



برنامج العمل الاستراتيجي
لمنظمة التعاون الإسلامي
في مجال الصحة 2014-2023



البنك الإسلامي للتنمية



منظمة التعاون الإسلامي



مركز الأبحاث الإحصائية
والاقتصادية والاجتماعية والتربيت
للدول الإسلامية

برنامج العمل الاستراتيجي لمنظمة التعاون الإسلامي في مجال الصحة (OIC-SHPA) 2023-2014



البنك الإسلامي للتنمية



منظمة التعاون الإسلامي



مركز الأبحاث الإحصائية
والاقتصادية والاجتماعية والتدريب
للدول الإسلامية

© 2014 مركز الأبحاث الإحصائية والاقتصادية والاجتماعية والتدريب للدول الإسلامية (مركز أنقرة)

Kudüs Cad. No: 9, Diplomatik Site, 06450 Oran, Ankara –Turkey

الهاتف +90-312-468 6172

الإنترنت www.sesric.org

الموقع الإلكتروني pubs@sesric.org

تخضع المادة المقدمة في هذه الطبعة لقانون حقوق الطبع والنشر. يعطي المؤلفون الإلآن بتصفتح، ونسخ، ونقل وطبع مواده، على أن لا يتم الالادامه لاه المواد في أي ظرف، لأغراض تجارية. للحصول على إذن لإعادة إنتاج أو إعادة طبع أي جزء من هذا المنشور، يرجى إرسال الطلب مع تقديم المعلومات الكاملة إلى دائرة النشر للمركز.

ينبغي إرسال جميع الاستفسارات حول الحقوق والإذن إلى دائرة النشر بمركز أنقرة بواسطة العنوان الوارد أدالالا.

ISBN : 978-975-6427-31-6

تصميم الغلاف: دائرة النشر، مركز أنقرة.

يعبر مركز أنقرة عن عميق تقديره إلى وزارة الغذاء والزراعة والثروة الحيوانية في الجمهورية التركية لتقديمها التسهيلات المطبعية.

للمزيد من المعلومات، يرجى الاتصال بدائرة البحوث، مركز أنقرة عبر البريد الإلكتروني التالي: research@sesric.org





جدول المحتويات

قائمة الاختصارات.....	III
شكر وتقدير.....	V
الملخص التنفيذي.....	1
I. رؤية وسياسة واستراتيجية منظمة التعاون الإسلامي في القطاع الصحي.....	3
II. الوضع الصحي في البلدان الأعضاء بمنظمة التعاون الإسلامي.....	5
أ. لمحة عامة.....	5
ب. التقدم المحرز في إطار برنامج العمل العشري لمنظمة التعاون الإسلامي.....	6
ج. التقدم المحرز صوب تحقيق مرامي الأهداف الإنمائية للألفية ذات الصلة بالصحة.....	10
د. المحددات الاجتماعية للصحة.....	13
III. التحديات والعراقيل والمشاكل.....	16
أ. القيادة والإدارة الصحية.....	16
ب. الرعاية الصحية الأولية.....	16
ج. التمويل الصحي.....	17
د. نظم المعلومات الصحية.....	18
هـ. القوى العاملة الصحية.....	18
و. تنظيم تقديم الخدمات الصحية.....	19
ز. الحصول على التكنولوجيات والأدوية الأساسية.....	21
ح. المساواة والشفافية والمساءلة.....	23
ط. الأمن الصحي واللوائح الصحية الدولية (IHR).....	24
IV. مجالات مواضيعية للتعاون.....	26

أ. تعزيز النظام الصحي	26
ب. الوقاية من الأمراض ومكافحتها	28
ج. صحة الأم والمولود الجديد والطفل والتغذية	35
د. الأدوية واللقاحات والتكنولوجيات الطبية	39
هـ. الاستجابة لحالات الطوارئ والتدخلات الصحية	41
و. المعلومات والأبحاث والتعليم والمناصرة	43
.V برامج العمل	46
أ. المجال المواضيعي الأول: تعزيز النظام الصحي	46
ب. المجال المواضيعي الثاني: الوقاية من الأمراض ومكافحتها	52
ج. المجال المواضيعي الثالث: صحة الأم والمولود الجديد والطفل والتغذية	57
د. المجال المواضيعي الرابع: الأدوية واللقاحات والتكنولوجيات الطبية	61
هـ. المجال المواضيعي الخامس: الاستجابة لحالات الطوارئ والتدخلات الصحية	64
و. المجال المواضيعي السادس: المعلومات والتعليم والأبحاث المناصرة	66
.VI آلية التنفيذ والمراقبة	70
المراجع	72
الملحق: الخطة التنفيذية لبرنامج العمل الاستراتيجي لمنظمة التعاون الإسلامي في مجال الصحة 2014-2023 (OIC-SHPA)	73



قائمة الاختصارات

تغطية الرعاية في فترة ما قبل الولادة	ANCC
مركز السيطرة على الأمراض والوقاية منها	CDC
مجلس وزراء الخارجية	CFM
شرق آسيا والمحيط الهادئ	EAP
أوروبا وآسيا الوسطى	ECA
المكتب الاقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق البحر المتوسط	EMRO
منظمة الأغذية والزراعة للأمم المتحدة	FAO
المبادرة العالمية لاستئصال شلل الأطفال	GPEI
الأمانة العامة	GS
الوكالة الدولية للطاقة الذرية	IAEA
المؤتمر الإسلامي لوزراء الصحة	ICHM
البنك الإسلامي للتنمية	IDB
مجمع الفقه الإسلامي الدولي	IFA
منظمة العمل الدولية	ILO
أمريكا اللاتينية والبحر الكاريبي	LAC
الوزن المنخفض عند الولادة	LBW
البلدان المنخفضة الدخل	LIC
بلدان العجز الغذائي ذات الدخل المنخفض	LIFDC
الأهداف الإنمائية للألفية	MDGs
الشرق الأوسط وشمال أفريقيا	MENA
صحة الأم والمولود الجديد والطفل	MNCH
وزارة الصحة	MoH
مذكرة تفاهم	MoU
منظمة التعاون الإسلامي	OIC
جنوب آسيا	SA
المحددات الاجتماعية للصحة	SDH
مركز الأبحاث الإحصائية والاقتصادية والاجتماعية والتدريب للدول الإسلامية	SESRIC
برنامج العمل الاستراتيجي في الصحة	SHPA
أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى	SSA
برنامج العمل العشري	TYPOA
الأمم المتحدة	UN

قائمة الاختصرات

صندوق الأمم المتحدة للطفولة	UNICEF
الولايات المتحدة الأمريكية	US
الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية	USAID
منظمة الصحة العالمية	WHO

تم إعداد برنامج العمل الاستراتيجي لمنظمة التعاون الإسلامي في مجال الصحة 2014-2023 OIC-SHPA من قبل فريق البحث الأساسي في مركز أنقرة وفقا للقرار الذي اعتمده المؤتمر الإسلامي الثاني لوزراء الصحة (ICHM). وأجري العمل من قبل فريق البحث بمركز أنقرة، الذي يضم نبيل دبور، ومظهر حسين، وأوموت أونال، وكنان باجي ونادي سرحان آيدن، بالتعاون مع الدكتور رازلي نوردين، و السيد محمد كمران أختارو السيد الفارابي يريديشاف من الأمانة العامة لمنظمة التعاون الإسلامي و الدكتور البشير الطيب سلام، من مجموعة البنك الإسلامي للتنمية (IDB). وأشرف البروفيسور صافاش أباي، المدير العام لمركز أنقرة، على عملية إعداد الوثيقة. وقد تم دعم برنامج العمل الاستراتيجي لمنظمة التعاون الإسلامي في مجال الصحة ماليا من قبل مجموعة البنك الإسلامي للتنمية. وصادقت الدورة الرابعة للمؤتمر الإسلامي لوزراء الصحة، والتي عقدت في جاكارتا، جمهورية إندونيسيا في الفترة من 22-24 أكتوبر 2013، على برنامج العمل الاستراتيجي لمنظمة التعاون الإسلامي في مجال الصحة و على خطة تنفيذه.

ويوجه الفريق الشكر الخاص لأعضاء اللجنة التوجيهية لمنظمة التعاون الإسلامي حول الصحة على مدخلاتها المكثفة والردود طوال فترة إعداد هذه الوثيقة: جمهورية كازاخستان، وجمهورية إيران الإسلامية، وجمهورية إندونيسيا، والمملكة العربية السعودية، وجمهورية جيبوتي، وجمهورية السنغال، وجمهورية طاجيكستان، والأمانة العامة لمنظمة التعاون الإسلامي، واللجنة الدائمة للتعاون العلمي والتكنولوجي (COMSTECH)، والمنظمة الإسلامية للتربية والعلوم والثقافة (ISESCO)، والبنك الإسلامي للتنمية (IDB)، ومنظمة الصحة العالمية (WHO)، وصندوق الأمم المتحدة للطفولة (UNICEF)، وصندوق الأمم المتحدة للسكان (UNFPA)، والصندوق العالمي لمكافحة فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز والسل والملاريا. وشكر خاص أيضا إلى الدكتور محمد أساي أردكاني، المستشار الإقليمي، وفريقه في المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط (EMRO) على تعليقاتهم ونصائحهم المكثفة والممتازة خلال إعداد ووضع الصيغة النهائية لبرنامج العمل الاستراتيجي لمنظمة التعاون الإسلامي في مجال الصحة.

والشكر موصول أيضا إلى مساهمات منسقي البلدان الرائدة لمجموعات العمل الست: كازاخستان (WG1): تعزيز النظام الصحي، وتركيا (WG2): الوقاية من الأمراض ومكافحتها)، وإندونيسيا (WG3): صحة الأم والمولود الجديد والطفل والتغذية)، وماليزيا (WG4): الأدوية واللقاحات والتكنولوجيات الطبية)، والسودان (WG5): الاستجابة لحالات الطوارئ والتدخلات الصحية) ومصر وعمان (WG6): المعلومات والتعليم والأبحاث والمناصرة) وأعضائها في إعداد ووضع الصيغة النهائية للخطة التنفيذية لبرنامج العمل الاستراتيجي لمنظمة التعاون الإسلامي في مجال الصحة OIC-SHPA. في هذا الصدد، نتقدم بالشكر الخاص للدكتور سلطنة يجوبايفا (وزارة الصحة بكازاخستان)، والدكتورة سدا أوسوبونون/ الدكتور سيحان سين (وزارة الصحة بتركيا)، والدكتور ديكي بوديمان (وزارة الصحة بإندونيسيا)، والدكتور إسمنوني بن بوهاري (وزارة الصحة بماليزيا)، والدكتور عبد الله عصام الدين (وزارة الصحة بالسودان) و الدكتور أحمد القاسمي (وزارة الصحة سلطنة

عمان) و الدكتورة صفاء مراد (وزارة الصحة مصر) على تنسيق وإدارة أنشطة مجموعات عملهم، وضمان إنجاز الخطط التنفيذية لبرنامج العمل الاستراتيجي لمنظمة التعاون الإسلامي في مجال الصحة في الوقت المناسب.

واستفاد الفريق كثيرا من مساهمات المشاركين في الاجتماعات وورش العمل ذات الصلة، وهي: ورشة العصف الذهني التي عقدت في 11-12 يونيو 2012 في أنقرة، تركيا، واجتماع خبراء الفريق الاستشاري (EAGM) الذي عقد في 18-19 فبراير 2013 في مقر سيسريك في أنقرة، والاجتماع السادس للجنة التوجيهية لمنظمة التعاون الإسلامي حول الصحة في 23-24 أبريل 2013 في جاكرتا، والاجتماع حول إعداد خطة تنفيذية لبرنامج العمل الاستراتيجي لمنظمة التعاون الإسلامي في مجال الصحة في 18-19 يونيو 2013 في باندونغ، إندونيسيا. ويشكر الفريق جميع المشاركين في هذه اللقاءات، والتي شملت واضعي السياسات والمسؤولين الحكوميين، وممثلي المنظمات غير الحكومية والأكاديمية والمجتمع المدني والقطاع الخاص والمنظمات الدولية.



الملخص التنفيذي

الخلفية

فوض المؤتمر الإسلامي الثاني لوزراء الصحة (ICHM)؛ الذي عقد في طهران-جمهورية إيران الإسلامية، في الفترة من 1 إلى 4 مارس 2009، اللجنة التوجيهية المعنية بالصحة لمنظمة التعاون الإسلامي بالتعاون مع الدول الأعضاء، لوضع برنامج العمل الاستراتيجي لمنظمة التعاون الإسلامي في مجال الصحة (OIC-SHPA) الذي سيقدم وسيتمتع في الدورة الثالثة لـ ICHM.

في الاجتماع الثالث للجنة التوجيهية المعنية بالصحة لمنظمة التعاون الإسلامي؛ الذي عقد في مقر منظمة التعاون الإسلامي في جدة بتاريخ 22-23 يناير 2011، تم وضع الشروط المرجعية (TOR) لإعداد OIC-SHPA. وكذلك، قررت اللجنة أن إعداد المشروع الأولي يمكن أن يكون من قبل مجموعة من الخبراء الاستشاريين يتم تفويضهم من قبل الأمانة العامة ويتم تقديمهم إلى اللجنة التوجيهية.

وقدمت الدورة الثالثة لـ ICHM؛ التي عقدت في أستانا-كازاخستان في الفترة من 29 سبتمبر إلى 1 أكتوبر 2011، طلبا إلى اللجنة التوجيهية للإسراع في إعداد ووضع الصيغة النهائية لـ OIC-SHPA. وبعد قرار الدورة الثالثة لـ ICHM، اتخذت الأمانة العامة للمنظمة التدابير اللازمة بالتعاون مع رئيس اللجنة التوجيهية والبنك الإسلامي للتنمية لتسريع العملية ووضع اللامسات الأخيرة على الإجراءات الفنية في أقرب وقت ممكن. وخلال ذلك، أعرب عدد من أعضاء اللجنة التوجيهية عن آرائهم حول تشكيلات إعداد SHPA وأكدوا على أن مؤسسات منظمة التعاون الإسلامي ذات الصلة يجب أن تلعب دورا قياديا في إعداد هذه الوثيقة المهمة.

ووافق الاجتماع الخامس للجنة التوجيهية المعنية بالصحة لمنظمة التعاون الإسلامي؛ الذي عقد في مقر منظمة التعاون الإسلامي في جدة في الفترة من 31 يناير إلى 1 فبراير 2012، على العرض المقدم من سيسريك لقيادة إعداد مشروع OIC-SHPA 2014-2023. ووجهت اللجنة إلى سيسريك للتنسيق مع البنك الإسلامي للتنمية تماشيا مع الشروط المرجعية لإعداد الوثيقة. وفي هذا الصدد، أكد الاجتماع على ضرورة التعاون الوثيق مع الأمانة العامة لمنظمة التعاون الإسلامي، واللجنة التوجيهية المعنية بالصحة والوكالات والمنظمات الدولية ذات الصلة.

أعد مركز أنقرة هذه الوثيقة بالتعاون مع الدول الأعضاء، والأمانة العامة لمنظمة التعاون الإسلامي والبنك الإسلامي للتنمية والمؤسسات والمنظمات الصحية الدولية الأخرى ذات الصلة في منظمة التعاون الإسلامي. و أثناء عملية الإعداد، نظم مركز أنقرة ورشة عصف ذهني لمناقشة الخطوط العريضة و هيكل الوثيقة و في وقت لاحق استضاف اجتماعا لفريق الخبراء الاستشاري لمراجعة المسودة الأولى لـ OIC-SHPA. وحضر هذين الحدثين خبراء في مجال الصحة من الدول الأعضاء، والمنظمات الصحية الدولية وبعض الجامعات العالمية الرائدة.

