WHA65/2012/REC/1 ج ص ع ٦٥/٢٠١٢/ سجلات/١

منظمة الصحة العالمية

جمعية الصحة العالمية الخامسة والستون

جنيف، ٢١-٢٦ أيار/ مايو ٢٠١٢

القرارات والمقررات الإجرائية
الملاحق

جنيف
٢٠١٢

التسميات الواردة في هذا المجلد وطريقة عرض المواد فيه 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 لسلطاتها، أو فيما يتعلق بحدودها. وحيثما وردت عبارة "بلد أو منطقة" في عناوين الجداول فإنها تشمل البلدان أو الأقاليم أو المدن أو المناطق.

مقدمة

انعقدت جمعية الصحة العالمية الخامسة والستون في قصر الأمم بجنيف في الفترة من ٢١ إلى ٢٦ أيار/ مايو ٢٠١٢، طبقاً للمقرر الإجرائي الصادر عن المجلس التنفيذي في دورته التاسعة والعشرين بعد المائة.

المحتويات

الصفحة

مقدمة iii

جدول الأعمال ix

قائمة الوثائق xv

أعضاء مكتب جمعية الصحة وأعضاء لجانها xxi

قائمة بأسماء أعضاء الوفود العربية ١٤٧

القرارات والمقررات الإجرائية

القرارات

ج ص ع٦٥-١ تعيين المدير العام ١

ج ص ع٦٥-٢ عقد المدير العام ١

ج ص ع٦٥-٣ تدعيم السياسات الخاصة بالأمراض غير السارية من أجل تعزيز التمتع بالنشاط في مرحلة الشيخوخة ٢

ج ص ع٦٥-٤ العبء العالمي للاضطرابات النفسية وضرورة الاستجابة الشاملة والمنسقة من جانب قطاع الصحة والقطاع الاجتماعي على المستوى القطري ٥

ج ص ع٦٥-٥ شلل الأطفال: تكثيف جهود المبادرة العالمية لاستئصال شلل الأطفال..... ٩

ج ص ع٦٥-٦ خطة التنفيذ الشاملة الخاصة بتغذية الأمهات والرضّع وصغار الأطفال ١١

ج ص ع٦٥-٧ تنفيذ توصيات اللجنة المعنية بالمعلومات والمساءلة عن صحة المرأة والطفل.. ١٣

ج ص ع٦٥-٨ حصيلة المؤتمر العالمي المعني بالمحددات الاجتماعية للصحة ١٤

ج ص ع٦٥-٩ الأحوال الصحية في الأرض الفلسطينية المحتلة، بما فيها القدس الشرقية، وفي الجولان السوري المحتل..... ١٧

الصفحة

ج ص ع٦٥-١٠	التقرير المالي والبيانات المالية المراجعة للفترة من ١ كانون الثاني/ يناير ٢٠١٠ إلى ٣١ كانون الأول/ ديسمبر ٢٠١١	٢٠
ج ص ع٦٥-١١	حالة تحصيل الاشتراكات المقدرة، بما في ذلك الدول الأعضاء المتأخرة في سداد اشتراكاتها إلى حد يبرر تطبيق أحكام المادة ٧ من الدستور	٢١
ج ص ع٦٥-١٢	الترتيبات الخاصة لتسوية المتأخرات: يوغوسلافيا السابقة.....	٢٢
ج ص ع٦٥-١٣	تقرير مراجع الحسابات الخارجي.....	٢٢
ج ص ع٦٥-١٤	مرتبات الموظفين في الوظائف غير المصنفة في رتب ومرتب المدير العام ...	٢٢
ج ص ع٦٥-١٥	انتخاب المدير العام لمنظمة الصحة العالمية: تقرير الفريق العامل	٢٣
ج ص ع٦٥-١٦	الاتفاق المعقود مع مفوضية الاتحاد الأفريقي.....	٢٦
ج ص ع٦٥-١٧	خطة العمل العالمية الخاصة باللقاحات	٢٦
ج ص ع٦٥-١٨	أسبوع التمنيع العالمي	٢٨
ج ص ع٦٥-١٩	المنتجات الطبية المتدنية النوعية/ المزورة/ المغشوشة التوسيم/ المغشوشة/ المزيفة	٢٩
ج ص ع٦٥-٢٠	استجابة منظمة الصحة العالمية، ودورها بصفتها قائد مجموعة الصحة، في مجال تلبية الطلبات الصحية المتنامية في الطوارئ الإنسانية.....	٣٤
ج ص ع٦٥-٢١	التخلص من داء البلهارسيات.....	٣٨
ج ص ع٦٥-٢٢	متابعة تقرير فريق الخبراء الاستشاريين العامل المعني بتمويل وتنسيق البحث والتطوير.....	٣٩
ج ص ع٦٥-٢٣	تنفيذ أحكام اللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥)	٤١

المقررات الإجرائية

ج ص ع٦٥(١)	تشكيل لجنة أوراق الاعتماد.....	٤٥
ج ص ع٦٥(٢)	انتخاب أعضاء مكتب جمعية الصحة العالمية الخامسة والستين.....	٤٥
ج ص ع٦٥(٣)	إنشاء اللجنة العامة	٤٥
ج ص ع٦٥(٤)	انتخاب أعضاء مكتب اللجنتين الرئيسيتين	٤٦
ج ص ع٦٥(٥)	اعتماد جدول الأعمال.....	٤٦
ج ص ع٦٥(٦)	التحقق من أوراق الاعتماد.....	٤٦

الصفحة

ج ص ع ٦٥(٧) انتخاب الدول الأعضاء التي لها الحق في تعيين شخص للعمل عضواً في المجلس التنفيذي ٤٧

ج ص ع ٦٥(٨) الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها: متابعة الاجتماع الرفيع المستوى للجمعية العامة بشأن الوقاية من الأمراض غير السارية (غير المعدية) ومكافحتها ... ٤٧

ج ص ع ٦٥(٩) إصلاح منظمة الصحة العالمية..... ٤٩

ج ص ع ٦٥(١٠) الصندوق المشترك للمعاشات التقاعدية لموظفي الأمم المتحدة: تعيين ممثلين في لجنة المعاشات التقاعدية لموظفي منظمة الصحة العالمية ٥٣

ج ص ع ٦٥(١١) اختيار البلد الذي ستُعقد فيه جمعية الصحة العالمية السادسة والستون ٥٤

الملاحق

١- عقد المدير العام..... ٥٧

٢- خطة التنفيذ الشاملة بشأن تغذية الأمهات والرضّع وصغار الأطفال..... ٥٩

٣- الاتفاق المعقود بين مفوضية الاتحاد الأفريقي ومنظمة الصحة العالمية ٧٤

٤- خطة العمل العالمية الخاصة باللقاحات..... ٨٠

٥- الآثار المالية والإدارية المترتبة بالنسبة إلى الأمانة نتيجة للقرارات المعتمدة من جمعية الصحة ١١٨

جدول الأعمال[1]

الجلسات العامة

١- افتتاح أعمال الجمعية

١-١ تعيين لجنة أوراق الاعتماد

١-٢ انتخاب الرئيس

١-٣ انتخاب نواب الرئيس الخمسة ورئيسي اللجنتين الرئيسيتين وإنشاء اللجنة العامة

١-٤ اعتماد جدول الأعمال وتوزيع البنود على اللجنتين الرئيسيتين

٢- تقرير المجلس التنفيذي عن دوراته التاسعة والعشرين بعد المائة والثلاثين بعد المائة والاستثنائية

٣- كلمة الدكتورة مارغريت تشان، المدير العام

٤- المدير العام

٤-١ التعيين

٤-٢ الموافقة على العقد

٥- خطاب يلقيه ضيف الجمعية

٦- [حُذف]

٧- انتخاب أعضاء المجلس التنفيذي

٨- الجوائز

٩- تقارير اللجنتين الرئيسيتين

١٠- اختتام أعمال الجمعية

---

١ تم اعتماده في الجلسة العامة الثانية.

اللجنة "أ"

١١- افتتاح أعمال اللجنة[١]

١٢- إصلاح منظمة الصحة العالمية

١٣- الشؤون التقنية والصحية

١٣-١ الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها

- حصيلة الاجتماع الرفيع المستوى للجمعية العامة بشأن الوقاية من الأمراض غير السارية (غير المعدية) ومكافحتها وحصيلة المؤتمر الوزاري العالمي الأول بشأن أنماط الحياة الصحية ومكافحة الأمراض غير السارية
- الخيارات والإطار الزمني لتعزيز وتيسير العمل المتعدد القطاعات للوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها عن طريق الشراكة
- تنفيذ الاستراتيجية العالمية للوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها وخطة العمل
- تنفيذ خطة العمل الخاصة بالوقاية من العمى وضعف البصر اللذين يمكن تجنبهما

١٣-٢ العبء العالمي للاضطرابات النفسية وضرورة الاستجابة الشاملة والمنسقة من جانب قطاع الصحة والقطاع الاجتماعي على المستوى القطري

١٣-٣ التغذية

- تغذية الأمهات والرضّع وصغار الأطفال
- تغذية المرأة في الفترة السابقة للحمل وأثناء الحمل والإرضاع

١٣-٤ الزواج المبكر وحمل المراهقات وصغيرات السن

١٣-٥ رصد بلوغ الأهداف (المرامي) الإنمائية للألفية المتعلقة بالصحة

- التقدم المحرز في بلوغ الأهداف (المرامي) الإنمائية للألفية المتعلقة بالصحة والمرامي الصحية العالمية بعد عام ٢٠١٥
- تنفيذ توصيات اللجنة المعنية بالمعلومات والمساءلة عن صحة المرأة والطفل

١ بما في ذلك انتخاب نواب الرئيس والمقرر.

١٣-٦ المحددات الاجتماعية للصحة: حصيلة المؤتمر العالمي المعني بالمحددات الاجتماعية للصحة (ريو دي جانيرو، البرازيل، تشرين الأول/ أكتوبر ٢٠١١)

١٣-٧ تنفيذ أحكام اللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥)

١٣-٨ التجمعات البشرية العالمية: الآثار والفرص بالنسبة إلى الأمن الصحي العالمي

١٣-٩ التأهب للأنفلونزا الجائحة: تبادل فيروسات الأنفلونزا والتوصل إلى اللقاحات والفوائد الأخرى: التقرير الخاص بعمل الفريق الاستشاري

١٣-١٠ شلل الأطفال: تكثيف جهود المبادرة العالمية لاستئصال شلل الأطفال

١٣-١١ القضاء على داء البلهارسيات

١٣-١٢ مسوّدة خطة العمل العالمية الخاصة باللقاحات

١٣-١٣ المنتجات الطبية المتدنية النوعية/ المزورة/ المغشوشة التوسيم/ المغشوشة/ المزيفة: تقرير الفريق العامل المكون من الدول الأعضاء

١٣-١٤ فريق الخبراء الاستشاريين العامل المعني بتمويل وتنسيق البحث والتطوير

١٣-١٥ استجابة منظمة الصحة العالمية، ودورها بصفتها قائد مجموعة الصحة، في مجال تلبية الطلبات الصحية المتنامية في الطوارئ الإنسانية

١٣-١٦ التقارير المرحلية

النُظم والبحوث الصحية

ألف: تعزيز النُظم الصحية (القرارات ج ص ع٦٤-٩ وج ص ع٦٤-٨ وج ص ع٦٣-٢٧ وج ص ع٦٢-١٢ وج ص ع٦٠-٢٧)

باء: دور منظمة الصحة العالمية ومسؤولياتها في مجال البحوث الصحية (القرار ج ص ع٦٣-٢١)

جيم: الاستراتيجية وخطة العمل العالميتان بشأن الصحة العمومية والابتكار والملكية الفكرية (القرار ج ص ع٦١-٢١)

استئصال الأمراض والوقاية منها ومكافحتها

دال: استئصال الجدري: تدمير مخزونات فيروس الجدري (القرار ج ص ع٦٠-١)

هاء: استئصال داء التنينات (القرار ج ص ع٦٤-١٦)

واو: مكافحة داء شاغاس والتخلص منه (القرار ج ص ع٦٣-٢٠)

زاي: التهاب الكبد الفيروسي (القرار ج ص ع٦٣-١٨)

حاء: توقي ومكافحة السل المقاوم للأدوية المتعددة والسل الشديد المقاومة للأدوية المتعددة (القرار ج ص ع٦٢-١٥)

طاء: الكوليرا: آلية للمكافحة والوقاية (القرار ج ص ع٦٤-١٥)

ياء: مكافحة داء المثقبيات الأفريقي البشري (القرار ج ص ع٥٧-٢)

كاف: الاستراتيجية العالمية لقطاع الصحة بشأن الأيدز والعدوى بفيروسه في الفترة ٢٠١١-٢٠١٥ (القرار ج ص ع٦٤-١٤)

لام: الاستراتيجية العالمية بشأن الوقاية من الأمراض المنقولة جنسياً ومكافحتها (القرار ج ص ع٥٩-١٩)

مسائل أخرى

ميم: الصحة الإنجابية: استراتيجية تسريع التقدم نحو بلوغ الأهداف (المرامي) والغايات الإنمائية الدولية (القرار ج ص ع٥٧-١٢)

نون: مبادرات تعزيز السلامة الغذائية (القرار ج ص ع٦٣-٣)

سين: تغير المناخ والصحة (القرار م ت١٢٤ق٥ والقرار ج ص ع٦١-١٩)

عين: الشراكات (القرار ج ص ع٦٣-١٠)

فاء: التعددية اللغوية: تنفيذ خطة العمل (القرار ج ص ع٦١-١٢)

اللجنة "ب"

١٤- افتتاح أعمال اللجنة[١]

١٥- الأحوال الصحية في الأرض الفلسطينية المحتلة، بما فيها القدس الشرقية وفي الجولان السوري المحتل

١ بما في ذلك انتخاب نواب الرئيس والمقرر.

١٦- الميزانية البرمجية والشؤون المالية

١٦-١ تقييم أداء الميزانية البرمجية ٢٠١٠-٢٠١١

١٦-٢ التقرير المالي والبيانات المالية المراجعة للفترة من ١ كانون الثاني/ يناير ٢٠١٠ إلى ٣١ كانون الأول/ ديسمبر ٢٠١١

١٦-٣ حالة تحصيل الاشتراكات المقدرة، بما في ذلك الدول الأعضاء المتأخرة في سداد اشتراكاتها إلى حد يبرر تطبيق أحكام المادة ٧ من الدستور

١٦-٤ [حُذف]

١٦-٥ تقدير اشتراكات الدول الأعضاء والدول الأعضاء المنتسبة الجديدة

١٧- شؤون مراجعة الحسابات والمراقبة

١٧-١ تقرير مراجع الحسابات الخارجي

١٧-٢ تقرير مراجع الحسابات الداخلي

١٨- شؤون العاملين

١٨-١ التقرير السنوي عن الموارد البشرية

١٨-٢ تقرير لجنة الخدمة المدنية الدولية

١٨-٣ تعديلات النظام الأساسي للموظفين ولائحة الموظفين

١٨-٤ تعيين ممثلين في لجنة المعاشات التقاعدية لموظفي منظمة الصحة العالمية

١٩- الشؤون الإدارية والقانونية

١٩-١ انتخاب المدير العام لمنظمة الصحة العالمية: تقرير الفريق العامل

١٩-٢ الاتفاقات مع المنظمات الحكومية الدولية

٢٠- التعاون داخل منظومة الأمم المتحدة ومع سائر المنظمات الحكومية الدولية

قائمة الوثائق

ج٦٥/١ تنقيح ١	جدول الأعمال[١]
ج٦٥/٢	تقرير المجلس التنفيذي عن دوراته التاسعة والعشرين بعد المائة والثلاثين بعد المائة والاستثنائية
ج٦٥/٣	كلمة الدكتورة مارغريت تشان، المديرة العامة، أمام جمعية الصحة العالمية الخامسة والستين
ج٦٥/٤ تنقيح ١	المدير العام الموافقة على العقد[٢]
ج٦٥/٥	إصلاح منظمة الصحة العالمية تقرير موحّد مقدم من المدير العام
ج٦٥/٥ إضافة ١	مسوّدة برنامج العمل العام الثاني عشر: ملاحظات تفسيرية
ج٦٥/٥ إضافة ٢	تقرير التقييم المستقل: المرحلة الأولى
ج٦٥/٥ إضافة ٣	مشروع مقرر إجرائي مقترح من الأمانة
ج٦٥/٦ وج٦٥/٦ إضافة ١	حصيلة الاجتماع الرفيع المستوى للجمعية العامة بشأن الوقاية من الأمراض غير السارية (غير المعدية) ومكافحتها وحصيلة المؤتمر الوزاري العالمي الأول بشأن أنماط الحياة الصحية ومكافحة الأمراض غير السارية
ج٦٥/٧	الخيارات والإطار الزمني لتعزيز وتيسير العمل المتعدد القطاعات للوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها عن طريق الشراكة
ج٦٥/٨	تنفيذ الاستراتيجية العالمية للوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها وخطة العمل
ج٦٥/٩	تنفيذ خطة العمل الخاصة بالوقاية من العمى وضعف البصر اللذين يمكن تجنبهما
ج٦٥/١٠	العبء العالمي للاضطرابات النفسية وضرورة الاستجابة الشاملة والمنسقة من جانب قطاع الصحة والقطاع الاجتماعي على المستوى القُطري

---

١ انظر الصفحة ix.

٢ انظر الملحق ١.

ج٦٥/١١ وج٦٥/١١ تصويب ١	تغذية الأمهات والرضّع وصغار الأطفال: مسوّدة خطة التنفيذ الشاملة[1]
ج٦٥/١٢	تغذية المرأة في الفترة السابقة للحمل وأثناء الحمل والإرضاع
ج٦٥/١٣	الزواج المبكر وحمل المراهقات وصغيرات السن
ج٦٥/١٤	التقدم المحرز في بلوغ الأهداف (المرامي) الإنمائية للألفية المتعلقة بالصحة والمرامي الصحية العالمية بعد عام ٢٠١٥
ج٦٥/١٥	تنفيذ توصيات اللجنة المعنية بالمعلومات والمساءلة عن صحة المرأة والطفل
ج٦٥/١٦	المحددات الاجتماعية للصحة: حصيلة المؤتمر العالمي المعني بالمحددات الاجتماعية للصحة (ريو دي جانيرو، البرازيل، تشرين الأول/ أكتوبر ٢٠١١)
ج٦٥/١٧ وج٦٥/١٧ تصويب ١	تنفيذ أحكام اللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥)
ج٦٥/١٧ إضافة ١	تقرير عن تطوير القدرات الوطنية الأساسية اللازمة بموجب اللوائح
ج٦٥/١٧ إضافة ٢	مشروع قرار مقترح من الأمانة
ج٦٥/١٧ إضافة ٣	تقرير عن الآثار المالية والإدارية المترتبة بالنسبة إلى الأمانة نتيجة للقرارات المقترح اعتمادها من قِبَل المجلس التنفيذي أو جمعية الصحة[2]
ج٦٥/١٨	التجمعات البشرية العالمية: الآثار والفرص بالنسبة إلى الأمن الصحي العالمي
ج٦٥/١٩	التأهب للأنفلونزا الجائحة: تبادل فيروسات الأنفلونزا والتوصل إلى اللقاحات والفوائد الأخرى: التقرير الخاص بعمل الفريق الاستشاري
ج٦٥/٢٠	شلل الأطفال: تكثيف جهود المبادرة العالمية لاستئصال شلل الأطفال
ج٦٥/٢١	القضاء على داء البلهارسيات
ج٦٥/٢٢	مسوّدة خطة العمل العالمية الخاصة باللقاحات[3]

١ انظر الملحقين ٢ و٥.

٢ انظر الملحق ٥.

٣ انظر الملحقين ٤ و٥.

ج٦٥/٢٢ إضافة ١	تقرير عن الآثار المالية والإدارية المترتبة بالنسبة إلى الأمانة نتيجة للقرارات المقترح اعتمادها من قِبَل المجلس التنفيذي أو جمعية الصحة[١]
ج٦٥/٢٣	المنتجات الطبية المتدنية النوعية/ المزورة/ المغشوشة التوسيم/ المغشوشة/ المزيفة: تقرير الفريق العامل المكون من الدول الأعضاء
ج٦٥/٢٤ وج٦٥/٢٤ تصويب ١	فريق الخبراء الاستشاريين العامل المعني بتمويل وتنسيق البحث والتطوير
ج٦٥/٢٥	استجابة منظمة الصحة العالمية، ودورها بصفتها قائد مجموعة الصحة، في مجال تلبية الطلبات الصحية المتنامية في الطوارئ الإنسانية
ج٦٥/٢٦	التقارير المرحلية
ج٦٥/٢٧ تنقيح ١	الأحوال الصحية في الأرض الفلسطينية المحتلة، بما فيها القدس الشرقية وفي الجولان السوري المحتل
ج٦٥/٢٨	تقييم أداء الميزانية البرمجية ٢٠١٠-٢٠١١
ج٦٥/٢٩	التقرير المالي والبيانات المالية المراجعة للفترة من ١ كانون الثاني/ يناير ٢٠١٠ إلى ٣١ كانون الأول/ ديسمبر ٢٠١١
ج٦٥/٢٩ إضافة ١	الملحق: المساهمات الطوعية حسب الصندوق والجهة المانحة في الفترة المالية ٢٠١٠-٢٠١١
ج٦٥/٣٠	حالة تحصيل الاشتراكات المقدرة، بما في ذلك الدول الأعضاء المتأخرة في سداد اشتراكاتها إلى حد يبرر تطبيق أحكام المادة ٧ من الدستور
ج٦٥/٣١	[أُلغيت الوثيقة]
ج٦٥/٣٢	تقرير مراجع الحسابات الخارجي
ج٦٥/٣٣	تقرير مراجع الحسابات الداخلي
ج٦٥/٣٤	التقرير السنوي عن الموارد البشرية
ج٦٥/٣٥	تقرير لجنة الخدمة المدنية الدولية
ج٦٥/٣٦	تعديلات النظام الأساسي للموظفين ولائحة الموظفين

١ انظر الملحق ٥.

ج٦٥/٣٧ تعيين ممثلين في لجنة المعاشات التقاعدية لموظفي منظمة الصحة العالمية

ج٦٥/٣٨ انتخاب المدير العام لمنظمة الصحة العالمية: تقرير الفريق العامل

ج٦٥/٣٩ التعاون داخل منظومة الأمم المتحدة ومع سائر المنظمات الحكومية الدولية

ج٦٥/٤٠ إصلاح منظمة الصحة العالمية
تقرير من المدير العام

ج٦٥/٤١ تقدير اشتراكات الدول الأعضاء والدول الأعضاء المنتسبة الجديدة: جنوب السودان

ج٦٥/٤٢ الاتفاقات مع المنظمات الحكومية الدولية
الاتفاق بين مفوضية الاتحاد الأفريقي ومنظمة الصحة العالمية[١]

ج٦٥/٤٣ إصلاح منظمة الصحة العالمية
التقرير السادس المقدم من لجنة البرنامج والميزانية والإدارة التابعة للمجلس التنفيذي إلى جمعية الصحة العالمية الخامسة والستين

ج٦٥/٤٤ تقييم أداء الميزانية البرمجية ٢٠١٠-٢٠١١
التقرير الأول المقدم من لجنة البرنامج والميزانية والإدارة التابعة للمجلس التنفيذي إلى جمعية الصحة العالمية الخامسة والستين

ج٦٥/٤٥ التقرير المالي والبيانات المالية المراجعة للفترة من ١ كانون الثاني/ يناير ٢٠١٠ إلى ٣١ كانون الأول/ ديسمبر ٢٠١١
التقرير الثاني المقدم من لجنة البرنامج والميزانية والإدارة التابعة للمجلس التنفيذي إلى جمعية الصحة العالمية الخامسة والستين

ج٦٥/٤٦ 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
وتقدير اشتراكات الدول الأعضاء والدول الأعضاء المنتسبة الجديدة: جنوب السودان
التقرير الثالث المقدم من لجنة البرنامج والميزانية والإدارة التابعة للمجلس التنفيذي إلى جمعية الصحة العالمية الخامسة والستين

ج٦٥/٤٧ تقرير مراجع الحسابات الخارجي
التقرير الرابع المقدم من لجنة البرنامج والميزانية والإدارة التابعة للمجلس التنفيذي إلى جمعية الصحة العالمية الخامسة والستين

---

١ انظر الملحق ٣.

ج٦٥/٤٨ تقرير مراجع الحسابات الداخلي
التقرير الخامس المقدم من لجنة البرنامج والميزانية والإدارة التابعة للمجلس التنفيذي إلى جمعية الصحة العالمية الخامسة والستين

ج٦٥/٤٩ التقرير السنوي عن الموارد البشرية
التقرير السابع المقدم من لجنة البرنامج والميزانية والإدارة التابعة للمجلس التنفيذي إلى جمعية الصحة العالمية الخامسة والستين

ج٦٥/٥٠ التقرير الأول للجنة "أ"

ج٦٥/٥١ لجنة أوراق الاعتماد
التقرير الأول

ج٦٥/٥٢ انتخاب الدول الأعضاء التي لها حق تعيين شخص للعمل عضواً في المجلس التنفيذي

ج٦٥/٥٣ التقرير الأول للجنة "ب"

ج٦٥/٥٤ التقرير الثاني للجنة "أ"

ج٦٥/٥٥ التقرير الثالث للجنة "أ"

ج٦٥/٥٦ التقرير الثاني للجنة "ب"

ج٦٥/٥٧ التقرير الثالث للجنة "ب"

ج٦٥/٥٨ التقرير الرابع للجنة "أ"

وثائق معلومات

ج٦٥/ وثيقة معلومات/١ المدير العام
مذكرة من المستشار القانوني

ج٦٥/ وثيقة معلومات/٢ الأحوال الصحية في الأرض الفلسطينية المحتلة، بما فيها القدس الشرقية وفي الجولان السوري المحتل (تقرير وزارة الصحة في الجمهورية العربية السورية)

ج٦٥/ وثيقة معلومات/٣ الأحوال الصحية في الأرض الفلسطينية المحتلة، بما فيها القدس الشرقية وفي الجولان السوري المحتل (تقرير وزارة الصحة الإسرائيلية)

ج٦٥/ وثيقة معلومات/٤ الأحوال الصحية في الأرض الفلسطينية المحتلة، بما فيها القدس الشرقية وفي الجولان السوري المحتل (تقرير المراقب الدائم لفلسطين لدى الأمم المتحدة والمنظمات الدولية الأخرى في جنيف)

ج٦٥/ وثيقة معلومات/٥ الأحوال الصحية في الأرض الفلسطينية المحتلة، بما فيها القدس الشرقية وفي الجولان السوري المحتل (تقرير مقدم من مدير إدارة الصحة بالأونروا لعام ٢٠١١)

ج٦٥/ وثيقة معلومات/٦ إصلاح منظمة الصحة العالمية
إطار التنفيذ والرصد العالي المستوى

وثائق متنوعات

ج٦٥/ متنوعات/١ تنقيح١ قائمة بأسماء المندوبين وسائر المشاركين [بالإنكليزية والفرنسية فقط]

ج٦٥/ متنوعات/٢ دليل المندوبين إلى جمعية الصحة العالمية

ج٦٥/ متنوعات/٣ المقررات الإجرائية وقائمة القرارات

ج٦٥/ متنوعات/٤ قائمة الوثائق

ج٦٥/ متنوعات/٥ خطاب صاحبة السمو الملكي الأميرة لالا سلمى في الدورة الخامسة والستين لجمعية الصحة العالمية

ج٦٥/ متنوعات/٦ خطاب السيد يوناس غار ستور، وزير خارجية النرويج، أمام جمعية الصحة العالمية الخامسة والستين

أعضاء مكتب جمعية الصحة وأعضاء لجانها

الرئيس:
الأستاذة تيريز أيا ندري – يومان (كوت ديفوار)

نواب الرئيس:

الدكتورة إسبيرانزا مارتينيز (باراغواي)
الدكتور أندريه أوزاتي (جمهورية مولدوفا)
الأستاذ علي غوفرون موكتي (إندونيسيا)
الدكتورة ثريا دليل (أفغانستان)
السيد تشارلز سيغوتو (جزر سليمان)

الأمين:

الدكتورة مارغريت تشان، المدير العام

لجنة أوراق الاعتماد

تألفت لجنة أوراق الاعتماد من مندوبي الدول الأعضاء التالية: غيانا، قيرغيزستان، لكسمبرغ، ملاوي، جزر مارشال، المكسيك، النيجر، سان مارينو، سان تومي وبرينسيبي، تايلند، الإمارات العربية المتحدة، فييت نام.

الرئيس: الدكتور تران تاي غيانغ هيونغ (فييت نام)
نائب الرئيس: الدكتور روبرت غورنيس (لكسمبرغ)
الأمين: السيدة فرانسواز مورين – شوت (كبير الموظفين القانونيين)

اللجنة العامة

تألفت اللجنة العامة من رئيس جمعية الصحة ونوابه ورئيسي اللجنتين الرئيسيتين ومندوبي الدول الأعضاء التالية: جزر البهاما، كمبوديا، تشاد، الصين، كوبا، الدانمرك، جيبوتي، فرنسا، كينيا، ليسوتو، ليبيريا، موريتانيا، نيكاراغوا، الاتحاد الروسي، تركمانستان، المملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية، الولايات المتحدة الأمريكية.

الرئيس: الأستاذة تيريز أيا ندري – يومان (كوت ديفوار)

الأمين: **الدكتورة** مارغريت تشان، المدير العام

اللجنتان الرئيسيتان

طبقاً للمادة ٣٥ من النظام الداخلي لجمعية الصحة العالمية يحق لكل وفد من الوفود أن يكون ممثلاً في كل لجنة من اللجنتين الرئيسيتين بأحد أعضائه.

اللجنة "أ"

الرئيس: الدكتور ليونبو زانغلي دوكبا (بوتان)
نواب الرئيس: الدكتور فنتون فيرغسون (جامايكا) والسيد هربرت بارنارد (هولندا)
المقرر: الدكتور محمد جداوي (جمهورية تنزانيا المتحدة)
الأمين: الدكتور مانويل دايريت، مستشار، مكتب المدير العام

اللجنة "ب"

الرئيس: الأستاذ محمد حسين نكنام (جمهورية إيران الإسلامية)
نواب الرئيس: الأستاذ تشارلز كوندي أغبا (توغو) والدكتورأنريغ تاياغ (الفلبين)
المقرر: الدكتور بول غولي (كندا)
الأمين: السيد كلايف أونداري، المنسق، إدارة إتاحة الأدوية واستعمالها على نحو رشيد

القرارات

ج ص ع٦٥-١ تعيين المدير العام

جمعية الصحة العالمية الخامسة والستون،

بناءً على ترشيح المجلس التنفيذي،

تعين الدكتورة مارغريت تشان مديراً عاماً لمنظمة الصحة العالمية.

(الجلسة العامة السابعة، ٢٣ أيار/ مايو ٢٠١٢)

ج ص ع٦٥-٢ عقد المدير العام

جمعية الصحة العالمية الخامسة والستون،

أولاً

عملاً بالمادة ٣١ من الدستور وبالمادة ١٠٧ من النظام الداخلي لجمعية الصحة العالمية،

توافق على العقد الذي يحدد أُسس وشروط التعيين والراتب وغير ذلك من المكافآت المتعلقة بمنصب المدير العام؛[١]

ثانياً

عملاً بالمادة ١١٠ من النظام الداخلي لجمعية الصحة العالمية،

تفوض رئيس جمعية الصحة العالمية الخامسة والستين في التوقيع على هذا العقد باسم المنظمة.

(الجلسة العامة السابعة، ٢٣ أيار/ مايو ٢٠١٢)

١ انظر الملحق ١.

ج ص ع٦٥-٣ تدعيم السياسات الخاصة بالأمراض غير السارية من أجل تعزيز التمتع بالنشاط في مرحلة الشيخوخة[١]

جمعية الصحة العالمية الخامسة والستون،

بعد النظر في التقريرين الخاصين بحصيلة الاجتماع الرفيع المستوى للجمعية العامة بشأن الوقاية من الأمراض غير السارية (غير المعدية) ومكافحتها وحصيلة المؤتمر الوزاري العالمي الأول بشأن أنماط الحياة الصحية ومكافحة الأمراض غير السارية[٢] والتقرير الخاص بتنفيذ الاستراتيجية العالمية للوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها وخطة العمل؛[٣]

وإذ تذكّر بالإعلان السياسي الصادر عن الاجتماع الرفيع المستوى للجمعية العامة للأمم المتحدة بشأن الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها، وإعلان موسكو الذي اعتمده المؤتمر الوزاري العالمي الأول بشأن أنماط الحياة الصحية ومكافحة الأمراض غير السارية (موسكو، ٢٨ و٢٩ نيسان/ أبريل ٢٠١١)، والقرار ج ص ع٦٤-١١ بشأن الأعمال التحضيرية لعقد الاجتماع الرفيع المستوى للجمعية العامة للأمم المتحدة بشأن الوقاية من الأمراض غير السارية (غير المعدية) ومكافحتها، بعد مؤتمر موسكو؛

وإذ تذكّر بالاجتماع الخاص بمتابعة الأهداف (المرامي) الإنمائية للألفية (طوكيو، ٢ و٣ حزيران/ يونيو ٢٠١١)، الذي شاركت فيه أكثر من ١١٠ بلدان، و٢٠ منظمة من منظمات الأمم المتحدة أو المنظمات الإقليمية ومنظمات المجتمع المدني، والذي اتُفق فيه على أنّ الأمراض غير السارية باتت من المشكلات العالمية المستجدة لفترة ما بعد عام ٢٠١٥، وتهدّد أيضاً بلوغ الأهداف (المرامي) الإنمائية المتفق عليها دولياً، بما فيها الأهداف (المرامي) الإنمائية للألفية؛

وإذ تلاحظ أنّ نحو ٣٦ مليون وفاة من مجموع الوفيات المُسجّلة في العالم في عام ٢٠٠٨ والبالغ عددها ٥٧ مليون وفاة حدثت بسبب الأمراض غير السارية، مثل الأمراض القلبية الوعائية والسرطانات والأمراض التنفسية المزمنة والسكري، التي تظهر، بالدرجة الأولى، نتيجة أربعة عوامل خطر مشتركة هي تعاطي التبغ، وتعاطي الكحول على نحو ضار، واتباع نظام غذائي غير صحي، وقلّة النشاط البدني، وأنّ ٨٠٪ من تلك الوفيات تقريباً حدثت في البلدان النامية؛

وإذ تلاحظ أيضاً أن ثمة حاجة ماسة إلى الوقاية من حالات العجز الناجمة عن الأمراض غير السارية والتخطيط لرعاية طويلة الأجل بشأنها، نظراً لأن هذه الأمراض باتت أكثر انتشاراً بين صفوف المسنّين؛

وإذ تلاحظ كذلك، مع بالغ القلق، أنّ الشيخوخة من العوامل الرئيسية التي تسهم في تزايد استفحال وانتشار الأمراض غير السارية، التي تمثّل أهمّ أسباب المراضة والعجز؛

وإذ تلاحظ، بالإضافة إلى ذلك، أن المسنين بحاجة إلى إتاحة الأدوية بأسعار معقولة تعزيزاً لتمتعهم بالصحة في مرحلة الشيخوخة؛

---

١ انظر الملحق ٥ للاطلاع على الآثار المالية والإدارية المترتبة بالنسبة إلى الأمانة نتيجة اعتماد هذا القرار.

٢ الوثيقتان ج٦٥/٦ وج٦٥/٦ إضافة ١.

٣ الوثيقة ج٦٥/٨.

وإذ تلاحظ أيضاً التغيّر الديمغرافي الجاري، حيث باتت فئة السكان الذين يبلغون من العمر ٦٠ عاماً أو أكثر تتزايد بوتيرة تفوق بثلاثة أضعاف معدل نمو مجموع السكان، ومع توقّع ارتفاع عدد من ينتمون إلى تلك الفئة ليبلغ ١٢٠٠ مليون نسمة في عام ٢٠٢٥؛ وأنّ شيخوخة السكان تنطوي على آثار صحية عمومية واقتصادية، بما في ذلك ارتفاع معدلات الإصابة بالأمراض غير السارية؛ وكذلك أهمية العمل، طوال العمر، على تعزيز الصحة والقيام بأنشطة الوقاية من الأمراض، كتلك التي يمكنها الإسهام، مثلاً، في الوقاية من الأمراض غير السارية أو تأخير ظهورها وتخفيف شدتها، وتعزيز التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة؛

وإذ تذكّر بالقرارين ج ص ع٥٢-٧ وج ص ع٥٨-١٦ بشأن التمتع بالنشاط في مرحلة الشيخوخة، اللّذين حثّا الدول الأعضاء على اتخاذ تدابير تكفل أعلى مستوى يمكن بلوغه من الصحة والعافية للأعداد المتزايدة بسرعة من مواطنيها المسنين في البلدان المتقدمة والبلدان النامية على حد سواء؛

وإذ تذكّر كذلك بقرار الجمعية العامة للأمم المتحدة ١٦٧/٥٧، الذي أيّد الإعلان السياسي الصادر عن الاجتماع الرفيع المستوى للجمعية العامة بشأن الوقاية من الأمراض غير السارية (غير المعدية) ومكافحتها، وخطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة، ٢٠٠٢، وغير ذلك من القرارات ذات الصلة بالشيخوخة؛

وإذ تلاحظ أنّ الإعلان السياسي الصادر عن الاجتماع الرفيع المستوى للجمعية المتحدة بشأن الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها يسلّم بأنّ الاضطرابات العقلية والعصبية، بما في ذلك داء ألزهايمر، تشكّل سبباً هاماً من أسباب الاعتلال وتسهم في العبء العالمي للأمراض غير السارية، وأن من الضروري بالتالي إتاحة الوصول المنصف إلى البرامج والتدخلات الصحية الفعالة، بما يشمل إتاحتها للسكان كافة في عمر مبكر؛

وإذ تعترف بأهمية النهوج التي تراعي الفوارق بين الجنسين، والتضامن والدعم المتبادل لتحقيق التنمية الاجتماعية، وإعمال الحقوق الأساسية للمسنين، وتعزيز نوعية الحياة والإنصاف في المجال الصحي والوقاية من التمييز بسبب العمر، وتشجيع الاندماج الاجتماعي للمسنين؛

وإذ تقرّ بأنّ إعلان ريو السياسي بشأن المحددات الاجتماعية للصحة، الذي أُبدي فيه العزم على تحقيق الإنصاف في المجالين الصحي والاجتماعي باتخاذ إجراءات تركّز على المحددات الاجتماعية للصحة والعافية، باتباع نهج شامل ومتعدّد القطاعات؛

وإذ تلاحظ تأكيد اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ واستراتيجيات المنظمة وخططها ذات الصلة على أهمية معالجة عوامل الخطر المشتركة بين الأمراض غير السارية؛

وإذ ترحب بتركيز منظمة الصحة العالمية على الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها من خلال العمل في مجال الصحة العمومية واتباع نهج الرعاية الصحية الأولية وتعزيز النُظم الصحية،

١- **تحثّ** الدول الأعضاء على القيام بما يلي:[١]

(١) وضع سياسات وبرامج وإجراءات متعددة القطاعات بشأن الوقاية من الأمراض غير السارية وتعزيز الصحة، وتنفيذ هذه السياسات والبرامج والإجراءات ورصدها وتقييمها من أجل تدعيم

١ ومنظمات التكامل الاقتصادي الإقليمية، حسب الاقتضاء.

السياسات والبرامج الرامية إلى زيادة التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة والعمل على كفالة أعلى مستوى ممكن من الصحة والعافية للمسنين؛

(٢) تعزيز الأطر السياسية المشتركة بين القطاعات والآليات المؤسسية، حسب الاقتضاء، لأغراض التدبير المتكامل لخدمات الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها، بما في ذلك تعزيز الصحة وخدمات الرعاية الصحية والرعاية الاجتماعية تلبية لاحتياجات المسنين؛

(٣) ضمان إسهام الاستراتيجيات الصحية الوطنية الخاصة بالأمراض غير السارية في بلوغ الأهداف (المرامي) الإنمائية للألفية، حسب الاقتضاء؛

(٤) العمل، حسب الاقتضاء، على تعزيز الظروف التي تمكّن الأفراد ومقدمي خدمات الرعاية والأسر والمجتمعات المحلية من التشجيع على التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة، بما في ذلك رعاية المسنين ودعمهم وحمايتهم، مع مراعاة الجوانب الجسدية والنفسية للشيخوخة، والتركيز على النهوج المشتركة بين الأجيال؛

(٥) تشجيع المسنين على المشاركة بفعالية في المجتمع وفي المجتمعات المحلية؛

(٦) توثيق عرى التعاون والشراكة بين الدول الأعضاء[1] على جميع المستويات الحكومية، ومع أصحاب المصلحة والأوساط الأكاديمية والمؤسسات البحثية والقطاع الخاص والمجتمع المدني، من أجل تنفيذ الخطط والبرامج بفعالية؛

(٧) إبراز أهمية نهج الرعاية الصحية الأولية في عمليات التخطيط الصحي على الصعيد الوطني في إطار توثيق عرى التعاون مع الخدمات الاجتماعية، والتمكين من إدراج تعزيز الصحة وكذلك الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها في السياسات الخاصة بالشيخوخة؛

(٨) التشجيع على إتاحة التدابير والموارد اللازمة لتعزيز الصحة وتقديم خدمات الرعاية الصحية والحماية الاجتماعية سعياً إلى ضمان التمتع بالصحة والنشاط في مرحلة الشيخوخة، مع إيلاء اهتمام خاص لإتاحة الأدوية بأسعار معقولة وتدريب العاملين الصحيين وتعليمهم وبناء قدراتهم بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية والشركاء؛

(٩) زيادة تدعيم نُظم الرصد والتقييم لاستحداث وتحليل بيّنات مُصنّفة حسب العمر والجنس والحالة الاجتماعية والاقتصادية عن الأمراض غير السارية، بغية وضع سياسات عادلة مشفوعة بالبيّنات والتخطيط لفائدة المسنين؛

٢- **تطلب من** المدير العام ما يلي:

(١) تقديم الدعم اللازم إلى الدول الأعضاء لتمكينها من تعزيز وتيسير المضي في الوفاء بالالتزامات التي قُطعت في مؤتمرات الأمم المتحدة ذات الصلة وفي مؤتمرات القمة المعنية بالأمراض غير السارية والشيخوخة؛

(٢) تقديم الدعم اللازم إلى الدول الأعضاء لتمكينها من التركيز على تعزيز الصحة والوقاية من الأمراض طوال العمر انطلاقا من أبكر مرحلة ممكنة من العمر، بما في ذلك النهوج المتعدّدة القطاعات إزاء ضمان التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة، وتوفير خدمات الرعاية المتكاملة للمسنين والدعم اللازم لمقدمي خدمات الرعاية الاجتماعية الرسمية وغير الرسمية؛

(٣) تقديم الدعم للدول الأعضاء في مجال وضع سياسات وبرامج معنية بإتاحة الأدوية للمسنين بأسعار معقولة؛

(٤) تقديم المزيد من الدعم إلى الدول الأعضاء في مجال إذكاء الوعي بمسألة التمتع بالصحة والنشاط في مرحلة الشيخوخة وبالجوانب الإيجابية لتلك المرحلة، بوسائل منها وضع سياسات خاصة بالمسنين ودمج مسألة الشيخوخة في استراتيجياتها الوطنية؛

(٥) دعم تطوير النُظم القطرية لرصد الأمراض غير السارية، حسب الاقتضاء، ومواصلة العمل على وضع نظام عالمي شامل لرصد أنشطة الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها من أجل تتبّع الاتجاهات السائدة ورصد التقدم المحرز في تنفيذ الإعلان السياسي للاجتماع الرفيع المستوى للجمعية العامة للأمم المتحدة بشأن الوقاية من الأمراض غير السارية (غير المعدية) ومكافحتها؛

(٦) رفع مستوى الأولوية الممنوحة لمسألة الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها على جداول أعمال المنتديات والاجتماعات ذات الصلة التي تعقدها القيادات الدولية تحضيراً لوضع برنامج إنمائي عالمي لما بعد عام ٢٠١٥؛

(٧) النظر في إمكانية تركيز *التقرير الخاص بالصحة في العالم ٢٠١٤* على حالة المسنين في العالم، وذلك اعترافاً بأهمية تدعيم نُظم المعلومات من خلال مراعاة فئة المسنين لدى جمع وتحليل ونشر البيانات والمعلومات الخاصة بالأحوال الصحية وعوامل الخطر؛

(٨) تقديم تقرير إلى جمعية الصحة العالمية السادسة والستين، عن طريق المجلس التنفيذي، عن التقدم المحرز في تنفيذ هذا القرار.

(الجلسة العامة التاسعة، ٢٥ أيار/ مايو ٢٠١٢
اللجنة "أ" التقرير الأول)

ج ص ع٦٥-٤ العبء العالمي للاضطرابات النفسية وضرورة الاستجابة الشاملة والمنسقة من جانب قطاع الصحة والقطاع الاجتماعي على المستوى القطري[١]

جمعية الصحة العالمية الخامسة والستون،

بعد أن نظرت في التقرير الخاص بالعبء العالمي للاضطرابات النفسية وضرورة الاستجابة الشاملة والمنسقة من جانب قطاع الصحة والقطاع الاجتماعي على المستوى القُطري؛[٢]

وإذ تذكِّر بالقرار ج ص ع٥٥-١٠ الذي حث الدول الأعضاء، ضمن جملة أمور، على زيادة الاستثمارات في مجال الصحة النفسية داخل البلدان وفي إطار التعاون الثنائي والمتعدد الأطراف على السواء بصفتها عنصراً لا يتجزأ من عافية الناس؛

١ انظر الملحق ٥ للاطلاع على الآثار المالية والإدارية المترتبة بالنسبة إلى الأمانة نتيجة اعتماد هذا القرار.

٢ الوثيقة ج٦٥/١٠.

وإذ تذكِّر كذلك بقرار الجمعية العامة ٩٥/٦٥ الذي اعترف بأن "مشاكل الصحة العقلية لها أهمية كبرى بالنسبة لكافة المجتمعات وتسهم إلى حد بعيد في عبء الأمراض وتردي نوعية الحياة وأنها باهظة التكلفة من الناحية الاقتصادية والاجتماعية"، ورحب أيضاً بتقرير منظمة الصحة العالمية عن *الصحة النفسية والتنمية*، الذي سلط الضوء على عدم إيلاء الاهتمام الملائم للصحة النفسية وقدم المبررات للحكومات والأطراف الفاعلة في مجال التنمية كي تصل إلى المصابين بالاضطرابات النفسية في إطار وضع استراتيجيات وبرامج تدرج هؤلاء الناس في سياسات التعليم والتوظيف والصحة والضمان الاجتماعي والحد من الفقر؛

وإذ تشير إلى الاجتماع الرفيع المستوى للجمعية العامة بشأن الوقاية من الأمراض غير السارية (غير المعدية) ومكافحتها (نيويورك، ١٩ و٢٠ أيلول/ سبتمبر ٢٠١١) الذي سلَّم بأن الاضطرابات النفسية والعصبية، بما فيها داء ألزهايمر، تشكّل سبباً هاماً من أسباب الاعتلال وتسهم في العبء العالمي للأمراض غير المعدية التي تقتضي الإتاحة المنصفة للبرامج وتدخلات الرعاية الصحية الفعالة المتعلقة بها؛

وإذ تعترف بأن الاضطرابات النفسية يمكن أن تسبب حالات عجز، كما هو مبين في اتفاقية الأمم المتحدة بشأن حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، والتي تشير أيضاً إلى أن الإعاقة تحدث بسبب التفاعل بين الأشخاص المصابين بعاهة والحواجز في المواقف والبيئات المحيطة التي تحول دون مشاركتهم مشاركة كاملة فعالة في مجتمعهم على قدم المساواة مع الآخرين، وبأن *التقرير العالمي عن العجز ٢٠١١* يحدد الخطوات التي يلزم اتخاذها من أجل تحسين مشاركة ودمج ذوي الإعاقة، بمن فيهم المصابون بالإعاقة النفسية؛

وإذ تعترف بأن الاضطرابات النفسية تندرج ضمن نطاق طائفة أوسع تشمل الاضطرابات العصبية وتلك الناجمة عن تعاطي مواد الإدمان التي تسبب كذلك حالات عجز كبيرة وتتطلب استجابة منسقة من قطاع الصحة والقطاع الاجتماعي؛

وإذ يثير قلقها أن ملايين البشر حول العالم يتأثرون بالاضطرابات النفسية، وأنه في عام ٢٠٠٤ شكلت الاضطرابات النفسية ١٣٪ من عبء المرض العالمي، الذي يُعرَّف بأنه الوفاة المبكرة بالإضافة إلى سنوات العمر المقضية مع العجز، وأنه أيضاً عندما يوضع عنصر العجز من بين عناصر حساب عبء المرض في الحسبان وحده يتبين أن الاضطرابات النفسية شكلت ٢٥,٣٪ و٣٣,٥٪ من كل سنوات العمر المقضية مع العجز في البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل، بالترتيب؛

وإذ يثير قلقها أيضاً أن التعرض للطوارئ الإنسانية هو عامل من عوامل الخطر المحتملة لمشاكل الصحة النفسية والصدمات النفسية، وأن العطل يصيب البنى الاجتماعية والرعاية النظامية وغير النظامية المستمرة للمصابين بالاضطرابات النفسية الوخيمة والموجودة سلفاً؛

وإذ تعترف كذلك بأن الفجوة في علاج الاضطرابات النفسية واسعة في جميع أنحاء العالم، وأن ما بين ٧٦٪ و٨٥٪ من المصابين بالاضطرابات النفسية الوخيمة في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل لا يتلقون أي علاج لاعتلالات صحتهم النفسية، وأن الأرقام المقابلة في البلدان المرتفعة الدخل، على الرغم من أنها أقل فإنها تتراوح ايضاً بين ٣٥٪ و٥٠٪؛

وإذ تعترف أيضاً بأن من الممكن الوقاية من الإصابة بعدد من الاضطرابات النفسية وأن من الممكن تعزيز الصحة النفسية في قطاع الصحة وفي القطاعات غير المندرجة ضمن قطاع الصحة؛

وإذ يثير قلقها أن المصابين باضطرابات نفسية يعانون غالباً من الوصم، وتشدد على ضرورة أن تعمل السلطات الصحية مع الفئات المعنية من أجل تغيير المواقف إزاء الاضطرابات النفسية؛

وإذ تلاحظ أيضاً أن هناك بيّنات متزايدة على فعالية ومردودية التدخلات الرامية إلى تعزيز الصحة النفسية والوقاية من الاضطرابات النفسية، وخصوصاً بين الأطفال والمراهقين؛

وإذ تشير كذلك إلى أن الاضطرابات النفسية كثيراً ما ترتبط بأمراض غير سارية ومع مجموعة من اعتلالات الصحة ذات الأولوية، بما في ذلك الأيدز والعدوى بفيروسه، وصحة الأم والطفل والعنف والإصابات، وأن الاضطرابات النفسية كثيراً ما تتعايش مع عوامل طبية واجتماعية أخرى، كالفقر والإدمان وتعاطي الكحول على نحو ضار وأن النساء والأطفال هم أكثر تعرضاً للعنف المنزلي والاعتداء؛

وإذ تعترف بأن بعض المجموعات السكانية تعيش في وضع يجعلها عرضة بوجه خاص للإصابة بالاضطرابات النفسية وعقابيلها؛

وإذ تعترف أيضاً بأن الأثر الاجتماعي والاقتصادي للاضطرابات النفسية، بما في ذلك حالات العجز النفسي، هو أثر متنوع وبعيد المدى؛

وإذ تأخذ في الحسبان ما أنجزته منظمة الصحة العالمية بالفعل من أعمال في مجال الصحة النفسية ولاسيما من خلال برنامج عملها الخاص بسد الفجوات في مجال الصحة النفسية،

١- **تحث** الدول الأعضاء على ما يلي:

(١) أن تضع وتعزّز، وفقاً لأولوياتها الوطنية وضمن السياق المحدّد الذي تعمل فيه سياسات واستراتيجيات شاملة تتناول تعزيز الصحة النفسية والوقاية من الاضطرابات النفسية وتشخيصها في وقت مبكر ورعاية المصابين بها وتزويدهم بالدعم وعلاجهم وتعافيهم؛

(٢) أن يُضمِّن عملية وضع السياسات والاستراتيجيات الحاجة إلى تعزيز حقوق الإنسان ومكافحة الوصم وتمكين متلقي الخدمات والأسر والمجتمعات والتصدي للفقر والتشرّد وللمخاطر الكبرى القابلة للتعديل والمتعلقة بمشاكل الصحة النفسية والاضطلاع حسب الاقتضاء برفع مستوى وعي الجمهور وإيجاد فرص لإدرار الدخل وتوفير المسكن والتعليم وكذلك تقديم خدمات الرعاية الصحية وتوفير التدخلات المجتمعية، بما في ذلك الرعاية اللامؤسسية؛

(٣) أن تقوم، حسب الاقتضاء، بوضع أطر رصد مناسبة تشمل عوامل الخطر والمحددات الاجتماعية للصحة بغية تقييم وتحليل الاتجاهات المرتبطة بالاضطرابات النفسية؛

(٤) أن تمنح الأولوية الملائمة للصحة النفسية وتبسط الأمور الخاصة بها، بما في ذلك تعزيز الصحة النفسية والوقاية من الاضطرابات النفسية وتوفير الرعاية والدعم والعلاج في برامج الصحة والتنمية، وأن تخصص الموارد الملائمة في هذا الصدد؛

(٥) أن تتعاون مع الأمانة على إعداد خطة عمل شاملة خاصة بالصحة النفسية؛

٢- **تطلب من** المدير العام ما يلي:

(١) أن يعزز جهود الدعوة ويضع خطة عمل شاملة للصحة النفسية تنطوي على حصائل قابلة للقياس، بالاستناد إلى تقدير مواطن الضعف والمخاطر، وذلك بالتشاور مع الدول الأعضاء ولكي تنظر فيها، على أن تشمل الخدمات والسياسات والتشريعات والخطط والاستراتيجيات والبرامج بغية توفير العلاج وتيسير التعافي والوقاية من الاضطرابات النفسية وتعزيز الصحة النفسية وتمكين المصابين بالاضطرابات النفسية من أن يعيشوا حياة كاملة ومنتجة في المجتمع؛

(٢) أن يدرج في خطة العمل الشاملة الخاصة بالصحة النفسية بنوداً تتناول ما يلي:

(أ) تقدير مواطن الضعف والمخاطر كأساس لإعداد خطة العمل الخاصة بالصحة النفسية؛

(ب) حماية وتعزيز واحترام حقوق المصابين باضطرابات نفسية، بما في ذلك ضرورة مكافحة وصم المصابين بالاضطرابات النفسية؛

(ج) إتاحة الخدمات الصحية الشاملة والجيدة بإنصاف وبأسعار معقولة والتي تدمج الصحة النفسية في كل مستويات نظام الرعاية الصحية؛

(د) إعداد الموارد البشرية ذات الكفاءة والحساسية والكفاية لإتاحة خدمات الصحة النفسية بإنصاف؛

(هـ) تعزيز الإتاحة المنصفة للرعاية الصحية الجيدة، بما في ذلك التدخلات النفسية الاجتماعية والأدوية وتلبية احتياجات الرعاية الصحية البدنية؛

(و) تعزيز المبادرات، بما فيها المبادرات في مجال السياسات من أجل تعزيز الصحة النفسية والوقاية من الاضطرابات النفسية؛

(ز) إتاحة خدمات التعليم والخدمات الاجتماعية بما فيها خدمات الرعاية الصحية والتعليم المدرسي والإسكان وتأمين العمل والمشاركة في برامج إدرار الدخل؛

(ح) إشراك منظمات المجتمع المدني والمصابين بالاضطرابات النفسية والأسر ومقدمي خدمات الرعاية في الإعراب عن آرائهم والمساهمة في عمليات صنع القرار؛

(ط) تصميم وتقديم الدعم الخاص بالصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي الذي سيتيح المرونة للمجتمع وسيساعد الناس على الصمود في الطوارئ الإنسانية؛

(ي) مشاركة المصابين بالاضطرابات النفسية في الحياة الأسرية والمجتمعية والشؤون المدنية؛

(ك) وضع آليات تشرك قطاعي التعليم والتوظيف وغيرهما من القطاعات ذات الصلة في الدول الأعضاء في تنفيذ خطة العمل الخاصة بالصحة النفسية؛

(ل) الاستناد إلى الأعمال المنجزة وتجنب ازدواج العمل؛

(٣) أن يتعاون مع الدول الأعضاء وحسب الاقتضاء مع المنظمات الدولية والإقليمية والوطنية غير الحكومية وشركاء التنمية الدوليين والشركاء من الوكالات التقنية على إعداد خطة العمل الخاصة بالصحة النفسية؛

(٤) أن يعمل مع الدول الأعضاء والوكالات التقنية على تعزيز التبادل الأكاديمي بغية المساهمة من خلال ذلك في رسم السياسات في مجال الصحة النفسية؛

(٥) أن يقدم خطة العمل الشاملة الخاصة بالصحة النفسية عن طريق المجلس التنفيذي في دورته الثانية والثلاثين بعد المائة كي تنظر فيها جمعية الصحة العالمية السادسة والستون.

(الجلسة العامة التاسعة، ٢٥ أيار/ مايو ٢٠١٢
اللجنة "أ"، التقرير الأول)

ج ص ع٦٥-٥ شلل الأطفال: تكثيف جهود المبادرة العالمية لاستئصال شلل الأطفال[١]

جمعية الصحة العالمية الخامسة والستون،

وقد نظرت في التقرير بشأن شلل الأطفال: تكثيف جهود المبادرة العالمية لاستئصال شلل الأطفال؛[٢]

وإذ تُذكِّر بالقرار ج ص ع٦١-١ بشأن شلل الأطفال: آلية للسيطرة على المخاطر المحتملة المحدقة بعملية الاستئصال، الذي طلب إلى المديرة العامة القيام بجملة أمور منها وضع استراتيجية جديدة لتجديد الكفاح من أجل استئصال شلل الأطفال من البلدان التي مازالت موبوءة به وإعداد الاستراتيجيات والمنتجات الملائمة للسيطرة على المخاطر الطويلة الأجل لرجوع فيروس شلل الأطفال وعودة ظهور شلل الأطفال، بما في ذلك التوقف في آخر المطاف عن استعمال لقاح شلل الأطفال الفموي في برامج التمنيع الروتينية؛

وإذ تُقرُّ بضرورة التعجيل بإتاحة الموارد المالية الضرورية لاستئصال فيروسات شلل الأطفال الدائرة المتبقية، والتقليل إلى أدنى حد من المخاطر الطويلة الأجل لرجوع فيروس شلل الأطفال وعودة ظهور شلل الأطفال بعد وقف سريان فيروس شلل الأطفال البري؛

وإذ تحيط علماً بالنتيجة التي خلص إليها المجلس المستقل للرصد والتي مفادها أنّه " لن يتسنى استئصال شلل الأطفال حتى تُمنح تلك عملية الاستئصال درجة أعلى في سلم الأولويات – في العديد من البلدان المتضرّرة من شلل الأطفال، وفي كل أنحاء العالم"،[٣] وبتوصية المجلس جمعية الصحة العالمية "بأن تنظر في إصدار قرار للإعلان أنّ شلل الأطفال لا يزال يشكّل طارئة صحية عالمية"؛

وإذ تحيط علماً بالتقرير الذي صدر مؤخراً عن فريق الخبراء الاستشاري الاستراتيجي المعني بالتمنيع، والذي "يورد بشكل لا لبس فيه بأنّ احتمال الإخفاق في إكمال استئصال شلل الأطفال على الصعيد العالمي يشكّل طارئة برمجية لها أبعاد عالمية بالنسبة للصحة العمومية ولا يمكن قبولها بأيّ حال من الأحوال"؛[٣]

---

١ انظر الملحق ٥ للاطلاع على الآثار المالية والإدارية المترتبة بالنسبة إلى الإمانة نتيجة اعتماد هذا القرار.

٢ الوثيقة ج٦٥/٢٠.

٣ استئصال شلل الأطفال. *السجل الوبائي الأسبوعي*، ٢٠١٢، ٨٧(١):١-١٦.

وإذ تُقرُّ بحاجة الدول الأعضاء إلى إشراك جميع المستويات السياسية ومستويات المجتمع المدني لضمان تطعيم كل الأطفال في سبيل استئصال شلل الأطفال؛

وإذ تحيط علما بالتكاليف الحالية المرتفعة والإمدادات المحدودة من لقاح فيروس شلل الأطفال المعطل التي تعوق إدخال وتعزيز لقاح فيروس شلل الأطفال المعطل، مما خلّف آثارا برنامجية ومالية كبرى على البلدان النامية؛

وإذ تحيط علماً بأنه تم، من الناحية التقنية، إثبات إمكانية استئصال شلل الأطفال من خلال تنفيذ النُهج الاستراتيجية الجديدة على النحو الكامل؛

وإذ تحيط علماً بأنّ سريان فيروس شلل الأطفال في أي مكان سيظّل يشكّل خطراً على المناطق الخالية من المرض حتى يتسنى وقف سريانه على الصعيد العالمي،

١- **تعلن** أن استكمال عملية استئصال شلل الأطفال يمثل عملية برمجية ملحة بالنسبة للصحة العمومية العالمية ويتطلب تنفيذاً كاملاً لاستراتيجيات الاستئصال الحالية والجديدة، وإنشاء آليات وطنية قوية في مجالي المراقبة والمساءلة فيما يخص جميع المناطق المتأثرة بشلل الأطفال، وتطبيق التوصيات المناسبة في مجال التطعيم على جميع المسافرين القاصدين تلك المناطق أو القادمين منها؛[١]

٢- **تحثّ** الدول الأعضاء التي تشهد سريان فيروس شلل الأطفال على الإعلان أنّ ذلك السريان يشكّل "طارئة صحية عمومية وطنية" لتجعل من استئصال شلل الأطفال برنامجاً وطنياً ذا أولوية يقتضي الإعداد والتنفيذ الكامل لخطط العمل الخاصة بالطوارئ، وتحديثها كل ستة أشهر، حتى يتسنى وقف سريان المرض؛

٣- **تحث** الدول الأعضاء على ما يلي:

(١) القضاء على المناطق التي لم يُطعَّم سكانها والحفاظ على مستوى عالٍ للغاية فيما يخص مناعة السكان ضد فيروسات شلل الأطفال من خلال برامج التمنيع الروتيني ومن خلال أنشطة التمنيع التكميلي، حسب الاقتضاء؛

(٢) مواصلة التيقظ لحالات وفود فيروسات شلل الأطفال وظهور فيروسات شلل الأطفال الدائرة الناجمة عن تلقي اللقاحات، عن طريق بلوغ مستوى الترصد والتقييم المنتظم للمخاطر الذي يتيح الإشهاد، والحفاظ على ذلك المستوى؛

(٣) التعجيل بإتاحة الموارد المالية اللازمة للعمل، بشكل كامل ومتواصل حتى أواخر عام ٢٠١٣، على تنفيذ النُهج الواجب اتباعها إزاء وقف سريان فيروسات شلل الأطفال البرية على الصعيد العالمي، واستهلال خطط لتمويل استراتيجية "الشوط الأخير" حتى أواخر عام ٢٠١٨؛

(٤) الدخول في التعاون متعدد وثنائي الأطراف، والذي يشمل تبادل المعلومات عن الأوبئة، وبيانات الرصد المختبري، وتنفيذ أنشطة التمنيع الإضافية في الوقت ذاته حسب الاقتضاء؛

---

١ *International travel and health*. Geneva, World Health Organization, 2012 edition.

٤- **تطلب من** المدير العام ما يلي:

(١) وضع الخطط اللازمة للقيام على مدى عام ٢٠١٣، بتجديد تنفيذ نهوج استئصال فيروسات شلل الأطفال البرية، المبيّنة في الخطة الاستراتيجية ٢٠١٠-٢٠١٢ التي وضعتها المبادرة العالمية لاستئصال شلل الأطفال، وأيّة تكتيكات جديدة تُعتبر ضرورية لاستكمال عملية الاستئصال، بوسائل منها تحسين مبادرة الاستئصال القائمة داخل المنظمة؛

(٢) تعزيز آليات المساءلة والرصد لضمان تنفيذ استراتيجيات الاستئصال بالطريقة المثلى على جميع المستويات؛

(٣) الشروع في وضع استراتيجية شاملة للشوط الأخير من استئصال شلل الأطفال، وإخضاعها للفحص العلمي، واستكمالها بسرعة، وإيصال المعلومات اللازمة إلى الدول الأعضاء بشأن المهلة الزمنية المحتملة التي يستغرقها التحوّل من اللقاح الفموي الثلاثي التكافؤ إلى اللقاح الفموي الثنائي التكافؤ بالنسبة لجميع برامج التمنيع الروتيني، وإدراج سيناريوهات الميزانية التي تتضمن إدارة المخاطر حتى أواخر عام ٢٠١٨؛

(٤) التنسيق مع جميع الشركاء المعنيين، بمن فيهم مصنعي اللقاحات، لدعم البحث حول اللقاحات وإنتاجها وتوفيرها، وخاصة لقاحات فيروس شلل الأطفال المعطل، لتعزيز يُسر تكلفتها وفعاليتها وإمكانية الحصول عليها؛

(٥) مواصلة تعبئة ونشر الموارد المالية والبشرية اللازمة للاضطلاع بالنُهج الاستراتيجية الواجب اتباعها على مدى عام ٢٠١٣ لاستئصال فيروسات شلل الأطفال البرية، والتمكّن في آخر المطاف من تنفيذ استراتيجية "الشوط الأخير" من مكافحة فيروس شلل الأطفال حتى أواخر عام ٢٠١٨؛

(٦) تقديم تقرير إلى جمعية الصحة السادسة والستين وإلى جمعيتي الصحة التاليتين، من خلال المجلس التنفيذي، عن التقدم المحرز في تنفيذ هذا القرار.

(الجلسة العامة العاشرة، ٢٦ أيار/ مايو ٢٠١٢
اللجنة "أ"، التقرير الثالث)

ج ص ع٦٥-٦ خطة التنفيذ الشاملة الخاصة بتغذية الأمهات والرضّع وصغار الأطفال[١]

جمعية الصحة العالمية الخامسة والستون،

بعد أن نظرت في التقرير الخاص بتغذية الأمهات والرضّع وصغار الأطفال: مسودة خطة التنفيذ الشاملة،[٢]

١ انظر الملحق ٥ للاطلاع على الآثار المالية والإدارية المترتبة بالنسبة إلى الإمانة نتيجة اعتماد هذا القرار.

