامج والخدمات القائمة والمعنية بما يلي: الصحة الجنسية والإنجابية؛ فيروس العوز المناعي البشري وصحة الأم والطفل وصحة المراهق؛ الصحة النفسية؛ الفحوص الروتينية والخدمات الصحية للمسنين؛ خدمات الاستجابة الصحية للطوارئ الإنسانية. وتسهيل إتاحة الخدمات المتعددة القطاعات (الشرطة، والقضاء، والإسكان، والخدمات الاجتماعية، وحماية الأطفال، وأسباب المعيشة وفرص العمل، وما إلى ذلك)، ولاسيما عن طريق توفير الرعاية الطبية القانونية، بالاستعانة بالمبادئ التوجيهية للمنظمة وأدواتها (٢٩ و ٣٣). وضمان مراعاة خدمات الرعاية الصحية لجميع الأشخاص وخصوصاً الأشخاص الذين يتعرضون لأشكال متعددة من التمييز وإمكانية حصولهم عليها وتحملهم لتكاليفها.

١١- تحسين المساءلة المتصلة بالخدمات ونوعية الرعاية عن طريق ما يلي: القضاء على التمييز والعنف في مكان العمل الصحي؛ وتعزيز الرعاية المركزة على المرأة؛ وتوفير خدمات تراعي نوع الجنس وتحترم حقوق الإنسان الخاصة بالنساء

للمضاعفات الصحية لدى النساء والفتيات اللاتي خضعن لتشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية؛ والتوعية المجتمعية بشأن توافر خدمات الرعاية الصحية وضرورة إتاحة هذه الخدمات في الوقت المناسب، وخاصة خدمات الرعاية بعد الاغتصاب.

٤- تحسين إتاحة خدمات الرعاية الصحية الجيدة عن طريق دمج خدمات تحديد النساء اللاتي يتعرضن لعنف العشير ولاسيما أثناء الحمل والعنف الجنسي ورعايتهن في البرامج والخدمات القائمة والمعنية بما يلي: الصحة الجنسية والإنجابية؛ فيروس العوز المناعي البشري وصحة الأم والطفل وصحة المراهق؛ الصحة النفسية؛ الفحوص الروتينية والخدمات الصحية للمسنين؛ خدمات الاستجابة الصحية للطوارئ الإنسانية. وتسهيل إتاحة الخدمات المتعددة القطاعات (الشرطة، والقضاء، والإسكان، والخدمات الاجتماعية، وحماية الأطفال، وأسباب المعيشة وفرص العمل، وما إلى ذلك)، ولاسيما عن طريق توفير الرعاية الطبية القانونية، بالاستعانة بالمبادئ التوجيهية للمنظمة وأدواتها (٢٩ و ٣٣). وضمان مراعاة خدمات الرعاية الصحية لجميع الأشخاص وخصوصاً الأشخاص الذين يتعرضون لأشكال متعددة من التمييز وإمكانية حصولهم عليها وتحملهم لتكاليفها.

٥- تحسين المساءلة المتصلة بالخدمات ونوعية الرعاية عن طريق ما يلي: القضاء على التمييز والعنف في مكان العمل الصحي؛ تعزيز الرعاية المركزة على المرأة؛ توفير خدمات تراعي نوع الجنس وتحترم حقوق الإنسان الخاصة بالنساء وتعززها؛ التصدي لإساءة معاملة النساء والفتيات والاعتداء عليهن من جانب العاملين الصحيين، وخاصة في إطار خدمات الصحة الجنسية والإنجابية.

٩- إدراج الخدمات الصحية للتصدي للعنف ضد النساء والفتيات كجزء من التغطية الصحية الشاملة الخاصة بالصحة الجنسية والإنجابية، وصحة الأم والطفل والمراهق، والصحة النفسية، بما في ذلك في السياقات الإنسانية.

١٠- تعزيز تنفيذ أدوات رصد نوعية خدمات الرعاية الصحية التي تعالج العنف ضد النساء والفتيات وتقييمها ودعم تنفيذ هذه الأدوات.

١١- وضع منهج دراسي نموذجي لتدريب العاملين الصحيين/مقدمي الخدمات الصحية قبل الخدمة وأثناء الخدمة في مجال التصدي للعنف ضد النساء والفتيات ونشر هذا المنهج الدراسي.

١٢- تحديد فريق خبراء يمكن أن يدعم الدول الأعضاء في تصميم أنشطة تدريب العاملين الصحيين/مقدمي الخدمات الصحية في مجال التصدي للعنف ضد النساء والفتيات وفي تنفيذها.

	وتعززها؛ والتصدي لإساءة معاملة النساء والفتيات والاعتداء عليهن من جانب العاملين الصحيين، وخاصة في إطار خدمات الصحة الجنسية والإنجابية.
	١٢- إدراج موضوع تحديد حالات العنف ضد النساء والفتيات والممارسات الضارة والتصدي لها في مناهج التدريب قبل الخدمة وأثناء الخدمة التي تستهدف العاملين الصحيين/مقدمي الخدمات الصحية (في مجالات الطب والتمريض والقبالة)، بمن فيهم العاملون في حالات الطوارئ الإنسانية، بالاستعانة بالمبادئ التوجيهية للمنظمة وأدواتها (من ٢٩ إلى ٣٣).

التوجه الاستراتيجي ٣: تعزيز برامج الوقاية من العنف بين الأفراد		
الدول الأعضاء	الجهات الشريكة الوطنية والدولية	أمانة المنظمة
<p>١٣- تصميم البرامج الرامية إلى الوقاية من العنف ضد النساء والفتيات والحد منه والقابلة للتنفيذ من خلال النظام الصحي واختبار هذه البرامج وتنفيذها/توسيع نطاقها.</p> <ul style="list-style-type: none"> • دعم البرامج التي تتصدى لعنف العشير بغية تلبية احتياجات الأطفال المعرضين لمثل ذلك العنف، بتعزيز الروابط مع برامج صحة الطفل والمراهق؛ • التصدي لعوامل الخطر المرتبطة بعنف العشير مثل تعاطي الكحول على نحو ضار ومواد الإدمان، واكتئاب الأم؛ • دمج التوعية/الرسائل بشأن قواعد المساواة ونبذ العنف بين الجنسين، والعلاقات الجنسية القائمة على التراضي والاحترام في حملات التواصل لتغيير السلوك وأنشطة تعزيز الصحة التي يضطلع بها العاملون الصحيون المجتمعيون. 	<p>٦- تصميم البرامج الرامية إلى الوقاية من العنف ضد النساء والفتيات والحد منه والقابلة للتنفيذ من خلال النظام الصحي واختبار هذه البرامج وتنفيذها/توسيع نطاقها.</p> <ul style="list-style-type: none"> • دعم البرامج التي تتصدى لعنف العشير بغية تلبية احتياجات الأطفال المعرضين لمثل ذلك العنف، بتعزيز الروابط مع برامج صحة الطفل والمراهق؛ • التصدي لعوامل الخطر المرتبطة بعنف العشير مثل تعاطي الكحول على نحو ضار ومواد الإدمان، واكتئاب الأم؛ • دمج التوعية/الرسائل بشأن قواعد المساواة ونبذ العنف بين الجنسين، والعلاقات الجنسية القائمة على التراضي والاحترام في حملات التواصل لتغيير السلوك وأنشطة تعزيز الصحة التي يضطلع بها العاملون الصحيون المجتمعيون. 	<p>١٣- تصميم تدخلات مسندة بالبيانات للوقاية من العنف ضد النساء والفتيات أو تحديدها وتقييمها ونشرها، بما يشمل التدخلات التي تعزز قواعد المساواة بين الجنسين وتتصدى للممارسات الضارة، والتدخلات التي يمكن للنظام الصحي تنفيذها عن طريق البرامج والخدمات الخاصة بصحة الأم، والصحة الجنسية والإنجابية، والصحة النفسية، وفيروس العوز المناعي البشري، وصحة المراهق.</p> <p>١٤- وضع توصيات بشأن سبل توفير الدعم لأطفال النساء اللاتي تبين أنهن يتعرضن لعنف العشير.</p> <p>١٥- دعم الجهود التي تبذلها الدول الأعضاء والعمل بالتعاون مع المنظمات التابعة لمنظمة الأمم المتحدة والجهات الشريكة الأخرى على تطوير تدخلات الوقاية الراهنة التي تتصدى لعوامل الخطر ومحددات العنف ضد النساء والفتيات، ولاسيما التدخلات التي تعزز المساواة بين الجنسين وتتصدى لقواعد التفرقة بين الجنسين أو على تعزيز هذه التدخلات.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • دعم البرامج التي تتصدى لعنف العشير بغية تلبية احتياجات الأطفال المعرضين لمثل ذلك العنف، بتعزيز الروابط مع برامج صحة الطفل والمراهق. • التصدي لعوامل الخطر المرتبطة بعنف العشير ومواد الإدمان، واكتئاب الأم. • دمج التوعية/الرسائل بشأن قواعد المساواة ونبذ العنف بين الجنسين، والعلاقات الجنسية القائمة على التراضي والاحترام في حملات التواصل لتغيير السلوك وأنشطة تعزيز الصحة التي يضطلع بها العاملون الصحيون المجتمعيون. 	<p>٧- تقديم الدعم أو التعاون في إطار تصميم برامج الوقاية من العنف ضد النساء والفتيات واختبارها وتنفيذها كي تتصدى للقواعد الضارة القائمة على التفرقة بين الجنسين (أي القواعد التي تديم سيطرة الذكور وتبعية الإناث، وتصم الناجين،</p>	

<p>وتتغاضى عن العنف ضد النساء والفتيات أو تجعله أمراً طبيعياً؛ أو تديم التمييز والممارسات الضارة ضد النساء والفتيات)، بما في ذلك عن طريق إشراك الرجال والفتيان من أجل التصدي لعدم المساواة بين الجنسين والعلاقات الجنسية غير القائمة على التوافق، جنباً إلى جنب مع النساء والفتيات بوصفهن وسيطات التغيير.</p> <p>٨- توجيه السياسات والبرامج في القطاعات الأخرى والسياسات والبرامج التي ينفذها المجتمع المدني فيما يتعلق بتدخلات الوقاية المسندة بالبيانات، بما في ذلك عن طريق الدعوة مع قطاع التعليم إلى تنفيذ برامج شاملة للتربية الجنسية، وتعزيز التدخلات الاقتصادية والتدخلات المتصلة بسبل العيش لصالح المرأة.</p>	<p>١٤- تقديم الدعم أو التعاون في إطار تصميم برامج الوقاية من العنف ضد النساء والفتيات واختيارها وتنفيذها كي تتصدى للقواعد الضارة القائمة على التفرقة بين الجنسين (أي القواعد التي تديم سيطرة الذكور وتبعية الإناث، وتصم الناجين، وتتغاضى عن العنف ضد النساء والفتيات أو تجعله أمراً طبيعياً؛ أو تديم التمييز والممارسات الضارة ضد النساء والفتيات)، بما في ذلك عن طريق إشراك الرجال والفتيان من أجل التصدي لعدم المساواة بين الجنسين والعلاقات الجنسية غير القائمة على التوافق، جنباً إلى جنب مع النساء والفتيات بوصفهن وسيطات التغيير.</p> <p>١٥- توجيه السياسات والبرامج في القطاعات الأخرى والسياسات والبرامج التي ينفذها المجتمع المدني فيما يتعلق بتدخلات الوقاية المسندة بالبيانات، بما في ذلك عن طريق الدعوة مع قطاع التعليم إلى تنفيذ برامج شاملة للتربية الجنسية، وتعزيز التدخلات الاقتصادية والتدخلات المتصلة بسبل العيش لصالح المرأة.</p>
---	--

التوجه الاستراتيجي ٤: تحسين المعلومات والبيانات

الدول الأعضاء	الجهات الشريكة الوطنية والدولية	أمانة المنظمة
<p>١٦- تعزيز الإبلاغ الروتيني عن إحصاءات العنف ضد النساء والفتيات في جميع الأعمار ورصد التقدم المحرز في تنفيذ استجابة النظم الصحية عن طريق إدراج المؤشرات وجمع البيانات عن العنف ضد النساء والفتيات في نظم المعلومات والترصد في مجال الصحة، ومنح الأولوية للبرامج والخدمات التي تصل إلى النساء والفتيات.</p>	<p>٩- إدماج وحدات نموذجية لجمع البيانات بانتظام عن العنف ضد النساء والفتيات في جميع الأعمار في الاستقصاءات الديمغرافية والصحية أو غير ذلك من الاستقصاءات الصحية السكانية التي تجرى على فترات منتظمة.</p>	<p>١٦- تصميم مؤشرات وأدوات قياس منسقة ونشرها لدعم الدول الأعضاء في جمع معلومات موحدة عن العنف ضد النساء والفتيات ورصد التقدم المحرز في تنفيذ استجابة النظم الصحية عن طريق إدراج المؤشرات وجمع البيانات عن العنف ضد النساء والفتيات في نظم المعلومات والترصد في مجال الصحة، ومنح الأولوية للبرامج والخدمات التي تصل إلى النساء والفتيات.</p>
<p>١٧- تشجيع الدول الأعضاء على إجراء استقصاءات سكانية عن العنف ضد النساء وتوفير التعاون التقني للدول الأعضاء التي ترغب في إجراء هذه الاستقصاءات، ولاسيما الدول التي تستخدم منهجية المنظمة (٤).</p> <p>١٨- الاشتراك في التعاون التقني مع الدول الأعضاء ودعم الشركاء في بناء القدرات في مجال تحليل البيانات بما فيها البيانات المصنفة (حسب</p>	<p>١٠- إجراء أو دعم تحليل البيانات واستخدامها بشأن العنف ضد النساء والفتيات والممارسات الضارة وتصنيفها حسب السن، والانتماء العرقي، والوضع الاقتصادي والاجتماعي، ومستوى التعليم في جملة عوامل أخرى.</p>	<p>١٧- تمشياً مع مؤشرات العنف ضد النساء والفتيات المقترحة بالنسبة إلى أهداف التنمية المستدامة^١ دعم وضع البيانات الأساسية الخاصة</p>

السن، والانتماء العرقي، والوضع الاقتصادي والاجتماعي، ومستوى التعليم وغير ذلك) عن العنف ضد النساء والفتيات والممارسات الضارة واستخدامها من أجل توجيه السياسات والبرامج والخطط.

١٩- تحديث التقديرات الخاصة بانتشار العنف ضد النساء بانتظام.

٢٠- دعم الدول الأعضاء في تجربة تدخلات النظام الصحي للتصدي للعنف ضد النساء والفتيات وتقييم هذه التدخلات.

٢١- إجراء البحوث الرامية إلى تحسين فهم إساءة معاملة النساء والاعتداء عليهن في إطار النظام الصحي ودعم هذه البحوث.

٢٢- توليف البيانات ونشر المعلومات عن الوسائل الفعالة، بما في ذلك أفضل الممارسات للوقاية من العنف ضد النساء والفتيات والتصدي له.

٢٣- تعزيز قدرات المجتمع المدني الذي يضم المنظمات النسائية ومؤسسات البحوث ومنفذي البرامج بهدف إجراء البحوث عن العنف ضد النساء والفتيات، بما فيها البحوث عن الجوانب الأخلاقية وجوانب الأمانة وإجراء تقييم أكثر دقة.

١١- إجراء أو دعم البحوث الرامية إلى تصميم التدخلات التي يستطيع النظام الصحي تنفيذها للوقاية من العنف ضد النساء والفتيات والتصدي له وتجربة هذه التدخلات وتقييمها وتنفيذها/ توسيع نطاقها.

١٢- تسهيل الجهود التي يبذلها كل من المنظمات غير الحكومية والباحثين والقطاعات الأخرى من أجل إجراء البحوث عن الثغرات المعرفية الرئيسية بشأن العنف ضد النساء والفتيات والممارسات الضارة؛ وتصميم التدخلات الرامية إلى التصدي للعنف ضد النساء والفتيات وتجربتها وتقييمها.

بانتشار العنف ضد النساء في جميع مراحل الحياة، بما في ذلك العنف ضد الفتيات المراهقات والنساء المسنات، وانتشار الممارسات الضارة عن طريق الاستقصاءات السكانية التي أجريت مؤخراً (أي خلال السنوات الخمس الأخيرة).

١٨- إدماج وحدات نموذجية لجمع البيانات بانتظام عن العنف ضد النساء والفتيات في جميع الأعمار في الاستقصاءات الديمغرافية والصحية أو غير ذلك من الاستقصاءات الصحية السكانية التي تجرى على فترات منتظمة.

١٩- إجراء أو دعم تحليل البيانات واستخدامها بشأن العنف ضد النساء والفتيات والممارسات الضارة وتصنيفها حسب السن، والانتماء العرقي، والوضع الاقتصادي والاجتماعي، ومستوى التعليم في جملة عوامل أخرى.

٢٠- إجراء أو دعم البحوث الرامية إلى تصميم التدخلات التي يستطيع النظام الصحي تنفيذها للوقاية من العنف ضد النساء والفتيات والتصدي له وتجربة هذه التدخلات وتقييمها وتنفيذها/ توسيع نطاقها.

٢١- تسهيل الجهود التي يبذلها كل من المنظمات غير الحكومية والباحثين والجهات الأخرى من أجل إجراء البحوث عن الثغرات المعرفية الرئيسية بشأن العنف ضد النساء والفتيات والممارسات الضارة، وتصميم التدخلات الرامية إلى التصدي للعنف ضد النساء والفتيات وتجربتها وتقييمها.

٣-باء: العنف ضد الأطفال

يتناول هذا الجزء العنف ضد الأطفال وبين الأطفال والمراهقين حتى بلوغ ١٨ سنة من العمر. وبالنسبة إلى الرضع وصغار الأطفال، فإن هذا العنف يشمل بصفة رئيسية إساءة معاملة الأطفال (أي الاعتداء البدني والجنسي والنفسي/ المعنوي والإهمال) على يدي الآباء وغيرهم من أصحاب السلطة، في حين أن عنف الأقران، بالإضافة إلى إساءة معاملة الأطفال، يصبح شديد الانتشار عند نمو الأطفال. ويتناول هذا الجزء أيضاً العنف الذي يرتكب ضد الأطفال في المؤسسات.

ويزيد التعرض لإساءة المعاملة في سن الطفولة احتمال المشاركة في عنف الأقران في سن المراهقة مما ينبئ بدوره بارتكاب العنف والتعرض له فيما بعد في مرحلة البلوغ. ورغم أن كثيراً من الإجراءات الواردة في هذه الوثيقة تقتصر على الطفولة والمراهقة، فهي مجدية للوقاية من العنف في وقت لاحق في مرحلة البلوغ.

التوجه الاستراتيجي ١: تعزيز قيادة النظام الصحي وتصريف شؤونه

الدول الأعضاء	الجهات الشريكة الوطنية والدولية	أمانة المنظمة
<p>١- إدراج استراتيجيات التصدي لإساءة معاملة الأطفال في برامج النمو الخاصة بمرحلة الطفولة المبكرة وبرامج صحة الأم والطفل من جهة، واستراتيجيات التصدي لعنف الأقران في برامج صحة الطفل والمراهق وبرامج الصحة المدرسية وسياقات التعليم ومشروعات تنمية الشباب ونظم قضاء الأحداث من جهة أخرى.</p> <p>٢- الدعوة إلى اعتماد القوانين والسياسات أو إصلاحها، وضمان تمشيها مع المعايير الدولية لحقوق الإنسان (٣٤)، وإنفاذ القوانين والسياسات القائمة للوقاية من العنف ضد الأطفال والمراهقين، بما في ذلك العقاب البدني، في جميع السياقات وخاصة في البيت والمدارس والمجتمعات المحلية ومرافق الرعاية المؤسسية ومرافق الاحتجاز.</p> <p>٣- تعزيز معارف راسمي السياسات والجمهور بخصوص العواقب الصحية الممتدة طيلة الحياة الناجمة عن إساءة معاملة الأطفال، ودورها كعامل من عوامل الخطر المؤدية إلى التورط في أشكال أخرى من العنف، مثل عنف الشباب وعنف العشير، وارتفاع معدل انتشار جرائم القتل والإصابات غير القاتلة بعنف الأقران فيما بين المراهقين، وقدرة راسمي السياسات والجمهور على التصدي لذلك.</p>	<p>١- إذكاء الوعي في صفوف كبار راسمي السياسات وصانعي القرارات بشأن العواقب الصحية والاجتماعية والمالية الناجمة عن إساءة معاملة الأطفال وعنق الأقران، وضرورة إيلاء عناية أكبر لهذه العواقب في إطار قطاع الصحة والقطاعات الأخرى، وبشأن أهمية الوقاية منها والتصدي لها.</p> <p>٢- توفير المساعدة التقنية لوضع خطط عمل وطنية وتنفيذها للتصدي للعنف ضد الأطفال والمراهقين.</p> <p>٣- توفير الدعم التقني وبناء القدرات داخل وزارات الصحة للتصدي لإساءة معاملة الأطفال وعنق الأقران.</p> <p>٤- دعم الجهود العالمية المبذولة لتنسيق مشاركة النظم الصحية في الوقاية من العنف ضد الأطفال والتصدي له ضمن منظومة الأمم المتحدة وعلى المستوى الوطني من خلال المشاركة في المبادرات المشتركة ذات الصلة للأمم المتحدة والجهات صاحبة المصلحة المتعددة.</p>	<p>١- إدراج استراتيجيات التصدي لإساءة معاملة الأطفال في برامج النمو الخاصة بمرحلة الطفولة المبكرة وبرامج صحة الأم والطفل من جهة، واستراتيجيات التصدي لعنف الأقران في برامج صحة الطفل والمراهق وبرامج الصحة المدرسية وسياقات التعليم ومشروعات تنمية الشباب ونظم قضاء الأحداث من جهة أخرى.</p> <p>٢- الدعوة إلى اعتماد القوانين والسياسات أو إصلاحها، وضمان تمشيها مع المعايير الدولية لحقوق الإنسان (٣٤)، وإنفاذ القوانين والسياسات القائمة للوقاية من العنف ضد الأطفال والمراهقين، بما في ذلك العقاب البدني، في جميع السياقات وخاصة في البيت والمدارس والمجتمعات المحلية ومرافق الرعاية المؤسسية ومرافق الاحتجاز.</p> <p>٣- تعزيز معارف راسمي السياسات والجمهور بخصوص العواقب الصحية الممتدة طيلة الحياة الناجمة عن إساءة معاملة الأطفال، ودورها كعامل من عوامل الخطر المؤدية إلى التورط في أشكال أخرى من العنف، مثل عنف الشباب وعنف العشير، وارتفاع معدل انتشار جرائم القتل والإصابات غير القاتلة بعنف الأقران فيما بين المراهقين، وقدرة راسمي السياسات والجمهور على التصدي لذلك.</p>

	<p>٤- تصميم مقاييس للأداء والمساءلة وفقاً لنوع الجنس والسن وتكييفها بغية رصد مدى كفاءة النظام الصحي في التصدي للعنف ضد الأطفال والمراهقين.</p> <p>٥- ضمان تخصيص الميزانية/ الموارد على النحو الملائم للوقاية من العنف ضد الأطفال والمراهقين والتصدي له في الخطط والسياسات ذات الصلة.</p> <p>٦- إنشاء وحدة أو مركز للتنسيق في وزارات الصحة للتصدي للعنف ضد الأطفال والاتصال بسائر الوزارات والدوائر والوكالات من أجل الوقاية من العنف ضد الأطفال والتصدي له.</p>
--	---

التوجه الاستراتيجي ٢: تعزيز توفير الخدمات الصحية وقدرة العاملين الصحيين/ مقدمي الخدمات الصحية على الاستجابة

الدول الأعضاء	الجهات الشريكة الوطنية والدولية	أمانة المنظمة
<p>٧- إدراج إجراءات تحديد ضحايا حالات إساءة معاملة الأطفال وعنف الأقران/ الناجين منها والتدبير العلاجي للحالات الذي يراعي نوع الجنس في توفير الخدمات الصحية الروتينية للأمهات والرضع، والأطفال، والمراهقين. وينبغي أن تكون الخدمات مراعية لنوع الجنس ومنسجمة مع مرحلة نمو الطفل، وأن تأخذ في الحسبان قدرات الطفل وأفضاليته المتطورة.</p> <p>٨- تدريب مقدمي الرعاية الصحية لإدراك حالات الأطفال والمراهقين التي قد تؤدي إلى ارتكاب العنف في المستقبل، مثل المشكلات السلوكية، والاضطرابات السلوكية، والتعاطي المبكر للكحول ومواد الإدمان، وعلاج هذه الحالات وأسبابها الأساسية. ويضاف إلى ذلك أن المشكلات السلوكية لدى الأطفال والمراهقين التي ربما نشأت كطريقة لمواجهة التعرض للعنف في الماضي قد تشخص خطأ كمنقص في الانتباه مع فرط النشاط، والتحدي المعارض، والاضطرابات السلوكية، ويجب تنبيه مقدمي الرعاية الصحية إلى هذه الاحتمالات.</p> <p>٩- تعزيز قدرة الأفراد والمؤسسات على الاستجابة للناجين من العنف/ ضحايا العنف من الأطفال</p>	<p>٣- تدريب مقدمي الرعاية الصحية لإدراك حالات الأطفال والمراهقين التي قد تؤدي إلى ارتكاب العنف في المستقبل، مثل المشكلات السلوكية، والاضطرابات السلوكية، والتعاطي المبكر للكحول ومواد الإدمان، وعلاج هذه الحالات وأسبابها الأساسية. ويضاف إلى ذلك أن المشكلات السلوكية لدى الأطفال والمراهقين التي ربما نشأت كطريقة لمواجهة التعرض للعنف في الماضي قد تشخص خطأ كمنقص في الانتباه مع فرط النشاط، والتحدي المعارض، والاضطرابات السلوكية، ويجب تنبيه مقدمي الرعاية الصحية إلى هذه الاحتمالات.</p>	<p>٥- وضع مبادئ توجيهية سريرية وسياسية مسندة بالبيانات وإجراءات تشغيلية موحدة مراعية للطفل ونوع الجنس من أجل الناجين من حالات إساءة معاملة الأطفال وعنف الأقران/ ضحايا هذه الحالات ونشرها.</p> <p>٦- الاشتراك في التعاون التقني مع وزارات الصحة و/ أو الوزارات الأخرى المعنية في مجال مواءمة التوجيهات المعيارية للمنظمة بشأن الخدمات المقدمة إلى الناجين من حالات إساءة معاملة الأطفال وعنف الأقران/ ضحايا هذه الحالات مع السياقات القطرية المحددة.</p> <p>٧- وضع منهج دراسي نموذجي لتدريب مقدمي الرعاية الصحية قبل الخدمة وأثناء الخدمة في مجال التصدي للعنف ضد الأطفال ونشر هذا المنهج الدراسي.</p>

		<p>والمراهقين في مؤسسات النظام الصحي المعنية والقطاعات المتصلة بها (مثل الشرطة، والتعليم، والخدمات الاجتماعية) وضمان إمكانية أن يحظى العاملون الصحيون وأصحاب المهن الآخرون بصفتهم أشخاصاً بالغين بنقطة الأطفال والشباب.</p> <p>١٠- إدراج موضوع تحديد الناجين من حالات إساءة معاملة الأطفال وعنف الأقران/ ضحايا هذه الحالات وتقديم الرعاية إليهم في مناهج الدراسة الوطنية لتوفير التدريب الأساسي والتعليم المستمر لجميع أصحاب المهن الصحية، ووضع معايير للجودة ولوائح تنظيمية للممارسين.</p> <p>١١- ضمان تمشي المبادئ التوجيهية والبروتوكولات الوطنية مع المبادئ التوجيهية للمنظمة والمبادئ التوجيهية الأخرى المسندة بالبيانات بشأن الخدمات المقدمة إلى الناجين من حالات إساءة معاملة الأطفال وعنف الأقران/ ضحايا هذه الحالات.</p>
--	--	---

التوجه الاستراتيجي ٣: تعزيز برامج الوقاية من العنف بين الأفراد

الدول الأعضاء	الجهات الشريكة الوطنية والدولية	أمانة المنظمة
<p>١٢- تعزيز قدرة الأفراد والمؤسسات على الوقاية من إساءة معاملة الأطفال وعنف الأقران في المؤسسات النظام الصحي المعنية والقطاعات المتصلة بها (مثل الشرطة، والتعليم، والخدمات الاجتماعية).</p> <p>١٣- تنفيذ تدخلات مسندة بالبيانات للوقاية من إساءة معاملة الأطفال، وخاصة البرامج التي يمكن تنفيذها من خلال النظام الصحي مثل برامج الزيارات المنزلية ودعم إعداد الآباء لرعاية الأبناء وتهدف إلى توطيد العلاقات الآمنة والمثرية داخل الأسر وبين الآباء ومقدمي الرعاية والأطفال، وضمان تلبية تلك البرامج لاحتياجات الوقاية لدى المجموعات المهمشة.</p> <p>١٤- الدعوة إلى تصميم البرامج وتنفيذها من جانب قطاعات أخرى ودعم تصميم هذه البرامج وتنفيذها لمساعدة الأطفال والمراهقين على اكتساب المهارات الحياتية والاجتماعية، والاحتفاظ بعلاقات إيجابية للوقاية من العنف الأقران.</p>	<p>٤- تنفيذ تدخلات مسندة بالبيانات للوقاية من إساءة معاملة الأطفال، وخاصة البرامج التي يمكن تنفيذها من خلال النظام الصحي مثل برامج الزيارات المنزلية ودعم إعداد الآباء لرعاية الأبناء وتهدف إلى توطيد العلاقات الآمنة والمثرية داخل الأسر وبين الآباء ومقدمي الرعاية والأطفال، وضمان تلبية تلك البرامج لاحتياجات الوقاية لدى المجموعات المهمشة.</p> <p>٥- الدعوة إلى تصميم البرامج وتنفيذها من جانب قطاعات أخرى ودعم تصميم هذه البرامج وتنفيذها لمساعدة الأطفال والمراهقين على اكتساب المهارات الحياتية والاجتماعية، والاحتفاظ بعلاقات إيجابية للوقاية من العنف الأقران.</p>	<p>٨- توليف المعلومات عن السبل الفعالة للوقاية من إساءة معاملة الأطفال وعنف الأقران ونشر هذه المعلومات.</p> <p>٩- الاشتراك في التعاون التقني مع الدول الأعضاء في إطار تعزيز قدرتها على تصميم السياسات والبرامج الرامية إلى الوقاية من إساءة معاملة الأطفال وعنف الأقران وتنفيذ هذه السياسات والبرامج وتقييمها، بما في ذلك عن طريق تقييم استعداد البلدان لتنفيذ جهود الوقاية وتكثيفها.</p> <p>١٠- تصميم برامج ميسورة التكلفة للوقاية من إساءة معاملة الأطفال وعنف الأقران واختبار هذه البرامج ونشرها.</p>

		<p>للقاية من عنف الأقران.</p> <p>١٥- إدماج التدخلات الرامية إلى الوقاية من إساءة معاملة الأطفال في برامج النمو الخاصة بمرحلة الطفولة المبكرة من جهة، والتدخلات الخاصة بعنف الأقران في برامج نمو الشباب، وبرامج الصحة النفسية، والخدمات الصحية المدرسية من جهة أخرى، ورصد فعاليتها.</p> <p>١٦- تعزيز مشاركة الأطفال والمراهقين في وضع السياسات والبرامج للقاية من العنف ضد الأطفال.</p>
التوجه الاستراتيجي ٤: تحسين المعلومات والبيانات		
الدول الأعضاء	الجهات الشريكة الوطنية والدولية	أمانة المنظمة
<p>١٧- إجراء دراسات سكانية عن العنف ضد الأطفال، وتعزيز الإبلاغ الروتيني عن إحصاءات العنف ضد الأطفال عن طريق إدراج المؤشرات المعنية في نظم المعلومات والترصد في مجال الصحة، ومنح الأولوية للبرامج والخدمات التي تصل إلى الأطفال والمراهقين.</p> <p>١٨- إجراء دراسات عن فعالية البرامج الرامية إلى الوقاية من إساءة معاملة الأطفال وعنف الأقران، وعن خدمات الضحايا.</p> <p>١٩- تعزيز القدرات الوطنية المتصلة بإجراء البحوث عن جوانب العنف ضد الأطفال والمراهقين، بما في ذلك عن حجم ذلك العنف وعواقبه وتكاليفه الاقتصادية، والوفورات الاقتصادية المحققة بفضل الوقاية، وعن التدخلات الفعالة للوقاية والاستجابة.</p> <p>٢٠- إجراء البحوث ودعمها، بما يشمل البحوث المتعلقة بالتدخلات والخدمات في إطار النظام الصحي، بهدف تكثيف التدخلات الفعالة الرامية إلى التصدي لإساءة معاملة الأطفال وعنف الأقران.</p>	<p>٦- إجراء دراسات عن فعالية البرامج الرامية إلى الوقاية من إساءة معاملة الأطفال وعنف الأقران، وعن خدمات الضحايا.</p> <p>٧- تعزيز القدرات الوطنية المتصلة بإجراء البحوث عن كل جوانب العنف ضد الأطفال والمراهقين، بما في ذلك عن حجم ذلك العنف وعواقبه وتكاليفه الاقتصادية، والوفورات الاقتصادية المحققة بفضل الوقاية، وعن التدخلات الفعالة للوقاية والاستجابة.</p> <p>٨- إجراء البحوث ودعمها، بما يشمل البحوث المتعلقة بالتدخلات والخدمات في إطار النظام الصحي، بهدف تكثيف التدخلات الفعالة الرامية إلى التصدي لإساءة معاملة الأطفال وعنف الأقران.</p>	<p>١١- وضع تعاريف موحدة لعنف الأقران وأساليب منسقة لتحديد معدلات انتشار إساءة معاملة الأطفال وعنف الأقران، والدعوة إلى استخدامها.</p> <p>١٢- الاشتراك في التعاون التقني مع الدول الأعضاء لتقييم التدخلات الصحية والمتعددة القطاعات من أجل الوقاية من العنف ضد الأطفال والمراهقين والتصدي له.</p> <p>١٣- الاشتراك في التعاون التقني مع الدول الأعضاء لتعزيز قدرتها على إجراء البحوث عن جميع جوانب العنف ضد الأطفال والمراهقين، وإدماج مؤشرات العنف ضد الأطفال والمراهقين في نظم الترصد الروتينية.</p> <p>١٤- وضع إرشادات بشأن جمع البيانات عن العنف ضد الأطفال والمراهقين بشكل مأمون وأخلاقي.</p> <p>١٥- وضع برنامج للبحوث للتصدي للعنف ضد الأطفال والمراهقين.</p>

٣- جيم: جميع أشكال العنف بين الأفراد: الإجراءات الشاملة

يتناول هذا الجزء الإجراءات المشتركة بين جميع أشكال العنف بين الأفراد أو الشاملة لجميع هذه الأشكال. ومن هذا المنطلق، تكون هذه الإجراءات مكاملة للإجراءات الواردة في الجزأين ٣- ألف و ٣- باء المتعلقين بالعنف ضد النساء والفتيات والعنف ضد الأطفال وتتطرق إلى الروابط بين هذين الشكلين من العنف وتهدف إلى تعزيز أوجه التآزر وتدعيم جهود التصدي لمختلف أنماط العنف بين الأفراد طيلة الحياة، بما في ذلك عنف الشباب وإساءة معاملة المسنين. وتشمل هذه الإجراءات تعزيز ما يلي:

- الخدمات المشتركة بين جميع أشكال العنف بين الأفراد؛
- برامج الوقاية من جميع أشكال العنف بين الأفراد عن طريق التصدي لعوامل الخطر المشتركة؛
- آليات جمع البيانات.

التوجه الاستراتيجي ١: تعزيز قيادة النظام الصحي وتصريف شؤونه

الدول الأعضاء	الجهات الشريكة الوطنية والدولية	أمانة المنظمة
١- تعزيز معارف راسمي السياسات والجمهور فيما يتعلق بالحاجة إلى ما يلي: (أ) اتباع نهج في مجال الصحة العمومية للوقاية من العنف والتصدي له؛ (ب) التصدي للعنف في مختلف مراحل الحياة؛ (ج) التصدي لعوامل الخطر المحددة المشتركة بين مختلف أشكال العنف بين الأفراد؛ (د) تعزيز قدرة خدمات الرعاية الصحية على توفير رعاية فعالة للناجين/ الضحايا.	١- تعزيز معارف راسمي السياسات والجمهور فيما يتعلق بالحاجة إلى ما يلي: (أ) اتباع نهج في مجال الصحة العمومية للوقاية من العنف والتصدي له؛ (ب) التصدي للعنف في مختلف مراحل الحياة؛ (ج) التصدي لعوامل الخطر المحددة المشتركة بين مختلف أشكال العنف بين الأفراد؛ (د) تعزيز قدرة خدمات الرعاية الصحية على توفير رعاية فعالة للناجين/ الضحايا.	١- مواصلة وضع إرشادات بشأن السياسات الشاملة التي تعالج العنف والإصابات في جميع مراحل الحياة.
٢- الدعوة إلى اعتماد القوانين والسياسات واللوائح التنظيمية وإصلاحها ومواءمتها مع المعايير الدولية لحقوق الإنسان وإنفاذها بحيث تتصدى للمخاطر المشتركة أو العوامل السببية والمحددات الخاصة بعدة أنماط من العنف، مثل القوانين والسياسات واللوائح التي تعزز المساواة بين الجنسين؛ وتقي من تعاطي الكحول على نحو ضار ومعايرة مواد الإدمان؛ وتحد من توافر الأسلحة النارية؛ وتكفل إتاحة فرص التعليم وتحرص على مواظبة المراهقين من الفتيان والفتيات على الدوام في المدارس الثانوية؛ وتحد من الفقر المكثف.	٢- الدعوة إلى اعتماد القوانين والسياسات واللوائح التنظيمية وإصلاحها ومواءمتها مع المعايير الدولية لحقوق الإنسان وإنفاذها بحيث تتصدى للمخاطر المشتركة أو العوامل السببية والمحددات الخاصة بعدة أنماط من العنف، مثل القوانين والسياسات واللوائح التي تعزز المساواة بين الجنسين؛ وتقي من تعاطي الكحول على نحو ضار ومعايرة مواد الإدمان؛ وتحد من توافر الأسلحة النارية؛ وتكفل إتاحة فرص التعليم وتحرص على مواظبة المراهقين من الفتيان والفتيات على الدوام في المدارس الثانوية؛ وتحد من الفقر المكثف.	٢- دعم جهود الدعوة التي تبذلها الدول الأعضاء وسائر الجهات الشريكة المعنية عن طريق نشر البيانات المتعلقة بعوامل الخطر المشتركة بين أنماط العنف المختلفة.
٣- تعزيز قدرة خدمات الرعاية الصحية على توفير رعاية فعالة للناجين/ الضحايا.	٣- مواصلة رصد الجهود المبذولة للتصدي للعنف في مختلف الدول الأعضاء، بما في ذلك عن طريق توفير أحدث المعلومات المنتظمة عن التقديرات العالمية والإقليمية للعنف ضد النساء، وتقديم التقارير عن الوضع العالمي للعنف.	٣- مواصلة رصد الجهود المبذولة للتصدي للعنف في مختلف الدول الأعضاء، بما في ذلك عن طريق توفير أحدث المعلومات المنتظمة عن التقديرات العالمية والإقليمية للعنف ضد النساء، وتقديم التقارير عن الوضع العالمي للعنف.
٤- الدعوة إلى اعتماد القوانين والسياسات واللوائح التنظيمية وإصلاحها ومواءمتها مع المعايير الدولية لحقوق الإنسان وإنفاذها بحيث تتصدى للمخاطر المشتركة أو العوامل السببية والمحددات الخاصة بعدة أنماط من العنف، مثل القوانين والسياسات واللوائح التي تعزز المساواة بين الجنسين؛ وتقي من تعاطي الكحول على نحو ضار ومعايرة مواد الإدمان؛ وتحد من توافر الأسلحة النارية؛ وتكفل إتاحة فرص التعليم وتحرص على مواظبة المراهقين من الفتيان والفتيات على الدوام في المدارس الثانوية؛ وتحد من الفقر المكثف.	٤- الاشتراك في التعاون التقني مع وزارات الصحة والوزارات الأخرى المعنية (مثل الوزارات المسؤولة عن المساواة بين الجنسين/ تمكين النساء، وحماية الأطفال، والتعليم، والقضاء الجنائي، والرعاية الاجتماعية)، من أجل تعزيز الروابط بين النظام الصحي والقطاعات الأخرى المسؤولة عن صياغة خطط العمل والسياسات المتعددة القطاعات للوقاية من العنف وعن تنفيذها.	٤- الاشتراك في التعاون التقني مع وزارات الصحة والوزارات الأخرى المعنية (مثل الوزارات المسؤولة عن المساواة بين الجنسين/ تمكين النساء، وحماية الأطفال، والتعليم، والقضاء الجنائي، والرعاية الاجتماعية)، من أجل تعزيز الروابط بين النظام الصحي والقطاعات الأخرى المسؤولة عن صياغة خطط العمل والسياسات المتعددة القطاعات للوقاية من العنف وعن تنفيذها.
٥- تعزيز قدرة خدمات الرعاية الصحية على توفير رعاية فعالة للناجين/ الضحايا.	٥- تعزيز الروابط بين العاملين في مجال العنف والقضايا المشتركة، ولاسيما الصحة النفسية.	٥- تعزيز الروابط بين العاملين في مجال العنف والقضايا المشتركة، ولاسيما الصحة النفسية.

		<p>من الفقر المكثف.</p> <p>٣- إدماج الوقاية من العنف والتصدي له في السياسات والبرامج والخطط والميزانيات الصحية، وتعزيز دور النظام الصحي في إطار خطط العمل الوطنية المتعددة القطاعات الخاصة بجميع أشكال العنف بين الأفراد.</p> <p>٤- ضمان المشاركة النشطة لجهات التنسيق التابعة لوزارات الصحة الوطنية ودون الوطنية في آليات التنسيق المتعددة القطاعات من أجل التصدي للعنف وتعزيز التنسيق بين قطاع الصحة والقطاعات الأخرى، وخاصة القطاعات العاملة في مجال المساواة بين الجنسين/ تمكين النساء، وحماية الأطفال، والتعليم، والرعاية الاجتماعية، والقضاء الجنائي.</p> <p>٥- تصميم مقاييس للأداء والمساءلة وتنفيذها لرصد مدى كفاءة النظام الصحي في التصدي للعنف.</p>
--	--	---

التوجه الاستراتيجي ٢: تعزيز توفير الخدمات الصحية وقدرة العاملين الصحيين/ مقدمي الخدمات الصحية على الاستجابة

الدول الأعضاء	الجهات الشريكة الوطنية والدولية	أمانة المنظمة
<p>٦- تعزيز الخدمات الصحية، وخاصة الخدمات المقدمة قبل مراجعة المستشفيات والرعاية الطبية الطارئة، وضمان حصول جميع الناجين من العنف/ ضحايا العنف على رعاية جيدة وميسورة التكلفة.</p> <p>٧- تعزيز رعاية الصحة النفسية في الخدمات الاجتماعية وخدمات الرعاية الصحية العامة، بما في ذلك عن طريق زيادة القوى العاملة وقدرتها على تقديم هذه الخدمات بغية التصدي للطائفة الواسعة من العواقب التي يخلفها العنف في الصحة النفسية والعقلية، بالاستعانة بالمبادئ التوجيهية والأدوات في إطار برنامج عمل المنظمة الخاص بسد الفجوات في مجال الصحة النفسية (mhGAP) (٣٥).</p>	<p>٣- تعزيز الخدمات الصحية، وخاصة الخدمات المقدمة قبل مراجعة المستشفيات والرعاية الطبية الطارئة، وضمان حصول جميع الناجين من العنف/ ضحايا العنف على رعاية جيدة وميسورة التكلفة.</p> <p>٤- تعزيز رعاية الصحة النفسية في الخدمات الاجتماعية وخدمات الرعاية الصحية العامة، بما في ذلك عن طريق زيادة عدد القوى العاملة وقدرتها على تقديم هذه الخدمات بغية التصدي للطائفة الواسعة من العواقب التي يخلفها العنف في الصحة النفسية والعقلية، بالاستعانة بالمبادئ التوجيهية والأدوات في إطار برنامج عمل المنظمة الخاص بسد الفجوات في مجال الصحة النفسية (mhGAP) (٣٥).</p>	<p>٦- الاشتراك في التعاون التقني مع الدول الأعضاء لتعزيز تصدي نظمها الصحية للعنف، ولاسيما عن طريق نشر المبادئ التوجيهية والأدوات القائمة للمنظمة؛ ووضع مزيد من الإرشادات للتصدي لعوامل الخطر المشتركة والقضايا الشاملة الأخرى، حسبما يقتضيه الأمر.</p> <p>٧- دعم تطبيق مناهج دراسية خاصة بالعاملين الصحيين ورأسي السياسات (أي مقدمي الرعاية الصحية والمديرين) بشأن فهم الأوجه المشتركة والقضايا الشاملة المتعلقة بأنماط العنف المختلفة وتناولها.</p>

٨- تناول الأوجه المشتركة بين أشكال العنف المختلفة. ومثال على ذلك تقدير حالة أطفال النساء اللاتي تبين أنهن يتعرضن لعنف العشير وحالة الأمهات وأشقاء الأطفال الذين تبين أنهم يتعرضون لإساءة المعاملة في سن الطفولة، وتوفير الدعم النفسي وغيره من خدمات الدعم والإحالة الضرورية.

٩- توعية العاملين الصحيين بشأن علاقات التفاعل بين العنف وغيره من أوجه السلوك والمشكلات التي تعرض الصحة للخطر مثل تعاطي الكحول ومواد الإدمان، والتدخين، وممارسة العلاقات الجنسية غير الآمنة.

١٠- تعزيز المشاركة وعقد الشراكات مع منظمات المجتمع المدني وقادة المجتمعات المحلية في إطار إنكفاء وعي المجتمعات المحلية بشأن العواقب الصحية الناجمة عن العنف، والخدمات المتاحة، وأهمية السعي إلى الحصول على الخدمات الصحية على نحو عاجل.

١١- تحديد الحواجز التي تعرقل حصول الناجين من العنف على الخدمات والتصدي لها، بما في ذلك في إطار التغطية الصحية الشاملة؛ وتحسين نوعية الخدمات ورصد التقدم المحرز في تقديم خدمات صحية جيدة إلى الناجين وتقييم هذا التقدم.

٥-

٦- تناول الأوجه المشتركة بين أشكال العنف المختلفة. ومثال على ذلك تقدير حالة أطفال النساء اللاتي تبين أنهن يتعرضن لعنف العشير وحالة الأمهات وأشقاء الأطفال الذين تبين أنهم يتعرضون لإساءة المعاملة في سن الطفولة، وتوفير الدعم النفسي وغيره من خدمات الدعم والإحالة الضرورية.

٧- توعية العاملين الصحيين بشأن علاقات التفاعل بين العنف وغيره من أوجه السلوك والمشكلات التي تعرض الصحة للخطر مثل تعاطي الكحول ومواد الإدمان، والتدخين، وممارسة العلاقات الجنسية غير الآمنة.

٨- تعزيز المشاركة وعقد الشراكات مع منظمات المجتمع المدني وقادة المجتمعات المحلية في إطار إنكفاء وعي المجتمعات المحلية بشأن العواقب الصحية الناجمة عن العنف، والخدمات المتاحة، وأهمية السعي إلى الحصول على الخدمات الصحية على نحو عاجل.

٩- تحديد الحواجز التي تعرقل حصول الناجين من العنف على الخدمات والتصدي لها، بما في ذلك في إطار التغطية الصحية الشاملة؛ وتحسين نوعية الخدمات ورصد التقدم المحرز في تقديم خدمات صحية جيدة إلى الناجين وتقييم هذا التقدم.

التوجه الاستراتيجي ٣: تعزيز برامج الوقاية من العنف بين الأفراد

الدول الأعضاء	الجهات الشريكة الوطنية والدولية	أمانة المنظمة
<p>١٢- زيادة دراية العاملين الصحيين/ مقدمي الخدمات الصحية ورسمي السياسات والموظفين في القطاعات الأخرى وأفراد الجمهور بالأعباء الصحية الناشئة عن العنف، وعواقب العنف الطويلة الأجل، وتكاليفه بالنسبة إلى المجتمع، وبأهمية الوقاية من العنف قبل أن يبدأ.</p> <p>١٣- تكثيف جهود الدعوة إلى تعزيز الاستثمارات في برامج الوقاية من العنف المسندة بالبيانات في إطار النظام الصحي وبالعامل مع القطاعات الأخرى من أجل التصدي لعوامل الخطر المشتركة مثل عدم المساواة بين الجنسين، والبطالة، والفقر وعدم المساواة الاقتصادية، وارتفاع معدلات الجريمة في المجتمعات المحلية، وتوافر الأسلحة النارية، وسهولة الحصول على الكحول، والاتجار بالمخدرات، والقصور في إنفاذ القوانين.</p> <p>١٤- زيادة القدرات البشرية والمؤسسية لتصميم برامج الوقاية من العنف التي تستند إلى البيانات وتركز على التصدي لعوامل الخطر المشتركة بين أشكال العنف المختلفة وتنفيذ هذه البرامج وتقييمها.</p> <p>١٥- تنفيذ تدخلات الوقاية ورصدها في إطار النظام الصحي للتصدي لعوامل الخطر المشتركة مثل التدخلات التي تحد من تعاطي الكحول على نحو ضار ومعايرة مواد الإدمان، وتعزيز الصحة النفسية.</p>	<p>١٠- زيادة دراية العاملين الصحيين/ مقدمي الخدمات الصحية ورسمي السياسات والموظفين في القطاعات الأخرى وأفراد الجمهور بالأعباء الصحية الناشئة عن العنف، وعواقب العنف الطويلة الأجل، وتكاليفه بالنسبة إلى المجتمع، وبأهمية الوقاية من العنف قبل أن يبدأ.</p> <p>١١- تكثيف جهود الدعوة إلى تعزيز الاستثمارات في برامج الوقاية من العنف المسندة بالبيانات في إطار النظام الصحي وبالعامل مع القطاعات الأخرى من أجل التصدي لعوامل الخطر المشتركة مثل عدم المساواة بين الجنسين، والبطالة، والأعراف المتعلقة بالرجولة، والفقر وعدم المساواة الاقتصادية، وارتفاع معدلات الجريمة في المجتمعات المحلية، وتوافر الأسلحة النارية، وسهولة الحصول على الكحول، والاتجار بالمخدرات، والقصور في إنفاذ القوانين.</p> <p>١٢- زيادة القدرات البشرية والمؤسسية لتصميم برامج الوقاية من العنف التي تستند إلى البيانات وتركز على التصدي لعوامل الخطر المشتركة بين أشكال العنف المختلفة وتنفيذ هذه البرامج وتقييمها.</p> <p>١٣- تنفيذ تدخلات الوقاية ورصدها في إطار النظام الصحي للتصدي لعوامل الخطر المشتركة مثل التدخلات التي تحد من تعاطي الكحول على نحو ضار ومعايرة مواد الإدمان، وتعزيز الصحة النفسية.</p>	<p>٨- جمع البيانات عن السياسات والبرامج الفعالة للوقاية من العنف ونشرها، بما في ذلك عن طريق المحافظة على قاعدة بيانات عالمية للمعلومات المتعلقة بالبرامج الفعالة للوقاية من مختلف أنماط العنف.</p> <p>٩- الاشتراك في التعاون التقني مع الدول الأعضاء للمساعدة على تعزيز القدرات البشرية والمؤسسية لتصميم السياسات والبرامج التي تتصدى لعوامل الخطر المشتركة للوقاية من العنف وتنفيذ هذه السياسات والبرامج وتقييمها.</p> <p>١٠- التعاون مع المنظمات التابعة لمنظومة الأمم المتحدة وغيرها من الجهات الشريكة في وضع السياسات والبرامج التي يمكنها الوقاية من مختلف أشكال العنف بين الأفراد ونشر هذه السياسات والبرامج وتنفيذها.</p>

التوجه الاستراتيجي ٤: تحسين المعلومات والبيانات

الدول الأعضاء	الجهات الشريكة الوطنية والدولية	أمانة المنظمة
<p>١٦- تحسين قدرة نظم تسجيل الأحوال المدنية، ونظم المعلومات الصحية، ونظم الإصابات والترصد الوبائية على توثيق الإحصاءات الموحدة وتصنيفها بشأن جرائم القتل والحالات المتعلقة بالعنف المعروضة على العاملين الصحيين الذين يستخدمون رموز التصنيف الدولي للأمراض وضمان تصنيف هذه البيانات حسب نوع الجنس والسن وإدراج المعلومات عن العلاقة بين الجاني والمجني عليه.</p> <p>١٧- تعزيز قدرة الباحثين، وخاصة في الدول الأعضاء ذات الدخل المنخفض والدخل المتوسط، على إجراء بحوث عن كل أشكال العنف بين الأفراد والأوجه المشتركة بينها، وعن التكاليف الناشئة عنها بالنسبة إلى المجتمع، وعن أنماط العنف التي تكون أقل نصيباً من البحوث ومهملة إلى حد بعيد مثل إساءة معاملة المسنين.</p> <p>١٨- دعم البحوث عن عوامل الخطر المرتبطة بارتكاب مختلف أشكال العنف وتوسيع نطاق قاعدة البيانات المتصلة بتلك العوامل.</p>	<p>١٤- تعزيز قدرة الباحثين، وخاصة في الدول الأعضاء ذات الدخل المنخفض والدخل المتوسط، على إجراء بحوث عن كل أشكال العنف بين الأفراد والأوجه المشتركة بينها، وعن التكاليف الناشئة عنها بالنسبة إلى المجتمع، وعن أنماط العنف التي تكون أقل نصيباً من البحوث ومهملة إلى حد بعيد مثل إساءة معاملة المسنين.</p> <p>١٥- دعم البحوث عن عوامل الخطر المرتبطة بارتكاب مختلف أشكال العنف وتوسيع نطاق قاعدة البيانات المتصلة بتلك العوامل.</p>	<p>١١- دعم البحوث وتوسيع نطاق قاعدة البيانات بشأن جميع جوانب العنف التي تشمل جوانب الوقاية والاستجابة، بما في ذلك عن طريق إصدار أحدث المعلومات المنتظمة عن نتائج البحوث.</p> <p>١٢- تصميم أدوات ومؤشرات موحدة ونشرها لتسهيل جمع الإحصاءات الخاصة بمختلف أشكال العنف وتصنيف هذه الإحصاءات.</p>

الجزء ٤ : إطار المساءلة والرصد

يعرض هذا الجزء بإيجاز إطار الرصد والمساءلة من أجل تنفيذ خطة العمل العالمية للمنظمة. ويقدم المؤشرات لرصد التقدم المحرز في تنفيذ خطة العمل على المستوى العالمي على مدى فترة ١٥ عاماً (حتى عام ٢٠٣٠).

١٢- يتمشى هذا الإطار مع الغايات ومؤشرات الحصائل المقترحة من أجل أهداف التنمية المستدامة (انظر التذييل ٦). وبالنظر إلى الولاية المحددة للنظام الصحي وفقاً لهذه الخطة، فإن المؤشرات المقترحة تحدد مساهمات النظام الصحي وتتعرف في الوقت نفسه بأن تحقيق الغايات ومؤشرات الحصائل يتطلب بذل جهود متعددة القطاعات.

١٣- ويتمشى إطار الرصد والمساءلة مع التزامات العناية الواجبة للدولة بشأن منع أعمال العنف ضد الأفراد والتحقق فيها والمعاقبة عليها طبقاً للتشريعات الوطنية. وتشمل التزامات العناية الواجبة بالالتزامات من حيث توفير خدمات الرعاية الصحية، والمساعدة القانونية، وتأمين المأوى، والدعم بالمشورة (من ٣٦ إلى ٣٨).

١٤- والغرض من المؤشرات المقترحة هو تسهيل الإبلاغ على المستوى العالمي عن تنفيذ خطة العمل هذه. وهذه المؤشرات هي عبارة عن مجموعة فرعية صغيرة من احتياجات الرصد والإعلام التي سيتعين على الدول الأعضاء تليبيتها لرصد تصدي نظمها الصحية للعنف، وخصوصاً العنف ضد النساء والفتيات وضد الأطفال، على المستوى الوطني. ومن هذا المنطلق، تجسد المؤشرات مساهمة النظام الصحي في تحقيق الغايات المحددة في أهداف التنمية المستدامة والإجراءات المبينة في هذه الخطة. وقد يكون من الضروري أن تضع الدول الأعضاء مؤشراتها الوطنية وتحديثها بناءً على خططها وسياساتها وبرامجها القائمة وتمشياً مع سبل تكييفها للإجراءات المقترحة في ظل هذه الخطة.

١٥- والمؤشرات والغايات المقترحة هي مؤشرات وغايات اختيارية وعالمية. ونظراً إلى اختلاف مستويات استعداد الدول الأعضاء في تصدي نظمها الصحية للعنف، وخصوصاً العنف ضد النساء والفتيات وضد الأطفال، فسُردت المؤشرات رسداً إجمالياً. وسيتعين على الدول الأعضاء تكييف خططها وتحديد أسس مرجعية تدرجية للتنفيذ والرصد بما يتكيف مع تشريعاتها وقدراتها ونقاط انطلاقها الوطنية والمحلية بالحفاظ في الوقت ذاته على أسس مستويات الطموح لتحقيق الأهداف والغايات المنشودة.

١٦- وسعيًا إلى تقييم التقدم المحرز من أجل تحقيق الغايات العالمية، من المقترح أن يتم الإبلاغ من خلال جمعية الصحة العالمية كل خمس سنوات. كما أن الإبلاغ عن التقدم المحرز سيساعد على تحديد الثغرات والتحديات، وتبادل أفضل الممارسات وتجارب البلدان في تنفيذ الخطة. والهدف المنشود هو الاستناد إلى نظم الإبلاغ القائمة (مثل مؤشرات الحصائل والمخرجات الواردة في ميزانيات المنظمة البرمجية) وليس إنشاء نظم جديدة أو موازية.

١٧- وستضطلع الأمانة بالدور الآتي: (أ) تزويد الدول الأعضاء بالدعم في مجال تحديد مؤشرات للرصد على المستوى الوطني ووضعها؛ (ب) وضع بيانات أساسية لقياس الغايات العالمية واقتراح معالم مؤقتة بالتعاون مع الدول الأعضاء؛ (ج) تصميم أدوات موحدة لجمع البيانات وتحليلها لرصد التقدم المحرز على المستوى العالمي؛ (د) إعداد تقارير منتظمة عن التقدم المحرز على المستوى العالمي بالاستناد إلى البيانات الوطنية وبالتعاون مع الدول الأعضاء بهدف قياس التقدم المحرز وتحديد الثغرات والتحديات، وتقاسم أفضل الممارسات والتجارب القطرية؛ (هـ) توفير الإرشاد والدعم التقني والتدريب للدول الأعضاء بناءً على طلبها في مجال تعزيز نظمها الوطنية للمعلومات من أجل جمع البيانات عن المؤشرات المقترحة.

الجدول ٢: موجز المؤشرات والغايات العالمية

التعليقات/ الافتراضات	الغاية (٢٠٣٠)	البيانات الأساسية (٢٠١٦)	المؤشر	
ألف: العنف ضد النساء والفتيات				
التوجه الاستراتيجي ١: تعزيز قيادة النظام الصحي وتصريف شؤونه. الحصيلة: بيئة سياسية مواتية للتصدي للعنف ضد النساء والفتيات. الغايات المعنية من أهداف التنمية المستدامة (انظر التبديل ٦): ٣-٧ ضمان حصول الجميع على خدمات رعاية الصحة الجنسية والإنجابية، بما في ذلك خدمات تنظيم الأسرة والتوعية الخاصة به، وإدماج الصحة الإنجابية في الاستراتيجيات والبرامج الوطنية بحلول عام ٢٠٣٠؛ ٣-٨ تحقيق التغطية الصحية الشاملة، بما في ذلك إمكانية الحصول على خدمات الرعاية الصحية الأساسية الجيدة؛ ٥-٢ القضاء على جميع أشكال العنف ضد النساء والفتيات؛ ٥-٣ القضاء على جميع الممارسات الضارة؛ ٥-٦ ضمان حصول الجميع على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية وعلى الحقوق الإنجابية وفقاً لبرنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية ومنهاج عمل بيجين والوثائق الختامية لمؤتمرات استعراضهما.				
أدرجت الدول الأعضاء خدمات الرعاية الصحية للتصدي لعنف العشير والرعاية الشاملة المقدمة بعد الاغتصاب أو خطتها أو سياساتها الصحية أو الخاصة بالصحة الجنسية والإنجابية تمشياً مع المبادئ التوجيهية للمنظمة (٢٩) (نعم/ لا). العنف ضد النساء والفتيات مدرج في مجموعة الخدمات الخاصة بالاستراتيجية العالمية بشأن صحة المرأة والطفل والمراهق (٢٠١٦-٢٠٣٠). وسائل التحقق: ينبغي تحديد البيانات الأساسية ووسائل التحقق.	من المقرر تحديدها	من المقرر تحديدها	عدد الدول الأعضاء التي أدرجت خدمات الرعاية الصحية للتصدي لعنف العشير والرعاية الشاملة المقدمة بعد الاغتصاب أو خطتها أو سياساتها الوطنية الصحية أو الخاصة بالصحة الجنسية والإنجابية تمشياً مع المبادئ التوجيهية للمنظمة (٢٩).	ألف-١-١
التوجه الاستراتيجي ٢: تعزيز توفير الخدمات الصحية وقدرة العاملين الصحيين/ مقدمي الخدمات الصحية على الاستجابة. الحصيلة: توفير خدمات صحية شاملة وجيدة وتزويد العاملين الصحيين بالمهارات اللازمة للاستجابة لاحتياجات النساء والفتيات المعرضات للعنف. الغايات المعنية من أهداف التنمية المستدامة: ٣-٣ وضع نهاية لوباء الأيدز؛ ٣-٤ تخفيض الوفيات المبكرة الناجمة عن الأمراض غير السارية وتعزيز الصحة النفسية؛ ٣-٥ تعزيز الوقاية من إساءة استعمال المواد، بما يشمل تعاطي المخدرات وتناول الكحول على نحو يضر بالصحة، وعلاج ذلك؛ ٣-٧ ضمان حصول الجميع على خدمات رعاية الصحة الجنسية والإنجابية، بما في ذلك خدمات ومعلومات تنظيم الأسرة والتوعية الخاصة به، وإدماج الصحة الإنجابية في الاستراتيجيات والبرامج الوطنية بحلول عام ٢٠٣٠؛ ٣-٨ تحقيق التغطية الصحية الشاملة، بما في ذلك إمكانية الحصول على خدمات الرعاية الصحية الأساسية الجيدة؛ ٥-٢ القضاء على جميع أشكال العنف ضد النساء والفتيات؛ ٥-٦ ضمان حصول الجميع على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية وعلى الحقوق الإنجابية وفقاً لبرنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية ومنهاج عمل بيجين والوثائق الختامية لمؤتمرات استعراضهما.				
لدى الدول الأعضاء مبادئ توجيهية أو بروتوكولات أو إجراءات تشغيلية موحدة وطنية تحدد تصدي النظم الصحية لعنف العشير و/ أو العنف الجنسي بما يمتشى مع المبادئ التوجيهية للمنظمة (٢٩) والمعايير الدولية لحقوق الإنسان (نعم/ لا) وسائل التحقق: استعراض محتويات المبادئ التوجيهية أو البروتوكولات أو الإجراءات التشغيلية الموحدة الوطنية. وينبغي كحد أدنى أن تتناول البروتوكولات/ المبادئ التوجيهية الخاصة باستجابة النظام الصحي ما يلي: تحديد عنف العشير؛ ودعم الخط الأول؛ وتوفير خدمات الرعاية الشاملة بعد الاغتصاب؛ وتوفير رعاية الصحة النفسية (المباشرة أو عن طريق خدمات الإحالة)؛ والإحالة إلى الخدمات الأخرى اللازمة للنساء.	من المقرر تحديدها	من المقرر تحديدها	عدد الدول الأعضاء التي وضعت أو حدّثت مبادئها التوجيهية أو بروتوكولاتها أو إجراءاتها التشغيلية الموحدة الوطنية لاستجابة النظم الصحية للنساء المعرضات لعنف العشير و/ أو العنف الجنسي، بما يتسق مع المعايير الدولية لحقوق الإنسان والمبادئ التوجيهية للمنظمة (٢٩).	ألف-٢-١

التعليقات/ الافتراضات	الغاية (٢٠٣٠)	البيانات الأساسية (٢٠١٦)	المؤشر	
توفر الدول الأعضاء خدمات الرعاية الشاملة بعد الاغتصاب في نصف مجموع مرافقها الخاصة بالرعاية الصحية الطارئة على الأقل (نعم/ لا). وسائل التحقق: توفير خدمات الرعاية الصحية الشاملة بعد الاغتصاب مدرج في تقارير المنظمة عن التقدم المحرز في استجابة قطاع الصحة لفيروس العوز المناعي البشري. وتمشياً مع المبادئ التوجيهية للمنظمة (٢٩) ستشمل خدمات الرعاية بعد الاغتصاب ما يلي: دعم الخط الأول، ومنع الحمل في حالات الطوارئ، توفير خدمات الإجهاض المأمون طبقاً للقوانين الوطنية، الوقاية اللاحقة للتعرض للأمراض المنقولة جنسياً و/ أو فيروس العوز المناعي البشري عملاً بالبروتوكولات المطبقة، التطعيم ضد التهاب الكبد B.	من المقرر تحديدها	من المقرر تحديدها	عدد الدول الأعضاء التي توفر خدمات الرعاية الشاملة بعد الاغتصاب في مرافق (دائرة) للخدمات الطبية في كل وحدة إقليمية و/ أو إدارية بما يتسق مع المبادئ التوجيهية للمنظمة (٢٩).	ألف-٢-٢
التوجه الاستراتيجي ٣: تعزيز برامج الوقاية من العنف بين الأفراد. الحصيلة: يجري تنفيذ برامج مسندة بالبيانات للوقاية من العنف ضد النساء والفتيات. الغايات المعنية من أهداف التنمية المستدامة: ٥-٢ القضاء على جميع أشكال العنف ضد النساء والفتيات؛ ٥-٣ القضاء على جميع الممارسات الضارة؛ ١٦-١ الحد بدرجة كبيرة من جميع أشكال العنف وما يتصل به من معدلات الوفيات في كل مكان؛ ١٦-٢ إنهاء إساءة المعاملة والاستغلال والاتجار بالبشر وجميع أشكال العنف والتعذيب ضد الأطفال.				
الدول الأعضاء التي لديها خطة وطنية متعددة القطاعات للتصدي للعنف ضد النساء والفتيات تشمل النظام الصحي وتقتصر استراتيجية واحدة/ تدخلاً واحداً على الأقل للوقاية (نعم/ لا). وسائل التحقق: استعراض خطط العمل الوطنية المتعددة القطاعات بشأن العنف ضد النساء والفتيات. ويمكن لاستراتيجيات الوقاية أن تشمل تدخلاً أو أكثر يقترح ما يلي: تعزيز التعرف المبكر على النساء اللاتي يتعرضن لعنف العشير أو الأطفال الذين يتعرضون للعنف وتوفير الدعم النفسي وخدمات الإحالة الملائمة للحد من العنف في المستقبل؛ والتصدي للقواعد الاجتماعية التي تتعلق بنوع الجنس/ تقوم على السلطة الأبوية وتدعم العنف ضد النساء والفتيات وتتغاضي عن هذا العنف أو تجعله أمراً طبيعياً؛ وتعزيز مهارات التعلم الاجتماعي والمعنوي في صفوف الأطفال والمراهقين فيما يتعلق بالعلاقات القائمة على الاحترام ونبذ العنف؛ واتباع نهج للتمكين وتكوين الكفاءة الذاتية في صفوف النساء والفتيات؛ واتباع نهج قانونية وسياسية (مثل تعزيز المساواة بين الجنسين، والحد من تعاطي الكحول على نحو ضار).	من المقرر تحديدها	من المقرر تحديدها	عدد الدول الأعضاء التي لديها خطة وطنية متعددة القطاعات للتصدي للعنف ضد النساء والفتيات تقترح استراتيجية واحدة على الأقل للوقاية من العنف ضد النساء والفتيات (وتشمل النظام الصحي)	ألف-٣-١

التعليقات/ الافتراضات	الغاية (٢٠٣٠)	البيانات الأساسية (٢٠١٦)	المؤشر	
التوجه الاستراتيجي ٤: تحسين المعلومات والبيانات. الحصيلة: تدعيم قاعدة بيانات لتوجيه السياسات والبرامج والخطط من أجل التصدي للعنف ضد النساء والفتيات. الغايات المعنية من أهداف التنمية المستدامة: ٥-٢ القضاء على جميع أشكال العنف ضد النساء والفتيات؛ ٥-٣ القضاء على جميع الممارسات الضارة؛ ١٦-١ الحد بدرجة كبيرة من جميع أشكال العنف وما يتصل به من معدلات الوفيات في كل مكان؛ ١٦-٢ إنهاء إساءة المعاملة والاستغلال والاتجار بالبشر وجميع أشكال العنف والتعذيب ضد الأطفال.				
أجرت الدول الأعضاء استقصاء ممثلاً على الصعيد الوطني عن العنف ضد النساء أو أدرجت وحدة نموذجية عن العنف ضد النساء في استقصاء ديمغرافي أو صحي أو نوع آخر من الاستقصاءات خلال السنوات الخمس الأخيرة (نعم/ لا). وسائل التحقق: تتوفر في المنظمة، كجزء من جهودها الرامية إلى إصدار تقديرات عن انتشار العنف ضد النساء، قاعدة بيانات عن انتشار عنف العشير والعنف الجنسي الممارس من جانب شخص آخر غير العشير مستقاة من استقصاءات سكانية أجريت في البلدان، وهي قاعدة بيانات تحدثها المنظمة بانتظام. وفي حين أن التقديرات العالمية والإقليمية التي أصدرتها المنظمة في سنة ٢٠١٣ للعنف ضد النساء استندت إلى استقصاءات من أكثر من ٨٠ بلداً، فقد أجري منذ ذلك الحين أكثر من ٢٠ استقصاء سكانية إضافياً. وما زال ينبغي تقييم عدد الدول الأعضاء التي أجرت استقصاءات خلال السنوات الخمس الأخيرة.	من المقرر تحديدها	١٠٠	عدد الدول الأعضاء التي أجرت دراسة استقصائية سكانية/ استقصاء سكانية ممثلة/ ممثلاً على الصعيد الوطني عن العنف ضد النساء أو أدرجت وحدة نموذجية عن العنف ضد النساء في استقصاءات ديمغرافية أو صحية أخرى خلال السنوات الخمس الأخيرة باستخدام التصنيف حسب السن والانتماء العرقي والوضع الاقتصادي والاجتماعي وغير ذلك.	ألف-٤-١
باء: العنف ضد الأطفال				
التوجه الاستراتيجي ١: تعزيز قيادة النظام الصحي وتصريف شؤونه. الحصيلة: سياسة مواتية للتصدي للعنف ضد الأطفال. الغايات المعنية من أهداف التنمية المستدامة: ٣-٥ تعزيز الوقاية من إساءة استعمال المواد، بما يشمل تعاطي المخدرات وتناول الكحول على نحو يضر بالصحة، وعلاج ذلك؛ ٤-٢ ضمان أن تتاح لجميع البنات والبنين فرص الحصول على نوعية جيدة من النماء والرعاية في مرحلة الطفولة المبكرة والتعليم قبل الابتدائي بحلول عام ٢٠٣٠؛ ٤-١ بناء مرافق تعليمية تكون بيئات تعليمية خالية من العنف للجميع ورفع مستواها؛ ٥-٣ القضاء على جميع الممارسات الضارة؛ ١٦-٢ إنهاء إساءة المعاملة والاستغلال والاتجار بالبشر وجميع أشكال العنف والتعذيب ضد الأطفال.				
لا يرد ذكر العنف ضد الأطفال في الأهداف أو الأغراض فحسب، بل هناك إجراءات محددة ضمن خطط البلدان التشغيلية (نعم/ لا) وسائل التحقق: سيجري التحقق عن طريق استعراض للسياسات والخطط الصحية الوطنية الأحدث عهداً/ المطبقة حالياً والمتاحة في قاعدة بيانات المنظمة عن الخطط والسياسات الصحية. وبالنسبة إلى الدول الأعضاء ذات النظام الاتحادي، سيتطلب الأمر إدراج خطط أغلبية الولايات/ المحافظات داخل البلد. وقد تشمل الخطط أو السياسات خططاً صحية عامة أو خططاً محددة متعلقة بصحة الطفل والمراهق والصحة النفسية.	من المقرر تحديدها	من المقرر تحديدها	عدد الدول الأعضاء التي أدرجت إجراءات للتصدي للعنف ضد الأطفال في خططها و/ أو سياساتها الصحية الوطنية	باء-١-١

التعليقات/ الافتراضات	الغاية (٢٠٣٠)	البيانات الأساسية (٢٠١٦)	المؤشر	
<p>التوجه الاستراتيجي ٢: تعزيز توفير الخدمات الصحية وقدرة العاملين الصحيين/ مقدمي الخدمات الصحية على الاستجابة. الحصيلة: توفير خدمات صحية شاملة وجيدة، وتزويد العاملين الصحيين بالمهارات اللازمة للاستجابة لاحتياجات الأطفال والمرهقين الذين يتعرضون للعنف.</p> <p>الغايات المعنية من أهداف التنمية المستدامة: ٣-٤ تخفيض الوفيات المبكرة الناجمة عن الأمراض غير السارية وتعزيز الصحة النفسية؛ ٣-٥ تعزيز الوقاية من إساءة استعمال المواد، بما يشمل تعاطي المخدرات وتناول الكحول على نحو يضر بالصحة، وعلاج ذلك؛ ٣-٨ تحقيق التغطية الصحية الشاملة، بما في ذلك إمكانية الحصول على خدمات الرعاية الصحية الأساسية الجيدة؛ ١٦-٢ إنهاء إساءة المعاملة والاستغلال والاتجار بالبشر وجميع أشكال العنف والتعذيب ضد الأطفال.</p>				
<p>لدى الدول الأعضاء مبادئ توجيهية أو بروتوكولات أو إجراءات تشغيلية موحدة وطنية تحدد استجابة النظم الصحية للناجين من حالات إساءة المعاملة في سن الطفولة/ ضحايا هذه الحالات، بما يتواءم مع المعايير الدولية لحقوق الإنسان (نعم/ لا).</p> <p>وسائل التحقق: استعراض محتويات المبادئ التوجيهية أو البروتوكولات أو الإجراءات التشغيلية الموحدة الوطنية (تمشياً مع المبادئ التوجيهية للمنظمة التي يجري وضعها بشأن إساءة معاملة الأطفال).</p>	من المقرر تحديدها	من المقرر تحديدها	عدد الدول الأعضاء التي صممت أو حدت مبادئها التوجيهية أو بروتوكولاتها أو إجراءاتها التشغيلية الموحدة الوطنية لاستجابة النظم الصحية للناجين من حالات إساءة المعاملة في سن الطفولة/ ضحايا هذه الحالات، بما يتسق مع المعايير الدولية لحقوق الإنسان	باء-٢-١
<p>التوجه الاستراتيجي ٣: تعزيز برامج الوقاية من العنف بين الأفراد. الحصيلة: يجري تنفيذ برامج مسندة بالبيانات للوقاية من العنف ضد الأطفال</p> <p>الغايات المعنية من أهداف التنمية المستدامة: ١٦-١ الحد بدرجة كبيرة من جميع أشكال العنف وما يتصل به من معدلات الوفيات في كل مكان؛ ١٦-٢ إنهاء إساءة المعاملة والاستغلال والاتجار بالبشر وجميع أشكال العنف والتعذيب ضد الأطفال.</p>				
<p>تبليغ الدول الأعضاء عن التنفيذ الواسع النطاق لأربعة تدخلات على الأقل من أصل ثمانية تدخلات مسندة بالبيانات من أجل الوقاية من العنف ضد الأطفال أي من التدخلات التالية: (١) الزيارات المنزلية؛ (٢) تعليم الآباء لرعاية الأبناء؛ (٣) الوقاية من الاعتداء الجنسي على الأطفال؛ (٤) الإثراء قبل المدرسة؛ (٥) برامج المهارات الحياتية/ التنمية الاجتماعية؛ (٦) الوقاية من التسلط؛ (٧) الإرشاد؛ (٨) برامج ما بعد المدرسة.</p> <p>وسائل التحقق: المنهجية المستخدمة لإعداد تقرير المنظمة لعام ٢٠١٤ عن الوضع العالمي للوقاية من العنف (٣).</p>	من المقرر تحديدها	من المقرر تحديدها	عدد الدول الأعضاء التي تبليغ عن التنفيذ الواسع النطاق لأربعة تدخلات على الأقل من أصل ثمانية تدخلات مسندة بالبيانات من أجل الوقاية من العنف ضد الأطفال.	باء-٣-١

التعليقات/ الافتراضات	الغاية (٢٠٣٠)	البيانات الأساسية (٢٠١٦)	المؤشر	
التوجه الاستراتيجي ٤: تحسين المعلومات والبيانات. الحصيلة: تدعيم قاعدة بيانات لتوجيه السياسات والبرامج والخطط ورصدها من أجل التصدي للعنف ضد الأطفال.				
الغايات المعنية من أهداف التنمية المستدامة: ١-١٦ الحد بدرجة كبيرة من جميع أشكال العنف وما يتصل به من معدلات الوفيات في كل مكان؛ ١٦-٢ إنهاء إساءة المعاملة والاستغلال والاتجار بالبشر وجميع أشكال العنف والتعذيب ضد الأطفال.				
١-٤-١	عدد الدول الأعضاء التي أجرت استقصاء ممثلاً على الصعيد الوطني أو أدرجت مسائل بشأن إساءة معاملة الأطفال في استقصاءات أسرية أخرى (مثل الاستقصاءات الجماعية المتعددة المؤشرات) خلال السنوات الثماني الأخيرة	من المقرر تحديدها	من المقرر تحديدها	الدول الأعضاء التي أبلغت عن إجراء استقصاء سكاني عن إساءة معاملة الأطفال (العنف ضد الأطفال) أو أدرجت مسائل بشأن إساءة معاملة الأطفال في استقصاءات أسرية أخرى (مثل الاستقصاءات الجماعية المتعددة المؤشرات) خلال السنوات الثماني الأخيرة (نعم/ لا).
وسائل التحقق: تقرير المنظمة لعام ٢٠١٤ عن الوضع العالمي للوقاية من العنف (٣). وفي عام ٢٠١٤ أفاد ٤١٪ من البلدان التي بلغ عددها ١٣٣ بلداً وقدمت ردودها بأنها أجرت استقصاء غير أن نسبة البلدان التي أجريت فيها الاستقصاءات خلال السنوات الثماني الأخيرة لم تخضع للتقييم.				
جيم: جميع أشكال العنف بين الأفراد: الإجراءات الشاملة				
التوجه الاستراتيجي ٤: تحسين المعلومات والبيانات.				
الغايات المعنية من أهداف التنمية المستدامة: ٥-٢ القضاء على جميع أشكال العنف ضد النساء والفتيات؛ ١٦-١ الحد بدرجة كبيرة من جميع أشكال العنف وما يتصل به من معدلات الوفيات في كل مكان؛ ١٦-٢ إنهاء إساءة المعاملة والاستغلال والاتجار بالبشر وجميع أشكال العنف والتعذيب ضد الأطفال.				
١-٤-١	عدد الدول الأعضاء التي لديها بيانات عن جرائم القتل صالحة للاستعمال ومستقاة من مصادر تسجيل الأحوال المدنية.	من المقرر تحديدها	من المقرر تحديدها	تبين من التقرير عن الوضع العالمي للوقاية من العنف الذي أدرته المنظمة عام ٢٠١٤ واستخدم المعلومات المستقاة من قاعدة بيانات المنظمة بشأن الوفيات، أن ٦٠٪ تماماً من البلدان ليست لديها بيانات عن جرائم القتل صالحة للاستخدام ومستقاة من مصادر تسجيل الأحوال المدنية (٣). ويجب أن تكون بيانات تسجيل الأحوال المدنية كاملة بنسبة ٧٠٪ على الأقل كي تعتبر صالحة للاستخدام، ولا يجب أن تزيد نسبة الإصابات التي يمكن تصنيفها على أنها "غير محددة القصد" على ٣٠٪، ويجب أن تعرّف جرائم القتل طبقاً للرموز X85-Y09؛ وY87.1 من التصنيف الدولي العاشر للأمراض، أو الرموز E960-E969 من التصنيف الدولي التاسع للأمراض. وينبغي تصنيف البيانات حسب السن ونوع الجنس والعلاقة بين الجاني والمجني عليه.
وسائل التحقق: قاعدة بيانات المنظمة بشأن الوفيات، وعدد الدول الأعضاء التي لديها بيانات صالحة للاستخدام عن جرائم القتل.				

التدريبات

التدليل ١

مسرد المصطلحات الرئيسية

يتضمن هذا المسرد تعاريف المصطلحات الرئيسية المستخدمة في خطة العمل العالمية للمنظمة ومن جانب الأمانة في إطار عملها. وقد استمدت التعاريف من الوثائق التقنية الصادرة عن المنظمة وغيرها من الهيئات المعنية التابعة لمنظومة الأمم المتحدة.

(حسب الترتيب الأبجدي الإنكليزي)

المراهقة تُعرفها الأمم المتحدة على أنها تخص الأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين ١٠ سنوات و ١٩ سنة. ومن الممكن التفرقة بين المراهقة المبكرة (١٠-١٤ سنة) والمراهقة المتأخرة (١٥-١٩ سنة).^١

زواج الأطفال، والزواج المبكر، والزواج القسري هو "زواج يكون فيه أحد الطرفين على الأقل طفلاً" - أي شخصاً تقل سنه عن ١٨ سنة. وهو أيضاً "يحيل إلى حالات زواج أشخاص دون سن الثامنة عشرة في البلدان التي يُبلغ فيها سن الرشد قبل ذلك أو عند الزواج. ويمكن أن يحيل الزواج المبكر أيضاً إلى حالات الزواج التي يكون فيها الزوجان معاً في سن الثامنة عشرة أو سن أكبر لكن عوامل أخرى تجعلها غير مهئين للموافقة على الزواج، مثل مستوى نموها الجسدي والمعنوي والجنسي والنفسي، أو قلة المعلومات عن خيارات الشخص في الحياة". ويضاف إلى ذلك أنه "أي زواج يحدث دون موافقة أحد الطرفين أو الطرفين معاً موافقة تامة وحررة / أو حين لا تكون لدى أحد الطرفين أو الطرفين معاً القدرة على إنهاء الزواج أو الانفصال، لأسباب منها الإكراه أو الضغط الاجتماعي أو الأسري الشديد".^٢

إساءة معاملة الأطفال تعرّف على أنها "حالات الإيذاء والإهمال التي يتعرض لها الأطفال الذين يقل عمرهم عن ١٨ سنة. وهي تشمل جميع أشكال إساءة المعاملة البدنية و/ أو المعنوية والاعتداء الجنسي والإهمال والتقصير والاستغلال التجاري أو غير ذلك من أشكال الاستغلال، مما يلحق ضرراً فعلياً أو محتملاً بصحة الطفل أو بقاءه أو نموه أو كرامته في سياق علاقة المسؤولية أو الثقة أو السلطة".^٣

الاعتداء الجنسي على الأطفال "يعرّف على أنه إشراك طفل في نشاط جنسي لا يفهمه تماماً، ولا يستطيع أن يوافق عليه عن علم، أو لا يكون الطفل مستعداً له بحكم نموه، أو لأنه ينتهك القوانين أو محرمات المجتمع. وقد يتعدى على الأطفال جنسياً كل من البالغين والأطفال الآخرين الذين يكونون، بسبب عمرهم أو مرحلة نموهم - في موضع المسؤولية أو الثقة أو السلطة بالنسبة إلى الضحية".^٤

١ UN Children's Fund (UNICEF). Adolescence, an Age of Opportunity: The State of the World's Children 2011, February 2011, ISBN: 978-92-806-4555-2 (http://www.unicef.org/sowc2011/pdfs/SOWC-2011-Main-Report_EN_02092011.pdf accessed 6 August 2015).

٢ UN General Assembly. Preventing and eliminating child, early and forced marriage. Report of the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. 2014. A/HRC/26/22 (http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/RegularSessions/Session26/Documents/A-HRC-26-22_en.doc accessed 13 August 2015).

٣ World Health Organization (WHO), Global Status Report on Violence Prevention 2014, 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/145086/1/9789241564793_eng.pdf?ua=1&ua=1).

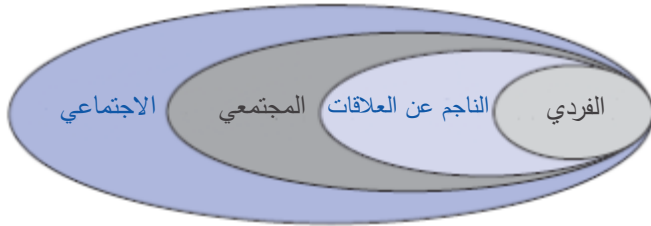
٤ WHO & International society for prevention of child abuse and neglect. Preventing Child Maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. World Health Organization: Geneva, 2006. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43499/1/9241594365_eng.pdf).

الخدمات الصحية الشاملة هي "خدمات صحية تدار على نحو يضمن تلقي الناس سلسلة من خدمات تعزيز الصحة والوقاية من المرض والتشخيص والعلاج والتدبير العلاجي وإعادة التأهيل والرعاية الملطفة، على مختلف مستويات الرعاية ومواقعها في إطار النظام الصحي وطبقاً لاحتياجاتهم طيلة مراحل العمر".^١

التربية الجنسية الشاملة هي "تهج مناسب من حيث السن ووجيه من الناحية الثقافية للتعليم المتصل بمسائل الجنس والعلاقات من خلال توفير معلومات واقعية تتسم بدقتها العلمية ولا تقوم على إصدار الأحكام. وتتيح الفرص لاستكشاف القيم والمواقف وتكوين مهارات صنع القرارات والتواصل والحد من المخاطر فيما يتصل بعدة جوانب جنسية".^٢

العقاب البدني هو "أي عقاب تستخدم فيه القوة البدنية ويكون الغرض منه إلحاق درجة معينة من الألم أو الإزعاج، مهما قلت شدتهما. ويشمل معظم أشكال هذا العقاب ضرب الطفل ("الصفع" أو "اللطم" أو "الضرب على العجز") باليد أو باستخدام أداة - سوط أو عصا أو حزام أو حذاء أو ملعقة خشبية وهلمّ جزاً. ويمكن أن يشمل هذا النوع من العقاب أيضاً، على سبيل المثال، رفس الأطفال أو رجهم أو رميهم، أو الخدش أو القرص أو العض أو شد الشعر أو لكم الأذنين أو إرغام الأطفال على البقاء في وضع غير مريح، أو الحرق أو الكي أو إجبار الأطفال على تناول مواد معينة (كغسل فم الطفل بالصابون أو إرغامه على ابتلاع توابل حريفة)".^٣

النموذج الإيكولوجي لفهم العنف



النموذج الإيكولوجي لفهم العنف يشمل عوامل الخطر على مستوى (أ) الأفراد (مثل الخصائص الفردية وسجلات الحياة)؛ (ب) العلاقات بين الأفراد (مثل ديناميات الأسرة والخصائص الأسرية)؛ (ج) المجتمع المحلي (مثل القواعد المجتمعية، ومستويات الفقر والجريمة)؛ (د) المجتمع (مثل القواعد الاجتماعية ووجود القوانين والسياسات وإنفاذها).^٤

إساءة معاملة المسنين هي "عمل مفرد أو متكرر، أو انعدام عمل ملائم يحدث في نطاق أي علاقة يتوقع فيها وجود الثقة مما يتسبب في إلحاق ضرر أو كرب بشخص مسن. وتشمل إساءة معاملة المسنين الإيذاء البدني والجنسي والنفسي والمعنوي والمالي والمادي؛ والهجر؛ والإهمال؛ وفقدان الكرامة والاحترام إلى حد بعيد".^٥

قتل الإناث يُفهم منه عامة قتل المرأة العمدي لأنها امرأة. وهو "فعل يرتكبه عادة الرجل غير أنه قد يرتكب أحياناً على يد أفراد أسرة الأنثى. ويختلف قتل الإناث عن قتل الذكور بطرق محددة. وعلى سبيل المثال، ترتكب معظم

١ Health systems strengthening glossary. World Health Organization. http://www.who.int/entity/healthsystems/Glossary_January2011.pdf

٢ International technical guidance on sexuality education: an evidence-informed approach for schools, teachers and health educators. Paris: UNESCO. 2009. (<http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001832/183281e.pdf> accessed 9 November 2015)

٣ اتفاقية حقوق الطفل، التعليق العام رقم ٨ (٢٠٠٦)، الوثيقة CRC/C/GC/8 (على الموقع الإلكتروني التالي: https://srsg.violenceagainstchildren.org/sites/default/files/documents/docs/GRC-C-GC-8_EN.pdf، تم الاطلاع في ١٣ آب/أغسطس ٢٠١٥).

٤ التقرير العالمي حول العنف والصحة، جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ ٢٠٠٢ (على الموقع الإلكتروني التالي: http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545615_eng.pdf).

٥ Elder Abuse. Factsheet N 357. 2014 (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs357/en/>).

جرائم قتل الإناث على يد العشير الحالي أو السابق وتتطوي هذه الحالات على استمرار الاعتداء في المنزل والتهديد أو التخويف والعنف الجنسي أو على حالات تكون فيها المرأة أقل تمتعاً بالسلطة أو أقل تزوداً بالموارد من عشيرتها".^١

العنف القائم على نوع الجنس ضد النساء هو "العنف الموجه ضد المرأة بسبب كونها امرأة أو العنف الذي يمس المرأة على نحو جائر. ويشمل الأعمال التي تلحق ضرراً أو ألماً بدنياً أو عقلياً أو جنسياً بها، والتهديد بهذه الأعمال، والإكراه وسائر أشكال الحرمان من الحرية".^٢

عدم المساواة والتمييز بين الجنسين هو "أي تفرقة أو استبعاد أو تقييد يتم على أساس الجنس ويكون من آثاره أو أغراضه توهين أو إبطاء الاعتراف للمرأة بحقوق الإنسان والحريات الأساسية في الميادين السياسية والاقتصادية والاجتماعية والثقافية والمدنية أو في أي ميدان آخر، أو توهين أو إبطاء تمتعها بهذه الحقوق أو ممارستها لها، بصرف النظر عن حالتها الزوجية وعلى أساس المساواة بينها وبين الرجل".^٣

المساواة بين الجنسين تشير إلى حقوق النساء والرجال والفتيات والفتيان ومسؤولياتهم وفرصهم المتساوية. ولا تعني المساواة استواء المرأة والرجل بل أن حقوق أحدهما ومسؤولياته وفرصه لن تتوقف على كونه قد وُلد ذكراً أو أنثى. والمساواة بين الجنسين هي أن تؤخذ المصالح والاحتياجات والأولويات الخاصة بالمرأة والرجل على السواء في الاعتبار - بالاعتراف بتنوع المجموعات المختلفة من النساء والرجال. والمساواة بين الجنسين ليست قضية تخص المرأة بل ينبغي أن تعني وتشرك بالكامل الرجل والمرأة. وتعد المساواة بين المرأة والرجل قضية من قضايا حقوق الإنسان وشرطاً لازماً للتمتية المستدامة المركزة على الناس ومؤشراً عليها".^٤ ولذلك يشير عدم المساواة بين الجنسين إلى انعدام تلك الحقوق والمسؤوليات والفرص.

الممارسات الضارة هي ممارسات وسلوكيات مستديمة نابعة من التمييز على أساس جملة صفات منها نوع الجنس والصفة الجنسانية والسن، فضلاً عن أشكال متعددة و/ أو متقاطعة من التمييز كثيراً ما تكون منطوية على العنف وتُسبب أضراراً أو معاناة بدنية و/ أو نفسية. والضرر الذي تلحقه هذه الممارسات بالضحايا يتجاوز العواقب البدنية والذهنية المباشرة وكثيراً ما يكون غرضه أو مؤداه هو إضعاف الاعتراف بحقوق الإنسان والحريات الأساسية للنساء والأطفال والانتقاص من تمتعهم بها وممارستهم لها. وهناك أيضاً تأثير سلبي يلحق بكرامتهم، وسلامتهم ونمائهم بدنياً ونفسياً وأخلاقياً، وبدرجة مشاركتهم، وصحتهم، وتعليمهم، ووضعهم الاقتصادي والاجتماعي".^٥

١ Understanding and addressing violence against women: Femicide. World Health Organization: Geneva, 2012 (apps.who.int/iris/bitstream/10665/77421/1/WHO_RHR_12.38_eng.pdf)

٢ اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة، التوصية العامة رقم ١٩ (١٩٩٢) (على الموقع الإلكتروني التالي: <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm.htm#recomm19>).

٣ اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة، المادة ١، ١٩٧٩ (على الموقع الإلكتروني التالي: <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/econvention.htm#article1>).

٤ مكتب المستشارية الخاصة للأمم العام المعنية بالقضايا المتعلقة بنوع الجنس والنهوض بالمرأة. تعميم المنظور الجنساني: استراتيجية تعزيز المساواة بين الجنسين. ٢٠١١. (<http://www.un.org/womenwatch/osagi/pdf/factsheet1.pdf>)

٥ اللجنة المعنية بالقضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة ولجنة حقوق الطفل، التوصية العامة رقم ٣١ للجنة المعنية بالقضاء على التمييز ضد المرأة/ التعليق العام رقم ١٨ للجنة حقوق الطفل الصادران بصفة مشتركة بشأن الممارسات الضارة، ٢٠١٤، الوثيقة CEDAW/C/GC/31-CRC/C/GC/18 (على الموقع الإلكتروني التالي: http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CEDAW%2fC%2fGC%2f31%2f31&Lang=en، تم الاطلاع في ١٠ تشرين الثاني/ نوفمبر ٢٠١٥).

قطاع الصحة "يتألف من الخدمات الصحية العمومية والخاصة المنظمة (بما فيها خدمات تعزيز الصحة، والوقاية من المرض، والتشخيص والعلاج والرعاية)، والسياسات والأنشطة في إطار إدارات ووزارات الصحة، والمنظمات غير الحكومية والمجموعات المجتمعية المتصلة بالصحة، والرابطات المهنية".^١

النظام الصحي يشير إلى: " (١) جميع الأنشطة التي يكون غرضها الأساسي تعزيز الصحة و/ أو استعادتها و/ أو المحافظة عليها؛ (٢) تنظيم الأشخاص والمؤسسات والموارد معاً طبقاً لسياسات معتمدة من أجل تحسين صحة السكان المستفيدين من الخدمات المقدمة، مع الاستجابة في الوقت نفسه لتوقعات الناس المشروعة وحمايتهم من تكاليف اعتلال الصحة عن طريق مجموعة شتى من الأنشطة التي ترمي في المقام الأول إلى تحسين الصحة".^٢

العاملون الصحيون هم "جميع الأشخاص المشتركين في إجراءات هدفها الأول هو تعزيز الصحة".^٣

العنف بين الأفراد المختلف عن العنف الموجه إلى الذات والعنف الجماعي، يقسم إلى العنف العائلي وعنف العشير والعنف المجتمعي، ويضم أشكالاً من العنف طوال مراحل العمر مثل الاعتداء على الطفل، وعنف العشير، وإساءة معاملة المسنين، وأفراد الأسرة، وعنف الشباب، وأعمال العنف العشوائية، والاعتداء الجنسي، والعنف في مواقع المؤسسات كالمدارس وأماكن العمل والسجون ودور التمريض".^٤

عنف العشير "يشير إلى سلوك عشير أو عشير سابق يتسبب في ضرر بدني أو جنسي أو نفسي، بما في ذلك الاعتداء البدني، والقهر الجنسي، والإيذاء النفسي، وأوجه السلوك التحكيمية".^٥

العشير يشير إلى زوج أو شريك يتشاطر السكن، أو صديق أو عشيق أو زوج سابق أو شريك سابق أو صديق سابق أو عشيق سابق. وتعريف العشير يختلف من سياق إلى آخر ومن دراسة إلى أخرى ويشمل علاقات الشراكة الرسمية مثل الزواج، وعلاقات الشراكة غير الرسمية بما في ذلك التعايش، والمواعدة الغرامية، والعلاقات الجنسية خارج نطاق الزواج. وفي بعض السياقات يكون العشراء عادة متزوجين، في حين أن علاقات الشراكة غير الرسمية هي أكثر شيوعاً في سياقات أخرى.^٦

النهج الشامل لجميع مراحل الحياة "يقوم على إدراك مدى احتمال أن تكون العوامل المؤثرة في مرحلة مبكرة من الحياة بمثابة عوامل خطر بالنسبة لأوجه السلوك المتصلة بالصحة أو المشكلات الصحية في مراحل لاحقة".

- ١ Health Promotion Glossary. World Health Organization: Geneva, 1998. WHO/HPR/HEP/98.1 (<http://www.who.int/entity/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf?ua=1>)
- ٢ WHO. Health systems strengthening glossary. 2011. (http://www.who.int/entity/healthsystems/Glossary_January2011.pdf accessed 19 August 2015)
- ٣ The World Health Report 2006 – working together for health. World Health Organization: Geneva. (<http://www.who.int/entity/whr/2006/chapter1/en/index.html>)
- ٤ Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editors. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545615_eng.pdf).
- ٥ WHO. Violence against women. Intimate partner and sexual violence against women. World Health Organization: Geneva, 2014. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112325/1/WHO_RHR_14.11_eng.pdf?ua=1)
- ٦ Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85240/1/9789241548595_eng.pdf, accessed 19 February 2015).

"ويساعد اتباع منظور مراحل الحياة على تحديد عوامل الخطر المبكرة الخاصة بالعنف وأفضل الأوقات لاتباع نهج للوقاية الأولية."^١

الاستجابة المتعددة القطاعات "تقتضي تنسيق الموارد والمبادرات بين القطاعات، بمشاركة المؤسسات الحكومية والمجتمع المدني على السواء." "ويكفل إطار منسق تقديم طائفة متنوعة من خدمات الرعاية الصحية والوقاية والقضاء التي يحتاج إليها الناجون ولا يمكن لقطاع أو تدخل واحد تقديمها. وتعزز النهج المتكاملة جهود الدعوة؛ وتقيم علاقات تعاون طويل الأجل بين القطاعات؛ وتحسن فعالية الخدمات وجهود الوقاية وتأثيرها؛ وتزيد الخبرات التقنية والموارد والاستثمارات المتاحة في هذا الصدد إلى أقصى حد."^٢

الرعاية الصحية الأولية "هي خدمات الرعاية الصحية الأساسية التي تقوم على أساليب وتكنولوجيا عملية وسليمة من الناحية العلمية ومقبولة اجتماعياً وتتاح للجميع أفراداً وأسرّاً في المجتمع المحلي من خلال مشاركتهم الكاملة وبتكلفة يمكن للمجتمع المحلي والبلد تحملها من أجل المحافظة على هذه الخدمات في كل مرحلة من مراحل نموها من منطلق الاعتماد على النفس وتقرير المصير. وهي جزء لا يتجزأ من النظام الصحي للبلد إذ تمثل الوظيفة المركزية ومحور التركيز الرئيسي في إطاره، ومن تنمية المجتمع الاجتماعية والاقتصادية العامة. وهي المستوى الأول لاتصال الأفراد، والأسرة والمجتمع المحلي بالنظام الصحي الوطني بحيث تجعل الرعاية الصحية قريبة بقدر الإمكان من أماكن إقامة الأشخاص وأماكن عملهم، وتشكل العنصر الأول في سلسلة خدمات الرعاية الصحية."^٣

نهج الصحة العمومية في مجال الوقاية من العنف يشير إلى أربع خطوات أي: تعريف المشكلة ورصدها؛ تحديد عوامل الخطر والوقاية؛ وضع استراتيجيات للوقاية والاستجابة واختبارها؛ دعم اعتماد الاستراتيجيات على نطاق واسع.^٤

العنف الجنسي "هو أي ممارسة جنسية، أو محاولة للحصول على ممارسة جنسية، أو أي ممارسة أخرى تستهدف جنس شخص بالإكراه من جانب أي شخص آخر بصرف النظر عن العلاقة القائمة بينهما في أي سياق. ويشمل هذا العنف الاغتصاب الذي يعرف على أنه إيلاج القضيب أو أي جزء آخر من الجسم أو أداة أخرى في الفرج أو الشرج باستخدام القوة البدنية أو بالإكراه."^٥

الناجي/ الضحية يشير إلى الأشخاص الذين تعرضوا للعنف/ تأثروا به. وتعبير الناجي يفضله عادة العاملون في مجال العنف ضد المرأة للتشديد على ما للمرأة المتأثرة بالعنف من دور مؤثر وعدم كونها مجرد "ضحية" غير فاعلة في مواجهة العنف. أما تعبير الضحية فيستخدم في القضاء الجنائي. ولأغراض هذه الوثيقة، يستخدم التعبيران ليشير كل منهما إلى الآخر دون فرق بينهما.

١ Preventing intimate partner and sexual violence against women. Taking action and generating evidence. World Health Organization: Geneva, 2010. (http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241564007_eng.pdf)

٢ Ensuring holistic multisectoral policies and national plans of actions. UN Women virtual knowledge centre to end violence against women and girls (<http://www.endvawnow.org/en/articles/316-ensuring-holistic-multisectoral-policies-and-national-plans-of-actions-.html>.)

٣ إعلان ألما - آتا، المؤتمر الدولي للرعاية الصحية الأولية الذي انعقد في ألما-آتا، الاتحاد السوفياتي، ٦-١٢ أيلول/سبتمبر ١٩٧٨، منظمة الصحة العالمية: جنيف، ١٩٧٨. (www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf).

٤ Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editors. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545615_eng.pdf)

٥ WHO. Violence against women. Intimate partner and sexual violence against women. World Health Organization: Geneva, 2014. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112325/1/WHO_RHR_14.11_eng.pdf?ua=1)

الفئات المستضعفة هي الفئات التي يحتمل على نحو غير متناسب أن تكون عرضة لأنماط مختلفة من العنف أو أن تتعرض لها بسبب الإقصاء الاجتماعي والتمييز والوصم وأشكال متعددة من التمييز.

العنف ضد الأطفال يعرّف على النحو التالي: أي شكل من العنف ضد فتى أو فتاة دون سن الثامنة عشرة. ويشمل العنف ضد الأطفال إذن إساءة معاملة الأطفال ونواحي مشتركة مع عنف الشباب. وأكثر أشكاله شيوعاً إساءة معاملة الأطفال وعنف الشباب.

العنف ضد المرأة يعرف بوصفه: "أي فعل من أفعال العنف على أساس نوع الجنس يلحق أو من المحتمل أن يلحق ضرراً أو ألماً بدنياً أو جنسياً أو نفسياً بالمرأة بما في ذلك التهديد بأفعال من هذا القبيل أو القسر أو الحرمان التعسفي من الحرية، سواء حدث ذلك في الحياة العامة أو الخاصة." وهو يشمل على سبيل المثال لا الحصر ما يلي: "العنف البدني والجنسي والنفسى الذي يحدث في إطار الأسرة، وختان الإناث وغيره من الممارسات التقليدية المؤذية للمرأة، والعنف غير الزوجي والعنف المرتبط بالاستغلال؛ والعنف البدني والجنسي والنفسى الذي يحدث في إطار المجتمع العام، بما في ذلك الاغتصاب، والتعدي الجنسي، والمضايقة الجنسية والتخويف في مكان العمل وفي المؤسسات التعليمية وأي مكان آخر؛ والاتجار بالنساء وإجبارهن على البغاء؛ والعنف البدني والجنسي والنفسى الذي ترتكبه الدولة أو تتغاضى عنه أينما وقع".^١

العنف ضد النساء والفتيات يشير إلى العنف ضد المرأة حسب التعريف الوارد أعلاه ويشمل أيضاً أشكال العنف ضد الفتيات الناجمة عن كونهن فتيات والراجعة أصلاً إلى عدم المساواة بين الجنسين (مثل الممارسات الضارة، والزواج المبكر، وزواج الأطفال، والزواج القسري). ويؤكد شدة خطر تعرض النساء والفتيات للعنف طيلة مراحل العمر بسبب عدم المساواة بين الجنسين والتمييز ضدهن.

عنف الشباب هو "العنف الذي يحدث بين أشخاص تتراوح أعمارهم بين ١٠ سنوات و ٢٩ سنة".^٢ ويشمل جميع أنماط إساءة المعاملة البدنية و/ أو المعنوية ويحدث بصفة عامة خارج المنزل. كما يشمل أوجه السلوك الضارة التي قد تبدأ في مرحلة مبكرة من العمر وتستمر حتى مرحلة البلوغ. ويمكن أن يؤدي بعض الأفعال العنيفة - مثل الاعتداء - إلى إصابة خطيرة أو إلى الوفاة. وبعضها الآخر مثل التسلط أو الصفع أو الضرب قد يلحق ضرراً معنوياً أكثر من الضرر البدني.

١ الجمعية العامة للأمم المتحدة، القرار ٤٨ / ١٠٤، الإعلان بشأن القضاء على العنف ضد المرأة، القرار A/RES/48/104، ١٩٩٣ (على الموقع الإلكتروني التالي: <http://www.un.org/documents/ga/res/48/a48r104.htm>)، تم الاطلاع في ٦ آب/ أغسطس ٢٠١٥).

التذييل ٢

القرارات، والاستنتاجات المتفق عليها، والتعليقات والمقالات العامة ذات الصلة

قرارات جمعية الصحة العالمية والمجلس التنفيذي:

- القرار ج ص ع ٤٩-٢٥ (١٩٩٦)، الذي أُعلن فيه أن العنف يُعد ضمن مشكلات الصحة العمومية الرئيسية في العالم؛^١
- القرار ج ص ع ٥٠-١٩ (١٩٩٧)، بشأن وضع خطة العمل الخاصة باتباع نهج للصحة العمومية يستند إلى البيانات العلمية في الوقاية من العنف؛^٢
- القرار م ٩٥-ق ١٧ (١٩٩٥)، بشأن أنشطة الطوارئ والأنشطة الإنسانية، الذي يطلب من المدير العام بدمج معالجة الآثار الصحية في حالات العنف الجماعي؛^٣
- القرار ج ص ع ٥٦-٢٤ (٢٠٠٣)، بشأن تنفيذ التوصيات الواردة في التقرير العالمي لمنظمة الصحة العالمية عن العنف والصحة، المنشور في عام ٢٠٠٢؛^٤
- القرار ج ص ع ٥٧-١٢ (٢٠٠٤)، بشأن استراتيجية الصحة الإنجابية، التي سلطت الضوء على العنف ضد المرأة بوصفه أحد الأشكال الرئيسية لعدم المساواة بين الجنسين التي يلزم التصدي لها من أجل تحقيق الصحة الجنسية والإنجابية؛^٥
- القرار ج ص ع ٦٠-٢٥ (٢٠٠٧)، بشأن استراتيجية دمج تحليل المسائل والإجراءات المتعلقة بنوع الجنس في عمل المنظمة؛^٦
- القرار ج ص ع ٦١-١٦ (٢٠٠٨)، بشأن تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية، الذي يحث الدول الأعضاء على تسريع وتيرة الإجراءات الرامية إلى القضاء على تشويهها لتحسين الصحة، بما في ذلك الصحة الجنسية والإنجابية لمساعدة النساء والفتيات اللاتي يخضعن لهذا العنف؛^٧
- القرار ج ص ع ٦٣-١٣ (٢٠١٠)، بشأن الاستراتيجية العالمية للحد من تعاطي الكحول على نحو ضار؛^٨
- القرار ج ص ع ٦٦-٨ (٢٠١٣)، بشأن خطة العمل الشاملة الخاصة بالصحة النفسية في الفترة ٢٠١٣-٢٠٢٠؛^٩

١ متاح على الرابط التالي: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/179463/1/WHA49_R25_eng.pdf٢ متاح على الرابط التالي: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/179742/1/WHA50_R19_eng.pdf٣ متاح على الرابط التالي: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/172480/1/EB95_R17_eng.pdf٤ متاح على الرابط التالي: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/78325/1/ea56r24.pdf>٥ متاح على الرابط التالي: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R12.en.pdf٦ متاح على الرابط التالي: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHASSA_WHA60-Rec1/E/reso-60-en.pdf٧ متاح على الرابط التالي: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/23532/1/A61_R16-en.pdf٨ متاح على الرابط التالي: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_R13-en.pdf٩ متاح على الرابط التالي: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R8-en.pdf

- القرار ج ص ع ٦٦-٩ (٢٠١٣)، بشأن العجز، الذي ينطوي على توجيه طلب إلى المدير العام لوضع خطة عمل شاملة للمنظمة - خطة العمل العالمية لمنظمة الصحة العالمية بشأن العجز ٢٠١٤-٢٠٢١: تحسين صحة جميع المصابين بالعجز. ٢٠١

القرارات والوثائق المعتمدة بتوافق الآراء

- عمل الجمعية العامة للأمم المتحدة بشأن العنف ضد المرأة؛^٣
 - القرار ١٤٤/٦٧ (٢٠١٢) تكثيف الجهود للقضاء على جميع أشكال العنف ضد المرأة؛^٤
 - القرار ١٤٧/٦٩ (٢٠١٤) تكثيف الجهود من أجل القضاء على جميع أشكال العنف ضد المرأة والفتاة؛^٥
- لجنة وضع المرأة
 - استنتاجات لجنة وضع المرأة المتفق عليها في دورتها السابعة والخمسين (٢٠١٣)؛^٦
 - استنتاجات لجنة وضع المرأة المتفق عليها في دورتها الحادية والخمسين (٢٠١١)؛^٧
 - استنتاجات لجنة وضع المرأة المتفق عليها في دورتها الثانية والأربعين (١٩٩٨)؛^٨
- برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية (١٩٩٤) وجميع حصائل استعراضه على النحو التالي؛^٩
 - الإجراءات الأساسية لمواصلة تنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية (٢٠١٤)؛^{١٠}
 - القرار ١/٢٠٠٠ السكان والمسائل الجنسانية والتنمية (٢٠٠٠)؛^{١١}

- ١ متاح على الرابط التالي: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R9-en.pdf
- ٢ متاح على الرابط التالي: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_16-en.pdf
- ٣ متاح على الرابط التالي: <http://www.un.org/womenwatch/daw/vaw/v-work-ga.htm>
- ٤ متاح على الرابط التالي: http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/67/144&Lang=E
- ٥ متاح على الرابط التالي: http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/69/147
- ٦ متاح على الرابط التالي: <http://www.unwomen.org/~media/headquarters/attachments/sections/csw/57/csw57-agreedconclusions-a4-en.pdf>
- ٧ متاح على الرابط التالي: http://www.unwomen.org/~media/headquarters/attachments/sections/csw/51/csw51_e_final.pdf
- ٨ متاح على الرابط التالي: http://www.unwomen.org/~media/headquarters/attachments/sections/csw/42/csw42_i_e_final.pdf
- ٩ متاح على الرابط التالي: <http://www.unfpa.org/publications/international-conference-population-and-development-programme-action>
- ١٠ متاح على الرابط التالي: <http://www.unfpa.org/publications/international-conference-population-and-development-programme-action>
- ١١ متاح على الرابط التالي: http://www.un.org/en/development/desa/population/commission/pdf/33/CPD33_Res2000-1.pdf

- القرار ٢/٢٠٠٥ مساهمة تنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، بجميع جوانبه، في تحقيق الأهداف الإنمائية المتفق عليها دولياً، بما فيها الأهداف الواردة في إعلان الأمم المتحدة بشأن الألفية (٢٠٠٥)؛^١
- القرار ٢/٢٠٠٦ الهجرة الدولية والتنمية (٢٠٠٦)؛^٢
- القرار ١/٢٠٠٩ إسهام برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية في الأهداف الإنمائية المتفق عليها دولياً بما في ذلك الأهداف الإنمائية للألفية (٢٠٠٩)؛^٣
- القرار ١/٢٠١٠ الصحة والمرض والوفيات والتنمية (٢٠١٠)؛^٤
- القرار ١/٢٠١١ الخصوبة والصحة الإنجابية والتنمية (٢٠١١)؛^٥
- القرار ١/٢٠١٢ المراهقون والشباب (٢٠١٢)؛^٦
- القرار ١/٢٠١٤ تقييم حالة تنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية (٢٠١٤)؛^٧
- قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة ٢٧٧/٦٥ (٢٠١١) الإعلان السياسي بشأن فيروس نقص المناعة البشرية ومتلازمة نقص المناعة المكتسب (الأيدز): تكثيف جهودنا من أجل القضاء على فيروس نقص المناعة البشرية الأيدز؛^٨
- إعلان ومنهاج عمل بيجين (١٩٩٥)؛^٩
- قرار مجلس حقوق الإنسان ٢٤/٧ القضاء على العنف ضد المرأة (٢٠٠٨)؛^{١٠}

١ متاح على الرابط التالي:

http://www.un.org/en/development/desa/population/commission/pdf/38/CPD38_Res2005-2.pdf

٢ متاح على الرابط التالي:

http://www.un.org/en/development/desa/population/commission/pdf/39/CPD39_Res2006-2.pdf

٣ متاح على الرابط التالي:

http://www.un.org/en/development/desa/population/commission/pdf/42/CPD42_Res2009-1.pdf

٤ متاح على الرابط التالي:

http://www.un.org/en/development/desa/population/commission/pdf/43/CPD43_Res2010-1.pdf

٥ متاح على الرابط التالي:

http://www.un.org/en/development/desa/population/pdf/commission/2011/documents/CPD44_Res2011-1b.pdf

٦ متاح على الرابط التالي:

http://www.un.org/en/development/desa/population/pdf/commission/2012/country/Agenda%20item%208/Decisions%20and%20resolution/Resolution%202012_1_Adolescents%20and%20Youth.pdf

٧ متاح على الرابط التالي:

http://www.un.org/en/development/desa/population/pdf/commission/2014/documents/CPD47_Resolution_2014_1.pdf

٨ متاح على الرابط التالي: http://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/20110610_UN_A-RES-65-277_en.pdf

٩ متاح على الرابط التالي: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfA%20E.pdf>

١٠ متاح على الرابط التالي: http://ap.ohchr.org/Documents/E/HRC/resolutions/A_HRC_RES_7_24.pdf

- قرار مجلس حقوق الإنسان ٢٣/٢٥ التعميل بالجهود الرامية إلى القضاء على جميع أشكال العنف ضد المرأة: منع الاغتصاب وغيره من أشكال العنف الجنسي والتصدّي لها (٢٠١٣).^١

اتفاقيات الأمم المتحدة ووثائقها وصكوكها:

- الإعلان العالمي لحقوق الإنسان (١٩٤٨)؛^٢
- العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية (١٩٦٦)؛^٣
- العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية (١٩٦٦)؛^٤
- اتفاقية الرضا بالزواج، والحد الأدنى لسن الزواج، وتسجيل عقود الزواج (١٩٦٢)؛^٥
- اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة (١٩٧٩)؛^٦
- البروتوكول الاختياري لاتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة (١٩٩٩)؛^٧
- إعلان حماية النساء والأطفال في حالات الطوارئ والصراعات المسلحة (١٩٧٤)؛^٨
- بروتوكول منع وقمع ومعاقبة الاتجار بالأشخاص، وبخاصة النساء والأطفال، المكمل لاتفاقية الأمم المتحدة لمكافحة الجريمة المنظمة عبر الوطنية (٢٠٠٠)؛^٩
- المبادئ والمبادئ التوجيهية الموصى بها فيما يتعلق بحقوق الإنسان والاتجار بالأشخاص (٢٠٠٢)؛^{١٠}
- اتفاقية قمع الاتجار بالأشخاص واستغلال بغاء الغير (١٩٤٩)؛^{١١}
- إعلان القضاء على العنف ضد المرأة (A/RES/48/104، ١٩٩٣)؛^{١٢}
- اتفاقية جنيف بشأن حماية الأشخاص المدنيين في وقت الحرب (١٩٤٩)؛^{١٣}
- البروتوكول الإضافي لاتفاقيات جنيف المعقودة في ١٢ آب/ أغسطس ١٩٤٩، والمتعلق بحماية ضحايا المنازعات المسلحة غير الدولية (البروتوكول الثاني) (١٩٧٧)؛^{١٤}

١ متاح على الرابط التالي: http://ap.ohchr.org/documents/dpage_e.aspx?si=A/HRC/23/L.28

٢ متاح على الرابط التالي: <http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Introduction.aspx>

٣ متاح على الرابط التالي: <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CCPR.aspx>

٤ متاح على الرابط التالي: <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>

٥ متاح على الرابط التالي: <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/MinimumAgeForMarriage.aspx>

٦ متاح على الرابط التالي: <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CEDAW.aspx>

٧ متاح على الرابط التالي: <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/OPCEDAW.aspx>

٨ متاح على الرابط التالي: <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/ProtectionOfWomenAndChildren.aspx>

٩ متاح على الرابط التالي: <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/ProtocolTraffickingInPersons.aspx>

١٠ متاح على الرابط التالي: <http://daccess-ods.un.org/access.nsf/Get?Open&DS=E/2002/68/Add.1&Lang=E>

١١ متاح على الرابط التالي: <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/TrafficInPersons.aspx>

١٢ متاح على الرابط التالي: <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/ViolenceAgainstWomen.aspx>

١٣ متاح على الرابط التالي: <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/ProtectionOfCivilianPersons.aspx>

١٤ متاح على الرابط التالي: <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/ProtocolII.aspx>

• اتفاقية حقوق الطفل (١٩٨٩):^١

- المادة ١٩: يشير حق الطفل في التحرر من جميع أشكال العنف (CRC/C/GC/13، ٢٠١١) إلى حق الفتيان والفتيات الذين لا تتجاوز أعمارهم الثامنة عشرة في الحماية من جميع أنواع العنف.
- المادة ٢٤: يشير حق الطفل في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه (RC/C/GC/15، ٢٠١٣) إشارة صريحة إلى التحرر من العنف.

التعليقات والتوصيات العامة الصادرة عن الأمم المتحدة:

- اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة (١٩٧٩):^٢
 - التوصية العامة رقم ١٢ (١٩٨٩):^٣
 - التوصية العامة رقم ١٩ (١٩٩٢):^٣
 - التوصية العامة رقم ٢٤ (١٩٩٩):^٣

• اتفاقية حقوق الطفل؛

- التعليق العام رقم ١٣ (٢٠١١):^٤

اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية؛

- المادة ١٢، التعليق العام رقم ١٤ (٢٠٠٠):^٥

الصكوك الإقليمية:

- اتفاقية مجلس أوروبا بشأن منع ومكافحة العنف ضد المرأة والعنف المنزلي (اتفاقية اسطنبول) (٢٠١١):^٦
- اتفاقية مجلس أوروبا بشأن حماية الأطفال من الاستغلال الجنسي والاعتداء الجنسي (اتفاقية لانزاروتي) (٢٠٠٧):^٧
- البروتوكول الملحق بالميثاق الأفريقي لحقوق الإنسان والشعوب المتعلق بحقوق المرأة في أفريقيا (٢٠٠٣):^٨

١ متاح على الرابط التالي: <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx>٢ متاح على الرابط التالي: <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CEDAW.aspx>٣ متاح على الرابط التالي: <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm.htm>

٤ متاح على الرابط التالي:

http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRC%2fC%2fGC%2f13&Lang=en٥ متاح على الرابط التالي: [http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/\(symbol\)/E.C.12.2000.4.En](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/(symbol)/E.C.12.2000.4.En)

٦ متاح على الرابط التالي:

<http://www.coe.int/t/dghl/standardsetting/convention-violence/convention/Convention%202010%20English.pdf>

٧ متاح على الرابط التالي:

<http://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=0900001680084822>

٨ متاح على الرابط التالي:

http://www.achpr.org/files/instruments/women-protocol/achpr_instr_proto_women_eng.pdf

- اتفاقية البلدان الأمريكية لمنع العنف ضد المرأة والمعاقبة عليه والقضاء عليه "اتفاقية بيليم دو بارا" (١٩٩٤)؛^١
- إعلان القضاء على العنف ضد المرأة في منطقة رابطة أمم جنوب شرق آسيا (٢٠٠٤)؛^٢
- الاستراتيجية العربية لمناهضة العنف ضد المرأة ٢٠١١-٢٠٢٠ (٢٠١١).^٣

١ متاح على الرابط التالي: <http://www.oas.org/juridico/english/treaties/a-61.html>

٢ متاح على الرابط التالي: http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WG/ASEANdeclarationVaW_violenceagainstchildren.pdf

٣ متاح على الرابط التالي: <http://www.arabwomenorg.org/Content/Publications/VAWENG.pdf>

التذييل ٣

تفاصيل عمل أمانة منظمة الصحة العالمية ذات الصلة

١- وضعت الأمانة عدداً من الوثائق الإرشادية والأدوات بما في ذلك المناهج التدريبية والعديد من الوثائق التي تلخص البيانات الخاصة بالتصدي للعنف بين الأفراد. انظر التذييل ٤ للاطلاع على القائمة الكاملة.

٢- وتعمل الأمانة على معالجة الفجوات التي تم تحديدها في تصدي النظم الصحية للعنف ضد النساء والفتيات بعدد من الطرق. وسعيًا إلى مساندة الدول الأعضاء التي ترغب في إجراء استقصاءات وطنية بشأن العنف ضد المرأة، وضعت الأمانة أدوات ومنهجيات استقصائية وأبحاثها لإجراء دراسة المنظمة المتعددة البلدان بشأن صحة المرأة والعنف المنزلي ضد المرأة، التي تُعد المعيار الذهبي لقياس حجم العنف ضد المرأة (٤). كما جمعت الأمانة ونشرت التقديرات العالمية والإقليمية للعنف ضد المرأة بالاستناد إلى بيانات انتشار العنف العشير والعنف الجنسي الصادرة عن ٨٠ بلداً تقريباً (٣). وهذه البيانات متاحة على موقع مرصد المنظمة الصحي العالمي،^١ وسوف تُحدَّث بانتظام. ونشرت الأمانة العديد من المبادئ التوجيهية والأدوات اللازمة لتحديد تدخلات الوقاية الفعالة وتوجيه جهود الدول الأعضاء الرامية إلى تعزيز تصدي نُظُمها الصحية للعنف ضد المرأة، بما في ذلك التصدي للعنف الجنسي وتقديم رعاية الصحة النفسية إلى الناجين من العنف في السياقات الإنسانية (انظر التذييل ٤). وتدعم الأمانة جهود وزارات الصحة في تعزيز القدرات لاتباع نهج الصحة العمومية في الوقاية من العنف ضد المرأة والتصدي له، وتساعد الدول الأعضاء على وضع بروتوكولاتها/ مبادئها التوجيهية الوطنية الخاصة بقطاع الصحة و/ أو تحديث هذه البروتوكولات/ المبادئ التوجيهية من أجل التصدي للعنف ضد النساء والفتيات. وفيما يتعلق بالسياقات الإنسانية، تدعم الأمانة تنفيذ الأدوات من خلال دورها بصفتها الوكالة الرائدة لمجموعة الصحة العالمية في استجابة منظومة العمل الإنساني.

٣- وتعكف الأمانة على جمع البيانات عن إساءة معاملة الطفل، وقد لخصت المعلومات عن التدخلات الفعالة للوقاية من إساءة معاملة الطفل، وتعمل على نشر هذه البيانات على نطاق واسع. ونشرت المنظمة مطبوعاً في عام ٢٠٠٦ تحت عنوان "الوقاية من إساءة معاملة الطفل: دليل اتخاذ الإجراءات العملية وتوليد البيانات"،^٢ أصبح بمثابة مرجع رئيسي لراسمي السياسات والممارسين. كما وضعت المنظمة ونفذت استبياناً دولياً لقياس تجارب الطفولة السيئة، بما في ذلك إساءة معاملة الطفل في اثني عشر بلداً. وتعمل الأمانة على اختبار مجموعة من برامج اكتساب مهارات تربية الأطفال المنخفضة التكلفة التي تستهدف الوقاية من إساءة معاملة الطفل. وأعدت الأمانة دورة قصيرة بشأن الوقاية من إساءة معاملة الطفل، استُخدمت في تدريب راسمي السياسات والممارسين في بلدان شتى. وتدعم الأمانة أيضاً الدول الأعضاء في وضع سياسات وتدخلات فعالة من أجل الوقاية من إساءة معاملة الطفل بطرق من بينها مساعدة هذه الدول على تقييم مستوى تأهبها في مجال وضع برامج الوقاية وتكثيفها.

٤- ونشرت الأمانة توجيهات بمشاركة اليونيسكو بشأن كيفية التصدي للعنف في إطار المدارس المعززة للصحة. وتعمل الأمانة بالشراكة مع مراكز الولايات المتحدة لمكافحة الأمراض والوقاية منها على تنسيق الاستقصاءات المدرسية العالمية بشأن صحة الطلاب.^٣ وعملت مع دول أعضاء مختارة من الدول الأعضاء ذات الدخل المنخفض والمتوسط لبناء استجابة سياسية شاملة للتصدي للعنف بين الأفراد تركز في المقام الأول على

١ متاح على الرابط التالي: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.SEXVIOLENCE>.

٢ متاح على الرابط التالي: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43499/1/9241594365_eng.pdf.

٣ متاح على الرابط التالي: <http://www.who.int/chp/gshs/en/>.

عنف الشباب. وتعكف في الوقت الراهن على إعداد لمحة عامة عن البيّنات بشأن ما يصلح للوقاية من عنف الشباب.

٥- وتستهدف جهود المنظمة المبذولة للتصدي لمشكلة **إساءة معاملة المسنين**، تعزيز استخدام النهج المسندة بالبيّنات من أجل تحقيق فهم أفضل لحجم المشكلة وأسبابها وعواقبها وما يصلح للوقاية من هذا العنف وتخفيف الضرر الذي يلحق بالناجين/ الضحايا.

٦- وقد أرسيت الأمانة الشراكات والمبادرات العديدة أو تشارك في هذه الشراكات والمبادرات التي تشمل مبادرة بحوث العنف الجنسي، ومبادرة معاً من أجل الفتيات، وإجراءات الأمم المتحدة لمكافحة العنف الجنسي في حالات النزاع، وتحالف منع العنف (انظر التذييل ٥).

التذييل ٤

قائمة مطبوعات أمانة منظمة الصحة العالمية ذات الصلة

العنف ضد النساء والفتيات

- الرعاية الصحية للنساء من ضحايا عنف العشير أو العنف الجنسي (٢٠١٤)^١
- التقديرات الإقليمية والعالمية للعنف الموجه نحو المرأة: معدلات الانتشار والتأثيرات الصحية لعنف الشريك الحميم والعنف الجنسي من غير الشركاء (٢٠١٣)^٢
- المبادئ التوجيهية السريرية والسياسية الصادرة عن المنظمة بشأن التصدي لعنف العشير والعنف الجنسي ضد المرأة (٢٠١٣)^٣
- العنف ضد المرأة في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي: تحليل مقارنة للبيانات السكانية الصادرة عن ١٢ بلداً (منظمة الصحة للبلدان الأمريكية، ٢٠١٣)^٤
- ثلاثة مطبوعات صدرت في عام ٢٠١٢ بشأن توفير خدمات الصحة النفسية والدعم النفسي والاجتماعي لضحايا العنف الجنسي (٢٠١٢)^٥
- الوقاية من عنف العشير والعنف الجنسي ضد المرأة: اتخاذ الإجراءات وتوليد البيئات (منظمة الصحة العالمية وكلية لندن للتصحيح والطب المداري، ٢٠١٠)^٦
- دراسة المنظمة المتعددة البلدان بشأن صحة المرأة والعنف المنزلي ضد المرأة: تقرير عن النتائج (٢٠٠٥)^٧
- التدبير العلاجي السريري لضحايا الاغتصاب (٢٠٠٤)^٨
- المبادئ التوجيهية للرعاية الطبية والقانونية لضحايا العنف الجنسي (٢٠٠٣)^٩
- برنامج التعلم الإلكتروني: التدبير العلاجي السريري لضحايا الاغتصاب في السياقات الإنسانية (منظمة الصحة العالمية، وصندوق الأمم المتحدة للسكان، ومفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، ٢٠٠٩)^{١٠}
- دورة قصيرة عن الوقاية من العنف والإصابات: الوقاية من عنف العشير والعنف الجنسي ضد المرأة^{١١}

١ متاح على الرابط التالي: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136101/1/WHO_RHR_14.26_eng.pdf

٢ متاح على الرابط التالي: https://extranet.who.int/iris/restricted/bitstream/10665/85241/3/WHO_RHR_HRP_13.06_ara.pdf

٣ متاح على الرابط التالي: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85240/1/9789241548595_eng.pdf

٤ متاح على الرابط التالي:

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8175&Itemid=1519&lang=en.

٥ متاح على الروابط التالية: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75175/1/WHO_RHR_HRP_12.16_eng.pdf

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75177/1/WHO_RHR_HRP_12.17_eng.pdf;

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75179/1/WHO_RHR_HRP_12.18_eng.pdf.

٦ متاح على الرابط التالي: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241564007_eng.pdf

٧ متاح على الرابط التالي: http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/en/

٨ متاح على الرابط التالي: http://www.who.int/hac/network/interagency/news/manual_rape_survivors/en/

٩ متاح على الرابط التالي: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/924154628X.pdf>

١٠ متاح على الرابط التالي: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/emergencies/9789241598576/en/>

١١ متاح على الرابط التالي:

http://www.who.int/violence_injury_prevention/capacitybuilding/courses/intimate_partner_violence/en/

إساءة معاملة الطفل

- التقرير الأوروبي عن الوقاية من إساءة معاملة الطفل (مكتب الإقليم الأوروبي التابع لمنظمة الصحة العالمية، ٢٠١٣)^١
- الوقاية من إساءة معاملة الطفل: دليل اتخاذ الإجراءات العملية وتوليد البيّنات (منظمة الصحة العالمية والجمعية الدولية لمنع إساءة معاملة وإهمال الأطفال، ٢٠٠٦)^٢
- دورة قصيرة عن الوقاية من العنف والإصابات: الوقاية من إساءة معاملة الطفل^٣

العنف بين الأفراد

- التقرير العالمي عن وضع الوقاية من العنف (٢٠١٤)^٤
- الوقاية من العنف: البيّنات (٢٠١٠)^٥
- الوقاية من العنف والإصابات: دليل لوزارات الصحة (٢٠٠٧)^٦
- وضع السياسات من أجل الوقاية من الإصابات والعنف (٢٠٠٦)^٧
- المبادئ التوجيهية بشأن إجراء استقصاءات مجتمعية متعلقة بالإصابات والعنف (٢٠٠٤)^٨
- الدلائل الإرشادية للرعاية الأساسية للرضوح (٢٠٠٤)^٩
- الوقاية من العنف: دليل لتنفيذ توصيات التقرير العالمي عن العنف والصحة (٢٠٠٤)^{١٠}
- التقرير العالمي حول العنف والصحة (٢٠٠٢)^{١١}

عنف الشباب

- الوقاية من عنف الشباب: نبذة عن البيّنات^{١٢}

- ١ متاح على الرابط التالي: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/217018/European-Report-on-Preventing-Child-Maltreatment.pdf.
- ٢ متاح على الرابط التالي: http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/child_maltreatment/en/
- ٣ متاح على الرابط التالي: http://www.who.int/violence_injury_prevention/capacitybuilding/courses/child_maltreatment/en/
- ٤ متاح على الرابط التالي: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/ar
- ٥ متاح على الرابط التالي: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77936/1/9789241500845_eng.pdf
- ٦ متاح على الرابط التالي: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43628/2/9789241595254_ara.pdf
- ٧ متاح على الرابط التالي: http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/39919_oms_br_2.pdf
- ٨ متاح على الرابط التالي: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241546484.pdf>
- ٩ متاح على الرابط التالي: http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/services/guidelines_for_essential_trauma_care_ar.pdf?ua=1
- ١٠ متاح على الرابط التالي: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241592079.pdf>
- ١١ متاح على الرابط التالي: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42495/2/9241545615_ara.pdf
- ١٢ في ٢٢ أيلول/ سبتمبر ٢٠١٥، متاح على الرابط التالي: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/181008/1/9789241509251_eng.pdf?ua=1

- التقرير الأوروبي عن الوقاية من العنف وجرائم السلاح الأبيض بين الشباب (مكتب الإقليم الأوروبي التابع لمنظمة الصحة العالمية، ٢٠١٠)^١

إساءة معاملة المسنين

- التقرير الأوروبي عن الوقاية من إساءة معاملة المسنين^٢
- الاستجابة العالمية لحالات إساءة معاملة المسنين وإهمالهم. بناء القدرات في مجال الرعاية الصحية الأولية (٢٠٠٨)^٣
- أصوات غائبة: آراء المسنين حول إساءة معاملة المسنين. دراسة من ثمانية بلدان: الأرجنتين والنمسا والبرازيل وكندا والهند وكينيا ولبنان والسويد.^٤

١ متاح على الرابط التالي: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/121314/E94277.pdf

٢ متاح على الرابط التالي: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/144676/e95110.pdf

٣ متاح على الرابط التالي: http://www.who.int/ageing/publications/ELDER_DocAugust08.pdf

٤ متاح على الرابط التالي: http://www.who.int/ageing/publications/missing_voices/en/

التذييل ٥

اشترك أمانة المنظمة في الشراكات والمبادرات المتصلة بالعنف

مجموعة الخدمات الأساسية المقدمة إلى النساء والفتيات اللاتي يخضعن للعنف هي مبادرة مشتركة للأمم المتحدة تديرها هيئة الأمم المتحدة للمرأة وصندوق الأمم المتحدة للسكان مع منظمة الصحة العالمية وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي ومكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة كجهات شريكة في جوانب مختلفة من المبادرة. والمنظمة جهة شريكة في المقوم الخاص بالصحة من المبادرة. وقد ساهمت عبر مبادئها التوجيهية وأدواتها بشأن تصدي قطاع الصحة للعنف ضد المرأة التي ستنفذ من خلال هذه المبادرة.

مبادرة بحوث العنف الجنسي شبكة مخصصة لإبراز العنف الجنسي كمشكلة من مشاكل الصحة العمومية وتنمية القدرة على إجراء البحوث ودعمها وبنائها في هذا المجال. وكانت المنظمة عضواً مؤسساً لهذه المبادرة، واستضافت أمانتها خلال أول ٣ سنوات. ثم نُقلت الأمانة إلى مجلس البحوث الطبية في جنوب أفريقيا عقب دعوة لتقديم مقترحات. ومازلت المنظمة عضواً في فريق التنسيق وتشارك في رئاسته في الوقت الحالي.

معاً من أجل الفتيات شراكة عالمية عامة وخاصة مخصصة لإنهاء العنف ضد الأطفال، مع التركيز على العنف الجنسي ضد الفتيات. وتشمل الشراكة خمساً من وكالات الأمم المتحدة (اليونيسيف، وبرنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الأيدز، وهيئة الأمم المتحدة للمرأة، ومنظمة الصحة العالمية، وصندوق الأمم المتحدة للسكان)، وحكومة الولايات المتحدة الأمريكية، والحكومة الكندية، والقطاع الخاص. ودعمت الشراكة إجراء استقصاءات سكانية عن العنف ضد الأطفال في عدة بلدان، وجمعت بيانات شاملة عن حجم العنف وعواقبه من أجل توجيه السياسات القطرية المقبلة.

إجراءات الأمم المتحدة من أجل التصدي للعنف الجنسي في حالات النزاع، وهي تجمع بين ١٣ وكالة من وكالات الأمم المتحدة من أجل تعزيز جهود التصدي للعنف الجنسي في حالات النزاع وزيادة اتساق هذه الجهود. وتقود المنظمة الركن الخاص بالمعرفة في إطار إجراءات الأمم المتحدة وتسهم في هذا المجهود عن طريق إعداد البيانات والإرشادات المعيارية.

تحالف منع العنف شبكة من الدول الأعضاء في المنظمة، ومن الوكالات الدولية ومنظمات المجتمع المدني التي تعمل من أجل منع العنف بين الأفراد. وتشاطر الجهات المشاركة في التحالف نهج الصحة العمومية المسند بالبيانات الذي يستهدف عوامل الخطر المؤدية إلى العنف ويعزز التعاون المتعدد القطاعات.

التذييل ٦

ربط خطة العمل العالمية للمنظمة بأهداف التنمية المستدامة والغايات المشمولة بهذه الأهداف

أهداف التنمية المستدامة	الوصف	الروابط مع خطة العمل
الهدف ٣: ضمان تمتع الجميع بأنماط عيش صحية وبالرفاهية في جميع الأعمار		
الغاية ٣-٤	تخفيض الوفيات المبكرة الناجمة عن الأمراض غير المعدية بمقدار الثلث من خلال الوقاية والعلاج وتعزيز الصحة والسلامة النفسيتين بحلول عام ٢٠٣٠.	من المعترف به أن تعزيز الصحة النفسية والرفاهية وتوفير رعاية صحية نفسية يعتبر أمراً أساسياً للوقاية من الأشكال المختلفة للعنف بين الأفراد، وخصوصاً العنف ضد النساء والفتيات وضد الأطفال، والتصدي لها.
الغاية ٣-٥	تعزيز الوقاية من إساءة استعمال المواد، بما يشمل تعاطي المخدرات وتناول الكحول على نحو يضر بالصحة، وعلاج ذلك.	تعاطي الكحول على نحو ضار هو عامل خطر يندرج بالانخراط في معظم أشكال العنف بين الأفراد، وتسبب الوقاية منه بناءً على ذلك في الوقاية من العنف. ومن شأن التعرض لعنف العشير والعنف الجنسي ضد النساء، وإساءة معاملة الأطفال وعنف الشباب أن يزيد احتمال تعاطي المخدرات واستعمال الكحول على نحو ضار، ومن الممكن إذن أن تحد الوقاية من ذلك العنف من تعاطي المخدرات والاستعمال الضار للكحول.
الغاية ٣-٧	ضمان حصول الجميع على خدمات رعاية الصحة الجنسية والإنجابية، بما في ذلك خدمات ومعلومات تنظيم الأسرة والتوعية الخاصة به، وإدماج الصحة الإنجابية في الاستراتيجيات والبرامج الوطنية بحلول عام ٢٠٣٠.	لما كانت الخطة تدرك العواقب الصحية الجنسية والإنجابية الناجمة عن العنف ضد النساء والفتيات، فإنها تقترح تقديم خدمات الصحة الجنسية والإنجابية بوصفها نقاط دخول رئيسية لإدماج الخدمات المتصلة بالعنف ضد المرأة وإدراج العنف ضد المرأة كجزء من الاستراتيجيات والبرامج الوطنية للصحة الإنجابية.
الغاية ٣-٨	تحقيق التغطية الصحية الشاملة، بما في ذلك الحماية من المخاطر المالية، وإمكانية الحصول على خدمات الرعاية الصحية الأساسية الجيدة وإمكانية حصول الجميع على الأدوية واللقاحات الجيدة والفعالة والميسورة التكلفة.	مبدأ التغطية الصحية الشاملة هو مبدأ توجيهي أساسي لتوفير الخدمات الصحية للناس/ الضحايا في حالات العنف بين الأفراد، وخصوصاً العنف ضد النساء والفتيات، وهو يسلط الضوء على الحاجة إلى حماية مالية، وتوفير خدمات أساسية جيدة من أجل إدارة العواقب الصحية لذلك العنف.
الهدف ٤: ضمان التعليم الجيد المنصف والشامل للجميع وتعزيز فرص التعلم مدى الحياة		
الغاية ٤-٢	ضمان أن تتاح لجميع الفتيات والفتيات فرص الحصول على نوعية جيدة من النماء والرعاية في مرحلة الطفولة المبكرة والتعليم قبل الابتدائي حتى يكونوا جاهزين للتعليم الابتدائي بحلول عام ٢٠٣٠.	تقي النوعية الجيدة للنمو والرعاية والتعليم قبل الابتدائي في مرحلة الطفولة المبكرة من الانخراط في أعمال العنف في وقت لاحق عندما يكبر الفتيات والفتيات.

أهداف التنمية المستدامة	الوصف	الروابط مع خطة العمل
الغاية ٤-٧	ضمان أن يكتسب جميع المتعلمين المعارف والمهارات اللازمة لدعم التنمية المستدامة، بما في ذلك بجملة من السُّبل من بينها التعليم لتحقيق التنمية المستدامة واتباع أساليب العيش المستدامة، وحقوق الإنسان، والمساواة بين الجنسين، والترويج لثقافة السلام واللاعنف والمواطنة العالمية وتقدير التنوع الثقافي وتقدير مساهمة الثقافة في التنمية المستدامة، بحلول عام ٢٠٣٠.	تعترف الخطة بضرورة تعاون النظام الصحي مع قطاع التعليم في إطار جهود الدعوة ودعمه له في مجال تنفيذ أنشطة التربية الجنسية واكتساب المهارات الحياتية والاجتماعية بالتشديد على العلاقات غير التعسفية القائمة على الاحترام والمساواة التي تسهم في الاحتفاظ بعلاقات إيجابية والوقاية من جميع أشكال العنف في مراحل الحياة اللاحقة.
الغاية ٤-أ	بناء المرافق التعليمية التي تراعي الفروق بين الجنسين، والإعاقة، والأطفال، ورفع مستوى المرافق التعليمية القائمة وتهيئة بيئة تعليمية فعالة ومأمونة وخالية من العنف للجميع.	يتعرض الفتيان والفتيات لعنف الأقران مثل النقاتل والتسلط في مرافق التعليم، وفي بعض الحالات يستخدم المعلمون وسائل عنيفة لأغراض التأديب والضبط.
الهدف ٥: تحقيق المساواة بين الجنسين وتمكين كل النساء والفتيات		
الغاية ٥-٢	القضاء على جميع أشكال العنف ضد جميع النساء والفتيات في المجالين العام والخاص، بما في ذلك الاتجار بالبشر والاستغلال الجنسي وغير ذلك من أنواع الاستغلال.	تدرك الخطة ضرورة أن يعمل النظام الصحي في انسجام مع القطاعات الأخرى في تطبيق نهج الصحة العمومية للتصدي للعنف ضد النساء والفتيات. وهي تشمل إجراءات مسندة بالبيانات تساهم في أنشطة الوقاية والاستجابة في إطار النظام الصحي وعبر القطاعات.
الغاية ٥-٣	القضاء على جميع الممارسات الضارة، من قبيل زواج الأطفال والزواج المبكر والزواج القسري، وتشويه الأعضاء التناسلية للإناث (ختان الإناث).	تشمل الخطة زواج الأطفال والزواج المبكر والزواج القسري، وتشويه الأعضاء التناسلية كممارسات ضارة ضد النساء والفتيات تعد ذات أولوية ويتعين على النظام الصحي معالجتها عبر أنشطة التصدي والوقاية.
الغاية ٥-٦	ضمان حصول الجميع على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية وعلى الحقوق الإنجابية، على النحو المتفق عليه وفقاً لبرنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية ومنهاج عمل بيجين والوثائق الختامية لمؤتمرات استعراضهما.	تعترف الخطة بتعزيز جميع حقوق الإنسان بما فيها الحقوق المتصلة بالصحة الجنسية والإنجابية كوسيلة رئيسية للوقاية من العنف ضد النساء والفتيات والتصدي له، وتستند إلى الإجراءات المحددة في برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية ومنهاج عمل بيجين، الفصل الخاص بالعنف ضد المرأة.
الهدف ١١: جعل المدن والمستوطنات البشرية شاملة للجميع وآمنة وقادرة على الصمود ومستدامة		
الغاية ١١-٧	توفير سبل استفادة الجميع من مساحات خضراء وأماكن عامة، آمنة وشاملة للجميع ويمكن الوصول إليها، ولاسيما بالنسبة للنساء والأطفال وكبار السن والأشخاص ذوي الإعاقة، بحلول عام ٢٠٣٠.	تعترف الخطة بخطر التعرض للعنف بما في ذلك التحرش الجنسي في الأماكن العامة، ولاسيما بالنسبة إلى النساء والفتيات.

أهداف التنمية المستدامة	الوصف	الروابط مع خطة العمل
الهدف ١٦: التشجيع على إقامة مجتمعات مسالمة لا يُهمَّش فيها أحد من أجل تحقيق التنمية المستدامة، وإتاحة إمكانية وصول الجميع إلى العدالة، وبناء مؤسسات فعالة وخاضعة للمساءلة وشاملة للجميع على جميع المستويات		
الغاية ١٦-١	الحد بدرجة كبيرة من جميع أشكال العنف وما يتصل به من معدلات الوفيات في كل مكان.	ترمي الخطة إلى تعزيز الدور الحاسم الذي يؤديه النظام الصحي في الحد من العنف بين الأفراد والتخفيف من العواقب الصحية وغير ذلك من العواقب السلبية الناتجة عن ذلك العنف، بالتركيز على النساء والفتيات والأطفال بوصفهم الفئات السكانية التي تتأثر على نحو غير متناسب بذلك العنف.
الغاية ١٦-٢	إنهاء إساءة المعاملة والاستغلال والاتجار بالبشر وجميع أشكال العنف ضد الأطفال وتعذيبهم.	تعطي الخطة الأولوية للعنف ضد الأطفال بوصفه شكلاً رئيسياً آخر من أشكال العنف بالإضافة إلى العنف ضد المرأة. وتدرك الخطة أن الفتيات يتعرضن بوجه خاص لبعض أشكال العنف بما في ذلك الاتجار لأغراض الاستغلال الجنسي.
الغاية ١٦-٣	تعزيز سيادة القانون على الصعيدين الوطني والدولي وضمان تكافؤ فرص وصول الجميع إلى العدالة.	تشمل الخطة إجراءات ترمي إلى تعزيز الروابط بين قطاع الصحة وقطاعات الشرطة/ القضاء، وخاصة عن طريق البيئات الطبية والقانونية كعنصر رئيسي لدعم فرص وصول الناجين من العنف، ولاسيما النساء والفتيات إلى القضاء.

التذييل ٧

موجز عواقب العنف الصحية

العواقب الصحية والاجتماعية والاقتصادية	الفئة السكانية المعرضة للعنف ونمط العنف
<ul style="list-style-type: none"> • الإصابات البدنية • مشكلات الصحة النفسية (مثل الاكتئاب، والقلق، واضطرابات الإجهاد فيما بعد الصدمات) • ↑ الانتحار • ↑ خطر الأمراض غير السارية • أوجه السلوك الضارة بالصحة (مثل تعاطي الكحول والمخدرات، والتدخين، وإيقاع الضرر بالنفس، والسلوك الجنسي الخطر) • ↓ الإنتاجية • التكاليف البشرية والاقتصادية التي يتحملها الناجون والأسر والمجتمع 	<p>١ - جميع الفئات المعرضة للعنف</p>
<p>هناك بالإضافة إلى ١ أعلاه مشكلات الصحة الجنسية والإنجابية (٣) بما في ذلك حالات الحمل غير المرغوب فيها؛ والأمراض المنقولة جنسياً وفيروس العوز المناعي البشري، وفقدان الحمل بما في ذلك حالات الإسقاط والإجهاض المتعمد، وانخفاض الوزن عند الولادة، والولادات المبتسرة، والناسور الناجم عن التعرض للصدمات والأمراض النسائية، ومتلازمة الألام المزمنة</p> <ul style="list-style-type: none"> • X٢ ↑ الإجهاض المتعمد • X ١,٥ ↑ الأمراض المنقولة جنسياً وفيروس العوز المناعي البشري • ٤١٪ ↑ الولادة المبتسرة • ١٦٪ ↑ انخفاض الوزن عند الولادة • ↑ وفيات الرضع • الأطفال الذين يعانون من مشكلات النمو والسلوك 	<p>٢ - النساء والفتيات^١</p> <p>(أ) عنف العشير</p>
<ul style="list-style-type: none"> • ↑ الولادات المتعسرة والوفيات المحيطة بفترة الولادة • حالات العدوى • تكون الكيسات والخراجات • الناسور • المشكلات النفسية ومشكلات الصحة النفسية • خلل الوظائف الجنسية 	<p>(ب) تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية</p>
<ul style="list-style-type: none"> • الحمل المبكر و ↑ خطر الوفيات والأمراض المحيطة بفترة الولادة والنفاسية • ↓ إمكانية حصول الفتيات على التعليم، ومهارات كسب العيش • العزلة الاجتماعية 	<p>(ج) الزواج المبكر</p>
<ul style="list-style-type: none"> • ↑ السلوك الضار بالصحة • ↑ المشكلات النفسية والمشكلات الصحية الأخرى • ↓ التحصيل التعليمي وفرص العمل في المستقبل • دورة العنف المتوارث عبر الأجيال - أي • ↑ احتمال أن تتعرض الفتيات في وقت لاحق لعنف العشير أو الاستغلال الجنسي والاتجار • ↑ احتمال أن يصبح الفتيان جناة أو أن يتعرضوا للعنف في مرحلة لاحقة من حياتهم • عنف الشباب ↑ التورط مع مرور الوقت في أشكال أخرى من العنف بوصف الشخص جانباً ومجنياً عليه. 	<p>٣ - الأطفال بمن فيهم المراهقون</p>

^١ منظمة الصحة العالمية وكلية لندن للتصحيح والطب المداري ومجلس البحوث الطبية في جنوب أفريقيا، التقديرات الإقليمية والعالمية للعنف الموجه نحو المرأة: معدلات الانتشار والتأثيرات الصحية لعنف الشريك الحميم والعنف الجنسي من غير الشركاء، جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ ٢٠١٣.

التنزيل ٨

موجز عوامل الخطر^١ والمحددات المرتبطة بالتعرض للأنماط المختلفة للعنف بين الأفراد وارتكابها^٢

عوامل الخطر المرتبطة بارتكاب العنف	عوامل الخطر المرتبطة بالتعرض للعنف	الفئة السكانية ونمط العنف
	<ul style="list-style-type: none"> عدم المساواة بين الجنسين (مثل الأعراف الضارة المتعلقة بالرجولة) ارتفاع معدلات العنف والجريمة في المجتمع المحلي الفقر البطالة توافر المخدرات والكحول (مثل ارتفاع كثافة منافذ الكحول) والأسلحة (مثل الأسلحة النارية، والأسلحة الحادة/ السكاكين) انخفاض مستويات إنفاذ قوانين مكافحة العنف 	<p>١- العوامل الشائعة على مستوى المجتمع المحلي والمستوى الاجتماعي والمشاركة بين مختلف أنماط العنف بين الأفراد (تزداد هذه العوامل شدة في سياقات الأزمات الإنسانية بما فيها النزاعات)</p>
	العوامل السببية لعدم المساواة والتمييز بين الجنسين المشتركة بين جميع أنماط العنف ضد النساء والفتيات	٢- النساء والفتيات
<ul style="list-style-type: none"> سجل إساءة معاملة الأطفال أو إهمالهم التعرض لعنف العشير في مرحلة الطفولة (أو مشاهدته) انخفاض مستوى التعليم المدرسي الاكتئاب تعاطي الكحول أوجه السلوك التحكيمية تدني المواقف المنصفة المتعلقة بنوع الجنس كثرة التشاجر مع العشير التأهيل الجنسي (مثل سجل المقيضة بالجنس وتعدد الشركاء الجنسيين) الانخراط في أعمال العنف خارج المنزل 	<ul style="list-style-type: none"> سجل إساءة معاملة الأطفال^٣ التعرض لعنف العشير في مرحلة الطفولة (أو مشاهدته) مستوى التعليم أقل من التعليم الثانوي الاضطرابات النفسية وأشكال العجز الأخرى تعاطي العشير للكحول على نحو ضار سيطرة الذكور/ ممارسة سلطة الذكور على النساء تقبل العنف من أجل تأديب النساء الملاهي ينتهك الأعراف السائدة في العلاقات بين الجنسين عدم عمل المرأة القوانين التمييزية (مثل قوانين ملكية الأراضي والعقارات، والزواج، والطلاق، وحضانة الأطفال) 	عنف العشير
		٣- الأطفال بمن فيهم المراهقون
<ul style="list-style-type: none"> صغر سن الوالدين لدى الوالدين عدد كبير من الأطفال قلة فهم نمو الأطفال نقص المهارات التربوية المواقف المؤيدة لاتخاذ تدابير تأديبية قاسية 	<ul style="list-style-type: none"> صغر سن الأطفال عبء العمل الأكبر بالنسبة إلى مقدمي الرعاية المعنيين بالأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة. 	إساءة معاملة الأطفال

^١ لم يسلط الضوء على العوامل الوقائية بصورة منفصلة لكنها تعد عكس عوامل الخطر المبينة في هذا الجدول أو نقيضها.

^٢ Heise LL and Kotsadam. Cross-national and multilevel correlates of partner violence: an analysis of data from population-based surveys. *Lancet Global Health*. 2015;3(6): e332-e340.

^٣ العوامل المبرزة بالبنط الغامق هي عوامل تكتسي أهمية إحصائية أو تساهم أكبر مساهمة في تفسير المعدلات المختلفة لعنف العشير في مختلف السياقات الجغرافية.

<ul style="list-style-type: none"> • سجل إساءة معاملة الأطفال لدى الأبوين • وجود مقدم للرعاية من غير الأقارب في البيت • إساءة استعمال الكحول أو المخدرات • إصابة مقدم الرعاية باعتلال نفسي • سوء العلاقات بين الوالدين والأطفال (مثل سوء الروابط الأسرية، وفوضوية الحياة الأسرية) • عنف العشير في الأسرة نفسها 		
<ul style="list-style-type: none"> • بعض عوامل الخطر المماثلة المرتبطة بممارسة إساءة معاملة الأطفال • المشكلات السلوكية • الأقران غير الاجتماعيين • إساءة استعمال الكحول والمخدرات • سجل التورط في العنف 		<p>عنف الأقران بين المراهقين (أي التسلط والتقاتل)</p>

التذييل ٩

الإطار الزمني لوضع خطة العمل العالمية للمنظمة وعملية وضعها

سارت عملية وضع خطة العمل العالمية للمنظمة كما يلي:

١- أنشأت الأمانة فريقاً عاملاً أساسياً داخلياً للإشراف على عدة مسودات لخطة العمل العالمية للمنظمة وتنسيقها وتصميمها وتسهيل عملية التشاور.

٢- وصدرت ورقة مناقشة أولى كانت أساس المسودة الأولية لخطة العمل العالمية للمنظمة في آذار/ مارس ٢٠١٥ وشملت مساهمات من أعضاء الفريق العامل الأساسي وممثلين للإدارات المعنية الأخرى في المنظمة ومستشارين إقليميين من جميع أقاليم المنظمة الستة.

٣- وعُرضت المسودة الأولية للتشاور وساهمت فيها الدول الأعضاء ووزارات الصحة وسائر الوزارات المختصة المعنية (مثل تلك المسؤولة عن شؤون المساواة بين الجنسين والعدل ونماء الطفل)، وفئات المجتمع المدني، والرابطات المهنية، والجهات الشريكة التابعة للأمم المتحدة والمؤسسات الأخرى الثنائية والمتعددة الأطراف. وانطوت عملية التشاور على ما يلي:

أ- مشاورات إقليمية مع الدول الأعضاء في الأقاليم التالية: إقليم الأمريكتين (شباط/ فبراير ٢٠١٥)؛ وإقليم غرب المحيط الهادئ وإقليم جنوب شرق آسيا (نيسان/ أبريل ٢٠١٥)؛ وإقليم شرق المتوسط (نيسان/ أبريل ٢٠١٥)؛ والإقليم الأوروبي (أيار/ مايو ٢٠١٥)؛ والإقليم الأفريقي (تموز/ يوليو ٢٠١٥). وكانت الجهات المشاركة في المشاورات على النحو التالي: معظم الدول الأعضاء (أي وزارات الصحة وسائر الوزارات المختصة المعنية)؛ والمنظمات غير الحكومية؛ وعدد قليل من الخبراء؛ والمؤسسات التابعة لمنظومة الأمم المتحدة؛

ب- مشاورة على شبكة الإنترنت: من نيسان/ أبريل إلى ٤ حزيران/ يونيو ٢٠١٥ - وردت ٤٨ مساهمة، بما فيها تلك التي وردت من تسع دول أعضاء؛

ج- مشاورة غير رسمية مع منظمات غير حكومية، وخبراء أكاديميين، وشركاء من الأمم المتحدة ومؤسسات أخرى متعددة الأطراف (٣ حزيران/ يونيو ٢٠١٥) ضمت ٤٠ مشاركاً؛

د- جلسة إحاطة إعلامية غير رسمية للدول الأعضاء: ممثلو البعثات الدائمة في جنيف (٤ حزيران/ يونيو ٢٠١٥).

٤- وبناءً على التعليقات الناشئة عن هذه المشاورات، نُفحت المسودة الأولية وصدرت ورقة المناقشة الثانية التي تحتوي على المسودة ١ من خطة العمل العالمية للمنظمة في ٣١ آب/ أغسطس ٢٠١٥.

٥- وإضافة إلى ذلك، عُمم عرض موجز مشروح للمسودة ١ سبق إجراء المناقشات في اللجان الإقليمية في الفترة الواقعة بين شهري أيلول/ سبتمبر وتشرين الأول/ أكتوبر ٢٠١٥.

٦- ونُشرت المسودة ١ للتشاور بشأنها على شبكة الإنترنت (١ أيلول/ سبتمبر - ٢٣ تشرين الأول/ أكتوبر ٢٠١٥)، ووردت ٤٠ مساهمة، بما فيها مساهمات وردت من ١٠ دول أعضاء. وعرضت المسودة للموافقة النهائية عليها من جانب الدول الأعضاء في اجتماع رسمي للدول الأعضاء عقد في الفترة من ٢ إلى ٤ تشرين الثاني/ نوفمبر ٢٠١٥.

٧- وبالإستناد إلى التعليقات الواردة من الاجتماع الرسمي للدول الأعضاء المعقود في تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠١٥، أعدت مسودة منقحة (أي/المسودة ٢) لخطة العمل العالمية للمنظمة لعرضها على المجلس التنفيذي في دورته الثامنة والثلاثين المعقودة في كانون الثاني/يناير ٢٠١٦ ثم لإقرارها والموافقة عليها من جانب جمعية الصحة العالمية التاسعة والستين في أيار/مايو ٢٠١٦.

المراجع

1. Framework of Actions for the follow-up to the Programme of Action of the International Conference on Population and Development Beyond 2014: Report of the Secretary-General. New York: United Nations, 2014.
2. Ansara DL, Hindin MJ. Formal and informal help-seeking associated with women's and men's experiences of intimate partner violence in Canada. *Social Science and Medicine*. 2010;70:1011-8.
3. Global status report on violence prevention 2014. Geneva: World Health Organization, 2014.
4. García-Moreno C, Jansen HAFM, Ellsberg M, Heise L, Watts C. WHO Multi-country study on women's health and domestic violence against women. Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva: World Health Organization, 2005.
5. Understanding and addressing violence against women. Information Sheets: Femicide. . In: WHO, editor. Geneva: WHO; 2012.
6. Cooper C, Selwood A, Livingston G. The prevalence of elder abuse and neglect: a systematic review. *Age ageing*. 2008;37(2):151-60.
7. Implementing comprehensive HIV/STI programmes with sex workers: practical approaches from collaborative interventions. Geneva: WHO, 2013.
8. Marrying too young: end child marriage. New York: United Nations Population Fund, 2012.
9. Stoltenborgh M, van IJzendoorn MH, Euser EM, MJ B-K. A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world. *Child maltreatment*. 2011;16(2):79-101.
10. UNODC. Global report on trafficking in persons 2012. United Nations, 2012 Contract No.: Sales No. E. 13.IV.1.
11. Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Souza JP, et al. The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *PLoS Medicine*. 2015;12(6).
12. WHO, OHCHR, UN Women, UNAIDS, UNDP, UNFPA, et al. Eliminating forced, coercive and otherwise involuntary sterilization. An interagency statement. Geneva: World Health Organization; 2014.
13. Gawryszewski VP, da Silva MM, Malta DC, Kegler SR, Mercy JA, Mascarenhas MD, et al. Violence-related injury in emergency departments in Brazil. *Revista Panamericana De Salud Publica-Pan American Journal of Public Health*. 2008;24(6):400-8.
14. Injury prevention and control: data and statistics (WISQARSTM) Atlanta (GA): United States: United States Centers for Disease Control and Prevention; 2014 [20 August 2014]. Available from: <http://www.cdc.gov/injury/WISQARS/>.
15. Nicol A, Knowlton LM, Schuurman N, Matzopoulos R, Zargar E, Cinnamon J, et al. Trauma surveillance in Cape Town, South Africa: an analysis of 9236 consecutive trauma center admissions. *Jama Surgery*. 2014;149(6):549-56.
16. World Health Organization (WHO), London School of Hygiene and Tropical Medicine, South African Medical Research Council. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: World Health Organization, 2013.
17. Stockl H, Devries K, Rotstein A, Abrahams N, Campbell J, Watts C, et al. The global prevalence of intimate partner homicide: a systematic review. *Lancet*. 2013;382(9895):859-65.
18. Global school-based health survey (GSHS) [Internet]. Available from: <http://www.who.int/chp/gshs/en/>.
19. García-Moreno C, Hegarty K, d'Oliveira AFL, Koziol-McLain J, Colombini M, Feder G. The health system response to violence against women. *The Lancet* 2014;385(9977):1567-79.

20. Gilbert R, Kemp A, Thoburn J, Sidebotham P, Radford L, Glaser D, et al. Child maltreatment 2: recognising and responding to child maltreatment. *Lancet*. 2009;373(9658):167-80.
21. Finkelhor D, Lannen P, Quayle E. Optimus Study: A cross-national research initiative on protecting children and youth. Synthesis. Zurich: 2011.
22. Preventing injuries and violence: a guide for ministries of health. Geneva: World Health Organization; 2007.
23. Htun M, Weldon SL. The Civic Origins of Progressive Policy Change: Combating Violence against Women in Global Perspective, 1975–2005. *American Political Science Review*. 2012;106(03):548-69.
24. Sexual health, human rights and the law. Geneva: WHO, 2015.
25. The world health report 2008: primary health care – now more than ever. Geneva: World Health Organization, 2008.
26. WHO global strategy on people-centred and integrated health services: interim report. Geneva: World Health Organization, 2015.
27. Abuja Declaration on HIV/AIDS, tuberculosis and other related infectious diseases. Abuja, Nigeria: Organization of African Unity, OAU/SPS/ABUJA/3 (2001).
28. OECD. Busan partnership for effective development cooperation. Busan: Organization for Economic Cooperation and Development, 2011.
29. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Geneva: World Health Organization, 2013.
30. World Health Organization (WHO), UN Women, United Nations Population Fund. Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence: a clinical handbook (field testing version). Geneva: World Health Organization; 2013.
31. WHO, UNFPA, UNHCR. Clinical management of rape survivors: elearning programme. Geneva: WHO; 2009.
32. Guidelines for integrating gender-based violence interventions in humanitarian action: reducing risk, promoting resilience and aiding recovery. New York: Inter-Agency Standing Committee; 2015.
33. Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. Geneva: World Health Organization; 2003.
34. Convention of the Rights of the Child. General comment no. 13, (2011).
35. WHO. mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. Geneva: World Health Organization; 2010.
36. General Comment No. 31: The nature of the general legal obligation imposed on States Parties to the Covenant, United Nations CCPR. CCPR/C/21/Rev.1/Add.13 (2004).
37. General Comment No. 2: Implementation of Article 2 by States Parties, United Nations CAT. CAT/C/GC/2 (2008).
38. Declaration on the elimination of violence against women. New York: United Nations General Assembly, UN Doc. A/RES/48/104 (1993).

الملحق ٣

إعلان برازيليا ٢٠١٥

المؤتمر العالمي الثاني الرفيع المستوى بشأن السلامة على الطرق: حان الوقت لتحقيق النتائج بราซิลيا، ١٨-١٩ تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠١٥

الفقرة ١ من الديباجة نحن الوزراء ورؤساء الوفود المجتمعة في برازيليا بالبرازيل في ١٨ و ١٩ تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠١٥، لحضور المؤتمر العالمي الثاني الرفيع المستوى بشأن السلامة على الطرق، بالتنسيق مع ممثلي المنظمات الدولية والإقليمية ودون الإقليمية، والمنظمات غير الحكومية، والمؤسسات الأكاديمية، والقطاع الخاص، بما في ذلك المؤسسات الخيرية والشركات المانحة؛

الفقرة ٢ من الديباجة إذ نقر بالدور القيادي لحكومة جمهورية البرازيل الاتحادية في التحضير لهذا المؤتمر العالمي الثاني الرفيع المستوى بشأن السلامة على الطرق واستضافته، وبقيادة حكومتي الاتحاد الروسي وسلطنة عمان لعملية اعتماد قرارات الجمعية العامة للأمم المتحدة ذات الصلة؛

الفقرة ٣ من الديباجة *وإذ نشعر بالقلق* إزاء ما اتضح في ضوء تقرير الحالة العالمي عن السلامة على الطرق ٢٠١٥ الصادر عن منظمة الصحة العالمية، من أن المرور مازال يمثل قضية إنمائية رئيسية ومشكلة تواجه الصحة العمومية وسبباً رئيسياً للوفاة والإصابة حول العالم، حيث تتسبب حوادث المرور في مقتل ١,٢٥ مليون شخص وإصابة عدد يصل إلى ٥٠ مليون شخص سنوياً، وأن ٩٠٪ من هذه الخسائر تقع في البلدان النامية؛^٣

الفقرة ٤ من الديباجة *وإذ نؤكد* الدور المهم الذي تلعبه الصحة العمومية في الحد من الوفيات والإصابات الناجمة عن حوادث المرور وتحسين الحاصلات الصحية، والدور الذي تلعبه النظم الصحية، بما في ذلك من خلال التغطية الصحية الشاملة؛

الفقرة ٥ من الديباجة *وإذ نشعر بالقلق* أيضاً لأن حوادث المرور تمثل السبب الرئيسي لوفاة الأطفال والشباب البالغين ١٥-٢٩ عاماً من العمر في العالم، *وإذ نلاحظ* أن أكثر من ثلثي ضحايا حوادث المرور من الذكور؛^٤

الفقرة ٦ من الديباجة *وإذ نقر* بأن المعاناة الإنسانية إلى جانب التكاليف العالمية التي تقدر بنحو ١,٨٥٠ مليار دولار أمريكي^٥ سنوياً، تجعل من الوفيات والإصابات الناجمة عن حوادث المرور أولوية إنمائية ملحة، وأن الاستثمار في السلامة على الطرق يؤثر تأثيراً إيجابياً على الصحة العمومية والاقتصاد؛

١ ملاحظة من المحرر: لم تخضع هذه الوثيقة للتحرير من جانب دائرة الأجهزة الرئاسية.

٢ انظر القرار جص ٦٩-٧ (٢٠١٦).

٣ منظمة الصحة العالمية، تقرير الحالة العالمي عن السلامة على الطرق ٢٠١٥.

٤ منظمة الصحة العالمية، تقرير الحالة العالمي عن السلامة على الطرق ٢٠١٥.

٥ البرنامج الدولي لتقييم الطرق، التكلفة العالمية لحوادث المرور، ٢٠١٣.

الفقرة ٧ من الديباجة وإن نذكر بتوصيات إعلان موسكو التي اعتمدها الاجتماع الوزاري الأول بشأن السلامة على الطرق في عام ٢٠٠٩؛

الفقرة ٨ من الديباجة وإن نؤمن بأن التعاون الملائم على الصعيد الدولي المتعدد القطاعات والعمل الوطني المتعدد القطاعات ضروريان من أجل تحقيق أهداف عقد العمل من أجل السلامة على الطرق ٢٠١١-٢٠٢٠ في سبيل "تثبيت عدد الوفيات الناجمة عن حوادث الطرق ثم خفض مستوياتها المتوقع على الصعيد العالمي"؛

الفقرة ٩ من الديباجة وإن نرحب بإدراج غاية ضمن الهدف ٣ من أهداف التنمية المستدامة في خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠، تتمثل في "خفض عدد الوفيات والإصابات الناجمة عن حوادث المرور في العالم إلى النصف بحلول عام ٢٠٢٠" وإن نؤكد استعدادنا لتكثيف العمل الوطني والتعاون الدولي سواءً بسواء في سبيل بلوغ هذه الغاية؛^١

الفقرة ١٠ من الديباجة وإن نقر بحاجة البلدان إلى اعتماد تدابير رصد الإصابات الخطيرة الناجمة عن حوادث المرور أو تحسين وتعزيز هذه التدابير، من أجل تيسير العمل على بلوغ الغاية المتمثلة في خفض عدد الوفيات والإصابات الناجمة عن حوادث المرور في العالم إلى النصف بحلول عام ٢٠٢٠؛

الفقرة ١١ من الديباجة وإن نرحب أيضاً بإدراج الغاية المتمثلة في "توفير إمكانية وصول الجميع إلى نُظم نقل مأمونة وميسورة التكلفة ويسهل الوصول إليها ومستدامة، [وتحسين السلامة على الطرق، ولاسيما من خلال توسيع نطاق النقل العام، مع إيلاء اهتمام خاص باحتياجات الأشخاص الذين يعيشون في ظل ظروف هشّة والنساء والأطفال والأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن" بحلول عام ٢٠٣٠، ضمن الهدف ١١ من أهداف التنمية المستدامة كجزء لا يتجزأ من خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠؛^٢

الفقرة ١٢ من الديباجة وإن نحيط علماً بأن الغالبية العظمى من الوفيات والإصابات الناجمة عن حوادث المرور يمكن التنبؤ بها وتلافيها وأنه في منتصف مدة عقد العمل مازال أمامنا الكثير من العمل، على الرغم من تحقيق بعض التقدم والتحسين في العديد من البلدان، بما في ذلك البلدان النامية؛

الفقرة ١٣ من الديباجة وإن نقر بأن التركيز على مستخدمي الطرق فحسب كسبب لحوادث المرور ليس ملائماً ولا كافياً، حيث تقع الحوادث نتيجة لأسباب متعددة، ويتعلق الكثير منها بالمحددات الاجتماعية وعوامل الخطر؛

الفقرة ١٤ من الديباجة وإن نرحب بإقرار مؤتمر الأمم المتحدة للتنمية المستدامة لعام ٢٠١٢ (ريو +٢٠) بأن تحسين السلامة على الطرق يمكنه المساهمة في تحقيق أهداف التنمية الدولية الأوسع نطاقاً، وأن النقل والتنقل يكتسيان أهمية محورية من أجل التنمية المستدامة؛

الفقرة ١٥ من الديباجة وإن نعيد تأكيد أن مسؤولية توفير الظروف والخدمات الأساسية من أجل معالجة السلامة على الطرق تقع على عاتق الحكومات؛

الفقرة ١٦ من الديباجة وإن نقر رغم ذلك بالمسؤولية المشتركة في التقدم صوب تحقيق عالم خالٍ من الوفيات والإصابات الخطيرة الناجمة عن حوادث المرور، وأن معالجة السلامة على الطرق تتطلب التعاون بين أصحاب المصلحة المتعددين؛

١ ستجسد الصياغة النهائية لهذه الفقرة الصياغة النهائية الواردة في خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠ لاعتمادها في أيلول/سبتمبر ٢٠١٥.

٢ مثل الحاشية ٤.

الفقرة ١٧ من الديباجة *وإن نراعي* المساهمة المهمة للسلامة السلبية في تحقيق التقدم المحرز في منع الوفيات والإصابات الناجمة عن حوادث المرور، وتشجيع دوائر صناعة المركبات ومعدات السلامة على مضاعفة جهودها من أجل رفع مستويات السلامة السلبية القائمة حالياً على الصعيد العالمي؛

الفقرة ١٨ من الديباجة *وإن نراعي* أن الوفيات والإصابات الناجمة عن حوادث المرور تمثل أيضاً قضية من قضايا المساواة الاجتماعية، نظراً لأن الفقراء والمستضعفين عادة ما يكونون من مستخدمي الطرق السريع التأثير (المشاة، وراكبو الدراجات، ومستخدمو المركبات الآلية ذات عجلتين أو ثلاثة، وراكبو وسائل النقل العام غير المأمونة)، الذين يتأثرون بحوادث المرور ويتعرضون لها على نحو غير متناسب، ما قد يؤدي إلى حلقة من الفقر الذي يتفاقم بسبب ضياع الدخل؛ *وإن نذكر* بأن هدف سياسات السلامة على الطرق ينبغي أن يتمثل في كفالة الحماية لجميع المستخدمين؛

الفقرة ١٩ من الديباجة *وإن نقر* بأن السلامة على الطرق تتطلب معالجة القضايا الأوسع نطاقاً المتعلقة بالإتاحة المنصفة للتنقل، وأن تعزيز طرق النقل المستدامة، ولاسيما وسائل النقل العام المأمونة والممارسة المأمونة للمشاة وركوب الدراجة، يعد من العناصر الرئيسية للسلامة على الطرق؛

الفقرة ٢٠ من الديباجة *وإن نؤكد* أهمية إيلاء العناية الواجبة لمسألة التنقل الحضري المستدام وتحسين سهولة الوصول إلى المقاصد والأنشطة والخدمات والسلع عند صياغة "الخطة الحضرية الجديدة"، كي يعتمدها مؤتمر الأمم المتحدة المعني بالإسكان والتنمية الحضرية المستدامة (الموئل الثالث) الذي سيعقد في كيتو بإكوادور، في تشرين الأول/أكتوبر ٢٠١٦؛

الفقرة ٢١ من الديباجة *وإن نعيد تأكيد* دور وأهمية صكوك الأمم المتحدة القانونية المتعلقة بالسلامة على الطرق، مثل اتفاقيتي عام ١٩٤٩ وعام ١٩٦٨ بشأن السير على الطرق، واتفاقية عام ١٩٦٨ بشأن لافتات وإشارات الطرق، واتفاقي عام ١٩٥٨ و١٩٩٨ بشأن الأنظمة التقنية للمركبات، واتفاق عام ١٩٩٧ بشأن الفحص التقني الدوري للمركبات، واتفاق عام ١٩٥٧ بشأن نقل البضائع الخطرة؛

الفقرة ٢٢ من الديباجة *وإن نثني* على الدول التي اعتمدت تشريعات شاملة بشأن عوامل الخطر الرئيسية، بما في ذلك عدم استخدام أحزمة الأمان، ووسائل تقييد الأطفال والخوذ، والقيادة تحت تأثير الكحول، والسرعة، *وإن نسترعي الانتباه* إلى عوامل الخطر الأخرى مثل الحالات الصحية والأدوية التي تؤثر على القيادة المأمونة، والإجهاد، واستخدام المخدرات، والمؤثرات العقلية والمواد النفسانية التأثير، والهواتف المحمولة وسائر الأجهزة الإلكترونية وأجهزة كتابة النصوص؛

الفقرة ٢٣ من الديباجة *وإن ننظر في* الأهمية الحاسمة للإجراءات الرامية إلى إنفاذ قانون المرور التي تدعم بممارسات ذكية لرصد المخاطر، وفي دور حملات إنذكار الوعي في الوقاية من حوادث المرور، والحد من الإصابات والأضرار التي تسببها؛

الفقرة ٢٤ من الديباجة *وإن نقر* بالالتزام الدول والمجتمع المدني بالسلامة على الطرق بالاحتفال باليوم العالمي لإحياء ذكرى ضحايا حركة المرور على الطرق وأسابيع السلامة على الطرق التي تنظمها الأمم المتحدة؛

الفقرة ٢٥ من الديباجة *وإن نقر* بالتقدم الذي أحرزه بعض البلدان في توفير الإتاحة الشاملة للخدمات الصحية والرعاية المتكاملة في مراحل ما قبل دخول المستشفى والإقامة في المستشفى وما بعد الخروج من المستشفى وإعادة الإدماج لضحايا حوادث المرور، بما في ذلك تعزيز إدارة حالات الإصابات الجماعية؛

الفقرة ٢٦ من الديباجة وإن نعترف بعمل منظومة الأمم المتحدة، ولاسيما قيادة منظمة الصحة العالمية كمنسق، في العمل بالتعاون الوثيق مع اللجان الإقليمية للأمم المتحدة، ولاسيما لجنة الأمم المتحدة الاقتصادية لأوروبا، في وضع الخطة العالمية لعقد العمل من أجل السلامة على الطرق ٢٠١١-٢٠٢٠، والتزام برنامج الأمم المتحدة للمستوطنات البشرية (مؤئل الأمم المتحدة)، وبرنامج الأمم المتحدة للبيئة، ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف)، ومنظمة العمل الدولية، من بين عدة وكالات أخرى، في سبيل دعم جهودها وجهود البنك الدولي والمصارف الإنمائية الإقليمية المبذولة لتنفيذ المشاريع والبرامج الخاصة بالسلامة على الطرق، ولاسيما في البلدان النامية؛

الفقرة ٢٧ من الديباجة وإن نؤكد دور فريق الأمم المتحدة المعني بالتعاون في مجال السلامة على الطرق كآلية تشاورية لتيسير التعاون الدولي في مجال السلامة على الطرق؛

الفقرة ٢٨ من الديباجة وإن نرحب بإنشاء الفريق الاستشاري الرفيع المستوى المعني بالنقل المستدام، وإن نحيط علماً بتعيين المبعوث الخاص للأمين العام المعني بالسلامة على الطرق كأداة فعالة في تعزيز العمل الدولي على الحد من عدد الوفيات والإصابات الناجمة عن حوادث المرور في العالم؛

الفقرة ٢٩ مكرراً من الديباجة وإن ندعو الحكومات وجميع أصحاب المصلحة المعنيين إلى التعاون مع الفريق الاستشاري الرفيع المستوى التابع للأمين العام للأمم المتحدة والمعني بالنقل المستدام، وإيلاء الاعتبار الواجب لتوصياته المتعلقة بالسلامة على الطرق؛

الفقرة ٣٠ من الديباجة وإن نراعي أهمية تعزيز القدرات ومواصلة التعاون الدولي، بما في ذلك تعزيز التعاون بين بلدان الجنوب والتعاون الثلاثي، بما في ذلك التعاون بين البلدان التي لديها طرق مشتركة عبر الحدود، من أجل مواصلة دعم الجهود المبذولة لتحسين السلامة على الطرق، ولاسيما في البلدان النامية، وتقديم الدعم المالي والتقني، حسب الاقتضاء، في سبيل تحقيق أهداف عقد العمل وأهداف خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠؛

الفقرة ٣١ من الديباجة وإن نصر على التعلم من الخبرات الماضية والاستفادة من الإنجازات المحققة؛

نجدد الالتزام بعقد العمل من أجل السلامة على الطرق ٢٠١١-٢٠٢٠ وبتنفيذ الخطة العالمية الخاصة بعقد العمل من أجل السلامة على الطرق تنفيذاً كاملاً وملائم التوقيت، ونقرر ما يلي:

الإجراءات الموصى بها لتعزيز إدارة السلامة على الطرق وتحسين التشريعات والإنفاذ

الفقرة ١ من المنطوق تشجيع الدول على أن تعزز الوكالات الممولة الرائدة وآليات التنسيق المعنية على الصعيدين الوطني ودون الوطني، إن هي لم تكن قد فعلت ذلك بعده، وأن تعزز التعاون بين الحكومات، بما في ذلك الهيئات البرلمانية والمجتمع المدني والأوساط الأكاديمية والقطاع الخاص والمؤسسات الخيرية، في هذا الصدد؛

الفقرة ٢ من المنطوق تشجيع المجتمع المدني، والأوساط الأكاديمية، والقطاع الخاص، والمؤسسات الخيرية، على تعزيز التزامها بالإسراع بتنفيذ الخطة العالمية لعقد العمل من أجل السلامة على الطرق ٢٠١١-٢٠٢٠؛

الفقرة ٣ من المنطوق دعوة الدول التي لم تضاعف بعد جهودها من أجل وضع خطط وطنية بشأن السلامة على الطرق وتنفيذها، إلى أن تقوم بذلك، وأن تعتمد التشريعات الشاملة وتنفيذها إعمالاً للخطة العالمية لعقد العمل من أجل السلامة على الطرق ٢٠١١-٢٠٢٠، في سبيل بلوغ الغاية المتمثلة في زيادة النسبة المئوية للبلدان التي تحظى بتشريعات شاملة بشأن عوامل الخطر الرئيسية، بما في ذلك عدم استخدام أحزمة الأمان، ووسائل تقييد

الأطفال والخوذ، والقيادة تحت تأثير الكحول، والسرعة، من ١٥٪ إلى ٥٠٪ من البلدان، بحلول عام ٢٠٢٠، على النحو المتفق عليه في قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة رقم ٦٤/٢٥٥ لعام ٢٠١٠؛

الفقرة ٤ من المنطوق تحديد عوامل الخطر الأخرى التي تؤدي إلى عدم التركيز أثناء القيادة ونقص القدرة على القيادة، مثل الحالات الطبية والأدوية التي تؤثر على القيادة المأمونة، والإجهاد، واستخدام المخدرات والمؤثرات العقلية والمواد النفسانية التأثير، وبيئة الطرق، والعوامل البصرية التي تؤدي إلى صرف الانتباه، والهواتف المحمولة وسائر الأجهزة الإلكترونية وأجهزة كتابة النصوص، واعتماد التشريعات الفعالة والمسددة بالبيانات، حسب الاقتضاء؛

الفقرة ٥ من المنطوق تعزيز استراتيجيات حفظ الأمن على الطرق وتدابير إنفاذ قوانين المرور بغية الحد من حوادث المرور، بطرق من بينها تعزيز التكامل بين الوكالات المعنية بإنفاذ قوانين المرور الخاصة بضبط الأمن وتقعد حركة المرور، وجمع البيانات عن البنى التحتية للطرق وعن حوادث المرور؛

الفقرة ٦ من المنطوق تحسين جودة عملية جمع البيانات المنهجية والمتكاملة عن وقوع حوادث المرور، بما في ذلك المعلومات الواردة من مختلف المصادر، وعن الوفيات والمرضاة والعجز، التي تشتمل على بيانات مصنفة؛ ومن أجل معالجة المسائل المتعلقة بمدى إمكانية الاعتماد على البيانات وبالتبليغ غير الكافي، ينبغي إجراء جمع البيانات بمعرفة السلطات المختصة، بما في ذلك شرطة المرور والخدمات الصحية، بما يتماشى مع المعايير والتعاريف الدولية؛

الفقرة ٧ من المنطوق دعوة منظمة الصحة العالمية إلى مواصلة توحيد التعاريف والمؤشرات وممارسات التبليغ، بما في ذلك فيما يتعلق بالوفيات والإصابات الناجمة عن حوادث الطرق، وعوامل الخطر، من أجل إنتاج معلومات قابلة للمقارنة؛ والاستفادة من أفضل الممارسات الحالية في هذا المجال؛

الفقرة ٨ من المنطوق تشجيع البحث وتبادل النتائج من أجل دعم النهج المسندة بالبيانات للوقاية من الوفيات والإصابات الناجمة عن حوادث المرور وتخفيف عواقبها؛

الفقرة ٩ من المنطوق تشجيع الدول على اعتماد التكنولوجيات الجديدة في إدارة المرور ونظم النقل الذكية من أجل الحد من مخاطر حوادث المرور وتحقيق أكبر قدر من فعالية الاستجابة؛

الفقرة ١٠ من المنطوق تشجيع الدول على النظر في أن تنضم إلى صكوك الأمم المتحدة القانونية بشأن السلامة على الطرق أو تصادق عليها، إن هي لم تكن فعلت ذلك بعده، وعلى المشاركة في أنشطة منتديات الأمم المتحدة المتخصصة المعنية بالنقل؛

الإجراءات الموصى بها لتعزيز السلامة على الطرق واستعمال وسائل النقل المستدامة

الفقرة ١١ من المنطوق تعزيز وسائل النقل السليمة بيئياً، والمأمونة، والمتاحة بسهولة، والميسورة التكلفة، ولاسيما وسائل النقل العام ووسائل النقل غير الآلية، وتكامل الوسائل المتعددة على نحو مأمون، كوسيلة لتحسين السلامة على الطرق، وتحقيق المساواة الاجتماعية، والصحة العمومية، والتخطيط الحضري، بما في ذلك قدرة المدن على التكيف والربط بين المناطق الحضرية والريفية، وفي هذا الصدد، مراعاة السلامة على الطرق والتنقل كجزء من الجهود المبذولة من أجل تحقيق التنمية المستدامة؛

الفقرة ١٢ من المنطوق اعتماد السياسات والتدابير وتطبيقها وإنفاذها من أجل العمل بنشاط على حماية وتعزيز سلامة المشاة والتنقل بواسطة الدراجات، مثل توفير ممرات المشاة والحارات و/ أو المسارات المخصصة

للدراجات، والإضاءة الكافية، وأجهزة التصوير الآلي لرصد السرعة، ولافتات وعلامات الطرق، في سبيل تحسين السلامة على الطرق والحاصلات الصحية الأوسع نطاقاً، ولاسيما الوقاية من الإصابات والأمراض غير السارية؛

الفقرة ١٣ من المنطوق فرض حدود السرعة المناسبة والمأمونة وإنفاذها، ودعمها بتدابير السلامة الملائمة مثل علامات الطرق، وأجهزة التصوير الآلي لرصد السرعة، وغيرها من آليات تقييد السرعة، ولاسيما حول المدارس وفي المناطق السكنية، لضمان سلامة جميع مستخدمي الطرق؛

الفقرة ١٤ من المنطوق تشجيع الجهود المبدولة لضمان سلامة جميع مستخدمي الطرق وحمايتهم بتوفير البنى التحتية اللازمة لتحسين السلامة على الطرق، ولاسيما في الطرق الأشد خطورة التي ترتفع فيها معدلات الحوادث، فيما يتعلق بطرق النقل الآلية وغير الآلية، بواسطة مزيج من التخطيط الملائم للطرق وتقييم مأمونيتها، وتصميمها وبنائها وصيانتها، مع أخذ جغرافية البلد في الاعتبار؛

الفقرة ١٥ من المنطوق تشجيع مؤتمر الأمم المتحدة المعني بالإسكان والتنمية الحضرية المستدامة (الموئل الثالث)، على إيلاء الاهتمام الكافي للسلامة على الطرق وإتاحة وسائل النقل العام ووسائل النقل غير المزودة بمحركات المأمونة في "الخطة الحضرية الجديدة" المستقبلية، مع مراعاة أن معظم الوفيات والإصابات الناجمة عن حوادث الطرق تقع في المناطق الحضرية؛

الإجراءات الموصى بها لحماية مستخدمي الطرق المعرضين للخطر

الفقرة ١٦ من المنطوق حث الدول على تعزيز سياسات السلامة على الطرق وتكييفها وتنفيذها، من أجل حماية الأفراد السريع التأثير من بين مستخدمي الطرق، ولاسيما الأطفال والشباب وكبار السن والأشخاص ذوي الإعاقة، بما يتماشى مع صكوك الأمم المتحدة القانونية بما في ذلك اتفاقية حقوق الطفل واتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة؛

الفقرة ١٧ من المنطوق اتخاذ تدابير ملائمة تكفل إمكانية وصول الأشخاص ذوي الإعاقة وسائر المستخدمين الذين يعانون من صعوبة الحركة، على قدم المساواة مع غيرهم، إلى البيئة المادية للطرق والأماكن المحيطة بها وإلى وسائل النقل، في المناطق الحضرية والريفية سواء بسواء؛

الفقرة ١٨ من المنطوق الدمج الكامل لمنظور المساواة بين الجنسين في جميع عمليات رسم السياسات وتنفيذ السياسات التي تتعلق بالتنقل والسلامة على الطرق، ولاسيما في الطرق والأماكن المحيطة بها ووسائل النقل العام؛

الفقرة ١٩ من المنطوق تشجيع الدول على وضع وتنفيذ تشريعات وسياسات شاملة بشأن الدراجات البخارية، بما في ذلك التدريب وإصدار رخص القيادة وتسجيل المركبات، وظروف العمل، واستخدام راكبي الدراجات البخارية للحد ومعدات الحماية الشخصية، نظراً لارتفاع عدد الوفيات والإصابات المرتبطة بالدراجات البخارية وزيادتها في العالم على نحو غير متناسب، ولاسيما في البلدان النامية؛

الإجراءات الموصى بها لتطوير وتعزيز استعمال مركبات آمنة

الفقرة ٢٠ من المنطوق تعزيز اعتماد السياسات والتدابير لتطبيق ضوابط الأمم المتحدة بشأن أمان المركبات أو ما يعادلها من المعايير الوطنية لضمان وفاء جميع المركبات الآلية بالحد الأدنى من الضوابط المنطبقة لحماية الركاب وسائر مستخدمي الطرق، بتزويد المركبات على نحو معياري بأحزمة الأمان ووسائد الهواء، ونظم السلامة الفاعلة مثل نظام منع انغلاق المكابح ونظام التحكم الإلكتروني في الثبات؛

الفقرة ٢١ من المنطوق تشجيع العمل الوطني والتعاون الدولي على ضمان معالجة المسائل الخاصة بالسلامة على الطرق ونوعية الهواء والتخلص من المركبات الخاصة بنقل الأفراد والنقل العام، فيما يتعلق بالمركبات المستعملة؛

الإجراءات الموصى بها لإنهاء الوعي وبناء القدرات

الفقرة ٢٢ من المنطوق رسم السياسات العامة الرامية إلى الحد من حوادث الطرق المرتبطة بالعمل، بمشاركة الموظفين والعمال، من أجل إنفاذ المعايير الدولية الخاصة بالسلامة والصحة في العمل، والسلامة على الطرق، وبحالة الطرق والمركبات الملائمة، مع إيلاء عناية خاصة بالمسائل المتعلقة بظروف العمل الخاصة بالمهنيين من السائقين؛

الفقرة ٢٣ من المنطوق زيادة الوعي بشأن عوامل الخطر التي تهدد السلامة على الطرق وتدابير الحماية والوقاية، وتنفيذ أصحاب المصلحة المتعددين لأعمال الدعوة وحملات التسويق الاجتماعي التي تركز على أهمية الصلة المتبادلة بين السلامة على الطرق وأنماط المعيشة الصحية؛

الفقرة ٢٤ من المنطوق وضع برامج تثقيفية وتدريبية شاملة تضم الجميع وتستند إلى البيئات، وتطبيقها على أساس التعلم والاختيار المستمرين طوال الحياة، من أجل تحفيز جميع مستخدمي الطرق على اتباع سلوكيات مسؤولة بغية إيجاد بيئة آمنة على الطرق وبين المجتمعات ونشر الوعي بشأن عوامل الخطر؛

الإجراءات الموصى بها من أجل تحسين التدابير المتخذة في أعقاب الحوادث وخدمات التأهيل

الفقرة ٢٥ من المنطوق تعزيز خدمات الرعاية الصحية المقدمة في المرحلة السابقة لدخول المستشفى بما في ذلك الخدمات الصحية الطارئة والتدابير الفورية المتخذة في أعقاب الحوادث، والمبادئ التوجيهية بشأن رعاية الرضخ للمستشفيات والخدمات المقدمة خارج المستشفيات، وخدمات التأهيل، عن طريق تنفيذ التشريعات الملائمة وبناء القدرات وتحسين الوصول إلى الرعاية الصحية المتكاملة في الوقت المناسب، ومطالبة منظمة الصحة العالمية بدعم الدول الأعضاء في مساعيهم الوطنية؛

الفقرة ٢٦ من المنطوق تقديم الخدمات المبكرة للتأهيل وإعادة الدمج الاجتماعي، بما في ذلك في مجال العمل، إلى المصابين والأشخاص ذوي الإعاقة الناجمة عن حوادث المرور، وتقديم الدعم الشامل إلى ضحايا حوادث المرور وأسراهم؛

الإجراءات الموصى بها لتعزيز التعاون والتنسيق من أجل تحقيق السلامة على الطرق في العالم

الفقرة ٢٧ من المنطوق دعوة الحكومات والوكالات المعنية بالسلامة على الطرق إلى استكمال وتحسين أنشطتها في مجال التعاون الدولي من أجل تبادل أفضل الممارسات والعبر المستخلصة، ونقل المعارف، وتعزيز إتاحة التكنولوجيات المبتكرة والمستدامة، وبناء القدرات، إعمالاً للخطة العالمية لعقد العمل من أجل السلامة على الطرق ٢٠١١-٢٠٢٠ وخطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠؛

الفقرة ٢٨ من المنطوق دعوة جميع أصحاب المصلحة المعنيين ولاسيما مجتمع المانحين إلى زيادة التمويل المخصص للسلامة على الطرق، وإلى استكشاف أساليب تمويل جديدة لدعم إجراء البحوث وتنفيذ السياسات على الصعيد العالمي والإقليمي والوطني والمحلي؛

الفقرة ٢٩ من المنطوق تشجيع منظمة الصحة العالمية بالتعاون مع وكالات الأمم المتحدة الأخرى واللجان الإقليمية للأمم المتحدة، على استخدام الآليات القائمة في تيسير عملية شفافة ومستدامة وتشاركية تضم جميع أصحاب المصلحة لتحديد الغايات الوطنية والإقليمية والعالمية، من أجل الحد من حوادث المرور والوفيات الناجمة عنها، والمشاركة في العملية التي ستفضي إلى تعريف واستخدام مؤشرات الغايات الخاصة بأهداف التنمية المستدامة المتعلقة بالسلامة على الطرق؛

الفقرة ٣٠ من المنطوق دعوة الجمعية العامة للأمم المتحدة إلى الموافقة على محتوى هذا الإعلان.

