



منظمة الصحة العالمية

# جمعية الصحة العالمية السابعة والستون

جنيف، ١٩-٢٤ أيار/ مايو ٢٠١٤

القرارات والمقررات الإجرائية  
الملاحق

جنيف  
٢٠١٤

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

## مقدمة

انعقدت جمعية الصحة العالمية السابعة والستون في قصر الأمم بجنيف في الفترة من ١٩ إلى ٢٤ أيار/ مايو ٢٠١٤، طبقاً لما قرره المجلس التنفيذي في دورته الثالثة والثلاثين بعد المائة.<sup>١</sup>

---

---

١ المقرر الإجرائي مت ١٣٣ (١٠).



# المحتويات

الصفحة	
iii	مقدمة .....
ix	جدول الأعمال .....
xvii	قائمة بالوثائق .....
xxv	أعضاء مكتب جمعية الصحة وعضوية اللجان .....
٢٠٣	قائمة بأسماء أعضاء الوفود العربية .....

## القرارات والمقررات الإجرائية

### القرارات

١	الاستراتيجية والأهداف العالمية للوقاية من السل ورعاية مرضاه ومكافحته بعد عام ٢٠١٥ .....	ج ص ع ٦٧-١
٤	تحسين صنع القرار من جانب الأجهزة الرئاسية .....	ج ص ع ٦٧-٢
٥	التقرير المالي والبيانات المالية المراجعة للسنة المنتهية في ٣١ كانون الأول/ديسمبر ٢٠١٣ .....	ج ص ع ٦٧-٣
٥	التمويل التكميلي للعقارات والخصوم الطويلة الأجل الخاصة بالموظفين .....	ج ص ع ٦٧-٤
٦	حالة تحصيل الاشتراكات المقدرة، بما في ذلك الدول الأعضاء المتأخرة في سداد اشتراكاتها إلى حد يبرر تطبيق أحكام المادة ٧ من الدستور .....	ج ص ع ٦٧-٥
٧	التهاب الكبد .....	ج ص ع ٦٧-٦
١٣	خطة العمل العالمية لمنظمة الصحة العالمية بشأن العجز ٢٠١٤-٢٠٢١: تحسين صحة جميع المصابين بالعجز .....	ج ص ع ٦٧-٧
١٤	الجهود الشاملة والمنسقة المبذولة من أجل التدبير العلاجي لاضطرابات طيف التوحد .....	ج ص ع ٦٧-٨
١٧	مرض الصدفية .....	ج ص ع ٦٧-٩

## الصفحة

١٩	..... خطة العمل بشأن صحة الموالي	جص ع٦٧-١٠
٢١	..... الآثار الصحية العمومية المترتبة على التعرض للزئبق ومركباته: دور منظمة الصحة العالمية ووزارات الصحة العمومية في تنفيذ اتفاقية ميناماتا	جص ع٦٧-١١
٢٤	..... المساهمة في التنمية الاجتماعية والاقتصادية: إجراءات مستدامة عبر القطاعات من أجل تحسين الصحة والإنصاف في مجال الصحة	جص ع٦٧-١٢
٢٧	..... تنفيذ اللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥)	جص ع٦٧-١٣
٢٨	..... الصحة في خطة التنمية لما بعد عام ٢٠١٥	جص ع٦٧-١٤
٣١	..... تعزيز دور النظام الصحي في التصدي للعنف، وخصوصاً ضد النساء والفتيات، وضد الأطفال	جص ع٦٧-١٥
٣٦	..... تقرير مراجع الحسابات الخارجي	جص ع٦٧-١٦
٣٦	..... مرتبات الموظفين في الوظائف غير المصنفة	جص ع٦٧-١٧
٣٧	..... الطب التقليدي (الشعبي)	جص ع٦٧-١٨
٣٩	..... تعزيز الرعاية الملطفة كعنصر من عناصر الرعاية الشاملة طيلة العمر	جص ع٦٧-١٩
٤٤	..... تعزيز نظم تنظيم المنتجات الطبية	جص ع٦٧-٢٠
٤٨	..... إتاحة منتجات العلاج البيولوجية بما في ذلك منتجات العلاج البيولوجية المماثلة، وضمان جودتها وأمنيتها ونجاعتها	جص ع٦٧-٢١
٥٠	..... إتاحة الأدوية الأساسية	جص ع٦٧-٢٢
٥٤	..... تقييم التدخلات والتكنولوجيات الصحية دعماً للتغطية الصحية الشاملة	جص ع٦٧-٢٣
٥٨	..... متابعة إعلان ريسيفي السياسي بشأن الموارد البشرية الصحية: تجديد الالتزامات بتحقيق التغطية الصحية الشاملة	جص ع٦٧-٢٤
٥٩	..... مقاومة مضادات الميكروبات	جص ع٦٧-٢٥

## المقررات الإجرائية

٦٣	..... تشكيل لجنة أوراق الاعتماد	جص ع٦٧(١)
٦٣	..... انتخاب أعضاء مكتب جمعية الصحة العالمية السابعة والستين	جص ع٦٧(٢)
٦٣	..... إنشاء اللجنة العامة	جص ع٦٧(٣)
٦٤	..... اعتماد جدول الأعمال	جص ع٦٧(٤)

## الصفحة

٦٤	انتخاب أعضاء مكتب اللجنتين الرئيسيتين.....	جصع٦٧(٥)
٦٤	التحقق من أوراق الاعتماد .....	جصع٦٧(٦)
٦٥	انتخاب الدول الأعضاء التي لها الحق في تعيين شخص للعمل عضواً في المجلس التنفيذي .....	جصع٦٧(٧)
٦٥	النظر في الآثار الإدارية والمالية المترتبة بالنسبة إلى الأمانة نتيجة للقرارات المقترحة اعتمادها من جانب المجلس التنفيذي أو جمعية الصحة.....	جصع٦٧(٨)
٦٦	تغذية الأمهات والرضع وصغار الأطفال .....	جصع٦٧(٩)
٦٧	الأحوال الصحية في الأرض الفلسطينية المحتلة، بما فيها القدس الشرقية، وفي الجولان السوري المحتل .....	جصع٦٧(١٠)
٦٨	تعيين ممثلين في لجنة المعاشات التقاعدية لموظفي منظمة الصحة العالمية .	جصع٦٧(١١)
٦٨	العقارات: أحدث المعلومات عن استراتيجية تجديد مباني جنيف .....	جصع٦٧(١٢)
٦٩	العمل المتعدد القطاعات من أجل اتباع نهج يدوم طيلة العمر بشأن التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة .....	جصع٦٧(١٣)
٦٩	إطار المشاركة مع الجهات الفاعلة غير الدول .....	جصع٦٧(١٤)
٧٠	متابعة تقرير فريق الخبراء الاستشاريين العامل المعني بتمويل وتنسيق البحث والتطوير .....	جصع٦٧(١٥)
٧١	اختيار البلد الذي ستُعقد فيه جمعية الصحة العالمية الثامنة والستون .....	جصع٦٧(١٦)

## الملاحق

٧٥	١- الاستراتيجية والأهداف العالمية للوقاية من السل ورعاية مرضاه ومكافحته بعد عام ٢٠١٥....	
٩٧	٢- نص النظام الداخلي المعدل لجمعية الصحة العالمية.....	
٩٨	٣- خطة العمل العالمية لمنظمة الصحة العالمية بشأن العجز ٢٠١٤-٢٠٢١: تحسين صحة جميع المصابين بالعجز .....	
١٢٠	٤- صحة المواليد: خطة العمل. كل مولود: خطة عمل من أجل وضع حد للوفيات التي يُمكن تلافيها .....	
١٦١	٥- نص الصيغة المحدثة للمرفق ٧ الوارد في اللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥) .....	
١٦٣	٦- الآثار المالية والإدارية المترتبة بالنسبة إلى الأمانة نتيجة للقرارات المعتمدة من قِبَل المجلس التنفيذي أو جمعية الصحة .....	





# جدول الأعمال<sup>١</sup>

## الجلسات العامة

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

---

١ اعتمد في الجلسة العامة الثانية.

## اللجنة "أ"

- ١٠- افتتاح أعمال اللجنة<sup>١</sup>
- ١١- إصلاح منظمة الصحة العالمية
  - ١-١١ تقرير مرحلي عن تنفيذ عملية الإصلاح
  - ٢-١١ تحسين صنع القرار من جانب الأجهزة الرئاسية
  - ٣-١١ إطار المشاركة مع الجهات الفاعلة غير الدول
  - ٤-١١ متابعة الحوار الخاص بالتمويل
  - ٥-١١ التخصيص الاستراتيجي للموارد
  - ٦-١١ تمويل تكاليف التنظيم والإدارة
- ١٢- الأمراض السارية
  - ١-١٢ مسودة الاستراتيجية والأهداف العالمية للوقاية من السل ورعاية مرضاه ومكافحته بعد عام ٢٠١٥
  - ٢-١٢ خطة العمل العالمية الخاصة باللقاحات
  - ٣-١٢ التهاب الكبد
- ١٣- الأمراض غير السارية
  - ١-١٣ الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها

### • تقرير عمّا يلي:

- خطة العمل الخاصة بالاستراتيجية العالمية للوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها ٢٠٠٨-٢٠١٣
- دور منظمة الصحة العالمية في إعداد وتنفيذ ومتابعة استعراض الجمعية العامة للأمم المتحدة وتقييمها الشاملين في عام ٢٠١٤ للتقدم المحرز في الوقاية من الأمراض غير المعدية (غير السارية) ومكافحتها

١ بما في ذلك انتخاب نواب الرئيس والمقرر.

• النظر في ما يلي:

- اختصاصات آلية التنسيق العالمية بشأن الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها
- اختصاصات فرقة عمل الأمم المتحدة المشتركة بين الوكالات المعنية بالوقاية من الأمراض غير المعدية (غير السارية) ومكافحتها
- المجموعة المحدودة من مؤشرات خطة العمل الخاصة بخطة العمل العالمية لمنظمة الصحة العالمية للوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها ٢٠١٣-٢٠٢٠

٢-١٣ تغذية الأمهات والرضع وصغار الأطفال

٣-١٣ العجز

٤-١٣ الجهود الشاملة والمنسقة للتدبير العلاجي لاضطرابات طيف التوحد

٥-١٣ مرض الصدفية

-١٤ تعزيز الصحة طيلة العمر

١-١٤ رصد بلوغ الأهداف الإنمائية للألفية المتعلقة بالصحة

• الصحة في خطة التنمية لما بعد عام ٢٠١٥

٢-١٤ صحة المواليد: مسودة خطة العمل

٣-١٤ التصدي للتحدي العالمي الذي يمثله العنف، وخصوصاً العنف ضد النساء والفتيات

٤-١٤ العمل المتعدد القطاعات من أجل اتباع نهج يدوم طيلة العمر بشأن التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة

٥-١٤ الآثار الصحية العمومية المترتبة على التعرض للزئبق ومركباته: دور المنظمة ووزارات الصحة العمومية في تنفيذ اتفاقية ميناماتا

٦-١٤ المساهمة في التنمية الاجتماعية والاقتصادية: العمل المستدام عبر القطاعات لتحسين الصحة والإنصاف في الصحة

-١٥ النظم الصحية

١-١٥ الطب التقليدي (الشعبي)

- ٢-١٥ متابعة تقرير فريق الخبراء الاستشاريين العامل المعني بتمويل وتنسيق البحث والتطوير
- ٣-١٥ المنتجات الطبية المتعدنية النوعية/ المزورة/ المغشوشة التوسيم/ المغشوشة/ المزيفة
- ٤-١٥ إتاحة الأدوية الأساسية
- ٥-١٥ تعزيز الرعاية الملطفة كعنصر من عناصر العلاج المتكامل طيلة العمر
- ٦-١٥ تعزيز النظم التنظيمية
- ٧-١٥ تقييم التدخلات والتكنولوجيات الصحية دعماً للتغطية الصحية الشاملة
- ٨-١٥ متابعة إعلان ريسيفي السياسي بشأن الموارد البشرية الصحية: تجديد الالتزامات بتحقيق التغطية الصحية الشاملة
- ١٦- التأهب والترصد والاستجابة
- ١-١٦ تنفيذ اللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥)
- ٢-١٦ التأهب للأنفلونزا الجائحة: تبادل فيروسات الأنفلونزا والتوصل إلى اللقاحات والفوائد الأخرى
- ٣-١٦ استئصال الجدري: تدمير مخزونات فيروس الجدري
- ٤-١٦ شلل الأطفال: تكثيف جهود المبادرة العالمية لاستئصال شلل الأطفال
- ٥-١٦ مقاومة الأدوية المضادة للميكروبات
- ١٧- التقارير المرحلية
- الأمراض السارية
- ألف: الاستراتيجية العالمية لقطاع الصحة بشأن الأيدز والعدوى بفيروسه في الفترة ٢٠١١-٢٠١٥ (القرار جص ع٦٤-١٤)
- باء: استئصال داء التتينات (القرار جص ع٦٤-١٦)
- الأمراض غير السارية
- جيم: وقاية الأطفال من الإصابات (القرار جص ع٦٤-٢٧)
- تعزيز الصحة طيلة العمر

## جدول الأعمال

دال: الصحة الإنجابية: مسودة استراتيجية تسريع التقدم نحو بلوغ الأهداف والمرامي الإنمائية الدولية (القرار ج ص ع ٥٧-١٢)

هاء: تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية (القرار ج ص ع ٦١-١٦)

واو: الشباب والمخاطر الصحية (القرار ج ص ع ٦٤-٢٨)

زاي: تنفيذ توصيات لجنة الأمم المتحدة المعنية بالسلع المنقذة لأرواح النساء والأطفال (القرار ج ص ع ٦٦-٧)

حاء: تغيير المناخ والصحة (القرار م ت ١٢٤ ق ٥)

### النظم الصحية

طاء: الاستراتيجية وخطة العمل العالميتان بشأن الصحة العمومية والابتكار والملكية الفكرية (القرار ج ص ع ٦١-٢١)

ياء: توافر منتجات الدم ومأمونيتها وجودتها (القرار ج ص ع ٦٣-١٢)

كاف: زرع الأعضاء والنسج البشرية (القرار ج ص ع ٦٣-٢٢)

لام: استراتيجية منظمة الصحة العالمية بشأن البحوث من أجل الصحة

### التأهب والترصد والاستجابة

ميم: استجابة منظمة الصحة العالمية، ودورها بصفتها قائد مجموعة الصحة، في مجال تلبية الطلبات الصحية المتنامية في الطوارئ الإنسانية (القرار ج ص ع ٦٥-٢٠)

### الخدمات المؤسسية/ الوظائف التمكينية

نون: التعددية اللغوية: تنفيذ خطة العمل (القرار ج ص ع ٦١-١٢)

## اللجنة "ب"

- ١٨- افتتاح أعمال اللجنة<sup>١</sup>
- ١٩- الأحوال الصحية في الأرض الفلسطينية المحتلة، بما فيها القدس الشرقية، وفي الجولان السوري المحتل
- ٢٠- الميزانية البرمجية والشؤون المالية
- ٢٠-١ تقييم أداء الميزانية البرمجية ٢٠١٢-٢٠١٣
- ٢٠-٢ التقرير المالي والبيانات المالية المراجعة للسنة المنتهية في ٣١ كانون الأول/ ديسمبر ٢٠١٣
- ٢٠-٣ حالة تحصيل الاشتراكات المقدرة، بما في ذلك الدول الأعضاء المتأخرة في سداد اشتراكاتها إلى حد يبرر تطبيق أحكام المادة ٧ من الدستور
- ٢٠-٤ [ حُذِف ]
- ٢٠-٥ [ حُذِف ]
- ٢٠-٦ [ حُذِف ]
- ٢١- شؤون مراجعة الحسابات والمراقبة
- ٢١-١ تقرير مراجع الحسابات الخارجي
- ٢١-٢ تقرير مراجع الحسابات الداخلي
- ٢٢- شؤون العاملين
- ٢٢-١ التقرير السنوي عن الموارد البشرية
- ٢٢-٢ تقرير لجنة الخدمة المدنية الدولية
- ٢٢-٣ تعديلات النظام الأساسي للموظفين ولإئحة الموظفين
- ٢٢-٤ تعيين ممثلين في لجنة المعاشات التقاعدية لموظفي منظمة الصحة العالمية

١ بما في ذلك انتخاب نواب الرئيس والمقرر.

## جدول الأعمال

---

٢٣- الشؤون الإدارية والقانونية

١-٢٣ متابعة تقرير الفريق العامل المعني بانتخاب المدير العام لمنظمة الصحة العالمية

٢-٢٣ العقارات: أحدث المعلومات عن استراتيجية تجديد مباني جنيف

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





## قائمة الوثائق

جدول الأعمال <sup>١</sup>	ج ١/٦٧ تنقيح ١
تقرير المجلس التنفيذي عن دورتيه الثالثة والثلاثين بعد المائة والرابعة والثلاثين بعد المائة	ج ٢/٦٧
كلمة الدكتورة مارغريت تشان، المديرية العامة، أمام جمعية الصحة العالمية السابعة والستين	ج ٣/٦٧
تقرير مرحلي عن تنفيذ عملية الإصلاح <sup>٢</sup>	ج ٤/٦٧
تحسين صنع القرار من جانب الأجهزة الرئاسية	ج ٥/٦٧
تقرير عن الآثار المالية والإدارية المترتبة بالنسبة إلى الأمانة نتيجة للقرارات المقترحة اعتمادها من قبل المجلس التنفيذي أو جمعية الصحة <sup>٣</sup>	ج ٥/٦٧ إضافة ١
إطار المشاركة مع الجهات الفاعلة غير الدول	ج ٦/٦٧
متابعة الحوار الخاص بالتمويل	ج ٧/٦٧
متابعة الحوار الخاص بالتمويل التقييم المستقل	ج ٨/٦٧
التخصيص الاستراتيجي للموارد التقرير المقدم من لجنة البرنامج والميزانية والإدارة التابعة للمجلس التنفيذي إلى جمعية الصحة العالمية السابعة والستين	ج ٩/٦٧
تمويل تكاليف التنظيم والإدارة	ج ١٠/٦٧
مسودة الاستراتيجية والأهداف العالمية للوقاية من السل ورعاية مرضاه ومكافحته بعد عام ٢٠١٥	ج ١١/٦٧

---

١ انظر الصفحة ix.

٢ انظر الملحق ٢.

٣ انظر الملحق ٦.

٤ انظر الملحق ١.

خطة العمل العالمية الخاصة بالفقاعات	ج ١٢/٦٧
تحسين صحة المرضى المصابين بالتهاب الكبد الفيروسي	ج ١٣/٦٧
تقرير عن الآثار المالية والإدارية المترتبة بالنسبة إلى الأمانة نتيجة للقرارات المقترحة اعتمادها من قِبَل المجلس التنفيذي أو جمعية الصحة <sup>١</sup>	ج ١٣/٦٧ إضافة ١
الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها	ج ١٤/٦٧
اختصاصات آلية التنسيق العالمية بشأن الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها	ج ١٤/٦٧ إضافة ١
الاجتماع الرفيع المستوى للجمعية العامة للأمم المتحدة	ج ١٤/٦٧ إضافة ٢
خطة العمل المقترحة لآلية التنسيق العالمية المعنية بالوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها للفترة ٢٠١٤-٢٠١٥	ج ١٤/٦٧ إضافة ٣ تنقيح ١
تغذية الأمهات والرضع وصغار الأطفال	ج ١٥/٦٧ وج ١٥/٦٧ إضافة ١
مسودة خطة العمل العالمية لمنظمة الصحة العالمية بشأن العجز ٢٠١٤-٢٠٢١: تحسين صحة جميع المصابين بالعجز <sup>٢</sup>	ج ١٦/٦٧
الجهود الشاملة والمنسقة المبذولة من أجل التدبير العلاجي لاضطرابات طيف التوحد	ج ١٧/٦٧
تقرير عن الآثار المالية والإدارية المترتبة بالنسبة إلى الأمانة نتيجة للقرارات المقترحة اعتمادها من قِبَل المجلس التنفيذي أو جمعية الصحة <sup>١</sup>	ج ١٧/٦٧ إضافة ١
مرض الصدفية	ج ١٨/٦٧
تقرير عن الآثار المالية والإدارية المترتبة بالنسبة إلى الأمانة نتيجة للقرارات المقترحة اعتمادها من قِبَل المجلس التنفيذي أو جمعية الصحة <sup>١</sup>	ج ١٨/٦٧ إضافة ١
رصد بلوغ الأهداف الإنمائية للألفية المتعلقة بالصحة	ج ١٩/٦٧
الصحة في خطة التنمية لما بعد عام ٢٠١٥	ج ٢٠/٦٧

١ انظر الملحق ٦.

٢ انظر الملحق ٣.

## قائمة الوثائق

صحة المواليد: مسودة خطة العمل <sup>١</sup>	ج ٢١/٦٧ وج ٢١/٦٧ تصويب ١
التصدي للتحدي العالمي الذي يمثله العنف، وخصوصاً العنف ضد النساء والفتيات وضد الأطفال	ج ٢٢/٦٧
العمل المتعدد القطاعات من أجل اتباع نهج يمتد طيلة العمر للتمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة	ج ٢٣/٦٧
الآثار الصحية العمومية المترتبة على التعرض للزئبق ومركباته: دور منظمة الصحة العالمية ووزارات الصحة العمومية في تنفيذ اتفاقية ميناماتا	ج ٢٤/٦٧
المساهمة في التنمية الاجتماعية والاقتصادية: إجراءات مستدامة عبر القطاعات من أجل تحسين الصحة والإنصاف في مجال الصحة	ج ٢٥/٦٧
الطب التقليدي (الشعبي)	ج ٢٦/٦٧
متابعة تقرير فريق الخبراء الاستشاريين العامل المعني بتمويل وتنسيق البحث والتطوير	ج ٢٧/٦٧
متابعة تقرير فريق الخبراء الاستشاريين العامل المعني بتمويل وتنسيق البحث والتطوير	ج ٢٨/٦٧
المشاريع الإيضاحية للبحث والتطوير في مجال الصحة	ج ٢٨/٦٧ إضافة ١
اجتماعات أصحاب المصلحة بشأن المشاريع الإيضاحية المختارة للبحث والتطوير في مجال الصحة، ٧-١٠ أيار/ مايو ٢٠١٤	ج ٢٩/٦٧
المنتجات الطبية المتعدية النوعية/ المزورة/ المغشوشة التوسيم/ المغشوشة/ المزيفة	ج ٣٠/٦٧
إتاحة الأدوية الأساسية	ج ٣١/٦٧
تعزيز الرعاية الملطفة كعنصر من عناصر العلاج المتكامل طيلة العمر	ج ٣٢/٦٧
تعزيز النظم التنظيمية	ج ٣٣/٦٧
تقييم التدخلات والتكنولوجيات الصحية دعماً للتغطية الصحية الشاملة	ج ٣٤/٦٧
متابعة إعلان ريسيفي السياسي بشأن الموارد البشرية الصحية: تجديد الالتزامات بتحقيق التغطية الصحية الشاملة	

تنفيذ اللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥) ١	ج٣٥/٦٧
	وج٣٥/٦٧ إضافة ١
التأهب للأنفلونزا الجائحة: تبادل فيروسات الأنفلونزا والتوصل إلى اللقاحات والفوائد الأخرى	ج٣٦/٦٧
تقرير اجتماع الفريق الاستشاري المعني بالإطار الخاص بالتأهب للأنفلونزا الجائحة	ج٣٦/٦٧ إضافة ١
استئصال الجدري: تدمير مخزونات فيروس الجدري	ج٣٧/٦٧
شلل الأطفال: تكثيف جهود المبادرة العالمية لاستئصال شلل الأطفال	ج٣٨/٦٧
مقاومة الأدوية المضادة للميكروبات	ج٣٩/٦٧
مسودة خطة العمل العالمية بشأن مقاومة مضادات للميكروبات	ج٣٩/٦٧ إضافة ١
تقارير مرحلية	ج٤٠/٦٧
الأحوال الصحية في الأرض الفلسطينية المحتلة، بما فيها القدس الشرقية وفي الجولان السوري المحتل	ج٤١/٦٧
تقييم أداء الميزانية البرمجية ٢٠١٢-٢٠١٣	ج٤٢/٦٧
التقرير المالي والبيانات المالية المراجعة للسنة المنتهية في ٣١ كانون الأول/ديسمبر ٢٠١٣	ج٤٣/٦٧
اقتراح يتعلق تمويل تكميلي للعقارات والخصوم الطويلة الأجل الخاصة بالموظفين	ج٤٣/٦٧ إضافة ١
حالة تحصيل الاشتراكات المقدر، بما في ذلك الدول الأعضاء المتأخرة في سداد اشتراكاتها إلى حد يبرر تطبيق أحكام المادة ٧ من الدستور	ج٤٤/٦٧
تقرير مراجع الحسابات الخارجي	ج٤٥/٦٧
تقرير مراجع الحسابات الداخلي	ج٤٦/٦٧
التقرير السنوي عن الموارد البشرية	ج٤٧/٦٧

## قائمة الوثائق

- ج ٤٨/٦٧ تقرير لجنة الخدمة المدنية الدولية
- ج ٤٩/٦٧ تعديلات النظام الأساسي للموظفين ولائحة الموظفين
- ج ٥٠/٦٧ تعيين ممثلين في لجنة المعاشات التقاعدية لموظفي منظمة الصحة العالمية
- ج ٥١/٦٧ متابعة تقرير الفريق العامل المعني بانتخاب المدير العام لمنظمة الصحة العالمية
- ج ٥٢/٦٧ العقارات: أحدث المعلومات عن استراتيجية تجديد مباني جنيف
- ج ٥٣/٦٧ التعاون داخل منظومة الأمم المتحدة ومع سائر المنظمات الحكومية الدولية
- ج ٥٤/٦٧ إصلاح منظمة الصحة العالمية  
التقرير المقدم من لجنة البرنامج والميزانية والإدارة التابعة للمجلس التنفيذي إلى  
جمعية الصحة العالمية السابعة والستين
- ج ٥٥/٦٧ تقييم أداء الميزانية البرمجية ٢٠١٢-٢٠١٣  
التقرير المقدم من لجنة البرنامج والميزانية والإدارة التابعة للمجلس التنفيذي إلى  
جمعية الصحة العالمية السابعة والستين
- ج ٥٦/٦٧ التقرير المالي والبيانات المالية المراجعة للسنة المنتهية في ٣١ كانون الأول/  
ديسمبر ٢٠١٣  
التقرير المقدم من لجنة البرنامج والميزانية والإدارة التابعة للمجلس التنفيذي إلى  
جمعية الصحة العالمية السابعة والستين
- ج ٥٧/٦٧ حالة تحصيل الاشتراكات المقدر، بما في ذلك الدول الأعضاء المتأخرة في سداد  
اشتراكاتها إلى حد يبرر تطبيق أحكام المادة ٧ من الدستور  
التقرير المقدم من لجنة البرنامج والميزانية والإدارة التابعة للمجلس التنفيذي إلى  
جمعية الصحة العالمية السابعة والستين
- ج ٥٨/٦٧ تقرير مراجع الحسابات الخارجي  
التقرير المقدم من لجنة البرنامج والميزانية والإدارة التابعة للمجلس التنفيذي إلى  
جمعية الصحة العالمية السابعة والستين
- ج ٥٩/٦٧ تقرير مراجع الحسابات الداخلي  
التقرير المقدم من لجنة البرنامج والميزانية والإدارة التابعة للمجلس التنفيذي إلى  
جمعية الصحة العالمية السابعة والستين
- ج ٦٠/٦٧ التقرير السنوي عن الموارد البشرية  
التقرير المقدم من لجنة البرنامج والميزانية والإدارة التابعة للمجلس التنفيذي إلى  
جمعية الصحة العالمية السابعة والستين

العقارات: أحدث المعلومات عن استراتيجية تجديد مباني جنيف	ج ٦١/٦٧
التقرير الأول للجنة "أ"	ج ٦٢/٦٧
لجنة أوراق الاعتماد	ج ٦٣/٦٧
التقرير الثاني للجنة "أ"	ج ٦٤/٦٧
التقرير الثالث للجنة "أ"	ج ٦٥/٦٧
التقرير الأول للجنة "ب"	ج ٦٦/٦٧
انتخاب الدول الأعضاء التي لها حق تعيين شخص للعمل عضواً في المجلس التنفيذي	ج ٦٧/٦٧
التقرير الرابع للجنة "أ"	ج ٦٨/٦٧
التقرير الثاني للجنة "ب"	ج ٦٩/٦٧
التقرير الخامس للجنة "أ"	ج ٧٠/٦٧
التقرير الثالث للجنة "ب"	ج ٧١/٦٧
التقرير السادس للجنة "أ"	ج ٧٢/٦٧
التقرير الرابع للجنة "ب"	ج ٧٣/٦٧

#### وثائق معلومات

خطة تنفيذ عملية الإصلاح	ج ٦٧/معلومات/١
الأحوال الصحية في الأرض الفلسطينية المحتلة، بما فيها القدس الشرقية وفي الجولان السوري المحتل بيان حكومة إسرائيل	ج ٦٧/معلومات/٢
الأحوال الصحية في الأرض الفلسطينية المحتلة، بما فيها القدس الشرقية وفي الجولان السوري المحتل تقرير وزارة الصحة في الجمهورية العربية السورية	ج ٦٧/معلومات/٣
الأحوال الصحية في الأرض الفلسطينية المحتلة، بما فيها القدس الشرقية وفي الجولان السوري المحتل تقرير مقدم من مدير إدارة الصحة بالأونروا لعام ٢٠١٢	ج ٦٧/معلومات/٤

## قائمة الوثائق

---

الأحوال الصحية في الأرض الفلسطينية المحتلة، بما فيها القدس الشرقية وفي الجولان السوري المحتل تقرير مقدم بناءً على طلب المراقب الدائم لفلسطين لدى الأمم المتحدة والمنظمات الدولية الأخرى في جنيف	ج٦٧/ معلومات/ ٥
<b>وثائق متنوعة</b>	
قائمة بأسماء المندوبين وسائر المشاركين [ بالإنكليزية والفرنسية فقط ]	ج٦٧/ متنوعات/ ١ تتقيح ١
دليل المندوبين إلى جمعية الصحة العالمية	ج٦٧/ متنوعات/ ٢
المقررات الإجرائية وقائمة القرارات	ج٦٧/ متنوعات/ ٣
قائمة الوثائق	ج٦٧/ متنوعات/ ٤
كلمة الدكتورة كريستين كاسييا - ساتا، السيدة الأولى لجمهورية زامبيا أمام جمعية الصحة العالمية السابعة والستين	ج٦٧/ متنوعات/ ٥
كلمة السيدة ميليندا غيتس، مؤسسة بيل وميليندا غيتس، أمام جمعية الصحة العالمية السابعة والستين	ج٦٧/ متنوعات/ ٦





## أعضاء مكتب جمعية الصحة وعضوية اللجان

كوريا، الاتحاد الروسي، تيمور - لشتي، تونس،  
المملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية.

الرئيس: الدكتور روبرتو موراليس أوجيدا (كوبا)  
الأمين: الدكتورة مارغريت تشان، المديرية العامة

### اللجان الرئيسية

بموجب المادة ٣٥ من النظام الداخلي  
لجمعية الصحة العالمية يحق لكل وفد أن يكون  
ممثلاً بأحد أعضائه في كل لجنة رئيسية.

#### اللجنة "أ"

الرئيس: الأستاذة بامبلا رندي-فاغر (النمسا)  
نائب الرئيس: الأستاذ بي تيت خين (ميانمار)  
والدكتور جورغي فيلافيسنشيوي (غواتيمالا)  
المقرر: الدكتورة هيلين موبوغوا (كينيا)  
الأمين: الدكتور تيموئي أرمسترونغ، المنسق،  
الترصّد والوقاية السكانية

#### اللجنة "ب"

الرئيس: الدكتور روهاكانا روغوندا (أوغندا)  
نائب الرئيس: الدكتور محسن أسعدي-لاري  
(جمهورية إيران الإسلامية) والدكتور سيالي أكاولا  
(تونغا)  
المقرر: الدكتور دبندرا رامن سينغ (نيبال)  
الأمين: الدكتور كلايف أوندوري، المنسق، السلامة  
والحذر

### ممثلو المجلس التنفيذي

الأستاذة جين هالتون (أستراليا)  
الأستاذ أوغتاي شيرالبييف (أذربيجان)  
الدكتور محسن أسعدي-لاري (جمهورية إيران الإسلامية)  
الأستاذ بي تيت خين (ميانمار)

الرئيس:

الرئيس: الدكتور روبرتو موراليس أوجيدا (كوبا)

نواب الرئيس:

الدكتور نيل شارما (فيجي)

السيد فرانسوا إيبوفي (كونغو)

السيد مايتريبال يابا سيريسينا (سري لانكا)

الدكتور فيتينيس بوفيلاس أندريوكايتيس (ليتوانيا)

السيد صديق بن عبد الكريم الشهابي (البحرين)

الأمين:

الدكتورة مارغريت تشان، المديرية العامة

### لجنة أوراق الاعتماد

تألّفت لجنة أوراق الاعتماد من وفود الدول  
الأعضاء التالية: شيلي، جمهورية كوريا الديمقراطية  
الشعبية، الجمهورية الدومينيكية، إثيوبيا، أيسلندا،  
العراق، اليابان، ماليزيا، موناكو، موزامبيق،  
البرتغال، زامبيا.

الرئيس: الدكتور فيصل إيدزوان مصطفى (ماليزيا)

نائب الرئيس: الدكتور غوي فونيس (شيلي)

الأمين: السيد إكزافييه داني (مسؤول قانوني كبير)

### اللجنة العامة

تألّفت اللجنة العامة من رئيس جمعية  
الصحة ونوابه ورئيسي اللجنتين الرئيسيتين، إلى  
جانب مندوبي الدول الأعضاء التالية: أفغانستان،  
أنغولا، بنن، الرأس الأخضر، الصين، كوستاريكا،  
غينيا الاستوائية، فرنسا، اليونان، غيانا، جمهورية



## القرارات والمقررات الإجرائية



# القرارات

ج ص ٦٧٤-١ الاستراتيجية والأهداف العالمية للوقاية من السل ورعاية مرضاه ومكافحته بعد  
عام ٢٠١٥

جمعية الصحة العالمية السابعة والستون،

بعد النظر في التقرير الخاص بمسودة الاستراتيجية والأهداف العالمية للوقاية من السل ورعاية مرضاه  
ومكافحته بعد عام ٢٠١٥؛<sup>٢</sup>

وإذ تعترف بما أُحرز من تقدم نحو بلوغ الهدف ٦ من الأهداف الإنمائية للألفية (مكافحة فيروس  
العوز المناعي البشري/ الأيدز والملاريا وغيرها من الأمراض) في عام ٢٠١٥ في أعقاب إعلان الأمم  
المتحدة بشأن الألفية وما يتصل به من أهداف مكافحة السل في عام ٢٠١٥ من خلال اعتماد استراتيجية  
المعالجة القصيرة الأمد تحت الإشراف المباشر واستراتيجية دحر السل والخطة العالمية لدحر السل ٢٠٠٦-  
٢٠١٥، وكذلك تمويل الخطط الوطنية المبنية على تلك الأطر، مثلاً ما دُعِيَ إليه، ضمن جملة أمور، في  
القرار ج ص ٦٠٤-١٩ بشأن مكافحة السل؛

وإذ يساورها القلق إزاء استمرار وجود ثغرات وإحراز تقدم متفاوت في بلوغ الأهداف الحالية، وإزاء حاجة  
بعض الأقاليم والدول الأعضاء والمجتمعات المحلية والفئات الضعيفة إلى استراتيجيات وأنشطة دعم محدّدة  
لتسريع عجلة التقدم المُحرز في الوقاية من الأمراض ومنع الوفيات وتوسيع نطاق إتاحة ما يلزم من تدخلات  
وأدوات جديدة؛

وإذ يساورها القلق كذلك لأنه حتى في ظل إحراز تقدم كبير فإن التقديرات تشير إلى وجود ثلاثة ملايين  
شخص ممّن يُصابون بالسل سنوياً لا يُكشف عن إصابتهم بالمرض أو لا يحصلون على ما يلزمهم من خدمات  
الرعاية والعلاج؛

وإذ تدرك العواقب الاجتماعية والاقتصادية الوخيمة المترتبة على السل والعبء الذي يتحمّله من جرائه  
الكثير من المتضررين به لدى سعيهم إلى الحصول على الرعاية منه والالتزام بعلاجه؛

وإذ تضع في اعتبارها القرار ج ص ٦٢٤-١٥ بشأن توقي ومكافحة السل المقاوم للأدوية المتعددة  
والسل الشديد المقاومة للأدوية والنداء الوارد فيه؛ وإذ تعي أن الاستجابة للأزمة حتى الآن قاصرة برغم اعتماد  
فحوص جديدة للتشخيص السريع للمرض والجهود المبذولة لتعزيز سبل تدبيره علاجياً، وإذ تدرك أيضاً أن  
الغالبية العظمى ممّن يحتاجون إلى خدمات عالية الجودة في مجال الوقاية من المرض وعلاج مرضاه ورعايتهم

١ انظر الملحق ٦ للاطلاع على الآثار المالية والإدارية المترتبة على هذا القرار بالنسبة إلى الأمانة.

٢ الوثيقة ج ١١/٦٧.

لا يزالون يعانون من نقص إتاحة تلك الخدمات، وإذ تثير جزعها المخاطر الجسيمة المحدقة بالأفراد وبالصحة العمومية التي يشكلها السل المقاوم للأدوية المتعددة؛

وإذ تدرك أن العدوى المصاحبة للإصابة بفيروس العوز المناعي البشري هي السبب الرئيسي الذي يقف وراء الفشل في بلوغ الأهداف المتعلقة بمكافحة السل في المواضع التي ترتفع فيها معدلات انتشار الإصابة بالفيروس وأن السل هو السبب الرئيسي للوفيات فيما بين المتعاشين مع هذا الفيروس، واعترافاً منها بالحاجة إلى اتخاذ إجراءات عمل مشتركة ومعززة للغاية في مجال التصدي للوبائين المزدوجين للإصابة بالسل وفيروس العوز المناعي البشري/ الأيدز من خلال زيادة تكامل خدمات الرعاية الصحية الأولية من أجل تحسين إتاحة الرعاية؛

وإذ تسلّم بأنه يجب في العقود المقبلة بعد عام ٢٠١٥ إحراز مزيد من التقدم بشأن مكافحة السل وسائر الأولويات الصحية المحددة في إعلان الألفية للأمم المتحدة، وأن إحراز التقدم بشأن جميع تلك الأولويات يستدعي التزاماً شاملاً بتعزيز النظم الصحية وإحراز تقدم من أجل تحقيق التغطية الصحية الشاملة؛

وإذ تعترف بأن إحراز تقدم في مكافحة السل مرهون بالعمل داخل قطاع الصحة وخارجه من أجل معالجة محددات المرض الاجتماعية والاقتصادية، بما فيها توسيع نطاق الحماية الاجتماعية والحد من الفقر إجمالاً؛

وإذ تسترشد بالقرار ج ص ع ٦١-١٧ بشأن صحة المهاجرين والنداء الوارد فيه، واعترافاً منها بالحاجة إلى توثيق عرى التعاون بين البلدان والأقاليم التي ترتفع فيها معدلات الإصابة بالسل وتلك التي تنخفض فيها معدلاته فيما يخص تعزيز آليات رصد المرض ومكافحته، بما في ذلك فيما يتصل بتزايد حراك اليد العاملة؛

وإذ تلاحظ الحاجة إلى زيادة توظيف الاستثمارات اللازمة لتسريع عجلة تنفيذ الابتكارات على الصعيد القطري وكذلك للاضطلاع بأنشطة البحث والتطوير في ميدان استحداث أدوات جديدة لرعاية مرضى السل والوقاية منه التي لا يُستغنى عنها للتخلص من المرض،

١- **تعتمد** الاستراتيجية والأهداف العالمية للوقاية من السل ورعاية مرضاه ومكافحته بعد عام ٢٠١٥،  
بالاقتران مع ما يلي:

(١) الرؤية الصريحة للاستراتيجية المتمثلة في عالم خالٍ من السل وأهدافها بشأن القضاء على وباء السل العالمي بحلول عام ٢٠٣٥ من خلال تخفيض الوفيات الناجمة عن السل بنسبة ٩٥٪ ومعدلات الإصابة به بنسبة ٩٠٪ (أو أقل من ١٠ حالات إصابة بالسل لكل ١٠٠ ٠٠٠ نسمة من السكان) والتخلص من التكاليف الكارثية المترتبة عليه التي تتكبدها الأسر المتضررة به؛

(٢) النقاط الرئيسية المرتبطة بالاستراتيجية للأعوام ٢٠٢٠ و ٢٠٢٥ و ٢٠٣٠؛

(٣) مبادئ الاستراتيجية التي تتناول ما يلي: إشراف الحكومة والمساءلة؛ وتشكيل ائتلاف مع المجتمعات المحلية المتضررة وفئات المجتمع المدني؛ والإنصاف وحقوق الإنسان والأخلاقيات؛ وتكييفها بما يلبي الاحتياجات في كل سياق من السياقات الوبائية والاجتماعية والاقتصادية والنظم الصحية؛

(٤) ركائز الاستراتيجية الثلاث التالية: الرعاية والوقاية المنكاملتان اللتان تركزان على المرضى؛ والسياسات الواضحة والنظم الداعمة؛ وأنشطة البحث والابتكار المكثفة؛

٢- تحث جميع الدول الأعضاء<sup>١</sup> على ما يلي:

(١) أن تكيف الاستراتيجية بما يتماشى مع الأولويات والخصوصيات الوطنية؛

(٢) وأن تقوم بتنفيذ الإجراءات المتعددة القطاعات المقترحة في الاستراتيجية فيما يخص مكافحة السل تحديداً وقطاع الصحة ورصد تلك الإجراءات وتقييمها، وذلك في إطار التزام رفيع المستوى وتوفير ما يلزم من تمويل وعقب مراعاة المواضيع المحلية،

(٣) وأن تسعى، بالمشاركة الكاملة لطائفة واسعة من أصحاب المصلحة، إلى منع استمرار ارتفاع معدلات الإصابة بالسل داخل مجتمعات محلية أو مواقع جغرافية معينة؛

٣- تدعو الشركاء الدوليين والإقليميين والوطنيين والمحليين من داخل قطاع الصحة وخارجه إلى المشاركة في تنفيذ الاستراتيجية والأهداف العالمية للوقاية من السل ودعم مرضاه ومكافحته بعد عام ٢٠١٥، ودعم تنفيذها؛

٤- تطلب من المدير العام ما يلي:

(١) أن يزود الدول الأعضاء بتوجيهات بشأن السبل الكفيلة بتكثيف الاستراتيجية ووضعها موضع التنفيذ، بما في ذلك توثيق عرى التعاون عبر الحدود تلبيةً لاحتياجات الفئات الضعيفة من المجتمعات المحلية، بما فيها جماعات المهاجرين من السكان، وتصدياً للتهديدات التي تشكلها مقاومة السل للأدوية المتعددة؛

(٢) أن يتولى تنسيق تنفيذ الاستراتيجية العالمية لمكافحة السل بعد عام ٢٠١٥ والإسهام في تنفيذها، وذلك بالعمل مع الدول الأعضاء والصندوق العالمي لمكافحة الأيدز والسل والملاريا والمرفق الدولي لشراء الأدوية وسائر مؤسسات التمويل العالمية والإقليمية، وكذلك جميع الفئات المعنية المؤلفة لقوام شراكة دحر السل وشركاء آخرين من عدة قطاعات ممن يلزم العمل معهم لبلوغ هدف الاستراتيجية وتحقيق أغراضها؛

(٣) أن يواصل إعداد وتحديث إرشادات معيارية وسياساتية عالمية فيما يخص الوقاية من السل ورعاية مرضاه ومكافحته عندما تُجمع بيانات جديدة وتُستحدث ابتكارات تُضاف إلى الأدوات والنهج الاستراتيجية المتاحة للقضاء على الوباء العالمي والمضي قدماً بسرعة أكبر بكثير في طريق التخلص منه؛

(٤) أن يزود الدول الأعضاء بالدعم عند الطلب فيما يتعلق بتكثيف الاستراتيجية وتنفيذها، وكذلك في وضع مؤشرات ومعالم وأهداف مناسبة وطنياً للإسهام في بلوغ أهداف عام ٢٠٣٥ على الصعيدين المحلي والعالمي؛

(٥) أن يتولى رصد تنفيذ الاستراتيجية وتقييم أثرها على أساس التقدم المُحرز في تحقيق مجموعة المعالم والأهداف؛

(٦) أن يعزز إجراء البحوث وتوليد المعارف اللازمة للقضاء على وباء السل العالمي والتخلص منه، بوسائل منها التعجيل في اكتشاف وتطوير أدوات ووسائل تشخيص وسبل علاج ووقاية جديدة أو أدوات ووسائل وسبل أخرى محسنة، وخاصة اللقاحات الفعالة، والبحث على الانتفاع بالابتكارات الناشئة عنها؛

١ وحسب الاقتضاء، منظمات التكامل الاقتصادي الإقليمي.

- (٧) أن يروج للمساواة في إتاحة الأدوات والمنتجات الطبية الجديدة اللازمة للوقاية من السل والسل المقاوم للأدوية المتعددة وتشخيصهما وعلاجهما، عندما تصبح تلك الأدوات والمنتجات متوفرة؛
- (٨) أن يعمل مع شراكة دحر السل، بوسائل منها تقديم الدعم الناشط واللازم لوضع خطة الاستثمار العالمية، وبيحث، حسب الاقتضاء، عن شركاء جدد يستطيعون تعضيد الالتزامات والابتكارات الفاعلة داخل قطاع الصحة وخارجه من أجل تنفيذ الاستراتيجية بفعالية؛
- (٩) أن يقدم تقريراً عن التقدم المُحرز إلى جمعيتي الصحة العالمية السبعين والثالثة والسبعين، ويقدم بعد ذلك تقارير على فترات منتظمة من خلال المجلس التنفيذي.

(الجلسة العامة السادسة، ٢١ أيار/ مايو ٢٠١٤ -  
اللجنة "أ"، التقرير الأول)

### ج ص ٦٧-٢ تحسين صنع القرار من جانب الأجهزة الرئاسية<sup>١</sup>

جمعية الصحة العالمية السابعة والستون،

بعد النظر في التقرير الخاص بتحسين صنع القرار من جانب الأجهزة الرئاسية،<sup>٢</sup>

- ١- **تقرّر** الأخذ بالبحث على الإنترنت للجلسات العلنية التي تعقدها في المستقبل اللجان "أ" و"ب" لجمعية الصحة، وكذلك جلساتها العامة، لجميع مستخدمي الإنترنت بواسطة رابط بموقع المنظمة الإلكتروني، وذلك رهناً بحل أي مشاكل تقنية ذات صلة وتتوافر الموارد المالية؛
- ٢- **تعتمد** توصية المجلس التنفيذي الواردة في المقرر الإجمالي م ت ١٣٤ (٣)، بخصوص استئجار نظام ذي مردودية ومأمون للتصويت الإلكتروني لغرض ترشيح وتعيين المدير العام، وأن تختبر ذلك النظام مسبقاً بواسطة تصويت صوري يتم في إطار الجهازين الرئاسيين قبل انتخاب المدير العام التالي؛
- ٣- **تحذف** المادة ٤٩ وتستعويض عن المادة ٤٨ من النظام الداخلي لجمعية الصحة العالمية بالنص التالي، على أن يصبح نافذاً اعتباراً من اختتام جمعية الصحة العالمية السابعة والستين:
- "يجوز تقديم اقتراحات رسمية بشأن بنود جدول الأعمال حتى اليوم الأول من دورة عادية لجمعية الصحة وقبل يومين من افتتاح دورة استثنائية. وتُحال كل تلك الاقتراحات إلى اللجنة التي وُزِعَ عليها بند جدول الأعمال ما عدا في حال النظر في البند مباشرة خلال جلسة عامة"<sup>٣</sup>؛
- ٤- **تقرّر كذلك** أن يقتصر النظر في التقارير المرحلية، من الآن فصاعداً، على جمعية الصحة وليس المجلس التنفيذي.

(الجلسة العامة الثامنة، ٢٣ أيار/ مايو ٢٠١٤ -  
اللجنة "أ"، التقرير الثاني)

١ انظر الملحق ٦ للاطلاع على الآثار المالية والإدارية المترتبة على هذا القرار بالنسبة إلى الأمانة.

٢ الوثيقة ج ٥/٦٧.

٣ انظر الملحق ٢.



ج ص ٦٧٤-٣ التقرير المالي والبيانات المالية المراجعة للسنة المنتهية في ٣١ كانون الأول/ ديسمبر ٢٠١٣

جمعية الصحة العالمية السابعة والستون،

وقد نظرت في التقرير المالي والبيانات المالية المراجعة للسنة المنتهية في ٣١ كانون الأول/ ديسمبر ٢٠١٣؛<sup>١</sup>

وإذ تحيط علماً بتقرير لجنة البرنامج والميزانية والإدارة التابعة للمجلس التنفيذي إلى جمعية الصحة العالمية السابعة والستين؛<sup>٢</sup>

تقبل التقرير المالي والبيانات المالية المراجعة للمدير العام للسنة المنتهية في ٣١ كانون الأول/ ديسمبر ٢٠١٣.

(الجلسة العامة الثامنة، ٢٣ أيار/ مايو ٢٠١٤-  
اللجنة "ب"، التقرير الأول)

ج ص ٦٧٤-٤ التمويل التكميلي للعقارات والخصوم الطويلة الأجل الخاصة بالموظفين

جمعية الصحة العالمية السابعة والستون،

بعد النظر في التقرير المالي والبيانات المالية المراجعة للسنة المنتهية في ٣١ كانون الأول/ ديسمبر ٢٠١٣،<sup>٣</sup>

وإذ أحاط علماً بالتقرير المقدم من لجنة البرنامج والميزانية والإدارة التابعة للمجلس التنفيذي إلى جمعية الصحة العالمية السابعة والستين،<sup>٢</sup>

١- **توافق على** استخدام مبلغ ٤٠ مليون دولار أمريكي من رصيد صندوق الاشتراكات المقدر على الدول الأعضاء في ٣١ كانون الأول/ ديسمبر ٢٠١٣، وذلك على النحو التالي:

(أ) مبلغ ٢٥ مليون دولار أمريكي لصندوق العقارات من أجل تكوين الاحتياطي اللازم للتمويل الرأسمالي؛

(ب) مبلغ ١٥ مليون دولار أمريكي لتغطية الالتزامات الطويلة الأجل الخاصة بالموظفين (من أجل تكاليف انتهاء الخدمة)؛

١ الوثيقة ج ٤٣/٦٧.

٢ الوثيقة ج ٥٦/٦٧.

٣ الوثيقتان ج ٤٣/٦٧ و ٤٣/٦٧ إضافة ١.

٢- **تطلب من المدير العام أن يقدم إلى جمعية الصحة العالمية الثامنة والستين وإلى جمعيات الصحة اللاحقة تقريراً عن استخدام هذه الأموال، من خلال التقارير المالية والبيانات المالية المراجعة، بدءاً من التقرير الخاص بالسنة المنتهية في ٣١ كانون الأول/ديسمبر ٢٠١٤.**

(الجلسة العامة الثامنة، ٢٣ أيار/مايو ٢٠١٤-  
اللجنة "ب"، التقرير الأول)

**ج ص ٦٧٤-٥ حالة تحصيل الاشتراكات المقدرة، بما في ذلك الدول الأعضاء المتأخرة في سداد اشتراكاتها إلى حد يبرر تطبيق أحكام المادة ٧ من الدستور**

جمعية الصحة العالمية السابعة والستون،

بعد أن نظرت في التقرير الخاص بحالة تحصيل الاشتراكات المقدرة بما في ذلك الدول الأعضاء المتأخرة في سداد اشتراكاتها إلى حد يبرر تطبيق أحكام المادة ٧ من الدستور؛<sup>١</sup>

وإذ تحيط علماً بتقرير لجنة البرنامج والميزانية والإدارة التابعة للمجلس التنفيذي إلى جمعية الصحة العالمية السابعة والستين؛<sup>٢</sup>

وإذ تلاحظ أنه عند افتتاح جمعية الصحة العالمية السابعة والستين كانت حقوق التصويت الخاصة بجمهورية أفريقيا الوسطى وجزر القمر وغرينادا وغينيا - بيساو والصومال موقوفة، وأن هذا الوقف سيستمر حتى تخفض المتأخرات المستحقة على الدول المعنية أثناء جمعية الصحة الحالية أو جمعيات الصحة المقبلة دون قيمة المبلغ الذي يبرر تطبيق أحكام المادة ٧ من الدستور؛

وإذ تلاحظ أن حقوق التصويت الخاصة بأنتيغوا وبربودا قد تم وقفها أثناء جمعية الصحة العالمية السادسة والستين، اعتباراً من جمعية الصحة العالمية السابعة والستين وأن ذلك الوقف سيستمر في جمعية الصحة العالمية الحالية وجمعيات الصحة المقبلة إلى أن تخفض متأخرات الدول المعنية دون قيمة المبلغ الذي يبرر تطبيق أحكام المادة ٧ من الدستور؛

وإذ تلاحظ أن ليسوتو وموريتانيا وسانت فنست وغرينادين وجنوب السودان وسورينام وأوكرانيا كانت متأخرة، عند افتتاح جمعية الصحة العالمية السابعة والستين، في سداد اشتراكاتها إلى حد ينطوي على ضرورة أن تنتظر جمعية الصحة، وفقاً للمادة ٧ من الدستور، فيما إذا كان ينبغي وقف امتيازات تصويت تلك البلدان، وفيما يتعلق بأوكرانيا عند افتتاح جمعية الصحة العالمية السابعة والستين، وفيما يتعلق ببقية الدول الأعضاء الخمس عند افتتاح جمعية الصحة العالمية الثامنة والستين،

**تقرر ما يلي:**

(١) أنه وفقاً لبيان المبادئ الوارد في القرار ج ص ٤١-٧، إذا كانت ليسوتو وموريتانيا وسانت فنست وغرينادين وجنوب السودان وسورينام لاتزال متأخرة في سداد اشتراكاتها عند افتتاح جمعية الصحة العالمية الثامنة والستين إلى حد يبرر تطبيق أحكام المادة ٧ من الدستور، فإن امتيازات

١ الوثيقة ج ٤٤/٦٧.

٢ الوثيقة ج ٥٧/٦٧.

التصويت الخاصة بها سوف توقف اعتباراً من تاريخ الافتتاح المشار إليه؛ وأنه وفقاً للقرار ٦٤-٢٠، إذا كانت أوكرانيا لاتزال متأخرة في سداد اشتراكاتها التي أعيدت جدولتها عند افتتاح جمعية الصحة العالمية السابعة والستين، فستوقف امتيازات التصويت الخاصة بها تلقائياً؛

(٢) أن أي وقف يتم تطبيقه على النحو الوارد بيانه في الفقرة (١) أعلاه سيستمر خلال جمعية الصحة العالمية الثامنة والستين وجمعيات الصحة اللاحقة، حتى يتم خفض متأخرات ليسوتو وموريتانيا وسانت فنست وغرينادين وجنوب السودان وسورينام وأوكرانيا دون قيمة المبلغ 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 الثامنة، ٢٣ أيار/ مايو ٢٠١٤-  
اللجنة "ب"، التقرير الأول)

## جص ٦٧-٦ جص ٦ التهاب الكبد ١

جمعية الصحة العالمية السابعة والستون،

بعد النظر في التقرير الخاص بالتهاب الكبد،<sup>٢</sup>

إذ تؤكد مجدداً على القرار جص ٦٣-١٨ الذي اعتمده جمعية الصحة العالمية السادسة والثلاثون في عام ٢٠١٠، والذي اعترف بأن التهاب الكبد الفيروسي مشكلة عالمية من مشاكل الصحة العمومية، وبأن من الضروري للحكومات والمجموعات السكانية اتخاذ إجراءات من أجل الوقاية من التهاب الكبد الفيروسي وتشخيصه وعلاجه، والذي طلب من المدير العام عدة أمور منها وضع الاستراتيجيات اللازمة لدعم هذه الجهود، وإذ تعرب عن القلق إزاء بطء وتيرة التنفيذ؛

وإذ تذكر أيضاً بالقرار جص ٤٥-١٧ بشأن التمنيع وجودة اللقاحات، الذي حث الدول الأعضاء على إدراج لقاح التهاب الكبد "B" في برامج التمنيع الوطنية، وتعرب عن القلق لأن التغطية العالمية للرضع بلقاح التهاب الكبد "B" تقدر حالياً بما يبلغ ٧٩٪، ومن ثم فإنها أقل من الهدف العالمي الذي يبلغ ٩٠٪؛

وإذ تشير كذلك إلى القرار جص ٦١-٢١ الذي اعتمد الاستراتيجية وخطة العمل العالميتين بشأن الصحة العمومية والابتكار والملكية الفكرية؛

وإذ تشير مع بالغ القلق إلى أن التهاب الكبد الفيروسي يتسبب الآن في ١,٤ مليون وفاة سنوياً (مقابل ١,٦ مليون وفاة بسبب الأيدز والعدوى بفيروسه و١,٣ مليون وفاة بسبب السل و٦٠٠ ٠٠٠ وفاة بسبب الملاريا)، ولأن هناك نحو ٥٠٠ مليون شخص يتعايشون حالياً مع التهاب الكبد الفيروسي، ونحو ملياري شخص أصيبوا بعدوى التهاب الكبد "B"، وإذ تضع في اعتبارها أن معظم المصابين بالتهاب الكبد المزمن "B"

١ انظر الملحق ٦ للاطلاع على الآثار المالية والإدارية المترتبة على هذا القرار بالنسبة إلى الأمانة.

٢ الوثيقة ج٦٧/١٣.

أو "C" لا يدركون إصابتهم بالعدوى ويتعرضون لمخاطر جدية للإصابة بتليف الكبد أو سرطان الكبد الأمر الذي يُسهم في زيادة الإصابة بكلا هذين المرضين المزمنين على مستوى العالم؛

وإذ تشير أيضاً إلى أن الملايين من حالات العدوى الحادة بفيروس التهاب الكبد "A" و"E" تحدث سنوياً وتتسبب في عشرات الآلاف من الوفيات التي تقتصر تقريباً على البلدان المنخفضة الدخل وتلك المتوسطة الدخل؛

وإذ تضع في الاعتبار أنه بالرغم من أن التهاب الكبد "C" لا يمكن الوقاية منه بالتطعيم فإن نُظم العلاج الحالية تتيح معدلات الشفاء العالية المتوقع أن تتحسن أكثر فأكثر مع العلاجات الجديدة القادمة؛ وأنه برغم أن التهاب الكبد "B" يمكن الوقاية منه بلفاح مأمون وناجع هناك ٢٤٠ مليون شخص يتعايشون مع عدوى فيروس التهاب الكبد "B" ويمكن للعلاجات الناجعة المتاحة أن تقي من الإصابة بتليف الكبد وسرطان الكبد بين الكثيرين من المصابين بالعدوى؛

وإذ تُعرب عن القلق من أن تدابير الوقاية لا تنفذ على النطاق العالمي وأن المساواة في إتاحة وتوافر وسائل التشخيص ونُظم العلاج الجيدة والفعالة والميسورة التكلفة والمأمونة الخاصة بالتهاب الكبد "B" و"C" كليهما لا توجد في معظم أنحاء العالم، وخصوصاً في البلدان النامية؛

وإذ تعترف بدور تعزيز الصحة والوقاية من الأمراض في مكافحة التهاب الكبد الفيروسي، وتؤكد على أهمية تعزيز استراتيجيات التلقيح بوصفها إجراءات كبيرة الأثر وعالية المردودية بالنسبة إلى الصحة العمومية؛

وإذ تلاحظ مع القلق أن معدلات التغطية في العالم بجرعات لفاح التهاب الكبد "B" عند الولادة لاتزال منخفضة على نحو غير مقبول؛

وإذ تقر أيضاً بأن التهاب الكبد "A" و"E" في آسيا وأفريقيا لا يزال يتسبب في فاشيات كبرى بينما يوجد لفاح مأمون وناجع ضد التهاب الكبد "A" منذ عقدين من الزمان تقريباً، وأنه تم استحداث لقاحات مرشحة ضد التهاب الكبد "E" ولكن لم يتم بعد الإشهاد عليها من جانب المنظمة، وأن انعدام تدابير التصحح والإصحاح الأساسية يعزز مخاطر انتقال فيروس التهاب الكبد "A" وفيروس التهاب الكبد "E"، وأن أضعف المجموعات السكانية لا يتاح لها الحصول على تلك اللقاحات؛

وإذ تضع في الحسبان أن الإفراط في استعمال الحقن والممارسات غير المأمونة في هذا الصدد تتسبب في عبء كبير من الوفيات والعجز على نطاق العالم، حيث تشير التقديرات إلى أن عام ٢٠١٠ شهد ١,٧ مليون حالة عدوى بالتهاب الكبد "B" و ٣٢٠ ٠٠٠ حالة عدوى أخرى بالتهاب الكبد "C"؛

وإذ تعترف بالحاجة إلى إتاحة الدم المأمون لمن يُنقل الدم إليهم، مثلما حدده القرار ج ص ع ٢٨-٧٢، بشأن استعمال وإمدادات الدم البشري ومنتجات الدم البشري، والذي أوصت فيه جمعية الصحة بتنمية خدمات التبرع بالدم العمومية الوطنية، وكما هو الشأن في القرار ج ص ع ٥٨-١٣ الذي وافقت فيه جمعية الصحة على تكريس يوم عالمي للمتبرعين بالدم، وإذ تضع في الاعتبار أن إحدى الطرق الرئيسية لانتقال فيروس التهاب الكبد "B" و"C" هي طريقة غير معوية؛

وإذ تعترف كذلك بالحاجة إلى تعزيز النُظم الصحية وتكامل النهج التعاونية وأوجه التآزر بين برامج الوقاية من التهاب الكبد الفيروسي ومكافحته وبين برامج فيروس العوز المناعي البشري وغيره من الأمراض

المعدية ذات الصلة المنقولة جنسياً والمنقولة عن طريق الدم، وسائر حالات العدوى التي تنتقل من الأم إلى الطفل، وكذلك برامج مكافحة السرطان والأمراض غير السارية؛

وإذ تلاحظ أن فيروس التهاب الكبد "B"، وخصوصاً فيروس التهاب الكبد "C"، يؤثران تأثيراً غير متناسب على متعاطي المخدرات عن طريق الحقن، وأنه يوجد من بين من يتعاطونها بهذه الطريقة والبالغ عددهم ١٦ مليون شخص، عدد يُقدَّر بعشرة ملايين شخص من المتعاشين مع عدوى فيروس التهاب الكبد "C" وآخر قدره ١,٢ مليون شخص من المتعاشين مع عدوى فيروس التهاب الكبد "B"؛

وإذ تذكر بالفقرة ٥٩(ح) من قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة ٢٧٧/٦٥ التي توصي بأن يتم "إبلاء الاهتمام، حسب الاقتضاء، لتنفيذ برامج للحد من المخاطر والأضرار ولتوسيع نطاق هذه البرامج، بالاسترشاد بالدليل الفني لمنظمة الصحة العالمية ومكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة وبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/ متلازمة نقص المناعة المكتسب (الأيدز) والموجه إلى البلدان لتحديد الأهداف المتعلقة بالإتاحة الشاملة لخدمات الوقاية من فيروس العوز المناعي البشري وخدمات العلاج منه ورعاية مرضاه لمتعاطي المخدرات بالحقن،<sup>١</sup> بما يتماشى مع التشريعات الوطنية"،<sup>٢</sup> هي تدخلات تمثل عناصر ضرورية للوقاية والتشخيص والعلاج والبرامج فيما يخص فيروس التهاب الكبد "B" وفيروس التهاب الكبد "C" على السواء، وأن إتاحة هذه العناصر مازالت محدودة أو منعدمة في كثير من البلدان التي يوجد فيها عبء ثقيل من حالات العدوى بفيروس التهاب الكبد "B" وفيروس التهاب الكبد "C"؛

وإذ تدرك أن ثمة عدداً يتراوح بين ٤ و ٥ ملايين شخص من المتعاشين مع فيروس العوز المناعي البشري من المصابين بالعدوى المصاحبة لفيروس التهاب الكبد "C" وأن ثمة أكثر من ٣ ملايين شخص آخر من المصابين بالعدوى المصاحبة لفيروس التهاب الكبد "B" الأمر الذي أصبح سبباً رئيسياً للإصابة بالعجز والوفيات فيما بين من يتلقون علاجاً بالأدوية المضادة للفيروسات القهقرية؛

وإذ تأخذ في الاعتبار أن التهاب الكبد الفيروسي مشكلة رئيسية تستشري بين صفوف مجتمعات السكان الأصليين في بعض البلدان؛

وإذ ترحب بالاستراتيجية العالمية التي وضعتها المنظمة في إطار اتباع نهج خاص بالانظم الصحية، بشأن الوقاية من عدوى التهاب الكبد الفيروسي ومكافحتها؛<sup>٣</sup>

وإذ ترى أن معظم الدول الأعضاء تفقر إلى نظم ترصد كافية بشأن التهاب الكبد الفيروسي لتمكينها من اتخاذ قرارات سياسية مسندة بالبيانات؛

وإذ تأخذ في الاعتبار أن إجراء تقييم دوري لمدى تنفيذ استراتيجية المنظمة أمر بالغ الأهمية لرصد التصدي لالتهاب الكبد الفيروسي في العالم، وأن العملية قد استُهلَّت بالتزامن مع نشر تقرير السياسات العالمي

١ متاح في [www.who.int/hiv/pub/idu/targetsetting/en/index.html](http://www.who.int/hiv/pub/idu/targetsetting/en/index.html).

٢ WHO/UNODC/UNAIDS Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users. Geneva: World Health Organization.

٣ الوقاية من عدوى التهاب الكبد الفيروسي ومكافحتها: إطار العمل العالمي. جنيف، منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٢.

عن الوقاية من التهاب الكبد الفيروسي ومكافحته في الدول الأعضاء بمنظمة الصحة العالمية في عام ٢٠١٣؛<sup>١</sup>

وإذ تعترف بالحاجة إلى الحد من معدلات الوفيات الناجمة عن الإصابة بسرطان الكبد وأن حالات التهاب الكبد الفيروسي مسؤولة عن نسبة ٧٨٪ من حالات سرطان الكبد الأولية وإذ ترجّب بإدراج مؤشر عن التلقيح ضد التهاب الكبد "B" في إطار الرصد العالمي الشامل المُعتمد في القرار جص ٦٦-١٠ بشأن متابعة الإعلان السياسي للاجتماع الرفيع المستوى للجمعية العامة بشأن الوقاية من الأمراض غير المعدية (غير السارية) ومكافحتها؛

وإذ تسلّم بضرورة مكافحة وإزالة ظاهرة وسم المتعاشين مع التهاب الكبد الفيروسي أو المتضررين به والتمييز ضدهم، وتصميماً منها على حماية وضمان تمتعهم بحقوق الإنسان،

#### ١- تحث الدول الأعضاء<sup>٢</sup> على ما يلي:

(١) أن تقوم بوضع وتنفيذ استراتيجيات وطنية متعددة القطاعات منسقة بشأن توقي التهاب الكبد الفيروسي وتشخيصه وعلاج مرضاه بناءً على السياق الوبائي المحلي؛

(٢) أن تعضد الإجراءات المتصلة بتعزيز الصحة والوقاية من التهاب الكبد الفيروسي، والعمل في الوقت ذاته على حفز تطبيق استراتيجيات التمنيع وتعزيزها، بما في ذلك المتعلق منها بالتهاب الكبد "A" بناءً على السياق الوبائي المحلي؛

(٣) أن تعزز مشاركة المجتمع المدني في جميع نواحي توقي التهاب الكبد الفيروسي وتشخيصه وعلاج مرضاه؛

(٤) أن تضع موضع التنفيذ نظام ترصد كاف بشأن التهاب الكبد الفيروسي دعماً لاتخاذ القرارات بخصوص السياسات المسندة بالبيّنات؛

(٥) أن تعزز نظام جمع تبرعات الدم من المتبرعين طوعاً ودون مقابل وقليل المخاطر، وذلك من أجل إخضاع جميع كميات الدم المُتبرّع بها لفحوص مضمونة الجودة للوقاية من سريان فيروس العوز المناعي البشري والتهاب الكبد "B" والتهاب الكبد "C" والزهري، وأن تتبع ممارسات جيدة في عمليات نقل الدم ضماناً لسلامة المرضى؛

(٦) أن تعزز النظام المعني بإخضاع جميع المتبرعين بالأنسجة والأعضاء لفحوص مضمونة الجودة للوقاية من سريان فيروس العوز المناعي البشري والتهاب الكبد "B" والتهاب الكبد "C" والزهري؛

(٧) أن تقلل انتشار عدوى التهاب الكبد "B" المزمن بين الأطفال بحسب ما تقترحه اللجان الإقليمية التابعة للمنظمة، وخصوصاً عن طريق تدعيم الجهود الرامية إلى الوقاية من انتقال التهاب الكبد "B" من الأم إلى الطفل من خلال إعطاء جرعة من اللقاح المضاد للتهاب عند الولادة؛

١ تقرير السياسات العالمي عن الوقاية من التهاب الكبد الفيروسي ومكافحته في الدول الأعضاء بمنظمة الصحة العالمية. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ ٢٠١٣.

٢ وحسب الاقتضاء، منظمات التكامل الاقتصادي الإقليمي.

(٨) أن تعزز التدابير للوقاية من التهاب الكبد "A" و" E"، ولاسيما النهوض بالسلامة الغذائية ومأمونية مياه الشرب وتدابير التصحح؛

(٩) أن تعزز مكافحة العدوى في سياقات الرعاية الصحية باتخاذ كل التدابير اللازمة للوقاية من إعادة استخدام المعدات الوحيدة الاستعمال، وتنظيف المعدات المتعددة الاستعمال وتطهيرها أو تعقيمها الرفيع المستوى حسب الاقتضاء؛

(١٠) أن تدرج، حيثما يكون ملائماً، لقاح التهاب الكبد "B" للرضع في برامج التمنيع الوطنية، بالعمل من أجل تحقيق تغطية تامة؛

(١١) أن تدرج حكماً خاصاً في السياسات المتعلقة بالمساواة في فرص الوقاية والتشخيص والعلاج بين صفوف السكان المتضررين بالتهاب الكبد الفيروسي، ولاسيما السكان الأصليون والمهاجرون وفئات السكان الضعيفة، حسب الاقتضاء؛

(١٢) أن تنتظر، حسب الاقتضاء، في وضع آليات تشريعية وطنية لأغراض استخدام أوجه المرونة الواردة في الاتفاق المتعلق بالجوانب التجارية لحقوق الملكية الفكرية (اتفاق تريبيس) من أجل تعزيز إتاحة عدد محدد من المنتجات الصيدلانية؛<sup>١</sup>

(١٣) أن تنتظر، كلما اقتضى الأمر، في استخدام الوسائل الإدارية والقانونية من أجل تعزيز إتاحة تكنولوجيات الوقاية من التهاب الكبد الفيروسي وتشخيصه وعلاجه؛

(١٤) أن تنفذ برامج شاملة للوقاية والتشخيص والعلاج من أجل متعاطي المخدرات عن طريق الحقن، بما في ذلك التدخلات الأساسية التسعة،<sup>٢</sup> حسب الاقتضاء، بما يتماشى مع الدليل الفني لمنظمة الصحة العالمية ومكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة وبرنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الأيدز (برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/ متلازمة نقص المناعة المكتسب (الأيدز))، الموجه للبلدان كي تحدد الأهداف المتعلقة بالإتاحة الشاملة للوقاية والعلاج والرعاية فيما يتعلق بفيروس العوز المناعي البشري من أجل متعاطي المخدرات عن طريق الحقن،<sup>٣</sup> ووفقاً للاستراتيجية العالمية لقطاع الصحة بشأن الأيدز والعدوى بفيروسه ٢٠١١-٢٠١٥، وقرار الجمعية العامة للأمم المتحدة ٦٥/٢٧٧، مع مراعاة السياقات والتشريعات والولايات القضائية والمسؤوليات الداخلية.

(١٥) أن تسعى إلى الانتقال بحلول عام ٢٠١٧ إلى الاستخدام الحصري، حسب الاقتضاء، لأدوات الحقن المتحقق من صلاحيتها مسبقاً من جانب المنظمة أو ما يعادلها من أدوات الحقن

١ قرّر المجلس العام لمنظمة التجارة العالمية في قراره الصادر في ٣٠ آب/ أغسطس ٢٠٠٣ (تنفيذ الفقرة ٦ من إعلان الدوحة بشأن اتفاق تريبيس والصحة العمومية) أن "المقصود" بالمنتج الصيدلاني " هو أي منتج محمي ببراءة اختراع أو منتج يُصنع من خلال عملية محمية ببراءة اختراع يقوم بها القطاع الصيدلاني، والذي تمس إليه الحاجة من أجل معالجة مشاكل الصحة العمومية مثلما تُقر به الفقرة ١ من الإعلان. ومن المفهوم أن هذا الأمر يشمل العناصر الفعالة الضرورية لصناعته ويشمل كذلك مستلزمات التشخيص المتعلقة باستخدامه."

٢ Needle and syringe programmes; opioid substitution therapy and other drug dependence treatment; HIV testing and counselling; antiretroviral therapy; prevention and treatment of sexually transmitted infections; condom programmes for people who inject drugs and their sexual partners; targeted information, education and communication for people who inject drugs and their sexual partner; vaccination, diagnosis and treatment of viral hepatitis; prevention, diagnosis and treatment of tuberculosis.

٣ WHO, UNODC, UNAIDS Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users. Geneva: World Health Organization; 2009.

المأمونة بما فيها محاقن تكفل منع إعادة الاستعمال وأدوات للحقن العلاجي تكفل الوقاية من الإصابة الخطيرة ووضع السياسات الوطنية ذات الصلة؛

(١٦) أن تستعرض، حسب الاقتضاء، السياسات والإجراءات والممارسات المرتبطة بالوصم والتمييز، بما في ذلك رفض التشغيل والتدريب والتعليم وفرض القيود على السفر إزاء المصابين بالتهاب الكبد الفيروسي والمتضررين منه، أو تعطيلهم عن التمتع التام بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه؛

٢- تدعو كل صناديق الأمم المتحدة وبرامجها ووكالاتها المتخصصة ذات الصلة وسائر أصحاب المصلحة إلى ما يلي:

(١) إدراج الوقاية من التهاب الكبد الفيروسي وتشخيصه وعلاجه ضمن برامج عملها المعنية وأن تعمل بالتعاون الوثيق في هذا الصدد؛

(٢) أن تحدد وتعمم آليات لدعم البلدان في تقديم التمويل اللازم للوقاية من التهاب الكبد الفيروسي وتشخيصه وعلاجه؛

٣- تطلب من المدير العام ما يلي:

(١) تقديم الدعم التقني اللازم لتمكين الدول الأعضاء من إعداد استراتيجيات وطنية قوية ذات أهداف موقوتة للوقاية من التهاب الكبد الفيروسي وتشخيصه وعلاجه؛

(٢) إعداد مبادئ توجيهية محددة بشأن خوارزميات التشخيص الملائمة والفعالة والميسورة في البلدان النامية؛

(٣) القيام، من خلال التشاور مع الدول الأعضاء، بإنشاء نظام للرصد والتبليغ المنتظمين بشأن التقدم المحرز في الوقاية من التهاب الكبد الفيروسي وتشخيصه وعلاجه؛

(٤) توفير الإرشادات التقنية بخصوص الطرق الفعالة لدمج الوقاية والاختبار والرعاية والعلاج فيما يخص التهاب الكبد الفيروسي ضمن نظم الرعاية الصحية القائمة، وتحقيق أفضل استخدام للبنية التحتية والاستراتيجيات القائمة؛

(٥) العمل مع السلطات الوطنية بناءً على طلبها من أجل تعزيز الإتاحة الشاملة والمنصفة لخدمات الوقاية من التهاب الكبد الفيروسي وتشخيصه وعلاجه في الخطط الوطنية، مع إيلاء اهتمام خاص للبرامج الخاصة بالإبر والمحاقن والعلاج ببدائل الأفيون أو العلاجات الأخرى المُسندة بالبيانات بشأن متعاطي المخدرات عن طريق الحقن في الخطط الوطنية، أخذاً في الاعتبار السياق السياسي الوطني والإجراءات الوطنية ودعم البلدان، بناءً على الطلب، على تنفيذ هذه التدابير؛

(٦) تقديم التوجيه التقني بشأن الوقاية من التهاب الكبد "B" و"التهاب الكبد "C" المنقولين عبر نقل الدم بالتبرع المأمون بالدم من قبل متبرعين بلا مقابل مادي قليلي التعرض لخطر العدوى وإسداء المشورة إلى المتبرعين المصابين بالعدوى وإحالتهم وعلاجهم وفحص الدم الفعال؛

(٧) بحث جدوى القضاء على التهاب الكبد "B" و"التهاب الكبد "C" والاستراتيجيات اللازمة للقضاء عليهما بهدف تحديد أهداف عالمية محتملة؛



(٨) تقدير الأثر الاقتصادي العالمي والإقليمي والمحلي لالتهاب الكبد الفيروسي وعبئه بالتعاون مع الدول الأعضاء والمنظمات المعنية مع إيلاء العناية الواجبة لحالات تضارب المصالح المحتملة والمتصورة؛

(٩) دعم الدول الأعضاء بتقديم المساعدة التقنية في الاستفادة من أوجه المرونة في الاتفاق المتعلق بجوانب حقوق الملكية الفكرية المتصلة بالتجارة عند اللزوم، وطبقاً للاستراتيجية وخطة في الاتفاق العالميتين بشأن الصحة العمومية والابتكار والملكية الفكرية؛

(١٠) قيادة النقاش مع أصحاب المصلحة الرئيسيين والعمل معهم بهدف تسهيل الإتاحة المنصفة لعلاجات التهاب الكبد "B" و "C" ووسائل تشخيصهما الجيدة والمأمونة والفعالة والميسورة؛

(١١) مساعدة الدول الأعضاء على ضمان الإتاحة المنصفة لعلاجات التهاب الكبد "B" و "C" ووسائل تشخيصهما الجيدة والمأمونة والفعالة والميسورة، ولاسيما في البلدان النامية؛

(١٢) تعزيز علاقات التآزر إلى أقصى حد بين برامج الوقاية من التهاب الكبد الفيروسي وتشخيصه وعلاجه والعمل الجاري على تنفيذ خطة العمل العالمية التي وضعتها المنظمة للوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها في الفترة ٢٠١٣-٢٠٢٠؛

(١٣) تقديم تقرير عن تنفيذ هذا القرار إلى جمعية الصحة العالمية التاسعة والستين، أو إلى دورة سابقة لها إذا لزم الأمر، من خلال المجلس التنفيذي؛

(الجلسة العامة التاسعة، ٢٤ أيار/ مايو ٢٠١٤-  
اللجنة "أ"، التقرير الرابع)

جص ٦٧-٧ خطة العمل العالمية لمنظمة الصحة العالمية بشأن العجز ٢٠١٤-  
٢٠٢١: تحسين صحة جميع المصابين بالعجز<sup>١</sup>

جمعية الصحة العالمية السابعة والستون،

بعد أن نظرت في التقرير العالمي عن العجز لعام ٢٠١١،<sup>٢</sup> والتقرير الخاص بالعجز<sup>٣</sup> ومسودة خطة العمل العالمية لمنظمة الصحة العالمية بشأن العجز ٢٠١٤-٢٠٢١: تحسين صحة جميع المصابين بالعجز،

١- تعتمد خطة العمل العالمية لمنظمة الصحة العالمية بشأن العجز ٢٠١٤-٢٠٢١: تحسين صحة جميع المصابين بالعجز؛<sup>٤</sup>

٢- تحث الدول الأعضاء على تنفيذ الإجراءات المقترحة للدول الأعضاء في خطة العمل العالمية لمنظمة الصحة العالمية بشأن العجز ٢٠١٤-٢٠٢١: تحسين صحة جميع المصابين بالعجز، والتي تم تكييفها مع الأولويات الوطنية والسياقات المحددة؛

١ انظر الملحق ٦ للاطلاع على الآثار المالية والإدارية المترتبة على هذا القرار بالنسبة إلى الأمانة.

٢ World Health Organization, World Bank. World report on disability. Geneva: World Health Organization; 2011.

٣ الوثيقة ج١٦/٦٧.

٤ انظر الملحق ٣.

٣- تدعو الشركاء الدوليين والإقليميين والوطنيين إلى تنفيذ الإجراءات اللازمة للإسهام في تحقيق الأهداف الثلاثة لخطة العمل العالمية لمنظمة الصحة العالمية بشأن العجز ٢٠١٤-٢٠٢١: تحسين صحة جميع المصابين بالعجز؛

٤- تطلب من المدير العام ما يلي:

(١) أن ينفذ الإجراءات المحددة للأمانة في خطة العمل العالمية لمنظمة الصحة العالمية بشأن العجز ٢٠١٤-٢٠٢١: تحسين صحة جميع المصابين بالعجز؛

(٢) أن يقدم تقريرين عن التقدم المحرز في تنفيذ خطة العمل تلك إلى جمعيتي الصحة العالمية السبعين والرابعة والسبعين.

(الجلسة العامة التاسعة، ٢٤ أيار/ مايو ٢٠١٤-  
اللجنة "أ"، التقرير الخامس)

ج ص ع ٦٧-٨ الجهود الشاملة والمنسقة المبذولة من أجل التدبير العلاجي لاضطرابات طيف التوحد<sup>١</sup>

جمعية الصحة العالمية السابعة والستون،

بعد النظر في التقرير الخاص بالجهود الشاملة والمنسقة المبذولة من أجل التدبير العلاجي لاضطرابات طيف التوحد،<sup>٢</sup>

إذ تشير إلى الإعلان العالمي لحقوق الإنسان؛ واتفاقية حقوق الطفل؛ واتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة؛ وقرار الجمعية العامة للأمم المتحدة ١٣٩/٦٢ بإعلان الثاني من نيسان/ أبريل بوصفه اليوم العالمي للتوعية بمرض التوحد؛ وقرار الجمعية العامة للأمم المتحدة ٨٢/٦٧ بشأن معالجة الاحتياجات الاجتماعية والاقتصادية للأفراد والأسر والمجتمعات المتأثرين باضطرابات طيف التوحد واضطرابات النمو وما يتصل بها من أشكال الإعاقة؛

وإذ تشير كذلك، حسبما يكون مناسباً، إلى القرار ج ص ع ٦٥-٤ بشأن العبء العالمي لاضطرابات النفسية وضرورة الاستجابة الشاملة والمنسقة من جانب قطاع الصحة والقطاع الاجتماعي على المستوى القطري؛ والقرار ج ص ع ٦٦-٩ بشأن العجز؛ والقرار SEA/RC65/R8 الذي اعتمده اللجنة الإقليمية لجنوب شرق آسيا بشأن الجهود الشاملة والمنسقة المبذولة من أجل التدبير العلاجي لاضطرابات طيف التوحد وحالات القصور في النمو؛ والقرار EUR/RC61/R5 الذي اعتمده اللجنة الإقليمية لأوروبا بشأن الإعلان وخطة العمل الأوروبيين بشأن صحة الأطفال وصغار السن الذين يعانون من الإعاقة الذهنية وأسرههم؛ والقرار ش م ل ٥٧/ق-٣ الذي اعتمده اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط بشأن الصحة النفسية للأمهات والأطفال والمراهقين: التحديات والتوجهات الاستراتيجية ٢٠١٠-٢٠١٥؛ والتي تؤكد جميعها على التلبية الرصينة لاحتياجات الأشخاص المصابين باضطرابات النمو، بما فيها اضطرابات طيف التوحد والنمو؛

١ انظر الملحق ٦ للاطلاع على الآثار المالية والإدارية المترتبة على هذا القرار بالنسبة إلى الأمانة..

٢ الوثيقة ج ٦٧/١٧.

وإذ تكرر تأكيد الالتزامات بحماية المواطنين من التمييز والاستبعاد الاجتماعي على أساس الإعاقة بغض النظر عن نوع العاهة الأساسية، سواء كانت بدنية أم نفسية أم فكرية أم حسية وفقاً لاتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، وتعزيز المتطلبات الأساسية لجميع الأشخاص من الحياة والتعليم والرعاية الصحية والضمان الاجتماعي، وكذلك ضمان الاهتمام بالفئات الضعيفة من السكان؛

وإذ تلاحظ أنه يجري على الصعيد العالمي تشخيص اضطرابات طيف التوحد وغير ذلك من اضطرابات النمو لدى عدد متزايد من الأطفال، وأنه من المرجح أن يكون هناك أعداد أخرى من الناس أيضاً لم تُحدّد أو لم تُشخّص كما ينبغي في المجتمع وفي المرافق الصحية؛

وإذ تبرز الحقيقة القائلة إنه لا يوجد بيّنات علمية تثبت أن الإصابة باضطرابات طيف التوحد ناجمة عن التطعيم في مرحلة الطفولة؛

وإذ تدرك أن اضطرابات طيف التوحد تعيق النمو وأنها حالات تنشأ في مرحلة الطفولة المبكرة وتدوم طوال العمر في معظم الحالات، وأنها تتسم بوجود نمو يشويه عوق في التفاعل والتواصل الاجتماعيين وامتلاك ذخيرة محدودة من الأنشطة والاهتمامات التي تصاحبها حالات عجز فكري ولغوي أو لا تصاحبها؛ وأن مظاهر الاضطراب تختلف كثيراً من حيث توليفات الأعراض ومستويات شدتها؛

وإذ تلاحظ كذلك أن الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات طيف التوحد مازالوا يواجهون عوائق في سبيل مشاركتهم كأعضاء على قدم المساواة في المجتمع، وإذ تؤكد مجدداً على أن التمييز ضد أي شخص على أساس الإعاقة يتعارض مع كرامة الإنسان؛

وإذ يساورها بالغ القلق لأن الأفراد المصابين باضطرابات طيف التوحد وأسرههم يواجهون تحديات كبيرة بما في ذلك الوصم الاجتماعي والعزلة والتمييز، ولأن الأطفال والأسر المحتاجة، ولاسيما في السياقات المنخفضة الموارد، كثيراً ما يفتقرون إلى أشكال الدعم والخدمات المناسبة؛

وإذ تعترف بأن خطة العمل الشاملة الخاصة بالصحة النفسية ٢٠١٣-٢٠٢٠،<sup>١</sup> وحسب الاقتضاء، التدابير الخاصة بالسياسات الموصى بها في القرار ج ص ع ٦٦-٩ بشأن العجز، يمكن أن تكون فعالة للبلدان النامية بوجه خاص فيما يتعلق بتعزيز خدمات رعاية المصابين باضطرابات طيف التوحد وغيرها من اضطرابات النمو؛

وإذ تسلم بالحاجة إلى إنشاء نظم صحية، أو تعزيزها عند الاقتضاء، بشكل تدعم فيه جميع المصابين بالعجز أو اضطرابات الصحة النفسية أو النمو، دون تمييز،

#### ١ - تحث الدول الأعضاء على ما يلي:

(١) الاعتراف على النحو الواجب بالاحتياجات الخاصة للأشخاص الذين يعانون من اضطرابات طيف التوحد وغيرها من اضطرابات النمو في السياسات والبرامج المتعلقة بالنمو في مرحلة الطفولة المبكرة والمراقبة في إطار نهج شامل للتصدي للصحة النفسية للطفل والمراهق واضطرابات النمو؛

(٢) وضع أو تحديث السياسات والتشريعات والخطط المتعددة القطاعات ذات الصلة وتطبيقها حسب الاقتضاء، بما يتماشى مع القرار ج ص ع ٦٥-٤، وبدعم من الموارد البشرية والمالية والتقنية الكافية للتصدي للقضايا المتعلقة باضطرابات طيف التوحد وغيرها من اضطرابات النمو، وذلك في

إطار نهج شامل لدعم جميع الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات أو أشكال من الإعاقة في الصحة النفسية؛

(٣) دعم أنشطة البحث وحملات إذكاء الوعي العام والقضاء على الوصم بما يتسق مع اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة؛

(٤) زيادة قدرة نُظم الرعاية الصحية والاجتماعية، حسيماً يكون مناسباً، على تقديم الخدمات إلى الأفراد والأسر المتضررين من اضطرابات طيف التوحد وغيرها من اضطرابات النمو؛

(٥) تعميم تعزيز ورصد نمو الطفل والمراهق في خدمات الرعاية الصحية الأولية من أجل ضمان الكشف والتدبير العلاجي في الوقت المناسب لاضطرابات طيف التوحد وغيرها من اضطرابات النمو تبعاً للظروف الوطنية؛

(٦) تحويل محور تركيز الرعاية، على نحو منهجي، عن المنشآت الصحية المخصصة للإقامة مدد طويلة إلى الخدمات المجتمعية غير المخصصة لإقامة المرضى؛

(٧) تعزيز مختلف مستويات الهياكل الأساسية من أجل تحقيق الإدارة الشاملة، حسبما يكون مناسباً، بما في ذلك توفير الرعاية والتعليم والدعم والتدخلات والخدمات والتأهيل للمصابين باضطرابات طيف التوحد وغيرها من اضطرابات النمو؛

(٨) تعزيز تبادل أفضل الممارسات والمعارف بشأن اضطرابات طيف التوحد وغيرها من اضطرابات النمو؛

(٩) تعزيز تقاسم التكنولوجيا لدعم البلدان النامية على تشخيص وعلاج اضطرابات طيف التوحد وغيرها من اضطرابات النمو؛

(١٠) تقديم الدعم الاجتماعي والنفسي والرعاية للأسر المتضررة باضطرابات طيف التوحد، بمن فيهم الأشخاص المصابون باضطرابات طيف التوحد وغيرها من اضطرابات النمو وأسرتهم ضمن مخططات استحقاقات الإعاقة، حيثما أتاحت وحسب الاقتضاء؛

(١١) الاعتراف بمساهمة البالغين الذين يعانون من اضطرابات طيف التوحد في القوة العاملة، ومواصلة دعم مشاركة القوة العاملة بالمشاركة مع القطاع الخاص؛

(١٢) تحديد ومعالجة التفاوت في إتاحة الخدمات للأشخاص المصابين باضطرابات طيف التوحد وغيرها من اضطرابات النمو؛

(١٣) تحسين نظم المعلومات الصحية والترصد للحصول على البيانات عن اضطرابات طيف التوحد وغيرها من اضطرابات النمو وإجراء تقييم للاحتياجات على الصعيد الوطني في إطار هذه العملية؛

(١٤) تعزيز البحوث الخاصة بسياقات معينة عن جوانب الصحة العمومية وتقديم الخدمات في مجال اضطرابات طيف التوحد وغيرها من اضطرابات النمو، وتعزيز التعاون الدولي في مجال البحوث الرامية إلى استبانة الأسباب والعلاج؛

## ٢- تطلب من المدير العام ما يلي:

(١) التعاون مع الدول الأعضاء والوكالات الشريكة من أجل تقديم الدعم لتعزيز القدرة الوطنية على التصدي لاضطرابات طيف التوحد وغيرها من اضطرابات النمو في إطار نهج جيد التوازن ويعزز النظم ويُعنى بالصحة النفسية والإعاقة ويتمشى مع خطط العمل والمبادرات ذات الصلة القائمة؛

(٢) التفاعل مع الشبكات المعنية بالتوحد والمبادرات الإقليمية الأخرى، حسب الاقتضاء؛ ودعم التواصل الشبكي مع سائر أصحاب المصلحة الدوليين المعنيين باضطرابات طيف التوحد وغيرها من اضطرابات النمو؛

(٣) العمل مع الدول الأعضاء من أجل تيسير تعبئة الموارد من أجل التصدي لاضطرابات طيف التوحد وغيرها من اضطرابات النمو في الأقاليم المختلفة ولاسيما في البلدان القليلة الموارد وبما يتفق مع الميزانية البرمجية المعتمدة؛

(٤) تنفيذ القرار جص ع٦٦-٨ بشأن خطة العمل الشاملة الخاصة بالصحة النفسية ٢٠١٣-٢٠٢٠ وكذلك القرار جص ع٦٦-٩ بشأن العجز من أجل تعزيز خدمات رعاية المصابين باضطرابات طيف التوحد وغيرها من اضطرابات النمو، حسب الاقتضاء وكجزء لا يتجزأ من تعزيز الرعاية اللازمة لكافة احتياجات الصحة النفسية؛

(٥) رصد الحالة العالمية لاضطرابات طيف التوحد وغيرها من اضطرابات النمو وتقييم التقدم الذي يُحرز في مختلف المبادرات والبرامج التي تنفذ بالتعاون مع الشركاء الدوليين في إطار جهود الرصد الراهنة المتضمنة في خطط العمل والمبادرات ذات الصلة؛

(٦) تقديم تقارير عن التقدم المُحرز بشأن اضطرابات طيف التوحد على نحو يتزامن مع دورة تقديم التقارير الخاصة بخطة العمل الشاملة بشأن الصحة النفسية ٢٠١٣-٢٠٢٠ إلى الدورات الثامنة والستين والحادية والسبعين والرابعة والسبعين لجمعية الصحة العالمية.

(الجلسة العامة التاسعة، ٢٤ أيار/ مايو ٢٠١٤-  
اللجنة "أ"، التقرير الخامس)

جص ع٦٧-٩ مرض الصدفية<sup>١</sup>

جمعية الصحة العالمية السابعة والستون،

بعد الاطلاع على التقرير عن مرض الصدفية،<sup>٢</sup>

إذ تُذكّر بجميع القرارات والمقررات الإجرائية ذات الصلة التي اعتمدها جمعية الصحة العالمية بشأن الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها، وتؤكد على أهمية استمرار الدول الأعضاء في التصدي لعوامل

١ انظر الملحق ٦ للاطلاع على الأثر المالي والإدارية المترتبة على هذا القرار بالنسبة إلى الأمانة.

٢ الوثيقة ج١٨/٦٧.

الخطر الرئيسية المتعلقة بالأمراض غير السارية من خلال تنفيذ خطة العمل العالمية الخاصة بمنظمة الصحة العالمية للوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها في الفترة ٢٠١٣-٢٠٢٠؛<sup>١</sup>

وإذ تعترف بالحاجة الملحة إلى بذل الجهود من جانب الأطراف المتعددة لتعزيز صحة الإنسان وتحسينها، وإتاحة العلاج والتعليم في مجال الرعاية الصحية؛

وإذ تعترف أيضاً بأن مرض الصدفية هو مرض مزمن وغير سارٍ ومؤلم ومشوّه ومسبب للعجز ولا يوجد له علاج؛

وإذ تعترف كذلك بأنه فضلاً عما يسببه مرض الصدفية من ألم وحكة ونزيف، يعاني العديد من الأفراد المتضررين من هذا المرض حول العالم من الوصم والتمييز على الصعيد الاجتماعي وفي مجال العمل؛

وإذ تؤكد على أن المصابين بمرض الصدفية معرضون تعرضاً شديداً للإصابة بعدد من الاعتلالات المصاحبة له، وهي بالتحديد الأمراض القلبية الوعائية وداء السكري والسمنة وداء كرون والنوبات القلبية والتهاب القولون التقرحي والملتزمة الأيضية والسكتة الدماغية وأمراض الكبد؛

وإذ تؤكد أيضاً على أن نسبة من المصابين بمرض الصدفية تصل إلى ٤٢٪ يصابون أيضاً بالتهاب المفاصل الصدافي الذي يسبب ألم المفاصل وتيبسها وتورمها، كما قد يؤدي أيضاً إلى التشوه والعجز الدائمين؛

وإذ تؤكد كذلك على أن عدداً كبيراً من الناس في العالم يعانون دون لزوم من مرض الصدفية بسبب التشخيص غير الصحيح أو المتأخر وخيارات العلاج غير الملائمة والإتاحة غير الكافية للرعاية الصحية؛

وإذ تُقر بجهود الدعوة التي بذلها أصحاب المصلحة، ولاسيما من خلال الأنشطة التي تقام سنوياً في يوم ٢٩ تشرين الأول/أكتوبر في العديد من البلدان، من أجل إنكاء الوعي بشأن مرض الصدفية، بما في ذلك التوعية بالوصم الذي يعانيه المصابون بهذا المرض؛

وإذ ترحب بنظر المجلس التنفيذي في مشاكل مرض الصدفية أثناء دورته الثالثة والثلاثين بعد المائة،

١- تحث الدول الأعضاء على المزيد من المشاركة في جهود الدعوة من أجل إنكاء الوعي بشأن مرض الصدفية، ومحاربة الوصم الذي يعانيه المصابون به، ولاسيما من خلال الأنشطة التي تقام سنوياً في يوم ٢٩ تشرين الأول/أكتوبر في الدول الأعضاء؛

٢- تطلب من المدير العام ما يلي:

(١) لفت الانتباه إلى الأثر الذي يحدثه مرض الصدفية على الصحة العمومية، ونشر تقرير عالمي عن مرض الصدفية يشمل معدلات الإصابة به وانتشاره على الصعيد العالمي، ويركز على ضرورة إجراء المزيد من البحوث عن مرض الصدفية، ويحدد النهج الناجحة المتبعة في دمج التدبير العلاجي لمرض الصدفية في الخدمات القائمة المتعلقة بالأمراض غير السارية، لصالح أصحاب المصلحة ولاسيما راسمي السياسات، وذلك بحلول نهاية عام ٢٠١٥؛

(٢) إدراج معلومات عن تشخيص مرض الصدفية وعلاجه ورعاية المصابين به في الموقع الإلكتروني لمنظمة الصحة العالمية، بهدف إذكاء وعي الناس بالمرض وعوامل الخطر المشتركة المترتبة عليه، وإتاحة الفرصة أمام التنقيف به وزيادة فهمه.

(الجلسة العامة التاسعة، ٢٤ أيار/ مايو ٢٠١٤-  
اللجنة "أ"، التقرير الخامس)

## ج ص ٦٧-١٠ خطة العمل بشأن صحة المواليد

جمعية الصحة العالمية السابعة والستون،

بعد النظر في التقارير الخاصة بكل من صحة المواليد: مسودة خطة العمل،<sup>٢</sup> ورصد بلوغ الأهداف الإنمائية للألفية المتعلقة بالصحة،<sup>٣</sup> والصحة في خطة الأمم المتحدة للتنمية لما بعد عام ٢٠١٥؛<sup>٤</sup>

وإذ تذكر بالقرار ج ص ٥٨-٣١ بشأن العمل على تحقيق تغطية شاملة بالتدخلات الخاصة بصحة الأم والوليد والطفل، والقرار ج ص ٦٣-١٥ بشأن رصد بلوغ الأهداف الإنمائية للألفية المتعلقة بالصحة، والقرار ج ص ٦٤-٩ بشأن استدامة هياكل التمويل الصحي والتغطية الشاملة، والقرار ج ص ٦٤-١٣ بشأن العمل على تخفيض معدل الوفيات في الفترة المحيطة بالولادة ومعدل وفيات الأطفال حديثي الولادة، والقرار ج ص ٦٥-٧ بشأن تنفيذ توصيات اللجنة المعنية بالمعلومات والمساءلة عن صحة المرأة والطفل؛

وإذ تنثني على التعهدات والالتزامات التي أعلنها عدد كبير من الدول الأعضاء والشركاء فيما يتعلق بالاستراتيجية العالمية للأمين العام للأمم المتحدة بشأن صحة المرأة والطفل التي تستهدف إنقاذ حياة ١٦ مليون شخص بحلول عام ٢٠١٥؛

وإذ تقر بأن الملايين من الأطفال والنساء يموتون سنوياً دون مبرر في أثناء الولادة وخلال الفترة المحيطة بها، وأن التدخلات الفعالة متاحة ومجدية عند تنفيذها على نطاق واسع من أجل وضع حد لوفيات الأمهات والمواليد والأطفال التي يمكن تلافيها؛

وإذ تقر بأن وضع حد لوفيات الأمومة سيسرع بلوغ الغاية الخاصة بمعدل وفيات المواليد؛

وإذ تعرب عن قلقها إزاء عدم الكفاية وعدم التساوي في التقدم المحرز صوب بلوغ الهدف ٥ من الأهداف الإنمائية للألفية (تحسين صحة الأمومة)؛

وإذ تُعرب عن قلقها أيضاً لأنه على الرغم من التقدم المحرز في تحقيق الهدف ٤ من الأهداف الإنمائية للألفية (خفض معدل وفيات الأطفال) فيما يتعلق بالخفض العام لمعدل وفيات الأطفال فقد حدث ركود في خفض معدل الوفيات في الفترة المحيطة بالولادة ومعدل وفيات الأطفال حديثي الولادة كما أن نسبة وفيات الأطفال حديثي الولادة بين كل وفيات الأطفال آخذة في الزيادة؛

١ انظر الملحق ٦ للاطلاع على الآثار المالية والإدارية المترتبة على هذا القرار بالنسبة إلى الأمانة.