مشروع OIC-SHPA

يتألف مشروع الوثيقة الحالي لبرنامج العمل الاستراتيجي لمنظمة التعاون الإسلامي في مجال الصحة 2014-2023 OIC-SHPA من ستة أقسام. تتمحور الأجزاء الثلاثة الأولى حول استعراض الدراسات والبيانات المستندة على البحوث التحليلية فيما يخص الوضع الراهن للصحة في البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي. وتوفر هذه الأقسام قاعدة لفهم الأداء الأخير للدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي في مجال الصحة. أما بالنسبة للأقسام الثلاثة الأخيرة فهي أهم جزء في الوثيقة. حيث توفر هذه الأقسام أفكارا



ثاقبة في المجالات المواضيعية المقترحة للتعاون؛ وتوصي ببرامج عمل خاصة تحت كل مجال موضوعي، وتقتراح آلية لتنفيذ ورصد .OIC-SHPA

الوصف الموجز لكل قسم هو على النحو التالي:

القسم الأول: رؤية وسياسة واستراتيجية منظمة التعاون الإسلامي في القطاع الصحي تحدد المميزات الرئيسية لرؤية منظمة التعاون الإسلامي في الصحة، والتوصيات الواردة في برنامج العمل العشري لمنظمة التعاون الإسلامي (TYPOA) بشأن الرعاية الصحية للأم والطفل ومكافحة الأمراض والأوبئة.

القسم الثاني: الوضع الصحي في بلدان منظمة التعاون الإسلامي يصف الوضع الراهن للصحة في البلدان الأعضاء من خلال تقديم وصف مفصل للجهود التي تبذلها البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي والمؤسسات في مجال الصحة، والتقدم المحرز صوب تحقيق مرامي الأهداف الإنمائية للألفية المتعلقة بالصحة والمحددات الاجتماعية للصحة.

القسم الثالث: التحديات والعراقيل والمشاكل يناقش بالتفصيل التحديات والفجوات الرئيسية والعقبات والمشاكل التي تواجه البلدان الأعضاء في مجال الصحة.

القسم الرابع: مجالات مواضيعية للتعاون يعرض ستة مقترحات لمجالات مواضيعية للتعاون في مجال الصحة: (1) تعزيز النظام الصحي، (2) الوقاية من الأمراض ومكافحتها، (3) صحة الأم والمولود الجديد والطفل والتغذية، (4) الأدوية واللقاحات والتكنولوجيات الطبية، (5) الاستجابة لحالات الطوارئ والتدخلات الصحية، (6) المعلومات والأبحاث والتعليم والمناصرة.

القسم الخامس: برامج العمل يقترح مجموعة من برامج العمل والأنشطة في كل مجال من المجالات المواضيعية التي يتعين الاضطلاع بها جماعيا من قبل الدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي بالتعاون مع المؤسسات ذات الصلة والمنظمات الدولية سواء على المستوى الوطني أو على مستوى التعاون البيئي في منظمة التعاون الإسلامي.

القسم السادس: آلية التنفيذ والمراقبة يقترح آلية للتنفيذ والمراقبة جنبا إلى جنب مع تحديد بعض السبل لتأمين الموارد المالية اللازمة ل .OIC-SHPA

الملحق: الخطة التنفيذية لبرنامج العمل الاستراتيجي لمنظمة التعاون الإسلامي في مجال الصحة: يصف الإجراءات والأنشطة المقترحة مع: أ) جدول زمني لتنفيذهم (على المدى القصير، و المتوسط والطويل)، ب) مؤشرات الأداء الرئيسية (KPIs) لمراقبة التنفيذ وح) شركاء التنفيذ (المؤسسات الوطنية والدولية)



رؤية منظمة التعاون الإسلامي

وسياستها واستراتيجيتها في القطاع الصحي

I



مجال الصحة هو واحد من بين المجالات المختلفة للتعاون التي حددتها منظمة التعاون الإسلامي للعمل الإسلامي المشترك. وهو بمثابة اعتراف بالدور المحوري للصحة في ما يخص التنمية البشرية العامة والتخفيف من حدة الفقر في البلدان الأعضاء. وتهدف الرؤية الصحية لمنظمة التعاون الإسلامي إلى:

- القضاء على المرض وضمان صحة أفضل للأشخاص في الدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي وتمكينهم من متابعة رفاههم وتحقيق أهدافهم للتنمية الاقتصادية والاجتماعية.
- تعزيز الوصول العادل إلى الرعاية الصحية الأساسية والتحسينات في المحددات الاجتماعية للصحة.
- العمل على تطوير نظم صحية عامة قوية وقادرة على دعم معايير الصحة العالمية في الدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي.
- العمل على الوقاية الفعالة والعلاج من الأمراض والأوبئة، وتعزيز الرعاية الصحية للأم والطفل وتحقيق الاعتماد على الذات من حيث تلبية المتطلبات الصحية المحلية، بما في ذلك المستحضرات الصيدلانية واللقاحات.
- إشراك علماء الدين والقيادات الثقافية للمناصرة والمساعدة في الأنشطة الصحية ذات الصلة.

ويولي برنامج العمل العشري لمنظمة التعاون الإسلامي (TYPOA)؛ الذي اعتمده الدورة الاستثنائية الثالثة لمؤتمر القمة الإسلامي والتي عقدت في مكة المكرمة في عام 2005، اهتماما خاصا بالرعاية الصحية للأم والطفل ومكافحة الأمراض والأوبئة. وقد أوصى برنامج العمل العشري بالإجراءات التالية المتعلقة بهذه القضايا:

- تفويض البنك الإسلامي للتنمية (IDB) للتنسيق مع الأمانة العامة للمنظمة من أجل إجراء الاتصالات اللازمة مع منظمة الصحة العالمية (WHO) والمؤسسات الأخرى ذات الصلة لوضع برنامج لمكافحة الأمراض والأوبئة، يتم تمويله من خلال الصندوق الخاص الذي سيتم إنشاؤه داخل البنك الإسلامي للتنمية.
- تعزيز القوانين الرامية إلى الحفاظ على حقوق الأطفال، وأن تتمتع بأعلى مستويات للصحة، مع اتخاذ تدابير فعالة من أجل القضاء على شلل الأطفال وحمايتهم من جميع أشكال العنف والاستغلال.

وقد اعتمدت المؤتمرات الإسلامية لوزراء الصحة التالية (ICHMS)، ومؤتمرات القمة الإسلامية ودورات مجلس وزراء الخارجية (CFM)

عدة قرارات في مجال الصحة التي تغطي موضوعات مثل الوقاية من الأمراض ومكافحتها، وتحسين صحة الأم والطفل، وتحقيق الاعتماد على الذات في إنتاج وعرض اللقاحات، وإنشاء وحدة تنفيذ صحية، وتعزيز التعاون الصحي بين البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي وتعزيز العدالة الصحية في الأمة الإسلامية.





الوضع الصحي في البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي

II

لمحة عامة

تتوزع سبعة وخمسون دولة عضو في منظمة التعاون الإسلامي على منطقة جغرافية شاسعة منتشرة في أربع قارات، وتمتد من ألبانيا (أوروبا) في الشمال إلى الموزمبيق (أفريقيا) في الجنوب، ومن غويانا (أمريكا اللاتينية) في الغرب إلى إندونيسيا (آسيا) في الشرق. وتمثل الدول الأعضاء، كمجموعة، سدس مساحة اليابسة في العالم وأكثر من خمس مجموع سكان العالم. وتشكل البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي جزءا كبيرا من البلدان النامية، وباعتبار مستوياتهم المختلفة في التنمية الاقتصادية، فإنهم لا يشكلون مجموعة متجانسة اقتصاديا. وتعكس الطبيعة المتباينة لمجموعة دول منظمة التعاون الإسلامي مستويات عالية من عدم التجانس والاختلاف في البنية الاقتصادية لهذه البلدان وأدائها. وأيضاً، تعكس درجة عدم التجانس في الاقتصاد الكلي والمظاهر الإنمائية للبلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي أدائها في القطاع الصحي.

بين عامي 1960 و2010، سجلت الدول الأعضاء بمنظمة التعاون الإسلامي، في المتوسط، زيادة 17.4 سنوات في العمر المتوقع. على الرغم من ذلك، تم تسجيل متوسط العمر المتوقع عند الولادة في البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي فوق 64 عاماً في عام 2010، وهذا المتوسط لا يزال أقل من 55 سنة في بعض البلدان وخاصة في أفريقيا جنوب الصحراء. وعلى الرغم من الانخفاض الهام في معدلات وفيات الأمهات خلال العقد الماضي، إلا أن تحقيق مرمى الهدف الإنمائي للألفية (5 MDG) بخفض الوفيات بثلاثة أرباع بحلول عام 2015 إلا أنه يبدو صعباً في كثير من البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي. ويمكن تقديم ملاحظة مماثلة أيضاً بالنسبة لمعدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة حيث أن الانخفاض الذي تحقق حتى الآن لم يكن مرضياً، وخصوصاً في البلدان التي تعرف معدلات مرتفعة لوفيات الأطفال دون الخامسة، حيث أن طفلاً واحداً من بين 12 طفلاً يموتون قبل بلوغ سن خمس سنوات. وظل نقص التغذية سائداً أيضاً بين الأطفال في البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي، وسجلت نسبة 36% من الأطفال تحت سن الخامسة الذين يعانون من قصر القامة ونسبة 22% يعانون من نقص الوزن خلال 2010-2011 (WHO, 2012a).

من ناحية أخرى، لا تزال البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي تعاني من العبء المزدوج من الأمراض المعدية وغير المعدية. حالياً، تشير التقديرات إلى أن أكثر من 46.3% من عبء الوفيات في البلدان الأعضاء بمنظمة التعاون الإسلامي هي ناتجة عن الأمراض غير المعدية، وأهمها: أمراض القلب والشرابيين ومرض السكري والسرطان والأمراض المزمنة، في حين أن 45.6% من الوفيات هي ناجمة عن الأمراض المعدية. وعموماً، فإن معدل انتشار عوامل الخطر الثلاثة الرئيسية للأمراض غير المعدية - تعاطي التبغ والنظام الغذائي غير الصحي وقلة النشاط البدني - هي أكثر ارتفاعاً في البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي. ويصل

انتشار التدخين بين البالغين من الرجال إلى 30% في بعض البلدان، في حين أن معدل انتشار استخدام التبغ بين 13-15 سنة هو أكثر من 20%. في المتوسط، يعاني ثلث البالغين (33.7%) من الذين تزيد أعمارهم عن 20 سنة من زيادة الوزن في حين يواجه واحد من كل عشرة بالغ تزيد أعمارهم عن 20 سنة السمنة (11.8%). وتماشيا مع الاتجاهات العالمية، فإن السمنة في فئة الإناث أعلى بكثير من السمنة في فئة الذكور في غالبية البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي.

وتخصص البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي 2.6% من ناتجها المحلي الإجمالي فقط على الصحة، بينما تمثل النفقات الصحية 8.9% من إجمالي نفقات حكومتها. ويظل الإنفاق خارج الجيب على الصحة هو الأسلوب الأكثر استخداما على نطاق واسع للتمويل الصحي، حيث مثلت نسبة 36% من إجمالي الإنفاق على الصحة في منظمة التعاون الإسلامي في عام 2010، مقارنة بـ 17% فقط على المستوى العالمي. وعلى الصعيد القطري الفردي، تمثل النفقات الصحية خارج الجيب أكثر من 50 في المئة من إجمالي الإنفاق على الرعاية الصحية في البلدان 22 الأعضاء. من ناحية أخرى، فإن 28 من البلدان الأعضاء فقط وصلت عتبة حرجة حيث تتوفر على 23 عامل صحي (الأطباء والممرضات والقابلات) لكل 10.000 من السكان، وعموما تعتبر لازمة لتقديم الخدمات الصحية الأساسية (SESRI, 2011).

ب. التقدم المحرز في إطار برنامج العمل العشري لمنظمة التعاون الإسلامي

على مر السنين، كانت الدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي ومؤسساتها ذات الصلة تنفذ البرامج والأنشطة في مجال التعاون الصحي والتي ترتبط مباشرة بتنفيذ برنامج العمل العشري وقرارات ICHMS والمحافل الأخرى ذات الصلة لمنظمة التعاون الإسلامي. هذه الأعمال والأنشطة هي كما يلي:

وقاية ومكافحة الأمراض المعدية

على الصعيد الوطني، أفادت البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي بتنفيذ الإجراءات في سياق البرامج والاستراتيجيات الوطنية في مجال الصحة، وكذلك تشجيع شراكاتهم على المستوى الدولي. وفيما يتعلق بالأمراض المعدية، تتركز الجهود التي تبذلها الدول الأعضاء على شلل الأطفال والسل والملاريا وفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والتهاب الكبد (ج). وبصفة عامة، شاركت الدول الأعضاء في أنشطة مثل:

- وضع برامج وطنية للتطعيم،
- تنفيذ استراتيجيات متعددة الأوجه في الوقاية والفحص والرعاية والعلاج، وبرامج، وخطة الاستعداد للطوارئ،
- تعزيز نظمهم لرصد المرض ووسائل التشخيص والسياسات والإجراءات ذات الصلة،
- إطلاق برامج خاصة للبحث العلمي من أجل المساعدة في الكشف السريع عن الأمراض الشائعة وعلاجها،
- تنظيم أنشطة تدريبية للعاملين في قطاع الصحة حول خطة العمل لفحص وتشخيص ومتابعة وعلاج الأمراض،
- صيانة قواعد بيانات المعلومات حول الأمراض المعدية لتسهيل تحليل الأوبئة، وتحديدتها والكشف المبكر عنها.

على مستوى مؤسسة منظمة التعاون الإسلامي، شاركت الأمانة العامة لمنظمة التعاون الإسلامي (GS) ومؤسساتها ذات الصلة، بالتعاون مع منظمة الصحة الدولية ومنظمات التنمية، في الأنشطة التالية:

- أنشأت الأمانة العامة لمنظمة التعاون الإسلامي OIC GS روابط اتصال وثيقة مع أمانة المبادرة العالمية لاستئصال شلل الأطفال (GPEI) في جنيف، ووضعت اللمسات الأخيرة على برنامج العمل لتعزيز التعاون في مجال استئصال شلل الأطفال



في البلدان الأعضاء المتضررة. وواصلت الأمانة العامة لمنظمة التعاون الإسلامي تمويل برامج GPEI بقيادة الدول المانحة المحتملة، وراسلت رؤساء البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي والدول غير الأعضاء في المنظمة والمنظمات الخيرية. وتتكفل OIC GS بالأمر الديني من مجمع الفقه الإسلامي (IFA) الذي أصدر فتوى لتشجيع المسلمين على المشاركة في حملات التطعيم الوطنية ضد شلل الأطفال ودعمها.