إرشادات بشأن وضع حد للترويج غير الملائم لأغذية الرضّع وصغار الأطفال^١

[ج/٦٩/٧ إضافة ١ - ١٣ أيار/ مايو ٢٠١٦]

الغرض

١- يتمثل الغرض من هذه الوثيقة في تقديم إرشادات بشأن وضع حد للترويج غير الملائم لأغذية الرضّع وصغار الأطفال، بهدف تعزيز الرضاعة الطبيعية وحمايتها ودعمها، والوقاية من السمنة والأمراض غير السارية، وتعزيز النظم الغذائية الصحية، وضمان حصول مقدمي الرعاية على معلومات واضحة ودقيقة عن التغذية.

النطاق

٢- يُستخدم مصطلح "الأغذية" في هذه الإرشادات للإشارة إلى الأغذية والمشروبات على السواء (بما في ذلك الأغذية التكميلية). وترد الإرشادات بشأن الترويج غير الملائم لبدائل لبن الأم في المدونة الدولية لقواعد تسويق بدائل لبن الأم وقرارات جمعية الصحة ذات الصلة اللاحقة. ولا تحل هذه الوثيقة محل أي من الأحكام الواردة في المدونة ولكنها توضح إدراج بعض المنتجات المعينة التي ينبغي أن تشملها المدونة والقرارات اللاحقة.

٣- وتتنطبق هذه الإرشادات على جميع الأغذية المُنتجة تجارياً التي تسوّق باعتبارها ملائمة للرضّع وصغار الأطفال البالغين من العمر من ٦ أشهر إلى ٣٦ شهراً. وتُعتبر منتجات ما مسوّقة على أنها ملائمة لهذه الفئة العمرية إذا كانت (أ) موسومة بالكلمات "رضيع" أو "مولود" أو "طفل صغير"؛ (ب) أو يوصى بإعطائها في سن يقل عن ٣ سنوات؛ (ج) أو موسومة بصورة طفل يبدو سنه أقل من ٣ سنوات أو يتغذي من زجاجة؛ (د) أو معروضة على أي نحو آخر باعتبارها ملائمة للأطفال دون سن ٣ سنوات. ويتمشى هذا النهج مع المبادئ التوجيهية للدستور الغذائي ومعايير ذات الصلة الخاصة بأغذية الرضّع وصغار الأطفال التي تشير إلى صغار الأطفال حتى سن ٣ سنوات.^٢

٤- ولا تنطبق هذه الإرشادات على المكملات الغذائية الفيتامينية والمعدنية ومنتجات التقوية المنزلية مثل مساحيق المغذيات الدقيقة والكميات الصغيرة من المكملات الغذائية الشحمية. وعلى الرغم من أن هذه المكملات والمنتجات كثيراً ما تُصنف على أنها أغذية للأغراض التنظيمية، فإنها ليست أغذية في حدّ ذاتها وإنما منتجات للتقوية. ومع ذلك ينبغي أن يُطبّق على هذه المنتجات العديد من المبادئ المتضمنة في هذه الإرشادات، بما في ذلك تلك المتعلقة بالالتزام بالمعايير الوطنية والعالمية لمستويات المغذيات وسلامتها وكميتها وحظر أي رسائل تشير إلى استخدامها للأطفال دون سن ٦ أشهر.

^١ انظر القرار جص ع٦٩-٩ (٢٠١٦).

^٢ مبادئ الدستور الغذائي التوجيهية لأغذية الرضّع الأكبر سناً وصغار الأطفال التكميلية المصنّعة (CAC/GL-8-1991، نُقحت في عام ٢٠١٣)؛ ومعايير الدستور الغذائي لأغذية الرضّع وصغار الأطفال المجهزة من الحبوب (Codex/STAN 074-1981، نُقحت في عام ٢٠٠٦)؛ ومعايير الدستور الغذائي لأغذية الرضّع المعلّبة (Codex STAN 73-1981)؛ ومعايير الدستور الغذائي لمساحيق متابعة تغذية الرضّع (CODEX STAN 156-1987).

٥- ويجري الترويج لأغذية الرضع وصغار الأطفال عن طريق البرامج الحكومية، والمنظمات التي لا تستهدف الربح والشركات الخاصة. وتطبق هذه الإرشادات على جميع هذه الأماكن، بالنظر إلى أن المبادئ التي تتضمنها مهمة بصرف النظر عن الجهة المسؤولة عن الترويج.

التعاريف

٦- تُعرّف أغذية الرضع وصغار الأطفال بأنها منتجات الأغذية والمشروبات التي تُنتج تجارياً وتسوق خصيصاً بوصفها منتجات ملائمة لتغذية الأطفال حتى ٣٦ شهراً من العمر.

٧- والتسويق يعني الترويج للمنتجات، وتوزيعها، وبيعها، والدعاية لها، وتنفيذ خدمات العلاقات العامة والإعلام المتعلقة بها.

٨- ويُفسر الترويج تفسيراً واسع النطاق يشمل توجيه الرسائل التي تستهدف الإقناع أو التشجيع على شراء أو استهلاك أحد المنتجات أو التوعية بشأن أحد الأسماء التجارية. ويمكن للرسائل الترويجية أن تُبعث عن طريق القنوات الإعلامية التقليدية وشبكة الإنترنت وسائر وسائل التسويق باستخدام طيف من أساليب الترويج المتنوعة. وفضلاً عن تقنيات الترويج التي تستهدف المستهلكين استهدافاً مباشراً، تدرج أيضاً التدابير الرامية إلى الترويج للمنتجات في أوساط العاملين الصحيين أو المستهلكين من خلال وسطاء آخرين. ولا يلزم وجود إشارة إلى الاسم التجاري للمنتج حتى يُعتبر النشاط دعاية أو ترويجاً.

٩- والترويج المتبادل (الذي يسمى أيضاً الترويج المشترك أو توسيع العلامة التجارية) هو شكل من أشكال الترويج التسويقي حيث يُستهدف مستهلكو أحد المنتجات أو الخدمات بالترويج لمنتج آخر ذي صلة. وقد يشمل ذلك تغليف المنتج وتسميته التجارية وتوسيمه بحيث يكون قريب الشبه من منتج آخر (توسيع العلامة التجارية). وفي هذا السياق، قد يشير ذلك أيضاً إلى استخدام أنشطة ترويجية معينة تخص منتج ما أو الترويج لهذا المنتج في أماكن معينة من أجل الترويج لمنتج آخر.

التوصيات

١٠- التوصية ١. ينبغي الترويج لتغذية الرضع وصغار الأطفال المثلى استناداً إلى المبادئ التوجيهية للتغذية التكميلية للطفل المعتمد على الرضاعة الطبيعية^١ والمبادئ التوجيهية لتغذية الأطفال غير المعتمدين على الرضاعة الطبيعية الذين تتراوح أعمارهم بين ٦ أشهر و٢٤ شهراً^٢. وينبغي التركيز على استخدام الأغذية المناسبة والغنية بالمغذيات والمعدة منزلياً والمتاحة محلياً التي تُعد وتُقدّم كغذاء بأمان^٣.

١ منظمة الصحة العالمية للبلدان الأمريكية ومنظمة الصحة العالمية. المبادئ التوجيهية للتغذية التكميلية للطفل المعتمد على الرضاعة الطبيعية. ٢٠٠٣. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/a85622/en/ (تم الاطلاع في ٢٥ تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠١٥).

٢ منظمة الصحة العالمية. المبادئ التوجيهية لتغذية الأطفال غير المعتمدين على الرضاعة الطبيعية الذين تتراوح أعمارهم بين ٦ أشهر و٢٤ شهراً. ٢٠٠٥. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241593431/en/ (تم الاطلاع في ٢٥ تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠١٥).

٣ انظر منظمة الصحة العالمية/ اليونيسيف. الاستراتيجية العالمية لتغذية الرضع وصغار الأطفال، جنيف. ٢٠٠٣. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42590/1/9241562218.pdf?ua=1&ua=1> (تم الاطلاع في ٢٥ تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠١٥).

١١- **التوصية ٢.** لا ينبغي الترويج لمنتجات تؤدي وظيفة بدائل لبن الأم. وينبغي أن يفهم بديل لبن الأم على أنه يشمل أي ألبان (أو منتجات يُمكن استخدامها لتحل محل اللبن، مثل لبن الصويا المقوّى)، في شكل سائل أو مسحوق، تسوّق خصيصاً لتغذية الرضّع وصغار الأطفال حتى سن ٣ سنوات (بما في ذلك مساحيق المتابعة وألبان النمو). وينبغي أن يكون واضحاً أن تنفيذ المدونة الدولية لقواعد تسويق بدائل لبن الأم وقرارات جمعية الصحة ذات الصلة التالية تشمل كل هذه المنتجات.

١٢- **التوصية ٣.** لا ينبغي الترويج لأغذية الرضّع وصغار الأطفال التي لا تؤدي وظيفة بدائل لبن الأم إلا إذا استوفت جميع المعايير الوطنية والإقليمية والعالمية بشأن تكوينها وسلامتها ونوعيتها ومستوياتها التغذوية وكانت تتواءم مع المبادئ التوجيهية الوطنية الخاصة بالنظم الغذائية. وينبغي وضع نماذج مرتسمات المغذيات والاسترشاد بها في اتخاذ القرارات بشأن الأغذية التي يُعد الترويج لها غير ملائم. وينبغي تحديث معايير الدستور الغذائي ومبادئه ذات الصلة^١ ووضع المبادئ التوجيهية الإضافية بما يتماشى مع إرشادات المنظمة لضمان ملاءمة المنتجات للرضّع وصغار الأطفال، مع التركيز بشكل خاص على تجنب إضافة السكريات الحرة والملح.

١٣- **التوصية ٤.** ينبغي للرسائل التي تروج لأغذية الرضّع وصغار الأطفال أن تدعم التغذية المثلى، كما ينبغي عدم إدراج الرسائل غير الملائمة. وتُبعث الرسائل الخاصة بالمنتجات التجارية بأشكال متعددة، من خلال الإعلانات والترويج والرعاية، بما في ذلك الكتيبات والمعلومات التي تُبث عن طريق الإنترنت وبطاقات وسم العيوات. وبغض النظر عن شكل الرسائل، ينبغي لها دائماً:

- أن تتضمن ملحوظة عن أهمية مواصلة الرضاعة الطبيعية حتى سنتين أو بعد ذلك، وأهمية عدم إدخال التغذية التكميلية قبل بلوغ الطفل ٦ أشهر من العمر؛
- أن تذكر السن المناسبة لبدء استخدام الغذاء (والتي يجب ألا تقل عن ستة أشهر)؛
- أن تكون سهلة الفهم للآباء وسائر مقدمي الرعاية، مع بيان المعلومات على بطاقة الوسم بشكل واضح وسهل القراءة.

١٤- ولا ينبغي للرسائل:

- أن تتضمن أي صورة أو نص أو عرض آخر يُمكن أن يوحي بإعطاء المنتج للرضّع دون سن ٦ أشهر (بما في ذلك الإشارة إلى المعالم الرئيسية والمراحل)؛
- أن تتضمن أي صورة أو نص أو عرض آخر يرجح له أن يُحبط الرضاعة الطبيعية أو يُثني عنها، أو يعقد مقارنة مع لبن الأم، أو يوحي بأن المنتج يكاد يكون مماثلاً للبن الأم أو أفضل منه؛
- أن توصي بالتغذية بالزجاجات أو تروج لها؛
- أن تتطوي على تأييد، أو على أي شيء يُمكن أن يُعتبر تأييداً، من هيئة مهنية أو غيرها، إلا إذا كان ذلك قد اعتمد تحديداً من السلطات التنظيمية الوطنية أو الإقليمية أو الدولية المعنية.

١ مبادئ الدستور الغذائي التوجيهية لأغذية الرضّع الأكبر سناً وصغار الأطفال التكميلية المصنّعة (CAC/GL-8-1991، نُقحت في عام ٢٠١٣)؛ ومعايير الدستور الغذائي لأغذية الرضّع وصغار الأطفال المجهزة من الحبوب (Codex/STAN 074-1981، نُقحت في عام ٢٠٠٦)؛ ومعايير الدستور الغذائي لأغذية الرضّع المعالجة (CODEX STAN 73-1981)؛ وقائمة الدستور الغذائي الاستشارية بمكونات الفيتامينات للاستخدام في أغذية الرضّع والأطفال (CAC/GL 10-1979، نُقحت في عام ٢٠٠٩).

١٥- التوصية ٥. لا ينبغي أن يكون هناك ترويج عرضي لبدائل لبن الأم بشكل غير مباشر عن طريق الترويج لأغذية الرضّع وصغار الأطفال.

- يتعين أن يكون تصميم العبوة ووسمها والمواد المستخدمة لترويج الأغذية التكميلية مختلفة عن تلك المستخدمة لبدائل لبن الأم بحيث لا يُمكن استخدامها بطريقة تروّج أيضاً لبدائل لبن الأم (على سبيل المثال، ينبغي استخدام مخططات ملونة وتصاميم وأسماء وشعارات وأشياء جالبة للحظ مختلفة عن اسم الشركة وشعارها).
- ينبغي للشركات التي تسوّق بدائل لبن الأم أن تمتنع عن ترويج منتجاتها الغذائية الأخرى للرضّع وصغار الأطفال بطريقة مباشرة أو غير مباشرة عن طريق إقامة علاقات مع الآباء وسائر مقدمي الرعاية (على سبيل المثال، من خلال نوادي الرضّع ومجموعات وسائل التواصل الاجتماعي وفصول رعاية الأطفال والمسابقات).

١٦- التوصية ٦. ينبغي للشركات التي تسوّق أغذية الرضّع وصغار الأطفال ألا توجد تضارباً في المصالح في المرافق الصحية وفي النظم الصحية. وبالمثل ينبغي للعاملين الصحيين والنظم الصحية ورابطات المهنيين الصحيين والمنظمات غير الحكومية تجنب مثل هذا التضارب في المصالح. وينبغي لهذه الشركات أو ممثليها الامتناع عما يلي:

- تقديم منتجات مجانية أو عينات أو أغذية مخفضة الثمن لأسر الرضّع أو صغار الأطفال من خلال العاملين الصحيين أو المرافق الصحية، إلا:
- كإمدادات توزع عن طريق البرامج الصحية المصرح بها رسمياً. ولا ينبغي للمنتجات المورّعة في هذه البرامج أن تُظهر الأسماء التجارية للشركات؛
- التبرع بمعدات أو خدمات للمرافق الصحية أو توزيعها عليها؛
- إعطاء هدايا أو حوافز لموظفي الرعاية الصحية؛
- استخدام المرافق الصحية لاستضافة أحداث أو مسابقات أو حملات؛
- إعطاء أي هدايا أو قسائم للآباء ومقدمي الرعاية والأسر؛
- توفير التثقيف بطريقة مباشرة أو غير مباشرة للآباء وسائر مقدمي الرعاية بشأن تغذية الرضّع وصغار الأطفال في المرافق الصحية؛
- توفير أي معلومات للعاملين الصحيين باستثناء المعلومات العلمية والوقائية.
- عقد اجتماعات للجهات الراعية للمهنيين الصحيين واجتماعات علمية

١٧- وبالمثل ينبغي للعاملين الصحيين والنظم الصحية ورابطات المهنيين الصحيين والمنظمات غير الحكومية الامتناع عما يلي:

- قبول منتجات مجانية أو عينات أو أغذية مخفضة الثمن للرضّع أو صغار الأطفال من الشركات، إلا:
- كإمدادات توزع عن طريق البرامج الصحية المصرح بها رسمياً. ولا ينبغي للمنتجات المورّعة في هذه البرامج أن تُظهر الأسماء التجارية للشركات؛
- قبول معدات أو خدمات من شركات تسوّق أغذية للرضّع وصغار الأطفال؛
- قبول هدايا أو حوافز من هذه الشركات؛
- السماح باستخدام المرافق الصحية من أجل أحداث أو مسابقات أو حملات تجارية؛

- السماح للشركات التي تسوّق أغذية للرضّع وصغار الأطفال بتوزيع أي هدايا أو قسائم للآباء ومقدمي الرعاية والأسر من خلال المرافق الصحية؛
- السماح لهذه الشركات بتوفير التثقيف بطريقة مباشرة أو غير مباشرة في المرافق الصحية للآباء وسائر مقدمي الرعاية؛
- السماح لهذه الشركات برعاية اجتماعات المهنيين الصحيين والاجتماعات العلمية.

١٨ - التوصية ٧. ينبغي تنفيذ مجموعة توصيات المنظمة بشأن تسويق الأطعمة والمشروبات غير الكحولية للأطفال^١ تنفيذاً كاملاً، مع إيلاء عناية خاصة لضمان أن السياقات التي يجتمع فيها الرضّع وصغار الأطفال خالية من جميع أشكال التسويق للأغذية الغنية بالدهون المشبعة^٢ والدهون المتحولة والسكريات الحرة والملح. وفي حين أن الأغذية التي تسوّق للأطفال قد لا يكون الرضّع وصغار الأطفال مقصودين بها تحديداً، فإنهم مع ذلك قد يستهلكونها. وينبغي تنفيذ مجموعة متنوعة من الاستراتيجيات للحد من استهلاك الرضّع وصغار الأطفال للأغذية غير الملائمة لهم.

١ منظمة الصحة العالمية. مجموعة توصيات بشأن تسويق الأطعمة والمشروبات غير الكحولية للأطفال. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ ٢٠١٠.

٢ ينبغي لصغار الأطفال أن يحصلوا على محتوى كافٍ من الدهون، ومع ذلك فقد أشارت مشاورات الخبراء المشتركة بين منظمة الأغذية والزراعة ومنظمة الصحة العالمية التي أجريت في عام ٢٠٠٨، إلى أن الطاقة المستمدة من الدهون ينبغي ألا تتجاوز نسبتها ٣٥٪ من الطاقة الإجمالية.

إطار المشاركة مع الجهات الفاعلة غير الدول^١

[ج ٦/٦٩، الملحق، التذييل، المرفق - ١٨ أيار/ مايو ٢٠١٦]

إطار جامع للمشاركة مع الجهات الفاعلة غير الدول

مقدمة

١- ينطبق الإطار الجامع للمشاركة مع الجهات الفاعلة غير الدول وسياسة المنظمة وإجراءاتها التشغيلية بشأن إدارة المشاركة مع الجهات الفاعلة غير الدول على جميع أوجه المشاركة مع الجهات الفاعلة غير الدول على كل مستويات المنظمة،^٢ بينما يقتصر تطبيق السياسات والإجراءات التشغيلية المحددة الأربع بشأن المشاركة على المنظمات غير الحكومية والكيانات التابعة للقطاع الخاص والمؤسسات الخيرية والمؤسسات الأكاديمية على التوالي.

المشاركة: الأساس المنطقي والمبادئ والفوائد والمخاطر

الأساس المنطقي

٢- المنظمة هي سلطة التوجيه والتنسيق في ميدان العمل الصحي الدولي وفقاً لولايتها الدستورية. وقد صار المشهد الصحي أكثر تعقيداً من جوانب عديدة شملت في جملة أمور الزيادة في عدد الجهات الفاعلة، ومنها الجهات الفاعلة غير الدول. وتشارك المنظمة مع الجهات الفاعلة غير الدول نظراً لدورها المهم في مجال الصحة العالمية بشأن الارتقاء بالصحة العمومية وتعزيزها وتشجيع الجهات الفاعلة غير الدول على استخدام أنشطتها الرامية إلى حماية الصحة العمومية وتعزيزها.

٣- وتشمل وظائف المنظمة، حسبما تحددها المادة ٢ من دستورها، العمل كهيئة التنسيق والتنسيق في ميدان العمل الصحي الدولي؛ وإقامة التعاون الفعال مع منظمات مختلفة والحفاظ عليه؛ وتشجيع التعاون بين الجماعات العلمية والمهنية التي تُسهم في النهوض بالصحة. وعلاوة على ذلك، يفوض الدستور لجمعية الصحة أو المجلس التنفيذي، والمدير العام، الدخول في مشاركات محدّدة مع المنظمات الأخرى.^٣ وسوف تتصرف المنظمة،

١ انظر القرار جص ع ٦٩-١٠ (٢٠١٦).

٢ المقر الرئيسي والمكاتب الإقليمية والمكاتب القطرية، ومجموعة الكيانات التي تم إنشاؤها في إطار المنظمة، وكذلك الشراكات التي يتم استضافتها. وفي حالة الشراكات التي يتم استضافتها، فسيطبق إطار المشاركة مع الجهات الفاعلة غير الدول رهناً بسياسة المنظمة الخاصة بالمشاركة مع الشراكات الصحية العالمية وترتيبات الاستضافة (القرار جص ع ٦٣-١٠). وتشرح الفقرة ٤٩ الشراكات التي يتم استضافتها والشراكات الخارجية أيضاً.

٣ دستور منظمة الصحة العالمية، المواد ١٨ و ٣٣ و ٤١ و ٧١.

فيما يتعلق بالجهات الفاعلة غير الدول، طبقاً لدستورها وأي قرارات ومقررات إجرائية لجمعية الصحة، والأخذ بعين الاعتبار قرارات الجمعية العامة للأمم المتحدة أو المجلس الاقتصادي والاجتماعي التابع للأمم المتحدة، حسب الاقتضاء.

٤- وتتمثل أهداف مشاركة المنظمة مع الجهات الفاعلة غير الدول في دعم تنفيذ سياسات المنظمة وتوصياتها التي قررتها الأجهزة الرئاسية، وكذلك تطبيق قواعدها ومعاييرها التقنية. بيد أن هذه المشاركة الفعالة مع الجهات الفاعلة غير الدول على المستوى العالمي والإقليمي والقطري، تتطلب هي أيضاً تطبيق تدابير العناية الواجبة والشفافية على الجهات المذكورة بموجب هذا الإطار ويتعين على المنظمة، من أجل التمكن من تعزيز مشاركتها مع الجهات الفاعلة غير الدول لفائدة الصحة العمومية العالمية ومصحتها، أن تعزز في الوقت نفسه إدارتها لما يرتبط بذلك من مخاطر ممكنة. ويتطلب ذلك إطار مشاركة قوياً يمكن من تحقيق المشاركة ويستخدم أيضاً كأداة لاستبانة المخاطر وموازنتها مع الفوائد المتوقعة، مع حماية وصون نزاهة المنظمة وسمعتها وولايتها بشأن الصحة العمومية.

المبادئ

٥- تسترشد مشاركة المنظمة مع الجهات الفاعلة غير الدول بالمبادئ الجامعة التالية:

يجب على أي مشاركة:

- (أ) أن تبرهن على وجود فائدة واضحة للصحة العمومية؛
- (ب) أن تتطابق مع دستور المنظمة وولايتها وبرنامج العمل العام؛
- (ج) أن تحترم الطابع الحكومي الدولي للمنظمة وسلطة صنع القرار للدول الأعضاء على النحو المحدد في دستور المنظمة؛
- (د) أن تدعم وتعزز، من دون أن تضر، النهج العلمي المُسند بالبيّنات الذي تقوم عليه أعمال المنظمة؛
- (هـ) أن تحمي المنظمة من أي تأثير لا مبرر له، وخصوصاً بشأن عملياتها في مجال وضع وتطبيق السياسات والقواعد والمعايير؛^١
- (و) ألا تضرّ بنزاهة المنظمة واستقلالها ومصداقيتها وسمعتها؛
- (ز) الإدارة بفعالية بما في ذلك تجنب، حسب الاقتضاء، تضارب المصالح^٢ وأي شكل من أشكال المخاطر على المنظمة؛
- (ح) أن تتم على أساس الشفافية والصراحة والشمول والمساءلة والنزاهة والاحترام المتبادل؛

١ يشمل وضع السياسات والقواعد والمعايير تجميع المعلومات، والإعداد، ووضع نص معياري واتخاذ قرار بشأن النص المعياري.

٢ على النحو المحدد في الفقرات من ٢٢ إلى ٢٦.

فوائد المشاركة

٦- يمكن لمشاركة المنظمة مع الجهات الفاعلة غير الدول أن تعود بفوائد كبيرة على الصحة العمومية في العالم وعلى المنظمة نفسها في إطار احترام المبادئ والأغراض الدستورية للمنظمة بما في ذلك دورها التوجيهي والتنسيقي في مجال الصحة في العالم. وتتراوح أوجه المشاركة بين علاقات تعاون رئيسية أطول أجلاً وتفاعلات أصغر حجماً وأقصر أمداً وقد تشمل الفوائد التي تنشأ عن هذه المشاركة كذلك:

- (أ) مشاركة الجهات الفاعلة غير الدول في عمل المنظمة
- (ب) تأثير المنظمة المحتمل في الجهات الفاعلة غير الدول لتعزيز أثرها على الصحة العمومية في العالم أو التأثير في محددات الصحة الاجتماعية والاقتصادية والبيئية
- (ج) تأثير المنظمة المحتمل على امتثال الجهات الفاعلة غير الدول بالسياسات والقواعد والمعايير الخاصة بالمنظمة
- (د) الموارد الإضافية التي قد تسهم بها الجهات الفاعلة غير الدول في عمل المنظمة
- (هـ) التوسع في نشر الجهات الفاعلة غير الدول للسياسات والقواعد والمعايير الخاصة بالمنظمة والتزامها بها

مخاطر المشاركة

٧- قد تنطوي مشاركة المنظمة مع الجهات الفاعلة غير الدول على مخاطر لا بد من إدارتها بفعالية، وعند الاقتضاء، تلافيها وتتصل المخاطر الرئيسية، ضمن جملة أمور، بحدوث ما يلي بشكل خاص:

- (أ) تضارب المصالح؛
- (ب) تأثير لا مبرر له أو غير ملائم في عمل المنظمة تمارسه جهة من الجهات الفاعلة غير الدول ولاسيما على سبيل المثال لا الحصر وضع السياسات والقواعد والمعايير؛^١
- (ج) تأثير سلبي في نزاهة المنظمة واستقلالها ومصداقيتها وسمعتها وولايتها في مجال الصحة العمومية؛
- (د) استخدام المشاركة أساساً لخدمة مصالح الجهة المعنية من الجهات الفاعلة غير الدول بتحقيق فوائد محدودة لصالح المنظمة والصحة العمومية أو من دون تحقيقها؛
- (هـ) المشاركة التي تدعم اسم الجهة الفاعلة المعنية من الجهات الفاعلة غير الدول أو علامتها أو منتجاتها أو آراءها أو نشاطها؛^٢
- (و) تجميل صورة إحدى الجهات الفاعلة غير الدول عن طريق المشاركة مع المنظمة؛
- (ز) حصول إحدى الجهات الفاعلة غير الدول على ميزة تنافسية.

١ يشمل وضع السياسات والقواعد والمعايير تجميع المعلومات، والإعداد، ووضع نص معياري واتخاذ قرار بشأن النص المعياري.

٢ الاعتماد لا يشمل العمليات المتوطدة من قبيل الاختبار المسبق للصلاحيات ومشروع المنظمة بشأن المبيدات الحشرية.

الجهات الفاعلة غير الدول

٨- لأغراض هذا الإطار، تشمل الجهات الفاعلة غير الدول المنظمات غير الحكومية وكيانات القطاع الخاص والمؤسسات الخيرية والمؤسسات الأكاديمية.

٩- **المنظمات غير الحكومية** هي كيانات لا تستهدف الربح وتعمل على نحو مستقل عن الحكومات. وهي عادة قائمة على العضوية، ويكون أعضاؤها كيانات لا تستهدف الربح أو أفراداً يمارسون حقوق التصويت بشأن سياسات المنظمة غير الحكومية، أو يجتمعون على أي نحو آخر حول أهداف تخدم الصالح العام ولا تستهدف الربح. ويجب أن تكون غير معنية بالشواغل ذات الطبيعة الخاصة أو التجارية أو المرتبطة بتحقيق الربح. ويمكن أن تشمل على سبيل المثال المنظمات المجتمعية الشعبية، وجماعات المجتمع المدني وشبكاته، والمنظمات الدينية، والجماعات المهنية، والجماعات المعنية بأمراض معينة، والجماعات الممثلة للمرضى.

١٠- **كيانات القطاع الخاص** هي مؤسسات تجارية أي أعمال تجارية القصد منها تحقيق ربح يعود على مالكيها. ويشير هذا المصطلح أيضاً إلى الكيانات التي تمثل كيانات القطاع الخاص أو التي تحكمها أو تتحكم فيها كيانات القطاع الخاص. وتشمل هذه الفئة (على سبيل المثال لا الحصر) رابطات الأعمال التجارية التي تمثل المؤسسات التجارية، والكيانات التي ليست "بمنأى"^١ عن الجهات التجارية الراعية لها، والمؤسسات التجارية المملوكة جزئياً أو كلياً للدولة والتي تعمل ككيانات منتمية إلى القطاع الخاص.

رابطات الأعمال التجارية الدولية هي كيانات تابعة للقطاع الخاص لا تستهدف الربح ولكنها تمثل مصالح أعضائها، علماً بأن أعضائها مؤسسات تجارية و/ أو رابطات أعمال تجارية وطنية أو غيرها. ويكون لها لأغراض هذا الإطار سلطة التحدث باسم أعضائها من خلال ممثليهم المصرح لهم. ويمارس أعضاؤها حقوق التصويت بشأن سياسة رابطة الأعمال التجارية الدولية.

١١- **المؤسسات الخيرية** هي كيانات لا تستهدف الربح وتتأى أصولها من جهات مانحة ويُنفق دخلها على أغراض مفيدة اجتماعياً. ويتعين أن تكون مستقلة بوضوح عن أي من كيانات القطاع الخاص في تصريف شؤونها واتخاذ قراراتها.

١٢- **المؤسسات الأكاديمية** هي كيانات معنية بتحري المعرفة ونشرها من خلال إجراء البحوث والتعليم والتدريب.^٢

١٣- وينطبق كل من الإطار الجامع والسياسة المحددة المعنية بشأن المشاركة على كل فئة من فئات الكيانات الأربع المذكورة أعلاه. وستحدد المنظمة من خلال عنايتها الواجبة ما إذا كانت جهة من الجهات الفاعلة غير الدول تخضع لتأثير كيانات القطاع الخاص، بوسائل منها التمويل، بحيث يجب أن تعتبر هذه الجهة الفاعلة في حد ذاتها كيانياً من كيانات القطاع الخاص. ويمكن إحداث هذا التأثير من خلال التمويل، والمشاركة في صنع القرار أو غير ذلك وما لم تيق عمليات صنع القرار الخاصة بجهة من الجهات الفاعلة غير الدول والهيئات التابعة لها مستقلة عن تأثير القطاع الخاص غير الملائم، فيمكن أن تقرر المنظمة اعتبار الكيان كمنظمة غير حكومية أو مؤسسة خيرية أو مؤسسة أكاديمية غير أنها قد تطبق ما يتصل بذلك من أحكام سياسة المنظمة

١ يكون أي كيان "بمنأى عن" كيان آخر إذا كان مستقلاً عن ذلك الكيان، وإن لم يتلق تعليمات من الكيان الآخر ولم يتأثر به بوضوح في قراراته وأعماله أو يجري تصوره على أنه متأثر به بشكل غير معقول.

٢ يمكن أن يشمل ذلك أفرقة التفكير التي هي مؤسسات تركز على السياسات، طالما أنها تقوم بالأساس بإجراء البحوث؛ وينظر إلى الجمعيات الدولية للمؤسسات الأكاديمية على أنها منظمات غير حكومية بموجب الفقرة ١٣.

وأجراءاتها التشغيلية بشأن المشاركة مع كيانات القطاع الخاص، مثل عدم قبول مساهمات مالية وعينية في الأعمال المعيارية.

أنواع التفاعلات

١٤- فيما يلي فئات التفاعلات التي تشارك فيها المنظمة مع الجهات الفاعلة غير الدول. ويمكن لكل نوع من التفاعلات أن يتخذ أشكالاً مختلفة وأن يكون معرضاً لمستويات مختلفة من المخاطر كما يُمكن أن يشمل مستويات وأنواعاً مختلفة من المشاركة من جانب المنظمة.

المشاركة

١٥- يمكن أن تحضر الجهات الفاعلة غير الدول مختلف أنواع الاجتماعات التي تنظمها المنظمة. وتعتمد طبيعة مشاركة هذه الجهات الفاعلة على نوع الاجتماع المعني. وتبنت الأجهزة الرئاسية للمنظمة أو الأمانة في أشكال مشاركة الجهات الفاعلة غير الدول وطرائق مشاركتها في المشاورات وجلسات الاستماع وفي غيرها من الاجتماعات، وذلك على أساس كل حالة على حدة.

(أ) **اجتماعات الأجهزة الرئاسية.** يشمل هذا النوع دورات جمعية الصحة العالمية والمجلس التنفيذي واللجان الإقليمية الست. وتحدد مشاركة الجهات الفاعلة غير الدول طبقاً للنظام الداخلي للأجهزة الرئاسية المعنية وسياساتها وممارساتها والقسم من هذا الإطار المتصل بالعلاقات الرسمية.

(ب) **المشاورات.** يشمل هذا النوع أي اجتماع فعلي أو افتراضي غير دورات الأجهزة الرئاسية ينظم بغرض تبادل المعلومات والآراء. وتُتاح، حيثما أمكن، المدخلات الواردة من الجهات الفاعلة غير الدول للجمهور.

(ج) **جلسات الاستماع.** هذه الجلسات هي اجتماعات يمكن للمشاركين فيها عرض بيناتهم وآرائهم ومواقفهم وتلقي الأسئلة بشأنها، ولكنهم لا يخرطون في نقاش. ويمكن لجلسات الاستماع أن تكون إلكترونية أو شخصية. وينبغي دعوة الكيانات المهتمة كافة على الأساس نفسه. ويجري توثيق المشاركين والمواقف المعروضة خلال جلسات الاستماع، وتُتاح للجمهور، حيثما أمكن.

(د) **الاجتماعات الأخرى.** هذه اجتماعات لا تشكل جزءاً من عملية وضع السياسات أو القواعد أو المعايير وتشمل الأمثلة عليها الاجتماعات الإعلامية وجلسات الإحاطة بالمعلومات والمؤتمرات العلمية ومنصات تنسيق الجهات الفاعلة.

١٦- ويمكن أن تكون مشاركة المنظمة في اجتماعات تنظمها، كلها أو جزءاً منها، إحدى الجهات الفاعلة غير الدول في أي شكل من الأشكال المحتملة التالية - وذلك رهناً بأحكام هذا الإطار وبسياساته المحددة الأربع وبالإجراءات التشغيلية وبسائر القواعد والسياسات والإجراءات المعمول بها في المنظمة:

- تشارك المنظمة في تنظيم الاجتماع مع الجهة المعنية من الجهات الفاعلة غير الدول
- تشارك المنظمة في رعاية اجتماع^١ تنظمه الجهات الفاعلة غير الدول

١ يُقصد بتعبير رعاية الاجتماع ما يلي: (١) وجود كيان آخر يتكفل بالمسؤولية الرئيسية عن تنظيم الاجتماع؛ (٢) دعم المنظمة للاجتماع وإجراءاته وإسهامها فيهما؛ (٣) احتفاظ المنظمة بحق مسح جدول أعمال الاجتماع وقائمة أسماء المشاركين فيه والوثائق الختامية الصادرة عنه.

- يقدم موظفو المنظمة العروض أو يشاركون كمحاورين في اجتماع تنظمه الجهة المعنية من الجهات الفاعلة غير الدول
- يحضر موظفو المنظمة اجتماعاً تنظمه إحدى الجهات الفاعلة غير الدول.

الموارد

١٧- تتمثل الموارد في المساهمات المالية أو المساهمات العينية. وتشمل المساهمات العينية التبرعات من الأدوية وغيرها من السلع وتقديم الخدمات المجانية^١ على أساس تعاقدية.

البيانات

١٨- تشير البيانات لأغراض هذا الإطار إلى الإسهامات القائمة على معلومات محدثة، والمعارف بشأن المسائل التقنية، والاعتبارات الخاصة بالوقائع العلمية، التي تحللها المنظمة بصورة مستقلة. ويشمل إنتاج البيانات من جانب المنظمة جمع المعلومات وتحليلها وإنتاج المعلومات وإدارة المعارف والبحوث. ويجوز للجهات الفاعلة غير الدول أن تقدم معلوماتها المحدثة ومعارفها المتعلقة بالمسائل التقنية وتتبادل تجاربها مع المنظمة، حسب الاقتضاء، رهناً بأحكام هذا الإطار وسياساته الخاصة الأربع وإجراءاته التشغيلية وغير ذلك من قواعد المنظمة وسياساتها وإجراءاتها المعمول بها. وينبغي أن تتاح هذه المساهمات للاطلاع العام، عند الاقتضاء، حيثما يكون ممكناً. وينبغي أن تتاح البيانات العلمية المحصلة للاطلاع العام.

الدعوة

١٩- الدعوة هي عمل من أجل إنكفاء الوعي بالمسائل الصحية، بما في ذلك المسائل التي لا تحظى بالاهتمام الكافي؛ وتغيير السلوكيات لمصلحة الصحة العمومية؛ وتعزيز التعاون ومزيد من الاتساق بين الجهات الفاعلة غير الدول حيثما يلزم العمل المشترك.

التعاون التقني

٢٠- لأغراض هذا الإطار، يشير التعاون التقني إلى أشكال التعاون الأخرى مع الجهات الفاعلة غير الدول، حسبما يكون مناسباً، بشأن الأنشطة المتضمنة في برنامج العمل العام، بما في ذلك:

- تطوير المنتجات
- بناء القدرات
- التعاون التشغيلي في حالات الطوارئ
- المساهمة في تنفيذ سياسات المنظمة.

إدارة تضارب المصالح وسائر مخاطر المشاركة

٢١- تتطلب إدارة تضارب المصالح وسائر مخاطر المشاركة، بوسائل منها تلافيها حسب الاقتضاء، سلسلة من الخطوات على النحو المبين أدناه:^٢

١ باستثناء حالات الانتداب التي تتناولها الفقرة ٤٧.

٢ يستهدف الإطار تنظيم أوجه المشاركة المؤسسية وينسق تنفيذه تنسيقاً وثيقاً مع تنفيذ السياسات التنظيمية الأخرى التي تنظم تضارب المصالح على مستوى الأفراد (انظر الفقرة ٤٩).

- من الضروري أن تكون المنظمة على دراية بالجهات الفاعلة غير الدول التي تشارك معها. وعليه، يُطلب من كل جهة من الجهات الفاعلة غير الدول توفير جميع المعلومات^١ التي تتصل بها وبأنشطتها وتتخذ المنظمة بعد ذلك ما يلزم من إجراءات العناية الواجبة.
- تجري المنظمة تقديراً للمخاطر بهدف تحديد مخاطر المشاركة المحددة التي ترتبط بكل مشاركة مع جهة من الجهات الفاعلة غير الدول.
- من الضروري تحقيق الاتساق في إدارة مخاطر المشاركة والتبليغ عنها فيما يخص كل مستوى من مستويات المنظمة الثلاثة وعلى نطاق المنظمة. وتحقيقاً لهذه الغاية، تدير المنظمة المشاركة عبر أداة إلكترونية واحدة على نطاق المنظمة.^٢
- تتولى الدول الأعضاء مراقبة مشاركة المنظمة مع الجهات الفاعلة غير الدول بموجب الأحكام الواردة في الفقرتين ٦٧ و ٦٨.

تضارب المصالح

٢٢- ينشأ تضارب المصالح في ظروف يُحتمل أن تؤثر في ظلّها مصلحة ثانوية (مصلحة راسخة في حصيلة عمل المنظمة في مجال معين) أو في الحالات التي قد يبدو إلى حد معقول أنها تؤثر تأثيراً لا مبرراً له إما في الأحكام أو الإجراءات المهنية المتعلقة بمصلحة رئيسية (عمل المنظمة) من حيث استقلالها وموضوعيتها. ولا يعني وجود تضارب المصالح بجميع أشكاله وفي حد ذاته الإتيان بعمل غير ملائم بل يشير بالأحرى إلى وجود خطر الإتيان بمثل هذا العمل غير الملائم. ولا يتخذ تضارب المصالح شكلاً مالياً فحسب، بل يمكن أن يتخذ أشكالاً أخرى كذلك.

٢٣- والحالات الفردية لتضارب المصالح داخل المنظمة هي حالات تشمل الخبراء، بغض النظر عن وضعهم، والموظفين كذلك، وهي حالات سيجري تناولها وفقاً للسياسات الواردة في الفقرة ٤٩ من هذا الإطار.

٢٤- وجميع المؤسسات لديها مصالح متعددة مما يعني أن المنظمة تواجه غالباً مجموعة من المصالح المتقاربة والمتضاربة لدى المشاركة مع الجهات الفاعلة غير الدول. وتضارب المصالح المؤسسي هو حالة قد تتأثر فيها دون مبرر مصلحة المنظمة الرئيسية على النحو المبين في دستورها، بتضارب مصلحة إحدى الجهات الفاعلة غير الدول على نحو يؤثر أو قد يبدو إلى حد معقول أنه يؤثر في استقلال عمل المنظمة وموضوعيته.

٢٥- وإذ تدير المنظمة إدارة فعالة لتضارب المصالح المؤسسي وسائر مخاطر المشاركة المشار إليها في الفقرة ٧ أعلاه، فإنها تهدف إلى تجنب السماح لتضارب مصالح جهة من الجهات الفاعلة غير الدول بممارسة تأثير لا مبرر له، أو يبدو إلى حد معقول على أنه كذلك، في عملية صنع القرار في المنظمة أو السيطرة على مصالحها؛

٢٦- وبالنسبة إلى المنظمة، قد تكون المخاطر المحتملة التي تتطوي عليها حالات تضارب المصالح المؤسسي أعلى المخاطر في أوضاع تتضارب فيها مصالح الجهات الفاعلة غير الدول، وخصوصاً المصالح الاقتصادية أو التجارية أو المالية، مع سياسات المنظمة المتعلقة بالصحة العمومية ولايتها الدستورية ومصالحها، ولاسيما استقلال المنظمة ونزاهتها في وضع السياسات والقواعد والمعايير.

١ على النحو المحدد في الفقرة ٣٩.

٢ تستخدم المنظمة أداة إلكترونية لإدارة المشاركة. وسجل الجهات الفاعلة غير الدول هو الجزء المتاح للاطلاع العام من الأداة وتتيح هذه الأداة أيضاً وسيلة إلكترونية لتسيير العمل لأغراض إدارة المشاركة على المستوى الداخلي. وتستخدم أداة إلكترونية مماثلة لإدارة تضارب المصالح على المستوى الفردي بهدف الموازنة بين تنفيذ الإطار وتنفيذ السياسة بشأن إدارة حالات تضارب المصالح الخاصة بالخبراء.

العناية الواجبة وتقدير المخاطر

٢٧- عند النظر في إمكانية الانخراط في المشاركة، تجري الوحدة التقنية المعنية في الأمانة فحصاً أولياً لتحديد ما إذا كانت هذه المشاركة في مصلحة المنظمة و متمشية مع المبادئ المتعلقة بمشاركة المنظمة مع الجهات الفاعلة غير الدول الواردة في الفقرة ٥ والأولويات المحددة في برنامج العمل العام والميزانية البرمجية. وإذا بدا أن ذلك هو الحال، ترجع الوحدة التقنية إلى سجل المنظمة الخاص بالجهات الفاعلة غير الدول، وتطلب، حسب اللزوم، من الجهة المعنية من تلك الجهات أن توفر المعلومات الأساسية الخاصة بها. ثم تكمل الوحدة هذه المعلومات بوصف للمشاركة المقترحة وبتقييم تجريبه للفوائد والمخاطر التي تنطوي عليها هذه المشاركة، حسب اللزوم، من خلال استخدام الأداة الإلكترونية على نطاق المنظمة.

٢٨- وتجري الوحدة التقنية تقديراً أولياً للمشاركة. وإذا تبين أنها تنطوي على خطورة قليلة، بالنظر مثلاً إلى طابعها المنكّرر^١ أو أنها لا تنطوي على وضع السياسات والقواعد والمعايير، فإن بمقدور الوحدة التقنية أن تضطلع بعملية مبسّطة بشأن اتخاذ إجراءات العناية الواجبة وتقدير المخاطر تعدّل الإجراءات الواردة في الفقرات ٢٩-٣٦، والفقرة ٣٩ كذلك، وأن تتخذ قراراً بشأن إدارة المخاطر، وذلك عقب اتخاذ ما يلزم من خطوات لضمان الامتثال بالكامل لما يرد في الفقرات ٥-٧.٢ أما فيما يخص جميع المشاركات الأخرى، فتُطبّق عليها الإجراءات كاملةً.

٢٩- وتتخذ المنظمة إجراءات العناية الواجبة، حفاظاً على نزاهتها، قبل المشاركة مع أي جهة من الجهات الفاعلة غير الدول، وتجري تقديراً للمخاطر. وتشير **العناية الواجبة** إلى خطوات المنظمة المتخذة للحصول على المعلومات المتعلقة بهذه الجهة والتحقق منها، وتكوين فهم واضح لمواصفات الجهة. وتشير العناية الواجبة إلى طبيعة الجهة المعنية من الجهات الفاعلة غير الدول في حين أن **تقدير المخاطر** يشير إلى تقدير أي مشاركة مقترحة معينة مع هذه الجهة.

٣٠- وتجمع إجراءات **العناية الواجبة** بين استعراض للمعلومات التي نتيجها الجهة المعنية من الجهات الفاعلة غير الدول وبحث عن المعلومات المتعلقة بالكيان المعني من مصادر أخرى وتحليل لجميع المعلومات المحصلة، مما يشمل إجراء فحص لمختلف مصادر المعلومات العامة والقانونية والتجارية بما فيها ما يلي: وسائل الإعلام؛ وتقارير محلي الشركات والأدلة والمرتسمات في الموقع الإلكتروني للكيان؛ والمصادر العامة والقانونية والحكومية.

٣١- وتتمثل الوظائف الأساسية المتصلة بإجراءات العناية الواجبة فيما يلي:

- توضيح طبيعة وأغراض الكيان المقترح أن يشارك مع المنظمة؛
- توضيح مصلحة وأهداف الكيان المقترح أن يشارك مع المنظمة؛ في المشاركة مع المنظمة وما الذي يتوقعه في المقابل؛
- تحديد الوضع القانوني للكيان ومجال أنشطته وعضويته وهيكل تصريف شؤونه ومصادر تمويله وتشكيله ونظامه الأساسي ولائحته الداخلية وحالات انتسابه؛
- تحديد العناصر الرئيسية التي تبين تاريخ الكيان وأنشطته من حيث ما يلي: المسائل الصحية والإنسانية والمسائل المتعلقة بالعمل والمسائل البيئية والأخلاقية والتجارية والسمعة والصورة واستقرار الوضع المالي؛
- يتم تحديد إذا ما كان ينبغي تطبيق الفقرة ٤٤ أو الفقرة ٤٥.

١ شريطة الاضطلاع فعلاً بإجراءات العناية الواجبة وتقدير المخاطر وبقاء طابع المشاركة دون تغيير.

٢ يبيّن الدليل المعدّ للموظفين العملية المبسّطة لإجراءات العناية الواجبة وتقدير المخاطر والمعلومات المقرّر أن تقدمها الجهات الفاعلة غير الدول، فضلاً عن المعايير المتعلقة بالمشاركات المنطوية على خطورة قليلة.

٣٢- وتسمح إجراءات العناية الواجبة أيضاً للأمانة بأن تصنّف لأغراض مشاركتها كل جهة من الجهات الفاعلة غير الدول فيما يتصل بفئة واحدة من ضمن الفئات الأربع للجهات الفاعلة غير الدول على أساس طبيعتها وأغراضها وتصريف شؤونها وتمويلها واستقلالها وعضويتها. ويُشار إلى هذا التصنيف في سجل الجهات الفاعلة غير الدول.

٣٣- المخاطر هي عبارة عن احتمال وقوع حدث ضار وإمكانية تأثيره في قدرة المنظمة على تحقيق أهدافها. ويجرى تقدير للمخاطر المرتبطة بمشاركة مقترحة بالإضافة إلى إجراءات العناية الواجبة. ويشمل ذلك تقدير المخاطر المرتبطة بالمشاركة مع إحدى الجهات الفاعلة غير الدول، وخصوصاً المخاطر الوارد وصفها في الفقرة ٨.

إدارة المخاطر

٣٤- تتصل إدارة المخاطر بالعملية المفضية إلى اتخاذ قرار إداري، تقرر الأمانة بموجبه على نحو واضح ومبّرر الدخول في المشاركة،^١ أو مواصلة المشاركة أو المشاركة باتخاذ تدابير لتخفيف وطأة المخاطر أو عدم المشاركة أو التراجع عن مشاركة قائمة أو مقررة مع الجهات الفاعلة غير الدول. هذا قرار إداري تتخذه عادة الوحدة المشاركة مع جهة من الجهات الفاعلة غير الدول بناءً على توصية من الوحدة المتخصصة والمسؤولة عن الاضطلاع بإجراءات العناية الواجبة وتقدير المخاطر.

٣٥- وتُكرّس الأمانة آلية لاستعراض اقتراحات المشاركة المحالة إليها وتوصي بالمشاركة أو مواصلة المشاركة أو المشاركة باتخاذ تدابير لتخفيف وطأة المخاطر أو عدم المشاركة أو التراجع عن مشاركة قائمة أو مقررة مع الجهات الفاعلة غير الدول. ويحرص المدير العام في إطار عمله مع المديرين الإقليميين على ضمان تنفيذ هذا الإطار عبر أنحاء مستويات المنظمة كافة تنفيذاً متماسكاً ومتسقاً.

٣٦- وتتبع المنظمة نهج إدارة المخاطر في سياق المشاركة ولا تقبل الدخول في المشاركة مع إحدى الجهات الفاعلة غير الدول إلا إذا كانت الفوائد من حيث المساهمة المباشرة أو غير المباشرة في الصحة العمومية والوفاء بولاية المنظمة الوارد ذكرها في الفقرة ٦ تفوق أي مخاطر متبقية تنطوي عليها المشاركة مثلما تبينه الفقرة ٧، وكذلك ما يكرّس من وقت ويُكبّد من نفقات لإرساء المشاركة وصونها.

الشفافية

٣٧- تدار تفاعلات المنظمة مع الجهات الفاعلة غير الدول إدارة شفافة. وتقدم المنظمة تقريراً سنوياً إلى الأجهزة الرئاسية عن مشاركتها مع الجهات الفاعلة غير الدول، بما فيها معلومات موجزة عما تقوم به الأمانة من العناية الواجبة وتقييم المخاطر وإدارتها، ونتيج كذلك المنظمة للاطلاع العام المعلومات الملائمة عن مشاركتها مع الجهات الفاعلة غير الدول.

٣٨- سجل المنظمة الخاص بالجهات الفاعلة غير الدول هو أداة إلكترونية متاحة على شبكة الإنترنت للاطلاع العام تستخدمها الأمانة^٢ لتوثيق المشاركة مع الجهات الفاعلة غير الدول وتنسيقها. ويحتوي السجل على

١ بخلاف القرارات المتعلقة بالعلاقات الرسمية المبينة في الفقرات من ٥٠ إلى ٥٧.

٢ سجل الجهات الفاعلة غير الدول هو أداة من المستوى الأول تستخدمها الأمانة وهو يحتوي على أربعة مستويات من المعلومات كما يلي: مستوى متاح للاطلاع العام وآخر متاح للدول الأعضاء ومستوى عامل متاح للأمانة ومستوى رابع يضم معلومات سرية وحساسة لا يُتاح إلا لعدد محدود من الأفراد داخل الأمانة.

معلومات موحّدة رئيسية تتيحها الجهات الفاعلة غير الدول^١ وعلى أوصاف رفيعة المستوى لمشاركة المنظمة مع هذه الجهات الفاعلة؛^٢

٣٩- وتطالب الجهات الفاعلة غير الدول المشاركة مع المنظمة بتوفير المعلومات عن مؤسستها. وتشمل هذه المعلومات الاسم والعضوية والوضع القانوني والغرض وهيكل تصريف الشؤون وتشكيل أجهزة صنع القرار الرئيسية والأصول والدخل السنوي ومصادر التمويل وحالات الانتساب الرئيسية ذات الصلة والموقع على شبكة الإنترنت وجهة أو أكثر من جهات التنسيق لاتصالات المنظمة.

٤٠- وعندما تتخذ الأمانة قراراً بشأن المشاركة مع جهة من الجهات الفاعلة غير الدول، يُنشر ملخص للمعلومات التي يتيحها هذا الكيان وتُحفظ في سجل المنظمة الخاص بالجهات الفاعلة غير الدول. وتقع المسؤولية عن دقة المعلومات التي تتيحها الجهة المعنية من الجهات الفاعلة غير الدول وتُنشر في السجل على عاتق هذه الجهة الفاعلة المعنية ولا تعبر عن تأييد المنظمة لها بأي شكل من الأشكال.

٤١- ويجب على الجهات الفاعلة غير الدول الموصوفة في السجل أن تحدّث كل سنة أو بناءً على طلب المنظمة ما تتيحها من معلومات خاصة بها. ويحدّد تاريخ المعلومات المدرجة في سجل المنظمة الخاص بالجهات الفاعلة غير الدول. أما المعلومات عن الكيانات التي لم تعد مشاركة مع المنظمة أو لم تحدّث المعلومات الخاصة بها، فيُشار إليها على أنها معلومات "محفوفة". ويمكن النظر في المعلومات المحفوظة من سجل المنظمة الخاص بالجهات الفاعلة غير الدول فيما يتصل بطلبات المشاركة المقدمة في المستقبل حسب الاقتضاء.

٤٢- وعلاوة على المعلومات المتاحة للاطلاع العام، يُتاح إلكترونياً للدول الأعضاء تقرير موجز عن إجراءات العناية الواجبة فيما يتعلق بالمشاركة مع الجهات الفاعلة غير الدول وعن تقديرات المخاطر وإدارتها. كما يُتاح للدول الأعضاء بناءً على طلبها الاطلاع على التقرير الكامل المتعلق بذلك بواسطة منصة مأمونة للوصول عن بعد؛

٤٣- وتحفظ المنظمة كتيباً لإرشاد الجهات الفاعلة غير الدول في تفاعلها مع المنظمة بما يتماشى مع هذا الإطار. كما يُحفظ دليل للموظفين بشأن تنفيذ إطار المشاركة مع الجهات الفاعلة غير الدول.

الأحكام المحددة

٤٤- لا تشارك المنظمة مع دوائر صناعة التبغ أو الجهات الفاعلة غير الدول التي تعمل على تعزيز مصالح دوائر صناعة التبغ. ولا تشارك المنظمة دوائر صناعة الأسلحة.

المشاركة عندما ينبغي أن تتوخى المنظمة الحذر بوجه خاص

٤٥- تتوخى المنظمة الحذر بوجه خاص لاسيما لدى اتخاذ إجراءات العناية الواجبة وتقدير المخاطر وإدارة المخاطر عند المشاركة مع كيانات القطاع الخاص أو سائر الجهات الفاعلة غير الدول التي تؤثر سياستها أو أنشطتها سلباً على صحة الإنسان ولا تتفق مع سياسات المنظمة وقواعدها ومعاييرها ولاسيما تلك المرتبطة بالأمراض غير السارية ومحدداتها.

١ تُوثق المعلومات عن المساهمات المالية المتلقاة من الجهات الفاعلة غير الدول في هذا السجل وفي بوابة الميزانية البرمجية على شبكة الإنترنت.

٢ ويغطي السجل مستويات المنظمة الثلاثة العالمي والإقليمي والقطري كما يتضمن الشراكات التي يتم استضافتها والبرامج المشتركة.

الارتباط باسم المنظمة وشعارها

٤٦- يعترف الجمهور باسم المنظمة وشعارها كرمزين للنزاهة وضممان الجودة. وعليه، لا يُستخدم اسم المنظمة ومختصرها وشعارها لأغراض التسويق والإعلان التجاريين والترويجيين أو اقتراناً بذلك. ويتطلب أي استخدام لاسم المنظمة أو شعارها إذناً كتابياً صريحاً من المدير العام للمنظمة.^١

انتداب الموظفين

٤٧- لا تقبل المنظمة انتداب الموظفين من كيانات القطاع الخاص.

علاقة الإطار بسياسات منظمة الصحة العالمية الأخرى

٤٨- يحل هذا الإطار محل المبادئ التي تحكم العلاقات بين منظمة الصحة العالمية والمنظمات غير الحكومية^٢ والمبادئ التوجيهية للتفاعل مع المؤسسات التجارية من أجل تحقيق الحصائل الصحية المرجوة (التي أحاط المجلس التنفيذي علماً بها).^٣

٤٩- ينسق تنفيذ السياسات المذكورة أدناه والمرتبطة بمشاركة المنظمة مع الجهات الفاعلة غير الدول ويوأم مع إطار المشاركة مع الجهات الفاعلة غير الدول. وفي حالة نشوء تنازع، يحال إلى المجلس التنفيذي من خلال لجنة البرنامج والميزانية والإدارة التابعة له.

(أ) السياسات المتعلقة بمشاركة المنظمة في الشراكات الصحية العالمية وترتيبات الاستضافة.^٤

(١) تستمد الشراكات التي يتم استضافتها شخصيتها القانونية من المنظمة وتخضع لقواعد ولوائح المنظمات. وبالتالي ينطبق الإطار على مشاركتها مع الجهات الفاعلة غير الدول. ويكون لديها هيكل رسمي لتصريف الشؤون، منفصل عن ذلك الخاص بالأجهزة الرئاسية للمنظمة، والذي يتم على أساسه اتخاذ القرارات بشأن الاتجاه وخطط العمل والميزانيات؛ وتكون أطر المساءلة البرمجية الخاصة بها مستقلة عن تلك الخاصة بالمنظمة. بنفس الطريقة ينطبق الإطار على الكيانات الأخرى التي يتم استضافتها والتي تخضع لقواعد ولوائح المنظمات.

(٢) تنظم مشاركة المنظمة في شراكات خارجية بموجب السياسة المتعلقة بمشاركة المنظمة في الشراكات الصحية العالمية وترتيبات الاستضافة. وينطبق إطار المشاركة مع الجهات الفاعلة غير الدول كذلك على مشاركة المنظمة في هذه الشراكات.^٥

١ انظر الموقع الإلكتروني التالي: <http://www.who.int/about/licensing/emblem/en/>.

٢ الوثائق الأساسية، الطبعة الثامنة والأربعون، جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ ٢٠١٤، الصفحات من ٩٧-١٠٢.

٣ انظر الوثيقة مت/١٠٧/٢٠٠١/٢ سجلات/٢، المحضر الموجز للجلسة الثانية عشرة (بالإنكليزية).

٤ السياسة التي اعتمدها جمعية الصحة في القرار ج ص ع٦٣-١٠ (٢٠١٠) بشأن الشراكات والملحق ١.

٥ هيئة الدستور الغذائي هي هيئة حكومية دولية تمثل الجهاز الرئاسي لبرنامج المواصفات الغذائية المشترك بين منظمة الأغذية والزراعة ومنظمة الصحة العالمية والذي لا يخضع حصراً لإدارة منظمة الصحة العالمية. وهناك هيئات فرعية تدعم هيئة الدستور الغذائي، ومنها لجان الدستور الغذائي ولجان التنسيق الإقليمية وأفرقة العمل. ويخضع تنظيم اجتماعات الهيئة واللجان، بما فيها لجان الخبراء المستقلين وأفرقة العمل للنظام الداخلي وسائر المقررات الإجرائية التي تعتمدها هيئة الدستور الغذائي.

(ب) اللوائح الخاصة بفرق الخبراء الاستشاريين واللجان والمبادئ التوجيهية لإعلان المصالح (خبراء منظمة الصحة العالمية). وإدارة علاقات المنظمة مع آحاد الخبراء والتي تحددها اللائحة التنفيذية لفرق الخبراء الاستشاريين واللجان^١ والمبادئ التوجيهية لإعلان المصالح (خبراء المنظمة).

(ج) النظام الأساسي للموظفين ولوائح الموظفين. يخضع جميع الموظفين للنظام الأساسي للموظفين ولوائح الموظفين، مع ملاحظة على وجه الخصوص الأحكام الخاصة فيها بإعلان المصالح: وفقاً للمادة ١-١ من لائحة الموظفين في المنظمة، "يتعهدون بالنهوض بأعباء ووظائفهم لا يحدوهم في سلوكهم سوى مصلحة منظمة الصحة العالمية وحدها".

(د) لوائح للدراسات والفرق العلمية والمؤسسات المتعاونة وغيرها من آليات التعاون. ويتم تنظيم التعاون العلمي من خلال اللوائح الخاصة بالدراسة والفرق العلمية والمؤسسات المتعاونة وغيرها من آليات التعاون.^٢

(هـ) اللائحة المالية والنظام المالي.

(١) تنظم المشتريات من السلع والخدمات بموجب اللائحة المالية والنظام المالي^٣؛ ولا يغطي إطار المشاركة مع الجهات الفاعلة غير الدول هذه المشتريات، ولو أنه يغطي المساهمات المقدمة دون مقابل من الجهات الفاعلة غير الدول.

(٢) ينبغي اعتبار التمويل المقدم من الجهات الفاعلة غير الدول، مثله مثل سائر التمويل المقدم للمنظمة، جزءاً من الحوار الخاص بالتمويل وأن يُنظَّم بموجب اللائحة المالية والنظام المالي؛ وينظَّم هذا الإطار القرار المتعلق بقبول مثل هذه المساهمات المالية.

العلاقات الرسمية

٥٠- "العلاقات الرسمية" امتياز يُمكن للمجلس التنفيذي أن يمنحه للمنظمات غير الحكومية والرابطات التجارية الدولية والمؤسسات الخيرية التي شاركت ولا تزال تشارك مشاركة مستمرة ومنهجية^٤ لخدمة مصلحة المنظمة. وتتماشى أهداف كل هذه الكيانات وأنشطتها مع روح دستور المنظمة وأغراضه ومبادئه كما تسهم إسهاماً على نحو يُعتمد به في النهوض بالصحة العمومية. ويُمكن للمنظمات ذات العلاقات الرسمية أن تحضر اجتماعات الأجهزة الرئاسية للمنظمة، ولكنها تخضع بخلاف ذلك للقواعد نفسها التي تخضع لها الجهات الفاعلة غير الدول عند مشاركتها مع المنظمة.

٥١- الكيانات ذات العلاقات الرسمية مع المنظمة تكون دولية من حيث عضويتها و/ أو نطاقها. ويكون لجميع الكيانات ذات العلاقات الرسمية مع المنظمة دستور أو وثيقة أساسية مماثلة، ومقر رئيسي دائم، وجهاز رئاسي، وهيكل إداري، وقيد يحدِّث بانتظام في سجل المنظمة الخاص بالجهات الفاعلة غير الدول.

١ انظر الوثائق الأساسية، الطبعة الثامنة والأربعون، جنيف: منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٤، الصفحات من ١٢١ إلى ١٣٠.

٢ الوثائق الأساسية، الطبعة الثامنة والأربعون، جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ ٢٠١٤، الصفحات من ١٣١ إلى ١٣٨.

٣ الوثائق الأساسية، الطبعة الثامنة والأربعون، جنيف: منظمة الصحة العالمية ٢٠١٤، الصفحات من ١٠٣ إلى ١١٣.

٤ يعني ذلك مشاركة منهجية تستمر لمدة سنتين على الأقل وفقاً لما هو موثق في سجل المنظمة الخاص بالجهات الفاعلة غير الدول، ويُثبت تقييم كلا الطرفين أنها تحقق فائدة متبادلة. ولا يُعد الاقتصار على مشاركة كل طرف في اجتماعات الطرف الآخر مشاركة منهجية.

٥٢- تستند العلاقات الرسمية إلى خطة تعاون بين المنظمة والكيان وتتضمن أهدافاً متفقاً عليها وتحدد الأنشطة لمدة السنوات الثلاث المقبلة منظمّة وفقاً لبرنامج العمل العام والميزانية البرمجية وبما يتواءم مع هذا الإطار. وتُنشر هذه الخطة أيضاً في سجّل المنظمة للجهات الفاعلة غير الدول. وتقدّم هذه المنظمات تقريراً سنوياً موجزاً عن التقدم المحرز في تنفيذ خطة التعاون وسائر الأنشطة ذات الصلة يُنشر في سجّل المنظمة للجهات الفاعلة غير الدول. ويجب أن تكون هذه الخطط غير معنية بالشواغل ذات الطبيعة التجارية أو المرتبطة بتحقيق الربح.

٥٣- وقد تنطوي المشاركة المستدامة والمنهجية للمنظمات غير الحكومية العاملة بشأن قضايا الصحة العالمية على إجراء البحوث والاضطلاع بالدعوة النشطة فيما يتعلق باجتماعات المنظمة وسياساتها وقواعدها ومعاييرها. ويمكن النظر في إقامة علاقات رسمية مع تلك المنظمات غير الحكومية على أساس مرور ثلاث سنوات على الأقل من اضطلاع المنظمات المذكورة بالأنشطة ووضعها لخطط عملها مستقبلاً بشأن إجراء البحوث والدعوة فيما يخص قضايا الصحة العمومية العالمية.

٥٤- والمجلس التنفيذي مسؤول عن اتخاذ القرار بشأن قبول دخول منظمات في علاقات رسمية مع المنظمة ويستعرض هذه الصفة كل ثلاث سنوات. ويجوز للمدير العام أن يقترح قبول دخول منظمات دولية غير حكومية ومؤسسات خيرية ورابطات تجارية دولية في علاقات رسمية مع المنظمة. ويُمكن للمدير العام أيضاً أن يقترح إجراء استعراض في وقت مبكر بالاستناد إلى الخبرة المكتسبة في التعاون مع المنظمة المعنية.

٥٥- وتُدعى الكيانات ذات العلاقات الرسمية مع المنظمة إلى المشاركة في دورات الأجهزة الرئاسية للمنظمة. ويشمل هذا الامتياز ما يلي:

(أ) إمكانية تعيين ممثل للاشتراك، دون حق التصويت، في اجتماعات الأجهزة الرئاسية للمنظمة أو في اجتماعات اللجان والمؤتمرات التي تتعقد تحت سلطتها؛

(ب) إمكانية الإدلاء ببيان في إحدى الحالتين التاليتين: (١) إذا دعاها رئيس الاجتماع إلى الإدلاء ببيان؛ أو (٢) إذا قبل رئيس الاجتماع طلبها لدى مناقشة موضوع يحظى باهتمام الكيان المعني بصفة خاصة؛

(ج) إمكانية تقديم البيان المشار إليه في الفقرة الفرعية (ب) أعلاه قبل المناقشة لنشره على الموقع الإلكتروني المخصص.

٥٦- وينبغي أن تعيّن الجهات الفاعلة غير الدول المشاركة في اجتماعات الأجهزة الرئاسية للمنظمة رئيساً لوفدها وأن تعلن عن حالات الانتساب الخاصة بمندوبيها. وينبغي أن يشمل هذا الإعلان وظيفة كل مندوب في الجهة الفاعلة غير الدول نفسها، وعند الاقتضاء، وظيفته في أي منظمة منتسبة.

٥٧- ويجوز للجان الإقليمية أن تضع إجراءً يمنح جهات أخرى فاعلة دولية وإقليمية ووطنية^١ غير الدول ليست ذات علاقات رسمية حق حضور اجتماعاتها مادام يُدار الإجراء وفقاً لهذا الإطار.

الإجراءات الخاصة بدخول المنظمات في علاقات رسمية مع المنظمة واستعراض وضعها

٥٨- ينبغي أن يستند طلب الدخول في علاقات رسمية إلى قيود محدّثة في سجّل المنظمة الخاص بالجهات الفاعلة غير الدول بتوفير جميع المعلومات الضرورية المطلوبة بشأن طبيعة الجهة الفاعلة وأنشطتها. وينبغي أن

١ وفقاً لأحكام المادة ٧١ من دستور منظمة الصحة العالمية.

يشمل الطلب ملخصاً للمشاركة السابقة على النحو الموثق في سجّل الجهات الفاعلة غير الدول وخطة ثلاثية السنوات للتعاون مع المنظمة تشترك الجهة الفاعلة والمنظمة في وضعها والموافقة عليها.

٥٩- وينبغي أن يصل خطاب موقع يشهد بدقة محتويات طلب إقامة العلاقات الرسمية ويقدم إلكترونياً إلى المقر الرئيسي، في موعد لا يتجاوز نهاية شهر تموز/ يوليو لكي يُقدّم إلى المجلس التنفيذي في دورته المعقودة في شهر كانون الثاني/يناير التالي. وتُستعرض طلبات الدخول في علاقة رسمية مع المنظمة لضمان استيفائها للمعايير المحددة والمتطلبات الأخرى المنصوص عليها في هذا الإطار. وينبغي أن تُحيل الأمانة الطلبات إلى أعضاء المجلس التنفيذي قبل ستة أسابيع من دورة المجلس التي تُعقد في كانون الثاني/يناير ويُنظر خلالها في هذه الطلبات.

٦٠- وتُنظر لجنة البرنامج والميزانية والإدارة التابعة للمجلس التنفيذي، خلال دورة المجلس التي تُعقد في كانون الثاني/يناير، في الطلبات المقدمة وتصدر توصياتها إلى المجلس في هذا الصدد. ويجوز للجنة أن تدعو ممثلاً لمنظمة تقدم طلباً إلى التحدث أمامها بشأن طلب هذه المنظمة. وإذا رُئي أن المنظمة التي تقدم الطلب لا تستوفي المعايير المتبعة يجوز للجنة، حرصاً على الحفاظ على شراكة مثمرة متواصلة تقوم على أساس أهداف محددة وتدعمها دلائل على مشاركة ناجحة سابقة ووجود إطار لأنشطة تعاونية قادمة، أن توصي بإرجاء النظر في طلب ما أو رفضه.

٦١- ويقرر المجلس، بعد دراسة توصيات اللجنة، ما إذا كان يجب قبول منظمة ما للدخول في علاقات رسمية مع منظمة الصحة العالمية أو لا. ولا يُنظر عادة في طلب تقدمه منظمة غير حكومية للمرة الثانية إلا بعد انقضاء سنتين على قرار المجلس بشأن الطلب الأول.

٦٢- ويبلغ المدير العام كل منظمة بقرار المجلس بشأن طلبها. ويوثق المدير العام القرارات التي تتخذها الأمانة والمجلس التنفيذي بشأن الطلبات المقدمة من الجهات الفاعلة غير الدول، ويوضح هذا الوضع في سجل المنظمة الخاص بالجهات الفاعلة غير الدول، ويحتفظ بقائمة بأسماء المنظمات التي تم قبولها للدخول في علاقات رسمية مع المنظمة.

٦٣- وينبغي للكيانات ذات العلاقات الرسمية والأمانة تحديد جهات لتنسيق التعاون تكون مسؤولة عن تبليغ بعضها البعض وتبليغ منظماتها بأي تطورات تطرأ على تنفيذ خطة التعاون وتكون أول جهات اتصال في حال حدوث أي تغييرات أو مشكلات.

٦٤- ويستعرض المجلس، من خلال لجنة البرنامج والميزانية والإدارة التابعة له، التعاون مع كل جهة من الجهات الفاعلة غير الدول والتي دخلت في علاقات رسمية كل ثلاث سنوات ويقرر ما إذا كان من المستحسن الإبقاء على العلاقات الرسمية مع المنظمات أو إرجاء القرار بشأن الاستعراض إلى العام التالي. ويوزع استعراض المجلس للجهات الفاعلة غير الدول على فترة ثلاث سنوات بحيث يجري استعراض ثلث الكيانات التي دخلت في علاقات رسمية كل عام.

٦٥- ويجوز للمدير العام أن يقترح إجراء استعراض في وقت مبكر للعلاقات الرسمية التي تتمتع بها إحدى الجهات الفاعلة غير الدول مع المنظمة من قبل المجلس التنفيذي من خلال لجنة البرنامج والميزانية والإدارة في حال وجود مسائل، مثل الإخفاق في أداء الكيان لدوره في خطة التعاون، أو عدم التواصل مع المنظمة، أو عدم استيفاء الجهة الفاعلة غير الدول لمتطلبات التبليغ، أو تغيير طبيعة المنظمة المعنية أو نشاطها، أو عدم استيفائها لمعايير القبول، أو وجود أي مخاطر جديدة محتملة تهدد التعاون.

٦٦- ويجوز للمجلس أن يضع حداً للعلاقات الرسمية إذا اعتبر أن العلاقات لم تعد ملائمة أو ضرورية تبعاً لتغيير البرامج أو لظروف أخرى. وبالمثل، يجوز للمجلس تعليق العلاقات الرسمية أو وضع حد لها إذا لم تعد منظمة ما تستوفي المعايير المنطبقة لدى إقامة تلك العلاقات أو أخفقت في تحديث المعلومات الخاصة بها والتبليغ عن التعاون في سجل الجهات الفاعلة غير الدول أو أخفقت في القيام بدورها في برنامج التعاون المتفق عليه.

مراقبة المشاركة

٦٧- يتولى المجلس التنفيذي، من خلال لجنة البرنامج والميزانية والإدارة التابعة له، مراقبة تنفيذ إطار مشاركة المنظمة مع الجهات الفاعلة غير الدول ويقترح إدخال تنقيحات على الإطار كما يمكنه منح امتياز التمتع بعلاقات رسمية مع المنظمة للمنظمات الدولية غير الحكومية والمؤسسات الخيرية والرباطات التجارية الدولية.

٦٨- وتتولى لجنة البرنامج والميزانية والإدارة التابعة للمجلس التنفيذي مهام الاستعراض والإرشاد وتقديم التوصيات إلى المجلس التنفيذي حسب الاقتضاء بخصوص ما يلي:

(أ) مراقبة تنفيذ المنظمة لإطار المشاركة مع الجهات الفاعلة غير الدول، بما في ذلك ما يلي:

(١) النظر في التقرير السنوي الخاص بالمشاركة مع الجهات الفاعلة غير الدول المقدم من المدير العام

(٢) أي أمر آخر يتعلق بالمشاركة يحيله المجلس إلى اللجنة

(ب) الكيانات ذات العلاقات الرسمية مع المنظمة، بما في ذلك ما يلي:

(١) اقتراحات بشأن قبول دخول جهات فاعلة غير الدول في علاقات رسمية مع المنظمة

(٢) استعراض تجديد وضع الكيانات ذات العلاقات الرسمية مع المنظمة

(ج) أي اقتراحات عند اللزوم بإدخال تنقيحات على إطار المشاركة مع الجهات الفاعلة غير الدول.

عدم الامتثال لهذا الإطار

٦٩- يمكن لعدم الامتثال أن يشمل ضمن جملة أمور أخرى ما يلي: حالات التأخير ذات الشأن في توفير المعلومات لسجل المنظمة الخاص بالجهات الفاعلة غير الدول؛ وتوفير معلومات خاطئة واستخدام المشاركة مع المنظمة لأغراض أخرى بخلاف حماية الصحة العمومية وتعزيزها مثل أغراض التسويق والإعلان التجاريين والترويجيين؛ وإساءة استعمال اسم المنظمة وشعارها؛ ومحاولة التأثير بدون داع؛ وإساءة استعمال الامتيازات الممنوحة بموجب العلاقات الرسمية.

٧٠- ويمكن أن يكون لعدم امتثال إحدى الجهات الفاعلة غير الدول لأحكام هذا الإطار عواقب على الكيان المعني بعد تنفيذ الإجراءات الواجبة التي تشمل تنبيهاً وتحذيراً وخطاباً بالتوقف والامتناع ورفضاً لتجديد المشاركة ووضع حد للمشاركة. ويمكن توفيق قيام المجلس التنفيذي بمراجعة وضع العلاقات الرسمية، كما يمكن أن يكون عدم الامتثال سبباً في عدم تجديد العلاقات الرسمية. وباستثناء حالات عدم الامتثال المهمة والمتعمدة، لا ينبغي استبعاد الجهة الفاعلة غير الدول المعنية تلقائياً من أوجه المشاركة الأخرى مع المنظمة.

٧١- وأي مساهمة مالية ترد إلى المنظمة، ويكتشف لاحقاً أنها لا تمتثل لأحكام هذا الإطار، تُعاد إلى الجهة المساهمة.

التنفيذ

٧٢- تمشياً مع المبادئ الموضحة في الفقرة ٦، سيُنفذ هذا الإطار بأكمله على نحو يدير ويدعم مشاركة المنظمة مع الجهات الفاعلة غير الدول سعياً إلى تحقيق أهداف الصحة العمومية، بما في ذلك من خلال الشراكات بين أصحاب المصلحة المتعددين، مع حماية نزاهة المنظمة واستقلالها ومصداقيتها وسمعتها في الوقت ذاته.

٧٢- عند تطبيق هذا الإطار، وعند الاستجابة لأحداث الصحة العمومية الحادة الموضحة في اللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥) أو غيرها من الطوارئ التي تترتب عليها عواقب صحية، سيعمل المدير العام وفقاً لدستور المنظمة^١ والمبادئ المحددة في هذا الإطار. وعند قيام المدير العام بذلك، يجوز له إبداء المرونة حسب ما قد يقتضيه تطبيق الإجراءات الخاصة بهذا الإطار في تلك الاستجابة، عندما يرى ضرورة لإبداء المرونة، وفقاً للمسؤوليات التي تضطلع بها المنظمة بوصفها قائد مجموعة الصحة، وضرورة المشاركة بسرعة وعلى نطاق واسع مع الجهات الفاعلة غير الدول من أجل التنسيق والتوسع وتقديم الخدمات^٢. وسيتولى المدير العام إخطار الدول الأعضاء باستخدام الوسائل الملائمة^٣، بما في ذلك الرسائل الخطية على وجه الخصوص، دون تأخير لا مبرر له عندما تتطلب هذه الاستجابة إبداء المرونة، وأن يدرج موجزاً للمعلومات والمسوغات التي تبرر هذه المرونة في التقرير السنوي بشأن المشاركة مع الجهات الفاعلة غير الدول.

رصد الإطار وتقييمه

٧٤- سيُصد تنفيذ الإطار رسداً داخلياً ومستمرًا ومن جانب المجلس التنفيذي عبر لجنة البرنامج والميزانية والإدارة في التقرير السنوي عن المشاركة مع الجهات الفاعلة غير الدول وتقييم المعلومات المتاحة في السجل الخاص بالجهات الفاعلة غير الدول.

٧٥- وعلاوة على ذلك، ينبغي إجراء تقييم دوري لتنفيذ الإطار. كما تقدّم نتائج هذا التقييم إلى جانب أي اقتراحات بشأن تنقيح الإطار إلى المجلس التنفيذي عن طريق لجنة البرنامج والميزانية والإدارة.

١ وفقاً لأحكام المادة ٢(د) من دستور منظمة الصحة العالمية.

٢ عقب مراعاة القرار ج ص ع ٦٥-٢٠ (٢٠١٢) بشأن استجابة منظمة الصحة العالمية، ودورها بصفقتها قائد مجموعة الصحة، في مجال تلبية الطلبات الصحية المتنامية في الطوارئ الإنسانية.

٣ بما في ذلك على النحو الموضح في قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة ١٨٢/٦٤ (تعزيز تنسيق تقديم مساعدات الأمم المتحدة الإنسانية في حالات الطوارئ)، الذي يحدد منسق الإغاثة في حالات الطوارئ التابع للأمم العام، واللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥).

سياسة المنظمة وإجراءاتها التشغيلية بشأن المشاركة مع المنظمات غير الحكومية

- ١- تتّظّم هذه السياسة على وجه التحديد مشاركة المنظمة مع المنظمات غير الحكومية حسب نوع التفاعل.^١ وتطبق الأحكام الخاصة بالإطار الجامع أيضاً على جميع أشكال المشاركة مع المنظمات غير الحكومية.

المشاركة

مشاركة المنظمات غير الحكومية في اجتماعات المنظمة^٢

- ٢- يمكن للمنظمة أن تدعو المنظمات غير الحكومية إلى المشاركة في المشاورات، وجلسات الاستماع أو غيرها من الاجتماعات وفقاً للفقرة ١٥ من الإطار الجامع. ويمكن أن تُجرى هذه المشاورات وجلسات الاستماع عبر شبكة الإنترنت أو وجهاً لوجه،

- ٣- وتستند المشاركة في الاجتماعات الأخرى إلى مناقشة بند تهتم به المنظمة غير الحكومية اهتماماً خاصاً، وتضيف المشاركة فيه قيمة إلى مداوات الاجتماع. وتجرى هذه المشاركة من أجل تبادل المعلومات والآراء، ولكنها لا تجرى أبداً من أجل إبداء المشورة.

- ٤- وتعتمد طبيعة مشاركة المنظمات غير الحكومية على نوع الاجتماع المعني. وتتولى الأجهزة الرئاسية للمنظمة أو الأمانة تحديد الشكل، والطرائق، وكيفية مشاركة المنظمات غير الحكومية في المشاورات، وجلسات الاستماع، وغيرها من الاجتماعات على أساس كل حالة على حدة. وينبغي إتاحة المشاركة والمدخلات الواردة من المنظمات غير الحكومية علناً، كلما كان ذلك ممكناً. فالمنظمات غير الحكومية لا تشارك في أي عملية لصنع القرار في المنظمة.

مشاركة الأمانة في الاجتماعات التي تنظمها المنظمات غير الحكومية

- ٥- يمكن للمنظمة أن تنظم اجتماعات مشتركة أو أن تشارك في رعاية اجتماعات تنظمها المنظمات غير الحكومية، مادام بالإمكان الحفاظ على نزاهة المنظمة واستقلالها وسمعتها مادامت هذه المشاركة تُسهم في تحقيق أغراض المنظمة التي ينص عليها برنامج العمل العام. ويمكن لموظفي المنظمة المشاركة، وفقاً لقواعد المنظمة الداخلية. ولن تأول المنظمة غير الحكومية مشاركة المنظمة على أنه نوع من الدعم أو التأييد الرسمي للاجتماع كما توافق على عدم استخدام مشاركة المنظمة لأغراض ترويجية.

السياسات الخاصة بالإجراءات التشغيلية

- ٦- تُدار مشاركة المنظمة في اجتماعات المنظمات غير الحكومية بصفتها مشاركة في التنظيم أو الرعاية أو بأعضاء حلقات النقاش أو المتحدثين طبقاً لأحكام هذا الإطار.

١ انظر الفقرات من ١٤ إلى ٢٠ من الإطار الجامع للاطلاع على أنواع التفاعلات الخمسة.

٢ غير دورات الأجهزة الرئاسية التي تنظمها سياسة إدارة شؤون المشاركة.

الموارد

٧- يُمكن للمنظمة أن تقبل المساهمات المالية والعينية المقدمة من المنظمات غير الحكومية مادامت هذه المساهمات تندرج ضمن برنامج العمل العام للمنظمة، ولا تُوجد تضارباً في المصالح، وتُدار وفقاً للإطار، وتمتثل للوائح المنظمة وقواعدها وسياساتها الأخرى ذات الصلة.

٨- وينبغي أن يخضع قبول المساهمات (سواء النقدية أو العينية) للشروط التالية:

- (أ) لا يشكل قبول المنظمة للمساهمة تزكية من جانبها لهذه المنظمة غير الحكومية؛
 - (ب) لا يمنح قبول المساهمة الجهة المساهمة أي امتيازات أو مزايا؛
 - (ج) لا يتيح قبول المساهمة للجهة المساهمة أي فرص لإسداء المشورة بشأن إدارة أو تنفيذ الأنشطة التشغيلية أو التأثير عليها أو المشاركة فيها أو تولي زمام قيادتها؛
 - (د) تحتفظ المنظمة بحقها في ممارسة السلطة التقديرية في رفض مساهمة دون تقديم أي تفسير آخر.
- ٩- ويمكن للمنظمة أن تقدم الموارد إلى منظمة غير حكومية من أجل تنفيذ عمل معين وفقاً للميزانية البرمجية واللائحة المالية والنظام المالي وغيرها من القواعد والسياسات المنطبقة. وقد تستهدف هذه الموارد دعم مشروع من مشاريع المؤسسة ترى المنظمة أنه يستحق الدعم ويتسق مع برنامج عملها العام أو دعم مشروع تتولى المنظمة تنظيمه أو تنسيقه. والدعم المقدم هو عبارة عن منحة في الحالة الأولى وخدمة في الحالة الثانية.

السياسات والإجراءات التشغيلية المحددة

١٠- ينبغي أن يخضع قبول الموارد من منظمة غير حكومية لأحكام هذا الإطار وغيره من قواعد المنظمة ومبادئها التوجيهية ذات الصلة مثل النظام الأساسي للموظفين ولوائح الموظفين، واللائحة المالية والنظام المالي، وسياسات المنظمة التي تحكم المشتريات، والمبادئ التوجيهية للمنظمة بشأن التبرعات من الأدوية، ومبادئها التوجيهية بشأن التبرعات من معدات الرعاية الصحية.

١١- ولأغراض الشفافية، يجب على المنظمة الإقرار علناً بالمساهمات المقدمة من المنظمات غير الحكومية، بما يتماشى مع سياسات المنظمة وممارساتها.

١٢- ويصاغ الإقرار عادة على النحو التالي: تُقر منظمة الصحة العالمية مع الامتثال للمساهمة المالية المقدمة من [المنظمة غير الحكومية] لأغراض [وصف الحصيلة أو النشاط]".

١٣- وتُدرج المساهمات الواردة من المنظمات غير الحكومية في التقرير المالي والبيانات المالية المراجعة الخاصة بالمنظمة، وكذلك بوابة الميزانية البرمجية على شبكة الإنترنت وسجل المنظمة للجهات الفاعلة غير الدول.

١٤- ولا يجوز للمنظمات غير الحكومية أن تستخدم في موادها التي تستهدف التسويق والإعلان التجاريين والترويجيين كونها قدمت مساهمة^١. ولكن يمكنها الإشارة إلى مساهمتها في تقاريرها السنوية أو الوثائق المماثلة. وعلاوة على ذلك، يمكنها ذكر المساهمة في مواقعها الإلكترونية وفي منشورات غير ترويجية خاصة، شريطة أن يجري الاتفاق مع المنظمة على المحتوى والسياق.

١ وفقاً لأحكام المادة ٤٦ من الإطار الجامع.

البيئات

١٥- يجوز للمنظمات غير الحكومية أن تقدم المعلومات المحدثة والمعارف الخاصة بها عن المسائل التقنية وأن تتبادل خبراتها مع المنظمة حسب الاقتضاء، بموجب أحكام الإطار الجامع وهذه السياسة والإجراءات التشغيلية المحددة وسائر قواعد المنظمة وسياساتها وإجراءاتها المنطبقة. وينبغي كلما أمكن إتاحة مثل هذه المساهمات أمام الجمهور، حسب الاقتضاء. كما ينبغي إتاحة البيئات المولدة أمام الجمهور.

الدعوة

١٦- تتعاون المنظمة مع المنظمات غير الحكومية في الدعوة في مجال الصحة وإذكاء الوعي بالمسائل الصحية؛ ومن أجل تغيير السلوكيات لمصلحة الصحة العمومية؛ ومن أجل تعزيز التعاون والاتساق بين الجهات الفاعلة غير الدول حيثما يلزم العمل المشترك.

١٧- تُشجّع المنظمات غير الحكومية على نشر سياسات المنظمة ومبادئها التوجيهية وقواعدها ومعاييرها وغير ذلك من الأدوات من خلال شبكاتها.

١٨- تُشجع المنظمة المنظمات غير الحكومية على تنفيذ سياسات وقواعد ومعايير المنظمة والدعوة إلى تنفيذها. وتشارك المنظمة في حوار مع المنظمات غير الحكومية لتعزيز سبل تنفيذ سياسات المنظمة وقواعدها ومعاييرها.^١

١٩- ولا يمكن أن تتعاون المنظمات غير الحكومية مع المنظمة في مجال الدعوة إلى تنفيذ سياسات المنظمة أو قواعدها أو معاييرها إلا إذا التزمت بتنفيذ هذه السياسات والقواعد والمعايير بأكملها. ولا يُعد التنفيذ الجزئي أو الانتقائي مقبولاً.

التعاون التقني

٢٠- يجوز أن تتشارك المنظمة مع المنظمات غير الحكومية في مجال التعاون التقني على النحو المحدد في الفقرة ٢٠ من الإطار الجامع، وهو تعاون يُشجّع على الاضطلاع به ويجب أن يصب في مصلحة المنظمة، وأن يدار وفقاً للإطار الجامع ولهذه السياسة من أجل حماية المنظمة، وعلى وجه الخصوص، عملها الخاص بوضع القواعد من أي تدخل لا مبرر له أو تضارب في المصالح وضمان عدم التدخل في وظيفة المنظمة الاستشارية للدول الأعضاء.

١ يُتوقع من المنظمات غير الحكومية العاملة مع المنظمة أن تتقيد بسياسات المنظمة بشأن الصحة العمومية في مجالات من مثل سلامة الأغذية والسلامة الكيميائية والترويج الأخلاقي لمنتجات الأدوية الطبية ومكافحة التبغ والأمراض غير السارية، فضلاً عن الصحة والسلامة في العمل.

سياسة المنظمة وإجراءاتها التشغيلية بشأن المشاركة مع كيانات القطاع الخاص

- ١- تنظم هذه السياسة تحديداً مشاركة المنظمة مع كيانات القطاع الخاص بحسب نوع التفاعل،^١ وتطبق أيضاً أحكام الإطار العامة على جميع أنواع المشاركة مع كيانات القطاع الخاص.
- ٢- وعند المشاركة مع كيانات القطاع الخاص، ينبغي مراعاة أن أنشطة المنظمة تؤثر على القطاع التجاري على نحو أوسع نطاقاً، بوسائل من بينها، إرشاداتها الخاصة بالصحة العمومية، وتوصياتها بشأن القواعد المعيارية مثلاً، أو غير ذلك من الأعمال التي قد تؤثر بشكل مباشر أو غير مباشر على تكاليف المنتجات وطلب السوق وربحية السلع والخدمات المحددة.
- ٣- وإذ تشارك المنظمة مع كيانات القطاع الخاص، تهدف إلى العمل على أساس الحياد التنافسي.

المشاركة

مشاركة كيانات القطاع الخاص في اجتماعات المنظمة^٢

- ٤- بإمكان المنظمة أن تدعو كيانات القطاع الخاص للمشاركة في مشاورات أو جلسات استماع أو غيرها من الاجتماعات وفقاً للفقرة ١٥ من الإطار الجامع. وهي مشاورات وجلسات استماع يمكن إجراؤها عبر الإنترنت أو وجهاً لوجه.
- ٥- وتتم المشاركة في سائر الاجتماعات على أساس مناقشة بند يكتسي أهمية خاصة بالنسبة إلى كيان القطاع الخاص، وتضيف المشاركة فيه قيمة إلى مداوات الاجتماع. وتجرى هذه المشاركة من أجل تبادل المعلومات والآراء، ولكنها لا تُجرى أبداً بقصد إبداء المشورة.
- ٦- وتعتمد طبيعة مشاركة كيانات القطاع الخاص على نوع الاجتماع المعني. وتحدد الأجهزة الرئاسية للمنظمة أو الأمانة شكل، وطرائق، وكيفية مشاركة كيانات القطاع الخاص في المشاورات وجلسات الاستماع، وغيرها من الاجتماعات على أساس كل حالة على حدة. وينبغي أن تكون مشاركة كيانات القطاع الخاص ومدخلاتها متاحة علناً، كلما كان ذلك ممكناً. ولا تشارك كيانات القطاع الخاص في أي عملية صنع قرار للمنظمة.

إشراك الأمانة في الاجتماعات التي تنظمها كيانات القطاع الخاص أو ترعاها

- ٧- بإمكان موظفي المنظمة أن يشاركوا في اجتماعات تنظمها كيانات القطاع الخاص طالما أمكن الحفاظ على نزاهة المنظمة واستقلالها وسمعتها، وطالما أن هذه المشاركة تسهم في تحقيق أغراض المنظمة الواردة في برنامج العمل العام. ولا ينبغي أن تأوّل كيانات القطاع الخاص مشاركة المنظمة على أنه نوع من الدعم أو التأييد الرسمي تقدمه المنظمة إلى الاجتماع، كما توافق على عدم استخدام مشاركة المنظمة لأغراض تجارية و/ أو ترويجية.

١ انظر الفقرات من ١٤ إلى ٢٠ من الإطار الجامع للاطلاع على أنواع التفاعلات الخمسة.

٢ غير دورات الأجهزة الرئاسية التي تنظمها سياسة إدارة شؤون المشاركة.

السياسات والإجراءات التشغيلية المحددة

- ٨- تُدار مشاركة موظفي المنظمة في اجتماعات كيانات القطاع الخاص بصفتها مشاركة بأعضاء حلقات النقاش أو المتحدثين أو بأي صفة أخرى، بموجب أحكام الإطار الجامع وهذه السياسة المحددة.
- ٩- ولا تشارك المنظمة في رعاية الاجتماعات التي تنظمها كيانات القطاع الخاص بشكل كلي أو جزئي، على أن بمقدورها أن تشارك في رعاية اجتماع تستعين فيه الجهات العلمية المبادرة بخدمات جهة تجارية لتنظيم المؤتمرات لمعالجة النواحي اللوجيستية، شريطة ألا تسهم تلك الجهة التجارية في المحتوى العلمي للاجتماع.
- ١٠- ولا تشارك المنظمة في رعاية ما يُعقد من اجتماعات تنظمها الجهات الفاعلة الأخرى عندما يشترك كذلك في رعايتها واحد أو أكثر من كيانات القطاع الخاص ذات الصلة بالصحة. وينبغي أن تخضع الحالات الأخرى للرعاية المشتركة للاجتماعات التي تنظمها الجهات الفاعلة الأخرى والتي تشترك كذلك في رعايتها كيانات القطاع الخاص التي لا تتصل بالصحة للاستعراض على أساس كل حالة على حدة ولأحكام هذا الإطار.
- ١١- ولا يجوز إقامة المعارض التجارية في مباني المنظمة وأثناء اجتماعاتها.
- ١٢- ولا تشارك المنظمة في رعاية المعارض التجارية في إطار الاجتماعات التي تنظمها كيانات القطاع الخاص أو تلك التي تنظمها جهات فاعلة أخرى.

الموارد

- ١٣- يتوقف مستوى المخاطر المقترنة بقبول الموارد المقدمة من كيانات القطاع الخاص على مجال نشاط الكيان التابع للقطاع الخاص وعلى أنشطة المنظمة التي تُستخدم لأجلها الموارد وطرائق تقديم المساهمات.
- (أ) يجوز قبول الأموال من كيانات القطاع الخاص التي لا يتعلق عملها بعمل المنظمة، شريطة ألا تكون هذه الكيانات مشتركة في أي نشاط أو مرتبطة بصلات وثيقة مع أي كيان لا يتماشى مع ولاية المنظمة وعملها.
- (ب) لا يجوز التماس أو قبول المساهمات المالية من كيانات القطاع الخاص إذا كانت لها مصلحة تجارية مباشرة في حصائل المشروع الذي تستهدفه مساهمتها، سواء أكانت هذه المصلحة تخص الكيان نفسه أو تخص شركات تابعة له، إلا في حال صدور الموافقة على ذلك وفقاً للأحكام الخاصة بالتجارب السريرية أو تطوير المنتجات (انظر الفقرة ٣٦ أدناه).
- (ج) لا تخل الأحكام الواردة في الفقرة ١٣ (ب) بالآليات المحددة مثل إطار التأهب لمواجهة الأنفلونزا الجائحة الذي وضعته جمعية الصحة والذي يُعنى بتلقي الموارد وتجميعها.^١
- (د) ينبغي توخي الحذر في قبول التمويل من كيانات القطاع الخاص التي لها مصلحة وإن كانت غير مباشرة في حصيلة المشروع (أي ارتباط النشاط بمجال اهتمام هذا الكيان، ولكن لا يوجد تضارب على نحو ما أُشير إليه أعلاه). وفي هذه الحالة، ينبغي أن تُدعى المؤسسات التجارية الأخرى التي لها مصلحة مماثلة غير مباشرة إلى المساهمة، وذكر السبب بوضوح إذا ما تعذر ذلك. وكلما زاد حجم المساهمة المقدمة من مصدر واحد لزم توخي المزيد من الحذر لتجنب احتمال تضارب المصالح أو ما قد يبدو على أنه ارتباط غير ملائم بأحد المساهمين.

١ وفقاً لما يرد في الفقرة ١٧ من الإطار الجامع.

١٤ - أما المساهمات المالية والعينية المقدمة من كيانات القطاع الخاص إلى برامج المنظمة، فهي لا تُقبل إلا إذا توافرت فيها الشروط التالية:

- (أ) لا تُستخدم المساهمة في العمل الخاص بوضع القواعد؛
- (ب) إذا ما استُخدمت المساهمة في أنشطة أخرى غير العمل الخاص بوضع القواعد مع احتمال أن يكون للكيان التابع للقطاع الخاص مصلحة تجارية في هذه الأنشطة، ينبغي صراحة أن تفوق الفائدة التي تعود على الصحة العمومية من هذه المشاركة المخاطر التي يُحتمل أن تنشأ عنها؛
- (ج) لا يمكن أن تؤدي نسبة التمويل المقدم من القطاع الخاص لأي نشاط إلى أن يصبح استمرار البرنامج متوقفاً على هذا الدعم؛
- (د) لا يشكل قبول المنظمة للمساهمة تركية من جانبها لهذا الكيان التابع للقطاع الخاص، أو لأنشطته أو منتجاته أو خدماته؛
- (هـ) لا يجوز للجهة المساهمة استخدام نتائج عمل المنظمة لأغراض تجارية أو السعي إلى الترويج لمساهماتها في موادها الترويجية؛
- (و) لا يمنح قبول المساهمة الجهة المساهمة أي امتيازات أو مزايا؛
- (ز) لا يتيح قبول المساهمة للجهة المساهمة أي فرص لإسداء المشورة بشأن إدارة أو تنفيذ الأنشطة التشغيلية أو التأثير عليها أو المشاركة فيها أو تولي زمام قيادتها؛
- (ح) تحتفظ المنظمة بحقها في ممارسة السلطة التقديرية في رفض مساهمة دون تقديم أي تفسير آخر.

١٥ - ينبغي أن يخضع قبول الموارد من كيانات القطاع الخاص لأحكام هذا الإطار وغيره من قواعد المنظمة ومبادئها التوجيهية ذات الصلة مثل النظام الأساسي للموظفين ولائحة الموظفين، واللائحة المالية والنظام المالي، وسياسات المنظمة التي تحكم المشتريات، والمبادئ التوجيهية للمنظمة بشأن التبرعات من الأدوية ومبادئها التوجيهية بشأن التبرعات من معدات الرعاية الصحية؛

١٦ - ولأغراض الشفافية، يجب على المنظمة الإقرار علناً بالمساهمات المقدمة من كيانات القطاع الخاص، بما يتماشى مع سياسات المنظمة وممارساتها.

١٧ - وعادةً ما تُصاغ حالات الإقرار على النحو التالي: "تُقر منظمة الصحة العالمية مع الامتثال بالمساهمة المالية المقدمة من [الكيان التابع للقطاع الخاص] لأغراض [بيان الحصيلة أو النشاط]".

١٨ - وتُدرج المساهمات الواردة من كيانات القطاع الخاص في التقرير المالي والبيانات المالية المراجعة الخاصة بالمنظمة، وكذلك في البوابة الإلكترونية الخاصة بالميزانية البرمجية والسجل الخاص بالجهات الفاعلة غير الدول.

١٩ - ولا يجوز لكيانات القطاع الخاص استخدام مسألة كونها قدمت مساهمة في موادها المستخدمة في الأغراض التجارية والترويجية والتسويقية والدعائية،^١ ولكن يجوز لتلك الكيانات الإشارة إلى مساهمتها في تقاريرها السنوية أو في وثائق تاملتها. وإضافة إلى ذلك يجوز لكيانات القطاع الخاص ذكر المساهمة على مواقعها الإلكترونية وفي المنشورات الخاصة غير الترويجية، شريطة الاتفاق مع المنظمة على المحتوى والسياق.

١ وفقاً لما يرد في الفقرة ٤٦ من الإطار الجامع.

التبرع بالأدوية والتكنولوجيات الأخرى المتعلقة بالصحة^١

٢٠- ينبغي استيفاء المعايير التالي ذكرها لدى تحديد مدى مقبولية التبرعات الكبيرة الحجم من الأدوية والمنتجات الأخرى المتعلقة بالصحة.

(أ) وجود بيانات دامغة تدل على مأمونية المنتج ونجاعته في دواعي الاستعمال التي يهدف إليها التبرع به واعتماد المنتج أو التصريح باستخدامه لهذه الدواعي في البلد المتلقي إضافة إلى تفضيل أن يكون المنتج مدرجاً في قائمة المنظمة النموذجية للأدوية الأساسية الخاصة بهذه الدواعي.

(ب) تحديد المعايير الموضوعية والمبررة لاختيار المتلقين من البلدان أو المجتمعات المحلية أو المرضى وجواز فرض أوجه المرونة في حالات الطوارئ.

(ج) وجود نظام قائم للإمداد ومراعاة أساليب منع الإهدار والسرقة وسوء الاستخدام (بما في ذلك تسرب المنتج إلى السوق).

(د) إعداد برنامج للتدريب والإشراف يستهدف جميع الموظفين المشاركين في الإدارة الفعالة لأنشطة الإمداد والتخزين والتوزيع في جميع المراحل بدءاً من الجهة المانحة ووصولاً إلى المستخدم النهائي.

(هـ) عدم اتسام التبرع بالأدوية والمنتجات الأخرى المتعلقة بالصحة بطابع ترويجي، فيما يتعلق بالشركة نفسها أو بقدر ما تكوّن طلباً على المنتجات لا يمكن استمراره بعد انتهاء التبرع.

(و) عدم قبول المنظمة لمنتجات تنتهي مدة صلاحيتها.

(ز) الاتفاق مع البلدان المتلقي على خطة لإنهاء التبرع تدريجياً.

(ح) وضع نظام لرصد تفاعلات المنتج الضائرة بمشاركة الشركة المتبرعة.

٢١- وتُحدد قيمة التبرعات من الأدوية والمنتجات الأخرى المتعلقة بالصحة وتسجل رسمياً في البيانات المالية المراجعة وسجل المنظمة للجهات الفاعلة غير الدول، بالتشاور مع الإدارة المعنية بالشؤون المالية في المنظمة.

المساهمات المالية من أجل التجارب السريرية

٢٢- تؤخذ المساهمات المالية التي يقدمها كيان تابع للقطاع الخاص وتستهدف تجربة سريرية تُجرى على أحد المنتجات المسجلة الملكية لتلك الشركة وتتولى المنظمة الترتيب لها في الاعتبار على أساس كل حالة على حدة، باستثناء ما تنص عليه الفقرة ٣٦ الواردة أدناه والمتعلقة بتطوير المنتجات. وفي هذا المضمار، ينبغي ضمان ما يلي:

(أ) أن يكون نشاط البحث أو التطوير ذا أهمية بالنسبة إلى الصحة العمومية؛

(ب) أن يُجرى البحث بناءً على طلب المنظمة ويتم تدبير حالات تضارب المصالح المحتملة؛

١ تتمشي مثل هذه التبرعات مع المبادئ التوجيهية المشتركة بين الوكالات: المبادئ التوجيهية المشتركة بين منظمة الصحة العالمية والشبكة المسكونية للمستحضرات الصيدلانية والاتحاد الدولي للمستحضرات الصيدلانية والاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر والشركاء الدوليين في مجال الصحة والشراكة من أجل جودة التبرعات الطبية وجهات أخرى بشأن تبرعات الأدوية - التي نقحت عام ٢٠١٠، جنيف، منظمة الصحة العالمية، ٢٠١١.

(ج) لا تقبل المنظمة مثل هذه المساهمات المالية إلا إذا لم يجر البحث دون مشاركة المنظمة أو إذا كانت مشاركة المنظمة ضرورية لضمان إجراء البحث تماشياً مع المعايير والمبادئ التوجيهية التقنية والأخلاقية المقبولة دولياً.

٢٣- وفي حال استيفاء المتطلبات الوارد ذكرها أعلاه، يجوز قبول مساهمة مالية مقدمة من شركة لها مصلحة تجارية مباشرة في التجربة المعنية، شريطة أن توضع الآليات الملائمة لضمان تحكم المنظمة في إجراء التجربة وبتحصايلها التجربة، بما في ذلك محتوى أي منشور ينتج عنها، وعدم خضوع نتائج التجربة لأي تأثير غير ملائم أو أي تأثير متصور من جانب الشركة المعنية.

المساهمات من أجل اجتماعات المنظمة

٢٤- بالنسبة إلى الاجتماعات التي تعقدها المنظمة، لا يجوز قبول مساهمة من كيان تابع للقطاع الخاص إذا استهدفت المساهمة دعم مشاركة مدعويين محددين (بما في ذلك تكاليف سفرهم وإقامتهم)، بغض النظر عما إذا كانت هذه المساهمة تقدم إلى الأشخاص المشاركين مباشرة أو من خلال المنظمة.

٢٥- ويجوز قبول المساهمات التي تستهدف دعم التكاليف الإجمالية لعقد اجتماع.

٢٦- ولا يجوز أن تسدّد كيانات تابعة للقطاع الخاص تكاليف حفلات الاستقبال وما شابه ذلك من المناسبات التي تنظمها المنظمة.

المساهمات من أجل موظفي المنظمة المشاركين في الاجتماعات الخارجية

٢٧- الاجتماع الخارجي هو اجتماع تعقده جهة أخرى غير المنظمة. والدعم المقدم من كيانات تابعة للقطاع الخاص لتغطية تكاليف سفر موظفي المنظمة لحضور الاجتماعات أو المؤتمرات الخارجية يندرج ضمن فئتين:

(أ) اجتماعات يعقدها الكيان التابع للقطاع الخاص الذي يسدّد تكاليف السفر: يجوز قبول تمويل السفر وفقاً لقواعد المنظمة، في حال دعم الكيان التابع للقطاع الخاص لتكاليف سفر مشاركين آخرين في الاجتماع ونفقاتهم المتعلقة به وبعد إجراء تقييم لمخاطر تضارب المصالح وإدارته؛

(ب) اجتماعات يعقدها طرف ثالث (أي، طرف آخر غير الكيان التابع للقطاع الخاص أو الرابطة التجارية يقترح سداد تكاليف السفر): لا يجوز قبول تمويل السفر من كيان تابع للقطاع الخاص.

المساهمات من أجل المنشورات

٢٨- يجوز قبول المساهمات المالية من كيانات تابعة للقطاع الخاص لتغطية تكاليف طباعة منشورات المنظمة، طالما لا ينشأ عن ذلك تضارب في المصالح. ولا يجوز في أي حال من الأحوال وضع إعلانات تجارية في منشورات المنظمة؛

استرداد التكاليف

٢٩- يمكن للمنظمة في الحالات التي وضعت فيها مخططاً للتقييم (أي مخططاً لتقييم منتجات أو عمليات أو خدمات معينة وفقاً لمبادئ المنظمة التوجيهية الرسمية) أن تفرض رسوماً على الكيانات التابعة للقطاع الخاص مقابل هذه الخدمات على أساس استرداد التكاليف. والغرض من مخططات التقييم التي تضعها المنظمة يتمثل دوماً في إبداء المشورة إلى الحكومات و/ أو المنظمات الدولية بشأن المشتريات. ولا يشكل التقييم دعماً للمنتج المعني أو العملية أو الخدمة المعنية من جانب المنظمة.

البيانات

٣٠- يجوز أن تقدم كيانات القطاع الخاص أحدث المعلومات والمعارف الخاصة بها حول المسائل التقنية، وتعمل على تبادل خبراتها مع المنظمة حسب الاقتضاء، بموجب أحكام الإطار الجامع وهذه السياسة والإجراءات التشغيلية المحددة وسائر قواعد وسياسات وإجراءات المنظمة المنطبقة. وينبغي كلما أمكن إتاحة مثل هذه المساهمات أمام الجمهور، حسب الاقتضاء. كما ينبغي إتاحة البيانات المولدة أمام الجمهور.

الدعوة

٣١- تشجع المنظمة الكيانات التابعة للقطاع الخاص على تنفيذ قواعد المنظمة ومعاييرها وعلى الدعوة إلى تنفيذ هذه القواعد والمعايير. وتشارك المنظمة في الحوار مع الكيانات التابعة للقطاع الخاص بهدف النهوض بتنفيذ سياسات المنظمة وقواعدها ومعاييرها.^١

٣٢- ولا يمكن أن تتعاون كيانات القطاع الخاص مع المنظمة في مجال الدعوة إلى تنفيذ سياسات المنظمة أو قواعدها أو معاييرها إلا إذا التزمت بتنفيذ هذه السياسة والقواعد والمعايير بأكملها. ولا يُعد التنفيذ الجزئي أو الانتقائي مقبولاً.

٣٣- وتشجّع الرابطة التجارية الدولية على العمل مع أعضائها بهدف الارتقاء بتأثيرها في مجال الصحة العمومية وتنفيذ سياسات المنظمة وقواعدها ومعاييرها.

التعاون التقني

٣٤- يجوز أن تتشارك المنظمة مع القطاع الخاص في مجال التعاون التقني على النحو المحدد في الفقرة ٢٠ من الإطار الجامع، وهو تعاون يُشجّع على الاضطلاع به مع كيانات القطاع الخاص ويجب أن يصب في مصلحة المنظمة، وأن يدار وفقاً للإطار الجامع ولهذه السياسة من أجل حماية المنظمة، وعلى وجه الخصوص، عملها الخاص بوضع القواعد من أي تدخل لا مبرر له أو تضارب في المصالح وضمن عدم التدخل في وظيفة المنظمة الاستشارية تجاه الدول الأعضاء.

السياسات والإجراءات التشغيلية المحددة

٣٥- إذا كانت المنظمة قد وضعت مواصفات رسمية لأحد المنتجات، فيجوز لها أن تقدم المشورة التقنية إلى المصنعين من أجل تطوير منتجهم وفقاً لهذه المواصفات، على أن تتاح الفرصة لجميع الكيانات التابعة للقطاع الخاص التي يُعرف أن لها مصلحة في هذا المنتج للتعاون مع المنظمة بالطريقة نفسها.

٣٦- يجوز أن تتعاون المنظمة مع كيانات تابعة للقطاع الخاص في مجال البحث والتطوير بشأن التكنولوجيات المتعلقة بالصحة التي تسهم في زيادة إتاحة المنتجات الطبية التي تتسم بالجودة والمأمونية والنجاعة والتكلفة الميسورة. وينبغي عموماً ألا يُضطلع بأنشطة تعاونية في مجال البحث والتطوير إلا إذا أبرمت المنظمة والكيان التابع للقطاع الخاص اتفاقاً يكفل إتاحة المنتج النهائي على نطاق واسع في نهاية المطاف، بوسائل منها إتاحتها بسعر تفضيلي في القطاع العام بالبلدان النامية. وفي حال إبرام هذا الاتفاق، يجوز قبول التمويل من الكيان التابع للقطاع الخاص لدعم تجربة تُجرى على المنتج المعني، وذلك شريطة أن تُرجح كفة الالتزامات التعاقدية التي يقطعها الكيان التابع للقطاع الخاص على كفة أية حالات مُحتملة لتضارب المصالح لدى قبول ذلك التمويل.

١ يُتوقع من الكيانات التابعة للقطاع الخاص والعاملة مع المنظمة أن تتقيد بسياسات المنظمة بشأن الصحة العمومية في مجالات من مثل سلامة الأغذية والسلامة الكيميائية والترويج الأخلاقي لمنتجات الأدوية الطبية ومكافحة التبغ والأمراض غير السارية، فضلاً عن الصحة والسلامة في العمل.

سياسة المنظمة وإجراءاتها التشغيلية بشأن المشاركة مع المؤسسات الخيرية

١- وتنظم هذه السياسة تحديداً مشاركة المنظمة مع المؤسسات الخيرية حسب نوع التفاعل.^١ وتطبق الأحكام العامة الواردة في الإطار أيضاً على جميع أوجه المشاركة مع المؤسسات الخيرية.

المشاركة

مشاركة المؤسسات الخيرية في اجتماعات المنظمة^٢

٢- يمكن للمنظمة أن تدعو المؤسسات الخيرية إلى المشاركة في المشاورات وجلسات الاستماع أو الاجتماعات الأخرى وفقاً للفقرة ١٥ من الإطار الجامع ويمكن أن تجرى المشاورات وجلسات الاستماع عبر شبكة الإنترنت أو وجهاً لوجه

٣- وتستند المشاركة في الاجتماعات الأخرى إلى مناقشة بند تهتم المؤسسة الخيرية به اهتماماً خاصاً، وتضيف المشاركة فيه قيمة إلى مداوات الاجتماع. وترمي هذه المشاركة أيضاً إلى تبادل المعلومات والآراء غير أنها لا تهدف أبداً إلى إبداء مشورة.

٤- وتعتمد طبيعة مشاركة المؤسسات الخيرية على نوع الاجتماع المعني. وتحدد الأجهزة الرئاسية للمنظمة أو الأمانة شكل، وطرائق، وكيفية مشاركة المؤسسات الخيرية في المشاورات وجلسات الاستماع، وغيرها من الاجتماعات على أساس كل حالة على حدة. وينبغي أن تكون مشاركة المؤسسات الخيرية ومدخلاتها متاحة علناً، كلما كان ذلك ممكناً. ولا تشارك المؤسسات الخيرية في أي عملية صنع قرار للمنظمة.

مشاركة الأمانة في اجتماعات تنظمها مؤسسة خيرية

٥- يمكن أن تنظم المنظمة اجتماعات مشتركة أو تشارك في رعاية اجتماعات تنظمها المؤسسات الخيرية، مادام يحافظ على نزاهة المنظمة واستقلالها وسمعتها ومادامت هذه المشاركة تسهم في تحقيق أغراض المنظمة المبينة في برنامج العمل العام. ويجوز لموظفي المنظمة المشاركة في اجتماعات تنظمها المؤسسات الخيرية وفقاً لقواعد المنظمة الداخلية. ولن تأول المؤسسات الخيرية مشاركة المنظمة على أنه نوع من الدعم أو التأييد الرسمي للاجتماع كما توافق على عدم استخدام مشاركة المنظمة لأغراض ترويجية.

السياسات الخاصة والإجراءات التشغيلية

٦- تدار مشاركة المنظمة في اجتماعات المؤسسات الخيرية بصفتها مشاركة في التنظيم أو الرعاية أو بأعضاء حلقات النقاش أو المتحدثين طبقاً لأحكام إطار المشاركة مع الجهات الفاعلة غير الدول.

١ انظر الفقرات من ١٤ إلى ٢٠ من الإطار الجامع للاطلاع على أنواع التفاعلات الخمسة.

٢ غير دورات الأجهزة الرئاسية التي تنظمها سياسة إدارة شؤون المشاركة.

الموارد

- ٧- يمكن للمنظمة أن تقبل المساهمات المالية والعينية من المؤسسات الخيرية مادامت هذه المساهمات تندرج في برنامج عمل المنظمة العام ولا تنشأ عنها حالات تضارب في المصالح وتُدار وفقاً لأحكام الإطار وتمثل للوائح المنظمة وقواعدها وسياساتها الأخرى ذات الصلة.
- ٨- وعلى غرار جميع الجهات المساهمة تكيف المؤسسات الخيرية مساهماتها مع الأولويات التي تحددها جمعية الصحة في الميزانية البرمجية المعتمدة.
- ٩- وتُدعى المؤسسات الخيرية إلى المشاركة في الحوار الخاص بالتمويل الذي يرمي إلى تحسين المواءمة والقدرة على التنبؤ والمرونة والشفافية في تمويل المنظمة وإلى الحد من ضعف الموارد المالية.
- ١٠- وينبغي أن تسعى برامج المنظمة ومكاتبها جاهدة إلى ضمان عدم اعتمادها على مصدر تمويل واحد.
- ١١- وينبغي أن يكون قبول المساهمات (سواء أكانت نقدية أم عينية) مرهوناً بالشروط التالية:
- (أ) لا يشكل قبول مساهمة تركيبة من جانب المنظمة للمؤسسة الخيرية؛
- (ب) لا يمنح قبول مساهمة الجهة المساهمة أي امتيازات أو مزايا؛
- (ج) لا يتيح قبول مساهمة في حد ذاته للجهة المساهمة أي فرص لإسداء المشورة بشأن إدارة أو تنفيذ الأنشطة التشغيلية أو للتأثير أو للمشاركة فيها أو لتولي قيادتها؛
- (د) تحتفظ المنظمة بحقها في ممارسة السلطة التقديرية في رفض مساهمة دون تقديم أي تفسير آخر.

السياسات والإجراءات التشغيلية المحددة

- ١٢- يخضع قبول أي موارد من مؤسسة خيرية لأحكام هذا الإطار وغيرها من قواعد المنظمة ومبادئها التوجيهية ذات الصلة مثل النظام الأساسي للموظفين ولوائح الموظفين واللائحة المالية والنظام المالي وسياسات المنظمة التي تحكم المشتريات ومبادئها التوجيهية بشأن التبرعات من الأدوية ومبادئها التوجيهية بشأن التبرعات من معدات الرعاية الصحية.
- ١٣- ويجب على المنظمة لأغراض الشفافية الإقرار علناً بالمساهمات المقدمة من المؤسسات الخيرية وفقاً لسياساتها وممارساتها.
- ١٤- ويصاغ الإقرار عادة على النحو التالي: "تقر منظمة الصحة العالمية مع الامتثال بالمساهمة المالية المقدمة من [المؤسسة الخيرية] لأغراض [وصف الحصيلة أو النشاط]".
- ١٥- وترد الإشارة إلى المساهمات الواردة من المؤسسات الخيرية في تقرير المنظمة المالي وبياناتها المالية المراجعة وفي بوابة الميزانية البرمجية على الإنترنت وسجل المنظمة للجهات الفاعلة غير الدول.

١٦- ولا يجوز للمؤسسات الخيرية أن تستخدم مسألة كونها قدمت مساهمة في موادها المستخدمة في الأغراض التجارية والترويجية والتسويقية والدعائية.^١ غير أنها تستطيع الإشارة إلى مساهمتها في تقاريرها السنوية أو الوثائق المماثلة. وعلاوة على ذلك، يجوز لها أن تشير إلى المساهمة على مواقعها الإلكترونية وفي المنشورات الخاصة غير الترويجية، شريطة الاتفاق مع المنظمة على المحتوى والسياق.

البيانات

١٧- يجوز للمؤسسات الخيرية أن تتيح المعلومات المحدثة والمعارف الخاصة بها عن المسائل التقنية وتتبادل خبراتها مع المنظمة حسب الاقتضاء، بموجب أحكام الإطار الجامع وهذه السياسة والإجراءات التشغيلية المحددة وسائر قواعد المنظمة وسياساتها وإجراءاتها المنطبقة. وينبغي كلما أمكن إتاحة مثل هذه المساهمات أمام الجمهور، حسب الاقتضاء. كما ينبغي إتاحة البيانات المولدة أمام الجمهور.

الدعوة

١٨- تتعاون المنظمة مع المؤسسات الخيرية في مجال الدعوة من أجل الصحة وإذكاء الوعي بالمسائل الصحية؛ ومن أجل تغيير السلوك لمصلحة الصحة العمومية؛ ومن أجل تعزيز التعاون والاتساق بين الجهات الفاعلة غير الدول حيثما يلزم العمل المشترك. وتشجع المؤسسات الخيرية على نشر سياسات المنظمة ومبادئها التوجيهية وقواعدها ومعاييرها وغير ذلك من الأدوات من خلال شبكات المؤسسات بهدف توسيع نطاق تأثير المنظمة.

١٩- تُشجع المنظمة المؤسسات الخيرية على تنفيذ سياسات المنظمة وقواعدها ومعاييرها والدعوة إلى تنفيذها. وتشارك المنظمة في حوار مع المؤسسات الخيرية لتعزيز سبل تنفيذ سياسات المنظمة وقواعدها ومعاييرها.^٢

٢٠- ولا يمكن أن تتعاون المؤسسات الخيرية مع المنظمة في مجال الدعوة إلى تنفيذ سياسات المنظمة أو قواعدها أو معاييرها إلا إذا التزمت بتنفيذ هذه السياسات والقواعد والمعايير بأكملها. ولا يُعد التنفيذ الجزئي أو الانتقائي مقبولاً.

التعاون التقني

٢١- يجوز أن تتشارك المنظمة مع المؤسسات الخيرية في مجال التعاون التقني على النحو المحدد في الفقرة ٢٠ من الإطار الجامع، وهو تعاون يُشجّع على الاضطلاع به مع تلك المؤسسات ويجب أن يصب في مصلحة المنظمة، وأن يدار وفقاً للإطار الجامع ولهذه السياسة من أجل حماية المنظمة، وعلى وجه الخصوص، عملها الخاص بوضع القواعد من أي تدخل لا مبرر له أو تضارب في المصالح وضمن عدم التدخل في وظيفة المنظمة الاستشارية تجاه الدول الأعضاء.

١ وفقاً لما يرد في الفقرة ٤٦ من الإطار الجامع.

٢ يُتوقع من المؤسسات الخيرية العاملة مع المنظمة أن تتقيد بسياسات المنظمة بشأن الصحة العمومية في مجالات من مثل سلامة الأغذية والسلامة الكيميائية والترويج الأخلاقي لمنتجات الأدوية الطبية ومكافحة التبغ والأمراض غير السارية، فضلاً عن الصحة والسلامة في العمل.

سياسة المنظمة وإجراءاتها التشغيلية بشأن المشاركة مع المؤسسات الأكاديمية

- ١- وتنظم هذه السياسة تحديداً مشاركة المنظمة مع المؤسسات الأكاديمية حسب نوع التفاعل.^١ وتطبق الأحكام العامة الواردة في الإطار أيضاً على جميع أوجه المشاركة مع المؤسسات الأكاديمية.
- ٢- ويجب التمييز بين المشاركة مع المؤسسات الأكاديمية على المستوى المؤسسي والتعاون مع الخبراء الأفراد العاملين لحساب المؤسسات الأكاديمية.

المشاركة

مشاركة المؤسسات الأكاديمية في اجتماعات المنظمة

- ٣- يمكن للمنظمة أن تدعو المؤسسات الأكاديمية إلى المشاركة في المشاورات وجلسات الاستماع أو غيرها من الاجتماعات وفقاً للفقرة ١٥ من الإطار الجامع. ويمكن أن تجرى المشاورات وجلسات الاستماع عبر شبكة الإنترنت أو وجهاً لوجه.
- ٤- وتستند المشاركة في الاجتماعات الأخرى إلى مناقشة بند تهتم المؤسسة الأكاديمية به اهتماماً خاصاً، وتضيف المشاركة فيه قيمة إلى مداوات الاجتماع. وترمي هذه المشاركة إلى تبادل المعلومات والآراء غير أنها لا تهدف أبداً إلى إبداء أي مشورة.
- ٥- وتعتمد طبيعة مشاركة المؤسسات الأكاديمية على نوع الاجتماع المعني. وتحدد الأجهزة الرئاسية للمنظمة أو الأمانة شكل، وطرائق، وكيفية مشاركة المؤسسات الأكاديمية في المشاورات وجلسات الاستماع، وغيرها من الاجتماعات على أساس كل حالة على حدة. وينبغي أن تكون مشاركة المؤسسات الأكاديمية ومدخلاتها متاحة علناً، كلما كان ذلك ممكناً. ولا تشارك المؤسسات الأكاديمية في أي عملية صنع قرار للمنظمة.

مشاركة الأمانة في اجتماعات تنظمها مؤسسات أكاديمية

- ٦- يمكن أن تنظم المنظمة اجتماعات مشتركة أو تشارك في رعاية اجتماعات تنظمها المؤسسات الأكاديمية، مادام يحافظ على نزاهة المنظمة واستقلالها وسمعتها ومادامت هذه المشاركة تسهم في تحقيق أغراض المنظمة المبينة في برنامج العمل العام. ويجوز لموظفي المنظمة المشاركة في اجتماعات تنظمها المؤسسات الأكاديمية وفقاً لقواعد المنظمة الداخلية. ولن تأوّل المؤسسات الأكاديمية مشاركة المنظمة على أنه نوع من الدعم أو التأييد الرسمي للاجتماع كما توافق على عدم استخدام مشاركة المنظمة لأغراض ترويجية.

السياسات الخاصة بالإجراءات التشغيلية

- ٧- تدار مشاركة المنظمة في اجتماعات المؤسسات الأكاديمية بصفتها مشاركة في التنظيم أو الرعاية أو بأعضاء حلقات النقاش أو المتحدثين طبقاً لأحكام هذا الإطار.

١ انظر الفقرات من ١٤ إلى ٢٠ من الإطار الجامع للاطلاع على أنواع التفاعلات الخمسة.

الموارد

٨- يمكن للمنظمة أن تقبل المساهمات المالية والعينية من المؤسسات الأكاديمية مادامت هذه المساهمات تندرج في برنامج العمل العام للمنظمة، ولا تنشأ عنها حالات تضارب في المصالح وتُدار وفقاً للإطار وتمتثل للوائح المنظمة وقواعدها وسياساتها الأخرى ذات الصلة.

٩- ويمكن للمنظمة أن تقدم الموارد إلى مؤسسة أكاديمية لتنفيذ عمل معين (مثل إجراء بحث أو تجربة سريرية أو عمل مخبري أو إعداد وثيقة)، بما يتماشى مع اللائحة المالية والنظام المالي وغيرها من القواعد والسياسات المنطبقة. وقد تستهدف هذه الموارد دعم مشروع من مشاريع المؤسسة ترى المنظمة أنه يستحق الدعم استناداً إلى ما يحققه من مصالح واضحة للصحة العمومية، ويتسق مع برنامج العمل العام للمنظمة، أو دعم مشروع تتولى المنظمة تنظيمه أو تنسيقه. والدعم المقدم هو عبارة عن منحة في الحالة الأولى وخدمة في الحالة الثانية.

السياسات والإجراءات التشغيلية المحددة

١٠- يخضع قبول أي موارد من مؤسسة أكاديمية لأحكام هذا الإطار وغيرها من قواعد المنظمة ومبادئها التوجيهية ذات الصلة مثل النظام الأساسي للموظفين ولائحة الموظفين واللائحة المالية والنظام المالي وسياسات المنظمة التي تحكم المشتريات ومبادئها التوجيهية بشأن التبرعات من الأدوية ومبادئها التوجيهية بشأن التبرعات من معدات الرعاية الصحية.

١١- ويجب على المنظمة لأغراض الشفافية الإقرار علناً بالمساهمات المقدمة من المؤسسات الأكاديمية وفقاً لسياساتها وممارساتها.

١٢- ويُصاغ الإقرار عادة على النحو التالي: "تقر منظمة الصحة العالمية مع الامتثال بالمساهمة المالية المقدمة من [المؤسسة الأكاديمية] لأغراض [وصف الحصيلة أو النشاط]".

١٣- وترد الإشارة إلى المساهمات الواردة من المؤسسات الأكاديمية في تقرير المنظمة المالي وبياناتها المالية المراجعة وفي بوابة الميزانية البرمجية على الإنترنت وسجل المنظمة للجهات الفاعلة غير الدول.

١٤- ولا يجوز للمؤسسات الأكاديمية أن تستخدم مسألة كونها قدمت مساهمة في موادها المستخدمة في الأغراض التجارية والترويجية والتسويقية والدعائية،^١ غير أنها تستطيع الإشارة إلى مساهمتها في تقاريرها السنوية أو الوثائق المماثلة. وعلاوة على ذلك، يجوز لها أن تشير إلى المساهمة على مواقعها الإلكترونية وفي المنشورات الخاصة غير التجارية، شريطة الاتفاق مع المنظمة على المحتوى والسياق.

البيانات

١٥- يجوز للمؤسسات الأكاديمية أن تتيح المعلومات المحدثة والمعارف الخاصة بها عن المسائل التقنية وتتبادل خبراتها مع المنظمة حسب الاقتضاء، بموجب أحكام الإطار الجامع وهذه السياسة والإجراءات التشغيلية المحددة وسائر قواعد المنظمة وسياساتها وإجراءاتها المنطبقة. وينبغي كلما أمكن إتاحة مثل هذه المساهمات أمام الجمهور، حسب الاقتضاء. كما ينبغي إتاحة البيانات المؤلدة أمام الجمهور.

١ وفقاً لما يرد في الفقرة ٤٦ من الإطار الجامع.

١٦- وتخضع الملكية الفكرية الناشئة عن علاقات التعاون مع المؤسسات الأكاديمية لأحكام الاتفاق المبرم مع المؤسسة الأكاديمية المعنية. وهذه مسألة ينبغي تناولها بالتشاور مع مكتب المستشار القانوني.

الدعوة

١٧- تتعاون المنظمة مع المؤسسات الأكاديمية في مجال الدعوة من أجل الصحة وإذكاء الوعي بالمسائل الصحية؛ ومن أجل تغيير السلوك لمصلحة الصحة العمومية؛ ومن أجل تعزيز التعاون والاتساق بين الجهات الفاعلة غير الدول حيثما يلزم العمل المشترك. وتشجع المؤسسات الأكاديمية على نشر سياسات المنظمة ومبادئها التوجيهية وقواعدها ومعاييرها وغير ذلك من الأدوات من خلال شبكات المؤسسات بهدف توسيع نطاق تأثير المنظمة.

١٨- تشجع المنظمة المؤسسات الأكاديمية على تنفيذ سياسات وقواعد ومعايير المنظمة والدعوة إلى تنفيذها. وتشارك المنظمة في حوار مع المؤسسات الأكاديمية لتعزيز سبل تنفيذ سياسات المنظمة وقواعدها ومعاييرها.^١

١٩- ولا يمكن أن تتعاون المؤسسات الأكاديمية مع المنظمة في مجال الدعوة إلى تنفيذ سياسات المنظمة أو قواعدها أو معاييرها إلا إذا التزمت بتنفيذ هذه السياسات والقواعد والمعايير بأكملها. ولا يُعد التنفيذ الجزئي أو الانتقائي مقبولاً.

التعاون التقني

٢٠- يجوز أن تتشارك المنظمة مع المؤسسات الأكاديمية في مجال التعاون التقني على النحو المحدد في الفقرة ٢٠ من الإطار الجامع، وهو تعاون يُشجّع على الاضطلاع به مع تلك المؤسسات ويجب أن يصب في مصلحة المنظمة وأن يدار وفقاً للإطار الجامع ولهذه السياسة من أجل حماية المنظمة، وعلى وجه الخصوص عملها الخاص بوضع القواعد، من أي تأثير لا مبرر له أو تضارب في المصالح، وضمان عدم التدخل في وظيفة المنظمة الاستشارية تجاه الدول الأعضاء.

٢١- وتخضع علاقات التعاون العلمي لأحكام لائحة مجموعات الدراسة والمجموعات العلمية والمؤسسات المتعاونة وآليات التعاون الأخرى.^٢

٢٢- ويمكن تعيين المؤسسات الأكاديمية أو فروع منها كمراكز متعاونة مع المنظمة وفقاً لأحكام اللائحة المذكورة أعلاه. وفي هذا السياق، تتخذ إجراءات العناية الواجبة وتقدير المخاطر قبل منح صفة المركز المتعاون مع المنظمة عملاً بهذا الإطار. ويخضع التعاون مع هذه المراكز المتعاونة لأحكام اللائحة المذكورة آنفاً ويتجلى في سجل الجهات الفاعلة غير الدول.

الجلسة العامة الثامنة، ٢٨ أيار/ مايو ٢٠١٦ -
اللجنة "أ"، التقرير الخامس)

١ يُتوقع من المؤسسات الأكاديمية العاملة مع المنظمة أن تتقيد بسياسات المنظمة بشأن الصحة العمومية في مجالات من مثل سلامة الأغذية والسلامة الكيميائية والترويج الأخلاقي لمنتجات الأدوية الطبية ومكافحة التبغ والأمراض غير السارية، فضلاً عن الصحة والسلامة في العمل.

٢ الوثائق الأساسية، الطبعة الثامنة والأربعون، جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ ٢٠١٤، الصفحات من ١٣١ إلى ١٣٨.

الملحق ٦

النص المعدل للنظام الأساسي للموظفين^١

[ج٦٩/٥٤ - ١٥ نيسان/ أبريل ٢٠١٦]

حادي عشر - تسوية النزاعات

١١-٢ أي نزاع ينشأ بين المنظمة وأحد الموظفين بشأن الوفاء بشروط عقد الموظف لا يتسنى حله داخلياً يُحال إلى المحكمة الإدارية لمنظمة العمل الدولية للفصل فيه نهائياً.

١ عُدل النص وفقاً لما يرد في القرار جص ع٦٩-١٧ (٢٠١٦).

الملحق ٧

الاستراتيجية العالمية بشأن الموارد البشرية الصحية: القوى العاملة ٢٠١٤

مقدمة

١- في أيار/ مايو ٢٠١٤ اعتمدت جمعية الصحة العالمية السابعة والستون القرار جص ٦٧ع-٢٤ بشأن متابعة إعلان ريسيفي السياسي بشأن الموارد البشرية الصحية: تجديد الالتزامات بتحقيق التغطية الصحية الشاملة. وفي الفقرة ٤(٢) من هذا القرار طلبت الدول الأعضاء من المدير العام لمنظمة الصحة العالمية إعداد وتقديم استراتيجية عالمية جديدة للموارد البشرية الصحية كي تنظر فيها جمعية الصحة العالمية التاسعة والستون.

٢- استرشد وضع الاستراتيجية العالمية بعملية استهلّت في نهاية عام ٢٠١٣ وشاركت فيها الدول الأعضاء والجهات الممثلة في مجلس التحالف العالمي للقوى العاملة الصحية، وهو أحد الشركاء المُستضافة في المنظمة. وأسهم أكثر من ٢٠٠ خبير من جميع أقاليم المنظمة في تجميع البيانات حول إطار شامل لسوق العمل الصحية من أجل تحقيق التغطية الصحية الشاملة. ونُشرت ورقة مجمّعة في شباط/ فبراير ٢٠١٥ بها الصيغة الأولية من مسوّد الاستراتيجية العالمية.

٣- بدأت عملية تشاور موسّعة بشأن الصيغة الأولية في آذار/ مارس ٢٠١٥. وأثمرت المشاورة عن مساهمات الدول الأعضاء والجهات المعنية مثل المجتمع المدني والرابطات المهنية للعاملين في مجال الرعاية الصحية. كما استفادت العملية من مناقشات اللجان الإقليمية للمنظمة، والمشاورات التقنية، والمنتديات الإلكترونية، والجلسة الإعلامية للبعثات الدائمة للدول الأعضاء في جنيف، والحوارات خلال المجلس التنفيذي الـ ١٣٨ وجولة أخيرة من الملاحظات المكتوبة في آذار/ مارس ٢٠١٦. وتجسّد مسوّد الاستراتيجية العالمية التعليقات والإرشادات المنبثقة من عملية التشاور، كما اتسقت الاستراتيجية مع مسوّد إطار الخدمات المتكاملة التي تركز على الناس واسترشدت بها.^٤

٤- تستهدف الاستراتيجية العالمية بشأن الموارد البشرية الصحية: القوى العاملة ٢٠٣٠ في المقام الأول المخططين وراسمي السياسات في الدول الأعضاء في المنظمة، إلا أن محتواها يحمل أهمية لسائر المعنيين من الجهات صاحبة المصلحة في مجال القوى العاملة الصحية، بما في ذلك أرباب الأعمال في القطاعين العام والخاص، والنقابات المهنية، والمؤسسات التعليمية والتدريبية، والنقابات العمالية، والجهات ثنائية ومتعددة الأطراف المشاركة في عملية التنمية، والمنظمات الدولية، والمجتمع المدني.

١ انظر القرار جص ٦٩ع-١٩ (٢٠١٦).

٢ ملاحظة المحرر: لم تخضع هذه الوثيقة للتحريير من جانب دائرة الأجهزة الرئاسية.

٣ Global Health Workforce Alliance. Health workforce 2030 – towards a global strategy on human resources for health [Synthesis paper]. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://www.who.int/hrh/documents/synthesis_paper_them2015/en/, accessed 5 June 2015).

٤ WHO Global Strategy on People-Centred and Integrated Health Services – interim report. Geneva: World Health Organization; 2015 (WHO/HIS/SDS/2015.6; <http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/en/>, accessed 5 June 2015).

٥- تفر هذه الوثيقة بأن مفهوم التغطية الصحية الشاملة قد يحمل دلالات مختلفة في بلدان وأقاليم العالم. وفي مكتب منظمة الصحة العالمية الإقليمي للأمريكتين بصفة خاصة، تعتبر التغطية الصحية الشاملة جزءًا من المفهوم الأوسع لإتاحة الرعاية الصحية للجميع.

الاستراتيجية العالمية بشأن الموارد البشرية الصحية: القوى العاملة - ملخص

الرؤية	تسريع خُطى التقدم صوب التغطية الصحية الشاملة وأهداف التنمية المستدامة بضمن الإتاحة المنصفة للعاملين الصحيين في إطار نُظم صحية معززة.			
الهدف العام	تحسين حصائل الصحة والتنمية الاجتماعية والاقتصادية بضمن توافر القوى العاملة الصحية وإتاحتها وتقبلها وتغطيتها وجودتها على نحو شامل، عن طريق توظيف الاستثمارات الكافية لتعزيز النظم الصحية وتنفيذ السياسات الفعالة على الأصعدة الوطنية ¹ والإقليمية والعالمية			
المبادئ	<ul style="list-style-type: none"> • تعزيز الحق في التمتع بأعلى مستوى صحي يمكن تحقيقه • توفير الخدمات الصحية المتكاملة التي تركز على الناس دون وصم الأشخاص والتمييز • تعزيز تمكن المجتمعات المحلية ومشاركتها • دعم الحقوق الشخصية والمتعلقة بالعمل والمهنية لجميع العاملين الصحيين، بما في ذلك بيئات العمل الآمنة واللائقة والتحرر من جميع أنواع التمييز والإكراه والعنف • التخلص من العنف والتمييز والتحرش القائم على نوع الجنس • تعزيز التعاون والتضامن على الصعيد الدولي بما يتواءم مع الأولويات الوطنية • ضمان ممارسات التوظيف الأخلاقية التي تتماشى مع أحكام مدونة المنظمة العالمية لقواعد الممارسة بشأن توظيف العاملين الصحيين على المستوى الدولي • حشد الالتزام السياسي والمالي واستدامتهما وتعزيز الشمول والتعاون على صعيد القطاعات والدوائر • تعزيز الابتكار واستخدام البيانات 			
الأغراض	<p>١- تحقيق المستوى الأمثل لأداء القوى العاملة الصحية وجودتها وأثرها من خلال السياسات التي تسترشد بالبيّنات بشأن الموارد البشرية الصحية، للمساهمة في التمتع بأنماط العيش الصحية وبالعافية، وتحقيق التغطية الصحية الشاملة الفعالة، والقدرة على الصمود وتعزيز النظم الصحية على جميع الأصعدة.</p>	<p>٢- مواومة الاستثمار في الموارد البشرية الصحية مع احتياجات السكان الحالية والمستقبلية والنظم الصحية، مع مراعاة ديناميات سوق العمل وسياسات التعليم للتصدي لحالات العجز وتحسين توزيع العاملين الصحيين لإتاحة أكبر قدر من التحسينات في الحصائل الصحية والرعاية الاجتماعية وتوفير فرص العمل والتنمية الاقتصادية.</p>	<p>٣- بناء قدرة المؤسسات على الأصعدة دون الوطنية والوطنية والإقليمية والعالمية لتحقيق فعالية إدارة السياسة العامة والقيادة وتصريف شؤون الإجراءات الخاصة بالموارد البشرية الصحية.</p>	<p>٤- تعزيز البيانات الخاصة بالموارد البشرية الصحية من أجل رصد تنفيذ الاستراتيجيتين الوطنية والإقليمية والاستراتيجية العالمية وضمن المساهلة بشأن تنفيذها.</p>

١ ينبغي فهم السياسات والإجراءات على الصعيد "القطري" أو على "الصعيد" الوطني على النحو الملائم لكل بلد وفقاً للمسؤوليات دون الوطنية والوطنية.

المعالم العالمية (بحلول عام ٢٠٢٠)

- جميع البلدان لديها آليات مؤسسية شاملة للجميع من أجل تنسيق خطة مشتركة بين القطاعات بشأن القوى العاملة الصحية.
- جميع البلدان لديها وحدة خاصة بالموارد البشرية الصحية تتولى مسؤولية وضع السياسات والخطط ورصدها.
- جميع البلدان لديها آليات تنظيمية لتعزيز سلامة المرضى ومراقبة القطاع الخاص على النحو الملائم.
- جميع البلدان أنشأت آليات لاعتماد مؤسسات التدريب الصحي.
- جميع البلدان تحرز تقدماً بشأن سجلات القوى العاملة الصحية لتتبع القوى العاملة الصحية المتاحة وتعليمها وتوزيعها وتدقيقتها والطلب عليها وقدراتها وأجورها.
- جميع البلدان تحرز تقدماً في مجال تبادل البيانات عن الموارد البشرية الصحية من خلال حسابات القوى العاملة الوطنية وتبلغ أمانة المنظمة عن المؤشرات الأساسية سنوياً.
- جميع الوكالات الثنائية والمتعددة الأطراف تعزز عمليات تقدير القوى العاملة الصحية وتبادل المعلومات.

المعالم العالمية (بحلول عام ٢٠٣٠)

- جميع البلدان تحرز تقدماً صوب خفض مستويات عدم المساواة في إتاحة العاملين الصحيين إلى النصف.
- جميع البلدان تحرز تقدماً صوب تحسين معدلات إكمال الدورة في المؤسسات المعنية بتدريب الأطباء والممرضات والمهنيين الصحيين المساعدين.
- جميع البلدان تحرز تقدماً صوب خفض اعتمادها على المهنيين الصحيين المدربين في الخارج إلى النصف بتنفيذ مدونة منظمة الصحة العالمية لقواعد الممارسة.
- جميع الوكالات ثنائية ومتعددة الأطراف تعمل على تعزيز جوانب التأزر في مجال المساعدة الإنمائية الرسمية الموجهة إلى التعليم والتوظيف ومراعاة المنظور الجنساني والصحة، دعماً للأولويات الوطنية المتعلقة بالتوظيف في قطاع الصحة والنمو الاقتصادي.
- العمل كشركاء في أهداف الأمم المتحدة للتنمية المستدامة على تقليل العوائق أمام الحصول على الخدمات الصحية من خلال العمل على توفير وشغل واستدامة ما لا يقل عن ١٠ ملايين وظيفة إضافية كاملة الدوام في قطاعي الصحة والرعاية الاجتماعية لتلبية احتياجات السكان الذين يعانون من نقص في الخدمات.
- العمل كشركاء في أهداف الأمم المتحدة للتنمية المستدامة على إحراز تقدم صوب الهدف ٣ لزيادة التمويل الصحي وتوظيف القوى العاملة الصحية وتطويرها وتدريبها واستبقائها.

الأنشطة الأساسية التي ستضطلع بها أمانة المنظمة دعماً لتنفيذ الاستراتيجية العالمية

وضع الإرشادات الخاصة بالقواعد والمعايير؛ وإعداد برنامج بحوث العمليات من أجل تحديد خيارات السياسات المسندة بالبيانات؛ وتيسير تبادل أفضل الممارسات؛ وتوفير التعاون التقني بشأن تعليم القوى العاملة الصحية، وتعظيم نطاق ممارسة الكوادر المختلفة، ووضع استراتيجيات النشر والاستبقاء المسندة

توفير الإرشادات الخاصة بالقواعد والمعايير والتعاون التقني وتيسير تبادل أفضل الممارسات بشأن تخطيط القوى العاملة الصحية ووضع التوقعات بشأنها، واحتياجات النظام الصحي، وسياسات التعليم، وتحليل سوق العمل الصحية، وحساب تكاليف الاستراتيجيات الوطنية بشأن الموارد البشرية الصحية. تعزيز البيانات بشأن سياسات الاقتصاد

توفير التعاون التقني وبناء القدرات من أجل تنمية الكفاءة الأساسية في مجال سياسات الموارد البشرية الصحية وتخطيطها وإدارتها التي تركز على احتياجات النظام الصحي. تعزيز التنسيق الفعال للخطة العالمية بشأن الموارد البشرية الصحية ومواءمتها والمساءلة بشأنها، بتيسير شبكة من أصحاب المصلحة الدوليين.

استعراض:

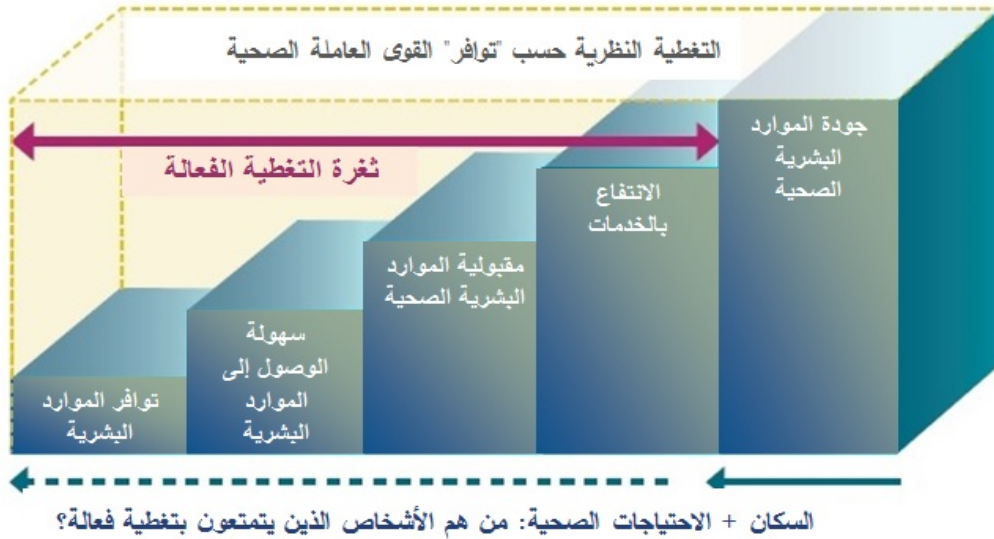
جدوى الأدوات والمبادئ التوجيهية وقواعد البيانات ودعم تطويرها وتعزيزها وتحديثها، فيما يتعلق بالبيانات والبيانات الخاصة بالموارد البشرية الصحية، لاستخدامها في الظروف الروتينية وظروف الطوارئ. تيسير تقديم البلدان لتقارير سنوية إلى أمانة المنظمة بشأن الحد الأدنى

<p>من المؤشرات الأساسية الخاصة بالموارد البشرية الصحية، من أجل رصد الاستراتيجية العالمية والمساءلة بشأنها.</p> <p>دعم البلدان في إنشاء وتعزيز معيار لجودة البيانات الوطنية الخاصة بالقوى العاملة الصحية ومدى اكتمالها.</p> <p>تعميم ودمج جميع متطلبات التبليغ بشأن الموارد البشرية الصحية من قبل الدول الأعضاء في المنظمة.</p> <p>تكييف رصد الغايات التي تنص عليها الاستراتيجية العالمية، ودمجها وربطها بإطار المساءلة الجديد الخاص بأهداف التنمية المستدامة.</p> <p>إعداد آليات لتمكين جمع البيانات من أجل إعداد وتقديم تقرير بشأن حماية العاملين في المجال الصحي، الذي يجمع تجارب الدول الأعضاء ويحللها، ويقدم توصيات للإجراءات الواجب اتخاذها من قبل الجهات المعنية ذات الصلة، بما في ذلك التدابير الوقائية المناسبة.</p>	<p>إجراء تقييم منهجي للآثار الواقعة على القوى العاملة الصحية نتيجة للتوصيات التقنية أو التوصيات التي تقدم إلى جمعية الصحة العالمية واللجان الإقليمية بشأن السياسات.</p> <p>توفير التعاون التقني من أجل تنمية قدرات النظم الصحية وكفاءة القوى العاملة ومنها ما يتعلق بإدارة الطوارئ والكوارث.</p>	<p>الجزئي والتمويل واعتماد ما يؤدي منها إلى زيادة الاستثمار في الموارد البشرية الصحية وتحسين التوجه الاستراتيجي لهذه الاستثمارات.</p>	<p>بالبيانات، وتعميم مراعاة المنظور الجنساني، والتوافر، وإمكانية الوصول، والتغطية واتباع نهج مراقبة الجودة وتحسين الأداء، بما في ذلك تعزيز اللوائح العامة.</p>
--	--	---	--

معلومات أساسية: برنامج عمل متدرج للقوى العاملة الصحية في سياق القرن الواحد والعشرين

٦- لا يمكن أن تعمل النظم الصحية إلا من خلال العاملين الصحيين؛ حيث يعتمد تحسين تغطية الخدمة الصحية وإدراك حق التمتع بأعلى مستوى صحي يمكن تحقيقه على توافرهم وسهولة الوصول إليهم، والمقبولية والجودة. أ إن مجرد توافر العاملين الصحيين غير كافٍ؛ فلن يتسنى ترجمة التغطية النظرية إلى تغطية فعالة بالخدمات إلا إذا كانوا موزعين على نحو عادل وتوفرت سبل وصول السكان إليهم، وكانوا على المستوى المطلوب من الكفاءة، وكان لديهم الحافز والصلاحيات اللازمة لتقديم رعاية صحية جيدة ومناسبة ومقبولة بالنسبة لتوقعات السكان الاجتماعية والثقافية، وعندما يدعمهم النظام الصحي دعماً كافياً. بيد أن البلدان على جميع مستويات التنمية الاقتصادية والاجتماعية تواجه، بدرجات متفاوتة، صعوبات في تعليم القوى العاملة لديها توزيعها واستبقائها وأدائها. ستظل الأولويات الصحية الواردة في خطة التنمية المستدامة لما بعد عام ٢٠١٥- مثل القضاء على الإيدز والسل والملاريا؛ وتوسيع نطاق الحصول على الخدمات الجراحية الضرورية؛ والحد من الوفيات النفاسية بشكلٍ جذري؛ والقضاء على وفيات المواليد والأطفال دون سن الخامسة التي يمكن تفاديها؛ والحد من الوفيات المبكرة الناجمة عن الأمراض غير السارية؛ وتعزيز الصحة النفسية؛ والتصدي للأمراض المزمنة وضمان التغطية الصحية الشاملة - مجرد طموحات ما لم تكن مصحوبة باستراتيجيات تنطوي على جهود تحويلية فيما يتعلق بقدرات القوى العاملة الصحية. وتمثل البلدان التي تعاني من الصراعات المسلحة أو الكوارث الطبيعية أو البشرية أو الخارجة منها، والبلدان التي تستضيف لاجئين على أراضيها، والبلدان التي تتأثر بتغير المناخ، تحديات محددة بالنسبة للقوى العاملة الصحية ينبغي أخذها بعين الاعتبار ومعالجتها. كما يجب أن تكون لدى كل دولة عضو القدرة على الحد من مخاطر الكوارث على نحو فعال وتدبير الاستعداد والوفاء بالتزاماتها المنصوص عليها في اللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥)؛^٢ مما يتطلب وجود قوى عاملة صحية ماهرة ومدربة ومدعومة.^٣

الشكل (١): الموارد البشرية الصحية: توافرها وسهولة الوصول إليها ومقبوليتها وجودتها والتغطية الفعالة



المصدر: Campbell et al، ٢٠١٣

١ Global Health Workforce Alliance. A universal truth: no health without a workforce. Report of Third Global Forum on Human Resources for Health, Recife, Brazil. Geneva: World Health Organization; 2014 (<http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/hrhreport2013/en/>, accessed 13 February 2015).

٢ International health regulations (2005), 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2008 (<http://www.who.int/ihr/publications/9789241596664/en/>, accessed 13 February 2015).

٣ The world health report 2007 – a safer future: global public health security in the 21st century. Geneva: World Health Organization; 2007 (<http://www.who.int/whr/2007/en/>, accessed 13 February 2015).

٧- تضطلع القوى العاملة الصحية بدور حيوي في بناء قدرة المجتمعات المحلية والنظم الصحية على الاستجابة للكوارث الناجمة عن المخاطر الطبيعية أو البشرية وما يتصل بها من أخطار ومخاطر بيئية وتكنولوجية وبيولوجية. وغالباً ما تكون الآثار الصحية الناجمة عن هذه الأحداث مدمرة، ويشمل ذلك ارتفاع أعداد الوفيات والإصابات والأمراض والإعاقات. ويمكن لهذه الأحداث أن تعيق تقديم الخدمات الصحية من خلال فقدان العاملين الصحيين، وتلف المرافق الصحية، وانقطاع البرامج الصحية، وزيادة العبء على الخدمات السريرية. إن الاستثمار في القوى العاملة الصحية، وفي تحسين تغطية الخدمات الصحية، وفي إدارة مخاطر الطوارئ والكوارث لا يبني قدرة الصحة على الصمود وتحقيق الأمن الصحي فحسب، بل من شأنه أيضاً الحد من سرعة تأثير الصحة وتوفير الموارد البشرية اللازمة لمنع الطوارئ والتأهب لها ومواجهتها والتعافي من آثارها. ومن ثم ينبغي التركيز بصورة أكبر على الأدوار المختلفة التي تضطلع بها القوى العاملة الصحية بأكملها في حالات الطوارئ، وذلك - على سبيل المثال - عند التخطيط للاحتياجات من الموظفين (بما في ذلك القدرة على تلبية الاحتياجات المفاجئة استجابةً للطوارئ^١)، وتدريبهم وحمايتهم، وإشراكهم في عملية التأهب والاستجابة وتدابير التكيف مع تغيير المناخ في قطاع الصحة.

٨- على الرغم من التقدم الكبير المحرز، فإنه يتعين تعزيز الإرادة السياسية وحشد الموارد من أجل خطة القوى العاملة في إطار جهودٍ أوسع نطاقاً لتعزيز وتمويل النظم الصحية على نحوٍ كافٍ. وقد أسفرت الجهود السابقة في مجال تطوير القوى العاملة الصحية عن نتائج مهمة: وتكثر الأمثلة على الدول التي نجحت في تحسين الحصائل الصحية، من خلال معالجة التحديات التي تواجهها القوى العاملة الصحية^{٢،٣}. وعلاوة على ذلك، يتحسن توافر القوى العاملة الصحية. على المستوى الإجمالي، بالنسبة لغالبية البلدان التي تتوافر البيانات بشأنها، وإن كانت وتيرة التقدم المحرز لا تواكب النمو السكاني في أغلب الأحيان. وبوجه عام، لم يكن التقدم سريعاً أو عميقاً بالقدر الكافي؛ فمازال النقص، والاختلالات في مزيج المهارات، وسوء التوزيع، والحوجز التي تعيق التعاون فيما بين المهنيين، وعدم كفاءة استخدام الموارد، وتدني ظروف العمل، واختلال التوزيع الجنساني، ومحدودية توافر البيانات بشأن القوى العاملة الصحية - كل ذلك مازال قائماً، فضلاً عن شيخوخة القوى العاملة التي تزيد الصورة تعقيداً في حالات كثيرة. وباستعراض الجهود السابقة التي بذلت بُغية تنفيذ الاستراتيجيات والأطر الوطنية والإقليمية والعالمية، فإن التحدي الرئيسي هو كيفية حشد الإرادة السياسية والموارد المالية للنظام الصحي والموارد البشرية الصحية باعتبارها العنصر الأساسي به في الأمد الأطول^{٤،٥}.

٩- ستكتسي القوى العاملة الصحية أهمية حاسمة من أجل تحقيق أهداف الصحة وأهداف التنمية الأوسع نطاقاً في العقود القادمة. وقد اعتمدت الجمعية العامة للأمم المتحدة مجموعة جديدة من أهداف التنمية المستدامة (SDGs) للفترة ٢٠١٦-٢٠٣٠. وتتسق أهداف التنمية المستدامة مع الأهداف الإنمائية للألفية للفترة ٢٠٠٠-٢٠١٥، حيث تدعو الشعوب والزعماء في جميع أنحاء العالم إلى العمل من أجل ضمان حياة

١ تخطيط القدرة على التصدي يشمل ما يتم من خلال القوى العاملة الطارئة العالمية والإقليمية والوطنية، وذلك تمشياً مع الأحكام المنصوص عليها في جص ع٦٨ (١٠) (٢٠١٤) تفشي مرض فيروس إيبولا ومتابعة الجلسة الخاصة التي عقدها المجلس التنفيذي بشأن طارئة الإيبولا (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68-REC1/A68_R1_REC1-en.pdf#page=27)

٢ Campbell J, Buchan J, Cometto G, David B, Dussault G, Fogstad H et al. Human resources for health and universal health coverage: fostering equity and effective coverage. Bull World Health Organ. 2013; 91(11):853-63.

٣ Van Lerberghe W, Matthews Z, Achadi E, Ancona C, Campbell J, Channon A et al. Country experience with strengthening of health systems and deployment of midwives in countries with high maternal mortality. Lancet. 2014; 384(9949):1215-25.

٤ DeLuca MA, Soucat A, editors. Transforming the global health workforce. New York: New York University College of Nursing; 2013.

٥ Cometto G, Boerma T, Campbell J, Dare L, Evans T. The third Global Forum: framing the health workforce agenda for universal health coverage. Lancet Glob Health. 2013; (6):e324-5.

كريمة للجميع.^١ وتشكل القوى العاملة الصحية أساساً لتحقيق الهدف المقترح بشأن الصحة والذي تنص إحدى غاياته (٣ج) على "زيادة التمويل في قطاع الصحة وتوظيف القوى العاملة الصحية وتطويرها وتدريبها واستبقائها في البلدان النامية، وبخاصة في أقل البلدان نمواً والدول الجزرية الصغيرة النامية، زيادة كبيرة". وفي عام ٢٠١٤، أقرت جمعية الصحة العالمية بأن الهدف الخاص بالصحة وغاياته الثلاث عشرة - بما في ذلك التركيز مجدداً على الإنصاف وتحقيق التغطية الصحية الشاملة - لن يتأتى إلا من خلال الاستثمار الجوهري والاستراتيجي في القوى العاملة الصحية على الصعيد العالمي. وفي القرار ج ص ٦٧٤-٢٤، طلبت الدول الأعضاء من المدير العام لمنظمة الصحة العالمية وضع استراتيجية عالمية بشأن الموارد البشرية الصحية وتقديمها إلى جمعية الصحة العالمية التاسعة والسنتين في أيار/ مايو ٢٠١٦.

١٠- وعلى الصعيد العالمي، غالباً ما يكون الاستثمار في القوى العاملة الصحية أقل من المفترض،^٣ مما يحد من استدامة القوى العاملة والنظم الصحية. ويؤدي النقص المزمن في الاستثمار في تعليم العاملين الصحيين وتدريبهم في بعض البلدان، وعدم توافق استراتيجيات التعليم فيما يتعلق بالنظم الصحية واحتياجات السكان، إلى وجود نقص بصفة مستمرة. ويزداد الأمر تعقيداً بسبب الصعوبات التي تواجه توزيع العاملين الصحيين في المناطق الريفية والنائية والمحرومة من الخدمات. ويسهم النقص والتحديات التي تواجه عملية التوزيع في تنقل العمالة على مستوى العالم والتوظيف الدولي للعاملين الصحيين من البيئات التي تعاني من شح الموارد. وفي بعض البلدان، وبالإضافة إلى النقص الشديد في الاستثمار في التعليم، ولا سيما في المناطق المحرومة، تتسبب الاختلافات بين طاقة العرض والطلب القائم على السوق والذي يحدده الحيز المالي، وبين الطلب واحتياجات السكان، في خلق تحديات أمام تعميم الوصول إلى العاملين الصحيين في إطار نظم صحية معززة، وحتى مفارقة تزامن انتشار البطالة في أوساط العاملين الصحيين مع وجود احتياجات صحية رئيسية غير مستوفاة.

١١- يتطلب تأسيس قوى عاملة صحية قوية وفعالة وقادرة على الاستجابة لأولويات القرن الواحد والعشرين، التوفيق بين المعروض من العاملين الصحيين ومهاراتهم واحتياجات السكان في الحاضر والمستقبل. وتضطلع القوى العاملة الصحية بدور مهم في المساهمة في التأهب لحالات الطوارئ والكوارث والاستجابة لها، ولا سيما من خلال المشاركة في النظم الوطنية لإدارة الطوارئ الصحية والقيادة المحلية وتوفير الخدمات الصحية. ويزيد تطور التشكيلات الوبائية والتراكيب السكانية من عبء الأمراض غير السارية والأمراض المزمنة على النظم الصحية في جميع أنحاء العالم.^٤ ويصاحب ذلك تحولاً تدريجياً في الطلب على الرعاية الصحية التي تركز على المريض، والخدمات الصحية المجتمعية، والرعاية طويلة الأمد وفقاً لاحتياجات كل شخص.^٥ ولذلك فمن المتوقع أن ينمو الطلب على القوى العاملة الصحية نمواً كبيراً على الصعيد العالمي. في الوقت نفسه، تشهد الاقتصادات الناشئة تحولاً اقتصادياً من شأنه زيادة حافزة مواردها الصحية، وتحولاً ديمغرافياً سيؤدي إلى انضمام مئات

١ The road to dignity by 2030: ending poverty, transforming all lives and protecting the planet. Synthesis report of the Secretary-General on the post-2015 agenda. New York: United Nations; 2014

٢ Resolution WHA67.24. Follow-up of the Recife Political Declaration on Human Resources for Health: renewed commitments towards universal health coverage. In: Sixty-seventh World Health Assembly, Geneva, 19-24 May 2014. Resolutions and decisions, annexes. Geneva: World Health Organization; 2014 (WHA67/2014/REC/1; (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R24-en.pdf?ua=1, accessed 5 June 2015).

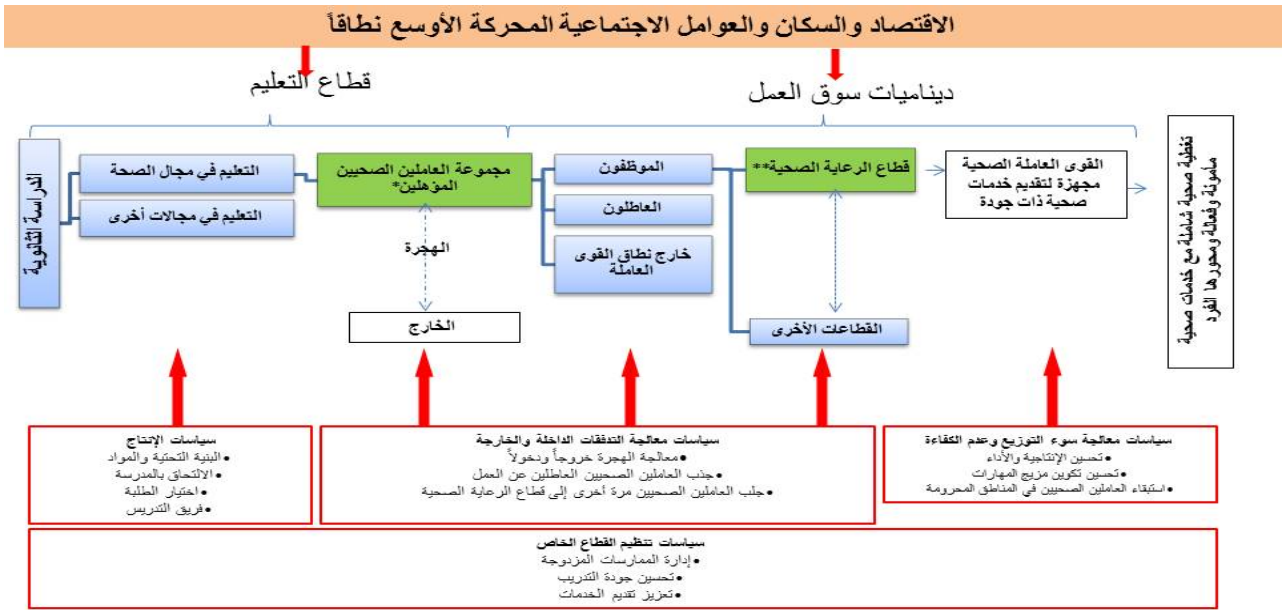
٣ Hernandez P, Poullier J, Van Mosseveld C, Van de Maele N, Cherilova V, Indikadahena C et al. Health worker remuneration in WHO Member States. Bull World Health Organ. 2013; 91(11):808-15.

٤ GBD 2013 Mortality and Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. Lancet. 2015; 385(9963):117-71.

٥ Hernandez P, Poullier J, Van Mosseveld C, Van de Maele N, Cherilova V, Indikadahena C et al. Health worker remuneration in WHO Member States. Bull World Health Organ. 2013; 91(11):808-15.

الملايين إلى القوة العاملة النشطة. وسيطلب الوصول إلى العدد والنوعية والأهمية اللازمة للقوى العاملة الصحية مواءمة القرارات الخاصة بالسياسات والتمويل في سوق التعليم وسوق العمالة الصحية مع تلك الاحتياجات المتغيرة (الشكل ٢).

الشكل ٢: القوى الدافعة لسياسات تشكيل أسواق العمالة الصحية



*توريد العاملين الصحيين = مجموعة من العاملين الصحيين المؤهلين الراغبين في العمل في قطاع الرعاية الصحية
**الطلب على العاملين الصحيين = المؤسسات العامة والخاصة التي تشكل قطاع الرعاية الصحية

المصدر: Sousa A, Scheffler M R, Nyoni J, Boerma T "A comprehensive health labour market framework for universal health coverage" Bull World Health Organ 2013;91:892-894

المصدر: Bull World Health Organ، 2013،Sousa et al.

١٢- تتطلب التحديات المستمرة التي تواجهها القوى العاملة الصحية، مقرونة بتلك التوجهات الكلية الأوسع، أن يقوم المجتمع العالمي بإعادة تقييم فعالية الاستراتيجيات السابقة واعتماد نقلة نوعية في كيفية تخطيط وتعليم ونشر وإدارة ومكافأة العاملين الصحيين. إن تحقيق تقدمٍ يفضي إلى تحول، إلى جانب استغلال العاملين الصحيين الموجودين على نحوٍ أكثر فعالية، هو أمرٌ ضروري وممكن على حدٍ سواء، وذلك من خلال: اعتماد نماذج شاملة للرعاية تضم الخدمات التعزيزية والوقائية والعلاجية والتأهيلية والملطّفة؛ وإعادة توجيه النظم الصحية نحو نهج تعاوني للرعاية الصحية الأولية يقوم على الأفرقة؛ واستغلال إمكانات الابتكار التكنولوجي على نحوٍ كامل. وفي سياقٍ موازٍ، يمكن الاستعانة بالاستثمار في القوى العاملة الصحية وإصلاحها، حيث توجد حاجة ماسة إلى ذلك، من أجل خلق فرص عمل مؤهّلة، ولا سيّما بالنسبة للنساء والشباب. وتمثل هذه الاحتمالات فرصة غير مسبوقة لتصميم وتنفيذ استراتيجيات خاصة بالقوى العاملة الصحية لرأب الفجوات التي تعاني منها النظم الصحية فيما يتعلق بالإنصاف والتغطية، مع تحرير إمكانات النمو الاقتصادي الكامنة. ويتوقف تحقيق ذلك على حشد الإرادة السياسية وبناء القدرات المؤسسية والبشرية من أجل تنفيذ هذا البرنامج بفعالية.

١٣- تتطلب الرؤية المتمثلة في وصول جميع المجتمعات المحلية إلى العاملين الصحيين دون وصم أو تمييز بحلول عام ٢٠٣٠، تبني سياسات فعالة على المستويات الوطنية والإقليمية والعالمية مع وجود استثمارات كافية لتلبية الاحتياجات غير المستوفاة. وعلى نحوٍ واقعي، يُعدّ التوسع المطلوب في العقود المقبلة لتلبية الطلب المتزايد ورأب الفجوات القائمة ومواجهة التنقلات المتوقعة أكبر من جميع التقديرات السابقة. وتشير توقعات منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي (الملحق ١) تشير إلى خلق حوالي ٤٠ مليون فرصة عمل جديدة

في مجال الصحة والرعاية الاجتماعية على مستوى العالم لعام ٢٠٣٠، وإلى الحاجة إلى ١٨ مليون عامل صحي إضافي، ولاسيما في الأماكن التي تنقصها الموارد، من أجل تحقيق تغطية كبيرة وفعالة بطائفة من الخدمات الصحية اللازمة لضمان حياة صحية للجميع.

١٤- لطالما كان ما يجب القيام به لمعالجة الاختناقات الحرجة في القوى العاملة الصحية معروفاً؛ وهناك الآن بيئة أفضل من أي وقت مضى على كيفية القيام بذلك. تنتظر مسودة الاستراتيجية العالمية لمنظمة الصحة العالمية بشأن الموارد البشرية الصحية: القوى العاملة ٢٠٣٠ في البيئات المعاصرة وأفضل الممارسات بشأن الأساليب الفعالة لتنمية القوى العاملة الصحية من جوانب مختلفة. ويشمل ذلك التقييم والتخطيط والتعليم، مروراً بالإدارة والاستبقاء والحوافز والإنتاجية؛ والعديد من الأدوات والمبادئ التوجيهية التي وضعتها منظمة الصحة العالمية يمكنها أن تدعم عملية وضع السياسات وتنفيذها وتقييمها في تلك المجالات (الملحق ٢). وتتناول الاستراتيجية العالمية كل هذه الجوانب بصورة متكاملة لتكون مصدر إلهام وإرشاد لاتخاذ إجراءات أكثر حسماً من قبل جميع القطاعات المعنية في الحكومة وكافة الجهات صاحبة المصلحة الرئيسية على المستوى الوطني من المخططين وواضعي السياسات وعلى المستويين الإقليمي والعالمي من المجتمع الدولي. ونظراً للطبيعة المشتركة بين القطاعات والتأثيرات المحتملة لتنمية القوى العاملة الصحية، فإن الاستراتيجية العالمية لا تسعى إلى تحفيز وضع استراتيجيات بشأن الموارد البشرية الصحية الوطنية فحسب، بل تهدف أيضاً إلى تحفيز أطر التنمية الاجتماعية والاقتصادية الأوسع التي تعتمد عليها البلدان.

١٥- نظراً لأن الموارد البشرية الصحية تعتبر من العناصر التمكينية لكثير من الأولويات الخاصة بتقديم الخدمات، فإن هذه الاستراتيجية تكمل وتعزز جملة من الاستراتيجيات ذات الصلة التي وضعتها منظمة الصحة العالمية والأمم المتحدة. وتؤكد الاستراتيجية بشكل خاص على أهمية مدونة المنظمة العالمية لقواعد الممارسة بشأن توظيف العاملين الصحيين على المستوى الدولي،^٢ التي تدعو البلدان إلى السعي لاستخدام مواردها البشرية الصحية في تلبية احتياجاتها، والتعاون من أجل المزيد من ممارسات التوظيف الأخلاقية والعادلة على المستوى الدولي، واحترام حقوق العاملين الصحيين المهاجرين. فإنها تسنّف من الأطر والاستراتيجيات الإقليمية ذات الصلة مثل نداء تورونتو^٣ للعمل وخارطة الطريق الإفريقية بشأن الموارد البشرية في مجال الصحة؛^٤ كما إنها توفر الأساس لعمل اللجنة رفيعة المستوى المعنية بالصحة والتوظيف والنمو الاقتصادي^٥ التي أنشأها الأمين العام

١ Economic, demographic, and epidemiological transitions and the future of health labour markets. [Technical Working Group 1 synthesis paper for the Global Strategy on Human Resources for Health, 28 September 2014]. Global Health Workforce Alliance; 2014 (http://www.who.int/workforcealliance/media/news/2014/WG1_SynthesisSept282014.pdf?ua=1, accessed 14 February 2015).

٢ Resolution WHA63.16. WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel. In: Sixty-third World Health Assembly, Geneva, 17–21 May 2010. Resolutions and decisions, annexes. Geneva: World Health Organization; 2010 (WHA63/2010/REC/1; (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_R16-en.pdf, accessed 13 February 2015).

٣ Pan American Health Organization, Health Canada, and the Ontario Ministry of Health and Long-Term Care. Toronto call to action: towards a decade of human resources for health in the Americas. Washington DC: Pan American Health Organization; 2005 (http://www.bvsde.paho.org/bvsdeescuelas/fulltext/CallAction_eng1.pdf, accessed 30 December 2015).

٤ Road map for scaling up the human resources for health: for improved health service delivery in the African Region 2012–2025. Brazzaville: WHO Regional Office for Africa; 2012 (http://www.hrh-observatory.afro.who.int/images/4th_HRHConsultation/Road-map-HRH_EN.pdf, accessed 25 October 2015).

٥ United Nations High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth, 2 March 2016 (<http://www.who.int/hrh/com-heeg/en/>, accessed 14 March 2016).

للأمم المتحدة في أعقاب قرار الجمعية العامة رقم ١٨٣/٧٠. كما تدعم الاستراتيجية، من بين جملة من الأمور، الأهداف والمبادئ الواردة في استراتيجية الأمم المتحدة العالمية بشأن صحة المرأة والأطفال والمراهقين،^٢ ومنظمة الصحة العالمية، والإطار المعني بالخدمات الصحية المتكاملة والمرتكزة على الأفراد،^٣ وخطة عمل كل مولود، وأهداف تنظيم الأسرة لعام ٢٠٢٠،^٤ والخطة العالمية للقضاء على حالات العدوى الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري،^٥ والاستراتيجية العالمية الجديدة لبرنامج الأمم المتحدة لمكافحة الإيدز للفترة ٢٠١٦-٢٠٢١،^٦ وخطة العمل العالمية بشأن الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها،^٧ وخطة العمل العالمية لمنظمة الصحة العالمية بشأن العجز،^٨ وقرار الجمعية العامة للأمم المتحدة رقم ١٣٢/٦٩ بشأن الصحة العالمية والسياسة الخارجية^٩ وإطار سنديا للحد من مخاطر الكوارث للفترة ٢٠١٥-٢٠٣٠.

١٦- إنها خطة شاملة ترسم طريقاً حاسماً صوب بلوغ غايات التغطية في جميع الأولويات المتعلقة بتقديم الخدمات. وهي لا تؤثر على الكوادر المعروفة من القابلات والممرضات والأطباء فحسب، بل على جميع العاملين في مجال الصحة، من المجتمع المحلي وحتى المتخصصين، ويشمل ذلك - على سبيل المثال وليس الحصر - الممارسين على مستوى المجتمع المحلي وممارسي المستوى المتوسط، وأطباء الأسنان وأخصائيي صحة الفم، والعاملين في مجال رعاية السمع والعين، وفنيي المختبرات، والمهندسين الطبيين البيولوجيين والصيادلة، وأخصائيي العلاج الطبيعي وتقويم العمود الفقري، والموظفين المهنيين في مجال الصحة العمومية ومديري شؤون الصحة، ومديري سلاسل التوريد، وغيرها من المهن الصحية المتصلة بها والعاملين في مجال الدعم. وتُقر الاستراتيجية بأن ذلك التنوع الذي تتسم به القوى العاملة الصحية هو فرصة ينبغي استغلالها من

1 Global health and foreign policy: strengthening the management of international health crises. New York: United Nations, 2016 (Resolution A/RES/70/183, http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/183, accessed 14 March 2016).

2 United Nations Secretary General's Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health – zero draft for consultation, 5 May 2015 (http://www.who.int/life-course/partners/global-strategy/global-strategy_zero-draft.pdf, accessed 5 June 2015).

3 World Health Organization and United Nations Children's Fund. Every newborn: an action plan to end preventable deaths. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/127938/1/9789241507448_eng.pdf, accessed 14 February 2015).

4 Family Planning 2020 (<http://www.familyplanning2020.org/>).

5 90-90-90: an ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2014 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90-90-90_en_0.pdf, accessed 14 February 2015).

6 Timeline: Developing the UNAIDS 2016-21 Strategy. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2015 (http://www.unaids.org/en/resources/campaigns/20150301_strategy_consultation/timeline, accessed 5 June 2015).

7 Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236_eng.pdf?ua=1, accessed 14 February 2015).

8 WHO global disability action plan 2014–2021: Better health for all people with disability. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/disabilities/actionplan/en/>, accessed 19 October 2015).

9 Global health and foreign policy. United Nations General Assembly Resolution 69/132, 11 December 2014. New York: United Nations; 2015 (http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/69/132, accessed 30 December 2015).

10 Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015–2030. New York: United Nations; 2015 (http://www.unisdr.org/files/43291_sendaiframeworkfordrren.pdf, accessed 25 October 2015).

خلال تعزيز النهج التعاونية للمساءلة الاجتماعية، والتعليم والممارسة فيما بين المهنيين، وتوثيق التكامل بين القوى العاملة التي تقدم الخدمات الصحية وتلك التي تقدم الخدمات الاجتماعية بُغية تحسين الرعاية طويلة الأجل لشيخوخة السكان.

١٧- تحدد الاستراتيجية العالمية بشأن الموارد البشرية الصحية خيارات الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية بشأن السياسات، ومسؤوليات الأمانة العامة لمنظمة الصحة العالمية، والتوصيات للجهات الأخرى صاحبة المصلحة حول كيفية:

- تحقيق الحد الأمثل من إمكانات القوى العاملة الصحية لتعجيل التقدم نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة وأهداف التنمية المستدامة (الغرض ١)؛
- فهم الاحتياجات المستقبلية للنظم الصحية والتأهب لها، واستغلال الطلب المتزايد الذي تشهده أسواق العمل الصحية لزيادة فرص العمل والنمو الاقتصادي إلى أقصى حد (الغرض ٢)؛
- بناء القدرات المؤسسية لتنفيذ هذا البرنامج (الغرض ٣)؛
- تعزيز البيانات الخاصة بالموارد البشرية الصحية للرصد وضمان المساءلة بشأن تنفيذ الاستراتيجيات الوطنية والاستراتيجية العالمية نفسها (الغرض ٤).

وتتناول الأقسام التالية كل غرض بالتفصيل.