٢ الوثيقة ج ٦٧/٢١.

٣ الوثيقة ج ٦٧/١٩.

٤ الوثيقة ج ٦٧/٢٠.

وإذ تقرر بضرورة التكتيف العاجل للعمل على وضع حد لوفيات الأطفال الحديثي الولادة وحالات الإملاص التي يمكن تلافيها، ولاسيما عن طريق تحسين إتاحة وجودة الرعاية الصحية لجميع النساء والمواليد، وخصوصاً من يتعرضون للمخاطر، بما يشمل المتدرجين ضمن الفئات المعرضة لمخاطر شديدة، بما في ذلك الوقاية من انتقال فيروس العوز المناعي البشري من الأم إلى الطفل، في إطار سلسلة الرعاية الخاصة بالصحة الإنجابية وصحة الأم والوليد والطفل،

١- تعتمد خطة العمل بشأن صحة المواليد،<sup>١</sup>

٢- تحث الدول الأعضاء<sup>٢</sup> على وضع خطة العمل بشأن صحة المواليد موضع التنفيذ باتخاذ خطوات تشمل ما يلي:

(١) استعراض وتعزيز استراتيجياتها وسياساتها وخططها ومبادئها التوجيهية الوطنية الخاصة بالصحة الإنجابية وصحة الأم والوليد والطفل بما يتمشى مع الهدف والغايات والمؤشرات المحددة في خطة العمل بشأن صحة المواليد، والالتزام القوي بتنفيذها مع التركيز بوجه خاص على الفئات المعرضة لمخاطر شديدة؛

(٢) الالتزام، حسب قدراتها، بتخصيص الموارد البشرية والمالية الكافية لتحسين إتاحة وجودة الرعاية، وخصوصاً رعاية الأم والمولود أثناء الولادة وفي الفترة المحيطة بالولادة وفي الأسبوع الأول، وبلوغ الغايات الوطنية الخاصة بصحة المواليد بما يتمشى مع خطة العمل العالمية؛

(٣) تعزيز نُظم المعلومات الصحية من أجل تحسين رصد جودة الرعاية وتتبع التقدم المحرز في وضع حد لوفيات الأمهات والمواليد وحالات الإملاص التي يمكن تلافيها؛

(٤) تبادل المعلومات بشأن الدروس المستفادة والتقدم المُحرز والتحديات الباقية والإجراءات المحدثة اللازم اتخاذها لبلوغ الغايات الوطنية الخاصة بصحة المواليد والأمهات؛

٣- تطلب من المدير العام القيام بما يلي:

(١) تعزيز المواءمة والتنسيق بين أصحاب المصلحة كافة من أجل دعم تنفيذ خطة العمل بشأن صحة المواليد؛

(٢) القيام، في حدود الميزانيات البرمجية المعتمدة الحالية واللاحقة بتحديد وتعبئة المزيد من الموارد البشرية والمالية اللازمة لتقديم الدعم التقني إلى الدول الأعضاء في تنفيذ العنصر الخاص بصحة المواليد في الخطط الوطنية ورصد أثرها؛

(٣) إعطاء الأولوية لإنجاز خطة رصد أكثر تفصيلاً مع مقاييس للتغطية والحصائل من أجل تتبع التقدم في خطة العمل الخاصة بالمواليد؛

(٤) مراعاة ما يُبدى من آراء في جمعية الصحة العالمية السابعة والستين وكذلك السياق المحلي عند تقديم الدعم لتنفيذ خطة العمل على الصعيد الوطني؛

(٥) رصد التقدم المُحرز وتقديم تقرير بصفة دورية إلى جمعية الصحة حتى عام ٢٠٣٠ بشأن

١ انظر الملحق ٤.

٢ وحسب الاقتضاء، منظمات التكامل الاقتصادي الإقليمي.



التقدم المُحرز صوب بلوغ الهدف والغايات العالمية باستخدام إطار الرصد المقترح في توجيه المناقشات والإجراءات المستقبلية.

(الجلسة العامة التاسعة، ٢٤ أيار/ مايو ٢٠١٤-  
اللجنة "أ"، التقرير السادس)

### ج ص ٦٧-١١ الآثار الصحية العمومية المترتبة على التعرض للزئبق ومركباته: دور منظمة الصحة العالمية ووزارات الصحة العمومية في تنفيذ اتفاقية ميناماتا<sup>١</sup>

جمعية الصحة العالمية السابعة والستون،

بعد النظر في التقرير الخاص بالآثار الصحية العمومية المترتبة على التعرض للزئبق ومركباته: دور منظمة الصحة العالمية ووزارات الصحة العمومية في تنفيذ اتفاقية ميناماتا<sup>٢</sup>

وإذ تشير إلى قرارات جمعية الصحة العالمية ج ص ع ٦٠-١٧ بشأن صحة الفم: خطة عمل ترويجية والوقاية المتكاملة من الأمراض وج ص ع ٦٣-٢٥ بشأن تحسين الصحة من خلال تصريف النفايات بطرق مأمونة وسليمة بيئياً وج ص ع ٥٩-١٥ بشأن النهج الاستراتيجي للإدارة الدولية للمواد الكيميائية، وكذلك استراتيجية تعزيز مشاركة قطاع الصحة في تنفيذ النهج الاستراتيجي الذي اعتمده المؤتمر الدولي المعني بإدارة المواد الكيميائية في دورته الثالثة؛

وإذ تعترف بأهمية التعامل بفعالية مع الجوانب الصحية للتحديات التي قد تشكلها المواد الكيميائية والنفايات، بما فيها الزئبق، ولاسيما على الفئات الضعيفة من السكان، وخصوصاً منهم النساء والأطفال، وعلى أجيال المستقبل من خلالهم؛

وإذ تذكر بالالتزامات المتجددة بشأن التنمية المستدامة المنصوص عليها في الوثيقة الختامية لمؤتمر الأمم المتحدة للتنمية المستدامة، ريو+٢٠ (ريو دي جانيرو، البرازيل، ٢٠-٢٢ حزيران/ يونيو ٢٠١٢) والمعنونة "المستقبل الذي ننبو إليه"<sup>٣</sup>، فضلاً عن بيان أدليد الصادر في عام ٢٠١٠ بشأن دمج الصحة في جميع السياسات، والمؤتمر العالمي الثامن بشأن تعزيز الصحة الذي عُقد عام ٢٠١٣ في هلسنكي وعزز التعاون عبر القطاعات لكي يتمتع السكان بالصحة؛

وإذ تحيط علماً بأن المفاوضات حول وضع نص اتفاق بيئي جديد متعدد الأطراف بشأن الزئبق قد اختُتمت في تشرين الأول/ أكتوبر ٢٠١٣ وتمخضت عن اعتماد اتفاقية ميناماتا بشأن الزئبق، وهي أول مرة يتضمن فيها اتفاق بيئي متعدد الأطراف مادة محددة بشأن الصحة، فضلاً عن غيرها من الأحكام ذات الصلة، وأن الاتفاقية تفرض التزامات معينة على الأطراف ستتطلب اتخاذ إجراءات، حسب الاقتضاء، من قبل قطاع الصحة جنباً إلى جنب مع سائر القطاعات المختصة، بما فيها التخلص التدريجي من مقاييس الحرارة الزئبقية ومقاييس ضغط الدم عن طريق حظر تصنيعها أو استيرادها أو تصديرها بحلول عام ٢٠٢٠، ومن مستحضرات التجميل الحاوية على الزئبق، بما في ذلك صوابين تفتيح البشرة والكريمات، ومن المطهرات الموضعية الحاوية على الزئبق، والتدابير الواجب اتخاذها للتخلص النهائي من ملغم الأسنان الذي يُضاف إليه الزئبق، ووضع

١ انظر الملحق ٦ للاطلاع على الآثار المالية والإدارية المترتبة على هذا القرار بالنسبة إلى الأمانة.

٢ الوثيقة ج ٦٧/٢٤.

٣ قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة ٦٦/٢٨٨، المرفق.

استراتيجيات الصحة العمومية بشأن تعرّض مزاوولي المهن الحرفية والعاملين على نطاق ضيق في مناجم الذهب ومجتمعاتهم للزئبق؛

وإذ تذكّر بأن هدف اتفاقية ميناماتا بشأن الزئبق هو حماية صحة الإنسان والبيئة من الانبعاثات والإطلاقات البشرية المنشأ للزئبق ومركباته؛

وإذ تضع في اعتبارها أن اتفاقية ميناماتا بشأن الزئبق تشجع الأطراف على القيام بما يلي:  
 (أ) التشجيع على وضع وتنفيذ استراتيجيات وبرامج ترمي إلى تحديد فئات السكان المعرضة للخطر وحمايتهم، ولاسيما الفئات الضعيفة منهم، والتي قد تشمل اعتماد مبادئ توجيهية صحية علمية الأسس فيما يتعلق بالتعرّض للزئبق ومركباته، وتحديد أهداف بشأن الحد من التعرّض للزئبق، حسب الاقتضاء، وتثقيف الجمهور، وذلك بمشاركة قطاع الصحة العمومية وسواه من القطاعات المعنية؛ (ب) التشجيع على وضع وتنفيذ برامج تثقيفية ووقائية علمية الأسس بشأن التعرّض المهني للزئبق ومركباته؛ (ج) تعزيز خدمات الرعاية الصحية الملانمة لوقاية فئات السكان المتضررة من التعرّض للزئبق ومركباته وعلاج تلك الفئات ورعايتها؛ (د) إنشاء القدرات المؤسسية والمهنية الصحية وتعزيزها، حسب الاقتضاء، للوقاية من الأخطار الصحية الناجمة عن التعرّض للزئبق ومركباته وتشخيص تلك الأخطار وعلاجها ورصدها؛

وإذ تلاحظ أن اتفاقية ميناماتا بشأن الزئبق تنص على أنه ينبغي لمؤتمر الأطراف، في معرض بحثه للأنشطة المتعلقة بالصحة، أن يتشاور ويتعاون ويوثق عرى تعاونه وتبادلته للمعلومات مع المنظمة ومنظمة العمل الدولية والمنظمات الحكومية الدولية الأخرى المعنية، حسب الاقتضاء؛

وإذ تعرب عن شكرها للأمانة على أعمالها التحضيرية خلال المفاوضات وتحليل مختلف المخاطر والبدائل المتاحة، فضلاً عن تحليل وتحديد المجالات التي يلزم بذل جهود إضافية أو جديدة بشأنها، في إطار اتفاقية ميناماتا بشأن الزئبق، وتشجيع المزيد من التحليل ومواصلة الجهود الأخرى حسبما قد تقتضيه الحاجة،

١- **ترحب** بالاعتماد الرسمي من جانب الأطراف في اتفاقية ميناماتا بشأن الزئبق في تشرين الأول/أكتوبر ٢٠١٣؛

٢- **تشجع** الدول الأعضاء<sup>١</sup> على القيام بما يلي:

(١) أن تتخذ ما يلزم من تدابير محلية للإسراع في توقيع اتفاقية ميناماتا بشأن الزئبق والمصادقة عليها وتنفيذها، وهي اتفاقية تحدّد تدابير ملزمة قانونياً على الصعيد الدولي للتصدي لمخاطر الزئبق ومركباته على صحة الإنسان وعلى البيئة؛

(٢) أن تشارك بنشاط في الجهود الوطنية والإقليمية والدولية لتنفيذ اتفاقية ميناماتا بشأن الزئبق؛

(٣) أن تعالج الجوانب الصحية المتعلقة بالتعرّض للزئبق ومركباته في سياق استعماله في قطاع الصحة، وكذلك سائر الآثار الصحية السلبية التي ينبغي الوقاية منها أو علاجها من خلال ضمان الإدارة السليمة للزئبق ومركباته طوال دورة حياتها؛

(٤) أن تعترف بالعلاقة المتبادلة القائمة بين البيئة والصحة العمومية في سياق تنفيذ اتفاقية ميناماتا بشأن الزئبق والتنمية المستدامة؛

١ وحسب الاقتضاء، منظمات التكامل الاقتصادي الإقليمي.

(٥) أن تعزز خدمات الرعاية الصحية الملائمة لوقاية فئات السكان المتضررة من التعرض للزئبق ومركباته وعلاج تلك الفئات ورعايتها، بوسائل منها وضع استراتيجيات فعالة لتبادل المعلومات عن المخاطر تستهدف الفئات المعرضة للخطر مثل الأطفال والنساء في سن الإنجاب ولاسيما النساء الحوامل؛

(٦) أن تكفل توثيق عرى التعاون بين وزارات الصحة ووزارات البيئة، وكذلك وزارات كل من العمل والصناعة والاقتصاد والزراعة، والوزارات الأخرى المسؤولة عن تنفيذ جوانب اتفاقية ميناماتا بشأن الزئبق؛

(٧) أن تسهل تبادل المعلومات الوبائية بشأن الآثار الصحية الناجمة عن التعرض للزئبق ومركباته، وذلك في سياق تعاون وثيق العرى مع المنظمة وغيرها من المنظمات المعنية، حسب الاقتضاء؛

تطلب من المدير العام ما يلي: -٣

(١) أن يسهل الجهود التي تبذلها المنظمة بشأن إسداء المشورة إلى الدول الأعضاء وتزويدها بالدعم التقني لتنفيذ اتفاقية ميناماتا بشأن الزئبق فيما يخص جميع الجوانب الصحية المتصلة بالزئبق وبما يتفق مع برنامج عمل المنظمة، وذلك تعزيزاً لصحة الإنسان وحمايتها؛

(٢) أن يقدم الدعم إلى الدول الأعضاء من أجل وضع وتنفيذ استراتيجيات وبرامج ترمي إلى تحديد فئات السكان المعرضة للخطر وحمايتهم، ولاسيما الفئات الضعيفة منهم، والتي قد تشمل اعتماد مبادئ توجيهية صحية علمية الأسس فيما يتعلق بالتعرض للزئبق ومركباته، وتحديد أهداف بشأن الحد من التعرض للزئبق، حسب الاقتضاء، وتنقيف الجمهور، وذلك بمشاركة قطاع الصحة والقطاعات المعنية الأخرى؛

(٣) أن يوثق عرى التعاون مع لجنة التفاوض الحكومية الدولية لاتفاقية ميناماتا بشأن الزئبق ومؤتمر الأطراف والمنظمات والهيئات الدولية الأخرى، وخاصة برنامج الأمم المتحدة للبيئة، وذلك لتقديم الدعم الكامل لتنفيذ الجوانب المتعلقة بالصحة من اتفاقية ميناماتا بشأن الزئبق وتزويد لجنة التفاوض الحكومية الدولية ومؤتمر الأطراف بمعلومات عن التقدم المحرز في هذا الصدد.

(٤) أن يقدم تقريراً في عام ٢٠١٧ إلى جمعية الصحة العالمية السبعين عن التقدم المحرز في تنفيذ هذا القرار.

(الجلسة العامة التاسعة، ٢٤ أيار/ مايو ٢٠١٤ -  
اللجنة "أ"، التقرير السادس)

## ج ص ٦٧٤-١٢ المساهمة في التنمية الاجتماعية والاقتصادية: إجراءات مستدامة عبر القطاعات من أجل تحسين الصحة والإنصاف في مجال الصحة<sup>١</sup>

جمعية الصحة العالمية السابعة والستون،

بعد النظر في التقرير الخاص بالمساهمة في التنمية الاجتماعية والاقتصادية: إجراءات مستدامة عبر القطاعات من أجل تحسين الصحة والإنصاف في مجال الصحة؛<sup>٢</sup>

وإذ تؤكد مجدداً مبادئ دستور منظمة الصحة العالمية الذي ينص على أن الحكومات مسؤولة عن صحة شعوبها ولا يمكن الوفاء بهذه المسؤولية إلا باتخاذ تدابير صحية واجتماعية كافية؛

وإذ تؤكد مجدداً حق كل إنسان في التمتع دون أي شكل من أشكال التمييز بأعلى مستوى يمكن بلوغه من الصحة البدنية والنفسية، وبمستوى معيشة كافٍ يضمن الصحة والرفاه له ولأسرته، بما في ذلك ما يكفي من الغذاء والملبس والسكن، وحقه في مواصلة تحسين ظروفه المعيشية؛

وإذ تذكّر بإعلان ألما - آتا، بشأن الرعاية الصحية الأولية، ١٩٧٨، وبالاستراتيجية العالمية لتوفير الصحة للجميع بحلول عام ٢٠٠٠، وما دعا إليه هذا الإعلان وهذه الاستراتيجية من تنسيق وتعاون وعمل مشترك بين القطاعات من أجل الصحة؛

وإذ تقر بالوثيقة الختامية لمؤتمر الأمم المتحدة للتنمية المستدامة، ريو+٢٠ (ريو دي جانيرو، ٢٠-٢٢ حزيران/ يونيو ٢٠١٢) المعنونة "المستقبل الذي نصبو إليه"،<sup>٣</sup> ولاسيما تسليمها بأن الصحة شرط مسبق للتنمية المستدامة بأبعادها الثلاثة جميعاً ونتيجة من نتائجها ومؤشر عليها، والدعوة إلى إشراك جميع القطاعات المعنية في العمل المنسق المتعدد القطاعات لتلبية الاحتياجات الصحية لسكان العالم على نحو عاجل؛

وإذ تذكّر بالقرار ج ص ٤٢-٤٤ بشأن تعزيز الصحة والإعلام والتثقيف من أجل الصحة، والقرار ج ص ٥١-١٢ بشأن تعزيز الصحة، والقرار ج ص ٥٧-١٦ بشأن تعزيز الصحة وأنماط الحياة الصحية، والقرار ج ص ٦٠-٢٤ بشأن تعزيز الصحة في عالم تسوده العولمة، والقرار ج ص ٦٥-٨ بشأن المحددات الاجتماعية للصحة، وإذ تحيط علماً بالوثائق الختامية لمؤتمرات المنظمة العالمية السبعة بشأن تعزيز الصحة؛<sup>٤</sup> وخصوصاً ميثاق أوتاوا وبيان إديليد ودعوة عمل نيروبي؛

وإذ تؤكد مجدداً الالتزامات المعلنة في سياق السياسات الخارجية وتكرر التأكيد على طلب النظر في التغطية الصحية الشاملة في إطار المناقشات بشأن خطة التنمية لما بعد عام ٢٠١٥، مع المراعاة أيضاً للتدابير العامة في مجال الصحة العمومية وحماية الصحة والتصدي لمحددات الصحة من خلال السياسات عبر القطاعات؛

١ انظر الملحق ٦ للاطلاع على الآثار المالية والإدارية المترتبة على هذا القرار بالنسبة إلى الأمانة.

٢ الوثيقة ج ٢٥/٦٧.

٣ قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة ٢٨٨/٦٦، المرفق.

٤ أوتاوا في عام ١٩٨٦؛ وأديليد في أستراليا في عام ١٩٨٨؛ وساندسفال في السويد في عام ١٩٩١؛ وجاكرتا في عام ١٩٩٧؛ ومكسيكو سيتي في عام ٢٠٠٠؛ وبانكوك في عام ٢٠٠٥؛ ونيروبي في عام ٢٠٠٩.

وإذ تذكّر بالإعلان السياسي للاجتماع الرفيع المستوى للجمعية العامة بشأن الوقاية من الأمراض غير المعدية (غير السارية) ومكافحتها،<sup>١</sup> وخطة العمل الخاصة بالوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها في الفترة ٢٠١٣-٢٠٢٠،<sup>٢</sup> وبالاستراتيجية العالمية للمنظمة بشأن الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها اللتين يعترفان بدور الحكومات الرئيسي في التصدي للتحدي الذي تطرحه الأمراض غير السارية وبالحاجة الأساسية إلى جهود ومشاركة جميع القطاعات بدلاً من إجراء تغييرات داخل قطاع الصحة فقط، وبالدور المهم للمجتمع الدولي والتعاون الدولي في مساعدة الدول الأعضاء في إطار تلك الجهود؛

وإذ تلاحظ أن قطاع الصحة له دور رئيسي في العمل مع قطاعات أخرى في مجال ضمان جودة مياه الشرب والإصحاح وسلامة الأغذية والتغذية وجودة الهواء وفي مجال الحد من التعرض لمستويات مضرّة بالصحة من المواد الكيميائية والإشعاعات على النحو المعترف به في قرارات جمعية الصحة؛<sup>٣</sup>

وإذ تعترف بإمكانية الوقاية من الإصابة بعدد من الاضطرابات النفسية وإمكانية تعزيز الصحة النفسية في قطاع الصحة وفي القطاعات غير المدرجة في قطاع الصحة؛ وبضرورة الدعم العالمي للعمل على الصعيدين الوطني والمحلي في مجال الصحة النفسية والتنمية، بوسائل منها خطة العمل الخاصة بالصحة النفسية ٢٠١٣-٢٠٢٠ وقاعدة المنظمة MINDbank؛

وإذ تلاحظ أيضاً وجهاً اتفافية المنظمة الإطارية بشأن مكافحة التبغ بالنسبة إلى عدة قطاعات، وتشدّد على أهمية التصدي لعوامل الخطر الشائعة الخاصة بالأمراض غير السارية عبر القطاعات واحتياجات التعاون بمقتضى اللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥)، بما في ذلك التعاون فيما بين المنظمات داخل منظومة الأمم المتحدة وبين الدول الأعضاء وداخلها؛

وإذ تثني على التقرير الختامي للجنة المعنية بالمحددات الاجتماعية للصحة<sup>٤</sup> كمورد للبيانات؛ وكذلك إعلان ريو السياسي بشأن المحددات الاجتماعية للصحة ودعوته إلى وضع وتنفيذ تدابير متينة ومسددة بالبيانات ويعول عليها من أجل رفاه المجتمع، وإذ تعترف بأهمية دور وزارات الصحة في مجال الدعوة في هذا الصدد؛

وإذ تسلّم بأن "دمج الصحة في جميع السياسات" يتعلق بوضع آثار القرارات على الصحة في الحسابان بانتظام في السياسات العامة عبر القطاعات والسعي إلى تحقيق التآزر وتجنب الآثار المضرّة بالصحة، بهدف تحسين صحة الناس والإنصاف في مجال الصحة عبر تقييم عواقب السياسات العامة على محدّدات الصحة والعافية وعلى النظم الصحية؛

وإذ يساورها القلق إزاء الثغرات في أخذ آثار السياسات على الصحة والإنصاف في مجال الصحة وأداء النظام الصحي في الحسابان على كل المستويات الحكومية على مختلف مستويات تصريف الشؤون،

١- **تلاحظ** مع التقدير بيان هلسنكي بشأن دمج الصحة في جميع السياسات، والذي أيده المؤتمر العالمي الثامن بشأن تعزيز الصحة، (هلسنكي، ١٠-١٤ حزيران/يونيو ٢٠١٣)، وتلاحظ العمل المتواصل بشأن إطار "دمج الصحة في جميع السياسات" من أجل إطار العمل القطري؛

١ قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة ٢/٦٦، المرفق.

٢ القراران جص ٥٣-١٧ وجص ٦٦-١٠.

٣ القرارات جص ٥٩-١٥ وجص ٦١-١٩ وجص ٦٣-٢٥ وجص ٦٣-٢٦ وجص ٦٤-١٥ وجص ٦٤-٢٤.

٤ منظمة الصحة العالمية، اللجنة المعنية بالمحددات الاجتماعية للصحة. تضيق الفجوة في غضون جيل واحد: الإنصاف في الصحة بفضل اتخاذ إجراءات بشأن المحددات الاجتماعية للصحة. جنيف، منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٨.

-٢- تحث الدول الأعضاء<sup>١</sup> على ما يلي:

(١) مناصرة الصحة وتعزيز الإنصاف في مجال الصحة كأولوية واتخاذ إجراءات فعالة بشأن المحددات الاجتماعية والاقتصادية والبيئية للصحة بما يتماشى مع القرار ج ص ع ٦٥-٨ بما يشمل القيام بذلك في مجال الوقاية من الأمراض غير السارية؛

(٢) اتخاذ خطوات تشمل، حسب الاقتضاء، تشريعات فعالة، وهياكل شاملة لعدة قطاعات، وإجراءات وأساليب، وموارد، مثل أداة التقييم والاستجابة فيما يخص الصحة في المناطق الحضرية، تمكن من وضع سياسات مجتمعية تأخذ في الحسبان آثارها على محددات الصحة وحماية الصحة والإنصاف في مجال الصحة وأداء النظم الصحية وتتصدى لهذه الآثار، وتقيس وتتبع المحددات الاجتماعية وأوجه التفاوت في مجال الصحة؛

(٣) تنمية قدرات ومهارات مؤسسية كافية ومستدامة، عند الاقتضاء، والحفاظ عليها، مثل تقدير الآثار الصحية للمبادرات المتخذة على صعيد السياسات في كل القطاعات، وتحري الحلول، والتفاوض على السياسات عبر القطاعات، بما في ذلك ضمن السلطات الصحية ومعاهد البحث والتطوير المعنية، مثل معاهد الصحة العمومية الوطنية، بغية تحقيق حصائل محسنة من منظور الصحة والإنصاف في مجال الصحة وأداء النظم الصحية؛

(٤) اتخاذ الإجراءات للارتقاء بالصحة والحفاظ على مصالح الصحة العمومية من كل تأثير لا مبرر له قد يتخذ شكلاً من أشكال تضارب المصالح، سواء كان حقيقياً أو متصوراً أو محتملاً، وذلك من خلال إدارة المخاطر وتعزيز العناية الواجبة والمساءلة وزيادة الشفافية في صنع القرارات والعمل؛

(٥) إشراك أصحاب المصلحة المعنيين، حسب الاقتضاء، مثل المجتمعات المحلية والمجتمع المدني، في وضع السياسات وتنفيذها ورصدها عبر القطاعات؛

(٦) المساهمة في وضع خطة التنمية لما بعد عام ٢٠١٥ بالتشديد على ما للسياسات في القطاعات الخارجة عن نطاق قطاع الصحة من تأثير كبير في الحصائل الصحية، وبتحديد أوجه التآزر بين أغراض سياسات قطاع الصحة والقطاعات الأخرى؛

-٣- **تطلب من المدير العام ما يلي:**

(١) إعداد إطار للعمل القطري يتكيف مع مختلف السياقات، كي تنظر فيه جمعية الصحة العالمية الثامنة والستون، بالتشاور مع الدول الأعضاء<sup>١</sup> والمنظمات التابعة لمنظومة الأمم المتحدة، وسائر أصحاب المصلحة المعنيين، حسب الاقتضاء، وفي حدود الموارد الراهنة، أخذاً في الاعتبار بيان هلسنكي بشأن دمج الصحة في جميع السياسات وبهدف دعم الجهود الوطنية الرامية إلى تحسين الصحة وضمان حماية الصحة والإنصاف في مجال الصحة وأداء النظم الصحية، بما في ذلك عن طريق اتخاذ إجراءات عبر القطاعات بشأن محددات الصحة وعوامل الخطر الخاصة بالأمراض غير السارية، بالاستناد إلى أفضل المعارف والبيانات المتاحة؛

١ وحسب الاقتضاء، منظمات التكامل الاقتصادي الإقليمي.

(٢) توفير الإرشادات والمساعدة التقنية، عند الطلب، للدول الأعضاء من أجل بناء ما يلزم من قدرات وهياكل وآليات وعمليات بغية دمج المناظير الخاصة بالصحة في سياسات قطاعات أخرى غير الصحة، حسب الاقتضاء، من خلال تنفيذ "دمج الصحة في جميع السياسات"، ومن أجل قياس وتتبع المحددات الاجتماعية للصحة وأوجه التباين في الصحة؛

(٣) تعزيز دور المنظمة وقدراتها ومواردها المعرفية، بما يشمل تجميع وتحليل أفضل الممارسات من جانب الدول الأعضاء، بغية تقديم الإرشادات والمساعدة التقنية من أجل تنفيذ السياسات عبر القطاعات على مختلف مستويات تصريف الشؤون، وضمان الاتساق والتعاون عبر البرامج والمبادرات داخل المنظمة؛

(٤) مواصلة العمل مع المنظمات داخل منظومة الأمم المتحدة والمصارف الإنمائية وسائر المنظمات والمؤسسات الدولية وتوفير القيادة لها من أجل تشجيعها على مراعاة الاعتبارات الصحية في المبادرات الاستراتيجية الرئيسية ورصدها، بما في ذلك في إطار خطة التنمية لما بعد عام ٢٠١٥، بغية تحقيق الاتساق والتآزر مع الالتزامات المتعلقة بالصحة والمحددات الصحية، بما في ذلك المحددات الاجتماعية للصحة، في عملها مع الدول الأعضاء؛

(٥) تقديم تقرير عن التقدم المحرز إلى جمعية الصحة العالمية التاسعة والستين، من خلال المجلس التنفيذي.

(الجلسة العامة التاسعة، ٢٤ أيار/ مايو ٢٠١٤ -  
اللجنة "أ"، التقرير السادس)

## ج ص ٦٧-١٣ تنفيذ اللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥) ١

جمعية الصحة العالمية السابعة والستون،

بعد النظر في التقرير الخاص بتنفيذ اللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥)؛ ٢

وإذ تذكّر بالاجتماع والتقرير الأخيرين لفريق الخبراء الاستشاري الاستراتيجي المعني بالتمنيع<sup>٣</sup> الذي استكمل استعراضه وتحليله العلميين للبيانات على القضايا المتعلقة بالتطعيم ضد الحمى الصفراء وخلص إلى أن جرعة واحدة من لقاح الحمى الصفراء تكفي لإعطاء مناعة دائمة وحماية طيلة العمر ضد مرض الحمى الصفراء وتغني عن أخذ جرعة معززة من اللقاح؛

وإذ تلاحظ أن فريق الخبراء الاستشاري الاستراتيجي المعني بالتمنيع أوصى في تقريره بأن تراجع المنظمة أحكام اللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥) المتعلقة بمدة صلاحية الشهادات الدولية للتطعيم ضد الحمى الصفراء،

١ انظر الملحق ٦ للاطلاع على الآثار المالية والإدارية المترتبة على هذا القرار بالنسبة إلى الأمانة.

٢ الوثيقة ج ٣٥/٦٧.

٣ اجتماع فريق الخبراء الاستشاري الاستراتيجي المعني بالتمنيع، نيسان/ أبريل ٢٠١٣ - الاستنتاجات والتوصيات، السجل الوبائي الأسبوعي ٢٠١٣؛ ٨٨(٢٠): ٢٠١-٢١٦.

تعتمد، وفقاً للفقرة ٣ من المادة ٥٥ من اللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥)، الصيغة المحدثة للمرفق ٧ الوارد في اللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥).<sup>١</sup>

(الجلسة العامة التاسعة، ٢٤ أيار/ مايو ٢٠١٤ -  
اللجنة "أ"، التقرير السادس)

## ج ص ٦٧-١٤ الصحة في خطة التنمية لما بعد عام ٢٠١٥

جمعية الصحة العالمية السابعة والستون،

بعد أن نظرت في التقرير عن رصد بلوغ الأهداف الإنمائية للألفية المتعلقة بالصحة: الصحة في خطة التنمية لما بعد عام ٢٠١٥؛<sup>٢</sup>

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

وإذ تؤكد مجدداً على المبادئ المنصوص عليها في إعلان الألفية الذي اعتمده الجمعية العامة للأمم المتحدة في القرار ٢/٥٥، بما في ذلك الكرامة الإنسانية والمساواة والإنصاف، وتؤكد على ضرورة مراعاتها في خطة التنمية لما بعد عام ٢٠١٥؛

وإذ تشير إلى قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة ٢٨٨/٦٦ "المستقبل الذي نصبو إليه"، والذي أقر مرفقه بأن الصحة شرط مسبق وحصيلة ومؤشر لكل أبعاد التنمية المستدامة؛

وإذ تشدد أيضاً على أنه ينبغي تبديد الشواغل المتصلة بالصحة والمساواة والحقوق في الجهود المبذولة لتحقيق الأهداف الإنمائية للألفية؛

وإذ تذكّر بالقرار ج ص ٦٦-١١ بشأن الصحة في خطة التنمية لما بعد عام ٢٠١٥، الذي يحث الدول الأعضاء على ضمان أن تشغل الصحة موقعاً محورياً في خطة الأمم المتحدة للتنمية لما بعد عام ٢٠١٥؛

وإذ تؤكد مجدداً ضرورة الحفاظ على الإنجازات الراهنة وتكثيف الجهود في تلك البلدان التي يلزم فيها تسريع التقدم نحو تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية المتعلقة بالصحة، وخاصة صحة الأم والوليد والطفل؛

وإذ تُدرك عبء مرضة الأمهات والمواليد والأطفال ووفياتهم، والأمراض السارية، بما في ذلك الأيدز والعدوى بفيروسه، والسل، والملاريا، والأمراض المدارية المهملة والأمراض المستجدة والعبء المتزايد للأمراض غير السارية والإصابات؛

١ انظر الملحق ٥.

٢ اجتماع فريق الخبراء الاستشاري الاستراتيجي المعني بالتنمية، نيسان/ أبريل ٢٠١٣ - الاستنتاجات والتوصيات، السجل الوبائي الأسبوعي ٢٠١٣؛ ٨٨(٢٠): ٢٠١-٢١٦.

٣ الوثيقة ج ٦٧/٢٠.



وإذ تعترف بأن التغطية الصحية الشاملة تتطوي ضمناً على حصول جميع الناس دون تمييز على مجموعة محددة على الصعيد الوطني مما يلزمها من الخدمات الصحية الضرورية التعزيزية والوقائية والعلاجية والملطفة والتأهيلية وعلى الأدوية الأساسية الجيدة والمأمونة والميسورة التكلفة والفعّالة، مع كفاءة أنّ استخدام هذه الخدمات لا يعرّض المستعملين إلى صعوبات مالية؛ مع التركيز بشكل خاص على الفئات الفقيرة والضعيفة والمهمشة من السكان؛

وإذ تسلم بأهمية تنفيذ جميع الالتزامات المعنية المُتفق عليها دولياً، بما فيها منهاج عمل بيجين وبرنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية والمؤتمرات التي تعقد لاستعراضها حتى الآن، والإعلان السياسي للاجتماع الرفيع المستوى للأمم المتحدة بشأن الوقاية من الأمراض غير السارية (غير المعدية) ومكافحتها والإعلان السياسي بشأن فيروس نقص المناعة البشرية/ الأيدز (العوز المناعي البشري) وقرار الجمعية العامة للأمم المتحدة ٨١/٦٧ في تحقيق توفير التغطية الصحية الشاملة وتحسين الحصائل الصحية؛

وإذ تقرّ بأهمية تعزيز النظم الصحية وبناء القدرات لتنفيذ تدابير الصحة العمومية الواسعة النطاق، وحماية الصحة ومعالجة محددات الصحة من أجل بلوغ التغطية المنصفة والشاملة؛

وإذ تشدد على أن للسياسات والإجراءات في القطاعات الخارجة عن نطاق قطاع الصحة تأثير كبير في الحصائل الصحية والعكس بالعكس، ومن ثمّ الحاجة إلى تحديد أوجه التآزر بين أغراض سياسات قطاع الصحة والقطاعات الأخرى، من خلال نهج خطة التنمية لما بعد عام ٢٠١٥ الذي يشمل الحكومة ككل والمجتمع ككل "ودمج الصحة في جميع السياسات"؛

وإذ تؤكد مجدداً تصميمنا على اتخاذ إجراءات بشأن المحددات الاجتماعية للصحة مثلما اتفق على ذلك جماعياً في الوثيقة ج ص ٦٢-١٤؛

وإذ تسلم بأهمية تعزيز التعاون الدولي والوفاء بالالتزامات تجاه التمويل الصحي الوطني والدولي، وضمنان فعالية التعاون الإنمائي الدولي في مجال الصحة ومواءمته مع الأولويات الصحية الوطنية؛

وإذ تدرك أنّ رصد تعزيز الصحة ينبغي أن يشمل قياس أداء النظم الصحية بالإضافة إلى الحصائل الصحية التي تتناول متوسط العمر المتوقع مع التمتع بالصحة والوفيات والمرضاة والعجز؛

وإذ تسلم بأهمية القوى العاملة الصحية وإسهامها الأساسي في أداء النظم الصحية لوظيفتها وضرورة الاستمرار في الالتزام بقرارات جمعية الصحة العالمية ذات الصلة، ولاسيما القرار ج ص ٦٣-١٣ بخصوص مدونة المنظمة العالمية لقواعد الممارسة بشأن توظيف العاملين الصحيين على المستوى الدولي،

١- تحث الدول الأعضاء<sup>١</sup>، في سياق الصحة في خطة التنمية لما بعد عام ٢٠١٥ على ما يلي:

(١) أن تشارك مشاركة نشطة في المناقشات حول خطة التنمية لما بعد عام ٢٠١٥، مع التقيد بالعملية التي وضعتها الجمعية العامة للأمم المتحدة؛

(٢) أن تكفل إدراج الصحة في صميم خطة التنمية لما بعد عام ٢٠١٥؛

١ وحسب الاقتضاء، منظمات التكامل الاقتصادي الإقليمي.

- (٣) أن تضمن قيام خطة التنمية لما بعد عام ٢٠١٥ بتسريع وصول التقدم المُحرز نحو تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية ذات الصلة بالصحة، بما فيها صحة الطفل والأم والصحة الجنسية والإنجابية والتغذية وفيروس العوز المناعي البشري والسل والملاريا؛
- (٤) أن تسلّم بضرورة إيلاء مزيد من الاهتمام لصحة المواليد وأمراض المناطق المدارية المهملة؛
- (٥) أن تُدرج في خطة التنمية لما بعد عام ٢٠١٥ ضرورة العمل على تقليل العبء الذي يمكن الوقاية منه وتلافيه لمعدلات المراضة والوفيات وحالات العجز الناجمة عن الإصابة بالأمراض غير السارية، والإصابات، وأن تعزّز أيضاً في الوقت نفسه الصحة النفسية؛
- (٦) أن تعزّز التغطية الصحية الشاملة، المعرفة على أنها الإتاحة الشاملة لخدمات الوقاية وتعزيز الصحة والعلاج والتأهيل والرعاية الملطفة والحماية من المخاطر المالية كمبدأ رئيسي لعنصر الصحة في خطة التنمية لما بعد عام ٢٠١٥؛
- (٧) أن تشدّد على ضرورة اتخاذ إجراءات متعددة القطاعات لمعالجة المحددات الاجتماعية والبيئية والاقتصادية للصحة، والحد من أوجه الإجحاف الصحية والإسهام في تحقيق التنمية المستدامة، بما في ذلك "دمج الصحة في جميع السياسات"، حسب الاقتضاء؛
- (٨) أن تدعو إلى الأعمال الكاملة للحق في التمتع بأعلى مستوى يمكن بلوغه من الصحة البدنية والنفسية وأن تنظر إلى هذا الحق على أنه حاسم لتحقيق التنمية المستدامة المنصفة والشاملة؛
- (٩) أن تقرّ بأهمية المساءلة من خلال عمليات التقييم المنتظم لما يُحرز من تقدم عن طريق تعزيز سجلات الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية ونظم المعلومات الصحية، بالتلازم مع تصنيف البيانات لغرض رصد معدلات الإنصاف في الصحة؛
- (١٠) أن تُدرج المؤشرات المتعلقة بالصحة لأغراض قياس التقدم المُحرز في جميع الأبعاد ذات الصلة للتنمية المستدامة؛
- (١١) أن تشدّد على أهمية تعزيز النظم الصحية، بما فيها لبنات النظام الصحي الست (تقديم الخدمات؛ والمعلومات؛ والمنتجات الصحية واللقاحات والتكنولوجيات؛ والتمويل؛ وتصريف الشؤون والقيادة)، بالنسبة إلى التقدم المُحرز نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة وصونها، وتحسين الحصائل الصحية؛

-٢- **تطلب من المدير العام ما يلي:**

- (١) مواصلة المشاركة النشطة في المناقشات الجارية بشأن خطة التنمية لما بعد عام ٢٠١٥، بالعمل مع الأمين العام للأمم المتحدة، لضمان موقع مركزي للصحة في جميع العمليات ذات الصلة؛
- (٢) مواصلة إبلاغ الدول الأعضاء وتقديم الدعم، عند الطلب، بشأن المسائل والعمليات المتعلقة بوضع الصحة في خطة التنمية لما بعد عام ٢٠١٥.

(الجلسة العامة التاسعة، ٢٤ أيار/ مايو ٢٠١٤-  
اللجنة "أ"، التقرير السادس)

## جص ٦٧-١٥ تعزيز دور النظام الصحي في التصدي للعنف، وخصوصاً ضد النساء والفتيات، وضد الأطفال<sup>١</sup>

جمعية الصحة العالمية السابعة والستون،

بعد أن نظرت في التقرير عن التصدي للتحدي العالمي الذي يمثله العنف، وخصوصاً العنف ضد النساء والفتيات وضد الأطفال؛<sup>٢</sup>

وإذ تذكر بالقرار جص ٤٩-٢٥ (١٩٩٦) الذي أعلن العنف مشكلة عالمية رئيسية في مجال الصحة العمومية والقرار جص ٥٦-٢٤ (٢٠٠٣) بشأن تنفيذ توصيات التقرير العالمي عن العنف والصحة والقرار جص ٦١-١٦ (٢٠٠٨) بشأن تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية؛

وإذ تدرك الجهود العديدة المبذولة على صعيد منظومة الأمم المتحدة من أجل التصدي للتحدي الذي يمثله العنف، وخصوصاً العنف ضد النساء والفتيات، وضد الأطفال، بما في ذلك المؤتمر الدولي للسكان والتنمية وإعلان ومنهاج عمل بيجين وجميع قرارات الأمم المتحدة ذات الصلة الصادرة عن الجمعية العامة ومجلس حقوق الإنسان وجميع الاستنتاجات ذات الصلة المتفق عليها للجنة وضع المرأة؛

وإذ تلاحظ أن منظمة الصحة العالمية تعرّف العنف على أنه "الاستعمال المتعمّد للقوة البدنية أو القدرة سواء بالتهديد أو الاستعمال الفعلي لها من قبل الشخص ضد نفسه أو ضد شخص آخر أو ضد مجموعة أو مجتمع، بحيث يؤدي أي منهما إلى حدوث أو رجحان احتمال حدوث إصابة أو موت أو إصابة نفسية أو سوء النمو أو الحرمان"<sup>٣</sup>؛

وإذ تلاحظ أيضاً أن العنف بين الأفراد، المختلف عن العنف الموجه للذات والعنف الجماعي، يقسم إلى العنف العائلي وعنف العشير والعنف المجتمعي، ويضم أشكالاً من العنف طوال مراحل العمر مثل إساءة معاملة الأطفال، وعنف العشير، وإساءة معاملة المسنين، والعنف بين أفراد الأسرة، وعنف الشباب، وأعمال العنف العشوائية، والاعتصاب أو الاعتداء الجنسي، والعنف في مواقع المؤسسات كالمدارس وأماكن العمل والسجون ودور التمريض؛<sup>٣</sup>

وإذ تستذكر تعريف العنف ضد النساء المدرج في إعلان القضاء على العنف ضد المرأة؛<sup>٤</sup>

وإذ يساورها القلق إزاء تضرر صحة وعافية ملايين الأشخاص والأسر من جراء العنف وعدم الإبلاغ عن حالات كثيرة؛

وإذ يساورها القلق أيضاً لأن للعنف عواقب على الصحة تشمل الوفاة والعجز والإصابات البدنية والآثار الصحية النفسية، وعواقب على الصحة الجنسية والإنجابية إلى جانب عواقبه الاجتماعية؛

وإذ تسلّم بأن النظم الصحية لا تتصدى لمشكلة العنف ولا تسهم في استجابة شاملة متعددة القطاعات بوجه كاف في الغالب؛

١ انظر الملحق ٦ للاطلاع على الآثار المالية والإدارية المترتبة على هذا القرار بالنسبة إلى الأمانة.

٢ الوثيقة ج٢٢/٦٧.

٣ التقرير العالمي عن العنف والصحة، جنيف، منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٢.

٤ قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة ٤٨/١٠٤.

وإذ تعرب عن بالغ قلقها إزاء تعرض امرأة واحدة من كل ثلاث نساء في العالم للعنف البدني و/أو الجنسي، بما في ذلك من جانب أزواجهن، مرة واحدة على الأقل في حياتها؛<sup>١</sup>

وإذ تعرب عن قلقها إزاء احتمال تفاقم العنف ضد النساء والفتيات غالباً في حالات الطوارئ الإنسانية وحالات ما بعد النزاعات، وإذ تقر بأن للنظم الصحية الوطنية دوراً هاماً تؤديه في التصدي للعواقب المترتبة على ذلك؛

وإذ تلاحظ أن الوقاية من العنف بين الأفراد الممارس ضد الأطفال - من صبيان وبنات - قد تسهم إسهاماً ملحوظاً في الوقاية من العنف بين الأفراد الممارس ضد النساء والفتيات والأطفال، وأن التعرض لسوء المعاملة والإهمال في جميع مراحل الطفولة يزيد احتمال نمو الأشخاص وارتكابهم العنف الممارس ضد النساء وإساءة معاملتهم لأبنائهم ومشاركتهن في الأحداث العنيفة، وتشدد على وجود بيانات كافية تثبت فعالية برامج دعم إعداد الآباء لرعاية الأبناء في منع إساءة معاملة الأطفال وإهمالهم بهدف وقف استمرار العنف بين الأفراد وبين الأجيال؛

وإذ تلاحظ أيضاً أن العنف ضد الفتيات يتطلب عناية خاصة نظراً إلى خضوع الفتيات لأشكال العنف المرتبطة بممارسة عدم المساواة بين الجنسين التي تظل في أغلب الأحيان مخفية وغير معترف بها من قبل المجتمع، بما في ذلك من جانب مقدمي الخدمات الصحية، وأن الفتيات أكثر تعرضاً للعنف الجنسي بينما يتضرر الأطفال من صبيان وبنات على حد سواء من إساءة المعاملة (البدنية والنفسية) والإهمال؛

وإذ تعرب عن بالغ قلقها لما للعنف ضد المرأة أثناء الحمل من عواقب وخيمة على صحتها وعلى حملها، على السواء، مثل الإجهاض التلقائي والوضع السابق لأوانه، وعلى الطفل مثل انخفاض الوزن عند الميلاد، إضافة إلى الإقرار بالفرصة التي تتيحها الرعاية قبل الولادة للتعرف المبكر على هذا العنف ومنع تكرار حدوثه؛

وإذ يساورها القلق إزاء تعرض الأطفال للعنف، ولاسيما في الأسر التي يعولها الأطفال، بما فيه العنف البدني والجنسي والنفسي، مثل التسلط، وتؤكد مجدداً ضرورة اتخاذ الإجراءات في جميع القطاعات لتعزيز سلامة الأطفال، وخصوصاً الفتيات في الأسر التي يعولها الأطفال، ودعمهم وحمايتهم ورعايتهم الصحية وتمكينهم؛

وإذ تقر بأن الأولاد والفتيات هم في عداد الأشخاص الأشد تضرراً من العنف بين الأفراد الذي يسهم إسهاماً كبيراً في عبء حالات الوفاة المبكرة والإصابة والعجز على الصعيد العالمي، وخصوصاً لدى الفتيات، ويؤثر في الغالب تأثيراً وخيماً وطويل الأمد في أداء الشخص النفسي والاجتماعي؛

وإذ تعرب عن بالغ قلقها إزاء استمرار العنف بين الأفراد، وخصوصاً ضد النساء والفتيات، والأطفال، في كل بلد في العالم بوصفه تحدياً عالمياً رئيسياً تواجهه الصحة العمومية، وانتهاكاً جسيماً لحق كل شخص في التمتع بأعلى المستويات الممكنة من الصحة البدنية والنفسية، وعائقاً رئيسياً أمام تحقيق المساواة بين الجنسين، وأن له آثار اقتصادية واجتماعية سلبية؛

١ World Health Organization, London School of Hygiene and Tropical Medicine, South African Medical Research Council التقديرات الإقليمية والعالمية للعنف الموجه نحو المرأة: معدلات الانتشار والتأثيرات الصحية لعنف الشريك الحميم والعنف الجنسي من غير الشركاء، منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٣.

وإذ تعترف بأن العنف ضد النساء والفتيات هو شكل من أشكال التمييز وأن اختلال التوازن في القوى وعدم المساواة الهيكلية بين الرجل والمرأة هما سببان من أسباب العنف الجذرية، وأن التصدي بفعالية للعنف ضد النساء والفتيات يقتضي اتخاذ الإجراءات على جميع مستويات الحكومة، بما في ذلك النظام الصحي، وكذلك مشاركة المجتمع المدني ومساهمة الرجال والفتيات واعتماد نهج شاملة ومتعددة الأوجه تعزز المساواة بين الجنسين وتمكين النساء والفتيات وتغيير المواقف والعادات والممارسات والقوالب النمطية الضارة وتنفيذ هذه النهج؛

وإذ تدرك أن العملية الجارية فيما يخص خطة التنمية لما بعد عام ٢٠١٥ قد تسهم من حيث المبدأ في التصدي، من منظور للعواقب الصحية للعنف، وخصوصاً ضد النساء والفتيات، والأطفال من خلال استجابة شاملة ومتعددة القطاعات؛

وإذ تعترف أيضاً بالجهود الإقليمية ودون الإقليمية والوطنية العديدة الرامية إلى تنسيق أنشطة النظم الصحية للوقاية من العنف، وخصوصاً ضد النساء والفتيات وضد الأطفال، والاستجابة لمقتضياته؛

وإذ تحيط علماً مع بالغ التقدير بالدور الريادي الذي اضطلعت به المنظمة في إرساء قاعدة البيانات عن حجم العنف، وخصوصاً ضد النساء والفتيات،<sup>١</sup> وضد الأطفال وعوامل الخطر وعوامل الوقاية المرتبطة به<sup>٢</sup> وعواقبه وأنشطة الوقاية منه والاستجابة لمقتضياته،<sup>٣</sup> وفي وضع القواعد والمعايير وفي الدعوة وفي دعم الجهود الرامية إلى تعزيز البحوث والبرامج والخدمات الخاصة بالوقاية لفائدة المتضررين من العنف؛<sup>٤</sup>

وإذ تحيط علماً أيضاً بأن مسألة معالجة العنف، ولاسيما ضد النساء والفتيات، وضد الأطفال، مدرجة ضمن الأولويات القيادية لبرنامج العمل العام الثاني عشر للمنظمة للفترة ٢٠١٤-٢٠١٩ ولاسيما للتصدي للمحددات الاجتماعية والاقتصادية والبيئية للصحة؛

وإذ تقر بالحاجة إلى تعزيز السياسات والبرامج الخاصة بالوقاية من العنف بين الأفراد التي يسهم النظام الصحي فيها وبأنه من الضروري، على الرغم من وجود بعض التوجيهات المسندة بالبيانات بشأن التدخلات الفعالة، إجراء مزيد من البحث والتقييم لهذه التدخلات وغيرها من التدخلات؛

وإذ تشدد على أهمية الوقاية من العنف بين الأفراد قبل حدوثه أو تكرر حدوثه، وتحيط علماً بأن دور النظام الصحي في الوقاية من العنف، وخصوصاً ضد النساء والفتيات، وضد الأطفال، يشمل دعم الجهود التالية: الحد من سوء معاملة الأطفال عن طريق برامج دعم إعداد الآباء لرعاية الأبناء مثلاً؛ والتصدي لمعاورة مواد الإدمان بما في ذلك تعاطي الكحول على نحو ضار؛ ومنع تكرار حدوث العنف بتوفير خدمات الرعاية

١ Including the WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: initial results on prevalence, health outcomes and women's responses (2005); Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence (2013); and Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines (2013).

٢ عوامل الحماية هي العوامل التي تحد أو تقي من خطر العنف. وقد ركزت بحوث كثيرة بشأن العنف ضد المرأة والعنف ضد الطفل على عوامل الخطر غير أنه من المهم أيضاً لأغراض الوقاية فهم عوامل الوقاية. وتهدف الاستراتيجيات والبرامج الخاصة بالوقاية إلى تقليص عوامل الخطر و/ أو تعزيز عوامل الوقاية.

٣ بما في ذلك التقرير العالمي عن العنف والصحة (٢٠٠٢).

٤ This work is carried out mainly by the Department of Violence and Injury Prevention and Disability, the Department of Reproductive Health and Research, the Department for Mental Health and Substance Abuse and the Department for Emergency Risk Management and Humanitarian Response, in close collaboration with regional and country offices.

الصحية والنفسية والاجتماعية و/ أو التأهيل لضحايا العنف ومرتكبيه ولمن شهوده؛ وجمع البيانات على فعالية تدخلات الوقاية والاستجابة ونشرها؛

وإذ تؤكد دور النظام الصحي في الدعوة كعنصر من عناصر الوقاية من أجل تنفيذ تدخلات لمكافحة قبول المجتمع للعنف بين الأفراد، وخصوصاً ضد النساء والفتيات، وضد الأطفال، وتغاضيه عنه، بالتشديد على الدور الذي يمكن أن تضطلع به هذه الدعوة في النهوض بتحول المجتمع؛

وإذ تسلم بأن العنف بين الأفراد، وخصوصاً ضد النساء والفتيات، وضد الأطفال، قد يحدث ضمن النظام الصحي بعينه مما يحتمل أن يؤثر تأثيراً سلبياً في القوى العاملة الصحية وجودة الرعاية الصحية المقدمة ويؤدي إلى ازدياد المرضى وإساءة معاملتهم والتمييز في فرص الحصول على الخدمات المتاحة؛

وإذ تؤكد الدور المهم والمحدد الذي يجب على النظم الصحية الوطنية أن تضطلع به في تحديد حوادث العنف وتوثيقها وتوفير الرعاية السريرية والإحالة الملائمة للمتضررين من هذه الحوادث، وخصوصاً النساء والفتيات، والأطفال، والمساهمة في جهود الوقاية والدعوة ضمن الحكومات وفي صفوف جميع أصحاب المصلحة لتوفير استجابة فعالة وشاملة ومتعددة القطاعات لمقتضيات العنف،

#### ١- تحث الدول الأعضاء<sup>١</sup> على ما يلي:

(١) تعزيز دور نظمها الصحية في التصدي للعنف، وخصوصاً ضد النساء والفتيات، وضد الأطفال لضمان حصول جميع الأشخاص المعرضين لخطر العنف و/ أو المتضررين منه على خدمات صحية فعالة وميسورة التكلفة في الوقت المناسب، بما في ذلك خدمات تعزيز الصحة والعلاج والتأهيل والدعم الخالية من الانتهاك والازدياد والتمييز، ولتدعيم إسهامها في برامج الوقاية وتأييد أعمال المنظمة المتصلة بهذا القرار؛

(٢) ضمان مشاركة النظم الصحية مع قطاعات أخرى مثل التعليم والعدالة والخدمات الاجتماعية وشؤون المرأة وتنمية الطفل، بهدف تشجيع وتطوير استجابة وطنية فعالة وشاملة للعنف بين الأفراد، وخصوصاً ضد النساء والفتيات، وضد الأطفال من خلال جملة أمور من بينها المعالجة الكافية لموضوع العنف في الخطط الصحية والإنمائية ووضع استراتيجيات وطنية متعددة القطاعات بشأن الوقاية من العنف والاستجابة لمقتضياته تشمل الحماية وتعزيز المشاركة الشاملة لأصحاب المصلحة المعنيين وإمداد هذه الاستراتيجيات بالتمويل الكافي؛

(٣) تعزيز مساهمة نظمها الصحية في وضع حد لقبول جميع أشكال العنف ضد النساء والفتيات والتغاضي عنها، بما في ذلك عن طريق الدعوة والمشورة وجمع البيانات، بالنهوض في الوقت ذاته بمشاركة الرجال والفتيان إلى جانب النساء والفتيات بوصفهم وسطاء لإحداث التغيير في أسرهم ومجتمعهم بما يتناسب مع سنهم، حتى يتسنى تعزيز المساواة بين الجنسين وتمكين النساء والفتيات؛

(٤) تعزيز الاستجابة الوطنية، ولاسيما استجابة النظم الصحية الوطنية، من خلال تحسين جمع البيانات القابلة للمقارنة والمصنفة حسب الجنس والسن والعوامل ذات الصلة الأخرى عن حجم العنف بين الأفراد، وخصوصاً ضد النساء والفتيات، وضد الأطفال، وعوامل الخطر وعوامل الوقاية المرتبطة به وأنماطه وعواقبه الصحية، والمعلومات عن أفضل الممارسات، بما في ذلك جودة الرعاية والاستراتيجيات الفعالة للوقاية والاستجابة، ونشر هذه البيانات والمعلومات، عند الاقتضاء؛

١ وحسب الاقتضاء، منظمات التكامل الاقتصادي الإقليمي.

(٥) مواصلة تعزيز دور نظمها الصحية بهدف الإسهام في الجهود المتعددة القطاعات المبذولة للتصدي للعنف بين الأفراد، وخصوصاً ضد النساء والفتيات، وضد الأطفال، بما في ذلك تعزيز وحماية حقوق الإنسان من حيث صلتها بالحصائل الصحية؛

(٦) تيسير الحصول على الخدمات الصحية، حسب الاقتضاء، بما في ذلك في مجال الصحة الجنسية والإنجابية؛

(٧) السعي إلى منع تكرار حدوث العنف بين الأفراد وإيقاف دوامته، من خلال تعزيز حصول ضحايا العنف بين الأفراد ومرتكبيه والمتضررين منه على خدمات صحية واجتماعية ونفسية فعالة في الوقت المناسب، عند الاقتضاء، وتقييم مثل هذه البرامج لتقدير فعاليتها في الحد من تكرار حدوث العنف بين الأفراد؛

(٨) تعزيز القدرات، بما في ذلك عن طريق توفير التدريب المتواصل للملائم لجميع الموظفين المهنيين في المؤسسات العامة والخاصة المنتمين إلى القطاع الصحي وسائر القطاعات ولمقدمي الرعاية والعاملين الصحيين المجتمعيين، بغرض تقديم خدمات الرعاية والدعم وغيرها من خدمات الوقاية وتعزيز الصحة ذات الصلة إلى ضحايا العنف بين الأفراد والمتضررين منه، وخصوصاً النساء والفتيات والأطفال؛

(٩) النهوض بالإجراءات التشغيلية المعيارية التي تستهدف تحديد العنف بين الأفراد الممارس ضد النساء والفتيات وضد الأطفال ووضعها ودعمها وتعزيزها، مع مراعاة الدور المهم الذي يؤديه النظام الصحي في توفير الرعاية والإحالة إلى دوائر خدمات الدعم؛

تطلب من المدير العام ما يلي: -٢

(١) وضع مسودة خطة عمل عالمية بمشاركة الدول الأعضاء<sup>١</sup> التامة بالتشاور مع المنظمات التابعة لمنظمة الأمم المتحدة وسائر الجهات صاحبة المصلحة المعنية، مع التركيز على دور النظم الصحية حسب الاقتضاء، لتعزيز دور هذه النظم في إطار استجابة وطنية متعددة القطاعات تتصدى لجميع أشكال العنف بين الأفراد، وخصوصاً ضد النساء والفتيات، وضد الأطفال، استناداً إلى أعمال المنظمة الراهنة ذات الصلة؛

(٢) مواصلة تعزيز جهود المنظمة لإرساء البيانات العلمية بشأن حجم العنف، واتجاهاته، وعواقبه الصحية، وعوامل الخطر، وعوامل الوقاية، المرتبطة به، وخصوصاً ضد النساء والفتيات، وضد الأطفال، وتحديث البيانات بانتظام، مع مراعاة مدخلات الدول الأعضاء، وجمع المعلومات عن الممارسات المثلى، بما في ذلك جودة الرعاية، والاستراتيجيات الفعالة للوقاية والاستجابة بغية استحداث نظم صحية وطنية فعالة للوقاية والاستجابة.

(٣) مواصلة دعم الدول الأعضاء، بناءً على طلبها، من خلال توفير المساعدة التقنية في تعزيز دور النظم الصحية، بما في ذلك الصحة الجنسية والإنجابية، في التصدي للعنف، وخصوصاً ضد النساء والفتيات وضد الأطفال؛

(٤) رفع تقرير إلى المجلس التنفيذي في دورته السادسة والثلاثين بعد المائة عن التقدم المحرز في تنفيذ هذا القرار، وعن وضع النص النهائي في عام ٢٠١٤ لتقرير عالمي عن وضع العنف والصحة

١ وحسب الاقتضاء، منظمات التكامل الاقتصادي الإقليمي.

يعد بالتعاون مع برنامج الأمم المتحدة الإنمائي ومكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة وبين الجهود الوطنية المبدولة للوقاية من العنف، ورفع تقرير أيضاً إلى المجلس التنفيذي في دورته الثامنة والثلاثين بعد المائة عن التقدم المحرز في تنفيذ هذا القرار، بما في ذلك تقديم مسودة خطة العمل العالمية، كي تنظر جمعية الصحة العالمية التاسعة والستون في ذلك.

(الجلسة العامة التاسعة، ٢٤ أيار/ مايو ٢٠١٤-  
اللجنة "أ"، التقرير السادس)

### ج ص ع ٦٧-١٦ تقرير مراجع الحسابات الخارجي

جمعية الصحة العالمية السابعة والستون،

بعد النظر في تقرير مراجع الحسابات الخارجي المقدم إلى جمعية الصحة؛<sup>١</sup>

وبعد الإحاطة علماً بالتقرير المقدم من لجنة البرنامج والميزانية والإدارة التابعة للمجلس التنفيذي إلى جمعية الصحة العالمية السابعة والستين،<sup>٢</sup>

تقبل التقرير المقدم من مراجع الحسابات الخارجي إلى جمعية الصحة.

(الجلسة العامة التاسعة، ٢٤ أيار/ مايو ٢٠١٤-  
اللجنة "ب"، التقرير الثاني)

### ج ص ع ٦٧-١٧ مرتبات الموظفين في الوظائف غير المصنفة<sup>٣</sup>

جمعية الصحة العالمية السابعة والستون،

وإذ تشير إلى توصيات المجلس التنفيذي المتعلقة بمرتبات الموظفين في الوظائف غير المصنفة في رتب ومرتب المدير العام،<sup>٤</sup>

١- تحدد المرتبات الإجمالية للمديرين العامين والمساعدين والمديرين الإقليميين بما يبلغ ٤٣٦ ١٧٢ دولاراً أمريكياً في السنة ليكون المرتب الصافي ٢٠٥ ١٣٤ دولارات أمريكية (للمعيل) أو ٥٢٧ ١٢١ دولاراً أمريكياً (لغير المعيل)؛

٢- تحدد المرتب الإجمالي لنائب المدير العام بما يبلغ ٧٤٤ ١٨٩ دولاراً أمريكياً في السنة ليكون المرتب الصافي ٣٢١ ١٤٦ دولاراً أمريكياً (للمعيل) أو ٦٨٢ ١٣١ دولاراً أمريكياً (لغير المعيل)؛

١ الوثيقة ج ٤٥/٦٧.

٢ الوثيقة ج ٥٨/٦٧.

٣ انظر الملحق ٦ للاطلاع على الآثار المالية والإدارية المترتبة على هذا القرار بالنسبة إلى الأمانة.

٤ الوثيقة ج ٤٩/٦٧.



٣- تحدّد المرتب الإجمالي للمدير العام بما يبلغ ٢٥٢ ٠٥٥ دولاراً أمريكياً في السنة ليكون المرتب الصافي ٨٣٦ ١٧٦ دولاراً أمريكياً (للمعيل) أو ٢٦٢ ١٥٧ دولاراً أمريكياً (لغير المعيل)؛

٤- تقرّر أن تدخل هذه التسويات في المرتبات حيز النفاذ اعتباراً من ١ كانون الثاني/يناير ٢٠١٤.

(الجلسة العامة التاسعة، ٢٤ أيار/مايو ٢٠١٤-  
اللجنة "ب"، التقرير الثاني)

### ج ص ع ٦٧-١٨ الطب التقليدي (الشعبي)<sup>١</sup>

جمعية الصحة العالمية السابعة والستون،

بعد النظر في التقرير الخاص بالطب التقليدي (الشعبي)<sup>١</sup>،

إذ تذكّر بالقرارات ج ص ع ٢٢-٥٤ وج ص ع ٢٩-٧٢ وج ص ع ٣٠-٤٩ وج ص ع ٣١-٣٣ وج ص ع ٤٠-٣٣ وج ص ع ٤١-١٩ وج ص ع ٤٢-٤٣ وج ص ع ٤٤-٣٤ وج ص ع ٥٤-١١ وج ص ع ٥٦-٣١ وج ص ع ٦١-٢١، وخاصة ج ص ع ٦٢-١٣ بشأن الطب التقليدي (الشعبي)، التي طلبت فيها جمعية الصحة من المدير العام، جملة أمور منها، أن يُحدّث استراتيجية المنظمة بشأن الطب التقليدي (الشعبي) للفترة ٢٠٠٢-٢٠٠٥، استناداً إلى التقدم الذي أحرزته البلدان والتحديات الجديدة المطروحة حالياً في مجال الطب التقليدي (الشعبي)؛

وإذ تؤكد الأهمية والقيمة المتزايدتين للطب التقليدي (الشعبي) في توفير الرعاية الصحية على الصعيدين الوطني والعالمي، وأن هذين النوعين من الطب لم يعودا مقصورين حصراً على أي أقاليم أو مجتمعات معيّنة؛

وإذ تلاحظ زيادة مستوى الاهتمام بجوانب ممارسات الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي ويمارسي هذين النوعين من الطب، وما يتعلق بذلك من مطالبة المستهلكين والحكومات بأن يُنظر في دمج هذين العنصرين في الخدمات الصحية المقدمة بهدف دعم الحياة الصحية؛

وإذ تلاحظ أيضاً أن التحديات الرئيسية التي تعترض مجال الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي تشمل أوجه قصور في ما يلي: الإدارة والسياسة المستندتان إلى المعرفة، والتنظيم المناسب للممارسات والممارسين؛ ورصد تنظيم المنتجات وتنفيذه؛ ودمج خدمات الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي على النحو المناسب في خدمات الرعاية الصحية المقدمة والرعاية الصحية الذاتية،

١- **تحيط علماء** باستراتيجية المنظمة بشأن الطب التقليدي (الشعبي) للفترة ٢٠١٤-٢٠٢٣، وبأغراضها الثلاثة والتوجيهات الاستراتيجية والإجراءات الاستراتيجية التي توجه قطاع الطب التقليدي (الشعبي) في مواصلة تطوره وأهمية الاسترشاد بمؤشرات الأداء الرئيسية في تقييم تنفيذ الاستراتيجية خلال العقد القادم؛

٢- تحث الدول الأعضاء على ما يلي، وفقاً لقدراتها وأولوياتها وتشريعاتها ذات الصلة وظروفها الوطنية:

(١) تكيف استراتيجية المنظمة بشأن الطب التقليدي (الشعبي) للفترة ٢٠١٤-٢٠٢٣ واعتمادها وتنفيذها، حسب الاقتضاء، للبرامج أو خطط العمل الوطنية الخاصة بالطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي؛

(٢) القيام بإعداد وتنفيذ خطط عمل، حسب الاقتضاء، لدمج الطب التقليدي (الشعبي) في الخدمات الصحية، ولاسيما خدمات الرعاية الصحية الأولية؛

(٣) تقديم تقرير إلى المنظمة، حسب الاقتضاء، عن التقدم المحرز في تنفيذ استراتيجية المنظمة بشأن الطب التقليدي (الشعبي) للفترة ٢٠١٤-٢٠٢٣؛

٣- **تطلب من المدير العام ما يلي:**

(١) القيام، بناءً على الطلب، بتيسير تنفيذ الدول الأعضاء لاستراتيجية المنظمة بشأن الطب التقليدي (الشعبي) للفترة ٢٠١٤-٢٠٢٣، وذلك بدعم صياغتها لما يتعلق بذلك من سياسات ومعايير ولوائح وطنية مستندة إلى المعرفة، وتعزيز بناء القدرات الوطنية تبعاً لذلك من خلال تبادل المعلومات والشبكات وحلقات العمل التدريبية؛

(٢) مواصلة توفير الإرشادات للدول الأعضاء في مجال السياسات بشأن كيفية إدماج خدمات الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي في نظامها الوطني و/ أو دون الوطني (نظمها الوطنية و/ أو دون الوطنية) للرعاية الصحية، وكذلك الإرشادات التقنية التي من شأنها أن تضمن سلامة خدمات الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي هذه وجودتها وفعاليتها مع التركيز على ضمان الجودة؛

(٣) مواصلة تعزيز التعاون والتآزر الدوليين في مجال الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي بغية تبادل المعلومات المستندة إلى البيّنات، مع مراعاة عادات وتقاليد الشعوب والمجتمعات الأصلية؛

(٤) رصد وتخصيص الأموال اللازمة وفقاً للميزانية البرمجية للمنظمة من أجل تنفيذ استراتيجية المنظمة بشأن الطب التقليدي (الشعبي) للفترة ٢٠١٤-٢٠٢٣؛

(٥) تقديم تقرير، إلى جمعية الصحة بصفة دورية، حسب الاقتضاء، من خلال المجلس التنفيذي، عن التقدم المحرز في تنفيذ هذا القرار.

(الجلسة العامة التاسعة، ٢٤ أيار/ مايو ٢٠١٤-  
اللجنة "ب"، التقرير الثالث)

جص ٦٧ع-١٩ تعزيز الرعاية الملطفة كعنصر من عناصر الرعاية الشاملة طيلة العمر<sup>١</sup>

جمعية الصحة العالمية السابعة والستون،

بعد النظر في التقرير الخاص بتعزيز الرعاية الملطفة كعنصر من عناصر العلاج المتكامل طيلة العمر؛<sup>٢</sup>

وإذ تذكر بالقرار جص ٥٨ع-٢٢ بشأن الوقاية من السرطان ومكافحته وخصوصاً ما يتصل منه بالرعاية الملطفة؛

وإذ تأخذ في الحسبان القرارين ٤/٥٣ و ٦/٥٤ الصادرين عن لجنة المخدرات التابعة للمجلس الاقتصادي والاجتماعي للأمم المتحدة، وللذين يخصان على التوالي تعزيز توافر العقاقير المشروعة الخاضعة للمراقبة الدولية بكميات كافية للأغراض الطبية والعلمية مع العمل في الوقت ذاته على منع تسريبها وتعاطيها ثم تعزيز توافر المخدرات والمؤثرات العقلية الخاضعة للمراقبة الدولية بكميات كافية للأغراض الطبية والعلمية مع العمل في الوقت ذاته على منع تسريبها وتعاطيها؛

وإذ تثني على التقرير الخاص للهيئة الدولية لمراقبة المخدرات وتقرير الهيئة الدولية للمراقبة عن توافر العقاقير الخاضعة للمراقبة الدولية: ضمان إتاحتها بكميات كافية للأغراض الطبية والعلمية<sup>٣</sup> وإرشادات المنظمة بشأن ضمان التوازن في السياسات الوطنية الخاصة بالمواد الخاضعة للمراقبة: إرشادات بشأن توافر الأدوية الخاضعة للمراقبة وإتاحتها؛<sup>٤</sup>

وإذ تأخذ أيضاً في الحسبان القرار ٢٥/٢٠٠٥ الصادر عن مجلس الأمم المتحدة الاقتصادي والاجتماعي بشأن علاج الألم باستعمال المسكنات شبه الأفيونية؛

وإذ تضع في اعتبارها أن الرعاية الملطفة هي نهج يحسن نوعية حياة المرضى (البالغون والأطفال) وأسره ممن يواجهون المشكلات المرتبطة بالمرض الذي يهدد حياة المريض، من خلال خدمات الوقاية وتسكين الألم عن طريق تحديد الألم والمشكلات الأخرى سواء أكانت بدنية أم نفسية اجتماعية أم روحانية في مراحل مبكرة وتقييمها وعلاجها على نحو سليم؛

وإذ تعترف بأن الرعاية الملطفة، عند التوصية بها، هي أمر أساسي لتحسين نوعية حياة الأفراد وعافيتهم وأسباب راحتهم وكرامتهم، بكونها خدمات صحية فعالة تركز على الشخص وتقيم حاجة المرضى إلى الحصول على معلومات كافية ومراعية لوضعهم الشخصي والثقافي عن حالتهم الصحية وتقدر دورهم المحوري في اتخاذ قرارات بشأن العلاج الذي يتلقونه؛

وإذ تؤكد بأن إتاحة خدمات الرعاية الملطفة والأدوية الأساسية المستخدمة لأغراض طبية وعلمية والمصنعة من مواد خاضعة للمراقبة، بما فيها المسكنات الأفيونية مثل المورفين، تمشياً مع اتفاقيات الأمم

١ انظر الملحق ٦ للاطلاع على الآثار المالية والإدارية المترتبة على هذا القرار بالنسبة إلى الأمانة.

٢ الوثيقة ج٣١/٦٧.

٣ الوثيقة E/INCB/2010/1/Supp.1.

٤ Ensuring balance in national policies on controlled substances: guidance for availability and accessibility of controlled medicines. Geneva: World Health Organization; 2011

المتحدة الدولية الثلاث بشأن مكافحة المخدرات،<sup>١</sup> تسهم في إعمال الحق في التمتع بأعلى مستوى يمكن بلوغه من الصحة والعافية؛

وإذ تقر بأن الرعاية الملطفة هي مسؤولية أخلاقية من مسؤوليات النظم الصحية، وبأنه يجب على أصحاب المهن في مجال الرعاية الصحية من الناحية الأخلاقية أن يخففوا الآلام والمعاناة سواء أكانت بدنية أم نفسية اجتماعية أم روحانية، بصرف النظر عن مدى إمكانية علاج المرض أو الاعتلال، وبأن الرعاية المقدمة إلى المحتضرين هي عنصر من العناصر الحاسمة للرعاية الملطفة؛

وإذ تعترف بأن أكثر من ٤٠ مليون شخص يحتاجون في الوقت الحالي إلى خدمات الرعاية الملطفة سنوياً، وترتقب زيادة الحاجة إلى الرعاية الملطفة نتيجة لشيخوخة السكان وارتفاع نسبة الأمراض غير السارية وغيرها من الأمراض المزمنة في العالم، وتضع في اعتبارها أهمية خدمات الرعاية الملطفة المقدمة إلى الأطفال، وتقر في هذا الصدد بضرورة تزود الدول الأعضاء بتقديرات لكميات الأدوية اللازمة الخاضعة للمراقبة الدولية، بما فيها تركيبات أدوية الأطفال؛

وإذ تدرك الحاجة الملحة إلى إدراج الرعاية الملطفة في سلسلة الرعاية، ولاسيما على مستوى الرعاية الأولية، وتقر بأن عدم إدماج خدمات الرعاية الملطفة إدماجاً كافياً في نظم الرعاية الصحية والاجتماعية هو عامل رئيسي يسهم في انعدام الإنصاف في إتاحة مثل هذه الرعاية؛

وإذ تلاحظ أن توافر الأدوية الخاضعة للمراقبة الدولية واستخدامها الملائم للأغراض الطبية والعلمية، ولاسيما من أجل تخفيف الآلام والمعاناة، أمران لا يزلان غير كافيين في عدة بلدان، وتسلب الأضواء على ضرورة أن تضمن الدول الأعضاء، بدعم من أمانة المنظمة ومكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة والهيئة الدولية لمراقبة المخدرات، عدم تحوّل الجهود الرامية إلى منع تسريب المخدرات والمؤثرات العقلية الخاضعة للمراقبة الدولية عملاً باتفاقيات الأمم المتحدة الدولية بشأن مكافحة المخدرات إلى عوائق تنظيمية غير ملائمة تعرقل إتاحة هذه الأدوية لأغراض طبية؛

وإذ تأخذ في الحسبان أن عدم الإلمام بالرعاية الملطفة يديم المعاناة التي تنجم عن أعراض قابلة للعلاج ويمكن تجنبها، وتبرز الحاجة إلى توفير التعليم المتواصل والتدريب الكافي لجميع مقدمي الرعاية الصحية في المستشفيات وعلى مستوى المجتمعات المحلية وغيرهم من مقدمي الرعاية، بمن فيهم العاملون في منظمات غير حكومية وأفراد أسرهم؛

وإذ تسلم بوجود نماذج متنوعة فعالة وعالية المردودية للرعاية الملطفة، وتقر بأن الرعاية الملطفة تستخدم نهجاً متعدد التخصصات لتلبية احتياجات المرضى وأسرهم، وتلاحظ أن توفير خدمات الرعاية الملطفة الجيدة هو أمر يمكن تحقيقه على الأرجح حيثما توجد شبكات تواصل متينة بين مقدمي الرعاية الملطفة المهنيين ومقدمي خدمات الرعاية الداعمة (بما فيها خدمات الدعم المعنوي والمشورة، حسب الحاجة) والمتطوعين والأسر المتضررة وبين المجتمع ومقدمي خدمات الرعاية لمرضى الاعتلالات الحادة وللمسنين؛

وإذ تسلم أيضاً بالحاجة إلى خدمات الرعاية الملطفة على مستوى فئات الأمراض (الأمراض غير السارية والأمراض المعدية بما فيها الأيدز والعدوى بفيروسه والسل المقاوم للأدوية المتعددة) وعلى مستوى كل الفئات العمرية؛

١ اتفاقية الأمم المتحدة الوحيدة للمخدرات لعام ١٩٦١ بصيغتها المعدلة بموجب بروتوكول عام ١٩٧٢؛ واتفاقية الأمم المتحدة بشأن المؤثرات العقلية لعام ١٩٧١؛ واتفاقية الأمم المتحدة لمكافحة الاتجار غير المشروع في المخدرات والمؤثرات العقلية لعام ١٩٨٨.

وإذ ترحب بإدراج الرعاية الملطفة في تعريف التغطية الصحية الشاملة وتشدد على ضرورة أن تتيح الخدمات الصحية خدمات الرعاية الملطفة المتكاملة بشكل منصف بهدف تلبية احتياجات المرضى في سياق التغطية الصحية الشاملة؛

وإذ تعترف بالحاجة إلى آليات كافية لتمويل برامج الرعاية الملطفة، بما في ذلك الأدوية والمنتجات الطبية، ولا سيما في البلدان النامية؛

وإذ ترحب بإدراج الأعمال والمؤشرات المتصلة بالرعاية الملطفة في إطار المنظمة العالمي الشامل لرصد الوفاة من الأمراض غير السارية ومكافحتها وفي خطة العمل العالمية للمنظمة للوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها ٢٠١٣-٢٠٢٠؛

وإذ تلاحظ مع التقدير إدراج الأدوية اللازمة لمكافحة الآلام والأعراض في سياقات الرعاية الملطفة في الإصدار الثامن عشر لقائمة المنظمة النموذجية للأدوية الأساسية والإصدار الرابع لقائمة المنظمة النموذجية للأدوية الأساسية للأطفال، وتشيد بجهود المراكز المتعاونة مع المنظمة المبذولة فيما يتصل بعلاج الألم والرعاية الملطفة لتحسين إتاحة خدمات الرعاية الملطفة؛

وإذ تلاحظ مع التقدير جهود المنظمات غير الحكومية والمجتمع المدني المبذولة في إطار المواظبة على إبراز أهمية خدمات الرعاية الملطفة، بما في ذلك توافر المواد الخاضعة للمراقبة الدولية بكميات كافية واستخدامها الملائم للأغراض الطبية والعلمية، على النحو المبين في اتفاقيات الأمم المتحدة الدولية بشأن مكافحة المخدرات؛

وإذ تعترف بتوافر خدمات الرعاية الملطفة المحدود في كثير من أنحاء العالم والآلام الجمة التي يمكن تجنبها ويعاني منها ملايين المرضى وأسره، وتشدد على الحاجة إلى إنشاء نظم صحية تدرج خدمات الرعاية الملطفة كجزء لا يتجزأ من خدمات علاج الأشخاص في سلسلة خدمات الرعاية أو إلى تعزيزها عند الاقتضاء،

#### ١- تحثّ الدول الأعضاء<sup>١</sup> على ما يلي:

(١) وضع السياسات الخاصة بالرعاية الملطفة وتعزيزها وتنفيذها، حسب الاقتضاء، في سبيل دعم التعزيز الشامل للنظم الصحية بحيث تُدمج خدمات الرعاية الملطفة المسندة بالبيّنات والميسورة التكلفة والمنصفة في سلسلة خدمات الرعاية المتصلة على صعيد المستويات كافة، مع التركيز على الرعاية الصحية الأولية، والرعاية المجتمعية والرعاية في المنزل، وخطط التغطية الشاملة؛

(٢) ضمان التمويل المحلي وتخصيص الموارد البشرية الكافيين، حسب الاقتضاء، لتنفيذ مبادرات الرعاية الملطفة بما في ذلك وضع سياسات الرعاية الملطفة وتنفيذها، وتنفيذ المبادرات الخاصة بالتعليم والتدريب وتحسين الجودة، ودعم إتاحة الأدوية الأساسية واستخدامها على نحو رشيد، بما في ذلك استخدام الأدوية الخاضعة للمراقبة في التدبير العلاجي للأعراض؛

(٣) توفير الدعم الأساسي إلى الأسر والمتطوعين في المجتمعات المحلية وغيرهم من الأفراد الذين يضطعون بدور مقدمي الرعاية تحت إشراف المهنيين المدربين حسب الاقتضاء، وذلك بطرق من بينها إبرام الشراكات المتعددة القطاعات؛

١ وحسب الاقتضاء، منظمات التكامل الاقتصادي الإقليمي.

(٤) استهداف إدراج الرعاية الملطفة كجزء لا يتجزأ من التعليم والتدريب المتواصلين اللذين يحصل عليهما مقدمو الرعاية الصحية وفقاً لأدوارهم ومسئولياتهم، بما يتماشى مع المبادئ التالية:

(أ) ينبغي دمج التدريب الأساسي والتعليم المتواصل بشأن الرعاية الملطفة كعنصر روتيني في التعليم الجامعي المقدم إلى جميع المهنيين في مجال الطب والتمريض، وكجزء من التدريب الذي يحصل عليه مقدمو الرعاية في أثناء الخدمة على صعيد الرعاية الصحية الأولية، بما في ذلك العاملون في الرعاية الصحية ومقدمو الخدمات الذين يلّبون الاحتياجات الروحانية للمرضى والمرشدون الاجتماعيين؛

(ب) وينبغي توفير التدريب المتوسط إلى جميع العاملين في الرعاية الصحية الذين يعملون على نحو روتيني مع المرضى المصابين بأمراض تهدد حياتهم، بما في ذلك الذين يعملون في مجال الأورام والأمراض المعدية وطب الأطفال وطب المسنين والطب الباطني؛

(ج) وينبغي توفير التدريب المتخصص في مجال الرعاية الملطفة من أجل إعداد مهنيي الرعاية الصحية الذين سيتولون إدارة الرعاية الصحية المتكاملة للمرضى الذين تتجاوز احتياجاتهم التدبير العلاجي الروتيني للأعراض؛

(٥) تقييم الاحتياجات المحلية من الرعاية الملطفة، بما في ذلك المتطلبات من الأدوية اللازمة للتدبير العلاجي للألم، وتعزيز العمل التعاوني لضمان توافر الإمدادات الكافية من الأدوية الأساسية في الرعاية الملطفة وتجنب نقص هذه الإمدادات؛

(٦) القيام، حسب الاقتضاء، باستعراض وتنقيح التشريعات والسياسات الوطنية والمحلية بشأن الأدوية الخاضعة للمراقبة فيما يتعلق بإرشادات المنظمة للسياسات<sup>١</sup> بشأن تحسين إتاحة الأدوية اللازمة للتدبير العلاجي للألم واستخدامها على نحو رشيد، بما يتماشى مع اتفاقيات الأمم المتحدة الدولية بشأن مكافحة المخدرات؛

(٧) تحديث، حسب الاقتضاء، القوائم الوطنية للأدوية الأساسية، على ضوء الأفرع الخاصة بأدوية علاج الألم وأدوية الرعاية الملطفة التي أضيفت مؤخراً إلى قائمة المنظمة النموذجية للأدوية الأساسية وقائمة المنظمة النموذجية للأدوية الأساسية للأطفال؛

(٨) تعزيز الشراكات بين الحكومات وبين المجتمعات المدنية، بما في ذلك المنظمات المعنية بالمرضى، في سبيل دعم تقديم الخدمات إلى المرضى الذين يتطلبون الرعاية الملطفة، حسب الاقتضاء؛

(٩) تنفيذ ورصد الإجراءات الخاصة بالرعاية الملطفة المدرجة في خطة العمل العالمية للمنظمة بشأن الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها للفترة ٢٠١٣-٢٠٢٠؛

٢- **تطلب من المدير العام ما يلي:**

(١) ضمان أن الرعاية الملطّفة تمثل جزءاً لا يتجزأ من جميع الخطط العالمية ذات الصلة بشأن مكافحة الأمراض والنظم الصحية، بما في ذلك الخطط التي تتعلق بالأمراض غير السارية وبالتغطية الصحية الشاملة، وإدراج الرعاية الملطّفة في خطط التعاون القطرية والإقليمية؛

(٢) تحديث أو وضع، حسب الاقتضاء، المبادئ التوجيهية والأدوات المسندة بالبيّنات بشأن الرعاية الملطّفة بما في ذلك خيارات التدبير العلاجي للألم للبالغين والأطفال، بما في ذلك وضع المبادئ التوجيهية للمنظمة بشأن العلاج الفارماكولوجي للألم وضمان بث هذه المبادئ بثاً كافياً؛

(٣) وضع وتعزيز، حسب الاقتضاء، المبادئ التوجيهية المسندة بالبيّنات بشأن دمج الرعاية الملطّفة في النظم الصحية الوطنية على صعيد فئات الأمراض ومستويات الرعاية الصحية، التي تُعنى عناية كافية بالقضايا الأخلاقية المتعلقة بتقديم الرعاية الملطّفة الشاملة، مثل الإتاحة المنصفة، والرعاية التي تتمحور حول الشخص وتوقّره، ومشاركة المجتمع المحلي، وإرشاد التعليم حول التدبير العلاجي للألم والأعراض، وتقديم الدعم النفسي الاجتماعي؛

(٤) الاستمرار من خلال برنامج إتاحة الأدوية الخاضعة للمراقبة، في دعم الدول الأعضاء في استعراض التشريعات والسياسات الوطنية وتحسينها بهدف ضمان خلق التوازن بين الوقاية من إساءة استخدام المواد الخاضعة للمراقبة وتسريبها والاتجار بها، وبين الإتاحة الملائمة للأدوية الخاضعة للمراقبة بما يتماشى مع اتفاقيات الأمم المتحدة الدولية بشأن مكافحة المخدرات؛

(٥) استكشاف طرق لزيادة توافر وإتاحة الأدوية المستخدمة في الرعاية الملطّفة من خلال التشاور مع الدول الأعضاء والشبكات ذات الصلة والمجتمع المدني، ومع سائر أصحاب المصلحة الدوليين، حسب الاقتضاء؛

(٦) العمل مع الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات، ومكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، ووزارات الصحة وسائر السلطات المعنية، من أجل تعزيز توافر الأدوية الخاضعة للمراقبة من أجل التدبير العلاجي للألم والأعراض ومراقبة هذه الأدوية على نحو متوازن.

(٧) مواصلة التعاون مع الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات في سبيل دعم الدول الأعضاء في وضع تقديرات دقيقة تتيح توفير أدوية علاج الألم والرعاية الملطّفة بطرق من بينها تحسين تنفيذ الإرشادات بشأن تقدير الاحتياجات من المواد الخاضعة للمراقبة الدولية؛<sup>١</sup>

(٨) التعاون مع اليونيسيف وسائر الشركاء المعنيين في تعزيز الرعاية الملطّفة للأطفال وتنفيذها؛

(٩) رصد حالة الرعاية الملطّفة على صعيد العالم، وتقييم التقدم المحرز في مختلف المبادرات والبرامج بالتعاون مع الدول الأعضاء والشركاء الدوليين؛

(١٠) العمل مع الدول الأعضاء من أجل التشجيع على توفير التمويل الكافي وتحسين التعاون في مجال برامج الرعاية الملطّفة والمبادرات الخاصة بالبحث، ولاسيما في البلدان التي تفتقر إلى الموارد، بما يتماشى مع الميزانية البرمجية للفترة ٢٠١٤-٢٠١٥، والتي تُعنى بالرعاية الملطّفة؛

(١١) تشجيع البحث في مجال نماذج الرعاية الملطفة التي تُعد فعالة في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، مع أخذ الممارسات الجيدة في الاعتبار؛

(١٢) تقديم تقرير في عام ٢٠١٦ إلى جمعية الصحة العالمية التاسعة والستين عن التقدم المحرز في تنفيذ هذا القرار.

(الجلسة العامة التاسعة، ٢٤ أيار/ مايو ٢٠١٤-  
اللجنة "ب"، التقرير الثالث)

### ج ص ع ٦٧-٢٠ تعزيز نظم تنظيم المنتجات الطبية<sup>١</sup>

جمعية الصحة العالمية السابعة والستون،

بعد النظر في التقرير الخاص بتعزيز نظم تنظيم المنتجات الطبية،<sup>٢</sup>

إذ ترحب بجهود المدير العام، وإذ تعترف بالدور المحوري الذي تضطلع به المنظمة في دعم البلدان في مجال تعزيز نظمها الخاصة بتنظيم المنتجات الطبية لأغراض الاستعمال البشري<sup>٣</sup> وفي تعزيز الإتاحة المنصفة للمنتجات الطبية الجيدة والمأمونة والناجعة والميسورة الأسعار؛

وإذ تذكّر بدستور المنظمة الذي يؤكد على أن التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه هو أحد الحقوق الأساسية لكل إنسان دون تمييز بسبب العنصر أو الدين أو العقيدة السياسية أو الحالة الاقتصادية أو الاجتماعية؛

وإذ تذكّر بقرار الجمعية العامة للأمم المتحدة بشأن الصحة العالمية والسياسة الخارجية، الذي اعترف، في جملة أمور، بأهمية التغطية الشاملة في النظم الصحية الوطنية، ولاسيما من خلال الرعاية الصحية الأولية وآليات الحماية الاجتماعية، من أجل إتاحة الخدمات الصحية للجميع، وخاصة أشد السكان فقراً؛

وإذ تذكّر كذلك بالقرارات ج ص ع ٤٥-١٧ وج ص ع ٤٧-١٧ وج ص ع ٥٢-١٩ وج ص ع ٥٤-١١ وج ص ع ٥٩-٢٤ وج ص ع ٦٣-١٢ وج ص ع ٦٥-١٩، وكلها تشتمل على جوانب خاصة بالحاجة إلى تعزيز جودة الأدوية ومأمونيتها ونجاعتها ويسر تكلفتها، بما في ذلك منتجات الدم؛

وإذ تؤكد مجدداً على القرار ج ص ع ٦٥-١٩ الذي ينشئ آلية جديدة للدول الأعضاء من أجل التعاون الدولي من منظور الصحة العمومية باستثناء الاعتبارات الخاصة بالتجارة وبالملكية الفكرية، للوقاية من المنتجات الطبية المتدنية النوعية/ المزورة/ المغشوشة التوسيم/ المغشوشة/ المزيفة ومكافحتها؛

وإذ تعترف بأن النظم التنظيمية الفعالة عنصر أساسي من عناصر تعزيز النظام الصحي، وتسهم في تحسين حُصائل الصحة العمومية، وبأن القائمين على التنظيم هم جزء أساسي من القوى العاملة الصحية، وبأن النظم التنظيمية غير الفعالة يمكن أن تشكل، في حد ذاتها، عقبات تعترض سبيل إتاحة المنتجات الطبية المأمونة والفعالة والعالية الجودة؛

١ انظر الملحق ٦ للاطلاع على الآثار المالية والإدارية المترتبة على هذا القرار بالنسبة إلى الأمانة.

٢ الوثيقة ج ٦٧/٣٢.

٣ لأغراض هذا القرار تشمل المنتجات الطبية الأدوية واللقاحات ووسائل التشخيص والأجهزة الطبية.



وإذ تسلّم أيضاً بأن النظم التنظيمية الفعالة ضرورية لتحقيق التغطية الصحية الشاملة والاستجابة لمقتضيات العبء المزدوج للأمراض المعدية وسواها غير السارية وبلوغ الأهداف ٤ (تخفيض معدل وفيات الأطفال) و ٥ (تحسين صحة الأمومة) و ٦ (مكافحة فيروس العوز المناعي البشري/ الأيدز والملاريا وغيرهما من الأمراض) من الأهداف الإنمائية للألفية؛

وإذ تدرك أن النظم الصحية يلزمها إتاحة المنتجات الطبية الأساسية وأنه يلزم، من أجل ضمان إتاحة الرعاية الصحية للجميع والاستعمال الرشيد للأدوية واستدامة النظم الصحية، اتخاذ إجراءات عاجلة من جانب المجتمع الدولي والدول الأعضاء والأطراف الفاعلة المعنية في النظم الصحية؛

وإذ يساورها بالغ القلق إزاء تأثير المرضى بالمنتجات الطبية المنقوصة الجودة والمأمونية والنجاعة من حيث التسمّم، أو توفير علاج غير ملائم أو عدم توفير العلاج، وإسهامات ذلك في مقاومة الأدوية، والأعباء الاقتصادية المترتبة على ذلك، وتقويض ثقة الجمهور في النظام الصحي؛

وإدراكاً منها للتحديات التنظيمية التي تشكلها التعقيدات المتزايدة باطراد لسلاسل توريد المنتجات الطبية، وإذ ترحب بخطة العمل الخاصة بآلية الدول الأعضاء، بشأن المنتجات الطبية المتعدية النوعية/ المزورة/ المغشوشة التوسيم/ المغشوشة/ المزيفة ومكافحتها؛

وإذ تؤكد دور المنظمة في تعزيز نظم تنظيم المنتجات الطبية من منظور الصحة العمومية، وفي دعم السلطات الوطنية لتنظيم الأدوية، والهيئات الإقليمية في هذا المجال، وخصوصاً في البلدان النامية؛

وإذ تشير إلى استراتيجية المنظمة وخطة العمل العالميتين بشأن الصحة العمومية والابتكار والملكية الفكرية، وخصوصاً العنصر الثالث، الذي يدعو إلى إنشاء القدرات التنظيمية وتعزيزها في البلدان النامية بوصفها واحدة من السياسات الفعالة لبناء وتحسين القدرة على الابتكار، والعنصر السادس الذي يروج لإنشاء وتعزيز آليات رامية إلى تحسين استعراض المنتجات الصحية والأجهزة الطبية من الناحية الأخلاقية وتنظيمها من حيث الجودة والمأمونية والنجاعة؛

وإذ تلاحظ مع التقدير الجهود الوطنية والإقليمية الحالية والكبيرة الرامية إلى تعزيز القدرات التنظيمية (بوسائل منها وضع طائفة متنوعة من النماذج)، وتحسين التلاحم والتقارب التنظيميين فيما بين السلطات التنظيمية، وتعزيز تصريف الشؤون بشكل جيد، بما في ذلك الشفافية في صنع القرار، ممّا يؤدي إلى تحسين توافر المنتجات الطبية العالية الجودة والمأمونة والناجعة وبأسعار معقولة، مثل الإطار التنظيمي للاتحاد الأوروبي بشأن المنتجات الطبية، والعمل الجاري في منظمة الصحة للبلدان الأمريكية بعد اعتماد مجلس إدارتها في عام ٢٠١٠ للقرار CD50.R9 بشأن تعزيز السلطات الوطنية المعنية بتنظيم الأدوية والمواد البيولوجية، والمبادرة الأفريقية للموامة بين لوائح تنظيم الأدوية، والأعمال التي تنجزها رابطة أمم جنوب شرق آسيا في مجال الموامة بين اللوائح التنظيمية وتوثيق عرى التعاون؛

وإذ تحيط علماً بالتعاون الجاري بين السلطات التنظيمية الوطنية والإقليمية المعنية بالتنظيم في مجال تعزيز التآزر بين السلطات التنظيمية على المستوى الإقليمي والعالمي؛

وإذ تعترف بالاستثمارات الكبيرة في ميدان شراء الأدوية من خلال الميزانيات الصحية الوطنية، والمبادرات الصحية العالمية؛

وإذ تعترف أيضاً بالدور الأساسي الذي يؤديه برنامج المنظمة للاختبار المسبق للصلاحيات في تيسير شراء المنتجات الطبية مع ضمان الجودة والمأمونية والنجاعة؛

وإذ تشدد على أن تعزيز النظم التنظيمية ينبغي أن يكمل الجهود التي تبذلها المنظمة والدول الأعضاء لتعزيز إتاحة المنتجات الطبية الميسورة الأسعار مع ضمان الجودة والمأمونية والنجاعة؛

وإذ تشير إلى الممارسات السريرية الجيدة التي تتبعها المنظمة والتي تركز على حماية الخاضعين للبحوث من بني البشر؛

وإذ تذكر أيضاً ببرنامج عمل إصلاح المنظمة الجاري تنفيذه، وترحب في هذا الصدد بإنشاء دائرة للنظم الصحية والابتكار في تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠١٢،

١- تحث الدول الأعضاء<sup>١</sup> على ما يلي:

- (١) تعزيز النظم التنظيمية الوطنية، بما في ذلك، حسب الاقتضاء وطوعياً، من خلال ما يلي:
  - (أ) إخضاع النظم لتقييمات ذاتية، بدعم من المنظمة، لتحديد مكان القوة والفرص المتاحة لتحسين وظائف النظم التنظيمية، كخطوة أولى على طريق صياغة خطط لتعزيز النظم التنظيمية، بما في ذلك من خلال خطط التطوير المؤسسي التي تنسقها المنظمة؛
  - (ب) جمع البيانات الخاصة بأداء النظم التنظيمية للتمكين من تحليل النظم ووضع أسس مرجعية لمقارنتها من أجل تحسينها في المستقبل؛
  - (ج) وضع أسس قانونية متينة وقيادة سياسية قوية لدعم النظام التنظيمي، مع التركيز بوضوح على سلامة المرضى وتحري الشفافية في اتخاذ القرارات؛
  - (د) تحديد ووضع مجموعة أساسية من الوظائف التنظيمية، لتلبية الاحتياجات القطرية و/أو الإقليمية (مثل مراقبة الأسواق، وفرض الرقابة على الأدوية عقب تسويقها)؛
  - (هـ) تطوير الكفاءات اللازمة - كجزء لا يتجزأ من القوى العاملة الصحية، وإن كان لا يقتصر عليها، وتشجيع تطوير المجال التنظيمي باعتباره مهنة؛
  - (و) تيسير استخدام الإرشادات ذات الصلة والمخرجات العلمية الأسس للجان الخبراء التابعة للمنظمة والممارسات التنظيمية الجيدة على المستوى الوطني والإقليمي والدولي؛
  - (ز) تصميم وتنفيذ استراتيجيات لمعالجة أوجه التعقيد المتزايدة لسلاسل التوريد؛
- (٢) المشاركة في الشبكات العالمية والإقليمية ودون الإقليمية للسلطات التنظيمية الوطنية، حسب الاقتضاء، والإقرار بأهمية التعاون لحشد القدرات التنظيمية اللازمة للتشجيع على زيادة إتاحة المنتجات الطبية العالية الجودة والمأمونة والناجعة والميسورة الأسعار؛
- (٣) تشجيع التعاون، حسب الاقتضاء، من أجل التآزر وتبادل المعلومات على الصعيد الدولي، بوسائل منها المنصات الإلكترونية؛
- (٤) دعم نظم تنظيم المنتجات الطبية بالتمويل اللازم كعنصر أساسي من عناصر النظام الصحي؛

١ وحسب الاقتضاء، منظمات التكامل الاقتصادي الإقليمي.

