منظمة الصحة العالمية

جمعية الصحة العالمية الخامسة والستون
البند ١٦-١ من جدول الأعمال المؤقت

ج٦٥/٢٨
١١ أيار/ مايو ٢٠١٢
A65/28

تقييم أداء الميزانية البرمجية ٢٠١٠-٢٠١١

تقرير موجز

تمهيد بقلم المدير العام

١- تعرض هذه الوثيقة تقييماً منهجياً لأداء المنظمة في الثنائية ٢٠١٠-٢٠١١ حسب كل غرض من الأغراض الاستراتيجية الثلاثة عشر للمنظمة التي وُضعت في الميزانية البرمجية الخاصة بتلك الفترة. وقد تم إعدادها بما يتماشى مع التزامي الشخصي بالإدارة القائمة على النتائج وبالمساءلة فيما يتعلق باستخدام الموارد كتدبيرين كفيلين بتحسين أداء المنظمة.

٢- ومثلما ذكرته مراراً وتكراراً فإن تحسين الحصائل الصحية داخل مختلف البلدان، وخصوصاً بالنسبة إلى المرأة والشعوب الأفريقية، هو أهم مقياس لأداء المنظمة عموماً. وتسجل هذه الوثيقة تلك النتائج، ولكنها تعرض أيضاً التقدم المحرز داخل البلدان في بناء القدرات وتطبيق القواعد والمعايير التي وضعتها المنظمة. كما أن أثر هذا العمل الخاص بوضع القواعد يتضح بجلاء وبوجه خاص فيما يتعلق بالغرض الاستراتيجي ١١، بشأن تحسين إتاحة المنتجات والتكنولوجيات الطبية وجودتها واستخدامها، ولكنه يتضح بجلاءٍ أيضاً في العديد من برامج المنظمة وأنشطتها الأخرى. فالقواعد والمعايير تساعد على تحقيق الإنصاف. فكل فرد يستحق نفس القدر من تأمين الهواء الذي يتنفسه والمياه التي يشربها والغذاء الذي يأكله والدواء الذي يتناوله، وضمان ألا تُلحق المواد الكيميائية التي تصادفه أي ضرر بصحته. فمعظم المهنيين الصحيين يعرفون أن معدل وفيات الأطفال في جميع أنحاء العالم قد انخفض انخفاضاً شديداً منذ بداية هذا القرن، ولكن قليلون هم من يدركون أن ٦٤٪ من الرضع في العالم هم الذين يحصلون على التمنيع باللقاحات التي اختبرت المنظمة صلاحيتها مسبقاً.

٣- ويصدر هذا التقييم في وقت تضطلع فيه المنظمة بإصلاحات برمجية وإدارية وتنظيمية شاملة، وتتوافر له الدروس التي يمكن الاستهداء بها من هذه العملية. ولايزال التقدم نحو بلوغ الأهداف (المرامي) الإنمائية في الألفية المتعلقة بالصحة يبرهن على قيمة تركيز التعاون الدولي في مجال الصحة على عدد محدود من الأهداف الموقوتة. وتُعتبر بعض الإنجازات المسجلة في هذه الوثيقة إنجازات مدهشة بوجه خاص. فوفيات صغار الأطفال تراجعت إلى مستوىً غير مسبوق في التاريخ في عام ٢٠١٠، ومازالت تتجه إلى التراجع. كما أن وفيات الأمومة، على الرغم من أنها لاتزال مرتفعة للغاية، فقد بدأت في التراجع بالمثل. فنحو ٥٠٪ من الحوامل المتعايشات مع فيروس العوز المناعي البشري يولد أطفالهن دون أن يصابوا بالفيروس، وذلك بفضل العلاج الملائم المضاد للفيروسات القهقرية. ومازال هناك انخفاض مطرد في عدد الذين يصابون بالسل، وقد بدأ هذا الانخفاض يُلاحظ في عام ٢٠٠٦. أما بالنسبة إلى الملاريا فإن عدد حالات الإصابة بها والوفيات الناجمة عنها قد انخفض في ٤٣ بلداً بما لا يقل عن ٥٠٪ مقارنة بعام ٢٠٠٠. وتلقى نحو ٨٠٠ مليون شخص المعالجة الكيميائية الوقائية لمرض واحد على الأقل من أمراض المناطق المدارية المهملة في سنة واحدة فقط من الثنائية. ويسير الاستثمار في التنمية الصحية على ما يرام، ولكن يجب ألا نغفل عن هشاشة هذا التقدم، وخصوصاً في وقت يسود فيه التقشف المالي.

٤- ولعل أهم التحولات التي حدثت خلال الثنائية هو الاعتراف السياسي الرفيع المستوى بعدة تهديدات، تشمل الاقتصاد أيضاً، وهي ناتجة عن ارتفاع الإصابة بالأمراض غير السارية المزمنة. وشمل هذا الاعتراف الإقرار بضرورة التعاون بين عدة قطاعات حكومية وعدة وكالات تتجاوز قطاع الصحة بكثير. ومن الأمور المجدية تماماً والتي تؤتي ثمارها إلى حد بعيد التقدم في إعداد البروتوكولات الخاصة بتنفيذ أحكام اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ مما يبرهن على أن التعاون التام من أجل الصحة مع وزارات المالية والتجارة والعمل والزراعة، وكذلك أجهزة إنفاذ القانون، هو أمرٌ مجدٍ تماماً ومثمر بقوة.

٥- وفي وقت يشهد تقلباً مالياً على الصعيد العالمي فإن الحفاظ على قوة الدفع المدهشة لتحسين الصحة والتي شهدتها بداية القرن يتطلب تحولاً نحو عدم الإسراف. فالبرامج الصحية، سواءٌ أكانت وطنية أم دولية، يجب أن تحرص على عدم الإسراف توخياً للكفاءة وعدم التهاون مع هدر الموارد. ونظراً للاهتمام الشديد في الوقت الراهن بتحسين أداء النظم الصحية فقد جاء نشر *التقرير الخاص بالصحة في العالم لعام ٢٠١٠* بشأن تمويل النظم الصحية في وقته تماماً، حيث إن تركيزه على التحول نحو التغطية الشاملة كان موفقاً إلى أبعد حد. وقد فتح العالم أعينه مؤخراً ليرى الآثار المحدثة لعدم الاستقرار والمترتبة على الإجحافات الاجتماعية. لذا فإن التغطية الشاملة هي عنصر توازن قوي يساعد على التماسك الاجتماعي واستقرار المجتمع. وقد شجعني كثيراً هذا العدد الكبير من البلدان الذي رأيته وهو يشرع في المضي قدماً نحو تحقيق التغطية الشاملة. فكثيرٌ من البلدان يتخذ من *التقرير الخاص بالصحة في العالم* مصدراً للإلهام بخصوص الإرشادات العملية.

٦- وفي رأيي أن السعي إلى تعزيز الكفاءة ينبغي أن يُعنى بالابتكار كي يتسنى تحقيقه. فالصحة قد استفادت خلال الثنائية، سواءٌ أكان ذلك في البلدان أم على المستوى الدولي، من عدة ابتكارات اتخذت شكل منتجات طبية جديدة وكذلك صكوك جديدة لتحسين تصريف الشؤون الصحية العالمية. فلقاح التهاب السحايا المتقارن الجديد، الذي تم تطويره في إطار مشروع نسقته منظمة الصحة العالمية وبرنامج التكنولوجيا الملائمة في مجال الصحة وتم إطلاقه في عام ٢٠١٠، قد وصل إلى ٣٣ مليون شخص، الأمر الذي ترتب عليه التقليل إلى أدنى حد ممكن من عدد حالات التهاب السحايا A المؤكدة والتي سُجلت في الفصل الذي ينتشر فيه هذا الوباء في حزام التهاب السحايا في أفريقيا. وبدعم من منظمة الصحة العالمية نفذ خمسة وعشرون بلداً أفريقياً عملية تسجيل سريع وإجراءات ترخيص سريعة للقاح الجديد. ونُشر اختبار جزيئي جديد للتشخيص السريع والأدق للإصابة بالسل بتوجيه من المنظمة وبسعر تم تخفيضه إلى حدٍ بعيد بعد أن اعتمدت المنظمة اللقاح. وهناك زيادة مستمرة في عدد البلدان التي تدخل اللقاحين الجديدين للالتهاب الرئوي والفيروس العجلي وهما يوفران الحماية من أهم مرضين قاتلين يوديان بأرواح صغار الأطفال.

٧- وقد مهدت اللجنة المعنية بالمعلومات والمساءلة عن صحة المرأة والطفل مجالاً جديداً من حيث تصريف الشؤون الصحية العالمية. فاستراتيجيتها لتحسين قدرات المعلومات الأساسية داخل البلدان، باعتبارها حجر الزاوية في المساءلة، قد شكلت نموذجاً يحتذى به في وضع أهداف ومؤشرات لرصد التقدم في مكافحة الأمراض غير السارية. وبعد سنوات من المفاوضات المكثفة اعتمدت الدول الأعضاء إطاراً يحدد الالتزامات الخاصة بتبادل فيروسات الأنفلونزا والفوائد، مثل اللقاحات والأدوية، أثناء أية جائحة من جوائح الأنفلونزا. وقامت لجنة المراجعة، التي أُنشئت بمقتضى اللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥)، بتقييم أداء المنظمة أثناء جائحة الأنفلونزا ٢٠٠٩، وأصدرت توصيات تستهدف تحسين الاستجابة العالمية للأحداث المماثلة في المستقبل. وحتى الآن أُنشئت آلية أخرى جديدة لتحسين الأداء والمساءلة، ألا وهي مجلس الرصد المستقل، لمراقبة التقدم في مجال استئصال شلل الأطفال. وجاءت تقييمات المجلس التي تصدر كل ستة شهور صريحة وحاسمة، وأخذتها البلدان على محمل الجد وكذلك منظمة الصحة العالمية وشركاؤها في مبادرة استئصال شلل الأطفال.

٨- وأود أن أقول إن ما نستطيع تقييمه هو ما نستطيع القيام به. ومع استمرار عملية الإصلاح تتطلع الدول الأعضاء إلى قياس نتائج عمل المنظمة بدقة أكبر، وإلى القيام في الوقت نفسه بتبسيط وتسليس وترشيد إجراءات تحديد الأولويات. ولاشك في أن التقييمات التي ستجرى لأداء المنظمة في المستقبل ستستند إلى هذه الإصلاحات التي نرحب بها أيما ترحيب.

عملية تقييم الأداء

٩- إن تقييم أداء الميزانية البرمجية ٢٠١٠-٢٠١١ هو ثاني تقييم من نوعه يتم في إطار الخطة الاستراتيجية المتوسطة الأجل ٢٠٠٨-٢٠١٣. ويوفر تقرير التقييم هذا تحليلاً لإنجاز النتائج المتوقعة على صعيد المنظمة ومؤشرات الأداء المحددة في النسخة المعدلة من الخطة الاستراتيجية المتوسطة الأجل ٢٠٠٨-٢٠١٣ التي اعتمدتها جمعية الصحة العالمية الثانية والستون. والهدف من العملية هو تقييم مساهمة الأمانة في تحقيق النتائج المتوقعة على صعيد المنظمة من قِبَل الدول الأعضاء.

١٠- وكما هو الشأن في الثنائيات السابقة فقد اتخذت عملية التقييم شكل عملية التقييم الذاتي. فقد قيّمت مختلف المكاتب (المكاتب القطرية والإقليمية والمقر الرئيسي) أداءها في تحقيق النتائج الخاصة بكل مكتب على حدة، ومؤشرات هذه النتائج، وذلك من خلال تنفيذ النواتج والخدمات المخططة. كما يتضمن التقييم معلومات سردية عن الإنجازات والدروس المستفادة والخطوات التالية. وقدم كل مكتب رئيسي تقييماً للمساهمة الإقليمية ومساهمة المقر الرئيسي في تحقيق النتائج المتوقعة على صعيد المنظمة. وبعد ذلك تم تجميع الاستنتاجات عبر جميع أجزاء المنظمة من أجل إعداد تقارير تقييم على صعيد المنظمة. وتولت تنسيق العملية فرق معنية بالأغراض الاستراتيجية. وكان من أهم الشروط توفير البيّنات المتعلقة بمؤشرات الأداء المتفق عليها. وحظيت الإنجازات التي تحققت في البلدان باهتمام خاص.

١١- ولتحسين الاتساق والموثوقية في تقرير التقييم أُنشئت آليات لضمان الجودة. وتولت الفرق الإقليمية والفرق المعنية بالأغراض الاستراتيجية على صعيد المنظمة، وكذلك مجموعة استعراض النظراء التي تضم ممثلين عن الوحدات التقنية بالإضافة إلى فريق تقييم الأداء، تنسيق مسوّدات تقارير التقييم على صعيد المنظمة. وتم تدقيق التقارير الخاصة بالأغراض الاستراتيجية لضمان الدقة في مساهمة الأمانة، وتحقيق النتائج المتوقعة على صعيد المنظمة من قِبَل الدول الأعضاء عموماً. وتم دمج التعليقات الخاصة بعملية الاستعراض ضمن تقارير التقييم النهائية على صعيد المنظمة، والتي شكلت أساس الوثيقة الموجزة هذه وكذلك التقرير الكامل، الذي يمكن الحصول عليه عند الطلب.

نبذة عن النتائج المتوقعة على صعيد المنظمة

١٢- يعرض الجدول ١ حالة النتائج المتوقعة على صعيد المنظمة حسب الغرض الاستراتيجي. ومن أصل ٨٥ نتيجة متوقعة على صعيد المنظمة في الثنائية ٢٠١٠-٢٠١١ اعتُبرت ٤٦ نتيجة "تحققت بالكامل" و٣٩ نتيجة "تحققت جزئياً".

١٣- وتم تقييم مدى تحقيق النتائج المتوقعة على صعيد المنظمة، في المقام الأول، على أساس انجاز المؤشرات. ولدى إعداد التقييم تم تعديل قيّم المعطيات الأساسية والأهداف لمراعاة الإنجازات الفعلية في الفترة ٢٠٠٨-٢٠٠٩ والتي أُبلغ عنها في تقييم أداء الميزانية البرمجية ٢٠٠٨-٢٠٠٩. وفي بعض الحالات تم أيضاً تحديث المعطيات الأساسية والأهداف لتوضيح التعاريف ومعايير القياس لكل مؤشر على حدة.

١٤- وبالاستناد إلى المعطيات الأساسية والأهداف المحدّثة تم تقييم النتائج المتوقعة على صعيد المنظمة على النحو التالي:

- نتائج تحققت بالكامل – أي تحققت كل الأهداف المدرجة ضمن المؤشرات الخاصة بالنتائج المتوقعة على صعيد المنظمة أو إذا تم تحقيق ما هو أكثر من هذه الأهداف.

- نتائج تحققت جزئياً – أي أن هدفاً أو أكثر من الأهداف المدرجة ضمن المؤشرات الخاصة بالنتائج المتوقعة على صعيد المنظمة لم يتحقق.

- نتائج لم تتحقق – أي أنه لم يتم تحقيق أي هدف من الأهداف المدرجة ضمن المؤشرات الخاصة بالنتائج المتوقعة على صعيد المنظمة.

١٥- وبالنسبة إلى كل نتيجة متوقعة تم تقييمها بأنها "تحققت بالكامل" فقد أبلغ ما لا يقل عن ستة من المكاتب الرئيسية السبعة عن مساهمته باعتبارها "تحققت بالكامل". وإذا كان هناك مكتبان، أو أكثر، من بين المكاتب الرئيسية السبعة قد أشارا إلى التحقيق الجزئي للنتائج المتوقعة بسبب بعض العقبات والمعوقات أثناء فترة التبليغ فعندئذٍ تم التقييم عموماً بأن النتائج "تحققت جزئياً".

الجدول ١- الميزانية البرمجية ٢٠١٠-٢٠١١، تحقيق النتائج المتوقعة على صعيد المنظمة، حسب الغرض الاستراتيجي

الغرض الاستراتيجي	النتائج المتوقعة على صعيد المنظمة		
	تحققت بالكامل	تحققت جزئياً	المجموع
١- الأمراض السارية	٤	٥	٩
٢- الأيدز والعدوى بفيروسه والسل والملاريا	١	٥	٦
٣- الاعتلالات غير السارية المزمنة	٣	٣	٦
٤- صحة الطفل والمراهق وصحة الأم والصحة الجنسية والإنجابية، والتشيّخ	٦	٢	٨
٥- حالات الطوارئ والكوارث	٣	٤	٧
٦- عوامل الاختطار المتعلقة بالصحة	٥	١	٦
٧- المحددات الاجتماعية والاقتصادية للصحة	٢	٣	٥
٨- تحسين صحة البيئة	٤	٢	٦
٩- التغذية والسلامة الغذائية	٣	٣	٦
١٠- النُظم والخدمات الصحية	٧	٦	١٣
١١- المنتجات والتكنولوجيات الطبية	٢	١	٣
١٢- ريادة المنظمة وتصريف شؤونها والشراكات	٤	صفر	٤
١٣- وظائف التمكين والدعم	٢	٤	٦
المجموع	**٤٦**	**٣٩**	**٨٥**

موجز التنفيذ المالي

١٦- إن الثنائية ٢٠١٠-٢٠١١ انطوت على تحديات اتخذت شكل انخفاض المساهمات الطوعية المتوقعة، وخصوصاً في قطاع البرامج الأساسية من الميزانية، بالإضافة إلى الزيادات غير المتوقعة في تكاليف بعض المكاتب نتيجة التقلبات الكبيرة في أسعار صرف العملات. وهذان العاملان معاً أوجدا عقبات مالية وتسببا في جعل تمويل مجالات الميزانية أدنى من المخطط له، ومن ثم فقد تعذر عليها تحقيق معدل التنفيذ المستهدف، وفي الوقت ذاته زادت التكاليف في المقر الرئيسي بشكل كبير.

١٧- وترتبت على تغيّرات أسعار الصرف آثار شديدة بوجه خاص في سويسرا، حيث إن القيمة القصوى التي بلغها الفرنك السويسري في عام ٢٠١١ تجاوزت متوسط التكاليف في عام ٢٠٠٩ في هذا الصدد بما يزيد على ٤٠٪، مما تسبب في زيادة مماثلة في تكلفة المرتبات وبعض البرامج وتكاليف التشغيل في المقر الرئيسي في الشهور المعنية. وعلى الرغم من الجهود الدؤوبة المبذولة من أجل خفض التكاليف وتقليل عدد الموظفين فإن معدل الإنفاق العام في المقر الرئيسي ظل أعلى بالتناسب مع المكاتب الأخرى مقارنة بما هو مخطط له.

١٨- واستجابت الأمانة للتغيرات الطارئة على الوضع المالي بطرق مختلفة على النحو التالي: تم وضع ميزانية برمجية واقعية للفترة ٢٠١٢-٢٠١٣ بناءً على توقعات الدخل والإنفاق؛ وأجرى المقر الرئيسي استعراضاً برمجياً وتمويلياً استراتيجياً تم فيه خفض مستويات التوظيف؛ وتم نقل بعض الوظائف التنظيمية من جنيف إلى كوالالمبور؛ وتم أيضاً خفض عدد الموظفين في المكاتب الأخرى، ولاسيما في الإقليم الأفريقي؛ وبذلت جهود عديدة لخفض التكاليف، بما في ذلك إدخال تغييرات على سياسات السفر؛ وتم تركيز الاهتمام على برنامج الإصلاح، بما في ذلك الإصلاحات الإدارية والمالية. وبالإضافة إلى هذا ففي عام ٢٠١١ تم تحديد الأولويات والتنفيذ الانتقائي على مستوى البرامج وهو الذي أُشير إليه في كثير من ملخصات الأغراض الاستراتيجية. ويبين الجدول الوارد أدناه كيف تم تمويل الميزانية البرمجية ٢٠١٠-٢٠١١ وتنفيذها حتى ٣١ كانون الأول/ ديسمبر ٢٠١١، حسب قطاع الميزانية والغرض الاستراتيجي والمكتب الرئيسي.

الجدول ٢- الميزانية البرمجية ٢٠١٠-٢٠١١، التنفيذ المالي، حسب قطاع الميزانية (بملايين الدولارات الأمريكية، في ٣١ كانون الأول/ ديسمبر ٢٠١١)

القطاع	الميزانية البرمجية المعتمدة ٢٠١٠-٢٠١١	الأموال المتاحة حتى ٣١ كانون الأول/ ديسمبر ٢٠١١			الأموال المتاحة كنسبة مئوية من الميزانية البرمجية	الانفاق حتى ٣١ كانون الأول/ ديسمبر ٢٠١١	الانفاق كنسبة مئوية من الميزانية البرمجية المعتمدة	الانفاق كنسبة مئوية من الأموال المتاحة
		الاشتراكات المقدرة	المساهمات الطوعية	المجموع				
البرامج الأساسية	٣ ٣٦٨	٩٣٤	١ ٥٣٧	٢ ٤٧٢	٧٣٪	٢ ٢٢١	٦٦٪	٩٠٪
البرامج الخاصة والترتيبات التعاونية	٨٢٢	٤	١ ٣١٢	١ ٣١٥	١٦٠٪	١ ١٠٨	١٣٥٪	٨٤٪
التصدي للفاشيات والأزمات	٣٥٠	١	٤٥٦	٤٥٧	١٣١٪	٣٨٨	١١١٪	٨٥٪
المجموع*	**٤ ٥٤٠**	**٩٣٩**	**٣ ٣٠٥**	**٤ ٢٤٤**	**٩٣٪**	**٣ ٧١٧**	**٨٢٪**	**٨٨٪**
الالتزامات						١٤٩		
استخدام الميزانية						٣ ٨٦٦		

* إن المجموع البالغ ٣٧١٧ مليون دولار أمريكي في العمود الخاص بالإنفاق حتى ٣١ كانون الأول/ ديسمبر ٢٠١١ لا يشمل النفقات المتعلقة بالمساهمات العينية والمساهمات في شكل خدمات ضمن الميزانية البرمجية ٢٠١٠-٢٠١١، وتبلغ هذه النفقات ٤٨٣ مليون دولار أمريكي. وباحتساب هذه المساهمات يصبح مبلغ الانفاق ٤١٩٩ مليون دولار أمريكي (كما هو مبين في الجدول البياني ٢ من التقرير المالي المراجع). وبالإضافة إلى الإنفاق المبين أعلاه فقد تم تحويل مبلغ ١٤٩ مليون دولار أمريكي كالتزامات صارمة مع الموردين. وباحتساب الالتزامات يصبح مجموع استخدام الميزانية ٣٨٦٦ مليون دولار أمريكي (قبل إضافة النفقات العينية والنفقات في شكل خدمات).

١٩- والميزانية البرمجية المعتمدة للمنظمة للفترة ٢٠١٠-٢٠١١ بلغت ٤٥٤٠ مليون دولار أمريكي وكان يتعين أن يُمول ٩٤٤ مليون دولار أمريكي من أصل هذا المبلغ من الاشتراكات المقدرة، وأن يُمول مبلغ ٣٦٠٠ مليون دولار أمريكي من المساهمات الطوعية.

٢٠- وبلغ مجموع الأموال المتاحة والمخططة للثنائية ٤٢٤٠ مليون دولار أمريكي أو ٩٣٪ من الميزانية المعتمدة. ويتألف هذا المبلغ من الدخل الوارد في الفترة ٢٠١٠-٢٠١١ من الاشتراكات المقدرة والمساهمات الطوعية وقدره ٢٨٠٠ مليون دولار أمريكي(باستثناء المساهمات العينية)، وكذلك الدخل من الفترة ٢٠٠٨-٢٠٠٩ والمخطط للفترة ٢٠١٠-٢٠١١ والبالغ ٤٥٧ مليون دولار أمريكي، والأموال المرحلة من الفترة ٢٠٠٨-٢٠٠٩ بمبلغ ٩٤٣ مليون دولار أمريكي.

الجدول٣: تمويل الميزانيتين البرمجيتين المعتمدتين ٢٠١٠-٢٠١١ و ٢٠١٢-٢٠١٣ (بملايين الدولارات الأمريكية)

	الميزانية البرمجية ٢٠١٠-٢٠١١	الميزانية البرمجية ٢٠١٢-٢٠١٣
الدخل غير المستخدم في ٢٠٠٨-٢٠٠٩	٩٤٣	
الدخل الوارد في ٢٠٠٨-٢٠٠٩ والمخطط للفترة ٢٠١٠-٢٠١١	٤٥٧	
الدخل الوارد في ٢٠١٠-٢٠١١ (٣,٨ مليار دولار أمريكي)	٢ ٨٤٤	١ ٠٠٠
المجموع	**٤ ٢٤٤**	

٢١- وبلغ مجموع الانفاق ٣,٧٢ مليار دولار أمريكي، أو ٨٢٪ من الميزانية البرمجية المعتمدة (باستثناء المساهمات العينية). وبلغت نسبة الانفاق فيما يتعلق بالأموال المتاحة ٨٨٪. وبالإضافة إلى ذلك تم تحمل مبلغ وقدره ١٤٩ مليون دولار أمريكي عن الالتزامات الصارمة إزاء موردي السلع والخدمات. وباحتساب الالتزامات يكون استخدام الميزانية قد بلغ ٣,٨٦ مليار دولار أمريكي.

٢٢- وفي حين أن مستوى تمويل الميزانية الإجمالية بلغ تقريباً الميزانية المستهدفة فإن التمويل لم يوزّع بالتساوي على كل قطاعات الميزانية مما أثر على مستويات التنفيذ حسب المكتب الرئيسي والغرض الاستراتيجي وقطاع الميزانية.

٢٣- وتم تحمل النفقات العينية (بما في ذلك الانفاق في شكل خدمات) والبالغ ٤٨٣ مليون دولار أمريكي في الفترة ٢٠١٠-٢٠١١. وتعلق أكثر من ٨٠٪ من النفقات العينية باستلام وتوزيع لقاحات النمط H1N1 من الأنفلونزا، وقد سُجل ذلك في قطاع التصدي للفاشيات والأزمات في الميزانية، وكان ذلك كله تقريباً في المقر الرئيسي. وهذا المستوى المرتفع بشكل استثنائي للمساهمات العينية له أثر يتمثل في الزيادة المصطنعة في تمويل الغرض الاستراتيجي ١ (أساساً)، في إطار التصدي للفاشيات والأزمات في المقر الرئيسي. وبالنظر إلى أن المساهمات العينية تُسجل على أنها مبالغ مساوية لكلٍ من الإيرادات والنفقات فإن هذا التحليل يُعنى أساساً بمرتسم التمويل دون إدراج المساهمات العينية.[١]

٢٤- وتنقسم الميزانية البرمجية ٢٠١٠-٢٠١١ المعتمدة للمنظمة والتي يبلغ مجموعها ٤٥٤٠ مليون دولار أمريكي إلى قطاعات تتألف من مبلغ ٣٣٦٨ مليون دولار أمريكي للبرامج الأساسية (٧٤٪ من الميزانية البرمجية) ومبلغ ٨٢٢ مليون دولار أمريكي (١٨٪ من الميزانية البرمجية) للبرامج الخاصة والترتيبات التعاونية ومبلغ ٣٥٠ مليون دولار أمريكي (٨٪ من الميزانية البرمجية) للتصدي للفاشيات والأزمات.

٢٥- وفي الفترة ٢٠١٠-٢٠١١ حسنت المنظمة قدرتها على تتبع التمويل والانفاق طبقاً لقطاعات الميزانية الثلاثة، وتعرض الجداول الواردة في هذه الوثيقة تحليلاً إدارياً للميزانية من هذا المنظور. وتوفر القطاعات الثلاثة زوايا نافعة يمكن النظر من خلالها إلى الميزانية، وخصوصاً فهم الأسباب الخاصة بالمستويات المختلفة لتمويل مختلف مجالات الميزانية المعتمدة. وهناك أيضاً تعاون كبير بين مختلف مجالات الميزانية، وذلك

١ انظر أيضاً الوثيقة ج٢٩/٦٥، الفقرة ١٠.

بالتمويل من البرامج الخاصة والترتيبات التعاونية من حين إلى آخر لدعم الأنشطة المندرجة ضمن البرامج الأساسية، كما أن التمويل في مجال التصدي للفاشيات والأزمات يدعم أحياناً أنشطة تتعلق بالتصدي للأزمات والتأهب لها.

٢٦- وبلغت الأموال المتاحة لقطاع البرامج الأساسية من الميزانية ٢,٥ مليار دولار أمريكي، أو ٧٣٪ من متطلبات الميزانية. وبلغ مستوى تمويل قطاع البرامج الخاصة والترتيبات التعاونية ١٦٠٪ من الميزانية المعتمدة، وبلغ مستوى تمويل قطاع التصدي للفاشيات والأزمات ١٣١٪ من الميزانية المعتمدة. وتُعزى الفروق في مستويات التمويل إلى الفروق في مصادر التمويل في مجالات الميزانية الثلاثة واختلاف دواعيها.

٢٧- وكثيراً ما يتأثر تمويل قطاع البرامج الخاصة والترتيبات التعاونية بالعمل مع الشركاء في مختلف أنواع الترتيبات التعاونية فيما يتعلق بالأنشطة التي تحقق أغراض المنظمة، وقد تكون موجهة أيضاً بعوامل تتجاوز سيطرة المنظمة المباشرة. ويندرج تمويل قطاع البرامج الخاصة والترتيبات التعاونية في الميزانية المعتمدة المذكورة أعلاه ضمن مجالين هما: استئصال شلل الأطفال في إطار الغرض الاستراتيجي ١، وبدرجة أقل، مجال دعم التحالف العالمي من أجل اللقاحات والتمنيع؛ وفي إطار الغرض الاستراتيجي ٢ بعد أن سُجل الصندوق العالمي لمكافحة الأيدز والسل والملاريا كترتيب تعاوني في أوائل عام ٢٠١١. وبالإضافة إلى ذلك ففي إطار الغرض الاستراتيجي ١١، حيث سُجل عمل المنظمة الخاص بالاختبار المسبق لصلاحية الأدوية واللقاحات كترتيب تعاوني في الفترة ٢٠١٠-٢٠١١، وقد زادا مستويات التمويل واجتذبا تمويلاً جديداً إلى الميزانية.

٢٨- والمحرك الأساسي لتمويل قطاع التصدي للفاشيات والأزمات هو الطوارئ والفاشيات، والتي بطبيعتها لا يمكن التنبؤ بها. وتُعتمد ميزانية هذه المجالات في الحد الأدنى في بداية الثنائية، ثم يُتاح التمويل استجابةً للظروف حيثما تنشأ. ويتعلق أساساً التمويل المتلقى زيادة على الميزانية المعتمدة بالتصدي للفاشيات والأزمات بالجائحة (H1N1) في إطار الغرض الاستراتيجي ١، وذلك على الرغم من أن الزيادات الكبيرة في التمويل في إقليم شرق المتوسط سُجلت تحت الغرض الاستراتيجي ٥ فيما يخص الأنشطة ذات الصلة بالقلاقل المدنية التي صاحبت الربيع العربي في مصر وليبيا والجمهورية العربية السورية واليمن وكذلك فيضانات باكستان. وفي إقليم الأمريكتين حدثت زيادات في تمويل التصدي للفاشيات والأزمات في إطار الغرض الاستراتيجي ٥ نشأت أساساً عن تصدي المنظمة للزلزال الذي ضرب هايتي والفيضان الذي حدث في الفلبين في إقليم غرب المحيط الهادئ.

الجدول ٤- الميزانية البرمجية ٢٠١٠-٢٠١١، التنفيذ المالي، حسب الغرض الاستراتيجي، كل قطاعات الميزانية (بملايين الدولارات الأمريكية، في ٣١ كانون الأول/ ديسمبر ٢٠١١)

الغرض الاستراتيجي	الميزانية البرمجية المعتمدة ٢٠١٠-٢٠١١	الأموال المتاحة حتى ٣١ كانون الأول/ ديسمبر ٢٠١١			الأموال المتاحة كنسبة مئوية من الميزانية البرمجية المعتمدة	الإنفاق حتى ٣١ كانون الأول/ ديسمبر ٢٠١١	الإنفاق كنسبة مئوية من الميزانية البرمجية المعتمدة	الإنفاق كنسبة مئوية من الأموال المتاحة
		الاشتراكات المقدرة	المساهمات الطوعية	المجموع				
الغرض الاستراتيجي ١	١ ٢٦٨	٧٢	١ ٤٠٠	١ ٤٧٢	٪١١٦	١ ٢٩٠	٪١٠٢	٪٨٨
الغرض الاستراتيجي ٢	٦٣٤	٤٢	٤٩٤	٥٣٥	٪٨٤	٤٤٦	٪٧٠	٪٨٣
الغرض الاستراتيجي ٣	١٤٦	٣٨	٧٤	١١٢	٪٧٧	٩٨	٪٦٧	٪٨٧
الغرض الاستراتيجي ٤	٣٣٣	٥٠	١٧٢	٢٢٢	٪٦٧	١٩٠	٪٥٧	٪٨٦
الغرض الاستراتيجي ٥	٣٦٤	١٦	٣٧٧	٣٩٣	٪١٠٨	٣١٢	٪٨٦	٪٨٠
الغرض الاستراتيجي ٦	١٦٢	٣١	٧٨	١٠٩	٪٦٧	٩٤	٪٥٨	٪٨٦
الغرض الاستراتيجي ٧	٦٣	١٦	٢٦	٤٢	٪٦٧	٣٧	٪٥٩	٪٨٨
الغرض الاستراتيجي ٨	١١٤	٣١	٦٣	٩٤	٪٨٢	٨٣	٪٧٣	٪٨٨
الغرض الاستراتيجي ٩	١٢٠	١٨	٥١	٧٠	٪٥٨	٦٢	٪٥٢	٪٨٩
الغرض الاستراتيجي ١٠	٤٧٤	١٢٥	٢٢٣	٣٤٨	٪٧٣	٢٩٨	٪٦٣	٪٨٦
الغرض الاستراتيجي ١١	١١٥	٢٧	١٣١	١٥٨	٪١٣٧	١٣٧	٪١١٩	٪٨٧
الغرض الاستراتيجي ١٢	٢٢٣	١٩٨	٧١	٢٦٩	٪١٢١	٢٦٤	٪١١٩	٪٩٨
الغرض الاستراتيجي ١٣	٥٢٤	٢٧٦	١٤٤	٤٢٠	٪٨٠	٤٠٥	٪٧٧	٪٩٧
المجموع	**٤ ٥٤٠**	**٩٣٩**	**٣ ٣٠٥**	**٤ ٢٤٤**	**٪٩٣**	**٣ ٧١٧**	**٪٨٢**	**٪٨٨**

الجدول ٥- الميزانية البرمجية ٢٠١٠-٢٠١١، التنفيذ المالي، حسب الغرض الاستراتيجي، قطاع البرامج الأساسية (بملايين الدولارات الأمريكية، في ٣١ كانون الأول/ ديسمبر ٢٠١١)

الغرض الاستراتيجي	الميزانية البرمجية المعتمدة ٢٠١٠-٢٠١١	الأموال المتاحة حتى ٣١ كانون الأول/ ديسمبر ٢٠١١			الأموال المتاحة كنسبة مئوية من الميزانية البرمجية المعتمدة	الإنفاق حتى ٣١ كانون الأول/ ديسمبر ٢٠١١	الإنفاق كنسبة مئوية من الميزانية البرمجية المعتمدة	الإنفاق كنسبة مئوية من الأموال المتاحة
		الاشتراكات المقدرة	المساهمات الطوعية	المجموع				
الغرض الاستراتيجي ١	٥٤٢	٧٠	٣١٠	٣٨٠	٧٠٪	٣٥٥	٦٦٪	٩٣٪
الغرض الاستراتيجي ٢	٥٥٦	٤٠	٣١٤	٣٥٤	٦٤٪	٢٩٤	٥٣٪	٨٣٪
الغرض الاستراتيجي ٣	١٤٦	٣٨	٧٣	١١١	٧٦٪	٩٦	٦٦٪	٨٦٪
الغرض الاستراتيجي ٤	٢٩٢	٤٩	١٢٤	١٧٢	٥٩٪	١٤٩	٥١٪	٨٦٪
الغرض الاستراتيجي ٥	١٠٩	١٥	٥٠	٦٥	٥٩٪	٤٧	٤٣٪	٧٢٪
الغرض الاستراتيجي ٦	١٤٩	٣١	٦٣	٩٤	٦٣٪	٨١	٥٤٪	٨٦٪
الغرض الاستراتيجي ٧	٦٣	١٦	٢٦	٤٢	٦٦٪	٣٧	٥٨٪	٨٨٪
الغرض الاستراتيجي ٨	١١٣	٣١	٦٢	٩٣	٨٢٪	٨٢	٧٣٪	٨٨٪
الغرض الاستراتيجي ٩	١١٦	١٨	٤٦	٦٤	٥٥٪	٥٨	٤٩٪	٩٠٪
الغرض الاستراتيجي ١٠	٤٢٠	١٢٥	١٦١	٢٨٦	٦٨٪	٢٥٠	٥٩٪	٨٧٪
الغرض الاستراتيجي ١١	١١٥	٢٧	٩٤	١٢١	١٠٥٪	١٠٣	٩٠٪	٨٦٪
الغرض الاستراتيجي ١٢	٢٢٣	١٩٨	٧١	٢٦٩	١٢١٪	٢٦٤	١١٩٪	٩٨٪
الغرض الاستراتيجي ١٣	٥٢٤	٢٧٦	١٤٤	٤٢٠	٨٠٪	٤٠٥	٧٧٪	٩٧٪
المجموع	٣ ٣٦٨	٩٣٤	١ ٥٣٧	٢ ٤٧٢	٧٣٪	٢ ٢٢١	٦٦٪	٩٠٪

٢٩- وانخفض التمويل عن مستوى الميزانية المعتمدة في قطاع البرامج الأساسية بصورة كبيرة عبر كل الأغراض الاستراتيجية التقنية، وخصوصاً الأغراض ٢ و٤ و٥ و٩ و١٠. ومعظم هذه الأغراض الاستراتيجية الخاصة تشكل أيضاً مجالات في الميزانية البرمجية ذات بعد استراتيجي في الأقاليم، وفي معظم الحالات لم يحظ هذا المستوى من التوقعات بمستوى مناسب من التمويل. وكان الانفاق فيما يتعلق بالميزانية المعتمدة منخفضاً في هذه المجالات فيما يتصل بالميزانية البرمجية. في حين أن الإنفاق بالنسبة إلى التمويل كان أعلى بكثير وقد تراوح عموماً بين ٨٥٪ و٩٠٪.

٣٠- وحقق الغرض الاستراتيجي ١١ أعلى مستوى من التنفيذ فيما يتعلق بالميزانية المعتمدة حيث بلغ ١٢٠٪، ويعزى ذلك إلى الزيادة في أنشطة الاختبار المسبق للصلاحية فيما يتعلق بالأدوية، وقد سُجلت هذه الأنشطة باعتبارها ترتيباً تعاونياً في قطاع البرامج الخاصة والترتيبات التعاونية في الميزانية بعد اعتمادها.

٣١- وفي الفترة ٢٠١٠-٢٠١١ أجريت عدة تعديلات في إطار الغرضين الاستراتيجيين ١٢ و١٣ لتحسين مواءمة تخطيط النفقات في المكاتب القطرية مع الغرضين الاستراتيجيين. ونتيجة لذلك شهد الغرض الاستراتيجي ١٣ نقصاً في التنفيذ مقارنة بالميزانية الأصلية المعتمدة، وشهد الغرض الاستراتيجي ١٢ إفراطاً في التنفيذ. ومع ذلك فإذا نظرنا إلى مستوى التنفيذ ككل نجد أنه بلغ ٩١٪ من الميزانية المعتمدة. وهذا النقص الصافي في التنفيذ يعزى جزئياً إلى خفض الميزانية في الغرض الاستراتيجي ١٣ لتفعيل النقل إلى خارج الميزانية البرمجية حيث أُتيح التمويل من الرسوم المقتطعة من نفقات المناصب المشغولة (انظر الجدول الموجز ٦، الصفحة ٩٦ من الميزانية البرمجية ٢٠١٠-٢٠١١). وبواسطة آلية الرسوم المقتطعة من نفقات المناصب المشغولة تم تحميل جميع الأغراض الاستراتيجية في الميزانية البرمجية التكاليف المباشرة لإدارة البرامج. وقد وصل ذلك إلى مبلغ إضافي وقدره ١٣٩ مليون دولار أمريكي لإدارة العقود والأمن والبنية التحتية لتكنولوجيا المعلومات وتنمية قدرات الموظفين فضلاً عن تكاليف الغرض الاستراتيجي ١٣ المبينة في الميزانية البرمجية.

٣٢- وفي إطار الغرض الاستراتيجي ١ بلغ التنفيذ بالنسبة إلى الميزانية المعتمدة ١٠٢٪، وذلك نتيجة ارتفاع مستويات التنفيذ فيما يخص عناصر معينة في كل من قطاع التصدي للفاشيات والأزمات (وأساساً من أجل لقاحات الأنفلونزا H1N1) وقطاع البرامج الخاصة والترتيبات التعاونية (وأساساً من أجل استئصال شلل الأطفال والدعم من التحالف العالمي من أجل اللقاحات والتمنيع). وفي قطاع البرامج الأساسية بلغ تنفيذ الغرض الاستراتيجي ١ نسبة ٦٨٪ من الميزانية المعتمدة أو ٩١٪ من التمويل المتاح. وبالإضافة إلى ذلك فقد شكل الغرض الاستراتيجي ١ في المقر الرئيسي معظم النفقات العينية المسجلة للقاحات الأنفلونزا H1N1، وذلك بمبلغ أكبر من ٤٠٠ مليون دولار أمريكي.

٣٣- وفي جميع قطاعات الميزانية سُجلت أدنى مستويات التنفيذ في الأغراض الاستراتيجية ٤ و٦ و٧ و٩، حيث بلغ التنفيذ مقارنة بالميزانية المعتمدة ٦٠٪ أو أقل، وذلك نتيجة لانخفاض مستويات التمويل عن الميزانية الموضوعة. وفي كل الحالات الأربع تمت زيادة ميزانية البرامج الأساسية في الفترة ٢٠١٠-٢٠١١ لمراعاة مستوى أولوية هذه المجالات. ومع ذلك فلم يكن التمويل كافياً لدعم مستوى الميزانية المزيد، وفي إطار الغرض الاستراتيجي ٩ فقط كان التنفيذ أعلى بكثير من الفترة ٢٠٠٨-٢٠٠٩.

الجدول ٦- الميزانية البرمجية ٢٠١٠-٢٠١١، التنفيذ المالي، حسب المكتب الرئيسي/ كل قطاعات الميزانية (بملايين الدولارات الأمريكية، في ٣١ كانون الأول/ ديسمبر ٢٠١١)

الموقع	الميزانية البرمجية المعتمدة ٢٠١٠-٢٠١١	الأموال المتاحة حتى ٣١ كانون الأول/ ديسمبر ٢٠١١			الأموال المتاحة كنسبة مئوية من الميزانية البرمجية المعتمدة	الإنفاق حتى ٣١ كانون الأول/ ديسمبر ٢٠١١	الإنفاق كنسبة مئوية من الميزانية البرمجية المعتمدة	الإنفاق كنسبة مئوية من الأموال المتاحة
		الاشتراكات المقدرة	المساهمات الطوعية	المجموع				
الإقليم الأفريقي	١ ٢٦٣	٢٠٩	٩٣١	١ ١٣٩	٪٩٠	١ ٠٢٦	٪٨١	٪٩٠
إقليم الأمريكتين	٢٥٦	٨٠	١٧٨	١٥٨	٪٦٢	١٥٤	٪٦٠	٪٩٧
إقليم جنوب شرق آسيا	٥٤٥	١٠٢	٢٦٧	٣٦٩	٪٦٨	٣١٤	٪٥٨	٪٨٥
الإقليم الأوروبي	٢٦٢	٦٢	١٦١	٢٢٣	٪٨٥	١٩٩	٪٧٦	٪٨٩
إقليم شرق المتوسط	٥١٥	٩٠	٤٧٧	٥٦٧	٪١١٠	٤٤٩	٪٨٧	٪٧٩
إقليم غرب المحيط الهادئ	٣١٠	٧٨	١٩٤	٢٧٢	٪٨٨	٢٥١	٪٨١	٪٩٢
المقر الرئيسي	١ ٣٨٩	٣١٨	١ ١٧٩	١ ٤٩٨	٪١٠٨	١ ٣٢٤	٪٩٥	٪٨٨
المجموع	**٤ ٥٤٠**	**٩٣٩**	**٣ ٣٠٥**	***٤ ٢٤٤**	**٪٩٣**	**٣ ٧١٧**	**٪٨٢**	٪٨٨

* يشمل ذلك مبلغ ١٩ مليون دولار أمريكي في شكل مساهمات طوعية لم يُوزع بعد على المكاتب الرئيسية.