الغرض ١: تحقيق المستوى الأمثل لأداء القوى العاملة الصحية وجودتها وأثرها من خلال السياسات التي تسترشد بالبيانات بشأن الموارد البشرية الصحية، للمساهمة في التمتع بأنماط العيش الصحية وبالعاية، وتحقيق التغطية الصحية الشاملة الفعالة، والقدرة على الصمود وتعزيز النظم الصحية على جميع الأصعدة.

المعالم الرئيسية:

- ١-١: بحلول عام ٢٠٢٠، ستكون جميع البلدان قد أنشأت آليات لاعتماد مؤسسات التدريب الصحي.
- ٢-١: بحلول عام ٢٠٣٠، ستكون جميع البلدان قد أحرزت تقدماً صوب خفض مستويات عدم المساواة في إتاحة العاملين الصحيين إلى النصف.
- ٣-١: بحلول عام ٢٠٣٠، ستكون جميع البلدان قد أحرزت تقدماً صوب تحسين إتمام الدورات في المؤسسات المعنية بتدريب الأطباء والممرضات والمهنيين الصحيين المساعدين.

١٨- تتطلب تلبية احتياجات السكان فيما يتعلق بأهداف التنمية المستدامة والتغطية الصحية الشاملة تحقيق أقصى استفادة ممكنة من الموارد المحدودة، وضمان استغلالها بشكل استراتيجي من خلال اعتماد وتنفيذ سياسات بشأن القوى العاملة الصحية تكون مستندة إلى البيانات ومصممة وفقاً لسياق النظام الصحي الوطني على جميع الأصعدة. وتتطلب التحديات المستمرة التي يشكلها وجود عجز واختلالات في القوى العاملة الصحية، إلى جانب شيخوخة السكان والتحويلات الوبائية، وضع جدول أعمال جديد ومعاصر مع درجة غير مسبوق من الطموح. وتعتمد موازنة احتياجات السكان على نحو أفضل، مع تحسين مردودية التكلفة، على التسليم بإمكانية استفادة خدمات الرعاية الصحية المتكاملة والمتمركزة حول الأفراد من الرعاية المعتمدة على الأفرقة على

المستوى الأولي.^{٢٠١} ويستغل هذا النهج المساهمات المحتملة لأنماط مختلفة من العاملين الصحيين الذين يعملون في إطار تعاون أوثق وفقاً لنطاق ممارسة أرشد تستتبع عمل العاملين الصحيين داخل النطاق الكامل لمهنتهم مع تجنب عدم الاستفادة من المهارات استفادة كاملة. فعلى سبيل المثال، تبين أن نطاق ممارسة التمريض قابل للتكيف مع الاحتياجات السكانية والاحتياجات الصحية للمرضى، وكانت ناجحة بشكل خاص في تقديم الخدمات للفئات الأكثر ضعفاً وتلك التي يصعب الوصول إليها.^٣ وبالمثل، فإن نطاق ممارسة القبالة لديه القدرة على توفير ٨٧٪ من الرعاية الأساسية اللازمة للخدمات الصحية الجنسية، والإنجابية وخدمات صحة الأمهات والمواليد.^٤ ويتطلب تحقيق هذه الأجندة ما يلي: اعتماد استراتيجيات أكثر فعالية وكفاءة وتطبيق ضوابط تنظيمية على تعليم القوى العاملة الصحية؛ ومزيج مهارات أكثر استدامة واستجابة؛ واستغلال الفرص من التعليم وتوزيع العاملين الصحيين على مستوى المجتمع المحلي وعلى المستوى المتوسط؛ وتحسين استراتيجيات التوزيع وظروف العمل؛ ونظم للحوافز؛ وتعزيز المساءلة الاجتماعية؛ والتعاون فيما بين المهنيين، وتوفير فرص لتنمية القدرات المهنية بصفة مستمرة؛ ومسارات مهنية مصممة لتلبية الاحتياجات المراعية لنوع الجنس من أجل تعزيز قدراتهم ودفعتهم لتحسين أدائهم.

١٩- يمكن زيادة الكفاءة بشكل كبير من خلال تعزيز قدرة المؤسسات الوطنية على وضع وتنفيذ استراتيجيات أكثر فعالية ووضع ضوابط تنظيمية مناسبة للقوى العاملة الصحية. وتوجد فرص كبيرة لضمان زيادة فعالية وكفاءة استخدام الموارد ومواءمة احتياجات المجتمع على نحو أفضل. ويمكن تحقيق ذلك من خلال اعتماد نموذج لتقديم الرعاية الصحية قائم على الأشخاص ومزيج مهارات متنوع ومستدام وموجه نحو الرعاية الصحية الأولية، مدعوماً بإحالة وروابط فعالة عبر جميع مراحل الرعاية إلى القوى العاملة التي تقدم الخدمات الاجتماعية. وعلى نحو مماثل، يمكن تحقيق مكاسب كبيرة فيما يتعلق بالأداء والإنتاجية من خلال تحسين نظم إدارة الموارد البشرية الصحية وظروف عملها،^٥ واستخدام الدعم والتعاون مع القطاعات الخاصة الهادفة إلى الريح وقطاعات العمل الطوعي والقطاعات المستقلة. وينبغي تنظيم هذه القطاعات، ووضع حوافز لزيادة مواءمة أعمالها ومرتمساتها الخاصة بتقديم الخدمات مع الأهداف الصحية للقطاع العام. ويتطلب تحقيق تلك المكاسب الناتجة عن زيادة الكفاءة وجود قدرات مؤسسية لتنفيذ وتقييم وتحسين السياسات الخاصة بتخطيط الموارد البشرية الصحية وتعليمها وتنظيمها وإدارتها.

خيارات السياسات المتاحة أمام الدول الأعضاء بمنظمة الصحة العالمية

٢٠- تكتسي معظم خيارات السياسات المقترحة في هذا المجال والأقسام اللاحقة أهمية عامة، وقد تنظر فيها البلدان على جميع مستويات التنمية الاقتصادية والاجتماعية. ويشار صراحةً إلى الخيارات السياسية التي قد تكون

١ Milani RV, Lavie CJ. Health care 2020: reengineering health care delivery to combat chronic disease. Am J Med. 2015; 128(4):337-43.

٢ Resolution WHA62.12. Primary health care, including health system strengthening. In: Sixty-second World Health Assembly, Geneva, 18-22 May 2009. Resolutions and decisions, annexes. Geneva: World Health Organization; 2009 (WHA62/2009/REC/1; <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s17694en/s17694en.pdf>, accessed 19 October 2015).

٣ Nursing and midwifery services – Strategic directions 2011-2015. Geneva: World Health Organization; 2010 (<http://www.who.int/hrh/resources/nmsd/en/>, accessed 22 February 2016).

٤ The state of the world's midwifery 2014. New York: United Nations Population Fund; 2014 (<http://www.unfpa.org/sowmy>, accessed 13 February 2015).

٥ C149 – Nursing Personnel Convention, 1977 (No. 149). Convention concerning Employment and Conditions of Work and Life of Nursing Personnel. Geneva: International Labour Office; 1977 (http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID:312294, accessed 11 February 2016).

وثيقة الصلة ببعض البلدان. هذا التمييز ليس جامداً نظراً لأن حالة البلدان قد تتغير بمرور الوقت، ولأن الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية الأوسع لبلد ما لا تكون بالضرورة متوافقة بشكل مباشر مع وضع سياسات القوى العاملة الصحية. وعلاوة على ذلك، توجد تحديات مماثلة قد تنطبق على البيئات المختلفة فيما يتعلق بالقوى العاملة الصحية والنظم الصحية، وإن كان تأثيرها على التمويل والتوظيف وديناميات سوق العمل يرتبط بالسياق. وفي نهاية الأمر، ينبغي تحديد وتصميم مدى ملائمة وإمكانية تطبيق خيارات السياسات وفقاً لواقع كل دولة من الدول الأعضاء بمنظمة الصحة العالمية، فيما يتصل باحتياجات السكان، وسياسات التعليم ومتطلبات النظام الصحي، ومنها أثناء حالات الطوارئ. وبالمثل، يُقصد بمسؤوليات أمانة منظمة الصحة العالمية إنها متصلة بطلب الدعم الذي أعربت عنه الدول الأعضاء.

خيارات السياسات التي يتعين النظر فيها في جميع البلدان

٢١- تعزيز محتوى الخطط الخاصة بالموارد البشرية الصحية وتنفيذها في إطار الاستراتيجيات الصحية الوطنية طويلة الأمد واستراتيجيات التنمية الأوسع نطاقاً لتعزيز النظم الصحية، مع ضمان الاتساق بين الصحة والتعليم والعمل والمساواة بين الجنسين، والهجرة، والتعاون الإنمائي، والسياسات المالية. وسوف يتم ذلك من خلال الحوار بين القطاعات والتنسيق بين الوزارات المعنية (الصحة والعمل والتعليم والمالية، وما إلى ذلك)، والجمعيات المهنية، والنقابات العمالية، والمجتمع المدني، وأرباب الأعمال، والقطاع الخاص، والسلطات الحكومية المحلية، والدوائر الأخرى. وينبغي مراعاة احتياجات سوق العمل ككل عند التخطيط، بدلاً من تناول كل مهنة على حدة. إن هذا النهج المتكامل يجب أن يراعي الاحتياجات السكانية ومتطلبات النظام الصحي، وضبط أحجام الاستثمارات، والسياسات التعليمية الخاصة بأعداد المتدربين، وآليات الحوافز حسب الاقتضاء. وهذا مطلوب لتصحيح إخفاقات سوق العمل السائدة - مثل حالات النقص وسوء التوزيع وتزامن وجود بطالة بين العاملين في مجال الصحة مع وجود احتياجات صحية غير مستوفاة. إن تنمية الموارد البشرية الصحية عملية مستمرة تتطلب تقييم النتائج والفجوات المشار إليها في التغذية الراجعة بصورة منتظمة للاسترشاد بها وضبط الأولويات.

٢٢- توفير ظروف عمل ملائمة في جميع البيئات. ويتعين على وزارات الصحة ولجان الخدمة المدنية وأرباب الأعمال توفير ظروف عمل تراعي الفوارق بين الجنسين والأجور والحوافز غير المالية. ويجب أن يتعاونوا لضمان الصحة الوظيفية والسلامة، ووجود شروط عادلة للعاملين الصحيين، وفرص للترقية الوظيفية على أساس الجدارة، وبيئة مواتية للممارسة الإيجابية كي يتم نشرهم على نحو فعال واستبقائهم وتحفيزهم بدرجة كافية لتقديم رعاية جيدة وبناء علاقة إيجابية مع المرضى. وينبغي القضاء على العنف القائم على نوع الجنس والعنف والتحرشات التي يتعرضون لها أثناء التدريب واستقدام الموظفين/ التوظيف وفي مكان العمل. ومن الضروري بصفة خاصة ضمان أن قواعد القطاع الخاص وممارساتها المؤدية إلى آليات حوافز وظروف عمل وهياكل وظيفية للعاملين الصحيين تتسم بالملاءمة، مع الحفاظ على قدر مناسب من المرونة والاستقلالية.

٢٣- ضمان كفاءة استخدام الموارد المتاحة. فعلى الصعيد العالمي، تُهدر نسبة تتراوح بين ٢٠ و ٤٠٪ من الإنفاق الصحي،^١ حيث تُسهم في جزء كبير من هذا الرقم جوانب عدم الفعالية التي تعترض القوى العاملة الصحية وضعف تصريف شؤون الموارد البشرية الصحية والإشراف عليها. ومن ثم، ينبغي وضع نظم للمساءلة لتحسين كفاءة الإنفاق الصحي والإنفاق على الموارد البشرية الصحية. وبالإضافة إلى تدابير مثل تحسين معدلات إتمام التدريب السابق على الخدمة وإزالة العمال الوهميين من جدول الرواتب،^٢ فمن الأهمية بمكان اعتماد نهج مناسبة

١ The world health report 2010 – health systems financing: the path to universal health coverage. Geneva: World Health Organization; 2010 (<http://www.who.int/whr/2010/en/>, accessed 15 February 2015).

٢ Dominican Republic's health sector reinvests savings from ghost workers to improve care. Intrahealth International; 2010 (<http://www.intrahealth.org/page/dominican-republics-health-sector-reinvests-savings-from-ghost-workers-to-improve-care>, accessed 15 February 2015).

وعالية المردود ومنصفة فيما يتعلق بصحة السكان من أجل توفير رعاية مجتمعية متكاملة ومستمرة محوراً للفرد. ويستتبع ذلك تنفيذ نماذج لتقديم الرعاية الصحية من خلال مزيج مناسب ومستدام من المهارات من أجل تلبية الاحتياجات الصحية للسكان على نحوٍ منصف. وبالتالي، يتعين أن تقوم النظم الصحية بمواءمة قوى السوق وتوقعات السكان مع تقديم احتياجات الرعاية الصحية الأولية وتعميم الحصول على الرعاية الصحية وتقديم الخدمات المتكاملة المتمركزة حول الفرد، مدعومة بالإحالة الفعالة إلى الرعاية الثانوية والتخصصية، مع تجنب الإفراط في إضفاء الطابع الطبي والتدخلات الطبية غير الضرورية. وهناك حاجة إلى تعديل وتصحيح تشكيلات وأعداد المتخصصين والعموميين والممارسين المتقدمين، والقوى العاملة في مجالي التمريض والقبالة، وغيرهم من الكوادر من المستوى المتوسط والعاملين الصحيين المجتمعيين. كما يتعين جعل الإشراف على السياسة العامة وضوابطها التنظيمية مواتية للاعتراف رسمياً بجميع تلك الوظائف والسماح لهم بالممارسة بكامل نطاقهم. ويجب التخطيط على نحو ملائم ووضع استراتيجيات للتثقيف وتقديم الحوافز، والاستثمار الوافي في القوى العاملة المعنية بتقديم خدمات الرعاية الصحية، بما في ذلك الممارسة العامة وطب الأسرة، من أجل توفير رعاية مجتمعية متكاملة ومستمرة ومحورها الفرد.

٢٤- اعتماد استراتيجيات تحويلية للنهوض بتعليم العاملين الصحيين. وينبغي ربط استثمارات القطاع العام والخاص في مجال تعليم العاملين الصحيين مع الاحتياجات السكانية ومتطلبات النظام الصحي. كذلك يتعين التركيز في استراتيجيات التعليم على الاستثمار في المدربين حيث توجد بيانات جيدة على ارتفاع معدل العائد الاجتماعي له. وينبغي أيضاً إيلاء الأولوية للاهتمام بالمناهج الدراسية لتحقيق التوازن في الضغط للتدريب بُغية دخول الأسواق الدولية، وإنتاج مهنين قادرين على تلبية الاحتياجات المحلية.^١ تعزيز نهج المساءلة التقنية والمهنية والتعليمية التي تعمل على تحسين التوزيع الجغرافي للعاملين الصحيين. وهناك حاجة إلى نهج منسق لربط تخطيط الموارد البشرية الصحية وتعليمها (ويشمل ذلك توفير إمدادات كافية ومتوازنة بين الجنسين من المدربين المؤهلين من المناطق الريفية والمناطق النائية)، وتشجيع التعليم فيما بين المهنيين والممارسة التعاونية. ويجب وضع معايير للتعليم والتمويل ورصدها في السياسات الوطنية: من الممكن عمل تطورات جذرية في نوعية القوى العاملة إذا تعاون قطاعي التعليم العالي والصحة من خلال تنفيذ جدول أعمال تحويلي^٢ للتعليم يعتمد على التعلم القائم على الكفاءة. وينبغي أن يُزود هذا النهج العاملين في مجال الصحة بالمهارات اللازمة للعمل بشكل تعاوني من خلال أفرقة بين مهنية، وبالمعرفة للتدخل الفعال حول المحددات الاجتماعية للصحة والخبرة في الصحة العمومية؛ على أن يشمل ذلك التأهب والاستجابة للأوبئة من أجل المضي قدماً في تنفيذ اللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥). إن المهمة الاجتماعية لمؤسسات التعليم الصحي تمثل فرصة لترسيخ أخلاقيات الخدمة العامة والقيم المهنية والمساءلة الاجتماعية اللازمة لتقديم رعاية توفر احتياجات الفرد لدى العاملين الصحيين تستجيب للاحتياجات المحلية والتوقعات السكانية. وينبغي بشكل خاص مراعاة احتياجات الفئات الضعيفة مثل الأطفال والمراهقين والأشخاص ذوي الإعاقة؛ والأقليات العرقية أو اللغوية والسكان الأصليين؛ فضلاً عن ضرورة القضاء على التمييز على أساس نوع الجنس، والشيخوخة، والصحة العقلية، والصحة الجنسية، والصحة الإنجابية، وفيروس نقص المناعة البشري/ الإيدز من بين أمور أخرى. كما يتعين النظر في فرص التعاون بين الشمال والجنوب والتعاون فيما بين بلدان الجنوب، فضلاً عن الشراكات بين القطاعين العام والخاص في التدريب والاستثمار، وزيادة فرص نقل المهارات والمنفعة المتبادلة، والحد من الآثار السلبية للحراك الدولي للعاملين الصحيين. وهذا يتضمن إحراز تقدم في التعلم الإلكتروني ووضع آليات لتتبع الاستثمار في تعليم فرادى العاملين في مجال الصحة وإدارته ومواصلة تطوّرهم المهني.

١ McPake B, Squires A, Mahat A, Araujo EC, editors. The economics of health professional education and careers: insights from a literature review. Washington DC: World Bank; 2015.

٢ Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. Lancet. 2010; 376(9756):1923–58.

٢٥- تحسين تحفيز العاملين الصحيين ومستوى رضاهم واستبقائهم وتوزيعهم العادل وأدائهم. على الرغم من أن التوجهات نحو التوسع العمراني وإمكانات التطبيب عن بعد، في بعض السياقات، قد تقوّض التحدي الحاد المتمثل في سوء التوزيع الجغرافي، إلا أن الوصول إلى العاملين في مجال الصحة لا يزال غير منصفٍ في معظم البيئات. وتتطوي خطة عمل توفير "العمل اللائق" على استراتيجيات لتحسين أداء العاملين الصحيين وتوزيعهم على نحوٍ عادل. وتشمل هذه الحزمة المتكاملة من سياسات الجذب والاستبقاء التي تراعي الفوارق بين الجنسين: الأمن الوظيفي، وعبء عمل يمكن إدارته، والإشراف الداعم، والإدارة التنظيمية، والتعليم المستمر، وفرص التطوير المهني، وتعزيز مسارات التنمية المهنية (بما في ذلك خطط التناوب عند الاقتضاء)، والحوافز الأسرية والمتعلقة بنمط العيش، وبدل المشقة، وبدلات السكن، ومنح التعليم، ومرافق وأدوات مناسبة للعمل، وتدابير لتحسين الصحة والسلامة الوظيفيين ومنها بيئة عمل خالية من أي نوع من العنف والتمييز والمضايقات. ولا بد من تحديد التدابير الواجب اتخاذها في سياق بلد معين وفقاً لاعتبارات مردودية التكلفة والاستدامة، ويمكن الاستعانة في ذلك بإجراء مسح لقياس مستوى رضا الموظفين من أجل تكيف ظروف العمل مع تعليقات العاملين الصحيين وأرائهم. ولضمان توزيع العاملين الصحيين على نحوٍ عادل ينبغي اختيار المتدربين من المناطق الريفية والمحرومة وتدريبهم هناك، وتقديم الحوافز المالية وغير المالية، واتخاذ التدابير التنظيمية أو إعادة تنظيم عملية تقديم الخدمات.^١

٢٦- تسخير الفرص التي تتيحها تكنولوجيا المعلومات والاتصال، حيثما كان ذلك ممكناً وفعالاً من حيث التكلفة. إن أدوات تكنولوجيا الاتصال والمعلومات الجديدة قد تكون وثيقة الصلة بالتعلم الإلكتروني، والسجلات الصحية الإلكترونية، التطبيب عن بعد، وأدوات صنع القرار السريرية، والربط فيما بين المهنيين وفيما بين المهنيين والمرضى، وإدارة سلاسل التوريد، وإدارة الأداء وحلقات التغذية الراجعة، وسلامة المرضى،^٢ ومراقبة جودة الخدمة، وتعزيز استقلالية المريض.^٣ وهناك حاجة إلى مؤهلات مهنية ومهارات وكفاءة جديدة للإفادة من إمكانات الحلول التي توفرها تكنولوجيا المعلومات والاتصالات لتقديم الرعاية الصحية.^٤ وينبغي وضع معايير وإجراءات اعتماد وأنشطة تقييم لاعتماد وضمان جودة التدريب المقدم من خلال نهج مختلطة تشمل التعلم الإلكتروني. وينبغي أيضاً وضع ضوابط تنظيمية مناسبة لتقديم الخدمات الصحية المتنقلة (الفرق الصحية الجواله m-health)، وللتعامل مع بيانات القوى العاملة مع احترام متطلبات السرية.^٥

٢٧- بناء القدرة على الصمود والاعتماد على الذات في المجتمعات المحلية. إشراكهم في اتخاذ القرارات والاختيارات من خلال تحسين العلاقة بين المريض ومقدم الخدمة. الاستثمار في مجال محو الأمية الصحية، وتمكين المرضى وأسرهم بتزويدهم بالمعارف والمهارات؛ مما يشجعهم على أن يصبحوا شركاء رئيسيين وأصول في النظام الصحي، وعلى التعاون النشط في إنتاج الرعاية وضمان جودتها، بدلاً من أن يكونوا متلقين سلبيين للخدمات. وينبغي أن يكون العاملون في مجال الصحة مزودين بالمهارات الثقافية الاجتماعية التي تمثل رابطاً فعالاً بين زيادة تمكين المجتمعات المحلية ونظم صحية أكثر استجابة.

١ Buchan J, Couper ID, Tangcharoensathien V, Thepannyaet K, Jaskiewicz W, Perfilieva, Dolea C. Early implementation of WHO recommendations for the retention of health workers in remote and rural areas. Bull World Health Organ. 2013; 91(11):834-40.

٢ Bates D, Gawande AA. Improving safety with information. N Engl J Med. 2003; 348:2526-34.

٣ Information technology (IT) in the new global strategy on human resources for health. Breakout session at the GETHealth Summit, Dublin, Republic of Ireland, 14 November 2014 (http://www.who.int/workforcealliance/media/news/2014/4HSE_GlobalHealthProgrammeIreland.pdf?ua=1, accessed 15 February 2015).

٤ Gregório J, Cavaco A, Lapão LV. A scenario-planning approach to human resources for health: the case of community pharmacists in Portugal. Human Resources for Health. 2014; 12:58.

٥ Bollinger R, Chang L, Jafari R, O'Callaghan T, Ngatia P, Settle D et al. Leveraging information technology to bridge the health workforce gap. Bull World Health Organ. 2013; 91(11):890-1.

٢٨- تعزيز قدرات القوى العاملة الصحية المحلية في إدارة الطوارئ ومخاطر الكوارث لزيادة القدرة على الصمود والقدرة على الاستجابة في مجال الرعاية الصحية. إعداد نظم صحية لتطوير قدرات القوى العاملة الصحية الوطنية والاستفادة منها في تقييم المخاطر والوقاية والتأهب والاستجابة والتعافي. توفير الموارد والتدريب والمعدات للقوى العاملة الصحية، وإدراجها في السياسات وتنفيذ العمليات في الحالات الطارئة على المستويات المحلية والوطنية والدولية. وينبغي أن تتضمن الاستعدادات الجهود الرامية إلى بناء قدرة السلطات الوطنية على جميع المستويات في إدارة مرحلة التعافي ما بعد الكوارث وما بعد انتهاء الصراعات، بالتآزر مع استراتيجيات تعزيز النظم الصحية والإصلاح على المدى الطويل.

٢٩- تحسين سلامة وحماية العاملين الطبيين والصحيين وتعزيزهما. تعهدت الدول الأعضاء من خلال قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة رقم ١٣٢/٦٩، بالتعاون حسب الاقتضاء، مع المنظمات الدولية ذات الصلة والجهات الفاعلة من غير الدول، بوضع تدابير وقائية فعالة لتحسين سلامة وحماية العاملين الطبيين والصحيين وتعزيزهما، فضلاً عن احترام مدونات الأخلاقيات المهنية لكل منهم، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر:

- (أ) تعريفات ومعايير واضحة ومعترف بها عالمياً لتحديد ووسم العاملين الطبيين والصحيين، ووسائل النقل والتجهيزات الخاصة بهم؛
- (ب) تدابير تعليمية محددة ومناسبة للعاملين الطبيين والصحيين، وموظفي الدولة وعموم السكان؛
- (ج) التدابير المناسبة لتوفير الحماية الجسدية للعاملين الطبيين والصحيين، ووسائل النقل والتجهيزات الخاصة بهم.
- (د) تدابير مناسبة أخرى، مثل الأطر القانونية الوطنية حيث يبرر ذلك، من أجل التصدي بفعالية للعنف ضد العاملين الطبيين والصحيين؛
- (هـ) جمع البيانات عن العوائق والتهديدات والاعتداءات الجسدية التي يتعرض لها العاملون الصحيون.

خيارات السياسات التي يتعين النظر فيها في بعض البلدان حسب السياق

٣٠- تعزيز قدرة وجودة المؤسسات التعليمية وأعضاء هيئة التدريس من خلال اعتماد مدارس التدريب ومنح شهادات لدراسات التعليم العالي الممنوحة للعاملين الصحيين. وينبغي أن يفي ذلك بمتطلبات التعليم الحالية والمستقبلية من أجل تلبية احتياجات السكان الصحية وتغيير الممارسة السريرية. وقد ينطوي ذلك في بعض السياقات على إعادة تصميم النهج الخاصة بمدخول القوى العاملة الصحية من خلال آليات التعليم المشترك والتخطيط الصحي. وفي بعض البلدان، هناك حاجة خاصة للتعاون مع وزارة التربية والتعليم من أجل إعادة التركيز على التعليم الابتدائي والثانوي لتعزيز تدريس العلوم. وهذا التركيز المتجدد ينبغي أيضاً أن يضمن وجود مجموعة مناسبة من خريجي المدارس الثانوية المؤهلين، بحيث تحقق التوازن بين الجنسين وتعكس الخصائص الديموغرافية الأساسية للسكان وتوزيعهم، للدخول في برامج التدريب في مجال الصحة من أجل تحسين توزيع القوى العاملة الصحية وتعزيز نهج يركز على الأشخاص. وتمثل هيئات التدريس بمؤسسات التدريب الصحي مجالاً استثمارياً ذا أولوية، من حيث كفاية الأعداد وكذلك فيما يتعلق ببناء وتحديث كفاءتهم التعليمية باستخدام مناهج محدثة ومنهجيات التدريب، وقدراتهم على قيادة الأنشطة البحثية بشكل مستقل.

٣١- التأكد من أن توسيع حافظة الموارد الصحية المتوقع سيؤدي إلى تخصيص الموارد على نحو أكثر مردودية. وعلى وجه التحديد، يجب إيلاء الأولوية لنشر أفرقة مشتركة بين المهن من العاملين الصحيين من ذوي المهارات لتقديم الرعاية الأولية على نطاق واسع، وتفاذي العقبات وتصاعد التكاليف نتيجة الاعتماد المفرط على الرعاية المتخصصة والثلاثية. يتطلب ذلك مزيجاً متنوعاً ومستداماً من المهارات، وتسخير إمكانات العاملين

الصحيين على أساس مجتمعي ومن ذوي المستوى المتوسط في فرق الرعاية الأولية المهنية.^{٢١} وفي كثير من الأماكن، قد يؤدي وضع سياسة وطنية لدمج العاملين في مجال الصحة المجتمعية، حيثما وجدوا، في النظام الصحي إلى تمكين هذه الكوادر من الاستفادة من دعم النظام والعمل بمزيد من الفعالية ضمن أفرقة الرعاية الأولية المتكاملة.^{٤،٣} وهو توجه بدأ بالفعل في الظهور في بعض البلدان. ينبغي أن يتماشى الدعم المقدم من الشركاء الوطنيين والدوليين والرامي إلى توسيع هذه الكوادر مع السياسات واللوائح والأنظمة الوطنية.^٥ ويتعين على أفرقة الرعاية الصحية الأولية في بعض السياقات أن تقوم بتحديد الاستراتيجيات اللازمة لإقامة تعاون فعال مع المعالجين والممارسين التقليديين.

٣٢- تحسين أداء القوى العاملة الصحية من خلال حزمة عمل عادلة ورسمية، من خلال تهيئة بيئة عمل مواتية وتراعي الفوارق بين الجنسين. ويشمل ذلك إعطاء العاملين الصحيين أدوار وتوقعات واضحة، ومبادئ توجيهية، وأساليب عمل ملائمة، وفرص متوازنة بين الجنسين لتصويب الثغرات المتعلقة بالكفاءة، وتقديم التغذية الراجعة الداعمة، وحل المشكلات بشكل جماعي، وبيئة عمل مناسبة وحوافز.^٦ وعلاوة على ذلك والأهم هو ضرورة أن تشمل الحزمة أجوراً عادلة تتناسب مع المهارات والمساهمات، على أن يتم دفع الأجور في الوقت المناسب وبصورة منتظمة كمبدأ أساسي، مع تطبيق نظم مكافآت على أساس الجدارة، وتوفير فرص للترقية المهنية.

٣٣- تتعاون الحكومات مع المجالس المهنية وغيرها من السلطات التنظيمية من أجل اعتماد اللائحة التي تأخذ في الاعتبار الشفافية والمساءلة والتناسب والاتساق، والتي تستهدف احتياجات السكان. ويتطلب إحراز تقدم في هذه الخطة بناء قدرات السلطات التنظيمية وتلك المختصة بالاعتماد. ينبغي للهيئات التنظيمية أن تلعب دوراً محورياً في ضمان تمتع المهنيين في القطاعين العام والخاص بالكفاءة والخبرة الكافية والالتزام بالمعايير المنقح عليها بالنسبة إلى نطاق الممارسة والكفاءة المنصوص عليها في اللوائح والقواعد التشريعية؛ وينبغي دعم البلدان في وضعها أو تعزيزها لتوفير تحديثات مستمرة لعملية الاعتماد ومنح التراخيص. وينبغي أيضاً أن تشارك الهيئات التنظيمية على نحو فاعل في عمليات وضع السياسات لتحسين وضع المعايير واللوائح وإنفاذها، وفي طرح مبدأ تقييم الترخيص وإعادة الترخيص الوطني على أساس الكفاءة لخريجي المؤسسات الحكومية والخاصة على حد سواء. ولتجنب التضارب المحتمل في المصالح ينبغي على الحكومات والمجالس المهنية والجمعيات إيجاد آليات مناسبة لفصل دورها كضامن لجودة الممارسة لصالح أهداف الصحة العامة عن دورها في تمثيل مصالح أعضائها، حيث لا توجد حدود واضحة بين تلك المهام.

1 Lewin S, Munabi-Babigumira S, Glenton C, Daniels K, Bosch-Capblanch X, van Wyk BE et al. Lay health workers in primary and community health care for maternal and child health and the management of infectious diseases. Cochrane Database Syst Rev. 2010; 3.

2 Lassi Z, Cometto G, Huicho L, Bhutta ZA. Quality of care provided by mid-level health workers: systematic review and meta-analysis. Bull World Health Organ. 2013; 91(11):824–33.

3 McCord GC, Liu A, Singh P. Deployment of community health workers across rural sub-Saharan Africa: financial considerations and operational assumptions. Bull World Health Organ. 2013; 91:244–53B.

4 Tulenko K, Møgedal S, Afzal MM, Frymus D, Oshin A, Pate M et al. Community health workers for universal health-care coverage: from fragmentation to synergy. Bull World Health Organ. 2013; 91:847–52.

5 Møgedal S, Wynd S, Afzal M. Community health workers and universal health coverage: a framework for partners' harmonised support [e-book]. Geneva: Global Health Workforce Alliance; 2013 (http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/frame_partner_support/en/, accessed 5 June 2015).

6 Rowe A et al. Health care provider performance review. Near final results of a systematic review presented at a World Bank workshop, September 2014 (<http://www.worldbank.org/content/dam/Worldbank/Event/SIEF/20140905-quality-of-health-care-services-products/01-Health-care-provider-performance-review-Alexander-Rowe.pdf>, accessed 4 January 2016).

مسؤوليات الأمانة العامة لمنظمة الصحة العالمية

٣٤- إعداد إرشادات معيارية، ودعم بحوث العمليات من أجل تحديد خيارات السياسات المسندة بالبيانات، وتسهيل التعاون التقني - عندما تطلبه الدول الأعضاء والجهات المعنية. وقد تشمل هذه المسؤوليات: تعليم القوى العاملة الصحية؛ تدابير وقائية لسلامة العاملين الصحيين وحمائهم؛ وتعظيم نطاق ممارسة الكوادر المختلفة؛ ووضع استراتيجيات النشر والاستبقاء المسندة بالبيانات؛ وتعميم مراعاة المنظور الجنساني؛ والتوافر، وإمكانية الوصول، والمقبولية، واتباع نهج مراقبة الجودة وتحسين الأداء؛ بما في ذلك تعزيز اللوائح العامة.

توصيات للجهات المعنية والشركاء الدوليين الآخرين

٣٥- تكيف المؤسسات التعليمية لإطارها المؤسسي وطرائق التدريس بها لتلبية احتياجات التعليم التحويلية؛ على أن يتمشى ذلك مع أنظمة الاعتماد في البلاد ومعايير واحتياجاته، ويعزز المساهمة الاجتماعية، والتعليم المشترك بين المهن والممارسة التعاونية. ومن الأهمية بمكان تطابق معايير الجودة في جميع معاهد التدريب الحكومية والخاصة، بما يعكس النمو في مؤسسات التعليم الخاص. ويتعين على المؤسسات التعليمية العامة والخاصة القضاء على التمييز بين الجنسين في القبول والتدريس؛ وبشكل أعم، المساهمة في تحقيق الأهداف الوطنية الخاصة بالتعليم واختيار الطلاب.

٣٦- يتعين على المجالس المهنية التعاون مع الحكومات لتنفيذ لوائح فعالة لتحسين كفاءة القوى العاملة وجودتها وفعاليتها. وينبغي أن يضطلع المنظمون بالأدوار الرئيسية التالية: الاحتفاظ بسجل مباشر للقوى العاملة الصحية؛ والإشراف على اعتماد برامج تعليم ما قبل الخدمة؛ وتنفيذ آليات لضمان استمرار الكفاءة، بما في ذلك اعتماد المؤسسات التعليمية بعد حصولها على الترخيص؛ وتنفيذ العمليات في إطار من النزاهة والشفافية لدعم تنقل الممارسين مع توفير الحماية للجمهور؛ وتيسير جملة من النهج الخاصة بالسلوك والكفاءة والتي تتناسب مع حجم المخاطر، وتتسم بالكفاءة والفعالية في العمل^١. ويجب أن تعمل الحكومات والمجالس والنقابات المهنية من أجل وضع نماذج مناسبة لتقاسم المهام والتعاون فيما بين المهنيين، والتأكد من استفادة جميع الكوادر التي تضطلع بدور سريري، بخلاف أطباء الأسنان والقابلات والمرضات والصيادلة والأطباء، على نحو منهجي من عمليات الاعتماد والتنظيم. إن تبادل الخبرات بين السلطات التنظيمية فيما بين البلدان يمكن أن يسهل نشر أفضل الممارسات.

الغرض ٢: موازنة الاستثمار في الموارد البشرية الصحية مع احتياجات السكان الحالية والمستقبلية والنظم الصحية، مع مراعاة ديناميات سوق العمل وسياسات التعليم للتصدي لحالات العجز وتحسين توزيع العاملين الصحيين لإتاحة أكبر قدر من التحسينات في الحصائل الصحية والرعاية الاجتماعية وتوفير فرص العمل والتنمية الاقتصادية.

المعالم الرئيسية:

- ١-٢: بحلول عام ٢٠٣٠، ستكون جميع البلدان قد أحرزت تقدماً صوب خفض اعتمادها على المهنيين الصحيين المدربين في الخارج إلى النصف بتنفيذ مدونة المنظمة العالمية لممارسات التوظيف الدولي للعاملين الصحيين.
- ٢-٢: بحلول عام ٢٠٣٠، ستعمل جميع الوكالات ثنائية ومتعددة الأطراف على تعزيز جوانب التآزر في مجال المساعدة الإنمائية الرسمية الموجهة إلى التعليم والتوظيف ومراعاة المنظور

1 University Research Co., LLC. Improving health worker performance. Bethesda MD: United States Agency for International Development; 2014
(https://www.usaidassist.org/sites/assist/files/improving_health_worker_performance_feb2014.pdf, accessed 15 February 2015).

الجنساني والصحة، دعماً للأولويات الوطنية المتعلقة بالتوظيف في قطاع الصحة والنمو الاقتصادي.

- ٢-٣: بحلول عام ٢٠٣٠، سيكون الشركاء في أهداف التنمية المستدامة قد أحرزوا تقدماً صوب تقليل العوائق أمام الحصول على الخدمات الصحية وذلك بالعمل على توفير وشغل واستدامة ما لا يقل عن ١٠ ملايين وظيفة إضافية كاملة الدوام في قطاعي الصحة والرعاية الاجتماعية لتلبية احتياجات السكان الذين يعانون من نقص في الخدمات.
- ٢-٤: بحلول عام ٢٠٣٠، سيكون الشركاء في أهداف التنمية المستدامة قد أحرزوا تقدماً صوب الهدف رقم ٣ ج لزيادة التمويل الصحي وتوظيف القوى العاملة الصحية وتطويرها وتدريبها واستبقائها.

٣٧- من المتوقع أن يزيد حجم القوى العاملة الصحية العالمية والطلب عليها بشكل كبير في العقود القادمة نتيجة النمو السكاني والاقتصادي، فضلاً عن التحولات الديموغرافية والوبائية. كذلك ستتغير طبيعة الرعاية الصحية من أجل تغطية مجموعة متنامية من الخدمات المقدمة للمرضى مثل الرعاية المجتمعية. بيد أنه يوجد تفاوت كبير في احتياجات العاملين الصحيين والطلب عليهم والمعروض منهم على المستوى الوطني ودون الوطني والعالمي، مما أدى إلى توزيع العاملين الصحيين ونشرهم على نحو غير منصف. ويتطلب هدف تحقيق الوصول إلى الرعاية الصحية على جميع المستويات التوزيع العادل والمنصف للعاملين الصحيين في البلدان المختلفة ودخلها. وقد ينال النقص الهائل القائم على الاحتياجات في العاملين الصحيين في بعض البلدان من الجهود الرامية إلى توسيع نطاق الإجراءات والبرامج الأساسية لبلوغ الغايات المتعلقة بالصحة في أهداف التنمية المستدامة (الملحق ١). كما يؤدي هذا النقص بدوره إلى الإفراط في الاعتماد والعبء على العاملين الصحيين من المستوى المتوسط والمجتمعيين. وفي سياق مواز، تكافح العديد من البلدان من أجل التوفيق بين العرض والطلب على العاملين الصحيين في ظل قيود التكلفة والاستدامة، والتي تشهد تقلبات دورية بين النقص والإفراط في العرض. وعادة ما تؤدي هذه التوجهات، التي تتفاقم في بعض الأحيان بسبب شيخوخة السكان، إلى حدوث قصور في الإنتاج و/أو سوء توزيع العاملين الصحيين، وتوظيف العاملين الصحيين المدربين في بلدان أجنبية على نحو غير متكافئ^١. ومن أجل التغلب على هذه التحديات، لا بد من وضع تدابير مراعية للصالح العام وتنفيذها من أجل تعزيز جميع جوانب تخطيط القوى العاملة الصحية وتمويلها وتعليمها وتنظيمها وإدارتها بطريقة متكاملة.

٣٨- ولا بد من تدخل القطاع العام لإعادة صياغة عدم كفاية العاملين الصحيين، ونشرهم على نحو غير منصف، و/أو ضعف الحافز والأداء. ويتطلب تنفيذ خطة بشأن الموارد البشرية الصحية تفضي إلى تحقيق الأهداف الصحية لما بعد عام ٢٠١٥، زيادة التوافر واستخدام أكثر كفاءة للموارد. ويبلغ متوسط الإنفاق المحلي على الموارد البشرية الصحية ٣٣,٦٪ من إجمالي الإنفاق الحكومي على الصحة في البلدان التي تتوفر بيانات عنها؛ وفي كثير من البلدان، يُعدّ بذل المزيد من الجهود لحشد الموارد المحلية أمراً ضرورياً وممكنًا، وينبغي دعمها من خلال سياسات اقتصادية كلية ملائمة على الصعيدين الوطني والعالمي. ويجب أن تعكس مستويات التمويل قيمة الموارد البشرية الصحية الفعالة بالنسبة لاقتصاد البلاد من خلال الاستفادة من إمكانات تحسين إنتاجية العاملين في القطاعات الأخرى^٢. بيد أن بعض البلدان ستحتاج إلى المساعدات الإنمائية الخارجية لبضعة عقود لتوفير حيز مالي ملائم وتعزيز إدارة النظم الصحية للقيام بالاستثمارات في الموارد البشرية الصحية المطلوبة

1 Tankwanchi A, Ozden C, Vermund S. Physician emigration from sub-Saharan Africa to the United States: analysis of the 2011 AMA Physician Masterfile. PLoS Medicine. 2013; 10(12).

2 Scheil-Adlung X, Wiskow C. ILO comments on draft papers of TWGs 1, 3, 7 & 8 [submission to the public consultation process on the Global Strategy on Human Resources for Health]. Global Health Workforce Alliance; 2014 (http://www.who.int/workforcealliance/media/news/2014/GHWA-consultation_ILO-comments.pdf?ua=1, accessed 14 February 2015).

لتلبية الاحتياجات السكانية وضمان تعميم الوصول إلى الرعاية. وفي هذا السياق، هناك ما يبرر ضرورة إجراء حوار سياساتي رفيع المستوى لاستكشاف كيفية جعل الآليات الدولية للمساعدة الإنمائية (عبر التعليم والعمل والمساواة بين الجنسين والصحة) مناسبة للغرض، وتمكين هذه الآليات من تحقيق استثمارات مستدامة في التكاليف الرأسمالية والتكاليف المتكررة فيما يتعلق بالموارد البشرية الصحية.

٣٩- بدأت البيئات في الظهور فيما يتعلق بالتأثيرات الاجتماعية والاقتصادية الأوسع نطاقاً للاستثمار في القوى العاملة الصحية؛ حيث أن العمل في مجال الرعاية الصحية له تأثير يحفز النمو في القطاعات الأخرى بشكل كبير^١ ويعني ذلك، إذا أضفنا النمو المتوقع في أسواق العمل الصحي، أن الاستثمار في مجال تعليم الرعاية الصحية والعمل فيه من شأنه أن يمثل، على نحو متزايد، استراتيجية للبلدان على جميع مستويات التنمية الاجتماعية لخلق وظائف مؤهلة في القطاع الرسمي^٢. هذا ينبغي أن يتم في سياق ضمان الحقوق لجميع العاملين الصحيين، بما في ذلك بيئة عمل آمنة وكريمة والتحرر من جميع أنواع التمييز والإكراه والعنف. ومن المرجح أن تُستغل هذه الفرصة، ولا سيما من جانب النساء نتيجة التوجه نحو تأنيث القوى العاملة الصحية. ولاغتنام هذه الفرص بالكامل، سيكون من الضروري إزالة الحواجز المجتمعية الأوسع والتي تمنع المرأة من المشاركة في القوى العاملة الصحية أو تحصرها في المستويات الدنيا لها. وتشمل هذه الحواجز ارتفاع مستوى الأمية ومعدلات العنف والتحرش الجنسي في مكان العمل، والعادات والتقاليد التي تفرض على النساء ضرورة الحصول على إذن من أحد أفراد الأسرة الذكور للعمل أو للتدريب في مكان غير مكان إقامتهم الاعتيادي، والتوقعات التقليدية المتعلقة بالدور الاجتماعي والتي تترجم إلى زيادة عبء المسؤوليات الأسرية، وقلة الموارد المرصودة للأحداث الحياتية مثل إجازة الأمومة وإجازة الأبوة.

خيارات السياسات المتاحة أمام الدول الأعضاء بمنظمة الصحة العالمية

جميع البلدان

٤٠- بناء القدرات في مجال التخطيط لوضع أو تحسين السياسات والاستراتيجيات الخاصة بالموارد البشرية الصحية لقياس احتياجات القوى العاملة والطلب عليها والمعروض منها؛ وذلك في إطار سيناريوهات مستقبلية مختلفة. وينبغي أن يتم ذلك لإدارة أسواق عمل القوى العاملة الصحية ووضع سياسات فعالة تلبي الاحتياجات السكانية اليوم وتتوقع احتياجات الغد. وينبغي تحديد احتياجات القوى العاملة الصحية من حيث عبء العمل المتوقع وليس معايير السكان أو تلك المعتمدة على المرفق الصحي. وينبغي تقدير تكلفة الموارد البشرية الصحية وتمويلها وتنفيذها وتطويرها باستمرار لتلبية:

- (أ) العدد المقدر والفئة المطلوبة من العاملين الصحيين ومؤهلاتهم لتحقيق أهداف الصحة العمومية واحتياجات السكان الصحية؛
- (ب) القدرة على إنتاج ما يكفي من العمال المؤهلين الموزعين توزيعاً ملائماً (التعليم وسياسات تنظيمية فعالة)؛
- (ج) قدرة الحكومة وسوق العمل على توظيف ونشر واستبقاء العاملين الصحيين (القدرة الاقتصادية والمالية، ونشر القوى العاملة، والأجور، والاستبقاء من خلال الاستراتيجيات المالية وغير المالية).

١ Arcand, JL, Araujo EC, Menkulasic G, Weber M. Health sector employment, health care expenditure and economic growth: what are the associations? Washington DC: World Bank (in press).

٢ World Development Report 2013: Jobs. Washington DC: World Bank; 2012

(<http://issuu.com/world.bank/publications/docs/9780821395752>, accessed 30 December 2015).

وينبغي أن تستند التقديرات على أساس العدد المكافئ لموظفي الدوام الكامل - وليس مجرد عد الرؤوس - لإظهار المرونة (تقاسم العمل، العمل بدوام جزئي) في ترتيبات العمل؛ ويحمل ذلك أهمية خاصة لتحقيق تكافؤ الفرص والتخطيط له بين العاملين الصحيين من الذكور والإناث.

٤١ - تحفيز العمل متعدد القطاعات فيما يخص شؤون القوى العاملة الصحية للحصول على الدعم المطلوب من وزارات المالية والتعليم والعمل (أو ما يعادلها)؛ والتعاون مع قطاع الصحة وببساطة منه مما يكفل اتساق مختلف القطاعات والدوائر والجهات صاحبة المصلحة مع الاستراتيجيات والخطط الوطنية الخاصة بالقوى العاملة الصحية وتعزيز المزايا لخلق فرص العمل، والنمو الاقتصادي، والرعاية الاجتماعية، وتمكين المرأة فضلاً عن تعزيز النظام الصحي.

٤٢ - الاستثمار في توفير ظروف عمل لائقة من خلال الإشراف على السياسات العامة ووضع استراتيجيات طويلة الأجل (١٠-١٥ سنة). وينبغي أن تحترم هذه الاستراتيجيات حقوق العاملين الذكور والإناث،^١ وتحسين بيئات العمل، وأن تتضمن على الأقل توفير الأجور المعيشية (بما في ذلك الممارسين المجتمعيين) والحوافز من أجل التوزيع العادل والاستبقاء، وذلك تمثيلاً مع الغاية الخاصة بتوفير العمل اللائق والنمو الاقتصادي، والواردة ضمن أهداف التنمية المستدامة. وينبغي أيضاً أن تدعم القضاء على الوصم والتمييز من جانب العاملين الصحيين وضدهم.

خيارات السياسات التي يتعين النظر فيها في بعض البلدان حسب السياق

٤٣ - الاستثمار في تعليم العاملين الصحيين وتدريبهم وتعيينهم ونشرهم واستبقائهم لتلبية الاحتياجات الوطنية ودون الوطنية عن طريق العاملين الصحيين المدربين محلياً. يجب أن تتوافق استراتيجيات الاستثمار التعليمي مع الاحتياجات الحالية والمتوقعة في النظام الصحي وسوق العمل الصحي، وأن تأخذ في الاعتبار آثار التحديات التي تشكلها شيخوخة القوى العاملة على استراتيجيتي التخطيط والتعليم. واستراتيجيات بلدان المقصد الرامية إلى تقليل الاعتماد على العاملين الصحيين المدربين في الخارج والتخفيف من الآثار السلبية لهجرة العاملين الصحيين على النظم الصحية في البلدان النامية قد تشمل:

- زيادة الاستثمار في مجال التعليم الصحي المهني المحلي؛
- مواومة الإنفاق الحكومي على التعليم مع فرص العمل؛
- اعتماد آليات تمويل مبتكرة، بما يمكن الكيانات الخاصة من توفير تمويل مكمل للإعانات الحكومية المخصصة لتدريب العاملين الصحيين؛
- عدم استقدام العاملين من البلدان التي توجد بها أقل نسبة من العاملين في مجال الرعاية الصحية مقارنة بحجم السكان؛
- التشجيع على اتباع طرق أكثر فعالية من حيث التكلفة لتعليم العاملين الصحيين الاستجابة للاحتياجات السكانية؛
- التخطيط لتوفير مزيج مهارات أكثر تنوعاً بين الأفرقة الصحية؛

^١ Labour Relations (Public Service) Convention, 1978 (No. 151). Convention concerning protection of the right to organise and procedures for determining conditions of employment in the public service. Geneva: International Labour Organization; 1978
(http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID:312296, accessed 14 February 2015).

- استغلال التكامل بين الكوادر المختلفة أفضل استغلال، بما في ذلك مقدمي خدمات الرعاية الصحية من المستوى المتوسط.^١

٤٤ - بحث فرص تعزيز خطة المهارات والتوظيف داخل البلدان. وقد يشمل ذلك إعادة صقل مهارات العمال في القطاعات والصناعات المتراجعة في الاقتصاد (مثل الصناعات التحويلية والزراعة) تمهيداً لإعادة نشرهم في قطاعي الصحة والرعاية الاجتماعية، ولا سيما في الوظائف والأدوار التي تكون فترة التدريب فيها قصيرة والحوافز التي تعوق انضمامهم محدودة نسبياً، دون المساس بنوعية التعليم والرعاية. وينبغي أيضاً أن تساعد التدابير المتخذة الطلاب المؤهلين حديثاً في دخول سوق العمل، ولا سيما خلال فترات الركود الاقتصادي.

٤٥ - زيادة الاستثمارات لتعزيز العرض والطلب على القوى العاملة الصحية المستند إلى السوق، ومواءمتها بشكل أفضل مع احتياجات السكان الصحية. ويشمل ذلك تطبيق استراتيجيات وتقديم حوافز ملائمة لنشر العمال الصحيين في المناطق ناقصة الخدمات. وسيتطلب ذلك زيادة القدرة على توفير العمال الصحيين اللازمين لمواجهة تزايد الطلب المحلي نتيجة للنمو الاقتصادي في كثير من البلدان، مع احتواء تصاعد التكاليف. ومن المسلم به وجود منافع متبادلة محتملة للهجرة الدولية للعاملين الصحيين بالنسبة للنظم الصحية في بلدان المنشأ والمقصد. بيد أن استراتيجيتي التعليم والاستبقاء ينبغي أن تسعى إلى استبقاء العاملين الصحيين في بلادهم الأصلية والحصول على توزيع جغرافي ملائم. وينبغي أن يتم ذلك مع احترام حق الأفراد في التنقل، وبما يتفق مع مبادئ مدونة المنظمة العالمية لممارسات التوظيف الدولي للعاملين الصحيين.

٤٦ - حشد الموارد اللازمة للموارد البشرية الصحية من المصادر التقليدية والمبتكرة على حدٍ سواء؛ وتشمل الميزانية العامة، والضرائب التصاعدية، والتأمين الصحي الاجتماعي، والمخصصات المالية، وآليات تمويل مبتكرة.^٢ وينبغي أن يكون تخصيص الموارد الكافية لقطاع الصحة متنسقاً ومتوائماً مع الخطة الوطنية الأوسع نطاقاً للحماية الصحية والاجتماعية.^٣

٤٧ - أثناء الحالات الطارئة الإنسانية المعقدة وفي مرحلة الانتعاش بعد انتهاء الصراع، ثمة حاجة إلى تطوير القدرة على استيعاب الموارد المحلية والدولية واستخدامها بفعالية وشفافية. وينبغي أن يكون دعم الموارد البشرية الصحية المقدم من شركاء عملية التنمية في هذه المناطق قابلاً للتنبؤ به وطويل الأجل.

٤٨ - تحتاج البلدان ذات الكثافة السكانية الضئيلة أو المتفرقة، مثل الدول الجزرية الصغيرة النامية، إلى وضع استراتيجيات مبتكرة لمجابهة التحديات التي يشكلها سكانها أو بنيتها الجغرافية. وينبغي أن تشجع هذه الاستراتيجيات تعزيز القدرات المؤسسية في جميع القطاعات المعنية ويمكن أن تشمل: إقامة شراكات طويلة الأجل مع بلدان أخرى من أجل تجميع احتياجات القوى العاملة الصحية الخاصة بالتعليم والاعتماد والضوابط التنظيمية (نظراً لارتفاع تكاليف الاستثمارات الرأسمالية والتكاليف المتكررة لإنشاء وتشغيل مؤسسات محلية للتدريب الصحي و/ أو جهات تنظيمية)؛ وإعداد مرسمات الملاكات الوظيفية (مؤهلات الموظفين وقدراتهم

١ Cometto G, Tulenko K, Muula AS, Krech R. Health Workforce Brain Drain: From Denouncing the Challenge to Solving the Problem. PLoS Med. 2013; 10(9).

٢ Leadership and governance for enhanced HRH contributions to health systems strengthening: insights, imperatives, investments [Technical Working Group 5 synthesis paper for the Global Strategy on Human Resources for Health, 31 August 2014]. Global Health Workforce Alliance; 2014 (http://www.who.int/workforcealliance/media/news/2014/TWG5_LeadershipandGovernance.pdf?ua=1, accessed 14 February 2015).

٣ Social Protection Floors Recommendation, 2012 (No. 202). Recommendation concerning national floors of social protection. Geneva: International Labour Organization; 2012 (http://www.ilo.org/secsoc/areas-of-work/legal-advice/WCMS_205341/lang-en/index.htm, accessed 14 February 2015).

وأعدادهم) الخاصة بوحدة الرعاية الصحية المسؤولة عن تقديم الخدمات في المناطق النائية؛ وتسخير إمكانات خدمات الطبيب عن بُعد لتكون مكمّلة للخدمات التي تقدمها أفرقة الرعاية الصحية الأولية؛ وتعزيز فاعلية نظم الإحالة.

مسؤوليات أمانة منظمة الصحة العالمية

٤٩- تقديم الإرشادات الخاصة بالقواعد وتيسير التعاون التقني عندما تطلبه الدول الأعضاء والجهات المعنية ذات الصلة. ويغطي الدعم المقدم من منظمة الصحة العالمية تخطيط القوى العاملة الصحية ووضع التوقعات بشأنها، سياسات التعليم واحتياجات النظام الصحي (مع الأخذ في الاعتبار الاحتياجات السكانية الناشئة المرتبطة بالتحوّل الوبائي)، وتحليل سوق العمل الصحي، وحساب تكلفة استراتيجيات الموارد البشرية الصحية الوطنية، وتعقب التمويل الوطني والدولي للموارد البشرية الصحية. واعترافاً منها باستمرار الحاجة إلى المساعدات الخارجية في بعض البلدان، ستقدم منظمة الصحة العالمية أيضاً تقديرات للاحتياجات الخاصة بالموارد البشرية الصحية (إلى جانب الأثر الاجتماعي والاقتصادي لتعليمهم وتوظيفهم) إلى المؤسسات المالية الإقليمية والعالمية وشركاء التنمية والمبادرات العالمية المتعلقة بالصحة. وذلك من شأنه توفير المعلومات اللازمة لاعتماد سياسات اقتصادية كلية وتمويلية تؤدي إلى زيادة الاستثمارات الموجهة استراتيجياً في الموارد البشرية الصحية. وتسهلاً للانتقال التدريجي نحو الملكية الوطنية وتمويل السياسات والاستراتيجيات الخاصة بالموارد البشرية الصحية، ستوفر منظمة الصحة العالمية أيضاً المساعدة التقنية للدول الأعضاء من أجل تحديد النهج لحشد موارد محلية كافية وتخصيصها على نحوٍ فاعل.

توصيات للجهات المعنية والشركاء الدوليين الآخرين

٥٠- اعتراف صندوق النقد الدولي والبنك الدولي والمصارف الإنمائية الإقليمية وغيرها بالاستثمار في القوى العاملة الصحية باعتبارها قطاعاً إنتاجياً. إن الاستثمار في قطاع الصحة من شأنه إيجاد الملايين من فرص العمل الجديدة وتحفيز النمو الاقتصادي وتوسيع نطاق التنمية الاجتماعية والاقتصادية. وتستطيع هذه المؤسسات استغلال هذه الفرصة من أجل تكييف سياسات الاقتصاد الكلي الرامية إلى إقامة المزيد من الاستثمارات في مجال الخدمات الاجتماعية.

٥١- إنشاء مبادرات الصحة العالمية آليات لتصريف الشؤون للتأكد من أن كافة المنح والقروض تشمل تقيماً للأثار الواقعة على القوى العاملة الصحية؛ مما يتطلب وضع استراتيجية مدروسة وآليات للمساءلة عن كيفية إسهم وضع برامج محددة في دعم الجهود الرامية إلى بناء قدرات الموارد البشرية الصحية على المستوى المؤسسي والتنظيمي والفردى، بما يتجاوز توفير التدريب على أمراض بعينها وتقديم الحوافز أثناء الخدمة. وينبغي التركيز على زيادة الاستثمار المستدام ودعم الموارد البشرية الصحية. ويتسبب استقدام موظفين من فئة الخدمات العامة في برامج محددة في إضعاف النظم الصحية؛ ومن ثم، يجب تقاذه من خلال إدماج البرامج المعنية بأمراض معينة ضمن استراتيجيات الرعاية الصحية الأولية.

٥٢- مواعنة شركاء التنمية استثماراتهم الخاصة بالموارد البشرية الصحية مع الاحتياجات الوطنية المنسقة وطويلة الأجل الواردة في خطط القطاعات الوطنية. وينبغي أن تلتزم الاستثمارات بمبادئ فعالية المعونة، والشراكة الصحية الدولية وما يتصل بها من مبادرات، والمؤتمر الدولي الثالث لتمويل التنمية.^١ ويجب أن يقوم هذا الدعم بمواعنة التعليم والتوظيف ومراعاة المنظور الجنساني والصحة مع استراتيجيات تنمية الموارد البشرية الوطنية وتلك

^١ Report of the third International Conference on Financing for Development, Addis Ababa, 13–16 July 2015. New York: United Nations; 2015 (A/CONF.227/20, <http://www.un.org/esa/ffd/ffd3/>, accessed 19 October 2015).

الخاصة بتعزيز النظام الصحي. كما ينبغي أن تعيد المبادرات الصحية العالمية موازنة دعمها لتعزيز الموارد البشرية الصحية على نحو مستدام، ويشمل ذلك إمكانية الاستثمار في رأس المال والنفقات المتكررة (بما في ذلك المرتبات) لموظفي فئة الخدمات العامة، والتغلب على التركيز التفضيلي الحالي على التدريب على مرضي معين لفترة قصيرة أثناء الخدمة. ٢٠١ وفي هذا الصدد، قد ينظر شركاء التنمية في إمكانية إنشاء مرفق للتمويل متعدد الأطراف بغية دعم الاستثمار في النظم الصحية^٣ باعتباره وسيلة لدعم أعمال حقوق الإنسان، وأهداف التنمية المستدامة. وفيما يواصل شركاء التنمية الدعوة إلى زيادة تخصيص الموارد المحلية للموارد البشرية الصحية، يتعين عليهم أيضاً دعم البلدان من أجل تعزيز قدرتها على تحصيل الضرائب عند الاقتضاء.

٥٣- ينبغي تشجيع المؤسسات ذات الصلة لإنشاء آليات لتتبع نسبة المساعدة الإنمائية الصحية المخصصة للموارد البشرية الصحية؛ فينبغي أن تنشئ منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي ونظام التعقب المالي الإنساني، على سبيل المثال، آليات لتحديد نسبة المساعدة الإنمائية الصحية المخصصة للموارد البشرية الصحية، حيث أن العمليات والمتطلبات الحالية فيما يتعلق بالبيانات اللازمة لتعقب تدفقات المساعدات الدولية في مجال الصحة لا تسمح بجمع استثمارات القوى العاملة الصحية على نحو موثوق ومتسق.^٤

٥٤- يمكن للهيئات الإقليمية أو دون الإقليمية تعزيز الالتزام السياسي والمالي بتنفيذ هذه الخطة. تضطلع كيانات مثل الاتحاد الإفريقي والاتحاد الأوروبي وجامعة الدول العربية واتحاد دول أمريكا الجنوبية ورابطة دول جنوب شرق آسيا، بدور هام في تيسير الحوار المتعلق بالسياسات وعملية استعراض الأقران بين البلدان التي تتشابه في بنيتها الاجتماعية والاقتصادية أو خلفيتها الثقافية. كما تساعد على خلق واستدامة الإرادة السياسية التي تدعم الاستثمارات الداعمة والقرارات المتعلقة بالسياسة العامة.

الغرض ٣: بناء قدرة المؤسسات على الأصدقاء دون الوطنية والوطنية والإقليمية والعالمية لتحقيق فعالية إدارة السياسة العامة والقيادة وتصريف شؤون الإجراءات الخاصة بالموارد البشرية الصحية.

المعالم الرئيسية:

- ٣-١: بحلول عام ٢٠٢٠، ستكون جميع البلدان لديها آليات مؤسسية شاملة للجميع من أجل تنسيق خطة مشتركة بين القطاعات بشأن القوى العاملة الصحية.
- ٣-٢: بحلول عام ٢٠٢٠، ستكون جميع البلدان لديها وحدة خاصة بالموارد البشرية الصحية تتولى مسؤولية وضع السياسات والخطط ورصدها.
- ٣-٣: بحلول عام ٢٠٢٠، ستكون جميع البلدان لديها آليات تنظيمية لتعزيز سلامة المرضى ومراقبة القطاع الخاص على النحو الملائم.

٥٥- ينبغي تصريف الأمور بفعالية وتعزيز القدرات المؤسسية لكي يتم تنفيذ خطة شاملة للقوى العاملة الصحية في البلدان. على الرغم من التقدم الكبير المحرز في العقود الماضية، فإن التقدم في مجال الموارد

١ Vujicic M, Weber S, Nikolic I, Atun R, Kumar R. An analysis of GAVI, the Global Fund and World Bank support for human resources for health in developing countries. Health Policy Plan. 2012; 27(8):649-57.

٢ Bowser D, Sparkes SP, Mitchell A, Bossert TJ, Bärnighausen T, Gedik G, Atun R. Global Fund investments in human resources for health: innovation and missed opportunities for health systems strengthening. Health Policy Plan. 2014; 29(8):986-97.

٣ Gostin L. Ebola: towards an international health systems fund. Lancet. 2014; 384(9951):e49-51.

٤ Campbell J, Jones I, Whyms D. "More money for health – more health for the money": a human resources for health perspective. Human Resources for Health. 2011; 9:18.

البشرية الصحية لم يكن سريعاً ولا عميقاً بالقدر الكافي. إن تنمية القوى العاملة الصحية عملية تقنية تتطلب خبرة في التخطيط والإدارة والتعليم، والقدرة على ترسيخ ذلك في رؤية طويلة الأجل للنظام الصحي. ولكنها أيضاً عملية سياسية تعتمد على إرادة وسلطة مختلف القطاعات والدوائر في المجتمع، ومختلف مستويات الحكومة على تنسيق الجهود بينها.^١ وثمة تحديات رئيسية تتمثل في ضمان فعالية الإدارة المشتركة بين القطاعات و-في الوقت ذاته- التعاون بين الجهات صاحبة المصلحة؛ وتعزيز القدرات التقنية؛ وحشد الموارد المالية اللازمة لتنفيذ خطة الموارد البشرية الصحية الحالية؛^٢ مما يتطلب وجود إرادة سياسية لدى رؤساء الحكومات ومساءلتهم.

٥٦- يُعد من الضروري وجود قدرات تقنية وإدارية لترجمة الإرادة والقرارات السياسية إلى تنفيذ فعال. عملية تخطيط القوى العاملة الصحية وإدارتها- من المستوى الوطني إلى المستوى المحلي- يجب أن تكون مهنية مع ضمان تكافؤ الفرص بين الجنسين والمجموعات العرقية واللغوية/ الإثنية. وكما توجد حاجة إلى مهنيين صحيين متمكنين، توجد أيضاً حاجة إلى مديري شؤون صحية، وعلماء في الموارد البشرية الصحية، ومخططين وواضعي سياسات. ويعتبر هذا التمكن المدعوم بالبيانات المعززة والمعلومات أمراً ضرورياً لتزويد القادة السياسيين بالبيانات الدامغة والمشورة التقنية، ولضمان تنفيذ السياسات والمعايير والمبادئ التوجيهية والإشراف عليها على نحو فاعل.^٣ والأهم من ذلك هو ضرورة بناء تلك القدرات إلى جانب آليات المساءلة، وأن تكون موجودة على المستوى الإداري المناسب. وفي البلدان الفيدرالية أو البلدان التي توجد بها إدارة لامركزية للقوى العاملة الصحية، ينبغي بناء الكفاءات ورأس المال البشري والآليات المؤسسية على الصعيدين دون الوطني والمحلي، بما في ذلك تدريب الموظفين في المناصب الإدارية.

٥٧- إن وجود آليات مناسبة لتصريف الشؤون الصحية على الصعيد العالمي من شأنه دعم تنفيذ الخطط الوطنية الخاصة بالموارد البشرية الصحية. ويشكل الالتزام السياسي والعمل على الصعيد القطري الأساس لأية استجابة فعالة للتحديات المتعلقة بالقوى العاملة الصحية. بيد أن بعض الأمور المتعلقة بالموارد البشرية الصحية تكون عبر وطنية، مما يتطلب نهجاً عالمياً مدعوماً بالالتزام بالتضامن الدولي. ويشمل ذلك إيجاد منافع وبيئات عمومية وتقاسمها على الصعيد العالمي؛ وتقديم المساعدات التقنية والمالية أو حشدتها عند الطلب؛ والإدارة الأخلاقية لتتقل القوى العاملة الصحية؛ وتخفيف أثارها السلبية وتقييم آثار الأهداف والقرارات الصحية العالمية على الموارد البشرية الصحية.

خيارات السياسات المتاحة أمام الدول الأعضاء بمنظمة الصحة العالمية

جميع البلدان

٥٨- التأكد من أن جميع البلدان لديها وحدة أو إدارة مختصة بالموارد البشرية الصحية ترفع التقارير إلى الإدارة العليا في وزارة الصحة (المدير العام أو السكرتير الدائم). وينبغي أن يكون لدى هذه الوحدة القدرة والمسؤولية والتمويل والمساءلة عن مجموعة معيارية من المهام الأساسية المتعلقة بسياسات الموارد البشرية

١ Sales M, Kienny MP, Krech R, Etienne C. Human resources for universal health coverage: from evidence to policy and action. Bull World Health Organ. 2013; 91(11):798-8A.

٢ Padilha A, Kasonde J, Mukti G, Crisp N, Takemi K, Buch E. Human resources for universal health coverage: leadership needed. Bull World Health Organ. 2013; 91(11):800-0A.

٣ Nurse J. What are the health workforce and service implications of the Global Framework for Public Health? [Discussion paper for the Global Strategy on Human Resources for Health, 29 August 2014]. Global Health Workforce Alliance; 2014
(http://www.who.int/workforcealliance/media/news/2014/RefA_PublicHealthpaper.pdf?ua=1, accessed 20 January 2015).

الصحية وتخطيطها وتصريف شؤونها وإدارة البيانات الخاصة بها وإعداد التقارير بشأنها. وتشمل تلك المهام على الأقل: الدعوة إلى تنمية الموارد البشرية الصحية؛ وحشد الموارد وكفاءة استخدامها على نحو يسمح بالمساءلة؛ ودعم تحسين ظروف العمل ونظم المكافآت وهياكل المسارات المهنية الخاصة بالعاملين الصحيين؛ ووضع سياسات بشأن تنظيم وتوفير الخدمة وتعليم العاملين الصحيين؛ وقيادة تخطيط وتطوير القوى العاملة الصحية على المدى القريب والبعيد؛ وتحديد الاستراتيجيات الملائمة للمشاركة بروح من التعاون مع القطاع الخاص؛ وتحليل البيانات الخاصة بالقوى العاملة واقتصاد العمل؛ وتتبع التنقل الدولي للعاملين الصحيين على نحو فاعل؛ وإدارة تدفقات الهجرة لتعظيم الفائدة لبلدان المنشأ؛ ورصد وتقييم التدخلات والتوجهات الخاصة بالموارد البشرية الصحية؛ وإقامة تحالفات مع منتجي البيانات ومستخدميها.

٥٩- ترسيخ القضية الوطنية للاستثمار في الموارد البشرية الصحية باعتبارها عنصراً حيوياً من أهداف التنمية المستدامة والتغطية الصحية الشاملة وتعميم الحصول على خدمات الرعاية الصحية. وينبغي أن تُستخدم القضية الوطنية كأساس للخطط والموازنات لحشد موارد كافية، مدعومة بالضوابط التنظيمية والآليات اللازمة لتنسيق السياسات والإشراف على تنفيذها. ويتطلب التنفيذ الفعال لأي خطة وطنية معنية بالقوى العاملة دعماً مقدماً من وزارات المالية والتعليم والعمل، ولجان الخدمة المدنية، والحكومة المحلية، والقطاع الخاص، ويشمل ذلك استخدام الحجج الدامغة فيما يتعلق باقتصاد الرعاية الصحية والرعاية الاجتماعية.^١ وينبغي أن تضع البلدان آليات وطنية لتصريف شؤون الموارد البشرية الصحية والحوار بشأن السياسات. وينبغي أن تتعاون هذه الآليات مع المجتمع المدني، والمواطنين، والعاملين الصحيين، والمهنيين الصحيين واتحاداتهم أو نقاباتهم، والهيئات التنظيمية، واتحادات أرباب العمل، وصناديق التأمينات- بُغية توسيع نطاق الملكية والاستدامة المؤسسية للسياسات والاستراتيجيات الخاصة بالموارد البشرية الصحية.

٦٠- تعزيز القدرات التقنية والإدارية في وزارات الصحة وغيرها من القطاعات ذات الصلة والمؤسسات لوضع وتنفيذ سياسات ومعايير ومبادئ توجيهية فعالة فيما يتعلق بالموارد البشرية الصحية؛ مما يشجع العمليات الابتكارية والتكنولوجيات وتنظيم الخدمات وطرائق تقديم التدريب وتحسين كفاءة استخدام الموارد.

٦١- ضمان موازنة القوى العاملة الصحية للجهود الإنمائية مع القوى العاملة في قطاع الخدمات الاجتماعية والمحددات الاجتماعية الأوسع نطاقاً للصحة. ويشمل ذلك تيسير حصولهم على السكن والغذاء والتعليم والعمل والظروف البيئية المحلية. وينبغي تعليم القوى العاملة الصحية السريرية عن العوامل الاجتماعية التي تؤثر على الصحة، وتعزيز هذه الخطة من خلال ممارساتهم.

خيارات السياسات التي يجب أخذها بعين الاعتبار في بعض البلدان، حسب السياق.

٦٢- موازنة الحوافز المقدمة لتعليم القوى العاملة الصحية وتوفير الرعاية الصحية مع أهداف الصحة العمومية والاحتياجات السكانية. ويستتبع ذلك الموازنة بين الاحتياجات المتزايدة للسكان المسنين والتكنولوجيات الصحية الجديدة والأكثر تكلفة، مع التنبؤ بحافظة الموارد المتاحة على نحو واقعي واعتماد تدخلات جديدة عندما تكون فعالة من حيث التكلفة في السياق المحلي.

٦٣- تعزيز البيئة المؤسسية المواتية لتعليم القوى العاملة الصحية ونشرها واستبقائها وإدارة أدائها. ويستتبع ذلك في بعض البلدان بناء القدرات العامة البشرية والمؤسسية لتصميم وتطوير وتنفيذ برامج تعليم العاملين الصحيين قبل الخدمة وأثناءها؛ وتطوير جمعيات المهنيين الصحيين لدعم علاقات فعالة مع العاملين الصحيين؛ وتصميم نظم فعالة لإدارة الأداء والمكافآت؛ وتطوير التعاون مع المنظمين في المؤسسات التعليمية الخاصة

ومقدمي خدمات الرعاية الصحية. وفي السياقات اللامركزية، حيث يمكن أن تُنفَّذ هذه المهام على الصعيد دون الوطني أو الصعيد الطرقي، سيكون من الضروري بناء القدرات أو تعزيزها على المستوى الإداري المعني.

٦٤- ينبغي تكييف نهج مرنة لتنمية الموارد البشرية الصحية بما يتناسب وواقع كل بلد. إن تطوير الموارد البشرية الصحية هو على نحو جلي جانب من جوانب تطوير النظام الصحي وتصريف شؤونه، والتي هي من مسؤولية الدولة. إن ممارسة هذه المسؤولية تشمل الشراكات بين أصحاب المصلحة المتعددين مع مجموعة واسعة من الجهات الفاعلة، بما في ذلك السلطات المحلية، والمؤسسات الدولية والشركات ومنظمات المجتمع المدني، والقطاع الخاص، والمؤسسات، وأهل الخير والمستثمرين المعنيين بالأثر الاجتماعي والعلماء والأكاديميين والأفراد. ويجب أن تأخذ تدخلات القوى العاملة الصحية بعين الاعتبار الظروف الخاصة بكل بلد.

مسؤوليات أمانة منظمة الصحة العالمية

٦٥- تقديم الدعم التقني إلى الدول الأعضاء وبناء قدراتها لتطوير الكفاءات العامة الأساسية فيما يتعلق بسياسات الموارد البشرية الصحية، والتخطيط، والتوقعات، وحشد الموارد، والإدارة بناء على طلب الدول الأعضاء وأصحاب المصلحة المعنيين. ويمكن تيسير جهود بناء القدرات من خلال وضع برنامج دراسات عليا متخصص ومعترف به دولياً في مجال سياسة الموارد البشرية الصحية وتخطيطها، وذلك من خلال طاقم توجيه دولي وشبكة مهنية لدعم تطبيق علم القوى العاملة.

٦٦- تعزيز القدرة العالمية على تنفيذ خطة الموارد البشرية الصحية عبر الوطنية. ويمكن تحقيق ذلك عن طريق تعزيز التنسيق والمواومة والمساءلة على نحو فعال من خلال شبكة دولية من الجهات صاحبة المصلحة والعناصر الفاعلة المعنية بالموارد البشرية الصحية. واستناداً إلى خبرات وإنجازات التحالف العالمي للقوى العاملة الصحية على مدى عشر سنوات من إنشائه (٢٠٠٦-٢٠١٦)، ستقوم منظمة الصحة العالمية على جميع مستوياتها بإنشاء شبكة عالمية لتعاون الموارد البشرية الصحية تكون متسقة مع المبادئ والسياسات التي تحكم انخراط منظمة الصحة العالمية مع جهات فاعلة من غير الدول. وتهدف هذه الآلية إلى الحفاظ على التزام سياسي رفيع المستوى، وتيسير مواومة المبادرات الصحية العالمية مع أولويات الاستثمار في الموارد البشرية الصحية الواردة في هذه الاستراتيجية، وتعزيز الحوار فيما بين القطاعات والمتعدد الأطراف حول السياسات، وتشجيع التعاون مع القطاع الخاص لتدخلات فعالة من حيث التكلفة ومراعية للصالح العام ومحورها الشعب، وتعزيز التنسيق والمساءلة المتبادلة على الصعيد العالمي وربطها على نحو فعال بعمليات منظومة الأمم المتحدة لرصد أهداف التنمية المستدامة.

٦٧- تقديم الدعم التقني لتطوير قدرات النظام الصحي وكفاءة القوى العاملة لإدارة مخاطر الطوارئ والكوارث بناء على طلب الدول الأعضاء وأصحاب المصلحة المعنيين. وسيسهل هذا الدعم: تقييم توافر الموارد البشرية الصحية قبل حالات الطوارئ وأثنائها وبعدها؛ وإدماج إدارة المخاطر في حالات الطوارئ في السياسات والبرامج التقنية ذات الصلة وما يستتبعها من تطوير القوى العاملة وتعليمها وتدريبها؛ ودعم آليات تنسيق تخطيط ونشر الأفراد في حالات الطوارئ.

توصيات للجهات المعنية والشركاء الدوليين الآخرين

٦٨- مساهمة البرلمانات والمجتمع المدني في استمرار زخم خطة الموارد البشرية الصحية. ويمكن تحقيق ذلك من خلال مراقبة الأنشطة الحكومية وآليات المساءلة لرصد الأداء، وذلك عن طريق الدعوة إلى تطوير المؤسسات التعليمية العامة والخاصة وأرياب الأعمال. وينبغي تشجيع آليات المحاسبة الاجتماعية.

٦٩- يدرس المجتمع الدولي وشركاء التنمية والمبادرات الصحية العالمية، بشكلٍ منهجي، الآثار الواقعة على القوى العاملة الصحية والمرتبة على أية أهداف صحية يتم النظر فيها واعتمادها. وفي إطار ذلك، يتعين على أمانة منظمة الصحة العالمية أيضاً أن تتعاون مع آليات هيئات إدارتها لتهيئة الظروف لجميع القرارات المستقبلية المعروضة على جمعية الصحة العالمية واللجان الإقليمية لتضمين تقييم للآثار الواقعة على القوى العاملة الصحية نتيجة التوصيات التقنية أو المتعلقة بالسياسات.^١

٧٠- يعمل المجتمع الدولي والشركاء في التنمية، والمبادرات الصحية العالمية بشكل وثيق مع الدول لتعزيز المؤسسات العامة الوطنية ودون الوطنية ودعم تصريف الشؤون في مرحلة التعافي بعد الطوارئ أو في مرحلة ما بعد الصراع، عندما يكون التمويل من الجهات المانحة وفرصة الإصلاح أكبر.^٢ والآلية المنسقة ستجعل الفهم المشترك للسياق والتدخلات مواتية، وستجمع جميع أصحاب المصلحة سوياً، ومع اضطلاع الدولة بدور تنسيقي تستهدف التدخلات الرامية بشكل واضح بناء القدرات. وفي هذه المناطق، قد تكون التدخلات لتعزيز القوى العاملة الصحية المحلية أكثر فعالية إذا كانت تستهدف مستوى لا مركزياً أو إذا كانت تحدث من خلال الجهات الفاعلة من غير الدول، حيث يمكن ملاحظة النتائج ودروس التوسع بسرعة أكبر.

الغرض ٤: تعزيز البيانات الخاصة بالموارد البشرية الصحية من أجل رصد تنفيذ الاستراتيجيتين الوطنية والإقليمية والاستراتيجية العالمية وضمان المساءلة بشأن تنفيذها.

المعالم الرئيسية:

- ٤-١: بحلول عام ٢٠٢٠، ستكون جميع البلدان قد أحرزت تقدماً صوب إنشاء السجلات لتتبع القوى العاملة الصحية المتاحة وتعليمها وتوزيعها وتدفعاتها والطلب عليها والعرض منها وقدراتها وأجورها.
- ٤-٢: بحلول عام ٢٠٢٠، ستكون جميع البلدان قد أحرزت تقدماً في مجال تبادل البيانات عن الموارد البشرية الصحية من خلال حسابات القوى العاملة الصحية الوطنية وتبلغ أمانة المنظمة عن المؤشرات الأساسية سنوياً.
- ٤-٣: بحلول عام ٢٠٢٠، ستكون جميع الوكالات ثنائية ومتعددة الأطراف قد عززت عمليات تقدير القوى العاملة الصحية وتبادل المعلومات.

٧١- يتعين تحسين البيانات والبيانات المتعلقة بالموارد البشرية الصحية باعتباره من العناصر التمكينية المهمة لتعزيز الدعوة والتخطيط ووضع السياسات وتصريف الشؤون والمساءلة على الأصعدة الوطنية والإقليمية والعالمية. إن حلقة الربط بين البيانات والسياسات هي إحدى السمات الأساسية للنظم الصحية المرنة التي تُعرف بقدرتها على التعلم من التجارب وتعديل السياسات باستمرار تبعاً للبيانات ووفقاً لتغير الاحتياجات. وينبغي أن تكون التوقعات الخاصة بالمتطلبات المستقبلية للقوى العاملة، مدعومة بمعلومات موثوقة ومحدثة عن القوى العاملة الصحية مع الأخذ في الاعتبار الاحتياجات السكانية، وتحليل سوق العمل ومسح السيناريوهات، ويمكن للتوقعات أن تدعم وضع الخطط والاستراتيجيات الخاصة بالقوى العاملة وتنفيذها ورصدها وتقييم أثرها وتحديثها بصفة مستمرة. إن مجال الربط بين البيانات والسياسات من شأنه إحداث تحسينات كبيرة في العقد المقبل.

1 Data and measurement of HRH availability, accessibility, acceptability, and quality. [Technical Working Group 3 background paper for the Global Strategy on Human Resources for Health]. Global Health Workforce Alliance; 2014 (http://www.who.int/workforcealliance/media/news/2014/TWG3_Paper_07Dec14.pdf?ua=1, accessed 14 February 2015).

2 Pavignani E. Human resources for health through conflict and recovery: lessons from African countries. Disasters. 2011; 35(4):661-79.

وتنشأ فرص معينة من الابتكار التكنولوجي والربط والإنترنت وبداية حقبة "البيانات الضخمة" وتتميز بنمو هائل في نوعية وكَم البيانات التي تجمعها النظم والمرضى والعاملين الصحيين. ويمكن لها أن تمثل أداة لتحسين نوعية البيانات وتبادل المعلومات لتعزيز النظم الصحية الوطنية.

٧٢- تتطلب أهداف التنمية لما بعد عام ٢٠١٥ موازنة خطة السياسات العامة بشأن تصريف الشؤون والمساءلة والتوافر والإتاحة والمقبولية والإنصاف، مع المعلومات الاستراتيجية عن سوق العمالة الصحية على الأصعدة الوطنية والإقليمية والعالمية. وينبغي تحفيز الطلب على البيانات الخاصة بالقوى العاملة الصحية واستخدامها على نحو استباقي في السياسة العامة العالمية، وتشجيع الحوار العالمي حول تقييم الآثار الواقعة على القوى العاملة الصحية في أي هدف متعلق بالصحة العمومية. وسيؤدي هذا بدوره إلى زيادة الطلب على بيانات القوى العاملة وعلى تحليلها، ولاسيما المبادرات الصحية العالمية والقرارات البرمجية المتعلقة بالأهداف الصحية من أهداف التنمية المستدامة. كما يمكن للتحسينات التي تجري على هندسة المعلومات والتشغيل البيئي للموارد البشرية الصحية أن تولد مؤشرات أساسية لدعم هذه العمليات. وينبغي أن تشمل البيانات التي يجري جمعها استعراضاً شاملاً لخصائص القوى العاملة (الممارسة العامة والخاصة)، وأنماط الأجور (مصادر متعددة، بحيث لا يقتصر الأمر على أجور القطاع العام)، وكفاءة العاملين (مثل دور العاملين الصحيين مفصلاً حسب الكوادر ووفقاً لمستويات الرعاية المختلفة)، والأداء (جمع البيانات على نحو منهجي حول الإنتاجية وجودة الرعاية)، والغياب، والتغيب وأسبابه الجذرية، وديناميات التنقل (الريفي مقابل الحضري، العام مقابل الخاص، التنقل الدولي)، والاعتداءات التي يتعرض لها العاملون الصحيون، وأداء نظام إدارة الموارد البشرية الصحية (المدة التي يستغرقها شغل الوظيفة الشاغرة في المتوسط، ومعدل التناقص خلال فترة التعليم والتوظيف، وحصائل برامج الاعتماد، وغير ذلك).

٧٣- تشمل الاستراتيجية إطاراً للمساءلة بغرض تقييم التقدم المحرز بشأن التوصيات الواردة فيها. وعلى الصعيد القطري، ينبغي إدراج الخيارات السياسية الأوثق صلة بفرادى الدول الأعضاء ضمن استراتيجيات وخطط الصحة والتنمية الوطنية. كذلك يتعين إدراج أهداف ومؤشرات محددة خاصة بالموارد البشرية الصحية ضمن هذه السياسات والاستراتيجيات والأطر الإنمائية الوطنية، وتعزيز الآليات متعددة القطاعات والهيئات كي تعكس أهم التدخلات ونقاط المساءلة المتعلقة بالموارد البشرية الصحية من المدخلات إلى التأثيرات. ويجب أن تتضمن العمليات والآليات القائمة والرامية إلى استعراض قطاع الصحة على الصعيد القطري، تقيماً دورياً للتقدم المحرز في خطة القوى العاملة الصحية في السياق الوطني. وسوف تشمل المساءلة العالمية خطة تدريجية لتنفيذ حسابات القوى العاملة الصحية الوطنية،^١ وتقديم التقارير السنوية بشأن المؤشرات الأساسية للموارد البشرية الصحية في ضوء الأهداف المرحلية المحددة في إطار أغراض الاستراتيجية الأربعة. وسيتم تبسيط متطلبات تقارير الدول الأعضاء من خلال تحسين بيانات الموارد البشرية الصحية تدريجياً، والربط بين رصد الاستراتيجية ورصد مدونة المنظمة العالمية لقواعد الممارسة بشأن التوظيف الدولي للعاملين الصحيين وغير ذلك من قرارات جمعية الصحة العالمية التي تركز على الموارد البشرية الصحية، والوثائق الاستراتيجية والقرارات المتخذة على الصعيد الإقليمي. ويرتبط الرصد العالمي أيضاً ويتزامن مع إطار المساءلة في أهداف التنمية المستدامة.

1 National health workforce accounts: the knowledge-base for health workforce development towards universal health coverage – policy brief. Geneva: World Health Organization; 2015
(http://www.who.int/hrh/documents/brief_nhwfa/en/, accessed 19 October 2015).

خيارات السياسات المتاحة أمام الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية

جميع البلدان

٧٤- الاستثمار في قدرات البلدان التحليلية فيما يتعلق ببيانات الموارد البشرية الصحية والنظم الصحية. وينبغي أن يستند ذلك إلى سياسات ومبادئ توجيهية لتوحيد بيانات الموارد البشرية الصحية وتشغيلها بينياً، وتشمل تلك الواردة في مجموعة منظمة الصحة العالمية الدنيا من البيانات^١ والحسابات الوطنية للقوى العاملة الصحية. ويمكن الاستفادة من مرادف القوى العاملة الوطنية، أو الإقليمية والآليات المماثلة أو ذات الصلة، كآليات لتنفيذ هذه الخطة ومنبراً لتبادل أفضل الممارسات ودعمها. ويمكن استغلال الفرص السانحة لزيادة الكفاءة من خلال تسخير إمكانات التقدم التكنولوجي والترابط والإنترنت، وبروز نهج جديدة بالنسبة لمستقبل القوى العاملة الصحية في تصميم نظم جمع بيانات الموارد البشرية الصحية وتجميعها واستخدامها.^٢

٧٥- إنشاء سجلات وطنية للقوى العاملة الصحية من الأكفاء والممارسين وليس لمن تلقوا برنامجاً تدريبياً فقط. ويجب أن تتوسع السجلات تدريجياً من الحد الأدنى من البيانات إلى مجموعة شاملة من مؤشرات الأداء الأساسية حول القوى العاملة الصحية المتاحة وتوزيعها وتدفعاتها والطلب عليها والعرض منها وقدراتها وأجورها، وذلك في القطاعين العام والخاص. وينبغي تصنيف البيانات حسب العمر، ونوع الجنس، والفئة العرقية أو اللغوية، ومكان العمل كشرط أساسي لفهم أسواق العمل في مجال الصحة وتصميم حلول سياساتية فعالة. وفي بعض السياقات، يمكن أن يُيسر إنشاء سجل للقوى العاملة الممارسة المرتبط بكشف المرتبات إزالة العمالة الوهمية. كما يتعين تطبيق نظم تسمح بجمع البيانات المنهجي بشأن الاعتداءات التي يتعرض لها العاملون الصحيون.

٧٦- تطبيق حوافز وسياسات لجمع وتبليغ وتحليل واستخدام بيانات موثوقة ومحايدة عن القوى العاملة لدعم الشفافية والمساءلة، وتمكين الجميع من الوصول إلى مختلف مستويات صنع القرار. وعلى وجه الخصوص، يتعين على البلدان تيسير عملية جمع بيانات الموارد البشرية الصحية وإعداد التقارير عنها على الصعيدين الوطني ودون الوطني من خلال تقديم تقارير سنوية موحدة عن بيانات الموارد البشرية الصحية إلى المرصد الصحي العالمي التابع لمنظمة الصحة العالمية. فينبغي على البلدان استثمار الموارد لضمان امتلاكها القدرة على تحليل البيانات واستخدامها لصنع القرار المحلي. ويجب معاملة جميع بيانات القوى العاملة (مع احترام الخصوصية والسرية وقوانين حماية البيانات ذات الصلة) باعتبارها سلعة عالمية عامة يتم تقاسمها في المجال العام لصالح مختلف فروع الحكومة، والرابطات المهنية للعاملين في مجال الرعاية الصحية، والجهات المعنية ذات الصلة.

٧٧- ترسيخ الخيارات السياسية ذات الصلة والواردة في هذه الاستراتيجية، وما يقابل ذلك من متطلبات للرصد والمساءلة، في الاستراتيجيات الوطنية المتعلقة بالصحة أو الموارد البشرية الصحية. وينبغي أن تقرن المساءلة عن الموارد البشرية الصحية على الصعيد الوطني بآليات لمساءلة الموارد البشرية الصحية على المستوى الشعبي، مما يسخر صوت وقدرة المجتمعات المحلية والمستفيدين من الخدمات على إبداء ملاحظاتهم لتحسين نوعية الرعاية وسلامة المرضى. وينبغي تعزيز تطوير آليات المساءلة الاجتماعية من خلال تهيئة بيئة مواتية. وعلى نحو مماثل، وعلى الصعيد العالمي، يجب على البلدان أن تطلب من مكتب السكرتير العام للأمم المتحدة ضمان اشتغال إطار المساءلة المعني بأهداف التنمية المستدامة غايات ومؤشرات تتعلق بالقوى العاملة الصحية.

١ Human resources for health information system: minimum data set for health workforce registry. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://www.who.int/hrh/statistics/minimun_data_set/en/, accessed 5 June 2015).

٢ Horizon 2035: health and care workforce futures – progress update. Centre for Workforce Intelligence; 2014 (<http://www.cfw.org.uk/publications/horizon-2035-progress-update-july-2014>, accessed 14 February 2015).

٧٨- تعزيز نظم المعلومات الخاصة بالموارد البشرية الصحية وبناء رأس المال البشري اللازم لتشغيلها بالمواعمة مع نظم معلومات الإدارة الصحية الأوسع نطاقاً، ومنها القدرة على استخدام هذه النظم خلال الحالات الطارئة والكوارث. وينبغي تعزيز القدرة على استخدام البيانات بفعالية للتعاون مع صانعي السياسات والمجتمع المدني.

خيارات السياسات التي يجب أخذها بعين الاعتبار في بعض البلدان، حسب السياق

٧٩- تعزيز النظم الصحية من خلال تطبيق نهج "البيانات الكبيرة" للحصول على فهم أفضل للقوى العاملة الصحية، بما في ذلك حجمها وخصائصها وأدائها لإيجاد رؤى متعمقة على الثغرات والاحتمالات لتعزيز القوى العاملة الصحية. وينبغي أن يتم ذلك بالامتثال للمعايير الوطنية والأطر التشريعية التي تنظم جمع البيانات الشخصية واستخدامها والتي من شأنها أن تضمن السرية وإخفاء الهوية الكاملين لفرادى العاملين الصحيين.

٨٠- استغلال فرص "القفزات النوعية" من خلال اعتماد حلول تكنولوجيا المعلومات والاتصالات فيما يتعلق بجمع بيانات الموارد البشرية الصحية وتخزينها؛ ومن ثم تجنّب البنية التحتية التي كانت تتطلب رأس مال كبير في الماضي.

مسؤوليات أمانة منظمة الصحة العالمية

٨١- دعم تطوير الأدوات والمبادئ التوجيهية وقواعد البيانات وتعزيزها واستعراض جدواها وتحديثها وحفظها، فيما يتعلق بالبيانات والبيئات الخاصة بالموارد البشرية الصحية، لاستخدامها في الظروف الروتينية وظروف الطوارئ.

٨٢- تيسير التنفيذ التدريجي لحسابات القوى العاملة الصحية الوطنية لدعم البلدان في تعزيز ووضع معيار لجودة البيانات الخاصة بالقوى العاملة الصحية لديها ومدى اكتمالها. ويسهم تحسين البيئات الخاصة بالموارد البشرية الصحية في إنشاء نظام رقمي عالمي للتبليغ يسمح للبلدان بتقديم تقارير سنوية بشأن الحد الأدنى من المؤشرات الأساسية المتعلقة بالموارد البشرية الصحية. وسيضمن ذلك معلومات عن إنتاج القوى العاملة الصحية وتعيينها وتوافرها وتكوينها وتوزيعها وتكلفتها وتدفقات الهجرة، مصنفة حسب نوع الجنس والسن ومكان العمل.

٨٣- تعميم ودمج جميع متطلبات التبليغ بشأن الموارد البشرية الصحية من قِبل الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية. وفي تقريرها السنوي بشأن الموارد البشرية الصحية، تستطيع الدول الأعضاء تضمين التقدم المحرز في تنفيذ مدونة المنظمة العالمية لقواعد الممارسة بشأن توظيف العاملين الصحيين على المستوى الدولي، وغير ذلك من قرارات جمعية الصحة العالمية التي تركز على الموارد البشرية الصحية؛ والاستراتيجية العالمية بشأن الموارد البشرية الصحية.

٨٤- تكيف رصد الغايات التي تنص عليها الاستراتيجية العالمية ودمجها وربطها بإطار المساءلة الجديد الخاص بأهداف التنمية المستدامة والقرارات الأخرى التي اتخذتها الجمعية العامة للأمم المتحدة. فعلى سبيل المثال ينبغي لمنظمة الصحة العالمية أن تضع آليات لتمكين جمع البيانات لإعداد وتقديم تقرير بشأن حماية العاملين الصحيين، يجمع ويحلل تجارب الدول الأعضاء، ويقدم توصيات لاتخاذ إجراءات من قِبل الجهات المعنية ذات الصلة، بما في ذلك التدابير الوقائية المناسبة، على النحو الذي دعا إليه قرار الجمعية العامة رقم ١٣٢/٦٩ بشأن الصحة العالمية والسياسة الخارجية.

توصيات للجهات المعنية والشركاء الدوليين الآخرين

٨٥- تراجع منظمة العمل الدولية التصنيف الدولي الموحد للمهن من أجل زيادة توضيح الفروق بين العاملين الصحيين والمهن الصحية.^١ ويستتبع ذلك التحرك صوب إعداد تعريفات تعبر عن كفاءة العاملين مع المهام التي يضطلعون بها. ومما يكتسي أهمية عاجلة تعميم وترشيد تصنيف وتسميات العاملين الصحيين في المجتمعات المحلية وغيرها من المهن المجتمعية.

٨٦- معالجة المؤسسات البحثية والأكاديمية الثغرات ذات الأولوية في البيئات. ومن أمثلة المجالات التي تحتاج إلى المزيد من الأبحاث نهج تنظيم الممارسات المزدوجة بفعالية، والاستراتيجيات الرامية إلى تحسين الجودة والأداء إلى المستوى الأمثل، والإطار المؤسسي والتنظيمي الأمثل لتقاسم المهام وتفويض المهارات.^٢ وعلاوة على ذلك، ينبغي تحسين وتعزيز بيانات الموارد البشرية الصحية، وقياسها لتقييم الأثر ودراسة مردوديتها وعائد الاستثمار المترتب على تدخلات القوى العاملة الصحية.^٣ ويمكن للإشراك المبكر لصناع القرار والجهات صاحبة المصلحة في تحديد أولويات البحث الإسهام في رفع مستوى نتائج البحوث واستخدامها.^٤

٨٧- تعاون الاتحادات المهنية والمجتمع المدني مع أوساط البحث لتسهيل استيعاب البيئات واستخدامها في عملية وضع السياسات. ويمكن للمهام المسندة لتلك الجهات، والمتمثلة في الدعوة والاتصالات والمساءلة، أن تلعب دوراً رئيسياً في سد الثغرة بين البيئات والسياسات.

٨٨- دعم شركاء التنمية لجمع وتحليل واستخدام بيانات الموارد البشرية الصحية الوطنية من أجل تحسين التخطيط والمساءلة بالتوافق مع إطار حسابات القوى العاملة الصحية الوطنية. وكذلك ينبغي أن تقوم الوكالات ثنائية ومتعددة الأطراف بإتاحة المعلومات والبيانات المجمعة عن القوى العاملة الصحية في الملك العام بشكل روتيني في إطار المبادرات التي تدعمها.

١ Benton DC. Technical Working Group consultation papers 1 to 8: input of the International Confederation of Nurses to the public consultation process on the Global Strategy on Health Resources for Health. Global Health Workforce Alliance; 2014 (<http://www.who.int/workforcealliance/media/news/2014/6/ICN.pdf?ua=1>, accessed 14 February 2015).

٢ Ranson MK, Chopra M, Atkins S, Dal Plz Mr, Bennett S. priorities for research into human resources for health in low- and middle-income countries. Bull World Health Organ. 2010; 88(6):435-43.

٣ Foster AA. Recommendations for HRH global strategy papers: input of Intrahealth International to the public consultation process on the Global Strategy on Health Resources for Health, November 2014. Global Health Workforce Alliance; 2015 (<http://www.who.int/workforcealliance/media/news/2014/8/IntraHealthInternational.pdf?ua=1>, accessed 14 February 2015).

٤ Getting research into policy and practice. London: Department for International Development; 2011 (<http://www.dfid.gov.uk/What-we-do/Research-and-evidence/news/research-news/2011/Getting-research-into-policy-and-practice/>, accessed 19 October 2015).

التذييل ١

متطلبات القوى العاملة الصحية لتنفيذ الاستراتيجية العالمية بشأن الموارد البشرية الصحية

منذ نيسان/أبريل ٢٠١٥، تقوم منظمة الصحة العالمية بتسيير جهدٍ منسقٍ ومشتركٍ بين الوكالات بمشاركة عدة هيئات لتقدير الاحتياجات من القوى العاملة الصحية والتوقعات حتى عام ٢٠٣٠. ويقدم الملحق (١) عناصر مختارة من هذا التحليل المستمر. وسيتم نشر الورقة النهائية في الموقع الإلكتروني لمنظمة الصحة العالمية (<http://www.who.int/hrh/en/>) بمجرد اكتمال التحليل. وسيُجرى تحديث الملحق (١) بناءً على ذلك.

تم استخراج البيانات عن أعداد العاملين الصحيين وكثافتهم الحالية لعدد ١٩٣ دولة من المرصد الصحي العالمي لمنظمة الصحة العالمية، والذي يتضمن البيانات التي قدمتها الدول الأعضاء في المنظمة. وتمثل المحاكاة المستقبلية للعرض والحاجة والطلب من ناحية أخرى تقديرات منمذجة. والنمذجة لها هوامش كبيرة من عدم التيقن المتعلق بكل من الافتراضات الواردة والتباين في نوعية البيانات الأساسية واكتمالها.

محاكاة الإمداد المستقبلي من العاملين الصحيين

كان إمداد الأطباء والممرضات/القابلات مخططاً له عام ٢٠٣٠ بناءً على بيانات تاريخية عن الكثافات في الأطباء والممرضات والقابلات في كل بلد. وللتنبؤ بالإمداد، تم اعتماد نموذج معدل النمو الخطي، والذي يفترض أن معدل النمو التاريخي للأطباء والممرضات/القابلات للفرد الواحد في كل بلد سوف يستمر في المستقبل بنفس المعدل كل عام.

أزيلت نقاط البيانات التي مثلت قيم خارجة واضحة بسبب الإبلاغ الخاطئ وحلت محلها البيانات المفقودة. وقد تم الإدخال الخطي لنقاط البيانات المفقودة للأطباء والممرضات/القابلات لكل ١٠٠٠ من السكان بين أي نقطتي بيانات حقيقيتين. وتم تقدير المعادلات التالية لكل بلد من الزمن $t = \{1990, \dots, 2013\}$:

$$\text{(المعادلة ١) عدد الأطباء لكل ١٠٠٠ من السكان} = \alpha_0 + \alpha_1 * \text{سنة} + \epsilon t$$

$$\text{(المعادلة ٢) الممرضات/القابلات لكل ١٠٠٠ من السكان} = \beta_0 + \beta_1 * \text{سنة} + \epsilon t$$

حيث ϵt هو مصطلح مضطرب عشوائي و $\alpha_0, \alpha_1, \beta_0, \beta_1$ بارامترات غير معروفة، والبارامترين الأخيرين اللذين يمثلان معدلات النمو الخطية يتم تقديرهما من النموذج.

تم تطبيق القواعد التالية للتنبؤ بقيم كثافات العاملين المستقبلية (٢٠١٤-٢٠٣٠):

- حيث أُتيحت نقطتين على الأقل من نقاط البيانات، تم تمديد الاتجاه الخطي المُقدر في المستقبل حتى عام ٢٠٣٠ باستخدام المعاملات المقدر لـ α و β .
- إذا تبيّن أن النمو الخطي المقدر كان كبيراً جداً أو صغيراً جداً، حلت المتوسطات الإجمالية محل معدل نمو البلد، ثم طُبّق معدل النمو المتوسط على آخر ملاحظة متاحة لهذا البلد (أي أحدث سنة).
- بالنسبة للأطباء: إذا كان معدل النمو الخطي لبلد بعينه أكبر أو أصغر من انحراف معياري واحد من معدل النمو المتوسط بالنسبة لجميع البلدان، يتم استبدال معدل النمو المتوسط لمجموعة مماثلة من البلدان.

- بالنسبة للممرضات/ القابلات: بالنسبة للممرضات والقابلات كان هناك إفراط كبير في التشتت بالنسبة لتوزيع معدل النمو الخطي. وبالتالي، إذا كان معدل النمو الخطي لبلد ما أكبر من ٨٠٪ أو أقل من ٢٠٪ من توزيع معدل النمو، يتم استبدال معدل النمو المتوسط لمجموعة مماثلة من البلدان.
- بالنسبة لكل من الأطباء والممرضات/ القابلات: إذا أدت الكثافة المتنبأ بها في عام ٢٠٣٠ إلى عدد سالب، تحل القيمة الإجمالية الوسطية المتماثلة محل معدل نمو البلد أيضاً في مجموعة مماثلة من البلدان.
- إذا كانت هناك نقطة واحدة فقط لبلد ما (وبالتالي لم يتم التمكن من تقدير معدل النمو الخطي)، تم تطبيق نفس الإحلال الذي تم للقيمة الإجمالية الوسطية محل معدل النمو كما هو موضح أعلاه.
- حيث لا توجد ملاحظات متاحة قبل عام ٢٠١٣ (أي لا توجد بيانات تجريبية لكل من الأطباء والممرضات/ القابلات)، لم يتم توقع إمدادات الأطباء أو الممرضات/ القابلات. بدلاً من ذلك، تم استبدال المتوسط ٢٠٣٠ الذي يتنبأ بكثافة الإمداد عبر مجموعة مماثلة من البلدان.

وتشير التقديرات الناتجة (جدول أ ١،١) إلى أنه في عام ٢٠١٣ (أحدث البيانات المتاحة) تجاوزت القوى العاملة الصحية العالمية أكثر من ٤٣ مليون نسمة. وهذا يشمل ٩,٨ مليون طبيب و٢٠,٧ مليون ممرضة/ قابلة، وما يقرب من ١٣ مليون من العاملين الصحيين الآخرين. وكانت النسبة العالمية للممرضات/ القابلات ٢ إلى ١.

توقعات الإمدادات استناداً إلى الاتجاهات الحالية وتحت الافتراضات الواردة في النموذج تشير إلى نمو كبير (٥٥٪) مما يؤدي إلى رقم إجمالي بحلول عام ٢٠٣٠ يبلغ ٦٧,٣ مليون عامل صحي. وهذا يضم ما يقرب من ١٣,٨ مليون طبيب، ٣٢,٣ مليون ممرضة/ قابلة و ٢١,٢ مليون عامل صحي آخر.

جدول ١,١ أ مخزون العاملين الصحيين (بالملايين)، ٢٠١٣ و ٢٠٣٠^أ

إقليم منظمة الصحة العالمية	الأطباء		الممرضات/ القابلات		جميع الكوادر الأخرى ^ب		إجمالي العاملين الصحيين		نسبة التغيير
	٢٠٣٠	٢٠١٣	٢٠٣٠	٢٠١٣	٢٠٣٠	٢٠١٣	٢٠٣٠	٢٠١٣	
أفريقيا	٠,٥	٠,٢	١,٥	٠,٦	١,٠	٠,٦	٣,١	٢,٤	٦٣٪
الأمريكتان	٢,٤	٢,٠	٤,٧	٢,٦	٣,٤	٢,٦	١٤,٠	٩,٤	٥٠٪
شرق البحر المتوسط	١,٣	٠,٨	١,٣	١,٠	٢,٢	١,٠	٥,٣	٣,١	٧٢٪
أوروبا	٣,٥	٢,٩	٦,٢	٣,٦	٤,٨	٣,٦	١٦,٨	١٢,٧	٣٢٪
جنوب شرق آسيا	١,٩	١,١	٢,٩	٢,٢	٣,٧	٢,٢	١٠,٩	٦,٢	٧٥٪
غرب المحيط الهادئ	٤,٢	٢,٧	٤,٦	٣,٠	٦,١	٣,٠	١٧,٣	١٠,٣	٦٨٪
المجموع الكلي	١٣,٨	٩,٨	٢٠,٧	١٣,٠	٣٢,٣	١٣,٠	٦٧,٣	٤٣,٥	٥٥٪

^أ المرصد الصحي العالمي لمنظمة الصحة العالمية
^ب توقعات

^ج يشير إلى سبع فئات واسعة أخرى من القوى العاملة الصحية على النحو الذي حدده قاعدة بيانات إحصائيات القوى العاملة العالمية التي وضعتها منظمة الصحة العالمية، أي طب الأسنان، الصيدلة، المختبرات، والبيئة والصحة العامة والمجتمع والصحة التقليدية، وإدارة الصحة ودعمها، وجميع فئات القوى العاملة الصحية الأخرى. وتم وضع مضاعف لـ "جميع الكوادر الأخرى" بناء على قيم البلدان ذات البيانات المتاحة.

ملاحظة: حيث أنه يتم تقريب القيم المطلقة إلى أقرب ١٠٠٠ ٠٠٠ فإن المجاميع قد لا تكون متسقة بدقة.

"مؤشر أهداف التنمية المستدامة" المحدّث والقائم على أساس الاحتياجات فيما يتعلق بالحد الأدنى لكثافة الأطباء والمرمضات والقابلات

فتح التقرير الخاص بالصحة في العالم لعام ٢٠٠٦ آفاقاً جديدة باستحداث نموذج قائم على البيانات لاحتياجات العاملين الصحيين، على أساس تحقيق نسبة تغطية ٨٠٪ من الولادات التي تجري باستخدام المعينات. وهذه العتبة التي تبلغ ٢,٣ عامل صحي ماهر لكل ١٠٠٠ من السكان مكنت من حشد الدعم وقابلية المقارنة بين البلدان. بيد أنه من الواضح أن النموذج يقتصر على خدمة صحية واحدة (الولادات التي تقوم بها عناصر مدربة). عند النظر في وضع عتبة جديدة فيما يتعلق بالقوى العاملة الصحية، يتعين تحويل التركيز بحيث يعكس النطاق الأوسع من الخدمات المستهدفة من قبل هدف تحقيق التغطية الصحية الشاملة وأهداف التنمية المستدامة.

اختيرت مؤشرات اقتوائية للتغطية الصحية الشاملة للتعبير عن الأمراض غير السارية، وصحة الأمهات والمواليد والأطفال، وأولويات الأمراض المعدية. ويورد الجدول (أ١-٢) قائمة بالمؤشرات الاثنتي عشرة وتصنيفها الأساسي (منها ٥ مؤشرات للأمراض السارية، و٣ لصحة الأمهات والمواليد والأطفال، و٤ للأمراض غير السارية). وقد جُمعت البيانات الخاصة بالتغطية لجميع البلدان المتاحة وفقاً للمؤشرات الاثنتي عشرة في مؤشر مجمع للتغطية (مؤشر أهداف التنمية المستدامة)، التي رجّحت أهمية مؤشرات محددة على أساس مساهمة الأمراض التي يفتقونها في العبء العالمي للأمراض.

الجدول (أ١-٢): المؤشرات الاقتوائية لأهداف التنمية المستدامة

المؤشر	التصنيف
رعاية الحوامل	MNCH
علاج مضاد لفيروسات النسخ العكسي	ID
الكتاركت	NCD
السكري	NCD
تطعيم الدفتريا والتيتانوس والسعال الديكي	ID
تنظيم الأسرة	MNCH
ارتفاع ضغط الدم	NCD
ماء صالح للشرب	ID
النظافة الصحية	ID
قابلات ماهرات	MNCH
تدخين التبغ	NCD
السل	ID

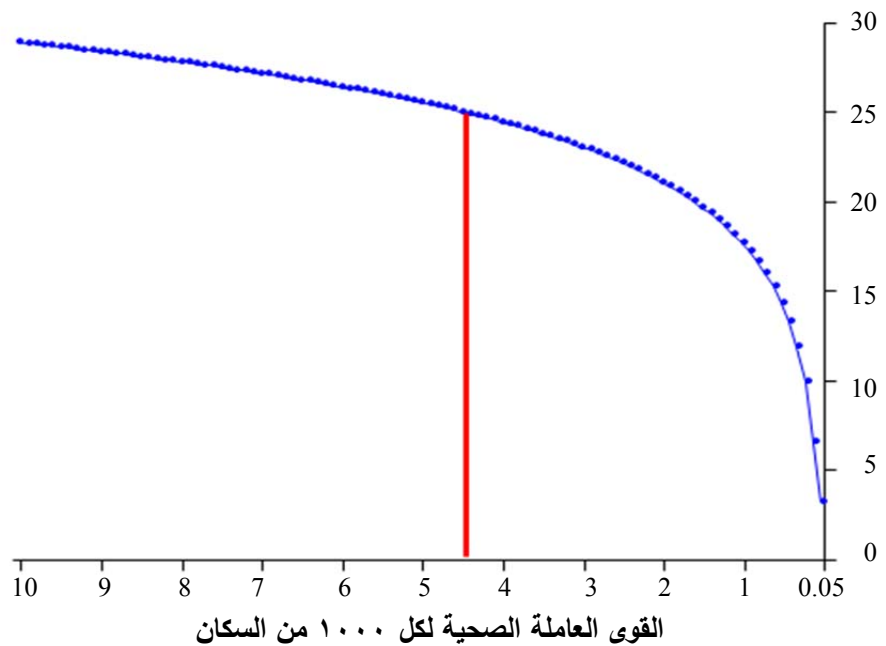
DPT3: الجرعة الثالثة من تطعيم الدفتريا (الخناق) - التيتانوس (الكزاز) - السعال الديكي (الشاهوق)؛ ID: الأمراض المعدية؛ MNCH: صحة الأمهات والمواليد والأطفال؛ NCD: الأمراض غير السارية

جرى تحليل تغطية هذا المؤشر المركّب لأهداف التنمية المستدامة عبر البلدان، وتم إجراء تحليل الانحدار لتحديد الكثافة المجمعة للأطباء والمرمضات والقابلات، المقابل لتصنيف الإحراز الخمسين بالمائة (المتوسط). ولم يكن من الممكن إدراج كوادرات أخرى من العاملين الصحيين (مثل العاملين الطبيين المجتمعيين وذوي المستوى المتوسط، وغيرهم من المهنيين الصحيين المتصلين بهم) في التحليل نظراً للمحدودية البالغة في توافر البيانات لهذه الكوادرات الأخرى. واستناداً إلى هذا التحليل الذي أُجري وفقاً لمنهجية مؤشر أهداف التنمية المستدامة المشروحة أعلاه، حُدّدت عتبة إرشادية لكثافة مجمعة بلغت ٤,٤٥ طبيب وممرضة وقابلة لكل ١٠٠٠ شخص،

حيث تتوافق مع متوسط نقاط المؤشر الاقتصائي لأهداف التنمية المستدامة (٢٥٪). وقد استُخدمت هذه القيمة في وضع التقديرات على أساس الاحتياجات في هذا التحليل.

تم استحداث عتبات أخرى في الماضي والطرق البديلة ممكنة لتقدير عتبة الحد الأدنى من المتطلبات بالنسبة لتوافر القوى العاملة الصحية. وينبغي التشديد على أن هذا الرقم لا يمثل هدفاً تخطيطياً للبلدان لأنه لا يجسد تنافر البلدان فيما يتعلق بالأوضاع الأساسية، ولا يجسد احتياجات النظام الصحي والتكوين الأمثل لقوى العمل ومزيج المهارات. إضافة إلى ذلك، من المسلم به أن هذه العتبة لا تعبر إلا عن عن الأطباء والممرضات والقابلات؛ وهو قيد كامن سببه ندرة البيانات المتاحة عن الكوادر الأخرى. ينبغي تحديد أهداف التخطيط في البلدان على أساس الحوار السياساتي على الصعيد الوطني، مع مراعاة الاحتياجات المرتبطة بالسياق فيما يتعلق بالنظام الصحي، ومرتسمات تقديم الخدمات، وظروف سوق العمل. ويجب أن تعبر هذه الأهداف عن مزيج أكثر تنوعاً من المهارات، متجاوزةً كوادر الأطباء والممرضات والقابلات إلى تسخير إمكانات مساهمة جميع العاملين الصحيين من أجل تكوين أفرقة رعاية صحية أكثر استجابة ومردودية.

الشكل (١١-١): طريقة المؤشر المركب لأهداف التنمية المستدامة: النسبة المئوية لاثني عشر مؤشراً اقتصائياً لأهداف التنمية المستدامة في رسم بياني لدالة تعبر عن الكثافة المجمعّة للأطباء والممرضات والقابلات لكل ١٠٠٠ شخص.



تقدير متطلبات القوى العاملة الصحية وحالات النقص القائمة على الاحتياجات حتى عام ٢٠٣٠ في البلدان ذات الكثافة الأقل في الموارد البشرية الصحية من عتبة مؤشر أهداف التنمية المستدامة

استُخدم مؤشر ٤,٤٥ أطباء وممرضات وقابلات لكل ١٠٠٠ من السكان لتقدير احتياجات القوى العاملة الصحية وحالات النقص القائمة على الاحتياجات بحلول عام ٢٠٣٠ (أي العدد الإضافي من العاملين الصحيين المطلوب لتحقيق هذه العتبة من كثافة العاملين الصحيين، على مدى وأعلى من الإمداد المتوقع في عام ٢٠٣٠).

جدول ٣,١١ يدرس حالات النقص القائمة على الاحتياجات من العاملين في مجال الرعاية الصحية في عام ٢٠١٣ و٢٠٣٠ وفقاً للكادر وأقاليم منظمة الصحة العالمية. تم حساب حالات النقص القائمة على الاحتياجات من خلال طرح الإمداد الحالي/ المتوقع من العاملين في مجال الرعاية الصحية من الاحتياجات

الحالية/ المتوقعة (على النحو المحدد في عتبة مؤشر أهداف التنمية المستدامة من ٤,٤٥ أطباء وممرضات وقابلات) في البلدان التي تواجه نقصاً.

جدول ٣,١١ تقديرات حالات نقص العاملين الصحيين القائمة على الاحتياجات (بالملايين) * في البلدان تحت عتبة مؤشر أهداف التنمية المستدامة حسب الإقليم، ٢٠١٣ و ٢٠٣٠

نسبة التغيير	٢٠٣٠				٢٠١٣				الإقليم
	المجموع	الكوادر الأخرى	الممرضات/ القابلات	الأطباء	المجموع	الكوادر الأخرى	الممرضات/ القابلات	الأطباء	
٤٥%	٦,١	٢,٢	٢,٨	١,١	٤,٢	١,٥	١,٨	٠,٩	أفريقيا
١٧-%	٠,٦	٠,١	٠,٥	٠,١	٠,٨	٠,٢	٠,٥	٠,٠	الأمريكتان
١-%	١,٧	٠,٣	١,٢	٠,٢	١,٧	٠,٦	٠,٩	٠,٢	شرق البحر المتوسط
٣٣-%	٠,١	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,١	٠,٠	٠,١	٠,٠	أوروبا
٣٢-%	٤,٧	١,٩	١,٩	١,٠	٦,٩	٢,٥	٣,٢	١,٣	جنوب شرق آسيا
٦٤-%	١,٤	٠,١	١,٢	٠,٠	٣,٧	١,١	٢,٦	٠,١	غرب المحيط الهادئ
١٧-%	١٤,٥	٤,٦	٧,٦	٢,٣	١٧,٤	٥,٩	٩,٠	٢,٦	المجموع الكلي

*ملاحظة: حيث إنه يتم تقريب القيم المطلقة إلى أقرب ١٠٠٠٠٠٠٠. المجاميع قد لا تكون متسقة بدقة.

وعلى الصعيد العالمي، يقدر النقص القائم على الاحتياجات من العاملين في مجال الرعاية الصحية في عام ٢٠١٣ إلى نحو ١٧,٤ مليون، منها ما يقرب من ٢,٦ مليون طبيب، وأكثر من ٩ ملايين ممرضة وقابلة، والباقي يمثل جميع الكوادر العاملة الصحية الأخرى. وأعلى نقص قائم على الاحتياجات من العاملين الصحيين موجود في جنوب شرق آسيا ويبلغ ٦,٩ مليون وفي إفريقيا ويبلغ ٤,٢ مليون. والنقص من حيث القيم المطلقة بلغ أعلاه في جنوب شرق آسيا نظراً للبلدان ذات الكثافة السكانية العالية في هذا الإقليم. ولكن من الناحية النسبية (أي مع الأخذ بعين الاعتبار حجم السكان) فإن أكثر التحديات الكبيرة موجودة في الإقليم الأفريقي. ومن المتوقع أن يستمر حجم النقص العالمي القائم على الاحتياجات للعاملين في مجال الرعاية الصحية أكثر من ١٤ مليون في عام ٢٠٣٠ (أي بانخفاض نسبته ١٧٪ فقط). وبالتالي، فإن الاتجاهات الحالية لإنتاج العاملين الصحيين والتوظيف لن يكون لها تأثير كاف على تقليل النقص القائم على الاحتياجات من العاملين في مجال الرعاية الصحية بحلول عام ٢٠٣٠، وخاصة في بعض البلدان: وفي الإقليم الأفريقي من المتوقع أن يزداد النقص القائم على الاحتياجات سوءاً بين ٢٠١٣ و ٢٠٣٠، في حين أنه سيبقى مستقراً على نطاق واسع في إقليم شرق المتوسط.

تقييم احتياجات القوى العاملة الصحية فيما يتعلق بمتطلبات الخدمة في بلدان منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي

جميع البلدان في منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي لديها كثافة من العاملين الصحيين تتجاوز عتبة مؤشر أهداف التنمية المستدامة ٤,٤٥ طبيب وممرضة وقابلة لكل ١٠٠٠ من السكان. إلا أن نظمها الصحية بها مرتسم تقديم الخدمات التي تتجاوز توفير الخدمات الصحية الأساسية مثل تلك التي تشير إليها مؤشرات اقتنائية للتغطية الصحية الشاملة. وفي سياق سوق العمل الصحي العالمي الذي يتميز بارتفاع معدلات تنقل الأطباء والممرضات والقابلات، فمن الضروري أيضاً النظر في آثار القوى العاملة الصحية من متطلبات الخدمة في دول منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي للحصول على نظرة عامة أكثر شمولاً للاختلالات وأوجه عجز

القوى العاملة الصحية. لذا فقد تم وضع نموذج لإنتاج تقديرات للسيناريوهات المحتملة لاتجاهات القوى العاملة الصحية في هذه السياقات. ويقوم النموذج على النهج الذي يحدد متطلبات الموارد البشرية الصحية فيما يتعلق بأهداف النظام الصحي ومتطلبات الخدمات الصحية.¹ واستُخدم نهج المخزون والتدفق لمحاكاة الإمداد المستقبلي للموارد البشرية الصحية من حيث عدد الأفراد. وقد حلت التوقعات التدفقات الوافدة المتوقعة (الخريجون الجدد على سبيل المثال) والتدفقات الخارجة (بسبب التقاعد على سبيل المثال) من المخزون الحالي في كل بلد. ثم عُدلت وفقاً لمستويات المشاركة (توفير الرعاية المباشرة للمريض) والنشاط (نسبة ساعات النقرغ التي تم قضاؤها في توفير الرعاية المباشرة للمريض) لأنواع مختلفة من العاملين الصحيين.

ويعتبر النموذج عدد من المتغيرات السياساتية بارامترات، ومنها تعليم القوى العاملة الصحية والمشاركة والإنتاجية والتناقص. كما أنه عامل في غيرها من المتغيرات التي تتجاوز القوى العاملة الصحية في حد ذاتها، مثل الاتجاهات الديمغرافية والتغيرات في الحالة الصحية للسكان.

عمليات المحاكاة في السيناريوهات الأساسية تجمع حالات العجز الكلي ضد متطلبات الخدمة لحوالي ٥٠.٠٠٠ قابلة، و١،١ مليون ممرضة و٧٥٠.٠٠٠ طبيب في جميع أنحاء البلدان المدرجة الواحدة والثلاثين لعام ٢٠٣٠. إلا أن هذه التقديرات حساسة للغاية للافتراضات بشأن بارامترات النموذج: ويظهر تحليل الحساسية أنه بحلول عام ٢٠٣٠ قد يتجاوز النقص مقابل متطلبات الخدمة ٤ ملايين عامل صحي (أكثر من ٧٠.٠٠٠ قابلة، ٣،٢ مليون ممرضة و١،٢ مليون طبيب).

تقييم الطلب على العاملين الصحيين المستند إلى السوق في عام ٢٠٣٠

يتطلب فهم اتجاهات سوق العمل الصحي أيضاً تقييم الطلب على العاملين الصحيين بوصفه اختصاص من اختصاصات قدرة البلدان على خلق وظائف ممولة (سواء في القطاع العام أو الخاص) لهم. تم نمذجة الطلب على العاملين الصحيين باستخدام توقعات الإمداد، ونصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي، ونصيب الفرد من النفقات الصحية من الأموال الخاصة، والسكان الذين تتجاوز أعمارهم ٦٥ عاماً. ولا يمكن إصدار تقديرات إلا عن ١٦٥ بلد ذات بيانات كافية لنمذجة الطلب. وتشير نتيجة هذه المحاكاة (جدول أ٤) إلى وجود طلب متزايد على العاملين الصحيين.

الجدول (أ٤-١): تقدير الطلب على العاملين الصحيين (بالملايين) في ١٦٥ بلداً، حسب الإقليم

إقليم منظمة الصحة العالمية	٢٠١٣	٢٠٣٠
أفريقيا	١,١	٢,٤
الأمريكتان	٨,٨	١٥,٣
شرق البحر المتوسط	٣,١	٦,٢
أوروبا	١٤,٢	١٨,٢
جنوب شرق آسيا	٦,٠	١٢,٢
غرب المحيط الهادئ	١٥,١	٢٥,٩
العالم	٤٨,٣	٨٠,٢

أ. يشير العامل الصحي للأطباء والمرضات/ القابلات، وغيرهم من العاملين الصحيين.
ب. ملاحظة: حيث إنه يتم تقريب جميع القيم إلى أقرب ١٠٠٠.٠٠٠، قد لا تكون المجاميع متسقة بدقة.
المصدر: البنك الدولي. واشنطن العاصمة (المقبلة).

في الإجمال، يتنبأ نموذج طلبات المشاريع أنه بحلول عام ٢٠٣٠ سيكون هناك طلب كلي عالمي على نحو ٨٠ مليون عامل صحي في ١٦٥ دولة مع بيانات كافية لإصدار التقديرات، مع إمكانية خلق ما يقرب من ٤٠ مليون فرصة عمل إضافية (ويقدر المخزون الحالي بحوالي ٤٣ مليون في ١٩٣ دولة من الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية - انظر جدول أ.١،١). إلا أنه ليس بالضرورة أن تنشأ الوظائف الإضافية في الأقاليم والبلدان التي تكون في أمس الحاجة إليها لتلبية احتياجات السكان التي لم يتم تحقيقها.

التفسير

في الوضع السياقي لنتائج هذه التحليلات وتفسيرها تفسيراً صحيحاً، من الضروري أن نسلّم بقيود هامة.

- إن وضع تقديرات عالمية للاحتياجات يجب أن يعتمد بوجه عام على توحيد مواصفات النموذج والافتراضات الكامنة وراءه. ومن المفترض، على سبيل المثال، أن يكون للدول المختلفة وظائف مماثلة في إنتاج الرعاية الصحية، أو أن يكون لدى كوادرات العاملين الصحيين الذين يتمتعون بنفس التصنيف أو تصنيف مماثل أدواراً ومهاماً متداخلة. وقد تكون الصورة الفعلية أكثر تنوعاً.
- وبالمثل، فقد قُدِّر أن الاحتياجات هي ذاتها في جميع البلدان ذات الكثافة التي تقل عن عتبة مؤشر أهداف التنمية المستدامة. ومع ذلك، فإن الأنماط الوطنية من عبء المرض، وكذلك هيكلها الديمغرافي هي محددات تباين في استخدام الخدمات الصحية (وبشكل غير مباشر، من متطلبات القوى العاملة الصحية).
- ويفترض هذا النموذج أن النسب بين أعداد الأطباء والمرضات/ القابلات، وغيرهم من العاملين الصحيين ستنبع الاتجاهات الحديثة. إن تجدد التركيز على مزيج أكثر تنوعاً للمهارات ودور أكبر للعاملين الصحيين المجتمعيين في بعض الأوضاع^١ قد يؤدي خلافاً لذلك إلى زيادة هذه النسبة لعدد الممرضات/ القابلات والأطباء في المستقبل.
- في حين بُذلت جهود لجمع أفضل الأدلة المتاحة للإبلاغ عن التحليل، لم يكن من الممكن العثور على أساس تجريبي قوي لكثير من المتغيرات الأساسية في استراتيجية النمذجة المعتمدة. لذلك كان لا بد من إجراء عدد من الافتراضات.

حتى في حالة دول منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي فإن القيود المفروضة على البيانات تجعل من الضروري النظر في هذه المحاكاة بحذر. لذا ينبغي ألا تُفسر تلك النتائج على أنها تنبؤات دقيقة. بدلاً من ذلك فإنها بمثابة اتجاهات البوصلة التي تبين الاتجاهات التي تتجه إليها الموارد البشرية الصحية، وقد تستمر إذا استمرت الاتجاهات الحالية.

ورغم ذلك، وبإدخال تغطية الأمراض غير السارية في مؤشر أهداف التنمية المستدامة، يمثل هذا التحليل خطوة إلى الأمام من حيث تحديد متطلبات القوى العاملة الصحية بالنسبة للتغطية الصحية الشاملة وأهداف التنمية المستدامة. وقد نتج عن تحديد عتبة أعلى للحد الأدنى من متطلبات توافر القوى العاملة الصحية احتياجات أكبر (وحالات نقص قائمة على الاحتياجات) عن كل التقديرات السابقة. والفارق كبير ولاسيما إذا قورنت العتبة الجديدة بالتحليلات السابقة القائمة على المتطلبات من المساعدة الماهرة عند الولادة، والتي أسفرت عن تحديد متطلبات أقل بكثير من ٢,٣ عامل صحي ماهر (طبيب وممرضة/ قابلة) لكل ١٠٠٠ من السكان. وتمثل عتبة مؤشر

^١ Office of the UN Secretary-General's Special Envoy for Health in Agenda 2030 and for Malaria. New report highlights benefits from investments in CHW programs (<http://www.mdghealthenvoy.org/new-report-highlights-benefits-from-investments-in-chw-programs/>).

أهداف التنمية المستدامة التي تبلغ ٤,٤٥ طبيب وممرضة وقابلة لكل ١٠٠٠ من السكان ما يقرب من ضعف الكثافة الموصى بها من العاملين الصحيين المهرة لتلبية الاحتياجات الصحية. وتعكس هذه الزيادة الموظفين اللازمين لتقديم مجموعة أشمل من الخدمات الصحية،^{٢١} وأنها لا تختلف عن غيرها من معايير الكثافة الخاصة بالموارد البشرية الصحية التي تم استحداثها فيما يتعلق بهدف التغطية الصحية الشاملة (مثل ٤,١١ طبيب وممرضة وقابلة لكل ١٠٠٠ عتبة السكان استحدثتها في الماضي منظمة العمل الدولية).

ويمكن النظر في حالات النقص القائمة على الاحتياجات لأكثر من ١٤ مليون عامل صحي في البلدان التي تقل حالياً عن عتبة ٤,٤٥ طبيب وممرضة وقابلة لكل ١٠٠٠ من السكان - مع النظر في العجز مقابل متطلبات الخدمة في بلدان محددة من بلدان منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي (ربما يزيد عن ٤ ملايين) - إن إجمالي العجز العالمي المتوقع من العاملين الصحيين مقابل الاحتياجات (معرفة تعريفاً مختلفاً في سياقات مختلفة) يمكن أن يتجاوز ١٨ مليون (النطاق: ١٦-١٩) بحلول عام ٢٠٣٠.

ومع ذلك، فإن التوقعات والاتجاهات الإجمالية العالمية تخفي تفاوتات مهمة: إن تقديرات الإمداد الحالي والإمداد المستقبلي المتوقع من العاملين الصحيين تُبين أنه على الرغم من زيادة الإنتاج، إلا أن النمو السكاني في بعض السياقات يفوق الزيادة في العاملين الصحيين، مما يؤدي إلى كثافات أقل. وفي حين أن حالات النقص القائمة على الاحتياجات متوقع لها أن تنخفض انخفاضاً كبيراً في معظم أقاليم العالم، قد تبقى الاتجاهات الحالية دون تغيير في إقليم شرق المتوسط، وقد تزداد سوءاً في الإقليم الأفريقي. وبالنسبة للاتجاهات الحالية، وبحلول عام ٢٠٣٠ ستواجه بعض أقاليم العالم تبايناً كبيراً وأخذاً في الاتساع بين عدد العاملين الصحيين اللازمين لتوفير الخدمات الأساسية (الحاجة)، وتوافر المهنيين الصحيين (العرض) وقدرة البلدان على توظيفها (الطلب): وفي الإقليم الأفريقي، حيث تواجه العديد من البلدان تحديات المساحات المالية، من المرجح أن يؤدي النمو المتواضع في القدرة على توظيف عاملين إلى نقص على أساس الطلب الاقتصادي، مع بقاء العرض الكلي للعاملين الصحيين مقيداً. إلا أن كلاً من العرض والطلب لا يفيان باحتياجات السكان. والمزيد من الاستثمارات ستكون مطلوبة في هذه السياقات لدعم العرض والطلب القائمين على السوق، ولمواءمتهما على نحو أوثق مع الاحتياجات الصحية للسكان. وعلى النقيض من ذلك، فإن الاقتصادات الناشئة قد ترى الفجوة تضيق بين المعروض من العاملين الصحيين والأعداد اللازمة لتوفير الخدمات الصحية الأساسية. ومع ذلك، فإن النمو الاقتصادي والاتجاهات الديموغرافية في هذه البلدان قد تعزز على الأرجح الطلب على الرعاية الصحية الذي يتجاوز الخدمات الأساسية. إن الوتيرة الحالية لإنتاج العاملين الصحيين يجب أن تتسارع تسارعاً كبيراً لتلبية الطلب. وقد ترفع ظروف سوق العمل المقيدة تكاليف العاملين الصحيين، وربما تُحفز الحركات العمالية عبر الحدود وتُأجج من تصاعد التكاليف في قطاع الصحة في هذه البلدان. وهذه الديناميات إلى جانب تزايد الطلب على العاملين الصحيين في الاقتصادات المتقدمة ومع شيخوخة السكان، واستمرار الاختلاف في ظروف العمل والمعيشة في مختلف البلدان تشير إلى تزايد الهجرة الدولية للعاملين الصحيين في العقود المقبلة.

ولذلك ينبغي أن يفهم من هذه التوقعات والمحاكاة على أنها ملاحظات تحذيرية من التراخي. ومن المتوقع أن يؤدي الإبقاء على الوضع الراهن في إنتاج العاملين الصحيين والتشغيل إلى تقدم بطيء للغاية (أو حتى وجود فجوة تزداد سوءاً، وخاصة في البلدان التي مازالت متأخرة بالفعل عن محصلات الصحة الخاصة بها) والاختلالات العالمية المستمرة.

Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development. New York: United Nations
Department of Economic and Social Affairs
(<https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>).

Marten R, McIntyre D, Travassos C, Shishkin S, Longde W, Reddy S et al. An assessment of progress towards universal health coverage in Brazil, Russia, India, China and South Africa (BRICS). Lancet. 384(9960):2164-71.

التذييل ٢

قائمة مشروحة من الأدوات والمبادئ التوجيهية المختارة التي وضعتها منظمة الصحة العالمية للموارد البشرية الصحية

يمكن أن يكون تخطيط خيارات السياسة الموصوفة في هذه الاستراتيجية وتصميمها وتنفيذها مبنياً على المعلومات ومدعوماً بعدد من الأدوات والمبادئ التوجيهية والوثائق المعيارية الأخرى. وفيما يلي قائمة من المنتجات المختارة التي وضعتها منظمة الصحة العالمية بشأن الموارد البشرية الصحية. ومن المتوقع أنه خلال عمر الاستراتيجية (٢٠١٦-٢٠٣٠) ستتطور هذه القائمة تطوراً ديناميكياً وسيتم تحديثها لتعكس أدلة جديدة وأولويات وفرص ناشئة. لمزيد من المعلومات والأدوات المحدثة والمبادئ التوجيهية يرجى الرجوع إلى: <http://www.who.int/hrh/tools/en/>.

مؤشرات عبء العمل بالنسبة لحاجات الموظفين

تستخدم مؤشرات عبء العمل بالنسبة لحاجات الموظفين مبادئ الأعمال التجارية والتخطيط الصناعي لقطاع الصحة. وتوفر هذه الأداة توجيهات لمديري الصحة بشأن كيفية تحليل وحساب عبء العمل بالنسبة للعاملين الصحيين لاستخلاص متطلبات العاملين الصحيين في مرافق الرعاية الصحية. إن برامج البرنامج سهلة التشغيل ومدعمة بكتيب تعليمات سهل المتابعة ودراسات الحالة الخاصة بمؤشرات عبء العمل بالنسبة لحاجات الموظفين http://www.who.int/hrh/resources/wisn_user_manual/en/.

تحويل المهام بالنسبة لفيروس نقص المناعة البشري وتحسين أدوار العاملين الصحيين لصحة الأمهات والمواليد

تقدم المبادئ التوجيهية لتقاسم المهام وتفويضها توجيهات للبلدان بشأن كيفية استخدام مزيج أكثر تنوعاً للمهارات على نحو أكثر كفاءة وعقلانية لتقديم الخدمات الأساسية من خدمات لمكافحة فيروس نقص المناعة البشري/الإيدز والصحة الإنجابية، وصحة الأمهات، وصحة المواليد والأطفال. وتبرز المبادئ التوجيهية تدخلات قائمة على البيانات ومؤثرة وفعالة من حيث التكلفة لتفويض مهام تقديم الخدمات إلى كوادرات أخرى من العاملين الصحيين. <http://www.who.int/healthsystems/TTR-TaskShifting.pdf> و <http://www.optimizemnh.org>.

تحويل ورفع مستوى تعليم المهنيين الصحيين وتدريبهم

تضع هذه المبادئ التوجيهية رؤية لتحويل التعليم للمهن الصحية، وتقدم توصيات بشأن أفضل السبل لتحقيق الهدف المتمثل في تخريج خريجين مستجيبين للاحتياجات الصحية للسكان الذين يخدمونهم. وتشجع المبادئ التوجيهية المؤسسات التعليمية والتدريبية على تعزيز الإصلاحات المؤسسية والتعليمية، وعلى تحسين التفاعل والتخطيط بين قطاعي التعليم والصحة وغيرهما من القطاعات.

<http://whoeducationguidelines.org/content/guidelines-order--download> و <http://www.who.int/hrh/education/en/>

زيادة الوصول إلى العاملين الصحيين في المناطق النائية والريفية من خلال تحسين معدل الإبقاء عليهم

تفحص التوصيات المتعلقة بالسياسة العامة قاعدة الأدلة وتوضح خيارات السياسات لتحقيق أقصى قدر من معدل الإبقاء على العاملين الصحيين في المناطق الريفية والمناطق ناقصة الخدمات. ويمكن استخدامها جنباً إلى جنب مع الموارد الأخرى لمنظمة الصحة العالمية، مثل المدونة العالمية لمنظمة الصحة العالمية لقواعد الممارسة بشأن التوظيف الدولي للعاملين الصحيين. ولضمان تحقيق أفضل النتائج لمعدل استبقاء العاملين الصحيين في البلدان، سنتحقق أفضل النتائج عن طريق اختيار وتنفيذ حزمة من التوصيات ذات الصلة بالسياق، وتشمل التدخلات بشأن التعليم والتنظيم والحوافز المالية والدعم الشخصي والمهني.

<http://www.who.int/hrh/retention/guidelines/en/>.

المدونة العالمية لمنظمة الصحة العالمية لقواعد الممارسة بشأن التوظيف الدولي للعاملين الصحيين.

في مايو ٢٠١٠، أقرت جمعية الصحة العالمية الثالثة والستون (WHA63.16) قانوناً يهدف إلى إنشاء وتعزيز إطار شامل يعزز المبادئ والممارسات لإدارة أخلاقية لهجرة العاملين الصحيين الدولية. كما يحدد استراتيجيات لتسهيل تعزيز القوى العاملة الصحية في إطار النظم الصحية الوطنية، ومتطلبات الأدلة والبيانات لتتبع التنقل الدولي للعاملين الصحيين والإبلاغ عنه. وقد أعد القانون الدول الأعضاء لتكون بمثابة إطار مستمر ودينامي للحوار والتعاون العالميين.

http://www.who.int/hrh/migration/code/code_en.pdf?ua=1 و <http://www.who.int/hrh/migration/code/practice/en/>.

حسابات القوى العاملة الصحية الوطنية

إن الغرض من حساب القوى العاملة الصحية الوطنية هو توحيد هيكل المعلومات الخاص بالقوى العاملة الصحية وقابلية التبادل وكذلك تتبع مسار أداء السياسة الخاص بالموارد البشرية الصحية نحو تغطية صحية شاملة. إن تنفيذ حسابات القوى العاملة الصحية الوطنية يسهل اتباع نهج منسق ومتكامل لجمع وتحليل واستخدام معلومات موحدة للقوى العاملة الصحية من أجل صياغة قرارات سياسة عامة مستندة إلى البيانات.

http://www.who.int/hrh/documents/15376_WHOBrief_NHWA_0605.pdf.

الحد الأدنى من مجموعة البيانات لسجل القوى العاملة الصحية

توفر هذه الأداة إرشادات بشأن الحد الأدنى من حقول المعلومات اللازمة لتطوير أو تعديل نظام إلكتروني للعاملين الصحيين على الصعيدين الوطني ودون الوطني. ويمكن لوزارات الصحة أن تستخدم الحد الأدنى من مجموعة البيانات لسجل القوى العاملة الصحية الواردة في هذه الوثيقة وذلك لدعم تطوير نظم معلومات القوى العاملة الصحية الموحدة http://www.who.int/hrh/statistics/minimun_data_set/en.

رصد وتقييم الموارد البشرية الصحية مع تطبيقات خاصة للبلدان منخفضة ومتوسطة الدخل

يقدم الكتيب مرجعية شاملة موحدة وسهلة الاستخدام لمديري الصحة والباحثين وصانعي السياسات من أجل رصد الموارد البشرية الصحية وتقييمها، بما في ذلك نهج تعزيز القدرات التقنية ذات الصلة. ويجمع إطاراً تحليلياً مع خيارات استراتيجية لتحسين المعلومات المتعلقة بالقوى العاملة الصحية وقاعدة الأدلة، فضلاً عن التجارب القطرية التي تسلط الضوء على النهج الناجحة <http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/toolkit/25/en>.

تحليل القطاعات الصحية المعطلة

هذا دليل نموذجي يدعم صناع السياسات في أوضاع تتميز بحالات طوارئ إنسانية معقدة لتحليل وتخطيط نظمها الصحية. وتستعرض الوحدة ١٠ من الأداة الجوانب التي ينبغي النظر فيها عند دراسة القوى العاملة الصحية في هذه الأوضاع. وفي هذه السياقات غير النظامية، يلزم وضع استراتيجيات مفصلة للتخطيط، والتعليم، والنشر والاستبقاء وإدارة أداء الموظفين.

http://www.who.int/hac/techguidance/tools/disrupted_sectors/en/ ونموذج ١٠ - تحليل الموارد البشرية الصحية: http://www.who.int/hac/techguidance/tools/disrupted_sectors/adhsm_mod10_en.pdf?ua=1

التذييل ٣

إطار الرصد والمساءلة

ينطوي إطار الرصد والمساءلة من الاستراتيجية العالمية على عملية منتظمة لتقييم التقدم المُحرز على مرآله الرئيسية. وعلى المستوى الوطني، ينبغي أن تتنظر البلدان في تجسيد الإجراءات ذات الصلة التي تساهم في الإنجازات في السياسات الوطنية والاستراتيجيات والأطر، حسبما يكون مناسباً للسياق. ويجب أن تشمل العمليات والآليات القائمة لاستعراض القطاع الصحي القائمة على إجراء تقييم منتظم للتقدم في برنامج القوى العاملة الصحية في السياق الوطني. وسوف تتضمن المساءلة العالمية برنامجاً تديماً لتنفيذ الحسابات الوطنية للقوى العاملة الصحية (انظر الهدف ٤)، مع تقديم تقارير سنوية من البلدان بشأن المؤشرات الأساسية للموارد البشرية الصحية إلى الأمانة العامة لمنظمة الصحة العالمية. وسيتم تبسيط متطلبات إعداد التقارير للدول الأعضاء من خلال الربط الفعال لرصد الاستراتيجية مع تلك التي تخص المدونة العالمية لمنظمة الصحة العالمية لقواعد الممارسة بشأن التوظيف الدولي للعاملين الصحيين، وقرارات جمعية الصحة الأخرى التي تركز على الموارد البشرية الصحية، والوثائق والقرارات الاستراتيجية المعتمدة على المستوى الإقليمي. كما سيتم استكمال الرصد العالمي من خلال تحليلات محددة - تديرها منظمة الصحة العالمية بالتعاون مع منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي وغيرها من المؤسسات ذات الصلة - بشأن الجوانب المتعلقة بالمساعدة الإنمائية الرسمية للصحة والتنقل الدولي للعاملين الصحيين.

الجدول ١،٣: إطار الرصد والمساءلة لتقييم التقدم المحرز بشأن المعالم الرئيسية للاستراتيجية العالمية

المصدر	دورية جمع البيانات	مقام الكسر	بسط الكسر	المؤشر الأساسي (٢٠١٦)	المعالم الأساسية العالمية (بحلول ٢٠٢٠)
الحساب الوطني للقوى العاملة الصحية	سنوية	العدد الإجمالي للبلدان	عدد البلدان التي لديها وحدة موارد بشرية صحية أو اختصاص يعمل على التفاوض ما بين العلاقات المشتركة بين القطاعات والوزارات التنفيذية والجهات المعنية الأخرى.	النسبة المئوية للبلدان ذات الآليات المؤسسية القائمة لتنسيق جدول أعمال مشترك بين القطاعات للقوى العاملة الصحية.	١- جميع البلدان لديها آليات مؤسسية قائمة لتنسيق جدول أعمال مشترك بين القطاعات للقوى العاملة الصحية.
الحساب الوطني للقوى العاملة الصحية	سنوية	العدد الإجمالي للبلدان	عدد البلدان التي لديها وحدة أو اختصاصات معنية بالموارد البشرية الصحية، تكون مسؤولة عن تطوير ورصد السياسات والخطط بشأن الموارد البشرية الصحية.	نسبة البلدان التي لديها وحدة أو اختصاصات معنية بالموارد البشرية الصحية، تكون مسؤولة عن تطوير ورصد السياسات والخطط بشأن الموارد البشرية الصحية.	٢- جميع البلدان لديها وحدة خاصة بالموارد البشرية الصحية تكون مسؤولة عن تطوير السياسات والخطط ورصدها.
الحساب الوطني للقوى العاملة الصحية	سنوية	العدد الإجمالي للبلدان	عدد البلدان التي لديها آلية وطنية لتعزيز سلامة المرضى ورقابة كافية من القطاع الخاص	نسبة البلدان التي لديها آلية وطنية لتعزيز سلامة المرضى ورقابة كافية على القطاع الخاص.	٣- جميع البلدان لديها آليات تنظيمية لتعزيز سلامة المرضى ورقابة كافية على القطاع الخاص.
الحساب الوطني للقوى العاملة الصحية	سنوية	العدد الإجمالي للبلدان	عدد البلدان التي لديها آليات اعتماد لمؤسسات تدريبية صحية.	نسبة البلدان ذات آليات الاعتماد لمؤسسات التدريب الصحي.	٤- جميع البلدان لديها آليات اعتماد ثابتة للمؤسسات التدريبية الصحية.
الحساب الوطني للقوى العاملة الصحية	سنوية	العدد الإجمالي للبلدان	عدد البلدان التي لديها سجل للقوى العاملة الصحية لتتبع مخزون القوى العاملة الصحية وتوزيعها وتدقيقها وطلبها وعرضها وقدرتها وأجورها.	نسبة البلدان التي لديها سجل للقوى العاملة الصحية لتتبع مخزون القوى العاملة الصحية وتوزيعها وتدقيقها وطلبها وعرضها وقدرتها وأجورها.	٥- جميع البلدان تحرز تقدماً صوب سجلات القوى العاملة الصحية لتتبع مخزون القوى العاملة الصحية وتوزيعها وتدقيقها وطلبها وعرضها وقدرتها وأجورها.
الحساب الوطني للقوى العاملة الصحية	سنوية	العدد الإجمالي للبلدان	عدد البلدان التي لديها حسابات قوى عاملة صحية وطنية راسخة تقدم مؤشرات أساسية للأمانة العامة لمنظمة الصحة العالمية كل عام.	نسبة البلدان التي لديها حسابات ثابتة للقوى العاملة الصحية الوطنية تقدم مؤشرات أساسية للأمانة العامة لمنظمة الصحة العالمية كل عام.	٦- جميع البلدان تحرز تقدماً صوب تبادل البيانات المتعلقة بالموارد البشرية الصحية من خلال الحسابات الوطنية للقوى العاملة الصحية وتقديم مؤشرات أساسية للأمانة العامة لمنظمة الصحة العالمية كل عام.
دراسة استقصائية من منظمة الصحة العالمية	٣ سنوات	عدد الوكالات ثنائية ومتعددة الأطراف التي تقوم بالإبلاغ عن طريق نظام إبلاغ الدائنين الذي وضعته منظمة التعاون والتنمية	عدد الوكالات ثنائية ومتعددة الأطراف التي أدمجت تقييمات القوى العاملة الصحية وتبادل المعلومات.	نسبة الوكالات ثنائية ومتعددة الأطراف التي أدمجت تقييمات القوى العاملة الصحية وتبادل المعلومات.	٧- شاركت جميع الوكالات ثنائية ومتعددة الأطراف في الجهود الرامية إلى تعزيز عمليات تقييم القوى العاملة الصحية وتبادل المعلومات في البلدان.

المصدر	دورية جمع البيانات	مقام الكسر	بسط الكسر	المؤشر الأساسي (٢٠١٦)	المعالم الأساسية العالمية (بحلول ٢٠٢٠)
الحساب الوطني للقوى العاملة الصحية	سنوية	مجموع السكان مضروباً في دون الوطني (الحي) $1000 \times$	عدد العاملين الصحيين (طبيب أسنان، قابلة، ممرضة، صيدلي، طبيب) مضروباً في دون الوطني (الحي) $1000 \times$	كثافة العاملين الصحيين (طبيب أسنان، قابلة، ممرضة، صيدلي، طبيب) لكل 1000 من السكان عن طريق التوزيع دون الوطني على مستوى الحي.	١- جميع البلدان تحرز تقدماً نحو خفض عدم المساواة في الوصول إلى العاملين الصحيين إلى النصف.
الحساب الوطني للقوى العاملة الصحية	سنوية	العدد الإجمالي للبلدان	عدد البلدان التي حققت معدل تخرج لا يقل عن 80٪ في كليات الطب والتمريض ومؤسسات التدريب المهني الصحي الحليفة.	نسبة البلدان التي حققت معدل تخرج لا يقل عن 80٪ في كليات الطب والتمريض ومؤسسات التدريب المهني الصحي الحليفة.	٢- جميع البلدان تحرز تقدماً صوب تحسين معدلات إتمام الدورات في كليات الطب والتمريض ومؤسسات التدريب المهني الصحي الحليفة.
الحساب الوطني للقوى العاملة الصحية؛ منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي	سنوية	عدد العاملين الصحيين	عدد العاملين الصحيين المدربين في الخارج (طبيب وممرضة).	حصة العاملين الصحيين المدربين في الخارج (طبيب وممرضة).	٣- جميع البلدان تحرز تقدماً نحو خفض اعتمادها على المهنيين الصحيين المدربين في الخارج إلى النصف، تنفيذاً للمدونة العالمية للممارسات التي وضعتها منظمة الصحة العالمية.
دراسة استقصائية من منظمة الصحة العالمية	٣ سنوات	عدد الوكالات ثنائية ومتعددة الأطراف في نظام إبلاغ الدائنين الذي وضعته منظمة التعاون والتنمية	عدد الوكالات ثنائية ومتعددة الأطراف التي تدعم فيها المساعدة الإنمائية الرسمية (مثل التعليم والتوظيف والشؤون الجنسانية والصحة) تحقيق أهداف التنمية المستدامة 3ج.	نسبة الوكالات ثنائية ومتعددة الأطراف التي تدعم فيها المساعدة الإنمائية الرسمية (مثل التعليم والتوظيف والشؤون الجنسانية والصحة) تحقيق أهداف التنمية المستدامة 3ج.	٤- جميع الوكالات ثنائية ومتعددة الأطراف تعزز أوجه التآزر في المساعدة الإنمائية الرسمية بالنسبة للتعليم والتشغيل والشؤون الجنسانية والصحة، دعماً للتشغيل الصحي الوطني وأولويات النمو الاقتصادي.
الحساب الوطني للقوى العاملة الصحية	سنوية	لا ينطبق	عدد العاملين الصحيين (جميع الكوادر المذكورة)	عدد العاملين الصحيين (جميع الكوادر المذكورة)	٥- باعتبارنا شركاء في أهداف الأمم المتحدة للتنمية المستدامة، الحد من الحواجز في الحصول على الخدمات الصحية من خلال العمل على خلق 10 مليون وظيفة إضافية على الأقل بدوام كامل وشغورها والحفاظ عليها في قطاعي الصحة والرعاية الاجتماعية لتلبية احتياجات السكان الذين يعانون من نقص في الخدمات.

المصدر	دورية جمع البيانات	مقام الكسر	بسط الكسر	المؤشر الأساسي (٢٠١٦)	المعالم الأساسية العالمية (بحلول ٢٠٢٠)
منظمة الصحة العالمية والشركاء				ستقوم منظمة الصحة العالمية بالتعاون مع الدول الأعضاء وتعاونية البيانات الصحية والجهات المعنية ذات الصلة لتعزيز القدرة على رصد أهداف التنمية المستدامة ذات الصلة بالصحة.	٦- باعتبارنا شركاء في أهداف الأمم المتحدة للتنمية المستدامة، إحرار تقدم بشأن الهدف ٣ لزيادة التمويل الصحي وتوظيف القوى العاملة الصحية وتطويرها وتدريبها واستبقائها.

NAWA: الحساب الوطني للقوى العاملة الصحية؛ OECD: منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي؛ SDG: هدف التنمية المستدامة؛ UN: الأمم المتحدة؛ WHO: منظمة الصحة العالمية

الملحق ٨

الاستراتيجيات العالمية لقطاع الصحة بشأن فيروس العوز المناعي البشري والتهاب الكبد الفيروسي والعدوى المنقولة جنسياً للفترة ٢٠١٦-٢٠٢١

الأمراض المنقولة جنسياً والأمراض المنقولة جنسياً عُرِضت مسودات الاستراتيجيات العالمية لقطاع الصحة في تقارير مستقلة^٢ على جمعية الصحة العالمية التاسعة والستين لكي تنظر فيها. ومن ثم اعتمدت جمعية الصحة القرار ج ص ٦٩٤-٢٢، الذي اعتمدت فيه الاستراتيجيات الثلاث معاً، وهي ترد أدناه على نحو مستقل في التذييلات من ١ إلى ٣ تسهيلاً لأمر الرجوع إليها.

التذييل ١

الاستراتيجية العالمية لقطاع الصحة بشأن فيروس العوز المناعي البشري، ٢٠١٦-٢٠٢١

[ج ٦٩/٣١ - ٢٢ نيسان/ أبريل ٢٠١٦]

المقدمة والسياق

١- التزم المجتمع الدولي بإنهاء وباء الأيدز باعتباره أحد التهديدات التي تحدد بالصحة العمومية بحلول عام ٢٠٣٠، وهو غاية طموحة تبنتها خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠ التي اعتمدها الجمعية العامة للأمم المتحدة في أيلول/ سبتمبر ٢٠١٥،^٣ مع وضع غايات مرحلية لعام ٢٠٢٠. وتصف هذه الاستراتيجية مساهمة قطاع الصحة من أجل تحقيق هذه الغايات، إذ توضح ما على البلدان أن تفعله وما على المنظمة أن تفعله. فإذا سلكت البلدان والمنظمة مسارات سريعة في تنفيذ هذه الإجراءات فإنها ستسرع الاستجابة لفيروس العوز المناعي البشري وتكتفها لكي تصبح "نهاية الأيدز" حقيقة واقعة.

٢- وتستند الاستراتيجية إلى إنجازات غير عادية للصحة العمومية تحققت في الاستجابة العالمية لفيروس العوز المناعي البشري منذ أن أطلقت المنظمة البرنامج الخاص لمكافحة الأيدز في عام ١٩٨٦،^٤ ويتواصل الزخم الذي تمخضت عنه الأهداف الإنمائية للألفية والالتزامات المتعلقة بالتغطية الشاملة.^٥ وقد فعلت

١ انظر القرار ج ص ٦٩٤-٢٢ (٢٠١٦).

٢ الوثائق ج ٣١/٦٩ وج ٣٢/٦٩ وج ٣٣/٦٩.

٣ قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة ١/٧٠ - تحويل عالماً: خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠، انظر: http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E (تم الاطلاع في ١٥ آذار/ مارس ٢٠١٦).

٤ في آذار/ مارس ١٩٨٧، نشرت المنظمة "البرنامج الخاص لمكافحة الأيدز: الاستراتيجيات والبنية الهيكلية: الحاجات المتوقعة"، وهو متاح على: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/62299/1/WHO_SPA_GEN_87.1.pdf (تم الاطلاع في ١٥ آذار/ مارس ٢٠١٦). بالإضافة إلى ذلك، فقد نشر البرنامج العالمي لمكافحة الأيدز ١٩٨٧-١٩٩٥ تقريراً بعنوان "التقرير النهائي مع تأكيد على الثائفة ١٩٩٤-١٩٩٥" المتاح على: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/65955/1/WHO_ASD_97.1.pdf (تم الاطلاع في ١٥ آذار/ مارس ٢٠١٦).

٥ قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة ٢٧٧/٦٥ - الإعلان السياسي بشأن فيروس العوز المناعي البشري والأيدز: تكثيف جهودنا من أجل القضاء على فيروس العوز المناعي البشري والأيدز http://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/20110610_UN_A-RES-65-277_en.pdf (تم الاطلاع في ١٥ آذار/ مارس ٢٠١٦).

الاستراتيجية العالمية لقطاع الصحة بشأن مرض الأيدز والعدوى بفيروسه في الفترة ٢٠١١-٢٠١٥ في الآونة الأخيرة العمل على الصعيدين العالمي والقطري، مما ساعد على وقف انتشار وباء الأيدز وبدء انحساره. وخلال تلك الفترة، توسعت التغطية بمعالجة فيروس العوز المناعي البشري توسعاً سريعاً، إذ تلقى ما يزيد على ١٧ مليون شخص من المتعاشين مع الفيروس العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية بنهاية عام ٢٠١٥، وتراجعت أعداد العدوى الجديدة بالفيروس والوفيات الناتجة عنه، وحقق عشرات البلدان تقدماً في طريقها نحو القضاء على انتقال الفيروس من الأم إلى الطفل، وأدرجت أنشطة الاستجابة للفيروس في البرامج الصحية والإنمائية الأوسع نطاقاً. إلا أنه لا مجال للقناعة بما تحقق؛ إذ تغيرت أشياء كثيرة منذ عام ٢٠١١، فبرزت فرص جديدة يجب اغتنامها، وبرزت تحديات جديدة كثيرة يلزم التغلب عليها. وسيطلب القضاء على وباء الأيدز تسريعاً كبيراً لوتيرة الاستجابة على مدى السنوات الخمس المقبلة ثم عملاً متواصلًا حتى عام ٢٠٣٠ وما بعده. ولا يمكن تحقيق هذا إلا من خلال تجديد الالتزام السياسي، وتوفير موارد إضافية، وابتكارات تقنية وبرمجية.

٣- وتضع الاستراتيجية استجابة قطاع الصحة لفيروس العوز المناعي البشري في موقع بالغ الأهمية لتحقيق التغطية الصحية الشاملة، وهي إحدى الغايات الصحية الأساسية لأهداف التنمية المستدامة. كما تشجع الاستراتيجية تبني نهج يركز على الناس، وهو نهج راسخ الجذور في مبادئ حقوق الإنسان والإنصاف الصحي، إلى جانب إسهامها في إحداث تراجع كبير في أعداد العدوى الجديدة بفيروس العوز المناعي البشري والوفيات ذات العلاقة به، وفي تحسين صحة وعافية جميع الأشخاص المتعاشين مع هذا الفيروس. وستقدم الاستراتيجية التوجيه للجهود الرامية إلى تسريع وتيرة جهود الوقاية من فيروس العوز المناعي البشري وتركيزها، وستمكن الناس من معرفة حالتهم من حيث إصابتهم أو عدم إصابتهم بالفيروس، وستوفر علاجاً بمضادات الفيروسات القهقرية ورعاية شاملة طويلة المدى لجميع الأشخاص المتعاشين مع الفيروس، وتتصدى لانتشار الوصم والتمييز بسبب الإصابة بالفيروس.

٤- ولابد من التأكيد على الشراكات الواسعة النطاق والروابط القوية مع القضايا الصحية والإنمائية الأخرى في المرحلة التالية من الاستجابة. وتتسق هذه الاستراتيجية اتساقاً تاماً مع خطة الصحة والتنمية وغاياتها لما بعد عام ٢٠١٥. وتقدم الاستراتيجية أيضاً مساهمة قطاع الصحة في استجابة أوسع نطاقاً وضمن قطاعات متعددة على النحو الذي بيّنته استراتيجية برنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الأيدز في الفترة ٢٠١٦-٢٠٢١. كما تتسق أيضاً مع استراتيجيات وخطة الصحة العالمية الأخرى ذات العلاقة، بما فيها الاستراتيجيات والخطة المعنية بالأمراض المنقولة جنسياً والسل والتهاب الكبد الفيروسي والصحة الجنسية والإنجابية وصحة الأم والطفل ومأمونية الدم والصحة النفسية والأمراض غير السارية والخدمات الصحية المتكاملة التي تُركز على الناس. وقد استمدت المسودة التوجيهات من الجهود غير العادية التي بذلتها بلدان كثيرة إقراراً منها بأن البلدان والمجتمعات المحلية عنصران محوريان في الاستجابة. وقد أخذت الاستراتيجية في اعتبارها استراتيجيات مكافحة فيروس العوز المناعي البشري والاستراتيجيات الصحية الأوسع نطاقاً التي وضعها شركاء التنمية الرئيسيون، بما في ذلك الصندوق العالمي لمكافحة الأيدز والسل والملاريا وخطة رئيس الولايات المتحدة الطارئة للمساعدة في مجال مكافحة الأيدز. ٣. وسيسهم التنفيذ الكامل للاستراتيجية في تحقيق أهداف التنمية المستدامة، فهي ستمنع الفقر وتخفف وطأته، وتحد من الإجحاف في إتاحة الخدمات، وتشجع المساواة بين الجنسين، وتعزز الإنتاجية، وتتصدى للإقصاء والوصم والتمييز.

١ الاستراتيجية العالمية لقطاع الصحة بشأن الأيدز والعدوى بفيروسه في الفترة ٢٠١١-٢٠١٥ متاحة على: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44606/1/9789241501651_eng.pdf (تم الاطلاع في ١٥ آذار/ مارس ٢٠١٦).

٢ استراتيجية برنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الأيدز في الفترة ٢٠١٦-٢٠٢١، انظر: http://www.unaids.org/en/resources/documents/2015/UNAIDS_PCB37_15-18 (تم الاطلاع في ١٥ آذار/ مارس ٢٠١٦).

٣ للمزيد من المعلومات عن خطة رئيس الولايات المتحدة الطارئة للمساعدة في مجال مكافحة الأيدز، انظر: <http://www.pepfar.gov/about/strategy/> (تم الاطلاع في ١٥ آذار/ مارس ٢٠١٦).

٥- وتنص الاستراتيجية على رؤية وأهداف وإجراءات للاستجابة العالمية لقطاع الصحة، وتشمل خمسة توجُّهات استراتيجية، وهي: تعزيز وتركيز البرامج والخطط الوطنية المعنية بفيروس العوز المناعي البشري من خلال المعلومات الاستراتيجية السليمة والتصريف السديد للشؤون؛ تحديد حزمة من الخدمات الأساسية والتدخلات العالية التأثير في فيروس العوز المناعي البشري على امتداد السلسلة الكاملة لخدمات فيروس العوز المناعي البشري؛ تكييف وتقديم السلسلة الكاملة لخدمات فيروس العوز المناعي البشري لمختلف المجموعات السكانية والمواقع الجغرافية، لبلوغ أعلى مستوى من الجودة وتحقيق التغطية العادلة؛ تنفيذ نظم التمويل الكامل للسلسلة الكاملة لخدمات فيروس العوز المناعي البشري وللتقليل إلى أدنى حد من مخاطر تعرض من يحتاجون إلى الخدمات للضوائق المالية؛ تشجيع الابتكار لدفع عجلة التقدم (انظر الشكل ١).

الشكل ١ الإطار العام للاستراتيجية العالمية لقطاع الصحة بشأن فيروس العوز المناعي البشري، ٢٠١٦-٢٠٢١



إطار الاستراتيجية العام

٦- تشمل الاستراتيجية على خمسة مكونات رئيسية، وهي:

- (١) **تقييم عام للوضع** - يستعرض الوضع القائم لأوبئة فيروس العوز المناعي البشري وأنشطة الاستجابة لها، ويحدد الفرص والتحديات التي قد تظهر في المستقبل، ويناقش ضرورة الاستثمار الكافي في أنشطة استجابة قطاع الصحة لفيروس العوز المناعي البشري؛
- (٢) **صياغة الاستراتيجية** - يصف الأطر التنظيمية الثلاثة للاستراتيجية (التغطية الصحية الشاملة، والسلسلة الكاملة لخدمات فيروس العوز المناعي البشري، ونهج الصحة العمومية)؛
- (٣) **تقديم رؤية عالمية ووضع أهداف وغايات عالمية** - بتقديم مجموعة من الغايات المتعلقة بالأثر وتغطية الخدمة لعامي ٢٠٢٠ و ٢٠٣٠ لدفع عجلة أنشطة الاستجابة؛
- (٤) **التوصية بالإجراءات ذات الأولوية** - وفيه توصية بالإجراءات ذات المسار السريع التي ستأخذها البلدان ومنظمة الصحة العالمية ضمن كل واحد من التوجّهات الاستراتيجية الخمسة؛
- (٥) **توجيه التنفيذ** - وفيه شرح للعناصر الرئيسية في تنفيذ الاستراتيجية، بما في ذلك الشراكات الاستراتيجية والرصد والتقييم وتقدير التكاليف.

١ - لماذا يجب على العالم أن يُسرّع وتيرة الاستجابة لفيروس العوز المناعي البشري

٧- بدأت الاستثمارات الهائلة في الاستجابة لفيروس العوز المناعي البشري على مدى الخمسة عشر عاماً الماضية تؤتي أكلها، حيث تشهد الانخفاضات الكبيرة في الوفيات الناجمة عن فيروس العوز المناعي البشري خلال العقد الماضي على الالتزامات والموارد والابتكارات التي وُجّهت بالفعل إلى مكافحة وباء فيروس العوز المناعي البشري العالمي. وفي عام ٢٠١٥ تراجع عدد الأشخاص الذين يموتون لأسباب تتصل بفيروس العوز المناعي البشري، فقد حدث ما يقدر بنحو ١,١ مليون (النطاق ٩٤٠,٠٠٠-١,٣ مليون) وفاة، أي بانخفاض نسبته ٤٣٪ عن عام ٢٠٠٣، وجاء هذا إلى حد كبير نتيجة زيادة فرص الحصول على العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية. وقُدّر في عام ٢٠١٥ عدد الحالات الجديدة للإصابة بعدوى فيروس العوز المناعي البشري بنحو ١,٢ مليون حالة (ضمن نطاق يتراوح بين ١,٨ و ٢,٤ مليون حالة) (١,٣).

١-١ التحديات

٨- على الرغم من التقدم الكبير في الاستجابة، مازالت أوبئة فيروس العوز المناعي البشري تمثل مشكلات كبرى تواجه الصحة العمومية في جميع الأقاليم، وهي تحديات هامة تلقى بظلالها على المكاسب التي تحققت.

٩- **جهود غير كافية وبطيئة** - تعتبر التغطية بالخدمات الحالية غير كافية، ومعدل توسيع نطاقها يسير بوتيرة أبطأ من أن يحقق الغايات العالمية، كما أن المنافع الكاملة لتدخلات وخدمات فيروس العوز المناعي البشري لم تتحقق بعد. فعلى مستوى العالم، ومن أصل ٣٧ مليون شخص متعايش مع الفيروس في نهاية

١ تعتمد معظم البيانات التي يتم عرضها في مسودة الاستراتيجية على التقارير القطرية الدورية، ونظم التبليغ الخاصة بمنظمة الصحة العالمية و برنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الأيدز والعدوى بفيروسه من قبيل النظام العالمي للتبليغ بالاستجابة لمرض الأيدز.

عام ٢٠١٤، كان هناك ١٧ مليون شخص يجهلون إصابتهم بفيروس العوز المناعي البشري، و ٢٢ مليون شخص لا يحصلون على العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية.^١

١٠ - استمرار جوانب ضخمة من الإجحاف ومن إهمال الناس - يتوزع النجاح الذي تحقق في مكافحة فيروس العوز المناعي البشري توزيعاً يفتقد إلى العدل وإلى الإنصاف، ففي حين أن حدوث فيروس العوز المناعي البشري أخذ بالتراجع بوجه عام، فإنه يتزايد في بعض البلدان والأقاليم، حيث يبلغ معدل إصابة المراهقات والشابات في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى ضعف معدل إصابة الصبيان والرجال الذين يساؤونهن في الأعمار، ثم إن التقدم المحرز غير كاف أو غير سريع بما يكفي، إذ لا يصل إلى كثير من المجموعات السكانية الأشد تعرضاً لمخاطر العدوى بفيروس العوز المناعي البشري. بالإضافة إلى ذلك، هناك تفاوتات كبيرة في مدى إتاحة العلاج والرعاية، حيث ينخفض مستواها بالنسبة إلى الصبيان والرجال في بلدان كثيرة. وما زالت انتهاكات حقوق الإنسان، بالإضافة إلى تفشي العنف القائم على نوع الجنس والوصم والتمييز، يحولان دون إتاحة الخدمات الصحية، وخصوصاً للأطفال والمراهقين والشابات والمجموعات السكانية الرئيسية المعرضة للمخاطر.^٢

١١ - تتطلب البلدان المتوسطة الدخل تركيزاً خاصاً - تشير التقديرات إلى أن هناك نحو ٧٠٪ من الأشخاص المتعايشين مع فيروس العوز المناعي البشري حول العالم موجودون في البلدان المتوسطة الدخل، وسيحدد النجاح العالمي أيضاً بمدى تسارع وتيرة الجهود المبذولة في هذه البلدان أو توفيقها. وفي ظل تغير الأولويات لدى الجهات المانحة أصبح لتوسيع نظم تمويل الصحة العادلة والمستدامة أهمية خاصة للبلدان المتوسطة الدخل. وفي الوقت نفسه، ستواصل البلدان المنخفضة الدخل اعتمادها على المساعدة الإنمائية الخارجية لضمان حصول خدمات فيروس العوز المناعي البشري الضرورية على التمويل الكافي.

١٢ - المجتمعات الهشة والمجموعات السكانية المتفلة - يواجه العالم سلسلة متزايدة التعقيد من التحديات، حيث يمكن أن يتسبب الصراع والكوارث الطبيعية والأزمات الاقتصادية وتغير المناخ في وقوع حالات طوارئ إنسانية تدمر نظم الصحة المحلية وتشرذم المجتمعات وتجبر أعداداً متزايدة من الناس على الهجرة، مع انقطاع الخدمات الصحية أو تدني توافرها.

١٣ - عدم توجيه التدخلات والخدمات توجيهاً كافياً - غالباً ما تخفق أنشطة الاستجابة الوطنية لفيروس العوز المناعي البشري في تركيز تدخلاتها على المجموعات السكانية والمواقع الجغرافية التي هي في أشد الحاجة إليها، مما يزيد بالتالي أوجه عدم كفاءتها ويقلل من أثرها.

١٤ - ضمان الجودة والحفاظ عليها - يعرض التوسع السريع في برامج فيروس العوز المناعي البشري مع إهمال ضمان جودة الخدمات لمخاطر تقويض فعالية هذه البرامج وتبديد الموارد الثمينة والمساهمة في الحوائل السلبية للصحة العمومية، مثل ظهور سلالات مقاومة للأدوية من فيروس العوز المناعي البشري. ف ضمان جودة سلع الوقاية والتشخيص والعلاج في ظل تزايد الطلب والاستخدام أمر أساسي.

١ Global AIDS Update 2016, UNAIDS <http://www.unaids.org/en/resources/documents/2016/Global-AIDS-update-2016> (تم الاطلاع في ٢٣ حزيران/ يونيو ٢٠١٦).

٢ تستخدم هذه الاستراتيجية الخاصة بفيروس العوز المناعي البشري تعريف المجموعات السكانية الأساسية على الوجه الذي عرضته استراتيجية برنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الإيدز ٢٠١٦-٢٠٢١، المتاحة على http://www.unaids.org/en/resources/documents/2015/UNAIDS_PCB37_15-18 (تم الاطلاع في ١٥ آذار/ مارس ٢٠١٦): "المجموعات الأساسية أو المجموعات السكانية المعرضة للمخاطر هي مجموعات من الناس الذين يغلب أن يتعرضوا أكثر من غيرهم لفيروس العوز المناعي البشري أو لنقله، والذين تعتبر مشاركتهم حاسمة لنجاح الاستجابة للفيروس، وفي جميع البلدان تتضمن المجموعات السكانية المعرضة للمخاطر المتعايشين مع فيروس الإيدز، وفي معظم المواقع يتعرض الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال والأشخاص المتحولون جنسياً والأشخاص الذين يتعاطون المخدرات حقناً والعاملون في الجنس والزبائن الذين يترددون عليهم، والمساجين لمخاطر أكثر من غيرهم للإصابة بفيروس العوز المناعي البشري، إلا أنه ينبغي على كل بلد على حدة أن يضع تعريفاً للمجموعات السكانية المحددة التي تعتبر أساسية في الوباء فيها والتي يتم الاستجابة استناداً إلى السياق الاجتماعي والوبائي".

١٥- **ازدياد عبء حالات العدوى المصاحبة والاعتلالات المصاحبة الأخرى** - تشهد الوفيات نتيجة الإصابة بالأيدز انخفاضاً في ظل توسيع مدى الحصول على العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية، لكن الاستثمارات في العلاج تواجه تحديات تزايد معدلات المراضة والوفيات المرتبطة بالعدوى المصاحبة، كالتهاب الكبد B والتهاب الكبد C، والاعتلالات المصاحبة الأخرى، بما فيها السرطان وأمراض القلب والأوعية الدموية والسكري والأمراض غير السارية الأخرى والصحة النفسية (العقلية) وتعاطي مواد الإدمان. وعلى الرغم من التوسع في العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية، ومجالات التحسن في الوقاية من عدوى السل المصاحبة لفيروس العوز المناعي البشري وتدبيرها العلاجي، مازال السل هو السبب الرئيسي لدخول المستشفيات بين البالغين والأطفال المتعايشين مع فيروس العوز المناعي البشري، ويظل هو السبب الرئيسي للوفيات المرتبطة بفيروس العوز المناعي البشري.

١٦- **زيادة العمل في مجال واحد لا يكفي** - بلغ الوباء العالمي نقطة الاستجابة الثابتة، والتي تعني أن الإبقاء على التغطية عند مستوياتها الحالية أو التوسع التدريجي فيها سيؤدي سريعاً إلى عودة الارتفاع في مستويات العدوى الجديدة بفيروس العوز المناعي البشري والوفيات المرتبطة به. ولن يكون السير بالوتيرة الحالية كافياً للقضاء على وباء يتطور باستمرار، وستزداد حالات العدوى الجديدة بفيروس العوز المناعي البشري، ويزداد عدد الأشخاص الذين سيحتاجون إلى العلاج والرعاية، وسيواصل ارتفاع تكاليف الوقاية والرعاية والعلاج. ففي نهاية عام ٢٠١٥، بلغ عدد الأشخاص المتعايشين مع فيروس العوز المناعي البشري حوالي ٣٦,٧ مليون (النطاق ٣٤ مليون و ٣٩,٨ مليون) حول العالم.

١٧- **ويواجه العالم معضلة: "الاستمرار في العمل على ما هو عليه" سيؤدي إلى فقدان الاستجابة لفيروس العوز المناعي البشري لزمها بل وتراجعها.** إلا أن الإجراءات المبينة في هذه الاستراتيجية ستتفادى تلك الحصيلة، فهي تتضمن تسريع وتيرة العمل في تدخلات شاملة عالية الأثر وتطويرها وتنفيذها للوقاية من فيروس العوز المناعي البشري وعلاجه، واتباع نهج تركز على الحقوق وعلى الناس، وتحديد تمويل مستدام لبرامج فيروس العوز المناعي البشري في المستقبل، وضمان التكامل والدمج التدريجي للاستجابة للفيروس في برامج الصحة وخدماتها الأوسع نطاقاً.

٢-١ الاستعداد لقفزة كبيرة إلى الأمام

١٨- هناك فرص هائلة للاستفادة من التقدم المحرز على مدى ١٥ عاماً مضت لدفع الاستجابة إلى مسار جديد نحو القضاء على وباء الأيدز. ومن الضروري أن يضطلع قطاع الصحة بدور قيادي مع التقدم في الاستجابة.

١-٢-١ مجالات بالغة الأهمية للإجراءات ذات المسار السريع

١٩- يجب أن ننطلق من الزخم الذي تشهده الاستجابة الحالية لفيروس العوز المناعي البشري لكي نستفيد من القاعدة المتينة من البرامج الوطنية الشاملة ونستغل الالتزام السياسي المتجدد. لكن الأمر يحتاج إلى ما هو أكثر من ذلك. فهناك ستة مجالات سنتطلب التزامات وموارد جديدة وجهوداً مكثفة لبلوغ الغايات المحددة لعامي ٢٠٢٠ و ٢٠٣٠.

٢٠- **تدعيم الوسائل المشتركة للوقاية بأدوات جديدة:** هناك إدراك تام بما للأدوية المضادة للفيروسات القهقرية، ومن ضمنها العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية، من آثار في الوقاية من فيروس العوز المناعي البشري، كما تأكدت الإمكانية الهائلة التي تتطوي عليها الإجراءات الانتقائية قبل التعرض - باستخدام الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية للوقاية من عدوى فيروس العوز المناعي البشري. ويمكن للجمع بطريقة استراتيجية بين العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية والإجراءات الانتقائية قبل التعرض، في إطار الوسائل المشتركة للوقاية من فيروس العوز المناعي البشري، أن يقضي تقريباً على انتقال الفيروس إلى الشركاء في ممارسة الجنس وفي تعاطي المخدرات السلبيين للفيروس.

٢١- وهناك مجال رحب لتحقيق المزيد من الاستفادة من القدرة الوقائية للختان الطبي الطوعي لدى الذكور. إن الابتكارات التي تقترب من تحقيق غاية التغطية بنسبة ٨٠٪ للختان الطبي الطوعي لدى الذكور في البلدان التي تم تعيينها على أنها "ذات أولوية" سوف تساعد على حدوث انخفاض شديد في الإصابات الجديدة في بعض الأماكن التي تشهد أعلى معدلات الانتشار لأوبئة فيروس العوز المناعي البشري في العالم.

٢٢- يجب أن تظل العوازل الذكرية والأنثوية، ومشاركتها مع المزلقات، الدعامة الأساسية لبرامج الوقاية، لكن الفوائد الكاملة من وراء الاستخدام المنسق للعوازل لم تتحقق بعد، حيث يمكن للابتكارات في إعداد برامج الترويج لاستخدام العوازل أن تعطي الاستجابة لفيروس العوز المناعي البشري دفعة قوية إلى الأمام. وسيكون تطوير المبيدات الموضعية الفعالة في إبادة الميكروبات ولقاح لفيروس العوز المناعي البشري، إضافتين فعاليتين تتضمّن إلى ملفّ تتزايد قوته بما يتضمنه من تدخلات الوقاية من فيروس العوز المناعي البشري.

٢٣- ضمان معرفة جميع الأشخاص المتعاشين مع فيروس العوز المناعي البشري بحالتهم من حيث الإصابة: إن النهج الجديدة المتبعة في اختبار فيروس العوز المناعي البشري، بما في ذلك الاختبار الذاتي والاختبار الذي يركز على المجتمع، والتكنولوجيات الجديدة المضمونة الجودة، تيسّر بالتعرف على مزيد من الأشخاص المتعاشين مع فيروس العوز المناعي البشري وربطهم بالعلاج والرعاية المبكرين، مما يزيد إمكانيات الوقاية من الفيروس وفعالية علاجه إلى الحد الأقصى. وسيكون للتركيز الاستراتيجي على خدمات اختبار الفيروس أهمية حاسمة في الوصول إلى من هم أشد تعرضاً للمخاطر، وتشخيص الناس مبكراً.

٢٤- التوسع في العلاج الجيد النوعية لجميع الأشخاص المتعاشين مع فيروس العوز المناعي البشري: يجب أن يكون سد الفجوة في العلاج، والتوسع من ١٧ مليون شخص إلى جميع الأشخاص المتعاشين مع فيروس العوز المناعي البشري، من الأولويات، وهذا من شأنه أن يحول دون حدوث حالات من العدوى الجديدة ومن الوفيات بقدر هائل، لكن البدء في العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية لجميع الأشخاص المتعاشين مع فيروس العوز المناعي البشري سيتطلب من البلدان والشركاء بذل جهد غير مسبوق. ويجب إعارة اهتمام خاص للتصدي لأشد جوانب التفاوت في إتاحة العلاج بحيث يصل العلاج إلى من تعرضوا للإهمال، من رضع وأطفال ومراهقات ومراهقين ورجال ومجموعات سكانية رئيسية معرضة للمخاطر. ولا بد من ضمان جودة الأدوية والخدمات. كما يلزم وجود استراتيجيات للوصول إلى أقصى التزام بالعلاج والاحتفاظ بالمرضى في الرعاية لتحقيق إمكانيات العلاج كاملة.

٢٥- الحفاظ على صحة الناس وأرواحهم من خلال الرعاية التي تركز على الأشخاص والرعاية الشمولية: لا بد من تلبية الاحتياجات الصحية العامة لدى ملايين الأشخاص المتعاشين مع فيروس العوز المناعي البشري، ومن بينهم أولئك الذين يتلقون علاجاً مدى الحياة بمضادات الفيروسات القهقرية. وتؤدي الروابط بين خدمات فيروس العوز المناعي البشري وخدمات السل والتهاب الكبد الفيروسي والقضايا الصحية الكبرى الأخرى إلى تقليص معدلات المراضة والوفيات تقليصاً ملحوظاً. وإن تقوية تلك الروابط، بما فيها الروابط مع خدمات الأمراض غير السارية، ستضمن توافر رعاية شمولية ومتكاملة تركز على الأشخاص، مما يعزز الأثر الكلي للبرامج. ثم إن الإعداد المشترك لبرامج مكافحة فيروس العوز المناعي البشري والسل في البلدان التي تشهد أعلى أعباء عدوى السل المصاحبة لعدوى فيروس العوز المناعي البشري يساعد على تعزيز المزيد من التكامل، ويزيد من فرص الحصول على التدخلات المنقذة للأرواح، ويحقق في الوقت نفسه أقصى كفاءة في استخدام الموارد. ويتيح استخدام نموذج معالجة الحالات المزمنة في علاج المصابين بفيروس العوز المناعي البشري ورعايتهم فرصاً لتلبية الحاجات الصحية الأعم وخصوصاً الأمراض غير السارية والصحة النفسية (العقلية) واضطرابات تعاطي مواد الإدمان. وتظل الرعاية اللطيفة مكوناً حاسماً من مكونات أي استجابة شاملة لقطاع الصحة، مما يساعد على حفظ كرامة الناس وضمان راحتهم في التدبير العلاجي لآلامهم وللأعراض الأخرى التي يعانون منها.

٢٦- الوصول إلى من هم أشد تعرضاً للإصابة وللمخاطر وحمايتهم: لن تتجاهل الاستجابة لفيروس العوز المناعي البشري بعد اليوم المجموعات السكانية الأشد تضرراً والأكثر معاناة من الإهمال. فيجب أن تصل تدخلات الوقاية الفعالة من الفيروس وتدخلات التمكين إلى الفتيات والشابات، اللاتي يشكلن فئة مازالت هي الأشد تعرضاً للإصابة والأكثر تضرراً في مجتمعات كثيرة، وخصوصاً في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى التي تزرع تحت عبء ثقيل من الأوبئة. وستكون هناك حاجة إلى استثمارات جديدة ومركزة كبيرة لتقوية الخدمات المجتمعية من أجل توفير التدخلات الملائمة للمراهقين؛ والتصدي بفعالية للعنف القائم على نوع الجنس، والذي يتعلق أيضاً بتعاطي الكحول على نحو ضار؛ والحد من تعرض الفتيات والشابات للإصابة؛ وإدخال الرجال والفتيان في برامج العلاج؛ والوصول إلى المجموعات السكانية الرئيسية المعرضة للمخاطر (ولاسيما الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال، ومتعاطو المخدرات حقناً، والعاملون في الجنس، والمتحولون جنسياً، والسجناء)؛ وتوسيع نطاق برامج تقليص الأضرار لتشمل متعاطي المخدرات؛ وتقديم الخدمات للمجموعات السكانية المتنقلة والنازحين. ولا بد من بذل المزيد من الجهد لإلغاء القوانين وتغيير السياسات التي تسبب تهميش المجموعات السكانية وتلحق بها الوصمة، وتشجع السلوكيات الخطرة، وتخلق عوائق أمام الخدمات الفعالة، وتُضفي على هذه التفاوتات والتباينات طابع الاستدامة.

٢٧- خفض التكاليف وتحسين أوجه الكفاءة: إن توسيع غير مسبوق في خدمات فيروس العوز المناعي البشري بحلول عام ٢٠٢٠ في بيئة محدودة الموارد وتتنافس فيها الأولويات الإنمائية لا يمكن أن يتحقق إلا بإنجاز وفورات كبيرة من خلال خفض أسعار الأدوية الأساسية والسلع الأخرى وزيادة أوجه الكفاءة في تقديم الخدمات بالإضافة إلى ترشيد أكثر في تخصيص الموارد.