- (٥) دعم تعزيز النظم التنظيمية كعنصر أساسي لتطوير أو توسيع نطاق الإنتاج المحلي أو الإقليمي للمنتجات الطبية الجيدة والمأمونة والناجعة؛
- (٦) تحقيق إتاحة الأدوية الأساسية الجيدة والمأمونة والناجعة والميسورة الأسعار واستعمالها استعمالاً رشيداً، مع ملاحظة ظهور المقاومة للأدوية الآخذة في التنامي، وكأساس لإتاحة المنتجات الطبية العالية الجودة والمأمونة والناجعة والميسورة الأسعار على نطاق أوسع؛
- (٧) دعم القدرة المؤسسية للمنظمة فيما يتعلق بتعزيز إتاحة المنتجات الطبية العالية الجودة والمأمونة والناجعة والميسورة الأسعار وباستعمالها استعمالاً رشيداً في سياق تحقيق التغطية الصحية الشاملة؛
- (٨) تعزيز المبادرات الوطنية والإقليمية للسلطات التنظيمية من أجل تحسين القدرات التنظيمية فيما يتعلق باستعراض المنتجات الطبية، وتعزيز هدف المنظمة الطويل الأجل والمتمثل في دعم تعزيز قدرات السلطات التنظيمية الوطنية فيما بين الدول الأعضاء؛
- (٩) دعم برامج المنظمة للاختبار المسبق للصلاحية، بما في ذلك استكشاف الطرائق اللازمة بالتشاور مع الدول الأعضاء<sup>١</sup> من أجل تحسين استدامة هذا البرنامج الحاسم الأهمية؛
- (١٠) تحديد مدى الحاجة إلى تعزيز قدرة النظم التنظيمية وتعاونها وتأزرها في المجالات المعقدة تقنياً التي قد تعثر بها ثغرات كبيرة مع ذلك، من قبيل تنظيم منتجات المداواة الحيوية ومنتجات الدم، ووسائل التشخيص في المختبر؛
- ٢- **تطلب من المدير العام ما يلي:**

- (١) مواصلة تقديم الدعم إلى الدول الأعضاء، عندما تطلبه، في مجال تعزيز النظم التنظيمية بوسائل منها، حسب الاقتضاء، وذلك عن طريق الاستمرار في ما يلي:
- (أ) تقييم النظم التنظيمية الوطنية؛
- (ب) تطبيق أدوات التقييم التي وضعتها المنظمة؛
- (ج) توليد البيانات الخاصة بأداء النظام التنظيمي وتحليلها؛
- (د) تيسير صياغة خطط التطوير المؤسسي وتنفيذها؛
- (هـ) تقديم الدعم التقني إلى السلطات التنظيمية الوطنية والحكومات؛
- (٢) مواصلة وضع القواعد والمعايير والمبادئ التوجيهية الملائمة، مع مراعاة الاحتياجات والمبادرات الإقليمية والدولية، وفقاً لمبادئ المنظمة؛
- (٣) ضمان مشاركة جميع الأجهزة المعنية في المنظمة على جميع مستوياتها مشاركة نشطة ومنسقة في تنفيذ ولاية المنظمة المتعلقة بتعزيز النظم التنظيمية التي تُعد جزءاً لا يتجزأ من عملية تطوير النظم الصحية، والإقرار بأن دعم المنظمة المقدم في هذا المجال البالغ الأهمية قد يكون مطلوباً، حسب الاقتضاء، على مدى فترة طويلة في المستقبل، وخاصة بالنسبة إلى البلدان النامية؛

١ وحسب الاقتضاء، منظمات التكامل الاقتصادي الإقليمي.

(٤) إعطاء الأولوية لدعم إنشاء شبكات السلطات التنظيمية الإقليمية ودون الإقليمية وتعزيزها، حسب الاقتضاء، بطرق من بينها تعزيز مجالات تنظيم المنتجات الصحية الأقل تطوراً مثل تنظيم الأجهزة الطبية، بما فيها وسائل التشخيص؛

(٥) التشجيع على زيادة مشاركة الدول الأعضاء في المبادرات الدولية والإقليمية القائمة من أجل التعاون والتآزر، وفقاً لمبادئ المنظمة ومبادئها التوجيهية؛

(٦) برامج المنظمة للاختبار المسبق للصلاحيات بما في ذلك تكاملها واتساقها، مع مراعاة احتياجات وقدرات النظم التنظيمية الوطنية والإقليمية للمساعدة في توفير إمدادات جيدة ومأمونة وناجعة وميسورة الأسعار من المنتجات الطبية،

(٧) دعم إنشاء هيئات وشبكات تنظيمية وطنية وإقليمية فعالة؛

(٨) زيادة الدعم المقدم إلى المؤتمر الدولي للسلطات المعنية بتنظيم الأدوية والإقرار بالدور المهم الذي يضطلع به في تعزيز تبادل المعلومات واتباع نهج التعاون فيما بين السلطات المعنية بتنظيم الأدوية، والإقرار به كمورد لتيسير مواصلة تطوير التآزر والاتساق التنظيميين؛

(٩) التوعية بأهمية النظم التنظيمية الفعالة في سياق النظم الصحية؛

(١٠) زيادة الدعم والإرشادات المقدمة من أجل تعزيز القدرة على تنظيم المنتجات البيولوجية التي تزداد تعقيداً باطراد مع التركيز على منتجات المداواة الحيوية، ومنتجات الدم ووسائل التشخيص المختبري المتعلقة بها، والتركيز أيضاً حسب الاقتضاء، على الأدوية الجديدة الخاصة بالاستعمال البشري والتي تعتمد على العلاج الجيني والعلاج بالخلايا الجسدية والهندسة النسيجية؛

(١١) ضمان أن أي نشاط يتم تنفيذه بمقتضى هذا القرار لا يشكل ازدواجية أو مع خطة عمل وولاية آلية الدول الأعضاء بشأن المنتجات الطبية المتعدية النوعية/ المزورة/ المغشوشة التوسيم/ المغشوشة/ المزيفة ومكافحتها أو التفافاً عليهما؛

(١٢) تقديم تقرير عن التقدم المحرز في تنفيذ هذا القرار إلى جمعيتي الصحة العالميتين السبعين والثانية والسبعين.

(الجلسة العامة التاسعة، ٢٤ أيار/ مايو ٢٠١٤ -  
اللجنة "ب"، التقرير الرابع)

ج ص ٦٧-٢١ إتاحة منتجات العلاج البيولوجية بما في ذلك منتجات العلاج البيولوجية المماثلة،<sup>١</sup> وضمان جودتها ومأمونيتها ونجاعتها<sup>٢</sup>

جمعية الصحة العالمية السابعة والستون،

بعد النظر في التقرير الخاص بتعزيز النظم التنظيمية،<sup>٣</sup>

١ مع الإقرار بأن السلطات الوطنية يمكن أن تستخدم مصطلحات مختلفة عند الإشارة إلى المنتجات البيولوجية المماثلة.

٢ انظر الملحق ٦ للاطلاع على الآثار المالية والإدارية المترتبة على هذا القرار بالنسبة إلى الأمانة.

٣ الوثيقة ج ٦٧/٣٢.

وإذ تذكر بدستور منظمة الصحة العالمية الذي يؤكد على أن التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه هو أحد الحقوق الأساسية لكل إنسان دون تمييز بسبب العنصر أو الدين أو العقيدة السياسية أو الحالة الاقتصادية أو الاجتماعية؛

وإذ تلاحظ بقلق بالغ أن حق التمتع بأعلى مستوى يمكن بلوغه من الصحة البدنية والنفسية، بما فيها إتاحة الأدوية، لا يزال هدفاً بعيد المنال بالنسبة لملايين الناس، وأن احتمال بلوغ هذا الهدف أخذ في طريقه باطراد لأن يصبح احتمالاً بعيد المنال، وخاصة بالنسبة إلى الأطفال ومن يعانون من تيّز الفقر، وأن الملايين من الناس يُدْعُونَ سنوياً إلى ما دون خط الفقر من جراء ما ينفقونه من جيبهم الخاص من مبالغ كارثية على خدمات الرعاية الصحية، وأن الإفراط في إنفاق تلك المبالغ من الجيب الخاص للمبتلى بالفقر يمكن أن يثبّط عزيمته على أن يسعى إلى الحصول على خدمات الرعاية أو يواصل سعيه إلى الحصول عليها؛

وإذ تذكر بالقرار جص ع ٥٥-١٤ بشأن ضمان إمكانية الحصول على الأدوية الأساسية الذي يقر "بمسؤولية الدول الأعضاء في دعم القرائن العلمية الراسخة، مع استبعاد أية معلومات يشوبها التحيز أو تشويها أية ضغوط خارجية يمكن أن تلحق الضرر بالصحة العمومية؛"

وإذ تذكر أيضاً بأن جمعية الصحة في القرار جص ع ٥٥-١٤ حثت الدول الأعضاء في جملة أمور على "إعادة تأكيد التزامها بزيادة فرص الحصول على الأدوية، وترجمة هذا الالتزام إلى قواعد محددة داخل البلدان، وخاصة وضع سياسات دوائية وطنية وإعداد قوائم بأسماء الأدوية الأساسية بالاستناد إلى البيّنات وبالرجوع إلى قائمة المنظمة النموذجية للأدوية الأساسية، وإلى إجراءات القصد منها تعزيز السياسات الخاصة بالأدوية وفرص الحصول عليها ووجودتها واستعمالها على نحو رشيد في إطار النظم الصحية الوطنية؛"

وإذ ترى أن أحد أغراض التنظيم الخاص بالمستحضرات الصيدلانية هو ضمان جودة المستحضرات الصيدلانية ومأمونيتها ونجاعتها عبر إجراءات التصريح وترصد الآثار والرصد التنظيمية؛

وإذ ترى أيضاً ضرورة أن يسهم التنظيم الوطني الخاص بالمستحضرات الصيدلانية في أداء النظم الصحية واستدامتها ورفاه المجتمع العام؛

وإذ ترى كذلك ضرورة تحديث القواعد والمعايير المنطبقة على الأدوية في ضوء التطورات الطارئة في مجال البيوتكنولوجيا والجيل الجديد للأدوية التي بدأ استخدامها نتيجة لذلك، بهدف ضمان تسويق أدوية ميسورة التكلفة ومتسمة بمأمونيتها ونجاعتها ووجودتها وإمكانية توافرها في الوقت المناسب وبالقدر الكافي؛

وإذ تعترف بأن استعمال هذه الأدوية يؤثر إيجابياً على معدل المراضة والوفيات، وبأنه برغم وجود العديد من العقبات التي تعترض سبيل إتاحة الأدوية فإن ارتفاع تكاليفها يؤثر في إمكانية استدامة النظم الصحية وقد يؤثر في حالات كثيرة على إتاحتها؛

وإذ تلاحظ أهمية المبادئ التوجيهية للمنظمة بشأن تقييم منتجات العلاج البيولوجية المماثلة (٢٠٠٩) التي وضعتها لجنة الخبراء المعنية بالمعايرة البيولوجية واستخدامها حسب الاقتضاء، وإذ تقر بالحاجة إلى تحديثها، ولاسيما في ضوء الاكتشافات والتوصيفات التكنولوجية بغية تعزيز الأطر التنظيمية الكفوءة من منظور الصحة العمومية لضمان نجاعة، وجودة، ومأمونية هذه المنتجات على الصعيدين الوطني والإقليمي؛

وإذ تدرك أن منتجات العلاج البيولوجية المماثلة يمكن أن تكون أيسر كلفة وتتيح فرصاً أفضل للحصول على علاجات بيولوجية المصدر والعمل في الوقت ذاته على ضمان جودتها ومأمونيتها ونجاعتها،

١- بحث الدول الأعضاء<sup>١</sup> على ما يلي:

- (١) القيام، حسب الاقتضاء، بوضع أو تعزيز أطر تقييم وترخيص تنظيمية وطنية ملائمة، بهدف تلبية احتياجات الصحة العمومية من منتجات العلاج البيولوجية، بما في ذلك منتجات العلاج البيولوجية المماثلة؛
- (٢) تطوير الخبرات العلمية الضرورية لتيسير استحداث أطر تنظيمية متينة تستند إلى العلوم وتكفل تيسير الحصول على منتجات ميسورة التكلفة، وآمنة، وناجعة، ومتسمة بالجودة، مع مراعاة الخطوط التوجيهية ذات الصلة للمنظمة التي يمكن مواءمها وفقاً للسياقات والقدرات الوطنية؛
- (٣) العمل على ضمان ألا يشكل اعتماد أية لوائح وطنية جديدة، حسب الاقتضاء، حائلاً يعترض سبيل إتاحة منتجات العلاج البيولوجية الجيدة والآمنة والناجعة والميسورة التكلفة، بما في ذلك منتجات العلاج البيولوجية المماثلة؛

## ٢- تطلب من المدير العام ما يلي:

- (١) دعم الدول الأعضاء في تعزيز قدراتها في مجال التنظيم الصحي لمنتجات العلاج البيولوجية، بما في ذلك منتجات العلاج البيولوجية المماثلة؛
- (٢) تقديم الدعم، حسب الاقتضاء، في مجال وضع أطر تنظيمية وطنية تعزز إتاحة منتجات علاج بيولوجية جيدة وآمنة وناجعة وميسورة التكلفة بما في ذلك منتجات العلاج البيولوجية المماثلة؛
- (٣) تشجيع وتعزيز التعاون وتبادل المعلومات، حسب الاقتضاء، فيما بين الدول الأعضاء فيما يتصل بمنتجات العلاج البيولوجية، بما في ذلك منتجات العلاج البيولوجية المماثلة.
- (٤) دعوة لجنة الخبراء المعنية بالمعايرة البيولوجية إلى الاجتماع لتحديث الخطوط التوجيهية لعام ٢٠٠٩، مع مراعاة الاكتشافات العلمية لتوصيف منتجات العلاج البيولوجية والأخذ في الحسبان الاحتياجات والقدرات التنظيمية الوطنية ورفع تقرير بهذا الشأن إلى المجلس التنفيذي؛
- (٥) تقديم تقرير إلى جمعية الصحة العالمية التاسعة والستين من خلال المجلس التنفيذي بشأن التقدم المحرز في تنفيذ هذا القرار.

(الجلسة العامة التاسعة، ٢٤ أيار/ مايو ٢٠١٤-  
اللجنة "ب"، التقرير الرابع)

ج ص ٦٧٤-٢٢ إتاحة الأدوية الأساسية<sup>٢</sup>

جمعية الصحة العالمية السابعة والستون،

بعد النظر في التقرير الخاص بإتاحة الأدوية الأساسية<sup>٣</sup>؛

١ وحسب الاقتضاء، منظمات التكامل الاقتصادي الإقليمي.

٢ انظر الملحق ٦ للاطلاع على الآثار المالية والإدارية المترتبة على هذا القرار بالنسبة إلى الأمانة.

٣ الوثيقة ج ٦٧/٣٠.

وإذ تلاحظ أن تعريف المنظمة للأدوية الأساسية<sup>١</sup> يتضمن العناصر التالية: "الأدوية الأساسية هي أدوية تُلبي الاحتياجات ذات الأولوية للسكان في مجال الرعاية الصحية"؛ "وهي أدوية يتم اختيارها مع إيلاء المراعاة الواجبة لأهميتها بالنسبة إلى الصحة العمومية والبيئات التي تثبت نجاعتها ومأمونيتها ومردوديتها المقارنة"؛

وإذ تشير إلى القرار جص ع ٢٨-٦٦ بشأن المواد الوقائية والعلاجية والذي يتعلق بصياغة وتنفيذ سياسات دوائية واستراتيجيات بشأن المستحضرات الصيدلانية؛ وإعلان ألما - آتا الصادر في عام ١٩٧٨ الذي سلم بأن توفير الأدوية الأساسية ركيزة رئيسية من ركائز الرعاية الصحية الأولية، والقرارات التي صدرت لاحقاً فيما يخص الأدوية الأساسية، من قبيل القرار جص ع ٥٤-١١ بشأن الاستراتيجية الدوائية لمنظمة الصحة العالمية، والقرار جص ع ٥٨-٢٧ بشأن تحسين احتواء مقاومة مضادات الميكروبات، والقرار جص ع ٦٠-١٦ بشأن التقدم المحرز في استعمال الأدوية على نحو رشيد، والقرار جص ع ٦٠-٢٠ بشأن أدوية أفضل لعلاج الأطفال، والقرار جص ع ٦٠-٢٩ بشأن التكنولوجيات الصحية، والقرار جص ع ٦١-٢١ بصدد الاستراتيجية وخطة العمل العالميتان بشأن الصحة العمومية والابتكار والملكية الفكرية، والقرار جص ع ٦٤-٩ بشأن استدامة هياكل التمويل الصحي والتغطية الشاملة، وكذلك القرار جص ع ٦٦-١٠ الذي أيدت فيه جمعية الصحة العالمية خطة العمل العالمية لمنظمة الصحة العالمية للوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها في الفترة ٢٠١٣-٢٠٢٠، والتي تتضمن الغاية (٩) بشأن توافر الأدوية الأساسية اللازمة لعلاج الأمراض غير السارية؛

وإذ تضع في اعتبارها أن استراتيجية المنظمة بشأن الأدوية، مثلما حددها برنامج العمل العام الثاني عشر ٢٠١٤-٢٠١٩، تقوم على مبادئ الاختيار المسند بالبيئات لمجموعة محدودة من الأدوية، والكفاءة في شرائها وإتاحتها بأسعار ميسورة، ونظم فعالة لتوزيعها واستعمالها الرشيد، وذلك تعزيزاً لتحسين إدارة الأدوية وزيادة توافرها وزيادة مردودية الموارد الصحية وتقديم خدمات الرعاية الصحية بجودة أعلى؛

وإذ ترى أن تنفيذ المبادئ المذكورة أعلاه بفعالية يكتسي أهمية بالغة بالنسبة إلى تحسين صحة الناس وإحراز التقدم نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة وبلوغ الأهداف الإنمائية للألفية ذات الصلة بالصحة؛

وإذ تُرحب بالإجراءات الإقليمية التي اتخذتها المنظمة دعماً لزيادة إتاحة الأدوية الأساسية المأمونة والفعالة والمضمونة الجودة - وتوافر تلك الأدوية وتيسير القدرة على تحمل تكاليفها واستعمالها استعمالاً رشيداً - بما في ذلك إعداد إطار العمل الخاص بالمكتب الإقليمي لغرب المحيط الهادئ بشأن إتاحة الأدوية الأساسية (٢٠١١-٢٠١٦)؛

وإذ تعترف بالتعقيد الذي يشوب سلسلة توريد الأدوية وبالتحديات التي تواجهها البلدان في هذا الصدد وبأهمية تصريف الشؤون على نحو جيد بالنسبة لبرامج الأدوية،<sup>٢</sup> والآثار المترتبة على ارتفاع تكاليف الأدوية التي تعد من بين العوامل التي تحول دون تحمل تكاليف إتاحة خدمات الرعاية والعلاج؛

وإذ تعي أن نقص الأدوية الأساسية مشكلة عالمية تؤثر على رعاية المرضى، بحيث تخلق أسباباً وتخلّف آثاراً تختلف من بلد إلى آخر، وأن هناك قصوراً في المعلومات اللازمة لتحديد مدى جسامته المشكلة وخصائصها المحددة؛

١ سلسلة التقارير التقنية لمنظمة الصحة العالمية، رقم ٩٨٥.

٢ في أداة المنظمة التقييمية لقياس مدى الشفافية في القطاع الصيدلاني العام (الوثيقة WHO/EMP/MAR/2009.4)، يشير "تصريف الشؤون على نحو جيد" إلى وضع وتنفيذ سياسات وإجراءات ملائمة لضمان تنظيم النظم الصيدلانية تنظيمياً فعالاً وناجحاً وأخلاقياً، ولاسيما النظم التنظيمية للأدوية ونظم توريد الأدوية، بطريقة شفافة وقابلة للمساءلة وتتبع سيادة القانون وتقلل إلى أدنى حد من الفساد.

وإذ تدرك دور المبادئ التوجيهية للعلاج السريري المسندة بالبيّنات لتوجيه ممارسات العلاج العالية المرودية، والحاجة إلى توفير معلومات موثوقة ونزيهة دعماً لوصف الأدوية بشكل رشيد، وأهمية زيادة التوعية بالشؤون الصحية لدعم المرضى والمستهلكين في ميدان استعمال الأدوية بحكمة؛

وإذ تلاحظ مع القلق أن معظم البلدان المنخفضة الدخل ما زالت تواجه تحديات متعددة في إطار تحسين توافر الأدوية الأساسية والقدرة على تحمل تكاليفها واستعمالها الرشيد على الرغم من الجهود المتواصلة المبذولة طوال عدة عقود من جانب الدول الأعضاء والأمانة والشركاء؛

وإذ تلاحظ أن هدف الدول الأعضاء المنشود هو تعزيز إتاحة الأدوية الأساسية الميسورة التكلفة والمأمونة والناجعة والمضمونة الجودة، بما في ذلك عند الاقتضاء من خلال الانتفاع التام بأوجه المرونة المنصوص عليها في الاتفاق المتعلق بالجوانب المتصلة بالتجارة من حقوق الملكية الفكرية تماشياً مع الاستراتيجية وخطة العمل العالميتين للمنظمة بشأن الصحة العمومية والابتكار والملكية الفكرية؛

وإذ تلاحظ أهمية دعم البحث والتطوير لاستدامة توريد الأدوية الأساسية في المستقبل، بهدف تلبية الاحتياجات في مجال الصحة العمومية،

#### ١- تحث الدول الأعضاء<sup>١</sup> على ما يلي:

(١) تقديم الموارد الكافية، حسب اللزوم، لوضع سياسات وطنية شاملة بشأن الأدوية وتنفيذها، حسب الاقتضاء، وتعزيز التصريف الجيد لشؤون نظم المستحضرات الصيدلانية بما فيها نظم التنظيم والشراء والتوزيع وتنسيق عمليات المواجهة للتصدي للأنشطة المعقدة والمتشابكة التي تؤثر في إتاحة الأدوية الأساسية بهدف تحسين توافر هذه الأدوية والقدرة على تحمل تكاليفها وجودتها واستعمالها الرشيد؛

(٢) تحسين السياسات الوطنية لاختيار الأدوية الأساسية التي تشمل الأدوية الحاسمة الأهمية من أجل تلبية احتياجاتها الصحية ذات الأولوية ولاسيما باستخدام إجراءات شفافة وصارمة ومسندة بالبيّنات تقوم على أساليب تقييم التكنولوجيا الصحية في اختيار الأدوية لإدراجها في القوائم الوطنية للأدوية الأساسية حسب الاحتياجات والأولويات الصحية لكل بلد من البلدان؛

(٣) تشجيع ودعم البحوث عن النظم الصحية فيما يتعلق بشراء الأدوية الأساسية وتوريدها واستعمالها الرشيد؛

(٤) النهوض بالتعاون وتدعيم تبادل المعلومات بشأن أفضل الممارسات في وضع السياسات والاستراتيجيات الخاصة بالأدوية وتنفيذها وتقييمها، مما يعزز إتاحة الأدوية الأساسية الميسورة التكلفة والمأمونة والناجعة والمضمونة الجودة؛

(٥) زيادة التشديد على أدوية الأطفال وتعزيز توافر الأدوية الأساسية للأطفال والقدرة على تحمل تكاليفها وجودتها ومأمونيتها من خلال استحداث تركيبات ملائمة للأطفال وتصنيعها وتيسير إتاحة هذه الأدوية في السوق؛

١ وحسب الاقتضاء، منظمات التكامل الاقتصادي الإقليمي.



(٦) تحسين تعليم أصحاب المهن في مجال الرعاية الصحية وتدريبهم بهدف دعم تنفيذ السياسات والاستراتيجيات الوطنية المتصلة بالأدوية الأساسية، ووضع مبادئ توجيهية للممارسات السريرية وتدخلات أخرى مسندة بالبيانات وتنفيذها من أجل استعمال الأدوية الأساسية على نحو رشيد؛

(٧) تدعيم العمل مع عامة الجمهور والمجتمع المدني لزيادة الوعي والإلمام بالأدوية الأساسية ومشاركة الجمهور، حسب الاقتضاء، وعبر آليات وهياكل شفافة، في تعزيز إتاحة هذه الأدوية واستعمالها على نحو رشيد؛

(٨) تحديد العوائق الرئيسية التي تعرقل إتاحة الأدوية الأساسية ووضع استراتيجيات تتصدى لهذه العوائق، بالاستعانة بأدوات المنظمة<sup>١</sup> وإرشاداتها حسب الاقتضاء؛

(٩) إرساء أو تعزيز نظم رصد توافر الأدوية الأساسية المأمونة والناجعة والمضمونة الجودة باستخدام نُظم فعالة لإدارة المخزونات والقدرة على تحمل تكاليفها واستعمالها في المرافق الصحية العامة والخاصة، حسب الاقتضاء؛

(١٠) تنظيم جمع المعلومات وتدعيم آليات الرصد، بهدف تحسين الكشف عن أسباب نقص الأدوية الأساسية وفهمها، ووضع استراتيجيات تقي من المشاكل المرتبطة بحالات النقص والمخاطر الناجمة عنها وتخفف من وطأتها؛

(١١) النظر، حسب الاقتضاء، في تكييف التشريعات الوطنية من أجل الاستفادة بالكامل من الأحكام الواردة في الاتفاق المتعلق بالجوانب المتصلة بالتجارة من حقوق الملكية الفكرية، بما في ذلك جوانب المرونة التي يعترف بها إعلان الدوحة الوزاري بشأن اتفاق (تريبس) والصحة العمومية، وسائر صكوك منظمة التجارة العالمية ذات الصلة بالاتفاق المتعلق بالجوانب المتصلة بالتجارة من حقوق الملكية الفكرية، في سبيل تعزيز إتاحة الأدوية الأساسية بما يتماشى مع استراتيجية المنظمة وخطة العمل العالميتين بشأن الصحة العمومية والابتكار والملكية الفكرية؛

٢- **تطلب من المدير العام ما يلي:**

(١) أن يحث الدول الأعضاء على الاعتراف بأهمية السياسات الدوائية الوطنية الفعالة، وتنفيذها من خلال التصريف الجيد للشؤون، من أجل ضمان الإنصاف في إتاحة الأدوية الأساسية الميسورة التكلفة والمأمونة والفعالة والمضمونة الجودة، واستعمالها على نحو رشيد من الناحية العملية؛

(٢) أن يبسر ويدعم تبادل المعلومات والتعاون فيما بين الدول الأعضاء فيما يتعلق بأفضل الممارسات المتبعة في مجال رسم السياسات الدوائية وتنفيذها؛

(٣) أن يدعم الدول الأعضاء في تبادل أفضل الممارسات في ميدان اختيار الأدوية الأساسية وتيسير التعاون بين الأمانة والدول الأعضاء فيما يتصل بوضع الإجراءات الخاصة باختيار الأدوية لإدراجها في القوائم الوطنية للأدوية الأساسية على نحو يتسق مع الأساليب المسندة بالبيانات التي تُستخدم في تحديث قائمة المنظمة النموذجية للأدوية الأساسية؛

١ الأدوات التالية على سبيل المثال لا الحصر:

pharmaceutical sector country profiles, the assessment instrument for measuring transparency in the public pharmaceutical sector, the WHO/Health Action International tool for measuring medicine prices, availability, affordability and price components, and guidance on how to investigate drug use in health facilities.

(٤) أن يدعم الدول الأعضاء في بناء قدراتها الخاصة باختيار الأدوية الأساسية بالاستناد إلى البيانات، ووضع المبادئ التوجيهية بشأن ممارسات العلاج السريري وتعميمها والالتزام بها وتعزيز الاستراتيجيات الأخرى المتعلقة باستخدام الرشيد للأدوية الأساسية الميسورة التكلفة والمأمونة والفعالة والمضمونة الجودة من جانب مهنيي الرعاية الصحية والجمهور؛

(٥) أن يدعم الدول الأعضاء في وضع وتنفيذ السياسات الدوائية ونُظم توريد الأدوية، ولاسيما فيما يتعلق بالتنظيم والتمويل والاختيار والشراء والتوزيع والتسعير واستعادة التكاليف والاستخدام، في سبيل زيادة فعاليتها وضمان إتاحة الأدوية الأساسية المأمونة والفعالة والمضمونة الجودة، بما فيها الأدوية الأساسية المرتفعة الأسعار؛

(٦) أن يدعم الدول الأعضاء في تنظيم عملية جمع المعلومات وتعزيز آليات الرصد، من أجل تحسين الكشف عن الأسباب التي تؤدي إلى نقص الأدوية الأساسية وفهم الأسباب التي تقف وراء نقصها، وأن يدعمها كذلك في وضع الاستراتيجيات الرامية إلى منع وتخفيف وطأة المشكلات المرتبطة بنقص الأدوية والمخاطر الناتجة عنه؛

(٧) أن يحث الدول الأعضاء على تسريع خطى التقدم المُحرز صوب بلوغ الأهداف الإنمائية للألفية وتحقيق التغطية الصحية الشاملة، بوسائل من بينها تنفيذ السياسات الدوائية الوطنية الرامية إلى تحسين إتاحة الأدوية الأساسية الميسورة التكلفة والمأمونة والفعالة والمضمونة الجودة؛

(٨) أن يقوم حسب الاقتضاء وبناءً على الطلب، وبالتعاون مع سائر المنظمات الدولية المختصة، بتقديم الدعم التقني الذي يشمل عند اللزوم دعم العمليات الخاصة بالسياسات، إلى الدول الأعضاء التي تعتمد الاستفادة من تطبيق الأحكام الواردة في الاتفاق المتعلق بالجوانب المتصلة بالتجارة من حقوق الملكية الفكرية بما في ذلك جوانب المرونة التي يعترف بها إعلان الدوحة الوزاري بشأن اتفاق (تريبس) والصحة العمومية، وسائر صكوك منظمة التجارة العالمية ذات الصلة بالاتفاق المتعلق بالجوانب المتصلة بالتجارة من حقوق الملكية الفكرية، في سبيل تعزيز إتاحة الأدوية الأساسية بما يتماشى مع استراتيجية المنظمة وخطة العمل العالميتين بشأن الصحة العمومية والابتكار والملكية الفكرية؛

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

(الجلسة العامة التاسعة، ٢٤ أيار/ مايو ٢٠١٤ -  
اللجنة "ب"، التقرير الرابع)

## ج ص ٦٧-٢٣ تقييم التدخلات والتكنولوجيات الصحية دعماً للتغطية الصحية الشاملة<sup>١</sup>

جمعية الصحة العالمية السابعة والستون،

بعد النظر في التقرير الخاص بتقييم التدخلات والتكنولوجيات الصحية دعماً للتغطية الصحية الشاملة،<sup>٢</sup>

١ انظر الملحق ٦ للاطلاع على الآثار المالية والإدارية المترتبة على هذا القرار بالنسبة إلى الأمانة.

٢ الوثيقة ج/٦٧/٣٣.

وإذ تُذكر بالقرارات جص ع٥٢-١٩ بشأن الاستراتيجية الدوائية المنقحة، وجص ع٥٨-٣٣ بشأن التمويل الصحي المستدام والتغطية الشاملة والتأمين الصحي الاجتماعي، وجص ع٦٠-١٦ بشأن التقدم المُحرز في استعمال الأدوية على نحو رشيد، وجص ع٦٠-٢٩ بشأن التكنولوجيات الصحية، وجص ع٦٣-٢١ بشأن دور المنظمة ومسؤولياتها في مجال البحوث الصحية، وجص ع٦٤-٩ بشأن استدامة هياكل تمويل قطاع الصحة والتغطية الشاملة؛

وإذ تُقر بأهمية وضع السياسات وصنع القرارات المسندة بالبيّنات في النُظم الصحية، بما في ذلك القرارات بشأن تخصيص الموارد، وتصميم نُظم الخدمات وترجمة السياسات إلى ممارسات، والتأكيد على أدوار ومسؤوليات المنظمة في مجال تقديم الدعم من أجل تعزيز نُظم المعلومات والقدرة على إجراء البحوث الصحية واستخدامها من جانب الدول الأعضاء؛

وإذ تشير إلى أن فعالية استخدام الموارد تُعد عاملاً حاسماً للأهمية في استدامة أداء النُظم الصحية، ولاسيما حيثما تسعى الدول الأعضاء في تحركها صوب بلوغ التغطية الصحية الشاملة إلى تحقيق زيادة كبيرة في إتاحة الأدوية الأساسية بما في ذلك الأدوية الجينية، والأجهزة والإجراءات الطبية، وغيرها من تدخلات الرعاية الصحية الرامية إلى تعزيز الصحة والوقاية والتشخيص والعلاج والتأهيل والرعاية الملطفة؛

وإذ تحيط علماً بأن التقرير الخاص بالصحة في العالم ٢٠١٠<sup>١</sup> يشير إلى هدر نسبة عالية من الإنفاق على الصحة تبلغ ٤٠٪ ومن ثم فهناك حاجة ملحة إلى وضع حلول منهجية وفعالة من أجل الحد من أوجه القصور وتعزيز استخدام التكنولوجيا الصحية على نحو رشيد؛

وإذ تُقر بالدور البالغ الأهمية الذي يلعبه التقييم المستقل للتدخلات والتكنولوجيات الصحية، كبحث متعدد التخصصات في مجال السياسات، في توليد البيّنات من أجل إرشاد عمليات تحديد أولويات التدخلات الرامية إلى تعزيز الصحة والوقاية من الأمراض والتشخيص والعلاج والتأهيل والرعاية الملطفة، واختيار هذه التدخلات وإدخالها وتوزيعها وإدارتها؛

وإذ تؤكد على أنه من خلال منهجية البحث الدقيقة والمنظمة والعمليات الشفافة والشاملة، يمكن لتقييم الأدوية واللقاحات والأجهزة والمعدات الطبية والإجراءات الصحية، بما في ذلك التدخلات الوقائية، أن تساعد على تلبية الطلب على المعلومات الوثيقة عن الجوانب المتعلقة بمأمونية التكنولوجيات وكفاءتها وجودتها وملاءمتها ومردوديتها وفعاليتها، من أجل تحديد إذا كان ينبغي دمجها في تدخلات ونُظم صحية معينة ومتى ينبغي القيام بذلك؛

وإذ يساورها القلق إزاء عدم كفاية القدرة في معظم البلدان النامية على تقييم وبحث وتوثيق أثار التدخلات والتكنولوجيات الصحية على الصحة العمومية وأثارها الاقتصادية والتنظيمية والاجتماعية والقانونية والأخلاقية، مما يؤدي إلى عدم كفاية المعلومات التي يمكن أن توجّه السياسات الرشيدة والقرارات والممارسات المهنية؛

وإذ تُقر بأهمية تعزيز القدرات الوطنية والتواصل والتعاون داخل الشبكات الإقليمية والدولية في مجال تقييم التدخلات والتكنولوجيات الصحية من أجل تعزيز السياسات الصحية المسندة بالبيّنات،

١ التقرير الخاص بالصحة في العالم ٢٠١٠. تمويل النظم الصحية: السبيل إلى التغطية الشاملة. جنيف، منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٠.

١- بحث الدول الأعضاء<sup>١</sup> على ما يلي:

(١) النظر في إنشاء نظم وطنية لتقييم التدخلات والتكنولوجيات الصحية، والتشجيع على استخدام التقييم المستقل للتدخلات والتكنولوجيات الصحية استخداماً منهجياً في إرشاد القرارات الخاصة بالسياسات دعماً للتغطية الصحية الشاملة، بما في ذلك تحديد أولويات التدخلات و/ أو التكنولوجيات الصحية، واختيارها، وإدارة واستخدام نظم الإمداد بالمشتريات، وكذلك صياغة حزم فوائد التمويل المستدام، وإدارة الفوائد المتعلقة بالأدوية بما ذلك كتيبات الوصفات الدوائية والمبادئ التوجيهية والبروتوكولات بشأن الممارسات السريرية لصالح برامج الصحة العمومية؛

(٢) تعزيز الصلة بين تقييم التكنولوجيات الصحية وبين التنظيم والإدارة، حسب الاقتضاء؛

(٣) القيام أيضاً بمراعاة استخدام الأساليب الراسخة والمتفق عليها على نطاق واسع، ووضع المبادئ التوجيهية الوطنية بشأن المنهجيات العملية ونظم الرصد الخاصة بتقييم التدخلات والتكنولوجيات الصحية، حسب الاقتضاء، من أجل ضمان الشفافية والجودة وملاءمة السياسات فيما يتعلق بالتقييمات والبحوث ذات الصلة؛

(٤) مواصلة دمج وتشجيع تقييم التدخلات والتكنولوجيات الصحية في الأطر الوطنية، مثل الأطر الخاصة ببحوث النظم الصحية، والتعليم المهني في مجال الصحة، وتعزيز النظم الصحية، والتغطية الصحية الشاملة؛

(٥) النظر في تعزيز القدرة الوطنية على التواصل داخل الشبكات الإقليمية والدولية، من أجل تطوير الخبرات الوطنية وتجنب الازدواجية في الجهود واستخدام الموارد على نحو أفضل؛

(٦) النظر في التعاون أيضاً مع سائر منظمات الصحة، والمؤسسات الأكاديمية، والرابطات المهنية في الدول الأعضاء، وسائر أصحاب المصلحة في البلد أو الإقليم من أجل جمع المعلومات والدروس المستفادة وتبادلها في سبيل صياغة وتنفيذ الخطط الاستراتيجية الوطنية بشأن بناء القدرات الخاصة بتقييم التدخلات والتكنولوجيات الصحية وإدخالها، وتلخيص أفضل الممارسات في مجال السياسات الصحية وعمليات صنع القرار الشفافة والمُسندة بالبيانات؛

(٧) تحديد الفجوات فيما يتعلق بتعزيز وتنفيذ السياسات الصحية المسندة بالبيانات، وتحسين نظم المعلومات والقدرات البحثية ذات الصلة، والنظر في التماس الدعم التقني وتبادل المعلومات وتقاسم الخبرات مع الدول الأعضاء الأخرى والشبكات الإقليمية والكيانات الدولية بما في ذلك منظمة الصحة العالمية؛

(٨) تطوير وتحسين جمع البيانات عن تقييم التدخلات والتكنولوجيات الصحية وتدريب المهنيين المعنيين، حسب الاقتضاء، من أجل تحسين القدرات الخاصة بالتقييم؛

٢- **تطلب من المدير العام ما يلي:**

(١) تقييم حالة التدخلات والتكنولوجيات الصحية في الدول الأعضاء من حيث المنهجية والموارد البشرية والقدرة المؤسسية وتصريف الشؤون والصلة بين وحدات و/ أو شبكات تقييم التدخلات والتكنولوجيات الصحية وبين سلطات السياسة العامة، واستخدام نتائج التقييم، والمصالح في تعزيز القدرات والعوائق الماثلة أمام تعزيز القدرات؛

(٢) إذكاء الوعي وتعزيز المعارف والتشجيع على ممارسة تقييم التدخلات والتكنولوجيات الصحية واستعمال ذلك في عمليات صنع القرارات المسندة بالبيانات في صفوف رسمي السياسات على الصعيد الوطني وغيرهم من أصحاب المصلحة، من خلال استخلاص أفضل الممارسات من تلك العملية، وأداء ومساهمة معاهد البحث ذات الكفاءة ووكالات وبرامج تقييم التدخلات والتكنولوجيات الصحية، وتبادل تلك التجارب مع الدول الأعضاء عبر قنوات وأنشطة ملائمة، بما في ذلك الشبكات العالمية والإقليمية والمؤسسات الأكاديمية؛

(٣) إدراج مفاهيم ومبادئ تقييم التدخلات والتكنولوجيات الصحية في استراتيجيات المنظمة ومجالات عملها ذات الصلة، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر، ما يتعلق منها بالتغطية الصحية الشاملة، بما في ذلك التمويل الصحي، وإتاحة الأدوية واللقاحات وغيرها من التكنولوجيات الصحية المضمونة الجودة واستعمالها استعمالاً رشيداً، والوقاية من الأمراض غير السارية والسارية وتبديرها العلاجي، ورعاية الأمهات والأطفال، ووضع سياسة صحية قائمة على البيانات؛

(٤) تقديم الدعم التقني إلى الدول الأعضاء، ولاسيما البلدان المنخفضة الدخل، والمنظمات الحكومية الدولية ذات الصلة وشركاء الصحة العالميين المعنيين، من أجل تعزيز القدرة على تقييم التدخلات والتكنولوجيات الصحية، بما في ذلك، حسب الاقتضاء، وضع إرشادات وأساليب وعمليات واستخدامها على الصعيد العالمي استناداً إلى الممارسات المتفق عليها دولياً؛

(٥) ضمان القدرة الكافية على جميع مستويات المنظمة، والاستفادة من شبكات خبرائها والمراكز المتعاونة معها وغيرها من الشبكات الإقليمية والدولية، من أجل تلبية الطلب على الدعم لتيسير اتخاذ القرارات القائمة على البيانات في الدول الأعضاء؛

(٦) دعم تبادل المعلومات والتجارب وبناء القدرات في مجال تقييم التدخلات والتكنولوجيات الصحية من خلال آليات وشبكات تعاونية على الصعيد العالمي والإقليمي والقطري، إلى جانب الحرص على جعل تلك الشراكات فعالة وناجعة ومستدامة؛

(٧) تقديم تقرير إلى جمعية الصحة العالمية التاسعة والستين، عن التقدم المحرز في تنفيذ هذا القرار.

(الجلسة العامة التاسعة، ٢٤ أيار/ مايو ٢٠١٤-  
للجنة "ب"، التقرير الرابع)

## ج ص ٦٧-٢٤ متابعة إعلان ريسيفي السياسي بشأن الموارد البشرية الصحية: تجديد الالتزامات بتحقيق التغطية الصحية الشاملة<sup>١</sup>

جمعية الصحة العالمية السابعة والستون،

بعد النظر في التقرير الخاص بمتابعة إعلان ريسيفي السياسي بشأن الموارد البشرية الصحية: تجديد الالتزامات بتحقيق التغطية الصحية الشاملة،<sup>٢</sup> والوثيقة الختامية الصادرة عن المنتدى العالمي الثالث المعني بالموارد البشرية الصحية، (ريسيفي، البرازيل، ١٠-١٣ تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠١٣)؛<sup>٣</sup>

وإذ تعترف بدور المنظمة القيادي في مجال الموارد البشرية الصحية، والولاية الممنوحة في هذا الشأن بموجب القرار ج ص ٦٣-١٦ بشأن مدونة المنظمة العالمية لقواعد الممارسة بشأن توظيف العاملين الصحيين على المستوى الدولي، والقرار ج ص ٦٦-٢٣ بشأن إحداث تحول في تعليم القوى العاملة الصحية دعماً لتحقيق التغطية الصحية الشاملة، وتوصيات السياسة العامة العالمية للمنظمة بشأن تعزيز الوصول إلى العاملين الصحيين في المناطق النائية والريفية من خلال تحسين استبقائهم<sup>٤</sup> (٢٠١٠)، والمبادئ التوجيهية للمنظمة بشأن إحداث تحويل في تعليم وتدريب المهنيين الصحيين، وتعزيزهما<sup>٥</sup> (٢٠١٣)؛

وإذ تذكّر بالالتزام بتحقيق التغطية الصحية الشاملة والحاجة إلى قوى عاملة صحية محسّنة لإنجاز ذلك؛

وإذ تؤكد من جديد أهمية إعلان كامبالا وبرنامج العمل العالمي، وكذلك مدونة المنظمة العالمية لقواعد الممارسة بشأن توظيف العاملين الصحيين على المستوى الدولي، وإذ تسلّم بالحاجة إلى تجديد هذه الالتزامات والمضي بها قدماً في ضوء التطورات الجديدة، بغية السير قدماً نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة:

- ١- تؤيد دعوة العمل الواردة في إعلان ريسيفي السياسي بشأن الموارد البشرية الصحية: تجديد الالتزامات بتحقيق التغطية الصحية الشاملة؛
- ٢- ترحب بالالتزامات التي أعلنتها الدول الأعضاء في إعلان ريسيفي السياسي بشأن الموارد البشرية الصحية: تجديد الالتزامات بتحقيق التغطية الصحية الشاملة؛
- ٣- تحث الدول الأعضاء<sup>٦</sup> على أن تنفذ، حسب الاقتضاء، ووفقاً للمسؤوليات الوطنية ودون الوطنية، الالتزامات المعلنة في إعلان ريسيفي السياسي بشأن الموارد البشرية الصحية: تجديد الالتزامات بتحقيق التغطية الشاملة؛

١ انظر الملحق ٦ للاطلاع على الأثر المالية والإدارية المترتبة على هذا القرار بالنسبة إلى الأمانة.

٢ الوثيقة ج ٦٧/٣٤.

٣ الوثيقة ج ٦٧/٣٤، الملحق.

٤ Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations. Geneva: World Health Organization; 2010.

٥ Transforming and scaling up health professionals' education and training: World Health Organization guidelines 2013. Geneva: World Health Organization; 2013.

٦ وحسب الاقتضاء، منظمات التكامل الاقتصادي الإقليمي.

٤- **تطلب من المدير العام ما يلي:**

- (١) مراعاة إعلان ريسيفي السياسي بشأن الموارد البشرية الصحية: تجديد الالتزامات بتحقيق التغطية الصحية الشاملة في عمل منظمة الصحة العالمية في المستقبل؛
- (٢) إعداد وتقديم استراتيجية عالمية جديدة للموارد البشرية الصحية كي تنظر فيها جمعية الصحة العالمية التاسعة والستون.

(الجلسة العامة التاسعة، ٢٤ أيار/ مايو ٢٠١٤-  
للجنة "ب"، التقرير الرابع)

### ج ص ٢٧٤-٢٥ مقاومة مضادات الميكروبات<sup>١</sup>

جمعية الصحة العالمية السابعة والستون،

بعد النظر في التقرير الخاص بمقاومة الأدوية المضادة للميكروبات<sup>٢</sup>؛

وإذ تعترف بدور المنظمة القيادي في احتواء مقاومة مضادات الميكروبات؛

وإذ تذكر بالقرارات ج ص ع ٣٩-٢٧ وج ص ع ٤٧-١٣ بشأن الاستعمال الرشيد للأدوية، وبالقرار ج ص ع ٥١-١٧ بشأن الأمراض المستجدة وغيرها من الأمراض السارية: مقاومة مضادات الميكروبات، والقرار ج ص ع ٥٤-١٤ بشأن الأمن الصحي العالمي: الإنذار بحدوث الأوبئة والاستجابة لمقتضياتها، والقرار ج ص ع ٥٨-٢٧ بشأن تحسين احتواء مقاومة مضادات الميكروبات، والقرار ج ص ع ٦٠-١٦ بشأن التقدم المحرز في استعمال الأدوية على نحو رشيد، والقرار ج ص ع ٦٦-٢٢ بشأن متابعة تقرير فريق الخبراء الاستشاريين العامل المعني بتمويل وتنسيق البحث والتطوير؛

وإذ تدرك أن إتاحة العوامل الناجعة المضادة للميكروبات تُعد شرطاً أساسياً في معظم مجالات الطب الحديث، وأن المقاومة المتزايدة لمضادات الميكروبات تهدد المكاسب التي تحققت بصعوبة في مجالي الصحة والتنمية، وخصوصاً تلك التي تحققت من خلال الأهداف الإنمائية للألفية المتعلقة بالصحة، وأن مقاومة مضادات الميكروبات تهدد استدامة استجابة الصحة العمومية لمقتضيات الكثير من الأمراض السارية، بما فيها السل والملاريا وفيروس العوز المناعي البشري/ الأيدز؛

وإذ تدرك أيضاً أن العواقب الصحية والاقتصادية لمقاومة مضادات الميكروبات تشكل عبئاً ثقيلاً ومتنامياً على البلدان المرتفعة الدخل والمتوسطة الدخل والمنخفضة الدخل، وتقتضي اتخاذ إجراءات عاجلة على المستوى الوطني والإقليمي والعالمي، وخصوصاً بالنظر إلى محدودية تطوير العوامل الجديدة المضادة للميكروبات؛

وإذ تقر بأن الأثر الرئيسي لمقاومة مضادات الميكروبات يلحق بصحة الإنسان، ولكنها تقر بأن العوامل المساعدة والعواقب، بما في ذلك العوامل والعواقب الاقتصادية وغيرها، تتجاوز مجال الصحة، ومن ثم يلزم اتباع نهج متسق وشامل ومتكامل على المستوى العالمي والإقليمي والوطني انطلاقاً من نهج "الصحة

١ انظر الملحق ٦ للاطلاع على الآثار المالية والإدارية المترتبة على هذا القرار بالنسبة إلى الأمانة.

٢ الوثيقة ج ٣٩/٦٧.

الواحدة" وما وراءه وإشراك مختلف الأطراف الفاعلة والقطاعات، من قبيل الطب البشري والطب البيطري وقطاع الزراعة والبيئة والمستهلكين؛

وإذ تلاحظ أن الوعي بالنطاق الواسع والعجلة فيما يتعلق بالتهديد القائم هو وعي محدود، وأن القرارات السابقة التي صدرت عن جمعية الصحة، والاستراتيجيات الخاصة باحتواء مقاومة مضادات الميكروبات لم تُنفذ بعد على نطاق واسع؛

وإذ تقر بأن مقاومة مضادات الميكروبات تشمل مجموعة كبيرة من مسببات الأمراض، بما فيها الجراثيم والفيروسات والطفيليات، ولكنها تقر بأن نشوء المقاومة بين بعض مسببات الأمراض، ولاسيما الجراثيم المقاومة للمضادات الحيوية، يكتسي أهمية عاجلة بوجه خاص ويلزم إيلاء معظمها اهتمام فوري؛

وإذ ترحب بإنشاء فرقة العمل العالمية التابعة لمنظمة الصحة العالمية والمعنية بمقاومة مضادات الميكروبات، وبالتعاون الثلاثي بين منظمة الأغذية والزراعة والمنظمة العالمية لصحة الحيوان ومنظمة الصحة العالمية،

#### ١- تحث الدول الأعضاء<sup>١</sup> على ما يلي:

(١) زيادة الوعي والمشاركة والقيادة على المستوى السياسي من أجل تسريع الجهود الرامية إلى إتاحة مضادات الميكروبات الناجعة واستعمالها على نحو مسؤول؛

(٢) اتخاذ إجراءات عاجلة على المستوى الوطني والإقليمي والعالمي لتعزيز الوقاية من العدوى ومكافحتها بوسائل تشمل تطبيق تدابير التصحيح الأساسية؛

(٣) تطوير أو تعزيز الخطط والاستراتيجيات الوطنية والتعاون الدولي من أجل احتواء مقاومة مضادات الميكروبات؛

(٤) حشد الموارد البشرية والمالية لتنفيذ الخطط والاستراتيجيات من أجل تعزيز احتواء مقاومة مضادات الميكروبات؛

(٥) تعزيز النظم العامة لإدارة المستحضرات الصيدلانية، بما في ذلك النظم التنظيمية وآليات سلسلة التوريد والبنية التحتية للمختبرات، حسب الاقتضاء، لضمان توافر العوامل الناجعة المضادة للميكروبات، مع مراعاة الحوافز المالية والحوافز الأخرى التي قد يكون لها أثر سلبي على سياسات وصف الأدوية وصرفها؛

(٦) رصد مدى مقاومة مضادات الميكروبات، والرصد المنتظم لاستعمال المضادات الحيوية في كل القطاعات ذات الصلة، وخصوصاً قطاعي الصحة والزراعة، بما في ذلك تربية الحيوانات، وتبادل هذه المعلومات كي يتسنى كشف الاتجاهات الوطنية والإقليمية والعالمية السائدة ورصدها؛

(٧) تحسين وعي جميع مقدمي خدمات الرعاية وأصحاب المصلحة من القطاع العام والقطاعات الأخرى بما يلي: (١) التهديد الذي تشكله مقاومة مضادات الميكروبات، (٢) ضرورة الاستعمال المسؤول للمضادات الحيوية، (٣) أهمية تدابير الوقاية من العدوى ومكافحتها؛

١ وحسب الاقتضاء، منظمات التكامل الاقتصادي الإقليمي.



(٨) تشجيع ودعم البحث والتطوير، بما في ذلك الأوساط الأكاديمية، وبواسطة نماذج تعاونية ومالية جديدة، من أجل مكافحة مقاومة مضادات الميكروبات وتعزيز استعمال المضادات على نحو مسؤول ووضع نهج مجدية لإطالة عمر الأدوية المضادة للميكروبات، وتشجيع استحداث وسائل تشخيص جديدة وأدوية جديدة مضادة للميكروبات؛

(٩) التعاون مع الأمانة على إعداد وتنفيذ خطة عمل عالمية لمكافحة مقاومة مضادات الميكروبات، بما في ذلك مقاومة المضادات الحيوية، تستند إلى كل ما هو متاح من البيانات وأفضل الممارسات؛

(١٠) إنشاء نظم لترصد مقاومة مضادات الميكروبات في ثلاثة قطاعات منفصلة معنية بما يلي: (١) المرضى الداخليين الراقدون في المستشفيات، (٢) المرضى الخارجيون في جميع مرافق الرعاية الصحية الأخرى وفي المجتمع المحلي، (٣) الحيوانات واستعمال مضادات الميكروبات لغير الأغراض البشرية.

تطلب من المدير العام ما يلي:

-٢

(١) ضمان أن تشارك جميع أجزاء المنظمة ذات الصلة، على مستوى المقر الرئيسي وعلى مستوى المكاتب الإقليمية والقطرية، مشاركة نشطة وأن يتم التنسيق بينها بفعالية في تعزيز العمل الخاص باحتواء مقاومة مضادات الميكروبات، بما يشمل القيام بذلك من خلال تتبع تدفقات موارد البحث والتطوير بشأن مقاومة مضادات الميكروبات في المرصد العالمي الجديد للبحث والتطوير في مجال الصحة؛

(٢) استبقاء الموارد الكافية لعمل الأمانة، وفقاً للميزانية البرمجية ٢٠١٤-٢٠١٥ وبرنامج العمل العام الثاني عشر ٢٠١٤-٢٠١٩؛

(٣) تعزيز التعاون الثلاثي بين منظمة الأغذية والزراعة والمنظمة العالمية لصحة الحيوان ومنظمة الصحة العالمية من أجل مكافحة مقاومة مضادات الميكروبات انطلاقاً من روح نهج "الصحة الواحدة"؛

(٤) القيام مع الأمين العام للأمم المتحدة بتحري الخيارات الخاصة بمبادرة رفيعة المستوى تشمل عقد اجتماع رفيع المستوى، من أجل زيادة الوعي والمشاركة والقيادة على المستوى السياسي بشأن مقاومة مضادات الميكروبات؛

(٥) إعداد مسودة خطة عمل عالمية لمكافحة مقاومة مضادات الميكروبات، بما في ذلك مقاومة المضادات الحيوية، تلبي الحاجة إلى ضمان توافر القدرة لكل البلدان، وخصوصاً البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، من أجل مكافحة مقاومة مضادات الميكروبات، وتراعي خطط العمل القائمة وكل ما هو متاح من البيانات وأفضل الممارسات، وكذلك التوصيات الصادرة عن الفريق الاستشاري التقني التابع لمنظمة الصحة العالمية والمعني بمقاومة مضادات الميكروبات، وحزمة السياسات التي وضعتها المنظمة لمكافحة مقاومة مضادات الميكروبات، والتي تطلب من الدول الأعضاء ما يلي:

(أ) الالتزام بخطة وطنية شاملة وممولة، مع توفير المساءلة ومشاركة المجتمع المدني؛

(ب) تعزيز قدرات الترصد والقدرات المختبرية؛

(ج) ضمان الإتاحة غير المنقطعة للأدوية الأساسية المضمونة الجودة؛

(د) تنظيم وتعزيز الاستعمال الرشيد للأدوية، بما في ذلك استعمالها في تربية الحيوانات، وتأمين الرعاية السليمة للمرضى؛

(هـ) تحسين الوقاية من العدوى ومكافحتها؛

(و) تعزيز الابتكار والبحث والتطوير لاستحداث أدوات جديدة؛

(٦) اتباع نهج متعدد القطاعات في توفير المعلومات اللازمة لإعداد مسودة خطة العمل العالمية، وذلك بالتشاور مع الدول الأعضاء<sup>١</sup> وكذلك مع سائر أصحاب المصلحة المعنيين، وخصوصاً أصحاب المصلحة المتعددي القطاعات، مثل منظمة الأغذية والزراعة والمنظمة العالمية لصحة الحيوان، مع مراعاة ضرورة إدارة حالات تعارض المصالح المحتملة؛

(٧) تقديم مسودة خطة العمل العالمية لمكافحة مقاومة مضادات الميكروبات، بما في ذلك مقاومة المضادات الحيوية، إلى جمعية الصحة العالمية الثامنة والستين، عن طريق المجلس التنفيذي في دورته السادسة والثلاثين بعد المائة، مع تقرير موجز عن التقدم المحرز في تنفيذ الجوانب الأخرى من هذا القرار.

(الجلسة العامة التاسعة، ٢٤ أيار/ مايو ٢٠١٤ -  
اللجنة "ب"، التقرير الرابع)

## المقررات الإجرائية

### ج ص ٦٧٤ (١) تشكيل لجنة أوراق الاعتماد

عينت جمعية الصحة العالمية السابعة والستون لجنة أوراق اعتماد تضم مندوبي الدول الأعضاء التالية: شيلي، جمهورية كوريا الديمقراطية الشعبية، الجمهورية الدومينيكية، إثيوبيا، أيسلندا، العراق، اليابان، ماليزيا، موناكو، موزامبيق، البرتغال، زامبيا.

(الجلسة العامة الأولى، ١٩ أيار/ مايو ٢٠١٤)

### ج ص ٦٧٤ (٢) انتخاب أعضاء مكتب جمعية الصحة العالمية السابعة والستين

انتخبت جمعية الصحة العالمية السابعة والستون أعضاء المكتب التاليين:

الرئيس: الدكتور روبرتو موراليس أوجيدا (كوبا)

نواب الرئيس: الدكتور نيل شارما (فيجي)

السيد فرانسوا إيبوفي (كونغو)

السيد مايتريبال يابا سيريسينا (سري لانكا)

الدكتور فيتينيس بوفيلاس أندريوكايتيس (ليتوانيا)

السيد صديق بن عبد الكريم الشهابي (البحرين)

(الجلسة العامة الأولى، ١٩ أيار/ مايو ٢٠١٤)

### ج ص ٦٧٤ (٣) إنشاء اللجنة العامة

بعد النظر في توصيات لجنة الترشيحات انتخبت جمعية الصحة العالمية السابعة والستون مندوبي البلدان السبعة عشر التالية أعضاء في اللجنة العامة: أفغانستان، أنغولا، بنن، الرأس الأخضر، الصين، كوستاريكا، غينيا الاستوائية، فرنسا، اليونان، غيانا، جمهورية كوريا، الاتحاد الروسي، تيمور - لشتي، تونس، المملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية، الولايات المتحدة الأمريكية، أوروغواي.

(الجلسة العامة الأولى، ١٩ أيار/ مايو ٢٠١٤)

## ج ص ٦٧٤ (٤) اعتماد جدول الأعمال

اعتمدت جمعية الصحة العالمية السابعة والستون جدول الأعمال المؤقت الذي أعده المجلس التنفيذي في دورته الرابعة والثلاثين بعد المائة عقب حذف أربعة بنود منه.

(الجلسة العامة الثانية، ١٩ أيار/ مايو ٢٠١٤)

## ج ص ٦٧٤ (٥) انتخاب أعضاء مكتب اللجنتين الرئيسيتين

انتخبت جمعية الصحة العالمية السابعة والستون أعضاء المكتب التاليين للجنة الرئيسيتين:

اللجنة "أ": الرئيس: الدكتورة بامبلا رندي-فاغندر (النمسا)

اللجنة "ب": الرئيس: الدكتور روهاكانا روغوندا (أوغندا)

(الجلسة العامة الأولى، ١٩ أيار/ مايو ٢٠١٤)

وانتخبت اللجنتان الرئيسيتان بعد ذلك أعضاء المكتب التاليين:

اللجنة "أ": نائبا الرئيس: الأستاذ بي ثيت خين (ميانمار)

الدكتور جورغي فيلافيسنشيو (غواتيمالا)

المقرر: الدكتورة هيلين موبوغوا (كينيا)

اللجنة "ب": نائبا الرئيس: الدكتور محسن أسعدي-لاري (جمهورية إيران الإسلامية)

الدكتور سيالي أكاولا (تونغا)

المقرر: الدكتور دبندرا رامان سينغ (نيبال)

(الجلستان الأوليان للجنة "أ" و"ب"، ١٩ و ٢١ أيار/ مايو ٢٠١٤ بالترتيب)

## ج ص ٦٧٤ (٦) التحقق من أوراق الاعتماد

أقرت جمعية الصحة العالمية السابعة 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؛ بروني دار السلام؛ بلغاريا؛ بوركينا فاسو؛ بوروندي؛ الرأس الأخضر؛ كمبوديا؛ الكامرون؛ كندا؛ 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؛ الجمهورية الدومينيكية؛ إكوادور؛ مصر؛ السلفادور؛ غينيا الاستوائية؛ إريتريا؛ إستونيا؛ إثيوبيا؛ فيجي؛

فنلندا؛ فرنسا؛ غابون؛ غامبيا؛ جورجيا؛ ألمانيا؛ غانا؛ اليونان؛ غرينادا؛ غواتيمالا؛ غينيا؛ غينيا - بيساو؛ غيانا؛ هابتي؛ 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؛ موريتانيا؛ موريشيوس؛ المكسيك؛ موناكو؛ منغوليا؛ الجبل الأسود؛ المغرب؛ موزامبيق؛ ميانمار؛ ناميبيا؛ نيبال؛ هولندا؛ نيوزيلندا؛ نيكاراغوا؛ النيجر؛ نيجيريا؛ النرويج؛ عمان؛ باكستان؛ بنما؛ بابوا غينيا الجديدة؛ باراغواي؛ بيرو؛ الفلبين؛ بولندا؛ البرتغال؛ قطر؛ جمهورية كوريا؛ جمهورية مولدوفا؛ رومانيا؛ الاتحاد الروسي؛ رواتا؛ 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؛ سورينام؛ 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؛ جمهورية فنزويلا البوليفارية؛ فييت نام؛ اليمن؛ زامبيا؛ زيمبابوي.

(الجلسة العامة السادسة، ٢١ أيار/ مايو ٢٠١٤)

### ج ص ٦٧٤ (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 السابعة والستون، الدول الأعضاء التالية التي لها الحق في تعيين شخص للعمل عضواً في المجلس التنفيذي: الصين، جمهورية الكونغو الديمقراطية، إريتريا، غامبيا، الكويت، ليبيريا، نيبال، الاتحاد الروسي، المملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية، الولايات المتحدة الأمريكية.

(الجلسة العامة الثامنة، ٢٣ أيار/ مايو ٢٠١٤)

### ج ص ٦٧٤ (٨) النظر في الآثار الإدارية والمالية المترتبة بالنسبة إلى الأمانة نتيجة للقرارات المقترحة اعتمادها من جانب المجلس التنفيذي أو جمعية الصحة

جمعية الصحة العالمية السابعة والستون، إذ تشير إلى اعتماد جمعية الصحة العالمية السادسة والستين للميزانية البرمجية ٢٠١٤-٢٠١٥ بمجملها والحوار الخاص بالتمويل، بما في ذلك تعبئة الموارد بطريقة منسقة على نطاق المنظمة ككل، والتي أُرسيت من أجل ضمان تمويل الميزانية البرمجية بالكامل،

(١) قرّرت تنفيذ القرارات التي تعتمدها جمعية الصحة العالمية السابعة والستون إلى المدى الذي يُدرج فيه تمويلها ضمن الميزانية البرمجية ٢٠١٤-٢٠١٥، باستثناء الأنشطة التي تندرج ضمن نطاق عنصر الطوارئ في الميزانية البرمجية،<sup>١</sup> أو كما تقرره بخلاف ذلك جمعية الصحة تحديداً؛

١ لا تمتلك الأنشطة المدرجة ضمن نطاق عنصر الطوارئ في الميزانية البرمجية سقفاً في الميزانية. ويتبين في الفقرة ٩ من القرار ج ص ٦٦٤ ق ٢ أن جمعية الصحة "تأذن كذلك للمدير العام، حسب الاقتضاء، بتحمل النفقات في عنصر الطوارئ في الميزانية بما يتجاوز المبلغ المخصص لهذا العنصر، وذلك رهناً بتوافر الموارد..."

(٢) قرّرت كذلك أن يقوم المدير العام في الحالات التي تتجاوز فيها الآثار المالية للقرارات التي تعتمدها جمعية الصحة العالمية السابعة والستون الاعتمادات المالية في الميزانية البرمجية ٢٠١٤-٢٠١٥، بتزويد لجنة البرنامج والميزانية والإدارة التابعة للمجلس التنفيذي في اجتماعها الحادي والعشرين في كانون الثاني/يناير ٢٠١٥ بتقرير يتضمن اقتراحاً بشأن تدبير التكاليف ذات الصلة، بما يشمل إجراء تحليل للآثار المالية والبرمجية والنظر في جميع الخيارات المتاحة؛

(٣) طلبت من لجنة البرنامج والميزانية والإدارة أن تقدم إلى المجلس التنفيذي في دورته السادسة والثلاثين بعد المائة وإلى جمعية الصحة العالمية الثامنة والستين، توصيات مبنية على أساس التقرير المُشار إليه في الفقرة (٢) أعلاه، لكي ينظر فيها بالتزامن مع المعلومات التي طلبتها الوثيقة ج٤٨/٦٦ في الفقرة ٢٨؛<sup>١</sup>

(٤) طلبت من المدير العام أن يتشاور مع الدول الأعضاء في تقديم تقرير إلى لجنة البرنامج والميزانية والإدارة في كانون الثاني/يناير ٢٠١٥ عن الخيارات المتاحة لضمان مواعيد القرارات مع برنامج العمل العام والميزانيات البرمجية ذات الصلة، بما في ذلك السبل الكفيلة بتعزيز الصلة القائمة بين تلك الميزانيات والقرارات، وتقارير عن الآثار المالية المترتبة على ما تعتمده جمعية الصحة من قرارات ومقررات إجرائية، فضلاً عن تقديم تقارير مرحلية ومعلومات عن نسبة الميزانيات البرمجية المقبلة التي تنشأ عن القرارات والمقررات الإجرائية التي تعتمدها الأجهزة الرئاسية.

(الجلسة العامة الثامنة، ٢٣ أيار/مايو ٢٠١٤)

## ج ص ع ٦٧ (٩) تغذية الأمهات والرضع وصغار الأطفال

جمعية الصحة العالمية السابعة والستون، بعد أن نظرت في تقارير الأمانة عن تغذية الأمهات والرضع وصغار الأطفال،<sup>٣</sup>

(١) أيدت المؤشرات السبعة لرصد التقدم المُحرز في بلوغ الغايات العالمية كجزء من المجموعة الأساسية من المؤشرات الخاصة بإطار الرصد العالمي لتغذية الأمهات والرضع وصغار الأطفال؛<sup>٤</sup>

(٢) طلبت من المدير العام إنشاء فريق عامل يتألف من الممثلين والخبراء المعيّنين من جانب الدول الأعضاء وهيئات الأمم المتحدة من أجل استكمال العمل قبل نهاية عام ٢٠١٤ بشأن تحديد مجموعة أساسية من المؤشرات الرامية إلى رصد خطة التنفيذ الشاملة الخاصة بتغذية الأمهات والرضع وصغار الأطفال، بالاستناد إلى المؤشرات "الاقتفائية" لتنفيذ السياسات والبرامج في قطاع الصحة وسائر القطاعات ذات الصلة بتحقيق الغايات العالمية المتعلقة بالتغذية، ووضع مجموعة موسعة من المؤشرات لتتبع العمليات التي تؤثر على الغايات العالمية في الظروف الخاصة بالبلدان المحددة، لكي تنظر فيها الدول الأعضاء خلال جمعية الصحة العالمية الثامنة والستين؛

١ ألا وهي: "... وستُدعى الأجهزة الرئاسية إلى تقديم التوجيهات بشأن اقتراحات المدير العام التي تتعلق بإعادة برمجة الموارد أو الأنشطة في الحالات التي تُعد ضرورية، في ضوء التقدم صوب تنفيذ الميزانية البرمجية، أو تلقي ولايات جديدة وقرارات لجمعية الصحة العالمية تترتب عليها آثار مالية، أو احتياجات الصحة العمومية الناشئة".

٢ انظر الملحق ٦ بشأن الآثار المالية والإدارية المترتبة بالنسبة إلى الأمانة نتيجة اعتمادها للمقرر الإجرائي.

٣ الوثيقتان ج١٥/٦٧ وج١٥/٦٧ إضافة ١.

٤ انظر الوثيقة ج١٥/٦٧، الملحق ١.

(٣) طلبت أيضاً من المدير العام أن يدعو إلى عقد مشاورات غير رسمية مع الدول الأعضاء<sup>١</sup> من أجل استكمال العمل الخاص بوضع أدوات لتقييم المخاطر وإدارتها فيما يتعلق بتضارب المصالح في مجال التغذية، وذلك قبل نهاية عام ٢٠١٥ لكي تنظر فيها الدول الأعضاء خلال جمعية الصحة العالمية التاسعة والستين؛

(٤) أحاطت علماً بالعمل الذي أنجزته أمانة المنظمة إنفاذاً للقرار جص ع٦٥-٦ الصادر بشأن خطة التنفيذ الشاملة الخاصة بتغذية الأمهات والرضع وصغار الأطفال والذي طلب من المدير العام تقديم توضيحات وتوجيهات بشأن الترويج غير الملائم لأغذية الرضع وصغار الأطفال" على النحو المذكور في القرار جص ع٦٣-٢٣ بشأن تغذية الرضع وصغار الأطفال، مع مراعاة الأعمال الجارية في لجنة الدستور الغذائي؛ ومع التذكير كذلك بالقرار جص ع٦٣-٢٣ الذي يحث الدول الأعضاء على "وضع حد للترويج غير الملائم لأغذية الرضع وصغار الأطفال"، ويطلب كذلك من المدير العام استكمال العمل قبل نهاية عام ٢٠١٥ لكي تنظر فيها الدول الأعضاء خلال جمعية الصحة العالمية التاسعة والستين؛

(الجلسة العامة الثامنة، ٢٣ أيار/ مايو ٢٠١٤)

### جص ع٦٧ (١٠) ٢ الأحوال الصحية في الأرض الفلسطينية المحتلة، بما فيها القدس الشرقية، وفي الجولان السوري المحتل

جمعية الصحة العالمية السابعة والستون، إذ تضع في اعتبارها المبدأ الأساسي المبين في دستور منظمة الصحة العالمية، والذي يؤكد أن صحة جميع الشعوب أمر أساسي لبلوغ السلم والأمن ويشدّد على أن إتاحة الرعاية الصحية من دون عوائق عنصر حاسم من عناصر الحق في الصحة، طلبت من المدير العام ما يلي:

(١) تقديم تقرير عن الأحوال الصحية في الأرض الفلسطينية المحتلة، بما فيها القدس الشرقية، وفي الجولان السوري المحتل، إلى جمعية الصحة العالمية الثامنة والستين، وذلك بالاستناد إلى تقييم ميداني، بما يشمل التركيز بوجه خاص على ما يلي:

(أ) العقبات التي تحول إتاحة الرعاية الصحية في الأرض الفلسطينية المحتلة، وكذلك التقدم المحرز في تنفيذ التوصيات الواردة في تقرير منظمة الصحة العالمية لعام ٢٠١٣ المعنون الحق في الصحة: العقبات التي تعترض سبيل إتاحة الرعاية الصحية في الأرض الفلسطينية المحتلة، في عامي ٢٠١١ و٢٠١٢؛<sup>٢</sup>

(ب) إتاحة خدمات صحية لائقة للأسرى الفلسطينيين؛

(ج) أثر طول مدة الاحتلال وانتهاكات حقوق الإنسان على صحة الفرد النفسية، وخصوصاً العواقب النفسية التي يخلفها نظام الاحتجاز العسكري الإسرائيلي على المعتقلين الأطفال؛

(د) أثر الإتاحة المشوبة بالعراقيل على المياه وخدمات الإصحاح، إلى جانب انعدام الأمن الغذائي، على الأحوال الصحية في الأرض الفلسطينية المحتلة، وخاصة في قطاع غزة؛

١ وحسب الاقتضاء، منظمات التكامل الاقتصادي الإقليمي.

٢ الحق في الصحة: العقبات التي تعترض سبيل إتاحة الرعاية الصحية في الأرض الفلسطينية المحتلة، في عامي ٢٠١١ و٢٠١٢. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ ٢٠١٣ (الوثيقة WHO-EM/OPT/004/E).

(هـ) تقديم المساعدة والدعم الماليين والتقنيين من جانب الجهات المانحة الدولية، وإسهامها في تحسين الأوضاع الصحية في الأرض الفلسطينية المحتلة؛

(٢) تقديم الدعم إلى الخدمات الصحية الفلسطينية، بما فيها برامج بناء القدرات؛

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

(٤) الاستمرار في تقديم المساعدة التقنية الضرورية لتلبية احتياجات الشعب الفلسطيني الصحية، بمن فيهم السجناء والمحتجزون، وذلك بالتعاون مع جهود لجنة الصليب الأحمر الدولية، وكذلك الاحتياجات الصحية للمعوقين والمصابين؛

(٥) تقديم الدعم إلى قطاع الصحة الفلسطيني في التأهب لمواجهة حالات الطوارئ، وتعزيز قدرات التأهب لتلك الحالات والاستجابة لمقتضياتها؛

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

(الجلسة العامة الثامنة، ٢٣ أيار/ مايو ٢٠١٤)

### ج ص ٦٧ع (١١) تعيين ممثلين في لجنة المعاشات التقاعدية لموظفي منظمة الصحة العالمية

(١) قد ترغب جمعية الصحة العالمية السابعة والستون في أن ترشح الدكتور إبنزير أبياه- دينكيرا، من وفد غانا، عضواً لمدة ثلاث سنوات حتى أيار/ مايو ٢٠١٧، والدكتور ميشيل تايلهاديز، أقدم الأعضاء البدلاء، من وفد سويسرا، عضواً في المدة المتبقية من عضويته حتى أيار/ مايو ٢٠١٥.

(٢) وقد ترغب جمعية الصحة العالمية السابعة والستون أيضاً في أن ترشح الدكتور دارين هنت، من وفد نيوزيلندا والدكتورة مريم أ. الجلاهمة من وفد البحرين عضوين بديلين لمدة ثلاث سنوات حتى أيار/ مايو ٢٠١٧ للعمل في لجنة المعاشات التقاعدية لموظفي منظمة الصحة العالمية.

(الجلسة العامة التاسعة، ٢٤ أيار/ مايو ٢٠١٤)

### ج ص ٦٧ع (١٢) العقرات: أحدث المعلومات عن استراتيجية تجديد مباني جنيف

جمعية الصحة العالمية السابعة والستون، بعد أن نظرت في التقرير الخاص بالعقرات: أحدث المعلومات عن استراتيجية تجديد مباني جنيف؛<sup>١</sup> وإذ أحاطت علماً بتقرير لجنة البرنامج والميزانية والإدارة التابعة للمجلس التنفيذي إلى جمعية الصحة العالمية السابعة والستين،<sup>٢</sup>

(١) أحاطت علماً بالاستراتيجية المحدثة لتجديد مباني جنيف؛

١ الوثيقة ج٦٧/٥٢.

٢ الوثيقة ج٦٧/٦١.



(٢) أذنت للمديرة العامة الشروع في مرحلة التخطيط الأولية، بما في ذلك تنظيم مسابقة هندسية؛

(٣) أعربت عن تقديرها للحكومة السويسرية لاقتراحها تقديم قرض أولي دون فوائد قدره ١٤ مليون فرنك سويسري لأغراض التخطيط؛

(٤) طلبت من المدير العام ما يلي:

(أ) قبول القرض الأولي رهناً بالشروط المبينة في الفقرات من ١٠ إلى ١٢ من التقرير الخاص بالعقارات: أحدث المعلومات عن استراتيجية تجديد مباني جنيف ومواصلة تخطيط مشروع التجديد الخاص بالموقع بأكمله؛

(ب) طرح التصميم المختار للمبنى الجديد مصحوباً بعرض موجز عن مواصفات المبنى وأحدث المعلومات المالية المفصلة عن كامل استراتيجية التجديد على جمعية الصحة العالمية الثامنة والستين، على أمل أن تتخذ جمعية الصحة العالمية التاسعة والستون قراراً نهائياً بشأن الموافقة على المشروع النهائي وقبول كامل القرض لتشييد المبنى الجديد وبدء أعمال التشييد، رهناً بالحصول على الموافقة النهائية من السلطات الاتحادية السويسرية على كامل القرض في كانون الأول/ديسمبر ٢٠١٦.

(الجلسة العامة التاسعة، ٢٤ أيار/مايو ٢٠١٤)

ج ص ٦٧٤ (١٣) العمل المتعدد القطاعات من أجل اتباع نهج يدوم طيلة العمر بشأن التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة

جمعية الصحة العالمية السابعة والستون، بعد النظر في التقرير الخاص بالعمل المتعدد القطاعات من أجل اتباع نهج يدوم طيلة العمر بشأن التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة،<sup>١</sup> وإذ تعترف بأن نسبة المسنين تتزايد بين السكان في كل بلد تقريباً، وبأن هناك مشكلات متزايدة بالنسبة إلى النظم الصحية فيما يتعلق بشيخوخة السكان، طلبت من المدير العام أن يضع، بالتشاور مع الدول الأعضاء وأصحاب المصلحة الآخرين، وبالتنسيق مع المكاتب الإقليمية، وفي حدود الموارد المتاحة، استراتيجية عالمية شاملة وخطة عمل بشأن الشيخوخة والصحة، كي ينظر فيهما المجلس التنفيذي في كانون الثاني/يناير ٢٠١٦ وجمعية الصحة العالمية التاسعة والستون في أيار/مايو ٢٠١٦.

(الجلسة العامة التاسعة، ٢٤ أيار/مايو ٢٠١٤)

ج ص ٦٧٤ (١٤) إطار المشاركة مع الجهات الفاعلة غير الدول

جمعية الصحة العالمية السابعة والستون، بعد أن نظرت في التقرير الخاص بإطار المشاركة مع الجهات الفاعلة غير الدول<sup>٢</sup>، وإذ ترحب بالتقدم الذي أحرزته جمعية الصحة العالمية السابعة والستون بشأن مسودة إطار المشاركة مع الجهات الفاعلة غير الدول؛ وإذ تؤكد أهمية وجود إطار مناسب للمشاركة مع الجهات الفاعلة غير

١ الوثيقة ج ٦٧/٢٣.

٢ الوثيقة ج ٦٧/٦.

الدول بالنسبة إلى دور المنظمة وعملها؛ وإذ تعترف بضرورة إجراء مزيد من المشاورات والمناقشات حول قضايا معينة، منها تضارب المصالح والعلاقات مع القطاع الخاص،

(١) قررت أنه ينبغي أن تقدم الدول الأعضاء تعليقاتها أو أسئلتها المحددة بشأن المتابعة إلى المدير العام بحلول يوم ١٧ حزيران/يونيو ٢٠١٤؛

(٢) قررت أيضاً أنه ينبغي للجان الإقليمية أن تناقش هذه المسألة في عام ٢٠١٤ فيما يتعلق بمسودة إطار المشاركة مع الجهات الفاعلة غير الدول والتقرير المشار إليه في الفقرة الفرعية ٤ (أ) أدناه؛

(٣) طلبت من اللجان الإقليمية أن تقدم تقريراً عن مداولاتها إلى جمعية الصحة العالمية الثامنة والستين من خلال المجلس التنفيذي؛

(٤) طلبت من المدير العام ما يلي:

(أ) أن يعد تقريراً شاملاً للتعليقات المقدمة من الدول الأعضاء أثناء جمعية الصحة العالمية السابعة والستين والتعليقات والأسئلة المطروحة بشأن المتابعة، بما في ذلك توضيحات الأمانة وردودها بشأنها، وذلك بحلول آخر تموز/يوليو ٢٠١٤؛

(ب) أن يقدم ورقة إلى المجلس التنفيذي في دورته السادسة والثلاثين بعد المائة في كانون الثاني/يناير ٢٠١٥، مع ضمان تلقي الدول الأعضاء لهذه الورقة بحلول منتصف كانون الأول/ديسمبر ٢٠١٤، كي يتاح لها الوقت الكافي لدراسة المحتوى وكي تستعد بصورة أفضل لإجراء المناقشات والمداولات.

(الجلسة العامة التاسعة، ٢٤ أيار/مايو ٢٠١٤)

### ج ص ع ٦٧ (١٥) متابعة تقرير فريق الخبراء الاستشاريين العامل المعني بتمويل وتنسيق البحث والتطوير

جمعية الصحة العالمية السابعة والستون، بعد النظر في التقارير المتعلقة بمتابعة تقرير فريق الخبراء الاستشاريين العامل المعني بتمويل وتنسيق البحث والتطوير،<sup>١</sup>

(١) أحاطت علماً بالتقدم المحرز في تنفيذ القرار ج ص ع ٦٦-٢٢ والمقرر الإجرائي م ت ١٣٤ (٥)؛

(٢) اعترفت بمؤشرات قياس النجاح في تنفيذ المشاريع الإيضاحية الخاصة بالبحث والتطوير في مجال الصحة وطلبت إضافة تحليل لمدى تنفيذ العناصر الابتكارية بواسطة المشاريع، بما في ذلك التمويل، واستخدام نماذج الإتاحة المفتوحة، ومنصات البحوث المتعددة القطاعات، وفك الارتباط، ضمن معايير أخرى؛

١ الوثائق ج ٦٧/٢٧، ج ٦٧/٢٨، ج ٦٧/٢٨ إضافة ١.

(٣) طلبت من المدير العام أن يسرع عملية الاضطلاع بالمشاريع الأربعة المتبقية، بالإضافة إلى المشاريع الأربعة المتفق عليها بالفعل، وأن يقدم تقريراً عن التقدم المحرز إلى المجلس التنفيذي في دورته السادسة والثلاثين بعد المائة؛

(٤) أحاطت علماً، دون الإخلال بالمناقشات المستقبلية في سياق توصيات وإجراءات فريق الخبراء الاستشاريين العامل المعني بتمويل وتنسيق البحث والتطوير بشأن سائر الآليات المستدامة لتمويل البحث والتطوير في مجال الصحة، بالتقدير الذي أجرته الأمانة وإمكانية استخدام آلية قائمة لاستضافة صندوق مجمع للمساهمات الطوعية في البحث والتطوير بخصوص أمراض النمطين الثالث والثاني واحتياجات البحث والتطوير المحددة للبلدان النامية فيما يتعلق بأمراض النمط الأول؛

(٥) طلبت من المدير العام أن يواصل تحري الخيار المُشار إليه في الفقرة (٤) أعلاه مع البرنامج الخاص للبحوث والتدريب في مجال أمراض المناطق المدارية المشتركة بين اليونيسيف وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي والبنك الدولي ومنظمة الصحة العالمية، بما في ذلك العناصر التالية:

(أ) الاعتراف بأن نطاق الأمراض ينبغي ألا يقتصر على أمراض النمط الثالث وإنما ينبغي أن يتماشى مع ولاية الاستراتيجية وخطة العمل العالميتين بشأن الصحة العمومية والابتكار والملكية الفكرية؛

(ب) الاعتراف بالحاجة إلى آلية مالية مستدامة للبحث والتطوير في مجال الصحة؛

(ج) الاعتراف بدور الدول الأعضاء في تصريف شؤون آلية التنسيق؛

(٦) طلبت من المدير العام أن يقدم تقريراً إلى جمعية الصحة العالمية الثامنة والستين من خلال المجلس التنفيذي في دورته السادسة والثلاثين بعد المائة بالإشارة إلى هذا المقرر الإجرائي.

(الجلسة العامة التاسعة، ٢٤ أيار/مايو ٢٠١٤)

ج ص ٦٧٤ (١٦) اختيار البلد الذي ستُعقد فيه جمعية الصحة العالمية الثامنة والستون

قررت جمعية الصحة العالمية السابعة والستون، طبقاً للمادة ١٤ من الدستور، أن تُعقد جمعية الصحة العالمية الثامنة والستون في سويسرا.

(الجلسة العامة التاسعة، ٢٤ أيار/مايو ٢٠١٤)



الملاحق



## الملحق ١

### الاستراتيجية والأهداف العالمية للوقاية من السل ورعاية مرضاه ومكافحته بعد عام ٢٠١٥

[ج١١/٦٧ - ١٤ آذار/ مارس ٢٠١٤]

١- لقد انتهت حقبة إهمال طال أمدها في العالم إثر إعلان منظمة الصحة العالمية (المنظمة) في عام ١٩٩٣ عن أن السل من الطوارئ التي تهدد الصحة العمومية على صعيد العالم. ومن العوامل التي ساعد جميعها معاً على تسريع الانتشار العالمي لمكافحة السل ورعاية مرضاه القيام لاحقاً بإطلاق استراتيجية معالجة السل القصيرة الأمد تحت الإشراف المباشر؛ وإدراج مؤشرات تتعلق بمكافحة السل ضمن الأهداف الإنمائية للألفية؛ ووضع وتنفيذ استراتيجية دحر السل التي تدعم الخطة العالمية لدحر السل ٢٠٠٦-٢٠١٥؛ واعتماد جمعية الصحة العالمية الثانية والستين للقرار ج ص ٦٢ع-١٥ بشأن توقي ومكافحة السل المقاوم للأدوية المتعددة والسل الشديد المقاومة للأدوية.

٢- وفي أيار/ مايو ٢٠١٢، طلبت الدول الأعضاء في جمعية الصحة العالمية الخامسة والستين من المديرية العامة تقديم استعراض شامل لحالة السل العالمية حتى الآن ونُهج استراتيجية جديدة متعددة القطاعات وأهداف دولية جديدة لفترة ما بعد عام ٢٠١٥ إلى جمعية الصحة العالمية السابعة والستين في أيار/ مايو ٢٠١٤ من خلال المجلس التنفيذي. ٢ وشارك في العمل على إعداد ذلك جمع غفير من الشركاء الذين قدموا مساهمة موضوعية في وضع الاستراتيجية الجديدة، بمن فيهم ممثلون رفيعو المستوى عن الدول الأعضاء، والبرامج الوطنية لمكافحة السل، والمؤسسات التقنية والعلمية، والشركاء الماليين ووكالات التنمية، والمجتمع المدني، والمنظمات غير الحكومية، والقطاع الخاص.

٣- **العملية.** وافق الفريق الاستشاري الاستراتيجي والتقني التابع للمنظمة والمعني بالسل على العملية الاستشارية الواسعة النطاق والشاملة بشأن وضع مسودة الاستراتيجية، والتي استُهلّت بمشاورات على شبكة الإنترنت سعياً إلى إيجاد سبل لتعزيز الاستراتيجية الحالية وإدخال أي عناصر جديدة. وخلال عام ٢٠١٢ نظم كل مكتب إقليمي، في إطار الاجتماعات السنوية للبرامج الوطنية لمكافحة السل، مشاورات بشأن الإطار والأهداف الاستراتيجية الجديدة المقترحة مع مسؤولين في وزارات الصحة، ومديري البرامج الوطنية لمكافحة السل، وشركاء آخرين. ومن ثم ناقش مسؤولون من بلدان ترزح تحت وطأة عبء ثقيل من السل مسودة الإطار الاستراتيجي في مشاورات خاصة نُظمت تماماً قبيل انعقاد المؤتمر العالمي الثالث والأربعين للاتحاد الدولي لمكافحة السل والأمراض الرئوية (كوالالمبور، ١٣-١٧ تشرين الثاني/ نوفمبر ٢٠١٣). وعقب ذلك عُرض الإطار وتُوقش في يوم افتتاح المؤتمر بالندوة العالمية بشأن السل التي حضرها أكثر من ٧٠٠ جهة من الجهات صاحبة المصلحة.

١ انظر القرار ج ص ٦٧ع-١.

٢ انظر الوثيقة ج ص ٦٥/٢٠١٢/٣/ سجلات/٣، المحضر الموجز للجلسة السادسة للجنة "ب"، الفرع ٣ (بالإنكليزية).

وفي عام ٢٠١٣ نُظمت ثلاث مشاورات خاصة شارك فيها كبار المسؤولين من الدول الأعضاء والخبراء التقنيين والمجتمع المدني بغية مناقشة ما يلي: (١) وضع الأهداف المتعلقة بمكافحة السل بعد عام ٢٠١٥؛ (٢) وتُهج الاستناد إلى الفرص التي يتيحها توسع نطاق التغطية الصحية الشاملة والحماية الاجتماعية لتعزيز الوقاية من السل ورعاية مرضاه؛ (٣) والبحث والابتكار من أجل تحسين مكافحة السل ورعاية مرضاه والقضاء عليه. وفي حزيران/ يونيو ٢٠١٣ اعتمد الفريق الاستشاري الاستراتيجي والتقني المعني بالسل مسودة الاستراتيجية، بما فيها الأهداف العالمية وأساسها المنطقي<sup>١</sup>.

٤- ويرد في الشكل ١ إطار مسودة الاستراتيجية العالمية لمكافحة السل بعد عام ٢٠١٥.

### الشكل ١: إطار الاستراتيجية العالمية لمكافحة السل بعد عام ٢٠١٥

الرؤية	عالم خال من السل
	- عدم تسجيل أي وفيات بسبب وباء السل أو أي إصابات به أو معاناة منه
الهدف	القضاء على وباء السل العالمي
<b>المعالم الرئيسية لعام ٢٠٢٥</b>	- خفض عدد الوفيات الناجمة عن السل بنسبة ٧٥٪ (مقارنة بعام ٢٠١٥) - خفض معدل الإصابة بالسل بنسبة ٥٠٪ (أقل من ٥٥ حالة إصابة لكل ١٠٠ ٠٠٠ نسمة) - تجنب الأسر المتضررة تكبد تكاليف كارثية بسبب الإصابة بالسل
<b>أهداف عام ٢٠٣٥</b>	- خفض عدد الوفيات الناجمة عن السل بنسبة ٩٥٪ (مقارنة بعام ٢٠١٥)؛ - خفض معدل الإصابة بالسل بنسبة ٩٠٪ (أقل من ١٠ حالات إصابة لكل ١٠٠ ٠٠٠ نسمة) - تجنب الأسر المتضررة تكبد تكاليف كارثية بسبب الإصابة بالسل
المبادئ	
١-	إشراف الحكومة ومساءلتها، إلى جانب الرصد والتقييم
٢-	تشكيل ائتلاف قوي مع منظمات المجتمع المدني والمجتمعات المحلية
٣-	حماية وتعزيز حقوق الإنسان والأخلاقيات والإنصاف
٤-	تكثيف الاستراتيجية والأهداف على المستوى القطري، إلى جانب التعاون على الصعيد العالمي
الركائز والمكونات	
١-	<b>الرعاية والوقاية المتكاملتان اللتان تركزان على المرضى</b>
ألف:	التشخيص المبكر للسل، بما في ذلك إجراء اختبار حساسية شامل للأدوية؛ والانتظام في فحص المخالطين والفئات الشديدة التعرض لمخاطر الإصابة بالمرض
باء:	توفير العلاج لجميع المصابين بالسل، بمن فيهم المصابون بالسل المقاوم للأدوية؛ ودعم المرضى
جيم:	الاضطلاع بأنشطة تعاونية لمكافحة السل/ فيروس العوز المناعي البشري، والتدبير العلاجي لحالات المراضة المشتركة
دال:	توفير العلاج الوقائي للأشخاص المعرضين لخطر الإصابة بالمرض بشكل كبير؛ والتمنيع ضد السل

١ الفريق الاستشاري الاستراتيجي والتقني المعني بالسل: تقرير الاجتماع الثالث عشر. ١١ و ١٢ حزيران/ يونيو ٢٠١٣ (الوثيقة WHO/HTM/TB/2013.9).



<p>٢- <b>اتباع سياسات واضحة ونظم داعمة</b></p> <p>ألف: الالتزام السياسي بتوفير موارد كافية للوقاية من السل ورعاية مرضاه</p> <p>باء: إشراك المجتمعات المحلية ومنظمات المجتمع المدني وجميع مقدمي خدمات الرعاية من القطاعين العام والخاص</p> <p>جيم: وضع سياسات بشأن التغطية الصحية الشاملة وأطر تنظيمية للإبلاغ عن الحالات المرضية وتسجيل شؤون الأحوال المدنية واستعمال الأدوية العالية الجودة على نحو رشيد ومكافحة عدوى المرض</p> <p>دال: اتخاذ إجراءات بشأن حماية المجتمع وتخفيف حدة الفقر ومحددات السل الأخرى</p>	<p>٣- <b>تكثيف أنشطة البحث والابتكار</b></p> <p>ألف: اكتشاف أدوات وتدخلات واستراتيجيات جديدة وتطويرها وفهمها بسرعة</p> <p>باء: إجراء بحوث تتوخى الحد الأمثل من تطبيق الابتكارات ونتائجها وتحسينها</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## النهج المتبعة

٥- **توسيع نطاق الرعاية وتعزيز الوقاية وتكثيف البحوث.** سينطوي التصدي للتحديات المذكورة أعلاه على اتباع نهج مبتكرة ومتعددة القطاعات و متكاملة. وعملت استراتيجية معالجة السل القصيرة الأمد تحت الإشراف المباشر على تعزيز برامج القطاع العام المعنية بمكافحة السل للمساعدة في التصدي لعبء المرض الثقيل القابل للتأثر بالأدوية. أما استراتيجية دحر السل<sup>١</sup> المبنية على استراتيجية معالجة السل القصيرة الأمد تحت الإشراف المباشر فقد ساعدت في استهلال معالجة السل المقاوم للأدوية ومشكلة ارتباط السل بفيروس العوز المناعي البشري، وعززت في الوقت نفسه البحوث اللازمة لاستحداث أدوات جديدة، كما ساعدت على توسيع نطاق الشراكات القائمة مع جميع مقدمي خدمات الرعاية الصحية ومنظمات المجتمع المدني والمجتمعات المحلية في سياق تعزيز النظم الصحية. وسيستتبع القضاء على وباء السل مواصلة توسيع نطاق التدخلات الخاصة برعاية مرضى السل والوقاية منه، وإتاحة تلك التدخلات؛ وإقامة نظم ووضع سياسات رامية إلى تهيئة بيئة مواتية وتقاسم المسؤوليات؛ والسعي بجد إلى إجراء البحوث والابتكارات تعزيزاً للتنمية واستخدام أدوات جديدة لرعاية مرضى السل والوقاية منه. كما سيتطلب القضاء على السل حكماً بشأن إعادة النظر في الاستراتيجية الجديدة وتعديلها بناءً على التقدم المحرز ومدى استيفاء المعالم والأهداف المتفق عليها.

٦- **استجلاب الدعم المنهجي وإشراك أصحاب المصلحة.** سيلزم من الناحية العملية لمواصلة إحراز التقدم في مرحلة ما بعد عام ٢٠١٥ اتخاذ إجراءات مكثفة من جانب برامج مكافحة السل وسواها داخل قطاع الصحة وخارجه. وتتوخى الاستراتيجية الجديدة اتخاذ إجراءات ملموسة على ثلاثة مستويات لتصريف الشؤون في إطار توثيق عرى التعاون مع جميع أصحاب المصلحة وبالتزام مع إشراك المجتمعات المحلية. وتندرج في صميم الإجراءات البرامج الوطنية لمكافحة السل أو الهياكل المكافئة لها المسؤولية عن تنسيق جميع الأنشطة المتصلة بتقديم خدمات الرعاية لمرضى السل والوقاية منه. وتأتي على رأسها وزارات الصحة الوطنية التي تتولى تقديم الدعم المنهجي الحاسم وإنفاذ الآليات التنظيمية وتنسيق النهج المتكاملة بفضل التعاون بين الوزارات والقطاعات. ويلزم قبل كل شيء أن تتولى الحكومات الوطنية الإشراف العام على العملية لكي تبقى مسألة القضاء على السل مدرجة على رأس قائمة برنامج عمل التنمية من خلال الالتزام السياسي وتوظيف

١ فيما يلي العناصر الستة لاستراتيجية دحر السل: (١) توسيع استراتيجية معالجة السل القصيرة الأمد تحت الإشراف المباشر وتحسينها؛ (٢) والتصدي لمشكلة تراقق السل بفيروس العوز المناعي البشري والسل المقاوم للأدوية المتعددة وغير ذلك من التحديات الخاصة؛ (٣) والإسهام في تعزيز النظم الصحية؛ (٤) وإشراك جميع القائمين على إيتاء الرعاية الصحية؛ (٥) وتمكين المصابين بالسل ومجتمعاتهم؛ (٦) والتمكين من إجراء البحث وتعزيزه.

الاستثمارات والإشراف، والعمل في الوقت نفسه على إحراز تقدم سريع من أجل بلوغ التغطية الصحية الشاملة وحماية المجتمع.

٧- **رفع مستوى القيادة وتوسيع نطاق الملكية.** يلزم مواصلة تعزيز خدمات رعاية مرضى السل ومكافحته وتوسيع نطاق تلك الخدمات لتشمل الوقاية منه. وتحقيقاً لهذا الغرض لابد من رفع مستوى القيادة القطرية المعنية بمكافحة السل لترقى إلى مستويات رفيعة ضمن وزارات الصحة، وهو أمر لا يُستغنى عنه من أجل إنجاز أعمال منسقة على عدة جبهات وبلوغ ثلاثة أغراض واضحة على النحو التالي: (١) تحقيق الإتاحة الشاملة لخدمات الكشف المبكر عن السل وتوفير العلاج اللازم لجميع مرضاه؛ (٢) ووضع سياسات ونظم صحية واجتماعية داعمة موضع التنفيذ تتيح خدمات الرعاية والوقاية من السل بفعالية أمام المرضى المصابين به؛ (٣) وتكثيف البحوث اللازمة لاستحداث وتطبيق تكنولوجيات وأدوات ونهوج جديدة تمكّن من القضاء على السل في نهاية المطاف. وما الركائز الثلاث للاستراتيجية العالمية لمكافحة السل إلا ركائز معدة لغرض بلوغ هذه الأهداف.

### الرؤية والهدف والمعالم والأهداف

٨- تحمل رؤية مسودة استراتيجية مكافحة السل بعد عام ٢٠١٥ عنوان "عالم خال من السل"، ويُعبّر عنها أيضاً بالعنوان "عدم تسجيل أي وفيات بسبب وباء السل أو أي إصابات به أو معاناة منه"، بقصد القضاء على وباء السل العالمي.