٢ الوثيقة ج٦٥/١١.

١- **تعتمد** خطة التنفيذ الشاملة الخاصة بتغذية الأمهات والرضّع وصغار الأطفال؛[١]

٢- **تحث** الدول الأعضاء[٢] على أن تنفذ، حسب الاقتضاء، خطة التنفيذ الشاملة الخاصة بتغذية الأمهات والرضّع وصغار الأطفال، بوسائل منها ما يلي:

(١) وضع أو تعزيز، حسب الاقتضاء، السياسات الخاصة بالتغذية لمعالجة العبء المزدوج لسوء التغذية معالجة شاملة وإدراج الإجراءات التغذوية في السياسات الصحية والإنمائية القطرية العامة ووضع آليات فعالة مشتركة بين القطاعات لتصريف الشؤون، سعياً إلى التوسع في تنفيذ الإجراءات التغذوية، مع التشديد خصوصاً على إطار الاستراتيجية العالمية لتغذية الرضّع وصغار الأطفال؛

(٢) وضع تدابير تشريعية و/ أو تنظيمية و/ أو غيرها من التدابير الفعالة، أو تعزيز هذه التدابير، حسب الاقتضاء، لمراقبة تسويق بدائل لبن الأم والأغذية للرضّع وصغار الأطفال؛

(٣) إقامة حوار مع الأطراف المعنية الوطنية والدولية، وتشكيل تحالفات وشراكات لتوسيع نطاق إجراءات التغذية عن طريق إنشاء ما يلزم من آليات لتوفير ضمانات تحول دون وقوع ما يُحتمل نشوبه من حالات تضارب المصالح؛

(٤) تطبيق نهج شامل في مجال بناء القدرات، بما في ذلك تطوير مهارات القوى العاملة.

٣- **تطلب من** المدير العام ما يلي:

(١) تقديم توضيحات وتوجيهات بشأن الترويج غير الملائم لأغذية الرضّع وصغار الأطفال على النحو المذكور في القرار ج ص ع٦٣-٢٣، مع مراعاة الأعمال الجارية في لجنة الدستور الغذائي؛

(٢) دعم الدول الأعضاء في رصد وتقييم السياسات والبرامج، بما فيها تلك الخاصة بالاستراتيجية العالمية لتغذية الرضّع وصغار الأطفال المشفوعة بأحدث البيّنات عن التغذية؛

(٣) وضع ما يلزم من أدوات تقييم المخاطر والكشف عنها وإدارتها لتوفير ضمانات تحول دون ما يُحتمل نشوبه من حالات تضارب المصالح فيما يخص رسم السياسات وتنفيذ برامج التغذية بما يتمشى مع السياسات والممارسات العامة التي تنتهجها المنظمة.

(٤) تقديم تقرير إلى جمعية الصحة العالمية السابعة والستين من خلال المجلس عن التقدم المحرز في تطبيق خطة التنفيذ الشاملة، جنباً إلى جنب مع تقرير عن تنفيذ المدونة الدولية لقواعد تسويق بدائل لبن الأم وما يتصل بذلك من قرارات جمعية الصحة.

(الجلسة العامة العاشرة، ٢٦ أيار/ مايو ٢٠١٢
اللجنة "أ"، التقرير الثالث)

---

١ انظر الملحق ٢.

٢ ومنظمات التكامل الاقتصادي الإقليمية، حسب الاقتضاء.

ج ص ع٦٥-٧ تنفيذ توصيات اللجنة المعنية بالمعلومات والمساءلة عن صحة المرأة والطفل[١]

جمعية الصحة العالمية الخامسة والستون،

بعد أن نظرت في التقرير الخاص بتنفيذ توصيات اللجنة المعنية بالمعلومات والمساءلة عن صحة المرأة والطفل؛[٢]

وإذ تذكّر بالقرار ج ص ع٦٣-١٥ بشأن رصد بلوغ المرامي الإنمائية للألفية المتعلقة بالصحة والقرار ج ص ع٦٤-١٢ بخصوص دور منظمة الصحة العالمية في متابعة الاجتماع العام الرفيع المستوى للجمعية العامة للأمم المتحدة بشأن استعراض الأهداف (المرامي) الإنمائية للألفية (نيويورك، أيلول/ سبتمبر ٢٠١٠)؛

وإذ تعرب عن قلقها البالغ حيال عدم كفاية التقدم المحرز في بلوغ المرميين (الهدفين) الإنمائيين للألفية ٤ و٥ بشأن تخفيض معدل وفيات الأطفال وبشأن تحسين صحة الأمومة، بالترتيب؛

وإذ تقرّ بأنّه مازال يتعيّن بذل الكثير من الجهود فيما يخص بلوغ المرامي (الأهداف) الإنمائية للألفية بالنظر إلى تفاوت التقدم المحرز بين الأقاليم وبين البلدان وداخلها، وذلك على الرغم من أنّ البلدان النامية بذلت جهوداً كبيرة في هذا الصدد؛

وإذ تقرّ بالتعهدات والالتزامات التي قطعها عدد كبير من الدول الأعضاء والشركاء فيما يخص الاستراتيجية العالمية للأمين العام للأمم المتحدة المعنونة "كل امرأة وكل طفل"، منذ إطلاقها في أيلول/ سبتمبر ٢٠١٠؛

وإذ ترحّب بالتقرير الختامي للجنة المعنية بالمعلومات والمساءلة عن صحة المرأة والطفل وما يرد فيه من توصيات حازمة لتعزيز المساءلة عن الموارد والنتائج في مجال صحة المرأة والطفل؛

وإذ تثني على عمل اللجنة المعنية بالمعلومات والمساءلة عن صحة المرأة والطفل وإسهاماتها، لاسيما وضع إطار للمساءلة يستند إلى ثلاث عمليات مترابطة – الرصد والاستعراض والعمل؛

وإذ تلاحظ أنّ التوصيات الرئيسية تتصل بتعزيز عمليات المساءلة على الصعيد الوطني فيما يتعلق بالموارد ورصد النتائج على حد سواء؛

وإذ ترحّب بالخطوات التي اتُخذت من أجل تنفيذ توصيات اللجنة المعنية بالمعلومات والمساءلة عن صحة المرأة والطفل، بما في ذلك وضع خطة عمل مشتركة بين أصحاب المصلحة المتعدّدين لتنفيذ إطار المساءلة؛

وإذ ترحّب بإنشاء آلية استعراض عالمية ستقدم تقارير سنوية إلى الأمين العام للأمم المتحدة؛

وإذ تؤكّد مجدّداً على الدور الأساسي الذي تؤديه منظمة الصحة العالمية في تنفيذ ومتابعة توصيات اللجنة المعنية بالمعلومات والمساءلة عن صحة المرأة والطفل وتقرّ بالدور الحاسم الذي يضطلع به المدير العام على وجه الخصوص،

---

١ انظر الملحق ٥ للاطلاع على الآثار المالية والإدارية المترتبة بالنسبة إلى الإمانة نتيجة اعتماد هذا القرار.

٢ الوثيقة ج٦٥/١٥.

١- **تحثّ** الدول الأعضاء على الوفاء بالتزاماتها فيما يخص الاستراتيجية العالمية لصحة المرأة والطفل التي وضعها الأمين العام للأمم المتحدة، وعلى بذل المزيد من الجهود من أجل تحسين صحة المرأة والطفل؛

٢- **تحثّ كذلك** الدول الأعضاء على تنفيذ التوصيات التي قدمتها اللجنة المعنية بالمعلومات والمساءلة عن صحة المرأة والطفل بغرض تحسين المساءلة عن النتائج والموارد من خلال ما يلي:

(١) تعزيز آليات المساءلة عن الصحة على الصعيد القطري؛

(٢) تعزيز قدرتها على الرصد، بما في ذلك استخدام البيّنات المحلية وتقديم التقدم وتحسين أدائها؛

(٣) الإسهام في تعزيز ومواءمة الآليات الدولية القائمة من أجل تتبّع التقدم المحرز فيما يخص جميع الالتزامات التي قُطعت؛

٣- **تطلب من** المدير العام ما يلي:

(١) العمل مع الدول الأعضاء وتقديم الدعم إليها في تنفيذ التوصيات بأكملها؛

(٢) ضمان المشاركة الفعالة لمنظمة الصحة العالمية، بالتعاون مع جميع أصحاب المصلحة، في خطة العمل الرامية إلى تنفيذ توصيات اللجنة المعنية بالمعلومات والمساءلة عن صحة المرأة والطفل؛

(٣) تقديم الدعم اللازم إلى فريق الخبراء المستقل المعني بالاستعراض لتمكينه من الاضطلاع بعمله الخاص بتقييم التقدم المحرز فيما يتعلق بالاستراتيجية العالمية لصحة المرأة والطفل التي وضعها الأمين العام للأمم المتحدة، وفي تنفيذ إطار المساءلة؛

(٤) تقديم تقارير سنوية، حتى عام ٢٠١٥، من خلال المجلس التنفيذي إلى جمعية الصحة العالمية عن التقدم المحرز في متابعة توصيات اللجنة المعنية بالمعلومات والمساءلة عن صحة المرأة والطفل، المتصلة ببند جدول الأعمال الخاص بالمرامي (الأهداف) الإنمائية للألفية.

(الجلسة العامة العاشرة، ٢٦ أيار/ مايو ٢٠١٢
اللجنة "أ"، التقرير الثالث)

ج ص ع٦٥-٨ حصيلة المؤتمر العالمية المعني بالمحددات الاجتماعية للصحة[١]

جمعية الصحة العالمية الخامسة والستون،

بعد النظر في التقرير الخاص بحصيلة المؤتمر العالمي المعني بالمحددات الاجتماعية للصحة (ريو دي جانيرو، البرازيل، ١٩-٢١ تشرين الأول/ أكتوبر ٢٠١١)؛[٢]

١ انظر الملحق ٥ للاطلاع على الآثار المالية والإدارية المترتبة بالنسبة إلى الإمانة نتيجة اعتماد هذا القرار.

٢ الوثيقة ج٦٥/١٦.

وإذ تؤكّد، مجدّداً، على تصميمنا على اتخاذ ما يلزم من إجراءات في مجال المحددات الاجتماعية للصحة على النحو الموافق عليه، جماعياً، من قبل جمعية الصحة العالمية والمبلور في القرار ج ص ع٦٢-١٤ بشأن الحد من حالات الغبن في المجال الصحي من خلال العمل الخاص بالمحددات الاجتماعية للصحة، الذي يشير إلى التوصيات الثلاث الشاملة الصادرة عن اللجنة المعنية بالمحددات الاجتماعية للصحة، ألا وهي: تحسين ظروف المعيشة اليومية؛ ومعالجة الإجحاف في توزيع السلطة والمال والموارد؛ وقياس وفهم المشكلة وتقييم وقع الإجراءات؛

وإذ تعترف بالحاجة إلى بذل المزيد من الجهود لتعجيل التقدم في معالجة الإجحاف في توزيع الموارد الصحية والظروف التي تؤثر سلباً على الصحة على جميع المستويات؛

وإذ تعترف أيضاً بالحاجة إلى الحفاظ على صحة السكان بصرف النظر عن الانكماش الاقتصادي العالمي؛

وإذ تقرّ كذلك بأنّ الإنصاف في مجال الصحة من الأهداف والمسؤوليات المشتركة ويتطلب مشاركة كل قطاعات الحكومة، وشرائح المجتمع كافة، وجميع أعضاء المجتمع الدولي، في عملين عالميين بعنوان "الجميع متحدون من أجل الإنصاف"، و"توفير الصحة للجميع"؛

وإذ تسلّم بفوائد التغطية الشاملة بالخدمات الصحية في تعزيز الإنصاف في المجال الصحي والحد من الفقر؛

وإذ تؤكّد من جديد على الإرادة السياسية لجعل الإنصاف في مجال الصحة هدفاً وطنياً وإقليمياً وعالمياً ومواجهة التحديات القائمة مثل: القضاء على الجوع والفقر، وضمان الأمن الغذائي والتغذوي، والحصول على الأدوية المأمونة والناجعة والجيدة بأسعار معقولة وعلى مياه الشرب المأمونة وخدمات الإصحاح، وفرص العمل، والعمل اللائق والحماية الاجتماعية، وحماية البيئة، وتحقيق النمو الاقتصادي المنصف بتنفيذ إجراءات حازمة في مجال المحددات الاجتماعية للصحة في كل القطاعات وعلى جميع المستويات؛

وإذ ترحّب بمناقشات ونتائج المؤتمر العالمي المعني بالمحددات الاجتماعية للصحة (ريو دي جانيرو، البرازيل، ١٩-٢١ تشرين الأول/ أكتوبر ٢٠١١)،

١- **تؤيد** إعلان ريو السياسي بشأن المحددات الاجتماعية للصحة، الذي اعتمده المؤتمر العالمي المعني بالمحددات الاجتماعية للصحة،[١] الذي يُعتبر إسهاماً كبيراً في عمل الدول الأعضاء[٢] وأمانة منظمة الصحة العالمية؛

٢- **تحثّ** الدول الأعضاء على القيام بما يلي:[٢]

(١) الوفاء بالتعهدات التي قطعتها في إعلان ريو السياسي بشأن المحددات الاجتماعية للصحة فيما يخص (١) تحسين تصريف الشؤون في مجالي الصحة والتنمية، (٢) وتعزيز المشاركة في رسم السياسات وتنفيذها، (٣) والاستمرار في إعادة توجيه قطاع الصحة نحو الحد من الإجحاف في الصحة، (٤) وتعزيز تصريف الشؤون والتعاون على المستوى العالمي، (٥) ورصد التقدم المحرز وتعزيز المساءلة؛

١ انظر الوثيقة م ت١٣٠/٢٠١٢/ سجلات/ ١، الملحق ٣.

٢ ومنظمات التكامل الاقتصادي الإقليمية حسب الاقتضاء.

(٢) وضع ودعم السياسات والاستراتيجيات والبرامج وخطط العمل التي تتناول المحددات الاجتماعية للصحة، على أن تكون الأهداف والأنشطة وآليات المساءلة محدّدة فيها بوضوح وأن تُتاح الموارد اللازمة لتنفيذها؛

(٣) تقديم الدعم اللازم لزيادة تطوير نهج "دمج الصحة في جميع السياسات" كوسيلة لتعزيز الإنصاف في مجال الصحة؛

(٤) بناء قدرات راسمي السياسات والمديرين وعمال البرامج في القطاع الصحي والقطاعات الأخرى من أجل تيسير العمل في مجال المحددات الاجتماعية للصحة؛

(٥) إيلاء الاعتبار الواجب للمحددات الاجتماعية للصحة في إطار المداولات الخاصة بالتنمية المستدامة، لاسيما مؤتمر الأمم المتحدة للتنمية المستدامة (ريو +٢٠)، وفي المداولات الجارية وسائر محافل الأمم المتحدة ذات الصلة بالصحة؛

٣- **تناشد** المجتمع الدولي تقديم الدعم اللازم للوفاء بالتعهدات التي قُطعت في إعلان ريو السياسي بشأن المحددات الاجتماعية للصحة بخصوص العمل بصدد المحددات المذكورة بوسائل منها ما يلي:

(١) دعم الدور القيادي الذي تؤديه منظمة الصحة العالمية في تصريف الشؤون الصحية على الصعيد العالمي، وفي تعزيز مواءمة السياسات والخطط والأنشطة الخاصة بالمحددات الاجتماعية للصحة مع سياسات وخطط وأنشطة مؤسساتها الشريكة في منظومة الأمم المتحدة والمصارف الإنمائية وغيرها من المنظمات الدولية الرئيسية، بوسائل منها أنشطة التوعية المشتركة، وفي تيسير توفير المساعدة المالية والتقنية إلى البلدان والأقاليم، لاسيما البلدان النامية؛

(٢) تعزيز التعاون الدولي من أجل تدعيم الإنصاف في مجال الصحة في كل البلدان، وذلك بتيسير العمل، وفق شروط متفق عليها، على نقل الخبرات والتكنولوجيات والبيانات العلمية في مجال المحددات الاجتماعية للصحة، فضلاً عن تبادل الممارسات الجيدة الخاصة بإدارة عمليات وضع السياسات المشتركة بين القطاعات.

(٣) تيسير الحصول على الموارد المالية؛

٤- **تحثّ** البلدان المتقدمة التي تعهّدت ببلوغ الغاية المتمثّلة في تخصيص ٠,٧٪ من الناتج القومي الإجمالي للمساعدة الإنمائية الرسمية بحلول عام ٢٠١٥، والبلدان المتقدمة التي لم تقم بذلك بعد، على بذل جهود إضافية ملموسة من أجل الوفاء بالتزاماتها في هذا الصدد. وتحث أيضاً البلدان النامية على الاستناد إلى التقدم المحرز في ضمان استخدام المساعدة الإنمائية الرسمية، بفعالية، للمساعدة على بلوغ الأهداف والغايات الإنمائية؛

٥- **تطلب** من المدير العام ما يلي:

(١) إيلاء الاعتبار الواجب للمحددات الاجتماعية للصحة لدى تقييم الاحتياجات الصحية العالمية، بما في ذلك في عملية إصلاح المنظمة وفي عمل المنظمة مستقبلاً؛

(٢) تقديم الدعم اللازم إلى الدول الأعضاء في تنفيذ إعلان ريو السياسي بشأن المحددات الاجتماعية للصحة باتباع نهوج من قبيل نهج "دمج الصحة في جميع السياسات" بغرض معالجة المحددات الاجتماعية للصحة؛

(٣) العمل، بشكل وثيق، مع سائر المؤسسات في منظومة الأمم المتحدة في مجالات التوعية والبحوث وبناء القدرات وتقديم الدعم التقني المباشر إلى الدول الأعضاء لتمكينها من العمل بشأن المحددات الاجتماعية للصحة؛

(٤) الاستمرار في الترويج لأهمية دمج الجوانب الخاصة بالمحددات الاجتماعية للصحة في اجتماعات الأمم المتحدة وغيرها من الاجتماعات الرفيعة المستوى القادمة ذات الصلة بالصحة و/ أو التنمية الاجتماعية، والاستمرار في التوعية بها؛

(٥) تقديم تقرير إلى جمعيتي الصحة العالميتين السادسة والستين والثامنة والستين، من خلال المجلس التنفيذي، عن التقدم المحرز في تنفيذ هذا القرار وإعلان ريو السياسي بشأن المحددات الاجتماعية للصحة.

(الجلسة العامة العاشرة، ٢٦ أيار/ مايو ٢٠١٢
اللجنة "أ"، التقرير الثالث)

ج ص ع٦٥-٩ الأحوال الصحية في الأرض الفلسطينية المحتلة، بما فيها القدس الشرقية، وفي الجولان السوري المحتل[١]

جمعية الصحة العالمية الخامسة والستون،

إذ تضع في اعتبارها المبدأ الأساسي المبين في دستور منظمة الصحة العالمية، والذي يؤكد أن صحة جميع الشعوب أمر أساسي لبلوغ السلم والأمن؛

وإذ تشير إلى جميع قراراتها السابقة بشأن الأحوال الصحية في الأرض الفلسطينية المحتلة وفي الأراضي العربية المحتلة الأخرى؛

وإذ تحيط علماً بتقرير الأمانة عن الأحوال الصحية في الأرض الفلسطينية المحتلة، بما فيها القدس الشرقية، وفي الجولان السوري المحتل؛[٢]

وإذ تؤكد على الدور الأساسي الذي تضطلع به وكالة الأونروا في إيتاء الخدمات الصحية والتعليمية الحاسمة الأهمية في الأرض الفلسطينية المحتلة، وخصوصاً تلبية الاحتياجات الطارئة في قطاع غزة؛

وإذ تعرب عن قلقها إزاء تدهور الأحوال الاقتصادية والصحية وكذلك الأزمة الناتجة عن استمرار الاحتلال والقيود الشديدة التي تفرضها إسرائيل، القوة القائمة بالاحتلال؛

وإذ تؤكد على ضرورة ضمان التغطية الشاملة بالخدمات الصحية والحفاظ على مهام خدمات الصحة العمومية في الأرض الفلسطينية المحتلة؛

وإذ تقر بأن النقص الحاد في الموارد المالية والطبية في وزارة الصحة الفلسطينية، المسؤولة عن إدارة وتمويل خدمات الصحة العمومية، يعرض للخطر حصول السكان الفلسطينيين على خدمات العلاج والوقاية؛

---

١ انظر الملحق ٥ للاطلاع على الآثار المالية والإدارية المترتبة بالنسبة إلى الإمانة نتيجة اعتماد هذا القرار.

٢ الوثيقة ج٦٥/٢٧ تنقيح ١.

وإذ تؤكد حق المرضى والموظفين الطبيين الفلسطينيين وسيارات الإسعاف الفلسطينية في الوصول إلى المؤسسات الصحية الفلسطينية في القدس الشرقية المحتلة؛

وإذ تؤكد أن الحصار لازال مستمراً والمعابر لم تفتح بشكل كامل ونهائي مما يعني استمرار الأزمة والمعاناة التي سبقت العدوان الإسرائيلي على القطاع مما يعيق جهود وزارة الصحة في السلطة الوطنية الفلسطينية من إعادة بناء المنشآت التي دمرتها العمليات العسكرية الإسرائيلية نهاية عام ٢٠٠٨ وفي عام ٢٠٠٩؛

وإذ تعرب عن بالغ قلقها إزاء الآثار الخطيرة المترتبة على الجدار بالنسبة إلى إتاحة وجودة الخدمات الطبية التي يتلقاها السكان الفلسطينيون في الأرض الفلسطينية المحتلة، بما فيها القدس الشرقية،

١- **تطالب** إسرائيل، القوة القائمة بالاحتلال، بما يلي:

(١) إنهاء الإغلاق في الأرض الفلسطينية المحتلة فوراً، وخصوصاً إغلاق معابر قطاع غزة المحتل، والذي يتسبب في النقص الشديد في الأدوية والإمدادات الطبية في داخله؛

(٢) العدول عن سياستها وتدابيرها التي أدت إلى نشوء الأوضاع الصحية الرهيبة التي تسود قطاع غزة وإلى شح الغذاء والوقود الخطير فيه؛

(٣) التقيد بالفتوى الاستشارية الصادرة عن محكمة العدل الدولية في ٩ تموز/ يوليو ٢٠٠٤ بشأن الجدار الذي يخلف جملة من الآثار الوخيمة فيما يخص إتاحة وجودة الخدمات الطبية التي يتلقاها السكان الفلسطينيون في الأرض الفلسطينية المحتلة، بما فيها القدس الشرقية؛

(٤) تيسير وصول وتنقل المرضى والموظفين الطبيين الفلسطينيين وسيارات الإسعاف الفلسطينية إلى المرافق الصحية الفلسطينية في القدس الشرقية المحتلة وفي الخارج؛

(٥) تحسين الظروف المعيشية والصحية والطبية للسجناء الفلسطينيين وخاصة الأطفال والنساء والمرضى منهم وتقديم العلاج الطبي الضروري للأسرى المرضى الذين تتفاقم حالتهم بشكل يومي، وتيسير عبور ودخول الأدوية والمعدات الطبية إلى الأرض الفلسطينية المحتلة؛

(٦) احترام وتيسير ولاية وعمل وكالة الأونروا وسائر المنظمات الدولية وضمان حرية حركة موظفيها وحركة إمدادات المعونة؛

٢- **تحث** الدول الأعضاء والمنظمات الحكومية الدولية والمنظمات غير الحكومية على ما يلي:

(١) المساعدة على التغلب على الأزمة الصحية في الأرض الفلسطينية المحتلة عن طريق تقديم المساعدة إلى الشعب الفلسطيني؛

(٢) المساعدة على تلبية الاحتياجات الصحية والإنسانية العاجلة، وكذلك تلبية الاحتياجات الهامة ذات الصلة بالصحة على المدى المتوسط والمدى الطويل، والمحددة في تقرير المديرة العامة عن البعثة الصحية المتخصصة الموفدة إلى قطاع غزة؛[١]

١ الوثيقة ج٦٢/٢٤ إضافة ١.

(٣) دعوة المجتمع الدولي لممارسة الضغط على حكومة إسرائيل لرفع الحصار عن قطاع غزة ومنع تفاقم الأزمة الإنسانية هناك، والمساعدة على رفع القيود والعراقيل الحالية المفروضة على الشعب الفلسطيني بما فيها تلك المتعلقة بحرية الحركة والمرور للأشخاص والطواقم الطبية، والعمل على الوفاء بمسؤولياتها الأخلاقية والقانونية لحماية حقوق الإنسان الأساسية للسكان المدنيين في الأرض الفلسطينية المحتلة وخاصة في القدس الشرقية؛

(٤) تذكير إسرائيل، القوة القائمة بالاحتلال، بضرورة الالتزام باتفاقية جنيف الرابعة لعام ١٩٤٩ المتعلقة بحماية المدنيين في زمن الحرب والواجبة الانطباق على الأرض الفلسطينية المحتلة بما فيها القدس الشرقية؛

(٥) دعوة المؤسسات الدولية كافة التي تهتم بحقوق الإنسان إلى التدخل العاجل والفوري لدى إسرائيل، القوة القائمة بالاحتلال، لإجبارها على تقديم العلاج الطبي الشافي للأسرى المرضى في سجون الاحتلال الذين تتفاقم حالتهم الصحية بشكل يومي، وتناشد مؤسسات المجتمع المدني للضغط على إسرائيل، القوة القائمة بالاحتلال، من أجل إنقاذ حياة الأسرى والإفراج العاجل عن الحالات الصعبة ليقدم لها العلاج في الخارج، والسماح للأسيرات الفلسطينيات بتلقي خدمات رعاية الأم والمتابعة الصحية أثناء الحمل والولادة وبعدها وكذلك السماح لهن بالولادة في ظروف صحية وإنسانية وبحضور ذويهن كما تطالب بالإطلاق الفوري للمعتقلين من الأطفال؛

(٦) تقديم الدعم والمساعدة إلى وزارة الصحة الفلسطينية في الاضطلاع بمهامها، بما في ذلك إدارة الخدمات الصحية العمومية وتمويلها؛

(٧) تقديم الدعم المالي والتقني إلى خدمات الصحة العمومية والخدمات البيطرية الفلسطينية؛

٣- **تعرب عن** بالغ تقديرها لمجتمع المانحين الدولي على ما يقدمه من دعم للشعب الفلسطيني في المجالات كافة، وتناشد هذه الدول والمؤسسات الصحية الدولية للعمل من أجل توفير الدعم اللازم السياسي والمالي لتنفيذ خطة السلطة الفلسطينية للتنمية الصحية ٢٠٠٨-٢٠١٠ وتوفير البيئة السياسية اللازمة الملائمة لتنفيذ الخطة بغرض إنهاء الاحتلال وإقامة الدولة الفلسطينية على النحو الذي اقترحته الحكومة الفلسطينية التي تعمل جادة على خلق الظروف الملائمة لتنفيذها؛

٤- **تعرب عن** بالغ تقديرها للمديرة العامة على جهودها الرامية إلى تقديم المساعدات الضرورية للشعب الفلسطيني في الأرض الفلسطينية المحتلة، بما فيها القدس الشرقية، وإلى السكان السوريين في الجولان السوري المحتل؛

٥- **تطلب إلى** المديرة العامة ما يلي:

(١) تقديم الدعم إلى خدمات الصحة البشرية والبيطرية الفلسطينية بما في ذلك بناء القدرات؛

(٢) دعم إقامة مرافق طبية وتقديم المساعدة التقنية ذات الصلة إلى السكان السوريين في الجولان السوري المحتل؛

(٣) الاستمرار في تقديم المساعدة التقنية الضرورية لتلبية الاحتياجات الصحية للشعب الفلسطيني بمن فيهم المعوقون والمصابون؛

(٤) القيام كذلك بتقديم الدعم إلى خدمات الصحة البشرية والبيطرية الفلسطينية في التأهب لمواجهة حالات الطوارئ الاستثنائية؛

(٥) دعم تطوير النظام الصحي في الأرض الفلسطينية المحتلة، بما في ذلك تنمية الموارد البشرية؛

(٦) تقديم تقرير عن تنفيذ هذا القرار إلى جمعية الصحة العالمية السادسة والستين.

(الجلسة العامة العاشرة، ٢٦ أيار/ مايو ٢٠١٢
اللجنة "ب"، التقرير الأول)

ج ص ع٦٥-١٠ التقرير المالي والبيانات المالية المراجعة للفترة من ١ كانون الثاني/ يناير ٢٠١٠ إلى ٣١ كانون الأول/ ديسمبر ٢٠١١

جمعية الصحة العالمية الخامسة والستون،

وقد نظرت في التقرير المالي والبيانات المالية المراجعة للفترة من ١ كانون الثاني/ يناير ٢٠١٠ إلى ٣١ كانون الأول/ ديسمبر ٢٠١١؛[1]

وإذ تحيط علماً بتقرير لجنة البرنامج والميزانية والإدارة التابعة للمجلس التنفيذي إلى جمعية الصحة العالمية الخامسة والستين؛[2]

تقبل التقرير المالي والبيانات المالية المراجعة للمدير العام عن الفترة من ١ كانون الثاني/ يناير ٢٠١٠ إلى ٣١ كانون الأول/ ديسمبر ٢٠١١.

(الجلسة العامة العاشرة، ٢٦ أيار/ مايو ٢٠١٢
اللجنة "ب"، التقرير الأول)

---

١ الوثيقة ج٦٥/٢٩.

٢ الوثيقة ج٦٥/٤٥.

ج ص ع٦٥-١١ حالة تحصيل الاشتراكات المقدرة، بما في ذلك الأعضاء المتأخرة في سداد اشتراكاتها إلى حد يبرر تطبيق أحكام المادة ٧ من الدستور

جمعية الصحة العالمية الخامسة والستون،

وقد نظرت في التقارير المقدمة عن حالة تحصيل الاشتراكات المقدرة،[١] بما في ذلك الدول الأعضاء المتأخرة في سداد اشتراكاتها إلى حد يبرر تطبيق أحكام المادة ٧ من الدستور؛[٢]

وإذ تلاحظ أنه عند افتتاح جمعية الصحة العالمية الخامسة والستين كانت حقوق التصويت الخاصة بجمهورية أفريقيا الوسطى وجزر القمر وغينيا – بيساو والصومال وطاجيكستان لاتزال موقوفة، وأن هذا الوقف سيستمر أثناء جمعية الصحة الحالية أو جمعيات الصحة المقبلة إلى أن تخفَّض المتأخرات المستحقة على الدول الأعضاء المعنية إلى أقل من الحد الذي يبرر تطبيق أحكام المادة ٧ من الدستور؛

وإذ تلاحظ أن أفغانستان وبنغلاديش وغامبيا وغرينادا وولايات ميكرونيزيا الموحدة وسانت لوسيا والسودان وجمهورية مقدونية اليوغوسلافية السابقة كانت متأخرة في سداد اشتراكاتها عند افتتاح جمعية الصحة العالمية الخامسة والستين إلى حد يجعل من الضروري أن تنظر جمعية الصحة، وفقا للمادة ٧ من الدستور، فيما إذا كان ينبغي أم لا وقف امتيازات التصويت الخاصة بهذه البلدان، على أن يكون ذلك فيما يتعلق بأفغانستان وغرينادا عند افتتاح جمعية الصحة العالمية الخامسة والستين وفيما يتعلق بالدول الأعضاء الأخرى عند افتتاح جمعية الصحة العالمية السادسة والستين،

تقرر ما يلي:

(١) أنه وفقاً لبيان المبادئ الوارد في القرار ج ص ع٤١-٧، فإذا كانت بنغلاديش وغامبيا وولايات ميكرونيزيا الموحدة وسانت لوسيا والسودان وجمهورية مقدونية اليوغوسلافية السابقة لاتزال متأخرة في سداد اشتراكاتها عند افتتاح جمعية الصحة العالمية السادسة والستين إلى حد يبرر تطبيق أحكام المادة ٧ من الدستور، فإن امتيازات التصويت الخاصة بها سوف توقف اعتباراً من تاريخ الافتتاح المشار إليه؛ ووفقاً للقرار ج ص ع٥٩-٦ والقرار ج ص ع٦٤-١٩ فإنه إذا كانت أفغانستان وغرينادا، بالترتيب، لاتزال متأخرة في سداد مبالغ اشتراكاتها المقدرة التي أعيدت جدولتها، عند افتتاح جمعية الصحة العالمية الخامسة والستين فستوقف امتيازات التصويت الخاصة بها تلقائياً؛

(٢) أن أي وقف من هذا القبيل يتم تطبيقه كما ورد بيانه في الفقرة (١) أعلاه سيستمر خلال جمعية الصحة العالمية السابعة والستين وجمعيات الصحة اللاحقة، حتى يتم خفض متأخرات أفغانستان وبنغلاديش وغامبيا وغرينادا وولايات ميكرونيزيا الموحدة وسانت لوسيا والسودان وجمهورية مقدونية اليوغوسلافية السابقة إلى مستوى أقل من الحد الذي يبرر تطبيق أحكام المادة ٧ من الدستور؛

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

(الجلسة العامة العاشرة، ٢٦ أيار/ مايو ٢٠١٢
اللجنة "ب"، التقرير الأول)

---

١ الوثيقتان ج٦٥/٣٠ وج٦٥/٤٦.

٢ الوثيقة ج٦٥/٣٠.

ج ص ع٦٥-١٢ الترتيبات الخاصة لتسوية المتأخرات: يوغوسلافيا السابقة

جمعية الصحة العالمية الخامسة والستون،

وقد اعتبرت أن المتأخرات المستحقة على يوغوسلافيا السابقة عن الفترة من عام ١٩٩١ إلى عام ٢٠٠٠، والتي تبلغ ٥٩٢ ٥٣٢ ٥ دولاراً أمريكياً، قد تم وضعها في الحسبان بالفعل، وإذ تشير إلى قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة ٢٤٩/٦٣ بشأن المبالغ غير المسددة من الاشتراكات المقررة على يوغوسلافيا السابقة،[١]

تقرر وفقاً للمادة ١٣-٦ من اللائحة المالية، أن تعتمد شطب متأخرات يوغوسلافيا السابقة من عام ١٩٩١ إلى عام ٢٠٠٠ والبالغة ٥٩٢ ٥٣٢ ٥ دولاراً أمريكياً.

(الجلسة العامة العاشرة، ٢٦ أيار/ مايو ٢٠١٢
اللجنة "ب"، التقرير الأول)

ج ص ع٦٥-١٣ تقرير مراجع الحسابات الخارجي

جمعية الصحة العالمية الخامسة والستون،

بعد النظر في التقرير المقدم من مراجع الحسابات الخارجي إلى جمعية الصحة؛[٢]

وبعد الإحاطة علماً بالتقرير المقدم من لجنة البرنامج والميزانية والإدارة التابعة للمجلس التنفيذي إلى جمعية الصحة العالمية الخامسة والستين؛[٣]

تقبل التقرير المقدم من مراجع الحسابات الخارجي إلى جمعية الصحة.

(الجلسة العامة العاشرة، ٢٦ أيار/ مايو ٢٠١٢
اللجنة "ب"، التقرير الأول)

ج ص ع٦٥-١٤ مرتبات الموظفين في الوظائف غير المصنفة في رتب ومرتب المدير العام

جمعية الصحة العالمية الخامسة والستون،

إذ تشير إلى توصيات المجلس التنفيذي المتعلقة بمرتبات الموظفين في الوظائف غير المصنفة في رتب ومرتب المدير العام،[٤]

---

١ انظر الوثيقتين ج٦٥/٣٠ وج٦٥/٤٦.

٢ الوثيقة ج٦٥/٣٢.

٣ الوثيقة ج٦٥/٤٧.

٤ انظر الوثيقة ج٦٥/٣٦.

١- **تحدد** المرتبات الإجمالية للمديرين العامّين المساعدين والمديرين الإقليميين بما يبلغ ٠٧١ ١٧٢ دولاراً أمريكياً في السنة قبل الاقتطاع الإلزامي ليكون المرتب الصافي المعدل ٩٥٠ ١٣٣ دولاراً أمريكياً (للمعيل) أو ٢٩٧ ١٢١ دولاراً أمريكياً (لغير المعيل)؛

٢- **تحدد** المرتب الإجمالي لنائب المدير العام بما يبلغ ٣٤٩ ١٨٩ دولاراً أمريكياً في السنة قبل الاقتطاع الإلزامي ليكون المرتب الصافي المعدل ٠٤٤ ١٤٦ دولاراً أمريكياً (للمعيل) أو ٤٣٢ ١٣١ دولاراً أمريكياً (لغير المعيل)؛

٣- **تحدد** المرتب الإجمالي للمدير العام بما يبلغ ٨٥٩ ٢٣٢ دولاراً أمريكياً في السنة قبل الاقتطاع الإلزامي ليكون المرتب الصافي المعدل ٥٠١ ١٧٦ دولار أمريكي (للمعيل) أو ٩٦٤ ١٥٦ دولاراً أمريكياً (لغير المعيل)؛

٤- **تقرر** أن تدخل هذه التعديلات على المرتبات حيز النفاذ اعتباراً من ١ كانون الثاني/ يناير ٢٠١٢.

(الجلسة العامة العاشرة، ٢٦ أيار/ مايو ٢٠١٢
اللجنة "ب"، التقرير الثاني)

ج ص ع٦٥-١٥ انتخاب المدير العام لمنظمة الصحة العالمية: تقرير الفريق العامل

جمعية الصحة العالمية الخامسة والستون،

إذ تسترشد بالأغراض والمبادئ الواردة في ميثاق الأمم المتحدة، ومنها الفقرة ٣ من المادة ١٠١؛

وإذ تضع في اعتبارها دستور منظمة الصحة العالمية، بما في ذلك المادة ٣١؛

وإذ تشير إلى القرار م ت١٢٨ق١٤ بشأن انتخاب المدير العام لمنظمة الصحة العالمية، والذي أنشأ فريقاً عاملاً محدود المدة يركز على النتائج ويعنى بعملية وطرق انتخاب المدير العام لمنظمة الصحة العالمية من أجل تحسين العدالة والشفافية والإنصاف بين الدول الأعضاء في أقاليم المنظمة الستة فيما يخص عملية ترشيح وتعيين المدير العام؛

وإذ تؤكد مجدداً على أن مؤهلات المرشحين لها أهمية بالغة في عملية اختيار وترشيح المدير العام، وأنه ينبغي مراعاة أهمية توظيف المدير العام القادم من أوسع قاعدة جغرافية ممكنة من الدول الأعضاء في أقاليم المنظمة الستة؛

وإذ تؤكد مجدداً على الأهمية الحاسمة التي يكتسيها دور المجلس التنفيذي في عملية الفرز والترشيح، ودور جمعية الصحة العالمية في انتخاب وتعيين المدير العام، ومن ثم ضرورة النظر في السبل الكفيلة بتعزيز وتحسين عناصر هذه الإجراءات؛

وبعد أن نظرت في تقرير الفريق العامل المكون من الدول الأعضاء والمعني بعملية وطرق انتخاب المدير العام لمنظمة الصحة العالمية،[1]

١ الوثيقة ج٦٥/٣٨.

١- **تقرر** ما يلي:

(أ) المراعاة الواجبة لمبدأ التمثيل الجغرافي العادل بما يشمل عملية ترشيح وانتخاب وتعيين المدير العام لمنظمة الصحة العالمية، على أن يوضع في الحسبان، في الوقت ذاته، أن المرشحين الذين عُينوا في هذا المنصب أتوا جميعاً من ثلاثة من أقاليم المنظمة الستة فقط، وأنه ينبغي أن يظل الاعتبار الأول دائماً هو ضرورة تأمين أعلى مستوى من الكفاءة والمؤهلات والنزاهة في انتخاب وتعيين المدير العام؛

(ب) أن يرشح المجلس التنفيذي ثلاثة مرشحين لنظر جمعية الصحة من أجل تعيين المدير العام لمنظمة الصحة العالمية، مع المراعاة الواجبة للتمثيل الجغرافي العادل؛

(ج) للمجلس التنفيذي، في الظروف الاستثنائية، إذا تعذر تطبيق ما سبق عملياً، كما هو الشأن في حالة وجود مرشح واحد أو اثنين فقط، أن يقرر ترشيح عدد أقل من ثلاثة مرشحين لنظر جمعية الصحة من أجل تعيين المدير العام لمنظمة الصحة العالمية؛

(د) أن تضع الأمانة مسودة قواعد سلوك، بما يتماشى مع التوصية ١٧[١] من تقرير وحدة التفتيش المشتركة؛ أي "اختيار الرؤساء التنفيذيين في مؤسسات منظومة الأمم المتحدة وشروط خدمتهم"،[٢] يتعهد كل من المرشحين لمنصب المدير العام لمنظمة الصحة العالمية والدول الأعضاء بالتقيد بها واحترامها، وذلك كي تنظر فيها جمعية الصحة العالمية السادسة والستون عن طريق المجلس التنفيذي؛

(هـ) أن يتم إنشاء منتدىً للمرشحين، على أن يكون مفتوحاً للدول الأعضاء كافة،[٣] وذلك لتوفير منبر لا يتعلق بصنع القرار يستخدمه المرشحون في تعريف الدول الأعضاء بأنفسهم ورؤيتهم، على قدم المساواة. وستحدد الأمانة الأساليب الخاصة بمنتدى المرشحين كي تنظر فيها جمعية الصحة العالمية السادسة والستون عن طريق المجلس التنفيذي؛

(و) يضمن المجلس التنفيذي وفاء المرشحين بالمعايير الواردة أدناه، مع التشديد في الوقت ذاته على الأهمية البالغة للمؤهلات المهنية والنزاهة، وضرورة المراعاة الواجبة للتمثيل الجغرافي العادل، وكذلك التوازن بين الجنسين، إلى العملية المفضية إلى ترشيح مرشح (أو أكثر) يقدّم إلى جمعية الصحة؛ وينبغي ما يلي:

(١) أن تكون لدى المرشح خلفية تقنية قوية في ميدان الصحة، بما في ذلك الخبرة في مجال الصحة العمومية؛

(٢) أن تكون لدى المرشح خبرة واسعة في مجال الصحة الدولية؛

(٣) أن تكون لدى المرشح مهارات وخبرات قيادية واضحة؛

---

١ التوصية ٧: "ينبغي للهيئات التشريعية/ مجالس الإدارة لمؤسسات منظومة الأمم المتحدة أن تدين وتحظر ممارسات غير أخلاقية مثل تقديم الوعود والخدمات والدعوات والهدايا وما إلى ذلك، من جانب المرشحين لمنصب الرئيس التنفيذي أو حكوماتهم الداعمة أثناء عملية الاختيار/ الانتخاب، مقابل التصويت لصالح مرشحين بعينهم."

٢ الوثيقة JIU/REP/2009/8.

٣ ومنظمات التكامل الاقتصادي الإقليمي، حسب الاقتضاء.

(٤) أن تكون لدى المرشح مهارات ممتازة في مجالي التواصل والدعوة؛

(٥) أن تكون لدى المرشح مؤهلات واضحة في مجال الإدارة التنظيمية؛

(٦) أن يكون لدى المرشح وعي بالفروق الثقافية والاجتماعية والسياسية؛

(٧) أن يكون لدى المرشح التزام قوي برسالة المنظمة وأهدافها؛

(٨) أن يتمتع المرشح باللياقة الصحية الجيدة التي يلزم توافرها في جميع موظفي المنظمة؛

(٩) أن تكون لدى المرشح إجادة كافية للغة واحدة على الأقل من لغات عمل المجلس التنفيذي وجمعية الصحة؛

(ز) تضع الأمانة أداة (أو أكثر) لتعزيز التطبيق الفعال من قِبل المجلس التنفيذي للقائمة المعدلة من المعايير، وذلك كي تنظر فيها جمعية الصحة العالمية السادسة والستون عن طريق المجلس التنفيذي؛

(ح) يجري المجلس التنفيذي[1] تقييماً مفتوحاً للدول الأعضاء[2] كافة في غضون عام واحد من تعيين المدير العام القادم لمنظمة الصحة العالمية، لتقدير مدى كفاءة العملية والطرق المعدلة وذلك من أجل مناقشة أية حاجة أخرى إلى تحسين العدالة والشفافية والإنصاف بين الدول الأعضاء في أقاليم المنظمة الستة؛

٢- **تطلب من** المجلس التنفيذي أن يفعِّل كل الأحكام المبينة في الفقرة ١ أعلاه، وأن يقدم تقريراً عن تنفيذ هذا القرار إلى جمعية الصحة العالمية السادسة والستين، غير التقرير المشار إليه في الفقرة ١(ح) والذي سيقدَّم في دورة لاحقة من دورات جمعية الصحة؛

٣- **تطلب كذلك من** المجلس التنفيذي، وهو ينفذ ما ورد في الفقرة ٢، أن يقوم بذلك مع فهم أن بعض الإجراءات الحالية للمجلس التنفيذي وجمعية الصحة، مثل الإجراءات التي تشمل الاقتراع السري ووضع القائمة الموجزة والتصويت وإجراء المقابلات مع المرشحين أثبتت فائدتها وفعاليتها، وينبغي الإبقاء عليها، وسوف يراعي المجلس التنفيذي أيضاً أن المدير العام ينبغي أن يعيَّن بناءً على حصوله على أغلبية واضحة وقوية في جمعية الصحة؛

٤- **تطلب من** المدير العام أن يقترح على المجلس التنفيذي إدخال تعديلات على النظام الداخلي للمجلس التنفيذي من أجل تنفيذ هذا القرار.

(الجلسة العامة العاشرة، ٢٦ أيار/ مايو ٢٠١٢
اللجنة "ب"، التقرير الثاني)

---

١ هذا البند من جدول الأعمال يجب أن يتم تناوله في جلسة مفتوحة حسب المادة ٧(ب) من النظام الداخلي للمجلس التنفيذي.

٢ ومنظمات التكامل الاقتصادي الإقليمي، حسب الاقتضاء.

ج ص ع٦٥-١٦ الاتفاق المعقود مع مفوضية الاتحاد الأفريقي

جمعية الصحة العالمية الخامسة والستون،

بعد النظر في التقرير الخاص بالاتفاقات مع المنظمات الحكومية الدولية؛[١]

إذ تضع في اعتبارها المادة ٧٠ من دستور منظمة الصحة العالمية،

توافق على الاتفاق المقترح بين مفوضية الاتحاد الأفريقي ومنظمة الصحة العالمية.[٢]

(الجلسة العامة العاشرة، ٢٦ أيار/ مايو ٢٠١٢
اللجنة "ب"، التقرير الثاني)

ج ص ع٦٥-١٧ خطة العمل العالمية الخاصة باللقاحات[٣]

جمعية الصحة العالمية الخامسة والستون،

بعد النظر في التقرير الخاص بخطة العمل العالمية الخاصة باللقاحات؛[٤]

وإذ تقرّ بأهمية التمنيع باعتباره واحداً من أكثر التدخلات فعاليةً لقاء التكاليف في مجال الصحة العمومية، والذي ينبغي الإقرار به كمكون رئيسي في حق الإنسان في الصحة؛

وإذ تقرّ بالتقدُّم الملحوظ المحرَز في التمنيع في العديد من البلدان بُغْيَة ضمان تمنيع كل فرد مؤهل بجميع اللقاحات الملائمة، بغض النظر عن الموقع الجغرافي أو السن أو النوع أو العجز أو المستوى التعليمي أو المستوى الاجتماعي والاقتصادي أو الفئة الإثنية أو ظروف العمل؛

وإذ تُعرب عن سرورها بإسهام برامج التمنيع الناجحة في تحقيق المرامي الصحية العالمية، ولاسيَّما الحد من الوفيات والمراضة في مرحلة الشيخوخة، وإمكانية أن تحد هذه المرامي من الوفيات والمراضة على امتداد العمر؛

وإذ تشير إلى أن إدخال لقاحات جديدة موجهة ضد عدة مسببات مهمة لأهم الأمراض المميتة، مثل الالتهاب الرئوي والإسهال وسرطان عنق الرحم، قد يُستخدم كعامل محفز لاستنهاض التدخلات التكميلية وتحقيق التآزر بين برامج الرعاية الصحية الأولية، وإلى أن هذه اللقاحات الجديدة تتجاوز المكاسب المتحققة فيما يخص الوفيات، لتقي من المراضة وما ينجُم عن ذلك من عوائد اقتصادية حتى في البلدان التي نجحت بالفعل في الحد من الوفيات؛

---

١ الوثيقة ج٦٥/٤٢.

٢ انظر الملحق ٣.

٣ انظر الملحق ٥ والوثيقة ج٦٥/٢٢ إضافة ١، للاطلاع على الآثار المالية والإدارية المترتبة بالنسبة إلى الإمانة نتيجة اعتماد هذا القرار.

٤ الوثيقة ج٦٥/٢٢.

وإذ يساورها القلق لأنه رغم التقدم المحرز بالفعل فلا يمكن تحقيق المرامي المتعلقة باستئصال الأمراض والتخلُّص منها، مثل استئصال شلل الأطفال والتخلُّص من الحصبة والحصبة الألمانية وكزاز الأم والوليد دون تحقيق تغطية كبيرة ومنصفة واستبقائها؛

وإذ تشعر بالقلق لأن البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل التي اتّسم اعتماد اللقاحات المتاحة فيها بالبطء قد لا تُتاح لها فرصة الوصول إلى القاحات الأحدث والمحسنة والتي يُتوقّع توافرها خلال هذا العقد؛

وإذ يثير جزعها أن خدمات التمنيع الروتيني على الصعيد العالمي لا تصل إلى طفل من كل خمسة أطفال، وأنه مازالت هناك ثغرات كبيرة في التغطية بالتمنيع الروتيني داخل البلدان؛

وإذ تشير إلى القرار ج ص ع٥٨-١٥ والقرار ج ص ع٦١-١٥ بشأن الاستراتيجية العالمية للتمنيع،

١- **تؤيد** خطة العمل العالمية الخاصة باللقاحات؛[١]

٢- **تحث** الدول الأعضاء على ما يلي:

(١) تطبيق الرؤية والاستراتيجيات الخاصة بخطة العمل العالمية الخاصة باللقاحات بُغية ابتكار لقاحات وعناصر تمنيع خاصة باستراتيجيتهم وخططهم الصحية على الصعيد الوطني، مع الاهتمام الخاص بتحسين أداء البرنامج الموسع للتمنيع، حسب الحالة الوبائية في بلدانهم؛

(٢) إلزام أنفسهم بتخصيص موارد بشرية ومالية كافية لتحقيق مرامي التمنيع وسائر المعالم البارزة الرئيسية ذات الصلة؛

(٣) إبلاغ اللجان الإقليمية كل عام خلال دورة مكرسة لعقد اللقاحات بالدروس المستفادة والتقدم المحرز والتحديات الباقية والإجراءات المحدثة بُغية الوصول إلى الأهداف الوطنية للتمنيع؛

٣- **تطلب إلى** المدير العام ما يلي:

(١) تدعيم مواءمة وتنسيق جهود التمنيع العالمية المبذولة من جانب جميع أصحاب المصلحة دعماً لتنفيذ خطة العمل العالمية الخاصة باللقاحات؛

(٢) ضمان أن الدعم المقدم لخطة العمل العالمية الخاصة باللقاحات على المستويين الإقليمي والقطري يشمل التركيز الشديد على تعزيز التمنيع الروتيني؛

(٣) تحديد الموارد البشرية والمالية اللازمة لتقديم الدعم التقني بُغية تنفيذ الخطط الوطنية الخاصة بخطة العمل العالمية الخاصة باللقاحات ورصد تأثير هذه الخطط؛

(٤) تعبئة المزيد من الموارد المالية من أجل دعم تنفيذ خطة العمل العالمية الخاصة باللقاحات في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل؛

---

١ انظر الملحق ٤.

(٥) رصد التقدُّم المحرز والقيام كل عام من خلال المجلس التنفيذي بإبلاغ جمعية الصحة، وحتى حلول موعد عقد جمعية الصحة العالمية الحادية والسبعين، بالتقدم المحرز صوب تحقيق أهداف التمنيع العالمية، باعتبارها بنداً أساسياً في جدول الأعمال، مع استخدام إطار المساءلة المقترح حتى تسترشد به المناقشات والإجراءات المستقبلية.

(الجلسة العامة العاشرة، ٢٦ أيار/ مايو ٢٠١٢
اللجنة "ب"، التقرير الثاني)

ج ص ع٦٥-١٨ أسبوع التمنيع العالمي[1]

جمعية الصحة العالمية الخامسة والستون،

بعد النظر في التقرير بشأن مسوّدة خطة العمل العالمية الخاصة باللقاحات،[2]

وإذ تذكّر بالقرارين ج ص ع٥٨-١٥ وج ص ع٦١-١٥ بشأن الاستراتيجية العالمية للتمنيع والالتزام بتكريس العقد ٢٠١١-٢٠٢٠ لبلوغ المرامي المتعلقة بالتمنيع والمراحل ذات الصلة بالبحث والتطوير في مجال اللقاحات؛

وإذ تعترف بأهمية التمنيع بوصفه أحد أكثر التدخلات فعالية في مجال الصحة العمومية؛

وإذ تقرّ بالإنجازات الكبيرة التي حققها البرنامج الموسّع للتمنيع على الصعيد العالمي، بما في ذلك استئصال الجدري، والتقدم الكبير المحرز صوب استئصال شلل الأطفال، والتخلّص من الحصبة والحصبة الألمانية، ومكافحة الأمراض الأخرى التي يمكن الوقاية منها باللقاحات، مثل الخناق والكزاز؛

وإذ تلاحظ إسهام برامج التمنيع الناجحة في الحدّ، بشكل كبير، من وفيات الأطفال وتحسين صحة الأمومة وإسهامها، بالتالي، في بلوغ المرميين الإنمائيين للألفية ٤ (تخفيض وفيات الأطفال) و٥ (تحسين صحة الأمومة)، وفي الوقاية من السرطان؛

وإذ تعترف بأنّ مبادرات من قبيل أسابيع التطعيم الإقليمية قد أسهمت في تعزيز التمنيع وتدعيم الإنصاف في استخدام اللقاحات وإتاحة خدمات التطعيم للجميع، وتمكين التعاون على الاضطلاع بأنشطة التمنيع عبر الحدود؛

وإذ تعترف أيضاً بأنّ مبادرة أسابيع التطعيم، التي تُعد حركة عالمية بدأ الأخذ بها أوّلاً في إقليم الأمريكتين في عام ٢٠٠٣، أُخِذ بها في أقاليم منظمة الصحة العالمية الستة بشكل متزامن في نيسان/ أبريل ٢٠١٢، بمشاركة أكثر من ١٨٠ من الدول الأعضاء والأقاليم والمناطق؛

وإذ تقرّ كذلك بالمستوى العالي لما أبدي، حتى الآن، من دعم سياسي واهتمام دولي حيال مبادرات أسبوع التطعيم الإقليمية، وتلاحظ بأنّ مرونة إطار أسابيع التطعيم تمكّن آحاد الدول الأعضاء والأقاليم من تكييف مشاركتها وفق الأولويات الصحية العمومية الوطنية والإقليمية؛

---

١ انظر الملحق ٥ للاطلاع على الآثار المالية والإدارية المترتبة بالنسبة إلى الإمانة نتيجة اعتماد هذا القرار.

٢ الوثيقة ج٦٥/٢٢.

وإذ يساورها القلق من أنّه على الرغم من كل الإنجازات التي حققتها مبادرات التمنيع لايزال هناك الكثير من المشكلات القائمة، بما في ذلك الإبقاء على التمنيع كأحد العناصر الأساسية للرعاية الصحية الأولية، وإعطاء اللقاحات لجميع الفئات السكانية المعرّضة للخطر أينما وُجدت، وحماية برامج التمنيع الوطنية من الخطر المتنامي الذي تشكّله المعلومات المضلّلة الخاصة باللقاحات والتمنيع، وضمان إعطاء الدول الأعضاء أولوية مالية للبرامج الوطنية،

١- **تطلب من** الدول الأعضاء تحديد آخر أسبوع من شهر نيسان/ أبريل، حسب الاقتضاء، بوصفه أسبوعاً عالمياً للتمنيع؛

٢- **تطلب من** المدير العام ما يلي:

(١) دعم التنفيذ السنوي لأسبوع التمنيع العالمي بوصفه الإطار الرئيسي لجميع المبادرات الإقليمية المكرّسة لتعزيز أهمية التطعيم طوال العمر والعمل على كفالة الإتاحة الشاملة لهذه الخدمة الصحية الوقائية الأساسية لجميع الأفراد من كل الأعمار وفي كل البلدان؛

(٢) تقديم الدعم اللازم إلى الدول الأعضاء لتمكينها من حشد الموارد الضرورية لمساندة أسبوع التمنيع العالمي، وتشجيع منظمات المجتمع المدني وسائر أصحاب المصلحة على دعم المبادرة.

(الجلسة العامة العاشرة، ٢٦ أيار/ مايو ٢٠١٢
اللجنة "ب"، التقرير الثاني)

ج ص ع٦٥-١٩ المنتجات الطبية المتدنية النوعية/ المزورة/ المغشوشة التوسيم/ المغشوشة/ المزيفة[١]

جمعية الصحة العالمية الخامسة والستون،

وقد نظرت في تقرير وتوصيات الفريق العامل المكون من الدول الأعضاء والمعني بالمنتجات الطبية المتدنية النوعية/ المزورة/ المغشوشة التوسيم/ المغشوشة/ المزيفة؛[٢]

وإذ ترحب بحصيلة دورتي الفريق العامل المكون من الدول الأعضاء والمعني بالمنتجات الطبية المتدنية النوعية/ المزورة/ المغشوشة التوسيم/ المغشوشة/ المزيفة؛

وإذ تؤكد مجدداً على الدور الأساسي لمنظمة الصحة العالمية في ضمان توافر المنتجات الطبية الجيدة والمأمونة والناجعة؛

وإذ تقر بأن الكثير من الناس في العالم لا تتاح لهم الأدوية الجيدة والمأمونة والناجعة والميسورة الأسعار، وأن إتاحتها جزء مهم من أي نظام صحي؛

١ انظر الملحق ٥ للاطلاع على الآثار المالية والإدارية المترتبة بالنسبة إلى الإمانة نتيجة اعتماد هذا القرار.

٢ الوثيقة ج٦٥/٢٣.

وإذ تقر بأهمية ضمان ألا تؤدي مكافحة "المنتجات الطبية المتدنية النوعية/ المزورة/ المغشوشة التوسيم/ المغشوشة/ المزيفة" إلى عرقلة إتاحة الأدوية الجنيسة المشروعة؛

وإذ تقر بالحاجة، على نحو ما جاء في إعلان ريو السياسي بشأن المحددات الاجتماعية للصحة (٢٠١١)،[١] إلى تعزيز إمكانية الحصول على الأدوية الميسورة التكلفة والمأمونة والفعالة والعالية الجودة، بطرق منها التنفيذ الكامل للاستراتيجية وخطة العمل العالميتين اللتين وضعتهما المنظمة بشأن الصحة العمومية والابتكار والملكية الفكرية؛

وإذ تعترف بالحاجة إلى تعزيز فرص الحصول على الأدوية الميسورة الأسعار والجيدة والمأمونة والناجعة، باعتبار ذلك عنصراً مهماً في جهود منع ومكافحة المنتجات الطبية المنقوصة الجودة والمأمونية والنجاعة وتقليل "المنتجات الطبية المتدنية النوعية/ المزورة/ المغشوشة التوسيم/ المغشوشة/ المزيفة"؛

وإذ تحيط علماً بالقرار ٦/٢٠ الصادر عن لجنة منع الجريمة والعدالة الجنائية التابعة للأمم المتحدة بعنوان "مكافحة الأدوية المغشوشة، وخصوصاً الاتجار بها"؛

وإذ تعرب عن قلقها إزاء عدم توافر التمويل الكافي لعمل منظمة الصحة العالمية في مجال جودة الأدوية ومأمونيتها ونجاعتها؛

وإذ تقر بالحاجة إلى تعزيز الدعم المقدم للسلطات التنظيمية الوطنية والإقليمية لتحسين توافر المنتجات الطبية الجيدة والمأمونة والناجعة،

١- **تؤكد** من جديد على الدور الأساسي لمنظمة الصحة العالمية في تأمين المنتجات الطبية الجيدة والمأمونة والناجعة؛ وتعزيز إتاحة الأدوية الميسورة الأسعار والجيدة والمأمونة والناجعة، ودعم السلطات الوطنية المعنية بتنظيم الأدوية في هذا المجال، ولاسيما في البلدان النامية وأقل البلدان نمواً؛

٢- **تؤكد مجدداً** على ضرورة أن تستمر منظمة الصحة العالمية في التركيز على تدابيرها الرامية إلى جعل المنتجات الطبية أيسر تكلفة وتكثيف هذه التدابير، وتعزيز السلطات التنظيمية الوطنية والنظم الصحية بما يشمل السياسات الدوائية الوطنية ونُظم إدارة المخاطر الصحية والتمويل المستدام وتنمية الموارد البشرية ونُظم الشراء والتوريد التي يمكن الاعتماد عليها، وزيادة العمل ودعمه في مجالي الاختبار المسبق لصلاحية المنتجات الجنيسة وتعزيزها، والجهود المبذولة في مجال اختيار المنتجات الطبية واستعمالها على نحو رشيد. وينبغي أن تضطلع المنظمة، في كل من هذه المجالات، بالوظيفة التالية: تبادل المعلومات والتوعية، وتوفير القواعد والمعايير، والدعم التقني للبلدان لتقييم أوضاعها، ودعم إعداد السياسات الوطنية، وبناء القدرات، ودعم تطوير المنتجات والإنتاج المحلي؛

٣- **تعيد التأكيد كذلك** على ضرورة أن تزيد منظمة الصحة العالمية جهودها لدعم الدول الأعضاء في تعزيز البنية التحتية والقدرة التنظيمية الوطنية والإقليمية؛

٤- **تقرر** إنشاء آلية جديدة للدول الأعضاء[٢] بشأن "المنتجات الطبية المتدنية النوعية/ المزورة/ المغشوشة التوسيم/ المغشوشة/ المزيفة" وذلك من أجل التعاون فيما بين تلك الدول من منظور الصحة العمومية، وبصرف

---

١ انظر الفقرة الفرعية ١١-٢ (١٢).

٢ ومنظمات التكامل الاقتصادي الإقليمي حسب الاقتضاء.

النظر عن الاعتبارات الخاصة بالتجارة والملكية الفكرية وفقاً للهدف والأغراض والاختصاصات المرفقة بهذا القرار؛

٥- **تقرر كذلك** استعراض آلية الدول الأعضاء المشار إليها في الفقرة ٤ بعد ثلاث سنوات من بدء عملها؛

٦- **تحث** الدول الأعضاء على ما يلي:

(١) المشاركة، على أساس طوعي، في آلية الدول الأعضاء المشار إليها في الفقرة ٤ والتعاون معها؛

(٢) تقديم ما يكفي من الموارد المالية لتعزيز عمل الأمانة في هذا المجال؛

٧- **تطلب من** المدير العام ما يلي:

(١) دعم آلية الدول الأعضاء المشار إليها في الفقرة ٤ من منطوق مشروع القرار؛

(٢) دعم الدول الأعضاء على بناء قدراتها على منع ومكافحة "المنتجات الطبية المتدنية النوعية/ المزورة/ المغشوشة التوسيم/ المغشوشة/ المزيفة".

الملحق

آلية الدول الأعضاء بشأن "المنتجات الطبية المتدنية النوعية/ المزورة/ المغشوشة التوسيم/ المغشوشة/ المزيفة"

الهدف والأغراض والاختصاصات

الهدف العام

حماية الصحة العمومية وتعزيز إتاحة المنتجات الطبية الميسورة الأسعار والمأمونة والجيدة، وتعزيز جهود منع ومكافحة المنتجات الطبية المتدنية النوعية/ المزورة/ المغشوشة التوسيم/ المغشوشة/ المزيفة وما يرتبط بها من أنشطة من خلال التعاون الفعال فيما بين الدول الأعضاء والأمانة.[١]

الأغراض

(١) تحديد أبرز الاحتياجات والتحديات ووضع التوصيات في مجال السياسات، وصياغة أدوات في مجالات منع "المنتجات الطبية المتدنية النوعية/ المزورة/ المغشوشة التوسيم/ المغشوشة/ المزيفة" ومنهجيات الكشف عنها ومكافحتها وذلك بغية تعزيز القدرات الوطنية والإقليمية.

١ تستعمل آلية الدول الأعضاء مصطلح "المنتجات الطبية المتدنية النوعية/ المزورة/ المغشوشة التوسيم/ المغشوشة/ المزيفة" إلى حين اعتماد تعريف له من قِبَل الأجهزة الرئاسية لمنظمة الصحة العالمية.

(٢) تعزيز القدرات الوطنية والإقليمية من أجل ضمان سلامة سلسلة التوريد.

(٣) تبادل الخبرات والدروس المستفادة وأفضل الممارسات والمعلومات حول الأنشطة الجارية على المستوي الوطني والإقليمي والعالمي.

(٤) تحديد الإجراءات والأنشطة والسلوكيات التي تؤدي إلى "المنتجات الطبية المتدنية النوعية/ المزورة/ المغشوشة التوسيم/ المغشوشة/ المزيفة"، ووضع توصيات بالقيام بأمور منها تحسين جودة المنتجات الطبية ومأمونيتها ونجاعتها.

(٥) تعزيز القدرات التنظيمية ومختبرات مراقبة الجودة على المستويين الوطني والإقليمي، ولاسيما في البلدان النامية وأقل البلدان نمواً.

(٦) التعاون مع أعمال مجالات منظمة الصحة العالمية الأخرى التي تعنى بإتاحة المنتجات الطبية الجيدة والمأمونة والناجعة والميسورة الأسعار، والمساهمة في تلك المجالات، وذلك بوسائل منها على سبيل المثال لا الحصر توريد واستعمال المنتجات الطبية الجنيسة، على أن يكمل ذلك تدابير منع ومكافحة "المنتجات الطبية المتدنية النوعية/ المزورة/ المغشوشة التوسيم/ المغشوشة/ المزيفة".

(٧) تيسير التشاور والتعاون والتآزر مع أصحاب المصلحة المعنيين، بطريقة شفافة ومنسقة، وذلك من خلال أمور منها بذل الجهود الإقليمية والجهود العالمية الأخرى من منظور الصحة العمومية.