٢-٢-١ المنافع الهائلة المرتقبة

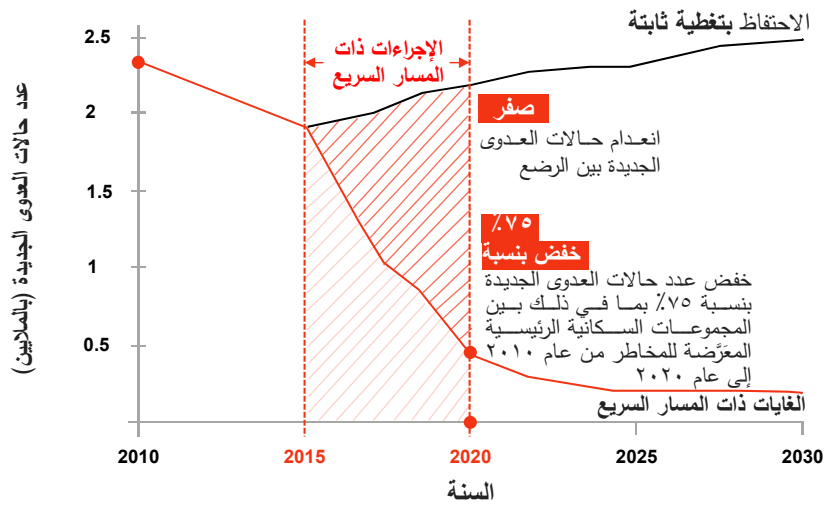
٢٨- إن الاستجابة العالمية الفورية ذات المسار السريع التي تحقّق الغايات الواردة في هذه الاستراتيجية ستؤدي إلى إنهاء الوباء باعتباره أحد التهديدات للصحة العمومية على الصعيد العالمي (انظر الشكلين ٢ و ٣). وتوضّح النماذج التي وضعها برنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الأيدز، أن بذل الجهود ذات المسار السريع للاختبار والعلاج، بالإضافة إلى حزم تدخلات عالية الأثر وتقوية الالتزام بحماية حقوق الإنسان، سوف يؤدي إلى:

- تخفيض حالات العدوى الجديدة بفيروس العوز المناعي البشري بين البالغين من ٢,١ مليون في عام ٢٠١٠ إلى ٥٠٠.٠٠٠ في عام ٢٠٢٠؛
- تفادي حدوث ٢٨ مليون عدوى بالفيروس بين عامي ٢٠١٥ و ٢٠٣٠؛
- تفادي نحو ٦ ملايين عدوى بين الأطفال بحلول عام ٢٠٣٠؛
- تفادي ٢١ مليون حالة وفاة مرتبطة بالأيدز بين عامي ٢٠١٥ و ٢٠٣٠؛
- تفادي إنفاق ٢٤.٠٠٠ مليون دولار أمريكي من التكاليف الإضافية على علاج فيروس العوز المناعي البشري؛
- تمكين البلدان من جني عائد يبلغ ١٥ ضعفاً لاستثماراتها في مكافحة فيروس العوز المناعي البشري.

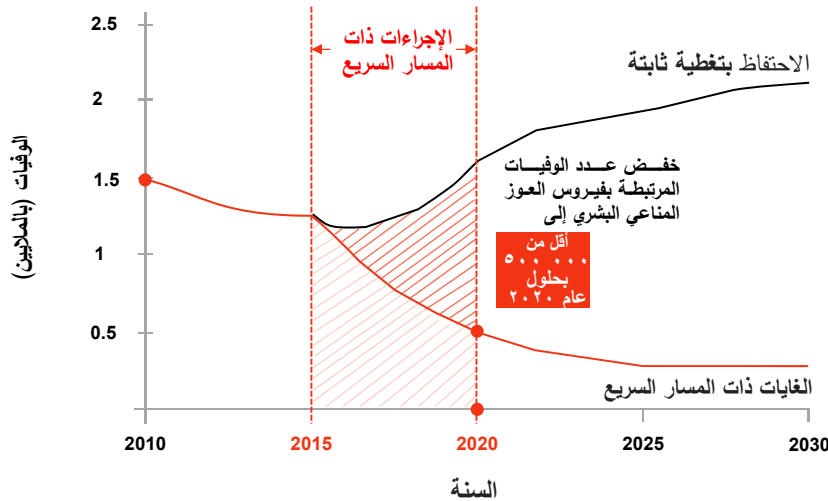
١ فهم المسار السريع: تسريع وتيرة العمل للقضاء على وباء الأيدز بحلول عام ٢٠٣٠، انظر الرابط: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/201506_JC2743_Understanding_FastTrack_en.pdf (تم الاطلاع في ١٥ آذار/ مارس ٢٠١٦).

٢٩- ويمكن للاستثمارات الإضافية في أنشطة الاستجابة لفيروس العوز المناعي البشري أن تحقق أثراً كبيراً في الغايات الصحية الأخرى لهدف التنمية المستدامة ٣ المتعلق بالصحة، بما في ذلك الغايات المتعلقة بصحة الأمهات والأطفال، والسل، والتهاب الكبد الفيروسي، والأمراض غير السارية والصحة النفسية، واضطرابات تعاطي مواد الإدمان، والصحة الجنسية والإنجابية، والتغطية الصحية الشاملة.

الشكل ٢: توقعات الانخفاض في العدوى الجديدة بفيروس العوز المناعي البشري



الشكل ٣: توقعات الانخفاض في الوفيات المرتبطة بفيروس العوز المناعي البشري



المصدر: برنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الأيدز، انظر الاستراتيجية ٢٠١٦-٢٠٢١ على:

http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20151027_UNAIDS_PCB37_15_18_EN_rev1.pdf (تم

الاطلاع في ١٥ آذار/ مارس ٢٠١٦).

٣-٢-١ صياغة مبررات الاستثمار

٣٠- إن معظم الأدوات المطلوبة لتحقيق الغايات ذات المسار السريع في متناول أيدينا، وهناك العديد من التحديات والابتكارات والشبكة الظهور والتي قد تكون بالغة الأهمية. بيد أن الاستفادة من أقصى قدر ممكن من فعاليتها يتطلب التعزيز السريع في الاستثمارات المتوافرة حالياً في الاستجابة لفيروس العوز المناعي البشري، وتركيز الموارد على كل من الخدمات والتدخلات الأكثر فعالية وعلى المجموعات السكانية والمواقع الجغرافية التي تشهد أعلى معدلات سريان الفيروس وتعاني من أعلى عبء له. وازدادت الموارد التي حُشدت من جميع المصادر لبرامج فيروس العوز المناعي البشري في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل بمقدار ٢٥٠ مليون دولار أمريكي إضافي عن مستواها الذي كانت عليه في عام ٢٠١٢ لتصل إلى ١٩٠٠ مليون دولار أمريكي في عام ٢٠١٣، ثم ازدادت مرة ثانية إلى حوالي ٢١٠٠٧ ملايين دولار أمريكي في عام ٢٠١٥. وجاءت هذه الاتجاهات في الزيادة في المقام الأول نتيجة ازدياد الاستثمارات المحلية التي شكلت ٥٧٪ من إجمالي الموارد في عام ٢٠١٤. ومع ذلك، فسوف يتعين زيادة الاستثمارات الموجهة إلى فيروس العوز المناعي البشري إلى ٣١٩٠٠ مليون دولار أمريكي في عام ٢٠٢٠، وإلى ٢٩٣٠٠ مليون دولار أمريكي في عام ٢٠٣٠ إذا أُريد تحقيق مكافحة الوباء على المدى الطويل.

٣١- لقد اكتسبت بلدان كثيرة خبرة واسعة في تصميم وتنفيذ خدمات عالية التغطية وعالية الجودة وشاملة في مجال فيروس العوز المناعي البشري، وكان لها أثر كبير على التعرض لمخاطر العدوى بالفيروس، وعلى معدلات حدوثه، ومعدلات المراضة والوفيات الناتجة عنه، ونوعية وجودة حياة الأشخاص المتعاشين معه. وهناك فرص كثيرة أمام البلدان لتحقيق قفزة كبيرة في أنشطة استجابتها للفيروس والتعلم من البلدان الأخرى بحيث يتسنى لها تكييف السياسات والخدمات والتدخلات الأشد فعالية وتنفيذها بسرعة.

٣٢- وفي ظل محدودية الموارد المتاحة، تحتاج البلدان إلى التخطيط بعناية بحيث تضع غايات طموحة لكنها واقعية على الصعيد القطري، وصياغة مبررات قوية للاستثمار. وينبغي أن تتضمن مبررات الاستثمار ما يسوّغ تخصيص موارد محلية كافية، وتيسير حشد الموارد الخارجية، والمساعدة على تحديد الشركاء العالميين الذين سيساندون الجهود. ويجب أن تتضمن مبررات الاستثمار ما يلي:

- تحديد حزم التدخلات والخدمات المطلوبة وتوفير ميزانية لها استناداً إلى السياق القطري؛
- سوق الحجج المُبررة لتنفيذ التدخلات الأعلى مردودية؛
- تحديد المجموعات السكانية والمواقع الجغرافية الأكثر تضرراً والأماكن التي ينبغي أن تركز فيها الموارد؛
- تحديد النماذج الأكثر كفاءة وإنصافاً في تقديم الخدمات؛
- الإيجاز في بيان تخصيص الأنسب للموارد عبر مختلف مستويات النظام الصحي؛
- تحديد مصادر التمويل المحتملة والموثوقة.

٣٣- وهناك حاجة إلى الإجراءات والتدخلات التي يعاد تركيزها والتي يمكنها تعزيز الأثر، وإلى التزام متجدد بالاستثمار، وذلك طوال السنوات الست التي تغطيها هذه الاستراتيجية.

٣٤- وتقدم مسودة الاستراتيجية مبررات لهذا الاستثمار، حيث تحدد خمسة توجُّهات استراتيجية لتركز عليها إجراءات البرامج القطرية وبرامج منظمة الصحة العالمية، كما تبين التدخلات والابتكارات ذات الأولوية التي يمكنها تحقيق أعظم الأثر.

٢- صياغة الاستراتيجية

٣٥- تعتبر استراتيجية فيروس العوز المناعي البشري حلقة في سلسلة تتألف من ثلاث استراتيجيات، وتتعلق بقطاع الصحة في الفترة ٢٠١٦-٢٠٢٠، والتي تتضمن استراتيجية لإنهاء وباء التهاب الكبد الفيروسي واستراتيجية للقضاء على وباء العدوى المنقولة جنسياً. وتستخدم الاستراتيجيات هيكلاً مشتركاً، لتعتمد على ثلاثة أطر تنظيمية، وهي: التغطية الصحية الشاملة، والسلسلة الكاملة للخدمات الصحية، ونهج الصحة العمومية. وقد صُممت هذه الاستراتيجيات الثلاث جميعها للمساهمة في بلوغ هدف التنمية المستدامة ٣. وتبين استراتيجية فيروس العوز المناعي البشري الطريقة التي يمكن أن تسهم بها استجابة قطاع الصحة لفيروس العوز المناعي البشري في تحقيق غاية "إنهاء وباء الأيدز" والتغطية الصحية الشاملة وغيرها من الغايات الصحية والإنمائية الرئيسية. كما تتسق استراتيجية فيروس العوز المناعي البشري مع الاستراتيجيات الصحية الأخرى ذات الصلة، وأبرزها استراتيجية إنهاء السل،^١ واستراتيجية برنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الأيدز (سابقة الذكر)، واستراتيجيات فيروس العوز المناعي البشري الأخرى (الاستراتيجيات الخاصة بالشركاء الرئيسيين والاستراتيجيات ذات الطبيعة القطاعية ومتعددة القطاعات).

٢-١ أهداف التنمية المستدامة - تقديم التوجيه

٣٦- تتضمن أهداف التنمية المستدامة خطة إنمائية طموحة وشاملة للفترة ٢٠١٦-٢٠٣٠، وتشكل الصحة أحد الأهداف الرئيسية في خطة ما بعد عام ٢٠١٥، مما يعكس دورها المحوري في تخفيف حدة الفقر وتيسير التنمية. ويتصدى الهدف المتعلق بالصحة من أهداف التنمية المستدامة (الهدف ٣) لمجموعة من التحديات الصحية البالغة الأهمية للتنمية، وأبرزها الغاية ٣-٣ المتعلقة بالأمراض السارية، وهو ما يشمل إنهاء (دحر) وباء الأيدز.^٢ وسوف تؤثر الجهود الرامية إلى إنهاء الأيدز أيضاً في الغايات الصحية الأخرى، ومن ضمنها تلك المتعلقة بتخفيض معدل وفيات الأمومة (الغاية ٣-١) والوقاية من وفيات حديثي الولادة والأطفال دون سن الخامسة (الغاية ٣-٢) وخفض معدل الوفيات الناجمة عن الأمراض غير السارية وتعزيز الصحة النفسية (الغاية ٣-٤) والوقاية من اضطرابات تعاطي مواد الإدمان وعلاجها (الغاية ٣-٥) والصحة الجنسية والإنجابية (الغاية ٣-٧) وتحقيق التغطية الصحية الشاملة (الغاية ٣-٨) وإتاحة أدوية ولقاحات ميسورة التكلفة (الغاية ٣-ب) والتمويل الصحي والقوى العاملة الصحية (الغاية ٣-ج). وبالإضافة إلى أثره على الهدف ٣، سيسهم إنهاء وباء الأيدز في إنهاء الفقر (الهدف ١) وإنهاء الجوع (الهدف ٢) وتحقيق المساواة بين الجنسين وتمكين النساء والفتيات (الهدف ٥) والحد من عدم المساواة في الحصول على الخدمات والسلع (الهدف ١٠) وتشجيع المجتمعات الشاملة للجميع التي تشجع عدم التمييز (الهدف ١٦) والتمويل وبناء القدرات من أجل التنفيذ (الهدف ١٧).

١ استراتيجية إنهاء (دحر) السل، انظر: <http://www.who.int/tb/strategy/en/> (تم الاطلاع في ١٥ آذار/ مارس ٢٠١٦).

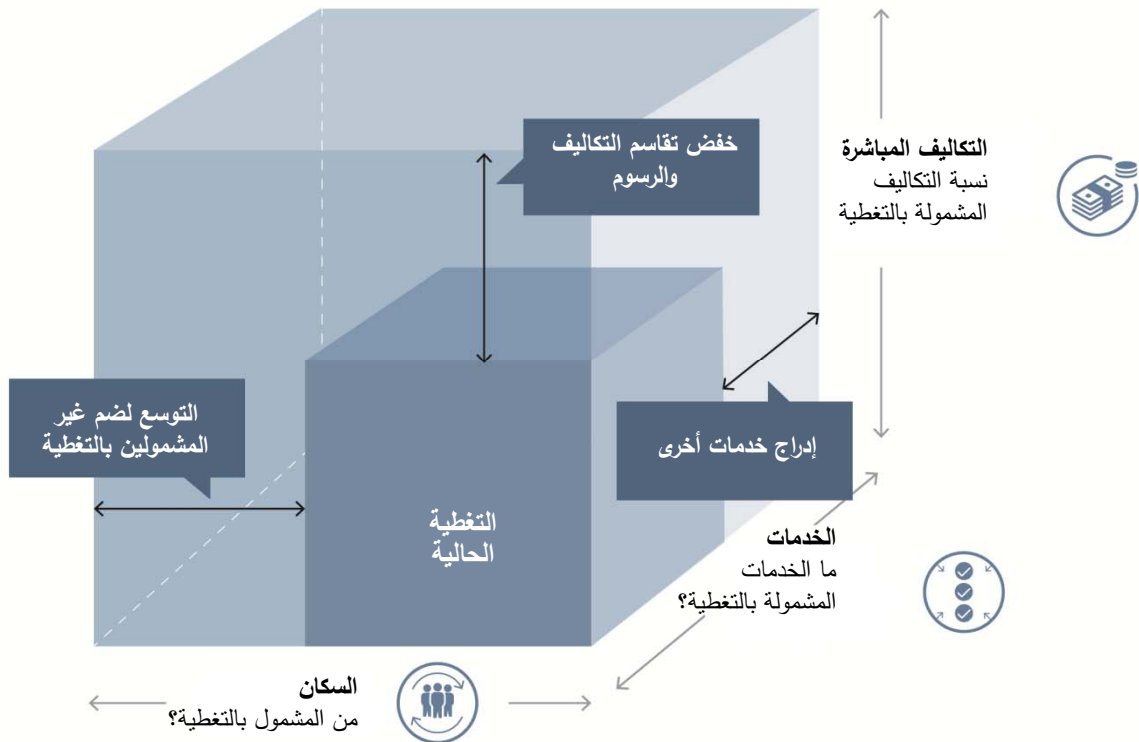
٢ قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة ١/٧٠ - تحويل عالماً: خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠، انظر: http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E (تم الاطلاع في ١٥ آذار/ مارس ٢٠١٦).

٢-٢ التغطية الصحية الشاملة - إطار جامع

٣٧- على المستوى العالمي، يصاب ١٥٠ مليون شخص بكارثة مالية ويعاني ١٠٠ مليون شخص كل عام من الفقر بسبب نفقات العلاج التي يدفعها الأفراد مباشرة من جيوبهم. وتركز أهداف التنمية المستدامة على أهمية ضمان الأمن المالي والإنصاف في مجال الصحة، وتوفر التغطية الصحية الشاملة إطاراً لتلبيتهما. وتتحقق التغطية الصحية الشاملة (انظر الشكل ٤) عندما يحصل جميع الناس على الخدمات الصحية التي يحتاجون إليها، وتكون هذه الخدمات ذات جودة كافية لإحداث تأثير إيجابي، دون معاناة أولئك الناس لصعوبات مالية. وهي تشتمل على ثلاث غايات مترابطة: تحسين نطاق الخدمات الصحية الضرورية وجودتها وتوافرها (تغطية نطاق الخدمات التي يحتاج الناس إليها)، وتحسين الانتفاع المنصف والأمثل بالخدمات استناداً إلى الحاجة (تغطية المجموعات السكانية المحتاجة إلى الخدمات)، وخفض التكاليف وتوفير الحماية المالية لمن يحتاجون إلى الخدمات (تغطية تكاليف الخدمات).

٣٨- ومع ازدياد الموارد وتوسع جوانب الكفاءة والقدرات، يمكن توسيع نطاق الخدمات المقدّمة، وتحسين جودتها، وتغطية المزيد من المجموعات السكانية، مع تحميل قدر أقل من التكاليف المباشرة على من يحتاجون إلى الخدمات، مما يعني تحقيق التغطية الصحية الشاملة تدريجياً.

الشكل ٤: الأبعاد الثلاثة للتغطية الصحية الشاملة

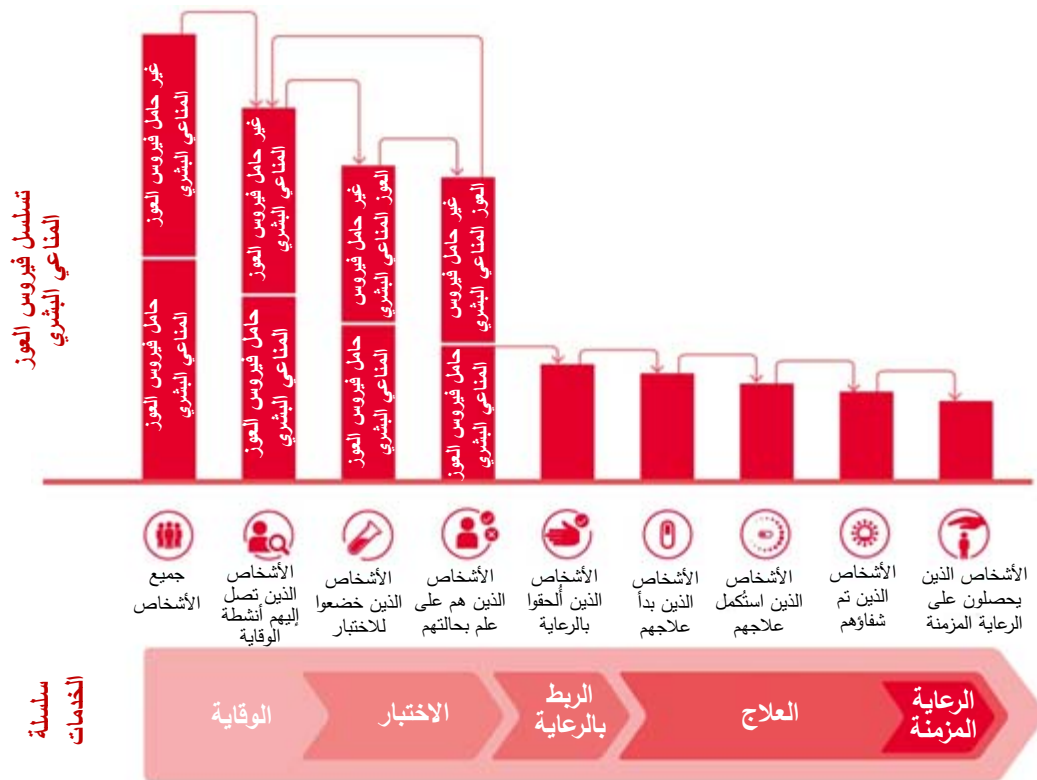


٣-٢ السلسلة الكاملة لخدمات فيروس العوز المناعي البشري - الإطار التنظيمي

٣٩- توفر التغطية الصحية الشاملة إطاراً جامعاً للاستراتيجية، في حين توفر السلسلة الكاملة أو المتسلسلة لخدمات فيروس العوز المناعي البشري إطاراً تنظيمياً للتنفيذ. وعلى البلدان تنفيذ تدخلات عالية الأثر مسندة بالبيانات في النطاق الكامل لسلسلة خدمات فيروس العوز المناعي البشري، والتي تشمل تخفيف سرعة التأثير

بالفيروس والتعرض للمخاطر، والوقاية، والتشخيص، والعلاج، ورعاية الحالات المزمنة (انظر الشكل ٥)، مع التركيز على المجموعات السكانية والمواقع الجغرافية التي يحدث فيها أعلى معدل لانتقال الفيروس وتعاني من أعلى عبء له. ويجب تكييف السلسلة الكاملة للخدمات ورصدها لتلائم مختلف المجموعات السكانية والبيئات وأنواع الأوبئة، وفي الوقت نفسه ضمان التصدي الجيد للأمراض المترافقة الشائعة، كالسل والتهاب الكبد الفيروسي أيضاً. وتحدد الاستراتيجية الخدمات والتدخلات الأساسية على امتداد هذه السلسلة الكاملة، وتوصي باتباع سبل تضمن جودة الخدمات والبرامج وتحسينها. ومع تحرك الناس ضمن السلسلة الكاملة لسلسلة خدمات فيروس العوز المناعي البشري، يحدث نقص لابد من متابعته؛ لأن هذا التسرب يتسبب في حدوث تسلسل الاحتفاظ بالمرضى (انظر الشكل ٥). ويتمثل الهدف في إشراك الأفراد في أقرب وقت ممكن على امتداد هذه السلسلة الكاملة، والاحتفاظ بهم في الرعاية، وإنقاص التسربات إلى أقل قدر ممكن على امتداد السلسلة الكاملة للرعاية.

الشكل ٥: السلسلة الكاملة لخدمات فيروس العوز المناعي البشري وتسلسل الاحتفاظ بالمرضى في الرعاية



٢-٤ نهج الصحة العمومية

٤٠- تستند الاستراتيجية إلى نهج الصحة العمومية الذي يُعنى بالوقاية من المرض، وتعزيز الصحة، وإطالة أعمار السكان إجمالاً. وهي تهدف إلى ضمان التوسع إلى أقصى حد ممكن في إتاحة خدمات عالية الجودة على مستوى السكان، وذلك استناداً إلى تدخلات وخدمات مبسطة وموحدة يمكن توسيع نطاقها بسهولة، لتشمل حتى الأماكن التي تعاني من قلة الموارد. ويهدف نهج الصحة العمومية إلى تحقيق الإنصاف الصحي وتعزيز المساواة بين الجنسين وإشراك المجتمعات والاستفادة من القطاعين العام والخاص في الاستجابة، ويعزز مبدأ إدراج الصحة في جميع السياسات من خلال إصلاحات تتناول القوانين والإجراءات التنظيمية والسياسات عند اللزوم. كما يهدف نهج الصحة العمومية إلى تقوية التكامل والروابط بين خدمات فيروس العوز المناعي البشري والخدمات الأخرى، مما يحسن كلاً من الأثر والكفاءة.

٤١- تستند الاستراتيجية إلى السبل الكثيرة التي ساعدت بها أنشطة الاستجابة لفيروس العوز المناعي البشري على تعزيز النظم الصحية في بلدان كثيرة على نحو أدى إلى الارتقاء بجودة الخدمات. وقامت تلك الاستجابات بابتكار رائد للنماذج المالية ولاستراتيجيات خفض أسعار السلع والمخاطر المالية التي يتعرض لها الأفراد والمجتمعات، وقد حفزت تدابير التصدي لفيروس العوز المناعي البشري التوصل إلى اكتشافات علمية وتكنولوجية كبيرة وأثبتت أن من الممكن توسيع البرامج السريرية وبرامج الصحة العمومية بسرعة في الأوضاع التي تنطوي على تحديات. كما كانت الاستراتيجية بمثابة الدافع وراء حدوث تحولات في أسلوب تقديم الخدمات الصحية، وذلك من خلال الخدمات اللامركزية والمترابطة، وإعادة توزيع المهام، وتقوية التعاون بين القطاعات. وتتجلى فوائدها أيضاً في تحسين نظم توفير رعاية الحالات المزمنة وزيادة الالتزام بالعلاجات التي تستمر مدى الحياة والاحتفاظ بالمرضى فيها، فضلاً عن تحسين النظم المعنية بالرصد والتقييم، والشراء، والتوزيع. والأمر الأكثر أهمية أنها ساعدت على الاستفادة من مزايا إشراك المجتمعات في تصميم برامج مكافحة فيروس العوز المناعي البشري وتنفيذها ورصدها، وسلطت الضوء على أدوارها في تقوية كل من التصريف السديد للشؤون والمساءلة.

٣- الرؤية والهدف والغايات

٤٢- تنص الاستراتيجية على رؤية عالمية وعلى هدف عالمي وعلى مجموعة من الغايات العالمية، وكلها يتسق تماماً مع رؤية وهدف وغايات الاستراتيجية المتعددة القطاعات لبرنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الأيدز وأهداف التنمية المستدامة.

٣-١ الرؤية

٤٣- الرؤية: انعدام حالات العدوى الجديدة بفيروس العوز المناعي البشري، وانعدام الوفيات الناجمة عنه، وانعدام التمييز المتعلق به، في عالم يتيح للأشخاص المتعاشين مع هذا الفيروس أن ينعموا بحياة طويلة وأن يتمتعوا بالصحة.

٣-٢ الهدف

٤٤- الهدف: إنهاء وباء فيروس العوز المناعي البشري باعتباره أحد التهديدات التي تحدق بالصحة العمومية بحلول عام ٢٠٣٠، وذلك في سياق يضمن تمتع الجميع بصحة وبعاوية في كل الأعمار.

٣-٣ الغايات العالمية لعام ٢٠٢٠

٤٥- الغايات العالمية: إن الفرصة سانحة أمام البلدان كي تقفز قفزة حاسمة لإنهاء أوبئة فيروس العوز المناعي البشري التي تشهدها، إذا ما عملت بسرعة وبالعزم الذي يكفي لبلوغ مجموعة الغايات الطموحة المحددة لعام ٢٠٢٠. وتتطلب هذه الغايات على الجميع: الأطفال والمراهقين والبالغين؛ الأغنياء والفقراء؛ النساء والرجال؛ جميع المجموعات السكانية الرئيسية المعرضة للمخاطر. ويعتبر تتبع حالات العدوى الجديدة بفيروس العوز المناعي البشري من المؤشرات المهمة في قياس التقدم صوب تحقيق هدف القضاء على وباء الأيدز بوصفه من تهديدات الصحة العمومية بحلول عام ٢٠٣٠.

الوفيات المرتبطة بفيروس العوز المناعي البشري:

- خفض عدد الوفيات العالمية المرتبطة بفيروس العوز المناعي البشري إلى أقل من ٥٠٠ ٠٠٠؛
- خفض عدد الوفيات الناجمة عن السل بين الأشخاص المتعاشين مع فيروس العوز المناعي البشري بنسبة ٧٥٪؛

- خفض عدد الوفيات الناجمة عن التهاب الكبد B و C بين الأشخاص المصابين بعدوى مصاحبة بفيروس العوز المناعي البشري بنسبة ١٠٪، وذلك اتساقاً مع الغايات الخاصة بالوفيات بين جميع المصابين بعدوى مزمنة بفيروس التهاب الكبد B و C.

إجراء الاختبارات والعلاج:

- ضمان معرفة ٩٠٪ من الأشخاص المتعايشين مع فيروس العوز المناعي البشري بحالتهم من حيث الإصابة بالفيروس؛
- ضمان تلقي ٩٠٪ ممن تم تشخيص إصابتهم بفيروس العوز المناعي البشري علاجاً بمضادات الفيروسات القهقرية؛
- ضمان أن ٩٠٪ من الأشخاص المتعايشين مع فيروس العوز المناعي البشري، والذين يتلقون العلاج، يحققون كبتاً للجمل الفيروسي.

الوقاية:

- خفض حالات العدوى الجديدة بفيروس العوز المناعي البشري إلى أقل من ٥٠٠ ٠٠٠؛
- انعدام حالات العدوى الجديدة بين الرضع.

التمييز:

- انعدام القوانين التمييزية ذات الصلة بفيروس العوز المناعي البشري، وانعدام التمييز المتعلق بالفيروس في جميع الأوساط، وخصوصاً في مواقع الرعاية الصحية؛
- إبلاغ ٩٠٪ من الأشخاص المتعايشين مع فيروس العوز المناعي البشري والمجموعات السكانية الرئيسية المعرضة للمخاطر عن عدم تعرضهم للتمييز في قطاع الصحة.

استدامة التمويل:

- وصول إجمالي الاستثمارات المالية في التصدي للأيدز في البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل لما لا يقل عن ٢٦ ٠٠٠ مليون دولار أمريكي، مع ازدياد متواصل من المستويات الحالية للموارد العمومية المحلية؛
- ضمان إدماج جميع البلدان لخدمات فيروس العوز المناعي البشري الأساسية في الترتيبات الوطنية للتمويل الصحي.

الابتكار:

- زيادة البحوث في مجال تطوير اللقاحات والأدوية ذات الصلة بفيروس العوز المناعي البشري وزيادة تطويرها لاستخدامها في العلاج والوقاية؛
- توفير ٩٠٪ من البلدان الحصول على خدمات صحية متكاملة تشمل فيروس العوز المناعي البشري والسل و التهاب الكبد B و C والصحة الإنجابية والأمراض المنقولة جنسياً.

٣-٤ الغايات على المستوى القطري لعام ٢٠٢٠

٤٦- على البلدان أن تطوّر وبأقصى سرعة ممكنة غايات وأهدافاً وطنية لعام ٢٠٢٠ وما بعده مسترشدة في الحالات المثلى بالغايات والأهداف العالمية، وأن تأخذ هذه الأهداف والغايات في اعتبارها السياق القطري والذي يشمل طبيعة ديناميكية أوبئة فيروس العوز المناعي البشري في القطر والمجموعات السكانية المتضررة وبنية وقدرات نُظُم الرعاية الصحية والمجتمع والموارد التي يمكن حشدها. وينبغي أن تكون الغايات ممكنة التحقيق وأن تستند إلى أفضل البيّنات التي يمكن أن تتوافر حول وضع فيروس العوز المناعي البشري، واتجاهاته والاستجابة له، ورصده من خلال مجموعة من المعايير والمؤشرات التي يمكن قياسها. وينبغي أن تتطبق الغايات على الجميع.

٤- التوجّهات الاستراتيجية والإجراءات ذات الأولوية

٤٧- لتحقيق الغايات المحددة لعامي ٢٠٢٠ و٢٠٣٠، لابد من اتخاذ إجراءات في خمسة مجالات تعرف باسم "التوجّهات الاستراتيجية". وضمن كل توجّه من التوجّهات الاستراتيجية هذه هناك إجراءات مُحدّدة على البلدان ومنظمة الصحة العالمية والشركاء أن تتخذها. وتبيّن بإيجاز هذه الاستراتيجية الإجراءات ذات الأولوية التي ينبغي أن تتخذها البلدان ومنظمة الصحة العالمية، والمقصود من الإجراءات المقترحة توجيه الجهود التي يبذلها البلد، فاختيار البلدان لهذه الإجراءات الأكثر ملائمة لأوبئة فيروس العوز المناعي البشري وللسياق القطري، يأخذ بالاعتبار التشريعات والقوانين الوطنية. كما أن الاستراتيجية تهدف إلى تحقيق أكبر قدر من التآزر بين أنشطة مكافحة فيروس العوز المناعي البشري والمجالات الصحية الأخرى، وإلى المواءمة بين استجابة قطاع الصحة وبين الاستراتيجيات والخطط والأهداف الصحية والإنمائية العالمية الأخرى.

٤٨- وفيما يلي التوجّهات الاستراتيجية الخمسة التي تستهدف بها الإجراءات ذات الأولوية التي ستبذلها البلدان ومنظمة الصحة العالمية:

التوجّه الاستراتيجي ١: توفير المعلومات لاتخاذ إجراءات مُركّزة: (اعرف الوباء الذي تتعرض له واستجب له).

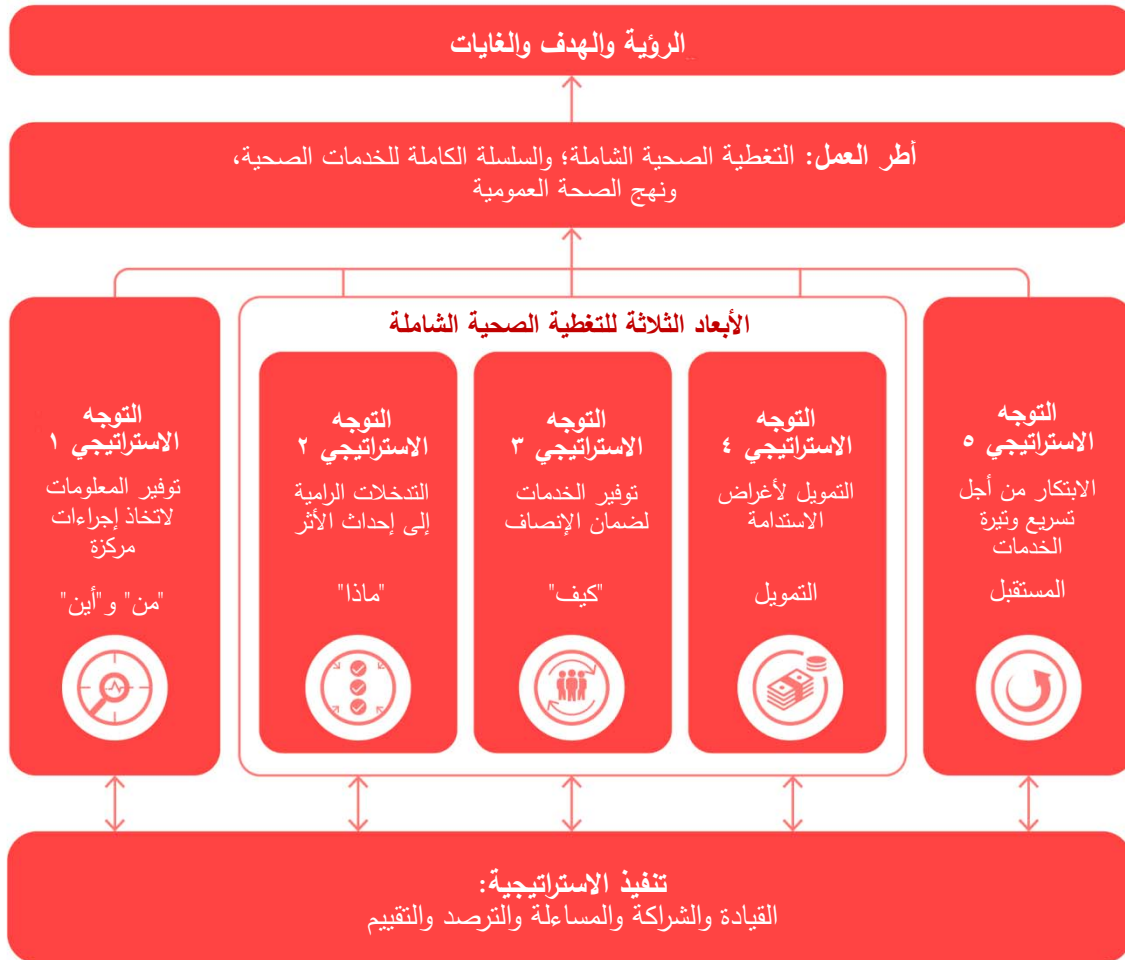
التوجّه الاستراتيجي ٢: التدخلات الرامية إلى إحداث الأثر (التغطية بطائفة من الخدمات اللازمة).

التوجّه الاستراتيجي ٣: توفير الخدمات لضمان الإنصاف (تغطية المجموعات السكانية التي تحتاج إلى الخدمات).

التوجّه الاستراتيجي ٤: التمويل لأغراض الاستدامة (تغطية تكاليف الخدمات).

التوجّه الاستراتيجي ٥: الابتكار من أجل تسريع وتيرة الخدمات (التطلع إلى المستقبل).

الشكل ٦: التوجهات الاستراتيجية الخمسة للاستراتيجية العالمية لقطاع الصحة بشأن فيروس العوز المناعي البشري، ٢٠١٦-٢٠٢١



٤٩- يتناول كل توجه من التوجهات الاستراتيجية مجموعة محددة من الأسئلة:

التوجه الاستراتيجي ١ - ما هو الوضع؟ - يركز على الحاجة إلى فهم وباء فيروس العوز المناعي البشري والاستجابة له باعتبارهما الأساس للتوعية ولاللتزام السياسي والتخطيط الوطني وحشد الموارد وتخصيصها، والتنفيذ، وتحسين البرامج.

التوجه الاستراتيجي ٢ - ما هي الخدمات التي ينبغي تقديمها؟ - يتصدى للبعد الأول من أبعاد التغطية الصحية الشاملة بوصف الحزمة الضرورية من التدخلات العالية الأثر التي يجب تقديمها على امتداد السلسلة الكاملة من خدمات فيروس العوز المناعي البشري لبلوغ الغايات القطرية والعالمية، والتي ينبغي أن يُنظر في إدراجها في حزم الفوائد الصحية الوطنية.

التوجه الاستراتيجي ٣ - كيف يمكن تقديم هذه الخدمات؟ - يتصدى للبعد الثاني من أبعاد التغطية الصحية الشاملة بتحديد أفضل السبل والنهج لتقديم السلسلة الكاملة من خدمات فيروس العوز المناعي البشري لمختلف المجموعات السكانية وفي مختلف المواقع الجغرافية، من أجل تحقيق الإنصاف والوصول إلى أكبر أثر ممكن وضمان الجودة.

التوجه الاستراتيجي ٤ - كيف يمكن تغطية تكاليف تقديم حزمة الخدمات؟ - يتصدى للبُعد الثالث من أبعاد التغطية الصحية الشاملة بتحديد نماذج مستدامة وابتكارية لتمويل أنشطة الاستجابة لفيروس العوز المناعي البشري، ونهج لخفض التكاليف ونظم حماية مالية بحيث يتسنى للناس الحصول على الخدمات التي يحتاجون إليها دون المعاناة من مصاعب مالية.

التوجه الاستراتيجي ٥ - كيف يمكن تغيير مسار الاستجابة؟ - يحدد المجالات التي بها ثغرات كبيرة في المعرفة وفي التكنولوجيات، وحيث يلزم الابتكار لتحويل مسار الاستجابة لفيروس العوز المناعي البشري بحيث يتسنى تسريع الإجراءات وتحقيق الغايات المحددة لعامي ٢٠٢٠ و ٢٠٣٠.

١-٤ التوجه الاستراتيجي ١: توفير المعلومات لاتخاذ إجراءات مُركزة

معرفة وباء فيروس العوز المناعي البشري الذي تتعرض له والاستجابة له من أجل تنفيذ استجابة مصممة لتلائمه

٥٠ - لقد نضجت الاستجابة العالمية لفيروس العوز المناعي البشري على مدى الثلاثين عاماً الماضية، مدعومة بمستوى غير مسبوق من الاستثمارات المالية والابتكارات التقنية ومن العمل في مجال الصحة العمومية. وعلى الرغم من ذلك، فإن هناك ثغرات كبيرة في الخدمات، واستمرت جوانب التفاوت في الحصول على الخدمات وأصبحت محدودية الموارد ضاغطة أكثر من ذي قبل. وسيتوقف نجاح المرحلة التالية من الاستجابة على اتخاذ إجراءات أكثر كفاءة ومصممة خصيصاً ومستدامة تسترشد بواقع البلدان وبيانات عالية الجودة.

٥١ - إن البيانات "المُفصَّلة" العالية الجودة - المُصنَّفة حسب الجنس والعمر والخصائص السكانية الأخرى عبر مختلف مستويات نظام الرعاية الصحية - تمكّن من تركيز خدمات فيروس العوز المناعي البشري على نحو أدق وأشد فعالية، وتتيح نشر الخدمات أو تكييفها للوصول إلى أعداد أكبر من الأشخاص الذين يحتاجون إليها. ويمكن لزيادة إشراك المجتمعات وأصحاب المصلحة في جمع البيانات وتحليلها أن تؤدي إلى تحسين جودة المعلومات وفعالية استخدامها. ويعتبر التطبيق الصارم للمعايير الأخلاقية في جمع البيانات أمراً بالغ الأهمية لكي يتم استخدامها دون انتهاك سريتها ودون تعريض سلامة الأفراد والمجتمعات للمخاطر. وفي ظل محدودية الموارد المتاحة، يتعين على البلدان استخدام هذه البيانات لصياغة مبررات قوية للاستثمار، وللمطالبة بتخصيص موارد محلية كافية، ولحشد الموارد الخارجية.

٤-١-١ فهم الوباء والاستجابة له - توفير البيانات من أجل اتخاذ القرارات

٥٢ - إن وجود نظام سليم ومرن للمعلومات الاستراتيجية هو حجر الزاوية في الدعوة والتخطيط الاستراتيجي الوطني وضمان المساءلة من أجل استخدام الموارد على النحو الأفضل والأكثر عدلاً. ويجب دمج نظم معلومات فيروس العوز المناعي البشري هذه في النظام الوطني الأوسع للمعلومات الصحية.

فهم الوباء - "من" و"أين"

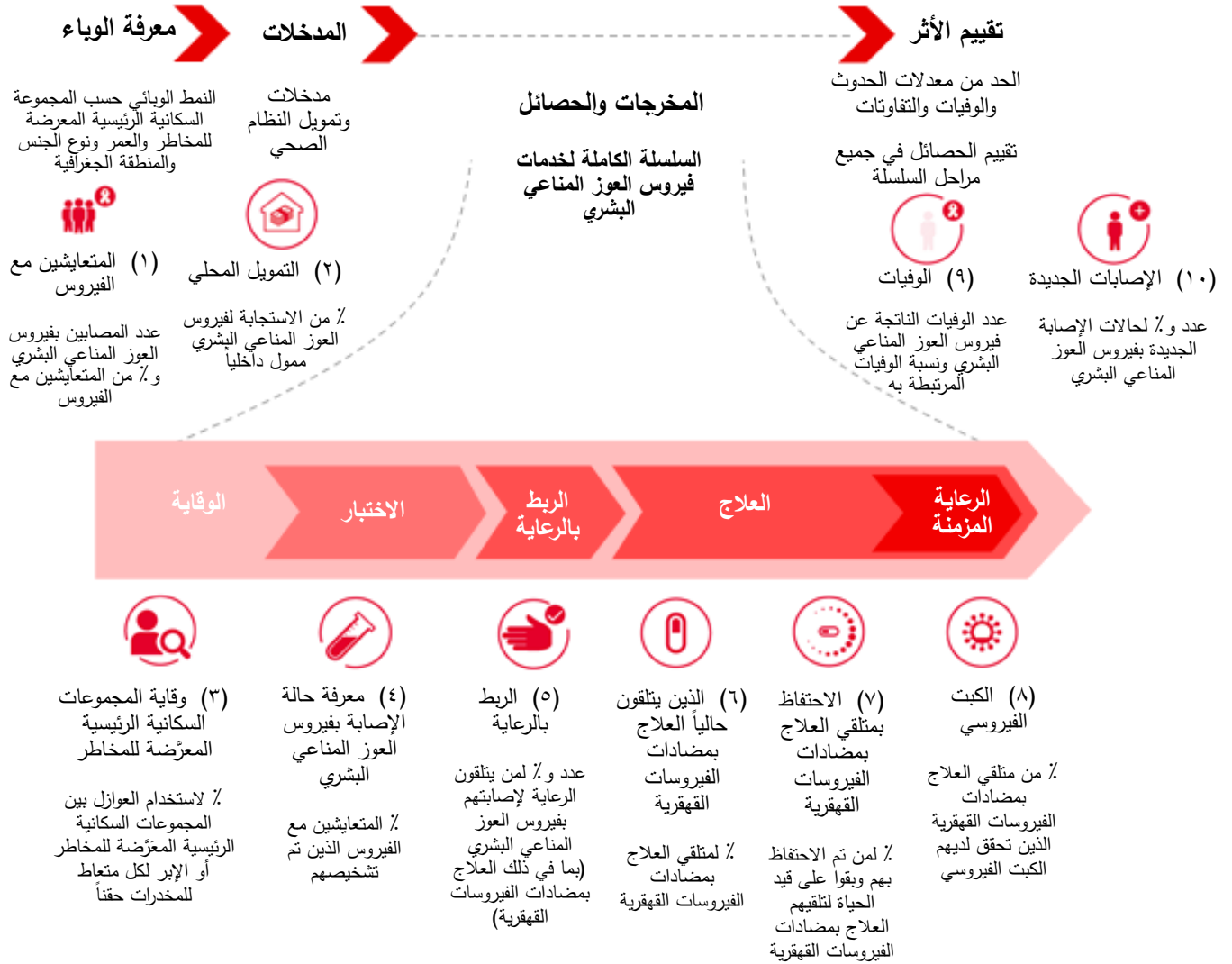
٥٣ - يجب أن تكون نُظم معلومات فيروس العوز المناعي البشري قادرة على: تحديد أماكن حدوث العدوى الجديدة بفيروس العوز المناعي البشري والأشخاص الذين تحدث بينهم؛ وتحديد الأنماط الرئيسية لسريان فيروس العوز المناعي البشري والسلوكيات الخطرة؛ وتقدير حجم المجموعات السكانية المعرضة للمخاطر والمجموعات السكانية المتضررة؛ ورصد العواقب الصحية لأوبئة فيروس العوز المناعي البشري، بما في ذلك حالات العدوى الشائعة المصاحبة للفيروس والاعتلالات المشتركة الأخرى؛ والتعرف على الظروف الاجتماعية والقانونية والاقتصادية التي تزيد من تأثير المجموعات السكانية بالعدوى.

٥٤- وما زالت المراهقات والشابات يعانين من العبء الأكبر من فيروس العوز المناعي البشري في منطقة أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، وهي المنطقة الأشد تضرراً منه، حيث يبلغ معدل الإصابة بالفيروس وانتشاره بين النساء الشابات أكثر من ضعف معدله بين الشباب. كما أن الذين يتأثرون على نحو غير متناسب بأوبئة الفيروس في جميع الأقاليم تم تحديدهم على أنهم الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال، والأشخاص الذين يتعاطون المخدرات حقناً، والعاملين في الجنس، والمتحولون جنسياً، والسجناء. وهم الذين لا تتاح لهم الخدمات البالغة الأهمية المتعلقة بالإصابة بفيروس العوز المناعي البشري إلا بقدر محدود للغاية. وفي أماكن عديدة، لا تتدرج بعض المجموعات السكانية في نظام الترصد الروتيني لفيروس العوز المناعي البشري، ويرجع ذلك في الغالب إلى قلة احتمال حصولها على الخدمات الصحية، ومن ضمنها المراهقون والرجال والسكان المتنقلون. ويمكن أن تؤثر الهجرة وتحركات السكان داخل البلدان وفيما بينها تأثيراً كبيراً على ديناميات الأوبئة المحلية لفيروس العوز المناعي البشري، مما يبرز أهمية إدراج السكان المتققلين في الاستراتيجيات والخطط والجهود والإجراءات الوطنية المعنية بفيروس العوز المناعي البشري.

رصد الاستجابة وفهمها

٥٥- يعتبر رصد الاستجابة لفيروس العوز المناعي البشري وفهمها على المستويين القطري والعالمي بالغ الأهمية للاستفادة من المزيد من الاستثمارات الاستراتيجية في برامج فيروس العوز المناعي البشري، وللوصول بفعاليتها وقدرتها على الاستجابة ومردوديتها إلى أقصى مستوى. ولا بد من وجود بيانات جيدة النوعية لقياس توافر الخدمات والإقبال عليها والمجموعات السكانية المشمولة بالتغطية، والجودة والمقبولية على امتداد السلسلة الكاملة لخدمات فيروس العوز المناعي البشري بأكملها. ويضمن هذا تحديد الفجوات وأوجه القصور، مما يضمن بدوره إمكانية تنفيذ إجراءات تصحيحية. وحتى يتسنى قياس استجابة قطاع الصحة على امتداد السلسلة الكاملة لخدمات فيروس العوز المناعي البشري بأكملها، فإن المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية توصي البلدان بالنظر في اعتماد ٥٠ مؤشراً وطنياً حينما يكون ذلك ملائماً، وقد تم تحديد ١٠ مؤشرات من بينها للرصد على الصعيد العالمي (انظر الشكل ٧).

الشكل ٧: المؤشرات الرئيسية لرصد الاستجابة لفيروس العوز المناعي البشري على امتداد السلسلة الكاملة لخدمات الفيروس بما في ذلك تسلسل رعاية المرضى



الإجراءات ذات المسار السريع للبلدان

- بناء نظام شامل للمعلومات الاستراتيجية لتوفير بيانات رفيعة الجودة وفي الوقت المناسب باستخدام مؤشرات معيارية ومنهجيات موحدة، مع الاسترشاد بالمبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية وبرنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الأيدز.
- زيادة التفصيل في البيانات، وتصنيفها وفق ما هو ملائم على مستويات المناطق والمجتمعات المحلية والمنشآت الطبية حسب العمر والجنس والمجموعة السكانية والموقع الجغرافي من أجل تحسين فهم الأوبئة التي تحدث في جزء من البلاد (دون الوطنية) وتقييم الأداء على امتداد السلسلة الكاملة لخدمات فيروس العوز المناعي البشري وتوجيه المزيد من الاستثمارات والخدمات المُرَكَّزة.
- ربط نظم المعلومات الاستراتيجية لفيروس العوز المناعي البشري ودمجها في النظم الوطنية الأوسع نطاقاً للمعلومات الصحية والتعرف على فرص إقامة مواقع إلكترونية (منصات) متكاملة للمعلومات الاستراتيجية.

الإجراءات ذات المسار السريع لمنظمة الصحة العالمية

- توفير قيادة عالمية، بالتعاون مع برنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الأيدز، في ترصد فيروس العوز المناعي البشري ورصد استجابة قطاع الصحة.
- وضع معايير وتقديم إرشادات محدثة وأدوات تشغيلية لجمع البيانات وتحليلها والإبلاغ عنها، بما في ذلك المبادئ التوجيهية للمنظمة وبرنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الأيدز للجيل الثاني من عملية ترصد فيروس العوز المناعي البشري ومبادئ المنظمة التوجيهية المَجْمَعَة بشأن المعلومات الاستراتيجية.
- تقديم الدعم التقني للبلدان لتكييف وتنفيذ المبادئ التوجيهية والأدوات الخاصة بالمنظمة وبرنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الأيدز بشأن المعلومات الاستراتيجية لتعزيز نظم البيانات على المستوى الوطني والمناطق والمنشآت الصحية، ومساندة تحليل تسلسلات الخدمات الصحية في البلدان الرئيسية لكي يُستزَّد بها في تحسين الجودة.
- الإبلاغ سنوياً عن استجابة قطاع الصحة لفيروس العوز المناعي البشري والتقدم المُحرَز صوب بلوغ الغايات المحددة لعامي ٢٠٢٠ و ٢٠٣٠.

٤-١-٢ تصريف الشؤون والتخطيط الاستراتيجي الوطني والمساعدة

٥٦- إن الهياكل الوطنية لإدارة شؤون فيروس العوز المناعي البشري، كالبرامج الوطنية لفيروس العوز المناعي البشري ولجان فيروس العوز المناعي البشري وآليات التنسيق الوطنية، تؤدي دوراً بالغ الأهمية في الدعوة إلى استجابة فعالة، وفي التخطيط الاستراتيجي وفي تخصيص الموارد على المستوى الوطني، وفي دعم اتساق السياسات، وتنسيق الأدوار والإجراءات التي يؤديها مختلف أصحاب المصلحة، والمواعمة بين الاستجابة لفيروس العوز المناعي البشري وبين البرامج الصحية الأوسع نطاقاً وضمان تهيئة المناخ الملائم. وتعتبر القيادة الحكومية الوطنية من الأمور الأساسية في تحقيق الاتساق والتنسيق، وذلك رغم وجوب الاعتراف بأهمية اللامركزية في صنع القرار حيثما كان ملائماً.

٥٧- وللبيانات التي يوفرها النظام الوطني للمعلومات الاستراتيجية لفيروس العوز المناعي البشري أهمية بالغة في توفير المعلومات اللازمة للاستراتيجية الوطنية لفيروس العوز المناعي البشري ولخطة التنفيذ، وللجهود وللإجراءات الأخرى ذات الصلة بفيروس العوز المناعي البشري، كما ينبغي أن تحدد الاستراتيجية غايات وطنية تتسق مع الغايات العالمية والإجراءات المطلوبة لبلوغ هذه الغايات. كما يتعين أن تبين الاستراتيجية التدابير الهيكلية وتدابير السياسات والقوانين المهمة الواجب اتخاذها للتمكين من الاستجابة لفيروس العوز المناعي البشري وتحسين هذه الاستجابة.

٥٨- ينبغي بيان الروابط بوضوح بين الاستراتيجية الصحية لفيروس العوز المناعي البشري والاستراتيجيات الأخرى ذات العلاقة، بما فيها الاستراتيجيات القطاعية المعنية بالفيروس؛ والاستراتيجيات الأخرى ذات العلاقة بأمراض محددة وبموامل خطر مُعَيَّنة، كالأستراتيجيات المعنية بالسل والصحة الجنسية والإنجابية؛ والاستراتيجيات الصحية والإنمائية الوطنية الأوسع نطاقاً.

الإجراءات ذات المسار السريع للبلدان

- استعراض الهياكل الوطنية لإدارة شؤون فيروس العوز المناعي البشري وإصلاحها عند اللزوم لضمان "القضاء على عزلة" الأنشطة المعنية بالفيروس بتعزيز الروابط الملائمة ودمج الخدمات المعنية بالفيروس داخل برنامج الصحة الوطني الأوسع نطاقاً وتنسيق الاستجابة للفيروس عبر القطاعات ذات العلاقة.
- وضع غايات ومعالم وطنية لعامي ٢٠٢٠ و ٢٠٣٠ استناداً إلى الغايات العالمية للقضاء على الأيدز باعتباره أحد التهديدات للصحة العمومية.
- مراجعة الاستراتيجية الوطنية لفيروس العوز المناعي البشري وتحديثها لكي توضح الغايات والأولويات الوطنية الجديدة بشأن فيروس العوز المناعي البشري ووضع خطة محسوبة التكاليف لتنفيذ الاستراتيجية.
- تقوية المساءلة عن البرامج برفع التقارير المنتظمة عن تنفيذ البرنامج الوطني لفيروس العوز المناعي البشري وتمويله وأدائه وأثره، بما في ذلك التقدم صوب الغايات المحددة لعامي ٢٠٢٠ و ٢٠٣٠.

الإجراءات ذات المسار السريع لمنظمة الصحة العالمية

- وضع وتحديث الإرشادات حول التخطيط الاستراتيجي الوطني لفيروس العوز المناعي البشري وتحديد الأولويات والتكاليف، مع التركيز على تحقيق الغايات المحددة لعامي ٢٠٢٠ و ٢٠٣٠.
- تقديم الدعم التقني للبلدان لإجراء مراجعات دورية لبرنامج فيروس العوز المناعي البشري ولأثره، ورصد التقدم المحرز صوب الغايات الوطنية والعالمية لفيروس العوز المناعي البشري، وتحسين التنفيذ على الصعيد القطري.

٤-٢ التوجُّه الاستراتيجي ٢: التدخلات الرامية إلى إحداث الأثر

ينبغي أن يحصل الناس على المدى الكامل من خدمات فيروس العوز المناعي البشري التي يحتاجون إليها

٥٩- يتطلب تحقيق الغايات المحددة لعام ٢٠٢٠ بشأن الوقاية والاختبار والعلاج نظاماً صحياً قوياً وقادراً على اجتذاب الناس والاحتفاظ بهم على امتداد السلسلة الكاملة لخدمات الوقاية من فيروس العوز المناعي البشري ورعاية مرضاه. ويلزم أن يضمن هذا النظام للناس ما يلي: حصولهم على خدمات وقاية فعالة من فيروس العوز المناعي البشري؛ وإجراء الاختبار والتشخيص لهم، وفهمهم التشخيص لتحري إصابتهم بفيروس العوز المناعي البشري، وإحالتهم إلى خدمات الوقاية الملائمة من فيروس العوز المناعي البشري أو إلحاقهم ببرامج الرعاية؛ والبدء مبكراً في علاجهم بمضادات الفيروسات القهقرية إذا شُخصت إصابتهم بفيروس العوز المناعي البشري؛ والاحتفاظ بهم في الأطر التي تقدم لهم العلاج الفعال لكبت الفيروس على نحو مستدام؛ ونقلهم إلى نُظم علاجية بديلة بمضادات الفيروسات القهقرية إذا أخفق العلاج؛ وأن بإمكانهم الحصول على الرعاية التلطيفية ورعاية الحالات المزمنة، بما في ذلك الوقاية والمعالجة من العدوى المصاحبة والاعتلالات المصاحبة الكبيرة.

٤-٢-١ تحديد حزمة الفوائد الأساسية للمصابين بفيروس العوز المناعي البشري

٦٠- على كل بلد أن يقوم بمراجعة حزمة الخدمات الأساسية للمرضى بفيروس العوز المناعي البشري لديه في ضوء الأوبئة المتغيرة وما يستجد من معارف وابتكارات، وأن يحدّد مجموعة من التدخلات والخدمات والأدوية والسلع التي ينبغي إدراجها ضمن حزمة الفوائد الصحية الوطنية للمرضى بفيروس العوز المناعي البشري. وينبغي

تغطية هذه الحزمة، كلياً أو جزئياً، من خلال التمويل الحكومي لتقليل نفقات العلاج التي يتحملها الأفراد بدفعها مباشرة من أموالهم الخاصة، وضمان إتاحة الخدمات لجميع من يحتاجون إليها، وتغطية السلسلة الكاملة لخدمات فيروس العوز المناعي البشري بأكملها، بما في ذلك الوقاية والتشخيص والعلاج والرعاية. ويلزم اختيار التدخلات والخدمات الضرورية من خلال عملية شفافة يشارك فيها أصحاب المصلحة الرئيسيون وتراعي المعايير التالية: الفعالية والتكلفة والمردودية والمساءلة وقابلية التنفيذ (الجدوى) والملاءمة والطلب والأخلاقيات. كما يجب مراجعة الحزمة بانتظام لضمان إظهارها لآثار التدخلات المختارة للتغيرات في أوضاع الوباء المحلي والسياق القطري، وجوانب التقدم في التكنولوجيات ونهوج تقديم الخدمات، والبيانات المتعلقة بالآثار أو بالأضرار. ومن الضروري أن يُنظر على وجه التحديد في مجموعات التدخلات، مع إدراك أن بعض التدخلات لن يكون فعالاً أو يحقق أقصى أثر له إلا إذا قُدم مقترناً بتدخلات أخرى.

٦١- تقدم المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية توصيات بشأن اختيار واستخدام التدخلات على امتداد السلسلة الكاملة لخدمات فيروس العوز المناعي البشري بأكملها، كما تلخّص البيانات المتوافرة حول فعالية مختلف التدخلات والخدمات، وتقدم الإرشادات حول كيفية تطبيق هذه التدخلات في مختلف الظروف.

٤-٢-٢ خفض التعرّض لمخاطر الإصابة بفيروس العوز المناعي البشري وسرّيان الفيروس واكتسابه

٦٢- سيتطلب خفض عدد حالات العدوى الجديدة بفيروس العوز المناعي البشري بنسبة ٧٥٪ بنهاية عام ٢٠٢٠ مقارنة لما كانت عليه عام ٢٠١٠ تحقيق تخفيض كبير في معدلات التعرّض للإصابة به والسلوكيات الخطرة، واتباع نهوج جديدة في تقديم التدخلات الوقائية الفعالة إلى من يحتاجون إليها، واستحداث تكنولوجيات جديدة للوقاية.

٦٣- وهناك بعض المجموعات السكانية المُعرّضة بوجه خاص للإصابة بعدوى فيروس العوز المناعي البشري نظراً لتعرضها تعرّضاً شديداً للفيروس و/ أو عدم قدرتها على تجنب المخاطر أو استخدام التدخلات الفعالة للوقاية منه. وكما سبق ذكره، فإن العوامل التي تزيد من التعرّض للفيروس في مواقع جغرافية معينة وبين مجموعات سكانية معينة، وخصوصاً بين الفتيات والشابات في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، تشمل: التفاوت بين الجنسين والعنف القائم على نوع الجنس والعنف الجنسي والوصم والتمييز. وبالنسبة للمجموعات السكانية الأخرى، قد يترافق التعرّض للعدوى بأوضاعهم المعيشية كالرجال الذين يعيشون في مواقع التعدين النائية أو في مواقع الاحتجاز، أو بعدم قدرتهم على الحصول على الخدمات كالمهاجرين والنازحين.

٦٤- وتكون أطر العمل الخاصة بالوقاية الشاملة والمسندة بالبيّنات أكثر فعالية عند وجود نهوج سلوكية وطبية بيولوجية وهيكلية متشاركة في ما بينها بحيث تتضمن الوقاية الأولية طرّقاً للوصول للناس الذين يكون فيروس العوز المناعي البشري لديهم سلبياً، كما تتضمن التركيز على العمل مع المتعاشين مع فيروس العوز المناعي البشري باعتبارهم من الشركاء الذين لهم أهميتهم في الوقاية من خلال التأكيد على النواحي الإيجابية للصحة والكرامة والوقاية ويتغير المشهد الخاص بالوقاية من فيروس العوز المناعي البشري تغيّراً هائلاً وسريعاً مع إدخال التكنولوجيات والنهوج الجديدة، ولاسيما استخدام الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية للوقاية من سرّيان الفيروس واكتسابه. وستواصل الوقاية المشتركة من الفيروس اعتمادها على التدخلات الوقائية المتوافرة منذ زمن طويل والشديدة الفعالية، والتي تتضمن العوازل الذكورية والعوازل الأنثوية، والتواصل الذي يستهدف تغيير السلوكيات، وتقليل الأضرار بين متعاطي المخدرات، واتخاذ الاحتياطات الشاملة في أماكن الرعاية الصحية. ومع ذلك، فحتى لو لاققت هذه التدخلات القبول على نطاق واسع وتوسّع نطاقها، فلن يستطيع العالم مع ذلك تحقيق غاية عام ٢٠٢٠. ويمكن للاستخدام الاستراتيجي للأدوية المضادة للفيروسات القهقرية وتوسيع نطاق الختان الطبي الطوعي للذكور للوقاية من فيروس العوز المناعي البشري أن يغيّر مسار الاستجابة للفيروس. ولتحقيق غاية الوقاية، سوف تتطلب برامج الوقاية من فيروس العوز المناعي البشري نهجاً مشتركاً ومركّزاً وذلك باستخدام التدخلات العالية الأثر لتخفيف قابلية التعرّض لمخاطر العدوى وللوقاية من السرّيان عن طريق الجنس ومن السرّيان من خلال تعاطي المخدرات حقناً ومن السرّيان في أماكن الرعاية الصحية ومن السرّيان من الأم إلى الطفل.

٦٥- وينبغي إدراج التدخلات التالية العالية الأثر في حزمة شاملة للوقاية من فيروس العوز المناعي البشري:

٦٦- **العوازل الذكرية والأنثوية والمزقات:** رغم ما تنسم به العوازل الذكرية والأنثوية من فعالية وما لها من دور مركزي في الوقاية من فيروس العوز المناعي البشري وغيره من الأمراض المُعدية التي تنتقل عن طريق الجنس، فإن قبول هذه التدخلات والإقبال عليها مازال متدنياً. ومن الفرص المتاحة لبلوغ الإمكانات الهائلة التي تبشّر بها هذه التدخلات: خفض تكلفة العوازل الأنثوية؛ وتنشيط أساليب تسويق العوازل؛ وتوسيع نطاق توزيع الخدمات المتنوعة وفتح منافذ لتسويقها.

٦٧- **تقليل الأضرار لدى متعاطي المخدرات حقناً:** إن المبادئ التوجيهية الموحدة لمنظمة الصحة العالمية بشأن الوقاية من فيروس العوز المناعي البشري وتشخيصه وعلاجه وتوفير الرعاية للمجموعات السكانية الرئيسية^{٢،١} تحدّد الحزمة الشاملة من تدخلات تقليل الأضرار. وإن برامج الإبر والمحاقن المعقمة، والعلاج بالاستعاضة عن المواد الأفيونية لمتعاطي الأفيون والتواصل من أجل الحد من المخاطر تعتبر تدخلات عالية الأثر ضمن الحزمة الأوسع نطاقاً لتقليل الأضرار. وتحقق برامج الإبر والمحاقن المُعقمة خفضاً كبيراً ومردودية عالية لسريان فيروس العوز المناعي البشري بين متعاطي المخدرات حقناً. كما أن المعالجة بالاستعاضة عن المواد الأفيونية لمتعاطي الأفيون شديدة الفعالية في الحدّ من سلوكيات الحقن التي تعرّض مدمني الأفيون لمخاطر العدوى بالفيروس. ويلزم أن تحقّق هذه الخدمات تغطية مرتفعة لكي يكون لها أثر على الصحة العمومية. ولا بد من إعاة اهتمام خاص لمتعاطي الكوكايين والمنبهات من نمط الأمفيتامينات، الذين لا يفلح معهم العلاج بالاستعاضة عن المواد الأفيونية، ولمتعاطي المخدرات بطرق أخرى غير الحقن في الأحوال التي قد تكون فيها مخاطر الانتقال عن طريق الجنس مرتفعة.

٦٨- **الوقاية بمضادات الفيروسات القهقرية:** تتمتع الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية بإمكانيات كبيرة للوقاية من سريان فيروس العوز المناعي البشري واكتسابه، بما في ذلك من خلال الإجراءات الاتقائية قبل التعرض وبعد التعرض للفيروس، وذلك بالوقاية من السريان من الأم إلى الطفل ومن خلال المعالجة بمضادات الفيروسات القهقرية التي تحقق الكبت الفيروسي. وينبغي أيضاً النظر في الإجراءات الاتقائية قبل التعرض للفيروس بوصفها أداة إضافية فعالة في الوقاية من فيروس العوز المناعي البشري لدى الأفراد الشديدي التعرض لمخاطر اكتساب الفيروس، مع ضرورة إتاحة الإجراءات الاتقائية بعد التعرض للفيروس للأشخاص الذين تعرضوا بشدة للفيروس. وتتضمن المبادئ التوجيهية الموحدة لمنظمة الصحة العالمية بشأن استخدام العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية لعلاج العدوى بفيروس العوز المناعي البشري والوقاية منها إرشادات حول استخدام الإجراءات الاتقائية قبل التعرض وبعد التعرض للفيروس والعلاج بمضادات الفيروسات القهقرية للوقاية من الفيروس^٣. ويتعين على البلدان وضع معايير ملائمة لتقييم المخاطر، وإعداد نماذج لتقديم الخدمات، واتخاذ القرار حول المشاركة الأكثر استراتيجية بين نهج الوقاية بمضادات الفيروسات القهقرية ونهج الوقاية الأخرى استناداً إلى

١ مبادئ توجيهية موحدة بشأن الوقاية من فيروس العوز المناعي البشري وتشخيصه وعلاجه وتوفير الرعاية للمجموعات السكانية الرئيسية المعرضة للمخاطر، انظر: <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations/en/> (تم الاطلاع في ١٨ آذار/ مارس ٢٠١٦).

٢ إن المبادئ التوجيهية الموحدة لمنظمة الصحة العالمية بشأن الوقاية من فيروس العوز المناعي البشري وتشخيصه وعلاجه وتوفير الرعاية لمتعاطي المخدرات بالحقن تشتمل على التدخلات التالية: برامج الإبر والمحاقن المعقمة، والعلاج بالاستعاضة والمعالجات الأخرى للاعتماد على الأدوية، وإجراء الاختبارات لكشف العدوى بفيروس العوز المناعي البشري وإسداء المشورة حوله، والمعالجة بالأدوية المضادة للفيروسات القهقرية والمعالجة والوقاية من الأمراض المُعدية التي تنتقل عن طريق الجنس، وبرنامج العوازل الذكرية والأنثوية لمتعاطي المخدرات بالحقن وشركائهم في الممارسة الجنسية، والمعلومات المستهدفة، والتثقيف والتواصل من أجل الحدّ من المخاطر لدى الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات بالحقن ولدى شركائهم في الممارسة الجنسية، واللقاح والتشخيص والمعالجة للالتهاب الكبدي، والوقاية من السل وتشخيصه والوقاية منه، والوقاية من تعاطي الجرعات المفرطة وتدابيره.

٣ مبادئ توجيهية موحدة بشأن استخدام العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية لعلاج العدوى بفيروس العوز المناعي البشري والوقاية منها، انظر: <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/en/> (تم الاطلاع في ١٨ آذار/ مارس ٢٠١٦).

سياق كل بلد على حدة. وينبغي إيلاء اهتمام خاص لإجراء الاختبارات لفيروس العوز المناعي البشري قبل أن يباشر الناس بالاتقاء السابق للتعرض من أجل تقليل مخاطر ظهور المقاومة للأدوية المضادة لفيروس العوز المناعي البشري إلى أدنى قدر ممكن، وينبغي توسيع نطاق ترصد المقاومة للأدوية المضادة لفيروس العوز المناعي البشري ليغطي خدمات الاتقاء السابق للتعرض إذا ما تم إدخالها بالفعل.

٦٩- **الوقاية من عدوى الرُّضْع بفيروس العوز المناعي البشري.** أشارت التقديرات في عام ٢٠١٤، أن ٦٢٪ فقط من الحوامل المتعايشات مع فيروس العوز المناعي البشري اللائي يبلغ عددهن حوالي ١,٥ مليون قد تلقين علاجاً بمضادات الفيروسات القهقرية من خلال "الخيار ب+". وعلى الرغم من أن القضاء على سرَيان فيروس العوز المناعي البشري من الأم إلى الطفل أمر ممكن، مازالت معدلات انتقال الفيروس مرتفعة ارتفاعاً غير مقبول، حيث تزيد عن ١٠٪ في بلدان كثيرة. ومنذ عام ٢٠١١، ساعدت **الخطة العالمية للقضاء على حالات العدوى الجديدة بفيروس العوز المناعي البشري بين الأطفال بحلول عام ٢٠١٥ والحفاظ على حياة أمهاتهم**^١ في تسريع جهود القضاء على تلك الحالات. وعلى نحو مماثل كذلك، تبدي البلدان نشاطاً متزايداً في العمل على القضاء على الزهري الخلقي بين الرُّضْع. وعلى الرغم من المكاسب التي تحققت، سيطلب بلوغ الغاية المزروجة عام ٢٠٢٠ أن يبذل الكثير من البلدان جهوداً مكثفة. وتتمثل العناصر الحاسمة في هذه الاستراتيجية للقضاء على العدوى في العلاج مدى الحياة بمضادات الفيروسات القهقرية لجميع الحوامل والمرضعات المتعايشات مع فيروس العوز المناعي البشري، والتشخيص المبكر للرضع، والإجراءات الاتقائية والعلاجية للرضع.

٧٠- **الختان الطبي الطوعي للذكور:** تشير التقديرات في البلدان التي يرتفع فيها معدل انتشار فيروس العوز المناعي البشري في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، إلى أن ختان ٨٠٪ من الرجال الذين تتراوح أعمارهم ١٥-٤٩ سنة ممن لم يُختنوا من قبل سيمنع حدوث ٣,٣ مليون حالة عدوى بالفيروس بحلول عام ٢٠٢٥، مما يحقق وفورات تبلغ ١٦ ٥٠٠ مليون دولار أمريكي. ولتحقيق هذه التغطية، لا بد من التوسع السريع بتطبيق أساليب مبتكرة مثل استخدام أجهزة ختان الذكور المأمونة التي تمكّن العاملين في المستوى المتوسط للرعاية الصحية من القيام بهذا الإجراء، ومثل الحملات الموجهة لزيادة الطلب على الختان بين المجموعات السكانية التي تتدنى فيها معدلات الختان ويرتفع فيها خطر التعرض لفيروس العوز المناعي البشري.

٧١- **مأمونية الحقن والدم:** على الرغم من الافتقار إلى بيانات موثوقة، فإن من المرجح أن عمليات الحقن الطبي والدم غير المأمونة مسؤولة عن أعداد كبيرة من العدوى الجديدة بفيروس العوز المناعي البشري. وتمثل عمليات الحقن الطبي المأمون وإمدادات الدم المأمونة، بالإضافة إلى اتخاذ الاحتياطات الشاملة من المقومات المحورية في أي نظام صحي جيد الأداء. وقد ركز إطلاق سياسة منظمة الصحة العالمية حول مأمونية الحقن في عام ٢٠١٥ اهتماماً أكبر على القضية، وعزز التحول إلى استخدام أدوات الحقن المأمونة التي تمت هندستها وصنعها لإعطاء الحقن الطبية وللتطعيم باللقاحات بحيث يتمتع إعادة استخدامها وتقي من الإصابات بنهاياتها الحادة.

٧٢- **تدخلات تغيير السلوك:** هناك مجموعة من التدخلات السلوكية التي يمكنها توفير المعلومات والمهارات التي تساند كلاً من الوقاية الأولية وتقليل الأضرار، وتتصدى للعوامل التي تزيد من السلوكيات الخطرة، وتعزز التحول إلى سلوكيات أقل خطراً وتقي من سرَيان فيروس العوز المناعي البشري، وتزيد الإقبال على خدمات الوقاية الناجعة. ويمكن لرسائل تغيير السلوكيات ولأساليب التواصل أن تحقق الأثر المنشود إذا كانت موجهة وخاصة بمجموعات وبمواقع سكانية مُعيّنة ومرتبطة بتوافر المزيد من سلع الوقاية كالعوازل وأدوات الحقن المعقمة. وتتطلب المراهقات والشابات في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى اهتماماً خاصاً نظراً لتعرضهن لخطر العدوى وللارتفاع الشديد في معدلات حدوث الفيروس الذي تشهده بعض المجتمعات المحلية.

١ الخطة العالمية: القضاء على حالات العدوى الجديدة بفيروس العوز المناعي البشري بين الأطفال والحفاظ على حياة أمهاتهم، انظر http://www.unaids.org/en/resources/documents/2011/20110609_JC2137_Global-Plan-Elimination-HIV-Children_en.pdf (تم الاطلاع في ٢٢ آذار/ مارس ٢٠١٦).

٧٣- **الوقاية من العنف القائم على نوع الجنس والعنف الجنسي والتدبير العلاجي لهما:** لقد أصبح من المعروف على نطاق واسع أن النساء والفتيات أكثر تعرضاً بوجه خاص للعنف القائم على نوع الجنس وللعنف الجنسي، إلا أن الصبيان والرجال والمتحولين جنسياً معرضون لذلك أيضاً. وللوقاية من هذا العنف لابد من تدخلات متينة البنيان مثل التصدي للإجفاف المرتكز على الجنس والسلوك المعادي للمجتمع، ولتعاطي الكحول على نحو ضار ولعوامل الخطر الرئيسية الأخرى. وهناك دور مهم يؤديه قطاع الصحة في توفير الرعاية لمن تعرضوا لهذا العنف، بما في ذلك الرعاية بعد الاغتصاب وتوفير الإجراءات الاتقائية بعد التعرض للفيروس.

الإجراءات ذات المسار السريع للبلدان

- إعطاء أولوية للتدخلات الوقائية العالية الأثر، بما فيها إعداد برامج استخدام العوازل الذكرية والأنثوية ومأمونية الحقن والدم والتواصل الذي يستهدف تغيير السلوك.
- تحقيق أكبر قدر من الفوائد الوقائية للعقاقير المضادة للفيروسات القهقرية بتوسيع نطاق تغطية المعالجة بها لتشمل جميع الأشخاص المتعايشين مع فيروس العوز المناعي البشري وتنفيذ استراتيجية مشتركة تجمع بين الإجراءات الاتقائية قبل التعرض وبعد التعرض للفيروس والتدخلات الوقائية الأخرى.
- القضاء على فيروس العوز المناعي البشري الخلقي والزهري الخلقي بين الرضع بوضع غايات وطنية وتوفير العلاج مدى الحياة بمضادات الفيروسات القهقرية للحوامل والمرضعات، وتوسيع نطاق التشخيص الباكر للرضع وتوفير العلاج الفوري بمضادات الفيروسات القهقرية لجميع الرضع الذين تشخص إصابتهم بالفيروس.
- التنفيذ الواسع النطاق لحزمة شاملة من تدخلات تقليص الأضرار المصممة خصيصاً لتلائم الأنماط المحلية لتعاطي المخدرات وللسياق القطري. وينبغي إعطاء الأولوية للتدخلات العالية الأثر والملائمة والتي تشمل توفير أدوات حقن مُعقمة والعلاج بالاستعاضة عن المواد الأفيونية وتقديم المعلومات حول تقليص الأضرار والعلاج من إدمان المخدرات.
- إعطاء الأولوية للوقاية المشتركة من فيروس العوز المناعي البشري لدى المراهقين والفتيات والشابات، وخصوصاً في المواقع التي تزرع تحت عبء مرتفع في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، وذلك باستخدام تدخلات تهدف إلى التقليل من كل من التعرض لمخاطر العدوى والسلوكيات الخطرة، بما في ذلك العنف القائم على نوع الجنس والعنف الجنسي والسلوك الجنسي الخطر الذي يرافق تعاطي الكحول ومواد الإدمان الأخرى.

الإجراءات ذات المسار السريع لمنظمة الصحة العالمية

- الدعوة إلى دعم توسيع نطاق التكنولوجيات والأساليب الوقائية الجديدة في سياق الوقاية المشتركة، بما في ذلك تنفيذ العلاج المبكر بمضادات الفيروسات القهقرية، والإجراءات الاتقائية قبل التعرض وبعد التعرض للفيروس، وكذلك الختان الطبي الطوعي للذكور في البلدان ذات الأولوية.
- تقديم الإرشادات حول الوقاية المشتركة من فيروس العوز المناعي البشري، والإسراع في إدماج التدخلات الجديدة والمسندة بالبيانات في قطاع الصحة في حزمة الوقاية من فيروس العوز المناعي البشري ضمن مختلف سياقات الأوبئة مع إيلاء اهتمام خاص للمراهقين وللمراهقات والفتيات والنساء والمجموعات السكانية الرئيسية المعرضة للمخاطر (بما في ذلك المجموعات الشابة المعرضة للمخاطر).
- مساندة زيادة الالتزام والموارد والإجراءات للقضاء على العدوى بفيروس العوز المناعي البشري بين الأطفال، وذلك بالتعاون مع اليونيسيف. والتحقق من القضاء على انتقال فيروس العوز المناعي البشري والزهري من الأم إلى الطفل في البلدان.
- تعزيز التنفيذ على الصعيد القطري لمعايير المنظمة وسياساتها بشأن التدخلات الوقائية الموجودة بالفعل، بما في ذلك برامج العوازل الذكرية والأنثوية والمزقات الجيدة النوعية ومأمونية الحقن والدم.

٤-٢-٣ نطاق اختبارات فيروس العوز المناعي البشري

٧٤- سيتطلب تحقيق الغاية المتمثلة في أن يعرف ٩٠٪ من الأشخاص المصابين بفيروس العوز المناعي البشري بأمر إصابتهم بحلول عام ٢٠٢٠ توسيع نطاق الاستخدام لنهوج واستراتيجيات وتكنولوجيات جديدة فعالة في اختبار العدوى بفيروس العوز المناعي البشري، وفي الوقت ذاته ضمان جودة الاختبار والممارسات الأخلاقية في مجال الاختبار. ويلزم أن تستهدف خدمات الاختبار المجتمعات السكانية والمناطق والمواقع الجغرافية التي تشهد أعلى مستويات لمخاطر وانتقال فيروس العوز المناعي البشري. ويجب أن يكون الاختبار برضا الناس وأن يكون سرياً ومصحوباً بتقديم المعلومات والمشورة الملائمة.

٧٥- تعتبر اختبارات فيروس العوز المناعي البشري الخطوة الأولى على طريق تمكين المصابين بفيروس العوز المناعي البشري من معرفة حالتهم وربط الاختبار بخدمات الوقاية من الفيروس وعلاجه ورعاية المصابين به. وقد يؤدي التأخر في التشخيص إلى تقليل أثر الجهود الرامية إلى ضمان فعالية العلاج على المدى الطويل وتقليل الأثر المحتمل على الوقاية. وتشير التقديرات على الصعيد العالمي بأن حوالي نصف الأشخاص المتعايشين مع فيروس العوز المناعي البشري حالياً لا يعرفون حالتهم. كما يتيح اختبار فيروس العوز المناعي البشري فرصة موازية مع ذلك لتحري الأمراض والأحوال الصحية الأخرى، بما في ذلك الأمراض المنقولة جنسياً والسل والتهاب الكبد الفيروسي، وهو ما يرجح أن يسهم إسهاماً كبيراً في تقليص معدلات المراضة والوفيات بشدة. ويُعتبر التشخيص الباكر لفيروس العوز المناعي البشري بين الرضع المولودين لنساء متعايشات مع فيروس العوز المناعي البشري بالغ الأهمية لضمان سرعة البدء في العلاج المنقذ للأرواح بالأدوية المضادة للفيروسات القهقرية، ومع ذلك، ففي عام ٢٠١٣ لم يتم اختبار إلا أقل من ٥٠٪ من الرضع المعرضين للإصابة بالفيروس.

٧٦- وسيعتمد اختيار أنسب مشاركة بين نهوج واستراتيجيات اختبار فيروس العوز المناعي البشري على الأوضاع الوبائية للفيروس والمجموعات السكانية المتضررة والنظام الصحي المحلي. وتتيح النهج الجديدة والموجهة فرصاً للتوسيع السريع في نطاق التغطية بخدمات الاختبار وجودتها ومردودها، ومنها على سبيل المثال، عرض إجراء الاختبار روتينياً لجميع المجموعات السكانية الرئيسية المعرضة للمخاطر في أماكن الرعاية الأولية والسريية بما في ذلك خدمات السل واختبار الأزواج والاختبارات المجتمعية والاختبار الذاتي واستخدام الاختبار بمعرفة الأشخاص غير المتخصصين بالإضافة إلى تكنولوجيات الاختبار التي ربما تكون مستخدمة في مركز الرعاية. وعندما تكون الموارد محدودة، ينبغي توجيه الاختبار إلى المواقع التي تحقق أكبر قدر من المردود مع الحفاظ على الإنصاف. ويتطلب توسيع نطاق تغطية الاختبار اهتماماً خاصاً لضمان جودة وسائل التشخيص وخدمات الاختبار للحد من مخاطر الخطأ في تشخيص حالة الإصابة بفيروس العوز المناعي البشري. وتتضمن المبادئ التوجيهية الموحدة لمنظمة الصحة العالمية بشأن خدمات اختبار فيروس العوز المناعي البشري إرشادات شاملة حول نهوج واستراتيجيات اختبار الفيروس.

الإجراءات ذات المسار السريع للبلدان

- تحقيق التنوع في نهوج وخدمات الاختبار بالجمع بين إجراء الاختبارات بمبادرة من مقدمي الخدمات والاختبارات التي تركز على المجتمع، وتشجيع لامركزية الخدمات، والاستفادة من خدمات اختبار الفيروس لاختبار وتحري الإصابة بالأمراض والأحوال الصحية الأخرى.
- تركيز خدمات الاختبار للوصول إلى المجموعات السكانية والأماكن التي تشهد أعلى عبء للفيروس ولتحقيق الإنصاف.
- إعطاء الأولوية للتغطية الموسعة بتكنولوجيات التشخيص المبكر للرضع.
- ضمان استيفاء خدمات اختبار فيروس العوز المناعي البشري للمعايير الأخلاقية ولمعايير الجودة.

الإجراءات ذات المسار السريع لمنظمة الصحة العالمية

- التحديث المنتظم للمبادئ التوجيهية الموحدة بشأن اختبار فيروس العوز المناعي البشري واختبار حالات العدوى المصاحبة الشائعة، والإدماج للتسريع للإرشادات حول الجديد من نهج الاختبار والاستراتيجيات ووسائل التشخيص.
- مساندة البلدان لتنفيذ برامج لضمان جودة الاختبارات مع الاسترشاد بالبيانات حول الخطأ في التشخيص والخطأ في التصنيف.
- مساندة توسيع نطاق اختبار فيروس العوز المناعي البشري بين الأطفال من خلال الإرشادات المحدثة والدعم التقني للبلدان بما في ذلك التشخيص والاختبار الباكران للرضع في البيئات التي تقل فيها معدلات الانتشار.

٤-٢-٤ توسيع نطاق العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية والتدبير العلاجي للأمراض المصاحبة وتوفير الرعاية للحالات المزمنة

٧٧- سيتطلب تحقيق الغاية المتمثلة في معالجة ٩٠٪ من الأشخاص المتعايشين مع فيروس العوز المناعي البشري بمضادات الفيروسات القهقرية بحلول عام ٢٠٢٠ تسريع وتيرة التوسع في هذا العلاج وتحسين الاحتفاظ بالمرضى في الرعاية. وسيتطلب تحقيق الغاية المتمثلة في كبت الفيروس لدى ٩٠٪ من الذين يعالجون بمضادات الفيروسات القهقرية تحسينات كبيرة في الالتزام بالعلاج، ونظماً قوية وتحظى بتقبّل جيد للعلاج بمضادات الفيروسات القهقرية، وترصداً فعالاً لمقاومة أدوية فيروس العوز المناعي البشري، وأنظمة لرصد السمية لإنقاذ إخفاق العلاج. وتقدم المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية حول استخدام الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية الوسيلة لتحقيق غاية تغطية ٩٠٪ والمساعدة في تبسيط بروتوكولات البدء بالمعالجة من خلال توصيتها بضرورة بدء كل شخص يتم تشخيص فيروس العوز المناعي البشري لديه بالمعالجة بالأدوية المضادة للفيروسات القهقرية في أقرب وقت ممكن بعد التشخيص. وعلى البلدان أن تضع خططها الوطنية للمعالجة التي تكون بمثابة خريطة طريق لتوسيع نطاق الحصول على المعالجة بالأدوية المضادة للفيروسات القهقرية من خلال الرعاية التفاضلية التي تضمن الحصول على المعالجة بسرعة وبإنصاف ولاسيما للناس الذين يعانون من مرحلة متقدمة من المرض المرتبط بفيروس العوز المناعي البشري .

٧٨- لقد جرى تخطّي الغاية العالمية المتمثلة في حصول ١٥ مليون شخص على العلاج في مطلع عام ٢٠١٥، ومع ذلك فإن هذا العدد لا يمثل إلا ٤٠٪ من الأشخاص المتعايشين مع فيروس العوز المناعي البشري، والذين ينبغي أن يحصل جميعهم على العلاج. ويبدو أن الوضع سيئ خاصة فيما يتعلق بالأطفال المتعايشين مع فيروس العوز المناعي البشري، الذين لم يكن يتلقى منهم العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية في عام ٢٠١٤ إلا ٣٢٪. كذلك فإن من ينتمون إلى المجموعات السكانية الرئيسية المعرضة للمخاطر عادة ما يتدنى مستوى حصولهم على العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية. بالإضافة إلى ذلك، فمع علاج المزيد من الأشخاص الذين ليس لديهم أعراض بالأدوية المضادة للفيروسات القهقرية، سيكون من المهم اختبار الحمل الفيروسي لديهم من أجل تقييم فعالية العلاج ومنع ظهور المقاومة للأدوية المضادة لفيروس العوز المناعي البشري. ومن الضروري ترصد مقاومة الأدوية المضادة لفيروس العوز المناعي البشري على مستوى السكان لرصد جودة برامج العلاج واختيار النظم العلاجية. ومازال الحصول على الخط الثاني والثالث من النظم العلاجية بالأدوية المضادة للفيروسات القهقرية محدوداً بشدة في معظم البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل، مما يوضّح أهمية منع الإخفاق في علاج الخط الأول.

٧٩- ومع اتساع نطاق التغطية بالمعالجة بالأدوية المضادة للفيروسات القهقرية، يعاني الأشخاص المتعايشون مع فيروس العوز المناعي البشري أيضاً من مجموعة واسعة من المشكلات الصحية الأخرى، من ضمنها المشكلات المتعلقة بعدوى فيروس العوز المناعي البشري وبالعلاج هذا الفيروس، والعدوى المصاحبة والاعتلالات

المصاحبة غير المرتبطة بفيروس العوز المناعي البشري، والشيخوخة، وكلها تتطلب رعاية وتدبيراً علاجياً شاملين.

٨٠- **توسيع نطاق التغطية بالمعالجة بالأدوية المضادة للفيروسات القهقرية:** إن النُظم العلاجية للأدوية المضادة للفيروسات القهقرية التي تُستخدَم في الخط الأول وتتسم بالأمنية وبالبساطة وبالتكلفة الميسورة وبالتقبل الجيد وباستخدام توليفات ثابتة الجرعة بقرص واحد يومياً، تمكّن من التوسيع السريع والمستدام للعلاج بالأدوية المضادة للفيروسات القهقرية لدى البالغين. وإن التقييم المستمر للبيانات بشأن نجاعة العلاج وبشأن السمية، مع التحديثات المنتظمة للمبادئ التوجيهية الموحدة لمنظمة الصحة العالمية بشأن مضادات الفيروسات القهقرية، تضمن استرشاد المبادئ التوجيهية والبروتوكولات الوطنية للعلاج بأحدث البيانات العلمية والأدوية والتكنولوجيات الجديدة والتجارب القطرية في توسيع نطاق العلاج. ويشكل الافتقار إلى التشخيص الباكر للرضع وإلى توليفات الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية الثابتة الجرعة وإلى تركيبات مستساغة من الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية عوائق خاصة أمام التوسع في علاج الأطفال. ولتحقيق أقصى قدر ممكن من الحصائل العلاجية، ينبغي البدء في العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية في أقرب وقت ممكن لكل من البالغين والأطفال، مما يوضّح مدى الحاجة إلى التشخيص الباكر وإلى الروابط الفعالة بالعلاج لمن يثبت الاختبار إصابتهم بفيروس العوز المناعي البشري.

٨١- **الوقاية من العدوى بفيروس العوز المناعي البشري المصاحبة بالسل وتدبيرها العلاجي:** أسفرت فعالية التدبير العلاجي المشترك للسل وفيروس العوز المناعي البشري عن تراجع عدد الأشخاص الذين يموتون نتيجة السل المرتبط بفيروس العوز المناعي البشري بمقدار النصف بين عامي ٢٠٠٤ و ٢٠١٤. لكن السل يظل السبب الرئيسي للمراضة بين الأشخاص المتعاشين مع فيروس العوز المناعي البشري، وتشير التقديرات العالمية إلى أنه يشكل نحو ثلث الوفيات المرتبطة بفيروس العوز المناعي البشري. كما تشير إلى أن أكثر من نصف حالات السل المصاحبة للعدوى بفيروس العوز المناعي البشري لم يتم كشفها، مما يقلل من إمكانية الحصول على العلاج المنقذ للأرواح بمضادات الفيروسات القهقرية. ومن أجل خفض معدلات المراضة والوفيات ذات العلاقة بالسل لا بد من التنفيذ المكثف للتدخلات الرئيسية والإقبال عليها بكثافة، بما في ذلك التحري المنهجي للسل بين الأشخاص المتعاشين مع فيروس العوز المناعي البشري، والعلاج الوقائي بالإيزونازيد، وإجراء اختبار تحري فيروس العوز المناعي البشري لكل الأشخاص الذين يثبت التشخيص إصابتهم بالسل أو من يفترض إصابتهم بالسل، وسرعة البدء في العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية والإجراءات الاتقائية بالكوتريموكسازول.

٨٢- **الوقاية من العدوى بفيروس العوز المناعي البشري المصاحبة بالتهاب الكبد الفيروسي وتدبيرها العلاجي:** تعتبر حالة العدوى المزمنة بفيروس التهاب الكبد B وحالة العدوى المزمنة بفيروس التهاب الكبد C سببين متزايدين للمراضة والوفيات بين الأشخاص المتعاشين مع فيروس العوز المناعي البشري في مجموعة من البلدان. وترتفع معدلات الإصابة بالعدوى بفيروس العوز المناعي البشري المصاحبة بتهاب الكبد C أعلى ما يكون بين متعاطي المخدرات حقناً، وهو أمر يؤثر في جميع الأقاليم، ولفيروس العوز المناعي البشري تأثير عميق على العدوى بفيروس التهاب الكبد B وفيروس التهاب الكبد C، مما يتسبب في ارتفاع معدلات العدوى المزمنة بفيروس التهاب الكبد وتسريع وتيرة التفاقم إلى تليّف الكبد مع ازدياد مخاطر التشمّع الكبدي وكارسينومة الخلايا الكبدية وارتفاع معدلات الوفيات المرتبطة بالكبد. ولا بد من توفير التدبير العلاجي المتكامل للعدوى بفيروس العوز المناعي البشري وفيروس التهاب الكبد، مع التشخيص والعلاج الباكرين للعدوى بكل منهما استناداً إلى المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية بشأن علاج فيروس العوز المناعي البشري والتهاب الكبد B والتهاب الكبد C.

٨٣- **التصدي لحالات أخرى من العدوى المصاحبة بفيروس العوز المناعي البشري.** يتباين انتشار وأثر الحالات الأخرى من العدوى المصاحبة، الانتهازية منها وغير الانتهازية، بين الأشخاص المتعاشين مع فيروس العوز المناعي البشري حسب البلد والمجموعة السكانية، مما يتطلب استجابات تُصمّم كل منها لتلائم ذلك البلد وتلك المجموعة السكانية. وإذا لم يتم التصدي لحالات العدوى المصاحبة هذه فمن شأنها أن تقلل من المكاسب التي تم تحقيقها من خلال التوسع في العلاج بالأدوية المضادة للفيروسات القهقرية. كما ينبغي إيلاء اهتمام خاص للوقاية وللاكتشاف الباكر والعلاج للحالات الأخرى من العدوى المصاحبة الشائعة، مثل داء المُبيضات،

وداء المستشفيات، والعدوى بفيروس الورم الحليمي البشري والأمراض الأخرى للعدوى المنقولة جنسياً، والملاريا، والالتهاب الرئوي بالمتكيسة الجؤجؤية.

٨٤- **الوقاية والتدبير العلاجي للمقاومة للأدوية المضادة لفيروس العوز المناعي البشري:** إن لمنع ظهور المقاومة للأدوية المضادة لفيروس العوز المناعي البشري والتدبير العلاجي لتلك المقاومة أهمية حاسمة في وقت يمضي فيه العالم نحو كل من توسيع نطاق استخدام الأدوية المضادة لفيروس العوز المناعي البشري لعلاج الفيروس وللوقاية منه ومن التبكير في ذلك. ويعتبر التصدي لمقاومة الأدوية المضادة لفيروس العوز المناعي البشري بالغ الأهمية لتحقيق الكبت الفيروسي والتعامل مع حالات إخفاق العلاج وتفاذي الحاجة إلى الانتقال إلى أدوية الخطين الثاني والثالث - وهي أدوية أكثر تكلفة وأشد سمية من أدوية الخط الأول- من نُظْم العلاج بالأدوية المضادة للفيروسات القهقرية. ولا بد من دمج ترصد المقاومة للأدوية المضادة لفيروس العوز المناعي البشري ورصد مؤشرات الإنذار المبكر في الخدمات الوطنية لعلاج فيروس العوز المناعي البشري وجهود تحسين الجودة ونظم المعلومات الصحية الوطنية بشكل أعم، بما في ذلك ما يخص المقاومة لمضادات الميكروبات.

٨٥- **توفير رعاية تركز على الأشخاص للحالات المزمنة من المتعاشين مع فيروس العوز المناعي البشري.** يمكن لتدخلات الرعاية البسيطة والفعالة أن تحسّن الحالة الصحية العامة والمعاودة لدى الأشخاص المتعاشين مع فيروس العوز المناعي البشري، ومن تلك التدخلات توافر التغذية الكافية المياه المأمونة والإصحاح والرعاية التلطيفية. ويعتبر الأشخاص المتعاشون مع فيروس العوز المناعي البشري معرضين بصورة زائدة لمخاطر الإصابة بمجموعة من الأمراض غير السارية نتيجة عدواهم بفيروس العوز المناعي البشري أو الآثار الجانبية ذات العلاقة بعلاجهم أو بتقدمهم في السن، بما في ذلك أمراض القلب والأوعية الدموية والسكري وأمراض الرئة المزمنة ومختلف أمراض السرطان. ومن الاعتلالات المصاحبة الأخرى الشائعة ذات العلاقة بالصحة النفسية الاكتئاب والقلق والخرف والاضطرابات الأخرى في الإدراك. وينبغي أن تشمل خدمات الرعاية المقدمة لحالات الإصابة المزمنة بفيروس العوز المناعي البشري تدخلات تشمل السلسلة الكاملة للرعاية بما في ذلك تحري المخاطر الصحية والاعتلالات المصاحبة الأكثر شيوعاً بين الأشخاص المتعاشين مع فيروس العوز المناعي البشري، ورصدها وتدبيرها العلاجي. ويتطلب كل من عبء سرطان عنق الرحم المتزايد بين المتعاشات مع فيروس العوز المناعي البشري، والذي يرتبط بالعدوى بفيروس الورم الحليمي البشري، اهتماماً خاصاً، ولاسيما مع توافر لقاح فعال مضاد لفيروس الورم الحليمي البشري، وتوافر التحري والعلاج الناجعين. ويعتبر التدبير العلاجي الفعال للألم والرعاية الملطفة والرعاية في نهاية الحياة أيضاً تدخلات ضرورية ينبغي إدراجها في خدمات فيروس العوز المناعي البشري.

الإجراءات ذات المسار السريع للبلدان

- **المراجعة والتحديث المنتظم للمبادئ التوجيهية والبروتوكولات الوطنية لعلاج ورعاية مرضى فيروس العوز المناعي البشري،** بما فيها الإرشادات حول الوقاية من الاعتلالات المصاحبة الشائعة وتدبيرها العلاجي.
- **وضع وتحديث خطط المعالجة لضمان استمرارية العلاج،** والرعاية التفاضلية، بالإضافة إلى الانتقال في الوقت المناسب من نُظْم وأساليب قديمة للعلاج إلى نُظْم وأساليب جديدة.
- **تنفيذ استراتيجيات لتقليل المقاومة للأدوية المضادة لفيروس العوز المناعي البشري إلى أقل قدر ممكن** واسترشاد المبادئ التوجيهية والسياسات الوطنية بالبيانات بشأن الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية.
- **توفير خدمات الرعاية العامة ورعاية الحالات المزمنة وإتاحة حزمة منظمة الصحة العالمية للتدخلات الضرورية** للأمراض غير السارية للرعاية الأولية،^١ وتوفير الرعاية التي تركز على المجتمع وعلى المنزل، وضمان توافر الأدوية الأفيونية للتدبير العلاجي للألم والرعاية في نهاية الحياة.

١ حزمة التدخلات الضرورية للأمراض غير السارية للرعاية الصحية الأولية في المواقع القليلة الموارد، انظر:

. http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/pen2010/en/

الإجراءات ذات المسار السريع لمنظمة الصحة العالمية

- مراجعة الأسباب الرئيسية للمراضة والوفيات واتجاهاتها بين الأشخاص المتعايشين مع فيروس العوز المناعي البشري والإبلاغ عنها، مع تصنيفها حسب المنطقة الجغرافية والمجموعة السكانية ونوع الجنس.
- إعداد مبادئ توجيهية موحدة ومحدثة بشأن استخدام الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية في علاج فيروس العوز المناعي البشري والوقاية منه والوقاية من الاعتلالات المصاحبة الشائعة وتدبيرها العلاجي لكي يتم الاسترشاد بها في التوسيع السريع والمستدام لعلاج جميع الأشخاص المتعايشين مع فيروس العوز المناعي البشري. وتقديم الإرشادات بشأن الرعاية التفاضلية للمرضى الذين يمرون بمراحل مختلفة من إصابتهم بعدوى ومرضى فيروس العوز المناعي البشري.
- تقديم المساعدة للبلدان لإعداد وتنفيذ مبادئ توجيهية وخطط وبرتوكولات وطنية لعلاج فيروس العوز المناعي البشري استناداً إلى المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية.
- تقديم الإرشادات للبلدان بشأن ترصد المقاومة للأدوية المضادة لفيروس العوز المناعي البشري والوقاية من تلك المقاومة وتدبيرها العلاجي والإبلاغ بانتظام عن انتشارها واتجاهاتها عالمياً.

٤-٣ التوجّه الاستراتيجي ٣ إيتاء الخدمات لضمان الإنصاف

ينبغي أن يحصل جميع الناس على الخدمات التي يحتاجون إليها، وأن تكون هذه الخدمات ذات جودة كافية لإحداث تأثير إيجابي

٨٦- سيتطلب بلوغ الغايات المحددة لعام ٢٠٢٠ المتعلقة بفيروس العوز المناعي البشري نظاماً صحياً صارماً ومرناً يتضمن: نظاماً قوياً للمعلومات الصحية، ونماذج تتسم بالكفاءة لتقديم الخدمات، وقوى عاملة كافية ومدربة جيداً، وإتاحة يعول عليها للمنتجات والتكنولوجيات الطبية الأساسية، والتمويل الصحي الكافي، والقيادة القوية والتصريف السديد للشؤون. وتبلغ التدخلات الخاصة بفيروس العوز المناعي البشري أقصى درجة من الفعالية عندما يتم تنفيذها في البيئات الاجتماعية والقانونية والسياساتية والمؤسسية الملائمة التي تشجع الناس وتمكّنهم من الحصول على الخدمات والانتفاع بها، وعندما تخلو هذه الخدمات ذاتها من الوصم والتمييز. وبالتالي يجب أن تستند هذه التدخلات إلى بيئة ملائمة تشجع الإنصاف وحقوق الإنسان في مجال الصحة، وتشتمل على نظم صحية ومجتمعية مدعومة جيداً.

٨٧- يعتبر فيروس العوز المناعي البشري من مجالات الصحة العمومية التي تشهد تفاوتات كبيرة من حيث سرعة التأثير بالعدوى والتعرض للمخاطر، وتوافر الخدمات، والحصائل الصحية والاجتماعية. ويجب أن توازن البلدان بين تركيز أنشطة استجابتها لفيروس العوز المناعي البشري لتحقيق أعظم قدر ممكن من الأثر من جهة وضمان عدم إهمال أحد من جهة أخرى، وخصوصاً الأطفال والمراهقين، والفتيات والنساء، والمجموعات السكانية الرئيسية المعرضة للمخاطر، ومن يعيشون في مناطق نائية. وينبغي إعطاء الأولوية للوصول إلى المجموعات السكانية والمواقع التي هي في أشد الحاجة والتغلب على التفاوتات الكبيرة.

٤-٣-١ تكييف السلسلة الكاملة لخدمات فيروس العوز المناعي البشري لتلائم مختلف المجموعات السكانية والمواقع

٨٨- ينبغي تكييف التدخلات الخاصة بفيروس العوز المناعي البشري والسلسلة الكاملة لخدماته تبعاً لمختلف المجموعات السكانية والمواقع، وذلك للوصول إلى الفئات الأشد تضرراً ولضمان عدم إهمال أحد. وتحدّد المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية وأدوات التنفيذ التي أُعدت بالتعاون مع الشركاء حزمياً أساسية من تدخلات فيروس العوز المناعي البشري ونماذج تقديم الخدمات لمختلف المجموعات السكانية والبيئات، بما في ذلك حزم

خاصة للمراهقين، والنساء والفتيات، ومتعاطي المخدرات، والعاملين في تجارة الجنس، والرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال، والمتحولين جنسياً، والسجناء.

٨٩- **اللامركزية.** إن لمختلف مستويات النظام الصحي أدواراً مختلفة في تقديم خدمات خاصة بفيروس العوز المناعي البشري وما يتعلق به. وتتيح لامركزية الخدمات والتكامل والربط الاستراتيجي بينها فرصاً لزيادة توافرها ومدى تغطيتها ومقبوليتها وجودتها. وبإمكان لامركزية الخدمات تقوية إشراك المجتمع وتحسين توافر الخدمات وتعزيز سلوك التماس الرعاية والاحتفاظ بالمرضى في الرعاية.

٩٠- **الرعاية التفاضلية.** ومع تطور المبادئ الإرشادية الوطنية نحو تقديم المعالجة بالأدوية المضادة للفيروسات القهقرية لجميع المتعاشين مع فيروس العوز المناعي البشري بغض النظر عن أوضاعهم السريرية (الإكلينيكية) والمناعية، ستواجه خدمات مكافحة فيروس العوز المناعي البشري تحديات تدبير العدد المتزايد من المرضى الذين يُعالجون، وتزايد المجموعات المتنوعة من احتياجات المرضى. وتشتمل الرعاية التفاضلية على تقديم حزم مختلفة من الرعاية للمرضى الذين يُعالجون بالأدوية المضادة للفيروسات القهقرية استناداً إلى المراحل التي وصلوا إليها في العدوى بفيروس العوز المناعي البشري وإلى ثباتهم في المعالجة وإلى الاحتياجات النوعية للرعاية. فإن المرضى الذين ثبتت حالاتهم في المعالجة، على سبيل المثال، يمكن تحويلهم إلى الرعاية التي تركز على المجتمع، مما يتيح لمواقع الرعاية السريرية التي تتواءم بأعباء جسيمة أن تركز على المرضى ذوي الحالات السيئة سواءً بسبب عدم ثبات حالاتهم في المعالجة بالأدوية المضادة للفيروسات القهقرية أو بسبب حضورهم إلى العيادة وهم في مرحلة متقدمة من الإصابة بفيروس العوز المناعي البشري أو لإصابتهم بأمراض مصاحبة كبيرة.

٩١- **الرعاية المتكاملة التي تُركز على الشخص:** يعاني الأشخاص المتعاشون مع فيروس العوز المناعي البشري والمجتمعات المتضررة من طائفة عريضة من المخاطر والمشكلات الصحية، وبالتالي يلزم أن تقدم خدمات فيروس العوز المناعي البشري والخدمات ذات العلاقة التدخلات الملائمة من أجل التصدي للأحوال الصحية الشائعة الحدوث. وفي ظل فعالية العلاج بالأدوية المضادة للفيروسات القهقرية وتقدم الأعمار في المجموعات السكانية المتعاشية مع فيروس العوز المناعي البشري، أصبح من الضروري أن تتطور خدمات فيروس العوز المناعي البشري لتوفير رعاية شاملة للحالات المزمنة تتضمن التدبير العلاجي للأمراض غير السارية. وإن المزيد من التكامل والربط والتنسيق بين الخدمات الخاصة بفيروس العوز المناعي البشري وسائر الخدمات الخاصة بالمجالات الصحية ذات الصلة (بما فيها الخدمات اللازمة لعلاج الأمراض المنقولة جنسياً، والصحة الجنسية والإنجابية الأوسع نطاقاً، واضطرابات تعاطي مواد الإدمان، والتهاب الكبد الفيروسي، والسل، ومأمونية الدم، والأمراض غير السارية، والعنف القائم على نوع الجنس)، سيؤدي إلى خفض التكاليف وزيادة أوجه الكفاءة وإلى حصائل أفضل. وستعتمد النماذج الملائمة للتكامل والربط على السياق القطري والنظام الصحي، وينبغي أن تسترشد بالبحوث الميدانية. وينبغي أن يجري التخطيط المشترك للمجالات الشاملة، مثل نُظم المعلومات الصحية والرصد والتقييم، وخدمات المختبرات والتشخيص، وتخطيط الموارد البشرية وبناء القدرات، والشراء وإدارة سلسلة الإمداد، وحشد الموارد.

٩٢- **الربط بين خدمات فيروس العوز المناعي البشري وخدمات السل.** يتيح الربط والتكامل الاستراتيجي لخدمات وبرامج فيروس العوز المناعي البشري وخدمات وبرامج السل نموذجاً جيداً للربط. وتحدد المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية للبرامج الوطنية المعنية بالأنشطة التعاونية في مجالات فيروس العوز المناعي البشري والسل ١٢ نشاطاً تعاونياً يجب تنفيذها لتحقيق التكامل بين خدمات فيروس العوز المناعي البشري وخدمات السل. ويساعد استخدام المؤشرات الخاصة بتقبُّل الخدمات والمستمدة من مطبوع المنظمة "دليل رصد وتقييم الأنشطة التعاونية لمكافحة السل/ فيروس العوز المناعي البشري" (مراجعة عام ٢٠١٥)،^١ البلدان على تحديد الروابط الضعيفة داخل تسلسل الرعاية والحد منها. ويمكن لتطبيق الإبلاغ الإلكتروني ونظم شبكة الإنترنت

١ دليل رصد وتقييم الأنشطة التعاونية لمكافحة السل/ فيروس العوز المناعي البشري: مراجعة عام ٢٠١٥، انظر <http://www.who.int/tb/publications/monitoring-evaluation-collaborative-tb-hiv/en/> (تم الاطلاع في ٢٢ آذار/مارس ٢٠١٦).

التي تتضمن مُعرّفات فريدة لهوية المرضى بحيث يستخدمها كلا البرنامجين أن ييسّر التشغيل البيئي السلس وينهض بمستوى متابعة المرضى.

٩٣- **إشراك المجتمع والخدمات التي تركز على المجتمع.** إن من الضروري أن يتم الإشراك الهادف للمجتمع، وخصوصاً الأشخاص المتعاشين مع فيروس العوز المناعي البشري، في فعالية تقديم الخدمات الخاصة بفيروس العوز المناعي البشري والخدمات الصحية الأوسع نطاقاً، وخصوصاً في المواقع وبين المجموعات السكانية المتضررة من الوصم والتمييز والتهميش. ويعزز إشراك المجتمعات على كل المستويات جهود الدعوة واتساق السياسات والتنسيق بين البرامج، ويقوّي المساءلة، ويمكن له أن يتصدى للعوامل التي تؤثر في توافر خدمات فيروس العوز المناعي البشري والإقبال عليها وأدائها وحصائل الاستجابة لفيروس العوز المناعي البشري. وتؤدي المنظمات والشبكات المجتمعية دوراً أساسياً في تقديم الخدمات للأشخاص الذين لا تصلهم الخدمات الحكومية، وإنتاج معلومات استراتيجية قد لا تكون متاحة من خلال النظم الوطنية للمعلومات حول فيروس العوز المناعي البشري، وتعزيز وحماية حقوق الإنسان. وتساعد تنمية القدرات المجتمعية من خلال التدريب والإشراف الكافيين على تحسين جودة الخدمات والبرامج التي تركز على المجتمع. وينبغي أن تتيح برامج فيروس العوز المناعي البشري الوطنية تمويلاً يمكن التنبؤ به للمنظمات المجتمعية وأجوراً كافية عن الخدمات التي تقدمها.

٩٤- **تلبية حاجات المواقع الخاصة.** هناك مواقع خاصة ترتفع فيها مستويات التأثير بفيروس العوز المناعي البشري والتعرض لمخاطره، وقد يتدنّى فيها توافر الخدمات الأساسية الخاصة بفيروس العوز المناعي البشري تديناً شديداً، كما في السجون ومراكز الاحتجاز ومخيمات اللاجئين والأماكن التي تثير القلق من الناحية الإنسانية. وينبغي أن تكون الخدمات المقدمة للأفراد في مثل هذه المواقع مساوية للخدمات المتوافرة للمجتمع الأوسع نطاقاً. وتسبب المجموعات السكانية المتنقلة والنازحين، بما في ذلك المتضررون من الصراعات والكوارث الطبيعية ومن الهجرة لأسباب اقتصادية، تحديات خاصة، لأن أفراد هذه المجموعات السكانية بعيدون عن مجتمعاتهم وعن شبكات الدعم والخدمات الصحية المنتظمة، مما قد يؤدي إلى انقطاع في استمرارية ما يتلقون من خدمات للوقاية والعلاج والرعاية. فعلى سبيل المثال، ربما لا يكون أمثال هؤلاء قادرين على الحصول على الخدمات الخاصة بفيروس العوز المناعي البشري والخدمات الصحية الأخرى أو الاستفادة منها نتيجة لعدم امتلاكهم للوثائق اللازمة أو لارتفاع تكاليف الخدمات وعدم تمتعهم بأي صورة من صور الحماية المالية كالتأمين الصحي.

٩٥- **ضمان جودة التدخلات والخدمات.** ينبغي ألا يؤدي التوسع السريع في البرامج من أجل تحسين التغطية إلى التقليل من مستوى جودة الخدمات، وأن لا يسهم في الإجحاف في إتاحة الخدمات وفي الحصائل الصحية. وعلى البلدان أن ترصد سلامة السلسلة الكاملة لخدمات فيروس العوز المناعي البشري لديها، من أجل تحديد المواضع التي تحتاج إلى تحسين. كما يلزم تنظيم هذه الخدمات للإقلال من "التسرب" إلى أقل قدر ممكن وتحقيق أعلى مستويات الاحتفاظ بالمرضى في الرعاية وفي الالتزام بالعلاج. وتشمل التحديات الرئيسية: مدى القبول لتدخلات الوقاية الفعالة والإقبال عليها؛ توجيه الاختبارات والمشورة الخاصة بفيروس العوز المناعي البشري لتحقيق أكبر مردود؛ ضمان جودة الاختبارات للحد من التشخيصات الخاطئة؛ ربط من يتم تشخيصهم بخدمات الوقاية والعلاج الملائمة في أقرب وقت ممكن؛ ضمان الالتزام بالعلاج واستمراريته؛ توفير الرعاية للحالات المزمنة للوقاية من الاعتلالات المصاحبة وتبديرها العلاجي، بما في ذلك السل والتهاب الكبد الفيروسي؛ رصد الحصائل العلاجية، بما في ذلك سمية الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية والكبت الفيروسي لضمان التحول في الوقت المناسب إلى الخط الثاني والثالث من العلاج ولمنع ظهور المقاومة لأدوية فيروس العوز المناعي البشري.

٩٦- ويمكن تحقيق أعظم الأثر لجودة الرعاية بضمان التزام خدمات فيروس العوز المناعي البشري، بما فيها خدمات الاختبار والمختبرات، بالقواعد والمعايير الوطنية والدولية، ورصدها وتحسينها باستمرار، وجعلها أكثر قبولاً وإتاحةً للمرضى وأنسب لتلبية حاجاتهم وأفضليتهم. وينبغي أن تتعامل مؤشرات وآليات رصد جودة الخدمات مع قضايا قوائم الانتظار، وأوقات الانتظار في المراكز الصحية، وتكرار الزيارات، وكفاءات العاملين في مجال الرعاية الصحية والإشراف عليهم. وفي النهاية، يجب قياس جودة التدخلات الخاصة بفيروس العوز المناعي البشري بقدرتها على تحسين صحة الناس وعافيتهم.

الإجراءات ذات المسار السريع للبلدان

- وضع قواعد ومعايير وطنية تشمل جميع مراحل السلسلة الكاملة لخدمات فيروس العوز المناعي البشري استناداً إلى المبادئ التوجيهية الدولية والمعايير الأخرى ورصد تنفيذها.
- تحديد وتنفيذ حزمة من تدخلات فيروس العوز المناعي البشري مصممة خصيصاً لتلائم المجموعات السكانية والمواقع الجغرافية المعينة، بما يضمن ملاءمة الخدمات ومقبوليتها وتوافرها للمجموعات السكانية الأشد تضرراً.
- تقديم الرعاية التفاضلية من خلال تقديم جزم من التدخلات المصممة خصيصاً لتلائم أشخاصاً في مستويات مختلفة من مرض العوز المناعي البشري ولتلبى الاحتياجات المختلفة للمعالجة.
- تكيف نماذج تقديم الخدمات من أجل تقوية التكامل والروابط مع المجالات الصحية الأخرى ولتحقيق الإنصاف، مع تركيز خاص على الوصول إلى المراهقين والشابات والرجال والمجموعات السكانية الرئيسية المعرضة للمخاطر.
- التمكين من الإشراف الفعال للمجتمعات وبناء قدراتها وضمان أن تيسر الأطر القانونية والتنظيمية تعاوناً وشراكات أقوى مع المجموعات المجتمعية وبين القطاعين العام والخاص.
- إدماج فيروس العوز المناعي البشري في خطط الطوارئ الوطنية لضمان استمرارية خدمات فيروس العوز المناعي البشري الضرورية أثناء حالات الطوارئ وفي الأماكن التي تثير القلق من الناحية الإنسانية، مع التركيز بوجه خاص على منع الانقطاعات في العلاج. وتوفير التدريب للعاملين الأساسيين في مجالي خدمات الطوارئ والخدمات الصحية استناداً إلى المبادئ التوجيهية التي وضعتها اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات والمعنية بالتدخلات في مجال مرض الأيدز والعدوى بفيروسه في مواقع الطوارئ.^١
- تقديم الخدمات بإنصاف في الأوساط المغلقة، بما في ذلك تنفيذ الحزمة الشاملة من تدخلات فيروس العوز المناعي البشري للسجناء وفي مواقع الاحتجاز على النحو الذي أعدته منظمة الصحة العالمية ومكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة.

الإجراءات ذات المسار السريع لمنظمة الصحة العالمية

- تقديم إرشادات محدثة بشأن الحزم الأساسية لفيروس العوز المناعي البشري والرعاية التفاضلية ونماذج تقديم الخدمات لمجموعات معينة من السكان ولمواقع معينة، بما في ذلك المراهقون والمجموعات السكانية المتنقلة والمجموعات السكانية في المواقع التي تثير القلق من الناحية الإنسانية (منظمة الصحة العالمية بالتعاون مع المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين)، والسجناء (منظمة الصحة العالمية بالتعاون مع مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة) والمجموعات السكانية الرئيسية المعرضة للمخاطر.
- مساندة البلدان في جهودها لتكثيف السلسلة الكاملة لخدماتها الخاصة بفيروس العوز المناعي البشري، وذلك استناداً إلى تحليل وضعها، مع التركيز بوجه خاص على تحسين الالتزام بالعلاج والاحتفاظ بالمرضى في الرعاية.
- تقديم الدعم التقني للبلدان لتنفيذ سياسة منظمة الصحة العالمية بشأن أنشطة مكافحة السل/ فيروس العوز المناعي البشري التعاونية^٢ ودليل رصد وتقييم الأنشطة التعاونية لمكافحة السل/ فيروس العوز المناعي البشري.^٣
- تقديم الإرشادات بشأن الخدمات المجتمعية وإشراك المجتمع، وإشراك المجتمع المدني في إعداد سياسات المنظمة وإرشاداتها وتنفيذها.
- تقديم المساعدة التقنية للبلدان والشركاء لإجراء تقييمات في الوقت المناسب للاحتياجات الصحية في الأماكن التي تثير القلق من الناحية الإنسانية وضمن المجتمعات المحلية الهشة.

١ المبادئ التوجيهية المعنية بالتدخلات في مجال فيروس العوز المناعي البشري/ الأيدز في حالات الطوارئ، انظر: http://www.who.int/3by5/publications/documents/en/iasc_guidelines.pdf (تم الاطلاع في ٢٢ آذار/ مارس ٢٠١٦).

٢ سياسة منظمة الصحة العالمية بشأن الأنشطة التعاونية لمكافحة السل/ فيروس العوز المناعي البشري: مبادئ توجيهية للبرامج الوطنية وأصحاب المصلحة الآخرين، انظر: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44789/1/9789241503006_eng.pdf?ua=1 (تم الاطلاع في ٢٢ آذار/ مارس ٢٠١٦).

٣ دليل رصد وتقييم الأنشطة التعاونية لفيروس العوز المناعي البشري/ السل، انظر: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2015_guide_monitoring_evaluation_collaborative_TB-HIV_activities_en.pdf (تم الاطلاع في ٢٢ آذار/ مارس ٢٠١٦).

٤-٣-٢ تقوية الموارد البشرية الصحية

٩٧- سيترتب على توسيع خدمات فيروس العوز المناعي البشري لتحقيق الغايات المتعلقة بفيروس العوز المناعي البشري لعامي ٢٠٢٠ و ٢٠٣٠ طلب غير مسبوق على القوى العاملة الصحية. وسوف يتعين على مختلف كوادر العاملين في مجال الرعاية الصحية القيام بأدوار مختلفة عبر السلسلة الكاملة لخدمات فيروس العوز المناعي البشري. كما ستتطلب نماذج تقديم الخدمات الجديدة من أجل بلوغ الغايات الأكثر طموحاً تعزيز القوى العاملة الصحية ومراجعة الأدوار والمهام المنوطة بالعاملين في مجال الرعاية الصحية ونشرهم عبر مختلف الخدمات. وبالإضافة إلى توفير خدمات فيروس العوز المناعي البشري الروتينية، ستكون هناك حاجة متزايدة إلى تمتع العاملين في مجال الرعاية الصحية بالكفاءة في تقديم الخدمات لمجموعات سكانية مُعَيَّنة، بما فيها المجموعات السكانية الرئيسية المُعَرَّضة للمخاطر والمهمشة، وفي تقديم رعاية الحالات المزمدة للأشخاص المتعايشين مع فيروس العوز المناعي البشري. وينبغي للخطة الوطنية الشاملة للقوى العاملة الصحية أن تلبى احتياجات النظام الصحي في مجملها، بالإضافة إلى ما هو مطلوب لتقديم سلسلة خدمات فيروس العوز المناعي البشري بأكملها.

٩٨- وبتزايد استخدام إعادة توزيع المهام كجزء من إطار الإصلاحات الأعم للموارد البشرية لتحسين توافر الخدمات والكفاءة والجودة. وقد أتاحت هذه النهج بالفعل سرعة التوسع في اختبار فيروس العوز المناعي البشري وعلاجه والخدمات الأخرى الخاصة به في ظروف شح الموارد، وستلعب دوراً متزايد الأهمية في توسيع قدرات نُظْم الرعاية الصحية. وفي سياق إعادة توزيع المهام وتقاسمها، يلزم وضع آليات داعمة موضع التطبيق بما في ذلك الإرشاد والإشراف لضمان جودة الخدمات. ويستطيع العاملون في مجال دعم الأقران تقديم خدمات ثمينة، ويمكنهم المساعدة على ربط الخدمات المجتمعية والصحية، وينبغي بالتالي أن يتلقوا تدريباً منتظماً وإرشاداً وإشرافاً وأجراً مناسباً على عملهم.

٩٩- ونظراً لمخاطر انتقال فيروس العوز المناعي البشري في أماكن الرعاية الصحية، ينبغي حماية العاملين الصحيين ببرامج شاملة في الصحة المهنية والسلامة المهنية لتعزيز الاحتياطات الشاملة، وتوفير سلع الوقاية كالعوازل والإجراءات الاتقائية في أعقاب التعرض بشدة لفيروس العوز المناعي البشري، والاختبارات السرية لتحري فيروس العوز المناعي البشري، وعلاج العاملين في مجال الرعاية الصحية المتعايشين مع فيروس العوز المناعي البشري ورعايتهم.

الإجراءات ذات المسار السريع للبلدان

- وضع خطة وطنية للقوى العاملة الصحية في مجال فيروس العوز المناعي البشري ورصد تنفيذها وتحديثها بانتظام على أن تكون جزءاً من خطة أشمل للقوى العاملة الصحية وأن تتسق مع الخطة الوطنية والأولويات الصحية الوطنية.
- تنمية قدرات القوى العاملة الصحية بتحديد الكفاءات الأساسية لمختلف الأدوار في تقديم خدمات فيروس العوز المناعي البشري الشاملة، وتوفير التدريب ذي العلاقة، واستحداث عمليات مناسبة للاعتماد ومنح الشهادات.
- تحديد فرص إعادة توزيع المهام لتوسيع قدرات القوى العاملة الصحية وتطبيق نظام التدريب والإطار التنظيمي المناسبين بما في ذلك ما يخص العاملين الصحيين المجتمعيين.
- تعزيز الاحتفاظ بالعاملين الصحيين من خلال الحوافز المناسبة، وخصوصاً ضمان الأجور الكافية لكل العاملين الصحيين، بما في ذلك العاملون في صحة المجتمع والعاملون غير المتخصصين.

الإجراءات ذات المسار السريع لمنظمة الصحة العالمية

- الدعوة إلى تدريب العاملين الصحيين للتركيز على تقديم رعاية تركز على الناس وتتصدى للتمييز في قطاع الصحة، بما في ذلك التمييز ضد المجموعات السكانية الرئيسية المُعَرَّضة للمخاطر.
- تقديم إرشادات بشأن إعادة توزيع المهام عبر السلسلة الكاملة لخدمات فيروس العوز المناعي البشري، بما في ذلك بشأن استخدام الأشخاص غير المتخصصين لتقديم خدمات معينة، مثل اختبارات فيروس العوز المناعي البشري ومساندة الإجراءات الاتقائية قبل التعرض وتقديم العلاج بالأدوية المضادة للفيروسات القهقرية، والوقاية من الاعتلالات المصاحبة الشائعة وتبديدها العلاجي.

٤-٣-٣ تأمين إمدادات الأدوية ووسائل التشخيص والسلع الجيدة النوعية والميسورة التكلفة

١٠٠- يتوقف التوسيع السريع في التغطية بتدخلات الوقاية من فيروس العوز المناعي البشري وتشخيصه وعلاجه على توافر إمدادات مضمونة من الأدوية ووسائل التشخيص والسلع الأخرى الميسورة التكلفة والعالية الجودة. وتؤدي الإمدادات المتدنية النوعية والمتقطعة من السلع الأساسية في مجال مكافحة فيروس العوز المناعي البشري، سواء أكانت هذه السلع عوازل أم أدوات حقن أم أجهزة ختان الذكور أم وسائل تشخيص أم أدوية أم سلعاً أخرى، إلى عرقلة توسيع نطاق البرامج وتعرضها لمخاطر إخفاق الوقاية والعلاج، بما في ذلك ظهور المقاومة للأدوية المضادة لفيروس العوز المناعي البشري.

١٠١- ويلزم التنبؤ الدقيق بالحاجات على الصعيد القطري وعلى الصعيد العالمي لجميع سلع فيروس العوز المناعي البشري لكي يسترشد المنتجون بها في تأهبهم وقدرتهم على تلبية الحاجات المتوقعة وضمان استمرارية الإمدادات. وينبغي أن تؤخذ قدرة التصنيع المحلية بعين الاعتبار، في ظل إمكانية خفض الأسعار وضمان الإمدادات وتشجيع الملكية الوطنية. وينبغي كذلك أن تُلبي الخطط والميزانيات الوطنية لفيروس العوز المناعي البشري والخطط والميزانيات الصحية الأوسع نطاقاً احتياجات الشراء وإدارة سلسلة الإمداد. وتشكل الأدوية ووسائل التشخيص والسلع الأخرى مكوناً مهماً من مكونات تكاليف برامج فيروس العوز المناعي البشري الوطنية. ويعتبر اختيار المنتجات المناسبة ذات الجودة الكافية بالغ الأهمية لتحقيق أحسن الحاصلات بسعر ميسور. وتقدم منظمة الصحة العالمية مجموعة من المبادئ التوجيهية للبلدان لتيسير عملية الاختيار، بما في ذلك مبادئ توجيهية حول استخدام الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية لعلاج فيروس العوز المناعي البشري والوقاية منه، وقائمة المنظمة للأدوية الأساسية، واستراتيجيات الاختبارات، وقائمة المنظمة للمنتجات المُختبرة صلاحيتها مسبقاً.

١٠٢- ولتأمين إمدادات مضمونة على المدى الطويل للبلدان، ينبغي على البلدان دمج شراء وإدارة إمدادات سلع فيروس العوز المناعي البشري في النظام الوطني الأعم للشراء وإدارة الإمدادات. وقد أدى الطلب على علاج ميسور التكلفة من فيروس العوز المناعي البشري إلى استراتيجيات شاملة لخفض أسعار أدوية فيروس العوز المناعي البشري يمكن تطبيقها على الأدوية ووسائل التشخيص والسلع الصحية الأخرى. وتشمل الاستراتيجيات تعزيز المنافسة على الأدوية الجنيسة، بما في ذلك من خلال الرخص الطوعية، عندما يكون ذلك ملائماً، والتي تتضمن شروطاً وبنوداً للحصول المسبق مثل الشروط والبنود التي تم التفاوض عليها من قِبَل وعاء البراءات الطبية، وتطبيق، حسب الاقتضاء، استخدام أحكام اتفاق منظمة التجارة العالمية المتعلق بالجوانب المتصلة بالتجارة من حقوق الملكية الفكرية المتعلقة بأوجه المرونة اللازمة لحماية الصحة العمومية، وبما يتماشى مع الاستراتيجية العالمية وخطة العمل حول الصحة العمومية والابتكار والملكية الفكرية، بما في ذلك الرخص الإلزامية وتقديم الاعتراضات على براءات الاختراع، والتسعير التفاضلي، والمفاوضات المباشرة على الأسعار مع المنتجين، بالإضافة إلى التصنيع المحلي. وتحفظ المنظمة بقاعدة بيانات حول أسعار أدوية فيروس العوز المناعي البشري ووسائل تشخيصه، وتتعاون مع وعاء براءات الأدوية، التي تحتفظ بقاعدة بيانات حول وعاء البراءات^١ لمساعدة البلدان على الحصول على أفضل أسعار ممكنة لهذه السلع.

١٠٣- كما أن هناك أيضاً فرصاً كثيرة لإنفاق قدر أقل على شراء أدوية فيروس العوز المناعي البشري ووسائل تشخيصه وسلعه، وتحسين أوجه الكفاءة في إدارة الإمداد، كالشراء بكميات كبيرة على أن يتم التسليم على مراحل بالنسبة للسلع ذات صلاحية الاستعمال القصيرة، والشراء المسبق وتحسين التنبؤ بالاحتياجات لتجنب الإهدار من خلال المنتجات المنتهية الصلاحية.

١ وعاء براءات الأدوية، انظر: <http://www.medicinespatentpool.org/> (تم الاطلاع في ٢٢ آذار/ مارس ٢٠١٦).

الإجراءات ذات المسار السريع للبلدان

- تعزيز الهياكل والعمليات الوطنية لشراء وإدارة إمدادات سلع فيروس العوز المناعي البشري بضمان دمجها في النظام الوطني الأوسع نطاقاً للشراء وإدارة الإمدادات.
- ضمان شراء اللقاحات والأدوية ووسائل التشخيص والعوازل وأجهزة ختان الذكور والسلع الأخرى المرتبطة بفيروس العوز المناعي البشري المضمونة الجودة، بما في ذلك من خلال استخدام اختبارات المنظمة المسبقة للصلاحيات.
- تخطيط وتنفيذ استراتيجية لإتاحة أدوية و سلع فيروس العوز المناعي البشري لخفض أسعار الأدوية ووسائل التشخيص والسلع الأخرى المرتبطة بفيروس العوز المناعي البشري بما في ذلك استخدام الأحكام الواردة في الاتفاق بشأن الجوانب المتصلة بالتجارة من حقوق الملكية الفكرية المتعلقة بأوجه المرونة اللازمة لحماية الصحة العمومية.
- ضمان وتوسيع توافر الأدوية الجنيسة التي أجرت لها المنظمة الاختبارات المسبقة للصلاحيات وذلك من خلال توسيع اتفاقيات الترخيص، وتسريع التسجيل على المستوى الوطني.

الإجراءات ذات المسار السريع لمنظمة الصحة العالمية

- التنبؤ بالطلب على الأدوية ووسائل التشخيص والسلع الأخرى لفيروس العوز المناعي البشري والاعتلالات المشتركة الخطيرة وتوافرها والإقبال عليها، واستخدام هذه المعلومات للدعوة إلى امتلاك المنتجين القدرة التصنيعية الكافية، ويتضمن ذلك، في المجالات الملائمة، في البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل.
- الترويج لبرنامج المنظمة للاختبار المسبق لصلاحيات الأدوية للسماح بتسجيل الأدوية والسلع ذات الأولوية، ولضمان وتوسيع توافر أدوية ووسائل تشخيص مضمونة الجودة.
- تقديم الإرشادات بشأن اختيار منتجات فيروس العوز المناعي البشري بمعرفة البرامج الوطنية والجهات المانحة والهيئات المسؤولة عن إدارة التنفيذ من خلال إنتاج ونشر معلومات استراتيجية حول الأسعار ومنتجي أدوية فيروس العوز المناعي البشري ووسائل تشخيصه والسلع الأخرى التي ترتبط به.
- تقديم الدعم التقني للبلدان للتنبؤ بالحاجة إلى السلع الضرورية التي ترتبط بفيروس العوز المناعي البشري وإدراجها في خططها الوطنية للشراء وإدارة الإمدادات، ووضع استراتيجية للتفاوض على تخفيضات في الأسعار مع المنتجين.
- مساندة السلطات التنظيمية في التقييم وتسجيل أدوية ووسائل تشخيص فيروس العوز المناعي البشري الجديدة قبل طرحها في الأسواق، وترصدها بعد تسويقها.
- تقديم الدعم التقني للبلدان لإعداد استراتيجية شاملة لخفض الأسعار لضمان إتاحة الأدوية الأساسية لفيروس العوز المناعي البشري ووسائل تشخيصه والسلع الأخرى التي ترتبط به.

٤-٣-٤ تهيئة واستدامة بيئة التمكين

١٠٤- تتطلب الاستجابة الفعالة لفيروس العوز المناعي البشري بيئة اجتماعية وقانونية وسياساتية داعمة تشجع الناس وتمكنهم من الحصول على الخدمات والانتفاع بها. ويتطلب الوصول إلى المجموعات السكانية المتنوعة في مختلف المواقع نظاماً صحياً ومجتمعية قوية وتحظى بدعم جيد، وبيئة تمكين تشجع الإنصاف في مجال الصحة والمساواة بين الجنسين وحقوق الإنسان.

١٠٥- السياسات والقوانين واللوائح التنظيمية: يلتزم قطاع الصحة التزاماً كبيراً بضمان أن تكون السياسات والقوانين واللوائح التنظيمية، بما فيها السياسات والقوانين واللوائح التنظيمية الخاصة بالقطاعات الأخرى، مؤيدة للصحة ومساندة لأنشطة الاستجابة الوطنية لفيروس العوز المناعي البشري. وبإمكان القوانين والسياسات التي تقضي على الفروق بين الجنسين وتحمي حقوق الإنسان وتعززها، عندما يتم إنفاذها على نحو ملائم، أن تقلل من

سرعة التأثير والتعرض لمخاطر العدوى بفيروس العوز المناعي البشري، وأن توسع إتاحة الخدمات الصحية وزيادة نطاقها وجودتها وفعاليتها، وخصوصاً بالنسبة للمجموعات السكانية الرئيسية المعرضة للمخاطر.

١٠٦- غير أن هناك طائفة من العوائق التي مازالت تحول دون حصول مجموعات سكانية معينة على التدخلات والخدمات الفعالة والانتفاع بها، مثل القوانين التي تحدد السن التي يمكن أن تؤخذ فيها الموافقة من المراهقين، وفقد المهاجرين والمشردين للحماية الاجتماعية، ووسم بعض المجموعات السكانية وبعض السلوكيات بالجريمة (مثل تعاطي المخدرات والعمل في الجنس وممارسة الرجال للجنس مع الرجال). ولبرنامج فيروس العوز المناعي البشري دور مهم في رصد السياسات والقوانين واللوائح التنظيمية في القطاعات الأخرى لتحديد مضامينها المحتملة فيما يخص فيروس العوز المناعي البشري والاستجابة الصحية إجمالاً، ومواضع وجود العوائق من أجل الدعوة إلى إجراء ما يلزم من مراجعات وإصلاحات لضمان الحصول على حصائل تعزز الصحة.

الإجراءات ذات المسار السريع للبلدان

- إصلاح السياسات والقوانين واللوائح التنظيمية التي تعيق الإنصاف في توفير الخدمات المتعلقة بفيروس العوز المناعي البشري، وخصوصاً للمجموعات السكانية الرئيسية المعرضة للمخاطر وللقاتل الأخرى السريعة التأثير بها.
- إنهاء السياسات والممارسات التي ترسخ الوصم والتمييز (وخصوصاً في مواقع تقديم الرعاية الصحية) وتحديدًا تجاه الأشخاص المتعاشين مع فيروس العوز المناعي البشري والمجموعات السكانية الرئيسية المعرضة للمخاطر.
- تهيئة بيئات مؤسسية ومجتمعية تكفل الأمان للناس للحصول على خدمات فيروس العوز المناعي البشري دون خوف من التمييز، وإشراك المجتمعات في تخطيط الخدمات وتقديمها لتحسين فرص الوصول إليها وجودتها وفعاليتها.
- التصدي للفتاوت بين الجنسين بدمج التدخلات المسندة بالبيانات في الخطط والاستراتيجيات الوطنية لفيروس العوز المناعي البشري.

الإجراءات ذات المسار السريع لمنظمة الصحة العالمية

- الدعوة لاستخدام البيئات في الصحة العمومية لصياغة قوانين وتدابير معززة للصحة استناداً إلى الأخلاقيات الطبية وحقوق الإنسان ومبادئ الصحة العمومية.
- وضع وتعزيز سياسات منظمة الصحة العالمية ومبادئها التوجيهية التي تتصدى بوضوح للفتاوت بين الجنسين والعنف القائم على الجنس والوصم والتمييز وحقوق الإنسان والمجموعات السكانية الرئيسية المعرضة للمخاطر وبدائل التجريم في مجال الصحة العمومية.
- وضع إرشادات وأدوات للتنفيذ وتحديثها وتنفيذها بشأن منع العنف القائم على نوع الجنس والتعامل معه وإزالة العوائق الهيكلية أمام الحصول على خدمات فيروس العوز المناعي البشري الأساسية لمختلف المجموعات السكانية بما في ذلك الأطفال والمراهقون والمجموعات السكانية الرئيسية المعرضة للمخاطر.

٤-٤ التوجّه الاستراتيجي ٤: التمويل لأغراض الاستدامة

ينبغي أن يتلقى كافة الناس الخدمات التي يحتاجون إليها دون المعاناة من صعوبات مالية

١٠٧- إن تنفيذ الإجراءات ذات المسار السريع للقضاء على وباء الأيدز بحلول عام ٢٠٣٠ يتطلب استثمارات عالمية جديدة كبيرة مع زيادتها من ٢١ ٧٠٠ مليون دولار أمريكي في عام ٢٠١٥ إلى ٣٢ ٠٠٠ مليون دولار أمريكي في عام ٢٠٢٠. وتوفير الاستثمارات في بداية الفترة، يمكن بسرعة توسيع نطاق وتدخلات السلسلة الكاملة لخدمات فيروس العوز المناعي البشري.

١٠٨- ويتطلب توفير التمويل من أجل استجابة مستدامة لفيروس العوز المناعي البشري بذل الجهود في ثلاثة مجالات:

زيادة الإيرادات لدفع تكاليف تدخلات وخدمات فيروس العوز المناعي البشري، مع التركيز على تحسين جمع الضرائب الداخلية (بما في ذلك الإيرادات العامة ومساهمات التأمين الصحي الإلزامي على السواء) على أن تكملها المصادر الخارجية كالمُنح والإيرادات الخاصة؛

الحماية من المخاطر المالية وتجميع مصادر التمويل، بما في ذلك إنشاء آليات منصفة لتجميع مصادر التمويل في عموم القطاع الصحي لضمان التغطية الكافية على امتداد السلسلة الكاملة لخدمات فيروس العوز المناعي البشري، والحد من العوائق المالية أمام تقديم الخدمات مع توفير حماية من المخاطر المالية في الوقت نفسه؛

تحسين الكفاءة في استخدام موارد النظم الصحية لتهيئة تغطية أكثر فعالية لخدمات فيروس العوز المناعي البشري، بما في ذلك خفض تكاليف أدوية فيروس العوز المناعي البشري ووسائل تشخيصه وسلعه الأخرى، والتقليل من ازدواجية النظم الفرعية الهامة مع البرامج الأخرى ومع النظام الصحي الأوسع نطاقاً، مثل المعلومات الاستراتيجية والموارد البشرية وإدارة الشراء والإمدادات. وينبغي أن يكون الاستخدام المنهجي لدراسات وبرامج التكاليف وبيانات التمويل مصادر المعلومات عند تحديد أولويات البرامج.

١٠٩- ينبغي أن يتصدى النظام الوطني للتمويل الصحي لفيروس العوز المناعي البشري بالإضافة إلى جميع الاحتياجات الصحية الوطنية الأخرى ذات الأولوية، مع تجنب تجزئ قنوات التمويل وتحقيق غاية الإنصاف الصحي.

٤-٤-١ زيادة الاستثمارات من خلال التمويل المبتكر وأساليب التمويل الجديدة

١١٠- لا تكفي التزامات التمويل الدولية والمحلية الموجودة حالياً لتحقيق الغايات المحددة لعامي ٢٠٢٠ و ٢٠٣٠ المبينة في هذه الاستراتيجية، وسيتم إيجاد مصادر جديدة للتمويل، لا تقتصر على تمويل التوسيع المستدام للتدخلات والخدمات ذات العلاقة بفيروس العوز المناعي البشري فحسب، بل أيضاً لسد الفجوات التمويلية الناشئة عن تبدل أولويات المانحين. لقد حفزت الاستجابة لفيروس العوز المناعي البشري بالفعل الابتكار في تمويل قطاع الصحة، على المستويين العالمي والقطري، كاستخدام الرسوم المفروضة على تذاكر الطيران والهواتف الجواله وانتهاء بضرائب الدخل. ولا بد من التوصل إلى ابتكارات أخرى لتوفير الموارد المطلوبة من أجل استجابة مستدامة.

١١١- يجب أن تكون زيادة تمويل فيروس العوز المناعي البشري جزءاً من جهود أوسع تُبذل لزيادة إجمالي الاستثمارات في المجال الصحي، وذلك لضمان إمكانية توسيع جميع الخدمات الصحية ذات الأولوية وصولاً إلى التغطية الصحية الشاملة. ويعتبر التمويل العمومي المحلي عنصراً محورياً في تمويل الخدمات الصحية الأساسية والمستدامة، بما في ذلك ما يخص فيروس العوز المناعي البشري. وقد وضع برنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الأيدز غايات لعام ٢٠٢٠ للتمويل المحلي لبرامج فيروس العوز المناعي البشري، ومنها توفير تمويل محلي بنسبة ١٢٪ للبرامج في البلدان المنخفضة الدخل و ٤٥٪ بالنسبة للشريحة الدنيا من البلدان المتوسطة الدخل و ٩٥٪ بالنسبة للشريحة العليا من البلدان المتوسطة الدخل. ويمكن زيادة الإنفاق العام على الصحة إما بتحصيل المزيد من الإيرادات الضريبية (زيادة القدرة المالية للحكومة) وإما بتخصيص نصيب أكبر من الأموال الحكومية الإجمالية للصحة (إعطاء الصحة أولوية أكبر في الميزانية العمومية). ويجب على وزارات الصحة أن تتشارك بالعمل بفعالية مع وزارات المالية بشأن المسائل المتعلقة بالميزانيات ونظم إدارة المالية العامة، والمسائل التي تثير القلق في الحيز المالي العام. وينبغي استخدام مبررات الاستثمار في فيروس العوز المناعي البشري للدعوة إلى تخصيص حصة عادلة للموارد العمومية لفيروس العوز المناعي البشري وللتفاوض على ذلك.

١١٢- سيواصل معظم البلدان المنخفضة الدخل والشريحة الدنيا من البلدان المتوسطة الدخل اعتمادها على التمويل الخارجي وتمويل القطاع الخاص لخدماتها وتدخلاتها المتعلقة بفيروس العوز المناعي البشري حتى عام ٢٠٢٠ وما بعدها. ومن المهم أن تتسق تدفقات الإيرادات الآتية من هذه المصادر تمام الاتساق مع الأولويات والبرامج والخطط الوطنية المتعلقة بفيروس العوز المناعي البشري والتي تم إدراجها في خطة وطنية متماسكة للصحة، مع ضرورة أن تكون هذه التدفقات مستقرة ويمكن التنبؤ بها للتقليل من مخاطر انقطاع الخدمات.

٤-٤-٢ التصدي للعقبات المالية أمام حصول الناس على الخدمات وتوفير الحماية لهم من المخاطر المالية

١١٣- تزيد نظم التمويل الصحي التي تقلل من إنفاق الناس من أموالهم الخاصة للحصول على جميع الخدمات الصحية الضرورية من توافر هذه الخدمات وتقييمهم من الوقوع في الفقر. ولتقليل المدفوعات الصحية الكارثية إلى حددها الأدنى، ينبغي ألا تتجاوز هذه النفقات ١٥-٢٠٪ من إجمالي الإنفاق الصحي.

١١٤- وينبغي إدراج التدخلات الضرورية الخاصة بفيروس العوز المناعي البشري الموجودة في السلسلة الكاملة لخدمات فيروس العوز المناعي البشري، في حزمة الفوائد الصحية الوطنية، وتقديمها بصفة مجانية. بالإضافة إلى ذلك، فإن توفير ترتيبات مساندة (مثل لامركزية الخدمات أو تقديم قسائم لوسائل المواصلات) لخفض التكاليف غير المباشرة التي يتحملها المستفيدون بالخدمة، يمكنه تحسين الإقبال على الخدمة وأثرها. وتؤدي الرسوم المفروضة على المستفيدين إلى تفاوتات في إتاحة علاج فيروس العوز المناعي البشري، وتقلل من الاستفادة من الخدمة، وتسهم في ضعف الالتزام بالعلاج، وتزيد مخاطر إخفاق العلاج، وتشكل أعباء مالية غير ضرورية على الأسر.

١١٥- ويعتمد توفير الحماية من المخاطر المالية والحصول على الخدمات اللازمة للأشخاص المتعاشين مع فيروس العوز المناعي البشري والمجموعات السكانية الأخرى المتضررة على وجود نظام وطني أوسع للتمويل الصحي يتسم بالقوة والعدل. وتُعد نظم التمويل العمومية للصحة، التي تتضمن غالبية الاعتماد على الإيرادات التي يتم تحصيلها من الضرائب العامة و/ أو ضرائب الدخل للتأمين الصحي الإلزامي، هي النظم الأشد إنصافاً وكفاءة. وينبغي أن تستند آليات المدفوعات المسبقة هذه إلى القدرة على الدفع، مع تجميع واسع النطاق للموارد لإتاحة توفير المنافع لمن يحتاجون إليها، بما في ذلك من لا يقدر على سداد الاشتراكات في هذا النظام.

٤-٤-٣ خفض الأسعار والتكاليف وتحسين أوجه الكفاءة

١١٦- تفرض الضغوط المالية على البلدان اختيار التدخلات والنهج الأشد فعالية، وتوجيه هذه الأنشطة إلى المجموعات السكانية والبيئات التي يتحقق فيها أعظم قدر من الأثر، وإلى خفض أسعار الأدوية وسائر السلع الصحية، وإلى زيادة كفاءة الخدمات. وتعتبر البرامج التي يمكنها إثبات تحقيق مردود جيد مقابل التكلفة وتحسين الكفاءة أفضل من غيرها في المطالبة بتخصيص عادل للموارد وحصولها على مساندة مالية خارجية. وهناك العديد من الفرص لتحسين أوجه الكفاءة وخفض التكاليف.

١١٧- الإدارة الجيدة للبرامج يمكنها تحسين كفاءة تدفق الموارد وتخصيصها والاستفادة منها بعد استمدادها من الميزانية الوطنية أو من مصادر خارجية لتقديم الخدمات. وتشمل الإدارة الجيدة للبرامج تحسين تنسيق تمويل المانحين والاتساق مع الخطط الوطنية والنظام الصحي الأوسع وتجميع الموارد والتمويل المستند إلى الأداء وزيادة المحاسبة على كل المستويات وعبر جميع أصحاب المصلحة بما في ذلك المنفذون والممولون.

١١٨- تحسين الاختيار والشراء والإمداد من الأدوية ووسائل التشخيص والسلع الصحية الأخرى الميسورة التكلفة إذ يمكن لذلك خفض تكلفة الخدمات والقضاء على الإهدار. ويبين التوجّه الاستراتيجي ٣ هذه النهج.

١١٩- زيادة الكفاءة والجودة العالية في تقديم الخدمات ويمكنها أن تحقق وفورات كبيرة مع تحسين الحصائل الصحية. ويتناول التوجُّه الاستراتيجي ٣ بالفعل فرص تحسين نماذج تقديم الخدمات، بما في ذلك تحسينها من خلال التكامل والروابط واللامركزية وإعادة توزيع المهام واستخدام مقدمي الرعاية الصحية من غير المتخصصين وتعزيز النظم المجتمعية. ويُعتبر ضمان جودة الخدمات ضرورياً لتحسين أوجه الكفاءة؛ إذ ستحقق الخدمات الجيدة النوعية مكاسب صحية أكبر مقابل كل دولار ينفق. وسيؤدي الالتزام الجيد بالعلاج والاحتفاظ بالمرضى في الرعاية، على سبيل المثال، إلى تقليل الحاجة إلى دخول المستشفيات وتقليل الحاجة إلى التحول إلى الخطتين الثاني والثالث من العلاج الأكثر تكلفة. كما سيؤدي تنسيق تدخلات وخدمات فيروس العوز المناعي البشري مع البرامج الصحية الأخرى والنظام الصحي إجمالاً إلى تقليل أوجه القصور وعدم الكفاءة وزيادة النتائج المرجوة إلى أقصى قدر ممكن نتيجة لذلك.

الإجراءات ذات المسار السريع للبلدان

- صياغة مبررات قوية للاستثمار في علاج فيروس العوز المناعي البشري للدعوة إلى التخصيص الكافي للموارد المحلية وحشد الدعم بالتمويل الخارجي.
- تقدير الاحتياجات الوطنية من الموارد اللازمة لفيروس العوز المناعي البشري ووضع خطط، عند اللزوم، للانتقال من التمويل الخارجي إلى التمويل العمومي المحلي لخدمات فيروس العوز المناعي البشري، مع التركيز بوجه خاص على حماية الخدمات الأساسية الأكثر اعتماداً على التمويل الخارجي لتفادي انقطاع الخدمات.
- تذييل العقبات المالية، بما في ذلك الإنهاء التدريجي للنفقات التي يدفعها الأفراد من أموالهم الخاصة للحصول على خدمات فيروس العوز المناعي البشري والخدمات الصحية الأخرى.
- توفير الحماية الصحية الشاملة ضد المخاطر المالية المرتبطة بالصحة، والتي تغطي جميع المجموعات السكانية، وتحديد أنسب طريقة لتحقيق هذه الحماية بما في ذلك نظم التمويل الصحي الإلزامية العمومية.
- رصد النفقات والتكاليف الصحية ومردودية خدمات فيروس العوز المناعي البشري من خلال النظام الوطني للرصد والتقييم من أجل تحديد الفرص لخفض التكاليف وتحقيق الوفورات.
- تقوية التنسيق مع البرامج الصحية الأخرى، بما في ذلك تحديد الفرص لتوحيد النظم الصحية الأساسية، كنظم المعلومات الاستراتيجية والموارد البشرية وإدارة الشراء والإمدادات.

الإجراءات ذات المسار السريع لمنظمة الصحة العالمية

- تقدير الاحتياجات إلى الموارد والمراجعة المنتظمة لها (بالتعاون مع برنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الأيدز) لتحقيق الغايات المحددة لعامي ٢٠٢٠ و ٢٠٣٠.
- الدعوة إلى التمويل الكامل لاستجابة فيروس العوز المناعي البشري ببناء الالتزام السياسي تجاه التمويل الوطني المستدام وبتعزيز شراكات التمويل الاستراتيجية، بما في ذلك الشراكات مع الصندوق العالمي لمكافحة الأيدز والسل والملاريا، والمرفق الدولي لشراء الأدوية، وخطة رئيس الولايات المتحدة للطوارئ للمساعدة في مجال مكافحة الأيدز، ومؤسسة بيل وميليندا غيتس وغيرها.
- مساندة البلدان لصياغة مبررات استثمار وطنية في فيروس العوز المناعي البشري وخطط انتقالية مالية للتحول من التمويل الخارجي إلى المحلي.
- توفير الإرشادات والأدوات لتقييم ورصد تكاليف الخدمات الصحية ومردوديتها، ومساندة البلدان لاعتماد منصة منظمة الصحة العالمية القطرية للحسابات الصحية.١
- دعوة البلدان إلى إدراج تدخلات وخدمات فيروس العوز المناعي البشري الأساسية في حزم الفوائد الصحية الوطنية وإزالة العوائق المالية أمام الحصول على خدمات وسلع فيروس العوز المناعي البشري.

١ للمزيد من المعلومات حول نهج منصة منظمة الصحة العالمية القطرية للحسابات الصحية، انظر: http://www.who.int/health-accounts/platform_approach/en/ (تم الاطلاع في ٢٢ آذار/ مارس ٢٠١٦).

٤-٥ التوجُّه الاستراتيجي ٥: الابتكار من أجل تسريع وتيرة الخدمات

تغيير مسار الاستجابة لتحقيق الغايات الطموحة

١٢٠- توفر البحوث والابتكارات الأدوات والمعرفة التي يمكنها تغيير مسار الاستجابة العالمية لفيروس العوز المناعي البشري وتحسين الكفاءة والجودة وتحقيق الإنصاف والوصول إلى أعظم قدر من الأثر. ومن المستبعد أن يتم تحقيق الغايات الطموحة المحددة لعامي ٢٠٢٠ و ٢٠٣٠ فيما يخص فيروس العوز المناعي البشري لو اقتصر البلدان في اعتمادها على معارف وتكنولوجيات ونهوج تقديم خدمات فيروس العوز المناعي البشري الموجودة حالياً.

١٢١- ولا يقتصر سبب الطلب على الابتكار على تطوير تكنولوجيات ونهوج جديدة فحسب، بل يتجاوز ذلك إلى استخدام الأدوات الموجودة بشكل أكثر كفاءة ولتكيفها تبعاً لمختلف الفئات السكانية أو الأماكن أو الأغراض. وقد تتطلب التدخلات التي طُورت ورُسخت في أحد الأقاليم "إعادة هندستها" لكي تكون فعالة في مكان آخر، كمفهوم إعادة توزيع المهام الذي طُور في الأماكن التي ترتفع فيها معدلات الانتشار في منطقة أفريقيا الجنوبية ويجري تكييفه بوصفه نهجاً جديداً في أوروبا الشرقية أو آسيا. وسوف تتطلب برامج تقليص الأضرار التي تم تطويرها لمتعاطي الأفيون نهجاً مبتكرة لجعلها ملائمة لمتعاطي الكوكايين. ويمكن للنقل السريع للمعارف أن يساعد البلدان على تحقيق قفزة كبيرة في أنشطة استجابتها لفيروس العوز المناعي البشري، بحيث تتعلم من تجارب الآخرين لتحديد التدخلات والنهوج التي تبشّر أكثر من غيرها بالنجاح بسرعة وتكيفها. كما يمكن للبحوث الميدانية أن تقدم الإرشاد إلى جوانب التحسين في خدمات فيروس العوز المناعي البشري لضمان تحقيق أعظم قدر من الأثر من الاستثمارات.

١٢٢- وتساند المنظمة بحوث فيروس العوز المناعي البشري في أربعة مجالات رئيسية وهي: بناء القدرات في نُظم البحوث الصحية؛ تجميع الشركاء حول تحديد أولويات البحوث؛ وضع قواعد ومعايير للممارسات الجيدة في البحوث؛ تيسير ترجمة البيانات إلى تكنولوجيات صحية ميسورة التكلفة وإلى سياسات مستنيرة بالبيانات. وعلى الرغم من اضطلاع المنظمة بدور محدود جداً في البحوث وتطوير المنتجات، فإنها تعمل عن قرب مع الشركاء في مجال البحوث والتطوير والمنتجين لضمان أن تكون التكنولوجيات الجديدة والأساسية التي تستعمل في مكافحة فيروس العوز المناعي البشري متاحة وميسورة التكلفة للبلدان بأسرع ما يمكن.

١٢٣- ونظراً للدور الحيوي الذي يؤديه الشركاء في مجال الابتكار، يبين هذا التوجُّه الاستراتيجي المجالات الرئيسية للابتكار التي ستطلب جهداً مشتركاً من جانب البلدان والمنظمة والشركاء الآخرين. ونظراً للأفق الزمني البالغ ١٥ سنة لتحقيق غايات عام ٢٠٣٠، ينبغي النظر في تحديد أولويات بحثية على المدى القصير والمتوسط والطويل. وتركز هذه الاستراتيجية على الأولويات على المدى القصير والمتوسط.

٤-٥-١ بلوغ الوقاية المثلى من فيروس العوز المناعي البشري

١٢٤- عززت الابتكارات الحديثة في تكنولوجيات الوقاية ملفات التدخلات في فيروس العوز المناعي البشري تعزيزاً شديداً، بما في ذلك استخدام العوامل المضادة للفيروسات القهقرية للوقاية من انتقال الفيروس ومن اكتسابه، والتوسع في الختان الطبي للذكور للوقاية من اكتساب الفيروس. وسيؤدي التوسع في الاستخدام المكثف لهذه الفرص وللابتكارات الأخرى، والتي يمرّ بعضها بالفعل بمراحل التطوير، إلى زيادة الأثر.

١٢٥- وسيتطلب تحقيق الإمكانيات الكاملة للإجراءات الاتقائية قبل التعرض لفيروس العوز المناعي البشري تحسين التركيبات الدوائية ونظم تقديمها ونماذج تقديم الخدمات، بما في ذلك التركيبات القابلة للحقن الموضعي والطويلة المفعول. وينبغي أن تهدف الابتكارات في تصميم العوازل الذكورية والأنثوية وأجهزة الختان الطبي للذكور إلى تحسين المقبولية لها والإقبال عليها. وسوف تظل البحوث حول لقاحات فيروس العوز المناعي البشري والجهود الرامية إلى العثور على علاج ناجح للأشخاص المتعاطشين مع فيروس العوز المناعي البشري من

المكونات الرئيسية لخطط البحوث حول الفيروس. وينبغي استخدام التكنولوجيات الجديدة في المعلومات والاتصالات لتقديم تدخلات وقائية فعالة، من خلال الصحة الإلكترونية باستخدام التطبيقات التي تعتمد على شبكة الإنترنت المتنقلة.

٤-٥-٢ بلوغ الحد الأمثل من وسائل الاختبار والتشخيص لفيروس العوز المناعي البشري

١٢٦- ستؤدي تكنولوجيات التشخيص ونهوج الاختبار الجديدة والمُحسَّنة إلى تشخيص مبكر أكثر وأدق لفيروس العوز المناعي البشري وتعزيز رصد المرضى. وهناك فرص عديدة للابتكار. ويمكن للتطورات الجديدة في الاختبار الذاتي لتحري فيروس العوز المناعي البشري أن تسفر عن توسع هائل في اختبار فيروس العوز المناعي البشري، لكن سيتعين ضمان جودتها وربطها ربطاً كافياً بالاختبار التأكيدي وبخدمات فيروس العوز المناعي البشري الأوسع نطاقاً. وستمكن الوسائل البسيطة والميسورة التكلفة والموثوقة لتشخيص فيروس العوز المناعي البشري بمراكز الرعاية، بما في ذلك التشخيص المبكر للرضع ورصد المرضى وخصوصاً لقياس الحمل الفيروسي، من إجراء اختبارات الفيروس ورصد مرضاه في المجتمعات المحلية والمناطق النائية. ويمكن لتطوير منصات تشخيصية متعددة الاستخدامات أو متكاملة لتشخيص المشترك لفيروس العوز المناعي البشري وحالات العدوى المصاحبة له، كالسل والتهاب الكبد الفيروسي والزهري، أن يزيد أوجه كفاءة الخدمات وأن يحسّن رعاية المرضى.

٤-٥-٣ بلوغ الحدود المثلى لأدوية فيروس العوز المناعي البشري ونُظمه العلاجية

١٢٧- على الرغم من التطورات الكبيرة في مأمونية وفي قوة وفي مقبولية الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية ونُظم العلاج بها، مازالت هناك مجالات تتطلب المزيد من الابتكارات والتحسينات. وفي حين أنه تحقق تقدم كبير في تطوير نُظم علاجية وتركيبات بسيطة وفعالة بأدوية الخطّ الأول المضادة للفيروسات القهقرية، لاتزال الحاجة ماثلة إلى الابتكار لتطوير نُظم علاج ثابتة الجرعة وبسيطة وقوية من الخطين الثاني والثالث. وينبغي أن تهدف البحوث التي تجرى على الجرعات المثلى من الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية إلى توفير المعلومات اللازمة حول النُظم العلاجية الفعالة وفي الوقت نفسه التقليل من السمية ومن التفاعلات فيما بين دواء وآخر منها وخفض التكاليف. ومازالت الحاجة ماسة إلى الكثير من الابتكار في تطوير تركيبات مضادة للفيروسات القهقرية ونُظم علاجية متناسقة، بما في ذلك التركيبات البسيطة والمستساغة للرضع والأطفال، والنُظم العلاجية للمراهقين لتحسين مقبوليتهم لها والتزامهم بها، والتركيبات الطويلة الأمد التي تؤخذ عن طريق الفم وبالحقن لتحسين الالتزام والكبت الفيروسي. وفي الوقت نفسه، لا بد من تطوير أدوية ونُظم علاجية أشد فعالية للوقاية من العدوى المصاحبة والاعتلالات المصاحبة الأخرى والخطيرة وتبديرها العلاجي.

٤-٥-٤ بلوغ التقديم الأمثل للخدمات

١٢٨- يمكن أن يعزى جانب كبير من نجاح التوسع السريع في العلاج بالأدوية المضادة للفيروسات القهقرية إلى اعتماد نهج الصحة العمومية في علاج فيروس العوز المناعي البشري ورعاية المصابين به، وهو نهج يعزز استخدام البروتوكولات والأساليب المبسطة والمعيارية الموحدة، ويؤدي إلى الاستخدام الذي يتسم بالكفاءة لمختلف مستويات الخدمات الصحية والمشاركة التامة مع المجتمعات المحلية. وبالمثل، فإن العديد من النجاحات التي تحققت في مجال الوقاية من فيروس العوز المناعي البشري يمكن أن تعزى إلى الابتكارات في مجال الخدمات الصحية وتعزيز نُظم المجتمعات المحلية، بحيث يمكن توصيل التدخلات الفعالة إلى المجموعات السكانية الأكثر تأثراً وتعرضاً للمخاطر.

١٢٩- لكن مع وصول برامج فيروس العوز المناعي البشري إلى مرحلة النضج، يلزم تكييفها للتصدي للتحديات الجديدة وتوسيع نطاقها وتعزيز الإنصاف في الحصول على خدماتها. كما يتعين إيجاد توازن دقيق يمكن من خلاله تكييف الخدمات تبعاً للمواقع وللمجموعات السكانية المعينة، وفي الوقت نفسه الحفاظ على مستوى معين

من البساطة والتوحيد المعياري للسماح بالتوسع الكفاء والمستدام على نطاق كبير. وقد سلطت الخبرة المستمدة من توسيع العلاج بمضادات الفيروسات الفهقرية الضوء على ضرورة مراعاة تقديم علاج ورعاية مختلفين في مجال فيروس العوز المناعي البشري للاستجابة لمختلف الاحتياجات العلاجية لدى الأشخاص المتعاشين مع فيروس العوز المناعي البشري (تبعاً للعمر، ومرحلة المرض، وللاستجابة للعلاج، ولوجود اعتلالات مصاحبة وأحوال صحية أخرى، وللسياقات المحلية).

١٣٠- وينبغي التركيز بشكل خاص على تطوير خدمات مُبتكرة تهدف إلى الوصول إلى عدد من المجموعات السكانية وإشراكها والاحتفاظ بها في الرعاية وعلى تقديم حزم معينة من التدخلات. وتمس الحاجة على وجه السرعة إلى حزم من التوليفات التي تضم وسائل الوقاية المُبتكرة للتعامل مع ارتفاع معدل حدوث فيروس العوز المناعي البشري بين بعض المجموعات السكانية من المراهقات والشابات وخصوصاً في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، ولزيادة إشراك الصبيان والرجال في كل من خدمات الوقاية والعلاج. ويتطلب ضعف الالتزام بالعلاج وانخفاض معدلات الاحتفاظ بالمرضى في الرعاية وازدياد معدلات الوفيات بين المراهقين المتعاشين مع فيروس العوز المناعي البشري إيلاء الأولوية في الاهتمام، مع ضرورة التصدي لانخفاض معدلات تغطية الختان الطبي الطوعي للذكور بين الصبيان المراهقين والرجال الأكبر سناً.

٥- تنفيذ الاستراتيجية: الشراكات والمساءلة والرصد والتقييم وتقدير التكاليف

١٣١- يعتمد التنفيذ الفعال لهذه الاستراتيجية على تضافر جهود جميع الأطراف المعنية في استجابة القطاع الصحي لفيروس العوز المناعي البشري. ويتطلب النجاح شراكات قوية لضمان اتساق السياسات والبرامج. ويلزم إرساء وتعزيز الصلات بين مختلف البرامج النوعية والمعنية بأمراض محددة والبرامج الشاملة داخل قطاع الصحة.

١-٥ التعاون مع الشركاء

١٣٢- تؤدي منظمة الصحة العالمية دوراً تنظيمياً مهماً بالجمع بين شتى الجهات والقطاعات والمنظمات المعنية لدعم استجابة منسقة ومتسقة لقطاع الصحة تجاه فيروس العوز المناعي البشري. وبالإضافة إلى العمل مع وزارات الصحة بالدول الأعضاء، تعمل أمانة المنظمة عن قرب مع شركاء رئيسيين آخرين من ضمنهم ما يلي:

١٣٣- **الجهات المانحة الثنائية الأطراف والمتعددة الأطراف والوكالات الإنمائية والصناديق والمؤسسات.** وضعت منظمة الصحة العالمية خطط عمل مشتركة وترتيبات تعاونية أخرى حول فيروس العوز المناعي البشري مع مجموعة من كبرى الوكالات المانحة في مجال فيروس العوز المناعي البشري بما في ذلك الصندوق العالمي لمكافحة الأيدز والسل والملاريا، والمرفق الدولي لشراء الأدوية، وخطة رئيس الولايات المتحدة للطوارئ للمساعدة في مجال مكافحة الأيدز.

١٣٤- **المجتمع المدني.** أنشأت منظمة الصحة العالمية فريقاً مرجعياً للمجتمع المدني بشأن فيروس العوز المناعي البشري يجمع بين ممثلين من نطاق واسع من المجموعات وشبكات المجتمع المدني المعنية بفيروس العوز المناعي البشري. ويسدي هذا الفريق المشورة للمنظمة بشأن سياسات فيروس العوز المناعي البشري وبرنامج العمل، وييسر نشر سياسات المنظمة وإرشاداتها وتنفيذها. وللمجتمع المدني ممثلون في كل فريق عامل وتقني تابع للمنظمة، ومن ضمنها الفريق العامل المعني بوضع سياسات المنظمة ومبادئها التوجيهية وأدواتها. وهناك مجموعة من منظمات المجتمع المدني تربطها علاقات رسمية بالمنظمة، مما يمكنها من حضور جلسات مختلف الأجهزة الرئاسية في المنظمة بصفة مراقب، بما في ذلك حضور جمعية الصحة العالمية.

١٣٥- **برنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الأيدز ووكالات الأمم المتحدة الشريكة.** تعتمد المنظمة، باعتبارها جهة مشاركة في رعاية برنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الأيدز، على منظومة الأمم المتحدة

الأوسع في تقديم استجابة شاملة متعددة القطاعات لفيروس العوز المناعي البشري. وتسهم الجهات الراعية العشر الأخرى لبرنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الأيدز، بجانب أمانة البرنامج، في استجابة قطاع الصحة لفيروس العوز المناعي البشري، مسترشدة بجدول "تقسيم العمل" الخاص بالبرنامج والذي يوضح المجالات الرئيسية للمسؤوليات في أسرة البرنامج.

١٣٦- **الشركاء التقنيون.** أنشأت المنظمة لجنة استشارية استراتيجية وتقنية معنية بفيروس العوز المناعي البشري تتألف من مجموعة من الخبراء التقنيين من البرامج الوطنية لمكافحة فيروس العوز المناعي البشري والمنظمات المنفذة والمعاهد البحثية والمجتمع المدني لإسداء المشورة إلى المدير العام بشأن سياسات المنظمة المعنية بفيروس العوز المناعي البشري وبرنامج عملها. ويؤدي الشركاء التقنيون دوراً حاسماً في فريق العمل التابع للمنظمة المسؤول عن وضع سياسات المنظمة ومبادئها التوجيهية.

٢-٥ المساءلة على الصعيد العالمي وعلى الصعيد القطري

١٣٧- تكتسب آليات المساءلة الجيدة الأداء والشفافة التي تتمتع بمشاركة مجتمعية قوية أهمية كبيرة نظراً لاتساع طائفة الشركاء وأصحاب المصلحة ممن يعتبر وجودهم ضرورياً للحصول على استجابة فعالة لفيروس العوز المناعي البشري. وتشمل اللبانات الأساسية في هذا الشأن إنشاء القيادة القوية والتصريف السديد للشؤون، وتتضمن على: المشاركة الكاملة مع جميع أصحاب المصلحة، ووضع غايات وطنية صريحة تتضح فيها الأهداف الإنمائية المستدامة، حيث يكون ذلك ملائماً، كما تتضح فيها الأهداف المدرجة في هذه الاستراتيجية إلى جانب الالتزامات الأخرى على الصعيد العالمي؛ مع استخدام مؤشرات ملائمة لتوافر التدخلات وتغطيتها وجودتها وأثرها من أجل اقتفاء مسار التقدم؛ وترسيخ عمليات شفافة وشاملة للتقييم والإبلاغ. وهناك أدوات موجودة بالفعل لقياس التقدم المحرز (بما في ذلك أدوات لتهيئة البيئة التمكينية). ويعتبر كل من الرصد المتسق والإبلاغ المنتظم عن التقدم على المستويين القطري والعالمي من الأمور البالغة الأهمية لتقوية المساءلة.

٣-٥ الرصد والتقييم والإبلاغ

١٣٨- سيجري رصد تنفيذ الاستراتيجية على أربعة مستويات باستخدام الآليات الموجودة بالفعل:

- رصد التقدم المحرز نحو الأهداف والغايات العالمية والإبلاغ عنه؛
- رصد الاستجابة على المستويين الإقليمي والقطري وتقييمها؛
- تطبيق إطار منظمة الصحة العالمية للإدارة القائمة على تحقيق النتائج؛
- تطبيق إطار المساءلة الخاص ببرنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الأيدز.

١-٣-٥ رصد التقدم المحرز نحو الأهداف والغايات العالمية والإبلاغ عنه

١٣٩- على الصعيد العالمي، ستقيم المراجعات المنتظمة التقدم المحرز في مختلف الالتزامات والغايات، وستستند هذه المراجعات إلى البيانات المتلقاة من البلدان من خلال مختلف آليات وإجراءات الرصد والتقييم الحالية، مثل النظام العالمي للإبلاغ عن التقدم المحرز في الاستجابة للأيدز، على أن تكملها بيانات إضافية عند اللزوم. وقد حددت المنظمة مجموعة تتكون من عشرة مؤشرات عالمية رئيسية تم تنظيمها على امتداد السلسلة الكاملة لخدمات فيروس العوز المناعي البشري، وينبغي استخدامها للرصد والإبلاغ عن التقدم المحرز في استجابة قطاع الصحة لفيروس العوز المناعي البشري (انظر الشكل ٧).

١٤٠- وسيتم بانتظام تقييم التقدم المحرز على الصعيدين العالمي والإقليمي نحو الغايات الموضوعية في هذه الاستراتيجية. كما سيجري أيضاً استخدام أسس المقارنة المرجعية - أو المقارنات بين البلدان وفي داخل كل بلد - لتقييم الأداء في بلوغ الغايات. وقد صُممت هذه الاستراتيجية لتكون مرنة بما يكفي لتتضمن أولويات إضافية أو لسد الثغرات التي قد يتم تحديدها في استجابة قطاع الصحة لفيروس العوز المناعي البشري. ولهذا الغرض ستواصل المنظمة عملها مع شركائها لتقديم المساندة للبلدان من أجل الجمع المنسق والموحد للبيانات حول المؤشرات الرئيسية، وذلك استناداً إلى المبادئ التوجيهية الموحدة للمنظمة بشأن المعلومات الاستراتيجية لفيروس العوز المناعي البشري في قطاع الصحة،^١ وفي إعداد التقارير العالمية والإقليمية، وتدعو الاقتراحات إلى رفع تقارير منتظمة بالبيانات.

١٤١- ستنفذ المنظمة إطاراً للرصد والمساءلة خاصاً بالاستراتيجية بالتشاور مع أصحاب المصلحة، كما سترصد وتتبادل البيانات حول الاستفادة بمبادئها التوجيهية المعنية بفيروس العوز المناعي البشري وأيضاً حول التقدم المحرز في تنفيذ الاستراتيجية، لتسليط الضوء على العقبات ولتشجيع أفضل الممارسات.

٢-٣-٥ رصد وتقييم الاستجابة على المستوى القطري

١٤٢- ينبغي تقييم التقدم المحرز في تنفيذ استجابة قطاع الصحة لفيروس العوز المناعي البشري باستخدام مؤشرات حول التوافر وحاصل التغطية والأثر، مع أخذ التوصيات الأخرى ذات العلاقة لرصد التنفيذ بعين الاعتبار. وتوصي مبادئ المنظمة التوجيهية الموحدة بشأن المعلومات الاستراتيجية بمجموعة أساسية موحدة تضم ٥٠ مؤشراً وطنياً بحيث تستخدمها البلدان في الرصد والإبلاغ عن برامجها الوطنية لفيروس العوز المناعي البشري وأنشطة استجابتها الوطنية الكلية لفيروس العوز المناعي البشري. وسيتم تتبع التقدم المحرز صوب تحقيق أهداف التنمية المستدامة المرتبطة بفيروس العوز المناعي البشري والإبلاغ عنها.

١٤٣- وستُمدَّ مؤشرات رصد تقوية النظم الصحية من منصة مشتركة لرصد وتقييم الاستراتيجيات الصحية الوطنية تقوم المنظمة فيها بدور التنسيق، وهناك أيضاً وسائل لتقدير التقدم المحرز في تنفيذ السياسات والتدابير القانونية والهيكيلية الرامية إلى تعزيز الاستجابة لفيروس العوز المناعي البشري.

٣-٣-٥ إطار منظمة الصحة العالمية للإدارة القائمة على تحقيق النتائج

١٤٤- يوفر برنامج العمل العام الثاني عشر للمنظمة للفترة ٢٠١٤-٢٠١٩ رؤية استراتيجية رفيعة المستوى لعمل المنظمة، ويبين ستة مجالات عمل. وتدرج معظم الأنشطة المتعلقة بفيروس العوز المناعي البشري في الفئة ١: الأمراض السارية. لكن هناك أنشطة أخرى مهمة متعلقة بفيروس العوز المناعي البشري تدرج في فئات أخرى، وخصوصاً الفئة ٢: الأمراض غير السارية (بما فيها تعاطي مواد الإدمان والصحة النفسية ورعاية الحالات المزمنة)، والفئة ٣: تعزيز الصحة طيلة العمر (بما فيها صحة الأم والمراهق والطفل والصحة الجنسية والإنجابية)، والفئة ٤ (بما فيها الحصول على الأدوية ووسائل التشخيص، والتقديم المتكامل للخدمات، والمعلومات الاستراتيجية، والموارد البشرية). ويندرج في الفئة ١ فيروس العوز المناعي البشري والتهاب الكبد الفيروسي، ولهما مجال عملهما الخاص الذي توضع له خطط عمل ثنائية السنوات مع مجموعة من الحصائل المتفق عليها وميزانية.

١ مبادئ توجيهية موحدة بشأن المعلومات الاستراتيجية لفيروس العوز المناعي البشري في قطاع الصحة، انظر: <http://who.int/hiv/pub/guidelines/strategic-information-guidelines/en> (تم الاطلاع في ٢٢ آذار/ مارس ٢٠١٦).

٢ برنامج العمل العام الثاني عشر للفترة ٢٠١٤-٢٠١٩: ليس مجرد التحرر من المرض، انظر: http://www.who.int/about/resources_planning/twelfth-gpw/en (تم الاطلاع في ٢٢ آذار/ مارس ٢٠١٦).

١٤٥- وتشمل هذه الاستراتيجية ثلاث ثنائيات (٢٠١٦-٢٠١٧، و٢٠١٨-٢٠١٩، و٢٠٢٠-٢٠٢١). ويتم رصد تنفيذ خطة العمل من خلال التقرير المرحلي حول التقدم المحرز في نهاية كل ثنائية، مع القيام بمراجعة في منتصف الثنائية لتيسير التنفيذ.

٥-٣-٤ إطار المساءلة الخاص ببرنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الأيدز

١٤٦- يتضح عمل المنظمة في مجال فيروس العوز المناعي البشري في الميزانية وخطة العمل المتضمنتين في الميزانية الموحدة لبرنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الأيدز ونتائجه وإطار المساءلة الخاص به،^١ الذي يفرض إطاراً واحداً في الفترة ٢٠١٦-٢٠٢١ يدعم التخطيط والميزنة المشتركين فيما بين الجهات الراعية الإحدى عشرة وأمانة البرنامج. وتوضع خطط عمل وميزانيات مفصلة للثنائيات طوال فترة هذه الاستراتيجية بدءاً بالثنائية ٢٠١٦-٢٠١٧. وتتولى كل جهة مشاركة في رعاية البرنامج مسؤولية تنفيذ مجموعة من الأنشطة العامة المتعلقة باختصاصاتها التنظيمية ووفق جدول تقسيم العمل والدعم التقني في برنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الأيدز، ويتوافق إطار الميزانية الموحدة والنتائج والمساءلة بإطار لرصد الأداء يحدّد مؤشرات يقاس وفقها التقدم في تنفيذ الميزانية وخطة العمل، ويتم تقديم تقرير مرحلي سنوي حول التقدم المحرز إلى مجلس تنسيق البرامج في برنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الأيدز.

٥-٤ تكلفة تنفيذ الاستراتيجية

١٤٧- تصف الاستراتيجية العالمية لقطاع الصحة بشأن فيروس العوز المناعي البشري في الفترة ٢٠١٦-٢٠٢١ مساهمة قطاع الصحة في هدف القضاء على مرض العوز المناعي البشري باعتباره أحد التهديدات التي تحدق بالصحة العمومية بحلول عام ٢٠٣٠. وقد تم تقدير تكلفة تنفيذ الاستراتيجية بناءً على تقدير تكاليف استراتيجية برنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الأيدز في الفترة ٢٠١٦-٢٠٢١، والتي استخدمت تكاليف للغايات ولوحدات معينة في التدخلات المدرجة في الاستراتيجية.

١٤٨- استُمدت البيانات الخاصة بتقدير التكاليف من التقديرات الديموغرافية التي أعدتها شعبة السكان بالأمم المتحدة، ودراسات المسح الوطني للأسر (المسوحات الديموغرافية والصحية ومسح مؤشرات الأيدز)،^٢ وتقديرات برنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الأيدز لعبء فيروس العوز المناعي البشري حسب البلدان، والتقارير القطرية من خلال النظام العالمي للإبلاغ عن التقدم المحرز في الاستجابة للأيدز.^٣ وتم حساب التكاليف بالنسبة للبلدان المائة والعشرين المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل عبر أقاليم منظمة الصحة العالمية الستة.

١٤٩- وتستند تكاليف الوحدات إلى مراجعات لدراسات تقدير التكاليف، وقد راجعها خبراء من مجموعة من البلدان. وقدم فريق من الخبراء تقديرات للتكاليف المستقبلية للعلاج بالأدوية المضادة للفيروسات القهقرية. وتفترض تلك التقديرات حدوث بعض التراجع المستمر في أسعار الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية وانخفاضات في كل من تكاليف المختبرات (مع تبسيط نُظْم الاختبار) وتكاليف تقديم الخدمات، مع تحويل بعض المرضى إلى الرعاية

١ طُرِح هذا الإطار خلال الاجتماع السابع والثلاثين لمجلس تنسيق البرامج التابع لبرنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الأيدز (جنيف، ٢٦-٢٨ تشرين الأول/أكتوبر ٢٠١٥) وكان عنوانه: الميزانية الموحدة لبرنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الأيدز ونتائجه وإطار المساءلة الخاص به في الفترة ٢٠١٦-٢٠٢١، انظر: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20151103_UNAIDS_UBRAF_PCB37_15-19_EN.pdf (تم الاطلاع في ٢٢ آذار/مارس ٢٠١٦).

٢ برنامج المسح الديموغرافي والصحي، انظر: <http://dhsprogram.com/What-We-Do/Survey-Types/DHS.cfm> (تم الاطلاع في ٢٢ آذار/مارس ٢٠١٦).

٣ النظام العالمي للإبلاغ عن التقدم المحرز في الاستجابة للأيدز، انظر:

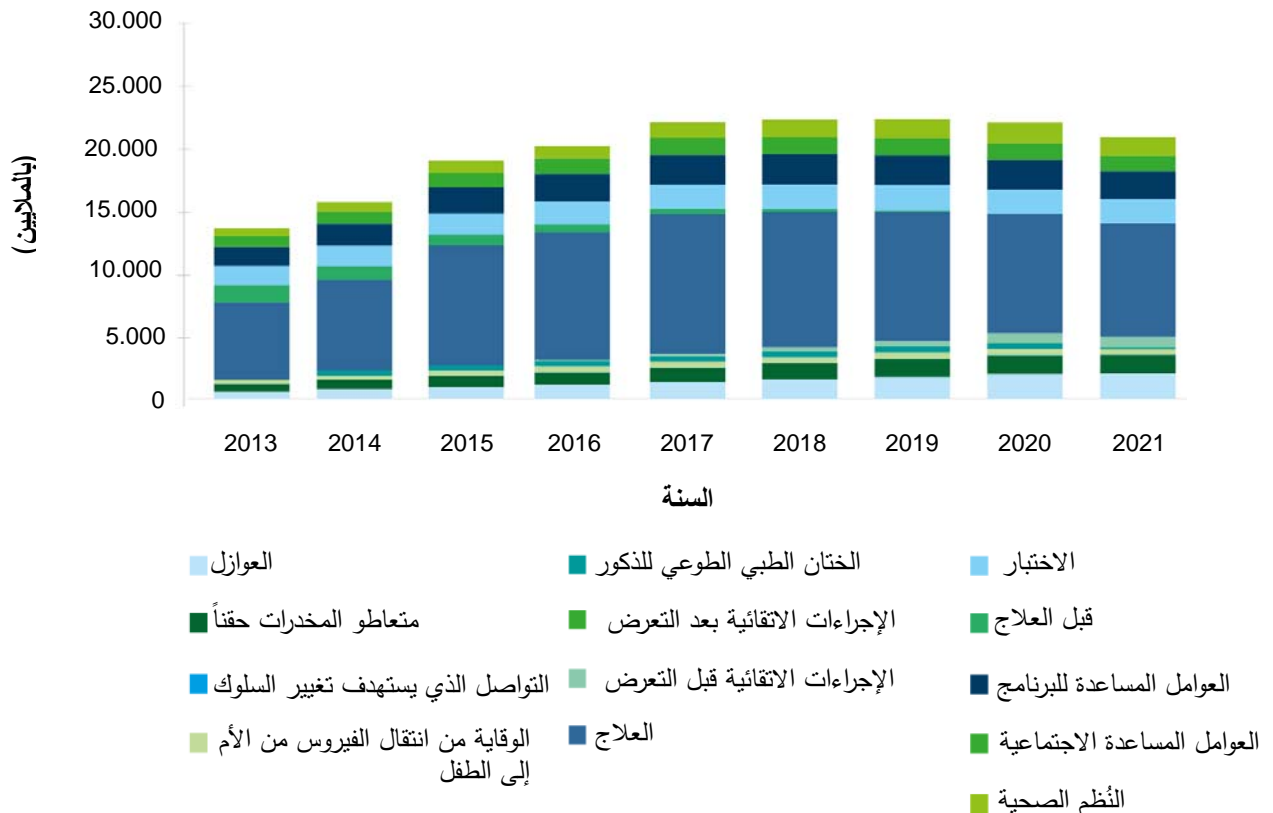
<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/globalaidsprogressreporting> (تم الاطلاع في ٢٢ آذار/مارس ٢٠١٦).

المجتمعية. أما غايات التغطية المستقبلية فهي مستمدة من استراتيجية برنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الأيدز في الفترة ٢٠١٦-٢٠٢١.

١٥٠- وتشير التقديرات إلى أن التكاليف الإجمالية لهذه الاستراتيجية سترتفع من نحو ٢٠ ٠٠٠ مليون دولار أمريكي في عام ٢٠١٦ إلى نحو ٢٢ ٠٠٠ مليون دولار أمريكي في عام ٢٠٢٠ و ٢١ ٠٠٠ مليون دولار أمريكي في عام ٢٠٢١ (انظر الشكل ٨). ويتطلب العلاج بالأدوية المضادة للفيروسات القهقرية أكبر قدر من الموارد، بنسبة ٤٧٪ من المجموع؛ ويمثل منفذ البرنامج المكون الذي يتلوه من حيث الكبر بنسبة ١٣٪ تليها خدمات اختبار فيروس العوز المناعي البشري بنسبة ٩٪، ومن ثم برامج استعمال الواقي الذكري بنسبة ٨٪.