٩- وقد بُلغت فعلاً الغاية المعنونة "وقف انتشار السل بحلول عام ٢٠١٥ وبدء انحساره اعتباراً من ذلك التاريخ" من الأهداف الإنمائية للألفية، فيما يُمضى قدماً على الطريق القويم لكي تتحقق بحلول عام ٢٠١٥ الغاية المتصلة بشراكة دحر السل والمتمثلة في تخفيض معدلات انتشار السل والوفيات الناجمة عنه بنسبة ٥٠٪ مقارنة بعام ١٩٩٠. ويُقترح في إطار مسودة الاستراتيجية هذه أهداف عالمية جديدة وطموحة ولكنها قابلة للتنفيذ في عام ٢٠٣٥، وهي تشمل تحقيق تخفيض نسبته ٩٥٪ في الوفيات الناجمة عن السل مقارنة بعام ٢٠١٥، وبلوغ تخفيض يكافئه بنسبة ٩٠٪ في معدلات الإصابة بالسل المحددة بواقع مرتقب قدره ١١٠ حالات لكل ١٠٠ ٠٠٠ نسمة في عام ٢٠١٥ إلى ١٠ حالات لكل ١٠٠ ٠٠٠ نسمة أو أقل بحلول عام ٢٠٣٥. وتعاود هذه الغايات المستويات الحالية في بعض البلدان التي تتدنى فيها معدلات الإصابة بالداء والوفاة في أمريكا الشمالية وأوروبا الغربية وغرب المحيط الهادئ. وثمة غاية أخرى مقترحة بشأن التأكد من أن يفضي التقدم المُحرز في بلوغ التغطية الصحية الشاملة والحماية الاجتماعية بحلول عام ٢٠٢٠ إلى ضرورة تجنب أي مريض متضرر بالسل أو أسرته تكبد تكاليف كارثية من جراء رعاية مرضى السل.

١٠- ويُقترح أيضاً معالم للأعوام ٢٠٢٠ و٢٠٢٥ و٢٠٣٠ يلزم تحقيقها قبل عام ٢٠٣٥، ويعرض الجدول ١ المؤشرات والمعالم والأهداف العالمية الأساسية المبيّنة في استراتيجية ما بعد عام ٢٠١٥.

١١- ويوجد معلم رئيسي آخر بشأن تحقيق تخفيض نسبته ٧٥٪ في وفيات السل بحلول عام ٢٠٢٥ مقارنة بعام ٢٠١٥. وسيستدعي بلوغ المعلم تحقيق إنجازين اثنين، أولهما يفيد بأنه يجب تسريع عجلة التخفيض السنوي في معدلات الإصابة بالسل في العالم من متوسط نسبته ٢٪ سنوياً في عام ٢٠١٥ إلى ١٠٪ سنوياً بحلول عام ٢٠٢٥. وهذا التخفيض السنوي بنسبة ١٠٪ في معدلات الإصابة بالسل هو تخفيض طموح ويمكن تنفيذه أيضاً؛ فقد حُدّد بهذا الواقع المرتقب بالاستناد إلى أسرع المعدلات الموثقة على المستوى الوطني والمسجلة في سياق الإتاحة الشاملة لخدمات الرعاية الصحية والتنمية الاجتماعية والاقتصادية السريعة الخطى في أوروبا الغربية وأمريكا الشمالية خلال النصف الثاني من القرن الماضي. أما الإنجاز الثاني فيقضي بأنه يلزم تخفيض نسبة حالات السل التي تؤدي بحياة المصابين به (معدل إماتة الحالات) من النسبة المتوقعة بواقع ١٥٪ في عام ٢٠١٥ إلى ٦,٥٪ بحلول عام ٢٠٢٥. وقد وُضع هذا الإنجاز على منوال يمكن من إحداث تخفيض نسبته ٧٥٪ في وفيات السل بفضل التقدم المُحرز بسرعة في الإتاحة الشاملة للقائم من أدوات بالاقتران مع تحقيق التنمية الاجتماعية والاقتصادية. وعلاوة على ذلك فإن من المُرجح أن تفضي قريباً أنشطة البحث والتطوير

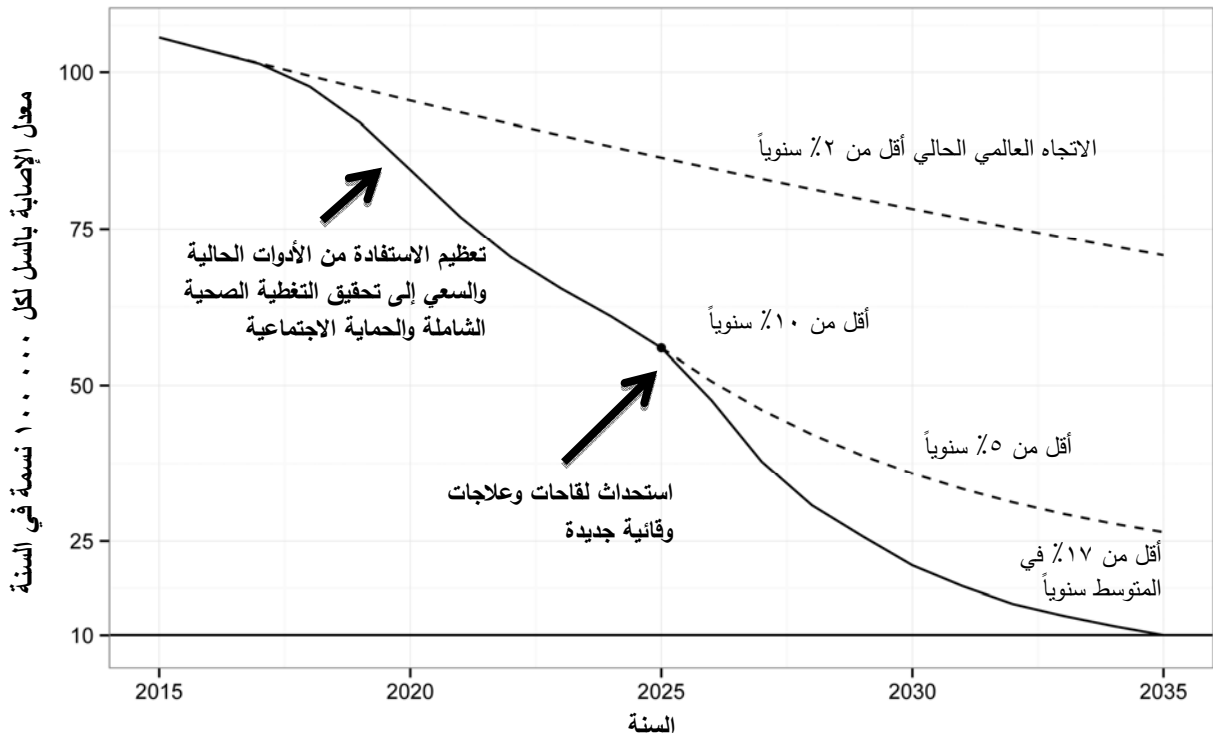
الجارية على قدم وساق إلى استحداث أدوات محسّنة، من قبيل إجراء الفحوص في مراكز تقديم الرعاية وتحسين نظم التدبير العلاجي لحالات السل، الأمر الذي سيسهل تحقيق المعالم.

**الجدول ١: المؤشرات والمعالم والأهداف العالمية الأساسية المبيّنة في استراتيجية مكافحة السل بعد عام ٢٠١٥**

الأهداف	المعالم			المؤشرات المحددة لعام ٢٠١٥ بـقيم أساسية
	٢٠٣٠	٢٠٢٥	٢٠٢٠	
٢٠٣٥	٢٠٣٠	٢٠٢٥	٢٠٢٠	النسبة المئوية لتخفيض الوفيات الناجمة عن السل النسبة الأساسية المتوقعة في عام ٢٠١٥: ١,٣ مليون وفاة)
%٩٥	%٩٠	%٧٥	%٣٥	النسبة المئوية لتخفيض معدل الإصابة بالسل وقيمة التخفيض المطلقة القيمة الأساسية المتوقعة في عام ٢٠١٥: ١١٠ حالات لكل ١٠٠.٠٠٠ نسمة)
%٩٠ (أقل من ١٠ حالات/ ١٠٠.٠٠٠ نسمة)	%٨٠ (أقل من ٢٠ حالة/ ١٠٠.٠٠٠ نسمة)	%٥٠ (أقل من ٥٥ حالة/ ١٠٠.٠٠٠ نسمة)	%٢٠ (أقل من ٨٥ حالة/ ١٠٠.٠٠٠ نسمة)	النسبة المئوية للأسر المتضررة بداء السل التي تتكبد تكاليف كارثية من جراء الداء النسبة الأساسية المتوقعة في عام ٢٠١٥: غير متاحة بعد)
صفر	صفر	صفر	صفر	

١٢- ولا بد من إتاحة أدوات أخرى بحلول عام ٢٠٢٥ من أجل صون ما يُحرز من تقدم بعد العام المذكور وتحقيق تخفيض في وفيات السل نسبته ٩٥% بحلول عام ٢٠٣٥ وآخر نسبته ٩٠% في معدل الإصابة بالسل من ١١٠ حالات لكل ١٠٠.٠٠٠ نسمة إلى أقل من ١٠ حالات لكل ١٠٠.٠٠٠ نسمة. وسيلزم تحديداً توفير لقاح جديد يكون فعالاً قبل التعرض للسل وبعده وتحسين وسائل تشخيصه، فضلاً عن توفير سبل أكثر مأمونية وسهولة بشأن التدبير العلاجي لحالات عدواه الكامنة. وستكون الإنجازات المحققة بالأدوات الموجودة حالياً، مستكملة بالتغطية الصحية الشاملة والحماية الاجتماعية، بارزة ولكنها ستكون غير كافية للحفاظ على إيقاع معدل التقدم اللازم إحراره لبلوغ الأهداف المحددة لعام ٢٠٣٥. وسوف يلزم توظيف استثمارات فورية ومعززة للغاية في ميدان البحث والتطوير من أجل إتاحة أدوات جديدة لأغراض اعتمادها بحلول عام ٢٠٢٥. ويبين الشكل ٢ التسارع المتوقع في خطى تخفيض معدلات الإصابة بالسل في العالم بالتلازم مع تعظيم الاستفادة من الأدوات الحالية جنباً إلى جنب مع التقدم المحرز في تحقيق التغطية الصحية الشاملة والحماية الاجتماعية اعتباراً من عام ٢٠١٥، والنتائج الإضافية المحققة من استحداث أدوات جديدة بحلول عام ٢٠٢٥.

الشكل ٢: التسارع المتوقع في خطى تخفيض معدلات الإصابة بالسل في العالم لبلوغ المستويات المستهدفة



١٣- وينطوي ضمناً المعلم المتعلق بتجنيب الأسر المتضررة بالسل تكبد تكاليف كارثية على التقليل إلى أدنى حد من التكاليف الطبية المباشرة، من مثل رسوم استئصال الاستشارات الطبية ودخول المستشفى وإجراء الفحوص وشراء الأدوية، وكذلك التكاليف الطبية غير المباشرة، من قبيل المتكبد منها عن خدمات النقل وأي خسارة في الدخل تلحق بالفرد أثناء خضوعه للرعاية. ويستدعي ذلك تمكين مرضى السل والأسر المتضررة به من الحصول على نظم حماية اجتماعية مناسبة تغطي التكاليف غير الطبية المباشرة والخسائر في الدخل، أو تعويض تلك التكاليف والخسائر. وقد تفضي الالتزامات السياسية الكافية إلى الإسراع في تخفيض التكاليف المتكبدة عن السل في جميع البلدان، ويتنسى بالتالي تمكين بلدان كثيرة من بلوغ الغاية المنشودة بحلول عام ٢٠٢٠.

### المبادئ المتعلقة بالاستراتيجية

#### إشراف الحكومة ومساءلتها، إلى جانب الرصد والتقييم

١٤- تمتد الأنشطة المُضطلع بها بموجب استراتيجية مكافحة السل لتشمل قطاعي الصحة والمجتمع وسواهما، بما في ذلك قطاعات كل من التمويل والعمل والتجارة والتنمية. وينبغي تقاسم مسؤوليات الإشراف فيما بين أجهزة الحكومة بجميع مستوياتها - سواء كانت محلية أم إقليمية أم مركزية. وينبغي أن تبقى الحكومة المركزية "أعلى جهة مشرفة" على خدمات رعاية مرضى السل والوقاية منه، وتعمل مع أصحاب المصلحة كافة.

١٥- وسيوقف نجاح الاستراتيجية العالمية لمكافحة السل بعد عام ٢٠١٥ على تنفيذ الحكومات لمسؤولياتها الرئيسية في ميدان الإشراف تنفيذاً فعالاً في إطار التعاون الوثيق مع جميع أصحاب المصلحة على النحو التالي: تكوين الرؤية والاتجاه بفضل البرنامج الوطني لمكافحة السل والنظام الصحي؛ وجمع البيانات واستخدامها لأغراض التدرج في إدخال تحسينات على خدمات رعاية مرضى السل والوقاية منه؛ وممارسة النفوذ من خلال تدابير التنظيم وغيرها من الوسائل اللازمة لتحقيق الأهداف والأغراض المبيّنة في الاستراتيجية.

١٦- وضماناً لتحقيق المساواة يلزم إدراج الرصد والتقييم المنتظمين في تنفيذ الاستراتيجية. وسيلزم قياس التقدم المحرز على أساس أهداف ومؤشرات وطنية طموحة. ويعرض الجدول ١٢ قائمة توضح مؤشرات عالمية رئيسية ينبغي اعتمادها وتكييفها لأغراض استخدامها على الصعيد الوطني، وينبغي أن تُحدّد بشأنها أهداف تخص كل بلد بعينه. ولا بد من استكمال تلك المؤشرات بأخرى تعتبر ضرورية لبيان التقدم المحرز في تنفيذ جميع الأنشطة الأساسية. ومن الأمثلة على الأهداف التي قد تنطبق على البلدان كافة معدل نجاح العلاج بنسبة لا تقل عن ٨٥٪ وإجراء فحوص بنسبة ١٠٠٪ لمرضى السل بشأن الحساسية للأدوية وفيروس العوز المناعي البشري.

### تشكيل ائتلاف قوي مع منظمات المجتمع المدني والمجتمعات المحلية

١٧- يجب أيضاً أن تؤدي المجتمعات المحلية المتضررة بالسل دوراً بارزاً في الحلول المقترحة. ولا بد من تمكين ممثلي تلك المجتمعات وفئات المجتمع المدني من المشاركة بفعالية أكبر في تخطيط البرامج وتصميمها وتقديم الخدمات وأنشطة الرصد، وكذلك في تزويد المرضى وأسرههم بالمعلومات وتنقيفهم ودعمهم وفي إجراء البحوث والدعوة. وتحقيقاً لهذه الغاية يلزم تشكيل ائتلاف قوي يضم جميع أصحاب المصلحة، إذ يستطيع هذا الائتلاف من الشركاء أن يساعد الناس في الحصول على خدمات رعاية عالية الجودة وفي المطالبة بتزويدهم بتلك الخدمات على حد سواء. ويمكن أيضاً أن يساعد تشكيل الائتلاف الوطني على حفز إنجاز المزيد من الأعمال بشأن محددات وباء السل.

### حماية وتعزيز حقوق الإنسان والأخلاقيات والإنصاف

١٨- يتعين أن تتناول صراحة السياسات والاستراتيجيات المتعلقة بتصميم الاستجابة الوطنية الشاملة للسل وتقديم خدمات رعاية المصابين به والوقاية منه، موضوع حقوق الإنسان والأخلاقيات والإنصاف. ومن العناصر المهمة لحق الفرد في الصحة الحصول على خدمات الرعاية العالية الجودة من داء السل. وترتكز هذه الاستراتيجية إلى نهج قائم على أعمال الحقوق يكفل حماية حقوق الإنسان وتعزيز السياسات والتدخلات التي تعضد تلك الحقوق، وهي تشمل إشراك المتضرر من الأشخاص والمجتمعات المحلية في تيسير تنفيذ جميع ركائز مسودة الاستراتيجية ومكوناتها مع إيلاء اهتمام خاص للفئات الرئيسية المتضررة من السكان.

١٩- وتشكل رعاية مرضى السل والوقاية منه معضلات أخلاقية، وينبغي أن تسلّم البرامج الوطنية لمكافحة السل بهذه المعضلات وتعالجها مع إيلاء المراعاة الواجبة للقيم الأخلاقية ذات الصلة. وقد تشمل هذه مثلاً حدوث تضارب في المصلحة العامة في سياق منع سريان المرض وإعمال حقوق المريض في المطالبة بتهيئة بيئة رعاية داعمة أو رفض العلاج؛ والتصدي للوصم المقترن بالمرض والتمييز ضد المصابين به؛ والعلاج المطوّل والتحديات المجابهة في الالتزام بالعلاج؛ وضمان توفير خدمات رعاية محورها المريض وتحقيق توازن بين مخاطر إصابة العاملين في مجال الرعاية الصحية بعدوى المرض؛ وخدمات الرعاية المقرّر تقديمها في حال عدم وجود خيارات فعالة في ميدان العلاج؛ وتحديد الأولويات فيما يتعلق بالبحث وتنفيذ التدخلات. وينبغي أن تسترشد سبل معالجة هذه المعضلات بمبادئ وقيم معترف بها عالمياً، وأن تراعي القيم والتقاليد المحلية، وأن تستشير بما يدور فيما بين جميع أصحاب المصلحة من مناقشات.

٢٠- وتهدف الاستراتيجية إلى تعضيد الإنصاف من خلال تحديد المخاطر المحدقة بالمتضررين بالمرض وتحديد احتياجاتهم ومطالبهم، للتمكين من إتاحة فرص متكافئة في مجال منع سريان المرض وتحقيق المساواة في إتاحة خدمات التشخيص والعلاج ووسائل منع الآثار الاجتماعية المترتبة على الإصابة بالمرض والتكاليف الاقتصادية الكارثية المتكبدة عن علاج مرضاه. وسيستنى تنفيذ عملية بلوغ غايات الاستراتيجية وتحقيق أهدافها

بوجه أفضل باتباع نهج قائم على الحقوق، والحرص على وضع أعلى المعايير الأخلاقية وصونها في سياق جميع ما يُتخذ من إجراءات في هذا المضمار، وضمان التدرج في تقليل أوجه الإجحاف والقضاء عليها.

### تكييف الاستراتيجية والأهداف على المستوى القطري، إلى جانب التعاون على الصعيد العالمي

٢١- لا يمكن تطبيق أي استراتيجية عالمية بالطريقة نفسها على جميع المواضيع الموجودة في أنحاء البلدان كافة أو داخلها. وسيتعين الاستعانة بخطة استراتيجية وطنية شاملة في تكييف استراتيجية مكافحة السل بما يتفق ومختلف المواضيع في البلدان. وينبغي تحديد الأولويات فيما يخص التدخلات بناءً على السياقات والاحتياجات والقرارات المحلية. وسيكون لزاماً الإلمام بمعرفة سليمة عن وبائيات المرض في كل بلد تحديداً، بما في ذلك رسم مخططات بفئات السكان المعرضة لخطر كبير، وفهم السياقات الاجتماعية والاقتصادية لتلك الفئات، واستيعاب سياق النظام الصحي، بما يشمل المجالات غير المزودة بخدمات كافية. وينبغي أن يكون اعتماد الاستراتيجية العالمية متبوعاً على الفور بتكييفها على المستوى الوطني وبوضع توجيهات واضحة بشأن كيفية التمكن من تنفيذ مختلف مكونات الاستراتيجية بالاستناد إلى بيئات محلية، إن أمكن.

٢٢- ويمكن أن تنتشر في عالمنا هذا الذي تسوده العولمة أمراض، كالسل، وتنتشري في أوصاله كافة من خلال الأنشطة الدولية المتعلقة بالسفر والتجارة. ويستلزم علاج السل بفعالية توثيق عرى التعاون بين البلدان، كما يستدعي التعاون الفعال بين البلدان تنسيقاً ودعمًا عالميين يمكّنان من التقيد باللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥) وضمان الأمن الصحي. وبمقدور البلدان الواقعة داخل إقليم ما أن تستفيد من التعاون الإقليمي. وتطرح الهجرة داخل البلدان وفيما بينها تحديات يلزم اتخاذ تدابير للتنسيق داخل البلدان والتعاون عبر الحدود للتصدي لها. ولا يُستغنى أيضاً عن التنسيق العالمي من أجل حشد ما يلزم لرعاية مرضى السل والوقاية منه من موارد توفرها مختلف المصادر الثنائية والمحلية المتعددة الأطراف. ويحرص تقرير المنظمة الخاص بالسل في العالم الذي يورد سنوياً لمحة عامة عن وضع وباء السل وتنفيذ الاستراتيجيات العالمية بشأنه على توضيح وتجسيد الفوائد المجنية من توثيق عرى التعاون والتنسيق على الصعيد العالمي في هذا الصدد.

### الركيزة واحد: الرعاية والوقاية المتكاملتان اللتان تركزان على المرضى

٢٣- تعزيز المهام الأساسية لبرامج مكافحة السل وتوسيع نطاق مهامها. تضم الركيزة واحد ما يلزم من تدخلات تركز على المريض لرعاية مرضى السل والوقاية منه. وثمة حاجة إلى أن تضطلع البرامج الوطنية لمكافحة السل أو ما يعادلها بالمشاركة والتنسيق على نحو وثيق مع سائر برامج الصحة العمومية وبرامج الدعم الاجتماعي والجهات المقدمة لخدمات الرعاية الصحية من القطاعين العام والخاص والمنظمات غير الحكومية ومنظمات المجتمع المدني والمجتمعات المحلية والرابطات المعنية بالمرضى، وذلك من أجل المساعدة على ضمان تقديم خدمات عالية الجودة ومتكاملة محورها المريض في مجال رعاية مرضى السل والوقاية منه عبر أنحاء النظام الصحي كافة. والقصد من وراء وضع الركيزة واحد هو مساعدة البلدان على إحراز تقدم في ميدان الانتقال من تطبيق الاستراتيجيات السابقة إلى اعتماد استراتيجيات وتقنيات جديدة تؤمّن الإتاحة الشاملة لاختبارات الحساسية للأدوية؛ وتوسيع نطاق المقدم من خدمات بشأن تدبير حالات السل علاجياً بين الأطفال؛ وتقديم المزيد من خدمات التوعية لفئات السكان الضعيفة وغير الحاصلة على كفايتها من تلك الخدمات؛ والشروع في إجراء فحوص منهجية واتخاذ تدابير علاج وقائية فيما يخص الفئات المعنية المعرضة لمخاطر عالية - وتحقيق كل هذه الأمور في إطار إقامة شراكة مع المعنيين من أصحاب المصلحة. وقد تحسّن عملية تزويد مرضى السل بخدمات الرعاية الصحية، بما فيها الخدمات اللوجستية والترصد، بفضل المساعدة التي تؤمّنها تحديداً تكنولوجيا المعلومات والاتصالات المبتكرة عند استخدامها في مجال الصحة (الصحة الإلكترونية والصحة المحمولة).

## التشخيص المبكر للسُّل، بما في ذلك إجراء اختبار حساسية شامل للأدوية؛ والانتظام في فحص المخالطين والفئات الشديدة التعرض لمخاطر الإصابة بالمرض

٢٤- **ضمان الإبكار في الكشف عن السُّل.** تشير التقديرات إلى أن ثلثي حالات الإصابة بالسُّل في العالم تُبلَّغ بها حالياً البرامج الوطنية لمكافحة السُّل التي تقدم بدورها تقارير عن تلك الحالات إلى المنظمة. وسينطوي ضمان الإتاحة الشاملة لخدمات التشخيص المبكر والدقيق للسُّل على تعزيز شبكة مرافق خدمات تشخيص الداء التي يسهل عليها إجراء الاختبارات الجزيئية الجديدة، وتوسيع نطاق تلك الشبكة؛ وتزويد الأفراد الذين يبدون أعراض الإصابة بالسُّل بالمعلومات وتنقيفهم لحثهم على السعي إلى الحصول على خدمات الرعاية؛ وإشراك جميع مقدمي خدمات الرعاية الصحية في عملية تقديم الخدمات؛ وإلغاء الحواجز التي تعترض سبيل الناس في الحصول على الرعاية؛ والانتظام في فحص فئات محددة معرضة لخطر المرض بشكل كبير. وبرغم أن الاختبار الحالي لمرض السُّل الأكثر شيوعاً من حيث الاستخدام - فحص لطاخات البلغم بالمجهر - هو خيار منخفض التكلفة بشأن تشخيص المرض تحديداً، فإنه يفتقر إلى الحساسية بشكل كبير. وعليه فإن العديد من الخدمات الصحية تفقد مرضى السُّل أو لا تشخص حالتهم إلا في مرحلة متقدمة من إصابتهم بالداء. وقد لا يكفي فحص المريض للوقوف على أعراض الداء حصراً؛ وقد تسهل أدوات فحص أخرى، من قبيل تصوير الصدر شعاعياً، عملية إحالة المريض لأعراض تشخيص حالة إصابته بالسُّل السلبي الجرثومي وبالسُّل خارج الرئة وتشخيص السُّل لدى الأطفال.

٢٥- **الكشف عن جميع حالات الإصابة بالسُّل المقاوم للأدوية:** مازال تشخيص مقاومة الأدوية يطرح تحدياً خاصاً على النظم المخبرية في العديد من البلدان المنخفضة الدخل وتلك المتوسطة الدخل. وتكون القدرة على تشخيص السُّل المقاوم للأدوية محدودة في معظم الأماكن التي تمس الحاجة إليها. ولا يتلقى إلا جزء من الأشخاص الذين تقدر إصابتهم بالسُّل المقاوم للأدوية المتعددة فحصاً مخبرياً لتأكيد إصابتهم بالمرض. ومن الأساسي أن تتوفر القدرة الكافية على تشخيص جميع حالات الإصابة بالسُّل المقاوم للأدوية لإحراز المزيد من التقدم في مكافحة السُّل ورعاية المرضى المصابين به على الصعيد العالمي.

٢٦- **توسيع نطاق اعتماد وسائل تشخيصية جديدة:** سيسمح اعتماد مناهج جديدة على نطاق واسع بإجراء اختبارات تشخيصية جزيئية بالتشخيص المبكر والدقيق للسُّل ومقاومة الأدوية. وقد يساعد على تشخيص أشكال من السُّل أقل تطوراً وييسر العلاج المبكر بالإسهام المحتمل في الحد من انتقال المرض وتخفيض معدل الإماتة والوقاية من عقابيل المرض الضارة. وسيتطلب اعتماد وسائل تشخيصية جزيئية جديدة تعديل سياسات التشخيص والتدريب على جميع المستويات. وسيزداد عدد المرضى الحاصلين على تشخيص موثوق به بفضل تعزيز حساسية وسائل التشخيص وزيادة سرعتها. وسيعني الواقع الجديد لعبء العمل الإضافي تهيئة الموارد البشرية والمالية الإضافية.

٢٧- **الانتظام في فحص الفئات الشديدة التعرض لخطر الإصابة بالمرض لأغراض تحري السُّل:** إن عبء حالات الإصابة بالسُّل غير المكتشفة كبير في عدة سياقات وخصوصاً لدى الفئات الشديدة التعرض لخطر الإصابة بالمرض. وقد يطول الانتظار لتشخيص السُّل وبدء العلاج المناسب لدى الأشخاص الذين قلما يحصلون على الخدمات الصحية. ولا يبدي العديد من المصابين بالسُّل الفاعل أعراضاً نمطية في مراحل المرض الأولى. ومن المحتمل ألا يسعى هؤلاء الأشخاص إلى الحصول على الرعاية في وقت مبكر بما فيه الكفاية وألا يتسنى التعرف على حالتهم لإخضاعهم لفحص تحري السُّل إن سعوا إلى الحصول على الرعاية. ويمكن تحسين الكشف المبكر عن الحالات برسم مخططات الفئات الشديدة التعرض لخطر الإصابة بالمرض والتخطيط الدقيق لفحص هذه الفئات المنتظم لأغراض تحري حالة المرض الفاعلة. ويساعد الكشف المبكر عن الحالات على الحد من مخاطر انتقال السُّل والحصائل العلاجية السيئة والعقابيل الصحية المكروهة وآثار المرض الاجتماعية والاقتصادية الضارة. وينبغي دوماً فحص الأشخاص الذين يحتكون بالمصابين بالسُّل ولاسيما الأطفال البالغة أعمارهم خمس سنوات أو أقل والمصابين بعدوى فيروس العوز المناعي البشري والعمال المعرضين لغبار السليكا

لأغراض تحري السل الفاعل. وينبغي التعرف على فئات أخرى معرضة لخطر الإصابة بالمرض ومنحها الأولوية لاحتمال فحصها بناء على الوضع الوبائي للسل على الصعيد الوطني والمحلي وقدرة النظام الصحي ومدى توفر الموارد وإمكانية الوصول إلى الفئات المعرضة للإصابة بالمرض المتعرف عليها. وينبغي رصد استراتيجيات الفحص وتقييمها باستمرار لتوجيه عملية إعادة إيلاء الأولوية للفئات المعرضة للإصابة بالمرض وإعادة تكييف نهج الفحص ووقف الفحص في حال الإشارة إلى ذلك. وينبغي أن تتبع استراتيجيات الفحص المبادئ الأخلاقية المحددة لإجراء فحص تحري الأمراض المعدية وتحمي حقوق الإنسان وينبغي أن تقلل مخاطر الإزعاج والألم والوصم والتمييز إلى أدنى حد.

### توفير العلاج لجميع المصابين بالسل، بمن فيهم المصابون بالسل المقاوم للأدوية ودعم المرضى

٢٨- **علاج جميع أشكال السل المتأثر بالأدوية:** سيتمثل هدف الاستراتيجية الجديدة لمكافحة السل في ضمان إتاحة خدمات التشخيص المبكر وتوفير العلاج الملائم لجميع أشكال السل التي تصيب الأشخاص المنتمين إلى كل الفئات العمرية. وستساعد السياسات الجديدة التي تشمل الوسائل التشخيصية الجزيئية على تعزيز التدبير العلاجي لحالات السل الرئوي السلبية اللطاحة والسل خارج الرئة فضلاً عن حالات السل لدى الأطفال. ولابد من إيلاء العناية بالدرجة الأولى للفئات السكانية الرئيسية المصابة بالمرض والفئات المعرضة لخطر الإصابة به التي يكون انتفاعها بالعلاج أو نجاح علاجها دون المستوى الأمثل بهدف تسريع وتيرة تخفيض معدل الإماتة المطلوب لتحقيق الأهداف البعيدة المطمح المتمثلة في تخفيض معدل الوفيات بسبب السل.

٢٩- **علاج جميع حالات الإصابة بالسل المقاوم للأدوية:** تمثل مقاومة الأدوية تهديداً رئيسياً لإحراز التقدم على الصعيد العالمي في مجال الوقاية من السل ورعاية المرضى المصابين به. وتبلغ نسبة المرضى المصابين بالسل المقاوم للأدوية المتعددة على الصعيد العالمي حوالي ٤٪ من المرضى الجدد المصابين بالسل ونحو ٢٠٪ من المرضى الذين يكرر علاجهم. وستتطلب الإتاحة الشاملة لخدمات مكافحة السل المقاوم للأدوية تكثيفاً سريعاً لخدمات المختبرات وإدارة البرامج. ومن الضروري تصميم نماذج جديدة لتوفير العلاج المركز على المرضى وتكييفها مع مختلف الأطر والسياقات. وينبغي ترجيح إتاحة الخدمات خارج المستشفيات على دخول المستشفيات الذي ينبغي أن يقتصر على الحالات الوخيمة. وسيستلزم توسيع نطاق خدمات التدبير العلاجي للسل المقاوم للأدوية سياسات واستثمارات جريئة لإزالة العقبات التي يواجهها النظام الصحي وتحول دون إحراز التقدم.

٣٠- **تعزيز القدرة على التدبير العلاجي لحالات السل المقاوم للأدوية:** تختلف نسبة المرضى المصابين بالسل المقاوم للأدوية الذين نجحوا في استكمال علاجهم اختلافاً شديداً بين البلدان وقد بلغت نسبتهم في المتوسط ٤٨٪ على المستوى العالمي في عام ٢٠١٢. وما زالت المقررات المتاحة حالياً لعلاج السل المقاوم للأدوية غير مرضية من حيث مدتها وأمونيته ونجاعتها وتكلفتها. وتكتسي الأدوية الجديدة الميسورة الكلفة والأكثر أمانية ونجاعة التي تسمح بإتاحة مقررات علاجية تؤخذ لمدة أقصر وتكون أيسر استعمالاً، أهمية رئيسية لتحسين الحصائل العلاجية. وستسهم الروابط بالآليات الراهنة لترصد الآثار الدوائية الضارة في تعزيز أمانية استخدام الأدوية وإدارتها. وتشمل التدخلات الرامية إلى تحسين نوعية حياة المرضى وتمكين التقيد بالعلاج في الوقت ذاته تدبير التفاعلات والظواهر الدوائية الضارة؛ وإتاحة خدمات الرعاية الملطفة ورعاية المحتضرين الشاملة؛ واتخاذ التدابير الرامية إلى تخفيف وطأة الوصم والتمييز؛ والدعم الاجتماعي والحماية الاجتماعية. وعلى الخصوص، ينبغي لجميع مقدمي الرعاية المعنيين بالتدبير العلاجي للسل المقاوم للأدوية أن يستفيدوا من التدريب والتوعية المتواصلين مما يمكنهم من تكييف ممارساتهم مع المعايير الدولية.

٣١- **التصدي للسل لدى الأطفال:** يعد السل سبباً مهماً من أسباب المراضة والوفاة لدى الأطفال إذ تسجل ٥٠٠ ٠٠٠ حالة إصابة بالمرض و ٧٤ ٠٠٠ حالة وفاة كل سنة حسب التقديرات. وتحمل المرأة في سن الإنجاب أيضاً عبء المرض الثقيل في البلدان ذات معدلات انتشار السل المرتفعة. ويعتبر اقتران السل بعدوى فيروس العوز المناعي البشري لدى الأم عامل خطر لانتقال السل إلى الرضيع ويرتبط بالولادة قبل الأوان ونقص وزن



المواليد عند الولادة وارتفاع معدل وفيات الأمهات والرضع الأكبر. ومن الضروري أن تواجه البرامج الوطنية لمكافحة السل بانتظام تحديات رعاية الأطفال المصابين بالسل والأطفال المخالطين لمرضى السل البالغين. وقد تشمل هذه التحديات مثلاً عمليات استحداث واستخدام تركيبات الأدوية المراعية للطفل وآليات مركزة على الأسرة تمكن من التقيد بالعلاج.

٣٢- **إدماج رعاية مرضى السل في خدمات صحة الأم والطفل:** سيتطلب التدبير العلاجي الصحيح للسل لدى الأطفال تطوير اختبارات تشخيصية حساسة وميسورة التكلفة لا تستند إلى عينات البلغم. وينبغي إدماج رعاية مرضى السل في خدمات صحة الأم والطفل للتمكن من توفير الرعاية الشاملة على مستوى المجتمع المحلي. وسيساعد اعتماد نهج متكامل وقائم على الأسرة لرعاية المرضى المصابين بالسل على إزالة عقبات إتاحة الخدمات والحد من التأخير في التشخيص وتحسين التدبير العلاجي للسل لدى النساء والأطفال.

٣٣- **إدماج الدعم المركز على المرضى في التدبير العلاجي للسل:** من الأساسي توفير خدمات الرعاية والدعم المركزة على المرضى التي تراعي احتياجات المرضى النفسية والعاطفية والمادية وتستجيب لها في إطار الاستراتيجية العالمية الجديدة لمكافحة السل. ويعتبر إشراف الشركاء المعنيين بتوفير العلاج على النواحي المتعلقة بالعلاج الداعم أمراً أساسياً إذ يساعد المرضى على الانتظام في تناول أدويتهم واستكمال العلاج مما ييسر معالجتهم وبقي من نشوء مقاومة الأدوية. ويجب الاضطلاع بأنشطة الإشراف على نحو يراعي السياقات المعينة والمرضى. كما يجب أن يساعد الإشراف والدعم المركزان على المرضى على تحديد العوامل التي قد تؤدي إلى وقف العلاج والتصدي لها وتخفيف وطأة الوصم والتمييز. ولا بد من توسيع نطاق دعم المرضى ليتجاوز المرافق الصحية ويشمل منازل المرضى وأسرهم وأماكن عملهم ومجتمعاتهم المحلية. ويجب أيضاً أن تتجاوز خدمات العلاج والدعم نطاق المعالجة بهدف التصدي لأي عقابيل مقترنة بالسل. وتشمل الأمثلة على الدعم المركز على المرضى، الإمداد بخدمات الشركاء في توفير العلاج الذين يدرّبون في مرافق الخدمات الصحية ويقبلهم المرضى؛ وإتاحة الحماية الاجتماعية؛ واستخدام تكنولوجيا المعلومات والاتصالات لتزويد المرضى بالمعلومات وتوعيتهم وتحفيزهم؛ ووضع آليات خاصة بفئات المرضى والأنداد لتبادل المعلومات والخبرات.

### الاضطلاع بأنشطة تعاونية لمكافحة السل/ فيروس العوز المناعي البشري، والتدبير العلاجي لحالات المراضة المشتركة

٣٤- **توسيع نطاق التعاون مع برامج مكافحة فيروس العوز المناعي البشري:** إن الهدف العام من الأنشطة التعاونية لمكافحة السل/ فيروس العوز المناعي البشري. هو تخفيف عبء العدوى بالسل والفيروس المذكور لدى الأشخاص المعرضين لخطر الإصابة بهذين المرضين أو المصابين بهما. ويمثل السل المقترن بعدوى فيروس العوز المناعي البشري حوالي ربع مجموع حالات الوفاة بسبب السل وربع مجموع حالات الوفاة بسبب مرض الأيدز. وتسجل الغالبية العظمى لحالات الإصابة والوفاة المذكورة في إقليم أفريقيا وجنوب شرق آسيا. وينبغي أن يتلقى جميع المرضى المصابين بالسل وعدوى فيروس العوز المناعي البشري العلاج بالأدوية المضادة للفيروسات القهقرية. وقد تبين أن توفير خدمات متكاملة لمكافحة السل والفيروس المذكور أمر يزيد احتمال حصول المرضى المصابين بالسل على العلاج بالأدوية المضادة للفيروسات القهقرية ويقصر الوقت لاستهلاك العلاج ويخفض معدل الوفيات بنسبة تناهز ٤٠٪.

٣٥- **إدماج خدمات مكافحة السل وفيروس العوز المناعي البشري:** كثفت الأنشطة التعاونية لمكافحة السل/ فيروس العوز المناعي البشري تكثيفاً عالمياً مشجعاً غير أن مستوى التغطية العامة للخدمات لا يزال منخفضاً. وعلاوة على ذلك، يختلف مستوى التقدم المحرز ومعدله اختلافاً شديداً بين البلدان. وما زال هناك تفاوت بين تغطية اختبار تحري فيروس العوز المناعي البشري لدى المرضى المصابين بالسل وتغطية العلاج بالأدوية المضادة للفيروسات القهقرية والعلاج الوقائي بدواء الكوتريموكسازول والوقاية من فيروس العوز المناعي البشري ويمكن أن يحسن الحد من التأخير في التشخيص واستخدام أدوات تشخيصية جديدة وبدء العلاج السريع الحاصل الصحية في صفوف المصابين بالفيروس. وينبغي تعزيز التكامل بين خدمات رعاية مرضى السل وعدوى الفيروس

وخدمات صحة الأم والطفل والوقاية من انتقال فيروس العوز المناعي البشري من الأم إلى الطفل في المواضيع التي يرتفع فيها عبء المرض.

٣٦- **التدبير العلاجي المشترك لحالات الإصابة بالسل المصاحب لأمراض أخرى والأمراض غير السارية:** إن عدة أمراض غير سارية وغيرها من الاعتلالات الصحية بما فيها داء السكري ونقص التغذية والسُّحار السيليسي والتدخين وتعاطي الكحول والمخدرات على نحو ضار ومجموعة من الاضطرابات والعلاجات التي تعرض الوضع المناعي للخطر هي عوامل خطر تعرض للإصابة بالسل. وقد تعقد حالات المراضة المشتركة التدبير العلاجي للسل وتؤدي إلى حصائل علاجية سيئة. وبالعكس، قد يفضي السل إلى زيادة سوء التدبير العلاجي لأمراض أخرى أو إلى تعقيده. وينبغي بالتالي أن يخضع الأشخاص الذين تشخص لديهم حالة الإصابة بالسل لتقييم روتيني يحدد حالات المراضة المشتركة ذات الصلة بالسل في إطار التدبير العلاجي السريري الأساسي والمنسق. وإن نهج المنظمة العملي للصحة الرئوية<sup>١</sup> هو مثال على تعزيز رعاية المرضى المصابين بالسل كجزء لا يتجزأ من التدبير العلاجي لأمراض الجهاز التنفسي. وينبغي أن يحدد الوضع المحلي حالات المراضة المشتركة التي ينبغي الانتظام في فحصها لدى الأشخاص المصابين بالسل الفاعل. ويمكن أن يساعد وضع إطار تعاوني وطني على التدبير العلاجي المتكامل للأمراض غير السارية والأمراض السارية التي تشمل السل.

### توفير العلاج الوقائي للأشخاص المعرضين لخطر الإصابة بالمرض بشكل كبير؛ والتمنيع ضد السل

٣٧- **توسيع نطاق توفير العلاج الوقائي للأشخاص المعرضين لخطر الإصابة بالسل بشكل كبير:** تشخص العدوى بالسل الكامن عن طريق اختبار التوبركولين الجلدي أو مقايضة تحرير الإنترفيرون غاما. ومع ذلك، لا تسمح هذه الاختبارات بالتنبؤ بالأشخاص الذين سيتطور لديهم مرض السل الفاعل. ويوصى حالياً باستخدام العلاج الوقائي بالإيزونيازيد لمعالجة العدوى بالسل الكامن لدى الأشخاص المصابين بفيروس العوز المناعي البشري. والأطفال دون الخامسة من العمر الذين يحتكون بالمرض المصابين بالسل. ولهذا العلاج مفعول وقائي مؤكد ولكنه من المحتمل أن تظهر آثار جانبية وخيمة وخصوصاً لدى المسنين. وقد دُرست مقررات علاجية تتسم بقدر مماثل من النجاعة وتؤخذ لمدة أقصر غير أنه من الضروري توفير المزيد من البيانات على نجاعتها ومأمونيتها. ويتحتم أيضاً إجراء المزيد من الدراسات لتقييم فعالية توفير العلاج الوقائي وجدواه لدى فئات أخرى شديدة التعرض لخطر الإصابة بالمرض مثل الأشخاص الموجودين في أماكن التجمع على غرار السجون وأماكن العمل والعاملين في مجال الرعاية الصحية والأشخاص الذين تحولت لديهم نتائج اختبار العدوى في الآونة الأخيرة وعمال المناجم المعرضين لغبار السليكا. ويمكن أن يكون التدبير العلاجي لحالات العدوى بالسل الكامن لدى فئات الأشخاص الشديدة التعرض لخطر تطور السل الفاعل عنصراً أساسياً من عناصر جهود القضاء على السل وخاصة في البلدان التي تتدنى فيها معدلات الإصابة بالسل.

٣٨- **مواصلة التمنيع بلقاح عصيات كالميت غيران (البي سي جي) في البلدان ذات معدلات انتشار المرض المرتفعة:** يقي التمنيع بلقاح عصيات كالميت غيران (البي سي جي) من انتشار أمراض تشمل السل والتهاب السحايا والسل الدُّخني وتقترن بارتفاع معدل الوفيات لدى الرضع وصغار الأطفال إلا أن نسبة نجاعته الوقائية ضد السل الرئوي المختلفة بين السكان تناهز ٥٠٪ فقط. وينبغي مواصلة التمنيع بلقاح عصيات كالميت غيران بعيد الولادة ليشمل جميع الرضع ما عدا الأشخاص المصابين بعدوى فيروس العوز المناعي البشري. الذين يقيمون في أماكن ترتفع فيها معدلات انتشار السل، ما لم تتح لقاحات جديدة أكثر نجاعة.

### الركيزة اثنين: اتباع سياسات واضحة ونظم داعمة

٣٩- **تقاسم المسؤوليات:** تشمل الركيزة اثنين الإجراءات الاستراتيجية التي ستمكّن من تنفيذ المكونات في ظل الركيزة واحد عبر تقاسم المسؤوليات وتتطوي على الإجراءات المتخذة في إطار البرامج الوطنية لمكافحة السل

وخارجها على جميع مستويات الوزارات والإدارات. وتستجيب هذه الإجراءات للاحتياجات الطبية وغير الطبية للمصابين بالسل وتساعد أيضاً على الوقاية من السل. وسيستلزم هذا الأمر نظاماً صحياً مزوداً بالموارد الكافية ومنظماً ومنسقاً بإدارة الحكومة المسنودة بسياسات ولوائح صحية داعمة وسياسات اجتماعية وإنمائية أوسع نطاقاً. ومن الضروري أن تشارك البرامج الوطنية لمكافحة السل والجهات الشريكة فيها والمشرفة عليها مشاركة نشطة في إعداد خطة أوسع نطاقاً للتنمية الاجتماعية والاقتصادية. ويجب أيضاً على قادة التنمية الاعتراف بالسل كشغل من الشواغل الاجتماعية التي تستحق العناية بالدرجة الأولى.

٤٠- **محددات السل الاجتماعية:** تشمل الركيزة اثنتين أيضاً الإجراءات التي تتخذ خارج نطاق القطاع الصحي ويمكن أن تساعد على الوقاية من السل عبر التصدي للمحددات الاجتماعية الأساسية. وتضم التدخلات المقترحة الحد من الفقر وضمان الأمن الغذائي وتحسين ظروف المعيشة والعمل، فضلاً عن التدخلات الرامية إلى التصدي لعوامل الخطر المباشرة مثل مكافحة التبغ والحد من تعاطي الكحول على نحو ضار والوقاية من السكري ورعاية المصابين به. وستتطوي كذلك الوقاية من السل على اتخاذ الحكومات إجراءات بهدف المساعدة على تقليص مواطن الضعف والمخاطر المحدقة بالأشخاص الأشد عرضة للإصابة بالمرض.

٤١- **النهج المتعدد التخصصات والقطاعات:** يستلزم تنفيذ مكونات الركيزة اثنتين اتباع نهج متعددة التخصصات والقطاعات. ولن تترك المسألة عن تلك الركيزة لوزارات الصحة فحسب بل ستناط أيضاً بوزارات أخرى تشمل وزارات الشؤون المالية والعمل والرعاية الاجتماعية والإسكان والتعدين والزراعة. وسيطلب تحريك الإجراءات على جميع مستويات الوزارات المختلفة الالتزام والإدارة على أرفع مستويات الحكومة. وينبغي أن يتجسد ذلك في ضمان الموارد الكافية والمساءلة عن توفير خدمات الرعاية السريرية المتكاملة والمثلى والحماية من الأعباء الاقتصادية الهائلة الناتجة عن المرض وإتاحة التدخلات الاجتماعية الرامية إلى الحد من التعرض للإصابة بالمرض وحماية حقوق الإنسان وتعزيزها.

### الالتزام السياسي بتوفير موارد كافية للوقاية من السل ورعاية مرضاه

٤٢- **وضع خطط استراتيجية وطنية طموحة:** سيستوجب تكثيف التدخلات ودعمها للوقاية من السل ورعاية مرضاه الالتزام السياسي الرفيع المستوى المقترن بتوفير الموارد المالية والبشرية الكافية. ومن الأساسي تدريب الموظفين والإشراف عليهم بصورة متواصلة دعماً للأنشطة التي يوسع نطاقها توسيعاً شديداً للوقاية من السل ورعاية مرضاه. ويعتبر التنسيق المركزي تحت إشراف الحكومة أمراً أساسياً. ويجب أن يفضي ذلك كخطوة أولى إلى وضع خطة استراتيجية وطنية مرسخة ضمن خطة وطنية للقطاع الصحي أخذاً في الحسبان وضع السل البوائي وهيكلة النظام الصحي ووظائفه بما في ذلك نظم المشتريات والإمدادات ومدى توفر الموارد والسياسات التنظيمية والصلات بالخدمات الاجتماعية وجماعات السكان المهاجرين والتعاون عبر الحدود ودور المجتمعات المحلية ومنظمات المجتمع المدني والقطاع الخاص والتنسيق مع جميع أصحاب المصلحة. وينبغي أن تكون الخطة الاستراتيجية الوطنية شاملة وطموحة وأن تشمل خمس خطط فرعية مميزة هي الآتية: الخطة الأساسية وخطة الميزانية وخطة الرصد والتقييم والخطة التنفيذية وخطة المساعدة التقنية.

٤٣- **تعبئة الموارد الكافية:** لن يتسنى توسيع نطاق الوقاية من السل ورعاية مرضاه ليشمل القطاع الصحي ويتخطاه إلا في حال ضمان التمويل الكافي. وينبغي تمويل الخطة الاستراتيجية الوطنية على النحو الواجب بتحديد الثغرات المالية بوضوح. وينبغي أن تيسر خطة حسنة التمويل تعبئة الموارد من مختلف المصادر الدولية والوطنية لتنفيذ الخطة على وجه تام. وفي معظم البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط، لا تكفي الموارد الحالية المتاحة أو تكفي لوضع خطط قليلة المطامح فقط. ولا بد من تنسيق الجهود لتعبئة موارد إضافية من أجل تمويل الخطط الاستراتيجية الوطنية ذات المطامح الفعلية بزيادة التمويل المحلي التدريجية.

## إشراك المجتمعات المحلية ومنظمات المجتمع المدني وجميع مقدمي خدمات الرعاية من القطاعين العام والخاص

٤٤ - **إشراك المجتمعات المحلية والمجتمع المدني:** سيستلزم تنظيم عملية استجابة متينة لوضع حد لوباء السل إرساء شراكات ثابتة على كل مستويات القطاعين الصحي والاجتماعي وبين القطاع الصحي والمجتمعات المحلية. ويمكن لأفراد المجتمعات المحلية المطلعين التعرف على الأشخاص المشتبه في إصابتهم بالسل وإحالتهم لأغراض التشخيص وتوفير الدعم خلال العلاج والمساعدة على تخفيف وطأة الوصم والتمييز. وتتمتع منظمات المجتمع المدني بقدرات خاصة يمكن لبرامج مكافحة السل الاستفادة من تسخيرها. وتشمل كفاءاتها الوصول إلى الفئات الضعيفة واستنهاض همم المجتمعات المحلية وتوجيه المعلومات والمساعدة على طلب الرعاية وتحديد إطار النماذج الفعالة لتقديم الخدمات والتصدي لمحددات وباء السل. وينبغي للبرامج الوطنية لمكافحة السل الوصول إلى منظمات المجتمع المدني غير المشاركة حالياً في رعاية مرضى السل وتشجيعها على إدماج خدمات رعاية مرضى السل القائمة على المجتمع في نشاطها وتوسيع نطاق شبكة المرافق المشاركة في الوقاية من السل ورعاية مرضاه. وينبغي أن يشارك المجتمع المدني أيضاً في وضع السياسات وتخطيطها وفي الرصد الدوري لتنفيذ البرامج.

٤٥ - **تعزيز النهج المختلطة الجامعة بين القطاعين العام والخاص والنهوض بالمعايير الدولية لرعاية مرضى السل:** تتولى جهات مختلفة من القطاع الخاص تقديم الرعاية إلى المصابين بالسل في عدة بلدان. وتضم هذه الجهات المقدمة للرعاية الصيادلة والعاملين الرسميين وغير الرسميين في القطاع الصحي والمنظمات غير الحكومية والدينية والمرافق الصحية المؤسسية. كما تقدم عدة جهات من القطاع العام خدمات رعاية مرضى السل خارج نطاق البرامج الوطنية لمكافحة السل. وتشمل هذه الجهات، ضمن ما تشمل، المستشفيات العامة الكبيرة ومؤسسات الضمان الاجتماعي ومرافق الخدمات الصحية في السجون ومرافق الخدمات الصحية العسكرية. وقد ساهم عدم إدماج نسبة كبيرة من الجهات المقدمة للرعاية في عملية منظمة للاستجابة لمقتضيات مكافحة السل في ركود الإخطار بالحالات والتدبير العلاجي غير المناسب للسل والاستخدام غير الرشيد للأدوية المكافحة للسل المؤدي إلى انتشار السل المقاوم للأدوية. ويتعين على البرامج الوطنية لمكافحة السل أن تكثف النهج المختلطة الجامعة بين القطاعين العام والخاص والخاصة ببلدان معينة التي تتسم بفعاليتها في عدة بلدان. وتحقيقاً لذلك، من الأساسي التعاون الوثيق مع جمعيات أصحاب المهن الصحية. ويمكن أن تُستخدم المعايير الدولية لرعاية مرضى السل والأدوات والمبادئ التوجيهية الأخرى التي وضعتها المنظمة ومنصات تكنولوجيا المعلومات والاتصالات الحديثة استخداماً فعالاً لهذا الغرض.

## وضع سياسات بشأن التغطية الصحية الشاملة وأطر تنظيمية للإبلاغ عن الحالات المرضية وتسجيل شؤون الأحوال المدنية واستعمال الأدوية العالية الجودة على نحو رشيد ومكافحة عدوى المرض

٤٦ - **الانتقال إلى التغطية الصحية الشاملة بصورة عاجلة:** لا غنى عن توفير التغطية الصحية الشاملة المعرفة على أنها "الحالة التي تمكن جميع الأشخاص من استخدام الخدمات الصحية الجيدة التي يحتاجون إليها ولا تحملهم أعباء مالية لتغطية تكاليفها" لضمان فعالية الوقاية من السل ورعاية مرضاه. وتحقق التغطية الصحية الشاملة بفضل تمويل الرعاية الصحية الكافي والمنصف والمستدام عبر الدفع المسبق والتغطية الجغرافية التامة إضافة إلى ضمان جودة الخدمات ورصدها وتقييمها على نحو فعال مما ينطوي بالنسبة إلى السل بالتحديد على ما يلي: (أ) توسيع نطاق إتاحة كامل مجموعة الخدمات العالية الجودة الموصى بها في هذه الاستراتيجية في إطار الخدمات الصحية العامة؛ (ب) وتوسيع نطاق التغطية لتشمل تكاليف الاستشارات والاختبارات والأدوية واختبارات المتابعة وجميع النفقات المرتبطة باتباع العلاج الكامل لأغراض الشفاء أو الوقاية؛ (ج) وتوسيع نطاق إتاحة الخدمات لجميع الفئات المحتاجة إليها ولا سيما الفئات الضعيفة التي تواجه أكبر العقبات وتسجل أسوأ الحاصل.

٤٧- **تدعيم الأطر التنظيمية:** تعتبر السياسات والأطر التنظيمية الوطنية لتمويل الرعاية الصحية وإتاحتها وضمان جودة إنتاج الأدوية ووسائل التشخيص واستخدامها وضمان جودة الخدمات الصحية ومكافحة العدوى ونظم تسجيل الأحوال المدنية وترصد المرض حوافز فعالة أساسية لضمان فعالية الوقاية من السل ورعاية مرضاه. وهناك حاجة ملحة إلى تدعيم هذه الأطر وإنفاذها في البلدان ذات مستويات أعباء السل المرتفعة. وتدعو مسودة الاستراتيجية إلى تحسين العديد من المجالات الميينة أدناه.

٤٨- **إنفاذ الإخطار الإلزامي بحالات الإصابة بالسل:** لا يُخطر بعدة حالات من حالات الإصابة بالسل ولاسيما بالحالات التي تتولى تدبيرها علاجياً جهات مقدمة للرعاية منتمية إلى القطاع الخاص وغير مرتبطة بالبرامج الوطنية لمكافحة السل. ويعرقل تدني مستوى الإخطار بحالات الإصابة بالمرض ترصد المرض وتقصي مخالطي مرضاه وإدارة فاشياته ومكافحة عدواه . ومن الضروري أن يوضع موضع التنفيذ الفعال قانون لمكافحة الأمراض المعدية أو ما يشابه ذلك يفرض على جميع الجهات المقدمة للرعاية الصحية الإخطار الإلزامي بحالات الإصابة بالسل.

٤٩- **ضمان تقييد حالات الوفاة بسبب السل في سجلات الأحوال المدنية:** لا تتوفر نظم شاملة لتسجيل الأحوال المدنية في معظم البلدان ذات مستويات أعباء السل المرتفعة وتكون جودة المعلومات عن عدد حالات الوفاة بسبب السل غير كافية في الغالب. ويجب وضع نظام فعال لتسجيل الأحوال المدنية يضمن تقييد كل حالة وفاة ناجمة عن السل على النحو الواجب.

٥٠- **تنظيم إنتاج وسائل تشخيص السل والأدوية المضادة له وجودتها واستخدامها:** تعرض الأدوية المضادة للسل المنتدبة الجودة المرضى لخطر كبير. ويؤدي وصف المقررات العلاجية غير الرشيد إلى حصائل علاجية سيئة وقد يسبب نشوء مقاومة للأدوية. ويسفر الاستخدام غير الملائم لوسائل التشخيص مثل الاختبارات المصلية عن تشخيص غير دقيق للحالات. ولا بد من وضع اللوائح التنظيمية وتوفير الموارد الكافية للإنفاذ من أجل تسجيل المنتجات الطبية واستيرادها وتصنيعها. وينبغي تنظيم سبل دعم المنتجات الطبية المالي وتحديد فئات أصحاب المهن الصحية المسموح لها بوصف الأدوية المضادة للسل أو توزيعها.

٥١- **اتخاذ تدابير شاملة لمكافحة العدوى:** لا بد من وضع لوائح تنظيمية ملائمة لضمان فعالية مكافحة العدوى في مرافق خدمات الرعاية الصحية والسياقات الأخرى حيث يكون مستوى انتقال المرض مرتفعاً. وينبغي إدراج التدابير الإدارية والتنظيمية والبيئية والشخصية لمكافحة العدوى في تشريعات مكافحة الأمراض المعدية واللوائح المتصلة ببناء القدرات الصحية وتنظيمها.

### اتخاذ إجراءات بشأن حماية المجتمع وتخفيف حدة الفقر ومحددات السل الأخرى

٥٢- **تخفيف العبء الاقتصادي المتصل بالسل:** تتحمل نسبة كبيرة من المصابين بالسل أعباء اقتصادية هائلة متصلة بالتكاليف المباشرة وغير المباشرة الناجمة عن المرض والرعاية الصحية. وقد تشمل العواقب الاجتماعية الضارة الوصم والعزلة الاجتماعية أو التوقف عن الدراسة أو فقدان الوظيفة أو الطلاق. وغالباً ما تطال العواقب السلبية أسرة المصابين بالسل. ومن الضروري اتخاذ تدابير الحماية الاجتماعية لتخفيف عبء الخسائر المسجلة في الإيرادات والتكاليف غير الطبية المتكبدة عن السعي إلى الحصول على الرعاية ومواصلتها حتى في حال توفير خدمات تشخيص السل وعلاجه بالمجان.

٥٣- **توسيع نطاق تغطية الحماية الاجتماعية:** ينبغي أن تغطي الحماية الاجتماعية الاحتياجات المرتبطة بالسل مثل الاحتياجات التالية: (أ) نظم التعويض عن الأعباء المالية المرتبطة بالمرض على غرار نظم التأمين الصحي أو معاشات العجز أو مدفوعات الرعاية الاجتماعية أو التحويلات النقدية الأخرى أو القسائم أو الحزم الغذائية؛ (ب) والتشريعات الرامية إلى حماية المصابين بالسل من ممارسات التمييز مثل إبعادهم عن أماكن العمل أو المؤسسات التعليمية أو الصحية أو نظم النقل أو المساكن؛ (ج) والصكوك الرامية إلى حماية حقوق

الإنسان وتعزيزها، بما في ذلك التصدي للوصم والتمييز بإيلاء عناية خاصة لقضايا الجنسين والانتماء العرقي وحماية الفئات الضعيفة. وينبغي أن تشمل هذه الصكوك بناء قدرات المجتمعات المحلية المتضررة لتمكينها من التعبير عن احتياجاتها وحماية حقوقها وتحاسب منتهكي حقوق الإنسان والمسؤولين عن حماية هذه الحقوق.

٥٤- **التصدي للفقير وعوامل الخطر المتصلة به:** الفقر هو في عداد محددات السل الشديدة الأثر. وتمثل بيئات المعيشة والعمل المزدهمة والسيئة التهوية التي ترتبط في الغالب بالفقر عوامل خطر مباشرة لانتقال السل. ونقص التغذية هو عامل خطر مهم لتطور حالة المرض الفاعلة. ويقترن الفقر أيضاً بضعف المعارف الصحية العامة وانعدام القدرة على العمل بناء على هذه المعارف مما يؤدي إلى احتمال التعرض لعدة عوامل خطر تعرض للإصابة بالسل. وإن تخفيف وطأة الفقر يسهم في الحد من خطر انتقال السل وخطر تحوّل العدوى إلى مرض ويساعد أيضاً على تحسين إتاحة الخدمات الصحية والتقيّد بالعلاج الموصى به.

٥٥- **اتباع نهج "دمج الصحة في جميع السياسات":** ستعود الإجراءات المتصلة بمحددات اعتلال الصحة عبر نهج "دمج الصحة في جميع السياسات" بفوائد جمّة على مجال الوقاية من السل ورعاية مرضاه. وتشمل مثلاً هذه الإجراءات ما يلي: (أ) السعي إلى وضع استراتيجيات شاملة للحد من الفقر وتوسيع نطاق الحماية الاجتماعية؛ (ب) وتحسين ظروف المعيشة والعمل والحد من انعدام الأمن الغذائي؛ (ج) ومعالجة المشاكل الصحية للمهاجرين وتوثيق عرى التعاون عبر الحدود؛ (د) ومشاركة مختلف الجهات صاحبة المصلحة التي تشمل المجتمعات المتضررة من السل في رسم مخططات محددات السل الاجتماعية المحلية المحتملة؛ (هـ) والوقاية من عوامل الخطر المباشرة التي تعرض للإصابة بالسل وتشمل التدخين وتعاطي الكحول والمخدرات على نحو ضار وتعزيز النظم الغذائية الصحية وتوفير الرعاية السريرية الصحيحة لأمراض تزيد خطر الإصابة بالسل مثل السكري.

### الركيزة ثلاثة: تكثيف أنشطة البحث والابتكار

٥٦- **تعزيز الاستثمار في مجال البحث:** لا يقيد التقدم في مكافحة السل على الصعيد العالمي بسبب الافتقار إلى أدوات جديدة لتحسين الكشف عن السل أو علاجه أو الوقاية منه فحسب بل بسبب مواطن ضعف النظم الصحية في توفير خدمات مثلى للتشخيص والعلاج باستخدام الأدوات الراهنة أيضاً. وسيطلب القضاء على وباء السل توظيف استثمارات كبيرة في استحداث أدوات تشخيصية وعلاجية ووقائية جديدة وضمان إمكانية الحصول عليها والانتفاع الأمثل بها في البلدان إلى جانب استخدام التكنولوجيات الراهنة على وجه أفضل ونطاق أوسع. ولن يتسنى تحقيق ذلك إلا عن طريق تكثيف الاستثمارات وضمان فعالية مشاركة الجهات الشريكة وأوساط البحث والبرامج القطرية لمكافحة السل.

٥٧- **الشروع في إجراء بحوث بشأن القضاء على السل:** هناك حاجة إلى تكنولوجيا ونماذج لتوفير الخدمات جديدة وثرية تقضي إلى القضاء على السل. وسيستوجب هذا الأمر تكثيف أنشطة البحث انطلاقاً من البحوث الأساسية التي تحرك الابتكار للارتقاء بوسائل التشخيص والأدوية واللقاحات ووصولاً إلى البحوث العملية والبحوث المتعلقة بالنظم الصحية التي تحسن أداء البرامج الحالي وتعتمد استراتيجيات وتدخلات جديدة قائمة على أدوات جديدة. وقد وضعت خريطة طريق دولية للبحوث المتصلة بالسل بهدف تسليط الأضواء على ضرورة تجديد النشاط في مجال البحث المتصل بالسل وحفز المزيد من الجهود. وتعرض خريطة الطريق بإيجاز المجالات ذات الأولوية للاستثمار العلمي المقبل في كل سلسلة البحوث، وتتيح إطاراً للبحوث التي تستهدف تحقيق النتائج. وسيكون من الضروري أيضاً رسم خرائط الجهود المضطلع بها في مختلف مجالات البحث لمتابعة التقدم المحرز. وسيستلزم الشروع في أنشطة البحث للقضاء على السل اعتماد نهج متعدد الأبعاد يوجهه أصحاب المصلحة، بمن فيهم العلماء وخبراء الصحة العمومية ومديرو برامج مكافحة السل والشركاء الماليون ورأسمو السياسات وممثلو المجتمع المدني. وإذ يسترشد هذا النهج بالاحتياجات السريرية والبرنامجية، فإنه ينبغي ألا يساعد على إجراء بحوث تستهدف مجال الصحة العمومية لإعداد أدوات واستراتيجيات جديدة فحسب بل أن يبسر أيضاً إدماجها

السلس في البرامج الجارية. ومن الضروري أن يصبح السل مجالاً رئيسياً للبحث في إطار البرامج الوطنية للبحوث الصحية.

### اكتشاف أدوات وتدخلات واستراتيجيات جديدة وتطويرها وفهمها بسرعة

٥٨- **تطوير اختبار تشخيصي سريع لتحري السل في مراكز تقديم الرعاية:** اعتمدت المنظمة منذ عام ٢٠٠٧ عدة اختبارات ونهج تشخيصية جديدة تشمل ما يلي: المزرعة السائلة ذات الانتواع السريع كمعيار مرجعي لتأكيد الوضع الجرثومي؛ والاختبارات المسبارية الجزيئية السريعة للتعبيل بتشخيص السل المقاوم للأدوية المتعددة؛ وأساليب الزرع واختبار الحساسية للأدوية لأغراض غير تجارية؛ والفحوص المجهرية الفلورية بصمام ثنائي باعث للضوء؛ واختبار تضخيم الأحماض النووية للتشخيص السريع والآني للسل والسل المقاوم للريفامبيسين. غير أنه لا يزال الاختبار الدقيق والسريع في مراكز تقديم الرعاية الذي يصلح استعماله في الظروف الميدانية غير متوفر. ويتطلب ذلك زيادة الاستثمار في البحوث المتعلقة بالوصم البيولوجي والتغلب على الصعوبات المواجهة في تحويل تكنولوجيات مخبرية معقدة إلى منصات متينة ودقيقة وميسورة التكلفة في مراكز تقديم الرعاية.

٥٩- **استحداث أدوية ومقررات علاجية جديدة لعلاج جميع أشكال السل:** توسع نطاق سلسلة الأدوية الجديدة توسعاً لا يستهان به على مدى العقد الماضي. فهناك نحو اثني عشر دواءً جديداً أو مكيف الغرض لمكافحة السل قيد التقصي السريري. وقد اعتمدت المنظمة في عام ٢٠١٣ دواء بيداكوبيلين وهو أول دواء جديد مضاد للسل يُستحدث خلال عقود لعلاج السل المقاوم للأدوية المتعددة. وتعكف المنظمة على استعراض جدوى دواء جديد ثان اسمه ديلامانيد لاستعماله أيضاً لعلاج السل المقاوم للأدوية المتعددة. ويجري تقصي مقررات علاجية جديدة تشمل أدوية جديدة أو مكيفة الغرض وعلاجات مساعدة وداعمة ويبدو أن النتائج الأولى تبعث على التفاؤل. وسعيًا إلى إحراز المزيد من التقدم، لا بد من توظيف استثمارات في مجالي البحث وبناء القدرات لتطبيق التجارب الدوائية تمثيلاً مع المعايير الدولية وتحديد السبل لتقصير مدة التجارب على الأدوية المضادة للسل.

٦٠- **تعزيز البحوث للكشف عن حالات العدوى الكامنة وعلاجها:** يقدر أن هناك أكثر من ٢٠٠٠ مليون شخص مصاب بعدوى البكتريا المتطفرة السلية على الصعيد العالمي غير أن نسبة المصابين بالعدوى الذين ستطور لديهم حالة المرض الفاعلة طيلة عمرهم تتراوح بين ٥ و ١٥٪ فقط. وسيطلب القضاء على وباء السل التخلص من مجموعة حالات العدوى هذه. والبحث ضروري لاستحداث اختبارات تشخيصية جديدة من أجل التعرف على الأشخاص المصابين بعدوى السل الكامن الذين يحتمل أن يتطور لديهم إلى مرض السل. وعلاوة على ذلك، سيلزم أيضاً تحديد استراتيجيات علاجية يمكن استخدامها المأمون للوقاية من تطور مرض السل لدى المصابين بحالة العدوى الكامنة. وينبغي أن تشمل هذه الاستراتيجيات أدوية أو توليفات جديدة وتدخلات ترمي إلى تحديد عوامل خطر تطور المرض وتخفيف آثارها. وسيستلزم الأمر إجراء المزيد من البحوث لتقصي تأثير الاستراتيجيات الوقائية المستهدفة والجماعية ومأمونيتها.

٦١- **السعي إلى استحداث لقاح ناجع ضد السل:** إن لقاح عصيات كالميت غيران المستحدث منذ قرن من الزمن هو لقاح مفيد للوقاية من أشكال السل الوخيمة لدى الرضع وصغار الأطفال إلا أن نجاعته محدودة لمكافحة أشكال السل الأخرى. وقد أحرز تقدم ملحوظ في مجال استحداث لقاحات جديدة ويتوفر حالياً ١٢ لقاحاً مرشحاً في التجارب السريرية. ولا بد من تكثيف أنشطة البحث والاستثمارات للتصدي لسلسلة من التحديات العلمية الرئيسية وتحديد أولويات البحوث القادمة المتصلة بلقاحات السل. ومن الأساسي إتاحة لقاح للوقاية بعد التعرض يقي من الإصابة بالمرض لدى الأشخاص المصابين بحالة العدوى الكامنة بهدف القضاء على السل في المستقبل القريب.

### إجراء بحوث تتوخى الحد الأمثل من تطبيق الابتكارات ونتائجها وتحسينها

٦٢- **الاستثمار في البحوث التطبيقية:** يتعين استكمال الاستثمارات الموظفة في البحوث الأساسية بأخرى في البحوث التطبيقية التي تدعم اعتماد السياسات المسندة بالبيانات وتكييفها وتنفيذها على وجه السرعة. وللبحوث

الرامية إلى تحسين فهم التحديات وتطوير تدخلات مؤدية إلى تحسين السياسات وتصميم النظم الصحية وتنفيذها على وجه أفضل وتعزيز فعالية طرق توفير الخدمات أهمية حاسمة لتوفير البيانات التي تهدف إلى تحسين الاستراتيجيات الحالية واعتماد أدوات جديدة. ويلزم أيضاً إجراء بحوث لتحديد العقبات التي تعرقل تنفيذ السياسات الراهنة والجديدة والتصدي لها وتوفير البيانات من منظور المرضى والنظم الصحية.

٦٣- **استخدام البحوث لتوجيه عملية التنفيذ وتحسينها:** لا يمكن تحويل معظم الابتكارات إلى إجراءات محلية فعالة دون التخطيط والتكيف الدقيقين والشراكة مع أصحاب المصلحة. فإضافة إلى التردد الروتيني لآبد من ضمان حسن تخطيط البحوث وحسن إجراءاتها لتقييم الوضع الوبائي ووضع النظم الصحية على الصعيدين الوطني والمحلي والجوانب الاجتماعية والسلوكية للسعي إلى الحصول على الرعاية الصحية ومدى التقيد بالعلاج وممارسات الوصم والتمييز فضلاً عن تقييم نماذج التنفيذ المختلفة.

٦٤- **تهيئة بيئة مواتية للبحوث:** سيساعد تعزيز البحوث العملية والمتعلقة بالنظم الصحية والعلوم الاجتماعية المحسنة والأكثر وجاهة على تنفيذ السياسات الوطنية والعالمية ويساهم في وضعها. وتحقيقاً لهذا الغرض، يتعين إرساء نظم جيدة لتحديد الأولويات والتخطيط والتنفيذ في مجال البحث على المستوى القطري. وينبغي أن تشمل المؤشرات لقياس التقدم المحرز الاستثمارات الموظفة في حصائل أنشطة البحث وآثارها. ولآبد من تنسيق الجهود على نطاق واسع لتنمية القدرات في مجال البحث وتخصيص الموارد الملائمة وتشجيع أصحاب المصلحة على التعاون. ومن الضروري تكوين بيئة مواتية لإجراء بحوث قائمة على البرامج وتجسيد النتائج في السياسات والممارسات بهدف تحقيق كامل طاقات برامج مكافحة السل.

## تكيف الاستراتيجية وتنفيذها

### بدء الحوار الاستراتيجي ودعمه

٦٥- **إشراك جميع أصحاب المصلحة في اعتماد الاستراتيجية وتكييفها:** إن الخطوة الأولى التي ينبغي للدول الأعضاء اتخاذها لتكيف الاستراتيجية وتنفيذها هي عقد مشاورات وطنية شاملة مع طائفة كبيرة من الجهات صاحبة المصلحة بما فيها المجتمعات المحلية الأشد تضرراً بالسل بهدف النظر في الاستراتيجية واعتمادها والتحضير لتكييفها. ولعله من غير المناسب أن تطبق الاستراتيجية العالمية تطبيقاً شاملاً في حال عدم استجابتها الكافية لتقييم للاحتياجات المحلية مستمد من طبيعة وباء السل وسياق النظم الصحية وخطة التنمية الاجتماعية والاقتصادية والطلبات التي يعبر عنها السكان المعرضون لخطر الإصابة بالمرض. فضلاً عن ذلك، يجب أن يركز تطبيق الاستراتيجية إلى قدرات النظم الصحية وقدرات الجهات الشريكة.

٦٦- **اتباع نهج متعدد التخصصات:** سيتطلب التنفيذ المجدي لهذه الاستراتيجية مشاركة عدة جهات فاعلة وتقاسم المسؤوليات فيما بينها. وسيلزم توسيع نطاق الأفرقة الاستشارية القائمة المعنية بمكافحة السل لتشمل خبرات تتجاوز المجالين السريري والوبائي وميدان الصحة العمومية. وسيكون لزاماً أن تضم هذه الأفرقة مجموعة أكبر من القدرات المنبثقة عن المجتمع المدني وعن مجالات السياسات المالية والإنمائية وحقوق الإنسان والحماية الاجتماعية والتنظيم وتقييم التكنولوجيا الصحية والعلوم الاجتماعية والاتصالات. وقد يكون العمل الرامي إلى تكيف الاستراتيجية العالمية الجديدة لمكافحة السل مع السياقات الوطنية مكملاً للتخطيط الاستراتيجي الوطني العام في مجال الصحة غير أنه سيستتبع بذل جهود جبارة وخاصة.

٦٧- **التحضير لوضع خطط استراتيجية جديدة:** تتبع البلدان دورات مختلفة لتخطيط التنمية. وقد يلزم تعديل الخطط الاستراتيجية والتنفيذية الموجودة حالياً بالاستناد إلى أي نهج جديدة. ولا يُستغنى أيضاً عن الخطط الاستراتيجية الوطنية المفصلة لحشد موارد التمويل من مصادر محلية ودولية. وينبغي أن يؤخذ في الحسبان إطار



مسودة الاستراتيجية الجديدة الموصى به في سياق وضع الخطط الاستراتيجية الوطنية الجديدة أو إدخال التعديلات على الخطط الاستراتيجية الوطنية القائمة.

### رسم خرائط الوضع الوبائي ووضع النظم الصحية

٦٨- **إجراء تقييم مفصل للسياق الوبائي وسياق النظم الصحية:** سيتمثل الشرط الأساسي لاعتماد الاستراتيجية والتحضير لتكييفها في إجراء تقييم مفصل للوضع الوبائي ووضع النظم الصحية على الصعيد الوطني. وينبغي أن يتيح رسم الخرائط على النحو الواجب معلومات مهمة، مثل المعلومات عن الفئات السكانية الأشد تضرراً بالمرض والأكثر تعرضاً لخطر تطوره وعن الخصائص والاتجاهات حسب السن والجنس وعن انتشار مختلف أشكال السل وحالات المراضة المشتركة السائدة التي تشمل فيروس العوز المناعي البشري ونقص التغذية والسكري وتعاطي التبغ وتعاطي الكحول على نحو ضار وعن أوجه الاختلاف دون الوطنية وبين المناطق الحضرية والريفية وعن فئات مقدمي الرعاية وتوزيع هذه الفئات وعن نظم الحماية الاجتماعية المتاحة وروابطها الحالية والمحتملة التي تفيد أنشطة الوقاية من السل ورعاية مرضاه.

٦٩- **جمع البيانات واستخدامها لتحسين رسم خرائط وضع النظم:** يمكن استمداد بعض المعلومات اللازمة لتقييم السياق من التقارير الروتينية المقدمة ومن نتائج المسوحات الوطنية والإقليمية المتصلة بانتشار السل في بعض البلدان. وقد يتعين تحصيل ما يلزم من معلومات أخرى من استعراض عمليات تقييم البرامج الوطنية الدورية وعمليات التقييم الميدانية والدراسات الكمية والنوعية المحلية. ولبلوغ هذا الغرض، ينبغي أن تتولى البلدان بناء القدرات اللازمة لوضع نظام للمعلومات يرصد خصائص وباء السل واستخدام البيانات المنبثقة عن ذلك النظام كما ينبغي على جميع المستويات.

### قياس التقدم المحرز والنتائج

٧٠- لا غنى عن تحديد الأهداف ورصد التقدم المحرز في تنفيذ كل مكون من مكونات الاستراتيجية العالمية. وينبغي رصد التقدم بصورة روتينية باستخدام أساليب معيارية مبنية على بيانات موثقة الجودة. ويتضمن الجدول ٢ الوارد أدناه أمثلة على المؤشرات التي يمكن استخدامها لرصد التقدم المحرز في تنفيذ مختلف المكونات الرئيسية والمكونات الفرعية لهذه الاستراتيجية. والمؤشرات الرئيسية لعبء المرض هي معدل الإصابة بالمرض ومعدل انتشاره ومعدل الوفيات بسببه. وفي ظل الأهداف الشاملة لعام ٢٠٢٥ المحددة في الاستراتيجية، يلزم إيلاء عناية خاصة لقياس الاتجاهات في معدل الوفيات ومعدل الإصابة.

٧١- وتكتسي البيانات عن معدل الوفيات أهمية حاسمة للتمكين من إيلاء الأولوية للتدخلات في مجال الصحة العمومية وقياس التقدم المحرز في مكافحة المرض والوضع الصحي العام للسكان، بما في ذلك أوجه التفاوت في مجال الصحة. ولا يُستغنى عن توفير نظام وطني متين لتسجيل الأحوال المدنية يشمل تقييد البيانات عن أسباب الوفاة من أجل قياس الاتجاهات في معدل الوفيات بسبب السل. ويمكن أيضاً استخدام بيانات تسجيل الأحوال المدنية للتعرف على فئات سكانية فرعية تكون معدلات الوفيات بين صفوفها أعلى من نسب الإبلاغ عن الحالات مما يسمح بتوفير تدخلات مستهدفة. وتتولى المنظمة توثيق جودة هذه البيانات على الصعيد العالمي<sup>١</sup> ويمكن استخدام الأساليب الإحصائية لبيان التغطية الناقصة أو التدوين الخاطئ. ولا بد للبلدان المزودة بنظم لتسجيل الأحوال المدنية من ضمان جودة البيانات الكافية، أما البلدان المفتقرة إلى هذه النظم فيلزم أن تعتمد عليها. وثمة حل مؤقت يعتمد عدد متزايد من البلدان ألا وهو اعتماد نظام نموذجي لتسجيل الأحوال المدنية.

٧٢- وتشير التقديرات إلى تسجيل انخفاض بطيء في معدل الإصابة بالمرض بنسبة تناهز ٢٪ في السنة على الصعيد العالمي. وتعني الأهداف المحددة لعام ٢٠٢٥ وعام ٢٠٥٠ أنه ينبغي إيلاء عناية كبيرة في فترة

١ Mathers CD, Fat DM, Inoue M, Rao C, Lopez AD. Counting the dead and what they died from: an assessment of the global status of cause of death data. Bull World Health Organ 2005;83(3):171-7.

ما بعد عام ٢٠١٥ لقياس سرعة انخفاض معدل الإصابة بالمرض. ولدى البلدان المرتفعة الدخل ذات الأداء العالي المرتبط بأنشطة ترصد السل والنظم الصحية نظماً للإبلاغ عن الحالات تسجل جميع حالات الإصابة بالمرض أو معظمها إلا أن الإبلاغ الروتيني عن الحالات في بلدان أخرى ينطوي على بيانات منحرفة نتيجة لنقص التشخيص (حالات غير مشخصة) ونقص الإبلاغ (حالات شخّصها العاملون في القطاع الصحي ولم تبلغ عنها سلطات الصحة العمومية). ويمكن في هذه المواضع استخدام دراسات سجلات الجرد ونماذج التسجيل وإعادة التسجيل لتقدير معدل الإصابة بالسل.

٧٣- ويتطلب القياس الدقيق للاتجاهات في معدل الإصابة بالسل تعزيز أداء نظم ترصد المرض بحيث تشمل جميع مقدمي خدمات الرعاية الصحية وتخفيض مستوى نقص الإبلاغ إلى أدنى حد. وقد أعدت المنظمة قائمة مرجعية لترصد السل أي "المعايير وأسس القياس لنظم ترصد السل وتسجيل الأحوال المدنية" لتقييم قدرة النظام الوطني للترصد على تقدير حالات السل بدقة. وتحدد القائمة المرجعية ١٠ معايير بشأن التردد يجب الوفاء بها لكي تعتبر بيانات الإبلاغ وتسجيل الأحوال المدنية قياساً مباشراً لمعدل الإصابة بالسل ومعدل الوفيات بسبب السل على التوالي. ويمكن أن تحصل البلدان التي تقي بجميع المعايير على شهادة تصديق تثبت تزودها بنظام ملائم للترصد. وينبغي استخدام قائمة المنظمة المرجعية لتحسين ترصد السل تدريجياً من أجل تحقيق الهدف النهائي المتمثل في قياس الاتجاهات في حالات السل انطلاقاً من بيانات الإبلاغ مباشرة في جميع البلدان.

٧٤- ويعد معدل انتشار السل مؤشراً مفيداً جداً لعبء المرض. ويمكن قياسه مباشرة عبر المسوحات السكانية<sup>١</sup>. وتقدم أيضاً مسوحات الانتشار معلومات مفيدة لتحسين السياسات ولا سيما السياسات المتعلقة بآتاحة الخدمات الصحية وخدمات تشخيص السل. ولا يمكن قياس معدل انتشار السل باستخدام المسوحات الوطنية في كل مكان. وتكتسي مسوحات الانتشار الوطنية أهمية في المواضع التي تنوء بأعباء ثقيلة من المرض وستكون وجيهة ومفيدة بوجه خاص لأغراض القياس المباشر لأثر المرض في بلدان تجري مسحاً مكرراً أو أساسياً بحلول عام ٢٠١٥. وقد وضعت فرقة العمل العالمية التابعة للمنظمة والمعنية بقياس أثر السل معايير بشأن تحديد الأولويات فيما يخص مسوحات الانتشار على الصعيد القطري وتعمل مع البلدان والجهات الشريكة الأخرى لدعم تنفيذ المسوحات وتحليلها. وترصد فرقة العمل المذكورة عن كثب تنفيذ جميع المسوحات لضمان المقارنة الدولية باستخدام الأساليب والمعايير التي توصي بها المنظمة، وتقيم الفرقة أيضاً التقدم المحرز لتحقيق أهداف تخفيض معدل الانتشار.

## الجدول ٢: قائمة توضّح المؤشرات العالمية الرئيسية لمسودة الاستراتيجية العالمية لمكافحة السل بعد عام ٢٠١٥

المكونات	المؤشرات الإيضاحية
	<b>الركيزة واحد: الرعاية والوقاية المتكاملتان اللتان تركزان على المرضى</b>
<b>ألف: التشخيص المبكر</b>	النسبة المئوية للأشخاص المشتبه في إصابتهم بالسل الخاضعين لاختبار باستخدام الوسائل التشخيصية السريعة التي توصي بها المنظمة النسبة المئوية لمجموع مرضى السل الذين توفرت لهم نتائج اختبار الحساسية للأدوية النسبة المئوية لحالات الإصابة بالسل المرجعية المؤهلة التي تم تقصي مخالطتها
<b>باء: العلاج</b>	معدل نجاح علاج السل النسبة المئوية لمرضى السل المقاوم للأدوية المسجلين للحصول على علاج الخط الثاني

المكونات	المؤشرات الإيضاحية
جيم: مكافحة السل/ فيروس العوز المناعي البشري وحالات المراضة المشتركة	النسبة المئوية لمرضى السل الخاضعين لفحص تحري فيروس العوز المناعي البشري النسبة المئوية لمرضى السل المصابين بفيروس العوز المناعي البشري والحاصلين على العلاج بالأدوية المضادة للفيروسات القهقرية
دال: العلاج الوقائي	النسبة المئوية للأشخاص المؤهلين من المصابين بفيروس العوز المناعي البشري والأطفال دون الخامسة من العمر من مخالطي مرضى السل الذين يوفر لهم علاج العدوى بالسل الكامن
<b>الركيزة اثنين: اتباع سياسات واضحة ونظم داعمة</b>	
ألف: التزام الحكومة	النسبة المئوية للميزانية السنوية المحددة في الخطط الاستراتيجية الوطنية لمكافحة السل الحاصلة على تمويل
باء: إشراك المجتمعات المحلية ومقدمي الخدمات	النسبة المئوية لحالات الإصابة بالسل المشخصة التي تم الإبلاغ عنها
جيم: التغطية الصحية الشاملة والأطر التنظيمية	النسبة المئوية للسكان الذي لا يتكبدون نفقات صحية هائلة النسبة المئوية للبلدان التي لديها نظام لترصد السل حاصل على شهادة تصديق
دال: الحماية الاجتماعية والمحددات الاجتماعية	النسبة المئوية للأسر المتضررة التي تتحمل تكاليف باهظة بسبب السل النسبة المئوية من السكان غير المعانين من نقص التغذية
<b>الركيزة ثلاثة: تكثيف أنشطة البحث والابتكار</b>	
ألف: الاكتشاف	النسبة المئوية للعدد المرغوب فيه من وسائل تشخيص السل والأدوية واللقاحات المضادة له الجديدة المرشحة والتي هي في طور الاستحداث
باء: التنفيذ	النسبة المئوية للبلدان التي تعتمد وتعزز استخدام وسائل التشخيص أو الأدوية أو اللقاحات الجديدة

## دور الأمانة

٧٥- ستقدم الأمانة على جميع مستويات المنظمة الدعم إلى الدول الأعضاء في سعيها إلى استعراض استراتيجياتها لمكافحة السل بعد عام ٢٠١٥ واعتمادها وتكييفها وتنفيذها بالاستناد إلى الإطار الوارد في الاستراتيجية. وستعتمد المنظمة على مزاياها النسبية في مجالات الوظائف الأساسية المبينة أدناه وستعين بالفريق الاستشاري الاستراتيجي والتقني التابع لها والمعني بالسل والهيئات الاستشارية الإقليمية وأجهزتها الرئاسية بهدف توجيه عملها ودعمه وتقييمه.

٧٦- وستواصل المنظمة عملها المتصل بوضع السياسات والقواعد والمعايير بالاستناد إلى المجموعة المتاحة وتلك التي ستتاح مستقبلاً من الوثائق التوجيهية بشأن السل. وستوفر الأمانة التوجيهات الاستراتيجية والأدوات اللازمة لتكييف الاستراتيجية وتنفيذها في مختلف السياقات القطرية. وسيلزم تكرار هذه الأدوات عند توافر المزيد من البيانات على النهج الفعالة وأفضل الممارسات. وسيكون لزاماً توفير التوجيه الدوري بشأن استخدام وسائل تشخيص السل الجديدة وأساليب اختبار الحساسية للأدوية والمقررات العلاجية الجديدة عند توافرها. وستعمل المنظمة مع الشركاء لحفز توفير المزيد من البيانات وتقديم التوصيات السياسية بشأن السبل الكفيلة بتمكين البرامج الوطنية لمكافحة السل من المشاركة في الخطة الإنمائية من أجل التصدي لمحددات السل الاجتماعية.

٧٧- وستواصل الأمانة الاضطلاع بوظيفتها الأساسية المتمثلة في تنسيق الدعم التقني بهدف تمكين هذه الاستراتيجية من إحداث تأثير سريع ودعم الدول الأعضاء، وستواظب على حفز الشركاء على تقديم المساهمات على الصعيد العالمي وعلى المستويين الوطني والمحلي. وتساعد آلية المساعدة التقنية لمكافحة السل التي تديرها المنظمة على تيسير الموارد وتعبئتها لتمويل المساعدة التقنية بعقد شراكات مع الوكالات الإنمائية الرئيسية. وسيلزم سد الثغرات في الخبرات التقنية فيما بين الوكالات الداعمة عن طريق التعاون مع الخبراء العاملين في مجالات اختصاصية صحية عالمية لا يقتصر نطاقها على السل، ومن خلال اجتذاب عدد أكبر من المتعاونين الشباب في الميدان.

٧٨- وستظل المنظمة تعزز دورها الإشرافي في خلق الطلب العالمي على البحوث وإيلاء الأولوية لاحتياجات البحث المتصل بالسل ودعم إجراء بحوث فعالة بالتعاون مع الشركاء لتوجيه عمليات وضع الاستراتيجيات والسياسات العالمية والوطنية وتنفيذها. وسيستلزم هذا الأمر تكثيف العمل مع العلماء الأساسيين وأخصائيي الوبائيات والعلماء الاجتماعيين والمبتكرين في القطاعين العام والخاص والأوساط الأكاديمية ومع السكان المتضررين، وسيستلزم أيضاً على ضرورة تعاون البرامج الوطنية لمكافحة السل مع الجهات الشريكة الأكاديمية ومؤسسات البحث المرتبطة بها وشراكات القطاع العام المركزة على البحث والشراكات القائمة بين القطاعين العام والخاص.

٧٩- وستعزز المنظمة الشراكات الفعالة لدعم العمل المقترح في ظل الركائز الثلاث الواردة في الاستراتيجية الجديدة. ويهدف هذا العمل في إطار الشراكات إلى دعم الدول الأعضاء في سعيها إلى تحقيق الإتاحة الشاملة لخدمات الوقاية من السل ورعاية مرضاه والوصول إلى الفئات السكانية والمجتمعات المحلية الضعيفة الأشد تضرراً بوباء السل في العالم. وستعمل المنظمة مع شراكة دحر السل وتسعى إلى عقد شراكات جديدة يمكن أن تعزز الالتزام والابتكار الفعالين فيما يتصل بعناصر الاستراتيجية المدفوعة بقطاعات غير القطاع الصحي.

٨٠- وقد أدى إطلاق المنظمة لاستراتيجية دحر السل ٢٠٠٦-٢٠١٥ إلى تجسيدها السريع في خطة عمل عالمية شاملة ومقدرة التكاليف من إعداد شراكة دحر السل. ومثلما فعلت المنظمة بالنسبة إلى الاستراتيجية العالمية لمكافحة السل بعد عام ٢٠١٥، فإنها ستنتشط في دعم خطة استثمار عالمية تضعها شراكة دحر السل وتعرض الأنشطة بإيجاز وتحدد متطلبات التمويل اللازمة لتحقيق الأهداف الطموحة وتعمل في الوقت نفسه على إنجاز المعالم الرئيسية في طريقها. وستوثق المنظمة عرى عملها مع شراكة دحر السل وتسهم في إعداد خطة العمل والاستثمار العالمية لتوجيه الجهود الرامية إلى الوقاية من السل ورعاية مرضاه بعد عام ٢٠١٥ بتقديم الإسهامات الاستراتيجية والعلمية والتقنية اللازمة.

## الملحق ٢

### نص النظام الداخلي المعدل لجمعية الصحة العالمية ١

[ج٦٧/٥ - ٧ أيار/ مايو ٢٠١٤]

#### تصريف الأعمال في الجلسات العامة

##### المادة ٤٨

يجوز تقديم اقتراحات رسمية بشأن بنود جدول الأعمال حتى اليوم الأول من دورة عادية لجمعية الصحة وقبل يومين من افتتاح دورة استثنائية. وتحال كل تلك الاقتراحات إلى اللجنة التي وُزِعَ عليها بند جدول الأعمال ما عدا في حال النظر في البند مباشرة خلال جلسة عامة.

[حُذِفَت المادة ٤٩]

## الملحق ٣

### خطة العمل العالمية لمنظمة الصحة العالمية بشأن العجز ٢٠١٤-٢٠٢١: تحسين صحة جميع المصابين بالعجز ١، ٢

[ج١٦/٦٧ - ٤ أيار/ مايو ٢٠١٤]

١- في أيار/ مايو ٢٠١٣ أيدت جمعية الصحة العالمية السادسة والستون في القرار ج ص ٦٦ع-٩ التوصيات الواردة في التقرير العالمي عن العجز،<sup>٣</sup> وطلبت في ذلك القرار من المدير العام أن يعد، بالتشاور مع الدول الأعضاء<sup>٤</sup> والمنظمات التابعة لمنظومة الأمم المتحدة، خطة عمل شاملة للمنظمة تستند إلى البيانات الواردة في التقرير العالمي عن العجز، وبما يتماشى مع اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة (التي اعتمدها الجمعية العامة للأمم المتحدة في القرار ١٠٦/٦١) والوثيقة الختامية للاجتماع الرفيع المستوى للجمعية العامة للأمم المتحدة بشأن بلوغ الأهداف الإنمائية للألفية وسائر الأهداف الإنمائية المتفق عليها دولياً فيما يتعلق بالأشخاص ذوي الإعاقة تحت عنوان: سبل المضي قدماً: وضع خطة تنمية شاملة لمسائل الإعاقة حتى عام ٢٠١٥ وما بعده.

٢- والعجز مسألة شاملة الطابع فالجميع معرض للإصابة به سواء في شخصه مباشرة أو في أحد أفراد أسرته، إذ يواجه المصاب بالعجز صعوبات لدى أدائه لوظائفه في مرحلة ما من حياته، وخاصة عندما يطعن في السن. وتطبق خطة العمل هذه التصنيف الدولي لتأدية الوظائف والعجز والصحة والإصدار المشتق منها بشأن الأطفال والشباب، وتستخدم كلمة "عجز" بوصفها مصطلحاً يشمل العاهات والقيود المفروضة على النشاط ومعوقات المشاركة ويوحي بالجوانب السلبية للتفاعل بين فرد (يعاني من حالة صحية) والعوامل (البيئية والشخصية) التي تحكم سياق معيشة هذا الفرد. ولا ينجم العجز عن عوامل بيولوجية ولا اجتماعية صرفة.

٣- وتسلم المنظمة بأن العجز مشكلة من مشاكل الصحة العمومية في العالم ومسألة تتعلق بحقوق الإنسان وأولوية إنمائية، فهو من مشاكل الصحة العمومية لأن المصابين به، يواجهون، طيلة عمرهم، وعلى نطاق واسع عراقيل في الحصول على الخدمات الصحية وما يتصل بها من خدمات، من قبيل خدمات إعادة التأهيل، ويتمتعون بحصائل صحية أهدأ نوعية من تلك التي يتمتع بها المتعاون. وقد تكون هناك بعض الحالات الصحية التي تمثل أيضاً عامل خطر للإصابة بمشاكل صحية أخرى تُساء إدارتها في أغلب الأحيان، كارتفاع معدلات

١ انظر القرار ج ص ٦٧-٧.

٢ يُستخدم المصطلحان "الناس" و"الأشخاص" المصابون بالعجز في أنحاء خطة العمل هذه ككل استخداماً متبادلاً، وهما يشملان الأطفال والشباب. وعملاً بأحكام اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة (التي اعتمدها الجمعية العامة للأمم المتحدة في القرار ١٠٦/٦١) يُستعمل تعبير "الأشخاص المصابين بالعجز" في الحالات التي تشير فيها الخطة إلى الحقوق والاستحقاقات، وتعبير "الناس المصابين بالعجز" في معظم الحالات الأخرى.

٣ منظمة الصحة العالمية، البنك الدولي، التقرير العالمي عن العجز، جنيف، منظمة الصحة العالمية، ٢٠١١.

٤ ومنظمات التكامل الاقتصادي الإقليمي، حسب الاقتضاء.

السمنة بين المصابين بمتلازمة داون وارتفاع معدل انتشار داء السكري أو سرطان الأمعاء لدى المصابين بالفصام. والعجز أيضاً مسألة تتعلق بحقوق الإنسان لأن البالغين والمراهقين والأطفال المصابين بحالات عجز يواجهون الوصم والتمييز وعدم المساواة؛ وتتعرض حقوقهم لانتهاكات متعددة، بما فيها كرامتهم، بوسائل منها أعمال العنف وإساءة المعاملة والتعامل وعدم احترامهم بسبب إصابتهم بالعجز، ناهيك عن حرمانهم من الاستقلال الذاتي. ويمثل العجز أولوية إنمائية نظراً لارتفاع معدلات انتشاره في البلدان المنخفضة الدخل ولأن العجز والفقر يعزز أحدهما الآخر ويديمهما بعضهما بعضاً، إذ يزيد الفقر من احتمال الإصابة بالعايات من جراء سوء التغذية ورداءة خدمات الرعاية الصحية وخطورة ظروف المعيشة والعمل والسفر. وقد يؤدي العجز إلى تدني مستويات المعيشة والفقر بسبب عدم إتاحة فرص التعليم والعمل وزيادة النفقات المتكبدة فيما يتعلق بالإصابة بالعجز.

٤- وستُعنى خطة العمل بالناس المصابين بالعجز منذ الولادة وحتى سن الشيخوخة، وينبغي أن تعود بالفائدة عليهم جميعاً. والأشخاص الذين يعانون من حالات عوق هم ناس يُنظر إليهم تقليدياً على أنهم مصابون بعجز، ومنهم مثلاً الأطفال المصابون بالشلل الدماغي عند الولادة أو مستخدمو الكراسي المتحركة أو المكفوفون أو الصم أو الذين يعانون من ضعف في القدرات الفكرية أو من حالات صحية نفسية، وكذلك المجموعة الكبيرة من الناس الذين يواجهون صعوبات في أداء وظائفهم نتيجة معاناتهم من طائفة واسعة من الاعتلالات، كالأزمات غير السارية والأمراض المعدية والاضطرابات العصبية والإصابات، والاعتلالات التي تنجم عن التقدم في السن. وتنص المادة ١ من اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة على أن الأشخاص ذوي الإعاقة هم كل من يعانون من عايات طويلة الأجل بدنية أو عقلية أو ذهنية أو حسية، قد تمنعهم لدى التعامل مع مختلف الحواجز من المشاركة بصورة كاملة وفعالة في المجتمع على قدم المساواة مع الآخرين.

٥- وتكرّس المنظمة جلّ مهمتها للوقاية من الحالات الصحية التي قد تسبب الوفاة أو المراضة أو العجز، ولكن خطة العمل هذه موجهة نحو تحسين صحة الناس المصابين بالعجز وأدائهم لوظيفتهم ورفاههم، لذا فهي لا تنظر في مسألة الوقاية إلا بقدر ما تستدعيه حاجة الأشخاص المصابين بالعجز إلى التمتع بسبل الوصول إلى الخدمات والبرامج الوقائية بالتساوي مع الآخرين. وتشمل الوقاية طائفة واسعة من التدابير الرامية إلى الحد من المخاطر أو التهديدات المحدقة بالصحة على النحو التالي: تعزيز أنماط الحياة الصحية، من قبيل تقديم الإرشاد بشأن التغذية الجيدة وأهمية الانتظام في ممارسة النشاط البدني والامتناع عن تعاطي التبغ؛ وحماية الناس من الإصابة بالحالات الصحية في المقام الأول، كالتمنيغ ضد الأمراض المعدية أو اتباع ممارسات مأمونة بشأن الولادة؛ والإبكار في الكشف عن أي حالة صحية ثانوية أو مصحوبة باعتلالات، مثل إجراء فحوص داء السكري أو الاكتئاب، والحد من التأثيرات المترتبة على حالة صحية راسخة، بوسائل مثل تدبير الآلام علاجياً أو برامج إعادة التأهيل أو جماعات دعم المرضى أو إزالة العقبات التي تعترض سبيل إتاحة الخدمات. وتحسين إتاحة الخدمات والبرامج الوقائية للأشخاص المصابين بالعجز مهم لتحقيق حصائل صحية أفضل، وهو أمر يتناوله الغرضان ١ و ٢ من هذه الخطة.