(٨) تعزيز التعاون في مجال ترصد ورصد "المنتجات الطبية المتدنية النوعية/ المزورة/ المغشوشة التوسيم/ المغشوشة/ المزيفة".

(٩) مواصلة العمل على وضع تعاريف لمصطلح "المنتجات الطبية المتدنية النوعية/ المزورة/ المغشوشة التوسيم/ المغشوشة/ المزيفة" تركز على حماية الصحة العمومية.

الهيكل

(١) ستكون آلية الدول الأعضاء مفتوحة لجميع الدول الأعضاء.[١] وينبغي لآلية الدول الأعضاء أن تشمل الخبرة في مجال الصحة الوطنية والمسائل التنظيمية للمنتجات الطبية.

(٢) يجوز لآلية الدول الأعضاء أن تنشئ أفرقة عاملة فرعية من بين أعضائها للنظر في مسائل محددة وتقديم توصيات بشأنها.

(٣) تقدم المجموعات الإقليمية المدخلات في آلية الدول الأعضاء، حسب الاقتضاء.

(٤) تستخدم آلية الدول الأعضاء هياكل منظمة الصحة العالمية القائمة.

---

١ ومنظمات التكامل الاقتصادي الإقليمي حسب الاقتضاء.

الاجتماعات

(١) ينبغي لآلية الدول الأعضاء أن تجتمع مرة واحدة سنوياً على الأقل ولها أن تعقد دورات إضافية حسب الحاجة.

(٢) ستكون مدينة جنيف هي مكان عقد اجتماعات آلية الدول الأعضاء وأفرقتها العاملة الفرعية ما لم يقرر خلاف ذلك. ولكن يمكن عقد الاجتماعات من وقت لآخر خارج جنيف، مع مراعاة التوزيع الإقليمي والتكلفة الإجمالية وتقاسم التكاليف وملاءمة جدول الأعمال.

العلاقات مع أصحاب المصلحة والخبراء الآخرين

(١) ينبغي لآلية الدول الأعضاء أن تلتمس، حسب الحاجة، مشورة الخبراء بشأن مواضيع محددة، وفقاً لإجراءات منظمة الصحة العالمية النموذجية الخاصة بمجموعات الخبراء.

(٢) تدعو آلية الدول الأعضاء، حسب الحاجة، أصحاب المصلحة الآخرين إلى التعاون والتشاور مع الفريق حول مواضيع محددة.

الإبلاغ والاستعراض

(١) تستعرض جمعية الصحة العالمية أداء آلية الدول الأعضاء بعد ثلاث سنوات من بدء عملها.

(٢) تقدم آلية الدول الأعضاء كل سنة تقريراً عن التقدم المحرز وأية توصيات إلى جمعية الصحة عن طريق المجلس التنفيذي كبند موضوعي على مدى السنوات الثلاث الأولى ومرة كل سنتين بعد ذلك.

الشفافية وتعارض المصالح

(١) ينبغي لآلية الدول الأعضاء، بمن في ذلك الخبراء المدعوون جميعهم، العمل بطريقة شاملة وشفافة تماماً.

(٢) يُكشف عن أي تعارض محتمل للمصالح وتتم إدارته وفقاً لسياسات وممارسات منظمة الصحة العالمية.

(الجلسة العامة العاشرة، ٢٦ أيار/ مايو ٢٠١٢
اللجنة "ب"، التقرير الثالث)

ج ص ع٦٥-٢٠ استجابة منظمة الصحة العالمية، ودورها بصفتها قائد مجموعة الصحة، في مجال تلبية الطلبات الصحية المتنامية في الطوارئ الإنسانية[1]

جمعية الصحة العالمية الخامسة والستون،

بعد أن نظرت في التقرير عن استجابة منظمة الصحة العالمية ودورها بصفتها قائد مجموعة الصحة في مجال تلبية الطلبات الصحية المتنامية في الطوارئ الإنسانية؛[2]

إذ تُقر بأن الطوارئ الإنسانية تسفر عن حالات الوفاة والمعاناة الإنسانية التي بالإمكان تفاديها، وبأنها تُضعف من قدرة النظم الصحية على تقديم الخدمات الصحية الضرورية لإنقاذ الأرواح، وتعترض سبيل التنمية الصحية وبلوغ الأهداف (المرامي) الإنمائية للألفية؛

وإذ تُعيد التأكيد على مبادئ الحياد، والإنسانية، وعدم الانحياز، والاستقلالية، في تقديم المساعدة الإنسانية، وإذ تُعيد التأكيد على ضرورة مشاركة كافة الأطراف الفاعلة في تقديم المساعدة الإنسانية في حالات الطوارئ الإنسانية والكوارث الطبيعية المُعقَّدة، من أجل تعزيز هذه المبادئ والالتزام بها التزاماً تاماً؛

وإذ تُشير إلى المادة ٢(د) من دستور منظمة الصحة العالمية بشأن ولاية المنظمة في حالات الطوارئ، وإلى القرار ج ص ع٥٨-١ بشأن العمل الصحي فيما يتعلق بالأزمات والكوارث، والقرار ج ص ع٥٩-٢٢ بشأن التأهب والاستجابة للطوارئ؛[3]

وإذ تُذكِّر بقرار الجمعية العامة للأمم المتحدة ١٨٢/٤٦ بشأن تعزيز تنسيق المساعدة الإنسانية التي تقدمها الأمم المتحدة في حالات الطوارئ، مع التأكيد على الدور المحوري والمتفرد للأمم المتحدة في قيادة وتنسيق جهود المجتمع الدولي لدعم البلدان التي تعاني من الطوارئ الإنسانية مع الاحترام التام للمبادئ التوجيهية المتعلقة بها، وجمة أمور من بينها إنشاء اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات، التي يرأسها منسق الإغاثة في حالات الطوارئ، الذي ينبغي أن يحظى بالدعم من مكتب تنسيق الشؤون الإنسانية التابع للأمم المتحدة؛

وإذ تُـذكِّر باستعراض الاستجابة الإنسانية في ٢٠٠٥، بقيادة منسق الإغاثة في حالات الطوارئ، والأعضاء الرئيسيين في اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات الذي استهدف تحسين سرعة الاستجابة، ومناسبة توقيتها، والمساءلة حولها، وقيادتها، والقدرة على تلبية الاحتياجات المفاجئة، وأوصى بتعزيز القيادة في المجال الإنساني، وتحسين آليات تمويله، وإدخال نظام المجموعات كوسيلة للتنسيق عبر القطاعات؛

وإذ تُحيط علماً ببرنامج الإصلاح الذي وضعه الأعضاء الرئيسيون في اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات ٢٠١١-٢٠١٢ لتحسين الاستجابة الإنسانية الدولية من خلال تعزيز القيادة، والتنسيق، والمساءلة، وبناء القدرة العالمية على التأهب، وزيادة الدعوة والتواصل؛

وإذ تُقر بقرار الجمعية العامة للأمم المتحدة ١٢٤/٦٠ بشأن تعزيز تنسيق المساعدة الإنسانية التي تقدمها الأمم المتحدة في حالات الطوارئ، وتحيط علماً بالالتزام الذي قطعته منظمة الصحة العالمية على نفسها

---

١ انظر الملحق ٥ للاطلاع على الآثار المالية والإدارية المترتبة بالنسبة إلى الإمانة نتيجة اعتماد هذا القرار.

٢ الوثيقة ج٦٥/٢٥.

٣ انظر أيضاً القرارات ج ص ع٣٤-٢٦، وج ص ع٤٦-٦، وج ص ع٤٨-٢.

لاحقاً بدعم برنامج التغيير الذي وضعته اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات، والمساهمة في تنفيذ الإجراءات ذات الأولوية التي حددها الأعضاء الرئيسيون في اللجنة، والتي صُممت من أجل تعزيز الاستجابة الإنسانية الدولية للفئات السكانية المتضررة؛

وإذ تعيد التأكيد على أن السلطة الوطنية هي صاحبة المسؤولية الرئيسية في رعاية ضحايا الكوارث الطبيعية وغيرها من حالات الطوارئ التي تحدث على أرضها، وأن الدولة المتضررة تضطلع بالدور الرئيسي في بدء، وتنظيم، وتنسيق، وتنفيذ المساعدة الإنسانية داخل أراضيها؛

وإذ تُحيط علماً بالمذكرة الإرشادية للجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات لعام ٢٠١١ بشأن العمل مع السلطات الوطنية، والتي تشير إلى أن المجموعات الصحية يتعين عليها أن تدعم و/ أو تكمل آليات تنسيق الاستجابة والتأهب الوطنية القائمة، وأن الحكومة أو غيرها من الأطراف الوطنية النظيرة، ينبغي أن تُشجَّع بنشاط على المشاركة في رئاسة اجتماعات مجموعة الصحة مع الوكالة القائدة للمجموعة.

وإذ تُذكِّر بالقرار ج ص ع٦٤-١٠ بشأن تعزيز القدرات الوطنية في مجال إدارة الطوارئ الصحية والكوارث ومرونة النُظم الصحية، الذي يحث الدول الأعضاء، بين جملة أمور، على تعزيز برامج التصدي لجميع أخطار الطوارئ الصحية وإدارة مخاطر الكوارث الصحية؛

وإذ تُعيد التأكيد أيضاً على أن البلدان تُعد مسؤولة عن ضمان حماية الصحة والسلامة والرفاه لسكانها، وضمان مرونة النظام الصحي واعتماده على ذاته، الأمر الذي يكتسي أهمية حاسمة لخفض الأخطار الصحية وقابلية التأثر إلى حدها الأدنى، ولتقديم الاستجابة الفعالة والتعافي من الطوارئ والكوارث؛

وإذ تسلّم بالميزة النسبية التي تتمتع بها أمانة المنظمة من خلال حضورها في الدول الأعضاء وعلاقتها بهذه الدول، ومن خلال قدرتها على توفير خبرات مستقلة مستمدة من طائفة واسعة من التخصصات الصحية وتاريخها في إسداء ما يلزم من مشورة مشفوعة بالأدلة في مجال تحديد الأولويات من التدخلات الصحية الفعالة، وبأن المنظمة تتمتع بوضع فريد من نوعه لدعم وزارات الصحة والشركاء، بوصفها الوكالة القائدة لمجموعة الصحة في العالم في مجال تنسيق أنشطة التأهب لمواجهة حالات الطوارئ الإنسانية والاستجابة لها والإنعاش منها؛

وإذ تشير إلى برنامج إصلاح المنظمة والتقرير المقدم من المدير العام في عام ٢٠١١ عن إصلاحات المنظمة من أجل مستقبل صحي،[1] الأمر الذي أدى إلى وضع مجموعة جديدة في المنظمة عن شلل الأطفال وحالات الطوارئ والتعاون القطري بهدف دعم المكاتب الإقليمية والقطرية من أجل تحسين الحصائل وزيادة فعالية المنظمة على الصعيد القطري، من خلال إعادة تحديد التزامها بالعمل في حالات الطوارئ وإسناد المجموعة إلى أسس أكثر استدامة في الميزانية؛

وإذ ترحب بالإصلاحات التي أجريت في عام ٢٠١١ بشأن تحويل مجموعة المنظمة للعمل الصحي إبان الأزمات إلى الإدارة المعنية بإدارة المخاطر في حالات الطوارئ والاستجابة الإنسانية، كوسيلة لتنفيذ هذه الإصلاحات، وضمان أن تصبح المنظمة أسرع وأكثر فعالية وأعلى قابلية على التنبؤ في مجال تقديم استجابة أعلى جودة في مجال الصحة، وأن تحمّل نفسها المسؤولية عن أدائها؛

وإذ تشير إلى القرار ج ص ع٤٦-٣٩ بشأن الخدمات الصحية والطبية عند نشوب النزاعات المسلحة؛ والقرار ج ص ع٥٥-١٣ بشأن حماية البعثات الطبية أثناء النزاعات المسلحة؛ وقرار الجمعية العامة للأمم

١ الوثيقة ج٦٤/٤، والمحضر الموجز للجلسة الثالثة للجنة "أ" المنبثقة عن جمعية الصحة العالمية الرابعة والستين.

المتحدة ١٣٢/٦٥ بشأن سلامة وأمن موظفي المساعدة الإنسانية وحماية موظفي الأمم المتحدة، ترى أنه يلزم جمع البيانات بطريقة منهجية عن الهجمات على المرضى و/ أو العاملين الصحيين والمرافق الصحية ووسائل النقل المستخدمة في مجال الصحة في حالات الطوارئ الإنسانية المعقدة، أو عدم احترامهم،

١- **تطلب من** الدول الأعضاء[١] والجهات المانحة ما يلي:

(١) تخصيص موارد من أجل أنشطة قطاع الصحة أثناء الطوارئ الإنسانية من خلال عملية النداء الموحد والنداءات السريعة للأمم المتحدة، ومن أجل تعزيز القدرة المؤسسية لمنظمة الصحة العالمية على ممارسة دورها باعتبارها الوكالة التي تقود مجموعة الصحة العالمية وعلى الاضطلاع بقيادة مجموعة الصحة في هذا الميدان؛

(٢) ضمان النهوض بالتدخلات الإنسانية بالتشاور مع البلد المعني من أجل استجابة فعالة للاحتياجات الإنسانية وتشجيع كل شركاء العمل الإنساني، ومنهم المنظمات الحكومية الدولية، على المشاركة بنشاط في تنسيق شؤون مجموعة الصحة؛

(٣) تعزيز إدارة المخاطر والتأهب للطوارئ الصحية وعمليات التخطيط للطوارئ على المستوى الوطني ووحدات إدارة الكوارث في وزارة الصحة، كما هو مبين في القرار ج ص ع٦٤-١٠ وفي هذا السياق، وفي إطار التخطيط للتأهب على المستوى الوطني مع مكتب تنسيق الشؤون الإنسانية، حسب الاقتضاء، والتحديد المسبق لأفضل طريقة لضمان أن يتم التنسيق بين شركاء العمل الإنساني الدوليين وآليات التنسيق الوطنية القائمة على نحو يكمل بعضه بعضاً لتأمين الاستجابة الفعالة والمنسقة جيداً في مجال العمل الإنساني؛

(٤) بناء قدرة السلطات الوطنية على كل المستويات في مجال إدارة عمليات الإنعاش بالتآزر مع تعزيز النُظم الصحية في الأمد الطويل واستراتيجيات الإصلاح، حسب الاقتضاء، وذلك بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية ومجموعة الصحة؛

(٥) إنشاء فرق للاستجابة الصحية على أساس تطوعي وإعداد آلية لنشرها في حالة الطوارئ الإنسانية حسب اختيار كل دولة عضو؛

٢- **تطلب من** المدير العام ما يلي:

(١) أن يضع السياسات والمبادئ التوجيهية الضرورية والهياكل والعمليات الإدارية الملائمة للمنظمة مما يلزم للعمل الإنساني الفعال والناجح على المستوى القطري، وكذلك القدرة والموارد التنظيمية لكي تتمكن من الوفاء بدورها باعتبارها الوكالة التي تقود مجموعة الصحة العالمية، وفقاً للاتفاقات التي عقدتها مبادئ اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات، وكي تضطلع بدورها باعتبارها الوكالة التي تقود مجموعة الصحة العالمية في هذا الميدان؛

(٢) أن يعزز قدرة المنظمة مع شركاء مجموعة الصحة العالمية والدول الأعضاء، بما في ذلك تجهيز ترتيبات الاستجابة السريعة الاحتياطية والآليات اللازمة من أجل نشر فرق الاستجابة ودعمها بالموارد الملائمة للاستجابة للطوارئ الإنسانية؛؛

---

١ ومنظمات التكامل الاقتصادي الإقليمية، حسب الاقتضاء.

(٣) أن يضمن أن تقدم أمانة المنظمة في الأزمات إلى الدول الأعضاء وشركاء العمل الإنساني الدعم الذي يمكن توقعه من خلال تنسيق التقدير والتحليل السريعين للاحتياجات الإنسانية، ويشمل ذلك في إطار الاستجابة المنسقة للجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات، ووضع استراتيجية وخطة عمل مسندتين بالبيّنات ورصد الوضع الصحي واستجابة قطاع الصحة مع تحديد الثغرات وتعبئة الموارد والاضطلاع بأنشطة الدعوة الضرورية للعمل الصحي الإنساني؛

(٤) أن يحدد الالتزامات الأساسية والوظائف الأساسية ومعايير أداء المنظمة في الطوارئ الإنسانية، بما في ذلك دورها باعتبارها الوكالة التي تقود مجموعة الصحة العالمية والوكالة التي تقود مجموعة الصحة في هذا الميدان، وأن يضمن الإشراك التام للمستوى القطري والإقليمي والعالمي للمنظمة في تنفيذها وفقاً للأُسس المرجعية القائمة، مع مراعاة العمل الجاري بشأن "برنامج التغيير" للعمل الإنساني الذي وضعته اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات؛

(٥) أن يوفر استجابة إنسانية أسرع وأكثر فعالية وإمكانية تنبؤ من خلال وضع إطار الاستجابة الطارئة موضع التشغيل مع ضمان توافق الأسس المرجعية للأداء مع عملية إصلاح العمل الإنساني، وضمان المساءلة عن أدائه وفقاً لتلك المعايير؛

(٦) أن يضع الآليات اللازمة لحشد الخبرات التقنية للمنظمة في جميع التخصصات والمستويات من أجل تقديم الإرشادات اللازمة والدعم اللازم إلى الدول الأعضاء وشركاء مجموعة الصحة في الأزمات الإنسانية؛

(٧) أن يدعم الدول الأعضاء والشركاء في التحول إلى الإنعاش والمواءمة بين التخطيط للإنعاش، بما في ذلك إدارة مخاطر الطوارئ وكذلك الحد من مخاطر الكوارث، والتأهب، وبين سياسات التنمية الوطنية وإصلاحات قطاع الصحة الجارية و/ أو اغتنام التخطيط للإنعاش بعد الكوارث وبعد الصراعات؛

(٨) أن يضطلع بالدور القيادي على المستوى العالمي في وضع أساليب لجمع البيانات ونشرها على نحو منهجي بشأن الهجمات على المرافق الصحية والعاملين الصحيين والوسائل المستخدمة في مجال الصحة والمرضى في الطوارئ الإنسانية المعقدة، بالتنسيق مع سائر هيئات الأمم المتحدة ذات الصلة والأطراف الأخرى ذات الصلة والمنظمات الحكومية الدولية والمنظمات غير الحكومية، مع تلافي الازدواجية في الجهود؛

(٩) أن يقدم تقريراً إلى جمعية الصحة العالمية السابعة والستين عن طريق المجلس التنفيذي، ثم كل سنتين عن التقدم المحرز في تنفيذ هذا القرار.

(الجلسة العامة العاشرة، ٢٦ أيار/ مايو ٢٠١٢
اللجنة "ب"، التقرير الثالث)

ج ص ع٦٥-٢١ التخلص من داء البلهارسيات[1]

جمعية الصحة العالمية الخامسة والستون،

قد نظرت في التقرير المتعلق بالتخلص من داء البلهارسيات؛[2]

وإذ تذكر بالقرار ج ص ع٣-٢٦، والقرار ج ص ع٢٨-٥٣، والقرار ج ص ع٢٩-٥٨، والقرار ج ص ع٥٤-١٩ بشأن داء البلهارسيات؛

وإذ تحيط علما بالقرار ش م/ل إ٥٤/ ق٣ بشأن أمراض المناطق المدارية المنسيَّة: مشكلة مستجدَّة من مشكلات الصحة العمومية في إقليم شرق المتوسط، الذي اعتمدته اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط والذي طلب إلى الدول الأعضاء جملة أمور منها مواصلة أنشطة المكافحة الناجحة في المناطق ذات معدل الانتقال المنخفض من أجل التخلص من داء البلهارسيات؛

وإذ تعرب عن قلقها من أن داء البلهارسيات لايزال مشكلة من مشكلات الصحة العمومية في البلدان التي يتوطنها، وأنه بحلول عام ٢٠١٠، لم يتحقق الهدف الأدنى الوارد في القرار ج ص ع٥٤-١٩ والمتمثل في تقديم العلاج الكيميائي بانتظام إلى ٧٥٪ على الأقل من جميع الأطفال في سن الدراسة المعرضين لخطر المراضة؛

وإذ تلاحظ اتساع التغطية بعلاج داء البلهارسيات من ١٢ مليون مستفيد سنة ٢٠٠٦ إلى ٣٢,٦ مليون مستفيد سنة ٢٠١٠، وتعزيز إتاحة دواء البرازيكوانتيل بفضل تبرعات الشركاء بالأدوية وتقديمهم المزيد من الدعم إلى البلدان التي يتوطنها الداء لمكافحة أمراض المناطق المدارية المنسية؛

وإذ تهنئ الدول الأعضاء والأمانة والشركاء على تعزيز إتاحة دواء البرازيكوانتيل والموارد للتسريع بمكافحة داء البلهارسيات؛

وإذ يشجعها أن بعض البلدان التي يتوطنها داء البلهارسيات نجحت في وقف سريانه؛

وإذ تهنئ تلك البلدان التي يتوطنها داء البلهارسيات والتي لم تبلّغ عن أية حالات جديدة مصدرها هذه البلدان نفسها بفضل تعزيز برامج المكافحة والترصد،

١- **تدعو** جميع البلدان التي يتوطنها داء البلهارسيات إلى القيام بما يلي:

(١) الاهتمام بالوقاية من داء البلهارسيات ومكافحته، وتحليل ووضع خطط قابلة للتطبيق تُحقَّق أهدافها بالتدريج، وتكثيف تدخلات مكافحة الداء وتعزيز ترصده؛

(٢) الاستفادة بالكامل من البرامج غير الصحية لأغراض تحسين البيئة، خفضاً لمستوى سريان داء البلهارسيات وتسريع التخلص من مضيفه الوسيط؛

(٣) ضمان توفير الأدوية الأساسية؛

---

١ انظر الملحق ٥ للاطلاع على الآثار المالية والإدارية المترتبة بالنسبة إلى الإمانة نتيجة اعتماد هذا القرار.

٢ الوثيقة ج٦٥/٢١.

٢- **تحث** الدول الأعضاء، والأمانة، والشركاء على تقديم الدعم للبلدان التي يتوطنها داء البلهارسيات لتوسيع نطاق برامج المكافحة؛

٣- **تطلب من** المدير العام ما يلي:

(١) تشجيع الدول الأعضاء والمجتمع الدولي على إتاحة ما يلزم ويكفي من الوسائل والموارد، ولاسيما الأدوية، والمياه وخدمات الإصحاح والتدخلات الصحية، وتكثيف برامج المكافحة في معظم البلدان التي يتوطنها داء البلهارسيات والشروع في شن حملات للتخلص منه، حسب الاقتضاء؛

(٢) إعداد توجيهات للدول الأعضاء من أجل تحديد موعد الشروع في شن حملات التخلص من الداء، جنباً إلى جنب مع إيجاد وسائل لتنفيذ البرامج وتوثيق ما يُكلّل منها بالنجاح؛

(٣) إجراء تقييم، بناء على طلب، لمستوى وقف سريان داء البلهارسيات في الدول الأعضاء المعنية، وتحليل الوضع العالمي للوقاية من الداء ومكافحته، ونموذج توطنه، والتحديات الرئيسية المواجهة بشأنه، كيما يتسنى تقديم توصيات وتوجيهات محددة الأهداف؛

(٤) وضع إجراءات لتقييم وقف سريان داء البلهارسيات في البلدان المعنية بقصد التأكد من القضاء على سريانه فيها؛

(٥) القيام في المرحلة اللاحقة للقضاء على داء البلهارسيات بدعم البلدان التي يثبت تخلصها منه، بغية مواصلة اتخاذ إجراءات وقائية لغرض تجنب ظهور سريان الداء من جديد؛

(٦) تقديم تقرير كل ثلاث سنوات عن طريق المجلس التنفيذي، إلى جمعية الصحة العالمية عن التقدم المحرز في تنفيذ هذا القرار.

(الجلسة العامة العاشرة، ٢٦ أيار/ مايو ٢٠١٢
اللجنة "ب"، التقرير الثالث)

ج ص ع٦٥-٢٢ متابعة تقرير فريق الخبراء الاستشاريين العامل المعني بتمويل وتنسيق البحث والتطوير[١]

جمعية الصحة العالمية الخامسة والستون،

بعد أن نظرت في التقرير الخاص بفريق الخبراء الاستشاريين العامل المعني بتمويل وتنسيق البحث والتطوير؛[٢]

وإذ تُذكِّر بالقرار ج ص ع٦٣-٢٨ الذي طلب إلى المدير العام بين جملة أمور إنشاء فريق الخبراء الاستشاريين العامل لدفع عجلة العمل الذي يقوم به فريق الخبراء العامل السابق الذي أُنشئ بموجب القرار ج ص ع٦١-٢١، وتقديم تقريره الختامي إلى جمعية الصحة العالمية الخامسة والستين؛

١ انظر الملحق ٥ للاطلاع على الآثار المالية والإدارية المترتبة بالنسبة إلى الإمانة نتيجة اعتماد هذا القرار.

٢ الوثيقة الوثيقة ج٦٥/٢٤، الملحق، والوثيقة ج٦٥/٢٤ تصويب ١.

وإذ تُذكر أيضاً بالقرارات ج ص ع٥٩-٢٤ وج ص ع٦١-٢١ وج ص ع٦٢-١٦،

١- **ترحب** بتقرير فريق الخبراء الاستشاريين العامل المعني بتمويل وتنسيق البحث والتطوير، وتعرب عن تقديرها لرئيس فريق الخبراء الاستشاريين العامل ونائبه وجميع أعضائه، على ما قاموا به من عمل؛

٢- **تحث** الدول الأعضاء على ما يلي:[١]

(١) إجراء المشاورات مع أصحاب المصلحة على الصعيد الوطني لمناقشة تقرير فريق الخبراء الاستشاريين العامل وغيرها من التحاليل من أجل التوصل إلى اقتراحات وإجراءات ملموسة؛

(٢) المشاركة النشطة في الاجتماعات التي تُعقد على الصعيدين الإقليمي والعالمي والتي يشار إليها في هذا القرار؛

(٣) تنفيذ، حيثما أمكن في كل بلد من البلدان، الاقتراحات والإجراءات التي تتحدد نتيجة للمشاورات الوطنية؛

(٤) إنشاء و/ أو تعزيز الآليات لتحسين تنسيق البحث والتطوير[٢] بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية وغيرها من الشركاء المعنيين حسب الاقتضاء؛

٣- **تدعو** الدول الأعضاء[١] والقطاع الخاص والمؤسسات الأكاديمية والمنظمات غير الحكومية إلى زيادة الاستثمارات في أنشطة البحث والتطوير في مجال الصحة فيما يتعلق بأمراض النمطين الثاني والثالث واحتياجات البحث والتطوير المحددة للبلدان النامية فيما يتعلق بأمراض النمط الأول؛

٤- **تطلب من** اللجان الإقليمية مناقشة تقرير فريق الخبراء الاستشاريين العامل في اجتماعاتها خلال عام ٢٠١٢، وذلك في سياق تنفيذ الاستراتيجية وخطة العمل العالميتين بشأن الصحة العمومية والابتكار والملكية الفكرية[٣] من أجل الإسهام في تقديم الاقتراحات والإجراءات الملموسة؛

٥- **تطلب من** المدير العام عقد اجتماع مفتوح العضوية للدول الأعضاء[٢] يجري تحليلاً دقيقاً وجدوى التوصيات المقترحة من قِبل فريق الخبراء الاستشاريين العامل، مع أخذ الدراسات الأخرى ذات الصلة ونتائج المشاورات الوطنية ومناقشات اللجان الإقليمية في الاعتبار حسب الاقتضاء ويضع الاقتراحات أو الخيارات بشأن (١) تنسيق البحث، (٢) التمويل (٣) رصد نفقات البحث والتطوير،[٤] لتُعرض تحت بند موضوعي يُكرّس لمتابعة تقرير فريق الخبراء الاستشاريين العامل في جمعية الصحة العالمية السادسة والستين من خلال دورة المجلس التنفيذي الثانية والثلاثين بعد المائة.

(الجلسة العامة العاشرة، ٢٦ أيار/ مايو ٢٠١٢
اللجنة "أ"، التقرير الرابع)

---

١ وحسب الاقتضاء منظمات التكامل الاقتصادي الإقليمي.

٢ في سياق هذا القرار يشير تعبير البحث والتطوير إلى البحث والتطوير في مجال الصحة فيما يتعلق بأمراض النمطين الثاني والثالث واحتياجات البحث والتطوير المحددة للبلدان النامية فيما يتعلق بأمراض النمط الأول.

٣ القراران ج ص ع٦١-٢١ وج ص ع٦٢-١٦.

٤ وفقاً لتعريفها الوارد في الاستراتيجية وخطة العمل العالميتين لمنظمة الصحة العالمية بشأن الصحة العمومية والابتكار والملكية الفكرية.

ج ص ع٦٥-٢٣ تنفيذ أحكام اللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥)[١]

جمعية الصحة العالمية الخامسة والستون،

بعد أن نظرت في التقريرين عن تنفيذ أحكام اللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥)؛[٢]

وإذ تذكر بالقرار ج ص ع٥٨-٣ بشأن تنقيح اللوائح الصحية الدولية الذي شدد على الأهمية الدائمة للوائح الصحية الدولية باعتبارها الأداة العالمية الرئيسية للحماية من انتشار المرض على الصعيد الدولي وحث الدول الأعضاء على بناء وتعزيز وصون القدرات المنصوص عليها بموجب اللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥) وحشد الموارد اللازمة لهذا الغرض؛

وإذ تذكر بالمادتين ٥-١ و١٣-١ من اللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥) اللتين تنصان على أن تقوم كل دولة طرف، في أقرب وقت ممكن، ولكن في أجل أقصاه خمس سنوات من بدء نفاذ هذه اللوائح بالنسبة لتلك الدولة الطرف، باكتساب وتعزيز وصون القدرة على كشف الأحداث وتقييمها والإخطار بها والتبليغ عنها، عملاً بأحكام هذه اللوائح حسبما يرد تحديده في المرفق ١ بها واكتساب وتعزيز وصون قدرتها على الاستجابة بسرعة وكفاءة للمخاطر المحتملة على الصحة العمومية والطوارئ الصحية العمومية التي تثير قلقاً دولياً كما يرد بيانه في المرفق المذكور وأن تحقق تلك القدرات الأساسية في مجال الصحة العمومية في حزيران/ يونيو ٢٠١٢ بالنسبة إلى جميع الدول الأطراف ما عدا عدد قليل منها يفترض منه تحقيق تلك القدرات في مواعيد لاحقة؛[٣]

وإذ تذكر أيضاً بالقرار ج ص ع٦١-٢ بشأن تطبيق اللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥) الذي حث الدول الأعضاء على اتخاذ الخطوات التي تضمن تطوير القدرات الأساسية الوطنية اللازمة المبينة في المرفق ١ باللوائح، وتعزيزها والحفاظ عليها، طبقاً للمادة ٥ والمادة ١٣ من اللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥)؛

إذ تسلم بأنه لاتزال هناك صعوبات في تنفيذ اللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥)، لاسيما ما يتعلق بنقاط الدخول، بما في ذلك ما يخص فهم اللوائح الصحية الدولية من الناحية التشغيلية، مما يقتضي تعزيز القدرات المرتبطة بالمرفق ١ باء؛

وإذ تسلم بأهمية توافر الأدوات والإجراءات اللازمة للاستمرار في رصد القدرات الأساسية المرتبطة بالمرفق ١ ألف و١ باء باللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥)؛

وإذ تذكر كذلك بالقرار ج ص ع٦٤-١ بشأن تنفيذ أحكام اللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥) الذي حث الدول الأعضاء على أن تدعم تنفيذ التوصيات الواردة في التقرير الختامي للجنة المراجعة المعنية بكيفية تنفيذ

---

١ انظر الملحق ٥ للاطلاع على الآثار المالية والإدارية المترتبة بالنسبة إلى الإمانة نتيجة اعتماد هذا القرار.

٢ الوثيقتان ج٦٥/١٧ و ج٦٥/١٧ إضافة ١.

٣ تنطوي الأطر الزمنية المحددة للدول الأطراف التي أبدت تحفظها بشأن اللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥) (الولايات المتحدة الأمريكية والهند) على مواعيد لاحقة إلى حد ما (تاريخ بدء النفاذ بالنسبة إلى الولايات المتحدة الأمريكية في ١٨ تموز/ يوليو ٢٠٠٧ وبالنسبة إلى الهند في ٨ آب/ أغسطس ٢٠٠٧). وقد حدد موعد لاحق أيضاً للجبل الأسود (تاريخ بدء النفاذ في ٥ شباط/ فبراير ٢٠٠٨) الذي أصبح دولة طرفاً بعد دخول اللوائح حيز التنفيذ في ١٥ حزيران/ يونيو ٢٠٠٧ وليختنشتاين (التي أصبحت دولة طرفاً في ٢٨ آذار/ مارس ٢٠١٢).

اللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥) فيما يتعلق بالجائحة (H1N1) ٢٠٠٩[١] التي أحاطت علماً في توصيتها الأولى بضرورة تعجيل تحقيق القدرات الأساسية اللازمة بموجب اللوائح؛

وإذ تسلم بالحاجة إلى تعزيز دور وقدرة الدول الأطراف والمنظمات الدولية، في تنفيذ اللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥) بفعالية، مما يتطلب المشاركة البناءة لأصحاب المصلحة، في القطاع الصحي والقطاعات الأخرى فضلاً عن الشبكات الإقليمية وعبر الإقليمية للدول الأطراف؛

وإذ تسلم بأن الدول الأطراف قد تبلغ المنظمة وتحصل على تمديد لتاريخ وفائها بالتزاماتها لمدة سنتين بناء على حاجة مبررة وخطة تنفيذ وفقاً لما تنص عليه اللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥)، وتعترف على وجه الخصوص بقرار عدة دول أعضاء في منظمة الصحة العالمية طلب ذلك التمديد،

١- **تؤكد** التزامها المجدد بتنفيذ أحكام اللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥) على وجه تام؛

٢- **تحث** الدول الأطراف على ما يلي:[٢]

(١) ضمان تحديد الثغرات المتبقية بما في ذلك الموارد المؤسسية والبشرية والمالية في اكتساب وتعزيز وصون ما يلزم من قدرات أساسية في مجال الصحة العمومية بموجب اللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥) بما في ذلك المادتان ٥ و١٣ والمرفق ١ وفقاً لخططها الوطنية للتنفيذ؛

(٢) اتخاذ الخطوات اللازمة لإعداد خطط تنفيذ وطنية ملائمة وتطبيقها بهدف ضمان اكتساب وتعزيز وصون ما يلزم من قدرات أساسية في مجال الصحة العمومية بموجب اللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥)؛

(٣) مراعاة الأطر الزمنية المنصوص عليها في المادتين ٥ و١٣ والمرفق ١ من اللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥) للاضطلاع بالأنشطة وإجراء الاتصالات فيما يتعلق بتنفيذ المتطلبات الخاصة بالقدرات الأساسية والإجراءات بشأن فترات التمديد ذات الصلة واستكمال تلك الأنشطة والاتصالات؛

(٤) تعزيز التنسيق والتعاون فيما بين القطاعات وعلى مستوى قطاعات متعددة على نطاق الدول الأطراف وداخلها لاكتساب وبناء وصون القدرات الأساسية في مجال الصحة العمومية والوظائف التشغيلية اللازمة بموجب اللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥)؛

(٥) زيادة تعزيز التعاون النشط بين الدول الأطراف ومنظمة الصحة العالمية وسائر المنظمات والهيئات الشريكة المعنية حسب الاقتضاء، وذلك باتخاذ تدابير تشمل حشد الدعم التقني والمالي واللوجيستي اللازم لبناء القدرات الصحية العمومية الأساسية بما يضمن تنفيذ اللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥) على النحو الكامل؛

(٦) إعادة تأكيد دعمها للبلدان النامية والبلدان التي تمرّ اقتصاداتها بمرحلة انتقالية، بناءً على طلبها، في بناء وتعزيز وصون القدرات الصحية العمومية الأساسية اللازمة بموجب اللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥).

---

١ الوثيقة ج٦٤/١٠.

٢ ومنظمات التكامل الاقتصادي الإقليمي حسب الاقتضاء.

٣- **تطلب من** المدير العام ما يلي:

(١) بناء وتعزيز قدرات الأمانة اللازمة للاضطلاع على نحو كامل وفعال بالمهام الموكلة لها بموجب اللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥)، لاسيما من خلال عمليات صحية استراتيجية تمكّن من تقديم الدعم اللازم إلى البلدان وإلى الشبكات الإقليمية وعبر الإقليمية للدول الأطراف في الكشف عن الطوارئ الصحية العمومية والإبلاغ عنها وتقييمها والاستجابة لمقتضياتها وتعزيز القدرات في هذا المجال؛

(٢) التعاون مع الدول الأطراف ومساعدتها عن طريق وزارات الصحة وجميع الوزارات والقطاعات المعنية الأخرى على حشد ما يجب من دعم تقني وموارد مالية لدعم عمليات بناء وتعزيز وصون القدرات الأساسية اللازمة بموجب اللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥) لاسيما تلك المتعلقة بالمرفق ١ باء فيما يتصل بالقدرات الأساسية لموانئ الدخول، بما في ذلك الدعم التقني اللازم لمساعدة البلدان المهتمة على تقدير احتياجاتها الخاصة وتحديد جدوى الاستثمار في تنفيذ اللوائح الصحية الدولية، وفقاً للخطط الوطنية؛

(٣) تعزيز المشاركة مع المنظمات الدولية المعنية وأصحاب المصلحة المعنيين من أجل تعزيز إسهامهم في تنفيذ اللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥) بفعالية؛

(٤) ضمان الشفافية في تبادل المعلومات بشأن التقدم المحرز من قبل الدول الأطراف في تنفيذ القدرات الأساسية الوطنية اللازمة بموجب اللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥) تنفيذاً كاملاً، من أجل تيسير تقديم الدعم المناسب بما في ذلك التوجيه والتدريب حسب الاقتضاء، وذلك بنشر قائمة الدول الأطراف التي طلبت تمديد الأجل الأولي المحدّد وحصلت على إذن بذلك على موقع المنظمة الإلكتروني المحمي بكلمة سر والخاص بمراكز الاتصال الوطنية المعنية باللوائح الصحية الدولية؛

(٥) تيسير تقديم الدول الأطراف الدعم المناسب إلى بعضها البعض وتبادل ذلك الدعم فيما بينها بما يمكّن من إنشاء القدرات الأساسية الوطنية اللازمة بموجب اللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥) وذلك بنشر موجز ذي صلة للمعلومات القطرية التي جُمعت عن طريق إطار رصد القدرات الأساسية اللازمة بموجب اللوائح الصحية الدولية على موقع المنظمة الإلكتروني المحمي بكلمة سر والخاص بمراكز الاتصال الوطنية المعنية باللوائح الصحية الدولية؛

(٦) رصد التقدم المحرز من قبل كل دولة طرف حصلت على إذن بتمديد الأجل الأولي المحدّد وذلك باستخدام خطط التنفيذ المقدمة مع طلب التمديد والتقارير السنوية المطلوبة بمقتضى المادتين ٥-٢ و١٣-٢ من اللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥) من كل الدول الأطراف الحاصلة على تمديدات؛

(٧) رصد مدى صون القدرات الأساسية الوطنية اللازمة بموجب اللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥) في كل الدول الأطراف التي لم تطلب تمديد الأجل المحدّد وذلك بوضع أساليب التقييم المناسبة على الأداء الفعال للقدرات الأساسية التي تم إنشاؤها؛

(٨) وضع ونشر المعايير المزمع استخدامها في عام ٢٠١٤ من قبل المدير العام، مع نصائح لجنة المراجعة المعنية باللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥)، عند اتخاذ قرارات بشأن منح أيّة تمديدات أخرى للأجل المحدّد فيما يخص إنشاء القدرات الأساسية الوطنية على النحو المنصوص عليه في المادتين ٥-٢ و١٣-٢؛

(٩) تقديم تقرير مرحلي مؤقت إلى جمعية الصحة العالمية السادسة والستين من خلال المجلس التنفيذي في دورته الثانية والثلاثين بعد المائة؛

(١٠) إبلاغ جمعية الصحة العالمية السابعة والستين، عن طريق المجلس التنفيذي في دورته الرابعة والثلاثين بعد المائة، بالتقدم المحرز من قبل الدول الأطراف والأمانة في تنفيذ هذا القرار.

(الجلسة العامة العاشرة، ٢٦ أيار/ مايو ٢٠١٢
اللجنة "أ"، التقرير الرابع)

المقررات الإجرائية

ج ص ع٦٥(١) تشكيل لجنة أوراق الاعتماد

عينت جمعية الصحة العالمية الخامسة والستون لجنة أوراق اعتماد تضم مندوبي الدول الأعضاء التالية: غيانا، قيرغيزستان، لكمسبرغ، ملاوي، جزر مارشال، المكسيك، النيجر، سان مارينو، سان تومي وبرينسيبي، تايلند، الإمارات العربية المتحدة، فييت نام.

(الجلسة العامة الأولى، ٢١ أيار/ مايو ٢٠١٢)

ج ص ع٦٥(٢) انتخاب أعضاء مكتب جمعية الصحة العالمية الخامسة والستين

انتخبت جمعية الصحة العالمية الخامسة والستون أعضاء المكتب التالين:

الرئيس: الأستاذة تيريز أيا ندري– يومان (كوت ديفوار)

نواب الرئيس: الدكتور إسبيرانزا مارتينيز (باراغواي)
الدكتور أندريه أوزاتي (جمهورية ملدوفا)
الأستاذ علي غوفرون موكتي (إندونيسيا)
الدكتورة ثريا دليل (أفغانستان)
السيد تشارلز سيغوتو (جزر سليمان)

(الجلسة العامة الأولى، ٢١ أيار/ مايو ٢٠١٢)

ج ص ع٦٥(٣) إنشاء اللجنة العامة

بعد النظر في توصيات لجنة الترشيحات انتخبت جمعية الصحة العالمية الخامسة والستون مندوبي البلدان السبعة عشر التالية أعضاء في اللجنة العامة: جزر البهاما، كمبوديا، تشاد، الصين، كوبا، الدانمرك، جيبوتي، فرنسا، كينيا، ليسوتو، ليبيريا، موريتانيا، نيكاراغوا، الاتحاد الروسي، تركمانستان، المملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية، الولايات المتحدة الأمريكية.

(الجلسة العامة الأولى، ٢١ أيار/ مايو ٢٠١٢)

ج ص ع٦٥(٤) انتخاب أعضاء مكتب اللجنتين الرئيسيتين

انتخبت جمعية الصحة العالمية الخامسة والستون أعضاء المكتب التاليين للجنتين الرئيسيتين:

اللجنة "أ": **الرئيس:** الدكتور ليونبو زانغلي دوكبا (بوتان)

اللجنة "ب": **الرئيس:** الأستاذ محمد حسين نيكنام (جمهورية إيران الإسلامية)

(الجلسة العامة الأولى، ٢١ أيار/ مايو ٢٠١٢)

وانتخبت اللجنتان الرئيسيتان بعد ذلك أعضاء المكتب التالين:

اللجنة "أ": **نائبا الرئيس:** الدكتور فنتون فيرغسون (جامايكا)
السيد هربرت بارنارد (هولندا)

المقرر: الدكتور محمد جداوي (جمهورية تنزانيا المتحدة)

اللجنة "ب": **نائبا الرئيس:** الأستاذ تشارلز كوندي أغبا (توغو)
الدكتور إنريك تاياغ (الفلبين)

المقرر: الدكتور بول غولي (كندا)

(الجلستان الأوليان للجنتين "أ" و"ب"، ٢١ و٢٣ أيار/ مايو ٢٠١٢ بالترتيب)

ج ص ع٦٥(٥) اعتماد جدول الأعمال

اعتمدت جمعية الصحة العالمية الخامسة والستون جدول الأعمال المؤقت الذي أعده المجلس التنفيذي في دورته الثلاثين بعد المائة، بعد حذف بندين منه.

(الجلسة العامة الثانية، ٢١ أيار/ مايو ٢٠١٢)

ج ص ع٦٥(٦) التحقق من أوراق الاعتماد

أقرت جمعية الصحة العالمية الخامسة والستون بصحة أوراق اعتماد الوفود التالية: أفغانستان؛ ألبانيا؛ الجزائر؛ أندورا؛ أنغولا؛ الأرجنتين؛ أرمينيا؛ أستراليا؛ النمسا؛ آذربيجان؛ جزر البهاما؛ البحرين؛ بنغلاديش؛ بربادوس؛ بيلاروس؛ بلجيكا؛ بنن؛ بوتان؛ دولة بوليفيا المتعددة القوميات؛ البوسنة والهرسك؛ بوتسوانا؛ البرازيل؛ برونـي دار السلام؛ بلغاريا؛ بوركينا فاصو؛ بوروندي؛ كمبوديا؛ الكاميرون؛ كندا؛ الرأس الأخضر؛ جمهورية أفريقيا الوسطى؛ 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؛ جيبوتي؛ دومينيكا؛ الجمهورية الدومينيكية؛ إكوادور؛ مصر؛ السلفادور؛ غينيا الاستوائية؛ إريتريا؛ إستونيا؛ إثيوبيا؛ فيجي؛ فنلندا؛ فرنسا؛ غابون؛ غامبيا؛ جورجيا؛ ألمانيا؛ غانا؛ اليونان؛ غواتيمالا؛ غينيا؛ غيانا؛ هايتي؛ هندوراس؛ هنغاريا؛ أيسلندا؛ الهند؛ إندونيسيا؛ جمهورية إيران الإسلامية؛ العراق؛ أيرلندا؛ إسرائيل؛ إيطاليا؛ جامايكا؛ اليابان؛ الأردن؛ كازاخستان؛ كينيا؛ كيريباتي؛ الكويت؛ قيرغيزستان؛ جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية؛ لاتفيا؛ لبنان؛ ليسوتو؛ ليبيريا؛ ليبيا؛ ليتوانيا؛ لكسمبرغ؛ مدغشقر؛ ملاوي؛ ماليزيا؛ ملديف؛ مالي؛

مالطة؛ جزر مارشال؛ موريتانيا؛ موريشيوس؛ المكسيك؛ ولايات ميكرونيزيا الموحدة؛ موناكو؛ منغوليا؛ الجبل الأسود؛ المغرب؛ موزامبيق؛ ميانمار؛ ناميبيا؛ ناورو؛ نيبال؛ هولندا؛ نيوزيلندا؛ نيكاراغوا؛ النيجر؛ نيجيريا؛ النرويج؛ عُمان؛ باكستان؛ بالاو؛ بنما؛ بابوا غينيا الجديدة؛ باراغواي؛ بيرو؛ الفلبين؛ بولندا؛ البرتغال؛ قطر؛ جمهورية كوريا؛ جمهورية مولدوفا؛ رومانيا؛ الاتحاد الروسي؛ رواندا؛ سانت كيتس ونيفيس؛ 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؛ السودان؛ سوازيلند؛ السويد؛ سويسرا؛ الجمهورية العربية السورية؛ تايلند؛ جمهورية مقدونية اليوغوسلافية السابقة؛ تيمور – لشتي؛ توغو؛ تونغا؛ ترينيداد وتوباغو؛ 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 السادسة، ٢٣ أيار/ مايو ٢٠١٢)

ج ص ع ٦٥(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 الخامسة والستون، الدول الأعضاء التالية التي لها الحق في تعيين شخص للعمل عضواً في المجلس التنفيذي: أستراليا، آذربيجان، بلجيكا، تشاد، كرواتيا، كوبا، جمهورية إيران الإسلامية، لبنان، ليتوانيا، ماليزيا، ملديف، بنما.

(الجلسة العامة التاسعة، ٢٥ أيار/ مايو ٢٠١٢)

ج ص ع ٦٥(٨) الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها: متابعة الاجتماع الرفيع المستوى للجمعية العامة بشأن الوقاية من الأمراض غير السارية (غير المعدية) ومكافحتها

جمعية الصحة العالمية الخامسة والستون،

إذ تستذكر الإعلان السياسي للاجتماع الرفيع المستوى للجمعية العامة للأمم المتحدة بشأن الوقاية من الأمراض غير السارية (غير المعدية) ومكافحتها،[1] وخاصة الفقرة ٦٢ منها بشأن دعوة منظمة الصحة العالمية إلى أن تعد توصيات لمجموعة من الأهداف العالمية من أجل الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها قبل نهاية عام ٢٠١٢، والالتزامات المقطوعة لمعالجة الأمراض غير السارية، وهي أساساً الأمراض القلبية الوعائية والسرطانات والأمراض التنفسية المزمنة وداء السكري، وما يقترن بها من عوامل الخطر الأساسية المشتركة، ألا وهي تعاطي التبغ والنظام الغذائي غير الصحي والخمول البدني وتعاطي الكحول على نحو ضار؛

١ قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة ٢/٦٦.

وإذ تؤكد مجدداً الدور القيادي الذي تضطلع به المنظمة بوصفها الوكالة المتخصصة الرئيسية في مجال الصحة حسب اعتراف الجمعية العامة للأمم المتحدة ضمن الإعلان السياسي للاجتماع الرفيع المستوى للجمعية العامة بشأن الوقاية من الأمراض غير السارية (غير المعدية) ومكافحتها، ومسؤولية المنظمة بمشاركة الدول الأعضاء[1] التامة عملاً بالفقرتين ٦١ و٦٢ من الإعلان السياسي من أجل وضع إطار عالمي شامل للرصد يمكن تطبيقه في السياقات الإقليمية والقطرية ويشمل مجموعة من المؤشرات ومجموعة من الأهداف العالمية الاختيارية فيما يتعلق بالوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها قبل نهاية عام ٢٠١٢؛

وإذ تستذكر الالتزام المقطوع في القرار ج ص ع٦٠-٢٣ بشأن تحقيق الهدف المتمثل في تقليص معدلات الوفيات الناجمة عن الأمراض غير السارية بنسبة ٢٪ في السنة على مدى السنوات العشر القادمة،

١- رحّبت بالتقريرين الخاصين بالوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها[2] واعترفت بالتقدم الملحوظ المحرز بالتعاون الوثيق مع الدول الأعضاء عملاً بالفقرتين ٦١ و٦٢ من الإعلان السياسي للاجتماع الرفيع المستوى للجمعية العامة بشأن الوقاية من الأمراض غير السارية (غير المعدية) ومكافحتها؛

٢- قررت أن تعتمد هدفاً عالمياً بشأن تقليص معدل الوفيات المبكرة من جراء الأمراض غير السارية بنسبة ٢٥٪ بحلول عام ٢٠٢٥؛

٣- أعربت عن تأييدها الشديد لإنجاز أعمال إضافية بغرض التوصل إلى توافق في الآراء حول الأهداف المتعلقة بعوامل الخطر الرئيسية الأربعة، ألا وهي تعاطي التبغ والنظام الغذائي غير الصحي والخمول البدني وتعاطي الكحول على نحو ضار؛

٤- أحاطت علماً بالتأييد الكبير الذي أبدته الدول الأعضاء[1] وسائر الجهات المعنية بخصوص خمسة أهداف عالمية طوعية أُخذت في الاعتبار حتى ذلك الحين بما فيها الأهداف المتعلقة بمعدل الوفيات وارتفاع ضغط الدم وتعاطي التبغ والملح/ الصوديوم والخمول البدني؛

٥- لاحظت كذلك أن المشاورات التي أُجريت حتى الآن، بما فيها المناقشات التي دارت أثناء جمعية الصحة العالمية الخامسة والستين، بيّنت أن الدول الأعضاء[1] وسائر الجهات صاحبة المصلحة تؤيد وضع أهداف تتصل بالسمنة ومدخول الجسم من الدهون والكحول والكوليسترول وهدف استجابة النظم الصحية مثل إتاحة الأدوية الأساسية لمكافحة الأمراض غير السارية؛

٦- لاحظت أن أهدافاً أو مؤشرات أخرى قد تظهر في السياق المتبقي من عملية متابعة مكافحة الأمراض غير السارية التي أرسيت بناءً على قرار المجلس التنفيذي م ت١٣٠ق٧؛

٧- حثت جميع الدول الأعضاء[1] على المشاركة التامة في جميع الخطوات المتبقية من عملية متابعة الأمراض غير السارية المبيّنة في القرار م ت١٣٠ق٧ بما في ذلك في المشاورات على الصعيدين الإقليمي والعالمي؛

---

١ ومنظمات التكامل الاقتصادي الإقليمي حسب الاقتضاء.

٢ الوثيقتان ج٦٥/٦ وج٦٥/٦ إضافة ١.

٨- طلبت من المدير العام ما يلي:

(١) أن ينهض بمزيد من الأعمال التقنية بشأن الأهداف والمؤشرات ويعدّ ورقة مناقشة منقحة بشأن الإطار العالمي الشامل للرصد تجسد جميع ما أُجري من مناقشات وقُدِّم من وثائق حتى الآن وتراعي القابلية للقياس وإمكانية التحقيق والجدوى واستراتيجيات المنظمة القائمة في هذا المجال؛

(٢) وأن يتشاور مع الدول الأعضاء، [١] بوسائل منها اللجان الإقليمية، والأفرقة التقنية/ أفرقة الخبراء العاملة الإقليمية، حسب الاقتضاء، التي تقدم تقارير بشأن هذه الورقة المنقحة؛

(٣) وأن يواصل التشاور بطريقة شفافة مع جميع الجهات صاحبة المصلحة بشأن ورقة المناقشة المنقحة المذكورة في الفقرة الفرعية (٨) (١)؛

(٤) وأن يعدّ تقريراً يلخص نتائج المناقشات في كل واحدة من اللجان الإقليمية والمدخلات المستشفة من جلسات الحوار المذكورة في الفقرة الفرعية (٨) (٣) التي تُجرى مع الجهات صاحبة المصلحة؛

(٥) أن يعقد اجتماعاً رسمياً للدول الأعضاء[١] قبل نهاية شهر تشرين الأول/ أكتوبر ٢٠١٢، لاستكمال العمل بشأن الإطار العالمي الشامل للرصد، بما يشمل المؤشرات، ومجموعة من الأهداف العالمية الاختيارية فيما يتعلق بالوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها؛

(٦) أن يقدم تقريراً موضوعياً عن التوصيات المتعلقة بالفقرتين ٦١ و٦٢ من الإعلان السياسي للاجتماع الرفيع المستوى للجمعية العامة بشأن الوقاية من الأمراض غير السارية (غير المعدية) ومكافحتها إلى جمعية الصحة العالمية السادسة والستين من خلال المجلس التنفيذي في دورته الثانية والثلاثين بعد المائة.

(الجلسة العامة العاشرة، ٢٦ أيار/ مايو ٢٠١٢)

ج ص ع٦٥(٩) إصلاح منظمة الصحة العالمية

جمعية الصحة العالمية الخامسة والستون،

بعد النظر في الوثائق المقدمة إلى جمعية الصحة العالمية بشأن إصلاح المنظمة؛[١]

وبعد أن وضعت في الاعتبار المداولات التي أُجريت والمقررات الإجرائية التي اتخذها بشأن إصلاح المنظمة المجلس التنفيذي خلال دورته التاسعة والعشرين بعد المائة في أيار/ مايو ٢٠١١، ودورة المجلس التنفيذي الاستثنائية بشأن الإصلاح في تشرين الثاني/ نوفمبر ٢٠١١، ودورته الثلاثين بعد المائة في كانون الثاني/ يناير ٢٠١٢، واجتماع الدول الأعضاء بشأن البرامج وتحديد الأولويات في شباط/ فبراير ٢٠١٢؛

١ الوثائق ج٦٥/٥ وج٦٥/٥ إضافة ١ وج٦٥/٥ إضافة ٢ وج٦٥/٤٠ وج٦٥/٤٣ وج٦٥/ وثيقة معلومات/٦.

قررت ما يلي:

الإصلاحات البرمجية

(١) (أ) الترحيب بتقرير رئيس المجلس التنفيذي عن اجتماع الدول الأعضاء بشأن البرامج وتحديد الأولويات ومعاييرها وفئاتها وإطارها الزمني كما هو موضح في التذييلات الثلاثة:[١]

(ب) مطالبة المدير العام باستخدام الإطار[٢] والإرشادات المتفق عليها والتي قدمتها جمعية الصحة العالمية الخامسة والستون، في صياغة مسودة برنامج العمل العام الثاني عشر والميزانية البرمجية المقترحة للفترة ٢٠١٤–٢٠١٥؛

إصلاحات تصريف الشؤون

(٢) تأييد المقرر الإجرائي الصادر عن الدورة الاستثنائية للمجلس التنفيذي في تشرين الثاني/ نوفمبر ٢٠١١[٣] بشأن تعزيز أساليب عمل وأدوار الأجهزة الرئاسية وتبسيطها وتحسينها؛

(٣) استبقاء الجدول الزمني الحالي لاجتماعات الأجهزة الرئاسية والتطرق مجدداً إلى الموضوع في دورة المجلس التنفيذي التي ستُعقد في كانون الثاني/ يناير ٢٠١٣ وعند التحضير لعرض دراسة جدوى بشأن إمكانية تغيير السنة المالية؛

(٤) تأييد الاقتراحات التالية بشأن تعزيز المواءمة بين اللجان الإقليمية والمجلس التنفيذي؛

(أ) أن يُطلب من اللجان الإقليمية تقديم مدخلات في كل الاستراتيجيات والسياسات والصكوك القانونية، مثل الاتفاقيات واللوائح والمدونات؛

(ب) أن تحيل جمعية الصحة بنوداً معينة إلى اللجان الإقليمية كي تستفيد من المنظورات الإقليمية المتنوعة؛

(ج) أن تقوم اللجان الإقليمية بتكييف إستراتيجيات عالمية وتنفيذها حسب الاقتضاء؛

(د) أن يقدم رؤساء اللجان الإقليمية، بصورة روتينية، إلى المجلس تقريراً موجزاً عن مداولات اللجان؛

(٥) تأييد الاقتراحات التالية بشأن زيادة المواءمة على صعيد اللجان الإقليمية فيما يتعلق بترشيح المديرين الإقليميين واستعراض أوراق الاعتماد ومشاركة المراقبين؛

---

١ انظر الوثيقة ج٦٥/٤٠.

٢ انظر الوثيقة ج٦٥/٥ إضافة ١.

٣ المقرر الإجرائي EBSS2(2).

ترشيح المديرين الإقليميين

(أ) تقوم اللجان الإقليمية، التي لم تقم بذلك بعد، وفقاً لمبادئ العدالة والمساءلة والشفافية، بما يلي:

(١) وضع معايير لاختيار المرشحين؛

(٢) تنفيذ عملية خاصة بتقييم كل مؤهلات المرشحين؛

استعراض أوراق اعتماد الدول الأعضاء

(ب) تقوم اللجان الإقليمية، التي لم تقم بذلك بعد، بتعيين لجان معنية بأوراق الاعتماد، أو بإسناد مهمة استعراض أوراق الاعتماد إلى أعضاء مكتب اللجنة؛

مشاركة المراقبين

(ج) تقوم اللجان الإقليمية، التي لم تقم بذلك بعد، بضمان وجود إجراءات واضحة تمكنها من أن تدعو المراقبين إلى حضور دوراتها، بما في ذلك، حسب الاقتضاء، الدول الأعضاء من الأقاليم الأخرى والمنظمات الحكومية الدولية والمنظمات غير الحكومية؛

(٦) الإحاطة علماً بأن الاختصاصات المنقحة للجنة البرنامج والميزانية والإدارة ستُعرض على المجلس التنفيذي في دورته الحادية والثلاثين بعد المائة؛

(٧) تأييد الاقتراحات التالية بشأن تبسيط عملية اتخاذ القرارات وتحسين اجتماعات الأجهزة الرئاسية؛

(أ) أن يستخدم أعضاء مكتب المجلس المعايير، بما في ذلك المعايير المستخدمة في تحديد الأولويات في مسودة برنامج العمل العام، في استعراض البنود المقدمة لإدراجها في جدول أعمال المجلس؛

(ب) أن ينظر المجلس في تعديل قواعده ونظامه الداخلي من أجل معالجة مسألة التأخر في تقديم مشاريع القرارات؛

(ج) أن تحسّن الأجهزة الرئاسية استخدام الملخصات التي يقدمها الرئيس، والواردة في السجلات الرسمية، على أن يكون مفهوماً أن ذلك لا يحل محل القرارات الرسمية؛

(٨) مطالبة المدير العام بأن يقوم بما يلي، بعد التشاور مع الدول الأعضاء:

(أ) اقتراح خيارات بخصوص التعديلات الممكنة للنظام الداخلي للأجهزة الرئاسية من أجل تقليل عدد بنود جدول الأعمال والتقارير؛

(ب) اقتراح خيارات بخصوص كيفية تبسيط التبليغ من قِبَل الدول الأعضاء والتواصل معها؛

(٩) مطالبة المدير العام بما يلي:

(أ) تقديم مسوّدة ورقة سياسات عن مشاركة المنظمة مع المنظمات غير الحكومية إلى المجلس التنفيذي في دورته الثانية والثلاثين بعد المائة في كانون الثاني/ يناير ٢٠١٣؛

(ب) تقديم مسودة ورقة عن السياسات في مجال العلاقة مع الكيانات التجارية الخاصة إلى المجلس التنفيذي في دورته الثالثة والثلاثين بعد المائة في أيار/ مايو ٢٠١٣؛

(ج) تقديم تقرير عن ترتيبات استضافة المنظمة للشراكات الصحية والمقترحات بشأن تنسيق العمل مع الشراكات المُستضافة إلى المجلس التنفيذي في دورته الثانية والثلاثين بعد المائة؛

وفضلاً عن ذلك، استرشاد المدير العام بالمبادئ التالية في دعم عملية إعداد الوثائق التي تنص عليها الفقرات الفرعية (٩) (أ) و(ب) و(ج):

(١) تظل المحافظة على الطابع الحكومي الدولي لاتخاذ القرارات في المنظمة على أكبر قدر من الأهمية؛

(٢) يتعيّن أن يستند باستمرار وضع القواعد والمعايير والسياسات والاستراتيجيات، الذي يُشكل محور عمل المنظمة، إلى الاستخدام المنهجي للبيِّنات، وأن يحظى باستمرار بالحماية من تأثير أي شكل من المصالح الراسخة؛

(٣) ضرورة التشاور حسب الأصول المرعية مع جميع الأطراف المعنية مع أخذ المبادئ والمبادئ التوجيهية المحددة لعلاقات المنظمة مع الدول الأعضاء وسائر الأطراف بعين الاعتبار؛

(٤) يتعيّن على أي مبادرة جديدة أن تكون لها فوائد واضحة وأن تُضيف قيمة من حيث إثراء السياسات أو زيادة القدرة الوطنية من منظور الصحة العمومية؛

(٥) ينبغي أن يكون للاعتماد على الآليات القائمة الأسبقية على إنشاء منتديات أو اجتماعات أو هياكل جديدة، مع توفير تحليل واضح للطريقة التي يُمكن بها لأي تكاليف إضافية أن تؤدي إلى حصائل أفضل؛

الإصلاحات الإدارية

(١٠) الإحاطة علماً بالتقدم المُحرز في مجال دعم الدول الأعضاء على مستوى التقنيات والسياسات؛

(١١) الإحاطة علماً بالتقدم المُحرز في مجال سياسات التوظيف وممارساته؛

(١٢) مطالبة المدير العام استناداً إلى إرشادات جمعية الصحة العالمية الخامسة والستين، بصقل المقترحات لإضفاء المزيد من الشفافية وإمكانية التنبؤ والمرونة على تمويل المنظمة، وعرضها على المجلس التنفيذي في دورته الثانية والثلاثين بعد المائة؛

(١٣) الإحاطة علماً بالتقدم المُحرز في مجال وضع إطار الرقابة الداخلية للمنظمة؛

(١٤) الإحاطة علماً بالتقدم المُحرز في مجالات المساءلة وإدارة المخاطر وتضارب المصالح وإنشاء مكتب للأخلاقيات؛

(١٥) الإحاطة علماً بأن مسوّدة سياسة تقييم المنظمة ستُعرض على المجلس التنفيذي في دورته الحادية والثلاثين بعد المائة؛

(١٦) (أ) الإحاطة علماً بنتائج وتوصيات تقرير المرحلة الأولى من التقييم المستقل الذي قدمه مراجع الحسابات الخارجي؛[١]

(ب) الإحاطة علماً بالاختصاصات المقترحة للمرحلة الثانية من التقييم المستقل، على النحو المبين في تقرير مراجع الحسابات الخارجي، ومطالبة المدير العام بتقديم ورقة حول الأساليب المحددة لهذا التقييم كي تنظر فيها دورة المجلس التنفيذي الثانية والثلاثين بعد المائة؛

(١٧) الإحاطة علماً بالتقدم المُحرز في مجال الاتصالات الاستراتيجية؛

(١٨) اعتماد مقررات المجلس الإجرائية والاستنتاجات التي توصل إليها خلال دورته الاستثنائية بشأن الإصلاح فيما يتعلق بالفعالية والمواءمة والكفاءة التنظيمية، وتمويل المنظمة، وسياسات وإدارة الموارد البشرية، والتخطيط والإدارة والمساءلة القائمة على النتائج، والاتصالات الاستراتيجية؛[٢]

(١٩) مطالبة المدير العام بتقديم تقرير عن طريق دورة المجلس التنفيذي الثانية والثلاثين بعد المائة إلى جمعية الصحة العالمية السادسة والستين بشأن التقدم المحرز في تنفيذ عملية إصلاح المنظمة على أساس إطار الرصد والتنفيذ.

(الجلسة العامة العاشرة، ٢٦ أيار/ مايو ٢٠١٢)

ج ص ع٦٥(١٠) الصندوق المشترك للمعاشات التقاعدية لموظفي الأمم المتحدة: تعيين ممثلين في لجنة المعاشات التقاعدية لموظفي منظمة الصحة العالمية

رشحت جمعية الصحة العالمية الخامسة والستون الدكتور علي جعفر محمد من وفد عمان كعضو، والدكتور ميشيل تايلهاديز من وفد سويسرا كعضو بديل، في لجنة المعاشات التقاعدية لموظفي منظمة الصحة العالمية لمدة ثلاث سنوات حتى أيار/ مايو ٢٠١٥.