١٥١- هناك أربعة بلدان (مرتبة حسب العبء) تحتاج إلى أكثر من ثلث الموارد كافة، وهي: جنوب أفريقيا ونيجيريا والبرازيل والصين. وما يزيد على نصف الموارد كافة المطلوبة للبلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل يخصص للإقليم الأفريقي (٥٥)، يليها بعد ذلك أكبر أقاليم^١ والمتمثلة في الإقليم الأمريكي بنحو ١٦٪ وإقليم غرب المحيط الهادئ بنحو ١٣٪ وإقليم جنوب شرق آسيا بما يقدر بحوالي ٨٪. وفي الإقليم الأوربي هنالك حاجة لنحو ٥٪ من الموارد كما يحتاج إقليم شرق المتوسط إلى ٤٪. وتحتاج البلدان المنخفضة الدخل إلى نحو ربع هذه الموارد، في حين تحتاج الشريحة الدنيا من البلدان متوسطة الدخل إلى نحو ربعها، كما تحتاج الشريحة العليا من البلدان متوسطة الدخل إلى ما يقل قليلاً عن نصفها.

الشكل ٨: التكاليف حسب التدخل والسنة (بالدولار الأمريكي)



١ تشير الأقاليم إلى أقاليم المنظمة الستة، حيث تغطي البيانات ١٢٠ من البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل.

التذييل ٢

[ج/٦٩/٣٢ - ٢٢ نيسان/ أبريل ٢٠١٦]

الاستراتيجية العالمية لقطاع الصحة بشأن التهاب الكبد الفيروسي، ٢٠١٦-٢٠٢١ - صوب إنهاء التهاب الكبد الفيروسي

١- يشكل التهاب الكبد الفيروسي أحد التحديات الدولية التي تواجه الصحة العمومية، وهو مرض لا يقل شأنًا عن الأمراض السارية الرئيسية الأخرى، بما في ذلك فيروس العوز المناعي البشري والسل والملاريا. وعلى الرغم من العبء الكبير الذي يشكله التهاب الكبد على المجتمعات في شتى المناطق في العالم، فقد قوبل بالتجاهل إلى حد كبير بوصفه أولوية صحية وإنمائية حتى وقت قريب. لكنه لن يظل متوارياً بعد اليوم مع اعتماد القرار المعني بخطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠. وللغاية ٣-٣ من أهداف الخطة أهمية خاصة في هذا الشأن، حيث تدعو إلى القيام بعمل محدد لمكافحة التهاب الكبد الفيروسي.^٢

٢- وتسهم هذه الاستراتيجية العالمية لقطاع الصحة بشأن التهاب الكبد الفيروسي، في تحقيق خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠. وهي تغطي السنوات الست الأولى من برنامج العمل الصحي لما بعد عام ٢٠١٥- (٢٠١٦-٢٠٢١)، وتستند إلى "إطار العمل العالمي لمنظمة الصحة العالمية بشأن الوقاية من التهاب الكبد الفيروسي ومكافحته"^٣ وإلى القرارين الصادرين عن جمعية الصحة العالمية في عامي ٢٠١٠ و٢٠١٤ بشأن التهاب الكبد الفيروسي. وقد تناولت الاستراتيجية جميع فيروسات التهاب الكبد الخمسة (التهاب الكبد الفيروسي A و B و C و D و E)، مع التركيز بوجه خاص على التهاب الكبد الفيروسي B و C؛ نظراً للعبء النسبي الذي يشكلانه على الصحة العمومية.

٣- وتصف هذه الاستراتيجية إسهام قطاع الصحة في الجهود المبذولة لمقاومة التهاب الكبد الفيروسي بهدف الوصول إلى القضاء عليه باعتباره أحد التهديدات التي تحدد بالصحة العمومية، وهي تعزز التآزر بين التهاب الكبد الفيروسي والمسائل الصحية الأخرى، وتوائم بين الاستجابة لالتهاب الكبد الفيروسي وبين الاستراتيجيات والخطط والأهداف الصحية والإنمائية العالمية الأخرى. كما أنها تحدد وضع الاستجابة لالتهاب الكبد الفيروسي في سياق التغطية الصحية الشاملة، التي تمثل غاية صحية جامعة من غايات خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠. وتوضّح الاستراتيجية طريق المضي قدماً، وفيها:

- رؤية لعالم يوقف فيه انتقال التهاب الكبد الفيروسي ويتمتع فيه جميع الأشخاص المتعايشين مع التهاب الكبد الفيروسي بالحصول على رعاية وعلاج مأمونين وميسوري التكلفة وفعالين؛
- هدف يتمثل في التخلص من التهاب الكبد الفيروسي باعتباره أحد التهديدات الرئيسية التي تحدد بالصحة العمومية بحلول عام ٢٠٣٠؛

١ قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة A/RES/70/1 (٢٠١٥) - تحويل عالمنا: خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠، انظر: http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E (تم الاطلاع في ٢ نيسان/ أبريل ٢٠١٦).

٢ هدف التنمية المستدامة ٣، الغاية ٣-٣: "وضع نهاية لأوبئة الأيدز والسل والملاريا والأمراض المدارية المهملة ومكافحة التهاب الكبد الوبائي والأمراض الأخرى المنقولة بالمياه والأمراض السارية بحلول عام ٢٠٣٠".

٣ الوقاية من عدوى التهاب الكبد الفيروسي ومكافحتها: إطار العمل العالمي، انظر <http://www.who.int/hiv/pub/hepatitis/Framework/en/> (تم الاطلاع في ٣ نيسان/ أبريل ٢٠١٦).

٤ القرار جص ع٦٣-١٨ (٢٠١٠)، والقرار جص ع٦٧-٦ (٢٠١٤).

• غايات تسعى إلى خفض معدلات حدوث عدوى التهاب الكبد المزمن من المستوى الحالي البالغ ٦-١٠ ملايين حالة عدوى مزمنة إلى ٠,٩ مليون حالة عدوى بحلول عام ٢٠٣٠، وإلى خفض عدد الوفيات السنوية بسبب التهاب الكبد المزمن من ١,٤ مليون إلى أقل من ٠,٥ مليون بحلول عام ٢٠٣٠. وسيطلب تحقيق هذه الغايات تغييراً جذرياً في الاستجابة لالتهاب الكبد، وسيعني رفع مستوى التعامل مع التهاب الكبد إلى مستوى أولوية أعلى ضمن استجابات الصحة العمومية.

٤- يجب أن تغتنم هذه الاستراتيجية الفرص الجديدة، بما فيها تزايد الوعي العام، والتقدم في أدوية علاج التهاب الكبد وتشخيصه والتكنولوجيات الأخرى، والالتزام المتزايد بتحقيق الإنصاف في مجال الصحة. وتحدد الاستراتيجية مجموعة من الإجراءات ذات الأولوية لكي تتخذها منظمة الصحة العالمية دعماً للبلدان.

٥- وتُصنف الإجراءات ذات الأولوية ضمن خمسة توجّهات استراتيجية، وهي:

التوجّه الاستراتيجي ١ - توفير المعلومات لاتخاذ إجراءات مُركّزة: تطوير نظام قوي للمعلومات الاستراتيجية لفهم وباء التهاب الكبد الفيروسي وتركيز الاستجابة؛

التوجّه الاستراتيجي ٢ - التدخلات الرامية إلى إحداث الأثر: تحديد التدخلات الضرورية العالية الأثر في السلسلة الكاملة لخدمات التهاب الكبد التي ينبغي إدراجها في حزم الفوائد الصحية؛

التوجّه الاستراتيجي ٣ - توفير الخدمات لضمان الإنصاف: تعزيز النظم الصحية والمجتمعية لتقديم خدمات عالية الجودة لتحقيق التغطية المنصفة وأكبر قدر من الأثر؛

التوجّه الاستراتيجي ٤ - التمويل لأغراض الاستدامة: اقتراح استراتيجيات لخفض التكاليف وتحسين الكفاءة والتقليل من مخاطر تعرّض من يحتاجون إلى الخدمات للصعوبات المالية إلى أدنى حد؛

التوجّه الاستراتيجي ٥ - الابتكار من أجل تسريع وتيرة الخدمات: تشجيع الابتكار ورعايته لدفع عجلة التقدم.

الإطار العام للاستراتيجية

٦- تشمل الاستراتيجية على خمسة مكونات رئيسية، وهي:

(١) السبيل إلى التخلص من التهاب الكبد الفيروسي - يستعرض هذا المكوّن الوضع الراهن لأوبئة التهاب الكبد الفيروسي والاستجابة لها، ويحدد الفرص والتحديات مستقبلاً، ويوضّح مبررات الاستثمار الكافي في أنشطة استجابة القطاع الصحي لالتهاب الكبد الفيروسي؛

(٢) صياغة الاستراتيجية - يصف هذا المكوّن الأطر التنظيمية الثلاثة للاستراتيجية (التغطية الصحية الشاملة، والسلسلة الكاملة لخدمات التهاب الكبد، ونهج الصحة العمومية)؛

(٣) الرؤية والهدف والغايات والمبادئ التوجيهية - يقدم هذا المكوّن مجموعة من الغايات المتعلقة بالأثر وتغطية الخدمة لعامي ٢٠٢٠ و ٢٠٣٠ لدفع عجلة الاستجابة؛

(٤) التوجّهات الاستراتيجية والإجراءات ذات الأولوية - يوصي هذا المكوّن بالإجراءات التي ستتخذها البلدان ومنظمة الصحة العالمية ضمن كل واحد من التوجّهات الاستراتيجية الخمسة؛

(٥) تنفيذ الاستراتيجية: القيادة والشراكات والمساءلة والرصد والتقييم - يشرح هذا المكوّن العناصر الرئيسية في تنفيذ الاستراتيجية، بما في ذلك الشراكات الاستراتيجية والرصد والتقييم وتقدير التكاليف.

الشكل ١: إطار الاستراتيجية العالمية لقطاع الصحة بشأن التهاب الكبد الفيروسي في الفترة ٢٠١٦-٢٠٢١



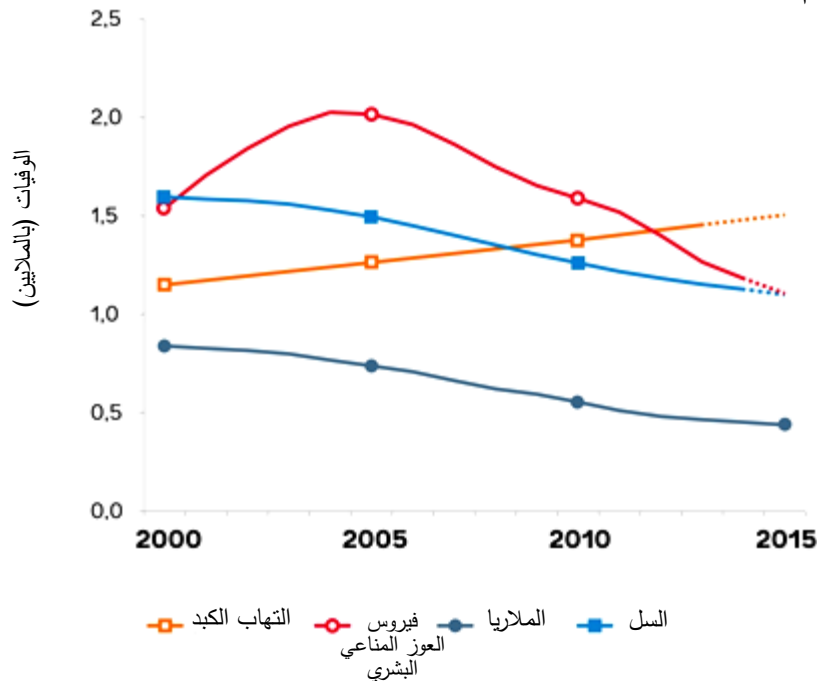
١ - السبيل إلى التخلص من التهاب الكبد الفيروسي

٧- تتبع الحاجة إلى استراتيجية عالمية لقطاع الصحة بشأن التهاب الكبد الفيروسي من حجم نقشي وتعقيد وباء التهاب الكبد، بالإضافة إلى الإقرار المتنامي بالعبء الضخم الذي يفرضه على الصحة العمومية، وبالفرص الهائلة لاتخاذ إجراءات حياله. وحتى يومنا هذا، لم يغتنم هذه الفرص إلا عدد قليل من البلدان، كما غلب التفتت والقصور على الإجراءات المتخذة وقد حان الوقت لحشد استجابة متنسقة للصحة العمومية تعطي أولوية للتدخلات الفعالة، وتشجع نهج تقديم خدمات تضمن الجودة والإنصاف، وتحقق شمول البرامج لتحقيق أثر مستدام على مستوى السكان، وترسخ بوضوح مسؤولية أصحاب المصلحة ومساءلتهم.

١-١ عبء كبير على الصحة العمومية

٨- يلحق وباء التهاب الكبد الفيروسي خسائر فادحة بالأرواح والمجتمعات المحلية والنظم الصحية. ففي عام ٢٠١٣، كان التهاب الكبد الفيروسي سابع أهم سبب للوفاة على مستوى العالم. وهو مسؤول عما يقدر بنحو ١,٤ مليون وفاة سنوياً بسبب الإصابة بالعدوى الحادة وسرطان الكبد وتليف الكبد المرتبطين بالتهاب الكبد، وهو عبء يمكن مقارنته بعبء فيروس العوز المناعي البشري والسل (انظر الشكل ٢). ويعزى نحو ٤٧٪ من هذه الوفيات إلى فيروس التهاب الكبد B، و٤٨٪ إلى فيروس التهاب الكبد C، وتعزى النسبة الباقية إلى فيروس التهاب الكبد A وفيروس التهاب الكبد E. كما يمثل التهاب الكبد الفيروسي أيضاً سبباً متزايداً للوفاة بين الأشخاص المتعاشين مع فيروس العوز المناعي البشري. وهناك نحو ٢,٩ مليون شخص من بين المصابين بفيروس العوز المناعي البشري مصابون في الوقت ذاته بفيروس التهاب الكبد C، و٢,٦ مليون شخص مصابون بفيروس التهاب الكبد B.

الشكل ٢: العدد التقديري للوفيات نتيجة التهاب الكبد الفيروسي وفيروس العوز المناعي البشري والملاريا والسل في العالم، الفترة ٢٠٠٠-٢٠١٥

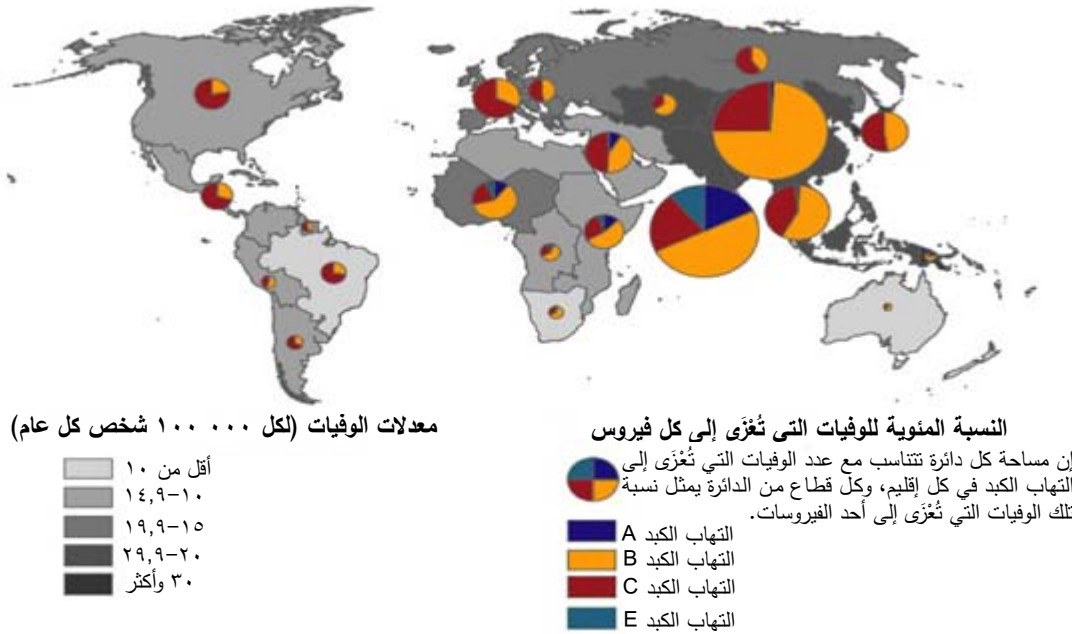


المصدر: عبء المرض العالمي وتقديرات منظمة الصحة العالمية/ برنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الأيدز: <http://ihmeuw.org/3pms> (تم الاطلاع في ٢ نيسان/ أبريل ٢٠١٦).

٩- وعلى مستوى العالم، هناك نحو ٢٤٠ مليون شخص مصاب بعدوى مزمنة بفيروس التهاب الكبد B، و١٣٠-١٥٠ مليون شخص آخر مصاب بحالة عدوى مزمنة بفيروس التهاب الكبد C. وفي غياب استجابة سريعة وموسعة، من المتوقع أن يظل عدد الأشخاص المتعايشين مع فيروس التهاب الكبد B على مستوياته الحالية المرتفعة نفسها طوال السنوات الأربعين أو الخمسين المقبلة، كما أن العدد التراكمي للوفيات التي ستحدث فيما بين عامي ٢٠١٥ و ٢٠٣٠ سيبلغ ٢٠ مليون وفاة. أما عدد الأشخاص المتعايشين مع فيروس التهاب الكبد C فهو في ازدياد فعلاً، على الرغم من وجود علاج ناجح له. ولم يعد ممكناً إرجاء تعزيز الاستجابة العالمية وتوسيع نطاقها.

١٠- وتختلف فيروسات التهاب الكبد الخمسة (A و B و C و D و E) اختلافاً كبيراً فيما بينها، وتتم بأمناط انتقال مختلفة، وتؤثر في مجموعات سكانية مختلفة، مما يؤدي إلى اختلاف الحصائل الصحية. وتتطلب الاستجابة الفعالة مجموعة من الإجراءات الموحدة، مع تقديم تدخلات مُصمَّمة خصيصاً لكل فيروس من الفيروسات الخمسة في الوقت ذاته (انظر الشكل ٣).

الشكل ٣: التوزع الإقليمي لوفيات التهاب الكبد الفيروسي



المصدر: ستاناواي وكوك (مراسلات شخصية)

١١- إن التهاب الكبد الفيروسي B و C هما عدوى منقولة بالدم، ويحدث معظم الانتقال في مقتبل العمر ومن خلال عمليات الحقن والإجراءات الطبية غير المأمونة، وعلى نحو أقل شيوعاً من خلال الاتصال الجنسي. وأعلى معدل انتشار لفيروس التهاب الكبد B في منطقة أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى وشرق آسيا، حيث يصاب ما بين ٥-١٠٪ من السكان البالغين بعدوى مزمنة. ويعد انتقال فيروس التهاب الكبد B من الأم إلى الطفل أحد الأنماط الرئيسية للانتقال في الأماكن التي ترتفع فيها معدلات الانتشار. كما ترتفع معدلات انتشار العدوى المزمنة أيضاً في منطقة الأمازون بأمريكا الجنوبية والأجزاء الجنوبية من شرق ووسط أوروبا. وفي الشرق الأوسط وشبه القارة الهندية، تشير التقديرات إلى أن قرابة ٢-٥٪ من عموم السكان مصابون بعدوى مزمنة. ويعتبر التمتع أنجع استراتيجيات الوقاية من العدوى بفيروس التهاب الكبد B.

١٢- ويوجد التهاب الكبد C في كل أنحاء العالم، لكن المناطق الأشد تضرراً منه هي شرق ووسط آسيا وشمال وغرب أفريقيا، حيث تنتج معظم حالات العدوى عن عمليات الحقن الطبي والإجراءات الطبية الأخرى غير

المأمونة. وتحدث أوبئة فيروس التهاب الكبد C المرتبطة بحقن المخدرات في جميع المناطق، حيث تشير التقديرات إلى إصابة ٦٧٪ ممن يتعاطون المخدرات حقناً بفيروس التهاب الكبد C. كما ينبغي أن تشمل استراتيجيات الوقاية الشاملة لكل من فيروس التهاب الكبد B وفيروس التهاب الكبد C ضمان مأمونية مشتقات الدم ومأمونية ممارسات الحقن وخدمات تقليص الأضرار لمتعاطي المخدرات حقناً وتعزيز ممارسات الجنس الأكثر مأمونية.

١٣- وينتقل التهاب الكبد D من خلال ملامسة دم ملوث، وهو لا يحدث إلا بين المصابين بالفعل بعدوى فيروس التهاب الكبد B وبالتالي يمكن الوقاية منه من خلال التطعيم ضد فيروس التهاب الكبد B وجهود الوقاية الأخرى.

١٤- ويعد كل من التهاب الكبد الفيروسي A و E عدوى منقولة عن طريق الأطعمة والماء، ويمكنها أن تنتسب في فاشيات حادة في المجتمعات المحلية التي تعاني من المياه غير المأمونة وسوء خدمات الإصحاح والصرف الصحي. وهي لا تنتسب في عدوى مزمنة أو مرض كبدي مزمن، وليس لها علاج معين. وتتم الوقاية منها بتحسين مرافق الإصحاح والسلامة الغذائية والتطعيم.

١-٢ هناك فرص غير مسبقة لاتخاذ الإجراءات

١٥- إن التخلص من أوبئة التهاب الكبد باعتباره أحد التهديدات الرئيسية التي تحدد بالصحة العمومية أمر ممكن باستخدام الأدوات والنهج المتاحة حالياً والتي هي قيد التطوير. وتوجد فرص لتحسين الاستجابة والتوسع فيها بالاستثمار في خمسة مجالات للتدخلات الأساسية، وهي:

اللقاحات - تتوفر اللقاحات الفعالة للوقاية من العدوى بكل من التهاب الكبد الفيروسي A و B و E حيث تعكف مجموعة من البلدان بالفعل على تنفيذ برامج واسعة النطاق وزهيدة التكلفة لتطعيم الأطفال ضد فيروس التهاب الكبد B؛

الوقاية من انتقال فيروس التهاب الكبد B من الأم إلى الطفل - يُعد التطعيم في الوقت المناسب عند الميلاد بجرعة من لقاح فيروس التهاب الكبد B تدخلاً أساسياً للوقاية من انتقال الفيروس من الأم إلى الطفل عند الولادة، وهو ما يمكن تحسينه من خلال فحوصات مرحلة ما قبل الولادة واستخدام العقاقير المضادة للفيروسات؛

مأمونية الحقن والدم والجراحة - يمكن وقف انتقال التهاب الكبد الفيروسي B و C في أماكن الرعاية الصحية من خلال التطبيق الصارم للاحتياطات الشاملة لكل التدخلات الطبية الباضعة، وتشجيع تدابير مأمونية الحقن وضمان توفير الإمداد المأمون لمشتقات الدم؛

تقليص الأضرار لمتعاطي المخدرات حقناً - يمكن لضمان إتاحة أدوات حقن معقمة وخدمات العلاج الناجع من إدمان المخدرات، أن يقي من أوبئة فيروس التهاب الكبد B و C ومكافحتها بين متعاطي المخدرات حقناً في إطار حزمة شاملة من التدخلات الخاصة بالوقاية وعلاج ورعاية المصابين بفيروس العوز المناعي البشري و التهاب الكبد الفيروسي وغيرهما من أنواع العدوى المنقولة بالدم لمتعاطي المخدرات حقناً؛^١

١ تشمل حزمة التدخلات الشاملة للمنظمة والخاصة بالوقاية وعلاج ورعاية متعاطي المخدرات حقناً من فيروس العوز المناعي البشري و التهاب الكبد الفيروسي التدخلات التالية: البرامج الخاصة بالإبر والمحاقن؛ العلاج بالاستعاضة عن المواد الأفيونية وغيره من ضروب العلاج المعتمدة على المخدرات؛ اختبار فيروس العوز المناعي البشري وتقديم المشورة بشأنه؛ العلاج المضاد للفيروسات القهقرية للمصابين بفيروس العوز المناعي البشري؛ الوقاية من الأمراض المنقولة جنسياً؛ برامج العوازل الذكرية لمتعاطي المخدرات حقناً وشركائهم في العملية الجنسية؛ المعلومات الموجهة والتثقيف والتواصل مع متعاطي المخدرات حقناً وشركائهم في العملية الجنسية؛ التطعيم، والتشخيص وعلاج التهاب الكبد الفيروسي؛ الوقاية وتشخيص وعلاج مرض السل؛ الوقاية من جرعات المخدرات الزائدة وعلاجها.

العلاج - يمكن للأدوية الفموية الجديدة التي يتحملها المرضى تحملاً جيداً ولإعطاء النظم العلاجية للمصابين بعدوى مزمنة بفيروس التهاب الكبد C تحقيق نسب شفاء تزيد على ٩٠٪. ويتوفر العلاج الناجع أيضاً للمصابين بعدوى مزمنة بفيروس التهاب الكبد B، شريطة استمرار العلاج طوال الحياة بالنسبة لمعظم المصابين.

١٦- ولكي تحقق التدخلات الفعالة أكبر الأثر، ينبغي أن تكون على شكل توليفات (مشاركات) وأن تكون مُصمَّمة خصيصاً لمجموعة سكانية محددة ولمكان مُعيَّن ولبينة مخصوصة. فبالنسبة لأوبئة فيروس التهاب الكبد B على سبيل المثال، ستشهد الصحة العمومية أكبر منفعة في بلدان معينة يرتفع فيها معدل انتشار هذا الفيروس من خلال تركيز الجهود على الحد من الوفيات من خلال الوقاية من العدوى في وقت مبكر من العمر من خلال التطعيم بجرعة من اللقاح عند الميلاد وفي مرحلة الطفولة، وعلاج المصابين بالتهاب الكبد المزمن.

٣-١ تمهيد السبيل إلى النجاح

١٧- تتيح الفرص الجديدة الأمل في التخلص من التهاب الكبد الفيروسي باعتباره تهديداً يحدق بالصحة العمومية، لكن هناك بعض العقبات الكبيرة جداً التي يجب التعامل معها لبلوغ هذا الهدف، وهي كالتالي:

عدم الاتساق في القيادة وفي الالتزام - لقد بزغ دور قيادي غير عادي في التصدي لالتهاب الكبد في طائفة من البلدان، كما حشد المجتمع المدني أيضاً حركة عالمية لمناهضته، ونتيجة لذلك، تم رفع مستوى التهاب الكبد الفيروسي ليصبح من أولويات الصحة العمومية. لكن بلداناً كثيرة، والمجتمع الدولي ككل، لم تعمل بعد بالإصرار والإلحاح المطلوبين للقضاء على أوبئة التهاب الكبد. ومازالت البلدان التي لديها استراتيجيات وخطط وطنية خاصة بمكافحة التهاب الكبد الفيروسي قليلة العدد، كما أن عدد البلدان التي لديها أقسام أو وحدات في وزارات الصحة مخصصة لقيادة استجابتها وتوجيهها وتنسيقها وتكون مسؤولة أمام مواطنيها عن الاستجابة لالتهاب الكبد، أقل من ذلك.

عدم كفاية البيانات - هناك بلدان كثيرة لا تدرك تمام الإدراك الأبعاد الحقيقية لأوبئة التهاب الكبد وأثرها على الصحة العمومية. فالبيانات الوطنية ودون الوطنية غائبة في كثير من الأحوال أو غير كافية، وبرامج ترصد التهاب الكبد ضعيفة، مما يجعل من الصعب التخطيط لعمل مركز وتحديد الأولويات عند توزيع الموارد.

محدودية تغطية برامج الوقاية - غالباً ما تكون برامج الوقاية، وخصوصاً بالنسبة لمجموعات سكانية معينة والتي تكون الأكثر تضرراً وتعرضاً للمخاطر، محدودة في نطاقها وفي تغطيتها. وفيما بين عامي ٢٠٠٠ و٢٠١٠، حدث انخفاض بنسبة ٩١٪ في عدوى فيروس التهاب الكبد B، وانخفاض بنسبة ٨٣٪ في عدوى فيروس التهاب الكبد C الناتجة عن عمليات الحقن غير المأمونة. بيد أن التقديرات تذهب إلى أن عمليات الحقن الطبي غير المأمونة مازالت مسؤولة عن ١,٧ مليون حالة عدوى جديدة بفيروس التهاب الكبد B سنوياً وما بين ١٥٧ ١٠٠٠ و٣١٥ ٠٠٠ حالة عدوى جديدة بفيروس التهاب الكبد C سنوياً. وتقل التغطية العالمية لبرامج تقليص الأضرار لمتعاطي المخدرات حقناً، بما في ذلك البرامج الخاصة بالإبر والمحاقن، عن ١٠٪. وبحلول عام ٢٠١٤، ازدادت التغطية العالمية للتطعيم ضد فيروس التهاب الكبد B في مرحلة الطفولة إلى أكثر من ٨٢٪، لكن التطعيم بجرعة من اللقاح عند الميلاد ضد فيروس التهاب الكبد B تخلف عن الركب فلم تتجاوز تغطيته ٣٨٪.

عدم معرفة معظم الناس بأوضاعهم من حيث الإصابة بالتهاب الكبد - وبسبب عدم توافر استراتيجيات وأدوات الاختبار البسيطة والناجعة، لا يعرف إلا أقل من ٥٪ من المصابين بعدوى التهاب كبد مزمنة بأمر إصابتهم. لهذا السبب، فإن التشخيص غالباً ما يأتي متأخراً، ونادراً ما تتوافر الاختبارات المناسبة لتقييم مرض الكبد وتوجيه قرارات العلاج، بما في ذلك توجيهها عند بدء العلاج.

عدم توافر خدمات العلاج والرعاية الأقلية من المصابين - تشير التقديرات إلى أن أقل من ١٪ من المصابين بعدوى مزمنة بالتهاب الكبد الفيروسي حصلوا على علاج ناجح بالأدوية المضادة للفيروسات. وقد لا يتمكن الذين يعانون من مضاعفات عدوى مزمنة بالتهاب الكبد، بما في ذلك التليف الكبدي وكارسينوما الخلايا الكبدية في المراحل الأخيرة، من الحصول على الرعاية الأساسية، وخصوصاً الرعاية الملطفة والرعاية في نهاية الحياة.

أثمان باهضة للأدوية والمواد التشخيصية لا تتيح لمعظم الناس - أحدث تطور نُظم وأساليب العلاج الشديدة الفعالية، بما في ذلك الأدوية المضادة للفيروسات ذات المفعول المباشر، ثورة في علاج المصابين بعدوى مزمنة بفيروس التهاب الكبد C، وهناك سلسلة طويلة من الخيارات الواعدة الأخرى قيد التطوير. لكن ارتفاع أسعار الأدوية الجديدة يشكل عقبة كبيرة أمام توافرها في معظم البلدان، حيث يمتد علاج المصابين بعدوى مزمنة بفيروس التهاب الكبد B طوال الحياة لمعظم الناس. وستكمن التحديات في ضمان أن تكون هذه الأدوية ميسورة التكلفة، وإتاحة هذه الأدوية للمحتاجين إلى العلاج دون المعاناة من صعوبات مالية.

عدم توفر نهج للصحة العمومية للتصدي لالتهاب الكبد - ستكون إعادة توجيه برامج مكافحة التهاب الكبد نحو نهج شامل في مجال الصحة العمومية أمراً بالغ الأهمية إذا أُريد التخلص من التهاب الكبد. وسيطلب هذا خدمات صحية تركز على الناس يمكنها الوصول إلى المجموعات السكانية الأشد تضرراً، ومختبرات جيدة التشغيل لضمان مستوى عالي الجودة من الاختبار ورصد العلاج، وإمدادات مضمونة من الأدوية ووسائل التشخيص الميسورة التكلفة، وقوى عاملة صحية مدربة تدريباً لائقاً، وتمويلًا عاماً كافياً للتدخلات والخدمات الضرورية، والإشراك الفعال للمجتمعات المحلية المتضررة.

العقبات الهيكلية تزيد سرعة التأثير بالمخاطر وتحول دون الإنصاف في توافر الخدمات - مازالت انتهاكات حقوق الإنسان، وانتشار الوصم والتمييز، تحول دون إتاحة خدمات الرعاية الصحية أمام المجموعات السكانية التي قد تعاني من التجريم أو من التهميش والتي تتعرض تعرضاً شديداً لمخاطر العدوى بالتهاب الكبد، بما في ذلك الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات حقناً والرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال، والسجناء، والعاملون في تجارة الجنس.

١٨- ويمكن أن تستفيد أنشطة الاستجابة لالتهاب الكبد من برامج الصحة العمومية الناجحة في المجالات الأخرى بما فيها برامج فيروس العوز المناعي البشري والسل والتمنيع ورعاية الحالات المزمنة، حيث يمكن على سبيل المثال تكييف النهج الابتكارية في تقديم خدمات فيروس العوز المناعي البشري للوصول إلى فئات سكان معينة (انظر إطار النص). وتقدم استراتيجيات تحسين الجودة وتخفيض الأسعار التي مكّنت من التوسيع السريع لتغطية علاج فيروس العوز المناعي البشري دروساً لزيادة إتاحة علاج ميسور التكلفة لفيروس التهاب الكبد C. وأما برامج التمنيع فيمكن أن تبين لنا كيف يمكن استخدام مجموعة من الاستراتيجيات للوصول إلى المجتمعات كافة وضمان إتاحة لقاحات ناجعة وآمنة وميسورة التكلفة.

فئات السكان الأكثر تضرراً وتعرضاً للمخاطر

ينبغي لكل بلد أن يحدد فئات معينة من السكان داخله والذين يكونون الأكثر تضرراً بوباء التهاب الكبد الفيروسي، كما ينبغي أن تعتمد الاستجابة على السياق الوبائي والاجتماعي. ففي العديد من البلدان يحدث الكثير من حالات انتقال فيروسي التهاب الكبد B و التهاب الكبد C في أوساط مرافق الرعاية الصحية وبالتالي تشمل الفئات السكانية المحددة محل الاهتمام الأشخاص الذين تعرضوا لالتهاب الكبد الفيروسي من خلال إمدادات الدم غير المأمونة والحقن والإجراءات الطبية غير المأمونة. وفي الأوساط التي يرتفع فيها معدل انتشار التهاب الكبد B، فمن المرجح أن يكون انتقال التهاب الكبد B من الأم إلى الطفل هو الطريقة الرئيسية للانتقال، إلى جانب إصابة من لم يتم تطعيمهم في مرحلة الطفولة المبكرة. وقد يشمل السكان المعرضون للمخاطر عن طريق الاتصال الجنسي الشباب والمراهقين، والرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال، والعاملين في مجال الجنس، والمتحولين جنسياً، والسجناء. ويكون متعاطو المخدرات حقناً هم الأكثر عرضة لمخاطر الإصابة بالتهاب الكبد C و التهاب الكبد B بسبب التشارك في استخدام معدات الحقن الملوثة والدم. ويكون السكان المتقلون، والأشخاص المتضررون من النزاعات والاضطرابات المدنية معرضين بشكل خاص لمخاطر الإصابة بجميع أشكال العدوى بالتهاب الكبد الفيروسي بسبب ظروفهم المعيشية، وعدم الحصول على مياه نظيفة وغذاء آمن والخدمات الطبية التي لا يمكنها الحفاظ على تدابير فعالة لمكافحة العدوى.

وأخيراً فإن الناس المعرضين لأمراض مصاحبة من قبيل التهاب الكبد B و C معاً؛ وفيروس التهاب الكبد والسل؛ وفيروس العوز المناعي البشري؛ وفيروس التهاب الكبد يتطلبون اهتماماً خاصاً.

١٩- ورغم أن التحديات السالفة الذكر تعوق أنشطة استجابة البلدان، فإن هناك في حقيقة الأمر مجال كبير للتحسين مما يتيح فرصة كبيرة للبلدان، حيث تعلق أصوات المصابين بالتهاب الكبد المزمن والمجتمعات المتضررة يوماً بعد يوم مطالباً باتخاذ إجراءات في هذا الصدد. وأصبحت حتمية اتخاذ الإجراءات واضحة وجلية. ورغم أن الكثير من الإجراءات التي يلزم اتخاذها بسيط نسبياً، فإن أثرها سيكون عميقاً على أوبئة التهاب الكبد والأولويات الصحية والإنمائية الأخرى.

٢- صياغة الاستراتيجية

٢٠- لقد تم تصميم استراتيجية التهاب الكبد الفيروسي بحيث تسهم في تحقيق خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠، وعلى وجه التحديد الهدف الثالث (الغاية ٣-٣) المتعلق بالصحة. وتصف الاستراتيجية الإجراءات ذات الأولوية الواجب اتخاذها لتحقيق الغايات العالمية المتصلة بالتهاب الكبد والكيفية التي يمكن لاستجابة التهاب الكبد أن تسهم بها في تحقيق التغطية الصحية الشاملة والغايات الصحية الأخرى وخطة عام ٢٠٣٠ الأوسع نطاقاً. وهي تتسق مع الاستراتيجيات والخطة الصحية ذات الصلة، بما فيها الاستراتيجيات والخطة الخاصة بفيروس العوز المناعي البشري والعدوى المنقولة جنسياً وعمليات الحقن المأمونة ومأمونية الدم واللقاحات والسل والأمراض غير السارية، وتستجيب لمتطلبات قراراتين اعتمدهما جمعية الصحة العالمية بشأن التهاب الكبد الفيروسي في عامي ٢٠١٠ و ٢٠١٤.

٢١- وتعتمد الاستراتيجية على ثلاثة أطر استراتيجية تنظيمية، وهي: التغطية الصحية الشاملة، وسلسلة خدمات التهاب الكبد، ونهج الصحة العمومية.

٢-١ خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠ - تقديم التوجيه

٢٢- خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠ خطة طموحة وبعيدة المدى، وتشكل الصحة أحد الأهداف الرئيسية في خطة ما بعد عام ٢٠١٥، مما يوضّح دورها المحوري في تخفيف حدة الفقر وتيسير التنمية. ويتناول الهدف المتعلق بالصحة (الهدف ٣) مجموعة من التحديات الصحية الحاسمة للتنمية، وأبرزها الغاية ٣-٣ المتعلقة بالأمراض السارية، بما في ذلك مكافحة أوبئة التهاب الكبد الفيروسي. وسوف تؤثر مكافحة الفعالة لهذه الأوبئة أيضاً في الغايات الصحية الأخرى، ومن ضمنها تلك المتعلقة بتخفيض معدل وفيات الأمومة (الغاية ٣-١)

وخفض معدل الوفيات الناجمة عن الأمراض غير السارية (الغاية ٣-٤) والوقاية من اضطرابات تعاطي مواد الإدمان وعلاجها (الغاية ٣-٥) وتحقيق التغطية الصحية الشاملة (الغاية ٣-٨) وإتاحة أدوية ولقاحات ميسورة التكلفة (الغاية ٣-ب) والتمويل الصحي والقوى العاملة الصحية (الغاية ٣-ج). وبالإضافة إلى أثرها على الهدف ٣ المتعلق بالصحة، ستسهم مكافحة أوبئة التهاب الكبد الفيروسي في التخلص من الفقر (الهدف ١) ووضع نهاية للجوع (الهدف ٢) وإدارة المياه والإصحاح (الهدف ٦) والحد من انعدام المساواة في إتاحة الخدمات والسلع (الهدف ١٠) وتشجيع وجود المجتمعات الشاملة للجميع والتي تشجع عدم التمييز (الهدف ١٦) والتمويل وبناء القدرات من أجل التنفيذ (الهدف ١٧).

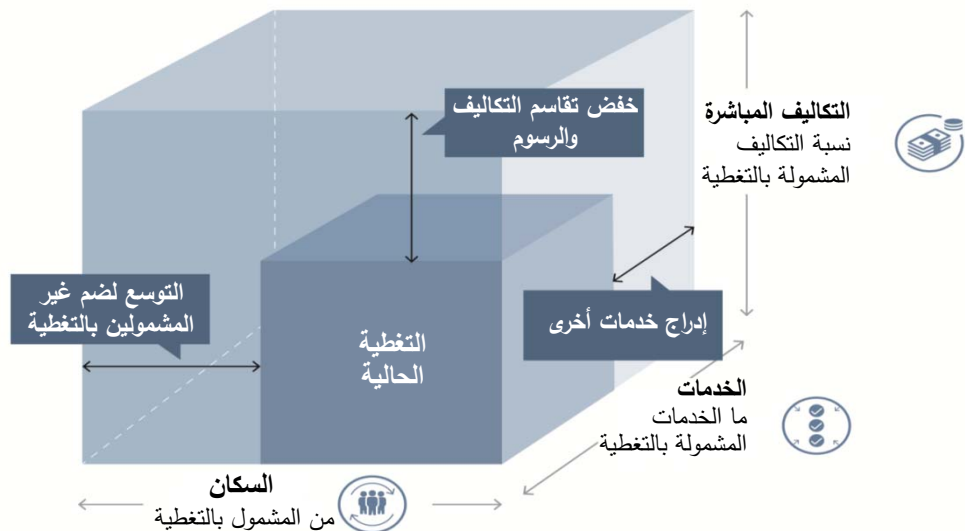
٢-٢ التغطية الصحية الشاملة - إطار جامع

٢٣- على المستوى العالمي، يتعرض ١٥٠ مليون شخص لكارثة مالية ويواجه ١٠٠ مليون شخص كل عام خطر السقوط في الفقر بسبب نفقات العلاج التي يدفعها الأفراد مباشرة من أموالهم الخاصة. ويعتبر ضمان الأمن المالي والإنصاف في مجال الصحة من الأمور الرئيسية التي تثير القلق في خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠، وتوفر التغطية الصحية الشاملة إطاراً للتصدي لهما. وتتحقق التغطية الصحية الشاملة (انظر الشكل ٤) عندما يحصل جميع الناس على الخدمات الصحية التي يحتاجون إليها، وتكون هذه الخدمات ذات جودة كافية لإحداث تأثير إيجابي، دون معاناة أولئك الناس من مصاعب مالية. وتشتمل التغطية الصحية الشاملة على ثلاثة أهداف رئيسية متشابكة، وهي:

- (١) توسيع نطاق الخدمات المقدمة - تحسين نطاق وجودة وإتاحة الخدمات الصحية الضرورية التي يحتاج الناس إليها؛
- (٢) تغطية المجموعات السكانية التي تحتاج إلى الخدمات - تحسين الانتفاع المنصف والأمثل بالخدمات بقدر الحاجة؛
- (٣) خفض التكاليف المباشرة للخدمات - توفير الحماية المالية لمن يحتاجون إلى الخدمات.

٢٤- ومع ازدياد الموارد وأوجه الكفاءة والقدرات، يمكن توسيع نطاق الخدمات المقدمة، وتحسين جودتها، وتغطية المزيد من المجموعات السكانية مع تحميل تكاليف مباشرة أقل على من يحتاجون إلى الخدمات، بمعنى تحقيق التغطية الصحية الشاملة تدريجياً.

الشكل ٤: الأبعاد الثلاثة للتغطية الصحية الشاملة



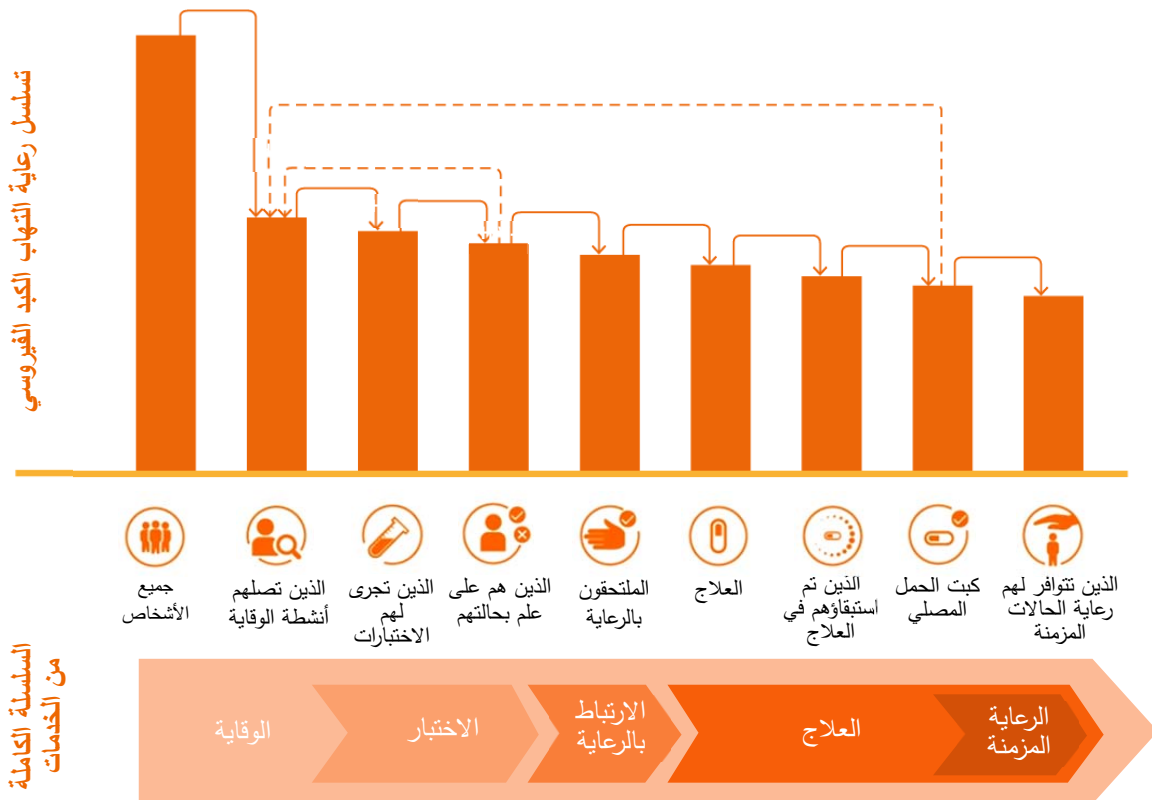
٢-٣ السلسلة الكاملة لخدمات التهاب الكبد الفيروسي - الإطار التنظيمي

٢٥- في حين أن مفهوم التغطية الصحية الشاملة يمثل إطار الاستراتيجية ككل، فإن سلسلة خدمات التهاب الكبد الفيروسي اللازمة لكبح جماح هذا الوباء تمثل الإطار المنظم للإجراءات المحددة الواجب اتخاذها (انظر الشكل ٥). وتشمل تلك السلسلة المجموعة الكاملة من التدخلات اللازمة لتحقيق غايات الاستراتيجية، بداية من تقليص المخاطر والوقاية من العدوى وتشخيصها، وربط الأشخاص الذين سُخِّصت حالتهم بخدمات الوقاية والعلاج الملائمة، وانتهاء بتوفير العلاج ورعاية الحالات المزمنة. وتحدد الاستراتيجية الخدمات الضرورية والتدخلات اللازم القيام بها على امتداد هذه السلسلة، والمعلومات الاستراتيجية اللازمة لتركيز التدخلات لتحقيق أكبر الأثر.

٢-٤ نهج الصحة العمومية

٢٦- تستند الاستراتيجية إلى نهج الصحة العمومية الذي يعنى بالوقاية من العدوى والمرض، وتعزيز الصحة، وإطالة أعمار السكان ككل. وهي تهدف إلى ضمان التوسع إلى أقصى حد ممكن في إتاحة خدمات عالية الجودة على مستوى السكان، وذلك استناداً إلى تدخلات وخدمات مبسطة وموحدة يمكن بسهولة توسيع نطاقها وإضفاء اللامركزية عليها، بما في ذلك في الأماكن التي تعاني من قلة الموارد. ويهدف نهج الصحة العمومية إلى تحقيق الإنصاف في مجال الصحة وتعزيز المساواة بين الجنسين وإشراك المجتمعات والاستفادة من القطاعين العام والخاص في الاستجابة.

الشكل ٥: السلسلة الكاملة لخدمات التهاب الكبد الفيروسي وسلسل الاحتفاظ بالمرضى في الرعاية



٣- الرؤية العالمية والهدف والغايات

٢٧- تتضمن الاستراتيجية رؤية عالمية وهدفاً عالمياً ومجموعة من الغايات العالمية التي تتسق مع خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠ والقرارات ذات الصلة الصادرة عن جمعية الصحة العالمية.

١-٣ الرؤية العالمية

٢٨- عالم يتوقف فيه سريان التهاب الكبد الفيروسي وتتاح فيه خدمات الوقاية والرعاية والعلاج المأمونة والميسورة التكلفة والفعالة أمام جميع الأشخاص المتعايشين مع التهاب الكبد.

٢-٣ الهدف

٢٩- التخلص من التهاب الكبد الفيروسي كخطر كبير يهدد الصحة العمومية بحلول عام ٢٠٣٠.

٣-٣ الغايات لعامي ٢٠٢٠ و ٢٠٣٠

٣٠- يمكن للبلدان المساهمة في التخلص من التهاب الكبد الفيروسي كخطر عالمي كبير يهدد الصحة العمومية إذا ما عملت بالقدر الكافي من الإصرار على بلوغ مجموعة الغايات الطموحة بحلول عامي ٢٠٢٠ و ٢٠٣٠. وتنطبق هذه الغايات (انظر الجدول رقم ١) على جميع الأشخاص المعرضين لخطر الإصابة بعدوى التهاب الكبد الفيروسي، من أطفال ومراهقين وبالغين، وأغنياء وفقراء، ونساء ورجال، وكافة المجموعات السكانية المتضررة والمعرضة للمخاطر.

١ يدعو الهدف ٣ من خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠ إلى "مكافحة التهاب الكبد"، وفي عام ٢٠١٤ طلبت جمعية الصحة العالمية بموجب القرار ج ص ٦٧-٦ من المدير العام دراسة إمكانية القضاء على فيروس التهاب الكبد. وتشير نماذج المنظمة وتحليلاتها إلى أن الجهود المبذولة للقضاء على فيروس التهاب الكبد يمكنها تأمين "القضاء عليه باعتباره تهديداً للصحة العمومية" عند الوصول إلى خمس غايات متآزرة للتغطية بالخدمات المتعلقة بالوقاية والعلاج (انظر الجدول رقم ١) وقد حددت المنظمة هدف القضاء على التهاب الكبد الفيروسي باعتباره تهديداً للصحة العمومية عبر تخفيض أنواع العدوى المزمنة الجديدة بنسبة ٩٠٪ وتخفيض الوفيات بنسبة ٦٥٪.

الجدول ١: لمحة عن غايات الاستراتيجية العالمية لالتهاب الكبد

البيانات الأساسية لعام ٢٠١٥	غايات عام ٢٠٢٠	غايات عام ٢٠٣٠	المجال المستهدف
الغايات الخاصة بالأثر			
خفض حالات العدوى من ٦-١٠ ملايين إلى ٠,٩ مليون بحلول عام ٢٠٣٠ (خفض بنسبة ٩٥% في حالات العدوى بفيروس التهاب الكبد B، وخفض بنسبة ٨٠% في حالات العدوى بفيروس التهاب الكبد C)	خفض بنسبة ٣٠% (ما يعادل ١% من معدل انتشار "HBsAg" المستضد السطحي لالتهاب الكبد B بين الأطفال)	خفض بنسبة ٩٠% (ما يعادل ٠,١% من معدل انتشار المستضد السطحي لالتهاب الكبد B بين الأطفال) ^٢	معدّل الحدوث: حالات العدوى الجديدة المزمنة بفيروس التهاب الكبد B و C
خفض عدد الوفيات من ١,٤ مليون وفاة إلى أقل من ٥٠٠ ألف بحلول عام ٢٠٣٠ (٦٥% لكل من فيروسي التهاب الكبد B و C)	انخفاض بنسبة ١٠%	انخفاض بنسبة ٦٥%	معدّل الوفيات: الوفيات الناجمة عن فيروسي التهاب الكبد B و C
الغايات الخاصة بالتغطية بالخدمات			
٨٢% بين الرضع ^٣	٩٠%	٩٠%	التطعيم المضاد لفيروس التهاب الكبد B: تغطية بتطعيم الأطفال (التغطية بالجرعة الثالثة)
٣٨%	٥٠%	٩٠%	الوقاية من انتقال فيروس التهاب الكبد B من الأم إلى الطفل: التغطية بالتطعيم المضاد لفيروس التهاب الكبد B عند الميلاد أو نهج آخر للوقاية من انتقال الفيروس من الأم إلى الطفل

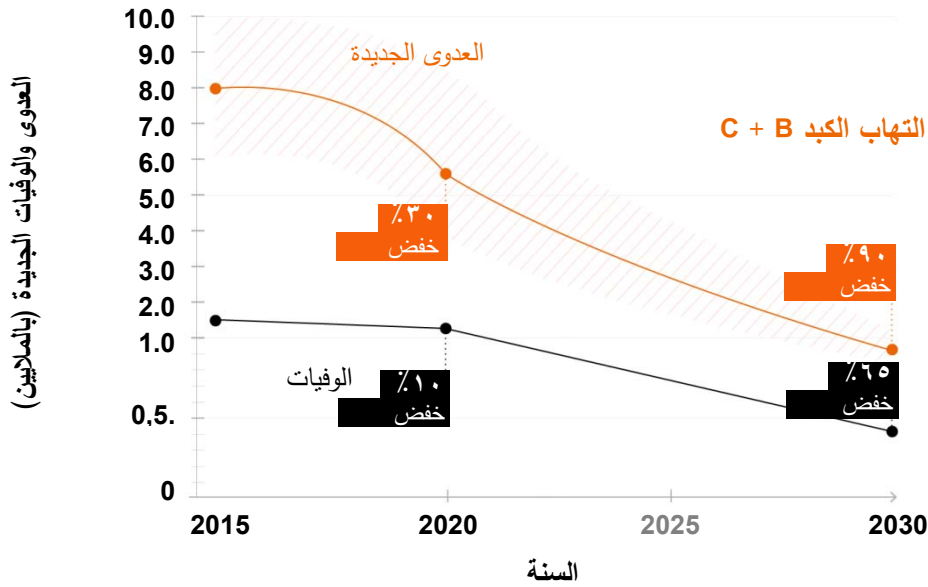
- ١ يشير اختصار "HBsAg" إلى المستضد السطحي لالتهاب الكبد. ويرجى ملاحظة أن بعض اللجان الإقليمية للمنظمة قد أقرت بالفعل الغايات المحددة لكل إقليم. ويتم أخذ ١% باعتباره المتوسط العالمي
- ٢ يتطلب توثيق معدل الانتشار بنسبة ٠,١% للمستضد السطحي لالتهاب الكبد إعداد طرق جديدة للتحقق على أن يتم إعدادها في ضوء جميع الجهود المتاحة للتخلص من انتقال فيروس التهاب الكبد B من الأم إلى الطفل باستخدام اللقاح المضاد لفيروس التهاب الكبد B والأدوية المضادة للفيروسات على سبيل المثال
- ٣ تقديرات التغطية من منظمة الصحة العالمية/ اليونيسيف مراجعة عام ٢٠١٣، تموز/ يوليو ٢٠١٤، انظر: http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/timeseries/tswucoveragebcg.html (تم الاطلاع في ١ نيسان/ أبريل ٢٠١٦).

المجال المستهدف	البيانات الأساسية لعام ٢٠١٥	غايات عام ٢٠٢٠	غايات عام ٢٠٣٠
مأمونية الدم	هناك ٣٩ بلداً لا يجري الاختبار الروتيني على جميع كميات الدم المتبرع بها لكشف الأمراض المنقولة بالدم يتم تحري ٨٩٪ من كميات الدم المتبرع بها بأسلوب مضمون الجودة ^١	٩٥٪ من التبرعات يتم تحريها بأسلوب مضمون الجودة.	١٠٠٪ من التبرعات يتم تحريها بأسلوب مضمون الجودة.
الحقن المأمونة: النسبة المئوية للحقن التي تتم باستخدام أدوات الحقن المأمونة الصنع داخل المراكز الصحية وخارجها	٥٪	٥٠٪	٩٠٪
تقليل الأضرار: عدد الإبر والمحاقن المعقمة التي يتم توفيرها في السنة للشخص الذي يتعاطى المخدرات حقناً	٢٠	٢٠٠	٣٠٠
تشخيص فيروسي التهاب الكبد B و C	يتم تشخيص أقل من ٥٪ من حالات العدوى المزمنة بالتهاب الكبد	٣٠٪	٩٠٪
علاج فيروسي التهاب الكبد B و C	يتلقى أقل من ١٪ العلاج	٥ ملايين شخص سوف يتلقون علاجاً من فيروس التهاب الكبد B ٣ ملايين شخص تلقوا علاجاً من فيروس التهاب الكبد C وستتراكم الغايتان بحلول ٢٠٢٠	علاج ٨٠٪ من الأشخاص المؤهلين المصابين بعدوى مزمنة بفيروس التهاب الكبد B علاج ٨٠٪ من الأشخاص المؤهلين المصابين بعدوى مزمنة بفيروس التهاب الكبد C

١ قاعدة البيانات العالمية الخاصة بمأمونية الدم، تقرير موجز ٢٠١١، انظر: http://www.who.int/bloodsafety/global_database/GDBS_Summary_Report_2011.pdf?ua=1 (تم الاطلاع في ١ نيسان/ أبريل ٢٠١٦).

٣١- وتتضمن الاستراتيجية كلاً من الغايات الخاصة بالأثر (الحدوث والوفيات) والغايات الخاصة بتغطية الخدمة (انظر الجدول رقم ١). وبحلول عام ٢٠٢٠، سيبلغ عدد الأشخاص الذين يتلقون العلاج من العدوى المزمنة بفيروس التهاب الكبد B خمسة ملايين شخص، وسيبلغ عدد من تمت معالجتهم من العدوى المزمنة بفيروس التهاب الكبد C ثلاثة ملايين شخص، وستتخفف حالات الإصابة الجديدة بعدوى التهاب الكبد المزمن بنسبة ٣٠٪ مقارنة بعدد الحالات الجديدة في عام ٢٠١٥. وبحلول عام ٢٠٣٠، سينخفض عدد حالات العدوى المزمنة بالتهاب الكبد بنسبة ٩٠٪، وسيتم توفير خدمات الوقاية والعلاج الأساسية للجميع.

الشكل ٦: الغايات الخاصة بخفض الحالات الجديدة والوفيات بسبب الإصابة بالعدوى المزمنة بفيروس التهاب الكبد B و C



٣-٤ الغايات القطرية بحلول ٢٠٢٠

٣٢- واسترشاداً بالغايات والأهداف العالمية ينبغي للبلدان تطوير، حالما أمكن من الناحية العالمية، أهداف وغايات وطنية طموحة لعام ٢٠٢٠ وما بعده، مع الأخذ بعين الاعتبار السياق القطري، بما في ذلك طبيعة وديناميات وبائيات التهاب الكبد الفيروسي القطرية، والسكان المتضررون، وهيكلة وقدرة الرعاية الصحية والنظم المجتمعية والموارد التي يمكن حشدتها. وينبغي أن تكون الغايات مجدية وأن يتم إعدادها على أساس الوقائع القطرية، وأفضل البيانات الممكنة بشأن وضع التهاب الكبد الفيروسي والاتجاهات والاستجابات، وأن يتم رصدها من خلال مجموعة من المؤشرات القياسية والقابلة للقياس. وينبغي أن تتطبق الغايات على الجميع.

٤- التوجّهات الاستراتيجية والإجراءات ذات الأولوية

٣٣- سعياً إلى تحقيق الأهداف المحددة في خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠، يتطلب الأمر اتخاذ إجراءات في خمسة مجالات تعرف باسم "التوجّهات الاستراتيجية". وهناك إجراءات محددة ينبغي أن تتخذها البلدان والمنظمة والشركاء ضمن كل واحد من التوجّهات الاستراتيجية هذه. وتوضح هذه الاستراتيجية الإجراءات ذات الأولوية التي ستتخذها البلدان والمنظمة. وتهدف الإجراءات المقترحة إلى توجيه الجهود القطرية على أن تختار البلدان وتنفذ تلك الإجراءات التي تناسب لأقصى درجة وبائيات التهاب الكبد الخاصة بها والأولويات الوطنية والسياقات القطرية، مع الأخذ بعين الاعتبار السياسات والاختصاصات والتشريعات.

٤-١ التوجّهات الاستراتيجية

٣٤- التوجّهات الاستراتيجية الخمسة التي تستهدف بها الإجراءات ذات الأولوية التي ستخذها البلدان ومنظمة الصحة العالمية مبينة فيما يلي:

التوجّه الاستراتيجي ١: توفير المعلومات لاتخاذ إجراءات مُركّزة: (معرفة الوباء تعني معرفة كيفية التصدي له).

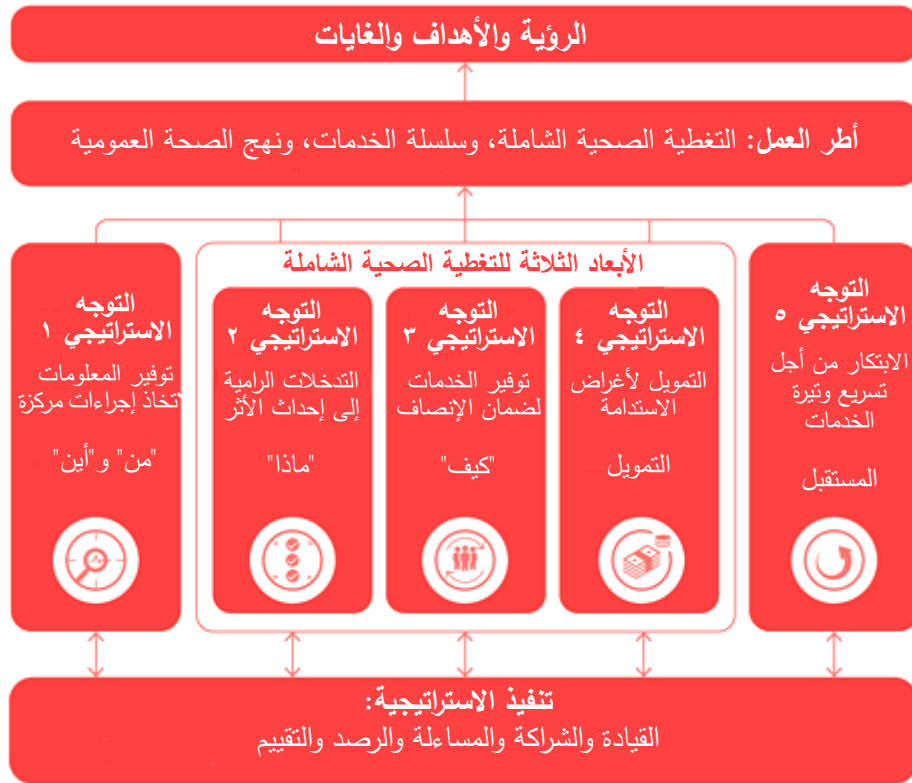
التوجّه الاستراتيجي ٢: التدخلات الرامية إلى إحداث الأثر (التغطية بطائفة من الخدمات اللازمة).

التوجّه الاستراتيجي ٣: توفير الخدمات لضمان الإنصاف (تغطية المجموعات السكانية التي تحتاج إلى الخدمات).

التوجّه الاستراتيجي ٤: التمويل لأغراض الاستدامة (تغطية التكاليف المالية للخدمات).

التوجّه الاستراتيجي ٥: الابتكار من أجل تسريع وتيرة الخدمات (التطلع إلى المستقبل).

الشكل ٧: التوجّهات الاستراتيجية الخمسة للاستراتيجية العالمية لقطاع الصحة بشأن التهاب الكبد الفيروسي، في الفترة ٢٠١٦-٢٠٢١



٣٥- يتناول كل واحد من التوجّهات الاستراتيجية مجموعة محددة من الأسئلة:

التوجّه الاستراتيجي ١ - ما هي الأوضاع؟ - يركز هذا التوجه الاستراتيجي على ضرورة فهم وباء التهاب الكبد الفيروسي والاستجابة له بوصفه أساساً للتوعية والالتزام السياسي والتخطيط الوطني وحشد الموارد وتخصيصها، والتنفيذ، وتحسين البرامج.

التوجُّه الاستراتيجي ٢ - ما الخدمات التي ينبغي تقديمها؟ - يتصدى هذا التوجه الاستراتيجي للبعد الأول من التغطية الصحية الشاملة بوصف الحزمة الضرورية من التدخلات العالية الأثر التي يجب تقديمها على امتداد السلسلة الكاملة لخدمات التهاب الكبد لبلوغ الغايات القطرية والعالمية، والتي ينبغي أن ينظر في تضمينها في حزم الفوائد الصحية الوطنية.

التوجُّه الاستراتيجي ٣ - كيف يمكن تقديم هذه الخدمات؟ - يتصدى هذا التوجه الاستراتيجي للبعد الثاني من التغطية الصحية الشاملة بتحديد أفضل السبل والنهج لتقديم السلسلة الكاملة لخدمات التهاب الكبد لمختلف المجموعات السكانية وفي مختلف الأماكن، من أجل تحقيق الإنصاف وأكبر الأثر وضمان الجودة.

التوجُّه الاستراتيجي ٤ - كيف يمكن سداد تكاليف تقديم حزمة الخدمات؟ - يتصدى هذا التوجه الاستراتيجي للبعد الثالث من التغطية الصحية الشاملة بتحديد نماذج مستدامة وابتكارية لتمويل أنشطة ونهج الاستجابة لالتهاب الكبد من أجل خفض التكاليف بحيث يتسنى للناس الحصول على الخدمات اللازمة دون المعاناة من صعوبات مالية.

التوجُّه الاستراتيجي ٥ - كيف يمكن تغيير مسار الاستجابة؟ - يحدد هذا التوجه الاستراتيجي المواضيع التي فيها ثغرات كبيرة في المعرفة والتكنولوجيات، حيث تمس الحاجة إلى تشجيع الابتكار لتحويل مسار الاستجابة لالتهاب الكبد الفيروسي بغرض تسريع وتيرة أنشطة الاستجابات تلك، وتحقيق غايات عامي ٢٠٢٠ و ٢٠٣٠.

١-٤ التوجُّه الاستراتيجي ١: توفير المعلومات لاتخاذ إجراءات مُركزة

معرفة الوباء الذي تتصدى له ومعرفة كيفية التصدي له من أجل تنفيذ استثمارات مصممة لتلائم ذلك

٣٦- أقر قادة العالم بأن التهاب الكبد الفيروسي يشكل إحدى الأولويات الدولية في مجال الصحة العمومية والتنمية، وذلك بالنص عليه صراحة في الغاية ٣-٣ من خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠. لكن هذا الإقرار العالمي لم يثمر بالضرورة إجراءات على الصعيد القطري؛ إذ لا يوجد حالياً إلا عدد قليل من البلدان لديها استراتيجيات وخطط وميزانيات وطنية لمكافحة التهاب الكبد. ومن شأن وجود نظام معلومات استراتيجية متين يحلل البيانات الحديثة بشأن التهاب الكبد الفيروسي ويترجمها إلى بيانات صالحة للاستخدام أن يستقطب الالتزام السياسي الذي تشد الحاجة إليه. ومثل هذا النظام لا غنى عنه لإنتاج البيانات اللازمة لخلق الوعي والدعوة إلى العمل والموارد، ولوضع الغايات الوطنية، وللتخطيط لاستجابة مركزة، ولتنفيذ البرامج على النحو الأشد كفاءة لتحقيق أكبر الأثر، ولرصد الجودة والحصائل وتحسينها.

١-٤-١ فهم الوباء والاستجابة - معلومات من أجل اتخاذ القرارات

٣٧- في ظل محدودية الموارد، يلزم توجيه التدخلات والخدمات والاستثمارات على نحو استراتيجي لمواجهة الوباء على الصعيد المحلي. فتوفير بيانات سريعة وموثوقة، مع مستوى كاف من "التفاصيل"، أمر ضروري لتحديد "البؤر الساخنة"، وأنماط الانتقال الرئيسية، وعوامل الخطر، والمجموعات السكانية المحددة السريعة التأثير والمعرضة للمخاطر والمتضررة، والعبء الصحي من حيث التليف الكبدي وكارسينوما الخلايا الكبدية، وتغطية الخدمات الأساسية لعلاج الإصابة بالتهاب الكبد وجودتها. وتتيح هذه البيانات التركيز الاستباقي للتدخلات العالية الأثر على نحو أدق وأشد فعالية، وتتيح نشر الخدمات أو تكييفها للوصول إلى أعداد أكبر من الأشخاص ذوي الحاجة. كما أن إشراك المجتمعات وأصحاب المصلحة في جمع البيانات وتحليلها مهم من أجل تحسين جودة المعلومات وعلاقتها بالموضوع المعني، وكذلك الحال بالنسبة للتطبيق الصارم للمعايير الأخلاقية في جمع

البيانات واستخدامها بحيث لا ينقص من السرية ومن سلامة الأفراد والمجتمعات. وينبغي دمج نظام المعلومات المتعلقة بالتهاب الكبد دمجاً تاماً في النظام الوطني الأوسع للمعلومات الصحية لضمان الإبلاغ الموحد والمنسق ولتحقيق أقصى مستوى من الكفاءة.

٣٨- إن رصد الاستجابة لالتهاب الكبد الفيروسي وفهمها بالغ الأهمية في توجيه المعلومات اللازمة لزيادة الاستثمارات الاستراتيجية في خدمات الالتهاب الكبدي، ولتحقيق أقصى مستوى من الكفاءة والقدرة على الاستجابة والمردودية. وتوفر السلسلة الكاملة لخدمات التهاب الكبد إطاراً جيداً لإنشاء نظام وطني لرصد وتقييم التهاب الكبد، مع مؤشرات تقيس التغطية والأداء في كل خطوة من "السلسلة". ويمكن عندئذ توجيه الموارد للتصدي لأي "تسربات" كبيرة من هذا السلسلة من أجل تحسين الاحتفاظ بالمرضى في الأطر التي تُقدّم الرعاية لهم فيها.

الإجراءات ذات الأولوية للبلدان

- دمج أنشطة المعلومات الاستراتيجية والمؤشرات الخاصة بتهاب الكبد الفيروسي في أدوات المعلومات والنظم الوطنية للمعلومات الصحية، بما في ذلك ما يخص ترصد الفاشيات ورصد الاستجابة الوطنية لالتهاب الكبد وتقييمها.
- تقييم العبء الوطني لالتهاب الكبد، بما في ذلك أعداد الأشخاص المصابين بالتهاب الكبد المزمن وكارسينوما الخلايا الكبدية وتشمّع الكبد الذي تعزى حالاته إلى فيروس التهاب الكبد B وفيروس التهاب الكبد C، وتقييم الاتجاهات على مر الوقت، باستخدام البيانات المستمدة من المستويات دون الوطنية والتي تم تصنيفها.
- رصد مدى توفر خدمات الالتهاب الكبدي الفيروسي والانتفاع بها وجودتها، مصنفة حسب مختلف المجموعات السكانية والمواقع الجغرافية للاسترشاد بها في تحسين مستوى الخدمات.

الإجراءات ذات الأولوية لمنظمة الصحة العالمية

- وضع وتحديث الإرشادات والأدوات الخاصة بالقواعد والمعايير بشأن ترصد التهاب الكبد ورصده وتقييمه، بما في ذلك ترصد حالات المرض الحاد وتحديد مجموعة موحدة من المؤشرات الأساسية تشمل السلسلة الكاملة لخدمات التهاب الكبد.
- مساندة البلدان لتعزيز نظم معلوماتها الصحية واستخدام أدوات المعلومات الاستراتيجية لوضع الغايات وتخطيط أنشطة استجابتها لالتهاب الكبد وتنفيذها ورصدها وتقييمها.

٤-١-٢ تنفيذ خطط وطنية مسندة بالبيانات لالتهاب الكبد

٣٩- ينبغي أن تسترشد الاستجابة الوطنية لالتهاب الكبد بخطة وطنية تتضمن هيكلاً محدداً لتصرف الشؤون والإدارة قادراً على ضمان استجابة منسقة وفعالة، ومساءلة واضحة. وينبغي أن تمكّن عمليات التخطيط الاستراتيجي من الحصول على مدخلات هادفة من جميع أصحاب المصلحة الرئيسيين بشأن وضع السياسات وتخطيط الخدمات وتخصيص الموارد.

٤٠- يمكن استخدام الخطط الوطنية ومبررات الاستثمار، التي تسترشد بالبيانات الحالية، لحشد الالتزام السياسي وتحديد حزم التدخلات والخدمات المناسبة وتخصيص ميزانيات لها، وتحديد المسؤوليات وتخصيص الموارد عبر مختلف مستويات النظام الصحي، وتحديد مصادر التمويل المحتملة والموثوقة. وينبغي أن تتسق هذه الخطط والجهود وسائر الأنشطة المتعلقة بالتهاب الكبد تماماً مع الاستراتيجيات والخطط الصحية والإنمائية الوطنية الأوسع نطاقاً، وأن تُدمج فيها على النحو الملائم، وذلك بهدف تحقيق التغطية الصحية الشاملة. كما أن المراجعات المنتظمة لاستجابات البرامج الوطنية لمكافحة التهاب الكبد تعد عنصراً أساسياً لضمان مواكبة الخطة الوطنية للمستجدات و"ملاءمتها لتحقيق أهدافها".

٤١- ومن الضروري بذل جهود منسقة لحشد التأييد، وبوجه خاص من جانب القيادات السياسية والمجتمعية، ووضع استراتيجية سليمة للتواصل، لزيادة الوعي الجماهيري والسياسي بخطورة التهاب الكبد الفيروسي على الصحة العمومية وإيجاد الموارد اللازمة وتعبئة الجهود. ويتيح اليوم العالمي لالتهاب الكبد فرصة كل سنة لزيادة الوعي الجماهيري، لكن هناك حاجة إلى استراتيجية للتواصل أوسع نطاقاً وأكثر تكثيفاً لإثارة الاهتمام المطلوب للارتقاء بمستوى الاستجابة لالتهاب الكبد وتسريعها لبلوغ الغايات العالمية.

الإجراءات ذات الأولوية للبلدان

- إنشاء هيكل وطني لتصريف الشؤون وآلية تنسيق للإشراف على الاستجابة الوطنية لالتهاب الكبد على أن تكون مدمجة في برنامج الصحة الوطني.
- وضع خطة وطنية بشأن التهاب الكبد الفيروسي وتخصيص ميزانية لها استناداً إلى الاستراتيجية العالمية لقطاع الصحة بشأن التهاب الكبد الفيروسي ودمجها في برنامج الصحة الوطني الأوسع نطاقاً.
- وضع غايات وطنية وتحديد مؤشرات استناداً إلى الغايات والمؤشرات العالمية وذلك لرصد الاستجابة الوطنية لالتهاب الكبد وتقييمها ولإبلاغ عنها.
- المراجعة المنتظمة للاستجابة الوطنية لالتهاب الكبد وتنقيح الخطة الوطنية عند اللزوم.
- زيادة الوعي الوطني بالتهاب الكبد الفيروسي، وذلك بالترويج للخطة الوطنية والاحتفاء باليوم العالمي لالتهاب الكبد (٢٨ تموز/ يوليو)، وإشراك المجتمع والقيادات السياسية بوصفهم دعاة و"منصرين".

الإجراءات ذات الأولوية لمنظمة الصحة العالمية

- وضع وتحديث الإرشادات والأدوات الخاصة بالتخطيط الاستراتيجي الوطني، بما في ذلك الإرشادات حول وضع غايات وطنية لالتهاب الكبد وتقدير التكاليف وتنفيذ البرامج ومراجعتها والرصد والتقييم.
- تقديم المساعدة التقنية للبلدان لوضع غايات وطنية طموحة لكنها قابلة للتحقيق وإعداد خطط وأنشطة وطنية مع تخصيص ميزانيات لها.
- الإبلاغ المنتظم عن الوضع العالمي لالتهاب الكبد الفيروسي والاستجابة له، بما في ذلك التقدم المحرز صوب تحقيق غايات عامي ٢٠٢٠ و ٢٠٣٠ على المستويين العالمي والإقليمي.
- زيادة الوعي العالمي بالتهاب الكبد الفيروسي من خلال أنشطة مثل اليوم العالمي لالتهاب الكبد وتنظيم اجتماعات رفيعة المستوى، مثل مؤتمر القمة العالمي المعني بالتهاب الكبد.

٤-٢ التوجّه الاستراتيجي ٢: التدخلات الرامية إلى إحداث الأثر

ينبغي أن يحصل الناس على المجموعة الكاملة من خدمات الالتهاب الكبدي التي يحتاجون إليها

٤-٢-١ تحديد حزمة من الفوائد الصحية الضرورية الخاصة بالتهاب الكبد الفيروسي

٤٢- ينبغي لكل بلد أن يحدد مجموعة من التدخلات والخدمات والأدوية والسلع الضرورية المتعلقة بالتهاب الكبد الفيروسي الوثيقة الصلة بأوضاعه الخاصة، والتي يلزم أن تشمل عليها حزمة فوائد الصحة الوطنية. وينبغي تغطية هذه الحزمة، كلياً أو جزئياً، من خلال التمويل الحكومي لتقليل نفقات العلاج التي يدفعها الأفراد مباشرة من أموالهم الخاصة، وضمان إتاحة الخدمات لجميع من يحتاجون إليها، وتغطية السلسلة الكاملة لخدمات التهاب الكبد، بما في ذلك الوقاية والتشخيص والعلاج والرعاية. ويلزم اختيار التدخلات والخدمات الضرورية من خلال عملية شفافة تراعي المعايير التالية: الفعالية والتكلفة والمردودية والمساءلة والجدوى والأهمية والطلب والأخلاقيات.

ويمكن أن تستفيد عملية اختيار التدخلات من إشراك واسع النطاق لأصحاب المصلحة بما في ذلك مقدمو الخدمات والمجتمعات المتضررة، وينبغي أن تسترشد عملية اختيار التدخلات بالبيانات العلمية وبالممارسات الجيدة. كما يجب مراجعة الحزمة بانتظام لضمان مراعاة التدخلات المختارة للتغيرات في أوضاع الوباء المحلي والسياق القطري، والتطورات في التكنولوجيات ونهوج تقديم الخدمات، والبيانات المتعلقة بالأثر أو الضرر. ومن الضروري النظر على وجه التحديد في مشاركات (توليفات) من التدخلات، مع إدراك أن بعض التدخلات لن يكون فعالاً أو يحقق أقصى أثر له إلا إذا كان مشتركاً مع تدخلات أخرى.

٤-٢-٢ التدخلات الأساسية في التهاب الكبد الفيروسي

٤٣- ينبغي أن تشمل الحزمة الأساسية لتدخلات وخدمات التهاب الكبد الفيروسي التدخلات الرئيسية الخمسة جميعها: التطعيم، وخصوصاً ضد فيروس التهاب الكبد B وعند الاقتضاء فيروس التهاب الكبد A؛ ومأمونية الحقن والدم والجراحة والاحتياطات الشاملة؛ والوقاية من انتقال فيروس التهاب الكبد B من الأم إلى الطفل؛ وخدمات تقليص الأضرار لمتعاطي المخدرات حقناً؛ والعلاج من العدوى المزمنة بفيروس التهاب الكبد B وفيروس التهاب الكبد C. بالإضافة إلى ذلك، فإن ضمان توفير مستويات عالية من الإصحاح وإتاحة الأغذية والمياه المأمونة ضروري للوقاية من أوبئة فيروس التهاب الكبد A وفيروس التهاب الكبد E ومكافحتها. وتعد تدخلات الوقاية من انتقال فيروس التهاب الكبد B وفيروس التهاب الكبد C عن طريق الجنس مهمة لبعض المجموعات السكانية المحددة. كما تسهم تدخلات الوقاية من التهاب الكبد أيضاً في الحصائل الصحية الأعم بما في ذلك الوقاية من الإصابة بفيروس العوز المناعي البشري والأمراض السارية الأخرى المنقولة جنسياً والمنقولة بالدم المبيئة أذناه. وستختلف المجموعة النسبية من التدخلات وتوازنها باختلاف البلدان، وذلك استناداً إلى السياق القطري والأوضاع الوبائية، بما في ذلك انتشار أنواع معينة من التهاب الكبد الفيروسي. وينبغي التركيز بشكل خاص على التدخلات التي تستهدف عدوى التهاب الكبد الفيروسي B وC، نظراً لعبئهما الصحي النسبي، مقارنة بالعدوى بفيروسات التهاب الكبد A وD وE.

٤-٢-٣ الوقاية من الانتقال

استخدام اللقاحات

٤٤- تتوفر حالياً لقاحات فعالة للوقاية من فيروسات التهاب الكبد A وB وE. ويعتبر التطعيم ضد فيروس التهاب الكبد B تدخلاً حاسماً للقضاء على أوبئة هذا الفيروس. ومن شأن التوسع في توفير اللقاح المأمون والفعال الحالي لفيروس التهاب الكبد B، بما في ذلك توفيره من خلال التطعيم الشامل للأطفال وجرعة التطعيم عند الميلاد، أن يخفف بشدة حالات الإصابة الجديدة بعدوى التهاب الكبد B، مما يحد من معدلات المرض المزمّن والوفاة. وتدعو الاستراتيجية إلى زيادة في تغطية التطعيم الروتيني للأطفال ضد فيروس التهاب الكبد B من ٨٢٪ في عام ٢٠١٥ إلى ٩٠٪ بحلول عام ٢٠٢٠، وهو ما سيتطلب تعزيز برامج تمنع الأطفال ككل بجانب جهود خاصة لتوجيه التطعيم ضد فيروس التهاب الكبد B إلى الأشخاص المعرضين بصورة زائدة لمخاطر الإصابة. ووفقاً للسياق السائد في كل بلد، يمكن إدراج التطعيم ضد فيروس التهاب الكبد A في برامج تمنع الأطفال الروتينية، كما يمكن أيضاً اعتباره تدخلاً مناسباً استجابةً للفاشيات في مجتمعات معينة.

الإجراءات ذات الأولوية للبلدان

- تنفيذ برامج شاملة للتمنيع ضد فيروس التهاب الكبد B، استناداً إلى إرشادات منظمة الصحة العالمية: إدراج لقاح فيروس التهاب الكبد B في جداول تمنيع الأطفال الوطنية؛ تعزيز برامج التطعيم بجرعة الميلاذ ضد فيروس التهاب الكبد B؛ النظر في التطعيم التكميلي ضد فيروس التهاب الكبد B للأطفال أو المراهقين الذين يعانون من انخفاض معدلات التغطية؛ تطعيم الأشخاص المعرضين بصورة زائدة لمخاطر اكتساب الفيروس أو نقله ضد فيروس التهاب الكبد B.
- النظر في دور التطعيم ضد فيروسي التهاب الكبد A و E في استراتيجية شاملة للوقاية من التهاب الكبد وبرنامج التمنيع الوطني، استناداً إلى السياق القطري، واتباع إرشادات منظمة الصحة العالمية.

الإجراءات ذات الأولوية لمنظمة الصحة العالمية

- زيادة إتاحة الحصول على جميع لقاحات التهاب الكبد، بما في ذلك إتاحتها من خلال الوكالات الدولية التي تشتري اللقاحات أو تدعو إلى إتاحة اللقاحات.
- وضع وتحديث إرشادات بشأن الاستخدام الأشد فعالية لجميع لقاحات التهاب الكبد (فيروسات التهاب الكبد A و B و E)، وتحسين التغطية بجرعة التطعيم عند الميلاذ بلقاح فيروس التهاب الكبد B، ونطعيم المجموعات السكانية المحددة الأشد تعرضاً للمخاطر.
- مساندة تقييم لقاحات التهاب الكبد ونُهج التطعيم الجديدة، بالاشتراك مع فريق الخبراء الاستشاري الاستراتيجي المعني بالتمنيع، بما في ذلك تقييم المنتجات التي لا تتطلب سلسلة إمداد مبردة.

تحسين مأمونية الدم

٤٥- إن انتقال فيروسي التهاب الكبد B و C (وكذلك فيروس العوز المناعي البشري وحالات العدوى الأخرى المنقولة بالدم) عن طريق عمليات نقل الدم الملوث ومشتقاته الملوثة مرتفع للغاية، وعلى الرغم من إمكانية الوقاية منه، فإنه مازال يحدث بسبب غياب التحري أو سوء جودة التحري في خدمات نقل الدم. ويُعد ضمان توافر إمدادات الدم المأمون ومشتقاته مهمة بالغة الأهمية من مهام الصحة العمومية تقع على عاتق كل حكومة وطنية. وينبغي أن تعمل البلدان من أجل تحقيق الاكتفاء الذاتي في الدم المأمون ومشتقاته، مستهدفة تحقيق ١٠٠٪ من التبرعات من متبرعين منتظمين ومتطوعين ولا يتلقون أجراً على تبرعهم بالدم.

الإجراءات ذات الأولوية للبلدان

- وضع وتنفيذ سياسات وممارسات وطنية بشأن مأمونية الدم استناداً إلى إرشادات منظمة الصحة العالمية، التي تشجع الاستخدام الرشيد للدم ومنتجاته لمنع عمليات نقل الدم غير الضرورية وضمان التحري الموثوق للدم لكشف التهاب الكبد B و C.
- تنفيذ تدابير رقابة على جودة الفحص المختبري لفيروسي التهاب الكبد B و C لضمان إمداد موثوق من فحوصات التحري المضمونة الجودة.
- إنشاء نُظُم للترصد واليقظة في استعمال الدم ورصد حدوث وانتشار عدوى التهاب الكبد الفيروسي لدى المتبرعين بالدم وبشأن خطر الإصابة بالتهاب الكبد بعد نقل الدم.

الإجراءات ذات الأولوية لمنظمة الصحة العالمية

- توفير إرشادات محدثة للبلدان بشأن إدارة إمدادات الدم المأمون وتقوية الروابط بين خدمات نقل الدم وخدمات الالتهاب الكبدي الفيروسي.
- مساندة البلدان بالأدوات والمساعدة التقنية لإنشاء نظم للترصد واليقظة لاستعمال الدم ورصد إمدادات الدم ومنتجاته.

تعزيز مستوى الوقاية من العدوى ومكافحتها في أماكن الرعاية الصحية

٤٦- إن تنفيذ ممارسات مكافحة العدوى بانتظام، بما في ذلك التدابير الخاصة بالحقن المأمون في أماكن الرعاية الصحية والمواقع المجتمعية، من شأنه أن يحد من سريان التهاب الكبد الفيروسي وسائر أنواع العدوى لكل من مستخدمي الرعاية الصحية والعاملين فيها. وتضع هذه الاستراتيجية الخاصة بالتهاب الكبد غاية تتمثل في زيادة النسبة المئوية لعمليات الحقن الطبي التي تتم باستخدام أدوات الحقن ذات الهندسة المأمونة من النسبة المئوية المرجعية من ٥٪ في عام ٢٠١٥ إلى ٥٠٪ في عام ٢٠٢٠ وإلى ٩٠٪ في عام ٢٠٣٠.

٤٧- تقدر أعداد الحقن التي تتم سنوياً في البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل بنحو ١٥,٧ مليار، وكثير منها هو حقن غير مأمونة و/ أو غير ضرورية. وعلى الرغم من حدوث تراجع كبير منذ عام ٢٠٠٠، كان نحو ٥,٥٪ من الحقن في عام ٢٠١٠ مازال يتم بمحاقن يُعاد استعمالها. وتذهب التقديرات إلى أن ما يزيد على ٩٠٪ من الأدوية التي تعطى حقناً والتي تستخدم في الرعاية الأولية لأغراض علاجية يمكن إعطاؤها عن طريق الفم. ومازال الحد من الحقن غير الضرورية يشكل تحدياً كبيراً، إلى جانب تدريب العاملين على ممارسات الحقن المأمونة والإدارة الفعالة للأدوات الحادة والنفايات. وتهدف سياسة منظمة الصحة العالمية بشأن مأمونية الحقن وحملتها العالمية التي أطلقتها في عام ٢٠١٥ إلى التصدي لهذا الخطر الكبير الذي يحدث بالصحة العمومية.^١

الإجراءات ذات الأولوية للبلدان

- تعزيز واستدامة الممارسات الاعتيادية للوقاية من العدوى ومكافحتها في أماكن الرعاية الصحية (العامة والخاصة)، بما في ذلك في المختبرات.
- تنفيذ سياسة منظمة الصحة العالمية بشأن مأمونية الحقن، بهدف خفض عمليات الحقن غير الضرورية، والانتقال حيثما كان ملائماً إلى الاقتصار على استخدام أدوات الحقن المأمونة.
- ضمان إتاحة أدوات حقن ملائمة لمتعاطي المخدرات حقناً تلبي حاجاتهم، بما في ذلك المحاقن ذات الفراغ الميت الصغير المقدار.
- تزويد العاملين في الرعاية الصحية بالتمنيع المجاني ضد الأمراض التي يمكن الوقاية منها باللقاحات، بما في ذلك، عند اللزوم، لقاح فيروس التهاب الكبد B، وتوفير الإجراءات الانتقائية بعد التعرض لفيروس التهاب الكبد B عند اللزوم.

الإجراءات ذات الأولوية لمنظمة الصحة العالمية

- تحديث الإرشادات الخاصة بالقواعد والمعايير بشأن: الاحتياطات النموذجية وطرق التطهير والتعقيم الفعالة؛ وممارسات الحقن المأمونة وبدائل الحقن؛ ومكافحة العدوى داخل خدمات الرعاية الصحية وخارجها، وفيما يخص إجراءات معينة، بما في ذلك التنظير الداخلي والوشم وجراحات التجميل.
- مساندة البلدان للتنفيذ الكامل لسياسة منظمة الصحة العالمية بشأن مأمونية الحقن وحملتها العالمية، وتدبير مكافحة العدوى الأخرى، ورصد تنفيذها وأثرها.

١ للمزيد من المعلومات عن سياسة المنظمة بشأن مأمونية الحقن وحملتها العالمية، انظر: http://www.who.int/injection_safety/global-campaign/en (تم الاطلاع في ٣ نيسان/ أبريل ٢٠١٦).

الوقاية من انتقال التهاب الكبد الفيروسي من الأم إلى الطفل

٤٨- يحدث انتقال فيروس التهاب الكبد B في المناطق التي يتوطنها الداء بشدة في أحوال كثيرة من أمهات مصابات بالعدوى إلى مواليدهن أثناء الفترة المحيطة بالولادة. وسيطلب التخلص من انتقال فيروس التهاب الكبد B من الأم إلى الطفل نهجاً شاملاً يتضمن الوقاية من عدوى فيروس التهاب الكبد B لدى الشابات، وإجراء اختبارات فيروس التهاب الكبد B، ورعاية الحوامل المصابات بعدوى مزمنة بفيروس التهاب الكبد B، وإعطاء لقاح فيروس التهاب الكبد B للرضيع في غضون ٢٤ ساعة من مولده، وممارسات الولادة الآمنة، وتعزيز خدمات صحة الأم والطفل، وتطوير تدخلات جديدة للوقاية من انتقال الفيروسات استناداً إلى العلاج بمضادات الفيروسات.

٤٩- يُعد التطعيم عند الميلاد بجرعة من اللقاح تدخلاً أساسياً للوقاية من فيروس التهاب الكبد B بين الرضع. لكن إعطاء هذا اللقاح يمكن أن يكون تحدياً في المجتمعات التي تحدث فيها نسبة كبيرة من الولادات خارج مراكز الرعاية الصحية. ونتيجة لذلك، فإن التغطية العالمية لا تمثل إلا نحو ٣٨٪. وتدعو هذه الاستراتيجية إلى توسيع التدخلات للوقاية من انتقال فيروس التهاب الكبد B من الأم إلى الطفل لتحقيق تغطية بنسبة ٥٠٪ بحلول عام ٢٠٢٠ و ٩٠٪ بحلول عام ٢٠٣٠.

الإجراءات ذات الأولوية للبلدان

- سرعة إعطاء جرعة الميلاد من لقاح فيروس التهاب الكبد B، مع إيلاء اهتمام خاص للولادات التي تحدث خارج أماكن الرعاية الصحية وفي المناطق النائية.
- تحديث السياسات والإرشادات الوطنية بشأن صحة الأم والوليد، وذلك استناداً إلى الناشئ من إرشادات منظمة الصحة العالمية بشأن التخلص من انتقال التهاب الكبد الفيروسي من الأم إلى الطفل.

الإجراءات ذات الأولوية لمنظمة الصحة العالمية

- الدعوة إلى زيادة إتاحة والإقبال على التطعيم بجرعة الميلاد من لقاح فيروس التهاب الكبد B، بما في ذلك من خلال الأنشطة الدعوية الدولية، وإسداء المشورة بشأن سياسات الشراء الخاصة بالوكالات الدولية وتوفير إرشادات التنفيذ بشأن تقديم اللقاحات في مختلف الأماكن.
- وضع وتحديث إرشادات عالمية بشأن حزمة شاملة من التدخلات للقضاء على انتقال فيروس التهاب الكبد B من الأم إلى الطفل، بما في ذلك الدور المحتمل لاستخدام العقاقير المضادة للفيروسات في الفترة المحيطة بالولادة وبشأن اختبارات التهاب الكبد الفيروسي للحوامل والأمهات والرضع.

تقديم خدمات تقليل الأضرار

٥٠- إن حزمة من خدمات تقليل الأضرار للأشخاص الذين يتعاطون المخدرات حقناً يمكن أن تكون شديدة الفعالية في الوقاية من انتقال فيروسات التهاب الكبد A و B و C واكتسابها ومن انتقال فيروس العوز المناعي البشري وسائر أنواع العدوى المنقولة بالدم. وينبغي إدماج مثل هذه الحزمة في مجموعة شاملة من الخدمات للوقاية من اضطرابات تعاطي مواد الإدمان وتدبيرها علاجياً. وقد قامت منظمة الصحة العالمية وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي وبرنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الإيدز بتحديد مجموعة من التدخلات والخدمات الواجب

إدماجها في الحزمة الشاملة المقدمة لمتعاطي المخدرات^١ حقناً. وتشمل الحزمة خمسة مجالات للتدخلات والتي سيكون لها أكبر الأثر على وبائيات التهاب الكبد أ و هي: الإبر والمحاقن المعقمة، والعلاج بالاستعاضة عن المواد الأفيونية لمتعاطي الأفيون، والتواصل للحد من المخاطر، والتطعيم ضد العدوى بالتهاب الكبد B، وعلاج العدوى بالتهاب الكبد المزمنة.

٥١- ونظراً لسهولة انتقال فيروس التهاب الكبد C مقارنة بفيروس العوز المناعي البشري، فمن الضروري أن تشمل خدمات تقليص الأضرار توفير جميع لوازم الحقن بما فيها حاويات الخلط والمحاليل. وتدعو هذه الاستراتيجية المعنية بمكافحة التهاب الكبد إلى زيادة كبيرة في توفير الإبر والمحاقن المعقمة لمتعاطي المخدرات حقناً من المستوى المرجعي الحالي البالغ ٢٠ إبرة ومحقنة للمتعاطي الواحد في السنة إلى ٢٠٠ بحلول عام ٢٠٢٠ و ٣٠٠ بحلول عام ٢٠٣٠. وتعد التغطية الحالية لهذه التدخلات منخفضة للغاية وليس لها أثر يُذكر على أوبئة التهاب الكبد. ومع ذلك، فإن تحقيق مستوى عالٍ من التغطية بالتدخلات الخاصة بتقليص الأضرار يتوقف على التغلب على العقبات القانونية والمجتمعية.

الإجراءات ذات الأولوية للبلدان

- تنفيذ حزمة شاملة لخدمات تقليص الأضرار، عند الاقتضاء، استناداً إلى حزمة منظمة الصحة العالمية لتدخلات تقليص الأضرار المسندة بالبيانات لمتعاطي المخدرات حقناً، مع الأخذ بعين الاعتبار السياق المحلي والمسؤوليات التشريعية والقضائية.
- التصدي للعقبات القانونية والمؤسسية أمام توفير خدمات تقليص الأضرار.
- الربط بين خدمات التهاب الكبد وتقليص الأضرار لتيسير الوقاية المتكاملة والعلاج والرعاية لمتعاطي المخدرات.

الإجراءات ذات الأولوية لمنظمة الصحة العالمية

- وضع وتحديث سياسات وإرشادات بشأن الوقاية المسندة بالبيانات من عدوى فيروس التهاب الكبد B و C والتدبير العلاجي لهما في حالة متعاطي المخدرات حقناً بما في ذلك من يتعاطون الكوكايين والمنبهات من نمط الأمفيتامينات.
- توفير المساندة الدعوية والتقنية للبلدان لحشد الالتزام والموارد لتدخلات تقليص الأضرار الموصى بها.

تعزيز ممارسات جنسية أكثر أمناً

٥٢- على الرغم من أن انتقال فيروس التهاب الكبد B و C عن طريق الجنس يلعب دوراً ثانوياً في معظم أوبئة التهاب الكبد، ينبغي إيلاء اهتمام خاص لبعض الفئات السكانية، وخصوصاً الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال، والأشخاص الذين لم يتم تطعيمهم ضد فيروس التهاب الكبد B، وبين من يمارسون الجنس مع شركاء متعددين من الجنس الآخر. وتتيح ممارسات الجنس الأكثر أمناً، بما في ذلك تقليل عدد الشركاء في العملية الجنسية إلى الحد الأدنى، والاستخدام الصحيح والمتسق للعوازل الذكرية والأنثوية، حماية فعالة من العدوى بفيروس التهاب الكبد B و C وفيروس العوز المناعي البشري، ومن مجموعة متنوعة من الأمراض الأخرى المنقولة جنسياً. وبالنسبة لبعض السكان فقد تؤدي المشاكل المتعلقة باستخدام الكحول وغيره من أنواع المخدرات إلى تفاقم بعض أوجه التعرض للمخاطر والسلوكيات الجنسية المحفوفة بالمخاطر مما يستلزم أخذ هذه العوامل بعين الاعتبار عند تصميم الخدمات.

١ من أجل الاطلاع على الدليل التقني الذي أعدته منظمة الصحة العالمية ومكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة وبرنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الأيدز لمساعدة البلدان في وضع غايات تتعلق بالإتاحة الشاملة لخدمات الوقاية من فيروس العوز المناعي البشري ومعالجة مرضاه من متعاطي المخدرات حقناً ورعايتهم - تنقيح ٢٠١٢ انظر الرابط التالي: http://www.who.int/hiv/pub/idu/targets_universal_access/en/ (تم الاطلاع في ١ نيسان/ أبريل ٢٠١٦)

الإجراءات ذات الأولوية للبلدان

- تكثيف برامج الترويج للعوازل لزيادة جوانب الطلب والعرض للعوازل الذكورية والأنثوية والمزقات المائية في كل من المنافذ التقليدية وغير التقليدية، وخصوصاً للمجموعات السكانية الأشد عرضة لمخاطر الإصابة بالتهاب الكبد الفيروسي B و/ أو C.
- ضمان أن تشمل السياسة الوطنية للتطعيم ضد فيروس التهاب الكبد B الأشخاص المعرضين أكثر من غيرهم لمخاطر اكتساب العدوى بفيروس التهاب الكبد B من خلال الاتصال الجنسي.

الإجراءات ذات الأولوية لمنظمة الصحة العالمية

- الدعوة إلى زيادة الاستثمارات في برامج العوازل الذكورية والأنثوية ودمجها في خدمات الوقاية من التهاب الكبد.
- تقديم إرشادات حول معايير وشراء وإمدادات العوازل الذكورية والأنثوية والمزقات المضمونة الجودة.

ضمان إتاحة الأغذية المأمونة والماء المأمون

٥٣- يفتقر حوالي ٧٤٨ مليون شخص إلى إمكانية الحصول على مصدر مُحَسَّن لمياه الشرب، وهناك ٢٥٠٠ مليون شخص، أي أكثر من ثلث سكان العالم، يعيشون من دون مرافق إصحاح أساسية. وفي الأماكن التي تعاني من تردي ظروف الإصحاح وممارسات النظافة الصحية، يتعرض معظم الأطفال للإصابة بفيروس التهاب الكبد A في سن مبكرة ويحصلون على المناعة، ومن النادر حدوث الفاشيات به في مثل هذه الأماكن. أما الأماكن التي تتباين فيها ظروف الإصحاح، فغالباً ما يتعرض الأطفال للعدوى مع تقدمهم في العمر، وقد تحدث فاشيات واسعة. ومن شأن ضمان إتاحة الأغذية ومياه الشرب المأمونة ونُظْم الإصحاح أن يخفض بشدة انتقال فيروس التهاب الكبد A و E. وينبغي أن تتضمن الإجراءات، على وجه التحديد، التركيز على الإصحاح باعتباره من الأولويات في جميع الأوساط وذلك من خلال مواكبتها مع الجهود المبذولة للتعاطي مع الهدف ٦ من خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠ والتي تتضمن الغايات التالية لعام ٢٠٣٠:

- تحقيق حصول الجميع بشكل شامل وعادل على مياه الشرب المأمونة وبأسعار معقولة؛
- تحقيق وصول الجميع إلى مرافق الصرف الصحي والإصحاح بشكل كاف وعادل ووضع حد للتغوط في العراء، مع إيلاء اهتمام خاص لاحتياجات النساء والفتيات، ومن يمرون بحالات الضعف؛
- دعم وتعزيز مشاركة المجتمعات المحلية في تحسين كيفية إدارة المياه والصرف الصحي.

الإجراءات ذات الأولوية للبلدان

- العمل مع إدارات المياه والإصحاح لضمان إتاحة مياه الشرب المأمونة ونُظْم الإصحاح، وخصوصاً في الأماكن المُعَرَّضة لمخاطر مرتفعة مثل الأحياء السكنية التي تعاني من نقص الخدمات، ومخيمات النازحين في أوطانهم واللاجئين.

الإجراءات ذات الأولوية لمنظمة الصحة العالمية

- تحديث الإرشادات بشأن تقييم المخاطر وإدارة إمدادات المياه والإصحاح والنظافة الصحية والسلامة الغذائية وتشجيع ومساندة التنفيذ لهذه الإرشادات داخل البلاد.

٤-٢-٤ تشخيص عدوى التهاب الكبد

٥٤- يكتسب التشخيص المبكر لعدوى التهاب الكبد أهمية بالغة من أجل فعالية العلاج والرعاية. ومع ذلك، فعلى مستوى العالم فإن نسبة تقل عن ٥٪ من الأشخاص المصابين بالعدوى المزمنة بالتهاب الكبد الفيروسي على دراية بحالتهم. أضف إلى ذلك قلة الوعي، وعدم كفاية وسائل التشخيص الموثوقة الملائمة لتحديد الاستعمالات المقصودة، وخدمات الاختبار، وضعف القدرات المخبرية. وتتطلب زيادة التشخيص المبكر التغلب على أوجه القصور تلك، واستخدام نهج اختبار فعالة، ووسائل تشخيص مضمونة الجودة، وربط نتائج الاختبارات بخدمات العلاج والرعاية. وتدعو هذه الاستراتيجية إلى زيادة كبيرة في تشخيص العدوى المزمنة بفيروس التهاب الكبد B وC، بحيث يعرف ٥٠٪ من الأشخاص المصابين بأمر إصابتهم بحلول عام ٢٠٢٠ و ٩٠٪ منهم بحلول عام ٢٠٣٠.

الإجراءات ذات الأولوية للبلدان

- دمج اختبار التهاب الكبد الفيروسي في السياسات والمبادئ التوجيهية الوطنية بشأن التهاب الكبد التي تحدد، ضمن جملة أمور أخرى، المجموعات السكانية والمواقع ذات الأولوية للاختبار، ونهج واستراتيجيات الاختبار.
- تعزيز شبكة المختبرات الوطنية لتوفير تشخيص يتسم بالجودة لالتهاب الكبد الحاد والمزمن مع الإبلاغ السريع للنتائج وضمان إمداد موثوق من وسائل التشخيص المضمونة الجودة (التي اختبرت المنظمة صلاحيتها مسبقاً).
- إقامة روابط أساسية بين خدمات الاختبار والخدمات الأخرى لتحسين خدمات الإحالة وإتاحة خدمات علاج ومساندة أخرى مضمونة الجودة.

الإجراءات ذات الأولوية لمنظمة الصحة العالمية

- التحديث المنتظم للإرشادات بشأن نُهج اختبار التهاب الكبد، واستراتيجيات ووسائل التشخيص، واشتمالها على أحدث الابتكارات.
- مساندة تكييف وتنفيذ البلدان لسياسات منظمة الصحة العالمية ومبادئها التوجيهية بشأن وسائل تشخيص التهاب الكبد الفيروسي ونُهج واستراتيجيات اختباره.

٥-٢-٤ تحسين خدمات الالتهاب الكبدي ورعاية الحالات المزمنة

توسيع نطاق العلاج

٥٥- يمكن للعوامل الفعالة المضادة لفيروسات التهاب الكبد B وC أن تقلل بشدة من معدلات المرضة والوفيات، وأن يشمل ذلك الأشخاص المصابين بفيروس العوز المناعي البشري في الوقت ذاته. لكن ليس كل المصابين بالعدوى المزمنة بالتهاب الكبد يحتاجون إلى العلاج أو أنهم مؤهلون للحصول عليه. ويجب تقييم حالة الأشخاص لتحديد إصابتهم بأمراض كبدية ومن ثم ما إذا كان هناك دواعي للعلاج أم لا، وإذا لم يكونوا مؤهلين للعلاج، فيتم رصدتهم بانتظام لتحديد متى ينبغي البدء في العلاج. ويمكن لمضادات الفيروسات ذات المفعول المباشر لعلاج العدوى المزمنة بفيروس التهاب الكبد C تحقيق نسب شفاء تزيد على ٩٥٪، في ظل توافر النُظُم العلاجية التي تستهدف جميع أنماط الجينات. ويتوافر العلاج الفعال لحالات العدوى المزمنة بفيروس التهاب الكبد B، إلا أنه يتطلب عادةً استمرار العلاج به طيلة الحياة، وتشجع مبادئ المنظمة التوجيهية بشأن علاج العدوى المزمنة بالتهاب الكبد الفيروسي B وC نهجاً للصحة العمومية، مع التحرك نحو تبني نُظُم علاجية أبسط وأكثر مأمونية بأدوية تؤخذ عن طريق الفم.

٥٦- ووفقاً لمبادئ المنظمة التوجيهية الصادرة في عام ٢٠١٤، فإن من بين المتعاشين مع عدوى مزمنة بفيروس التهاب الكبد C البالغ عددهم ١٣٠-١٥٠ مليون شخص، هناك ٢٦-٣٠ مليون فقط مؤهلون للعلاج ومع ذلك، فإن أقل من ١٪ من المصابين بعدوى مزمنة بالتهاب الكبد يتلقون العلاج. وتدعو هذه الاستراتيجية إلى تلقي خمسة ملايين شخص مصاب بعدوى مزمنة بفيروس التهاب الكبد B للعلاج بحلول عام ٢٠٢٠، وتلقي ثلاثة ملايين شخص مصاب بعدوى مزمنة بفيروس التهاب الكبد C للعلاج بحلول عام ٢٠٢٠. وبحلول عام ٢٠٣٠، ينبغي أن تصل تغطية العلاج من العدوى المزمنة بفيروس التهاب الكبد B و C إلى ٨٠٪ من الأشخاص المؤهلين.

توفير الرعاية للحالات المزمنة

٥٧- قد يتطلب المصابون بعدوى التهاب الكبد المزمن إلى الرعاية لمجموعة من المشكلات الصحية والنفسية. بالإضافة إلى التشمّع الكبدي وكرسينوما الخلايا الكبدية، قد يعاني المصابون بعدوى مزمنة بالتهاب الكبد من مظاهر أخرى خارج الكبد لمرضهم، بما في ذلك المقاومة للأنسولين والسكري. وقد يتسبب تعاطي الكحول والتدخين والسمنة في مضاعفات العدوى المزمنة، ويوصى بإجراء تقييم لمُدخول الكحول لجميع الناس المصابين بالتهاب الكبد الفيروسي المزمن، يليه عرض التدخلات الخاصة بسلوكيات الحد من مدخول الكحول بالنسبة لمن يتناولون قدر معتدل أو مرتفع من الكحول.

٥٨- وقد يعاني أيضاً الأفراد المتعاشون مع فيروس التهاب الكبد B أو C من أمراض مصاحبة، بما في ذلك فيروس العوز المناعي البشري أو السل أو غيره من فيروسات التهاب الكبد (التهاب الكبد B و C و D). وهناك حوالي ثلاثة ملايين شخص من المتعاشين مع فيروس العوز المناعي البشري يعانون من أمراض مصاحبة بالتهاب الكبد C كما يعاني ٢,٦ مليون شخص من التهاب الكبد B. فنظم العلاج التي لا تغطي العدوى المصاحبة، تعرض هؤلاء المرضى لتفاقم مرض الكبد المزمن لديهم. ويعتبر التدبير العلاجي الفعال للعدوى بفيروس العوز المناعي البشري المصاحبة لعدوى فيروس التهاب الكبد B، والعدوى بفيروس العوز المناعي البشري المصاحبة لعدوى فيروس التهاب الكبد C مهماً للحفاظ على المكاسب الصحية المكتسبة من خلال معالجة فيروس العوز المناعي البشري. ويحتاج هذا إلى خدمات الاختبار التي تضمن الربط مع الرعاية التي يتم تكييفها.

٥٩- وعادة ما يكون الأشخاص الأكثر عرضة للعدوى بفيروس التهاب الكبد C أكثر تعرضاً أيضاً لمرض السل، وخاصة من يتعاطون المخدرات حقناً. وهناك اثنان من كل ثلاثة من المتعاطين للمخدرات حقناً ويصابوا بالسل يعانون من عدوى مصاحبة بالتهاب الكبد C. وقد تؤدي العدوى المزدوجة بالتهاب الكبد B والتهاب الكبد D إلى التهاب الكبد المزمن الشديد. وفي البلدان التي تمثل نسبة انتشار العدوى بفيروس التهاب الكبد D المصاحبة فيها مشكلة من مشاكل الصحة العمومية، يكون هناك حاجة إلى مناهج محددة. وفي جميع أنواع العدوى المصاحبة، يحتاج التدبير العلاجي المصاحب إلى الأخذ بعين الاعتبار الآثار الجانبية والتفاعلات بين الأدوية المستخدمة لعلاج فيروس العوز المناعي البشري والسل والتهاب الكبد الفيروسي.

٦٠- وبالإضافة إلى العلاج بمضادات الفيروسات، يحتاج الكثير من الحالات إلى الرعاية المزمنة، بما في ذلك التدبير العلاجي لمرض الكبد الذي تعذرت معاوضته، وكرسينوما الخلايا الكبدية. أما علاج الإصابات المتقدمة بالتشمّع الكبدي وكرسينوما الخلايا الكبدية، بما في ذلك زرع الكبد والمعالجة الكيميائية، فهو محدود جداً في معظم البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل، مما يسلب الضوء على الحاجة إلى إتاحة الحصول على الرعاية اللطيفة والرعاية في نهاية الحياة ذات الجودة العالية.

الإجراءات ذات الأولوية للبلدان

- إعطاء الأولوية لعلاج التهاب الكبد بإدراج إتاحة العلاج بالأدوية المضادة للفيروسات للمصابين بالعدوى المزمنة بفيروس سي التهاب الكبد B و C واعتبار ذلك مكوناً محورياً في الاستراتيجية والخطة الوطنية لالتهاب الكبد.
- وضع مبادئ توجيهية وخطط وبروتوكولات وطنية لعلاج التهاب الكبد ورعاية مرضاه على أساس مبادئ المنظمة التوجيهية بشأن علاج التهاب الكبد ورعاية مرضاه.
- توفير علاج يتسم بالجودة لضمان رعاية موحدة للأشخاص المصابين بالعدوى المزمنة بالتهاب الكبد، بما في ذلك تصنيف مراحل المرض، وبدء العلاج في الوقت المناسب، ورصد المرضى وسمية العقاقير، والتدبير العلاجي للتشمع الكبدي وكارسينومة الخلايا الكبدية وفشل الكبد.
- التصدي للاعتلالات المشتركة، بما في ذلك العدوى بفيروس العوز المناعي البشري وعوامل الخطر التي قد تسرع من وتيرة تفاقم مرض الكبد، بما في ذلك تعاطي الكحول، إلى جانب توفير الرعاية الملطفة والرعاية في نهاية الحياة، بما في ذلك إتاحة ما يكفي منها لتسكين الألم.

الإجراءات ذات الأولوية لمنظمة الصحة العالمية

- الدعوة إلى الاستثمارات الكافية لتوسيع نطاق علاج فيروس سي التهاب الكبد B و C لبلوغ الغايات العالمية.
- وضع مبادئ توجيهية موحدة وتحديثها بانتظام للوقاية من العدوى المزمنة بالتهاب الكبد وتشخيصها وعلاجها وتوفير الرعاية للمصابين بها، بما في ذلك أمراض الكبد في مرحلة متقدمة والاعتلالات المشتركة الخطيرة، وتقديم المساندة للبلدان لتكييفها وتنفيذها.
- تقديم المساندة التقنية للبلدان لوضع خطط ومبادئ توجيهية وطنية محسوبة التكاليف لعلاج التهاب الكبد.

٤-٣ التوجّه الاستراتيجي ٣: توفير الخدمات لضمان الإنصاف

ينبغي أن يتلقى جميع الناس خدمات الالتهاب الكبدي التي يحتاجون إليها، وأن تكون هذه الخدمات ذات جودة كافية

٦١- مازالت نسبة كبيرة من الأشخاص الشديدي التعرض للمخاطر، أو المتعايشين مع العدوى المزمنة بالتهاب الكبد لا يُتاح لهم الحصول على خدمات الوقاية، أو تظل حالاتهم غير مشخصة، أو لا يستخدمون العلاج، أو لا يتقيدون به، ولا يستطيعون الحصول على خدمات الرعاية المقدمة للحالات المزمنة. علاوة على ذلك، فإن خدمات الالتهاب الكبدي الحالية نادراً ما تتصدى للعوامل الأساسية الدفينة - مثل الفقر أو التمييز أو التجريم أو إدمان المخدرات وتردي الصحة النفسية - التي قد يتولد عنها الإجحاف في الصحة. فضلاً عن ذلك، فإن التدخلات والخدمات، عندما ما توجد في بعض الأماكن، فإنها عادة لا تكون موجهة توجيهياً ملائماً، فلا تصل إلى الأشخاص الأشد تعرضاً للمخاطر أو الأكثر تأثراً بها. وتقل مثل هذه العوامل من الأثر الكلي للتدخلات والخدمات. كما يعتمد أثر أنشطة الاستجابة لالتهاب الكبد أيضاً على جودة أدوية التهاب الكبد ووسائل التشخيص والتدخلات والخدمات. وعندما تتوافر خدمات الالتهاب الكبدي، يمكن أن تحول المشكلات المتعلقة ببسر التكلفة وإمكانية الحصول عليها ومقبوليتها دون الانتفاع الأمثل بها.

٦٢- إن الاستجابة الفعالة لالتهاب الكبد تتطلب نُظماً صحية قوية ومرنة يمكنها أن تقدم بشكل مستديم رعاية تركز على الناس على امتداد السلسلة الكاملة للخدمات للمجموعات السكانية والمواقع والبيئات التي هي في أشد الحاجة إليها. وتتسم مثل هذه النُظُم الصحية بالسماوات التالية: وجود نظام قوي للمعلومات الصحية؛ نماذج تتسم بالكفاءة لتقديم الخدمات؛ قوى عاملة مدربة وموزعة بالشكل المناسب ومتوافرة بأعداد كافية وتتمتع بالمزيج المناسب من المهارات؛ إتاحة يعول عليها للمنتجات والتكنولوجيات الطبية الضرورية؛ تمويل صحي كاف؛ القيادة القوية وحسن تصريف الشؤون. وتبلغ التدخلات الخاصة بالتهاب الكبد أقصى درجة من الفعالية عندما تحدث في

البيئات الاجتماعية والقانونية والسياساتية والمؤسسية الملائمة التي تشجع الناس وتمكّنهم من الحصول على الخدمات والانتفاع بها. ويجب أن تستند تلك التدخلات إلى بيئة ملائمة تشجع الإنصاف في مجال الصحة وحقوق الإنسان ذات الصلة بالصحة، وتشتمل على نظم صحية ومجتمعية مدعومة جيداً، وتتيح تسخير مواطن القوة والمساهمات من الشركاء، وخصوصاً الشركاء في المجتمع المدني.

٤-٣-١ تكيف خدمات التهاب الكبد

٦٣- ينبغي لأي نظام صحي يتسم بالكفاءة أن يقدم خدمات التهاب الكبد الضرورية لمختلف المجموعات السكانية والمواقع الجغرافية، وأن يعزز الروابط الاستراتيجية بين مختلف الخدمات الصحية، وأن يضمن جودة الخدمات، وأن يشرك المجتمعات بفعالية. ولا بد من تحديد أدوار ومسؤوليات مختلف مستويات النظام الصحي في تقديم خدمات التهاب الكبد، بداية من الخدمات الصحية المجتمعية والأولية وانتهاء بمراكز الإحالة المتخصصة.

تكيف الخدمات لتلائم مختلف المجموعات السكانية والأماكن

٦٤- لا تحتاج جميع المجموعات السكانية ولا كافة المواقع والبيئات المختلفة إلى جميع المجموعات من التدخلات والخدمات المتعلقة بمكافحة التهاب الكبد، وينبغي أن تساعد المعلومات الاستراتيجية التي يتم تجميعها حول المجموعات السكانية المتضررة وعوامل الخطر والمواقع على توجيه تكيف وتنفيذ حزمة الخدمات الأساسية لمكافحة التهاب الكبد لتلائم المجموعات السكانية المعينة والبيئات والسياقات في البلدان. فوفقاً للوضع الوبائي وللسياق السائد في كل بلد على حدة، قد تعطى الأولوية لفئات عمرية معينة (كالمولودين بين تاريخين معينين)، أو لبعض المجموعات التي تعاني من معدلات أعلى من غيرها (كالمساجين ومتعاطي المخدرات حقناً والمهاجرين والمرضى الذين يتعالجون بالغسيل الكلوي، والأشخاص الذين تجرى لهم إجراءات لتقّب الجلد بما في ذلك الوشم، وبعض مجتمعات السكان الأصليين، والعاملين في الجنس، والرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال)، أو الأشخاص الذين هم في مرحلة معينة من الإصابة بمرض التهاب الكبد (كالتكيف الكبد المتقدم)، أو غيرهم. ومن المهم وجود نُظم المعلومات الاستراتيجية التي تتمتع بحساسية كافية لتحديد هذه الفئات من أجل تقديم خدمات يكون لها أعلى الأثر.

ربط خدمات التهاب الكبد بالخدمات الصحية الأخرى وتكاملها معها

٦٥- إن إيجاد المزيد من التكامل والارتباط بين الخدمات الخاصة بالتهاب الكبد وسائر الخدمات الخاصة بالمجالات الصحية ذات الصلة (بما في ذلك العدوى المنقولة جنسياً، وفيروس العوز المناعي البشري، والصحة الجنسية والإنجابية الأوسع نطاقاً، وتقليل المخاطر، واضطرابات تعاطي المخدرات، واضطرابات تعاطي الكحول، ومأمونية الدم، والوقاية من السرطان وتدبيره العلاجي، والأمراض غير السارية)، من شأنه أن يسرّع وتيرة التقدم صوب بلوغ المعالم المهمة والغايات الرئيسية ويزيد من الكفاءة ويوسّع من نطاق الوصول إلى الخدمات ويزيد من مدى قبولها ومن الوفورات. كما أن الاستثمارات في برامج مكافحة التهاب الكبد قد تيسر أيضاً الوقاية من الحالات الصحية الرئيسية وتدبيرها العلاجي. ومن الضروري وجود روابط على مختلف مستويات النظام الصحي، مع تحديد مساهمات وأدوار الرعاية الصحية الأولية ورعاية الإحالة والرعاية بالمستشفيات. وستعتمد نماذج التكامل والروابط الملائمة على السياق القطري والنظام الصحي، وينبغي أن تستنير بالبحوث الميدانية. علاوة على ذلك، من الضروري إنشاء روابط مع البرامج في القطاعات الأخرى كالخدمات في المؤسسات الإصلاحية، والشرطة والعدالة، والرعاية الاجتماعية، والمياه والإصحاح، والإسكان.

تعزيز الخدمات التي تركز على المجتمع

٦٦- تتيح الخدمات التي تركز على المجتمع فرصاً للوصول إلى الفئات المهمشة وتحسين مدى قبولها والانتفاع بها، وتيسر اللامركزية لها من أجل زيادة توفير سبل الحصول المنصفة عليها وتعزيز جودتها وأثرها،

وتحسين أوجه الكفاءة، وخفض التكاليف. وهناك فرص كبيرة لمساندة المجتمعات لتوسيع قدراتها وتوفير الخدمات على امتداد السلسلة الكاملة للوقاية من التهاب الكبد ولرعاية مرضاه. ويمكن استخلاص الدروس من الخدمات التي تركز على المجتمع والتي تتصدى للمسائل الصحية الأخرى كفيروس العوز المناعي البشري والرعاية الملطفة.

إشراك الأشخاص المتعاشين مع التهاب الكبد الفيروسي

٦٧- ينبغي أن يؤدي الإشراك الفعال للمجموعات السكانية المتضررة من التهاب الكبد الفيروسي إلى وضع الاستراتيجيات والبرامج إلى تحسين توجيه الخدمات ومدى قبولها. كما يمكن للمجموعات السكانية المتضررة أن تكون قوة فعالة في التصدي للتمييز والتجريم والأعراف الاجتماعية الاقتصادية والثقافية الضائرة التي تساعد على الإجحاف في الصحة.

ضمان جودة التدخلات والخدمات

٦٨- ينبغي ألا يؤدي التوسع السريع في البرامج من أجل تحسين التغطية إلى التقليل من جودة الخدمات، وألا يسهم في الإجحاف في إتاحة الخدمات وفي الحاصلات الصحية. ويمكن تحقيق أعظم الأثر للجودة بضمان تطابق التدخلات والخدمات مع القواعد والمعايير الوطنية والدولية، ورصدها وتحسينها باستمرار، وجعلها أكثر قبولاً لدى المرضى وأنسب لحاجاتهم وتفضلاتهم.

الإجراءات ذات الأولوية للبلدان

- تحديد المجموعات السكانية والمواقع الأشد تضرراً والتي تتطلب مساندة مكثفة، وإعطاؤها الأولوية في الاستجابة الوطنية لالتهاب الكبد مع الحد من مخاطر الوصم.
- بناء قدرة المجتمع لتقديم خدمات تركز على المجتمع وتتسم بالجودة في مجال التهاب الكبد، وذلك بمساندة الأطر القانونية والتنظيمية والحوافز المالية الملائمة.
- تحقيق لامركزية الخدمات وتوسيعها لكي تشمل، عند اللزوم، على الخدمات في أماكن الاحتجاز، ومخيمات اللاجئين، والأماكن التي تثير القلق من الناحية الإنسانية.
- تحديد النماذج الجيدة لتقديم الخدمات المتكاملة والمتربطة من خلال البحوث الميدانية، بما في ذلك الروابط مع المجالات الصحية الرئيسية الأخرى.
- تحسين جودة الخدمات بوضع قواعد ومعايير وطنية للخدمات، ودمج مؤشرات الجودة في نظم المعلومات الوطنية، وتشجيع اعتماد وتنفيذ مبادئ المنظمة التوجيهية.
- تنفيذ "تحليلات السلسلة" بانتظام لالتهاب الكبد لدى مختلف المجموعات السكانية والمواقع لتحديد جودة الخدمات وتقييم الانتعاش بالخدمات ومقبوليتها، والتعرف على مواطن الضعف الرئيسية واقتراح الإجراءات التصحيحية الممكنة.

الإجراءات ذات الأولوية لمنظمة الصحة العالمية

- تقديم إرشادات حول تنفيذ نماذج تقديم الخدمات المتكاملة والمتربطة، والخدمات التي تركز على المجتمع للوقاية من التهاب الكبد الفيروسي وتدبيره العلاجي.
- تعزيز إطار منظمة الصحة العالمية للرصد وتقييم السلسلة باعتباره مكوناً رئيسياً من مكونات النظم الوطنية لرصد وتقييم التهاب الكبد، وتقديم المساعدة التقنية للبلدان في تحليل سلسل خدماتها للوقاية من التهاب الكبد وعلاجه ورعاية مرضاه.
- تقديم الإرشادات بشأن نظم ضمان الجودة وتحسين الجودة، بما في ذلك ما يخص خدمات الالتهاب الكبدي والسلع المتعلقة بالتهاب الكبد.

٤-٣-٢ تعزيز الموارد البشرية في مجال التهاب الكبد

٦٩- يندرج العديد من التدخلات الضرورية الخاصة بالتهاب الكبد الفيروسي في خدمات وبرنامج صحية أوسع، كبرنامج تطعيم الأطفال، ومأمونية الدم والحقن، وسلامة الغذاء، والمياه والإصحاح، وتقليص الأضرار لمتعاطي المخدرات، والتدبير العلاجي السريري للأمراض المعدية، ورعاية الحالات المزمنة من الأمراض غير السارية. وفي كل هذه المواقع، بما في ذلك الرعاية الصحية الأولية، ينبغي أن يكون العاملون الصحيون على دراية بمخاطر عدوى التهاب الكبد الفيروسي، وحزمة التدخلات الأساسية في التهاب الكبد. وينبغي أن يكون لديهم الكفاءة للعمل مع الأشخاص المتعايشين مع عدوى التهاب الكبد المزمنة والمجموعات السكانية الأكثر تضرراً والأكثر تعرضاً للمخاطر. وسيساعد تحديد الكفاءات الأساسية في التهاب الكبد لدى مختلف كوادرات العاملين الصحيين على مختلف مستويات النظام الصحي على تحديد المهام التي يمكن إعادة توزيعها مع تحديد مستويات توزيعها بالإضافة إلى تحديد الاحتياجات من التدريب والاعتماد والإشراف. وينبغي إدراج المسائل المتعلقة بالتهاب الكبد الفيروسي في التدريب السابق للانخراط في الخدمة والتدريب أثناء الخدمة للعاملين الصحيين. ويؤدي العاملون في مجال الدعم الذي يركز على المجتمع والعاملين الداعمين لأقرانهم دوراً مهماً في الوصول إلى الفئات المهمشة، وربط مرضى التهاب الكبد المزمن بالرعاية، ومساندة الالتزام بالعلاج وتوفير رعاية الحالات المزمنة. وينبغي أن يتلقى أولئك العاملون تدريباً وإرشاداً وإشرافاً بشكل منظم وتعويضاً مناسباً نظير عملهم. ونظراً لمخاطر انتقال التهاب الكبد الفيروسي في أماكن الرعاية الصحية، ينبغي حماية العاملين الصحيين ببرنامج شاملة للصحة المهنية وللسلامة المهنية.

الإجراءات ذات الأولوية للبلدان

- ضمان أن تلبى استراتيجية وخطة القوى العاملة الصحية الوطنية الاحتياجات من خدمات التهاب الكبد، بما في ذلك إدراج محتوى التهاب الكبد في تدريب العاملين الصحيين وتحديد الكفاءات الأساسية ذات الصلة بتقديم خدمات التهاب الكبد على مختلف مستويات النظام الصحي.
- تحديد الفرص لإعادة توزيع المهام وتقاسم المهام لتوسيع قدرات القوى العاملة الصحية وتزويد العاملين الصحيين المجتمعيين بالمساندة الكافية.
- تنفيذ تدابير الصحة المهنية التي تتصدى لمخاطر انتقال التهاب الكبد الفيروسي في أماكن الرعاية الصحية وتلبي حاجات العاملين الصحيين المتعايشين مع التهاب الكبد الفيروسي.

الإجراءات ذات الأولوية لمنظمة الصحة العالمية

- تقديم الإرشادات بشأن السياسات والإرشادات التقنية التي تهدف إلى بناء قوى عاملة تتسم بالكفاءة ويمكنها تنفيذ برنامج عمومي بفعالية للتصدي لالتهاب الكبد الفيروسي.
- تقديم الإرشادات بشأن الصحة المهنية وسياسات السلامة المتعلقة بالتهاب الكبد الفيروسي.

٤-٣-٣ ضمان إتاحة اللقاحات والأدوية ووسائل التشخيص والسلع الأخرى العالية الجودة والميسورة التكلفة ذات الصلة بالتهاب الكبد

٧٠- تعتمد برامج مكافحة التهاب الكبد الفعالة على استمرار الإمدادات من اللقاحات والأدوية ووسائل التشخيص والسلع الأخرى المضمونة الجودة. ويلزم تطبيق نُظْم صارمة للشراء وإدارة الإمدادات لضمان اختيار المنتجات المناسبة وشرائها بسعر مناسب وإيصالها بكفاءة إلى نقاط إيتاء الرعاية، حيث يسهم انقطاع الإمدادات لأدوية التهاب الكبد، بما في ذلك نفاذ المخزون، إسهاماً كبيراً في مخاطر فشل العلاج.

٧١- ويلزم التنبؤ الدقيق بالاحتياجات القطرية والعالمية لجميع سلع التهاب الكبد للاسترشاد بها في تأهب المنتجين وقدرتهم على تلبية الاحتياجات المتوقعة. وينبغي أن تؤخذ قدرة التصنيع المحلية بعين الاعتبار، عندما تشير التحليلات الاقتصادية إلى احتمال خفض الأسعار وضمان الإمدادات. وينبغي كذلك أن تُلبي الخطط والميزانيات الوطنية لالتهاب الكبد والخطط والميزانيات الصحية الأعم احتياجات الشراء وإدارة سلسلة الإمداد. وستشكل اللقاحات والأدوية ووسائل التشخيص والسلع الأخرى مكوناً متزايد الأهمية في الميزانيات الوطنية لمكافحة التهاب الكبد، وخصوصاً مع التوسع في العلاج. ويمكن للمبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية بشأن التهاب الكبد، وقائمتها النموذجية للأدوية الأساسية، واستراتيجياتها لاختبار التهاب الكبد، وقوائم منتجاتها المختبرة صلاحية مسبقاً، إرشاد البلدان في اختيار المنتجات المناسبة ذات الجودة الكافية. كما ينبغي إدراج شراء وإدارة إمدادات سلع التهاب الكبد في النظام الوطني الأعم للشراء وإدارة الإمدادات.

٧٢- إن الطلب على علاج ميسور التكلفة لفيروس التهاب الكبد B وC يقتضي استراتيجيات شاملة لخفض أسعار الأدوية ووسائل التشخيص والسلع الصحية، بما في ذلك أسعار الأدوية ووسائل التشخيص التي هي قيد التطوير. وتشمل الاستراتيجيات تعزيز المنافسة على الأدوية الجنيصة، بما في ذلك من خلال الرخص الطوعية، مع تطبيق اتفاق منظمة التجارة العالمية المتعلق بحقوق الملكية الفكرية بشأن المرونة لحماية الصحة العمومية. ويشمل ذلك الرخص الإلزامية وتقديم الاعتراضات على براءات الاختراع، والتسعير النفاضلي، والمفاوضات المباشرة على الأسعار مع المنتجين، بالإضافة إلى التصنيع المحلي وفقاً للاستراتيجية وخطة العمل العالميتين بشأن الصحة العمومية والابتكار والملكية الفكرية والتي تشير أيضاً إلى أن حقوق الملكية الفكرية تعتبر من الحوافز المهمة لتطوير منتجات الرعاية الصحية الجديدة. وربما يلزم اتخاذ تدابير مختلفة حيال مختلف الأدوية ومختلف البلدان، مع ملاحظة الاختلافات في العقبات أمام إتاحة الخدمات في البلدان المنخفضة الدخل والشريحة الدنيا من البلدان المتوسطة الدخل مقارنة بالشريحة العليا من البلدان المتوسطة الدخل.

٧٣- كما أن هناك أيضاً فرصاً كثيرة لتحقيق وفورات في شراء سلع التهاب الكبد وتحسين أوجه الكفاءة في إدارة الإمداد، كالشراء بكميات كبيرة على أن يتم التسليم على مراحل بالنسبة للسلع ذات صلاحية الاستعمال القصيرة، والشراء المسبق وتحسين التنبؤ بالاحتياجات لتجنب الإهدار بسبب انتهاء صلاحية المنتجات.

الإجراءات ذات الأولوية للبلدان

- تعزيز الهياكل والإجراءات الوطنية للمشتريات وإدارة إمدادات السلع المتعلقة بخدمات التهاب الكبد بضمان دمجها في النظام الوطني الأعم للشراء وإدارة الإمدادات إلى جانب تعزيز الحوافز المقدمة لمواصلة الابتكار.
- ضمان شراء اللقاحات والأدوية ووسائل التشخيص والعوامل والسلع الأخرى المرتبطة بخدمات التهاب الكبد المضمونة الجودة، بما في ذلك من خلال الاختبارات المسبقة لمنظمة الصحة العالمية للصلاحية.
- تخطيط وتنفيذ استراتيجية لإتاحة أدوية و سلع التهاب الكبد لخفض أسعار السلع المرتبطة بالتهاب الكبد بما في ذلك خفضها، عند الاقتضاء، من خلال تطبيق جوانب المرونة التي يتضمنها الاتفاق المتعلق بالجوانب التجارية لحقوق الملكية الفكرية (اتفاق تريبيس) وفقاً للاستراتيجية وخطة العمل العالميتين بشأن الصحة العمومية والابتكار والملكية الفكرية.
- ضمان وتوسيع توافر الأدوية الجنيصة التي اختبرت منظمة الصحة العالمية صلاحيتها مسبقاً وذلك من خلال توسيع نطاق اتفاقيات الترخيص، والتسجيل في الوقت المناسب على المستوى الوطني.

الإجراءات ذات الأولوية لمنظمة الصحة العالمية

- الدعوة إلى استراتيجيات شاملة لخفض أسعار اللقاحات والأدوية ووسائل التشخيص والسلع الأخرى لالتهاب الكبد الفيروسي.
- التنبؤ بالطلب على سلع التهاب الكبد والاعتلالات المشتركة الخطيرة وتوافرها والانتفاع بها، واستخدام هذه المعلومات للدعوة إلى امتلاك المنتجين للقدرة التصنيعية الكافية.
- الترويج لبرنامج المنظمة للاختبار المسبق لصلاحية الأدوية للسماح بتسريع وتيرة تسجيل الأدوية والسلع ذات الأولوية، ولضمان وتوسيع توافر أدوية ومنتجات تشخيصية مضمونة الجودة.
- تقديم الإرشادات بشأن اختيار منتجات التهاب الكبد بمعرفة البرامج الوطنية والجهات المانحة والهيئات المسؤولة عن التنفيذ من خلال توليد ونشر معلومات استراتيجية حول الأدوية والمنتجين واللوائح التنظيمية وواقع براءات سلع التهاب الكبد.
- تقديم المساندة التقنية للبلدان للتنبؤ بالحاجة إلى سلع التهاب الكبد الضرورية وإدراجها في خططها الوطنية للشراء وإدارة الإمدادات، ووضع استراتيجية للتفاوض مع المنتجين على تخفيضات في الأسعار.
- مساندة السلطات التنظيمية في التقييم السابق لتسويق الأدوية ووسائل تشخيص التهاب الكبد الجديدة وتسجيلها، والترصد في مرحلة ما بعد التسويق.
- تقييم جودة وأداء وسائل تشخيص التهاب الكبد المتاحة تجارياً وإصدار التوصيات المناسبة.

٤-٣-٤ تعزيز بيئة تمكين

٧٤- كما هو الحال مع برامج الصحة العمومية الأخرى، تتطلب الاستجابة لالتهاب الكبد الفيروسي بيئة تمكين للسياسات والقوانين واللوائح التنظيمية التي تساند تنفيذ السياسات والبرامج المسندة بالبيانات وتشجع وتحمي الحقوق الإنسانية والصحية وتحد من الوصمة وتضمن الإنصاف في مجال الصحة. وعلى قطاع الصحة التزام واجب بأن يضمن وجود مثل هذه البيئة. وبإمكان القوانين والسياسات، عندما يتم إنفاذها على النحو الصحيح، أن تحد من سرعة تأثر الناس وتعرضهم لمخاطر العدوى بالتهاب الكبد، وأن توسع إتاحة الخدمات الصحية وأن تزيد نطاقها وجودتها وفعاليتها، وخصوصاً بالنسبة للمجموعات السكانية الأشد تضرراً. لكن الحواجز القانونية والمؤسسية وغيرها قد تحول دون حصول فئات معينة من الناس على تدخلات ناجعة ودون الانتفاع بالخدمات الصحية، كالمراهقين والسجناء ومتعاطي المخدرات والرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال والعاملين في تجارة الجنس والمتحولين جنسياً.

٧٥- وقد يتعرض المصابون بالتهاب الكبد الفيروسي والمعرضون لمخاطر الإصابة به للوصم والتمييز والتهميش الاجتماعي، مما يزيد من العوائق التي تقف بينهم وبين حصولهم على خدمات الالتهاب الكبدي. ويمكن التغلب على كثير من هذه الحواجز بمراجعة نماذج تقديم الخدمة القائمة وتكييفها لتلبية حاجات المجموعات السكانية المتضررة. وهناك حواجز أخرى قد تتطلب إصلاح أو إلغاء بعض القوانين أو اللوائح التنظيمية أو السياسات.

الإجراءات ذات الأولوية للبلدان

- استخدام بيانات الصحة العمومية لصياغة قوانين وتدابير مناصرة للصحة في جميع القطاعات المعنية تمكّن من الاستجابة الفعالة لالتهاب الكبد الفيروسي.
- إزالة العقبات القانونية والتنظيمية والسياساتية التي تقف في طريق الإنصاف في توفير خدمات الالتهاب الكبدي، وخصوصاً للمجموعات السكانية الأشد تضرراً والفئات الأخرى المعرّضة للمخاطر.
- إنهاء السياسات والممارسات التي تتغاضى عن الوصم والتمييز أو تشجعه ضد الأشخاص المعرضين لخطر التهاب الكبد أو الأشخاص المتعايشين مع التهاب الكبد، وخصوصاً في مواقع الرعاية الصحية وأماكن العمل.
- خلق بيئات مؤسسية ومجتمعية تكفل قدرأ أكبر من الأمان للناس للحصول على خدمات الالتهاب الكبدي، وإشراك المجتمعات في تخطيط الخدمات وتقديمها لتحسين نطاقها وجودتها وفعاليتها.
- التصدي للفتاوت بين الجنسين بدمج التدخلات المسندة بالبيانات في الخطط والاستراتيجيات الوطنية لالتهاب الكبد.

الإجراءات ذات الأولوية لمنظمة الصحة العالمية

- الدعوة لاستخدام بيانات الصحة العمومية لصياغة قوانين وتدابير مناصرة للصحة استناداً إلى الأخلاقيات الطبية وحقوق الإنسان ومبادئ الصحة العمومية.
- وضع ونشر سياسات منظمة الصحة العالمية ومبادئها التوجيهية التي تتصدى صراحةً للفتاوت بين الجنسين والعنف القائم على نوع الجنس والوصم والتمييز وحقوق الإنسان وصحة المجموعات المهمشة وبدائل التجريم في الصحة العمومية.
- تقديم المساعدة التقنية للبلدان لمراجعة السياسات والقوانين، وإعداد برامج تدفع بالمساواة بين الجنسين إلى الأمام، وتمكّن النساء والفتيات، وتشجع حقوق الإنسان والإنصاف في مجال الصحة، وخصوصاً للشباب والمجموعات السكانية الأكثر تضرراً.

٤-٤ التوجّه الاستراتيجي ٤: التمويل لأغراض الاستدامة

ينبغي أن يتلقى الناس خدمات الالتهاب الكبدي التي يحتاجون إليها دون معاناة من مصاعب مالية

٧٦- إن توفير استثمارات كافية في السلسلة الكاملة لخدمات الالتهاب الكبدي ضروري لتحقيق غايات عامي ٢٠٢٠ و ٢٠٣٠، ولتعزيز التغطية الصحية الشاملة. وستتطلب أية استجابة مستدامة تمويل حزمة الخدمات الضرورية المتصلة بالتهاب الكبد من خلال النظام الوطني للتمويل الصحي، وحشد تمويل جديد ويمكن التنبؤ به، وتقليل العبء المالي الواقع على الأفراد والأسر إلى حده الأدنى من خلال اعتماد الدفع المسبق وتجميع التمويل، وتحقيق وفورات وتجنب الإهدار، واستخدام الأموال المتاحة على نحو من الكفاءة والإنصاف. وتمثل زيادة سبل الحصول على الأدوية العالية الجودة والميسورة التكلفة وتشخيص العدوى بفيروس التهاب الكبد B و C، المصاحبة ببيروتوكولات العلاج القياسية والبسيطة، من الأمور المهمة.

٧٧- ويتطلب توفير التمويل من أجل استجابة مستدامة لالتهاب الكبد (والصحة في نطاقها الأوسع) بذل الجهود في ثلاثة مجالات:

زيادة الإيرادات لسداد تكاليف تدخلات وخدمات التهاب الكبد الفيروسي، مع التأكيد على تحسين جمع الضرائب الداخلية (بما في الإيرادات العامة ومساهمات التأمين الصحي الإلزامي على السواء) على أن تكملها المصادر الخارجية كالمنح المقدمة من الجهات المانحة والإيرادات من القطاع الخاص حسب اللزوم؛

الحماية من المخاطر المالية وتجميع الأموال، بما في ذلك إنشاء آليات منصفة لتجميع الأموال في عموم القطاع الصحي لضمان التغطية الكافية على امتداد السلسلة الكاملة لخدمات التهاب الكبد، والحد من العوائق المالية أمام الخدمات مع توفير الحماية من المخاطر المالية المتعلقة بالصحة في الوقت نفسه؛

تحسين الكفاءة في استخدام موارد النظم الصحية لتمكين تغطية أكثر فعالية لخدمات التهاب الكبد، بخفض تكاليف الأدوية ووسائل التشخيص والسلع الأخرى وبالحد من ازدواجية النظم الفرعية الأساسية مع البرامج الأخرى والنظام الصحي الأعم، كالمعلومات الاستراتيجية والموارد البشرية وإدارة الشراء والإمدادات.

٧٨- ينبغي أن تتصدى نظم تمويل الصحة الوطنية لالتهاب الكبد الفيروسي بالإضافة إلى جميع المسائل الصحية الوطنية الأخرى ذات الأولوية، مع تجنب تجزؤ قنوات التمويل وفي الوقت نفسه استهداف تحقيق الإنصاف في مجال الصحة.

٤-٤-١ زيادة الاستثمارات من خلال التمويل المبتكر ونهوج التمويل الجديدة

٧٩- خلافاً للأمراض السارية الرئيسية الأخرى، كفيروس العوز المناعي البشري والسل والملاريا، لم تحظ أنشطة الاستجابة الشاملة لالتهاب الكبد الفيروسي إلا بالقليل جداً من تمويل المساعدة الإنمائية الخارجية. كذلك، فإن معظم البلدان ليست لديها ميزانيات أو برامج مخصصة لجهود مكافحة التهاب الكبد. وبالتالي، ستكون هناك حاجة إلى مصادر تمويل جديدة لكي تتمكن البلدان من إطلاق أنشطة استجابة الصحة العمومية لالتهاب الكبد الفيروسي وتسريع وتيرتها وتحقيق استدامتها، على أن تكون هذه الموارد كبيرة إذا أُريد تحقيق الغايات العالمية الطموحة.

٨٠- يجب أن تكون استراتيجيات زيادة الاستثمار في مكافحة التهاب الكبد جزءاً من جهود أوسع لزيادة الاستثمارات عموماً في الصحة، بحيث يتسنى توسيع جميع الخدمات الصحية ذات الأولوية نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة. وسيكون التمويل العمومي المحلي عنصراً محورياً لتمويل خدمات التهاب الكبد الفيروسي في جميع البلدان ولضمان استدامة هذه الخدمات على المدى البعيد. ويمكن زيادة الإنفاق العام على الصحة إما بزيادة الإيرادات الضريبية (زيادة القدرة المالية للحكومة) أو بتخصيص نصيب أكبر من الأموال الحكومية ككل للصحة (إعطاء الصحة أولوية أكبر في الميزانية العمومية). ويجب على وزارات الصحة أن تساهم مساهمة فعالة مع وزارات المالية في المسائل المتعلقة بالميزانيات ونظم إدارة المالية العامة، والقضايا التي تثير القلق حول الحيث المالي العام، وأن يكون الهدف تخصيص ٥٪ كحد أدنى من إجمالي الناتج المحلي للإنفاق العام على الصحة. وينبغي كذلك صياغة مبررات الاستثمار في التهاب الكبد واستخدامها للدعوة إلى تخصيص عادل للموارد العمومية لالتهاب الكبد الفيروسي والتفاوض على ذلك.

٨١- وسيعتمد الكثير من البلدان المنخفضة الدخل والشريحة الدنيا من البلدان المتوسطة الدخل على التمويل الخارجي لتوسيع أنشطة استجابتها لالتهاب الكبد على مدى فترة الاستراتيجية. ويجب أن تتسق تدفقات الإيرادات من مثل هذه المصادر تماماً مع الأولويات والبرامج والخطط الوطنية فيما يخص التهاب الكبد وقطاع الصحة بوجه أعم. كما أن استقرار تدفقات الموارد هذه وإمكانية التنبؤ بها ضروريان للحد من مخاطر انقطاع الخدمات. ومن شأن تنسيق تدخلات وخدمات التهاب الكبد مع البرامج الصحية الأخرى والنظام الصحي ككل أن يقلل من أوجه القصور وعدم الكفاءة وأن يزيد، نتيجة لذلك، من النتائج المرجوة إلى أكبر قدر ممكن.

٤-٤-٢ التغلب على العقبات المالية والعقبات الأخرى التي تقف أمام توافر الخدمات وتوفير الحماية من المخاطر

٨٢- تزيد نظم التمويل الصحي التي تقلل من الدفع المباشر من أموال الناس الخاصة للحصول على جميع الخدمات الصحية الضرورية من توافر هذه الخدمات وتقي من الوقوع في الفقر. ولتقليل المدفوعات الصحية الكارثية إلى حدها الأدنى، ينبغي ألا تتجاوز هذه النفقات ١٥-٢٠٪ من إجمالي الإنفاق الصحي.

٨٣- ولا يعتبر علاج حالات العدوى المزمنة بالتهاب الكبد، وخصوصاً العلاجات الجديدة لالتهاب الكبد C، وتوفير الرعاية لحالات التشمع والسرطان، ميسور التكلفة حالياً لكثير من الناس. وينبغي إدراج التدخلات الضرورية الخاصة بالتهاب الكبد الفيروسي في السلسلة الكاملة لخدمات التهاب الكبد في حزمة الفوائد الصحية الوطنية وتقديمها مجاناً. بالإضافة إلى ذلك، فإن توفير ترتيبات مساندة (مثل لامركزية الخدمات أو تقديم قسائم المواصلات) لخفض التكاليف غير المباشرة التي يتحملها المستفيدون من الخدمة، يمكنه تحسين الإقبال على الخدمة ويزيد من أثرها. وتسفر الرسوم المفروضة على المستفيدين عن تفاوتات في إتاحة خدمات الوقاية والعلاج والرعاية المتعلقة بالتهاب الكبد، وتؤدي إلى تقليل الاستفادة من الخدمة، وتسهم في ضعف الالتزام بالعلاج، وتزيد مخاطر إخفاق العلاج، وتفرض أعباء مالية غير ضرورية على الأسر.

٨٤- ويعتمد توفير الحماية من المخاطر المالية والحصول على الخدمات اللازمة للأشخاص المعرضين للخطر والأشخاص المتعاشين مع التهاب الكبد على وجود نظام وطني أوسع قوي وعادل للتمويل الصحي. وتُعد نظم التمويل العمومية للصحة، التي تتضمن غلبة الاعتماد على الإيرادات التي تجمع من الضرائب العامة و/أو ضرائب الدخل للتأمين الصحي الإلزامي، الأشد إنصافاً وكفاءة. وينبغي أن تستند آليات المدفوعات المسبقة هذه إلى القدرة على الدفع، مع تجميع واسع للموارد لإتاحة توفير المنافع لمن يحتاجون إليها، بما في ذلك من لا يقدر على المساهمة في هذا النظام.

٤-٤-٣ خفض الأسعار والتكاليف وإزالة مواطن القصور

٨٥- تفرض القيود المالية على البلدان اختيار التدخلات والنهج الأشد فعالية، وتوجيه هذه الأنشطة إلى المجموعات السكانية والمواقع التي تُحقق فيها أعظم قدر من الأثر، وخفض أسعار الأدوية وسائر السلع الصحية، وزيادة كفاءة الخدمات. وتعتبر البرامج التي تستطيع إثبات تحقيق مردود جيد مقابل التكلفة وتحسين الكفاءة في أفضل وضع يهيئها للمطالبة بتخصيص عادل للموارد وحصولها على مساندة مالية خارجية. وينبغي دراسة إمكانية تحسين الكفاءة في جميع البرامج.

٨٦- ويمكن للإدارة الجيدة للبرامج أن تحسّن كفاءة تدفق الموارد وتخصيصها والاستفادة من الميزانية الوطنية أو من المصادر الخارجية لتقديم الخدمات، ويشمل هذا الأمر تحسين التنسيق بين تمويل المانحين والاتساق مع الخطط الوطنية والنظام الصحي الأوسع وتجميع الموارد والتمويل المستند إلى الأداء وزيادة المحاسبة على كل المستويات وعبر جميع أصحاب المصلحة بما في ذلك المنفذون والممولون.

٨٧- ويبين التوجّه الاستراتيجي ٣ فرص تخفيض التكلفة من خلال تحسين كفاءة الخدمات وتحسين الاختيار والشراء للإمدادات من اللقاحات والأدوية ووسائل التشخيص والسلع الصحية الأخرى الميسورة التكلفة.

الإجراءات ذات الأولوية للبلدان

- صياغة مبررات قوية للاستثمار في علاج التهاب الكبد للدعوة إلى التخصيص الكافي للموارد المحلية وحشد المساندة التمويلية الخارجية.
- تقدير الاحتياجات الوطنية من الموارد لمكافحة التهاب الكبد ووضع خطة لسد أي ثغرة في الموارد من خلال جمع أموال جديدة وتخصيص موارد صحية كافية لالتهاب الكبد.
- تقليل العقبات المالية، بما في ذلك الإنهاء التدريجي للنفقات التي يدفعها الأفراد مباشرة من أموالهم الخاصة للحصول على خدمات الالتهاب الكبدي والخدمات الصحية الأخرى.
- توفير الحماية الصحية الشاملة ضد المخاطر المالية المرتبطة بالصحة، وتغطية جميع المجموعات السكانية وتحديد أنسب طريقة لتحقيق هذه الحماية بما في ذلك نُظْم التمويل الصحي الإلزامية العمومية.
- رصد النفقات والتكاليف الصحية ومردودية خدمات الالتهاب الكبدي من خلال النظام الوطني للرصد والتقييم لتحديد الفرص لخفض التكاليف وتحقيق الوفورات.
- زيادة التنسيق مع البرامج الصحية الأخرى: تحديد الفرص لتحسين أوجه الكفاءة في عموم النظام بتوحيد النظم الصحية الأساسية، كنظم المعلومات الاستراتيجية والموارد البشرية والشراء وإدارة الإمدادات.

الإجراءات ذات الأولوية لمنظمة الصحة العالمية

- تقدير الاحتياجات إلى الموارد والمراجعة الدورية لها من أجل استجابة شاملة لالتهاب الكبد الفيروسي على المستوى العالمي لتحقيق غايات عامي ٢٠٢٠ و ٢٠٣٠.
- الدعوة إلى التمويل الكامل للاستجابة لالتهاب الكبد الفيروسي بإيجاد الالتزام السياسي تجاه التمويل المستدام والملكية الوطنية، والتخصيص العادل للموارد الحكومية لخدمات التهاب الكبد وإدراج الخدمات الضرورية لعلاج الالتهاب الكبدي في حزم الفوائد الصحية الوطنية.
- مساندة البلدان لصياغة مبررات استثمار ومقترحات تمويل لحشد التمويل الخارجي لأنشطة الاستجابة لالتهاب الكبد الفيروسي.
- توفير الإرشادات والأدوات لتقييم ورصد تكاليف الخدمات الصحية ومردوديتها، ومساندة البلدان لاعتماد منصة منظمة الصحة العالمية القطرية للحسابات الصحية^١.

٤-٥ التوجُّه الاستراتيجي ٥: الابتكار من أجل تسريع وتيرة الخدمات

التخلص من أوبئة التهاب الكبد الفيروسي سيطلب تكنولوجيات ونهجاً جديدة

٨٨- نتيج البحوث والابتكارات فرصاً لتغيير مسار الاستجابة العالمية لالتهاب الكبد وتحسين الكفاءة وجودة الخدمات وتحقيق أعظم الأثر. ومن غير المرجح أن يتم تحقيق الغايات الطموحة لعامي ٢٠٢٠ و ٢٠٣٠ لو اقتصرنا على ما هو متوفر من الأدوية والتكنولوجيات ونهج تقديم الخدمات. فهناك حاجة إلى الابتكارات على امتداد السلسلة الكاملة لخدمات الوقاية والتشخيص والعلاج والرعاية. وينبغي أن تكون مدعومة ببحوث ميدانية ويتعاون بين الباحثين وواضعي السياسات لضمان ترجمة نتائج البحوث إلى ممارسات بسرعة وعلى نطاق يكفي لتحقيق الأثر المرجو.

١ منصة منظمة الصحة العالمية القطرية للحسابات الصحية متاحة على:

http://www.who.int/health-accounts/platform_approach/en/ (تم الاطلاع في ١ نيسان/ أبريل ٢٠١٦).

٨٩- ويبين هذا التوجُّه الاستراتيجي المجالات التي سيؤدي فيها البحث والابتكار دوراً رئيسياً في تسريع الاستجابة لالتهاب الكبد. وعلى الرغم من الدور المهم الذي تؤديه منظمة الصحة العالمية في حشد الشركاء وتعزيز وصياغة خطة للبحوث العالمية، فإن الجزء الأكبر من الدور القيادي سيكون منوطاً بالآخرين، ومن ضمنهم المؤسسات البحثية والقطاع الصناعي الخاص. كما أن المنظمة تتحمل أيضاً مسؤولية رصد تطوير الجديد من اللقاحات والأدوية ووسائل التشخيص والسلع الأخرى ونهوج تقديم الخدمات، كما تكون عند اللزوم مسؤولة عن دمجها بسرعة في مبادئها التوجيهية. وتتولى البلدان دوراً حاسماً في تحديد أولويات الابتكار وتيسير البحوث وتوثيق الخبرات المبكرة المكتسبة من التنفيذ كما تتولى تنفيذ الأبحاث الميدانية. ونظراً للأفق الزمني البالغ ١٥ سنة لتحقيق غايات عام ٢٠٣٠، ينبغي النظر في تحديد أولويات بحثية على المدى القصير والمتوسط والطويل. وتركز هذه الاستراتيجية على الأولويات على المدى القصير والمتوسط.

٤-٥-١ بلوغ الأساليب المثلى للوقاية

٩٠- بالإضافة إلى التكنولوجيات الحالية للوقاية من العدوى بالتهاب الكبد الفيروسي، هناك فرص كبيرة لتحسين وتوسيع مجموعة تدخلات الوقاية من التهاب الكبد الفيروسي.

٩١- أدوات الحقن: سيتطلب التنفيذ الفعال لسياسة منظمة الصحة العالمية بشأن مأمونية الحقن وحملتها العالمية ابتكارات في هندسة أدوات الحقن المأمونة الميسورة التكلفة لمنع إعادة الاستخدام. وستستفيد برامج تقليص الأضرار من التصميمات الجديدة للإبر والمحاقن التي تقلل "المساحة الميتة" التي قد يبقى فيها الدم بعد الاستخدام.

٩٢- لقاحات التهاب الكبد: إن أي برنامج للتطعيم ضد فيروس التهاب الكبد B سيتحسن بشدة بفعل تطوير لقاحات أكثر ثباتاً في الحرارة وعند التجميد، ووجود نظام مبسط للتطعيم بجرعة الميلاد من لقاح فيروس التهاب الكبد B. ومن عجيب المفارقات أن يؤدي تطوير العلاجات الفعالة لالتهاب الكبد C إلى تقليص الجهود المبذولة لإيجاد لقاحات مضادة لفيروس التهاب الكبد C وإلى ضرورة تغيير هذا الاتجاه وتحقيق انحصاره. ومن شأن تطوير لقاح فعال لفيروس التهاب الكبد C أن يمثل إضافة قوية لحافظة تدخلات الوقاية من التهاب الكبد وأن يكمل التقدم الذي طرأ حديثاً على علاج فيروس التهاب الكبد C.

٩٣- استخدام الأدوية المضادة للفيروسات من أجل الوقاية: ينبغي دراسة الدور المحتمل للعلاج الوقائي قبل التعرض وبعد التعرض للوقاية من اكتساب فيروس التهاب الكبد B وC، مع ملاحظة الخبرة المستمدة من الاستجابة لفيروس العوز المناعي البشري. وعلى نحو مماثل، فإن هناك حاجة إلى إجراء مزيد من البحوث حول استخدام العقاقير المضادة للفيروسات للوقاية من انتقال فيروس التهاب الكبد B من الأم إلى الطفل، وهو ما سيكون مكماً مهماً للتطعيم بجرعة الميلاد من لقاح فيروس التهاب الكبد B. وينبغي تقييم أثر التغطية الموسعة لعلاج فيروسي التهاب الكبد B وC على الوقاية من فيروسي التهاب الكبد B وC.

٩٤- منافع العلاج في الوقاية: تقييم المنافع الوقائية المحتملة للتغطية الموسعة بعلاج فيروسي التهاب الكبد B وC من حيث انتقال فيروسي التهاب الكبد B وC.

٤-٥-٢ تحقيق المستوى الأمثل من الاختبار والتشخيص

٩٥- هناك فرص هائلة لتحسين تكنولوجيات تشخيص واستراتيجيات ونهوج التهاب الكبد الفيروسي الضرورية للتوسيع السريع لاختبار خدمات الالتهاب الكبدي الفيروسي وضمان التشخيص الدقيق والموثوق والتقييم السريري ورصد المرضى. ويلزم أيضاً توافر تكنولوجيات بسيطة لضمان إمكانية وصول خدمات الاختبار إلى المناطق النائية والمجموعات السكانية التي يصعب الوصول إليها. وينبغي إعطاء الأولوية لتطوير اختبارات تشخيصية

سريعة لتشخيص العدوى بفيروس التهاب الكبد B و C، واختبارات تجربتها مراكز الرعاية الصحية لرصد الحمل الفيروسي لالتهاب الكبد B والتهاب الكبد C (ومستضد فيروس التهاب الكبد C) للاسترشاد بها في اتخاذ قرارات العلاج، وطرق مبسطة للتقييم الموثوق للتليف والتشمع الكبدي.

٤-٥-٣ تحقيق المستوى الأمثل من الأدوية وأساليب العلاج

٩٦- أحدث تطوير أدوية شديدة الفعالية لعلاج العدوى المزمنة بالتهاب الكبد C تحولاً كبيراً في التعامل مع أوبئة التهاب الكبد C. وهناك أيضاً خط إنتاج جدير بالإعجاب للأدوية الجديدة قيد التطوير، ومشاركات (توالت) وجزيئات مرشحة قيد التطوير تُعد بتوفير أدوية تُؤخذ عن طريق الفم وتُظم علاجية أشد فعالية وقوة وأكثر احتمالاً ومأمونية. وينبغي إعطاء الأولوية لتطوير نُظم علاجية ميسورة التكاليف وبسيطة وتغطي جميع الأنماط الجينية لفيروس التهاب الكبد C. أما التقدم في تطوير أدوية لعلاج العدوى المزمنة بفيروس التهاب الكبد B فكان أقل جدوى، إذ لم يتم بعد إيجاد "علاج شاف". وسيطلب التخلص من أوبئة فيروس التهاب الكبد B و C علاجات شافية مأمونة وفعالة. وينبغي أن يحسن تطوير صيغ علاجية ممتدة المفعول الالتزام بالعلاج. بالإضافة إلى ذلك، فهناك حاجة إلى أدوية جديدة وعلاجات أخرى لتحسين التدبير العلاجي لمضاعفات العدوى بالتهاب الكبد الفيروسي، بما في ذلك علاجات لأمراض الكبد المزمنة وفشل الكبد وكارسينوما الخلايا الكبدية.

٤-٥-٤ تحقيق المستوى الأمثل من نُهج تقديم الخدمات

٩٧- ثمة عدد قليل من البلدان التي لديها برامج صحة عمومية تقدم خدمات شاملة لالتهاب الكبد، باستثناء برامج تطعيم الأطفال ضد فيروس التهاب الكبد B. وتوجد عقبات عديدة أمام إعطاء لقاح فيروس التهاب الكبد B عند الميلاد، وهو تدخل رئيسي للوقاية من انتقال فيروس التهاب الكبد B من الأم إلى الطفل. وكانت خدمات تقليص الأضرار، التي أثبتت فعاليتها في الوقاية من أوبئة فيروس العوز المناعي البشري بين متعاطي المخدرات حقناً، أقل نجاحاً في الوقاية من أوبئة فيروس التهاب الكبد C، حتى على الرغم من تماثل التدخلات الرئيسية. ويؤدي كل من نقص وسائل التشخيص الموثوقة البسيطة ونقص خدمات الاختبار الفعالة التي يمكنها الوصول إلى المجموعات السكانية والبيئات الأشد تضرراً إلى تقليل إمكانية التشخيص المبكر وتحديد مرحلة مرض التهاب الكبد المزمن. وفي عام ٢٠١٥، كان هناك أقل من ١٪ من المصابين بالعدوى المزمنة بالتهاب الكبد يتلقون العلاج، وفي أغلب الأحوال من خلال رعاية سريرية فردية.

٩٨- وتسلط هذه الثغرات في الاستجابة، كتلك التي أشرنا إليها أعلاه، الضوء على التحديات التي تواجه تقديم الخدمة التي تتطلب تحليلاً دقيقاً ونهجاً جديدة في تقديم الخدمات. ويتطلب العلاج والرعاية على نطاق واسع للمصابين بالعدوى المزمنة بالتهاب الكبد نهجاً جديداً للصحة العمومية في تقديم الخدمات، بما في ذلك نُظم العلاج والبروتوكولات المبسطة والموحدة والرعاية اللامركزية، وعلى مستوى الرعاية الصحية الأولية وفي المجتمعات المحلية. وهناك حاجة إلى الاستثمار في البحوث الميدانية لتقييم مختلف نماذج تقديم الخدمات وفرص تحسين جودة الخدمات المقدمة. وسيطلب العلاج الموسع، وخصوصاً العلاج مدى الحياة من فيروس التهاب الكبد B، استراتيجيات ونهجاً لتحقيق أقصى التزام بالعلاج والاحتفاظ بالمرضى في الرعاية، ورصد المرضى لتحري حصائل العلاج وإخفاقه، والرصد لتحري سمية العقاقير وظهور المقاومة للأدوية.

٥- تنفيذ الاستراتيجية: الشراكات والمساءلة والرصد والتقييم وتقدير التكاليف

٩٩- إن التنفيذ الفعال لهذه الاستراتيجية يتوقف على تضافر جهود جميع أصحاب المصلحة في استجابة القطاع الصحي لالتهاب الكبد الفيروسي. ويتطلب النجاح دوراً قيادياً قوياً وشراكات قوية لضمان اتساق السياسات والبرامج. ويلزم إرساء وتعزيز الصلات بين مختلف البرامج المعنية بأمراض محددة والبرامج الشاملة داخل قطاع الصحة.

١-٥ التعاون مع الشركاء

١٠٠- لمنظمة الصحة العالمية دور تنظيمي مهم، إذ تجمع بين شتى الجهات والقطاعات والمنظمات المعنية لدعم قطاع الصحة لالتهاب الكبد الفيروسي في الاستجابة المنسقة والمتسقة. فضلاً عن العمل مع الدول الأعضاء، تعمل أمانة المنظمة عن قرب أيضاً مع سائر الشركاء الرئيسيين، بما في ذلك ما يلي:

الجهات المانحة الثنائية الأطراف والمتعددة الأطراف والوكالات والصناديق والمؤسسات الإنمائية: خلافاً للأمراض السارية الرئيسية الأخرى، كفيروس العوز المناعي البشري والسل والملاريا، هناك عدد قليل جداً من الجهات المانحة التي تدعم التهاب الكبد الفيروسي. ويلعب التحالف العالمي من أجل اللقاحات والتمنيع دوراً حاسماً في دعم برامج تمنيع الأطفال الروتينية، مع إدراج لقاح فيروس التهاب الكبد B في اللقاح الخماسي التكافؤ. وسيتمثل أحد التحديات الرئيسية خلال السنوات المقبلة في حشد مشاركة الجهات المانحة الكبرى والوكالات الإنمائية الأخرى في الاستجابة لالتهاب الكبد الفيروسي.

المجتمع المدني: لقد أدى المجتمع المدني دوراً قيادياً في إدراج التهاب الكبد الفيروسي في برامج العمل الصحية والإنمائية العالمية، مع أداء الجماعات التي تمثل مرضى التهاب الكبد والتي تدعو إلى العلاج والتي تنشط في مجال الصحة العمومية لدور قيادي قوي. وأنشأت منظمة الصحة العالمية فريقاً مرجعياً ينتمي إلى المجتمع المدني بشأن التهاب الكبد الفيروسي يجمع بين ممثلين من نطاق عريض من المجموعات المؤيدة ومن شبكات المجتمع المدني المرتبطة بالتهاب الكبد. ويسدي هذا الفريق المشورة للمنظمة بشأن سياساتها وبرامج العمل فيها حول التهاب الكبد، وييسر نشر سياسات المنظمة وإرشاداتها وتنفيذها. وللمجتمع المدني ممثلون في جميع الأفرقة العاملة التقنية التابعة للمنظمة، ومن ضمنها الأفرقة المعنية بوضع سياسات المنظمة ومبادئها التوجيهية وأدواتها. وهناك مجموعة من منظمات المجتمع المدني تربطها علاقات رسمية بالمنظمة، مما يمكنها من حضور جلسات مختلف الأجهزة الرئاسية في المنظمة بصفة جهات مراقبة.

الشركاء التقنيون: أنشأت المنظمة لجنة استشارية استراتيجية وتقنية معنية بالتهاب الكبد الفيروسي تتألف من مجموعة من الخبراء التقنيين من برامج مكافحة التهاب الكبد الوطنية والمنظمات المنفذة والمعاهد البحثية والمجتمع المدني لإسداء المشورة للمدير العام بشأن سياسات وبرنامج عمل المنظمة في مجال التهاب الكبد. ويؤدي الشركاء التقنيون دوراً حاسماً في الأفرقة العاملة التابعة للمنظمة المسؤولة عن وضع سياسات المنظمة ومبادئها التوجيهية.

٢-٥ الرصد والتقييم والإبلاغ

١٠١- سيجري رصد تنفيذ الاستراتيجية على ثلاثة مستويات باستخدام الآليات الموجودة بالفعل:

- رصد وتقييم التقدم المحرز نحو الأهداف والغايات العالمية؛
- رصد وتقييم الاستجابة على المستوى القطري؛
- إطار منظمة الصحة العالمية للإدارة القائمة على تحقيق النتائج.

١٠٢- وسيتم رصد عدد من الغايات من خلال استخدام نظام الإبلاغ العالمي عن التقدم المحرز في التصدي للأيدز والإطار الخاص برصد وتقييم المساءلة والذي يدعم تنفيذ خطة العمل العالمية للقاءات ٢٠٢٠-٢٠١١

١-٢-٥ رصد التقدم المحرز نحو الأهداف والغايات العالمية والإبلاغ عنه

١٠٣- على الصعيد العالمي، يتم إعداد الخطط لإجراء مراجعات منتظمة لتقييم التقدم المحرز في مختلف الالتزامات والغايات، وسيتم بناء هذه المراجعات على البيانات المتلقاة من البلدان من خلال مختلف الآليات الحالية للرصد والتقييم.

١٠٤- وسيجري بانتظام تقييم التقدم المحرز على الصعيدين العالمي والإقليمي نحو الغايات الموضوعية في هذه الاستراتيجية. كما سيجري أيضاً استخدام المقارنات بين البلدان وفي داخل كل بلد - "وضع أسس للمقارنة المرجعية" - لتقييم الأداء في بلوغ الغايات. وقد صُممت هذه الاستراتيجية لتكون مرنة بما يكفي لتتضمن أولويات إضافية أو لسد الثغرات التي قد يتم تحديدها في استجابة قطاع الصحة لالتهاب الكبد. وستواصل المنظمة عملها مع شركائها لتقديم المساندة للبلدان من أجل الجمع المنسق والموحد للبيانات حول المؤشرات الرئيسية وفي إعداد التقارير العالمية والإقليمية.

١٠٥- وستعد المنظمة إطاراً للرصد والمساءلة للاستراتيجية بالتشاور مع أصحاب المصلحة الرئيسيين بالاستناد إلى المعلومات الاستراتيجية ونظم التبليغ الحالية. كما سترصد أيضاً وتبادل البيانات حول الاستفادة بمبادئها التوجيهية المعنية بالتهاب الكبد الفيروسي وكذلك حول التقدم المحرز في تنفيذ الاستراتيجية، من أجل تسليط الضوء على العقبات وتشجيع أفضل الممارسات.

٢-٢-٥ رصد وتقييم الاستجابة على المستوى القطري

١٠٦- ينبغي تقييم التقدم المحرز في تنفيذ استجابة قطاع الصحة لالتهاب الكبد الفيروسي باستخدام مؤشرات حول التوافر وحاصل التغطية والأثر، مع أخذ التوصيات الأخرى ذات العلاقة برصد التنفيذ بعين الاعتبار. وسيتم تتبع التقدم المحرز صوب بلوغ الأهداف المحددة في خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠، وخصوصاً الأهداف المتعلقة بالصحة، ورفع تقارير عنه.

١٠٧- وتستند المؤشرات المتعلقة برصد تعزيز النظم الصحية إلى منصة مشتركة لرصد وتقييم الاستراتيجيات الصحية الوطنية يطلق عليها اسم منصة ترصد النظم الصحية القطرية، وتتسق المنظمة أعمالها. وهناك أيضاً وسائل لتقدير التقدم المحرز في تنفيذ السياسات والتدابير القانونية والهيكلية الرامية إلى تعزيز الاستجابة لالتهاب الكبد.

٣-٢-٥ إطار منظمة الصحة العالمية للإدارة القائمة على تحقيق النتائج

١٠٨- يوفر برنامج العمل العام الثاني عشر للمنظمة (٢٠١٤-٢٠١٩) رؤية استراتيجية رفيعة المستوى لعمل المنظمة، وهو يبين ستة مجالات عمل. وتندرج معظم الأنشطة المتعلقة بالتهاب الكبد الفيروسي في الفئة ١: الأمراض السارية. لكن هناك أنشطة أخرى مهمة متعلقة بالتهاب الكبد وتندرج في فئات أخرى، وأبرزها الفئة ٢: الأمراض غير السارية (بما فيها السرطان وتعاطي مواد الإدمان ورعاية الحالات المزمنة)، والفئة ٣: تعزيز الصحة طيلة العمر (بما فيها صحة الأم والمراهق والطفل)، والفئة ٤ (بما فيها توافر الأدوية ووسائل التشخيص، وتوفير الخدمات بطريقة متكاملة، والمعلومات الاستراتيجية، والموارد البشرية). ويأتي ضمن الفئة ١ الخاصة "بفيروس العوز المناعي البشري والتهاب الكبد الفيروسي" مجال عملها الخاص الذي توضع له خطط عمل ثنائية السنوات مع مجموعة من الحصائل المتفق عليها وميزانية. وتغطي هذه الاستراتيجية ثلاث فترات تمتد كل فترة منها سنتين (٢٠١٦-٢٠١٧ و ٢٠١٨-٢٠١٩ و ٢٠٢٠-٢٠٢١). ويتم رصد تنفيذ خطة العمل من خلال مراجعة منتصف المدة في نهاية السنة الأولى في كل ثنائية، مع رفع تقارير حول التقدم المحرز نحو بلوغ كل حصيلة من الحصائل في نهاية كل ثنائية.

٣-٥ تنفيذ الاستراتيجية على المستوى الوطني

١٠٩- تهدف الاستراتيجية العالمية إلى تقديم التوجيه حول وضع الاستراتيجيات والجهود والأنشطة الوطنية الخاصة بالتهاب الكبد الفيروسي وتنفيذها. وستساعد المشاركة الواسعة من خلال عملية الإعداد في فعالية التنفيذ. ومن أجل تمكين الشعور بالملكية على الصعيد القطري، لابد من مواصلة الاستراتيجيات أو الخطط الوطنية لالتهاب الكبد مع الخطط الموجودة حالياً، مثل خطط التنمية الوطنية والاستراتيجيات الوطنية لقطاع الصحة واستراتيجيات الأمراض الأخرى. كما ينبغي أن تتواءم أيضاً، قدر الإمكان، مع الدورات التخطيطية والمالية الوطنية.

٤-٥ المساءلة

١١٠- تُعد آليات المساءلة الجيدة الأداء والشفافية والتي يشارك فيها المجتمع المدني مشاركة قوية، بالغة الأهمية نظراً لاتساع نطاق الشركاء وأصحاب المصلحة اللازمين لحشد استجابة فعالة لالتهاب الكبد الفيروسي. ومن اللبنيات المهمة في هذا الشأن تدعيم دور القيادة وتصريف الشؤون القوي الذي يشمل المشاركة الكاملة مع جميع أصحاب المصلحة المعنيين، ووضع غايات واضحة، واستخدام المؤشرات الملائمة لتتبع التقدم، وترسيخ عمليات شفافة وشاملة للتقييم ورفع التقارير.

٥-٥ تقديرات تكاليف تنفيذ الاستراتيجية

١١١- من المتوقع أن تحقق الاستراتيجية العالمية لقطاع الصحة بشأن التهاب الكبد الفيروسي ٢٠١٦-٢٠٢١ خفضاً بنسبة ٣٠٪ في الحالات الجديدة وخفضاً بنسبة ١٠٪ في عدد الوفيات المرتبطة بالتهاب الكبد بحلول عام ٢٠٢٠، وخفضاً بنسبة ٩٠٪ في الحالات الجديدة وخفضاً بنسبة ٦٥٪ في عدد الوفيات المرتبطة بالتهاب الكبد بحلول عام ٢٠٣٠.

١١٢- وتتمثل التدخلات الرئيسية في الاختبار والعلاج (لكلا فيروسي التهاب الكبد B والتهاب الكبد C) (مع علاج ثمانية ملايين شخص بحلول ٢٠٢٠، وعلاج ٨٠٪ من المؤهلين بحلول عام ٢٠٣٠)، والتطعيم ضد فيروس التهاب الكبد B (مع تغطية بنسبة ٩٠٪ بحلول عام ٢٠٢٠)، والوقاية من انتقال العدوى من الأم إلى الطفل (مع تغطية بنسبة ٥٠٪ بحلول عام ٢٠٢٠، بجرعة التطعيم عند الميلاد، و٩٠٪ بحلول عام ٢٠٣٠، متضمنة كلاً من جرعة التطعيم عند الميلاد والتدخلات الإضافية بما فيها مضادات الفيروسات في الفترة المحيطة بالولادة)، وتقليل الأضرار بين متعاطي المخدرات حقناً (توفير أدوات حقن معقمة والعلاج بالاستعاضة عن المواد الأفيونية)، وتدابير لتحقيق أقصى مستوى من مأمونية الدم والحقن.

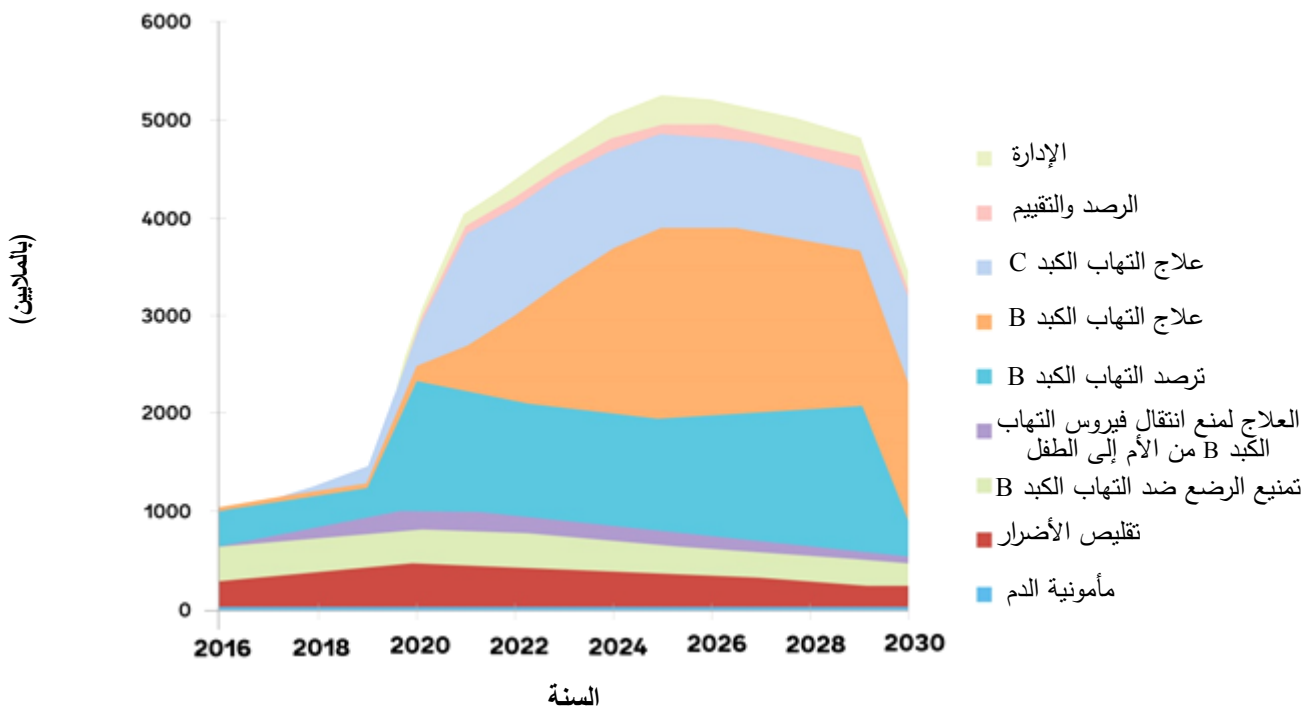
١١٣- يُفترض أن يتقاسم مختلف أقسام القطاع الصحي تكاليف بعض التدخلات: تتضمن هذه الاستراتيجية ما نسبته ٢٥٪ من التكلفة التقديرية للتواصل مع متعاطي المخدرات حقناً والعلاج بالاستعاضة عن المواد الأفيونية، نظراً لأن هذه التكاليف مدرجة أيضاً في استراتيجية فيروس العوز المناعي البشري؛ وما نسبته ١٠٪ من التكاليف التقديرية لمأمونية الدم والحقن مدرجة فيها؛ ولا تتضمن استراتيجية التهاب الكبد إلا ما نسبته ١٠٪ من تكاليف الاختبار المتوقعة لأفريقيا و ٥٠٪ من تكاليف الاختبار المتوقعة للأماكن الأخرى، نظراً لأن تكاليف حملات الاختبار النشطة مدرجة أيضاً في استراتيجية فيروس العوز المناعي البشري.

١١٤- وفي البلدان المنخفضة الدخل والشريحة الدنيا من البلدان المتوسطة الدخل، تعتبر التكاليف الكاملة للتدخلات تكاليف إضافية بالنسبة لقطاع الصحة. أما في الشريحة العليا من البلدان المتوسطة الدخل والبلدان المرتفعة الدخل، فالمتوقع أن يتم تعويض تكاليف التدخلات، جزئياً أو كلياً، من خلال الوفورات الناتجة عن انخفاض الاحتياجات إلى الرعاية لمن هم في مرحلة متقدمة من المرض أو الحول محل العلاجات البديلة الأقل فعالية المستخدمة حالياً. وبالتالي تشمل التكلفة التقديرية لهذه الاستراتيجية ١٠٠٪ من التكاليف بالنسبة للبلدان المنخفضة الدخل والشريحة الدنيا من البلدان المتوسطة الدخل و ٢٥٪ من التكاليف بالنسبة للشريحة العليا من البلدان المتوسطة الدخل. ولا تشمل هذه التكاليف التقديرية تكلفة البلدان المرتفعة الدخل.

١١٥- وتبلغ التكلفة الإجمالية لتنفيذ هذه الاستراتيجية للفترة ٢٠١٦-٢٠٢١ ما قيمته ٩٠٠ مليون دولار أمريكي. (انظر الشكل ٨) ويمثل عام ٢٠٢١ ذروة التكلفة السنوية في هذه الفترة، وذلك بقيمة ٤١٠٠ مليون دولار أمريكي. وفي السنوات التالية لعام ٢٠٢١، تواصل التكاليف السنوية ارتفاعها وتصل إلى ذروتها في عام ٢٠٢٦ عند ٥٢٠٠ مليون دولار أمريكي. ثم تتراجع التكاليف إلى ٣٥٠٠ مليون دولار أمريكي في السنة في عام ٢٠٣١. وتتمثل الدوافع الرئيسية للتكلفة في خدمات التحري وعلاج التهاب الكبد B والتكاليف المرتبطة بالتهاب الكبد C. وتتراجع التكاليف في المستقبل إلى حد كبير نتيجة انخفاض الحاجة إلى اختبارات فيروس التهاب الكبد B وانخفاض أحمال علاج فيروس التهاب الكبد B (نتيجة انخفاض معدلات الحالات الجديدة، واستحداث علاج للأشخاص الذين يعالجون بمضادات الفيروسات).

١١٦- ولأغراض المقارنة، فإن التكلفة في الفترة ٢٠١٦-٢٠٢١ عبر جميع البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل (وتتضمن التكاليف الكاملة لهذه البلدان ولا تشمل تكاليف البلدان المرتفعة الدخل) تبلغ ١٩ ٣٠٠ مليون دولار أمريكي. وفي هذا السيناريو، تبلغ التكلفة السنوية في فترة الاستراتيجية ذروتها عند ٧١٠٠ مليون دولار أمريكي. وفي السنوات التالية لعام ٢٠٢١، توصل التكاليف السنوية ارتفاعها، حيث تبلغ ذروتها عند ٨٨٠٠ مليون دولار أمريكي في عام ٢٠٢٥ ثم تأخذ في التراجع.

الشكل ٨: تكلفة تنفيذ الاستراتيجية العالمية لقطاع الصحة بشأن التهاب الكبد الفيروسي، الفترة ٢٠١٦-٢٠٣٠ (بملايين الدولارات الأمريكية)



التذييل ٣

الاستراتيجية العالمية لقطاع الصحة بشأن الأمراض المنقولة جنسياً في الفترة ٢٠١٦-٢٠٢١

المقدمة والسياق

١- تستند الاستراتيجية العالمية لقطاع الصحة بشأن الأمراض المنقولة جنسياً في الفترة ٢٠١٦-٢٠٢١ إلى الاستنتاجات التي تمخض عنها تقييم تنفيذ الاستراتيجية العالمية بشأن الوقاية من الأمراض المنقولة جنسياً ومكافحتها في الفترة ٢٠٠٦-٢٠١٥^١، وتتص على رؤية وأهداف وغايات ومبادئ إرشادية وإجراءات ذات أولوية للقضاء على وباء الأمراض المنقولة جنسياً كمشكلة من مشكلات الصحة العمومية.

١ الوثيقة ج٣٦/٦٨ التقرير المرحلي زاي.

٢- وتحدد خطة التنمية المستدامة^١ لعام ٢٠٣٠ مجموعة من الأهداف والغايات العالمية الطموحة في مجال الصحة. ويعتبر الهدف ٣ من الخطة ذا أهمية خاصة بالنسبة إلى الاستراتيجية المقترحة (ضمان تمتع الجميع بأنماط عيش صحية وبالرفاهية في جميع الأعمار) (انظر الإطار ١)، بما في ذلك تركيزه على المجالات ذات العلاقة بالصحة.

٣- وتصف هذه الاستراتيجية العالمية لقطاع الصحة بشأن الأمراض المنقولة جنسياً عنصراً مهماً من عناصر إسهام قطاع الصحة في تحقيق هذه الغايات، حيث توضح الإجراءات التي ينبغي للبلدان ولمنظمة الصحة العالمية أن تتخذها. ولو نُفذت هذه الإجراءات فإنها ستسرع الاستجابة للأمراض المنقولة جنسياً وتكثفها لكي يصبح التقدم نحو القضاء على هذه الأوبئة واقعاً ملموساً. وعلاوة على ذلك، فإن تنفيذ الاستراتيجية العالمية لقطاع الصحة بشأن الأمراض المنقولة جنسياً، فور اعتمادها، سيتطلب التزاماً سياسياً وموارد لزيادة تسريع الاستجابة على مدى السنوات الخمس المقبلة ولاستدامة العمل حتى عام ٢٠٣٠ وما بعده.

٤- وتنتظر هذه الاستراتيجية إلى استجابة قطاع الصحة بشأن أوبئة الأمراض المنقولة جنسياً باعتبارها بالغة الأهمية لتحقيق التغطية الصحية الشاملة، وهي إحدى الغايات الصحية الأساسية لأهداف التنمية المستدامة التي حددتها خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠. وستسهم هذه الاستراتيجية وتنفيذها، فور اعتمادها، في حدوث تراجع كبير في الإصابات الجديدة بالأمراض المنقولة جنسياً والوفيات ذات العلاقة بهذه الأمراض (بما في ذلك حالات الإملاص وسرطان عنق الرحم)، وتحسن في الوقت نفسه صحة الفرد والصحة الجنسية للرجال والنساء وعافية الناس كافة. وسترشد الاستراتيجية الجهود الرامية إلى تسريع جهود الشاملة للوقاية وتركيزها عن طريق التوسع في توليفة مسندة بالبيانات من النهج السلوكية والحيوية الطبية والهيكلية، وإتاحة وصول جميع الناس إلى المعلومات بشأن حالتهم فيما يتعلق بالإصابة بأمراض معدية منقولة جنسياً، وتحسين إتاحة العلاج والرعاية الشاملة الطويلة المدى عند الحاجة، وتتصدى لانتشار الوصم والتمييز المرتبطين بالإصابة بهذه الأمراض. كما تشجع الاستراتيجية على اعتماد نهج يركز على الناس ويقوم على مبادئ حقوق الإنسان والمساواة بين الجنسين والإنصاف في الصحة.