## لمحة عامة عن الوضع العالمي

٦- يوجد في العالم أجمع ما يزيد على ١٠٠٠ مليون شخص من الناس المصابين بالعجز، أي ما نسبته ١٥٪ تقريباً من سكان العالم أو بواقع شخص واحد من كل سبعة أشخاص. ويتراوح عدد البالغين من هذا العدد ممن يعانون صعوبات كبيرة في أدائهم لوظيفتهم بين ١١٠ ملايين و ١٩٠ مليون شخص. وتشير التقديرات إلى أن هناك ٩٣ مليون طفل - أو طفل واحد من أصل ٢٠ طفلاً دون سن ١٥ عاماً - يعانون من حالات عجز تتراوح بين المتوسطة والشديدة. وسيستمر عدد الناس المصابين بالعجز في الارتفاع بسبب شيخوخة السكان وتفاقم المعاناة من الظروف الصحية المزمنة في العالم. وتتأثر أنماط العجز الوطنية باتجاهات الظروف الصحية والعوامل البيئية وغيرها من العوامل، كالحوادث المرورية على الطرق، وحالات السقوط، وأعمال العنف، وحالات الطوارئ الإنسانية، ومنها الكوارث الطبيعية والنزاعات والنظام الغذائي غير الصحي وإساءة استعمال المواد.

٧- ويؤثر العجز تأثيراً غير متناسب على النساء والمسنين والفقراء، كما أن الأطفال المنحدرين من أسر فقيرة وفئات السكان الأصليين والناس المنتمين إلى جماعات من الأقليات العرقية معرضون لخطر الإصابة بالعجز بشكل كبير. ومن المحتمل أن تواجه النساء والفتيات المصابات بحالات عجز "تمييزاً مزدوجاً" يشمل عنفاً قائماً على نوع الجنس وإساءة المعاملة والتهميش. وعليه فإن المرأة المصابة بالعجز غالباً ما تتعرض لأوجه إجحاف إضافية مقارنة بالرجل المصاب بالعجز وبالمراة المتعافية. ويواجه أيضاً السكان الأصليون أو المشردون داخلياً والمواطنون عديمو الجنسية واللاجئون والمهاجرون والسجناء المصابون بحالات عجز تحديات خاصة في الحصول على الخدمات. وترتفع معدلات انتشار العجز في البلدان المنخفضة الدخل أكثر منها في تلك المرتفعة الدخل. وفي الوثيقة الختامية للاجتماع الرفيع المستوى بشأن الإعاقة والتنمية في عام ٢٠١٣ أشارت الجمعية العامة للأمم المتحدة إلى وجود نسبة تقدر بنحو ٨٠٪ من الناس المصابين بحالات عجز يعيشون في بلدان نامية، وشددت على ضرورة ضمان إدراج الأشخاص المصابين بالعجز في جميع جوانب التنمية، بما فيها خطة التنمية لما بعد عام ٢٠١٥.

٨- ويواجه الناس المصابون بالعجز على نطاق واسع عراقيل في الحصول على الخدمات الصحية، من قبيل تلك المقدمة في مجال الرعاية الصحية (ومنها الرعاية الطبية والعلاج والتكنولوجيات المساعدة) والتعليم والعمالة والخدمات الاجتماعية، بما فيها السكن والنقل. ويكمن مثلاً أساس هذه العقبات في قصور التشريعات والسياسات والاستراتيجيات؛ وعدم تقديم الخدمات؛ والمشاكل المواجهة في تقديمها؛ ونقص الوعي بمشكلة العجز وعدم فهمها؛ والمواقف السلبية وممارسة التمييز؛ وانعدام إمكانية الوصول؛ ونقص التمويل؛ وعدم المشاركة في اتخاذ القرارات التي تؤثر مباشرة في حياة المصابين بالعجز. ويواجه أيضاً الأشخاص المصابون بالعجز عراقيل محددة فيما يتعلق بقدرتهم على التعبير عن آرائهم والتماس المعلومات والأفكار والحصول عليها ونقلها على قدم المساواة مع الآخرين، وبالإستعانة بوسائل الاتصال التي يختارونها.

٩- وتسهم تلك العقبات في أوجه الإجحاف التي يتعرض لها الناس المصابون بالعجز، وخصوصاً في البلدان النامية التي يكون فيها مستوى هؤلاء الناس الصحي أقل من مستوى غير المصابين بالعجز، فضلاً عن ارتفاع معدلات الفقر فيها وتدني معدلات التحصيل العلمي وقلة فرص العمل وتدني مستوى التمتع بالاستقلالية ومحدودية المشاركة. ويمكن تلافي العديد من العقبات التي يواجهها هؤلاء وتذليل أوجه الإجحاف المرتبطة بالعجز. ويبيّن التقرير العالمي عن العجز أفضل توليفة من البيانات المتاحة عن السبل الكفيلة بتذليل العقبات التي يجابهها الناس المصابون بالعجز في الحصول على الخدمات في مجال الصحة وإعادة التأهيل والدعم والمساعدة والوصول إلى بيئاتهم (كالمباني والمواصلات) وفرص التعليم والعمل.

## الرؤية والهدف والأغراض والمبادئ التوجيهية والنهج

١٠- تتمثل رؤية خطة العمل في إيجاد عالم ينعم فيه جميع الأشخاص المصابين بالعجز، بمن فيهم الأطفال وأسرهم، بحياة كريمة تساويهم في الحقوق والفرص وتمكّنهم من تحقيق كامل إمكاناتهم.

١١- أما هدف خطة العمل فهو الإسهام في تمتع الأشخاص المصابين بالعجز كافة بأمتل مستوى من الصحة وأداء الوظيفة والرفاه وحقوق الإنسان.

١٢- وفيما يلي الأغراض الثلاثة التي تصبو إليها خطة العمل:

- (١) إزالة العقبات وتحسين إتاحة الخدمات والبرامج الصحية؛
- (٢) تعزيز الخدمات المقدمة فيما يخص إعادة التأهيل والتأهيل وتكنولوجيات الإعانة والمساعدة والدعم، وخدمات إعادة التأهيل المجتمعي؛
- (٣) تعزيز جمع البيانات ذات الصلة بالعجز والقابلة للمقارنة دولياً ودعم البحوث المتعلقة بحالات العجز والخدمات المرتبطة بها.



١٣- وتدعم خطة العمل هذه تنفيذ التدابير المعدة لغرض إعمال حقوق الأشخاص المصابين بالعجز على نحو ما تنص عليه اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، وخاصة المادة ٩ (إمكانية الوصول) والمادة ١١ (حالات الخطر والطوارئ الإنسانية) والمادة ١٢ (الاعتراف بالأشخاص ذوي الإعاقة على قدم المساواة مع آخرين أمام القانون) والمادة ١٩ (العيش المستقل والإدماج في المجتمع) والمادة ٢٠ (التنقل الشخصي) والمادة ٢٥ (الصحة) والمادة ٢٦ (التأهيل وإعادة التأهيل) والمادة ٢٨ (مستوى المعيشة اللائق والحماية الاجتماعية) والمادة ٣١ (جمع الإحصاءات والبيانات) والمادة ٣٢ (التعاون الدولي) والمادة ٣٣ (التنفيذ والرصد على الصعيد الوطني). كما تؤيد الخطة المادة ٤ (الالتزامات العامة) والمادة ٥ (المساواة وعدم التمييز) والمادة ٦ (النساء ذوات الإعاقة) والمادة ٧ (الأطفال ذوو الإعاقة) والمادة ٢١ (حرية التعبير والرأي والحصول على معلومات). وتقترح الخطة إجراءات لدعم الالتزامات التي قطعت في الوثيقة الختامية التي اعتمدها الجمعية العامة للأمم المتحدة في اجتماعها الرفيع المستوى بشأن الإعاقة والتنمية (نيويورك، ٢٣ أيلول/سبتمبر ٢٠١٣) لضمان إتاحة خدمات الرعاية الصحية للأشخاص المصابين بالعجز، بما فيها خدمات إعادة التأهيل والتأهيل والأجهزة المساعدة، ولتحسين جمع البيانات المتعلقة بالعجز وتحليلها ورصدها وتدعيم المعارف وإذكاء وعي المجتمع بموضوع العجز وفهمه.

١٤- وتعضد خطة العمل أعمال المنظمة المتواصلة بشأن دمج موضوع العجز في برامجها، وذلك بما يتمشى مع ما صدر مؤخراً من قرارات عن الجمعية العامة للأمم المتحدة،<sup>١</sup> وهي منسجمة مع برنامج العمل العام الثاني عشر ٢٠١٤-٢٠١٩، ولاسيما أنها تعكس الحقائق السياسية والاقتصادية والاجتماعية والبيئية الجديدة وبرنامج العمل الصحي الآخذ في التطور. وتكمل الخطة وتؤيد تنفيذ سائر خطط المنظمة واستراتيجياتها، من قبيل تلك المتعلقة بالتمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة، والصحة الإنجابية، وصحة الأم والطفل، وحالات الطوارئ والكوارث، والصحة النفسية، والوقاية من العمى وضعف البصر اللذين يمكن تجنبهما، والأمراض غير السارية.

١٥- ويؤسترشد في إعداد خطة العمل بالمبادئ التالية، ومعظمها مجسد في اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة:

- احترام كرامة الأشخاص المتأصلة واستقلالهم الذاتي بما في ذلك حرية تقرير خياراتهم بأنفسهم واستقلاليتهم؛
- عدم التمييز؛
- كفالة المشاركة والإشراك بصورة كاملة وفعالة في المجتمع؛
- احترام الإجحافات وقبول الأشخاص ذوي الإعاقة كجزء من التنوع البشري والطبيعة البشرية؛
- تكافؤ الفرص؛
- إمكانية الوصول؛
- المساواة بين الرجل والمرأة؛
- احترام القدرات المتطورة للأطفال ذوي الإعاقة واحترام حقهم في الحفاظ على هويتهم؛
- احترام كرامة الأشخاص ذوي الإعاقة وتقديرهم باستمرار عندما يكبرون في السن.

١ القرار ٢٨٨/٦٦ (المستقبل الذي نصبو إليه) والقرار ٢٢٩/٦٦ (اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة وبروتوكولها الاختياري) والقرار ١٢٤/٦٦ (اجتماع الجمعية العامة الرفيع المستوى المعني بتحقيق الأهداف الإنمائية للألفية وسائر الأهداف الإنمائية المتفق عليها دولياً فيما يتعلق بالأشخاص ذوي الإعاقة) والقرار ١٨٦/٦٥ (تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية فيما يتعلق بالأشخاص ذوي الإعاقة حتى عام ٢٠١٥ وما بعده) والقرار ٣/٦٨ (والوثيقة الختامية للاجتماع الرفيع المستوى للجمعية العامة للأمم المتحدة بشأن بلوغ الأهداف الإنمائية للألفية وسائر الأهداف الإنمائية المتفق عليها دولياً فيما يتعلق بالأشخاص ذوي الإعاقة: سبل المضي قدماً: وضع خطة تنمية شاملة لمسائل الإعاقة حتى عام ٢٠١٥ وما بعده) والقرار ١٣١/٦٤ (إعمال الأهداف الإنمائية للألفية فيما يتعلق بالأشخاص ذوي الإعاقة).

١٦- ولدى الناس المصابون بالعجز رؤى فريدة من نوعها عن إصابتهم بالعجز وعن حالتهم، بيد أنهم يُستعدون من عملية صنع القرارات المتعلقة بقضايا تؤثر في حياتهم مباشرة. وتمشياً مع أحكام المادة ٤ من اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة فإنه ينبغي التشاور على نحو وثيق مع أولئك الناس من خلال المنظمات التي تمثلهم حول جميع مراحل وضع وتنفيذ السياسات والقوانين والخدمات التي تتعلق بهم، وإشراكهم فيها فعلياً.

١٧- وفيما يلي النهج التي تركز إليها عملية إعداد وتنفيذ خطة العمل وتسترشد بها:

- نهج قائم على حقوق الإنسان، بما يشمل تمكين الأشخاص المصابين بالعجز؛
- نهج يدوم طوال العمر، بما في ذلك تقديم الرعاية المتواصلة؛
- التغطية الصحية الشاملة؛
- نهج محوره الأشخاص وملائم ثقافياً؛
- نهج متعدد القطاعات/ إعادة التأهيل المجتمعي؛<sup>١</sup>
- التصميم العام (انظر الفقرة ٢٩ أدناه).

### الإجراءات المقترحة للدول الأعضاء والشركاء الدوليين والوطنيين والأمانة

١٨- يُقترح على الدول الأعضاء والشركاء الدوليين والوطنيين والأمانة اتخاذ إجراءات محددة تبين بالتفصيل الأعمال التي يمكن إنجازها لتحقيق أغراض خطة العمل الثلاثة. والخيارات المتاحة بشأن كيفية تنفيذ تلك الإجراءات مقترحة في شكل مدخلات مقدمة من مختلف الأطراف. وتستند تلك الإجراءات والمدخلات إلى بيّنات تثبت السبل الناجحة في تذليل العقبات التي تحول دون إتاحة الخدمات المبيّنة في التقرير العالمي عن العجز، وإلى العمل التقني الذي تضطلع به الأمانة لتحسين نوعية حياة الناس المصابين بالعجز. ومن الضروري أن تصمم البلدان إجراءاتها حسب سياقاتها الخاصة.

١٩- ونظراً لأن العجز يشمل جميع القطاعات وينطوي على مشاركة مختلف الجهات الفاعلة فسيلازم لتنفيذ خطة العمل قطع التزام قوي بشأن توفير الموارد والعمل في هذا المضمار من جانب طائفة واسعة من الشركاء الدوليين والإقليميين والوطنيين، وبشأن إنشاء شبكات إقليمية وعالمية وتعزيزها. وتؤدي الحكومات الوطنية والمحلية أهم الأدوار في هذا الميدان، ولكن ينبغي أن تضطلع أيضاً الجهات الفاعلة الأخرى بأدوار مهمة غيرها، ومنها المؤسسات التابعة لمنظومة الأمم المتحدة ومنظمات التنمية ومنظمات الأشخاص المصابين بالعجز؛ والجهات المقدمة للخدمات، بما فيها تلك الموجودة بين صفوف المجتمع المدني والمنظمات الدينية؛ والمؤسسات الأكاديمية؛ والقطاع الخاص؛ والمجتمعات؛ والناس المصابين بالعجز وأسرهم. وتسلم الخطة أيضاً بأهمية إسهام الجهات الرسمية وغير الرسمية المقدمة لخدمات الرعاية دعماً للأشخاص المصابين بالعجز، وبما يلزمها من متطلبات دعم خاصة لأداء هذا الدور.

٢٠- وسيتوقف نجاح الخطة على اتباع نهج فعال متعدد القطاعات يقترن بآليات عملية للتنسيق والتنفيذ بين المعني من الوزارات والإدارات المسؤولة عن تزويد الأشخاص المصابين بالعجز بالخدمات الصحية وإعادة التأهيل وما يرتبط بها من خدمات. وتشمل القطاعات الحكومية ذات الصلة الصحة وخدمات العجز والحماية الاجتماعية والرعاية الاجتماعية والخدمات المجتمعية والتمويل والبنية التحتية والنقل والاتصالات والعمل والتعليم. والتنسيق الفعال أمر ضروري ولكن على كل وزارة وإدارة ووكالة أن تكون مسؤولة في المقام الأول عن ضمان أن تُتاح مجالات نشاطها الرئيسية للأشخاص المصابين بالعجز وأن تستجيب لمتطلباتهم.

١ تؤمن عملية إعادة التأهيل المجتمعي منهجية عملية لإعمال حقوق الإنسان وبلوغ أهداف التنمية على صعيد المجتمع بالاستناد إلى نهج شامل متعدد القطاعات يتسنى بفضل تمكين الأشخاص المصابين بالعجز وأسرهم.

٢١- وإعادة التأهيل المجتمعي من طرائق تسهيل التعاون المتعدد القطاعات. وقد تطوّر هذا النشاط ليصبح استراتيجية متعددة القطاعات تقدم توجيهات عملية عن كيفية الربط بين الخدمات العمومية وتعزيز قدرتها بما يكفل حصول الأشخاص المصابين بالعجز وأسره على فرص التعليم والعمل والخدمات الصحية والاجتماعية، واستفادتهم من تلك الفرص والخدمات. ويحقق ذلك بفضل تضافر جهود الأشخاص المصابين بالعجز وأسره والمنظمات والمجتمعات المحلية والجهات الحكومية وغير الحكومية ذات الصلة المعنية بخدمات الصحة والتعليم والتدريب المهني وشؤون المجتمع والخدمات الأخرى. ويُطبّق هذا النهج حالياً في أكثر من ٩٠ بلداً من أجل إعادة تأهيل الأشخاص المصابين بالعجز ومساواتهم في الحصول على الفرص والحد من فقرهم ودمجهم في المجتمع.

٢٢- وتقرّ خطة العمل بوجود تباين كبير في سياقات ونقاط انطلاق البلدان والأقاليم في جهودها الرامية إلى ضمان إتاحة الخدمات الصحية للأشخاص المصابين بالعجز وتزويدهم ببرامج وجوانب دعم محددة. فالغرض من الخطة هو توفير هياكل وتوجيهات ولكنها لا يمكن أن تكون حلاً "موحد القياس يناسب الجميع". ويلزم مواءمة الإجراءات الرامية إلى بلوغ أغراض الخطة مع الالتزامات والسياسات والخطط والغايات الإقليمية والوطنية القائمة.

### رصد التقدم المحرز في تحقيق أغراض خطة العمل

٢٣- يمكن استخدام مؤشرات النجاح المحددة لكل غرض للمساعدة في رصد وقياس التقدم المحرز في بلوغ هدف الخطة. وسُيبت في أمر البيانات الأساسية والغايات بمجرد الموافقة على الخطة. وبالنظر إلى أن الغايات ستكون طوعية وعالمية فإن من غير المتوقع أن تبلغ كل دولة عضو جميع الغايات المحددة ولكن بإمكانها أن تسهم بدرجات متفاوتة في بلوغها. ومثلما هو مبين في الإجراءات المتعلقة بالغرض ٣ ستتولى الأمانة تزويد الدول الأعضاء بالتوجيه والتدريب والدعم التقني، بناءً على طلبها، من أجل تحسين تحليل البيانات الخاصة بالعجز واستخدامها بطريقة فعالة وعالية المردود. ويوصى برصد التقدم المحرز في تنفيذ خطة العمل هذه وإبلاغ الأجهزة الرئاسية بذلك في المرحلة الوسطى من تنفيذ الخطة (عام ٢٠١٧) وخلال العام الأخير من تنفيذها (عام ٢٠٢١).

### الغرض ١: إزالة العقبات وتحسين إتاحة الخدمات والبرامج الصحية

٢٤- الصحة هي حالة من اكتمال السلامة بدنياً ونفسياً واجتماعياً، لا مجرد انعدام المرض أو العجز. وينص دستور المنظمة على أن التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه هو حق من الحقوق الأساسية لكل إنسان. ويشمل الحق في الصحة الحصول على رعاية صحية عالية الجودة في الوقت المناسب وبطريقة مقبولة ومعقولة التكلفة. ويتطلب أيضاً تعزيز هذا الحق من الدول الأعضاء تهيئة الظروف المناسبة التي: (١) تمكن كل شخص من التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه؛ (٢) وتقديم الخدمات الصحية على أساس الموافقة الحرة والمستتيرة.

٢٥- والعجز متنوع للغاية. ورغم أن بعض الظروف الصحية المرتبطة بالعجز قد تتسبب في سوء الصحة وخلق احتياجات كبيرة من الرعاية الصحية وأن بعضها الآخر قد لا يتسبب في ذلك فإن لدى جميع الناس المصابين بالعجز الاحتياجات العامة من الرعاية الصحية نفسها اللازمة لأي شخص آخر، ويلزمهم بالتالي الحصول على خدمات الرعاية الصحية العمومية. وقد يواجه الناس المصابون بالعجز خطورة أكبر في التعرض لما يمكن الوقاية منه من ظروف ثانوية واعتلالات مرضية مصاحبة وظروف أخرى مرتبطة بالسن، وربما تلزمهم خدمات متخصصة من الرعاية الصحية. ويُجبر هؤلاء أحياناً على الخضوع لمعاملة أو تدابير وقائية أخرى من دون موافقتهم. وأشارت أيضاً بعض الدراسات إلى أن معدل السلوكيات الخطرة يرتفع لدى فئات معينة من الناس المصابين بالعجز، من قبيل التدخين واتباع نظام غذائي غير صحي والخمول البدني. وتزيد كذلك مخاطر تعرض هؤلاء للعنف مقارنة بغير المصابين بالعجز، كما تزداد مخاطر تعرضهم للإصابات الناتجة عن حوادث المرور، أو الحروق أو السقوط. فعلى سبيل المثال يزداد احتمال تعرض الأطفال المصابين بالعجز بمقدار ثلاث إلى أربع مرات. كما أن الأطفال المصابين باعتلالات الصحة النفسية أو ضعف القدرات الذهنية يبدو أنهم من

أضعف الفئات في هذا الصدد، حيث تزداد مخاطر تعرضهم للعنف الجنسي بمقدار ٤,٦ مرة مقارنة بنظرائهم غير المصابين بالعجز. وأشارت أيضاً بعض الدراسات إلى أن معدل السلوكيات الخطرة يرتفع لدى بعض فئات الناس المصابين بالعجز، مثل التدخين والنظام الغذائي غير الصحي والخمول البدني.

٢٦- وتتسبب حالات الطوارئ في الإصابة بالعجز كما يمكنها أن تزيد المخاطر التي يتعرض لها الأشخاص المصابون بالعجز الذين تُهمل في كثير من الأحيان احتياجاتهم الأساسية والخاصة أو يُتغاضى عنها في سياق إدارة المخاطر في حالات الطوارئ. ولا يتم غالباً تحديد وسد تلك الاحتياجات قبل وقوع حالة الطوارئ وأثناء وقوعها وبعدها، ونادراً ما يتم التشاور مع الأشخاص المصابين بالعجز أو يجدون من يمثلهم في صياغة السياسات والبرامج المتعلقة بإدارة المخاطر في حالات الطوارئ.

٢٧- والتمتع بصحة جيدة يمكن من المشاركة في طائفة واسعة من الأنشطة، ومنها التعليم والعمل، ولكن البيانات تثبت أن الناس المصابين بالعجز، يعانون، طيلة العمر، من الإجحاف في الحصول على خدمات الرعاية الصحية ولا يُلبى الكثير من احتياجاتهم من تلك الرعاية ويتعرضون لمستويات صحية أدنى مقارنة بعامة السكان. وكثيراً ما تعجز النظم الصحية عن أن تلبي كما ينبغي احتياجات أولئك الناس من الرعاية الصحية العامة والخاصة على حد سواء، فهم، يواجهون طائفة من العقبات التمييزية والمادية والمنهجية التي تعترض سبيلهم عند السعي إلى الحصول على الرعاية الصحية. ويبين تحليل المسح الصحي العالمي الخاص بالمنظمة عند مقارنة الأصحاء بالمصابين بالعجز، رجالاً ونساءً، أن احتمال إبلاغ المصابين بالعجز عن أن مرافق الرعاية الصحية والمهارات التي يزودهم بها مقدمو خدمات الرعاية الصحية غير كافية لتلبية احتياجاتهم يتضاعف إلى أكثر من مرتين، فيما يزيد على ثلاث مرات احتمال إبلاغ هؤلاء الناس عن الحرمان مما يلزمهم من خدمات الرعاية الصحية، وعلى أربع مرات احتمال إبلاغهم عن التعرض لمعاملة سيئة. ولا يستطيع نصف الأشخاص المصابين بالعجز تأمين نفقات ما يلزمهم من خدمات الرعاية الصحية؛ ومن المرجح أن يتكبدوا أيضاً نفقات كارثية لقاء حصولهم على الخدمات الصحية أكثر من غيرهم من غير المصابين بالعجز بنسبة تزيد على ٥٠٪.

٢٨- وفيما يلي العقبات التي تحول دون الحصول على الخدمات الصحية: الحواجز المادية المتصلة بتصميم هيكل المرافق الصحية أو المعدات الطبية أو وسائل النقل؛ وقصور تمتع مقدمي الخدمات الصحية بما يلزم من معارف ومهارات؛ والمفاهيم الخاطئة عن صحة الأشخاص المصابين بالعجز التي تؤدي إلى وضع افتراضات تقيد بأن هؤلاء الأشخاص لا يحتاجون إلى خدمات وبرامج صحية تعزز صحتهم وتقيهم شرّ الأمراض؛ وعدم احترام هؤلاء الأشخاص أو المواقف والسلوكيات السلبية المتخذة تجاههم؛ والعقبات المتعلقة بالمعلومات وصعوبات الاتصال؛ وعدم كفاية المعلومات اللازمة لهؤلاء الأشخاص عن حقهم في الحصول على خدمات الرعاية الصحية. وعلى الرغم من أن الرجال والنساء على السواء يواجهون عقبات في الحصول على الرعاية الصحية فإن احتمال تفكير الرجال في أنهم، أو أطفالهم، مريضون بالقدر الذي يقتضي الحصول على خدمات الرعاية الصحية ومعرفتهم بأماكن الحصول على هذه الخدمات هو احتمال أقل منه بين النساء. كما يذكر الرجال أنهم يواجهون صعوبات أكبر في الحصول على تمويل الرعاية الصحية.

٢٩- وتعزز المادة ٢٥ من اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة حق هؤلاء الأشخاص في التمتع بأعلى مستويات الصحة دون تمييز على أساس الإعاقة. أما المادة ٩ (إمكانية الوصول) فتبين بإيجاز ما يلزم اتخاذه من تدابير تكفل إمكانية وصول أولئك الأشخاص، على قدم المساواة مع غيرهم، إلى البيئة المادية المحيطة ووسائل النقل والمعلومات والاتصالات (بما في ذلك تكنولوجيات ونظم المعلومات والاتصال)، والمرافق والخدمات الأخرى المتاحة لعامة الجمهور أو المقدمة إليه من جانب الجهات الفاعلة من الدول ومن غير الدول على السواء في المناطق الحضرية والريفية. وتشمل هذه التدابير تحديد العقبات والمعوقات التي تحول دون إمكانية الوصول وإزالتها فيما يخص المباني والطرق ووسائل النقل والمرافق الأخرى داخل البيوت وخارجها (بما فيها المرافق

١ عندما يضطر الفرد إلى سداد تكاليف الرعاية الصحية أو يشارك في دفعها فإن مقدار التكاليف يمكن أن يكون كبيراً جداً مقارنة بدخله ويسفر عن معاناته أو أسرته من "كارثة مالية". وقد اقترحت المنظمة أن يُنظر إلى الإنفاق على الخدمات الصحية بوصفه كارثياً عندما يتجاوز نسبة ٤٠٪ أو يساويها من دخل الأسرة بخلاف مستوى الكفاف، أي الدخل المتاح عقب تلبية الاحتياجات الأساسية.

الطبية)، والمعلومات والاتصالات والخدمات الأخرى (بما فيها الخدمات الإلكترونية وخدمات الطوارئ). ونظراً إلى تنوع المستفيدين من الخدمات الصحية فإن من الضروري اتباع نهج خاص بالتصميم العام لضمان تصميم المنتجات والبيئات والبرامج والخدمات بطريقة يتسنى بها لجميع الناس الاستفادة منها بأكبر قدر ممكن من دون حاجة إلى تكيفها أو تصميمها على نحو متخصص.

٣٠- وستُقلَّ الإجحافات الصحية بفضل إضفاء طابع أكثر شمولية على نظم الرعاية الصحية القائمة على جميع المستويات، وتمكين الأشخاص المصابين بالعجز، من الاستفادة، طيلة العمر، من برامج الصحة العمومية (ومنها البرامج المعنية بأنماط الحياة الصحية وتعزيز أتباع نظم غذائية محسنة وتشجيع ممارسة النشاط البدني). وبسبب وجود عوامل متعددة تحدّ من إتاحة خدمات الرعاية الصحية للأشخاص المصابين بالعجز فإنه يلزم اتخاذ إجراءات فيما يخص جميع مكونات نظم الرعاية الصحية، ومنها تحسين تصريف الشؤون ورفع مستوى الوعي والمعرفة وزيادة توافر البيانات في وزارات الصحة وما يتصل بها من وزارات بحيث يتسنى لها النظر بشكل أفضل في موضوع العجز وزيادة إتاحة الخدمات. ويوصى بصون حدود وطنية دنيا للحماية الاجتماعية<sup>١</sup> تحتوي على ضمانات أساسية بشأن الضمان الاجتماعي تكفل حصول الجميع على خدمات الرعاية الصحية الأساسية وتأمين الدخل بأدنى مستوى محدد وطنياً على أقل تقدير. ويلزم ان تعترف رسمياً سياسات الرعاية الصحية الوطنية بأن بعض فئات الناس المصابين بالعجز يعانون من أوجه تفاوت صحي؛ وهذا الاعتراف سيكون خطوة أساسية على طريق تقليل الإجحافات الصحية من أجل الالتزام بالتعاون واتباع نهج منسق فيما بين مقدمي خدمات الرعاية الصحية. وإعادة التأهيل المجتمعي وسيلة هامة لضمان وتحسين تنسيق الخدمات الصحية وإتاحتها، وخصوصاً في المناطق الريفية وتلك النائية.

٣١- ويتطلب تكليل إزالة العقبات وتحسين إتاحة الخدمات الصحية بالنجاح تقديم مدخلات من الأشخاص المصابين بالعجز، فهم الأكثر دراية بتلك العقبات والأشد تضرراً بها. ومن الضروري أن يُكفَلَ إصدار المعلومات المتعلقة بالصحة في صيغة يسهل وصول أولئك الأشخاص إليها كما ينبغي وأن تُلبي وسائل الاتصالات متطلباتهم (مثل لغة الإشارات). وقد يحتاج أيضاً بعض الأشخاص المذكورين دعماً لتأكيد حقهم في الصحة ومساواتهم في فرص الحصول على الخدمات الصحية.

الغرض ١: إزالة العقبات وتحسين إتاحة الخدمات والبرامج الصحية		
مؤشرات النجاح	وسيلة التحقق	بيئات النجاح
١-١ نسبة ×٪ من البلدان التي لديها سياسات صحية وطنية تبين صراحة أن للأشخاص المصابين بالعجز الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه	جمع البيانات بفضل المسوح التي يجريها المبلغون الرئيسيون بالمعلومات في وزارات الصحة والمجتمع المدني/ منظمات الأشخاص المصابين بالعجز، وإدارة الأمانة للبيانات عند خط الأساس بعد مضي فترة تتراوح بين ٥ و ١٠ سنوات عليها	إيجاد سياسة صحية تتماشى مع اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة
٢-١ نسبة ×٪ من البلدان التي تحظر على شركات التأمين الصحي التمييز ضد حالات العجز الموجودة مسبقاً	إجراء المسح النموذجي عن العجز (انظر الغرض ٣) ومسوحات وطنية أخرى عن العجز والصحة في سياق إطار رصد التغطية الصحية الشاملة ونهج قياسها.	إدراج الأشخاص المصابين بالعجز في التغطية الصحية الشاملة
٣-١ نسبة الأشخاص المصابين بالعجز الذين يتمتعون بسبيل الحصول على ما يلزمهم من خدمات صحية		
٤-١ نسبة ×٪ من الأسر التي لديها ناساً مصابين بالعجز وتتكبد نفقات كارثية من جيبها الخاص لقاء الحصول على الخدمات الصحية		

١ توصية منظمة العمل الدولية (رقم ٢٠٢) المتعلقة بالحدود الوطنية الدنيا للحماية الاجتماعية، ٢٠١٢: توصية بشأن توفير الحدود الدنيا للحماية الاجتماعية، اعتمدت في ١٤ حزيران/يونيو ٢٠١٢.

إجراءات بشأن الغرض ١	مدخلات مقترحة للدول الأعضاء	مدخلات للأمانة	مدخلات مقترحة للشركاء الدوليين والوطنيين
<p>١-١ وضع و/ أو إصلاح القوانين والسياسات والاستراتيجيات والخطط المتعلقة بالصحة والعجز من أجل مواءمتها مع مبادئ اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• استعراض وتنقيح السياسات القائمة بالتخلص من الأحكام التمييزية للمساعدة على ضمان تحسين إتاحة قطاع الصحة والقطاعات الأخرى للأشخاص المصابين بالعجز وإدراجهم في تلك القطاعات</li> <li>• تعبئة قدرات القطاع الصحي للإسهام في وضع استراتيجية وخطة عمل وطنيتين ومتعددي القطاعات عن العجز تكفلان وضع خطوط واضحة بشأن المسؤولية وآليات معنية بالتنسيق والرصد والإبلاغ</li> <li>• تزويد قطاع الصحة بالدعم لأغراض رصد تنفيذ السياسات الصحية وتقييمه ضماناً للامتثال لأحكام اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة.</li> <li>• الترويج لتقديم خدمات صحية محورها الفرد وإشراك الرجال والنساء والأولاد والبنات المصابين بالعجز والمنظمات المعنية بهم في تلك العملية بكل مراحلها إشراكاً فعالاً</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• تقديم الدعم التقني؛ ووضع مبادئ توجيهية بشأن تعزيز النظم الصحية الشاملة للعجز من أجل المساعدة في تحقيق التغطية الشاملة.</li> <li>• تقديم الدعم التقني وبناء القدرات داخل وزارات الصحة وسواها من القطاعات المعنية من أجل وضع القوانين والسياسات والاستراتيجيات والخطط وتنفيذها ورصدها</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• تعضيد فرص تبادل المعلومات عن وضع سياسات فعالة تعزز صحة الأشخاص المصابين بالعجز</li> <li>• مشاركة الهيئات الوطنية ذات الصلة، ومنها منظمات الأشخاص المصابين بالعجز وغيرها من كيانات المجتمع المدني، في إصلاح القوانين والسياسات والاستراتيجيات والخطط المتعلقة بالصحة والعجز</li> </ul>
<p>٢-١ تطوير القيادة وتصريف الشؤون فيما يخص دمج العجز في قطاع الصحة</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• تحديد مراكز اتصال معنية بالعجز داخل وزارات الصحة وصياغة خطط عمل داخلية تؤيد دمج خدمات الرعاية الصحية العمومية وإتاحتها</li> <li>• ضمان مشاركة قطاع الصحة في هيئات التنسيق الوطنية المعنية بالعجز</li> <li>• ضمان مشاركة منظمات الأشخاص المصابين بالعجز في رسم السياسات الصحية وعمليات ضمان الجودة</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• تزويد الدول الأعضاء بالدعم اللازم لبناء قدراتها القيادية وإعداد حزمة دورات تدريبية عن دمج العجز في قطاع الصحة وتنفيذ تلك الحزمة</li> <li>• استضافة حلقات عمل إقليمية عن التغطية الصحية الشاملة والمساواة ودمجها بالمبادرات الجارية/ ذات الصلة لموظفي وزارات الصحة ورأسي السياسات وممثلي منظمات الأشخاص المصابين بالعجز، وذلك بالاستفادة من التجارب القطرية</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• تزويد وزارات الصحة بالدعم اللازم لبناء قدراتها القيادية من أجل ضمان تقديم خدمات صحية شاملة للعجز (المادة ٣٢ من اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة).</li> <li>• بناء قدرة منظمات الأشخاص المصابين بالعجز على المشاركة الفعالة في تصريف شؤون الخدمات الصحية</li> </ul>

مدخلات مقترحة للشركاء الدوليين والوطنيين	مدخلات للأمانة	مدخلات مقترحة للدول الأعضاء	إجراءات بشأن الغرض ١
<ul style="list-style-type: none"> <li>• تقديم الدعم التقني والمالي إلى الدول الأعضاء من أجل ضمان تمكين الأشخاص المصابين بالعجز من الحصول على خدمات الرعاية الصحية العمومية</li> <li>• تزويد الدول الأعضاء بالتوجيه في مجال تعيين وصون الحدود الوطنية الدنيا للحماية الاجتماعية</li> <li>• دعم المصابين بالعجز في الحصول على المعلومات عن خيارات تمويل الرعاية الصحية</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• تزويد البلدان بالدعم التقني اللازم لوضع تدابير بشأن التمويل الصحي تزيد القدرة على تحمل تكاليف الخدمات والحصول عليها</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• تخصيص موارد كافية لضمان تنفيذ المكونات الصحية للاستراتيجية وخطة العمل الوطنيتين عن العجز</li> <li>• ضمان أن تشمل مخططات تمويل الرعاية الصحية الوطنية على حد أدنى من الحزم والتدابير الخاصة بالحد من الفقر والحماية الاجتماعية التي تستهدف الأشخاص المصابين بالعجز وتلبي احتياجاتهم من الرعاية الصحية، وأن تصل هذه المعلومات عن المخططات إلى المصابين بالعجز</li> <li>• تقليل النفقات التي يصرفها الأشخاص المصابون بالعجز من جيبهم الخاص ممن ليست لديهم وسيلة للإنفاق على خدمات الرعاية الصحية، أو إلغاء تلك النفقات</li> <li>• تعزيز النهج المتعددة القطاعات لتغطية التكاليف المنكبدة بصورة غير مباشرة عن الحصول على خدمات الرعاية الصحية (مثل النقل)</li> <li>• ضمان تمكين الأشخاص المصابين بالعجز من تحمل تكاليف خدمات التأمين الصحي الخاص، في حال إتاحتها، ومن الحصول على تلك الخدمات</li> </ul>	<p>١-٣ إزالة الحواجز التي تحول دون توفير التمويل والقدرة على تحمل التكاليف من خلال إتاحة خيارات واتخاذ تدابير تكفل تمكين الأشخاص المصابين بالعجز من تحمل تكاليف ما يلزمهم من خدمات الرعاية الصحية ومن الحصول عليها من دون إنفاق أموال طائلة من جيبهم الخاص أو تكبد نفقات كارثية عنها</p>

مدخلات مقترحة للشركاء الدوليين والوطنيين	مدخلات للأمانة	مدخلات مقترحة للدول الأعضاء	إجراءات بشأن الغرض ١
<ul style="list-style-type: none"> <li>• تزويد جماعات المستخدمين بالدعم لتدقيق شؤون إمكانية الوصول إلى الخدمات الصحية من أجل تحديد العقبات التي قد تعترض سبيل الأشخاص المصابين بالعجز في الحصول على تلك الخدمات</li> <li>• تمويل البرامج التجريبية الرامية إلى إظهار فوائد إدراج الأشخاص المصابين بالعجز</li> <li>• تمكين الأشخاص المصابين بالعجز من تحسين صحتهم من خلال توفير المعلومات والتدريب ودعم الأقران</li> <li>• دعم تطوير برامج إعادة التأهيل المجتمعي</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• دعم عملية تحديد العقبات التي تحول دون الحصول على خدمات معينة من خلال تقديم الدعم التقني اللازم لجمع البيانات المصنفة بحسب نوع العجز عن مدى الاستفادة من تلك الخدمات</li> <li>• تطوير الموارد بشأن المسائل المتعلقة بإمكانية الوصول إلى مرافق الرعاية الصحية</li> <li>• تقديم التوجيهات التقنية دعماً لإدراج الأشخاص المصابين بالعجز في سياسات الصحة العمومية واستراتيجياتها وبرامجها</li> <li>• تعزيز بناء قدرات برامج إعادة التأهيل المجتمعي، وخاصة في المجالات المتصلة بالصحة</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• اعتماد معايير وطنية بشأن إمكانية الوصول (تتمشى مع مبادئ التصميم العام) وضمان الامتثال لها داخل مرافق الخدمات الصحية العمومية</li> <li>• توفير طائفة واسعة من تدابير تأمين وسائل الراحة المعقولة لتذليل العقبات التي تحول دون الحصول على الخدمات الصحية العمومية، بوسائل منها إدخال تعديلات على هياكل المرافق والمعدات التي لها سمات التصميم العام وعلى نظم التعيين وإيجاد نماذج بديلة لتقديم الخدمات وإرسال المعلومات في صيغ مناسبة، من قبيل لغة الإشارات واستخدام لغة برايل (Braille) الخاصة بالمكفوفين وأحرف الطباعة الكبيرة وبرنامج (Easy Read) لتسهيل القراءة والمعلومات المصورة</li> <li>• إنشاء آليات دعم لتحسين حصول الأشخاص المصابين بالعجز على خدمات الرعاية الصحية باستمرار وطيلة العمر، بما في ذلك: تنفيذ التخطيط والعمل بروح الفريق المتعدد التخصصات وتطوير مسارات الإحالة ودلائل الخدمة</li> <li>• تشجيع وتسهيل إتاحة السائد من مبادرات الصحة العمومية الوطنية والمحلية التي تعزز الصحة وتحميها</li> <li>• دعم عملية دمج الإحالة إلى خدمات الرعاية الصحية ضمن أنشطة برامج إعادة التأهيل المجتمعي، وذلك بالاستعانة بتلك البرامج</li> </ul>	<p>١-٤ إزالة العقبات التي تعترض سبيل تقديم الخدمات (ومنها العوائق التي تحول دون الوصول المادي والمعلومات والاتصالات والتنسيق) عبر جميع برامج الرعاية الصحية، بما فيها برامج الصحة الجنسية والإنجابية وتعزيز الصحة وغيرها من مبادرات الصحة العمومية الخاصة بالسكان</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• دمج التعليم بشأن الصحة وحقوق الإنسان الخاصة بالمصابين بالعجز في التعليم الجامعي والتعليم المستمر لجميع العاملين</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• تعميق الفهم بشأن إدراج القضايا الخاصة بالعجز (بما في ذلك الحقوق) في مناهج كليات الطب والتمريض وغيرها من</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• تعزيز المزيد من الفهم والمعرفة والتصورات الإيجابية للمصابين بالعجز من خلال الاتصالات وحملات وسائل التواصل</li> </ul>	<p>١-٥ التغلب على تحديات محددة في مجال جودة الرعاية الصحية التي يتلقاها المصابون بالعجز</p>



إجراءات بشأن الغرض ١	مدخلات مقترحة للدول الأعضاء	مدخلات للأمانة	مدخلات مقترحة للشركاء الدوليين والوطنيين
بما في ذلك المعارف والمواقف والممارسات السائدة بين العاملين الصحيين، ومشاركة المصابين بالعجز في القرارات التي تؤثر فيهم تأثيراً مباشراً	<ul style="list-style-type: none"> <li>الاجتماعي الموجهة التي تُعد بالتعاون مع المنظمات المعنية بالمصابين بالعجز</li> <li>دعم التعليم والتدريب عن طريق تعزيز الجهود الرامية إلى دمج العجز في إطار مناهج التعليم الجامعي والتعليم المستمر ذات الصلة، الخاصة بمقدمي الخدمات، وتشجيع مثل هذه الجهود</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>المؤسسات المتعلقة بالصحة، وتعزيز أهمية ذلك</li> <li>تصميم المناهج النموذجية بشأن العجز لكوادر العاملين في مجالي إعادة التأهيل والتأهيل بمرافق الرعاية الصحية</li> <li>تقديم الدعم التقني إلى الدول الأعضاء التي تسعى إلى تطبيق المناهج النموذجية بشأن الإعاقة والصحة</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>في مجال الرعاية الصحية</li> <li>ضمان مشاركة المصابين بالعجز كمقدمين لخدمات التعليم والتدريب حسب الاقتضاء</li> <li>توفير التدريب والدعم للعاملين في المجتمعات المحلية ومقدمي الخدمات غير الرسميين الذين يساعدون المصابين بالعجز على الحصول على الخدمات الصحية</li> <li>إتاحة الفرص للمصابين بالعجز من أجل اكتساب المهارات اللازمة للدفاع عن حقوقهم من أجل التصدي على نحو فعال لتحديات معينة تتعلق بالحصول على الخدمات الصحية</li> </ul>
١-٦ تلبية الاحتياجات الخاصة بالمصابين بالعجز في جميع جوانب إدارة مخاطر الطوارئ الصحية بما في ذلك الوقاية من الطوارئ والتأهب لها والاستجابة لمقتضياتها والتعافي منها	<ul style="list-style-type: none"> <li>دمج العجز في السياسات والتقييمات والخطط والبرامج الخاصة بإدارة مخاطر الطوارئ الصحية</li> <li>إدراج إجراءات إدارة مخاطر الطوارئ في السياسات والخدمات والبرامج الخاصة بالعجز</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>تقديم الإرشادات والدعم التقني من أجل تعزيز القدرات الخاصة بالتعامل مع العجز في إدارة مخاطر الطوارئ الصحية</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>دمج العجز على صعيد إدارة مخاطر الطوارئ في أطر ومنتديات السياسات العالمية والإقليمية والوطنية المتعددة القطاعات والمتعلقة بالصحة</li> <li>إدراج العجز في تقديرات المخاطر وإدراج تدابير خاصة بالعجز في الخدمات الصحية المقدمة في إطار الاستجابة للطوارئ والتعافي منها</li> </ul>

## الغرض ٢: تعزيز وتوسيع نطاق خدمات التأهيل وإعادة التأهيل وتكنولوجيات الإعانة والمساعدة والدعم وخدمات إعادة التأهيل المجتمعية

٣٢- لا يتطلب جميع المصابين بالعجز خدمات التأهيل وإعادة التأهيل وتكنولوجيات الإعانة والمساعدة والدعم وخدمات التأهيل المجتمعي، ولكن العديد منهم يتطلبون ذلك. وعادة ما يكون الحصول على مختلف الخدمات والتكنولوجيات شرطاً أساسياً لكي يتمكن المصابون بالعجز من العمل والمشاركة في الحياة الاجتماعية والحصول على الرعاية الصحية، ولكي يتمكن الأطفال والمراهقون المصابون بالعجز من الالتحاق بالمدارس. ويتمحور تركيز هذه الخدمات حول تمكين الأفراد من المشاركة والاندماج في المجتمع.

٣٣- وتوضح المادة ٢٦ من اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة (التأهيل وإعادة التأهيل) ضرورة اتخاذ الدول الأطراف التدابير الملائمة من أجل تنظيم خدمات وبرامج التأهيل وإعادة التأهيل وتعزيزها والتوسع في نطاقها في مجالات الصحة والتوظيف والتعليم والخدمات الاجتماعية. كما تنص المادة ٢٦ أيضاً على أن الدول الأطراف ستعزز إتاحة الأجهزة وتكنولوجيات الإعاقة المعدة للمصابين بالعجز والخاصة بالتأهيل وإعادة التأهيل، والمعرفة بشأنها واستخدامها فضلاً عن ذلك، فإن المادة ٤ (الالتزامات العامة)، والمادة ٢٠ (التنقل الشخصي) والمادة ٣٢ (التعاون الدولي) تطالب الدول الأطراف والمجتمع الدولي بالاستثمار في تيسير الحصول على تكنولوجيات الإعاقة ذات الجودة، بجعلها متاحة بتكلفة ميسورة على سبيل المثال.

٣٤- ومن شأن التأهيل وإعادة التأهيل أن يحدا من أثر نطاق واسع من الاعتلالات الصحية (مثل الأمراض والإصابات). ويعرّف هذان الإجراءان في التقرير العالمي عن العجز بأنهما "مجموعات من التدابير التي تساعد الأفراد الذين يعانون من العجز أو يحتمل أن يعانون منه، على تحقيق الأداء الأمثل في التفاعل مع البيئة المحيطة بهم، والحفاظ عليه". وينبغي البدء بتنفيذ تدبيرين من قبيل تلكا اللذين يشتملان على الرعاية الطبية والعلاج وتكنولوجيات الإعاقة في أقرب وقت ممكن وإتاحتهما في أقرب مكان ممكن من الأماكن التي يعيش فيها المصابون بالعجز.

٣٥- وتشهد تكنولوجيات الإعاقة تطوراً سريعاً وتشمل أي سلعة أو وحدة من المعدات أو المنتجات سواء تلك التي يتعين الحصول عليها من مصادر تجارية أو التي يتعين تعديلها أو تصميمها خصيصاً، والتي تُستخدم من أجل زيادة القدرات الوظيفية للمصابين بالعجز أو الحفاظ عليها أو تحسينها. وتشمل تكنولوجيات الإعاقة أجهزة تصحيح ضعف البصر، والمعينات السمعية، وطرق الاتصال المعززة والبديلة، وأطر المشي، والكراسي المتحركة، والبديلات مثل الأرجل الصناعية. ويغطي المجال أيضاً تكنولوجيات المعلومات والاتصالات مثل أجهزة الحاسوب، وبرامج قراءة الشاشة والهواتف المصممة خصيصاً. وتلعب تكنولوجيات الإعاقة دوراً مهماً في تمكين المصابين بالعجز من الأداء والمشاركة.

٣٦- وتمكّن خدمات المساعدة والدعم المصابين بالعجز من مزولة أنشطة الحياة اليومية والمشاركة المجتمعية. وهذه الخدمات التي عادة ما تتوفر من خلال أفراد الأسرة والشبكات المجتمعية، وكذلك من خلال مقدمي الخدمات الرسميين، تشمل المساعدة الشخصية، والخدمات الخاصة بالعيش المستقل، وخدمات الرعاية المؤقتة، والترجمة الفورية بلغة الإشارة، والدعم الوظيفي والتعليمي، والمعلومات والمشورة.

٣٧- وفي إمكان برامج إعادة التأهيل المجتمعية أن تقدم خدمات إعادة التأهيل وتكنولوجيات الإعاقة والدعم في البلدان التي تفتقر إلى الموارد وأن تؤدي إلى تمكين المصابين بالعجز وأسرهم. وتقدم المبادئ التوجيهية الصادرة عن المنظمة بهذا الشأن اقتراحات عملية عن كيفية إنشاء الروابط مع الخدمات العامة وتعزيز قدرات هذه الخدمات وتيسير الحصول على الخدمات المحددة.<sup>١</sup>

٣٨- ويعود الاستثمار في التأهيل وإعادة التأهيل وتوفير تكنولوجيات الإعاقة بالفائدة لأنه يؤدي إلى بناء القدرات البشرية، وقد يكون بالغ الأهمية بالنسبة إلى الأشخاص الذين يعانون من أوجه القصور حيث يمكنهم من الأداء على نحو يتيح لهم البقاء في منازلهم أو في مجتمعاتهم المحلية أو العودة إليها، ومن العيش المستقل والانخراط في صفوف التعليم وسوق العمل والحياة المدنية. كما أن في إمكان تلك الاستثمارات الحد من الحاجة إلى خدمات الدعم الرسمية والحد من الزمن والأعباء البدنية المفروضة على مقدمي الرعاية.

٣٩- ولا تتوفر بيانات عالمية بشأن الاحتياجات من خدمات التأهيل وإعادة التأهيل وتكنولوجيات الإعاقة والدعم والمساعدة ونوعية التدابير المقدمة وجودتها، كما لا تتوفر تقديرات لحجم الاحتياجات غير الملبّاة. ولكن

١ منظمة الصحة العالمية. إعادة التأهيل المجتمعي: الدلائل التوجيهية للتأهيل المجتمعي. جنيف، منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٠.

البيانات على الصعيد الوطني تتم عن فجوات واسعة في توفير الخدمات وإتاحتها في العديد من البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل. فعلى سبيل المثال هناك بيانات من أربعة بلدان في جنوب أفريقيا تكشف النقاب عن أن نسبة الأشخاص الذين يتلقون خدمات إعادة التأهيل الطبي الذي يحتاجون إليه تتراوح ما بين ٢٦٪ و ٥٥٪. ويلبي إنتاج المعينات السمعية في الوقت الحاضر نسبة تقل عن ١٠٪ من الاحتياجات العالمية، وفي البلدان النامية تبلغ النسبة الملبأة من الاحتياجات من المعينات السمعية أقل من ٣٪ سنوياً. وقد تزداد الحاجة إلى الخدمات نتيجة لعوامل بيئية مثل الكوارث والنزاعات.

٤٠- وهناك عقبات كبيرة في سبيل توفير خدمات التأهيل وإعادة التأهيل وتكنولوجيات الإعانة والمساعدة والدعم، بما في ذلك عدم تحديد الأولويات؛ وغياب السياسات والخطط؛ وارتفاع التكاليف وغياب آليات التمويل أو عدم كفايتها؛ ونقص أعداد المهنيين المدربين تدريباً ملائماً، وغياب المرافق والمعدات؛ وعدم فعالية نماذج الخدمات وعدم دمج الخدمات وعدم الأخذ باللامركزية (مثل توفير خدمات إعادة التأهيل والتأهيل في منشآت الرعاية الصحية الأولية والثانوية). وعادة ما تقع مراكز إعادة التأهيل والتأهيل الرئيسية في المناطق الحضرية في حين تفتقر المناطق الريفية حتى إلى الخدمات العلاجية الأساسية. وقد يكون السفر من أجل الحصول على خدمات إعادة التأهيل الثانوية أو المتخصصة مكلفاً ويستغرق وقتاً طويلاً، كما أن وسائل المواصلات العامة عادة ما لا تكون ملائمة للأشخاص الذين يعانون من صعوبة التحرك. وقد تواجه النساء صعوبات إضافية أثناء السفر إلى خدمات الرعاية الصحية. كما أن غياب البحث والبيانات عن الاحتياجات والاحتياجات الملابة ونوعية الخدمات المقدمة وجودتها، والتكاليف والفوائد، يحد من تهيئة خدمات إعادة التأهيل والتأهيل الفعالة. فضلاً عن ذلك، فالمشاورات مع المصابين بالعجز ومشاركتهم في توفير خدمات إعادة التأهيل والتأهيل تُعد غير كافية.

٤١- وتمثل أنشطة التأهيل وإعادة التأهيل أنشطة شاملة للقطاعات ويمكن تقديمها من قبل المهنيين الصحيين إلى جانب غيرهم من المتخصصين في مجالات التعليم والتوظيف والرعاية الاجتماعية وغيرها من المجالات. وفي البيئات التي تفتقر إلى الموارد يمكن أن تقدم هذه الخدمات من قبل العاملين غير المتخصصين، مثل العاملين في مجال إعادة التأهيل المجتمعي، فضلاً عن الأسر والأصدقاء والتنظيمات المجتمعية. ورغم أن وزراء الصحة سيضطعون بدور محوري في ضمان إتاحة الخدمات المناسبة والملائمة التوقيت والميسورة التكلفة والعالية الجودة، فمن الأهمية الإقرار بالروابط مع الوزارات الأخرى وتحديدها، مثل وزارة الرعاية الاجتماعية (التي يمكنها أن توفر الأجهزة المساعدة أو الدعم للخدمات والمعدات)، ووزارة العمل (لتوفير إعادة التأهيل المهني)، ووزارة التعليم (لتدريب العاملين). وعادة ما تسهم الكيانات غير الحكومية بما في ذلك المنظمات الدينية وشركات القطاع الخاص إسهاماً كبيراً في توفير خدمات إعادة التأهيل والتأهيل. وتضطلع الحكومات بدور مهم في تحديد الآلية التي يمكن تنسيق هذه الخدمات من خلالها وتنظيمها على صعيد القطاعات والشركاء.

٤٢- ويُعد التأهيل وإعادة التأهيل من الأنشطة الطوعية، ومع ذلك فقد يحتاج بعض الأفراد إلى الدعم في اتخاذ القرار بشأن الاختيارات المتعلقة بالعلاج. وفي جميع الأحوال فإن خدمات التأهيل وإعادة التأهيل والمساعدة والدعم وإعادة التأهيل المجتمعي ينبغي أن تؤدي إلى تمكين المصابين بالعجز وأفراد أسرهم. وتُعد المشاركة النشطة واتخاذ القرار من جانب المصابين بالعجز وأسر الأطفال المصابين بالعجز جزءاً لا يتجزأ من نجاح خدمات التأهيل وإعادة التأهيل والمساعدة والدعم.

**الغرض ٢: تعزيز وتوسيع نطاق خدمات التأهيل وإعادة التأهيل وتكنولوجيات الإعانة والمساعدة والدعم وخدمات إعادة التأهيل المجتمعية**

بيانات النجاح	وسيلة التحقق	مؤشرات النجاح
وجود التشريعات والسياسات واللوائح الخاصة بإعادة التأهيل والتأهيل والخدمات المجتمعية، والتي تتماشى مع مبادئ اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة	استخدام التصنيف الدولي الموحد للمهن والمسوحات التي نفذتها المنظمات المهنية  البيانات التي ستُجمع من خلال المخبرين الرئيسيين في وزارات الصحة والمجتمع المدني/ المنظمات المعنية بالمصابين بالعجز، وتتولى الأمانة معالجتها عند خط الأساس وبعد ٥ و ١٠ سنوات (المؤشر ٢-٣)	١-٢ نسبة %× من البلدان لديها سياسات وطنية بشأن التأهيل وإعادة التأهيل والخدمات أو البرامج المجتمعية المتعلقة بالمصابين بالعجز  ٢-٢ عدد خريجي المؤسسات التعليمية لكل ١٠.٠٠٠ نسمة، حسب مستوى التعليم ومجاله (من قبيل طب إعادة التأهيل البدني والعلاج الطبيعي والعلاج الوظيفي والبديلات والمقاوم)
	استخدام المسوحات الخاصة بالعجز مثل المسح النموذجي لحالات العجز للمنظمة (المؤشر ٢-٤)	٢-٣ نسبة السكان الذين تغطيهم خدمات إعادة التأهيل المجتمعي أو غيرها من الخدمات المجتمعية  ٢-٤ نسبة المصابين بالعجز الذين يحصلون على تكنولوجيات الإعانة التي يحتاجون إليها (على سبيل المثال المعينات السمعية و/ أو أجهزة تصحيح ضعف البصر و/ أو البديلات و/ أو المقاوم)

مداخلات مقترحة للشركاء الدوليين والوطنيين	مدخلات للأمانة	مدخلات مقترحة للدول الأعضاء	إجراءات بشأن الغرض ٢
<ul style="list-style-type: none"> <li>المشاركة على نحو مباشر في وضع السياسات والاستراتيجيات والخطط</li> <li>توفير المدخلات والدعم التقني للبلدان التي ستبدأ في تقديم خدمات إعادة التأهيل والتأهيل أو في توسيع نطاقها</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>توفير الإرشادات التقنية؛ ووضع الصيغة النهائية للمبادئ التوجيهية المستندة بالبيانات بشأن إعادة التأهيل المتعلق بالصحة ونشرها</li> <li>توفير الإرشادات والدعم التقني لبناء القدرات داخل وزارات الصحة وغيرها من القطاعات ذات الصلة من أجل وضع التشريعات والسياسات والاستراتيجيات والخطط وتنفيذها ورصدها</li> <li>استضافة الأحداث الإقليمية بشأن وضع و/ أو تعزيز خطط العمل الإقليمية الخاصة بإعادة التأهيل</li> <li>توفير الدعم لإجراء تحاليل الحالة الوطنية</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>وضع أو تنقيح التشريعات والسياسات والمعايير وآليات التنظيم الخاصة بالتأهيل وإعادة التأهيل، وتكنولوجيات الإعانة، وخدمات الدعم والمساعدة المجتمعية، وإعادة التأهيل المجتمعي والاستراتيجيات المتعلقة بها</li> <li>إجراء تحاليل الحالة من أجل إرشاد السياسات والتخطيط</li> <li>إذكاء الوعي بشأن إعادة التأهيل والتأهيل وإنشاء الآليات الخاصة بتخطيط القطاع الوطني وتنسيقه وتمويله</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>١-٢ توفير القيادة وتصريف الشؤون من أجل وضع وتعزيز السياسات والاستراتيجيات والخطط بشأن التأهيل وإعادة التأهيل، وتكنولوجيات الإعانة، وخدمات الدعم والمساعدة، وإعادة التأهيل المجتمعي والاستراتيجيات المتعلقة بها</li> </ul>

مدخلات مقترحة للشركاء الدوليين والوطنيين	مدخلات للأمانة	مدخلات مقترحة للدول الأعضاء	إجراءات بشأن الغرض ٢
	والإقليمية التي يمكن استخدام نتائجها في تصميم الخطط الرامية إلى تعزيز تقديم الخدمات		
<ul style="list-style-type: none"> <li>تشجيع الريادة الوطنية من أجل زيادة تخصيص الموارد لإعادة التأهيل</li> <li>توفير الدعم المالي من خلال التعاون الدولي، بما في ذلك في حالة الأزمات الإنسانية</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>توفير الإرشادات المسندة بالبيّنات بشأن آليات تمويل إعادة التأهيل لوزارات الصحة وغيرها من القطاعات ذات الصلة وأصحاب المصلحة، وذلك بالتعاون مع الوكالات الأخرى المعنية</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>إنشاء أو تعزيز آليات التمويل من أجل زيادة التغطية بخدمات التأهيل وإعادة التأهيل وتكنولوجيات الإعانة الميسورة التكلفة ومدى إتاحتها</li> <li>وقد تشمل هذه الآليات مزيجاً مما يلي، حسب الظروف الخاصة بكل بلد من البلدان:</li> <li>التمويل العام الموجه إلى المصابين بالعجز مع إعطاء الأولوية لعناصر إعادة التأهيل والتأهيل الأساسية، بما في ذلك تكنولوجيات الإعانة، وللأشخاص غير القادرين على الدفع</li> <li>تعزيز الإتاحة المنصفة لإعادة التأهيل من خلال تغطية التأمين الصحي والاجتماعي</li> <li>إعادة تخصيص الموارد الحالية وإعادة توزيعها</li> <li>توفير الدعم من خلال التعاون الدولي، على سبيل المثال في حالة الأزمات الإنسانية</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>٢-٢ توفير الموارد المالية الكافية لضمان توفير خدمات التأهيل وإعادة التأهيل وتكنولوجيات الإعانة الملائمة</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>وضع المعايير الخاصة بالتدريب لمختلف أنواع العاملين في مجال إعادة التأهيل ومستوياتهم</li> <li>بناء القدرات الخاصة بالتدريب وفقاً للخطط الوطنية للشؤون الصحية وخدمات إعادة التأهيل والتأهيل</li> <li>تنفيذ التدابير الرامية إلى تحسين استقدام العاملين المتخصصين في إعادة التأهيل والتأهيل</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>توفير الإرشادات المسندة بالبيّنات لوزارات الصحة وغيرها من القطاعات المعنية وأصحاب المصلحة بشأن استقدام الموظفين وتدريب العاملين في مجال إعادة التأهيل واستبقائهم</li> <li>توفير الدعم التقني اللازم لإسناد وزارات الصحة وغيرها من القطاعات المعنية وأصحاب المصلحة من</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>صياغة الخطط الصحية وخطط إعادة التأهيل والتأهيل الوطنية وتنفيذها من أجل زيادة أعداد الموارد البشرية وقدراتها - من كلا الجنسين - في مجال إعادة التأهيل</li> <li>تحسين ظروف العمل والأجور وفرص العمل من أجل اجتذاب العاملين في مجال إعادة التأهيل والتأهيل واستبقائهم</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>٣-٢ تنمية قدرات قوى عاملة مستدامة في مجال التأهيل وإعادة التأهيل واستبقاء هذه القوى العاملة كجانب من استراتيجية صحية أوسع نطاقاً</li> </ul>

مدخلات مقترحة للشركاء الدوليين والوطنيين	مدخلات للأمانة	مدخلات مقترحة للدول الأعضاء	إجراءات بشأن الغرض ٢
<p>واستبقائهم ولاسيما في المناطق الريفية والمناطق النائية</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>تدريب العاملين الصحيين من غير المتخصصين في مجال العجز وإعادة التأهيل والتأهيل وفقاً لأدوارهم ومسؤولياتهم</li> </ul>	<p>أجل بناء قدرات مقدمي خدمات التدريب ووضع المعايير الخاصة بالتدريب</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>تصميم باقة تدريبية إلكترونية بشأن التأهيل المجتمعي من أجل تعزيز القوى العاملة ولاسيما على صعيد المجتمعات المحلية</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>وضع المعايير الوطنية الخاصة بالتدريب لمختلف أنواع العاملين في مجال إعادة التأهيل ومستوياتهم، التي تتيح التطور المهني والتعليم المستمر على صعيد المستويات كافة</li> <li>تدريب العاملين الصحيين على الكشف المبكر عن الأشخاص الذين في إمكانهم الاستفادة من التأهيل وإعادة التأهيل وخدمات الدعم والمساعدة، وعلى تقييم هؤلاء الأشخاص وإحالتهم إلى تلك الخدمات</li> </ul>	
<p>العمل مع وزارات الصحة على توسيع وتعزيز توفير خدمات إعادة التأهيل والتأهيل بما يتماشى مع الخطط الوطنية</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>الترويج لإعادة التأهيل المستند إلى المجتمع المحلي كاستراتيجية فعّالة لدعم الأشخاص ذوي الإعاقة وتيسير وصولهم إلى خدمات إعادة التأهيل</li> <li>توفير الدعم التقني والمالي من أجل ضمان توفير برامج إعادة التأهيل المستندة إلى المجتمع المحلي الجيدة النوعية وصيانة الشبكات القائمة على المستويين العالمي والإقليمي وعلى المستوى القطري</li> <li>العمل مع أصحاب المصلحة ذوي الصلة من أجل إقامة وتبسيط نظم إحالة بغية ضمان أن الأشخاص ذوي الإعاقة يتوافر لهم طيلة العمر ما يحتاجونه من خدمات على كل مستوى من مستويات النظام الصحي</li> </ul>	<p>دعم البلدان في إدماج خدمات التأهيل وإعادة التأهيل في النظام الصحي مع التركيز على لامركزية الخدمات على المستوى الأولي/ المجتمعي</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>استحداث أدوات وبرامج تدريبية ذات صلة من أجل تطوير وتعزيز خدمات التأهيل وإعادة التأهيل بما في ذلك للأطفال</li> <li>توفير إرشادات تقنية للبلدان التي ترغب في تطوير أو تعزيز برامج إعادة التأهيل المستندة إلى المجتمع المحلي</li> <li>دعم إنشاء قاعدة بيانات عالمية بشأن برامج إعادة التأهيل المستندة إلى المجتمع المحلي لبيان المواضيع التي تُنفذ فيها البرامج وإقامة شبكة عالمية ذات صلة تزود البرامج المدرجة في قاعدة البيانات بالمعلومات والتدريب والدعم</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>استعراض خدمات وبرامج إعادة التأهيل والتأهيل القائمة وأجراء التغييرات اللازمة لتحسين التغطية والكفاءة والفعالية</li> <li>إدماج خدمات إعادة التأهيل والتأهيل مع البنية التحتية الصحية والاجتماعية والتعليمية القائمة</li> <li>استخدام إعادة التأهيل المستندة إلى المجتمع المحلي كاستراتيجية لاستكمال وتعزيز توفير خدمات التأهيل وإعادة التأهيل القائمة وخاصة في البلدان التي تُتاح فيها خدمات قليلة</li> <li>إنشاء آليات من أجل التنسيق الفعال بين مختلف مقدمي خدمات إعادة التأهيل والتأهيل ومستويات نظام الرعاية الصحية</li> <li>العمل مع مجموعة متنوعة من أصحاب المصلحة من أجل ضمان الخدمات للأطفال ذوي الإعاقة والتنسيق بين الوكالات المسؤولة</li> </ul>	<p>٢-٤ توسيع وتعزيز خدمات التأهيل وإعادة التأهيل من أجل ضمان التكامل، عبر سلسلة الرعاية، مع المستويات الأولية والثانوية والمتخصصة من نظام الرعاية الصحية، والوصول المنصف، بما في ذلك الخدمات التدخلية التي تُوفّر مبكراً وفي الوقت المناسب للأطفال ذوي الإعاقة</p>

مدخلات مقترحة للشركاء الدوليين والوطنيين	مدخلات للأمانة	مدخلات مقترحة للدول الأعضاء	إجراءات بشأن الغرض ٢
<ul style="list-style-type: none"> <li>توفير الدعم التقني والمالي للدول الأعضاء من أجل بناء القدرة على استحداث وتعزيز توفير التكنولوجيات المساعدة</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>إعداد ونشر إرشادات مستندة إلى البيانات بشأن توفير التكنولوجيات المساعدة واستخدامها</li> <li>توفير الدعم التقني للدول الأعضاء من أجل بناء القدرة على استحداث وتعزيز توفير التكنولوجيات المساعدة واستخدامها</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>إدراج توفير التكنولوجيات المساعدة في السياسات والاستراتيجيات والخطط الخاصة بالصحة وإعادة التأهيل والتأهيل وسائر القطاعات الأخرى ذات الصلة، مع إرفاق الدعم اللازم في إطار الميزانية</li> <li>تصميم مجموعة متنوعة من آليات وبرامج التمويل، مثل نظم الاستئجار</li> <li>تعريف معايير توفير التكنولوجيا المساعدة</li> </ul>	<p>٢-٥ إتاحة تكنولوجيات مساعدة مناسبة تتسم بكونها مأمونة وجيدة النوعية وميسورة التكلفة</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>الدعوة إلى وضع أطر سياساتية لضمان توفير خدمات المساعدة والدعم بفعالية</li> <li>دعم القيادة الوطنية في تحديد وتأمين الموارد التقنية والمالية اللازمة لخدمات المساعدة والدعم</li> <li>توفير المدخلات التقنية/الدعم من أجل ضمان إمكانية وصول الأشخاص ذوي الإعاقة وأفراد أسرهم و/أو من يقومون على رعايتهم بصورة غير رسمية إلى الدعم المجتمعي</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>الدعوة إلى اتباع الإرشادات التقنية وتوفيرها بشأن تصميم وتنفيذ الأطر السياساتية المناسبة</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>الإسهام في وضع خطط تدعم خدمات المساعدة والدعم المستندة إلى المجتمع المحلي، بما في ذلك ما يكفي من الموارد البشرية والتمويل عندما تتعرض المؤسسات للإغلاق</li> <li>تعزيز خدمات الإحالة بين خدمات إعادة التأهيل والتأهيل وخدمات المساعدة والدعم</li> </ul>	<p>٢-٦ الترويج للوصول إلى مجموعة متنوعة من خدمات المساعدة والدعم ودعم المعيشة المستقلة والإدماج الكامل في المجتمع</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>الدعوة إلى إدماج الأشخاص ذوي الإعاقة وأسرهم و/أو من يقومون على رعايتهم في جميع جوانب تطوير وتدعيم خدمات إعادة التأهيل والتأهيل</li> <li>الترويج لأهمية من يقدمون الرعاية بصورة غير رسمية في حياة الأشخاص ذوي الإعاقة، وأهمية تعزيز صحتهم ورفاههم</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>الترويج لإدراك وفهم حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة ودور الأسر و/أو من يقدمون الرعاية بصورة غير رسمية</li> <li>صيانة وتدعيم الشراكات مع المنظمات والرابطات التي تمثل الأشخاص ذوي الإعاقة وأسرهم و/أو من يقومون على رعايتهم بصورة غير رسمية</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>إدراج الأشخاص ذوي الإعاقة وأفراد أسرهم و/أو من يقومون على رعايتهم بصورة غير رسمية في جميع جوانب تطوير وتعزيز إعادة التأهيل والتأهيل وخدمات الدعم والمساعدة</li> <li>التعاون مع قطاعات أخرى غير قطاع الصحة من أجل ضمان توفير الدعم المناسب لمن يقدمون الرعاية بصورة غير رسمية، ومعظمهم من النساء</li> </ul>	<p>٢-٧ إشراك الأشخاص ذوي الإعاقة وأفراد أسرهم و/أو من يقومون على رعايتهم بصورة غير رسمية ودعمهم وبناء قدراتهم من أجل دعم المعيشة المستقلة والإدماج الكامل في المجتمع</p>

### الغرض ٣: تعزيز جمع البيانات ذات الصلة والقابلة للمقارنة دولياً عن العجز ودعم البحوث المتعلقة بحالات العجز والخدمات ذات الصلة

٤٣- البيانات والبحوث الجيدة النوعية بشأن العجز ضرورية لتوفير الأساس للسياسات والبرامج وتخصيص الموارد بفعالية. وهي مهمة أيضاً لتعميق فهم القضايا المتصلة بالعجز وإيجاد طرق ناجحة لإزالة العوائق ولضمان إمكانية مشاركة الأشخاص ذوي الإعاقة في المجتمع وإسهامهم فيه على قدم المساواة.

٤٤- بيد أنه ليس هناك ما يكفي من البيانات الدقيقة والقابلة للمقارنة والبحوث المتعلقة بالعجز ونظم الرعاية الصحية على الصعيد الوطني والعالمي. فثمة بيانات تُجمع عن الوفيات، ولكن هناك نقص في البيانات الخاصة بالسياسات فيما يتعلق بتأدية الوظائف والعجز. ففي كثير من الأحيان، لا تجمع نظم جمع البيانات الوطنية، التي قد تشمل تعدادات السكان والاستقصاءات السكانية وسجلات البيانات الإدارية، بيانات عن العجز. وكثيراً ما يُستبعد الأشخاص ذوو الإعاقة من التجارب التي تلتصق ببيانات علمية على حصائل التدخلات الصحية. ويُشكل نقص البيانات عقبة مهمة في سبيل اتخاذ القرارات، مما يؤثر بدوره على إمكانية وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى الرعاية الصحية الأساسية والخدمات المتخصصة.

٤٥- وتشمل البيانات اللازمة لتدعيم نظم الرعاية الصحية: عدد الأشخاص ذوي الإعاقة وحالتهم؛ والعوائق الاجتماعية والبيئية التي تعترضهم، بما في ذلك التمييز؛ ومدى استجابة نظم الرعاية الصحية للأشخاص ذوي الإعاقة؛ واستخدام خدمات الرعاية الصحية من جانب الأشخاص ذوي الإعاقة؛ ومدى الرعاية اللازمة لهم، الملبي منها وغير الملبي على السواء.

٤٦- وعلى الصعيد الدولي، يحتاج الأمر إلى وضع منهجيات لجمع البيانات عن العجز واختبار هذه المنهجيات عبر الثقافات وتطبيقها على نحو متسق. وهناك حاجة إلى أدوات لتصنيف البيانات المتعلقة بالأشخاص ذوي الإعاقة. ويتعين أن تكون البيانات موحدة وقابلة للمقارنة دولياً من أجل التمكن من تحديد المعايير ورصد التقدم المحرز على الصعيد الوطني والدولي بشأن السياسات الخاصة بالعجز وبشأن تنفيذ مبادئ اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة. وينبغي على الصعيد الوطني إدراج العجز في عملية جمع البيانات وتحليل البيانات الخاصة بالعجز واستخدامها وفي رسم السياسات والتخطيط. ويُمكن باستخدام تعاريف للعجز، استناداً إلى التصنيف الدولي لتأدية الوظائف والعجز والصحة، بما في ذلك الصيغة الخاصة بالأطفال والشباب، الحصول على بيانات قابلة للمقارنة دولياً. ويُمكن أن يكون إدراج وحدة خاصة بالعجز في استقصاءات العينات القائمة نهجاً فعالاً للتكلفة وكفوئاً لتوليد بيانات عن الأشخاص ذوي الإعاقة. وينبغي للاستقصاءات المخصصة، مثل استقصاء العجز النموذجي الذي تقوم الأمانة بإعداده، أن توفر معلومات شاملة عن خصائص العجز ذات الصلة بصوغ السياسات، مثل معدل الانتشار، والأحوال الصحية المرتبطة بالعجز، واستخدام الخدمات والحاجة إليها، ونوعية الحياة، والفرص، والاحتياجات من حيث إعادة التأهيل والتأهيل. ومن المهم تصنيف هذه البيانات أكثر من ذلك تبعاً للجنس أو السن أو الدخل أو المهنة للكشف عن الأنماط والاتجاهات وسائر المعلومات عن "المجموعات الفرعية" من الأشخاص ذوي الإعاقة. ويُمكن لجمع البيانات الإدارية أن يوفر معلومات محددة عن المستخدمين وأنواع الخدمات ومقدارها وتكلفتها.

٤٧- وينبغي اختيار المجالات ذات الأولوية في البحوث المتعلقة بالصحة على أساس السياقات القطرية، وقد تشمل قياس العجز ومحدداته؛ وتحديد العوائق التي تعترض توفير الرعاية الصحية وإعادة التأهيل والتأهيل والتكنولوجيا المساعدة واستراتيجيات التغلب عليها؛ وعوامل النجاح في تدخلات تعزيز الصحة لفائدة الأشخاص ذوي الإعاقة؛ والوقاية من الاعتلالات الثانوية؛ والاكتشاف المبكر للمشاكل الصحية وإحالتها من خلال الرعاية الصحية الأولية؛ والصلة بين احتياجات إعادة التأهيل والتأهيل وتلقي الخدمات والحصائل الصحية (تأدية الوظائف ونوعية الحياة) والتكاليف؛ ونماذج توفير الخدمات ونهوج تطوير الموارد البشرية وطرائق التمويل؛ وفعالية تكلفة تدابير إعادة التأهيل، بما في ذلك برامج إعادة التأهيل المستندة إلى المجتمع المحلي. وينبغي للبحوث



الخاصة بالإعاقة أن تتضمن الأشخاص ذوي الإعاقة، كما ينبغي وضع البرامج البحثية بمشاركة نشطة من الأشخاص ذوي الإعاقة أو المنظمات التي تمثلهم.

الغرض ٣: تعزيز جمع البيانات ذات الصلة والقابلة للمقارنة دولياً عن العجز ودعم البحوث المتعلقة بحالات العجز والخدمات ذات الصلة		
مؤشرات النجاح	وسيلة التحقق	بيئات النجاح
١-٣ نسبة % من البلدان تجمع معلومات شاملة <sup>١</sup> عن العجز	استجابات الحكومات	عدد البلدان التي توجد لديها أداة رصد صالحة وجديرة بالثقة توفر بيانات قابلة للمقارنة دولياً عن الحالة الصحية والاجتماعية للأشخاص ذوي الإعاقة
٢-٣ نسبة % من البلدان توفر منح بحثية لتمويل البحوث الخاصة بالعجز	تقديم التقارير الوطنية من وزارات الصحة والتعليم أو مراكز الامتياز الوطنية أو الهيئات الأكاديمية	تواتر جمع البيانات وتصنيفها تبعاً لما إذا كان ذلك جرى خلال السنوات الخمس السابقة أو قبل ذلك برامج تمويل البحوث، حيثما وجدت، التي توفر الموارد للبحوث الخاصة بالعجز

إجراءات بشأن الغرض ٣	مدخلات مقترحة للدول الأعضاء	مدخلات للأمانة	مدخلات مقترحة للشركاء الدوليين والوطنيين
١-٣ تحسين جمع البيانات عن العجز من خلال استحداث وتطبيق استقصاء نموذجي موحد بشأن العجز	<ul style="list-style-type: none"> <li>تنفيذ أدوات صالحة وجديرة بالثقة متسقة مع التصنيف الدولي لتأدية الوظائف والعجز والصحة من أجل السماح بجمع البيانات عن العجز وتحسينه</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>استحداث أدوات مستتدة إلى البيانات للمساعدة على جمع البيانات عن العجز وتعزيزه، بما في ذلك استقصاء نموذجي بشأن العجز</li> <li>وضع إرشادات بشأن إشراك الأشخاص ذوي العجز في جمع البيانات عن العجز وتحليلها واستخدامها</li> <li>توفير الدعم التقني للدول الأعضاء من أجل بناء القدرة على جمع البيانات المتعلقة بالعجز وتحليلها واستخدامها من خلال استحداث التدريب وتنفيذه</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>توفير الدعم التقني والمالي للأمانة من أجل المساعدة على استحداث أدوات لجمع البيانات عن العجز</li> <li>توفير الدعم التقني والمالي للدول الأعضاء لتحسين قدرتها على جمع البيانات عن العجز</li> </ul>

١ المعرفة باعتبارها جميع مجالات تأدية الوظائف (حالات القصور في الوظائف البدنية والهيكل البدني) المتعلقة بالاعتلالات الصحية والعوامل البيئية. ويلاحظ أن غالبية الجهود الرامية إلى جمع المعلومات عن العجز منذ عام ٢٠٠٠ لا تأخذ العوامل البيئية في الاعتبار؛ وقد جمع ٥٥ بلداً بيانات عن جميع المجالات الأخرى. ويتمثل خيار آخر في استحداث دليل (على سبيل المثال، نقطة واحدة لكل مجال من مجالات تأدية الوظائف والاعتلالات الصحية والعوامل البيئية بحد أقصى قدره خمس نقاط).

مدخلات مقترحة للشركاء الدوليين والوطنيين	مدخلات للأمانة	مدخلات مقترحة للدول الأعضاء	إجراءات بشأن الغرض ٣
<ul style="list-style-type: none"> <li>توفير الدعم التقني والمالي للدول الأعضاء التي تستحدث و/ أو تُصلح نظمها الوطنية لجمع البيانات بغية تعزيز المكوّن الخاص بالعجز</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>توفير الإرشادات التقنية لدعم الدول الأعضاء في استحداث و/ أو إصلاح نظمها الوطنية لجمع البيانات، بما في ذلك نظم المعلومات الصحية، بغية تعزيز المكوّن الخاص بالعجز</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>تضمين العجز في النظم الوطنية لجمع البيانات وتوفير البيانات مصنّفة تبعاً للجنس والسن</li> <li>تعزيز البيانات الإدارية والخدمات الخاصة بالعجز، بما في ذلك حفظ السجلات داخل النظم الصحية المصنّفة تبعاً للجنس والسن</li> </ul>	<p>٢-٣ إصلاح النظم الوطنية لجمع البيانات، بما في ذلك نظم المعلومات الصحية، من أجل إدراج البيانات الخاصة بالعجز مصنّفة تبعاً للجنس والسن بصورة روتينية استناداً إلى التصنيف الدولي لتأديدة الوظائف والعجز والصحة</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>دعم الدول الأعضاء والأمانة لإجراء البحوث بشأن المسائل الخاصة بالعجز ذات الأولوية</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>إعداد إرشادات مستندة إلى البيانات ونشرها وتوزيعها من أجل الدول الأعضاء والشركاء بشأن المسائل الخاصة بالعجز ذات الأولوية (مثل رصد وتقييم إعادة التأهيل المستندة إلى المجتمع المحلي)</li> <li>التعاون مع الشركاء في مجال البحوث لرعاية البحوث بشأن المسائل الخاصة بالعجز ذات الأولوية (مثل العجز المتعلق بالأمراض غير السارية)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>العمل مع وكالات تمويل البحوث من أجل الترويج للعجز كمسألة ذات أولوية</li> <li>دعم البحوث بشأن المسائل الخاصة بالعجز ذات الأولوية (مثل الاحتياجات إلى الخدمات والمستوفاة، والعوائق التي تعرّض تقديم الخدمات، والحصائل الصحية وحصائل إعادة التأهيل)، مع نشر النتائج وتطبيقها في مجال رسم السياسات والتخطيط</li> </ul>	<p>٣-٣ تعزيز البحوث بشأن المسائل الخاصة بالعجز ذات الأولوية، مع التركيز بشكل خاص على الأغراض الرئيسية لخطة العمل هذه</p>

مدخلات مقترحة للشركاء الدوليين والوطنيين	مدخلات للأمانة	مدخلات مقترحة للدول الأعضاء	إجراءات بشأن الغرض ٣
<ul style="list-style-type: none"> <li>• توفير الدعم التقني والمالي للدول الأعضاء والمجتمع المدني من أجل استحداث استراتيجيات لتدعيم قدرة الموارد البشرية وبنائها في مجال البحوث الخاصة بالعجز</li> <li>• إتاحة فرص للتعلم والبحوث عن طريق ربط الجامعات في البلدان المنخفضة الدخل بالجامعات في البلدان المرتفعة الدخل والمتوسطة الدخل</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• التعاون مع الدول الأعضاء والشركاء الوطنيين والدوليين الرئيسيين من أجل استحداث استراتيجيات لتدعيم قدرة الموارد البشرية وبنائها في مجال البحوث الخاصة بالعجز</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• استحداث وتنفيذ استراتيجية لتدعيم قدرة الموارد البشرية وبنائها (بما في ذلك الأشخاص ذوي الإعاقة) في مجال البحوث الخاصة بالعجز</li> <li>• التعاون مع المؤسسات التعليمية والتدريبية الرئيسية (الوطنية والدولية على السواء) من أجل تدعيم قدرة الموارد البشرية وبنائها في مجال البحوث الخاصة بالعجز</li> <li>• ضمان إمكانية وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى ما يحتاجونه من تدريب للتأثير في البرامج البحثية ولكي يصبحوا هم أنفسهم باحثين</li> </ul>	<p>٣-٤ تدعيم قدرة الموارد البشرية وبنائها في مجال البحوث الخاصة بالعجز في مجموعة متنوعة من التخصصات</p>

## الملحق ٤

### صحة المواليد: خطة العمل

#### كل مولود: خطة عمل من أجل وضع حد للوفيات التي يمكن تلافيها<sup>١</sup>

[ج ٢١/٦٧ و ج ٢١/٦٧ تصويب ١ - ٢ و ١٣ أيار/ مايو ٢٠١٤]

١- على الرغم من إحراز تقدم ملحوظ في العقود الأخيرة للحد من عدد وفيات الأطفال بأرجاء العالم كافة فإن معدل وفيات الأطفال حديثي الولادة لم ينخفض في العالم إلا بوتيرة أبطأ برغم أنه يجري تلافي نسبة كبيرة من وفيات المواليد. وثمة فرص لم يسبق لها مثيل لتحسين صحة المواليد، فالمعارف اليوم آخذة في التزايد بشكل كبير عن فعالية التدخلات وقنوات تقديم الخدمات والنهج المتبعة في تسريع عجلة التغطية وتحسين نوعية الرعاية. وتعهد مؤخراً الكثير من الحكومات والشركاء بالتزامات متجددة بشأن إنقاذ حياة الرضع حديثي الولادة استجابة للاستراتيجية العالمية للأمن العام للأمم المتحدة لصحة المرأة والطفل والمبادرة المصاحبة لها بعنوان كل امرأة، كل طفل، وللتوصيات المقدمة من اللجنة المعنية بالإعلام والمساءلة في مجال صحة المرأة والطفل<sup>٢</sup> ولجنة الأمم المتحدة المعنية بالسلع الأساسية اللازمة لإنقاذ أرواح النساء والأطفال<sup>٣</sup>. وقد أثارت هذه الاستجابة مبادرة أطلقها العديد من أصحاب المصلحة تقترح على الأوساط الصحية العالمية وضع خطة عمل عالمية.

#### إعداد خطة العمل

٢- استُرشِد في إعداد خطة العمل الخاصة بصحة المواليد بمشورة الخبراء والشركاء وبقيادة منظمة الصحة العالمية (المنظمة) ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) وبحصيلة العديد من المشاورات بين أصحاب المصلحة المتعددين في مختلف المحافل العالمية والإقليمية.

٣- واضطلع عقب ذلك بعملية تشاور أخرى مع الدول الأعضاء، ولاسيما فيما يخص الأهداف والإجراءات المقترحة بشأن التوجهات الاستراتيجية الخمسة لخطة العمل وما يتصل بها من غايات، وذلك من خلال اجتماع عالمي واحد واجتماعين إقليميين آخرين عقدها أصحاب المصلحة. وإضافة إلى ذلك نُشرت مسودة خطة العمل على موقع المنظمة الإلكتروني في كانون الأول/ ديسمبر ٢٠١٣ لكي تتشاور بصددها الدول الأعضاء وسائر أصحاب المصلحة قبل انعقاد دورة المجلس التنفيذي الرابعة والثلاثين بعد المائة. وقد أحاط المجلس علماً في تلك الدورة بالعملية المقترحة بشأن مواصلة وضع مسودة خطة العمل<sup>٤</sup>.

١ انظر القرار جص ع ٦٧-١٠. المشار إليه أدناه بوصفه خطة العمل الخاصة بصحة المواليد.

٢ اللجنة المعنية بالإعلام والمساءلة في مجال صحة المرأة والطفل. الوفاء بالوعد، قياس النتائج. جنيف: منظمة الصحة العالمية، ٢٠١١.

٣ تقرير لجنة الأمم المتحدة المعنية بالسلع الأساسية اللازمة لإنقاذ أرواح النساء والأطفال: أيلول/ سبتمبر ٢٠١٢. نيويورك: الأمم المتحدة، ٢٠١٢.

٤ انظر المحاضر الموجزة للمجلس التنفيذي في دورته الرابعة والثلاثين بعد المائة، الجلسة الرابعة، الفرع ٤ والجلسة السابعة (الوثيقة مت ١٣٤/٢٠١٤/٢ سجلات/٢) (بالإنكليزية).

٤- وأُجريت المشاورة اللاحقة على شبكة الإنترنت حسبما بيّنته الوثيقة مت ١٧/١٣٤ إضافة ١، وأُرسلت في ٤ شباط/فبراير ٢٠١٤ مذكرة شفوية إلى الدول الأعضاء تبيّن وقائع تلك العملية وتدعو إلى التعليق عليها. وإضافة إلى ذلك نُشرت على نطاق واسع معلومات عن المشاورة التي أُجريت على شبكة الإنترنت من خلال وسائط الإعلام الاجتماعية وشبكات التواصل الاجتماعي فيما يتعلق بالصحة الإنجابية وصحة الأم والوليد والطفل، وذلك تشجيعاً لإرسال الردود على أوسع نطاق ممكن.

٥- وبحلول الموعد النهائي في ٢٨ شباط/فبراير ٢٠١٤ ورد أكثر من ٣٠٠ تعليق، منها ردود من ٤٣ جهة من الجهات الفاعلة الدول، و٢٣ رابطة مهنية، و١٠٢ منظمة من المنظمات غير الحكومية والعديد من الأفراد. وأخذت الأمانة هذه التعليقات في حسابها لدى تنفيذها لمسودة خطة العمل.

٦- وتزوّد "خطة العمل الخاصة بصحة المواليد" الدول الأعضاء وسائر أصحاب المصلحة بأهداف وإجراءات واضحة، كما تقترح مؤشرات يمكن استخدامها لتقييم التقدم المحرز في تنفيذ خطة العمل ونتائجها على حد سواء.

### معلومات أساسية

٧- انخفض في العقود الأخيرة عدد وفيات الأطفال في جميع أنحاء العالم انخفاضاً ملحوظاً، وهو أمر يُرَدّ إلى حد كبير إلى التدخلات المنفذة بشأن خفض معدل الوفيات في أعقاب الشهر الأول من الولادة. وانخفض كذلك على الصعيد العالمي معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة بنسبة ٥٠٪ تقريباً (من ٩٠ حالة وفاة لكل ١٠٠٠ مولود حي في عام ١٩٩٠ إلى ٤٨ حالة لكل ١٠٠٠ مولود حي في عام ٢٠١٢)، على أن معدل وفيات الأطفال حديثي الولادة لم ينخفض إلا بنسبة ٣٧٪ (من ٣٣ حالة إلى ٢١ حالة وفاة لكل ١٠٠٠ مولود حي) خلال الفترة نفسها ومثلت في عام ٢٠١٢ نسبة ٤٤٪ من إجمالي عدد وفيات الأطفال.<sup>١</sup>

٨- وثمة وفيات كثيرة بين المواليد يمكن تلافيها والوقاية منها إذا ما نُفّذت الإجراءات الواردة في هذه الخطة وتحققت أهدافها وغاياتها. وتستند خطة العمل إلى بيانات تثبت النجاح من الأعمال. وهي تسلّم بأن بقاء المولود على قيد الحياة علامة حساسة تدل على استجابة النظام الصحي لأضعف فئات المواطنين، وتدعو جميع أصحاب المصلحة إلى تحسين إتاحة خدمات الرعاية الصحية ونوعيتها أمام النساء والمواليد في إطار تقديم خدمات الرعاية المتواصلة التي تمتد اعتباراً من فترة ما قبل الحمل وخلالها وإلى مرحلتَي الطفولة والمراهقة.

٩- وترسم خطة العمل رؤية تصور فيها عالماً خالياً من الوفيات أو حالات الإملاص التي يمكن تلافيها بين المواليد، حيث تكون فيه كل حالة حمل مطلوبة ويُحتفى فيه بكل ولادة وتبقى فيه النساء والرضع والأطفال على قيد الحياة وينعمون فيه بحياة ناجحة ويحققون إمكاناتهم بالكامل. ولتحقيق تلك الرؤية فإن الخطة تقترح أغراضاً استراتيجية وأهدافاً ذات صلة بالوفيات ومستوى التغطية وبنوعية الغايات الخاصة بالرعاية بحلول عام ٢٠٣٥، بالاقتران مع أهداف وسيطة للأعوام ٢٠٢٠ و ٢٠٢٥ و ٢٠٣٠. وترتبط الأهداف الخاصة بالوفيات بمستوى التغطية المستهدفة بخدمات الرعاية الجيدة للنساء والرضع في الفترة المحيطة بالولادة وتقديم الرعاية للمرضى وصغار المواليد وفي الفترة اللاحقة للولادة. وتشمل خطة العمل إطاراً للنتائج ومعالم (التذييل ١) ومؤشرات لقياس التقدم المحرز (التذييل ٢).

١ منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف)، منظمة الصحة العالمية، البنك الدولي، الأمم المتحدة. مستويات وفيات الأطفال واتجاهاتها: تقرير عام ٢٠١٣. التقديرات من إعداد فريق الأمم المتحدة المشترك بين الوكالات المعني بتقديرات وفيات الأطفال. نيويورك، اليونيسيف، ٢٠١٣.

١٠- ولأن الخطة موضوعة في إطار المبادرة المعنونة كل امرأة، كل طفل، فإنها تهدف إلى تعزيز إجراءات محددة بشأن المواليد وتدعيم تنسيق تلك الإجراءات وتخطيطها وتنفيذها في سياق استراتيجيات وخطط عمل وطنية معنية بالصحة الإنجابية وصحة الأم والوليد والطفل والمراهق، وذلك بقصد تحقيق تغطية منصفة وعالية الجودة بخدمات الرعاية الأساسية وخدمات الإحالة في حالات الطوارئ للنساء والمواليد في كل بلد من خلال ما يلي: إقامة روابط بسائر الخطط وتدابير القياس والمساءلة على الصعيدين العالمي والوطني.

١١- وينصب التركيز في المقام الأول على إبقاء المواليد على قيد الحياة وعلى الصحة والوقاية من حالات الإملاص. ولم تُدرج هذه الغايات في إطار الأهداف الإنمائية للألفية، ولم تحظ بالتالي إلا بمستوى أقل من الاهتمام والاستثمار، ما أدى إلى إبطاء عجلة التخفيضات في معدل الوفيات.

١٢- وترتبط حالات الإملاص وبقاء المواليد على قيد الحياة والتمتع بالصحة ارتباطاً وثيقاً ببقاء المرأة على قيد الحياة وصحتها وتغذيتها قبل حالات الحمل وأثناءها وفيما بينها. والساعات السابقة للولادة والساعات والأيام اللاحقة لها هي من أخطر الفترات التي تمنى فيها المرأة والطفل بحالات المراضة والوفيات. لذا فإن خطة العمل تشدد على ضرورة الوصول إلى كل امرأة ومولود في الحالات التي يكونان فيها أضعف ما يكون - أي خلال المخاض وأثناء الولادة وفي أولى أيام الحياة. ويتيح التدخل في تلك الفترة الزمنية الحرجة أكبر الفرص لإنهاء حالات الوفيات التي يمكن تلافيها بين المواليد وحالات الإملاص ووفيات الأمهات، ومن شأنه أن يعود بمردود مضاعف إلى ثلاث مرات من الاستثمارات الموظفة في هذا المضمار. وتشكل الخطة جزءاً من المبادرة الأوسع نطاقاً بشأن وضع حد لوفيات الأمهات والمواليد التي يمكن تلافيها؛ ويلزم أيضاً وضع خطة عمل شاملة بشأن الأمهات لتقديم إرشادات عن الرعاية قبل الحمل وأثناءه.

١٣- وقد وُضعت مسودة خطة العمل بالتشاور على نحو وثيق مع أصحاب المصلحة؛ وأثارت مسودة النسخة التي حُمّلت على موقع المنظمة الإلكتروني في شباط/فبراير ٢٠١٤ أكثر من ٣٠٠ تعليق رسمي. وتراعي الخطة جميع المدخلات والنتائج المستمدة من تحليل للعبقات التي تحول دون تعزيز التدخلات الفعالة الرامية إلى تحسين صحة المواليد ومن تحليل شامل للشؤون الوبائية واستعراض لبيانات تثبت فعالية التدخلات المقترحة.

## الالتزامات القائمة

١٤- سيؤدي وضع خطة العمل موضع التنفيذ إلى تعزيز الالتزامات القائمة، مثل التعهد المقطوع في مبادرة تنظيم الأسرة لعام ٢٠٢٠ "الالتزام ببقاء الطفل على قيد الحياة: تجديد الوعد"<sup>١</sup> (التي تدعو إلى وضع حد لوفيات الأطفال التي يمكن تلافيها) والتعهدات الإقليمية والعالمية القوية بشأن وضع حد لوفيات الأمهات التي يمكن تلافيها. ونظراً لارتفاع نسبة الوفيات بين الأطفال دون سن الخامسة التي تحدث في الفترة المحيطة بالولادة ووجود صلة وثيقة بين وفيات الأمهات والمواليد فإن الوفاء بهذه الالتزامات سيتعدّر من دون بذل جهود محددة لتخفيض وفيات المواليد وحالات الإملاص. وتستند الخطة إلى خطط عمل عالمية أخرى وترتبط بها، من قبيل الخطط المتعلقة بالتغذية واللقاحات ومكافحة الملاريا والالتهاب الرئوي والإسهال والمياه والإصحاح والقضاء على انتقال فيروس العوز المناعي البشري من الأم إلى الطفل والزهري والكزاز الوليدي، وتأخذ الخطة في حسابها أطراً زمنية متعددة لتحقيق الأهداف والغايات المتعلقة بهذه الالتزامات القائمة.

١٥- وجدّد العديد من الحكومات والشركاء التزاماته المقطوعة بشأن إنقاذ حياة النساء والمواليد استجابة للاستراتيجية العالمية للأمين العام للأمم المتحدة لصحة المرأة والطفل (التي أُطلقت في عام ٢٠١٠) والمبادرة المصاحبة لها بعنوان كل امرأة، كل طفل، وللتوصيات المقدمة من اللجنة المعنية بالإعلام والمساءلة في مجال

١ انظر الالتزام ببقاء الطفل على قيد الحياة: تجديد الوعد - التقرير المرحلي لعام ٢٠١٣. نيويورك: اليونيسيف؛ ٢٠١٣.

صحة المرأة والطفل<sup>١</sup> ولجنة الأمم المتحدة المعنية بالسلع الأساسية اللازمة لإنقاذ أرواح النساء والأطفال<sup>٢</sup>. واعترافاً من الخطة بأن إحرار التقدم بشأن صحة المواليد قد تخلف عن مواكبة ركب ذلك المحرز فيما يخص صحة الأم والطفل فإنها تمضي قدماً بمهمة الاستراتيجية العالمية في إطار تأييد النداء الموجه من جمعية الصحة في القرار ج ص ع ٥٨-٣١ والعمل من أجل تحقيق تغطية شاملة بالتدخلات الصحية الخاصة بصحة الأم والوليد والطفل والالتزام بتخصيص الموارد وتسريع عجلة العمل على المستوى الوطني لتقديم خدمات رعاية متواصلة في مجال الصحة الإنجابية وصحة الأم والوليد والطفل. وتؤكد أيضاً هذه المبادرات على صحة المرأة والطفل بوصفها من المسائل المتعلقة بحقوق الإنسان الأساسية.

١٦- وتشير تقديرات إطار الاستثمار العالمي في مجال صحة المرأة والطفل<sup>٣</sup> إلى أن من شأن توظيف استثمارات إضافية بمبلغ ٥ دولارات أمريكية لكل شخص سنوياً في ميدان الصحة الإنجابية وصحة الأم والوليد والطفل عبر كامل ما يُقدّم من خدمات الرعاية المتواصلة أن يحقق مردوداً مضاعفاً يتسع مرات على الاستثمار في الفوائد الاجتماعية والاقتصادية المجنية في البلدان التي تزرح تحت وطأة أثقل الأعباء.