الجدول ٧- الميزانية البرمجية ٢٠١٠-٢٠١١، التنفيذ المالي، حسب المكتب الرئيسي، قطاع البرامج الأساسية (بملايين الدولارات الأمريكية، في ٣١ كانون الأول/ ديسمبر ٢٠١١)

الموقع	الميزانية البرمجية المعتمدة ٢٠١٠-٢٠١١	الأموال المتاحة حتى ٣١ كانون الأول/ ديسمبر ٢٠١١			الأموال المتاحة كنسبة مئوية من الميزانية البرمجية المعتمدة	الإنفاق حتى ٣١ كانون الأول/ ديسمبر ٢٠١١	الإنفاق كنسبة مئوية من الميزانية البرمجية المعتمدة	الإنفاق كنسبة مئوية من الأموال المتاحة
		الاشتراكات المقدرة	المساهمات الطوعية	المجموع				
الإقليم الأفريقي	٩٢٦	٢٠٩	٣١٦	٥٢٤	٪٥٧	٤٧٨	٪٥٢	٪٩١
إقليم الأمريكتين	٢٤٥	٨٠	٤٠	١٢١	٪٤٩	١١٨	٪٤٨	٪٩٨
إقليم جنوب شرق آسيا	٣٩٤	١٠١	١٤٣	٢٤٤	٪٦٢	٢١٠	٪٥٣	٪٨٦
الإقليم الأوروبي	٢٣٩	٦٢	١٢٨	١٩٠	٪٨٠	١٧٠	٪٧١	٪٩٠
إقليم شرق المتوسط	٣٩١	٩٠	١٣٩	٢٢٩	٪٥٨	١٧٦	٪٤٥	٪٧٧
إقليم غرب المحيط الهادئ	٢٩٣	٧٨	١٦٦	٢٤٤	٪٨٣	٢٢٤	٪٧٧	٪٩٢
المقر الرئيسي	٨٨١	٣١٥	٦٠٤	٩١٩	٪١٠٤	٨٤٤	٪٩٦	٪٩٢
المجموع	**٣ ٣٦٨**	**٩٣٤**	**١ ٥٣٧**	***٢ ٤٧١**	**٪٧٣**	**٢ ٢٢١**	**٪٦٦**	٪٩٠

* يشمل ذلك مبلغ مليون دولار أمريكي للمساهمات الطوعية لم يوزع بعد على المكاتب الرئيسية .

٣٤- وبحسب المكتب الرئيسي تفاوت التمويل وفقاً لقطاع الميزانية وتأثر أيضاً بما تأثرت به مختلف المكاتب من تراجع قيمة الدولار. وحدثت أكبر زيادة في التكاليف في المقر الرئيسي نتيجة ارتفاع سعر صرف الفرنك السويسري. ويمكن رؤية ذلك في قطاع البرامج الأساسية الذي يتحمل مجموع تكاليف المرتبات. ففي قطاع البرامج الأساسية بلغ التنفيذ في المقر الرئيسي ٩٦٪ من الميزانية المعتمدة، وذلك بسبب زيادة تكاليف المرتبات، في حين أن التنفيذ تراوح في الأقاليم الأخرى كلها بين ٤٥٪ و٧٧٪ من الميزانية المعتمدة، ويعتمد ذلك أساساً على مستويات التمويل. فقد تم في الميزانية البرمجية ٢٠١٠-٢٠١١ التحسب لارتفاع مستويات الزيادة في التنفيذ في كل الأقاليم، وخصوصاً الإقليم الأفريقي وإقليم الأمريكتين. ولم تجد هذه التوقعات مستويات التمويل التي تتناسب معها.

٣٥- وفي قطاع البرامج الخاصة والترتيبات التعاونية تراوح الإنفاق بين ٨٦٪ و٣٨٢٪ من الميزانية المعتمدة في الأقاليم، ويعزى ذلك أساساً إلى زيادة جهود استئصال شلل الأطفال، وبمقارنة ذلك يكون التنفيذ في المقر الرئيسي حسب قطاع البرامج الخاصة والترتيبات التعاونية قد بلغ ١٠٨٪ فقط من الميزانية. ومن الزيادة في التمويل على الميزانية المعتمدة تعلقت نسبة ٩٤٪ بالأقاليم ونسبة ٦٪ بالمقر الرئيسي. ويرجع معظم تمويل البرامج الخاصة والترتيبات التعاونية المذكور أعلاه والذي تجاوز المستوى المتوقع في الميزانية إلى دعم استئصال شلل الأطفال وأنشطة التطعيم، مع التحالف العالمي من أجل اللقاحات والتمنيع في إطار الغرض الاستراتيجي ١، وكذلك الدعم المقدم من الصندوق العالمي لمكافحة الأيدز والسل والملاريا من أجل الغرض الاستراتيجي ٢.

٣٦- أما في إطار التصدي للفاشيات والأزمات فيمكن أيضاً أن تعزى زيادة التمويل أساساً إلى التنفيذ في الأقاليم، وهو ما شكل نسبة ٦٤٪ من التمويل الذي تجاوز مستوى الميزانية البرمجية.

تحقيق الأغراض الاستراتيجية والنتائج المتوقعة على صعيد المنظمة

٣٧- يحتوي ما تبقى من هذا التقرير على تقدير موجز لكل غرض استراتيجي يغطي ما يلي:

- التقدم العام الذي تحرزه الدول الأعضاء نحو تحقيق نتائج كل غرض استراتيجي؛
- الإنجازات الرئيسية لأمانة المنظمة؛
- تقدير النتائج المتوقعة على صعيد المنظمة، بما في ذلك أسباب تحقيق النتائج "تحقيقاً جزئياً".

٣٨- وقد أُعدت هذه التقارير الموجزة استناداً إلى تقارير شاملة قدمتها الأفرقة المعنية بالأغراض الاستراتيجية وعددها ١٣ فريقاً. وأعد تقرير كامل أيضاً؛ وهو يتضمن المزيد من التفاصيل، وخاصة عن تحقيق النتائج على المستوى القُطري والنتائج الأساسية المنشودة ومجالات الأولوية المختارة لتقديم الدعم التقني خلال الثنائية. والأهم من ذلك أن هذا التقرير يعكس الارتباط بين العمل المُنجز والمؤشرات الواردة في الخطة الاستراتيجية المتوسطة الأجل ٢٠٠٨-٢٠١٣.

الغرض الاستراتيجي ١

تخفيف العبء الصحي والاجتماعي والاقتصادي الناجم عن الأمراض السارية

٣٩- تُعد الأمراض السارية أحد أكبر العوائق المحتملة أمام الصحة في العالم. وباستثناء الأيدز والعدوى بفيروسه والسل والملاريا، تتسبب هذه الأمراض في نسبة ٢٠٪ من الوفيات في جميع الفئات العمرية، و٥٠٪ من وفيات الأطفال و٣٣٪ من الوفيات في البلدان الأقل نمواً. وفي حين يستمر إحراز التقدم في الوقاية من الأمراض السارية وترصدها ومكافحتها، طرحت تحديات كبرى أثناء القيام بترصد هذه الأمراض والاستجابة لها، وتعزيز القدرات البحثية، واستحداث المعارف وأدوات التدخل والاستراتيجيات الجديدة والتثبت منها وإتاحتها.

النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة ١-١

تقديم الدعم الخاص بالسياسات والدعم التقني إلى الدول الأعضاء لتحقيق أكبر قدر من المساواة في حصول الجميع على اللقاحات المضمونة الجودة، بما في ذلك منتجات وتكنولوجيات التمنيع الجديدة، ودمج التدخلات الأساسية الأخرى الخاصة بصحة الطفل مع التمنيع.

نتيجة تحققت جزئياً

المؤشر		المعطيات الأساسية	الهدف	مُحقق
١-١-١	عدد الدول الأعضاء التي لا يقل فيها مستوى التغطية بالتطعيم على الصعيد الوطني عن ٩٠٪ (الخناق – الكزاز – الشاهوق).	١٢٦	١٣٥	١٣٠
١-١-٢	عدد الدول الأعضاء التي أدرجت لقاح المستدمية النزلية من النمط "ب" في جدول التمنيع الوطني.	١٣٦	١٦٠	١٦٩

٤٠- من أبرز الإنجازات التي تحققت خلال الثنائية توسيع رقعة تغطية التمنيع لتشمل المزيد من الأطفال. وتشير التقديرات إلى أن ١٠٩,٤ ملايين طفل دون السنة الواحدة من العمر تلقوا ثلاث جرعات من اللقاح المضاد للخناق والكزاز والشاهوق، مقابل ١٠٦ أطفال في عام ٢٠٠٨. وارتفع عدد البلدان التي لا تقل فيها نسبة التغطية بلقاح الخناق والكزاز والشاهوق عن ٩٠٪ إلى ١٣٠ بلداً مقابل ١٢٠ بلداً في الثنائية السابقة. وزاد استخدام اللقاحات الجديدة والقليلة الاستعمال. وأدرج اللقاح المضاد للمكورات الرئوية في ٥٥ بلداً واللقاح المضاد للفيروس العجلي في ٢٨ بلداً. وتتسبب أمراض المكورات الرئوية والفيروس العجلي وحدها في نصف الوفيات بين الأطفال دون سن الخامسة نتيجة الإصابة بالأمراض التي يمكن الوقاية منها باللقاحات، ومن المتوقع أن يسهم ما يحرز في الوقت الراهن وما سيحرز في المستقبل من تقدم إسهاماً كبيراً في تخفيض إجمالي وفيات الأطفال. وأدرج اللقاح المضاد للمستدمية النزلية من النمط "ب" في ١٦٩ بلداً في نهاية عام ٢٠١٠ مقابل ١٣٦ بلداً في عام ٢٠٠٨.

٤١- وفي عام ٢٠١١ استخدم أول لقاح متقارن مضاد للمكورات السحائية "A" أعد خصيصاً لبلدان "حزام التهاب السحايا" في أفريقيا. وتلقى أكثر من ٥٤ مليون شخص اللقاح أثناء حملات التمنيع. وبعد إدراج اللقاح الجديد بستة أشهر، أبلغت البلدان عن تسجيل أقل عدد من حالات الإصابة بالمكورات السحائية "A" المؤكدة أثناء موسم انتشار الوباء.

٤٢- وواصلت أمانة المنظمة تقديم الدعم إلى الدول الأعضاء عن طريق دعوة المتخصصين في مجال التمنيع من وزارات الصحة وسائر الشركاء إلى الاجتماع لتحديد السبل المبتكرة لتعزيز خدمات التمنيع المقدمة في البلدان عن طريق عدة محافل، منها الاجتماع العالمي المعني بالتدبير العلاجي للحصبة واجتماع منصة اللقاحات الجديدة اللذان يعقدان سنوياً.

٤٣- وعلى الرغم من تحقيق نتائج جيدة، قدّرت هذه النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة على أنها تحققت جزئياً لأن ١٣٠ دولة عضواً فقط من أصل ١٣٥ دولة مستهدفة أبلغت عن أن نسبة التطعيم على المستوى الوطني باللقاح المضاد للخناق والكزاز والشاهوق لا تقل عن ٩٠٪. وتبين هذه النتائج ضعف الهياكل الأساسية الصحية؛ وضعف روح تبني برامج التمنيع لدى المجتمعات؛ وصعوبة زيادة تغطية خدمات التمنيع الروتيني في البلدان الكبيرة؛ والحالة الأمنية المتردية في العديد من البلدان، وخاصة في الإقليم الأفريقي وإقليم شرق المتوسط وإقليم جنوب شرق آسيا.

النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة ١-٢

التنسيق الفعال وتقديم الدعم من أجل الوصول إلى الإشهاد على استئصال شلل الأطفال وتدمير فيروسات شلل الأطفال أو احتوائها على نحو ملائم، مما يؤدي إلى الوقف المتزامن لإعطاء لقاح شلل الأطفال الفموي على الصعيد العالمي.

نتيجة تحققت جزئياً

المؤشر		المعطيات الأساسية	الهدف	مُحقق
١-٢-١	النسبة المئوية من التقارير القُطرية النهائية التي تكشف عن وقف سراية فيروس شلل الأطفال البري واحتواء مخزونات فيروس شلل الأطفال البري التي وافقت عليها اللجنة الإقليمية المعنية بالإشهاد على استئصال شلل الأطفال.	٨٧٪ لوقف الانتقال؛ و ٨١٪ للاحتواء	٩٠٪	٨٠٪
١-٢-٢	نسبة الدول الأعضاء التي تستخدم لقاح شلل الأطفال الفموي الثلاثي التكافؤ والتي وضعت إطاراً زمنياً واستراتيجية لوقف استخدامه في نهاية المطاف في برامج التمنيع الروتيني.	صفر٪	٥٠٪	صفر٪

٤٤- واجهت المبادرة العالمية لاستئصال شلل الأطفال الكثير من التحديات في هذه الثنائية على وجه الخصوص. وفي نهاية عام ٢٠١١ باتت الهند هي وحدها، من بين البلدان الأربعة التي تشهد انتقال فيروس شلل

الأطفال البري بشكل متوطن، وهي أفغانستان والهند ونيجيريا وباكستان، على الطريق لبلوغ المرحلة المحدّدة لأواخر عام ٢٠١١ والمتمثّلة في وقف دوران الفيروس. وشهدت نيجيريا في عام ٢٠١١ زيادة عدد حالات شلل الأطفال بنسبة ثلاثة أضعاف مقارنة بعام ٢٠١٠. وفي عامي ٢٠١٠ و٢٠١١ شهدت أفغانستان وباكستان زيادة بنسبتي ١٣٥٪ و٢٢٪ على التوالي في عدد الحالات. ومع ذلك أحرز تقدم نحو استئصال شلل الأطفال. وشهد عام ٢٠١١ انخفاضا بنسبة ٩٨٪ في عدد الحالات المبلغ عنها (حالة واحدة فقط) مقارنة بعام ٢٠١٠ (٤١ حالة)، كما شهد انخفاضاً بنسبة تزيد على ٥٢٪ في عدد الحالات المسجلة بالعالم.

٤٥- ونسقت المنظمة نشر اللقاح الفموي الثنائي التكافؤ الجديد المضاد لشلل الأطفال وزيادة كميته على الصعيد العالمي، ما أسفر عن النجاح في وقف انتقال الفيروس في الهند. ولما كانت المنظمة إحدى الجهات الفاعلة الرئيسية في المبادرة العالمية لاستئصال شلل الأطفال، فقد دعمت أيضاً تنفيذ جدول بحثي شامل للإسراع في استئصال الفيروس بهدف القضاء على فيروس شلل الأطفال المشتق من اللقاحات وإجراء البحوث من أجل تأمين استئصال الفيروس. واضطلعت الأمانة أيضا بدورها في تحليل ونشر المعلومات عن وضع شلل الأطفال في العالم.

٤٦- ولم تُحقق هذه النتيجة المتوقعة على نطاق المنظمة ككل إلا تحقيقاً جزئياً برغم ما أُحرِز من تقدم كبير في الهند وتقليل حالات الإصابة بالمرض على الصعيد العالمي في عام ٢٠١١ وإجراءات التصدي السريعة والفعالة لفاشياته الجديدة. ولاتزال سراية المرض الجارية في البلدان ذات الأولوية، وخاصة نيجيريا وباكستان، تهدد أنشطة استئصاله في العالم. فقد اقتصرت على ٨٠٪ (بدلاً من ٩٠٪ وهي النسبة المستهدفة) نسبة التقارير القطرية الختامية التي تبيّن معدلات وقف سراية فيروس شلل الأطفال البري وموافقة اللجنة الإقليمية المعنية بإصدار شهادات استئصال شلل الأطفال على احتواء مخزونات هذا الفيروس.

النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة ١-٣

التنسيق الفعال وتقديم الدعم إلى الدول الأعضاء لإتاحة حصول كل المجموعات السكانية على التدخلات الخاصة بالوقاية من أمراض المناطق المدارية المنسية، بما فيها الأمراض الحيوانية المنشأ، ومكافحتها والقضاء عليها واستئصالها.

نتيجة تحققت جزئياً

المؤشر		المعطيات الأساسية	الهدف	مُحقق
١-٣-١	عدد الدول الأعضاء التي تم فيها الإشهاد على استئصال داء التنينات.	١٧٥	١٧٩	١٨٠
١-٣-٢	عدد الدول الأعضاء التي قضت على الجذام على المستويات دون الوطنية.	٧٨	٩٥	غير متاح
١-٣-٣	عدد حالات الإصابة البشرية بداء المثقبيات الأفريقي التي تم التبليغ عنها في جميع البلدان التي يتوطنها هذا المرض.	٩ ٥٠٣	٨ ٥٠٠	٨ ٠٠٠

المؤشر		المعطيات الأساسية	الهدف	مُحقق
٤-٣-١	عدد الدول الأعضاء التي توصلت إلى تحقيق هدف التغطية الموصى به في ما يتعلق بالسكان المعرضين لمخاطر الإصابة بداء الفيلاريات اللمفي والبلهارسية والأدواء الديدانية المنقولة عن طريق التربة وذلك من خلال المعالجة الكيميائية الوقائية الطاردة للديدان على نحو منتظم.	١٥	٢٠	٢٣

٤٧- لقد اكتسبت رؤية مكافحة الأمراض المدارية المنسية والقضاء عليها واستئصالها زخماً كبيراً في السنوات الأخيرة. وجمعت المنظمة البيِّنات التي تبرهن على أن عبء العديد من الأمراض السبعة عشر التي تصيب أكثر من مليار شخص في العالم يمكن مكافحتها وفي العديد من الحالات القضاء عليها إن لم يكن استئصالها.

٤٨- وفي عام ٢٠١٠ نشرت المنظمة تقريرها الأول عن الأمراض المدارية المنسية *العمل على التغلب على التأثير العالمي لأمراض المناطق المدارية المنسية*. ويسَّر هذا التقرير، الذي يُعد وثيقة دعوة واستراتيجية، الحصول على الدعم الخارجي والاضطلاع بالعمل على الصعيد الإقليمي لتوسيع نطاق المعالجة الكيميائية الوقائية بهدف مكافحة الأمراض المدارية المنسية في البلدان المستهدفة، كما أنه بين زيادة الالتزام بتحسين إتاحة الأدوية، بما في ذلك إتاحتها من خلال زيادة التبرعات الصيدلانية. وأعدت غالبية البلدان مخططات عامة للأمراض المدارية المنسية، ومن شأن هذه المخططات أن تعزز قدرة تلك البلدان على حشد وإدماج الموارد اللازمة وأن تعزز قدرتها على السيطرة على برامج مكافحة الأمراض المدارية المنسية. وفي نهاية عام ٢٠١١ تم الإشهاد على استئصال داء التنينات في ١٨٠ دولة عضواً وحققت ٢٣ دولة عضواً هدف التغطية الموصى به فيما يتعلق بالسكان المعرضين لمخاطر الإصابة بداء الفيلاريات اللمفي والبلهارسية والأدواء الديدانية المنقولة عن طريق التربة وذلك من خلال المعالجة الكيميائية الوقائية الطاردة للديدان على نحو منتظم.

٤٩- وعلى الرغم من التقدم الكبير المحرز، اعتبرت هذه النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة تحققت جزئياً نظراً لأن التقارير الواردة عن القضاء على الجذام على المستوى دون الوطني لم تكن كاملة في وقت إعداد هذا التقرير.

النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة ١-٤

تقديم الدعم الخاص بالسياسات والدعم التقني إلى الدول الأعضاء لتعزيز قدرتها على ترصد ورصد كل الأمراض السارية ذات الأهمية في مجال الصحة العمومية.

نتيجة تحققت بالكامل

المؤشر		المعطيات الأساسية	الهدف	مُحقق
١-٤-١	عدد الدول الأعضاء التي لديها نظم ترصد وتدريب بخصوص جميع الأمراض السارية التي تكتسي أهمية في مجال الصحة العمومية بالنسبة إلى البلد.	٨٥	١٥٠	١٥٠
١-٤-٢	عدد الدول الأعضاء التي ترد منها استمارات التبليغ المشتركة بين منظمة الصحة العالمية واليونيسيف بشأن أنشطة رصد التمنيع وترصده في الوقت المناسب على الصعيد العالمي وفقاً للأطر الزمنية المحددة.	١٤٨	١٥٠	١٥١

٥٠- لقد تحسن ترصد الأمراض السارية ورصدها، حيث أبلغت ١٥٠ دولة عضواً عن أمراض سارية ذات أهمية في مجال الصحة العمومية. ولوحظ التحسن أيضاً في الإبلاغ عن أنشطة التمنيع السنوية حيث أبلغت ١٩٠ دولة عضواً (٩٩٪) عن بيانات في عام ٢٠١١. واستعرضت المنظمة بالتعاون مع اليونيسيف جميع المعلومات المتاحة وأصدرت تقديرات لتغطية التمنيع لأكثر من ١٩٣ دولة عضواً. وتضمن هذا التحليل أسلوباً معدلاً لإعداد التقديرات عن التغطية لإضفاء مزيد من الشفافية عليها وتيسير نقلها. وفضلا عن ذلك شارك جميع مستويات المنظمة في إنشاء شبكات ترصد وطنية من خلال إعداد أدوات ومبادئ توجيهية وبرامج تدريبية.

النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة ١-٥

استحداث وإجازة معارف وأدوات تدخل واستراتيجيات جديدة لتلبية الاحتياجات ذات الأولوية فيما يتعلق بالوقاية من الأمراض السارية ومكافحتها، مع قيام العلماء القادمين من البلدان النامية بدور قيادي، على نحو متزايد، في هذا المجال البحثي.

نتيجة تحققت بالكامل

المؤشر		المعطيات الأساسية	الهدف	مُحقق
١-٥-١	عدد الأدوات الجديدة والمحسنة أو استراتيجيات التنفيذ التي أسهمت منظمة الصحة العالمية إلى حد كبير في وضعها ونفذها القطاع العام في بلد واحد على الأقل من البلدان النامية.	٦	٩	١٧
١-٥-٢	نسبة المنشورات التي يتم استعراضها على نحو جماعي بالاستناد إلى البحوث المدعومة من المنظمة، حيثما كانت المؤسسة الرئيسية التي وضعت المنشور قائمة في أحد البلدان النامية.	٥٥٪>	٥٥٪	٧١٪

٥١- أحرز تقدم في الأقاليم والبلدان فيما يتعلق بمجموعة متنوعة من أدوات واستراتيجيات التدخل الجديدة، حيث قامت المؤسسات بنشر المعارف الجديدة في البلدان النامية بدعم غير منقطع من أمانة المنظمة. فقد أعدت مثلاً وثيقة إطارية إرشادية عن أفضل الممارسات، وتم اعتمادها واختبارها في البلدان لدعم اتخاذ القرارات بشأن تجربة الناموس المحور جينياً واستخدامه على الصعيد القُطري؛ وتم توحيد أدوات مثل تفاعل البوليميراز المتسلسل الكمي باعتباره واصماً بيولوجياً لعلاج داء شاغاس وتم التثبت منها؛ ووضع نظام مبسط لتصنيف حالات حمى الضنك وتم تقييمه في ١٨ بلداً واعتماده واستخدامه على مستوى أمريكا اللاتينية، ولا يفتأ يزيد استخدامه في البلدان الآسيوية. ورّخص لقاح متقارن مضاد للمكورات السحائية "A"، بهدف مكافحة وباء التهاب السحايا في أفريقيا، وتأكدت المنظمة من صلاحيته مسبقاً. وقد طور هذا اللقاح عن طريق مشروع إنتاج لقاح التهاب السحايا، وهو عبارة عن مبادرة مشتركة بين المنظمة وبرنامج التكنولوجيا الملائمة في مجال الصحة (PATH)، وتم استخدامه بنجاح في العديد من بلدان حزام التهاب السحايا (بوركينا فاصو ومالي والنيجر)، وبلغت تغطيته مستويات مرتفعة جداً. وأعدت استراتيجيات إدراج لقاح التيفود بالتعاون مع الشركاء.

٥٢- وتواصل بناء القدرات من خلال تعزيز ريادة البلدان النامية في مكافحة الأمراض المنسية الناجمة عن الفقر وفي تطوير اللقاحات. وفي عامي ٢٠١٠ و٢٠١١ دعم عدد من المنح الصغيرة إجراء الدراسات البحثية في البلدان، ونشرت بعض هذه الدراسات في مجلات يستعرضها النظراء. وتضم البلدان النامية غالبية المؤسسات الأساسية التي وضعت المنشورات. وتضمن التقدم المحرز في بناء قدرات البلدان إنشاء مراكز للتدريب ونقل التكنولوجيا بشأن المواد المساعدة للقاحات ولتقديم التدريب والتكنولوجيا إلى اثنين من البلدان النامية. وأنشئت مراكز تدريب إقليمية في مؤسسات أربع في أقاليم المنظمة لتدريب الباحثين المحليين ومديري البحوث على أفضل الممارسات البحثية، وذلك بدعم من مقر المنظمة الرئيسي. ويمثل إنشاء الشبكة الأفريقية للابتكار في مجال الأدوية ووسائل التشخيص، (ANDI)، التي أصبحت كياناً قانونياً في تشرين الأول/ أكتوبر ٢٠١٠، نهجاً مستحدثاً للابتكار في مجال الأدوية ووسائل التشخيص.

النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة ١-٦

تقديم الدعم إلى الدول الأعضاء لبلوغ الحد الأدنى من القدرات الأساسية اللازمة بمقتضى اللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥) فيما يتعلق بإنشاء وتعزيز نظم الإنذار والاستجابة لاستخدامها في حالات الأوبئة وسائر الطوارئ الصحية العمومية التي تثير قلقاً دولياً.

نتيجة تحققت جزئياً

المؤشر		المعطيات الأساسية	الهدف	مُحقق
١-٦-١	عدد الدول الأعضاء التي استكملت التقييم ووضعت خطة عمل وطنية لبناء القدرات الأساسية في مجال الترصد والاستجابة بما يتسق مع التزاماتها بمقتضى اللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥).	على الأقل ٩٥	١١٥أ	١٢٩

المؤشر		المعطيات الأساسية	الهدف	مُحقق
١-٦-٢	عدد الدول الأعضاء التي شارك نظام مختبراتها الوطني في برنامج واحد على الأقل من البرامج الخارجية لمراقبة الجودة فيما يتعلق بالأمراض السارية التي يمكن أن تتسبب في أوبئة.	١٤٠	١٢٠ب	١٢١

أ عدل هدف المؤشر ١-٦-١ لعام ٢٠١١ ليعكس آخر التقديرات تماشياً مع نظام الرصد الجديد الذي أدرج في عام ٢٠١٠.

ب عدل هدف المؤشر ١-٦-٢ لعام ٢٠١١ ليعكس آخر التقديرات تماشياً مع نظام الرصد الجديد الذي أدرج في عام ٢٠١٠.

٥٣- من بين التحديات الرئيسية التي واجهتها المنظمة في هذه الثنائية تحقيق القدرات الأساسية اللازمة بموجب اللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥) لإنشاء وتعزيز نظم الإنذار بالأوبئة وطوارئ الصحة العمومية الأخرى التي تثير القلق الدولي والاستجابة لها. وتبين مقارنة وضع القدرات الأساسية الخاصة باللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥) في البلدان المبلغة بين عامي ٢٠١٠ و٢٠١١ إحراز تقدم عام في جميع القدرات الأساسية. وقد أحرز أبرز تقدم في مجالي الترصد والتأهب. وثمة بيِّنات أيضاً على أن البلدان استغلت مراحل الجائحة (H1N1) ٢٠٠٩ المختلفة لتقدير سير اللوائح الصحية الدولية، ولتعزيز قدراتها التقنية، بما في ذلك في المختبرات. ولا تزال قدرات الموارد البشرية في نقاط الدخول المُعيَّنة متدنية وكذلك قدرات الموارد البشرية الخاصة باكتشاف الأحداث الكيميائية والاستجابة لها.

٥٤- وأُدرج نظام جديد للرصد في عام ٢٠١٠ وتستخدمه الدول الأعضاء في الوقت الراهن. ويبين هذا النظام أن المعطيات الأساسية في عام ٢٠١٠ كان فيها مبالغة. وعدلت أهداف عام ٢٠١١ لتعكس الوضع الدقيق الذي يمر به العالم. وتحظى البيانات التي قدمتها فرادى البلدان من خلال هذا النظام بالسرية.

٥٥- وبالنسبة إلى هذه النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة، فإن كلا المؤشرين قد تحققا، ومع ذلك لم يتمكن إقليم الأمريكتين والإقليم الأوروبي وإقليم جنوب شرق آسيا من تحقيق النتائج إلا جزئياً، وذلك بسبب الصعوبات التي واجهتها هذه الأقاليم في تقدير القدرات الأساسية وتطويرها بموجب اللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥).

النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة ١-٧

تجهيز الدول الأعضاء والمجتمع الدولي بما يلزم من أجل اكتشاف أهم الأمراض التي يمكن أن تتسبب في أوبئة وجوائح وتقديرها ومواجهتها والتصدي لها (مثل الأنفلونزا والتهاب السحايا والحمى الصفراء والحمى النزفية والطاعون والجدري)، من خلال استحداث وتنفيذ أدوات ومنهجيات وممارسات وشبكات وشراكات للوقاية والاكتشاف والتأهب والتدخل

نتيجة تحققت جزئياً

المؤشر		المعطيات الأساسية	الهدف	مُحقق
١-٧-١	عدد الدول الأعضاء التي لديها خطط تأهب وطنية وإجراءات تشغيل معيارية للتأهب والاستجابة لمقتضيات أهم الأمراض التي يمكن أن تتسبب في أوبئة.	١٣٩	١٦٥	١٥٨
١-٧-٢	عدد آليات التنسيق الدولية لتوفير اللقاحات والأدوية والمعدات الأساسية بغرض استخدامها في التدخلات الجماعية ضد أهم الأمراض التي يمكن أن تتسبب في أوبئة وجوائح.	٨	٨	٨
١-٧-٣	عدد الأمراض الوخيمة المستجدة والمعاودة الظهور والتي أُعدت لها استراتيجيات التوقي والترصد والمكافحة.	٨	٨	٨

٥٦- ساندت المنظمة الاستعراضات والمراجعات الجارية لخطط التأهب والإجراءات التشغيلية المعيارية بالاستناد إلى الدروس المستفادة من الجوائح. وواصلت أيضاً دعم شبكات المتخصصين الدولية والإقليمية، بما فيها الشبكة العالمية لترصد الأنفلونزا، وشبكات مكافحة العدوى وشبكة المختبرات المعنية بالممْرضات المستجدة والخطرة. وفضلاً عن ذلك أنشئت أفرقة استجابة في حالات الطوارئ على المستويين الوطني ودون الإقليمي. وأصدرت المنظمة مبادئ توجيهية تقنية جديدة، بما فيها مبادئ توجيهية تقنية جديدة لترصد الأمراض التنفسية والاستجابة لها وترصد الأنفلونزا والتدبير العلاجي السريري لحالات حمى الضنك.

٥٧- وعلى الرغم من أن هذه النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة كانت على الطريق الصحيح في منتصف الثنائية، فإنها تحققت جزئياً فقط في نهاية الثنائية، إذ حظت ١٥٨ دولة عضواً من أصل ١٦٥ دولة عضواً مستهدفة بخطط تأهب وإجراءات تشغيلية معيارية على الصعيد الوطني للاستعداد للأمراض الرئيسية التي تتسبب في الأوبئة والاستجابة لها. ومن العوائق التي حالت دون تحقيق هذه النتيجة ضعف قدرة الدول الأعضاء في بعض الأحيان على التعاون الدولي أو التعاون بين القطاعات في الوقت المناسب، وفي أحيان أخرى ضعف التزامها السياسي بذلك، بالإضافة إلى شح الموارد البشرية والمالية واللوجستية اللازمة لتنفيذ الاستراتيجيات، وخاصة مكافحة النواقل مكافحة شاملة.

النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة ١-٨

تنسيق القدرات الإقليمية والعالمية وإتاحتها بسرعة للدول الأعضاء لأغراض اكتشاف الأوبئة وسائر الطوارئ الصحية العمومية التي تثير قلقاً دولياً والتحقق منها وتقدير مخاطرها ومواجهتها.

نتيجة تحققت بالكامل

المؤشر		المعطيات الأساسية	الهدف	مُحقق
١-٨-١	عدد مواقع منظمة الصحة العالمية التي تتمتع بنظام عالمي لإدارة الأحداث من أجل دعم تنسيق تقدير المخاطر والاتصالات والعمليات الميدانية في المقر الرئيسي والمكاتب الإقليمية والقُطرية.	٧٤	٩٠	١٢٩

٥٨- تستخدم جميع مكاتب المنظمة الإقليمية الستة في الوقت الراهن نظام إدارة الأحداث[1] في ١٢٩ موقعاً جغرافياً بمشاركة ١٦٩ فريقاً و٥٩٧ مستخدماً. ولبت المنظمة جميع طلبات الدول الأعضاء للحصول على الدعم في حالات الطوارئ بموجب اللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥) بالاستعانة بالموارد التقنية في المقر الرئيسي وشبكات المتخصصين المختلفة والشبكة العالمية للإنذار بحدوث الفاشيات ومواجهتها. وشملت استجابة المنظمة الميدانية للأحداث والفاشيات الكبرى فاشيتي الكوليرا في هايتي وباكستان وإرسال بعثات ميدانية في أعقاب فيضان باكستان الذي أسفر عن حدوث فاشيات بأمراض تحملها النواقل، مثل حمى القرم- الكونغو النزفية وحمى الضنك. واستكملت الاستعراضات التشغيلية التي أجرتها بعثات الشبكة العالمية للإنذار بحدوث الفاشيات ومواجهتها بالنسبة إلى فاشيات حمى الضنك في باكستان والكوليرا في هايتي.

النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة ١-٩

الإجراءات وأنشطة الاستجابة الفعالة التي اضطلع بها كل من الدول الأعضاء والمجتمع الدولي لمجابهة حالات الطوارئ المعلن عنها الناجمة عن الأمراض التي يمكن أن تتسبب في أوبئة أو جوائح.

نتيجة تحققت بالكامل

المؤشر		المعطيات الأساسية	الهدف	مُحقق
١-٩-١	نسبة طلبات المساعدة التي ترد من الدول الأعضاء والتي أدت إلى تدخلات فعالة في الوقت المناسب من قِبَل المنظمة ونُفذت باتباع نهج الأفرقة الشاملة لغرض توقي الأوبئة ومكافحتها ولأغراض الطوارئ الصحية العمومية الأخرى.	غير متاحة	٩٩٪	٩٩٪

٥٩- واصلت المنظمة تقديم الدعم إلى لجنة الطوارئ حتى أعلن عن انتهاء جائحة الفيروس (H1N1) ٢٠٠٩. وقدمت أيضا المواد والبيِّنات لأغراض التقييم الذي قامت به لجنة المراجعة المعنية بكيفية تنفيذ اللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥) فيما يتعلق بجائحة الفيروس (H1N1) ٢٠٠٩. وعرض تقرير اللجنة النهائي على جمعية الصحة العالمية الرابعة والستين.[2] وكان أحد استنتاجاتها أنه ينبغي للبلدان التوسع في تنفيذ اللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥).

١ أعدت المنظمة "نظام إدارة الأحداث" الشامل لإدارة المعلومات الحاسمة الأهمية عن الفاشيات وضمان التواصل الدقيق والموقوت بين مهنيي الصحة العمومية الدوليين الرئيسيين، بما في ذلك مكاتب المنظمة الإقليمية والمكاتب القُطرية والمراكز المتعاونة معها والشركاء في الشبكة العالمية للإنذار بحدوث الفاشيات ومواجهتها.

٢ الوثيقة ج١٠/٦٤.

الغرض الاستراتيجي ٢

مكافحة الأيدز والعدوى بفيروسه، والسل، والملاريا

٦٠- من الضروري إحراز تقدم في مكافحة الأيدز والعدوى بفيروسه والسل والملاريا لتحقيق الأهداف ٤ و٥ و٦ من الأهداف الإنمائية للألفية. وخلال الثنائية أحرز تقدم في اعتماد سياسات فعالة وتوسيع نطاق إتاحة التدخلات، لكن لا تزال تحديات كبرى مطروحة فيما يخص جميع الأمراض، بما في ذلك طلبات الحصول على دعم تقني لاعتماد سياسات جديدة والتوسع في هذه السياسات على نحو سليم وفعال.

٦١- واستمر التقدم في توسيع نطاق الخدمات المتعلقة بفيروس العوز المناعي البشري. واستقر معدل الإصابة العالمي بفيروس العوز المناعي البشري وبدأ في الانخفاض في العديد من البلدان التي تشهد أوبئة معممة، وتم إنقاذ حياة ٢,٥ مليون شخص منذ عام ١٩٩٥. وأخذ عدد الأشخاص الذين يصابون بالسل ينخفض منذ عام ٢٠٠٦، وتراجع معدل الوفيات الناجمة عن الإصابة بالسل بنسبة ٤٠٪ منذ عام ١٩٩٠، وتم إنقاذ حياة ٧ ملايين شخص آخرين منذ عام ١٩٩٥. وتحققت مكاسب كبرى من زيادة تدابير مكافحة الملاريا. وفي العامين ٢٠١٠ و٢٠١١ وزع ما يقرب من ٢٢٠ مليون ناموسية معالجة بمبيدات الحشرات وتمت حماية ٧٨ مليون شخص بفضل الرش الثمالي للمساكن بالمبيدات الحشرية.

٦٢- وعلى الرغم من التقدم الهائل المحرز، فإن الخطر يهدد تحقيق الأهداف العامة المتمثلة في الوقاية من فيروس العوز المناعي البشري والسل والملاريا وعلاج المصابين بها ورعايتهم. وما بعث على القلق على وجه الخصوص خلال الثنائية هو زيادة معدلات الإصابة بفيروس العوز المناعي البشري في شرق أوروبا وآسيا الوسطى، والوتيرة البطيئة التي زاد بها علاج السل المقاوم للأدوية المتعددة في شتى أرجاء العالم، وانخفض بها معدل الوفيات الناجمة عن السل في أفريقيا. ولا تزال تغطية التدابير الرئيسية للوقاية من الملاريا وعلاجها أدنى من الهدف المتوخى في غالبية البلدان التي تشهد أعلى عبء للمرض، وتبعث مقاومة المبيدات الحشرية والعوامل المضادة للملاريا على القلق الكبير.

النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة ٢-١

وضع الدلائل الإرشادية والسياسات والاستراتيجيات وغيرها من الأدوات اللازمة للوقاية وعلاج ورعاية مرضى الأيدز والعدوى بفيروسه، والسل، والملاريا، بما في ذلك اتباع أساليب مبتكرة لزيادة التغطية بالتدخلات بين الفقراء والمجموعات السكانية التي يصعب الوصول إليها والمجموعات السكانية السريعة التأثر.

نتيجة تحققت جزئياً

المؤشر		المعطيات الأساسية	الهدف	مُحقق
٢-١-١	عدد البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل التي حققت ٨٠٪ من التغطية في مجال العلاجات المضادة للفيروسات القهقرية وخدمات الوقاية من سراية فيروس الأيدز من الأم إلى الطفل.	غير متاحة	(أ) ١٥ و(ب) ٢٠	(أ) ٨ و(ب) ١٣
٢-١-٢	نسبة البلدان التي يتوطنها المرض والتي حققت أهداف التدخلات الوطنية في ما يتعلق بالملاريا.	٣٥٪	٦٠٪	٥٠٪
٢-١-٣	عدد الدول الأعضاء التي توصلت إلى الكشف عن ٧٠٪ على الأقل من حالات الإصابة بالسل وبلغت نسبة نجاح العلاج فيها ٨٥٪.	٤٢	٤٦	٤٥
٢-١-٤	عدد البلدان، من بين السبعة وعشرين بلداً ذات الأولوية، التي تعاني من عبء فادح للسل المقاوم للأدوية المتعددة، والتي كشفت عن حالات السل المقاوم للأدوية المتعددة وبادرت بعلاج ٧٠٪ على الأقل من الحالات المقدرة بموجب النهج الذي أوصت به المنظمة للتدبير العلاجي المبرمج.	٢	٤	٥
٢-١-٥	نسبة الدول الأعضاء التي تعاني من عبء فادح والتي حققت الأهداف المتعلقة بتشخيص ٧٠٪ من المصابين بالأمراض المنقولة جنسياً وعلاجهم ونصحهم في مراكز الرعاية الأولية.	غير متاحة	٧٠٪	غير متاحة

٦٣- كفلت ١٠ بلدان خلال الثنائية إتاحة العلاجات المضادة للفيروسات القهقرية للجميع (أي ما يغطي نسبة ٨٠٪ من السكان المحتاجين)، وكفلت ١٣ بلداً إتاحة التدخلات الرامية إلى الوقاية من انتقال الفيروس من الأم إلى طفلها للجميع. وزاد عدد الأشخاص الذي يتلقون العلاج المضاد للفيروسات القهقرية إلى ٦,٦٥ ملايين شخص، ما يمثل نسبة ٤٧٪ من الأشخاص المؤهلين للعلاج البالغ عددهم ١٤,٢ مليون شخص. واتبعت نسبة تبلغ زهاء ٥٠٪ من الحوامل المتعايشات مع فيروس العوز المناعي البشري نظاماً مضاداً للفيروسات القهقرية للوقاية من انتقال الفيروس إلى أطفالهن، وأبلغت ١٧ بلداً عن إخضاع أكثر من ٩٠٪ من الحوامل لاختبار الزهري.

٦٤- ووافقت جمعية الصحة العالمية في دورتها الرابعة والستين على الاستراتيجية العالمية لقطاع الصحة بشأن فيروس العوز المناعي البشري للفترة ٢٠١١-٢٠١٥، وتم تعميم هذه الاستراتيجية خلال الثنائية، ومن ثم اعتمدت استراتيجيات إقليمية في هذا الصدد. وفضلاً عن ذلك أعدت مبادئ توجيهية جديدة، تشمل مبادئ توجيهية عن العلاج المضاد للفيروسات القهقرية للبالغين والأطفال، وعن الوقاية من انتقال الفيروس من الأم إلى طفلها، وعن تغذية الرضع، كما حدّثت المبادئ التوجيهية الخاصة بالسل المصاحب لفيروس العوز المناعي

البشري. وأُطلقت استراتيجيات للقضاء على انتقال فيروس العوز المناعي البشري من الأم إلى طفلها وعلى الزهري في آن واحد، أو أيدت الدول الأعضاء هذه الاستراتيجيات في ثلاثة أقاليم.

٦٥- وعولج ٤٦ مليون شخص إجمالاً من السل منذ عام ١٩٩٥ من خلال اتباع نهج استراتيجية المعالجة القصيرة الأمد للسل تحت الإشراف المباشر (استراتيجية DOTS) واستراتيجية دحر السل. وفضلاً عن ذلك أنقذت أرواح نحو ٩١٠ ٠٠٠ شخص بين عامي ٢٠٠٦ و٢٠١٠ من خلال التدخلات المشتركة بين السل وفيروس العوز المناعي البشري التي توصي بها المنظمة.

٦٦- وقدمت المنظمة توجيهات السياسة العامة بشأن استخدام الاختبار الجزيئي السريع لاكتشاف السل والسل المقاوم للأدوية المتعددة. وفي نهاية عام ٢٠١١ كان ٤٧ بلداً يستخدم هذه التكنولوجيا. وخلال الثنائية قادت المنظمة تطوير الخطة العالمية لدحر السل ٢٠١١-٢٠١٥ والاستراتيجيات الإقليمية لدحر السل؛ وأصدرت مبادئ توجيهية جديدة بشأن علاج السل المقاوم للأدوية المتعددة وتقارير خاصة عن الاستجابة للسل المقاوم للأدوية المتعددة وخطة إقليمية لأوروبا لمكافحة السل المقاوم للأدوية المتعددة، إذ توجد فيها غالبية البلدان المتضررة من هذا الداء؛ ووجهت الدراسات الاستقصائية الخاصة بانتشار السل بحسب الفئات السكانية في البلدان التي ترزح تحت عبء ثقيل من هذا الداء.

٦٧- وبالنسبة إلى الملاريا أبلغ ٤٣ بلداً عن انخفاض عدد الحالات والوفيات بنسبة لا تقل عن ٥٠٪ منذ عام ٢٠٠٠، وتم الإشهاد بخلو ثلاثة بلدان، هي أرمينيا والمغرب وتركمانستان، من الملاريا خلال عامي ٢٠١٠ و٢٠١١.