الإطار ١: الهدف ٣ من أهداف التنمية المستدامة: ضمان تمتع الجميع بأنماط عيش صحية وبالرفاهية في جميع الأعمار
الغايات

٣-١ خفض النسبة العالمية لوفيات الأمهات إلى أقل من ٧٠ حالة وفاة لكل ١٠٠٠ مولود حي بحلول عام ٢٠٣٠

٣-٢ وضع نهاية لوفيات المواليد والأطفال دون سن الخامسة التي يمكن تفاديها بحلول عام ٢٠٣٠، بسعي جميع البلدان إلى بلوغ هدف خفض وفيات المواليد على الأقل إلى ١٢ حالة وفاة في كل ١٠٠٠ مولود حي، وخفض وفيات الأطفال دون سن الخامسة على الأقل إلى ٢٥ حالة وفاة في كل ١٠٠٠ مولود حي

٣-٣ وضع نهاية لأوبئة الأيدز والسل والملاريا والأمراض المدارية المهملة ومكافحة الالتهاب الكبدي الوبائي والأمراض المنقولة بالمياه والأمراض المعدية الأخرى بحلول عام ٢٠٣٠

٣-٤ تخفيض الوفيات المبكرة الناجمة عن الأمراض غير المعدية بمقدار الثلث من خلال الوقاية والعلاج وتعزيز الصحة والسلامة العقليتين بحلول عام ٢٠٣٠

٣-٥ تعزيز الوقاية من إساءة استعمال المواد، بما يشمل تعاطي المخدرات وتناول الكحول على نحو يضر بالصحة، وعلاج ذلك

١ قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة ١/٧٠ - تحويل عالمنا: خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠، انظر الرابط التالي: http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E (تم الاطلاع في ١٣ نيسان/ أبريل ٢٠١٦).

- ٣-٦ خفض عدد الوفيات والإصابات الناجمة عن حوادث المرور في العالم إلى النصف بحلول عام ٢٠٢٠
- ٣-٧ ضمان حصول الجميع على خدمات رعاية الصحة الجنسية والإنجابية، بما في ذلك خدمات ومعلومات تنظيم الأسرة والتوعية الخاصة به، وإدماج الصحة الإنجابية في الاستراتيجيات والبرامج الوطنية بحلول عام ٢٠٣٠
- ٣-٨ تحقيق التغطية الصحية الشاملة، بما في ذلك الحماية من المخاطر المالية، وإمكانية الحصول على خدمات الرعاية الصحية الأساسية الجيدة وإمكانية حصول الجميع على الأدوية واللقاحات الجيدة والفعالة والميسورة التكلفة
- ٣-٩ الحد بدرجة كبيرة من عدد الوفيات والأمراض الناجمة عن التعرض للمواد الكيميائية الخطرة وتلوث وتلوث الهواء والماء والتربة بحلول عام ٢٠٣٠
- ٣-أ تعزيز تنفيذ الاتفاقية الإطارية لمنظمة الصحة العالمية لمكافحة التبغ في جميع البلدان، حسب الاقتضاء
- ٣-ب دعم البحث والتطوير في مجال اللقاحات والأدوية للأمراض المعدية وغير المعدية التي تتعرض لها البلدان النامية في المقام الأول، وتوفير إمكانية الحصول على الأدوية واللقاحات الأساسية بأسعار معقولة، وفقاً لإعلان الدوحة بشأن اتفاق منظمة التجارة العالمية المتعلق بالجوانب المتصلة بالتجارة من حقوق الملكية الفكرية (المعروف باسم اتفاق تريبيس) والصحة العامة، الذي يؤكد حق البلدان النامية في الاستفادة بالكامل من الأحكام الواردة في اتفاق تريبيس فيما يتعلق بأوجه المرونة اللازمة لحماية الصحة العامة، ولاسيما العمل من أجل إمكانية حصول الجميع على الأدوية
- ٣-ج زيادة التمويل في قطاع الصحة وتوظيف القوى العاملة في هذا القطاع وتطويرها وتدريبها واستبقائها في البلدان النامية، وبخاصة في أقل البلدان نمواً والدول الجزرية الصغيرة النامية، زيادة كبيرة
- ٣-د تعزيز قدرات جميع البلدان، ولاسيما البلدان النامية، في مجال الإنذار المبكر والحد من المخاطر وإدارة المخاطر الصحية الوطنية والعالمية

- ٥- تتسق هذه الاستراتيجية تماماً مع خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠، والسعي نحو توفير التغطية الصحية الشاملة. كما تتسق مع استراتيجيات وخطط الصحة العالمية الأساسية الأخرى التي وضعتها منظمة الصحة العالمية، بما في ذلك الاستراتيجيات والخطط المعنية بالصحة الجنسية والإنجابية، وفيروس العوز المناعي البشري، والعنف ضد النساء والفتيات، وصحة المراهقين، وصحة الأمهات والموليد والأطفال، والأمراض غير السارية، والخدمات الصحية المتكاملة التي تركز على الناس، والتهاب الكبد الفيروسي، والسل، ومأمونية الدم^١.
- ٦- ولابد من التأكيد على الشراكات الواسعة والروابط القوية مع القضايا الصحية والإنمائية الأخرى في المرحلة التالية من الاستجابة للأمراض المنقولة جنسياً. وتأخذ مسودة الاستراتيجية استراتيجيات الصحة العالمية الخاصة بشركاء التنمية الرئيسيين في اعتبارها، بما في ذلك الصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا، وخطة رئيس الولايات المتحدة الطارئة للمساعدة في مجال مكافحة الإيدز، والتحالف العالمي من أجل اللقاحات والتمنيع، والاستراتيجية العالمية بشأن صحة المرأة والطفل والمراهق (٢٠١٦-٢٠٣٠).^٢

١ بعض استراتيجيات وخطط الصحة العالمية الأساسية التي وضعتها منظمة الصحة العالمية متاح على شبكة الإنترنت، بما في ذلك ثلاثة استراتيجيات عالمية لقطاع الصحة في الفترة ٢٠١٦-٢٠٢١ فيما يتعلق بفيروس العوز المناعي البشري والتهاب الكبد الفيروسي والأمراض المنقولة جنسياً، انظر: <http://www.who.int/reproductivehealth/ghs-strategies/en/>؛ و <http://www.who.int/hiv/strategy2016-2021/online-consultation/en/> (تم الاطلاع في ٢٤ نيسان/ أبريل ٢٠١٦)؛ واستراتيجية دحر السل انظر الرابط التالي: <http://www.who.int/tb/strategy/en/> (تم الاطلاع في ٢٠ نيسان/ أبريل ٢٠١٦) وفضلاً على ذلك، تتاح المعلومات عن دور المنظمة في الدعوة والمشاورات الإلكترونية الحالية، مثل "إعطاء صوت للشباب"، انظر الرابط التالي: <http://www.who.int/reproductivehealth/en/> (تم الاطلاع في ٢٠ نيسان/ أبريل ٢٠١٦)؛ وخطة العمل العالمية للمنظمة بشأن مقاومة مضادات الميكروبات http://www.who.int/drugresistance/global_action_plan/en/ تم الاطلاع في ٢٤ نيسان/ أبريل ٢٠١٦).

٢ الاستراتيجية العالمية بشأن صحة المرأة والطفل والمراهق (٢٠١٦-٢٠٣٠) متاحة على: <http://www.everywomaneverychild.org/global-strategy-2> (تم الاطلاع في ٢٢ نيسان/ أبريل ٢٠١٦).

٧- وتحدد الاستراتيجية خدمات الأمراض المنقولة جنسياً المضمونة الجودة التي لا غنى عنها لتلبية احتياجات الناس وأفضلياتهم، وتقتصر إجراءات للتصدي للمحددات الأساسية لأوبئة الأمراض المنقولة جنسياً، بما في ذلك الوصم والتمييز، والإجحافات التي تجعل الناس أكثر عرضة لخطر الإصابة بالعدوى وتحد من إتاحة خدمات الوقاية والعلاج الفعالة. وعلاوة على ذلك، تصف مسودة الاستراتيجية كيفية ضمان التغطية المنصفة بالخدمات وتحقيق أكبر الأثر لجميع المحتاجين، وهو ما يشمل تركيزاً على عموم السكان وعلى المجموعات السكانية المحددة سواءً بسواء (انظر الإطار ٢).

الإطار ٢: المجموعات السكانية المحددة

ينبغي لكل بلد أن يُعرّف المجموعات السكانية المحددة الأشد تضرراً من أوبئة الأمراض المنقولة جنسياً لديه، وينبغي أن تستند الاستجابة إلى السياق الوبائي والاجتماعي. وسوف تشمل المجموعات السكانية المحددة عند التركيز على الأمراض المنقولة جنسياً المجموعات السكانية التي يُمارس فيها الجنس على الأرجح مع عدد كبير من العشاء، مثل العاملين في مجال الجنس وزبائنهم. وتشمل المجموعات السكانية الأخرى التي ينبغي أن تؤخذ في الاعتبار الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال، والمتحولين جنسياً، والأشخاص المصابين بالفعل بالعدوى بمرض منقول جنسياً، بما في ذلك الأشخاص المتعايشون مع فيروس العوز المناعي البشري. ويتداخل العديد من هذه المجموعات مع المجموعات المسلم بأنها من المجموعات الرئيسية بالنسبة إلى فيروس العوز المناعي البشري. وتشمل المجموعات الأخرى التي قد تكون سريعة التأثر بصفة خاصة بالأمراض المنقولة جنسياً، الشباب، والمراهقين، والنساء، والمجموعات السكانية المتنقلة، والأطفال والشباب الذين يعيشون في الشارع، والسجناء، والأشخاص الذين يتعاطون المخدرات، والأشخاص المتضررين من النزاعات والاضطرابات المدنية.

٨- كما توصي الاستراتيجية أيضاً باتباع نهج للتقليل إلى أدنى حد من مخاطر تعرض من يحتاجون إلى الخدمات للضوائق المالية؛ وتعتمد الابتكار لدفع عجلة التقدم. ويعتمد العديد من الإجراءات ذات الأولوية التي تسلط عليها الاستراتيجية الضوء على مجموعة قوية من البيئات التي تمخض عنها تنفيذ الاستراتيجية العالمية بشأن الأمراض المنقولة جنسياً^١ في الفترة ٢٠٠٦-٢٠١٥ وأنشطة الاستجابة حول العالم^٢.

الخطوط العريضة للاستراتيجية

٩- تتألف الاستراتيجية من الأقسام الرئيسية الخمسة التالية (يورد الشكل ١ لمحة عامة لها):

- (١) **تحديد السياق العام** - يستعرض الوضع الراهن لأوبئة الأمراض المنقولة جنسياً وعبئها وأنشطة الاستجابة لها، ويحدد الفرص والتحديات مستقبلاً، ويقيم الحاجة على ضرورة الاستثمار الكافي في استجابة قطاع الصحة للأمراض المنقولة جنسياً.
- (٢) **وضع إطار الاستراتيجية** - يصف الأطر التنظيمية الثلاثة للاستراتيجية (التغطية الصحية الشاملة، وسلسلة خدمات الأمراض المنقولة جنسياً، ونهج الصحة العمومية)، ويعرض هيكل الاستراتيجية.
- (٣) **الرؤية والهدف والغايات والمبادئ التوجيهية** - يقدم مجموعة من الغايات المتعلقة بالأثر وتغطية الخدمة لعامي ٢٠٢٠ و ٢٠٣٠ لتوجيه الاستجابة.

١ الاستراتيجية العالمية بشأن الوقاية من الأمراض المنقولة جنسياً ومكافحتها: ٢٠٠٦-٢٠١٥، انظر [http://www.who.int/hiv/pub/toolkits/stis_strategy\[1\]en.pdf](http://www.who.int/hiv/pub/toolkits/stis_strategy[1]en.pdf) (تم الاطلاع في ٢٢ نيسان/أبريل ٢٠١٦).

٢ انظر الوثيقة ج٣٦/٦٨ التقرير المرحلي زاي (٢٠١٥).

(٤) التوجهات الاستراتيجية والإجراءات ذات الأولوية - يوصي بالإجراءات التي ينبغي للبلدان ولمنظمة الصحة العالمية أن تتخذها ضمن كل واحد من التوجهات الاستراتيجية الخمسة.

(٥) تنفيذ الاستراتيجية: القيادة والشراكات والمساءلة والرصد والتقييم - يوضح العناصر الرئيسية في تنفيذ الاستراتيجية.

الشكل ١: الخطوط العريضة للاستراتيجية العالمية لقطاع الصحة بشأن الأمراض المنقولة جنسياً في الفترة ٢٠١٦-٢٠٢١



١ - تحديد السياق العام: لم ينبغي أن تمثل الاستجابة للأمراض المنقولة جنسياً أولوية عالمية

١٠- يؤدي عبء المراضة والوفيات الناتج عن الممرضات المسببة للأمراض المنقولة جنسياً حول العالم إلى تقويض نوعية الحياة فضلاً عن تقويض الصحة الجنسية والإنجابية وصحة المواليد والأطفال (انظر الشكل ٢). كما تسهل الأمراض المنقولة جنسياً أيضاً، على نحو غير مباشر، انتقال فيروس العوز المناعي البشري عن طريق الجنس وتسبب تغيرات خلوية تسبق الإصابة ببعض أنواع السرطان. وتتسبب الأمراض المنقولة جنسياً في ضغوط كبيرة على ميزانيات بعض الأسر المعيشية والنظم الصحية الوطنية في البلدان المتوسطة الدخل والمنخفضة الدخل ولها أثر سلبي على عافية الأفراد عموماً (الإطار ٣).

الإطار ٣: العبء الخفي للأمراض المنقولة جنسياً

تشير التقديرات إلى أن هناك ٣٥٧ مليون حالة إصابة جديدة سنوياً بأمراض معدية منقولة جنسياً قابلة للشفاء بين الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين ١٥-٤٩ سنة (انظر الشكل ٢)، ألا وهي: *المتدثرة الحثرية* (١٣١ مليون)، و*النييسيرية البنية* (٧٨ مليون)، و*الزهري* (٦ ملايين)، و*المشعرة المهبلية* (١٤٢ مليون)*. وتصل معدلات انتشار بعض الأمراض الفيروسية المنقولة جنسياً إلى معدلات مرتفعة أيضاً، حيث يبلغ عدد الأشخاص المصابين بعدوى فيروس الهريس البسيط من النمط ٢ إلى ٤١٧ مليون شخص، وعدد النساء المصابات بفيروس الورم الحليمي البشري ٢٩١ مليون امرأة. ويتفاوت معدل انتشار هذه الأمراض المنقولة جنسياً حسب الإقليم ونوع الجنس. ولهذه الأوبئة أثر عميق على صحة الأطفال والمراهقين والبالغين وأرواحهم في كل أنحاء العالم:

- وفيات الأجنة والمواليد - يتسبب الزهري أثناء الحمل في أكثر من ٣٠٠ ٠٠٠ حالة وفاة بين الأجنة والمواليد كل سنة، وفوق ذلك يعرض ٢١٥ ٠٠٠ رضيع لزيادة مخاطر الوفاة المبكرة؛
 - سرطان عنق الرحم - تُعدّ عدوى فيروس الورم الحليمي البشري مسؤولة عما يقدر بنحو ٥٣٠ ٠٠٠ حالة إصابة بسرطان عنق الرحم ٢٦٤ ٠٠٠ حالة وفاة ناجمة عن هذا السرطان سنوياً؛
 - العقم - تعتبر الأمراض المنقولة جنسياً، مثل السيلان والمتدثرة الحثرية، من أسباب العقم المهمة حول العالم؛
 - مخاطر فيروس العوز المناعي البشري - يؤدي وجود مرض معدٍ منقول جنسياً، مثل الزهري أو السيلان أو فيروس الهريس البسيط، إلى زيادة كبيرة في مخاطر اكتساب العدوى بفيروس العوز المناعي البشري أو نقلها (بمقدار ضعفين أو ثلاثة أضعاف بين بعض المجموعات السكانية)؛
 - تقوّض العواقب البدنية والنفسية والاجتماعية للأمراض المنقولة جنسياً، بشدة، نوعية حياة المصابين بها.
- وستسهم المكافحة الكافية للأمراض المنقولة جنسياً و/ أو القضاء عليها في الحد من الإصابة بالأمراض وتقليل المعاناة الإنسانية.

* تخصّ أحدث التقديرات لعام ٢٠١٢.

١١- وتؤثر المضاعفات الناتجة عن الأمراض المنقولة جنسياً تأثيراً بالغاً على الصحة الجنسية والإنجابية. ويتساوى عدد الرجال والنساء المصابين بالأمراض المنقولة جنسياً (عدا فيما يخص العدوى بفيروس الهريس البسيط من النمط ٢)، ومع ذلك يوجد بعض الاختلافات الإقليمية (انظر الشكل ٣ (أ) و٣ (ب))، ومع ذلك فإن المضاعفات تؤثر على نحو غير متناسب على النساء من نواح عديدة.

١٢- وتقوّض نقص البيانات عن الأمراض المنقولة جنسياً، وخصوصاً البيانات المصنفة حسب نوع الجنس، الاستجابة العالمية. ولا يوجد اتساق في التبليغ داخل الأقاليم والبلدان وفيما بينها. وتفتقر الاستراتيجية أولوية التركيز على مجالين، وهما: أولاً، ضمان إتاحة بيانات أفضل بشأن عبء الأمراض المنقولة جنسياً مصنفة حسب نوع الجنس والفئة العمرية من أجل قياس التقدم المحرز نحو مكافحة الأمراض المنقولة جنسياً؛ وثانياً، تحديد مجالات العمل ذات الأولوية.

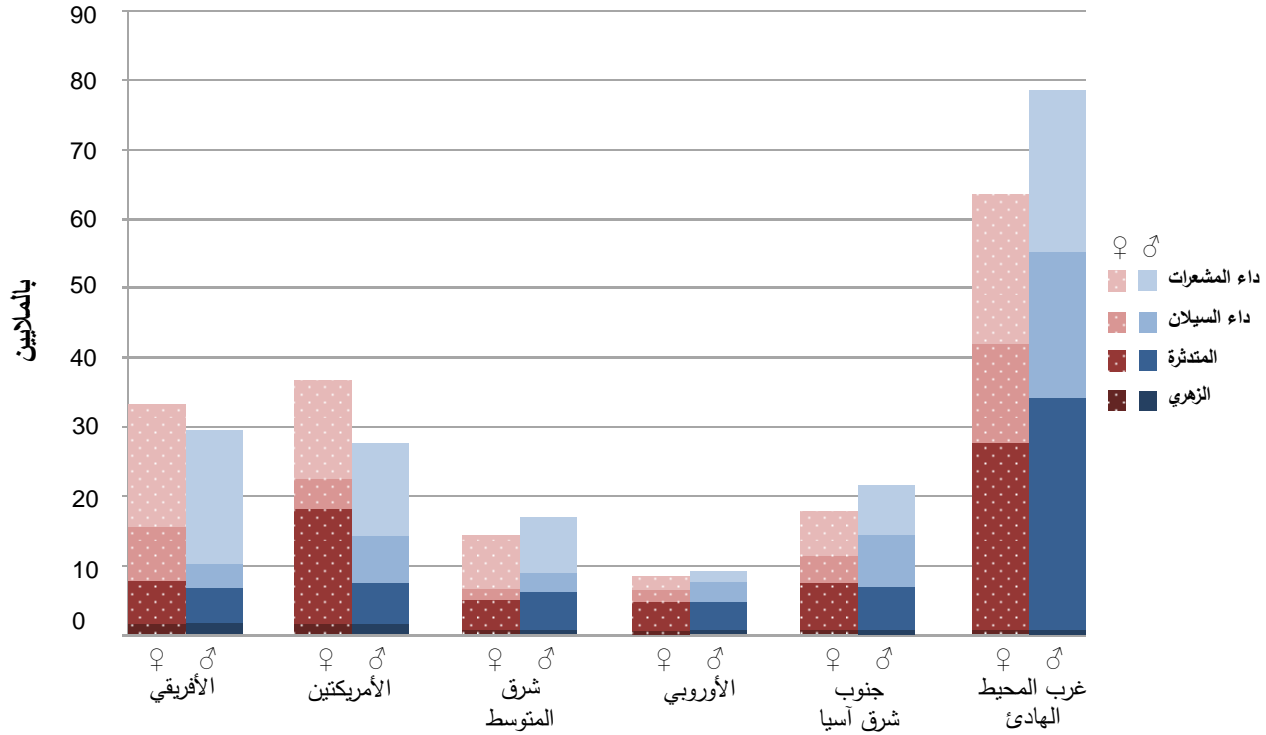
الشكل ٢: تقديرات منظمة الصحة العالمية: ٣٥٧ مليون حالة إصابة جديدة بأمراض معدية منقولة جنسياً قابلة للشفاء في عام ٢٠١٢

أمراض معدية منقولة جنسياً قابلة للشفاء: المتدثرة الحثرية والسيلان والزهري وداء المشعرات

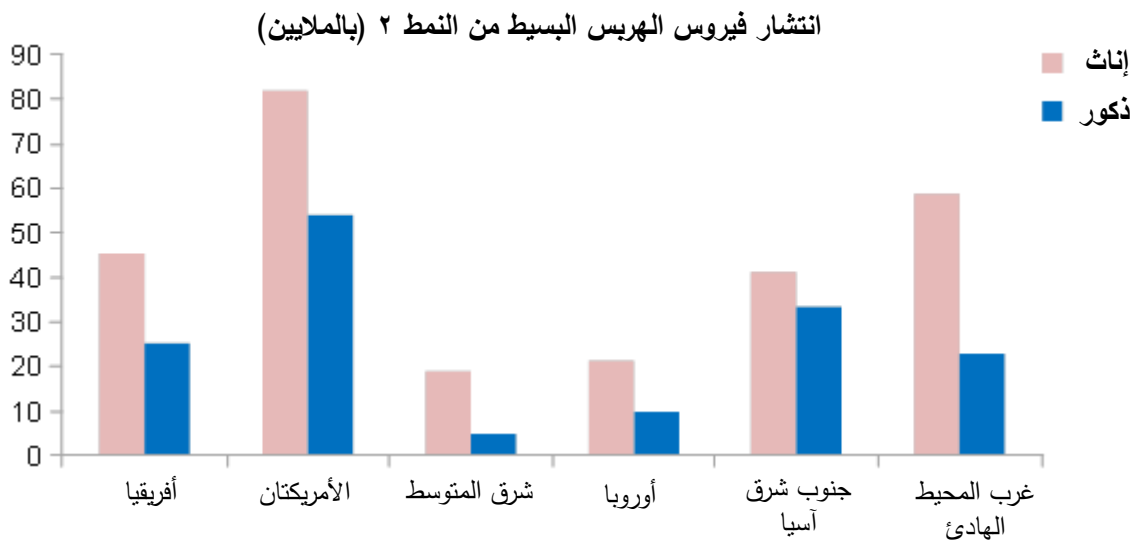


المصدر: نيومان إل. إم، ورولي ج.، وفاندر هورن س.، وآخرون. التقديرات العالمية لمعدلات انتشار والإصابة لأربعة أمراض معدية منقولة جنسياً قابلة للشفاء في عام ٢٠١٢. بلوس وان ٢٠١٥.

الشكل ٣ (أ): المعدلات المقدرة للإصابة بأربعة أمراض معدية منقولة جنسياً حسب الإقليم ونوع الجنس في عام ٢٠١٢



الشكل ٣ (ب): المعدلات المقدرة لانتشار فيروس الهريس البسيط من النمط ٢، حسب الإقليم ونوع الجنس في عام ٢٠١٢



١٣- تحققت في السنوات الأخيرة إنجازات بارزة في دفع عجلة الاستجابة للأمراض المنقولة جنسياً. وحدث تراجع ملحوظ، على سبيل المثال، في معدلات الإصابة بالمستدمية الدوكرية (القريح) بين عامة السكان، ومعدلات الإصابة بالزهري، وفي بعض عقابيل الإصابة بهذه الأمراض، بما في ذلك التهاب الملتحمة الوليدي. وساعدت الزيادة في أعداد النساء الحوامل اللاتي يخضعن لتحري الزهري وفيروس العوز المناعي البشري، مع زيادة توفير العلاج الكافي، على تأكيد جدوى القضاء الثنائي على انتقال فيروس العوز المناعي البشري والزهري من الأم إلى الطفل. وعلاوة على ذلك، أثبتت زيادة توفير التطعيم بلقاح فيروس الورم الحليمي البشري بالفعل أنها تحد من آفات عنق الرحم السابقة للسرطان والثآليل التناسلية. وستساعد زيادة تسريع الاستجابة العالمية على استدامة هذه الإنجازات والاستناد إليها وتحقيق المزيد من النجاحات في التدبير العلاجي للأمراض المنقولة جنسياً والحد منها.

١٤- وتتوافر بالفعل معظم الأدوات اللازمة لتحقيق الغايات الطموحة المحددة لعام ٢٠٣٠، كما تلوح في الأفق بعض الابتكارات التي قد تكون بالغة الأهمية، كاختبارات مراكز الرعاية لرصد الأمراض المنقولة جنسياً، واللقاحات المضادة لهذه الأمراض، والتكنولوجيات المتعددة الأغراض. لكن استخدام هذه الأدوات والابتكارات على النحو الذي يحقق الأثر الكامل سيتطلب سرعة التوسع في الاستثمار في الاستجابة للأمراض المنقولة جنسياً، وتركيز الموارد على البرامج الأشد فعالية وعلى المجموعات السكانية والمواقع الجغرافية الأشد حاجة إليها، وإرساء الصلات بين التدخلات الخاصة بهذه الأمراض وسائر الخدمات الصحية في سبيل تحقيق الاستفادة المتبادلة. وتورد الاستراتيجية التوجيهات الرئيسية بالتفصيل.

إعطاء الأولوية لثلاثة أمراض معدية منقولة جنسياً للتركيز الاستراتيجي العالمي عليها

١٥- تركز الاستراتيجية العالمية لقطاع الصحة بشأن الأمراض المنقولة جنسياً في المقام الأول على ثلاثة أمراض تتطلب إجراءات فورية لمكافحتها وقابلة للرصد:

- (١) *النييسيرية البنية* بسبب ازدياد مخاطر الإصابة بالسيلان غير القابل للعلاج ومخاطر العدوى المصاحبة بالأمراض المعدية الأخرى المنقولة جنسياً بما في ذلك *المتدثرة الحثرية*؛
- (٢) *اللولبية الشاحبة* مع القضاء على الزهري الخلقي الذي يعني ضمناً توافر نظام قوي لضمان إجراء فحص التحري لجميع النساء الحوامل وعلاجهن ومكافحة الزهري بين المجموعات السكانية المحددة؛
- (٣) *الورم الحليمي البشري* مع التأكيد على التطعيم باللقاحات للقضاء على سرطان عنق الرحم والثآليل التناسلية.

وتوجد تدخلات عالية المردود للأمراض المنقولة جنسياً الثلاثة كلها.

١٦- وتقر المنظمة أيضاً بأهمية العدوى *بالمندثرة الحثرية*، وزيادة معدلات الإصابة بها بين المراهقين. ومع ذلك، فهي تُشجّع على إجراء البحوث وتحليلات المردودية، نظراً لأن أفضل استراتيجيات مكافحة العدوى *بالمندثرة* وقياسها لم تحدد بعد. وفضلاً عن ذلك، ستحفز المنظمة أيضاً تطوير الاختبار في مراكز الرعاية باعتبارها خطوة بالغة الأهمية في التسلسل الخاص بالأمراض المنقولة جنسياً وسلسلة خدماتها.

٢- صياغة الاستراتيجية

١٧- تُعد استراتيجية الأمراض المنقولة جنسياً المقترحة حلقة من ثلاث استراتيجيات مترابطة لقطاع الصحة في الفترة ٢٠١٦-٢٠٢١، وهي تهدف إلى الإسهام في تحقيق خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠ وما تتضمنه من أهداف. وتشكل الصحة أحد الأهداف الرئيسية في هذه الخطة الجديدة، ما يجسّد دورها المحوري في تخفيف حدة الفقر وتيسير التنمية.

١٨- كما تحدد الاستراتيجية مكانة الاستجابة لعبء الأمراض المنقولة جنسياً من إطار التنمية الأوسع نطاقاً لما بعد عام ٢٠١٥. وهي تصف ما يلزم من الإجراءات ذات الأولوية لتحقيق الغايات العالمية المتعلقة بالأمراض المنقولة جنسياً، وكيف يمكن للاستجابة لهذه الأمراض الإسهام في تحقيق التغطية الصحية الشاملة وغيرها من الأهداف الصحية الأساسية.

١٩- وتعتمد هذه الاستراتيجية على ثلاثة أطر جامعة، وهي: التغطية الصحية الشاملة؛ سلسلة الخدمات الصحية المتعلقة بالأمراض المنقولة جنسياً؛ نهج الصحة العمومية.

التغطية الصحية الشاملة

٢٠- توفر التغطية الصحية الشاملة (انظر الشكل ٤) إطاراً جامعاً للاستراتيجية يشتمل على ثلاثة أهداف متشابهة، وهي:

(١) تحسين نطاق التدخلات والخدمات الصحية الضرورية وجودتها وتوافرها (تغطية نطاق الخدمات التي يحتاج الناس إليها)؛

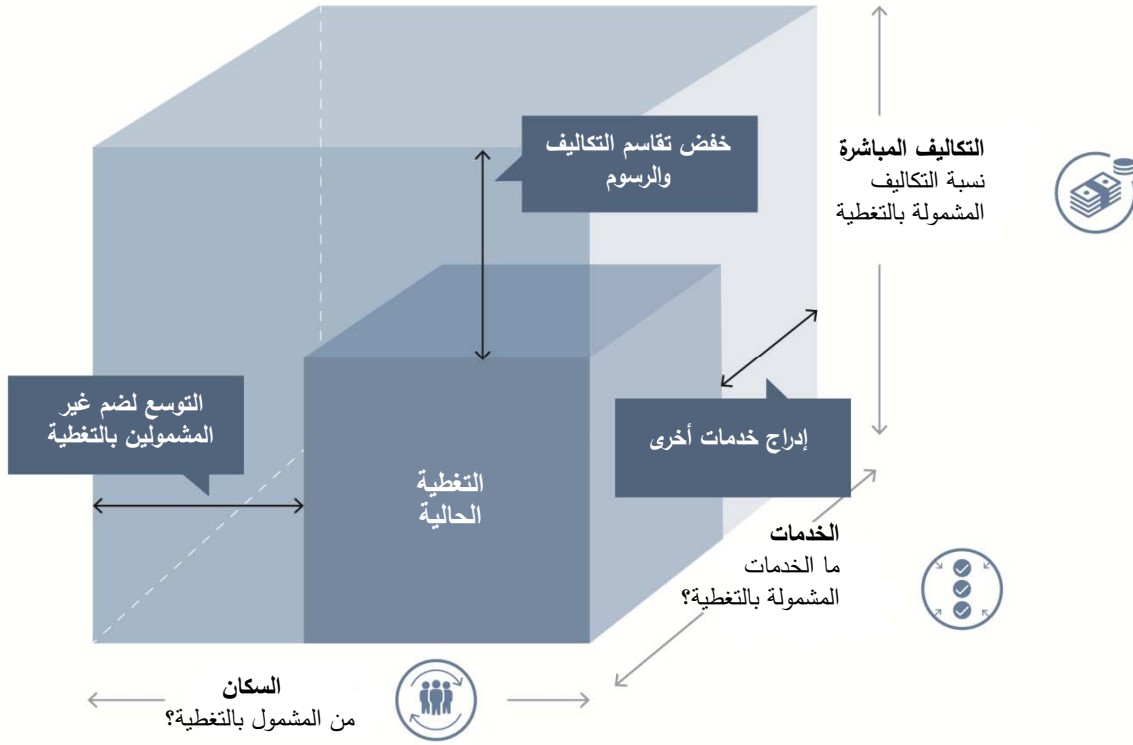
(٢) تحسين الانتفاع المنصف والأمثل بالخدمات بقدر الحاجة (تغطية المجموعات السكانية المحتاجة إلى الخدمات)؛

(٣) خفض التكاليف وتوفير الحماية المالية لمن يحتاجون إلى الخدمات (تغطية تكاليف الخدمات).

٢١- ومع ازدياد الموارد وأوجه الكفاءة والقدرات، يمكن توسيع نطاق الخدمات المقدمة، وتحسين جودتها، وتغطية المزيد من المجموعات السكانية، مع تخفيض التكاليف المباشرة التي تُحمل على من يحتاجون إلى الخدمات، أي تحقيق التغطية الصحية الشاملة تدريجياً. وسيحتاج كل بلد إلى تحديد المسار الأنسب نحو التغطية الصحية الشاملة استناداً إلى سياقه القطري، فيحدد الأولويات ويجري المفاضلات حتى يتمكن من المضي قدماً بأسرع ما يمكن مع ضمان استدامة البرامج وجودتها وإنصافها.

٢٢- وباستخدام منظور التغطية الصحية الشاملة (الشكل ٤)، تؤكد الاستراتيجية المقترحة على الحاجة إلى ما يلي: تعزيز النظم الصحية والاجتماعية؛ تحديد التدخلات العظيمة الأثر؛ معالجة المحددات الاجتماعية التي تحرك الوباء وتعرقل الاستجابة؛ ضمان انتفاع الناس بالخدمات الصحية الجيدة النوعية التي يحتاجون إليها دون العرض للصعوبات المالية أو الوصم. وتعالج الاستراتيجية، على وجه التحديد، القضايا المتعلقة بتغطية الخدمات الفعالة والمنصفة، التي تشمل فهم حاجات النساء والمراهقين والمجموعات السكانية المعينة (انظر الإطار ٣)، بما في ذلك الحاجات المرتبطة بزيادة سرعة التأثر بالإصابة.

الشكل ٤ : الأبعاد الثلاثة للتغطية الصحية الشاملة: حصول جميع الناس على الخدمات الصحية التي يحتاجون إليها على أن تكون هذه الخدمات ذات جودة كافية لإحداث تأثير إيجابي، دون التسبب في صعوبات مالية



سلسلة خدمات الأمراض المنقولة جنسياً كإطار تنظيمي لبرامج الأمراض المنقولة جنسياً

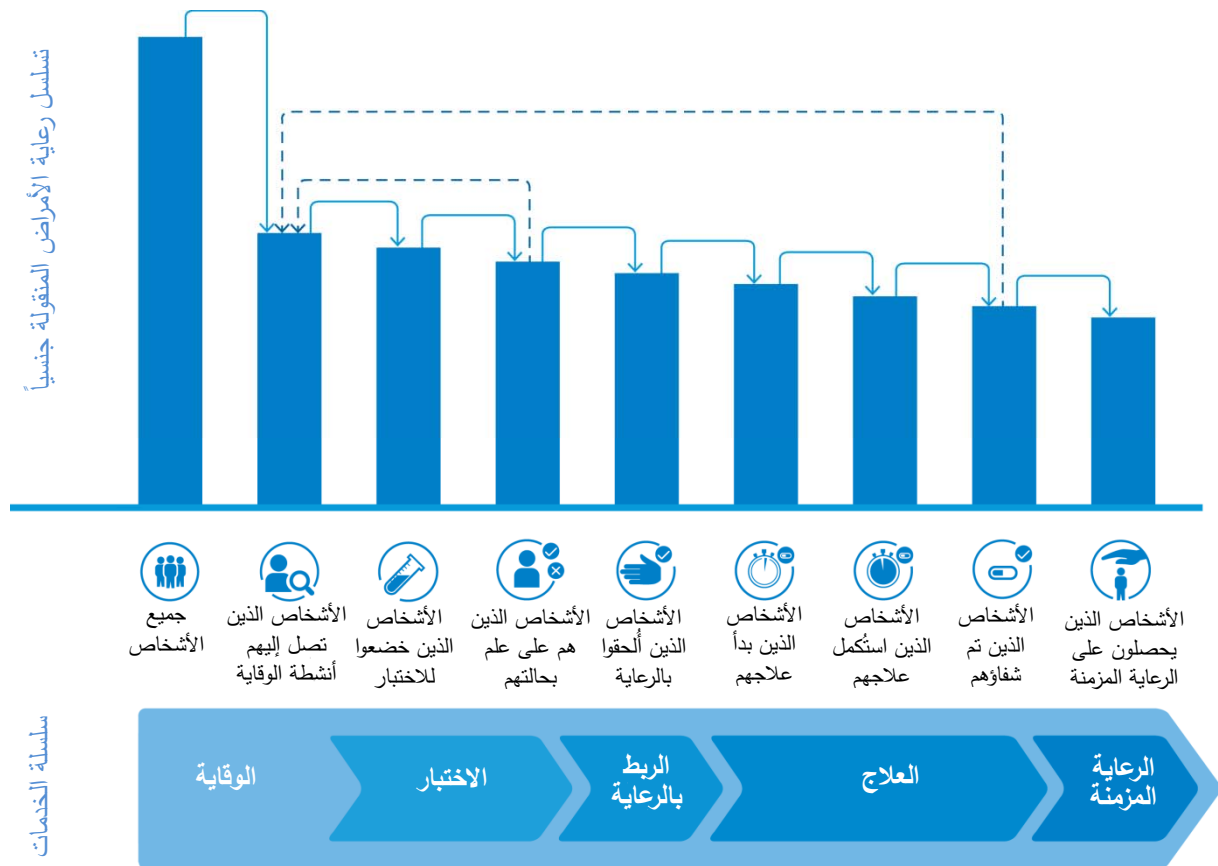
٢٣- على الرغم من أن مفهوم التغطية الصحية الشاملة يمثل إطار الاستراتيجية في مجملها، فإن سلسلة خدمات الأمراض المنقولة جنسياً اللازمة لكبح جماح أوبئة الأمراض المنقولة جنسياً هذه توفر إطاراً شاملاً لتقديم الخدمات لتنظيم الإجراءات الاستراتيجية (الشكل ٥). وتمتد تلك السلسلة عبر المجموعة الكاملة من التدخلات - الوقاية والتشخيص والعلاج والشفاء - اللازمة لتحقيق الغايات الاستراتيجية، وتشمل جميع الأشخاص: الأشخاص الذين تصل إليهم الأنشطة الوقائية؛ والأشخاص الذين خضعوا للاختبار؛ والأشخاص الذين هم على علم بحالتهم؛ والأشخاص الذين أُلحقوا بالرعاية؛ والأشخاص الذين بدأ علاجهم؛ والأشخاص الذين استكمل علاجهم؛ والأشخاص الذين تم شفاؤهما؛ والأشخاص الذين يحصلون على الرعاية المزمّنة.

٢٤- وتبين هذه الاستراتيجية الإجراءات ذات الأولوية الواجب اتخاذها لتعزيز أثر الاستجابة للأمراض المنقولة جنسياً والإنصاف فيها على امتداد سلسلة الخدمات بأكملها، مع إيلاء عناية خاصة للوصول إلى المجموعات السكانية المهملة. وقد تشمل المجموعات السكانية المهملة ما يلي تبعاً للسياق: النساء، والرجال، والمراهقون، والرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال، والعاملون في مجال الجنس، والمتحولون جنسياً. وهي تحدد سبل ضمان وتحسين جودة الخدمات، وتقتراح استراتيجيات لتحقيق الاستدامة المالية والتقليل إلى أدنى حد من مخاطر تعرّض من يحتاجون إلى هذه الخدمات للضوابط المالية.

٢٥- وعادة ما تحدث بعض حالات التغيب عن المتابعة مع مضي الناس قدماً في سلسلة الأمراض المنقولة جنسياً (انظر الشكل ٥). ويتمثل الهدف في إلحاق الأفراد في مرحلة مبكرة بقدر الإمكان من سلسلة الخدمات، والاحتفاظ بهم في الرعاية، والحد من التسريبات على امتداد تسلسلها.

٢٦- وتقدم الاستراتيجية أيضاً مسوغات قوية لأهمية توسيع نطاق تقديم خدمات الرعاية الصحية الجيدة النوعية في مجال الوقاية من الأمراض المنقولة جنسياً ورعاية مرضاها ودمجها في مجالات الرعاية الصحية الأولية والخدمات الخاصة بالصحة الإنجابية والجنسية والخدمات الخاصة بفيروس العوز المناعي البشري. كما أنها تسلط الضوء على الفرص المتاحة لزيادة نطاق التغطية من خلال العمل التعاوني مع القطاعات الحكومية الأخرى والمنظمات المجتمعية ومقدمي الرعاية في القطاع الخاص.

الشكل ٥: سلسلة الخدمات الصحية الخاصة بالأمراض المنقولة جنسياً وتسلسل الرعاية



نهج الصحة العمومية

٢٧- تستند مسودة الاستراتيجية إلى نهج الصحة العمومية الذي يُعنى بالوقاية من المرض، وتعزيز الصحة، وضمان نوعية الحياة فيما بين السكان إجمالاً. وهي تهدف إلى ضمان التوسع إلى أقصى حد ممكن في إتاحة خدمات عالية الجودة على مستوى السكان، وذلك استناداً إلى تدخلات وخدمات مبسطة وموحدة يمكن توسيع نطاقها بسهولة، بما في ذلك في الأماكن التي تعاني من قلة الموارد. ومن خلال اعتماد نهج الصحة العمومية، تقترح الاستراتيجية ما يلي:

- بروتوكولات وإرشادات موحدة وبمبسطة؛

- خدمات صحية متكاملة وتركز على الناس؛
- اللامركزية في تقديم الخدمات؛
- التركيز على الإنصاف؛
- المشاركة المجتمعية؛
- الإشراف الهادف للأشخاص الأشد تضرراً من الأمراض المنقولة جنسياً؛
- الاستفادة من القطاعين العام والخاص؛
- ضمان مجانية الخدمات أو يسر تكلفتها؛
- الانتقال من محور التركيز السريري الفردي إلى الخطط الوطنية القائمة على السكان.

٢٨- وتعزز الاستراتيجية مبدأ "الصحة في جميع السياسات" من خلال الإصلاحات القانونية والتنظيمية والسياساتية عند اللزوم. كما تهدف إلى تعزيز التكامل والروابط بين الخدمات الخاصة بالأمراض المنقولة جنسياً والخدمات الأخرى، مما يحسن كلاً من الأثر والكفاءة.

هيكل الاستراتيجية العالمية

٢٩- تصف الاستراتيجية المقترحة خمسة توجهات استراتيجية تندرج تحتها الإجراءات ذات الأولوية التي يتعين على البلدان اتخاذها، وتصف علاوة على ذلك الدعم الذي ستقدمه المنظمة من أجل توسيع نطاق الاستجابة العالمية. وتستفيد هذه الاستجابة من الفرص الهائلة المتاحة بفضل الأطر التي وضعت استجابةً لخطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠، للقضاء على أوبئة الأمراض المنقولة جنسياً بوصفها مصادر كبرى للقلق في ميدان الصحة العمومية.

٣٠- وتشمل التوجهات الاستراتيجية الخمسة (ترد في الشكل ١) التي تتضمنها الاستراتيجية الخاصة بالفترة ٢٠١٦-٢٠٢١ ما يلي:

التوجه الاستراتيجي ١ - توفير المعلومات من أجل تركيز العمل - يركز هذا التوجه على ضرورة فهم وباء الأمراض المنقولة جنسياً والاستجابة له باعتباره أساساً للتوعية والالتزام السياسي والتخطيط الوطني وتعبئة الموارد وتخصيصها، والتنفيذ، وتحسين البرامج.

التوجه الاستراتيجي ٢ - التدخلات الرامية إلى إحداث الأثر - يُعنى هذا التوجه بالبعد الأول من التغطية الصحية الشاملة بوصف الحزمة الأساسية من التدخلات العظيمة الأثر التي يجب تقديمها على امتداد سلسلة الخدمات الخاصة بالأمراض المنقولة جنسياً لبلوغ الغايات القطرية والعالمية، والتي ينبغي أن يُنظر في إدراجها في حزم الفوائد الصحية الوطنية.

التوجه الاستراتيجي ٣ - تقديم الخدمات من أجل تحقيق الإنصاف - يُعنى هذا التوجه بالبعد الثاني من التغطية الصحية الشاملة بتحديد أفضل الأساليب والنهج لتقديم سلسلة الخدمات الخاصة بالأمراض المنقولة جنسياً لمختلف المجموعات السكانية وفي مختلف المواقع الجغرافية، من أجل تحقيق الإنصاف وتعظيم الأثر وضمان الجودة. وهو يشمل التركيز الحاسم على التدخلات والنهج التي تركز على حقوق الإنسان والمساواة بين الجنسين والتصدي للعوائق التي تقوض الإتاحة المنصفة للخدمات لمختلف المجموعات السكانية وفي مختلف الظروف والمواقع الجغرافية.

التوجه الاستراتيجي ٤ - التمويل من أجل تحقيق الاستدامة - يُعنى هذا التوجه بالبعد الثالث من التغطية الصحية الشاملة بتحديد نماذج مستدامة وابتكارية لتمويل الاستجابة والنهج الخاصة بالأمراض المنقولة جنسياً لخفض التكاليف بحيث يتسنى للناس الحصول على الخدمات اللازمة دون التعرض لصعوبات مالية.

التوجه الاستراتيجي ٥ - الابتكار من أجل تسريع العمل - يحدد هذا التوجه المجالات التي تعثر بها ثغرات كبيرة في المعرفة والتكنولوجيات، وحيث يلزم الابتكار لتحويل مسار الاستجابة للأمراض المنقولة جنسياً من أجل بلوغ المعالم المحددة لعام ٢٠٢٠ وما بعده.

٣١- وتبين الاستراتيجية مساراً للمضي نحو تحقيق هدف التخلص من الأمراض المنقولة جنسياً باعتبارها أحد المخاطر التي تحيق بالصحة العمومية بحلول عام ٢٠٣٠. وهي تحدد غايات تتعلق بالأثر وتتغطية الخدمة لعامي ٢٠٢٠ و ٢٠٣٠ لقياس التقدم المحرز نحو تحقيق هدف التخلص من هذه الأمراض. ولتحقيق هذه الغايات، يلزم اتخاذ إجراءات في خمسة مجالات، وهي تندرج تحت التوجهات الاستراتيجية الخمسة.

٣٢- وتسترشد التوجهات الاستراتيجية الخمسة والإجراءات ذات الأولوية بتقييم تنفيذ الاستراتيجية العالمية بشأن الوقاية من الأمراض المنقولة جنسياً ومكافحتها في الفترة ٢٠٠٦-٢٠١٥ التي أحاطت جمعية الصحة العالمية الثامنة والستون علماً بها في عام ٢٠١٥. وأكد التقييم ضرورة ما يلي: (١) تعزيز الترصد وتحسين المعارف حول انتشار الأمراض المنقولة جنسياً ومسبباتها ومقاومتها لمضادات الميكروبات؛ (٢) توسيع نطاق تدخلات الأمراض المنقولة جنسياً وخصوصاً للمجموعات السكانية المحددة، من خلال التركيز على ضمان البيئة المؤاتية والملائمة، (٣) زيادة إتاحة الخدمات عن طريق دمج الوقاية من الأمراض المنقولة جنسياً وتديرها العلاجي في الخطط الأوسع نطاقاً المعنية بفيروس العوز المناعي البشري والصحة الجنسية والإنجابية وغيرها من المنصات الرئيسية؛ (٤) تعزيز آليات تمويل الخدمات ذات العلاقة وتعزيز قدرات الموارد البشرية؛ (٥) تسريع إتاحة الابتكارات عن طريق تطوير اختبارات تشخيصية في مراكز الرعاية وتدخلات وقائية جديدة، كالفحاحات ومبيدات الجراثيم والعلاج القمعي للوقاية من فيروس الهريس البسيط وفيروس العوز المناعي البشري وأساليب تعزيز الصحة.

٣- الرؤية والهدف والغايات والمبادئ التوجيهية

٣٣- توضح الاستراتيجية رؤية قطاع الصحة العالمي وأهدافه وغاياته ومعالمه وأثره الأعم والمبادئ التوجيهية التي يعتمد عليها.

٣٤- وقد اقترحت الغايات والمعالم المهمة أثناء مشاوره لخبراء منظمة الصحة العالمية بشأن الأمراض المنقولة جنسياً أُجريت في آب/ أغسطس ٢٠١٤، وتضمنت ممثلين قطريين وخبراء في هذا المجال من مجالات الصحة العمومية. وقد تأثر اختيار الغايات بتوافر تدخلات عالية المردودية ينبغي التعجيل بتوسيع نطاقها واستخدام المؤشرات وأطر التبليغ الموجودة بالفعل للحد من أعباء التبليغ التي تقع على عاتق البلدان. ويمكن رصد هذه الغايات من خلال النظام العالمي الحالي للتبليغ عن التقدم المحرز في الاستجابة للأيدز (النيسرية البنية واللولبية الشاحبة)، وخطة العمل العالمية الخاصة بالفحاحات (التطعيم ضد فيروس الورم الحليمي البشري). واستندت غايات

١ انظر التقرير المرحلي بشأن تنفيذ الاستراتيجية العالمية للوقاية من الأمراض المنقولة جنسياً ومكافحتها: ٢٠٠٦-٢٠١٥ على: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/STI-progress.pdf?ua=1> (تم الاطلاع في ٢٢ نيسان/ أبريل ٢٠١٦).

٢ انظر الوثيقة ج٣٦/٦٨ التقرير المرحلي زاي، والوثيقة ج ص ع٦٨/٢٠١٥/سجلات/٣، المحضر الموجز للجلسة الثانية عشرة للجنة "أ"، الفرع ٤.

الـ ٧٠٪ المقترحة إلى توافق في آراء الخبراء، وهي لا تسترشد بعملية نمذجة. وتتسق الغاية المتعلقة بلقاح الورد الحلبي البشري مع الغايات المحددة في خطة العمل العالمية الخاصة باللقاحات.^١

٣٥- وينبغي تحقيق الغايات العالمية بحلول عام ٢٠٣٠، وهو ما يتسق مع الإطار الزمني المحدد لأهداف التنمية المستدامة.^٢ وسيقيس التقرير المقرر صدوره في عام ٢٠٢١ المعالم المهمة، وسوف يُجرى عندئذ تقييم لمعرفة إذا ما كانت الغايات على المسار الصحيح أم لا. ويجوز أيضاً في ذلك الحين إجراء أية تعديلات لازمة لتحقيق الغايات العالمية المحددة لعام ٢٠٣٠.

الرؤية

٣٦- انعدام حالات العدوى الجديدة، وانعدام المضاعفات المتعلقة بالأمراض المنقولة جنسياً، وانعدام الوفيات الناجمة عنها، وانعدام التمييز المتعلق بها، في عالم يتيح لجميع المصابين بهذه الأمراض حرية وسهولة الحصول على خدمات الوقاية والعلاج من هذه الأمراض، ما يؤدي إلى أن ينعم الناس بحياة طويلة ويتمتعوا بالصحة.

الهدف

٣٧- القضاء على أوبئة الأمراض المنقولة جنسياً باعتبارها من مصادر القلق الرئيسية في مجال الصحة العمومية.^٣

الغايات العالمية لعام ٢٠٣٠

٣٨- ومن شأن الجهود المتضافرة الرامية إلى سرعة التوسع في التدخلات والخدمات الفعالة أن تحقق هدف القضاء على الأمراض المنقولة جنسياً باعتبارها من مصادر القلق الرئيسية في مجال الصحة العمومية بحلول عام ٢٠٣٠ عن طريق تحقيق المجموعة التالية من الغايات الطموحة (انظر الشكل ٦):

- خفض معدلات الإصابة باللولبية الشاحبة عالمياً بنسبة ٩٠٪ (البيانات الأساسية العالمية لعام ٢٠١٨)؛
- خفض معدلات الإصابة بالنيسرية البنيّة عالمياً بنسبة ٩٠٪ (البيانات الأساسية العالمية لعام ٢٠١٨)؛
- خفض عدد حالات الزهري الخلقي إلى ٥٠ حالة أو أقل لكل ١٠٠٠٠٠ مولود حي في ٨٠٪ من البلدان؛^٤

١ انظر الوثيقة جصع٢٠١٢/٦٥/سجلات/١، الملحق ٤.

٢ ترد أهداف التنمية المستدامة والغايات الخاصة بها في قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة ١/٧٠ - تحويل عالمنا: خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠، انظر الرابط التالي: http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E (تم الاطلاع في ٢٢ نيسان/أبريل ٢٠١٦).

٣ يتحدد القضاء على أوبئة الأمراض المعدية المنقولة جنسياً باعتبارها من مصادر القلق الرئيسية في مجال الصحة العمومية بانخفاض عدد حالات الإصابة بالنيسرية البنيّة واللولبية الشاحبة، والتخلص من الزهري الخلقي وأفات عنق الرحم السابقة للتسربن بتحقيق مستوى عالٍ من التغطية باللقاحات المضادة لفيروس الورد الحلبي البشري.

٤ بما يتماشى مع "الإرشادات العالمية بشأن المعايير وعمليات التحقق: التخلص من انتقال العدوى بفيروس العوز المناعي البشري والزهري من الأم إلى الطفل" انظر الرابط التالي: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112858/1/9789241505888_eng.pdf?ua=1&ua=1 (تم الاطلاع في ٢٥ نيسان/أبريل ٢٠١٦).

- حفاظ البلدان على التغطية بلقاح فيروس الورم الحليمي البشري في برامج التطعيم الوطنية بنسبة ٩٠٪ على الصعيد الوطني ونسبة ٨٠٪ على الأقل في جميع المقاطعات (أو الوحدات الإدارية المعادلة لها).

المعالم المهمة لعام ٢٠٢٠

٣٩- تشمل المعالم المهمة لعام ٢٠٢٠ (انظر الشكل ٧) ما يلي:

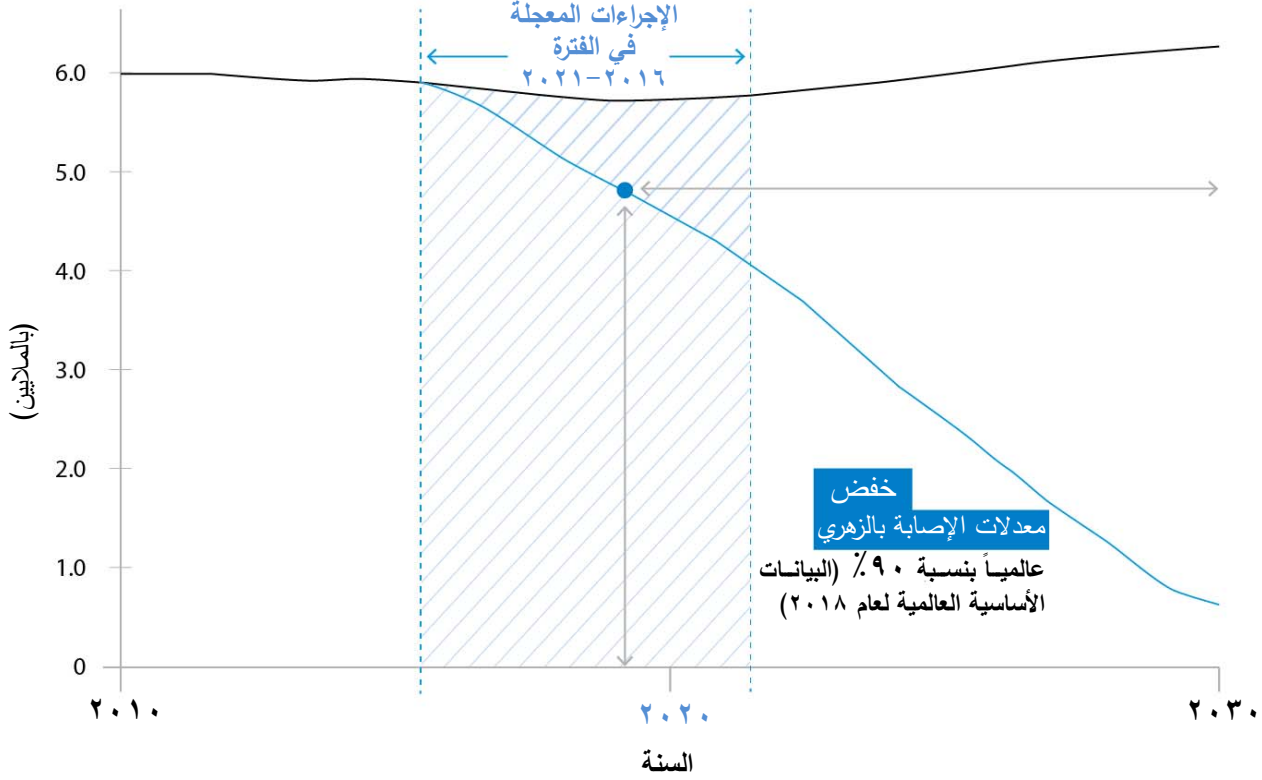
- أن تنفذ ٧٠٪ من البلدان نظماً لترصد الأمراض المنقولة جنسياً قادرة على رصد التقدم المُحرز نحو تحقيق الغايات المتصلة بالقضاء عليها.
- أن تُخضع ٧٠٪ من البلدان ما لا يقل عن ٩٥٪ من النساء الحوامل فيها لفحص فيروس العوز المناعي البشري و/ أو الزهري، بموافقتهم الحرة والمسبقة والمستنيرة، و ٩٠٪ من الحوامل المصابات بفيروس العوز المناعي البشري لعلاج فعال. و ٩٥٪ من الحوامل اللاتي لديهن مصل إيجابي للزهري للعلاج بجرعة واحدة على الأقل بالبينزاتين بينيسيلين أو بنظام علاجي آخر فعال عن طريق زرقه في العضل.
- أن يُتاح لنسبة ٧٠٪ من فئات السكان الرئيسية المعرضة للإصابة بفيروس العوز المناعي البشري الحصول على طائفة كاملة من الخدمات المتصلة بالأمراض المنقولة جنسياً وبفيروس العوز المناعي البشري، بما يشمل الحصول على الواقيات.
- أن تقدم ٧٠٪ من البلدان خدمات متصلة بالأمراض المنقولة جنسياً أو تُحيل إلى هذه الخدمات في جميع السياقات المتصلة بالرعاية الصحية الأولية، وفيروس العوز المناعي البشري، والصحة الإنجابية، وتنظيم الأسرة، والرعاية السابقة للولادة وتلك اللاحقة لها.
- أن تقدم ٧٠٪ من البلدان لقاح فيروس الورم الحليمي البشري من خلال برنامج التمنيع الوطني.
- أن تُبلغ ٧٠٪ من البلدان عن حالات مقاومة مضادات الميكروبات فيما يتعلق بالنيسرية البنية.
- أن تحقق البلدان وتحافظ على نسبة ٩٠٪ على الصعيد الوطني و ٨٠٪ في جميع المقاطعات (أو الوحدات الإدارية المعادلة لها) من التغطية بلقاح فيروس الورم الحليمي البشري في برامج التطعيم الوطنية.

الغايات القُطرية لعام ٢٠٢٠

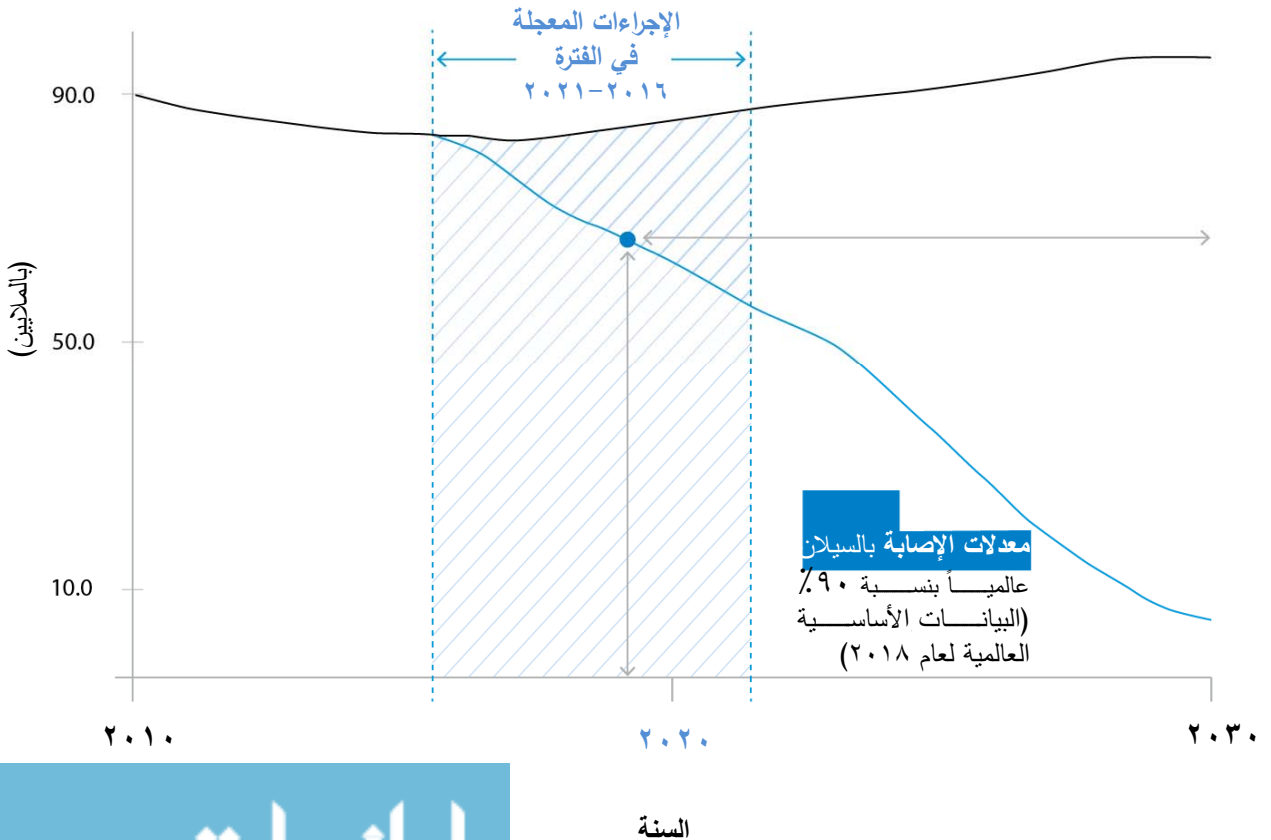
- ٤٠- ينبغي للبلدان أن تسترشد بالأهداف والغايات العالمية في وضع أهداف وغايات وطنية عملية وطموحة لعام ٢٠٢٠ وما بعده في أسرع وقت ممكن، مع مراعاة السياق القُطري، بما في ذلك طبيعة الأوبئة القُطرية ودينامياتها، والمجموعات السكانية المتضررة، وهياكل نُظم الرعاية الصحية والمجتمع المحلي وقدراتها، والموارد التي يمكن تعبئتها. وينبغي أن تكون الغايات قابلة للتحقيق وأن تُحدد بالاستناد إلى أفضل البيانات المتاحة عن حالة الأمراض المنقولة جنسياً واتجاهاتها والاستجابة لها، وأن تُخضع للرصد من خلال مجموعة من المعايير والمؤشرات القابلة للقياس. وينبغي أن تتطبق الغايات على الجميع.

الشكل ٦: الغايات الخاصة بمعدلات الإصابة بالزهري والسيلان

معدلات الإصابة بالزهري



معدلات الإصابة بالسيلان



الشكل ٧: استراتيجية الأمراض المنقولة جنسياً - المعالم المهمة لعام ٢٠٢٠



٧٠٪

- من البلدان تنفذ نظاماً لترصد الأمراض المنقولة جنسياً
- من البلدان تخضع ٩٥٪ على الأقل من النساء الحوامل لتحري الزهري، و ٩٠٪ منهن لتحري فيروس العوز المناعي البشري، وتحصل ٩٥٪ ممن يثبت الاختبار إصابتهن بفيروس العوز المناعي البشري من الحوامل على العلاج الناجع
- من البلدان تقدم الخدمات المتعلقة بالأمراض المنقولة جنسياً أو تحيل إليها في إطار جميع خدمات الرعاية الصحية الأولية والخدمات الخاصة بفيروس العوز المناعي البشري وتنظيم الأسرة والرعاية السابقة للولادة واللاحقة لها
- من البلدان تقدم اللقاحات المضادة لفيروس الورم الحليمي البشري من خلال برنامج التمنيع الوطني
- من البلدان تبلغ عن مقاومة النيسيرية البنية للمضادات الجرثومية

٧٠٪

من المجموعات السكانية الرئيسية تتوافر لها مجموعة كاملة من الخدمات المتعلقة بالأمراض المنقولة جنسياً وفيروس العوز المناعي البشري، بما في ذلك الواقيات

الأثر الأعم

٤١- ستسهم الاستجابة الموسعة والأشد فعالية للأمراض المنقولة جنسياً إسهاماً كبيراً في تحقيق التغطية الصحية الشاملة، وضمان حق الناس عموماً في الصحة، وبلوغ الأهداف المحددة في خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠، بإنقاذ ملايين الأرواح على نحو مباشر وغير مباشر، وبتحسين صحة وعافية عدد أكبر من الناس. وسيضعف هذا الأثر عند وجود نظم صحية ومجتمعية قوية تدعم هذه الإجراءات، مصحوبة باستجابة معززة في المجالات الصحية الأخرى، والتصدي للعوامل الاجتماعية والتنظيمية التي تزيد مخاطر الإصابة بالأمراض المنقولة جنسياً وتعوق إتاحة الخدمات الملائمة.

٤٢- وتغطي الغايات التي تدرج تحت الهدف الثالث في خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠ مجالات واسعة، ولا تتضمن إشارة محددة إلى الأمراض المنقولة جنسياً^١ أو غايات خاصة بها. ومن شأن تسريع العمل على تحقيق غايات عام ٢٠٢٠ المتعلقة بالأمراض المنقولة جنسياً، أن يساعد على إحراز التقدم في مجال عدد من أهداف التنمية المستدامة المحددة لعام ٢٠٣٠.

٤٣- وستسهم الاستراتيجية المقترحة في خمسة من الثلاث عشرة غاية المتعلقة بالصحة بحلول عام ٢٠٣٠:

- وضع نهاية لوفيات الأمهات والمواليد والأطفال دون سن الخامسة التي يمكن تفاديها؛
- وضع نهاية لأوبئة الأيدز ومكافحة التهاب الكبد الوبائي والأمراض السارية الأخرى؛

١ قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة ١/٧٠ (٢٠١٥) - تحويل عالمنا: خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠، انظر: http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E (تم الاطلاع في ٢٢ نيسان/أبريل ٢٠١٦).

- تخفيض الوفيات المبكرة الناجمة عن الأمراض غير المعدية بمقدار الثلث من خلال الوقاية والعلاج وتعزيز الصحة والسلامة النفسيتين؛
- ضمان حصول الجميع على خدمات الرعاية الخاصة بالصحة الجنسية والإنجابية، وتنظيم الأسرة، والمعلومات والتوعية، وإدماج الصحة الإنجابية في الاستراتيجيات والبرامج الوطنية؛
- تحقيق التغطية الصحية الشاملة، بما في ذلك الحماية من المخاطر المالية، وإمكانية الحصول على خدمات الرعاية الصحية الأساسية الجيدة وإمكانية حصول الجميع على الأدوية واللقاحات المأمونة والجيدة والفعالة والميسورة التكلفة.

٤٤- وستساعد الإجراءات الفعالة للتصدي للأمراض المنقولة جنسياً على ما يلي: محاربة مقاومة الأمراض لمضادات الميكروبات؛ القضاء على الحصائل السلبية المتعلقة بالحديثي الولادة؛ الحد من انتقال فيروس العوز المناعي البشري؛ والوقاية من السرطان؛ تقليل عبء العقم؛ دعم صحة الشباب وعافيتهم.

٤٥- وقد يترتب على عدم وجود غايات معينة خاصة بالأمراض المنقولة جنسياً في خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠ آثار على عملية تحديد البلدان لأولوياتها وخصوصاً بالنسبة إلى الأولوية المعطاة لقياس مؤشرات الأمراض المنقولة جنسياً. غير أنه من الأهمية البالغة بمكان أن ندرك أن التنفيذ السريع والشامل للإجراءات المبينة في هذه الاستراتيجية سيسهم بشدة في تحقيق الأهداف المحددة في خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠.

المبادئ التوجيهية

٤٦- تستند الاستراتيجية إلى نهج الصحة العمومية^١ الذي يُعنى بالوقاية من المرض، وتعزيز الصحة، وإطالة أعمار السكان إجمالاً، وتهدف إلى تعزيز استجابة مستدامة طويلة المدى.

٤٧- وتسترشد الاستراتيجية بالمبادئ التالية:

- التغطية الشاملة بالخدمات الصحية؛
- قوامة الحكومة وخضوعها للمساءلة؛
- التدخلات والخدمات والسياسات المسندة بالبيانات؛
- حماية وتعزيز مبادئ حقوق الإنسان والمساواة بين الجنسين والإنصاف في الصحة؛
- الشراكة والتكامل والربط بين القطاعات والبرامج والاستراتيجيات المعنية؛
- الإشراف الهادف للأشخاص الأشد تضرراً من الأمراض المنقولة جنسياً.

١ تشمل وظائف الصحة العمومية الأساسية تقييم ورصد صحة المجموعات السكانية الأشد تعرضاً للخطر لتحديد المخاطر التي تهدد الصحة والأولويات؛ وصياغة سياسات عمومية لحل المشكلات الصحية التي يتم تحديدها والأولويات؛ وضمن توفير رعاية ملائمة وعالية المردود لجميع المجموعات السكانية، وتقييم فعالية تلك الرعاية.

٤ - التوجهات الاستراتيجية والإجراءات ذات الأولوية

٤-١ التوجه الاستراتيجي ١: توفير المعلومات من أجل تركيز العمل

معرفة وباء الأمراض المنقولة جنسياً من أجل تنفيذ استجابة مصممة خصيصاً

٤٨- يعتبر وجود نظام للمعلومات الاستراتيجية حجر الزاوية في الدعوة، والتمويل، والتخطيط الاستراتيجي، وتنفيذ تدخلات فعالة للأمراض المنقولة جنسياً، ولرصدها وتحسينها، ولتقديم البيانات على أثرها. ويتعين على البلدان أن تعرف ما بها من أوبئة الأمراض المنقولة جنسياً وأن تعرف أوجه الاستجابة ذات العلاقة لكي تسترشد الاستجابة الوطنية بتلك المعلومات الدقيقة المحدثة.

المعلومات الاستراتيجية من أجل الدعوة والاستثمار

٤٩- يتعين على البلدان، في ظل الموارد المحدودة، أن تصوغ مسوغات قوية وشاملة لتبرير استخدام الموارد المحلية في الوقاية من الأمراض المنقولة جنسياً ورعاية مرضاها، ولحشد الموارد الخارجية. ويُعد وجود نظام جيد الأداء للمعلومات الاستراتيجية ضرورياً لحشد الالتزام السياسي ولصياغة مبررات استثمار قوية؛ حيث يمكن البلدان من تحديد وإعداد ميزانية لحزمة فعالة من التدخلات والخدمات استناداً إلى السياق القطري، والبت في التخصيص الأنسب للموارد عبر مختلف مستويات النظام الصحي، وتحديد مصادر تمويل محتملة ويعول عليها.

فهم الأوبئة

٥٠- تشمل معرفة الأوبئة فهم أين تحدث الإصابات الجديدة وكيف تحدث وفي أي أوساط تحدث، وتحديد العوامل التي تسهل انتقال الأمراض المنقولة جنسياً أو تحدّ من توافر الخدمات الملائمة والانتفاع بها. وبناءً على ذلك، يمكن ترتيب أولويات برامج الوقاية والعلاج والرعاية وتركيزها.

٥١- ويمكن لرسم الخرائط الجغرافية والسكانية أن يساعد البلدان على تصميم الاستجابة الأكثر كفاءة والأشد فعالية وتنفيذها. وينبغي أن توفر نظم المعلومات الاستراتيجية بيانات مصنفة وعلى المستوى دون الوطني لرصد اتجاهات الأوبئة ولرسم خرائط للمواقع الجغرافية والمجموعات الرئيسية التي تحدث بينها معظم حالات انتقال الأمراض المنقولة جنسياً. وسيكّن ذلك من تخصيص الموارد والخدمات تبعاً للمواضع التي يمكن تحقيق أعظم الأثر فيها.

الترصد الوطني للأمراض المنقولة جنسياً

٥٢- هناك أربعة عناصر رئيسية لترصد الأمراض المنقولة جنسياً، وهي: التبليغ عن الحالات، وعمليات تقييم معدلات الانتشار، وتقييم مسببات متلازمات الأمراض المنقولة جنسياً، ورصد مقاومتها لمضادات الميكروبات. وتستند معظم نظم الترصد الوطنية المعنية حالياً إلى التبليغ الشامل عن الحالات بالاستناد إلى المتلازمات.

٥٣- وينبغي بمرور الوقت تقديم المساعدة إلى البلدان للانتقال من ترصد المتلازمات إلى ترصد المسببات. ولن يتطلب هذا تعزيز القدرات المختبرية الوطنية فحسب، بل أيضاً تطوير واستحداث وسائل تشخيص ميسورة التكلفة للأمراض المنقولة جنسياً في مراكز الرعاية. وينبغي أن يركز التبليغ الوطني عن الحالات على الزهري والسيلان والإفرزات الإحليلية والقرحات التناسلية. بالإضافة إلى ذلك، ينبغي للبلدان إجراء الرصد الروتيني لمعدلات انتشار الزهري بين النساء الحوامل وبين المجموعات السكانية المحددة بما في ذلك الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال، والعاملون في مجال الجنس؛ كما ينبغي للبلدان إجراء الرصد الروتيني لمعدلات انتشار السيلان والمنتثرة الحثرية بين المجموعات السكانية ذاتها وبين المراهقين.

٥٤- ويتعين على البلدان التي تستخدم التدبير العلاجي للمتلازمات أن تجري كل بضع سنوات تقييماً لمسببات هذه الأمراض لكي تسترشد التوصيات المتعلقة بالعلاج بنتائجه. وينبغي أن يكون لدى جميع البلدان نظام موضوع للرصد الروتيني لمقاومة مضادات المكورات البنية.

٥٥- وهناك حاجة إلى نظام قوي للمعلومات الاستراتيجية يركز على الأمراض المنقولة جنسياً من أجل ما يلي: إعداد بيانات مصنفة حسب نوع الجنس والسن، واستخراج وتجميع البيانات بانتظام من نظم جمع البيانات الأخرى التي تتناول موضوعات أخرى تتعلق بالصحة، كفيروس العوز المناعي البشري، وصحة الأمومة والصحة الإنجابية وصحة الأطفال.

٥٦- وتتيح البيانات القوية حول الأمراض المنقولة جنسياً تركيز البرامج ذات العلاقة على نحو أدق وأشد فعالية، كما تتيح نشر الخدمات أو تكييفها للوصول إلى أعداد أكبر من ذوي الحاجة. ويعتبر المجتمع المدني شريكاً مهماً في العمل على تعزيز نظم المعلومات الاستراتيجية وضمان جمع البيانات واستخدامها على نحو أخلاقي يعود بالنفع على المجتمعات المحلية.

٥٧- ويمكن أيضاً استخدام بيانات ترصد الأمراض المنقولة جنسياً كأساس لتقدير معدلات الانتشار والإصابة الوطنية للزهري والسيلان، ومعدلات الإصابة بالزهري الخلقي، ويمكن استخدام هذه التقديرات لتقييم التقدم المحرز صوب بلوغ أهداف هذه الاستراتيجية.

٥٨- وينبغي رصد الأثر المحتمل لاعتماد العلاج الوقائي السابق للتعرض فيما يتعلق بالعدوى بفيروس العوز المناعي البشري في مختلف المجتمعات المحلية، بما في ذلك من خلال ترصد الأمراض المنقولة جنسياً والسلوكيات الجنسية ومقاومة الأدوية. ومع أن الدراسات والبرامج التي أجريت في السابق لا تورد بيانات تدل على التعويض عن المخاطر في الممارسات الجنسية، مثل تراجع استخدام الواقيات أو تعدد العشاء، فإنه ينبغي رصد هذا الابتكار المهم لضمان فعاليته وضمان أيضاً معالجة عواقبه غير المتوقعة.

الإجراءات ذات الأولوية بالنسبة إلى البلدان

- تعزيز ترصد الأمراض المنقولة جنسياً ودمجه في نظام المعلومات الصحية الوطني في إطار تعزيز النظام الصحي، باستخدام مؤشرات ومنهجيات موحدة تبعاً لإرشادات منظمة الصحة العالمية؛ وضمان أن تتخذ طرق جمع البيانات عن معلومات عالية الجودة وتستوفي المعايير الأخلاقية ولا تشكل مخاطر على المجتمعات المحلية أو العاملين في مجال الرعاية الصحية القائمين عليها.
- زيادة تفصيل البيانات بطرق من بينها ما يلي: تحسين جمع البيانات المصنفة المتعلقة بالأمراض المنقولة جنسياً استناداً إلى مختلف عوامل التصنيف التي تشمل السن ونوع الجنس والمجموعة السكانية والموقع الجغرافي؛ وإشراك المجتمعات المحلية المتأثرة والمجموعات السكانية المحددة لتحقيق مستوى عالي الجودة من البيانات والتحليل.
- التعرف على المجموعات السكانية المحددة التي هي أشد عرضة لخطر الإصابة بالأمراض المنقولة جنسياً والأماكن التي شهد معظم حالات انتقال هذه الأمراض؛ وإنشاء آليات لتشجيع مشاركة المجتمعات المحلية المتضررة؛ والتبليغ الروتيني عن الحالات والتقييم الدوري لمعدلات الإصابة بالأمراض المعدية الأساسية المنقولة جنسياً لتقييم حجم مشكلة الأمراض المنقولة جنسياً بين المجموعات السكانية المستهدفة، بطرق من بينها تصنيف البيانات؛ ووصف أوبئة الأمراض المنقولة جنسياً وقياس أثرها من حيث العقابيل والتكاليف؛
- إدراج بيانات حول عوامل الخطر ومحددات الأمراض المنقولة جنسياً لفهم هذه المحددات ومعالجتها. وإدراج التركيز على العلاج الوقائي قبل التعرض حسب الاقتضاء. واستخدام منهجيات الاستقصاء التشاركي الاعتيادية والابتكارية سواءً بسواءً لإعداد تقديرات دقيقة لأحجام المجموعات السكانية الرئيسية وفهم الأوبئة دون الوطنية فهماً مفصلاً؛ ودمج الترصد البيولوجي مع البرامج الأخرى كمشح الترخد السلوكي في ملفات فيروس العوز المناعي البشري، بما في ذلك تتبع مخالطي المرضى وعلاج العشاء.
- تعزيز قدرات المختبرات الوطنية من خلال ضمان الجودة واعتماد وسائل تشخيص في مراكز الرعاية لضمان الرصد الروتيني للأمراض المنقولة جنسياً ومقاومة/النيسيرية البنية لمضادات الميكروبات.

الإجراءات ذات الأولوية بالنسبة إلى منظمة الصحة العالمية

- **الاضطلاع بالقيادة العالمية وتقديم المساعدة إلى البلدان في تعزيز ترصد الأمراض المنقولة جنسياً وفي استخدام المنهجيات الموحدة في هذا الترصّد وتقدير العبء والأثر، ودعم تطوير نُظم معلومات استراتيجية ورسم خرائط لأوبئة الأمراض المنقولة جنسياً وللاستجابة لها، بما في ذلك تحليل البيانات المصنفة لرصد الإجحافات؛ ودعم البلدان في تعزيز التبليغ عن الحالات؛ وتقييم معدلات الانتشار، وتقييم المسببات، ورصد مقاومة مضادات الميكروبات؛ وتعزيز النظم العالمية لجمع بيانات الترصّد الوطنية وتبادلها بشأن الأمراض المنقولة جنسياً بما في ذلك البيانات المصنفة والتحليل لرصد الإنصاف.**
- **تقديم الإرشادات بشأن جمع البيانات المصنفة وتحليلها استناداً إلى مختلف عوامل التصنيف وإشراك المجتمعات المحلية والمجموعات السكانية المحددة المتضررة، بما في ذلك المجموعات الرئيسية بالنسبة إلى فيروس العوز المناعي البشري، في جهود الحصول على بيانات عالية الجودة وإجراء تحليل عالي الجودة؛ واستخدام الطرق المعتمدة دولياً لتقدير أحجام المجموعات السكانية الرئيسية بالنسبة إلى فيروس العوز المناعي البشري، وفي تحديد غايات البرامج للخدمات من أجل المجموعات السكانية الرئيسية بالنسبة إلى فيروس العوز المناعي البشري.**
- **ضمان وجود روابط بين بعض عناصر ترصد الأمراض المنقولة جنسياً والآليات القائمة بما في ذلك تلك التي تتعلق بفيروس العوز المناعي البشري وترصد مقاومة مضادات الميكروبات.**

تتبع ورصد وتبادل البيانات حول الاستجابة

٥٩- يجب أن يكون نظام المعلومات الاستراتيجية قادراً على جمع بيانات مصنفة وتحليلها على امتداد سلسلة الرعاية بأكملها، والتي تتمثل في، خدمات الوقاية والعلاج والرعاية، من أجل تحديد الثغرات في التغطية بالخدمات وأدائها، وتحديد المجالات التي يلزم تحسينها. وتحديد مؤشرات لقياس التقدم ولرصد وتقييم التدخلات، تستطيع البلدان تقييم الخدمات المتعلقة بالأمراض المنقولة جنسياً والتبليغ عنها وتحسينها وتحقيق مزيد من الإنصاف في استجابتها. ويمكن لها أن تحدد ما إذا كانت الخدمات متاحة ويُنتفع بها أم لا، وما إذا كانت هناك إجحافات وثغرات وأين توجد، وأي نماذج تقديم الخدمات تُعد الأشد فعالية (مثلاً، من خلال المنشآت الصحية، أو الخدمات المجتمعية، أو النهج الأخرى)، وأي العناصر يحتاج إلى تحسين. ويتطلب ربط الاستجابة بالأمراض المنقولة جنسياً بالمبادرات الصحية والإنمائية الأخرى دمجاً أكبر لنظم المعلومات الصحية والاتساق في التبليغ بين عموم البرامج الصحية.

التخطيط الاستراتيجي الوطني وتنفيذ البرامج والمساءلة

٦٠- يجب أن يوفر نظام المعلومات الاستراتيجية المعلومات اللازمة لوضع استراتيجية وطنية وخطة لتنفيذها تستند إلى السياق القطري، وتحدد غايات وطنية، وتتسق مع الغايات العالمية. وتوجه هذه الاستراتيجية الوطنية وخطة التنفيذ الاستجابة الصحية الوطنية للأمراض المنقولة جنسياً.

٦١- وينبغي أن تصف الاستراتيجية الإجراءات التي يلزم اتخاذها لتحقيق الغايات الوطنية، بما في ذلك التعرف على المجموعات السكانية المحددة والمواقع ذات الأولوية استناداً إلى الوضع الوبائي المحلي، وتحديد أولويات التدخلات المسندة بالبيانات والعظيمة الأثر ونماذج تقديم الخدمات الأنسب للسياق، وتنفيذ إطار للرصد والتقييم يمكنه تتبع التقدم المحرز صوب الغايات.

٦٢- وينبغي أن تكون هناك صلات واضحة تربط بين هذه الاستراتيجية والاستراتيجيات القطاعية الأخرى ذات العلاقة، والاستراتيجيات الأخرى المعنية بأمراض محددة، كالاستراتيجيات المعنية بالسل والصحة الجنسية والإنجابية، والاستراتيجيات الصحية والإنمائية الوطنية الأوسع نطاقاً. وينبغي أن يكون لدى كل بلد برنامج وطني يركز على الأمراض المنقولة جنسياً مع تمتعه بالموارد والقدرات اللازمة لتنفيذ استراتيجية وخطة وطنيتين في هذا الشأن ولرصد التقدم والتبليغ عنه.

٦٣- ويتعين على البلدان تتبع وتقييم والتبليغ عن التقدم صوب الغايات المتفق عليها باستخدام مؤشرات بشأن مدى التوافر وحصائل التغطية وأثر الخدمات. ويلزم استخدام أسس المقارنة المرجعية - أو عقد المقارنات داخل البلدان وفيما بينها - لتقييم الأداء. ويجب استخدام الأدوات القائمة لقياس التقدم في تنفيذ التدابير الخاصة بالسياسات والتدابير القانونية والهيكلية من أجل تعزيز الاستجابة للأمراض المنقولة جنسياً بما في ذلك المؤشر المركب للسياسات الوطنية^١ والمؤشر الخاص بوصم الأشخاص المتعاشين مع فيروس العوز المناعي البشري^٢.

الإجراءات ذات الأولوية بالنسبة إلى البلدان

- تعزيز التصريف السديد للشؤون في البرامج المتعلقة بالأمراض المنقولة جنسياً وخضوعها للمساءلة وإجراء مراجعات منتظمة للبرامج للمساعدة على ضمان أن تجسد الاستراتيجيات والخطط وتخصيص الموارد على المستوى الوطني الحاجات القطرية الفعلية كلما تغيرت.
- وضع غايات ومعايير وطنية وتحديد المؤشرات لرصد وتقييم البرنامج الوطني لمكافحة الأمراض المنقولة جنسياً، وكذلك لرصد الإنصاف بحيث تستطيع البلدان تقييم وضع استجابتها والتبليغ بانتظام عنها واستخدام هذه التقييمات لمواصلة تحسين البرامج.
- ضمان أن أطر الرصد والتقييم ذات العلاقة تتبّع سلسلة الخدمات بأكملها في كلا القطاعين العام والخاص، وأنها تتسق مع نظم المعلومات الصحية الأخرى، وأنها توضع لتتبع مدى الإنصاف من خلال التصنيف والتحليل الملائمين؛ واستخدام أساليب جمع ورسم خرائط البيانات دون الوطنية لاكتشاف أوجه القصور في تقديم الخدمات وفي البنية التحتية، والمساعدة على تنوير القرارات المتخذة بشأن المواضيع التي تتطلب تقديم خدمات إضافية؛ ورصد مدى إتاحة خدمات الأمراض المنقولة جنسياً للمجموعات السكانية المحددة والإقبال عليها وجودتها.

الإجراءات ذات الأولوية بالنسبة إلى منظمة الصحة العالمية

- وضع إرشادات وتحديثها وتنفيذها بشأن التخطيط الاستراتيجي الوطني وتحديد الأولويات فيما يتعلق بالأمراض المنقولة جنسياً؛ ومساعدة مكاتب المنظمة الإقليمية والقطرية للمراجعات المنتظمة لتقييم التقدم المحرز صوب الغايات العالمية المحددة لعامي ٢٠٢٠ و ٢٠٣٠.
- تقديم الدعم التقني إلى البلدان التي لديها برامج للأمراض المنقولة جنسياً واستعراض الأثر لتركيز الاستثمارات.
- توفير البيانات حول حالة التقدم القطري والإقليمي صوب الغايات ودعم استخدام أسس المقارنة المرجعية - أو المقارنات داخل البلدان وفيما بينها على صعيد المجموعات الفرعية - لتقييم التقدم المحرز صوب بلوغ الغايات.

١ يرد المؤشر المركب للسياسات الوطنية في التذييل ٤ من وثيقة التبليغ الصادرة في عام ٢٠١٠ عن الدورة الاستثنائية للجمعية العامة للأمم المتحدة بشأن الأيدز والعدوى بفيروسه. رصد إعلان الالتزام بشأن فيروس نقص المناعة البشرية/الأيدز: مبادئ توجيهية بشأن تكوين المؤشرات الأساسية، انظر الرابط التالي: http://data.unaids.org/pub/Manual/2009/JC1676_Core_Indicators_2009_en.pdf (تم الاطلاع في ٢٢ نيسان/ أبريل ٢٠١٦).

٢ للمزيد من المعلومات انظر المؤشر الخاص بوصم الأشخاص المتعاشين مع فيروس العوز المناعي البشري، في: <http://www.stigmaindex.org/> (تم الاطلاع في ٢٢ نيسان/ أبريل ٢٠١٦).

٤-٢ التوجه الاستراتيجي ٢: التدخلات الرامية إلى إحداث الأثر

ينبغي أن يحصل الناس على الطيف الكامل من خدمات الأمراض المنقولة جنسياً التي يحتاجون إليها

تحديد مجموعة من التدخلات الأساسية: حزمة الفوائد الخاصة بالأمراض المنقولة جنسياً

٦٤- يلزم أن يحدد كل بلد مجموعة من التدخلات والخدمات الأساسية بشأن الأمراض المنقولة جنسياً. وتبلغ استراتيجيات الأمراض المنقولة جنسياً أقصى درجة من الفعالية عندما تتاح سلسلة خدمات عالية الجودة أمام الناس للوقاية من هذه الأمراض وتشخيصها وتدبيرها العلاجي، وينتفعون بهذه السلسلة. وبالإضافة إلى دمج الخدمات ذات العلاقة في عمليات تقديم الخدمات الروتينية، قد تدعو الحاجة إلى توعية الموجهة إلى المجموعات السكانية المحددة.

٦٥- وينبغي أن يسترشد كل بلد بمعدلات الانتشار والإصابة للأمراض المنقولة جنسياً و لكي يحدد أولويات التدخلات عبر سلسلة الخدمات من الوقاية إلى العلاج، ويقدم هذه التدخلات في حزم بأساليب فعالة ومقبولة. ومع ازدياد الموارد والقدرات، يمكن توسيع نطاق التدخلات والخدمات تدريجياً بهدف مواصلة تحسين حصائل الأمراض المنقولة جنسياً والحصائل الصحية الأعم. وقد أثبتت البيانات بوضوح أن الحزم التي تشمل مزيجاً من التدخلات تحقق أثراً أعظم من التدخلات المستقلة والمنفردة.

٦٦- وعند تحديد البلدان لحزم التدخلات الخاصة بها، ينبغي أن تنظر في حالات العدوى المصاحبة. فالأمراض المنقولة جنسياً تشترك في المخاطر المتعلقة بالسلوك، ويمكن اكتساب حالات عدوى متعددة في الوقت ذاته ويمكن للعدوى الموجودة أن تيسر انتقال واكتساب أمراض معدية أخرى منقولة جنسياً بما في ذلك فيروس العوز المناعي البشري. ويُعد تشخيص إحدى حالات العدوى مؤشراً على مخاطر الإصابة بالحالات الأخرى. وعلى الرغم من أن حالات العدوى المصاحبة شائعة، فإن التقديرات العالمية الدقيقة لمعدلاتها لا تتوافر. وتُعد المجموعات السكانية المحددة، بما في ذلك المجموعات السكانية الرئيسية بالنسبة إلى فيروس العوز المناعي البشري، شديدة التعرض لحالات العدوى المصاحبة بالأمراض المنقولة جنسياً. ومن ثم، فينبغي إيلاء عناية خاصة على جميع مستويات النظام الصحي لحالات العدوى المصاحبة ذات الأعراض وغير ذات الأعراض في هذه المجموعات السكانية وفي عموم السكان.

٦٧- وعلى الرغم من أن التدخلات والخدمات الأساسية ستختلف من بلد إلى آخر، استناداً إلى الأوضاع الوبائية والسياق القطري، ينبغي تغطية كل من مجالات التدخل التالية:

- الوقاية من انتقال الأمراض المنقولة جنسياً واكتسابها؛
- تحقيق التشخيص المبكر للأمراض المنقولة جنسياً وربط المرضى بالعلاج؛
- توفير التدبير العلاجي للمرضى ذوي الأعراض؛
- الوصول إلى العشاء وتقديم العلاج إليهم؛
- تقديم حزم التدخلات لتحقيق أعظم الأثر: (١) التخلص من انتقال الزهري وفيروس العوز المناعي البشري من الأم إلى الطفل؛ (٢) الاستفادة الكاملة من اللقاحات المضادة لفيروس الورم الحليمي البشري ولالتهاب الكبد B؛ (٣) مكافحة انتشار مقاومة مضادات الميكروبات البنية وأثرها؛
- ضمان جودة الرعاية والخدمات والتدخلات فيما يخص الأمراض المنقولة جنسياً: (١) تعزيز سلسلة الوقاية والتشخيص والعلاج والرعاية؛ (٢) إيجاد الصلات والتكامل بين الخدمات والبرامج؛ (٣) تنفيذ برامج ضمان الجودة والتحسين.

٦٨- ولابد من مراجعة الحزمة الأساسية بانتظام لضمان سرعة دمج الابتكارات واغتنام الفرص كلما ظهرت بيانات جديدة واستُحدثت تكنولوجيات ونهوج جديدة. وسوف توفر المنظمة مبادئ توجيهية محدثة لدعم البلدان في مجال وضع التدخلات والخدمات الأساسية الخاصة بها وتنفيذها.

الوقاية من انتقال الأمراض المنقولة جنسياً واكتسابها

٦٩- تُعد توليفة وسائل الوقاية النهج الأشد فعالية للوقاية من الأمراض المنقولة جنسياً. وتعمل أطر الوقاية الشاملة المسندة بالبيانات على نحو أفضل عندما يوجد مزيج استراتيجي من النهج السلوكية والحيوية الطبية والهيكلية. وينبغي أن يشمل هذا المزيج فهم الأمراض المنقولة جنسياً وأساليب الوقاية الأولية، بما في ذلك الواقيات، والتركيز على العمل مع الأشخاص الأشد تضرراً والأسرع تأثراً بهذه الأمراض، ولاسيما المراهقين. وعلاوة على ذلك، يجب أن تشمل توليفة الجهود الرامية إلى الوقاية من فيروس العوز المناعي البشري على عناصر تركز على الأمراض المنقولة جنسياً.

٧٠- وتتطلب الوقاية الفعالة ضمان إتاحة المعلومات الحيوية والسلع (مثل الواقيات) والخدمات (مثل التطعيم وختان الذكور الطبي الطوعي والاختبار والعلاج والرعاية) في إطار يكفل حقوق الإنسان. وبالإضافة إلى ذلك، تُعد التدخلات السلوكية بالغة الأهمية للوقاية من الأمراض المنقولة جنسياً بما في ذلك فيروس العوز المناعي البشري، وتشمل تشجيع الاستخدام المتسق الواقيات الذكرية والأنثوية، والتوعية بما في ذلك التركيز على زيادة الوعي بشأن الأمراض المنقولة جنسياً، وتقليل عدد العشاء، وزيادة الإقبال على اختبارات الكشف عن الأمراض المنقولة جنسياً بما في ذلك فيروس العوز المناعي البشري وتأخير بدء المعاشرة الجنسية، فضلاً عن تعزيز العافية الجنسية.

٧١- ويمتاز العديد من هذه التدخلات بميزة ثنائية تتمثل في الوقاية من الأمراض المنقولة جنسياً بما في ذلك فيروس العوز المناعي البشري والحمل غير المقصود، وخصوصاً عن طريق استخدام المراهقين للواقيات. ويُعد تركيز التدخلات كما ينبغي على المجموعات السكانية المحددة (بما في ذلك المجموعات السكانية الرئيسية بالنسبة إلى فيروس العوز المناعي البشري) والمراهقين والنساء الحوامل من الأولويات. وبالإضافة إلى ذلك، فعندما تُعزز المعرفة المجتمعية بالأمراض المنقولة جنسياً، ويُحد من الوصم والتمييز، يزداد عادةً الانتفاع بالخدمات المتعلقة بالأمراض المنقولة جنسياً.

الإجراءات ذات الأولوية بالنسبة إلى البلدان

- إعطاء أولوية لتدخلات الوقاية العظيمة الأثر والشاملة التي تصمم وفقاً للوباء وترتبط ارتباطاً وثيقاً بالوقاية من فيروس العوز المناعي البشري، والصحة الجنسية والإنجابية، وصحة الأمهات والأطفال، وبرامج التمتع، والتي تشمل ما يلي:
 - المعلومات الصحية الشاملة والتوعية وبرامج الترويج للصحة الموجهة إلى المراهقين؛
 - برامج الواقيات الذكرية والأنثوية للحماية الثنائية من الأمراض المنقولة جنسياً والحمل غير المقصود، ولاسيما للمراهقين، وتوزيعها من خلال المجتمعات المحلية ومن خلال خدمات التوعية والاتصال بالجماهير على المجموعات السكانية المحددة؛
 - استخدام عيادات صحة الأمهات والأطفال وتنظيم الأسرة بوصفها منافذ إضافية لتقديم الرعاية وتوزيع الواقيات على النساء اللاتي يمكن أن يكن عرضة لخطر الأمراض المنقولة جنسياً؛
 - زيادة استخدام برامج التسويق الاجتماعي لزيادة العرض والطلب على الخدمات المضمونة الجودة والميسورة التكلفة في مجال الأمراض المنقولة جنسياً والواقيات في المنافذ التقليدية وغير التقليدية؛
 - التشجيع على ختان الذكور الطبي الطوعي حسب الاقتضاء؛
 - ضمان توافر اللقاحات المضادة لفيروس الورم الحليمي البشري ولالتهاب الكبد B.
- تصميم وتركيز تدخلات الحد من المخاطر التي تتعامل مع الصحة الجنسية من منظور العافية، وفقاً لاحتياجات المجموعات السكانية الأشد تضرراً؛ والتصدي للعوامل الأساسية التي تجعل الناس عرضة لمستوى أعلى من خطر الإصابة بالأمراض المنقولة جنسياً والعوامل التي تعوق إتاحة الخدمات الفعالة والملائمة، بما في ذلك التدخلات الرامية إلى تدارك انتهاكات حقوق الإنسان التي تنشأ عن تجريم سلوكيات المثلية الجنسية أو العمل في مجال الجنس، من أجل الوقاية من العنف القائم على نوع الجنس والعنف المتعلق بالتوجه الجنسي والهوية الجنسية وتدابيرها العلاجي.

الإجراءات ذات الأولوية بالنسبة إلى منظمة الصحة العالمية

- تحديث ونشر إرشادات محدثة بشأن الوقاية من الأمراض المنقولة جنسياً بما في ذلك: الإدماج السريع لتدخلات قطاع الصحة الجديدة المسندة بالبيانات في حزم الوقاية من الأمراض المنقولة جنسياً لمختلف سياقات الأوبئة، مع إعارة اهتمام خاص للمجموعات السكانية المحددة والمراهقين والنساء؛ وتعزيز برامج الواقيات الذكرية والأنتوية الفعالة، بما في ذلك وضع معايير عالمية وتيسير الشراء.
- تحديث ونشر إرشادات للمجموعات السكانية المستهدفة بشأن تدخلات الحد من سرعة التأثير ومخاطر الإصابة بالأمراض المنقولة جنسياً؛ والعمل مع الشركاء من أجل تعزيز المبادرات الجديدة المعنية بالحد من المخاطر والتمكين وزيادة المرونة والثقة والمشاركة بالرأي بين الفتيات المراهقات والشابات وبين المجموعات السكانية المحددة؛ وتقديم البيانات والإرشادات حول دور الأعراف والمواقف الإيجابية المتعلقة بنوع الجنس التي تساعد على الحد من سرعة التأثير ومخاطر الإصابة بالأمراض المنقولة جنسياً؛ والدعوة إلى زيادة الالتزام والموارد والإجراءات للقضاء على الأمراض المنقولة جنسياً بين المواليد.

التشخيص المبكر للأمراض المنقولة جنسياً وربط المرضى بالعلاج

٧٢- يمكن تحقيق التشخيص المبكر للأمراض المنقولة جنسياً عن طريق ما يلي: بالتحري، أي اكتشاف الاعتلال نتيجة الاختبار باستناد إلى عوامل الخطر لدى فرد لا تظهر عليه الأعراض؛ بالتشخيص، أي اكتشاف السبب الأساسي للأعراض. ويعتبر التشخيص المبكر للأمراض المنقولة جنسياً، بما في ذلك الحالات العديمة الأعراض، أفضل فرصة للعلاج الطبي والدعم الفعالين، وللوقاية من المزيد من انتقال العدوى. ويمكن أن يكون هذا صعباً، نظراً لأن معظم الأمراض المنقولة جنسياً عديمة الأعراض (انظر الشكل ٨). ويظل التحري نادراً في البيئات المحدودة الموارد في ظل عدم وجود اختبارات ميسورة التكلفة للأمراض المنقولة جنسياً في مراكز الرعاية.

الشكل ٨: الأمراض المنقولة جنسياً

النساء أكثر تأثراً من الرجال بالأمراض المنقولة جنسياً العديمة الأعراض، والرجال أكثر عرضة من النساء للإصابة بالأمراض المنقولة جنسياً ذات الأعراض



٧٣- وسيتعين على كل بلد اختيار أنسب توليفة من نهج التحري والتشخيص استناداً إلى طبيعة أوبئة الأمراض المنقولة جنسياً فيه ودينامياتها، والمجموعات السكانية المتضررة ونظامه الصحي، والبيئات المتاحة. ويلزم بذل جهود خاصة لاكتشاف والتدبير العلاجي للأمراض المنقولة جنسياً العديمة الأعراض بين المجموعات السكانية المحددة التي تشمل المجموعات السكانية الرئيسية بالنسبة إلى فيروس العوز المناعي البشري، والمراهقين والشباب والحوامل، مثل الكشف عن الحالات وتحريها، وإجراء تدخلات محسنة للوصول إلى العشاء. ويلزم إيلاء عناية خاصة لضمان إتاحة تشخيص الأمراض المنقولة جنسياً وأيضاً لضمان جودة وسائل التشخيص والخدمات،

وذلك للحد من مخاطر الخطأ في التشخيص. ويقطع التشخيص العاجل والتدبير العلاجي الفعال للأمراض المنقولة جنسياً سلسلة الانتقال ويمنع تطور مضاعفات وعقاييل بعيدة المدى لهذه الأمراض.

توفير التدبير العلاجي للمرضى المصابين بالأعراض

٧٤- ينبغي لكل مركز رعاية أولية يقدم خدماته للمصابين بالأمراض المنقولة جنسياً أن يتبع بروتوكولاً حديثاً للتدبير العلاجي للأشخاص المصابين بأمراض مصحوبة بأعراض من هذا النوع، ولعشوائهم، وذلك استناداً إلى المبادئ التوجيهية العالمية. وتتوزع منافذ الرعاية الأولية وتشمل عيادات الرعاية الصحية الأولية وخدمات الصحة الجنسية والإنجابية، بما في ذلك خدمات الرعاية السابقة للولادة، والخدمات التي توفر الرعاية والتدبير العلاجي للمتعايشين مع فيروس العوز المناعي البشري. وعلاوة على ذلك، يجب ربط التدبير العلاجي لحالات الأمراض المنقولة جنسياً فيما يخص المجموعات السكانية الشديدة التعرض للمخاطر ربطاً وثيقاً بخدمات الوقاية من فيروس العوز المناعي البشري، بما في ذلك خدمات التوعية.

الوصول إلى العشاء وتقديم العلاج لهم

٧٥- إن إخطار العشاء جزء لا يتجزأ من الوقاية من الأمراض المنقولة جنسياً ورعاية المصابين بها. وتتباين نهج إخطار العشاء وتقديم إليهم المشورة والعلاج تبعاً للظروف، وتشمل الإحالة من قبل المرضى (التي تتمثل في تشجيع المرضى على الاتصال بعشوائهم بأنفسهم)، والإحالة من قبل مقدمي الخدمات (بتولى مقدم خدمات الرعاية الصحية إخطار العشير ويرتب للعلاج)، والإحالة التعاقدية بمعرفة المرضى ومقدمي الخدمات (نهج من خطوتين يربط بين طريقتي الإحالة من قبل المرضى والإحالة من قبل مقدمي الخدمات)، والعلاج المعجل للعشير (حيث يأخذ المريض الذي شُخصت إصابته بالوصفات الطبية أو الأدوية إلى عشيره دون فحص مسبق لهذا العشير). وينبغي الحث على اتباع نهج شامل للعشيرين من أجل زيادة المشورة ومعدلات علاج العشير، ولاسيما في سياق الرعاية السابقة للولادة. ويجب أن تكون الاستراتيجية التي يقع عليها الاختيار مستندة إلى الحقوق ومراعية لعدم المساواة بين الجنسين، مع ضمان إتاحة العلاج للعشاء والتعجيل به.

حزم التدخلات لتحقيق أعظم الأثر

٧٦- يمكن تعظيم الأثر الكلي لهذه التدخلات الأساسية على الصحة العمومية بالجمع بينها وبين مبادرات أخرى، وتحديد ما يلي: الحملة العالمية للتخلص من انتقال فيروس العوز المناعي البشري والزهرى من الأم إلى الطفل؛ التوسع في التطعيم باللقاحات المضادة لفيروس الورم الحليمي البشري؛ ختان الذكور الطبي الطوعي لما لهذا من أثر على فيروس العوز المناعي البشري وسائر الأمراض المنقولة جنسياً؛ استراتيجيات التصدي لظهور مقاومة مضادات الميكروبات البنية.

التخلص من انتقال الزهرى وفيروس العوز المناعي البشري من الأم إلى الطفل

٧٧- قطع عدد من البلدان التزاماً على نفسه بالتخلص من انتقال فيروس العوز المناعي البشري والزهرى من الأم إلى الطفل (المعروف أيضاً باسم "الزهرى الخلقي"). وفي العديد من البلدان، يرتبط التخلص من انتقال الزهرى من الأم إلى الطفل بالحملات الثنائية (للتخلص من انتقال فيروس العوز المناعي البشري والزهرى من الأم إلى الطفل)،^١ وبدأ بعض البلدان في تنفيذ حملات ثلاثية (للتخلص من انتقال فيروس العوز المناعي البشري والزهرى والتهاب الكبد B من الأم إلى الطفل). وستساعد الخطوات الواجب اتخاذها استعداداً لإجازة البلدان، على تعزيز برامجها الخاصة بالأمراض المنقولة جنسياً، ومن شأنها أن تساعد على الحد من الإجحافات فيما بين مختلف المجموعات السكانية داخل البلد الواحد.

١ الإرشادات العالمية بشأن المعايير وعمليات التحقق: التخلص من انتقال العدوى بفيروس العوز المناعي البشري والزهرى من الأم إلى الطفل" انظر الرابط التالي: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112858/1/9789241505888_eng.pdf?ua=1&ua=1 (تم الاطلاع في ٢١ نيسان/ أبريل ٢٠١٦).

الاستفادة الكاملة من اللقاحات المضادة لفيروس الورم الحليمي البشري ولالتهاب الكبد B

٧٨- يمكن للتطعيم باللقاحات المضادة لفيروس الورم الحليمي البشري أن يحقق انخفاضاً شديداً في حالات سرطان عنق الرحم الناتجة عن الفيروس، كما أن لقاح التهاب الكبد B آمن وفعال في الوقاية من العدوى بفيروس التهاب الكبد B. ^١ وينبغي أن تنظر البلدان على وجه السرعة في تطبيق هذه البرامج أو توسيعها للتطعيم باللقاحات المضادة لفيروس الورم الحليمي البشري في سياق إطار شامل للوقاية من سرطان عنق الرحم ومكافحته. وينبغي أن يشكّل تقبّل الفئات المُستهدفة من السكان باللقاح المضاد لفيروس الورم الحليمي البشري ركيزة أساسية في البرامج الصحية للمراهقين مع زيادة الوعي الصحي والاستراتيجيات الصحية للوصول إلى المراهقين.

الإجراءات ذات الأولوية بالنسبة إلى البلدان

- **تكييف المبادئ التوجيهية بشأن تحري وتشخيص الأمراض المنقولة جنسياً وفيروس العوز المناعي البشري وتنفيذها:** شراء وسائل التشخيص التي اختبرت المنظمة صلاحيتها مسبقاً، واعتمادها وتوسيع استخدامها؛ وتنفيذ تدابير ضمان الجودة وتحسين الجودة للحد من مخاطر الخطأ في التشخيص وتقليل التأخير بين أخذ العينات وفحصها في المختبرات والتبليغ عن النتائج وإتاحة العلاج.
- **تنفيذ وتوسيع نطاق مبادئ توجيهية وطنية مسندة بالبيانات بشأن التدبير العلاجي للأمراض المنقولة جنسياً** استناداً إلى البيانات والخدمات القطرية المتاحة:
 - تنفيذ استراتيجيات لاكتشاف الأمراض المعدية العديمة الأعراض وتوفير التدبير العلاجي بين المجموعات السكانية المحددة والرئيسية والحوامل والمراهقين، كالاختبار أو التحري المنتظمين للحالات، مع تدخلات محسنة للوصول إلى العشاء؛
 - تحديث خطط التنفيذ لتوجيه التوسع الفعال والمستدام في التدبير العلاجي للأمراض المنقولة جنسياً ذات الأعراض، وذلك استناداً إلى أحدث البيانات؛
 - تشجيع استخدام العلاج بجرعة واحدة تعطى في مركز الرعاية الصحية حيثما أمكن، لزيادة الالتزام بالعلاج؛
 - دمج التدبير العلاجي للأمراض المنقولة جنسياً بين المجموعات السكانية المحددة وخدمات الوقاية من فيروس العوز المناعي البشري ورعاية مرضاه للتصدي لحالات العدوى والاعتلال المصاحبة الخطيرة، وخصوصاً فيروس العوز المناعي البشري.
- **ضمان توافر سلع وأدوية فعالة للتدبير العلاجي للأمراض المنقولة جنسياً** عندما يلتزم الناس العلاج من هذه الأمراض: ضمان شراء أدوية مضمونة الجودة؛ والعمل على تقليل العقبات أمام إتاحة ويسر تكلفة وسائل التشخيص الجيدة النوعية للأمراض المنقولة جنسياً.
- **إعداد وتنفيذ استراتيجيات لتعزيز التدبير العلاجي للعشاء:** اعتماد استراتيجيات لتبليغ العشاء وتقييم مستوى تنفيذها؛ وحماية خصوصية المرضى؛ وضمان الربط بخدمات المشورة وعلاج العشاء.
- **إخضاع جميع الحوامل لتحري الزهري** وضمان تقديم العلاج الملائم بحقن البنسلين لذوات الأمصال الموجبة منهن: ربط جهود التخلص من انتقال الزهري من الأم إلى الطفل بجهود التخلص من انتقال فيروس العوز المناعي البشري من الأم إلى الطفل؛ والاجتهاد لزيادة التغطية والحد من عدم المساواة في تقديم تدخلات الوقاية من انتقال الزهري من الأم إلى الطفل من أجل بلوغ معايير الإجازة.
- **النظر على وجه السرعة في تطبيق برنامج للتطعيم باللقاحات المضادة لفيروس الورم الحليمي البشري في إطار نهج شامل للوقاية من سرطان عنق الرحم:** تحديد حزمة معلومات، من ضمنها المعلومات الخاصة بتعزيز الصحة، تستهدف المراهقين ويمكن تقديمها بالتنسيق مع تنفيذ برامج التطعيم باللقاحات المضادة لفيروس الورم الحليمي البشري.
- **إدراج التطعيم باللقاحات المضادة لالتهاب الكبد B في البرامج الوطنية لتمنيح الرضع في البلدان التي لم تنفذ ذلك بالفعل، والإسراع بذلك، مع ضمان إعطاء جرعة التطعيم بلقاح فيروس التهاب الكبد B في الوقت الملائم عند الولادة.**

١ انظر الاستراتيجية العالمية لقطاع الصحة بشأن التهاب الكبد الفيروسي في الفترة ٢٠١٦-٢٠٢١، متاحة على: <http://www.who.int/hepatitis/news-events/strategy2016-2021/en> (تم الاطلاع في ٥ أيار/ مايو ٢٠١٦).

الإجراءات ذات الأولوية بالنسبة إلى منظمة الصحة العالمية

- تحديث المبادئ التوجيهية الموحدة بانتظام ونشرها بشأن التدبير العلاجي للأمراض المنقولة جنسياً والتي تشمل: الإرشادات السريرية والتشغيلية والبرمجية التي ستوجه التوسع السريع والمستدام في العلاج؛ والإرشادات الموحدة بشأن نهج اختبار الأمراض المنقولة جنسياً وفيروس العوز المناعي البشري الاستراتيجيات ووسائل التشخيص الخاصة بهما، التي تتضمن أحدث التدخلات، مع التركيز بوجه خاص على التشخيص المبكر؛ والاختبار والتحرير المنتظم؛ ودعم البلدان في تكييف المبادئ التوجيهية وتنفيذها ورصدها؛ وتوفير مبادئ توجيهية مسندة بالبيانات لتبليغ العشاء وتحديثها، والتواصل معهم وتزويدهم بالمشورة، والتشخيص، والعلاج.
- تسريع وتيرة الدعم اللازم للتخلص من انتقال الزهري من الأم إلى الطفل: تقديم إرشادات تقنية حول كيفية تحقيق معايير التحقق من التخلص من انتقال الزهري من الأم إلى الطفل؛ وتحديد سبل تقليص العوائق أمام وسائل التشخيص والعلاج من أجل التخلص من انتقال الزهري من الأم إلى الطفل؛ وتسريع استحداث تكنولوجيات جديدة لتحسين تشخيص الزهري بين الحوامل والموليد وعلاجه.
- تعزيز الجهود لضمان توافر وسائل تشخيص عالية الجودة للأمراض المنقولة جنسياً وإتاحتها: تعزيز برنامج المنظمة للاختبار المسبق للصلاحيات لضمان سرعة إتاحة وسائل جيدة النوعية لتشخيص الأمراض المنقولة جنسياً؛ والعمل على تقليص العوائق أمام إتاحة وسائل جيدة النوعية لتشخيص الأمراض المنقولة جنسياً ويسر تكلفتها.
- وضع برنامج للبحوث وإجراء بحوث لمعالجة اللغزات في التدبير العلاجي للأمراض المنقولة جنسياً في البيئات التي تفتقر إلى الموارد؛ ودعم البحوث لتحديد اختبارات تشخيصية وتكنولوجيات ونهج تتسم بالفعالية والكفاءة والمأمونية والقبول فيما يخص الأمراض المنقولة جنسياً.
- تعزيز الإرشادات بشأن التمنيع ضد الأمراض المنقولة جنسياً: تقييم الجداول والجرعات من أجل سياسات التمنيع، وتقديم المشورة حول الطرق الأشد فعالية لحماية الفئات الشديدة التعرض للمخاطر، وكذلك الذكور؛ ودعم البحوث التشغيلية في البلدان من أجل اعتماد التمنيع باللقاح المضاد لفيروس الورم الحليمي البشري ومن أجل ربطه ببرامج صحة المراهقين؛ ودعم الجهود الرامية إلى ضمان توافر اللقاح المضاد لفيروس الورم الحليمي البشري في البلدان بأسعار ميسورة، وإعداد إرشادات حول التدخلات الصحية الأخرى التي يمكن اعتمادها إلى جانب برنامج التطعيم.

مكافحة انتشار مقاومة مضادات الميكروبات البنية وأثرها

٧٩- يُعد السيلان واحداً من أكثر الأمراض المنقولة جنسياً شيوعاً حول العالم وله أثر كبير على معدلات المرضة والوفيات. وقد طورت *النييسرية البنية* على مر العقود الماضية مقاومة لغالبية الأدوية المستخدمة في علاج العدوى، ما سيزيد احتمالات الإصابة غير القابلة للعلاج. وعززت منظمة الصحة العالمية برنامج ترصد مقاومة مضادات الميكروبات البنية بإنشاء شبكة من المختبرات لتنسيق رصد مقاومة النييسرية البنية للأدوية وتقديم بيانات لكي تسترشد بها المبادئ التوجيهية العلاجية. وتشمل العوامل الأخرى المسببة للأمراض المنقولة جنسياً التي يحتمل مقاومتها للمضادات الجرثومية *اللولبية الشاحبة* وفيروس الهريس البسيط و*المستدمية الدوكرية*، وهي ترتبط بخطة العمل العالمية الكلية المعنية بمقاومة مضادات الميكروبات.^١

تعزيز أوجه التآزر والروابط للخدمات والتدخلات الخاصة بالأمراض المنقولة جنسياً

• تعزيز سلسلة الوقاية والتشخيص والعلاج والرعاية

٨٠- ينبغي تنظيم الخدمات لتحقيق الحد الأدنى من "التسرب" والمستوى الأمثل من الاستبقاء على مدى هذه السلسلة، والالتزام بالتدخلات الخاصة بالوقاية والرعاية. وتشمل التحديات الرئيسية ما يلي: مدى قبول تدخلات الوقاية الفعالة والإقبال عليها؛ والوصم والتمييز في بعض أماكن الرعاية الصحية؛ وتوجيه التشخيص لتعظيم الأثر وتقليل التشخيص الخاطئ إلى أدنى حد؛ ربط الناس بخدمات الوقاية والعلاج الملائمة في مرحلة مبكرة بقدر الإمكان؛ ضمان الالتزام بالعلاج.

١ انظر القرار جص ع٦٨-٢٠ (٢٠١٥).

٨١- وينبغي أن تركز الخدمات على الناس وأن تلائم المرضى وتحترم حقوق الناس وتلبي حاجاتهم المتباينة دون إصدار الأحكام أو التحامل عليهم؛ علماً بأن الخدمات التي تركز على الناس قد تكون أكثر فعالية بالإضافة إلى كونها أكثر كفاءة. كما ثبت أن إشراك الفئات والشبكات المجتمعية أيضاً فعال وخصوصاً للوصول إلى المجموعات السكانية المحددة بما في ذلك المجموعات السكانية التي قد يصعب الوصول إليها مثل تلك المسلم بأنها كذلك كالمراهقين والمجموعات السكانية الرئيسية بالنسبة إلى فيروس العوز المناعي البشري.

٨٢- وتتطلب سلسلة الخدمات القوية أيضاً تنسيقاً قوياً على صعيد مختلف مستويات تقديم الخدمات الصحية مع آلية إحالة فعالة على صعيد القطاعات.

• إيجاد الصلات والتكامل بين الخدمات والبرامج

٨٣- إن إيجاد المزيد من التكامل والصلات بين الخدمات والبرامج الخاصة بالأمراض المنقولة جنسياً وسائر الخدمات والبرامج الخاصة بالمجالات الصحية الأخرى ذات الصلة (بما في ذلك فيروس العوز المناعي البشري، وتنظيم الأسرة، ورعاية الأمهات والموليد؛ وتعزيز الصحة بما في ذلك الصحة الجنسية؛ والتمنيع والأمراض غير السارية والصحة النفسية)، أي الرعاية الصحية الأولية الشاملة والقطاعات الأخرى (مثل برامج التوعية الصحية في المدارس التي تستهدف المراهقين، والصحة المهنية) من شأنه أن يخفض التكاليف ويحسن الكفاءة ويؤدي إلى حصائل أفضل. وستتوقف نماذج التكامل والروابط الملائمة على السياق القطري والنظام الصحي، وينبغي أن تسترشد بالبحوث التشغيلية.

الإجراءات ذات الأولوية بالنسبة إلى البلدان

- تعزيز تنفيذ الاستراتيجيات والتدخلات لرصد مقاومة مضادات الميكروبات، بما في ذلك تعزيز قدرات شبكة المختبرات الوطنية؛ ودمج ترصد مقاومة/النييسيرية/البنية لمضادات الميكروبات في الخطة الوطنية لترصد مقاومة مضادات الميكروبات؛ وتكييف المبادئ التوجيهية الوطنية العلاجية تبعاً لأنماط المقاومة وتنفيذ التدخلات للحد من انتشار مقاومة مضادات الميكروبات؛ والحد من وصف مضادات الميكروبات وشراؤها.
- تعزيز الروابط والتعاون والتكامل، بما في ذلك فيما بين برامج الأمراض المنقولة جنسياً والبرامج التي تتضمن مسؤوليات بشأن فيروس العوز المناعي البشري والصحة الإنجابية والأمراض المنقولة من الأم إلى الطفل والسرطان والأمراض غير السارية وصحة المراهقين؛
 - تعزيز مواصلة عملية الدمج من خلال خدمات الرعاية الصحية الأولية القائمة؛
 - دمج المؤشرات الرئيسية للوقاية والمكافحة في النظم الوطنية لرصد وتقييم الأمراض المنقولة جنسياً؛
 - ضمان التواصل والتنسيق الكافيين بين مختلف مستويات النظام الصحي والقطاعين العام والخاص؛
 - تحليل سلسلة خدمات الوقاية والمكافحة لتحديد جودة الخدمات، وتحديد أهم مواطن الضعف، واتخاذ الإجراء التصحيحية.

الإجراءات ذات الأولوية بالنسبة إلى منظمة الصحة العالمية

- الاضطلاع بالقيادة العالمية في التعامل مع مقاومة مضادات الميكروبات: تنسيق الاستجابة لمقاومة/النييسيرية/البنية لمضادات الميكروبات مع خطة العمل العالمية المعنية بمقاومة مضادات الميكروبات: ^١
 - زيادة دعم برنامج ترصد مقاومة مضادات الميكروبات البنوية^٢ والجهود الأخرى لرصد مقاومة مضادات الميكروبات واحتواء انتشار السيلان غير القابل للعلاج؛
 - وتحديث المبادئ التوجيهية بشأن علاج السيلان؛

١ للاطلاع على خطة العمل العالمية المعنية بمقاومة الأمراض لمضادات الميكروبات، انظر الرابط التالي: http://www.who.int/drugresistance/global_action_plan/en (تم الاطلاع في ٢٢ نيسان/ أبريل ٢٠١٦).

٢ للمزيد من المعلومات عن برنامج ترصد مقاومة مضادات الميكروبات البنوية، انظر الرابط التالي: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/rtis/gonococcal_resistance/en (تم الاطلاع في ٢٢ نيسان/ أبريل ٢٠١٦).

- ورصد احتمال ظهور مقاومة اللولبية الشاحبة وفيروس الهريس البسيط والمستدمية الدوكرية للعلاج بمضادات الميكروبات؛
- وزيادة الاستثمار في البحوث لتطوير مراكز رعاية للأمراض المنقولة جنسياً، بوسائل منها إجراء اختبارات تسمح بتحسين مستوى تحديد مقاومة مضادات الميكروبات.
- دعم البلدان في إحراز التقدم في إرساء الروابط بين الخدمات ودمجها:
 - اقتراح مؤشرات وأساليب لقياس الربط الفعال؛
 - توثيق أفضل الممارسات ونشرها فيما يتعلق بدمج الخدمات والخدمات الصحية عن طريق الهواتف الجوال؛
 - استخدام إطار المنظمة للرصد والتقييم في النظم الوطنية لرصد وتقييم الأمراض المنقولة جنسياً؛
 - تيسير جمع البيانات الوطنية حول سلسلة الخدمات والتبليغ عن أهم النتائج؛
 - تحديد مواطن الضعف المشتركة في سلسلة الخدمات واقتراح التدخلات لمعالجتها لها؛
 - إدراج التعرف على التدخلات والنهج الفعالة في الإرشادات التشغيلية والبرمجية الخاصة بالمنظمة.

٣-٤ التوجه الاستراتيجي ٣: تقديم الخدمات من أجل تحقيق الإنصاف

ينبغي أن يحصل جميع الناس على خدمات الأمراض المنقولة جنسياً التي يحتاجون إليها، وأن تكون هذه الخدمات ذات جودة كافية

٨٤- إن بلوغ الغايات المتعلقة بالأمراض المنقولة جنسياً يتطلب بيئة مواتية للعمل تستند إلى مبادئ حقوق الإنسان والمساواة بين الجنسين، ولن يتسنى ذلك إلا بتركيز التدخلات والخدمات المناسبة والعظيمة الأثر على المجموعات السكانية المحددة بما في ذلك المجموعات السكانية الأشد عرضة للخطر والأكثر عرضة للإصابة بالأمراض المنقولة جنسياً وفي الأماكن التي تشهد معظم حالات للإصابة بها. وبالتالي، فينبغي أن يكون إتاحة الخدمات الفعالة منصفاً وخالياً من التمييز، وهو ما يمكن أن يشكل تحدياً؛ حيث تحدث الإصابة بالأمراض المنقولة جنسياً بمعدل كبير بين المجموعات السكانية المحددة وبين المراهقين، وكلهم قد يواجهون تحديات في الوصول إلى الخدمات الصحية أو البقاء مرتبطين بها، وخصوصاً الخدمات الخاصة بالأمراض المنقولة جنسياً. ونتيجة لذلك، فإن نسبة كبيرة من الأشخاص الشديدي التعرض لمخاطر الإصابة بالأمراض المنقولة جنسياً لا يستخدمون طرق وخدمات الوقاية بفعالية، أو تظل حالاتهم غير مشخصة، أو لا يستخدمون العلاج أو لا يلتزمون به.

٨٥- ويمكن زيادة التغطية بالخدمات العلاجية من خلال التعاون مع البرامج الصحية والقطاعات الحكومية الأخرى (مثل قطاعات التعليم، والصحة المهنية، ومصحة السجون، والهجرة) وكذلك المنظمات المجتمعية ومقدمي الرعاية الصحية من القطاع الخاص.

تهيئة بيئة مواتية تشتمل على سياسات وقوانين تعزز حقوق الإنسان والمساواة بين الجنسين

٨٦- بإمكان القوانين والسياسات التي تحمي وتعزز الصحة العمومية وحقوق الإنسان، بما في ذلك الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية، عندما يتم إنفاذها كما ينبغي، أن تحد من سرعة التأثر بالعدوى والتعرض لمخاطر الأمراض المنقولة جنسياً، وتحسن إتاحة الرعاية والخدمات الصحية الأخرى الخاصة بالأمراض المنقولة جنسياً؛ وتوسع نطاقها وتزيد من جودتها وفعاليتها. وما زالت العقوبات القانونية والمؤسسية وغيرها من العقوبات تثني الناس في بلدان كثيرة عن الانتفاع بالخدمات المتعلقة بالأمراض المنقولة جنسياً. ويجب على قطاع الصحة أن يضمن مساندة السياسات والقوانين واللوائح التنظيمية للبرامج الوطنية ذات العلاقة وأنشطة الاستجابة الصحية الوطنية عموماً، وذلك بتعزيز المساواة بين الجنسين وحماية وتعزيز الحقوق الإنسانية والصحية للمجموعات السكانية الأشد عرضة لخطر الإصابة بالأمراض المنقولة جنسياً (بما في ذلك المجموعات السكانية المحددة) وللمراهقين.

الحد من سرعة التأثر بالعدوى والمخاطر

٨٧- تتوقف التدخلات الفعالة للحد من سرعة التأثر بالأمراض المنقولة جنسياً وخطر التعرض لها على بناء الوعي والتواصل الموجه من أجل تشجيع الصحة والحد من المخاطر، وعلى زيادة إتاحة خدمات الصحة الجنسية والإنجابية واستخدامها. ويتطلب إحراز تقدم في هذه المجالات ما يلي: إجراءات فعالة للحد من الوصم والتمييز في أماكن الرعاية الصحية والمجتمعات المحلية؛ مبادرات الوقاية وتقديم الخدمات التي تتصدى للعنف القائم على نوع الجنس والعنف ذي العلاقة بالتوجه الجنسي أو الهوية الجنسية؛ التدخلات التي تمكن النساء والمجموعات السكانية الموصومة. وفي بعض المجموعات السكانية قد يؤدي تعاطي الكحول على نحو ضار إلى زيادة سرعة التأثر والسلوكيات التي تنطوي على مخاطر وينبغي مراعاته عند تصميم الخدمات.

الوصول إلى جميع المجموعات السكانية بالخدمات الملائمة

٨٨- إضافة إلى تلبية احتياجات عموم السكان بفعالية، لن يُستغنى عن الوصول إلى فئات سكانية محددة بالتدخلات الأنسب من أجل القضاء على أوبئة الأمراض المنقولة جنسياً في البلدان. ولابد من اتخاذ إجراءات لإزالة أو التغلب على العوائق التي تمنع هذه المجموعات السكانية من الحصول على خدمات الأمراض المنقولة جنسياً والخدمات الصحية الأعم التي تحتاج إليها. ووفقاً للمجموعة السكانية، قد تشمل هذه العوائق القوانين الخاصة بالسن الدنيا للرضا، وتجريم بعض السلوكيات كالاغتصاب بالجنس وممارسة الرجال للجنس مع الرجال، والوصم والتمييز على الصعيد المؤسسي، والعنف القائم على نوع الجنس وصور العنف الأخرى بما في ذلك عنف العشير. وينبغي أيضاً للاستجابة للأمراض المنقولة جنسياً أن تجسد احتمال احتياج مختلف المجموعات السكانية إلى مجموعات مختلفة من التدخلات وأنواع مختلفة من الخدمات.

استهداف الرجال والصبيان خصيصاً

٨٩- غالباً ما يتعرض الرجال والصبيان للإهمال كمجموعة سكانية تتطلب تركيزاً خاصاً لمكافحة الأمراض المنقولة جنسياً. وقد بدأت أنشطة الاستجابة للأمراض المنقولة جنسياً وفيروس العوز المناعي البشري تدرك على نحو متزايد أهمية ضمان احتواء النهج الشاملة على عناصر تركز على ضمان إتاحة الخدمات للرجال والصبيان فضلاً عن النساء والفتيات. وقد تشمل التدخلات الإضافية برامج التغيير الاجتماعي والسلوكي الموجهة إلى الرجال، وتشجيع ختان الذكور الطبي الطوعي؛ والبرامج التي تركز على تعاطي الكحول ومواد الإدمان؛ والتركيز على المجموعات السكانية المحددة بما في ذلك المجموعات السكانية المتنقلة والمهاجرون، والرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال، والعاملون الذكور في مجال الجنس، والمترددون الذكور على العائلات في مجال الجنس.

إشراك المجتمعات المحلية والشركاء وربطها

٩٠- يكتسي العمل مع المجتمعات المحلية والشركاء الآخرين على المستويات كافة أهمية بالغة لتحديد حزمة التدخلات وتحسين اتساق السياسات والتنسيق بين البرامج والمساءلة، ومعالجة مختلف العوامل التي تؤثر على تصميم برامج الأمراض المنقولة جنسياً وتنفيذها وأدائها وحصائلها. وينبغي أن تسترشد الشراكات بمبادئ الصحة العمومية، بما في ذلك ضرورة قوامة قوية من جانب الحكومة، والمساءلة العمومية، وتعزيز حقوق الإنسان والمساواة بين الجنسين والإنصاف في مجال الصحة. وسيساعد العمل القوي مع المجتمع المدني، بما في ذلك القطاع الديني، وخصوصاً على مستوى المجتمع المحلي، على ضمان توافر الخدمات الأساسية للمجموعات السكانية كافة. كما ستساعد الروابط المنظمة مع مقدمي الخدمات من القطاع الخاص والمجتمع المدني أيضاً على توسيع التغطية مع تحسين ضمان الجودة في الوقت نفسه.

تعزيز النظم الصحية

٩١- يشكل وجود نظام صحي قوي قادر على توفير الرعاية التي تركز على الناس يمكن الاعتماد عليها وتتسم بالفعالية والإنصاف في القطاعين العام والخاص، حجر الأساس في الاستجابة الفعالة للأمراض المنقولة جنسياً. ويتسم مثل هذا النظام بالخصائص التالية: نماذج عالية الكفاءة لتقديم الخدمات تلبي حاجات المرضى المتنوعة؛ قوى عاملة مدربة وموزعة بالشكل المناسب وبأعداد كافية وتمتلك مزيجاً من المهارات اللازمة لتلبية الاحتياجات؛ نظام قوي للمعلومات الصحية؛ إتاحة يعول عليها وميسورة التكلفة للمنتجات والتكنولوجيات الطبية الأساسية؛ تمويل صحي كاف؛ قيادة قوية وحسن تصريف الشؤون. ولا يتسم بكل هذه الخصائص إلا القليل جداً من النظم الصحية في الوقت الراهن.

استهداف البيئات الخاصة

٩٢- هناك بيئات خاصة ترتفع فيها مستويات سرعة التأثير بالعدوى بالأمراض المنقولة جنسياً والتعرض لمخاطرها وقد يتدنّى فيها مستوى إتاحة الخدمات الأساسية الخاصة بها بشدة، كما في السجون ومراكز الاحتجاز ومخيمات اللاجئين والأماكن التي تشهد أوضاعاً إنسانية مثيرة للقلق. ويتعين على البلدان أن تضمن أن تكون الخدمات المقدمة إلى الأفراد في هذه البيئات مساوية لتلك التي تتوافر للمجتمع الأوسع نطاقاً.

الإجراءات ذات الأولوية بالنسبة إلى البلدان

- توجيه التدخلات والخدمات الخاصة بالأمراض المنقولة جنسياً إلى المجموعات السكانية والمواقع التي تشهد أعلى مستوى من الاحتياج والمخاطر وسرعة التأثير بالعدوى:
 - دمج التدخلات المسندة بالبيانات والرامية إلى المساواة بين الجنسين في خطط العمل الوطنية الخاصة بالأمراض المنقولة جنسياً بما في ذلك التدخلات التي تشجع الأعراف الإيجابية وتمكّن النساء والفتيات وتتصدى للعنف؛
 - وإدراج التثقيف الشامل بالصحة الجنسية في المناهج الدراسية للمراهقين؛
 - وتحديد وإعطاء الأولوية لتنفيذ حزم الخدمات المصممة خصيصاً لتلبية حاجات المجموعات السكانية المحددة المعرضة للإصابة بالأمراض المنقولة جنسياً والأشدّ تضرراً منها، بما في ذلك الربط بحزمة أوسع من الخدمات الصحية المناسبة مثل الخدمات الخاصة بصحة الأم والطفل أو فيروس العوز المناعي البشري أو التطعيم؛
 - وإدراج إجراءات مشتركة بين قطاعات متعددة للحد من الوصم والتمييز في الاستراتيجيات والسياسات والبرامج الوطنية المتعلقة بالأمراض المنقولة جنسياً؛
 - وإشراك المنظمات المجتمعية وشبكات الأقران في تخطيط الخدمات وتقديمها؛
 - ورصد إتاحة الخدمات الصحية الخاصة بفيروس العوز المناعي البشري والأمراض المنقولة جنسياً وجودتها والإقبال عليها بين المجموعات السكانية المحددة؛
 - وتقديم خدمات ملائمة للمراهقين ومراجعة السياسات المتعلقة بالرضا لتحسين إتاحة الخدمات؛
 - وتنفيذ حزمة شاملة من التدخلات الخاصة بالأمراض المنقولة جنسياً للسجناء والسجون على النحو الذي وضعه مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة ومنظمة الصحة العالمية؛
 - وإدراج خطط طوارئ للخدمات الأساسية للأمراض المنقولة جنسياً في الخطط الوطنية للأمراض المنقولة جنسياً لضمان استمرارية الخدمات ذات العلاقة في الأماكن التي تشهد أوضاعاً إنسانية مثيرة للقلق.
- تهيئة البيئات المؤسسية والمجتمعية المأمونة من خلال:
 - استعمال بيانات الصحة العمومية في صياغة القوانين والسياسات المتعلقة بالصحة التي تعزز حقوق الإنسان والمساواة بين الجنسين بما ينسق مع الأعراف والقواعد المتفق عليها دولياً؛
 - وإزالة العوائق والممارسات القانونية والتنظيمية والسياساتية (وخصوصاً في أماكن الرعاية الصحية) التي تتغاضى عن الوصم والتمييز والعنف أو تشجعها؛
 - وضمان تدريب مقدمي الرعاية الصحية على حقوق الإنسان والمساواة بين الجنسين فيما يخص الأمراض

- المنقولة جنسياً وفيروس العوز المناعي البشري؛
- وإنشاء آليات مستقلة للرصد والمساءلة لضمان تدارك المظالم المتعلقة بانتهاكات حقوق الإنسان.
- **دمج الخدمات الخاصة بالأمراض المنقولة جنسياً في البرامج الوطنية** من خلال النظم الصحية ونهج مجتمعي، ومن خلال الآليات المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية وصحة الأم والطفل وصحة المراهقين وفيروس العوز المناعي البشري؛
- وتجهيز العاملين الصحيين بالمهارات والسلع للتوسيع السريع في نطاق الوقاية الأولية للأمراض المنقولة جنسياً واختبار الكشف عنها وعلاجها؛
- واستخدام طرق ونهوج تقديم الخدمات (بما في ذلك حشد جهود مقدمي الخدمات من القطاع الخاص والصيدليات في الاستجابة للأمراض المنقولة جنسياً) التي توفر خدمات منصفة وفعالة للجميع، وخصوصاً للمجموعات السكانية المحددة؛
- وضمان أن تيسر الأطر القانونية والتنظيمية تعاوناً وشراكات أقوى مع الجماعات المجتمعية وبين القطاعين العام والخاص؛
- وتوفير أو تيسير دعم أكبر لتنمية القدرات (لتعزيز المشاركة في تخطيط البرامج، وتقديم الخدمات، والرصد والتقييم مثلاً)، وزيادة الاستثمار في البرامج المجتمعية لدعم الأقران المجتمعية والتوعية؛
- وإشراك الجماعات المجتمعية في رصد خدمات الأمراض المنقولة جنسياً.

الإجراءات ذات الأولوية بالنسبة إلى منظمة الصحة العالمية

- **الاستناد إلى الإرشادات الحالية من أجل زيادة الدقة في تحديد الحزم الأساسية ونماذج تقديم الخدمات إلى المجموعات السكانية والمواقع والظروف والبيئات المعينة، بما في ذلك النساء والفتيات، والمراهقين والمجموعات السكانية الرئيسية؛**
- وتقديم ونشر إرشادات بشأن التدبير العلاجي السريري لحالات الاغتصاب بين المراهقين والأطفال، وتشجيع الإقبال على الإرشادات بشأن استجابة قطاع الصحة لعنف العشير والعنف الجنسي بين النساء في برامج الأمراض المنقولة جنسياً وأماكن تقديم الخدمات؛
- وتجميع ونشر البيانات حول الوقاية والاستجابة للعنف فيما بين المجموعات السكانية المحددة المعرضة تعرضاً كبيراً لخطر الأمراض المنقولة جنسياً بما في ذلك الأشخاص الذين ينتمي عشراؤهم إلى نوع الجنس نفسه، والعاملون في مجال الجنس؛
- والتعاون مع اليونيسكو وصندوق الأمم المتحدة للسكان واليونيسيف في تصميم حزمة للوقاية من الأمراض المنقولة جنسياً والتدبير العلاجي لها، تُلبي حاجات الشباب وتتعامل مع واقعهم؛
- وتحديث المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين لإرشاداتها بشأن تقديم خدمات الأمراض المنقولة جنسياً في الأماكن التي تشهد أوضاعاً إنسانية مثيرة للقلق؛
- والعمل مع مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة على التحديث المنتظم لإرشاداته بشأن الخدمات الخاصة بالأمراض المنقولة جنسياً للسجناء والسجون.
- **تهيئة البيئة التقنية والسياسية والدعوية المواتية داخل البلدان دعماً للبيئة المواتية التي تشجع حقوق الإنسان والمساواة بين الجنسين؛**
- ودعم الدول الأعضاء في مراجعة وتنقيح قوانينها وسياساتها المتعلقة بالصحة لمواءمتها مع الأعراف والقواعد الدولية؛
- وتقديم النصح بشأن التصدي للعنف الجنسي مع التركيز على المراهقين والأطفال والتشجيع على الانتفاع بالإرشادات القائمة بشأن استجابة قطاع الصحة للعنف ضد النساء في أماكن الخدمات والبرامج.
- **وضع ونشر الإرشادات والأدوات لتعزيز تكامل الخدمات الخاصة بالأمراض المنقولة جنسياً داخل النظم الصحية:**
- تطوير أدوات لتعزيز قدرات المختبرات في اختبار الأمراض المنقولة جنسياً وفيروس العوز المناعي البشري؛
- وتطوير أدوات لتعزيز إدارة البرامج والإشراف عليها من خلال نهج النظم الصحية؛
- وإشراك الشركاء وممثلي المجتمع المدني والمجتمع المحلي في إعداد مبادئ توجيهية وأدوات لتقديم الخدمات الخاصة بالأمراض المنقولة جنسياً.

ضمان إتاحة اللقاحات ووسائل التشخيص والأدوية والسلع الأخرى الجيدة النوعية

٩٣- يتوقف تنفيذ البرامج الفعالة لمكافحة الأمراض المنقولة جنسياً على توفير إمدادات مستمرة من اللقاحات المضمونة الجودة لفيروس الورم الحليمي البشري والأدوية ووسائل التشخيص وغير ذلك من السلع للأمراض المعدية الأخرى المنقولة جنسياً. ويلزم تطبيق نُظم قوية للشراء وإدارة الإمدادات لضمان اختيار المنتجات المناسبة وشرائها بسعر مناسب وإيصالها بكفاءة إلى نقطة تقديم الخدمات. ويمكن تحسين جودة الرعاية بضمان شراء سلع مضمونة الجودة والتزام الخدمات بالقواعد والمعايير الوطنية والدولية، ورصدها وتحسينها باستمرار، وتحسين إتاحتها أمام المرضى وجعلها أنسب لحاجاتهم وأفضليتهم.

الإجراءات ذات الأولوية بالنسبة إلى البلدان

- وضع وتنفيذ قواعد ومعايير وطنية لضمان الجودة استناداً إلى المبادئ التوجيهية والمعايير الدولية، ورصد تنفيذها، وتطبيق تدابير تحسين الجودة في المواضيع التي بها قصور، وضمان شراء الأدوية واللقاحات ووسائل التشخيص والوقايات المضمونة الجودة، بما في ذلك من خلال استخدام نُظم المنظمة للتحقق المسبق من الصلاحية؛ ووضع آليات لرصد الاستفادة من الخدمات وقبولها باستمرار وملاءمتها لحاجات المرضى والمجتمعات المحلية والعاملين في مجال الرعاية الصحية وأفضلياتهم؛ وتعزيز المختبرات المرجعية الوطنية لرصد جودة اختبارات التشخيص.
- وضع آليات للتعقب بالطلب والعرض ورصدهما لضمان استمرارية إمدادات السلع الضرورية وتجنب نفاد المخزون:
- إدراج اللقاح المضاد لفيروس الورم الحليمي البشري والأدوية ووسائل التشخيص لعلاج الأمراض المنقولة جنسياً في الخطة الوطنية للشراء وإدارة الإمدادات؛
- وتعزيز عمليات شراء السلع الخاصة بالنظام الصحي التي تتعلق باللقاحات والأدوية ووسائل التشخيص والوقايات والسلع الأخرى المضمونة الجودة المرتبطة بالأمراض المنقولة جنسياً.

الإجراءات ذات الأولوية بالنسبة إلى منظمة الصحة العالمية

- الاضطلاع بالدور القيادي وتقديم الدعم في ضمان الجودة:
- تأكيد ضمان الجودة ومبادئ تحسين الجودة ونهجه ومؤشراته في إرشادات المنظمة؛
- ودعم بناء قدرات السلطات التنظيمية الوطنية ومختبرات مراقبة الجودة والمصنعين أو الشركات الخاصة الأخرى لضمان جودة الأدوية بما في ذلك الأدوية الجينية؛
- وتعزيز برنامج المنظمة للاختبار المسبق للصلاحية لتشجيع المصنعين على التقدم للاختبار المسبق لصلاحية الأدوية ووسائل التشخيص والأجهزة ولتيسير التقييم السريع للتطبيقات الجديدة؛
- والتبليغ بانتظام عن تحسين الجودة على امتداد سلسلة خدمات الوقاية من الأمراض المنقولة جنسياً ورعاية مرضاها وعلاجهم.
- تقييم جودة وأداء السلع الخاصة بالأمراض المنقولة جنسياً المتاحة تجارياً وإصدار التوصيات اللازمة؛ ومساندة بناء قدرات السلطات التنظيمية الوطنية ومختبرات مراقبة الجودة والمصنعين لضمان جودة الأدوية، بما في ذلك الأدوية الجينية، ووسائل التشخيص.

ينبغي أن يتلقى الناس خدمات الأمراض المنقولة جنسياً التي يحتاجون إليها دون التعرض لصعوبات مالية

٩٤- يعتبر استئصال الفقر والحد من عدم المساواة عنصرين محوريين في خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠. وهناك ١٥٠ مليون شخص على المستوى العالمي يتعرضون لكوارث مالية، كما يقع ١٠٠ مليون شخص كل عام في براثن الفقر بسبب نفقات العلاج التي يتحملونها من أموالهم الخاصة. وبالتالي، فإن ضمان الأمن المالي والإنصاف في مجال الصحة يشكلان عنصرين أساسيين لتحقيق أهداف التنمية المستدامة، وتوفير التغطية الصحية الشاملة إطاراً لمعالجة هاتين المسألتين.

٩٥- وتواجه البلدان تحدي الاستثمار في برنامج موسع لتحقيق الغايات المتعلقة بالأمراض المنقولة جنسياً لعام ٢٠٢٠ وما بعده، مع ضمان استدامة التمويل على المدى الطويل في الوقت نفسه، وكل هذا في سياق تغيير الأولويات الإنمائية وعدم اليقين بشأن الدعم المالي الخارجي. ويلزم أن يستمر اتجاه زيادة التمويل الداخلي لبرامج الأمراض المنقولة جنسياً على الرغم من أن بعض البلدان المنخفضة الدخل، وخصوصاً التي تركز منها تحت عبء ثقيل، ستحتاج إلى دعم خارجي كبير لضمان سرعة توسيع النطاق.

٩٦- ويتطلب توفير التمويل من أجل استجابة مستدامة للأمراض المنقولة جنسياً نهجاً مدمجاً في استراتيجية صحية وطنية عامة أوسع نطاقاً واتخاذ إجراءات في ثلاثة مجالات، وهي: تعبئة أموال كافية لدفع تكاليف برامج الأمراض المنقولة جنسياً بما في ذلك من خلال التمويل الداخلي العام والخاص والمصادر الخارجية؛ وضع آليات منصفة لتجميع الأموال من أجل الحماية من المخاطر المالية؛ تحقيق الاستخدام الأمثل للموارد بتقليل التكاليف وتحسين أوجه الكفاءة. فلتتمويل النظام الصحي أثر كبير على التغطية بالبرامج والإنصاف والحصائل الصحية.

٩٧- وسيساعد ضمان التمويل المستدام للأمراض المنقولة جنسياً من خلال نهج النظام الصحي يطبق على نطاق النظام على كفاءة المزيد من أوجه الكفاءة والتأزر في عموم النظام.

٩٨- ويتطلب توفير التمويل من أجل الاستجابة المستدامة بذل الجهود في ثلاثة مجالات، وهي:

- زيادة الإيرادات من خلال التمويل الابتكاري ونهوج التمويل الجديدة؛
- الحماية من المخاطر المالية وتجميع الأموال؛
- خفض السعر والتكاليف وتحسين الكفاءة.

زيادة الإيرادات من خلال التمويل الابتكاري ونهوج التمويل الجديدة

٩٩- ينبغي تشجيع البلدان في سعيها إلى تمويل التغطية الشاملة على تمحيص مجموعة متنوعة من قضايا التمويل المحددة والتي تشمل: استعراض تدفقات التمويل وآليات التخصيص؛ توحيد ترتيبات تجميع الأموال؛ موازنة آليات الشراء؛ استعراض إمكانية دمج التدخلات الخاصة بفيروس العوز المناعي البشري والأمراض المنقولة جنسياً والتهاب الكبد في حزم الفوائد الوطنية.

١٠٠- ولا تكفي التزامات التمويل الدولية والمحلية الراهنة لتحقيق غايات عام ٢٠٣٠ المبينة في هذه الاستراتيجية. وستكون هناك حاجة إلى مصادر تمويل إضافية لتمويل التوسع المستدام لنطاق البرامج وسد الثغرات التمويلية التي تنشأ عن تبدل أولويات المانحين. وسيتعين على البلدان وضع خطط انقالية مالية وتنفيذها كلما زادت البرامج الممولة محلياً. ويمتلك الكثير من البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل قدرة مالية محدودة تعود إلى أسباب هيكلية متنوعة (بما في ذلك حجم القطاع غير الرسمي، وضعف قدرات الإدارة المالية العامة، وسوء الإدارة المالية العامة)، ما يحد من قدرتها على تعبئة قدر كبير من الموارد المحلية بفعالية على المديين القصير والمتوسط، وذلك على الرغم من الأداء الجيد للاقتصاد الكلي. وسيتعين على البلدان التي تظل بحاجة إلى الدعم الخارجي أن تكيّف استراتيجياتها وتعززها لحشد الدعم الخارجي، وأن تعزز جهود الدعوة.

١٠١- ولا تترجم زيادة الموارد الحكومية من كل من المصادر الداخلية والخارجية بالضرورة إلى زيادة الموارد المخصصة لقطاع الصحة؛ لأن حجم الموارد الحكومية الكلية المخصصة للصحة عرضة للتقلب، وربما تكون مخصصات الميزانية غير متسقة مع الأولويات الحكومية في سياقات كثيرة على الرغم من وجود الإرادة السياسية. وينبغي تشجيع البلدان على النظر إلى استدامة التغطية بالخدمات والتدخلات ذات الأولوية بدلاً من استدامة البرامج في حد ذاتها.

١٠٢- وينبغي تشجيع البلدان على تحقيق الاتساق مع خطة تمويل التنمية الأعم^١ من أجل تحسين النظم الضريبية المحلية واتخاذ إجراءات صارمة ضد التهرب الضريبي الدولي وتدفقات الأموال غير المشروعة، مع إعادة التأكيد في الوقت نفسه على استقطاب التأييد السياسي اللازم لتحديد الأولويات.

الحماية من المخاطر المالية وتجميع الأموال

١٠٣- يتعين على البلدان تطبيق نظم التمويل الصحي التي تقلل من اضطراب الناس إلى الإنفاق من أموالهم الخاصة للحصول على جميع الخدمات الصحية الأساسية وذلك بهدف زيادة إتاحة هذه الخدمات والوقاية من الوقوع في الفقر. ولتقليل المدفوعات الصحية الكارثية إلى حدها الأدنى، ينبغي ألا تتجاوز نسبة الإنفاق من الأموال الخاصة ١٥-٢٠٪ من إجمالي الإنفاق الصحي. وتعد الوقاية من الأمراض المنقولة جنسياً ومكافحتها سهلة نسبياً من حيث المبدأ وميسورة التكلفة في معظم البيئات. ويُقدّم الكثير من خدمات علاج الأمراض المنقولة جنسياً مجاناً، كما تستخدم البلدان أيضاً الترتيبات الداعمة (مثل لامركزية الخدمات) على نحو متزايد، من أجل خفض التكاليف غير المباشرة التي يتحملها المستفيدون بالخدمة. ومع ذلك ففي العديد من الأماكن مازالت هناك رسوم تُفرض على المستفيدين. وكما هو الحال بالنسبة إلى النفقات الأخرى التي يتحملها الأفراد من أموالهم الخاصة (الرسمية وغير الرسمية)، فإن هذه الرسوم تؤدي إلى تقويض الاستعادة من الخدمة، وتسفر عن إجحافات في إتاحة الخدمات، وتضعف ربط المرضى بالعلاج، وترتد مخاطر إخفاق العلاج. وعلاوة على ذلك، فإنها تشكل أعباء مالية غير ضرورية على الأسر المعيشية. وينبغي للبلدان أن تنظر حيثما أمكن في توفير حزم الفوائد للتدخلات الخاصة بمختلف الأمراض. ويُعد هذا ضرورياً من أجل تحسين الحماية المالية وتحقيق الكفاءة لتفادي إهدار الموارد من خلال الازدواجية والتجزؤ.

١٠٤- وتوفر منصة منظمة الصحة العالمية القطرية للحسابات الصحية^٢ منصة موحدة ومتكاملة للبلدان للجمع البيانات عن النفقات الصحية سنوياً على نحو ملائم التوقيت، بهدف حماية السكان من النفقات الصحية الكارثية والحد من الإجحافات في مجال الصحة.

خفض الأسعار والتكاليف وتحسين أوجه الكفاءة

١٠٥- تفرض القيود المالية اختيار البلدان للتدخلات والنهج الأشد فعالية في مجال الأمراض المنقولة جنسياً، وتوجيه هذه الأنشطة إلى المجموعات السكانية والبيئات التي ستحقق فيها أعظم الأثر، وخفض أسعار الأدوية وسائر السلع الصحية، وزيادة كفاءة الخدمات. وتُعد البرامج التي تثبت إمكانية تحقيق القيمة مقابل المال والمكاسب الناجمة عن الكفاءة من خلالها، في وضع أفضل للمطالبة بتخصيص عادل للموارد والحصول على الدعم المالي الخارجي. وهناك حاجة إلى بحث إمكانية تحقيق المكاسب الناجمة عن الكفاءة على صعيد البرامج.

١ تمويل التنمية، انظر الموقع الإلكتروني لإدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية التابعة للأمم المتحدة: <http://www.un.org/esa/ffd/> (تم الاطلاع في ٢٢ نيسان/ أبريل ٢٠١٦).

٢ للمزيد من المعلومات بشأن منصة منظمة الصحة العالمية القطرية للحسابات الصحية، انظر الرابط التالي: http://www.who.int/health-accounts/platform_approach/en/ (تم الاطلاع في ٢٢ نيسان/ أبريل ٢٠١٦).

الإجراءات ذات الأولوية بالنسبة إلى البلدان

- تقديم مبررات مقدرة التكاليف للاستثمار في علاج الأمراض المنقولة جنسياً لضمان التخصيص الكافي للموارد المحلية والخارجية:
- وضع خطط انتقالية مالية مع التركيز بوجه خاص على الحاجات الانتقالية للبرامج والخدمات الأشد اعتماداً على المانحين الخارجيين (أي المانحون من خارج البلد أو المعونات الدولية أو تبرعات القطاع الخاص)؛
- وتطوير قنوات تمويل جديدة كصندوق لتعزيز الصحة، مع تخصيص نسبة يتم التفاوض بشأنها من الإيرادات لبرامج الأمراض المنقولة جنسياً والخدمات ذات الصلة؛
- وتحقيق مزيد من الإنصاف في مجال الصحة بدمج الأموال المجمعّة الموجودة في مجتمعات أكبر وبالتالي تقادي نُظُم التأمين الصحي المجزأة؛
- واستخدام التمويل الابتكاري، مثل استخدام الضرائب الوطنية والمحلية الخاصة لدعم الخدمات الصحية.
- تنفيذ نُظُم لتمويل الصحة وبرامج للحماية المالية وغير ذلك من الآليات (مثل نُظُم القسائم) التي تمكّن الناس من الحصول على الخدمات الأساسية المضمونة الجودة دون التعرض لصعوبات مالية؛
- الإنهاء التدريجي لإنفاق الناس من أموالهم الخاصة (بما في ذلك رسوم المستفيدين غير الرسمية) والحد من العوائق المالية الأخرى أمام الحصول على خدمات الأمراض المنقولة جنسياً والخدمات الصحية الأخرى؛ وضمان أن تغطي برامج التأمين الصحي الخدمات الشاملة للأمراض المنقولة جنسياً؛
- وضمان أن تجسد مساهمات الناس في نُظُم التأمين الصحي قدراتهم على الدفع، مع تقديم الدعم (الذي تموله الإيرادات الضريبية الحكومية) للفقراء والسريع التآثر؛
- وضمان أن تكون نُظُم الحماية من المخاطر المالية شاملة بحيث تغطي جميع المجموعات السكانية بما فيها المجموعات المجزأة والمهمشة.
- اتباع استراتيجيات شاملة لتخفيض أسعار السلع الخاصة بالأمراض المنقولة جنسياً، من خلال الرخص الطوعية، وتطبيق جوانب المرونة التي يتضمنها اتفاق منظمة التجارة العالمية المتعلق بالجوانب المتصلة بالتجارة من حقوق الملكية الفكرية لحماية الصحة العمومية، حسب الاقتضاء، وبما يتماشى مع الاستراتيجية وخطة العمل العالميتين بشأن الصحة العمومية والابتكار والملكية الفكرية، بما في ذلك الرخص الإلزامية، ورفع الدعاوى لمعارضة براءات الاختراع، والتفاوت في الأسعار، والمفاوضات المباشرة مع المصنعين بشأن الأسعار، والتصنيع المحلي.
- زيادة أوجه الكفاءة من خلال تحسين التخطيط ونظم الشراء والتوزيع الأكثر كفاءة وتكييف نماذج تقديم الخدمات الخاصة بالأمراض المنقولة جنسياً استناداً إلى السياق القطري والوباء، بما في ذلك تطبيق أسلوب إعادة توزيع المهام حسب الاقتضاء.

الإجراءات ذات الأولوية بالنسبة إلى منظمة الصحة العالمية

- تقدير الاحتياجات الخاصة بالأمراض المنقولة جنسياً من الموارد والدعوة إلى استجابة ممولة بالكامل من خلال الدعم الداخلي والخارجي والتركيز على:
- تخفيض أو دعم تكلفة وسائل التشخيص والأدوية الخاصة بالأمراض المنقولة جنسياً، وتعبئة الموارد من خلال الآليات المالية العالمية القائمة؛
- وتعزيز برنامج المنظمة للاختبار المسبق للصلاحيات لحماية وتوسيع إتاحة المنتجات الجينية؛ ودعم البلدان في صياغة مبررات الاستثمار ومقترحات التمويل ودعم وضع الخطط الوطنية لتمويل الصحة التي تتضمن البرامج الخاصة بالأمراض المنقولة جنسياً؛
- وتعزيز منصة منظمة الصحة العالمية القطرية للحسابات الصحية ودعم اعتمادها من جانب البلدان؛ وبحث الآليات الابتكارية والمستدامة للتمويل الصحي؛ وتقديم الإرشادات والدعم الفني لإنشاء نُظُم تمويل صحي قوية وعادلة، بما في ذلك تصميم التأمين الصحي الوطني الإلزامي وتنفيذه.
- تقديم معلومات استراتيجية حول أسعار السلع الخاصة بالأمراض المنقولة جنسياً ومصنعيها، بما في ذلك من خلال الآلية العالمية لمنظمة الصحة العالمية للتبليغ عن الأسعار وقواعد بيانات الحالة التنظيمية؛ وتقديم الدعم إلى البلدان لتعزيز قدراتها على التفاوض على تخفيض الأسعار مع المصنعين وتطبيق، حسب الاقتضاء، استخدام الأحكام التي ترد في الاتفاق بشأن الجوانب المتصلة بالتجارة من حقوق الملكية الفكرية، والتي تتعلق بجوانب المرونة الرامية إلى حماية الصحة العمومية.

٤-٥ التوجه الاستراتيجي ٥: الابتكار من أجل تسريع العمل

تغيير مسار الاستجابة من أجل تحقيق الغايات الطموحة

١٠٦- توفر البحوث والابتكار الأدوات والمعرفة اللتين يمكنهما تغيير مسار الاستجابة العالمية للأمراض المنقولة جنسياً وتحسين الكفاءة والجودة وتحقيق الإنصاف وتعظيم الأثر. ومن المستبعد أن يتم تحقيق الغايات الطموحة المحددة لعامي ٢٠٢٠ و ٢٠٣٠ لو اعتمدت البلدان على المعارف والتكنولوجيات ونهج تقديم الخدمات القائمة فحسب.

١٠٧- وليس الابتكار مطلوباً لتطوير تكنولوجيات ونهج جديدة فحسب، بل أيضاً لاستخدام الأدوات الحالية استخداماً أكثر كفاءة ولتكيفها لمواءمة مختلف الفئات السكانية أو الأماكن أو الأغراض. فالمنظمة تدعم بحوث فيروس العوز المناعي البشري على سبيل المثال فيما يلي: بناء قدرات نُظم البحوث الصحية؛ حشد الشركاء حول تحديد أولويات البحوث؛ وضع قواعد ومعايير للممارسات البحثية الجيدة؛ تيسير ترجمة البيانات إلى تكنولوجيات صحية ميسورة التكلفة وسياسات تسترشد بالبيانات. وعلى الرغم من اضطلاع المنظمة بدور محدود جداً في البحث وتطوير المنتجات، فإنها تعمل عن كثب مع الشركاء في مجال البحث والتطوير والمصنعين لضمان إتاحة التكنولوجيات الخاصة بفيروس العوز المناعي البشري الجديدة الأساسية للبلدان ويسر تكلفتها بأسرع ما يمكن.

١٠٨- ونظراً لدور الشركاء الحيوي في مجال الابتكار، فإن هذا التوجه الاستراتيجي يبين المجالات الرئيسية للابتكار التي ستطلب جهداً مشتركاً من جانب البلدان والمنظمة وشركاء. ونظراً للمهلة الزمنية البالغة ١٥ سنة لتحقيق غايات عام ٢٠٣٠، ينبغي النظر في تحديد أولويات البحث على المدى القصير والمتوسط والطويل. وتركز هذه الاستراتيجية على الأولويات على المدى القصير والمتوسط.

تحقيق المستوى الأمثل من الوقاية من الأمراض المنقولة جنسياً

١٠٩- لم تتغير التكنولوجيات الرئيسية للوقاية من الأمراض المنقولة جنسياً إلا قليلاً في الآونة الأخيرة. وعلى الرغم من ثبوت فعالية الواقيات الذكرية والأنثوية في الوقاية من الحمل غير المقصود والأمراض المنقولة جنسياً، فإن تدني مستوى قبولها واستخدامها على نحو غير صحيح أو غير مستمر يعني عدم تحقق منافعها الممكنة. وهناك فرص كبيرة للابتكارات التي من شأنها أن تعزز الوقاية من الأمراض المنقولة جنسياً.

تحقيق المستوى الأمثل لوسائل تشخيص الأمراض المنقولة جنسياً

١١٠- من شأن تكنولوجيات التشخيص والاستراتيجيات والنهج الجديدة والمحسنة الخاصة بوسائل التشخيص إلى التشخيص المبكر والأدق وإلى تعزيز رصد المرضى. وهناك عقبة كبيرة تقف أمام النهوض بمكافحة الأمراض المنقولة جنسياً والوقاية منها تتمثل في الانتقال إلى اختبارات منخفضة التكلفة يمكن الاعتماد عليها في مراكز الرعاية، وتوجد فرص عديدة للابتكار في هذا المجال.

تحقيق المستوى الأمثل لأدوية وأساليب العلاج

١١١- على الرغم من التطورات الكبيرة في مأمونية الأدوية ونُظم العلاج ونجاعتها ومقبولها، مازالت هناك مجالات يلزم تحسينها ويُعد ممكناً.

تحقيق المستوى الأمثل لتقديم الخدمات

١١٢- يزداد الأثر الكلي عندما تتفق نهج تقديم الخدمات مع واقع المستفيدين المحتملين واحتياجاتهم (وخصوصاً المجموعات السكانية ذات الأولوية التي يصعب الوصول إليها)، وتحد من أوجه عدم الكفاءة، وتستخدم بروتوكولات مبسطة وموحدة، وتشرك المجتمعات المحلية إشراكاً كاملاً. وهناك فرص للمزيد من الابتكار في كل هذه النواحي.

الابتكارات ذات الأولوية إلى البلدان

- **التكنولوجيات المتعددة الأغراض والنهوج للوقاية من الأمراض المنقولة جنسياً وحالات الحمل غير المقصود، وخصوصاً التكنولوجيات التي تتحكم فيها الإناث:** الواقيات الذكورية والأنثوية التي تُستخدم فيها تصميمات ومواد جديدة لزيادة القبول وخفض التكاليف، وطرق التسويق الجديدة لزيادة الطلب عليها واستخدامها؛ ونهوج تغيير السلوك والتواصل مع المراهقين، وخصوصاً الصبيان، بشأن الحماية الثنائية (منع الحمل والوقاية من الأمراض المنقولة جنسياً و/ أو فيروس العوز المناعي البشري)؛ وزيادة نطاق اللقاحات للوقاية من اكتساب الأمراض المنقولة جنسياً، وخصوصاً فيروس الهريس البسيط والمتندثرة الحثرية والنيسيرية البنيّة.
- **الابتكارات في توسيع نطاق الخدمة وتقديمها:**
 - يلزم التوسع توسعاً كبيراً في نطاق برامج التطعيم باللقاحات المضادة لفيروس الورم الحليمي البشري والتهاب الكبد B بالإضافة إلى تعزيز البحوث التشغيلية من أجل اعتماد اللقاحات؛
 - وتوخي اللامركزية وإعادة توزيع المهام، بما في ذلك من أجل التشخيص المبكر والدقيق والربط الفعال بالعلاج والرعاية؛
 - وتقديم الخدمات المجتمعية والنماذج الأكثر قبولاً للوصول إلى المجموعات السكانية المحددة بالخدمات الشاملة؛
 - وتعزيز البحوث المعنية بسلوك التماس الرعاية الصحية؛ والخدمات الملائمة للمستخدمين واستخدام الخدمات الصحية عبر الهاتف المحمول للمراهقين التي هي أنسب وأكثر قبولاً؛
 - والربط بين الخدمات وتكاملها بما في ذلك التحديد الواضح للخدمات التي ستحقق منفعة متبادلة من الربط الاستراتيجي أو التكامل، بالإضافة إلى آليات وإجراءات مبتكرة للربط أو التكامل.
- **الابتكارات في مجال اختبار الأمراض المنقولة جنسياً:**
 - إدراج الاختبارات الخاصة بمراكز الرعاية لتحسين استراتيجية تحري هذه الأمراض في أوساط المجموعات السكانية المحددة، وتوفير التدبير العلاجي للحالات ورصدها؛
 - وتكنولوجيات اختبارات التشخيص في مراكز الرعاية و/ أو الاختبار الذاتي الميسورة التكلفة والأسرع والأوثق والأبسط في استخدامها؛
 - وتطوير منصات متعددة تمكّن من التشخيص المتزامن لعدة أمراض معدية منقولة جنسياً في آن واحد، وخصوصاً المتندثرة الحثرية والنيسيرية البنيّة والزهري وفيروس العوز المناعي البشري، بالإضافة إلى مقاومة المضادات الجرثومية والحمل الفيروسي؛
 - وتحسين أدوات التشخيص للمرض الالتهابي الحوضي؛
 - وإجراء البحوث التشغيلية لإرشاد الأساليب الأشد فعالية لاعتماد الاختبارات السريعة في البلدان، ولتحديد التحديات الكبيرة والفرص المتعلقة بها.
- **الابتكارات من أجل التصدي للتحديات أمام العلاج ولمقاومة العقاقير:** وضع نُظم أقوى للحد من مخاطر مقاومة الأدوية؛ وأدوية جديدة أشد فعالية لعلاج الزهري والنيسيرية البنيّة وفيروس الهريس البسيط؛ وتقليل عدد الجرعات العلاجية لتقليل السمية والتكاليف.

الإجراءات ذات الأولوية بالنسبة إلى منظمة الصحة العالمية

- **تطوير الشراكات بين القطاعين العام والخاص ودعمها من أجل تحفيز استحداث تكنولوجيات جديدة، وخصوصاً الاختبار في مراكز الرعاية، وإنشاء المنصات المتعددة، وتطوير مبيدات الميكروبات الفعالة للوقاية من اكتساب فيروس العوز المناعي البشري والأمراض المنقولة جنسياً الأخرى؛ ووضع خيارات العلاج الجديدة.**
- **التحقق من التكنولوجيات والنهوج الابتكارية وتوحيدها، بما في ذلك ما يلي:** التكنولوجيات التشخيصية الجديدة والحالية والبحوث التشغيلية في مجال تنفيذ اختبارات مراكز الرعاية لتحري الأمراض المنقولة جنسياً؛ ونشر أفضل الممارسات التي تصف نماذج تقديم الخدمات؛ وتقديم الإرشادات إلى البلدان بشأن خلق بيئة داعمة للابتكار؛ وضمان توافر اختبارات مراكز الرعاية الميسورة التكلفة للأمراض المنقولة جنسياً، وخصوصاً في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل.

٥- تنفيذ الاستراتيجية: القيادة والشراكة والمساءلة والرصد والتقييم

١-٥ التعاون مع الشركاء

١١٣- تطلّع منظمة الصحة العالمية بدور تنظيمي مهم في الجمع بين شتى الجهات والقطاعات والمنظمات لدعم استجابة منسقة ومتسقة من قبل قطاع الصحة للأمراض المنقولة جنسياً. فضلاً عن العمل مع الدول الأعضاء، تعمل أمانة المنظمة عن كثب أيضاً مع الشركاء الرئيسيين الآخرين، بما في ذلك: الجهات المانحة الثنائية والوكالات والمبادرات الإنمائية والصناديق والمؤسسات والمجتمع المدني والمؤسسات التقنية والشبكات والقطاع الخاص التجاري وشبكات الشركاء.

٢-٥ المساءلة العالمية والقطرية

١١٤- نظراً لطسق الشركاء وأصحاب المصلحة الذين تتضافر جهودهم لحشد استجابة الفعالة، يُعد وجود آليات جيدة الأداء وشفافة للمساءلة أمراً بالغ الأهمية. ويلزم أن تتضمن هذه الآليات مشاركة قوية من قبل المجتمع المدني. وتستفيد عملية المساءلة المشتركة من القيادة القوية والتصريف السديد للشؤون اللذين يتضمنان مشاركة حقيقية مع قبل أصحاب المصلحة المعنيين؛ ووضع غايات وطنية واضحة تعكس التزامات خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠ وسائر الالتزامات العالمية ذات الصلة؛ واستخدام مؤشرات ملائمة بشأن توافر التدخلات وتغطيتها وجودتها وأثرها لتتبع التقدم المحرز؛ وترسيخ إجراءات شفافة وشاملة للتقييم والتبليغ.

١١٥- ولضمان تنفيذ الاستراتيجية في البلدان ورصدها بعد اعتمادها، نقترح الخطوات الرئيسية الخمس التالية:

- عقد حلقة عمل إقليمية للتعريف بالاستراتيجية العالمية لقطاع الصحة بشأن الأمراض المنقولة جنسياً ولضمان وضع استراتيجيات إقليمية مكيفة تبعاً للخصائص الإقليمية المحددة وتقديمها إلى اللجان الإقليمية؛
- وضع خطة عمل عالمية وخطط عمل إقليمية؛
- ينبغي أن تدعو الاجتماعات الإقليمية للبلدان إلى استعراض استراتيجية قطاع الصحة العالمية وخطط العمل لتكييفها تبعاً للسياق القطري ولإعداد إطار زمني لتنفيذ الاستراتيجية بشأن الأمراض المنقولة جنسياً؛
- عقد حلقات عمل قطرية مشتركة حول الصحة الجنسية والإنجابية وفيروس العوز المناعي البشري والتهاب الكبد لتخطيط أين وكيف ينبغي دمج خدمات الأمراض المنقولة جنسياً؛
- تعزيز نظام الرصد القطري للسماح بالتبليغ عن التقدم المحرز وأثر تنفيذ استراتيجية الأمراض المنقولة جنسياً.

٣-٥ الرصد والتقييم والتبليغ

رصد التقدم المحرز نحو الأهداف والغايات العالمية والتبليغ عنه

١١٦- يجري على الصعيد العالمي التخطيط لإجراء استعراضات منتظمة لتقييم التقدم المحرز في مختلف الالتزامات والغايات، وستستند هذه الاستعراضات إلى البيانات التي تبليغ عنها البلدان من خلال مختلف آليات الرصد والتقييم.

١١٧- وسيجري تقييم التقدم المحرز على الصعيدين العالمي والإقليمي نحو الغايات الموضوعة في هذه الاستراتيجية على نحو منتظم. كما سستخدم أيضاً أسس المقارنة المرجعية - أو المقارنات داخل البلدان وفيما بينها - لتقييم الأداء في السعي إلى بلوغ الغايات. وقد صُممت هذه الاستراتيجية لتكون مرنة بما يكفي لتتضمن أولويات إضافية أو لسد الثغرات التي حُددت حديثاً في استجابة قطاع الصحة للأمراض المنقولة جنسياً. ولهذا الغرض، ستواصل المنظمة عملها مع شركائها لتقديم المساندة إلى البلدان من أجل الجمع المنسق والموحد للمؤشرات الرئيسية وفي إعداد التقارير العالمية والإقليمية، ويُقترح التبليغ المنتظم عن البيانات.

١١٨- وستعد المنظمة إطاراً مناسباً للرصد والمساءلة للاستراتيجية بالتشاور مع أصحاب المصلحة الرئيسيين، كما سترصد أيضاً وتتبادل البيانات حول اعتماد مبادئها التوجيهية بشأن الأمراض المنقولة جنسياً وحول التقدم المحرز في تنفيذ الاستراتيجية، من أجل تسليط الضوء على العقبات وتعزيز أفضل الممارسات.

رصد الاستجابة على المستوى القطري وتقييمها

١١٩- ينبغي تقييم التقدم المحرز في تنفيذ استجابة قطاع الصحة للأمراض المنقولة جنسياً باستخدام المؤشرات الخاصة بالتوافر وحاصل التغطية والأثر، مع أخذ التوصيات الأخرى ذات العلاقة بشأن رصد التنفيذ بعين الاعتبار. وفي سياق خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠، سيجري تتبع التقدم المحرز في أهداف التنمية المستدامة المتعلقة بالصحة والتبليغ عنه.

١٢٠- وتستند المؤشرات المتعلقة برصد تعزيز النظم الصحية إلى منهاج مشترك لرصد وتقييم الاستراتيجيات الصحية الوطنية يطلق عليه اسم "منهاج ترصد النظم الصحية القطرية"، وتتولى المنظمة تنسيقه. وهناك أيضاً أدوات لقياس التقدم المحرز في تنفيذ السياسات والتدابير القانونية والهيكلية الرامية إلى تعزيز أنشطة الاستجابة لفيروس العوز المناعي البشري والأمراض المنقولة جنسياً.

إطار منظمة الصحة العالمية للإدارة القائمة على تحقيق النتائج

١٢١- يجري رصد تنفيذ خطة العمل من خلال استعراض منتصف المدة في نهاية السنة الأولى في كل ثنائية، مع التبليغ عن التقدم المحرز في تحقيق النتائج المتوقعة على صعيد المنظمة في نهاية كل ثنائية.

٤-٥ تنفيذ الاستراتيجية على المستوى الوطني

١٢٢- تهدف الاستراتيجية العالمية إلى توجيه عملية وضع استراتيجيات الأمراض المنقولة جنسياً الوطنية وتنفيذها، وسيساعد التأييد الواسع خلال عملية الإعداد على فعالية التنفيذ مع ما ستقدمه المنظمة وشركاء التنمية من مساعدة لدعم عملية وضع استراتيجية وطنية وصياغة مبررات الاستثمار. ومن أجل التمكين من الملكية القطرية، لا بد من مواءمة الاستراتيجيات أو الخطط الوطنية بشأن الأمراض المنقولة جنسياً مع الخطط القائمة مثل خطط التنمية الوطنية والاستراتيجيات الوطنية لقطاع الصحة والاستراتيجيات بشأن الأمراض الأخرى. كما ينبغي أن تتواءم أيضاً، بقدر الإمكان، مع الدورات التخطيطية والمالية الوطنية (انظر الشكل ٩).

الشكل ٩ : الدورات التخطيطية والمالية



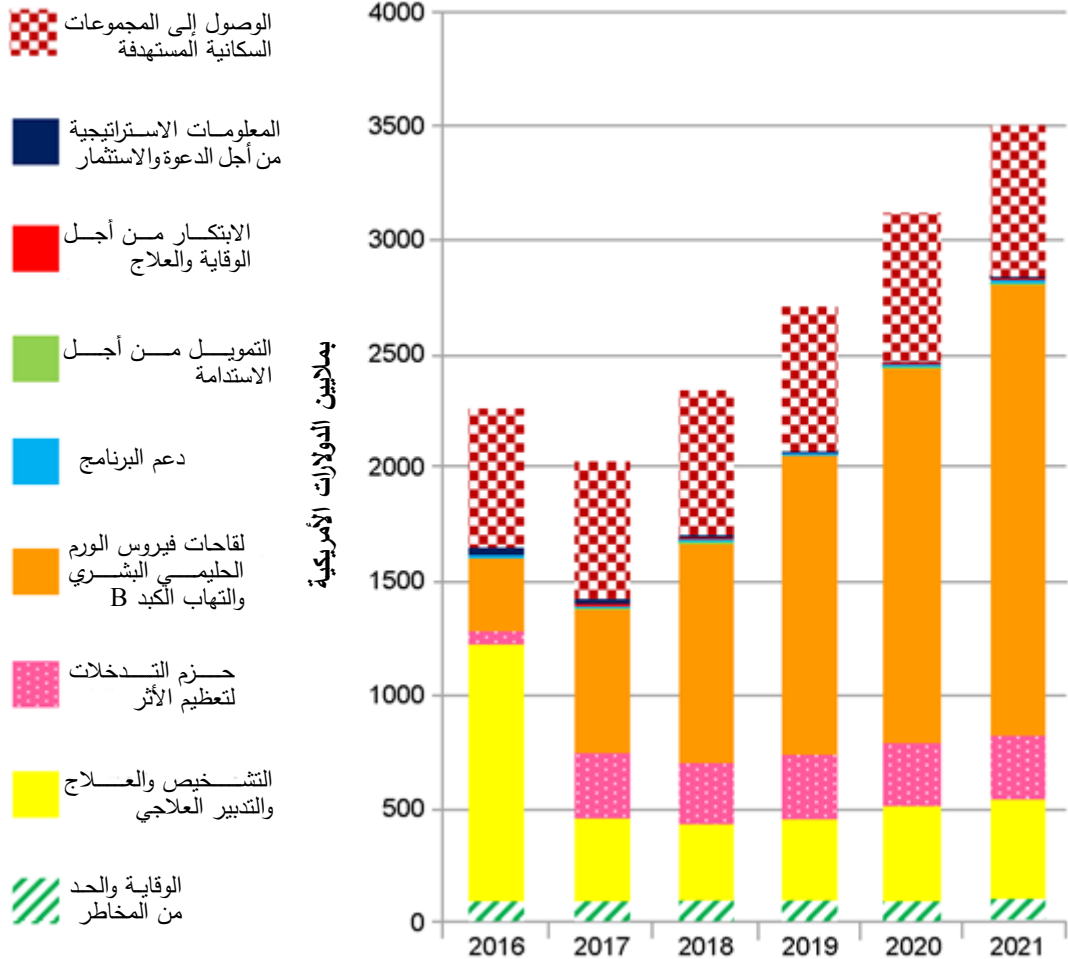
٥-٥ التكاليف المقدرة لتنفيذ الاستراتيجية

١٢٣- تذهب التقديرات إلى أن التنفيذ الكامل للاستراتيجية العالمية لقطاع الصحة بشأن الأمراض المنقولة جنسياً في الفترة ٢٠١٦-٢٠٢١ سيتكلف ٢٠٠ مليون دولار أمريكي في السنوات الخمس، ٩٩,٧٪ منها لتنفيذ التدخلات ذات الأولوية في ١١٧ بلداً منخفض ومتوسط الدخل، ونحو ٥٣ مليون دولار أمريكي (٣,٠٪) للدعم التقني على مستوى العالم والبحوث والدعوة بمعرفة المنظمة وشركائها (انظر الشكل ١٠).

١٢٤- وتمثل القوى المحركة للتكاليف في التطعيم باللقاحات المضادة للأمراض المنقولة جنسياً (٣٢٦٠ مليون دولار أمريكي)، وتحري الأمراض المنقولة جنسياً (٣٦٩٠ مليون دولار أمريكي)، وتحري المتدثرة الحثرية بين المراهقين (٢٥٤٠ مليون دولار أمريكي)، وتحري الزهري ضمن الرعاية السابقة للولادة (١٤٠٠ مليون دولار أمريكي). وتقدر تكلفة التدبير العلاجي السريري للأمراض المنقولة جنسياً إجمالاً بمبلغ ٣٠٠٠ مليون دولار أمريكي، يشكل تقديم الخدمات ٨١٨ مليون دولار أمريكي والاختبار التشخيصي للسيلان والمتدثرة الحثرية ١٤٠٠ مليون دولار أمريكي منها.

١٢٥- ومن الأنشطة ذات الأولوية على المستوى العالمي، ستخصص أكبر التكاليف لتطوير اختبارات مراكز الرعاية لتحسين التحري الميسور التكلفة للأمراض المنقولة جنسياً والبحوث التشغيلية والإرشادات بشأن ترصد هذه الأمراض. وتزداد التكاليف العالمية من ٢٦٠٠ مليون دولار أمريكي في عام ٢٠١٦ إلى ٤٠٠٠ مليون دولار أمريكي في عام ٢٠٢١ بفعل التوسع التدريجي في نطاق التطعيم باللقاحات المضادة للأمراض المنقولة جنسياً وعلاجها (الشكل ١٠).

الشكل ١٠: تقدير تكاليف الاستراتيجية العالمية لقطاع الصحة بشأن الأمراض المنقولة جنسياً في الفترة ٢٠١٦-٢٠٢١



١٢٦- وتمثل أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، التي تحمل ٤٠٪ من العبء العالمي للأمراض المنقولة جنسياً، ما نسبته ٤٤٪ من الحاجة إلى الخدمات و ٣٠٪ من تكلفة المكافحة العالمية المرتبطة بالأمراض المنقولة جنسياً، يليها إقليم غرب المحيط الهادئ، الذي يحمل ١٥٪ من العبء العالمي للأمراض المنقولة جنسياً، و ١٥٪ من الحاجة إلى الخدمات، و ٢٦٪ من تكلفة المكافحة العالمية. ويحمل إقليم جنوب شرق آسيا ٢٠٪ من العبء العالمي للأمراض المنقولة جنسياً، و ١٨٪ من التكلفة العالمية. وفي البلدان البالغ عددها ١١٧ بلداً، يتركز ٢٦٪ من حجم الخدمات/ الحاجة إليها و ١٥٪ من التكاليف في البلدان منخفضة الدخل؛ و ٤٧٪ من الاحتياج إلى الخدمات و ٣٩٪ من التكاليف في الشريحة الدنيا من البلدان المتوسطة الدخل؛ و ٢٧٪ من الاحتياج إلى الخدمات و ٤٦٪ من التكاليف في الشريحة العليا من البلدان متوسطة الدخل.

١٢٧- وتستند هذه التقديرات إلى تقديرات المنظمة لأعباء الأمراض الناجمة عن المتدثرة الحثرية والنيسيرية البنية واللولبية الشاحبة والمشعرة المهلبية في عام ٢٠١٢، والتراجع المفترض في معدلات الأمراض المنقولة جنسياً في عام ٢٠١٨ وفقاً لغاية الاستراتيجية المحددة لعام ٢٠٣٠. ويُقدر التدبير العلاجي السريري لهذه الأمراض المنقولة جنسياً القابلة للعلاج، وفيروس الهريس البسيط من النمط ٢ والتهاب المهلي البكتيري والمفطورة الحبيبية، باستخدام التوصية الواردة في الاستراتيجية بمواصلة التدبير العلاجي للمتلازمات والتوسع في اختبار مسببات هذه الأمراض حيثما كان هذا مجدياً وعالي المردود.

١٢٨- وسيتمخض التطعيم باللقاحات المضادة لفيروس الورم الحليمي البشري للفتيات وإخضاع النساء اللاتي في سن الإنجاب لفحص التحري عن وفورات كبيرة من حيث تكاليف الرعاية الصحية والإنتاجية في السنوات المستقبلية بالوقاية من سرطانات عنق الرحم. وستتضمن الفوائد المحققة من تحسين مكافحة الأمراض المنقولة جنسياً وخفض معدلات الإصابة بها بنسبة ٩٠٪ وفقاً للغاية المحددة في الاستراتيجية لعام ٢٠٣٠ تحقيق المزيد من الوفورات المستقبلية في تكاليف الرعاية الصحية نتيجة تقادي نوبات الإصابة بالأمراض المنقولة جنسياً التي تتسبب في خسائر في الإنتاجية الاقتصادية، والمرضاة والوفيات نتيجة العقم الذي يعزى إلى الأمراض المنقولة جنسياً ومضاعفات الحمل والمضاعفات الخلقية والآثار النفسية.

١٢٩- وينطوي تقدير التكلفة على توقع حدوث انخفاض كبير في أسعار اللقاحات المضادة لفيروس الورم الحليمي البشري (عبر كافة مستويات الدخل)، والاختبارات التشخيصية للمتدثرة الحثرية، الذي يفترض أن يحدث اعتباراً من عام ٢٠١٦. وتتوقف التكاليف العالمية بشكل أساسي على هذا الانخفاض المفترض في الأسعار، ويمكن أن تكون أقل إذا تحقق مزيد من انخفاض الأسعار خلال الإطار الزمني للاستراتيجية.

١٣٠- وسيتمخض الاستثمار في تطوير اختبارات مراكز الرعاية عن وفورات مستقبلية بخفض تكاليف تشخيص الأمراض المنقولة جنسياً وتحريها، وتحسين إدارة للحالات (التحول من النهج المتلازمي إلى النهج القائم على المسببات) واكتشاف الأمراض المنقولة جنسياً عديمة الأعراض، وبالتالي الإسهام في تقليص أعباء الأمراض المنقولة جنسياً. وبالإضافة إلى ذلك، فإن الاستثمار في اللقاحات بخلاف اللقاحات المضادة لفيروس الورم الحليمي البشري يمكنه في المستقبل أن يعزز الانخفاض في معدلات انتقال الأمراض المنقولة جنسياً بقدر كبير.