- صرف البنك الإسلامي للتنمية 500 000 US\$ في صندوق الأمم المتحدة للطفولة (UNICEF) لشراء لقاحات شلل الأطفال نيابة عن حكومة أفغانستان. وسينظر البنك الإسلامي للتنمية في صرف أموال إضافية في حالة تلقي إخطار عن الاستعمال الناجح لصرف القسط الأول من الدفع.
- تم توقيع مذكرة تفاهم بين OIC GS والصندوق العالمي لمكافحة فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز والسل والملاريا. ووفقا لمذكرة التفاهم، فإن GS قد عملت مع البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي والشركاء الآخرين، بما في ذلك البنك الإسلامي للتنمية، للدعوة إلى اتخاذ إجراءات ضد فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز والملاريا والسل، وزيادة الوعي حول رؤية ورسالة وعمل الصندوق العالمي. ومن بين الدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي، ساهمت المملكة العربية السعودية والكويت وماليزيا وبروناي ونيجيريا في الصندوق العالمي.
- اتصال OIC GS بشراكة دحر السل من أجل وضع إطار للتعاون. وفي هذا الصدد، زار وفد من شراكة دحر السل مقر منظمة التعاون الإسلامي في جدة، وناقشوا العناصر الممكنة لخطة عمل مشتركة والتي سوف يتم وضع صيغتها النهائية قريبا.
- وفي إطار مبادرة دحر الملاريا، وافق البنك الإسلامي للتنمية، على دفع 8.4 مليون دولار أمريكي لتنفيذ مشروع حول تقنية الحشرة العقيمة (SIT) لمكافحة ناقلات الملاريا في السودان. بالإضافة إلى الهدف الأساسي المتمثل في القضاء على الملاريا من منطقة المشروع، فإن مشروع SIT سيمنح من توفير أكثر من 3.2 مليون دولار أمريكي التي أنفقت سنويا لمكافحة ناقلات الأمراض والوقاية والعلاج من الملاريا في السودان. بينما، وفي مشروع مماثل فإن أكثر من 4 ملايين من سكان الكاميرون، معظمهم من الأطفال والنساء الحوامل، محميون من الملاريا.
- تتابع OIC GS والبنك الإسلامي للتنمية والوكالة الدولية للطاقة الذرية (IAEA) تنفيذ مشاريع مشتركة لإنشاء وتعزيز مرافق للعلاج الإشعاعي للسرطان في البلدان المهتمة في أفريقيا والعضوة بمنظمة التعاون الإسلامي.
- ويادر مركز الأبحاث الإحصائية والاقتصادية والاجتماعية والتدريب للدول الإسلامية (SESRIC) بوضع برنامج ابن سينا لبناء القدرات الصحية في منظمة التعاون الإسلامي، حيث يجري المركز ورش العمل ودورات تدريبية قصيرة الأجل لتقديم المساعدة الفنية من خلال مطابقة احتياجات وقدرات المؤسسات الوطنية الصحية ذات الصلة في منظمة التعاون الإسلامي الإسلامي، وفقا لنتائج الدراسات الاستقصائية التي توزع بشكل منتظم. ويسعى البرنامج إلى تحسين الصحة العامة، وتعزيز الاعتماد الجماعي على الذات في إنتاج وعرض اللقاحات.

تخصص البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي 2.6% فقط من ناتجها المحلي الإجمالي على الصحة، بينما تمثل النفقات الصحية 8.9% من إجمالي نفقات حكومتها. ويظل الإنفاق خارج الجيب على الصحة هو الأسلوب الأكثر استخداماً على نطاق واسع للتمويل الصحي، حيث مثلت نسبة 36% من إجمالي الإنفاق على الصحة في منظمة التعاون الإسلامي في عام 2010، مقارنة بـ 17% فقط على المستوى العالمي. وعلى الصعيد القطري الفردي، تمثل النفقات الصحية خارج الجيب أكثر من 50 في المئة من إجمالي الإنفاق على الرعاية الصحية في البلدان 22 الأعضاء. من ناحية أخرى، فإن 28 من البلدان الأعضاء فقط وصلت عتبة حرجة حيث تتوفر على 23 عامل صحي (الأطباء والمرضات والقابلات) لكل 10.000 من السكان، وعموماً تعتبر لازمة لتقديم الخدمات الصحية الأساسية.

صحة الأم والطفل

على الصعيد الوطني، أفادت البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي باتخاذ تدابير وطنية محددة لصحة الأم والطفل. تشمل هذه التدابير ما يلي:

- خطط العمل الاستراتيجية لصحة الأم والطفل،
- تطوير الرعاية ما قبل الولادة، وولادة آمنة ونظيفة، ورعاية الحوامل، ورعاية التوليد في حالات الطوارئ، ورصد البروتوكولات والإرشادات السريرية للرضع والأطفال فضلاً عن الأنشطة التدريبية ذات الصلة،
- إنشاء شبكات مراكز تدريبية في الصحة الإنجابية،
- المتطلبات الإلزامية لفحص ما قبل الزواج للأزواج من خلال برامج التحكم بأمراض خضاب الدم (الهييموجلوبينية)،
- برامج المسح للمولود الجديد فيما يتعلق ببعض الأمراض والإعاقات،
- تعزيز الخدمات الاستشارية لتنظيم الأسرة، وإتاحتها للأشخاص مجاناً،
- تعزيز برامج الرضاعة الطبيعية والمغذيات التكميلية الدقيقة.
- تعهدت 45 دولة عضو بمضاعفة الجهود لإنقاذ كل امرأة وطفل من أسباب الموت التي يمكن الوقاية منها في إطار المبادرة العالمية التي أطلقت مؤخراً "وعد متجدد"¹.

على مستوى مؤسسة منظمة التعاون الإسلامي: بموجب برنامج TYPOA وقرار ICHM حول صحة الأم والطفل، اتخذت OIC GS ومؤسساتها ذات الصلة، بالتعاون مع منظمات الصحة العالمية والمنظمات الإنمائية، الإجراءات التالية:

- أعدت OIC GS بمساعدة من مركز الولايات المتحدة الأمريكية للسيطرة على الأمراض والوقاية منها (CDC) مشروعاً بعنوان "الوصول إلى كل أم وطفل في الرعاية الطارئة في منظمة التعاون الإسلامي". ووقعت منظمة التعاون الإسلامي وحكومة الولايات المتحدة الأمريكية إطاراً للتعاون في 1 ديسمبر 2008 لتنفيذ المشروع.
- **شراكة بين منظمة التعاون الإسلامي والولايات المتحدة الأمريكية ومالي** للحد من معدل وفيات الأم أثناء الولادة والرضع في أول أربعة أسابيع، حيث أطلقت هذه الشراكة في 4 نوفمبر 2010. وتنفيذاً للمشروع تم إشراك قيادات دينية ومجتمعية ومجموعات نسائية، وجمعيات أهلية وعدد من الشركاء الدوليين. وزار وفد من مجمع الفقه بلد مالي في يوليو 2011 لتقييم طبيعة ونطاق الجهود اللازمة من حيث إشراك القيادات الدينية والمجتمعية في المناصرة.
- **شراكة بين منظمة التعاون الإسلامي والبنك الإسلامي للتنمية والولايات المتحدة الأمريكية وبنغلاديش:** في إطار هذه المبادرة تم إيفاد بعثة ميدانية مشتركة إلى داكا في الفترة 06-10 فبراير 2011. كان غرض البعثة هو الالتقاء مع ممثلين عن حكومة بنغلاديش ومناقشة الشراكة المقترحة بين منظمة التعاون الإسلامي والبنك الإسلامي للتنمية والولايات المتحدة الأمريكية حول المشروع الرائد في الرعاية الصحية للأمهات والأطفال حديثي الولادة.

¹ تهدف هذه المبادرة إلى خلق تضامن عالمي والتزام من أجل مساعدة البلدان في جميع أنحاء العالم لتسريع جهودها نحو تحقيق MDG 4 و MDG 5 بحلول عام 2015 ولمواصلة تقدمها لأمد طويل في المستقبل (اليونيسيف 2013).

الاعتماد على الذات في اللقاحات والأدوية

على الصعيد الوطني، تقوم البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي بتنفيذ خطط وطنية لتعزيز قدراتها في صناعة الأدوية وأيضاً بإقامة شراكات دولية لهذا الغرض.

ولكن، وفي العديد من البلدان الأعضاء لا تزال القدرات التصنيعية في صناعة الأدوية غير كافية. وتغطي الصناعة المحلية نسبة ضئيلة من الطلب الدوائي المحلي، كما تعتمد البلدان الأعضاء اعتماداً كبيراً على الواردات والمساعدات الطبية. وترد تفاصيل الوضع الحالي لصناعة الأدوية في دول منظمة التعاون الإسلامي في تقرير مركز أنقرة بعنوان "الصناعة الدوائية في الدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي: الإنتاج، والاستهلاك والتجارة"، والذي تم تقديمه إلى الاجتماع الثالث ICHM، الذي عقد في أستانا-كازاخستان، في الفترة 29 سبتمبر - 1 أكتوبر 2011م.

على مستوى مؤسسة منظمة التعاون الإسلامي، شاركت كل من OIC GS ومؤسسات منظمة التعاون الإسلامي ذات الصلة بفعالية في أنشطة مختلفة لتعزيز الاعتماد على الذات في اللقاحات والأدوية في البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي. وتشمل هذه الأنشطة ما يلي:

- التنسيق مع الشركاء الدوليين المعنيين لإشراك خبراء من البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي في الأنشطة الدولية لبناء القدرات في مجال إنتاج اللقاحات والأدوية.
- ورشة عمل حول الشراكة بين القطاعين العام والخاص في التأهيل المسبق لإنتاج اللقاح والتي استضافتها إندونيسيا في الفترة 5-7 يونيو 2012 بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية والوكالة الأمريكية للتنمية الدولية (USAID). وعرضت إندونيسيا تبادل الخبرات مع غيرها من البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي في ما يخص إنتاج الأدوية.
- اجتماع خبراء فنيين في التنمية ومواءمة معايير الأدوية واللقاحات الذي استضافته ماليزيا في 01-02 سبتمبر 2012. وتداول الاجتماع حول الهيكل المقترح للجنة الفنية لتطوير ومواءمة معايير الأدوية واللقاحات (OIC-DHSVP). وأعربت ماليزيا وإندونيسيا عن استعدادهما لتقديم المساعدات الفنية والمشورة في مجال ممارسات التصنيع الجيد (GMP) إلى البلدان الأخرى الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي.
- مساعدة البنك الإسلامي للتنمية للمنتجين والمنظمين من البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي في مجال بناء القدرات، لتمكينهم من تحقيق موافقة مسبقة pre-qualifications من منظمة الصحة العالمية فيما يخص إنتاج اللقاحات. في إطار هذا البرنامج، أنفق البنك الإسلامي للتنمية 3.11 مليون دولار أمريكي في عمليات ومشاريع بناء القدرات في البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي.
- وضع البنك الإسلامي للتنمية بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية برنامجاً تدريبياً شاملاً على إجراءات التأهيل المسبق، والمصادقة والاعتماد لمنتجي اللقاحات في البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي.



ج. التقدم المحرز صوب تحقيق مرامي الأهداف الإنمائية للألفية ذات الصلة بالصحة

الصحة ورفاه الناس هو في صلب الأهداف الإنمائية للألفية، حيث حددت ستة أهداف مباشرة وغير مباشرة من بين الأهداف الثمانية الإنمائية للألفية المرتبطة بالصحة. ويختلف التقدم المحرز صوب تحقيق هذه الأهداف في الدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي ليشكل صورة متنوعة من حيث الإنجازات والفجوات (أنظر الجدول أ).



وبالنسبة لبعض الدول الأعضاء من منطقة أفريقيا جنوب الصحراء (SSA) وجنوب آسيا (SA) فالوضع حرج. وفي الواقع فالعديد من هذه البلدان الأعضاء يعانون باستمرار من الكوارث الطبيعية والنزاعات وعدم الاستقرار السياسي، والهجرة القوية والتنقل الداخلي. وعلاوة على ذلك، ونظرا لعدم وجود قدرات مؤسسية، لم يتمكن بعضهم من جمع البيانات اللازمة لتتبع التقدم المحرز صوب تحقيق مرامي الأهداف الإنمائية للألفية. ويمكن تلخيص حالة التقدم المحرز صوب تحقيق مرامي الأهداف الإنمائية للألفية في مجال الصحة في البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي على النحو التالي:

MDG1: القضاء على الفقر المدقع والجوع

حققت ثماني دول فقط من أصل سبعة وخمسين دولة عضو في منظمة التعاون الإسلامي، والتي تتوفر حولها المعلومات، مرامي MDG1، في حين أن اثني عشر دولة هي في الاتجاه الصحيح لتحقيق المرامي بحلول عام 2015. وتقع معظم هذه البلدان في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (MENA) ومنطقة أوروبا وآسيا الوسطى (ECA). ويشكل اثنين من البلدان الأعضاء من آسيا من الأوائل، واثنين من البلدان الأعضاء من أفريقيا جنوب الصحراء (SSA) هما في الاتجاه الصحيح للوصول إلى المرمى في الوقت المناسب.

من ناحية أخرى، من غير المرجح أن تحقق الدول الأعضاء الخمسة عشر المرامي، وبالتالي تحتاج إلى إجراء تغييرات في نهجها الحالي، في حين أن البلدان الأعضاء الستة هي بعيدة عن المسار الصحيح بشكل كامل ولن تحقق مرامي MDG1. وتقع غالبية هذه البلدان في مناطق أفريقيا جنوب الصحراء وجنوب آسيا. وعموما، لا تتوفر ستة عشر دولة عضو في منظمة التعاون الإسلامي على معلومات كافية لتقييم التقدم المحرز صوب تحقيق مرامي MDG1. ومن بين هذه البلدان، ستة عشر بلدا يتوزع في مناطق أفريقيا جنوب الصحراء (8) ومنطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (8).

MDG4: تخفيض معدل وفيات الأطفال

خمسة دول أعضاء بمنظمة التعاون الإسلامي فقط هي من البلدان الأوائل التي ستحقق مرامي MDG4 بحلول عام 2015. في حين أن 20 بلدا هي في الاتجاه الصحيح، وتقع غالبية هذه البلدان في منطقة MENA (12) ومنطقة ECA (4)؛ في حين أن بلدين من جنوب آسيا واثان من EAP هي في المسار الصحيح لتحقيق المرامي في الوقت المناسب.

من ناحية أخرى، في حين أن خمسة بلدان عضو في منظمة التعاون الإسلامي هي بحاجة إلى إجراء تغييرات في نهجها الحالي لتحقيق مرامي MDG4، سبعة وعشرون بلدا هي خارجة عن المسار الصحيح بشكل كامل ولن تحقق مرامي MDG4. من بين البلدان الخارجة عن المسار، تقع إحدى وعشرون دولة في منطقة SSA.

MDG5: تحسين صحة الأم

حتى الآن، حققت خمسة دول أعضاء بمنظمة التعاون الإسلامي مرامي MDG5 بينما 14 دولة هي على المسار الصحيح لتحقيق المرامي بحلول عام 2015. وتقع معظم هذه البلدان في منطقة MENA (10)، في حين أن بلدين من SSA وجنوب آسيا هي أيضا على المسار الصحيح لتحقيق المرمى في الوقت المناسب.

من ناحية أخرى، تحتاج اثنان وعشرون دولة عضو في منظمة التعاون الإسلامي إلى إجراء تغييرات في نهجها الحالي لتحقيق المرامي. في حين أن 16 دولة هي خارج المسار الصحيح تماما لتحقيق MDG5، وتقع غالبية هذه البلدان في منطقة SSA (7) ومنطقة ECA (5).

MDG6: مكافحة فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز والملاريا وغيرها من الأمراض

حاليا، حقق بلدان من البلدان الأعضاء في منظمة المؤتمر الإسلامي أهداف MDG6 في حين يوجد واحد وعشرون دولة عضو في منظمة التعاون الإسلامي على المسار الصحيح لبلوغ مرامي MDG6. وتقع معظم هذه البلدان في منطقة MENA (12) في حين أن ثلاثة دول من ECA وثلاثة دول من SSA هي ضمن هذه الفئة.

من ناحية أخرى، تحتاج ستة عشر دولة عضو في منظمة التعاون الإسلامي إلى إجراء تغييرات في نهجها الحالي لتحقيق المرامي، وإحدى عشرة دولة هي خارج المسار الصحيح لتحقيق MDG6. وغالبية البلدان التي هي خارج المسار هي من SSA (10). وعموما، لم يكن لسبعة دول ما يكفي من المعلومات لتقييم تقدمها المحرز نحو تحقيق أهداف MDG6. نصف هذه البلدان هي من منطقة MENA.