٦٨- وحدد برنامج المنظمة العالمي لمكافحة الملاريا استراتيجيته الممتدة لخمسة أعوام على أساس أربع وظائف أساسية، ونشر مبادئ توجيهية جديدة عن علاج الملاريا وممارسات الشراء الفضلى الخاصة بالعلاجات التوليفية بالآرتيميسينين واختبارات التشخيص السريعة. وأعدت المنظمة أيضاً، بالتعاون مع ١٠٠ جهة صاحبة مصلحة، خطة عالمية لاحتواء مقاومة الآرتيميسينين، وصاغت تقريراً مطولاً عن وضع مقاومة الدواء. وفي عام ٢٠١٠ صدرت توصية جديدة في مجال السياسة العامة بشأن اختبار جميع الحالات المشتبه في إصابتها بالملاريا قبل العلاج إما بالوسائل المجهرية الجيدة أو باختبار التشخيص السريع.

٦٩- ولا تتعلق النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة ٢-١ بإعداد سياسات المنظمة واعتمادها فحسب بل وبتنفيذها أيضا. وعموما حققت المنظمة أغراض أعمالها التقنينية والاستراتيجية على المستوى العالمي، إلا أن بعض البلدان في غالبية الأقاليم ظلت تواجه تحديات في زيادة تنفيذ السياسات الموصى بها بسبب القيود المفروضة على الموارد والقدرات، مثل السياسات الخاصة بعلاج السل المقاوم للأدوية المتعددة، وبدء العلاجات المضادة للفيروسات القهقرية في الوقت المناسب، واعتماد بعض التدابير الرامية إلى الوقاية من الملاريا في البلدان التي ترزح تحت عبء ثقيل من هذا الداء، وقياس علاج الأمراض المنقولة جنسياً.

٧٠- وأبلغ الإقليم الأفريقي وإقليم شرق المتوسط وإقليم جنوب شرق آسيا وإقليم الأمريكتين عن أن إسهاماتها تحققت جزئياً. وفضلاً عن ذلك فإن البيانات الخاصة بمؤشر "نسبة الدول الأعضاء التي تعاني من عبء فادح والتي حققت الأهداف المتعلقة بتشخيص ٧٠٪ من المصابين بالأمراض المنقولة جنسياً وعلاجهم ونصحهم في مراكز الرعاية الأولية" لا تتوفر سوى من الإقليم الأوروبي وإقليم جنوب شرق آسيا وإقليم غرب المحيط الهادئ، لكن لا تتوفر بيانات من سائر الأقاليم نظراً لنقص الموارد اللازمة لترصد الأمراض المنقولة جنسياً في الأقاليم والبلدان. وستناقش معايير قياس المؤشرات وتعاريفها وقدرتها بمزيد من التفصيل في الثنائية ٢٠١٢-٢٠١٣.

٧١- ونظراً للأسباب المذكورة أعلاه، فإن التقييم الإجمالي لهذه النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة هو أنها تحققت جزئياً.

النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة ٢-٢

تقديم الدعم الخاص بالسياسات والدعم التقني إلى البلدان من أجل التوسع في تنفيذ التدخلات الخاصة بالوقاية من الأيدز والعدوى بفيروسه، والسل، والملاريا؛ ورعاية وعلاج مرضاها بما في ذلك التدريب وتقديم الخدمات على نحو متكامل وتوسيع شبكات مقدمي الخدمات، وتعزيز قدرات المختبرات، وتحسين الصلات مع سائر الخدمات الصحية، مثل خدمات الصحة الجنسية والإنجابية وصحة الأم والوليد والطفل وعلاج الأمراض المنقولة جنسياً والتغذية وخدمات العلاج من إدمان المخدرات والرعاية الخاصة بالجهاز التنفسي والأمراض المنسية والصحة البيئية.

نتيجة تحققت جزئياً

المؤشر		المعطيات الأساسية	الهدف	مُحقق
٢-٢-١	عدد الدول الأعضاء المستهدفة التي لديها سياسات شاملة وخططاً متوسطة الأجل لمكافحة فيروس الأيدز ومرض السل والملاريا.	فيروس العوز المناعي البشري: ١٣١/١٠٣ السل: ٩٥/٩٠ الملاريا: ٧٠/٧٠	فيروس العوز المناعي البشري: ١٣١/١١٥ السل: ١١٨/١١٨ الملاريا: ٧٠/٧٠	فيروس العوز المناعي البشري: ١٥٨ السل: ١١٩ الملاريا: ٩٢
٢-٢-٢	نسبة البلدان التي تعاني من عبء فادح والتي تقوم برصد أنشطة الفحص والاستشارات الخاصة بفيروس الأيدز التي يبادر بها مقدمو الخدمات في إطار الأمراض المنقولة جنسياً وتنظيم الأسرة.	٥٥٪	٦٠٪	غير متاحة
٢-٢-٣	عدد البلدان، من بين ٦٣ بلداً يعاني من عبء فادح للأيدز والعدوى بفيروسه والسل، التي تنفذ مجموعة الاثني عشر عنصراً سياسياً الخاصة بالمنظمة من أجل الأنشطة التعاونية لمكافحة الأيدز والعدوى بفيروسه والسل.	١٨	٣٠	٤٣

٧٢- لم يفتأ عدد البلدان التي لديها خطط متوسطة الأجل لمكافحة الأمراض الثلاثة يزداد، إلا أن هذه الخطط سيلزم تحديثها لتعكس سياسات المنظمة الجديدة في مجالي التشخيص والعلاج، وذلك بالرغم من السرعة النسبية في اعتماد التوجيهات الخاصة بالسياسات. وعملت المنظمة عن كثب مع سائر الوكالات، ومنها الصندوق العالمي لمكافحة الأيدز والسل والملاريا وبرنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الأيدز ومبادرة دحر الملاريا وشراكة دحر السل فضلاً عن الوكالات الثنائية لدعم تطوير خطط خاصة بكل مرض وإدراجها في الاستراتيجيات

والخطط الصحية الوطنية، ولتنسيق تقديم الدعم التقني إلى الدول الأعضاء. وقام العديد من البلدان أثناء هذه الفترة باعتماد خطط للفترة ٢٠١٠-٢٠١٥، إلى جانب الاستعانة بالخطط والاستراتيجيات العالمية الخاصة بالأمراض الثلاثة.

٧٣- وشهدت هذه النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة إحراز تقدم كبير في تقديم الدعم التقني والتعاون اللذين تم تكثيفهما لتلبية طلبات آليات التمويل وللتسريع من وتيرة التنفيذ وقياس الأثر. غير أن هذه النتيجة تم تقييمها على أنها تحققت جزئياً لأن البيانات الخاصة بالمؤشر ٢-٢-٢ "نسبة البلدان التي تعاني من عبء فادح والتي تقوم برصد أنشطة الفحص والاستشارات الخاصة بفيروس الأيدز التي يبادر بها مقدمو الخدمات في إطار الأمراض المنقولة جنسياً وتنظيم الأسرة" لم ترد إلا من إقليم الأمريكتين والإقليم الأوروبي وإقليم جنوب شرق آسيا وإقليم غرب المحيط الهادئ، وذلك أساساً بسبب شح الموارد اللازمة لترصد الأمراض المنقولة جنسياً على المستويات العالمية والإقليمية والقُطرية، ناهيك عن أن إقليم شرق المتوسط واجه صعوبات في النصف الأخير من الفترة، نظراً للتحديات المطروحة في المجال الأمني وغيره من المجالات.

النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة ٢-٣

تقديم الإرشادات والدعم التقني على الصعيد العالمي بشأن السياسات والبرامج بهدف تعزيز المساواة في إتاحة الأدوية الأساسية وأدوات التشخيص المضمونة الجودة والتكنولوجيات الصحية والخاصة بالوقاية من الأيدز والعدوى بفيروسه، والسل، والملاريا، وعلاج مرضاها واستعمالها على نحو رشيد من قبل واضعي الوصفات والمستهلكين، ولضمان إمدادات لا تنقطع من وسائل التشخيص والدم المأمون ومشتقاته والحقن المأمونة وما إلى ذلك من التكنولوجيات والسلع الصحية الأساسية.

نتيجة تحققت جزئياً

المؤشر		المعطيات الأساسية	الهدف	مُحقق
٢-٣-١	عدد القواعد ومعايير الجودة العالمية الجديدة والمحدثة الخاصة بأدوية فيروس الأيدز، والسل، والملاريا وأدوات تشخيصها.	٢٥	٤٠	٤١
٢-٣-٢	عدد ما تم تقييمه من الأدوية وأدوات التشخيص ذات الأولوية والخاصة بفيروس الأيدز، والسل، والملاريا، واختُبرت صلاحيته مسبقاً لكي تشتريه الأمم المتحدة.	٢٢٦	٣٠٠	٣٠٠
٢-٣-٣	عدد البلدان المستهدفة التي تتلقى الدعم لزيادة فرص التوصل إلى الأدوية الأساسية الخاصة بعلاج الأيدز والعدوى بفيروسه والسل والملاريا والتي تم دمج إمداداتها في النظم الدوائية الوطنية (يتم تحديد عدد البلدان المستهدفة بالنسبة إلى فترة السنوات الست).	فيروس العوز المناعي البشري: ٣٥ السل: ١٠٧ الملاريا: ٤٣	فيروس العوز المناعي البشري: ٣٨ السل: ١٠٧ الملاريا: ٧٧	فيروس العوز المناعي البشري: ٧٣ السل: ١١١ الملاريا: ٦٤

المؤشر		المعطيات الأساسية	الهدف	مُحقق
٢-٣-٤	عدد الدول الأعضاء التي تقوم بتحري دم جميع المتبرعين بحثاً عن فيروس الأيدز بوسائل مضمونة الجودة.	٩٣	١٠٥	١٠٩
٢-٣-٥	عدد البلدان التي توفر جميع عمليات الحقن الطبية باستخدام محاقن معقمة وحيدة الاستعمال	١٨٣	١٨٠	١٨٠

٧٤- نظراً إلى التنوع الشديد في الأدوية وأدوات التشخيص الجديدة المتاحة للاستجابة إلى فيروس العوز المناعي البشري والسل والملاريا، أعدت المنظمة عدداً كبيراً من المبادئ التوجيهية الجديدة لاعتماد هذه الأدوات الجديدة اعتماداً آمناً وسريعاً، بما يتيح سرعة اكتشاف الأمراض وزيادة الفاعلية في علاجها. واستمرت المنظمة في الاستجابة بشكل جيد إلى الطلبات التي لا يفتأ عددها في الزيادة للحصول على الدعم في تقييم الأدوية وأدوات التشخيص والاختبار المسبق لصلاحيتها وإتاحتها، وذلك بالتعاون مع مرفق أدوية الأيدز ووسائل تشخيصه ومرفق الأدوية العالمي التابع لشراكة دحر السل ومبادرة المختبرات العالمية (وأمانتها في المنظمة) ومشروع أدوية الملاريا ومبادرة دحر الملاريا ومؤسسة وسائل التشخيص الابتكارية الجديدة والصندوق العالمي لمكافحة الأيدز والسل والملاريا.

٧٥- وتحققت هذه النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة جزئياً، وعلى الرغم من استمرار زيادة اعتماد الأدوية وأدوات التشخيص الخاصة بفيروس العوز المناعي البشري والسل والملاريا والاختبار المسبق لصلاحيتها، وقوة الدعم المقدم إلى نظم الإمداد في غالبية الأقاليم وارتفاع معدل الاعتماد على المحاقن الوحيدة الاستعمال، أبلغ الإقليم الأفريقي وإقليم غرب المحيط الهادئ عن تحقيق هذه النتيجة جزئياً نظراً لقصور القدرة على الحصول على الأدوات المذكورة ونظم الدعم اللازمة لها.

النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة ٢-٤

تعزيز نظم الترصد والتقييم والرصد العالمية والإقليمية والوطنية، والتوسع فيها من أجل تتبع آثار التقدم المحرز نحو بلوغ الأهداف، ومخصصات الموارد المتعلقة بمكافحة الأيدز والعدوى بفيروسه، والسل، والملاريا، إلى جانب رصد أثر جهود المكافحة وتقييم مقاومة الأدوية

نتيجة تحققت جزئياً

المؤشر		المعطيات الأساسية	الهدف	مُحقق
٢-٤-١	عدد الدول الأعضاء التي تزوّد المنظمة كل عام بمعطيات عن الترصد والرصد أو المخصصات المالية، من أجل إدراجها في التقارير العالمية السنوية عن مكافحة الأيدز والعدوى بفيروسه، والسل، أو الملاريا، وبلوغ الأهداف.	فيروس العوز المناعي البشري: ١٠٩ السل: ١٩٨ الملاريا: ١٠٧	فيروس العوز المناعي البشري: ١٢٠ السل: ١٩٨ الملاريا: ١٠٧	فيروس العوز المناعي البشري: ١٥٧ السل: ٢٠٨أ الملاريا: ١٠٥
٢-٤-٢	عدد الدول الأعضاء التي تبلغ منظمة الصحة العالمية بمعطيات عن ترصد مقاومة أدوية الأيدز والعدوى بفيروسه، والسل أو الملاريا.	فيروس العوز المناعي البشري: ٥٤ السل: ١١٤ الملاريا: ٨١	فيروس العوز المناعي البشري: ٦٥ السل: ١٢٥ الملاريا: ١٠٧	فيروس العوز المناعي البشري: ٦١ السل: ١٢٧ الملاريا: ٧٣

أ تشير الأرقام المحققة الخاصة بالسل منذ بداية قياس المؤشر إلى الدول الأعضاء وسائر البلدان والأقاليم.

٧٦- شهد عام ٢٠١١ نشر التقرير المرحلي ٢٠١١: الاستجابة العالمية للأيدز والعدوى بفيروسه، بالإضافة إلى التقارير العالمية التي نشرت في عام ٢٠١٠ عن الأيدز والعدوى بفيروسه والسل والملاريا، ويستعرض هذا التقرير التقدم المحرز حتى نهاية عام ٢٠١٠ في زيادة إتاحة تدخلات قطاع الصحة الرامية إلى الوقاية من فيروس العوز المناعي البشري وعلاج مرضاه ورعايتهم وتقديم الدعم إلى البلدان منخفضة الدخل والبلدان متوسطة الدخل؛ وكذلك نُشر التقرير المرحلي ٢٠١١، مكافحة السلّ على صعيد العالم: تقرير منظمة الصحة العالمية لعام ٢٠١١، وهو التقرير العالمي السادس عشر عن السل في سلسلة من التقارير استهل نشرها في عام ١٩٩٧، ويحتوي هذا التقرير على تقييم شامل ومحدث عن وباء السل ويعرض التقدم المحرز في تنفيذ وتمويل خدمات الوقاية من السل ورعاية مرضاه ومكافحته على المستويات العالمية والإقليمية والقُطرية بالاستعانة بالبيانات الواردة من ١٩٨ بلداً تسجل نسبة ٩٩٪ من حالات السل في العالم، ويلخص التقرير الخاص بالملاريا في العالم لعام ٢٠١١ المعلومات الواردة من ١٠٦ بلدان تتوطنها الملاريا ومن طائفة من المصادر الأخرى، ويحلل هذا التقرير التدابير الرامية إلى الوقاية من الملاريا ومكافحتها استناداً إلى مجموعة شاملة من المؤشرات، كما أنه يسلط الضوء على التقدم الذي لا يفتأ يحرز نحو تحقيق الأهداف العالمية الخاصة بالملاريا.

٧٧- وعموماً شهدت هذه النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة تحسناً في تغطية إفادات الدول الأعضاء عن التدابير الخاصة بالوباء وبأداء البرنامج. إلا أنها تحققت جزئياً لأن توسيع رقعة التغطية في بعض المناطق التي يتم فيها ترصد مقاومة الأدوية كان أبطأ من المتوقع، بما في ذلك على النحو الذي أفاد به إقليما شرق المتوسط وجنوب شرق آسيا.

النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة ٢-٥

استدامة الالتزام السياسي وضمان حشد الموارد من خلال الدعوة وتدعيم الشراكات المعنية بالأيدز والعدوى بفيروسه، والسل، والملاريا على المستوى العالمي والمستويات القُطرية والإقليمية؛ وتقديم الدعم إلى البلدان، حسب الاقتضاء، لتطوير أو تعزيز وتنفيذ آليات حشد الموارد واستخدامها وزيادة القدرة على استيعاب الموارد المتاحة؛ وزيادة إشراك المجتمعات المحلية والأشخاص المتضررين من أجل تحقيق أقصى قدر من التغطية ومن أداء برامج مكافحة الأيدز والعدوى بفيروسه، والسل، والملاريا.

نتيجة تحققت بالكامل

المؤشر		المعطيات الأساسية	الهدف	مُحقق
٢-٥-١	عدد الدول الأعضاء التي تمتلك آليات تنسيق عملية لمكافحة الأيدز والعدوى بفيروسه، والسل، والملاريا.	فيروس العوز المناعي البشري: ١٠٨ السل: ٩٥ الملاريا: ٧٧	فيروس العوز المناعي البشري: ١١٨ السل: ١١٠ الملاريا: ٧٠	فيروس العوز المناعي البشري: ١٥٢ السل: ١٢٢ الملاريا: ٧٢
٢-٥-٢	عدد الدول الأعضاء التي تشرك المجتمعات المحلية والمصابين بالأمراض والمجتمع المدني والقطاع الخاص في تخطيط برامج الأيدز والعدوى بفيروسه، والسل، والملاريا، وتصميمها وتنفيذها وتقييمها.	فيروس العوز المناعي البشري: ٩٩ على الأقل السل: ٨٧ الملاريا: ٧٧	فيروس العوز المناعي البشري: ١٢٠ السل: ٨٧ الملاريا: ٧٠	فيروس العوز المناعي البشري: ١٤٧ السل: ١٠٠ الملاريا: ٧٦

٧٨- تستضيف المنظمة شراكة دحر السل والمرفق الدولي لشراء الأدوية (UNITAID) وشراكة دحر الملاريا، كما أنها شريك في رعاية برنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الأيدز وعضو في مجلس الصندوق العالمي لمكافحة الأيدز والسل والملاريا. وعززت المنظمة أيضاً دورها في الترتيبات التعاونية الأخرى، وبذلك يمكنها أن تحسن الدعم الذي تقدمه إلى الدول الأعضاء لتحقيق الأهداف الواردة في الخطة الاستراتيجية المتوسطة الأجل ٢٠٠٨-٢٠١٣، والأهداف المتعلقة بالصحة من الأهداف الإنمائية للألفية، وواصلت المنظمة بناء قدرات جميع الجهات المتقدمة للحصول على منح من الصندوق العالمي، بما فيها برامج مكافحة الأمراض الوطنية، وبذا أتيح التمويل لزيادة إتاحة الخدمات للجميع وللقيام بالترصد والرصد والتقييم وقياس الأثر. ويعنى انخفاض الموارد المالية والبشرية في النصف الثاني من الثنائية أنه على المنظمة أن تطوع أولوياتها المتعلقة بالشراكات مع هذا الوضع. وواصلت الدول الأعضاء والمنظمة عن طريق مستواها القُطري في التزامها تجاه طائفة عريضة من الأشخاص المتضررين والمجتمعات المتضررة والمجتمع المدني والشركاء في القطاع الخاص.

٧٩- وقد تحققت هذه النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة بالكامل لأن العمل على إقامة الشراكات وبناء القدرة على حشد الموارد على المستويات القُطرية والإقليمية العالمية كان على القدر المتوقع وزاد تماشياً مع الفرص الجديدة الكبرى المتاحة على المستويين القُطري والعالمي.

النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة ٢-٦

إعداد وإجازة معارف وأدوات تدخل واستراتيجيات جديدة تلبي الاحتياجات ذات الأولوية فيما يتعلق بتوقي ومكافحة الأيدز والعدوى بفيروسه، والسل، والملاريا، بمشاركة علماء من البلدان النامية يتولون على نحو متزايد دوراً رئيسياً في هذه البحوث.

نتيجة تحققت جزئياً

المؤشر		المعطيات الأساسية	الهدف	مُحقق
٢-٦-١	عدد الأدوات الجديدة والمحسنة أو استراتيجيات تنفيذ توقي ومكافحة الأيدز والعدوى بفيروسه، أو السل، أو الملاريا، التي نفذها القطاع العام في بلد واحد على الأقل من البلدان النامية.	١	٦	١٧
٢-٦-٢	نسبة المنشورات التي يتم استعراضها على نحو جماعي والصادرة عن بحوث مدعومة من المنظمة بشأن الأيدز والعدوى بفيروسه، أو السل أو الملاريا، والتي توجد المؤسسة التي ينتمي إليها واضع الدراسة الرئيسي في أحد البلدان النامية.	٧١٪	٥٥٪	٦١٪

٨٠- أدت زيادة الدعم المقدم لإدارة البحوث والمعارف عموماً إلى إعداد واعتماد استراتيجيات جديدة للوقاية من الأمراض ومكافحتها، وفاق عدد الأدوات المنفذة الجديدة والمحسنة الأهداف الأصلية. ونشرت المنظمة بالتعاون مع البرنامج المشترك المعني بالبحث والتدريب في مجال الأمراض المدارية والعديد من الشركاء نتائج مسندة بالبيِّنات لبحوث قُطرية سريرية ووبائية وتشغيلية.

٨١- وساهمت هذه النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة في إعداد سياسات واستراتيجيات جديدة اعتُمدت خلال الثنائية، غير أن الإقليم الأفريقي وإقليم جنوب شرق آسيا أبلغا عن قصور كبير في قدرات البحث في بلدانهما.

الغرض الاستراتيجي ٣

توقي وتقليص حالات المرض والعجز والوفيات المبكرة بسبب الأمراض غير السارية المزمنة والاضطرابات النفسية والعنف والإصابات وضعف البصر

٨٢- تمثل الأمراض غير السارية ولاسيما أمراض القلب والأوعية الدموية والسرطان والأمراض التنفسية المزمنة والسكري أهم أسباب الوفاة في العالم. ويلقى أكثر من ٣٦ مليون شخص حتفهم سنوياً بسبب مثل هذه الأمراض (٦٣٪ من حالات الوفاة العالمية) بمن فيهم ٩ ملايين شخص يتوفون في سن مبكر قبل بلوغ الستين من العمر. وينجم ٧٥٪ من كل حالات الوفاة عن هذه الأسباب وعن الاضطرابات النفسية والعنف والإصابات، ويُتوقع أن ترتفع هذه النسبة على مدى العشرة أعوام القادمة. وفضلاً عن ذلك، يعاني ١٥٪ من سكان العالم من حالة عجز قد تعوق مشاركتهم الكاملة في المجتمع. وستتحمل البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل في المقام الأول هذا العبء المتزايد.

النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة ٣-١

الدعوة وتقديم الدعم لتعزيز الالتزام السياسي والمالي والتقني في الدول الأعضاء من أجل مواجهة الأمراض غير السارية المزمنة والاضطرابات النفسية والعصبية والعنف والإصابات وحالات العجز وضعف البصر بما في ذلك العمى.

نتيجة تحققت بالكامل

المؤشر		المعطيات الأساسية	الهدف	مُحقق
٣-١-١	عدد الدول الأعضاء التي يوجد لدى وزارات الصحة فيها نقطة اتصال أو وحدة تعنى بالوقاية من الإصابات والعنف وتملك ميزانيتها الخاصة.	١٥٦	١٦٢	١٦٤
٣-١-٢	نشر التقرير العالمي الخاص بالعجز والتأهيل وبدء تنفيذ مضامينه استجابة للقرار ج ص ع٥٨-٢٣.	إعداد مسودة التقرير	نشر التقرير بست لغات	نشر التقرير بست لغات
٣-١-٣	عدد الدول الأعضاء التي لديها ميزانية خاصة بالصحة النفسية تزيد قيمتها على ١٪ من إجمالي ميزانية الصحة.	٩٠	١٠٠	١٠٠
٣-١-٤	عدد الدول الأعضاء التي يوجد لدى وزارات الصحة فيها وحدة أو هيئة صحية وطنية مكافئة تستخدم موظفين وتتمتع بميزانية وتعنى بالوقاية من الأمراض غير السارية المزمنة ومكافحتها.	٧٥	١٢٢	١٦٥

٨٣- دعت المنظمة إلى تعزيز الالتزام بمكافحة الأمراض غير السارية واتخاذ الإجراءات في هذا الصدد بدعم من عدة جهات شريكة مما أدى إلى إبرام عدة اتفاقات عالمية خلال الثنائية بما فيها الإعلان السياسي للاجتماع الرفيع المستوى للجمعية العامة للأمم المتحدة بشأن الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها (القرار ٢/٦٦ للجمعية العامة للأمم المتحدة). واتضح التزام الدول الأعضاء أيضاً عبر عدة قرارات أخرى رفيعة المستوى بما في ذلك القرار ج ص ع٦٣-١٣ بشأن الاستراتيجية العالمية للحد من تعاطي الكحول على نحو ضار والقرار ٢٥٥/٦٤ للجمعية العامة للأمم المتحدة الذي يعلن عقداً للعمل من أجل السلامة على الطرق ٢٠١١-٢٠٢٠. كما تبين زيادة الوعي على الصعيد الوطني من ارتفاع عدد الدول الأعضاء التي توجد فيها وحدات إدارية تركز على الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها من ١٢٢ إلى ١٦٥ دولة.

النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة ٣-٢

تقديم الإرشاد والدعم للدول الأعضاء من أجل وضع وتنفيذ السياسات والاستراتيجيات واللوائح الخاصة بالأمراض غير السارية المزمنة والاضطرابات النفسية والعصبية والعنف والإصابات وحالات العجز وضعف البصر بما في ذلك العمى.

نتيجة تحققت جزئياً

المؤشر		المعطيات الأساسية	الهدف	مُحقق
٣-٢-١	عدد الدول الأعضاء التي لديها خطط وطنية للوقاية من الإصابات غير المتعمدة أو العنف.	٨٣	٨٨	١٣٣
٣-٢-٢	عدد الدول الأعضاء التي استهلت عملية وضع سياسات أو سن قوانين ترتبط بالصحة النفسية.	٥١	٥٦	٥٦
٣-٢-٣	عدد الدول الأعضاء التي اعتمدت سياسات وطنية متعددة القطاعات فيما يتعلق بالأمراض غير السارية المزمنة.	٧٥	٩٠	١٢١
٣-٢-٤	عدد الدول الأعضاء التي تقوم حالياً بتنفيذ خطط وطنية شاملة من أجل الوقاية من ضعف السمع أو البصر.	٨٨	١٠٠	٥٩

٨٤- مازالت المنظمة تضطلع بدور محوري في تقديم الإرشاد بشأن وضع وتنفيذ ورصد السياسات والبرامج التي تستهدف الوقاية من الأمراض غير السارية والاضطرابات النفسية والسلوكية وأعمال العنف والإصابات وحالات العجز وإدارتها وتأهيل المصابين بها. وقد سُجل ارتفاع كبير في عدد البلدان التي لديها سياسات وتشريعات وخطط عمل وميزانيات وطنية ملائمة في كل المجالات التقنية ترسي أسس الأنشطة اللاحقة الرامية إلى تنفيذ عمليات تدخل فعالة وتكثيفها. وارتفع عدد الدول الأعضاء التي لديها خطط وطنية للوقاية من الإصابات غير المتعمدة أو العنف من ٨٣ إلى ١٣٣ دولة. ويتواصل إحراز التقدم في مجال الأمراض غير السارية بتسجيل ارتفاع في عدد الدول الأعضاء التي اعتمدت سياسات وطنية متعددة القطاعات فيما يتعلق بالأمراض المزمنة من ٧٥ إلى ١٢١ دولة. وازداد عدد البلدان التي لديها سياسات وخطط وقوانين بشأن الصحة النفسية من ٥١ إلى ٥٦

دولة. ومن الملاحظ أيضاً أن جودة خطط العمل في كل المجالات التقنية قد تحسنت تحسناً كبيراً. وهناك تحد واضح مطروح يتمثل في ضرورة تنفيذ أنشطة المواجهة على نطاق واسع من جانب مختلف القطاعات نظراً لطبيعة هذه المجالات التقنية.

٨٥- وقد عززت المكاتب الإقليمية والقطرية على المستوى الإقليمي قدرتها على توفير الدعم التقني المباشر للدول الأعضاء لتمكينها من تكييف الإرشادات السياسية وأفضل الممارسات المسندة بالبينات واعتمادها. ومع ذلك، تُعد هذه النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة نتيجة قد "تحققت جزئياً" لأن عدد الدول الأعضاء المنفذة لخطط وطنية شاملة ترمي إلى الوقاية من ضعف السمع أو البصر لم يحقق الهدف المتوقع، ما يُعزى في المقام الأول إلى تدعيم معايير القياس المستخدمة لتقييم هذا المؤشر.

النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة ٣-٣

تحسين قدرات الدول الأعضاء على جمع وتحليل وبث واستخدام المعطيات حول جسامة وأسباب وعواقب الأمراض غير السارية المزمنة والاضطرابات النفسية والعصبية والعنف والإصابات وحالات العجز وضعف البصر بما في ذلك العمى.

نتيجة تحققت جزئياً

المؤشر		المعطيات الأساسية	الهدف	مُحقق
٣-٣-١	عدد الدول الأعضاء التي قدمت إلى منظمة الصحة العالمية خلال الثنائية تقييماً مستوفى عن حالة الوقاية من الإصابات الناجمة عن حوادث السير في الطرقات على الصعيد الوطني.	١٧٥	١٧٥	١٧٥
٣-٣-٢	عدد الدول الأعضاء التي نشرت وثيقة تتضمن بيانات وطنية عن انتشار حالات العجز ووقوعها.	١٥٨	١٦٣	١٩٣
٣-٣-٣	عدد الدول الأعضاء المنخفضة والمتوسطة الدخل التي تعد مؤشرات أساسية عن الصحة النفسية وتقوم بالتبليغ عنها سنوياً.	٩٨	١١٠	١١٠
٣-٣-٤	عدد الدول الأعضاء التي وضعت نظاماً وطنياً للتبليغ الصحي وتقدم تقارير سنوية تحتوي على مؤشرات خاصة بالأمراض غير السارية الرئيسية الأربعة.	١١٦	١٣٦	١٠١
٣-٣-٥	عدد الدول الأعضاء التي تعد وثائق بشأن العبء الناجم عن ضعف السمع أو البصر استناداً إلى دراسات استقصائية تشمل السكان.	٣٤	٣٨	٤٧

٨٦- يكتسي جمع وتحليل واستخدام البيانات بشأن جسامة الأمراض غير السارية وأسبابها وعواقبها أهمية حيوية لعمليات تحديد الأهداف والوقاية وتقييم التقدم. وبصفة عامة، واصلت الدول الأعضاء تحسين قدرتها على جمع المعلومات وتحليلها في مجالات الصحة النفسية والوقاية من الإصابات الناجمة عن حوادث السير في الطرق والعبء الناجم عن ضعف السمع أو البصر. وعلى وجه التحديد، ارتفع عدد الدول الأعضاء التي نشرت وثيقة تتضمن بيانات وطنية عن انتشار حالات العجز ومعدل وقوعها من ١٥٨ إلى ١٩٣ دولة مما يمثل قائمة التقديرات الأكثر شمولاً المتاحة حالياً عن انتشار حالات العجز على المستوى الوطني، وقد أسهم في عدد من التقارير الرئيسية التي صدرت خلال الثنائية بما فيها *التقرير العالمي عن العجز والتقرير عن الصحة النفسية والتنمية: استهداف الأشخاص المصابين بأمراض الصحة النفسية كفئة مستضعفة*. وفضلاً عن ذلك، نُشرت عدة تقارير رئيسية لرصد التقدم المحرز في جميع أنحاء العالم مثل *التقرير العالمي الأول عن وضع الأمراض غير السارية ٢٠١٠ وأطلس الصحة النفسية ٢٠١١ والتقرير العالمي عن وضع السلامة على الطرق.*

٨٧- وقد أُحرز تقدم ملحوظ في معظم المجالات إلا أن هذه النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة اعتُبرت نتيجة "تحققت جزئياً" لأن عدد الدول الأعضاء التي لديها نظام وطني لرفع التقارير الصحية وتقارير سنوية تشمل المؤشرات الخاصة بالأمراض غير السارية الرئيسية الأربعة لم يحقق الهدف المتوقع أي بلوغ عدد ١٣٦ دولة، ما يُعزى في المقام الأول إلى أوجه التحسين الإضافية المدخلة على المعايير والأساليب المستخدمة لقياس هذا المؤشر، وهذا أمر تطلب من الدول الأعضاء رفع التقارير عن هذه المؤشرات خلال السنوات الخمس الماضية. وقد أدرج عدد من البلدان في الواقع المؤشرات المطلوبة في نُظمه الاعتيادية لرفع التقارير، غير أن التقارير التي يرقى تاريخها إلى أقل من خمس سنوات لم تكن متاحة على الدوام، ما أدى إلى انخفاض عدد الدول الأعضاء التي تُعد مستوفية للمعايير الأشد صرامة وعدم تحقيق الهدف الأولي.

النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة ٣-٤

قيام المنظمة بجمع البيّنات المحسنة حول مردودية التدخلات الرامية إلى مواجهة الأمراض غير السارية المزمنة والاضطرابات النفسية والعصبية وتعاطي المواد والعنف والإصابات وحالات العجز وضعف البصر، بما في ذلك العمى.

نتيجة تحققت بالكامل

المؤشر		المعطيات الأساسية	الهدف	مُحقق
٣-٤-١	توافر إرشادات مسندة بالبينات عن فعالية التدخلات المتاحة من أجل التدبير العلاجي لاضطرابات نفسية وسلوكية أو عصبية مختارة، بما فيها الاضطرابات الناجمة عن تعاطي المواد النفسانية التأثير.	نشر وتوزيع بيّنات بشأن ٨ تدخلات	نشر وتوزيع بيّنات بشأن ١٢ تدخلاً	نشر وتوزيع بيّنات بشأن ١٢ تدخلاً
٣-٤-٢	توافر إرشادات أو دلائل مسندة بالبينات عن فعالية أو مردودية التدخلات الرامية إلى الوقاية من الأمراض غير السارية المزمنة وإدارتها.	نشر وتوزيع بيّنات بشأن ٤ تدخلات	نشر وتوزيع بيّنات بشأن ٥ تدخلات	نشر وتوزيع بيّنات بشأن ٦ تدخلات

٨٨- *نُشر دليل التدخل الخاص بالاضطرابات النفسية والعصبية وتعاطي المواد في سياقات صحية غير متخصصة في إطار برنامج العمل لسد الثغرة في الصحة النفسية* خلال الثنائية. ويستند الدليل إلى استعراض شامل للبيِّنات الراهنة ويتضمن توصيات لتيسير خدمات الرعاية العالية الجودة في المرافق من المستويين الأول والثاني من جانب مقدمي الرعاية الصحية غير المتخصصين. وسرعان ما أصبح الدليل مرجعاً معروفاً وشائع الاستخدام. وقد نُفذ حتى الآن في ثمانية بلدان بما فيها البلدان التي تسجل كثافة سكانية كبيرة مثل الهند وتايلند. ويعتمد عدد لا يستهان به من المنظمات غير الحكومية والمنظمات الخاصة في تدخلاته على هذا الدليل. وأتيح في لغات المنظمة الرسمية الست وفي اللغات الهندية والبرتغالية والتايلندية أيضاً.

٨٩- ووُضعت إرشادات مسندة بالبينات بشأن التدخلات المتصلة بأمراض غير سارية أساسية مختارة لتقديم الرعاية الصحية الأولية في السياقات ذات الموارد المحدودة. واستناداً إلى الإرشادات التي وضعت سابقاً بشأن التدخلات المنطبقة والمجدية تم التركيز خلال الثنائية الحالية على التدخلات ذات المردودية التي تمثل "أفضل الخيارات" والتي ستكون على الأرجح شديدة التأثير ومجدية في الوقت ذاته للنهوض السريع بالخدمات في السياقات القليلة الموارد.

النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة ٣-٥

توفير الإرشاد والدعم للدول الأعضاء لإعداد وتنفيذ برامج متعددة القطاعات تركز على جميع السكان لتعزيز الصحة النفسية والوقاية من الاضطرابات النفسية والسلوكية والعنف والإصابات ومن ضعف السمع والبصر، بما في ذلك العمى.

نتيجة تحققت جزئياً

المؤشر		المعطيات الأساسية	الهدف	مُحقق
٣-٥-١	نشر عدد من الدلائل حول التدخلات المتعددة القطاعات من أجل توقي العنف والإصابات غير المتعمدة وبثها على نطاق واسع.	١٠	١٤	١٥
٣-٥-٢	عدد الدول الأعضاء التي استهلت مشاريع مجتمعية خلال الثنائية للحد من حالات الانتحار.	١٧	٢١	٢١
٣-٥-٣	عدد الدول الأعضاء التي تنفذ الاستراتيجيات التي أوصت بها المنظمة من أجل الوقاية من ضعف السمع أو البصر.	٨٨	١٠٠	٧٨

٩٠- حققت الدلائل الإرشادية بشأن الوقاية من العنف والإصابات المنشورة والمعممة على نطاق واسع عدد ١٤ المستهدف بالكامل. ونشرت الأمانة ١٥ وثيقة إرشادية شملت ست وثائق إرشادية بشأن الوقاية من الإصابات الناجمة عن حوادث السير في الطرق وخمس وثائق بشأن الوقاية من العنف ووثيقتين بشأن موضوعات شاملة ووثيقة واحدة عن وقاية الأطفال من الإصابات ووثيقة واحدة عن الوقاية من الحروق. ونشرت عدة دلائل إرشادية جديدة وعممت على نطاق واسع وشملت الدلائل التالية: *Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence* (الوقاية من العنف الممارس من قبل العشير والعنف

الجنسي ضد المرأة: اتخاذ الإجراءات وتكوين البيِّنات)، *Burns prevention: success stories and lessons learned* (الوقاية من الحروق: قصص النجاح والدروس المستفادة)، *Mobile phone use: a growing problem of driver distraction* (استخدام الهاتف المحمول: مشكلة تحول انتباه السائق المتنامية). وشملت عملية بناء القدرات للوقاية من العنف والإصابات إضافة إلى الدعم القطري المباشر استهلال سلسلة من الحلقات الدراسية الشبكية التفاعلية وبرامج التعلم الإلكتروني TEACH-VIP ومنهج دراسي شامل للتدريب المنسق والمدبر ذاتياً على شبكة الإنترنت. واستُهلت المشاريع المجتمعية للوقاية من الانتحار في ٢١ دولة عضواً.

٩١- وأُحرز التقدم في معظم المجالات إلا أن هذه النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة اعتُبرت نتيجة "تحققت جزئياً" لأن عدد الدول الأعضاء التي تنفذ الاستراتيجيات التي أوصت بها المنظمة من أجل الوقاية من ضعف السمع أو البصر لم يحقق الهدف المتوقع. وتبين من استعراض مفصل أجري عام ٢٠١١ أن الهدف الأولي المنشود كان بعيد المطمح ولذا فقد تم تقليص المعطيات الأساسية والهدف المنشود بنسبة تناهز ٣٠٪. ونجم ذلك في المقام الأول عن أوجه التحسين الإضافية المدخلة على المعايير والأساليب المستخدمة لقياس هذا المؤشر مما أفضى إلى انخفاض عدد الدول الأعضاء التي تُعد مستوفية للمعايير الأشد صرامة وعدم تحقيق الهدف الأولي.

النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة ٣-٦

توفير الإرشاد والدعم للدول الأعضاء لتعزيز قدرة نظمها الصحية والاجتماعية على توقي وعلاج الأمراض غير السارية المزمنة، والاضطرابات النفسية والسلوكية والعنف والإصابات وحالات العجز وضعف البصر، بما في ذلك العمى.

نتيجة تحققت بالكامل

المؤشر		المعطيات الأساسية	الهدف	مُحقق
٣-٦-١	عدد الدول الأعضاء التي اتبعت دلائل منظمة الصحة العالمية بشأن المصابين بالرضوح وأدرجت في نُظم الرعاية الصحية التابعة لها خدمات رعاية ضحايا الإصابات أو العنف المصابين بالرضوح.	٢٢	٢٧	٧٠
٣-٦-٢	عدد الدول الأعضاء التي نفذت برامج التأهيل المجتمعية.	٢٩	٣٤	٣٤
٣-٦-٣	عدد الدول الأعضاء المنخفضة والمتوسطة الدخل التي فرِغت من إعداد تقييم لنظم الصحة النفسية فيها باستخدام الأدوات التي وضعتها المنظمة لتقييم نظم الصحة النفسية.	٧٢	٨٠	٨٠

المؤشر		المعطيات الأساسية	الهدف	مُحقق
٣-٦-٤	عدد الدول الأعضاء المنخفضة والمتوسطة الدخل التي تنفذ استراتيجيات الرعاية الصحية الأولية لتحري مخاطر الأمراض القلبية الوعائية والتدبير المتكامل لعلاج الأمراض غير السارية باستخدام الدلائل الإرشادية للمنظمة.	٥١	٢٦أ	٣٦
٣-٦-٥	عدد الدول الأعضاء التي لديها خدمات للمساعدة على الإقلاع عن التدخين تندرج ضمن الرعاية الصحية الأولية.	٥٥	٤٠	٦٥

أ حُصِّل العدد ٥١ في المعطيات الأساسية الأصلية قبل توفر البيانات الاستقصائية. وعُدِّل الهدف ليبلغ العدد ٢٦ بالاستناد إلى الاستقصاء الخاص بتقييم القدرات العالمية الذي أتاح بيانات موثوقة بدرجة أكبر.

٩٢- أدرجت خدمات الرعاية قبل دخول المستشفى والرعاية في المستشفى المقدمة إلى الأشخاص المصابين في ٧٠ دولة عضواً وهذا أمر يُعزى في المقام الأول إلى جهود المنظمة الرامية إلى وضع توجيهات بشأن رعاية الرضوح. وبُذلت هذه الجهود تصدياً لعبء الأشخاص المصابين ضمن القُطر وفي إطار خطط أوسع نطاقاً لتعزيز النظم الصحية في الغالب. وأعدت *إرشادات منظمة الصحة العالمية بشأن التأهيل المجتمعي* بالتعاون مع عدد كبير من الدول الأعضاء واختبرت ميدانياً في ٢٩ بلداً ثم نشرت على المستوى الإقليمي في آسيا وأوروبا وأمريكا اللاتينية. وأمدت الأمانة برامج التأهيل المجتمعية في ٣٤ بلداً بالدعم الخاص وأنشأت شبكات إقليمية للتأهيل المجتمعي شملت ٨٦ بلداً في ثلاثة أقاليم. واستكملت ثمانية بلدان أخرى عملية تقييم نظم الصحة النفسية لديها خلال الثنائية الماضية مما أدى إلى إعداد ٧٨ تقريراً قطرياً متاحاً الآن على موقع المنظمة الإلكتروني لأغراض تحصيل البيِّنات والبحث في مجال الصحة النفسية.

٩٣- واعتمد ٣٦ بلداً في كل الأقاليم استراتيجيات متكاملة للرعاية الصحية الأولية من أجل تحري مخاطر الأمراض القلبية الوعائية والتدبير المتكامل للأمراض غير السارية باستخدام الدلائل الإرشادية للمنظمة. وهناك عدد قليل من البلدان التي وضعت خططاً للنهوض بالخدمات على الصعيد الوطني. وقد بدأ بعض البلدان في إدراج تدخلات أساسية خاصة بالأمراض غير السارية في مجموعة خدمات الرعاية الصحية الأساسية وفي استكشاف آليات مبتكرة لتمويلها. وأُحرز تقدم ملحوظ في تقديم الدعم للإقلاع عن التدخين في إطار خدمات الرعاية الصحية الأولية في البلدان خلال الثنائية. ووفقاً *لتقرير المنظمة عن وباء التبغ العالمي لعام ٢٠١١* تُقدم ٦٥ دولة عضواً الدعم للإقلاع عن التدخين في إطار خدمات الرعاية الصحية الأولية وتوفر على الأقل تغطية بعض تكاليف علاج الاعتماد على التبغ.

الغرض الاستراتيجي ٤

خفض معدلات المراضة والوفيات وتحسين الصحة خلال مراحل العمر الرئيسية، بما في ذلك الحمل والولادة وفترة الولادة الحديثة والطفولة والمراهقة، وتحسين الصحة الجنسية والإنجابية وتعزيز تمتع جميع الأفراد بالنشاط والصحة في مرحلة الشيخوخة

٩٤- عُجل اتخاذ الإجراءات تعجيلاً ملحوظاً في الميدان السياسي لبلوغ الهدف ٤ (تخفيض معدل وفيات الأطفال) والهدف ٥ (تحسين صحة الأمومة) من الأهداف (المرامي) الإنمائية للألفية. وأكد استهلال الاستراتيجية العالمية لصحة المرأة والطفل التي وضعها الأمين العام للأمم المتحدة في عام ٢٠١٠ واللجنة المعنية بالمعلومات والمساءلة عن صحة المرأة والطفل في عام ٢٠١١ الالتزام السياسي الرفيع المستوى وأمد بزخم إضافي لتحقيق هذين الهدفين. وتتتبع مبادرة العد التنازلي نحو عام ٢٠١٥ أيضاً التقدم المحرز لتحقيق هذين الهدفين وتشارك منظمة الصحة العالمية في لجنة التنسيق المعنية بالمبادرة.