١٧- وفي عام ٢٠١١، أعربت جمعية الصحة في القرار ج ص ع ٦٤-١٢ بشأن دور منظمة الصحة العالمية في متابعة الاجتماع العام الرفيع المستوى للجمعية العامة للأمم المتحدة بشأن استعراض الأهداف الإنمائية للألفية (نيويورك، أيلول/سبتمبر ٢٠١٠)، عن بالغ قلقها إزاء التقدم المحرز ببطء وتفاوته في بلوغ الهدفين ٤ و ٥ من الأهداف الإنمائية للألفية. ولاحظت جمعية الصحة في القرار ج ص ع ٦٤-١٣ بشأن العمل على تخفيض معدل الوفيات في الفترة المحيطة بالولادة ومعدل وفيات الأطفال حديثي الولادة أن التحرك نحو خفض معدل الوفيات في الفترة المحيطة بالولادة ومعدل وفيات الأطفال حديثي الولادة قد أصابه الركود، وطلبت من المدير العام أن يشجع على وضع خطط محددة الأهداف لزيادة إتاحة خدمات الرعاية الصحية الآمنة والعالية الجودة التي تؤمن الوقاية والعلاج من الحالات في الفترة المحيطة بالولادة وتلك اللاحقة لها. وتستجيب خطة العمل لذاك الطلب وتجسد أيضاً المقررات الإجرائية لجمعية الصحة في القرار ج ص ع ٦٤-٩ بشأن استدامة هياكل التمويل الصحي والتغطية الشاملة.

## الحقوق

١٨- وفقاً لأحكام المادتين ٦ و ٢٤ من اتفاقية حقوق الطفل فإن لكل طفل حقاً أصيلاً في الحياة والبقاء والنمو وفي التمتع بأعلى مستوى صحي يمكن بلوغه وفي مرافق علاج الأمراض وإعادة التأهيل الصحي. ويتعزز مفهوم الالتزامات القانونية في التعليق العام رقم ١٥ الصادر عن لجنة حقوق الطفل بشأن حق الطفل في التمتع بأعلى مستوى صحي يمكن بلوغه وفي الرعاية الصحية،<sup>٤</sup> والذي ينص على أن الدول ملزمة بخفض وفيات الأطفال وأنه ينبغي إيلاء اهتمام خاص لوفيات المواليد.

١٩- وفي أيلول/سبتمبر ٢٠١٢، رحب مجلس حقوق الإنسان التابع للأمم المتحدة بالإرشادات التقنية المتعلقة بتطبيق نهج قائم على حقوق الإنسان بشأن تنفيذ سياسات وبرامج للحد من حالات المراضة والوفيات التي يمكن

١ اللجنة المعنية بالإعلام والمساءلة في مجال صحة المرأة والطفل. الوفاء بالوعود، قياس النتائج. جنيف، منظمة الصحة العالمية، ٢٠١١.

٢ تقرير لجنة الأمم المتحدة المعنية بالسلع الأساسية اللازمة لإنقاذ أرواح النساء والأطفال: أيلول/سبتمبر ٢٠١٢. نيويورك، الأمم المتحدة، ٢٠١٢.

٣ Stenberg K, Axelson H, Sheehan P, Anderson I, Gülmezoglu AM, Temmerman M et al. Advancing social and economic development by investing in women's and children's health: a new Global Investment Framework. Lancet 2013;383:1333-54. doi:10.1016/S0140-6736(13)62231-X.

٤ اتفاقية حقوق الطفل، الوثيقة CRC/C/GC/15.

تتلافياً بين الأمهات،<sup>١</sup> وتعزيز حقوق المرأة في الحصول على خدمات جيدة ومناسبة وميسورة التكلفة والدعم عبر كامل ما يُقدّم من خدمات الرعاية المتواصلة. وأكد قرار المجلس المذكور ٣٢/٢٢ بشأن حق الطفل في التمتع بأعلى مستوى صحي يمكن بلوغه على أهمية تطبيق نهج قائم على حقوق الإنسان للقضاء على حالات الوفيات والمرض بين الأمهات والأطفال، وطلب إلى الدول تجديد التزامها السياسي واتخاذ ما يلزم من إجراءات لمعالجة الأسباب الرئيسية للوفيات والمرض بين الأطفال.

## الحالة الراهنة

٢٠- علاوة على وفيات الرضع البالغ عددها ٢,٩ مليون وفاة في الشهر الأول من الحياة، تشير التقديرات إلى أن عدد حالات الإملاص بين الرضع يبلغ ٢,٦ مليون حالة (ممن يموتون في الأشهر الثلاثة الأخيرة من الحمل أو أثناء الولادة) وأنه تموت سنوياً نحو ٢٨٧ ٠٠٠ امرأة بسبب مضاعفات الحمل والولادة. وبلغ متوسط المعدل السنوي العالمي للحد من وفيات المواليد منذ عام ١٩٩٠ نسبة ٢,٠٪، وهو أقل من معدله لوفيات الأمهات (٣,١٪) ومعدله بالنسبة إلى وفيات الأطفال دون سن ٥ سنوات (٢,٩٪).<sup>٢</sup>

٢١- وتُمنى البلدان المنخفضة الدخل وتلك المتوسطة الدخل ومعظم وفيات المواليد. وتفيد التقارير بأن ثلثي مجموع وفيات المواليد تقع في ١٢ بلداً،<sup>٣</sup> منها ستة بلدان في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى. وتُستأثر البلدان التي تبلغ فيها وفيات المواليد ٣٠ وفاة أو أكثر لكل ١٠٠٠ مولود حي بنسبة ٦٠٪ من مجموع وفيات المواليد.<sup>٤</sup>

٢٢- وتشهد مؤخراً بلدان كثيرة تزرع تحت وطأة عبء ثقيل من وفيات المواليد اندلاع نزاعات أو حدوث حالات طوارئ إنسانية فيها، وتعاني بلدان أخرى من ضعف النظم الصحية المقترنة بمحدودية البنية التحتية وقلة عدد العاملين الصحيين المهرة فيها، ويواجه سكانها خطر تكبد نفقات باهظة من جيبهم الخاص. وتسفر الإتاحة غير المنصفة للخدمات الصحية الجيدة أمام النساء والأطفال عن تفاوت صارخ في معدلات الوفيات والتغطية بالتدخلات بين البلدان وداخلها. ويرغم ذلك تمكّن ١١ بلداً من البلدان المنخفضة الدخل وتلك المتوسطة الدخل من خفض معدل وفيات المواليد بنسبة زادت على ٤٠٪ منذ عام ٢٠٠٠،<sup>٥</sup> مما يثبت أن إحراز تقدم سريع أمر ممكن.

٢٣- وفيما يلي الأسباب الثلاثة التي استأثرت بأكثر من ٨٠٪ من وفيات الأطفال الحديثي الولادة في عام ٢٠١٢ (الشكل ١): مضاعفات الابتسار ووفيات المواليد أثناء الوضع (ومنها الاختناق أثناء الولادة) والالتهابات التي تصيب المواليد. ومضاعفات الابتسار هي أيضاً السبب الرئيسي الثاني لجميع وفيات الأطفال دون سن الخامسة. ويولد سنوياً ١٥ مليون طفل قبل الأوان و٣٢,٤ مليون طفل يقل وزنهم عن عشرة في المائة بالنسبة إلى سنهم أثناء الحمل؛ و ١٠ ملايين طفل لا يتنفسون عند الولادة، منهم ٦ ملايين طفل يحتاجون إلى إنعاش أساسي أثناء الولادة (تهوية بواسطة الكيس والقناع).

١ مجلس حقوق الإنسان التابع للأمم المتحدة، القرار ٦/٢١.

٢ منظمة الصحة العالمية، منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف)، صندوق الأمم المتحدة للسكان، البنك الدولي. الاتجاهات الملحوظة في الوفيات النفاسية: ١٩٩٠ إلى ٢٠١٠. جنيف، منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٢، و منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف)، منظمة الصحة العالمية، البنك الدولي، شعبة السكان في الأمم المتحدة. Levels and trends in child mortality: تقرير عام ٢٠١٣. نيويورك: منظمة الأمم المتحدة للطفولة؛ ٢٠١٣، على التوالي.

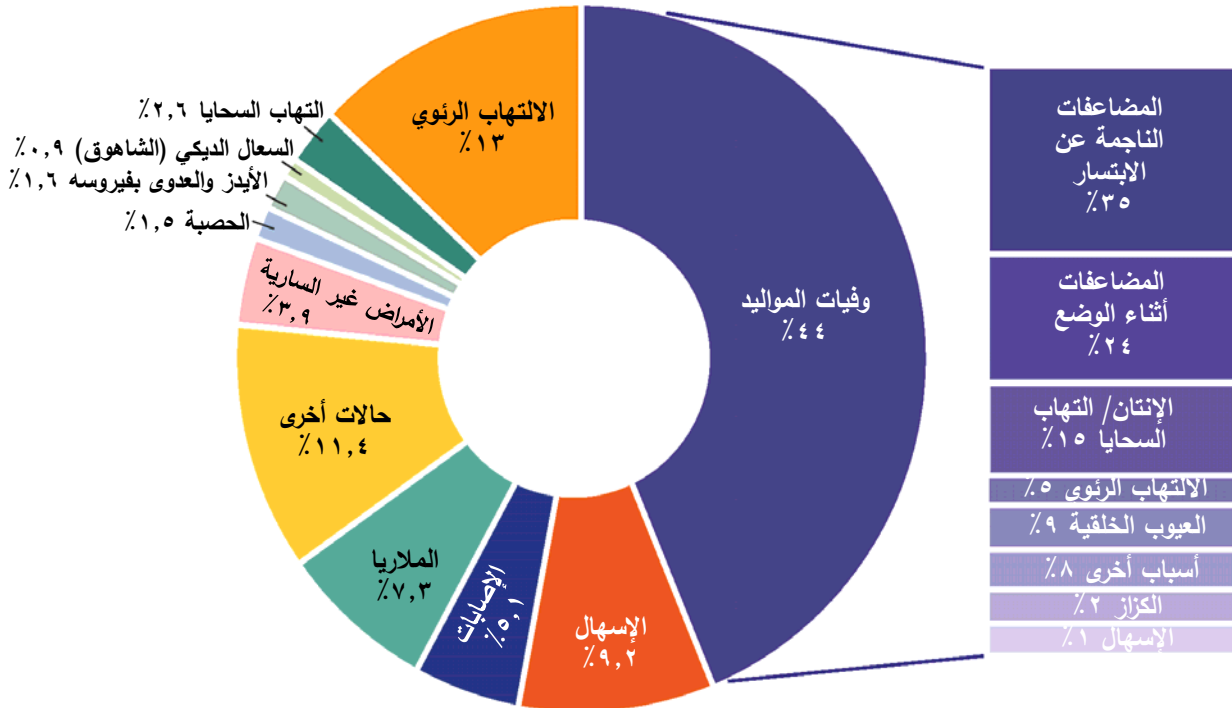
٣ فيما يلي البلدان بحسب الترتيب التنازلي لعدد وفيات المواليد فيها سنوياً: الهند ونيجييريا وباكستان والصين وجمهورية الكونغو الديمقراطية وإثيوبيا وبنغلاديش وإندونيسيا وأنغولا وكينيا وجمهورية تنزانيا المتحدة وأفغانستان.

٤ أفغانستان وأنغولا وبوروندي وجمهورية أفريقيا الوسطى وتشاد وجزر القمر والكونغو وكوت ديفوار وجمهورية الكونغو الديمقراطية وجيبوتي وغينيا الاستوائية وإثيوبيا وغينيا وغينيا - بيساو والهند وليسوتو ومالي وموريتانيا وموزامبيق ونيجييريا وباكستان وسيراليون والصومال وجنوب السودان وسوازيلند وتوغو وزمبابوي.

٥ بنغلاديش وكمبوديا وجمهورية كوريا الديمقراطية الشعبية ومصر والسلفادور وملايو ومنغوليا ورواندا والسنغال وسري لانكا وجمهورية تنزانيا المتحدة.



الشكل ١ - أسباب وفيات الأطفال دون سن الخامسة، ٢٠١٢



تلحق نسبة تزيد على ٨٠٪ من وفيات المواليد بصغار الرضع (من المولودين قبل الأوان أو صغار الحجم بالنسبة لسنهم أثناء الحمل) في الأماكن التي تنوء بأثقل أعباء الوفيات.

المصدر: المرصد الصحي العالمي التابع لمنظمة الصحة العالمية، ٢٠١٤.

٢٤- وتسجل أعلى معدلات مخاطر الوفاة أثناء الحمل، وفي الفترة المحيطة بالولادة والوفاة خلال مرحلتي الرضاعة والطفولة المبكرة عند المواليد الصغار والمولود المنخفضي الوزن عند الولادة، أي الأطفال الخدج أو ممن هم أصغر حجماً بالنسبة للعمر الحلمي، أو الاثنتين معاً. وتحدث أكثر من ٨٠٪ من وفيات جميع المواليد لدى الرضع الصغار الحجم في جنوب آسيا والبلدان الأفريقية جنوب الصحراء الكبرى.

٢٥- ولا تزال حالات العجز تشكل مسألة هامة. ويمكن الوقاية من العديد منها بتوفير رعاية مناسبة أثناء المخاض وعند الولادة وفي فترة الولادة الحديثة. ويواجه الرضع الخدج الباقون على قيد الحياة بعد الشهر الأول من الحياة مستوى أعلى من مخاطر الوفاة في المرحلة اللاحقة لمرحلة الولادة الحديثة، واختلال النمو العصبي الطويل الأجل، والتقرم والإصابة بأمراض غير سارية. ويواجه المواليد الأصغر بالنسبة للعمر الحلمي مخاطر تعرقل النمو واعتلالات الاضطراب الاستقلابي التي تنشأ بعد البلوغ. ويتعرض أربعة ملايين من المواليد الذين يولدون بانقضاء أجل الحمل أو قبيل انقضائه إلى اعتلالات أخرى مهددة للحياة، منها إصابات الدماغ أثناء الوضع، والعدوى البكتيرية الشديدة، واليرقان المرضي، التي تؤدي إلى الإصابة باختلال النمو العصبي الطويل الأجل. لذا لا بد من النظر فيما هو أبعد من البقاء على قيد الحياة وتوفير رعاية المتابعة المناسبة للأطفال المصابين بهذه الاعتلالات من أجل ضمان الكشف المبكر ومنحهم الرعاية والتأهيل المناسبين. وكما تؤكد عليه المادة ٢٣ من اتفاقية حقوق الطفل، فإن من الأهمية بمكان أيضاً الوفاء باحتياجات الأطفال المصابين بعجز ذهني أو بدني.

٢٦- ويتعلق نحو ١٠٪ من إجمالي عبء الأمراض العالمي باعتلالات الولادة الحديثة والاعتلالات الخلقية. ووفقاً لما أقرته جمعية الصحة العالمية في قرارها جصع ٦٣-١٧ بشأن العيوب الولادية، فإن العوامل التي تؤدي

إلى الإصابة بالعيوب الولادية وحالات الشذوذ الخلقي يمكن أن تؤثر في الحصائل الصحية للرضع الذين يبقون على قيد الحياة لما بعد فترة الولادة الحديثة، شأنها شأن العديد من الأسباب المتنوعة والعوامل التي تحدد الاضطرابات الخلقية. ويلزم إدراج الوقاية من العيوب الولادية وتوفير الرعاية للأطفال المصابين بها في الخدمات القائمة بشأن صحة الأمومة والصحة الإنجابية وصحة الأطفال، مع منح الرعاية الاجتماعية لكل من هم بحاجة إليها.

٢٧- وتعتبر المحددات الاجتماعية عاملاً هاماً من العوامل المؤثرة في صحة النساء والمواليد. فالفقر واللامساواة وانعدام الاستقرار الاجتماعي عوامل تقوّض رعاية الأمهات والمواليد بسبل متعددة مثل سوء الحالة التغذوية للفتيات والنساء (بمن فيهن الحوامل) وعدم ملاءمة ظروف السكن والإصحاح. وتسبب حالات الطوارئ الإنسانية المعقدة تحركات خطيرة للأشخاص (بمن فيهم الحوامل والمواليد) وتهدد إمكانية وصولهم للنظم الصحية العاملة. كما يعوق انخفاض مستويات التعليم، والتمييز بين الجنسين وانعدام التمكين التماس النساء للرعاية الصحية وتحول دون اتخاذ أفضل الخيارات لصحتهن ولصحة أطفالهن، مما يؤدي إلى تأجيلات خطيرة ووفيات لا داعي لها. وتقر خطة العمل هذه بالروابط المتأصلة بين العوامل الظرفية وصحة الأمهات والمواليد وتركز بالدرجة الأولى على الحلول المتصلة بالنظم الصحية.

### تدخلات فعالة لغرض تحسين صحة المواليد عبر الرعاية المستمرة

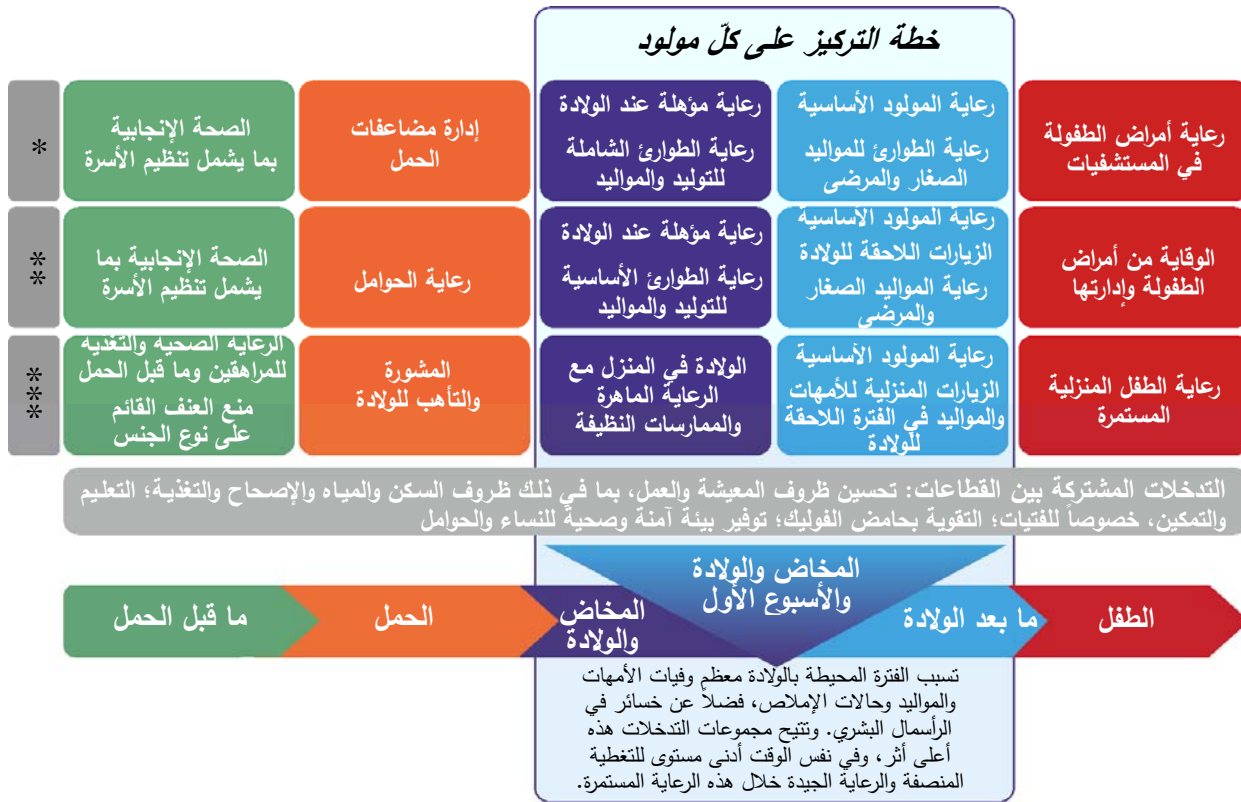
٢٨- ثمة فرص لم يسبقها مثيل متاحة الآن لتعزيز صحة المواليد، وهي حسيبة تحليل وبحث امتدا عقوداً من الزمن وأثمرا معلومات عن عبء وفيات المواليد وأسبابها، وأوضحا فعالية التدخلات وقنوات توفير الخدمات، وحددا سبلاً من شأنها تعجيل التقدم المحرز في توسيع نطاق التدخلات من أجل خفض تلك الوفيات.<sup>١</sup>

٢٩- وتشكّل التدخلات الفعالة من أجل تعزيز صحة المواليد وفرص بقائهم على قيد الحياة أحد مكونات الخدمات الصحية المتكاملة للصحة الإنجابية وصحة الأم والمولود والطفل والمراهق (الشكل ٢). وهي تدخلات معززة جيداً بوثائق على مدى دورة الحياة وجمّعت لمختلف مستويات تقديم الخدمات.<sup>٢</sup> ويوفر العديد منها عن طريق البرامج الشائعة لتقديم الرعاية الصحية؛ ويتيح تخطيط التدخلات وتقديمها المتكاملين ضمان فعالية وكفاءة الخدمات الصحية للأم والطفل.

١ مجموعة توصيات منظمة الصحة العالمية بشأن صحة الأم والمولود والطفل والمراهق  
[http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/mnca-recommendations/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/mnca-recommendations/en/)  
 (تم الاطلاع عليها في ٢٧ آذار/ مارس ٢٠١٤).

٢ A global review of the key interventions related to reproductive, maternal, newborn and child health. Geneva: The Partnership for Maternal, Newborn and Child Health; 2011.

الشكل ٢ - مجموعات التدخلات في إطار الرعاية المستمرة



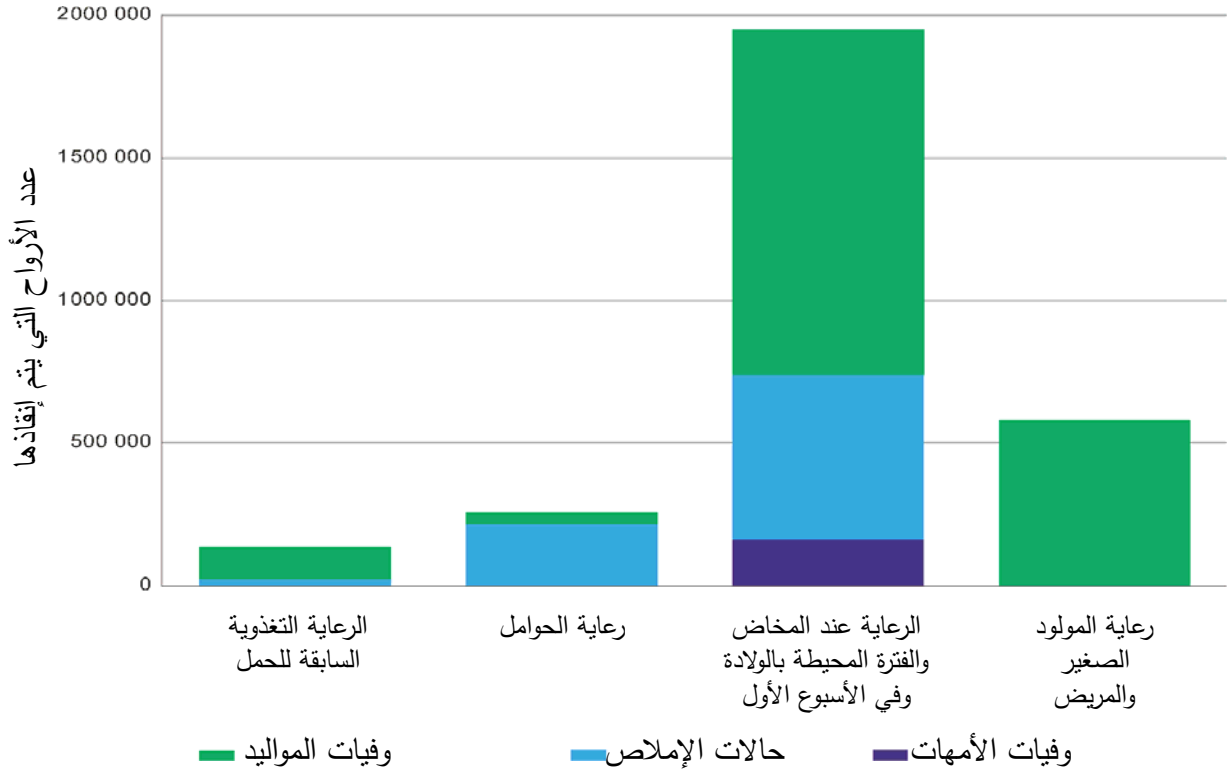
\* REFERRAL AND TERTIARY FACILITY = إحالة ومرفق المستوى التخصصي

\*\* FIRST AND SECONDARY FACILITY = المرفق الأولي والثانوي

\*\*\* COMMUNITY = المجتمع

٣٠- وتتضمن مجموعات تدخلات الرعاية ذات الأثر الأعظم في الحد من وفيات المواليد والإملاص ما يلي: الرعاية أثناء المخاض والولادة والأسبوع الأول من الحياة؛ ورعاية المواليد الصغار والمرضى. ويشرح الشكل ٣ النتائج الأولية للأثر المقدر لهذه التدخلات فيما لو تحققت الرعاية الشاملة بحلول عام ٢٠٢٥. وستركز خطة العمل كل مولود على مجموعات التدخلات هذه نظراً لأثرها في إنقاذ حياة معظم المواليد، فضلاً عن إتاحة الوقاية من وفيات الأمهات والإملاص.

الشكل ٣- الأرواح التي يمكن إنقاذها بحلول عام ٢٠٢٥ بفضل تغطية الرعاية الشاملة (النتائج الأولية)



المصدر: <sup>١</sup> Special analysis detailed in *The Lancet Every Newborn series*, in press.

٣١- تشمل (على سبيل المثال لا الحصر) تدخلات مجموعة "الرعاية أثناء المخاض والفترة المحيطة بالولادة وفي الأسبوع الأول بعد الولادة" توفير الرعاية الماهرة عند الولادة، ورعاية التوليد الأساسية والشاملة، وإدارة الإبتسار (بما في ذلك استخدام الأسترويدات قبل الولادة)، ورعاية المولود الأساسية (رعاية التصحح، الرعاية الحرارية، دعم الإرضاع بالثدي، وعند الاقتضاء، إنعاش المولود). ويلزم اعتبار التدخلات الخاصة بالأم والمولود كوحدة وظيفية يجري تقديمها في حدود فترة زمنية ضيقة على يد مقدم الرعاية نفسه (أو فرقة الرعاية) وفي نفس المكان، مع الإحالة لغرض إدارة المضاعفات بما يشمل الأم والرضيع كليهما.

٣٢- وتشمل مجموعة "رعاية المواليد الصغار والمرضى" تدخلات لمعالجة المضاعفات الناجمة عن الإبتسار و/أو صغر حجم الرضع بالنسبة للعمر الحملي، والإصابة بحالات العدوى الولادية (الإنتان والتهاب السحايا والالتهاب الرئوي والعدوى المسببة للإسهال). وتشتمل الإدارة المناسبة للمواليد الصغار والمواليد المرضى رعاية حرارية إضافية ودعم تغذية المواليد الصغار أو الخدج، بما في ذلك رعاية الأم لطفلها على طريقة الكنغر، وعلاج حالات العدوى باستخدام المضادات الحيوية ورعاية الدعم الكاملة في المرافق. وتتضمن هذه الرعاية الأخيرة دعم الإرضاع الإضافي (بما في ذلك التغذية بالقدح والأنبوب الأنفي المعوي والسوائل الوريدية)، والوقاية من العدوى وإدارتها، وعلاج الأكسجين المأمون، وإدارة حالات اليرقان مع إمكانية الدعم التنفسي باستخدام مواد تقلل الشد السطحي.

<sup>١</sup> Bhutta Z, Das J, Bahl R, Lawn J, Salam R, Paul V et al. Can available interventions end preventable deaths in mothers, newborn babies, and stillbirths, and at what cost? *Lancet*. 2014;384: 347-370. doi:10.1016/S0140-6736(14)60792-3.

٣٣- وتتيح الرعاية ما بعد الولادة برنامجاً لرعاية المولود الطبيعي، بما يشمل ترويج الممارسات الصحية واكتشاف المشاكل التي تستلزم رعاية إضافية. وتقدّم هذه الرعاية في إطار زمني مختلف، وهي توفر في معظم الأحيان على يد أفراد مختلفين وفي أماكن مختلفة. وتشمل رعاية المولود الطبيعي بدء الإرضاع (الحصري) بالثدي في وقت مبكر، والوقاية من انخفاض حرارة الجسم، وممارسات الرعاية النظيفة ما بعد الولادة ورعاية الحبل السري المناسبة. وبغية ضمان اتباع ممارسات جيدة في تقديم الرعاية واكتشاف أي اعتلالات مهددة للحياة، يوصى بمراقبة جميع الأمهات والمولود عن كثب لمدة ٢٤ ساعة وإجراء ثلاثة اتصالات إضافية على الأقل بعد الولادة (في اليوم الثالث (٤٨-٧٢ ساعة)، وبين ٧ أيام إلى ١٤ يوماً، وبعد مرور ستة أسابيع على الأقل على الولادة).<sup>١</sup>

٣٤- وتعتبر التدخلات الأخرى ضمن سلسلة الرعاية المستمرة تدخلات حيوية بالنسبة لصحة النساء ومواليدهن ويقائهم على قيد الحياة. فالرعاية قبل الولادة، على سبيل المثال، تتيح فرصة لتقديم خدمات متكاملة للحوامل، بما في ذلك خدمات التوليد، ولكنها تغطي أيضاً حالات العدوى، مثل الوقاية من الإصابة بالمalaria والزهري أثناء الحمل والكشف عن هذين المرضين ومعالجتهما، ورعاية المصابات بالسلّ وبعدي فيروس الأيدز، والوقاية من انتقال فيروس الأيدز من الأم إلى الطفل وخفض الممارسات المضرة المتصلة بنمط الحياة كالتدخين وتناول الكحول. ووفقاً للإحصاءات الصحية العالمية ٢٠١٣ الصادرة عن منظمة الصحة العالمية، فقد بلغ فعلاً معدل التغطية لبعض التدخلات، كالتطعيم بذيّفان الكزاز مثلاً، مستوى مرتفعاً في العديد من البيئات (٨٢٪ من جميع المواليد محصنين الآن ضد كزاز المواليد عند ولادتهم)؛ وهناك بالتالي احتمال أقل لتلافي الوفيات (انظر الشكل ٣)، ولكن معدلات التغطية يجب أن تبقى مرتفعة. وتتلقى نحو ٨١٪ من النساء رعاية سابقة للولادة مرة واحدة على الأقل أثناء الحمل، بيد أن ٥٥٪ فقط من النساء يحصلن على الحد الأدنى الموصى به من الزيارات وهو أربع زيارات فأكثر، ويغلب أن تكون نوعية الرعاية دون المستوى الأمثل.

٣٥- وتؤثر الرعاية قبل كلّ حملين والفترة الفاصلة بينهما على صحة النساء ومواليدهن ويقائهم على قيد الحياة. ويشكل تنظيم الأسرة عنصراً حيوياً من العناصر التي تساهم في ذلك عن طريق تأجيل الولادات والمباعدة بينها وتقليلها، وكلها قادرة على خفض وفيات المواليد وتعزيز صحة الأمهات وأطفالهن الرضع وغير الرضع. كذلك فإن الحصول على وسائل تنظيم الأسرة والحق في التحكم فيه، وفي تواتر الحمل ومواعيده هي من الأساليب التمكينية للنساء والفتيات وتعزيز صحة الرضع وفرص بقائهم على قيد الحياة. ومن شأن الاستثمار في تخطيط الأسرة أن يساهم مساهمة كبرى في خفض الشامل لوفيات الأمهات والمواليد: فخفض عدد حالات الحمل غير المقصود يمكن أن يحول دون ٦٠٪ من وفيات الأمهات و ٥٧٪ من وفيات الأطفال.

٣٦- ومن بين العناصر الإضافية للرعاية قبل الحمل والفترات الفاصلة بين حالات الحمل، والتي تؤثر في صحة المولود، تعليم مهارات الحياة، والتغذية، والوقاية من الممارسات الضارة وإدارتها (بما في ذلك التدخين وتناول الكحول)، والتعرف على الاعتلالات ومعالجتها مثل العدوى المنقولة جنسياً والأمراض النفسية، ومجابهة العنف الذي يرتكبه الشركاء المقربون. وثمة أهمية خاصة لحالة المرأة التغذوية، فالمرأة التي تعاني من نقص التغذية قبل الحمل أكثر احتمالاً بأن تضع مولود خدج أو صغار بالنسبة للعمر الحلمي عند ولادتهم، أو كليهما. ويتحدد قسم من هذا الخطر بنقص تغذية المرأة في الألف يوم الأولى من حياتها وأثناء مرحلة المراهقة. ولا بد من كسر الحلقة التعاقبية بين الأجيال لسوء الصحة ونقص التغذية، سيما وأن عدداً متزايداً من الأدلة يشير إلى الروابط بين نقص الوزن عند الولادة ونقص التغذية في الألف يوم الأولى من الحياة وبين ارتفاع الإصابة بالأمراض غير السارية بعد سن الرشد.

٣٧- وتعتبر الوقاية من الحمل المبكر غير المقصود في أوساط المراهقات عنصراً رئيسياً في جهود تعزيز صحة المواليد. ٢ إذ تواجه الأمهات الصغيرات السن جداً ومواليدهن مخاطر أعظم شأناً نتيجة للحمل

١ WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn. Geneva: World Health Organization; 2013.

٢ WHO guidelines on Preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries. Geneva: World Health Organization; 2011.

والولادة.<sup>١</sup> ويشكل تأجيل الحمل لدى المراهقات وسيلة قوية لإنقاذ حياة الأم والمولود ولتمكين الفتيات من إكمال تعليمهن.

٣٨- ويعتبر المهني الصحي الحريص والمؤهل في مجال القبالة أفضل من يقدم الرعاية للنساء قبل الحمل وأثناءه، وعند الولادة والفترات الفاصلة بين حالات الحمل.<sup>٢</sup> وينبغي أن تُبنى الرعاية على الاحترام وأن تحقق أفضل العمليات الطبيعية والبيولوجية. وتقدم الرعاية في معظم الأحيان على يد قابلة مهنية، والتي ستحتاج بين حين وآخر إلى دعم مقدمه فريق يتألف من مهنيين صحيين آخرين، كالممرضين والأطباء من أخصائيي التوليد وأمراض الأطفال، وذلك عند حدوث المضاعفات. وبإمكان هذا الفريق تقديم كافة جوانب الرعاية في البيئات التي تتوفر لوجود القابلة المهنية: يستخدم مصطلح "موظفو القبالة" في هذه البيئات.

٣٩- ويمكن للعاملين الصحيين المجتمعيين، ولاسيما في المناطق الريفية، أداء دور هام في سدّ الفجوات الكائنة بين الخدمات الصحية والأسر، وقد اتضح أنّ الزيارات المنزلية التي يقومون بها أثناء الحمل وفي الأسبوع الأول بعد الولادة تخلف أثراً إيجابياً على ممارسات رعاية المولود ومعدلات وفيات المواليد. وهم فعّالون أيضاً في اكتشاف وإحالة الأمهات المصابات بالمضاعفات اللاحقة للولادة وفي إبداء المشورة بشأن تخطيط الأسرة. وفي وسع العاملين المجتمعيين الآخرين أيضاً، مثل القيادات التقليدية وأعضاء الأسرة ذوي النفوذ ومساعدات التوليد التقليديات، التأثير على التماس الرعاية الماهرة والحصول عليها.

٤٠- ويستلزم توفير الرعاية المستمرة مدى الحياة وجود تنسيق سلس وفاعل بين شتى مستويات الخدمات الصحية وبين القطاعين العام والخاص. كذلك فإن تقديم الرعاية الصحية للنساء والمواليد يتطلب التنسيق بين المبادرات والبرامج التقنية والتعاون ما بين جميع أصحاب المصلحة المعنيين: الحكومات، والرابطات المهنية، والمجتمع المدني، والمؤسسات الأكاديمية ومؤسسات البحث، ومجتمع الأعمال التجارية، والشركاء في التنمية والأسر.

## خطة العمل: الرؤية والأهداف

٤١- الرؤية التي تحملها خطة العمل المعنونة كل مولود هي عالم خال من وفيات المواليد وحالات الإملاص التي يمكن تلافيها، يكون فيه كلّ حمل حملاً مرغوباً، ويُحتفى بكل طفل يولد، وحيث تبقى كل امرأة، ويبقى كل مولود وطفل، على قيد الحياة ويزدهرون ويحققون كامل قدراتهم فيه.

٤٢- الهدف ١- وضع حدّ لوفيات المواليد الممكن تلافيها:<sup>٣</sup> بحلول عام ٢٠٣٥، ستكون جميع البلدان قد حققت الغاية المتعلقة بخفض عدد وفيات المواليد بمعدل ١٠ وفيات أو أقل من ذلك لكل ١٠٠٠ مولود حيّ وستستمر في خفض عدد الوفيات وحالات العجز، بما يضمن عدم إغفال أي مولود. وسيفضي بلوغ هذا الهدف إلى تحقيق متوسط عالمي لمعدل وفيات المواليد يبلغ ٧ وفيات لكل ١٠٠٠ مولود حيّ، وهو رقم يتسق مع هدف الحدّ من وفيات الأطفال الممكن تلافيها المحدد في "الالتزام ببقاء الطفل على قيد الحياة: تجديد الوعد"<sup>٤</sup> وضروري لبلوغ ذلك الهدف. وبحلول عام ٢٠٣٠ ستبلغ جميع البلدان معدل ١٢ وفاة أو أقل من بين كلّ ١٠٠٠ مولود حيّ مما سيفضي إلى متوسط عالمي يبلغ ٩ وفيات للمواليد من بين كل ١٠٠٠ مولود حيّ (يبين الشكل ٤

١ Motherhood in childhood. Facing the challenge of adolescent pregnancy. The state of world population 2013. New York: United Nations Population Fund; 2013.

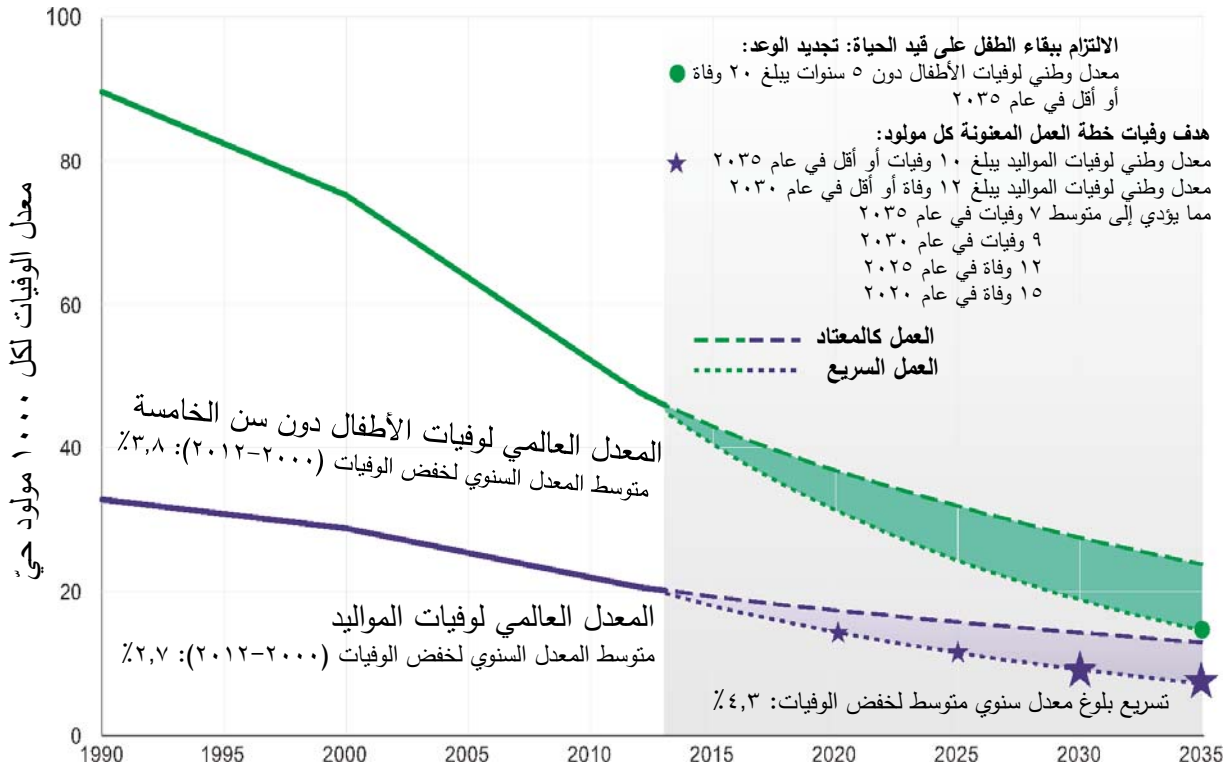
٢ يقصد بالرعاية بعد الولادة رعاية الأمهات والرضع خلال فترة الأسابيع الستة الأولى التالية للولادة، وذلك وفقاً لتوصيات منظمة الصحة العالمية بشأن رعاية الأم والمولود بعد الولادة (جنيف، منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٣).

٣ تُعرّف وفاة المولود بأنها الوفاة التي تحدث في غضون ٢٨ يوماً من الولادة لأي مولود حيّ مهما كان وزنه أو عمره الحلمي.

٤ Committing to child survival: a promise renewed progress report 2013. New York: United Nations Children's Fund; 2013.

أهداف مؤقتة أخرى). ويتوقع أن ترتبط أيضاً هذه المعدلات المحددة في الغايات بالأهداف المقبلة المقترحة لوضع حدّ لوفيات الأمهات الممكن تلافئها. وينبغي لجميع البلدان أن تضمن بلوغ هذا الهدف أيضاً لدى الفئات السكانية التي يقل حصولها على الخدمات، مما يؤدي إلى تحقيق أقصى رأس مال بشري ممكن. ويمكن اعتبار هذا الهدف مواصلة للهدف ٤ (تخفيض معدل وفيات الأطفال) من الأهداف الإنمائية للألفية لتغطية العمل غير المكتمل في خفض وفيات المواليد.

#### الشكل ٤ - وضع حدّ لوفيات المواليد والأطفال الممكن تلافئها



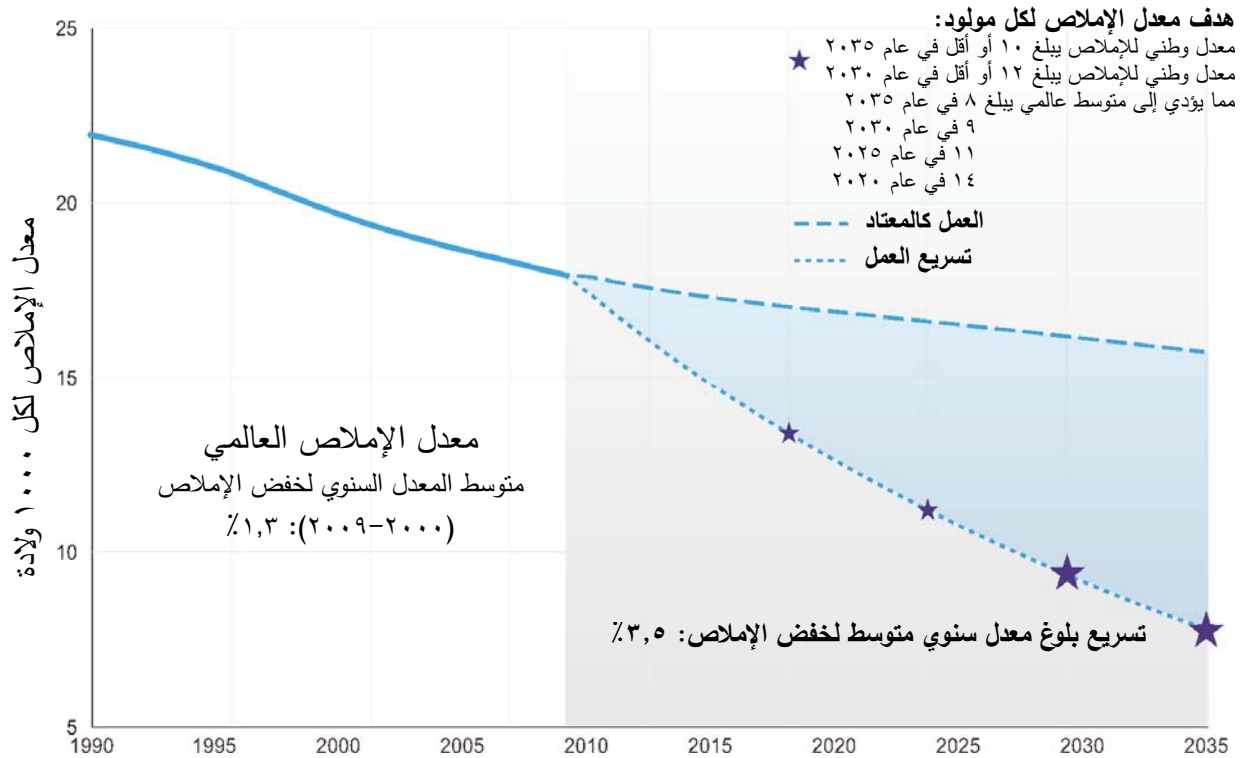
المصدر: <sup>١</sup>.Data from *The Lancet* Every Newborn series

٤٣ - الهدف ٢ - الحدّ من الإملاص الممكن تلافئها: <sup>٢</sup> ستبلغ كل البلدان غاية تحقيق معدل للإملاص بمقدار ١٠ حالات أو أقل لكل ١٠٠٠ ولادة بحلول عام ٢٠٣٥ وستواصل سدّ فجوات الإنصاف. وسيفضي بلوغ هذا الهدف إلى متوسط عالمي لمعدلات الإملاص يبلغ ٨ لكل ١٠٠٠ ولادة. وبحلول عام ٢٠٣٠، ستبلغ جميع البلدان معدل ١٢ حالة أو أقل من حالات الإملاص لكل ١٠٠٠ ولادة مما سيؤدي إلى متوسط عالمي لمعدل الإملاص يبلغ ٩ وفيات لكل ١٠٠٠ ولادة (يبين الشكل ٥ أهدافاً مؤقتة أخرى). وينبغي لجميع البلدان أن تركز على معالجة اللامساواة وأن تستخدم بيانات المراجعة في تتبع الإملاص والوقاية منه.

<sup>١</sup> Lawn J, Blencowe H, Oza S, You D, Lee A, Waiswa P et al. Every Newborn: progress, priorities, and potential beyond survival. *Lancet*. 2014;384:189–205. doi:10.1016/S0140-6736(14)60496-7.

<sup>٢</sup> لأغراض المقارنة الدولية، يعرّف الإملاص بأنه المولود الذي لا تبدو عليه أي علامة من علامات الحياة، والذي يتجاوز وزنه ١٠٠٠ غرام أو الذي أكمل أكثر من ٢٨ أسبوعاً كاملاً من الحمل.

## الشكل ٥ - الحد من الإملاص الممكن تلافيه



المصدر: <sup>١</sup> Data from *The Lancet* Every Newborn series

٤٤ - إن الهدفين الطموحين المقترحين في خطة العمل هذه، وهما الحد من وفيات المواليد وحالات الإملاص الممكن تلافيه بحلول عام ٢٠٣٥ - مع أهداف وسيطة للأعوام ٢٠٣٠ و ٢٠٢٥ و ٢٠٢٠ - يستلزمان تحقيق تغطية شاملة منصفة ورفيعة الجودة بالرعاية الأساسية ورعاية الإحالة والطوارئ لكل امرأة ومولود وفي كل بلد، مما يقتضي قياسات ومساءلة وروابط مع الخطط العالمية والوطنية الأخرى.

## المبادئ والأغراض الاستراتيجية لخطة العمل

٤٥ - توكيلاً لتحقيق الرؤية وأهداف خفض الوفيات، تقترح خطة العمل المعنونة كل مولود خمسة أغراض استراتيجية.

**الغرض الاستراتيجي ١: تعزيز الرعاية أثناء المخاض والولادة واليوم الأول والأسبوع الأول من الحياة والاستثمار فيها.** تحدث نسبة كبيرة من وفيات الأمهات والمواليد وحالات الإملاص في هذه الفترة. ويمكن الوقاية من العديد من الوفيات والمضاعفات بضمان توفير رعاية أساسية عالية الجودة لكل امرأة حامل ورضيع حوالي وقت المخاض والولادة وفي الأربع وعشرين ساعة الأولى والأسبوع الأول من الحياة.

**الغرض الاستراتيجي ٢: تحسين نوعية رعاية الأم والوليد.** ثمة فجوات هامة في نوعية الرعاية الكائنة على امتداد الرعاية المستمرة لصحة النساء والأطفال. ففي العديد من البيئات لا تتلقى النساء والمواليد



الرعاية التي يحتاجونها حتى مع وجود اتصال بينهم وبين النظام الصحي قبل الحمل وأثناءه أو بعده. ومن العوامل الرئيسية في تحسين نوعية الرعاية استحداث رعاية عالية الجودة ذات أثر كبير، وتوفير تدخلات فعالة التكلفة للأم والرضيع معاً - يقدمها في معظم الحالات مقدمو الرعاية الصحية أنفسهم مع قابلات ماهرات في نفس الوقت.

**الغرض الاستراتيجي ٣: الوصول إلى كل امرأة ومولود من أجل تقليل اللامساواة.** إن الحصول على رعاية صحية عالية الجودة على أساس الاحتياج ودون معاناة من الصعوبات المالية هو حق من حقوق الإنسان. وثمة بيانات متينة متزايدة بخصوص نُهَج الحدّ من وفيات المواليد الممكن تلافيها، التي تسرّع على نحو فعّال تغطية التدخلات الأساسية بواسطة أساليب ابتكارية مثل تقاسم المهام، وتحسين قدرة الحصول على السلع المنفذة للأرواح، والتأمين الصحي، وآليات التمويل، واستخدام تكنولوجيا المعلومات والشبكات الاجتماعية والمعرفية.

**الغرض الاستراتيجي ٤: تسخير قدرة الآباء والأسر والمجتمعات.** تساعد مشاركة القيادات المجتمعية والجمعيات النسائية والعاملين المجتمعيين على عكس الاتجاه نحو تحسين الحصائل الصحية للمواليد، خصوصاً في المجتمعات الريفية الفقيرة. ويشكل التعليم والمعلومات عاملين حاسمي الأهمية في تمكين الآباء والأسر ومجتمعاتهم من طلب الرعاية الجيدة وتحسين ممارسات الرعاية في المنزل.

**الغرض الاستراتيجي ٥: إحصاء كل مولود - القياس وتتبع البرامج والمساءلة.** تمكّن القياسات مديري البرامج من تحسين الأداء وتكييف أعمالهم وفقاً للحاجة. كما يساعد تقييم النتائج والتدفقات المالية، مع وجود مؤشرات تقنية، على تحسين المساءلة. وثمة حاجة ملحة إلى تحسين القياسات على المستويين العالمي والوطني، ولاسيما القياسات المتعلقة بحصائل الولادة ونوعية الرعاية المقدمة في فترة الولادة. ويلزم تسجيل كل مولود وحساب عدد وفيات المواليد والأمهات وحالات الإملاص.

وتستند خطة العمل إلى ستة مبادئ توجيهية. -٤٦

(١) **القيادة القطرية.** إنّ البلدان هي المالك الرئيسي والمسؤول عن إرساء وتوفير خدمات فعالة وجيدة النوعية للصحة الإنجابية وصحة الأم والوليد، وعن التصريف الجيد لشؤون تلك الخدمات. وتشكل مشاركة المجتمعات في تخطيط وتنفيذ ورصد السياسات والبرامج المؤثرة فيها سمة محورية لهذه القيادة وواحدة من آليات التحوّل الأكثر فعالية في العمل والمساءلة من أجل صحة المواليد. وينبغي للشركاء في التنمية أن يكفلوا الموازنة بين مساهماتهم والاتساق بين أعمالهم.

(٢) **حقوق الإنسان.** ينبغي الاسترشاد بمبادئ وقواعد مستمدة من المعاهدات الدولية لحقوق الإنسان في جميع عمليات تخطيط وإعداد برامج الصحة الإنجابية وصحة الأم والمولود وفي كافة مراحل عملية إعداد البرامج. وثمة بيانات وممارسات تدل على الأهمية الحيوية للصحة والتنمية في تحقيق العديد من نواتج حقوق الإنسان.

(٣) **التكامل.** يلزم وجود خدمات متكاملة لتقديم رعاية صحية جيدة النوعية ومقبولة لكل امرأة ومولود، مع جعلها في متناولهم دون تمييز. وبالتالي، لا بد من كفالة تنسيق نُهَج منسقة للنظم الصحية تشتمل على برامج متعددة، وأصحاب المصلحة ومبادرات على مدى السلسلة المستمرة للصحة الإنجابية وصحة الأم والمولود والطفل وتغذيتهم، وذلك دون ضياع الرؤية الواضحة للمحتويات الخاصة بالوليد.

(٤) **الإنصاف.** يشكل توفير تغطية منصفة وشاملة بتدخلات عالية الأثر مع التركيز على الوصول إلى شرائح السكان المستثناة والمعرضة للمخاطر والأشد فقراً، عاملاً محورياً في ضمان حصول كل امرأة ومولود على الحق في الحياة والبقاء والصحة والتنمية.

(٥) **المساءلة.** من الشروط الأساسية لتحقيق تغطية منصفة ورعاية جيدة واستخدام أمثل للموارد، ضمان وجود تغطية برنامجية فعّالة ويسيرة المنال وشاملة وشفافة، مع آليات لرصد الأثر واستعراض مستقل وإجراءات من قبل جميع الفاعلين المعنيين. وتشمل المساءلة أيضاً إمكانية الوصول إلى عمليات وآليات الانتصاف، سواء أكانت بوسائل قانونية أم إدارية أم بغير ذلك من الوسائل.

(٦) **الابتكار.** شهدت العقود الأخيرة حصيلة تراكمية من بيانات الممارسات الفضلى لاستراتيجيات من شأنها توسيع تغطية التدخلات لصالح المواليد ومن أجل خفض وفياتهم. مع ذلك، فإن التفكير الابتكاري مطلوب للتوصل إلى سبل تضمن توسيع مشاركة جميع أصحاب المصلحة والوصول إلى الشرائح السكانية الأشد فقراً والأقل انتفاعاً بالخدمات. ويلزم أيضاً زيادة البحوث التطويرية من أجل القيام بأفضل تطبيق ممكن للمعارف التي تتيح تحقيق أقصى قدر من فعالية التدخلات والاستراتيجيات.

## الإجراءات اللازمة لتحقيق الأغراض الاستراتيجية

**الغرض الاستراتيجي ١: تعزيز الرعاية أثناء المخاض والولادة واليوم الأول والأسبوع الأول من الحياة والاستثمار فيها**

### الأساس المنطقي للغرض الاستراتيجي ١

٤٧- إن الفترة التي تعقب ٢٨ أسبوعاً من الحمل وتمتد حتى الشهر الأول من الولادة تكتسي أهمية خاصة، لا بالنسبة إلى البقاء على قيد الحياة فحسب ولكن أيضاً بالنسبة إلى التفاعل والنمو في فترة الطفولة المبكرة، عندما تنشأ أسس تطور المهارات الإدراكية والنفسية الاجتماعية. وعلاوة على ذلك فإنه أثناء المخاض والميلاد والأسبوع الأول من الحياة يحدث ٤٤٪ (١,٢ مليون حالة) من حالات الإملاص و ٧٣٪ (مليوناً حالة) من وفيات المواليد و ٦١٪ ( ٢٩٠ ١٧٦ حالة) من وفيات الأمومة.

٤٨- وينبغي لكل امرأة حامل أن تحصل على رعاية أساسية يقدمها لها مهني ماهر ومتخصص في رصد المخاض والمساعدة على التوليد، قادر على أن يكشف فوراً عن المضاعفات وعلى إدارتها بكفاءة، وتمتكن أيضاً من اتخاذ ترتيبات الإحالة الفورية عند اللزوم. وينبغي لكل رضيع أن يحصل على رعاية المواليد الأساسية التي تبدأ فور الولادة، وخلال اليوم الأول وتستمر في الفترات الحرجة في الأسبوع الأول من الحياة وما بعده.

٤٩- وإذا كانت نسبة النساء اللاتي يلدن بمساعدة مهنية ماهرة (طبيب أو ممرض أو قابلة) قد ارتفعت على الصعيد العالمي إلى نسبة ٧٠٪، فإن التباينات مازالت قائمة، رغم ذلك، في تغطية الرعاية وجودتها داخل البلدان وفيما بينها. فتغطية الرعاية الماهرة عند الولادة لا تبلغ سوى نصف سكان منطقة أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى. وتتيح المرافق الصحية العامة والخاصة في العديد من البلدان رعاية ماهرة في الفترة المحيطة بالولادة وبأفضل السبل كفاءة، حيث يكون الوصول المباشر لخدمات التوليد الطارئة وخدمات رعاية المواليد عند حدوث المضاعفات أمراً حاسماً للأهمية لبقاء الأم والطفل على قيد الحياة.

٥٠- ومن شأن مجموعات التدخلات المثبتة أن تضمن تقديم الرعاية الأساسية ورعاية إضافية للنساء والمواليد من أجل الوقاية من الأسباب الرئيسية للوفاة ومعالجتها. ولتقديم رعاية إضافية للرضع الصغار (الصغار بالنسبة للعمر الحلمي و/ أو المواليد الخدج) والمرضى أهمية خاصة في خفض وفيات المواليد. ويلزم أن يتمتع المهنيون الصحيون بدرجة كافية من المهارة والمعدات التي تمكنهم من دعم النساء وهؤلاء الرضع، والعديد منهم ليس

بحاجة لرعاية متطورة أو مكثفة وإنما يمكن إدارتهم في مرفق صحي أدنى درجة أو حتى في إطار المجتمع. وبمقدور مرافق الرعاية الداخلية أداء دور حيوي للرضع الذين يحتاجون إلى رعاية الدعم الكامل في المرافق (انظر الفقرة ٣٢). وتشير البحوث الأخيرة إلى أن اتباع الأنظمة المبسطة للعلاج بالمضادات الحيوية في تدبير الحالات المحتملة لعدوى البكتيريا الخطيرة، والتي تُقدم من خلال خدمات الوصول الممتد من المرافق الصحية الأولية، يمكن أن تنقذ عدداً إضافياً من الأرواح في البيئات التي لا يمكن فيها إحالة المرضى.

٥١- ويشكل البحث عنصراً هاماً من عناصر الاستثمار في الرعاية في الفترة المحيطة بالولادة وقسماً قائماً بذاته من الأنشطة المقترحة في هذه الخطة. وتشمل أولويات البحث فهم العوامل التي تعرقل أو تيسر توسيع تغطية التدخلات المثبتة في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، وسبل ملء الفجوات القائمة (مثل الحاجة إلى تعزيز فهم الأساس البيولوجي لمخاض الولادة التي تحدث في أوانها ومخاض ولادة الابتسار وسبل الوقاية من الابتسار) والتحري بشأن الآثار البعيدة المدى التي تظهر في وقت لاحق من الحياة نتيجة للأمراض الحادثة قبل الحمل وحواليه، أو خلال الحمل وفي الشهر الأول من الحياة. كذلك فإن تحسين جمع البيانات ودعم الابتكار والتعاون تشكل هي الأخرى عناصر أساسية في هذا الصدد.

### الإجراءات المقترحة

#### الإجراءات الرئيسية للغرض الاستراتيجي ١

ينبغي للحكومات القيام بما يلي بالتعاون مع أصحاب المصلحة:

- (أ) إجراء تحليل نظامي للحالة والاتفاق على جملة أساسية من التدخلات ومجموعات البرامج المهيئة للسياق المحلي؛
- (ب) استحداث تدابير لزيادة تغطية الرعاية الماهرة عند الولادة في المرافق الصحية؛
- (ج) تعزيز وعي المجتمعات بأهمية الفترة المحيطة بالولادة والأسبوع الأول من الحياة للوقاية من وفيات الأمهات والمواليد والإملاص؛
- (د) زيادة مساءلة جميع أصحاب المصلحة المعنيين؛
- (هـ) وضع خطط وطنية أو شذ الخطة القائمة منها بشأن صحة المواليد ضمن السلسلة المستمرة للصحة والتغذية الإيجابية وصحة وتغذية الأم والمولود والطفل؛
- (و) تخصيص موارد مالية كافية لتنفيذ الخطة الوطنية.

٥٢- ينبغي للحكومات وكافة أصحاب المصلحة المعنيين توعية المجتمعات ودعم إقرارها بأن للفترة المحيطة بالولادة والأسبوع الأول من الحياة أهمية حيوية في المحافظة على حياة الأم والمولود وبأن عليها أن تأخذ بمسؤوليتها عن إيجاد الظروف التي تتيح لكل أم ومولود التمتع بالحق في الصحة والرعاية الصحية.

٥٣- وتُشجع جميع البلدان على وضع أو إعادة تركيز استراتيجياتها وخطط عملها الوطنية وفقاً لمبادئ خطة العمل هذه وأهدافها وغاياتها وأغراضها الاستراتيجية. وينبغي لكل حكومة أن تجري تحليلاً نظامياً للحالة وأن تتفق بشأن التدخلات الأساسية ومجموعات البرامج الملائمة للسياق المحلي، وذات الصلة بعبء أمراض المواليد ووفياتهم، والمناسبة للرعاية المستمرة. وينبغي لجميع الخطط القطرية ذات الصلة أن تؤكد على توفير الانتفاع المنصف بالرعاية العالية الجودة أثناء الحمل والولادة وفي الأسبوع الأول من الفترة اللاحقة لها.

٥٤- ويجب أن تُؤلف مجموعات التدخلات الشاملة لصحة الأم والمولود قسماً من الاستحقاقات الأساسية في إطار النظم الصحية الشاملة القائمة والجديدة في جميع البلدان. وينبغي للسلطات الوطنية أن تستحدث تدابير

لزيادة التغطية بالرعاية الماهرة عند الولادة في مرافق الصحة. وينبغي لها كذلك أن تدعم تنفيذ مبادئ توجيهية وسياسات ترمي لتحسين الإدارة أثناء الحمل والولادة، بما في ذلك استخدام جهاز تخطيط الولادة، وهو أداة بسيطة لرصد المخاض وتوقع المضاعفات، وزيادة عدد الزيارات اللاحقة للولادة للنساء وأطفالهن الرضع. وينبغي، عند الاقتضاء، تدريب وإعادة تدريب عدد أكبر من القابلات والموظفين المساعدين والعاملين الصحيين المجتمعيين.

٥٥- وينبغي للسلطات الوطنية، بدعم من أصحاب المصلحة، حساب تكاليف الخطط وتخصيص التمويل الكافي لصحة النساء والأطفال، مع التركيز الواجب على الرعاية في الفترة المحيطة بالولادة والأسبوع الأول من الحياة. وينبغي للحكومات ولكافة الشركاء المعنيين ضمان مواصلة الاستثمارات في صحة الأم والمولود لما بعد عام ٢٠١٥ وزيادتها عند الاقتضاء.

## الغرض الاستراتيجي ٢: تحسين نوعية رعاية الأم والوليد

### الأساس المنطقي للغرض الاستراتيجي ٢

٥٦- تُقدم الرعاية الماهرة عند الولادة في العديد من البلدان على يد القابلات والممرضين والأطباء، ولكن النساء اللاتي يلدن بمساعدة مهني ماهر يمكن أن يتلقين رعاية دون المستوى الأمثل أو رعاية سيئة وغير قائمة على الاحترام. ومازال استخدام جهاز تخطيط الولادة أمراً غير شائع، وغالباً ما تكون ممارسات الوقاية من العدوى والرعاية المقدمة للمولود فور الولادة ممارسات ضارة لا تتقيد بمبادئ مبادرة المستشفيات الصديقة للأطفال، التي تتضمن المحافظة على دماء الرضيع، والإبقاء على الأم والطفل معاً، واستهلال الإرضاع بالثدي في وقت مبكر والترويج للإرضاع بالثدي حصراً. وكثيراً ما يُغفل إنشاء مساحات مناسبة لرعاية المواليد. لذا فإن زيادة عدد الولادات في المرافق الصحية لا تكفي وحدها لخفض وفيات المواليد، وخصوصاً وفيات المواليد المبكرة. وينبغي ضمان توفير رعاية جيدة للأمهات والمواليد، حتى في حالات النكبات الطبيعية والكوارث والطوارئ.

٥٧- ويُقدّر أنّ امرأة واحدة من بين كل ثلاث حوامل تحتاج لبعض التدخلات أثناء الولادة وأنّ من ٥٪ إلى ١٥٪ من الحوامل بحاجة إلى عملية قيصرية<sup>١</sup>، والكثير من النساء والرضع في البيئات التي تنتم بارتفاع الوفيات لن يحصلوا على رعاية التوليد الطارئة، أو حتى على الرعاية الأساسية للمواليد. ويتزايد حدوث المضاعفات الولادية والوفيات أثناء الوضع والاعتلال الدماغى لدى المولود مع تزايد وفيات المواليد، مما يعكس غياب الرعاية الجيدة للتوليد ورعاية الطوارئ للمواليد. ومع أن ارتفاع معدلات العمليات القيصرية ليس أمراً مرغوباً، فإن معدلاتها التي تقل عن ٥٪ تعتبر عادة مؤشراً على غياب رعاية الطوارئ والرعاية المكثفة للأم والطفل.

٥٨- ويؤثر كل من جودة الرعاية والإنصاف في الحصول عليها في الحصائل الصحية في البيئات التي تنخفض فيها الوفيات. ونظراً لصعوبة التكهن بالحاجة إلى خدمات التوليد الطارئة، ينبغي لكل مرفق لخدمات الأمهات أن يكون قادراً على توفير التدخلات الأساسية لإنقاذ أرواح النساء والمواليد وأن يتيح إمكانية الوصول المستمر إلى خدمات النقل لغرض الإحالة عند حدوث مضاعفات خطيرة.

٥٩- ولجودة الرعاية أهمية خاصة في خفض مخاطر الإصابة بالعجز أو الضعف. فالخدج، على سبيل المثال، معرضون للإصابة بمضاعفات العين. والوقاية من العمى الناجم عن أمراض الشبكية لدى الخدج ممكنة من خلال تحسين نوعية رعاية المواليد، بما في ذلك استعمال الأكسجين بطريقة أكثر أماناً، وبالكشف المبكر عن أمراض الشبكية. ويجب متابعة الخدج وفحص عيونهم.

٦٠- ويتيح الاستمرار السلس بين الرعاية الأولية والرعاية على مستوى مرافق الإحالة إنقاذ الأرواح. وربما كانت الرعاية في إطار المجتمع التي يقدمها مهنيو التوليد الماهرون أمراً شائعاً في البيئات التي تتسم بمعدلات وفيات منخفضة أو متوسطة، حيث تتوفر الموارد البشرية وقدرات التدريب، ولكن ما يقارب ثلث الولادات على الصعيد العالمي (وعموماً في البيئات التي ترتفع فيها وفيات المواليد) يحدث في المنزل دون الحصول على رعاية صحية مهنية. والنهج المجتمعية الفعالة تستلزم رعاية فاعلة مستمرة وترابط فعال مع المرافق الصحية مع تأمين الرعاية الشاملة للطوارئ التوليدية.

٦١- وثمة بيئات واسعة تدل على انخفاض معيار تعليم الأطباء والممرضين والقابلات في بلدان عديدة. فمناهج تعليم مهنة القبالة في بعض البلدان لا تفي بالمعايير الدولية، حيث لا يكتسب الطلاب الكفاءات اللازمة لتوفير الخدمات الجيدة بثقة. والتقييدات القائمة في اللوائح وقدرات الرباطات المهنية تعني ضيق الحماية القانونية التي يتمتع بها مهنيو القبالة وعدم وجود أي صوت منظم لتمثيل مصالحهم. وتؤدي كل من هذه العوامل، فضلاً عن نقص العاملين، وسوء تجهيز المرافق وانخفاض الأجور، إلى قلة الدوافع ورداءة نوعية الرعاية.

٦٢- ويلزم من الخدمات الصحية معالجة عوامل الخطر التي تهدد الحصائل الصحية للمواليد، مثل حمل المراهقات، والتقارب بين الولادات، وسوء التغذية (انخفاض الوزن والبدانة)، والأمراض المزمنة (مثل السكري)، والأمراض المعدية (مثل السل والأيدز والعدوى بفيروسه)، وتعاطي مواد الإدمان (مثل التبغ والكحول)، والعنف في المنزل وسوء الصحة النفسية. وتعتبر سياسات أماكن العمل مهمة لدعم النساء أثناء الحمل وفي فترة ما بعد الولادة وينبغي أن تُدرج فيها لوائح حماية الحوامل والمرضعات من أداء الأعمال البدنية المرهقة<sup>١</sup>. ويلزم أيضاً وجود تدخلات سلوكية ومجتمعية لتقليل التعرض إلى الملوثات الضارة المحتملة، مثل الملوثات التقليدية التي تصدر عن موائد الطهي والتعرض إلى دخان التبغ. ويكثر أن تنفذ الوقاية من العدوى المنقولة جنسياً (كفيروس الأيدز والزهري) والملاريا والأمراض غير السارية، وفحص هذه الأمراض وإدارتها في إطار برامج محددة ولكنها يجب أن تتكامل جيداً مع الخدمات الصحية للأمهات والمواليد.

٦٣- ويمكن أن تتيح منصات البرامج القائمة روابط محددة لتحسين فرص بقاء المواليد على قيد الحياة وتعزيز صحتهم، وهي تسهم في تعزيز نوعية الخدمات الصحية المقدمة، بما في ذلك الخدمات المقدمة لتخطيط الأسرة، والعدوى بفيروس الأيدز والسل، والزهري، والملاريا، والمياه والاصحاح، والتغذية، والإدارة المتكاملة للأمراض الطفولة، والزيارات المنزلية في فترة ما بعد الولادة والتمنيع.

٦٤- ويلزم أن توفر للشباب خدمات صحية ملائمة للمراهقين تتضمن الصحة الجنسية والإنجابية، حيث توضح البيانات عدم وصول الخدمات الصحية إلى المراهقين وتزايد العدوى بفيروس الأيدز عندهم. وتعتبر الوقاية من الحمل المبكر غير المقصود، إلى جانب رعاية الفتيات والشابات أثناء الحمل والولادة وفي فترة ما بعد الولادة، عاملاً حيوياً لدعم صحتهن وصحة مواليدهن النفسية والبدنية.

٦٥- ويفتقر العديد من مرافق الصحة، خصوصاً في المناطق النائية، إلى السلع اللازمة لإنقاذ أرواح النساء والمواليد، وهو ما استبانته لجنة الأمم المتحدة المعنية بالسلع الأساسية اللازمة لإنقاذ أرواح النساء والأطفال. وتشمل التحديات في هذا السياق الصيغ الدوائية الجديدة غير المسجلة، والاختناقات الكبرى في سلسلة الإمداد، ونفاد المخزونات، والتكاليف في البيئات التي لا توفر خدمات مجانية، وعدم تنقيب مقدمي الرعاية الصحية والقائمين على شؤونها بشأن السلع وفعاليتها. ويجب تسخير خبرات القطاع الخاص الواسعة في استنباط الأدوية والأجهزة والتكنولوجيات الطبية، وصنعها وتوزيعها من أجل زيادة توافر هذه السلع، ولاسيما في البيئات الضعيفة الموارد.

٦٦- ويقفل على الصعيد العالمي وجود المؤشرات اللازمة لرصد جودة رعاية الأمهات والموليد، كما ينعدم وجود آليات الرصد والتقييم في العديد من البلدان. ومراقبة وفيات الأمهات والوفيات في الفترة المحيطة بالحمل والتصدي لها يمكن أن تكون نهجاً قوياً لتحسين نوعية الرعاية. وقد اعتمد العديد من البلدان تشريعات تقضي بالإبلاغ عن وفيات الأمهات، مما يمكن أن يشكل مدخلاً لإجراء تحقيق سري في الأسباب التي تؤدي إلى وفيات الأمهات وتخطيط الإجراء التصحيحي اللازم لذلك. ويمكن اتباع نهج مماثل بشأن الوفيات التي تحدث في الفترة المحيطة بالولادة.

### الإجراءات المقترحة

#### الإجراءات الرئيسية للغرض الاستراتيجي ٢

ينبغي للحكومات القيام بما يلي بالتعاون مع أصحاب المصلحة:

- (أ) تحديث السياسات والمبادئ التوجيهية والقواعد والمعايير الوطنية بشأن رعاية الأمهات والموليد؛
- (ب) تشغيل نظم فعالة لتحسين النوعية بغية كفاءة رعاية ريفية الجودة قائمة على الاحترام للأمهات والموليد؛
- (ج) اعتماد مناهج دراسية على أساس الكفاءة لتدريب العاملين الصحيين، ووضع أطر تنظيمية لموظفي القبالة وغيرهم من موظفي الرعاية الصحية؛
- (د) تأمين زيارات الرعاية اللاحقة للولادة في الأسبوع الأول؛ وتوفير رعاية إضافية جيدة للموليد الصغار والمرضى؛
- (هـ) دراسة وتقييم النهج الابتكارية لحفز العاملين ولتعزيز قدرة الوصول إلى الرعاية وتحسين نوعيتها؛ ومواصلة التحري عن فعالية التكلفة وما يقترن بها من مخاطر التمويل على أساس الأداء، على غرار ما استحدثته بعض البلدان؛
- (و) كفاءة تجهيز جميع المرافق على نحو كاف بأفرقة متعددة التخصصات من الموظفين القادرين على إدارة المضاعفات التي تحدث لدى الأمهات والموليد على مستوى مرافق الإحالة، مع توفير البنى التحتية الأساسية المثلّي لهذا الغرض؛
- (ز) ضمان إدراج السلع اللازمة لإنقاذ أرواح النساء والأطفال وصحتهم في كل قائمة وطنية للأدوية الأساسية؛
- (ح) وضع استراتيجيات لإشراك مزودي الخدمات من القطاع الخاص في توسيع الدعوة لاتخاذ الإجراءات اللازمة بشأن وفيات الموليد والأمهات والإملاص، واستتباب تكنولوجيات ابتكارية لتحسين الحاصلات الصحية للموليد والأمهات؛
- (ط) استحداث مراقبة لوفيات الأمهات والوفيات التي تحدث في الفترة المحيطة بالولادة والتصدي لها، بما في ذلك الإبلاغ عن هذه الوفيات (يستحسن أن يتم ذلك في غضون ٢٤ ساعة)؛
- (ي) تحسين إشراف الجمهور على نوعية الرعاية المقدمة للأمهات والموليد بواسطة التوعية العامة وتوسيع المشاركة المجتمعية.

٦٧- ينبغي للحكومات أن تتعاون مع الرابطات المهنية والقطاع الأكاديمي ومؤسسات التدريب وسائر أصحاب المصلحة على إجراء تحديثات منتظمة للسياسات الوطنية والمبادئ التوجيهية بشأن التدخلات المتصلة بالرعاية المستمرة لصحة النساء والأطفال فيما يتصل بالمبادئ التوجيهية العالمية المستندة للبيّنات والاستراتيجيات المحددة محلياً. وينبغي لهم أيضاً تشغيل نظم فعالة لتحسين النوعية واعتماد وإنفاذ تطبيق قواعد ومعايير الرعاية الرفيعة الجودة والقائمة على الاحترام للأمهات والموليد.

٦٨- وينبغي للحكومات اعتماد مناهج تعليمية على أساس الكفاءة لتدريب العاملين في الرعاية الصحية مع وضع أطر تنظيمية تحدد نطاق وممارسة مهنة القبالة والتمريض، بما يشمل مهارات محددة لرعاية المواليد الصغار بالنسبة لعمرهم الحولي أو المواليد المرضى، وإسداء المشورة بشأن الإرضاع وتدريب الدعم، والمعايير الدنيا اللازمة لمقتضيات التعليم. وينبغي، عند الاقتضاء، النظر في علاج مسألة نقص الأخصائيين، مثل أخصائيي الأمراض العصبية واستشاريي الإرضاع بالثدي.

٦٩- ويلزم تخطيط مستويات الملاك الوظيفي لكل مرفق يقدم الرعاية للأمهات والمواليد، وذلك بأسلوب يضمن توفير الخدمات على أساس مستمر، على مدار الساعة، وفي جميع أيام الأسبوع. ويعد العمل في أفرقة عنصراً أساسياً: ينبغي أن تكون أفرقة العمل في مستشفيات الإحالة من المستوى الأولي والثانوي أفرقة متعددة التخصصات، وأن تشمل موظفين متخصصين في التوليد وطب الأطفال والتخدير من أجل إدارة المضاعفات عند الأمهات والمواليد.

٧٠- وينبغي تأمين بنية تحتية ملائمة لمرافق الأمومة وتجهيزها تجهيزاً كافياً لتوفير الرعاية اللازمة للأمهات والرضع. ويجب التقيد بقواعد الوقاية من العدوى والأمان البيولوجي. ولا بد من ضمان التجهيز الآمن بالكهرباء، والماء، ومرافق الإصحاح وغسل اليدين، والمراحيض النظيفة، وأماكن مناسبة لتوليد النساء مع احترام الحرمة الشخصية، وأماكن مخصصة لمعالجة المواليد المرضى.

٧١- وبعد الولادة، ينبغي أن تتلقى النساء والمواليد في المرافق الصحية كافة الخدمات الأساسية قبل مغادرة تلك المرافق. وينبغي وجود الأم والطفل بصورة روتينية في نفس الغرفة مع اتخاذ الاحتياطات اللازمة لكفالة تمكّن الأمهات من تقديم الرعاية على طريقة الكنغر لأطفالهن على نحو مريح. وينبغي التشجيع على سحب اللبن من الثدي وخزنها في المرافق الصحية التي توفر الرعاية للخدج، والرضع الصغار بالنسبة للعمر الحولي و/ أو الرضع المرضى، بالإضافة إلى بنوك اللبن في مرافق الإحالة المختارة. وينبغي القيام على نحو ملائم بتجهيز مرافق الرعاية الثانوية والمتخصصة بالمعدات وتوفير الملاك الوظيفي لوحدة رعاية المواليد ووحدات الحضانه فيها، وربطها بمرافق الرعاية الأولية بواسطة نظام للإحالة جيد العمل. وتعتبر الزيارات اللازمة للرعاية في الأسبوع الأول بعد الولادة ضرورية لإسداء المشورة بشأن سلوكيات التماس الصحة والكشف عن أي مضاعفات.

٧٢- وينبغي أن تُدرج سلع إنقاذ الأرواح (بما في ذلك التكنولوجيات الأساسية) اللازمة لصحة النساء والأطفال في كل قائمة وطنية من قوائم الأدوية الأساسية مع كفالة وجود سلسلة إمدادات متواصلة لجميع المرافق، وخصوصاً المرافق المحيطية النائية.

٧٣- وينبغي استحداث عمليات رصد وتحسين نوعية الرعاية في جميع الخدمات العامة والخاصة لرعاية الأمهات، وذلك مثلاً عن طريق مراقبة وفيات الأمهات والوفيات التي تحدث في الفترة المحيطة بالولادة والتصدي لها، وسجلات الولادة والوفيات (بما في ذلك وفيات الأجنة والإملاص) وعمليات المسح الدوري لتوفر المرافق الصحية ومدى تأهبها. ويمكن الاستعانة بتكنولوجيا المعلومات في إجراء الرصد الآتي: فالهواتف المحمولة، على سبيل المثال، تشكل وسيلة مفيدة في زيادة الاتصال وتبادل البيانات بين مقدمي الرعاية الصحية والمجتمعات. ويلزم أيضاً الاستثمار في الروابط المجتمعية والروابط مع الخدمات لغرض تحسين نوعية الرعاية، كما تؤلف عمليات المراجعة والمساءلة عناصر رئيسية في عملية تحسين نوعية الرعاية.

٧٤- وتعتبر حوافز الموظفين عاملاً محدداً هاماً لضمان جودة الرعاية. وينبغي أيضاً تطبيق النهج الابتكارية عند الاقتضاء، مثل الإرشاد والنصح والاعتماد والتعليم المستمر من أجل تحسين نوعية الرعاية والوصول إليها. ويمكن للسلطات الوطنية النظر في تقديم حوافز مثل المدفوعات المالية والعلاوات والإعجاب عن التقدير علناً. وتقوم بعض البلدان الآن باتباع أسلوب التمويل على أساس الأداء، ولكن يلزم مواصلة التحري عن فعالية تكلفة هذا الأسلوب والمخاطر المقترنة به.

٧٥- وتساعد توعية الجمهور وزيادة مشاركة المجتمع على تسريع إدخال التحسينات على نوعية الرعاية. وبالتالي فإن أعضاء البرلمان، الذين يمثلون المنتخبين ويقومون بوظائف التشريع والفحص الدقيق واعتماد الميزانيات والإشراف على الإجراءات الحكومية، يشكلون عاملاً أساسياً من العوامل المحددة لرفاه النساء والأطفال. ومن شأن المجتمع المدني والقيادات المحلية، بما في ذلك قيادات قطاع الأعمال، تعزيز الإرادة السياسية والمساعدة على زيادة التوعية العامة ومسؤولية المجتمع في التحري عن المشاكل ووضع حلولها. وبغية التمكن من ذلك، يلزم كفاءة حرية تدفق البيانات والمعلومات، مع التوفير العلني بواسطة الاتصال الإلكتروني للنتائج السنوية المسجلة في القطاع الصحي والتوصيات التي تصدرها اللجنة المعنية بالمعلومات والمساءلة عن صحة المرأة والطفل.

٧٦- وثمة منافع متعددة يمكن جنيها من العمل الذي تقوم به الشراكات بين القطاعين العام والخاص، وهي تشمل ما يلي: رفع مستوى الدعوة؛ ونقل التكنولوجيا إلى البلدان المنخفضة الدخل؛ وخفض التكاليف وتعزيز توفر أدوية أساسية وأجهزة طبية مضمونة الجودة؛ وتحسين نوعية الرعاية والخدمات المستندة للبيانات التي يقدمها ممارسو الرعاية الصحية في القطاع الخاص؛ وتحسين وظيفة الإشراف والتنظيم التي تؤديها الحكومات؛ وإتاحة خدمات النقل في حالات الطوارئ؛ وتعزيز الخدمات الصحية المستندة لأرباب العمل وسياسات أماكن العمل والبرامج الداعمة للحوامل والأمهات الجدد؛ وتطوير التكنولوجيات الابتكارية ذات القدرة على خفض وفيات المواليد والأمهات والوقاية من الإملاص والعجز.

### الغرض الاستراتيجي ٣: الوصول إلى كل امرأة ومولود من أجل تقليل اللامساواة

#### الأساس المنطقي للغرض الاستراتيجي ٣

٧٧- لكل امرأة ومولود الحق في الحصول على رعاية صحية جيدة وفقاً لمبادئ التغطية الصحية الشاملة وحقوق الإنسان. ويتوقف الحصول على رعاية عالية الجودة للأمهات والمواليد على عدة عوامل، من بينها توفر عاملين صحيين ماهرين من ذوي الدوافع، وتجهيزهم تجهيزاً جيداً وتوزيعهم على نحو منصف. وفي العديد من البلدان، يشكل عدم الإنصاف في فرص الوصول إلى المهنيين الصحيين، خصوصاً في المناطق الريفية، أحد العوامل الرئيسية للارتفاع المستمر لوفيات النساء والمواليد.

٧٨- وفي الوقت الحاضر، لم يبلغ أكثر من ستة من بين البلدان ذات العبء الأعلى لوفيات المواليد والأمهات الحد الأدنى الأساسي من ٢٣ طبيباً ومهنيي قبالة وممرضاً لكل ١٠ ٠٠٠ فرد من السكان، وهو الحد اللازم لتوفير المجموعة الأساسية من خدمات الرعاية<sup>١</sup>. ويعاني ٣٨ بلداً على الأقل من نقص حاد في عدد مهنيي القبالة<sup>٢</sup>. وتسبب هذه العوامل، إضافة إلى سوء أحوال العمل وقلة الحوافز التي تدفع الموظفين للعيش والعمل في المناطق النائية أو في إطار الشرائح السكانية المحرومة، عدم المساواة في توزيع العاملين الصحيين مع تباينات كبرى في فرص الحصول على رعاية الأمهات والمواليد في البلدان التي تعاني من عبء مرتفع وغير متكافئ لوفيات المواليد.

٧٩- ويمكن أن تشكل تكاليف الخدمات الصحية عائقاً كبيراً أمام الأسر في التماس الرعاية أثناء الحمل والولادة وفي الفترة اللاحقة لها. فالتكاليف المباشرة، مثل التسديد المباشر لثمن الأدوية وأجور الاستشارات والإجراءات، والتكاليف غير المباشرة، مثل النقل وخسائر الدخل، أدت إلى تباينات حادة في التغطية، لاسيما

١ الأطلس العالمي للقوى الصحية، (<http://apps.who.int/globalatlas/default.asp>)، تم الاطلاع في ٢٧ آذار/مارس (٢٠١٤).

٢ The state of the world's midwifery, report 2011: delivering health, saving lives. New York: United Nations Population Fund; 2011.



للنساء اللاتي يلدن بمساعدة مهنية ماهرة. وفي بعض البلدان، يتحمل لغاية ١١٪ من السكان تكاليف باهظة لتسديد مدفوعات الرعاية الصحية، والتي تسببت في إفقار ٥٪ منهم نتيجة للمصروفات المتصلة بالصحة، بما في ذلك التكاليف المرتبطة بالرعاية الأساسية للأمهات والموليد.<sup>١</sup> وينص هدف تغطية الصحة الشاملة على أن كل فرد ينبغي أن يكون قادراً على الوصول إلى الخدمات الصحية دون أن يتعرض لضائقة مالية نتيجة لذلك، ولكن العالم قد تخلف في ضمان هذين الشرطين كليهما، خصوصاً بالنسبة للنساء والأطفال.

٨٠- ويلزم اتخاذ تدابير خاصة في الخدمات الصحية والبيئات المجتمعية لوضع حدّ لانتهاكات حقوق الإنسان التي تحدث مع التمييز القائم على الجنس ضد الأطفال البنات.

٨١- ويؤدي غياب المعلومات عن الميزانيات إلى تقييد الشفافية ومراقبة صحة الأمهات والموليد. وقد أجرت بضعة بلدان حسابات الصحة الوطنية مع حسابات فرعية محددة لصحة الأمهات والموليد، وقد أصبح تتبع المساعدات الإنمائية المتاحة علناً عنصراً بارزاً في الفترة الأخيرة.

٨٢- وينبغي لمنشآت القطاع الخاص أن تتخذ تدابير خاصة لتعزيز الدعم المجتمعي والدعم في أماكن العمل المقدم للأمهات فيما يخص الحمل والإرضاع بالثدي وتوفير خدمات مجدية ومتيسرة التكلفة لرعاية الطفل، عملاً بأحكام اتفاقية منظمة العمل الدولية لعام ٢٠٠٠ بشأن حماية الأمومة (رقم ١٨٣). والقطاع الخاص قادر، وينبغي له أيضاً، الإسهام في الترويج للإرضاع بالثدي حصراً منذ وقت مبكر، ووقايته ودعمه من خلال كفالة امتثال ممارسات التسويق والترويج امتثالاً تاماً لأحكام المدونة الدولية لقواعد تسويق بدائل لبن الأم والقرارات اللاحقة التي أصدرتها جمعية الصحة بهذا الشأن، وكذلك من خلال التقيد بالأحكام القانونية والتنظيمية الوطنية الرامية لإنفاذها.

٨٣- ويستلزم الوصول إلى جميع النساء والموليد استثماراً في كافة جوانب النظام الصحي، بما يشمل القيادة وتصريف الشؤون، وقوى العمل، والبنى التحتية، والسلع والإمدادات، وتقديم الخدمات، ونظم المعلومات والتمويل. وتستلزم السياقات المختلفة اتباع نهج ملائمة لها، مع توجيه اهتمام خاص للتأهب للطوارئ الإنسانية المعقدة والاستجابة العاجلة لمقتضياتها.

١ التقرير الخاص بالصحة في العالم ٢٠١٠. تمويل النظم الصحية: السبيل إلى التغطية الشاملة. جنيف، منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٠.

## الإجراءات المقترحة

## الإجراءات الرئيسية للغرض الاستراتيجي ٣

ينبغي للحكومات القيام بما يلي بالتعاون مع أصحاب المصلحة:

- (أ) إجراء تحليل منظم للعقبات التي تحول دون التحقيق الكامل النطاق لمعدلات مرتفعة من التغطية بمجموعات من التدخلات الفعالة لكفالة تقديم رعاية عالية الجودة في إطار النظام الصحي والمجتمع واتخاذ الإجراء اللازم لإزالة تلك العقبات؛
- (ب) كفالة إدراج إجراءات تتعلق بصحة المواليد في المبادرات والبرامج القائمة لتقديم خدمات الصحة الإنجابية وصحة الأمهات والمواليد والأطفال من أجل عدم تقويت أي فرصة للوصول إلى الأمهات والمواليد؛
- (ج) إعداد وتنفيذ خطة لتنمية القوى العاملة الصحية لضمان الكفاءة والسلوك القائم على الاحترام، ولتحسين الكثافة، وزيادة الدوافع والاحتفاظ بكوادر مناسبة من العاملين الصحيين وفقاً للاحتياج؛
- (د) تحقيق الأداء الأمثل للموظفين المتاحين من خلال النظر في تفويض المهام للموظفين الصحيين من المستوى المتوسط بالتدريب والدعم المناسبين ودور العاملين الصحيين المجتمعيين في سدّ الفجوات القائمة بين الأسر والخدمات الصحية؛
- (هـ) اعتماد القوانين والسياسات وإنفاذها بشأن المساواة في فرص الحصول على رعاية الأمهات والمواليد وكفالة جودتها في القطاعين العام والخاص؛
- (و) تخطيط الخدمات الصحية للأمهات والمواليد على أساس برنامج للعمل مستند للبيّنات، وتوفير الملاك الوظيفي اللازم لتقديمها؛
- (ز) ضمان إزالة العقبات (الاجتماعية والمالية) التي تقيد حصول الأمهات والمواليد على الرعاية، ويشمل ذلك البنات وهن الأشد ضعفاً في بعض الشرائح السكانية؛
- (ح) تتبع الإنفاق الصحي الوطني، بما في ذلك صحة الأمهات والمواليد، وتعبئة موارد محلية إضافية؛
- (ط) إعداد برامج مستهدفة في سياق المدرسة وخارجها لتوسيع نطاق حصول المراهقين والراشدين الشباب على وسائل منع الحمل الحديثة واستخدامها، ومنح المراهقات الحوامل الدعم الكامل اللازم لهن؛
- (ي) النظر في اتخاذ استراتيجيات مجتمعية لتحسين الطلب على الخدمات، والتأهب للولادة والممارسات الأساسية لرعاية المواليد، بما في ذلك الزيارات المنزلية التي يجريها العاملون الصحيون المجتمعيون والجمعيات النسائية المشاركة.

٨٤- وتتمثل الخطوة الأولى المقترحة للبلدان من أجل المضي قدماً نحو تحقيق التغطية الشاملة لرعاية الأمهات والمواليد في إجراء تحليل نظامي للعقبات التي تعترض توسيع نطاق توفير مجموعات التدخلات اللازمة لتقديم الرعاية الجيدة. ويمكن العثور على هذه العقبات داخل النظام الصحي نفسه، ولكن فجوات المعارف الأسرية والمجتمعية، وسوء المفاهيم ونقص الموارد يمكن أن تسهم هي أيضاً في تلك الإعاقة. وينبغي مراعاة نتائج تلك التحليلات عند تصميم خطط العمل الوطنية بشأن المواليد.

٨٥- ويشكل إدراج الإجراءات المعنية بصحة المواليد في المبادرات القائمة بشأن الصحة الإنجابية وصحة الأمهات والمواليد والأطفال وبرامج تقديم الخدمات (بما في ذلك البرامج الخاصة بفيروس الأيدز والملاريا والتمنيع) عاملاً حاسماً للأهمية لضمان عدم تقويت أي فرصة للوصول إلى الأمهات والمواليد. ويجب على البلدان أن تجري تقييماً نقدياً لأي من الخدمات يلزم توفيرها، وحفز العاملين الصحيين على تحسين كفاءة المستشفيات، والقضاء على الإهدار والفساد، وتحقيق الاستخدام الأفضل للتكنولوجيات والخدمات الصحية.

٨٦- وينبغي لكل بلد أن يضع خطة إنمائية شاملة للقوى العاملة الصحية تشتمل على التعليم والتدريب، وتوزيع الموظفين الماهرين وحفزهم والاحتفاظ بهم، ومعالجة التفاوت بين عدد العاملين في الرعاية الصحية المتوفرين وعدد الوظائف بواسطة نظام للتتابع بدءاً بالتدريب السابق للخدمة ثم تعيين الموظفين والاحتفاظ بهم. ولا بد للعاملين الصحيين من اتباع مواقف وسلوكيات قائمة على الاحترام تجاه النساء والمواليد، وينبغي لظروف العمل أن تسمح للعاملين الصحيين الاشتغال في بيئة تتسم بالأمان والاحترام. وينبغي للخطط أن تشتمل على إجراءات ترمي لزيادة الإنصاف في توزيع القوى العاملة و/ أو إعادة توزيعهم، والتنفيذ الفوري للتدابير العلاجية عند اللزوم، بما في ذلك منحهم الأجور الملائمة. ولقد كان توفير السكن والكهرباء وعلوات الأجر عاملاً فعالاً في حفز العاملين الصحيين على العمل في المناطق النائية التي تقل الخدمات فيها.

٨٧- ويعد ضمان الأداء الأفضل للموظفين المتاحين من بين الأولويات. وثمة بيّنات راسخة على إمكانية تفويض تدخلات إنقاذ الأرواح على نحو مأمون للعاملين الصحيين المتوسطي المستوى، بشرط حصولهم على التدريب المناسب. فمثلاً، ينبغي للعاملين في مجال القبالة التمكن من تقديم الطائفة الكاملة لرعاية التوليد الطارئة حينما لا تتوفر سوى إمكانيات محدودة للإحالة.

٨٨- وينبغي للحكومات أن تعتمد وتنفذ قوانين وسياسات بشأن المساواة في الحصول على الرعاية الجيدة للأمهات والمواليد في القطاعين العام والخاص. وينبغي تضمين السياسات ما يلي: كفاءة حصول النساء والأطفال الشامل على خدمات الرعاية الصحية دون معاناة من الصعوبات المالية؛ والإشعار بشأن وفيات الأمهات والوفيات التي تحدث في الفترة المحيطة بالولادة؛ واتباع نهج مناسبة للسياقات المحددة تجاه العدوى بفيروس الأيدز وتغذية الرضع؛ والتصديق على اتفاقية منظمة العمل الدولية لعام ٢٠٠٠ بشأن حماية الأمومة (رقم ١٨٣)؛ وتشريعات تخص تنفيذ المدونة الدولية لقواعد تسويق بدائل لبن الأم.

٨٩- وينبغي الاستناد إلى المعلومات الموضوعية والبيّنات عند وضع خطط توسيع نطاق الخدمات الصحية للأمهات والمواليد. ويلزم من البلدان أن تقدّر الاحتياجات المطلوبة وفقاً لعدد حالات الحمل والولادة الحادثة في بيئة ما وأن تشيّد البنى التحتية الضرورية وتجهزها بالمعدات. ويلزم منها أيضاً تحديد مجموعة قياسية من خدمات رعاية الأمهات والمواليد لكل مستوى من مستويات توفير الصحة وأن تقرر عدد الموظفين وتشكيل أفرقة العاملين، بمن فيهم القابلات وموظفو القبالة، وعند الاقتضاء، أخصائيون مثل أخصائيي التوليد وتمريض المواليد وأمراض الأطفال. ولقد نجح إعداد خرائط جغرافية لنقاط الحصول على الخدمات في عدة بلدان في دعم صانعي القرار على تحديد عدد مرافق الأمومة وتعيين مواقعها من أجل بلوغ أكبر عدد ممكن من الأسر والمجتمعات. وينبغي للتخطيط السليم أن يوفر المعلومات لأجل زيادة الاستثمار في توفير الرعاية الجيدة في الفترة المحيطة بالولادة.

٩٠- ويلزم وجود برامج موجهة داخل المدارس وخارجها بغية توسيع نطاق حصول المراهقين والراشدين الشباب على طرائق منع الحمل الحديثة واستخدامها. وينبغي للتدابير المتخذة للوقاية من الحمل المبكر أن تتضمن تشريعات لمنع أو تقليل عدد زيجات الفتيات دون سنّ ١٨ عاماً وتعليم مهارات الحياة (للفتيان والفتيات) بغية المساعدة على بقاء الفتيات في المدارس، وخفض معدلات العلاقات الجنسية القسرية، والوقاية من الحمل المبكر وغير المقصود قبل سن ٢٠ عاماً وغرس المعايير والتقاليد الثقافية الإيجابية لديهم. وينبغي أن تتوفر للشباب إمكانية الحصول على طرائق منع الحمل والتثقيف الجنسي الشامل الذي يعزز قدرتهم، والمصمم من أجل تمكينهم من اتخاذ القرارات الجنسية والإنجابية بحرية ومسؤولية. وينبغي للبلدان أن تهيئ البيئة اللازمة لذلك. وينبغي أيضاً إتاحة الخدمات الصحية المناسبة للشباب لكي تقدم للمراهقات الحوامل الدعم الكامل اللازم لهن من أجل الاستعداد جيداً للولادة والأمومة، بصرف النظر عن حالتهم الزوجية.

٩١- ويلزم وجود سياسات للتخلص من الفروق في الحصول على الرعاية الصحية، وتشمل تلك السياسات دعم تكلفة الرعاية والتركيز على الشرائح السكانية الأكثر ضعفاً لضمان توفر خدمات صحية جيدة النوعية للأمهات والمواليد ميسورة التكلفة في مواضع الاستخدام (مما يعني خدمات مجانية للعديد من الناس). وينبغي

للبلدان أن تقلل اعتمادها على أسلوب الإنفاق من الجيب لتسديد التكاليف من خلال زيادة أشكال الدفع المسبق مع تجميع الأموال لتقاسم المخاطر المالية على مستوى السكان. ويشتمل الدفع المسبق عادة على الضرائب وغيرها من الرسوم الحكومية و/ أو رسوم التأمين. وبغية تعبئة الموارد، يجب على الحكومات أن تحدد أولويات القطاع الصحي في الميزانيات المحلية، مع زيادة كفاءة عمليات تجميع الدخل الوطني واعتماد أساليب ابتكارية في جمع الأموال عن طريق فرض الضرائب على التبغ والكحول على سبيل المثال.

٩٢ يجب على البلدان تتبع الإنفاقات الصحية الإجمالية بحسب مصادر التمويل (ولكل فرد من السكان) والإنفاقات الإجمالية على الصحة الإنجابية وصحة الأم والمولود والطفل بحسب مصادر التمويل (ولكل فرد من السكان). وينبغي لكافة الشركاء الرئيسيين في التنمية الإبلاغ بشأن المساعدة التي يقدموها لصحة الأمهات والمواليد مقابل التزاماتهم مع إبرام تعهدات بغرض تمكين السلطات الوطنية من إعداد ميزانيات يمكن التكهن بها وتعزيز المساواة المتبادلة.

٩٣ - وثمة دور حاسم الأهمية في تقليص عدم المساواة أمام الوفيات والحصول على الرعاية، وهو الدور الذي تؤديه الاستراتيجيات المجتمعية الرامية لتحسين الطلب على الخدمات، والتأهب للولادة وممارسات الرعاية الأساسية للمواليد، بما في ذلك الجمعيات النسائية التشاركية والزيارات المنزلية المدعومة بالعاملين الصحيين المجتمعيين أو المتطوعين أو الميسرين من عامة الناس. وتدل البيانات على أن للجمعيات النسائية التشاركية أكبر الأثر على الوفيات في الأوساط السكانية الأشد فقراً.