MDG7: ضمان الاستدامة البيئية

غالبية البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي هي جد متخلفة فيما يخص تحقيق مرامي MDG7، واثنين من البلدان فقط هي من الأوائل المنجزة، في حين أن إحدى عشر دولة هي على المسار الصحيح لتحقيق المرامي بحلول عام 2015. ومن المرجح جدا أن عددا كبيرا من الدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي (21) لن تحقق المرامي إذا لم تقم بإجراء تغييرات في نهجها الحالي. من ناحية أخرى، عشرة دول أعضاء بمنظمة التعاون الإسلامي هي خارج المسار الصحيح لتحقيق مرامي MDG7، في حين أن هناك ثلاثة عشر دولة عضو تتفصها المعلومات الكافية لتقييم التقدم المحرز صوب تحقيق مرامي MDG7 لأربعة عشر دولة.

MDG8: إقامة شراكة عالمية من أجل التنمية

ظل الأداء العام للبلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي سيئا للغاية في هذا المجال، حيث لا يوجد سوى دولتين هي أفغانستان وإندونيسيا على الطريق الصحيح لبلوغ المرامي، أما بالنسبة لأربعة من البلدان الأعضاء (أذربيجان، السنغال، سوريا، اليمن) فهي بحاجة إلى إجراء تغييرات في نهجها الحالي، وعضو واحد (غامبيا) هو تماما خارج المسار لتحقيق المرامي بحلول عام 2015. وعموما، هناك نقص في المعلومات الكافية لتقييم التقدم المحرز صوب تحقيق مرامي MDG8 لخمسین بلدا.

الجدول أ: التقدم المحرز نحو تحقيق مرامي الأهداف الإنمائية للألفية ذات الصلة بالصحة

الحالة	أوائل المتجزين	على المسار/ من المرجح أن يحقق	يحرز تقدما ولكن يحتاج إلى تغييرات	تقدم غير كافي /خارج المسار	عدم كفاية المعلومات
MDGs الفقر المدقع والجوع	إيران، كازاخستان، الكويت، ماليزيا، جزر المالديف، تركيا، تركمانستان، الإمارات العربية المتحدة	ألبانيا، أذربيجان، البحرين، بروناي، مصر، الغابون، قبرغيزستان، السعودية سوريا، طاجيكستان، تونس، أوغندا	أفغانستان وبنغلاديش وغيانا واندونيسيا، الأردن، ليبيا، مالي، موريتانيا، موزامبيق، باكستان، السنغال، سيراليون، الصومال، سورينام، أوزبكستان	بنين، غامبيا، غينيا، النيجر، نيجيريا، اليمن	الجزائر، بوركينا فاسو، الكاميرون، تشاد، جزر القمر، ساحل العاج، جيبوتي، غينيا بيساو، العراق، لبنان، المغرب، عمان، فلسطين، قطر، السودان، توغو
MDG 4 الأطفال	البحرين، الكويت، ماليزيا، تركيا، الإمارات العربية المتحدة	ألبانيا، الجزائر، بنغلاديش، مصر، بروناي، اندونيسيا، إيران، العراق، كازاخستان، الكويت، قبرغيزستان، لبنان، ليبيا، جزر المالديف، المغرب، قطر، السعودية، سوريا، تونس، أوزبكستان	غيانا، الأردن، وفلسطين، سورينام، اليمن	أفغانستان، أذربيجان، بنين، بوركينا فاسو، الكاميرون، تشاد، جزر القمر، ساحل العاج، جيبوتي، الغابون، غامبيا، غينيا، غينيا بيساو، مالي، موريتانيا، موزامبيق، النيجر، نيجيريا، باكستان، السنغال، سيراليون، الصومال، السودان، طاجيكستان، توغو، تركمانستان، أوغندا	
MDG5 صحة الأم	البحرين، الكويت، ماليزيا، تركيا، الإمارات العربية المتحدة	ألبانيا، الجزائر، بنغلاديش، مصر، بروناي، إيران، الأردن، لبنان، جزر المالديف، عمان، قطر، السعودية، سوريا، تونس	أفغانستان، بنين، بوركينا فاسو، جزر القمر، ساحل العاج، غامبيا، غينيا، اندونيسيا، كازاخستان، ليبيا، مالي، موريتانيا، المغرب، موزامبيق، النيجر، نيجيريا، باكستان، فلسطين، السنغال، توجو، أوغندا، اليمن	أذربيجان، الكاميرون، تشاد، جيبوتي، الغابون، غينيا بيساو، غيانا، العراق، قبرغيزستان، سيراليون، الصومال، السودان، سورينام، طاجيكستان، تركمانستان	
MDG6 المكافحة البشريّة / الإيدز والملاريا وغيرها من الأمراض	تركيا، الإمارات العربية المتحدة	أفغانستان، ألبانيا، الجزائر، البحرين، بروناي، مصر، غيانا، إيران، كازاخستان، الكويت، لبنان، جزر المالديف، ماليزيا، المغرب، عمان، باكستان، قطر، السعودية، سوريا، تونس، أوزبكستان	أذربيجان، بنغلاديش، بنين، بوركينا فاسو، الكاميرون، ساحل العاج، غينيا، غينيا بيساو، اندونيسيا، الأردن، قبرغيزستان، مالي، نيجيريا، السنغال، سورينام، تركمانستان، أوغندا	تشاد، غامبيا، موريتانيا، النيجر، موزامبيق، الصومال، السودان، سيراليون، طاجيكستان، توغو	جزر القمر، جيبوتي، الغابون، العراق، ليبيا، فلسطين، اليمن
MDG7 البيئية	ماليزيا، الإمارات العربية المتحدة	الجزائر، البحرين، بروناي، غيانا، لبنان، السعودية، سوريا، طاجيكستان، تونس، تركيا	أفغانستان، أذربيجان، بنغلاديش، بوركينا فاسو، ساحل العاج، الغابون، غينيا، غينيا بيساو، اندونيسيا، الأردن، كازاخستان، الكويت، قبرغيزستان، ليبيا، جزر المالديف، المغرب، النيجر، باكستان، السنغال، سورينام، توغو، تركمانستان، أوغندا	ألبانيا، موريتانيا، موزامبيق، فلسطين، سيراليون، السودان، أوزبكستان، اليمن	بنين، الكاميرون، تشاد، جزر القمر، جيبوتي، مصر، إيران، العراق، مالي، نيجيريا، عمان، قطر، الصومال

Source: UN MDG Monitor, Countdown to 2015: Building a Future for Women and Children, 2012 Report and Centre for Global Development: MDG Progress Index 2011, United Nations Inter-agency Group on Child Mortality Estimation, Report 2012 and Trends in Maternal Mortality: 1990 – 2010, WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank estimates, 2012.

ملاحظة: يعتمد الترتيب الحالي للبلدان على أحدث البيانات والمعلومات المقدمة من المنظمات الدولية ذات الصلة. ومع ذلك، فمن المرجح إلى حد كبير أن حالة البلد تم تغييرها بسبب مراجعة البيانات والتحديث على المستوى الوطني.

إن معدل انتشار عوامل الخطر الثلاثة الرئيسية للأمراض غير المعدية - تعاطي التبغ والنظام الغذائي غير الصحي وقلة النشاط البدني - هي أكثر ارتفاعاً في البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي. ويصل انتشار التدخين بين البالغين من الرجال إلى 30% في بعض البلدان، في حين أن معدل انتشار استخدام التبغ بين 13-15 سنة هو أكثر من 20%. في المتوسط، يعاني ثلث البالغين (33.7%) من الذين تزيد أعمارهم عن 20 سنة من زيادة الوزن في حين يواجه واحد من كل عشرة بالغ تزيد أعمارهم عن 20 سنة السمنة (11.8%). وتماشياً مع الاتجاهات العالمية، فإن السمنة في فئة الإناث أعلى بكثير من السمنة في فئة الذكور في غالبية البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي.

د. المحددات الاجتماعية للصحة

المحددات الاجتماعية للصحة (SDH) هي الشروط الاقتصادية والاجتماعية المتعلقة بولادة وعيش وعمل وعمر الأشخاص بما في ذلك النظام الصحي نفسه (Commission on SDH, 2008). وتتأثر هذه الظروف بالخيارات السياسية، وتتشكل حسب توزيع الدخل والثروة والسلطة والنفوذ والموارد على المستويات العالمية والوطنية والمحلية. مبدئياً، جاء الاعتراف بقوة العوامل الاجتماعية والاقتصادية كمحددات للصحة من البحوث حول التفاوت في الرعاية الصحية. وبالتالي، تتطلب مكافحة عدم المساواة الصحية عملاً شاملاً ومنسقاً لمعالجة SDH من خلال العوامل الرئيسية بما في ذلك الحكومات والمجتمع المدني والوكالات الصحية والمنظمات التنموية الأخرى، والمؤسسات الأكاديمية والجهات المانحة والقطاع الخاص.

الفقر

الفقر هو محدد اجتماعي مهم للصحة، ولديه علاقة مباشرة مع الحالة السيئة للصحة، لأنه يقيد وبشدة الوصول إلى بعض الاحتياجات الإنسانية الأساسية مثل الغذاء والمياه النظيفة والصرف الصحي المحسن والسكن وخدمات الرعاية الصحية، وبالتالي يزيد من خطر الإصابة بالأمراض والوفيات.

واليوم، يعد الفقر واحداً من أصعب المشاكل التي تواجه البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي. وعلى الرغم من بعض التحسن في الوضع خلال العقدين الماضيين، فإن حوالي 27% من مجموع سكان هذه الدول لا تزال تعيش تحت خط الفقر بـ 1.25 دولار في اليوم. وظل الوضع أكثر مدعاة للقلق ولا سيما في معظم البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي في منطقة SSA، التي سجلت أعلى معدلات انتشار للفقر سواء من حيث الأرقام المطلقة (أكثر من 186 مليون فقير) والحصة النسبية في إجمالي عدد السكان (44%). وحالياً، يعيش ما يقرب من نصف سكان البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي الذين يعانون الفقر في هذه المنطقة، ويتراوح انتشار الفقر بين 50% إلى 70% في بعض البلدان الأعضاء (World Bank, 2012).

التعليم

من الحقائق الراسخة أن الأشخاص الأفضل تعليماً هم أكثر عرضة لفرص أكبر في التوظيف والدخل وبالتالي معايير أفضل للمعيشة. عادة، يستمتع الأشخاص المتعلمين أيضاً بمختلف المنافع غير النقدية بما في ذلك أفضل صحة، وممارسات صحية، وتنظيم الأسرة، وأقل قدرة على المشاركة في أعمال غير قانونية.

على مدى العقود الأربعة الماضية، شهدت البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي تحسناً في أدائها في قطاع التعليم، وارتفع متوسط سنوات الدراسة بشكل ملموس. في عام 1970، كان عدد دول منظمة التعاون الإسلامي التي تتوفر على متوسط سنوات الدراسة أكثر من 6 سنوات هو فقط أربعة دول، إلا أن هذا العدد قد ارتفع إلى 26 في عام 2010. حتى الآن، معدلات محو الأمية في بلدان منظمة التعاون الإسلامي ليست مرضية. وفي بعض البلدان الأعضاء، لا تزال معدلات محو الأمية دون مستوى 50%. في عام 2010، شهد معدل متوسط محو أمية للكبار نسبة 71.7% في دول منظمة التعاون الإسلامي، كمجموعة، مما يجعلها متخلفة كثيراً عن أداء العالم وغيرها من البلدان النامية على مر السنين (SESRIC, 2012a).

التشغيل



يرتبط التشغيل ارتباطاً قوياً بالصحة الجيدة لأنها لا توفر الموارد اللازمة للضروريات الأساسية للحياة فقط، ولكنها تساعد أيضاً على إبقاء الأشخاص بعيدين عن الوقوع في الاكتئاب والقلق والسلوكيات غير الصحية مثل التدخين والشرب والانتحار.

وظل توافر الوظائف الكافية وفرص العمل تحدياً كبيراً في بلدان منظمة التعاون الإسلامي، حيث أن معظمهم يواجه معدلات بطالة مرتفعة نسبياً تتراوح ما بين 10 إلى 25%. والأرقام حول بطالة الشباب في دول منظمة التعاون الإسلامي، هي أقل واحدة مع معدل البطالة أكثر من

25% في بعض البلدان الأعضاء. وتم تسجيل أعلى معدل للبطالة في بلدان منظمة التعاون الإسلامي في فلسطين حيث تراوحت نسبة العاطلين الشباب من الفئة العمرية 15-24 سنة 46.9% (SESRIC, 2012b). في حين تم تسجيل أدنى معدل بطالة الشباب في قطر بمعدل بطالة 1.6% فقط في عام 2007. ووفقاً لأحدث التقديرات، فإن معدل البطالة في صفوف الشباب في البلدان الأعضاء، وهي: فلسطين وتونس والبحرين والمملكة العربية السعودية وألبانيا والأردن، وصلت إلى أكثر من 25%، وسجلت نسبة 15% في عدد كبير من بلدان منظمة التعاون الإسلامي مثل: سوريا وتركيا والمغرب ولبنان وجزر المالديف واندونيسيا وإيران، ومصر (SESRIC, 2012b).

السلامة المهنية

ظروف العمل هي من المحددات الاجتماعية المهمة للصحة لأن معظم الوقت يقضى في أماكن العمل. ومن المحتمل أن يواجه الأشخاص ظروف عمل سيئة، إذا كانوا عرضة لنتائج صحية سيئة بسبب دخلهم وتعليمهم المنخفض.

ويمكن للعمال وأسرهم، والأشخاص الآخرين في المجتمع، والبيئة المحيطة بمكان العمل، أن تكون في خطر بسبب ظروف العمل السيئة وأخطار مكان العمل. حوادث العمل والأمراض هي شائعة في العديد من البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي ولها العديد من الآثار السلبية المباشرة وغير المباشرة على صحة العمال وأسرهم. سنوياً، تم الإبلاغ عن أكثر من 80 مليون من الحوادث المهنية التي تسببت بأكثر من 4 أيام من الغياب، ونحو 86 ألف حادثة مهنية مميتة وأكثر من 390 ألف مرض قاتل ذي الصلة بالعمل في الدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي (P. Hämäläinen et al., 2009).

انعدام الأمن الغذائي

الغذاء هو واحد من احتياجات الإنسان الأساسية، وأحد المحددات المهمة للصحة وكرامة الإنسان. والأشخاص الذين يعانون من انعدام الأمن الغذائي هم غير قادرين على الحصول على نظام غذائي كافٍ من حيث جودته أو كميته.

وعلى الرغم من بعض التقدم، لا تزال العديد من البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي تعاني من المستوى المرتفع في انتشار انعدام الأمن الغذائي والجوع بنسبة 18% من مجموع السكان في بلدان منظمة التعاون الإسلامي، وتصنف على أنها تعاني من نقص التغذية. ويعتبر الوضع مقلقاً ولا سيما في منطقة جنوب آسيا التي سجلت أعلى معدلات انتشار انعدام الأمن الغذائي سواء من حيث الأرقام المطلقة (أكثر من 84 مليون شخص يعانون من نقص التغذية) والحصة النسبية في إجمالي عدد السكان (25%). ووفقاً لمنظمة الأغذية والزراعة (FAO، 2012)، تصنف واحد وثلاثون دولة عضو في منظمة التعاون الإسلامي كبلدان ذات العجز

الغذائي ذات الدخل المنخفض (LIFDC). وتعتمد هذه الدول بشكل كبير على المساعدات الغذائية والواردات لتلبية الطلب المحلي على الأغذية.