٩٥- وانخفضت حالات وفيات الأمهات انخفاضاً شديداً إلا أن معدل الانخفاض هو أقل من نصف ما يلزم بلوغه تحقيقاً للهدف الإنمائي ٥ للألفية. ويسجَّل ما يناهز ٥٠٪ من كل حالات وفاة الأطفال في الإقليم الأفريقي الذي يشهد أيضاً أعلى معدلات وفيات الأمهات في العالم. وعلى المستوى العالمي، ما زال معظم حالات وفاة الأطفال دون الخامسة من العمر يُعزى إلى الالتهاب الرئوي والإسهال والملاريا وسوء التغذية والاعتلالات التي تصيب المواليد. وسجلت معدلات وفيات المواليد انخفاضاً أبطأ من معدلات وفيات الأطفال ويتفاوت التقدم المحرز تفاوتاً شديداً بين الأقاليم.

٩٦- وتزايد التركيز على عقد الشراكات طوال الثنائية. وأفضت التزامات مجموعة الدول الصناعية الثماني خلال اجتماع القمة لعام ٢٠١٠ في ماسكوكا بكندا إلى التزامات مالية مهمة تجمع أعمال الجهات الشريكة ضمن منظومة الأمم المتحدة بما فيها منظمة الصحة العالمية واليونيسيف وصندوق الأمم المتحدة للسكان والبنك الدولي وبرنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الأيدز وهيئة الأمم المتحدة للمرأة.

النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة ٤-١

تقديم الدعم إلى الدول الأعضاء لصياغة سياسة وخطة واستراتيجية شاملة للتقدم نحو إتاحة التدخلات الفعالة للجميع، بالتعاون مع البرامج الأخرى، ومع إيلاء الاهتمام للحد من عدم المساواة بين الجنسين ومن الإجحاف في مجال الصحة، وتوفير سلسلة متصلة الحلقات من الرعاية طيلة العمر، وتحقيق التكامل في عملية تقديم الخدمات على مختلف مستويات النظام الصحي، وتعزيز التنسيق مع المجتمع المدني والقطاع الخاص.

نتيجة تحققت بالكامل

المؤشر		المعطيات الأساسية	الهدف	مُحقق
٤-١-١	عدد الدول الأعضاء المستهدفة التي لديها سياسة متكاملة لتحقيق الإتاحة الشاملة للتدخلات الفعالة لتحسين صحة الأم والوليد والطفل.	٢٠	٤٠	٧٢
٤-١-٢	عدد الدول الأعضاء التي وضعت بدعم من المنظمة سياسات لتحقيق الإتاحة الشاملة لخدمات الصحة الجنسية والإنجابية.	٣٠	٤٠	٦٣

٩٧- يظل حصول الجميع على خدمات الصحة الإنجابية وصحة الأم والطفل والمراهق وخدمات تعزيز الصحة ودعمها في مرحلة الشيخوخة يطرح تحدياً كبيراً ويُعد وضع سياسات متكاملة خطوة أساسية. وقد سُلم بصفة متزايدة بأهمية السياسات المتكاملة إذ تدعم البيِّنات بشدة علاقة الترابط بين صحة الأمهات وصحة المواليد والأطفال والمراهقين الذين يصبحون فيما بعد آباء وأمهات. ويكتسي هذا التكامل أهمية لا جدال فيها من منظور برمجة الموارد واستخدامها.

٩٨- وعلى الرغم من توجه السياسات والاستراتيجيات الصحية الوطنية نحو تحقيق التكامل بدعم تقني من المنظمة عند الاقتضاء فإن تجسيد هذا التكامل في عملية توفير الخدمات أمر يتسم بالتعقيد ويتطلب عناية فائقة. وشددت منظمة الصحة العالمية بوجه خاص على دعم سياسات توفير الخدمات المتكاملة في كافة مراحل العمر، والنهوج الرامية إلى إزالة العوائق التي تحول دون الحصول على مثل هذه الخدمات، وأساليب الحفاظ على جودة خدمات الرعاية المتاحة أو تحسينها، تمشياً مع الاستراتيجية العالمية لصحة المرأة والطفل التي وضعها الأمين العام للأمم المتحدة عام ٢٠١٠. وأفادت ٧٢ دولة عضواً بأنها اعتمدت سياسات متكاملة بشأن إتاحة خدمات صحة الأم والمولود والطفل و٦٣ دولة بأنها اعتمدت سياسات بشأن إتاحة خدمات الصحة الجنسية والإنجابية. ووُضعت أغلبية هذه السياسات بمساهمة المنظمة ودعمها.

النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة ٤-٢

تعزيز القدرات البحثية الوطنية حسب الاقتضاء، واتاحة بيّنات ومنتجات وتكنولوجيات وتدخلات وأساليب تنفيذ جديدة مناسبة عالمياً و/أو وطنياً، لتحسين صحة الأم والوليد والطفل والمراهق، وتعزيز التمتع بالنشاط والصحة في مرحلة الشيخوخة، وتحسين الصحة الجنسية والإنجابية.

نتيجة تحققت بالكامل

المؤشر		المعطيات الأساسية	الهدف	مُحقق
٤-٢-١	عدد مراكز البحوث التي تلقت منحة أولية من أجل التطوير والدعم المؤسسيين الشاملين.	٨	٨	١٢
٤-٢-٢	عدد الدراسات المنجزة بشأن القضايا ذات الأولوية التي حظيت بدعم المنظمة.	١٦	٢٨	٦٠
٤-٢-٣	عدد الاستعراضات المنهجية الجديدة أو المحدثة بشأن أفضل ممارسات الرعاية وسياساتها ومعاييرها لتحسين صحة الأم والوليد والطفل والمراهق وتعزيز التمتع بالنشاط والصحة في مرحلة الشيخوخة أو تحسين الصحة الجنسية والإنجابية.	٢٠	٤٠	٨٩

٩٩- ساهم التطوير والدعم المؤسسيان الشاملان بما في ذلك عن طريق المنح في تدعيم مراكز البحث وحصل ١٢ مركزاً للبحث على مثل تلك المنح في أواخر الثنائية.

١٠٠- وسعياً إلى تحديد أولويات البحث في مجال صحة الأم والمولود والطفل عقدت المنظمة والتحالف من أجل السياسات الصحية وبحوث النُظم ١١ حلقة عمل في إقليم أفريقيا وإقليم غرب المحيط الهادئ وإقليم جنوب شرق آسيا. وتتمثل إحدى الحصائل المهمة المحققة في تحول التركيز من البحث السريري إلى البحث المتصل بالعمليات بهدف تحسين آليات تقديم التدخلات الفعالة ووضع حد للعوائق التي تحول دون الحصول عليها.

١٠١- ودعمت المنظمة أيضاً مشاريع البحث التي تتناول أولويات الصحة الإنجابية الإقليمية والوطنية. وركزت مشاريع البحث على العنف ضد المرأة والإجهاض الطبي وعواقب فقر الدم أثناء الحمل وعلى منهجية البحث في مجال الصحة الجنسية والإنجابية وأخلاقيات البحث وتحليل البيانات.

١٠٢- وارتفع إجمالاً عدد الاستعراضات المنهجية الجديدة أو المحدثة بشأن أفضل ممارسات الرعاية وسياساتها ومعاييرها لتحسين صحة الأم والوليد والطفل والمراهق وتعزيز التمتع بالنشاط والصحة في مرحلة الشيخوخة أو تحسين الصحة الجنسية والإنجابية من ٢٠ استعراضاً في مستهل فترة الثنائية إلى ٨٩ استعراضاً بحلول نهاية ٢٠١١.

النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة ٤-٣

تطبيق الدلائل الإرشادية والأساليب والأدوات الخاصة بتحسين رعاية الأمومة على المستوى القطري، بما في ذلك تقديم الدعم التقني إلى الدول الأعضاء من أجل تكثيف العمل على تأمين الرعاية الماهرة لكل حامل وكل وليد، على مدى الولادة وفترة النفاس وفترة ما بعد الولادة، وخصوصاً من أجل المجموعات السكانية الفقيرة والمحرومة، مع رصد التقدم المحرز.

نتيجة تحققت بالكامل

المؤشر		المعطيات الأساسية	الهدف	مُحقق
٤-٣-١	عدد الدول الأعضاء التي تنفذ استراتيجيات لزيادة مستوى التغطية من الرعاية الحاذقة للولادات.	٢٥	٥٠	٦٦

١٠٣- انخفض العدد السنوي المقدر لحالات وفاة الأمهات في العالم بصفة عامة بنسبة ٣٤٪ بين سنتي ١٩٩٠ و٢٠٠٨. ويبقى مستوى الانخفاض السنوي بنسبة ٢,٣٪ في المعدلات المقدرة لوفيات الأمهات على مدى العقدين الماضيين (١٩٩٠-٢٠٠٨) أدنى بكثير من نسبة ٥,٥٪ اللازمة لتحقيق الهدف المنشود المتصل بالهدف الإنمائي ٥ للألفية.

١٠٤- والتزم أكثر من ٦٠ بلداً بتحسين صحة المرأة والطفل استجابةً للاستراتيجية العالمية لصحة المرأة والطفل التي وضعها الأمين العام للأمم المتحدة . وارتفع عدد الدول الأعضاء التي تنفذ استراتيجيات لزيادة مستوى التغطية من الرعاية الحاذقة للولادات من ٢٥ دولة في عام ٢٠١٠ إلى ٦٦ دولة بحلول نهاية الثنائية. وعلى المستوى العالمي، ارتفعت نسبة الولادات التي أشرف عليها عاملون صحيون ماهرون من ٥٨٪ إلى ٦٨٪ بين سنتي ١٩٩٠ و٢٠٠٨. وما زالت النزاعات المسلحة المتواصلة في بعض البلدان تطرح تحديات أمام الجهود المبذولة لتخفيض معدلات الوفاة والمراضة لدى الأمهات.

١٠٥- ووضع المكتب الإقليمي للأمريكتين بالتعاون مع المقر الرئيسي وجهات شريكة خطة عمل لتعجيل تخفيض معدلات الوفيات والمراضة الخطيرة لدى الأمهات تركز على تحسين جودة الرعاية في الخدمات الصحية وقد وافق عليها بالإجماع جميع وزراء الصحة في الإقليم.

١٠٦- وقُدم الدعم إلى بلدان معينة لتحسين صحة الأم بما في ذلك اعتماد منهجية "خارج نطاق الأرقام" التي تتصل بتحليل معدلات الوفاة والمراضة لدى الأمهات ووضع الإرشادات الوطنية وتحديثها بناءً على الإرشادات السريرية للتدبير العلاجي المتكامل للحمل والولادة للمنظمة، والتدريب واستعراض معدلات وفيات الأمهات لتقدير المتطلبات من الموارد واستعراض البرامج. واستُهلت حملة تعجيل تخفيض معدل وفيات الأمهات في ٣٤ بلداً أفريقياً.

١٠٧- وعلى الرغم من أن النتيجة ٤-٣ المتوقعة على صعيد المنظمة تُعد ضمن المجالات ذات الأولوية وأن الأدوات الفعالة متوفرة، فإن الافتقار إلى الموارد بما في ذلك الموظفين المؤهلين والوثائق المترجمة قد أدى إلى الحد من الدعم التقني الذي يمكن أن تقدمه المنظمة، ولاسيما فيما يرتبط بتحسين جودة الرعاية خلال الولادة وفي فترة ما بعد الولادة في إقليم أفريقيا وإقليم جنوب شرق آسيا.

النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة ٤-٤

تطبيق الدلائل الإرشادية والأساليب والأدوات الخاصة بتحسين بقاء الولدان على قيد الحياة وتحسين صحتهم، على المستوى القطري، مع تقديم الدعم التقني إلى الدول الأعضاء من أجل تكثيف العمل على توفير التغطية الشاملة، والتدخلات الناجعة ورصد التقدم المحرز.

نتيجة تحققت بالكامل

المؤشر		المعطيات الأساسية	الهدف	مُحقق
٤-٤-١	عدد الدول الأعضاء التي تنفذ استراتيجيات زيادة مستوى التغطية بالتدخلات لصالح صحة الولدان وبُقياهم.	٤٠	٥٠	٥٦

١٠٨- تتراجع معدلات وفيات المواليد في كل الأقاليم ويقل عدد المواليد الرضع الذين يلقون حتفهم في العالم الآن أكثر من أي وقت مضى، إلا أن هناك اختلافات إقليمية كبيرة، وتشهد أقاليم أوروبا وجنوب شرق آسيا وغرب المحيط الهادئ أكبر زيادة نسبية في هذا الصدد. وتمثل وفيات المواليد في كل الأقاليم باستثناء أفريقيا أكثر من ٤٠٪ من جميع حالات الوفاة في مرحلة الطفولة المبكرة. ونظراً للعلاقة الوثيقة بين معدلات الوفاة والمراضة لدى المواليد وصحة الأم والرعاية التي تقدم إليها في فترة الولادة فلا بد من أخذ مسألة إحراز التقدم من أجل زيادة مستوى التغطية من الرعاية الحاذقة خلال الولادة في الحسبان في هذا السياق.

١٠٩- وقد قدمت الأمانة الدعم التقني إلى البلدان لتحسين السياسات والتخطيط ووضع البرامج من أجل صحة المواليد. وتمحور التركيز في المقام الأول حول أربعة مجالات هي: (١) اتباع نهج متكامل لتدعيم عنصر صحة المواليد في إطار برامج صحة الأم والطفل، (٢) وتنفيذ خدمات الرعاية الأساسية للمواليد كجزء من إرشادات التدبير العلاجي المتكامل للحمل والولادة، (٣) والنهوض بالتدبير العلاجي المتكامل لأمراض الطفولة وبعنصره الخاص بالمواليد، (٤) وتعزيز الرعاية المنزلية للمواليد.

١١٠- وارتفع عدد الدول الأعضاء التي تنفذ استراتيجيات لزيادة مستوى التغطية عبر التدخلات لصالح صحة المواليد وبقائهم على قيد الحياة من ٤٠ دولة في عام ٢٠١٠ إلى ٥٦ دولة في نهاية الثنائية بدعم من المنظمة.

النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة ٤-٥

تطبيق الدلائل الإرشادية والأساليب والأدوات الخاصة بتحسين صحة الطفل ونموه، على المستوى القطري، مع تقديم الدعم التقني إلى الدول الأعضاء من أجل تكثيف العمل على توفير التغطية الشاملة للسكان بالتدخلات الناجعة، ورصد التقدم المحرز، مع مراعاة القواعد والمعايير الدولية وقواعد ومعايير حقوق الإنسان، ولاسيما تلك المنصوص عليها في اتفاقية حقوق الطفل.

نتيجة تحققت بالكامل

المؤشر		المعطيات الأساسية	الهدف	مُحقق
٤-٥-١	عدد الدول الأعضاء التي تنفذ استراتيجيات لزيادة التغطية بالتدخلات الخاصة بصحة الطفل ونموه.	٤٠	٤٠	٧٩
٤-٥-٢	عدد الدول الأعضاء التي وسعت التغطية للتدبير العلاجي المتكامل لأمراض الطفولة لتشمل أكثر من ٧٥٪ من المناطق المستهدفة	٣٠	٤٥	٥٤

١١١- وُسِّعت استراتيجية التدبير العلاجي المتكامل لأمراض الطفولة لتشمل المولود وكذلك الطفل السليم في بعض الأقاليم. وتظل الاستراتيجية الرئيسية لصحة المولود والطفل في كل الأقاليم وقد اعتمدتها الجهات الشريكة على نطاق واسع، وسُجل انخفاض تاريخي في عدد وفيات الأطفال الذي بلغ ٧,٦ ملايين طفل خلال الثنائية. وتضاعف متوسط الانخفاض السنوي في معدل وفيات الأطفال دون الخامسة من العمر في إقليم أفريقيا من ١,٢٪ سنوياً خلال الفترة ١٩٩٠-٢٠٠٠ إلى ٢,٤٪ سنوياً خلال الفترة ٢٠٠٠-٢٠١٠. وقُدم الدعم إلى البلدان في جميع الأقاليم لوضع استراتيجيات وطنية أو تنقيحها بغية الارتقاء بمهارات مقدمي الرعاية الصحية في مجال رعاية المواليد (باستخدام دورة المنظمة التدريبية المتصلة برعاية المواليد الأساسية) ورعاية المواليد في المنزل.

١١٢- واعتُمدت الاستراتيجية في إقليم أفريقيا وإقليم جنوب شرق آسيا وإقليم غرب المحيط الهادئ. وعلاوة على ذلك، اعتمدت هذه الأقاليم وإقليم شرق المتوسط خدمات الرعاية المتكاملة للأطفال المرضى في المجتمعات بتدريب العاملين العاديين في مجال الصحة المجتمعية لتقييم الحالات وتوفير العلاج لها حيثما يمكن وإحالتها. وشرع ١٤ بلداً في الإقليم الأوروبي في إدخال التحسين المنهجي على خدمات رعاية الأطفال في المستشفيات.

النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة ٤-٦

تقديم الدعم التقني إلى الدول الأعضاء لتنفيذ سياسات واستراتيجيات مستندة إلى البيّنات بشأن صحة ونمو المراهقين، وتعزيز تطبيق مجموعة من تدخلات الوقاية والعلاج والرعاية، وفقاً للمعايير الموضوعة.

نتيجة تحققت جزئياً

المؤشر		المعطيات الأساسية	الهدف	مُحقق
٤-٦-١	عدد الدول الأعضاء التي لديها برنامج جيد الأداء لصحة ونمو المراهقين.	٤٠	٥٠	٧٤

١١٣- دعمت المنظمة الدول الأعضاء لإجراء عمليات تحليل للوضع الوطني واستعراض للبرامج الوطنية ووضع خطط استراتيجية. ونتيجة لذلك، ارتفع عدد الدول الأعضاء التي لديها برنامج فعال لصحة المراهقين ونموهم من ٤٠ دولة في مستهل الثنائية إلى ٧٤ دولة في نهاية ٢٠١١.

١١٤- واستُكمل استعراض منهجي للوقاية من الحمل المبكر وأعدت إرشادات بشأن الوقاية من الحمل المبكر وآثاره السلبية على حصائل الصحة الإنجابية لدى المراهقات في البلدان النامية. وفي سياق البرامج الوطنية المتعددة القطاعات دعمت المنظمة تحديد توفير الخدمات الصحية للمراهقين وتعزيز ذلك من خلال ما يلي: وضع معايير وطنية للجودة للخدمات الصحية الملائمة للمراهقين، وتكييف أدوات التدريب والرصد، ودعم دورات التدريب والأنشطة القائمة على المهارات التي ترمي إلى تحقيق معايير الجودة الوطنية. وركز المكتب الإقليمي للأمريكتين تركيزاً خاصاً على هذه الفئة العمرية على المستويين الإقليمي والقُطري.

١١٥- وقد تحققت النتيجة ٤-٦ المتوقعة على صعيد المنظمة جزئياً وفقاً لما أفاد به إقليم أفريقيا وإقليم شرق المتوسط وإقليم جنوب شرق آسيا والمقر الرئيسي، وتأثرت تأثراً خاصاً في كل المكاتب الرئيسية بنقص الموارد المالية والبشرية لتقديم الدعم التقني المنهجي إلى البلدان وخصوصاً للتخطيط الاستراتيجي والخدمات الصحية الملائمة للمراهقين.

النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة ٤-٧

تزويد الدول الأعضاء بالدلائل الإرشادية والأساليب والأدوات، إلى جانب الدعم التقني، لتسريع العمل على تنفيذ استراتيجية تسريع التقدم نحو بلوغ المرامي والغايات الإنمائية الدولية المتعلقة بالصحة الإنجابية، مع التركيز بوجه خاص على تأمين المساواة في الحصول على الخدمات الجيدة الخاصة بالصحة الجنسية والإنجابية، ولاسيما في المجالات التي توجد فيها احتياجات غير ملباة، وفيما يتعلق بحقوق الإنسان من حيث صلتها بالصحة الجنسية والإنجابية.

نتيجة تحققت بالكامل

المؤشر		المعطيات الأساسية	الهدف	مُحقق
٤-٧-١	عدد الدول الأعضاء التي تنفذ استراتيجية منظمة الصحة العالمية للصحة الإنجابية من أجل تسريع التقدم نحو بلوغ المرامي والغايات الإنمائية الدولية المتعلقة بالصحة الإنجابية التي تمت الموافقة عليها في المؤتمر الدولي للسكان والتنمية لعام ١٩٩٤ واستعراضه لكل خمس سنوات ومؤتمر قمة الألفية والجمعية العامة للأمم المتحدة في عام ٢٠٠٧.	٣٠	٤٠	٦٠
٤-٧-٢	عدد الدول الأعضاء المستهدفة التي استعرضت قوانينها أو لوائحها أو سياساتها الوطنية القائمة فيما يتعلق بالصحة الجنسية والإنجابية.	٨	١٢	٢٠

١١٦- أُحرز تقدم في تدعيم قدرات الخبراء الوطنيين في إطار بحوث العمليات المتصلة بالصحة الإنجابية مما أسهم في التنفيذ العام لاستراتيجية الصحة الإنجابية. وتُعد تغطية تنظيم الأسرة جانباً أساسياً وكذلك إدراج تدخلات ناجعة قائمة أو جديدة في الممارسة عن طريق بحوث العمليات.

١١٧- وارتفع عدد الدول الأعضاء التي تنفذ استراتيجية المنظمة للصحة الإنجابية من أجل تسريع التقدم نحو بلوغ الأهداف والغايات الإنمائية الدولية من ٣٠ دولة في مستهل الثنائية إلى ٦٠ دولة في نهاية ٢٠١١. ودعمت الأمانة البلدان في إدراج بيِّنات جديدة في السياسات والبرامج وتنفيذ التدخلات المسندة بالبيِّنات. وقُدم الدعم من خلال القواعد والإرشادات المحدثة فيما يتعلق بمختلف جوانب الصحة الجنسية والإنجابية بما في ذلك تنظيم الأسرة (أربعة أسس لتنظيم الأسرة) وصحة الأم والصحة في الفترة المحيطة بالولادة (إرشادات بشأن النزف والارتعاج) والوقاية من سرطان عنق الرحم والوقاية من الإجهاض غير المأمون.

النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة ٤-٨

تزويد الدول الأعضاء بالدلائل الإرشادية والأساليب والأدوات، إلى جانب المساعدة التقنية، لتعزيز الدعوة من أجل اعتبار الشيخوخة من قضايا الصحة العمومية، ولوضع وتنفيذ سياسات وبرامج تستهدف الحفاظ على أقصى قدرة ممكنة على تأدية الوظائف، طيلة العمر، ولتدريب مقدمي خدمات الرعاية الصحية على الأساليب التي تكفل التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة.

نتيجة تحققت جزئياً

المؤشر		المعطيات الأساسية	الهدف	مُحقق
٤-٨-١	عدد الدول الأعضاء التي لديها برنامج عملي بشأن التمتع بالنشاط والصحة في مرحلة الشيخوخة وفقاً للقرار ج ص ع٥٨-١٦ "تعزيز التمتع بالنشاط والصحة في مرحلة الشيخوخة".	١٥	٢٠	٣٣

١١٨- يتزايد الاعتراف بأهمية التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة كتحد عالمي حسبما يتبين من الزيادة المطردة في عدد البلدان التي لديها برامج عملية، على أن التعاون مع سائر أصحاب المصلحة مثل المفوضية الأوروبية يكتسي أهمية حاسمة نظراً إلى الموارد المحدودة المتاحة في هذا المجال. ويؤثر عمل المنظمة الخاص بوضع القواعد مثل المبادئ الإرشادية والأطر بشأن التقييم أكبر تأثير حيثما تتوفر مبادرات قائمة تنطلق من القاعدة. ومن الأمثلة على ذلك شبكة المدن المصادقة للمسنين التي تنهض بالتمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة بتحسين قدرة القوة العاملة في مجال الصحة.

١١٩- وعلى الرغم من التقدم التدريجي المحرز اعتبر أن مجال الشيخوخة تحقق جزئياً في إقليم أفريقيا وإقليم جنوب شرق آسيا حيث لا تتوفر موارد مالية وتقنية كافية.

الغرض الاستراتيجي ٥

الحد من العواقب الصحية المترتبة على حالات الطوارئ والكوارث والأزمات والنزاعات والتقليل من أثرها الاجتماعي والاقتصادي إلى أقصى الحدود

١٢٠- واجهت عدة دول أعضاء خلال الثنائية حالات طوارئ إنسانية موهنة ابتداءً من الزلزال الذي هز هايتي في كانون الثاني/ يناير ٢٠١٠ وأسفر عن مقتل أكثر من ٠٠٠ ٢٠٠ شخص وألحق أضراراً بما يزيد على ٣ ملايين شخص آخر وتلته فاشية الكوليرا، والزلزال في شيلي، والفيضانات التي اجتاحت باكستان وتضرر منها ما ينوف على ٢٠ مليون شخص، والفيضانات في الفلبين، والزلزال وحادث الإشعاعات في اليابان، والزلزال في تركيا، والاضطرابات الأهلية في مصر وليبيا واليمن وسورية وفي كوت ديفوار، والمجاعة في القرن الأفريقي وعواقبها الصحية التي تضرر منها حوالي ١٠ ملايين شخص، والكوارث الطبيعية وحوادث الصحة العمومية العديدة الأصغر حجماً والأقل بروزاً.

١٢١- ونظراً لزيادة عدد حالات الطوارئ في العالم وعواقبها التي تهدد حياة البشر وتعقيد الأعمال وتنامي طلبات الدول الأعضاء، عملت المنظمة عن كثب مع عدة جهات شريكة بما فيها السلطات الوطنية والمجتمع المدني والوكالات التابعة للأمم المتحدة والجهات المانحة الحالية والجديدة والقطاع الخاص لتعزيز القدرة على التأهب لحالات الطوارئ في القطاع الصحي ومواجهتها. وحددت الدول الأعضاء أيضاً التأهب للطوارئ ومواجهتها كمجال رئيسي للتعاون مع المنظمة وأدرجت ١١٩ دولة عضواً هذا المجال في استراتيجياتها للتعاون القُطري.

١٢٢- وفيما يتعلق بالنتائج المتوقعة على صعيد المنظمة في إطار الغرض الاستراتيجي ٥ خلال الثنائية الحالية اعتُبرت أربع نتائج قد تحققت بالكامل وثلاث نتائج قد تحققت جزئياً. واستند هذا التقييم العام إلى مستوى تحقيق أهداف المؤشرين حسبما قاسته وأبلغت عنه المكاتب الرئيسية باستخدام أساليب متسقة مع تقارير الأداء السابقة للثنائية. ومع ذلك، يشير تحليل نوعي لعمل المنظمة في مجالات التأهب للطوارئ ومواجهتها والتعافي منها إلى ضرورة توفير مجموعة أدق من معايير الأداء على صعيد المنظمة لقياس الإنجازات بدقة. وفي غياب هذه المعايير ينبغي اعتبار معظم هذه النتائج المتوقعة على صعيد المنظمة نتائج لم تتحقق إلا جزئياً ولاسيما في ضوء التحديات الراهنة.

١٢٣- وأجرت المنظمة مشاورات مستفيضة مع أصحاب المصلحة الداخليين والخارجيين في النصف الثاني من الثنائية، سعياً إلى التصدي للتحديات التي تواجهها الأمانة والدول الأعضاء في مجال إدارة مخاطر الطوارئ والاستجابة الإنسانية، والتكيف مع تطورات عملية الإصلاح في المنظمة ومسار برنامج التغيير الذي وضعته اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات عام ٢٠١١. وكان الغرض من ذلك تحسين عمل المنظمة في حالات الطوارئ وإعادة هيكلته بحيث يؤدي ذلك إلى (١) وضع إطار جديد على صعيد المنظمة لمواجهة الطوارئ يشمل معايير أداء قابلة للقياس، (٢) وإعادة هيكلة قسم الطوارئ في المقر الرئيسي فضلاً عن إعادة تحديد غرضه وتخفيض عدد ملاكه بنسبة ٥٠٪، (٣) وتبسيط النتائج المتوقعة ضمن الغرض الاستراتيجي ٥ بتقليص عددها من ٧ نتائج إلى نتيجتين تتعلق إحداهما بالتأهب والأخرى بالمواجهة، (٤) وتحديد عنصر أكثر واقعية للجزء المتعلق بالغرض الاستراتيجي ٥ من الميزانية البرمجية ٢٠١٢-٢٠١٣ يركز على تدعيم القدرات على المستويين الإقليمي والقطري. وفيما يخص عام ٢٠١٢ سوف يناقش كل من المجلس وجمعية الصحة دور المنظمة في

حالات الطوارئ والإطار المقترح لاستجابتها لهذه الحالات، ويوجهان عمل المنظمة في هذا المجال توجيهاً إضافياً.

النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة ٥-١

وضع المقاييس والمعايير وبناء القدرات وتقديم الدعم التقني إلى الدول الأعضاء لوضع وتعزيز الخطط والبرامج الوطنية في مجال التأهب لمواجهة الطوارئ.

نتيجة تحققت جزئياً

المؤشر		المعطيات الأساسية	الهدف	مُحقق
٥-١-١	نسبة الدول الأعضاء التي لديها خطط وطنية للتأهب لمواجهة الطوارئ تغطي أخطاراً متعددة.	٦٠٪	٦٥٪	٧٢٪
٥-١-٢	عدد الدول الأعضاء التي تنفذ برامج للحد من سرعة تأثر المنشآت الصحية بآثار الكوارث الطبيعية.	٤٦	٥٠	٩١

١٢٤- دعمت المنظمة الدول الأعضاء في الحد من استضعاف النظم الصحية والمجتمعات من الناحيتين المادية والوظيفية بغية ضمان تواصل الخدمات الصحية عقب حدث معين وتعزيز تأهب الدول الأعضاء في القطاع الصحي.

١٢٥- وشاركت المنظمة في إنشاء منتدى عالمي للحد من مخاطر الكوارث بهدف تحسين تنفيذ الحد من هذه الأخطار عبر تحسين الاتصال والتنسيق بين أصحاب المصلحة. وأعدت المكاتب الإقليمية المبادئ الإرشادية للحد من مخاطر الكوارث ومجموعة من الأدوات لتقييم قدرة النظم الصحية على إدارة الأزمات. وفضلاً عن ذلك، قُدم الدعم التقني لتنفيذ برامج إدارة المخاطر المرتبطة بحالات الطوارئ على المستوى القطري واتخاذ الإجراءات فيما يتعلق بالقرار ج ص ع٦٤-١٠ بشأن تعزيز القدرات الوطنية في مجال إدارة الطوارئ الصحية والكوارث ومرونة النظم الصحية. ونتيجة لذلك، ارتفعت نسبة الدول الأعضاء التي تنفذ برامج المستشفيات الآمنة من ٢٣٪ إلى ٤٦٪ خلال الثنائية ونسبة الدول الأعضاء التي لديها خطط وطنية للتأهب لمواجهة الكوارث من ٦٠٪ إلى ٧٢٪.

١٢٦- وتحققت أهداف المؤشرين بالنسبة إلى هذه النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة غير أن المكاتب الإقليمية لأفريقيا وجنوب شرق آسيا وغرب المحيط الهادئ والمقر الرئيسي أفادت بأن مساهمتها في هذه النتيجة المتوقعة قد تحققت جزئياً. ويعود السبب الرئيسي في ذلك إلى عدم توفر إطار تنظيمي لتوضيح وتوجيه دعم المنظمة للدول الأعضاء في مجال التأهب لمواجهة حالات الطوارئ وعدم وجود معايير أداء واضحة ونقص موارد التمويل المستدام.

النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة ٥-٢

وضع المقاييس والمعايير وبناء القدرات لتمكين الدول الأعضاء من الاستجابة في الوقت المناسب للكوارث المرتبطة بالأخطار الطبيعية والأزمات ذات الصلة بنشوب النزاعات.

نتيجة تحققت بالكامل

المؤشر		المعطيات الأساسية	الهدف	مُحقق
٥-٢-١	وجود برامج تشغيلية لقدرات التصدي في الأقاليم والمقر الرئيسي جاهزة للتنفيذ في حالات الطوارئ الحادة.	٨٠٪	١٠٠٪	١٠٠٪
٥-٢-٢	عدد برامج التدريب العالمية والإقليمية الخاصة بالعمليات الصحية العمومية ضمن الاستجابة لحالات الطوارئ.	٢٢	٣٥	٤٤

١٢٧- بدعم من المنظمة واصلت الدول الأعضاء خلال الثنائية بناء قدراتها على الاستجابة في حالات الطوارئ في قطاع الصحة. وقادت المنظمة العمل التعاوني الذي تقوم به مجموعة الصحة العالمية، المكونة من أكثر من ٣٠ منظمة صحية دولية تعمل في المجال الإنساني، لبناء القدرات على الاستجابة والإنعاش. وقدمت المنظمة أيضا ٤٤ دورة تدريبية عن تعزيز القدرات على الاستجابة والإنعاش إلى النظراء الوطنيين وموظفي المنظمة والشركاء الدوليين؛ وعززت أدواتها التشغيلية للإسراع في نشر الخبراء والأموال والإمدادات على المستوى الإقليمي ومستوى المقر الرئيسي؛ وأعدت أدوات أساسية تتعلق بصحة الطفل والصحة النفسية وتقدير الاحتياجات فيما بعد الكوارث؛ وأثرت على رسم السياسات على الساحة الإنسانية العالمية من الخلال المشاركة الفعالة في أعمال اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات.

١٢٨- وعلى الرغم من أن هذه النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة قُيِّمت على أنها تحققت بالكامل، يتعين القيام بمزيد من العمل لوضع الحد الأدنى من المعايير للاستعداد المؤسسي ونظم وإجراءات الاستجابة على صعيد المنظمة. وفي حين أن الآليات قد وُضعت، فإنها لم تستطع تلبية الزيادة الكبيرة في الطلبات. وقد اتضح ذلك على وجه التحديد في ٢٠١١ عندما عجزت المنظمة وشركاؤها عن تلبية طلبات الدول الأعضاء والشركاء لزيادة القدرات من حيث الموارد البشرية في حالات الطوارئ الإنسانية الكبرى. وخلال الثنائية ٢٠١٢-٢٠١٣ سيولى اهتمام خاص لمواجهة التحديات الراهنة.

النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة ٥-٣

وضع المقاييس والمعايير وبناء القدرات لتمكين الدول الأعضاء من تقدير الاحتياجات وتخطيط التدخلات خلال المراحل الانتقالية ومرحلة الإنعاش في سياق النزاعات والكوارث

نتيجة تحققت جزئياً

المؤشر		المعطيات الأساسية	الهدف	مُحقق
٥-٣-١	عدد خطط العمل الإنساني ذات المكون الصحي التي أعدت من أجل حالات الطوارئ الجارية.	٢٦	لدى جميع البلدان التي لديها منسقون في المجال الإنساني (٣٩)	لدى جميع البلدان التي لديها منسقون في المجال الإنساني (٣٩)
٥-٣-٢	عدد البلدان التي تمر بمراحل انتقالية والتي أعدت استراتيجية إنعاش خاصة بالصحة.	١٢	١٨	٣٣

١٢٩- أحرز العديد من الدول الأعضاء التي تمر بحالات الطوارئ المطولة تقدماً في مجال إدراج الصحة في خطط العمل الإنساني. وأعد كل بلد من البلدان التي لديها منسق معني بالأوضاع الإنسانية والبالغ عددها ٣٩ بلداً عنصراً صحياً في خطط العمل الإنساني الخاصة بها. ووضع ٣٣ بلداً خلال الثنائية استراتيجية إنعاش خاصة بقطاع الصحة.

١٣٠- ورسمت المنظمة منهجية لتقدير الاحتياجات فيما بعد الكوارث والنزاعات، وذلك بالتعاون مع وكالات الأمم المتحدة المعنية والبنك الدولي والاتحاد الأوروبي. وشارك العديد من المكاتب الإقليمية في وضع اللمسات الأخيرة على أدوات تقدير الاحتياجات فيما بعد الكوارث والنزاعات الرامية إلى تخطيط الإنعاش. وأعد المكتب الإقليمي لغرب المحيط الهادئ أداة لتقدير الاحتياجات والمخاطر الصحية فيما بعد الكوارث للاسترشاد بها في تحديد الاحتياجات الصحية للسكان المتضررين.

١٣١- وعلى الرغم من أن أهداف مؤشري هذه النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة قد تحققت، فقد أبلغ الإقليم الأفريقي وإقليم شرق المتوسط والمقر الرئيسي عن تحقيق هذه الأهداف جزئياً، وكان ذلك في المقام الأول بسبب الافتقار إلى نهج متسق على صعيد المنظمة وعدم تقديم الإرشادات إلى البلدان المتضررة، وعدم كفاية الدعم الوارد من المانحين بعد الأزمات.

النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة ٥-٤

تقديم الدعم التقني المنسق للدول الأعضاء فيما يتعلق بمكافحة الأمراض السارية في حالات وقوع الكوارث الطبيعية ونشوب النزاعات

نتيجة تحققت بالكامل

المؤشر		المعطيات الأساسية	الهدف	مُحقق
٥-٤-١	نسبة حالات الكوارث الطبيعية أو النزاعات الحادة التي نفذت في إطارها التدخلات المتعلقة بمكافحة الأمراض السارية، بما في ذلك تشغيل نظم ترصد الأمراض والإنذار المبكر.	١٠٠٪	١٠٠٪	١٠٠٪

١٣٢- تقود الدول الأعضاء الجهود المبذولة لترصد الأمراض السارية والوقاية منها ومكافحتها أثناء النزاعات والكوارث الطبيعية في جميع أقاليم المنظمة.

١٣٣- وأنشئ فريق عامل معني بمواجهة الطوارئ المتعلقة بالأمراض السارية لتقديم الدعم التقني إلى الدول الأعضاء والمكاتب الإقليمية والقطرية والشركاء لمكافحة الأمراض السارية في حالات الطوارئ الإنسانية. وأُعدت ست وثائق لتقدير المخاطر المحدقة بالصحة العمومية إثر زلزال هايتي وأزمتي قيرغيزستان وأوزبكستان وفيضانات باكستان واضطرابات ليبيا ومجاعة القرن الأفريقي وزلزال تركيا. وأُعدت ست وثائق أخرى عن الحالة الوبائية للأمراض السارية في أفغانستان وجمهورية أفريقيا الوسطى وتشاد وكوت ديفوار وسري لانكا وزمبابوي.

١٣٤- وكلل النجاح جميع التدخلات التي نفذت لمكافحة الأمراض السارية في جميع حالات الكوارث الطبيعية أو النزاعات الحادة، بما في ذلك تشغيل نظم الإنذار المبكر وترصد الأمراض في حالات الطوارئ. وستبذل المنظمة المزيد من الجهود لضمان إدراج إدارة الكوارث الناجمة عن الأوبئة في خطط الطوارئ، وتعزيز التعاون مع البرامج الوطنية لترصد الأمراض السارية والمختبرات والصيدليات في إطار قطاع الصحة وخارجه. وينبغي أن تتضمن تقديرات الاحتياجات والمخاطر في مجال الصحة في حالات الكوارث والنزاعات المخاطر المتعلقة بالأمراض السارية وأن تستفيد بشكل أفضل من قدرات اللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥) على تقدير المخاطر.

النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة ٥-٥

تقديم الدعم للدول الأعضاء لتعزيز الآليات الوطنية في مجال التأهب ولإقامة آليات الإنذار والاستجابة فيما يتعلق بالسلامة الغذائية وبحالات الطوارئ الصحية البيئية.

نتيجة تحققت جزئياً

المؤشر		المعطيات الأساسية	الهدف	مُحقق
٥-٥-١	نسبة الدول الأعضاء التي لديها خطط وطنية للتأهب لحالات الطوارئ الصحية الكيميائية والإشعاعية والبيئية والإنذار بحدوثها والاستجابة لمقتضياتها.	٦٠٪	٦٥٪	٧٠٪
٥-٥-٢	عدد الدول الأعضاء التي لديها مراكز اتصال فيما يتعلق بالشبكة الدولية للسلطات المعنية بالسلامة الغذائية وشبكة طوارئ الصحة البيئية.	١٧٣	لدى جميع الدول الأعضاء	١٧٧

١٣٥- كانت الصحة البيئية عنصراً رئيسياً في العديد من الأزمات التي واجهاتها الدول الأعضاء خلال الثنائية، من زلزال هايتي إلى فيضان باكستان والتسمم الجماعي بمادة الرصاص في نيجيريا.

١٣٦- وقُدم الدعم إلى الدول الأعضاء لتعزيز آليات التأهب والإنذار والاستجابة الوطنية فيما يتعلق بالصحة الكيميائية والإشعاعية والبيئية. ونتيجة لذلك زادت نسبة الدول الأعضاء التي لديها خطط وطنية معينة للتأهب لحالات الطوارئ الصحية الكيميائية والإشعاعية والبيئية من ٦٠٪ إلى ٧٠٪. وعلاوة على ذلك ارتفعت نسبة

الدول الأعضاء التي لديها مراكز اتصال فيما يتعلق بالشبكة الدولية للسلطات المعنية بالسلامة الغذائية إلى ٩١٪ بعد أن كانت نسبتها ٨٩٪ منذ عامين.

١٣٧- وفي حين تحققت أهداف مؤشري النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة، أفاد الإقليم الأفريقي وإقليم شرق المتوسط وإقليم جنوب شرق آسيا وإقليم غرب المحيط الهادئ عن تحقيقها جزئياً، ويُعزى ذلك في المقام الأول إلى القلق إزاء نقص عدد الخبراء في هذا المجال.

النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة ٥-٦

إصدار الوثائق الاتصالية الفعلية وتكوين الشراكات وتطوير التنسيق مع سائر مؤسسات منظومة الأمم المتحدة والحكومات والمنظمات غير الحكومية المحلية منها والدولية والمؤسسات الجامعية والرابطات المهنية على الصعيدين القطري والإقليمي وعلى الصعيد العالمي.

نتيجة تحققت جزئياً

المؤشر		المعطيات الأساسية	الهدف	مُحقق
٥-٦-١	نسبة الدول الأعضاء المتأثرة بحالات الطوارئ الحادة والدول الأعضاء التي تجري فيها عمليات الطوارئ ولها منسق خاص بالعمل الإنساني، وتعمل فيها المجموعة المعنية بالخدمات الصحية الإنسانية والتابعة للجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات وفقاً لمعايير هذه المجموعة.	٦٠٪	٨٠٪	٨٠٪<
٥-٦-٢	نسبة الدول الأعضاء التي تجري فيها عمليات الطوارئ ولديها منسق خاص بالعمل الإنساني، وتتمتع بحضور تقني دائم من جانب المنظمة يشمل التأهب لحالات الطوارئ، والاستجابة لمقتضياتها وكذلك الإنعاش.	٦٠٪	٧٥٪	٧٥٪<

١٣٨- استناداً إلى الشراكات القائمة على الصعيدين العالمي والقُطري، تولت المنظمة ريادة مجموعة الصحة في جميع البلدان التي تنفذ نهج مجموعة الصحة. وفي جميع هذه البلدان دعمت المنظمة الدول الأعضاء عن طريق تنسيق عمل دوائر الصحة الإنسانية وفقاً لخطة قطاع الصحة. إلا أن الشركاء وأصحاب المصلحة في بعض البلدان أعربوا عن قلقهم البالغ لأن وظائف ريادة المجموعة لم تؤد بالكامل. وفي ظل غياب معايير موحدة لقياس الأداء في هذا المجال، فإن هذين المؤشرين يُعدا غير محققين بالكامل، وعليه تُعد النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة قد تحققت جزئياً. وتشمل التحديات التي واجهت تحقيق هذه النتيجة المتوقعة عدم اتباع نهج متسق على صعيد المنظمة، والافتقار إلى مهارات التنسيق وجمع المعلومات والإدارة والتخطيط الاستراتيجي، وعدم وجود استراتيجية للتنسيق بين عدد كبير من الشركاء في أوقات الأزمات الكبرى مثل الأزمة في هايتي، ونقص التمويل للاضطلاع بوظائف ريادة المجموعة.

النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة ٥-٧

العمليات المستعصية والجارية والخاصة بالإنعاش التي تنفذ في حينها وبفعالية

نتيجة تحققت بالكامل

المؤشر		المعطيات الأساسية	الهدف	مُحقق
٥-٧-١	نسبة حالات الطوارئ الحادة التي قامت المنظمة من أجلها بحشد إجراءات منسقة على الصعيدين الوطني والدولي.	٨٠٪	٩٠٪	٩٠٪
٥-٧-٢	نسبة التدخلات المتعلقة بحالات الطوارئ المزمنة التي تنفذ وفقاً للمكونات الصحية لخطط العمل الإنساني.	١٠٠٪	١٠٠٪	١٠٠٪

١٣٩- تحققت هذه النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة بالكامل فيما يتعلق بتحقيق المؤشرين، لكن التحديات الكبرى التي ووجهت شملت عدم وجود إطار عام للاستجابة، بما في ذلك معايير للأداء يمكن قياسها، وقدرات للاستجابة وإجراءات ونظام متين للرصد والتقييم.

الغرض الاستراتيجي ٦

تعزيز الصحة والتنمية وتوقي عوامل الاختطار أو الحد منها فيما يتعلق بالاعتلالات الصحية المرتبطة بتعاطي التبغ والكحول والمخدرات وسائر المواد النفسانية التأثير والنُظم الغذائية غير الصحية والخمول البدني وممارسة الجنس بشكل غير مأمون

١٤٠- إن الأمراض غير السارية هي السبب الوفاة الرئيسي في شتى أرجاء العالم، إذ تتسبب في ما نسبته ٦٣٪ من إجمالي الوفيات في العالم. وتزيد أربعة عوامل اختطار سلوكية – هي تعاطي التبغ والنظام الغذائي غير الصحي والنشاط البدني غير الكافي وتعاطي الكحول على نحو ضار – من مخاطر الإصابة بالأمراض غير السارية، وخاصة أمراض القلب والسكتات الدماغية والسكري والسرطان والأمراض الرئوية المزمنة. والمخاطر العامة الرئيسية التي تسبب الوفاة في العالم هي ارتفاع ضغط الدم (يتسبب في ما نسبته ١٣٪ من الوفيات في العالم) وتعاطي التبغ (٩٪) وارتفاع نسبة السكر في الدم (٦٪) والخمول البدني (٦٪) والوزن المفرط والبدانة (٥٪). وتأتي أيضا ممارسة الجنس بشكل غير مأمون وتعاطي الكحول ضمن المخاطر الرئيسية التي تزيد من عبء المرض حسب مقياس سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز – وكلاهما يتسبب في ما نسبته ١٠٪ من سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز في العالم. وتقدر الخسائر الاقتصادية المتراكمة التي تتكبدها البلدان منخفضة الدخل والبلدان متوسطة الدخل جراء الأمراض غير السارية بمبلغ ٥٠٠ مليار دولار أمريكي سنوياً أي ما يعادل ٤٪ من الناتج السنوي الحالي لهذه البلدان.

١٤١- ولعل مفتاح التصدي لعوامل الاختطار السلوكية هو حشد الالتزام السياسي والمالي والتقني لمواجهة الأمراض غير السارية باعتبارها قضية من قضايا الصحة والتنمية. وقد خطت الدول الأعضاء خطوة كبرى على درب التصدي للأمراض غير السارية، ولاسيما عن طريق التصدي لعوامل الاختطار الرئيسية في الاتفاقات التي أُبرمت من خلال الإعلان السياسي للاجتماع الرفيع المستوى للجمعية العامة للأمم المتحدة بشأن الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها (قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة رقم ٢/٦٦). ويتجلى هذا الالتزام أكثر في مواصلة تقديم الدعم إلى اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ وغيرها من القرارات مثل القرار ج ص ع٥٧-١٧ عن الاستراتيجية العالمية بشأن النظام الغذائي والنشاط البدني والصحة؛ والقرار ج ص ع٦٣-١٤ عن تسويق الأغذية والمشروبات غير الكحولية للأطفال؛ والقرار ج ص ع٥٧-١٢ عن الصحة الإنجابية: مسوّدة استراتيجية تسريع التقدم نحو بلوغ الأهداف والغايات الإنمائية الدولية. ويُعد العمل المتعدد القطاعات في مجال الصحة أساسي لتنفيذ جميع هذه الاستراتيجيات.

النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة ٦-١

تقديم النصح والدعم للدول الأعضاء لبناء قدراتها في كل البرامج ذات الصلة فيما يتعلق بتعزيز الصحة وإقامة أنشطة تعاون فعالة متعددة القطاعات والتخصصات من أجل تعزيز الصحة وتوقي عوامل الاختطار الكبرى أو الحد منها.

نتيجة تحققت بالكامل

المؤشر		المعطيات الأساسية	الهدف	مُحقق
٦-١-١	عدد الدول الأعضاء التي أجرت تقييماً لمجال واحد على الأقل من مجالات العمل والالتزامات المتعلقة بالمؤتمرات العالمية لتعزيز الصحة، وقدمت تقريراً عن ذلك.	٣١	٤٠	١٢٠
٦-١-٢	عدد المدن التي نفذت برامج صحية للتوسع العمراني بهدف الحد من حالات الغبن في المجال الصحي.	١٧	٢٢	٣٤

١٤٢- بحلول نهاية ٢٠١١، كانت ١٢٠ دولة عضواً قد أجرت تقييماً لمجال واحد على الأقل من مجالات العمل والالتزامات المتعلقة بالمؤتمرات العالمية لتعزيز الصحة وأبلغت عنه. وطُبقت أداة تقييم الإنصاف في الصحة في المناطق الحضرية والاستجابة لمتطلباته (Urban HEART) في ٣٤ مدينة في ٢٣ بلداً للحد من الغبن في المجال الصحي.

١٤٣- وعلى الرغم من أن هذه النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة "تحققت بالكامل"، ثبت أن قياس عدد الدول الأعضاء التي أجرت تقييماً لمجال واحد على الأقل من مجالات العمل والالتزامات المتعلقة بالمؤتمرات العالمية لتعزيز الصحة قد حُدد دون توخي الدقة. ويقيس هذا المؤشر طائفة عريضة من الأعمال الرامية إلى تعزيز الصحة، مثل رسم الاستراتيجيات والخطط وإقامة الشراكات، التي يتعين تقييمها كجزء من المنجزات، لكنه لا يُعير اهتماماً لتنفيذ هذه الاستراتيجيات والخطط والشراكات تنفيذاً فعالاً. ولذا ستُنقح معايير قياس هذا المؤشر وتعزز في الثنائية ٢٠١٢-٢٠١٣.

النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة ٦-٢

توفير الإرشاد والدّعم من أجل تقوية النُظم الوطنية الخاصة بترصد عوامل الاختطار الكبرى وذلك عن طريق وضع الأُطر والأدوات والإجراءات التشغيلية وإجازتها وتعميمها على الدول الأعضاء التي تسجل فيها مستويات مرتفعة أو متزايدة من العبء الناجم عن الوفيات وحالات العجز التي تُعزى إلى عوامل الاختطار الكبرى تلك.

نتيجة تحققت بالكامل

المؤشر		المعطيات الأساسية	الهدف	مُحقق
٦-٢-١	عدد الدول الأعضاء التي لديها نظام ترصد وطني فعال لرصد عوامل الاختطار الكبرى المحدقة بصحة البالغين يستند إلى النهج التدريجي الذي تتبعه المنظمة في الترصد.	٨٠	٨٥	٩٤
٦-٢-٢	عدد الدول الأعضاء التي لديها نظام ترصد وطني فعال لرصد عوامل الاختطار الكبرى المحدقة بصحة الشباب يستند إلى المنهجية العالمية لإجراء المسوح المتعلقة بصحة الطلاب في المدارس.	٥٢	٥٨	٧٢

١٤٤- يكتسي جمع وتحليل واستخدام البيانات الخاصة بالتعرض لعوامل الاختطار على المستوى القُطري أهمية حاسمة من أجل الاستهداف والوقاية وتقييم التقدم المحرز. وأحرزت الدول الأعضاء تقدماً في هذا المضمار، إذ تتبع ٩٤ دولة عضواً في الوقت الراهن نهج المنظمة التدريجي لرصد تعرض البالغين من سكانها لعوامل الاختطار الرئيسية المسببة للأمراض غير السارية، وتقوم ٧٢ دولة عضواً برصد سلوكيات الشباب المنطوية على المجازفة وعوامل الوقاية منها بالاستعانة بمسوح المنظمة العالمية المتعلقة بصحة الطلاب في المدارس.

١٤٥- ولقد زاد أيضاً عدد الدول الأعضاء التي تجري مسوحاً لعوامل اختطار معينة مثل المسح العالمي للتبغ بين البالغين. ونشرت المنظمة في هذه الثنائية التقرير العالمي عن وضع الأمراض غير السارية، ويتضمن تقديراً شاملاً لوضع عوامل الاختطار الرئيسية الواردة في هذا الغرض الاستراتيجي في الوقت الراهن، كما يحتوي على مجموعة من المبادئ التوجيهية الرامية إلى مواجهة الأمراض غير السارية من خلال تدخلات شاملة متعددة القطاعات.

النتيجة المتوقع على صعيد المنظمة ٦-٣

وضع سياسات واستراتيجيات وتوصيات ومعايير ودلائل أخلاقية مسندة بالبّينات وتوفير الدعم التقني للدول الأعضاء التي يسجل فيها عبء مرتفع أو متزايد للمراضة والوفيات المرتبطة بتعاطي التبغ من أجل تقوية المؤسسات بهدف تمكينها من التصدي أو توقي مشكلات الصحة العمومية المعنية. وتوفير الدعم أيضاً لمؤتمر الأطراف في اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ لتنفيذ أحكام الاتفاقية ووضع بروتوكولات ودلائل.

نتيجة تحققت بالكامل

المؤشر		المعطيات الأساسية	الهدف	مُحقق
٦-٣-١	عدد الدول الأعضاء التي لديها معطيات متماثلة عن معدلات انتشار تعاطي التبغ بين البالغين، والمتاحة بفضل استقصاءات وطنية بيانية حديثة، مثل المسح العالمي لمعدل تعاطي التبغ بين البالغين أو النهج التدريجي الذي تتبعه المنظمة في الترصد.	٥٦	٧٨	٧٨
٦-٣-٢	عدد الدول الأعضاء التي فرض حظراً شاملاً على التدخين في الأماكن المغلقة والعامة وأماكن العمل.	٢٠	٢٩	٣١
٦-٣-٣	عدد الدول الأعضاء التي حظرت الإعلان عن التبغ والترويج له ورعايته.	٢٦	٢٠	٢٠

١٤٦- دخلت اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ حيز النفاذ في عام ٢٠٠٥؛ وفي عام ٢٠٠٨ أدرجت المنظمة برنامج السياسات الست (MPOWER) الذي ينطوي على تدابير للحد من الطلب، وذلك لمساعدة البلدان على الوفاء ببعض التزاماتها بموجب الاتفاقية الإطارية. وفي نهاية عام ٢٠١١ كان تقدم هائل قد أحرز في تطبيق تدابير الحد من الطلب: سن ٣١ بلداً قوانين على المستوى الوطني لمنع التدخين في جميع الأماكن العامة وأماكن العمل؛ ويفرض ٢٦ بلداً ضرائب على التبغ يزيد مجموعها على الحد الأدنى الموصى به والبالغ ٧٥٪ من سعر البيع بالتجزئة؛ ويفرض ١٩ بلداً الآن طبع التحذيرات الصحية على علب السجائر باعتباره ممارسة فُضلى؛ ويحظر ٢٠ بلداً جميع أشكال الإعلان عن التبغ والترويج له ورعايته حظراً تاماً. وأجرت المنظمة تقديرات للقدرات وأعدت حزم تدريبية وقدمت الدعم التقني إلى ٢٠ بلداً من أجل تنفيذ تدابير الحد من الطلب. وساهمت المنظمة مساهمة مباشرة في زيادة فعالية ونجاعة نُظم الضرائب لدى ١٢ دولة عضواً بالمشاركة مباشرة مع وزارات المالية في حل القضايا المتعلقة بالضرائب وتقديم التدريب إلى المتخصصين فيها.

١٤٧- وأدخلت تحسينات على مقياس عدد الدول الأعضاء التي حظرت الإعلان عن التبغ والترويج له ورعايته. وأدرج تعريفاً أكثر صرامة لأنشطة الإعلان عن التبغ والترويج له ورعايته المحظورة، وذلك اتساقاً مع التعاريف الواردة في المبادئ التوجيهية النهائية المعتمدة بشأن اتفاقية منظمة الصحة الإطارية بشأن مكافحة التبغ. وعليه أعيد حساب المعطيات الأساسية لعام ٢٠١٠ والهدف لعام ٢٠١١ والقيمة المحققة لعام ٢٠١١.

النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة ٦-٤

وضع سياسات واستراتيجيات وتوصيات ومعايير ودلائل أخلاقية مسندة بالبّينات وتوفير الدعم التقني للدول الأعضاء التي يسجل فيها عبء مرتفع أو متزايد للمراضة والوفيات المرتبطة بتعاطي الكحول والمخدرات وسائر المواد النفسانية التأثير أو الوقاية منها من أجل تقوية المؤسسات بهدف تمكينها من مكافحة أو توقي مشكلات الصحة العمومية المعنية.

نتيجة تحققت بالكامل

المؤشر		المعطيات الأساسية	الهدف	مُحقق
٦-٤-١	عدد الدول الأعضاء التي تولت بدعم من المنظمة، وضع استراتيجيات وخطط وبرامج لمكافحة أو توقي مشكلات الصحة العمومية الناجمة عن تعاطي الكحول والمخدرات وسائر المواد النفسانية التأثير.	٣٨	٥٠	٥٧
٦-٤-٢	عدد الاستراتيجيات والدلائل والمعايير والأدوات التقنية الخاصة بالمنظمة والموضوعة من أجل دعم الدول الأعضاء على توقي وتقليص مشكلات الصحة العمومية الناجمة عن تعاطي الكحول والمخدرات وسائر المواد النفسانية التأثير.	١١	١٤	١٦

١٤٨- اعتمدت جمعية الصحة العالمية في دورتها الثالثة والستين استراتيجية المنظمة العالمية للحد من تعاطي الكحول على نحو ضار، وبذلك حثت عدداً متزايداً من البلدان على إعداد سياسات وخطط عمل وطنية بشأن الكحول أو مراجعتها تماشياً مع الاستراتيجية العالمية. وأصبح الآن لدى ٥٧ بلداً إجمالاً سياسات وطنية بشأن الكحول و١٠ سياسات دون وطنية أخرى بشأن الكحول. وطورت المنظمة عدة أدوات تقنية لدعم تنفيذ خيارات السياسات الفعالة لمكافحة استهلاك الكحول، بما في هذه الأدوات الإرشادات الخاصة بالأحكام التشريعية الرامية إلى مكافحة الكحول وتحديد الاعتلالات الناجمة عن تعاطي الكحول وعلاجها في مراكز الرعاية الصحية.

النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة ٦-٥

وضع سياسات واستراتيجيات وتوصيات ومعايير ودلائل أخلاقية مسندة بالبيّنات وتوفير الدعم التقني للدول الأعضاء التي يسجل فيها عبء مرتفع أو متزايد للمراضة والوفيات المرتبطة بالنظم الغذائية غير الصحية وقلة النشاط البدني من أجل تقوية المؤسسات بهدف تمكينها من مكافحة أو توقي مشكلات الصحة العمومية المعنية

.

نتيجة تحققت بالكامل

المؤشر		المعطيات الأساسية	الهدف	مُحقق
٦-٥-١	عدد الدول الأعضاء التي اعتمدت استراتيجيات وخططاً متعددة القطاعات بشأن اتباع نظم غذائية صحية أو ممارسة النشاط البدني بالاستناد إلى الاستراتيجية العالمية للمنظمة بشأن النظام الغذائي والنشاط البدني والصحة.	٦١	٦٥	٧٩
٦-٥-٢	عدد الأدوات التقنية للمنظمة التي تقدم الدعم للدول الأعضاء على تعزيز النُظم الغذائية الصحية أو ممارسة النشاط البدني.	١٦	٢٠	٢٢

١٤٩- في نهاية عام ٢٠١١ كانت ٧٩ دولة عضواً قد اعتمدت استراتيجيات وخططاً متعددة القطاعات بشأن النظم الغذائية الصحية والنشاط البدني استناداً إلى الاستراتيجية العالمية بشأن النظام الغذائي والنشاط البدني والصحة. وخلال الثنائية أعدت المنظمة دليلاً تنفيذياً لدعم الدول الأعضاء في تنفيذ التوصيات الصادرة بشأن تسويق الأغذية والمشروبات غير الكحولية، والمعتمدة في القرار ج ص ع٦٣-١٤. ونشرت المنظمة أيضاً مجموعة من التوصيات العالمية بشأن النشاط البدني من أجل الصحة، وأخذت تعمل مع الدول الأعضاء على تنفيذها على المستوى الوطني.

النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة ٦-٦

وضع سياسات واستراتيجيات وتدخلات وتوصيات ومعايير ودلائل أخلاقية مسندة بالبينات وتوفير الدعم التقني للبلدان للتشجيع على اتخاذ الحيطة عند ممارسة الجنس وتعزيز المؤسسات بهدف التصدي للعواقب الاجتماعية والفردية الناجمة عن ممارسة الجنس بدون وقاية والسيطرة عليها.

نتيجة تحققت جزئياً

المؤشر		المعطيات الأساسية	الهدف	مُحقق
٦-٦-١	عدد الدول الأعضاء التي توفر بيّنات عن محدّدات ممارسة الجنس غير المأمونة أو عواقبها.	٨	١٠	٢٢
٦-٦-٢	عدد الدول الأعضاء التي توفر بيانات متماثلة عن مؤشرات ممارسة الجنس غير المأمونة، واستفادت من أدوات الترصد الخاصة بالنهج التدريجي الذي تتبعه المنظمة في الترصد.	٢	٥	٥

١٥٠- قامت ٢٢ دولة عضواً في إطار الاستراتيجية العالمية بشأن الصحة الإنجابية باستحداث البيّنات بشأن محددات و/ أو عواقب ممارسة الجنس بشكل غير مأمون، ونفذ العديد من البلدان تدخلات جديدة ومحدثة لتعزيز السلوكيات الجنسية الأكثر أمنا. إلا أن تنفيذ المؤشرين شهد تبايناً بين الأقاليم.

١٥١- وقدرت هذه النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة على أنها "تحققت جزئياً" بسبب التقدم الضئيل المحرز في بعض الأقاليم، وخاصة الإقليم الأفريقي وإقليم شرق المتوسط، نظراً لضعف التمويل وتحديد الأولويات.

الغرض الاستراتيجي ٧

معالجة المحددات الاجتماعية والاقتصادية الأساسية للصحة من خلال سياسات وبرامج تعزز المساواة في مجال الصحة وتحقق التكامل بين الأساليب المناصرة للفقراء والأساليب التي تراعي الجنسين والأساليب المستندة إلى حقوق الإنسان

١٥٢- بالرغم من الاهتمام السياسي العالمي المتزايد، تستمر شقة التفاوت في مجال الصحة داخل البلدان وفيما بينها في الاتساع بسبب التحول الحضري السريع والنوازل الطبيعية والكوارث التي من صنع الإنسان والركود الاقتصادي والبطالة. ويُعد التصدي لعدم المساواة في مجال الصحة من أهم أولويات الصحة العمومية.

١٥٣- وتبحث الدول الأعضاء على نحو متزايد عن الطرق الابتكارية لتعزيز التعاون بين القطاعات في معالجة المحددات الاجتماعية والاقتصادية الأساسية للصحة، وترى ضرورة تحقيق التكامل بين الأساليب التي تعزز المساواة والأساليب المناصرة للفقراء والأساليب التي تراعي الجنسين والأساليب الأخلاقية، في قطاعاتها الصحية وسياساتها وبرامجها الاجتماعية. وقد أعربت الدول الأعضاء عن زيادة التزامها السياسي بهذا الشأن خلال المؤتمر العالمي المعني بالمحددات الاجتماعية للصحة الذي انعقد في ريو دي جانيرو بالبرازيل في تشرين الأول/ أكتوبر ٢٠١١.[١] ونتيجة لذلك، زاد طلب الحصول على دعم منظمة الصحة العالمية من جانب الدول الأعضاء زيادة حادة، حيث طلبت ٨٤ دولة من بينها الدعم التقني خلال هذه الثنائية. كذلك فقد تم دمج هذه الأساليب في عدد من البرامج الخاصة بأمراض معينة على صعيد المنظمة.

النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة ٧-١

الاعتراف بأهمية المحددات الاجتماعية والاقتصادية للصحة على نطاق المنظمة، وإدراجها ضمن العمل التقييمي والتعاون التقني مع الدول الأعضاء وسائر الشركاء.

نتيجة تحققت بالكامل

المؤشر		المعطيات الأساسية	الهدف	مُحقق
٧-١-١	عدد أقاليم المنظمة التي لديها استراتيجية إقليمية لمعالجة المحددات الاجتماعية والاقتصادية للصحة كما حددها تقرير اللجنة المعنية بالمحددات الاجتماعية للصحة الذي اعتمده المدير العام.	٤	٥	٥

١ اعتُمدت حصيلة المؤتمر التي جاءت في شكل إعلان ريو السياسي بشأن المحددات الاجتماعية للصحة، في القرار ١٣٠ق١١. حصيلة المؤتمر العالمي المعني بالمحددات الاجتماعية للصحة. يدعو القرار بين جملة أمور إلى تحسين تصريف الشؤون على المستوى العالمي والإقليمي والوطني والمحلي. دعيت المنظمة إلى ضمان اتساق ومواءمة العمل بشأن المحددات الاجتماعية للصحة الذي تنفذه وكالات الأمم المتحدة المختلفة.

١٥٤- كان المؤتمر العالمي المعني بالمحددات الاجتماعية للصحة بمثابة منبر لإبراز تصريف الشؤون المشترك بين القطاعات على الصعيد السياسي، من أجل تحقيق المساواة في مجال الصحة ومن أجل تمكين التبادل التقني للتدابير الناجحة. وفي جانب من جوانب التحضير للاجتماع تم توثيق ٤٠ دراسة حالة قُطرية، صورت الممارسات الجيدة على المستوى القُطري فيما يتعلق بمعالجة المحددات الاجتماعية للصحة.

١٥٥- وقد استخدم إطار الشبكات المعرفية للجنة المعنية بالمحددات الاجتماعية للصحة واكتشافاتها في دعم دمج المحددات الاجتماعية للصحة والمساواة في مجال الصحة في الخطط الصحية الوطنية واستراتيجيات الصحة العمومية في تسعة بلدان. وتمت مساعدة ستة بلدان على بناء القدرات القيادية لوزارات الصحة لديها، كي تتمكن من تنسيق وإدارة التدخلات الرامية إلى تضييق الفجوة في المساواة عن طريق معالجة المحددات الاجتماعية للصحة.

النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة ٧-٢

اتخاذ المنظمة زمام المبادرة في توفير فرص ووسائل التعاون بين القطاعات على المستويين الوطني والدولي لمعالجة المحددات الاجتماعية والاقتصادية للصحة، بما في ذلك فهم آثار التجارة والاتفاقات التجارية على الصحة العمومية والعمل بموجب ذلك، والتشجيع على الحد من الفقر وعلى التنمية المستدامة.

نتيجة تحققت بالكامل

المؤشر		المعطيات الأساسية	الهدف	مُحقق
٧-٢-١	عدد التجارب القطرية المنشورة المتعلقة بمعالجة المحددات الاجتماعية للمساواة في مجال الصحة.	١٠	١٤	٢٨
٧-٢-٢	عدد الأدوات المكرسة لدعم البلدان في تحليل آثار التجارة والاتفاقات التجارية على الصحة.	٨	٩	٩

١٥٦- شرعت البلدان في إدخال التغييرات على ممارسات تصريف الشؤون المشتركة بين القطاعات لزيادة أثرها على المساواة في مجال الصحة على المستويين الوطني والدولي. وقد أدخلت بعض البلدان تشريعات الصحة العمومية الجديدة التي تعالج مسألة المساواة في مجال الصحة ودمج الصحة في جميع السياسات. وسعت المنظمة على المستويين الإقليمي والعالمي للحصول على توافق الآراء حول العناصر الرئيسية لنهج دمج الصحة في جميع السياسات، من خلال بيان أديليد بشأن دمج الصحة في جميع السياسات وإعلان ريو السياسي بشأن المحددات الاجتماعية للصحة.

١٥٧- ونظراً لما للعولمة والتجارة من أثر مهم على الحصائل الصحية، استمرت المنظمة خلال الثنائية في مساعدة الدول الأعضاء على بناء قدراتها على تقييم التجارة وأثرها على الحصائل الصحية. وصدر خلال الثنائية العديد من المنشورات بما في ذلك الكتب والوثائق الإعلامية وصحائف الوقائع. وأرست المنظمة مع المنظمة العالمية للملكية الفكرية ومنظمة التجارة العالمية، تعاوناً نشطاً ثلاثي الأطراف يعمل على المستوى العالمي، وبدأت المنظمات الثلاث في تنظيم سلسلة من الندوات التقنية

تتناول المسائل التي تغطيها الاستراتيجية وخطة العمل العالميتان بشأن الصحة العمومية والابتكار والملكية الفكرية.

النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة ٧-٣

جمع المعطيات الاجتماعية والاقتصادية ذات الصلة بالصحة ومقارنتها وتحليلها على أساس تصنيفها (حسب نوع الجنس والسن والأصل العرقي والدخل والظروف الصحية، مثل المرض أو العجز).

نتيجة تحققت جزئياً

المؤشر		المعطيات الأساسية	الهدف	محقق
٧-٣-١	عدد التقارير القطرية التي نُشرت خلال الثنائية وتضمنت بيانات مصنفة وتحاليل عن المساواة في مجال الصحة.	٣٥	٤٠	٤٦

١٥٨- أُحرز بعض التقدم على صعيد الأقاليم في استخدام البيانات المصنفة لقياس حالات الغبن في مجال الصحة ومحدداتها. وزاد عدد التقارير القُطرية التي نُشرت خلال الثنائية وتضمنت بيانات مصنفة وتحاليل عن المساواة في مجال الصحة من ٣٥ تقريراً إلى ٤٦ تقريراً. وزاد عدد البلدان التي طالبت بالدعم والأدوات وبناء القدرات لتحسين عمليات القياس. واستجابةً لهذه الطلبات نشرت الأمانة على الأقاليم قالباً لتستخدمه في إعداد التقارير الوطنية عن الغبن في مجال الصحة، وقدمت الدعم التقني لاستخدام نظم المعلومات الصحية القائمة في تحديد مجالات المحددات الاجتماعية للصحة التي تستحق أولوية الإجراءات، وأصدرت نشرة عن تعميم الإجراءات المراعية لمقتضيات الجنسين في برامج الأمراض المعدية المستجدة.

١٥٩- ورغم أن الهدف المتمثل في صدور تقارير البلدان التي تشتمل على البيانات المصنفة وتحليل عدم المساواة في مجال الصحة قد تحقق في عمومه، إلا أن النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة قد صنفت على أنها قد تحققت جزئياً. ويعود ذلك إلى أن هذه النتيجة قد تحققت جزئياً في منطقة الشرق الأوسط حيث لم تكتسب بعد عملية جمع البيانات المصنفة السمة المؤسسية في العديد من البلدان، وفي المقر الرئيسي حيث رصد حالات الغبن في مجال الصحة وجمع البيانات المصنفة واستخدامها لم يعمما بالقدر الكافي في برامج المنظمة ولم يتم دمجهما من خلال المرصد الصحي العالمي.

النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة ٧-٤

تعزيز الأساليب المستندة إلى الأخلاقيات وحقوق الإنسان، فيما يخص تعزيز الصحة، داخل المنظمة وعلى المستويين الوطني والعالمي.

نتيجة تحققت جزئياً

المؤشر		المعطيات الأساسية	الهدف	محقق
٧-٤-١	عدد الأدوات التي تم تطويرها لصالح الدول الأعضاء أو الأمانة لتوفير إرشادات عن الاستعانة بحقوق الإنسان من أجل تحقيق التقدم في مجال الصحة	٢٨	٣٧	٣٧
٧-٤-٢	عدد الأدوات التي تم تطويرها لصالح الدول الأعضاء أو الأمانة لتوفير إرشادات بشأن الاستفادة من التحليل الأخلاقي في تحسين السياسات الصحية	١٢	١٦	١٦

١٦٠- تتمثل إحدى ولايات المنظمة المحددة في ضمان اشتمال السياسات والبرامج الصحية على التحليل الأخلاقي. ويُعد تطبيق المعايير الأخلاقية ملزماً في التجارب السريرية والبحوث الصحية. وتولت المنظمة بالتعاون الوثيق مع اللجان الوطنية المعنية بالأخلاق تسهيل أنشطة المراكز المتعاونة بشأن أخلاقيات البحوث البيولوجية وغيرها من المنظمات الدولية العاملة في مجال تعزيز أوجه التآزر بين المبادرات العالمية المختلفة. وفي أعقاب اعتماد القرار ج ص ع٦٣-٢٢ بشأن زرع الأعضاء والنسُج البشرية، تم إنشاء فريق عامل يتكون من أعضاء اللجان الوطنية المعنية بالأخلاق للعمل على تنفيذ القرار في البلدان. وتم وضع الإرشادات الخاصة بالجوانب الأخلاقية لمكافحة السل ونشرها في البلدان، وتوفير الدعم التقني للدول الأعضاء لتمكينها من تعزيز نُظم استعراض القواعد الأخلاقية، بما في ذلك تسجيل التجارب السريرية. وأضيفت ٥٥٧ ٥٠ تجربة إلى عدد التجارب السريرية المسجلة في قاعدة بيانات أداة البرنامج الدولي لتسجيل التجارب السريرية ليصبح مجموعها ٠٩٢ ١٥٣ تجربة في نهاية ٢٠١١.[١] ويكتسي تسجيل كافة التجارب السريرية أهمية حاسمة من أجل زيادة الشفافية لصالح كل من الباحثين والمستخدمين.

١٦١- وقد دعمت المنظمة البلدان في مراجعتها للخطط الاستراتيجية الوطنية لقطاع الصحة في ضوء التزاماتها وتعهداتها الخاصة بحقوق الإنسان ذات الصلة بالصحة، بما في ذلك الحق في الحصول على الخدمات الصحية بسهولة وبأسعار معقولة، والحق في المشاركة في عمليات صناعة القرار، والحق في الإنصاف من خلال آليات المساءلة.

١٦٢- وقد تحققت النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة جزئياً حيث أبلغ الإقليم الأوروبي وإقليم جنوب شرق آسيا أن مساهماتهما قد تحققت جزئياً. وتمثلت العقبة الرئيسية في سبيل تحقيق النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة في غياب القدرة على تحديد المشكلات الناشئة ذات الأولوية وعلاجها، وغياب القدرة على الاستجابة للطلبات الملحة للبلدان. هذا بالإضافة إلى أن نقص المعلومات عن الأنشطة الخاصة بالقواعد الأخلاقية التي تنفذها البلدان في بعض الأقاليم، قد عرقل عملية الإبلاغ.

١ زاد متوسط عدد مرات الدخول الشهرية على بوابة البحث لأداة البرنامج الدولي لتسجيل التجارب السريرية (http://www.who.int/trialsearch) من ٠٠٠ ١٤٠ في ٢٠٠٩ إلى ٠٠٠ ١٠٠ ٢ في ٢٠١١. وبذلك تحتل أداة البرنامج الدولي لتسجيل التجارب السريرية الترتيب الثالث في قائمة أهم أدوات منظمة الصحة العالمية وفقاً لتصنيف مركز وسائل الإعلام.

النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة ٧-٥

إدراج الإجراءات الخاصة بتحليل مقتضيات الجنسين والاستجابة لها ضمن العمل التقييمي الذي تقوم به المنظمة، وتقديم الدعم إلى الدول الأعضاء من أجل وضع سياسات وبرامج تراعي مقتضيات الجنسين.

نتيجة تحققت جزئياً

المؤشر		المعطيات الأساسية	الهدف	محقق
٧-٥-١	عدد وسائل ووثائق المنظمة (الصادرة أو المحدثة) والأنشطة المشتركة التي مارستها الوحدات التقنية التابعة للمنظمة من أجل تشجيع الإجراءات المراعية لمقتضيات الجنسين في أعمال المنظمة.	٦٣	٨٥	٩٨
٧-٥-٢	عدد أنشطة تعزيز المساواة بين الجنسين التي مارستها الدول الأعضاء ودعمتها المنظمة.	١٤٢	١٧٠	١٨٩

١٦٣- وفي مجال نوع الجنس والصحة لوحظ تقدم مهم فيما يتعلق بالسياسات والتدخلات الصحية في البلدان، ولاسيما في الإقليم الأفريقي وإقليم الأمريكتين، وقد وُضعت خطط التعاون في هذا الإقليم الأخير لتعميم الإجراءات المراعية لمقتضيات الجنسين في ١٠ بلدان. وأصدرت الأمانة ٩٨ وثيقة وأداة إرشادية ونفذت أنشطة مشتركة في المجالات التقنية المختلفة، بما في ذلك الوثيقة الخاصة بنوع الجنس وتجديد الرعاية الصحية الأولية، والأداة الخاصة بنوع الجنس وحقوق الإنسان، إلى جانب إصدار مطبوعات مختلفة عن الصلات بين نوع الجنس والعنف القائم على نوع الجنس وفيروس نقص المناعة البشرية. وقد شهدت الشبكة المعنية بنوع الجنس والمرأة والصحة زيادة في عدد المسؤولين عن الاتصال فيما يتعلق بمسائل نوع الجنس[١] في جميع أقاليم المنظمة حيث بلغ عددهم ١١٢ مسؤولاً.

١٦٤- وفي حين أن أهداف هذه النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة قد تحققت في عمومها، إلا أن مساهمات الإقليم الأفريقي والإقليم الأوروبي في هذه النتيجة قد تحققت جزئياً وفقاً لتصنيفهما. فقد أدى نقص الموظفين في المقر الرئيسي وفي بعض الأقاليم في نهاية الثنائية إلى عرقلة الأداء، مما أثر مباشرةً على الدعم المقدم إلى الدول الأعضاء.

١ نظام المسؤولين عن الاتصال، الذي كان بمثابة الاستراتيجية الرئيسية التي أقرتها سياسة مجلس الرؤساء التنفيذيين في منظومة الأمم المتحدة المعني بالتنسيق على صعيد المنظومة فيما يتعلق بالمساواة بين الجنسين وتمكين المرأة، يقدم الدعم التقني لدمج الإجراءات المراعية لمقتضيات الجنسين في برامج منظمة الصحة العالمية على المستويين الإقليمي والقُطري، ويرصد تنفيذ استراتيجية إدراج الإجراءات الخاصة بتحليل مقتضيات الجنسين والاستجابة لها ضمن عمل المنظمة.

الغرض الاستراتيجي ٨

تعزيز بيئة أصح وتكثيف أنشطة الوقاية الأولية والتأثير على السياسات العمومية في كل القطاعات من أجل معالجة الأسباب الجذرية للأخطار البيئية المحدقة بالصحة

١٦٥- تُعد المحددات البيئية والمهنية للصحة مسؤولة عن ربع العبء العالمي للمرض تقريباً، وعن ما يُقدر بنحو ١٣ مليون حالة وفاة سنوياً. وكانت النساء والأطفال من الفقراء الذين يعيشون ويعملون في أشد النُظم البيئية تلوثاً وضعفاً في العالم، هم الأكثر تأثراً. وتتضمن الجهود العالمية والإقليمية المبذولة لعلاج المحددات البيئية والمهنية للصحة، الأنشطة التي تستهدف التعرف على عوامل الخطر المحددة والتصدي لها (مثل المواد الكيميائية والإشعاع وتلوث الهواء وتغير المناخ)؛ والوقاية من المخاطر وإدارتها في الأماكن المختلفة (مثل المنازل وأماكن العمل ومرافق الرعاية الصحية)؛ ودمج تدخلات الوقاية الأولية في تصميم السياسات والخطط والمشروعات المنفذة في القطاعات شديدة التعرض للمخاطر البيئية والمهنية.

النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة ٨-١

إجراء تقديرات مسندة بالبيّنات ووضع قواعد ومعايير بشأن المخاطر البيئية الرئيسية المحدقة بالصحة (من قبيل رداءة نوعية الهواء والمواد الكيميائية والمجالات الكهرومغنطيسية وعنصر الرادون ورداءة نوعية مياه الشرب وإعادة استخدام المياه المستعملة وتحديثها.)

نتيجة تحققت بالكامل

المؤشر		المعطيات الأساسية	الهدف	محقق
٨-١-١	عدد الدول الأعضاء التي اضطلعت بحساب بعض التهديدات البيئية المحددة التي تحدق بالصحة أو بحساب العبء البيئي للأمراض مستعينة في ذلك بدعم تقني من المنظمة خلال الثنائية.	٤٢	٤٤	٦٧
٨-١-٢	عدد القواعد أو المعايير أو الدلائل الجديدة أو المحدثة التي وضعتها المنظمة بشأن مسائل الصحة المهنية أو البيئية ونشرت خلال الثنائية	١٨	٢٠	٢١

١٦٦- بصفة عامة، زادت المعرفة حول عوامل الخطر البيئية على صحة الإنسان في البلدان على صعيد أقاليم منظمة الصحة العالمية. وأبلغ ٦٧ بلداً عن إجراء تقديرات لمخاطر بيئية محددة باستخدام أدوات وإرشادات المنظمة بشأن تقدير المخاطر، وذلك مقارنة باثنين وأربعين بلداً في الثنائية السابقة. وفي عدد من الحالات جاءت هذه الإجراءات كنتيجة للالتزامات السياسية المشتركة بين القطاعات. على سبيل المثال، في الإقليم الأفريقي وفي إطار إعلان ليبرفيل وعملية المتابعة، نفذ ١٥ بلداً تحاليل وطنية للحالة البيئية والصحية وتقديرات للاحتياجات بدعم مالي وتقني من المنظمة. وفي الإقليم الأوروبي تولَّد زخم مماثل عن المؤتمر الوزاري الخامس المعني بالبيئة

والصحة الذي انعقد في آذار/ مارس ٢٠١٠؛ كما تولَّد في إقليم جنوب شرق آسيا عن المحفل الوزاري الإقليمي الثاني بشأن البيئة والصحة الذي أُقيم في تموز/ يوليو ٢٠١٠؛ وتولَّد في إقليم جنوب شرق آسيا عن المؤتمر الوزاري الثاني لشرق آسيا بشأن المرافق الصحية والنظافة الصحية الذي انعقد في كانون الثاني / يناير ٢٠١٠.

النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة ٨-٢

تقديم الدعم التقني والإرشادات التقنية إلى الدول الأعضاء لتنفيذ تدخلات الوقاية الأولية التي تحد من المخاطر البيئية على الصحة، وتعزز السلامة والصحة العمومية، بما في ذلك تنفيذها في بيئات محددة (مثل أماكن العمل أو المنازل أو المناطق الحضرية) وبين الفئات السكانية السريعة التأثر (مثل الأطفال).

نتيجة تحققت جزئياً

المؤشر		المعطيات الأساسية	الهدف	محقق
٨-٢-١	عدد الدول الأعضاء التي نفذت بدعم تقني من المنظمة تدخلات الوقاية الأولية بغرض التقليل من المخاطر البيئية على الصحة في واحدة من البيئات التالية على الأقل: أماكن العمل أو المنازل أو المناطق الحضرية.	٤٨	٥٢	٩٢

١٦٧- أبلغ ٩٢ بلداً عن نهضة في استخدام تدخلات الوقاية الأولية لمعالجة المحددات البيئية والمهنية للصحة. فعلى سبيل المثال، قام العديد من البلدان بتعزيز تدخلات تنقية المياه المنزلية وتخزينها تخزيناً مأموناً لضمان توفر مياه الشرب المأمونة. وقد استرشدت الأنشطة المنفذة على المستوى القُطري بنشرة *المبادئ التوجيهية الخاصة بجودة مياه الشرب* للمنظمة، التي تم تحديثها في ٢٠١٠، وبالمواد الإعلامية للمنظمة بشأن الاستخدام المأمون للمياه المستعملة والمفرغات والمياه الرمادية، التي تم تنقيحها في نيسان/ أبريل ٢٠١٠. وهناك مثال آخر على ذلك نُفِّذ بالتعاون مع التحالف العالمي من أجل اللقاحات والتمنيع، وتضمن تقديم الدعم التقني لسبعة وعشرين بلداً في الإقليم الأفريقي وستة بلدان في إقليم شرق المتوسط لوضع خطط وطنية لإدارة مخلفات الرعاية الصحية وتنفيذ هذه الخطط.

١٦٨- وفي أيلول/ سبتمبر ٢٠١٠، أطلق التحالف العالمي لمواقد الطهي النظيفة، الذي تُعد المنظمة أحد أعضائه المؤسسين، بهدف انقاذ حياة ١,٩ ملايين شخص يتعرضون للوفاة المبكرة لإصابتهم بأمراض واعتلالات من بينها الالتهاب الرئوي في مرحلة الطفولة، والأمراض القلبية الوعائية، وداء الانسداد الرئوي المزمن، وانخفاض الوزن عند الميلاد، نتيجة لتعرضهم لتلوث الهواء الناتج عن استعمال الوقود الصلب. وسيتم من خلال هذا التحالف توفير إمكانية الحصول على مواقد الطهي النظيفة لمائة مليون منزل في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل. وفي أيلول / سبتمبر أطلقت المنظمة قاعدة البيانات العالمية عن تلوث الأماكن المكشوفة التي تضم بيانات نحو ١١٠٠ مدينة في ٩١ بلداً.

١٦٩- وفي حين أن أهداف المؤشر قد تحققت، إلا أن هذه النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة قد صُنفت على أنها تحققت جزئياً، ويعود ذلك في المقام الأول إلى أن بعض أنشطة الإبلاغ عن المخاطر، مثل الحماية من الإشعاعات في أماكن الرعاية الصحية ومن الرادون في المنازل، قد أُجلت للثنائية القادمة لنقص الموارد واضطرار

الموظفين الحاليين إلى الاستجابة لحالة الطوارئ النووية في فوكوشيما. وقد عانى إقليم شرق المتوسط أيضاً من نقص الموارد البشرية فيما يتعلق بالأنشطة المخطط لها وفقاً لهذه النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة.

النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة ٨-٣

تقديم المساعدة التقنية والدعم التقني إلى الدول الأعضاء لتعزيز نظم ووظائف وخدمات إدارة مخاطر الصحة المهنية والبيئية على الصعيد الوطني.

نتيجة تحققت بالكامل

المؤشر		المعطيات الأساسية	الهدف	محقق
٨-٣-١	عدد الدول الأعضاء التي نفذت بدعم من المنظمة خطط عمل / سياسات على الصعيد الوطني لإدارة مخاطر الصحة المهنية، مثل تلك التي ترتبط بخطة العمل العالمية المعنية بصحة العمال (٢٠٠٨-٢٠١٧).	٦٧	٧٢	٨٨

١٧٠- وضعت ٨٩ دولة من الدول الأعضاء أطر السياسات أو الاستراتيجيات أو خطط العمل لدعم إدارة المخاطر البيئية والمهنية.

١٧١- وفي إقليم شرق المتوسط اعتمدت بلدان مجلس التعاون الخليجي مبادرة مواقع العمل الصحية رسمياً في القاهرة في كانون الثاني/ يناير ٢٠١٠. وقدمت المنظمة الدعم التقني لإعداد خطة عمل إقليمية لتعزيز مواقع العمل الصحية وإضفاء الطابع المؤسسي على الأنشطة ذات الصلة، بدءاً بمصر وعُمان.

١٧٢- كما أبلغ إقليم جنوب شرق آسيا عن إحرازه لتقدم مماثل، حيث نُفذت الأنشطة الوطنية التي تسعى إلى تحقيق أهداف خطة العمل العالمية المعنية بصحة العمال ٢٠٠٨-٢٠١٧ في تسعة بلدان من إجمالي ١١ بلداً. كما تم تعزيز الأنشطة التي تنفَّذ على المستوى القُطري لدعم وحماية صحة العاملين في مجال الرعاية الصحية، على سبيل المثال في أعقاب إصدار أداة HealthWISE لمنظمة الصحة العالمية ومنظمة العمل الدولية لتحسين ظروف العمل في قطاع الصحة.

النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة ٨-٤

وضع إرشادات وأدوات واتخاذ مبادرات من أجل دعم قطاع الصحة للتأثير في سياسات القطاعات الأخرى بما يساعد على تبين واعتماد السياسات التي من شأنها تحسين الصحة والبيئة والسلامة.