(الجلسة العامة العاشرة، ٢٦ أيار/ مايو ٢٠١٢)

---

١ الوثيقة ج٦٥/٥ إضافة ٢.

٢ المقرر الإجرائي EBSS2(3).

ج ص ع٦٥(١١) اختيار البلد الذي ستُعقد فيه جمعية الصحة العالمية السادسة والستون

قررت جمعية الصحة العالمية الخامسة والستون، وفقاً للمادة ١٤ من الدستور، أن تعقد جمعية الصحة العالمية السادسة والستون في سويسرا.

(الجلسة العامة العاشرة، ٢٦ أيار/ مايو ٢٠١٢)

الملاحق

الملحق ١

عقد المدير العام[1]

[ج٦٥/٤ تنقيح ١ – ٢٦ نيسان/ أبريل ٢٠١٢]

عقد المدير العام

أُبرم **هذا العقد** في يوم الثالث والعشرين من شهر أيار/ مايو من عام ألفين واثني عشر بين منظمة الصحة العالمية (ويشار إليها فيما يلي بالمنظمة) طرف أول، والدكتورة مارغريت تشان فونغ (ويشار إليه فيما يلي بالمدير العام) طرف ثان.

بما أن

(١) المادة ٣١ من دستور المنظمة تنص على أن المدير العام للمنظمة تعينه جمعية الصحة العالمية (ويشار إليها فيما يلي بجمعية الصحة) بناء على ترشيح المجلس التنفيذي (ويشار إليه فيما يلي بالمجلس) حسب الشروط التي تقررها جمعية الصحة؛

(٢) وأن المدير العام قد تم ترشيحه من قبل المجلس، حسب الأصول المرعية، وقامت جمعية الصحة بتعيينه في جلستها المنعقدة يوم الثالث والعشرين من شهر أيار/ مايو من عام ألفين واثني عشر، وذلك لمدة خمس سنوات.

وإشهاداً على هذا تم الاتفاق بموجب هذا العقد على ما يلي:

أولاً: (١) يتولى المدير العام مهام منصبه ابتداءً من يوم الأول من تموز/ يوليو من عام ألفين واثني عشر حتى اليوم الثلاثين من حزيران/ يونيو من عام ألفين وسبعة عشر وهو التاريخ المحدد لانتهاء التعيين ولانتهاء هذا العقد.

(٢) يمارس المدير العام، تحت سلطة المجلس، وظائف المسؤول التقني والإداري الأعلى للمنظمة، كما يضطلع بالواجبات التي يحددها الدستور ولوائح المنظمة وتلك التي تسندها إليه جمعية الصحة أو يسندها إليه المجلس.

(٣) يخضع المدير العام لأحكام النظام الأساسي للموظفين بقدر ما تسري عليه. وليس له على الأخص أن يشغل أي منصب إداري آخر أو أن يتقاضى أية مكافآت من أية مصادر خارجية عن أعمال تتعلق بالمنظمة. وليس له أن يشتغل بالأعمال التجارية أو أن يلتحق بأي عمل أو أن يمارس أي نشاط يتعارض مع واجباته في المنظمة.

---

١ انظر القرار ج ص ع٦٥-١.

(٤) يتمتع المدير العام، خلال فترة هذا التعيين، بكل الامتيازات والحصانات المرتبطة بمنصبه بمقتضى دستور المنظمة وبمقتضى الترتيبات القائمة ذات الصلة أو التي سيتم إبرامها في المستقبل.

(٥) يجوز للمدير العام في أي وقت أن يبلّغ المجلس كتابياً برغبته في الاستقالة بموجب إشعار مدته ستة أشهر، وللمجلس سلطة قبول الاستقالة نيابة عن جمعية الصحة، وفي هذه الحالة، وعند انقضاء فترة الإشعار المذكورة، يتوقف المدير العام عن شغل المنصب وينتهي هذا العقد.

(٦) يحق لجمعية الصحة، بناء على اقتراح المجلس وبعد الاستماع إلى المدير العام، أن تنهي هذا العقد لأسباب ذات خطورة استثنائية قد تلحق الضرر بمصالح المنظمة، على أن تبلّغ المدير العام بذلك كتابة قبل موعد الإنهاء بستة أشهر على الأقل.

ثانياً: (١) ابتداءً من يوم الأول من تموز/ يوليو من عام ألفين واثني عشر يتقاضى المدير العام من المنظمة راتباً سنوياً وقدره مائتان واثنان وثلاثون ألفاً وثمانمائة وتسعة وخمسون دولاراً أمريكياً، قبل الاقتطاع الإلزامي، ليصبح الراتب الصافي (يُدفع شهرياً) مائة وستة وسبعين ألفاً وخمسمائة وواحد دولار أمريكي في السنة للمعيل (مائة وستة وخمسون ألفاً وتسعمائة وأربعة وستون دولاراً أمريكياً لغير المعيل) أو ما يعادل ذلك بأية عملة أخرى يتم الاتفاق عليها بين طرفي هذا العقد.

(٢) بالإضافة إلى العلاوات والبدلات المعتادة المقررة للموظفين بموجب لائحة الموظفين، يحصل المدير العام على بدل تمثيل قدره واحد وعشرون ألف دولار أمريكي سنوياً أو ما يعادلها بأية عملة أخرى يتم الاتفاق عليها بين طرفي هذا العقد، ويدفع هذا البدل شهرياً اعتباراً من يوم الأول من تموز/ يوليو عام ألفين واثني عشر. ويكون للمدير العام مطلق الحرية في إنفاق هذا البدل للوفاء بمتطلبات التمثيل المرتبطة بواجباته الرسمية. ويحق له الحصول على البدلات المسموح باستردادها مثل بدلات السفر ونفقات الانتقال التي تسدد عند التعيين وعند تغيير المقر الرسمي وانتهاء التعيين أو عند السفر في مهمة رسمية أو لقضاء إجازة في الوطن.

ثالثاً: تخضع شروط هذا العقد المتعلقة بمعدلات الراتب وبدل التمثيل للمراجعة والتعديل من قبل جمعية الصحة بناء على اقتراح المجلس، وبعد التشاور مع المدير العام، بغية تحقيق التوافق بينها وبين شروط استخدام الموظفين التي تقرر جمعية الصحة تطبيقها على الموظفين الموجودين في الخدمة.

رابعاً: إذا ظهر أي خلاف في تفسير مواد هذا العقد أو أي نزاع يتعلق به دون التمكن من تسويته بالتفاوض أو الاتفاق يحال إلى المحكمة المختصة المنصوص عليها في لائحة الموظفين لاتخاذ قرار نهائي بشأنه.

وإثباتاً لما تقدم وقّع الطرفان على هذا العقد في التاريخ المحدد أعلاه.

[تم التوقيع]
الدكتورة مارغريت تشان
المدير العام لمنظمة الصحة العالمية

[تم التوقيع]
الأستاذة تيريز نديري – يومان
رئيس جمعية الصحة العالمية

الملحق ٢

خطة التنفيذ الشاملة بشأن تغذية الأمهات والرضّع وصغار الأطفال[١]

[ج٦٥/١١ – ٢٦ نيسان/ أبريل ٢٠١٢
وج٦٥/١١ تصويب ١ – ١١ أيار/ مايو ٢٠١٢]

الأسباب المنطقية

تحديات التغذية العالمية تتسم بتعدد جوانبها

١- يُعد حصول الإنسان على القدر الكافي من المُغذِّيات منذ السنوات الأولى من عمره، أمراً حاسماً لضمان نموه الجسماني والعقلي وتمتعه بالصحة على المدى الطويل. وقد أدى عدم توفُّر الغذاء ذي الجودة التغذوية الكافية أو عدم إمكانية الحصول عليه، أو التعرض لظروف تعوق امتصاص الجسم واستفادته من المُغذِّيات، إلى إصابة قطاع كبير من السكان في العالم بنقص التغذية، أو عوز الفيتامينات والمعادن، أو زيادة الوزن والبدانة، مع وجود تباينات كبيرة بين المجموعات السكانية. وعادة ما تتزامن هذه الظروف وترتبط ببعضها البعض.

٢- وينتشر منسب كتلة الجسم المنخفض وقصر القامة انتشاراً واسعاً بين الأمهات في البلدان المنخفضة الدخل، ويُسفر عن ضعف نمو الأجنة، وزيادة احتمالات حدوث مضاعفات الحمل، وضرورة اللجوء إلى معينات الولادة.[٢] وفي بعض بلدان جنوب وسط آسيا، يقل عن ١٤٥ سم طول نسبة تزيد عن ١٠٪ من النساء اللائي تتراوح أعمارهن بين ١٥ و٤٩ عاماً. وفي أفريقيا جنوب الصحراء، وجنوب وسط وجنوب شرق آسيا، تزيد عن ٢٠٪ نسبة النساء اللاتي يقل منسب كتلة الجسم لديهن عن ١٨,٥ كلغ/م٢، في حين ترتفع هذه النسبة إلى ٤٠٪ في بنغلاديش وإريتريا والهند. وفي المقابل، فإن نسبة النساء اللواتي يبدأن الحمل بمنسب كتلة جسم يتجاوز ٣٠ كلغ/م٢ في تزايد، ويُسفر ذلك عن حدوث مضاعفات الحمل والولادة ويؤدي إلى زيادة الوزن عند الميلاد وزيادة احتمال إصابة الأطفال بالبدانة.

٣- ويُصيب فقر الدم الناجم عن عوز الحديد ٣٠٪ من النساء في سن الإنجاب (٤٦٨ مليون)، و٤٢٪ من الحوامل (٥٦ مليون). ويرتبط فقر الدم لدى الأمهات بانخفاض الوزن عند الميلاد وزيادة خطر وفيات الأمهات. ولم تتحسن معدلات الإصابة بفقر الدم تحسناً كبيراً على مدى العقدين الأخيرين.[٣]

---

١ اعتمدتها جمعية الصحة العالمية الخامسة والستون في القرار ج ص ع٦٥-٦.

٢ Black RE et al. Maternal and Child Undernutrition Study Group. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *Lancet,* 2008; **371**:243-260. Data are also taken from the Monitoring and Evaluation to Assess and Use Results Demographic and Health Surveys (MEASURE DHS) project http://www.measuredhs.com/Data/) (اطُّلِع عليه في ٢٧ آذار/ مارس ٢٠١٢).

٣ United Nations System Standing Committee on Nutrition. *Progress in nutrition: Sixth report on the world nutrition situation.* Geneva, United Nations System Standing Committee on Nutrition Secretariat, 2010.

٤- ويولد سنوياً ما يُقدَّر بنحو ١٣ مليون طفل مصاب بتأخر النمو داخل الرحم[١] ونحو ٢٠ مليون طفل ممن يعانون من انخفاض الوزن عند الميلاد.[٢] ويزيد خطر تعرض الطفل منخفض الوزن عند الميلاد للمراضة والوفاة، كما يكون أكثر عرضة للإصابة بالأمراض غير السارية مثل السكر وارتفاع ضغط الدم في المستقبل.

٥- وفي عام ٢٠١٠ كان نحو ١١٥ مليون من الأطفال في العالم يعانون من انخفاض أوزانهم عن المعدل الطبيعي، و٥٥ مليون طفل يعانون من عدم تناسب أوزانهم مع أطوالهم، و١٧١ مليون طفل دون الخامسة من عمرهم مصابين بالتقزُّم.[٣] ويُقدَّر أن نسبة الأطفال دون الخامسة الذين يعانون من انخفاض الوزن في البلدان النامية قد تراجعت من ٢٩٪ إلى ١٨٪ بين عامي ١٩٩٠ و٢٠١٠، ولكن يظل هذا المعدل غير كافٍ لتحقيق الغاية ١- جيم من الهدف الأول من الأهداف (المرامي) الإنمائية للألفية والذي يتمثل في تراجع مستويات انخفاض الوزن عند الميلاد إلى النصف في الفترة بين عامي ١٩٩٠ و٢٠١٥. وقد شهدت آسيا وأمريكا اللاتينية تراجعاً كافياً، ولكن ما زالت هناك حاجة إلى بذل جهود كبيرة في أفريقيا. وفي المقابل كان هناك في عام ٢٠١٠ ثلاثة وأربعون مليون طفل دون سن الدراسة يعانون من زيادة الوزن أو البدانة في البلدان النامية والمتقدمة.[٤] وقد تسارعت معدلات انتشار البدانة في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل خلال السنوات العشر الماضية؛ وسيبلغ هذا المعدل وفقاً لتقديرات منظمة الصحة العالمية ١١٪ بحلول عام ٢٠١٥، ليقترب بذلك من معدل الانتشار في بلدان الشريحة العليا من البلدان المتوسطة الدخل (١٢٪). والأطفال البدناء أكثر عرضة من غيرهم لأن يصبحوا بدناء عندما يكبرون؛ وهم أكثر عرضة كذلك لخطر الإصابة بالنوع الثاني من السُكري وأمراض الكبد واضطرابات التنفس المرتبطة بالنوم؛ وتقل احتمالات أدائهم الجيد في المجال الاجتماعي والاقتصادي في حياتهم المستقبلية.

٦- ويصيب فقر الدم ٤٧,٤٪ (٢٩٣ مليون) من فئة الأطفال دون سن الدراسة،[٥] كذلك فإن ٣٣,٣٪ (١٩٠ مليون) من فئة الأطفال دون سن الدراسة مصابون بعوز فيتامين ألف.[٦]

٧- وتتأثر الحالة التغذوية أيضاً بعدة عوامل بيئية. ففي البلدان التي يرتفع فيها معدل انتشار الإصابة بفيروس العوز المناعي البشري، تؤثر الإصابة بالفيروس على الحالة التغذوية للنساء والأطفال المصابين تأثيراً مباشراً وتأثيراً غير مباشر من خلال تبديل حالة الأمن الغذائي للأسرة واختيار ممارسات تغذية الأطفال غير الملائمة في سبيل الوقاية من انتقال الفيروس من الأم إلى طفلها. كذلك فإن تراجع الأمن الغذائي يؤدي إلى زيادة السلوك الذي ينطوي على مخاطرة من جانب النساء مما يجعلهن أكثر عرضة للإصابة بعدوى فيروس العوز المناعي البشري. كما يؤثر استعمال التبغ (سواء التدخين أو التبغ العديم الدخان) أثناء الحمل سلباً على صحة الجنين. ويزيد التدخين المباشر وكذلك تعرض الأم للتدخين غير المباشر أثناء الحمل من احتمال حدوث مضاعفات الحمل، بما في ذلك انخفاض الوزن عند الميلاد والولادة المُبتسرة. وتشهد أعداد المدخنين تزايداً في العديد من البلدان المنخفضة إلى المتوسطة الدخل، لاسيما بين الفتيات والنساء في سن الإنجاب. ورغم انخفاض

---

١ de Onis M, Blössner M, Villar J. Levels and patterns of intrauterine growth retardation in developing countries. *European Journal of Clinical Nutrition,* 1998; **52**(Suppl.1):S5-S15.

٢ United Nations Children's Fund and World Health Organization, *Low birthweight: country, regional and global estimates.* New York, United Nations Children's Fund, 2004.

٣ Underweight and stunting, in: *World Health Statistics 2010*, Geneva, World Health Organization, 2010.

٤ de Onis M, Bloessner M, Borghi E. Global prevalence and trends of overweight and obesity among preschool children. Am J Clin Nutr 2010;92:1257–6.

٥ De Benoist B, McLean E, Egli I, Cogswell M (Eds). *Worldwide prevalence of anaemia 1993–2005: WHO global database on anaemia.* Geneva, World Health Organization, 2008, pp.1–40.

٦ *Global prevalence of vitamin A deficiency in populations at risk 1995–2005: WHO global database on vitamin A deficiency.* Geneva, World Health Organization, 2009.

نسبة المدخنات في العديد من البلدان، إلا أن النساء وأطفالهن لايزالون يواجهون مخاطر الحمل الجسيمة بسبب تعرضهم للتدخين غير المباشر. ومن ناحية أخرى يتسبب استعمال التبغ في نقل الملوثات إلى الجنين عبر المشيمة وإلى المواليد عبر الرضاعة الطبيعية. كما يحد الإنفاق على التبغ من قدرة الأسر على توفير تغذية أفضل للنساء الحوامل والأطفال.

٨- ويُعد سوء التغذية لدى الأطفال السبب المؤدي للوفاة في نسبة تقدر بنحو ٣٥٪ من إجمالي وفيات الأطفال دون الخامسة من العمر. ويموت ما يزيد عن ٢ مليون طفل سنوياً قبل بلوغهم سن الخامسة من جراء نقص التغذية، كما يُقدَّر أن فقر الدم الناجم عن عوز الحديد يسهم سنوياً في وفاة عدد كبير من الأمهات في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل. ويتسبب نقص التغذية لدى الأمهات والأطفال في ١١٪ من إجمالي عبء المرض العالمي.[١]

٩- ويؤثر سوء التغذية سلباً على نمو المدارك، والأداء المدرسي، والإنتاجية. ويُعد التقزُّم وعوز اليود والحديد، بالإضافة إلى عدم كفاية الحفز المعرفي، ضمن العوامل الرئيسية التي تسهم في عجز ما يقدر بنحو ٢٠٠ مليون طفل عن تحقيق كامل إمكاناتهم الإنمائية. وترتبط كل زيادة بنسبة ١٪ في طول قامة البالغين بزيادة قدرها ٤٪ في الأجور الزراعية[٢] كما أن القضاء على فقر الدم من شأنه أن يؤدي إلى زيادة بنسبة ٥٪ إلى ١٧٪ في إنتاجية البالغين. ويمثل سوء التغذية عائقاً في سبيل التقدم صوب تحقيق الهدف الأول من الأهداف الإنمائية للألفية (القضاء على الفقر المدقع والجوع) والهدف الثاني (تحقيق تعميم التعليم الابتدائي)، والهدف الثالث (تعزيز المساواة بين الجنسين)، والهدف الرابع (تخفيض معدل وفيات الأطفال)، والهدف الخامس (تحسين صحة الأمومة)، والهدف السادس (مكافحة فيروس العوز المناعي البشري/ الأيدز والملاريا وغيرهما من الأمراض).

هناك إجراءات فعالة بشأن التغذية ولكن لم يتم التوسع في تنفيذها بالقدر الكافي

١٠- أشار استعراض وتحليل للدول الأعضاء في الفترة ٢٠٠٩-٢٠١٠[٣] إلى أن معظم البلدان تطبق مجموعة من السياسات والبرامج بشأن التغذية. ولكن هذه السياسات غالباً ما تكون غير كافية لمواجهة ما تتسم به التحديات التي تطرحها تغذية الأمهات والرضَّع وصغار الأطفال من تعقيد، ولذا تعجز عن بلوغ النتائج المتوقعة.

١١- وحتى في حال وجود السياسات التغذوية، فإنها لا تكون دائماً قد اعتمدت رسمياً، وعادة ما لا تنص على خطط تشغيلية وبرامج عمل واضحة الأهداف والغايات، والأطر الزمنية، والمنجزات، ولا تُحدد أدوار ومسؤوليات كل من الأطراف المعنية، ولا تُعرِّف الاحتياجات من القوى العاملة والقدرات؛ كما أنها لا تتضمن تقييم العملية وحصائلها.

١٢- وقد أشار استعراض السياسات إلى أن معالجة نقص التغذية لدى الأمهات لا يُمثل إحدى الأولويات في البلدان التي تعاني من ارتفاع عبء وفيات الأمهات. ومن البلدان الستة والثلاثين التي لديها العبء الأكبر من نقص التغذية، هناك عدد قليل يُطبِّق المجموعة الكاملة من التدخلات الفعالة على نطاق وطني للوقاية من انخفاض الوزن لدى الأطفال ونقص التغذية لدى الأمهات، وتعزيز النماء في مرحلة الطفولة المبكرة.

---

١ Black RE et al. Maternal and Child Undernutrition Study Group. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *Lancet.* 2008; **371**:243–260.

٢ Haddad L, Bouis HE. *The impact of nutritional status on agricultural productivity: wage evidence from the Philippines*. Warwick (United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland), Development Economics Research Centre. Papers, No. 97, 1989.

٣ انظر http://www.who.int/nutrition/EB128_18_Backgroundpaper1_A_review_of_nutritionpolicies.pdf (اطُّلع عليه في ٢٧ آذار/ مارس ٢٠١٢).

١٣- وتفتقر التدخلات التي يمكن أن يديرها قطاع الصحة مباشرة إلى إرشادات التنفيذ المُفصَّلة، ولا تُطبق سوى جزئياً حيثما تتسم النُظم الصحية بالضعف. وقد اعتمد العديد من البلدان استراتيجيات متكاملة لصحة الأم والوليد والطفل تتضمن التدخلات التغذوية، ولكن تقديم مرافق الخدمات الصحية للدعم التغذوي الفعلي عادة ما يكون غير كافٍ، ولا يتوفر سوى عدد قليل من المؤشرات لقياس مدى التغطية.

١٤- كذلك فإن استراتيجيات التنمية الوطنية لا تولي التغذية الاهتمام اللازم. وعادة ما تُركز سياسات الغذاء والتغذية على المعلومات وعلى نماذج الخيارات المستنيرة، وقلما تهتم بالإجراءات الهيكلية والمالية والتنظيمية الهادفة إلى تغيير البيئات الغذائية غير المواتية.

١٥- ولا يوجد تنسيق جيد بين مختلف الأطراف الفاعلة في تنفيذ البرامج. ففي كافة الأقاليم تم تنسيق السياسات وإدارتها في معظمه داخل وزارات الصحة، وشاركت وزارات التعليم، والزراعة، والغذاء، والرعاية الاجتماعية، بمدخلات متغيرة. ويعتمد تنفيذ السياسات والبرامج في كثير من الأحوال على التمويل الخارجي ولا يتسم بطابع الاستدامة. أما رصد الأنشطة فلا يُنفَّذ بانتظام أو يُنفَّذ تنفيذاً سيئاً.

١٦- ولم يتم تنفيذ المدونة الدولية لقواعد تسويق بدائل لبن الأم، ولا قرارات جمعية الصحة اللاحقة ذات الصلة، بالقدر نفسه في جميع البلدان. فقد وُضعت اللوائح القانونية في ١٠٣ دول أعضاء وصِيغت في تسع دول أخرى، في حين يعتمد نحو ٣٧ دولة من الدول الأعضاء على الامتثال الطوعي لمصنعي بدائل لبن الأم، ولم تتخذ ٢٥ دولة عضواً أي إجراءات لإنفاذ المدونة، ولا تتوفر المعلومات بالنسبة لعشرين دولة أخرى.[١]

١٧- وفي معظم الدول الأعضاء المائة وثلاث تنص التشريعات على أحكام تحظُر ترويج منتجات معينة بين الجمهور العام، والعاملين في مجال الصحة، وفي مرافق الرعاية الصحية، وتفرض شروط التوسيم. وهناك عدد أقل من الدول الأعضاء التي وضعت أحكاماً بشأن التحذير من التلوث، وعدم السماح بالمزاعم التغذوية والصحية.

١٨- ووضع أقل من ٥٠٪ من البلدان التي اتخذت التدابير القانونية أحكاماً قانونية بشأن رصد تنفيذ المدونة. ويبلغ عدد البلدان التي أنشأت آليات للأداء و/ أو الرصد و/ أو الإنفاذ ٣٧ بلداً فقط، ولا يتوفر إلا القليل من المعلومات حول تشكيل هذه الآليات وولاياتها ووظائفها.

١٩- وتواصل المكاتب الإقليمية تحديث المعلومات حول تنفيذ المدونة. ويشير استعراض حديث أجرته منظمة الصحة للبلدان الأمريكية للتنفيذ في الفترة ١٩٨١-٢٠١١[٢] إلى أن ١٦ بلداً قد وضعت تدابير قانونية وأن ستة منها تنظم تنفيذ القانون ذا الصلة. وأشار استعراض أجرته اليونيسيف في عام ٢٠٠٧ إلى أن نصف بلدان غرب ووسط أفريقيا الأربعة والعشرين[٣] قد وضع تدابير قانونية شاملة.

---

١ المعلومات الواردة من اليونيسيف؛ تتضمن هذه البلدان أيضاً الدول الأعضاء التي أبلغت عن تنفيذ المدونة كما ينبغي بموجب المدونة في المادتين ١١-٦ و١١-٧. أرسلت الاستبيانات إلى الدول الأعضاء في عامي ٢٠٠٧ و٢٠٠٩ وتضمنت الوثيقتان ج١٧/٦١ إضافة ١، الفرع "واو"، وج٩/٦٣ موجزاً للنتائج.

٢ Sokol E, Aguayo V, Clark D. *Protecting breastfeeding in West and Central Africa: 25 years implementing the International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes.* Dakar, UNICEF Regional Office for West and Central Africa, 2007.

٣ 30 años del Código en América Latina: Un recorrido sobre diversas experiencias de aplicación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna en la Región entre 1981 y 2011. Washington DC, PAHO, 2011.

الهدف والغايات والإطار الزمني

٢٠- تهدف الخطة إلى تخفيف العبء المزدوج الناجم عن سوء التغذية لدى الأطفال، بدءاً من مراحل النمو المبكرة. ويمكن تحقيق الفوائد الهامة بتركيز الجهود على فترة الحمل والعامين الأولين من العمر، ولكن ينبغي في الوقت نفسه النظر في اتباع نهج شامل لمراحل الحياة حتى يمكن الحفاظ على الحالة التغذوية الجيدة.

٢١- ويمكن إحراز التقدم على المدى القريب، إذ إن مُعظم مشكلات التغذية للجيل الحالي قابلة للحل. فالتدخلات التغذوية الحالية على سبيل المثال، قادرة على درء ثلث حالات التقزُّم على الأقل على المدى القريب.[١] ومع ذلك فإن القضاء التام على بعض الحالات يتطلب إطاراً زمنياً أطول، وينبغي الالتزام بالاستثمار لمدة عقد من الزمن في التوسع في التدخلات التغذوية بهدف تجنب وفاة مليون طفل سنوياً. ومراعاة للحاجة إلى مواءمة تنفيذ الخطة مع سائر أطر التنمية المراعية أيضاً لموضوع التغذية، فإن من المُقترح أن يمتد إطار هذه الخطة الزمني إلى ١٣ عاماً (٢٠١٢-٢٠٢٥)، على أن يتم الإبلاغ عنها مرة واحدة كل سنتين حتى عام ٢٠٢٢، ويُعدّ آخر تقرير عنها في عام ٢٠٢٥.

٢٢- وتُعد الغايات العالمية هامة من أجل تحديد المجالات ذات الأولوية والتحفيز على إحداث تغيير عالمي، وقد تكون مصدر إلهام للتوصل إلى خيارات بشأن الأولويات والتطلعات الراسخة على الصعيد القطري. ولا يُقصد بهذه الغايات فرض خيارات فرادى البلدان والأقاليم، وإنما هي غايات قد يُستعان بها في قياس الإنجازات ووضع أُطر المساءلة. ومن الضروري تحديد الغايات فيما يتعلق بالظروف التغذوية المسؤولة عن عبء كبير من المراضة والوفيات ذات الصلة بالتغذية في فترة الحمل وخلال العامين الأولين من العمر، ألا وهي: التقزُّم، وفقر الدم لدى الأمهات، وانخفاض الوزن عند الميلاد.[٢] أما انخفاض وزن الطفل – والذي يُمثل التقزُّم النسبة الأكبر منه – فهو السبب الرئيسي للوفاة وسنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز لدى الأطفال دون الخامسة، في حين يسهم عوز الحديد في وفيات الأمهات في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل. وستكون هذه الغايات مكملة للغاية ١- جيم من الهدف الأول من الأهداف الإنمائية للألفية ومُعززة لها، فيما يتعلق بالحد من انتشار انخفاض الوزن لدى الأطفال. وهناك ما يستدعي تحديد غاية رابعة في إطار هذا الهدف بشأن الأطفال ذوي الأوزان الزائدة، نظراً للزيادة السريعة التي يشهدها العالم في انتشار هذه الظاهرة. وتستند الغايات المقترحة إلى خبرات البلدان وإلى وجود تدخلات فعالة قائمة بالفعل.

٢٣- **الغاية العالمية ١: بحلول عام ٢٠٢٥ خفض التقزُّم لدى الأطفال دون سن الخامسة بنسبة ٤٠٪.** تنطوي هذه الغاية على تحقيق تخفيض نسبي قدره ٤٠٪ في عدد الأطفال المصابين بالتقزُّم بحلول عام ٢٠٢٥ بالمقارنة مع البيانات الأساسية لعام ٢٠١٠. وسيعني ذلك تحقيق تخفيض نسبي نسبته ٣,٩٪ سنوياً في الفترة الواقعة بين عامي ٢٠١٢ و٢٠٢٥،[٣] وسيدل ضمناً على تقليل عدد الأطفال المصابين بالتقزُّم من ١٧١ مليون طفل في عام ٢٠١٠ إلى ما يقارب ١٠٠ مليون طفل، أي تخفيض عددهم بمقدار ٢٥ مليون طفل تقريباً في حال لم تتغير الاتجاهات المختطة حالياً.[٤] وأُجري تحليل في الفترة الواقعة بين عامي ١٩٩٥ و٢٠١٠[٥] في

---

١ Bhutta ZA et al. for the Maternal and Child Undernutrition Study Group. What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival. *Lancet* 2008; 371:417–440.

٢ طالبت الدول الأعضاء بتحديد الغايات العالمية أثناء المشاورات الإقليمية. وقد نوقشت مسوّدة الغايات أثناء المشاورات الإقليمية في إقليم الأمريكتين وإقليم شرق المتوسط، ولكن يلزم عقد مشاورات أكثر توسعاً مع الدول الأعضاء في المجلس التنفيذي ومن خلال المشاورات الإلكترونية.

٣ $r=\ln(P1/P2)/t$

٤ de Onis M, Bloessner M, Borghi E. Prevalence and trends of stunting among pre-school children, 1990–2020. Pub Health Nut 2012;15:142–148.

٥ حُصِل عليها من ٤٣٠ معلومة.

١١٠ بلدان ينتشر فيها التقزُّم في حالتين اثنتين على الأقل، كشف النقاب عن أن معدلات التقزُّم في العالم آخذة في الانخفاض بواقع نسبته ١,٨٪ سنوياً (٢,٦٪ في البلدان التي ترتفع فيها معدلات انتشار التقزُّم إلى أكثر من ٣٠٪). وقد حقّقت البلدان في هذه الفترة تخفيضاً نسبته ٢٠٪ بواقع ٣,٩٪ أو أعلى.

٢٤- **الغاية العالمية ٢: بحلول عام ٢٠٢٥ خفض الإصابة بفقر الدم لدى النساء في سن الإنجاب بنسبة ٥٠٪.** تنطوي هذه الغاية على تحقيق تخفيض نسبي مقداره ٥٠٪ بحلول عام ٢٠٢٥ في عدد النساء غير الحوامل اللاتي في سن الإنجاب (١٥-٤٩ عاماً) من المصابات بفقر الدم بالمقارنة مع البيانات الأساسية المحددة في الفترة ١٩٩٣-٢٠٠٥ والمُستخدمة كنقطة انطلاق مرجعية. وسيعني ذلك تحقيق تخفيض نسبي بنسبة ٥,٣٪ سنوياً في الفترة الواقعة بين عامي ٢٠١٢ و٢٠٢٥، وسيشير ضمناً إلى تخفيض عدد النساء غير الحوامل من المصابات بفقر الدم إلى ما يقارب ٢٣٠ مليون امرأة. وأثبتت بلدان عديدة أنها حققت تخفيضاً في معدلات انتشار الإصابة بفقر الدم بين النساء غير الحوامل على غرار ما ورد في دراسات استقصائية وطنية متكررة أُبلِغ عن إجرائها في التقرير السادس عن حالة التغذية في العالم الصادر عن اللجنة الدائمة التابعة لمنظومة الأمم المتحدة والمعنية بالتغذية:[١] خُفِّضت المعدلات في الصين من ٥٠٪ إلى ١٩,٩٪ في غضون ٢١ عاماً (١٩٨١-٢٠٠٢)؛ وفي نيبال من ٦٥٪ إلى ٣٤٪ في غضون ٨ أعوام (١٩٩٨-٢٠٠٦)؛ وفي سري لانكا من ٥٩,٨٪ إلى ٣١,٩٪ في غضون ١٣ عاماً (١٩٨٨-٢٠٠١)؛ وفي كمبوديا من ٥٦,٢٪ إلى ٤٤,٤٪ في غضون ٦ أعوام (٢٠٠٠-٢٠٠٦)؛ وفي فييت نام من ٤٠٪ إلى ٢٤,٣٪ في غضون ١٤ عاماً (١٩٨٧-٢٠٠١)؛ وفي غواتيمالا من ٣٥٪ إلى ٢٠,٢٪ في غضون ٧ أعوام (١٩٩٥-٢٠٠٢). وتشير هذه المعدلات إلى تحقيق تخفيض نسبي يتراوح مقداره بين ٤٪ و٨٪ سنوياً.

٢٥- **الغاية العالمية ٣: بحلول عام ٢٠٢٥ خفض معدلات انخفاض الوزن عند الميلاد بنسبة ٣٠٪.** تنطوي هذه الغاية على تحقيق تخفيض نسبي قدره ٤٠٪ بحلول عام ٢٠٢٥ في عدد الرضع الذين تقل أوزانهم عن ٢٥٠٠ غرام عند الميلاد بالمقارنة مع البيانات الأساسية المحددة في الفترة ٢٠٠٦-٢٠١٠ والمُستخدمة كنقطة انطلاق مرجعية. وسيعني ذلك تحقيق تخفيض نسبي نسبته ٣,٩٪ سنوياً في الفترة الواقعة بين عامي ٢٠١٢ و٢٠٢٥. وفي بنغلاديش والهند، حيث يولد قرابة نصف أطفال العالم ذوي الأوزان المنخفضة عند الميلاد، تراجع معدل انتشار انخفاض الوزن عند الميلاد من ٣٠,٠٪ إلى ٢١,٦٪ (بين عامي ١٩٩٨ و٢٠٠٦) ومن ٣٠,٤٪ إلى ٢٨,٠٪ (بين عامي ١٩٩٩ و٢٠٠٥). وقد لوحظ انخفاض في معدل انتشار انخفاض الوزن عند الميلاد في السلفادور (من ١٣٪ إلى ٧٪ بين عامي ١٩٩٨ و٢٠٠٣)، وفي جنوب أفريقيا (من ١٥,١٪ إلى ٩,٩٪ بين عامي ١٩٩٨ و٢٠٠٣)، وفي جمهورية تنزانيا المتحدة (من ١٣,٠٪ إلى ٩,٥٪ بين عامي ١٩٩٩ و٢٠٠٥). وفي هذه الأمثلة، يتراوح الانخفاض المسجل ما بين ١٪ و١٢٪ سنوياً. ولوحظت معدلات انخفاض أعلى في البلدان التي تُعزى فيها نسبة كبيرة من انخفاض الوزن عند الميلاد إلى تأخر نمو الجنين داخل الرحم الذي يكون تخفيضه أسهل من الولادات المبتسرة.

٢٦- **الغاية العالمية ٤: بحلول عام ٢٠٢٥ توقف زيادة الوزن لدى الأطفال.** تنطوي هذه الغاية على أنه ينبغي ألا يزيد معدل الانتشار العالمي البالغة نسبته ٦,٧٪ (بنسبة ٩٥٪ من فترة الثقة ٥,٦-٧,٧) بحسب تقديرات عام ٢٠١٠، عن نسبة ١٠,٨٪ (في عام ٢٠٢٥) وفقاً للاتجاهات المختطة حالياً[٢] وألا يزيد عدد الأطفال دون سن الخامسة ممّن يعانون من زيادة وزنهم من ٤٣ مليون طفل إلى ٧٠ مليون طفل تقريباً بحسب التوقعات. وتتوفر معدلات الزيادة في أصقاع مختلفة من العالم، وثمة زيادات أسرع وقعاً في البلدان التي تعجّل في توسيع

١ اللجنة الدائمة التابعة لمنظومة الأمم المتحدة والمعنية بالتغذية. التقرير السادس عن حالة التغذية في العالم. جنيف، ٢٠١٠.

٢ de Onis M, Bloessner M, Borghi E. Global prevalence and trends of overweight and obesity among preschool children. Am J Clin Nutr 2010; 92:1257–64.

نطاق نظمها الغذائية، مثلما هو الحال في شمال أفريقيا. أما في البلدان المرتفعة الدخل فتشير المعلومات المستقاة على الصعيدين الوطني والإقليمي إلى انخفاض معدلات الزيادة في سمنة الأطفال المنحدرين من شرائح أفراد ذوي مستوى اجتماعي واقتصادي عال. ويمكن الاستعانة بأساليب الحياة والتدخلات البيئية المطبقة في هذه الظروف بوصفها نموذجاً لإحدى الممارسات الجيدة في هذا المضمار. ولا تمتلك البلدان المنخفضة الدخل وتلك المتوسطة الدخل إلا القليل من الخبرة في مجال وضع البرامج. وأطفال المدارس هم المستهدفون في المقام الأول بالبرامج الموجهة نحو كبح جماح السمنة لدى الأطفال.[١] وسيكون لزاماً أيضاً منع حصول زيادة في معدلات زيادة الوزن لدى الأطفال في البلدان العاكفة على معالجة مشكلة الحد من التقزُّم.

٢٧- **الغاية العالمية ٥: بحلول عام ٢٠٢٥ زيادة معدل الاقتصار على الرضاعة الطبيعية خلال الأشهر الستة الأولى بنسبة ٥٠٪ على الأقل.** تدل هذه الغاية ضمناً على أنه ينبغي بحلول عام ٢٠٢٥ أن تُزاد إلى ٥٠٪ النسبة العالمية الحالية التي قُدِّرت بنحو ٣٧٪ عن الفترة ٢٠٠٦-٢٠١٠، الأمر الذي سينطوي على إحداث زيادة نسبية قدرها ٢,٣٪ سنوياً وسيفضي إلى حصول زيادة في عدد المقصورة تغذيتهم من الأطفال على الرضاعة الطبيعية خلال الأشهر الستة الأولى من العمر تبلغ حوالي ١٠ ملايين طفل. وزادت معدلات الاقتصار على الرضاعة الطبيعية في العالم من ١٤٪ في عام ١٩٨٥ إلى ٣٨٪ في عام ١٩٩٥، ولكنها عاودت الانخفاض ثانية في معظم الأقاليم. ومع ذلك فإن بلداناً مُعيَّنة في جميع الأقاليم قد حققت زيادة سريعة وكبيرة في معدلات الاقتصار على الرضاعة الطبيعية، تجاوزت في أحيان كثيرة الغاية العالمية المقترحة، ومنها كمبوديا (من ١٢٪ إلى ٦٠٪ بين عامي ٢٠٠٠ و٢٠٠٥)، ومالي (من ٨٪ إلى ٣٨٪ بين عامي ١٩٩٦ و٢٠٠٦)، وبيرو (من ٣٣٪ إلى ٦٤٪ بين عامي ١٩٩٢ و٢٠٠٧).

٢٨- **الغاية العالمية ٦: بحلول عام ٢٠٢٥ خفض معدلات إصابة الأطفال بالهزال إلى أقل من ٥٪ والحفاظ على هذا الخفض.** تنطوي ضمناً هذه الغاية على أنه ينبغي بحلول عام ٢٠٢٥ أن تُخفّض إلى أقل من ٥٪ معدلات انتشار الهزال بين الأطفال في العالم التي قُدِّرت بنسبة ٨,٦٪ في عام ٢٠١٠، وأن يُواظب على خفضها إلى ما دون هذه المستويات.[٢] وأفاد ٥٣ بلداً في الفترة الممتدة بين عامي ٢٠٠٥ و٢٠١٠ بارتفاع معدلات إصابة الأطفال بالهزال إلى أكثر من ٥٪ مرة واحدة على الأقل. ويستدعي خفض معدلات الإصابة بالهزال تنفيذ تدخلات وقائية من قبيل تحسين إتاحة الأغذية العالية الجودة والرعاية الصحية؛ وتحسين التغذية والمعارف والممارسات الصحية؛ وتشجيع اقتصار الرضاعة الطبيعية في الأشهر الستة الأولى من العمر وتعزيز اتباع ممارسات محسنة في مجال التغذية التكميلية لجميع الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ٦ أشهر و٢٤ شهراً؛ وتحسين نظم الإمداد بالمياه والصرف الصحي وتعزيز الممارسات الصحية لحماية الأطفال من الأمراض السارية. ويمكن معالجة أعداد كبيرة من الأطفال المصابين بهزال شديد داخل مجتمعاتهم المحلية من دون إدخالهم إلى مرفق صحي أو مركز للتغذية العلاجية.[٣] وبالنسبة إلى سوء التغذية الحاد المعتدل، ينبغي أن يستند العلاج إلى الاستخدام الأمثل لما يُتاح محلياً من أغذية تُستكمل عند اللزوم بأغذية تكميلية معدّة خصيصاً لهذا الغرض.

---

١ Population-based prevention strategies for childhood obesity: report of a WHO forum and technical meeting, Geneva, 15–17 December 2009.

٢ WHO global and regional trend estimates for child.

٣ Community-based management of severe acute malnutrition. A Joint Statement by the World Health Organization, the World Food Programme, the United Nations System Standing Committee on Nutrition and the United Nations Children's Fund. WHO, Geneva, 2007. .

الإجراءات

٢٩- توضح خطة العمل هذه سلسلة من الإجراءات ذات الأولوية ينبغي أن تشترك في تنفيذها الدول الأعضاء والشركاء الدوليون. وستنشأ الحاجة إلى المواءمة الإقليمية والقُطرية المُحددة، التي تقودها المؤسسات الوطنية والإقليمية ذات الصلة.

الإجراء ١: إيجاد بيئة داعمة لتنفيذ السياسات الغذائية والتغذوية الشاملة

٣٠- يستلزم التقدم نحو تحقيق أهداف التغذية التزاماً رفيع المستوى في مجال السياسات ودعماً مجتمعياً واسع النطاق. وتحتاج السياسات الغذائية والتغذوية القائمة إلى مراجعة، بحيث تُعالج جميع تحديات التغذية الرئيسية وتوزيع تلك المشكلات داخل المجتمع معالجةً شاملةً. وثمة هدف آخر من هذا الاستعراض وهو ضمان دمج التغذية كمحور مركزيّ في السياسات القطاعية الأخرى وفي سياسة التنمية الشاملة. ومن بين العوامل الحاسمة لنجاح تنفيذ هذه السياسات ما يلي: (أ) الاعتماد الرسمي من قِبل الهيئات الحكومية ذات الصلة؛ (ب) إنشاء آلية مشتركة بين القطاعات لتصريف الشؤون؛ (ج) إشراك شركاء التنمية والمجتمع المدني؛ (د) إشراك المجتمعات المحلية. ويجوز للقطاع الخاص أيضاً أن يسهم في تحسين إمدادات الغذاء وزيادة فرص العمل ومن ثم الدخل المُدر. وينبغي أن تكون هناك ضمانات قائمة كافية تحول دون وقوع ما يُحتمل نشوبه من حالات تضارب المصالح.

٣١- **الأنشطة المقترحة للدول الأعضاء**

(أ) مراجعة سياسات التغذية بحيث توفر معالجة شاملة للعبء المزدوج الناجم عن سوء التغذية من خلال نهج قائم على حقوق الإنسان وتأييد رسمي من البرلمان أو الحكومة؛

(ب) إدراج التغذية في سياسة التنمية الشاملة للبلد، وورقات استراتيجية الحد من الفقر والاستراتيجيات القطاعية ذات الصلة؛

(ج) إنشاء آليات فعالة لتصريف الشؤون مشتركة بين القطاعات لتنفيذ سياسات التغذية على المستويات الوطنية والمحلية، وتسهم في تكامل السياسات عبر القطاعات؛

(د) إشراك الحكومات والمجتمعات المحلية في تصميم خطط لتوسيع نطاق إجراءات التغذية، وضمان إدماجها في البرامج المجتمعية القائمة؛

(هـ) إقامة حوار مع الأطراف المعنية الوطنية والدولية، وتشكيل تحالفات وشراكات لتوسيع نطاق إجراءات التغذية عن طريق إنشاء ما يلزم من آليات لتوفير ضمانات تحول دون وقوع ما يُحتمل نشوبه من حالات تضارب المصالح.

٣٢- **الأنشطة المقترحة للأمانة**

(أ) تقديم الدعم إلى الدول الأعضاء، بناءً على طلبها، في تعزيز السياسات والاستراتيجيات التغذوية الوطنية، وعناصر التغذية في السياسات القطاعية الأخرى بما في ذلك سياسات التنمية الوطنية وورقات استراتيجية الحد من الفقر؛

(ب) تحسين إمكانية الوصول إلى المبادئ التوجيهية المتعلقة بوضع القواعد والسياسات، والمنتجات المعرفية والأدوات وشبكات الخبراء.

٣٣- **الأنشطة المقترحة للشركاء الدوليين**

(أ) تنفيذ مبادرات الدعوة العالمية التي تزيد من وعي الجمهور بالحاجة إلى توسيع نطاق الإجراءات المتعلقة بالتغذية؛

(ب) تعزيز التعاون الدولي في مجال التغذية من أجل مواءمة المعايير والسياسات والإجراءات من خلال الآليات الملائمة والهيئات الحكومية الدولية، مثل جمعية الصحة العالمية، ولجنة الأمن الغذائي العالمي والمجلس الاقتصادي والاجتماعي للأمم المتحدة؛

(ج) المشاركة في آليات أو شراكات التنسيق الدولية، بما في ذلك حركة تعزيز التغذية واللجنة الدائمة لمنظومة الأمم المتحدة المعنية بالتغذية.

الإجراء ٢: إدراج جميع التدخلات الصحية اللازمة والفعالة ذات الأثر على التغذية في خطط التغذية الوطنية

٣٤- تبين أن العديد من التدخلات المتنوعة التي تهدف إلى تغيير السلوكيات، وتوفير الدعم الغذائي، والحد من التعرض لعوامل المخاطر البيئية المتعددة يتسم بطابع فعال، وينبغي النظر في دخوله حيِّز التنفيذ على المستوى الوطني. ويرد في ورقة مرجعية لهذه الخطة[١] ملخص للتدخلات التغذوية الفعالة والمباشرة وتدخلات الرعاية الصحية ذات الأثر على التغذية، والتي يمكن أن ينفذها النظام الصحي، كما أنها مبينة في مكتبة المنظمة الإلكترونية لبيّنات الإجراءات التغذوية. وتشمل القوائم التدخلات التي ينبغي النظر فيها إما لفئات سكانية معينة أو لظروف خاصة، بما في ذلك حالات الطوارئ. وتكفل عملية التوجيه في المنظمة المواظبة على تحديث البيِّنات وتحديد الثغرات في البحوث. والغرض من هذه التدخلات هو أن تكون بمثابة خيارات يمكن تنفيذها على أساس احتياجات البلد.

٣٥- ويتأتى أكبر قدر من الفوائد من تحسين التغذية في المراحل المبكرة من العمر. ولكن هناك حاجة أيضاً إلى نهج لتحسين التغذية في مختلف المراحل العمرية، من خلال أنشطة تستهدف الأطفال الأكبر سناً والمراهقين بالإضافة إلى الرُضَّع والأطفال الصغار، من أجل ضمان أفضل بيئة ممكنة للأمهات قبل الحمل وذلك للحد من حالات انخفاض الوزن عند الميلاد وكسر حلقة سوء التغذية المستمرة من جيل إلى آخر. كما أن التدبير العلاجي لزيادة الوزن في مرحلة الطفولة يتطلب أيضاً العمل طوال سنوات الدراسة.[٢]

٣٦- وينبغي إدماج التدخلات في نظم الرعاية الصحية القائمة إلى أقصى حد ممكن. وينبغي أن تكون مرتبطة بالبرامج القائمة وأن تُقدم في صورة حِزَم، من أجل تحسين المردودية. وسيكون ضرورياً كذلك تنفيذ نهج وتدخلات منظمة الصحة العالمية – التدبير العلاجي المتكامل لأمراض الطفولة، والتدبير العلاجي المتكامل لأمراض المراهقين والبالغين، والتدبير العلاجي المتكامل للحمل والولادة. وعلاوة على ذلك، يُمثل تعزيز النظم الصحية عنصراً محورياً في استراتيجية التغذية الناجحة.

٣٧- ويمكن أن يستند تصميم حِزَم التدخل إلى احتياجات البلد ومستوى الاستثمار. أما البرامج المجتمعية التي تعمل على دمج مختلف التدخلات التغذوية المباشرة في الرعاية الصحية الأولية مع أنظمة تهدف إلى ضمان

---

١ Essential nutrition actions. Improving maternal-newborn-infant and young child health and nutrition. Geneva, World Health Organization, 2012.

٢ *Population-based prevention strategies for childhood obesity: report of a WHO forum and technical meeting, Geneva, 15–17 December 2009.* Geneva, World Health Organization, 2010.

وصول الجميع، فينبغي أن تحظى بالأولوية لكونها الأعلى مردودية. وقد اشتركت مجموعة من منظمات الأمم المتحدة في إصدار أداة الأمم المتحدة OneHealth لدراسة التكاليف – وهي برامج يمكن أن تتكيف بسهولة مع الظروف السائدة في مختلف البلدان.

٣٨- الأنشطة المقترحة للدول الأعضاء

(أ) إدراج كافة التدخلات التغذوية المهمة للبلد في الخدمات الصحية للأمهات والأطفال وللمراهقين وضمان إتاحتها للجميع؛

(ب) تجسيد السياسات الوطنية للاستراتيجية العالمية لتغذية الرضّع وصغار الأطفال والاستراتيجية العالمية بشأن أنماط التغذية والنشاط البدني الصحي والمبادئ التوجيهية للمنظمة بشأن التغذية؛

(ج) تعزيز النظم الصحية، والنهوض بالتغطية الشاملة ومبادئ الرعاية الصحية الأولية؛

(د) وضع التدابير التشريعية والتنظيمية وغيرها من التدابير الفعالة، أو تعزيزها، حيثما يلزم، لمراقبة تسويق بدائل لبن الأم ضماناً لتنفيذ المدونة الدولية لقواعد تسويق بدائل لبن الأم والقرارات ذات الصلة التي اعتمدتها جمعية الصحة.

(هـ) المشاركة في حملات نشيطة لتعزيز الرضاعة الطبيعية على المستوى المحلي.

٣٩- الأنشطة المقترحة للأمانة

(أ) مراجعة وتحديث وتوسيع إرشادات منظمة الصحة العالمية بشأن إجراءات التغذية الفعالة وأدواتها، وإبراز الممارسات الجيدة لآليات التنفيذ ونشر المعلومات؛

(ب) تطبيق تحليل كفاءة المردودية على التدخلات الصحية التي تؤثر على التغذية؛

(ج) تقديم الدعم إلى الدول الأعضاء، بناءً على طلبها، في تنفيذ السياسات والبرامج الهادفة إلى تحسين حصائل التغذية؛

(د) تقديم الدعم إلى الدول الأعضاء، بناء على طلبها، في جهودها الرامية إلى تطوير ورصد التدابير التشريعية والتنظيمية وغيرها من التدابير الفعالة، وتعزيزها عند الاقتضاء، للسيطرة على تسويق بدائل لبن الأم؛

(هـ) عقد اجتماع مع الشركاء الأكاديميين لوضع جدول أعمال بحثي محدد الأولويات.

٤٠- الأنشطة المقترحة للشركاء الدوليين

(أ) مواءمة خطط مساعدات التنمية مع الإجراءات التغذوية التي ثبتت فاعليتها؛

(ب) دعم عناصر التغذية بالاستراتيجيات الصحية المتعلقة بصحة الأم والطفل، مثل الاستراتيجية المتكاملة لصحة الأم والوليد والطفل.

الإجراء ٣: تحفيز سياسات التنمية وبرامجها خارج قطاع الصحة والتي تعترف بالتغذية وتتضمنها

٤١- يوجد حاجة إلى استراتيجيات التنمية القطاعية المراعية لقضايا التغذية من أجل تخفيف العبء المزدوج الناجم عن سوء التغذية وزيادة الوزن، وهي استراتيجيات يجب أن تُوجّه إلى تعزيز عمليتي العرض والطلب على الغذاء الصحي والقضاء على المعوقات أمام إمكانية الحصول عليه وتناوله. وينبغي إشراك العديد من القطاعات، أهمها الزراعة وتجهيز الأغذية والتجارة والحماية الاجتماعية والتعليم والعمل والمعلومات العامة. كما ينبغي أن تُراعى القضايا المتشعبة مثل المساواة بين الجنسين ونوعية تصريف الشؤون والمؤسسات والسلام والأمن. فيمكن النظر في هذه المسائل عند تطوير وتنفيذ إطار عمل أقرب إلى اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ، التي ولّدت قوة دافعة كبيرة للسيطرة على استهلاك التبغ.

٤٢- وتعكف لجنة الأمن الغذائي العالمي على إعداد إطار استراتيجي عالمي للأمن الغذائي والتغذية. ويمكن في هذه الأثناء استنباط سلسلة من المبادئ العامة من أطر السياسة القائمة والخبرة القُطرية وتحليل البيِّنات. وتم مثلاً الحد من سوء التغذية المُزمن في بعض بلدان جنوب شرق آسيا وأمريكا اللاتينية بفضل التنفيذ المتزامن للسياسات والبرامج الهادفة إلى تحسين الأمن الغذائي والحد من الفقر والتفاوت الاجتماعي وتعزيز ثقافة الأمهات.

٤٣- ولتحقيق الأمن الغذائي، لابد من ضمان زيادة فرص الحصول على الأغذية ذات الجودة التغذوية العالية[١] في جميع الأسواق المحلية بأسعار مناسبة على مدار السنة، بوسائل منها تحديداً تقديم الدعم لزراعة أصحاب الحيازات الصغيرة ومشاركة المرأة، على أن تُراعى الآثار السلبية التي يُحتمل أن تترتب على آليات تشريد العمالة وإنتاج المحاصيل النقدية والضغوط على وقت المرأة. أما في مجال تصنيع الأغذية، فثمة حاجة إلى تحسين الوضع العام للمُغذِّيات، بوسائل منها إعداد محتوى أفضل من المغذيات الدقيقة وخفض محتوى الملح والسكر والدهون المتحولة. وفي مجال التعليم، يرتهن حصول المرأة على فرص تعليم أفضل وإدخال التحسينات في مجال المياه والإصحاح بتحسين تغذية الأطفال.

٤٤- وتُعد سياسات التوظيف أساسية للأمن الغذائي على مستوى الأسرة، ولكن يجب أن تكفل سياسات العمل أيضاً توفير حماية كافية للأمهات وأن تضمن للموظفين العمل في بيئة أفضل، بما يشمل الحماية من دخان التبغ غير المباشر، وإمكانية الحصول على الغذاء الصحي. وينبغي أن تُهيأ في مكان العمل بيئة مناسبة للأمهات المرضعات. ويلزم توفير حماية اجتماعية لمعالجة أوجه التفاوت ويجب أن تصل إلى الفئات الأضعف. وأن تُستخدم التحويلات النقدية للفقراء لتوفير الاحتياجات التغذوية. كما أن التحويلات النقدية المشروطة، وربط استلام المال بإحضار الأطفال إلى المراكز الصحية والمدارس، قد يكون له أثرٌ إيجابي على الحالة التغذوية للأطفال، بما في ذلك زيادة الطول والوزن عند الميلاد.

٤٥- والتدابير التجارية والضرائب والإعانات هي من الوسائل الهامة لضمان إمكانية الحصول على الموارد والتمكين من إتاحة خيارات تغذوية سليمة. وكذلك يمكن أن تكون أدوات قوية عند ربطها بالمعلومات الوافية للمستهلكين من خلال وضع التوسيم الخاص بالتغذية والتسويق المسؤول للأغذية، مع التسويق الاجتماعي وتعزيز النظم التغذوية وأنماط الحياة الصحية.

٤٦- وقد تشمل أمثلة تدابير السياسة التي تُشرك مختلف القطاعات ذات الصلة والتي يمكن النظر فيها ما يلي: الاستثمار في زراعة النطاقات الصغيرة، وتعزيز إنتاج الخضر والفاكهة وتعزيز المحاصيل المتنوعة الغنية بالمغذيات الدقيقة (الزراعة)؛ وتعزيز إغناء الطعام بالمغذيات الدقيقة وتعزيز خفض محتوى الملح والسكر والأحماض الدهنية المتحولة (إنتاج الأغذية)؛ وتحسين المياه والإصحاح (البنية التحتية)؛ والاستثمار في التعليم

١ Food with high nutrient density and low concentrations of nutrients associated with increased risk of noncommunicable diseases.

الابتدائي والثانوي للمرأة والسياسات الخاصة بالتغذية في المدارس (التعليم)؛ وحماية الأمومة في أماكن العمل وأماكن العمل الصحية (العمل)؛ والتحويلات النقدية والمعونة الغذائية (الضمان الاجتماعي)؛ والبيئات المبنية على نحو صحي (التخطيط العمراني)؛ وتنظيم الإعلان عن المأكولات والمشروبات للأطفال ومخططات توسيم الأغذية وتدابير تنظيم أسعار الأغذية، وتنفيذ المدونة الدولية لقواعد تسويق بدائل لبن الأم (التجارة)؛ واستخدام ضرائب المكوس المفروضة على التبغ والكحول في تمويل التوسع في برامج التغذية (المالية)؛ والحملات الإعلامية الواسعة النطاق والتسويق الاجتماعي لتعزيز الرضاعة الطبيعية والنظام الغذائي الصحي والنشاط البدني (الإعلام والتعبئة الاجتماعية).

٤٧- **الأنشطة المقترحة للدول الأعضاء**

(أ) مراجعة السياسات القطاعية في مجالات الزراعة والحماية الاجتماعية والتعليم والعمل والتجارة لتحديد تأثيرها على التغذية، وإدراج مؤشرات التغذية في أطر تقييمها؛

(ب) إقامة حوار بين قطاع الصحة والقطاعات الحكومية الأخرى من أجل النظر في تدابير السياسة العامة التي يمكن أن تحسن الحالة التغذوية للسكان، والتي تعالج التعارض المحتمل بين السياسات القطاعية والسياسات الصحية الحالية التي تهدف إلى تحسين التغذية.

(ج) تنفيذ التوصيات المتعلقة بتسويق الأغذية والمشروبات غير الكحولية للأطفال (القرار ج ص ع٦٣-١٤)

٤٨- **الأنشطة المقترحة للأمانة**

(أ) وضع خطوط توجيهية منهجية لتحليل الآثار الصحية والتغذوية للسياسات القطاعية، بما في ذلك أثرها على مختلف الفئات الاجتماعية الاقتصادية وغيرها من الفئات الضعيفة (الشعوب الأصلية على سبيل المثال)؛

(ب) تحديد ونشر أمثلة للممارسات الجيدة لتدابير السياسات القطاعية التي تعود بالفائدة على التغذية.

٤٩- **الأنشطة المقترحة للشركاء الدوليين**

(أ) الدخول في مشاورات من أجل تحليل الآثار الصحية والتغذوية للسياسات القائمة التي تشتمل على مجالات التجارة والزراعة والعمل والتعليم والحماية الاجتماعية، بهدف تحديد ووصف خيارات السياسات لتحسين حصائل التغذية؛

(ب) تحليل البيِّنات على فعالية التدخلات الرامية إلى تحسين الأمن الغذائي والرعاية الاجتماعية والتعليم في البلدان ذات الدخل المنخفض.

الإجراء ٤: إتاحة ما يكفي من الموارد البشرية والمالية لتنفيذ التدخلات التغذوية

٥٠- هناك حاجة إلى القدرات التقنية والإدارية لتنفيذ برامج التغذية على نطاق واسع وكامل لتصميم السياسات متعددة القطاعات وتنفيذها. وينبغي أن يكون تطوير القدرات جزءاً لا يتجزأ من خطط توسيع نطاق التدخلات التغذوية. فيحد عدم توافر الموارد البشرية من توسع جهود التغذية، كما أن نسبة العاملين في مجال الرعاية الأولية للسكان هي محدد رئيسي لمدى فعالية البرنامج. والمطلوب هو بناء القدرات في مجال التغذية في كل من قطاع الصحة على جميع المستويات وسائر القطاعات.

٥١- وثمة حاجة أيضاً إلى مزيد من الموارد المالية لزيادة رقعة التدخلات التغذوية، إذ لا تحصل حالياً برامج التغذية إلا على أقل من ١٪ من إجمالي مساعدات التنمية. ووفقاً لحسابات البنك الدولي، سيلزم توفير مبلغ قدره ١٠ ٥٠٠ مليون دولار أمريكي سنوياً لتنفيذ التدخلات التغذوية ذات الأولوية القصوى على نطاق وطني في البلدان التي ترزح تحت وطأة أكبر عبء ناجم عن سوء تغذية الأمهات والأطفال.[١] وعلاوة على ذلك، فإن الموارد التي يمكن التنبؤ بتوفيرها تُعد ضرورية للمواظبة على تنفيذ البرنامج بمستوى متزايد.

٥٢- ويلزم أن تبذل الحكومات والجهات المانحة جهوداً مشتركة. وقد تُحقق زيادة في الموارد بفضل آليات التمويل المبتكرة، كتلك التي نوقشت في سياق صحة الأمهات والأطفال.

٥٣- وينبغي أن تخصص الحكومات بنداً في الميزانية بشأن برامج التغذية وتحدّد أهداف تمويلها. ويمكن استخدام ضرائب المكوس (من قبيل المفروض منها على التبغ والكحول) لأغراض إنشاء صناديق وطنية لتوسيع التدخلات التغذوية.

٥٤- وعلى الصعيد الدولي، فإن الآليات الجاري النظر فيها من أجل صحة الأمهات والأطفال تشمل مرفق التمويل الدولي، والتزامات السوق المسبقة لتمويل البحث والتطوير و"الإعفاء الضريبي" لتخصيص حصة من ضرائب القيمة المضافة على السلع والخدمات من أجل التنمية ومساهمات التضامن الطوعي من خلال مبيعات تذاكر الطيران الإلكترونية أو عقود الهاتف النقال. وكذلك بحثت الجهات المانحة التمويل المعتمد على النتائج كحافز لتحقيق الأهداف.

٥٥- ومن ناحية المصروفات، ينبغي السعي إلى زيادة كفاءة برامج التمويل، بوسائل منها تحسين مواءمة استثمارات المانحين مع الأولويات الوطنية، واتخاذ تدابير لخفض تكلفة المكملات التغذوية الدقيقة والأغذية العلاجية جاهزة الاستخدام، وأيضاً عن طريق خفض رسوم تسجيل براءات الاختراع.

٥٦- وستكون المراقبة المالية والشفافية في استخدام الموارد ضروريتين لتحسين المساءلة وزيادة الكفاءة.

٥٧- **الأنشطة المقترحة للدول الأعضاء**

(أ) تحديد احتياجات بناء القدرات ورسم خرائط لها، وإدراج تنمية القدرات في خطط توسيع نطاق الإجراءات التغذوية؛

(ب) تنفيذ نهج شامل لبناء القدرات، بما في ذلك تنمية القوى العاملة، فضلاً عن تنمية المهارات القيادية، وتعزيز المؤسسات الأكاديمية، والتطوير التنظيمي والشراكات؛

(ج) تحديد تكلفة خطة التوسع والفوائد المتوقعة، بما في ذلك نسبة التكاليف اللازمة لتنمية القدرات وتعزيز تقديم الخدمات؛

(د) تقديم الدعم للمجتمعات المحلية بغرض تنفيذ الإجراءات التغذوية على مستوى المجتمع المحلي؛

(هـ) تخصيص بند في الميزانية للتغذية وتحديد الأهداف المالية الوطنية لها؛

(و) توجيه الأموال التي تم الحصول عليها من ضرائب المكوس للتدخلات التغذوية.

١ Horton S, et al. *Scaling up nutrition. What will it cost?* Washington, DC, The World Bank, 2010.

٥٨- **الأنشطة المقترحة للأمانة**

(أ) دعم تطوير القوى العاملة والقيادة والقدرات التقنية والإدارية في مجال التغذية في الدول الأعضاء من خلال ورش العمل والتعلم عن بعد وجماعات الممارسة وتوفير المواد التدريبية؛

(ب) إتاحة الأدوات المحسنة لبناء القدرات، ودعم جهود بناء القدرات التي تبذلها الدول الأعضاء؛

(ج) توفير أدوات تقدير تكاليف التدخلات التغذوية.

٥٩- **الأنشطة المقترحة للشركاء الدوليين**

(أ) الالتزام بمبادئ إعلان باريس بشأن فعالية المعونة وبرنامج عمل أكرا، وتوحيد دعم الجهات المانحة على المستوى القطري؛

(ب) وضع معايير للكفاءة الدولية تختص بتنمية القوى العاملة في مجال الصحة العمومية والتغذية، وتراعي المستويات المختلفة في القوة العاملة (عمال الخطوط الأمامية والمديرين والمتخصصين) ومختلف سياقات السياسة (أي القدرة على العمل المشترك بين القطاعات) والممارسة (أي العبء المزدوج الناجم عن سوء التغذية)، وتدعم تنقيح المناهج الدراسية للتدريب قبل الانخراط في الخدمة وأثناء الخدمة لجميع مستويات العاملين في مجال الصحة؛

(ج) إقامة التحالفات الأكاديمية التي تهدف إلى توفير الدعم المؤسسي لتنمية القدرات في الدول الأعضاء؛

(د) استكشاف أدوات التمويل المبتكرة لتمويل توسيع نطاق برامج التغذية.

الإجراء ٥: رصد وتقييم تنفيذ السياسات والبرامج

٦٠- ثمة حاجة إلى إطار رصد واضح المعالم لتقييم التقدم المُحرز نحو تحقيق أهداف خطة التنفيذ الشاملة. وينبغي أن يوفر الإطار المساءلة حول الإجراءات التي تم تنفيذها، والموارد والنتائج. وأن يشمل المؤشرات الخاصة بالمدخلات (السياسات والأطر التشريعية والموارد البشرية)، والمخرجات والحصائل (تنفيذ برامج التغذية والأمن الغذائي) والأثر (الحالة التغذوية والوفيات).

٦١- وترد مجموعة مؤشرات مقترحة في الوثيقة المرجعية التي وضعتها المنظمة في إطار إعداد هذه الخطة.[١] وينبغي مواءمة المؤشرات مع السياق القطري وأولوياته، مع الاحتفاظ بها لأغراض التقييم على المستوى الدولي. وينبغي النظر في مؤشرات إضافية لرصد التقدم المُحرز في العمل المشترك بين القطاعات.