البيئة

الحصول الكافي على مصادر المياه المحسنة ومرافق الصرف الصحي هو أمر بالغ الأهمية من أجل صحة الإنسان. كما يسبب عدم وجود مرافق الصرف الصحي، والممارسات الصحية السيئة ومياه الشرب الملوثة مختلف الأمراض الحادة والمزمنة.

في بلدان منظمة التعاون الإسلامي، حوالي 78% من مجموع السكان لها حق الوصول إلى مصادر مياه الشرب المحسنة. ومع ذلك، وتماشيا مع الاتجاه العالمي، ظل الحصول على مياه نظيفة في المناطق الريفية أقل جدا بالمقارنة مع المناطق الحضرية حيث لا يستخدم مصادر المياه المحسنة إلا 69% من سكان الريف في بلدان منظمة التعاون الإسلامي بالمقارنة مع 90% في المناطق الحضرية.

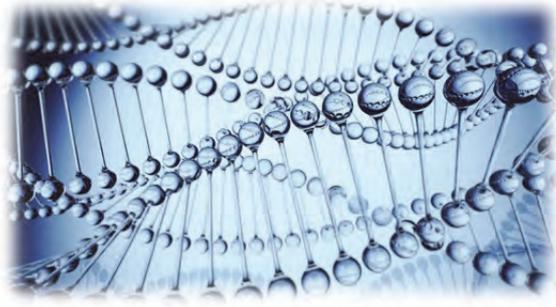
وعلى مدى السنوات، فقد تم تحسين الحصول على المياه الصالحة للشرب عبر المجموعات الإقليمية لمنظمة التعاون الإسلامي. ومع ذلك، هناك فوارق كبيرة داخل مجموعة منظمة التعاون الإسلامي، ويتراوح الحصول على مصادر المياه الصالحة من مستوى منخفض بلغ 60% في SSA، إلى مستوى مرتفع بلغ 94% في LAC. وفي الوقت نفسه، لا تزال تغطية المياه المحسنة 88% في منطقة MENA و 82% في منطقة EAP. وتوجد فوارق كبيرة في تغطية موارد المياه ومرافق الصرف الصحي المحسنة بين المناطق الريفية والحضرية أيضا، حيث لا زالت معدلات التغطية أعلى في المناطق الحضرية.

في البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي، 55% من مجموع السكان لديها حق الوصول إلى مرافق الصرف الصحي المحسنة. كما يعيش الغالبية العظمى من أولئك الذين يفتقرون إلى خدمات الصرف الصحي المحسنة في المناطق الريفية، حيث لا يوجد سوى 44% من الأشخاص الذين يعيشون في هذه المناطق تستخدم مرافق الصرف الصحي المحسنة مقارنة مع 71% في المناطق الحضرية.

وقد تم تحسين إمكانية الوصول إلى مرافق الصرف الصحي المحسنة في مناطق منظمة التعاون الإسلامي. ومع ذلك، هناك فوارق كبيرة داخل هذه المناطق حيث تتراوح تغطية الصرف الصحي المحسن من مستوى منخفض بلغ 30% في SSA، إلى مستوى مرتفع بلغ 91% في ECA. وفيما بين مناطق منظمة التعاون الإسلامي، هناك أيضا تفاوتات في تغطية مرافق الصرف الصحي المحسنة في المناطق الريفية والحضرية.







التحديات والعراقيل والمشاكل

III

أ. القيادة والإدارة الصحية

وفقا لإطار منظمة الصحة العالمية لتقييم إدارة النظام الصحي (WHO/ EMRO, 2012)، يستند الإطار التحليلي إلى مبادئ الإدارة التالية: الرؤية الاستراتيجية، وتوجيه المشاركة والتوافق؛ وسلطة القانون، والشفافية؛ والاستجابة؛ والإنصاف والشمولية؛ والفعالية والكفاءة والمساءلة، والمعلومات والذكاء؛ والأخلاق. وفي معظم بلدان منظمة التعاون الإسلامي، لا يتم تحديث السياسات والاستراتيجيات الوطنية بشكل منتظم، كما أن المعلومات والبيانات لصياغة السياسات والتخطيط الاستراتيجي هي غير كافية. وتترك التشريعات القديمة، وعدم إنفاذ اللوائح الصحية العامة، القطاع الخاص غير المنظم على نطاق واسع المستهلكين دون وقاية. بعض الدول الأعضاء تحصل على مساعدات خارجية، وحتى الآن لا يزال التنسيق بين الجهات المانحة وفعالية المعونة يشكل تحديا، على الرغم من حقيقة أن الغالبية قد صادقت على إعلان باريس بشأن فعالية المعونة (WHO/ EMRO, 2012).

وبقيت اللامركزية للإدارة الصحية غير فعالة في كثير من البلدان الأعضاء (WHO/ EMRO, 2012). من بين أمور أخرى، تتضمن أسباب ذلك ما يلي: تذبذب الالتزام السياسي، ومقاومة من أعلى المستويات لإعادة توزيع السلطة والمسؤولية، وعدم الوضوح في مساحة اتخاذ القرارات التي منحت للمستوى الهامشي، ونقص برامج تدريبية وبرامج بناء القدرات، وعدم وجود هيئة على المستوى الاتحادي / الوطني لتنسيق الوظائف الأساسية، مثل تطوير توافق في الآراء بشأن السياسات الوطنية، وتنظيم القطاع والتنسيق بين الجهات المانحة.

ب. الرعاية الصحية الأولية

لا يزال الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية الأولية يشكل تحديا خطيرا في العديد من بلدان منظمة التعاون الإسلامي بسبب عدم كفاية أو عدم وجود البنية التحتية الصحية، وعدم القدرة المادية وانعدام الأمن، مصحوبا بالإنفاق المرتفع من خارج الجيب و/أو عدم كفاية القوى العاملة الصحية. وتشير التقديرات إلى أن العجز في الوصول إلى حماية الصحة الاجتماعية يصل إلى ما يقرب من 90٪ من مجموع السكان في بعض الدول الأعضاء، خصوصا في أفريقيا (ILO, 2008). هذه الدول الأعضاء تمر بمراحل مختلفة من حيث تنفيذ حزمة أساسية من الخدمات الصحية. حتى الآن، لم تتفق هذه الدول على معايير الجودة المثلى المنصوص عليها في بروتوكولات المعالجة والمبادئ التوجيهية. ويتراوح عدد السكان لكل سرير في المستشفى بين 3 إلى 12 سرير لكل 10.000 شخص. وتستهلك المستشفيات أكثر من 50٪ من إجمالي النفقات الحكومية الصحية (WHO/ EMRO, 2012).

القدرة على تحمل التكاليف المالية وتدني نوعية الخدمات الصحية هي التحديات الرئيسية في معظم البلدان الأعضاء بمنظمة التعاون الإسلامي، التي وصل عجز الحماية الصحية الاجتماعية أقل من 40٪ من مجموع السكان (WHO/ EMRO, 2012). وترتبط أهم

التحديات في مجال الرعاية الصحية الأولية بالجودة والاستخدام والاستجابة لعبء المرض المتغير والاحتياجات المحددة لشيخوخة السكان. في بعض البلدان، يتم تسليم العديد من الخدمات إلى القطاع الخاص الذي هو غير منظم إلى حد كبير. نسبة عدد السكان لكل سرير في المستشفى هو في الغالب أعلى من متوسط منظمة التعاون الإسلامي البالغ 12 سرير لكل 10.000 شخص، ولكنه أقل من المتوسط العالمي البالغ 29 لكل 10.000 شخص.

في مجال الرعاية الاستشفائية، تشمل التحديات التي تؤثر على الأداء كالتنسيق المحدود مع المستويات الأخرى للنظام الصحي، ونقص التمويل، والاعتماد المتزايد على رسوم المستخدم، ونظم الإحالة المختلة وظيفياً، وسوء إدارة الموارد. وعلى الرغم من التقدم المشجع في بعض البلدان، إلا أن العديد من البلدان لم تضع بعد برامج الاعتماد الوطنية كوسيلة لتحسين نوعية الرعاية المقدمة للمرضى (WHO/ EMRO, 2012).

ج. التمويل الصحي

التمويل الصحي هو عنصر حاسم في نظم الرعاية الصحية. على الصعيد العالمي، يتم تمويل الرعاية الصحية من خلال مزيج من التمويل القائم على الضرائب، والتأمين الصحي الاجتماعي، والتأمين الصحي الخاص، والإنفاق من خارج الجيب والمساهمات الخارجية (المساعدات والتبرعات وما إلى ذلك). وللحصة النسبية لهذه المصادر في إجمالي النفقات الصحية العديد من الانعكاسات على الوصول والإنصاف والاستدامة المالية لخدمات الرعاية الصحية.



في عام 2010، وفي حين تشكل البلدان الأعضاء بمنظمة التعاون الإسلامي 22.8% من إجمالي عدد

السكان العالم، فإن مجموع النفقات الصحية لبلدان منظمة التعاون الإسلامي لم يبلغ إلا 3.5% من إجمالي الإنفاق الصحي في العالم (227.2 بليون دولار أمريكي). وكان معدل الإنفاق الصحي للفرد في بلدان منظمة التعاون الإسلامي 147 دولار في عام 2010، مقارنة بمبلغ \$ 5276 في البلدان المتقدمة. بشأن الإنفاق الحكومي على الصحة كنسبة مئوية من الميزانية العامة للحكومة، تخصص بلدان منظمة التعاون الإسلامي، كمجموعة، 8.9% فقط من ميزانيتها العامة للصحة، مقارنة مع 18.5% في البلدان المتقدمة و 16% في العالم. وفي بلدان منظمة التعاون الإسلامي، 57% من إجمالي الإنفاق الصحي يأتي من مصادر حكومية عامة و 36% من الانفاق خارج الجيب، مقارنة مع 65% و 14% على التوالي في البلدان المتقدمة. وبالمقارنة، ضاعفت المدفوعات من خارج الجيب في دول منظمة التعاون الإسلامي المتوسط العالمي في عام 2010 فيما يتعلق بحصة إجمالي الإنفاق الصحي.

والإنفاق الحكومي المنخفض على الرعاية الصحية في دول منظمة التعاون الإسلامي ليس ناتجا عن القيود المالية العامة، بل هو أيضا مؤشر على تدني الأولوية المعطاة للصحة. ويشير الإنفاق الحكومي العام في معظم بلدان منظمة التعاون الإسلامي إلى حصة عالية نسبيا من ناتجها المحلي الإجمالي (GDP)، مشيرا إلى الحيز المالي المتاح لزيادة الإنفاق على الصحة. ومن الصعب تحقيق التغطية الصحية الشاملة إذا كان الإنفاق الحكومي العام على الرعاية الصحية كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي هو أقل من 4%. وحتى الآن وصلت خمسة بلدان أعضاء بمنظمة التعاون الإسلامي² فقط إلى هذا المستوى من الإنفاق. على الرغم من أن

² العراق (6.8%)، والأردن (5.4%)، وجيبوتي (4.7%)، وغيانا (4.6%)، وتركيا (4.44%).

الجهات المانحة تلعب دورا هاما في تمويل القطاع الصحي في البلدان التي تعرف حالات الطوارئ المعقدة³، ففي كثير من الأحيان لا يمكن التنبؤ بالموارد الخارجية للصحة وفي كثير من الظروف يتم نقلها بصورة غير فعالة إلى وجهتها النهائية.

وتشمل الأسباب الرئيسية لعدم كفاءة التمويل الصحي في معظم البلدان منظمة التعاون الإسلامي الكفاءات غير الملائمة، ومشاكل الشراء، واستخدام تكنولوجيا غير ملائمة في تقديم الخدمات الصحية. وفي بعض البلدان الأعضاء، عدم الكفاءة هو مرتبط بمصادر هامة كالاختلالات في إنتاج واستخدام القوى العاملة الصحية، بالإضافة إلى الإنفاق غير المتناسب على الرعاية العلاجية والاستشفائية مقارنة مع الرعاية الوقائية والأولية. وعلاوة على ذلك، أدى غياب نهج استراتيجي شرائي وآلية خدمة الدفع المرتبطة بالأداء إلى عدم استخدام الموارد الصحية بشكل مناسب (WHO, 2010a).

د. نظم المعلومات الصحية

يشكل تعزيز نظم المعلومات الصحية، بما في ذلك السجل المدني، ورصد عوامل الخطر ونسبة انتشار المرض وأداء النظام الصحي تحديا آخر يجب أن تنتظر فيه السلطات الصحية الوطنية في دول منظمة التعاون الإسلامي. وبشكل عام، فنظم المعلومات الصحية هي غير كافية من حيث تقرير الجودة وحسن التوقيت، حيث هناك ازدواجية وتشتت في جمع البيانات بالإضافة إلى عدم وجود تصديق دقيق في إطار برامج مختلفة. وليس جميع البلدان الأعضاء تتوفر على تسجيل موثوق للمواليد والوفيات، ومعظمها لا يقدم الأسباب الكاملة والدقيقة حول الوفاة. والمعلومات المصنفة حسب العمر، ونوع الجنس والمكان و/أو الحالة الاجتماعية والاقتصادية هي غير متوفرة في معظم البلدان نظرا لندرة الموارد البشرية المدربة في مجال علم الأوبئة ونظم المعلومات الصحية (WHO, 2011a).

في بعض البلدان الأعضاء، معظمها من البلدان الأقل نموا، هناك ثغرات في مكونات نظام المعلومات الصحية، والتي تشمل الموارد والمؤشرات ومصادر البيانات، وإدارة البيانات، ومنتجات المعلومات واستخدام المعلومات. وبالإضافة إلى ذلك، هناك نقص في بعض الأحيان إلى الإطار التشريعي والتنظيمي المطلوب لضمان سير نظام المعلومات الصحية. وفي كثير من الأحيان، تؤدي الموارد القليلة (مثل الموظفين والتمويل وتكنولوجيا المعلومات) والتنسيق غير كافي إلى ضعف وتشتت نظم جمع البيانات، سواء القائمة على المرافق والسكان، والتي تنتج في نهاية المطاف جودة منخفضة لمنتجات المعلومات المرتبطة بالمخاطر الصحية ونسبة انتشار المرض والوفيات وتغطية التدخل.

على الرغم من أن بعض البلدان التي تتوفر على نظم المعلومات الصحية تنتج منتجات معلومات مفيدة وذات الصلة، إلا أن هناك فجوات كبيرة موجودة في كثير من الأحيان، وتشكل النوعية مصدر قلق كبير. وقد أثبتت الأدلة أن البلدان التي لديها تسجيل كامل للمواليد والوفيات، فإن جودة الإحصاءات حول أسباب الموت والتي تنتجها النظم الحالية تتطلب تحسينا كبيرا. وتجرى الدراسات الاستقصائية السكانية بشكل متقطع، وبعضها لا يستخدم توحيد المنهجيات وبالتالي غير قابلة للمقارنة، وبعضها يجري من قبل وكالات متعددة مع تنسيق وتخطيط مشترك صغير مما يؤدي إلى الازدواجية والاستخدام غير الفعال للبيانات لوضع السياسات والتقييم.