نتيجة تحققت جزئياً

المؤشر		المعطيات الأساسية	الهدف	محقق
٨-٤-١	عدد الدول الأعضاء التي تنفذ المبادرات المدعومة من المنظمة لتحديد ومواجهة الآثار الصحية المترتبة على نشاط واحد أو أكثر من أنشطة القطاعات التالية: الزراعة، والطاقة، والنقل.	٦٧	٧٢	غير متاح

١٧٣- شهدت الثنائية زيادة في الاستخدام المنهجي للأدوات مثل أداة تقييم الأثر البيئي على الصحة. وعُرض مشروع تجريبي تم تنفيذه بنجاح في قطاع النفط في غانا، على المؤتمر الوزاري الثاني المعني بالصحة والبيئة في أفريقيا (لواندا، تشرين الثاني/ نوفمبر ٢٠١٠). واستناداً إلى نجاح مثل هذه المشروعات التجريبية، يتزايد الطلب على الدعم التقني لتقييم الأثر الصحي، ولاسيما في مجال صناعات النفط والغاز والتعدين. وفي بعض الأقاليم الأخرى، يلقى تقييم الأثر الصحي اهتماماً متزايداً ولاسيما وقد أُقر بأنه أداة لعلاج عدم المساواة في مجال الصحة، ولتحقيق القدر الأمثل من الفوائد الصحية للاستجابة لتخفيف وطأة تغيُّر المناخ والتكيف معه، ولدعم "النمو الأخضر".

١٧٤- وفي قطاع النقل، تم إطلاق المبادرات بشأن النقل المستدام بيئياً والنقل الصحي في المناطق الحضرية. كما تم تقديم الدعم التقني في ستة بلدان لتعزيز إدارة مبيدات الآفات في القطاع الزراعي في إطار الصحة العمومية، بغية الحد من المخاطر التي تتعرض لها الصحة العمومية بسبب هذه المبيدات.

١٧٥- وساهمت المنظمة في رعاية المؤتمر الدولي الأول المعني بالأشعة فوق البنفسجية وسرطان الجلد في أيار/ مايو ٢٠١١ في كوبنهاغن، الذي جمع معاً أصحاب المصلحة من كافة أنحاء العالم. وبدأ العمل لإعداد كُتيِّب عن التدخلات على صعيد السياسة العامة بشأن حمامات الشمس الاصطناعية وقاعدة بيانات للسياسات الخاصة بهذه الحمامات.

١٧٦- ورغم ما أُحرز من تقدم مهم، إلا أن المعايير والأساليب المتبعة لقياس عدد الدول الأعضاء التي تنفذ مبادرات تدعمها المنظمة بهدف تحديد الآثار الصحية للأنشطة في مجالات الزراعة والطاقة والنقل ومعالجتها، قد تم تعديلها خلال الثنائية لضمان المزيد من الدقة في تقييم الإنجازات. ويمضي العمل قدماً في الوقت الحالي لتنقيح المعطيات الأساسية والقيم المستهدفة وفقاً لذلك. ولذا لم يمكن تحديد قيمة الإنجازات في هذه الثنائية. ونظراً لغياب البيانات الخاصة بنتائج المؤشر، جاء تصنيف هذه النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة على أنها تحققت جزئياً استناداً إلى التقديرات التقنية التي أجرتها الأقاليم والمقر الرئيسي.

النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة ٨-٥

تعزيز قيادة قطاع الصحة لتهيئة بيئة أصح وتغيير السياسات في كل القطاعات بغية معالجة الأسباب الجذرية للأخطار البيئية المحدقة بالصحة باللجوء إلى وسائل من قبيل الاستجابة للتبعات المستجدة والمعاودة للظهور التي

تترتب على أنشطة التنمية في صحة البيئة، وتغير أنماط الاستهلاك والإنتاج والآثار المدمرة للتكنولوجيات المتطورة.

نتيجة تحققت بالكامل

المؤشر		المعطيات الأساسية	الهدف	محقق
٨-٥-١	عدد الدراسات أو التقارير عن قضايا الصحة المهنية والبيئية المستجدة والمعاودة للظهور التي نشرت أو شاركت المنظمة في نشرها.	١٥	١٧	٢١
٨-٥-٢	عدد التقارير التي نشرت أو التي اشتركت المنظمة في نشرها بخصوص التقدم المحرز صوب تحقيق الغرضين المتعلقين بالمياه والإصحاح في أُطر التنمية الدولية الرئيسية مثل المرامي الإنمائية للألفية.	٨	١٠	١٠
٨-٥-٣	عدد المنتديات الإقليمية الرفيعة المستوى المعنية بقضايا البيئة والصحة التي نظمت أو حظيت بدعم تقني من المنظمة كل سنتين.	٩	١٠	١١

١٧٧- في العموم، زاد الوعي بالمخاطر الصحية للمواد الكيميائية نتيجة لأنشطة المنظمة المتعلقة بوضع القواعد وتقييم المخاطر، بما في ذلك نشر التقارير عن المواد الكيميائية الرئيسية، بما في ذلك تقرير عن استخدام مادة الدي دي تي في الرش الثمالي داخل المباني، وسلسلة من النشرات تتناول عشر مواد كيميائية تثير مخاوف كبرى على الصحة العمومية.

١٧٨- وفيما يتعلق بالمخاوف الصحية والمهنية ذات الأولوية التي أُثيرت في المحافل والأحداث الرفيعة المستوى، بما في ذلك في سياق الاتفاقات الدولية المعنية بالبيئة والعمليات ذات الصلة بها، تولت منظمة الصحة العالمية الدعوة إلى إرساء روابط أوثق بين أهداف وغايات التنمية الصحية القائمة، على سبيل المثال من خلال المؤتمر الدولي الأول لمنظمة الصحة العالمية المعني بالوقاية الأولية من السرطان من خلال الاضطلاع بتدخلات بيئية ومهنية، وإعلان أستورياس في آذار/ مارس ٢٠١١.

النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة ٨-٦

رسم السياسات المسندة بالبينات ووضع الاستراتيجيات والتوصيات وتقديم الدعم التقني إلى الدول الأعضاء للتعرف على مشكلات الصحة العمومية الناجمة عن تغير المناخ والحيلولة دون قيامها ومعالجتها.

نتيجة تحققت بالكامل

المؤشر		المعطيات الأساسية	الهدف	محقق
٨-٦-١	عدد الدراسات أو التقارير عن آثار تغير المناخ على الصحة العمومية، التي نشرت أو شاركت المنظمة في نشرها.	غير متاحة	٣٠	٣٥
٨-٦-٢	عدد البلدان التي نفذت خططاً لتمكين القطاع الصحي من التكيف مع الآثار الصحية لتغير المناخ.	غير متاحة	٣٠	٤٨

١٧٩- أبلغ ٣٠ بلداً من شتى أقاليم منظمة الصحة العالمية عن إجراء تقييم لمدى تأثر الصحة بتغيُّر المناخ وتكيفها معه، وتستخدم نتائج هذه التقييمات الآن في تنفيذ ١٨ مشروعاً تجريبياً في ١٤ بلداً. وقد واصلت المنظمة تنفيذ أنشطة الدعوة والقيادة من أجل تشجيع العمليات الإقليمية والعالمية التي تتعلق بالبيئة وتغيُّر المناخ والتنمية المستدامة، على أن تولي مزيداً من الاعتبار للصحة.

١٨٠- وتم إجراء استعراض منهجي للمزايا الجانبية للصحة بالنسبة لسياسات تخفيف وطأة تغُّير المناخ، في خمسة قطاعات (الإسكان والنقل والزراعة والصحة والطاقة المنزلية). وقد صدرت النتائج مشفوعة بتقرير أعده المكتب الإقليمي للأمريكتين (المحددات الاجتماعية للصحة) أثناء انعقاد المؤتمر العالمي لمنظمة الصحة العالمية المعني بالمحددات الاجتماعية للصحة في تشرين الأول/ أكتوبر ٢٠١١ وفي الدورتين السادسة عشرة والسابعة عشرة لمؤتمر الأطراف في اتفاقية الأمم المتحدة الإطارية بشأن تغيّر المناخ في ٢٠١٠ و٢٠١١ بالترتيب.

الغرض الاستراتيجي ٩

تحسين التغذية والسلامة والأمن الغذائيين طوال العمر بما يدعم الصحة العمومية والتنمية المستدامة

١٨١- يصيب نقص التغذية وعوز الفيتامينات والمعادن والسمنة مجموعات كبيرة من السكان على مستوى العالم. ويُعد سوء التغذية السبب المؤدي للوفاة فيما يُقدر بنحو ٣٥٪ من وفيات الأطفال دون الخامسة من العمر، ويُعد النظام الغذائي، بما في ذلك تناول الأغذية غير المأمونة، عامل من عوامل الخطر في مشكلات مرض السكري والأمراض القلبية الوعائية والسرطان. وتتفاعل أمراض الإسهال التي تسببها مختلف أنواع الممرضات الموجودة في الأغذية والماء مع نقص التغذية في حلقة مفرغة تؤثر سلباً على النمو. وفي عام ٢٠٠٨ كان ٢٠٥ ملايين رجل و٢٩٧ مليون امرأة ممن تجاوزوا العشرين من العمر مصابون بالسمنة.

١٨٢- وقد عملت المنظمة مع السلطات الوطنية المعنية بالصحة التي تتعامل مع التغذية والسلامة الغذائية، ومع ممثلي القطاعات الحكومية الأخرى، ولاسيما قطاع الزراعة. ويتمثل شركاء المنظمة الرئيسيون في الأمم المتحدة، ولاسيما منظمة الأغذية والزراعة واليونيسيف وبرنامج الأغذية العالمي، والوكالات الدولية ووكالات التمويل الثنائية والمتعددة الأطراف، والمجتمع العلمي والمنظمات غير الحكومية. وقد تم إرساء العلاقات مع المؤسسات الإقليمية مثل أمانة جماعة المحيط الهادئ، ومنظمة الصحة لغرب أفريقيا، والاتحاد الأفريقي، والشراكة الجديدة من أجل تنمية أفريقيا، واللجنة الدائمة المشتركة بين الدول لمكافحة الجفاف في منطقة الساحل، والمفوضية الأوروبية.

النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة ٩-١

إقامة شراكات وتحالفات، وبناء القيادات والتنسيق والتنظيم عبر الشبكات مع أصحاب المصلحة كافة على الصعيدين القطري والإقليمي والصعيد العالمي، وذلك من أجل التشجيع على الدعوة والتواصل، والحفز على اتخاذ إجراءات مشتركة بين القطاعات، وزيادة الاستثمارات في التدخلات المتعلقة بالتغذية والسلامة والأمن الغذائيين، ووضع برنامج عمل معني بالبحوث ودعمه

نتيجة تحققت جزئياً

المؤشر		المعطيات الأساسية	الهدف	محقق
٩-١-١	عدد الدول الأعضاء التي لديها آليات تنسيق عاملة وتتسم بطابع مؤسسي لتشجيع المناهج والإجراءات المتعددة القطاعات في مجال السلامة أو الأمن الغذائيين أو التغذية.	٨٩	١٢٥	١٢٨
٩-١-٢	عدد الدول الأعضاء التي قامت بإدراج الأنشطة المتعلقة بالتغذية والسلامة والأمن الغذائيين وآلية لتمويل هذه الأنشطة في النهج القطاعية الشاملة التي تتبعها أو في ورقات استراتيجية الحد من الفقر.	٢٨	٣٥	١١٧

١٨٣- لوحظت في معظم البلدان زيادة في وعي صناع القرار بأهمية السلامة الغذائية والتغذية، وتحسن التعاون بين قطاعات الصحة والزراعة والطب البيطري، وتحسن التنسيق بين أصحاب المصلحة. ويتضح ذلك من زيادة عدد الدول الأعضاء التي لديها آليات تنسيق مؤسسية تعمل بالفعل لتعزيز النهوج والإجراءات المتعددة القطاعات في مجال السلامة الغذائية والأمن الغذائي، من ٨٩ دولة في ٢٠١٠ إلى ١٢٨ دولة في نهاية الثنائية. وأسس العديد من الدول آلية تنسيق لتشجيع المناهج والإجراءات المتعددة القطاعات في مجال السلامة الغذائية والتغذية. ولكن ما زالت برامج السلامة الغذائية القومية في بعض الأقاليم مجزأة وتفتقر إلى التآزر والتعاون بين مختلف القطاعات.

١٨٤- وساهمت المنظمة في شراكة القضاء على الجوع ونقص التغذية لدى الأطفال مع الأمم المتحدة على المستوى القُطري، وفي اللجنة الدائمة للتغذية لمنظومة الأمم المتحدة على المستوى العالمي، كما ساهمت في تطوير مبادرة "تعزيز التغذية" حيث تولت قيادة فرقة العمل المعنية بالرصد والترصد ووضعت خطة تنفيذية شاملة بشأن تغذية الأمهات والرضع وصغار الأطفال.

١٨٥- كذلك فقد تولت المنظمة تنسيق العمل الخاص بشبكة المنظمة العالمية للأمراض المُعدية المنقولة بواسطة الأغذية والشبكة الدولية للسلطات المسؤولة عن سلامة الأغذية، المعنيتين على التوالي بتعزيز دمج الترصد في المختبرات من خلال تقديم الدورات التدريبية وتنفيذ الأنشطة في شتى أنحاء العالم، وبالتبادل السريع للمعلومات والاستجابة لتفشي الأمراض المنقولة بواسطة الغذاء.

١٨٦- وفضلاً عن ذلك، عززت المنظمة تعاونها مع الأطراف الفاعلة الدولية التي تركز على قضايا السلامة الغذائية من أجل دعم التعاون بين القطاعات وإضافة السلامة الغذائية إلى موضوعات النقاش الدولي حول أزمة الغذاء. وعززت الأمانة في المقر الرئيسي الشراكات مع المعهد الدولي لبحوث الماشية والمعهد الدولي لبحوث سياسات الأغذية، فيما يتعلق ببرنامج البحث "الزراعة من أجل تغذية وصحة أفضل"، كما دعمت إعداد التقرير الذي قدمه المُقرِّر الخاص المعني بالحق في الغذاء إلى مجلس حقوق الإنسان التابع للأمم المتحدة.

١٨٧- وقد تحققت النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة جزئياً حيث لا تزال آليات تصريف الشؤون على المستوى القُطري في حاجة إلى التعزيز في الإقليم الأفريقي وإقليم الأمريكتين.

النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة ٩-٢

وضع القواعد- بما فيها المراجع والمتطلبات والأولويات المتعلقة بالبحوث والدلائل وأدلة التدريب والمعايير، وتعميمها على الدول الأعضاء لتوسيع قدرتها على تقييم جميع أشكال سوء التغذية والأمراض الحيوانية المنشأ والأمراض غير الحيوانية المنشأ المنقولة بواسطة الغذاء والتصدي لها، والتشجيع على اتباع أنظمة غذائية صحية.

نتيجة تحققت بالكامل

المؤشر		المعطيات الأساسية	الهدف	محقق
٩-٢-١	عدد المعايير أو الدلائل أو أدلة التدريب الجديدة المتعلقة بالتغذية والسلامة الغذائية التي أعدت وعُممت على الدول الأعضاء والمجتمع الدولي.	٢٣	٤٣أ	٨٨ب
٩-٢-٢	عدد القواعد والمعايير والأدلة والوسائل ومواد التدريب الجديدة المتعلقة بتوقي وتدبير الأمراض الحيوانية المنشأ والأمراض غير الحيوانية المنشأ المنقولة بواسطة الغذاء.	١٤	١٩	٢٠

أ فضلاً عن ذلك، تعهدت الأمانة بإعداد ٢٠٠ معيار جديد للدستور الغذائي.
ب فضلاً عن ذلك تم وضع عدد كبير من معايير الدستور الغذائي (٥٥٧) بفضل تبسيط إجراءات الموافقة.

١٨٨- تمثلت خطوة كبرى في وضع آلية لتقديم المشورة العلمية حول التغذية في أعقاب عملية التوجيه لمنظمة الصحة العالمية، تؤدي إلى تحسن في إدارة سوء التغذية وعوز المغذيات الدقيقة. وكذلك، كان الإنجاز الأكبر في مجال السلامة الغذائية هو تحقيق إدراك أفضل لأهمية معايير السلامة الغذائية القائمة على أدلة علمية، أي معايير الدستور الغذائي، وتطبيقها على الأغذية المُصدَّرة وعلى الإمدادات الغذائية المحلية.

١٨٩- وفي العموم، أصدرت المنظمة ٦٥ معياراً من معايير التغذية وسلامة الغذاء والمبادئ الإرشادية وأدلة التدريب و٥٥٧ معياراً من معايير الدستور الغذائي، ونشرتها على الدول الأعضاء والمجتمع الدولي. وجدير بالذكر أيضاً ما تم من إعداد المبادئ التوجيهية للدستور الغذائي فيما يتعلق بتحليل مخاطر مقاومة مضادات الجراثيم المحمولة بواسطة الغذاء. وكذلك عقدت الأمانة عدداً كبيراً من اجتماعات الخبراء العلميين لتقييم المخاطر

الصحية المحتملة للمُضافات الغذائية، والملوثات، وثمالات بعض الأدوية البيطرية الموجودة في الأغذية، والمخاطر الجرثومية، والقضايا المستجدة، بغية توفير قاعدة البيِّنات اللازمة لوضع المعايير الدولية. كما تم بث الرسالة الدولية للمنظمة بشأن "الوصايا الخمس لضمان مأمونية الغذاء" لتدريب مناولي الأغذية وتوعية المستهلكين.

١٩٠- وتم إنشاء فريق الخبراء الاستشاري للتوجيه الغذائي لإسداء المشورة العلمية حول التغذية. وتم إعداد أو تحديث أربعة عشر مبدأً توجيهياً باستخدام عملية وضع المبادئ التوجيهية للمنظمة. وتُترجم المبادئ التوجيهية وتُبث من خلال المكتبة الإلكترونية لبيِّنات الإجراءات التغذوية التابعة للمنظمة. وتم تجاوز الهدف نتيجة لزيادة الجهود المبذولة لإسداء المشورة العلمية، وزيادة فعالية عملية وضع معايير الدستور الغذائي، ما أدى إلى وضع بعض معايير السلامة الغذائية الدولية الإضافية، بما في ذلك تلك التي تتعلق بالحد من تلوث مسحوق أغذية الرُضع وغيره من الأغذية والعلف الحيواني بالميلامين.

١٩١- ونُشرت منهجيات تقييم المخاطر في وثائق إرشادية شاملة، مثل "مبادئ وأساليب تقييم مخاطر المواد الكيميائية الموجودة في الأغذية". وتم تعزيز المشاركة الفعالة للبلدان النامية والبلدان التي تمر اقتصاداتها بمراحل انتقالية، في عملية وضع الدستور الغذائي، كما يتضح من عدد البلدان التي لم تعد مستحقة لدعم الصندوق الاستئماني لهيئة الدستور الغذائي وتواصل مع ذلك مشاركتها في الدستور الغذائي.

النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة ٩-٣

تعزيز جوانب رصد الاحتياجات وترصدها وتقييم وتقدير الاستجابات في مجال الأمراض المزمنة المتصلة بالتغذية والنظام الغذائي ورفع مستوى القدرة على تحديد أفضل الخيارات المتعلقة بالسياسة العامة، وذلك في الحالات المستقرة وحالات الطوارئ.

نتيجة تحققت بالكامل

المؤشر		المعطيات الأساسية	الهدف	محقق
٩-٣-١	عدد الدول الأعضاء التي اعتمدت ونفذت معايير نمو الطفل الصادرة عن المنظمة.	٦٣	٨٥	١١٥
٩-٣-٢	عدد الدول الأعضاء التي لديها بيانات رصد ممثلة على الصعيد الوطني عن الأشكال الرئيسية لسوء التغذية.	١٠٤	١٢٥	١٤٢

١٩٢- تم إحراز التقدم في رصد الحالة التغذوية والأمراض المنقولة بالأغذية وتنفيذ السياسات التي تتعلق بالغذاء والتغذية. وزاد عدد الدول الأعضاء التي اعتمدت معايير منظمة الصحة العالمية الخاصة بالنمو من ٦٣ دولة في ٢٠١٠ ليصبح ١١٥ دولة في نهاية الثنائية، في حين أن عدد الدول الأعضاء التي لديها بيانات رصدية ذات دلالة إحصائية على الصعيد الوطني بشأن الأشكال الرئيسية لسوء التغذية، قد زاد من ١٠٤ دولة إلى ١٤٢ دولة.

١٩٣- وتم إرساء ترصد بدانة الأطفال في الإقليم الأوروبي وإجراء استعراض لسياسات التغذية العالمية شمل ١١٩ من الدول الأعضاء وأربعة أقاليم. كما تم تقييم برامج السلامة الغذائية في ٢٨ بلداً. وتضم الآن شبكة المنظمة العالمية للأمراض المعدية المنقولة بواسطة الأغذية أعضاءً من ١٨١ من الدول الأعضاء، وتربط الشبكة الدولية للسلطات المسؤولة عن سلامة الأغذية ما بين ١٧٧ من الدول الأعضاء، على نحو مُكمِّل للعمل المنفذ في ظل اللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥).

١٩٤- وحفظت المنظمة قواعد البيانات لديها وتوسعت فيها لتشمل القياسات البشرية للأطفال والبيانات الخاصة بمنسب كتلة الجسم والفيتامينات والمعادن. وتتصل قواعد البيانات ببعضها البعض من خلال "نظام معلومات التغذية". وتُعد حصائل استعراض السياسة العالمية للتغذية الأساس لقاعدة البيانات العالمية الجديدة عن "تنفيذ الإجراءات التي تتعلق بالغذاء". وتكمِّل قواعد البيانات مصادر معلومات أخرى، بما في ذلك تعريف المؤشرات والأُطر المنطقية لاختيار المؤشرات، وأدوات منهجية المسح، ورسم خرائط القدرات المختبرية. كما تم إجراء التقديرات على الصعيد القُطري والإقليمي والعالمي لسوء التغذية لدى الأطفال والفيتامينات والمعادن، ودعم تطبيق معايير النمو.

النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة ٩-٤

بناء القدرات وتقديم الدعم للدول الأعضاء المستهدفة من أجل وضع وتعزيز وتنفيذ الخطط والسياسات والبرامج المتعلقة بالتغذية والرامية إلى تحسين جوانب التغذية طوال العمر في الحالات المستقرة وحالات الطوارئ.

نتيجة تحققت جزئياً

المؤشر		المعطيات الأساسية	الهدف	محقق
٩-٤-١	عدد الدول الأعضاء التي نفذت ثلاثة إجراءات على الأقل من الإجراءات العالية الأولوية التي أوصت بها الاستراتيجية العالمية لتغذية الرضع وصغار الأطفال	٥٢	٩٧	١١٧
٩-٤-٢	عدد الدول الأعضاء التي نفذت استراتيجيات ترمي إلى الوقاية من سوء التغذية الناجم عن نقص المغذيات الدقيقة ومكافحته.	٤٤	٧٧	١١٩
٩-٤-٣	عدد الدول الأعضاء التي نفذت استراتيجيات ترمي إلى تشجيع اتباع ممارسات النظام الغذائي الصحية للوقاية من الأمراض المزمنة الناجمة عن اختلال النظام الغذائي.	٤٤ على الأقل	٨٠	١٣٨
٩-٤-٤	عدد الدول الأعضاء التي أدرجت موضوع التغذية في استجاباتها الشاملة لمقتضيات مرض الأيدز والعدوى بفيروسه.	١٤	٥٩	٢٥
٩-٤-٥	عدد الدول الأعضاء التي لديها خطط للتأهب على الصعيد الوطني لمواجهة حالات الطوارئ المتعلقة بالتغذية والتصدي لها.	٢٣	٤٧	٤١

١٩٥- اعتمدت جمعية الصحة العالمية في دورتها الثالثة والستين القرار ج ص ع٦٣-٢٣ المعني بتغذية الرضع وصغار الأطفال الذي أسفر عن وضع خطة تنفيذية شاملة بشأن تغذية الأمهات والرضع وصغار الأطفال، وذلك في أعقاب المشاورات الإقليمية التي شملت مختلف القطاعات الحكومية في ٩٢ دولة من الدول الأعضاء، ومؤسسات منظومة الأمم المتحدة، والمصارف الإنمائية، والجهات المانحة، والمجتمع المدني. وقد زاد عدد الدول الأعضاء التي نفذت ثلاثة إجراءات على الأقل من الإجراءات العالية الأولوية التي أوصت بها الاستراتيجية العالمية لتغذية الرضع وصغار الأطفال، من ٥٢ دولة في ٢٠١٠ إلى ١١٧ دولة في نهاية الثنائية.

١٩٦- كما وُضعت استراتيجيات التغذية الإقليمية في إقليم الأمريكتين (استراتيجية وخطة العمل للحد من سوء التغذية المُزمن)، وإقليم شرق المتوسط (الاستراتيجية الإقليمية بشأن التغذية ٢٠١٠-٢٠١٩)، وإقليم جنوب شرق آسيا (استراتيجية التغذية الإقليمية)، وأمدت المنظمة الدول الأعضاء بالدعم اللازم لوضع السياسات والخطط وتنفيذها. ونتيجة لهذا الدعم، زاد عدد الدول الأعضاء التي لديها استراتيجيات مطبقة للوقاية من نقص المغذيات الدقيقة ومكافحتها من ٤٤ دولة في بداية الثنائية إلى ١١٩ دولة في نهاية ٢٠١١.

١٩٧- وأكد العديد من الوثائق والاجتماعات العالمية التي تناولت موضوعاتها تغذية الأمهات والرضع وصغار الأطفال، على النهج الشامل لمراحل الحياة. والدول الأعضاء مدركة للقضايا المطروحة ويتمتع صناع القرار ومديرو البرامج بقدر كبير من الوعي. ونتيجة لهذا العمل، زاد عدد الدول الأعضاء التي لديها استراتيجيات مطبقة لتعزيز ممارسات النُظم الغذائية الصحية للوقاية من الأمراض المزمنة الناجمة عن اختلال النظام الغذائي، من ٤٤ دولة في ٢٠١٠ إلى ١٣٨ دولة في نهاية الثنائية.

١٩٨- ورغم إحراز بعض الإنجازات المهمة، فإن النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة صُنفت كنتيجة تحققت جزئياً، وذلك لعدم كفاية التقدم المُحرز في إقليم الأمريكتين وإقليم جنوب شرق آسيا في تنفيذ سياسات وخطط التغذية. وفضلاً عن ذلك، فإن عدداً كبيراً من البلدان قد تأخر في دمج التدخلات التغذوية في برامج مكافحة فيروس نقص المناعة البشرية.

النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة ٩-٥

تعزيز نظم رصد الأمراض الحيوانية المنشأ وغير الحيوانية المنشأ المنقولة بالغذاء والوقاية منها ومكافحتها وإعداد برامج تُعنى برصد وتقييم الأخطار المتعلقة بالأغذية ودمج هذه البرامج في نظم الرصد الوطنية القائمة وتعميم النتائج المتحققة على جميع الأطراف الفاعلة الأساسية.

نتيجة تحققت جزئياً

المؤشر		المعطيات الأساسية	الهدف	محقق
٩-٥-١	عدد الدول الأعضاء التي أقامت أو عززت التعاون فيما بين القطاعات من أجل الوقاية من الأمراض الحيوانية المنشأ المنقولة بالأغذية ومكافحتها ورصدها.	٦٦	٧٥	١٠٥
٩-٥-٢	عدد الدول الأعضاء التي شرعت في تنفيذ خطة رامية إلى الحد من الإصابة بمرض رئيسي واحد على الأقل من الأمراض الحيوانية المنشأ المنقولة بالأغذية.	٦٨	٨٠	٨٥

١٩٩- نُفذ العديد من الأنشطة لدعم تعزيز المؤسسات المعنية بالسلامة الغذائية ونُظم ترصد الأمراض المنقولة بالأغذية وتلوث الغذاء في الدول الأعضاء. واستهدفت الأنشطة تعزيز تعاون قطاع مختبرات الأغذية والصحة العمومية وقطاع الخدمات الوبائية. ونتيجة لهذا العمل زاد عدد الدول الأعضاء التي أرست التعاون المشترك بين القطاعات أو عززته من أجل الوقاية من الأمراض الحيوانية المنشأ المنقولة بالأغذية ومكافحتها وترصدها، من ٦٦ دولة في ٢٠١٠ إلى ١٠٥ دول في نهاية الثنائية. واعتمدت جمعية الصحة العالمية في دورتها الثالثة والستين القرار ج ص ع٦٣-٣ بشأن مبادرات تعزيز السلامة الغذائية.

٢٠٠- وأمدت المنظمة البلدان بالدعم لتعزيز المؤسسات المعنية بالسلامة الغذائية وترصد الأمراض المنقولة بالأغذية، وتولت تسهيل المشروعات البحثية التي تتعلق بسببيات الأمراض المنقولة بالأغذية ومصادر التلوث وعوامل الخطر المرتبطة بها، وبدأت الدراسات التجريبية على الصعيد القُطري لتقييم عبء المرض المنقول بالأغذية.

٢٠١- وفضلاً عن ذلك، قدمت المنظمة الدعم لرصد القدرات التحليلية لمختبرات مراقبة الأغذية وعززت قدرات المختبرات من خلال تنظيم الدورات التدريبية حول ترصد الأمراض المنقولة بالأغذية ودعم التعاون بين قطاع مختبرات الأغذية والصحة العمومية وقطاع الخدمات الوبائية. وفيما يتعلق بهذا الأخير، حصلت البلدان في كافة أقاليم المنظمة على الدعم من خلال الدورات التدريبية وحلقات العمل التي نظمتها شبكة المنظمة العالمية للأمراض المعدية المنقولة بواسطة الأغذية التابعة للمنظمة، والتي تضم أعضاءً في ١٨١ من الدول الأعضاء.

٢٠٢- وبالرغم من هذه الإنجازات التي تحققت خلال الثنائية، إلا أن النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة صُنفت كنتيجة تحققت جزئياً، حيث أبلغ المكتب الإقليمي لشرق المتوسط والمكتب الإقليمي لجنوب شرق آسيا والمكتب الإقليمي لغرب المحيط الهادئ، أن مساهماتها قد تحققت جزئياً. وتمثلت العقبات الرئيسية في عدم اشتمال نُظم الترصد لدى البلدان على الأمراض المنقولة بالأغذية بالقدر الكافي، وصعوبة التنسيق والتعاون بين أصحاب المصلحة، ما أثر سلباً على فعالية رصد وترصد السلامة الغذائية؛ ونقص الموارد في البلدان لدعم تنفيذ دراسات النُظم الغذائية الشاملة؛ والعمليات المطولة اللازمة لوضع البروتوكولات الخاصة بعبء المرض المنقول بالأغذية.

النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة ٩-٦

بناء القدرات وتقديم الدعم للدول الأعضاء، بما في ذلك مشاركتها في وضع المعايير الدولية لرفع مستوى قدرتها على تقييم المخاطر في مجال الأمراض الحيوانية المنشأ والأمراض غير الحيوانية المنشأ والمنقولة بالغذاء ومجال السلامة الغذائية، واستحداث وتطبيق نُظم وطنية لمراقبة الأغذية بالترابط مع نظم طوارئ دولية.

نتيجة تحققت بالكامل

المؤشر		المعطيات الأساسية	الهدف	محقق
٩-٦-١	عدد الدول الأعضاء المنتقاة التي تتلقى الدعم للمشاركة في أنشطة وضع المعايير الدولية المتعلقة بالأغذية، مثل تلك الخاصة بهيئة الدستور الغذائي.	٩٧	٨٥	٨٥
٩-٦-٢	عدد الدول الأعضاء المنتقاة التي قامت بإنشاء نظم وطنية تُعنى بالسلامة الغذائية وتربطها صلات بنُظم الطوارئ.	٥٩	٧٠	١٧٧

٢٠٣- ثمة تحول استراتيجي حدث على المستوى العالمي لموارد الصندوق الاستئماني لهيئة الدستور الغذائي لتقديم المزيد من الدعم الموجه لتحسين نوعية المشاركة في أنشطة التدريب على الدستور وبناء القدرات، ولتعزيز المدخلات العلمية والتقنية من جانب البلدان النامية للنظر في ضمِّها إلى هذا الدستور.

٢٠٤- وفي إقليم جنوب شرق آسيا حضر عدد أكبر من المشاركين من الدول الأعضاء اجتماعات هيئة الدستور الغذائي والشبكة الدولية للسلطات المسؤولة عن سلامة الأغذية. وفي الإقليم الأوروبي أمكن ملاحظة تحسن معارف المسؤولين والتعاون بين القطاعات أثناء طوارئ السلامة الغذائية في العديد من البلدان. وفي إقليم الأمريكتين اعتمد ٤٠ بلداً قرارات خاصة بالدستور الغذائي. وفي إقليم شرق المتوسط وباستثناء البلدان التي تشهد الطوارئ المعقدة، تحظى معظم البلدان بمختبرات قادرة على اكتشاف المخاطر الكيميائية التقليدية الموجودة في الغذاء. وتستمر البلدان في المشاركة في اجتماعات هيئة الدستور الغذائي ولجنة الخبراء، وفي عمل الهيئات الأخرى المعنية بتحديد المعايير الدولية. واجتمعت لجنة تنسيق الدستور الغذائي في الشرق الأوسط في تونس العاصمة في أيار/ مايو ٢٠١١. وتضطلع هذه اللجنة بتقييم مخاطر الأغذية ووضع معايير الأغذية التقليدية في الإقليم. واستُكملت حتى الآن النماذج العامة لنظام تحليل المخاطر ونقاط المراقبة الحرجة فيما يتعلق بثلاثة عشر نوعاً من الأغذية التقليدية. وواصلت البلدان تعزيز مختبراتها الجرثومية والكيميائية لتمكينها من الانضمام إلى الشبكة الدولية للسلطات المسؤولة عن سلامة الأغذية. وبالإضافة إلى تنفيذ اللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥) قام العديد من البلدان بدمج ترصد الأمراض المنقولة بالأغذية في نظمها الوطنية لترصد المرض. ولكن توافر البيانات عن الأمراض المنقولة بالأغذية والرصد لا يزال محدوداً. وفي إقليم الأمريكتين تم دعم العديد من البلدان في وضع أو استكمال سياساتها بشأن السلامة الغذائية وتقييم نظم مراقبة الأغذية لديها. واستُخدم مفهوم "الوصايا الخمس لضمان مأمونية الغذاء" في معالجة تدابير السلامة الغذائية أثناء إعداد وإقامة كأس العالم لكرة القدم ٢٠١٠ في جنوب أفريقيا.

الغرض الاستراتيجي ١٠

تحسين الخدمات الصحية بإدخال تحسينات على جوانب تصريف الشؤون والتمويل والتوظيف والإدارة بالاعتماد على البيّنات والبحوث الموثوقة والميسّرة

٢٠٥- أضفت المشكلات المالية العالمية التي شهدتها الثنائية بعداً إضافياً على التحديات التي واجهتها البلدان التي تسعى إلى تطوير نُظمها الصحية. حيث وضعت الأزمة المزيد من القيود المالية على المشكلات الحالية التي تعترض الأهداف الإنمائية للألفية المرتبطة بالصحة، مثل تشتت الخدمات المقدمة ورداءتها اللتين تخلان بسلامة المرضى؛ وغياب المعلومات المتاحة في الوقت المناسب ونُظم المعلومات الكافية (بما في ذلك سجلات الأحوال المدنية) وتكنولوجيات الاتصالات والقدرات البحثية اللازمة لإنتاج البيانات؛ ونقص مقدمي الرعاية الصحية أو تدني مستوياتهم الأخلاقية؛ وعدم المساواة في إمكانية الحصول على الخدمات، والاعتماد الزائد على الدفع المباشر في تمويل الخدمات الصحية.

النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة ١٠-١

تحقيق تكامل الإدارة والتنظيم، وتحسين إيتاء الخدمات الصحية السكانية عن طريق القائمين على إيتاء الخدمات في القطاع العام والخاص وتحسين الشبكات، بما يعكس استراتيجية الرعاية الصحية الأولية وتعزيز مستوى التغطية والعدالة وجودة وسلامة خدمات الصحة الشخصية والسكانية، وتحسين الحصائل الصحية.

نتيجة تحققت بالكامل

المؤشر		المعطيات الأساسية	الهدف	محقق
١٠-١-١	عدد الدول الأعضاء التي حدثت بانتظام قواعد البيانات عن عدد وتوزيع الوحدات الصحية والتدخلات الصحية.	٣٠	٣٥	٧٣

٢٠٦- زاد الاهتمام على المستوى القُطري وداخل الأمانة بتعزيز وتطوير إيتاء الخدمات استناداً إلى الرعاية الصحية الأولية المتكاملة. وينطبق ذلك على وجه الخصوص على البلدان متوسطة الدخل والبلدان مرتفعة الدخل. وفي عدد من البلدان بدأت الرعاية الصحية الأولية في الاضطلاع بدور يتضمن المزيد من التنسيق. وسيوفر تعزيز ومواصلة دمج الأمراض غير السارية وعوامل الخطر المشتركة المتعلقة بها قواعد مشتركة، ويحد من الجوانب السلبية المرتبطة بالنهوج الرأسية، ويدعم النُظم الصحية القائمة على الرعاية الصحية الأولية.

٢٠٧- وخلال الثنائية، زاد عدد الدول الأعضاء التي انتظمت في تحديث قواعد البيانات التي توضح عدد المرافق الصحية والتدخلات الصحية المقدمة وتوزيعها، من ٣٠ دولة في ٢٠١٠ إلى ٧٣ دولة في نهاية ٢٠١١. وأحرز ٢١ بلداً تقدماً في مجال تنفيذ الإصلاحات ورصدها من أجل تعزيز الرعاية الصحية الأولية.

٢٠٨- كما أُحرز تقدم في العمل الخاص بوضع القواعد حيث تمت صياغة الإرشادات حول إيتاء الخدمات في مجالات مثل الرعاية التي تركز على الناس، والتخطيط على مستوى المناطق، وخدمات المستشفيات، وتنظيم الاستغلال التجاري للخدمات الصحية، وتنظيم الطب التقليدي والطب البديل، والمشاركة.

٢٠٩- ولكن لا تزال ثمة فجوة بين أهمية جدول أعمال إصلاح المستشفيات بالنسبة للسلطات الصحية الوطنية، وبين مبلغ ما يلقاه ذلك من عناية على صعيد الصحة والمعونة العالميتين. ويعوق ذلك وضع النهوج المتسقة لإيتاء الخدمات.

النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة ١٠-٢

تحسين القدرات الوطنية في مجال القيادة وتصريف الشؤون من خلال إقامة حوار بشأن السياسات المسندة بالبينات وبناء القدرات المؤسسية في مجال تحليل السياسات ورسمها، وتقييم أداء النظم الصحية القائمة على الاستراتيجيات، وزيادة الشفافية والمساءلة في الأداء وزيادة فعالية التعاون بين القطاعات.

نتيجة تحققت بالكامل

المؤشر		المعطيات الأساسية	الهدف	محقق
١٠-٢-١	عدد الدول الأعضاء التي وضعت في السنوات الخمس الماضية عمليات الخطة الصحية الوطنية الشاملة بالتشاور مع أصحاب المصلحة.	٩٢	١٠٧	١٠٨
١٠-٢-٢	عدد الدول الأعضاء التي أجرت تقييماً منتظماً أو دورياً للتقدم المحرز، بما في ذلك التقدم في تنفيذ خطتها الصحية الوطنية، وذلك بناءً على معايير مشتركة متفق عليها لأداء نُظمها الصحية.	٥٤	٦٥	٦٩

٢١٠- أحرزت البلدان تقدماً في صياغة سياسات واستراتيجيات وخطط الصحة الوطنية وتنفيذها. وعلى الصعيد العالمي، وضعت ١٠٨ بلدان عمليات تخطيط وطنية شاملة تتفاوت فيها درجات مشاركة أصحاب المصالح في حوار السياسة العامة الوطني. وأجرى ٦٩ بلداً استعراضات شاركت فيها قطاعات الصحة، كما قيِّم التقدم المحرز استناداً إلى معايير تقديرات أداء النظام الصحي المتفق عليها. وأجريت تقييمات مشتركة للاستراتيجيات الوطنية بنجاح في ١٠ بلدان. وفي إقليم الأمريكتين روجعت الأطر التنظيمية والتشريعية وحدثت في ١١ بلداً. وفي الإقليم الأوروبي، استكملت ٦ بلدان عملية تقييم لأداء النظم الصحية. وفي إقليم شرق المتوسط أجرى ١٣ بلداً دراسات تقييمية حول تنظيم القطاع الخاص. ووضعت اللجنة المعنية بالمعلومات والمساءلة خرائط طريق بشأن المعلومات والمساءلة لستة بلدان على الأقل.

النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة ١٠-٣

تحسين التنسيق بين شتى الآليات (بما فيها مساعدات الجهات المانحة) التي تقدم الدعم للدول الأعضاء في تنفيذ جهودها من أجل بلوغ الأهداف الوطنية في مجال تطوير النظم الصحية والمرامي الصحية العالمية.

نتيجة تحققت جزئياً

المؤشر		المعطيات الأساسية	الهدف	محقق
١٠-٣-١	عدد الدول الأعضاء التي يجري فيها تنسيق إسهامات الجهات المؤثرة الرئيسية مع السياسات الوطنية، محسوباً وفقاً لإعلان باريس بشأن فعالية المساعدات.	٢٥	٣٠	٥٢

٢١١- تهدف الشراكة الصحية الدولية إلى تسريع الحصائل الصحية المحسنة من خلال مواءمة الشركاء مع الاستراتيجيات الصحية الوطنية على نحو أفضل. وتتولى منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي تقديم خدمات الأمانة للشراكة الصحية الدولية. وخلال الثنائية الجاري استعراضها، زاد عدد الأطراف الموقعة على الاتفاق العالمي للشراكة الصحية الدولية، من ٢٥ طرفاً إلى ٥٢ طرفاً من بينها ٣٠ بلداً نامياً. وخلال الثنائية شاركت ١٠ بلدان نامية و١٥ وكالة إنمائية في الجولة الثانية لفريق "نتائج الشراكة الصحية الدولية". وإلى جانب هذه الجهود، تتولى وزارات الصحة إنشاء وتنظيم آليات أكثر شمولاً للتنسيق بين أصحاب المصلحة/ الجهات المانحة، مثل النهوج الشاملة للقطاعات والتقييم المشترك للاستراتيجيات الوطنية. وتستمر الأمانة في اضطلاعها بدور مهم في دعم الدول الأعضاء في جهودها المبذولة نحو التنسيق.

٢١٢- النتيجة ١٠-٣ المتوقعة على صعيد المنظمة "تحققت جزئياً" حيث إن إقليم الأمريكتين وإقليم جنوب شرق آسيا قد أبلغا أن مساهماتهما لم تتحقق سوى جزئياً. وتمثل التحدي الرئيسي في مواجهة تحقيق هذه النتيجة في الوقت الذي تتطلبه المؤسسات للتكيف مع المواءمة بين سياساتها وسياسات الوكالات الشريكة.

النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة ١٠-٤

تعزيز نظم المعلومات الصحية القطرية التي تتيح الاستفادة من المعلومات العالية الجودة في الوقت المناسب من أجل التخطيط الصحي ورصد التقدم المحرز في بلوغ المرامي الوطنية والمرامي الدولية الهامة.

نتيجة تحققت بالكامل

المؤشر		المعطيات الأساسية	الهدف	محقق
١٠-٤-١	نسبة البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل التي تملك ما يكفي من الإحصاءات الصحية وترصد مدى بلوغ الأهداف (المرامي) الإنمائية للألفية المتعلقة بالصحة وتفي بالمعايير المتفق عليها.	٤٠٪	٤٥٪	٤٨٪

٢١٣- هناك التزام أكبر بتعزيز نُظم المعلومات الصحية في العديد من البلدان. ويتضمن ذلك استكمال شبكة القياسات الصحية/ منظمة الصحة العالمية، ووضع الخطط الاستراتيجية، وتحسين القدرات التحليلية تدريجياً وإتاحة المعلومات على نحو أفضل. ويتحقق هذا الجانب الأخير من خلال الدراسات الاستقصائية للأسر المعيشية، ولكن هناك أيضاً جهود مبذولة لتحسين نُظم الإبلاغ الموجودة في المرافق. وزادت خلال هذه الثنائية نسبة البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل التي تملك ما يكفي من الإحصاءات الصحية ورصد مدى بلوغ الأهداف الإنمائية للألفية المتعلقة بالصحة وتفي بالمعايير المتفق عليها، من ٤٠٪ إلى ٤٨٪.