٦٢- وينبغي وضع نظم مراقبة لضمان التدفق المنتظم للمعلومات لصانعي السياسات. كذلك ينبغي أن تتماشى توقيتات الإبلاغ مع الأولويات الوطنية واشتراطات الأجهزة الرئاسية.[٢]

---

١ *Indicators to monitor the implementation and achievements of initiatives to scale up nutrition actions*. Geneva, World Health Organization, 2012.

٢ يمكن الجمع بين الإبلاغ عن تنفيذ الخطة وبين التقارير التي تقدم كل سنتين إلى جمعية الصحة وفقاً للمادة ١١-٧ من المدونة الدولية لقواعد تسويق بدائل لبن الأم، المعتمدة في القرار ج ص ع٣٤-٢٢.

٦٣- **الأنشطة المقترحة للدول الأعضاء**

(أ) وضع أو تعزيز أنظمة المراقبة لجمع المعلومات عن مدخلات ومخرجات/ حصائل محددة ومؤشرات قياس الأثر؛

(ب) تطبيق معايير المنظمة بشأن نمو الطفل لرصد فرادى أنماط النمو بين الأفراد ومستويات الإصابة بالتقزُّم والهزال وزيادة الوزن؛

(ج) ضمان إدراج معلومات وافية عن مؤشرات التغذية في عملية الاستعراض السنوي الذي أوصت به اللجنة المعنية بالمعلومات والمساءلة عن صحة المرأة والطفل في البلدان ذات الدخل المنخفض وأعلى عبء لوفيات الأمهات والأطفال، فضلاً عن تسليط ضوء كافٍ على الفروق الاجتماعية.

٦٤- **الأنشطة المقترحة للأمانة**

(أ) توفير الدعم المنهجي لجمع المدخلات والمخرجات/ الحصائل المحددة ومؤشرات قياس الأثر، بما في ذلك البروتوكولات وتصميم نظم المراقبة؛

(ب) إنشاء قاعدة بيانات للمدخلات والمخرجات/ الحصائل المحددة ومؤشرات قياس الأثر؛

(ج) رفع التقارير عن التقدم المحرز على الصعيد العالمي في تطوير خطط التغذية الوطنية وسياساتها وبرامجها وتعزيزها وتنفيذها؛

(د) دعم الدول الأعضاء في تطبيق معايير المنظمة بشأن نمو الطفل.

٦٥- **الأنشطة المقترحة للشركاء الدوليين**

(أ) اعتماد إطار العمل المقترح للمؤشرات كأداة لرصد تنفيذ أنشطة التنمية؛

(ب) دعم جمع وتبادل المعلومات بين المنظمات، وذلك بهدف ضمان أن تمنح قواعد بيانات المدخلات والمخرجات/ الحصائل ومؤشرات قياس الأثر تغطية على صعيد عالمي.

الملحق ٣

الاتفاق المعقود بين مفوضية الاتحاد الأفريقي ومنظمة الصحة العالمية

[ج٦٥/٤٢، الملحق – ٢٣ أيار/ مايو ٢٠١٢]

إن مفوضية الاتحاد الأفريقي (المشار إليها فيما يلي باسم "المفوضية") من جهة؛

ومنظمة الصحة العالمية (المشار إليها فيما يلي باسم "المنظمة") من جهة أخرى؛

والمشار إليهما فيما يلي بصورة منفصلة أو جماعية باسم "الطرف" و"الطرفان"

إذ يضعان في اعتبارهما أن أحد أهداف الاتحاد الأفريقي (المشار إليه فيما يلي باسم "الاتحاد")، كما نص عليها القانون التأسيسي للاتحاد المؤرخ في ١١ تموز/ يوليو ٢٠٠٠، هو تحقيق أكبر قدر من الوحدة والتضامن بين البلدان والشعوب الأفريقية، وتعزيز التعاون في جميع مجالات الأنشطة الإنسانية من أجل رفع مستويات معيشة الشعوب الأفريقية، والعمل في هذا الصدد مع الشركاء الدوليين المعنيين لتحقيق الأهداف المشتركة؛

وإذ يضعان في اعتبارهما أن الاتحاد قد طلب إليه أن يقوم ببعض المهام التي تتعلق بالقارة الأفريقية والتي تتفق مع ما تقوم به منظمة الصحة العالمية على النطاق العالمي؛

وإذ يضعان في اعتبارهما الهدف الذي تنشد المنظمة بلوغه والمتمثل في تمتع جميع الشعوب بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه، وأن تحقيق هذا الهدف يستلزم اضطلاع منظمة الصحة العالمية بدور السلطة الموجهة والمنسقة المعنية بالشؤون الصحية الدولية؛

وإذ يضعان في اعتبارهما الترتيبات الإقليمية التي تتخذها المنظمة كما وردت في الفصل الحادي عشر من دستورها ولاسيما المادة ٥٠(د) منه؛

وإذ يشيران إلى التعاون بين منظمة الوحدة الأفريقية السابقة والمنظمة، عملاً بالاتفاق المبرم بينهما في ٢٤ أيلول/ سبتمبر ١٩٦٩ والترتيبات المؤرخة في ١١ أيار/ مايو ١٩٨٢، والتي اتخذت من أجل تنفيذ ذلك التعاون عملياً بين منظمة الصحة العالمية ومنظمة الوحدة الأفريقية السابقة، واعترافاً منهما بالحاجة إلى استبدال هذه الاتفاقات على ضوء إنشاء الاتحاد.

يوافقان على ما يلي:

المادة الأولى – وضع هذا الاتفاق

يحكم هذا الاتفاق العلاقة ما بين المفوضية والمنظمة.

المادة الثانية – الأهداف والمبادئ

١- الهدف من هذا الاتفاق هو تقوية أواصر التعاون بين المفوضية والمنظمة.

٢- وترسيخاً لهذا الهدف، وافق كل من المفوضية والمنظمة على التعاون بشأن كل المسائل المطروحة في الميدان الصحي والمرتبطة بأنشطة والتزامات كل منهما، ومنها تعزيز الصحة وتحسينها، وخفض معدلات الوفيات والعجز الممكن توقيها، والوقاية من الأمراض، والتصدي للتهديدات التي قد تحيق بالصحة، والمساهمة في ضمان مستوىً عالٍ من الوقاية الصحية، مع وضع الصحة في صميم جدول الأعمال المعني بالتنمية الدولية في مجال مكافحة الفقر، وحماية البيئة، وتعزيز التنمية الاجتماعية، والارتقاء بالأوضاع المعيشية وتلك المتعلقة بظروف العمل.

٣- يؤكد كل من المفوضية والمنظمة مجدداً على المهام المنوطة بكل منهما لخدمة احتياجات دولهما الأعضاء وشركائهما باتباع كل الوسائل المناسبة ومنها:

(أ) المساعدة على إعداد التدخلات والنظم الصحية والمحافظة عليها؛

(ب) استقطاب مختلف الأطراف الفاعلة وأصحاب المصلحة من أجل العمل معهم على تعزيز الصحة وتنميتها وتحقيق المعافاة الكاملة عبر تشكيل جمعيات وروابط تعاونية تهدف إلى تحسين الصحة والعمل على توفير التدخلات ذات العلاقة بالصحة؛

(ج) احتواء أزمات وفاشيات الأمراض؛ ونقل المعارف والمهارات؛

(د) الاستفادة من خبرات وموارد المنظمات المشاركة معها ودولها الأعضاء بُغية إضافة المزيد من القيَم على ما تبذلانه من جهود من أجل بلوغ أعلى درجات التنسيق في رسم وتنفيذ السياسات الصحية والسياسات المتعلقة بالصحة؛

(هـ) إقامة علاقات منسقة وتجنب ازدواجية الجهود في سياق تحقيق هذه المرامي المشتركة.

٤- يكون التعاون بين الطرفين مبنياً على احترام كل منهما للفوارق في الترتيبات الدستورية والتنفيذية التي تحكم عمل كل منهما، واحترام الكفاءات الرئيسية لكل منهما والمزايا التي يختص كل منهما بها دون الآخر حتى يكون التعاون بينهما في المجال الصحي متكاملاً، بما يعزز كلا الطرفين.

المادة الثالثة – مجالات التعاون

١- يتسع مجال التعاون بين المفوضية والمنظمة ليشمل كل ما يخص الصحة والمجالات المتعلقة بها والتي تدخل في نطاق اختصاص الطرفين، ومنها المتعلق حسب الضرورة والاقتضاء بما يلي:

(أ) توليد المعلومات والمعطيات ذات المصداقية، وجمعها، ومعالجتها ونشرها، من أجل استخدامها، بكفاءة، في المجال الصحي من قبل الإدارات الوطنية، والمهنيين وسائر الأطراف المعنية، مع احترام متطلبات حماية المعطيات؛

(ب) إعداد منهجيات وأدوات لرصد الصحة وترصد الأمراض، وتحليل واستهداف الإجراءات العملية الخاصة ببعض المشكلات الخاصة بالصحة وما يتعلق بها، وتقييم التدخلات الصحية وتحديد أولوياتها، والمساعدة على تطوير النُظم الصحية وتقويتها؛

(ج) تعزيز البحوث المتعلقة بالصحة والتنمية التكنولوجية، والوقوف على نتائجها وإسداء النصح حول سبل تطبيقها في المجالات الصحية والمجالات المتعلقة بالصحة؛

(د) حشد الموارد الملائمة للتدخلات الصحية، وإدارتها وتنسيقها بالتعاون مع الأطراف الفاعلة المعترف بها في هذا المجال، والتعاون في الحالات الطارئة التي تنجم على سبيل المثال من النزاعات الأهلية والحروب والكوارث الطبيعية؛

(هـ) انتداب العاملين من أجل تبادل الخبرات.

٢- إذا اقتضى التعاون بين المنظمتين أية نفقات، تعقد مشاورات تحدد إمكانية توفير هذه النفقات و/ أو طريقة سدادها.

المادة الرابعة – الأولويات

بدون المساس بأولويات المفوضية والمنظمة التي قد يكون لها الأسبقية في مجالات التركيز، ورهناً بنتائج المراجعات الدورية المشتركة، تشمل أولويات التعاون ما يلي:

١- تقوية النظم الصحية وقدرات الموارد البشرية؛

٢- تعزيز فرص الاستفادة من أنشطة الوقاية، والعلاج، والرعاية، المتعلقة بالأمراض، السارية منها وغير السارية، ويدخل في هذا الإطار الوصول إلى المجموعات السكانية الفقيرة والضعيفة جغرافياً ومالياً؛

٣- وضع سياسات متينة ونظم ذات كفاءة تعمل على تحقيق التنمية الصحية المضمونة الاستمرار، يشمل عملها تخفيف وطأة الفقر، والتأهب الفعال للكوارث الصحية والتهديدات ذات الأولوية والتصدي لها، وتضافر الجهود لمساعدة البلدان النامية والبلدان الأقل نمواً؛

٤- إعداد المنهجيات والمعايير الخاصة بالتحليل والإبلاغ، وإسداء النصح على وجه الخصوص للتصدي للملاريا، والأيدز والعدوى بفيروسه، والسل، والأمراض المستجدة وما تمثله مقاومة الأمراض لمضادات المكروبات من تهديد، مع احترام حقوق من يتعرضون لمثل هذه الإصابات الإنسانية؛

٥- تعزيز ترصد الأمراض السارية وشبكات الرصد الصحي ووضع الاستراتيجيات المعنية بالتأهب للطوارئ والاستجابة للجوائح؛

٦- وضع المؤشرات الصحية وجمع ونشر المعطيات الخاصة بالوضع الصحي والسياسات والنظم الصحية، وتعزيز الأساليب المسندة بالبيّنات.

المادة الخامسة - الامتيازات والحصانات والتسهيلات

ليس هناك في هذا الاتفاق ما يمكن تفسيره أو تأويله على أنه تنازل أو تعديل للامتيازات، والحصانات، والتسهيلات التي تتمتع بها المفوضية والمنظمة بموجب الاتفاقات والقوانين الوطنية المنطبقة على المنظمتين.

المادة السادسة - تبادل المعلومات

١- تتبادل المفوضية والمنظمة المعلومات بشأن الأنشطة التي تركز على الاهتمامات المشتركة، شريطة مراعاة أية إجراءات قد يتعين اتخاذها للحفاظ على متطلبات السرية أو الامتيازات.

٢- يستكمل هذا التبادل، حسب الضرورة، بالاتصال الدوري بين أعضاء المفوضية وأمانة المنظمة من أجل التشاور بشأن المعلومات أو الأنشطة ذات المصالح المشتركة.

المادة السابعة - الإجراءات

يوافق كل من المفوضية والمنظمة على اتخاذ الترتيبات التالية التي تعود بالنفع على كليهما وتنفيذها وفقاً لإجراءاتهما:

١- يمكن أن يدعى ممثلو المنظمة لحضور دورات الجمعية العمومية والمجلس التنفيذي للاتحاد، ومؤتمراته أو اجتماعاته التي تناقش فيها المسائل التي تقع في دائرة اهتمامات المنظمة وللمشاركة، بدون التمتع بالحق في التصويت، في مداولات تلك الهيئات بشأن البنود الواردة في جداول أعمالها والتي تهتم بها المنظمة.

٢- يمكن أن يدعى ممثلو الاتحاد لحضور جمعية الصحة العالمية ودورات لجانها، والمجلس التنفيذي واللجان الإقليمية المعنية، ومؤتمرات المنظمة أو اجتماعاتها التي تناقش فيها المسائل التي تقع في دائرة اهتمامات الاتحاد وللمشاركة، بدون التمتع بالحق في التصويت، في مداولات تلك الهيئات بشأن البنود الواردة في جداول أعمالها والتي يهتم الاتحاد بها.

٣- في ما يتعلق بالعلاقة بين أمانة المنظمة من جهة، والمفوضية من جهة أخرى:

(أ) يتشاور رئيس المفوضية مع المدير العام للمنظمة، كلما اقتضى الأمر، حول المسائل ذات الاهتمام المشترك. وتستهدف هذه المشاورات تنسيق وتطبيق الصكوك ذات العلاقة، وسائر الوثائق المعتمدة من قبل الطرفين وذلك على أوسع نطاق ممكن؛

(ب) تتخذ الإجراءات المناسبة من قبل الطرفين لضمان العلاقة الوثيقة والتعاون بين مسؤوليهما. ولهذا الغرض، يجوز لكل منهما تعيين مسؤول ينوب عنه لمتابعة ما يحرز من تقدم في مجال التعاون بينهما، والعمل بمثابة همزة وصل وأداة تنسيق في هذا المجال.

٤- تكون الترتيبات التكميلية والعملية كما يلي:

(أ) تعقد الاجتماعات، كقاعدة عامة، مرة كل عام، بين مسؤولي المفوضية والمنظمة ممن تتوافر فيهم الشروط. ويتم خلالها استعراض التقدم المحرز في مجالات التعاون ذات الأولوية، وتبادل المعلومات ودراسة المشاريع التعاونية المستقبلية مع تحديد الاجتماعات والتظاهرات التي تستدعي بذل جهود تعاونية وتتطلب التنسيق؛

(ب) يجوز عقد اجتماعات دورية ومخصصة بين مسؤولي الطرفين مع إشعار، مسؤولي الاتصال المعنيين على المستويات ذات الصلة ومشاركتهم قدر الإمكان، وتتناول تلك الاجتماعات المسائل العملية في مجال التنسيق، وعلى وجه الخصوص تنفيذ المشاريع والمشاركة في اللجان والمجموعات والأطراف العاملة وإعداد الوثائق.

٥- التعاون المالي:

يخضع أي تنسيق مالي بين المفوضية والمنظمة إلى القواعد والإجراءات الخاصة بكل منهما. وتقوم المفوضية والمنظمة باستعراض ما يحرز من تقدم في إطار المشاريع الخاصة بالتعاون المالي، وذلك حسب الضرورة. أما بالنسبة للمخصصات المالية التي تصل إلى المفوضية أو المنظمة من المانحين بهدف تمويل أنشطة التعاون بينهما، فتدار وفقاً للوائح المالية والقواعد والممارسات الإدارية الخاصة بالطرف المتلقي لتلك المخصصات.

المادة الثامنة – القانون وتسوية النزاعات

يسوَّى أي نزاع، أو خلاف، أو ادعاء قد ينشأ بشأن تفسير أو تطبيق هذا الاتفاق بطريقة ودية عبر المفاوضات بين الطرفين. وفي حال فشل جهود المفاوضات الودية، يُحال مثل هذا النزاع بناءً على طلب أي من الطرفين إلى التحكيم وفقاً لقواعد التحكيم السارية للجنة الأمم المتحدة للقانون التجاري الدولي.

المادة التاسعة – التعديل أو المراجعة والفسخ

١- ليس هناك في هذا الاتفاق ما يمكن أن يعدَّل أو ينقح دون موافقة الطرفين ورهناً بإرسال أحد الطرفين إشعاراً خطياً بالتعديل المقترح إلى الطرف الآخر. ويسري مفعول التعديل المذكور بعد ثلاثة (٣) أشهر من موافقة الطرف الآخر عليه خطياً.

٢- يجوز لأي من الطرفين فسخ هذا الاتفاق بإشعار الطرف الآخر كتابياً قبل عام واحد (١) من إنهاء العمل به. وفي حال فسخ الاتفاق، يوافق الطرفان على إصدار أحكام تقضي بالانتهاء من الأنشطة القائمة أو الجاري تنفيذها خدمة لمصالح شعوب الدول الأعضاء فيهما.

المادة العاشرة – الاستعاضة وبدء التنفيذ

١- يدخل هذا الاتفاق حيز النفاذ في تاريخ توقيع الممثلين المخولين أصولاً للطرفين، وذلك رهناً بالمبادئ الدستورية والقواعد واللوائح المعنية لهذين الطرفين.

٢- يحل هذا الاتفاق، في تاريخ دخوله حيز النفاذ، محل الاتفاق المبرم بين منظمة الصحة العالمية ومنظمة الوحدة الأفريقية المؤرخ في ٢٤ أيلول/ سبتمبر ١٩٦٩ والترتيبات من أجل التنفيذ العملي للتعاون بين الطرفين المبرمة في ١١ أيار/ مايو ١٩٨٢، وينسخهما.

وإشهاداً على ما تقدم قام الممثلان المخولان أصولاً اللذان يرد إسماهما أدناه بالتوقيع على هذا الاتفاق في التاريخين المبينين تحت توقيع كل منهما.

وقد وضع هذا الاتفاق بثماني نسخ باللغات العربية والإنكليزية والفرنسية والبرتغالية، وتستوي كل هذه النصوص الأربعة في الحجية.

عن مفوضية الاتحاد الأفريقي

[تم التوقيع]
سعادة المحامي بينيس فيلومينا جاواناس
مفوض الشؤون الاجتماعية
٦ تموز/ يوليو ٢٠١٢

عن منظمة الصحة العالمية

[تم التوقيع]
الدكتورة مارغريت تشان
المدير العام
٦ تموز/ يوليو ٢٠١٢

الملحق ٤[١]

خطة العمل العالمية الخاصة باللقاحات

[ج٦٥/٢٢ – ١١ أيار/ مايو ٢٠١٢]

مقدمة

١– تعتمد خطة اللقاحات العالمية على نجاح الرؤية والاستراتيجية العالميتين للتمنيع ٢٠٠٦–٢٠١٥، واللتين تم إطلاقهما عام ٢٠٠٥ كأول إطار استراتيجي لمدة عشر سنوات لتحقيق إمكانيات التمنيع. وقد ألف وضع الخطة بين أصحاب مصلحة متعددين معنيين بالتمنيع، بما في ذلك الحكومات والمسؤولين المنتخبين والمهنيين الصحيين والجامعات وجهات التصنيع والوكالات العالمية وشركاء التنمية والمجتمع المدني ووسائل الإعلام والقطاع الخاص، وذلك لكي يحددوا مجتمعين ما تريد أوساط التمنيع تحقيقه على مدار العقد القادم. وفي المجمل بلغت عملية التشاور العالمية ما يربو على ١١٠٠ فرد يمثلون أكثر من ١٤٠ بلداً و ٢٩٠ منظمة، وتضمنت دورتين خاصتين لإحاطة ممثلي البعثات الدائمة لمكاتب الأمم المتحدة والمنظمات الحكومية الدولية الأخرى في جنيف ونيويورك.

٢– ومن المسلّم به – وينبغي أن يكون الأمر على ذلك النحو – أن التمنيع مكون رئيس في حق الإنسان في الصحة ومسؤولية على عاتق الفرد والمجتمع والحكومة. ويحول التطعيم دون حدوث ما يُقدر بـ ٢,٥ مليون حالة وفاة كل عام. وبحماية الأطفال الممنعين من خطر الأمراض التي يمكن توقيها باللقاحات، تسنح لهم الفرصة في الازدهار وحظ أوفر في استغلال إمكاناتهم على الوجه الأكمل. ويزيد من هذه المزايا بقدر أكبر التطعيم في سن المراهقة ومرحلة البلوغ. وكجزء من مجموعة شاملة من التدخلات المعنية بالوقاية من الأمراض ومكافحتها، فإن اللقاحات والتمنيع تُعتبر استثماراً أساسياً في مستقبل أي بلد – أو بالأحرى في مستقبل العالم.

٣– ولقد حان الوقت لإظهار الالتزام بتحقيق إمكانات التمنيع على الوجه الأكمل. وقد قاد الاعتراف الجماعي بهذه الفرصة المجتمع الصحي العالمي إلى الدعوة إلى عقد اللقاحات، وبما يتماشى مع الطلبات الواردة في القرار ج ص ع٦١–١٥ بشأن الاستراتيجية العالمية للتمنيع. وتتطلع الرؤية الخاصة بعقد اللقاحات (٢٠١١–٢٠٢٠) إلى عالم يتمتع فيه كل الأفراد والمجتمعات بحياة خالية من الأمراض التي يمكن توقيها باللقاحات. وتتمثل الرسالة الخاصة بعقد اللقاحات في توصيل فائدة التمنيع بالكامل بحلول عام ٢٠٢٠ وما بعده إلى الناس جميعاً، بغض النظر عن أين ولدوا ومن هم وأين يعيشون.

٤– وتؤكد خطة العمل العالمية الخاصة باللقاحات على الأهداف القائمة وتضع أهداف جديدة للعقد، وتقترح ستة أهداف استراتيجية والإجراءات التي ستدعم تحقيقها، وتقدم تقديراً مبدئياً لمتطلبات الموارد والعائد على الاستثمار. ويلخص التذييل ١ المؤشرات الموصى بها لرصد التقدم المحرز وتقييمه. وفيما يتجاوز خطة العمل، يلزم على أصحاب المصلحة على الصعيد القطري والإقليمي والعالمي أن يتحملوا المسؤولية عن الإجراءات النوعية، وأن يحولوا خطة العمل إلى خطط تشغيلية مفصلة (مع تحديث كل من خطة العمل والخطط التشغيلية

---

١ انظر القرار ج ص ع٦٥–١٧.

عندما تتوافر معلومات جديدة)، وأن يستكملوا وضع إطار مساءلة لعقد اللقاحات (٢٠١١-٢٠٢٠)، وأن يعبئوا الموارد اللازمة لضمان تحقيق الرؤية الخاصة بعقد اللقاحات. ويقتضي إنجاز هذا من المؤسسات العالمية والوطنية أن تبتكر وتغير من طريقة عملها. ويستعرض التذييل ٢ ملخصاً لمسؤوليات أصحاب المصلحة.

٥- ولقد كان القرن الماضي، من جوانب عديدة، قرن العلاج، مسفراً عن انخفاض كبير في المراضة والوفيات باكتشاف المضادات الحيوية واستخدامها كأحد أكبر عوامل التغيير في مجال الصحة. أما هذا القرن فيبشر بأن يكون قرن اللقاحات، مع إمكانية استئصال عدد من الأمراض المعدية الخطيرة أو المهددة للحياة أو التعجيزية، أو القضاء على هذه الأمراض أو مكافحتها، ومع وضع التمنيع في صميم الاستراتيجيات الوقائية. ويمثل ضمان تحقيق الرؤية الخاصة بعقد اللقاحات خطوة قوية في الاتجاه الصحيح.

مشهد التمنيع اليوم

إحراز تقدم مهم خلال العقد الماضي

٦- تم خلال السنوات العشر الماضية إحراز تطورات كبرى في استحداث لقاحات جديدة وبدء استخدامها وفي توسيع نطاق برامج التمنيع. فأصبح يتم تطعيم عدد أكبر من أي وقت مضى من المواطنين، ويجري التوسع في الوصول للقاحات واستخدامها من جانب فئات عمرية خلاف الرضع. ونتيجةً للتمنيع مقروناً بتدخلات أخرى في مجال الرعاية الصحية والتنمية – من بينها تحسين الوصول للمياه النظيفة والإصحاح وتحسين التصحح والتعليم – تراجع عدد الوفيات السنوية بين الأطفال دون سن الخامسة من حوالي ٩,٦ مليون حالة وفاة عام ٢٠٠٠ إلى ٧,٦ مليون حالة عام ٢٠١٠، وذلك رغم ارتفاع عدد الأطفال المولودين كل عام.

٧- وساعد التمنيع في مواصلة هذا الانخفاض في وفيات الأطفال: تم التوسع في التغطية باللقاحات التي تم استخدامها منذ البدء في البرنامج الموسع للتمنيع، وتم إدخال لقاحات جديدة. وأصبحت اللقاحات المضادة للالتهاب الكبدي "ب" *والمستدمية النزلية* من النمط "ب" جزءاً من جداول التمنيع الوطنية في ١٧٩ بلداً و١٧٣ بلداً على التوالي، وأوشك شلل الأطفال أن يُستأصل، ويتم تحاشي عدد كبير من الوفيات الناجمة عن الحصبة سنوياً. وتراجع عدد الوفيات بسبب الأمراض التقليدية التي يمكن توقيها باللقاحات (الخناق والحصبة وكزاز الوليد والشاهوق وشلل الأطفال) من حوالي ٠,٩ مليون حالة وفاة عام ٢٠٠٠ إلى ٠,٤ مليون حالة عام ٢٠١٠.[١]

٨- ويجري حالياً على الصعيد العالمي نشر لقاحات جديدة ومتزايدة التعقيد والتي توافرت خلال العقد الماضي، بما في ذلك اللقاح المتقارن المضاد للمكورات الرئوية واللقاحات المضادة للعدوى بالفيروس العجلي وفيروس الورم الحليمي البشري. ويجري بذل الجهود لتقصير الفترة الزمنية الفاصلة الموجودة تاريخياً في إدخال اللقاحات الجديدة بين البلدان المرتفعة الدخل والبلدان المنخفضة الدخل. فعلى سبيل المثال تم إدخال اللقاح المتقارن الثلاث عشري المضاد للمكورات الرئوية في البلدان المنخفضة الدخل بعد مرور عام بفترة وجيزة من إدخاله في البلدان المرتفعة الدخل.

٩- ومن خلال التعاون الدولي الابتكاري، تم استحداث لقاح متقارن ميسور التكلفة ضد *التهاب السحايا النيسيرية* من المجموعة المصلية "أ"، ويجري استخدامه حالياً في نطاق انتشار التهاب السحايا في أفريقيا. وتوجد

---

١ مصادر التقديرات: التقديرات الخاصة بالحصبة والكزاز الوليدي واردة في *الإحصاءات الصحية العالمية ٢٠١٢*، جنيف، منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٢. والتقديرات الخاصة بالخناق وشلل الأطفال لسنة ٢٠٠٠ واردة في: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates_regional_2000_v3/en/index.html (تم الاطلاع في ٥ نيسان/ أبريل ٢٠١٢)، لسنة ٢٠٠٨: http://apps.who.int/ghodata/ (تم الاطلاع في ٥ نيسان/ أبريل ٢٠١٢)؛ التقديرات الخاصة بالشاهوق، جدول الأعمال المؤقت لأمانة منظمة الصحة العالمية.

حالياً لقاحات مرخصة يجري استخدامها من أجل توقي ٢٥ حالة من حالات العدوى التي يمكن توقيها باللقاحات أو من أجل المساهمة في توقي هذه الحالات ومكافحتها (الجدول ١).

الجدول ١: العوامل أو الأمراض المعدية التي يمكن توقيها باللقاحات

- الجمرة الخبيثة
- الكوليرا
- الخناق
- الالتهاب الكبدي "أ"
- الالتهاب الكبدي "ب"
- الالتهاب الكبدي "هـ"
- *المستدمية النزلية من النمط "ب"*
- الورم الحليمي البشري
- التهاب الدماغ الياباني
- الحصبة
- مرض المكورات السحائية
- النكاف
- الشاهوق
- مرض المكورات الرئوية
- شلل الأطفال
- داء الكلب
- التهابات المعدة الناجمة عن الفيروس العجلي
- الحصبة الألمانية
- الأنفلونزا
- الكزاز
- السل
- حمى التيفود
- التهاب الدماغ المحمول بالقراد
- الحماق والهربس النطاقي (القوباء المنطقية)
- الحمى الصفراء

١٠- ولقد نجحت تقوية البلدان لبرامجها الوطنية – بمساعدة تحسين الدعم المقدم من أصحاب المصلحة على الصعيد المحلي والوطني والإقليمي والدولي وتنسيق هذا الدعم فيما بينهم – في الارتقاء بمعدلات التغطية بالتمنيع. وارتفع التمويل المقدم من الميزانيات المحلية المخصصة لبرامج التمنيع على مدار العقد المنصرم، كما ارتفع تدفق الموارد الدولية المخصصة للتمنيع. وطبقاً للبيانات الخاصة ببرامج التمنيع لعام ٢٠١٠،[١] أبلغت ١٥٤ دولة من الدول الأعضاء البالغ عددها ١٩٣ دولة عضو عن توافر بند خاص مخصص لديها بالميزانية للتمنيع ووضعت ١٤٧ دولة خططاً وطنيةً متعددة السنوات من أجل استدامة المكاسب المتحققة ومواصلة تعزيز الأداء بُغية بلوغ الأهداف المنشودة وإدخال لقاحات جديدة ملائمة.

١١- ودعمت مبادرات التمنيع العالمية والإقليمية البلدان في تعزيز نظمها وإدخال لقاحات جديدة. ومما يساعد في حفز توسيع برامج التمنيع الوطنية، الرؤية والاستراتيجية العالميتين للتمنيع ٢٠٠٦-٢٠١٥، وإعلان الأمم المتحدة بشأن الألفية، ومؤتمر قمة الأمم المتحدة العالمي من أجل الطفل، والدورة الاستثنائية بشأن الأطفال للجمعية العامة للأمم المتحدة، وفي الآونة الأخيرة من خلال الاستراتيجية العالمية للأمين العام للأمم المتحدة بشأن صحة المرأة والطفل. ودعم هذه البرامج في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل مبادرات مثل التحالف العالمي من أجل اللقاحات والتمنيع، والمبادرة العالمية لاستئصال شلل الأطفال، ومبادرة استئصال الحصبة، وخدمات شراء اللقاحات من خلال اليونيسيف، وصندوق شراء اللقاحات الدوار التابع لمنظمة الصحة للبلدان الأمريكية.

١ http://www.who.int/immunization_monitoring/data/en/ (تم الاطلاع في ١٣ نيسان/ أبريل ٢٠١٢).

احتياجات كبيرة لاتزال غير ملبّاة

١٢- رغم هذا التقدم، مازالت الأمراض التي يمكن توقيها باللقاحات سبباً رئيسياً في المراضة والوفيات. واتسم استخدام اللقاحات الجديدة من جانب البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل (حيث عبء المرض هو الأعلى في الغالب) بالبطء مقارنةً بالبلدان المرتفعة الدخل. ففي عام ٢٠١٠ على سبيل المثال لم يعش سوى ١٣٪ من إجمالي أتراب المواليد بالبلدان المرتفعة الدخل في بلدان لم تتوافر لديها لقاحات متقارنة مضادة للمكورات الرئوية في جداول التمنيع الخاصة بها. أما من أتراب المواليد بالبلدان المنخفضة الدخل فقد عاش ٩٨٪ في بلدان لم تتوافر لديها لقاحات متقارنة مضادة للمكورات الرئوية في جداول التمنيع الخاصة بها.

١٣- ومازالت ثغرات التغطية مستمرة فيما بين البلدان وكذلك داخل البلد الواحد. فقد كان متوسط التغطية بثلاث جرعات من اللقاح المحتوي على الخناق-الكزاز-الشاهوق وباللقاح المحتوي على الحصبة في البلدان المنخفضة الدخل أقل بنسبة ١٦٪ و١٥٪ عن متوسط التغطية في البلدان المرتفعة الدخل عام ٢٠١٠، على التوالي. بيد أن هذا يمثل توجهًا إيجابيًا مقارنةً بثغرة التغطية البالغة ٣٠٪ لكلا اللقاحين عام ٢٠٠٠.

١٤- وتقل في بعض البلدان التغطية باللقاح المحتوي على الحصبة في المناطق الريفية عن المناطق الحضرية بنسبة ٣٣٪. وبالمثل، يزيد معدل التغطية بلقاح الحصبة في الخُمس الأغنى من السكان في بعض البلدان بنسبة تصل إلى ٥٨٪ عن الخُمس الأفقر. وقد تكون التغطية أيضاً منخفضة جداً في مستوطنات فقراء الحضر وخصوصاً في المدن ذات الشرائح السكنية الانتقالية المهاجرة، وفي مجتمعات السكان الأصليين.

١٥- ولا يُعزى انخفاض مستوى التغطية إلى عامل المسافة الفاصلة عن الموقع الجغرافي للمراكز الصحية حصرا؛ وكذلك تقترن حالات عدم المساواة بمحددات اجتماعية واقتصادية أخرى مثل مستويات الدخل والحالة التعليمية للأم. ويلزم وجود تركيز جغرافي خاص على البلدان ذات الشريحة الدنيا من الدخل المتوسط ذات التعداد السكاني الكبير، حيث تعيش غالبية من لا يتم تطعيمهم. وسوف يشكل الوصول للشرائح السكانية المنقوصة الخدمات تحدياً كبيراً، ولكن يتعين التعامل مع حالات عدم المساواة لأن هذه الشرائح السكانية ترزح في الغالب تحت عبء مرض أكبر وقد يتعذر عليها الوصول إلى الرعاية الصحية والخدمات الأساسية، مع هشاشة اقتصاديات الأفراد وأسرهم التي تعاني نتيجة ذلك من التأثير الوخيم المرتبط بالمرض.

فرص وتحديات جديدة أمام عقد اللقاحات (٢٠١١-٢٠٢٠)

١٦- يتحمل الأفراد والمجتمعات والحكومات ومهنيو الصحة مسؤولية رئيسية عن استغلال الفرص ومواجهة التحديات التي سيوجدها هذا العقد. ومن المتوقع أن تصبح لقاحات جديدة ومحسنة متوافرةً، بناء على مشاريع قوية قيد الإعداد تشمل لقاحات عدة لأمراض لا يمكن في الوقت الراهن توقيها باللقاحات. ومن الممكن استخدام إدخال لقاحات جديدة موجهة ضد عدة مسببات مهمة لأهم أمراض مميتة، مثل الالتهاب الرئوي والإسهال وسرطان عنق الرحم، كعامل محفز لتعزيز التدخلات التكميلية. وبالإضافة للحد من الوفيات، فسوف تقي هذه اللقاحات الجديدة من المراضة مع تحقق عوائد اقتصادية حتى في البلدان التي نجحت بالفعل في تحسين معدلات الوفيات. وسوف تحقق الابتكارات في اللقاحات الموجودة بالفعل فوائد إضافية، مثل الفعالية الأكبر والاستقرار الحراري والتعاطي الأسهل والتكلفة الأقل.

١٧- وفي الوقت نفسه، يواجه استحداث لقاحات وابتكارات تمنيع أخرى عمليات تصنيعية وتنظيمية متزايدة التعقيد، فضلاً عن تزايد تكاليف البحث والتطوير والإنتاج. فعندما تتوافر لقاحات جديدة (على سبيل المثال اللقاحات المضادة لحمى الضنك والملاريا) ويتم التعاطي بشكل أوسع للقاحات التي لا يُستفاد منها استفادةً كاملةً (على سبيل المثال اللقاحات المضادة للكوليرا والورم الحليمي البشري وداء الكلب والفيروس العجلي والحصبة الألمانية والتيفود)، فسوف تصبح نظم الإمداد واللوجيستيات – المثقلة بالأعباء بالفعل – في حاجة أكبر إلى

الابتكارات. وأخيراً، فمن الضروري تعزيز عدد العاملين الصحيين، علاوةً على تعزيز معارفهم ومهاراتهم، والتنسيق بينهم والإشراف عليهم بشكل أفضل. ورغم كثرة التحديات، فإن إدخال لقاحات جيدة يمثل أيضاً فرصةً لتقوية نظم التمنيع وللقيام بدور العامل المحفز لتطبيق الكثير من الإصلاحات المطلوبة. ويجب أن يصاحب تزايد الاستثمارات الوطنية في التمنيع، زيادة في الإشراف والمساءلة الحكوميين.

١٨- ومن المتوقع أن تنمو احتياجات التمويل الخاصة بالتمنيع في مجالات البحث والتطوير والشراء والتسليم بأكثر من الضعف خلال العقد القادم. وسوف تخلق اللقاحات الجديدة والأكثر تعقيداً متطلبات تمويل جديدة، وستواجه البلدان قرارات صعبة في التعامل مع الأولويات الصحية المتنافسة. وسوف يتعين تخصيص الموارد بشكل أكثر كفاءة، على أن تستهدي القرارات ذات الصلة بالأولويات الوطنية والقدرات والمعلومات الواضحة حول تكاليف الخيارات وفوائدها وتحسين الإدارة المالية. ويجب ربط النفقات بالمخرجات والتأثيرات، مع توضيح مبررات الاستثمار في التمنيع.

١٩- ومع استمرار نمو اقتصادات الكثير من البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل، فسوف يستمر كذلك نمو إمكاناتها في تمويل التمنيع. وسوف تكون البلدان التي سبق لها الاعتماد على المساعدات الإنمائية قادرةً على أن تمول نسبةً متزايدةً من برامج التمنيع الخاصة بها، بل وقد تصبح في نهاية المطاف قادرةً على تحمل تكاليف هذه البرامج بالكامل. وسوف تصبح بعض هذه البلدان قادرةً على أن تقدم دعماً مالياً وتقنياً جديداً لمشاريع التمنيع العالمية. وفي نفس الوقت، فسوف يكون من المتوقع أن تسهم جهات تصنيع اللقاحات الموجودة في بعض هذه البلدان إسهاماً أكبر بكثير في الإمداد بلقاحات عالية الجودة وميسورة التكلفة، مما سيؤدي إلى نشر مصادر الإنتاج بشكل أوسع وزيادة المنافسة.

٢٠- ومن الممكن أن يزيد التوافر المتنامي للمعلومات وغزو الهاتف المحمول والشبكات الاجتماعية من طلب الجمهور على التمنيع، وأن يضمن تمتع المواطنين بالوعي بكل من الفوائد المتحققة من اللقاحات ومخاطرها المحتملة. ومن الممكن أن تستفيد أوساط التمنيع من الشبكات الاجتماعية والوسائط الإلكترونية في تهدئة المخاوف وزيادة الوعي وبناء الثقة بشكل أكثر فعالية.

٢١- ووُضعت في الاعتبار بدقة الدروس المستفادة من العقود الماضية والاحتياجات غير الملباة والفرص والتحديات التي يفرضها هذا العقد عند صياغة المبادئ الإرشادية ومقاييس النجاح والإجراءات الموصى بها المبرزة بوضوح في الأقسام التالية.

ستة مبادئ إرشادية

٢٢- استهدى وضع خطة العمل العالمية الخاصة باللقاحات بستة مبادئ إرشادية.

- **الملكية القطرية:** للبلدان الملكية الرئيسية، وهي مسؤولة عن إرساء الحكامة الجيدة وفي تقديم خدمات تمنيع فعالة وجيدة للجميع.
- **المسؤولية المشتركة والشراكة:** التمنيع ضد الأمراض التي يمكن توقيها باللقاحات مسؤولية الفرد والمجتمع والحكومة، وهي مسؤولية تتجاوز الحدود والقطاعات.
- **الإنصاف:** الوصول المنصف للتمنيع مكون رئيس في الحق في الصحة.
- **التكامل:** لا غنى عن نظم التمنيع القوية، كجزء من النظم الصحية الأوسع، مع ضرورة تنسيقها عن كثب مع برامج تقديم الرعاية الصحية الأولية الأخرى، من أجل تحقيق أهداف التمنيع.

- **الاستدامة:** القرارات المستهدية بالمعلومات واستراتيجيات التطبيق والمستويات الملائمة للاستثمار المالي وتحسين الإدارة المالية والإشراف أمور ذات أهمية حاسمة في ضمان استدامة برامج التمنيع.
- **الابتكار:** لا يمكن استغلال إمكانات التمنيع على الوجه الأكمل إلا من خلال التعلم والتحسين والابتكار المستمرين في البحث والتطوير، علاوةً على الابتكار وتحسين الجودة على امتداد جميع جوانب التمنيع.

٢٣- ومن الممكن أن تستهدي بهذه المبادئ الستة الرئيسية بشكل واقعي وفعال المجموعة الكاملة من أنشطة التمنيع على امتداد عقد اللقاحات (٢٠١١-٢٠٢٠). ورغم أنه سيتعين تحويل خطة العمل العالمية الخاصة باللقاحات إلى سياقات إقليمية وقطرية ومجتمعية محددة، تُعد هذه المبادئ الإرشادية قابلة للتطبيق على مستوى العالم وذات صلة بكل من أهداف عقد اللقاحات وأهدافه الاستراتيجية المبينة فيما يلي.

مقاييس النجاح

٢٤- يوشك عقد اللقاحات أن يتحرك نحو تحقيق أهداف طموحة. وفي مطلع هذا العقد يعني هذا تحقيق الأهداف الموضوعة بالفعل من أجل القضاء على الأمراض واستئصالها. ويعني كذلك التعامل مع طوارئ الصحة العمومية التي تشكلها سراية فيروس شلل الأطفال البري بهدف ضمان وجود عالم خالٍ من شلل الأطفال. ويعني أيضاً التأكد من القضاء عالمياً أو إقليمياً على الحصبة والحصبة الألمانية وكزاز الوليد.[١] ولم يسبق أن كان لاستكمال جدول الأعمال هذا مثل هذه الأهمية الحاسمة. وسوف يشجع النجاح على تحقيق أهداف طموحة إضافية. أما الإخفاق فسوف يعني استمرار حدوث ملايين من الحالات المرضية والوفيات التي يمكن توقيها.

٢٥- وفي وقت لاحق من العقد سيتم تسجيل النجاح من حيث التوسع في خدمات التمنيع اللازمة لتلبية أهداف التغطية بالتمنيع في كل إقليم وبلد ومجتمع. وينبغي في عام ٢٠١٥ أن تحقق تغطية الشرائح السكانية المستهدفة المرمى الخاص بالرؤية والاستراتيجية العالميتين للتمنيع (٢٠٠٦-٢٠١٥) والمتمثل في تحقيق ٩٠٪ على الأقل من التغطية بالتمنيع على الصعيد الوطني و٨٠٪ على الأقل من التغطية بالتمنيع في كل مقاطعة أو وحدة إدارية مقابلة (وعلامة ذلك تحقق التغطية باللقاحات المحتوية على الخناق-الكزاز-الشاهوق). وينبغي بحلول عام ٢٠٢٠ أن تصل تغطية الشرائح السكانية المستهدفة إلى هذه المستويات بالنسبة لجميع اللقاحات في برامج التمنيع الوطنية ما لم توجد أهداف بديلة. وينبغي أيضاً رصد بدء استخدام اللقاحات، ويتمثل المرمى الخاص بذلك في أن يبدأ على الأقل ٨٠ بلداً من البلدان المنخفضة الدخل أو المتوسطة الدخل في استخدام لقاح أو أكثر من اللقاحات الجديدة الملائمة أو اللقاحات التي لا يُستفاد منها استفادةً كاملةً بحلول عام ٢٠١٥. ولن يتم استبقاء هذه الإنجازات التقنية ما لم تتمتع البلدان بالملكية الكاملة في برامج التمنيع الروتينية (انظر الغرض الاستراتيجي ١ أدناه).

٢٦- وينبغي خلال هذا العقد أن تصبح ملايين الوفيات والحالات المرضية قابلة للتوقي بفضل ابتكار لقاحات وتكنولوجيات جديدة ومحسنة للأمراض ذات العبء الكبير وترخيصها والبدء في استخدامها. وينبغي على وجه التحديد متابعة التقدم صوب ترخيص وإطلاق اللقاحات المضادة لعامل أو أكثر من العوامل الممرضة الرئيسية غير القابلة للتوقي باللقاحات في الوقت الحالي (مثل الفيروس المضخم للخلايا، وفيروس حمى الضنك، والعقدية

---

١ بحلول عام ٢٠١٥، تحقيق القضاء على كزاز الأم والوليد (المعرف بوجود أقل من حالة كزاز وليد لكل ١٠٠٠ مولود حي) في كل مقاطعة، والقضاء على الحصبة في أربعة أقاليم على الأقل من أقاليم منظمة الصحة العالمية، والقضاء على الحصبة الألمانية في إقليمين على الأقل من أقاليم المنظمة. بحلول عام ٢٠٢٠، تحقيق القضاء على الحصبة والحصبة الألمانية في خمسة أقاليم على الأقل من أقاليم المنظمة.

من الفئة "أ"، وفيروس الالتهاب الكبدي "ج"، والدودة الشصية، وداء الليشمانيات والفيروس المِخلَوي التنفسي) وتكنولوجيا جديدة واحدة على الأقل لمنطلق التسليم.

أهداف عقد اللقاحات (٢٠١١-٢٠٢٠)

إيجاد عالم خالٍ من شلل الأطفال
تلبية أهداف التخلص من الأمراض على الصعيد العالمي والإقليمي
تلبية أهداف التغطية بالتمنيع في كل إقليم وبلد ومجتمع
ابتكار وإدخال لقاحات وتكنولوجيات جديدة ومحسنة
تجاوز الهدف الخاص بالمرمى ٤ من الأهداف الإنمائية للألفية والمتمثل في الحد من وفيات الأطفال

٢٧- وإذا تحققت هذه الأهداف الخاصة بالتمنيع فسوف تتسنى الحيلولة دون حدوث مئات الملايين من الحالات المرضية وملايين الوفيات المستقبلية بنهاية العقد، وسوف يتم كسب مليارات الدولارات من الإنتاجية، وسوف يسهم التمنيع في تجاوز الهدف الخاص بالمرمى الرابع من الأهداف الإنمائية للألفية والمتمثل في الحد من وفيات الأطفال (والهدف الذي يليه بعد عام ٢٠١٥). على سبيل المثال تشير التقديرات إلى أنه إذا تمت تلبية أهداف التغطية من حيث إدخال و/ أو مواصلة استخدام ١٠ لقاحات فقط (اللقاحات المضادة للالتهاب الكبدي "ب"، *والمستدمية النزلية من النمط "ب"*، وفيروس الورم الحليمي البشري، والتهاب الدماغ الياباني، والحصبة، والمكورات السحائية "أ"، والمكورات الرئوية، والفيروس العجلي، والحصبة الألمانية، والحمى الصفراء) في ٩٤ بلداً خلال العقد، فمن الممكن الحيلولة دون ما يتراوح بين ٢٤ و٢٦ مليون حالة وفاة في المستقبل مقارنةً بالسيناريو الافتراضي الذي تكون فيه التغطية باللقاحات صفرية (انظر أيضاً الفقرات ٨٨-٩٨ أدناه).

ستة أهداف استراتيجية

٢٨- سوف يُمَكِّن التقدم المستمر صوب الأغراض الاستراتيجية الستة التالية من تحقيق أهداف عقد اللقاحات (٢٠١١-٢٠٢٠).

(١) **التزام البلدان كافةً تجاه التمنيع باعتباره أولوية.** تتمثل المؤشرات الرئيسية لرصد التقدم المحرز صوب هذا الغرض الاستراتيجي على المستوى القطري في وجود إطار قانوني أو تشريعات تكفل التمويل اللازم للتمنيع ووجود فريق استشاري تقني مستقل يفي بالمعايير المحددة.

(٢) **فهم الأفراد والمجتمعات لقيمة اللقاحات وطلبهم للتمنيع باعتباره حقاً لهم ومسؤوليةً عليهم.** يمكن تقييم التقدم المحرز صوب زيادة الفهم والطلب عن طريق رصد مستوى ثقة الجمهور في التمنيع، مقاسًا بمسوح حول المعارف والمواقف والمعتقدات والممارسات.[١]

(٣) **مد فوائد التمنيع بشكل منصف للجميع.** يمكن تقييم التقدم المحرز صوب زيادة الإنصاف عن طريق رصد النسبة المئوية للمقاطعات التي تقل التغطية فيها عن ٨٠٪ بثلاث جرعات من اللقاح المحتوي على الخناق-الكزاز-الشاهوق وثغرات التغطية بين الشرائح الخمسية الغنية والفقيرة (أو أي مؤشر آخر ملائم للإنصاف).

١ سوف يضع الفريق العامل المعني بالتردد في أخذ اللقاحات والتابع لفريق الخبراء الاستشاري الاستراتيجي المعني بالتمنيع تعريفًا للتردد في أخذ اللقاحات ويوصي بأسئلة محددة من المسوح (سواء موجودة بالفعل أو جديدة) من أجل صياغة هذا المؤشر بالكامل.

(٤) نظم التمنيع القوية جزء لا يتجزأ من النظام الصحي السليم الأداء. يمكن تقييم قوة النظم الصحية بناء على معدلات التسرب بين الجرعة الأولى من اللقاح المحتوي على الخناق–الكزاز–الشاهوق والجرعة الأولى من اللقاح المحتوي على الحصبة. وتُعد جودة البيانات مهمة لرصد أداء النظام الصحي. ويمكن تقييم جودة البيانات عن طريق رصد ما إذا كانت بيانات التغطية بالتمنيع حاصلة على تقييم عالي الجودة من منظمة الصحة العالمية واليونيسيف.

(٥) تمتع برامج التمنيع بوصول مستدام لتمويل يمكن التنبؤ به وإمداد عالي الجودة وتكنولوجيات ابتكارية. تتمثل المؤشرات الرئيسية لرصد التقدم المحرز صوب هذا الغرض الاستراتيجي في النسبة المئوية لتكاليف التمنيع الروتيني الممولة من خلال الميزانيات الحكومية وتوافر القدرات على الصعيد العالمي لإنتاج لقاحات موصى بها عالمياً خلال خمس سنوات من الترخيص/ الطلب المحتمل.

(٦) تحقيق أقصى استفادة من فوائد التمنيع بفضل الابتكارات على الصعيد القطري والإقليمي والعالمي في مجال البحث والتطوير. تتضمن المؤشرات الرئيسية للتقدم المحرز صوب هذا الغرض الاستراتيجي إثبات المفهوم بشأن اللقاح والذي يعكس نجاعةً تساوي ٧٥٪ أو أكثر بالنسبة لمرض الأيدز/ العدوى بفيروسه أو السل أو الملاريا، والبدء في تجارب المرحلة الثالثة لجيل أول من لقاح الأنفلونزا الشامل. وبالإضافة إلى ذلك، يمكن قياس قدرات البحث والتطوير القطرية بالقدرات المؤسسية والتقنية على تصنيع اللقاحات و/ أو إجراء ما يرتبط بها من تجارب سريرية وبحوث تشغيلية وتنظيمية.

٢٩- ولن يتسنى تحقيق الرؤية والأهداف الخاصة بعقد اللقاحات (٢٠١١-٢٠٢٠) إلا إذا ألزم جميع أصحاب المصلحة المعنيون بالتمنيع أنفسهم بالأغراض الاستراتيجية الستة واتخذوا الإجراءات اللازمة لتحقيقها، ووضعوا نصب أعينهم المبادئ الإرشادية لعقد اللقاحات عند تطبيق جميع الإجراءات، ورصدوا وقيموا بصفة منتظمة التقدم المحرز صوب كل من الأغراض الاستراتيجية والأهداف باستخدام المؤشرات المبينة أعلاه (انظر أيضاً التذييل ١).

٣٠- ويلزم وجود إطار مساءلة يُعَرِّف منهجية ومصدر البيانات لهذه المؤشرات، ويحدد من هم أصحاب المصلحة الذين سيتحملون المسؤولية عن إجراءات معينة، ويؤكد على العملية والمسؤوليات الخاصة برصد وتقييم التقدم على مدار العقد. وترسي خطة العمل العالمية الخاصة باللقاحات الأساس اللازم لكل عنصر من هذه العناصر. ومن الممكن أن تتم مواصلة تطوير إطار المساءلة وتطبيقه على الصعيد القطري والإقليمي والعالمي على مدار عام ٢٠١٢ عن طريق رفع النتائج الصادرة عن المفوضية المعنية بالمعلومات والمساءلة بشأن صحة المرأة والطفل ومواءمة العمل – كلما أمكن – مع الجهود والمبادرات الأخرى المعنية بالمساءلة من جانب أصحاب المصلحة على الصعيد القطري بُغية تحقيق التقدم ورصده.

الإجراءات اللازمة لتحقيق الأغراض الاستراتيجية

الغرض الاستراتيجي ١: التزام البلدان كافةً تجاه التمنيع باعتباره أولوية.

٣١- إن الالتزام تجاه التمنيع باعتباره أولوية يعني أولاً وقبل كل شيء إدراك أهمية التمنيع كأحد تدخلات الصحة العمومية الحاسمة وإدراك القيمة التي يمثلها التمنيع من حيث العوائد الصحية والاقتصادية. وتبرهن البلدان على التزامها تجاه التمنيع عن طريق وضع أهداف وطنية طموحة ولكن قابلة للبلوغ وتخصيص الموارد المالية والبشرية الكافية للبرامج بُغية تحقيق هذه الأهداف؛ وعن طريق ضمان إدماج خطط التمنيع الوطنية الخاصة بها بالكامل في الخطط الصحية الوطنية مع توفير الميزانيات الملائمة وصياغة تلك الخطط بمشاركة جميع أصحاب المصلحة الرئيسيين؛ وعن طريق إبداء الرعاية والتطبيق الجيدين لخططها الصحية الوطنية. بيد أن الالتزام القطري تجاه التمنيع لا يعني ضمناً أن تأتي أولوية برامج التمنيع أو تمويلها على حساب البرامج الصحية الحيوية الأخرى.

٣٢- وينبغي أن تستهدي التشريعات والسياسات وقرارات تخصيص الموارد على الصعيد الوطني ببينات حالية ذات مصداقية بخصوص التأثير المباشر وغير المباشر للتمنيع. ويُذكر أنه توجد الكثير من قواعد البينات دون أن تصل إلى راسمي السياسات، حيث لا يكون دائماً من يستخرجون البينات هم الذين يتواصلون مع راسمي السياسات. ومن الممكن بلا مراء للتعاون بين الخبراء التقنيين الذين يستخرجون البينات من ناحية وبين المنافحين عن التمنيع من ناحية أخرى والذين يصوغون الرسائل المحددة السياقات والتي تسلط الضوء على أهمية التمنيع داخل الخدمات الصحية والاجتماعية – من الممكن لهذا التعاون أن يؤكد على قيمة التمنيع وكيفية دعم التمنيع للإنصاف والتنمية الاقتصادية.

٣٣- وينبغي إنشاء أو تدعيم هيئات مستقلة – مثل الفرق الاستشارية التقنية الإقليمية أو الوطنية المعنية بالتمنيع – والتي يمكن أن تسترشد بها السياسات والاستراتيجيات القطرية بناءً على الحالة الوبائية المحلية والمردودية، مما يقلل الاعتماد على الجهات الخارجية لتوفير الإرشادات اللازمة في مجال السياسات. ومن الممكن دعم هذه الهيئات بسهولة من جانب المؤسسات أو الأفراد المنوط بهم فحص وتوليف المعلومات اللازمة لاتخاذ قرارات مستهدية بالمعلومات. ومن الممكن توسيع نظم ومبادرات الدعم الإقليمية، مثل مبادرة بروفاك التابعة لمنظمة الصحة للبلدان الأمريكية،[1] بهدف دعم البلدان في تدعيم اتخاذ القرارات الخاصة بها. ومن المهم أن تتحاور الفرق الاستشارية التقنية الوطنية المعنية بالتمنيع، أو ما يماثلها على الصعيد الإقليمي، مع الجامعات والجمعيات المهنية والوكالات واللجان الوطنية الأخرى (مثل وكالات تنظيم اللقاحات، ولجان تنسيق القطاع الصحي على المستوى الوطني، ولجان التنسيق بين الوكالات) بُغية ضمان وجود نهج متماسك ومنسق لتحقيق الأولويات الصحية الوطنية. ولا غنى كذلك عن الروابط القوية بين وزارات الصحة والتعليم[2] والمالية، علاوةً على الموارد البشرية والجهات التشريعية، من أجل تطبيق البرامج المستدامة.

٣٤- ويُعتبر الدعم والاعتماد الرسمي للسياسات والخطط الوطنية على أعلى المستويات السياسية والإدارية – على الصعيد الوطني ودون الوطني – أمراً لا غنى عنه لضمان الالتزام والاستدامة. فالحكومات والمسؤولون المنتخبون مسؤولون عن توفير التشريعات والاعتمادات المالية اللازمة. وحيث إن التمنيع مؤشر قوي على قدرة النظام الصحي عموماً على تقديم الخدمات، ينبغي تشجيع الجهات التشريعية على الفحص المدقق لميزانيات التمنيع ومصروفاته وأنشطة برامج التمنيع والدفاع عنها ومتابعتها عن كثب، سواء على المستوى الوطني أو داخل دوائرها التشريعية. ومن الممكن أن تدعوا منظمات المجتمع المدني بفعالية لوجود التزام أكبر ولوضع الحكومات موضع المساءلة عن التزاماتها فور أن تقطعها. ويلزم أن يتوافر لبرامج التمنيع هياكل إدارية لتطبيق البرامج تطبيقاً فعالاً. ومن الممكن وضع المسؤولين على المستوى الوطني ودون الوطني الذين تقع على عاتقهم المسؤولية عن تطبيق خطط التمنيع موضع المساءلة عن أداء البرامج إذا كانوا متمتعين بالتمكين الكافي لتوفير القيادة الفعالة وإذا توافرت لديهم المهارات اللازمة للإدارة ورصد البرامج.

٣٥- وبالنسبة للبلدان المرتفعة الدخل والمتوسطة الدخل، ينبغي أن يغطي الالتزام تجاه التمنيع نفس المجالات، علماً بأنه قد يتضمن أيضاً القيام أو الاضطلاع بدور شركاء التنمية. وتستطيع البلدان الشريكة في التنمية، مع الوكالات العالمية، أن تنسق تبادل المعلومات وأفضل الممارسات فيما بين البلدان، وأن تساعد على سد ثغرات التمويل المؤقتة، وأن تدعم تقوية القدرات عن طريق العمل مع أصحاب المصلحة في مختلف المناطق بالبلدان.

---

١ بروفاك مجموعة أدوات لدعم الآتي: (١) تقدير مردودية اللقاحات الجديدة وتأثيرها الوبائي والاقتصادي؛ و(٢) التدريب؛ و(٣) تدعيم البنية التحتية الوطنية اللازمة لاتخاذ القرارات.

٢ لهذا أهمية خاصة من أجل تقديم التمنيع للأطفال الأكبر سناً والمراهقين من خلال برامج الصحة المدرسية ومن أجل رصد متطلبات الالتحاق بالمدارس مع التمنيع.

الجدول ٢: ملخص الإجراءات الموصى بها للغرض الاستراتيجي ١

التزام البلدان كافةً تجاه التمنيع باعتباره أولوية	
وضع واستدامة الالتزام تجاه التمنيع.	• ضمان وجود إطار تشريعي أو قانوني في جميع البلدان، بما في ذلك النص على مخصص ميزانية للتمنيع، وعلى الرصد والتبليغ. • وضع خطط تمنيع وطنية شاملة تكون جزءاً من الخطط الصحية الوطنية عموماً من خلال عملية تصاعدية تتضمن جميع أصحاب المصلحة. • وضع أهداف قطرية طموحة ولكن قابلة للبلوغ في إطار سياق أهداف الحد من المراضة والوفيات. • الفحص المدقق لميزانيات التمنيع ومصروفاته وأنشطة برامج التمنيع والدفاع عنها ومتابعتها عن كثب. • دعم منظمات المجتمع المدني والاتحادات المهنية من أجل المساهمة في المناقشات الوطنية المعنية بالتمنيع والصحة.
إطلاع قادة الرأي على قيمة التمنيع والتحاور معهم بشأنها.	• تحري النماذج اللازمة لتعزيز التعاون بين أصحاب المصلحة الذين يستخرجون البينات الخاصة بالتمنيع وأصحاب المصلحة الذين يستخدمون هذه البينات بُغية تحديد الأولويات وصياغة السياسات. • وضع وتعميم قاعدة بينات معنية بقيمة اللقاحات والتمنيع في مجال الصحة العمومية وبالقيمة المضافة لتحقيق الإنصاف في الوصول للتمنيع واستخدامه. • وضع وتعميم قاعدة بينات للفوائد الاقتصادية العريضة للتمنيع بالنسبة للأفراد والأسر والمجتمعات والبلدان. • إدراج التمنيع في جداول أعمال اجتماعات الهيئات الحكومية على جميع المستويات، وفي المنتديات الاجتماعية والصحية والاقتصادية الأخرى.
تدعيم القدرات الوطنية على صياغة سياسات مسندة بالبينات.	• إنشاء هيئات مستقلة – أو تدعيم القائم منها – تصوغ سياسات التمنيع الوطنية (على سبيل المثال، الفرق الاستشارية التقنية الوطنية المعنية بالتمنيع أو الفرق الاستشارية التقنية الإقليمية). • ابتكار طرق أكثر فعالية للوكالات التنظيمية الوطنية ولجان تنسيق القطاع الصحي ولجان التنسيق بين الوكالات، بهدف دعم برامج التمنيع كجزء من برامج مكافحة الأمراض والرعاية الصحية الوقائية.

التزام البلدان كافةً تجاه التمنيع باعتباره أولوية	
	• إنشاء منتديات إقليمية وتبادل المعلومات وأفضل الممارسات والأدوات بين الأقران. • استحداث آليات موسعة وأكثر شفافية لتجميع المعلومات وتبادلها واستخدامها بُغية رصد الالتزامات.

الغرض الاستراتيجي ٢: فهم الأفراد والمجتمعات لقيمة اللقاحات وطلبهم للتمنيع باعتباره حقًا لهم ومسؤوليةً عليهم.

٣٦- التحسينات الكبيرة في التغطية واستدامة البرامج أمور ممكنة إذا استوعب الأفراد والمجتمعات فوائد التمنيع ومخاطره، وإذا تم تشجيع الأفراد والمجتمعات على السعي للحصول على الخدمات، وإذا تم تمكينهم من أن يكون لهم مطالب من النظام الصحي، وإذا تمتعوا بملكية تخطيط البرامج وتطبيقها في إطار مجتمعاتهم المحلية. ورغم أنه كان هناك طلب كبير بوجه عام على خدمات التطعيم، إلا أن الوصول إلى الشرائح السكانية التي يصعب الوصول إليها وإنجاز مستويات تغطية أعلى وتحقيق أهداف الإنصاف أمور قد تستدعي نُهُوجا إضافية لتحفيز الطلب على التطعيم.

٣٧- وسوف يستلزم خلق الطلب من الأفراد والأسر والمجتمعات استخدام قواعد الانطلاق التقليدية بشكل أكثر فعالية علاوةً على استراتيجيات جديدة من أجل توصيل فوائد التمنيع، والتأكيد على التمنيع كمكون رئيس في الحق في الصحة، وتشجيع الاستخدام الأكبر للخدمات. ومن الممكن أن تستفيد الجهود الجديدة من الوسائط والنُهُوج الاجتماعية التي تستخدمها الجهود التسويقية التجارية والاجتماعية الرامية إلى تعزيز التمنيع ومعالجة المخاوف. وينبغي أيضاً استغلال تكنولوجيات الهاتف المحمول والإنترنت المستحدثة، مع الاستناد إلى خبرات ونجاحات حملات الصحة العمومية الابتكارية الأخرى. وينبغي أن يستهدي وضع الرسائل المحددة السياقات بالمعلومات الواردة في الاتصالات والبحوث الاجتماعية الرامية إلى تحديد الحواجز أمام التطعيم والدوافع إليه. وينبغي إدراج دروس خاصة باللقاحات والتمنيع في مناهج المدارس الابتدائية. ومن شأن النُهُوج المتعددة القطاعات التي تعزز جهوداً مثل تعليم الإناث وتمكينهن أن تحسن الاستفادة بالتمنيع وبالخدمات الصحية بوجه عام.

٣٨- ومن الممكن أيضاً، إذا كان ذلك ملائماً، أن تتضمن استراتيجيات البرامج تدابير لتقديم حافز للأسر من أجل السعي للحصول على خدمات التمنيع ولمقدمي الرعاية الصحية من أجل تحسين أدائهم في تطعيم الأطفال، وخصوصاً الأطفال الذين لم يسبق الوصول إليهم. وعلى مستوى الأسر، تتضمن برامج التحويل النقدي المشروط في الغالب تطعيم الأطفال كمطلب للحصول على تحويلات الدخل الأسري. وتوجد بينات على أن البرامج من هذا القبيل قد يكون لها تأثير إيجابي على معدلات التغطية بالتمنيع حتى في البلدان ذات معدلات التغطية المرتفعة، ولاسيما بالنسبة للشرائح السكانية المهمشة. ولأنه يتم غالباً إدارة برامج التحويل النقدي المشروط في البلدان كجزء من مجموعة أوسع من تدابير الحماية الاجتماعية أو تخفيف الفقر، تتيح هذه البرامج فرصةً لربط برامج التمنيع ووزارات الصحة مع المبادرات الإنمائية الأخرى الأوسع بما في ذلك المبادرات التي تديرها وزارات أخرى.

٣٩- وعلى مستوى المرافق الصحية، يمكن تحفيز كل من الأسر ومقدمي الرعاية الصحية بشكل أكبر عن طريق الهدايا العينية وقت التطعيم، أو عن طريق إعطاء مكافآت تمويلية مرتبطة بالأداء لمقدمي الرعاية الصحية. وتوجد بعض البينات المبكرة الدالة على أن تمويل خدمات التمنيع المرتبط بالأداء يؤدي إلى زيادة أعداد الأطفال الذين يتم تطعيمهم، علماً بأنه مايزال يتم إجراء تحليل أكثر تدقيقاً لتأثير التمويل المرتبط بالأداء على التمنيع.