هـ. القوى العاملة الصحية

لا تزال العديد من بلدان منظمة التعاون الإسلامي تواجه تحديات كبيرة فيما يتعلق بتنوع وكمية وكفاءة القوى العاملة الصحية. من بين 57 بلدا في العالم ذو نقص حاد في العاملين في مجال الصحة، يوجد ثلاثون بلدا عضوا في منظمة التعاون الإسلامي. في هذه

³ حالة الطوارئ المعقدة، كما هو محدد من قبل IASC، هو أزمة إنسانية في بلد أو منطقة أو مجتمع حيث هناك انهيار تام أو كبير للسلطة الناتجة عن الصراع الداخلي أو الخارجي (منظمة الصحة العالمية، العمل الصحي الإنساني؛ التعاريف. متوفرة على الإنترنت على الرابط التالي <http://www.who.int/hac/about/definitions/en/index.html>)

البلدان، يبلغ متوسط كثافة القوى العاملة الصحية حوالي 10 لكل 10.000 شخص؛ هذه النسبة أقل بكثير من مميّار 23 لكل 10.000 شخص. نقص القوى العاملة الصحية هي خطيرة وخاصة في البلدان الأعضاء الواقعة في مناطق SA ومناطق SSA. ويعود الجزء الكبير من هذا النقص إلى: عدم كفاية التدابير المتخذة في الإدخال، خاصة في عدم إعداد القوى العاملة من خلال الاستثمار الاستراتيجي في التعليم وممارسات التوظيف الفعالة؛ وعدم كفاية أداء القوى العاملة بسبب ضعف ممارسات الإدارة في القطاعين العام والخاص، ومشاكل في الخروج، وخاصة غياب سياسات لإدارة الهجرة والاستنزاف للحد من فقدان الموارد البشرية. وتحتاج هذه التحديات الخطيرة المتعلقة بالإدارة، وتنسيق أصحاب المصلحة، والمعلومات والأدلة اللازمة لاتخاذ القرارات، إلى تعزيز.



وتشكل محدودية فرص الحصول على القوى العاملة الصحية المدربة والملائمة، ولا سيما في المناطق الريفية والمناطق الحضرية المحرومة، العامل الوحيد الأكثر أهمية في عدم القدرة على ضمان الحصول على الخدمات الصحية الأساسية وبلوغ الأهداف الإنمائية للألفية. وتواجه تنمية القوى العاملة الصحية تحديات خطيرة في مجالات التخطيط والإنتاج والانتشار/الاحتفاظ والإدارة. ويتطلب ويتطلب الاستخدام الفعال للمجموعة المحدودة من الموارد البشرية في الصحة والمنتجة محليا،

تعزيز إدارة القوى العاملة، وبيئة العمل المشجعة، والتدريب وبناء القدرات، وتحسين الإنتاجية ونهج فعالة للاحتفاظ بالموظفين. ونوعية البرامج التعليمية هو أمر مشكوك فيه بسبب تراجع التأييد لمؤسسات التعليم العالي. وتعتبر عدم القدرة على تحديد أولويات الاستثمار في إنتاج مزيج من القوى العاملة المناسبة، بما في ذلك العاملين في الصحة على مستوى المجتمعات والذي يلبي الاحتياجات الصحية والمستدامة للسكان، هو تحد هام لتنمية القوى العاملة في هذه البلدان.

وتعرف خمسة عشر دولة في منظمة التعاون الإسلامي فقط ارتفاعا نسبيا في معدلات كثافة القوى العاملة الصحية، وتتراوح بين 23 إلى 59 لكل 10.000 شخص. على الرغم من أن العديد من هذه البلدان لديها أعلى نسب في كثافة القوى العاملة بالمقارنة مع المتوسط العالمي، إلا أن العديد من التحديات لا تزال قائمة. والتحدي الأكثر أهمية هو عدم قدرة النظام على تنسيق وتحسين الإنتاج، والانتشار والإنتاجية. في حين أن الطاقة الإنتاجية هي كافية في العديد من البلدان، فإن النظام الصحي، في بعض البلدان، لديه قدرة محدودة لاستيعاب القوى العاملة التي تنتجها. وتتطلب المخاوف بشأن جودة واتساق المعايير والمساءلة الاجتماعية من مؤسسات التعليم العالي جهودا لإنشاء برامج اعتماد وطنية في معظم هذه البلدان.

و. تنظيم تقديم الخدمات الصحية

وفقا لمنظمة الصحة العالمية، الخدمات الصحية هي الجزء الأكثر وضوحا لأي نظام صحي سواء للمستخدمين ولعامّة الناس. ويمكن تقديم الخدمات الصحية في المنزل والمجتمع ومكان العمل، أو في المرافق الصحية. ووفقا لتصنيف منظمة الصحة العالمية، هناك

ثلاثة مؤشرات رئيسية لتقييم جودة تقديم الخدمات الصحية، هي: (i) تغطية الرعاية ما قبل الولادة، (ii) معدل التغطية للجرعة الثالثة من الدفتيريا والسعال الديكي والكزاز، (iii) معدل نجاح معالجة السل.

في عام 2010، كان متوسط عدد الوظائف الصحية في القطاع العام والخاص في دول منظمة التعاون الإسلامي، والتي تتوفر حولها البيانات، 12.75 لكل 100.000 شخص، وهو مستوى أقل جدا من المتوسط العالمي البالغ 22.07 ومتوسط الدول المتقدمة 46.59. وبالمثل، بلغ متوسط عدد المراكز الصحية العامة والخاصة 5.98 لكل 100.00 شخص، وهو المستوى الذي كان أقل من المتوسط العالمي البالغ 7.11 ومتوسط الدول النامية الأخرى 7.56.

تغطية الرعاية ما قبل الولادة

لا يزال توافر البيانات حول تغطية الرعاية ما قبل الولادة (ANCC) مصدر قلق كبير في العديد من بلدان منظمة التعاون الإسلامي، وكذلك في بقية العالم على الرغم من إحراز تقدم كبير خلال العقد الماضي. وفقا لأحدث البيانات المتاحة خلال 2000-2010، تلقى حوالي 80% من إجمالي النساء الحوامل في العالم فحص ما قبل الولادة من قبل مهنيي الصحة المؤهلين على الأقل مرة واحدة خلال فترة حملهم. وبالمقارنة، ظلت معدلات ANCC في بلدان منظمة التعاون الإسلامي أقل من المتوسط العالمي. واستفادت حوالي 77% من مجموع النساء الحوامل في البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي من خدمات الرعاية ما قبل الولادة على الأقل مرة واحدة خلال فترة حملهم (WHO, 2012a).

على الصعيد دون الإقليمي لمنظمة التعاون الإسلامي، سجلت البلدان الأعضاء في ECA و MENA، باستثناء اليمن، معدلات ANCC أعلى من معدلات منظمة التعاون الإسلامي في حين أن معدلات منطقة SSA ظلت أقل من متوسط منظمة التعاون الإسلامي. وبالنسبة لمنطقة SA، فالبيانات غير متوفرة.

والرعاية قبل الولادة وتقديم المشورة هي نقطة الدخول للنظام الرسمي للرعاية الصحية، حيث توفر قاعدة صلبة لمراقبة وتحسين صحة الأم والطفل من خلال تحديد ومنع/سيطرة على مضاعفات ما قبل الولادة في مرحلة مبكرة. وتضمن أيضا حملا طبيعيا مع ولادة من أم سليمة من الناحية الفسيولوجية والنفسية.

DTP3

ارتفعت تغطية الجرعة الثالثة للتطعيم من الدفتيريا والكزاز والسعال الديكي (DTP3) بشكل كبير في دول منظمة التعاون الإسلامي خلال العقد الماضي. وارتفع معدل التغطية من 67% في عام 2000 إلى 83% في عام 2010. ومع ذلك، على الرغم من هذا التحسن الكبير، لا تزال تغطية التطعيم DTP3 في دول منظمة التعاون الإسلامي أقل بقليل من المتوسط العالمي البالغ 85% وأقل بكثير من متوسط الدول المتقدمة 95%. وتم تحسين تغطية تطعيم DTP3 في السنة الأولى من العمر في جميع مناطق منظمة التعاون الإسلامي حيث معدلات تغطية DTP3 في منطقة LAC، و ECA، و MENA و EAP ظلت أعلى من متوسط منظمة التعاون الإسلامي والمتوسط العالمي. في المقابل، لا تزال منطقة SSA متخلفة كثيرا بمعدل التغطية البالغ 72.8% في عام 2010.

وتستخدم بيانات تغطية DTP3 لتعكس نسبة الأطفال المحميين ضد الدفتيريا والسعال الديكي والكزاز، وتشير إلى أداء خدمات التطعيم والنظام الصحي بشكل عام. و DTP3 هو مهم من حيث الوقاية من المرض باللقاح. وتظهر البيانات أن المعدلات العليا لتغطية DTP3 تخفض من نسبة الوفيات بين الأطفال الناجمة عن أمراض يمكن الوقاية منها بالتحصين.

معدل نجاح علاج السل الإيجابية اللطاخة



في عام 2009، كان معدل نجاح علاج السل الإيجابية اللطاخة في بلدان منظمة التعاون الإسلامي 86%؛ وهي نسبة أعلى من المتوسط العالمي البالغ 85% حتى الآن، وسجلت بلدان منظمة التعاون الإسلامي في منطقة SSA وبعض دول MENA معدلات أقل من المتوسط العالمي.

ووفقاً لمنظمة الأمم المتحدة (UN)، يمكن أن يتأثر احتمال معدلات نجاح العلاج بعدة أسباب منها شدة المرض (المتعلقة في كثير من الأحيان بالتأخير

الحاصل بين ظهور المرض وبدء العلاج)، وعدوى فيروس نقص المناعة البشرية، ومقاومة المخدرات، وسوء التغذية وتقديم الدعم للمريض لضمان أن هذا الشخص سيكمل العلاج. حتى وإن كانت جودة العلاج مرتفعة، فمعدلات النجاح المبلغ عنها لن تكون مرتفعة إلا عندما يكون نظام المعلومات الروتيني يعمل بشكل صحيح. كما أن معدل نجاح العلاج سيتأثر سواء تم تسجيل نتائج العلاج لجميع المرضى أم لا، بما في ذلك أولئك الذين تم نقلهم من مرفق علاج إلى آخر.

هناك عدة عقبات بالنسبة لدول منظمة التعاون الإسلامي من حيث تقديم الخدمات الصحية. أولاً، توافر البيانات هي مشكلة في حد ذاتها. والتعاون المؤسسي والدولي في مجال الصحة وخدمات المعلومات هي مهمة لبناء القدرات وجمع البيانات. ويمكن إنشاء قاعدة بيانات للإحصاءات والبيانات الصحية لتحسين رصد وتقييم التقدم المحرز في المؤشرات الصحية.

وتعتمد فعالية تقديم الخدمات الصحية أيضاً على وجود بعض الموارد الأساسية مثل العمالة الماهرة والمعدات والتمويل والمعلومات. وطرق الخدمات المنظمة والمدارة هي أيضاً عامل رئيسي. وعندما ندرس دول منظمة التعاون الإسلامي، وعلى الرغم من أن أدائها جيد في بعض الحالات كمجموعة، فإن المشاكل الإقليمية لا زالت تحدث. وينبغي اتخاذ إجراءات خاصة في جميع أنحاء منطقة SSA. بهذه الطريقة، ينبغي إعطاء الأولوية لشراكات عالمية فضلاً عن آليات التمويل نظراً لأنها متوفرة للحفاظ على الدعم المالي ومن ثم تعزيز الخدمات.

وأخيراً، وفي البلدان ذات الدخل المنخفض، فإن إدارة القدرة/الجودة هي مصدر آخر للاهتمام الذي تم اقتراحه أيضاً من قبل منظمة الصحة العالمية. ويعاني المديرون الذين يحاولون الرفع من مستوى خدماتهم في الظروف غير المستقرة، من مشاكل أساسية مثل المهارات المحدودة في مجال المحاسبة الأساسية، وإدارة مخزون الأدوية، وإدارة الأفراد الأساسيين. ولذلك من المهم جداً تفضيل برنامج محدد أو نظم إدارة النظام بأكمله في قطاع الصحة.

ز. الحصول على التكنولوجيات والأدوية الأساسية

متوسط توافر الأدوية الجنيسة المختارة

في بلدان منظمة التعاون الإسلامي، والتي تتوفر حولها البيانات، يتراوح متوسط توافر الأدوية الجنيسة المختارة لقطاع الصحة العامة بين 3.3% و 96.7% (بمتوسط إجمالي يبلغ 41.4%). وبالمثل، وبالنسبة للقطاع الصحي الخاص، تمثل دول منظمة التعاون الإسلامي بنية غير متجانسة، مع متوسط توافر يتراوح من 13.6% إلى 98.2% (بمتوسط إجمالي 66.5%). بين الأقاليم الفرعية لمنظمة التعاون الإسلامي، متوسط توافر الأدوية منخفض جداً في بعض بلدان منطقة MENA و SSA فضلاً عن بلدان منطقة EAP.

الأدوية هي العنصر الحاسم لوقاية آمنة وفعالة وعلاج للعاهاات والأمراض. ولذلك، من الضروري أن تكون هناك سهولة للحصول عليها وفي الوقت المناسب. ويجب أن تكون الأدوية متاحة بكميات كافية ولكن، كما ذكرنا أعلاه، هذا ليس هو الحال في معظم بلدان منظمة التعاون الإسلامي.

واليا ينفق ما يقرب من نصف الزيادة في النفقات السنوية لوزارات الصحة على التكنولوجيات الصحية، إلا أن نسبة عالية من السكان تفنقر إلى الأدوية الأساسية ذات الجودة وغيرها من المنتجات في بلدان مثل أفغانستان وجيبوتي وباكستان والصومال واليمن (WHO/EMRO, 2012). والتحدى الرئيسي الآخر لهذه البلدان هو عدم وجود تنظيم للقاحات والمنتجات البيولوجية الأخرى، لا سيما تلك المستخدمة في القطاع الخاص. وتتأثر إدارة تكنولوجيا الصحة بضعف النظام بأكمله، مثل محدودية الموارد المالية وضعف الإنتاج. وعلاوة على ذلك، الأدوية المشتراة كأدوية ذات علامات تجارية هي، في المتوسط، 2.9 مرة أعلى في السعر من الجنييس المعادل لها.

ولا يوجد نظم فعالة لضمان الجودة والمراقبة في العديد من بلدان منظمة التعاون الإسلامي، ويشكل بيع الأدوية المزيفة مشكلة كبيرة. كما يتم استيراد أكثر من 90% من المنتجات الطبية في دول منظمة التعاون الإسلامي، والاستخدام غير الرشيد هو على نطاق واسع. وفي حالة عدم وجود سياسات حكومية أو القدرة على التنظيم فإن الأسواق يحررها العرض، وهو ما يفسر جزئيا لماذا تنفق الاستثمارات الكبيرة في شراء المنتجات الطبية غير الملائمة.

ويقتصر توفر الأدوية الأساسية في القطاع العام بسبب عدم كفاية الموارد وعدم كفاءة التوزيع والشراء. لذلك، يصبح القطاع الخاص المصدر الرئيسي للدواء بالنسبة للمريض. خلال الفترة 2003-2009، وبسبب ارتفاع أسعار المصنعين، وارتفاع هوامش الربح، والضرائب والرسوم الجمركية، فإن متوسط أسعار المستهلك في الأدوية الجنييسة المختارة في القطاع الخاص كان ثلاث مرات أكثر من معدل السعر في القطاع العام في بلدان منظمة التعاون الإسلامي. ووفقا لتقرير منظمة الصحة العالمية 2011 عن الأهداف التنموية للألفية (MDG)، فإن تشجيع استخدام الأدوية الجنييسة يمكن أن يكون حلا لهذه المشكلة لأن أدوية العلامة التجارية تكلف عادة أكثر بكثير من الجنييس المعادل لها.

البنية التحتية للصحة

البنية التحتية للصحة هي هياكل رسمية ودائمة تحمي وتعزز الصحة. هدفها الرئيسي هو السيطرة على الأمراض المعدية وغير المعدية وكذلك حماية صحة الأمهات والأطفال. لهذا الغرض، عدد الوظائف الصحية وكذلك عدد المراكز الصحية بالنسبة للشخص الواحد هو مفيد للغاية عند تقييم البنية التحتية للصحة في البلدان.