٢١٤- وساهمت المنظمة في تعزيز نُظم المعلومات الصحية القُطرية من خلال وضع المعايير والأدوات وتعزيزها، وبناء القدرات ودعم الشبكات الإقليمية. وتضمن العمل الخاص بوضع القواعد المشاركة في وضع الأدوات لجمع البيانات على نحو أفضل من خلال على سبيل المثال، الدراسة الاستقصائية للمرافق لتقييم توافر الخدمات وجاهزيتها، وتقييم جودة البيانات، ورصد أداء نُظم المعلومات الصحية، وإطار لرصد وتقييم المعلومات والمساءلة والاستعراض/ الاستعراضات الصحية ("رصد وتقييم الاستراتيجيات الصحية القُطرية: قاعدة قُطرية للإعلام والمساءلة" لمنظمة الصحة العالمية والشراكة الصحية العالمية).

٢١٥- ودعمت المنظمة تعزيز القدرات التحليلية للبلدان في سياق استعراضات القطاعات الصحية والإبلاغ السنوي عن الإحصاءات الصحية. وتضمن ذلك إعداد الأدوات المشتركة وإقامة حلقات العمل المشتركة بين البلدان لتعزيز القدرات التحليلية (أُقيمت أربع حلقات خلال الفترة ٢٠١٠-٢٠١١ في الإقليم الأفريقي وإقليم شرق المتوسط وإقليم جنوب شرق آسيا وإقليم غرب المحيط الهادئ، شملت ما يزيد عن ٣٠ بلداً).

النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة ١٠-٥

تحسين المعارف وتأمين توافر البينات لصنع القرارات الخاصة بالصحة من خلال تعزيز البينات القائمة ونشرها، وتيسير إتاحة المعارف في المجالات ذات الأولوية والقيادة العالمية في مجال سياسات البحث الصحي والتنسيق، بما في ذلك التنسيق فيما يخص السلوكيات الأخلاقية.

نتيجة تحققت جزئياً

المؤشر		المعطيات الأساسية	الهدف	محقق
١٠-٥-١	نسبة البلدان التي يمكنها الحصول على المواصفات العالية الجودة والإحصاءات الصحية الرئيسية من قواعد البيانات المتاحة للعموم.	٨٥٪	٩٠٪	٩٨٪
١٠-٥-٢	عدد البلدان التي تؤدي فيها المنظمة دوراً رئيسياً في دعم إيجاد واستعمال المعلومات والمعارف، بما في ذلك التجميع الأولي للبيانات من خلال الدراسات الاستقصائية، ونظم التسجيل المدني، أو تحسين بيانات المرافق الصحية في ما يتعلق بالسياسات والتخطيط أو تحليلها وتجميعها.	٣٠	٣٥	٣٦
١٠-٥-٣	وضع آليات فعالة لتنسيق البحث الصحي والتوجيه والمحافظة عليها على المستويين العالمي والإقليمي.	العمل جار في مختلف مراحله على المستويين العالمي والإقليمي	آليات تعمل بالفعل على المستويين العالمي والإقليمي	البحث الشامل لوضع الاستراتيجيات الصحية تم إرساؤه في المقر الرئيسي للمنظمة. الاستراتيجيات الإقليمية تم إرساؤها في أربعة مكاتب إقليمية[أ]

أ تم إرساء الاستراتيجيات الإقليمية في الإقليم الأفريقي، وإقليم الأمريكتين، وإقليمي شرق المتوسط وجنوب شرق آسيا. تم إنشاء "مرصد آسيا والمحيط الهادئ المعني بالنُظم والسياسات الصحية" الذي يُعد آلية قيادة لوضع السياسات القائمة على البيِّنات في إقليم غرب المحيط الهادئ وإقليم جنوب شرق آسيا .

٢١٦- وثمة تحسن تدريجي في توافر البيانات الصحية جيدة النوعية والإبلاغ عنها في البلدان. وكذلك تتحسن الموجزات الإحصائية للبلدان، ولكن الثغرات مثل أسباب الوفاة لم تشهد أي تحسن تقريباً خلال العقد الأخير في عديد من البلدان.

٢١٧- وتعاونت المكاتب الإقليمية والمقر الرئيسي للمنظمة لمواصلة تطوير مراصد المنظمة لرصد الحالة والاتجاهات الصحية فيما يتعلق بموضوعات الصحة العمومية ذات الأولوية. وأُحرز التقدم في مجال تبادل بيانات وإحصاءات البلدان بين المكاتب ومع الجمهور العام. وقد زادت نسبة البلدان التي لديها موجزات إحصائية متاحة من خلال قاعدة بيانات منظمة الصحة العالمية، من ٨٥٪ في بداية الثنائية إلى ٩٨٪ في نهايتها، ولكن ما زال هناك اعتماد مفرط على النمذجة لسد الثغرات في البيانات، ولاسيما فيما يتعلق بالبلدان منخفضة الدخل.

٢١٨- وتستمر المنظمة في العمل مع البلدان من خلال الدراسات الاستقصائية عن صحة الراشدين والشيخوخة، وتعزيز نُظم الإحصاءات الحيوية، والتحاليل الشاملة للاستنارة بها عند إجراء الإصلاحات والاستعراضات الخاصة بقطاع الصحة. ونتيجة لذلك زاد عدد البلدان التي تؤدي فيها المنظمة دوراً رئيسياً في دعم إيجاد واستعمال المعلومات والمعارف، بما في ذلك التجميع الأولي للبيانات من خلال الدراسات الاستقصائية، ونظم التسجيل المدني، أو تحسين بيانات المرافق الصحية في ما يتعلق بالسياسات والتخطيط أو تحليلها وتجميعها، من ٣٠ بلداً في ٢٠١٠ إلى ٣٦ بلداً في نهاية الثنائية.

٢١٩- ورغم التقدم الجيد الذي تم إحرازه، إلا أن الإقليم الأفريقي وإقليم جنوب شرق آسيا أبلغا عن أن مساهماتهما قد "تحققت جزئياً"، نظراً لأن تشتت قدرتهما على جمع البيِّنات لصنع القرار ولإرساء سياسات البحوث الصحية وتنسيقها، بما في ذلك فيما يتعلق بالسلوك الأخلاقي، ظل يمثل تحدياً كبيراً.

النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة ١٠-٦

تعزيز البحث على المستوى الوطني من أجل تطوير النظم الصحية في إطار البحث على المستوى الإقليمي والدولي وإشراك المجتمع المدني.

نتيجة تحققت جزئياً

المؤشر		المعطيات الأساسية	الهدف	محقق
١٠-٦-١	نسبة البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل التي تفي نظمها الوطنية للبحوث الصحية بالمعايير الدنيا المتفق بشأنها دولياً.	١٠٪	١٥٪	٤٠٪
١٠-٦-٢	عدد الدول الأعضاء الممتثلة للتوصية باستثمار ٢٪ على الأقل من ميزانيتها المخصصة للصحة في مجال البحوث (اللجنة المعنية بالبحوث الصحية لأغراض التنمية، ١٩٩٠)	١٥٪	زيادة بنسبة ٨٪ عن الهدف المحدد لعام ٢٠٠٩	غير متاح[أ]

أ المؤشر ١٠-٦-٢ ليس مقياساً دقيقاً لدعم البلدان في مجال البحث والتطوير، ولذا سيتوقف استخدام هذا المؤشر في الثنائية ٢٠١٢-٢٠١٣. رغم قدرة البلدان على الإبلاغ عن هذه الأرقام، إلا أن المنظمة غير قادرة – بمواردها الحالية – على التحقق منها.

٢٢٠- وفرت استراتيجية المنظمة للبحث في مجال الصحة إطاراً لتنظيم الدعم الذي تقدمه المنظمة للدول الأعضاء. وأبلغت خمسة من المكاتب الإقليمية الستة عن تعزيز البحث من أجل إجراء الأنشطة الإنمائية داخل البلدان.

٢٢١- وأدى وجود مبادرة "شبكات السياسات المسندة بالبيِّنات" في عدد متزايد من البلدان إلى تعزيز صناعة القرارات القائمة على البيِّنات. ووضع الإقليم الأوروبي مؤخراً البحث والبيِّنات من أجل رسم السياسات ضمن الحصائل الرئيسية ذات الأولوية. ونتيجة لذلك تمت إعادة تكوين اللجنة الاستشارية الأوروبية للبحوث الصحية

على الصعيد الرسمي، وبدء العمل لإرساء البحث الإقليمي من أجل الاستراتيجية الصحية، وإنشاء شبكة إقليمية للسياسات المسندة بالبيِّنات.

٢٢٢- وفي المقر الرئيسي، تمت مواءمة تنفيذ استراتيجية البحث مع تنفيذ الاستراتيجية وخطة العمل العالميتين بشأن الصحة العمومية والابتكار والملكية الفكرية. واستُخدم البحث من أجل الاستراتيجية الصحية في توجيه إعداد جدول أعمال البحث في عدد من المجالات التقنية، بما في ذلك: الأنفلونزا، والأمراض المنقولة بالأغذية، ومخاطر الإشعاع، واللقاحات، والمحددات الاجتماعية للصحة، واستُخدم في تقرير "المرأة والصحة" لإعداد جدول أعمال ذي ست نقاط لوضع نهج بحثي قائم على نوع الجنس.

٢٢٣- وهذه النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة قد تحققت في عمومها جزئياً، حيث أبلغ الإقليم الأفريقي والإقليم الأوروبي وإقليم جنوب شرق آسيا وإقليم غرب المحيط الهادئ، وكذلك المقر الرئيسي، عن أن مساهماتها لم تتحقق سوى جزئياً. ويظل الحصول على بيانات عالية الجودة ويعول عليها بشأن تدفقات وتوزيع موارد البحث والتطوير، أمراً بالغ الصعوبة في غياب المعايير الدولية لتصنيف هذه البيانات والإبلاغ عنها.

النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة ١٠-٧

إدارة المعارف وسياسات الصحة الإلكترونية ووضع وتنفيذ الاستراتيجيات الرامية لتعزيز النظم الصحية.

نتيجة تحققت جزئياً

المؤشر		المعطيات الأساسية	الهدف	محقق
١٠-٧-١	عدد الدول الأعضاء التي تعتمد سياسات بشأن إدارة المعارف من أجل تضييق "الفجوة بين المعرفة والتطبيق" لاسيما الرامية منها إلى تضييق الفجوة الرقمية.	٨٧	١٠٠	غير متاح [أ]
١٠-٧-٢	عدد الدول الأعضاء التي يتاح لها الحصول على المجلات العلمية الدولية الإلكترونية ومحفوظات معارف علوم الصحة على النحو الذي حدده مرصد المنظمة العالمي بشأن إعداد مسح عن الصحة الإلكترونية مرة كل سنتين.	١٥٩	١٧٠	١٦٢
١٠-٧-٣	نسبة الدول الأعضاء التي لديها سياسات واستراتيجيات وأطر تنظيمية في مجال الصحة الإلكترونية على النحو الذي حدده مرصد المنظمة العالمي بشأن إعداد مسح عن الصحة الإلكترونية مرة كل سنتين.	٥٣	٧٥	٧٥

أ سيتوقف استخدام المؤشر ١٠-٧-١ نظراً لتعليقات الدول الأعضاء التي أشارت إلى أنه مبهم وصعب القياس. وسيستبدل هذا المؤشر في تقييم الفترة ٢٠١٢-٢٠١٣.

٢٢٤- شهد استخدام تطبيقات "الصحة الإلكترونية" توسعاً، ولاسيما برنامج "الصحة بالمحمول"،[١] وإنشاء الأدوات الافتراضية لتبادل المعارف، وهناك زيادة مستمرة في إمكانية الاطلاع على المنشورات العلمية. وتشير القرارات المعتمدة في الإقليم الأفريقي وإقليم الأمريكتين إلى زيادة الدعم المقدم للصحة الإلكترونية. وفي الإقليم الأوروبي، أسدت المنظمة المشورة حول الاستراتيجيات الإلكترونية والتنمية، بما في ذلك خلال المؤتمرات الوزارية للاتحاد الأوروبي. ويحظى إقليم جنوب شرق آسيا وإقليم غرب المحيط الهادئ بشبكات الصحة الإلكترونية الإقليمية النشطة، وتعكف البلدان على بناء استراتيجياتها وأُطرها التنظيمية.

٢٢٥- وغطت تقارير المرصد العالمي للصحة الإلكترونية "الصحة بالمحمول"، والمسائل القانونية، والسلامة على شبكة الإنترنت، ونُظم معلومات المرضى، والاستشارة الطبية عن بعد. وساهم ١١٤ بلداً في الدراسة الاستقصائية للمرصد العالمي للصحة الإلكترونية. وتحظى كافة البلدان بإمكانية الاطلاع على نتائج الدراسة الاستقصائية في شكل تقارير منشورة. وزاد عدد البلدان التي تطبق سياسات الصحة الإلكترونية من ٥٣ بلداً في بداية الثنائية إلى ٧٥ بلداً في نهاية ٢٠١١.

٢٢٦- ويظل برنامج "إتاحة الوصول إلى البحوث الصحية عبر شبكة الإنترنت – هيناري" يسجل نمواً سريعاً من حيث المؤسسات المسجلة من كافة الأقاليم، كما تزداد محتوياته التي يسهم بها الشركاء من الناشرين. وأصبح التعلم الإلكتروني والمكتبات الافتراضية جزءاً لا يتجزأ من عمل المنظمة واتصالها بالدول الأعضاء. وتولت الشعبة التقنية لمنظمة الصحة العالمية إعداد موجز لوحدات التعلم الإلكتروني المتاحة ونشرها على شبكة الإنترنت.

٢٢٧- ورغم التقدم المُحرز، فإن النتيجة رقم ١٠-٧ المتوقعة على صعيد المنظمة لم تتحقق سوى جزئياً نظراً لتفاوت مستويات الجهود المبذولة من قِبل البلدان والأقاليم، ولاسيما في الإقليم الأوروبي وإقليم جنوب شرق آسيا، وغياب السياسات الوطنية، وغياب العمل التعاوني داخل حدود المنظمات وفيما بينها. وقد تم الإبلاغ عن أن المؤشر ١٠-٧-١ "على الطريق" في نهاية ٢٠١٠ خلال استعراض منتصف المدة للفترة ٢٠١٠-٢٠١١، حيث كانت الجهود تبذل في ٢٠١١ لوضع منهجية قياس بديلة في ضوء التعريف الحالي. ولكن بعد التشاور مع المكاتب الإقليمية والمكاتب القُطرية، تقرر وقف استخدام هذا المؤشر ولذا لم تقدَّم بيانات تتعلق بالفترة ٢٠١٠-٢٠١١.

النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة ١٠-٨

تعزيز قاعدة المعلومات والمعارف بشأن القوى العاملة الصحية وبناء قدرات البلدان في مجال تحليل السياسات وتخطيطها وتنفيذها وتبادل المعلومات ونتائج البحوث.

[١] يشير مصطلح "الصحة بالمحمول" إلى استخدام تكنولوجيات الهواتف المحمولة واللاسلكية في دعم إنجاز الأهداف الصحية.

نتيجة تحققت بالكامل

المؤشر		المعطيات الأساسية	الهدف	محقق
١٠-٨-١	عدد البلدان التي أبلغت عن معلومتين أو أكثر من المعلومات الوطنية التي ترتبط بالموارد البشرية من أجل الصحة خلال السنوات الخمس الماضية، والتي أُبلِغ بها الأطلس العالمي للقوى العاملة الصحية.	٨٥	٩٦	١٢٧
١٠-٨-٢	عدد الدول الأعضاء التي لديها سياسات وطنية ووحدة تخطيط في مجال الموارد البشرية من أجل الصحة	٤١	٥٠	٩٠

٢٢٨- أحرزت البلدان تقدماً في جمع وتحليل البيانات عن القوى العاملة الصحية. وزاد عدد الدول الأعضاء التي لديها سياسة وطنية ووحدة تخطيط للموارد البشرية الصحية من ٤١ دولة في ٢٠١٠ إلى ٩٠ دولة في نهاية الثنائية. وفضلاً عن ذلك زاد عدد البلدان التي أبلغت عن معلومتين أو أكثر من المعلومات الوطنية التي ترتبط بالموارد البشرية الصحية خلال السنوات الخمس الماضية، من ٨٥ بلداً في بداية الثنائية إلى ١٢٧ بلداً في نهايتها.

٢٢٩- وأمدت المكاتب الإقليمية البلدان بالدعم التقني بالتعاون مع المقر الرئيسي، وذلك في مختلف مجالات تصريف شؤون الموارد البشرية وتوليد البيِّنات، مثل وضع السياسات والخطط، وإنشاء المراصد الوطنية للموارد البشرية الصحية، وتعزيز نُظم المعلومات، وبناء القدرة على التخطيط.

٢٣٠- واستمرت المنظمة في العمل مع الشركاء في الفريق المرجعي المعني بالمعلومات عن القوى العاملة الصحية لوضع المبادئ التوجيهية العالمية لتوليد المعلومات عن القوى العاملة الصحية؛ ولإنشاء مراصد للقوى العاملة الصحية لمعالجة أوجه القصور الحالية. وقد أُجري آخر تحديث للأطلس العالمي للقوى العاملة الصحية في نهاية ٢٠١٠. ويجمع الأطلس المعلومات من مختلف المصادر في البلدان ويُعد مورداً عالمياً لإحصاءات القوى العاملة الصحية.

النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة ١٠-٩

تقديم الدعم التقني إلى الدول الأعضاء، مع التركيز على الدول التي تواجه صعوبات كبرى فيما يتعلق بالقوى العاملة الصحية بغية تحسين إيجاد وتوزيع قواها العاملة الصحية وتأمين نسب المهارات اللازمة لها والاحتفاظ بها.

نتيجة تحققت بالكامل

المؤشر		المعطيات الأساسية	الهدف	محقق
١٠-٩-١	النسبة من ٥٧ من البلدان التي تعاني من نقص فادح في قواها العاملة الصحية على نحو ما بينه التقرير الخاص بالصحة في العالم، ٢٠٠٦ وخطة الموارد البشرية الصحية المتعددة السنوات.	٤٢٪	٣٠٪	٦١٪
١٠-٩-٢	النسبة من ٥٧ من البلدان التي تعاني من نقص فادح في قواها العاملة الصحية على نحو ما بينه التقرير الخاص بالصحة في العالم، ٢٠٠٦ والتي لديها خطة استثمار لتوسيع نطاق تدريب العاملين الصحيين وتثقيفهم.	١٦٪	٢٥٪	٣٥٪

٢٣١- وجهت المنظمة وشركاؤها، بما في ذلك التحالف العالمي للقوى العاملة الصحية، والمفوضية الأوروبية، ووكالة التنمية الدولية التابعة للولايات المتحدة، الدعم التقني والاستثمار إلى ما لا يقل عن ٤١ بلداً من البلدان التي تشهد أزمة في دعم تخطيط القوى العاملة الصحية، وتحسين نُظم المعلومات، بما في ذلك مراصد القوى العاملة، والبرامج التعليمية للمهنيين، وتحويل المهام، واستراتيجيات الاستبقاء.

٢٣٢- ولدى ٣٥ بلداً من البلدان السبعة والخمسين (٦١٪) التي تعاني من نقص حاد في القوى العاملة الصحية خطط متعددة السنوات بشأن الموارد البشرية، وهو ما يُعد زيادة كبيرة مقارنة بالمعطيات الأساسية لعام ٢٠١٠ التي أشارت إلى نسبة ٤٢٪. وفضلاً عن ذلك، هناك ٢٠ بلداً لديها خطة استثمارية لتعزيز تدريب وتعليم القوى العاملة الصحية، أي أن نسبة هذه البلدان قد زادت من ١٦٪ في ٢٠١٠ إلى ٣٥٪ في نهاية الثنائية. وفي العديد من البلدان، أولي اهتمام خاص بزيادة إنتاج القوى العاملة وبتحسين جودة تعليم العاملين في مجال الصحة وملاءمته.

٢٣٣- وعلى المستوى العالمي وفي أعقاب ثلاث سنوات من المشاورات الدولية، اعتمدت جمعية الصحة العالمية في دورتها الثالثة والستين "مدونة المنظمة العالمية لقواعد الممارسة بشأن توظيف العاملين الصحيين على المستوى الدولي".[١] وتم وضع استراتيجية تنفيذية ويجري الآن إعداد مسودة المبادئ التوجيهية للإبلاغ عن أنشطة البلدان فيما يتعلق بتنفيذ المدونة. وفضلاً عن ذلك، تتعاون المنظمة مع خطة رئيس الولايات المتحدة الطارئة للمساعدة في مجال مكافحة الأيدز على تعزيز تغيير التعليم الصحي المهني بما يتيح وضع المبادئ التوجيهية للتعليم بحلول عام ٢٠١٢.

النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة ١٠-١٠

تزويد الدول الأعضاء بالسياسات المسندة بالبيّنات والدعم من أجل تحسين تمويل النظم الصحية من حيث توافر الأموال وتوقي المخاطر الاجتماعية والمالية وتحقيق المساواة في الحصول على الخدمات وكفاءة استثمار الموارد.

١ القرار ج ص ع٦٣-١٦.

نتيجة تحققت بالكامل.

المؤشر		المعطيات الأساسية	الهدف	محقق
١٠-١٠-١	عدد الدول الأعضاء التي تتلقى الدعم التقني والدعم في مجال السياسات الخاصة بما يلزم لحشد أموال إضافية للصحة؛ والحد من المصاعب المالية التي تحول دون الاستفادة ووقوع الكوارث المالية والتردي في وهدة الفقر نتيجة لسداد النفقات الخاصة بالصحة أو تحسين الحماية الاجتماعية وكفاءة استثمار الموارد والمساواة في الاستفادة من الاستثمار.	٦٦	٤٥	٧٧
١٠-١٠-٢	عدد الملخصات الإعلامية بشأن السياسات التي يتم إعدادها وتوزيعها ودعم استعمالها، والتي توثق أفضل الممارسات في حشد الأموال، والتجميع والشراء، بما في ذلك التعاقد، وتوفير التدخلات والخدمات، ومعالجة تفكك النظم المرتبط بالبرامج الرأسية وتدفق الأموال الدولية إلى الداخل.	٧ ملخصات إعلامية إضافية	١٧ ملخصاً إعلامياً تقنياً	٢٤ ملخصاً إعلامياً وما يزيد عن ٧٥ منتجاً إعلامياً من أنواع أخرى

٢٣٤- كانت هناك زيادة كبيرة في عدد البلدان التي تسعى إلى الحصول على الدعم التقني لاستعراض نُظم تمويل الصحة أو إنشائها بغرض الاقتراب من تحقيق التغطية الشاملة أو الحفاظ عليها. وفي نهاية ٢٠١١، كان هناك ٧٧ من الدول الأعضاء تتلقى الدعم التقني والسياساتي. وشمل ذلك المجالات مثل حشد أموال إضافية للصحة، والحد من المصاعب المالية التي تحول دون الاستفادة من الحماية من المخاطر المالية وتعزيزها، وتحسين فعالية قرارات تخصيص الموارد وعدالتها.

٢٣٥- وقدمت المنظمة الدعم التقني لسبع وستين من الدول الأعضاء في شتى الأقاليم لتقييم أوضاعها من حيث التغطية الشاملة وكفاءة نُظم تمويل الصحة الحالية، ولوضع وتنفيذ الاستراتيجيات للاقتراب من تحقيق التغطية الشاملة.

٢٣٦- وتناول موضوع التقرير الخاص بالصحة في العالم، ٢٠١٠ نظم تمويل الصحة، الطريق إلى تحقيق التغطية الشاملة. واستهدف جذب الانتباه على الصعيد العالمي والصعيد القُطري إلى أهمية دور تمويل الصحة في ضمان قدرة الناس على الحصول على الخدمات الصحية التي يحتاجون إليها بدون خشية الإفلاس. كما دعم تبادل الخبرات بين البلدان فيما يتعلق بالتدابير التي نجحت وتلك التي لم تنجح. وتم اعتماد القرار ج ص ع٦٤-٩ بشأن هياكل تمويل الصحة المستدامة والتغطية الشاملة في دورة جمعية الصحة العالمية الرابعة والستين في ٢٠١١. ويحث القرار المدير العام، ضمن جملة أمور أخرى، على وضع خطة عمل لتمويل الصحة والتغطية الشاملة. ووُضعت خطة عمل وفقاً لذلك بعد تلقي المدخلات من الأقاليم والمكاتب القُطرية وغيرها من الشركاء. كما تولت المنظمة الدعوة بنشاط، بالتعاون مع شركائها بما في ذلك المجتمع المدني، إلى ضرورة الحد من العقبات المالية التي تحول دون الحصول على الخدمات الصحية، وضمان الإقرار بأن التغطية الشاملة هدف أساسي ليس للسياسات الصحية فحسب، وإنما للاستراتيجيات الإنمائية أيضاً.

النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة ١٠-١١

وضع القواعد والمعايير وأدوات القياس اللازمة لتتبع الموارد، وتقدير العواقب الاقتصادية للأمراض، وتكاليف وآثار التدخلات والكوارث المالية والتردي في وهدة الفقر والتهميش الاجتماعي ودعم استعمال تلك الوسائل ورصدها.

نتيجة تحققت بالكامل

المؤشر		المعطيات الأساسية	الهدف	محقق
١٠-١١-١	إعداد أهم الوسائل والقواعد والمعايير اللازمة لتوجيه وضع السياسات وتنفيذها، ودعم نشرها واستعمالها وفقاً للاحتياجات المعبر عنها، ويشمل ذلك تتبع الموارد وتخصيصها وإعداد الميزانيات، والإدارة المالية، والعواقب الاقتصادية للمرض والتهميش الاجتماعي، وتنظيم إيتاء الخدمات وتحقيق كفاءتها، بما في ذلك خدمات التعاقد أو وقوع الكوارث المالية والتردي في وهدة الفقر.	تم استكمال المبادئ التوجيهية بشأن العبء الاقتصادي؛ وجاري إعداد: أداة لاحتساب التكاليف والأثر للأمم المتحدة، واستعراض نظام حسابات الصحة الوطنية	تم تعديل الأدوات والأُطر وتحديثها وبثها حسب الاقتضاء	تم تعديل الأدوات والأُطر وتحديثها وبثها حسب الاقتضاءأ
١٠-١١-٢	عدد الدول الأعضاء التي تتلقى الدعم من أجل استعمال الوسائل التي تعدها المنظمة لتتبع وتقييم مدى ملاءمة استثمار الأموال، وتقييم الاحتياجات المالية في المستقبل، ولإدارة ورصد الأموال المتاحة أو لتتبع أثر سياسة التمويل على الأسر.	٣٤	٥٠	٧٠

أ أداة "صحة واحدة" لاحتساب التكلفة والأثر، والنظام المنقح الحسابات الصحية SHA٢٠١١، وأداة RMNCH-GET، وأداة EPIC لقياس الأثر الاقتصادي، وأداة الاقتصاد الكلي والصحة، والمبادئ التوجيهية بشأن أُطر الإنفاق المتوسط الأجل والإنفاق العام والإدارة المالية.

٢٣٧- تتبع البلدان الموارد التي تنفقها على الصحة وتسعى لربط الموارد بالنتائج على نحو متزايد. وأجرى عدد أكبر من البلدان استعراض لمواقفها فيما يتعلق بالتغطية الشاملة (ولاسيما مستوى وتوزيع التمويل الموجه للصحة، ومعدل حدوث الكوارث المالية والتردي في وهدة الفقر نتيجة للدفع المباشر لسداد النفقات الخاصة بالصحة)؛ وتناولت بالتقييم نُظم تمويل الصحة، والاستراتيجيات التي وضعت/ أدخل عليها التعديل، وتناولت بالبحث التكلفة ونقص الموارد الناتج عن بعض استراتيجيات تمويل الصحة وخطط الصحة.

٢٣٨- وقد بدأ إمداد البلدان التي ترغب في استخدام الأدوات والمبادئ التوجيهية الجديدة الموضحة أدناه بالدعم التقني. واستمر الدعم المقدم للبلدان التي ترغب في تتبع النفقات، بما في ذلك النفقات التي تخص أمراض بعينها، وفي تقدير معدل حدوث الكوارث المالية والتردي في وهدة الفقر نتيجة للدفع المباشر لسداد النفقات الخاصة بالصحة، وتقييم تكلفة وأثر الاستراتيجيات والتدخلات الصحية المختلفة، وفي تقييم نُظم تمويل الصحة لديها عموماً. أما أداة "صحة واحدة" لاحتساب التكلفة والأثر التي أُعدت بالتعاون مع خمس وكالات دولية أخرى، فقد استُكملت لتُطبق على الأمراض/ الظروف المرتبطة بالأهداف الإنمائية للألفية وتعزيز النُظم الصحية فيما يتعلق بذلك، وتم اختبارها في البلدان. وسوف تستخدم كافة الوكالات المشاركة هذه الأداة في دعمها للبلدان لتقييم تكلفة وأثر الخطط والاستراتيجيات الصحية الوطنية.

٢٣٩- كما استكملت أداة النظام المنقح للحسابات الصحية SHA2011 بالتعاون مع منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي والمكتب الإحصائي للجماعات الأوروبية، وتولت منظمة الصحة العالمية ترجمتها إلى اللغة الفرنسية والروسية والأسبانية. كذلك فقد وضعت الأمانة المبادئ التوجيهية وأداة (EPIC) لقياس الأثر الاقتصادي للمرض وبثتها، وأعد المكتب الإقليمي لغرب المحيط الهادئ أداة للاقتصاد الكلي والصحة؛ وأعد المكتب الإقليمي لأفريقيا المبادئ التوجيهية لوضع أُطر الإنفاق المتوسط الأجل، جمع المعلومات عن الإنفاق العام والإدارة المالية. وأخيراً، تم إجراء دراسات اختيار المداخلات ذات فعالية التكلفة مع وضعها في سياقها اللازم (WHO-CHOICE) بالتعاون مع ثلاث من الدول الأعضاء، وتناولت الدراسة مكافحة سرطان الثدي في دولتين ومكافحة التبغ في الدولة الثالثة.

النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة ١٠-١٢

اتخاذ الخطوات اللازمة للدعوة لتخصيص المزيد من الأموال للمجال الصحي حيثما يلزم؛ وبناء القدرات في مجال وضع أطر سياسات التمويل الصحي وتفسير المعلومات المالية واستخدامها؛ وحفز إيجاد المعارف وترجمتها من أجل دعم وضع السياسات.

نتيجة تحققت جزئياً

المؤشر		المعطيات الأساسية	الهدف	محقق
١٠-١٢-١	وجود المنظمة وموقعها القيادي في الشراكات الدولية والإقليمية والوطنية واستعمال بيِّناتها من أجل زيادة تمويل الصحة في البلدان المنخفضة الدخل أو تقديم الدعم إلى البلدان في مجال تصميم ورصد ورقات استراتيجيات الحد من الفقر، والنهج الشامل للقطاعات، وأطر الإنفاق المتوسطة الأجل، وغيرها من آليات التمويل الطويل الأجل التي بوسعها توفير الحماية الصحية الاجتماعية بما يتساوق مع الرعاية الصحية الأولية.	المساهمة في ٦ شراكات. دعم خيارات التمويل الطويل الأجل في ٢٧ بلداً	مساهمة المنظمة في ٤ شراكات	مساهمة المنظمة في ٥ شراكات ودعمها لخيارات التمويل الطويل الأجل في ٤٦ بلداً

المؤشر		المعطيات الأساسية	الهدف	محقق
١٠-١٢-٢	عدد الدول الأعضاء التي تحظى بالدعم لبناء القدرات في مجال صياغة سياسات واستراتيجيات التمويل الصحي وتفسير المعطيات المالية أو استخدام أهم المعلومات عن النفقات والتمويل والفعالية والكفاءة في مجال الصحة في توجيه العملية.	دعم ٥٧ بلداً في مجال النفقات الصحية؛ والتحديث السنوي لتقارير كافة الدول الأعضاء.	التحديث السنوي للنفقات الصحية للدول الأعضاء، وتنفيذ عمليات بناء القدرات في ٦٠ بلداً	إصدار التحديثات السنوية للنفقات الصحية بعد التشاور مع الدول الأعضاء. بناء القدرة على استخدام واحدة أو أكثر من أدوات المنظمة في ٦٧ بلداً

٢٤٠- زادت طلبات الدول الأعضاء على عمليات بناء القدرات فيما يتعلق بمختلف جوانب تمويل الصحة، مثل تقييم الكوارث المالية والتردي في وهدة الفقر؛ وتتبع الموارد وربطها بالنتائج، بما في ذلك تتبع الموارد الخاصة بأمراض بعينها؛ واحتساب تكلفة الخطط والاستراتيجيات؛ وتقييم خيارات التمويل للاقتراب من تحقيق التغطية الشاملة.

٢٤١- وفضلاً عن ذلك، فإن معظم أهداف المنظمة فيما يتعلق بدعم البلدان، وبناء القدرات، وإعداد المنتجات الإعلامية وبثها، قد تحققت، بما في ذلك التحديث السنوي للنفقات الصحية القُطرية في قاعدة بيانات النفقات الصحية العالمية، التي أمدت المنظمة ٦٧ بلداً بالدعم بشأنها في نهاية ٢٠١١.

٢٤٢- وساهمت المنظمة في شراكة توفير الخدمات الصحية (P4H) وشراكة التنسيق من أجل الصحة في أفريقيا، وفي شراكات رسمية لإعداد أداة "صحة واحدة" وأداة النظام المنقح للحسابات الصحية SHA2011 وإضفاء الصفة المؤسسية على عملية تتبع النفقات. كما أجرت الحوار مع الوكالات مثل الاتحاد الأفريقي واللجنة الاقتصادية لأفريقيا واللجنة الاقتصادية لأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي واللجنة الاقتصادية والاجتماعية لآسيا والمحيط الهادئ التابعة للأمم المتحدة حول القضايا مثل تمويل الصحة، ومع الشركاء الثنائيين والمتعددي الأطراف حول النهج القطاعية الشاملة. وتم إعداد أطلس حول "حالة تمويل الصحة في أفريقيا" يضم ٤٦ بلداً في الإقليم الأفريقي ويقدم بيانات النفقات الصحية، ونشره على موقع منظمة الصحة العالمية لتستخدمه البلدان.

٢٤٣- وقد تحققت هذه النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة جزئياً حيث أبلغ الإقليم الأفريقي وإقليم جنوب شرق آسيا عن الإنجاز الجزئي لمساهماتهما. وتمثل التحدي الرئيسي في الحاجة إلى المزيد من البيانات عن العناصر الرئيسية للتغطية الشاملة، ولاسيما فيما يتعلق بالجماعات غير القادرة على الحصول على الخدمات لأسباب مالية.

النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة ١٠-١٣

القواعد والمعايير وأدوات القياس المسندة بالبينات التي طُورت بغرض مساعدة الدول الأعضاء على قياس مستوى الرعاية الصحية غير المأمونة وخفضه.

نتيجة تحققت جزئياً

المؤشر		المعطيات الأساسية	الهدف	محقق
١٠-١٣-١	توزيع الأدوات والقواعد والمعايير الرئيسية لتوجيه رسم السياسات، وقياسها وتنفيذها ودعم استخدامها.	معيار سلامة عالمية واحد و١٠ أدوات رئيسية للدعم	معياران سلامة عالمية و١٠ أدوات رئيسية للدعم	٦ معايير و١٥ أداة
١٠-١٣-٢	عدد الدول الأعضاء المشاركة في التصدي للتحديات العالمية التي تواجه سلامة المرضى، وفي المبادرات العالمية بشأن السلامة بما في ذلك البحوث والقياسات.	٣٠	٤٥	٦٩

٢٤٤- أبدت الدول الأعضاء مشاركة جيدة في مجال سلامة المرضى. زاد عدد الدول الأعضاء المشاركة في التصدي للتحديات العالمية التي تواجه سلامة المرضى، وفي المبادرات العالمية بشأن السلامة بما في ذلك البحوث والقياسات، من ٣٠ دولة في ٢٠١٠ إلى ٦٩ دولة في نهاية الثنائية.

٢٤٥- وتتضمن الإنجازات التي تحققت خلال هذه الثنائية تحسين ممارسات السلامة في العمليات الجراحية في ما يزيد عن ٤١٠٠ مستشفى في بلدان أقاليم المنظمة الستة، استناداً إلى وضع "قائمة التحقق من السلامة في العمليات الجراحية" لمنظمة الصحة العالمية وبثها ودعمها؛ وتحسين ممارسات نظافة اليدين في البلدان استناداً إلى المشاركة في "يوم نظافة اليدين العالمي: انقذ أرواح، نظف يديك" في ٥ أيار/ مايو؛ والمشاركة في المشروعات البحثية بشأن سلامة المرضى في إقليم الأمريكتين وإقليم شرق المتوسط؛ وتحسين ممارسات سلامة المرضى في المستشفيات الأفريقية في ١٤ بلداً؛ وتحسين سلامة الأدوية وممارسات العمليات الجراحية المأمونة في تسعة بلدان مشاركة في مشروع تحسين المستشفيات لمنظمة الصحة العالمية "High 5s".

٢٤٦- وقدمت الأمانة الدعم التقني المحدد لكل إقليم من الأقاليم. على سبيل المثال تم تعزيز العمل على إشراك المرضى في الإقليم الأفريقي من خلال حلقة عمل تدور حول "المرضى من أجل سلامة المرضى" ضمت المشاركين من ثمانية بلدان. وفي إقليم شرق المتوسط أعدت مبادرة المستشفيات المراعية لسلامة المرضى مجموعة أدوات لتحسين سلامة المرضى توفر الإرشادات فيما يتعلق بالوقاية من العدوى ومكافحتها، وإعداد برامج سلامة المرضى، والإبلاغ، وتنفيذ العمليات الجراحية المأمونة، والممارسات السريرية وعمليات نقل الدم والحقن المأمون، والبيئة المأمونة.

٢٤٧- ورغم هذه الإنجازات الكبرى تُعد هذه النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة قد تحققت جزئياً حيث أبلغ الإقليم الأفريقي وإقليم جنوب شرق آسيا عن أن مساهماتهما قد تحققت جزئياً. وقد حال دون إحراز المزيد من التقدم في هذه النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة ما تم من إدخال مفاهيم جديدة تتعلق بالجودة على نُظم الرعاية الصحية، حيث لم يتم بعد تقدير قياسات الجودة وأدوات التحسين والعبء العالمي.

الغرض الاستراتيجي ١١

ضمان تحسين إتاحة المنتجات والتكنولوجيات الطبية وجودتها واستخدامها

٢٤٨- تهدف منظمة الصحة العالمية إلى تحسين إمكانية الحصول على المنتجات الطبية المضمونة الجودة عن طريق دعم البلدان في تنفيذ السياسات الفعالة التي تتضمن تعزيز التمويل المستدام والإدارة الفعالة للإمداد والاستخدام الرشيد. كما تدعم المنظمة تعزيز النُظم التنظيمية والإنفاذية لدى الدول الأعضاء لمواجهة المنتجات الطبية المتدنية النوعية أو المزيفة المحتمل وجودها. وفضلاً عن ذلك، تعمل المنظمة على بناء القدرات لمواجهة المخاطر المتزايدة لمقاومة مضادات الجراثيم، وتقديم الإرشادات التقنية وتحقيق الالتزام في هذا الصدد.

٢٤٩- ويوجه جهود المنظمة لضمان إمكانية أفضل للحصول على المنتجات والتكنولوجيات الطبية الجيدة واستخدامها، كل من الهدف الرابع من الأهداف الإنمائية للألفية (تخفيض معدل وفيات الأطفال)، والهدف الخامس (تحسين الصحة النفسية)، والهدف السادس (مكافحة فيروس العوز المناعي البشري/ الأيدز والملاريا وغيرها من الأمراض)، والغاية ٨-هاء (إتاحة الأدوية الأساسية بأسعار معقولة)، واستراتيجية المنظمة الثالثة بشأن الأدوية ٢٠٠٨-٢٠١٣، والاستراتيجية وخطة العمل العالميتان بشأن الصحة العمومية والابتكار والملكية الفكرية، والرؤية والاستراتيجية العالميتان للتمنيع، وعدد من القرارات. كما تم إعداد عدد من الاستراتيجيات الإقليمية.

النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة ١١-١

تأييد ودعم صياغة ورصد السياسات الوطنية الشاملة المتعلقة بإتاحة وجودة واستعمال المنتجات والتكنولوجيات الطبية الأساسية.

نتيجة تحققت بالكامل

المؤشر		المعطيات الأساسية	الهدف	محقق
١١-١-١	عدد الدول الأعضاء التي تتلقى الدعم لوضع وتنفيذ سياسات رسمية وطنية بشأن إتاحة وجودة واستعمال المنتجات أو التكنولوجيات الطبية الأساسية.	٨٨	٩٠	١١٨
١١-١-٢	عدد الدول الأعضاء التي تتلقى الدعم لتصميم أو تدعيم نظم وطنية شاملة للمشتريات أو الإمدادات.	٤٨	٤٠	٦٨
١١-١-٣	عدد الدول الأعضاء التي تتلقى الدعم لوضع و/ أو تنفيذ استراتيجيات وآليات تنظيمية وطنية بشأن مأمونية الدم ومنتجاته أو مكافحة العدوى به.	٢٦	٢٥	٦٨
١١-١-٤	نشر التقرير العالمي الثنائي السنوات عن أسعار الأدوية وتوفرها ويسر تكلفتها، بالاستناد إلى جميع التقارير الإقليمية والوطنية المتاحة.	تقريران للأمم المتحدة صدرا في ٢٠٠٨ و٢٠٠٩	تقرير منشور	تقرير واحد منشور (٢٠١١)

٢٥٠- أبدت الدول الأعضاء التزاماً سياسياً قوياً بوضع السياسات الدوائية الوطنية، وأمدت الأمانة ١١٨ بلداً بالدعم التقني، متجاوزة بذلك هدف التسعين بلداً الأصلي. ويركز بعض البلدان على تنفيذ الإصلاحات من أجل تحقيق إمكانية الحصول العادلة على الأدوية الأساسية مضمونة الجودة، في حين يركز بعضها الآخر على تنفيذ البرامج التي ترمي إلى تحسين الشفافية والتصريف الجيد للشؤون في النُظم الصيدلانية (٣١ بلداً).

٢٥١- وفضلاً عن ذلك، قُدمت المشورة التقنية والمواد الإرشادية والدعم لثمان وستين من الدول الأعضاء لتصميم نظم المشتريات أو الإمداد الوطنية الشاملة وتعزيزها.

٢٥٢- ودعمت المنظمة ١٥ من الدول الأعضاء في الإقليم الأوروبي في صياغة السياسات وتنفيذها، وتتعاون مع كافة بلدان الاتحاد الأوروبي على وضع أساليب الممارسات الأفضل وتبادل المعلومات. وحصلت ستة بلدان على الدعم المباشر في مجال إدارة المشتريات والإمداد. وتم تقييم نُظم المشتريات والإمداد وتقديم الدعم من أجل التوسع في إمكانية الحصول على أدوية فيروس نقص المناعة البشرية/ متلازمة نقص المناعة المكتسب (الأيدز) والسل بالتعاون مع المشروعات التي يدعمها الصندوق العالمي لمكافحة الأيدز والسل والملاريا.

٢٥٣- وساهم تقييم القطاع الدوائي، ورسم خرائط المشتريات والإمداد، ومسوحات أسعار الأدوية، في تحسين معارف وسياسات وقدرات القطاع الدوائي في البلدان، وفي تحسين الشفافية، حيث تم الإفصاح عن المزيد من المعلومات للجمهور العام. ويوجد الآن ما يزيد عن ألف نشرة عن السياسات الدوائية الوطنية، تتضمن ما يزيد عن ٢٠٠ مسح قُطري، متاحة على موقع المنظمة، وهناك نظام متاح لتحميل البيانات الدوائية الرئيسية إلى المرصد الصحي العالمي.

٢٥٤- كما تم نشر الطبعة الثالثة من تقرير حالة الأدوية في العالم ٢٠١١. ويجمع التقرير في وثيقة واحدة البيانات الجديدة التي تتعلق بأربعة وعشرين موضوعاً رئيسياً عن الإنتاج والاستهلاك والابتكار والتنظيم والسلامة الدوائية. وتشمل الموضوعات المشتريات وإدارة الإمداد والاستخدام الرشيد والتمويل والتسعير. وتغطي الفصول الشاملة الاستخدام المنزلي للأدوية، والإتاحة وحقوق الإنسان، والتصريف الجيد للشؤون، والموارد البشرية، والسياسات الدوائية الوطنية.

٢٥٥- وفضلاً عن ذلك، تعاونت المنظمة مع الصندوق العالمي لمكافحة الأيدز والسل والملاريا لإعداد موجزات متسقة للقطاعات الدوائية القُطرية، توفر المعلومات المهمة لتعزيز الوظائف التنظيمية الأساسية لمشتريات وإمدادات السلع الصحية. واستكملت الموجزات الخاصة بمائة وعشرين بلداً.