١٣١- ومن المتوقع أن يُموّل تنفيذ مكافحة الأمراض المنقولة جنسياً من الموارد المحلية للبلدان من خلال النظم الصحية؛ ومن خلال برامج التمنيع الوطنية فيما يخص اللقاحات المضادة لفيروس الورم الحليمي البشري (بدعم من المانحين لشراء اللقاحات، وهو ما يغطي حوالي ٧٠٪ من تكاليف التطعيم في البلدان المؤهلة للتمويل من خلال التحالف العالمي من أجل اللقاحات والتمنيع^١. ولا تشمل التكلفة التقديرية الأنشطة المشتركة بين برامج فيروس العوز المناعي البشري، مثل التنقيف الوقائي وتحري الأمراض المنقولة جنسياً في سياق الوقاية من فيروس العوز المناعي البشري. بالإضافة إلى الاستفادة من ميزانيات الوقاية من فيروس العوز المناعي البشري، سوف تحتاج المبادرات الخاصة بالأمراض المنقولة جنسياً إلى الاستفادة من الأموال من التدخلات الخاصة بصحة الأم والطفل والمراهق وبرامج التمنيع. وهناك حاجة إلى استجابة أكثر تكاملاً لتعزيز أوجه التآزر فيما بين البرامج. وستحتاج البلدان المنخفضة الدخل إلى (مواصلة وزيادة) دعم المانحين الدوليين؛ أما الشريحة العليا من البلدان المتوسطة الدخل فمن المتوقع أن تجح في تعبئة التمويل اللازم داخلياً إذا أعدت استراتيجيات الأمراض المنقولة جنسياً ووضعت لها ميزانيات. ويعتبر الالتزام السياسي، مدعوماً بالالتزامات المالية من كل جانب من البلدان الشحيحة الموارد والبلدان المانحة، بالغ الأهمية للجهود العالمية للتخلص من الأمراض المنقولة جنسياً.

١ للمزيد من المعلومات بشأن التحالف العالمي من أجل اللقاحات والتمنيع، انظر: <http://www.gavi.org> (تم الاطلاع في ٢٢ نيسان/أبريل ٢٠١٦).

الملحق ٩

[ج ٣٩/٦٩ - ١٥ نيسان/ أبريل ٢٠١٦]

إطار الخدمات الصحية المتكاملة التي تركز على الناس^١

[تبيّن الفقرات من ١ إلى ١٠ معلومات أساسية عن هذا الإطار وعملية التشاور حول وضعه]

١١- يبيّن إطار الخدمات الصحية المتكاملة التي تركز على الناس بإيجاز رؤية مقنعة حيث إن "جميع الناس يحصلون في ظلها بشكل متساو على الخدمات الصحية الجيدة التي يتم الاشتراك^٢ في تقديمها بطريقة تلبّي احتياجات جميع مراحل العمر، ويتم تنسيقها عبر استدامة الرعاية، وتكون شاملة وأمنة وفعالة، وتقدم في التوقيت المناسب وتكون فعالة ومقبولة؛ ويكون لدى جميع مقدمي الرعاية الحافز والمهارة ويعملون في ظل بيئة داعمة". ويعتمد الإطار على الخبرة والبيّنات المكتسبة مؤخراً في مختلف البلدان ومن واقع مشاورات واسعة النطاق مع الخبراء على الصعيد العالمي والإقليمي والوطني، ويستهدى بالالتزامات العالمية ذات الصلة المتعلقة بالسياسات والاستراتيجيات والمبادرات الإقليمية في مجال التغطية الصحية الشاملة، وتعزيز النظم الصحية، والمحددات الاجتماعية للصحة، والقيم والمبادئ الأساسية للرعاية الصحية الأولية: الحق في الصحة، والعدالة الاجتماعية والتضامن والمشاركة.

١٢- يستند تحقيق الخدمات الصحية المتكاملة التي تركز على الناس على مدخلات النظام الصحي، بما في ذلك توافر وسهولة الوصول إلى العاملين الصحيين وكفاءتهم وجودة الخدمات التي يقدمونها. وتحدد الاستراتيجية العالمية بشأن الموارد البشرية الصحية الإجراءات اللازمة على المدى المتوسط لضمان سبل الوصول إلى القوى العاملة الصحية التي تتمتع بالكفاءة والحافز بشكل منصف في ظل نظام صحي يضطلع بمهامه بشكل تام. وفي هذا السياق، تم بذل الجهود لتوطيد الروابط بين الإطار الخاص بالخدمات الصحية المتكاملة التي تركز على الناس، والاستراتيجية العالمية، بما في ذلك موازنة الموارد البشرية مع أطر الاستثمار الصحي على الصعيدين الوطني والعالمي مع الاحتياجات المستقبلية للنظم الصحية. وتتطلب الخدمات الصحية التي تركز على الناس عاملين في مجال الصحة معيّنين يتمتعون بالمهارات ذات الصلة. وبالإضافة إلى الفوائد التي تعود على المجتمعات المحلية والسكان، فإن الفوائد التي يعود بها نهج الرعاية الصحية المتكاملة التي تركز على الناس تمتد أيضاً إلى العاملين الصحيين، بما في ذلك: تحسين الرضا الوظيفي؛ وعبء العمل الأكثر توازناً وحالات إنهاك أقل؛ وفرص التوعية والتدريب لتعلم مهارات جديدة من خلال العمل في بيئات الرعاية الصحية المعتمدة على الفرق على سبيل المثال.

١٣- ومن أجل تطوير هذا الإطار، تم تحليل أربعة أنواع مختلفة من البيئات القطرية: البلدان المنخفضة والمتوسطة والمرتفعة الدخل، والبلدان التي تواجه ظروفاً خاصة مثل الصراعات، والدول الهشة والدول الجزرية الصغيرة والولايات الاتحادية الكبرى. وبالنظر إلى أن النظم الصحية ترتبط بشكل كبير بالسياق، فإن الإطار لا يقترح نموذجاً واحداً للخدمات الصحية المتكاملة التي تركز على الناس. وإنما يقترح الاستراتيجيات الخمس المترابطة التي ينبغي اعتمادها.

١ انظر القرار جص ٦٩-٢٤ (٢٠١٦).

٢ تعريف: الاشتراك في تقديم الخدمات الصحية: الرعاية التي تقدم في ظل علاقة متكافئة ومتبادلة بين المهنيين والأشخاص الذين يستخدمون خدمات الرعاية وأسرةهم والمجتمعات التي ينتمون إليها. وهي تتطوي على علاقة طويلة الأمد بين الناس ومقدمي الخدمات والنظم الصحية التي يمكن من خلالها الاشتراك في المعلومات واتخاذ القرارات وتقديم الخدمات.

الاستراتيجيات والخيارات والتدخلات المحتملة المتعلقة بالسياسات

١٤- تتمثل الاستراتيجيات الخمسة المترابطة فيما يلي: (١) تمكين الناس والمجتمعات وإشراكهم؛ (٢) التعزيز وتصريف الشؤون والمساءلة؛ (٣) إعادة توجيه نموذج الرعاية؛ (٤) تنسيق الخدمات داخل القطاعات وفيما بينها؛ (٥) خلق بيئة تمكينية. ويساعد تحقيق هذه الاستراتيجيات الخمسة مجتمعة في بناء خدمات صحية أكثر فعالية؛ ولا مرء في أن عدم إحراز تقدم في مجال واحد قد يقوض التقدم في سائر المجالات الأخرى.

١٥- ويسعى العمل على تحقيق كل استراتيجية إلى التأثير على مختلف المستويات - بدءاً من الطريقة التي يتم بها تقديم الخدمات (للأفراد والأسر والمجتمعات) وصولاً إلى التغيير في طريقة عمل المنظمات، ونظم الرعاية ورسم السياسات. ويشمل الجدول الخاص ببلوغ كل استراتيجية على تفاصيل النهج الاستراتيجي والخيارات والتدخلات المحتملة المتعلقة بالسياسات. وبعض هذه الخيارات والتدخلات المحتملة المتعلقة بالسياسات تتداخل في العديد من النهج الاستراتيجية. وقد صُيغت هذه القائمة غير حصرية بناءً على استعراض الأدبيات السابقة، ومدخلات الاستشارات التقنية وآراء الخبراء؛ وهي لا تشكل مجموعة من المبادئ التوجيهية المسندة بالبيانات بهدف الإصلاح، حيث لم يتم توطيد قواعد البيانات لبعض من هذه السياسات والتدخلات بشكل كامل. وعلاوة على ذلك، ينبغي إعداد وتطوير مجموعة مناسبة من السياسات والتدخلات لاستخدامها على المستوى القطري وفقاً للسياق المحلي والقيم والتفضيلات.

جدول: الاستراتيجيات والخيارات والتدخلات الخاصة بسياسات إطار الخدمات الصحية المتكاملة التي تركز على الناس

الاستراتيجية ١: تمكين وإشراك الناس والمجتمعات

يرتبط تمكين الناس وإشراكهم بتوفير الفرص والمهارات والموارد التي يحتاجونها للتعبير عن أنفسهم وليصبحوا مستخدمين متمكنين للخدمات الصحية، وليمكنهم الزود عن النظام الصحي محل الإصلاح. وتسعى هذه الاستراتيجية إلى توجيه موارد المجتمع والموارد الفردية للعمل على جميع المستويات. وهي تسعى إلى تمكين الأفراد من اتخاذ قرارات فعالة بشأن صحتهم وتمكين المجتمعات المحلية من الانخراط بفعالية في بيئات صحية تعتمد على المشاركة في تقديم الخدمات، وتزويد مقدمي الرعاية غير الرسميين بالتنقيف اللازم لتحسين أدائهم وما يقدمونه من مساعدة للاستمرار في أداء دورهم. وتمكين الناس وإشراكهم في الوصول إلى الفئات المهمشة والتي تعاني من نقص الخدمات لضمان حصول الجميع على الخدمات الجيدة والاستفادة من تلك الخدمات محل المشاركة وفقاً لاحتياجاتهم الخاصة.

الخيارات والتدخلات الخاصة بالسياسات	النهج الاستراتيجي
<ul style="list-style-type: none"> • التثقيف الصحي^١ • الموافقة عن علم • اشتراك الأفراد والأسر ومقدمي الرعاية والقائمين بها في اتخاذ القرارات السريرية • العلاج الذاتي بما فيه تقييم الرعاية الشخصية وخطط العلاج • معلومات عن المساعدة داخل النظام الصحي 	<p>١-١ تمكين الأفراد والأسر وإشراكهم. وينبغي على الأفراد والأسر أن يكونوا مشاركين فاعلين حتى يمكن تحقيق حصائل سريرية أفضل عبر الاشتراك في تقديم الرعاية، ولاسيما للأمراض غير السارية والمزمنة. وتعتبر هذه الخطوة من الخطوات الأساسية لأن الناس هم من سيقضون معظم أوقاتهم وهم يتعايشون ويستجيبون لاحتياجاتهم الصحية الخاصة، وسوف يأخذون الخيارات بشأن السلوكيات الصحية وقدرتهم على رعاية أنفسهم. ويرتبط التمكين كذلك بالرعاية التي تُقدم في ظل علاقة متكافئة ومتبادلة بين المهنيين السريريين والمهنيين غير السريريين من ناحية، والأفراد من مستخدمي خدمات الرعاية وأسرتهم، ومجتمعاتهم من جهة أخرى، وبالتالي تحسين خبرتهم المكتسبة في مجال الرعاية.</p>

١ **تعريف: التثقيف الصحي:** هو عبارة عن أي توليفة من الخبرات التعليمية المعدة لغرض مساعدة الأفراد والمجتمعات على تحسين صحتهم من خلال زيادة معارفهم أو التأثير في مواقفهم.

<p>الرعاية المقدمة في المجتمع المحلي العاملون الصحيون في المجتمع تنمية المجتمع المدني تعزيز مشاركة المجتمع في مجال الصحة</p>	<p>١-٢ تمكين المجتمعات المحلية وإشراكها. فهذا النهج سيعمل على تمكين المجتمعات من التعبير عن احتياجاتها ومن ثم التأثير على طريقة تمويل الرعاية وطرق التخطيط لها وتقديمها. وسوف يساعد على بث الثقة والإطمئنان والاحترام المتبادل وإنشاء الشبكات الاجتماعية، نظراً لأن معافاة الناس البدنية والنفسية تعتمد على إقامة علاقات قوية ومتوطدة. وهي تعزز قدرة المجتمعات المحلية على تنظيم أنفسها وإدخال تغييرات في بيئاتها المعيشية.</p>
<p>تدريب مقدمي الرعاية غير الرسميين شبكات مقدمي الرعاية غير الرسميين دعم الأقران وفرق المرضى من ذوي الخبرة رعاية مقدمي الرعاية الرعاية المؤقتة</p>	<p>١-٣ تمكين مقدمي الرعاية غير الرسميين وإشراكهم. فأفراد الأسرة وسائر مقدمي الرعاية يضطلعون بدور حاسم في توفير الرعاية الصحية. وينبغي على مقدمي الرعاية تلقي التدريب المناسب بما يمكنهم من توفير تدخلات عالية الجودة، والاضطلاع بدور المناصرين لم تلقي الرعاية، سواء داخل النظام الصحي أو على مستوى السياسات. وبالإضافة إلى ذلك، فإن مقدمي الرعاية لهم احتياجاتهم الخاصة المرتبطة بتحقيق ذاتهم ناهيك عن حاجتهم إلى الدعم العاطفي اللازم للحفاظ على دورهم.</p>
<p>إدماج أهداف الإنصاف الصحي في أغراض القطاع الصحي تقديم خدمات التوعية إلى الفئات التي تعاني من نقص الخدمات بوسائل منها الوحدات المتنقلة، ونظم النقل والتطبيب عن بُعد إعداد برامج توعية موجهة إلى الفئات المحرومة/المهمشة من السكان التي قد لا تحصل على تغطية فعالة بسبب حواجز ترتبط بعوامل منها الدخل أو التعليم أو السكن أو نوع الجنس أو العرق أو ظروف العمل أو وضع الفرد كمهاجر التعاقد على الخدمات عند الحاجة التوسع في النظم القائمة على الرعاية الصحية الأولية</p>	<p>١-٤ الوصول إلى الفئات المهمشة والتي تعاني من نقص الخدمات. ويحظى هذا النهج بأهمية قصوى لضمان حصول الجميع على الخدمات الصحية الجيدة. وهو أمر ضروري لتحقيق الأهداف المجتمعية الأوسع نطاقاً مثل المساواة والعدالة الاجتماعية والتضامن، ناهيك عن أنه يساعد في خلق التماسك الاجتماعي. وهو يتطلب العمل على كافة مستويات القطاع الصحي، فضلاً عن العمل الدؤوب مع سائر القطاعات الأخرى وجميع شرائح المجتمع للتصدي للمحددات الصحية الأخرى والعدالة الصحية.</p>

الاستراتيجية ٢: تعزيز تصريف الشؤون والمساعدة

<p>يتطلب تعزيز تصريف الشؤون اتباع نهج تشاركي في صياغة السياسات واتخاذ القرارات وتقييم الأداء على جميع مستويات النظام الصحي، بدءاً من صنع السياسات وصولاً إلى مستوى التدخل السريري. ويتسم تصريف الشؤون بالشفافية والشمولية والحد من خطورة التعرض للفساد والاستخدام الأمثل للموارد والمعلومات المتاحة لضمان تحقيق أفضل النتائج الممكنة. ويمكن تعزيز تصريف الشؤون باتباع نظام قوي للمساءلة المتبادلة بين راسمي السياسات، والمديرين ومقدمي الخدمات ومستخدميها ومنح الحوافز بما يتماشى مع نهج يركز على الناس. ويعتبر وضع إطار قوي للسياسات وتوضيح مقنع للإصلاح من الأمور المهمة لبناء رؤية مشتركة، فضلاً عن تحديد كيفية تحقيق هذه الرؤية.</p>	
<p>الخيارات والتدخلات الخاصة بالسياسات</p>	<p>النهج الاستراتيجي</p>
<p>المشاركة المجتمعية في صياغة السياسات وتقييمها تمثيل المجتمع على مستوى مجالس مرافق الرعاية الصحية السياسات والاستراتيجيات والخطط الصحية الوطنية والتي تعزز الخدمات الصحية المتكاملة التي تركز على الناس تعزيز تصريف شؤون الخدمات الصحية وإدارتها على المستوى دون الوطني ومستوى المقاطعات والمستوى المحلي</p>	<p>١-٢ تعزيز نظام تصريف الشؤون القائم على المشاركة. فهناك حاجة إلى آليات قوية لتصريف الشؤون من أجل تحقيق نهج متسق ومتكامل في سياسات الرعاية الصحية والتخطيط وتقديم الخدمات على جميع مستويات النظام الصحي. وتحتاج الحكومات إلى تحمل مسؤولية حماية المواطنين وتعزيز معافاتهم وبث الثقة والشريعة لدى المواطنين من خلال الإشراف الفعال. فالدور الإشرافي لوزارة الصحة يعتبر ضرورياً لتصريف الشؤون في مجال الصحة، وينطوي على تحديد أصحاب المصلحة في المجتمع وإشراكهم حتى يبتنى سماع أصواتهم والوصول إلى إجماع. وهو أمر ضروري كذلك للتأكد من أن مختلف أهداف الوكالات المانحة والبرامج الرأسوية المعنية بأمراض معينة لا تعرقل قدرة</p>

<ul style="list-style-type: none"> • تنسيق ومواءمة برامج الجهات المانحة مع السياسات والاستراتيجيات والخطط الوطنية • إضفاء الطابع اللامركزي على المستويات المحلية، عند الاقتضاء • التخطيط الشامل عبر القطاعات العام/ الخاص • تعزيز دور وزارة الصحة الإشرافي فيما يتعلق بالجهات الفاعلة غير الدول • تصريف الشؤون السريرية 	<p>النظم الصحية على التركيز على صحة المجتمع وتحقيق المعافاة للجميع.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • الحقوق الصحية والاستحقاقات • بطاقات التقرير الخاص بمقدم الخدمة • مسوحات بشأن مدى رضا المرضى • الحصائل التي يبلغ عنها المرضى وبطاقة الأداء المتوازن • التمويل القائم على الأداء والتعاقد • تسجيل السكان لدى مقدم الرعاية الخاضع للمساءلة. 	<p>٢-٢ تعزيز المساواة المتبادلة. وهي تعني بالأساس المسؤولية عن صنع القرار، وتشمل "تقديم الحساب" (أي، توفير المعلومات حول الأداء) و"المحاسبة" (أي توفير المكافآت والجزاءات). فتعزيز مساواة النظم الصحية تتطلب العمل المشترك على جميع المستويات لتحسين تنظيم الخدمات وتقديمها، ووضع السياسات الصحية سواء في القطاعات الصحية أو غير الصحية، والقطاعات العام والخاص، والناس، للوصول إلى هدف مشترك.</p>

الاستراتيجية ٣: إعادة توجيه نموذج الرعاية

<p>إن إعادة توجيه نموذج الرعاية يعني ضمان تصميم خدمات الرعاية الصحية بكفاءة وفعالية، وشراؤها وتقديمها من خلال نماذج مبتكرة للرعاية والتي تعطي الأولوية للخدمات الأساسية والرعاية المجتمعية والاشتراك في تقديم الخدمات الصحية. وهذا يشمل التحول من المرضى الداخليين إلى العيادات الخارجية والرعاية الإسعافية، ومن الرعاية العلاجية إلى الرعاية الوقائية. وهو يتطلب الاستثمار في الرعاية الكلية والشاملة، بما في ذلك استراتيجيات تعزيز الصحة والوقاية من اعتلال الصحة والتي تدعم صحة الناس ومعافاتهم وتحترم الفروق بين الجنسين والتفضيلات الثقافية في تصميم الخدمات الصحية وطرق تشغيلها.</p>	
<p>الخيارات والتدخلات الخاصة بالسياسات</p> <ul style="list-style-type: none"> • تقييم الاحتياجات الصحية المحلية بالاستناد إلى الأنماط القائمة لانتشار الأمراض السارية وتلك غير السارية • تحديد التعبئة الشاملة للخدمات المقدمة لجميع الفئات السكانية بواسطة عملية تشاركية وشفافة • أنشطة الشراء الاستراتيجي • الخدمات المراعية للفروق بين الجنسين والفروق الثقافية والمراعية للسن • تقييم التكنولوجيا الصحية 	<p>النهج الاستراتيجي</p> <p>١-٣ تحديد الخدمات التي تحظى بالأولوية على أساس الاحتياجات طوال العمر. ويعني هذا النهج تقييم حزمة الخدمات الصحية المقدمة في مختلف مستويات نظام تقديم الرعاية على أساس أفضل البيئات المتاحة، والذي يغطي دورة الحياة بأكملها. ويستخدم مزيجاً من الأساليب لفهم الاحتياجات الخاصة بصحة السكان، بما في ذلك الأفضليات الاجتماعية، وفعالية التدخلات الصحية البديلة من حيث التكلفة، ويوجه القرار بشأن تخصيص الموارد للرعاية الصحية. ويشمل أيضاً تقييم التكنولوجيا الصحية.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • رصد الحالة الصحية للسكان • تقسيم المخاطر التي تحيق بالسكان إلى طبقات • الترصد والبحث والتصدي للمخاطر والتهديدات التي تحيق بالصحة العمومية • تحسين الموارد المالية والبشرية المخصصة لتعزيز الصحة والوقاية من الأمراض • اللوائح الخاصة بالصحة العمومية وإنفاذها 	<p>٢-٣ إعادة تقييم التوعية والوقاية والصحة العمومية. ويعني هذا النهج زيادة التركيز والموارد المخصصة لخدمات الترويج والوقاية والصحة العمومية. وتشمل نظم الصحة العمومية جميع الكيانات العامة والخاصة والتطوعية التي تسهم في أداء وظائف الصحة العمومية الأساسية ضمن منطقة جغرافية محددة.</p>

<ul style="list-style-type: none"> • خدمات الرعاية الصحية الأولية باستخدام نهج عائلي ومجتمعي • فرق الرعاية الأولية متعددة التخصصات • طب الأسرة • بوابة الوصول إلى غيرها من الخدمات المتخصصة • نسبة أكبر من النفقات الصحية المخصصة للرعاية الأولية 	<p>٣-٣ بناء نظم قوية تركز على الرعاية الأولية. وتعتبر خدمات الرعاية الصحية الأولية القوية ضرورية للوصول إلى جميع السكان وضمان حصول الجميع على الخدمات. ويشمل بناء مثل هذه الخدمات ضمان توفير التمويل الكافي والتدريب المناسب، والربط مع الخدمات الأخرى وغيرها من القطاعات. ويعزز هذا النهج التنسيق والرعاية المستمرة مع مرور الزمن بالنسبة للأشخاص الذين يعانون من مشاكل صحية معقدة، وتيسير العمل المشترك بين القطاعات في مجال الصحة. ويدعو إلى إنشاء فرق مشتركة بين المهن لضمان توفير خدمات شاملة للجميع. وهو يعطي الأولوية للمجتمع ونماذج الرعاية الموجهة نحو الأسرة كقاعدة أساسية للممارسة مع التركيز على الوقاية من الأمراض وتعزيز الصحة.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • الرعاية المنزلية، ودور التمريض، ودور العجزة • تطويع أعراض المستشفيات التي تقدم الرعاية الثانوية والرعاية المتخصصة لأجل رعاية الحالات الحادة المعقدة فقط • جراحة العيادات الخارجية • المستشفيات النهارية • رعاية حالات المرضى المتقدمة 	<p>٣-٤ التحول نحو المزيد من العيادات الخارجية والرعاية الإسعافية. ويعتبر استبدال الخدمة بمثابة عملية للاستعاضة عن بعض أشكال الرعاية بأخرى أكثر كفاءة للنظام الصحي. ويعنى النهج إحداث توازن صحيح بين الرعاية الأولية، والرعاية في العيادات الخارجية المتخصصة ومستشفيات رعاية المرضى الداخليين، مع الاعتراف بأن لكل منها دوراً هاماً في نظام تقديم الرعاية الصحية.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • التشارك في سجلات المرضى الإلكترونية • التطبيق عن بُعد • الصحة المحمولة 	<p>٣-٥ ابتكار وإدراج تكنولوجيا جديدة. فالتغير التكنولوجي السريع يساعد في تطوير المزيد من نماذج الرعاية المبتكرة. فالمعلومات وتكنولوجيا الاتصالات الجديدة تسمح بأنواع جديدة من تكامل المعلومات. وعند استخدامها بشكل صحيح، فإنها تضمن استمرارية المعلومات، وتتبع الجودة، وتيسير عملية تمكين المرضى والوصول إلى المجتمعات المنعزلة جغرافياً.</p>

الاستراتيجية ٤: تنسيق الخدمات داخل القطاعات وفيما بينها

<p>ينبغي تنسيق الخدمات وفقاً لاحتياجات الناس ومطالبهم. ويتطلب تحقيق هذه النتيجة إدماج مقدمي الرعاية الصحية داخل مرافق الرعاية الصحية وفيما بينها، وتطوير نظم الإحالة والربط عبر الشبكات بين مستويات الرعاية، وإنشاء الروابط بين قطاع الصحة وغيره من القطاعات. وهو يشمل العمل المشترك بين القطاعات على مستوى المجتمع المحلي للتعاظم مع المحددات الاجتماعية للصحة وتعظيم الاستخدام الأمثل للموارد الشحيحة، بما في ذلك، في بعض الأحيان، من خلال الشراكات مع القطاع الخاص. فالتنسيق لا يتطلب بالضرورة دمج مختلف الهياكل والخدمات أو سير العمل، ولكنه يركز بدلاً من ذلك على تحسين سبل تقديم الرعاية من خلال مواءمة العمليات والمعلومات وتنسيقها بين مختلف الخدمات.</p>	
<p>الخيارات والتدخلات الخاصة بالسياسات</p>	<p>النهج الاستراتيجي</p>
<ul style="list-style-type: none"> • مسارات الرعاية • نظم الإحالة والإحالة المضادة • المساعدون الصحيون • تدبير الحالات علاجياً • تحسين التحول في مجال الرعاية • الرعاية القائمة على الفرق 	<p>٤-١ تنسيق الرعاية للأفراد. لا يمثل تنسيق الرعاية نشاطاً واحداً، وإنما يمثل مجموعة من الاستراتيجيات التي قد تساعد في تحسين استمرارية الرعاية وتعزيز خبرة المريض بالنسبة للخدمات، ولاسيما خلال تحولات الرعاية. ويتم التركيز بهدف التحسين على تقديم الرعاية للفرد، مع تنسيق الخدمات وفقاً لاحتياجاتهم واحتياجات أسرهم. ويغطي النهج أيضاً تحسين تدفق المعلومات والحفاظ على علاقات جديدة بالثقة مع مقدمي الرعاية مع مرور الوقت.</p>

<ul style="list-style-type: none"> • شبكات تقديم الخدمات الصحية الإقليمية أو على صعيد المناطق • شراء الخدمات المتكاملة • دمج البرامج الرأسية في النظم الصحية الوطنية • حوافز لتنسيق الرعاية 	<p>٢-٤ تنسيق البرامج الصحية ومقدمي الخدمات . ويتضمن النهج رآب الفجوات الإدارية والمعلوماتية والتمويلية بين مستويات الرعاية ومقدمي الخدمات. وينطوي هذا على مكونات القطاع مثل المستحضرات الصيدلانية وتنظيم سلامة المنتجات، وفرق تكنولوجيا المعلومات العاملين مع نظم ترصد الأمراض، وفرق المساعدين الصحيين ممن يقدمون الخطط العلاجية بالتعاون مع بعضهم البعض، والخدمات المختبرية الخاصة بأمراض محددة مرتبطة بتحسين الخدمات على نطاق أوسع، وشبكات تقديم الخدمات التي تركز على علاقات أكثر موثوقية لرعاية المرضى.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • وضع الصحة في صميم جميع السياسات • الشراكات بين القطاعات • دمج القطاع الصحي مع الخدمات الاجتماعية • العمل مع قطاع التثقيف لمواءمة المناهج المهنية مع المهارات الجديدة المطلوبة • دمج الطب التقليدي والتكميلي مع النظم الصحية الحديثة • التنسيق بين التأهب للأزمات الصحية والاستجابة لها 	<p>٣-٤ التنسيق بين مختلف القطاعات . يعتمد نجاح تنسيق المسائل الصحية على العديد من الجهات الفاعلة سواء داخل القطاع الصحي أو خارجه. وهو يشمل قطاعات مثل الخدمات الاجتماعية، والمالية، والتثقيفية، والعمل، والإسكان، والقطاع الخاص وإنفاذ القانون من بين جملة أمور أخرى. وهو يتطلب قيادة قوية من وزارة الصحة لتنسيق العمل المشترك بين القطاعات، بما في ذلك التنسيق للكشف المبكر عن الأزمات الصحية والاستجابة السريعة لها.</p>

الاستراتيجية ٥: تهيئة بيئة مواتية

<p>وحتى تصبح الاستراتيجيات الأربع السابقة واقعاً عملياً، ينبغي تهيئة بيئة مواتية تجمع بين جميع أصحاب المصلحة لإجراء التغيير التحويلي. وتنطوي هذه المهمة المعقدة على مجموعة متنوعة من العمليات لإحداث التغييرات اللازمة في القيادة والإدارة ونظم المعلومات، وأساليب تحسين الجودة، وإعادة توجيه القوى العاملة، والأطر التشريعية، والترتيبات المالية والحوافز.</p>	
الخيارات والتدخلات الخاصة بالسياسات	النهج الاستراتيجي
<ul style="list-style-type: none"> • القيادة التحويلية وتوزعها • استراتيجيات إدارة التغيير 	<p>١-٥ تعزيز القيادة والإدارة من أجل التغيير . وهناك حاجة إلى أشكال جديدة من القيادة التعاونية التي تساعد في الجمع بين العديد من أصحاب المصلحة من أجل إصلاح الخدمات الصحية بنجاح. وينبغي إشراك جميع المهنيين في مجال الرعاية الصحية، ولإسيما الأطباء السريريين في الإدارة والقيادة من أجل التغيير في إطار شراكة مستمرة مع المجتمعات المحلية. ويستدعي تقديم خدمات الرعاية المتكاملة التي تركز على الناس تطبيق عمليات معقدة وابتكارات خدمية تكفل انتعاج استراتيجية أساسية لإدارة التغيير.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • تطوير نظم المعلومات • بحوث النظم • إدارة المعارف 	<p>٢-٥ تعزيز نظم المعلومات وإدارة المعارف . ويعتبر تطوير نظم المعلومات والثقافة التنظيمية التي تدعم الرصد والتقييم، وتبادل المعارف واستخدام البيانات في عملية صنع القرار شرطاً أساسياً من أجل التغيير التحويلي.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • ضمان الجودة • خلق ثقافة السلامة • التحسين المستمر للجودة 	<p>٣-٥ السعي إلى تحسين الجودة والسلامة . ينبغي أن تسعى المؤسسات ومقدمي الخدمات باستمرار إلى تحسين الجودة والسلامة. وتشمل هذه الجهود كل من الجودة التقنية والمنتظمة.</p>

<ul style="list-style-type: none"> • معالجة النقص في القوى العاملة الصحية وسوء التوزيع • تدريب القوى العاملة الصحية • فرق مهنية متعددة تعمل عبر الحدود التنظيمية • تحسين ظروف العمل وآليات التعويض • مجموعات دعم مقدمي الخدمات • تعزيز الجمعيات المهنية 	<p>٤-٥ إعادة توجيه القوى العاملة الصحية. ينبغي إيلاء عناية خاصة لتهيئة القوى العاملة الصحية وتزويدها بمزيج من المهارات المناسبة من أجل تلبية الاحتياجات الصحية للسكان على نحو منصف ومستدام. وينبغي تنظيم العاملين الصحيين في جميع أنحاء الفرق ودعمها بعمليات وافية للعمل، وإعطائها أدوار وتوقعات واضحة، ومبادئ توجيهية، وفرص لتصويب الثغرات في الكفاءة، وتقديم ردود فعل داعمة، وأجور عادلة، وبيئة عمل موثوقة وحوافز.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • موازنة الأطر التنظيمية 	<p>٥-٥ موازنة الأطر التنظيمية. يضطلع التنظيم بدور رئيسي في توطيد القواعد التي يعمل في ظلها المهنيون والمنظمات في ظل نظم صحية أكثر تكاملاً وإنصافاً - على سبيل المثال، من حيث وضع معايير جديدة للجودة و/ أو الدفع مقابل الأداء المستهدف.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • ضمان تمويل النظام الصحي بشكل كاف وموازنة تخصيص الموارد حسب أولويات الإصلاح • نماذج الدفع المختلطة بناءً على التعويض الفردي • المدفوعات المجمعة 	<p>٦-٥ تحسين التمويل وإصلاح نظم الدفع. وهناك حاجة إلى إجراء تغييرات في طريقة تمويل خدمات الرعاية ودفع تكاليفها لتعزيز مستويات كافية من التمويل وتوفير مزيج مناسب من الحوافز المالية في ظل نظام يدعم تكامل الرعاية بين مقدمي الخدمات وأماكن تقديم الخدمات وحماية المرضى من النفقات غير المبررة من الجيب الشخصي على الصحة.</p>

نهج التنفيذ

١٦- إن الدروس المستفادة من التاريخ لا بد من الاعتراف بها: فمن المرجح أن تمثل إعادة التوجيه الناجح للخدمات الصحية رحلة طويلة وهي تحتاج إلى التزام سياسي مستدام. وفي نهاية المطاف، يحتاج كل بلد أو ولاية إلى تحديد الأهداف الخاصة به والمرتبطة بالخدمات الصحية المتكاملة التي تركز على الناس، ووضع استراتيجيات خاصة به لتحقيق هذه الأهداف. ويجب أن تستجيب الاستراتيجيات للسياق المحلي، وتراعي الحواجز القائمة والقيم التي يعتنقها الناس داخل الدولة أو المنطقة، ويجب أن تكون قابلة للتحقيق نظراً لنظام تقديم الخدمات الصحية الحالي والموارد المالية والسياسية المتاحة. وينبغي أن تركز الجهود المبذولة في المقام الأول على تحسين إتاحة الخدمات لفئات السكان غير الحاصلة على قدر كاف من الخدمات والفئات المحرومة من السكان، وعلى زيادة التركيز على تقديم الخدمات الصحية التعزيزية والوقائية وخدمات الصحة العمومية وعلى الموارد اللازمة لتقديمها، وعلى تعزيز الخدمات الصحية على مستوى المناطق، من بين أمور أخرى. وبالنظر إلى أن هذا الإطار هو إطار تحويلي أساساً من حيث تأثيره على مستقبل النظم الصحية، فإنه يجب على قادة تلك النظم أن يعتمدوا استراتيجيات في مجال التغيير تكفل موازنة استراتيجيات وعمليات تعزيز تقديم خدمات الرعاية المتكاملة التي تركز على الناس موازنة فعالة. وينطوي تقديم خدمات الرعاية الصحية العالية الجودة والمتكاملة التي تركز على الناس على إرساء ورعاية المشاركة الجماعية والقيم الشائعة والتواصل الفعال والشفافية. ومن ثم يتمثل نهج التنفيذ الخاص بهذا الإطار فيما يلي:

(أ) تقوده البلدان: ينبغي على البلدان وضع استراتيجيات لمتابعة الخدمات الصحية المتكاملة التي تركز على الناس وتقودها البلدان، بمساعدة الدعم الخارجي عند الضرورة، بحيث تستجيب للظروف والسياقات المحلية.

(ب) يركز على العدالة: تعتبر الجهود الرامية إلى تعزيز العدالة جزءاً ضرورياً من استراتيجيات الرعاية الصحية المتكاملة التي تركز على الناس. ويمكن للجهود استهداف العوامل المباشرة التي توجه الانتفاع غير المنصف بالخدمات، ولكنها قد تتعاطى أيضاً مع محددات اجتماعية أكثر جوهرية.

(ج) يعتمد على المشاركة: إن مفهوم الخدمات الصحية المتكاملة التي تركز على الناس تستعين بأفراد مستنيرين ومتمكنين في صميم النظام الصحي. ومن ثم فإن، عمليات إعداد الاستراتيجيات الوطنية لمثل هذه الخدمات تضمن المساواة أمام أصحاب المصلحة المحليين ولاسيما المحرومين من الخدمات بشكل خاص.

(د) تعزيز النظم: يعتمد تقديم الخدمات على المعلومات ونظم التمويل الفعالة، وتوافر العاملين الصحيين المهرة والمحفيزين. فالتغييرات التي أُدخلت على سبل تقديم الخدمات سيكون لها انعكاسات لا محالة على النظام الصحي بأكمله.

(هـ) الممارسة المسندة بالبيئات مع تكرارية دورات التعلم والعمل: ينبغي أن تستند القرارات على جميع المستويات على أفضل البيئات المتاحة. فمنهجية تحسين الجودة تشير إلى أن النجاح يكون أكثر احتمالاً عند تكرار دورات التعلم والعمل التي تعقب التغييرات في نظام تقديم الخدمات، وتحدد المشاكل الناشئة وتجمع أصحاب المصلحة معاً لحلها.

(و) تتجه إلى تحقيق نتائج: ينبغي التركيز بشكل أساسي على الرصد المتواصل للتقدم من خلال أغراض ونتائج محددة قابلة للقياس.

(ز) تستند على أسس أخلاقية: من خلال التأكد من أن الرعاية تعظم نسبة الفوائد المحققة مقابل المخاطر في جميع التدخلات، وتحترم حق الفرد في اتخاذ قرارات مستنيرة ومستقلة، وتراعي الخصوصية، وتحمي أكثر الفئات تعرضاً للمخاطر، وتضمن التوزيع العادل للموارد.

(ح) الاستدامة: تخطيط وإدارة وتقديم الرعاية المنصفة التي تتسم بالكفاءة والفعالية والتي تساهم في التنمية الطويلة الأجل بطريقة مستدامة.

دور أصحاب المصلحة

١٧- يتمثل دور أصحاب المصلحة في هذا الإطار فيما يلي:

(أ) الدول الأعضاء: تلتزم البلدان التي تتجه صوب الخدمات الصحية المتكاملة التي تركز على الناس بإعداد رؤية واضحة وتوصيلها، ووضع استراتيجيات سليمة والأطر التنظيمية التي تيسر سبل تحقيقها. وتحتاج هذه العملية إلى القيادة القطرية والمشاركة في تقديمها من قِبَل جميع القطاعات الحكومية ومقدمي الخدمات وفئات السكان التي يخدمونها. وتحتاج الحكومات إلى تأمين التمويل الكافي للإصلاح والبحوث المتعلقة بالتنفيذ. وينبغي تكرار هذه العملية على المستويين دون الوطني والمحلي على حد سواء.

(ب) الأفراد والأسر والمجتمعات المحلية: هي تشكل المحور الرئيسي لاهتمام الإطار. فصيافة السياسات وتنظيم الخدمات الصحية والاشتراك في تقديم الخدمات الصحية ينبغي إعدادها وتنفيذها بالاشتراك مع الأفراد والأسر والمجتمعات.

(ج) منظمات المجتمع المدني: فهذه المنظمات بوصفها ممثلة عن المرضى والأسر والمجتمعات ومقدمي الرعاية تضطلع بدور مهم في الدعوة إلى الخدمات الصحية الأكثر تكاملاً وتركيزاً على الناس، فضلاً عن تمكين أعضائها ليكونوا أكثر قدرة على إدارة المخاوف الصحية الخاصة بهم والاشتراك مع النظام الصحي.

(د) مقدمو الخدمات الصحية: الذين يشكلون عنصراً أساسياً من هذا الإطار. وينبغي صياغة السياسات وتنظيم الخدمات الصحية والاشتراك مع مقدمي الخدمات في تقديم الخدمات الصحية، كما هو الحال بالنسبة للأفراد والأسر والمجتمعات.

(هـ) المؤسسات الأكاديمية والتدريبية والبحثية: فهذه الهيئات لها دور هام في تطوير المناهج المهنية الجديدة للقوى العاملة الصحية، وتدريب القوى العاملة الصحية، وتولي الجهود البحثية المتعلقة بالنظم الصحية والتنفيذ.

(و) الجمعيات المهنية والخاصة بالطلاب: قد تلعب هذه المنظمات دوراً هاماً في تبني ممارسات جديدة واعتمادها، وتقديم الدعم لأعضائها.

(ز) القطاع الخاص: ينبغي اتخاذ خطوات تنظيمية لضمان تنفيذ الإصلاحات الخاصة بزيادة تكامل الرعاية التي تركز على الناس وتطبيقها على مقدمي الخدمات العامة والخاصة على قدم المساواة، بما في ذلك المنظمات الهادفة إلى الربح والتي لا تهدف إلى الربح والمنظمات العقائدية. ويمكن أيضاً اتباع الشراكات مع كيانات القطاع الخاص، من قبيل شركات المستحضرات الصيدلانية وصناعات الأجهزة الطبية عند الاقتضاء.

(ح) شركات التأمين الصحي: ينبغي أن تضمن هذه الكيانات التمويل الكافي لإصلاح سبل تقديم الخدمات وإعادة توجيه نظم المدفوعات والممارسات الشرائية لتحفيز نهج الرعاية الأكثر تكاملاً وتركيزاً على الرعاية.

(ط) شركاء التنمية: ينبغي عليهم، إلا في ظروف استثنائية، عند الحاجة إلى العمل السريع أو الفريد من نوعه، السعي إلى إدراج دعمهم لتقديم الخدمات الصحية في النظم الصحية الخاصة بالبلدان. ويمكن أن يساعدوا أيضاً على تبادل المعرفة التقنية بشأن مختلف النهج لتشجيع المزيد من الخدمات المتكاملة التي تركز على الناس.

(ي) الأمانة: سيعتمد دور الأمانة على توجيه السياسات التي قد تدعم تطوير الخدمات الصحية المتكاملة التي تركز على الناس في جميع أنحاء العالم. وبالتالي فإن اعتماد الخدمات الصحية المتكاملة التي تركز على الناس، والاستراتيجيات الرئيسية الخمسة المحددة في هذا الإطار، ستتطلب بذل جهود متواصلة للتأييد والتعاون التقني.

رصد التقدم

١٨- ونظراً لما يمثله الإطار من برنامج جديد لعمل المنظمة، فلا توجد أية مؤشرات مطبقة عالمياً لقياس التقدم المحرز في إنشاء خدمات صحية متكاملة تركز على الناس. ولا يتضمن أي من المرصد الصحي العالمي، وأطر الرصد والتقييم للتغطية الصحية الشاملة، وأهداف التنمية المستدامة، وقائمة المراجع العالمية للمؤشرات الصحية الأساسية والبالغ عددها ١٠٠ مؤشر^١ - على إجراءات الاندماج أو التركيز على الناس. ونظراً إلى هذه الحالة، يقترح الإطار الاضطلاع بأنشطة البحث والتطوير بشأن مؤشرات تتبع التقدم العالمي المحرز في تقديم خدمات الرعاية الصحية المتكاملة التي تركز على الناس. وسيوجه هذا الجهد دعوة إلى الشركاء الدوليين ليعقدوا اجتماعاً بشأن وضع مقاييس مناسبة لمجالات الرعاية الصحية الحاسمة هذه والتي تُقاس بتواتر أقل.

١٩- وسيسهل إعداد هذه المؤشرات وضع ما يلزم من أهداف وغايات متوسطة الأجل وأخرى طويلة الأجل لرصد التقدم المحرز في تنفيذ الإطار على الصعيدين العالمي والإقليمي والصعيد الوطني.

١ انظر الرابط الإلكتروني: <http://www.who.int/healthinfo/indicators/2015/en>، تم الاطلاع في ٤ نيسان/ أبريل ٢٠١٦.

الملحق ١٠

برنامج الطوارئ الصحية لمنظمة الصحة العالمية^١

[ج/٦٩/٣٠ - ٥ أيار/ مايو ٢٠١٦]

[تبيّن الفقرة ١ معلومات أساسية]

٢- يمثل برنامج المنظمة الجديد للطوارئ الصحية تطوراً جوهرياً من التطورات الطارئة في المنظمة، فهو يستكمل دور المنظمة التقني والمعياري من الناحية التقليدية بقدرات وإمكانات تشغيلية جديدة تمكّنها من إنجاز عملها في ميدان مواجهة فاشيات الأمراض والطوارئ الإنسانية. وهذا البرنامج الجديد معدّ لغرض تسريع وتيرة أعمال المنظمة أثناء الطوارئ وتوفير إمكانية التنبؤ بها، وذلك باتباع نهج يتناول جميع مخاطرها ويشجع العمل الجماعي بشأنها ويشمل الاضطلاع بأنشطة التأهب والاستعداد لمواجهتها والاستجابة لها والإبكار في التعافي منها. ويؤام البرنامج الجديد مع المبادئ المتعلقة بتنفيذ برنامج موحد يسير على خط واضح واحد من خطوط السلطة ويمتلك قوى عاملة واحدة وميزانية واحدة ومجموعة واحدة من القواعد والعمليات وأخرى واحدة من مقاييس الأداء المعيارية.

٣- وتُجمع هكذا كل أعمال المنظمة أثناء الطوارئ في برنامج موحد لديه هيكل مشترك يمتد عبر نطاق المقر الرئيسي ككل والمكاتب الإقليمية كافة بغية تنسيق العمليات وتدقيق المعلومات فيما بين الوكالات على أمثل نحو. ويُنسخ أداء مهام البرنامج ذات الصلة على المستوى القطري، حسب الاقتضاء، ويجسد الهيكل المشترك المهام الرئيسية للمنظمة في مجال إدارة مخاطر الطوارئ الصحية على النحو التالي:

- إدارة مخاطر الأمراض المعدية: وهي تشمل مسببات الأمراض التي تمثل تهديدات خطيرة، وشبكات الخبراء وأمانة التأهب للأنفلونزا الجائحة في المقر الرئيسي؛
- والتأهب لمواجهة الطوارئ الصحية على الصعيد القطري واللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥): وهما يشملان رصد وتقييم قدرات التأهب على المستوى الوطني وجوانب التخطيط وبناء القدرات اللازمة لتوفير الإمكانيات الضرورية، وتوفير أمانة اللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥) في المقر الرئيسي؛
- وتوفير المعلومات أثناء الطوارئ الصحية وتقدير المخاطر: ويشمل ذلك الكشف عن الأحداث والتحقق منها ورصد عمليات الطوارئ الصحية، وإدارة البيانات وإجراء التحليلات؛
- وعمليات الطوارئ: وهي تشمل وظائف إدارة الأحداث والشراكات التشغيلية وجوانب الاستعداد، ودعم العمليات والخدمات اللوجيستية؛
- وإدارة عمليات الطوارئ والعلاقات الإدارية والخارجية.

٤- ويؤدي تشكيل فرقة عمل دائمة ومشتركة بين الإدارات في المقر الرئيسي وعلى مستوى المكاتب الإقليمية إلى تمكين البرنامج من تسخير الطائفة الواسعة من الخبرات عبر برامج المنظمة وشبكتها التقنية ككل، وخصوصاً لأغراض البحث والتطوير ورسم السياسات وبناء القدرات اللازمة للتأهب وتعزيز النظم الصحية وإعداد

^١ انظر المقرّر الإجرائي ج ص ع ٦٩ (٩) (٢٠١٦).

الخطط والبرامج بشأن مواجهة الأزمات الممتدة الأجل. وتوضع تلك الصلات موضع التنفيذ بواسطة آليات من مثل مخطط المنظمة الأولي بشأن تسريع وتيرة البحث والتطوير فيما يخص الأوبئة أو حالات الطوارئ الصحية.

٥- ويتأسس البرنامج مدير تنفيذي يُوظف على أساس عملية تنافسية دولية ويزود المدير العام بالتقارير بصفته نائباً للمدير العام. وأدرج المدير العام اسم شركة للأبحاث التنفيذية في قائمة المتنافسين لكي تساعد في الاضطلاع العملية الاختيار التي فُرع منها قبل موعد انعقاد جمعية الصحة العالمية التاسعة والستين في أيار/ مايو ٢٠١٦. ويتكفل المدير التنفيذي بمسؤولية الإشراف التقني على تطبيق المعايير والاضطلاع بجميع جوانب التخطيط الاستراتيجي والتشغيلي وإدارة المخاطر ورصد الأداء وتخطيط الميزانية وشؤون الموظفين والعلاقات القائمة بين الوكالات والشركاء. ويؤدي المديرون الإقليميون دوراً أساسياً في تكليل تنفيذ البرنامج بالنجاح، وخاصةً فيما يتصل بتوفير القيادة في ميدان تطبيق معايير البرنامج وإنفاذها وإدارة العلاقات الحكومية والإقليمية والعلاقات القائمة بين الوكالات والشركاء على المستوى الإقليمي، وإدارة الأنشطة المتعلقة بإدارة الطوارئ يومياً في أقاليمهم. وسيشترك المدير التنفيذي مع المديرين الإقليميين في توظيف مديرين إقليميين معنيين بالطوارئ ممن يُفوضون بسلطة الاضطلاع بأنشطة الطوارئ في أقاليمهم، وسيشكلون جزءاً من فريق الإدارة العالمي المعني بالبرنامج الجديد.

٦- ويخوّل المدير العام بالسلطة المطلقة فيما يخص أعمال المنظمة أثناء الطوارئ. أما الأنشطة اليومية المتعلقة بالإشراف على كبرى فاشيات الأمراض والطوارئ الصحية وإدارتها، ومنها الأحداث التي تصنفها المنظمة على أنها من أحداث الدرجة ٣، وطوارئ الصحة العمومية التي تثير قلقاً دولياً، والأزمات من المستوى ٣ التي تندرج ضمن نطاق عمل اللجنة الدائمة للأمم المتحدة والمشاركة بين الوكالات، فيخوّل بسلطتها المدير التنفيذي من أجل تزويد المنظمة برمتها بدعم أمثل من الناحية التشغيلية. ويقوم المدير العام بتفويض سلطة الإشراف على الأزمات من الدرجة ٢ وكبرى الأزمات الممتدة الأجل وإدارتها، عقد تقدير المخاطر تقديراً سريعاً ودقيقاً وموضوعياً برئاسة المدير التنفيذي، إما إلى المدير التنفيذي نفسه أو إلى المدير الإقليمي المعني رهناً بطبيعة أخطار الأمراض المعدية أو أحداث الطوارئ الصحية، وقدرات البلدان المعنية وإمكاناتها، والمكاتب القطرية والإقليمية التابعة للمنظمة، ومستوى ما يلزم من دعم منسق على الصعيد الدولي. ويخوّل المدير العام المديرين الإقليميين بسلطة الإشراف على الأنشطة المتعلقة باستعداد الدول الأعضاء من الناحية التنظيمية للطوارئ الممتدة والطويلة الأجل وللأحداث من الدرجة ١ وبتهيئتها لمواجهتها والاستجابة لها، وإدارة تلك الأنشطة. وسيقوم مديرو الطوارئ الإقليميون بتقديم التقارير اليومية إلى مديريهم الإقليميين، كل فيما يخصه، عن تنفيذ تلك الأنشطة المتصلة بإدارة الطوارئ في أقاليمهم، وإلى المدير التنفيذي عن القضايا المطروحة بشأن تخطيط السياسات والاستراتيجيات والتخطيط التشغيلي فيما يخص تلك الأنشطة. ويحرص في سياق إدارة الطوارئ المختلفة الدرجات على مواعمة أسس التقارير المقدمة من مديري الطوارئ الإقليميين مع السلطات التي خوّلها المدير العام إلى المدير الإقليمي أو المدير التنفيذي. ويوظف على إبلاغ المدير التنفيذي والمدير الإقليمي المعني بكامل المعلومات عما يستجد من مخاطر وعن أداء الاستجابة للطوارئ، بصرف النظر عن درجتها.

٧- وسيتكفل ممثلو المنظمة ومكاتبها القطرية بمسؤوليات مهمة فيما يخص تنفيذ وتسهيل أنشطة برنامج المنظمة للطوارئ الصحية، بالاقتران مع قياس أدائهم على أساس مؤشرات موحدة. وسيتحمل ممثلو المنظمة كافة في إطار أدائهم لواجباتهم الأساسية مسؤوليات إلزامية تتعلق بضمان الاستعداد التنظيمي واستعداد الشركات لتوجيه استجابة أولية للطوارئ الحادة في بداية وقوعها، وتقديم الدعم في إطار اللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥) إلى الدول الأطراف في مجال أداء الوظائف الرئيسية، ولاسيما فيما يتعلق بمراكز الاتصال الوطنية، ورصد القدرات الأساسية وتقييمها، والإخطار فوراً عن الأحداث التي يُكشف أو يُبلغ عنها حديثاً، و/ أو التحقق فوراً من تلك الأحداث. ويكون جميع ممثلي المنظمة مسؤولين عن تسهيل إجراء تقييمات موضوعية وخارجية مشتركة وتقديرات للمخاطر داخل البلدان، حسب اللزوم، وذلك في إطار المسؤولية الملقاة على عاتق المدير التنفيذي. وتمتلك مكاتب المنظمة الموجودة في البلدان المعرضة لأخطار شديدة والضعيفة القدرات موظفين متقنين يدعمون الدول الأعضاء في إنجازها لأعمالها بشأن التأهب لمواجهة جميع المخاطر وبناء قدرات الاستجابة لها. أما في

المواضع التي تعاني من أزمات ممتدة الأجل، فستعزز المنظمة دورها القيادي داخل البلدان، وتكفل القيام بمرور الوقت بتدريب جميع ممثلي المنظمة لكي يصبحوا من منسقي الشؤون الإنسانية. وتُعطي الأولوية في المواضع التي يُفعل فيها عمل المجموعات الصحية، إلى نشر المدربين كما ينبغي من منسقي المجموعات الصحية نشرًا طويل الأمد، بالتلازم مع تزويدهم بعدد كاف من الموظفين القادرين على أداء الوظائف الأساسية لتلك المجموعات. وبالنسبة إلى الطوارئ الواسعة النطاق والفاشيات الشديدة الخطورة، سيعين ويُنشر أفراد قائمون على إدارة الأحداث وفرق معنية بإدارتها استكمالاً لقدرات ممثلي المنظمة والفرق القطرية.

٨- وأعدّ إطار مشترك وموحد قائم على تحقيق النتائج بشأن البرنامج الجديد من أجل توحيد أنشطة التخطيط ووضع الميزانيات والتوظيف والرصد وإبداء التعليقات في جميع المكاتب الرئيسية السبعة وكل المكاتب القطرية التابعة للمنظمة والبالغ عددها ١٤٧ مكتباً. ويجسد الإطار القائم على تحقيق النتائج كل واحدة من مهام البرنامج الرئيسية (وهياكلها)، ويوضح تفاصيل الحصائل والمخرجات الرئيسية، ويقوم مقام أساس يُستند إليه في وضع ميزانية موحدة وخطة عمل موحدة بشأن الموظفين. وتقع مسؤولية وضع ميزانية البرنامج الجديد الموحدة وخطة عمل موظفيه الموحدة على عاتق المدير التنفيذي الذي يتشاور مع المديرين الإقليميين وكبار الموظفين وممثلي المنظمة المعنيين في هذا الشأن. وستقدّم الميزانية وخطة عمل الموظفين إلى المدير العام لكي يبتّ فيهما. ويُضطلع من خلال المدير الإقليمي بأنشطة الإدارة اليومية لشؤون الموظفين على المستويين الإقليمي والقطري. ويقوم المدير الإقليمي في حال اندلاع فاشية كبرى أو وقوع طارئة حادة بإنشاء وإدارة الميزانية والقوى العاملة على نطاق المنظمة ككل بواسطة هيكل إدارة الأحداث. أما فيما يتعلق بتقييمات المخاطر الكبرى والاستجابة لها، فإن المدير التنفيذي يتمتع بسلطة نقل موظفي البرنامج من أي مكان في المنظمة خلال ٧٢ ساعة، كما يتشاور المدير التنفيذي مع المدير العام والمديرين الإقليميين والمدير العام المساعد بشأن الإفراج عن موظفين آخرين من المنظمة.

٩- وسينقح إطار المنظمة للاستجابة للطوارئ ويُحدّث ويكون بمثابة مجموعة مشتركة وموحدة تتناول جميع المخاطر من عمليات إدارة الطوارئ فيما يخص أعمال المنظمة في ميدان استعدادها من الناحية التنظيمية لمواجهة تلك المخاطر وتقديرها والاستجابة لها. وقد وُضعت بالفعل عمليات معيارية جديدة لأغراض تقدير المخاطر وتصنيف الأحداث وإدارة الحوادث. وستستعين المنظمة بتلك العمليات في تقدير و/ أو تصنيف كبرى مخاطر الأمراض المعدية كافة وجميع الطوارئ الكبرى ذات العواقب الصحية، بما فيها فاشيات الأمراض. وتُؤام تلك العمليات جميعها على نحو وثيق مع العمليات التي يطبقها نظام إدارة الشؤون الإنسانية والأزمات على نطاق أوسع. وسيعرض المدير التنفيذي حصائل جميع عمليات تقدير المخاطر الكبرى وتصنيف الأحداث على المدير العام في غضون ٢٤ ساعة لكي يتخذ قرارات بشأن تصنيف الأحداث وإدارتها وقيادتها بالتشاور مع المديرين الإقليميين. ويدخل النظام الموحد لإدارة الأحداث تحسينات مطردة الزيادة على القدرة على التنبؤ بأنشطة المنظمة في مجال الاستجابة وإمكانية تنفيذ تلك الأنشطة. وسيُستعان بنسق معياري معيّن في تقييم مدى استعداد المكاتب القطرية للمنظمة، بوسائل منها التعاون مع الشركاء المحليين، وستوضع معايير بشأن الأداء فيما يخص كل عملية، أو تُحدّث المعايير القائمة منها.

١٠- وتسليماً بالأهمية الخاصة التي تكتسبها التقديرات السريعة والدقيقة والموضوعية للمخاطر التي يُحتمل أن تترتب عليها عواقب جسيمة، فسيشرع البرنامج برئاسة المدير التنفيذي في إجراء تقدير واقعي في غضون ٧٢ ساعة عند إخطاره بوجود عوامل مسببة للمرض تمثل تهديداً كبيراً (من قبيل انتقال أحد فيروسات الأنفلونزا المستجدة بين بني البشر)، ومجموعات الوفيات غير المبرّرة في المواضع المعرضة لأخطار شديدة/الضعيفة القدرات، وغيرها من الأحداث التي يرى المدير العام حسب تقديره أن من المناسب تقدير خطرها. وسيقوم البرنامج، عند المُستطاع، بإشراك الوكالات الشريكة التي تتمتع بخبرات ذات صلة في هذا الميدان لكي تشارك في إجراء تلك التقديرات المتعلقة بالمخاطر. وستتطوي التقديرات على إجراء تحليل لقدرات وإمكانات البلدان المعنية والمكاتب القطرية للمنظمة والأقاليم. ومثلما هو الحال مع جميع عمليات تقدير المخاطر، فإن المدير التنفيذي سيبلغ المدير العام بحصائل التقديرات في غضون ٢٤ ساعة عقب الانتهاء من إجرائها، جنباً إلى مع توصيات

برنامج المنظمة للطوارئ الصحية بشأن التدابير المتعلقة بتخفيف حدة المخاطر و/ أو إدارتها و/ أو الاستجابة لها، حسب الاقتضاء. وسيجري تقاسم حصائل تقدير المخاطر تلك مع الدول الأعضاء من خلال مراكز الاتصال الوطنية المعنية باللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥) كل فيما يخصه، أو غيرها من القنوات بما يتناسب مع الظروف السائدة، ومع اللجنة الدائمة للأمم المتحدة والمشاركة بين الوكالات واللجنة الاستشارية التابعة للمنظمة والمعنية بالإشراف على الطوارئ.

١١- وسيؤام عمل المنظمة في مجال دعم الدول الأعضاء على التأهب مع توصيات لجنة المراجعة المعنية بدور اللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥) بشأن فاشية الإيبولا والاستجابة لها^١ وإطار سيندادي للحد من مخاطر الكوارث ٢٠١٥-٢٠٣٠. ومن المتوقع أن يُنسق عمل البرنامج في مجال التأهب لأغراض دعم الدول الأعضاء في مجال تطبيق الإطار الجديد لرصد اللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥) وتقييمها، وإجراء التقديرات بواسطة الأداة الجديدة لإجراء التقييمات الخارجية المشتركة حسب الطلب؛ وأن تُعطي للبلدان المعرضة لمخاطر شديدة وتلك الضعيفة القدرات الأولوية في ميدان توفير الدعم اللازم لتخطيط جوانب التأهب وبناء القدرات على الصعيد الوطني، وذلك في إطار التركيز على الإسراع في إقامة القدرات الأساسية الأكثر أهمية فيما يخص الإنذار المبكر بوقوع الأحداث وإدارتها والإخطار بها وتشديد المستشفيات المأمونة اللازمة لها. وستُوضع بالكامل النواحي المتعلقة بتخطيط التأهب وبناء القدرات في أعمال المنظمة بشأن تعزيز النظم الصحية. وستُوضع الصيغة النهائية لأعمال البرنامج الجديد بشأن التأهب لمواجهة الكوارث والحد من مخاطرها في أعقاب نظر جمعية الصحة في التقرير المقدم من لجنة المراجعة.

١٢- ويتواصل إحراز التقدم في العمل بشأن وضع مجموعة موحدة من قواعد العمل أثناء الطوارئ ونظم لتطبيقها بسرعة على أساس "إهمال التكاليف" في مجالات كل من التخطيط وإدارة الموارد البشرية والمشتريات والشؤون المالية. ويجري توحيد خطط الاستجابة باستخدام نماذج وإجراءات معيارية تمكّن من الإسراع في تطبيق الخطط الاستراتيجية والتشغيلية المشتركة. ويُعكف على توفير الأموال اللازمة للطوارئ على الفور بفضل عملية تنطوي على تقديم طلبات قليلة الأعباء إلى أدنى حد إلى صندوق المنظمة الاحتياطي الجديد الخاص بالطوارئ. ويجري إعداد آليات بشأن النشر السريع للموظفين والخبراء الاستشاريين، من المُدرجة أسماؤهم في قوائم الموظفين والخبراء ومن غير المدرجة أسماؤهم فيها على حد سواء، وذلك بالاستناد إلى تطبيق طرائق تعاقدية جديدة بالاقتران مع توفير التأمين المناسب والعناية الواجبة والاستحقاقات اللازمة. ويتواصل وضع نظام لتحسين الأعمال باستمرار موضع التنفيذ من أجل رصد الخدمات الأساسية المقدمة وتقييمها وتحسينها، بالتلازم مع تحديث إجراءات التشغيل المعيارية تحديداً منهجياً بجسد العبر المستخلصة في هذا الخصوص.

١٣- واعترافاً بالدور الهام الذي تؤديه فعلاً الجهات الفاعلة والنظم الإنسانية في مكافحة فاشيات الأمراض، وبضرورة اتباع نهج منظم في تحقيق الحد الأمثل من المشاركة في مواجهة ما يندلع على نطاق واسع من فاشيات الأمراض بالمستقبل، فقد استهلّت المديرية العامة مناقشات حول هذه المسألة مع منسق الأمم المتحدة لعمليات الإغاثة في حالات الطوارئ التابع لمكتب الأمم المتحدة لتنسيق الشؤون الإنسانية. وتتفق المديرية العامة مع منسق عمليات الإغاثة في حالات الطوارئ على أن الآليات المستخدمة لتنسيق أنشطة الدعم الدولي بشأن مواجهة الكوارث الطبيعية وحسم النزاعات هي آليات يمكن توسيع نطاقها وتكييفها لأغراض التصدي لفاشيات الأمراض، بل ينبغي توسيع نطاقها وتكييفها على هذا النحو، وذلك من خلال إدخال تعديلات تتناسب مع مواجهة التحديات التي تطرحها تحديداً إدارة مخاطر الأمراض المعدية. وقد ينطوي هذا الأمر على توجيه دعوة إلى رؤساء الوكالات غير التابعة للجنة الدائمة للأمم المتحدة والمشاركة بين الوكالات من الوكالات التي لديها خبرة في مجال مكافحة الأمراض المعدية، بشأن المشاركة في مداوات أصحاب الشأن في اللجنة الدائمة المذكورة حول هذه الأحداث. وبناءً على تلك المناقشات، طرحت المديرية العامة في حزيران/ يونيو ٢٠١٦ بمعية منسق عمليات الإغاثة في حالات الطوارئ اقتراحاً بشأن وضع إجراءات تشغيل معيارية لهذا الغرض على اللجنة الدائمة

المشتركة بين الوكالات التي يدعو المنسق المذكور إلى انعقادها والتي تجمع بين وكالات الطوارئ التابعة للأمم المتحدة وشبكات المنظمات غير الحكومية والمنظمات الإنسانية (مثل اللجنة الدولية للصليب الأحمر والاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر). وسيكون التقدم المُحرز في هذا الصدد من بين المسائل التي ستُخَطَّر بها فرقة العمل العالمية المعنية بالاستجابة للأزمات الصحية التي أنشأها الأمين العام للأمم المتحدة لرصد تنفيذ توصيات الفريق الرفيع المستوى المعني بالاستجابة العالمية للأزمات الصحية.

الإشراف على برنامج الطوارئ الصحية لمنظمة الصحة العالمية

١٤- أنشأت المديرية العامة يوم ٢٩ آذار/ مارس ٢٠١٦ لجنة استشارية مستقلة معنية بالإشراف لكي تتولى الإشراف على عملية وضع برنامج المنظمة للطوارئ الصحية وعلى رصد عملية إعداده وأدائه وتوجيه أنشطته وتقديم تقرير عن نتائجها من خلال المجلس التنفيذي إلى جمعية الصحة^١. وستتقاسم اللجنة تقاريرها مع كل من الأمين العام للأمم المتحدة واللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات.

١٥- وقد عقدت اللجنة الاستشارية المستقلة المعنية بالإشراف أول اجتماعاتها يوم ٥ أيار/ مايو ٢٠١٦ لكي تخطط عملها في ما تبقى من عام ٢٠١٦، وهي لجنة مؤلفة من ثمانية أعضاء يتمتعون بخبرة كبيرة فيما يتعلق بطائفة واسعة من التخصصات، بما فيها الصحة العمومية والأمراض المعدية والأزمات الإنسانية وإدارة الشؤون العامة وإدارة الطوارئ والمشاركة المجتمعية والشراكات والتنمية.

خطة تنفيذ برنامج الطوارئ الصحية لمنظمة الصحة العالمية

١٦- استهلّت المنظمة في معرض استكمالها لإعداد برنامجها الجديد تنفيذ مرحلة انتقالية تهدف إلى إنشاء هيكل جديد ووظائف جديدة على نطاق المقر الرئيسي ككل وفي جميع المكاتب الإقليمية السنة وفيما يخص أول مجموعة من البلدان ذات الأولوية بحلول يوم ١ تموز/ يوليو ٢٠١٦، وإلى استكمال عملية نقل الموظفين الحاليين إلى الهيكل الجديد بحلول ١ تشرين الأول/ أكتوبر من العام المذكور. وسيُنظَر توفير القدرات اللازمة للبرنامج لكي يؤدي وظائفه في إطار الهيكل الجديد تعيين عدد كبير آخر من الموظفين ممن يتمتعون بمجموعة مهارات جديدة على مدى فترة تتراوح بين ٢٤ و٣٦ شهراً.

١٧- وسعت المنظمة بحلول نهاية عام ٢٠١٦ إلى تشكيل الفرق الجديدة المعنية بالمعلومات المتعلقة بالطوارئ الصحية وتقدير مخاطرها وتلك المعنية برصد التأهب وتقييمه، وتمكينها من أداء وظائفها في المقر الرئيسي وفي جميع المكاتب الإقليمية الستة. وقد حُدِّد أيضاً ذلك الموعد بوصفه الغاية المحددة بشأن تزويد الفرق الجديدة المعنية بالطوارئ الصحية بالموظفين القادرين على أداء الوظائف الأساسية والجوهرية لتلك الفرق في كل من المقر الرئيسي والمكتبين الإقليميين لأفريقيا وشرق المتوسط، والتي تتولى حالياً إدارة معظم عمليات المنظمة في ميدان الاستجابة للطوارئ الممتدة الأجل. وستعمل الأمانة خلال تلك الفترة على إنشاء فرق معنية بإدارة الطوارئ ومزودة بما يلزمها من موظفين، بمن فيهم منسقو المجموعات الصحية في ١٠ بلدان على الأقل من البلدان ذات الأولوية المنكوبة بالأزمات الممتدة الأجل. ومن المُتَوَقَّع أن يُفْرغ بحلول أواخر عام ٢٠١٧ من شغل الوظائف المتبقية ذات الأولوية في كل من المقر الرئيسي والمكاتب الإقليمية والبلدان ذات الأولوية.

١٨- وشُرع بالفعل في إنجاز الأعمال المتعلقة بتنفيذ العمليات الجديدة بشأن إدارة الطوارئ والإشراف على إدارتها بفضل الهياكل القائمة لعمل المنظمة أثناء الطوارئ. ويُعكف مثلاً منذ شهر شباط/ فبراير ٢٠١٦ على

١ انظر الرابط الإلكتروني التالي:

http://www.who.int/about/who_reform/emergency-capacities/oversight-committee/en/ (تم الاطلاع في ١٤ تشرين الأول/ أكتوبر ٢٠١٦).

تطبيق نظام المنظمة الجديد المعني بإدارة الحوادث دعماً لإدارة كبرى الطوارئ الجديدة، بما فيها طارئة الصحة العمومية الناجمة عن فيروس زيكا التي تثير قلقاً دولياً وفاشية الحمى الصفراء المندلعة في أنغولا وظاهرة النيبو في إثيوبيا. كما وُضعت إجراءات التشغيل المعيارية المتعلقة بالصندوق الاحتياطي الخاص بالطوارئ، وأنفق منه اعتباراً من ١٨ نيسان/ أبريل ٢٠١٦ مبلغ قدره ٦,٨٩ مليون دولار أمريكي لأغراض مواجهة خمس أزمات. ١ وُقرت في جميع الحالات الأموال اللازمة للجهة القائمة على إدارة الحدث في غضون ٢٤ ساعة من استحصال الموافقة على توفيرها.

١٩- وأحرز أيضاً تقدم كبير في ميدان تعزيز قدرات القوى العاملة المعنية بالطوارئ الصحية العالمية، وتواصل فرق الطوارئ الطبية الانضمام إلى العملية المشتركة التي تقودها المنظمة بشأن ضمان الجودة، والتي تشارك فيها ٥٩ فرقة من ٢٦ بلداً. وستقوم المنظمة في المستقبل بإعطاء الأولوية لإنشاء فرق وطنية معنية بالطوارئ الطبية لكي يتسنى نشرها محلياً في البلدان المعرضة لمخاطر شديدة، والإسراع في تعزيز قيادة المجموعات الصحية وتدعيم قدراتها في البلدان ذات الأولوية. وتواصل المنظمة في أن معاً توثيق عرى عمل أمانة الشبكة العالمية للإنذار بحدوث الفاشيات والاستجابة لها وتحسين عملها في مجال الدعوة، وذلك من أجل تعزيز قدرات الشركاء في تلك الشبكة على تقديم دعم منهجي إلى المنظمة والدول الأعضاء فيما يتعلق بتنفيذ أنشطة سريعة في مجال الإنذار بالمخاطر والكشف عنها وتقديرها والاستجابة لها.

تمويل برنامج الطوارئ الصحية لمنظمة الصحة العالمية

- ٢٠- سيستلزم تمويل أعمال برنامج الطوارئ الصحية الجديد للمنظمة توفير توليفة من جوانب التمويل التالية:
- جوانب التمويل الأساسية اللازمة للموظفين الأساسيين في البرنامج ولأنشطته الرئيسية على مستويات المنظمة الثلاثة؛
 - وتوفير التمويل الكامل للصندوق الاحتياطي الجديد الخاص بالطوارئ لتمكينه من الإسراع في استهلال العمليات أثناء وقوع الطوارئ الحادة؛
 - والتمويل المؤقت للأزمات تحديداً من أجل الاضطلاع بالأنشطة أثناء وقوع الأزمات الممتدة الأجل (مثل التمويل اللازم لعنصر الصحة في خطط الاستجابة في الحالات الإنسانية).

٢١- وتخصّص الميزانية البرمجية ٢٠١٦-٢٠١٧ مبلغاً قدره ٣٣٤ مليون دولار أمريكي في حيزها للأنشطة والموظفين سيُرخل إلى رصيد برنامج الطوارئ الصحية الجديد للمنظمة، وهو مبلغ يشمل ٩٣ مليون دولار أمريكي من الزيادة الطارئة بنسبة ٨٪ على الميزانية البرمجية المذكورة والتي اعتمدها جمعية الصحة العالمية الثامنة والستون. ٢

٢٢- وسينطوي تنفيذ برنامج المنظمة الجديد للطوارئ الصحية في حدود الجدول الزمني المُزمع والوارد أعلاه في الفترتين ١٦ و ١٧ على توفير تمويل أساسي إضافي بمبلغ ١٦٠ مليون دولار أمريكي للبرنامج خلال فترة السنتين ٢٠١٦-٢٠١٧ (بواقع ٦٠ مليون دولار أمريكي في عام ٢٠١٦ و ١٠٠ مليون دولار أمريكي في عام ٢٠١٧)، وذلك لتوفير ميزانية إجمالية بمبلغ ٤٩٤ مليون دولار أمريكي للبرنامج الجديد في فترة السنتين ٢٠١٦-٢٠١٧. وتبلغ التكاليف المؤقتة لمرة واحدة لأجل استهلال إنشاء البرنامج الجديد ٨ ملايين دولار أمريكي (باستثناء الاستثمارات الجديدة الموظفة في مجال تكنولوجيا المعلومات)، وبذا فإن المتطلبات المحددة

١ انظر الرابط الإلكتروني التالي للاطلاع على مزيد من المعلومات عن الصندوق الاحتياطي الخاص بالطوارئ: http://www.who.int/about/who_reform/emergency-capacities/contingency-fund/en/ (تم الاطلاع في ١٤ تشرين الأول/ أكتوبر ٢٠١٦).

٢ انظر القرار ج ص ع ٦٨٤-١ (٢٠١٥).

اعتباراً من عام ٢٠١٧ فصاعداً تمثل تكاليف ثابتة أو متكررة يلزم تمويلها بشكل مستدام. ويستأثر المستوى القطري بنسبة ٤٤٪ من تلك المتطلبات، فيما يستأثر المستوى الإقليمي بنسبة ٢٦٪ منها، أما المقر الرئيسي فيستأثر بنسبة ٣٠٪. وتُخصَّص من هذه التكاليف الأساسية نسبة ٣٨٪ لعمليات الطوارئ، و ١٦٪ للأنشطة المتعلقة بتقدير المخاطر وإدارة المعلومات، ونسبة ١٦٪ أخرى لأعراض تأهب الدول الأعضاء واللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥)، و ١٢٪ لإدارة مخاطر الأمراض المعدية، إضافة إلى رصد الخدمات الأساسية وما يتصل بها من وظائف. والميزانية الأساسية اللازمة لتنفيذ كامل القدرات والأنشطة المُزمعة للبرنامج الجديد في فترة السنتين ٢٠١٨-٢٠١٩ هي بمبلغ ٦٣٠ مليون دولار أمريكي.

٢٣- وتلقت المنظمة لغاية يوم ٢٢ نيسان/ أبريل ٢٠١٦ ما مقداره ١٤٠ مليون دولار أمريكي من أصل مبلغ الميزانية الأساسية المُحدَّد بمقدار ٤٩٤ مليون دولار أمريكي واللازمة لبرنامج المنظمة الجديد للطوارئ الصحية في عامي ٢٠١٦-٢٠١٧، وما مقداره ٢٦,٩ مليون دولار أمريكي في شكل تمويل وتعهدات من أصل مبلغ رأس المال المُستهدف بمقدار ١٠٠ مليون دولار أمريكي للصندوق الاحتياطي الجديد الخاص بالطوارئ. ويلزم توفير المزيد من التمويل للأنشطة المُقرَّر الاضطلاع بها استجابةً لطوارئ وأحداث معينة، سواءً كانت حادة أم ممتدة الأجل.

٢٤- وسعيًا إلى إيجاد حل مستدام لسد الفجوة التمويلية الكبيرة التي تتخلل برنامج المنظمة الجديد للطوارئ الصحية، سيلزم توفير مساهمات طوعية إضافية يتعين توفيرها من الناحية المثالية وفي نهاية المطاف بالاقتران مع اشتراكات مقدّرة أخرى بما يتماشى مع توسيع نطاق ولاية المنظمة لتشمل أداء دور تنفيذي ملموس أثناء الطوارئ. وتسليماً بالحاجة الملحة إلى إنشاء برنامج المنظمة الجديد للطوارئ الصحية وبضرورة تشغيله، ستدعو المديرية العامة في حزيران/ يونيو ٢٠١٦ إلى عقد اجتماع للجهات المانحة القائمة والمحتملة والأطراف المهتمة تحقيقاً لهذا الغرض.

الإجراء المطلوب من جمعية الصحة

[تضمّنت الفقرة نص مشروع مقرّر إجرائي اعتمده جمعية الصحة بوصفه المقرّر الإجرائي ج ص ع ٦٩ (٩).]

الملحق ١١

دليل تفصيلي لتعزيز الاستجابة العالمية لآثار تلوث الهواء الضارة بالصحة^١

[ج/٦٩/١٨ - ٦ أيار/ مايو ٢٠١٦]

[تبيّن الفقرة ١ معلومات أساسية عن وضع الدليل التفصيلي]

١- والفترة الأولية المشمولة بالدليل التفصيلي المقترح والإجراءات المرتبطة به هي ٢٠١٦-٢٠١٩، والتي سُنّدت في نهايتها الدليل التفصيلي لكي تضم النتائج المستمدة من الرصد والتعليقات والتقييم، وتقدّمها الأمانة إلى جمعية الصحة. وإضافة إلى ذلك، سنوّع الخارطة مع الأولويات الواردة في برنامج العمل العام الثالث عشر.

٢- وتلبيةً لحاجة القطاع الخاص الملحة التي حُدّدت بشأن التصدي للآثار الناجمة عن تلوث الهواء على الصحة، فقد لاحظت جمعية الصحة ببالغ القلق في القرار ج ص ٦٨٤-٨، في جملة أمور، أن تلوث الهواء في الداخل والخارج على السواء من بين الأسباب الرئيسية التي يمكن تلافيها للمرض والوفاة على مستوى العالم، وأنه في حد ذاته أكبر خطر على الصحة البيئية في العالم؛ واعترفت بأن ٣,٤ مليون حالة وفاة تقع كل سنة بسبب التعرض لتلوث الهواء المنزلي (في الداخل) وبأن ٣,٧ مليون حالة وفاة في السنة تعزى إلى تلوث الهواء المحيط (في الخارج)، وهو ما يحمل المجتمعات تكاليف مرتفعة. وبالإضافة إلى ذلك، فقد شددت جمعية الصحة، في جملة أمور، على أن الأسباب الأساسية لتلوث الهواء وآثاره الضارة هي في معظم الحالات ذات طبيعة اجتماعية اقتصادية، وأدركت الحاجة إلى التصدي للمحددات الاجتماعية للصحة المرتبطة بالتنمية في المناطق الحضرية والريفية، بما في ذلك القضاء على الفقر كعنصر لا غنى عنه بالنسبة إلى التنمية المستدامة والحد من الآثار الصحية لتلوث الهواء. وعلاوة على ذلك، فقد أدركت جمعية الصحة، في جملة أمور، أن على قطاع الصحة، إذا أراد الإسهام في الخيارات السياساتية الوطنية التي تحمي الصحة وتحد من جوانب الإجهاد في الصحة، أن يشارك في نهج صحية عابرة للقطاعات، بوسائل منها اعتماد نهج دمج الصحة في جميع السياسات.

٣- وطراً مؤخراً تطوراً عالمياً يتيحان فرصاً في ميدان تحقيق أوجه التآزر والكفاءة ويتعلقان بتنفيذ القرار ج ص ٦٨٤-٨ (٢٠١٥)، وهما اتفاق باريس^٣ الذي اعتمد في الدورة الحادية والعشرين لمؤتمر الأطراف في اتفاقية الأمم المتحدة الإطارية بشأن تغير المناخ، وعملية اختيار مؤشرات بشأن الغايات المتصلة بخطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠.٤

١ انظر المقرّر الإجرائي ج ص ٦٩ (١١) (٢٠١٦).

٢ متابعة لبرنامج العمل العام الثاني عشر ٢٠١٤-٢٠١٩، سيبدأ برنامج العمل العام الثالث عشر في عام ٢٠٢٠.

٣ اعتمد اتفاق باريس في الدورة الحادية والعشرين لمؤتمر الأطراف في اتفاقية الأمم المتحدة الإطارية بشأن تغير المناخ (باريس، ١١ كانون الأول/ ديسمبر ٢٠١٥)، انظر الرابط الإلكتروني: http://unfccc.int/meetings/paris_nov_2015/meeting/8926.php (تم الاطلاع في ٩ آذار/ مارس ٢٠١٦).

٤ للاطلاع على تفاصيل قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة المتخذ يوم ٢٥ أيلول/ سبتمبر ٢٠١٥، انظر قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة ٧٠/١ - تحويل عالمنا: خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠، على الرابط الإلكتروني: http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1 (تم الاطلاع في ٩ آذار/ مارس ٢٠١٦).

٤- ويبرز اتفاق باريس^١ الحاجة إلى إحداث عكس جذري في الاتجاه الحالي المُختط في توليد الغازات المسببة لتغير المناخ، وهو أمر يستدعي بدوره تنفيذ سلسلة من السياسات التي تخفف وطأة تغير المناخ، ومنها تكنولوجيات الحرق النظيف وآليات إدارة الطلب، كما يقلل الكثير من تلك السياسات ملوثات الهواء الضارة بالصحة، مثل المواد الجسيمية الدقيقة. وإضافة إلى ذلك، يوجد ملوثات، من قبيل الكربون الأسود، تؤثر مباشرة على المناخ وعلى صحة الإنسان. وسينطوي الحد من تلوث الهواء - وتقليل ملايين الوفيات الناجمة عنه سنوياً - على استهداف العديد من التقنيات والسياسات غير الفعالة التي تتسبب أيضاً في انبعاثات تلوث المناخ.

٥- وفيما يخص خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠، فقد تم التوصل إلى اتفاق بشأن مؤشرات رصد الغايات المرتبطة بأهداف التنمية المستدامة^٢. ويحدد القرار ج ص ع ٦٨-٨ غايات ومؤشرات أهداف التنمية المستدامة المتعلقة بالصحة (الهدف ٣) وبالمدن (الهدف ١١) وبالطاقة (الهدف ٧). ويجري الإبلاغ عن أربعة مؤشرات من تلك المؤشرات في قواعد بيانات المنظمة بالوقت الراهن، وعن الاستفادة من التعاون الدولي الجاري لضمان جودة تلك المؤشرات واكتمالها، بوسائل منها الرجوع إلى المنصة العالمية لنوعية الهواء والصحة التي تستضيفها المنظمة^٣.

٦- ويتولى الدليل التفصيلي تحديد وتسخير الفرص المتاحة بشأن تحقيق أوجه التآزر والكفاءة المتصلة بتلك السياسات التي تركز على الحد من تغير المناخ ورصد التقدم المحرز بشأن بلوغ أهداف التنمية المستدامة ذات الصلة. وتوفر مثلاً الروابط المتعلقة بأهداف التنمية المستدامة الأساس المنطقي والإطار اللازمين لإسهام قطاع الصحة بفعالية في تحقيق بعض أهداف التنمية المستدامة "غير المتعلقة بالصحة"، ويمكنها أيضاً أن تؤمن التركيز على العمل المبكر بشأن الوقاية من تلوث الهواء، فيما يتعلق على سبيل المثال بالمدن (الهدف ١١) أو الطاقة في المنزل (الهدف ٧). ومن التأثيرات المفيدة لتخفيف وطأة تغير المناخ إمكانية استخدام التمويل المرتبط بتخفيفه لأغراض تحسين نوعية الهواء. وعلاوة على ذلك، فإن زيادة الوعي العام تحفز الطلب على رسم سياسات تحد من تلوث الهواء والوقاية من الأمراض وتحسين الصحة والرفاه (انظر الفقرة ١٨). وسعياً إلى تحقيق تلك المكاسب في ميدان الكفاءة، فإنه لا غنى عن تحديد الفوائد المشتركة المجنية من مختلف التدابير الميينة في الدليل التفصيلي - وذلك فيما يخص الصحة وتلوث الهواء وتغير المناخ والتنمية المستدامة.

٧- والغرض من الدليل التفصيلي هو أن تكون بمثابة أداة تمكن قطاع الصحة، بما فيه سلطات حماية الصحة التي تدعمها المنظمة، من الاضطلاع بدور قيادي في مجال إنكاء الوعي بكل من آثار تلوث الهواء على الصحة وبفرص الصحة العمومية. وستقضي أوجه التعاون الفعال مع القطاعات المعنية، ومنها الجهات صاحبة المصلحة من القطاعين العام والخاص، إلى تمكين تلك القطاعات من التزوّد بالمعلومات فيما يتعلق بإيجاد حلول مستدامة، الأمر الذي سيكفل بدوره إدراج الشواغل الصحية في عمليات صنع القرار والتقييم وفي السياسات الوطنية والإقليمية والمحلية.

١ إن اتفاق باريس الذي يجسد الغاية الطموحة لإبقاء درجة حرارة ظاهرة الاحترار العالمي بمستوى أقل من درجتين مئويتين بالاقتران مع بلوغ غاية طموحة أخرى تقللها إلى ١,٥ درجة مئوية، هو اتفاق ملزم قانوناً وذو طابع مرن وينطوي على رصد وتتقيق التزامات كل بلد وإجراءاته كل خمس سنوات بقصد الاستمرار في رفع مستوى الطموحات، وهو ينطوي أيضاً على الالتزام بالتكيف مع الظاهرة، بما في ذلك المسائل المتصلة بالتمويل. وإضافة إلى ذلك، فإن الاتفاق يشمل تغطية تكاليف الخسائر والأضرار في إطار الاعتراف بالحقيقة القائلة إن آثار تغير المناخ ستلقي بظلالها الثقيلة على بعض الفئات الضعيفة من السكان، برغم التدابير والإجراءات المقترحة التي أعدت لغرض تخفيف وطأة تلك الآثار والتكيف مع تغير المناخ. ويبيّن بإيجاز اتفاق باريس موضوع تباين المسؤوليات في معرض تسليمه بالمسؤوليات المتلقاة على عاتق أغنى البلدان، ويضم إجراءات تتخذها البلدان النامية.

٢ انظر قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة ١/٧٠ - تحويل عالمنا: خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠، المبيّن في الرابط الإلكتروني الوارد أدناه من أجل الاطلاع على تفاصيل القرار الذي اتخذته الجمعية العامة للأمم المتحدة في ٢٥ أيلول/سبتمبر ٢٠١٥: http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1 (تم الاطلاع في ٩ آذار/مارس ٢٠١٦).

٣ انظر الرابط الإلكتروني التالي للاطلاع على مزيد من المعلومات عن المنصة العالمية لنوعية الهواء والصحة: <http://public.wmo.int/en/resources/bulletin/air-quality-and-human-health-priority-joint-action> (تم الاطلاع في ٢٧ نيسان/أبريل ٢٠١٦).

٨- وترد أدناه الرؤية والأساس المنطقي والآليات التي توفر السبل التي سيتمكن بموجبها قطاع الصحة من تعزيز الاستجابة العالمية للآثار الصحية الضارة الناجمة عن تلوث الهواء، ويرد في الملحق ١ إطار تعزيز استجابة قطاع الصحة لمخاطر تلوث الهواء على الصحة، فيما يرد في الملحق ٢ ملخص لنظرية التغيير.

٩- ويُستقّ الدليل التفصيلي على أساس أربع فئات هي كالتالي:

(أ) **توسيع قاعدة المعارف:** توليد ونشر بيّنات ومعارف عالمية فيما يتعلق بما يلي: آثار تلوث الهواء على الصحة وفعالية السياسات والتدخلات (من منظور الصحة) التي تطبقها قطاعات مختلفة في مجال التصدي لتلوث الهواء ومصادره. ويشمل ذلك تحديد الفجوات المعرفية وتشجيع الابتكار والبحوث اللازمة للتصدي لآثار تلوث الهواء على الصحة.

(ب) **الرصد وإعداد التقارير:** تعزيز النظم والهيكل والإجراءات اللازمة لدعم الرصد وإعداد التقارير عن الاتجاهات الصحية المرتبطة بتلوث الهواء ومصادره، واستيفاء متطلبات القرار، والإسهام في الوقت نفسه في رصد التقدم المحرز فيما يخص بلوغ أهداف التنمية المستدامة، وخصوصاً الغايات ٣-٩ و ٧-١ و ١١-٦.

(ج) **القيادة والتنسيق على الصعيد العالمي:** الاستفادة من قيادة قطاع الصحة والعمل المنسق على المستوى العالمي والإقليمي والقطري ومستوى المدن من أجل التمكن من توجيه استجابة مناسبة ووافية لهذه المشكلة الكبرى من مشاكل الصحة العمومية، وضمان تحقيق أوجه التآزر مع سائر العمليات العالمية، من قبيل بلوغ أهداف التنمية المستدامة ومتابعة اتفاق باريس.

(د) **تعزيز القدرات المؤسسية:** بناء قدرات قطاع الصحة على تحليل إجراءات وضع السياسات وصنع القرارات والتأثير فيها دعماً للعمل المشترك بشأن تلوث الهواء والصحة، كتقديم الدعم مثلاً لوضع استراتيجيات وخطط عمل تقلل المخاطر الصحية الناجمة عن تلوث الهواء في المنزل وفي الهواء المحيط، من خلال وضع سياسات ذات صلة على المستوى الوطني، أو في المدن كذلك دعماً لتنفيذ التوصيات المبيّنة في المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية (المنظمة) بشأن نوعية الهواء.

١٠- ويوجد عموماً قدر من الوعي بشأن تأثير الصحة بالتعرض للهواء الملوث، على أن هناك قصوراً في إتاحة البيّنات القائمة لقطاع الصحة. وبالإضافة إلى ذلك، ثمة تقييمات محدودة عن الآثار الصحية المستمدة من تدخلات القطاعات الأخرى فيما يخص الوقاية من الأمراض الناجمة عن تلوث الهواء، بما يشمل مواضع محددة، كالمنازل أو البيّنات الحضرية. وعلاوة على ذلك، لا يوجد سوى تقديرات محدودة عن التكاليف والفوائد المرتبطة بذلك. ومن شأن وضع برنامج عن الأنشطة في هذا المضمار أن يشجع على إجراء البحوث والتحليلات ويعزّز إتاحة البيّنات بصفة عامة ومن الناحية الاقتصادية كذلك عن المخاطر الصحية وفوائد السياسات والتدخلات التي تطبقها قطاعات وفئات محددة من المجتمع في ميدان التصدي لتلوث الهواء.^١ وستُتاح على نطاق واسع قاعدة البيّنات المذكورة أعلاه بفضل أداة المنظمة الخاصة بمعلومات الصحة العمومية (وهي عبارة عن "أداة للحصول على كل الخدمات في زيارة واحدة" عن البيّنات المتعلقة بتلوث الهواء والصحة بالاستفادة من الإنترنت ووسائط الإعلام الأخرى).

١١- وستُحدّد الفجوات المعرفية وتُعزّز استراتيجيات البحث لتحسين البيّنات، حسب اللزوم، في مجالات من بينها ما يلي: الآثار الصحية لمصادر تلوث الهواء الطبيعي (مثل العواصف الرملية والترابية)؛ التهديدات الجديدة

١ تشمل القطاعات المشار إليها كلاً من النقل والطاقة والنفايات والزراعة والصناعة والتخطيط الحضري. ولا تُتاح أيضاً الخبرات والأفكار المتعلقة بالممارسات الجيدة أو يُستفاد منها على نطاق واسع، لذا فإن الأنشطة المُصطلح بتنفيذها في المجال الأولي من العمل في إطار دليل تفصيلي سيركّز على توليد المعارف والبيّنات ذات الصلة وإتاحتها على نطاق واسع وبسهولة، وذلك باستخدام أنماط ووسائل ثلاث طائفة واسعة من الفئات المستهدفة (مثل العاملين الصحيين المجتمعيين ومديري قطاعات الصحة ومنظمات المجتمع المدني وشركاء التنمية ووسائط الإعلام).

مثل المواد النانوية والمواد الجسيمية المتناهية الصغر والمبيدات الحشرية المستخدمة في الزراعة، بما فيها فعالية تدابير المكافحة؛ الصلات القائمة بين الأسر وتلوث هواء المحيط وارتفاع درجات الحرارة.

١٢- ويجري حالياً جمع البيانات التي يُستَرد بها في رسم الاتجاهات الصحية المرتبطة بالتعرض لتلوث الهواء ومصادره، وإعداد تقارير عن تلك البيانات باستخدام منهجيات وإجراءات مختلفة. وسعيًا إلى تسهيل عملية جمع البيانات وإعداد التقارير عنها بمزيد من المواءمة فيما يخص التعرض لتلوث الهواء والآثار الصحية الناجمة عنه، يجري تنقيح أدوات الرصد وإعداد التقارير وسُعدّ إرشادات في برنامج عمل مستقل. وسيُولى اهتمام خاص لرصد المصادر الرئيسية لتعرض الإنسان لتلوث الهواء، وهي مصادر تشمل المنازل والمدن ومرافق الرعاية الصحية والمناطق الريفية. وسيقوم الإطار الذي يتواصل إعداده بشأن مواءمة البيانات وتحليلها وإعداد تقارير عنها وتصورها في سياق المنصة العالمية التي أنشأتها المنظمة في كانون الثاني/يناير ٢٠١٤ بشأن نوعية الهواء والصحة، مقام آلية رئيسية تكفل توفير تقديرات موثوقة وصحيحة ويمكن الوصول إليها على الصعيد العالمي عن مدى تعرض الإنسان لتلوث الهواء. وستواصل تلك المنصة العالمية التحويل على جميع مصادر البيانات القائمة وذات الصلة في جميع أنحاء العالم، وستعمل على تحسين نوعية البيانات وتوسيع نطاق التغطية الجغرافية في إطار توثيق عرى التعاون مع المعني من الوكالات الدولية والوطنية وأفرقة البحث.

١٣- وستُستَخرّ أوجه التآزر القائمة بين رصد الغايات المتصلة بأهداف التنمية المستدامة وتلوث الهواء والآثار الصحية الناجمة عنه. وسيؤدي تعزيز قواعد البيانات العالمية الحالية للمنظمة والتي تركز على تلوث الهواء في الأماكن المغلقة والوقود وأنواع الوقود والتكنولوجيات المستخدمة لتوليد الطاقة في المنازل ونوعية الهواء المحيط ومستوى تلوث الهواء في المدن مثلاً، إلى الإسهام بشكل مباشر في رصد أهداف التنمية المستدامة المعنية رصدًا فعالاً^١.

١٤- وتستدعي الوقاية من الأمراض الناجمة عن تلوث الهواء مشاركة فعالة فيما بين القطاعات. وسعيًا إلى تمكين قطاع الصحة من تحسين مشاركته وقيادته في هذا المضمار، فإن الدليل التفصيلي يضم برنامج عمل محدد يركز على تعزيز قدرات الجهات الفاعلة الصحية على استخدام بيانات الصحة العمومية وحججها للإسهام في إجراءات صنع القرارات المتعلقة بتلوث الهواء والتأثير في تلك الإجراءات (بما فيها تلك المتبعة في قطاعات كل من النقل والزراعة والطاقة والصناعة وإدارة النفايات)، كيما يتسنى تعزيز القدرة على صياغة سياسات وإعداد تدخلات تفضي إلى إدخال تحسينات على نوعية الهواء والصحة، وهو أمر يشمل مثلاً إنشاء منصات تمكّن قطاع الصحة من التعاون مع سائر القطاعات وتوفير سبل الوصول إلى المعلومات المتعلقة بالشؤون العلمية وقواعد البيانات ووضع نماذج للآثار المتوقعة للسياسات، فضلاً عن تعزيز القدرة على تقييم الآثار الصحية وتحليل تكاليف تدابير التخفيف مقارنة بفوائدها ومردوديتها بالنسبة إلى قطاع الصحة وغيره من الجهات المعنية صاحبة المصلحة. وينبغي بالمثل التصدي لمصادر تلوث الهواء التي يحددها قطاع الصحة، مثل استخدام المولدات العاملة بالديزل لتزويد المرافق الصحية بالطاقة أو المباني والتكنولوجيات الطبية غير المراعية للكفاءة في استخدام الطاقة.

١٥- ولا غنى عن دمج استراتيجيات التخفيف من وطأة تلوث الهواء في استراتيجيات أوسع نطاقاً بشأن وقاية الصحة العمومية وإيتاء خدمات الرعاية الصحية، حسب اللزوم، من أجل أن يستجيب قطاع الصحة بفعالية لتلوث الهواء. ومثلما هو مبين في الدليل التفصيلي، فإنه سيجري ربط استراتيجيات تخفيف حدّة تلوث الهواء باستراتيجيات وأنشطة تتعلق بالوقاية من الأمراض غير السارية أو الالتهاب الرئوي في مرحلة الطفولة، فضلاً عن

١ فيما يلي أهداف التنمية المستدامة المعنية وغاياتها المُشار إليها: الهدف ٣ (ضمان تمتع الجميع بأنماط عيش صحية وبالرفاهية في جميع الأعمار) الغاية ٣-٩ (الحد بدرجة كبيرة من عدد الوفيات والأمراض الناجمة عن التعرّض للمواد الكيميائية الخطرة وتلويث وتلوث الهواء والماء والتربة بحلول عام ٢٠٣٠)؛ والهدف ٧ (ضمان حصول الجميع بتكلفة ميسورة على خدمات الطاقة الحديثة الموثوقة والمستدامة) الغاية ٧-١ (ضمان حصول الجميع بتكلفة ميسورة على خدمات الطاقة الحديثة الموثوقة بحلول عام ٢٠٣٠)؛ والهدف ١١ (جعل المدن والمستوطنات البشرية شاملة للجميع وأمنة وقادرة على الصمود ومستدامة) الغاية ١١-٦ (الحد من الأثر البيئي السلبي الفردي للمدن، بما في ذلك عن طريق إيلاء اهتمام خاص لنوعية الهواء وإدارة نفايات البلديات وغيرها، بحلول عام ٢٠٣٠).

ربطها باستراتيجيات التنمية الصحية القائمة ذات الصلة، مثل خطة العمل العالمية بشأن الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها ٢٠١٣-٢٠٢٠، فضلاً عن ربطها بعمليات واتفاقيات (من مثل اتفاقية المنظمة الإطارية بشأن مكافحة التبغ).

١٦- وستسعى أيضاً الجهود المبذولة بشأن تعزيز القدرات المؤسسية إلى تحسين قدرات عاملي الرعاية الصحية (بمن فيهم الأطباء الممارسون والممرضات والعاملون الصحيون المجتمعون) لتقديم توصيات بصدد سبل تجنب المجتمعات والأفراد التعرض لتلوث الهواء، الذين من بينهم فئات سكانية حساسة أو معرضة للخطر، ومنهم الأطفال والمسنون وسكان الأحياء الفقيرة. وستطوي الأنشطة ذات الصلة على إعداد المناهج وتوفير التدريب والدعوة والإرشاد داخل المنتديات الصحية ذات الصلة، مثل الرابطة المهنية الدولية للشؤون الطبية والتمريض.

١٧- وستوضع استراتيجية تواصل واسعة النطاق لإذكاء الوعي على الصعيد العالمي وحفز الطلب على وضع سياسات تقلل من تلوث الهواء والوقاية من الأمراض وتحسين صحة الفرد ورفاهه. وثمة حاجة ملحة إلى التواصل بفعالية مع الجمهور وصنّاع القرار حول المخاطر الصحية الناجمة عن تلوث الهواء، وخصوصاً الفوائد الصحية الكبيرة المتوقع جنيها من الإجراءات الرامية إلى تخفيف وطأة تلوثه. وستعدّ استراتيجية التواصل على نحو يستند إلى الجهود القائمة ذات الصلة، مثل الشراكة القائمة بين المنظمة والتحالف المعني بالمناخ والهواء النقي؛ وحملة تنفس الحياة التي تكتسي أهمية خاصة. ٢ وستلبي استراتيجية التواصل احتياجات مختلف الفئات وآليات التواصل والفرص المتاحة في أصقاع مختلفة من العالم.

١٨- وسيركّز تعزيز القدرات المؤسسية على جانب التنفيذ القطري، بما يشمل البلدان المنخفضة الدخل وتلك المتوسطة الدخل. وسيجري في هذا السياق وضع واختبار أمثلة ونماذج عن الممارسات الجيدة بالتعاون مع البلدان، مثل استهلال وضع سياسات وخطط تكفل تنقية الهواء في الأماكن المغلقة من خلال تحسين إتاحة النظيف من أنواع الوقود والتكنولوجيات في منازل سكان المناطق الريفية وتلك الفقيرة، والمواظبة على اعتماد تلك الأنواع من الوقود والتكنولوجيات. وسيقدّم الدعم لأصحاب المصلحة بالمناطق الحضرية لإشراكهم وحملهم على الاستفادة من الفرص غير المستغلة بغية تعزيز المُتَّبَع في مختلف القطاعات من السياسات الحضرية المعنية بالوقاية من الأمراض وتلوث الهواء وتحسين رفاه الفرد. وسوف يساعد ذلك النهج على توليد الدعم اللازم للتمتع بالصحة وتعزيز الإجراءات والسلوكيات الجيدة على المستوى دون الوطني التي تمكّن من تقليل تلوث الهواء. وعلاوة على ذلك، ستقضي تلك الإجراءات والسلوكيات إلى زيادة الطلب الكلي على الامتثال للتدابير الوطنية ذات الصلة وإنفاذها، وستسهم في بلوغ أهداف التنمية المستدامة التي تركز على الصحة والمدن والطاقة.

١٩- وستحدّد أوجه التآزر مع اتفاق باريس ومع أهداف التنمية المستدامة، وسيجري إذكاء الوعي فيما يخص الفرص المتاحة لتحسين جوانب الكفاءة المعنية بتنفيذ القرار ج ص ع ٦٨-٨. ويشمل مثلاً توليف المعارف تحديد نوع التدخلات ونطاقها التي تحدّ من تعرض الإنسان لملوثات الهواء وتقلّل تغير المناخ إلى أدنى حد وتسهم في تحقيق أهداف التنمية المستدامة؛ أو توثق تلك التدخلات بالاقتران مع تحقيق معظم الفوائد الصحية المشتركة للفئات الضعيفة من السكان. ويمكن أن تساعد تحليلات التكاليف والفوائد المتعلقة بالصحة والرعاية الصحية

١ خطة العمل العالمية بشأن الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها ٢٠١٣-٢٠٢٠ متاحة على الرابط الإلكتروني التالي: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236_eng.pdf (تم الاطلاع في ٣١ آذار/ مارس ٢٠١٦).

٢ انظر الموقع الإلكتروني للتحالف المعني بالمناخ والهواء النقي على الرابط التالي: <http://www.unep.org/ccac/Initiatives/CCACHealth/tabid/133348/Default.aspx> (تم الاطلاع في ٣١ آذار/ مارس ٢٠١٦). ويكتسي التقرير الذي نُشر مؤخراً بالتعاون مع المنظمة أهمية خاصة، وهو بعنوان تقليل المخاطر الصحية العالمية من خلال تخفيف وطأة الملوثات القصيرة العمر: تقرير استطلاعي لراسمي السياسات، ويمكن الاطلاع عليه في الرابط التالي: <http://new.ccacoalition.org/en/resources/reducing-global-health-risks-through-mitigation-short-lived-climate-pollutants-scoping> (تم الاطلاع في ٣١ آذار/ مارس ٢٠١٦).

والنظم الصحية على تحديد مقدار آثار التدخلات التي تركز حصراً على تلوث الهواء وعلى مقارنتها بتلك التي تعود بفوائد مشتركة أخرى بالنسبة إلى المناخ وأهداف التنمية المستدامة. وسينطوي هذا التحليل على تعزيز قاعدة البيانات وسيفضي كذلك إلى إذكاء الوعي فيما بين صفوف الجمهور ووسائط الإعلام ورأسمي السياسات بآثار ملوثات المناخ القصيرة العمر على الصحة العمومية، والتي تتخذ شكلاً معيناً من أشكال ملوثات الهواء (بما فيها الكربون الأسود). ومن الأولويات في هذا المضمار تعزيز قدرة قطاع الصحة على المشاركة في رسم السياسات المتعلقة بأهداف التنمية المستدامة والمناخ، لأن هذا القطاع يساعد في تحليل الخيارات السياسية ويؤيد العمل المشترك بشأن تلوث الهواء والصحة. ويمكن أن يشمل ذلك وضع النماذج والأدوات ذات الصلة والتدريب على تقييم الفوائد المشتركة (والمخاطر)، وزيادة الاعتراف بالمخاطر الناجمة عن ملوثات المناخ القصيرة العمر على نوعية الهواء وتغير المناخ - فضلاً عن تقييم فوائد السياسات التي تعزز عملية إيجاد حلول سليمة ومستدامة تقلل الملوثات وتخفّض مستوى الكربون في المناطق الحضرية وتلك الريفية.

٢٠- ومن المتوقع أن يُنظر في إمكانية عقد مؤتمر عالمي وحكومي دولي رفيع المستوى بشأن نوعية الهواء والصحة في غضون سنتين مثلاً. ومن شأن غرض ذلك المؤتمر أن يتمثل في استعراض التقدم المحرز، بما فيه المُحرز في سياق تنفيذ أهداف التنمية المستدامة وغيرها من الأولويات السياسية العالمية ذات الصلة. ومن شأن المؤتمر أن يحقق غرضاً آخر هو إتاحة الفرصة لإجراء مناقشة والاتفاق حول اتخاذ مزيد من الإجراءات اللازمة لضمان توجيه استجابة فعالة ومناسبة للتصدي لآثار تلوث الهواء على الصحة، بما فيها الإجراءات المتعلقة منها بالرصد وتقديم التقارير وبناء القدرات واتخاذ تدابير في مجال تقليل الآثار واكتساب الخبرات السياسية والتمويل.

٢١- وسيُضطلع بإجراء تقييمات منتظمة للتقدم المحرز بشأن الأنشطة المتصلة بالدليل التفصيلي، وسيُستفاد من التعليقات عليها لغرض إدخال ما يلزم من تعديلات وتحسينات. وستُعد أيضاً تقارير دورية عن تنفيذ الدليل التفصيلي، بما في ذلك حالة تنفيذ السياسات المعنية بشأن الحد من تلوث الهواء والتقدم المُحرز بشأن مكافحة الأمراض الناجمة عن تلوثه، من قبيل الأمراض غير السارية. وإضافة إلى ذلك، ستركز التقارير على تلك الأنشطة وعلى أية تفحيحات لازمة والموارد المتاحة لدعم تنفيذ القرار وعلى التقدم المحرز صوب تحقيق مجمل أهداف القرار وأغراضه. وستمثل مصادر المعلومات المهمة قواعد البيانات والآليات ذات الصلة، كتلك التي يعززها تنفيذ القرار.

٢٢- وسيجري التركيز أيضاً على دعم التنفيذ على الصعيد القطري للمبادئ التوجيهية ذات الصلة الصادرة عن المنظمة بشأن نوعية الهواء، بما فيها المبادئ التوجيهية الجديدة بشأن نوعية هواء الأماكن المغلقة وحررق الأسر للوقود داخل المنازل. وسيحظى تنفيذ المبادئ التوجيهية المذكورة لاحقاً بالدعم بوسائل من قبيل إسداء المشورة التقنية وبناء القدرات الرامية إلى تسهيل وضع خطط عمل وطنية بشأن نوعية الهواء في الأماكن المغلقة.

٢٣- وتجدر الإشارة في إطار برنامج العمل بشأن تعزيز القدرات المؤسسية إلى ضرورة بناء قدرات المنظمة التقنية والتشغيلية الداخلية دعماً لهذا العمل، وذلك في ظل القيود المفروضة حالياً على الموظفين والموارد، بما فيها تلك المفروضة على المستويين الإقليمي والقطري. وسيلزم توفير عدد إضافي من الموظفين التقنيين في الأقاليم وبعض المكاتب القطرية وفي المقر الرئيسي، بما يشمل توفير القدرات اللازمة في ميادين كل من علم الأوبئة والإحصاء والنمذجة واقتصاديات الصحة والدعوة والبحوث. وينبغي أن يتيح هذا الأمر المجال أمام تعزيز قدرات البلدان والانخراط على المستوى العالمي في التعاون المشترك بين القطاعات تخفيفاً لوطأة الآثار الصحية الناجمة عن تلوث الهواء، والعمل في الوقت نفسه على تحسين الصحة والإسهام في تحقيق أهداف التنمية المستدامة.

٢٤- وسوف تواصل المنظمة توثيق عرى العمل مع سائر الوكالات الدولية والوطنية وتعزيز شراكاتها الاستراتيجية، ولاسيما في إطار منظومة الأمم المتحدة، ومنها المنظمة العالمية للأرصاد الجوية وبرنامج الأمم المتحدة للبيئة ولجنة الأمم المتحدة الاقتصادية لأوروبا، وذلك من أجل القيام بما يلي: دعم اعتماد استراتيجيات

متكاملة لمعالجة تلوث الهواء؛ ضمان جعل الصحة من الأولويات؛ اتخاذ قرارات بشأن تخفيف وطأة تلوث الهواء فيما يتعلق بأهداف التنمية المستدامة ومؤتمر الأطراف، وذلك بناءً على كفاءات الجهات وولاياتها ومسؤولياتها وجماهيرها، كلٌ فيما يخصه.

٢٥- ورَحِّبَتِ جمعية الصحة العالمية التاسعة والستون بتقرير قُدِّمَ عن تنفيذ القرار ج ص ٦٨٤-٨ وعن التقدم المُحرز بشأن تخفيف وطأة الآثار الصحية الناجمة عن تلوث الهواء وعن التحديات الأخرى المجابهة في مجال نوعية الهواء.^١ وقد استند التقرير إلى بيانات جديدة عن تعرض الإنسان لملوثات الهواء (مثل تعرضه للكبروسين أثناء استخدامه في المنازل أو في المدن)؛ وبيّن الجهود الأولية المبذولة لتعزيز قدرة قطاع الصحة على دعم الوقاية من التلوث في المدن والمنازل، وإلى الاتصالات العالمية في مجال الصحة. وبيّن التقرير أيضاً التحديات والفرص ورؤية الدليل التفصيلي وحجم طموحاته، ووضح الكيفية التي ستقضي بها الأنشطة المرتبطة بالدليل التفصيلي إلى سد الفجوات وبيّن دور الدول الأعضاء والأمانة والجهات الأخرى صاحبة المصلحة في تعزيز استجابة عالمية للآثار الصحية الناجمة عن تلوث الهواء. وطرح التقرير قضية الاستثمار وحدد حجم الاستثمارات اللازمة لتنفيذ الأنشطة المبيّنة في الدليل التفصيلي، بما فيها الموارد اللازمة لتمكين الأمانة من تقديم الدعم اللازم للبلدان عبر مستويات المنظمة الثلاثة ككل (التي تصف الحدود الحالية المبيّنة في القدرات الراسخة). ووضّح التقرير المُتوقَّع تحقيقه من المنجزات المستهدفة فيما يخص الوقاية من تلوث الهواء والأمراض الناجمة عنه، والتزامات البلدان ببلوغ أهداف التنمية المستدامة والتخفيف من وطأة آثار تغير المناخ.

١ انظر المقرر الإجرائي ج ص ٦٩٤ (١١) (٢٠١٦).

التذييل ١

دليل تفصيلي لتعزيز الاستجابة العالمية لآثار تلوث الهواء الضارة بالصحة

تعرض الأشكال الواردة أدناه الدليل التفصيلي المقترحة للفترة ٢٠١٦-٢٠١٩، وتوضح تسلسل الأنشطة والإنجازات - أو المعالم المهمة - لهذه الخارطة. وترتكز الأشكال من ١ إلى ٤ على الأنشطة الأربعة المعنية، وهي بالترتيب توسيع قاعدة المعارف، والرصد وإعداد التقارير، والقيادة والتنسيق على الصعيد العالمي، وتعزيز القدرات المؤسسية.

الشكل ١: توسيع قاعدة المعارف



الوضع الراهن:

ينفذ عدد قليل من الأطراف الفاعلة بعض عمليات الرصد وإعداد التقارير عن الاتجاهات الصحية المرتبطة بالتعرض لتلوث الهواء على الصعيد العالمي. وهناك ثغرات كبيرة في بعض أنحاء العالم وثمة حاجة إلى مواصلة الأدوات الخاصة بالبيانات وإلى جمع المزيد من البيانات وتحسينها على الصعيدين الوطني ودون الوطني، بما في ذلك في المدن والمنازل.

تحسين الأطر والأدوات الداعمة من أجل مواصلة عمليات جمع البيانات المحلية والقطرية والإقليمية والعالمية ورصد الأنشطة.

تنقيح الأساليب والأدوات المستخدمة في تقدير التعرض البشري لتلوث الهواء وعبء المرض الناجم عنه من أجل تحديد مساهمة القطاعات المحددة (مثل قطاعي النقل والطاقة) والأماكن المحددة (مثل المدن والمنازل).

وضع الأدوات وتقديم الدعم التكنولوجي من أجل تعزيز القدرة على مواصلة عمليات الرصد وجمع وتحليل البيانات عن نوعية الهواء والصحة على الصعيد القطري، بما في ذلك في المدن والمنازل.

تحديث وتحسين قواعد البيانات ونظم الرصد وإعداد التقارير العالمية القائمة، مثل تلك المعنية بنوعية هواء الحضر في المدن والوقود المستخدم في توليد الطاقة، والمنزلية، والتكنولوجيات، وتلوث الهواء في الأماكن المغلقة.

تعزيز قدرة المؤسسات الوطنية ودون الوطنية على استخدام الأدوات المتسقة في جمع و/أو تحليل البيانات عن نوعية الهواء والصحة.

إنشاء شبكات عالمية وإقليمية لدعم الرصد وإعداد التقارير عن آثار تلوث الهواء على الصحة. واستمرار/ تعزيز التعاون الوثيق مع الوكالات المعنية برصد نوعية الهواء/ (مثل المنظمة العالمية للأرصاد الجوية، وبرنامج الأمم المتحدة للبيئة واتفاقية التلوث الجوي بعيد المدى عبر الحدود^١ والوكالة الأوروبية للبيئة^٢).

استخدام بيانات الرصد القطرية على نحو منهجي في جهود الرصد الإقليمية والعالمية.

تحسين الأدوات الخاصة بمعلومات الصحة العمومية لإتاحة إعداد التقارير، ووضع تصور للبيانات والبيانات عن تلوث الهواء والصحة وبثها، بما في ذلك من خلال المرصد الصحي العالمي التابع للمنظمة.

استخدام بيانات الرصد القطرية في التأثير على عمليات رسم السياسات الوطنية ودون الوطنية المتعلقة بتلوث الهواء.

تقدير العبء العالمي للأمراض الذي يُعزى إلى تلوث الهواء في قطاعات وأماكن محددة التبليغ عن الاتجاهات.

الوضع المنشود:

تحسن الرصد وإعداد التقارير على الصعيد العالمي والإقليمي والقطري والمحلي فيما يتعلق بالاتجاهات الصحية المرتبطة بالتعرض لتلوث الهواء ومصادره، بما في ذلك في سياق خطة التنمية المستدامة لما بعد عام ٢٠١٥ والمساهمة في التبليغ عن المؤشرات ذات الصلة (مثل أهداف التنمية المستدامة، والطاقة، والمدن). ويستشهد ذلك بجهود الرصد الوطنية (على مستوى المدن مثلاً) ودون الوطنية.

١ تشير اتفاقية جنيف بشأن التلوث الجوي بعيد المدى عبر الحدود، إلى الاتفاقية البيئية للجنة الاقتصادية لأوروبا، اتفاقية التلوث الجوي انظر الرابط التالي:

http://www.unece.org/env/lrtap/lrtap_h1.html (تم الاطلاع في ١٢ تشرين الثاني/ نوفمبر ٢٠١٥).

٢ للاطلاع على المزيد من المعلومات عن الوكالة الأوروبية للبيئة، انظر الرابط التالي: <http://www.eea.europa.eu> (تم الاطلاع في ١٢ تشرين الثاني/ نوفمبر ٢٠١٥).

جمعية الصحة العالمية

الوضع الراهن:

يتنامى الوعي العالمي بأهمية التصدي لتلوث الهواء. ومع ذلك فما زال فهم كيفية التصدي له يمثل تحدياً. وما زال التعاون على صعيد قطاع الصحة وسائر القطاعات من أجل الحد من تلوث الهواء يُعد غير كافٍ. ولا تُدرج جهود الحد من تلوث الهواء في استراتيجيات الصحة العمومية، مثل استراتيجية الوقاية من الأمراض غير السارية.

وضع استراتيجيات التواصل من أجل إنكفاء الوعي وحفز الطلب على السياسات بشأن التصدي لتلوث الهواء والوقاية من الأمراض وتحسين العافية، على الصعيد العالمي والفطري والمحلي تحت قيادة المنظمة، بالاستناد إلى الجهود التعاونية مثل حملة "تنفس الحياة" المشتركة بين منظمة الصحة العالمية والتحالف المعني بالمناخ والهواء النقي.

إقامة منتديات رئيسية رفيعة المستوى للدعوة والتوعية في سياق خطة التنمية المستدامة لما بعد عام ٢٠١٥، والتحالف المعني بالمناخ والهواء النقي، ومبادرة الطاقة المستدامة للجميع، ومؤتمر المونل الثالث،^٢ واتفاقية الأمم المتحدة الإطارية بشأن تغير المناخ، من أجل حفز زيادة الطلب على العمل المنسق بشأن تلوث الهواء والصحة.

التقاء الحكومات بما في ذلك وزارات الصحة والبيئة في أول مؤتمر عالمي بشأن تلوث الهواء والصحة واتفقوا على إطار عالمي للعمل المُعزز.

إدراج جهود الحد من تلوث الهواء في برامج واستراتيجيات الصحة العمومية العالمية، مثل استراتيجية الوقاية من الأمراض غير السارية.

دمج الإجراءات الرامية إلى معالجة تلوث الهواء والصحة في العمليات العالمية والإقليمية ذات الصلة المتعلقة بالصحة والبيئة والتنمية المستدامة. ووضع الاستراتيجيات الإقليمية أو أطر العمل على النحو الملائم.

يتواءم عمل الشبكات العالمية والإقليمية مثل شبكات المراكز المتعاونة مع المنظمة، والرابطات الطبية الفنية والرابطات المعنية بالصحة العمومية، ومنظمات المجتمع المدني ذات الصلة (مثل التحالف المعني بمكافحة الأمراض غير السارية) مع إطار العمل العالمي.

إنشاء فريق عالمي مشترك بين الوكالات معني بتلوث الهواء والصحة تربطه روابط تشغيلية بالمبادرات القائمة التابعة للأمم المتحدة وسائر أصحاب المصلحة، بما في ذلك التحالف المعني بالمناخ والهواء النقي ومبادرة الطاقة المستدامة للجميع.

الوضع المنشود:

يشترك أصحاب المصلحة على الصعيد العالمي والإقليمي والفطري في العمل المنسق من أجل الوقاية من الأمراض الناجمة عن تلوث الهواء والحصول على الطيف الكامل من الفوائد الصحية التي تعود بها أنشطة تخفيف الأثر.

١ انظر الرابط التالي: <http://www.se4all.org/> (تم الاطلاع في ١٢ تشرين الثاني/ نوفمبر ٢٠١٥).

٢ انظر الرابط التالي: <http://unhabitat.org/habitat-iii-conference/> (تم الاطلاع في ١٢ تشرين الثاني/ نوفمبر ٢٠١٥).

الشكل ٤: تعزيز القدرات المؤسسية

الوضع الراهن:

قدرات الأطراف الفاعلة والوكالات المعنية بالصحة (بما في ذلك منظمة الصحة العالمية) متفاوتة في عمومها، ولاسيما فيما يتعلق بالقدرات اللازمة لتحقيق المشاركة الفعالة بين القطاعات من أجل الصحة.

وضع الأدوات والإرشادات من أجل دعم تنفيذ المبادئ التوجيهية للمنظمة بشأن نوعية الهواء على النحو الملائم، ووضع خطط العمل الوطنية ودون الوطنية بشأن تلوث الهواء والصحة. وتجريب الأدوات في عدد من البلدان والمدن وتحديثها وفق ذلك.

تحسين القدرات المؤسسية على الصعيدين الإقليمي والعالمي، بما في ذلك داخل المنظمة، وتعزيز البرامج والقدرات التقنية ذات الصلة.

وضع المواد التدريبية وتقديم الدعم التقني من أجل بناء قدرة قطاع الصحة على التواصل، مع الجمهور مثلاً، بشأن التصدي لآثار تلوث الهواء على الصحة.

تقديم التدريب والدعم التقني بشأن استخدام النهج المشتركة بين القطاعات مثل سياسات دمج الصحة في جميع السياسات، على النحو الملائم على الصعيدين الوطني ودون الوطني.

توثيق نماذج وأدوات التأثير على العمليات الخاصة بالسياسات في القطاعات الأخرى كي تراعي الصلات بين تلوث الهواء والصحة (فيما يتعلق بالمدن وبالطاقة المنزلية مثلاً) وبها كأمتلة للممارسات الجيدة.

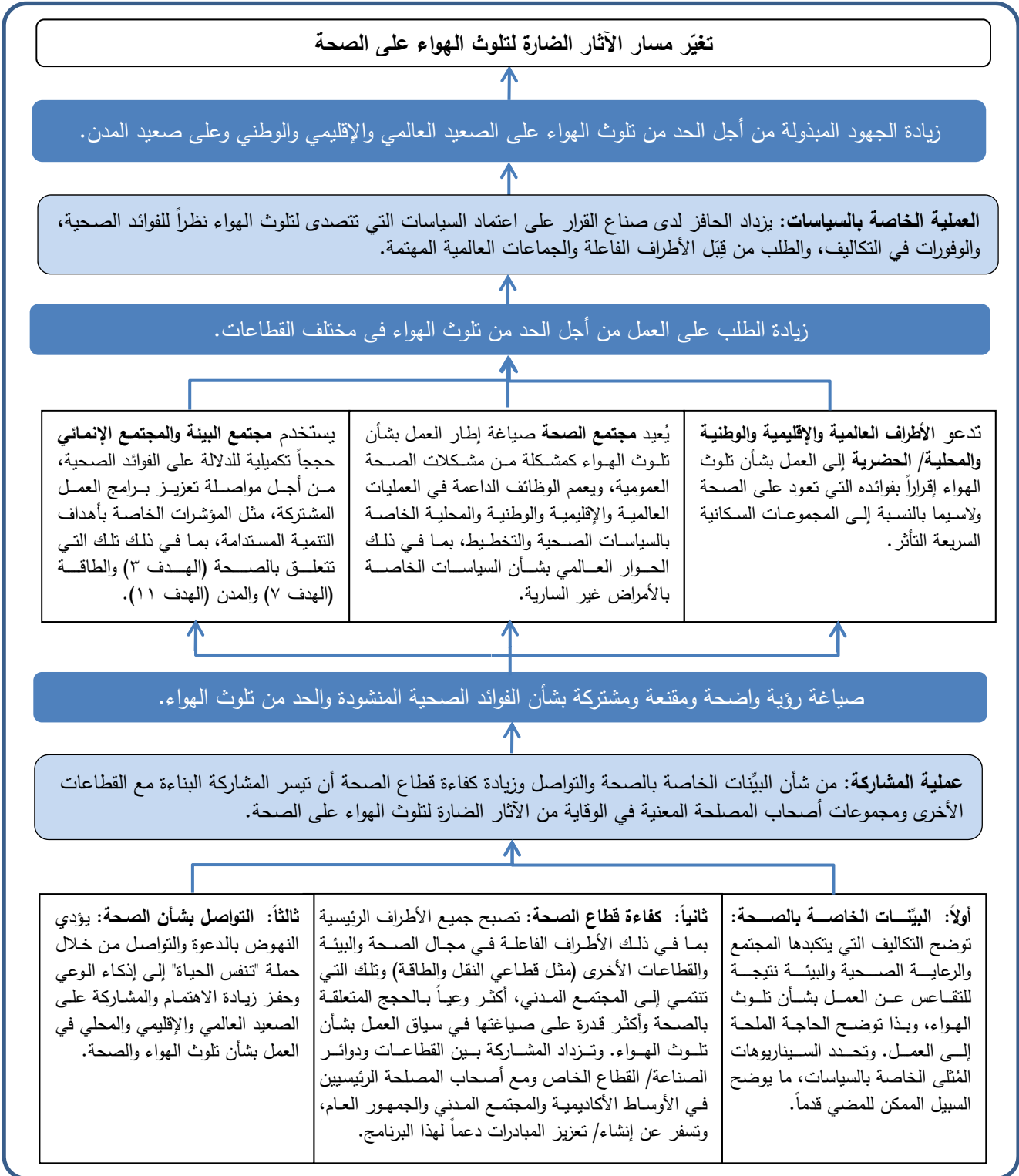
تعزيز الاستفادة على النحو الملائم من الدعم التقني الذي تقدمه الشبكات العالمية والإقليمية، وتحسين القدرة المؤسسية على وضع خطط العمل بشأن تلوث الهواء والصحة، ولاسيما في قطاع الصحة، بما في ذلك على الصعيدين الوطني ودون الوطني (المدن مثلاً) أو فيما يتعلق بمشكلات محددة مثل تلوث هواء المنازل.

الوضع المنشود:

عُرِّزَت قدرة قطاع الصحة على التصدي للآثار الضارة لتلوث الهواء على الصحة، على الصعيد العالمي والإقليمي والقُطري، بما في ذلك في سياق العمليات الخاصة بالسياسات في القطاعات الأخرى، بما في ذلك في منظمة الصحة العالمية. ووضعت الاستراتيجيات الوطنية و/ أو دون الوطنية لدعم هذه الإجراءات.

التذييل ٢

استجابة عالمية مُعززة لآثار الضارة لتلوث الهواء على الصحة - نظرية للتغيير



الملحق ١٢

توصيات اللجنة المعنية بالقضاء على سمنة الأطفال والإجراءات والمسؤوليات المتعلقة بتنفيذها^١

[ج ٨/٦٩، الملحق - ٢٤ آذار/ مارس ٢٠١٦]

[تصبو اللجنة المعنية بالقضاء على سمنة الأطفال إلى تحقيق أهداف شاملة مؤداها تزويد الحكومات بتوصيات سياساتية تحول دون معاناة الرضع والأطفال والمراهقين من السمنة، وتحدّد حالات السمنة التي يعاني منها الأطفال والمراهقون مسبقاً وتعالج تلك الحالات. والهدف من ذلك هو تقليل خطر المراضة والوفاة من جراء الإصابة بالأمراض غير السارية، وتخفيف الآثار السلبية النفسية والاجتماعية التي تخلفها السمنة في مرحلتي الطفولة والبلوغ، وتقليل خطورة معاناة الجيل المقبل من السمنة.]

١- وصلت ظاهرة سمنة الأطفال إلى معدلات تثير الذعر في العديد من البلدان، وهي تشكل تحدياً ملحاً وخطيراً. وتُدرج أهداف التنمية المستدامة، التي وضعتها الأمم المتحدة في عام ٢٠١٥، مسألة الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها في عداد الأولويات الأساسية. ومن بين عوامل الخطر المتعلقة بالأمراض غير السرية تثير السمنة القلق على وجه خاص حيث إن بمقدورها أن تبثد الكثير من الفوائد الصحية التي تسهم في زيادة متوسط العمر المتوقع.

٢- ويتصاعد انتشار سمنة الرضع، والأطفال، والمراهقين في مختلف أرجاء العالم. ومع أن المعدلات ربما أخذت في الاستقرار في بعض السياقات، إلا أن عدد الأطفال المعانين من فرط الوزن والسمنة في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل يزيد، من حيث الأرقام المطلقة، عما هو عليه في البلدان ذات الدخل المرتفع. ويمكن للسمنة أن تؤثر على الصحة المباشرة للطفل، وعلى تحصيله الدراسي، ونوعية حياته. ومن المرجح للغاية أن تستمر معاناة الأطفال ذوي السمنة من هذه الظاهرة عند بلوغهم سن الرشد إلى جانب تعرضهم لخطر الإصابة بالعلل المزمنة.

٣- واتسمت وتيرة التقدم على طريق معالجة سمنة الأطفال بالبطء وعدم الاتساق. وقد أنشئت اللجنة المعنية بالقضاء على سمنة الأطفال في عام ٢٠١٤ لاستعراض الولايات والاستراتيجيات القائمة، والبناء عليها، وسد فجواتها. وبعد التشاور مع أكثر من ١٠٠ دولة من الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية واستعراض نحو ١٨٠ تعليماً إلكترونياً [...]. وضعت هذه اللجنة مجموعة من التوصيات الرامية لتحقيق النجاح في معالجة سمنة الأطفال والمراهقين في مختلف السياقات حول العالم.

٤- ويترعرع العديد من الأطفال اليوم في بيئة مسمّنة تشجع على زيادة الوزن والإصابة بالسمنة. وترجع مشكلة اختلال الطاقة إلى التحولات في أنواع الأغذية، والتوافر، ورخص الأسعار، والتسويق، وكذلك إلى انخفاض النشاط البدني، وإنفاق المزيد من الوقت على الأنشطة الترويجية المتمسمة بقلّة الحركة والقائمة على الشاشات. ويمكن أن تُصاغ الاستجابات السلوكية والبيولوجية للطفل إزاء البيئة المسمّنة بعمليات تحدث حتى قبل ولادته، وهو ما يزيد بصورة أكبر من أعداد الأطفال السائرين على طريق الإصابة بالسمنة عندما يخضعون لنظام غذائي غير صحي ويعانون من قلة النشاط البدني.

١ انظر المقرر الإجرائي جص ع ٦٩ (١٢) (٢٠١٦).

- ٥- وليس هناك من تدخل أوجد قادر على كبح تصاعد وباء السمنة المتنامي. وتتطلب العناية بأمر سمنة الأطفال والمراهقين النظر في السياق البيئي وفي ثلاث فترات حرجة على مدار العمر وهي: الفترة السابقة للحمل وأثناء الحمل؛ وفترة الرضاعة والطفولة المبكرة؛ وفترة الطفولة المتقدمة والمراهقة. وبالإضافة إلى ذلك فإن من المهم معالجة الأطفال السمان بالفعل وذلك لمصلحتهم ولمصلحة ذريتهم.
- ٦- وتتطلب الوقاية من السمنة ومعالجتها اتباع نهج يشمل الحكومة ككل تراعي فيه السياسات في مختلف القطاعات، وبانتظام، والاعتبارات الصحية، وتتفادى الآثار الصحية الضارة، ومن ثم تنهض بالوضع الصحي للسكان وبالإنصاف الصحي.
- ٧- وقد أعدت اللجنة حزمة شاملة متكاملة من التوصيات لمعالجة سمنة الأطفال. وتدعو هذه الحزمة الحكومات إلى تسنم القيادة كما تتناشد كل أصحاب المصلحة الإقرار بمسئوليتهم الأخلاقية بالعمل بالنيابة عن الأطفال للحد من خطر السمنة. وتُعرض التوصيات وفقاً للمجالات التالية.
- التوصية ١: تنفيذ برامج شاملة تعزز مدخول الأغذية الصحية وتقلل من مدخول الأغذية غير الصحية والمشروبات المحلاة بالسكر في صفوف الأطفال والمراهقين.**

- ١-١ ضمان إعداد وتعميم معلومات ومبادئ توجيهية تغذوية مناسبة ومحددة السياق موجهة إلى البالغين والأطفال على حد سواء، على أن تكون بسيطة، ومفهومة، وميسورة المنال لكل شرائح المجتمع.
- ٢-١ تطبيق ضريبة فعالة على المشروبات المحلاة بالسكر.
- ٣-١ تنفيذ مجموعة من التوصيات بشأن تسويق الأغذية والمشروبات غير الكحولية في صفوف الأطفال للحد من تعرض هؤلاء الأطفال والمراهقين إلى أنشطة تسويق الأغذية غير الصحية وسطوتها.
- ٤-١ وضع مواصفات المغذيات لتحديد الأطعمة والمشروبات غير الصحية.
- ٥-١ إرساء التعاون بين الدول الأعضاء للتقليل من أثر عمليات تسويق الأطعمة والمشروبات غير الصحية عبر الحدود.
- ٦-١ تنفيذ نظام عالمي موحد لتوسيم المغذيات.
- ٧-١ تطبيق نظام توسيم توضيحي على غلاف العبوات، على أن تدعمه أنشطة للتوعية العامة تهدف إلى تثقيف البالغين والأطفال على حد سواء بشؤون التغذية.
- ٨-١ مطالبة السياقات مثل المدارس، وسياقات رعاية الأطفال، والمرافق والأحداث الرياضية الخاصة بالأطفال، بإيجاد بيئات للأغذية الصحية.
- ٩-١ زيادة إتاحة الأغذية الصحية في المجتمعات المحرومة.

التوصية ٢: تنفيذ برامج شاملة تعزز النشاط البدني وتقلل السلوك المتسم بقلة الحركة في صفوف الأطفال والمراهقين.

- ١-٢ توفير الإرشاد للأطفال والمراهقين، والآباء والأمهات، ومقدمي الرعاية، والمعلمين، والمهنيين الصحيين بشأن حجم الجسم الصحي، والنشاط البدني، وسلوكيات النوم، والاستخدام المناسب للتسليّة القائمة على الشاشات.
- ٢-٢ ضمان توافر مرافق كافية في المباني المدرسية وفي الأماكن العامة للنشاط البدني خلال فترات الترويح عن النفس لكل الأطفال (بما في ذلك ذوو الإعاقة)، مع توفير مساحات مراعية لاحتياجات الجنسين، حسب الاقتضاء.

التوصية ٣: ضمان تعزيز الإرشادات بشأن الوقاية من الأمراض غير السارية وتكاملها مع الإرشادات الراهنة المتعلقة بالرعاية في فترة ما قبل الحمل والولادة، وذلك للتقليل من خطر سمنة الأطفال.

١-٣	تشخيص وإدارة فرط سكر الدم وفرط ضغط الدم الحَملي.
٢-٣	رصد وإدارة اكتساب الوزن الحَملي المناسب.
٣-٣	زيادة التركيز على التغذية المناسبة في الإرشادات والنصائح الموجهة إلى الأمهات والآباء المرتقبين قبل الحمل وأثناءه.
٤-٣	إعداد إرشادات ودعم وإضحين لترويج التغذية الجيدة، والنظم الغذائية الصحية، والنشاط البدني، ولتفادي تعاطي التبغ، والكحول، والمخدرات، والمواد السامة، والتعرض لها.

التوصية ٤: توفير الإرشادات والدعم بشأن اتباع نظام غذائي صحي، والخلود إلى النوم، وممارسة النشاط البدني في المرحلة المبكرة من الطفولة لضمان ترعرع الأطفال على النحو المناسب واكتسابهم لعادات صحية.

١-٤	إنفاذ تدابير تنظيمية مثل "المدونة الدولية لقواعد تسويق بدائل لبن الأم" والقرارات اللاحقة لجمعية الصحة العالمية.
٢-٤	ضمان أن تمارس كل مرافق الأمومة بشكل كامل "الخطوات العشر للرضاعة الطبيعية الناجحة".
٣-٤	ترويج فوائد الرضاعة الطبيعية للأم والطفل على السواء عبر التوعية الواسعة للأمهات والآباء وللمجتمع المحلي بشكل عام.
٤-٤	مساندة الأمهات في الرضاعة الطبيعية من خلال تدابير تنظيمية مثل إجازة الأمومة، وما يلزم من مرافق ووقت للإرضاع في مكان العمل.
٥-٤	وضع لوائح بشأن تسويق الأطعمة والمشروبات التكميلية بما يتماشى مع توصيات المنظمة للحد من استهلاك الرضع وصغار الأطفال للأطعمة والمشروبات الغنية بالدهون والسكر والملح.
٦-٤	توفير الإرشاد والدعم الواضحين لمقدمي خدمات الرعاية لتفادي فئات خاصة من الأغذية (مثل عصائر الفاكهة والألبان المحلاة بالسكر، أو الأغذية الغنية بالطاقة والفقيرة بالمغذيات) من أجل الوقاية من زيادة الوزن المفرط.
٧-٤	توفير الإرشاد والدعم الواضحين لمقدمي خدمات الرعاية لتشجيع استهلاك طائفة متنوعة واسعة من الأغذية الصحية.
٨-٤	توفير الإرشاد إلى مقدمي خدمات الرعاية بشأن ما هو مناسب من تغذية، ونظام غذائي، وحجم الحصص الغذائية لكل فئة عمرية.
٩-٤	ضمان تقديم الأغذية، والمشروبات، والوجبات الخفيفة الصحية فقط في المؤسسات أو السياقات الرسمية لرعاية الأطفال.
١٠-٤	ضمان إدراج التوعية والفهم الغذائيين في المناهج الدراسية للمؤسسات أو السياقات الرسمية لرعاية الأطفال.
١١-٤	ضمان إدراج النشاط البدني في الروتين اليومي والمناهج الدراسية للمؤسسات أو السياقات الرسمية لرعاية الأطفال.
١٢-٤	توفير الإرشاد بشأن ما هو مناسب من وقت للنوم، أو قلة الحركة، أو وقت مشاهدة التلفزيون، والنشاط البدني أو اللعب النشط للفئة العمرية بين سنتين وخمس سنوات.
١٣-٤	اجتذاب دعم المجتمع بأكمله للفائمين بالرعاية ولسياقات رعاية الأطفال بغية ترويج أنماط الحياة الصحية لصغار الأطفال.

التوصية ٥: تنفيذ برامج شاملة ترَوِّج لإيجاد بيئات مدرسية صحية، والتثقيف بالشؤون الصحية والتغذية، وممارسة النشاط البدني فيما بين صفوف الأطفال والمراهقين الذين هم في سن الدراسة.

- ١-٥ إرساء معايير للوجبات التي تقدمها المدارس، أو الأطعمة أو المشروبات التي تُباع في المدارس، بما يلبي المبادئ التوجيهية للتغذية الصحية.
- ٢-٥ إلغاء تقديم أو بيع الأغذية غير الصحية، مثل المشروبات المحلاة بالسكر، والأغذية الغنية بالطاقة والفقيرة بالمغذيات، في البيئة المدرسية.
- ٣-٥ ضمان الحصول على مياه صالحة للشرب في المدارس والمرافق الرياضية.
- ٤-٥ اشتراط إدراج التوعية التغذوية والصحية ضمن المناهج الدراسية الأساسية.
- ٥-٥ النهوض بالدراية التغذوية وبمهارات الأمهات والآباء ومقدمي الرعاية.
- ٦-٥ إتاحة صفوف إعداد الأطعمة للأطفال، وأمهاتهم وآبائهم، والقائمين على رعايتهم.
- ٧-٥ إدراج التربية الرياضية الممتازة في المناهج الدراسية وتوفير ما هو كاف ومناسب من موظفين ومرافق لدعم ذلك.

التوصية ٦: توفير خدمات أسرية متعددة المكوّنات لإدارة نمط الحياة والوزن في صفوف الأطفال والشباب المعانين من السمنة.

- ١-٦ إيجاد ودعم خدمات مناسبة لمراقبة وزن الأطفال والمراهقين مفرطي الوزن أو السمان على أن تكون مستندة إلى متابعة الأسرة، ومتعددة المكوّنات (بما في ذلك التغذية، والنشاط البدني، والدعم الاجتماعي النفسي) وأن تتولى تقديمها أفرقة متعددة المهن ومدربة كما ينبغي ولديها موارد مناسبة، في إطار التغطية الصحية الشاملة.

الإجراءات والمسؤوليات المتعلقة بتنفيذ التوصيات

الإجراءات والمسؤوليات الملقة على عاتق:

منظمة الصحة العالمية:

- (أ) إضفاء الطابع المؤسسي على نهج شامل يدوم طوال العمر للقضاء على سمنة الأطفال وذلك عبر كل المجالات التقنية المعنية في المقر الرئيسي للمنظمة ومكاتبها الإقليمية والقطرية.
- (ب) وضع إطار، بالتشاور مع الدول الأعضاء، لتنفيذ توصيات اللجنة.
- (ج) تعزيز القدرة على تقديم الدعم التقني للعمل على القضاء على سمنة الأطفال على المستويين العالمي والإقليمي والمستوى الوطني.
- (د) دعم الوكالات الدولية، والحكومات الوطنية، والجهات المعنية صاحبة المصلحة في الاعتماد على الالتزامات القائمة لضمان تنفيذ الإجراءات المتعلقة بالقضاء على سمنة الأطفال على المستويين العالمي والإقليمي والمستوى الوطني.
- (هـ) تعزيز البحوث التعاونية بشأن القضاء على سمنة الأطفال مع التركيز على النهج الذي يمتد على مدار العمر.
- (و) تقديم التقارير عن التقدم المحرز على طريق القضاء على سمنة الأطفال.

المنظمات الدولية:

(أ) التعاون على بناء القدرات ودعم الدول الأعضاء في التصدي لسمنة الأطفال.

الدول الأعضاء:

(أ) احتياز الملكية، وتوفير القيادة، وقطع الالتزامات السياسية بشأن معالجة سمنة الأطفال على المدى الطويل.

(ب) تنسيق مساهمات جميع القطاعات والمؤسسات الحكومية المسؤولة عن السياسات، بما في ذلك، وعلى سبيل المثال لا الحصر، ما يلي: التعليم؛ والأغذية والزراعة؛ والتجارة والصناعة؛ والتنمية؛ والشؤون المالية والإيرادات؛ والرياضة والاستجمام؛ والاتصالات؛ والتخطيط البيئي والعمراني؛ والنقل والشؤون الاجتماعية؛ والتبادل التجاري.

(ج) ضمان جمع بيانات منسب كتلة الجسم حسب السن فيما يتعلق بالأطفال، بما في ذلك الفئات العمرية غير المرصودة حالياً، وتحديد أهداف وطنية بشأن سمنة الأطفال.

(د) وضع مبادئ توجيهية، وتوصيات بشأن إجراءات السياسات التي تكفل الإشراف المناسب للقطاعات المعنية، بما في ذلك القطاع الخاص، حسب الاقتضاء، بغية تنفيذ التدابير الرامية إلى الحد من سمنة الأطفال.

الجهات الفاعلة غير الدول**المنظمات غير الحكومية:**

(أ) العمل على تسليط الأضواء على الوقاية من سمنة الأطفال من خلال جهود الدعوة ونشر المعلومات.

(ب) حفز المستهلكين على أن يطالبوا الحكومات بمساندة أنماط الحياة الصحية، وبأن توفر صناعة الأغذية والمشروبات غير الكحولية منتجات صحية، وألا تسوّق الأغذية غير الصحية والمشروبات المحلاة بالسكر في صفوف الأطفال.

(ج) الإساهم في وضع وتنفيذ آلية للرصد والمساءلة.

القطاع الخاص:

(أ) مساندة إنتاج الأغذية والمشروبات غير الكحولية التي تسهم في النظام الغذائي الصحي وتيسير الحصول عليها.

(ب) تيسير سبيل ممارسة النشاط البدني والمشاركة فيه.

المؤسسات الخيرية:

(أ) الإقرار بأن سمنة الأطفال تهدد صحتهم، وتحصيلهم الدراسي، ومعالجة هذه المسألة المهمة.

(ب) تعبئة الأموال اللازمة لدعم البحوث، وبناء القدرات، وإتاء الخدمات.

المؤسسات الأكاديمية:

(أ) إبراز أهمية الوقاية من سمنة الأطفال من خلال نشر المعلومات وإدراج هذه المسألة في المناهج الدراسية المناسبة.

(ب) التصدي لفجوات المعرفة القائمة بتوفير البيّنات المؤيدة لتنفيذ السياسات.

(ج) دعم أنشطة الرصد والمساءلة.

- ٨- وتتمثل العقبة الكبرى أمام التقدم الفعال على طريق الحد من سمنة الأطفال في الافتقار إلى الالتزام السياسي وعجز الحكومات والجهات الفاعلة الأخرى عن احتياز الملكية، وتسهم القيادة، واتخاذ التدابير الضرورية.
- ٩- ومن واجب الحكومات أن تستثمر في نظم متينة للرصد والمساءلة بغية تتبع انتشار سمنة الأطفال. وتتسم هذه النظم بأهمية حيوية في توفير البيانات اللازمة لوضع السياسات وفي إتاحة البيانات عن أثر التدخلات وفعاليتها.
- ١٠- وتقرّ اللجنة أهمية ضرورة معالجة المسألة المعقدة لسمنة الأطفال. ولمنظمة الصحة العالمية، وسائر المنظمات الدولية ودولها الأعضاء، والجهات الفاعلة غير الدول، دور حاسم تضطلع به في تطويع الزخم وضمان بقاء كل القطاعات ملتزمة بالعمل معاً للوصول إلى خاتمة إيجابية.

الإجراءات والمسؤوليات المتعلقة بتنفيذ التوصيات

- ٥١- تدرك اللجنة أن التنفيذ الناجح للتوصيات يتطلب التزام عدد من الوكالات بتوفير المدخلات، والتركيز، والدعم. وتشمل الإجراءات والمسؤوليات ما يلي:

المبررات

من الضروري المحافظة على الزخم لمعالجة هذه المسألة المعقدة وبالبلغة الأهمية. ويمكن للمنظمة أن تدير الحوار الرفيع المستوى وتدعو إلى إجراءات ضمن منظومة الأمم المتحدة ومع الدول الأعضاء وفيما بينها، بغية البناء على الالتزامات المقدمة في إطار أهداف التنمية المستدامة، والإعلان السياسي للاجتماع الرفيع المستوى للجمعية العامة بشأن الوقاية من الأمراض غير المعدية (غير السارية) ومكافحتها، وإعلان روما الصادر عن المؤتمر الدولي الثاني المعني بالتغذية، لتناول الإجراءات المفصلة في هذا التقرير من أجل وضع حد لسمنة الأطفال.^١

ويمكن للمنظمة، اعتماداً على وظيفتها المتصلة بوضع القواعد والمعايير على المستوى العالمي وعبر شبكة مكاتبها الإقليمية والقطرية، أن تقدم المساعدة التقنية من خلال وضع المبادئ التوجيهية والأدوات والمعايير أو الاستناد إليها لدعم توصيات اللجنة وسائر المهام المعنية للمنظمة على الصعيد القطري.

وبمقدور المنظمة أن تعمم الإرشادات المتعلقة بالتنفيذ والرصد والمساءلة، وأن ترصد التقدم المحرز في مجال القضاء على سمنة الأطفال وتبلغ عنه.

الإجراءات

منظمة الصحة العالمية:

(أ) إضفاء الطابع المؤسسي على نهج شامل يدوم طوال العمر للقضاء على سمنة الأطفال وذلك عبر كل المجالات التقنية المعنية في المقر الرئيسي لمنظمة الصحة العالمية ومكاتبها الإقليمية والقطرية.

(ب) وضع إطار، بالتشاور مع الدول الأعضاء، لتنفيذ توصيات اللجنة.

(ج) تعزيز القدرة على توفير الدعم التقني للعمل على القضاء على سمنة الأطفال على المستويين العالمي، والإقليمي، والمستوى الوطني.

(د) دعم الوكالات الدولية، والحكومات الوطنية، والجهات المعنية صاحبة المصلحة في الاعتماد على الالتزامات القائمة لضمان تنفيذ الإجراءات المتعلقة بالقضاء على سمنة الأطفال على المستويين العالمي، والإقليمي، والمستوى الوطني.

١ انظر ملحق الوثيقة ج ٨/٦٩ من أجل الاطلاع على كامل المعلومات.

(هـ) تعزيز البحوث التعاونية بشأن القضاء على سممة الأطفال مع التركيز على النهج الذي يمتد على مدار العمر.

(و) تقديم التقارير عن التقدم المحرز على طريق القضاء على سممة الأطفال.

المنظمات الدولية:

يسمح التعاون فيما بين المنظمات الدولية بما فيها وكالات الأمم المتحدة الأخرى بتعزيز إرساء علاقات الشراكة والشبكات على الصعيدين العالمي والإقليمي من أجل الدعوة، وتعبئة الموارد، وبناء القدرات، والبحث القائم على التعاون. ويمكن لفرقة عمل الأمم المتحدة المشتركة بين الوكالات والمعنية بالأمراض غير السارية أن تدعم الدول الأعضاء في التصدي لسممة الأطفال.

(أ) التعاون على بناء القدرات ودعم الدول الأعضاء في التصدي لسممة الأطفال.

الدول الأعضاء:

تقع على عاتق الحكومات المسؤولية النهائية في ضمان انطلاقة صحية لمواطنيها على درب الحياة. وعليه، لا ينبغي تفسير الاضطلاع بدور نشط في التصدي لسممة الأطفال على أنه تدخل في الخيارات الشخصية، إذ إنه بالأحرى امتلاك الدولة لخاصية الأمور في نمو رأس مالها البشري. ومن الجلي أن المشاركة النشطة للوكالات الحكومية المتعددة تعد أمراً ضرورياً للتصدي لسممة الأطفال على نحو فعال. وهناك ميل يمكن فهمه إلى اعتبار السممة مشكلة تخص قطاع الصحة.

(أ) احتياز الملكية، وتوفير القيادة، وقطع الالتزامات السياسية بشأن معالجة سممة الأطفال على المدى الطويل.

إلا أن الوقاية من سممة الأطفال تتطلب تنسيق مساهمات جميع القطاعات والمؤسسات الحكومية المسؤولة عن السياسات. ويجب على الحكومات وضع نهج ملائمة تشمل الحكومة ككل من أجل التصدي لسممة الأطفال. فضلاً عن ذلك، يتعين على الحكومات الإقليمية والمحلية إدراك التزاماتها وتسخير الموارد والجهود لضمان الاستجابة المنسقة والشاملة على هذه المسألة.

(ب) تنسيق مساهمات جميع القطاعات والمؤسسات الحكومية المسؤولة عن السياسات، بما في ذلك، وعلى سبيل المثال لا الحصر، ما يلي: التعليم؛ والأغذية والزراعة؛ والتجارة والصناعة؛ والتنمية؛ والشؤون المالية والإيرادات؛ والرياضة والاستجمام؛ والاتصالات؛ والتخطيط البيئي والعمرائي؛ والنقل والشؤون الاجتماعية؛ والتبادل التجاري.

يمكن للحكومات باستخدام هذه البيانات أن تحدد غايات ومعالم متوسطة متصلة بالسممة ومتسقة مع الغايات العالمية المتعلقة بالتغذية والأمراض غير السارية التي حددتها جمعية الصحة العالمية. وينبغي لها أن تدرج في أطر الرصد الوطنية الخاصة بها المؤشرات الدولية المتفق عليها والمرتبطة بحصائل السممة (لتتبع التقدم المحرز في تحقيق الغايات الوطنية) وتنفيذ برامج النظام الغذائي والنشاط البدني (بما في ذلك تغطية التدخلات) وبيئة السياسات المتعلقة بالسممة (بما في ذلك الترتيبات والقدرات والاستثمارات المؤسسية في مجال الوقاية من السممة ومكافحتها). ويتعين الاضطلاع بالرصد إلى أقصى حد ممكن عبر آليات الرصد القائمة.

(ج) ضمان جمع بيانات منسب كتلة الجسم حسب السن فيما يتعلق بالأطفال، بما في ذلك الفئات العمرية غير المرصودة حالياً، وتحديد أهداف وطنية بشأن سممة الأطفال.

(د) وضع مبادئ توجيهية، وتوصيات بشأن إجراءات السياسات التي تكفل الإشراك المناسب للقطاعات المعنية، بما في ذلك القطاع الخاص، حسب الاقتضاء،

بغية تنفيذ الإجراءات الرامية إلى الحد من سمنة الأطفال، على النحو الوارد في هذا التقرير .

الجهات الفاعلة غير الدول

هناك عدة طرق تمكّن الجهات الفاعلة غير الدول من الاضطلاع بدور مهم وداعم في مواجهة التحدي الذي تطرحه سمنة الأطفال. وكما يتبين من هذا التقرير، تتأثر سمنة الأطفال تأثراً شديداً بالسلوكيات المتعلقة بالأغذية والنشاط البدني والتغذية، وبالبيئة المدرسية والاجتماعية، وبالمواقف الثقافية بشأن مظهر الجسم، وبسلوك البالغين، وبتصرفات القطاع الخاص.

المنظمات غير الحكومية:

على الرغم من أن الحكومة هي التي تتولى أمر وضع إطار السياسات، فإن أنشطة إعداد حملات التوعية والمعلومات التغذوية، وتنفيذ البرامج، ورصد الجهات الفاعلة ومساءلتها بشأن الالتزامات المقدمة، هي من المهام التي تتقاسمها الحكومة مع المجتمع المدني في بعض البلدان.

ويمكن أن تشترك الحركات الاجتماعية أفراد المجتمع وتتيح منصة للدعوة والعمل.

(أ) العمل على تسليط الأضواء على الوقاية من سمنة الأطفال من خلال جهود الدعوة ونشر المعلومات.

(ب) حفز المستهلكين على أن يطالبوا الحكومات بمساندة أنماط الحياة الصحية، وبأن توفر صناعة الأغذية والمشروبات غير الكحولية منتجات صحية، وألا تسوّق الأغذية غير الصحية والمشروبات المحلاة بالسكر في صفوف الأطفال.

(ج) الإسهام في وضع وتنفيذ آلية للرصد والمساءلة.

القطاع الخاص:

ليس القطاع الخاص بالكيان المتجانس إذ إنه يشمل قطاع الإنتاج الغذائي الزراعي، ودوائر صناعة الأغذية والمشروبات غير الكحولية، وباعة التجزئة، وشركات خدمات الأغذية، ومصنعي السلع الرياضية، وشركات الإعلان والترفيه، ووسائل الإعلام. ومن المهم بالتالي أن تؤخذ في الاعتبار هذه الكيانات التي تتصل أنشطتها اتصالاً مباشراً أو غير مباشر بسمنة الأطفال إيجابياً أو سلبياً. ومن الضروري أن تتخربط البلدان بصورة بناءة مع القطاع الخاص لتشجيع تنفيذ السياسات والتدخلات.

(أ) مساندة إنتاج الأغذية والمشروبات غير الكحولية التي تسهم في النظام الغذائي الصحي وتيسير الحصول عليها.

(ب) تيسير سبيل ممارسة النشاط البدني والمشاركة فيه.

وتدرك اللجنة أن هناك عدداً من مبادرات القطاع الخاص التي يمكن لها أن تخلف أثراً إيجابياً على سمنة الأطفال. ومن الضروري تشجيع هذه المبادرات حيثما تكون مسندة بقاعدة من البيانات. ويكتسي التعاون الدولي أهمية حيوية إذ إن العديد من الشركات تعمل على

الصعيد العالمي. على أنه يجب الاهتمام أيضاً بالكيانات والحرفيين على المستويين المحلي والإقليمي. وقد سبق أن أدت علاقات التعاون مع دوائر الصناعة إلى بعض الحصائل المشجعة فيما يتصل بالنظام الغذائي والنشاط البدني. ويمكن تسريع وتيرة تحقيق المكاسب الصحية على نطاق العالم عبر مبادرات دوائر صناعة الأغذية الرامية إلى الحد من محتويات الدهون والسكر والملح وأحجام وجبات الأغذية المجهزة، وزيادة إنتاج الخيارات الابتكارية والصحية والمغذية.

وترى اللجنة أن من الممكن إحراز تقدم حقيقي عن طريق المشاركة البناءة القائمة على الشفافية والمساءلة مع القطاع الخاص.

المؤسسات الخيرية:

تمتع المؤسسات الخيرية بموقع فريد يتيح لها الإسهام بشكل كبير في الصحة العمومية العالمية والمشاركة أيضاً في أنشطة الرصد والمساءلة.

(أ) الإقرار بأن سمنة الأطفال تهدد صحتهم، وتحصيلهم الدراسي، ومعالجة هذه المسألة المهمة.

(ب) تعبئة الأموال اللازمة لدعم البحوث، وبناء القدرات، وإيتاء الخدمات.

المؤسسات الأكاديمية:

يمكن أن تساهم المؤسسات الأكاديمية في التصدي لسمنة الأطفال عبر الدراسات عن عوامل الخطر والمحددات البيولوجية والسلوكية والبيئية، وعن فعالية التدخلات في كل مجال من هذه المجالات.

(أ) إبراز أهمية الوقاية من سمنة الأطفال من خلال نشر المعلومات وإدراج هذه المسألة في المناهج الدراسية المناسبة.

(ب) التصدي لفجوات المعرفة القائمة بتوفير البيانات المؤيدة لتنفيذ السياسات.

(ج) دعم أنشطة الرصد والمساءلة.

[تتناول الفقرات من ٥٢ إلى ٦١ والفقرة ٦٢ مواضيع الرصد والمساءلة والاستنتاجات على التوالي.]

الملحق ١٣

التوصيات الواردة في تقرير لجنة المراجعة المعنية بدور اللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥) في مواجهة فاشية الإيبولا والاستجابة لها ١

[ج٦٩/٢١، الملحق - ١٣ أيار/ مايو ٢٠١٦]

[تتضمن الفقرات من ١ إلى ١٢ الموجز، وتتناول الفقرات من ١ إلى ١٥٠ من التقرير الرئيسي المقدمة والمعلومات الأساسية وأساليب العمل ومدى فعالية تنفيذ اللوائح الصحية الدولية في إطار مكافحة وباء الإيبولا: دور الدول الأعضاء.]

التوصيات

١٥١- إذا كان العالم جاداً في رغبته في التأهب لطوارئ الصحة العمومية والاستجابة لها بسرعة وفعالية في المستقبل، يجب عليه أن يزيد من الأولوية المعطاة للوائح، وأن يعالج الإجحافات التي شابت الاستجابة العالمية للإيبولا، وأن يعزز دور المنظمة في تنسيق تنفيذ اللوائح.

١٥٢- وتنقسم توصياتنا إلى مجموعتين، وهما: (١) استراتيجية لضمان تنفيذ اللوائح بالاستناد إلى اقتراحات جديدة (التوصيات ١-٦)؛ (٢) وتحسين تنفيذ اللوائح بتعزيز نهج التنفيذ القائمة بالفعل (التوصيات ٧-١٢).

التوصية ١: تنفيذ اللوائح لا تعديلها

وجدت لجنة المراجعة ما يلي:

١٥٤- ترى هذه اللجنة أن جوانب الفشل في الاستجابة الدولية للإيبولا لم تنتج عن أوجه قصور جسيمة في نص اللوائح. وترى لجنة المراجعة أن اللوائح تظل إطاراً قانونياً لا غنى عنه للوقاية من الانتشار الدولي للمخاطر المحدقة بالصحة العمومية واحتوائها. وأن التحدي العام الذي تطرحه اللوائح يتمثل في ضعف التنفيذ.

١٥٥- وبعد استعراض دقيق للوائح، رأت لجنة المراجعة أن بدء عملية التعديل سوف تستغرق عدة سنوات في حين أن تنفيذ اللوائح يعد أمراً عاجلاً؛ وقد تصرف هذه العملية التركيز بعيداً عن تنفيذ اللوائح لينصب على مناقشة نطاقها أو آليتها أو صياغتها. وعلى الرغم من إقرار اللجنة بأن بعض أحكام اللوائح تحتاج دون شك، إلى التحسين، من أجل تبسيط عملية إصدار التوصيات الدائمة مثلاً، فقد شعرت اللجنة بأن مخاطر إجراء التعديلات تفوق أي فوائد محتملة بكثير.

١٥٦- وعند إعداد التوصيات الجديدة الواردة في هذا التقرير، قررت لجنة المراجعة أن اللوائح لا تتطلب التعديل.

١ انظر المقرر الإجرائي جص ع٦٩ (١٤) (٢٠١٦).

وتوصي لجنة المراجعة بما يلي:

لا يوجد داعٍ لبدء عملية لتعديل اللوائح في الوقت الحاضر ولا فائدة من ذلك.

التوصية ٢: وضع خطة استراتيجية عالمية لتحسين تأهب الصحة العمومية واستجابتها

وجدت لجنة المراجعة ما يلي:

١٥٧- على الرغم من أن المنظمة قد وضعت إرشادات تقنية، واستراتيجيات إقليمية، وقدمت المشورة إلى البلدان على أساس مخصص بشأن التنفيذ، فإن غياب استراتيجية جامعة لإرشاد البلدان بشأن كيفية تطبيق اللوائح تطبيقاً عملياً ورصد التقدم المحرز على الصعيد العالمي، قد أسهم في كون العالم لم يتأهب بعد تأهباً كافياً للطوارئ الصحية العمومية الرئيسية. فضلاً عن ذلك، فمن الواضح أن البلدان التي تفتقر إلى الموارد ستعجز بمفردها عن تحقيق المتطلبات الخاصة بالقدرة الأساسية بحلول نهاية المهلة المحددة في حزيران/يونيو ٢٠١٦. ولن يفيد تحديد مواعيد نهائية غير رسمية أخرى دون وضع استراتيجية لملكية البلدان ودعمها، في تحقيق أي غرض. وإنما يلزم وضع استراتيجية عالمية تنص على غايات ومعالم رئيسية طموحة ولكن قابلة للتحقيق.

١٥٨- وأشارت لجنة المراجعة إلى التحدي الذي تطرحه الموازنة بين ضرورة اتخاذ إجراءات سريعة والواقع القائل بأن الدول الأطراف التي تفتقر إلى الموارد لن تتجح في تعزيز النظم الصحية على النحو اللازم خلال فترة وجيزة. وترى اللجنة أن الاستجابة الملائمة لهذا التحدي تتمثل في خطة عشرية لتحسين المتواصل لتأهب الصحة العمومية، مع التركيز على تنفيذ اللوائح كأولوية في السنوات الثلاث الأولى.

وتوصي لجنة المراجعة بما يلي:

ينبغي لأمانة المنظمة قيادة وضع خطة استراتيجية عالمية لتحسين تأهب الصحة العمومية بالتعاون مع الدول الأطراف وسائر أصحاب المصلحة، لضمان تنفيذ اللوائح ولاسيما إرساء القدرات الأساسية ورصدها. وينبغي الاسترشاد بالخطة الاستراتيجية العالمية في وضع خطط المكاتب الإقليمية والخطط الوطنية.

أمانة المنظمة والدول الأطراف

١-٢ ينبغي للخطة الاستراتيجية ما يلي:

١-٢-١ أن تُعد كي تعتمدها جمعية الصحة العالمية في عام ٢٠١٧ ثم تُعرض على الجمعية لإجراء استعراض سنوي للتقدم الذي تُحرزه البلدان وشركاء التنمية.

١-٢-٢ أن تضع برنامجاً لاستعراض القدرات الأساسية وتحسينها على نحو متواصل، باستخدام إطار المنظمة لرصد اللوائح الصحية الدولية وتقييمها.

١-٢-٣ أن تشتمل على مؤشرات العملية ومؤشرات الأداء الواضحة بهدف تحسين تنفيذ اللوائح وتأهب الصحة العمومية واستجابتها.

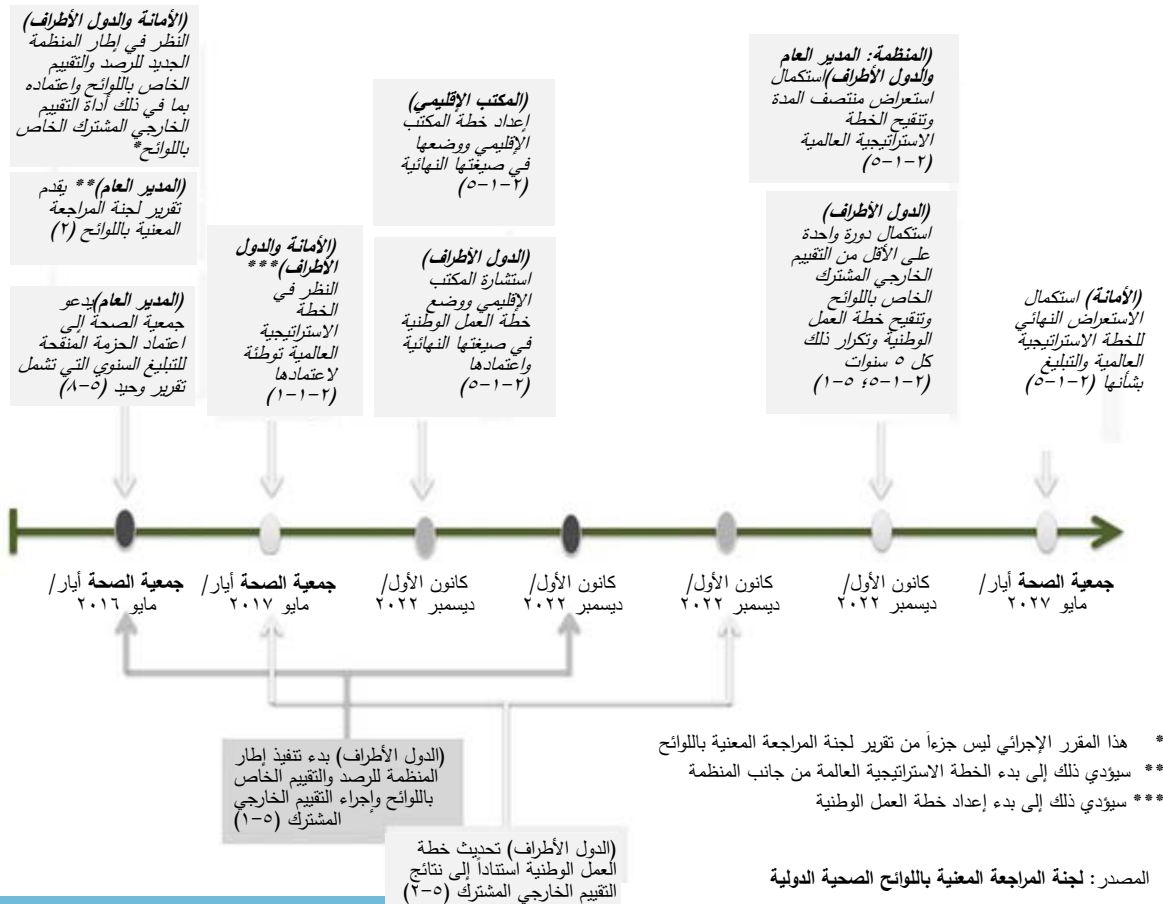
١-٢-٤ أن تشتمل على مؤشرات الأداء التي تقيّم جوانب القوة والضعف في الاستجابة العالمية لكل من "إندازات الصحة العمومية الدولية" (انظر التوصية ٦) وطوارئ الصحة العمومية التي تسبب قلقاً دولياً.

١-٢-٥ أن تخضع للإطار الزمني التالي (انظر الشكل ٧):

- بحلول كانون الأول/ديسمبر ٢٠١٧، ينبغي لكل دولة عضو أن تكون قد وضعت خطة محددة الأولويات لتطوير القدرات الأساسية الوطنية والحفاظ عليها ("خطة عمل وطنية")، بدعم من الشركاء الدوليين عند الاقتضاء. وينبغي موافقة الحكومات المعنية على هذه الخطط بالتشاور مع المكتب الإقليمي، وينبغي أن تتضمن مؤشرات وغايات من أجل تبليغ المنظمة (انظر التوصية ٥).

- ينبغي أن تتضمن خطة العمل الوطنية عمليات التقييم الداخلية المشتركة والخارجية المستقلة للقدرات القطرية التي تُجرى بانتظام على أساس دوري كل ٥ سنوات، وأن يقدم تقرير إلى جمعية الصحة العالمية عن كل عملية تقييم وربطه بالتدابير الرامية إلى تحسين القدرات أو الحفاظ عليها.
 - بحلول كانون الأول/ديسمبر ٢٠١٧، ينبغي لجميع المكاتب الإقليمية أن تضع خطط تنفيذية إقليمية محددة التكاليف والأولويات، يستمر بعد ذلك تنقيحها لدعم خطط العمل الوطنية ولضمان التحسين المتواصل على الصعيد القطري.
 - بحلول عام ٢٠٢٢، ينبغي لكل دولة طرف أن تكون قد استكملت دورة واحدة على الأقل من دورات التقييم الخارجي المشترك (انظر التوصية ٥) واستعراض خطة العمل الوطنية.
 - بحلول عام ٢٠٢٢، ينبغي للمنظمة أن تكون قد استكملت استعراض منتصف المدة للخطة الاستراتيجية العالمية للوقوف على التقدم المحرز وتنقيح الخطة وفقاً لذلك.
 - بحلول عام ٢٠٢٧، ينبغي للمنظمة أن تقدم تقريراً إلى جمعية الصحة العالمية بشأن استعراض الخطة الاستراتيجية العالمية واللوائح الصحية الدولية.
- ٢-٢ ينبغي للخطة الاستراتيجية العالمية أن تشمل الدعم المالي والتقني المقدم من المنظمة وشركاء التنمية والقطاع الخاص، وينبغي ربط هذا الدعم كحافز ببلوغ المعالم الرئيسية المحددة مسبقاً في خطة العمل الوطنية.

الشكل ٧: الإطار الزمني المقترح لتنفيذ التوصيتين ٢ و ٥



التوصية ٣: تمويل عملية تنفيذ اللوائح، بما في ذلك دعم الخطة الاستراتيجية العالمية

وجدت لجنة المراجعة ما يلي:

١٥٩- لم يعط العديد من الدول الأطراف وشركاء التنمية الدوليون اهتماماً كافياً بالتمويل والتعاون اللازمين من أجل تعزيز قدرات الصحة العمومية اللازمة بموجب اللوائح والحفاظ عليها. ويترشح تمويل تنفيذ القدرات الأساسية في البلدان المحدودة الموارد والدول الهشة تحدياً خاصاً أمام الدول الأطراف؛ فقد سلط وباء الإيبولا الضوء على أنه يتعذر تنفيذ اللوائح في هذه الأماكن دون الحصول على قدر كبير من الدعم المالي والتقني الخارجي قبل الحدث وأثنائه وبعده. وقد أفاد بعض البلدان المتضررة بأنها غير قادرة على ممارسة الملكية الوطنية للموارد التي يدخلها شركاء التنمية الدوليون إلى البلاد، ما يشير أيضاً إلى ضرورة زيادة التنسيق والقدرة على الصعيد الوطني.

١٦٠- ولم تُشكل لجنة المراجعة هذه بهدف إجراء تحليل مالي مفصل للمتطلبات المالية اللازمة لتنفيذ اللوائح. ومع ذلك، فقد أشارت اللجنة إلى أنها قد أجرت عمليات التقدير وأنها ترى أن المستوى الحالي للتمويل لا يسمح للمنظمة بالوفاء بولايتها العالمية في مجال الدعم والتنسيق على جميع المستويات. وتشير لجنة المراجعة إلى أن الفريق المعني بالتقييم المبدئي للإيبولا والفريق الرفيع المستوى التابع للأمم المتحدة يوصيان بزيادة الاشتراكات المُقدَّرة المقدمة إلى ميزانية المنظمة.

وتوصي لجنة المراجعة بما يلي:

ينبغي للمنظمة والدول الأطراف وشركاء التنمية الدوليين أن يقطعوا التزاماً عاجلاً بتوفير الدعم المالي على الصعيد الوطني والإقليمي والدولي من أجل التنفيذ الناجح للخطة الاستراتيجية العالمية.

الدول الأطراف

٣-١ ينبغي للدول الأطراف تخصيص الموارد الملائمة لتطوير القدرات الأساسية اللازمة بموجب اللوائح والحفاظ عليها وتقييمها، كعنصر ذي أولوية في النظام الصحي الوطني.

٣-٢ وينبغي للدول الأطراف زيادة المساهمات المقدمة إلى أمانة المنظمة بدءاً من عام ٢٠١٧، لإتاحة إنشاء برنامج فعال لتقدير المخاطر، وإدارة المخاطر، والتبليغ عن المخاطر في مجال الطوارئ الصحية، على صعيد المقر الرئيسي وعلى الصعيدين الإقليمي والقُطري، بما في ذلك صندوق المنظمة الاحتياطي للطوارئ، الذي يسمح للمنظمة بدعم الاستجابة الفعالة للطوارئ في البلدان المحدودة الموارد.

أمانة المنظمة

٣-٣ ينبغي للأمانة أن تقدم المساعدة إلى الدول الأطراف بالتعاون مع شركاء التنمية الدوليين، كجزء من الخطة الاستراتيجية العالمية، وخطة العمل الوطنية المحددة التكاليف من أجل تنفيذ اللوائح.

٣-٤ ينبغي للأمانة أن تيسر الشراكة بين البلدان ذات الموارد المحدودة والدول الأطراف الأخرى أو الأطراف الفاعلة الدولية لضمان إعطاء الأولوية للمساعدة التقنية والمالية. ويجب أن تتوقف هذه المساعدة على إجراء البلدان لاستعراض مستقل للقدرات الأساسية وربط الحوافز المالية ببلوغ المعالم الرئيسية المحددة مسبقاً.

٣-٥ ينبغي للأمانة أن تيسر التعاون بين شركاء التنمية والدول الأطراف من أجل التشجيع على توفير الحوافز المالية على الامتثال للمتطلبات من القدرات الأساسية وتقديم الدعم في الطوارئ الصحية العمومية المستجدة.

شركاء التنمية الدوليون

١٦١- ينبغي تنفيذ ما يلي دعماً للخطة الاستراتيجية العالمية وخطط المكاتب الإقليمية وخطط العمل الوطنية:

٦-٣ ينبغي لشركاء التنمية مثل مجموعة الأمم المتحدة الإنمائية، والبنك الدولي، والبلدان المتوسطة والمرتفعة الدخل، بموجب المادة ٤٤ من اللوائح، أن تواصل تقديم التمويل والدعم إلى البلدان التي تحتاج إلى الدعم المالي والتقني، وينبغي ربط هذا الدعم كحافز بالمعالم الرئيسية المحددة مسبقاً في الخطة الوطنية.

٧-٣ ينبغي للبنك الدولي أن يقوم بدعم من المنظمة، بزيادة إتاحة التمويل، وتمكين الدول الأطراف من تعزيز القدرات الأساسية اللازمة بموجب اللوائح بصفة عاجلة، مع التركيز على البلدان الأسرع تآثراً.

التوصية ٤: إنكفاء الوعي باللوائح وتأكيد الدور القيادي للمنظمة داخل منظومة الأمم المتحدة في تنفيذ اللوائح

وجدت لجنة المراجعة ما يلي:

١٦٢- توفر اللوائح إطاراً أساسياً متعدد الجوانب يجعل الدول الأطراف والمنظمة ملزمة قانوناً وفقاً لدستور المنظمة، باتفاق بشأن حماية سكان العالم من مخاطر الأمراض، ولاسيما تلك التي قد تنتشر على الصعيد الدولي. ومع ذلك، فليس هناك فهم كافٍ على الصعيد العالمي للوائح ولدورها الممكن أثناء طوارئ الصحة العمومية، على نطاق الحكومات ومنظومة الأمم المتحدة.

١٦٣- وأكدت البيانات المستمدة من أزمة الإيبولا الحاجة إلى قيادة واضحة في أزمات الصحة العمومية وفي مجال اللوائح سواءً بسواء. واعتبرت لجنة المراجعة أن هذه القيادة تقع في صميم ولاية المنظمة. وقد نظرت اللجنة في توصية الفريق الرفيع المستوى التابع للأمم المتحدة بإنشاء لجنة رفيعة المستوى تُعنى بأزمات الصحة العمومية العالمية. ومع الإقرار بأهمية إنكفاء الوعي بشأن اللوائح على الصعيد العالمي، فإن اللجنة ترى أن هذا الهيكل قد يكرر ولاية المنظمة، ويؤدي بالتالي إلى اختلاط الأمور في تصريف الشؤون أثناء الطوارئ وفي صلاحيات جمعية الصحة العالمية. وأكدت اللجنة أهمية اضطلاع المنظمة بدور القيادة في تنفيذ اللوائح.

وتوصي لجنة المراجعة بما يلي:

تحسين الوعي باللوائح والإقرار بها داخل منظومة الأمم المتحدة عن طريق تعيين جهة تتولى الدعوة. وتأكيد الدور الرئيسي للمنظمة في قيادة تنفيذ اللوائح وحكمه.

الأمين العام للأمم المتحدة

١-٤ ينبغي للأمين العام للأمم المتحدة أن ينظر في إدراج ولاية في صلاحيات الممثل الخاص للأمين العام للأمم المتحدة للحد من مخاطر الكوارث، ليعمل كمسؤول عن الدعوة إلى اللوائح من أجل ضمان الفهم الجيد للوائح، ووضعها في مكانة بارزة على صعيد القطاعات في الحكومات وفي المنظمات الدولية، ورصد تنفيذها المتواصل عن كثب. ومن شأن ذلك أن يحسن الوعي العالمي والإقرار باللوائح وأن يشكل رسالة قوية من خارج المنظمة بشأن أهمية اللوائح بالنسبة إلى حكومات البلدان وليس فقط بالنسبة إلى وزارات الصحة.

المدير العام لمنظمة الصحة العالمية والأمين العام للأمم المتحدة

٢-٤ ينبغي للمدير العام لمنظمة الصحة العالمية والأمين العام للأمم المتحدة تعزيز الدور المحوري للمنظمة في تقدير المخاطر وإدارتها والتبليغ بشأنها فيما يتعلق بطوارئ الصحة العمومية (انظر التوصية ١٢). ولا تدعم لجنة المراجعة إنشاء لجنة رفيعة المستوى تُعنى بأزمات الصحة العمومية العالمية على النحو المقترح حالياً، وتوصي اللجنة بأن يتشاور الأمين العام للأمم المتحدة والمدير العام للمنظمة معاً قبل اتخاذ أي قرارات بشأن تنفيذ التوصية ٢٦ الواردة في تقرير الفريق الرفيع المستوى التابع للأمم المتحدة.

٣-٤ وتمشياً مع الدور القيادي للمنظمة في تنسيق الاستجابة العالمية الشاملة لقطاعات متعددة لطوارئ الصحة العمومية، توصي لجنة المراجعة بإجراء مشاورات مبكرة بين مدير المنظمة والأمين العام للأمم المتحدة لتيسير حشد استجابة عالمية فعالة ومنسقة.

التوصية ٥: اعتماد التقييم الخارجي للقدرات الأساسية وتعزيزه

وجدت لجنة المراجعة ما يلي:

١٦٤- استند تقييم التقدم الذي أحرزته الدول الأطراف في إرساء القدرات الأساسية اللازمة بموجب اللوائح في معظمه إلى التقييم الذاتي. وعلى الرغم من أن المنظمة قد شاركت في هذا التقييم، فإن التقييم الذاتي يشوبه العديد من جوانب الضعف. فالخبرات المكتسبة مثلاً من التقييم الخارجي الذي أُجري في نهاية عام ٢٠١٤ بدعم من المنظمة في إقليم شرق المتوسط كشف عن جوانب قصور في القدرات الأساسية لم يحددها التقييم الذاتي السابق أو يقر بها. ومن ثم، فإن التقييم الخارجي يبدو مكملاً ضرورياً. ولاحظت اللجنة أنه نظراً لأن برنامج العمل من أجل الأمن الصحي العالمي يتطلب هو الآخر أن تبلغ البلدان المشاركة فيه بشأن تنفيذ اللوائح الصحية الدولية، فإن احتمال أن ينشأ نظامان متوازيان قائم وقد يمثلان عبئاً على البلدان. ورحبت اللجنة بإطار رصد اللوائح الصحية الدولية وتقييمها، الذي يشمل إعداد أداة التقييم الخارجي المشترك الشامل لجميع الأخطار الخاص باللوائح، بالتعاون مع برنامج العمل من أجل الأمن الصحي العالمي. وسوف يقدم النهج الجديد الخاص بالتقييم إلى جمعية الصحة العالمية التاسعة والستين، وتشجع اللجنة على اعتمادها. وتعرفت اللجنة على أطر التقييم الأخرى ذات الصلة، ولاحظت أن الأطر الأخرى تتيح تقديراتها للاطلاع العام.

وتوصي لجنة المراجعة بما يلي:

يصبح التقييم الذاتي الذي يكمله التقييم الخارجي للقدرات الأساسية اللازمة بموجب اللوائح معترفاً به كأفضل الممارسات لرصد تنفيذ اللوائح وتعزيزه.

الدول الأطراف

١-٥ بدءاً من عام ٢٠١٦، ينبغي لجميع الدول الأطراف أن تتعجل بإجراء تقييم لقدراتها الأساسية^١ باستخدام إطار المنظمة لرصد اللوائح الصحية الدولية وتقييمها بما في ذلك أداة التقييم الخارجي المشترك الخاص باللوائح، على أن ينفذه فريق متكامل للتقييم الداخلي والخارجي تعينه المنظمة وتعمده الدولة الطرف، ويمول تمويلاً مشتركاً، لتحقيق الحد الأقصى من الموضوعية، وضمان إحالة نتائج هذه التقييمات إلى المنظمة على الفور. وينبغي لكل دولة طرف أن تستكمل التقييم الخارجي المشترك الأول بحلول كانون الأول/ديسمبر ٢٠١٩، وتكراره على الأقل كل خمس سنوات.

١ بموجب المواد ٥ و ١٣ و ١٩ و ٢٠ من اللوائح والمرفقين ١ ألف و ١ باء.

٢-٥ ينبغي أن تحدث الدول الأطراف خطط العمل الوطنية (انظر التوصية ٢-١-٥) في غضون سنة واحدة من إجراء التقييم باستخدام أداة التقييم الخارجي المشترك الخاص باللوائح، بدعم من المكاتب الإقليمية والقُطرية التابعة للمنظمة حسب الاقتضاء. وينبغي أن تتناول هذه الخطة تحديد الثغرات في القدرات وفقاً للأولويات الوطنية وأولويات الصحة العمومية بموجب اللوائح. ومن أجل سد الثغرات في القدرات التي لا يمكن معالجتها باستخدام الموارد الوطنية، ينبغي للدول الأطراف أن تقيم شراكات نشيطة مع البلدان الشريكة أو غيرها من شركاء التنمية الدوليين (انظر التوصية ١٢).

٣-٥ وينبغي للدول الأطراف التي لم تحقق بعد الحد الأدنى من القدرات الأساسية، أن تقدم تقريراً سنوياً إلى جمعية الصحة العالمية، بدءاً من أيار/ مايو ٢٠١٧، يشتمل على معلومات محددة عن التقدم الذي أحرزته وعن حصائل كل مجال من مجالات التقييم باستخدام أداة التقييم الخارجي المشترك الخاص باللوائح. وينبغي أيضاً على الدول الأطراف التي حققت هذه القدرات أن تقدم تقريراً سنوياً إلى المنظمة بشأن الأنشطة الخاصة بالحفاظ على القدرات وحالة القدرات في مختلف المجالات.

٤-٥ وتوخياً لعدم زيادة عبء التبليغ على الدول الأطراف على نحو غير ضروري، يمكن دمج أي من متطلبات التبليغ أو جميع هذه المتطلبات في تقرير وحيد إلى المنظمة.

أمانة المنظمة

٥-٥ ينبغي للمنظمة أن تُعد دليلاً للإرشادات وبرنامجاً للتدريب من أجل مساعدة البلدان على تنفيذ اللوائح في سياقاتها المحددة. وينبغي لهذه الإرشادات وهذا التدريب أن يوضحا المتطلبات من القدرات الأساسية، وعملية التقييم، والروابط بشركاء التنمية أو التمويل، وتبليغ المنظمة.

٦-٥ ونظراً لأن نظام التبليغ المزدوج يُعد عبئاً غير ضروري على الدول التي تقدم التقارير بموجب اللوائح وبموجب برنامج العمل من أجل الأمن الصحي العالمي كليهما، ينبغي للمنظمة أن تستخدم ولايتها الخاصة بالتنسيق العالمي لضمان استخدام برنامج العمل من أجل الأمن الصحي العالمي للتقارير نفسها الخاصة باللوائح.

٧-٥ وينبغي للمنظمة أن تستخدم نهجاً قائماً على المخاطر في تحديد أولويات الدعم التقني المقدم إلى الدول المحدودة الموارد والدول الهشة المعرضة لمخاطر الأمراض المستجدة والفاشيات.

٨-٥ وينبغي للمدير العام أن يدعو جمعية الصحة العالمية إلى الموافقة على إدخال التغييرات التالية في طريقة التبليغ السنوي من قبل الدول الأطراف والأمانة، بحيث تنطوي على تقرير وحيد بشأن تنفيذ اللوائح يُقدم إلى جمعية الصحة العالمية:

١-٨-٥ ينبغي للمنظمة أن تبليغ عن أداة التقييم التي استخدمتها الدول الأطراف أو اتفقت على استخدامها، بما في ذلك أداة التقييم الخارجي المشترك الخاص باللوائح.

٢-٨-٥ وفي كل دورة لجمعية الصحة العالمية، ينبغي للمنظمة أن توزع موجز نتائج جميع التقييمات (بما في ذلك تلك التي استخدمت أداة التقييم الخارجي المشترك الخاص باللوائح والتي لم تستخدمها) التي أُجريت خلال الأشهر الاثني عشر السابقة.

٣-٨-٥ وينبغي للمنظمة أن تُعلم جمعية الصحة العالمية بشأن كل دولة طرف قدمت إليها الدعم التقني أو أنواع الدعم الأخرى في تقييم القدرات الأساسية أو تطويرها/ الحفاظ عليها، وأن تلخص طبيعة هذا الدعم، بما في ذلك الدعم الذي قدمته أطراف ثالثة ويسرته المنظمة أو وضعت ترتيباته.