وتعرف منظمة الصحة العالمية الوظائف الصحية على أنها مراكز للمجتمع المحلي والبيئات الصحية، بعدد محدود جدا من الأسرة، ومحدودية موارد الرعاية العلاجية والوقائية بمساعدة العاملين في مجال الصحة. في عام 2010، كان متوسط عدد الوظائف الصحية في القطاع العام والخاص في دول منظمة التعاون الإسلامي، والتي تتوفر حولها البيانات، 12.75 لكل 100.000 شخص، وهو مستوى أقل جدا من المتوسط العالمي البالغ 22.07 ومتوسط الدول المتقدمة 46.59. وبالمثل، بلغ متوسط عدد المراكز الصحية العامة والخاصة 5.98 لكل 100.00 شخص، وهو المستوى الذي كان أقل من المتوسط العالمي البالغ 7.11 ومتوسط الدول النامية الأخرى 7.56 (WHO, 2012a).

وتشكل العقبة الرئيسية في توافر نظم صحية فعالة وكافية للعامة، حتى وإن لم يكن السعر الأدنى للمنتجات الجنييسة والخدمات الصحية هو في متناول الجزء الفقير من السكان. ولذلك، فهو أمر بالغ الأهمية لضمان توافر الأدوية الأساسية والبنية التحتية الصحية بدون أي تكلفة لتوفير الوصول إلى الجميع.

لا تزال العديد من بلدان منظمة التعاون الإسلامي تواجه تحديات كبيرة فيما يتعلق بتنوع وكمية وكفاءة القوى العاملة الصحية. من بين 57 بلدا في العالم ذو نقص حاد في العاملين في مجال الصحة، يوجد ثلاثون بلدا عضوا في منظمة التعاون الإسلامي. في هذه البلدان، يبلغ متوسط كثافة القوى العاملة الصحية حوالي 10 لكل 10.000 شخص؛ هذه النسبة أقل بكثير من معيار 23 لكل 10.000 شخص.

سياسة التكنولوجيا الصحية

يمكن أن تساعد سياسة التكنولوجيا الصحية الوطنية (الجهاز الطبي) في ضمان الاستخدام الأمثل للموارد وفقا للاحتياجات الفريدة للسكان. فحوالي 58.5% من بلدان منظمة التعاون الإسلامي (24 من أصل 41 بلدا)، والتي تتوفر حولها البيانات في عام 2010، لم يكن لديها سياسة التكنولوجيا الصحية الوطنية (الجهاز الطبي). هذه النسبة هي عالية جدا مقارنة مع متوسط الدول المتقدمة البالغ 44.8% والمتوسط العالمي البالغ 52%. ومع ذلك، 84.4% من بلدان منظمة التعاون الإسلامي لديها وحدات مسؤولة في وزاراتهم للصحة لإدارة الأجهزة الطبية. وهذا المعدل هو أعلى بكثير من المتوسط العالمي البالغ 72.8% في عام 2010. ويشير هذا الوضع إلى أنه على الرغم من أن العديد من بلدان منظمة التعاون الإسلامي تتوفر على وحدات مسؤولة عن إدارة الأجهزة الطبية، إلا أنها لا تتوفر على سياسة وطنية للجهاز الطبي، والذي يعني ببساطة أن هذه الوحدات في وزارة الصحة ليست فعالة. وبعبارة أخرى، مفاهيم مثل تقييم وإدارة التكنولوجيا الصحية لم يتم الاعتراف بها من قبل مخططي الصحة الوطنية في العديد من بلدان منظمة التعاون الإسلامي.

وفيما يتعلق بسياسة التكنولوجيا الصحية والإنتاجية، في حد ذاتها، فهي مشكلة هامة. وتحتاج الوحدات في وزارات الصحة إلى تدريب لتوفير سياسة وطنية للجهاز الطبي. ويشكل التنظيم والتصنيف عائق أخرى، ففي عام 2010، 63.6% من بلدان منظمة التعاون الإسلامي (28 من أصل 44 بلدا تتوفر حولها البيانات) لم يكن لديها قائمة بالأجهزة الطبية اللازمة للإجراءات السريرية، وارتفاع إدارة عبء المرض أو الطوارئ الصحية العمومية. كما أن سوء الاستخدام والأخطاء الطبية المرتبطة بالتكنولوجيات الصحية هي شواغل رئيسية أخرى.

ح. المساواة والشفافية والمساءلة

وفقا لتعريف منظمة الصحة العالمية، المساواة هو عدم وجود اختلافات يمكن تجنبها أو إصلاحها بين مجموعات من الناس، سواء تم تعريف تلك الجماعات اجتماعيا أو اقتصاديا أو ديموغرافيا، أو جغرافيا. وتشمل اللامساواة في الصحة عدم المساواة فيما يتعلق بالموارد الصحية، والحصول على الموارد اللازمة لتحسين والحفاظ على الصحة أو النتائج الصحية. وهذا يترتب عليه أيضا فشل في تجنب أو التغلب على أوجه عدم المساواة التي تنتهك العدالة ومعايير حقوق الإنسان.

يمثل الحصول على الخدمات الصحية المحلية تحديا كبيرا في العديد من البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي، حيث الإنفاق كبير من خارج الجيب على الخدمات الصحية و/أو عدم كفاية القوى العاملة الصحية. وتعتبر حماية الفئات السكانية المعرضة أو لديها احتياجات محددة هي واحدة من أبرز التوجهات الاستراتيجية التي تمت الإشارة إليها في وثيقة الاستراتيجية التعاونية القطرية لمنظمة الصحة العالمية (2008-2013 CCS). وينبغي إيلاء اهتمام خاص لتحسين المساواة في الحصول على الرعاية، والاستهداف الخاص للفئات الضعيفة من السكان، مثل النساء الحوامل والأطفال حديثي الولادة، أو مجموعات من السكان ذوي الاحتياجات الخاصة: الأشخاص الذين يعانون من إعاقات جسدية، وكبار السن، والأطفال، والشباب والمراهقين. وفي غياب حماية اجتماعية كافية، فإن التمويل الصحي يعتمد بشكل كبير على الإنفاق من خارج الجيب، وبالتالي فهو مصدر هام للإنفاق الصحي الكارثي والافقار مما سيؤدي إلى عدم المساواة بين الفئات المختلفة في المجتمع. وكانت هذه واحدة من العقبات الرئيسية في توفير الخدمات الصحية للفئات الفقيرة ذات الدخل المنخفض في المجتمع في دول منظمة التعاون الإسلامي.

في حين أن الأدلة لدعم صنع القرار هي أكثر وفرة، فغالبا ما تكون السياسات الواضحة قاصرة، وتحتاج القدرة على تطوير القواعد والمعايير ورصد التقدم المحرز إلى تعزيز قوي. وتحتاج الثقافة القوية للمساءلة والشفافية والشمولية إلى تطوير القرارات المتعلقة بتخصيص الموارد وتوزيعها.

وزارات الصحة التي تواجه القيود المفروضة على الموارد في الدول الأعضاء، مثل: مصر وإيران والعراق والأردن ولبنان وليبيا والمغرب وفلسطين وسوريا وتونس، لم تنجح في تطوير أنظمة فعالة لتوسيع القطاع الصحي الخاص الربحي (WHO/EMRO, 2012). ففي العديد من هذه البلدان، التشريعات ذات الصلة إما غير موجودة أو عفا عليها الزمن ولم تَم بتحديث المعايير. وانخرطت العديد من وزارات الصحة بشكل متزايد مع القطاع غير الحكومي من خلال ترتيبات تعاقدية رسمية. وهناك فرص للتحسين من خلال ضمان أن التعاقد هو تنافسي وشفاف ومراقب بشكل جيد ويحقق النتائج المرجوة.

وفي بلدان مثل البحرين والكويت وعمان وقطر والمملكة العربية السعودية والإمارات العربية المتحدة حيث التنمية الاجتماعية والاقتصادية قد تقدمت بشكل كبير على مدى العقود الماضية والمدعمة بالدخل المرتفع، فإن القطاع العام يلبي معظم احتياجات الرعاية الصحية للسكان، كما تتوفر هذه البلدان على الخطط الاستراتيجية للصحة. ومع ذلك، فإن تركيز هذه الخطط هو عادة في تطوير البنية التحتية، وتفتقر إلى نهج متعدد القطاعات لمعالجة المشاكل الصحية ذات الأولوية، مثل الأمراض غير المعدية. والخطط الوطنية هي منحازة لمجال الرعاية العلاجية مع إعطاء اهتمام أقل للترويج والوقاية، وثمة تحد كبير هو عدم استجابة النظام الصحي الوطني لاحتياجات عدد كبير من السكان الأجانب في هذه البلدان.

ط. الأمن الصحي واللوائح الصحية الدولية (IHR)

تواجه العديد من بلدان منظمة التعاون الإسلامي حالات الطوارئ المعقدة، ومعظم النظم الصحية هي غير معدة إعدادا جيدا للاستجابة لهذه الحالات. وتوجد أوجه القصور في التنسيق، والتعاون والتخطيط، والاتصالات وتبادل المعلومات، والتعليم والتدريب، والتشريعات والأنظمة، والقدرة على التدخل السريع في النظام الصحي (WHO/EMRO, 2012).

لدى منظمة الصحة العالمية بوابة لتنمية القدرة الأساسية⁴ لرصد التقدم المحرز في البلدان في ما يتعلق باللوائح الصحية الدولية. وبشكل عام، في عامي 2010 و 2011، تظهر بيانات الموارد البشرية والأحداث الكيميائية⁵ ونقاط الدخول⁶، على أنها مواطن رئيسية للضعف في بلدان منظمة التعاون الإسلامي التي قدمت تقاريرها حيث أن معدلات القدرات هو أقل من 50%. وتشير التقارير أيضا إلى التأخير في وضع خطط وطنية لتنفيذ اللوائح، وعدم وجود أطر وطنية تغطي النطاق الواسع من الأنظمة، وعدم الاستقرار السياسي في العديد من البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي.

تحتاج بلدان منطقة MENA، على وجه الخصوص، إلى توجيهات محددة ووثائق للسياسات حول جميع القدرات الأساسية فيما يتعلق باللوائح الصحية الدولية (IHR) وخاصة تلك المتعلقة بالمخاطر المحتملة المحلية. من حيث الاستعداد، تفتقر البلدان إلى خطط التأهب الوطنية استنادا إلى نهج جميع المخاطر. وإلى جانب الحاجة إلى مختبر وطني مركزي للصحة العامة، تفتقر العديد من الخدمات الوطنية في البيطرة والأغذية إلى معدات وموظفين مدربين كافيين لتأكيد الأمراض ذات الأولوية الوطنية. وكذلك تفتقر العديد من البلدان أيضا إلى سياسة واضحة أو توجيهات بشأن دور مختبر القطاع الخاص في تقديم التقارير إلى نظام المراقبة الوطنية.

⁴ تحدد منظمة الصحة العالمية القدرات الأساسية التالية لغرض رصد التقدم المحرز في تنفيذ اللوائح الصحية الدولية: مراقبة واستجابة وتأهب والاتصال المناسب للمخاطر، والموارد البشرية، والخدمات المختبرية الكافية، والتشريعات الوطنية والسياسات والتمويل.

⁵ تطلب IHR الإبلاغ عن جميع المخاطر الصحية العمومية بما في ذلك سلامة الأغذية حيوانية المصدر، والإشعاعية والأحداث الكيميائية التي يمكن أن تشكل خطر على الصحة و/أو أن تكون موضع اهتمام دولي.

⁶ تعرف منظمة الصحة العالمية إحدى نقاط الدخول باسم "ممر للدخول أو الخروج الدولي للمسافرين والأمتعة والحمولات والحاويات ووسائل النقل والبضائع والطرود البريدية، وكذلك الوكالات والمناطق التي توفر لهم الخدمات الخاصة بالدخول أو الخروج". هناك ثلاثة أنواع من نقاط الدخول: المطارات الدولية والموانئ والمعابر البرية.

وبسبب التداخل في كثير من وظائف الاستجابة والمراقبة والتأهب للمخاطر ذات الصلة عبر الوزارات، إلى جانب عدم وجود استراتيجية متماسكة، فإن التنسيق غير كافي؛ والافتقار إلى مراقبة موحدة وآليات الاستجابة.

التحديات الرئيسية الأخرى التي تواجهها منذ بدء نفاذ اللوائح هي:

- عدم التزام بعض البلدان في ما يخص تنفيذ الأنشطة المتعلقة باللوائح؛
- عدم قدرة بعض البلدان على الحفاظ على مستوى كبير من الشفافية المطلوبة عند التقييم والتحقق من الأحداث التي قد تكون ذات اهتمام وطني وإقليمي ودولي؛
- عدم وجود آليات مناسبة لتمكين دور نقاط الاتصال الوطنية (على الأقل في البلدان المنخفضة الدخل وبعض البلدان المتوسطة الدخل)؛
- انعدام التنسيق المتين بين مختلف الشركاء على المستويين الإقليمي والوطني، وخاصة بالنسبة للأمراض ذات المصير الحيواني والمخاطر المحتملة الأخرى، مثل النشاطات حول سلامة الأغذية، والأحداث الكيميائية وحالات الطوارئ الإشعاعية؛
- عدم وجود نظم إدارة الجودة في مختبرات معظم البلدان فيما يتعلق بأهمية هذه النظم من جانب السلطات الوطنية، وأدوات وإجراءات لتنفيذ نظم إدارة الجودة على المستوى القطري؛
- الحاجة للحفاظ على مراقبة قوية وقدرات نظم الاستجابة ونقاط الدخول؛
- عدم كفاية الموارد البشرية والمالية المتعلقة بالمختبرات ونقاط الدخول.



مجالات مواضيعية للتعاون

.IV

يعرض OIC-SHPA ستة مجالات مواضيعية للتعاون بين الدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي، ومؤسسات منظمة التعاون الإسلامي ذات الصلة والمنظمات الدولية في مجال الصحة.

تم تحديد هذه المجالات المواضيعية للتعاون والتي وافقت عليها ورشة العمل لتبادل الأفكار بشأن إعداد برنامج العمل الاستراتيجي للصحة في منظمة التعاون الإسلامي 2014-2023 الذي عقد في 11-12 يونيو 2012 في أنقرة-تركيا، لمناقشة ووضع هيكل وثيقة OIC-SHPA. وحضر هذه الورشة أعضاء اللجنة التوجيهية المعنية بالصحة لمنظمة التعاون الإسلامي وخبراء الصحة من بعض الجامعات الدولية الرائدة.

أ. تعزيز النظام الصحي

وفقا لمنظمة الصحة العالمية (2010b)، يتكون النظام الصحي من جميع الهيئات والمؤسسات والموارد والأشخاص التي تهدف في الأساس إلى تحسين الصحة. وهناك ستة لبنات للنظام الصحي: (i) القيادة/الإدارة، و(ii) تقديم الخدمات، و(iii) القوى العاملة الصحية، و(iv) نظم المعلومات الصحية، و(v) الحصول على الأدوية الأساسية، و(vi) التمويل. ولذلك، وبشكل عام، يشمل تعزيز النظام الصحي جميع تلك الإجراءات والأنشطة والتدابير التي تهدف إلى تحسين الوضع المتعلق باللبنات المذكورة أعلاه في بلد/منطقة.

وفي معظم بلدان منظمة التعاون الإسلامي، تعاني الإدارات من نقص في مهام ممارسة إدارتهم والتي تجعل أداء النظام الصحي أكثر فعالية وكفاءة، وكذلك الافتقار إلى حماية المستفيدين غالبا بسبب التشريعات القديمة وعدم إنفاذ اللوائح الصحية العامة. كما أن المعلومات والبيانات لصياغة السياسات والتخطيط الاستراتيجي هي غير كافية، ولها أيضا الكثير من النواقص التي تؤدي إلى عدم الكفاءة في تنفيذ السياسات الوطنية والاستراتيجيات القائمة.