٢٥٦- وكانت الإنجازات لتتعدى ذلك في ٢٠١١ لولا الاضطرابات والصراعات السياسية التي يشهدها عدد من البلدان، ولاسيما في إقليم شرق المتوسط. كذلك فقد مثل نقص الموارد البشرية في قطاع المنتجات الدوائية والصحية تحدياً آخر.

النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة ١١-٢

وضع قواعد ومعايير ودلائل دولية بشأن جودة المنتجات والتكنولوجيات الطبية ومأمونيتها ونجاعتها ومردوديتها والدعوة إلى تنفيذها على المستوى الوطني أو المستوى الإقليمي أو كليهما ودعمها.

نتيجة تحققت بالكامل

المؤشر		المعطيات الأساسية	الهدف	محقق
١١-٢-١	عدد ما ينتج حديثاً أو ينقح من معايير الجودة العالمية والمستحضرات والدلائل المرجعية من أجل تحسين توفير المنتجات والتكنولوجيات الطبية أو إدارتها أو استعمالها أو جودتها أو فعالية تنظيمها.	أكثر من ثلاثين إضافية[أ]	١٥ إضافية	٦١ إضافية[ب]
١١-٢-٢	عدد الأسماء الدولية غير المسجلة الملكية التي أعطيت للمنتجات الطبية.	٨١٩٩	٨٥٠٠	٨٥٥٢
١١-٢-٣	عدد الأدوية واللقاحات وأدوات التشخيص وبنود المعدات التي تم إثبات صلاحيتها المسبقة لتشتريها الأمم المتحدة.	٢٣٩ دواءً و٩٨ لقاحاً	٣٠٠	٣٢٠ (٢٧٤ دواءً و٣٥ م.ص.ف،[ج] و١١ أداة تشخيصية، و١٣٤ لقاحاً)
١١-٢-٤	عدد الدول الأعضاء التي حظي أداء سلطاتها التنظيمية الوطنية بالتقييم أو الدعم.	٧٠	٧٥	١٠٢

أ الأدوية: ٦٧ دراسة جديدة، وسبعة معايير مرجعية، و٣٠ طيفاً مرجعياً، و١٠ مبادئ توجيهية للجودة. اللقاحات: ثلاثة معايير مكتوبة و١٦ مستحضراً مرجعياً. التكنولوجيا: ١٢ أداة ومعياراً مكتوباً.

ب الأدوية: أكثر من ٢٠ دراسة عالمية جديدة، ومعيار كيميائي مرجعي دولي واحد، و١٠ مبادئ توجيهية جديدة لضمان الجودة. اللقاحات: اثني عشر معياراً قياسياً، و٣ مبادئ توجيهية جديدة، و٥ مبادئ توجيهية محدثة؛ التكنولوجيات: ٤ مبادئ توجيهية، وأداتان للتقييم.

ج مكونات صيدلانية فعَّالة.

٢٥٧- استمرت الأمانة في وضع وتحديث الإرشادات الخاصة بالقواعد والمعايير للأدوية والتكنولوجيات الطبية واللقاحات وفي إمداد البلدان بالدعم التقني.

٢٥٨- واستمرت الجهود المبذولة لبرنامج المنظمة للاختبار المسبق لصلاحية الأدوية وكفلت الاختبار المسبق لستة وثلاثين دواءً آخر، وهي أدوية فيروس نقص المناعة البشرية/ متلازمة نقص المناعة المكتسب (الأيدز) والملاريا والسل والصحة الإنجابية، ليصل مجموع الأدوية التي تم اختبار صلاحيتها مسبقاً إلى ٢٧٤ دواءً. كما تم الاختبار المسبق لصلاحية ستة مختبرات وطنية جديدة لمراقبة جودة الأدوية، ليصل إجمالي عددها إلى ٢٣ مختبراً. واجتاز أحد عشر منتجاً برنامج الاختبار المسبق لصلاحية وسائل التشخيص وهناك ٣٥ منتجاً آخر في الطريق. ويتم سنوياً شراء ما يزيد عن ٤٠ مليون اختبار سريع لفيروس نقص المناعة البشرية والملاريا ويضمن الاختبار المسبق للصلاحية إنفاق المال العام على المنتجات عالية الجودة. واعتُمدت عملية جديدة لتحديد مدى

الملائمة البرمجية للقاحات للاختبار المسبق لصلاحيتها. وقد اجتاز ١٣٤ لقاحاً الاختبار المسبق للصلاحية للشراء من قِبل الأمم المتحدة، وتم تلقيح ٦٤٪ من إجمالي الرضع في العالم باستخدام اللقاحات التي اختبرت المنظمة صلاحيتها مسبقاً.

٢٥٩- وقد عمل عدد من البلدان على إجراء تقييم الوظائف التنظيمية الأساسية، واختيرت من بينها الأرجنتين والبرازيل وكولومبيا وكوبا لتكون سلطات تنظيمية وطنية ذات مرجعية إقليمية. وفضلاً عن ذلك يجري إعداد برامج التنمية المؤسسية لتعزيز قدرات السلطات التنظيمية الوطنية الأخرى في منطقة الأمريكتين وسوف تدعمها السلطات التنظيمية الوطنية المرجعية.

٢٦٠- وشهدت الثنائية الماضية نشاطاً والتزاماً متزايدين من جانب الدول الأعضاء بتعزيز قدراتها التنظيمية لضمان جودة الأدوية ولمكافحة المنتجات الدوائية المتدنية النوعية/ المزورة/ المغشوشة التوسيم/ المغشوشة/ المزيفة.

٢٦١- وعقد الفريق العامل المكون من الدول الأعضاء والمعني بالمنتجات الطبية المتدنية النوعية/ المزورة/ المغشوشة التوسيم/ المغشوشة/ المزيفة اجتماعين في ٢٠١١، شارك فيهما ما يزيد عن ٩٠ من الدول الأعضاء. وتناول الفريق العامل الموضوعات التالية بالبحث من زاوية الصحة العمومية: (أ) دور المنظمة في التدابير لضمان توافر المنتجات الطبية جيدة النوعية والمأمونة والفعالة وميسورة التكلفة؛ (ب) دور المنظمة في منع ومكافحة المنتجات الطبية المنقوصة الجودة والمأمونية والنجاعة، مثل المنتجات الطبية المتدنية النوعية/ المزورة/ المغشوشة التوسيم/ المغشوشة/ المزيفة من زاوية الصحة العمومية وبغض النظر عن الاعتبارات التجارية واعتبارات الملكية الفكرية، (ج) علاقة المنظمة بفرقة العمل الدولية لمكافحة تزييف المنتجات الطبية.

٢٦٢- وفي مجال التمنيع واللقاحات والمواد البيولوجية، تلقت كافة البلدان الاثني عشر أعضاء الشبكة العالمية للترصد اللاحق للتسويق للقاحات التي خضعت للاختبار المسبق للصلاحية، الدعم المالي والتقني لتعزيز قدراتها على رصد سلامة اللقاحات المستخدمة في برامج التمنيع، ومن ثم ضمان تقديم اللقاحات المأمونة.

٢٦٣- وفي الإقليم الأفريقي، يقوم الآن ٢٥ بلداً بتطبيق عمليات التسجيل "سريعة المسار" للقاح المكورات السحائية "A" المرخص حديثاً والذي خضع لاختبار الصلاحية المسبق. وتم تقييم السلطات التنظيمية في ٣٣ دولة من بين ٤٤ دولة منتجة للقاحات واعتبرت قادرة على تأدية وظائفها، وأدت مراقبة اللقاحات في الصين ومصر وإيران إلى زيادة بنسبة ٢٠٪ في توافر جرعات اللقاح مضمونة الجودة على الصعيد العالمي. وتعكف جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية والفلبين وجنوب أفريقيا على تحسين خدمات نقل الدم ووضع السياسات الوطنية بشأن الدم، في حين تعكف موريشيوس وناميبيا وتنزانيا على وضع السياسات الوطنية بشأن زرع الأعضاء البشرية.

٢٦٤- وقد تحققت النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة بالكامل وفي بعض الأحيان فاقت الإنجازات الأهداف المحددة في ٢٠١١ بكثير. ويمكن تفسير ذلك بأن الأهداف التي تم تحديدها كانت واقعية، وأن البلدان قد أقرت بالأولوية القصوى للسياسات الدوائية في جدول أعمال الصحة والتنمية، وبأنها نظراً لذلك تجاوزت التوقعات في الاستثمار في السياسات الدوائية وفي طلب دعم المنظمة.

النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة ١١-٣

الإرشاد القائم على البيّنات في مجال السياسات الرامية إلى تعزيز استخدام المنتجات والتكنولوجيات الطبية على نحو سليم علمياً وعالي المردودية من قِبل العاملين الصحيين والمستهلكين، والتي تم وضعها ودعمها في الأمانة، والبرامج الإقليمية والوطنية.

نتيجة تحققت جزئياً

المؤشر		المعطيات الأساسية	الهدف	محقق
١١-٣-١	عدد البرامج الوطنية أو الإقليمية التي تتلقى الدعم من أجل تعزيز استعمال المنتجات أو التكنولوجيات الطبية على نحو سليم علمياً وعالي المردودية.	٥٠	٤٠	٧٨
١١-٣-٢	عدد الدول الأعضاء التي تستخدم قائمة وطنية بالأدوية أو اللقاحات أو التكنولوجيات الأساسية، تم تحديثها خلال السنوات الخمس الماضية والمخصصة لعمليات الشراء الرسمية أو استرداد التكاليف المتصلة بذلك.	١٢٥ (٩٤٪ من البلدان المُبلِّغة)	١٣٥	٩٤

٢٦٥- قامت أمانة المنظمة بتنقيح ونشر الإصدار السابع عشر لقائمة المنظمة النموذجية للأدوية الأساسية، والإصدار الثالث لقائمة المنظمة النموذجية للأدوية الأساسية للأطفال. وقدمت المنظمة الدعم للبلدان مثل جمهورية أفريقيا الوسطى وجمهورية الكونغو الديمقراطية واثيوبيا ومالي ورواندا لكي تقوم بتحديث قوائم الأدوية الأساسية والمبادئ التوجيهية للعلاج القياسي بنجاح. كما تم تعزيز الاستخدام الرشيد من خلال إنشاء لجان العقاقير والوسائل العلاجية. وفي نهاية الثنائية كانت ٩٤ دولة من الدول الأعضاء قد أتمت تحديث القوائم الوطنية المستقاة من قائمة المنظمة النموذجية للأدوية الأساسية.

٢٦٦- وفي يوم الصحة العالمي ٢٠١١، بدأت المنظمة في تطبيق مجموعة سياسات تنطوي على ستة بنود لمحاربة انتشار مقاومة مضادات الجراثيم. وسيقوم فريق عامل معني بمقاومة مضادات الجراثيم تابع للمنظمة بوضع تفاصيل خطة عمل شاملة للمنظمة للفترة ٢٠١٢-٢٠١٣. وحضر ٦٠٠ مشارك من ٨٦ بلداً المؤتمر الدولي الثالث بشأن تعزيز استعمال الأدوية الذي انعقد في تركيا في ٢٠١١، ما يشهد على الاهتمام المتزايد بتعزيز الاستخدام الرشيد للأدوية على المستويين الوطني والإقليمي. وتم إجراء تحليل حالة يتمحور تركيزه في المقام الأول حول تعزيز الاستخدام الرشيد للأدوية، على النحو الذي أوصى به القرار SEA/RC64/R5، في ٧ بلدان من البلدان الأحد عشر لإقليم جنوب شرق آسيا، وأُمدت ١٠ من الدول الأعضاء في هذا الإقليم بالدعم التقني بشأن طرق تعزيز الاستخدام الرشيد للأدوية.

٢٦٧- وفي مجال التكنولوجيات الصحية الأساسية، تتمتع البلدان الآن بالمزيد من القدرات في مجال إدارة التكنولوجيات الصحية، بما في ذلك تقييم الاحتياجات والمشتريات والهبات والصيانة والمخزونات. وتتولى أمانة المنظمة قيادة الجهود العالمية لإدخال الأجهزة الطبية في دائرة اهتمام صناع السياسات، كما قادت عملية إعداد عدد من الأدوات لدعم البلدان في ضمان تحسين إتاحة الأجهزة الطبية وجودتها واستخدامها.

٢٦٨- وتُعد النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة قد تحققت جزئياً، ولاسيما فيما يتعلق بوضع قوائم الأدوية الأساسية والمبادئ التوجيهية للوسائل العلاجية وتحديثها. وقد حدث تأخير في إعداد قوائم الأدوية ومراجعتها نظراً لما تتسم به هذه العملية من تعقيد، وضرورة تحليل البيِّنات، وصعوبة الحصول على توافق آراء مختلف الخبراء المشاركين حول الأدوية الأساسية التي ينبغي اختيارها. كذلك فقد عانت أمانة منظمة الصحة العالمية من نقص الأموال وما نتج عنه من تقليص قدرات الموارد البشرية، ما حد من إنجازات العمل الخاص بوضع القواعد ودعم البلدان.

الغرض الاستراتيجي ١٢

الاضطلاع بالدور القيادي وتعزيز تصريف الشؤون وتدعيم الشراكة والتعاون مع البلدان ومنظومة الأمم المتحدة وسائر أصحاب المصلحة من أجل أداء ولاية منظمة الصحة العالمية في التقدم في برنامج العمل الصحي العالمي وفقاً لما هو محدد في برنامج العمل العام الحادي عشر

٢٦٩- تم تناول أربعة تحديات رئيسية خلال الثنائية، ألا وهي: أ) تمكين المنظمة من توفير القيادة في مجال الصحة العالمية من خلال تحديد الأولويات وتصريف الشؤون والتمويل والإدارة؛ ب) وزيادة فعالية الطريقة التي تقدم بها المنظمة الدعم للدول الأعضاء؛ ج) واستخدام قدرة المنظمة على الحشد على المستوى العالمي والإقليمي والقُطري للتوصل إلى اتفاق حول القضايا الصحية العالمية، من أجل تعزيز الاتساق بين كافة شركاء التنمية (ولاسيما على المستوى القُطري)، وضمان مكانة الصحة في كبرى المنتديات العالمية والإقليمية؛ د) واستخدام التكنولوجيات الابتكارية والشبكات التعاونية لإضفاء المزيد من الفعالية على المعلومات المتعلقة بالصحة وزيادة مدى إتاحتها.

النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة ١٢-١

ممارسة المنظمة للقيادة والتوجيه الفعال من خلال تعزيز تصريف شؤون المنظمة وتحقيق الاتساق والمساءلة والتآزر في أعمالها.

نتيجة تحققت بالكامل

المؤشر		المعطيات الأساسية	الهدف	محقق
١٢-١-١	نسبة الوثائق المقدمة إلى الأجهزة الرئاسية في غضون المهل المحددة في الدستور وباللغات الرسمية الست للمنظمة.	٩٠٪	٩٥٪	٩٥٪

٢٧٠- إصلاح منظمة الصحة العالمية: بدأ المدير العام عملية تشاورية تتمحور حول تحقيق مواءمة أفضل بين الأهداف التي اتفقت جمعية الصحة العالمية بشأنها والموارد المتاحة لتمويل إنجاز هذه الأهداف. ومنذ انطلاق هذه العملية في بداية ٢٠١٠ تم تطوير برنامج شامل للإصلاح بقيادة الدول الأعضاء. وأيدت جمعية الصحة العالمية في دورتها الرابعة والستين الأهداف العامة للإصلاح ووضعت خطة مفصلة لعملية التحليل والتشاور في الفترة السابقة للدورة الاستثنائية للمجلس التنفيذي التي انعقدت في تشرين الثاني/ نوفمبر ٢٠١١. وناقش المجلس في تلك الدورة محاور العمل المترابطة الثلاثة، ألا وهي البرنامج والأولويات، وتصريف الشؤون، والإصلاحات الإدارية. وقد وُضعت عملية معنية بمعايير تحديد الأولويات، تقودها الدول الأعضاء بالتشاور مع هذه الدول، ستتيح للأمانة إعداد موجز لبرنامج العمل العام التالي والميزانية البرمجية ٢٠١٤-٢٠١٥ بحلول موعد جمعية الصحة العالمية الخامسة والستين في أيار/ مايو ٢٠١٢.

٢٧١- تصريف الشؤون الصحية العالمية: تتيح عضوية منظمة الصحة العالمية التي تمثل العالم كله تقريباً لهذه المنظمة أن تلعب دوراً فريداً في توحيد الجهود من أجل التوصل إلى اتفاق حول قضايا الصحة العالمية الحاسمة الأهمية والتي كثيراً ما تتسم بالحساسية. وفي أيار/ مايو ٢٠١١، وبعد أربع سنوات من المفاوضات الصعبة، اعتمدت جمعية الصحة العالمية الإطار الخاص بالتأهب لمواجهة الأنفلونزا الجائحة وتنفيذه. وهناك مفاوضات أخرى مماثلة مستمرة، على سبيل المثال المفاوضات بشأن الأدوية المزورة/ المغشوشة التوسيم/ المغشوشة/ المزيفة. وكانت المنظمة نشطة في بذل الجهود العالمية لزيادة التساوق بين الشركاء في مجال الصحة والتنمية، من خلال رصد التقدم المُحرز على أساس المؤشرات الواردة في إعلان باريس بشأن فعالية المعونة وبرنامج عمل أكرا. وسوف تستمر المنظمة في الاضطلاع بهذا الدور بعد تأسيس شراكة بوسان من أجل فعَّالية التعاون في مجال التنمية خلال المحفل الرفيع المستوى الرابع عن فعالية المعونة الذي انعقد في جمهورية كوريا في نوفمبر ٢٠١١، مع التركيز المتزايد على التعاون بين بلدان الجنوب وغيره من أشكال التعاون.

٢٧٢- وقد حددت المنظمة معالم الأولويات الصحية في المحافل العالمية الرئيسية. وفي ٢٠١٠ لعبت الصحة دوراً محورياً في مؤتمر قمة مجموعة الدول الصناعية الثماني تحت مظلة الرئاسة الكندية. كما كانت الصحة أيضاً محوراً مهماً للتركيز في عمل مجموعة الدول الصناعية الثماني بشأن المساءلة. وقد تم تناول محوري العمل هذين بمزيد من التفصيل في أعقاب اجتماع الجمعية العامة للأمم المتحدة الرفيع المستوى المعني بالأهداف الإنمائية للألفية في ٢٠١٠، الذي أطلقت خلاله الاستراتيجية العالمية للأمين العام "كل امرأة وكل طفل". وقد طُلب إلى المنظمة بعد ذلك دعوة اللجنة المعنية بالمعلومات والمساءلة إلى الانعقاد، وقدمت اللجنة تقريرها في أيار/ مايو ٢٠١١ وأوصت باتباع نهج لرصد التقدم المُحرز على مستوى العالم فيما يتعلق بصحة الأم والطفل يجري اتباعه حالياً. وفي ٢٠١١، وضع الاجتماع الرفيع المستوى للجمعية العامة للأمم المتحدة جدول أعمال دولي جديد بشأن الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها.

النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة ١٢-٢

ترسيخ وجود المنظمة الفعال في البلدان لتنفيذ استراتيجيات المنظمة للتعاون مع الدول الأعضاء، والتي تتماشى مع برامج عمل الدول الأعضاء بشأن الصحة والتنمية وتتواءم مع الفريق القطري التابع للأمم المتحدة والشركاء الآخرين المعنيين بالتنمية.

نتيجة تحققت بالكامل

المؤشر		المعطيات الأساسية	الهدف	محقق
١٢-٢-١	عدد الدول الأعضاء التي تعكف فيها المنظمة على تنسيق استراتيجيات التعاون القطري مع الدورة الخاصة بأولويات البلدان وتنميتها وعلى مواءمة أنشطة المنظمة مع أنشطة الأمم المتحدة والشركاء الآخرين المعنيين بالتنمية ضمن الأطر ذات الصلة مثل إطار عمل الأمم المتحدة للمساعدة الإنمائية وورقات استراتيجية الحد من الفقر والنهج المتعددة القطاعات.	١٤٥ على الأقل	٣٣ من استراتيجيات التعاون بين البلدان البالغ عددها ١٤٥ تم تحديثها/ تنقيحها	٣٣ استراتيجية تعاون بين البلدان [أ]
١٢-٢-٢	نسبة المكاتب القطرية التابعة للمنظمة التي قامت باستعراض وتعديل قدراتها الأساسية وفقاً لاستراتيجية التعاون القطري التي تتبعها.	٥٠٪ على الأقل	٧٠٪	٧٧٪

أ تم تمديد عدد من استراتيجيات التعاون بين البلدان لمواءمة الدورة مع الخطط/ الاستراتيجيات الوطنية ومع دورة صناديق الأمم المتحدة الإنمائية. يجري الآن تحديث/ تنقيح ١٠ من استراتيجيات التعاون بين البلدان البالغ عددها ٣٣ استراتيجية.

٢٧٣- الدعم التقني والسياساتي للدول الأعضاء. فضلاً عن تقديم الإرشادات الاستراتيجية لإصلاح المنظمة وغير ذلك من القضايا الرئيسية التي تتعلق بالسياسات، يوفر فريق السياسات العالمية[١] أيضاً حلقة الاتصال بين المدير العام والمديرين الإقليميين ورؤساء المكاتب القُطرية للمنظمة، لتعزيز تساوق الدعم الذي تقدمه المنظمة إلى كل دولة من الدول الأعضاء. وتم وضع استراتيجيات التعاون بين البلدان وتحديثها في ١٤٤ من البلدان والأقاليم والمناطق التي للمنظمة وجود مادي فيها. وتستخدم استراتيجيات التعاون بين البلدان فيما يلي: (١) لتعديل مزيج الكفاءات والمهارات لدى المكاتب القُطرية ليوائم السياسات والاستراتيجيات والخطط الوطنية، و(٢) لتزويد عملية التخطيط للمنظمة بالمعلومات اللازمة ومواءمة الدعم التقني من جانب المكاتب الإقليمية والمقر الرئيسي على نحو أفضل. وأسهمت عملية تنافسية مُحسَّنة لاختيار رؤساء المكاتب القُطرية للمنظمة وتعيينهم وتنمية قدراتهم، في تعزيز الدور القيادي للمنظمة وما تتمتع به من قدرات. وسيستخدم مفهوم استراتيجيات التعاون بين البلدان في المستقبل لتحديد احتياجات التعاون لكل دولة من الدول الأعضاء في المنظمة وإن لم يكن للمنظمة وجود مادي فيها. وأمد الاجتماع العالمي السادس لرؤساء مكاتب المنظمة القُطرية مع المدير العام والمديرين الإقليميين، الموظفين بالمعرفة والمهارات اللازمة بشأن جدول أعمال الصحة الناشئ، مثل إصلاح المنظمة والأمراض غير السارية والتغطية الصحية الشاملة.

النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة ١٢-٣

إنشاء آليات عالمية للصحة والتنمية من أجل تزويد مجال الصحة بموارد تقنية ومالية أكثر استدامة ويمكن التنبؤ بها بصورة أكبر، على أساس برنامج عمل صحي مشترك يلبي احتياجات الدول الأعضاء ويستجيب لأولوياتها في مجال الصحة.

١ يتكون الفريق من المدير العام ونائب المدير العام والمديرين الإقليميين.

نتيجة تحققت بالكامل

المؤشر		المعطيات الأساسية	الهدف	محقق
١٢-٣-١	عدد الشراكات الصحية التي تشارك فيها المنظمة وتعمل وفقاً لمبادئ أفضل ممارسات الشراكات الصحية العالمية.	١٤	٣٠	٤٥
١٢-٣-٢	نسبة الشراكات الصحية التي تديرها المنظمة وتمتثل للسياسات الصحية التي تتبعها المنظمة في إقامة الشراكات.	٪١٠٠	٪١٠٠	٪١٠٠أ
١٢-٣-٣	نسبة البلدان التي تضطلع فيها المنظمة بدور قيادي أو تشارك مشاركة فعالة في شراكات الصحة والتنمية (الرسمية وغير الرسمية) بما في ذلك القيام بهذا في سياق عملية إصلاح منظومة الأمم المتحدة.	٪٧١	٪٨٠	٪٨٠

أ يكفل القرار ج ص ع٦٣-١٠ امتثال الشراكات التي تستضيفها منظمة الصحة العالمية لقواعد المنظمة ولوائحها. بحلول نهاية ٢٠١١ كانت عشر شراكات تستضيفها المنظمة تحظى بآليات منفصلة لتصريف الشؤون.

٢٧٤- الشراكات والمبادرات الصحية العالمية. استناداً إلى العمل الذي سبق أن نفذته الأمانة والتقارير التي قدمتها إلى المجلس التنفيذي، اعتمدت جمعية الصحة العالمية في ٢٠١٠ السياسة بشأن دخول المنظمة في شراكات صحية عالمية وترتيبات الاستضافة (القرار ج ص ع٦٣-١٠ وملحقه). وتوفر هذه السياسة إرشادات إضافية للمنظمة وكذلك البلدان، من أجل المساعدة على مواءمة آليات الصحة والتنمية العالمية. ويشمل تنفيذ هذه السياسة أيضاً تحديد بمزيد من الوضوح قواعد وممارسات المنظمة التي تتعلق بالشراكات من خلال إطار تشغيلي. وقد عزز فريق السياسات العالمية عمل المنظمة الخاص بالشراكة مع مختلف القطاعات، حيث قام للمرة الأولى باعتماد إطار للسياسات الداخلية للمنظمة بشأن مشاركة القطاع الخاص، وبدأ على هذا النحو عملية ترمي إلى توضيح كيفية تعامل المنظمة مع هذا القطاع.

النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة ١٢-٤

إتاحة المواد المعرفية والدعوية الأساسية والمتعددة اللغات الخاصة بالصحة للدول الأعضاء والشركاء الصحيين وسائر أصحاب المصلحة عن طريق تبادل المعارف وتقاسمها على نحو فعال.

نتيجة تحققت بالكامل

المؤشر		المعطيات الأساسية	الهدف	محقق
١٢-٤-١	متوسط عدد الصفحات المطّلع عليها/ الزيارات في كل شهر لمواقع مقر المنظمة الرئيسي على الإنترنت.	غير متاح/ ٦,٣٥ ملايين زيارة شهرياً	٦,٧ ملايين	٧ ملايين
١٢-٤-٢	عدد الصفحات المتعددة اللغات بغير اللغة الإنكليزية المتاحة على موقع المكاتب القطرية والإقليمية ومقر المنظمة الرئيسي على الإنترنت.	٧٠ ٤٩٥	٨٠٠٠٠	أكثر من ٨٠٠٠٠

٢٧٥- تعزيز إتاحة المعلومات الصحية. أنشأت المنظمة قاعدة تكنولوجية متسقة لربط جميع مكاتب المنظمة ببعضها البعض، لتعزيز بث المعلومات الصحية في وقتها المناسب على جميع من يحتاجون إليها. وأُحرز التقدم من خلال إنشاء صفحة على الموقع الإلكتروني للتعددية اللغوية. واستمر العمل مع الشركاء الخارجيين لترجمة ما يزيد عن ٢٠٠ وثيقة من وثائق المنظمة إلى ٤٠ لغة رسمية وغير رسمية. كما قُدم تقرير عن تنفيذ سياسة وثائق المنظمة إلى المجلس التنفيذي في دورته التاسعة والعشرين بعد المائة (الوثيقة م ت١٢٩/٤). وصدرت نشرة منظمة الصحة العالمية شهرياً في أشكال متعددة وتضمنت خلاصات بجميع اللغات الرسمية. وتم استعراض ما يزيد عن ٨٠ اقتراحاً بشأن تحديد المراكز المتعاونة مع المنظمة و٢٠٠ اقتراح بشأن إعادة تحديدها. وانعقدت لجنة استعراض المبادئ التوجيهية شهرياً واستعرضت الاقتراحات المبدئية بشأن وضع المبادئ التوجيهية قبل نشرها، والاقتراحات النهائية لضمان أن عملية إصدار التوصيات والشكل الذي تتخذه يفيان بمتطلبات المنظمة. ويجري الآن اختبار ارتيادي لخلاصة الخبرات الوطنية، صمم مبدئياً من خلال التعاون الوثيق مع إدارات المقر الرئيسي والمكاتب الإقليمية الستة، كما يجري رسم خرائط قواعد البيانات الحالية وتقييمها.

الغرض الاستراتيجي ١٣

تطوير منظمة الصحة العالمية ودعمها كمنظمة تتسم بالمرونة وتشجع التعلم لتمكينها من الوفاء بولايتها بمزيد من الكفاءة والفعالية

٢٧٦- تكتسي خدمات الدعم التنظيمي والإداري ذات الفعالية والكفاءة أهمية حاسمة لإنجاز العمل التقني في المنظمة. وقد تمثل التحدي الرئيسي في توفير الخدمات جيدة النوعية، مع الاجتهاد في إنجاز المزيد من الفعالية في الوقت ذاته. وينبغي تحقيق ذلك لتعويض التكاليف المتزايدة التي تنشأ عن عوامل عدة، ولاسيما أثر الفرنك السويسري القوي على الخدمات في المقر الرئيسي، والزيادة السريعة في التكاليف الأمنية للموظفين الميدانيين، ولاسيما في بعض بلدان الإقليم الأفريقي وإقليم شرق المتوسط.

النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة ١٣-١

القيام، على صعيد المنظمة ككل، بإعداد أنشطتها التي تسترشد بخطط استراتيجية وتنفيذية تستند إلى الدروس المستفادة وتجسد احتياجات البلدان والاستفادة منها في رصد الأداء وتقييم النتائج المترتبة على ذلك.

نتيجة تحققت بالكامل

المؤشر		المعطيات الأساسية	الهدف	محقق
١٣-١-١	نسبة خطط العمل القطرية التي استعرض النظراء جودتها التقنية وتضمنت الدروس المستفادة وعبرت عن الاحتياجات القطرية.	٩٥٪	٩٥٪	١٠٠٪
١٣-١-٢	النتائج المتوقعة على مستوى كل مكتب وتم تحديث حالة تقدمها في الأطر الزمنية للتبليغ الدوري.	٧٤٪	٨٥٪	٨٥٪

٢٧٧- أُحرز التقدم فيما يتعلق بتحسين تساوق التخطيط وتقييم النتائج على صعيد المنظمة. وعلى وجه التحديد، تم تسريع الجدول الزمني لإصدار تقييم أداء الميزانية البرمجية بحيث يُعرض التقرير على جمعية الصحة العالمية في أيار/ مايو في أعقاب انتهاء الثنائية مباشرة. وفضلاً عن ذلك، فإن تقييم مدى تحقيق مؤشرات الأداء القُطرية يشمل الآن التحديد والتحقق فيما يتعلق بكل بلد من البلدان.

٢٧٨- وخلال الثنائية، استمر العمل على تحسين المواءمة بين الأولويات التي حددتها كل دولة من الدول الأعضاء من خلال استراتيجيات التعاون بين البلدان وبين الأولويات التي حددتها الميزانية البرمجية والخطط التشغيلية، على نحو أفضل. كما أُدخل التحسين أيضاً على سلسلة النتائج للمنظمة بهدف التمييز بمزيد من الوضوح بين الآثار والحصائل والمخرجات. ويُعد كلا المجالين ضمن العناصر الرئيسية لبرنامج المنظمة الإصلاحي ولهما أهمية محورية في وضع برنامج العمل العام التالي والميزانية البرمجية ٢٠١٤-٢٠١٥.

النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة ١٣-٢

اتباع ممارسات مالية سليمة وإدارة الموارد المالية بكفاءة من خلال الاستمرار في رصدها وحشدها بغية ضمان مواءمتها مع الميزانيات البرمجية.

نتيجة تحققت جزئياً

المؤشر		المعطيات الأساسية	الهدف	محقق
١٣-٢-١	مدى تقيد المنظمة بتطبيق المعايير الدولية لمحاسبة القطاع العام.	يتطلب التقيد بالمعايير المحاسبية الدولية للقطاع العام استكمال إدخال نظام الإدارة العالمي في كافة الأقاليم.	النُظم والحسابات المفتوحة ملتزمة بالمعايير المحاسبية الدولية للقطاع العام	النُظم والحسابات المفتوحة ملتزمة بالمعايير المحاسبية الدولية للقطاع العام
١٣-٢-٢	قيمة المساهمات الطوعية التي صُنفت بوصفها مساهمات طوعية كاملة ومرنة للغاية.	١٨٧ مليون دولار أمريكي	٣٠٠ مليون دولار أمريكي	٢٣٥ مليون دولار أمريكي

٢٧٩- وقد صدر رأي غير مشفوع بتحفظ من مراجعي الحسابات بشأن البيانات المالية المُعدَّة في ظل نظام الإدارة العام في الثنائية الأولى؛ كما أُضفي الطابع المؤسسي على إطار إدارة المخاطر المؤسسية في المنظمة في المقر الرئيسي وبدأ التوسع فيه ليشمل الأقاليم. واستكملت الاستعدادات لإدخال المعايير المحاسبية الدولية للقطاع العام. وسيتم إعداد أول بيانات مالية وفقاً للمعايير المحاسبية الدولية للقطاع العام لعام ٢٠١٢.

٢٨٠- وأُحرز تقدم مهم أيضاً فيما يتعلق بإطار الرقابة المالية. ويُعد ما تم من تحديث دليل سياسات المنظمة الإلكتروني ذا أهمية خاصة. وهو بمثابة الأساس لمزيد من العمل على إجراءات التشغيل المعيارية والضوابط الرئيسية المقرر إنجازها بحلول ٢٠١٢. وفضلاً عن ذلك، تم إنشاء لجنة الخبراء المستقلين الاستشارية في مجال المراقبة، وصارت عنصراً إضافياً ذا مصداقية كبرى في تصريف الشؤون ورقابة الوظائف المالية والإدارية.

٢٨١- وتُعد هذه النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة قد تحققت جزئياً نظراً لأن الهدف بشأن المساهمات الطوعية التي تصنف على أنها كاملة وبالغة المرونة، لم يتحقق. بيد أنه رغم القيود التي أسفرت عنها الأزمة المالية، زاد إجمالي الموارد المرنة من ١٨٧ مليون دولار تم جمعها في ٢٠٠٨-٢٠٠٩ إلى ٢٣٥ مليون دولار تم جمعها في ٢٠١٠-٢٠١١. ويمثل هذا جانباً من اتجاه عام للمساهمات الطوعية صوب الاتفاقات المتعددة السنوات مع مزيد من التركيز على المرونة وإمكانية التنبؤ.

النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة ١٣-٣

وضع سياسات وممارسات متعلقة بالموارد البشرية موضع التنفيذ لاستقطاب المواهب المتميزة والحفاظ عليها، والتشجيع على التعلم والتطوير المهني، وإدارة الأداء وتعزيز السلوك الأخلاقي.

نتيجة تحققت جزئياً

المؤشر		المعطيات الأساسية	الهدف	محقق
١٣-٣-١	نسبة المكاتب التي لديها خطط معتمدة بشأن الموارد البشرية في ثنائية معينة.	٩٨٪	١٠٠٪	١٠٠٪
١٣-٣-٢	عدد الموظفين الذين يتسلمون مقاليد مناصب جديدة أو الموظفين المنقولين إلى موقع جديد خلال ثنائية معينة (أرجئت إلى الثنائية ٢٠١٠-٢٠١١).	٢٠٠	٢٠٠	٧٠٠
١٣-٣-٣	نسبة الموظفين الذين يتقيدون بدورة نظام تطوير إدارة الأداء.	٧٥٪	٨٠٪	المقر الرئيسي والمكتب الإقليمي لغرب المحيط الهادئ أكثر من ٩٠٪

٢٨٢- تمت عملية صعبة لخفض عدد الموظفين، ولاسيما في الإقليم الأفريقي والمقر الرئيسي نتيجة لتخفيض الميزانية وزيادة تكاليف الموظفين، وذلك من خلال عملية تتسم بقدر كبير من الشمول. وضمت تلك العملية تخفيض عدد الموظفين على نحو منصف روعي فيه التواصل مع كافة الموظفين المعنيين وإمدادهم بالدعم اللازم. وقد ساعد هذه الجهود التحسن الذي شهده تخطيط الموارد البشرية، ولاسيما في المكاتب حيث تم إدخال نظام الإدارة العالمي خلال الثنائية.

٢٨٣- وسُجلت زيادة كبيرة في حركة تنقل الموظفين بين مراكز العمل وفي داخل مركز العمل نفسه. وتم ذلك نتيجة اتباع أسلوب منهجي إزاء حركة تنقل الموظفين ولاسيما في الإقليم الأفريقي وإقليم غرب المحيط الهادئ، واستخدام القائمة العالمية بأسماء من يصلحون لرئاسة مكاتب المنظمة القطرية، وإعادة انتداب الموظفين الذين أُلغيت وظائفهم لأسباب برمجية ومالية.

٢٨٤- وما زال التعلم العالمي يحظى بأولوية كبرى. وتم توسيع نطاق فرص التنمية على الصعيد العالمي خلال الثنائية، ومنح الأولوية للأنشطة القُطرية. واستمر العمل على زيادة استخدام التعلم الإلكتروني ونُظم إدارة التعلم الإلكتروني في السنوات القادمة.

٢٨٥- وثمة تحسن في إدارة تقييم أداء الموظفين، ولاسيما في المقر الرئيسي وإقليم غرب المحيط الهادئ حيث استكمل ما يزيد عن ٩٠٪ من تقييمات الأداء، وتُعد هذه النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة قد تحققت جزئياً نظراً لأن الهدف العام لم يتحقق في كافة الأقاليم. ويتم تناول هذه القضية بالعلاج من خلال التطبيق الإلزامي للنسخة المحدثة من نظام إدارة الأداء والتنمية في كافة الأقاليم بحلول ٢٠١٢.

النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة ١٣-٤

وضع استراتيجيات وسياسات وممارسات معينة موضع التنفيذ لإدارة نظم المعلومات بحيث تكفل إيجاد حلول موثوقة ومأمونة وعالية المردود، والعمل في الوقت ذاته على تلبية الاحتياجات المتغيرة للمنظمة.

نتيجة تحققت بالكامل

المؤشر		المعطيات الأساسية	الهدف	محقق
١٣-٤-١	عدد تخصصات تكنولوجيا المعلومات المُنفذة على صعيد المنظمة وفقاً للمعايير المرجعية لأفضل الممارسات المتبعة في الدوائر الصناعية.	٣	٥	٥
١٣-٤-٢	نسبة المكاتب التي تستخدم معلومات متساوقة للإدارة في الوقت الحقيقي.	المقر الرئيسي ومكاتب إقليم غرب المحيط الهادئ والمكاتب القطرية ذات الصلة بها	المقر الرئيسي و٥ مكاتب إقليمية والمكاتب القطرية ذات الصلة بها	المقر الرئيسي و٥ مكاتب إقليمية والمكاتب القطرية ذات الصلة بها

٢٨٦- تم تطبيق نظام الإدارة العالمي في جميع المكاتب الإقليمية والمكاتب القُطرية باستثناء المكتب الإقليمي للأمريكتين/ منظمة الصحة للبلدان الأمريكية. وعزز وجود نظام أوحد متكامل واستخدامه، إتاحة البيانات وشفافيتها، كما أتاح إدارة المعلومات في الوقت الحقيقي. وبدأت الاستعدادات لإدخال تحسينات كبرى على نظام الإدارة العالمي والمقرر تنفيذه في ٢٠١٣.

٢٨٧- وبدأ على صعيد المنظمة استخدام أدة "المواءمة العامة" التي ستتيح اتباع نهج أوحد في إدارة مراكز العمل في شتى أنحاء المنظمة، لتسهيل عمليات دعم المستخدم وتبادل المعلومات.

٢٨٨- واستمر نقل تقديم خدمات تكنولوجيا المعلومات والاتصالات إلى مركز الخدمة العالمي في كوالا لمبور أو التعاقد بشأنها مع جهات خارجية من أجل خفض التكاليف وتوفير أسلوب أكثر مرونة في تقديم الخدمة.

النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة ١٣-٥

تقديم ما يلزم من خدمات دعم تنظيمية وإدارية لتؤدي المنظمة عملها بكفاءة، وذلك وفقاً لاتفاقات مستوى الخدمات التي تؤكد جانبي الجودة والتجاوب.

نتيجة تحققت جزئياً

المؤشر		المعطيات الأساسية	الهدف	محقق
١٣-٥-١	نسبة الخدمات التي يقدمها المركز العالمي للخدمات العالمي وفقاً للمعايير المنصوص عليها في اتفاقات مستوى الخدمات.	٧٥٪	٩٠٪	٨٥٪

٢٨٩- وبدأت عمليات مركز الخدمة العالمي تُنفذ بمزيد من السلاسة حيث تعرف الموظفون على أدوارهم وعلى نظام الإدارة العالمي. وتشير نسبة المعاملات التي تنفذ وفقاً لمؤشرات مستوى الخدمة المنشورة إلى زيادة قدرها ٨٥٪. وهذا بالرغم من زيادة المعاملات بنسبة ٤٠٪ نتيجة لبدء تشغيل نظام الإدارة العالمي في إقليم شرق المتوسط والإقليم الأوروبي وإقليم جنوب شرق آسيا والإقليم الأفريقي خلال الثنائية. واستمر تراجع تكلفة الوحدة في تنفيذ المعاملات. وتم نقل وظائف أخرى في مجال المالية والمشتريات من المقر الرئيسي إلى مركز الخدمة العالمي ما أدى إلى انخفاض التكاليف العامة للإدارة بنسبة أكبر.

٢٩٠- وتُعد هذه النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة قد تحققت جزئياً بسبب مزيج من عدم كفاءة النظام و/ أو الإجراءات في بعض مجالات الخدمة. ويستمر العمل داخل المستويات الثلاثة للمنظمة لتحسين مستوى الخدمات والعمليات الإدارية الشاملة مع الحفاظ على الإطار الرقابي الكافي.

النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة ١٣-٦

تهيئة بيئة عمل تساعد على تحقيق عافية الموظفين وسلامتهم في جميع المواقع.

نتيجة تحققت جزئياً

المؤشر		المعطيات الأساسية	الهدف	محقق
١٣-٦-١	درجة الارتياح لجودة الخدمات في جميع المكاتب الرئيسية لأنها قدمت خدمات فعالة لدعم البنية التحتية.	غير متاح	٧٥٪	غير متاحأ
١٣-٦-٢	نسبة المكاتب التي مارست بانتظام تمارين الإجلاء.	٧٠٪	٧٠٪	٩٠٪

أ توقف العمل بالمؤشر ١٣-٦-١ وتم استبداله في ٢٠١٢-٢٠١٣

٢٩١- في كافة البلدان، تم تعزيز الأمن من خلال تحديث مرافق المكاتب القُطرية الواقعة في الأماكن المُعرَّضة للخطر، وإجراء تقييمات الأمن التي تركز على الامتثال لمعايير الأمم المتحدة. وفي إقليم شرق المتوسط تعين إجلاء الموظفين من مراكز العمل، بما في ذلك الموظفين في المكتب الإقليمي في القاهرة. وقد نُفذت عمليات الإجلاء بنجاح بدعم من صندوق الأمن الذي أُنشئ لمواجهة حالات الطوارئ. واستمرت تكاليف الأمن العامة في الزيادة نتيجة لمعايير الأمن التي تضعها الأمم المتحدة والتي تزداد صرامة.

٢٩٢- واستمرت الجهود المبذولة لتخفيف أثر المكاتب على البيئة المباشرة ولإدخال وتدابير احتواء التكاليف. على سبيل المثال، أسفر إدخال وحدة إدارة خدمات الطباعة والنسخ في المقر الرئيسي عن انخفاض تكاليف الطباعة والنسخ في ٢٠١٠-٢٠١١ من ٧,٢ ملايين فرنك سويسري إلى ٥ ملايين فرنك سويسري وأدى إلى تراجع استهلاك الورق بنسبة ٥٠٪.

٢٩٣- وتم إدخال آلية جديدة لتصريف الشؤون لتقييم ومراقبة المشروعات الاستثمارية التي تحتاج إلى رؤوس أموال كبيرة. وإلى جانب ذلك وفيما يتعلق بالحصول على رأس المال، تم إدخال مصدر للتمويل المستدام (من خلال الرسم المقتطع من نفقات المنصب المشغول)، بيد أن المبالغ التي تُجمع ما زالت دون المطلوب للاستثمار المستمر لنسبة ١٪ من قيمة رأس المال الموجود. ولهذا السبب تأجل تنفيذ عدد من مشروعات الهيكل الأساسي، ولذا فإن هذه النتيجة المتوقعة على صعيد المنظمة التي نتناولها بالتقييم تُعد قد "تحققت جزئياً". ومع ذلك فقد تم إجراء الصيانة المنتظمة في كافة المكاتب لضمان الحفاظ على خدمات الهياكل الأساسية في مستويات معقولة.

= = =