#### الغرض الاستراتيجي ٤: تسخير قدرة الآباء والأسر والمجتمعات

##### الأساس المنطقي للغرض الاستراتيجي ٤

٩٤ - هناك أهمية حيوية لإزالة العقبات التي تعترض الحصول على الرعاية الماهرة عند الولادة وتسخير قدرة الآباء والأسر والمجتمعات، وإشركهم في التماس الرعاية على امتداد الحمل والولادة والأيام والأسابيع الأولى من حياة الأطفال. وتشتد هذه الأهمية في البلدان المنخفضة الدخل، حيث لا تحصل نصف الأمهات تقريباً على رعاية ماهرة أثناء الولادة. وهناك أكثر من ٧٠٪ من الرضع المولودين خارج المرافق الذين لا يحصلون على رعاية بعد الولادة<sup>١</sup> حيث تحدث معظم وفيات الأمهات والمواليد وحالات الإملاص. ويموت الكثير من المواليد في المنزل دون التماس أي رعاية كانت.

٩٥ - ولابد من تمكين النساء والآباء والأسر والمجتمعات لكي يلتمسوا خدمات الرعاية الصحية حيثما احتاجوا إليها وضمان قدرتهم على تقديم الرعاية الموصى بها في المنزل بأنفسهم. وتتحدد الحصائل الصحية، السلبية منها والإيجابية، بالقرارات المتخذة في إطار الأسر المعيشية، وبقدرة الأسر على بلوغ الرعاية عند الحاجة إليها وجودة الخدمات التي يحصلون عليها عند وصولهم. ومما يؤسف له هو أن العديد من الفاعلين خارج الخدمات الصحية لا يشاركون غالباً في مناقشات أو جهود لتحسين صحتهم ولزيادة التغطية بالتدخلات الأساسية.

٩٦ - وقد اتضحت آثار هذه النهج من خلال البرامج التي تتوخى تعزيز الخدمات الصحية عن طريق تعبئة أعضاء المجتمع لاعتماد الممارسات الصحية، وتغيير القواعد الاجتماعية لزيادة الدعم الاجتماعي ومعالجة العقبات التي تعترض الحصول على الخدمات. وتوضح التغييرات الناتجة بصفة خاصة في سياق صحة الأمهات والمواليد. ويعتبر حق المرأة في اتخاذ القرارات عاملاً حاسماً لصحتها وصحة أسرتها.

٩٧- ويمكن عموماً تصنيف الأنشطة المجتمعية التوجه في الفئات الأربع التالية: (١) زيادة التوعية بالحقوق والاحتياجات والمسؤوليات والمشاكل المحتملة المتصلة بصحة الأمهات والمواليد؛ (٢) تطوير قدرات المحافظة على الصحة، واتخاذ القرارات الصحية والاستجابة لمقتضيات حالات الطوارئ المتصلة بالتوليد والمواليد؛ (٣) تعزيز شبكات الدعم الاجتماعي بين النساء والأسر والمجتمعات والروابط مع الخدمات الصحية؛ (٤) تحسين نوعية الرعاية عن طريق تعزيز تفاعلات الخدمات الصحية مع النساء والأسر والمجتمعات والاستجابة لاحتياجاتهم.<sup>١</sup> ويعتبر الاستثمار ضرورياً في كل واحد من هذه المجالات، وخصوصاً في البيئات التي تتسم بارتفاع معدلات وفيات الأمهات والمواليد وبمحدودية الوصول إلى الخدمات الصحية. ويلزم اتخاذ إجراءات جماعية من قبل أطراف متعددة، علاوة على الجهود الرامية لتحسين نوعية الخدمات الصحية. ويوسع المجتمع المدني أداء دور محقّر بواسطة التحالفات والشبكات القائمة والمعززة.

٩٨- وتحتل الأسر، ولاسيما الآباء، موقع الصدارة في تقديم الرعاية للمواليد. وفي إمكانهم، بل وينبغي لهم، كفاءة تقديم جوانب معينة من الرعاية لصحة الرضيع بعد ولادته، بما يشمل المحافظة على نظافته ودفئه، والبدء في إرضاعه بالثدي في وقت مبكر ورعاية الحبل السري (بما في ذلك استعمال الكلوروكسيدين عند الاقتضاء). ولذلك أهمية خاصة بالنسبة للرضع المولودين في المنزل أو الذين يخرجون من المرافق بعد مرور بضع ساعات على ولادتهم. وإذا كانت ممارسات الإرضاع بالثدي تعتبر سلوكاً طبيعياً في غالبية الأحيان، فإن العديد من النساء يحتجن مع ذلك إلى الدعم الماهر.

٩٩- وللتفاعلات بين مقدم الرعاية والطفل أهمية حاسمة في نمو الطفل النفسي والإدراكي وينبغي أن تبدأ منذ يوم الولادة. فالتواصل البسيط والمحاكاة يحفزان نضوج المسالك العصبية وهما عاملان هامين للرضع المولودين في أوانهم بالضبط والخدج على السواء. ويشكل دعم النمو المبكر للطفل عنصراً أساسياً من عناصر رعاية المواليد.

١٠٠- وفي إمكان الرجال أداء دور في صحة الأمهات والمواليد، بصفتهم شركاء في الحياة وآباء وأعضاء في المجتمع. وكثيراً ما يكون الرجل صانع القرار الرئيسي في سلوك التماس رعاية الأم والمولود ويلزم منه فهم الاحتياجات والمخاطر وعلامات الخطر أثناء الحمل والولادة وفترة ما بعد الولادة. ويلزم من البرامج الصحية التي تصمم تقليدياً للتفاعل مع المرأة توسيع فهم احتياجات الرجل ومنظوراته (دون تهديد لحقوق المرأة)، وأن تعمل مع الرجال والنساء (المراهقون منهم والراشدون) وتحدد موقع المنظورات الجنسانية والحقوق الإنجابية نظراً لأهميتها للجنسين. ويلزم من العاملين الصحيين تيسير مرافقة الرجال لشريكاتهم وحضورهم أثناء الولادة، ودعمهم من أجل تحسين اتخاذ القرارات والتواصل بين الشريكين.

١٠١- ولقد أصدرت منظمة لصحة العالمية واليونيسيف في عام ٢٠٠٩ بياناً مشتركاً بشأن إجراء الزيارات المنزلية للمواليد بالاستناد إلى بحوث تدل على تحسن معدلات بقاء المواليد على قيد الحياة بفضل الزيارات التي يجريها العاملون الصحيون المجتمعيون.<sup>٢</sup> وبيّنت الدراسات الواسعة التي أُجريت في أفريقيا وآسيا منذ ذلك الحين أنّ إجراء الزيارات المنزلية أثناء الحمل وفي الأسبوع الأول بعد الولادة يؤدي إلى زيادة عدد النساء اللاتي يلتمنسن الرعاية قبل الولادة ويحصلن على رعاية ماهرة أثناء الولادة. كما تساعد الزيارات التي يجريها العاملون الصحيون المجتمعيون الأسر على تحسين رعايتها للمولود وتؤدي إلى اتباع ممارسات محسنة، مثل تأجيل الاستحمام وبدء الإرضاع بالثدي في وقت مبكر، مما يفضي إلى انخفاضات هامة في وفيات المواليد.

١ Working with individuals, families and communities to improve maternal and newborn health. Geneva: World Health Organization; 2003.

٢ WHO, UNICEF. Home visits for the newborn child: a strategy to improve survival. Geneva: World Health Organization; 2009.

١٠٢- ويمكن لقادة المجتمعات وأفراد الأسر والدايات التقليديات وغيرهم من الأشخاص ذوي النفوذ أيضاً الاضطلاع بدور إيجابي كوسطاء لتقديم الدعم. ويتمتع أفراد الأسر المسنون مثل الجدة والحماة حسب السياق بسلطة قوية وراسخة ثقافياً لاتخاذ القرارات وتوفير الرعاية بالتأثير مثلاً في النظام الغذائي الذي تتبعه المرأة الحامل وعبء العمل والمسؤوليات الأسرية وفرص الاستعانة بالخدمات الطارئة.

١٠٣- ويوصى بتعبئة المجتمع عبر أنشطة ميسرة للتعلم والعمل القائمين على المشاركة بالتعاون مع التجمعات النسائية من أجل تحسين صحة الأم والوليد، ولاسيما في السياقات الريفية حيث يتدنى مستوى إتاحة الخدمات الصحية. ويمكن أن تؤثر التدخلات تأثيراً إيجابياً في معدل وفيات المواليد وأن يحسن إجراء المزيد من البحوث فهم الآثار على صحة الأم وعلى التماس رعاية الأم. وينبغي أن يركز تنفيذ الأنشطة الميسرة للتعلم والعمل القائمين على المشاركة بالتعاون مع التجمعات النسائية على إجراء مناقشات مواتية تستطيع المرأة خلالها تحديد المشاكل ذات الأولوية والدعوة إلى إيجاد حلول محلية لصحة الأم والوليد. وسعيًا إلى ضمان الجودة، ينبغي تنفيذ هذه التدخلات إلى جانب الرصد والتقييم الوثيقين والتكيف المسبق مع السياق المحلي.

١٠٤- وقد نجح العاملون الصحيون من عامة الناس بمن فيهم الدايات التقليديات في أداء مهام متصلة بتوفير الرعاية الصحية للمرأة والوليد ويمكنهم أن يكونوا أعضاء مهمين في فريق الأشخاص المعنيين بشؤون الصحة. وليس الغرض المنشود أن يحل هؤلاء الأشخاص محل المهنيين الصحيين في المساعدة على التوليد إلا أنهم قد ينهضون على نحو فعال بتدخلات تتصل بصحة الأم والوليد والصحة الإنجابية وتشمل على سبيل المثال لا الحصر التماس الرعاية الملائمة والتأهب للولادة والمضاعفات ودعم الرضاعة الطبيعية. وغالباً ما تعتبر الدايات التقليديات موارد مجتمعية تحظى بالتقدير والاحترام ومن المهم إيجاد أدوار جديدة يضطلعن بها في مجالات مثل توفير الدعم المتواصل للمرأة أثناء المخاض (بحضور عامل متخصص) والعمل كهمزة وصل بين المجتمعات المحلية والخدمات الصحية.<sup>١</sup>

١٠٥- ويمكن أن تؤثر وسائل التواصل الاجتماعي ووسائل الإعلام بالاقتران مع إجراءات أخرى في نقل المعارف وتغيير السلوك وغرس المساواة الاجتماعية بشأن خدمات رعاية صحة الوليد. وقد ساهمت حملات الدعوة المعتمدة على الراديو والتلفزيون في زيادة عدد الولادات في المرافق الصحية وبدء الرضاعة الطبيعية في وقت مبكر والتعويل الحصري عليها وفي تدخلات أخرى. وتعزز النهج المتعددة الجوانب تأثير الرسائل.

١٠٦- ويمكن تسخير الخبرة الكبيرة التي يتمتع بها القطاع الخاص في مجال الاتصالات الاستراتيجية لتغيير القواعد الاجتماعية (مثل قبول وفيات الأمهات والمواليد كأمر محتوم) والنهوض بالسلوك الصحي الأمثل وزيادة الطلب على الرعاية المتسمة بحسن الجودة. وتتحدى عدة شركات خاصة بالقدرة على إجراء البحوث والبحث عن مصادر متنوعة للبيانات لتكوين فهم الدوافع السلوكية مما يعتبر ثروة قيّمة للغاية لم تستغل بعد كامل طاقتها. وتتأثر الشراكات بين القطاعين العام والخاص بوجه خاص بحملات الدعوة المتعددة الوسائط عبر منصات الاتصالات الراهنة للقطاع الخاص والراديو والتلفزيون ووسائل التواصل الاجتماعي والصحة الإلكترونية وتكنولوجيا الهاتف المحمول.

١٠٧- وقد تسهم منظمات المجتمع المدني إسهاماً ملحوظاً في تعبئة المجتمع وتكوين الإرادة السياسية وتصميم السياسات وتساعد على مساءلة الحكومات والدوائر الصحية عن تنفيذ برامجها وخططها.

١ توصيات منظمة الصحة العالمية. تحقيق المستوى الأمثل لأدوار العاملين الصحيين عن طريق تفويض المهام لأغراض تحسين إتاحة التدخلات الرئيسية المتصلة بصحة الأم والوليد، جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ ٢٠١٢؛ منظمة الصحة العالمية والاتحاد الدولي للقابلات والاتحاد الدولي لأطباء النساء والتوليد. تعزيز مأمونية الحمل: الدور الحاسم للعامل الصحي المؤهل: بيان مشترك صادر عن منظمة الصحة العالمية والاتحاد الدولي للقابلات والاتحاد الدولي لأطباء النساء والتوليد، جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ ٢٠٠٤.

١٠٨- وتجري استعراضات منتظمة لنتائج النهج المسندة بالبيانات الرامية إلى تسخير قوة النساء والآباء والمجتمعات المحلية في مجالات مثل التأهب للولادة والمضاعفات؛ ونظم النقل؛ ودور استقبال الحوامل قبل الولادة؛ ومشاركة المجتمعات المحلية في تخطيط البرامج وتحسين الجودة؛ وتخفيف العقبات المالية والتحويلات النقدية؛ والتدبير العلاجي المتكامل لحالات المرض لدى الطفل والوليد؛ واستخدام تكنولوجيا الهاتف المحمول؛ والتحقق من وفيات الأمهات والوفيات في الفترة المحيطة بالولادة؛ والتمويل القائم على النتائج. وستوجه النتائج السياسة القادمة بشأن هذه النهج.

### الإجراءات المقترحة

#### الإجراءات الرئيسية للغرض الاستراتيجي ٤

ينبغي للحكومات الاضطلاع بما يلي بالتعاون مع أصحاب المصلحة:

- (أ) تعزيز عدم التسامح بخصوص وفيات الأمهات والمواليد التي يمكن تلافيها؛
- (ب) زيادة قوة رأي الآباء والمجتمع المدني ووسائل الإعلام ووسائل التواصل الاجتماعي إلى أقصى حد من أجل توفير المعلومات وتغيير القواعد؛
- (ج) إجراء تحليل منهجي للعقبات التي تعرقل إتاحة خدمات متممة بالجودة للأم والوليد وانتفاع النساء والأسر والمجتمعات المحلية بممارسات الرعاية المنزلية الأساسية ومشاركة المجتمعات النشطة في تحديد الأولويات وتخطيط الإجراءات الملائمة؛
- (د) تزويد أفراد الأسرة بمن فيهم الرجال بالمعارف والقدرات اللازمة لتوفير الرعاية المنزلية الجيدة؛
- (هـ) توطيد الروابط بين المجتمع المحلي والمرافق الصحية من خلال تطبيق نهج ابتكارية للوصول إلى المناطق النائية؛
- (و) اعتماد نهج مشتركة لتحسين جودة الرعاية داخل المنزل وفي الدوائر الصحية؛
- (ز) تقييم فائدة المنظمات المجتمعية مثل التجمعات النسائية التشاركية للنهوض بتعبئة المجتمع وخصوصاً في صفوف سكان الأرياف الذين تتاح لهم فرص محدودة للحصول على الرعاية؛
- (ح) اعتماد استراتيجيات مسندة بالبيانات لتوليد الطلب على الخدمات واستمراره بالاعتماد على إجراءات مجتمعية التوجه؛
- (ط) إشراك منظمات المجتمع المدني داخل البلدان وتمكينها ودعمها للمطالبة بالشفافية ومراقبة فرص إتاحة خدمات الرعاية وجودة هذه الخدمات وتحسينها؛
- (ي) إشراك القطاع الخاص لدعم حملات الاتصالات المتعددة الوسائط بهدف تغيير القواعد الاجتماعية وتعزيز عدم التسامح بشأن الوفيات التي يمكن تلافيها والدعوة إلى اتباع السلوك الأمثل.

١٠٩- ولا بد للمجتمعات المحلية والأسر والأفراد من الاعتراف بأن الوفيات وحالات الإملاص لدى الأمهات والمواليد هي حالات يمكن تلافيها وليست أمراً محتوماً. وضماناً لعدم التسامح بخصوص الوفيات التي يمكن تلافيها، يجب أن يطرأ تغيير في القواعد والتوقعات الاجتماعية التي تحيط بالولادة وبقاء المولود على قيد الحياة، ومن الضروري أن تتاح الفرص للآباء المتأثرين بحالات الإملاص أو بوفيات المواليد للتعبير عن آرائهم. ويمكن اللجوء إلى استراتيجيات الأنداد المعتمدة على آراء الآباء لتعبئة المجتمع المدني ووسائل الإعلام ووسائل التواصل الاجتماعي من أجل نشر المعلومات وتغيير القواعد.

١١٠- وينبغي أن يركز تحليل العقبات المقترح في إطار الغرض الاستراتيجي ٣ أيضاً على عوامل تحدد الطلب على خدمات رعاية صحة الأم والوليد وتؤثر في توفير الرعاية الذاتية الموصى بها في المنزل في بلدان تسجل مستويات مرتفعة في عبء وفيات المواليد. ومن الأساسي إدراك الدوافع والعناصر الثقافية والهيكلية والمالية التي تدعم الأسر والمجتمعات المحلية لتطبيق ممارسات الرعاية المنزلية الجيدة والتماس الرعاية الملائمة للأم ووليدها من أجل تصميم استجابة ملائمة. وينبغي أن تشمل البرامج أنشطة ترمي إلى إتاحة فرص للمرأة والأسرة للتعبير عن رأيها وتمكينها من المشاركة في تحديد الأولويات المتصلة بالمشاكل والحلول.

١١١- وعندما تكون فرص إتاحة الخدمات الصحية غير متكافئة أو متدنية، ينبغي أن تأخذ البلدان في الاعتبار الاستثمار في العاملين الصحيين المجتمعيين بوصفهم موارد فعالة لتحسين رعاية الأم والمولود، ولاسيما في المناطق التي يصعب الوصول إليها وضمان إدماجهم باعتبارهم موارد بشرية مهمة إلى جانب المهنيين الصحيين فيما يخص مسائل صحة الأم والطفل. ويعتبر التدريب الملائم والإشراف الداعم والنشر والتعويض من الأمور الضرورية.

١١٢- وينبغي إيلاء العناية لتدعيم المنظمات المجتمعية مثل التجمعات النسائية بغية تعزيز تعبئة المجتمع باتباع نهج قائمة على الحوار على غرار الدورات الميسرة للتعليم والعمل القائمين على المشاركة. ويكتسي هذا الأمر أهمية خاصة في صفوف سكان الأرياف التي تتاح لهم فرص محدودة للحصول على الرعاية. وهناك حاجة ملحة إلى مواصلة تقييم فائدة اتباع هذا النهج في المناطق الحضرية الفقيرة ومع جهات فاعلة أخرى تشمل الرجال والجدات.

١١٣- ويضطلع أفراد الأسرة وعلى الخصوص الرجل والأب أيضاً بدور مهم. وينبغي إشراكهم في الأنشطة الأسرية الفردية والمجتمعية لتعزيز إسهامهم في دعم صحة الأسرة. ويمكن لقنوات مختلفة أن تبني القدرة على توفير الرعاية المنزلية الجيدة مثل أنشطة التنقيف الصحي وحملات الإعلام والزيارات المنزلية التي يجريها العاملون الصحيون المجتمعيون المدربون.

١١٤- ويحسن توطيد الروابط بين المجتمعات المحلية والمرافق الصحية الحصائل الصحية لدى الأم وطفلها ولاسيما حينما توفر خدمات الإحالة. وتتيح تكنولوجيا الهاتف المحمول التي تتوفر حالياً على نطاق واسع ويمكن وصولها إلى المناطق النائية في عدة بلدان أحد النهج لتحسين هذه الروابط. وقد استُخدمت هذه التكنولوجيا استخداماً ناجحاً للإمداد بالرسائل الصحية وإنشاء خطوط اتصال للمساعدة وتيسير الرصد الآني للولادات والوفيات ويمكن ربطها بتدخلات التعبئة المجتمعية لتعزيز التأزر.

١١٥- ويتطلب تكوين الطلب على الخدمات للمجتمعات المحلية التي تعاني من نقص الخدمات اتباع نهج ابتكارية قائمة على استراتيجيات مسندة بالبيانات. وعلى سبيل المثال، يمكن أن تؤخذ التحويلات النقدية المشروطة إلى الأسر والمجتمعات المحلية في الاعتبار حينما تعرقل الظروف المالية إتاحة الرعاية الصحية بتوخي الدقة في الرصد من أجل بيان المردودية.

١١٦- وقد دعت اللجنة المعنية بالإعلام والمساءلة في مجال صحة المرأة والطفل إلى تحسين المراقبة والشفافية بحث البرلمانين وقادة المجتمعات والمجتمع المدني وعامة السكان على المطالبة بالمعلومات والمشاركة النشطة في تخطيط الخدمات الصحية وجودة الرعاية المقدمة إلى الأم والطفل ورصدها. وينبغي أن تتوخى البلدان تنفيذ هذه التوصيات. وعلى نحو مماثل، ينبغي لجميع أصحاب المصلحة المعنيين قبول المساءلة المستقلة عن تنفيذ خطة العمل هذه على الصعيد العالمي كجزء من التزامهم بإنقاذ أرواح المواليد.



## الغرض الاستراتيجي ٥: إحصاء كل مولود - القياس وتتبع البرامج والمساءلة

### الأساس المنطقي للغرض الاستراتيجي ٥

١١٧- تتيح الإحصاءات الحيوية معلومات لا غنى عنها وتساهم في هذه الحالة في تعزيز فعالية السياسات ومستوى استجابتها لاحتياجات المرأة والطفل. وعلى الرغم من ذلك، لم يسجل حوالي ثلث عدد الولادات البالغ ١٣٥ مليون ولادة على الصعيد العالمي إضافة إلى ثلثي عدد الوفيات خلال عام ٢٠١٠. ولا يسجل نصف البلدان الموجودة في الإقليم الأفريقي وإقليم جنوب شرق آسيا التابعين للمنظمة أسباب الوفاة في إحصاءاتها الحيوية وتوجد أوجه قصور جسيمة ضمن النظم الراهنة<sup>١</sup>. ولا تتبع نظم تسجيل الإحصاءات الحيوية في بعض البلدان التوصيات العالمية بشأن الأطفال الذين ينبغي إحصائهم وتطبيق في الغالب في جزء من البلد فقط. ولا تسجل جميع الوفيات في بلدان أخرى. ويؤدي عدم جمع بيانات عالية الجودة بشأن تسجيل الولادات والوفيات بما في ذلك أسباب الوفاة إلى عدم توفر المعلومات الحاسمة لوضع السياسات والتخطيط والتقييم على مستوى جميع قطاعات التنمية بما فيها قطاع الصحة والخدمات الصحية. وإن قرار مجلس الأمم المتحدة لحقوق الإنسان ٩/١٩ بشأن تسجيل الولادات وحق كل إنسان في أن يُعترف له بالشخصية القانونية في كل مكان مكرس كلياً لتسجيل الولادات والاعتراف بالشخصية القانونية للجميع دون تمييز.

١١٨- وإذ ترسي الحكومات والجهات الشريكة التدخلات المتصلة بصحة الوليد وتوسّع نطاق إتاحتها، لا بد من زيادة المعلومات وتحسينها لرصد التقدم المحرز من أجل تحقيق الالتزامات المقطوعة لوضع حد للوفيات وحالات الإملاص لدى المواليد التي يمكن تلافيها وتقييم هذا التقدم.

١١٩- ويتوفر عدد قليل من المؤشرات الشاملة لرصد تكافؤ فرص إتاحة خدمات رعاية الأم والوليد وجودة هذه الخدمات. وقد بدأ اتخاذ بعض الخطوات لتحسين القياس مثل إضافة أسئلة إلى أدوات استقصاء الأسر عن رعاية الأم والوليد في الفترة التالية للولادة وإلى أدوات تقييم المرافق عن مدى توفر السلع الأساسية التي تستهدف بالتحديد المواليد وتشمل معدات الإنعاش والكورتيكوستيرويدات المستخدمة قبل الولادة. ومع ذلك، مازالت هناك عدة تحديات مواجهة في جمع هذه البيانات. وطالما جُمعت البيانات عن المؤشرات المتعلقة بتنظيم الأسرة والرعاية قبل الولادة والمساعدة على التوليد عبر الدراسات الاستقصائية الأسرية السكانية بما فيها الدراسات الاستقصائية السكانية والصحية والدراسات الاستقصائية الجماعية المتعددة المؤشرات. وقد أدرجت معلومات إضافية عن الاتصالات اللاحقة للولادة فيما يخص المواليد في هذه الدراسات الاستقصائية في الآونة الأخيرة ويزداد باطراد عدد البلدان التي تتوفر لديها البيانات. ومن ضمن المعالم المقترحة في هذه الخطة عملية لتوليد مؤشرات يمكن أخذها في الاعتبار لإضافتها إلى الدراسات الاستقصائية الأسرية بهدف قياس ممارسات رعاية الوليد وجوهر الرعاية التالية للولادة.

١٢٠- وهناك ثغرات كبرى لاتزال تسجل في جمع البيانات عن حصائل الرعاية في الفترة المحيطة بالولادة وتغطيتها وجودتها ولا بد من إيلاء عناية أكثر صرامة لوضع المؤشرات واختبارها وإدراجها في نظم معلومات الإدارة الصحية. ويدرج عدد قليل من المؤشرات المتصلة بصحة الوليد في الوقت الحالي في نظم معلومات الإدارة الصحية الروتينية باستخدام البيانات بشكل محدود لتحسين الجودة. ومن الضروري الاتفاق على مجموعة من المؤشرات الأساسية والإضافية التي لا تستهدف تتبع التغطية السكانية للتدخلات الفعالة فحسب بل تتبع جودة الرعاية في الدوائر الصحية أيضاً بهدف استخدامها في سياقات مختلفة تشمل حالات الطوارئ الإنسانية المعقدة. ولا بد للمديرين على جميع المستويات من الإلمام بمدى قدرة النظام على توفير الخدمات الأساسية للأم والوليد وتحديد مواطن ضعف الأداء التي يمكن إصلاحها عن طريق تحسين التخطيط والميزنة وتوفير الخدمات. ويمكن إدماج العديد من المؤشرات في نظم المعلومات الصحية الروتينية بالتحقق من صحة النتائج بشكل دوري عبر دراسات استقصائية محددة.

١ Oomman N, Mehl G, Berg M, Silverman R. Modernising vital registration systems: why now? Lancet.

2013;381(9875):1336-7. doi: 10.1016/S0140-6736(13)60847-8.

١٢١- وقد قبلت عدة بلدان ترصد حالات وفاة الأمهات والاستجابة لمقتضياتها كوسيلة فعالة لتحديد حالات الوفاة وتقصي محدداتها واتخاذ تدابير إصلاحية بشأن الأسباب التي يمكن تلافيها. وينبغي اعتبار الوفيات في الفترة المحيطة بالولادة عنصراً مهماً من هذه المبادرات. وقد بين تحليل تلوي للأثر المرتبط ببدء التحقق من الوفيات في الفترة المحيطة بالولادة في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط تسجيل انخفاض بنسبة ٣٠٪ في معدل الوفيات عندما رُبطت الحلول المحددة بناءً على عملية التحقق بالإجراءات<sup>١</sup>. وتتضمن التوجيهات الجديدة الصادرة عن المنظمة وشركائها توصيات واضحة بشأن سبل النجاح في تنفيذ أنشطة ترصد وفيات الأمهات على وجه تام<sup>٢</sup>. وتنهض التوجيهات بنهج متدرج وتقرح التركيز على تعزيز أنشطة ترصد وفيات الأمهات والاستجابة لمقتضياتها في المرافق الصحية قبل توسيع نطاقها لتشمل المجتمعات المحلية. ويحتمل أن يعزز التحقق من وفيات الأمهات والوفيات في الفترة المحيطة بالولادة وربط النتائج بعملية وطنية القدرة على تجنب أسباب الوفاة التي يمكن تلافيها. إلا أن آليات الحماية القانونية التي من شأنها تيسير عمليات الاستعلام التامة ليست كافية في عدة بلدان، مما يعني أن كامل طاقات النهج تبقى في الغالب غير مستغلة.

### الإجراءات المقترحة

#### الإجراءات الرئيسية للغرض الاستراتيجي ٥

ينبغي للحكومات الاضطلاع بما يلي بالتعاون مع أصحاب المصلحة:

- (أ) الاستثمار في تغطية تسجيل الولادات والوفيات وجودتها بالنهوض بتسجيل كل مولود حي أو ميت وتسجيل حالات الإملاص ووفيات المواليد؛
- (ب) الأخذ في الاعتبار استخدام شهادات محددة للوفاة في الفترة المحيطة بالولادة تسجل بيانات إضافية عن حالات الإملاص والعمر الحلمي والوزن عند الميلاد إضافة إلى المضاعفات لدى الأمهات؛
- (ج) إعداد مجموعة من البيانات الدنيا المتصلة بالفترة المحيطة بالولادة وضمان جمع حصائل كل الولادات بتوفير تعاريف متسقة ووصلات مشتركة بقواعد البيانات لتسجيل الإحصاءات الحيوية؛
- (د) إضفاء الطابع المؤسسي على أنشطة ترصد وفيات الأمهات والوفيات في الفترة المحيطة بالولادة والاستجابة لمقتضياتها بربط هذه الأنشطة باستعراضات الوفيات في الفترة المحيطة بالولادة واتخاذ الإجراءات للتصدي للعوامل الممكن تلافيها والمحددة عبر هذه الاستعراضات؛
- (هـ) تتبع حصائل المراضة والعجز وخصوصاً عندما يوسع نطاق الرعاية المكثفة للمواليد؛
- (و) تقييم المؤشرات الوطنية لتوفير خدمات رعاية صحة الأم والوليد وتحديدها (بالاستناد إلى المؤشرات العالمية المقترحة في التبديل ٢) وإدماجها في النظم والأدوات الروتينية لجمع البيانات؛
- (ز) حث البرلمانين وقادة المجتمعات والمجتمع المدني وعامة السكان على المطالبة بالمعلومات والمشاركة النشطة في التخطيط والرصد لإتاحة الخدمات الصحية المتسمة بالجودة والمقدمة إلى المرأة والطفل؛
- (ح) إعداد استراتيجيات لإشراك القطاع الخاص في تحسين نظم تسجيل الولادات والوفيات من حيث جمع البيانات وجودتها وفي الاستثمار في آليات ابتكارية لجمع البيانات ووضع هذه الآليات وتنفيذها.

١ Pattinson R, Kerber K, Waiswa P, Day LT, Mussell F, Asiruddin SK et al. Perinatal mortality audit: counting, accountability, and overcoming challenges in scaling up in low- and middle-income countries. International Journal of Gynecology and Obstetrics. 2009;107 (Suppl. 1):S113–21, S121–2 doi: 10.1016/j.ijgo.2009.07.011.

٢ ترصد وفيات الأمهات والاستجابة لمقتضياتها: توجيهات تقنية. المعلومات لاتخاذ الإجراءات الرامية إلى تلافي وفيات الأمهات، جنيف، منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٣.

١٢٢- وينبغي أن تعتمد البلدان نظماً لتسجيل الولادات والوفيات وتستثمر في تحسينها وتأخذ في الاعتبار آليات ابتكارية لجمع البيانات بالاستعانة بالعاملين الصحيين المجتمعين واستخدام الهاتف المحمول مثلاً. وينبغي أن يقترن تسجيل حالات الإملاص ووفيات المواليد بتصنيف وجيه من الناحية البرمجية لأسباب الوفاة. وينبغي إدراج البيانات الإضافية (مثل العمر الحولي والوزن عند الميلاد) وبحث المحددات الاجتماعية للوفيات. ومن الضروري رصد جودة البيانات واكتمالها باستمرار وينبغي نشر البيانات كأساس للتخطيط.

١٢٣- ولابد من الاستثمار والدعم التقني من أجل تحسين البيانات عن الإسهامات الوطنية بالنسبة إلى جميع الحصائل المتصلة بالأمهات والولادات من حيث كميتها واتساقها وتواترها كجزء من مجموعة البيانات الدنيا الخاصة بالفترة المحيطة بالولادة والمرتبطة بتسجيل الإحصاءات الحيوية والبيانات المنبثقة عن المرافق الصحية. وينبغي للبلدان تدعيم آليات ترصد وفيات الأمهات والاستجابة لمقتضياتها وترصد الوفيات في الفترة المحيطة بالولادة بربط هذه الأنشطة باستعراضات الوفيات في الفترة المحيطة بالولادة واتخاذ الإجراءات للتصدي للعوامل الممكنة تلافيها والمحددة عبر هذه الاستعراضات. ومن المهم أيضاً تتبع حصائل العجز (مثل اعتلال الشبكية لدى الخديج والصمم والشلل الدماغي) ولاسيما بالنسبة إلى البلدان التي توسع نطاق الرعاية المكثفة للمواليد.

١٢٤- وينبغي لأصحاب المصلحة تقييم المؤشرات الأساسية العالمية المقترحة ضمن خطة العمل (التذييل ٢) وإدماج هذه المؤشرات بعد تقييمها في نظم إدارة المعلومات الصحية الوطنية. وسيتواصل وضع مجموعة المؤشرات المقترحة في إطار تنفيذ خطة العمل (المشار إليها في الفقرة ١٣٥) لكي تشمل مجالات تهيئة الخدمات والحصائل والانتفاع بالخدمات وتغطية التدخلات وجودة الرعاية.

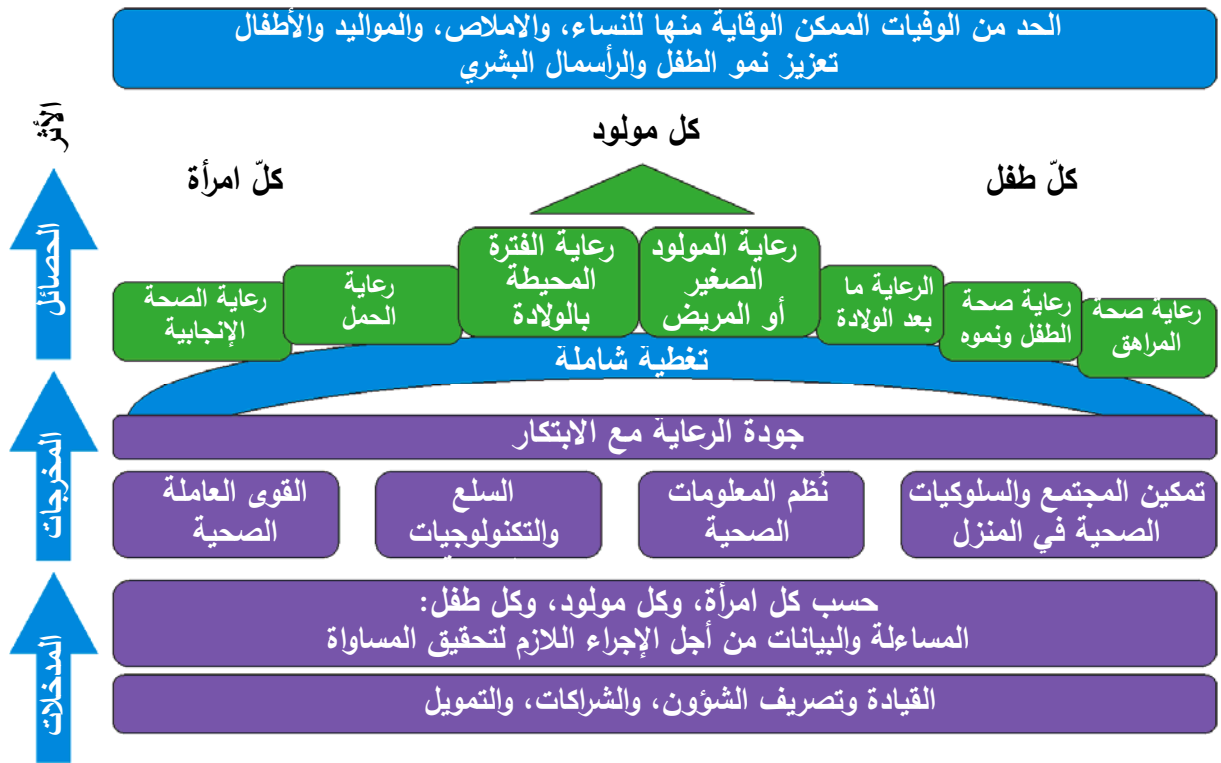
١٢٥- ولابد لجميع أصحاب المصلحة بدءاً من البرلمانين وقادة المجتمعات ووصولاً إلى المجتمع المدني وعامة السكان من المطالبة بالمعلومات والمشاركة في التخطيط والرصد لإتاحة الخدمات الصحية المتسمة بالجودة والمقدمة إلى المرأة والطفل باحتمال استخدام سجلات للقياس بهدف تعزيز المساءلة عن تنفيذ خطة العمل هذه.

١٢٦- وإذ تعزز النظم الروتينية، ينبغي للبلدان والجهات الشريكة الإنمائية إجراء دراسات استقصائية أسرية دورية للحصول على بيانات عن معدل الوفيات وتغطية التدخلات والانتفاع بالخدمات. وينبغي أيضاً إشراك القطاع الخاص في تحسين نظم تسجيل الولادات والوفيات من حيث جمع البيانات وجودتها وفي الاستثمار في آليات ابتكارية لجمع البيانات ووضع هذه الآليات وتنفيذها ولاسيما من خلال استخدام الهاتف المحمول.

## إطار للنجاح

١٢٧- يُدرج إطار الأثر المبين في الشكل ٦ "كل مولود" في مفهوم "كل امرأة، كل طفل" ويوسع نطاق الأهداف بشمول الحد من الوفيات التي يمكن الوقاية منها للنساء، والإملاص، والمواليد والأطفال، وتعزيز نمو الطفل والرأس المال البشري. ويشمل مستوى حصائل الإطار كافة مجموعات تدخلات الصحة الإنجابية وصحة الأم والمولود والطفل، مما يوجه تركيز خطة العمل الخاص نحو رعاية النساء والمواليد أثناء المخاض والولادة والأسبوع الأول من الحياة، وكذلك نحو المواليد الصغار والمرضى، مع توخي تحقيق غرض التغطية الصحية الشاملة بكل مجموعة من المجموعات. وتستلزم زيادة التغطية بالرعاية الجيدة تغيير البرامج في إطار النظام الصحي والمجتمع. كما تقتضي تدخلات النظام الصحي المعزز قياسات دقيقة وتتبع صارم للبرامج ومساءلة. أخيراً، فإن كل سياق من السياقات الاجتماعية والسياسية، والاقتصادية، والبيئية، والبيولوجية، والقانونية يؤثر في جميع مستويات التغيير.

## الشكل ٦ - إطار أثر كل مولود



عوامل ظرفية: وبائية، وبيئية، واقتصادية، واجتماعية - ثقافية

١٢٨- وتحقيق غايات خفض الوفيات لن يتم سوى عن طريق إدخال التحسينات على تغطية ونوعية الرعاية المقدمة للنساء والرضع أثناء الولادة ورعاية الموليد الصغار والمرضى. لذا يجري اقتراح أهداف مؤقتة للتدخلات المسندة بالبيانات فيما يخص التغطية وجودة الرعاية المقدمة في الفترة المحيطة بالولادة، ورعاية الموليد المعرضين للخطر، والزيارات المنزلية والجمعيات التشاركية لدعم النساء والموليد (التذييل ١).

## ١٢٩- أهداف التغطية بحلول عام ٢٠٢٠

(أ) **تغطية الرعاية وجودتها في الفترة المحيطة بالولادة:** تتلقى ٩٠٪ من النساء اللاتي يلدن في المرافق الصحية والمولودين فيها رعاية فعالة عالية الجودة قائمة على الاحترام، وهي تشتمل على تقديم الرعاية الأساسية أثناء الحمل والمخاض وبعد الولادة، مع رعاية الوقاية من المضاعفات التي تصيب الأم والمولود وإدارتها على نحو مناسب. وتشكل مراقبة وفيات الأمومة والوفيات التي تحدث في الفترة المحيطة بالولادة، فضلاً عن الاستجابة في الموعد المناسب والرصد المنتظم لنوعية الرعاية قسماً قائماً بذاته من الخدمات الصحية المقدمة للأمهات والموليد.

(ب) **تغطية الرعاية وجودتها للموليد الصغار والمرضى:** يجري إنعاش ما يقارب نصف الموليد الذين لا يتنفسون تلقائياً عند الولادة بعد تجفيفهم وحفزهم بعناية، ويتم ذلك الإنعاش بالتهوية باستخدام كيس وقناع؛ ويتلقى نحو نصف الموليد الخدج المستقرين أو الموليد الذين يقل وزنهم عن ٢٠٠٠ غرام رعاية الأم على طريق الكنغر وغيرها من أشكال رعاية الدعم؛ ويتلقى ما لا يقل عن نصف الموليد المحتمل إصابتهم بعدوى بكتيرية خطيرة علاجاً بالمضادات الحيوية. ويجري تحديد الأهداف الخاصة بكل بلد فيما يخص رعاية الموليد المكثفة الشاملة، بما في ذلك تتبع العجز.

(ج) الزيارات المنزلية ودعم الجمعيات التشاركية للنساء والمواليد: يحقق كل بلد زيادة لا تقل نسبتها عن ٢٠٪ (أو زيادة لغاية ٩٠٪ إذا كان الحد الأساسي فيها يزيد على ٧٠٪) من الرعاية المبكرة اللاحقة للولادة للنساء والمواليد في غضون يومين من الولادة لتشجيع الرضاعة بالثدي، وإسداء المشورة وفحص المضاعفات لدى الأم والمولود، وتنظيم الأسرة بعد الولادة. وتؤلف الروابط مع النهج المجتمعية التشاركية وجمعيات الآباء عنصراً هاماً في هذه الاستراتيجية.

### ١٣٠- أهداف التغطية بحلول عام ٢٠٢٥

(أ) تغطية الرعاية وجودتها في الفترة المحيطة بالولادة: تلد ٩٥٪ من النساء بمساعدة مهني ماهر، وتحصل كل امرأة ومولودها على رعاية فعالة عالية الجودة قائمة على الاحترام (انظر الفقرة ١٢٩).

(ب) تغطية الرعاية وجودتها للصغار والمرضى من المواليد: يجري إنعاش ٧٥٪ على الأقل من المواليد الذين لا يتنفسون تلقائياً عند الولادة بعد تجفيفهم وحفزهم بعناية، ويتم ذلك الإنعاش بالتهوية باستخدام كيس وقناع؛ ويتلقى ٧٥٪ على الأقل من المواليد الخدج المستقرين أو المواليد الذين يقل وزنهم عن ٢٠٠٠ غرام رعاية الأم على طريق الكنغر وغيرها من أشكال رعاية الدعم؛ ويتلقى ما لا يقل عن ٧٥٪ من المواليد المحتمل إصابتهم بعدوى بكتيرية خطيرة علاجاً بالمضادات الحيوية.

(ج) الزيارات المنزلية ودعم الجمعيات التشاركية للنساء والمواليد: يحصل ٩٠٪ من النساء والمواليد على رعاية مبكرة لاحقة للولادة رفيعة الجودة في غضون يومين من الولادة. ويجري تتبع نوعية الرعاية اللاحقة للولادة مع استخدام قياسات محسنة لتقييم المضمون والحصائل على المدى الأبعد، مثل هدف تغذية الإرضاع بالثدي حصراً بنسبة ٥٠٪ في جميع البلدان بحلول عام ٢٠٢٥.

## مقاييس النجاح

١٣١- تتعلق خطة العمل المعنونة كل مولود باتخاذ إجراء يرمي لتحقيق أهداف طموحة لخفض الوفيات وأهداف التغطية للحد من وفيات المواليد والإملاص التي يمكن الوقاية منها. وستحدد معالم للتأشير على المسار الذي يفضي للأثر المرغوب، وستحدد هذه المعالم على المستوى العالمي والوطني للفترة ٢٠١٤-٢٠٢٠ (التذييل ١). وستشكل المعالم نقطة الانطلاق للمساءلة والإشراف المستقل والأساس الذي يستند إليه رصد التقدم المحقق في التنفيذ. ويتزامن الرصد والتقييم مع استعراضات التقدم نحو بلوغ الأهداف الإنمائية للألفية في عام ٢٠١٥ وسيكونا جاهزين لمنظور ما بعد عام ٢٠١٥ لأهداف التنمية المستدامة، والترابط مع آلية المساءلة الجديدة.

١٣٢- وتشكل خطة للرصد أكثر تفصيلاً، مع قياسات التغطية والحصائل لغرض تتبع التقدم المحرز، مرحلة على المستوى العالمي. وسيلزم جمع هذه المؤشرات واستخدامها في إجراء البرنامج الوطني داخل البلدان. مع تحديد واضح للتدخلات بشأن الإملاص واستراتيجيات تمثل المعالم الأخرى.

١٣٣- وسيحدث التغيير الحقيقي للنساء والرضع داخل البلدان. وتشمل المعالم الوطنية (على سبيل المثال لا الحصر) كفالة ما يلي: إدراج السلع في القوائم الوطنية للأدوية الأساسية وتتبعها؛ الإصغاء لما يقوله المجتمع، والنساء بصفة خاصة؛ شحذ الخطط الصحية الوطنية وحساب تكاليفها من أجل تيسير معالجة صحة المواليد وحالات الإملاص على نحو مناسب؛ تتبع الإنفاقات الوطنية على الصحة الإنجابية وصحة الأم والمولود والطفل، والإبلاغ بشأنها.

١٣٤- وبالنظر إلى أن المرأة ورضيعها يشكلان مفهوماً أساسياً لخطة العمل، فسيلزم توفير مجموعة من التدخلات لكليهما: فهما متميزان ولكن أحدهما يعتمد على الآخر أيضاً، ولهذا الاعتماد المتبادل أهمية حيوية لكليهما. وكإضافة لخطة العمل هذه، ستعد منظمة الصحة العالمية واليونيسيف مع الشركاء مبادرة ملائمة للأم والرضيع تركز على تحسين نوعية رعاية الأمهات والمواليد في المرافق، وترتبط بالأعمال المجتمعية وتعزيز النظم الصحية المحلية. وسيجري تحديد طائفة من القواعد والمعايير لنوعية الرعاية المقدمة في الفترة المحيطة بالولادة والفترة التي تليها مباشرة، وبمجرد التثبيت من هذه القواعد والمعايير بالتشاور مع البلدان والخبراء التقنيين، سيلزم تكييفها واعتمادها في إطار البلدان.

١٣٥- وينتطلب تحقيق الرؤية وأهداف خفض الوفيات والتغطية المشروحة في خطة العمل وجود مؤشرات قابلة للقياس لغرض تتبع التقدم المحرز وإبلاغ السياسات والبرامج الصحية. وشمل اختيار المؤشرات الأساسية (التنزيل ٢) عملية لتحديد درجات الصلة المباشرة بإطار خطة العمل، وأهدافها وغاياتها واستعراض البيانات المتاحة حالياً. ويجري في بعض الحالات الاتفاق بشأن المؤشرات الأساسية وتتبعها، بيد أنه سيلزم إجراء اختبار إضافي لبعض المؤشرات وإدراجها في نظم القياسات الوطنية. ويلزم القيام بعمل عاجل لتحسين قياسات هذه المؤشرات وغيرها من مؤشرات الدعم ولزيادة عدد البلدان التي تتبناها روتينياً. ويشكل تفعيل هذه المؤشرات الأساسية مع قائمة واسعة بالمؤشرات الضرورية الأخرى قسماً من المعالم القصيرة الأجل المدرجة في التنزيل ١.

## أولويات البحث

١٣٦- يلزم وضع البحث في مجال تقديم الرعاية والتطوير واكتشاف الاحتياجات في صدارة الجهود الرامية لخفض وفيات المواليد. ولقد حددت الممارسة العالمية للفترة ٢٠١٣-٢٠٢٥ أولويات البحث بشأن صحة المولود كالاتي: تتعلق تسع من ١٠ أولويات بتحسين تقديم التدخلات المعروفة.

١٣٧- وتشمل أولويات البحث الرئيسية في مجال تقديم التدخلات ما يلي: التوصل إلى نُهج لزيادة السبل المبسطة لإعناش المولود في المستويين الأوليين من مستويات النظام الصحي؛ وتحديد العدوى التي يصاب بها المولود وإدارتها على مستوى المجتمع؛ والتخلص من العقبات التي تعوق توسيع نطاق الرضاعة الحصرية بالثدي ورعاية الأم لمولودها على طريقة الكنغر في المرافق؛ وتقييم استخدام الكلورهيكسيدين في رعاية الحبل السري لدى المواليد في مرافق الرعاية الصحية؛ ووضع استراتيجيات لتحسين نوعية الرعاية المقدمة في المرافق أثناء المخاض والولادة.

١٣٨- وتتضمن أولويات البحث المحددة ما يلي: تكييف رعاية الأم للمولود على طريقة الكنغر من أجل إتاحة تقديمها على المستوى المجتمعي؛ والكشف المبكر عن النساء الأشد تعرضاً للمخاطر أثناء الحمل والمخاض في إطار المجتمع؛ وتحسين وتبسيط الرصد قبل الولادة؛ وتقييم المضادات الحيوية الفموية المناسبة لعلاج الإنتان لدى المولود؛ وتحديد دور المراجعات في الفترة المحيطة بالولادة في تحسين نوعية الرعاية المقدمة أثناء المخاض والولادة؛ وتطوير مؤثرات سطحية وأجهزة زهيدة التكلفة للبلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل.

١٣٩- إبراز أولويات بحوث الاكتشاف: في مجال العلم والتكنولوجيا من أجل فهم المسارات المسببة للابتسار؛ والأدوية الجديدة المضادة للتلفعات الرحمية لغرض تأجيل الابتسار؛ واكتشاف مؤثرات سطحية مستقرة وبسيطة الاستخدام؛ ولقاحات فعالة للأمهات للوقاية من الإنتان عند المواليد؛ ووسائل التشخيص في أماكن الرعاية وعوامل بيولوجية جديدة لتحسين وسائل تحديد الإنتان عند الوليد وعلاجه؛ وسبل محسنة للكشف عن الضيق الجنيني؛ وتحديد واصمات بيولوجية لتأخر النمو داخل الرحم والإملاص السابق للولادة.

## التنسيق

١٤٠- سيقترض تنفيذ خطة العمل مشاركة العديد من أصحاب المصلحة، بما في ذلك الحكومات وصانعو القرار، والبلدان المانحة، والأمم المتحدة والمنظمات المتعددة الأطراف الأخرى والمؤسسات الخيرية العالمية والمجتمع المدني، والعاملين في مجال الرعاية الصحية ورابطاتهم المهنية، ومجتمع الأعمال، والمؤسسات الأكاديمية والبحثية (انظر التذييل ٣).

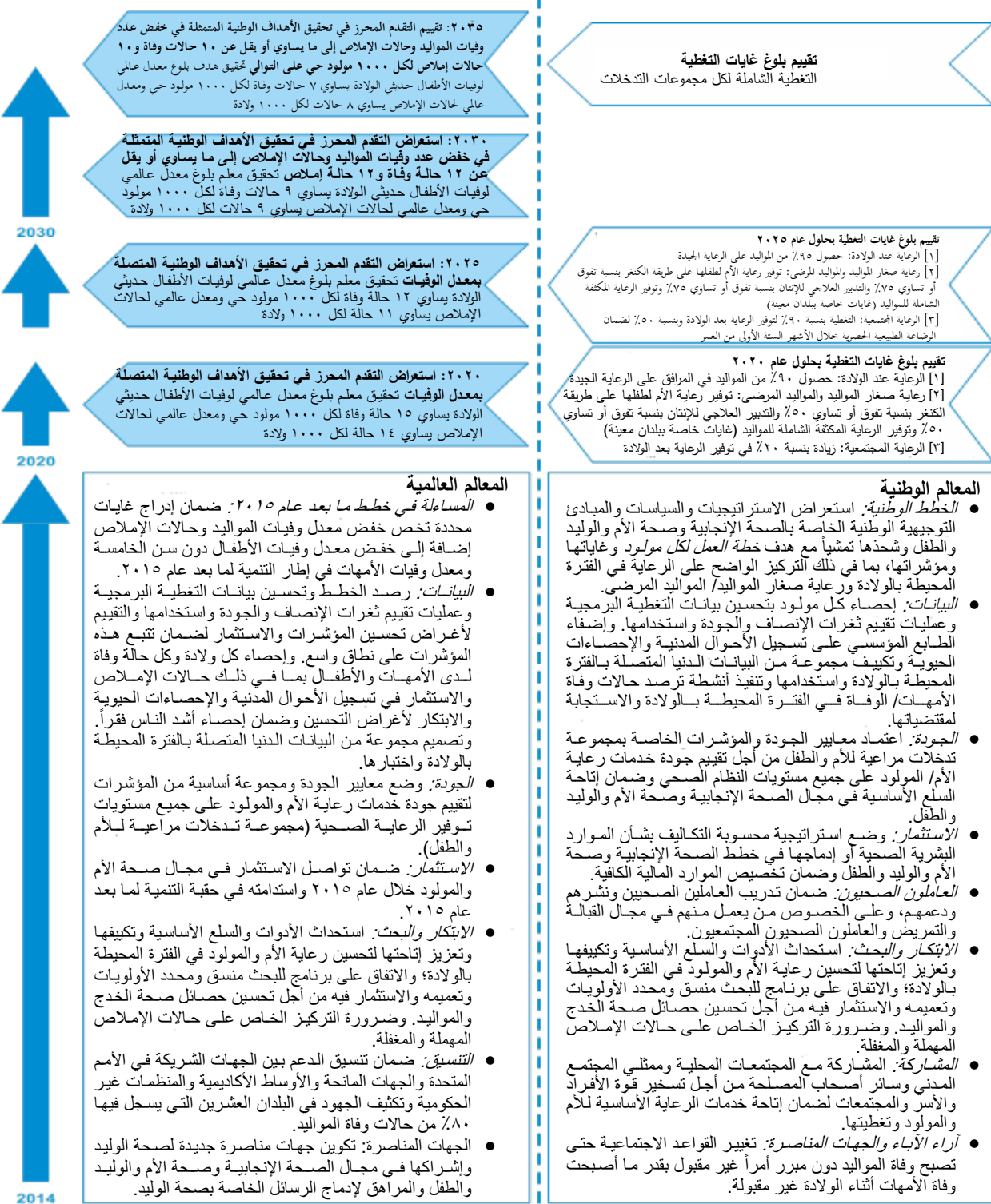
١٤١- وتحدد الخطة أولويات العمل لإتاحة بداية صحية لكل مولود في سياق البرامج المتكاملة للصحة الإنجابية وصحة الأم والمولود والطفل والمراهق. وتشكل الخدمات الصحية للأم والطفل منصة مثالية لتقديم مجموعات متكاملة تشتمل على طائفة من التدخلات، بما في ذلك التدخلات الخاصة بالمalaria والعدوى بفيروس الأيدز والتغذية والتمنيع. وثمة أهمية حيوية لأن تتضمن أهداف التنمية لما بعد عام ٢٠١٥ رؤية للمجتمعات الصحية التي يُضمن فيها بقاء النساء والمراهقات والمولود والأطفال على قيد الحياة وازدهارهم. وسيتوقف تنسيق تنفيذ هذه الرؤية على سلسلة قوية ومؤمنة للرعاية المستمرة من أجل تحقيق انخفاض كبير في وفيات الأم والمولود والطفل التي يمكن الوقاية منها، والقادرة على بناء مجتمعات أكثر إنصافاً وعلى تغيير التنمية البشرية.

التذليل ١

الأهداف والغايات والمعالم العالمية والوطنية للفترة ٢٠١٤-٢٠٣٥

على المستوى العالمي

على المستوى الوطني





## التذييل ٢

المؤشرات العالمية المقترحة لخطة العمل لكل مولود<sup>١</sup>

مؤشرات إضافية	مؤشرات أساسية	
	١- معدل وفيات الأمهات*	الأثر
معدل حالات الإملاص أثناء الوضع	٢- معدل حالات الإملاص	
معدل انخفاض الوزن عند الميلاد*	٣- معدل وفيات الأطفال حديثي الولادة*	
معدل الابتسار صغار الحجم بالنسبة إلى العمر الحولي معدلات المراضة لدى الأطفال حديثي الولادة، مثل الإصابة بالعدوى معدلات العجز الطويل الأجل بعد إصابة الأطفال حديثي الولادة باعتلالات		
الإبكار في استهلاك الرضاعة الطبيعية والتعويل عليها حصراً	٤- الولادة بإشراف عامل متخصص* ٥- توفير الرعاية المبكرة بعد الولادة للأم والطفل* ٦- (النسبة المئوية) للأطفال الذين يُعول على تغذيتهم حصراً بالرضاعة الطبيعية في الأشهر الستة الأولى من العمر*	التغطية: توفير الرعاية لجميع الأمهات والمولود
معدل العمليات القيصرية*	٧- استخدام الكورتيكوستيرويدات قبل الولادة ٨- إنعاش المولود ٩- رعاية الأم لطفلها على طريقة الكنغر ودعم التغذية ١٠- علاج الإنتان لدى الأطفال حديثي الولادة	التغطية: المضاعفات وخدمات الرعاية الإضافية
تسجيل الوفيات بما في ذلك أسباب الوفاة	تسجيل الولادات*	الإسهام: الإحصاء
	القواعد والمعايير المرعية للأم والطفل القابلة للقياس رعاية صغار المولود والمولود المرضى	الإسهام: مجموعات التدخلات لتوفير الخدمات لكل مولود

١ \* = المؤشر على النحو المحدد والمتبع في الإحصاءات الصحية العالمية لعام ٢٠١٣؛ اللون الرمادي = مؤشرات غير متبعة بشكل روتيني في الوقت الحالي؛ الخط الأسود العريض = مؤشر يتطلب تقييماً إضافياً لاتساق القياس ويرتبط بالمعالم الواردة في التذييل ١؛ الخط المائل = مجموعة الإسهامات التي تتطلب قواعد ومعايير ينبغي تحديدها وربطها بالمعالم الواردة في التذييل ١.

وينبغي تتبع جميع المؤشرات على نحو يسمح بتقسيمها لتقييم الإنصاف حسب الشريحة الخمسية الحضرية/الريفية والإقليمية أو من حيث الثروة على سبيل المثال.

## التذييل ٣

## الإجراءات حسب الفئات المستهدفة

لكل فرد دور يضطلع به

الإجراءات	الجهات الفاعلة
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>الخطط الوطنية:</i> استعراض الاستراتيجيات والسياسات والمبادئ التوجيهية الوطنية الخاصة بالصحة الإنجابية وصحة الأم والوليد والطفل وتنقيحها تمثيلاً مع الأهداف والغايات والمؤشرات المحددة في خطة العمل لكل مولود، بما في ذلك التركيز الواضح على الرعاية في الفترة المحيطة بالولادة.</li> <li>• <i>الميزانيات:</i> تخصيص الموارد المالية الكافية لصحة الأم والمولود وضمان الاستثمار الكافي لتحسين جودة الرعاية.</li> <li>• <i>التشريع:</i> اعتماد التشريعات الملائمة بشأن تسجيل الولادات والإخطار بوفيات الأمهات وحماية الأمومة والمدونة الدولية لقواعد تسويق بدائل لبن الأم.</li> <li>• <i>العاملون الصحيون:</i> وضع استراتيجية محسوبة التكاليف بشأن الموارد البشرية الصحية أو إدماجها في خطط الصحة الإنجابية وصحة الأم والوليد والطفل لضمان تدريب العاملين الصحيين ونشرهم ودعمهم، ولاسيما من يعمل منهم في مجال القبالة والتمريض والعاملون المتخصصون المشرفون على حالات الولادة والعاملون الصحيون المجتمعون.</li> <li>• <i>الجودة:</i> اعتماد معايير الجودة ومجموعة أساسية من المؤشرات لتقييم جودة خدمات رعاية الأم والمولود على جميع مستويات توفير الرعاية الصحية.</li> <li>• <i>السلع الأساسية:</i> إدراج السلع الأساسية لصحة الأم والمولود في قائمة الأدوية الأساسية الوطنية وضمان الإمداد المتواصل بها على جميع مستويات النظام الصحي.</li> <li>• <i>المشاركة:</i> المشاركة مع المجتمعات المحلية وممثلي المجتمع المدني وسائر أصحاب المصلحة من أجل تسخير قوة الأفراد والأسر والمجتمعات لضمان إتاحة خدمات الرعاية الأساسية للأم والمولود وتغطيتها.</li> <li>• <i>المسألة:</i> إحصاء كل مولود بإضفاء الطابع المؤسسي على تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية وتنفيذ أنشطة ترصد حالات وفاة الأمهات والوفاة في الفترة المحيطة بالولادة ووفاة الأطفال حديثي الولادة والاستجابة لمقتضياتها.</li> </ul>	<p>الحكومات وواضعو السياسات على المستويين الوطني والإقليمي وعلى الصعيد العالمي</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>السياسة العامة:</i> ضمان إدراج غايات محددة تخص خفض معدل وفيات المواليد وحالات الإملاص إضافة إلى خفض معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة ومعدل وفيات الأمهات في إطار التنمية لما بعد عام ٢٠١٥.</li> <li>• <i>المساعدة التقنية:</i> توفير المساعدة والدعم التقنيين للجهود الحكومية المبذولة في مجالات التخطيط والتنفيذ والمسألة.</li> </ul>	<p>المنظمات المنتمة إلى منظومة الأمم المتحدة والوكالات المتعددة الأطراف الأخرى</p>

الإجراءات	الجهات الفاعلة
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>التنسيق</i>: ضمان تنسيق الدعم بين الجهات الشريكة في الأمم المتحدة وتكثيف الجهود في البلدان العشرين التي يسجل فيها ٨٠٪ من جميع حالات وفاة المواليد.</li> <li>• <i>الجودة</i>: وضع معايير الجودة ومجموعة أساسية من المؤشرات لتقييم جودة خدمات رعاية الأم والمولود على جميع مستويات توفير الرعاية الصحية.</li> <li>• <i>الاستثمار</i>: ضمان تواصل الاستثمار المتعدد الأطراف في مجال صحة الأم والمولود خلال عام ٢٠١٥ واستدامته في حقبة التنمية لما بعد عام ٢٠١٥.</li> <li>• <i>الجهات المناصرة</i>: إشراك جهات مناصرة للصحة الإيجابية وصحة الأم والوليد والطفل والمراهق بهدف ضمان اتساق الرسائل الخاصة بصحة الوليد وتنسيقها.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>التمويل</i>: تعبئة الأموال لسد الثغرات ودعم تنفيذ خطط الصحة الإيجابية وصحة الأم والوليد والطفل التي تكون محسوبة التكاليف ومسددة بالبيانات وتملكها البلدان وتركز على الولادة.</li> <li>• <i>تدريب العاملين الصحيين</i>: دعم تدريب العاملين الصحيين ونشرهم، بما في ذلك الاستثمار المتصل بالعاملين في مجال القبالة والتدريب والعاملين المتخصصين المشرفين على حالات الولادة والعاملين الصحيين المجتمعيين الذين يمكنهم توفير تدخلات أساسية تتسم بالجودة وتركز على الولادة.</li> <li>• <i>السلع الأساسية</i>: دعم إتاحة السلع الأساسية ذات الجودة من خلال الاستثمار في التمويل الابتكاري وإرساء حوافز تمنح للمنتجين والمشتريين ودعم ضمان الجودة وتنظيمها وجهود البحث والتطوير لتحسين المنتجات.</li> <li>• <i>المساعدة</i>: المشاركة في اتفاقات قطرية وتعزيز المساعدة بشأن التدفقات المالية.</li> </ul>	الجهات المانحة والمؤسسات
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>الابتكار</i>: الاستثمار في استحداث الأدوات والسلع الأساسية وتكييفها لرعاية الأم والمولود في الفترة المحيطة بالولادة؛ والاستثمار في حملات التغيير الاجتماعي والسلوكي، بما فيها الحملات التي تصل إلى أشد الناس فقراً وضعفاً.</li> <li>• <i>التنفيذ</i>: النهوض بأفضل الممارسات وإرساء الشراكات مع القطاع العام لتحسين توفير الخدمات.</li> </ul>	الشركات الخاصة
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>العاملون الصحيون المجتمعيون</i>: دعم الرعاية الوقائية قبل الفترة المحيطة بالولادة وبعدها والإحالة إلى مرافق الخدمات الأساسية والشاملة عند الاقتضاء.</li> <li>• <i>القيادة والمساعدة المجتمعية</i>: تعزيز القيادة والمساعدة المجتمعية لإزالة العوائق (المتصلة بالنقل مثلاً) وتحميل مقدمي الخدمات الصحية المسؤولية عن توفير خدمات تتسم بالجودة وتوطيد الروابط بين المجتمعات المحلية والمرافق.</li> <li>• <i>الجهات المناصرة</i>: تحديد المناصرين المحليين ودعمهم بمن فيهم البرلمانيون ومجموعات الآباء والمهنيون والمتطوعون الصحيون المجتمعيون وقيادة المجتمعات؛ وإشراك المناصرين وربطهم في مجال الصحة الإيجابية وصحة الأم والوليد والطفل والمراهق بهدف ضمان اتساق الرسائل الخاصة بصحة الوليد وتنسيقها.</li> <li>• <i>الطلب</i>: تكوين الطلب على الخدمات ودعمه بالاعتماد على إجراءات تتخذها المجتمعات (على غرار حوافز مثل التحويلات النقدية المشروطة والتأمين والنقل واستنهاض هم المجتمع والنظم والتعاونيات للدخار والائتمان).</li> </ul>	المنظمات غير الحكومية والمجتمعات المحلية و/ أو مجموعات الآباء

الإجراءات	الجهات الفاعلة
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>المراهقات</i>: إيلاء عناية خاصة للمراهقات وتنفيذ نهج تساعد على الوقاية من الحمل المبكر وغير المرغوب فيه.</li> <li>• <i>السعي إلى الحصول على الرعاية</i>: الاستعانة بالعاملين الصحيين المجتمعيين والعاملين المتخصصين المشرفين على حالات الولادة والقابلات بهدف الحصول على الخدمات الأساسية لرعاية الأم والمولود التي تنقذ أرواح الأطفال والأمهات.</li> <li>• <i>الجودة والمساءلة</i>: الدعوة إلى التغيير؛ والمطالبة بخدمات تتسم بالجودة وتكون ميسورة الكلفة وسهلة المنال؛ والإبلاغ عن الخدمات المتدنية الجودة عبر الآليات الحكومية وغير الحكومية.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>تحديد الأولويات المتصلة باحتياجات البحث</i>: الاتفاق على برنامج للبحث منسق ومحدد الأولويات وتعميمه لتحسين حصائل صحة الخدج والمولود.</li> <li>• <i>الاستثمار في البحث</i>: تشجيع زيادة تخصيص الأموال من الميزانية للبحوث المتصلة بالتدخلات الابتكارية.</li> <li>• <i>بناء القدرة على البحث</i>: بناء القدرات في مؤسسات البحث، ولاسيما في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط، وتدريب المهنيين.</li> <li>• <i>نشر النتائج</i>: نشر نتائج البحوث وأفضل الممارسات.</li> <li>• <i>تكوين الشراكات</i>: تدعيم الشبكات العالمية لمقدمي الخدمات والباحثين والمدرّبين الأكاديميين.</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>الأوساط الأكاديمية ومؤسسات البحث</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>التدخلات الأساسية</i>: تحديد الأولويات المتعلقة بالتدخلات الأساسية في الفترة المحيطة بالولادة ورعاية صغار المولود والمولود المرضى في إطار مجموعة متكاملة من خدمات الصحة الإنجابية وصحة الأم والمولود والطفل.</li> <li>• <i>العاملون الصحيون</i>: توفير خدمات متكاملة ومتسمة بالجودة للطفل والأم باعتماد نهج سريعة لتدريب العاملين وإبقائهم وحفزهم.</li> <li>• <i>السلع الأساسية</i>: العمل مع الأجهزة المحلية والوطنية لضمان اتساق توافر السلع الأساسية والإمدادات الضرورية لتوفير تدخلات رئيسية في الفترة المحيطة بالولادة.</li> <li>• <i>الجودة</i>: رصد جودة الرعاية ولاسيما عن طريق تنفيذ أنشطة ترصد حالات وفاة الأمهات والوفاة في الفترة المحيطة بالولادة والاستجابة لمقتضياتها.</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>المهنيون الصحيون</b></p>

## الملحق ٥

### نص الصيغة المحدثة للمرفق ٧ الوارد في اللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥)<sup>١</sup>

[ج٦٧/٣٥ - ٢ أيار/ مايو ٢٠١٤]

#### الاشتراطات المتعلقة بالتطعيم أو بوسائل الاتقاء ضد أمراض معينة

١- بالإضافة إلى أي توصية تتعلق بالتطعيم أو بوسائل الاتقاء، فإن الأمراض المذكورة فيما يلي هي المعينة تحديداً في هذه اللوائح التي قد يطلب فيها على المسافرين تقديم دليل يثبت تطعيمهم بلقاحات أو إعطاءهم وسائل اتقائية ضدها كشرط لدخول دولة من الدول الأطراف:

التطعيم ضد الحمى الصفراء.

٢- اعتبارات واشتراطات التطعيم ضد الحمى الصفراء:

(أ) لأغراض هذا المرفق:

(١) تستغرق فترة الحضانة فيما يتعلق بالحمى الصفراء ستة أيام؛

(٢) لقاح الحمى الصفراء المعتمد من المنظمة يوفر الحماية من العدوى اعتباراً من اليوم العاشر من التطعيم؛

(٣) تستمر هذه الحماية طيلة عمر الشخص المطعم؛

(٤) تستمر مدة صلاحية شهادة التطعيم ضد الحمى الصفراء طيلة عمر الشخص المطعم وتبدأ بعد ١٠ أيام من تاريخ التطعيم.

(ب) يجوز اشتراط التطعيم ضد الحمى الصفراء بالنسبة لأي شخص يغادر منطقة قررت المنظمة وجود احتمال خطر انتقال الحمى الصفراء فيها.

(ج) إذا كان في حوزة المسافر شهادة تطعيم ضد الحمى الصفراء لم تبدأ صلاحيتها بعد، جاز أن يسمح له بالمغادرة ولكن يجوز أن تطبق عليه أحكام الفقرة ٢(ح) من هذا المرفق عند الوصول.

(د) المسافر الذي في حوزته شهادة تطعيم صالحة ضد الحمى الصفراء لا يجوز معاملته معاملة المشتبه فيهم حتى لو كان قادماً من منطقة قررت المنظمة وجود خطر محتمل لانتقال الحمى الصفراء فيها.

١ انظر القرار جصع٦٧-١٣.

(هـ) اللقاح المضاد للحمى الصفراء المستخدم يجب أن يكون معتمداً من قبل المنظمة، وفقاً للفقرة ١ من المرفق ٦.

(و) يجب أن تعين الدول الأطراف مراكز محددة للتطعيم ضد الحمى الصفراء في أراضيها كي تكفل جودة ومأمونية الإجراءات والمواد المستخدمة.

(ز) كل شخص يعمل في نقطة دخول قررت المنظمة احتمال وجود خطر لانتقال الحمى الصفراء فيها وكل فرد من أفراد طاقم وسيلة نقل تستخدم نقطة الدخول المذكورة يجب أن يكون حائزاً على شهادة تطعيم صالحة ضد الحمى الصفراء.

(ح) يجوز للدولة الطرف التي توجد في أراضيها نواقل للحمى الصفراء أن تشترط على أي مسافر من منطقة قررت المنظمة وجود احتمال خطر انتقال الحمى الصفراء فيها، أن يدخل في الحجر الصحي إذا عجز عن إبراز شهادة تطعيم صالحة ضد الحمى الصفراء، إلى أن تصبح الشهادة صالحة، أو إلى أن تنتضي فترة لا تزيد على ستة أيام تحسب من تاريخ آخر تعرض محتمل للعدوى، أيّ الأجلين أقرب.

(ط) ومع ذلك، يجوز السماح بالدخول للمسافر الذي بحوزته إعفاء من التطعيم ضد الحمى الصفراء موقّع من مسؤول طبي معتمد أو عامل صحي معتمد، مع مراعاة أحكام الفقرة السابقة من هذا المرفق وبتزويده بالمعلومات المتعلقة بالحماية من نواقل الحمى الصفراء. فإذا لم يدخل المسافر في الحجر الصحي فمن الجائز أن يطلب منه الإبلاغ عن أي أعراض حمى انتابته أو أية أعراض أخرى ذات صلة للسلطة المختصة وأن يوضع قيد الملاحظة.

## الملحق ٦

### الآثار المالية والإدارية المترتبة بالنسبة إلى الأمانة نتيجة للقرارات المعتمدة من قِبَل المجلس التنفيذي أو جمعية الصحة

١- القرار ج ص ٦٧٤ ق ١: الاستراتيجية والأهداف العالمية للوقاية من السل ورعاية مرضاه ومكافحته بعد عام ٢٠١٥
٢- الصلة بالميزانية البرمجية ٢٠١٤-٢٠١٥: (انظر الوثيقة ج ٦٦/٧ ( <a href="http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-ar.pdf">http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-ar.pdf</a> ) الفئة: ١- الأمراض السارية المجال البرمجي: السل الحصيلة: ٢-١ المُخرج: ١-٢-١
كيف سيساهم هذا القرار في تحقيق حصيلة (حصائل) المجال البرمجي (المجالات البرمجية) المذكورة أعلاه؟ هذا القرار يعتمد كلياً الاستراتيجية العالمية للوقاية من السل ومكافحته ورعاية مرضاه بعد عام ٢٠١٥، لذا فإنه يؤيد معظم جهود الأمانة في مجال مكافحة السل خلال الثنائية، بما فيها ما يلي: إعداد الإرشادات الخاصة بالقواعد وإعداد الأدوات التشغيلية اللازمة لتنفيذ الاستراتيجية؛ وتقديم الدعم إلى الدول الأعضاء من أجل وضع وتكثيف خططها الوطنية بما يتماشى مع الاستراتيجية وبناء القدرات على المستوى القطري لتنفيذ الاستراتيجية، جنباً إلى جنب مع ما يتصل بذلك من الرصد والتقييم. وسيوفر القرار والاستراتيجية المعلومات اللازمة لإعداد خطط عمل الثنائيات في المستقبل اعتباراً من عام ٢٠١٦ إلى عام ٢٠٣٥.
هل تتضمن الميزانية البرمجية بالفعل المنجزات المستهدفة والمُخرجات 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). سيتم إدراج ما يتعلق بالاستراتيجية من تكاليف وملاك وظيفي في كل ميزانية من ميزانيات الثنائية خلال مدة سريان الاستراتيجية، وذلك على أساس الحساب الواقعي لتكاليف المخرجات والمنجزات المستهدفة المتعلقة بالعمل المُزمع إنجازه في كل فترة من فترات الميزانيات البرمجية المعنية التي ستبدأ بالميزانية البرمجية ٢٠١٦-٢٠١٧.

## (ب) التكلفة في الثنائية ٢٠١٤-٢٠١٥

يُذكر المبلغ المخصص للثنائية ٢٠١٤-٢٠١٥ من التكاليف المذكورة في ٣ (أ) (مقرباً إلى وحدات يبلغ كل منها ١٠ ٠٠٠ دولار أمريكي).

هناك قدر كبير من العمل المحدد كمنجزات مستهدفة في الميزانية البرمجية ٢٠١٤-٢٠١٥ سيُسهّم في إعداد وتنفيذ استراتيجية ما بعد عام ٢٠١٥، نظراً للاستمرارية القائمة بين النهجين (الحالي والجديد)، وسيبدأ العمل الانتقالي خلال الثنائية الحالية.

المجموع: ٩٨,٥ مليون دولار أمريكي (الموظفون: ٥٢,٠ مليون دولار أمريكي؛ الأنشطة: ٤٦,٥ 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 ٢٠١٤-٢٠١٥؟ (نعم/ لا)

نعم.

إذا كانت الإجابة "لا" يرجى ذكر المبلغ غير المدرج.

## (ج) الآثار المترتبة بالنسبة إلى الملاك الوظيفي

هل يمكن تنفيذ هذا القرار بواسطة الموظفين الحاليين؟ (نعم/ لا)

نعم.

إذا كانت الإجابة "لا" يُذكر العدد اللازم من الموظفين الإضافيين - معبراً عنه بعدد الموظفين المتفرغين - مع بيان الأقاليم المحددة ومجموعة المهارات اللازمة، حسب الاقتضاء.

## ٤ - التمويل

هل التكاليف المقدرة للثنائية ٢٠١٤-٢٠١٥ 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 المتوقع (مصادر التمويل المتوقعة)).

تضطلع الأمانة حالياً بتحليل شامل للتمويل المتاح للعمل المتصل بتنفيذ هذا القرار في الفترة ٢٠١٤-٢٠١٥، وستحدد مواطن العجز في التمويل. وستُعالج هذه الفجوة التمويلية بواسطة الخطة المنسقة على نطاق المنظمة ككل لتعبئة الموارد اللازمة لسد مواطن العجز في تمويل الميزانية البرمجية ٢٠١٤-٢٠١٥.



	١- القرار جص ٦٧٤-٢ تحسين صنع القرار من جانب الأجهزة الرئاسية
	<p>٢- الصلة بالميزانية البرمجية ٢٠١٤-٢٠١٥: (انظر الوثيقة ج ٦٦/٧ (<a href="http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-ar.pdf">http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-ar.pdf</a>)</p> <p>الفئة: ٦- الخدمات المؤسسية/الوظائف التمكينية</p> <p>المجال البرمجي: القيادة وتصريف الشؤون الحصيلة: ٦-١ المُخرج: ٦-٣-١</p> <p>كيف سيساهم هذا القرار في تحقيق حصيلة (حصائل) المجال البرمجي (المجالات البرمجية المذكورة أعلاه؟) بتوسيع نطاق الإتاحة الإلكترونية لاجتماعات الأجهزة الرئاسية لمنظمة الصحة العالمية، سيسهم بث الجلسات العلنية لجمعية الصحة على شبكة الإنترنت، في إطار إصلاح المنظمة في مجال تصريف الشؤون، في زيادة الاتساق في مجال الصحة العالمية وتعزيز تصريف شؤون المنظمة.</p> <p>هل تتضمن الميزانية البرمجية بالفعل المنجزات والمُخرجات المستهدفة المطلوبة في هذا القرار؟ (نعم/ لا) نعم.</p>
	<p>٣- التكلفة المقدرة والآثار المترتبة بالنسبة إلى الملاك الوظيفي فيما يتعلق بالميزانية البرمجية</p> <p>(أ) التكلفة الإجمالية</p> <p>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).</p> <p>(١) القرار ليس محدوداً زمنياً. (٢) المجموع ٣٢٠ ٠٠٠ دولار أمريكي في الثنائية، رهنأً بزيادة التكلفة السنوية (الموظفون: لا شيء بالدولار الأمريكي ؛ الأنشطة ٣٢٠ ٠٠٠ دولار أمريكي).</p> <p>(ب) التكلفة في الثنائية ٢٠١٤-٢٠١٥</p> <p>يُذكر المبلغ المخصص للثنائية ٢٠١٤-٢٠١٥ من التكاليف المذكورة في ٣ (أ) (مقرباً إلى وحدات يبلغ كل منها ١٠ ٠٠٠ دولار أمريكي).</p> <p>المجموع: ٢٠٠ ٠٠٠ دولار أمريكي في عام ٢٠١٥ فقط (الموظفون: لا شيء بالدولار الأمريكي؛ الأنشطة ٢٠٠ ٠٠٠ دولار أمريكي).</p> <p>تُذكر مستويات المنظمة التي ستتحمل هذه التكاليف، مع بيان الأقاليم المحددة حسب الاقتضاء.</p> <p>المقر الرئيسي.</p> <p>هل أدرجت بالكامل التكلفة المقدرة ضمن الميزانية البرمجية المعتمدة ٢٠١٤-٢٠١٥؟ (نعم/ لا) لا.</p> <p>إذا كانت الإجابة "لا" يرجى ذكر المبلغ غير المدرج.</p> <p>٢٠٠ ٠٠٠ دولار أمريكي. التكاليف غير مخططة حالياً في الميزانية البرمجية ٢٠١٤-٢٠١٥؛ ومع ذلك، ونظراً لأن الميزانية الإضافية المطلوبة للأنشطة صغيرة نسبياً، سُنعالج المسألة من خلال إعادة بسيطة للبرمجة.</p>

<p>(ج) الآثار المترتبة بالنسبة إلى الملاك الوظيفي هل يمكن تنفيذ هذا القرار بواسطة 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. سيلزم التعاقد مع موظفين خارجيين.</p>
<p>٤- التمويل هل التكاليف المقدرة للثلاثية ٢٠١٤-٢٠١٥ والمذكورة في ٣(ب) ممولة بالكامل؟ (نعم/ لا) نعم. إذا كانت الإجابة "لا" يرجى تحديد ثغرة التمويل وكيفية تعبئة الأموال (مع بيان تفاصيل مصدر التمويل المتوقع (مصادر التمويل المتوقعة)). لا ينطبق.</p>

<p>١- القرار ج ص ٦٧٤-٦٦٤ التهاب الكبد</p>
<p>٢- الصلة بالميزانية البرمجية ٢٠١٤-٢٠١٥ (انظر الوثيقة A66/7 على العنوان التالي: <a href="http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-en.pdf">http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-en.pdf</a>)</p>
<p>الفئة: ١- الأمراض السارية المجال البرمجي: الأيدز والعدوى بفيروسه الحصيلة: ١-١ المخرج: ٢-١-١ المجال البرمجي: الأمراض التي يمكن الوقاية منها باللقاحات الحصيلة: ٥-١ المخرج: ٢-٥-١</p>
<p>الفئة: ٤- النظم الصحية المجال البرمجي: الخدمات الصحية المتكاملة التي تركز على البشر الحصيلة: ٢-٤ المخرج: ٣-٢-٤ المجال البرمجي: إتاحة الأدوية والتكنولوجيات الصحية الصحية وتعزيز القدرات التنظيمية الحصيلة: ٣-٤ المخرج: ١-٣-٤</p>
<p>الفئة: ٥- التأهب والترصد والاستجابة المجال البرمجي: القدرات في مجالي الإنذار والاستجابة الحصيلة: ١-٥ المخرج: ١-١-٥ المجال البرمجي: الأمراض التي قد تسبب الأمراض والجوائح الحصيلة: ٢-٥ المخرج: ١-٢-٥</p>

كيف سيسهم هذا القرار في إنجاز حصيلة (حصائل) المجال البرمجي الوارد أعلاه (المجالات البرمجية المذكورة أعلاه)؟

تدعم التدابير الأساسية التي يدعو إليها القرار بصورة مباشرة تحقيق المخرجات المحددة في المجالات البرمجية المذكورة أعلاه، ولاسيما زيادة الالتزام والقدرات المتعلقة بالاستجابة المناسبة للوقاية من التهاب الكبد، وتشخيصه، وعلاجه.

هل تتضمن الميزانية البرمجية بالفعل المخرجات والمنجزات المطلوبة في هذا القرار؟ (نعم/لا) نعم.

التكلفة المقدرة والآثار المترتبة بالنسبة إلى الملاك الوظيفي فيما يتعلق بالميزانية البرمجية

٣-

#### (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) القرار ليس محدوداً زمنياً ومن المنتظر أن تكون هناك العديد من الأنشطة قيد التنفيذ.

(٢) سيُنجز وضع التكلفة الإجمالية للتنفيذ الكامل للقرار على نطاق المنظمة أثناء إعداد الميزانية البرمجية للفترة ٢٠١٦-٢٠١٧.

يشمل القرار عناصر تتجاوز الإطار المتفق عليه قبلاً للعمل بشأن التهاب الكبد، ولاسيما فيما يتعلق بتعجيل الحصول على العلاج من هذا المرض وتقدير الأثر الاقتصادي وعبء المرض على المستويين العالمي والإقليمي.

التكلفة الإجمالية التقديرية للفترة ٢٠١٤-٢٠١٧ هي ٣٨,٩١ مليون دولار أمريكي.

تصل التكلفة الإرشادية للثنائية ٢٠١٦-٢٠١٧ إلى ٣٣,١١ مليون دولار أمريكي. ويشمل ذلك تقديرات العمل من جانب (أ) أمانة البرنامج العالمي لالتهاب الكبد في المقر الرئيسي - ٨,٦٥ مليون دولار أمريكي (الموظفون: ٤,٧٥ مليون دولار أمريكي؛ الأنشطة: ٣,٩٠ مليون دولار أمريكي)؛ (ب) إدارات المقر الرئيسي الأخرى - ٦,١٢ مليون دولار أمريكي؛ (ج) المكاتب الإقليمية - ٩,٨٠ مليون دولار أمريكي؛ (د) المكاتب القطرية - ٨,٥٤ مليون دولار أمريكي.

#### (ب) التكلفة في الثنائية ٢٠١٤-٢٠١٥

يُذكر المبلغ المخصص للثنائية ٢٠١٤-٢٠١٥ من التكاليف المذكورة في ٣ (أ) (مقرباً إلى وحدات يبلغ كل منها ١٠ ٠٠٠ دولار أمريكي).

المجموع: ٥,٨ مليون دولار أمريكي، بما في ذلك المقر الرئيسي - ٣,٣ مليون دولار أمريكي (الموظفون: ٢,١ مليون دولار أمريكي؛ الأنشطة: ١,٢ مليون دولار أمريكي)؛ والمكاتب الإقليمية والقطرية - ٢,٥ مليون دولار أمريكي.

تُذكر مستويات المنظمة التي ستتحمل هذه التكاليف، مع بيان الأقاليم المحددة حسب الاقتضاء.

دعماً للتنفيذ الأولي للقرار فسُتُعطى الأولوية إلى تغطية الأنشطة الأساسية في المقر الرئيسي، بما في ذلك وضع الخطوط التوجيهية التشخيصية والعلاجية، والتقارير العالمية والإقليمية، ومساندة إعداد الاستراتيجيات الوطنية، والشروع في مبادرة للحصول على العلاج. وستركز الأنشطة في الأقاليم والبلدان على الخطط الاستراتيجية الوطنية، وبناء القدرات لمواصلة تنفيذ السياسات والإرشادات المعيارية، والنهوض بالمعلومات الاستراتيجية على المستوى القطري بشأن التهاب الكبد، وتوفير المساعدة التقنية للتوسع في الحصول على خدمات تشخيص التهاب الكبد وعلاجه.

هل أدرجت بالكامل التكلفة المقدرة ضمن الميزانية البرمجية المعتمدة ٢٠١٤-٢٠١٥؟ (نعم/ لا)

نعم.

إذا كانت الإجابة "لا" يرجى ذكر المبلغ غير المدرج.

(ج) الآثار المترتبة بالنسبة إلى الملاك الوظيفي

هل يمكن تنفيذ هذا القرار بواسطة 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.

بالنسبة للثنائية ٢٠١٤-٢٠١٥ فإن الموظفين الحاليين في البرنامج العالمي لالتهاب الكبد والإدارات الأخرى في المقر الرئيسي، وفي المكاتب الإقليمية سيشرعون في تنفيذ القرار. على أن ذلك لن يكون كافياً، وستدعو الحاجة في الأجل المتوسط إلى المزيد من الموظفين. وطبقاً للتقديرات فإن الموظفين الإضافيين سيتضمنون موظفين متفرغين مكافئين على النحو التالي: في المقر الرئيسي، ١٠,٥؛ في المكاتب الإقليمية، ١٧؛ وستدعو الحاجة إلى أن تسهم المكاتب القطرية بموظفين مهنيين (فنيين) وطنيين في ١٥ بلداً من البلدان موضع التركيز.

التمويل

٤-

هل التكاليف المقدرة للثنائية ٢٠١٤-٢٠١٥ 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 المتوقع (مصادر التمويل المتوقعة)).

ثغرة التمويل: ٣,٧ مليون دولار أمريكي (المقر الرئيسي: ١,٧ مليون دولار أمريكي؛ المكاتب الإقليمية والقطرية: ٢,٠ مليون دولار أمريكي).

وستُعالج ثغرة التمويل بواسطة الخطة المنسقة على نطاق المنظمة ككل لتعبئة الموارد اللازمة لسد مواطن العجز في تمويل الميزانية البرمجية ٢٠١٤-٢٠١٥.

<p>١- القرار جص ٦٧ع-٧ خطة العمل العالمية بشأن العجز ٢٠١٤-٢٠٢١: تحسين صحة جميع المصابين بالعجز</p>
<p>٢- الصلة بالميزانية البرمجية ٢٠١٤-٢٠١٥: (انظر الوثيقة ج٦٦/٧ <a href="http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-en.pdf">http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-en.pdf</a>)</p> <p>الفئة: ٢- الأمراض غير السارية المجال البرمجي: العجز والتأهيل الخصيلة: ٢-٤ المُخرج: ٢-٤-١</p> <p>كيف سيساهم هذا القرار في تحقيق خصيلة (حصائل) المجال البرمجي (المجالات البرمجية المذكورة أعلاه؟)</p> <p>تعتمد جمعية الصحة في القرار خطة العمل العالمية لمنظمة الصحة العالمية بشأن العجز ٢٠١٤-٢٠٢١: تحسين صحة جميع المصابين بالعجز، التي تحدد الإجراءات التي ينبغي اتخاذها من جانب الدول الأعضاء والأمانة والشركاء دعماً لتحقيق الخصيلة ٢-٤، بالاستناد إلى البيانات التي تثبت "النجاح من الأعمال". هل تتضمن الميزانية البرمجية بالفعل المخرجات والمنجزات المستهدفة المطلوبة في هذا القرار؟ (نعم/ لا)</p> <p>نعم - إذا استمرت اتجاهات الميزانية الحالية حتى عام ٢٠٢١.</p>
<p>٣- التكلفة المقدرة والآثار المترتبة بالنسبة إلى الملاك الوظيفي فيما يتعلق بالميزانية البرمجية</p> <p>(أ) التكلفة الإجمالية</p> <p>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).</p> <p>(١) ثمان سنوات (تغطي الفترة ٢٠١٤-٢٠٢١)</p> <p>(٢) المجموع: ٣٩,٨ مليون دولار أمريكي (الموظفون: ١٩,٩ مليون دولار أمريكي؛ الأنشطة: ١٩,٩ مليون دولار أمريكي)</p> <p>(ب) التكلفة في الثنائية ٢٠١٤-٢٠١٥</p> <p>يُذكر المبلغ المخصص للثنائية ٢٠١٤-٢٠١٥ من التكاليف المذكورة في ٣ (أ) (مقرباً إلى وحدات يبلغ كل منها ١٠ ٠٠٠ دولار أمريكي).</p> <p>المجموع: ٧,٧٥ مليون دولار أمريكي (الموظفون: ٣,٥٠ مليون دولار أمريكي؛ الأنشطة: ٤,٢٥ مليون دولار أمريكي).</p> <p>تُذكر مستويات المنظمة التي ستتحمل هذه التكاليف، مع بيان الأقاليم المحددة حسب الاقتضاء.</p> <p>جميع مستويات المنظمة.</p> <p>هل أدرجت بالكامل التكلفة المقدرة ضمن الميزانية البرمجية المعتمدة ٢٠١٤-٢٠١٥؟ (نعم/ لا)</p> <p>نعم.</p> <p>إذا كانت الإجابة "لا" يرجى ذكر المبلغ غير المدرج.</p>

## (ج) الآثار المترتبة بالنسبة إلى الملاك الوظيفي

هل يمكن تنفيذ هذا القرار بواسطة الموظفين الحاليين؟ (نعم/ لا)

لا. يلزم تعيين عدد إضافي من الموظفين في المقر الرئيسي وفي أربعة مكاتب إقليمية. وسيجري تعيين الموظفين في المناصب الرئيسية خلال هذه الثنائية.

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.

يلزم موظف متفرغ واحد يكون بمثابة جهة تنسيق في كل من المكتب الإقليمي لأفريقيا والمكتب الإقليمي لجنوب شرق آسيا والمكتب الإقليمي لأوروبا والمكتب الإقليمي لشرق المتوسط.

ويلزم ثلاثة موظفين تقنيين في المقر الرئيسي ليتولى واحد منهم العمل الخاص بأحد الأغراض الثلاثة للخطة، ألا وهي: الصحة والتأهيل والبيانات.

## ٤ - التمويل

هل التكاليف المقدرة للثنائية ٢٠١٤-٢٠١٥ والمذكورة في ٣ (ب) ممولة بالكامل؟ (نعم/ لا)

لا- لم يؤمن حالياً سوى أقل من ٥٠٪ من أصل المبلغ اللازم بقليل.

إذا كانت الإجابة "لا" يرجى تحديد ثغرة التمويل وكيفية تعبئة الأموال (مع بيان تفاصيل مصدر التمويل المتوقع (مصادر التمويل المتوقعة)).

ثغرة التمويل: ٤ مليون دولار أمريكي. ستعالج ثغرة التمويل بواسطة الخطة المنسقة على نطاق المنظمة ككل لتعبئة الموارد اللازمة لسد مواطن العجز في تمويل الميزانية البرمجية ٢٠١٤-٢٠١٥.

١ - القرار جص ٦٧٤-٨ الجهود الشاملة والمنسقة المبذولة من أجل التدبير العلاجي لاضطرابات طيف التوحد

٢ - الصلة بالميزانية البرمجية ٢٠١٤-٢٠١٥: (انظر الوثيقة ج٦٦/٧)

([http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA66/A66\\_7-ar.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-ar.pdf))

الفئة: ٢- الأمراض غير السارية

المجال البرمجي: الصحة النفسية ومعاورة مواد الإدمان الحصيلة: ٢-٢

المُخرج: ٢-٢-٢ و ١-٢-٢

المجال البرمجي: العجز والتأهيل

الحصيلة: ٤-٢

المُخرج: ١-٤-٢

كيف سيساهم هذا القرار في تحقيق حصيلة (حصائل) المجال البرمجي (المجالات البرمجية المذكورة أعلاه؟)

يطلب القرار من المدير العام عدة أمور منها تنفيذ القرار جص ٦٦٤-٨ بشأن خطة العمل الشاملة الخاصة بالصحة النفسية في الفترة ٢٠١٣-٢٠٢٠، والقرار جص ٦٦٤-٩ بشأن العجز. ومن ثم فإن تنفيذ هذا القرار سيقود العمل على دعم تعزيز إتاحة الخدمات المقدمة بشأن الصحة النفسية وللمصابين بالعجز.

هل تتضمن الميزانية البرمجية بالفعل المنجزات والمُخرجات المستهدفة المطلوبة في هذا القرار؟ (نعم/ لا)

نعم.

ومع ذلك فإن نطاق الأنشطة المدرجة حالياً في الميزانية يُعد محدوداً، وسينطوي تنفيذ القرار على أنشطة إضافية يجب إضافة تكاليفها إلى الميزانية البرمجية المعتمدة للفترة ٢٠١٤-٢٠١٥.

### 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) ست سنوات ونصف (تشمل الفترة من تموز/ يوليو ٢٠١٤ إلى كانون الأول/ ديسمبر ٢٠٢٠).

(٢) المجموع: ٣٧ مليون دولار أمريكي (الموظفون: ١٣ مليون دولار أمريكي؛ الأنشطة: ٢٤ مليون دولار أمريكي)

#### (ب) التكلفة في الثنائية ٢٠١٤-٢٠١٥

يُذكر المبلغ المخصص للثنائية ٢٠١٤-٢٠١٥ من التكاليف المذكورة في ٣ (أ) (مقرباً إلى وحدات يبلغ كل منها ١٠.٠٠٠ دولار أمريكي).

المجموع: ٢,٨ مليون دولار أمريكي (الموظفون: ٠,٤ مليون دولار أمريكي؛ الأنشطة: ٢,٤ مليون دولار أمريكي).

تُذكر مستويات المنظمة التي ستتحمل هذه التكاليف، مع بيان الأقاليم المحددة حسب الاقتضاء.

المقر الرئيسي، ٢٥٪؛ المكاتب الإقليمية، ٢١٪؛ المكاتب القطرية، ٥٤٪.

هل أدرجت بالكامل التكلفة المقدرة ضمن الميزانية البرمجية المعتمدة ٢٠١٤-٢٠١٥؟ (نعم/ لا)

لا.

إذا كانت الإجابة "لا" يرجى ذكر المبلغ غير المدرج.

ستلزم إضافة مبلغ وقدره ١,٨ مليون دولار أمريكي إلى الميزانية البرمجية المعتمدة ٢٠١٤-٢٠١٥.

#### (ج) الآثار المترتبة بالنسبة إلى الملاك الوظيفي

هل يمكن تنفيذ هذا القرار بواسطة 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.

ستجري الاستعانة بالمراكز المتعاونة مع المنظمة وبشبكة من الخبراء وبأصحاب المصلحة من المجتمع المدني من أجل التقدم في الأنشطة، مع زيادة طفيفة فقط في موظفي المنظمة.

خلال الثنائية ٢٠١٤-٢٠١٥

في المقر الرئيسي: خبير دولي واحد في الصحة العمومية واضطرابات النمو (ما يعادل ١٠٠٪ من موظف متفرغ) برتبة م-٤ (ف-٤) وسكرتير واحد (ما يعادل ٥٠٪ من موظف متفرغ) برتبة خ ع-٥.

خلال الثنائية ٢٠١٦-٢٠١٧

في المقر الرئيسي: خبيران دوليان في الصحة العمومية واضطرابات النمو (ما يعادل ١٠٠٪ من موظف متفرغ) وسكرتير واحد برتبة ف-٤ (ما يعادل ٥٠٪ من موظف متفرغ) برتبة خ ع-٥.

في المكاتب الإقليمية: ستة خبراء في الصحة العمومية واضطرابات النمو، لديهم معرفة بالاحتياجات في أقاليمهم المعنية (ما يعادل ٥٠٪ من موظف متفرغ) برتبة ف-٤. على مستوى المكاتب القطرية: سينفق على توظيف الخبراء جزء من النسبة البالغة ٦٠٪ من الميزانية المتاحة لتنفيذ القرار على هذا المستوى برتبة ف-٤.

## ٤- التمويل

هل التكاليف المقدرة للثنائية ٢٠١٤-٢٠١٥ 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 المتوقع (مصادر التمويل المتوقعة)).

مبلغ وقدره مليون دولار أمريكي (ويخصص منه ٠,٥ مليون دولار أمريكي للمقر الرئيسي) وهو مدرج في الميزانية البرمجية المعتمدة ٢٠١٤-٢٠١٥، وسيأتي من مزيج من الاشتراكات المقدرة والمساهمات الطوعية، بناءً على عملية الحوار الخاص بالتمويل، وما يتصل بذلك من جهود تعبئة الموارد.

أما المبلغ الإضافي، أي ١,٨ مليون دولار أمريكي، غير مدرج في الميزانية البرمجية المعتمدة، وستلزم تعبئته من أجل تغطية تكاليف التنفيذ (عدد محدود من الموظفين الإضافيين وقدر محدود من المواد التقنية المعدة)، من تموز/ يوليو ٢٠١٤ حتى كانون الأول/ ديسمبر ٢٠١٥، وذلك من خلال الخطة المنسقة على نطاق المنظمة ككل لتعبئة الموارد اللازمة لسد مواطن العجز في تمويل الميزانية البرمجية ٢٠١٤-٢٠١٥.