٤٠- ويواجه تقديم حوافز للعاملين في مجال الرعاية الصحية وللأسر من خلال الهدايا النقدية والعينية تحديات عند التطبيق يتحتم تناولها بعناية. فيجب أن تحترم هذه النظم استقلالية المستفيدين. ويجب أيضاً إجراء بحوث اجتماعية لتحديد الأوضاع التي تسهم في ظلها الحوافز في تحسين التغطية وأنماط ومستويات الحوافز الملائمة لسياق ما. ويجب أن تقترن أنشطة خلق الطلب بآليات لضمان معولية الإمداد باللقاحات.

٤١- وتتأثر بعض أسباب التردد بلا شك بتطور الاتصالات ومبادرات الدعوة المصممة لمجابهة جماعات الضغط المناهضة للتطعيم ولزيادة استيعاب قيمة اللقاحات أو استيعاب خطر الأمراض. بيد أنه تتم معالجة بعض أسباب التردد الأخرى على أفضل نحو عن طريق ضمان جودة الخدمات المقدمة. فتردد الأفراد في استخدام الخدمات يقل إذا استشعروا أن جودة تلك الخدمات مقبولة. وتزيد احتمالات إقبالهم على دورات التطعيم عندما تكون الخدمات المقررة في الجداول مريحة ومتاحة بشكل واضح، وعندما يتم تقديم استشارة عملية حول أماكن التطعيم ومواعيده ودواعيه وحول الأمور المتوقعة بعد التطعيم، وعندما يتحلى العاملون الصحيون بطابع الترحاب، وعندما تكون أوقات الانتظار معقولة، وعندما يتم تقديم الخدمات بالمجان. وينبغي أن يحصل العاملون في مجال الرعاية الصحية على تدريب على التواصل الفعال حتى يتمكنوا من التعامل مع وسائل الإعلام ومع المجتمعات المحلية عندما توجد تقارير عن أحداث ضارة خطيرة في أعقاب التمنيع، وذلك حتى تتم تهدئة المخاوف والتعامل مع مشكلة التردد في تلقي اللقاحات.

٤٢- ويتطلب إحداث التغيير مشاركة الأفراد والأسر والمجتمعات في وضع جميع استراتيجيات خلق الطلب وتطبيقها. ويتطلب أيضاً مناصرين جدد أقوى في المجتمع تتوافر لديهم المعرفة بالأوضاع المحلية والمصداقية وخبرة الخطوط الأمامية اللازمة لدفع التغيير. وتتمتع مشاركة منظمات المجتمع المحلي على الصعيد القطري بأهمية كبرى في استحداث جهود دعوة قوية، وينبغي دعم هذه المنظمات عن طريق بناء القدرات. ومن الممكن مجدداً هنا أن يقدم أي جهد يعزز التعاون بين مستخرجي البينات ومستخدميها تدريباً للمنافحين وأن يقوم بالربط مع الشبكات الاجتماعية والمهنية المحلية والتي تمثل مصدراً هاماً للمنافحين الشعبيين عن التمنيع. وهذا الأمر مطلوب بصفة خاصة حينما تتبنى البرامج القطرية نهجاً في التمنيع على مدار العمر.

٤٣- ويجب أن يستعين المناصرون الحاليون بأصوات جديدة – من الممكن أن تشمل رجال التعليم، والقادة الدينيين، والشخصيات الشعبية والإعلامية، وأطباء الأسرة، والعاملين الصحيين بالمجتمع، والمنافحين عن التمنيع. وسوف يكون كذلك للباحثين والخبراء التقنيين دور مهم في خلق وعي مجتمعي أكبر وتقديم إجابات صادقة بخصوص المعلومات المغلوطة عن التمنيع.

٤٤- ومن شأن خلق الطلب الفردي والمجتمعي أن يعزز الالتزام القطري تجاه اللقاحات والتمنيع (الغرض الاستراتيجي ١). وينبغي أن تبني الأنشطة الرامية إلى خلق الطلب على اللقاحات والتمنيع على الحركة الأوسع بُغية مساعدة المواطنين على وضع حكوماتهم موضع المساءلة عن الوصول للخدمات الصحية.

الجدول ٣: ملخص الإجراءات الموصى بها للغرض الاستراتيجي ٢

فهم الأفراد والمجتمعات لقيمة اللقاحات وطلبهم للتمنيع باعتباره حقاً لهم ومسؤوليةً عليهم.	
التحاور مع الأفراد والمجتمعات حول الفوائد الخاصة بالتمنيع والاستماع إلى هواجسهم.	• الدخول في حوار يقوم بنقل المعلومات ويقوم أيضاً بالاستجابة لمقتضيات هواجس الناس ومخاوفهم. • الاستفادة بأدوات الوسائط الاجتماعية والدروس المستفادة من الجهود التسويقية التجارية والاجتماعية. • استغلال تكنولوجيات الهاتف المحمول والإنترنت.

فهم الأفراد والمجتمعات لقيمة اللقاحات وطلبهم للتمنيع باعتباره حقاً لهم ومسؤوليةً عليهم.	
	• إدراج التمنيع في مناهج التعليم الأساسي. • إجراء بحوث التواصل.
إيجاد حوافز لحفز الطلب.	• إيجاد حوافز للأسر والعاملين الصحيين لصالح التمنيع، عند الاقتضاء، مع احترام استقلالية المستفيدين (على سبيل المثال التحويلات النقدية أو العينية، تجميع الخدمات، الاهتمام الإعلامي). • إجراء بحوث اجتماعية لتحسين تقديم خدمات التمنيع والقدرة على تلبية احتياجات المجتمعات المتنوعة.
بناء قدرات الدعوة.	• الاستعانة بأصوات جديدة بما في ذلك رجال التعليم، والقادة الدينيون، والشخصيات الإعلامية الشعبية والاجتماعية، وأطباء الأسرة، والعاملون الصحيون بالمجتمع المحلي، والمنافحون عن التمنيع المدربون (ضمن آخرين). • تدريب العاملين في مجال الرعاية الصحية على تقنيات التواصل الفعالة، وخصوصاً معالجة التردد في تلقي اللقاح والتعامل مع تقارير الأحداث الضارة الخطيرة في أعقاب التمنيع بُغية المحافظة على الثقة وتهدئة المخاوف. • إشراك وتمكين ودعم منظمات المجتمع المحلي على الصعيد القطري من أجل مناصرة قيمة اللقاحات أمام المجتمعات المحلية وراسمي السياسات ووسائل الإعلام المحلية والعالمية. • استحداث خطط دعوة وطنية أو إقليمية تشرك منظمات المجتمع المحلي على الصعيد القطري. • ربط جهود الدعوة العالمية والوطنية والمجتمعية بالشبكات المهنية والعلمية.

الغرض الاستراتيجي ٣: مد فوائد التمنيع بشكل منصف للجميع.

٤٥- في يومنا هذا يحصل أربعة أطفال من كل خمسة على الأقل على مجموعة أساسية من التطعيمات أثناء سن الرضاعة ويتمكنون بالتالي من عيش حياة أكثر صحة وإنتاجية. ولسوء الحظ فإن هذا يعني وجود طفل من كل خمسة أطفال لا يتم الوصول إليه. وفي هذا العقد، ينبغي أيضاً أن تصل فوائد التمنيع بشكل منصف لجميع الأطفال والمراهقين والبالغين. وسوف يعني تحقيق هذا الغرض الاستراتيجي أن يتم تمنيع كل فرد مؤهل بجميع اللقاحات الملائمة – بغض النظر عن الموقع الجغرافي أو السن أو النوع أو العجز أو المستوى التعليمي أو المستوى الاجتماعي والاقتصادي أو الفئة العرقية أو وضع العمل – بما يحقق بالتالي الوصول إلى الشرائح السكانية المنقوصة الخدمات ويحد من حالات التفاوت في التمنيع داخل البلد الواحد وفيما بين البلدان على حد سواء. ولأنه يغلب أن تتركز أعباء الأمراض بشكل غير متناسب لدى الشرائح السكانية الأكثر تهميشاً، فإن الوصول إلى المزيد من الناس لن يسفر فقط عن تحقيق درجة أكبر من الإنصاف بل سيؤدي أيضاً إلى تحقيق تأثير صحي أعظم ويسهم في التنمية الاقتصادية. وبالإضافة لذلك، لا يمكن الوفاء بالأهداف المتعلقة باستئصال الأمراض والتخلص منها دون تحقيق تغطية كبيرة ومنصفة واستبقائها.

٤٦- وفي عام ٢٠٠٢ طرحت منظمة الصحة العالمية واليونيسيف وشركاء آخرون مفهوم "الوصول إلى كل منطقة"، والذي يشكل خطوة أولى صوب تحقيق تغطية أكثر إنصافًا. ومن خلال مكوناتها التشغيلية المتنوعة

(والتي تتضمن إعادة إنشاء خدمات التوعية، وتوفير إشراف داعم، والدخول في حوارات مع المجتمعات، ورصد واستخدام البيانات، وتخطيط المناطق وإدارة الموارد)، تسنى لاستراتيجية الوصول إلى كل منطقة أن توسع تقديم خدمات التمنيع. وعلى نفس النسق، استخدمت المبادرات المستهدفة لاستئصال الأمراض والتخلص منها أو سرعة الحد من الوفيات استراتيجيات مثل أيام التمنيع الوطنية أو دون الوطنية (بالنسبة لاستئصال شلل الأطفال) وأنشطة التمنيع التكميلي (بالنسبة للقضاء على الحصبة والحصبة الألمانية، والحد من الوفيات الناجمة عن الحصبة، والقضاء على كزاز الوليد). وفي الآونة الأخيرة تم استخدام استراتيجيات يُشار إليها مجتمعةً باسم التكثيف الدوري للتمنيع الروتيني بُغية مد التمنيع إلى الفئات التي لا يتم الوصول إليها، جنباً إلى جنب مع التدخلات الأخرى في مجال الرعاية الصحية الأولية.

٤٧- وحتى هذه الاستراتيجيات مازالت تفوتها شرائح سكانية منها على سبيل المثال من يعيشون خارج الهياكل الاجتماعية والحكومية التقليدية. ولكي يتم استبقاء مكاسب هذه الجهود التاريخية ولكي يتم تحقيق الأهداف الخاصة بمكافحة الأمراض واستبقاؤها، ينبغي إعادة صياغة النهج الاستراتيجي "الوصول إلى كل منطقة" ليصبح "الوصول إلى كل مجتمع". ولكي تتحقق التغطية الأكثر إنصافاً، ينبغي توسيع تعريف المجتمع بما يتجاوز المجتمعات المحددة جغرافياً. ويعني الوصول إلى كل مجتمع استهداف شمول كل فرد مؤهل، حتى الأفراد الواقعون فيما يتجاوز النطاق الحكومي المعتاد.

٤٨- وسوف يدعو الوصول إلى كل مجتمع إلى فهم الحواجز أمام الوصول إلى التمنيع واستخدامه، وسوف يستلزم كذلك تحديد الفئات المنقوصة الخدمات ووضع خطط مصغرة على مستوى المقاطعات والمجتمعات المحلية تتم مراجعتها وتنقيحها بُغية ضمان التغلب على تلك الحواجز. وينبغي استغلال سرعة التوسع في تكنولوجيا المعلومات في وضع سجلات تمنيع وقواعد بيانات إليكترونية تسمح بتتبع موقف التمنيع لكل فرد وبإرسال مذكرات تنبيه عند حلول موعد التمنيع وبسهولة الوصول للبيانات حتى تستهدي القرارات بالمعلومات اللازمة. ومن الممكن أن يكون بدء استخدام أرقام تعريفية فريدة عاملاً محفزاً لوضع نظم من هذا القبيل.

٤٩- وينبغي استغلال الاستناد إلى خبرات حملات التطعيم الناجحة ضد شلل الأطفال والتخطيط اللامركزي والتوعية في الوصول إلى الشرائح السكانية النائية أو الرحل أو التي تعرضت للتهميش تاريخياً. وسيكون من الضروري كذلك وجود استراتيجيات جديدة من أجل الوصول إلى فقراء الحضر والمهاجرين الريفيين. وفي ظل وجود هياكل مجتمعية ضعيفة وناشئة وعدم كفاية الأمن، سوف يكون لنُهُوج التوعية المجتمعية أهمية حاسمة بشكل خاص في الوصول لهذه الفئات. ويصدق هذا بشكل أكبر نظراً لأنه في بعض الأحيان تكون القوة الأكثر توحيداً في هذه المناطق الحضرية والمحيطة بالحضر هي الارتياب المشترك والمتأصل في الغرباء وبخاصة الحكومات.

٥٠- وسوف يستدعي تطبيق استراتيجيات الوصول إلى الشرائح السكانية المنقوصة الخدمات المشاركة مع القطاع غير الحكومي بما في ذلك منظمات المجتمع المدني ومنظمات القطاع الخاص، وسوف يستلزم شمول جميع جوانب التمنيع بما في ذلك الدعوة والتعبئة الاجتماعية وتقديم الخدمات ورصد أداء البرامج. ولكي يتم دعم هذا التعاون، ينبغي على الحكومات أن تخصص موارد إضافية للمجتمعات المنقوصة الخدمات وأن تضمن تزويد البرامج بعدد كافٍ من الموظفين الحاصلين على تدريب جيد من أجل تنفيذ الاستراتيجيات تنفيذًا فعالاً. ومن الأمور التي لا غنى عنها الشراكات عبر القطاعات الحكومية (مع المؤسسات التعليمية على سبيل المثال) والتنسيق مع البرامج التي تركز على الشرائح السكانية المعرضة للخطر. وبالإضافة إلى ذلك، سيتعين أن تستمر الجهود الرامية إلى تقديم خدمات تمنيع عالية الجودة للأطفال كافة بلا توانٍ حتى تتم حماية المكاسب المسجلة بالفعل.

٥١- وتوجد أبعاد أخرى للإنصاف تستحق البحث خلال عقد اللقاحات (٢٠١١-٢٠٢٠) منها حالات التفاوت بين البلدان، وتمنيع المراهقين والبالغين، والتمنيع أثناء حالات الطوارئ.

٥٢- وتاريخياً، استغرق الأمر عقوداً قبل أن تصبح اللقاحات الجديدة المستخدمة في البلدان المرتفعة الدخل متوافرةً في البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل. ويجري اتخاذ خطوات من أجل معالجة هذا الانعدام في الإنصاف من بينها إدخال لقاحات جديدة بدعم من التحالف العالمي من أجل اللقاحات والتمنيع. بيد أنه يلزم بذل المزيد من أجل استبقاء هذه المكاسب ومدها ولاسيما للبلدان المتوسطة الدخل.

٥٣- ويجب أيضاً اتخاذ نهج "على مدار العمر" لجعل فوائد التمنيع متاحة لجميع المعرضين للخطر في كل فئة عمرية. وحيث تتم مكافحة الأمراض بنجاح من خلال تمنيع الرضع، يتزايد الاعتراف بضرورة تعزيز المناعة من أجل استبقاء هذه المكاسب ومد نطاقها. وبالإضافة إلى ذلك، تتوافر حالياً لقاحات جديدة وموجودة بالفعل، ويتزايد استخدامها، مع أطفال المدارس والمراهقين والبالغين المعرضين للخطر بشكل خاص – مثل العاملين الصحيين، والأفراد المنقوصي المناعة، والمتعاملين مع الحيوانات، وكبار السن – (على سبيل المثال اللقاحات المضادة للورم الحليمي البشري والأنفلونزا وداء الكلب). وقد زاد نجاح الجهود الرامية للقضاء على كزاز الأم والوليد والفوائد المتحققة لكل من المرأة والرضيع بفضل التمنيع ضد الأنفلونزا أثناء الحمل من الاهتمام بتحري ابتكار لقاحات أخرى يمكن استخدامها أثناء الحمل (على سبيل المثال لقاحات العقدية من الفئة "ب" أو الفيروس المِخلَوي التنفسي). وسوف يعني هذا استحداث استراتيجيات للوصول إلى الأفراد على مدار حياتهم، ووضع خطط للنظم التي سترصد التقدم المحرز وتتبعه.

٥٤- وبالمثل، يلزم أن تضمن الخطط الموجهة الوصول إلى التمنيع أثناء الأزمات الإنسانية والفاشيات وفي مناطق الصراعات. وينبغي أن تتضمن هذه الخطط التركيز على التواصل وبنوداً خاصة بتكوين مخزون احتياطي من اللقاحات.

٥٥- وهناك حاجة للبحوث الاجتماعية والتشغيلية حتى يستهدي بالمعلومات الواردة بها في تصميم واختبار فعالية تقديم الاستراتيجيات المذكورة أعلاه. ومن الممكن أن تتضمن مجالات التركيز الرئيسية لهذه البحوث تحديد الأسباب الرئيسية لانخفاض التغطية في مناطق ومجتمعات معينة، ودراسة الحواجز الاقتصادية أمام التمنيع، واستيعاب أفضل النُهُوج للوصول إلى الأفراد من مختلف الأعمار، ودراسة أكثر الحوافز فعالية للوصول إلى الفئات المختلفة.

الجدول ٤: ملخص الإجراءات الموصى بها للغرض الاستراتيجي ٣

مد فوائد التمنيع بشكل منصف للجميع.	
وضع وتطبيق استراتيجيات جديدة للتعامل مع حالات عدم الإنصاف.	• إعادة صياغة النهج الاستراتيجي "الوصول إلى كل منطقة" ليصبح "الوصول إلى كل مجتمع" بُغية التعامل مع حالات عدم الإنصاف داخل المناطق. • إشراك الفئات المنقوصة الخدمات والمهمشة في وضع استراتيجيات موجهة مصممة خصيصًا للحد من حالات عدم الإنصاف. • إدخال لقاحات جديدة ملائمة في برامج التمنيع الوطنية (انظر أيضاً الغرض الخامس). • استحداث نهج على مدار العمر في تخطيط التمنيع وتطبيقه، يشمل الاستراتيجيات الجديدة الرامية إلى ضمان الإنصاف عبر الحياة. • توقي الأمراض التي يمكن توقيها باللقاحات والاستجابة لمقتضياتها خلال فاشيات الأمراض والأزمات الإنسانية وفي مناطق الصراعات.

مد فوائد التمنيع بشكل منصف للجميع.	
تكوين قاعدة معارف وبناء القدرات للتمكين من أجل تقديم الخدمات بشكل منصف.	• تتبع موقف التمنيع لكل فرد، مع تعزيز سجلات التمنيع وقواعد البيانات الإليكترونية ونظم أرقام تحديد الهوية الوطنية. • الاستفادة من الهياكل المجتمعية في تعزيز التواصل وتقديم الخدمات (على سبيل المثال القابلات الشعبيات، سجلات المواليد). • إشراك منظمات المجتمع المدني في التوعية والتخطيط بالمجتمع المحلي. • وضع نُهُوج جديدة للمشاركة المجتمعية في المناطق الحضرية والمحيطة بالحضر. • تدريب العاملين الصحيين ومنظمات المجتمع المدني على مشاركة المجتمعات، وعلى تحديد الشخصيات ذات النفوذ التي تستطيع المساعدة في تخطيط ورصد وتنظيم البرامج الصحية وبرامج التمنيع، علاوةً على احتياجات المجتمع، وعلى العمل مع المجتمعات لتلبية تلك الاحتياجات. • إجراء بحوث علمية تشغيلية واجتماعية لتحديد الاستراتيجيات الناجحة في الحد من حالات عدم الإنصاف وتحسين جودة خدمات التمنيع وتقديمها.

الغرض الاستراتيجي ٤: نظم التمنيع القوية جزء لا يتجزأ من النظام الصحي السليم الأداء.

٥٦- يعتمد نجاح برامج التمنيع الوطنية على إدخال لقاحات جديدة وبلوغ الأهداف الخاصة بالجودة والإنصاف والتغطية وتحقيق الاستدامة المالية على وجود نظام صحي سليم الأداء. وتستلزم المكونات الكثيرة المترابطة لنظام التمنيع الاهتمام من تخصصات متعددة بُغية بناء برنامج متماسك وغير متشرذم وسليم الأداء ينسق ويعمل بالتضافر مع برامج الرعاية الصحية الأولية الأخرى.

٥٧- وتشتمل النظم الصحية على مجموعة واسعة من الوظائف بدءاً من السياسات والتنظيم وصولاً إلى نظم المعلومات وسلاسل الإمداد، والموارد البشرية، وإدارة البرامج وتمويلها بوجه عام. وتشمل النظم الصحية كلاً من القطاع العام والقطاع الخاص، ومن الممكن في بعض البلدان أن يلعب القطاع الخاص دوراً قيماً في توعية الأسر حول ضرورة التطعيم وفوائده، علاوةً على تقديم الرعاية الصحية. وقد تم تناول بعض هذه الوظائف في أقسام أخرى من هذه الوثيقة. ويناقش هذا القسم الإجراءات المطلوبة لتعزيز تنسيق أكبر بين برامج التمنيع والبرامج الأخرى في إطار النظم الصحية ولتدعيم المكونات الخاصة بالمعلومات والموارد البشرية وسلاسل الإمداد واللوجيستيات في النظم الصحية.

٥٨- وينبغي أن يستمر دور تقديم خدمات التمنيع كقاعدة انطلاق لتقديم التدخلات الأخرى ذات الأولوية في مجال الصحة العمومية، مثل التدخلات المعنية بالتكميل بفيتامين "أ" والتخلص من الديدان والناموسيات المعالجة بالمبيدات. وينبغي كذلك أن تقوم البرامج الأخرى ذات الأولوية بدور قاعدة الانطلاق لتقديم التمنيع. وينبغي استغلال كل اتصال مع القطاع الصحي كفرصة للتحقق من موقف التمنيع وتقديم التمنيع عند الحاجة. وإضافة لذلك، فحيث تتوافر لقاحات جديدة موجهة لبعض – وليس كل – الممرضات التي تسبب أعراضاً معينة مثل الالتهاب الرئوي والإسهال وسرطان عنق الرحم، فمن المهم أن يكون بدء استخدام تلك اللقاحات فرصة لتعزيز تقديم التدخلات التكميلية. فينبغي على سبيل المثال أن تُكَمَّل اللقاحات المضادة للمكورات الرئوية والفيروس العجلي بإجراءات أخرى للحماية من الأمراض التنفسية وأمراض الإسهال المرتبطة بها وتوقيها وعلاجها.

٥٩- ومن ثم ينبغي أن يصاحب نشر اللقاحات الجديدة خطط شاملة لمكافحة الأمراض داخل البلدان وعلى مستوى العالم على حد سواء. وينبغي أن يتم التنسيق بين التمنيع والخدمات الأخرى على جميع مستويات البرامج في أي بلد، وأن يشمل هذا التنسيق جهود التوعية والمشاركة من جانب المراكز الصحية، وأن يكون جزءاً من إدارة البرامج. وكذلك فقد يسهل تنسيق التمنيع مع برامج الرعاية الصحية الأولية المتكاملة، جهود التعبئة الاجتماعية، مما يساعد على خلق الطلب المجتمعي على الخدمات (الغرض الاستراتيجي ٢) وعلى معالجة عدم الإنصاف (الغرض الاستراتيجي ٣). يُضاف إلى هذا أنه ينبغي بذل جهود من أجل ضمان ألا تعمل برامج اللقاحات العالمية التي تركز على الأهداف الخاصة باستئصال الأمراض والتخلص منها (على سبيل المثال حملات شلل الأطفال والحصبة) بمعزل عن غيرها. وينبغي أن تختار البلدان آليات تعزيز التفاعل والتنسيق الأكبر بين البرامج المختلفة وفقاً لسياقها المحلي. وسوف يكون التآزر والمردودية الناتجان بفضل التكامل والتنسيق مفيدين بشكل خاص في البلدان ذات النظم الصحية الهشة.

٦٠- ولا غنى عن الوصول للمعلومات العالية الجودة والحسنة التوقيت من أجل فعالية التمنيع. وتشمل المعلومات الحاسمة مؤشرات العمليات التي تتيح للبرامج رصد أدائها واتخاذ الإجراءات التصحيحية، ومؤشرات الحصائل التي تقيس تأثير البرامج. ويلزم تحليل مؤشرات المخرجات والتأثير إلى جانب النفقات حتى يتم تحديد الاختناقات وأفضل الممارسات، ويلزم أن تقيس هذه المؤشرات مردودية البرنامج (القيمة المتحققة مقابل الأموال). ويلزم ربط نظم معلومات التمنيع بنظم المعلومات الصحية الأوسع، على أن تظل ميسورة الوصول بسهولة وتلبي احتياجات برامج التمنيع.

٦١- وتم العمل برصد التغطية بالتمنيع ومعدلات التسرب منذ إطلاق البرنامج الموسع للتمنيع بُغية ضمان فعالية البرامج. ورغم أن جودة الإبلاغ بالبيانات وحسن توقيته كانا يتحسنان باطراد على مر السنين، مازالت جودة بيانات التغطية الإدارية غير كافية في بلدان كثيرة. وبالإضافة لذلك، مازال استخدام البيانات في اتخاذ الإجراءات التصحيحية على مستوى المناطق والمجتمعات غير مرضٍ. ومن الممكن أن يؤدي استخدام النُهُوج الجديدة في تتبع التمنيع من خلال أرقام تعريفية فريدة (سبق مناقشتها في الغرض الاستراتيجي ٣) إلى تحسين جودة بيانات التغطية بالتمنيع وإلى تسهيل وضع سجلات تمنيع شاملة. ومن الممكن أن تدعم التكنولوجيات الجديدة، ومن بينها أجهزة الاتصال المحمولة باليد والهواتف المحمولة، هذا الجهد وأن تسهل تبادل البيانات. وبوسع مديري البرامج على جميع المستويات الإدارية، مسلحين بالبيانات الأعلى جودة وأدوات جديدة لتحليل البيانات، أن يحسنوا أداء البرامج وأن يخصصوا التمويل بصورة ملائمة وأن يتتبعوا التقدم المحرز بشكل أكثر فعالية.

٦٢- وترصد الأمراض أمر بالغ الأهمية لاتخاذ قرارات مستهدية بالمعلومات بشأن تبني لقاحات جديدة وبشأن استراتيجيات استخدام هذه اللقاحات في البرامج الوطنية المعنية. ولا غنى عن هذا الترصد أيضاً من أجل رصد تأثير التمنيع والتغيرات الحادثة في الحالة الوبائية للأمراض، ومن أجل دعم الاستخدام المستدام. وسوف يكون كذلك للبيانات الوبائية المتينة أهمية حيوية في فهم فعالية اللقاحات وتوجيه الأولويات في أوساط البحث والتطوير، وسوف تساعد هذه البيانات في تحديد المجالات الأشد احتياجاً للبحوث والتطوير (الغرض الاستراتيجي ٦). ويلزم تقوية قواعد الانطلاق الخاصة بترصد الأمراض بُغية تحسين جودة المعلومات وتبادلها. وسيتضمن هذا تدعيم القدرات المختبرية اللازمة للتعزيز الميكروبيولوجي للتشخيص ولتتبع انتشار الأمراض باستخدام تقنيات التوصيف الجزيئي.

٦٣- وفي حالات نادرة قد تؤثر تفاعلات ضارة على صحة متلقي اللقاح. وفي حالات أكثر حدوثاً قد يعقب التمنيع ظروفاً صحية عارضة، وربما يتم الربط خطأً بينها وبين اللقاحات. ومن المهم للغاية في كلتا الحالتين أن يتم اكتشاف الأحداث الضارة الخطيرة التالية للتمنيع وتحليلها بسرعة. ولمساعدة البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل في التعامل مع مثل هذه القضايا المهمة، وضعت منظمة الصحة العالمية وشركاؤها المخطط العالمي لمأمونية اللقاحات. وسوف تمكن هذه الخطة الاستراتيجية البلدان المعنية من أن يتوافر لديها على الأقل

الحد الأدنى من القدرات اللازمة للأنشطة المعنية بمأمونية اللقاحات، وسوف تؤدي أيضاً إلى تعزيز قدرات تقييم مأمونية اللقاحات في البلدان التي تقوم بإدخال لقاحات مبتكرة حديثًا والتي تقوم بإدخال لقاحات في مناطق ذات خصائص مستجدة أو التي تقوم بتصنيع واستخدام لقاحات تم اختبار صلاحيتها مسبقاً، وسوف تؤسس هيكل دعم عالمي لمأمونية اللقاحات. وسوف يضمن تطبيق الاستراتيجيات الخاصة بالمخطط العالمي لمأمونية اللقاحات والمعنية ببناء القدرات المتعلقة بترصد المأمونية خلال عقد اللقاحات (٢٠١١-٢٠٢٠) أن يحصل كل شخص في كل مكان على أكثر اللقاحات مأمونية قدر المستطاع وألا تكون الهواجس المتعلقة بالمأمونية سبباً في التردد في استخدام اللقاحات.

٦٤- ويعني التعقيد المتزايد لبرامج التمنيع والأهداف الجديدة الطموحة ضرورة وجود المزيد من العاملين الصحيين المدربين من أجل التعامل مع عبء العمل المتزايد، بما في ذلك مديرو البرامج على المستويات الوطنية ودون الوطنية فضلاً عن العاملين في الخطوط الأمامية الذين يقدمون الخدمات ويتفاعلون بشكل مباشر مع المجتمعات المحلية. ويتعين أن يكون مديرو البرامج مزودين بالمعارف التقنية عن اللقاحات والتمنيع علاوةً على المهارات الإدارية. أما العاملون الصحيون في الخطوط الأمامية، والذين لا يقومون بتقديم التطعيمات فحسب بل يقدمون أيضاً تدخلات الرعاية الصحية الأولية والتوعية الصحية، فيلزم أن يحصلوا على تدريب منسق وشامل وعملي جداً قبل الخدمة وأثناء الخدمة، بمناهج محدثة ومناسبة، وأن يتم الإشراف عليهم بعد التدريب. ويلزم ألا تقتصر قدرات العاملين في مجال الرعاية الصحية على شرح أسباب أهمية التمنيع فحسب بل أن يكونوا قادرين أيضاً على أن يعطوا المشورة للأفراد والمجتمعات حول التغذية وأن يخلقوا بيئةً أكثر صحة وأن يتعرفوا على أمارات الخطر عندما يمرض شخص ما. وينبغي أن تضمن برامج التمنيع أن يتم مد هذا التدريب والإشراف بشكل فعال للعاملين الصحيين في المجتمعات المحلية. ومن الممكن أن تساعد منظمات المجتمع المدني في تدريب هؤلاء العاملين وتنسيقهم.

٦٥- ولا يتسنى للعاملين الصحيين تحقيق الفعالية إلا إذا توافرت الإمدادات الكافية (اللقاحات والمكملات والأدوية) عندما يحتاجونها. وقد تجاوز تدفق اللقاحات الجديدة قدرات نظام سلسلة التبريد الحالي في بلدان كثيرة. ومن هنا يتعين بشكل ملح توسيع سلاسل الإمداد ونظم تصريف النفايات وجعلها أكثر كفاءة واعتمادية. وينبغي تبسيط هذه السلاسل والنظم من أجل تحقيق أقصى فعالية. وينبغي أن تأخذ هذه السلاسل والنظم أيضاً في الحسبان التأثير البيئي للطاقة والمواد والعمليات المستخدمة في التمنيع داخل البلد الواحد وعلى مستوى العالم، وأن تبذل جهداً للحد من هذا التأثير. ويتيح توافر تكنولوجيات جديدة الفرصة للابتكار، ليس فقط من أجل تحسين إدارة سلاسل إمدادات التمنيع بل أيضاً للسعي نحو زيادة التآزر مع القطاعات ونظم الإمداد الأخرى الخاصة بالتدخلات الصحية الأخرى. ويتعلق أحد جوانب الابتكار الأخرى المحتملة باستيعاب الدروس المستفادة من ممارسات القطاع الخاص وإدارة سلاسل الإمداد. وبالإضافة إلى ذلك، ينبغي استطلاع المهام التي يمكن إسنادها إلى شركات القطاع الخاص بُغية تحقيق قدر أكبر من الكفاءة.

٦٦- ومن الضروري تزويد نظم الإمداد الخاصة بالتمنيع بأعداد كافية من الموظفين المتمتعين بالكفاءة والتحفيز والتمكين على جميع المستويات. وبالمثل، ينبغي للتحسينات الطارئة على نظم المعلومات الصحية أن تدعم أيضاً إدارة الموارد، مما يساعد الموظفين على ضمان توافر كميات كافية من اللقاحات بصفة دائمة لتلبية الطلب. وينبغي تنفيذ جهود لتدعيم سلاسل الإمداد بحيث تحقق الفائدة لكل من برامج التمنيع والجهود الصحية الأوسع على الصعيد الوطني.

٦٧- وسيتطلب وضع نهوج شاملة أقوى وأكفأ في مكافحة الأمراض والتمنيع من وزارات الصحة أن تتولى القيادة في تدعيم وتنسيق برامج التمنيع والنظم الصحية بشكل أوسع، بما في ذلك إشراك منظمات المجتمع المدني والجامعات والممارسين من القطاع الخاص. وتستطيع وزارات الصحة أن تستند إلى خبرات الدوائر الأكاديمية بُغية المساعدة في استحداث ونشر أدوات ونهوج جديدة في تقديم الخدمات. ومن الممكن أن تساهم منظمات المجتمع المدني في وضع برامج متكاملة بحيث تتم مواءمتها مع الواقع المحلي وتندرج ضمنها الموارد البشرية الموجودة في

المجتمع المحلي. وتستطيع المجتمعات المحلية في نهاية الأمر أن تضع حكوماتها موضع المساءلة عن طريق طلب خدمات متكاملة. ويمكن كذلك أن تقدم المنظمات الإقليمية والعالمية المساعدة عن طريق ضمان تبادل البيانات وأفضل الممارسات داخل البلد الواحد وفيما بين البلدان وأن يُتاح للبرامج القطرية الوصول إلى الأدوات التحليلية. ومن الممكن أن يقوم شركاء التنمية بتقديم الموارد المالية التكميلية عند الحاجة.

الجدول ٥: ملخص الإجراءات الموصى بها للغرض الاستراتيجي ٤

نظم التمنيع القوية جزء لا يتجزأ من النظام الصحي السليم الأداء.	
وضع نهوج شاملة ومنسقة.	• ضمان أن تندرج برامج اللقاحات العالمية التي تركز على الأهداف الخاصة باستئصال الأمراض والتخلص منها (على سبيل المثال حملات شلل الأطفال والحصبة) في برامج التمنيع الوطنية وألا تعمل بصورة مستقلة. • ضمان أن يصاحب نشر اللقاحات الجديدة خطط شاملة لمكافحة الأمراض المستهدفة. • ضمان التنسيق بين القطاع العام والخاص بشأن إدخال اللقاحات الجديدة والإبلاغ بالأمراض التي يمكن توقيها باللقاحات وإدارة اللقاحات، وضمان جودة التطعيم في القطاع العام والخاص. • بحث إدراج اللقاحات (حسب الاقتضاء بالنسبة للأولويات الوطنية) في البرامج الصحية على امتداد العمر.
تدعيم نظم الرصد والترصد	• تحسين جودة جميع البيانات الإدارية الخاصة بالتمنيع وتعزيز تحليل هذه البيانات واستخدامها على جميع المستويات الإدارية، بُغية تحسين أداء البرامج. • تطوير وتعزيز استخدام التكنولوجيات الجديدة لجمع بيانات التمنيع ونقلها وتحليلها. • مواصلة تدعيم وتوسيع نظم ترصد الأمراض بُغية استخراج المعلومات اللازمة لاتخاذ القرارات ولرصد تأثير التمنيع على المراضة والوفيات وعلى التغيرات في الحالة الوبائية للأمراض. • ضمان القدرات الخاصة بالأنشطة المعنية بمأمونية اللقاحات، بما في ذلك القدرات المتعلقة بجمع بيانات المأمونية وتفسيرها، مع تعزيز القدرات في البلدان التي تقوم بإدخال لقاحات مبتكرة حديثاً.
تدعيم قدرات المديرين والعاملين في الخطوط الأمامية.	• ضمان أن تتوافر لبرامج التمنيع وبرامج الرعاية الصحية الأولية الأخرى موارد بشرية كافية لتحديد جداول مواعيد الخدمات المقدرة ذات الجودة المقبولة وتقديم هذه الخدمات. • رفع مستويات التدريب قبل الخدمة وأثناءها وبعدها بالنسبة للموارد البشرية، ووضع مناهج جديدة ومناسبة تتناول التمنيع كمكون من المكافحة الشاملة للأمراض. • تعزيز التدريب المنسق والإشراف على العاملين الصحيين في المجتمعات المحلية.

نظم التمنيع القوية جزء لا يتجزأ من النظام الصحي السليم الأداء.	
تـــدعيم البنيـــة التحتيـــة واللوجيستيات	• الابتكار من أجل تحسين قدرات ولوجيستيات سلسلة التبريد، علاوةً على تصريف النفايات. • الحد من التأثير البيئي للطاقة والمواد والعمليات المستخدمة في نظم الإمداد الخاصة بالتمنيع، داخل البلدان وعلى مستوى العالم. • تزويد نظم الإمداد بأعداد كافية من الموظفين المتمتعين بالكفاءة والتحفيز والتمكين على جميع المستويات. • إنشاء نظم معلومات تساعد الموظفين على تتبع الإمداد المتاح بدقة.

الغرض الاستراتيجي ٥: تمتع برامج التمنيع بوصول مستدام لتمويل مقدر وإمداد عالي الجودة وتكنولوجيات ابتكارية.

٦٨- لكي يتم الوفاء بأهداف عقد اللقاحات (٢٠١١-٢٠٢٠)، يجب اتخاذ إجراءات داخل البلدان وعلى مستوى العالم على حد سواء بُغية زيادة إجمالي مبلغ التمويل المتاح للتمنيع من كل من البلدان وشركاء التنمية. وينبغي أن تضمن البلدان الاستدامة المالية لبرامج التمنيع الوطنية من خلال التقييم المنتظم لاحتياجات الموارد، والكفاءة في تقديم الخدمة، وتوافر التمويل الداخلي الكافي، وتعبئة الموارد من شركاء التنمية من أجل سد أي ثغرات تمويل. ويلزم على الحكومات كذلك أن تتحرى آليات تمويل بديلة وابتكارية للصحة والتمنيع. ويُذكر أن بعض البلدان قد أنشأت صناديق استئمانية أو تقوم باستخدام إيرادات ضريبية مكرسة، من بين استراتيجيات أخرى. وبالإضافة إلى ذلك، فمن المهم أن يتم التحرك فيما يتجاوز الميزانيات وفيما يخص النفقات. فيمكن للحكومات أن تحسن الوصول للقاحات وتحول دون حدوث نقص في اللقاحات أو معدات التمنيع أو العاملين الصحيين عن طريق التأكد من صرف أموال الميزانيات بطريقة متواصلة وحسنة التوقيت تراعي الاحتياجات البرامجية.

٦٩- ورغم أن تمويل خدمات التمنيع أولاً وقبل كل شيء أحد المسؤوليات الرئيسية للحكومات، ينبغي على شركاء التنمية أن يدعموا الاستراتيجيات الوطنية من خلال تمويل مقدر بشكل أكبر وأطول أمداً، وينبغي عليهم أيضاً أن يستطلعوا الجيل التالي من آليات التمويل الابتكارية. ويلزم أن ينصب التأكيد على المساءلة المشتركة بين البلدان وشركائهم في التنمية فيما يخص تمويل التمنيع. ومن النهوج الممكنة التعهد بالتتبع السنوي للموارد الخاصة بتمويل التمنيع من الشركاء والحكومات على حد سواء. وبالنسبة لكل من البلدان وشركاء التنمية، ينبغي أن تركز الدعوة المسندة بالبينات والجهود في مجال السياسات على الحصول على التزام متجدد بتعهدات مسبقة بالتمويل.

٧٠- ومن الضروري كذلك تحسين تخصيص التمويل والمساءلة عنه واستدامته. ومن شأن تنسيق الدعم في مجال التمويل من شركاء التنمية والمصادر الخارجية الأخرى أن يستهدف أولويات الميزانيات الوطنية، وأن يضمن أن الأموال تلبي أشد احتياجات البلدان إلحاحاً. وينبغي تنقيح استراتيجيات تخصيص التمويل بصفة دورية بُغية تعزيز تحقيقها للأهداف، مثل استئصال الأمراض والتخلص منها، بأسرع وأكفأ طريقة ممكنة. وينبغي تحديد الفجوات المشار إليها في التغذية الارتجاعية بُغية تعزيز استدامة البرامج والنتائج والتأثير. ومن المنهجيات المحتملة التي يمكن تحريها، نظام التمويل على أساس ربط الأجر بالأداء. بيد أنه يجب موازنة مسوغات هذا النهج في ضوء أهمية ضمان إمكانية تقدير التمويل ومخاطر إيجاد حوافز ضارة، وحقيقة أن تطبيق نظام من هذا القبيل يستلزم وجود بيانات عالية الجودة. ويتضمن هذا ربط توزيع التمويل على الصعيد الدولي والوطني والمحلي بقياسات أداء محددة واستغلال القياسات الناتجة في تعزيز تحسين البرنامج.

٧١- ويلزم وجود آليات تسعير وشراء ابتكارية من أجل تخفيف الضغط التمويلي ومن أجل دعم استحداث وتطوير اللقاحات الجديدة والموجودة بالفعل. وسوف يكون للابتكارات أهمية خاصة بالنسبة للبلدان ذات الشريحة الدنيا من الدخل المتوسط التي لا تستطيع الوصول إلى آليات التسعير والشراء الخاصة بمنظمة الصحة للبلدان الأمريكية واليونيسيف والتحالف العالمي من أجل اللقاحات والتمنيع. وتتضمن الآليات الممكن تحريها التسعير المتفاوت باستخدام نهوج جديدة في تحديد المستويات السعرية والتفاوض المجمع أو طرق الشراء بالنسبة للبلدان ذات الشريحة الدنيا من الدخل المتوسط. وتوجد نماذج شراء مجمع حالية في كل من أسواق اللقاحات وأسواق المستحضرات الصيدلانية. ومن أمثلة ذلك الشراء المجمع عن طريق الصندوق الدوار التابع لمنظمة الصحة للبلدان الأمريكية وآليات التسهيلات الائتمانية القصيرة الأمد. ومن الممكن تقييم وتعديل هذا النموذج وغيره بما يناسب على النحو الأمثل احتياجات البلدان ذات الشريحة الدنيا من الدخل المتوسط وشتى أسواق اللقاحات الفردية.

٧٢- ويمثل تقديم تمويل مستدام طويل الأمد حافزاً لجهات التصنيع، مما يحسن بالتالي من تأمين الإمدادات. وبالإضافة إلى ذلك، فمن الضروري وجود تدخلات في جانب العرض. فنسبة متزايدة من اللقاحات الميسورة التكلفة المستخدمة لتمنيع سكان العالم يتم تصنيعها في بلدان منخفضة الدخل وبلدان ذات شريحة دنيا من الدخل المتوسط. وخلال العقد القادم، لن يكون لزاماً على هذه البلدان أن تضمن جودة اللقاحات المستخدمة داخلياً ومأمونيتها ونجاعتها فحسب، بل سيقع على عاتقها التزام عالمي متزايد بحماية وتعزيز أمن مشروع التمنيع العالمي. وتتضمن التدخلات المحتملة في جانب العرض بغية ضمان الجودة والمأمونية والنجاعة تحديد ونشر أفضل الممارسات في التصنيع ومراقبة الجودة، والاستثمار في إمكانيات البحث والتطوير، والشروع في نقل التكنولوجيا واتفاقيات التطوير المشترك.

٧٣- ويُعد تأكيد جودة اللقاحات أحد الدوافع الرئيسية الحاسمة، وإن غلب إغفالها، الداعمة لجميع هذه التدخلات. ويستند تأكيد الجودة الجيد بصفة أساسية إلى التوحيد الفعال الذي يضمن أنه يمكن تصنيع كل مستحضر من مستحضرات اللقاحات بشكل متسق ويُمكِّن كذلك جهات التصنيع المتعددة من صنع مستحضرات متماثلة بنفس الجودة. ويُذكر أن العمليات التقييسية المعنية باللقاحات واللازمة لتحقيق المعايير المتناسقة عالمياً موجودة بالفعل، ومن بينها المواد المرجعية البيولوجية الدولية، غير أنه من الضروري اتخاذ إجراءات من أجل تدعيم التوحيد العالمي.

٧٤- وبالإضافة إلى ما سبق، ينبغي على كل بلد أن يطور قدرات رصد وتأكيد الاستخدام الآمن للقاحات، وفقاً للاستراتيجية المحددة في مبادرة المخطط العالمي لمأمونية اللقاحات الصادرة عن منظمة الصحة العالمية (كما سبقت المناقشة تحت الغرض الاستراتيجي ٤). وينبغي كذلك اتخاذ إجراءات من أجل تدعيم الهياكل التنظيمية على الصعيد الوطني ووضع تنظيمات متناسقة عالمياً بُغية ضمان إمكانية التعامل مع الطلب المتزايد على الاستعراضات التنظيمية بأسلوب فعال وحسن التوقيت. ولا يشكل هذا الأمر مشكلة فقط بالنسبة للبلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل المعنية بنقل التكنولوجيا، ولكن أيضاً بالنسبة للوكالات التنظيمية في البلدان المرتفعة الدخل حيث تتعين المحافظة على الخبرات والموارد. ومن الضروري أن تقوم هذه التدخلات في جانب العرض على أساس بيانات جدوى مثبتة تضعها البلدان بُغية ضمان تأثير هذه الاستثمارات الكبيرة والطويلة الأمد.

٧٥- ويقتضي إحداث تغيير بخصوص التمويل المستدام التزامات من الحكومات وشركاء التنمية بزيادة الموارد وتحسين مردودية البرامج، وكذلك من البلدان الأخرى التي تنضم لصفوف شركاء التنمية. وعلى نفس النسق، يستلزم الإمداد المستدام مشاركة القطاعات الحكومية المتعددة (على سبيل المثال قطاعات العلم والتكنولوجيا، والتجارة، والصناعة، والصحة) بُغية إيجاد بيئة تساعد الموردين على تدعيم إمكانياتهم. وللاقتصادات الناشئة دور بالغ الأهمية تقوم به في كلتا الحالتين، في ضوء ارتفاع معدلات النمو الاقتصادي لديها وسرعة توسع قاعدة العرض بها.

٧٦- ولكي تزيد المواءمة، ينبغي مواصلة التوسع في الأنشطة المنفذة حالياً من جانب شعبة الإمداد التابعة لليونيسيف والتحالف العالمي من أجل اللقاحات والتمنيع بُغية تحسين التواصل والتنسيق فيما بين البلدان وجهات تصنيع اللقاحات ومنظمات القطاع العام. والبلدان في حاجة إلى منبر يستطيعون فيه أن يوصلوا بشكل أوضح طلبهم المتوقع على اللقاحات الجديدة وأن يقدموا إرشادات حول مرتسمات المستحضرات المرغوبة. ومن شأن هذه المعلومات الأولية أن تساعد الموردين على اتخاذ قرارات مستهدية بقدر أكبر من المعلومات بشأن ابتكار المستحضرات وتخطيط القدرات، مما يخفف بالتالي من وطأة المخاطر المتعلقة باستحداث المستحضرات والإمداد بها. ومن شأن هذه المعلومات أيضاً أن تساعد شركاء التنمية ومنظمات القطاع العام الأخرى على وضع استراتيجيات وخطط دعم محصنة بصورة أكبر وأكثر اعتمادية. ومن الممكن كذلك الاستفادة من هذا المنبر في تمكين الموردين من إبلاغ البلدان بدقة بنطاق التسعير والإمداد الحالي والمستقبلي المحتمل، وتمكين البلدان من تبادل المعلومات والخبرات الخاصة بشراء اللقاحات.

الجدول ٦: ملخص الإجراءات الموصى بها للغرض الاستراتيجي ٥

تمتع برامج التمنيع بوصول مستدام لتمويل طويل الأمد وإمداد عالي الجودة.	
زيادة إجمالي مبلغ التمويل.	• قطع التزام على الحكومات بالاستثمار في التمنيع وفقاً لقدرتها على السداد والفوائد المتوقعة. • إشراك شركاء داخليين وشركاء تنمية جدد محتملين، وتنويع مصادر التمويل. • استحداث الجيل التالي من آليات التمويل الابتكارية.
زيادة يسر التكلفة بالنسبة للبلدان المتوسطة الدخل.	• استطلاع نهوج التسعير المتفاوت لتحديد معايير واضحة للمستويات السعرية والأسعار الحالية والمستقبلية المقرر إتاحتها للبلدان ذات الشريحة الدنيا من الدخل المتوسط والبلدان المتوسطة الدخل. • استطلاع آليات التفاوض المجمع أو الشراء المجمع بالنسبة للبلدان ذات الشريحة الدنيا من الدخل المتوسط والبلدان المتوسطة الدخل.
تحسين تخصيص التمويل في البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل.	• تدعيم الميزنة والإدارة المالية داخل البلدان بُغية تحقيق تكامل أفضل بين التخطيط وتحديد الأولويات في المجال المالي ومجال الرعاية الصحية. • تنسيق الدعم بالتمويل من شركاء التنمية والمصادر الخارجية الأخرى. • تقييم وتحسين آليات الدعم بالتمويل على أساس فعاليتها في بلوغ الأهداف الخاصة بالأمراض. • تأسيس التمويل على الشفافية والموضوعية بُغية ضمان استدامة البرامج. • تعزيز استخدام الحجج المتعلقة بالتكلفة والتكلفة مقابل العائد في تدبير التمويل، وفي اتخاذ القرارات، وفي الدفاع عن تمويل التمنيع. • استطلاع نظم التمويل على أساس ربط الأجر بالأداء.

تمتع برامج التمنيع بوصول مستدام لتمويل طويل الأمد وإمداد عالي الجودة.	
تأمين الإمداد العالي الجودة.	• بناء ودعم شبكات الجهات التنظيمية والموردين بُغية تبادل أفضل الممارسات وتحسين إمكانيات تأكيد الجودة ومراقبة الجودة. • استحداث أدوات لتدعيم التوحيد العالمي لعمليات التصنيع والتنظيم. • تدعيم الهياكل التنظيمية على الصعيد الوطني ووضع تنظيمات متناسقة عالمياً. • توفير منبر تستطيع فيه البلدان أن توصل طلبها المتوقع على اللقاحات والتكنولوجيات وأن تقدم إرشادات لجهات التصنيع حول مرتسمات المستحضرات المرغوبة.

الغرض الاستراتيجي ٦: تحقيق أقصى استفادة من فوائد التمنيع بفضل الابتكارات على الصعيد القطري والإقليمي والعالمي في مجال البحث والتطوير.

٧٧- من الضروري خلال العقد القادم بذل جهود موجهة وابتكارية في البحث والتطوير تشمل مجالات الاكتشاف والتطوير والتقديم. ومن شأن الجهود الابتكارية في البحث والتطوير أن تؤدي إلى ما يلي: (١) تحديد آليات الحماية والإمراضية، و(٢) أهداف جيدة التعريف ومستجدة بشأن المستضدات من أجل استحداث لقاحات جديدة، و(٣) ابتكار تكنولوجيات في مجالات المعالجة الحيوية والصياغة والتصنيع والتقديم بشأن اللقاحات الجديدة والمحسنة، و(٤) وضع بيانات عن أعباء الأمراض والمردودية من أجل اتخاذ القرارات داخل البلدان.

٧٨- وأجرت منظمة الصحة العالمية دراسة مفصلة عن تحديد أولويات الأمراض. ويُذكر أن معهد الطب بالولايات المتحدة الأمريكية يعكف حالياً على وضع نموذج مصمم من أجل مساعدة متخذي القرارات في تحديد الأولويات الخاصة باللقاحات الوقائية بناء على معايير التأثير الصحي والاقتصادي والسكاني والبرامجي والاجتماعي، علاوةً على الفرص العلمية والتقنية والتجارية. ويُذكر أنه لم تسبق ممارسة تحديد الأولويات بشأن اللقاحات أو الأمراض في إطار التعاون القائم في ظل عقد اللقاحات. ومن أجل تكميل الجهود المذكورة أعلاه، يتم عرض طيف من احتياجات البحث والتطوير يشمل مجالات الاكتشاف والتطوير والتقديم، يستطيع أصحاب المصلحة أن يختاروا من بينه للاستثمار حسب أولوياتهم وتصوراتهم الخاصة بالعائد على الاستثمارات.

٧٩- وعلى امتداد جميع أنشطة البحث والتطوير، يلزم وجود المزيد من المشاركة والتشاور مع المستخدمين النهائيين حتى نضمن تحديد أولويات التكنولوجيات والابتكار حسب الطلب الحقيقي والقيمة المضافة. وسوف يلزم كذلك وجود ترتيبات جديدة بُغية تسهيل نقل التكنولوجيات والوصول إلى المعلومات المرتبطة بها وتبادلها، مع الاعتراف بحقوق الملكية الفكرية واحترامها. ولكي يتم دعم هذا العمل وتحقيق فعاليته القصوى، يلزم الاستعانة بعلماء من تخصصات لم يسبق إدخالها في البحوث المعنية باللقاحات (بيولوجيا الأنظمة، التكنولوجيا النانوية، والبيولوجيا البنيوية، والتفاعلات الأيضية). وسوف تكون هناك أيضاً أدوار رئيسية يلعبها في هذا الجهد المهندسون الكيميائيون والميكانيكيون والكيمائيون واختصاصيو تكنولوجيا المعلومات.

٨٠- وبالإضافة إلى ذلك، فإن بناء القدرات وتطوير الموارد البشرية من الأمور الضرورية في البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل من أجل القيام بالبحث والتطوير، بما في ذلك إيجاد سبل أفضل في إجراء البحوث التشغيلية وتقييم برامج التمنيع. ويتم البحث والتطوير في المؤسسات البحثية المتميزة في الكثير من البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل. وتسفر هذه القدرات عن وجود بيانات محلية، وتدعم أيضاً التعاون الثنائي والمتعدد الأطراف في العلوم الأساسية وتطوير اللقاحات. ومن الممكن تدعيم القدرات بشكل أكبر من خلال

التدريب على يد الأقران وتبادل الأقران بين البلدان. ومن شأن زيادة التشبيك فيما بين المراكز البحثية (بدءاً من الاكتشاف ووصولاً إلى التجارب السريرية) أن يسهل تبادل الأفكار والبناء الفعال للشراكات فيما بين المؤسسات في البلدان المرتفعة الدخل والمتوسطة الدخل والمنخفضة الدخل.

٨١- ومن شأن البحوث المعنية بالاكتشافات والبحوث الأساسية أن ترسي الأساس اللازم للتأثير خلال العقود المستقبلية. ومن الضروري إجراء بحوث في الوصلة البينية بين المضيف والعامل المسبب للمرض من أجل التمكن من ابتكار لقاحات جديدة. وسوف يسمح التقدم في المعارف الخاصة بالاستجابات المناعية الطبيعية والتكيفية بوجود تصميمات أكثر رشداً للقاحات. وسوف يسمح تدعيم وفهم الخصائص المناعية والجزيئية للميكروبات من خلال بيولوجيا الأنظمة بتحديد أهداف جديدة للمستضدات من أجل ابتكار اللقاحات وتحديد سبل فعالة في التنبؤ بالاستجابات المناعية الحمائية وآليات الحماية. وسوف تسهم الدراسات الملائمة للخصائص الجينية والواسمات البيولوجية للمضيف في فهم أسباب التغاير في الاستجابات السكانية البشرية للقاحات أو الحساسية للآثار الضارة.

٨٢- وبالنسبة لابتكار لقاحات جديدة ومحسنة وتكنولوجيات خاصة باللقاحات، سوف تستفيد أوساط البحث والتطوير من تبني أفضل الممارسات في إدارة المحافظ والشراكات، بما في ذلك تحديد المؤشرات المبكرة للنجاح والفشل حتى تستهدي الاستثمارات القائمة على المعالم البارزة بالمعلومات الواردة بها. وينبغي أيضاً على هذه الأوساط المجتمعية أن تنظر في النهوج الجديدة لضمان التوصل إلى لقاحات مرشحة مبشرة بدءًا من الاكتشاف ووصولاً إلى التطوير، وخصوصاً إذا كانت حوافز السوق غير كافية. ولهذا أهمية خاصة للقاحات حتى يتم توقي الأمراض "المنسية".

٨٣- والبحث من الأمور الضرورية من أجل الإسراع بابتكار اللقاحات التي تمر حالياً بمرحلة التطوير المبكر وترخيصها وبدء استعمالها، بما في ذلك ابتكار التكنولوجيات اللازمة لتصنيع لقاحات أعلى نجاعة وأقل تكلفة. ومن الضروري زيادة الوصول إلى التكنولوجيا والمعلومات المرتبطة بها بخصوص المواد المساعدة وتحويلها إلى لقاحات لتحقيق تطورات في ابتكار لقاحات جديدة وأكثر فعالية. ومن المجالات ذات الأولوية في مجال البحث بهدف الإسراع بابتكار لقاحات الجيل التالي الأكثر فعالية والأقل تكلفة والأسهل في التصنيع والتقديم آليات التقديم دون محقن وتعبئة اللقاحات بالشكل الأنسب لاحتياجات البلدان والعقبات الكائنة أمامها، فضلاً عن اللقاحات المستقرة حرارياً والتكنولوجيات الجديدة في مجال المعالجة الحيوية والتصنيع.

٨٤- وإضافة إلى ذلك، فمن شأن وضع جدول أعمال علمي تنظيمي عالمي والمثابرة من أجل تنفيذه أن يحسن كفاءة التصنيع، ويزود المستحضرات بخصائص أفضل، ويرتقي بتصميم التجارب السريرية، ويتيح أعلى المعايير لمأمونية اللقاحات ونجاعتها. والتحدي كبير أمام الوصول إلى فهم الآثار الضارة، وإيجاد سبل لتجنبها دون المساس بالنجاعة المعروفة للمستحضر القائم – ودون تحمل تكاليف ابتكار مستحضر جديد واختباره وتسجيله. وفي هذا البعد، فمن شأن البحوث المجراة على النماذج الحيوانية والنظم *المختبرية* التي تتيح التنبؤ بالمأمونية والنجاعة بشكل أفضل أن تؤدي إلى تقصير المدة الزمنية اللازمة لابتكار لقاحات مأمونة وفعالة ولتوفير هذه اللقاحات للمجتمعات. وستساعد معرفة العلاقات المتلازمة بين الحماية والمأمونية بشكل كبير على الوصول بمستحضرات الجيل الثاني هذه إلى مرحلة الترخيص والاستخدام.

٨٥- وفيما يتعلق بالتقديم، ينبغي أن تتضمن المجالات ذات الأولوية من أجل تحسين كفاءة البرامج وزيادة التغطية باللقاحات وتأثيرها البحوث المعنية باستخدام المعلومات الفعالة من خلال تكنولوجيات الاتصال الحديثة والبحوث الاجتماعية، وذلك بُغية فهم المحددات الثقافية والاقتصادية والتنظيمية للتمنيع. وسوف يُسترشد بالتحليل الاقتصادي للصحة في بدء استخدام اللقاحات وتحديد أولوياتها، وبالتالي سيكون من الضروري إجراء دراسات وبائية ومناعية وتشغيلية تمثيلية ودراسات حول تأثير اللقاحات.

٨٦- ومن الضروري أيضاً إجراء بحوث تشغيلية بشأن أكثر نهوج التقديم فعالية، بُغية التغلب على التحديات التي يفرضها التمنيع على مدار العمر (حديثو الولادة والرضع والمراهقون والحوامل وكبار السن، من بين آخرين) والتطعيم في حالات الطوارئ والفاشيات. وسيكون من المطلوب إجراء بحوث عن تأثيرات التداخل المناعي والوصول بجداول التقديم إلى المستوى الأمثل بدخول المزيد من اللقاحات الجديدة في البرامج الروتينية ومد التمنيع إلى ما يتجاوز السنة الأولى من العمر. وفي حالة وجود شرائح سكانية خاصة، مثل الحوامل، فسيكون لتعزيز المأمونية أهمية خاصة. وبالإضافة لذلك، يلزم إجراء بحوث بُغية وضع واسمات حيوية لتعزيز صحة التقديرات الخاصة بالتغطية بالتمنيع والتمكن من قياس مرتسمات المناعة على مستوى الشرائح السكانية بشكل أفضل. وبالإضافة إلى ذلك فإن البحوث الرامية إلى استحداث أدوات تشخيصية قابلة للاستخدام ميدانياً وذات مردودية لتحديد المسببات والمناسبة للاستخدام في نقطة الرعاية في البلدان المنخفضة الدخل تمثل إضافات قيمة في تحسين جودة الترصد.

٨٧- وسيكون من الضروري وجود عمل منسق بين الأوساط البحثية وجهات التصنيع والمهنيين الصحيين ومديري البرامج والفرق الاستشارية التقنية الوطنية المعنية بالتمنيع والوكالات التنظيمية المعنية باللقاحات وشركاء التنمية، وذلك بُغية استغلال إمكانيات البحث والتطوير على الوجه الأكمل خلال العقد القادم. وسيتعين على هذه الجماعات الاتفاق على الطرق والحجج المتعلقة بتحديد أولويات الموارد الشحيحة وتخصيصها، مع تحقيق التوازن في التوترات بين الاختيارات التي تقودها البلدان والحاجة إلى جهود بحثية واسعة النطاق والأسواق بُغية استدامة التطوير والاستغلال التجاري. ويمكن للمهنيين الصحيين ومديري البرامج والوكالات التنظيمية المعنية باللقاحات والفرق الاستشارية التقنية الوطنية المعنية بالتمنيع أن يساعدوا في تحديد المجالات التي يمكن التوصل لابتكارات فيها، وأن يقيموا الطلب الحقيقي على هذه الابتكارات وقيمتها المضافة. ويمكن لشركاء التنمية أن يساعدوا في تعزيز التخصيص المتعقل لبعض الموارد اللازمة للبحث والتطوير، حسب الأولويات المتفق عليها. وستقع على عاتق أوساط البحث وجهات التصنيع المسؤولية الأولى عن تعزيز الابتكار ومواصلة جدول أعمال البحث المحدد أعلاه.

الجدول ٧: ملخص الإجراءات الموصى بها للغرض الاستراتيجي ٦

تحقيق أقصى استفادة من فوائد التمنيع بفضل الابتكارات على الصعيد القطري والإقليمي والعالمي في مجال البحث والتطوير.	
توسيع الإمكانيات وزيادة المشاركة مع المستخدمين النهائيين.	• الاشتراك مع المستخدمين النهائيين في تحديد أولويات اللقاحات والابتكارت حسب الطلب والقيمة المضافة المتصورين. • إيجاد قواعد انطلاق لتبادل المعلومات الخاصة بالبحوث المعنية بالتمنيع وبناء التوافق. • بناء المزيد من القدرات والموارد البشرية في البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل من أجل القيام بالبحث والتطوير وإجراء البحوث التشغيلية. • زيادة المشابكة فيما بين المراكز البحثية من أجل بناء الشراكات بشكل فعال فيما بين المؤسسات الموجودة في البلدان المرتفعة الدخل والمتوسطة الدخل والمنخفضة الدخل. • تعزيز التعاون بين التخصصات البحثية التقليدية والعلماء من تخصصات لم يسبق إدخالها في البحوث المعنية باللقاحات.

تحقيق أقصى استفادة من فوائد التمنيع بفضل الابتكارات على الصعيد القطري والإقليمي والعالمي في مجال البحث والتطوير.	
التمكين من ابتكار لقاحات جديدة.	• البحوث المعنية بالأسباب الجوهرية للاستجابات المناعية الطبيعية والتكيفية، ولاسيما لدى الإنسان. • البحوث المعنية بالخصائص المناعية والجزيئية للميكروبات. • تحسين فهم مدى وأسباب التغاير في العوامل الممرضة والاستجابات السكانية البشرية للقاحات.
الإسراع بابتكار اللقاحات وترخيصها وبدء استعمالها.	• تعزيز الوصول بشكل أكبر إلى التكنولوجيا والخبرات والملكية الفكرية المتعلقة بالعوامل المساعدة وتحويلها إلى لقاحات. • ابتكار آليات تقديم دون محقن وتعبئة للقاحات بالشكل الأنسب لاحتياجات البرامج الوطنية والعقبات الكائنة أمامها. • ابتكار لقاحات مستقرة حرارياً ضد الفيروس العجلي والحصبة. • ابتكار تكنولوجيات في مجالات المعالجة الحيوية والتصنيع. • وضع جدول أعمال بحثي علمي تنظيمي عالمي. • تبني أفضل الممارسات في إدارة المحافظ والشراكات بشأن البحث والتطوير.
تحسين كفاءة البرامج وزيادة التغطية والتأثير.	• إجراء البحوث المعنية باستخدام معلومات أكثر فعالية من خلال تكنولوجيات الاتصال الحديثة. • إجراء دراسات وتحريات وبائية ومناعية واجتماعية وتشغيلية تمثيلية عن تأثير اللقاحات، حتى يسترشد بها تحليل اقتصاديات الصحة. • إجراء بحوث تشغيلية حول نهوج التقديم المحسنة بشأن التمنيع على مدار العمر، والتطعيم في حالات الطوارئ الإنسانية، وما يُطلق عليه الدول الهشة، والبلدان التي تمر بصراعات أو الخارجة من صراعات. • إجراء البحوث المعنية بتأثيرات التداخل والشكل الأمثل لجداول التقديم. • إجراء بحوث بهدف ابتكار أدوات تشخيص محسنة للقيام بالترصد في البلدان المنخفضة الدخل.

العوائد الصحية من الاستثمار في التمنيع

٨٨- استعرضت خطة العمل العالمية الخاصة باللقاحات مجموعة من الأهداف والأغراض الاستراتيجية الطموحة بخصوص العقد بُغية توسيع أثر ونطاق التمنيع على مستوى العالم. وبمد التغطية بالنسبة للقاحات الموجودة بالفعل وإدخال لقاحات جديدة ومواصلة استئصال أمراض معينة والتخلص منها، ستتسنى الحيلولة دون وقوع ملايين الوفيات وتحقيق منفعة اقتصادية تُقدر بمليارات الدولارات.