٥-٨-٤ ويجب على الدول الأطراف التي أعدت خطة عمل وطنية ضمان أن تقريرها السنوي المقدم إلى جمعية الصحة العالمية بشأن تنفيذ اللوائح يشتمل على أحدث المعلومات عن حالة التنفيذ والأنشطة الخاصة به والتقدم المحرز بشأنه، بالاستناد تحديداً إلى كل عنصر من العناصر المكونة لأحدث عمليات التقييم التي أجرتها وإلى خطتها الوطنية، وأنه يشتمل على الحالة العامة لقدراتها الأساسية والمجالات ذات الأولوية القصوى التي تتطلب اتخاذ المزيد من الإجراءات.

٥-٨-٥ وينبغي للدول الأطراف التي لم تستخدم أداة التقييم الخارجي المشترك الخاص باللوائح، أن تلخص نواياها بشأن تطوير قدراتها الأساسية والحفاظ عليها لما بعد عام ٢٠١٦، كجزء من التبليغ السنوي من خلال المنظمة إلى جمعية الصحة العالمية.

٥-٨-٦ وينبغي لجميع الدول الأطراف التي حصلت على تمديد ثانٍ للمهلة المحددة لإرساء القدرات الأساسية (أي المهلة المحددة في حزيران/يونيو ٢٠١٦)، أن تقدم تقريراً مرحلياً ختامياً إلى المنظمة بشأن التنفيذ على النحو المنظم والموضح في خطة التنفيذ التي وضعتها (في موعد أقصاه كانون الأول/ديسمبر ٢٠١٦، لإحالاته إلى جمعية الصحة العالمية في عام ٢٠١٧).

شركاء التنمية الدوليون

٥-٩ ينبغي لشركاء التنمية والبلدان المتوسطة والمرتفعة الدخل أن تستند إلى المبادرات القائمة، بما في ذلك النظر في "التوأمة" بين وزارات الصحة/مؤسسات الصحة العمومية الوطنية مثلاً، من أجل دعم تنفيذ اللوائح كجزء من نهج متكامل لتعزيز النظم الصحية، ولاسيما في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل والدول الهشة.

التوصية ٦: تحسين تقدير المخاطر والتبليغ عن المخاطر من جانب المنظمة

وجدت لجنة المراجعة ما يلي:

١٦٥- تتحمل المنظمة والدول الأطراف وفقاً للوائح، مسؤوليات محددة ولكن متكاملة في تقدير المخاطر وإدارة المخاطر والتبليغ عن المخاطر؛ ومع ذلك، فأتساءل الاستجابة لوباء الإيبولا، لم تحظ المنظمة ولا الدول الأطراف بالقدرة الكافية على الوفاء بهذه المسؤوليات على نحو ملائم. وفضلاً عن ذلك، فإن هذه المسؤوليات لم تتسق تنسيقاً جيداً.

١٦٦- ويُعد إعلان المدير العام أن حدث ما يشكل طارئة صحية عمومية تسبب قلقاً دولياً، أداة من أقوى أدوات اللوائح لإصدار العالم بوجود خطر كبير يهدد الصحة. ومع ذلك فالمعايير الخاصة بالدعوة إلى انعقاد لجنة طوارئ وإلى تحديد أن حدث ما يشكل طارئة صحية عمومية تسبب قلقاً دولياً، غير مفهومة للجميع، وكذلك المعايير الخاصة بانتهاء هذه الطارئة. وبالمثل، فلا توجد إرشادات توضح الولاية المستمرة لهذه اللجنة وكيفية التعامل مع الحدث، إذا ما دعا المدير العام إلى عقد لجنة طوارئ ثم قررت اللجنة أن الحدث لا يشكل طارئة صحية عمومية تسبب قلقاً دولياً. وقد يعني الطابع الثنائي للحدث الذي قد يعلن عن أنه يشكل طارئة صحية عمومية تسبب قلقاً دولياً أو لا، أن العالم مطالب بالتحول بسرعة من التراخي النسبي إلى حالة طوارئ دون إنذار كاف. ولذا يلزم إيجاد مستوى أوسط من الإنذار من أجل إصدار العالم بشأن المخاطر المحتملة - التي لا تفي بمعايير الطارئة الصحية العمومية التي تسبب قلقاً دولياً ولكنها تتطلب مع ذلك اتخاذ إجراءات منسقة للحد من الانتشار المحتمل للمرض. وفضلاً عن ذلك، فبخلاف عمليات تقدير المخاطر المتعددة المتبادلة مع مراكز الاتصال الوطنية المعنية باللوائح من خلال موقع المعلومات عن الأحداث، ليست هناك شفافية أو استعراض خارجي لعمل المنظمة الخاص بتقدير المخاطر. ويتعين على المنظمة أن تغير إجراءاتها من أجل تحسين فعالية وشفافية تقدير المنظمة للمخاطر المحدقة بالصحة العمومية التي قد تسبب قلقاً دولياً.

١٦٧- ولاحظت اللجنة أن هناك عدم رضاء عن عمليات المنظمة المتعلقة بالمعلومات، وأنه في العالم المترابط الذي نعيش فيه اليوم، يتعين على المنظمة أن تعيد النظر في الموازنة بين ملائمة توقيت المعلومات المقدمة ودقتها. وقد تفاقم الوضع بسبب انعدام المعارف عموماً بشأن اللوائح وآثارها العملية داخل الدول الأطراف والمنظمات التي كانت مطالبة بالاستجابة لأزمة الإيبولا في الوقت المناسب. ومع ذلك فإن المنظمة عندما قدمت المعلومات، كانت هذه المعلومات محل تقدير كبير وكانت مؤثرة.

وتوصي لجنة المراجعة بما يلي:

تشكل المنظمة لجنة استشارية دائمة، يكون غرضها الرئيسي الاستعراض المنتظم لتقدير المخاطر والتبليغ عن المخاطر من جانب المنظمة؛ وتنشئ المنظمة مستوى متوسطاً للإنذار من خلال فئة جديدة من المخاطر التي تتطلب المتابعة على نحو محدد، ويطلق عليه مسمى الإنذار الصحي العمومي الدولي، وتضع استراتيجية محدثة للتبليغ.

أمانة المنظمة

١-٦ ينبغي للأمانة أن تؤسس لجنة استشارية دائمة يتمثل غرضها الرئيسي في الاستعراض وإسداء المشورة إلى المدير العام على نحو منتظم بشأن تقدير المخاطر والتبليغ عن المخاطر. ومن شأن هذه اللجنة أن تزيد من شفافية عمليات تقدير المخاطر والتبليغ عن المخاطر التي تجريها المنظمة ومن جودتها وأن تعزز الثقة فيها. وفي رأي اللجنة، أن تشكيل لجنة استشارية دائمة قد يفيد في تقديم المشورة إلى المنظمة حول متى يكون الإنذار لازماً. ويتواءم إنشاء مثل هذه اللجنة مع ولاية المنظمة الخاصة بتقديم مشورة الخبراء في مجال الصحة العمومية، كما أنه يتواءم أيضاً مع اللوائح. وترد الاختصاصات وأساليب العمل الإرشادية الخاصة باللجنة الاستشارية الدائمة في التذييل الرابع.

٢-٦ وينبغي للأمانة أن تعتمد مستوىً جديداً من الإنذار يكون أدنى من الطارئة الصحية العمومية التي تسبب قلقاً دولياً، ويطلق عليه مسمى الإنذار الصحي العمومي الدولي. ومن شأن الإنذار الصحي العمومي الدولي أن يمثل طريقة مرنة وسريعة لتحقيق المستوى الأوسط للإنذار الذي طالبت به عدة أفرقة ودول أطراف، دون تعديل اللوائح. وسيطلب الإنذار الصحي العمومي الدولي إجراء تقدير محدد للمخاطر، يشتمل عند الاقتضاء، على الرأي الموضوعي للخبراء من أعضاء اللجنة الاستشارية الدائمة. وينبغي للمنظمة فيما يتعلق بالإنذار الصحي العمومي الدولي وبالطارئة الصحية العمومية التي تشكل قلقاً دولياً كليهما، أن تحدد الغرض من هذين الإنذارين ومعاييرهما والعواقب التشغيلية والمالية التي تترتب عليهما، في دليل متاح للاطلاع العام. وأما العوامل التي يتعين النظر فيها عند تحديد الإنذار الصحي العمومي الدولي، فينبغي أن تشمل ما يلي على سبيل المثال لا الحصر:

- طبيعة المرض
- الانتشار الجغرافي
- مدى تعقيد عملية تنسيق الاستجابة
- مدى الاهتمام السياسي والإعلامي
- إذا كان الحدث يتعلق بمرض استجد حديثاً
- إذا كان الحدث قد يؤدي إلى فرض قيود على حركة السفر والتجارة
- إذا كان الحدث يحتمل أن يتحول إلى طارئة صحية عمومية تسبب قلقاً دولياً

٣-٦ ولضمان اتساق الإجراءات المتعلقة بمستويات المخاطر والحد من اختلاط الأمور، ينبغي أن توثق العلاقة بين تصنيف المخاطر وإجراءات الاستجابة على نطاق اللوائح وإطار الاستجابة الطارئة المحدث ومستويات تشغيل اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات، على نحو واضح، وأن يبلغ بها جميع أصحاب المصلحة.

٤-٦ وينبغي للأمانة أن تضع استراتيجية للتبليغ عن المخاطر على صعيد المقر الرئيسي والمكاتب الإقليمية والفُطرية، تتيح ما يلي:

١-٤-٦ تقديم المعلومات الرسمية المركزة في الوقت الملائم، والتصدي بسرعة للمعلومات المغلوطة والظروف المتغيرة، باستخدام جميع أشكال الاتصال المتاحة.

٢-٤-٦ ودعم البلدان بتحسين التبليغ عن المخاطر عن طريق ما يلي: النشر السريع لتقديرات المخاطر فيما يتعلق بالمخاطر المحدقة بالصحة العمومية التي قد تسبب قلقاً دولياً؛ وتحديث المبادئ التوجيهية بشأن التبليغ عن الفاشيات^١ والمواد الأخرى التي تدعم التبليغ عن المخاطر من جانب الدول الأطراف، والتي يمكن تصميمها خصيصاً لتلائم الظروف المحلية، والتي تسعى إلى توفير المعلومات اللازمة لفهم اللوائح.

٣-٤-٦ تقديم الرسائل الواضحة والمتسقة والملائمة إلى الأطراف الفاعلة من القطاع الخاص (الشركات الصيدلانية، والمعنية بالسفر والتجارة والنقل مثلاً)، في وقت الطوارئ، لتمكينها من تعديل عملياتها وخططها وفقاً لهذه الرسائل وتلافي الإجراءات غير المبررة.

٤-٤-٦ واستخدام الأحكام الواردة في المادة ١١ من اللوائح استخداماً استباقياً وحازماً، من أجل تبادل المعلومات عن مخاطر الصحة العمومية مع الدول الأطراف والجمهور، والمشاركة مع الدول الأطراف وسائر أصحاب المصلحة في تعزيز فهم اللوائح والشفافية.

٥-٤-٦ وإنشاء قنوات للاتصالات النشيطة والتنسيق مع الوكالات الأخرى، بحيث يجري تبادل المعلومات على نحو متواصل، حتى يوضع الأساس للاتصالات الفعالة في وقت الأزمات.

٦-٤-٦ وصياغة نص جامع ومتسق ورسائل رئيسية بشأن الموضوعات البالغة الأهمية، لبحثها مباشرة على الممارسين في مجال الاتصالات كي يتسنى لأصحاب المصلحة المختلفين وضع رسائل محددة تتواءم معها. وسيؤدي ذلك إلى الحد من تضارب الرسائل واختلاط الأمور إلى أدنى قدر.

٧-٤-٦ وضمان زيادة ملكية عملية التواصل وحصائله ليس فقط داخل المنظمة (أي الاتصالات الداخلية المتسقة)، وإنما على صعيد مختلف أصحاب المصلحة الخارجيين أيضاً (أي الدول الأطراف والشركاء).

٨-٤-٦ وإنشاء قنوات استماع قوية (مسوح التصورات، وعمليات استطلاع الرأي العام، واستقاء آراء المجتمعات المحلية) من أجل التعرف على نحو أفضل على التصورات والثغرات في المعلومات، بحيث يمكن معالجتها في الوقت المناسب لملائمة الظروف المحلية.

الفرع الثاني: تحسين تنفيذ اللوائح بتعزيز نهج التنفيذ القائمة بالفعل

التوصية ٧: تعزيز الامتثال للشروط الخاصة بالتدابير الإضافية والتوصيات المؤقتة

وجدت لجنة المراجعة ما يلي:

١٦٨- تقدم التوصيات المؤقتة التي أصدرتها المديرية العامة بعد الإعلان عن طارئة صحية عمومية تسبب قلقاً دولياً، إرشادات تستند إلى تقدير الخبراء الموضوعي والمستقل. وأثناء طارئة الإيبولا، اعتمد العديد من البلدان تدابير صحية مقيدة غير ضرورية وغير مبررة تعارضت مع التوصيات المؤقتة، وأضررت بالسكان المحليين، وعطلت جهود الاستجابة العالمية.

١٦٩- وفي حين أن القيود غير الملائمة التي فرضتها الدول الأطراف كانت عاملاً رئيسياً في وقف عمل خطوط الطيران، كانت هناك عدة عوامل أخرى أسهمت في ذلك أيضاً. وشملت هذه العوامل على سبيل المثال، عدم تأمين سكن مأمون في الدول المتضررة لطواقم خطوط الطيران، والغياب المتصور لمرافق الحجر الطبي المأمونة لاستخدام الطواقم عند اللزوم، والمشكلات المتعلقة بالإجلاء الطبي الجوي للمرضى من أفراد الطواقم (الذي يُعزى في جزء منه إلى القيود غير الملائمة التي فرضتها البلدان)، وغياب المعلومات الرسمية الملائمة التوقيت اللازمة لصناع القرار في خطوط الطيران.

١٧٠- وليس هناك ما يمنع الدول الأطراف من تنفيذ تدابير لم توص بها المنظمة، ولكن يجب عليها الوفاء بعدد من الشروط المحددة في اللوائح. ولم يمثل العديد من الدول الأطراف لهذه الشروط أو لبعض منها. وفي بعض الأحيان، تواصل كبار المسؤولين في المنظمة على نحو مباشر مع الوزراء ورؤساء الحكومات ومع مراكز الاتصال الوطنية المعنية باللوائح للمطالبة بإلغاء التدابير المفرطة؛ ولكن جهودهم باءت في كثير من الأحيان بالفشل.

وتوصي لجنة المراجعة بما يلي:

ينبغي للدول الأطراف ضمان أن تدابير استجابة الصحة العمومية التي تتخذها تتمثل للوائح. ولهذا الغرض، ينبغي للمنظمة أن تزيد من الشفافية حول التدابير الإضافية التي تعتمد عليها الدول الأطراف، والدعاية حول التوصيات المؤقتة، وأن تبرم الشراكات مع المنظمات الدولية المعنية بالسفر والتجارة، وأن تشارك مع سائر أصحاب المصلحة المعنيين في القطاع الخاص.

أمانة المنظمة

٧-١ ينبغي للأمانة بعد تحديد طارئة صحية عمومية تسبب قلقاً دولياً، أن تعزز ممارستها للرصد النشط لتدابير الاستجابة التي تتخذها الدول الأطراف والإجراءات التي تتخذها الجهات الفاعلة غير الدول، وأثر هذه التدابير والإجراءات على الدول الأطراف الأخرى.

٧-٢ ينبغي للأمانة أن تستعرض الأسس المنطقية الخاصة بالصحة العمومية المقدمة بموجب المادة ٤٣ من الدول الأطراف التي تنفذ إجراءات إضافية، وأن تعلم الدولة الطرف إذا ما كانت تعتبر هذه التدابير ملائمة أم لا.

٧-٣ وعندما تنفذ إحدى الدول الأطراف تدابير إضافية تتجاوز التوصيات المؤقتة بشأن الحد و/ أو تؤثر تأثيراً سلبياً لا مبرر له على دولة أو أكثر من الدول الأطراف، وتقوم هذه الدولة الطرف بأي مما يلي:

(١) لا تخطر المنظمة أو تزودها بالتفاصيل الخاصة بهذه التدابير عند مطالبتها بذلك، أو

(٢) لا تقدم أساساً منطقياً ملائماً من منظور الصحة العمومية، أو

(٣) لا تستعرض هذه التدابير في غضون ثلاثة أشهر، أو

(٤) لا تعيد النظر فيها عندما تطالبها أمانة المنظمة بذلك، توصي اللجنة بأنه فضلاً عن النشر الفوري لهذه المعلومات على موقع المعلومات عن الأحداث وتحديثها المنتظم (بما في ذلك رسائل المتابعة من جانب المنظمة و/ أو الدول الأطراف)، ينبغي بعد مرور أسبوعين آخرين أن تنشر الأمانة موجزاً على موقع المنظمة وأن تطلع المجلس التنفيذي للمنظمة وجمعية الصحة العالمية عليه في دورتهما التالية.

٤-٧ وينبغي للمنظمة أن تستخدم نهجاً تصاعدياً لإشراك الدول الأطراف، بما في ذلك من خلال الربط بمركز الاتصال الوطني، والقنوات المترتبة الأعلى مستوى للتواصل مع الدول الأطراف، بما في ذلك المشاركة مع الوزراء ورؤساء الحكومة حسب الاقتضاء.

٥-٧ وينبغي للمنظمة إنشاء فرقة عمل بالاشتراك مع منظمة الطيران المدني الدولي والمنظمة البحرية الدولية واتحاد النقل الجوي الدولي وسائر أصحاب المصلحة المعنيين، من أجل تيسير التبادل السريع للمعلومات عن تقدير المخاطر وإدارة المخاطر والتبليغ عن المخاطر مع دوائر صناعة السفر فيما يتعلق بأحداث الصحة العمومية المهمة، لضمان استمرار حركة السفر الأساسية (بما في ذلك الإجلاء الطبي الجوي المستمر، مثلاً) أثناء الأزمة.

الدول الأطراف

٦-٧ ينبغي للدول الأطراف ضمان أن جميع تدابير الاستجابة المنفذة بشأن حركة المرور والتجارة الدولية، والمسائل المشمولة بالتوصيات المؤقتة، تمثل لجميع الالتزامات ذات الصلة التي تنص عليها اللوائح.

٧-٧ وينبغي لها اتخاذ جميع الخطوات الممكنة لضمان امتثال خطوط الطيران وسائر شركات النقل الدولية التي تعمل داخل أراضيها لضمان الاتساق مع التزامات الدولة الطرف بموجب اللوائح والتوصيات المؤقتة.

٨-٧ وينبغي لها ضمان التنسيق مع وزارات الصحة والحدود والنقل وسائر الوزارات الوطنية المعنية وسائر السلطات المعنية في قطاع النقل لضمان امتثالها مع سياقات اللوائح ذات الصلة، والتوصيات المؤقتة، والعمل مع المنظمات التجارية في بلدانها من أجل الحفاظ على استمرار حركة السفر والتجارة مع الدول الأطراف المتضررة.

التوصية ٨: تعزيز مراكز الاتصال الوطنية المعنية باللوائح الصحية الدولية

وجدت لجنة المراجعة ما يلي:

١٧١- يقع مركز الاتصال الوطني داخل وزارة الصحة في الغالبية العظمى من الدول الأطراف. وتُعد مراكز الاتصال الوطنية وفقاً للوائح المجمع الرئيسي للمعلومات الخاصة بجميع القطاعات المعنية داخل البلدان وللتواصل مع المنظمة (وكذلك وعلى نحو متزايد التواصل بين البلدان). ومع ذلك، فإن مراكز الاتصال الوطنية المعنية باللوائح تفتقر في كثير من الأحيان إلى السلطة الكافية داخل الحكومة كي تفي بولايتها الخاصة بالتماس المعلومات ذات الصلة وجمعها من القطاعات كافة، بما في ذلك أثناء الفاشيات وغيرها من طوارئ الصحة العمومية. ويجب أن تكون هذه المراكز قادرة أيضاً على التواصل السريع والفعال مع صناعات القرار الرئيسيين، الذي ينبغي في بعض الأحيان أن يحدث على أعلى المستويات. ومع ذلك، فإن مراكز الاتصال الوطنية تفتقر أيضاً في كثير من الأحيان إلى الموارد المالية والبشرية والإدارية واللوجيستية اللازمة لتنفيذ وظائفها الأساسية. ولاحظت

لجنة المراجعة افتتار المسؤولين الرفيعي المستوى إلى المعارف بشأن دور مراكز الاتصال الوطنية، بما في ذلك فيما يتعلق بالتواصل مع جماعات المجتمع المدني والمجتمعات المحلية. وما يفوق ذلك أهمية هو أنه كثيراً ما يُفترض أن مركز الاتصال الوطني يتمثل في أحد الأفراد، رغم التعريف الواضح الوارد في اللوائح (٢٠٠٥) والقائل بأنه مركز.

وتوصي لجنة المراجعة بما يلي:

ينبغي لمراكز الاتصال الوطنية المعنية باللوائح الصحية الدولية أن تحظى بعدد كاف من الموظفين ذوي التجارب والخبرات والأقدمية، وينبغي دعمها بالموارد اللازمة (الإدارية واللوجيستية والمالية) كي تضطلع بوظائفها الإلزامية المتعلقة بالتنسيق والتبليغ، وبسائر الوظائف التي تسندها إليها الدولة الطرف.

الدول الأطراف

١-٨ يجب أن تضع الدول الأطراف مراكز الاتصال الوطنية في مكانة تضمن لها السلطة والولايات الحكومية الكافية للسماح لها بالوصول إلى كبار المسؤولين الحكوميين في قطاع الصحة وسائر القطاعات، والوصول إلى مصادر المعلومات على صعيد قطاع الصحة (على جميع المستويات) وفي العديد من القطاعات الأخرى التي تُعد حاسمة الأهمية من أجل وفاء الدولة العضو بالتزاماتها بموجب اللوائح على نحو من الفعالية.

أمانة المنظمة

٢-٨ ينبغي للأمانة أن تحدث الإرشادات التي وضعتها في عامي ٢٠٠٧ و٢٠٠٩ والتي توجه الدول بشأن تصميم مركز الاتصال الوطني وتأسيسه وتمكينه من الناحية القانونية وبشأن المسائل الأخرى المتعلقة بمراكز الاتصال الوطنية؛ وينبغي للمنظمة أن تضع إرشادات جديدة بالتعاون مع الدول الأطراف بالاستناد إلى الخبرات المكتسبة خلال العقد الماضي.

٣-٨ وينبغي للمنظمة أن تستعرض شبكة مراكز الاتصال الوطنية القائمة وأن تصدر التوصيات بشأن طرق تعزيزها، كتقديم التدريب مثلاً.

التوصية ٩: إعطاء الأولوية لدعم البلدان الأسرع تأثراً

وجدت لجنة المراجعة ما يلي:

١٧٢- هناك احتمال مواجهة المواقف الصعبة المتعلقة بتنفيذ اللوائح في العديد من السياقات المختلفة. وفي البلدان المتضررة من الأزمات الممتدة مثل النزاع أو الكوارث الطبيعية والدول الهشة السريعة التأثر بمخاطر الصحة العمومية، قد يؤدي عدم اليقين إلى تدهور النظم الصحية، وتُعد بعض الدول الجزرية الصغيرة النامية مثلاً على هذه المواقف الصعبة؛ حيث إن القدرات الأساسية في مجال الترصد وتقدير المخاطر والتبليغ والاستجابة على وجه الخصوص، قد تتسم بالضعف أو تكاد تكون منعدمة. وقد تضم بعض هذه البلدان مجموعات سكانية مهاجرة أو لاجئين يتطلب تتبع انتشار المرض بينهم نهجاً محددة.

١ دليل مراكز الاتصال الوطنية المعنية باللوائح الصحية الدولية. تعيين/ تحديد مراكز الاتصال الوطنية المعنية باللوائح الصحية الدولية. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ ٢٠٠٧. (<http://www.who.int/ihr/English2.pdf?ua=1>)، تم الاطلاع في ١٥ آذار/ مارس ٢٠١٦).

٢ اللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥): مجموعة الأدوات الخاصة بالتطبيق في التشريع الوطني. مركز الاتصال الوطني المعني باللوائح الصحية الدولية. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ ٢٠٠٩. (http://www.who.int/ihr/NFP_Toolkit.pdf?ua=1 WHO/HSE/IHR/2009.4)؛ تم الاطلاع في ١٥ آذار/ مارس ٢٠١٦).

وتوصي لجنة المراجعة بما يلي:

يجب على المنظمة أن تعطي الأولوية لدعم إرساء القدرات الأساسية والكشف عن المخاطر التي تهدد الصحة العمومية في البلدان التي تفتقر افتقاراً شديداً إلى الموارد، وتلك التي تعاني من النزاعات الدائرة، وتلك التي تعتبر بلداناً هشة.

أمانة المنظمة والشركاء

١-٩ ينبغي لأمانة المنظمة والشركاء أن يواصلوا تنفيذ الترتيبات الابتكارية وغير الرسمية في الدول الأطراف المتضررة من النزاع أو الأزمات الممتدة الأخرى، حسب الاقتضاء، لإجراء أنشطة جمع المعلومات عن الوباء من أجل الكشف عن أحداث الصحة العمومية الحادة والمساعدة على تقييمها وفقاً للمادة ٩ من اللوائح (باستخدام وسائل الإعلام، وترصد الشائعات، ووسائل التواصل الاجتماعي، والعاملين في الرعاية الصحية، والمنظمات غير الحكومية، وغيرها من المصادر، على سبيل المثال). ويمكن التوسع في ذلك ليشمل الترتيبات الابتكارية من أجل تقديم الدعم التقني والمالي إلى الوظائف السريرية ووظائف الصحة العمومية الأساسية في المناطق المتضررة من النزاع.

٢-٩ وينبغي لهما أن يعرضا على الدول الأطراف التي تفتقر إلى القدرات الملائمة، تقييم الأحداث الحادة، وتعبئة المساعدة في مجال الصحة العمومية، والعمل مع جميع أصحاب المصلحة المعنيين على أرض الواقع، من أجل إرساء القدرات الخاصة بالإنذار والاستجابة الملائمة التوقيت، لصالح جميع الأشخاص المتضررين من المخاطر المحدقة بالصحة العمومية.

٣-٩ وينبغي لهما العمل مع المنظمات الحكومية الدولية والمنظمات غير الحكومية الدولية والمعنية بالعمل الإنساني ومع منظمات المجتمع المدني، سعياً إلى الكشف عن الأحداث التي تقع في أوساط السكان المشردين والتي قد تسبب قلقاً دولياً، والتبليغ عنها والإنذار بشأنها والاستجابة لها في الوقت الملائم. وينبغي للمنظمة بصفة خاصة، أن تتسق مع الوكالات مثل المنظمة الدولية للهجرة ومفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين من أجل تيسير تبادل المعلومات عن المجموعات السكانية المهاجرة واتخاذ الإجراءات الملائمة لوقف انتشار المرض. ويمكن معالجة مفهوم "الأماكن الحدودية" أو الأماكن السريعة التأثير، عن طريق تعبئة القدرات الأساسية المحلية على الحدود أو بالقرب منها، بدلاً من مجرد التركيز على دور نقاط الدخول الأضيق نطاقاً، كما ينبغي تحسين القدرات الخاصة بفحوص التحري في هذه المناطق.

٤-٩ وينبغي لهما العمل مع الدول الأطراف التي يوجد بها لاجئون أو مجموعات سكانية متنقلة كبيرة، من أجل ضمان أن قدراتها الأساسية وخططها الخاصة بالطوارئ تتضمن ترتيبات بشأن هذه المجموعات. وينبغي أن يشمل ذلك رسم خرائط تحركات السكان لتحديد المناطق السريعة التأثير المحتملة والمناطق التي تتعرض لمخاطر شديدة في حال حدوث طوارئ الصحة العمومية، عندما يلزم أن يكون المهاجرون والمجموعات السكانية المتنقلة جزءاً من خطط الاستجابة الوطنية للطوارئ الصحية.

الدول الأطراف

٥-٩ عند وجود مخاطر تهدد الصحة العمومية يُحتمل في ظلها أن تؤدي تحركات السكان عبر الحدود بين دولتين أو أكثر إلى انتشار المرض، ينبغي للدول الأطراف المتضررة أن تشكل فريقاً عاملاً عابراً للحدود يُعنى بتنسيق الصحة العمومية.

التوصية ١٠: تدعيم القدرات الأساسية اللازمة بموجب اللوائح في إطار تعزيز النظم الصحية

وجدت لجنة المراجعة ما يلي:

١٧٣- إن القدرات الأساسية اللازمة بموجب اللوائح الصحية الدولية، مثل القدرة الفعالة على التردد والكشف عن الأحداث والقدرة على الاستجابة للطوارئ، تُعد جزءاً لا يتجزأ من النظم الصحية. ومن الناحية العملية، لا يمكن إيجاد القدرات الأساسية اللازمة بموجب اللوائح بمعزل عن النظم الصحية الوطنية. وفي العديد من البلدان، وكما اتضح من وباء الإيبولا في غرب أفريقيا، يجسد ضعف القدرات الأساسية اللازمة بموجب اللوائح ضعف النظم الصحية. وبالمثل، فإن فعالية استجابة البلدان لطوارئ الصحة العمومية تتوقف على فعالية القدرة الأساسية على تحديد المخاطر وعلى تعبئة الموارد، ولكنها تتوقف أيضاً على أداء النظام الصحي بما في ذلك ما يتعلق بالوقاية من العدوى ومكافحتها. ويتلقى تعزيز النظم الصحية الدعم والتمويل العالميين اللذين تمس الحاجة إليهما، ومن الأهمية بمكان ضمان أن هذه البرامج تشمل تركيزاً على القدرات الأساسية اللازمة بموجب اللوائح. وفضلاً عن ذلك، فإن اعتماد أهداف التنمية المستدامة يوجد حجة أخرى لدعم تعزيز النظم الصحية كطريقة لإرساء القدرات الأساسية اللازمة بموجب اللوائح والحفاظ عليها. وتعمل دائرة النظم الصحية والابتكار التابعة للمنظمة مع ألمانيا واليابان على وضع خريطة طريق وتنفيذها في سبيل تعزيز النظم الصحية، وتتضمن الخريطة عنصراً خاصاً بالقدرات الأساسية اللازمة بموجب اللوائح. وترى اللجنة أن تعزيز القدرات الأساسية اللازمة بموجب اللوائح يُعد حاسماً للأهمية في سياق تعزيز النظم الصحية الأوسع نطاقاً.

وتوصي لجنة المراجعة بما يلي:

ينبغي للمنظمة والدول الأطراف ضمان أن جميع البرامج الخاصة بتعزيز النظم الصحية تُعنى بالقدرات الأساسية اللازمة بموجب اللوائح تحديداً.

الدول الأطراف

١٠-١ ينبغي للدول الأطراف ضمان أن تشريعاتها وخطط تمويل نظم الصحة المحلية التي وضعتها تتضمن القدرات الأساسية اللازمة بموجب اللوائح على نحو صريح.

١٠-٢ وينبغي لها أن تعطي الأولوية للاستفادة من النظم القائمة ذات الصلة بالقدرات الأساسية اللازمة بموجب اللوائح. فحيثما توجد نظم جيدة الأداء للترصد من أجل الكشف عن الأمراض المعدية، والأمراض الحيوانية المنشأ، ومقاومة مضادات الميكروبات، والأدوية المزيفة، والأخطار البيئية أو الكيميائية، وما إلى ذلك، على سبيل المثال، ينبغي للبلدان ضمان أن هذه النظم تتبادل المعلومات والقدرات وتتعاون من أجل تعظيم الفوائد المتبادلة. وينبغي للدول الأطراف أن تنفذ برامج لتعزيز الوقاية من العدوى ومكافحتها، وضمان أن هذه البرامج مرتبطة بتنفيذ القدرات الأساسية اللازمة بموجب اللوائح، وأن تضع هياكل وعمليات إدارة الطوارئ.

شركاء التنمية الدوليين

١٠-٣ ينبغي لشركاء التنمية الدوليين كجزء من دعمهم للخطة الاستراتيجية العالمية، أن ينظروا في الطريقة التي يمكن بها إدراج تعزيز القدرات الأساسية اللازمة بموجب اللوائح في المعونة الإنمائية والمساعدة التقنية المقدمة من أجل تعزيز النظم الصحية في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل.

التوصية ١١: تحسين التبادل السريع لمعلومات وبيانات الصحة العمومية والمعلومات والبيانات العلمية

وجدت لجنة المراجعة ما يلي:

١٧٤- يُعد تبادل المعلومات والبيانات أثناء أزمات الصحة العمومية حاسم الأهمية في حشد استجابة فعالة وتعزيز البحوث. ومن الأهمية بمكان تحسين تبادل المعلومات بين المنظمة والدول الأطراف، وبين الدول الأطراف بعضها البعض، وفي مجتمع الباحثين، حيث إن وباء الإيبولا قد شهد تأخر تبادل المعلومات الوبائية، ويمكن القول بأن هذا التأخر قد أدى إلى إبطاء الاستجابة الدولية، وبأنه قد حدث أيضاً في طوارئ الصحة العمومية الأخرى بما في ذلك فاشيتا متلازمة الشرق الأوسط التنفسية ومرض زيكا. وقد وجدت اللجنة أن هناك عدداً من الدول الأطراف التي مازالت تشعر بالقلق من أن تبادل المعلومات لن يقابله تبادل الفوائد. ويُعد الإطار الخاص بالنأهب للأنتلوزا الجائحة مثالا على اتفاق ييسر تبادل العينات وقد ييسر أيضاً تبادل البيانات الخاصة بالمتواليات الجينية، مع تبادل الفوائد على قدم المساواة.

١٧٥- ويُعد تبادل المعلومات أو البيانات حاسم الأهمية في البحث ويمكن أن تعوقه أسباب متعددة. وتدعم لجنة المراجعة مخطط البحث والتطوير الذي وضعته المنظمة والذي يهدف كواحد من عدة تدابير أُتخذت من أجل تعزيز التدابير الوقائية العالمية وتأهب مجال البحث لجميع المخاطر، إلى "التبادل المفتوح للمعلومات والتبادل العادل لعينات المواد البيولوجية من أجل إجراء البحوث".

وتوصي لجنة المراجعة بما يلي:

ينبغي أن تدعم المنظمة التبادل المفتوح للمعلومات عن المخاطر التي تهدد الصحة العمومية، وأن تتوسع في الإرشادات بشأن القواعد العالمية لتبادل البيانات^١ لتشمل بيانات العينات البيولوجية والمتواليات الجينية أثناء طوارئ الصحة العمومية.

وينبغي للمنظمة والدول الأطراف ضمان موازنة تبادل البيانات الخاصة بالعينات والمتواليات الجينية مع تبادل الفوائد على قدم المساواة.

أمانة المنظمة

١١-١ ينبغي للمنظمة أن تواصل جهودها المبذولة في نشر الإصدارات على نحو سريع ومتاح للاطلاع العام، بشأن المخاطر الرئيسية التي تهدد الصحة العمومية. وينبغي للمنظمة فضلاً عن دعم السياسات بشأن تبادل المعلومات المبكرة، أن تلتزم بتطوير القدرات الخاصة بالتكنولوجيا واللغة في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل من أجل تبادل البحوث الأولية.

الدول الأطراف

١١-٢ ينبغي للدول الأطراف أن تمتثل لجميع متطلبات اللوائح بشأن الإخطار والتحقق والاتصالات المتواصلة اللازمة بعد الكشف عن خطر محتمل يهدد الصحة العمومية، من أجل دعم قدرة المنظمة على تبادل المعلومات.

١ وضع معايير عالمية لتبادل البيانات والنتائج أثناء الطوارئ الصحية العمومية. البيان الصادر عن مشاوره منظمة الصحة العالمية المنعقدة في ١-٢ أيلول/سبتمبر ٢٠١٥. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ ٢٠١٥. http://www.who.int/medicines/ebola-treatment/blueprint_phe_data-share-results/en/، تم الاطلاع في ١٥ آذار/مارس (٢٠١٦).

أمانة المنظمة والدول الأطراف

١١-٣ ينبغي لأمانة المنظمة والدول الأطراف أن تنظرا في استخدام الإطار الخاص بالتأهب للأنفلونزا الجائحة أو ما شابه من اتفاقات قائمة كنموذج لوضع اتفاقات جديدة بشأن العوامل المعدية الأخرى التي سببت طارئة صحية عمومية تسبب قلقاً دولياً أو قد تسببها. وينبغي أن تستند هذه الاتفاقات إلى مبدأ الموازنة بين تبادل العينات والبيانات وتبادل الفوائد على قدم المساواة.

التوصية ١٢: تعزيز قدرة المنظمة والشراكات على تنفيذ اللوائح والاستجابة للطوارئ الصحية

وجدت لجنة المراجعة ما يلي:

١٧٦- كانت قدرة المنظمة أثناء وباء الإيبولا على تنفيذ اللوائح غير كافية على مستويات المنظمة الثلاثة. وارتبطت التحديات المطروحة أثناء وباء الإيبولا والاستجابة له بتآكل الموارد البشرية والمالية على صعيد أمانة المنظمة في المقر الرئيسي والمكاتب الإقليمية والمكاتب القطرية. وأثرت هذه الخسائر في الموارد تأثيراً بالغاً على قدرة الأمانة على إجراء عمليتي تقدير المخاطر وإدارة المخاطر. وتشعر لجنة المراجعة بالتفاؤل إزاء الإصلاحات اللاحقة لهياكل المنظمة التي تتولى المديرية العامة تنفيذها.

١٧٧- واتسمت الاستجابة العالمية لوباء الإيبولا بعدم التنسيق بين المنظمة بوصفها وكالة الأمم المتحدة المعنية بالصحة العمومية، والوكالات الإنسانية التابعة للأمم المتحدة مثل مكتب تنسيق الشؤون الإنسانية. ويعزى ذلك في جزء منه إلى عدم كفاية تنسيق التخطيط للطوارئ على نطاق الأمم المتحدة، كما يُعزى أيضاً إلى تعريف الأزمة بأنها طارئة صحية عمومية لا بأنها أزمة إنسانية. وفي ذروة أزمة الإيبولا، شعرت حكومات غرب أفريقيا بالإحباط إزاء التحديات التي واجهتها في محاولة تنسيق جميع الجهات الفاعلة التي تقدم الدعم المالي والتقني، ولكن يبدو أن المنظمة عجزت عن النهوض بدور التنسيق على النحو الملائم في هذه الحالات، بل وعجزت عن التنسيق مع وكالات الأمم المتحدة والوكالات الإنسانية المعنية. وأدى ذلك إلى ازدواج جهود الدعم في بعض الأحيان أو عدم مواكبتها لأوجه الاستجابة الأخرى على أرض الواقع. وهذه الجهود على وجه التحديد لم تسترشد بالمعلومات الخاصة بالجهات الفاعلة الأخرى مثل أصحاب المصلحة في المجتمعات المحلية والجهات المعنية بالزراعة والأمن الغذائي والهجرة وتشريد البشر.

١٧٨- وأما مساهمة الأطراف الفاعلة الرئيسية خارج قطاع الصحة العمومية في الاستجابة للإيبولا، فلم تحصل على التقدير الكافي؛ ومع ذلك فإن أصحاب المصلحة هؤلاء قد يمثلون شركاء يمكن للمنظمة الاستفادة منهم في عمليات الاستجابة المستقبلية. ولاحظت لجنة المراجعة أن دور القطاع التجاري الخاص لم يحظ بالتقدير الكافي أثناء وباء الإيبولا، عندما أسهم مساهمة مفيدة في الاستجابة. وفضلاً عن ذلك، فقد اضطلع الموظفون الطبيون العسكريون بدور مهم في الاستجابة الصحية وينبغي النظر في دورهم في الفاشيات المستقبلية.

وتوصي لجنة المراجعة بما يلي:

ينبغي تعزيز قدرة المنظمة على تنفيذ اللوائح عن طريق إصلاح الأمانة وتدعيم الشراكات وزيادة الدعم المالي من الدول الأطراف وسائر أصحاب المصلحة بقدر كبير.

أمانة المنظمة

١٢-١ ينبغي للمدير العام للمنظمة أن يعطي الأولوية الأولى في عمل أمانة المنظمة لتنفيذ اللوائح وأن يعمل على إبرازه.

١٢-٢ وينبغي وضع هيكل متدرج للاستجابة للطوارئ تربطه روابط قوية بالشركاء الداخليين والخارجيين سواءً بسواء، وتزويده بهيكل وعمليات واضحة وموثقة للقيادة والتحكم والمساءلة والريادة. وينبغي أن يُعد هذا البرنامج لتعزيز استجابة المنظمة للطوارئ وللوائح وتبسيطها، وأولية مستمرة، وينبغي تخصيص الموارد على النحو الملائم لضمان النجاح السريع لهذا البرنامج الجديد. وينبغي لهذا البرنامج أن يوازن بين المزايا التي تتمتع بها البرامج القوية والحازمة والخاضعة للمساءلة والمتعددة المستويات، وجوانب القوة في علاقات العمل الراسخة التي تربط الدول الأطراف بالمكاتب القطرية والإقليمية. وينبغي أن تخضع هذه الإصلاحات في المنظمة للمساءلة عن طريق تقارير منتظمة تقدم إلى المجلس التنفيذي للمنظمة وجمعية الصحة العالمية.

١٢-٣ وينبغي استكمال استعراض لهياكل المنظمة الإقليمية والقطرية الخاصة بتنفيذ اللوائح. وينبغي لهذا الاستعراض أن يتيح القدر الكافي من الموظفين والتمويل اللازمين للمكاتب القطرية والإقليمية في الأقاليم الأسرع تأثراً.

١٢-٤ وينبغي للمنظمة أن تعزز شراكاتها مع الشبكة العالمية للإنذار بحدوث الفاشيات ومواجهتها، وأن تحسن شراكاتها مع منظمات المجتمع المدني وأصحاب المصلحة الرئيسيين في القطاع الخاص، من أجل تعزيز قدرة المنظمة على أداء وظائف الت رصد وتقدير المخاطر والتبليغ عن المخاطر، وأن تستفيد من عمل هذه المنظمات ومساعدتها في حالات الطوارئ.

١٢-٥ وينبغي للمنظمة أن تضع اتفاقات بشأن تنفيذ اللوائح، حيثما لم تنفذ بالفعل، مع وكالات الأمم المتحدة الرئيسية والهيئات الدولية الأخرى (انظر التوصية ٧-٥). وينبغي للمنظمة أن تنشئ صلات أو تعزز صلاتها القائمة بوكالات الأمم المتحدة الرئيسية في اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات.

١٢-٦ وينبغي للمنظمة أن تعمل من الدول الأطراف وأن تتولى قيادة تمارين المحاكاة المشتركة مع المنظمات غير الحكومية والمنظمات الإنسانية.

١٢-٧ وينبغي للمنظمة أن تتعاون مع منظمة التجارة العالمية وسائر الوكالات المعنية، مثل منظمة الطيران المدني الدولي، والمنظمة البحرية الدولية، والمنظمة العالمية لصحة الحيوان، ومنظمة الأمم المتحدة للأغذية والزراعة ومنظمة العمل الدولية، حسب الاقتضاء، في سبيل وضع نموذج أولي للتوصيات الدائمة، من أجل الإقرار بهذه التوصيات كمعايير محددة بموجب اتفاقات منظمة التجارة العالمية. وينبغي أن يجرب هذا النموذج عن طريق وضع عدد أصغر من الأمثلة مثل الجوانب الخاصة بشهادات التطعيم ضد الأمراض المنقولة بالأغذية أو الحمى الصفراء. وبعد إجراء هذه العملية، ينبغي استعراض النموذج وتنقيحه حسب الاقتضاء والنظر في وضع المزيد من التوصيات الدائمة.

١٢-٨ وينبغي للمنظمة أن تشجع على الإقرار بهذه التوصيات الدائمة في عمليات تسوية النزاعات بموجب اتفاقات منظمة التجارة العالمية، وعن طريق اتفاق بين الوكالات تبرمه منظمة الصحة العالمية مع منظمة التجارة العالمية.

١٢-٩ وينبغي للمنظمة أن توفر نُظم تكنولوجيا المعلومات و/ أو تتيح الوصول، عند الاقتضاء، إلى نُظم المعلومات الخاصة بها أمام الدول الأعضاء لمساعدتها على النهوض بوظائف جمع المعلومات الخاصة بالصحة العمومية وإدارة الأحداث، وتعزيز بناء القدرات الخاصة بتقدير المخاطر على الصعيد الوطني، وتيسير تبليغ المنظمة بشأن المخاطر.

١٢-١٠ وينبغي للمنظمة أن تسعى من خلال إحدى الهيئات مثل قسم التنسيق المدني - العسكري بمكتب تنسيق الشؤون الإنسانية أو اللجنة الدولية للطب العسكري، إلى تحديد الموظفين الطبيين العسكريين المتاح نشرهم،

بموافقة البلد المضيف، من أجل تقديم الرعاية الطبية إلى المدنيين العاملين في الرعاية الصحية في حال التفشي الكبير لأحد الأمراض المعدية. وينبغي أن تتوافر مثل هذه الأفرقة الطبية العسكرية في جميع أقاليم المنظمة، والتماس المساعدة الخارجية لتيسير تدريب هذه الأفرقة، عند الاقتضاء. وينبغي ربط ذلك بعمل المنظمة الخاص بالقوى العاملة الصحية العالمية للطوارئ.

١١-١٢ وينبغي لفرقة العمل المكلفة بفحص كيفية مواصلة السفر الجوي أثناء الفاشيات المستقبلية، أن تنظر في العمليات والإجراءات التي نجحت الكيانات التجارية الكبيرة بفضلها في مواصلة عملها أثناء وباء الإيبولا، من حيث مدى ملاءمتها للمطارات.

١٢-١٢ وينبغي للمنظمة ضمان تسجيل وبث العبر المتعلقة بالصحة المستخلصة من المنظمات التجارية التي نجحت في مواصلة عملها أثناء وباء الإيبولا، والتي لم يرد ذكرها في أي من التقارير الرئيسية بشأن الإيبولا.

الدول الأطراف

١٣-١٢ ينبغي للدول الأطراف ضمان النظر في كيفية مساهمة الكيانات التجارية في التردد وفي إدارة أحداث الصحة العمومية سواءً بسواء، بما في ذلك فيما يتعلق بفاشيات الأمراض المعدية.

الدول الأطراف وشركاء التنمية الدوليون

١٤-١٢ ينبغي للدول الأطراف ولشركاء التنمية الدوليين ضمان توافر التمويل الكافي والمستدام لتنفيذ عمليات الإصلاح هذه.

نماذج من إعداد الفريق العامل المعني بالتخصيص الاستراتيجي لحيز الميزانية ١ بشأن القطاع ١ من الميزانية البرمجية للمنظمة

[ج/٦٩/٤٧، الملحق، التذييل ٢-١٥ نيسان/ أبريل ٢٠١٦]

مقدمة

١- قدم الفريق العامل المعني بالتخصيص الاستراتيجي لحيز الميزانية في اجتماعه الذي عُقد في ٨ و ٩ نيسان/ أبريل ٢٠١٥، عدداً من الاقتراحات إلى الأمانة وخبيرها الاستشاري بشأن النماذج الجديدة التي يود أن يتبناها فيما يتعلق بالقطاع ١. واقترح الفريق العامل أن يُنظر في النتائج في اجتماع يُعقد على هامش جمعية الصحة العالمية في أيار/ مايو ٢٠١٥.

٢- وكانت النماذج السابقة التي تستند إلى الأساليب التي وضعتها جمعية الصحة العالمية واعتمدها في عام ٢٠٠٦، قد اتبعت ٦ خطوات واقترح الفريق العامل إدخال تعديلات على بعض هذه الخطوات. وترد الخطوات الأصلية فيما يلي لتيسير شرح التعديلات:

(أ) **الخطوة ١:** تعريف المتغيرات (المؤشرات) لاستخدامها في تحديد الاحتياجات القطرية، والتعبير عنها على أساس نصيب الفرد عند الاقتضاء، وتدرجها من صفر إلى واحد حتى يمكن مقارنتها بالوحدات نفسها، واعتماد متوسط حسابي للحصول على درجة مركبة.

(ب) **الخطوة ٢:** تقدير نموذج نصيب الفرد من الاحتياجات القطرية بالاستناد إلى هذه الدرجة المركبة.

(ج) **الخطوة ٣:** تصنيف البلدان في شرائح حتى لا يحصل البلدان الأقل احتياجاً على أي تخصيص. وقد صنفت البلدان في العمل الذي أعدته الأمانة سابقاً لينظر فيه الفريق العامل، إلى شرائح عشرية (١٠ في المائة من البلدان)، بحيث لا تحصل المجموعتان العشريتان الأقل احتياجاً (أي نسبة العشرين في المائة من البلدان الأقل احتياجاً) على أي تخصيص للقطاع ١. وتحصل الشريحة العشرية ٨ على تخصيص بدرجة ١ كنصيب للفرد؛ وتحصل كل شريحة عشرية تالية على قيمة ترجيحية أعلى لاحتياجاتها إذ تكون احتياجاتها المقدره أعلى. وتحصل الشريحة العشرية الأولى للبلدان، وهي الشريحة الأشد احتياجاً، على أكثر بقليل من ستة أضعاف نصيب الفرد مقارنة ببلدان الشريحة العشرية ٨. وقد اقتُبس هذا الترتيب من نموذج عام ٢٠٠٦. ويحصل كل بلد واقع ضمن شريحة عشرية محددة على التخصيص الذي حُدد في عام ٢٠٠٦ لكل فرد.

(د) **الخطوة ٤:** تحديد الأسلوب الذي سيتبع في رفع قيمة الاحتياجات المقدره للفرد لتعكس حجم السكان. وفي النهج المتبع في عام ٢٠٠٦، أعدت الأمانة ثلاثة أساليب وناقشتها مع الفريق العامل، ويفترض كل أسلوب درجة ما من وفورات الحجم، أي أن الاحتياجات للفرد تتراجع كلما زاد السكان:

(١) **الجزء التربيعي للسكان** - هو أقرب إلى التوزيع الفعلي للسكان، ويحقق أقل ضغط للسكان بحيث يقدم مخصصات أكبر للبلدان الكبيرة مقارنة بالبلدان الصغيرة؛

(٢) لوغاريتم السكان - يُحدث المزيد من الضغط مقارنة بالجزر التريبيعي لذا فهو يقدم مخصصات أكبر نسبياً إلى البلدان ذات التعداد الأقل مقارنة بالبلدان ذات التعداد الأكبر.

(٣) الجذر التريبيعي للوغاريتم السكان المعدل - وهو حل وسط بين لوغاريتم السكان والجذر التريبيعي.

(هـ) الخطوة ٥: تقدير النسبة القطرية الافتراضية من مجموع المخصصات - ضرب منسب الاحتياجات للفرد لكل بلد في عامل التدرج السكاني، مقسوماً على مجموع كل الاحتياجات السكانية القطرية المعدلة مما يحدد حصة كل بلد.

(و) الخطوة ٦: تقدير النسب الإقليمية من مجموع المخصصات - إن مجموع الحصص السكانية المعدلة لكل بلد في الإقليم يحدد الحصة الإقليمية من مجموع المخصصات.

٣- وترد فيما يلي التعديلات المطلوبة من الفريق العامل وفقاً لترتيب الخطوات الواردة أعلاه:

(أ) مؤشرات الاحتياجات: إسقاط مجموع سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز للفرد ونسبة الولادات بمساعدة أخصائيي التوليد المهرة والكثافة السكانية واستخدام المؤشرات والمجالات التالية:

• الوضع الصحي

- متوسط العمر المتوقع
- معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة
- الأمراض غير السارية (ينبغي استكشاف عدة مؤشرات تشمل معدل انتشار تعاطي التبغ والوفاة المبكرة بسبب الأمراض غير السارية)

• المتغيرات الاقتصادية

- الدخل القومي الإجمالي للفرد محسوباً على أساس تعادل القوة الشرائية
- نسبة عدد الفقراء المعتمدين على ١,٢٥ دولار أميركي في اليوم كنسبة مئوية من السكان

• الإتاحة

- كثافة القوى العاملة الصحية
- انعدام الاستقرار السياسي (ينبغي استكشاف عدة مؤشرات تشمل المؤشرات التي - يستخدمها البنك الدولي)
- التغطية باللقاح الثلاثي ضد الدفتيريا والتيتانوس والسعال الديكي^١

(ب) تغيير أسلوب مؤشرات التدرج من صفر إلى ١: اعتماد الأسلوب الذي يستخدمه برنامج الأمم المتحدة الإنمائي في التقرير عن التنمية البشرية بدلاً من استخدام أسلوب عام ٢٠٠٦.

(ج) إسقاط الجزء الأول من الخطوة ٣: أوصى الفريق العامل بعدم تقسيم البلدان إلى شرائح عشرية وتطبيق الاحتياجات نفسها على جميع البلدان في كل شريحة عشرية. وقرر أيضاً عدم استخدام منسب احتياجات منفصل بل استخدام الحصيلة المركبة الفعلية (متوسط المؤشرات الثمانية).

١ [ثلاث جرعات من لقاح الدفتيريا والتيتانوس والسعال الديكي].

ومع ذلك، أوصى الفريق العامل بمواصلة تنحية ٢٠٪ من البلدان الأقل احتياجاً أو استخدام طريقة أخرى لتخصيص درجة "صفر" ("انعدام الاحتياجات") لأفضل البلدان أداءً.

د- استكشاف عوامل مختلفة للتدرج السكاني ومقارنتها من حيث أثرها على المخصصات النهائية، بما في ذلك العوامل الثلاثة المستخدمة حتى الآن والعوامل التي تستخدمها مؤسسات مثل مجلس الأمم المتحدة الاقتصادي والاجتماعي ومصرف التنمية الأفريقي.

نقص البيانات

- ٤- يبين الجدول ١ مستوى نقص البيانات لكل متغيرة من المتغيرات التي أوصى الفريق العامل بها.
- ٥- وتتصل المشكلة الرئيسية بمؤشر الفقر إذ لا تتوفر لدى ٥٣,٦٪ من البلدان بيانات عن أحدث السنوات (بعد عام ٢٠١٠). وإذا تغاضينا عن متطلبات البيانات الحديثة وأخذنا أي منطلق بيانات اعتباراً من عام ٢٠٠٠، يظل مستوى نقص البيانات يساوي ٢٨,٩٪.
- ٦- وبالنسبة إلى جميع المؤشرات باستثناء مؤشر الفقر، استخدمنا ببساطة متوسط البلدان في الإقليم التي توفرت بشأنها البيانات لاحتساب القيم الناقصة.
- ٧- وبالنسبة إلى الفقر، سيؤدي هذا النهج إلى نتائج غير متوقعة بسبب مستويات التنمية الاقتصادية الشديدة الاختلاف بين البلدان في الإقليم نفسه (على سبيل المثال سويسرا وطاجيكستان في الإقليم الأوروبي، والإمارات العربية المتحدة وأفغانستان في إقليم شرق المتوسط وإلى آخره). واخترنا بالتالي احتساب القيم باستخدام متوسط البلدان ذات مستويات الدخل المختلفة على النحو المدلول عليه من قبل البنك الدولي في تصنيفه الحالي للبلدان أي البلدان ذات الدخل المرتفع وبلدان الشريحة العليا من الدخل المتوسط وبلدان الشريحة الدنيا من الدخل المتوسط والبلدان ذات الدخل المنخفض.

الجدول ١: نقص البيانات وحسن توقيتها ومصدرها

المجال الصحي	المؤشر	% نقص البيانات	السنة	المصدر
	متوسط العمر المتوقع	صفر	٢٠١٢	المرصد الصحي العالمي التابع للمنظمة
	معدل الوفيات دون سن الخامسة (لكل ١٠٠٠ مولود حي)	١,٦	٢٠١٣	مؤشرات التنمية العالمية وفقاً للبنك الدولي
	معدل وفيات الرضع (لكل ١٠٠٠ مولود حي)	١,٦	٢٠١٣	مؤشرات التنمية العالمية وفقاً للبنك الدولي
	التدخين الحالي لأي منتج من منتجات التبغ (% السكان)	٢٩,٩	٢٠١١	المرصد الصحي العالمي التابع للمنظمة
	معدلات الوفيات الموحدة حسب السن والناجمة عن الأمراض غير السارية (لكل ١٠٠٠٠٠ نسمة)	١١,٩	٢٠١٢	المرصد الصحي العالمي التابع للمنظمة

المجال الاقتصادي		
الدخل القومي الإجمالي للفرد على أساس تعادل القوة الشرائية بالدولار	٧,٢	آخر البيانات المتاحة بين ٢٠١٠-٢٠١٣
نسبة عدد الفقراء المعتمدين على ١,٢٥ دولار أمريكي في اليوم (على أساس تعادل القوة الشرائية) (% نسمة)	٥٣,٦	آخر البيانات المتاحة بين ٢٠١٠-٢٠١٣
نسبة عدد الفقراء المعتمدين على ١,٢٥ دولار أمريكي في اليوم (على أساس تعادل القوة الشرائية) (% نسمة)	٢٨,٩	آخر البيانات المتاحة بين ٢٠١٤-٢٠١٠
الإتاحة		
اللقاح الثلاثي	صفر, صفر	٢٠١٣
الأطباء والمرضات/ القابلات مجتمعين لكل ١٠٠٠ نسمة	٣,٦	آخر البيانات المتاحة بين ٢٠١٠-٢٠١٣
الاستقرار السياسي وغياب العنف/ الإرهاب (فعالية الحكومة)	١,٠	٢٠١٣
المؤشرات العالمية وفقاً للبنك الدولي	مؤشرات التنمية العالمية وفقاً للبنك الدولي	مؤشرات التنمية العالمية وفقاً للبنك الدولي
المؤشرات العالمية لتصرف الشؤون وفقاً للبنك الدولي	المؤشرات العالمية لتصرف الشؤون وفقاً للبنك الدولي	المؤشرات العالمية لتصرف الشؤون وفقاً للبنك الدولي

التدرج السكاني

٨- لقد قمنا بتقدير جميع النماذج باستخدام أساليب التدرج السكاني الثلاثة المذكورة أعلاه، وأضافنا اثنين آخرين.

٩- يستخدم الأسلوب الأول من قبل بنك التنمية الآسيوي (حجم السكان أس ٠,٦ - الجذر التربيعي المستخدم أعلاه يزيد حجم السكان إلى أس ٠,٥) لهذا فإن منهج بنك التنمية الآسيوي يضغط السكان أقل من الخيارات الثلاثة الأصلية: اللوغاريتم (للسكان)، والجذر التربيعي (للسكان)، واللوغاريتم السكان المعدل.

١٠- أما الأسلوب الثاني فقد اقترحه أستراليا في تعليقاتها على الأساليب السابقة. وقد أشارت إلى احتياج حتى البلدان الصغيرة إلى نوع من تواجد المنظمة سواء في المكتب القطري أو في المكتب دون الإقليمي، بما يضمن الحد الأدنى من التخصيص لكل بلد بغض النظر عن مدى صغر حجمه. وبعد استعراض المناهج الأخرى القائمة المتعلقة بهذه المسألة، اقترحت أستراليا أيضاً استخدام تعريف البنك الدولي للبلد الصغيرة المعرفة على أنها البلدان التي يبلغ عدد سكانها ١,٥ مليون نسمة أو أقل. وتبلغ قيمة الجذر التربيعي للوغاريتم السكان المعدل بالنسبة إلى السكان البالغ عددهم ١,٥ مليون نسمة (على سبيل المثال الغابون) ٠,٤٧، وعلى هذا الأساس طبق هذا العامل على جميع البلدان التي يقل عدد سكانها كذلك عن ١,٥ مليون نسمة.

النتائج مع المتغيرات والأساليب التي اقترحتها الفريق العامل

١١- يبين الجدول ٢ النموذج ألف الذي يشمل جميع المؤشرات المقترحة من الفريق العامل ولكن باستخدام نسبة المدخنين البالغين كمؤشر للاحتياجات المرتبطة بالأمراض غير السارية. وفي هذا النموذج، لا تمنح أية مخصصات لنسبة ٢٠٪ من البلدان الأقل احتياجاً. فمعظم المخصصات الإقليمية تبعد كل البعد عن المخصصات الحالية، ولاسيما بالنسبة إلى الإقليم الأفريقي والإقليم الأوروبي.

الجدول ٢: النموذج ألف

الإقليم	اللوغاريتم (للسكان)	الجذر التربيعي	الجذر التربيعي للوغاريتم السكان المعدل	بنك التنمية الآسيوي	الجذر التربيعي للوغاريتم السكان المعدل الأدنى (ALPS_min)
الأفريقي	٣٩,٠	٣٤,٠	٣٦,٦	٣١,٦	٣٥,٤
الأمريكتين	١٣,٣	١١,٦	١٢,٦	١٠,٩	١٢,٩
شرق المتوسط	١٤,٥	١٤,٧	١٣,٩	١٤,٤	١٣,٣
الأوروبي	١٤,٥	١٢,١	١٣,٦	١١,١	١٣,١
جنوب شرق آسيا	٩,٦	١٦,٢	١٢,٥	١٩,٢	١٢,١
غرب المحيط الهادئ	٩,١	١١,٣	١٠,٩	١٢,٨	١٣,٢

(المؤشرات: متوسط العمر المتوقع، ومعدل الوفيات دون سن الخامسة، ومعدل تدخين البالغين، والدخل القومي الإجمالي للفرد محسوباً على أساس تعادل القوة الشرائية، ونسبة عدد الفقراء ممن يقل دخلهم عن ١,٢٥ دولار أمريكي، واللقاح الثلاثي، وكثافة العاملين الصحيين، والاستقرار السياسي)

١٢- وفي الجدول ٣، فإن النموذج باء يعيد النموذج ألف، ولكن باستخدام معدلات الوفيات الموحدة حسب السن والناجمة عن الأمراض غير السارية بدلاً من التدخين. وسوف يحصل الإقليم الأفريقي على مخصصات كبيرة، في حين يحصل الإقليم الأوروبي على مخصصات أقل، وإن كان مكتب الإقليم الأفريقي لا يزال يحصل على أقل من ٤٠٪ باستخدام جميع أساليب التدرج السكاني باستثناء أسلوب واحد.

الجدول ٣: النموذج باء

الإقليم	اللوغاريتم (للسكان)	الجذر التربيعي	الجذر التربيعي للوغاريتم السكان المعدل	بنك التنمية الآسيوي	الجذر التربيعي للوغاريتم السكان المعدل الأدنى (ALPS_min)
الأفريقي	٤١,٣	٣٦,٢	٣٨,٨	٣٣,٦	٣٧,٦
الأمريكتين	١٣,٢	١١,٣	١٢,٥	١٠,٦	١٣,١
شرق المتوسط	١٥,٢	١٥,٥	١٤,٦	١٥,١	١٤,٠
الأوروبي	١٢,٤	١٠,٢	١١,٦	٩,٤	١١,٠
جنوب شرق آسيا	٩,٥	١٦,٤	١٢,٥	١٩,٥	١٢,١
غرب المحيط الهادئ	٨,٣	١٠,٤	١٠,٠	١١,٩	١٢,١

(المؤشرات: متوسط العمر المتوقع، ومعدل الوفيات دون سن الخامسة، ومعدلات الوفيات الموحدة حسب السن والناجمة عن الأمراض غير السارية، والدخل القومي الإجمالي للفرد محسوباً على أساس تعادل القوة الشرائية، وعدد الفقراء ممن يقل دخلهم عن ١,٢٥ دولار أمريكي، واللقاح الثلاثي، وكثافة العاملين الصحيين، والاستقرار السياسي)^١

١٣- وقمنا بعد ذلك بتكييف النموذج باء لإدماج الاقتراح الذي قدمته الصين في تعليقاتها على النموذج السابق. فالنموذج جيم (الجدول ٤) يغير بشكل طفيف طريقة تحديد المخصصات لاحتياجات البلدان. وبدلاً من إعطاء درجة صفر لنسبة ٢٠٪ من البلدان الأحسن أداءً على أساس الدرجة المركبة، اقترحت الصين ما يلي:

١ إن إدراج مؤشر "الولادات بمساعدة أخصائيي التوليد المهرة" يحدث فرقاً ضئيلاً جداً في المخصصات الإقليمية للنماذج ألف وباء.

لكل مؤشر من المؤشرات، يحصل البلد على درجة صفر بخصوص هذا المؤشر إذا كان أداؤه على المستوى نفسه أو أعلى من المتوسط الذي حددته منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي. فعلى سبيل المثال، يبلغ متوسط العمر المتوقع عند الميلاد حسب منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي ٨١ عاماً. وبالتالي، فإن البلدان التي يكون فيها متوسط العمر المتوقع ٨١ عاماً أو أكثر تحصل على درجة صفر لهذا المؤشر في الدرجة المركبة.

١٤- وقد تحصل البلدان على درجة صفر بخصوص أحد المؤشرات ولكنها تحصل على درجة إيجابية في المؤشرات الأخرى، أو درجة صفر في كل المؤشرات، أو درجة إيجابية في كل المؤشرات. ويصف متوسط جميع المؤشرات الاحتياجات الكلية للبلدان. وجزير بالملاحظة أن البلدان ذات الدخل المرتفع التي تسجل درجة أعلى من المتوسط حسب منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي بخصوص جميع المؤشرات لا تتلقى أية مخصصات من الميزانية. وجميع الخطوات الأخرى، بما في ذلك تدرج المتغيرات على أساس أسلوب برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، تظل كما كانت عليه.

١٥- ويبين الجدول ٤ المخصصات على أساس هذا النموذج (النموذج جيم). والعمود الأخير يوضح النتائج بالنسبة لمخصصات الميزانية المقررة للثلاثية ٢٠١٤-٢٠١٥ بما يسمح بالمقارنة.

الجدول ٤: النموذج جيم: نموذج يقوم على أساس انعدام الاحتياجات بالنسبة إلى المؤشرات التي تتجاوز المتوسط حسب منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي

الإقليم	اللوغاريتم (للسكان)	الجذر التربيعي	الجذر التربيعي للوغاريتم السكان المعدل	بنك التنمية الآسيوي	السكان المعدل الأدنى (ALPS_min)	الميزانية المقررة للثلاثية ٢٠١٥-٢٠١٤
الأفريقي	٤٧,٤	٤١,٢	٤٤,٥	٣٨,٣	٤٣,٤	٤٢,٣
الأمريكتين	١١,٧	٩,٩	١١,١	٩,٢	١١,٣	٨,٤
شرق المتوسط	١٥,٣	١٥,٧	١٤,٧	١٥,٤	١٤,٢	١٤,٣
الأوروبي	٦,٨	٥,٩	٦,٤	٥,٥	٦,٤	٤,٥
جنوب شرق آسيا	١٠,٩	١٨,٧	١٤,٥	٢٢,٣	١٤,١	١٥,٧
غرب المحيط الهادئ	٧,٨	٨,٦	٨,٨	٩,٣	١٠,٦	١٤,٨

الآثار المالية والإدارية المترتبة بالنسبة إلى الأمانة نتيجة للقرارات والمقررات الإجرائية المعتمدة من جانب جمعية الصحة

<p>القرار جص ٦٩-١: تعزيز الوظائف الأساسية للصحة العمومية بهدف المساعدة في بلوغ التغطية الصحية الشاملة</p>
<p>ألف: الصلة ببرنامج العمل العام والميزانية البرمجية</p>
<p>١- الرجاء بيان في أي أثر وحصيلة من برنامج العمل العام الثاني عشر للفترة ٢٠١٤-٢٠١٩، وفي أي مُخرج من الميزانية البرمجية للفترة ٢٠١٦-٢٠١٧ سيسهم مشروع هذا القرار إذا تم اعتماده.</p> <p>برنامج العمل العام الثاني عشر للفترة ٢٠١٤-٢٠١٩: بالنظر إلى أن الوظائف الأساسية للصحة العمومية تمس، بحسب تعريفها، بطائفة واسعة من الأهداف الصحية، فإن القرار سيسهم في جميع الأهداف الثمانية المنشودة من الآثار على النحو التالي: الحد من وفيات الأطفال دون سن الخامسة؛ والحد من وفيات الأمهات؛ وتقليل عدد الأشخاص الذين يموتون من جراء الأيدز والسل والملاريا؛ والقضاء على شلل الأطفال؛ وتقليل حالات الإصابة ببدء التتينات؛ والحد من الوفيات المبكرة الناجمة عن الأمراض غير السارية؛ والوقاية من الوفيات والأمراض وأشكال العجز الناجمة عن حالات الطوارئ؛ والحد من الفارق بين المناطق الريفية والحضرية فيما يتعلق بوفيات الأطفال دون سن الخامسة.</p> <p>الميزانية البرمجية للفترة ٢٠١٦-٢٠١٧: الحصيلة ٣-٤: تعزيز السياسات والإجراءات المشتركة بين القطاعات والرامية إلى زيادة الإنصاف في الصحة عن طريق معالجة المحددات الاجتماعية للصحة؛ الحصيلة ٣-٥ الحد من المخاطر البيئية على الصحة؛ الحصيلة ٤-٣ تحسين إتاحة الأدوية والمنتجات والتكنولوجيات الطبية الأخرى المأمونة والفعالة والعالية الجودة واستخدامها على نحو رشيد؛ الحصيلة ٤-٢ وضع السياسات وتوفير التمويل والموارد البشرية لزيادة إتاحة الخدمات الصحية المتكاملة التي تركز على الناس؛ الحصيلة ٤-٤ جميع البلدان لديها نُظم تعمل جيداً للمعلومات الصحية والصحة الإلكترونية والبحوث والأخلاقيات وإدارة المعارف من أجل دعم الأولويات الصحية الوطنية؛ الحصيلة ٥-١ الوفاء بجميع الالتزامات التي تنص عليها اللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥)؛ الحصيلة ٥-٣ البلدان التي تحظى بالقدر الكافي من التأهب للوقاية من المخاطر المتعلقة بالسلامة الغذائية وتخفيفها؛ الحصيلة ٥-٦ جميع البلدان تستجيب استجابة كافية لمقتضيات المخاطر والطوارئ التي تؤثر على الصحة العمومية.</p>
<p>٢- إذا لم تكن هناك أية صلة بالنتائج، كما هي مبيّنة في برنامج العمل العام الثاني عشر للفترة ٢٠١٤-٢٠١٩ والميزانية البرمجية للفترة ٢٠١٦-٢٠١٧، يرجى تقديم مبرر لمراعاة ذلك في مشروع القرار.</p> <p>لا ينطبق.</p>
<p>٣- ما الإطار الزمني المقترح لتنفيذ هذا القرار؟</p> <p>من المقرر مواعته مع خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠.</p> <p>إذا كان الإطار الزمني يمتد لميزانيات برمجية مستقبلية يرجى ضمان تقديم المزيد من المعلومات في الفرع الخاص بحساب التكاليف.</p>

باء: الآثار الميزانية المترتبة على تنفيذ القرار

١- الثنائية الحالية: الاحتياجات المقدرة في الميزانية، بالدولار الأمريكي

تمسّ مجالات العمل التي يسلّط القرار الضوء عليها بالمواضيع التالية: (أ) إذكاء الوعي والدعوة؛ (ب) التنسيق؛ (ج) الدعم القطري؛ (د) الرصد والتقييم. وبسبب الطائفة الواسعة النطاق من الأعمال التي يتواصل إنجازها حالياً على صعيد المنظمة ككل في مجالات الصحة العمومية الأساسية، فإن من الصعب الاضطلاع بمهمة تقدير المبالغ المُكرّسة في الميزانية الحالية لتلك المجالات، ومع ذلك يرد أدناه تحليل لها.

وسيلزم إنجاز معظم الأعمال بما هو متاح حالياً من موارد وموظفين.

المستوى	الموظفون	الأنشطة	المجموع
المكاتب القطرية	صفر	١٩ ٩٥٠ .٠٠٠	١٩ ٩٥٠ .٠٠٠
المكاتب الإقليمية	صفر	١ ٢٠٠ .٠٠٠	١ ٢٠٠ .٠٠٠
المقر الرئيسي	صفر	١ .٠٠٠ .٠٠٠	١ .٠٠٠ .٠٠٠
المجموع	صفر	٢٢ ١٥٠ .٠٠٠	٢٢ ١٥٠ .٠٠٠

١ (أ) هل الاحتياج المقدر في الميزانية فيما يتعلق بتنفيذ القرار مدرج بالكامل في الميزانية البرمجية الحالية؟ (نعم/ لا)
نعم.

١ (ب) الآثار التمويلية بالنسبة إلى الميزانية في الثنائية الحالية:

- ما المبلغ الممول في الثنائية الحالية؟
١٠٠٪.

سندمج آثار رصد القرار وتقييمه في الجهود المبذولة على نطاق أوسع بشأن رصد الأهداف المتعلقة بالصحة من خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠.

- ما هي الثغرات؟
لا يوجد.

- ما هي الإجراءات المقترحة لسد هذه الثغرات؟
لا ينطبق.

٢- الثنائية التالية: الاحتياجات المقدرة في الميزانية، بالدولار الأمريكي

المستوى	الموظفون	الأنشطة	المجموع
المكاتب القطرية	صفر	١٩ ٩٥٠ .٠٠٠	١٩ ٩٥٠ .٠٠٠
المكاتب الإقليمية	صفر	١ ٢٠٠ .٠٠٠	١ ٢٠٠ .٠٠٠
المقر الرئيسي	صفر	١ .٠٠٠ .٠٠٠	١ .٠٠٠ .٠٠٠
المجموع	صفر	٢٢ ١٥٠ .٠٠٠	٢٢ ١٥٠ .٠٠٠

٢ (أ) الآثار التمويلية بالنسبة إلى الميزانية في الثنائية التالية:

- ما المبلغ الممول حالياً في الثنائية التالية؟

قد تنشأ ثغرات تمويلية بمجرد تحديد آثار القرار على عمل المنظمة.

<p>- ما هي ثغرات التمويل؟ مجهولة في الوقت الراهن.</p> <p>- ما هي الإجراءات المقترحة لسد هذه الثغرات؟ ستعالج أية ثغرات في إطار الخطة المنسقة على نطاق المنظمة ككل لتعبئة الموارد اللازمة لسد مواطن العجز في الميزانية البرمجية للثلاثية التالية.</p>

<p>القرار ج ص ع ٦٩-٢: الالتزام بتنفيذ الاستراتيجية العالمية بشأن صحة المرأة والطفل والمراهق</p>			
<p>ألف: الصلة ببرنامج العمل العام والميزانية البرمجية</p>			
<p>١- الرجاء بيان في أي أثر وحصيلة من برنامج العمل العام الثاني عشر للفترة ٢٠١٤-٢٠١٩، وفي أي مخرج من الميزانية البرمجية للفترة ٢٠١٦-٢٠١٧ سيسهم مشروع هذا القرار إذا تم اعتماده. من برنامج العمل العام الثاني عشر، ٢٠١٤-٢٠١٩: الهدف الخاص بالأثر: الحد من وفيات الأطفال دون سن الخامسة الحصيلة: زيادة إتاحة التدخلات الخاصة بتحسين صحة النساء والموليد والأطفال والمراهقين من الميزانية البرمجية ٢٠١٦-٢٠١٧: الحصيلة ١-٣.</p>			
<p>المخرجات: ١-١-٣ و ٢-١-٣ و ٣-١-٣ و ٤-١-٣ و ٥-١-٣ و ٦-١-٣.</p>			
<p>٢- إذا لم تكن هناك أية صلة بالنتائج، كما هي مبيّنة في برنامج العمل العام الثاني عشر للفترة ٢٠١٤-٢٠١٩ والميزانية البرمجية للفترة ٢٠١٦-٢٠١٧، يرجى تقديم مبرر لمراعاة ذلك في مشروع القرار. لا ينطبق.</p>			
<p>٣- ما الإطار الزمني المقترح لتنفيذ هذا القرار؟ ٢٠١٦-٢٠٣٠.</p> <p>إذا كان الإطار الزمني يمتد لميزانيات برمجية مستقبلية يرجى ضمان تقديم المزيد من المعلومات في الفرع الخاص بحساب التكاليف.</p>			
<p>باء: الآثار الميزانية المترتبة على تنفيذ القرار</p>			
<p>١- الثلاثية الحالية: المتطلبات الميزانية المقدرة: ٢٠٦,١ مليون دولار أمريكي</p>			
المستوى	الموظفون	الأنشطة	المجموع
المكاتب القطرية	٣٣,٦	٧٧,٨	١١١,٤
المكاتب الإقليمية	١٨,٤	١٦,٨	٣٥,٢
المقر الرئيسي	٣٥,٧	٢٣,٨	٥٩,٥
المجموع	٨٧,٧	١١٨,٤	٢٠٦,١
<p>١ (أ) هل المتطلبات الميزانية المقدرة فيما يتعلق بتنفيذ القرار مدرجة بالكامل في الميزانية البرمجية الحالية؟ (نعم/ لا) نعم.</p>			

<p>١(ب) الآثار التمويلية بالنسبة إلى الميزانية في الثنائية الحالية:</p> <p>- ما المبلغ الممول في الثنائية الحالية؟ ١٤١,٥ مليون دولار أمريكي.</p> <p>- ما هي الثغرات؟ ٦٤,٦ مليون دولار أمريكي.</p> <p>- ما هي الإجراءات المقترحة لسد هذه الثغرات؟ سيتم سد الثغرات عبر الجهود المنسقة لتعبئة الموارد، بما في ذلك الحوار الخاص بالتمويل من أجل توفير التمويل المحتمل بالمساهمات الطوعية.</p>			
<p>٢- الثنائية التالية: المتطلبات الميزانية المقدرة، بملايين الدولارات الأمريكية</p>			
المستوى	الموظفون	الأنشطة	المجموع
المكاتب القطرية	-	-	-
المكاتب الإقليمية	-	-	-
المقر الرئيسي	-	-	-
المجموع	-	-	-
<p>٢(أ) الآثار التمويلية بالنسبة إلى الميزانية في الثنائية التالية:</p> <p>- ما المبلغ الممول حالياً في الثنائية التالية؟ من المقرر تحديده أثناء وضع الميزانية البرمجية ٢٠١٨-٢٠١٩.</p> <p>- ما هي ثغرات التمويل؟ من المقرر تحديدها بملايين الدولارات الأمريكية.</p> <p>- ما هي الإجراءات المقترحة لسد هذه الثغرات؟ لا ينطبق.</p>			

<p>القرار ج ص ٦٩٤-٣: الاستراتيجية وخطة العمل العالميتان بشأن الشيخوخة والصحة ٢٠١٦-٢٠٢٠: عالم يتسنى فيه لكل فرد أن يحيا حياة طويلة ويتمتع بالصحة</p>
<p>ألف: الصلة ببرنامج العمل العام والميزانية البرمجية</p>
<p>١- الرجاء بيان في أي أثر وحصيلة من برنامج العمل العام الثاني عشر للفترة ٢٠١٤-٢٠١٩، وفي أي مخرج من الميزانية البرمجية للفترة ٢٠١٦-٢٠١٧ سيسهم مشروع هذا القرار إذا تم اعتماده.</p> <p>الفئة ٣: تعزيز الصحة طيلة العمر: الحصيلة ٢-٣ الشيخوخة والصحة؛ والمخرجات ٣-٢-٣ و ٣-٢-٣ و ٣-٢-٣.</p>
<p>٢- إذا لم تكن هناك أية صلة بالنتائج، كما هي مبينة في برنامج العمل العام الثاني عشر للفترة ٢٠١٤-٢٠١٩ والميزانية البرمجية للفترة ٢٠١٦-٢٠١٧، يرجى تقديم مبرر لمراعاة ذلك في مشروع القرار.</p> <p>لا ينطبق.</p>
<p>٣- ما الإطار الزمني المقترح لتنفيذ هذا القرار؟ من عام ٢٠١٦ إلى عام ٢٠٢٠ وفقاً لمسودة الاستراتيجية وخطة العمل العالميتين بشأن الشيخوخة والصحة.</p> <p>إذا كان الإطار الزمني يمتد لميزانيات برمجية مستقبلية يرجى ضمان تقديم المزيد من المعلومات في الفرع الخاص بحساب التكاليف.</p>

باء: الآثار الميزانية المترتبة على تنفيذ القرار			
١ - الثنائية الحالية: المتطلبات الميزانية المقدرة ، بملايين الدولارات الأمريكية			
المستوى	الموظفون	الأنشطة	المجموع
المكاتب القطرية	٤,٠٠	٦,٠٠	١٠,٠٠
المكاتب الإقليمية	٢,٨٨	٤,٣٢	٧,٢٠
المقر الرئيسي	٧,٦٨	٥,١٢	١٢,٨٠
المجموع	١٤,٥٦	١٥,٤٤	٣٠,٠٠
١ (أ) هل المتطلبات الميزانية المقدرة فيما يتعلق بتنفيذ القرار مدرج بالكامل في الميزانية البرمجية الحالية؟ (نعم/ لا) نعم.			
١ (ب) الآثار التمويلية بالنسبة إلى الميزانية في الثنائية الحالية: - ما المبلغ الممول في الثنائية الحالية؟ ١٣,٥ مليون دولار أمريكي. - ما هي الثغرات؟ ١٦,٥ مليون دولار أمريكي. - ما هي الإجراءات المقترحة لسد هذه الثغرات؟ سيتم سد الثغرات من خلال الجهود المنسقة لتعبئة الموارد، بما في ذلك الحوار الخاص بالتمويل، فيما يتعلق بالتمويل الممكن من المساهمات الطوعية.			
٢ - الثنائية التالية: المتطلبات الميزانية المقدرة، بملايين الدولارات الأمريكية			
المستوى	الموظفون	الأنشطة	المجموع
المكاتب القطرية	٦,٦٠	٩,٩٠	١٦,٥٠
المكاتب الإقليمية	٤,٩٢	٧,٣٨	١٢,٣٠
المقر الرئيسي	٨,٤٨	١٢,٧٢	٢١,٢٠
المجموع	٢٠,٠٠	٣٠,٠٠	٥٠,٠٠
٢ (أ) الآثار التمويلية بالنسبة إلى الميزانية في الثنائية التالية: - ما المبلغ الممول حالياً في الثنائية التالية؟ ١٠ ملايين دولار أمريكي. - ما هي ثغرات التمويل؟ ٤٠ مليون دولار أمريكي. - ما هي الإجراءات المقترحة لسد هذه الثغرات؟ سيتم سد الثغرات من خلال الجهود المنسقة لتعبئة الموارد، بما في ذلك الحوار الخاص بالتمويل، فيما يتعلق بالتمويل الممكن من المساهمات الطوعية.			

<p>القرار ج ص ٦٩٤-٤: دور قطاع الصحة المتعلق بالنهج الاستراتيجي للإدارة الدولية للمواد الكيميائية من أجل تحقيق الهدف المنشود لعام ٢٠٢٠ وما بعده</p>			
<p>ألف: الصلة ببرنامج العمل العام والميزانية البرمجية</p>			
<p>١- الرجاء بيان في أي أثر وحصيلة من برنامج العمل العام الثاني عشر للفترة ٢٠١٤-٢٠١٩، وفي أي مخرج من الميزانية البرمجية للفترة ٢٠١٦-٢٠١٧ سيسهم مشروع هذا القرار إذا تم اعتماده.</p> <p>برنامج العمل العام الثاني عشر، ٢٠١٤-٢٠١٩: أهداف خاصة بالأثر: الحد من الوفيات المبكرة الناجمة عن الأمراض غير السارية؛ الوقاية من الوفاة والمرض والعجز الناجم عن الطوارئ؛ الحصيلة: الحد من المخاطر البيئية على الصحة.</p> <p>الميزانية البرمجية ٢٠١٦-٢٠١٧: المخرج ٣-٥-١ تعزيز قدرة البلدان على تقييم المخاطر الصحية، ورسم السياسات أو الاستراتيجيات أو اللوائح وتنفيذها من أجل الوقاية من الآثار الصحية المترتبة على المخاطر البيئية والمهنية وتخفيفها وإدارتها؛</p> <p>المخرج ٣-٥-٢ تحديد القواعد والمعايير ووضع المبادئ التوجيهية بشأن المخاطر والفوائد الصحية البيئية والمهنية المرتبطة بتلوث الهواء والضوضاء، والمواد الكيميائية، والنفائيات، والمياه والإصحاح، والإشعاع، وتكنولوجيا النانو، وتغير المناخ، على سبيل المثال؛</p> <p>المخرج ٣-٥-٣ تناول أغراض الصحة العمومية في تنفيذ الاتفاقات والاتفاقيات المتعددة الأطراف بشأن البيئة وفيما يتعلق بأهداف التنمية المستدامة المقترحة وخطة التنمية المستدامة لما بعد عام ٢٠١٥.</p>			
<p>٢- إذا لم تكن هناك أية صلة بالنتائج، كما هي مبيّنة في برنامج العمل العام الثاني عشر للفترة ٢٠١٤-٢٠١٩ والميزانية البرمجية للفترة ٢٠١٦-٢٠١٧، يرجى تقديم مبرر لمراعاة ذلك في مشروع القرار.</p> <p>لا ينطبق.</p>			
<p>٣- ما الإطار الزمني المقترح لتنفيذ هذا القرار؟</p> <p>خارطة طريق، يتم إعدادها بالتشاور مع الدول الأعضاء وآخرين، وعرضها على جمعية الصحة العالمية السبعين، في عام ٢٠١٧، وتقرير عن النفائيات التي يتم إنتاجها في الثنائية الحالية.</p> <p>إذا كان الإطار الزمني يمتد لميزانيات برمجية مستقبلية يرجى ضمان تقديم المزيد من المعلومات في الفرع الخاص بحساب التكاليف.</p>			
<p>باء: الآثار الميزانية المترتبة على تنفيذ القرار</p> <p>سترتب الآثار الميزانية بشكل كبير عن طريق العملية المستخدمة للتشاور من أجل خارطة الطريق.</p>			
<p>١- الثنائية الحالية: المتطلبات الميزانية المقدرة، بملايين الدولارات الأمريكية</p>			
المستوى	الموظفون	الأنشطة	المجموع
المكاتب القطرية	لا تنطبق	لا تنطبق	لا تنطبق
المكاتب الإقليمية	٠,١٨	٠,٦٠	٠,٧٨
المقر الرئيسي	٠,١٢	٠,٢٦	٠,٣٨
المجموع	٠,٣٠	٠,٨٦	١,١٦

١ (أ) هل المتطلبات الميزانية المقدرة فيما يتعلق بتنفيذ القرار مدرجة بالكامل في الميزانية البرمجية الحالية؟ (نعم/ لا)
نعم.

١ (ب) الآثار التمويلية بالنسبة إلى الميزانية في الثنائية الحالية:
- ما المبلغ الممول في الثنائية الحالية؟
٠,٣٥ مليون دولار أمريكي.
- ما هي الثغرات؟
٠,٨١ مليون دولار أمريكي.
- ما هي الإجراءات المقترحة لسد هذه الثغرات؟
سيتم سد الثغرات من خلال الجهود المنسقة لتعبئة الموارد من أجل التمويل المحتمل من المساهمات الطوعية.

٢ - الثنائية التالية: المتطلبات الميزانية المقدرة، بملايين الدولارات الأمريكية

المستوى	الموظفون	الأنشطة	المجموع
المكاتب القطرية	لا تنطبق	لا تنطبق	لا تنطبق
المكاتب الإقليمية	لا تنطبق	لا تنطبق	لا تنطبق
المقر الرئيسي	لا تنطبق	لا تنطبق	لا تنطبق
المجموع	لا تنطبق	لا تنطبق	لا تنطبق

٢ (أ) الآثار التمويلية بالنسبة إلى الميزانية في الثنائية التالية:
- ما المبلغ الممول حالياً في الثنائية التالية؟
لا ينطبق.
- ما هي ثغرات التمويل؟
لا ينطبق.
- ما هي الإجراءات المقترحة لسد هذه الثغرات؟
لا ينطبق.

القرار ج ص ع ٦٩-٥: خطة العمل العالمية للمنظمة لتعزيز دور النظام الصحي في إطار استجابة وطنية متعددة القطاعات للتصدي للعنف بين الأفراد، وخصوصاً ضد النساء والفتيات وضد الأطفال

ألف: الصلة ببرنامج العمل العام والميزانية البرمجية

١- الرجاء بيان في أي أثر وحصيلة من برنامج العمل العام الثاني عشر للفترة ٢٠١٤-٢٠١٩، وفي أي مخرج من الميزانية البرمجية للفترة ٢٠١٦-٢٠١٧ سيسهم مشروع هذا القرار إذا تم اعتماده.

برنامج العمل العام الثاني عشر للفترة ٢٠١٤-٢٠١٩:

الحصيلة: ٢-٣ خفض عوامل الخطر وتحسين التغطية بالتدخلات للوقاية من الإصابات غير المتعمدة والعنف وتبنيها العلاجي؛

الحصيلة: ٣-١ الصحة الإنجابية وصحة الأمهات والموليد والأطفال والمراهقين: زيادة إتاحة التدخلات الخاصة بتحسين صحة النساء والموليد والأطفال والمراهقين؛

الحصيلة: ٥-٣ إدارة مخاطر الطوارئ والأزمات: البلدان التي تحظى بالقدرة على إدارة مخاطر الصحة العمومية المرتبطة بحالات الطوارئ.

الميزانية البرمجية للفترة ٢٠١٦-٢٠١٧:

المُخرج ٢-٣-٣ وضع البرامج والخطط للتصدي للعنف الموجه ضد النساء والشباب والأطفال وتنفيذها؛

المُخرج ٣-١-٣ تمكين البلدان من تنفيذ ورصد التدخلات الفعالة لتلبية الاحتياجات غير الملبّاة في مجال الصحة الجنسية والإنجابية؛

المُخرج ٣-١-٦ إجراء البحوث وتعزيز قدرات البحوث فيما يتعلق بالصحة الجنسية والإنجابية، بما في ذلك ما يتعلق بتنظيم الأسرة وصحة الأمومة والصحة في الفترة المحيطة بالولادة وصحة المراهقين والصحة الجنسية والإنجابية والأمراض المعدية المنقولة جنسياً، والوقاية من الإجهاض غير المأمون، والعقم، والصحة الجنسية، وتشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية، والعنف ضد المرأة، والصحة الجنسية والإنجابية في بيئات العمل الإنساني؛

المُخرج ٥-٣-١ تقديم المساعدة التقنية إلى الدول الأعضاء من أجل تنمية القدرات الأساسية اللازمة لإدارة المخاطر الصحية المرتبطة بالكوارث الطبيعية والنزاعات، والحفاظ على هذه القدرات باستخدام نهج يشمل جميع الأخطار.

٢- إذا لم تكن هناك أية صلة بالنتائج، كما هي مبيّنة في برنامج العمل العام الثاني عشر للفترة ٢٠١٤-٢٠١٩ والميزانية البرمجية للفترة ٢٠١٦-٢٠١٧، يرجى تقديم مبرر لمراعاة ذلك في مشروع القرار.

لا ينطبق.

٣- ما الإطار الزمني المقترح لتنفيذ هذا القرار؟

تغطي خطة العمل العالمية فترة السنوات الخمس عشرة الممتدة من ٢٠١٦ إلى ٢٠٣٠، بما يتماشى مع أهداف التنمية المستدامة.

إذا كان الإطار الزمني يمتد لميزانيات برمجية مستقبلية يرجى ضمان تقديم المزيد من المعلومات في الفرع الخاص بحساب التكاليف.

باء: الآثار الميزانية المترتبة على تنفيذ القرار

١- الثنائية الحالية: الاحتياجات المقدرة في الميزانية، بالدولار الأمريكي

المجموع	الأنشطة	الموظفون	المستوى
١ ٩١٣ ٧٥٠	٨٠٠ ٠٠٠	١ ١١٣ ٧٥٠	المكاتب القطرية
٦ ١٢٥ ٠٠٠	٢ ٢٥٠ ٠٠٠	٣ ٨٧٥ ٠٠٠	المكاتب الإقليمية
١١ ٦٤٣ ٤٥٠	٥ ٣٦٥ ٠٠٠	٤ ٢٧٨ ٤٥٠	المقر الرئيسي
١٧ ٦٨٢ ٢٠٠	٨ ٤١٥ ٠٠٠	٩ ٢٦٧ ٢٠٠	المجموع

١(أ) هل الاحتياج المقدر في الميزانية فيما يتعلق بتنفيذ القرار مدرج بالكامل في الميزانية البرمجية الحالية؟ (نعم/ لا)

نعم.

١ (ب) الآثار التمويلية بالنسبة إلى الميزانية في الثنائية الحالية:

- ما المبلغ الممول في الثنائية الحالية؟
٤٠٪.

- ما هي الثغرات؟
٦٠٪.

- ما هي الإجراءات المقترحة لسد هذه الثغرات؟
التعبئة المنسقة للموارد من خلال الحوار الخاص بالتمويل وجمع أموال محددة طوعياً.

٢ - الثنائية التالية: الاحتياجات المقدرة في الميزانية، بالدولار الأمريكي

المستوى	الموظفون	الأنشطة	المجموع
المكاتب القطرية	٣ ٢٧٥ ٧٥٠	٤ ٠٠٠ ٠٠٠	٧ ٢٧٥ ٧٥٠
المكاتب الإقليمية	٦ ٠٥٣ ٥٥٠	٣ ٨٥٠ ٠٠٠	٩ ٩٠٣ ٥٥٠
المقر الرئيسي	٦ ٨٣٩ ٢٠٠	٩ ٧١٨ ٠٠٠	١٧ ٦٥٧ ٢٠٠
المجموع	١٦ ١٦٨ ٥٠٠	١٧ ٥٦٨ ٠٠٠	٣٣ ٧٣٦ ٥٠٠

٢ (أ) الآثار التمويلية بالنسبة إلى الميزانية في الثنائية التالية:

- ما المبلغ الممول حالياً في الثنائية التالية؟
في الوقت الراهن لم يتم جمع أموال للثنائية ٢٠١٨-٢٠١٩.

- ما هي ثغرات التمويل؟
١٠٠٪.

- ما هي الإجراءات المقترحة لسد هذه الثغرات؟
سيتم تحديد الإجراءات فيما بعد حسب ضرورتها: التعبئة المنسقة للموارد من خلال الحوار الخاص بالتمويل وجمع أموال محددة طوعياً.

القرار ج ص ع ٦٩-٦: الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها: الاستجابة للتكاليف المحددة من أجل التحضير للاجتماع الثالث الرفيع المستوى للجمعية العامة للأمم المتحدة بشأن الوقاية من الأمراض غير المعدية (غير السارية) ومكافحتها في عام ٢٠١٨

الف: الصلة ببرنامج العمل العام والميزانية البرمجية

١- الرجاء بيان في أي أثر وحصيلة من برنامج العمل العام الثاني عشر للفترة ٢٠١٤-٢٠١٩، وفي أي مخرج من الميزانية البرمجية للفترة ٢٠١٦-٢٠١٧ سيسهم مشروع هذا القرار إذا تم اعتماده.

الميزانية البرمجية ٢٠١٦-٢٠١٧: المخرج ٢-١-١- تسريع وضع و/ أو تنفيذ السياسات والخطط الوطنية المتعددة القطاعات للوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها.

٢- إذا لم تكن هناك أية صلة بالنتائج، كما هي مبيّنة في برنامج العمل العام الثاني عشر للفترة ٢٠١٤-٢٠١٩ والميزانية البرمجية للفترة ٢٠١٦-٢٠١٧، يرجى تقديم مبرر لمراعاة ذلك في مشروع القرار.

لا ينطبق.

٣- ما الإطار الزمني المقترح لتنفيذ هذا القرار؟
العامان ٢٠١٦ و ٢٠١٧.

إذا كان الإطار الزمني يمتد لميزانيات برمجية مستقبلية يرجى ضمان تقديم المزيد من المعلومات في الفرع الخاص بحساب التكاليف.

باء: الآثار الميزانية المترتبة على تنفيذ القرار

١- الثنائية الحالية: الاحتياجات المقدرة في الميزانية، بالدولار الأمريكي

المستوى	الموظفون	الأنشطة	المجموع
المكاتب القطرية	صفر	صفر	صفر
المكاتب الإقليمية	صفر	صفر	صفر
المقر الرئيسي	١ ١٠٠ ٠٠٠	١٠٠ ٠٠٠	١ ٢٠٠ ٠٠٠
المجموع	١ ١٠٠ ٠٠٠	١٠٠ ٠٠٠	١ ٢٠٠ ٠٠٠

١(أ) هل الاحتياج المقدر في الميزانية فيما يتعلق بتنفيذ القرار مدرج بالكامل في الميزانية البرمجية الحالية؟ (نعم/ لا)
نعم.

١(ب) الآثار التمويلية بالنسبة إلى الميزانية في الثنائية الحالية:
- ما المبلغ الممول في الثنائية الحالية؟
١٠٠٪.
- ما هي الثغرات؟
لا توجد.
- ما هي الإجراءات المقترحة لسد هذه الثغرات؟
لا ينطبق.

٢- الثنائية التالية: الاحتياجات المقدرة في الميزانية، بالدولار الأمريكي

المستوى	الموظفون	الأنشطة	المجموع
المكاتب القطرية	صفر	صفر	صفر
المكاتب الإقليمية	صفر	صفر	صفر
المقر الرئيسي	صفر	صفر	صفر
المجموع	صفر	صفر	صفر

٢(أ) الآثار التمويلية بالنسبة إلى الميزانية في الثنائية التالية:
- ما المبلغ الممول حالياً في الثنائية التالية؟
لا ينطبق.
- ما هي ثغرات التمويل؟
لا ينطبق.
- ما هي الإجراءات المقترحة لسد هذه الثغرات؟
لا ينطبق.

القرار ج ص ع ٦٩-٧: التصدي للتحديات الماثلة أمام عقد الأمم المتحدة للعمل من أجل السلامة على الطرق (٢٠١١-٢٠٢٠): حصيلة المؤتمر الثاني الرفيع المستوى بشأن السلامة على الطرق - أن الأوان لتحقيق النتائج

الف: الصلة ببرنامج العمل العام والميزانية البرمجية

١- الرجاء بيان في أي أثر وحصيلة من برنامج العمل العام الثاني عشر للفترة ٢٠١٤-٢٠١٩، وفي أي مخرج من الميزانية البرمجية للفترة ٢٠١٦-٢٠١٧ سيسهم مشروع هذا القرار إذا تم اعتماده.

الآثار: الحد من الوفيات المبكرة الناجمة عن الأمراض غير السارية؛ والوقاية من الوفاة والمرض والعجز نتيجة لحالات الطوارئ. الحصيلة: ٢-٣، المخرج ٢-٣-١

٢- إذا لم تكن هناك أية صلة بالنتائج، كما هي مبيّنة في برنامج العمل العام الثاني عشر للفترة ٢٠١٤-٢٠١٩ والميزانية البرمجية للفترة ٢٠١٦-٢٠١٧، يرجى تقديم مبرر لمراعاة ذلك في مشروع القرار.
لا ينطبق.

٣- ما الإطار الزمني المقترح لتنفيذ هذا القرار؟

ستعد عملية لتحديد الغايات والمؤشرات خلال الثنائية ٢٠١٦-٢٠١٧ ويضطلع بأنشطة أخرى مشار إليها في القرار خلال الثنائيتين ٢٠١٦-٢٠١٧ و ٢٠١٨-٢٠١٩.

إذا كان الإطار الزمني يمتد لميزانيات برمجية مستقبلية يرجى ضمان تقديم المزيد من المعلومات في الفرع الخاص بحساب التكاليف.

باء: الآثار الميزانية المترتبة على تنفيذ القرار

١- الثنائية الحالية: المتطلبات الميزانية المقدرة، بملايين الدولارات الأمريكية

المستوى	الموظفون	الأنشطة	المجموع
المكاتب القطرية	١,٢٠	١,٣٠	٢,٥٠
المكاتب الإقليمية	١,٠٠	٠,٥٠	١,٥٠
المقر الرئيسي	٢,٠٠	١,٣٠	٣,٣٠
المجموع	٤,٢٠	٣,١٠	٧,٣٠

١(أ) هل المتطلبات الميزانية المقدرة فيما يتعلق بتنفيذ القرار مدرجة بالكامل في الميزانية البرمجية الحالية؟ (نعم/ لا) نعم

١(ب) الآثار التمويلية بالنسبة إلى الميزانية في الثنائية الحالية:

- ما المبلغ الممول في الثنائية الحالية؟ ٥,٨٤ مليون دولار أمريكي.

- ما هي الثغرات؟ ١,٤٦ مليون دولار أمريكي.

- ما هي الإجراءات المقترحة لسد هذه الثغرات؟

سيتم سد الثغرات من خلال الحوار الخاص بالتمويل والتمويل الخارج عن الميزانية.

٢- الثنائية التالية: الاحتياجات المقدرة في الميزانية، بملايين الدولارات الأمريكية			
المجموع	الأنشطة	الموظفون	المستوى
٢,٨٠	١,٥٠	١,٣٠	المكاتب القطرية
١,٨٥	٠,٧٥	١,١٠	المكاتب الإقليمية
٣,٤٠	١,٢٠	٢,٢٠	المقر الرئيسي
٨,٠٥	٣,٤٥	٤,٦٠	المجموع

٢(أ) الآثار التمويلية بالنسبة إلى الميزانية في الثنائية التالية:

- ما المبلغ الممول حالياً في الثنائية التالية؟ ١,٨١ مليون دولار أمريكي.
- ما هي ثغرات التمويل؟ ٦,٢٤ مليون دولار أمريكي.
- ما هي الإجراءات المقترحة لسد هذه الثغرات؟

سيتم سد الثغرات من خلال الحوار الخاص بالتمويل والتمويل الخارج عن الميزانية.

القرار ج ص ع ٦٩-٨: عقد عمل الأمم المتحدة من أجل التغذية (٢٠١٦-٢٠٢٥)	
ألف: الصلة ببرنامج العمل العام والميزانية البرمجية	
١-	الرجاء بيان في أي أثر وحصيلة من برنامج العمل العام الثاني عشر للفترة ٢٠١٤-٢٠١٩، وفي أي مخرج من الميزانية البرمجية للفترة ٢٠١٦-٢٠١٧ سيسهم مشروع هذا القرار إذا تم اعتماده. الحصيلة ٢-٥ من برنامج العمل العام، والمخرج ٢-٥-١ من الميزانية البرمجية.
٢-	إذا لم تكن هناك أية صلة بالنتائج، كما هي مبينة في برنامج العمل العام الثاني عشر للفترة ٢٠١٤-٢٠١٩ والميزانية البرمجية للفترة ٢٠١٦-٢٠١٧، يرجى تقديم مبرر لمراعاة ذلك في مشروع القرار. لا ينطبق.
٣-	ما الإطار الزمني المقترح لتنفيذ هذا القرار؟ سيقطن تنفيذ القرار التزاماً طويلاً الأمد من جانب الدول الأعضاء. ويمكن أن تتفد الأمانة على الفور المهام المعنية أثناء الثنائية ٢٠١٦-٢٠١٧، وأن تقدم تقريراً إلى جمعية الصحة في عام ٢٠١٨ وفي عام ٢٠٢٠.
إذا كان الإطار الزمني يمتد لميزانيات برمجية مستقبلية يرجى ضمان تقديم المزيد من المعلومات في الفرع الخاص بحساب التكاليف.	

باء: الآثار الميزانية المترتبة على تنفيذ القرار

١- الثنائية الحالية: المتطلبات الميزانية المقدرة، بملايين الدولارات الأمريكية			
المجموع	الأنشطة	الموظفون	المستوى
١,٥٦٠	١,٢٠٠	٠,٣٦٠	المكاتب القطرية
٠,٩٦٠	٠,٣٠٠	٠,٦٦٠	المكاتب الإقليمية
٢,١٣٤	٠,٨٠٠	١,٣٣٤	المقر الرئيسي
٤,٦٥٤	٢,٣٠٠	٢,٣٥٤	المجموع

١ (أ) هل المتطلبات الميزانية المقدرة فيما يتعلق بتنفيذ القرار مدرجة بالكامل في الميزانية البرمجية الحالية؟ (نعم/ لا)
نعم.

١ (ب) الآثار التمويلية بالنسبة إلى الميزانية في الثنائية الحالية:
- ما المبلغ الممول في الثنائية الحالية؟
٣,٠١٤ مليون دولار أمريكي.
- ما هي الثغرات؟
١,٦٤٠ مليون دولار أمريكي.
- ما هي الإجراءات المقترحة لسد هذه الثغرات؟
فيما يتعلق بالموظفين: التآزر مع البرامج الأخرى والمناقشات مع المكاتب الإقليمية ومع المانحين على المستوى القطري.
فيما يتعلق بالاجتماعات: المناقشات مع منظمة الأغذية والزراعة بشأن تقاسم التكاليف ومفاتيح المانحين على نحو مشترك.

٢ - الثنائية التالية: المتطلبات الميزانية المقدرة، بملايين الدولارات الأمريكية

المستوى	الموظفون	الأنشطة	المجموع
المكاتب القطرية	٠,٣٦٠	١,٢٠٠	١,٥٦٠
المكاتب الإقليمية	٠,٦٦٠	٠,٣٠٠	٠,٩٦٠
المقر الرئيسي	١,٣٣٤	٠,٢٠٠	١,٥٣٤
المجموع	٢,٣٥٤	١,٧٠٠	٤,٠٥٤

٢ (أ) الآثار التمويلية بالنسبة إلى الميزانية في الثنائية التالية:
- ما المبلغ الممول حالياً في الثنائية التالية؟
٢,٥١٤ مليون دولار أمريكي.
- ما هي ثغرات التمويل؟
١,٥٤٠ مليون دولار أمريكي.
- ما هي الإجراءات المقترحة لسد هذه الثغرات؟
فيما يتعلق بالموظفين: التآزر مع البرامج الأخرى والمناقشات مع المكاتب الإقليمية ومع المانحين على المستوى القطري.
فيما يتعلق بالاجتماعات: المناقشات مع منظمة الأغذية والزراعة بشأن تقاسم التكاليف ومفاتيح المانحين على نحو مشترك.

القرار ج ص ع ٦٩-٩: وضع حد للترويج غير الملائم لأغذية الرضع وصغار الأطفال

ألف: الصلة ببرنامج العمل العام والميزانية البرمجية

١- الرجاء بيان في أي أثر وحصيلة من برنامج العمل العام الثاني عشر للفترة ٢٠١٤-٢٠١٩، وفي أي مخرج من الميزانية البرمجية للفترة ٢٠١٦-٢٠١٧ سيسهم هذا القرار إذا تم اعتماده.

الحصيلة ٥-٢ من برنامج العمل العام والمخرج ٢-٥-٢ من الميزانية البرمجية

٢- إذا لم تكن هناك أية صلة بالنتائج، كما هي مبينة في برنامج العمل العام الثاني عشر للفترة ٢٠١٤-٢٠١٩ والميزانية البرمجية للفترة ٢٠١٦-٢٠١٧، يرجى تقديم مبرر لمراعاة ذلك في مشروع القرار.
لا ينطبق.

٣- ما الإطار الزمني المقترح لتنفيذ هذا القرار؟
سيطلب تنفيذ القرار التزام الدول الأعضاء على المدى البعيد. ويمكن للأمانة على الفور تنفيذ المهام أثناء الثنائية ٢٠١٦-٢٠١٧ ورفع التقرير إلى جمعية الصحة في عامي ٢٠١٨ و٢٠٢٠.
إذا كان الإطار الزمني يمتد لميزانيات برمجية مستقبلية يرجى ضمان تقديم المزيد من المعلومات في الفرع الخاص بحساب التكاليف.

باء: الآثار الميزانية المترتبة على تنفيذ القرار

١- الثنائية الحالية: المتطلبات الميزانية المقدرة، بملايين الدولارات الأمريكية

المستوى	الموظفون	الأنشطة	المجموع
المكاتب القطرية	٠,١٢٠	٠,١٠٠	٠,٢٢٠
المكاتب الإقليمية	٠,٣٣٠	٠,٠٨١	٠,٤١١
المقر الرئيسي	٠,٣٣٠	٠,٠٢٠	٠,٣٥٠
المجموع	٠,٧٨٠	٠,٢٠١	٠,٩٨١

١(أ) هل المتطلبات الميزانية المقدرة فيما يتعلق بتنفيذ القرار مدرجة بالكامل في الميزانية البرمجية الحالية؟ (نعم/ لا)
نعم.

١(ب) الآثار التمويلية بالنسبة إلى الميزانية في الثنائية الحالية:
ما المبلغ الممول في الثنائية الحالية؟
٠,٨٩ مليون دولار أمريكي.
ما هي الثغرات؟
٠,٠٩ مليون دولار أمريكي.
ما هي الإجراءات المقترحة لسد هذه الثغرات؟
سيتم سد الثغرات من خلال التأزر مع البرامج الأخرى والمناقشات مع المكاتب الإقليمية والمانحين على الصعيد القطري.

٢- الثنائية التالية: المتطلبات الميزانية المقدرة، بملايين الدولارات الأمريكية			
المستوى	الموظفون	الأنشطة	المجموع
المكاتب القطرية	٠,١٢٠	٠,١٠٠	٠,٢٢٠
المكاتب الإقليمية	٠,٣٣٠	٠,٠٨١	٠,٤١١
المقر الرئيسي	٠,٣٣٠	٠,٠٢٠	٠,٣٥٠
المجموع	٠,٧٨٠	٠,٢٠١	٠,٩٨١

٢(أ) الآثار التمويلية بالنسبة إلى الميزانية في الثنائية التالية:

- ما المبلغ الممول حالياً في الثنائية التالية؟
٠,٨٩ مليون دولار أمريكي.
- ما هي ثغرات التمويل؟
٠,٠٩ مليون دولار أمريكي.
- ما هي الإجراءات المقترحة لسد هذه الثغرات؟

سيتم سد الثغرات من خلال التآزر مع البرامج الأخرى والمناقشات مع المكاتب الإقليمية والمانحين على الصعيد القطري. ومن المفترض أن تواصل المنظمة تمويل رواتب مديري البرامج الإقليمية، مثلما هو الحال في الثنائية الحالية.

القرار ج ص ع ٦٩-١٠: إطار المشاركة مع الجهات الفاعلة غير الدول
ألف: الصلة ببرنامج العمل العام والميزانية البرمجية
١- الرجاء بيان في أي أثر وحصيلة من برنامج العمل العام الثاني عشر للفترة ٢٠١٤-٢٠١٩، وفي أي مخرج من الميزانية البرمجية للفترة ٢٠١٦-٢٠١٧ سيسهم مشروع هذا القرار إذا تم اعتماده. الحصيلة ٦ من برنامج العمل العام الثاني عشر المخرج ٦-١-٢ من الميزانية البرمجية
٢- إذا لم تكن هناك أية صلة بالنتائج، كما هي مبيّنة في برنامج العمل العام الثاني عشر للفترة ٢٠١٤-٢٠١٩ والميزانية البرمجية للفترة ٢٠١٦-٢٠١٧، يرجى تقديم مبرر لمراعاة ذلك في مشروع القرار. لا ينطبق.
٣- ما الإطار الزمني المقترح لتنفيذ هذا القرار؟ سيبدأ التنفيذ في عام ٢٠١٦.
إذا كان الإطار الزمني يمتد لميزانيات برمجية مستقبلية يرجى ضمان تقديم المزيد من المعلومات في الفرع الخاص بحساب التكاليف.

باء: الآثار الميزانية المترتبة على تنفيذ القرار			
١- الثنائية الحالية: المتطلبات الميزانية المقدرة، بملايين الدولارات الأمريكية			
المستوى	الموظفون	الأنشطة	المجموع
المكاتب القطرية	٢,٨	صفر	٢,٨
المكاتب الإقليمية	٢,٨	صفر	٢,٨
المقر الرئيسي	٧,٠	١,٦	٨,٦
المجموع	١٢,٦	١,٦	١٤,٢
١ (أ) هل المتطلبات الميزانية المقدرة فيما يتعلق بتنفيذ القرار مدرج بالكامل في الميزانية البرمجية الحالية؟ (نعم/ لا)			
نعم. على أن القرار يدعو إلى إنجاز أعمال جديدة لم تكن متوقعة عند وضع الميزانية البرمجية ٢٠١٦-٢٠١٧ واعتمادها.			
١ (ب) الآثار التمويلية بالنسبة إلى الميزانية في الثنائية الحالية:			
- ما المبلغ الممول في الثنائية الحالية؟ ٧,٥ مليون دولار أمريكي.			
- ما هي الثغرات؟ ٦,٧ مليون دولار أمريكي.			
- ما هي الإجراءات المقترحة لسد هذه الثغرات؟ سيتم سد الثغرات عبر الجهود المنسقة لتعبئة الموارد من أجل التمويل المحتمل بالمساهمات الطوعية.			
٢- الثنائية التالية: المتطلبات الميزانية المقدرة، بملايين الدولارات الأمريكية			
المستوى	الموظفون	الأنشطة	المجموع
المكاتب القطرية	٢,٨	صفر	٢,٨
المكاتب الإقليمية	٢,٨	صفر	٢,٨
المقر الرئيسي	٧,٠	صفر	٧,٠
المجموع	١٢,٦	صفر	١٢,٦
٢ (أ) الآثار التمويلية بالنسبة إلى الميزانية في الثنائية التالية:			
- ما المبلغ الممول حالياً في الثنائية التالية؟ لا شيء.			
- ما هي ثغرات التمويل؟ ١٢,٦ مليون دولار أمريكي.			
- ما هي الإجراءات المقترحة لسد هذه الثغرات؟ سنُدْرَج تكاليف التنفيذ في الميزانية البرمجية ٢٠١٨-٢٠١٩ وتُموَّل من أموال مرنة مخصَّصة للفئة ٦.			

القرار ج ص ع ٦٩-١١: الصحة في خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠			
ألف: الصلة ببرنامج العمل العام والميزانية البرمجية			
١- الرجاء بيان في أي أثر وحصيلة من برنامج العمل العام الثاني عشر للفترة ٢٠١٤-٢٠١٩، وفي أي مُخرج من الميزانية البرمجية للفترة ٢٠١٦-٢٠١٧ سيسهم مشروع هذا القرار إذا تم اعتماده. يشمل هذا القرار جميع مجالات عمل المنظمة وكذلك جميع حصائل برنامج العمل العام الثاني عشر ومخرجات الميزانية البرمجية ٢٠١٦-٢٠١٧.			
٢- إذا لم تكن هناك أية صلة بالنتائج، كما هي مبينة في برنامج العمل العام الثاني عشر للفترة ٢٠١٤-٢٠١٩ والميزانية البرمجية للفترة ٢٠١٦-٢٠١٧، يرجى تقديم مبرر لمراعاة ذلك في مشروع القرار. لا ينطبق.			
٣- ما الإطار الزمني المقترح لتنفيذ هذا القرار؟ ١٥ عام، من عام ٢٠١٦ إلى عام ٢٠٣٠، بما يتماشى مع أهداف التنمية المستدامة. إذا كان الإطار الزمني يمتد لميزانيات برمجية مستقبلية يرجى ضمان تقديم المزيد من المعلومات في الفرع الخاص بحساب التكاليف.			
باء: الآثار الميزانية المترتبة على تنفيذ القرار لن تظهر الآثار الميزانية المترتبة على هذا القرار العام، إذا ما نشأت، إلا بعد أن تتبلور آثار القرار على عمل المنظمة.			
١- الثنائية الحالية: المتطلبات الميزانية المقدرة، بملايين الدولارات الأمريكية			
المستوى	الموظفون	الأنشطة	المجموع
المكاتب القطرية	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق
المكاتب الإقليمية	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق
المقر الرئيسي	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق
المجموع	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق
١ (أ) هل المتطلبات الميزانية المقدرة فيما يتعلق بتنفيذ القرار مدرجة بالكامل في الميزانية البرمجية الحالية؟ (نعم/ لا) لا ينطبق.			
١ (ب) الآثار التمويلية بالنسبة إلى الميزانية في الثنائية الحالية: - ما المبلغ الممول في الثنائية الحالية؟ لا ينطبق. - ما هي الثغرات؟ لا ينطبق. - ما هي الإجراءات المقترحة لسد هذه الثغرات؟ لا ينطبق.			

٢- الثنائية التالية: المتطلبات الميزانية المقدرة، بملايين الدولارات الأمريكية			
المستوى	الموظفون	الأنشطة	المجموع
المكاتب القطرية	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق
المكاتب الإقليمية	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق
المقر الرئيسي	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق
المجموع	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق

(أ) الآثار التمويلية بالنسبة إلى الميزانية في الثنائية التالية:

- ما المبلغ الممول حالياً في الثنائية التالية؟
لا ينطبق.
- ما هي ثغرات التمويل؟
لا ينطبق.
- ما هي الإجراءات المقترحة لسد هذه الثغرات؟
لا ينطبق.

القرار ج ص ع ٦٩-١٧: تعديلات لائحة الموظفين: تسوية المنازعات
ألف: الصلة ببرنامج العمل العام والميزانية البرمجية
١- الرجاء بيان في أي أثر وحصيلة من برنامج العمل العام الثاني عشر للفترة ٢٠١٤-٢٠١٩، وفي أي مخرج من الميزانية البرمجية للفترة ٢٠١٦-٢٠١٧ سيسهم مشروع هذا القرار إذا تم اعتماده. برنامج العمل العام ٢٠١٤-٢٠١٩: الحصيلة ٦-٢: تعمل المنظمة بطريقة خاضعة للمساءلة وشفافة ولديها إطار لإدارة المخاطر وإطار للتقييم يعملان جيداً. الميزانية البرمجية ٢٠١٦-٢٠١٧: المخرج ٦-٢-٣ تعزيز السلوكيات الأخلاقية والتصرفات اللائقة والإنصاف على صعيد المنظمة.
٢- إذا لم تكن هناك أية صلة بالنتائج، كما هي مبينة في برنامج العمل العام الثاني عشر للفترة ٢٠١٤-٢٠١٩ والميزانية البرمجية للفترة ٢٠١٦-٢٠١٧، يرجى تقديم مبرر لمراعاة ذلك في مشروع القرار. لا ينطبق.
٣- ما الإطار الزمني المقترح لتنفيذ هذا القرار؟ من المتوقع أن يبدأ التنفيذ في الفترة من ١ أيلول/سبتمبر ٢٠١٦ إلى ١ كانون الثاني/يناير ٢٠١٧. إذا كان الإطار الزمني يمتد لميزانيات برمجية مستقبلية يرجى ضمان تقديم المزيد من المعلومات في الفرع الخاص بحساب التكاليف.

باء: الآثار الميزانية المترتبة على تنفيذ القرار			
١- الثنائية الحالية: الاحتياجات المقدرة في الميزانية، بالدولار الأمريكي			
المستوى	الموظفون	الأنشطة	المجموع
المكاتب القطرية			
المكاتب الإقليمية			
المقر الرئيسي	١٠ ٧٥٦ ٣٥٠	٣٥ ٠٠٠	١٠ ٧٩١ ٣٥٠
المجموع	١٠ ٧٥٦ ٣٥٠	٣٥ ٠٠٠	١٠ ٧٩١ ٣٥٠
١ (أ) هل الاحتياج المقدر في الميزانية فيما يتعلق بتنفيذ القرار مدرج بالكامل في الميزانية البرمجية الحالية؟ (نعم/ لا)			
لا.			
١ (ب) الآثار التمويلية بالنسبة إلى الميزانية في الثنائية الحالية:			
- ما المبلغ الممول في الميزانية الحالية؟ ٥ ٦٤٦ ٧٢٥ دولاراً أمريكياً			
- ما هي الثغرات؟ ٥ ١٤٤ ٦٢٥ دولاراً أمريكياً			
- ما هي الإجراءات المقترحة لسد هذه الثغرات؟ تسعى الأمانة جاهدة لاستكشاف سبل إنشاء وظائف جديدة في جميع أنحاء المنظمة وإدارتها بطريقة أكثر فعالية من حيث التكلفة مما يحد من التكلفة الفعلية.			
٢- الثنائية التالية: الاحتياجات المقدرة في الميزانية، بالدولار الأمريكي			
المستوى	الموظفون	الأنشطة	المجموع
المكاتب القطرية	لا تنطبق	لا تنطبق	لا تنطبق
المكاتب الإقليمية	لا تنطبق	لا تنطبق	لا تنطبق
المقر الرئيسي	لا تنطبق	لا تنطبق	لا تنطبق
المجموع	لا تنطبق	لا تنطبق	لا تنطبق
٢ (أ) الآثار التمويلية بالنسبة إلى الميزانية في الثنائية التالية:			
- ما المبلغ الممول حالياً في الميزانية التالية؟ لا تنطبق.			
- ما هي الثغرات؟ لا تنطبق.			
- ما هي الإجراءات المقترحة لسد هذه الثغرات؟ لا تنطبق.			

القرار ج ص ع ٦٩-١٩: الاستراتيجية العالمية بشأن الموارد البشرية الصحية: القوى العاملة ٢٠٣٠			
ألف: الصلة ببرنامج العمل العام والميزانية البرمجية			
١- الرجاء بيان في أي أثر وحصيلة من برنامج العمل العام الثاني عشر للفترة ٢٠١٤-٢٠١٩، وفي أي مُخرج من الميزانية البرمجية للفترة ٢٠١٦-٢٠١٧ سيسهم مشروع هذا القرار إذا تم اعتماده.			
برنامج العمل العام الثاني عشر للفترة ٢٠١٤-٢٠١٩: الفئة: ٤ النظم الصحية؛ المجال البرمجي ٢-٤ الخدمات الصحية المتكاملة التي تركز على الناس الميزانية البرمجية: المخرج ٢-٢-٤			
٢- إذا لم تكن هناك أية صلة بالنتائج، كما هي مبينة في برنامج العمل العام الثاني عشر للفترة ٢٠١٤-٢٠١٩ والميزانية البرمجية للفترة ٢٠١٦-٢٠١٧، يرجى تقديم مبرر لمراعاة ذلك في مشروع القرار. لا ينطبق.			
٣- ما الإطار الزمني المقترح لتنفيذ هذا القرار؟ يستغرق الإطار الزمني المقترح للتنفيذ ١٥ عاماً وذلك من ٢٠١٦ وحتى ٢٠٣٠. غير أن طلب التمويل الحالي يرتبط بثنائيتين من برنامج العمل العام الثاني عشر هما ٢٠١٦-٢٠١٧ و ٢٠١٨-٢٠١٩. إذا كان الإطار الزمني يمتد لميزانيات برمجية مستقبلية يرجى ضمان تقديم المزيد من المعلومات في الفرع الخاص بحساب التكاليف.			
باء: الآثار الميزانية المترتبة على تنفيذ القرار			
١- الثنائية الحالية: المتطلبات الميزانية المقدرة، بملايين الدولارات الأمريكية			
المستوى	الموظفون	الأنشطة	المجموع
المكاتب القطرية	٧,٦٦	١٣,١٥	٢٠,٨١
المكاتب الإقليمية	٧,١٩	١,٨٩	٩,٠٨
المقر الرئيسي	٧,٨١	٣,٢٧	١١,٠٨
المجموع	٢٢,٦٦	١٨,٣١	٤٠,٩٧
١(أ) هل المتطلبات الميزانية المقدرة فيما يتعلق بتنفيذ القرار مدرجة بالكامل في الميزانية البرمجية الحالية؟ (نعم/ لا) نعم.			
١(ب) الآثار التمويلية بالنسبة إلى الميزانية في الثنائية الحالية: - ما المبلغ الممول في الثنائية الحالية؟ ١٧,٠٠ مليون دولار أمريكي. - ما هي الثغرات؟ ٢٣,٩٧ مليون دولار أمريكي. - ما هي الإجراءات المقترحة لسد هذه الثغرات؟ سيتم سد الثغرات عبر الجهود المنسقة لتعبئة الموارد من أجل التمويل المحتمل بالمساهمات الطوعية.			

٢- الثنائية التالية: المتطلبات الميزانية المقدرة، بملايين الدولارات الأمريكية			
المستوى	الموظفون	الأنشطة	المجموع
المكاتب القطرية	٨,٠٤	١٣,٨١	٢١,٨٥
المكاتب الإقليمية	٧,٥٥	١,٩٩	٩,٥٤
المقر الرئيسي	٨,١٩	٣,٤٣	١١,٦٢
المجموع	٢٣,٧٨	١٩,٢٣	٤٣,٠١

٢(أ) الآثار التمويلية بالنسبة إلى الميزانية في الثنائية التالية:

- ما المبلغ الممول حالياً في الثنائية التالية؟
لا شيء.
- ما هي ثغرات التمويل؟
٤٣,٠١ مليون دولار أمريكي.
- ما هي الإجراءات المقترحة لسد هذه الثغرات؟
سيتم سد الثغرات عبر الجهود المنسقة لتعبئة الموارد من أجل التمويل المحتمل بالمساهمات الطوعية.

القرار ج ص ع ٦٩-٢٠: تعزيز ابتكار أدوية الأطفال الجيدة والمأمونة والناجعة والميسورة التكلفة وإتاحتها			
ألف: الصلة ببرنامج العمل العام والميزانية البرمجية			
١- الرجاء بيان في أي أثر وحصيلة من برنامج العمل العام الثاني عشر للفترة ٢٠١٤-٢٠١٩، وفي أي مخرج من الميزانية البرمجية للفترة ٢٠١٦-٢٠١٧ سيسهم مشروع هذا القرار إذا تم اعتماده. برنامج العمل العام الثاني عشر الحصيلة: ٣-٤-١			
٢- إذا لم تكن هناك أية صلة بالنتائج، كما هي مبيّنة في برنامج العمل العام الثاني عشر للفترة ٢٠١٤-٢٠١٩ والميزانية البرمجية للفترة ٢٠١٦-٢٠١٧، يرجى تقديم مبرر لمراعاة ذلك في مشروع القرار. لا ينطبق.			
٣- ما الإطار الزمني المقترح لتنفيذ هذا القرار؟ الربع الأخير من عام ٢٠١٦ حتى نهاية عام ٢٠١٩. إذا كان الإطار الزمني يمتد لميزانيات برمجية مستقبلية يرجى ضمان تقديم المزيد من المعلومات في الفرع الخاص بحساب التكاليف.			
باء: الآثار الميزانية المترتبة على تنفيذ القرار			
١- الثنائية الحالية: الاحتياجات المقدرة في الميزانية، بالدولار الأمريكي			
المستوى	الموظفون	الأنشطة	المجموع
المكاتب القطرية	٠,٨٣	٠,١٣	٠,٩٦
المكاتب الإقليمية	٠,٨٣	٠,٢٧	١,١٠
المقر الرئيسي	١,١٢	٠,٩٨	٢,١٠
المجموع	٢,٧٨	١,٣٨	٤,١٦

<p>١ (أ) هل الاحتياج المقدر في الميزانية فيما يتعلق بتنفيذ القرار مدرج بالكامل في الميزانية البرمجية الحالية؟ (نعم/ لا)</p> <p>نعم.</p>			
<p>١ (ب) الآثار التمويلية بالنسبة إلى الميزانية في الثنائية الحالية:</p> <p>- ما المبلغ الممول في الثنائية الحالية؟</p> <p>- ما هي الثغرات؟</p> <p>٤,١٦ مليون دولار أمريكي.</p> <p>- ما هي الإجراءات المقترحة لسد هذه الثغرات؟</p> <p>سيتم سد الثغرات عبر الجهود المنسقة لتعبئة الموارد، بما في ذلك الحوار الخاص بالتمويل، فيما يتعلق بالتمويل الممكن من المساهمات الطوعية.</p>			
<p>٢- الثنائية التالية: الاحتياجات المقدرة في الميزانية، بالدولار الأمريكي</p>			
المستوى	الموظفون	الأنشطة	المجموع
المكاتب القطرية	٠,٨٣	٠,١٢٣	٠,٩٦
المكاتب الإقليمية	٠,٨٣	٠,٢٧	١,١٠
المقر الرئيسي	١,١٢	٠,٩٨	٢,١٠
المجموع	٢,٧٨	١,٣٨	٤,١٦
<p>٢ (أ) الآثار التمويلية بالنسبة إلى الميزانية في الثنائية التالية:</p> <p>- ما المبلغ الممول حالياً في الثنائية التالية؟</p> <p>لا شيء.</p> <p>- ما هي ثغرات التمويل؟</p> <p>٤,١٦ مليون دولار أمريكي.</p> <p>- ما هي الإجراءات المقترحة لسد هذه الثغرات؟</p> <p>سيتم سد الثغرات عبر الجهود المنسقة لتعبئة الموارد، بما في ذلك الحوار الخاص بالتمويل، فيما يتعلق بالتمويل الممكن من المساهمات الطوعية.</p>			

<p>القرار ج ص ٦٩٤-٢١: التصدي لعبء الورم الفطري</p>	
<p>ألف: الصلة ببرنامج العمل العام والميزانية البرمجية</p>	
١-	<p>الرجاء بيان في أي أثر وحصيلة من برنامج العمل العام الثاني عشر للفترة ٢٠١٤-٢٠١٩، وفي أي مُخرج من الميزانية البرمجية للفترة ٢٠١٦-٢٠١٧ سيسهم مشروع هذا القرار إذا تم اعتماده.</p> <p>برنامج العمل العام الثاني عشر للفترة ٢٠١٤-٢٠١٩:</p> <p>الحصيلة: ٤-١ زيادة إتاحة الأدوية الأساسية لأمراض المناطق المدارية المهملة واستدامتها.</p> <p>الميزانية البرمجية للفترة ٢٠١٦-٢٠١٧:</p> <p>المُخرج ١-٤-٢ تيسير تنفيذ ورصد التدخلات الرامية إلى مكافحة أمراض المناطق المدارية المهملة من خلال المبادئ التوجيهية التقنية المسندة بالبيّنات والدعم التقني، والمُخرج ١-٤-٣ تطوير المعارف</p>

الجديدة والحلول واستراتيجيات التنفيذ التي تلبي الاحتياجات الصحية للبلدان التي يتوطنها المرض.

وتشكل الأنشطة التي أصدر القرار التكليف بها جزءاً من المنجزات المستهدفة التي تتطلب التعزيز بوجه خاص من أجل مكافحة الوباء الفطري. ولم يعد البرنامج الخاص للبحوث والتدريب في مجال أمراض المناطق المدارية المشترك بين اليونسيف وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي والبنك الدولي ومنظمة الصحة العالمية يشارك في إدارة أنشطة البحث والتطوير بشأن الأدوية ووسائل التشخيص مادامت تلك الأنشطة تلزم للوباء الفطري، ولكنه سيساعد الأمانة على عقد أفرقة الخبراء لتحليل الوضع وصياغة أولويات البحوث. والأموال اللازمة للتقدم في العمل بشأن تلك الأولويات غير المدرجة في التقرير الحالي.

٢- إذا لم تكن هناك أية صلة بالنتائج، كما هي مبيّنة في برنامج العمل العام الثاني عشر للفترة ٢٠١٤-٢٠١٩ والميزانية البرمجية للفترة ٢٠١٦-٢٠١٧، يرجى تقديم مبرر لمراعاة ذلك في مشروع القرار.

لا ينطبق.

٣- ما الإطار الزمني المقترح لتنفيذ هذا القرار؟

١٠ سنوات.

إذا كان الإطار الزمني يمتد لميزانيات برمجية مستقبلية يرجى ضمان تقديم المزيد من المعلومات في الفرع الخاص بحساب التكاليف.

باء: الآثار الميزانية المترتبة على تنفيذ القرار

١- الثنائية الحالية: الاحتياجات المقدرة في الميزانية، بالدولار الأمريكي

المستوى	الموظفون	الأنشطة	المجموع
المكاتب القطرية	٣٠٠ ٠٠٠	٣٠٠ ٠٠٠	٦٠٠ ٠٠٠
المكاتب الإقليمية	٢٠٠ ٠٠٠	٢٠٠ ٠٠٠	٤٠٠ ٠٠٠
المقر الرئيسي	٤٠٠ ٠٠٠	١٠٠ ٠٠٠	٥٠٠ ٠٠٠
المجموع	٩٠٠ ٠٠٠	٦٠٠ ٠٠٠	١ ٥٠٠ ٠٠٠

١ (أ) هل الاحتياج المقدر في الميزانية فيما يتعلق بتنفيذ القرار مدرج بالكامل في الميزانية البرمجية الحالية؟ (نعم/ لا)
نعم.

١ (ب) الآثار التمويلية بالنسبة إلى الميزانية في الثنائية الحالية:

- ما المبلغ الممول في الثنائية الحالية؟
لا شيء.

- ما هي الثغرات؟

١ ٥٠٠ ٠٠٠ دولار أمريكي.

- ما هي الإجراءات المقترحة لسد هذه الثغرات؟

الدعوة وإعادة تحديد الأولويات وتعبئة الموارد. ويمكن التفاوض على مصدر تمويل خارجي محتمل مع شركاء المنظمة من خلال شراكات تطوير المنتجات.

٢- الثنائية التالية: الاحتياجات المقدرة في الميزانية، بالدولار الأمريكي			
المستوى	الموظفون	الأنشطة	المجموع
المكاتب القطرية	٤٠٠.٠٠٠	٤٠٠.٠٠٠	٨٠٠.٠٠٠
المكاتب الإقليمية	٣٠٠.٠٠٠	٢٥٠.٠٠٠	٥٥٠.٠٠٠
المقر الرئيسي	٥٠٠.٠٠٠	١٥٠.٠٠٠	٦٥٠.٠٠٠
المجموع	١ ٢٠٠.٠٠٠	٨٠٠.٠٠٠	٢ ٠٠٠.٠٠٠

٢(أ) الآثار التمويلية بالنسبة إلى الميزانية في الثنائية التالية:

- ما المبلغ الممول حالياً في الثنائية التالية؟
لا شيء.
- ما هي ثغرات التمويل؟
٢ ٠٠٠ ٠٠٠ دولار أمريكي.
- ما هي الإجراءات المقترحة لسد هذه الثغرات؟
الدعوة وإعادة تحديد الأولويات وتعبئة الموارد. ويمكن التفاوض على مصدر تمويل خارجي محتمل مع شركاء المنظمة من خلال شراكات تطوير المنتجات.

القرار ج ص ع ٦٩٤-٢٢: الاستراتيجيات العالمية لقطاع الصحة بشأن فيروس العوز المناعي البشري والتهاب الكبد الفيروسي والعدوى المنقولة جنسياً للفترة ٢٠١٦-٢٠٢١	
ألف: الصلة ببرنامج العمل العام والميزانية البرمجية	
١-	الرجاء بيان في أي أثر وحصيلة من برنامج العمل العام الثاني عشر للفترة ٢٠١٤-٢٠١٩، وفي أي مخرج من الميزانية البرمجية للفترة ٢٠١٦-٢٠١٧ سيسهم مشروع هذا القرار إذا تم اعتماده.
	الحصيلة ١-١: المخرجان ١-١-١ [فيروس العوز المناعي البشري] و ١-١-٢ [التهاب الكبد الفيروسي] الحصيلة ١-٥: المخرجان ١-٥-١ [فيروس العوز المناعي البشري والعدوى المنقولة جنسياً] و ١-٥-٣ [التهاب الكبد الفيروسي]
	الحصيلة ٢-٢: المخرج ٢-٢-٣ [فيروس العوز المناعي البشري والتهاب الكبد الفيروسي] الحصيلة ١-٣: المخرجات ١-١-٣ و ١-٣-٢ و ١-٣-٣ و ١-٣-٥ [فيروس العوز المناعي البشري والعدوى المنقولة جنسياً] و ١-٣-٦ [العدوى المنقولة جنسياً]
	الحصيلة ٣-٣: المخرج ٢-٣-٣ [فيروس العوز المناعي البشري] الحصيلة ٤-٣: المخرج ٢-٣-٣ [فيروس العوز المناعي البشري]
	الحصيلة ٢-٤: المخرج ٣-٢-٤ [فيروس العوز المناعي البشري والتهاب الكبد الفيروسي والعدوى المنقولة جنسياً]
	الحصيلة ٣-٤: المخرجات ١-٣-٤ و ٢-٣-٤ و ٣-٣-٤ [فيروس العوز المناعي البشري والتهاب الكبد الفيروسي والعدوى المنقولة جنسياً]
	الحصيلة ١-٥: المخرج ١-١-٥ [التهاب الكبد الفيروسي والعدوى المنقولة جنسياً] الحصيلة ٢-٥: المخرج ١-٢-٥ [التهاب الكبد الفيروسي والعدوى المنقولة جنسياً]

٢- إذا لم تكن هناك أية صلة بالنتائج، كما هي مبيّنة في برنامج العمل العام الثاني عشر للفترة ٢٠١٤-٢٠١٩ والميزانية البرمجية للفترة ٢٠١٦-٢٠١٧، يرجى تقديم مبرر لمراعاة ذلك في مشروع القرار.
لا ينطبق.

٣- ما الإطار الزمني المقترح لتنفيذ هذا القرار؟
٢٠٢١-٢٠١٦
إذا كان الإطار الزمني يمتد لميزانيات برمجية مستقبلية يرجى ضمان تقديم المزيد من المعلومات في الفرع الخاص بحساب التكاليف.

باء: الآثار الميزانية المترتبة على تنفيذ القرار

١- الثنائية الحالية: المتطلبات الميزانية المقدرة، بملايين الدولارات الأمريكية

المستوى	الموظفون	الأنشطة	المجموع
المكاتب القطرية	٥٠,١٤	٢٣,١٠	٧٣,٢٤
المكاتب الإقليمية	٢٩,٦٠	١٦,٥٦	٤٦,١٦
المقر الرئيسي	٤١,٣١	٢٤,٩٥	٦٦,٢٦
المجموع	١٢١,٠٥	٦٤,٦١	١٨٥,٦٦

١(أ) هل المتطلبات الميزانية المقدرة فيما يتعلق بتنفيذ القرار مدرجة بالكامل في الميزانية البرمجية الحالية؟ (نعم/ لا)
نعم.

١(ب) الآثار التمويلية بالنسبة إلى الميزانية في الثنائية الحالية:

ما المبلغ الممول في الثنائية الحالية؟

يقدر بنحو ١٣٩,٤٦ مليون دولار أمريكي.

- فيروس العوز المناعي البشري: ٢٠١٦-٢٠١٧ يبلغ إجمالي التكلفة ١٣٤,٨٥ مليون دولار أمريكي، ويقدر المبلغ المتاح في كامل أرجاء المنظمة لتنفيذ الاستراتيجية بنحو ١١٥,٨٥ مليون دولار أمريكي.

- التهاب الكبد الفيروسي: ٢٠١٦-٢٠١٧ يبلغ إجمالي التكلفة ٣٣,١١ مليون دولار أمريكي، ويقدر المبلغ المتاح في كامل أرجاء المنظمة لتنفيذ الاستراتيجية بنحو ١٥,٢٠ مليون دولار أمريكي.

- العدوى المنقولة جنسياً: ٢٠١٦-٢٠١٧ يبلغ إجمالي التكلفة ١٧,٧٠ مليون دولار أمريكي، ويقدر المبلغ المتاح في كامل أرجاء المنظمة لتنفيذ الاستراتيجية بنحو ٨,٤١ مليون دولار أمريكي.

ما هي الثغرات؟

تقدر بنحو ٤٦,٢٠ مليون دولار أمريكي.

- فيروس العوز المناعي البشري: ينبغي توفير مبلغ إضافي يقدر بنحو ١٩,٠٠ مليون دولار أمريكي لضمان تنفيذ الأنشطة المحددة لبلوغ غايات الاستراتيجية بالكامل.

- التهاب الكبد الفيروسي: ينبغي توفير مبلغ إضافي يقدر بنحو ١٧,٩١ مليون دولار أمريكي لضمان تنفيذ الأنشطة المحددة لبلوغ غايات الاستراتيجية بالكامل.

- العدوى المنقولة جنسياً: تقدر الثغرة المتوقعة لتنفيذ الاستراتيجية بنحو ٩,٢٩ مليون دولار أمريكي.
- ما هي الإجراءات المقترحة لسد هذه الثغرات؟
- فيروس العوز المناعي البشري: حشد موارد إضافية من خلال الإدارة المعنية بفيروس العوز المناعي البشري، وكجزء من الخطة المنسقة على نطاق المنظمة ككل لتعبئة الموارد اللازمة لسد مواطن العجز في الميزانية البرمجية ٢٠١٦-٢٠١٧.
- التهاب الكبد الفيروسي: حشد موارد إضافية من خلال الإدارة المعنية بفيروس العوز المناعي البشري (بما في ذلك البرنامج العالمي بشأن التهاب الكبد) وكجزء من الخطة المنسقة على نطاق المنظمة ككل لتعبئة الموارد اللازمة لسد مواطن العجز في الميزانية البرمجية ٢٠١٦-٢٠١٧.
- العدوى المنقولة جنسياً: حشد موارد إضافية من خلال الإدارة المعنية بالبحوث والصحة الإنجابية وكجزء من الخطة المنسقة على نطاق المنظمة ككل لتعبئة الموارد اللازمة لسد مواطن العجز في الميزانية البرمجية ٢٠١٦-٢٠١٧.

٢- الثنائية التالية: المتطلبات الميزانية المقدرة، بملايين الدولارات الأمريكية

المستوى	الموظفون	الأنشطة	المجموع
المكاتب القطرية	٥٢,٥٤	٢٤,٢٠	٧٦,٧٤
المكاتب الإقليمية	٣٠,٢٠	١٦,٨٦	٤٧,٠٦
المقر الرئيسي	٤١,٦٠	٢٥,٦٠	٦٧,٢٠
المجموع	١٢٤,٣٤	٦٦,٦٦	١٩١,٠٠

٢(أ) الآثار التمويلية بالنسبة إلى الميزانية في الثنائية التالية:

- ما المبلغ الممول حالياً في الثنائية التالية؟
- في الوقت الراهن لم يتم جمع أموال للثنائية ٢٠١٨-٢٠١٩.
- ما هي ثغرات التمويل؟
- ٪١٠٠
- ما هي الإجراءات المقترحة لسد هذه الثغرات؟
- سيتم تحديد الإجراءات فيما بعد حسب ضرورتها: التعبئة المنسقة للموارد من خلال الحوار الخاص بالتمويل وجمع أموال محددة طوعياً.

القرار ج ص ٦٩٤-٢٣: متابعة تقرير فريق الخبراء الاستشاريين العامل المعني بتمويل وتنسيق البحث والتطوير

ألف: الصلة ببرنامج العمل العام والميزانية البرمجية

- ١- الرجاء بيان في أي أثر وحصيلة من برنامج العمل العام الثاني عشر للفترة ٢٠١٤-٢٠١٩، وفي أي مخرج من الميزانية البرمجية للفترة ٢٠١٦-٢٠١٧ سيسهم مشروع هذا القرار إذا تم اعتماده.
- تحسين إتاحة الأدوية والمنتجات والتكنولوجيات الطبية الأخرى المأمونة والفعالة والعالية الجودة واستخدامها على نحو رشيد
- الحصيلة: ٤:٣
- المخرج: ٢-٣-٤

٢- إذا لم تكن هناك أية صلة بالنتائج، كما هي مبيّنة في برنامج العمل العام الثاني عشر للفترة ٢٠١٤-٢٠١٩ والميزانية البرمجية للفترة ٢٠١٦-٢٠١٧، يرجى تقديم مبرر لمراعاة ذلك في مشروع القرار.
لا ينطبق.

٣- ما الإطار الزمني المقترح لتنفيذ هذا القرار؟
٢٠١٦-٢٠١٧ و ٢٠١٨-٢٠١٩.
إذا كان الإطار الزمني يمتد لميزانيات برمجية مستقبلية يرجى ضمان تقديم المزيد من المعلومات في الفرع الخاص بحساب التكاليف.

باء: الآثار الميزانية المترتبة على تنفيذ القرار

١- الثانية الحالية: المتطلبات الميزانية المقدرة، بملايين الدولارات الأمريكية ٩,٥ مليون دولار أمريكي

المستوى	الموظفون	الأنشطة	المجموع
المكاتب القطرية	-	-	-
المكاتب الإقليمية	-	-	-
المقر الرئيسي	٥	٤,٥	٩,٥
المجموع	٥	٤,٥	٩,٥

١ (أ) هل المتطلبات الميزانية المقدرة فيما يتعلق بتنفيذ القرار مدرجة بالكامل في الميزانية البرمجية الحالية؟ (نعم/ لا)

نعم - المرصد العالمي للبحث والتطوير في مجال الصحة وآلية التنسيق.
لا - في إطار الميزانية البرمجية من أجل المشاريع الإيضاحية للبحث والتطوير في مجال الصحة (٣٠ مليون دولار أمريكي).

١ (ب) الآثار التمويلية بالنسبة إلى الميزانية في الثانية الحالية:

- ما المبلغ الممول في الثانية الحالية؟
١,٧ مليون دولار أمريكي.

- ما هي الثغرات؟ ٧,٨ مليون دولار أمريكي للعمل المنجز في إطار الميزانية البرمجية؛ و ٣٠ مليون دولار أمريكي للمشاريع الإيضاحية (خارج نطاق الميزانية البرمجية).

- ما هي الإجراءات المقترحة لسد هذه الثغرات؟

سيتم سد الثغرات عبر الجهود المنسقة لتعبئة الموارد، بما في ذلك الحوار الخاص بالتمويل، فيما يتعلق بالتمويل الممكن من المساهمات الطوعية.

٢- الثانية التالية: المتطلبات الميزانية المقدرة، بملايين الدولارات الأمريكية

المستوى	الموظفون	الأنشطة	المجموع
المكاتب القطرية	-	-	-
المكاتب الإقليمية	-	-	-
المقر الرئيسي	٧	٦	١٣
المجموع	٧	٦	١٣

<p>٢ (أ) الآثار التمويلية بالنسبة إلى الميزانية في الثانية التالية:</p> <p>- ما المبلغ الممول حالياً في الثانية التالية؟ ١ مليون دولار أمريكي.</p> <p>- ما هي ثغرات التمويل؟ ١٢ مليون دولار أمريكي للأنشطة المُضطلع بتنفيذها في إطار الميزانية البرمجية و ٥٠ مليون دولار أمريكي للمشاريع الإيضاحية خارج نطاق الميزانية البرمجية.</p> <p>- ما هي الإجراءات المقترحة لسد هذه الثغرات؟ سيتم سد الثغرات عبر الجهود المنسقة لتعبئة الموارد على نحو ما تطلبه الفقرة ٢ (٩) من منطوق القرار.</p>
--

<p>القرار ج ص ع ٦٩-٢٤: تعزيز الخدمات الصحية المتكاملة التي تركز على الناس</p>
<p>ألف: الصلة ببرنامج العمل العام والميزانية البرمجية</p>
<p>١- الرجاء بيان في أي أثر وحصيلة من برنامج العمل العام الثاني عشر للفترة ٢٠١٤-٢٠١٩، وفي أي مُخرج من الميزانية البرمجية للفترة ٢٠١٦-٢٠١٧ سيسهم مشروع هذا القرار إذا تم اعتماده.</p> <p>برنامج العمل العام الثاني عشر للفترة ٢٠١٤-٢٠١٩: من خلال وضع الاستراتيجيات المعنية بالخدمات المتكاملة والفعالة بدرجة أكبر وتوسيع الخدمات لتشمل المجموعات السكانية المحرومة ودعم النظم المعززة للأمن الصحي على الصعيد القطري، سوف يُسهم القرار في الآثار التالية: الحدّ من وفيات الأطفال دون سن الخامسة؛ والحدّ من وفيات الأمهات؛ والحدّ من الوفيات المبكرة الناجمة عن الأمراض غير السارية؛ والوقاية من الوفيات والأمراض وأشكال العجز الناجمة عن حالات الطوارئ؛ والحدّ من الفارق بين المناطق الريفية والحضرية فيما يتعلق بوفيات الأطفال دون سن الخامسة.</p> <p>الميزانية البرمجية ٢٠١٦-٢٠١٧: المُخرَج ٤-٢-١: توفير خيارات السياسات والأدوات والدعم التقني للبلدان من أجل تقديم الخدمات المنصفة والمتكاملة التي تركز على الناس وتعزيز نهج الصحة العمومية؛ والمُخرَج ٤-٢-٢: تنفيذ استراتيجيات في البلدان بشأن القوى العاملة الصحية موجّهة صوب تحقيق التغطية الصحية الشاملة؛ والمُخرَج ٤-٢-٣: تمكين البلدان من تحسين سلامة المرضى والارتقاء بجودة الخدمات وتمكين المرضى في سياق التغطية الصحية الشاملة.</p>
<p>٢- إذا لم تكن هناك أية صلة بالنتائج، كما هي مبيّنة في برنامج العمل العام الثاني عشر للفترة ٢٠١٤-٢٠١٩ والميزانية البرمجية للفترة ٢٠١٦-٢٠١٧، يرجى تقديم مبرر لمراعاة ذلك في مشروع القرار. لا ينطبق.</p>
<p>٣- ما الإطار الزمني المقترح لتنفيذ هذا القرار؟ سوف يدعم هذا القرار تنفيذ إطار الخدمات الصحية المتكاملة المركزة على الناس، ٢٠١٦-٢٠٢٦.</p> <p>إذا كان الإطار الزمني يمتد لميزانيات برمجية مستقبلية يرجى ضمان تقديم المزيد من المعلومات في الفرع الخاص بحساب التكاليف.</p>

باء: الآثار الميزانية المترتبة على تنفيذ القرار			
١- الثنائية الحالية: الاحتياجات المقدرة في الميزانية، بالدولار الأمريكي			
المستوى	الموظفون	الأنشطة	المجموع
المكاتب القطرية	صفر	٥ ٠٠٠ ٠٠٠	٥ ٠٠٠ ٠٠٠
المكاتب الإقليمية	٥٥٠ ٠٠٠	٤٠٠ ٠٠٠	٩٥٠ ٠٠٠
المقر الرئيسي	٥٥٠ ٠٠٠	١ ٠١٥ ٠٠٠	١ ٥٦٥ ٠٠٠
المجموع	١ ١٠٠ ٠٠٠	٦ ٤١٥ ٠٠٠	٧ ٥١٥ ٠٠٠
١ (أ) هل الاحتياج المقدر في الميزانية فيما يتعلق بتنفيذ القرار مدرج بالكامل في الميزانية البرمجية الحالية؟ (نعم/ لا) نعم.			
١ (ب) الآثار التمويلية بالنسبة إلى الميزانية في الثنائية الحالية: - ما المبلغ الممول في الثنائية الحالية؟ ٠,٩٤ مليون دولار أمريكي. - ما هي الثغرات؟ ٦,٥٧٥ مليون دولار أمريكي. - ما هي الإجراءات المقترحة لسد هذه الثغرات؟ سوف تجري معالجة ثغرات التمويل في إطار الخطة المنسقة لتعبئة الموارد على صعيد المنظمة بأسرها التي تتصدى لجوانب العجز في تمويل الميزانية البرمجية ٢٠١٦-٢٠١٧.			
٢- الثنائية التالية: الاحتياجات المقدرة في الميزانية، بالدولار الأمريكي			
المستوى	الموظفون	الأنشطة	المجموع
المكاتب القطرية	صفر	٤ ٢٠٠ ٠٠٠	٤ ٢٠٠ ٠٠٠
المكاتب الإقليمية	٥٥٠ ٠٠٠	٤٠٠ ٠٠٠	٩٥٠ ٠٠٠
المقر الرئيسي	٥٥٠ ٠٠٠	١ ٠١٥ ٠٠٠	١ ٥٦٥ ٠٠٠
المجموع	١ ١٠٠ ٠٠٠	٥ ٦١٥ ٠٠٠	٦ ٧١٥ ٠٠٠
٢ (أ) الآثار التمويلية بالنسبة إلى الميزانية في الثنائية التالية: - ما المبلغ الممول حالياً في الثنائية التالية؟ صفر. - ما هي ثغرات التمويل؟ ٦,٧١٥ مليون دولار أمريكي. - ما هي الإجراءات المقترحة لسد هذه الثغرات؟ سوف تجري معالجة ثغرات التمويل في إطار الخطة المنسقة لتعبئة الموارد على صعيد المنظمة بأسرها التي تتصدى لجوانب العجز في تمويل الميزانية البرمجية ٢٠١٨-٢٠١٩.			

القرار ج ص ٦٩ع-٢٥: معالجة النقص العالمي في الأدوية واللقاحات، ومأمونية أدوية الأطفال وإتاحتها			
ألف: الصلة ببرنامج العمل العام والميزانية البرمجية			
١- الرجاء بيان في أي أثر وحصيلة من برنامج العمل العام الثاني عشر للفترة ٢٠١٤-٢٠١٩، وفي أي مُخرج من الميزانية البرمجية للفترة ٢٠١٦-٢٠١٧ سيسهم مشروع هذا القرار إذا تم اعتماده. برنامج العمل العام الثاني عشر، ٢٠١٤-٢٠١٩: الحصيلة ٣ والمخرج ٤-٣-١.			
٢- إذا لم تكن هناك أية صلة بالنتائج، كما هي مبينة في برنامج العمل العام الثاني عشر للفترة ٢٠١٤-٢٠١٩ والميزانية البرمجية للفترة ٢٠١٦-٢٠١٧، يرجى تقديم مبرر لمراعاة ذلك في مشروع القرار. لا ينطبق.			
٣- ما الإطار الزمني المقترح لتنفيذ هذا القرار؟ من الربع الأخير من عام ٢٠١٦ وحتى نهاية عام ٢٠١٩. إذا كان الإطار الزمني يمتد لميزانيات برمجية مستقبلية يرجى ضمان تقديم المزيد من المعلومات في الفرع الخاص بحساب التكاليف.			
باء: الآثار الميزانية المترتبة على تنفيذ القرار			
١- الثنائية الحالية: المتطلبات الميزانية المقدرة، بملايين الدولارات الأمريكية			
المستوى	الموظفون	الأنشطة	المجموع
المكاتب القطرية	٠,٢٠	٠,٤٦	٠,٦٦
المكاتب الإقليمية	٠,١٦	٠,٤٣	٠,٥٩
المقر الرئيسي	٠,٥٥	٢,٥١	٣,٠٦
المجموع	٠,٩١	٣,٤٠	٤,٣١
(أ) هل المتطلبات الميزانية المقدرة فيما يتعلق بتنفيذ القرار مدرجة بالكامل في الميزانية البرمجية الحالية؟ (نعم/ لا) نعم.			
(ب) الآثار التمويلية بالنسبة إلى الميزانية في الثنائية الحالية:			
- ما المبلغ الممول في الثنائية الحالية؟ صفر			
- ما هي الثغرات؟			
٤,٣١ مليون دولار أمريكي			
- ما هي الإجراءات المقترحة لسد هذه الثغرات؟			
سُتسَد الثغرات بواسطة الجهود المنسقة لتعبئة الموارد من أجل توفير التمويل المحتمل من المساهمات الطوعية.			
٢- الثنائية التالية: المتطلبات الميزانية المقدرة، بملايين الدولارات الأمريكية			
المستوى	الموظفون	الأنشطة	المجموع
المكاتب القطرية	٠,٢٠	٠,٤٦	٠,٦٦
المكاتب الإقليمية	٠,١٦	٠,٤٣	٠,٥٩
المقر الرئيسي	٠,٥٥	١,٥١	٢,٠٦
المجموع	٠,٩١	٢,٤٠	٣,٣١

٢ (أ) الآثار التمويلية بالنسبة إلى الميزانية في الثنائية التالية:

- ما المبلغ الممول حالياً في الثنائية التالية؟

- ما هي ثغرات التمويل؟

٣,٣١ مليون دولار أمريكي.

- ما هي الإجراءات المقترحة لسد هذه الثغرات؟

سُتسد الثغرات بواسطة الجهود المنسقة لتعبئة الموارد من أجل توفير التمويل المحتمل من المساهمات الطوعية.

المقرر الإجرائي ج ص ع ٦٩٤ (٨): مقرر إجرائي معد بناءً على التوصيات المتفق عليها والصادرة عن الاجتماع الحكومي الدولي المفتوح بشأن إصلاح تصريف الشؤون (جنيف، ٨ و ٩ آذار/ مارس ٢٠١٦، و ٢٨ و ٢٩ نيسان/ أبريل ٢٠١٦)

ألف: الصلة ببرنامج العمل العام والميزانية البرمجية

١- الرجاء بيان في أي أثر وحصيلة من برنامج العمل العام الثاني عشر للفترة ٢٠١٤-٢٠١٩، وفي أي مُخرج من الميزانية البرمجية للفترة ٢٠١٦-٢٠١٧ سيسهم مشروع هذا المقرر الإجرائي إذا تم اعتماده.

الحصيلة: ١-٦ والمخرج: ٦-١-٣.

٢- إذا لم تكن هناك أية صلة بالنتائج، كما هي مبيّنة في برنامج العمل العام الثاني عشر للفترة ٢٠١٤-٢٠١٩ والميزانية البرمجية للفترة ٢٠١٦-٢٠١٧، يرجى تقديم مبرر لمراعاة ذلك في مشروع المقرر الإجرائي.

لا ينطبق.

٣- ما الإطار الزمني المقترح لتنفيذ هذا المقرر الإجرائي؟

سينفذ خلال الثنائية ٢٠١٦-٢٠١٧.

إذا كان الإطار الزمني يمتد لميزانيات برمجية مستقبلية يرجى ضمان تقديم المزيد من المعلومات في الفرع الخاص بحساب التكاليف.

باء: الآثار الميزانية المترتبة على تنفيذ المقرر الإجرائي

١- الثنائية الحالية: المتطلبات الميزانية المقدرة: بملايين الدولارات الأمريكية

المجموع	الأنشطة	الموظفون	المستوى
٠,٠	٠,٠	٠,٠	المكاتب القطرية
٠,٠	٠,٠	٠,٠	المكاتب الإقليمية
٠,١٢٥	٠,١٢٥	٠,٠	المقر الرئيسي
٠,١٢٥	٠,١٢٥	٠,٠	المجموع

<p>١ (أ) هل المتطلبات الميزانية المقدرة فيما يتعلق بتنفيذ المقرر الإجرائي مدرج بالكامل في الميزانية البرمجية الحالية؟ (نعم/ لا)</p> <p>نعم.</p>			
<p>١ (ب) الآثار التمويلية بالنسبة إلى الميزانية في الثنائية الحالية:</p> <p>- ما المبلغ الممول في الثنائية الحالية؟ ٠,١٢٥ مليون دولار أمريكي.</p> <p>- ما هي الثغرات؟ صفر مليون دولار أمريكي.</p> <p>- ما هي الإجراءات المقترحة لسد هذه الثغرات؟ لا ينطبق.</p>			
<p>٢ - الثنائية التالية: المتطلبات الميزانية المقدرة، بملايين الدولارات الأمريكية</p>			
المستوى	الموظفون	الأنشطة	المجموع
المكاتب القطرية	٠	٠	٠
المكاتب الإقليمية	٠	٠	٠
المقر الرئيسي	٠	٠,٠٥	٠,٠٥
المجموع	٠	٠,٠٥	٠,٠٥
<p>٢ (أ) الآثار التمويلية بالنسبة إلى الميزانية في الثنائية التالية:</p> <p>- ما المبلغ الممول حالياً في الثنائية التالية؟ ٠,٠٥ مليون دولار أمريكي.</p> <p>- ما هي ثغرات التمويل؟ صفر مليون دولار أمريكي.</p> <p>- ما هي الإجراءات المقترحة لسد هذه الثغرات؟ لا ينطبق.</p>			

<p>المقرر الإجرائي ج ص ع ٦٩ (١٠): الأحوال الصحية في الأرض الفلسطينية المحتلة، بما فيها القدس الشرقية، وفي الجولان السوري المحتل</p>	
<p>ألف: الصلة ببرنامج العمل العام والميزانية البرمجية</p>	
١-	<p>الرجاء بيان في أي أثر وحصيلة من برنامج العمل العام الثاني عشر للفترة ٢٠١٤-٢٠١٩، وفي أي مخرج من الميزانية البرمجية للفترة ٢٠١٦-٢٠١٧ سيسهم مشروع هذا المقرر الإجرائي إذا تم اعتماده.</p> <p>الهدفان الخاصان بالآثر: ٤ و ٧</p> <p>الحصائل: ١-٥ و ٢-٢ و ٣-٢ و ١-٣ و ٢-٣ و ٣-٣ و ٤-٣ و ١-٤ و ٢-٤ و ١-٥ و ٣-٥ و ١-٦ و ٤-٦</p>
٢-	<p>إذا لم تكن هناك أية صلة بالنتائج، كما هي مبينة في برنامج العمل العام الثاني عشر للفترة ٢٠١٤-٢٠١٩ والميزانية البرمجية للفترة ٢٠١٦-٢٠١٧، يرجى تقديم مبرر لمراعاة ذلك في مشروع المقرر الإجرائي.</p> <p>لا ينطبق.</p>

<p>٣- ما الإطار الزمني المقترح لتنفيذ هذا المقرر الإجرائي؟ الفترة المتبقية من الثنائية ٢٠١٦-٢٠١٧.</p> <p>إذا كان الإطار الزمني يمتد لميزانيات برمجية مستقبلية يرجى ضمان تقديم المزيد من المعلومات في الفرع الخاص بحساب التكاليف.</p>			
<p>باء: الآثار الميزانية المترتبة على تنفيذ المقرر الإجرائي</p>			
<p>١- الثنائية الحالية: المتطلبات الميزانية المقدرة: بملايين الدولارات الأمريكية</p>			
المستوى	الموظفون	الأنشطة	المجموع
المكاتب القطرية	٧,٠	٩,٣	١٦,٤
المكاتب الإقليمية	٠,٠	٠,٠	٠,٠
المقر الرئيسي	٠,٠	٠,٠	٠,٠
المجموع	٧,٠	٩,٣	١٦,٤
<p>١ (أ) هل المتطلبات الميزانية المقدرة فيما يتعلق بتنفيذ المقرر الإجرائي مدرج بالكامل في الميزانية البرمجية الحالية؟ (نعم/ لا)</p> <p>نعم.</p>			
<p>١ (ب) الآثار التمويلية بالنسبة إلى الميزانية في الثنائية الحالية:</p> <p>- ما المبلغ الممول في الثنائية الحالية؟ ٨,٩ مليون دولار أمريكي.</p> <p>- ما هي الثغرات؟ ٧,٥ مليون دولار أمريكي.</p> <p>- ما هي الإجراءات المقترحة لسد هذه الثغرات؟ سيتم سد الثغرات عبر الجهود المنسقة لتعبئة الموارد.</p>			
<p>٢- الثنائية التالية: المتطلبات الميزانية المقدرة، بملايين الدولارات الأمريكية</p>			
المستوى	الموظفون	الأنشطة	المجموع
المكاتب القطرية	-	-	-
المكاتب الإقليمية	-	-	-
المقر الرئيسي	-	-	-
المجموع	لا شيء	لا شيء	لا شيء
<p>٢ (أ) الآثار التمويلية بالنسبة إلى الميزانية في الثنائية التالية:</p> <p>- ما المبلغ الممول حالياً في الثنائية التالية؟ لا ينطبق</p> <p>- ما هي ثغرات التمويل؟ لا ينطبق</p> <p>- ما هي الإجراءات المقترحة لسد هذه الثغرات؟ لا ينطبق.</p>			

المقرر الإجرائي ج ص ع ٦٩ (١١): الصحة والبيئة: مسودة الدليل التفصيلي لتعزيز الاستجابة العالمية لآثار تلوث الهواء الضارة بالصحة			
ألف: الصلة ببرنامج العمل العام والميزانية البرمجية			
١- الرجاء بيان في أي أثر وحصيلة من برنامج العمل العام الثاني عشر للفترة ٢٠١٤-٢٠١٩، وفي أي مخرج من الميزانية البرمجية للفترة ٢٠١٦-٢٠١٧ سيسهم هذا المقرر الإجرائي إذا تم اعتماده. الحصائل ١-٢ و ١-٣ و ٥-٣ من الميزانية البرمجية (المخرجات ١-٥-٣ و ٢-٥-٣ و ٣-٥-٣). برنامج العمل العام: المقرر الإجرائي موام مع أولويات القيادة المركزة على تناول الأهداف الإنمائية المتصلة بالصحة.			
٢- إذا لم تكن هناك أية صلة بالنتائج، كما هي مبينة في برنامج العمل العام الثاني عشر للفترة ٢٠١٤-٢٠١٩ والميزانية البرمجية للفترة ٢٠١٦-٢٠١٧، يرجى تقديم مبرر لمراعاة ذلك في المقرر الإجرائي. لا ينطبق.			
٣- ما الإطار الزمني المقترح لتنفيذ هذا المقرر الإجرائي؟ سيتواصل العمل الخاص بتلوث الهواء والصحة بعد عام ٢٠١٩. وسيجرى استعراض بالتوازي مع وضع برنامج العمل العام القادم مما قد يفرضي إلى إدخال بعض التعديلات على الميزانية الإجمالية رهناً بالتعديلات المدخلة على أولويات المنظمة الأوسع نطاقاً. إذا كان الإطار الزمني يمتد لميزانيات برمجية مستقبلية يرجى ضمان تقديم المزيد من المعلومات في الفرع الخاص بحساب التكاليف.			
باء: الآثار الميزانية المترتبة على تنفيذ المقرر الإجرائي			
١- الثنائية الحالية: المتطلبات الميزانية المقدرة، بملايين الدولارات الأمريكية			
المستوى	الموظفون	الأنشطة	المجموع
المكاتب القطرية	٠,٦٨	١,٢٦	١,٩٤
المكاتب الإقليمية	٢,٩٩	٥,٨٧	٨,٨٦
المقر الرئيسي	٢,٣٣	١,٩٤	٤,٢٧
المجموع	٦,٠٠	٩,٠٧	١٥,٠٧
١ (أ) هل المتطلبات الميزانية المقدرة فيما يتعلق بتنفيذ المقرر الإجرائي مدرجة بالكامل في الميزانية البرمجية الحالية؟ (نعم/ لا)			
نعم، من الممكن ضمان تنفيذ هذا المقرر الإجرائي ضمن الميزانية البرمجية المعتمدة للثنائية ٢٠١٦-٢٠١٧.			
١ (ب) الآثار التمويلية بالنسبة إلى الميزانية في الثنائية الحالية:			
- ما المبلغ الممول في الثنائية الحالية؟			
٣,٥ مليون دولار أمريكي.			
- ما هي الثغرات؟			
١١,٦ مليون دولار أمريكي.			

<p>ما هي الإجراءات المقترحة لسد هذه الثغرات؟ سيتم سد الثغرات من خلال الجهود المنسقة لتعبئة الموارد، بما في ذلك الحوار الخاص بالتمويل، فيما يتعلق بالتمويل الممكن من المساهمات الطوعية.</p>			
<p>٢- الثنائية التالية: المتطلبات الميزانية المقدرة، بملايين الدولارات الأمريكية</p>			
المستوى	الموظفون	الأنشطة	المجموع
المكاتب القطرية	٠,٦٨	١,٢٦	١,٩٤
المكاتب الإقليمية	٢,٩٩	٥,٨٧	٨,٨٦
المقر الرئيسي	٢,٣٣	٢,٥٩	٤,٩٢
المجموع	٦,٠٠	٩,٧٢	١٥,٧٢
<p>٢ (أ) الآثار التمويلية بالنسبة إلى الميزانية في الثنائية التالية: - ما المبلغ الممول حالياً في الثنائية التالية؟ صفر. - ما هي ثغرات التمويل؟ ١٥,٧ مليون دولار أمريكي. - ما هي الإجراءات المقترحة لسد هذه الثغرات؟ سيتم سد الثغرات من خلال الجهود المنسقة لتعبئة الموارد، بما في ذلك الحوار الخاص بالتمويل، فيما يتعلق بالتمويل الممكن من المساهمات الطوعية.</p>			

<p>المقرر الإجمالي ج ص ع ٦٩ (١٢): تقرير اللجنة المعنية بالقضاء على سمنة الأطفال</p>	
<p>الف: الصلة ببرنامج العمل العام والميزانية البرمجية</p>	
١-	<p>الرجاء بيان في أي أثر وحصيلة من برنامج العمل العام الثاني عشر للفترة ٢٠١٤-٢٠١٩، وفي أي مخرج من الميزانية البرمجية للفترة ٢٠١٦-٢٠١٧ سيسهم مشروع المقرر الإجمالي هذا إذا تم اعتماده. برنامج العمل العام: الفئة ٢: الأمراض غير السارية. الميزانية البرمجية ٢٠١٦-٢٠١٧: الحصيلة ١-٢ والمخرجان ١-٢ و ٢-١-٢.</p>
٢-	<p>إذا لم تكن هناك أية صلة بالنتائج، كما هي مبينة في برنامج العمل العام الثاني عشر للفترة ٢٠١٤-٢٠١٩ والميزانية البرمجية للفترة ٢٠١٦-٢٠١٧، يرجى تقديم مبرر لمراعاة ذلك في المقرر الإجمالي. لا ينطبق.</p>
٣-	<p>ما الإطار الزمني المقترح لتنفيذ هذا المقرر الإجمالي؟ ستوضع خطة تنفيذ من خلال المجلس التنفيذي في دورته الأربعين بعد المائة كي تنظر فيها جمعية الصحة العالمية السبعون (٢٠١٧). إذا كان الإطار الزمني يمتد لميزانيات برمجية مستقبلية يرجى ضمان تقديم المزيد من المعلومات في الفرع الخاص بحساب التكاليف.</p>

باء: الآثار الميزانية المترتبة على تنفيذ المقرر الإجرائي			
١ - الثنائية الحالية: المتطلبات الميزانية المقدرة، بملايين الدولارات الأمريكية			
المجموع	الأنشطة	الموظفون	المستوى
٠,٤٥	٠,٤٥	لا ينطبق	المكاتب القطرية
٠,٥٥	٠,٥٥	لا ينطبق	المكاتب الإقليمية
١,٠٠	٠,٣٠	٠,٧٠	المقر الرئيسي
٢,٠٠	١,٣٠	٠,٧٠	المجموع
١ (أ) هل المتطلبات الميزانية المقدرة فيما يتعلق بتنفيذ المقرر الإجرائي مدرجة بالكامل في الميزانية البرمجية الحالية؟ (نعم/ لا)			
نعم.			
١ (ب) الآثار التمويلية بالنسبة إلى الميزانية في الثنائية الحالية:			
- ما المبلغ الممول في الثنائية الحالية؟ مليون دولار أمريكي.			
- ما هي الثغرات؟ مليون دولار أمريكي.			
- ما هي الإجراءات المقترحة لسد هذه الثغرات؟ سيتم سد الثغرات من خلال الجهود المنسقة لتعبئة الموارد.			
٢ - الثنائية التالية: المتطلبات الميزانية المقدرة، بملايين الدولارات الأمريكية			
المجموع	الأنشطة	الموظفون	المستوى
لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	المكاتب القطرية
لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	المكاتب الإقليمية
لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	المقر الرئيسي
صفر	صفر	صفر	المجموع
٢ (أ) الآثار التمويلية بالنسبة إلى الميزانية في الثنائية التالية:			
- ما المبلغ الممول حالياً في الثنائية التالية؟ لا ينطبق.			
- ما هي ثغرات التمويل؟ لا ينطبق.			
- ما هي الإجراءات المقترحة لسد هذه الثغرات؟ لا ينطبق.			

المقرر الإجرائي ج ص ع ٦٩ (١٣): تعزيز أوجه التآزر بين جمعية الصحة العالمية ومؤتمر الأطراف في اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ			
ألف: الصلة ببرنامج العمل العام والميزانية البرمجية			
١- الرجاء بيان في أي أثر وحصيلة من برنامج العمل العام الثاني عشر للفترة ٢٠١٤-٢٠١٩، وفي أي مُخرج من الميزانية البرمجية للفترة ٢٠١٦-٢٠١٧ سيسهم مشروع هذا القرار إذا تم اعتماده. الأمراض غير السارية: الحصيلة ١-٢؛ والمخرجان ١-٢-٢ و ٢-١-٢			
٢- إذا لم تكن هناك أية صلة بالنتائج، كما هي مبيّنة في برنامج العمل العام الثاني عشر للفترة ٢٠١٤-٢٠١٩ والميزانية البرمجية للفترة ٢٠١٦-٢٠١٧، يرجى تقديم مبرر لمراعاة ذلك في مشروع القرار. لا ينطبق.			
٣- ما الإطار الزمني المقترح لتنفيذ هذا القرار؟ من عام ٢٠١٦ إلى عام ٢٠١٩ وما بعده. إذا كان الإطار الزمني يمتد لميزانيات برمجية مستقبلية يرجى ضمان تقديم المزيد من المعلومات في الفرع الخاص بحساب التكاليف.			
باء: الآثار الميزانية المترتبة على تنفيذ القرار			
١- الثنائية الحالية: المتطلبات الميزانية المقدرة، بملايين الدولارات الأمريكية			
المستوى	الموظفون	الأنشطة	المجموع
المكاتب القطرية	٠,٠٠٠	٠,٠٠٠	٠,٠٠٠
المكاتب الإقليمية	٠,٠٠٠	٠,٠٠٠	٠,٠٠٠
المقر الرئيسي	٠,٠١٩	٠,٠١٢	٠,٠٣١
المجموع	٠,٠١٩	٠,٠١٢	٠,٠٣١
١ (أ) هل المتطلبات الميزانية المقدرة فيما يتعلق بتنفيذ القرار مدرجة بالكامل في الميزانية البرمجية الحالية؟ (نعم/ لا) نعم.			
١ (ب) الآثار التمويلية بالنسبة إلى الميزانية في الثنائية الحالية:			
- ما المبلغ الممول في الثنائية الحالية؟ ٠,٠٣١ مليون دولار أمريكي.			
- ما هي الثغرات؟ صفر.			
- ما هي الإجراءات المقترحة لسد هذه الثغرات؟ لا ينطبق.			

٢- الثنائية التالية: المتطلبات الميزانية المقدرة، بملايين الدولارات الأمريكية			
المستوى	الموظفون	الأنشطة	المجموع
المكاتب القطرية	٠,٠٠٠	٠,٠٠٠	٠,٠٠٠
المكاتب الإقليمية	٠,٠٠٠	٠,٠٠٠	٠,٠٠٠
المقر الرئيسي	٠,٠١٩	٠,٠١٢	٠,٠٣١
المجموع	٠,٠١٩	٠,٠١٢	٠,٠٣١

(أ) الآثار التمويلية بالنسبة إلى الميزانية في الثنائية التالية:

- ما المبلغ الممول حالياً في الثنائية التالية؟
٠,٠٣١ مليون دولار أمريكي.

- ما هي ثغرات التمويل؟
صفر.

- ما هي الإجراءات المقترحة لسد هذه الثغرات؟
لا ينطبق.

المقرر الإجرائي ج ص ٦٩٤ (١٤): تنفيذ اللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥)	
ألف: الصلة ببرنامج العمل العام والميزانية البرمجية	
١-	الرجاء بيان في أي أثر وحصيلة من برنامج العمل العام الثاني عشر للفترة ٢٠١٤-٢٠١٩، وفي أي مخرج من الميزانية البرمجية للفترة ٢٠١٦-٢٠١٧ سيسهم مشروع هذا المقرر الإجرائي إذا تم اعتماده.
	برنامج العمل العام الثاني عشر ٢٠١٤-٢٠١٩: يعتبر تنفيذ أحكام اللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥) إحدى أولويات المنظمة الست للقيادة.
	الميزانية البرمجية ٢٠١٦-٢٠١٧: الحصيلة ٥-١: الوفاء بجميع الالتزامات التي تنص عليها اللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥).
٢-	إذا لم تكن هناك أية صلة بالنتائج، كما هي مبينة في برنامج العمل العام الثاني عشر للفترة ٢٠١٤-٢٠١٩ والميزانية البرمجية للفترة ٢٠١٦-٢٠١٧، يرجى تقديم مبرر لمراعاة ذلك في مشروع المقرر الإجرائي.
٣-	ما الإطار الزمني المقترح لتنفيذ هذا المقرر الإجرائي؟
	يجب وضع اللمسات الأخيرة على خطة التنفيذ العالمية قبل الدورة الأربعين بعد المائة للمجلس التنفيذي والتي ستعقد في كانون الثاني/يناير ٢٠١٧.
	إذا كان الإطار الزمني يمتد لميزانيات برمجية مستقبلية يرجى ضمان تقديم المزيد من المعلومات في الفرع الخاص بحساب التكاليف.

باء: الآثار الميزانية المترتبة على تنفيذ المقرر الإجرائي			
١ - الثنائية الحالية: الاحتياجات المقدرة في الميزانية، بملايين الدولارات الأمريكية			
المستوى	الموظفون	الأنشطة	المجموع
المكاتب القطرية	-	-	-
المكاتب الإقليمية	-	-	-
المقر الرئيسي	-	-	-
المجموع	صفر	صفر	صفر
١ (أ) هل الاحتياجات المقدرة في الميزانية فيما يتعلق بتنفيذ المقرر الإجرائي مدرجة بالكامل في الميزانية البرمجية الحالية؟ (نعم/ لا) نعم.			
١ (ب) الآثار التمويلية بالنسبة إلى الميزانية في الثنائية الحالية بملايين الدولارات الأمريكية - ما المبلغ الممول في الثنائية الحالية؟ لا ينطبق. - ما هي الثغرات؟ لا ينطبق. - ما هي الإجراءات المقترحة لسد هذه الثغرات؟ لا ينطبق.			
٢ - الثنائية التالية: الاحتياجات المقدرة في الميزانية، بملايين الدولارات الأمريكية			
المستوى	الموظفون	الأنشطة	المجموع
المكاتب القطرية	-	-	-
المكاتب الإقليمية	-	-	-
المقر الرئيسي	-	-	-
المجموع	صفر	صفر	صفر
٢ (أ) الآثار التمويلية بالنسبة إلى الميزانية في الثنائية التالية بملايين الدولارات الأمريكية - ما المبلغ الممول حالياً في الثنائية التالية؟ لا ينطبق. - ما هي ثغرات التمويل؟ لا ينطبق. - ما هي الإجراءات المقترحة لسد هذه الثغرات؟ لا ينطبق.			

<p>المقرّر الإجمالي ج ص ع ٦٩ (١٥): البُعد الصحي العمومي لمشكلة المخدرات العالمية، بما في ذلك في سياق الدورة الاستثنائية للجمعية العامة للأمم المتحدة بشأن مشكلة المخدرات العالمية المعقودة في نيسان/ أبريل ٢٠١٦</p>			
<p>ألف: الصلة ببرنامج العمل العام والميزانية البرمجية</p>			
<p>١- الرجاء بيان في أي أثر وحصيلة من برنامج العمل العام الثاني عشر للفترة ٢٠١٤-٢٠١٩، وفي أي مُخرج من الميزانية البرمجية للفترة ٢٠١٦-٢٠١٧ سيسهم مشروع هذا المقرّر الإجمالي إذا تم اعتماده.</p> <p>برنامج العمل العام - حصيلة الفئة ٢: زيادة إتاحة الخدمات الخاصة بالصحة النفسية والاضطرابات الناجمة عن تعاطي مواد الإدمان.</p> <p>الميزانية البرمجية - المخرج ٢-٢-٣ توسيع نطاق الاستراتيجيات والنُظم والتدخلات الفُطرية وتعزيزها فيما يتعلق بالاضطرابات الناجمة عن تعاطي الكحول والمواد النفسانية التأثير الأخرى.</p>			
<p>٢- إذا لم تكن هناك أية صلة بالنتائج، كما هي مبينة في برنامج العمل العام الثاني عشر للفترة ٢٠١٤-٢٠١٩ والميزانية البرمجية للفترة ٢٠١٦-٢٠١٧، يرجى تقديم مبرر لمراعاة ذلك في مشروع المقرّر الإجمالي.</p> <p>لا ينطبق.</p>			
<p>٣- ما الإطار الزمني المقترح لتنفيذ هذا المقرّر الإجمالي؟</p> <p>الإطار الزمني المقترح للتنفيذ هو ٨ أشهر (من حزيران/ يونيو ٢٠١٦ إلى كانون الثاني/ يناير ٢٠١٧).</p> <p>إذا كان الإطار الزمني يمتد لميزانيات برمجية مستقبلية يرجى ضمان تقديم المزيد من المعلومات في الفرع الخاص بحساب التكاليف.</p>			
<p>باء: الآثار الميزانية المترتبة على تنفيذ المقرّر الإجمالي</p>			
<p>١- الثنائية الحالية: المتطلبات الميزانية المقدرة، بملايين الدولارات الأمريكية</p>			
المجموع	الأنشطة	الموظفون	المستوى
-	-	-	المكاتب الفُطرية
-	-	-	المكاتب الإقليمية
٠,٣٥	٠,٠٥	٠,٣	المقر الرئيسي
٠,٣٥	٠,٠٥	٠,٣	المجموع
<p>١ (أ) هل المتطلبات الميزانية المقدرة فيما يتعلق بتنفيذ المقرّر الإجمالي مدرجة بالكامل في الميزانية البرمجية الحالية؟ (نعم/ لا)</p> <p>لا.</p>			

١ (ب) الآثار التمويلية بالنسبة إلى الميزانية في الثنائية الحالية:

- ما المبلغ الممول في الثنائية الحالية؟
صفر دولار أمريكي.

- ما هي الثغرات؟
٠,٣٥ مليون دولار أمريكي.

- ما هي الإجراءات المقترحة لسد هذه الثغرات؟
سيتم سد الثغرات عبر الجهود المنسقة لتعبئة الموارد.

٢ - الثنائية التالية: المتطلبات الميزانية المقدرة، بملايين الدولارات الأمريكية

المستوى	الموظفون	الأنشطة	المجموع
المكاتب القطرية	-	-	-
المكاتب الإقليمية	-	-	-
المقر الرئيسي	-	-	-
المجموع	-	-	-

٢ (أ) الآثار التمويلية بالنسبة إلى الميزانية في الثنائية التالية:

- ما المبلغ الممول حالياً في الثنائية التالية؟
لا ينطبق.

- ما هي ثغرات التمويل؟
صفر دولار أمريكي.

- ما هي الإجراءات المقترحة لسد هذه الثغرات؟
لا ينطبق.

١ - المقرر الإجمالي ج ص ٦٩ (١٦): التخصيص الاستراتيجي لحيز الميزانية^١

٢ - الصلة بالميزانية البرمجية المقترحة ٢٠١٦-٢٠١٧: (انظر الوثيقة ج ٦٨/٧
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A68_7-ar.pdf)

الفئة: ٦- الخدمات المؤسسية/ الوظائف التمكينية

المجال البرمجي: التخطيط الاستراتيجي
وتنسيق الموارد والتبليغ

الحصيلة: ٦-٣
المُخرج : ٦-٣-١

كيف سيسهم هذا المقرر الإجمالي في تحقيق حصيلة المجال البرمجي المذكور أعلاه؟

سي دعم هذا المقرر الإجمالي تنفيذ المبادئ التوجيهية للتخصيص الاستراتيجي لحيز الميزانية من أجل تحسين أداء واستخدام الموارد في التعاون التقني على المستوى القطري.

هل تتضمن بالفعل الميزانية البرمجية المخرجات والمنجزات المستهدفة المطلوبة في هذا المقرر الإجمالي؟ (نعم/ لا)

نعم.

١ هذا التقدير للتكاليف مرفق أصلاً بالمقرر الإجمالي مت ١٣٧ (٧)، الوارد في ملحق الوثيقة مت ١٣٧/٢٠١٥/ سجلات/١.

٣- التكلفة المقدرة والآثار المترتبة بالنسبة إلى الملاك الوظيفي فيما يتعلق بالميزانية البرمجية
(أ) التكلفة الإجمالية

يُذكر ما يلي (١) مدة سريان المقرر الإجرائي التي ستلزم فيها أنشطة الأمانة من أجل التنفيذ؛
(٢) تكلفة تلك الأنشطة (مقربة إلى وحدات يبلغ كل منها ١٠.٠٠٠ دولار أمريكي).

(١) المقرر الإجرائي غير محدد المدة.

(٢) فيما يتعلق بأنشطة الأمانة لن يستتبع المقرر الإجرائي أية تكاليف تتعلق بالميزانية البرمجية.

(ب) التكلفة في الثنائية ٢٠١٦-٢٠١٧

يُذكر المبلغ المخصص للثنائية ٢٠١٦-٢٠١٧ من التكاليف المذكورة في ٣ (أ) (مقرباً إلى وحدات يبلغ كل منها ١٠.٠٠٠ دولار أمريكي).

لا ينطبق

تُذكر مستويات المنظمة التي ستتحمل التكاليف، مع بيان الأقاليم المحددة حسب الاقتضاء.

يتعلق المقرر الإجرائي بجميع مستويات المنظمة الثلاثة، ولكن لن تترتب عليه تكاليف أخرى.

هل أدرجت بالكامل التكلفة المقدرة ضمن الميزانية البرمجية المعتمدة ٢٠١٦-٢٠١٧؟ (نعم/ لا)

لا توجد أية آثار من حيث التكاليف فيما يتعلق بالميزانية البرمجية.

إذا كانت الإجابة "لا" يرجى ذكر المبلغ غير المدرج.

لا ينطبق

(ج) الآثار المترتبة بالنسبة إلى الملاك الوظيفي

هل يمكن تنفيذ هذا المقرر الإجرائي بواسطة الموظفين الحاليين؟ (نعم/ لا)

نعم.

إذا كانت الإجابة "لا" يُذكر العدد اللازم من الموظفين الإضافيين - معبراً عنه بعدد الموظفين المتفرغين - مع بيان الأقاليم المحددة ومجموعة (مجموعات) المهارات اللازمة حسب الاقتضاء.

٤- التمويل

هل التكاليف المقدرة للثنائية ٢٠١٦-٢٠١٧ المذكورة في ٣ (ب) ممولة بالكامل؟ (نعم/ لا)

لا توجد أية آثار من حيث التكاليف، لذا فإن مسألة التمويل الكامل لا تنطبق هنا.

إذا كانت الإجابة "لا" يرجى تحديد ثغرة التمويل وكيفية تعبئة الأموال مع بيان تفاصيل مصدر الأموال المتوقع (مصادر الأموال المتوقعة).