<p>١- القرار جص ٦٧ع-٩ مرض الصدفية</p>	
<p>٢- الصلة بالميزانية البرمجية ٢٠١٤-٢٠١٥: (انظر الوثيقة ج٦٦/٧ (<a href="http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-ar.pdf">http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-ar.pdf</a>) الفئة: ٢- الأمراض غير السارية المجال البرمجي: الأمراض غير السارية الحصيلة: ١-٢ المُخرج: ١-١-٢</p> <p>كيف سيساهم هذا القرار في تحقيق حصيلة (حصائل) المجال البرمجي (المجالات البرمجية المذكورة أعلاه؟) ستساعد الأنشطة المذكورة في القرار على توعية الناس بمرض الصدفية وعوامل خطره المشتركة، وستؤدي إلى تعزيز فهمه نتيجة لذلك. وسيسهل هذا في تقليل ما يترتب على الصدفية من مرض وعجز ووفاة مبكرة. هل تتضمن الميزانية البرمجية بالفعل المنجزات والمُخرجات المستهدفة المطلوبة في هذا القرار؟ (نعم/ لا)</p>	
<p>٣- التكلفة المقدرة والآثار المترتبة بالنسبة إلى الملاك الوظيفي فيما يتعلق بالميزانية البرمجية (أ) التكلفة الإجمالية يُذكر ما يلي (١) مدة سريان القرار التي ستلتزم فيها أنشطة الأمانة من أجل التنفيذ؛ (٢) تكلفة تلك الأنشطة (مقربة إلى وحدات يبلغ كل منها ١٠ ٠٠٠ دولار أمريكي). (١) تبدأ من الثنائية ٢٠١٤-٢٠١٥ وتستمر في الثنائيات التالية. (٢) المجموع ١٥٠ ٠٠٠ دولار أمريكي في الثنائية ٢٠١٤-٢٠١٥ (الموظفون: ٦٠ ٠٠٠ دولار أمريكي؛ الأنشطة: ٩٠ ٠٠٠ دولار أمريكي)؛ وتدرج التكاليف الخاصة بالثنائيات التالية ضمن الميزانيات البرمجية المستقبلية. (ب) التكلفة في الثنائية ٢٠١٤-٢٠١٥ يُذكر المبلغ المخصص للثنائية ٢٠١٤-٢٠١٥ من التكاليف المذكورة في ٣ (أ) (مقرباً إلى وحدات يبلغ كل منها ١٠ ٠٠٠ دولار أمريكي). المجموع: ١٥٠ ٠٠٠ دولار أمريكي. تُذكر مستويات المنظمة التي ستتحمل هذه التكاليف، مع بيان الأقاليم المحددة حسب الاقتضاء. المقر الرئيسي من أجل إعداد التقرير العالمي. هل أدرجت بالكامل التكلفة المقدرة ضمن الميزانية البرمجية المعتمدة ٢٠١٤-٢٠١٥؟ (نعم/ لا) لا. إذا كانت الإجابة "لا" يرجى ذكر المبلغ غير المدرج. الميزانية البرمجية ٢٠١٤-٢٠١٥ لا تتضمن التكاليف، ولكن الميزانية الإضافية الصغيرة نسبياً للأنشطة ستعالج من خلال بعض أعمال إعادة البرمجية بصورة طفيفة.</p>	

<p>(ج) الآثار المترتبة بالنسبة إلى الملاك الوظيفي</p> <p>هل يمكن تنفيذ هذا القرار بواسطة الموظفين الحاليين؟ (نعم/ لا)</p> <p>لا.</p> <p>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.</p> <p>مستشار بعقد قصير لمدة أربعة شهور.</p>
<p>٤- التمويل</p> <p>هل التكاليف المقدرة للثنائية ٢٠١٤-٢٠١٥ والمذكورة في ٣(ب) ممولة بالكامل؟ (نعم/ لا)</p> <p>لا.</p> <p>إذا كانت الإجابة "لا" يرجى تحديد ثغرة التمويل وكيفية تعبئة الأموال (مع بيان تفاصيل مصدر التمويل المتوقع (مصادر التمويل المتوقعة)).</p> <p>ستلزم تعبئة الأموال بواسطة الخطة المنسقة على نطاق المنظمة ككل لتعبئة الموارد اللازمة لسد مواطن العجز في تمويل الميزانية البرمجية ٢٠١٤-٢٠١٥.</p>
<p>١- القرار ج ص ٦٧٤-١٠ خطة العمل بشأن صحة المواليد</p> <p>٢- الصلة بالميزانية البرمجية ٢٠١٤-٢٠١٥: (انظر الوثيقة ج ٦٦/٧ <a href="http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-en.pdf">http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-en.pdf</a>)</p> <p>الفئة: ٣- تعزيز الصحة طيلة العمر</p> <p>المجال البرمجي: الصحة الإنجابية وصحة الأم والوليد والطفل والمراهق</p> <p>الحصيلة: ٣-١ المُخرج: ٣-١-١</p> <p>كيف سيساهم هذا القرار في تحقيق حصيلة (حصائل) المجال البرمجي (المجالات البرمجية المذكورة أعلاه)؟</p> <p>سيفضي هذا القرار إلى دعم الموارد البشرية والمالية اللازمة لما يلي: (١) توفير الدعم التقني للدول الأعضاء في تنفيذ عنصر صحة الوليد من الخطط الوطنية؛ (٢) رصد التنفيذ والأثر والتقدم؛ (٣) إعداد تقارير مرحلية تقدّم دورياً إلى جمعية الصحة.</p> <p>هل تتضمن الميزانية البرمجية بالفعل المُخرجات والمنجزات المستهدفة المطلوبة في هذا القرار؟ (نعم/ لا)</p> <p>نعم.</p>
<p>٣- التكلفة المقدرة والآثار المترتبة بالنسبة إلى الملاك الوظيفي فيما يتعلق بالميزانية البرمجية</p> <p>(أ) التكلفة الإجمالية</p> <p>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).</p>

<p>(١) أربع سنوات (تغطي الفترة ٢٠١٤-٢٠١٧)</p> <p>(٢) المجموع ٣٤,٤٠ مليون دولار أمريكي (موظفون: ١٠,٤٥ مليون دولار أمريكي؛ أنشطة: ٢٣,٩٥ مليون دولار أمريكي)</p> <p>(ب) التكلفة في الثنائية ٢٠١٤-٢٠١٥</p> <p>يُذكر المبلغ المخصص للثنائية ٢٠١٤-٢٠١٥ من التكاليف المذكورة في ٣ (أ) (مقرباً إلى وحدات يبلغ كل منها ١٠.٠٠٠ دولار أمريكي).</p> <p>المجموع: ١٨,٩٣ مليون دولار أمريكي (موظفون: ٥,٢١ مليون دولار أمريكي؛ أنشطة: ١٣,٧٢ مليون دولار أمريكي)</p> <p>تُذكر مستويات المنظمة التي ستتحمل هذه التكاليف، مع بيان الأقاليم المحددة حسب الاقتضاء.</p> <p>سيجري التنفيذ على جميع مستويات المنظمة وعبر كافة الأقاليم.</p> <p>هل أدرجت بالكامل التكلفة المقدرة ضمن الميزانية البرمجية المعتمدة ٢٠١٤-٢٠١٥؟ (نعم/ لا)</p> <p>نعم.</p> <p>إذا كانت الإجابة "لا" يرجى ذكر المبلغ غير المدرج.</p> <p>(ج) الآثار المترتبة بالنسبة إلى الملاك الوظيفي</p> <p>هل يمكن تنفيذ هذا القرار بواسطة الموظفين الحاليين؟ (نعم/ لا)</p> <p>نعم، ولكن يلزم ضمان تمويل احتياجات الموظفين الراهنة.</p> <p>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.</p>	<p>٤- التمويل</p> <p>هل التكاليف المقدرة للثنائية ٢٠١٤-٢٠١٥ والمذكورة في ٣ (ب) ممولة بالكامل؟ (نعم/ لا)</p> <p>لا.</p> <p>إذا كانت الإجابة "لا" يرجى تحديد ثغرة التمويل وكيفية تعبئة الأموال (مع بيان تفاصيل مصدر التمويل المتوقع (مصادر التمويل المتوقعة)).</p> <p>٩,٤٧ مليون دولار أمريكي. ستعالج هذه الثغرة بواسطة الخطة المنسقة على نطاق المنظمة ككل لتعبئة الموارد اللازمة لسد مواطن العجز في تمويل الميزانية البرمجية ٢٠١٤-٢٠١٥.</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

١- القرار ج ص ع ٦٧-١١ الآثار الصحية العمومية المترتبة على التعرض للزئبق ومركباته: دور منظمة الصحة العالمية ووزارات الصحة العمومية في تنفيذ اتفاقية ميناماتا

٢- الصلة بالميزانية البرمجية ٢٠١٤-٢٠١٥: (انظر الوثيقة ج ٦٦/٧  
([http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA66/A66\\_7-ar.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-ar.pdf))

الفئة: ٣- تعزيز الصحة طيلة العمر

المجال البرمجي: الصحة والبيئة

الحصيلة: ٣-٥

المُخرجات: ٣-٥-٣ و ٢-٥-٣ و ١-٥-٣

الفئة: ٢- الأمراض غير السارية

المجال البرمجي: الأمراض غير السارية

الحصيلة: ٢-١

المُخرج: ٢-١-١

الفئة: ٥- التأهب والترصد والاستجابة

المجال البرمجي: السلامة الغذائية

الحصيلة: ٥-٤

المُخرج: ٥-٤-٣

كيف سيساهم هذا القرار في تحقيق حصيلة (حصائل) المجال البرمجي (المجالات البرمجية) المذكورة أعلاه؟

إذ يبسر القرار الوقاية من تعرض البشر للزئبق ومركباته، ويساهم مساهمة مباشرة في تحقيق حصائل المجالات البرمجية المذكورة أي الحد من التهديدات البيئية التي تتعرض لها الصحة؛ وزيادة فرص إتاحة التدخلات الرامية إلى الوقاية من الأمراض غير السارية وعوامل الخطر المتصلة بها وتبديرها العلاجي؛ وتأهب جميع البلدان الكافي للوقاية من المخاطر المرتبطة بالسلامة الغذائية وتخفيفها.

هل تتضمن الميزانية البرمجية بالفعل المنجزات المستهدفة والمُخرجات 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) سيلزم تنفيذ قدر لا يستهان به من الأنشطة في الفترة بين عامي ٢٠١٤ و ٢٠٢٠؛ وسيواصل تنفيذ الأنشطة بقدر مخفض بعد تلك الفترة (لا تتطوي اتفاقية ميناماتا على تاريخ انتهاء).

(٢) المجموع (٢٠١٤-٢٠٢٠): ٩,٠٣ مليون دولار أمريكي (الموظفون: ٢,٦٨ مليون دولار أمريكي؛ الأنشطة: ٦,٣٥ مليون دولار أمريكي).

(ب) التكلفة في الثنائية ٢٠١٤-٢٠١٥

يُذكر المبلغ المخصص للثنائية ٢٠١٤-٢٠١٥ من التكاليف المذكورة في ٣ (أ) (مقرباً إلى وحدات يبلغ كل منها ١٠ ٠٠٠ دولار أمريكي).

المجموع: ٢,٤٧ مليون دولار أمريكي (الموظفون: ٧٢٠ ٠٠٠ دولار أمريكي؛ الأنشطة: ١,٧٥ مليون دولار أمريكي).

تُذكر مستويات المنظمة التي ستتحمل هذه التكاليف، مع بيان الأقاليم المحددة حسب الاقتضاء.

على جميع مستويات المنظمة.

هل أدرجت بالكامل التكلفة المقدرة ضمن الميزانية البرمجية المعتمدة ٢٠١٤-٢٠١٥؟  
(نعم/ لا)

نعم.

إذا كانت الإجابة "لا" يرجى ذكر المبلغ غير المدرج.

(ج) الآثار المترتبة بالنسبة إلى الملاك الوظيفي

هل يمكن تنفيذ هذا القرار بواسطة الموظفين الحاليين؟ (نعم/ لا)

نعم.

إذا كانت الإجابة "لا" يُذكر العدد اللازم من الموظفين الإضافيين - معبراً عنه بعدد الموظفين المتفرغين - مع بيان الأقاليم المحددة ومجموعة المهارات اللازمة، حسب الاقتضاء.

#### ٤- التمويل

هل التكاليف المقدرة للثنائية ٢٠١٤-٢٠١٥ 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 المتوقع (مصادر التمويل المتوقعة)).

تقدر ثغرة التمويل بمبلغ ١,٣ مليون دولار أمريكي. وتشمل مصادر التمويل المحتملة مرفق البيئة العالمية الذي هو آلية تمويل اتفاقية ميناماتا؛ والخطة المنسقة على نطاق المنظمة ككل لتعبئة الموارد اللازمة لسد مواطن العجز في تمويل الميزانية البرمجية ٢٠١٤-٢٠١٥.

١- القرار ج ص ٦٧٤-١٢ المساهمة في التنمية الاجتماعية والاقتصادية: إجراءات مستدامة عبر القطاعات من أجل تحسين الصحة والإنصاف في مجال الصحة

٢- الصلة بالميزانية البرمجية ٢٠١٤-٢٠١٥: (انظر الوثيقة ج ٦٦/٧)  
[http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA66/A66\\_7-ar.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-ar.pdf)

الفئة: ٢- الأمراض غير السارية

المجال البرمجي: الأمراض غير السارية

الحصيلة: ٢-١

المُخرج: ٢-١-١

المجال البرمجي: الصحة النفسية ومعاورة مواد الإدمان

الحصيلة: ٢-٢

المُخرج: ٢-٢-١

المجال البرمجي: التغذية

الحصيلة: ٢-٥

المُخرج: ٢-٥-١

الفئة: ٣- تعزيز الصحة طيلة العمر

المجال البرمجي: المحددات الاجتماعية للصحة

الحصيلة: ٣-٤

المُخرج: ٣-٤-١

المجال البرمجي: الصحة والبيئة

الحصيلة: ٣-٥

المُخرج: ٣-٥-٢

المجال البرمجي: تعميم مبادئ المساواة بين الجنسين

الحصيلة: ٣-٣

المُخرج: ٣-٣-١

والإنصاف وحقوق الإنسان

كيف سيساهم هذا القرار في تحقيق حصيلة (حصائل) المجال البرمجي (المجالات البرمجية) المذكورة أعلاه؟

سيُسهّم هذا القرار في تحسين الصحة والإنصاف في مجال الصحة والتنمية الاجتماعية والاقتصادية من خلال إجراءات فعالة عبر القطاعات. وسيعزز أكثر فأكثر دور قطاع الصحة في العمل مع القطاعات الأخرى على معالجة القضايا الصحية، وخصوصاً الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها. وسيعزز القرار كذلك التعاون داخل المنظمة وبين المنظمة وشركائها.

هل تتضمن الميزانية البرمجية بالفعل المنجزات المستهدفة والمُخرجات 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 (تشمل الفترة ٢٠١٤-٢٠١٦).

(٢) المجموع: ١,٤٥ مليون دولار أمريكي (الموظفون: ٧٩٠ ٠٠٠ دولار أمريكي؛  
الأنشطة: ٦٦٠ ٠٠٠ دولار أمريكي).

(ب) التكلفة في الثنائية ٢٠١٤-٢٠١٥

يُذكر المبلغ المخصص للثنائية ٢٠١٤-٢٠١٥ من التكاليف المذكورة في ٣ (أ) (مقرباً  
إلى وحدات يبلغ كل منها ١٠ ٠٠٠ دولار أمريكي).

المجموع: ٩٨٠ ٠٠٠ دولار أمريكي (الموظفون: ٥٣٠ ٠٠٠ دولار أمريكي؛ الأنشطة:  
٤٥٠ ٠٠٠ دولار أمريكي)

تُذكر مستويات المنظمة التي ستتحمل هذه التكاليف، مع بيان الأقاليم المحددة حسب  
الاقتضاء.

تكاليف الملاك الوظيفي سيتم تحملها في المقر الرئيسي فقط؛ أما تكاليف الأنشطة فسيتم  
تحملها على كل مستويات المنظمة.

هل أدرجت بالكامل التكلفة المقدرة ضمن الميزانية البرمجية المعتمدة ٢٠١٤-٢٠١٥؟  
(نعم/ لا)

نعم.

إذا كانت الإجابة "لا" يرجى ذكر المبلغ غير المدرج.

<p>(ج) الآثار المترتبة بالنسبة إلى الملاك الوظيفي</p> <p>هل يمكن تنفيذ هذا القرار بواسطة الموظفين الحاليين؟ (نعم/ لا)</p> <p>نعم.</p> <p>إذا كانت الإجابة "لا" يُذكر العدد اللازم من الموظفين الإضافيين - معبراً عنه بعدد الموظفين المتفرغين - مع بيان الأقاليم المحددة ومجموعة المهارات اللازمة، حسب الاقتضاء.</p>
<p>٤- التمويل</p> <p>هل التكاليف المقدرة للثنائية ٢٠١٤-٢٠١٥ والمذكورة في ٣(ب) ممولة بالكامل؟ (نعم/ لا)</p> <p>لا.</p> <p>إذا كانت الإجابة "لا" يرجى تحديد ثغرة التمويل وكيفية تعبئة الأموال (مع بيان تفاصيل مصدر التمويل المتوقع (مصادر التمويل المتوقعة)).</p> <p>٩٨٠.٠٠٠ دولار أمريكي؛ مصدر (مصادر) التمويل: الاشتراكات المقدرة والمساهمات الطوعية الأساسية، مع الجهود المبذولة لتعبئة الموارد، وخصوصاً من خلال الحوار الخاص بالتمويل.</p>

<p>١- القرار ج ص ع ٦٧-١٣ تنفيذ اللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥)</p>
<p>٢- الصلة بالميزانية البرمجية ٢٠١٤-٢٠١٥: (انظر الوثيقة ج ٦٦/٧ (<a href="http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-ar.pdf">http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-ar.pdf</a>))</p> <p>الفئة: ٥- التأهب والترصد والاستجابة</p> <p>المجال البرمجي: القدرات في مجالي الإنذار والاستجابة</p> <p>الحصيلة: ٥-١</p> <p>المُخرج: ٥-١-١</p> <p>كيف سيساهم هذا القرار في تحقيق حصيلة (حصائل) المجال البرمجي (المجالات البرمجية) المذكورة أعلاه؟</p> <p>إن القرار سيساند الأمانة في دورها الخاص بتقديم الدعم إلى الدول والبلدان في مجال تنفيذ اللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥). وقد خلص فريق الخبراء الاستشاري الاستراتيجي إلى أن جرعة وحيدة من الحمى الصفراء تكفي لمنح المناعة المستدامة وتوفير الحماية طيلة العمر ضد مرض الحمى الصفراء، وإلى أنه لا لزوم لإعطاء جرعة تنشيطية من لقاح الحمى الصفراء. وأيدت المنظمة هذا الاستنتاج، وطلب عدد من الدول الأعضاء إرشادات من الأمانة بشأن تنفيذ هذه النصيحة بمقتضى اللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥).</p> <p>هل تتضمن الميزانية البرمجية بالفعل المنجزات المستهدفة والمُخرجات المطلوبة في هذا القرار؟ (نعم/ لا)</p> <p>نعم.</p>
<p>٣- التكلفة المقدرة والآثار المترتبة بالنسبة إلى الملاك الوظيفي فيما يتعلق بالميزانية البرمجية</p> <p>(أ) التكلفة الإجمالية</p> <p>يُذكر ما يلي (١) مدة سريان القرار التي ستلتزم فيها أنشطة الأمانة من أجل التنفيذ؛ (٢) تكلفة تلك الأنشطة (مقربة إلى وحدات يبلغ كل منها ١٠.٠٠٠ دولار أمريكي).</p> <p>(١) لا يلزم أن تضطلع الأمانة بأية أنشطة من أجل تنفيذ هذا القرار</p> <p>(٢) المجموع: صفر من الدولارات الأمريكية (الموظفون: صفر من الدولارات الأمريكية؛ الأنشطة: صفر من الدولارات الأمريكية)</p>

## (ب) التكلفة في الثنائية ٢٠١٤-٢٠١٥

يُذكر المبلغ المخصص للثنائية ٢٠١٤-٢٠١٥ من التكاليف المذكورة في ٣ (أ) (مقرباً إلى وحدات يبلغ كل منها ١٠ ٠٠٠ دولار أمريكي).

المجموع: صفر من الدولارات الأمريكية (الموظفون: صفر من الدولارات الأمريكية؛ الأنشطة: صفر من الدولارات الأمريكية)

تُذكر مستويات المنظمة التي ستتحمل هذه التكاليف، مع بيان الأقاليم المحددة حسب الاقتضاء.

لا ينطبق.

هل أدرجت بالكامل التكلفة المقدرة ضمن الميزانية البرمجية المعتمدة ٢٠١٤-٢٠١٥؟ (نعم/ لا)

لا ينطبق.

إذا كانت الإجابة "لا" يرجى ذكر المبلغ غير المدرج.

## (ج) الآثار المترتبة بالنسبة إلى الملاك الوظيفي

هل يمكن تنفيذ هذا القرار بواسطة الموظفين الحاليين؟ (نعم/ لا)

لا ينطبق.

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 ٢٠١٤-٢٠١٥ والمذكورة في ٣ (ب) ممولة بالكامل؟ (نعم/ لا)

لا ينطبق.

إذا كانت الإجابة "لا" يرجى تحديد ثغرة التمويل وكيفية تعبئة الأموال (مع بيان تفاصيل مصدر التمويل المتوقع (مصادر التمويل المتوقعة)).

لا ينطبق



	<p>١- القرار جص ٦٧ع-١٤ الصحة في خطة التنمية لما بعد عام ٢٠١٥</p>
<p>٢- الصلة بالميزانية البرمجية ٢٠١٤-٢٠١٥: (انظر الوثيقة ج٦٦/٧  <a href="http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-ar.pdf">http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-ar.pdf</a>)</p> <p>الفئة: ٤- النظم الصحية  وفيما يلي صلات أخرى:</p> <p>الفئة: ١- الأمراض السارية الحصائل: متعددة</p> <p>الفئة: ٢- الأمراض غير السارية المُخرجات: متعددة</p> <p>الفئة: ٣- تعزيز الصحة طيلة العمر</p> <p>المجال البرمجي(المجالات البرمجية): جميع المجالات البرمجية المدرجة في الفئات ١-٤</p> <p>كيف سيساهم هذا القرار في تحقيق حصيلة (حصائل) المجال البرمجي (المجالات البرمجية المذكورة أعلاه؟)</p> <p>سيساهم هذا القرار في ضمان حصول الناس على الخدمات الصحية التي يحتاجون إليها في جميع المجالات - سواء في مجال الأمراض السارية أو الأمراض غير السارية - وعلى مدى العمر. ويدعم القرار إنشاء نُظم صحية قوية عن طريق العمل على تعزيز جميع العناصر المكونة لها - التمويل والقوى العاملة الصحية والمنتجات الطبية والمعلومات وتصريف الشؤون والهيكل الأساسية - في سبيل دعم ضمان جودة جميع أنواع الخدمات الصحية وليست الخدمات العلاجية فحسب، مع توفير الحماية من المخاطر المالية. ويشجع القرار الدول الأعضاء على دعم إدراج الصحة، بما في ذلك التغطية الصحية الشاملة، بشكل ملائم في خطة التنمية لما بعد عام ٢٠١٥. كما سيُشجع على (١) تزويد الأمانة الدول الأعضاء بالمعلومات لدعمها في تحديد موقفها فيما يتعلق بالصحة في خطة التنمية لما بعد عام ٢٠١٥، بما في ذلك تقديم تقارير موجزة عن السياسات وتقديرات ملائمة؛ (٢) ومشاركة الأمانة في العملية الخاصة لما بعد عام ٢٠١٥ من أجل دعم البلدان في ضمان أن الصحة تقع في صميم الخطة.</p> <p>هل تتضمن الميزانية البرمجية بالفعل المُخرجات والمنجزات المستهدفة المطلوبة في هذا القرار؟ (نعم/ لا)</p> <p>نعم.</p>	
<p>٣- التكلفة المقدرة والآثار المترتبة بالنسبة إلى الملاك الوظيفي فيما يتعلق بالميزانية البرمجية</p> <p>(أ) التكلفة الإجمالية</p> <p>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).</p> <p>(١) سنتان (تشمل الفترة ٢٠١٤-٢٠١٥)</p> <p>(٢) المجموع: ١,٣١ مليون دولار أمريكي (الموظفون: ١,١٦ مليون دولار أمريكي؛ الأنشطة: ١٥٠ ٠٠٠ دولار أمريكي)</p> <p>(ب) التكلفة في الثانية ٢٠١٤-٢٠١٥</p> <p>يُذكر المبلغ المخصص للثانية ٢٠١٤-٢٠١٥ من التكاليف المذكورة في ٣(أ) (مقرباً إلى وحدات يبلغ كل منها ١٠ ٠٠٠ دولار أمريكي).</p> <p>المجموع: ١,٣١ مليون دولار أمريكي (الموظفون: ١,١٦ مليون دولار أمريكي؛ الأنشطة: ١٥٠ ٠٠٠ دولار أمريكي).</p>	

تُذكر مستويات المنظمة التي ستتحمل هذه التكاليف، مع بيان الأقاليم المحددة حسب الاقتضاء.

إن تقديم الدعم إلى البلدان من أجل وضع استراتيجياتها يشمل جميع الأقاليم، وستشارك الأمانة على مستويات المنظمة الثلاثة جميعها. أما إعداد التقارير الموجزة عن السياسات والتقديرات فسيقع على عاتق المقر الرئيسي في المقام الأول؛ كما ستلزم بعض المشاركة من جانب المكاتب الإقليمية.

هل أدرجت بالكامل التكلفة المقدرة ضمن الميزانية البرمجية المعتمدة ٢٠١٤-٢٠١٥؟  
(نعم/ لا)

نعم.

إذا كانت الإجابة "لا" يُذكر العدد اللازم من الموظفين الإضافيين - معبراً عنه بعدد الموظفين المنفرغين - مع بيان الأقاليم المحددة ومجموعة (مجموعات) المهارات اللازمة، حسب الاقتضاء،

(ج) الآثار المترتبة بالنسبة إلى الملاك الوظيفي

هل يمكن تنفيذ هذا القرار بواسطة الموظفين الحاليين؟ (نعم/ لا)

نعم.

٤- التمويل

هل التكاليف المقدرة للثلاثية ٢٠١٤-٢٠١٥ والمذكورة في ٣ (ب) ممولة بالكامل؟ (نعم/ لا)  
نعم.

إذا كانت الإجابة "لا" يرجى تحديد ثغرة التمويل وكيفية تعبئة الأموال (مع بيان تفاصيل مصدر التمويل المتوقع (مصادر التمويل المتوقعة)).

لا ينطبق.

١- القرار ج ص ٦٧٤-١٥ تعزيز دور النظام الصحي في التصدي للعنف، وخصوصاً ضد النساء والفتيات وضد الأطفال

٢- الصلة بالميزانية البرمجية ٢٠١٤-٢٠١٥: (انظر الوثيقة ج ٦٦/٧)

[http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA66/A66\\_7-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-en.pdf)

الفئة: ٢- الأمراض غير السارية

المجال البرمجي: العنف والإصابات

الحصيلة: ٢-٣

المُخرج: ٢-٣-٣

المجال البرمجي: الصحة النفسية ومعاورة مواد الإدمان

الحصيلة: ٢-٢

المُخرج: ٢-٢-٢

الفئة: ٣- تعزيز الصحة طيلة العمر

المجال البرمجي: الصحة الإنجابية وصحة الأم

الحصيلة: ٣-١

المُخرج: ٣-١-٤

والوليد والطفل والمراهق

الفئة: ٥- التأهب والترصد والاستجابة

المجال البرمجي: إدارة مخاطر الطوارئ  
إدارة الأزمات  
الحصيلة: ٣-٥  
المُخرج: ١-٣-٥

كيف سيساهم هذا القرار في تحقيق حصيلة (حصائل) المجال البرمجي (المجالات البرمجية المذكورة أعلاه)؟

سيسهم القرار في استرعاء مزيد من الاهتمام للتأثير في موضوع العنف، وخصوصاً العنف المُمارس ضد النساء والفتيات، بوصفه مشكلة من مشاكل الصحة العمومية، وفي وقعه الجسيم على الصحة وإمكانية اتقائه، والدور الذي يؤديه قطاع الصحة في التصدي له. وسيعزز القرار كذلك دور قطاع الصحة ضمن نطاق استجابة متعددة القطاعات، وسيزوّد الملتزمين من راسمي السياسات في قطاع الصحة بولاية أقوى للتعامل مع هذا الموضوع.

وسوف يساعد القرار أيضاً على تعزيز التعاون بين المنظمة وشركائها الخارجيين من جهة، وداخل المنظمة من جهة أخرى.

هل تتضمن الميزانية البرمجية بالفعل المُخرجات والمنجزات المستهدفة 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) خمس سنوات (تغطي الفترة ٢٠١٤-٢٠١٨)

(٢) المجموع: ٣٤,٦٥ مليون دولار أمريكي (الموظفون: ١٨,٨١ مليون دولار أمريكي؛  
الأنشطة: ١٥,٨٤ مليون دولار أمريكي)

(ب) التكلفة في الثنائية ٢٠١٤-٢٠١٥

يُذكر المبلغ المخصص للثنائية ٢٠١٤-٢٠١٥ من التكاليف المذكورة في ٣ (أ) (مقرباً إلى وحدات يبلغ كل منها ١٠.٠٠٠ دولار أمريكي).

المجموع: ١٣,٥٤ مليون دولار أمريكي (الموظفون: ٧,٣٩ مليون دولار أمريكي؛ الأنشطة:  
٦,١٥ مليون 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 ٢٠١٤-٢٠١٥؟  
(نعم/ لا)

نعم.

إذا كانت الإجابة "لا" يرجى ذكر المبلغ غير المدرج.

<p>(ج) الآثار المترتبة بالنسبة إلى الملاك الوظيفي هل يمكن تنفيذ هذا القرار بواسطة الموظفين الحاليين؟ (نعم/ لا) نعم، بالنسبة إلى الثنائية ٢٠١٤-٢٠١٥. أما فيما يخص الثنائية ٢٠١٦-٢٠١٧ وما بعدها فقد يلزم عدد إضافي من الموظفين، وخاصة على الصعيدين الإقليمي والقطري. 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. ستتوقف الحاجة إلى موظفين إضافيين على وضع خطة العمل العالمية المطلوبة في القرار.</p>
<p>٤- التمويل هل التكاليف المقدرة للثنائية ٢٠١٤-٢٠١٥ والمذكورة في ٣(ب) ممولة بالكامل؟ (نعم/ لا) لا. أمّن حالياً مبلغ ٥ ملايين دولار أمريكي تقريباً من أصل المبلغ اللازم للثنائية وقدره ١٣,٥٤ مليون دولار أمريكي. إذا كانت الإجابة "لا" يرجى تحديد ثغرة التمويل وكيفية تعبئة الأموال (مع بيان تفاصيل مصدر التمويل المتوقع (مصادر التمويل المتوقعة)). تبلغ ثغرة التمويل في الثنائية ٢٠١٤-٢٠١٥ ما يقارب ٨,٥٤ مليون دولار أمريكي، ومن المتوقع سدها بفضل عملية الحوار الخاص بالتمويل والخطة المنسقة على نطاق المنظمة ككل لتعبئة الموارد اللازمة لسد مواطن العجز في تمويل الميزانية البرمجية ٢٠١٤-٢٠١٥.</p>
<p>١- القرار ج ص ع ٦٧-١٨ الطب التقليدي (الشعبي)</p>
<p>٢- الصلة بالميزانية البرمجية ٢٠١٤-٢٠١٥: (انظر الوثيقة ج ٦٦/٧ (<a href="http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-ar.pdf">http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-ar.pdf</a>)</p>
<p>الفترة: ٤- النظم الصحية المجال البرمجي: إتاحة الأدوية والتكنولوجيات<sup>١</sup> الصحية وتعزيز القدرات التنظيمية الحصيلة: ٤-٣ المُخرج: ٤-٣-١ كيف سيساهم هذا القرار في تحقيق حصيلة (حصائل) المجال البرمجي (المجالات البرمجية) المذكورة أعلاه؟ تتماشى أغراض استراتيجية المنظمة بشأن الطب التقليدي (الشعبي) للفترة ٢٠١٤-٢٠٢٣ مع الرؤية والأولويات المحددة في برنامج العمل العام الثاني عشر ٢٠١٤-٢٠١٩، والتي تجسدها الميزانية البرمجية ٢٠١٤-٢٠١٥. وسوف يساهم أيضاً تنفيذ الاستراتيجية الخاصة بالطب التقليدي (الشعبي) في إنجاز حصائل المجالات البرمجية فيما يتعلق بالخدمات الصحية المتكاملة التي تركز على الناس، وإتاحة الأدوية والتكنولوجيات الصحية، وتعزيز القدرة التنظيمية، كما هو مبين في الميزانية البرمجية ٢٠١٤-٢٠١٥. هل تتضمن الميزانية البرمجية بالفعل المنجزات المستهدفة والمُخرجات المطلوبة في هذا القرار؟ (نعم/ لا) نعم.</p>

<sup>١</sup> وفقاً لما يرد ذكره في القرار ج ص ع ٦٠-٢٩، فإن مصطلح "التكنولوجيات الصحية" يشير إلى أجهزة وأدوية ولقاحات وإجراءات ونظم تستحدث من أجل حل مشكلة صحية ما، وتحسين نوعية الحياة.

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 (تشمل الفترة ٢٠١٤-٢٠٢٣).

(٢) المجموع: ٢٦,١١ مليون دولار أمريكي (الموظفون: ٢٠,١١ مليون دولار أمريكي؛  
الأنشطة: ٦,٠٠ ملايين دولار أمريكي).

(ب) التكلفة في الثنائية ٢٠١٤-٢٠١٥

يُذكر المبلغ المخصص للثنائية ٢٠١٤-٢٠١٥ من التكاليف المذكورة في ٣ (أ) (مقرباً  
إلى وحدات يبلغ كل منها ١٠ ٠٠٠ دولار أمريكي).

المجموع: ٥,٢ مليون دولار أمريكي (الموظفون: ٤,٠٠ ملايين دولار أمريكي؛ الأنشطة:  
١,٢ مليون دولار أمريكي)

تُذكر مستويات المنظمة التي ستتحمل هذه التكاليف، مع بيان الأقاليم المحددة حسب  
الاقتضاء.

كل مستويات المنظمة، بما في ذلك المقر الرئيسي وكل المكاتب الإقليمية الستة، مع تحديد  
مشاركة المكاتب القطرية إقليمياً بإقليم.

هل أدرجت بالكامل التكلفة المقدرة ضمن الميزانية البرمجية المعتمدة ٢٠١٤-٢٠١٥؟  
(نعم/ لا)

نعم.

إذا كانت الإجابة "لا" يرجى ذكر المبلغ غير المدرج.

(ج) الآثار المترتبة بالنسبة إلى الملاك الوظيفي

هل يمكن تنفيذ هذا القرار بواسطة الموظفين الحاليين؟ (نعم/ لا)

نعم.

إذا كانت الإجابة "لا" يُذكر العدد اللازم من الموظفين الإضافيين - معبراً عنه بعدد  
الموظفين المتفرغين - مع بيان الأقاليم المحددة ومجموعة المهارات اللازمة، حسب  
الاقتضاء.

٤- التمويل

هل التكاليف المقدرة للثنائية ٢٠١٤-٢٠١٥ 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 المتوقع (مصادر التمويل المتوقعة)).

ثغرة التمويل: ١,٩٧ مليون دولار أمريكي.

مصادر التمويل المتوقعة: ١,١٠ مليون دولار أمريكي من حكومة الصين وحكومة منطقة ماكاو  
الإدارية الخاصة (الصين) وحكومة الهند؛ و ٨٦٦ ٠٠٠ دولار أمريكي عن طريق جهود جمع الأموال  
والحوار الخاص بالتمويل.

<p>١- القرار ج ص ٦٧-١٩ تعزيز الرعاية الملطفة كعنصر من عناصر العلاج المتكامل طيلة العمر</p>
<p>٢- الصلة بالميزانية البرمجية ٢٠١٤-٢٠١٥: (انظر الوثيقة ج ٦٦/٧  <a href="http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-ar.pdf">http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-ar.pdf</a>      الفئة: ٢- الأمراض غير السارية      المجال البرمجي: الأمراض غير السارية      الحصيلة: ١-٢      المخرج: ١-١-٢</p> <p>كيف سيساهم هذا القرار في تحقيق حصيلة (حصائل) المجال البرمجي (المجالات البرمجية) المذكورة أعلاه؟      سيدعم القرار تحقيق الرعاية الملطفة بوصفها جزءاً من العملية المستمرة لتقديم الرعاية اللازمة لمعالجة الأمراض غير السارية، وخصوصاً أمراض القلب والأوعية الدموية والسرطان والأمراض التنفسية المزمنة وداء السكري، وهي واحدة من الأنشطة المدرجة في خطة العمل العالمية الخاصة بالمنظمة للوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها ٢٠١٣-٢٠٢٠. ويُدرج فيها أيضاً مؤشر لتتبع إتاحة الرعاية الملطفة في إطار الرصد العالمي لخطة العمل.</p> <p>هل تتضمن الميزانية البرمجية بالفعل المنجزات المستهدفة والمخرجات المطلوبة في هذا القرار؟ (نعم/ لا)      نعم.</p>
<p>٣- التكلفة المقدرة والآثار المترتبة بالنسبة إلى الملاك الوظيفي فيما يتعلق بالميزانية البرمجية</p> <p>(أ) التكلفة الإجمالية</p> <p>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).</p> <p>(١) ستغطي مرحلة التنفيذ فترة السنوات السبع المتبقية من خطة العمل العالمية للوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها ٢٠١٣-٢٠٢٠، وستستمر إلى ما بعد ذلك.</p> <p>(٢) المجموع: ٢٠ مليون دولار أمريكي (الموظفون: ١٠ ملايين دولار أمريكي؛ الأنشطة: ١٠ ملايين دولار أمريكي).</p> <p>(ب) التكلفة في الثنائية ٢٠١٤-٢٠١٥</p> <p>يُذكر المبلغ المخصص للثنائية ٢٠١٤-٢٠١٥ من التكاليف المذكورة في ٣ (أ) (مقرباً إلى وحدات يبلغ كل منها ١٠ ٠٠٠ دولار أمريكي).</p> <p>المجموع: مليون دولار أمريكي (الموظفون: ٦٠٠ ٠٠٠ دولار أمريكي؛ الأنشطة: ٤٠٠ ٠٠٠ دولار أمريكي)</p> <p>تُذكر مستويات المنظمة التي ستتحمل هذه التكاليف، مع بيان الأقاليم المحددة حسب الاقتضاء.</p> <p>جميع مستويات المنظمة.</p> <p>هل أدرجت بالكامل التكلفة المقدرة ضمن الميزانية البرمجية المعتمدة ٢٠١٤-٢٠١٥؟      (نعم/ لا)      نعم.</p> <p>إذا كانت الإجابة "لا" يرجى ذكر المبلغ غير المدرج.</p>

<p>(ج) الآثار المترتبة بالنسبة إلى الملاك الوظيفي</p> <p>هل يمكن تنفيذ هذا القرار بواسطة الموظفين الحاليين؟ (نعم/ لا)</p> <p>لا، بيد أن تكاليف شغل المناصب اللازمة أُدرجت في الميزانية البرمجية.</p> <p>إذا كانت الإجابة "لا" يُذكر العدد اللازم من الموظفين الإضافيين - معبراً عنه بعدد الموظفين المتفرغين - مع بيان الأقاليم المحددة ومجموعة المهارات اللازمة، حسب الاقتضاء.</p> <p>سيلزم في الثنائية المقبلة موظف واحد إضافي على الأقل من الفئة المهنية (الفنية) م-٥</p> <p>(ف-٥) في المقر الرئيسي جنباً إلى جنب مع موظف آخر من الفئة المهنية (الفنية) م-٤</p> <p>(ف-٤) في كل واحد من المكاتب الإقليمية.</p>
<p>٤- التمويل</p> <p>هل التكاليف المقدرة للثنائية ٢٠١٤-٢٠١٥ والمذكورة في ٣(ب) ممولة بالكامل؟ (نعم/ لا)</p> <p>لا.</p> <p>إذا كانت الإجابة "لا" يرجى تحديد ثغرة التمويل وكيفية تعبئة الأموال (مع بيان تفاصيل مصدر التمويل المتوقع (مصادر التمويل المتوقعة)).</p> <p>تُقدر ثغرة التمويل بمبلغ ٦٤٠ ٠٠٠ دولار أمريكي. وستتم معالجتها بواسطة الخطة المنسقة على نطاق المنظمة ككل لتعبئة الموارد اللازمة لسد مواطن العجز في تمويل الميزانية البرمجية ٢٠١٤-٢٠١٥.</p>

<p>١- القرار جص ٦٧٤-٢٠ تعزيز نظم تنظيم المنتجات الطبية</p>
<p>٢- الصلة بالميزانية البرمجية ٢٠١٤-٢٠١٥: (انظر الوثيقة ج ٦٦/٧ (<a href="http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-ar.pdf">http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-ar.pdf</a>)</p> <p>الفئة: ٤- النظم الصحية</p> <p>المجال البرمجي: إتاحة الأدوية والتكنولوجيات الصحية الحصيلة: ٤-٣</p> <p>وتعزيز القدرات التنظيمية المخرج: ٤-٣-٣</p> <p>كما توجد صلات إضافية بالفئات ١ و ٢ و ٣ و ٥</p> <p>كيف سيساهم هذا القرار في تحقيق حصيلة (حصائل) المجال البرمجي (المجالات البرمجية) المذكورة أعلاه؟</p> <p>سيساعد هذا القرار على تعزيز القدرة التنظيمية حول العالم من أجل ضمان جودة الأدوية والتكنولوجيات الصحية الأخرى ومأمونيتها وفعاليتها، وذلك من خلال تحسين أدوات التقييم واستخدامها؛ وتوفير الدعم التقني والتدريب للهيئات التنظيمية؛ وتقديم الإرشادات بشأن تقييم الفئات الجديدة من المنتجات؛ ودعم وتعزيز الشبكات الإقليمية ودون الإقليمية والتقارب بين المتطلبات التنظيمية؛ وتعزيز نظم رصد الآثار الدوائية الضارة. كما سيؤدي إلى تعزيز برامج المنظمة لاختبار الصلاحية المسبق وبتيح الاختبار المسبق لفئات جديدة من الأدوية.</p>

وتُعد الأدوية والمنتجات الصحية المأمونة والفعالة والميسورة التكلفة عنصراً أساسياً من عناصر التغطية الصحية الشاملة، وبلوغ الأهداف الإنمائية للألفية، والتصدي للعبء المتزايد للأمراض غير السارية، ومكافحة الأوبئة والجوائح.

هل تتضمن الميزانية البرمجية بالفعل المنجزات المستهدفة والمخرجات 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).

تغطي التقديرات الحالية مدة عشر سنوات (٢٠١٤-٢٠٢٤) وتشير إلى تكلفة إجمالية تصل إلى ٢٥٠ مليون دولار أمريكي. وسيتم إدراج ما يتعلق بالاستراتيجية من تكاليف وملاك وظيفي في كل ميزانية من الميزانيات الثنائية خلال مدة سريان الاستراتيجية، وذلك على أساس الحساب الواقعي لتكاليف المخرجات والمنجزات المستهدفة المتعلقة بالعمل المخطط للاضطلاع به في كل فترة من فترات الميزانيات البرمجية المعنية التي ستبدأ بالميزانية البرمجية ٢٠١٦-٢٠١٧.

(ب) التكلفة في الثنائية ٢٠١٤-٢٠١٥

يُذكر المبلغ المخصص للثنائية ٢٠١٤-٢٠١٥ من التكاليف المذكورة في ٣ (أ) (مقرباً إلى وحدات يبلغ كل منها ١٠ ٠٠٠ دولار أمريكي).

المجموع: ٣٠ مليون دولار أمريكي (الموظفون: ١١,٥ مليون دولار أمريكي؛ الأنشطة: ١٨,٥ مليون دولار أمريكي).

تُذكر مستويات المنظمة التي ستتحمل هذه التكاليف، مع بيان الأقاليم المحددة حسب الاقتضاء.

ستصرف هذه التكاليف للمقر الرئيسي وجميع المكاتب الإقليمية وبعض المكاتب القطرية للمنظمة.

هل أدرجت بالكامل التكلفة المقدرة ضمن الميزانية البرمجية المعتمدة ٢٠١٤-٢٠١٥؟ (نعم/ لا)

لا.

إذا كانت الإجابة "لا" يرجى ذكر المبلغ غير المدرج.

سيلزم مبلغ وقدره ٢٥ مليون دولار أمريكي من أجل تنفيذ كامل نطاق هذا القرار، وذلك مع مراعاة أمور من بينها زيادة اتساع وعمق نطاق الدعم المقدم إلى الشبكات التنظيمية الإقليمية، والتعاون وتبادل المعلومات على الصعيد العالمي، وإجراء الاختبار المسبق للفئات الجديدة من الأدوية الأساسية، وتعزيز ترصد الآثار الدوائية الضارة.



<p>(ج) الآثار المترتبة بالنسبة إلى الملاك الوظيفي هل يمكن تنفيذ هذا القرار بواسطة الموظفين الحاليين؟ (نعم/ لا)</p> <p>لا.</p> <p>إذا كانت الإجابة "لا" يُذكر العدد اللازم من الموظفين الإضافيين - معبراً عنه بعدد الموظفين المتفرغين - مع بيان الأقاليم المحددة ومجموعة المهارات اللازمة، حسب الاقتضاء.</p> <p>سيلزم ما يعادل إجماليه ١٨ موظفاً إضافياً متفرغاً من الفئة المهنية (الفنية) والفئات العليا (سيلزم في المقر الرئيسي ما يعادل ثلاثة موظفين متفرغين وسيلزم في المكاتب الإقليمية ودون الإقليمية ما يعادل ١٥ موظفاً متفرغاً (ما يعادل موظفين متفرغين لكل مكتب من المكاتب الإقليمية وما يعادل موظفاً متفرغاً واحداً في كل فريق من الأفرقة الثلاثة المشتركة بين البلدان في الإقليم الأفريقي). وينبغي أن يحظى ملاك الموظفين المعني بخلفية من الخبرات التنظيمية، وخبرات العمل في البلدان النامية، وبعض الخبرات في مجال العمل في بيئة دولية.</p>
<p>٤- التمويل</p> <p>هل التكاليف المقدرة للثنائية ٢٠١٤-٢٠١٥ والمذكورة في ٣(ب) ممولة بالكامل؟ (نعم/ لا)</p> <p>لا</p> <p>إذا كانت الإجابة "لا" يرجى تحديد ثغرة التمويل وكيفية تعبئة الأموال (مع بيان تفاصيل مصدر التمويل المتوقع (مصادر التمويل المتوقعة)).</p> <p>تقدر ثغرة التمويل في الوقت الحاضر بمبلغ ٢٥ مليون دولار أمريكي.</p> <p>وستتم معالجة تلك الثغرة بواسطة الخطة المنسقة على نطاق المنظمة ككل لتعبئة الموارد اللازمة لسد مواطن العجز في تمويل الميزانية البرمجية ٢٠١٤-٢٠١٥.</p>

<p>١- القرار ج ص ع ٦٧٤-٢١ إتاحة منتجات العلاج البيولوجية ، بما في ذلك منتجات العلاج البيولوجية المماثلة<sup>١</sup> وضمان جودتها وأمنيتها ونجاعتها</p>
<p>٢- الصلة بالميزانية البرمجية ٢٠١٤-٢٠١٥: (انظر الوثيقة ج ٦٦/٧</p> <p><a href="http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-ar.pdf">http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-ar.pdf</a></p> <p>الفئة: ٤- النظم الصحية</p> <p>المجال البرمجي: إتاحة الأدوية والتكنولوجيات<sup>٢</sup> الصحية الحاصلة: ٤-٣</p> <p>وتعزيز القدرة التنظيمية</p> <p>المُخرج: ٤-٣-٣</p> <p>روابط إضافية بالفئة ٢- الأمراض غير السارية</p> <p>كيف سيساهم هذا القرار في تحقيق حصيلة (حصائل) المجال البرمجي (المجالات البرمجية) المذكورة أعلاه؟</p> <p>تعد إتاحة منتجات العلاج البيولوجية الخاصة بعلاج مجموعة واسعة من الأمراض غير السارية هي حالياً باهظة التكلفة بالنسبة لمعظم سكان العالم. ومن شأن تنفيذ القرار تيسير إتاحة منتجات العلاج البيولوجية</p>

<sup>١</sup> تسليمياً بأن السلطات الوطنية قد تستعمل مصطلحات مختلفة تشير إلى منتجات علاج بيولوجية مماثلة.

<sup>٢</sup> وفقاً لما يرد ذكره في القرار ج ص ع ٦٠-٢٩، فإن مصطلح "التكنولوجيات الصحية" يشير إلى أجهزة وأدوية ولقاحات وإجراءات ونُظُم تستحدث من أجل حل مشكلة صحية ما، وتحسين نوعية الحياة.

المضمونة الجودة والمأمونة والناجعة لمن تمس حاجتهم إليها من الأفراد، بما يدعم بالتالي الحصيلة المشار إليها أعلاه.

هل تتضمن الميزانية البرمجية بالفعل المنجزات المستهدفة والمُخرجات 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 (تشمل الفترة ٢٠١٤-٢٠٢٣)

(٢) المجموع: ٢٥,٠ مليون دولار أمريكي (الموظفون: ١٢,٥ مليون دولار أمريكي؛ الأنشطة: ١٢,٥ مليون دولار أمريكي)

(ب) التكلفة في الثنائية ٢٠١٤-٢٠١٥

يُذكر المبلغ المخصص للثنائية ٢٠١٤-٢٠١٥ من التكاليف المذكورة في ٣ (أ) (مقرباً إلى وحدات يبلغ كل منها ١٠ ٠٠٠ دولار أمريكي).

المجموع: ٣,٠ ملايين دولار أمريكي (الموظفون: ١,٥ مليون دولار أمريكي؛ الأنشطة: ١,٥ مليون دولار أمريكي).

تُذكر مستويات المنظمة التي ستتحمل هذه التكاليف، مع بيان الأقاليم المحددة حسب الاقتضاء.

المقر الرئيسي إلى جانب ثلاثة مكاتب إقليمية.

هل أدرجت بالكامل التكلفة المقدرة ضمن الميزانية البرمجية المعتمدة ٢٠١٤-٢٠١٥؟ (نعم/ لا)

نعم.

إذا كانت الإجابة "لا" يرجى ذكر المبلغ غير المدرج.

(ج) الآثار المترتبة بالنسبة إلى الملاك الوظيفي

هل يمكن تنفيذ هذا القرار بواسطة الموظفين الحاليين؟ (نعم/ لا)

لا، ولكن استقدام الموظفين سيجري على أساس المناصب المدرجة أصلاً في الميزانية البرمجية المعتمدة.

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 ما مجموعه ١,٥ موظف إضافي متفرغ في الفئة المهنية (الفنية) والفئات العليا (عدد الموظفين الإضافيين المتفرغين في مختلف الأقاليم: ٠,٥، الأمريكتان؛ و ٠,٥، جنوب شرق آسيا؛ و ٠,٥، غرب المحيط الهادئ). وينبغي أن يتمتع الموظفون بالخبرة والتجربة في مجال تنظيم منتجات العلاج البيولوجية.

٤- التمويل
هل التكاليف المقدرة للثنائية ٢٠١٤-٢٠١٥ 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 المتوقع (مصادر التمويل المتوقعة)).
تقدر ثغرة التمويل حالياً بمبلغ ٢,٥ مليون دولار أمريكي، وستُعالج بواسطة الخطة المنسقة على نطاق المنظمة ككل لتعبئة الموارد اللازمة لسد مواطن العجز في تمويل الميزانية البرمجية ٢٠١٤-٢٠١٥.

١- القرار ج ص ٦٧ع-٢٢ إتاحة الأدوية الأساسية
٢- الصلة بالميزانية البرمجية ٢٠١٤-٢٠١٥: (انظر الوثيقة ج ٦٦/٧ <a href="http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-ar.pdf">http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-ar.pdf</a> )
الفئة: ٤- النظم الصحية
المجال البرمجي: إتاحة الأدوية والتكنولوجيات <sup>١</sup>
الصحية وتعزيز القدرات التنظيمية
روابط إضافية بالفئات ١ و ٢ و ٣ و ٥
الحصيلة: ٤-٣
المُخرج: ٤-٣-١
كيف سيساهم هذا القرار في تحقيق حصيلة (حصائل) المجال البرمجي (المجالات البرمجية) المذكورة أعلاه؟
سيدعم هذا القرار تحقيق الإتاحة المحسنة للأدوية والتكنولوجيات الصحية المأمونة والناجعة والجيدة، واستعمالها على نحو رشيد من خلال ما يلي: إعداد وتنفيذ السياسات وأفضل الممارسات الوطنية؛ والنهوض الإقليمية لتبادل المعلومات والخبرات؛ وتقديم الأمانة للدعم والإرشادات إلى البلدان من أجل تعزيز ورصد إتاحة الأدوية الأساسية.
هل تتضمن الميزانية البرمجية بالفعل المنجزات المستهدفة والمُخرجات 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) ست سنوات (تشمل الفترة ٢٠١٤-٢٠١٩)
(٢) المجموع: ١٨ مليون دولار أمريكي (الموظفون: ٨ ملايين دولار أمريكي؛ الأنشطة: ١٠ ملايين دولار أمريكي)

<sup>١</sup> وفقاً لما يرد ذكره في القرار ج ص ٦٠ع-٢٩، فإن مصطلح "التكنولوجيات الصحية" يشير إلى أجهزة وأدوية ولقاحات وإجراءات ونظم تستحدث من أجل حل مشكلة صحية ما، وتحسين نوعية الحياة.

- (ب) التكلفة في الثنائية ٢٠١٤-٢٠١٥
- يُذكر المبلغ المخصص للثنائية ٢٠١٤-٢٠١٥ من التكاليف المذكورة في ٣ (أ) (مقرباً إلى وحدات يبلغ كل منها ١٠ ٠٠٠ دولار أمريكي).
- المجموع: ٨,٦ مليون دولار أمريكي (الموظفون: ٣,٦ مليون دولار أمريكي؛ الأنشطة: ٥,٠ ملايين دولار أمريكي)
- تُذكر مستويات المنظمة التي ستتحمل هذه التكاليف، مع بيان الأقاليم المحددة حسب الاقتضاء.
- المقر الرئيسي وكل المكاتب الإقليمية الستة.
- هل أدرجت بالكامل التكلفة المقدرة ضمن الميزانية البرمجية المعتمدة ٢٠١٤-٢٠١٥؟ (نعم/ لا)
- نعم.
- إذا كانت الإجابة "لا" يرجى ذكر المبلغ غير المدرج.
- (ج) الآثار المترتبة بالنسبة إلى الملاك الوظيفي
- هل يمكن تنفيذ هذا القرار بواسطة الموظفين الحاليين؟ (نعم/ لا)
- لا، ولكن التوظيف سيتم على أساس الوظائف المعتمدة والمدرجة في الميزانية البرمجية المعتمدة.
- 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 ما يعادل ثمانية موظفين متفرغين من الفئة المهنية (الفنية) والفئات العليا (اثنان في المقر الرئيسي وستة في المكاتب الإقليمية). ويتعين أن تكون لدى الموظفين المعنيين الخبرة في مجالات تسعير الأدوية والمنتجات الصحية وتسعيرها وشراؤها وتوريدها واستعمالها على نحو رشيد.

## ٤ - التمويل

- هل التكاليف المقدرة للثنائية ٢٠١٤-٢٠١٥ 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 المتوقع (مصادر التمويل المتوقعة)).
- تُقدر ثغرة التمويل بمبلغ ٥,٦ مليون دولار أمريكي، وستُعالج بواسطة الخطة المنسقة على نطاق المنظمة ككل لتعبئة الموارد اللازمة لسد مواطن العجز في تمويل الميزانية البرمجية ٢٠١٤-٢٠١٥.

١- القرار ج ص ٦٧٤-٢٣ تقييم التدخلات والتكنولوجيات الصحية دعماً للتغطية الصحية الشاملة
<p>٢- الصلة بالميزانية البرمجية ٢٠١٤-٢٠١٥: (انظر الوثيقة ج ٦٦/٧ (<a href="http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-ar.pdf">http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-ar.pdf</a>)</p> <p>الفئة: ٤- النظم الصحية</p> <p>المجال البرمجي: السياسات والاستراتيجيات والخطط الصحية الوطنية</p> <p>المجال البرمجي: إتاحة الأدوية والتكنولوجيات الصحية وتعزيز القدرات التنظيمية</p> <p>وئمة صلات أخرى بالفئات ١ و ٢ و ٣ و ٥</p> <p>كيف سيساهم هذا القرار في تحقيق حصيلة (حصائل) المجال البرمجي (المجالات البرمجية) المذكورة أعلاه؟ سيسهم هذا القرار في تأييد تعزيز قدرات البلدان على تقييم مردودية التدخلات الصحية والأدوية وغيرها من التكنولوجيات الصحية، وذلك باتباع نهج شفاف مسند بالبيانات، الأمر الذي سيمكّن راسمي السياسات من تحديد الأولويات بشأن الاستثمار في قطاع الصحة ودعم التقدم المحرز في تحقيق التغطية الصحية الشاملة والمستدامة.</p> <p>هل تتضمن الميزانية البرمجية بالفعل المنجزات المستهدفة والمخرجات المطلوبة في هذا القرار؟ (نعم/ لا)</p> <p>نعم.</p>
<p>٣- التكلفة المقدرة والآثار المترتبة بالنسبة إلى الملاك الوظيفي فيما يتعلق بالميزانية البرمجية</p> <p>(أ) التكلفة الإجمالية</p> <p>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).</p> <p>(١) ست سنوات (تشمل الفترة ٢٠١٤-٢٠١٩)</p> <p>(٢) المجموع: ٢٨ مليون دولار أمريكي (الموظفون: ١٢ مليون دولار أمريكي؛ الأنشطة: ١٦ مليون دولار أمريكي)</p> <p>سيُدرج كل ما يتعلق بتطبيق الإجراءات الواردة في القرار من تكاليف وملاك وظيفي في كل واحدة من الميزانيات الثنائية، وذلك بالاستناد إلى أساس واقعي في حساب تكاليف المخرجات والمنجزات المستهدفة فيما يتصل بالعمل المُزمع إنجازه في كل فترة من فترات الميزانيات البرمجية المعنية التي ستبدأ بالميزانية البرمجية للثنائية ٢٠١٦-٢٠١٧.</p> <p>(ب) التكلفة في الثنائية ٢٠١٤-٢٠١٥</p> <p>يُذكر المبلغ المخصص للثنائية ٢٠١٤-٢٠١٥ من التكاليف المذكورة في ٣ (أ) (مقرباً إلى وحدات يبلغ كل منها ١٠ ٠٠٠ دولار أمريكي).</p> <p>المجموع: ١٣,٦ مليون دولار أمريكي (الموظفون: ٦,٦ دولار أمريكي؛ الأنشطة: ٧ ملايين دولار أمريكي)</p>

تُذكر مستويات المنظمة التي ستتحمل هذه التكاليف، مع بيان الأقاليم المحددة حسب الاقتضاء.

المقر الرئيسي وجميع المكاتب الإقليمية السنة.

هل أدرجت بالكامل التكلفة المقدرة ضمن الميزانية البرمجية المعتمدة ٢٠١٤-٢٠١٥؟  
(نعم/ لا)

نعم.

إذا كانت الإجابة "لا" يرجى ذكر المبلغ غير المدرج.

(ج) الآثار المترتبة بالنسبة إلى الملاك الوظيفي

هل يمكن تنفيذ هذا القرار بواسطة الموظفين الحاليين؟ (نعم/ لا)

لا، سيجري التوظيف على أساس الوظائف المقررة والمدرجة في الميزانية البرمجية المعتمدة.

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 إجمالاً ثمانية موظفين متفرغين من الفئة المهنية (الفنية) والفئات العليا (اثنين منهم في المقر الرئيسي وموظف واحد في كل مكتب من المكاتب الإقليمية. وينبغي أن يتمتع هؤلاء الموظفون بالخبرة في ميدان تحليل المردودية أو تقييم التدخلات والتكنولوجيات الصحية.

٤ - التمويل

هل التكاليف المقدرة للثمانية ٢٠١٤-٢٠١٥ 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 المتوقع (مصادر التمويل المتوقعة)).

تقدر ثغرة التمويل حالياً بمبلغ ١٣,٦ مليون دولار أمريكي، وستُعالج بواسطة الخطة المنسقة على نطاق المنظمة ككل لتعبئة الموارد اللازمة لسد مواطن العجز في تمويل الميزانية البرمجية ٢٠١٤-٢٠١٥.

<p>١- القرار جص ع٦٧-٢٤ متابعة إعلان ريسيفي السياسي بشأن الموارد البشرية الصحية: تجديد الالتزامات بتحقيق التغطية الصحية الشاملة</p>
<p>٢- الصلة بالميزانية البرمجية ٢٠١٤-٢٠١٥: (انظر الوثيقة ج٦٦/٧ (<a href="http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-ar.pdf">http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-ar.pdf</a>)</p> <p>الفئة: ٤- النظم الصحية المجال البرمجي: الخدمات الصحية المتكاملة التي تركز على الناس الحصيلة: ٤-٢ المُخرج: ٤-٢-٢</p> <p>كيف سيساهم هذا القرار في تحقيق حصيلة (حصائل) المجال البرمجي (المجالات البرمجية) المذكورة أعلاه؟ سوف يُسهم القرار في دعم البلدان من أجل تخطيط وتنفيذ الاستراتيجيات بما يتماشى مع الاستراتيجية العالمية للمنظمة بشأن الموارد البشرية الصحية. هل تتضمن الميزانية البرمجية بالفعل المنجزات المستهدفة والمُخرجات المطلوبة في هذا القرار؟ (نعم/ لا) نعم.</p>
<p>٣- التكلفة المقدرة والآثار المترتبة بالنسبة إلى الملاك الوظيفي فيما يتعلق بالميزانية البرمجية (أ) التكلفة الإجمالية</p> <p>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) أربع سنوات (تشمل الفترة ٢٠١٤-٢٠١٧). (٢) المجموع: ١٨,٨ مليون دولار أمريكي (الموظفون: ١٣,٠ مليون دولار أمريكي؛ الأنشطة: ٥,٨ مليون دولار أمريكي). (ب) التكلفة في الثنائية ٢٠١٤-٢٠١٥ يُذكر المبلغ المخصص للثنائية ٢٠١٤-٢٠١٥ من التكاليف المذكورة في ٣ (أ) (مقرباً إلى وحدات يبلغ كل منها ١٠ ٠٠٠ دولار أمريكي). المجموع: ٩,٤ مليون دولار أمريكي (الموظفون: ٦,٥ مليون دولار أمريكي؛ الأنشطة: ٢,٩ مليون دولار أمريكي) تُذكر مستويات المنظمة التي ستتحمل هذه التكاليف، مع بيان الأقاليم المحددة حسب الاقتضاء. المكاتب القطرية، ٣٠٪؛ المكاتب الإقليمية ودون الإقليمية، ٤٠٪؛ المقر الرئيسي، ٣٠٪. هل أدرجت بالكامل التكلفة المقدرة ضمن الميزانية البرمجية المعتمدة ٢٠١٤-٢٠١٥؟ (نعم/ لا) نعم. إذا كانت الإجابة "لا" يرجى ذكر المبلغ غير المدرج.</p>

<p>(ج) الآثار المترتبة بالنسبة إلى الملاك الوظيفي</p> <p>هل يمكن تنفيذ هذا القرار بواسطة الموظفين الحاليين؟ (نعم/ لا)</p> <p>نعم، شريطة أن يتم ملء الشواغر الحالية في المقر الرئيسي والمكاتب الإقليمية.</p> <p>إذا كانت الإجابة "لا" يُذكر العدد اللازم من الموظفين الإضافيين - معبراً عنه بعدد الموظفين المتفرغين - مع بيان الأقاليم المحددة ومجموعة المهارات اللازمة، حسب الاقتضاء.</p>
<p>٤- التمويل</p> <p>هل التكاليف المقدرة للثلاثية ٢٠١٤-٢٠١٥ والمذكورة في ٣(ب) ممولة بالكامل؟ (نعم/ لا)</p> <p>لا.</p> <p>إذا كانت الإجابة "لا" يرجى تحديد ثغرة التمويل وكيفية تعبئة الأموال (مع بيان تفاصيل مصدر التمويل المتوقع (مصادر التمويل المتوقعة)).</p> <p>تقدّر ثغرة التمويل بمبلغ ٣,٨ مليون دولار أمريكي، وستُعالج بواسطة الخطة المنسقة على نطاق المنظمة ككل لتعبئة الموارد اللازمة لسد مواطن العجز في تمويل الميزانية البرمجية ٢٠١٤-٢٠١٥.</p>
<p>١- القرار ج ص ع ٢٥-٦٧ مقاومة مضادات الميكروبات</p> <p>٢- الصلة بالميزانية البرمجية ٢٠١٤-٢٠١٥: (انظر الوثيقة ج ٦٦/٧</p> <p><a href="http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-ar.pdf">http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-ar.pdf</a></p> <p>الفئة: ٥- التأهب والترصد والاستجابة</p> <p>المجال البرمجي: الأمراض التي قد تسبب أوبئة وجوائح</p> <p>علاوة على ذلك، تشمل مكافحة مقاومة مضادات الميكروبات طائفة كبيرة من الفئات والمجالات البرمجية وتؤثر فيها.</p> <p>كيف سيساهم هذا القرار في تحقيق حصيلة (حصائل) المجال البرمجي (المجالات البرمجية) المذكورة أعلاه؟</p> <p>يتصل القرار مباشرة بالحصيلة المتمثلة في "زيادة عدد البلدان التي لديها خطة عمل وطنية خاصة بمقاومة مضادات الميكروبات".<sup>١</sup> وسيكفل القرار التزام الدول الأعضاء والمنظمات الأخرى على الصعيد العالمي بتحقيق هذه الحصيلة. وتعني الطبيعة الشاملة لمقاومة مضادات الميكروبات وآثار هذه المقاومة على الصحة أن القرار يتصل أيضاً اتصالاً مباشراً بالحصائل والمنجزات المستهدفة في فئات ومجالات برمجية أخرى.</p> <p>هل تتضمن الميزانية البرمجية بالفعل المنجزات المستهدفة والمُخرجات المطلوبة في هذا القرار؟ (نعم/ لا)</p> <p>نعم. على أن الميزانية البرمجية ٢٠١٤-٢٠١٥ لا تشمل تنفيذ مسودة خطة العمل العالمية المذكورة في فقرة المنطوق الفرعية ٢(٥).</p>



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) سنتان (تشمل الفترة ٢٠١٤-٢٠١٥)

(٢) المجموع: ٩,٦ مليون دولار أمريكي (الموظفون: ٧,٤ مليون دولار أمريكي؛  
الأنشطة: ٢,٢ مليون دولار أمريكي).

(ب) التكلفة في الثنائية ٢٠١٤-٢٠١٥

يُذكر المبلغ المخصص للثنائية ٢٠١٤-٢٠١٥ من التكاليف المذكورة في ٣ (أ) (مقرباً  
إلى وحدات يبلغ كل منها ١٠.٠٠٠ دولار أمريكي).

المجموع: ٩,٦ مليون دولار أمريكي (الموظفون: ٧,٤ مليون دولار أمريكي؛ الأنشطة:  
٢,٢ مليون دولار أمريكي).

تُذكر مستويات المنظمة التي ستتحمل هذه التكاليف، مع بيان الأقاليم المحددة حسب  
الاقتضاء.

على مستوى المقر الرئيسي والمكاتب الإقليمية الستة كافة: ستطبق جميع تكاليف الأنشطة  
عبر المقر الرئيسي؛ وستبلغ تكاليف الموظفين ٤,٦ مليون دولار أمريكي في المقر الرئيسي  
و ٤٧٠.٠٠٠ دولار أمريكي في كل مكتب إقليمي.

هل أدرجت بالكامل التكلفة المقدرة ضمن الميزانية البرمجية المعتمدة ٢٠١٤-٢٠١٥؟  
(نعم/ لا)

لا، أدرجت إدراجاً جزئياً فقط.

إذا كانت الإجابة "لا" يرجى ذكر المبلغ غير المدرج.

المجموع: ٧,٨ مليون دولار أمريكي (الموظفون: ٦,٦ مليون دولار أمريكي؛ الأنشطة:  
١,٢ مليون دولار أمريكي).

(ج) الآثار المترتبة بالنسبة إلى الملاك الوظيفي

هل يمكن تنفيذ هذا القرار بواسطة 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 فرض أنه سيتواصل تعيين الموظفين الحاليين للاضطلاع بالأنشطة المقررة في ظل  
الميزانية البرمجية الحالية، بما في ذلك الأنشطة المتصلة بمقاومة مضادات الميكروبات،  
سيحتاج الاستعانة بموظفين إضافيين متفرغين بهدف تنفيذ هذا القرار يتألفون من موظف  
متفرغ في كل مكتب من المكاتب الإقليمية ومن عدد يتراوح بين أربعة وستة موظفين  
متفرغين في المقر الرئيسي (موظفون يشغلون مناصب في الفئة المهنية (الفنية) والفئات  
العليا ويتمتعون بالخبرة فيما يتصل بسياسات الصحة والاتصالات وإدارة المشاريع).

٤- التمويل
هل التكاليف المقدرة للثنائية ٢٠١٤-٢٠١٥ 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 المتوقع (مصادر التمويل المتوقعة)). تقدر ثغرة التمويل بمبلغ ٨,٨ مليون دولار أمريكي. وستتم معالجتها بواسطة الخطة المنسقة على نطاق المنظمة ككل لتعبئة الموارد اللازمة لسد مواطن العجز في تمويل الميزانية البرمجية ٢٠١٤-٢٠١٥.

١- المقرر الإجرائي ج ص ع ٦٧ (٩) تغذية الأمهات والرضع وصغار الأطفال
٢- الصلة بالميزانية البرمجية ٢٠١٤-٢٠١٥: (انظر الوثيقة ج ٦٦/٧ ( <a href="http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-ar.pdf">http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-ar.pdf</a> ) الفئة: ٢- الأمراض غير السارية المجال البرمجي: التغذية الحصيلة: ٢-٥ المُخرج: ٢-٥-١ كيف سيساهم هذا القرار في تحقيق حصيلة (حصائل) المجال البرمجي (المجالات البرمجية) المذكورة أعلاه؟ سيتيح المقرر الإجرائي للأمانة إنجاز ثلاث مهام لم تُتجز بعد تتعلق بخطة التنفيذ الشاملة الخاصة بتغذية الأمهات والرضع وصغار الأطفال: وضع سياسات متعددة القطاعات بشأن الأغذية والتغذية (من خلال المؤتمر الدولي الثاني المعني بالتغذية). وإعطاء الإرشادات بخصوص تسويق الأغذية التكميلية، وإنشاء إطار للمساعدة (من خلال العمل بشأن إطار الرصد العالمي الخاص بتغذية الأمهات والرضع وصغار الأطفال). هل تتضمن الميزانية البرمجية بالفعل المنجزات المستهدفة والمُخرجات 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) سنتان (تشمالن الفترة ٢٠١٤-٢٠١٥). (٢) المجموع: ١,٨٧ مليون دولار أمريكي (الموظفون: ٦٩٠ ٠٠٠ دولار أمريكي؛ الأنشطة: ١,١٨ مليون دولار أمريكي)

## (ب) التكلفة في الثنائية ٢٠١٤-٢٠١٥

يُذكر المبلغ المخصص للثنائية ٢٠١٤-٢٠١٥ من التكاليف المذكورة في ٣ (أ) (مقرباً إلى وحدات يبلغ كل منها ١٠.٠٠٠ دولار أمريكي).

المجموع: ١,٨٧ مليون دولار أمريكي (الموظفون: ٦٩٠.٠٠٠ دولار أمريكي؛ الأنشطة: ١,١٨ مليون 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 ٢٠١٤-٢٠١٥؟  
(نعم/ لا)

نعم.

إذا كانت الإجابة "لا" يرجى ذكر المبلغ غير المدرج.

## (ج) الآثار المترتبة بالنسبة إلى الملاك الوظيفي

هل يمكن تنفيذ هذا القرار بواسطة الموظفين الحاليين؟ (نعم/ لا)

نعم.

إذا كانت الإجابة "لا" يُذكر العدد اللازم من الموظفين الإضافيين - معبراً عنه بعدد الموظفين المتفرغين - مع بيان الأقاليم المحددة ومجموعة المهارات اللازمة، حسب الاقتضاء.

## ٤- التمويل

هل التكاليف المقدرة للثنائية ٢٠١٤-٢٠١٥ 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 المتوقع (مصادر التمويل المتوقعة)).

تُقدر ثغرة التمويل بمبلغ ٧٨٠.٠٠٠ دولار أمريكي. وستتم معالجتها بواسطة الخطة المنسقة على نطاق المنظمة ككل لتعبئة الموارد اللازمة لسد مواطن العجز في تمويل الميزانية البرمجية ٢٠١٤-٢٠١٥.

١- المقرر الإجرائي ج ص ٦٧٤ (١٠) الأحوال الصحية في الأرض الفلسطينية المحتلة، بما فيها القدس الشرقية، وفي الجولان السوري المحتل

٢- الصلة بالميزانية البرمجية ٢٠١٤-٢٠١٥: (انظر الوثيقة ج ٦٦/٧  
[http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA66/A66\\_7-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-en.pdf))

الفئات: كل الفئات

المجالات البرمجية: يرتبط المقرر الإجرائي  
 بالمجالات البرمجية في كل الفئات  
 الحصائل: كل الحصائل  
 المخرجات: كل المخرجات

كيف سيساهم هذا القرار في تحقيق حصيلة (حصائل) المجال البرمجي (المجالات البرمجية المذكورة أعلاه؟)

إن الإجراءات الستة المطلوبة في المقرر الإجرائي وأعمال المنظمة الشاملة التي تنطوي عليها ستسهم في تحقيق كل الحصائل البرمجية.

هل تتضمن الميزانية البرمجية بالفعل المخرجات والمنجزات المستهدفة المطلوبة في هذا المقرر الإجرائي؟  
 (نعم/ لا)

نعم، باستثناء التقييم الميداني والتقارير اللاحق المقدم إلى جمعية الصحة العالمية الثامنة والستين اللذين يخرجان عن نطاق الميزانية البرمجية ٢٠١٤-٢٠١٥.

٣- التكلفة المقدرة والآثار المترتبة بالنسبة إلى الملاك الوظيفي فيما يتعلق بالميزانية البرمجية

(أ) التكلفة الإجمالية

يُذكر ما يلي (١) مدة سريان القرار التي ستلتزم فيها أنشطة الأمانة من أجل التنفيذ؛  
 (٢) تكلفة تلك الأنشطة (مقربة إلى وحدات يبلغ كل منها ١٠ ٠٠٠ دولار أمريكي).

(١) سنة واحدة (من أيار/ مايو ٢٠١٤ إلى أيار/ مايو ٢٠١٥).

(٢) المجموع: ٤,٧٩ مليون دولار أمريكي (الموظفون: ٢,٨٣ مليون دولار أمريكي؛ الأنشطة: ١,٩٦ مليون دولار أمريكي).

(ب) التكلفة في الثنائية ٢٠١٤-٢٠١٥

يُذكر المبلغ المخصص للثنائية ٢٠١٤-٢٠١٥ من التكاليف المذكورة في ٣ (أ) (مقرباً إلى وحدات يبلغ كل منها ١٠ ٠٠٠ دولار أمريكي).

المجموع ٤,٧٩ مليون دولار أمريكي (الموظفون: ٢,٨٣ مليون دولار أمريكي؛ الأنشطة ١,٩٦ مليون دولار أمريكي).

تُذكر مستويات المنظمة التي ستتحمل هذه التكاليف، مع بيان الأقاليم المحددة حسب الاقتضاء.

ستُكبد التكاليف، في أغلبها، على المستوى القطري، مع احتمال تقديم بعض الدعم التقني من أجل التقييم الميداني والتقرير ذي الصلة من جانب المكتب الإقليمي لشرق المتوسط والمقر الرئيسي.

هل أدرجت بالكامل التكلفة المقدرة ضمن الميزانية البرمجية المعتمدة ٢٠١٤-٢٠١٥؟  
(نعم/ لا)

لا.

إذا كانت الإجابة "لا" يرجى ذكر المبلغ غير المدرج.

مبلغ وقدره ١٥٠.٠٠٠ دولار أمريكي يشكل تكلفة التقييم الميداني والتقرير ذي الصلة. والتكاليف غير متوخاة حالياً في الميزانية البرمجية ٢٠١٤-٢٠١٥؛ ومع ذلك، ونظراً للميزانية الإضافية الصغيرة نسبياً للأنشطة سَتعالج المسألة من خلال بعض أعمال إعادة البرمجة على المستوى القطري أو الإقليمي.

(ج) الآثار المترتبة بالنسبة إلى الملاك الوظيفي

هل يمكن تنفيذ هذا القرار بواسطة الموظفين الحاليين؟ (نعم/ لا)

نعم

إذا كانت الإجابة "لا" يُذكر العدد اللازم من الموظفين الإضافيين - معبراً عنه بعدد الموظفين المنفرغين - مع بيان الأقاليم المحددة ومجموعة (مجموعات) المهارات اللازمة حسب الاقتضاء.

٤- التمويل

هل التكاليف المقدرة للثنائية ٢٠١٤-٢٠١٥ 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 المتوقع (مصادر التمويل المتوقعة)).

تُقَدَّر فجوة التمويل بمبلغ ٨٠٣.٥٠٠ دولار أمريكي؛ وستتم معالجتها بواسطة خطة العمل المنسقة على نطاق المنظمة ككل لتعبئة الموارد اللازمة لسد مواطن العجز في الميزانية البرمجية ٢٠١٤-٢٠١٥.



## قائمة بأسماء أعضاء الوفود العربية

### بدلاء

السيد ناصر خليفة البدور  
مدير منطقة دبي الطبية

الدكتور ك. محمد

مدير إدارة الرعاية الصحية المتخصصة، وزارة  
الصحة

الدكتور أ. م. سهيل

مدير إدارة الرعاية الصحية الأولية، وزارة الصحة

السيد راشد الشمسي

سكرتير أول، البعثة الدائمة، جنيف

السيد س. المرزوقي

سكرتير ثالث، البعثة الدائمة، جنيف

السيد أ. فخاخ

خبير شؤون المنظمات الدولية، البعثة الدائمة،  
جنيف

السيد م. ب. بن عمارة

إدارة الصحافة والإعلام، البعثة الدائمة، جنيف

### البحرين

رئيس الوفد

السيد صادق بن عبد الكريم الشهابي  
وزير الصحة

مندوبون

الدكتور يوسف عبد الكريم بوشيري  
السفير، الممثل الدائم، جنيف

الدكتورة مريم عذبي الجلاهية

وكيل وزارة الصحة المساعد لشؤون الرعاية الصحية  
الأولية والصحة العامة

### الأردن

رئيس الوفد

الدكتور علي الحياصات  
وزير الصحة

نائب رئيس الوفد

الدكتور رجب م. سكري  
السفير، الممثل الدائم، جنيف

مندوبون

الدكتور م. أ. ر. طراونة

مدير إدارة الأمراض غير السارية، وزارة الصحة

بدلاء

السيد م. قاسم

مدير إدارة العلاقات الدولية والعامة، وزارة الصحة

السيد ه. معاينة

سكرتير ثالث، البعثة الدائمة، جنيف

### الإمارات العربية المتحدة

رئيس الوفد

السيد عبد الرحمن العويس  
وزير الصحة

نائب رئيس الوفد

السيد عبيد سالم الزعابي  
السفير، الممثل الدائم، جنيف

مندوب (مندوبون)

الدكتور حسين عبد الرحمن الرند

وكيل وزارة الصحة المساعد، إدارة المراكز والعيادات  
الصحية، وزارة الصحة

**بدلاء**

الدكتور م. إ. الهاجري  
مدير إدارة الصحة العامة، وزارة الصحة

السيد م. أ. العطوي  
مدير إدارة الموارد المالية، وزارة الصحة

الدكتور س. أ. الخواجة  
مستشار شؤون مكافحة عدوى الأمراض، وزارة  
الصحة

السيد أ. ل. ماكلي  
متخصص في العلاقات العامة، وزارة الصحة

السيدة بدور س. أحمد  
السكرتيرة الأولى، البعثة الدائمة، جنيف

السيد فهد عدنان الباقر  
سكرتير ثاني، البعثة الدائمة، جنيف

**تونس****رئيس الوفد**

الدكتور محمد الصالح بن عمار  
وزير الصحة

**نائب رئيس الوفد**

السيد أ. كيلاني  
السفير، البعثة الدائمة، جنيف

**مندوبون**

الدكتور ج. إ. بوبحري  
المفتش العام، وزارة الصحة

**بدلاء**

الدكتور ف. بن صلاح  
المسؤول عن شؤون ديوان وزير الصحة

السيدة ر. بن مرزوق  
المديرة العامة لإدارة الخدمات العمومية

الدكتورة س. بن الشيخ  
مديرة إدارة التعاون التقني، وزارة الصحة

السيدة س. إ. كوشليف  
السكرتيرة الأولى، البعثة الدائمة، جنيف

**الجزائر****رئيس الوفد**

السيد عبد المالك بوضياف  
وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات

**مندوبون**

السيد بوجمعة دلمي  
السفير، الممثل الدائم، جنيف

السيد أ. ساحي  
الأمين العام لوزارة الصحة والسكان وإصلاح  
المستشفيات

**بدلاء**

السيد س. مصباح  
المدير العام لإدارة وقاية الصحة وتعزيزها، وزارة  
الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات

السيدة ل. ولد قبيلة  
المديرة العامة للوكالة الوطنية للتبرع بالدم، وزارة  
الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات

السيدة د. و. خضير  
المكلفة بشؤون الدراسات والتوليف، وزارة الصحة  
والسكان وإصلاح المستشفيات

السيد م. بلقاسم  
المكلف بشؤون الدراسات والتوليف، وزارة الصحة  
والسكان وإصلاح المستشفيات

السيدة م. بورزق  
المكلفة بشؤون الدراسات والتوليف، وزارة الصحة  
والسكان وإصلاح المستشفيات



السيد ب. صالح عزّام  
سكرتير أول، البعثة الدائمة، جنيف

السيدة ه. حرب  
مديرة إدارة الإحصاءات، وزارة الصحة العامة

### ليبيا

#### رئيس الوفد

الدكتور نور الدين دغمان  
وزير الصحة

#### مندوبون

الدكتور أ. ك. غ. علوان  
مدير اللجنة الصحية، المؤتمر الوطني العام

الدكتور م. م. م. الحمّالي  
وكيل وزارة الشؤون التقنية والخدمات اللوجستية

#### بدلاء

السيد عبد الرحمن القناص  
القائم بالأعمال بالنيابة، البعثة الدائمة، جنيف

الدكتور رضا العوكلي  
مستشار (منظمة الصحة العالمية)، البعثة الدائمة،  
جنيف

الدكتور خالد م. م. الطالب  
مدير مكتب التعاون الدولي

السيد ك. م. م. داقاني  
مدير إدارة نظم المعلومات الصحية

الدكتور أ. س. سميو  
مدير إدارة إعطاء اللقاحات، المركز الوطني  
لمكافحة الأمراض

السيد إ. ح. بن شريك  
مدير إدارة الموارد البشرية، وزارة الصحة والسكان  
وإصلاح المستشفيات

السيد ح. خليف  
نائب الممثل الدائم، جنيف

السيدة س. م. هندل  
مساعد مدير إدارة التنمية الاجتماعية، وزارة الشؤون  
الخارجية

السيد م. س. سمار  
مستشار الشؤون الخارجية، البعثة الدائمة، جنيف

السيد ي. مفتي  
سكرتير الشؤون الخارجية، وزارة الشؤون الخارجية

السيد ف. دالي  
الملحق، الشؤون الخارجية، وزارة الشؤون الخارجية

### لبنان

#### رئيس الوفد

السيد وائل أبو فاعور  
وزير الصحة العامة

#### نائب رئيس الوفد

الدكتور وليد عمار  
المدير العام، وزارة الصحة العامة

#### مندوبون

السيدة نجلا رياشي عساكر  
السفيرة، الممثلة الدائمة، جنيف

#### بدلاء

السيد أ. عرفة  
مستشار، البعثة الدائمة، جنيف

السيد يحيى بوظو  
مستشار، وزارة الصحة

### جنوب السودان

#### رئيس الوفد

معالي السيد ر. غاي كوك  
الوزير، وزارة الصحة الوطنية

#### نائب رئيس الوفد

الدكتور م. إيتو  
الوزير، وزارة الصحة بالدولة

#### مندوبون

الدكتور م. م. كاريوم  
وكيل وزارة الصحة

#### بدلاء

الدكتور أ. ديميتي  
المدير العام، إدارة الصحة الإنجابية، وزارة الصحة

الدكتور ل. ب. ريك  
المدير العام، إدارة الصحة والتعاون الدوليين، وزارة  
الصحة

الدكتور م. صمويل  
مدير البرنامج القطري لاستئصال الدودة الغينية،  
وزارة الصحة

الدكتور أ. ل. ستيفن  
مدير برنامج التمنيع الموسع، وزارة الصحة

الدكتور ه. أ. باسكال  
مدير البرنامج الوطني لمكافحة الملاريا، وزارة  
الصحة

السيدة إ. ن. نيلوك  
الموظف المسؤول عن شؤون الصحة والتنسيق  
الدولي، وزارة الصحة

الدكتور م. أ. أبو غالية  
مدير إدارة حماية الصحة، المركز الوطني لمكافحة  
الأمراض

الدكتور م. م. أغيل  
مدير إدارة الوقاية من أمراض القلب والأوعية  
الدموية

السيد أ. م. أ. مسالم  
مكتب الوزير، وزارة الصحة

السيد س. أ. س. الماريمي  
مكتب الوزير، وزارة الصحة

السيد أ. مراد  
سكرتير أول، إدارة المنظمات الدولية، وزارة الشؤون  
الخارجية والتعاون

الدكتور س. أرحم  
ملحق، السفارة الليبية، العاصمة برن

### الجمهورية العربية السورية

#### رئيس الوفد

الدكتور سعد الناييف  
وزير الصحة

#### مندوبون

السيد م. محمد  
القائم بالأعمال بالنيابة، البعثة الدائمة، جنيف

الدكتور أ. العبود  
مدير إدارة الرعاية الصحية، وزارة الصحة

#### بدلاء

السيد ت. مدني  
سكرتير أول، البعثة الدائمة، جنيف

الدكتور ك. يوسف  
سكرتير ثاني، البعثة الدائمة، جنيف

**مندوبون**

الدكتور م. أ. العباسي  
وزارة الصحة

**بدلاء**

الدكتور ت. إ. مهدي  
وزارة الصحة

الدكتور إ. أحمد البشير  
وزارة الصحة

الدكتور م. ب. ه. أحمد  
وزارة الصحة

الدكتور م. أ. مصطفى  
وزارة الصحة

الدكتور ف. أ. علي  
وزارة الصحة

السيد غ. أ. يحيى  
سكرتير أول، البعثة الدائمة، جنيف

السيد م. ه. محمد  
وزارة الصحة

الدكتور أ. أ. طراب  
وزارة الصحة

**الصومال****رئيس الوفد**

الدكتور أ. ه. أحمد  
نائب وزير الصحة بالنيابة

**مندوبون**

الدكتور أ. س. محمد  
وزير الصحة، ولاية بونتلاندا الصومالية

الدكتور س. أ. محمد  
وزير الصحة، صوماليلاند

السيد م. س. باتالي

نائب مدير إدارة المنظمات الدولية، وزارة الشؤون  
الخارجية والتعاون الدولي

السيد م. ه. س. دافيد

سكرتير ثالث، البعثة الدائمة، جنيف

السيد ز. ر. بيل

مكتب الوزير

**جيبوتي****رئيس الوفد**

الدكتور قاسم إسحق عثمان  
وزير الصحة

**مندوبون**

السيد م. سياد دوالي  
السفير، الممثل الدائم، جنيف

**بدلاء**

السيد م. إبراهيم حسن  
مدير إدارة دراسات التخطيط، وزارة الصحة

السيد أ. أحمد هادي  
مدير إدارة برامج التفقيح

السيد أ. محمد أبرو  
مستشار أول، البعثة الدائمة، جنيف

**السودان****رئيس الوفد**

السيد بحر إدريس أبو قرده  
وزير الصحة

**نائب رئيس الوفد**

السيدة ر. س. العبيد  
السفيرة، البعثة الدائمة، جنيف

**عُمان****رئيس الوفد**

الدكتور أحمد بن محمد السعيد  
وزير الصحة

**مندوبون**

السيد عيد الله بن ناصر الرحبي  
السفير، البعثة الدائمة، جنيف

الدكتور علي بن طالب الهنائي  
وكيل الوزارة لشؤون التخطيط

**بدلاء**

الدكتور س. ه. اللامي  
المدير العام لإدارة شؤون الصحة

السيد س. ه. البعلاوي  
المدير العام لإدارة الخدمات الصحية، محافظة  
شمال الباطنة

الدكتور أ. س. البوسعيد  
مدير مكتب ترصد الأمراض السارية ومكافحتها

السيد ه. ك. الكلباني  
خبير القانون الطبي، ديوان وكيل الوزارة لشؤون  
الصحة

الدكتور أ. ك. الجرداني  
مدير مكتب شؤون المختبرات، المديرية العامة  
لشؤون الصحة

الدكتور ج. ط. العبرية  
مدير مكتب شؤون صحة الأسرة والمجتمع، المديرية  
العامة لشؤون الصحة

الدكتور م. س. الزدجالي  
مدير مكتب القضاء على الملاريا، المديرية العامة  
لشؤون الصحة

السيدة م. ك. الإسماعيلية  
كبيرة الممرضات (أ)، مستشفى سمو الملكي

**بدلاء**

السيد يوسف محمد إسماعيل  
السفير، الممثل الدائم، جنيف

الدكتور أ. أ. إبراهيم  
مستشار، وزارة الصحة

**العراق****رئيس الوفد**

الدكتور مجيد حمد أمين جميل  
وزير الصحة

**نائب رئيس الوفد**

السيد م. إسماعيل  
السفير، الممثل الدائم، جنيف

**مندوبون**

السيد ف. حسين  
أمانة مجلس الوزراء

**بدلاء**

السيد أ. شويخ  
نائب الممثل الدائم، جنيف

الدكتور ط. عصيبي  
وزارة الصحة

الدكتور د. محمود  
وزارة الصحة

الدكتور م. الطائي  
وزارة الصحة

السيد س. كاظم  
سكرتير ثالث، البعثة الدائمة، جنيف

الدكتور ر. شوهاني  
وزارة الصحة

السيد ر. رشيد  
وزارة الصحة

السيد أ. م. الدوسري  
مدير إدارة شؤون المرضى، مكتب الوزير، المجلس  
الأعلى للصحة

السيد ج. المعاودة  
سكرتير ثالث، البعثة الدائمة، جنيف

السيد ن. مورز  
مدير المشاريع، مؤتمر القمة العالمي للابتكار في  
مجال الصحة

السيد إ. شيلينغز  
كبير الموظفين التنفيذيين، مؤتمر القمة العالمي  
للابتكار في مجال الصحة

### الكويت

#### رئيس الوفد

الدكتور علي سعد العبيدي  
وزير الصحة

#### نائب رئيس الوفد

السيد جمال الغنيم  
السفير، الممثل الدائم، جنيف

#### مندوبون

الدكتور قيس صالح الدويري  
وكيل الوزارة المساعد لشؤون الصحة العامة

#### بدلاء

الدكتور أ. عمر  
وكيل الوزارة المساعد لشؤون الأدوية والإمدادات  
الطبية

الدكتور م. عبد الهادي  
مدير، إدارة الشؤون القانونية والتحقيقات، وزارة  
الصحة

الدكتور م. العجمي  
نائب مدير مستشفى الرازي

السيدة ع. اليعقوبي  
سكرتيرة ثانية، البعثة الدائمة، جنيف

### قطر

#### رئيس الوفد

السيد عبد الله القحطاني  
وزير الصحة العامة، الأمين العام للمجلس الأعلى  
للصحة

#### مندوبون

السيد فيصل عبد الله آل حنزاب  
السفير، الممثل الدائم، جنيف

الدكتور صالح علي المري  
الأمين العام المساعد لشؤون الصحة، المجلس  
الأعلى للصحة

#### بدلاء

الدكتور ع. آل خال  
مدير إدارة التعليم الطبي، مؤسسة حمد الطبية

الدكتور محمد ه. آل ثاني  
مدير إدارة الصحة العامة، المجلس الأعلى للصحة

السيد س. أ. الخلفي  
مدير إدارة الشؤون المالية بالنيابة، المجلس الأعلى  
للصحة

السيد عبد اللطيف علي العبد الله  
مدير، إدارة العلاقات الصحية الدولية، المجلس  
الأعلى للصحة

السيد حمد عيد الرميحي  
رئيس إدارة ترصد الأمراض وفاشياتها، المجلس  
الأعلى للصحة

السيد س. أ. اليافعي  
مدير برامج التعليم الصحي، المجلس الأعلى  
للصحة

**نائب رئيس الوفد**

الدكتور وليد م. عبد الناصر  
السفير، الممثل الدائم، جنيف

**مندوبون**

الدكتور عمرو قنديل  
قطاع الطب الوقائي، وزارة الصحة والسكان

**بدلاء**

الدكتور مختار وريدة  
مستشار، البعثة الدائمة، جنيف

الدكتور س. مراد  
مدير إدارة العلاقات الصحية الخارجية، وزارة  
الصحة والسكان

الدكتور س. الرفاعي  
مدير وحدة الترصد، وزارة الصحة والسكان

الدكتور ج. نصر  
مدير المكتب التقني التابع لوزارة الصحة والسكان

**مستشارون**

الدكتور س. ناصر  
أستاذ الصحة العامة، قصر العيني

السيد بسام أ. محمد  
طالب في كلية الطب

السيد باهر أ. محمد  
طالب في كلية الطب

**المغرب****رئيس الوفد**

الأستاذ الحسين لواردي  
وزير الصحة

الدكتور ن. الحمد  
رئيس إدارة الأغذية والتغذية

الدكتور ي. مانديكار  
مدير إدارة شؤون الصحة العامة، وزارة الصحة

الدكتور ر. أ. الوتيان  
مدير، إدارة الرعاية الصحية الأولية، وزارة الصحة

الدكتور ك. الصالح  
استشاري الأورام

الدكتور م. القباندي  
كبير الأخصائيين في طب الأطفال

السيد ف. الدوسري  
مدير إدارة العلاقات العامة

السيد أ. أ. الرشيد  
مدير مكتب الوزير

السيد ي. الكنداري  
مكتب الوزير

السيد ع. الظفيري  
مكتب الوزير

السيد ه. أبو الحسن  
سكرتير ثالث، البعثة الدائمة، جنيف

الدكتور إ. الهويدي  
مستشار متخصص في شؤون الإعلام، وزارة الصحة

الدكتور د. ودعان  
مستشار متخصص في الشؤون التقنية، وزارة الصحة

**مصر****رئيس الوفد**

الدكتور عادل عدوي  
وزير الصحة والسكان

## بدلاء

الدكتور زياد ميمش  
نائب وزير الصحة

الدكتور خالد مرغلاني  
المدير العام لإدارة العلاقات العامة والإعلام والوعي  
الصحي، وزارة الصحة

الدكتور م. السعدي  
المدير العام لإدارة الأمراض غير السارية، وزارة  
الصحة

الدكتور ط. طيب  
البرنامج الوطني لمكافحة السل؛ مدير البرنامج  
الوطني للقضاء على الجذام، مسؤول ومدير إدارة  
الأمراض الصدرية

الدكتور أ. البراق  
المدير العام لإدارة الأمراض السارية، مستشفى سمو  
الأمير سلطان الطبي العسكري

الأستاذ ه. المطيري  
المشرف العام على إدارة العلاقات الدولية

السيد ط. مدني  
مستشار، وزارة الصحة

السيد أ. م. العمري  
مستشار، وزارة الصحة

السيد ك. الكاراكوتلي  
استشاري متخصص، البعثة الدائمة، جنيف

السيد س. الساعاتي  
البعثة الدائمة، جنيف

السيدة إ. كاراكوتلي  
البعثة الدائمة، جنيف

السيد س. المهدي  
سكرتير الوزير، وزارة الصحة

السيد أ. تيلميساني  
مستشار الوزير، وزارة الصحة

## مندوبون

السيد ه. بوكيلي  
نائب الممثل الدائم، جنيف

## بدلاء

الأستاذ ع. الحسني  
المدير العام لمستشفى الشيخ زايد

الدكتور أ. معروف  
مدير إدارة الوبائيات ومكافحة الأمراض، وزارة  
الصحة

الدكتور خالد الحلو  
مدير مديرية السكان، وزارة الصحة

الدكتور أ. علوي  
رئيس الشعبة المالية، مديرية التخطيط والموارد  
المالية، وزارة الصحة

السيدة ن. البراق  
مستشارة، البعثة الدائمة، جنيف

السيدة س. شرقاوي  
رئيسة إدارة خدمات المنظمات الدولية والمنظمات  
الحكومية الدولية، شعبة التعاون، مديرية التخطيط  
والموارد المالية، وزارة الصحة

## المملكة العربية السعودية

## رئيس الوفد

الدكتور عادل الفقيه  
وزير الصحة بالنيابة

## مندوبون

الدكتور منصور الحواسي  
نائب الوزير للشؤون الصحية، وزارة الصحة

السيد فيصل طراد  
السفير، الممثل الدائم، جنيف

الدكتور س. نيانغ  
مدير إدارة مكافحة الأمراض، وزارة الصحة

السيد س. أ. ل. عمار ولد ديدي  
مستشار أول، البعثة الدائمة، جنيف

السيدة ف. م. السلمو  
مستشار أول، البعثة الدائمة، جنيف

السيد م. م. مصطفى  
سكرتير أول، البعثة الدائمة، جنيف

## اليمن

### رئيس الوفد

الدكتور أحمد العنسي  
وزير الصحة العامة والسكان

### نائب رئيس الوفد

السيد علي محمد مجور  
السفير، الممثل الدائم، جنيف

### مندوبون

الدكتور م. الجنيد  
وكيل الوزارة لقطاع الرعاية الصحية الأولية

### بدلاء

السيد ج. الوديع  
سكرتير ثالث، البعثة الدائمة، جنيف

## فلسطين

الدكتور ج. عواد  
وزير الصحة

الدكتور إبراهيم خريشة  
السفير، المراقب الدائم، جنيف

السيد م. القحطاني  
المشرف على شؤون السكرتارية والبروتوكول، وزارة الصحة

السيدة ن. العجايي  
البعثة الدائمة، جنيف

السيد أ. قيرم  
مدير مكتب الوزير

### مستشارون

السيدة ن. النميري  
طالبة

السيد روميو دوس سانتوس  
مدير مؤسسة فرامفوكس لإنتاج اللوازم السمعية والمرئية

## موريتانيا

### رئيس الوفد

السيد أحمد ولد حمدين ولد جلفون  
وزير الصحة

### مندوبون

الدكتور ن. س. با  
الأمين التنفيذي لإدارة مكافحة الأيدز

الدكتور ك. ب. ولد مخايترات  
مستشار الشؤون التقنية في وزارة الصحة

### بدلاء

الدكتور أ. ولد جدو  
مدير إدارة الرعاية الصحية الأولية والتغذية، وزارة الصحة

السيد أ. ولد ضاحي  
المدير العام، صندوق التأمين الصحي الوطني

السيد ه. طراوري  
القائم بالأعمال، البعثة الدائمة، جنيف



السيد محمد الخمليشي  
السفير، المراقب الدائم، جنيف

السيدة ل. نجم  
مديرة إدارة الصحة والمساعدات الإنسانية

السيد ي. تيليوانت  
سكرتير ثاني، الوفد الدائم، جنيف

السيد أ. بلحوت  
سكرتير ثالث، الوفد الدائم، جنيف

السيد ه. الروبي  
عضو في الإدارة الصحية للمساعدات الإنسانية

الدكتور أ. الرملاوي  
الوكيل المساعد للشؤون الصحية، وزارة الصحة

السيد ط. الجوري  
مستشار، البعثة الدائمة، جنيف

السيدة د. عصفور  
سكرتيرة ثانية، البعثة الدائمة، جنيف

السيدة ن. طربوش  
خبيرة، البعثة الدائمة، جنيف

### جامعة الدول العربية

السيدة ف. س. الصالح  
الأمين العام المساعد لإدارة الشؤون الاجتماعية