٨٩- ومن المقدر لتكاليف استبقاء برامج التمنيع وتعزيزها، وإدخال لقاحات جديدة ولقاحات لا يُستفاد منها استفادةً كاملةً، وتنفيذ أنشطة تمنيع تكميلي بُغية تحقيق الأهداف الخاصة باستئصال الأمراض والتخلص منها في الـ ٩٤ بلداً من البلدان المنخفضة الدخل والبلدان ذات الشريحة الدنيا من الدخل المتوسط الموجودة في العالم، أن

ترتفع مما يتراوح بين ٣٥٠٠ مليون دولار أمريكي و٤٥٠٠ مليون دولار أمريكي في عام ٢٠١١ إلى ما بين ٦٠٠٠ مليون دولار أمريكي و٨٠٠٠ مليون دولار أمريكي في عام ٢٠٢٠، بما تصل تكلفته تقريباً إلى ما بين ٥٠ ٠٠٠ مليون دولار أمريكي و٦٠ ٠٠٠ مليون دولار أمريكي في المجمل على مدار العقد (من ٢٠١١ إلى ٢٠٢٠). وتتعلق التقديرات التالية جميعاً بهذه البلدان الـ ٩٤.[١]

٩٠- وسيتم استخدام ما يُقدر بـ ٤٢ ٠٠٠ مليون دولار أمريكي إلى ٥١ ٠٠٠ مليون دولار أمريكي من هذه التكاليف (حوالي ٨٥٪ من الإجمالي) في دعم توسيع التغطية بالتمنيع الروتيني وإدخال لقاحات إضافية لبرامج التمنيع الروتيني.[٢] ومن المقدر على سبيل المثال أن ترتفع التغطية بلقاح المكورات الرئوية بالنسبة لأتراب المواليد في الـ ٩٤ بلداً من ٨٪ عام ٢٠١١ إلى ٩٠٪ تقريباً بحلول عام ٢٠٢٠. وبالمثل، فمن المقدر أن تزيد التغطية باللقاح الخماسي (ضد الخناق-الكزاز-الشاهوق والالتهاب الكبدي "ب" والمستدمية النزلية من النمط "ب") من ٥٠٪ عام ٢٠١١ إلى أكثر من ٩٠٪ بحلول عام ٢٠٢٠. ولذكر مثال آخر، فمن المنتظر أن يتم إدخال ما يصل إلى خمسة لقاحات إضافية غير مرخصة حالياً أو مستخدمة على نطاق واسع في البلدان المنخفضة الدخل والبلدان ذات الشريحة الدنيا من الدخل المتوسط، وذلك على امتداد الكثير من البلدان الواردة في التحليل خلال العقد: اللقاحات المضادة للكوليرا وحمى الضنك والملاريا، ولقاح فيروس شلل الأطفال المعطل، ولقاح التيفود المتقارن. وسيكون من الضروري تدعيم برامج التقديم بُغية ضمان أن تلبي الاحتياجات الحالية، وأن تظل قائمة على مدار العقد، وأن تتوافر لها القدرة الكافية على استيعاب اللقاحات الإضافية المخطط إدخالها، وأن تيسر الطموحات المتعلقة بالتغطية بالتمنيع على امتداد البلدان المنخفضة الدخل والبلدان ذات الشريحة الدنيا من الدخل المتوسط. ونتيجة لذلك، فسوف تزيد تكاليف التمنيع الروتيني السنوي من ٢٥٠٠ مليون دولار أمريكي تقريباً عام ٢٠١١ إلى ٧٥٠٠ مليون دولار أمريكي بحلول عام ٢٠٢٠.

٩١- ومن بين هذه التكاليف سيتم تخصيص رقم تقديري مجمل يتراوح بين ٨٠٠٠ مليون دولار أمريكي و٩٠٠٠ مليون دولار أمريكي (الـ ١٥٪ المتبقية من الإجمالي) لأنشطة التمنيع التكميلي من أجل الإسراع بالجهود الخاصة بمكافحة الأمراض واستئصالها والتخلص منها على مدار العقد، والتي ستكمل برامج التمنيع الروتيني. ويفترض هذا التحليل أن ينصب تركيز هذه الجهود على الحصبة والتهاب السحايا بالمكورات السحائية "أ" وشلل الأطفال والحصبة الألمانية والكزاز والحمى الصفراء.

٩٢- وتشمل التكاليف المبينة أعلاه بشأن أنشطة التمنيع الروتيني والتكميلي التكاليف المقدرة لاقتناء اللقاحات ولوازم الحقن، علاوةً على تسليم تلك اللقاحات واللوازم، بما في ذلك النقل ولوجيستيات سلسلة التبريد، والموارد البشرية، والتدريب، والتعبئة الاجتماعية، والترصد، وإدارة البرامج. ولا تتضمن هذه التكاليف التكاليف الإضافية أو المردودية التي قد يتم تحقيقها من خلال الإجراءات الموصى بها في خطة العمل العالمية الخاصة باللقاحات، حيث لا توجد قاعدة بيّنات كافية لهذه التكاليف في الوقت الراهن. وعلى وجه التحديد، لا تشمل هذه التكاليف التكلفة الإضافية الخاصة بتعزيز التطعيم ضد الأنفلونزا الموسمية أو احتياجات الموارد الإضافية من أجل زيادة الترصد وزيادة مشاركة المجتمع المدني والدعم التقني الحالي والإضافي من الوكالات بُغية تنفيذ خطة العمل

---

١ تتضمن البلدان المدرجة في نطاق تحليل التكلفة ٩٢ بلداً من البلدان المنخفضة الدخل والبلدان ذات الشريحة الدنيا من الدخل المتوسط حسب تصنيف البنك الدولي الصادر في تموز/ يوليو ٢٠١١ (متاح على http://www.icsoffice.org/Documents/DocumentsDownload.aspx?Documentid=474، تم الاطلاع في ١١ نيسان/ أبريل ٢٠١٢) بالإضافة إلى بلدين من البلدان ذات الشريحة العليا من الدخل المتوسط (آذربيجان وكوبا) تحصلان على دعم من التحالف العالمي من أجل اللقاحات والتمنيع بشأن اللقاحات الموجودة بالفعل ولكن تم استبعادهما من الدعم بالنسبة للقاحات المستقبلية.

٢ تشمل الأمراض التي تغطيها اللقاحات المدرجة في نطاق تحليل التكلفة: الخناق-الكزاز-الشاهوق، والالتهاب الكبدي "ب"، *والمستدمية النزلية من النمط "ب"*، والورم الحليمي البشري، والتهاب الدماغ الياباني، والحصبة، والمكورات السحائية "أ"، والنكاف، والمكورات الرئوية، وشلل الأطفال، والفيروس العجلي، والحصبة الألمانية، والسل، والحمى الصفراء.

العالمية الخاصة باللقاحات. ومع ذلك، لا تمثل هذه التكاليف غالبية تكلفة تحقيق الأغراض الاستراتيجية الخاصة بعقد اللقاحات (٢٠١١-٢٠٢٠).

٩٣- وسوف تستمر حكومات البلدان المنخفضة الدخل والبلدان ذات الشريحة الدنيا من الدخل المتوسط في لعب دور محوري في تلبية احتياجات الموارد. وبافتراض أن التمويل القطري للتمنيع ينمو جنباً إلى جنب مع الناتج المحلي الإجمالي المقدر وأن جميع البلدان المؤهلة للحصول على دعم من التحالف العالمي من أجل اللقاحات والتمنيع تفي بمتطلبات التمويل المشترك الواقعة عليها، فمن المقدر أن يصل إجمالي التمويل المتاح من حكومات البلدان بشأن أنشطة التمنيع الروتيني وأنشطة التمنيع التكميلي إلى ٠٠٠ ٢٠ مليون دولار أمريكي تقريباً على مدار العقد. وبالإضافة إلى ذلك، فإذا جدد التحالف مستوى تمويله الحالي للفترة ٢٠١٦-٢٠٢٠، فسوف توفر موارده ما يُقدر بـ ٠٠٠ ١٢ مليون دولار أمريكي إضافية تقريباً من أجل العقد: ٠٠٠ ١١ مليون دولار أمريكي تقريباً من أجل برامج التمنيع الروتيني و١٠٠٠ مليون دولار أمريكي تقريباً من أجل البرامج المشتملة على أنشطة تمنيع تكميلي. وبناءً على هذه الافتراضات، فمن الممكن أن تقدم حكومات البلدان والتحالف مجتمعين ٠٠٠ ٣٢ مليون دولار أمريكي تقريباً كتمويل من أجل العقد. ومن الممكن أن تُعتبر هذه التقديرات حداً أدنى للتمويل المتاح على مدار العقد، لأنها لا تتضمن الإسهامات من شركاء التنمية بما يتجاوز إسهاماتهم المقدمة من خلال التحالف (نتيجةً لعدم اليقين الكبير المحيط بالمستويات المستقبلية للتمويل من شركاء التنمية).

٩٤- وسيقتضي الوفاء بالتمويل الإضافي الذي يُقدر بما يتراوح بين ٠٠٠ ١٨ مليون دولار أمريكي و٠٠٠ ٢٨ مليون دولار أمريكي التزاماً من جميع أصحاب المصلحة، مع الحكومات التي تحتاج أن تستمر في جعل التمنيع أحد أولوياتها في القرارات المعنية بتخصيص الموارد، ومع شركاء التنمية الراغبين في استبقاء الوصول إلى التمويل اللازم للتمنيع وتدعيم هذا الوصول رغم الأولويات المتعارضة، ومع المجتمع بأسره الراغب في مواصلة الجهود الرامية للحد من تكلفة اقتناء اللقاحات وتقديم خدمات التمنيع.

٩٥- وسيدفع جميع أصحاب المصلحة القائمين بالاستثمار معاً إلى حدوث تأثير صحي واقتصادي كبير. ومن الممكن أن يحول كل من العمل من أجل استبقاء اللقاحات الموجودة بالفعل أو مد التغطية بها والجهود الرامية إلى إدخال لقاحات جديدة، إذا ما أُنجز العملان معا، دون حدوث ملايين الوفيات المستقبلية فضلاً عن مئات الملايين من الحالات المرضية، وأن يحقق تأثيراً اقتصادياً بمليارات الدولارات على مدار العقد.

٩٦- وكمثال للتأثير المحتمل للتمنيع، يوضح تحليل فرعي لعشر لقاحات، يتم تقديمها خلال العقد،[1] وتمثل ما يُقدر بـ ٠٠٠ ٤٢ مليون دولار أمريكي من التكلفة التي تتراوح بين ٠٠٠ ٥٠ مليون دولار أمريكي و٠٠٠ ٦٠ مليون دولار أمريكي على مدار العقد أنه يمكن لهذه اللقاحات أن تحول في المجمل دون حدوث ما بين ٢٤ إلى ٢٦ مليون حالة وفاة في المستقبل (الجدول ٨) مقارنةً بالسيناريو الافتراضي الذي لا تتم في إطاره التغطية باللقاحات.[2]

١ تغطي اللقاحات الواردة في تحليل الفوائد الصحية الأمراض التالية في البلدان التي تمثل ٩٩,٥٪ من أتراب المواليد من الـ ٩٤ بلداً الواردة في تحليل التكلفة: الالتهاب الكبدي "ب"، *والمستدمية النزلية* من النمط "ب"، والورم الحليمي البشري، والتهاب الدماغ الياباني، والتهاب السحايا "أ"، والمكورات الرئوية، والفيروس العجلي، والحصبة الألمانية، والحمى الصفراء، والحصبة.

٢ لم تكن البيانات كافية على النحو الذي يمكن من تقدير المراضة التي يتم الحيلولة دون حدوثها من خلال التمنيع في هذه البلدان.

الجدول ٨: إجمالي الوفيات المستقبلية التي يتم الحيلولة دونها، ٢٠١١–٢٠٢٠، بافتراض عدم التطعيم في المقابل

الفئة	اللقاح	عدد الوفيات المستقبلية التى يتم تلافيها (بالملايين)[أ، ب]
اللقاح المستخدم فى البرنامج الأصلي الموسع المعني بالتمنيع [ج]	الجرعة الأولى من لقاح الحصبة الجرعة الثانية من لقاح الحصبة أنشطة التمنيع التكميلي بلقاح الحصبة	١٠,٦ ٠,٤ ٣,١
لقاحات جديدة أو لا يُستفاد منها استفادةً كاملةً	لقاح الالتهاب الكبدي "ب" [د] لقاح *المستدمية النزلية* من النمط "ب" لقاح المكورات الرئوية لقاح الفيروس العجلى لقاح الورم الحليمى البشري لقاح الحمى الصفراء [هـ] لقاح التهاب السحايا بالمكورات السحائية "أ" [و] لقاح التهاب الدماغ الياباني [ز] لقاح الحصبة الألمانية	٦,٠–٥,٣ ١,٧–١,٤ ١,٨–١,٦ ٠,٩–٠,٨ ٠,٥ ٠,٠٤–٠,٠٣ ٠,٠٣ ٠,٠٧ ٠,٤
	الإجمالي (٢٠١١–٢٠٢٠)	**٢٥,٨–٢٤,٦**

أ وضع التقديرات الخاصة بالوفيات المستقبلية التي يتم الحيلولة دونها فريق عامل ضم موظفين من منظمة الصحة العالمية والتحالف العالمي من أجل اللقاحات والتمنيع ومؤسسة بيل وميليندا غيتس وبرنامج التكنولوجيا الملائمة للصحة. تستخدم التقديرات مزيجاً من نماذج الأتراب الثابتة والديناميكية ومصادر بيانات متنوعة تشمل اللقاحات العشرة، بما في ذلك "أداة إنقاذ الأرواح". والتوقعات المتعلقة بالتغطية باللقاحات مأخوذة من تنبؤات الطلب الاستراتيجي "النسخة ٤" الصادرة عن التحالف العالمي من أجل اللقاحات والتمنيع (٤ تشرين أول/ أكتوبر ٢٠١١) ومن تنبؤات الطلب المصحح الصادرة عن التحالف.

ب تم ذكر نطاقات للتقديرات حيث وُجدت افتراضات بديلة في الحسبان بالنسبة لنطاق البلدان وتنبؤات الطلب.

ج لم تكن البيانات كافية بالشكل الذي يسمح بتقدير الوفيات التي يتم الحيلولة دونها بفضل لقاحات عصيات كاليميت غيران أو الخناق أو الكزاز أو الشاهوق.

د تم تعزيزه خلال العقد من ٢٠٠١ إلى ٢٠١٠.

هـ يقتصر عبء المرض على مناطق قليلة فقط.

و نفس التعليق السابق.

ز نفس التعليق السابق.

٩٧– وتمثل الأرقام الخاصة بالوفيات التي يتم الحيلولة دونها الفوائد التقديرية الكاملة التي يمكن تحقيقها خلال العقد بفضل هذه اللقاحات العشرة، من خلال استبقاء أو تعزيز مستويات التمنيع الحالية وإدخال لقاحات إضافية في برامج التمنيع الوطنية لعدد من البلدان المختارة، مع افتراض عدم التطعيم في المقابل. ولا تقتصر هذه الأرقام على الفوائد الإضافية فحسب المتحققة بفضل الإجراءات الإضافية المنفذة خلال عقد اللقاحات (٢٠١١–٢٠٢٠).

٩٨– وسوف تتطور التقديرات الحالية الخاصة بالتكاليف والتمويل المتاح والتأثير الصحي لتأخذ شكل تحليل إضافي يتم استكماله وبيانات أفضل جديدة تصبح متاحة. ومن شأن التحليل الإضافي أن يسمح بتوسيع النطاق الذي تبينه هذه الوثيقة، بما في ذلك زيادة عدد الأمراض التي يغطيها التحليل الخاص بالتكلفة وتحليل الفوائد الصحية، وتقدير حجم التأثير على المراضة، ومعرفة أبعاد الفوائد الاقتصادية، ومواصلة زيادة مستوى التفاصيل

الخاصة بتوقعات التكلفة والتمويل. ومن الضروري إجراء تحليل إضافي بُغية التوصل لفهم أفضل للتكاليف والمنافع الخاصة بالبحث والتطوير في مجال اللقاحات، والتي لم ترد في التوقعات الحالية. ومن شأن البيانات الجديدة الأفضل أن تؤدي، ضمن أشياء أخرى، إلى تعزيز التحليل باستخدام إحصاءات عبء المرض المنقحة، وإلى تحسين التوقعات المتعلقة بأسعار اللقاحات، وإلى تحسين المعلومات الخاصة بالشرائح السكانية، وإلى وجود بيانات أكثر اتساقاً عبر البلدان كافة. وبالإضافة إلى ذلك، ينبغي وضع واستخدام عملية تهدف للسماح بتحديثات التكلفة والتمويل وتقديرات التأثير الصحي والاقتصادي على المستوى القطري والعالمي، حبذا بصفة سنوية. ومن شأن هذا أن يسهل تعزيز التخطيط والتنسيق والمشاركة فيما بين أصحاب المصلحة الكثيرين اللازمين لتحقيق الأغراض والأهداف الاستراتيجية الخاصة بعقد اللقاحات (٢٠١١-٢٠٢٠).

مواصلة الزخم المولّد في عقد اللقاحات (٢٠١١-٢٠٢٠)

٩٩- يتطلب ضمان النجاح على امتداد عقد اللقاحات تركيزاً وعملاً إضافيين فيما يتجاوز وضع خطة العمل العالمية الخاصة باللقاحات. وسوف يلزم أن تكون هناك أربع مجموعات بالغة الأهمية من الأنشطة بُغية تجسيد خطة العمل في شكل إجراءات ونتائج: استحداث أدوات لتجسيد الخطة؛ ووضع إطار مساءلة كاملة؛ وتأمين الالتزامات من أوساط أصحاب المصلحة؛ والإبلاغ بالفرص والتحديات الخاصة بعقد اللقاحات.

١٠٠- ويلزم وجود أدوات تتيح التفكير بشكل كامل فيما وراء خطة العمل العالمية الخاصة باللقاحات، إلى جانب التفاصيل، من أجل التمكن من تنفيذ الخطة. ومن شأن وضع هذه الأدوات ونشرها والإبلاغ بها أن يساعد أصحاب المصلحة على الوصول لفهم أفضل لكيفية تجسيد الإجراءات الموصى بها في خطة العمل في إطار السياق المحلي.

١٠١- وترسي خطة العمل العالمية الخاصة باللقاحات الأساس اللازم لإطار المساءلة، والذي سيتم وضع اللمسات النهائية له بأدوار ومسؤوليات أكثر تفصيلاً لأصحاب المصلحة، وبمجموعة كاملة من المؤشرات، مع بيان التفاصيل الخاصة بالمنهجية ومصادر البيانات لكل مؤشر، وتحديد المعطيات الأساسية عند الضرورة. ويلزم وجود استثمارات بهدف تحسين جودة البيانات واستحداث نظم ترصد وتقييم أكثر متانة داخل البلدان. وينبغي إجراء مراجعات منتظمة للتحقق من صحة البيانات. وينبغي أن تتولى اللجان الإقليمية لمنظمة الصحة العالمية وجمعية الصحة العالمية سنوياً استعراض التقدم المحرز حسب البلد اعتباراً من عام ٢٠١٣.

١٠٢- ومن الممكن للالتزامات التي يتم مواءمتها مع خطة العمل العالمية الخاصة باللقاحات من البلدان ومنظمات المجتمع المدني والوكالات المتعددة الأطراف وشركاء التنمية وجهات تصنيع اللقاحات أن تحوَّل خطة العمل من وثيقة إلى حركة. وسيتعين بذل الجهود الرامية إلى بناء هذه الالتزامات ووضع استراتيجية لتنسيقها، وذلك على الصعيد العالمي والإقليمي والقطري. ويجب تحديد قنوات ملائمة واستحداث اتصالات موجهة، بُغية ضمان أن تصل الرسائل الخاصة بعقد اللقاحات إلى أصحاب المصلحة وتجد أصداؤها ضالتها لديهم.

١٠٣- وستكون الفترة الزمنية التالية مباشرةً لجمعية الصحة العالمية الخامسة والستين بالغة الأهمية لضمان أن يتجسد تحضير جدول الأعمال في شكل عمل فعال. وتتضمن أبرز الفرص التي تستبقي الزخم الحالي وتبني عليه خلال المدة المتبقية من ٢٠١٢ اجتماعات اللجان الإقليمية لمنظمة الصحة العالمية، واجتماع مجلس إدارة التحالف العالمي من أجل اللقاحات والتمنيع، واجتماع المجلس التنفيذي لليونيسيف، ومنتدى شركاء التحالف العالمي من أجل اللقاحات والتمنيع، ومؤتمر قمة "بقاء الأطفال على قيد الحياة: دعوة للعمل".

١٠٤- وإن التعاون في إطار عقد اللقاحات جهد محدد المدة ينتهي باستكمال خطة العمل العالمية الخاصة باللقاحات والأنشطة المرتبطة بها المحددة فيما تقدم. ولن يكون هناك هيكل جديد لدعم مرحلة التطبيق الخاصة

بعقد اللقاحات/ خطة العمل العالمية الخاصة باللقاحات. ويلزم أن يضطلع أصحاب المصلحة الرائدون بملكية دعم التطبيق وتطوير الرصد.

١٠٥- وسوف تؤدي منظمة الصحة العالمية دوراً قيادياً في خطة العمل باعتبارها الوكالة الرائدة التقييسية في مجال الصحة على مستوى العالم، ويشمل ذلك تحديد الأحكام والمعايير الخاصة بإنتاج اللقاحات ومراقبة جودتها، علاوةً على تدعيم تقديم التمنيع، ونظم رصد البرامج وترصدها. وكذلك فسوف تدعو أمانة المنظمة، بالتعاون مع أصحاب المصلحة الآخرين، إلى تقديم الدعم التقني – وتقدم هذا الدعم التقني – للدول الأعضاء في تعزيز قدر أكبر من ملكية البلدان وتحقيق التآزر بين برامج التمنيع وبرامج الرعاية الصحية الأولية الأخرى، وتطبيق البحوث، وخاصةً بهدف زيادة مردودية البرامج وتأثيرها.

التذييل ١

ملخص المؤشرات الموصى بها

المؤشرات على مستوى الأهداف

المرمى	بحلول عام ٢٠١٥	بحلول عام ٢٠٢٠
إيجاد عالم خالٍ من شلل الأطفال	• وقف سراية فيروس شلل الأطفال البري على مستوى العالم	• الإشهاد على استئصال شلل الأطفال
تحقيق الأهداف الخاصة بالتخلص من الأمراض على الصعيد العالمي والإقليمي	• التخلص من كزاز الولدان في جميع أقاليم المنظمة • التخلص من الحصبة في أربعة أقاليم على الأقل من أقاليم المنظمة • التخلص من الحصبة الألمانية/ متلازمة الحصبة الألمانية الخلقية في إقليمين على الأقل من أقاليم المنظمة	• التخلص من الحصبة والحصبة الألمانية في خمسة أقاليم على الأقل من أقاليم المنظمة
تحقيق أهداف التغطية بالتمنيع في كل إقليم وبلد ومجتمع	• بدء ٨٠ بلداً على الأقل من البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل في استخدام لقاح أو أكثر من اللقاحات الجديدة أو اللقاحات التي لا يُستفاد منها استفادةً كاملةً • تحقيق ٩٠٪ من التغطية على الصعيد الوطني و٨٠٪ من التغطية في كل منطقة أو وحدة إدارية مقابلة بالنسبة للقاحات المحتوية على الخناق–الكزاز–الشاهوق	• تحقيق ٩٠٪ من التغطية على الصعيد الوطني و٨٠٪ من التغطية في كل منطقة أو وحدة إدارية مقابلة بالنسبة لجميع اللقاحات المدرجة في البرامج الوطنية، ما لم تتم التوصية بخلاف ذلك
استحداث لقاحات وتكنولوجيات جديدة ومحسنة وبدء العمل بها		• ترخيص وإطلاق لقاح أو لقاحات مضادة لمرض أو أكثر من أهم الأمراض التي لا يوجد لها لقاح في الوقت الحالي (مثل حمى الضنك، والالتهاب الكبدي "ج"، والفيروسة المضخمة للخلايا، والفيروس المِخلَوي التنفسي، وداء الليشمانيات، والدودة الشصية، والعقدية من الفئة "أ") • ترخيص وإطلاق قاعدة انطلاق واحدة على الأقل لتكنولوجيا التقديم
تجاوز المرمى ٤ من الأهداف الإنمائية للألفية والخاص بالحد من وفيات الأطفال	• الحد من معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة بمقدار الثلثين (مقارنةً بعام ١٩٩٠)	• تجاوز المرمى ٤ من الأهداف الإنمائية للألفية والخاص بالحد من وفيات الأطفال

المؤشرات على مستوى الأغراض الاستراتيجية

الغرض الاستراتيجي	المؤشرات
التزام جميع البلدان بالتمنيع باعتباره أولوية	• وجود إطار قانوني أو تشريعي يضمن تمويل التمنيع • وجود فريق استشاري تقني مستقل يفي بالمعايير الموضوعة
فهم الأفراد والمجتمعات لقيمة اللقاحات وطلبهم للتمنيع باعتباره حقاً لهم ومسؤوليةً عليهم	• مستوى ثقة الجمهور في التمنيع، مقاساً بمسوح حول المعارف والمواقف والمعتقدات والممارسات[1]
مد فوائد التمنيع بشكل منصف للجميع	• النسبة المئوية للمقاطعات التي تقل التغطية فيها عن ٨٠٪ بثلاث جرعات من اللقاح المحتوي على الخناق–الكزاز–الشاهوق • الحد من ثغرات التغطية بين الشريحة الخمسية الغنية والفقيرة (أو أي مؤشر آخر مناسب لقياس الإنصاف)
نظم التمنيع القوية جزء لا يتجزأ من النظام الصحي السليم الأداء	• معدلات التسرب بين الجرعة الأولى من اللقاح المحتوي على الخناق–الكزاز–الشاهوق والجرعة الأولى من اللقاح المحتوي على الحصبة • تقييم بيانات التغطية بالتمنيع باعتبارها عالية الجودة من جانب منظمة الصحة العالمية واليونيسيف
تمتع برامج التمنيع بوصول مستدام لتمويل مقدر وإمداد عالي الجودة وتكنولوجيات ابتكارية	• النسبة المئوية لتكاليف التمنيع الروتيني الممولة من خلال الميزانيات الحكومية • توافر القدرات على الصعيد العالمي لإنتاج لقاحات موصى بها عالمياً خلال خمس سنوات من الترخيص/ الطلب المحتمل
تحقيق أقصى استفادة من فوائد التمنيع بفضل الابتكارات على الصعيد القطري والإقليمي والعالمي في مجال البحث والتطوير	• إثبات المفهوم بشأن اللقاح والذي يعكس نجاعةً تساوي ٧٥٪ أو أكثر بالنسبة لمرض الأيدز/ العدوى بفيروسه أو السل أو الملاريا • البدء في تجارب المرحلة الثالثة لجيل أول من لقاح الأنفلونزا الشامل الذي تم إدخاله • التقدُّم المحرَز صوب القدرات المؤسسية والتقنية على تصنيع اللقاحات و/ أو إجراء ما يرتبط بها من تجارب سريرية وبحوث تشغيلية وتنظيمية

[1] سوف يضع الفريق العامل المعني بالتردد في أخذ اللقاحات والتابع لفريق الخبراء الاستشاري الاستراتيجي المعني بالتمنيع والتابع لمنظمة الصحة العالمية تعريفاً للتردد في أخذ اللقاحات ويوصي بأسئلة محددة من المسوح (سواء موجودة بالفعل أو جديدة) من أجل صياغة هذا المؤشر بالكامل.

التذييل ٢

مسؤوليات أصحاب المصلحة

هناك فرصة لتحقيق تقدم حقيقي خلال العقد القادم. ويتوقف تحقيق هذه الإمكانية على اضطلاع جميع أصحاب المصلحة بمسؤوليات محددة بوضوح ومنسقة. وتقع المسؤولية الأولى على عاتق الأفراد والمجتمعات وعاتق الحكومات والمهنيين الصحيين، بصفتهم متلقي التمنيع ومقدميه على التوالي. ولأصحاب المصلحة الآخرين دور مهم أيضاً في تحقيق الأغراض المحددة.

الأفراد والمجتمعات، بوصفهم متلقين للتمنيع، ينبغي عليهم ما يلي:

- استيعاب مخاطر وفوائد اللقاحات والتمنيع، معتبرين ذلك جزءاً من سمات المواطن المسؤول.
- طلب برامج تمنيع آمنة وفعالة باعتبارها حقاً من زعمائهم وحكوماتهم، ووضع الزعماء والحكومات موضع المساءلة عن توفير هذه البرامج.
- المشاركة في المناقشات المعنية بالصحة العمومية، والاشتراك في القرارات الرئيسية بشأن عمليات التمنيع.
- المشاركة والمساهمة في عملية تقديم التمنيع، وتوصيل احتياجات المجتمع المحلي ومنظوره إلى راسمي السياسات.

الحكومات، بوصفها المقدم الرئيسي للتمنيع، ينبغي عليها ما يلي:

- زيادة الدعم المقدم لبرامج التمنيع الوطنية وضمان الاستدامة المالية بحلول ٢٠٢٠.
- الاعتماد على دخل البلدان وأن تقوم – بنمو الاقتصادات – بتمويل نسبة متزايدة من برامج التمنيع المحلية، محرزة تقدم صوب التمويل الكامل للبرامج المحلية ثم صوب تمويل جهود التمنيع العالمية.
- وضع وتطبيق قوانين وتنظيمات وسياسات تدعم برامج التمنيع الوطنية، وتدعم عند الضرورة قاعدة إمداد مؤمنة وعالية الجودة.
- وضع خطط خاصة بالأقاليم وبالبلدان، إلى جانب أصحاب المصلحة الآخرين الموجودين في الإقليم/ البلد المعني.
- تحديد أولويات الملكية الكاملة لبرامج التمنيع الوطنية وتولي هذه الملكية الكاملة، بُغية إيجاد برامج قائمة على الإنصاف تصل لكل مجتمع.
- العمل مع أصحاب المصلحة داخل الحكومات وخارجها.
- الاستجابة بالمعلومات الآنية عندما تُثار هواجس لدى الجمهور حول المأمونية والنجاعة، حتى تحافظ على ثقة الجمهور.
- ضمان تزويد برامج التمنيع بعدد كافٍ من الموظفين الحاصلين على تدريب جيد والذين يتم منحهم حوافز ملائمة من أجل إدارة البرامج وتقديم الخدمات.
- إذكاء الوعي بأهمية التمنيع لتحسين صحة السكان والارتقاء بمساهمتهم في تدعيم النظام الصحي والرعاية الصحية الأولية.

- التوصيل الفعال للرسائل الخاصة باللقاحات بُغية خلق الطلب.
- الدخول في حوار مع المجتمعات ووسائل الإعلام واستخدام تقنيات التواصل الفعالة بُغية توصيل الرسائل المتعلقة باللقاحات والتعاطي مع الهواجس المتعلقة بالمأمونية.
- تشجيع ودعم البحوث المعنية باللقاحات ومشكلات التطعيم، وتشجيع التوعية باللقاحات على جميع المستويات.
- التعاون على الصعيد الإقليمي والدولي في برامج الدعوة وتبادل البيّنات وتنسيق الجاهزية.
- المشاركة في حوارات مفتوحة مع جهات التصنيع بُغية ضمان يُسر تكلفة اللقاحات الحالية والجديدة.

المهنيون الصحيون ينبغي عليهم ما يلي:

- تقديم خدمات تمنيع عالية الجودة وتوفير المعلومات الخاصة بها.
- إدخال مقررات دراسية عن اللقاحات تتناول التمنيع في الجامعات والمؤسسات التي تقوم بتدريب مهنيي الرعاية الصحية علاوةً على التعليم المستمر لجميع مقدمي الرعاية الصحية (الأطباء، والعاملين في التمريض، والصيادلة، وممارسي الصحة العمومية).
- تحديد المجالات التي يمكن فيها تحسين خدمات التمنيع والتوصل لابتكارات.
- القيام بدور الأصوات الاستباقية ذات المصداقية بشأن قيمة اللقاحات، والاستعانة بأصوات أخرى في مجال الدعوة.
- استخدام التكنولوجيات الموجودة بالفعل والمستجدة في الارتقاء بالتقديم وتحسين تسجيل المعلومات.
- الدخول في حوار مع المجتمعات ووسائل الإعلام واستخدام تقنيات التواصل الفعالة بُغية توصيل الرسائل المتعلقة باللقاحات والتعاطي مع الهواجس المتعلقة بالمأمونية.

الأوساط الأكاديمية ينبغي عليها ما يلي:

- تعزيز الابتكار بُغية الإسراع باستحداث لقاحات جديدة ومحسنة، والإسهام في الوصول بصيغ اللقاحات ولوجيستيات برامج التمنيع إلى المستوى الأمثل، وإرساء الأساس اللازم لتأثير التمنيع في العقود المقبلة.
- متابعة جدول أعمال بحثي متعدد التخصصات يركز على التأثير التحويلي ويقوم على أساس احتياجات المستخدمين النهائيين.
- ابتكار لقاحات وتكنولوجيات من شأنها أن تصل بتقديم اللقاحات إلى المستوى الأمثل وتحقق الاستفادة إلى أقصى حد منه.
- تبني سبل جديدة للعمل تسرع من وتيرة التقدم العلمي.
- الارتقاء بالحوار مع الباحثين الآخرين والجهات التنظيمية وجهات التصنيع، بُغية مواءمة الإجراءات وزيادة الفعالية في الاستجابة لتحديات التمنيع على الصعيد المحلي والعالمي.
- تقديم البيانات والطرق والحجج الأساسية التي تساعد على دفع مواصلة تحديد أولويات التمنيع على الصعيد العالمي والمحلي على حد سواء.

- إجراء المزيد من الاستعراضات المنهجية بُغية تحديد المجالات التي توجد فيها بيِّنات علمية مثبتة (والتي ينبغي أن تشكل أساس السياسات الصحية) والمجالات التي لا توجد فيها بيِّنات من هذا القبيل (والتي ينبغي أن تشكل أساس البحوث الأساسية المستقبلية).
- تقديم البيّنات، واستعراض أفضل ممارسات التمنيع.
- دعم تطوير إمكانيات التصنيع.
- تعزيز الاعتمادات المالية المخصصة للبحوث المعنية باللقاحات والتمنيع.

جهات التصنيع ينبغي عليها ما يلي:

- مواصلة استحداث لقاحات ابتكارية وعالية الجودة تلبي احتياجات البلدان، ومواصلة إنتاج هذه اللقاحات والإمداد بها.
- دعم البحوث المعنية بالتمنيع ودعم جدول أعمال للتوعية بالتمنيع.
- المشاركة في حوارات مفتوحة مع البلدان والقطاع العام بُغية ضمان استدامة الوصول إلى اللقاحات الحالية والجديدة.
- مواصلة ابتكار عمليات تصنيع وهياكل تسعير.
- دعم التوعية الإعلامية بشأن برنامج التمنيع الموسع، بُغية إذكاء الوعي.
- دعم سرعة التعزيز والتطبيق حال ظهور لقاحات جديدة أو محسنة.
- تكوين شراكات تدعم نمو إمكانيات التصنيع وتنهض بالإمداد باللقاحات وابتكارها.
- العمل بالتنسيق مع الشركاء الآخرين فيما يخص الدعوة بشأن اللقاحات والتمنيع.

الوكالات العالمية، مثل منظمة الصحة العالمية واليونيسيف والبنك الدولي والمصارف الإنمائية الإقليمية والتحالف العالمي من أجل اللقاحات والتمنيع، ينبغي عليها ما يلي:

- الدعوة للدعم التقني من أجل تعزيز ملكية البلدان، وتقديم هذا الدعم.
- تدعيم الإمكانيات الوطنية والبنية التحتية على الصعيد الإقليمي.
- مواصلة وضع الأحكام والمبادئ التوجيهية بُغية تحسين الخدمات الخاصة باللقاحات والتمنيع، مع السعي نحو تحقيق قدر أكبر من الإنصاف ومراعاة البعد الجنساني والشرائح السكانية الفرعية (بما في ذلك، ضمن أشياء أخرى، الأقليات والفئات العمرية).
- تعزيز التآزر بين خدمات التمنيع والخدمات الصحية الأخرى علاوةً على القطاعات الأخرى مثل التعليم والاقتصاد والتنمية والتمويل.
- تمويل تقديم اللقاحات وأنشطة التمنيع المرتبطة بها.
- العمل مع جميع أصحاب المصلحة بُغية الارتقاء بالدعم التقني الرامي إلى تدعيم عناصر التمنيع والعناصر الأخرى في النظم الصحية.

- تشجيع اتخاذ القرارات المسندة بالبيّنات والمشاركة فيها ودعمها على امتداد طيف أصحاب المصلحة المعنيين بالتنمية والصحة والتمنيع.
- إشراك الشركاء في خلق الطلب الشعبي على التمنيع وفي دعم البحوث والتحسينات البرامجية.
- تعزيز فكرة التمويل الوطني المستدام، وإشراك الاقتصادات السريعة النشوء بوصفها شركاء تمويل.
- وضع آليات للمساءلة المشتركة تضع جميع الحكومات والبرامج وشركاء التنمية موضع المسؤولية عن الالتزام بمستويات الدعم.
- تعزيز الحوار بين جهات التصنيع والبلدان بُغية مواءمة العرض والطلب.
- وضع آليات تمويل وشراء ابتكارية تعزز ملكية البلدان، وتعزيز الإنصاف ويسر التكلفة بالنسبة للبلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل.

شركاء التنمية، مثل الوكالات الثنائية والمؤسسات والمؤسسات الخيرية، ينبغي عليها ما يلي:

- تحقيق ولايتها ورسالتها المؤسسية في مجال الصحة.
- دعم البلدان والكيانات الإقليمية في تحقيق الأهداف الوطنية والإقليمية، والمساهمة في النهوض بأولوياتها.
- تعزيز سيطرة البلدان على المقدّرات والخطط المعنية بالصحة واللقاحات والتمنيع التي تتم قيادتها على الصعيد القطري والتي تتضمن ميزانيات مخصصة لتحسين الوصول إلى الخدمات والحد من ثغرة الإنصاف في التغطية.
- نشر مجموعة شاملة متكاملة من التدخلات والخدمات الأساسية التي تتضمن اللقاحات والتمنيع، وتقوية النظم الصحية.
- تقديم تمويل يمكن التنبؤ به على أن يكون طويل الأمد وموائماً للخطط الوطنية، وتشجيع الشركاء الجدد والموجودين بالفعل على تمويل اللقاحات والتمنيع.
- بناء قدرات المجتمع المدني ودعم أنشطة منظمات المجتمع المدني في البلدان.
- المشاركة في الدعوة على الصعيد الدولي من خلال الوصول إلى البيّنات المفتوحة التي يمكن تبادلها.
- المحافظة على شفافية التمويل وتنسيقه، مصحوباً بتقييم على أساس الأداء.

المجتمع المدني، مثل المنظمات غير الحكومية والجمعيات المهنية، ينبغي عليه ما يلي:

- الانخراط في تعزيز وتطبيق برامج التمنيع على الصعيد القطري والعالمي على حد سواء.
- المشاركة في وضع واختبار نهوج ابتكارية لتقديم خدمات تمنيع تصل إلى أشد فئات السكان عرضة للخطر.
- اتباع المبادئ التوجيهية والتنظيمات على الصعيد الوطني في تصميم وتقديم برامج التمنيع التي تفي بواجب المساءلة أمام السلطات الوطنية.

- توعية الفئات والمجتمعات المعرضة للخطر بحقها في الصحة، بما في ذلك اللقاحات والتمنيع، وتمكينها وإشراكها.
- بناء مبادرات شعبية داخل المجتمعات بُغية تتبع التقدم المحرز ووضع الحكومات وشركاء التنمية وأصحاب المصلحة الآخرين موضع المساءلة عن تقديم خدمات تمنيع عالية الجودة.
- الإسهام في تحسين نظم التقييم والرصد داخل البلدان.
- القيام بالدعوة على الصعيد القطري والإقليمي والعالمي بما يتجاوز أوساط التمنيع، بُغية ضمان أن يتم النظر للقاحات والتمنيع باعتبارهما حقاً للجميع.
- التعاون داخل البلدان وفيما بين البلدان من أجل تبادل الاستراتيجيات وبناء الزخم اللازم لتحسين الصحة واللقاحات والتمنيع.

وسائل الإعلام ينبغي عليها ما يلي:

- استيعاب فوائد التمنيع والهواجس المتعلقة به لكي يتم الإبلاغ بدقة عن برامج التمنيع ولكي يتم تعزيزها تعزيزاً فعالاً.
- القيام بالدعوة على الصعيد القطري والإقليمي والعالمي بما يتجاوز أوساط التمنيع، بُغية ضمان أن يتم النظر للقاحات والتمنيع باعتبارهما حقاً للجميع.
- استخدام تقنيات التواصل الفعالة بُغية توصيل الرسائل المتعلقة باللقاحات والتعاطي مع الهواجس المتعلقة بالمأمونية.

القطاع الخاص ينبغي عليه ما يلي:

- دعم تنويع مصادر التمويل الخاصة ببرامج التمنيع (القطاع الخاص وشركات التأمين والمرضى، ضمن آخرين).
- القيام بالدعوة على الصعيد القطري والإقليمي والعالمي بما يتجاوز أوساط التمنيع والقيام بدور المنافحين عن التمنيع، بُغية ضمان أن يتم النظر للقاحات والتمنيع باعتبارهما حقاً للجميع.

الملحق ٥

الآثار المالية والإدارية المترتبة بالنسبة إلى الأمانة نتيجة للقرارات المعتمدة من جمعية الصحة

١- **القرار ج ص ع٦٥-٣** تدعيم السياسات الخاصة بالأمراض غير السارية من أجل تعزيز التمتع بالنشاط في مرحلة الشيخوخة
٢- **الصلة بالميزانية البرمجية ٢٠١٢-٢٠١٣ (انظر الوثيقة ج٧/٦٤ (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_7-ar.pdf)** الغرض الاستراتيجي: ٤ النتيجة (النتائج) المتوقعة على صعيد المنظمة: ٤-٨ **كيف سيساهم هذا القرار في تحقيق النتيجة (النتائج) المتوقعة على صعيد المنظمة؟** هذا القرار يطلب من المدير العام أن يقدم الدعم إلى الدول الأعضاء في تعزيز وتيسير مواصلة تنفيذ الالتزامات المعلنة في مؤتمرات واجتماعات قمة الأمم المتحدة ذات الصلة المعقودة بشأن الأمراض غير السارية والتشيخ، وأن يستمر في إعداد نظام رصد عالمي للوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها من أجل رصد التقدم المحرز. ويتماشى هذا مع النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة المذكورة أعلاه. **هل تتضمن الميزانية البرمجية بالفعل النواتج أو الخدمات المطلوبة في هذا القرار؟ (نعم/ لا)** لا
٣- **التكلفة المقدرة والآثار المترتبة بالنسبة إلى الملاك الوظيفي فيما يتعلق بالميزانية البرمجية** (أ) **التكلفة الإجمالية** **يُذكر ما يلي (١) مدة سريان القرار التي ستلزم فيها أنشطة الأمانة من أجل التنفيذ؛ (٢) تكلفة تلك الأنشطة (مقربة إلى وحدات يبلغ كل منها ١٠ ٠٠٠ دولار أمريكي).** (١) ثلاث سنوات (تغطي الفترة ٢٠١٢-٢٠١٤) (٢) المجموع: ١,٤٩ مليون دولار أمريكي (تكاليف الموظفين: ٢٩٠ ٠٠٠ دولار أمريكي؛ تكاليف الأنشطة: ١,٢٠ مليون دولار أمريكي) (ب) **التكلفة في الثنائية ٢٠١٢-٢٠١٣** **يُذكر المبلغ المخصص للثنائية ٢٠١٢-٢٠١٣ من التكاليف المذكورة في ٣(أ) (مقربة إلى وحدات يبلغ كل منها ١٠ ٠٠٠ دولار أمريكي).** المجموع: ١,٠٩ مليون دولار أمريكي (تكاليف الموظفين ٢٩٠ ٠٠٠ دولار أمريكي؛ تكاليف الأنشطة: ٨٠٠ ٠٠٠ دولار أمريكي)

تُذكر مستويات المنظمة التي ستتحمل هذه التكاليف، مع بيان الأقاليم المحددة حسب الاقتضاء.

المقر الرئيسي

هل أدرجت بالكامل التكلفة المقدرة ضمن الميزانية البرمجية المعتمدة للثنائية ٢٠١٢-٢٠١٣؟ (نعم/ لا)

لا

إذا كانت الإجابة "لا" يرجى ذكر المبلغ غير المدرج.

١,٠٩ مليون دولار أمريكي

(ج) الآثار المترتبة بالنسبة إلى الملاك الوظيفي

هل يمكن تنفيذ هذا القرار من قِبَل الموظفين الحاليين؟ (نعم/ لا)

لا

إذا كانت الإجابة "لا" يُذكر العدد اللازم من الموظفين الإضافيين – معبراً عنه بعدد الموظفين المتفرغين – مع بيان الأقاليم المحددة ومجموعة المهارات اللازمة حسب الاقتضاء.

سيلزم خبير وبائيات/ صحة عمومية في المقر الرئيسي للإشراف على وضع مسوّدة *التقرير الخاص بالصحة في العالم ٢٠١٤*، وتقديم المساعدة التقنية إلى البلدان. وستكون الوظيفة ٥٠٪ من عمل موظف متفرغ برتبة م٥.

٤- التمويل

هل التكاليف المقدرة للثنائية ٢٠١٢-٢٠١٣ والمذكورة في ٣(ب) ممولة بالكامل؟ (نعم/ لا)

لا

إذا كانت الإجابة "لا" يرجى تحديد ثغرة التمويل وكيفية تعبئة الموارد (مع بيان تفاصيل مصدر التمويل المحتمل (مصادر التمويل المحتملة)).

١,٠٩ مليون دولار أمريكي؛ مصدر (مصادر) التمويل: المساهمات الطوعية من الجهات المانحة الثنائية.

١- **القرار ج ص ع٦٥-٤** العبء العالمي للاضطرابات النفسية وضرورة الاستجابة الشاملة والمنسقة من جانب قطاع الصحة والقطاع الاجتماعي على المستوى القُطري

٢- **الصلة بالميزانية البرمجية ٢٠١٢-٢٠١٣ (انظر الوثيقة ج٦٤/٧ (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_7-ar.pdf)**

الغرض الاستراتيجي: ٣ النتيجة (النتائج) المتوقعة على صعيد المنظمة: ٣-١ و٣-٢ و٣-٥ و٣-٦

كيف سيساهم هذا القرار في تحقيق النتيجة (النتائج) المتوقعة على صعيد المنظمة؟

من شأن تنفيذ القرار أن يعزز الالتزام السياسي والمالي والتقني في الدول الأعضاء بالتصدي للاضطرابات النفسية. كما أنه سيقدم الدعم اللازم لتطوير الخدمات والسياسات والخطط والاستراتيجيات والبرامج والتشريعات لتمكين المصابين بالاضطرابات النفسية من أن يعيشوا حياة كاملة ومنتجة في المجتمع، وذلك من خلال اتباع نهج منسق ومتكامل في كل القطاعات، بما فيها قطاعات الصحة والخدمة الاجتماعية والإسكان والتعليم والتوظيف.

هل تتضمن الميزانية البرمجية بالفعل النواتج أو الخدمات المطلوبة في هذا القرار؟ (نعم/ لا)

لا

٣- **التكلفة المقدرة والآثار المترتبة بالنسبة إلى الملاك الوظيفي فيما يتعلق بالميزانية البرمجية**

(أ) **التكلفة الإجمالية**

يُذكر ما يلي (١) مدة سريان القرار التي ستلزم فيها أنشطة الأمانة من أجل التنفيذ؛ (٢) تكلفة تلك الأنشطة (مقربة إلى وحدات يبلغ كل منها ١٠ ٠٠٠ دولار أمريكي).

(١) سنة واحدة لإعداد خطة العمل (التي تغطي الفترة ٢٠١٢)

(٢) المجموع: ١٨٠ ٠٠٠ دولار أمريكي (تكاليف الموظفين: ١٦٠ ٠٠٠ دولار أمريكي؛ تكاليف الأنشطة: ٢٠ ٠٠٠ دولار أمريكي)

(ب) التكلفة في الثنائية ٢٠١٢-٢٠١٣

يُذكر المبلغ المخصص للثنائية ٢٠١٢-٢٠١٣ من التكاليف المذكورة في ٣(أ) (مقربة إلى وحدات يبلغ كل منها ١٠ ٠٠٠ دولار أمريكي)

المجموع: ١٨٠ ٠٠٠ دولار أمريكي (تكاليف الموظفين: ١٦٠ ٠٠٠ دولار أمريكي؛ تكاليف الأنشطة: ٢٠ ٠٠٠ دولار أمريكي)

تُذكر مستويات المنظمة التي ستتحمل هذه التكاليف، مع بيان الأقاليم المحددة حسب الاقتضاء.

جميع مستويات المنظمة.

هل أدرجت بالكامل التكلفة المقدرة ضمن الميزانية البرمجية المعتمدة للثنائية ٢٠١٢-٢٠١٣؟ (نعم/ لا)

نعم ستتم تغطية التكاليف من خلال نقل الأموال في الميزانية البرمجية المعتمدة.

إذا كانت الإجابة "لا" يرجى ذكر المبلغ غير المدرج.

(ج) الآثار المترتبة بالنسبة إلى الملاك الوظيفي

هل يمكن تنفيذ هذا القرار من قِبَل 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 المهارات اللازمة حسب الاقتضاء.

٤- التمويل

هل التكاليف المقدرة للثنائية ٢٠١٢-٢٠١٣ والمذكورة في ٣(ب) ممولة بالكامل؟ (نعم/ لا)

نعم

إذا كانت الإجابة "لا" يرجى تحديد ثغرة التمويل وكيفية تعبئة الموارد (مع بيان تفاصيل مصدر التمويل المحتمل (مصادر التمويل المحتملة)).

المبلغ بالدولار الأمريكي: غير متاح؛ مصدر (مصادر) التمويل: غير متاح.

١- القرار ج ص ع٦٥-٥ شلل الأطفال: تكثيف جهود المبادرة العالمية لاستئصال شلل الأطفال

٢- الصلة بالميزانية البرمجية ٢٠١٢-٢٠١٣ (انظر الوثيقة ج٦٤/٧ (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_7-ar.pdf)

الغرض الاستراتيجي: ١ — النتيجة (النتائج) المتوقعة على صعيد المنظمة: ١-٢

كيف سيساهم هذا القرار في تحقيق النتيجة (النتائج) المتوقعة على صعيد المنظمة؟

سيدعم هذا القرار وقف دوران فيروس شلل الأطفال البري، وتقليل المخاطر المترتبة عليه إلى أدنى حد ممكن وإدارتها على الأجل الطويل.

هل تتضمن الميزانية البرمجية بالفعل النواتج أو الخدمات المطلوبة في هذا القرار؟ (نعم/ لا)

نعم، تتضمن الميزانية المنتجات والخدمات؛ ولكن نتيجة للتأخير بناءً على مؤشرات البرامج الحاسمة في الثنائية ٢٠١٠-٢٠١١، يلزم الاضطلاع بأنشطة إضافية لتحقيق النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة المذكورة أعلاه. وخلال الثنائية ٢٠١٠-٢٠١١ كانت الميزانية التشغيلية الخاصة باستئصال شلل الأطفال (٩٠٩ ملايين دولار أمريكي) ممولة بنسبة ٩٩,٨٪ من المساهمات الطوعية المخصصة لهذا الغرض؛ وتتدرج نسبة تقارب ٩٢٪ من هذه الميزانية في إطار قطاع البرامج الخاصة والترتيبات التعاونية في الميزانية، فيما تتدرج نسبة ٨٪ منها في إطار قطاع البرامج الأساسية. وتمثل الميزانية التشغيلية الخاصة باستئصال شلل الأطفال نسبة ٢٪ تقريبا من قطاع البرامج الأساسية وتبلغ زهاء ٥٠٪ من قطاع البرامج الخاصة والترتيبات التعاونية. وتجدر الإشارة إلى أن قطاع البرامج الأساسية في الميزانية الخاصة باستئصال شلل الأطفال يمول أيضا بالمساهمات الطوعية المخصصة لهذا الغرض.

٣- التكلفة المقدرة والآثار المترتبة بالنسبة إلى الملاك الوظيفي فيما يتعلق بالميزانية البرمجية

(أ) التكلفة الإجمالية

يُذكر ما يلي (١) مدة سريان القرار التي ستلزم فيها أنشطة الأمانة من أجل التنفيذ؛ (٢) تكلفة تلك الأنشطة (مقربة إلى وحدات يبلغ كل منها ٠٠٠ ١٠ دولار أمريكي).

(١) ست سنوات (تغطي الفترة ٢٠١٣-٢٠١٨)

(٢) المجموع ١٨٩٦ مليون دولار أمريكي (تكاليف الموظفين: ٦٥٨ مليون دولار أمريكي؛ تكاليف الأنشطة: ١٢٣٨ مليون دولار أمريكي): من المزمع الحصول عليه من خلال المساهمات الطوعية المخصصة لهذا الغرض.

(ب) التكلفة في الثنائية ٢٠١٢-٢٠١٣

يُذكر المبلغ المخصص للثنائية ٢٠١٢-٢٠١٣ من التكاليف المذكورة في ٣(أ) (مقربة إلى وحدات يبلغ كل منها ٠٠٠ ١٠ دولار أمريكي)

المجموع: ٩٣٥ مليون دولار أمريكي (تكاليف الموظفين: ٢٨١ مليون دولار أمريكي؛ تكاليف الأنشطة: ٦٥٤ مليون دولار أمريكي)؛ من المزمع الحصول على هذا المبلغ من خلال المساهمات الطوعية المخصصة لهذا الغرض.

تُذكر مستويات المنظمة التي ستتحمل هذه التكاليف، مع بيان الأقاليم المحددة حسب الاقتضاء.

٨٪ من التكلفة الإجمالية يتم تحملها على مستوى المقر الرئيسي و٦٪ على المستوى الإقليمي و٨٦٪ على المستوى القطري.

هل أدرجت بالكامل التكلفة المقدرة ضمن الميزانية البرمجية المعتمدة للثنائية ٢٠١٢-٢٠١٣؟ (نعم/ لا)

لا، تتضمن الميزانية البرمجية المعتمدة للثنائية ٢٠١٢-٢٠١٣ مبلغ ٤٤١ مليون دولار أمريكي يندرج أساساً في إطار قطاع البرامج الخاصة والترتيبات التعاونية من الميزانية؛ ومن المزمع الحصول على هذا المبلغ من خلال المساهمات الطوعية المخصصة لهذا الغرض.

إذا كانت الإجابة "لا" يرجى ذكر المبلغ غير المدرج.

٤٩٤ مليون دولار أمريكي. ستتدرج الزيادة في الميزانية في إطار قطاع البرامج الخاصة والترتيبات التعاونية، ومن المزمع الحصول على هذا المبلغ من خلال المساهمات الطوعية المخصصة لهذا الغرض.

(ج) الآثار المترتبة بالنسبة إلى الملاك الوظيفي

هل يمكن تنفيذ هذا القرار من قِبَل 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 المهارات اللازمة حسب الاقتضاء.

٤- **التمويل**

هل التكاليف المقدرة للثنائية ٢٠١٢-٢٠١٣ والمذكورة في ٣(ب) ممولة بالكامل؟ (نعم/ لا)

لا. من المقدر أو المؤكد التمويل بمبلغ ٣٣٩ مليون دولار أمريكي.

إذا كانت الإجابة "لا" يرجى تحديد ثغرة التمويل وكيفية تعبئة الموارد (مع بيان تفاصيل مصدر التمويل المحتمل (مصادر التمويل المحتملة)).

٥٩٦ مليون دولار أمريكي؛ مصدر (مصادر) التمويل: المساهمات الطوعية المخصصة لهذا الغرض من الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية والمنظمات المتعددة الأطراف (بما فيها المفوضية الأوروبية ومصارف التنمية)، والقطاع الخاص (بما فيه مؤسسة بيل وميليندا غيتس ومنظمة الروتاري الدولية).

١- **القرار ج ص ع٦٥-٦** خطة التنفيذ الشاملة الخاصة بتغذية الأمهات والرضّع وصغار الأطفال

٢- **الصلة بالميزانية البرمجية ٢٠١٢-٢٠١٣ (انظر الوثيقة ج٦٤/٧ (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_7-ar.pdf)**

الغرض الاستراتيجي: ٩ النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة: ٩-١ و٩-٢ و٩-٣ و٩-٤

كيف سيساهم هذا القرار في تحقيق النتيجة (النتائج) المتوقعة على صعيد المنظمة؟

سيدعم القرار التزام الدول الأعضاء بمسألة التغذية بالتعاون مع عدة شركاء، من خلال تحديد أهداف واضحة يمكن قياسها (انظر المؤشرين ٩-١-١ و٩-١-٢)؛ ويبرز الحاجة إلى تنفيذ تدخلات مسندة بالبيّنات (النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة ٩-٢)؛ ويبيّن مجالات محددة لإدراجها في قائمة المجالات التي ينبغي منحها الأولوية وتعزيزها في قطاع الصحة (النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة ٩-٤)؛ ويوضح متطلبات الإبلاغ والتحفيز على تحسين الترصد (النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة ٩-٣).

هل تتضمن الميزانية البرمجية بالفعل النواتج أو الخدمات المطلوبة في هذا القرار؟ (نعم/ لا)

نعم معظم النواتج مدرجة فعلاً.

٣- **التكلفة المقدرة والآثار المترتبة بالنسبة إلى الملاك الوظيفي فيما يتعلق بالميزانية البرمجية**

(أ) **التكلفة الإجمالية**

يُذكر ما يلي (١) مدة سريان القرار التي ستلزم فيها أنشطة الأمانة من أجل التنفيذ؛ (٢) تكلفة تلك الأنشطة (مقربة إلى وحدات يبلغ كل منها ٠٠٠ ١٠ دولار أمريكي).

(١) ١٠ سنوات (تغطي الفترة ٢٠١٢-٢٠٢١)

(٢) المجموع: ٣٢,٤ مليون دولار أمريكي (تكاليف الموظفين: ٢٣,٩ مليون دولار أمريكي؛ تكاليف الأنشطة: ٨,٥ ملايين دولار أمريكي)

(ب) التكلفة في الثنائية ٢٠١٢-٢٠١٣

يُذكر المبلغ المخصص للثنائية ٢٠١٢-٢٠١٣ من التكاليف المذكورة في ٣(أ) (مقربة إلى وحدات يبلغ كل منها ٠٠٠ ١٠ دولار أمريكي).

المجموع: ٨,٢٨ ملايين دولار أمريكي (تكاليف الموظفين: ٤,٧٨ ملايين دولار أمريكي؛ تكاليف الأنشطة: ٣,٥ ملايين دولار أمريكي)

تُذكر مستويات المنظمة التي ستتحمل هذه التكاليف، مع بيان الأقاليم المحددة حسب الاقتضاء.

المقر الرئيسي: ١,٠٧ مليون دولار أمريكي (تكاليف الموظفين)؛ ١,٢ مليون دولار أمريكي (تكاليف الأنشطة)

المكاتب الإقليمية/ المكاتب القطرية: ٣,٧١ ملايين دولار أمريكي (تكاليف الموظفين)؛ ٢,٣ مليون دولار أمريكي (تكاليف الأنشطة).

هل أدرجت بالكامل التكلفة المقدرة ضمن الميزانية البرمجية المعتمدة للثنائية ٢٠١٢-٢٠١٣؟ (نعم/ لا)

لا

إذا كانت الإجابة "لا" يرجى ذكر المبلغ غير المدرج.

على الرغم من أن تنفيذ خطة التنفيذ الشاملة الخاصة بتغذية الأمهات والرضع وصغار الأطفال مشمولة بالفعل في الميزانية البرمجية المعتمدة، فإن القرار يطلب من الأمانة أن تتخذ مزيداً من الإجراءات في مجالين هما:

(أ) وضع مبادئ توجيهية بشأن تدابير السياسة العامة المتعددة القطاعات الخاصة بالتغذية؛

(ب) وضع مبادئ توجيهية بشأن تسويق الأغذية التكميلية.

وستبلغ تكلفة هذه الأنشطة الإضافية حوالي ٠٠٠ ٦٠٠ دولار أمريكي.

(ج) الآثار المترتبة بالنسبة إلى الملاك الوظيفي

هل يمكن تنفيذ هذا القرار من قِبَل الموظفين الحاليين؟ (نعم/ لا)

لا

إذا كانت الإجابة "لا" يُذكر العدد اللازم من الموظفين الإضافيين – معبراً عنه بعدد الموظفين المتفرغين – مع بيان الأقاليم المحددة ومجموعة المهارات اللازمة حسب الاقتضاء.

على الرغم من أن من الممكن تنفيذ غالبية الأنشطة المطلوبة من الأمانة في القرار بالموظفين الموجودين، فإن تقديم الدعم إلى الدول الأعضاء من أجل تعزيز سياسات الصحة الوطنية وسياسات التنمية التي تشمل أنشطة التغذية التي ثبتت فعاليتها سيستلزم المزيد من الموارد البشرية في المكاتب الإقليمية.

٤- **التمويل**

هل التكاليف المقدرة للثنائية ٢٠١٢-٢٠١٣ والمذكورة في ٣(ب) ممولة بالكامل؟ (نعم/ لا)

لا

إذا كانت الإجابة "لا" يرجى تحديد ثغرة التمويل وكيفية تعبئة الأموال (مع بيان تفاصيل مصدر التمويل المحتمل (مصادر التمويل المحتملة)).

بالنسبة إلى الثنائية ٢٠١٢-٢٠١٣ هناك مبلغ وقدره ٤,٦ ملايين دولار أمريكي متاح لتنفيذ هذا القرار، وهذا المبلغ هو جزء من الموارد المتاحة حالياً. وسيلزم تأمين تمويل إضافي قدره ٣,٦٨ ملايين دولار أمريكي من خلال القيام بأنشطة فعالة لجمع الأموال.

١- **القرار ج ص ع٦٥-٧** رصد بلوغ المرامي (الأهداف) الإنمائية للألفية المتعلقة بالصحة: تنفيذ توصيات اللجنة المعنية بالمعلومات والمساءلة عن صحة المرأة والطفل

٢- **الصلة بالميزانية البرمجية ٢٠١٢-٢٠١٣ (انظر الوثيقة ج٧/٦٤ (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_7-ar.pdf)**

الغرض الاستراتيجي: ١٠ — النتيجة (النتائج) المتوقعة على صعيد المنظمة: ١٠-٤ و١٠-١٠

كيف سيساهم هذا القرار في تحقيق النتيجة (النتائج) المتوقعة على صعيد المنظمة؟

سيدعم القرار تعزيز (١) النُظم القُطرية للمعلومات والمساءلة عن صحة المرأة والطفل (٢) الرصد العالمي للنتائج والموارد.

هل تتضمن الميزانية البرمجية بالفعل النواتج أو الخدمات المطلوبة في هذا القرار؟ (نعم/ لا)

نعم تتضمن بعضها.

٣- **التكلفة المقدرة والآثار المترتبة بالنسبة إلى الملاك الوظيفي فيما يتعلق بالميزانية البرمجية**

(أ) **التكلفة الإجمالية**

يُذكر ما يلي (١) مدة سريان القرار التي ستلزم فيها أنشطة الأمانة من أجل التنفيذ؛ (٢) تكلفة تلك الأنشطة (مقربة إلى وحدات يبلغ كل منها ٠٠٠ ١٠ دولار أمريكي).

(١) أربع سنوات (تغطي الفترة ٢٠١٢-٢٠١٥)

(٢) المجموع ٢٢ مليون دولار أمريكي (تكاليف الموظفين: ١٦ مليون دولار أمريكي؛ تكاليف الأنشطة: ٦ ملايين دولار أمريكي

(ب) **التكلفة في الثنائية ٢٠١٢-٢٠١٣**

يُذكر المبلغ المخصص للثنائية ٢٠١٢-٢٠١٣ من التكاليف المذكورة في ٣(أ) (مقربة إلى وحدات يبلغ كل منها ٠٠٠ ١٠ دولار أمريكي)

المجموع ١١ مليون دولار أمريكي (تكاليف الموظفين: ٨ ملايين دولار أمريكي؛ تكاليف الأنشطة: ٣ ملايين دولار أمريكي)

تُذكر مستويات المنظمة التي ستتحمل هذه التكاليف، مع بيان الأقاليم المحددة حسب الاقتضاء.

المقر الرئيسي والمكاتب الإقليمية.

هل أدرجت بالكامل التكلفة المقدرة ضمن الميزانية البرمجية المعتمدة للثنائية ٢٠١٢-٢٠١٣؟ (نعم/ لا)

لا

إذا كانت الإجابة "لا" يرجى ذكر المبلغ غير المدرج.

٥,٥ مليون دولار أمريكي، ٥٠٪ تقريباً.

(ج) الآثار المترتبة بالنسبة إلى الملاك الوظيفي

هل يمكن تنفيذ هذا القرار من قِبَل 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 المهارات اللازمة حسب الاقتضاء.

٤- التمويل

هل التكاليف المقدرة للثنائية ٢٠١٢-٢٠١٣ والمذكورة في ٣(ب) ممولة بالكامل؟ (نعم/ لا)

لا

إذا كانت الإجابة "لا" يرجى تحديد ثغرة التمويل وكيفية تعبئة الموارد (مع بيان تفاصيل مصدر التمويل المحتمل (مصادر التمويل المحتملة)).

٤ ملايين دولار أمريكي؛ مصدر (مصادر) التمويل: تجري مفاتحة الكثير من الجهات المانحة الأخرى المحتملة.

١- القرار ج ص ع٦٥-٨ حصيلة المؤتمر العالمي المعني بالمحددات الاجتماعية للصحة

٢- الصلة بالميزانية البرمجية ٢٠١٢-٢٠١٣ (انظر الوثيقة ج٦٤/٧ (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_7-ar.pdf)

الغرض الاستراتيجي: ٧ و١٠ النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة: ٧-١ و٧-٢ و٧-٣ و١٠-٥

كيف سيساهم هذا القرار في تحقيق النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة؟

سوف يساهم هذا القرار في تحقيق النتائج المتوقعة على صعيد المنظمة والمذكورة أعلاه من خلال مطالبة الأمانة بتعزيز العمل بشأن المحددات الاجتماعية للصحة، على النحو المبين في إعلان ريو السياسي بشأن المحددات الاجتماعية للصحة (٢٠١١).

هل تتضمن الميزانية البرمجية بالفعل النواتج أو الخدمات المطلوبة في القرار؟ (نعم/ لا)

لا

٣- التكلفة المقدرة والآثار المترتبة بالنسبة إلى الملاك الوظيفي فيما يتعلق بالميزانية البرمجية

(أ) التكلفة الإجمالية

يُذكر ما يلي (١) مدة سريان القرار التي ستلزم فيها أنشطة الأمانة من أجل التنفيذ؛ (٢) تكلفة تلك الأنشطة (مقربة إلى وحدات يبلغ كل منها ٠٠٠ ١٠ دولار أمريكي).

(١) ست سنوات (تشمل الفترة ٢٠١٢-٢٠١٧)

(٢) الإجمالي: ٣٣,٦٠ مليون دولار أمريكي (تكاليف الموظفين: ١٠,٩٠ مليون دولار أمريكي؛ تكاليف الأنشطة: ٢٢,٧٠ مليون دولار أمريكي)

(ب) التكلفة المقدرة للثنائية ٢٠١٢-٢٠١٣

يُذكر المبلغ المخصص للثنائية ٢٠١٢-٢٠١٣ من التكاليف المذكورة في ٣(أ) (مقرباً إلى وحدات يبلغ كل منها ٠٠٠ ١٠ دولار أمريكي)

الإجمالي: ٨ ملايين دولار أمريكي (تكاليف الموظفين: ٣,٦٠ مليون دولار أمريكي؛ تكاليف الأنشطة: ٤,٤٠ مليون دولار أمريكي)

تُذكر مستويات المنظمة التي ستتحمل هذه التكاليف، مع بيان الأقاليم المحددة حسب الاقتضاء.

المقر الرئيسي: ١,٣٠ مليون دولار أمريكي؛ المكاتب الإقليمية: ٣,٧٠ مليون دولار أمريكي؛ المكاتب القُطرية: ٣ ملايين دولار أمريكي

هل أدرجت بالكامل التكلفة المقدرة ضمن الميزانية البرمجية المعتمدة للثنائية ٢٠١٢-٢٠١٣؟ (نعم/ لا)

لا

إذا كانت الإجابة "لا" يرجى ذكر المبلغ غير المدرج.

٨ ملايين دولار أمريكي

(ج) الآثار المترتبة بالنسبة إلى الملاك الوظيفي

هل يمكن تنفيذ هذا القرار من قِبَل الموظفين الحاليين؟ (نعم/ لا)

لا

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.

لتنفيذ هذا القرار سيلزم ستة موظفين برتبة م٤ (ف٤) وستة موظفين برتبة خ ع٤ على المستوى القُطري والإقليمي، وموظف واحد برتة م٤ (ف٤) في المقر الرئيسي.

٤- **التمويل**

هل التكاليف المقدرة للثنائية ٢٠١٢-٢٠١٣ والمذكورة في ٣(ب) ممولة بالكامل؟ (نعم/ لا)

لا

إذا كانت الإجابة "لا" يرجى تحديد ثغرات التمويل وكيفية تعبئة الموارد (مع بيان تفاصيل مصدر التمويل المحتمل (مصادر التمويل المحتملة)).

٨ ملايين دولار أمريكي؛ مصدر (مصادر) التمويل: المساهمات الطوعية من البلدان والجهات المانحة من القطاع الخاص والمنظمات المتعددة الأطراف.

١- **القرار** **ج ص ع٦٥-٩** الأحوال الصحية في الأرض الفلسطينية المحتلة، بما فيها القدس الشرقية وفي الجولان السوري المحتل

٢- **الصلة بالميزانية البرمجية ٢٠١٢-٢٠١٣ (انظر الوثيقة ج٦٤/٧**
(http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_7-ar.pdf)

الغرض الاستراتيجي: ٥ النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة: ٥-٧

كيف سيساهم هذا القرار في تحقيق النتيجة (النتائج) المتوقعة على صعيد المنظمة؟

إذا حظي القرار بتمويل كامل فإن تنفيذه سيسهم في تحقيق النتيجة المتوقعة من خلال دعم تنسيق استجابة قطاع الصحة وانتعاشه في حالات الطوارئ الإنسانية.

هل تتضمن الميزانية البرمجية بالفعل النواتج أو الخدمات المطلوبة في هذا القرار؟ (نعم/ لا)

نعم

٣- **التكلفة المقدرة والآثار المترتبة بالنسبة إلى الملاك الوظيفي فيما يتعلق بالميزانية البرمجية**

(أ) **التكلفة الإجمالية**

يُذكر ما يلي (١) مدة سريان القرار التي ستلزم فيها أنشطة الأمانة من أجل التنفيذ؛ (٢) تكلفة تلك الأنشطة (مقربة إلى وحدات يبلغ كل منها ١٠ ٠٠٠ دولار أمريكي).

(١) سنة واحدة (تشمل الفترة من منتصف ٢٠١٢ وحتى منتصف ٢٠١٣)

(٢) المجموع: ١,٢٠ مليون دولار أمريكي (تكاليف الموظفين: ٨٠٠ ٠٠٠ دولار أمريكي؛ وتكاليف الأنشطة: ٤٠٠ ٠٠٠ دولار أمريكي)

(ب) **التكلفة في الثنائية ٢٠١٢-٢٠١٣**

يُذكر المبلغ المخصص للثنائية ٢٠١٢-٢٠١٣ من التكاليف المذكورة في ٣(أ) (مقربة إلى وحدات يبلغ كل منها ١٠ ٠٠٠ دولار أمريكي)

المجموع: ١,٢٠ مليون دولار أمريكي (تكاليف الموظفين: ٨٠٠ ٠٠٠ دولار أمريكي؛ وتكاليف الأنشطة: ٤٠٠ ٠٠٠ دولار أمريكي)

تُذكر مستويات المنظمة التي ستتحمل هذه التكاليف، مع بيان الأقاليم المحددة حسب الاقتضاء.

سيُضطلع بتنفيذ الأنشطة في المقام الأول من خلال مكتب المنظمة الكائن في القدس المسؤول عن برنامج تعاون المنظمة مع السلطة الفلسطينية. وسوف تُستكمل الأنشطة التي تضطلع بها المنظمة على الصعيد القطري بدعم من المكتب الإقليمي لشرق المتوسط والدوائر التابعة للمقر الرئيسي العاملة في مجال تنفيذ عمليات مكافحة شلل الأطفال والاستجابة في حالات الطوارئ والتعاون القطري وكذلك الأمن الصحي والبيئة.

هل أدرجت بالكامل التكلفة المقدرة ضمن الميزانية البرمجية المعتمدة للثنائية ٢٠١٢-٢٠١٣؟ (نعم/ لا)

نعم

إذا كانت الإجابة "لا" يرجى ذكر المبلغ غير المدرج.

(ج) الآثار المترتبة بالنسبة إلى الملاك الوظيفي

هل يمكن تنفيذ هذا القرار من قِبَل الموظفين الحاليين؟ (نعم/ لا)

لا

إذا كانت الإجابة "لا" يُذكر العدد اللازم من الموظفين الإضافيين – معبراً عنه بعدد الموظفين المتفرغين – مع بيان الأقاليم المحددة ومجموعة المهارات اللازمة حسب الاقتضاء.

سينطوي تنفيذ الأنشطة الصحية الإنسانية والتدخلات المطلوبة في هذا القرار على أن تحافظ الأمانة على تواجد العدد اللازم من الموظفين الوطنيين والدوليين على المستوى القطري إلى ما بعد عام ٢٠١٢، وخاصة فيما يتعلق بمنسقي المجموعات الصحية.

٤- التمويل

هل التكاليف المقدرة للثنائية ٢٠١٢-٢٠١٣ والمذكورة في ٣(ب) ممولة بالكامل؟ (نعم/ لا)

لا

إذا كانت الإجابة "لا" يرجى تحديد ثغرة التمويل وكيفية تعبئة الأموال (مع بيان تفاصيل مصدر التمويل المحتمل (مصادر التمويل المحتملة)).

١ ١٨٥ ٠٠٠ دولار أمريكي؛ مصدر (مصادر) التمويل: من المتوقع أن تُجمع هذه المصادر بوصفها مساهمات طوعية إنسانية من خلال عملية النداءات الموحدة، التي جُمِع بفضلها بالفعل مبلغ قدره ١٥ ٠٠٠ دولار أمريكي هذا العام.

١- **القرار ج ص ع٦٥-١٧** خطة العمل العالمية الخاصة باللقاحات

٢- **الصلة بالميزانية البرمجية ٢٠١٢-٢٠١٣ (انظر الوثيقة ج٧/٦٤ (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_7-ar.pdf)**

الغرض الاستراتيجي: ١ و١١ النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة: ١-١ و١-٢ و١-٤ و١-٥ و١١-١ و١١-٣

كيف سيساهم هذا القرار في تحقيق النتيجة (النتائج) المتوقعة على صعيد المنظمة؟

سيساهم هذا القرار فيما يلي: تسريع التقدم نحو تحقيق الأهداف العالمية والإقليمية لاستئصال شلل الأطفال والقضاء على الحصبة والحصبة الألمانية والتيتانوس (الكزاز) ومكافحة عدوى التهاب الكبد B؛ وخفض معدل وفيات الأطفال التي يمكن الوقاية منها، وخصوصاً الوفيات الناجمة عن الالتهاب الرئوي والإسهال، وخفض حالات ووفيات سرطان عنق الرحم؛ وخفض معدلات المراضة والوفاة الناجمة عن الأنفلونزا وخفض مخاطر حدوث الأنفلونزا الجائحة؛ وتعزيز التمنيع والنُظم الصحية الأوسع نطاقاً.

هل تتضمن الميزانية البرمجية بالفعل النواتج أو الخدمات المطلوبة في هذا القرار؟ (نعم/ لا)

نعم

٣- **التكلفة المقدرة والآثار المترتبة بالنسبة إلى الملاك الوظيفي فيما يتعلق بالميزانية البرمجية**

(أ) **التكلفة الإجمالية**

يُذكر ما يلي (١) مدة سريان القرار التي ستلزم فيها أنشطة الأمانة من أجل التنفيذ؛ (٢) تكلفة تلك الأنشطة (مقربة إلى وحدات يبلغ كل منها ١٠ ٠٠٠ دولار أمريكي).

(١) عشر سنوات (تغطي الفترة ٢٠١١-٢٠٢٠)

(٢) المجموع: ٢٣٤٥ مليون دولار أمريكي (الموظفون: ٧٢٢ مليون دولار أمريكي؛ الأنشطة: ١٦٢٣ مليون دولار أمريكي)

ملاحظة: لا يشمل هذا المبلغ تكلفة تنفيذ القرار الخاص بتكثيف المبادرة العالمية لاستئصال شلل الأطفال.

(ب) **التكلفة في الثنائية ٢٠١٢-٢٠١٣**

يُذكر المبلغ المخصص للثنائية ٢٠١٢-٢٠١٣ من التكاليف المذكورة في ٣(أ) (مقربة إلى وحدات يبلغ كل منها ١٠ ٠٠٠ دولار أمريكي)

المجموع: ٤٠٣ ملايين دولار أمريكي (الموظفون: ١٢٨ مليون دولار أمريكي؛ الأنشطة: ٢٧٥ مليون دولار أمريكي)

ملاحظة: لا يشمل هذا المبلغ تكلفة تنفيذ القرار الخاص بتكثيف المبادرة العالمية لاستئصال شلل الأطفال.

تُذكر مستويات المنظمة التي ستتحمل هذه التكاليف، مع بيان الأقاليم المحددة حسب الاقتضاء

٣٠٪ في المقر الرئيسي و٣٥٪ على المستوى الإقليمي و٣٥٪ على المستوى القُطري.

هل أدرجت بالكامل التكلفة المقدرة ضمن الميزانية البرمجية المعتمدة للثنائية ٢٠١٢-٢٠١٣؟ (نعم/ لا)

لا

إذا كانت الإجابة "لا" يرجى ذكر المبلغ غير المدرج.

٤٥ مليون دولار أمريكي.

(ج) الآثار المترتبة بالنسبة إلى الملاك الوظيفي

هل يمكن تنفيذ هذا القرار من قِبَل الموظفين الحاليين؟ (نعم/ لا)

ليس طيلة مدة سريان القرار

إذا كانت الإجابة "لا" يُذكر العدد اللازم من الموظفين الإضافيين - معبراً عنه بعدد الموظفين المتفرغين - مع بيان الأقاليم المحددة ومجموعة المهارات اللازمة حسب الاقتضاء.

سيلزم عدد صغير من الموظفين الإضافيين في المقر الرئيسي والمكاتب الإقليمية وفي فرق الدعم البلدانية في الإقليم الأفريقي. وسيلزم أيضاً بعض الموظفين الوطنيين في البلدان كي يتسنى تعزيز الأنشطة تحسباً لزيادة عدد اللقاحات المدرجة في برامج التمنيع الوطنية.

٤- التمويل

هل التكاليف المقدرة للثنائية ٢٠١٢-٢٠١٣ والمذكورة في ٣(ب) ممولة بالكامل؟ (نعم/ لا)

لا

إذا كانت الإجابة "لا" يرجى تحديد ثغرة التمويل وكيفية تعبئة الأموال (مع بيان تفاصيل مصدر التمويل المحتمل (مصادر التمويل المحتملة)).

تبلغ الثغرة الحالية ٢١٠ ملايين دولار أمريكي. وتجري مناقشة اقتراحات بخصوص المنح المجددة سنوياً والمنح الجديدة البالغ مجموعها ١٢٥ مليون دولار أمريكي. وإذا تم تأكيد هذه المنح ستظل هناك ثغرة في التمويل قدرها ٨٥ مليون دولار أمريكي.

١- **القرار ج ص ع٦٥-١٨** أسبوع التمنيع العالمي

٢- **الصلة بالميزانية البرمجية ٢٠١٢-٢٠١٣ (انظر الوثيقة ج٦٤/٧ (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_7-ar.pdf)**

الغرض الاستراتيجي: ١ النتيجة (النتائج) المتوقعة على صعيد المنظمة: ١-١

كيف سيساهم هذا القرار في تحقيق النتيجة (النتائج) المتوقعة على صعيد المنظمة؟

إن أسابيع التمنيع تساعد على ما يلي: (١) إذكاء الوعي عالمياً ومحلياً بفوائد التطعيم؛ (٢) زيادة قبول السكان لخدمات التمنيع وزيادة طلبهم عليها؛ (٣) تعزيز الالتزام السياسي؛ (٤) إتاحة فرصة إضافية لإعطاء اللقاحات للناس، وهو الأمر الذي يؤدي إلى المساهمة في تحسين التغطية باللقاحات.

هل تتضمن الميزانية البرمجية بالفعل النواتج أو الخدمات المطلوبة في هذا القرار؟ (نعم/ لا)

نعم

٣- **التكلفة المقدرة والآثار المترتبة بالنسبة إلى الملاك الوظيفي فيما يتعلق بالميزانية البرمجية**

(أ) **التكلفة الإجمالية**

يُذكر ما يلي (١) مدة سريان القرار التي ستلزم فيها أنشطة الأمانة من أجل التنفيذ؛ (٢) تكلفة تلك الأنشطة (مقربة إلى وحدات يبلغ كل منها ١٠ ٠٠٠ دولار أمريكي).

(١) سيتم التنفيذ على أساس مستمر، رهناً بالمراجعة من قِبَل الأجهزة الرئاسية.

(٢) مجموع التكاليف الإضافية: ١٥٠ ٠٠٠ دولار أمريكي في السنة (تكاليف الموظفين: ٣٠ ٠٠٠ دولار أمريكي؛ تكاليف الأنشطة: ١٢٠ ٠٠٠ دولار أمريكي)

ملاحظة: اعتمد كل من أقاليم المنظمة قراره بشأن أسابيع التمنيع الإقليمية، وتعكف أربعة أقاليم على تنفيذ أسابيع التمنيع منذ عدة سنوات، وذلك مع انضمام الإقليم الأفريقي وإقليم جنوب شرق آسيا إليها في هذا المضمار في عام ٢٠١٢. وبناءً على ذلك فإن تكلفة أسابيع التمنيع الإقليمية قد تم تخطيطها وتمويلها بالفعل، وستكون زيادة التكلفة نتيجة إدراج أسبوع التمنيع العالمي زيادة قليلة إلى أدنى حد، وستعكس ببساطة وقت الموظفين على المستوى الإقليمي الذي سيلزم للتنسيق والمواد الإعلامية ومواد الاتصالات الإضافية وكذلك اجتماع صغير للتنسيق.

(ب) **التكلفة في الثنائية ٢٠١٢-٢٠١٣**

يُذكر المبلغ المخصص للثنائية ٢٠١٢-٢٠١٣ من التكاليف المذكورة في ٣(أ) (مقربة إلى وحدات يبلغ كل منها ١٠ ٠٠٠ دولار أمريكي)

مجموع التكاليف الإضافية: ٣٠٠ ٠٠٠ دولار أمريكي (تكاليف الموظفين: ٦٠ ٠٠٠ دولار أمريكي؛ تكاليف الأنشطة: ٢٤٠ ٠٠٠ دولار أمريكي)

تُذكر مستويات المنظمة التي ستتحمل هذه التكاليف، مع بيان الأقاليم المحددة حسب الاقتضاء.

المقر الرئيسي

هل أدرجت بالكامل التكلفة المقدرة ضمن الميزانية البرمجية المعتمدة للثنائية ٢٠١٢-٢٠١٣؟ (نعم/ لا)

نعم

إذا كانت الإجابة "لا" يرجى ذكر المبلغ غير المدرج.

(ج) الآثار المترتبة بالنسبة إلى الملاك الوظيفي

هل يمكن تنفيذ هذا القرار من قِبَل 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 المهارات اللازمة حسب الاقتضاء.

٤- التمويل

هل التكاليف المقدرة للثنائية ٢٠١٢-٢٠١٣ والمذكورة في ٣(ب) ممولة بالكامل؟ (نعم/ لا)

نعم

إذا كانت الإجابة "لا" يرجى تحديد ثغرة التمويل وكيفية تعبئة الموارد (مع بيان تفاصيل مصدر التمويل المحتمل (مصادر التمويل المحتملة)).

المبلغ بالدولار الأمريكي: غير متاح؛ مصدر (مصادر) التمويل: غير متاح.

١- القرار ج ص ع٦٥-١٩ المنتجات الطبية المتدنية النوعية/ المزورة/ المغشوشة التوسيم/ المغشوشة/ المزيفة

٢- الصلة بالميزانية البرمجية ٢٠١٢-٢٠١٣ (انظر الوثيقة ج٦٤/٧ (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_7-ar.pdf)

الغرض الاستراتيجي: ١١ النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة: ١١-١ و١١-٢

كيف سيساهم هذا القرار في تحقيق النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة؟

يستجيب القرار للنهج الاستراتيجي الوارد في النتيجة المتوقعة ١١-١ بخصوص "المنتجات الطبية المتدنية النوعية/ المزورة/ المغشوشة التوسيم/ المغشوشة/ المزيفة".

هل تتضمن الميزانية البرمجية بالفعل النواتج أو الخدمات المطلوبة في هذا القرار؟ (نعم/ لا)

لا

٣- التكلفة المقدرة والآثار المترتبة بالنسبة إلى الملاك الوظيفي فيما يتعلق بالميزانية البرمجية

(أ) التكلفة الإجمالية

يُذكر ما يلي: (١) مدة سريان القرار التي ستلزم فيها أنشطة الأمانة من أجل التنفيذ؛ (٢) تكلفة تلك الأنشطة (مقربة إلى وحدات يبلغ كل منها ١٠ ٠٠٠ دولار أمريكي).

(١) ثلاث سنوات (تغطي الفترة ٢٠١٢-٢٠١٥) رهناً بما تقرره جمعية الصحة.

(٢) المجموع: ما بين ٣,٥٦ مليون دولار أمريكي و٤,٨٤ مليون دولار أمريكي (تكاليف الموظفين: ما بين ٢,٧٢ مليون دولار أمريكي و٤ ملايين دولار أمريكي؛ تكاليف الأنشطة: ٨٤٠ ٠٠٠ دولار أمريكي). وتلك تقديرات متحفظة على أساس عقد اجتماع سنوي واحد لآلية الدول الأعضاء. وهذا يغطي فقط تكاليف أنشطة اجتماع واحد لأن الاختصاصات لم تؤكد بعد.

	(ب) التكلفة في الثنائية ٢٠١٢-٢٠١٣ **يُذكر المبلغ المخصص للثنائية ٢٠١٢-٢٠١٣ من التكاليف المذكورة في ٣(أ) (مقرباً إلى وحدات يبلغ كل منها ٠٠٠ ١٠ دولار أمريكي)** المجموع: ما بين ٢,٣٧ مليون دولار أمريكي و٣,٢٣ مليون دولار أمريكي (تكاليف الموظفين: ما بين ١,٨١ مليون دولار أمريكي و٢,٦٧ مليون دولار أمريكي؛ تكاليف الأنشطة: ٠٠٠ ٥٦٠ دولار أمريكي) **تُذكر مستويات المنظمة التي ستتحمل هذه التكاليف، مع بيان الأقاليم المحددة حسب الاقتضاء.** المقر الرئيسي **هل أدرجت بالكامل التكلفة المقدرة ضمن الميزانية البرمجية المعتمدة للثنائية ٢٠١٢-٢٠١٣؟ (نعم/ لا)** لا **إذا كانت الإجابة "لا" يرجى ذكر المبلغ غير المدرج.** ما بين ٢,٣٧ مليون دولار أمريكي و٣,٢٣ مليون دولار أمريكي **(ج) الآثار المترتبة بالنسبة إلى الملاك الوظيفي** **هل يمكن تنفيذ هذا القرار من قِبَل الموظفين الحاليين؟ (نعم/ لا)** لا **إذا كانت الإجابة "لا" يُذكر العدد اللازم من الموظفين الإضافيين – معبراً عنه بعدد الموظفين المتفرغين – مع بيان الأقاليم المحددة ومجموعة المهارات اللازمة حسب الاقتضاء.** موظفان من الفئة المهنية (الفنية) والفئات العليا (الرتبة م٤ والرتبة م٥) وموظف من فئة الخدمات العامة (الرتبة خ ع٥).
٤- التمويل	**هل التكاليف المقدرة للثنائية ٢٠١٢-٢٠١٣ والمذكورة في ٣(ب) ممولة بالكامل؟ (نعم/ لا)** لا **إذا كانت الإجابة "لا" يرجى تحديد فجوة التمويل وكيفية تعبئة الموارد (مع بيان تفاصيل مصدر التمويل المتوقع (مصادر التمويل المتوقعة)).** ما بين ٢,٣٧ مليون دولار أمريكي و٣,٢٣ مليون دولار أمريكي؛ مصدر التمويل المحتمل (مصادر التمويل المحتملة): من المرجح الاحتياج إلى الأموال الخاصة ببدء التشغيل في شكل مساهمات طوعية من الدول الأعضاء المهتمة لأن الأنشطة التقنية لم تحدد بعد بما يكفي من التفصيل لمخاطبة المانحين. كما أن المشروع يقع خارج نطاق ما يموله المانحون حالياً في مجال الأدوية.

١- **القرار ج ص ع٦٥-٢٠** استجابة منظمة الصحة العالمية ودورها بصفتها قائد مجموعة الصحة، في مجال تلبية الطلبات الصحية المتنامية في الطوارئ الإنسانية

٢- **الصلة بالميزانية البرمجية ٢٠١٢-٢٠١٣ (انظر الوثيقة ج٦٤/٧ (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_7-ar.pdf)**

الغرض الاستراتيجي: ٥ النتيجة (النتائج) المتوقعة على صعيد المنظمة: ٥-١ و٥-٧

كيف سيساهم هذا القرار في تحقيق النتيجة (النتائج) المتوقعة على صعيد المنظمة؟

يدعم القرار المنظمة في أداء دورها بصفتها (١) الوكالة التي تقود مجموعة الصحة في الطوارئ الإنسانية، (٢) والوكالة التي تقود مجموعة الصحة العالمية التابعة للجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات. كما يعزز النهج الجديد المشترك بين المنظمات المتبع في المنظمة للاستجابة للطوارئ. ويُطلب فيه من المدير العام أن يضع السياسات والمبادئ التوجيهية الضرورية والهياكل والعمليات الإدارية الملائمة للمنظمة مما يلزم للعمل الإنساني الفعال والناجح على المستوى القطري، وكذلك القدرة والموارد التنظيمية من أجل الوفاء على أفضل وجه بدورها باعتبارها الوكالة التي تقود مجموعة الصحة العالمية. وعليه، ينهض التنفيذ بتحقيق النتيجة ٥-٧ المتوقعة على صعيد المنظمة بإمداد عمل المنظمة بالتوجه والهيكل والزخم لقيادة عملية منسقة لاستجابة قطاع الصحة وانتعاشه في الطوارئ الإنسانية.

هل تتضمن الميزانية البرمجية بالفعل النواتج أو الخدمات المطلوبة في هذا القرار؟ (نعم/ لا)

نعم

٣- **التكلفة المقدرة والآثار المترتبة بالنسبة إلى الملاك الوظيفي فيما يتعلق بالميزانية البرمجية**

(أ) **التكلفة الإجمالية**

يُذكر ما يلي (١) مدة سريان القرار التي ستلزم فيها أنشطة الأمانة من أجل التنفيذ؛ (٢) تكلفة تلك الأنشطة (مقربة إلى وحدات يبلغ كل منها ١٠ ٠٠٠ دولار أمريكي).

(١) الفترة الرئيسية الخاصة بهذا القرار هي فترة السنتين ٢٠١٢-٢٠١٣ التي تضطلع المنظمة خلالها بتنفيذ نهجها المؤسسي الجديد وتقييمه وتحسينه. ومن المتوقع بعد عام ٢٠١٣ أن تظل المبادئ الكامنة في هذا القرار توجه عمل المنظمة في حالات الطوارئ.

(٢) المجموع في السنة الأولى: ٢٩,٥ مليون دولار أمريكي (تكاليف الموظفين: ٢٣,٦ مليون دولار أمريكي؛ وتكاليف الأنشطة: ٥,٩ مليون دولار أمريكي)؛ المجموع في السنوات التالية: ٤٢,٥ مليون دولار أمريكي (تكاليف الموظفين: ٣٤ مليون دولار أمريكي؛ وتكاليف الأنشطة: ٨,٥ مليون دولار أمريكي).

يتوقع أن يكون تنفيذ هذا القرار خلال السنة الأولى تدريجياً على المستويين الإقليمي والقطري وتقدر تكلفته بالتالي بنسبة ٧٠٪ من تكاليف التنفيذ في السنة الأخيرة من فترة السنتين.[١]

١ لا تشمل الأرقام المتاحة الموارد الإضافية التي تحشد لحالات طوارئ معينة.

(ب) التكلفة في الثنائية ٢٠١٢-٢٠١٣

يُذكر المبلغ المخصص للثنائية ٢٠١٢-٢٠١٣ من التكاليف المذكورة في ٣(أ) (مقربة إلى وحدات يبلغ كل منها ٠٠٠ ١٠ دولار أمريكي).

المجموع: ٧٢ مليون دولار أمريكي (تكاليف الموظفين: ٥٧,٦ مليون دولار أمريكي؛ وتكاليف الأنشطة: ١٤,٤ مليون دولار أمريكي)

تُذكر مستويات المنظمة التي ستتحمل هذه التكاليف، مع بيان الأقاليم المحددة حسب الاقتضاء.

ينفذ هذا القرار عبر المنظمة. وتحظى جهود المنظمة على المستوى القطري بدعم المكاتب الإقليمية المعنية والمقر الرئيسي (٣٢ مليون دولار أمريكي في المقر الرئيسي؛ و١٣,٥ مليون دولار أمريكي في المكاتب الإقليمية؛ و٢٦,٥ مليون دولار أمريكي في المكاتب القطرية الرئيسية بالتركيز على البلدان الشديدة التعرض للمخاطر في إقليمي أفريقيا وشرق المتوسط).[١]

هل أدرجت بالكامل التكلفة المقدرة ضمن الميزانية البرمجية المعتمدة للثنائية ٢٠١٢-٢٠١٣؟ (نعم/ لا)

نعم

إذا كانت الإجابة "لا" يرجى ذكر المبلغ غير المدرج.

(ج) الآثار المترتبة بالنسبة إلى الملاك الوظيفي

هل يمكن تنفيذ هذا القرار من قِبَل الموظفين الحاليين؟ (نعم/ لا)

لا

إذا كانت الإجابة "لا" يُذكر العدد اللازم من الموظفين الإضافيين – معبراً عنه بعدد الموظفين المتفرغين – مع بيان الأقاليم المحددة ومجموعة المهارات اللازمة حسب الاقتضاء.

يشابه مجموع الموظفين الأساسيين المجموع المسجل لفترة السنتين ٢٠١٠-٢٠١١ إلا أن الموظفين المعنيين يتمتعون بمهارات مختلفة وأن هناك اختلافاً في التوزيع الجغرافي للمناصب نتيجة لتخفيض عدد الموظفين في المقر الرئيسي خلال سنة ٢٠١١ والزيادة المرتقبة في عدد الموظفين على الصعيدين الإقليمي والقطري. فعلى مستوى المكاتب القطرية، يتصور أن يتضاعف مجموع الموظفين الأساسيين البالغ حالياً ٣٥ موظفاً من الفئات المهنية (الفنية) والعليا ليصل إلى ٧٠ موظفاً بالتشديد على البلدان في إقليمي أفريقيا وشرق المتوسط. ومن الضروري أيضاً زيادة عدد الموظفين على مستوى المكاتب الإقليمية لضمان توفير الكفاءات اللازمة للإشراف على دور مساندة المكاتب القطرية وأداء هذا الدور. وعلى مستوى المكاتب الإقليمية، من المحتمل أن يكون من الضروري رفع مجموع الموظفين المهنيين (الفنيين) الأساسيين البالغ حالياً ٢٤ موظفاً إلى عدد يساوي ٣٦ موظفاً بالتشديد على المكتبين الإقليميين لأفريقيا وشرق المتوسط. ولا يتطلب المقر الرئيسي أي زيادة إضافية في عدد الموظفين نظراً إلى إعادة هيكلة الإدارة المعنية وتخفيض عدد ملاكها الشديد خلال عام ٢٠١١.

١ لا تشمل الأرقام المتاحة الموارد الإضافية التي تحشد لحالات طوارئ معينة.

٤- **التمويل**

هل التكاليف المقدرة للثنائية ٢٠١٢-٢٠١٣ والمذكورة في ٣(ب) ممولة بالكامل؟ (نعم/ لا)

لا

إذا كانت الإجابة "لا" يرجى تحديد ثغرة التمويل وكيفية تعبئة الموارد (مع بيان تفاصيل مصدر التمويل المحتمل (مصادر التمويل المحتملة)).

٤٤ مليون دولار أمريكي؛ مصادر التمويل: الاشتراكات المقدرة والمساهمات الطوعية وأموال رصد البرامج ورفع التقارير عنها. وتمول أنشطة الاستجابة والانتعاش من أي مورد تمويل للتصدي للفاشيات والأزمات يحصل من النداءات الموحدة والعاجلة التي توجه في حالات طوارئ معينة.

١- **القرار ج ص ع٦٥-٢١** التخلص من داء البلهارسيات

٢- **الصلة بالميزانية البرمجية ٢٠١٢-٢٠١٣ (انظر الوثيقة ج٦٤/٧ (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_7-ar.pdf)**

الغرض الاستراتيجي: ١ النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة: ١-٣

كيف سيساهم هذا القرار في تحقيق النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة؟

سيقدّم الدعم للدول الأعضاء لتأكيد وفائها بمعايير التخلص من داء البلهارسيات داخل حدودها الوطنية.

هل تتضمن الميزانية البرمجية بالفعل النواتج أو الخدمات المطلوبة في القرار؟ (نعم/ لا)

نعم

٣- **التكلفة المقدرة والآثار المترتبة بالنسبة إلى الملاك الوظيفي فيما يتعلق بالميزانية البرمجية**

(أ) **التكلفة الإجمالية**

يُذكر ما يلي (١) مدة سريان القرار التي ستلزم فيها أنشطة الأمانة من أجل التنفيذ؛ (٢) تكلفة تلك الأنشطة (مقربة إلى وحدات يبلغ كل منها ١٠ ٠٠٠ دولار أمريكي).

(١) ١٤ سنة (تغطي الفترة ٢٠١٢-٢٠٢٥)

(٢) الإجمالي: ٧٠٠ ٠٠٠ دولار أمريكي (تكاليف الموظفين: لا شيء؛ تكاليف الأنشطة: ٧٠٠ ٠٠٠ دولار أمريكي)

(ب) **التكلفة المقدرة للثنائية ٢٠١٢-٢٠١٣**

يُذكر المبلغ المخصص للثنائية ٢٠١٢-٢٠١٣ من التكاليف المذكورة في ٣(أ) (مقربة إلى وحدات يبلغ كل منها ١٠ ٠٠٠ دولار أمريكي)

المجموع: ١٠٠ ٠٠٠ دولار أمريكي (تكاليف الموظفين: لا شيء؛ تكاليف الأنشطة: ١٠٠ ٠٠٠ دولار أمريكي)

تُذكر مستويات المنظمة التي ستتحمل هذه التكاليف، مع بيان الأقاليم المحددة حسب الاقتضاء.

المقر الرئيسي

هل أدرجت بالكامل التكلفة المقدرة ضمن الميزانية البرمجية المعتمدة للثنائية ٢٠١٢-٢٠١٣؟ (نعم/ لا)

نعم

إذا كانت الإجابة "لا" يرجى ذكر المبلغ غير المدرج.

(ج) الآثار المترتبة بالنسبة إلى الملاك الوظيفي

هل يمكن تنفيذ هذا القرار من قِبَل 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 المهارات اللازمة حسب الاقتضاء.

٤- التمويل

هل التكاليف المقدرة للثنائية ٢٠١٢-٢٠١٣ والمذكورة في ٣(ب) ممولة بالكامل؟ (نعم/ لا)

نعم

إذا كانت الإجابة "لا" يرجى تحديد ثغرات التمويل وكيفية تعبئة الموارد (مع بيان تفاصيل مصدر التمويل المحتمل (مصادر التمويل المحتملة)).

بالدولار الأمريكي لا ينطبق؛ مصدر (مصادر) التمويل: لا ينطبق

١- **القرار ج ص ع٦٥-٢٢** متابعة تقرير فريق الخبراء الاستشاريين العامل المعني بتمويل وتنسيق البحث والتطوير

٢- **الصلة بالميزانية البرمجية ٢٠١٢-٢٠١٣ (انظر الوثيقة ج٦٤/٧ (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_7-ar.pdf)**

الغرض الاستراتيجي: ١١ النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة: ١١-١

كيف سيساهم هذا القرار في تحقيق النتيجة (النتائج) المتوقعة على صعيد المنظمة؟

تُعد إتاحة الأدوية والتكنولوجيات الطبية الضرورية ركيزة أساسية للسياسات الدوائية الوطنية. ويكتسي البحث والتطوير لاستحداث أدوية وتكنولوجيات جديدة من أجل التصدي بفعالية للأمراض التي تمس البلدان النامية على نحو غير متناسب، أهمية حاسمة في تحسين هذه الإتاحة. كذلك فمن الأهمية بمكان أن تكون التكنولوجيات الجديدة التي يتم تطويرها ميسورة التكلفة. ففي الوقت الحالي، يُعد الإنفاق على البحث والتطوير غير كافٍ، وحتى عندما يتم تطوير الأدوية الجديدة فإنها لا تكون ميسورة التكلفة. وسوف يدعم هذا القرار المناقشات والمشاورات بين الدول الأعضاء حول جدوى التوصيات الواردة في تقرير فريق الخبراء الاستشاريين العامل المعني بتمويل وتنسيق البحث والتطوير وذلك بهدف تعزيز التمويل المستدام للبحث والتطوير وضمان أن المنتجات والتكنولوجيات الناتجة ستكون ميسورة التكلفة.

هل تتضمن الميزانية البرمجية بالفعل النواتج أو الخدمات المطلوبة في هذا القرار؟ (نعم/ لا)

لا

٣- التكلفة المقدرة والآثار المترتبة بالنسبة إلى الملاك الوظيفي فيما يتعلق بالميزانية البرمجية

(أ) التكلفة الإجمالية

يُذكر ما يلي (١) مدة سريان القرار التي ستلزم فيها أنشطة الأمانة من أجل التنفيذ؛ (٢) تكلفة تلك الأنشطة (مقربة إلى وحدات يبلغ كل منها ٠٠٠ ١٠ دولار أمريكي).

(١) سنة واحدة (تغطي الفترة ٢٠١٢-٢٠١٣)

(٢) المجموع: ١,٣٧ مليون دولار أمريكي (تكاليف الموظفين: ٠٠٠ ٣٧٠ دولار أمريكي؛ تكاليف الأنشطة: ١ مليون دولار أمريكي)

(ب) التكلفة في الثنائية ٢٠١٢-٢٠١٣

يُذكر المبلغ المخصص للثنائية ٢٠١٢-٢٠١٣ من التكاليف المذكورة في ٣(أ) (مقربة إلى وحدات يبلغ كل منها ٠٠٠ ١٠ دولار أمريكي).

المجموع: ١,٣٧ مليون دولار أمريكي (تكاليف الموظفين: ٠٠٠ ٣٧٠ دولار أمريكي؛ تكاليف الأنشطة: ١ مليون دولار أمريكي)

تُذكر مستويات المنظمة التي ستتحمل هذه التكاليف، مع بيان الأقاليم المحددة حسب الاقتضاء.

المقر الرئيسي والمكاتب الإقليمية.

هل أدرجت بالكامل التكلفة المقدرة ضمن الميزانية البرمجية المعتمدة للثنائية ٢٠١٢-٢٠١٣؟ (نعم/ لا)

لا

إذا كانت الإجابة "لا" يرجى ذكر المبلغ غير المدرج.

١,٣٧ مليون دولار أمريكي

(ج) الآثار المترتبة بالنسبة إلى الملاك الوظيفي

هل يمكن تنفيذ هذا القرار من قِبَل الموظفين الحاليين؟ (نعم/ لا)

لا

إذا كانت الإجابة "لا" يُذكر العدد اللازم من الموظفين الإضافيين - معبراً عنه بعدد الموظفين المتفرغين - مع بيان الأقاليم المحددة ومجموعة المهارات اللازمة حسب الاقتضاء.

لخدمات الأمانة اللازمة لاجتماع الدول الأعضاء مفتوح العضوية سينبغي الاستعانة بموظف واحد برتبة م٣ (ف٣) وموظف واحد برتبة خ ع٤ لمدة سنة واحدة.

٤- التمويل

هل التكاليف المقدرة للثنائية ٢٠١٢-٢٠١٣ والمذكورة في ٣(ب) ممولة بالكامل؟ (نعم/ لا)

لا

إذا كانت الإجابة "لا" يرجى تحديد ثغرة التمويل وكيفية تعبئة الأموال (مع بيان تفاصيل مصدر التمويل المحتمل (مصادر التمويل المحتملة)).

١,٣٧ مليون دولار أمريكي؛ مصدر (مصادر) التمويل: ستُرسل اقتراحات التمويل إلى دول أعضاء ووكالات مانحة مختارة.

١- **القرار ج ص ع٦٥-٢٣** تنقيذ أحكام اللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥)

٢- **الصلة بالميزانية البرمجية ٢٠١٢-٢٠١٣ (انظر الوثيقة ج٦٤/٧ (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_7-ar.pdf)**

الغرض الاستراتيجي: ١ و٥ و٨ النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة: ١-٦ و١-٧ و١-٨ و٥-١ و٨-١

كيف سيساهم هذا القرار في تحقيق النتيجة (النتائج) المتوقعة على صعيد المنظمة؟

سيدعم هذا القرار منظمة الصحة العالمية في دورها الخاص بتقديم الدعم إلى الدول الأعضاء في تنفيذ أحكام اللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥)؛ والقرار يحافظ أيضاً على قدرة المنظمة على تشغيل نظامها العالمي للإنذار والاستجابة. ويدعو القرار إلى تجديد التزام الدول الأعضاء، كما أنه يرتبط مباشرة بالمؤشر ١-٦-١. وبالإضافة إلى ذلك يشدد القرار على النهج المتعدد القطاعات الذي يشمل كل الأخطار فيما يتعلق بتنفيذ أحكام اللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥). وعلى هذا النحو يرتبط القرار بالنتائج المتوقعة ١-٦ و١-٧ و١-٨ والنتيجة المتوقعة ٥-١ والنتيجة المتوقعة ٨-١.

هل تتضمن الميزانية البرمجية بالفعل النواتج أو الخدمات المطلوبة في هذا القرار؟ (نعم/ لا)

نعم

٣- **التكلفة المقدرة والآثار المترتبة بالنسبة إلى الملاك الوظيفي فيما يتعلق بالميزانية البرمجية**

(أ) **التكلفة الإجمالية**

يُذكر ما يلي (١) مدة سريان القرار التي ستلزم فيها أنشطة الأمانة من أجل التنفيذ؛ (٢) تكلفة تلك الأنشطة (مقربة إلى وحدات يبلغ كل منها ١٠ ٠٠٠ دولار أمريكي).

(١) ثلاث سنوات (تغطي الفترة ٢٠١٢-٢٠١٤)

(٢) المجموع: ٢٤٧,٣١ مليون دولار أمريكي (الموظفون: ١١٠,٤٤ مليون دولار أمريكي؛ الأنشطة: ١٣٦,٨٧ مليون دولار أمريكي)

(ب) **التكلفة في الثنائية ٢٠١٢-٢٠١٣**

يُذكر المبلغ المخصص للثنائية ٢٠١٢-٢٠١٣ من التكاليف المذكورة في ٣(أ) (مقربة إلى وحدات يبلغ كل منها ١٠ ٠٠٠ دولار أمريكي).

المجموع: ١٦٤,٨٨ مليون دولار أمريكي (الموظفون: ٧٣,٦٣ مليون دولار أمريكي؛ الأنشطة: ٩١,٢٥ مليون دولار أمريكي)

تُذكر مستويات المنظمة التي ستتحمل هذه التكاليف، مع بيان الأقاليم المحددة حسب الاقتضاء

كل مستويات المنظمة.

هل أدرجت بالكامل التكلفة المقدرة ضمن الميزانية البرمجية المعتمدة للثنائية ٢٠١٢-٢٠١٣؟ (نعم/ لا)

نعم

إذا كانت الإجابة "لا" يرجى ذكر المبلغ غير المدرج.

(ج) الآثار المترتبة بالنسبة إلى الملاك الوظيفي

هل يمكن تنفيذ هذا القرار من قِبَل 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 المهارات اللازمة حسب الاقتضاء.

٤- التمويل

هل التكاليف المقدرة للثنائية ٢٠١٢-٢٠١٣ والمذكورة في ٣(ب) ممولة بالكامل؟ (نعم/ لا)

لا

إذا كانت الإجابة "لا" يرجى تحديد ثغرة التمويل وكيفية تعبئة الأموال (مع بيان تفاصيل مصدر التمويل المحتمل (مصادر التمويل المحتملة)).

٨٣ مليون دولار أمريكي؛ مصدر (مصادر) التمويل: المساهمات الطوعية.

١- المقرر الإجرائي ج ص ع٦٥(٨) الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها: متابعة الاجتماع الرفيع المستوى للجمعية العامة بشأن الوقاية من الأمراض غير السارية (غير المعدية) ومكافحتها

٢- الصلة بالميزانية البرمجية ٢٠١٢-٢٠١٣ (انظر الوثيقة ج٧/٦٤ (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_7-ar.pdf)

الغرض الاستراتيجي: ٣ و٦ — النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة: ٣-٣ و٦-٢ و٦-٣

كيف سيساهم هذا القرار في تحقيق النتيجة (النتائج) المتوقعة على صعيد المنظمة؟

القرار يطلب إعداد ورقة نقاش منقحة بشأن إطار الرصد العالمي، بما في ذلك مؤشرات ومجموعة من الأهداف العالمية الاختيارية تجسد المناقشات التي دارت حتى الآن. وهذا النشاط سيتم وفقاً للفقرتين ٦١ و٦٢ من القرار ٢/٦٦ الصادر عن الجمعية العامة للأمم المتحدة، ومن ثم فإنه سيتم تحقيق النتائج المتوقعة المذكورة أعلاه.

هل تتضمن الميزانية البرمجية بالفعل النواتج أو الخدمات المطلوبة في هذا القرار؟ (نعم/ لا)

نعم

٣-	**التكلفة المقدرة والآثار المترتبة بالنسبة إلى الملاك الوظيفي فيما يتعلق بالميزانية البرمجية**
	(أ) التكلفة الإجمالية
	يُذكر ما يلي (١) مدة سريان القرار التي ستلزم فيها أنشطة الأمانة من أجل التنفيذ؛ (٢) تكلفة تلك الأنشطة (مقربة إلى وحدات يبلغ كل منها ٠٠٠ ١٠ دولار أمريكي).
	(١) سنتان (تغطيان الفترة ٢٠١٢-٢٠١٣)
	(٢) المجموع: ٢,٨ مليون دولار أمريكي (الموظفون: ١,٥ مليون دولار أمريكي؛ الأنشطة: ١,٣ مليون دولار أمريكي)
	(ب) التكلفة في الثنائية ٢٠١٢-٢٠١٣
	يُذكر المبلغ المخصص للثنائية ٢٠١٢-٢٠١٣ من التكاليف المذكورة في ٣(أ) (مقربة إلى وحدات يبلغ كل منها ٠٠٠ ١٠ دولار أمريكي)
	المجموع: ٢,٨ مليون دولار أمريكي (الموظفون: ١,٥ مليون دولار أمريكي؛ الأنشطة: ١,٣ مليون دولار أمريكي)
	تُذكر مستويات المنظمة التي ستتحمل هذه التكاليف، مع بيان الأقاليم المحددة حسب الاقتضاء.
	المقر الرئيسي والمكاتب الإقليمية الستة كلها.
	هل أدرجت بالكامل التكلفة المقدرة ضمن الميزانية البرمجية المعتمدة للثنائية ٢٠١٢-٢٠١٣؟ (نعم/ لا)
	نعم
	إذا كانت الإجابة "لا" يرجى ذكر المبلغ غير المدرج.
	(ج) الآثار المترتبة بالنسبة إلى الملاك الوظيفي
	هل يمكن تنفيذ هذا القرار من قِبَل 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 المهارات اللازمة حسب الاقتضاء.
٤-	**التمويل**
	هل التكاليف المقدرة للثنائية ٢٠١٢-٢٠١٣ والمذكورة في ٣(ب) ممولة بالكامل؟ (نعم/ لا)
	لا
	إذا كانت الإجابة "لا" يرجى تحديد ثغرة التمويل وكيفية تعبئة الأموال (مع بيان تفاصيل مصدر التمويل المحتمل (مصادر التمويل المحتملة)).
	٢,٣ مليون دولار أمريكي؛ مصدر (مصادر) التمويل: المساهمات الطوعية من الجهات المانحة الثنائية.

قائمة بأسماء أعضاء الوفود العربية

الأردن

رئيس الوفد

الدكتور رجب سكري
السفير، الممثل الدائم، جنيف

مندوبون

السيد م. نيمرات
نائب الممل الدائم، جنيف

السيد ع. قادة
السكرتير الثاني، البعثة الدائمة، جنيف

بدلاء

السيد م. قاسم

الدكتور م. ب. قاسم

السيد ر. أبو داماس

الإمارات العربية المتحدة

رئيس الوفد

عبد الرحمن العويس
وزير الصحة

مندوبون

الدكتور محمود فكري
وكيل الوزارة المساعد لشؤون السياسات الصحية، وزارة الصحة

السيد عبيد سالم الزعبي
السفير، الممثل الدائم، جنيف

بدلاء

السيد ناصر خليفة البدور
مدير منطقة دبي الطبية، مدير مكتب الوزير

الدكتورة كلثوم محمد علي البلوشي
مديرة إدارة الرعاية الصحية التخصصية

السيد راشد الشمسي
السكرتير الأول، البعثة الدائمة، جنيف

السيد أ. فخفاخ
خبير شؤون المنظمات الدولية، البعثة الدائمة، جنيف

السيد ب. بن عمارة
البعثة الدائمة، جنيف

البحرين

رئيس الوفد

السيد صادق بن عبد الكريم الشهابي
وزير الصحة

مندوبون

الدكتورة مريم عذبي الجلاهمة
وكيلة وزارة الصحة المساعد لشؤون الرعاية الصحية الأولية والصحة العامة، وزارة الصحة

الدكتور يوسف عبد الكريم بوشيري
السفير، المثّل الدائم، جنيف

بدلاء

السيد عبد العزيز محمد الرفاي
مدير العلاقات العامة والدولية، وزارة الصحة

الدكتور ك. م. حسين
مدير إدارة الصحة العامة، وزارة الصحة

الدكتور وليد ك. المانع
الرئيس التنفيذي، وزارة الصحة

الدكتورة جليلة حسن
رئيسة وحدة التمنيع، إدارة الصحة العامة، وزارة الصحة

السيدة بدور عبد العزيز أحمد
السكرتيرة الثانية، البعثة الدائمة، جنيف

السيد فهد عدنان الباقر
السكرتير الثاني، البعثة الدائمة جنيف

السيد هـ. س. آل خليفة
السكرتيرة الثالثة، البعثة الدائمة، جنيف

تونس

رئيس الوفد

الدكتور عبد اللطيف مكي
وزير الصحة

مندوبون

السيد منصف باتي
السفير، الممثل الدائم، جنيف

بدلاء

السيد عبد الحي مزوغي
رئيس ديوان وزير الصحة

السيد محمد الصالح بن عمار
المدير العام للصحة، وزارة الصحة العمومية

السيد عفيف بن صلاح
مدير الرعاية الصحية الأساسية

الدكتور هشام عبد السلام
المدير العام لإدارة التعاون التقني

السيد ك. عزابي
المسؤول عن بعثة ديوان وزير الصحة

السيدة س. إ. كوتشليف
السكرتيرة الأولى، البعثة الدائمة، جنيف

الجزائر

رئيس الوفد

السيد ولد عباس
وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات

مندوبون

السيد بوجمعة دلمي
السفير، الممثل الدائم، جنيف

السيد س. مصباح
المدير العام لإدارة وقاية الصحة وتعزيزها، وزارة الصحة

بدلاء

السيد ف. بناشنهو
مدير الشؤون المالية والموارد، وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات

السيدة س. زروقي
مديرة إدارة الدراسات والتخطيط، وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات

السيد هـ. حافد
مدير المستحضرات الصيدلانية، وزاة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات

السيدة م. لادجالي
الأستاذة بالمعهد الوطني للصحة العمومية

السيد ب. شبيحي
وزير مستشار، البعثة الدائمة، جنيف

السيد م. س. سمار
مستشار الشؤون الخارجية، البعثة الدائمة، جنيف

السيد ف. بلقاسمي
الملحق المكلف بالشؤون الخارجية، البعثة الدائمة، جنيف

السيدة ل. ولد عباس
المكلفة بشؤون الاتصالات، وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات

السيد س. جلولي
المكلف بشؤون البروتوكول، وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات

ليبيا

رئيس الوفد

الدكتورة فاطمة حمروش
وزيرة الصحة

مندوبون

السيد إبراهيم الدريدي
السفير،الممثل الدائم، جنيف

الدكتور رضا العوكلي
مستشار الصحة، البعثة الدائمة، جنيف

بدلاء

الدكتور خالد الطالب
مدير إدارة التعاون الدولي، وزارة الصحة

السيد م. الدغاني
مدير مركز المعلومات، وزارة الصحة

السيد بدر الدين النجار
مدير المركز الوطني لمكافحة الأمراض، وزارة الصحة

الدكتور م. ر. مصطفى
مدير إدارة الصيدليات، وزارة الصحة

الدكتور أ. ب.الغندور
منسق مكتب التعاون الدولي، وزارة الصحة

السيدة ن. م. ك. بلقاسم
إدارة المنظمات الدولية، وزارة الخارجية

الجمهورية العربية السورية

رئيس الوفد

الدكتور فيصل خباز الحموي
السفير، الممثل الدائم، جنيف

مندوبون

السيدة سهيلة عباس
السكرتيرة الأولى، البعثة الدائمة، جنيف

السيد ت. مدني
سكرتير ثاني، البعثة الدائمة، جنيف

جيبوتي

رئيس الوفد

السيد أ. يعقوب محمود
وزير الصحة

مندوبون

السيد م. س. دوالي
السفير، الممثل الدائم، جنيف

السيد م. ي. حسن
مدير إدارة دراسات التخطيط والتعاون الدولي

بدلاء

السيدة ف. م. كامل
مستشار الشؤون التقنية

مستشارون

السيد أ. محمد أبرو
المستشار الأول، البعثة الدائمة، جنيف

السودان

رئيس الوفد

السيد بحر إدريس أبو قردة
وزير الصحة الاتحادي

نائب رئيس الوفد

السيد عبد الرحمن ضرار
السفير، الممثل الدائم، جنيف

مندوبون

الدكتور م. أ. يحيى العباسي
المدير العام، مديرية الصحة الدولية والتخطيط، وزارة الصحة الاتحادية

بدلاء

السيد هـ. أ. هـ. أحمد
نائب الممثل الدائم، جنيف

السيدة ز. هـ. سيد أحمد
السكرتيرة الأولى، البعثة الدائمة، جنيف

الدكتور ت. إ. مهدي
المدير العام، مديرية الرعاية الصحية الأولية، وزارة الصحة الاتحادية

الدكتور ك. أ. إلماردي
مدير برنامج مكافحة الملاريا، وزارة الصحة الاتحادية

الدكتور إ. م. الشيبلي
أستاذ

مستشارون

الدكتور أ. س. أ. عثمان
مستشار وزير الصحة الاتحادي

الصومال

رئيس الوفد

السيد ف. هـ. ضاهر
نائب وزير الصحة والخدمات الإنسانية، الحكومة الاتحادية الانتقالية

مندوبون

الدكتور أ. أ. وارسامي
وزير الصحة، بونتلاند

الدكتور هـ. م. محمد
وزير الصحة، صوماليلاند

بدلاء

السيد يوسف محمد إسماعيل
السفير، الممثل الدائم، جنيف

الدكتور أ. أ. إبراهيم
كبير المستشارين، وزارة الصحة والخدمات الإنسانية، الحكومة الاتحادية الانتقالية

السيدة ف. إسماعيل
رابطة التمريض، صوماليلاند

الدكتور م. ج. سالاد
رابطة بونتلاند الطبية

السيدة هـ. أ. شيخ
رابطة التمريض، الصومال

السيدة أ. أ. أحمد
مدرِّسة تمريض

العراق

رئيس الوفد

السيد مجيد حمد أمين جميل
وزير الصحة

نائب رئيس الوفد

السيد م. أ. الحكيم
السفير، الممثل الدائم، جنيف

مندوبون

الدكتور ك. حسن
رئيس مكتب وزير الصحة

بدلاء

السيد ي. أ. إبراهيم
السكرتير الثالث، البعثة الدائمة، جنيف

الدكتور أ. هـ. المصلحي
مدير، وزارة الصحة

الدكتور ر. ر. شوهاني
رئيس إدارة، الصحة الدولية، وزارة الصحة

الدكتور م. ج. الطايع
نائب المدير العام، إدارة الصحة العامة، وزارة الصحة

الدكتور ز. أ. الملا
وزارة الصحة

الدكتور ج. ز. السراج
إدارة الصيدليات، وزارة الصحة

السيد هـ. س. جميل
وزارة الخارجية

عُمان

رئيس الوفد

الدكتور أحمد السعيدي
وزير الصحة

مندوبون

السيد يحيى الوهيبي
السفير، الممثل الدائم، جنيف

الدكتور أ. ت. الهناي
وكيل الوزارة المكلف بشؤون التخطيط، وزارة الصحة

بدلاء

الدكتور علي جعفر محمد
مستشار الشؤون الصحية، وزارة الصحة

الدكتور س. الوهيبي
المدير العام لإدارة الشؤون الصحية

الدكتور س. التوبي
عميد معهد التمريض العُماني

السيد أ. القصيري
نائب الممثل الدائم، جنيف

السيدة هـ. الميامارى
رئيسة خدمات التمريض، الخدمات الصحية لإقليم الضريرة

السيدة ت. اللواتي
أخصائية الصحة العامة، إدارة العلاقات العامة

السيدة أميرة اليعقوبي
السكرتيرة الثانية، البعثة الدائمة، جنيف

قطر

رئيس الوفد

السيد عبد الله القحطاني
وزير الصحة العامة، الأمين العام للمجلس الأعلى للصحة

مندوبون

الدكتور صالح علي المري
الأمين العام المساعد لشؤون الصحة، المجلس الأعلى للصحة

السيدة عليا أ. آل ثاني
السفير، الممثل الدائم، جنيف

بدلاء

الدكتور محمد بن حمد بن جاسم آل ثاني
مدير إدارة الصحة العامة، المجلس الأعلى للصحة

الدكتور ج. الخانجي
مدير إدارة جودة الرعاية الصحية، المجلس الأعلى للصحة

السيد عبد اللطيف علي العبد الله
مدير، إدارة العلاقات الصحية الدولية، المجلس الأعلى للصحة

الدكتور م. م. الهاجري
مدير إدارة حماية الصحة ومكافحة انتقال الأمراض

السيد أ. م. الشيب
رئيس قسم شؤون المرضى، المجلس الأعلى للصحة

السيد ج. المعاودة
السكرتير الثالث، البعثة الدائمة، جنيف

السيدة ن. السادا
السكرتيرة الثالثة، البعثة الدائمة، جنيف

الكويت

رئيس الوفد

الدكتور علي سعد العبيدي
وزير الصحة

مندوبون

السيد ضرار عبد الرزاق رزوقي
السفير، الممثل الدائم، جنيف

الدكتور ك. س. الدويري
وكيل الوزارة المساعد لشؤون الصحة العمومية

بدلاء

الدكتور أ. س. أ. الشطي
مدير إدارة التعاون المهني

السيد زياد المشعان
مستشار، البعثة الدائمة، جنيف

الدكتور ر. أ. الوتيان
مدير إدارة الرعاية الصحية الأولية

الدكتور م. هـ. أ. عبد الهادي
مدير إدارة الشؤون القانونية والتحقيقات

الدكتور ف. م. ف. الدوسري
مدير إدارة العلاقات العامة

الدكتور س. أ. م. هـ. بوداي
أخصائي التمريض

الدكتور ف. أ. س. أ. صالح
أخصائي

الدكتور أ. م. هـ. ب. م. أ. الكندري
أمين السجلات، طب الأسرة

الدكتور س. إ. أ. هـ. الناصر
رئيس وحدة الصحة العامة

السيد أ. م. ت. ز. الرشيدي
مهندس، مكتب الوزير، وزارة الصحة

لبنان

رئيس الوفد

السيد علي حسن خليل
وزير الصحة العامة

نائب رئيس الوفد

السيدة نجلاء رياشي عساكر
السفيرة، الممثلة الدائمة، جنيف

مندوبون

الدكتور وليد عمار
المدير العام، وزارة الصحة العامة

بدلاء

السيد ب. صالح عزام
السكرتير الأول، البعثة الدائمة، جنيف

الدكتور ر. حمرة
مدير إدارة العلاقات العامة والتثقيف الصحي، وزارة الصحة العامة

الدكتور هـ. وزاني
مستشار وزير الصحة العامة

الدكتور ل. عويدات
مستشار وزير الصحة العامة

مصر

رئيس الوفد

الدكتور فؤاد النواوي
وزير الصحة والسكان

نائب رئيس الوفد

السيد هشام بدر
السفير، الممثل الدائم، جنيف

مندوبون

الدكتور نصر السيد
مساعد وزير الصحة والسكان

بدلاء

الدكتور مختار وريدة
السكرتير الأول، البعثة الدائمة، جنيف

الدكتور هـ. الخطيب
مدير الإدارة المركزية للشؤون الطبية، وزارة الصحة والسكان

الدكتور س. مراد
مدير إدارة العلاقات الخارجية، وزارة الصحة والسكان

الدكتور م. نور الدين
المدير العام، إدارة الطفولة والأمومة

الدكتور سميح عامر
المستشار الطبي المصري في أوروبا

الدكتور ع. خير الله
رئيس برنامج مكافحة الأمراض غير السارية، وزارة الصحة والسكان

الدكتور م. عبد العليم
رئيس الإدارة المركزية للشؤون الصيدلية، وزارة الصحة والسكان

السيدة س. صالح ناصر
أستاذة الصحة العمومية، كلية الطب، جامعة القاهرة

الدكتور م. صلاح
الرعاية الصحية الأولية، وزارة الصحة والسكان

السيد س. الخشين
السكرتير الثاني، البعثة الدائمة، جنيف

المغرب

رئيس الوفد

السيد الحسين لواردي
وزير الصحة

مندوبون

السيد عمر هلالي
السفير، الممثل الدائم، جنيف

الدكتور مصطفى الإسماعيلي العلوي
المفتش العام، وزارة الصحة

بدلاء

السيد س. الفكاك
رئيس ديوان وزير الصحة

الدكتور خالد الحلو
مدير مديرية السكان، وزارة الصحة

الدكتور عبد العالي بلغيتي علوي
مدير مديرية المستشفيات والعلاجات المتنقلة، وزارة الصحة

الدكتور عمر المنزهي
مدير مديرية الأوبئة ومكافحة الأمراض، وزارة الصحة

الدكتور جيلدي حازم
مدير التخطيط والموارد المالية، وزارة الصحة

السيد عبد الرزاق الأصيل
وزير مفوض، البعثة الدائمة، جنيف

السيد أ. سامري
الوزير، البعثة الدائمة، جنيف

السيدة س. شرقاوي
رئيسة خدمات المنظمات الدولية والمنظمات الحكومية الدولية، شعبة التعاون، مديرية التخطيط والموارد المالية، وزارة الصحة

المملكة العربية السعودية

رئيس الوفد

الدكتور عبد الله بن عبد العزيز الربيعة
وزير الصحة

مندوبون

صاحب السمو الملكي الأمير عبد العزيز بن أحمد بن عبد العزيز آل سعود
عضو مجلس الأمناء، اللجنة الوطنية لمكافحة العمى

الدكتور أ. عطار
السفير، الممثل الدائم، جنيف

بدلاء

الدكتور منصور الحواسي
نائب الوزير للشؤون الصحية

الدكتور زياد ميمش
وكيل الوزارة لشؤون الصحة العمومية

الدكتور م. الأوسيمي
مساعد نائب الوزير لشؤون الخدمات الطبية

الدكتورة عفاف الشمري
المشرفة العامة، الشعبة العامة للعلاقات الدولية

الدكتور م. سعيدي
المدير العام، الشعبة العامة للأمراض غير المعدية

الدكتور إياد الشوير
مستشار، شعبة الأدوية، الإدارة العامة، الأغذية والأدوية

السيد إ. العنزي
وزارة الصحة

السيد ف. الدوسري
اللجنة الوطنية لمكافحة العمى

الدكتور أ. الراجحي
اللجنة الوطنية لمكافحة العمى

السيد أ. الحبابي
اللجنة الوطنية لمكافحة العمى

السيد أ. إدريس
اللجنة الوطنية لمكافحة العمى

السيد س. النفيع
السكرتير الأول، البعثة الدائمة، جنيف

السيدة س. الشوري
ملحقة، البعثة الدائمة، جنيف

الدكتور ك. مرغلاني
الموظف المسؤول، شؤون الإعلام، مكتب وزير الصحة

الدكتور ك. ياسين
الملحق الصحي

موريتانيا

رئيس الوفد

الدكتور ب. حوسينو
وزير الصحة

مندوبون

الأستاذ س. علي
مسؤول مهام في مكتب الرئاسة

السيد شيخ أحمد ولد زحاف
السفير، الممثل الدائم، جنيف

مستشارون

الأستاذ ك. بوبكر
مسؤول مهام

الدكتور أ. ولد جدو
مدير إدارة الرعاية الصحية الأولية

الدكتور ن. س. دورو
مدير إدارة مكافحة الأمراض

الدكتور ك. ب. ولد مخايترات
مستشار الشؤون التقنية

السيد أ. أ. ولد ضاحي
المدير العام، إدارة التأمين الصحي الوطني

السيد ه. تراوري
المستشار الأول، البعثة الدائمة، جنيف

السيد ك. ولد محمدو
السكرتير، البعثة الدائمة، جنيف

الآنسة أ. عبد الجليل
المتدربة، البعثة الدائمة، جنيف

اليمن

رئيس الوفد

الدكتور أحمد قاسم عنسي
وزير الصحة العامة والسكان

مندوبون

السيد جمال ثابت ناشر
وكيل وزير الصحة العامة والسكان

الدكتور إبراهيم سعيد العدوفي
السفير، الممثل الدائم، جنيف

بدلاء

الدكتور م. ي. الجنيد
وكيل الوزارة لقطاع الرعاية الصحية الأولية

الدكتور ج. س. الربيع
وكيل الوزارة لقطاع السكان

الدكتور أ. م. دهان
مستشار وزير الصحة العامة والسكان

السيد فضل المقحفي
الوزير المفوض، البعثة الدائمة، جنيف

السيد مروان الشامي
السكرتير الثالث، البعثة الدائمة، جنيف

فلسطين

الدكتور إبراهيم خريشة
السفير، المراقب الدائم، جنيف

السيد إ. الزهيري
نائب المراقب الدائم، جنيف

السيد ت. الدجوري
الوفد الدائم، جنيف

السيد ل. زيد
السكرتير الثاني، المراقب الدائم، جنيف

السيدة د. عصفور
السكرتيرة الثالثة، الوفد الدائم، جنيف

السيدة ز. إياد
الوفد الدائم، جنيف

جامعة الدول العربية

الدكتورة سيما بحوث
الأمين العام المساعد، رئيس إدارة الشؤون الاجتماعية

السيدة ل. نجم
مديرة إدارة الصحة والمساعدات الإنسانية، المسؤولة في الأمانة التقنية لمجلس وزراء الصحة العرب في القاهرة

السيد ع. الفاتحي
الوزير المفوض، الوفد الدائم، جنيف

السيد هـ. شفير
السكرتير الثاني، الوفد الدائم، جنيف

السيد أ. بلحوت
السكرتير الثالث، الوفد الدائم، جنيف

السيد هـ. الروبي
الأمانة التقنية لمجلس وزراء الصحة العرب، القاهرة