الحصول على الرعاية الصحية الأولية في البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي هي مشكلة تتبني على مجهوداتها المبذولة. ففي بعض البلدان الأعضاء، بقي معظم السكان بدون حماية صحية اجتماعية (ILO, 2008)، حيث وصل إلى 90% في بعض البلدان الأعضاء خاصة في أفريقيا. وتخلفها عن تنفيذ حزمة أساسية من الخدمات الصحية، والمعدل المنخفض نسبيا في التغطية الشاملة، يجعل المجتمع ذوي الدخل المنخفض خاصة أكثر عرضة للخطر. ولضمان تعزيز النظام الصحي، يجب التخلص من عدم المساواة الصحية القائمة، وبالتالي يمكن تحقيقها عن طريق حماية اجتماعية فعالة. وفي غياب حماية اجتماعية كافية، يعتمد تمويل الرعاية الصحية اعتمادا كبيرا على الإنفاق من خارج الجيب. وبلغت حسابات الإنفاق من خارج الجيب 36% من إجمالي الإنفاق

الصحي في دول منظمة التعاون الإسلامي (WHO, 2012b)، بالتالي فهو مصدر كبير من الإنفاق الصحي الكارثي والإفطار الذي من شأنه أن يؤدي إلى عدم المساواة بين الفئات المختلفة في المجتمع. وقد كان العقبة الرئيسية في بلدان منظمة التعاون الإسلامي لعدم القدرة على توفير الخدمات الصحية لفئات المجتمع المنخفضة الدخل.

وعدم كفاية التمويل الصحي هو أيضا مصدر قلق في الدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي. حيث يشكل متوسط نصيب الفرد من الإنفاق الصحي في البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي، كمجموعة، سوى 147 دولارا مقارنة مع المتوسط العالمي البالغ 947 دولار أمريكي، حيث يعكس المبلغ الضئيل جدا الإنفاق غير الكافي لتحقيق الوصول المناسب إلى الخدمات الصحية الجيدة. ووصل متوسط الإنفاق الحكومي على الصحة كنسبة مئوية من قيمة الميزانية العامة للحكومة إلى 8.9% في البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي مقابل 16% في العالم. في المتوسط، تتفق البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي كمجموعة فقط 2.6% من ناتجها المحلي الإجمالي على الصحة مقارنة بحوالي 10.4% في العالم. وفي معظم بلدان منظمة التعاون الإسلامي، يتخلف الإنفاق الحكومي على الصحة العامة كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي كثيرا عن المستوى الذي يضمن تحقيق التغطية الصحية الشاملة (WHO, 2012b).

لا تزال القوى العاملة الصحية من حيث الكمية والتنوع والكفاءة تشكل تحديا كبيرا لكثير من دول منظمة التعاون الإسلامي. ومتوسط كثافة القوى العاملة في دول منظمة التعاون الإسلامي هو 24 لكل 10.000 شخص وهو أقل قليلا من البلدان المتقدمة (62 لكل 10.000 شخص). ومحدودية فرص الحصول على القوى العاملة الصحية مدربة على نحو كاف هو السبب الرئيسي وراء انخفاض إمكانية الوصول إلى الخدمات الصحية وخاصة في المناطق الريفية والمناطق الحضرية المحرومة من الخدمات. وتشهد تنمية القوى العاملة الصحية تحديات خطيرة من حيث التخطيط والإنتاج والانتشار/الاحتفاظ والإدارة. وتعتبر جودة البرامج التعليمية مصدر قلق، خصوصا في مجال الطب وتعليم التمريض- فأغلبية المدارس لا تزال تتبع البرامج التقليدية.

في البلدان المنخفضة الدخل في منظمة التعاون الإسلامي، قدرات وجود نظام الإدارة الصحية هي مصدر آخر للقلق كما اقترحت منظمة الصحة العالمية. ويعاني المديرون الذين يحاولون الرفع من مستوى خدماتهم في الظروف غير المستقرة، من مشاكل أساسية مثل المهارات المحدودة في مجال المحاسبة الأساسية، وإدارة مخزون الأدوية، وإدارة الأفراد الأساسيين. ولذلك من المهم جدا تقضيل برنامج محدد أو نظم إدارة النظام بأكمله في قطاع الصحة لتعزيز النظام الصحي العام.

ورعاية ما قبل الولادة هي واحدة من النقاط الرئيسية في نظام الرعاية الصحية، فهي لا ترصد صحة الأم والطفل أثناء الحمل فقط ولكن يمكنها أن تحسن النتائج على المدى الطويل لكل منهما. وبشكل عام، ووفقا لمنظمة الصحة العالمية، استفادت 77% من مجموع النساء الحوامل في دول منظمة التعاون الإسلامي من خدمات الرعاية ما قبل الولادة. ومع ذلك، ظل أداء البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي، من حيث معدلات ANC، أقل من المتوسط العالمي ذو نسبة 80% مع تفاوت كبير على المستوى دون الوطني في العديد من البلدان. في معظم بلدان منظمة التعاون الإسلامي، وخاصة تلك الموجودة في منطقة SA، فإن البيانات الإحصائية غير متوفرة. وبالمثل، فإن تغطية التحصين في DTP3 بدول منظمة التعاون الإسلامي، والتي تستخدم كبديل للإشارة إلى أداء خدمات التصنيع والنظام الصحي بشكل عام، لا تزال متخلفة عن المتوسط العالمي رغم الزيادة الكبيرة حتى 83%. وتجدر الإشارة إلى أن اللقاءات تلعب أحد الأدوار الأكثر أهمية لمنع انتشار الأوبئة، ويتطلب نظام صحي قوي تقديم التطعيم المنتظم.

الحصول على الأدوية الأساسية هو مهم بالنسبة لنظام فعال لتقديم الرعاية الصحية، وتوافر الأدوية الأساسية هي واحدة من أهم عناصر جودة خدمات الرعاية الصحية في البلاد. ومع ذلك، تبين بيانات منظمة الصحة العالمية أن متوسط توافر الأدوية الجنيسة (41.4% في القطاعات الصحية العامة و66.5% في القطاعات الصحية الخاصة) منخفض جدا في الأقاليم الفرعية لمنظمة التعاون

الإسلامي وخاصة في بعض بلدان منطقة MENA و EAP و SSA. وغالبا ما ترتبط مشاكل الوصول بالقدرة على تنظيم الأسواق والأسواق مدفوعة بدوافع العرض وسوء توزيع الأسواق. ونظرا لعدم كفاية المصادر، فتوافر الأدوية في القطاع العام محدودة، ونتيجة لذلك، أصبح القطاع الخاص المصدر الرئيسي للدواء للمريض. ومع ذلك، أسعار الأدوية المحددة في القطاع الخاص هو ثلاث مرات أكثر من نسبة السعر في القطاع العام (WHO, 2012a).

وسياسة التكنولوجيا الصحية هو موضع اهتمام آخر. وتشير البيانات الأخيرة لمنظمة الصحة العالمية أن على الرغم من أن دول منظمة التعاون الإسلامي لديها العديد من الوحدات المسؤولة في وزاراتها للصحة لإدارة الأجهزة الطبية إلا أنها تفتقر إلى سياسة وطنية للتكنولوجيا الصحية. مثل هذا الشرط يعني ببساطة أن مفاهيم مثل تقييم وإدارة التكنولوجيا الصحية لم يتم الاعتراف بها من قبل مخططي الصحة الوطنية في العديد من بلدان منظمة التعاون الإسلامي.



يتطلب هذا الوضع مزيدا من الالتزام والجهود من قبل حكومات البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي لوضع تعزيز النظام الصحي في أعلى جداول أعمالها الصحية الوطنية. ويجب على البلدان الأعضاء أن تسعى بجد لتعزيز التعاون والتأزر على المستويين الإقليمي والدولي، لحشد الدعم الفني والمالي ولتعزيز نظمها الصحية لتلبية الطلبات الحالية والمستقبلية لخدمات الرعاية الصحية لسكانها المتزايد.

ب. الوقاية من الأمراض ومكافحتها

الوقاية ومكافحة الأمراض والأوبئة هي واحدة من أهم المجالات التي ينبغي معالجتها في مجال الصحة. والتعاون في هذا المجال هو مصلحة مشتركة للمجتمع الدولي وجميع البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي.

وفي هذا السياق، اتخذت البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي إجراءات ضد مختلف الأمراض والأوبئة في سياق برامجها/ استراتيجياتها الصحية الوطنية وشراكاتها على المستوى الدولي، وتسعى لتطوير استراتيجيات متعددة الأوجه للوقاية والرعاية والعلاج وبرامج وخطط التأهب لحالات الطوارئ. ومع ذلك، لا تزال هناك حاجة لبذل جهود أكثر من ذلك بكثير لتعزيز البنى التحتية الصحية، وبناء قدرات العاملين في مجال الصحة، وتحسين فرص الحصول على الأدوية الأساسية، بما في ذلك اللقاحات، وخاصة في البلدان الأعضاء التي تفتقر إلى الموارد اللازمة للقيام بذلك. وهذا يؤكد الحاجة الملحة إلى تعاون أوثق على الصعيدين الإقليمي والعالمي بمشاركة من المؤسسات الدولية والمبادرات ذات الصلة في مجال الصحة، مثل منظمة الصحة العالمية والصندوق العالمي.

وتكشف النظرة السريعة على الاتجاهات العامة في السبب المحدد لانتشار المرض والوفيات (أي انتشار الوفيات الناجمة عن الأمراض المعدية وغير المعدية، وكذلك الإصابات) الحقيقة تماما. ويبلغ متوسط معدل الوفيات الخام حوالي 809 لكل 100.000 شخص في بلدان منظمة التعاون الإسلامي (2011 أو أحدث عام، البنك الدولي (WDI)). ورغم أن هذا لا يختلف كثيرا عن البلدان النامية الأخرى والمتقدمة، فإن تركيب الأسباب الكامنة يعد أمرا بالغ الأهمية. ويرجع سبب أكثر من 90% من بين 55.9 مليون وفاة في جميع أنحاء العالم في عام 2008 إلى الأمراض المعدية (27.8%) وغير المعدية (63.3%)، والباقي من الإصابات. ولا تزال الأمراض المعدية تشكل جزءا أكبر بكثير من مجموع الوفيات (45.6%) في البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي مما هي عليه في البلدان

النامية الأخرى (26.4%). في البلدان المتقدمة، الأمراض المعدية مسؤولة عن أقل من عشر (6.8%) مجموع الوفيات. ويقدر ما تعتبر الأمراض غير المعدية، ففي المتوسط، تقريبا 46.3% من الوفيات في بلدان منظمة التعاون الإسلامي ناجمة عن الأمراض غير المعدية، في حين أن هذه النسبة حوالي 63.8% في البلدان النامية الأخرى وتصل إلى 87.2% في البلدان المتقدمة. على ما يبدو، هناك علاقة إيجابية (سلبية) بين مستوى التنمية وحصة الأمراض غير المعدية (المعدية) في مجموع الوفيات. ولهذا، عندما تطور البلدان من القدرات والمهارات اللازمة لمكافحة الأمراض المعدية وزيادة طول العمر، تصبح الأمراض غير المعدية أكثر انتشارا، مما يجعل الوفيات بسبب ذلك. وعموما، هذا يغير العلاقة السببية من جانب إلى آخر (من الأمراض المعدية إلى غير المعدية، أو العكس بالعكس) - مع استقرار معدلات الوفيات الإجمالية المتبقية نسبيا.

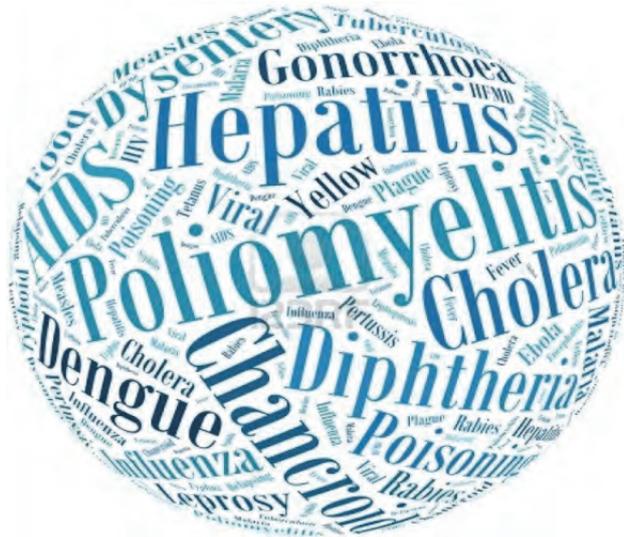
في ضوء ما تقدم، تهدف بقية هذا القسم إلى إعطاء لمحة سريعة عن الاتجاهات الحالية في بلدان منظمة التعاون الإسلامي المتعلقة بالانتشار، والسيطرة والوقاية من الأمراض الرئيسية المعدية وغير المعدية وعوامل اختطارها. للقيام بذلك، يهدف القسم إلى تقديم بعض التوصيات لرسم السياسات.

الأمراض المعدية

الوقاية والسيطرة على الأمراض المعدية هو تحد عالمي ومسؤولية مشتركة في عالم اليوم المترابط - ودول منظمة التعاون الإسلامي ليست استثناء. وتهدد الأمراض المعدية السكان عبر الحدود الوطنية والأقاليم المقسمة، و يمكن لأي نقشي في جزء من العالم أن ينتشر بسرعة إلى مناطق أخرى في أي وقت من الأوقات، ويؤدي إلى خسائر كبيرة في الأرواح، بالإضافة إلى تأثير سلبي على اقتصاديات الدول. وخاصة في دول منظمة التعاون الإسلامي، حيث لا يوجد بنية تحتية مناسبة، وقدرات بشرية وتوعية للوقاية في عين المكان، فإن أي تأخير في الإجراء قد يكون ذو عواقب وخيمة.

وتشكل عدوى فيروس نقص المناعة/متلازمة العوز المناعي المكتسب (HIV/AIDS)، والسل، والمalaria أهم ثلاثة عوامل/أمراض وحيدة تسقط معظم الأرواح على المستوى العالمي. ووفقا ل UNAIDS، في عام 2009، كان هناك ما يقدر بنحو 32 مليون شخص في العالم يعيشون مع فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز. مع تسعة ملايين شخص يعيشون مع فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز، تمثل ثلاثة وأربعون دولة من منظمة التعاون الإسلامي، والتي تتوفر على بيانات حول الإيدز، حصة 28% من الإجمالي العالمي. في نفس العام، قدرت نحو 1.7 مليون حالة وفاة في العالم مرتبطة بالإيدز. وتشكل نفس الثلاثة والأربعين بلدا عضو في منظمة التعاون الإسلامي نحو 32% من هذه الوفيات - وهي نسبة مرتفعة بشكل غير متناسب مع حصتها في سكان العالم.

واستجابة لتحدي فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، وعلى الرغم من وجود تشابه بالسكان - وعدد موحد من المرافق للعلاج، تخلفت دول منظمة التعاون الإسلامي وراء بلدان نامية أخرى في عدد السكان البالغين الذين يحصلون على اختبار فيروس نقص المناعة البشرية واستشارة (أي أقل عدد من السكان لكل مرفق). في المتوسط، تلقى 2025 شخص لكل 100.000 شخص بالغ من بين 42 دولة في منظمة التعاون الإسلامي تم الإبلاغ عنها في ما يخص اختبار والاستشارة في فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز في عام 2010، وهذا أقل من نصف متوسط البلدان الستة والخمسين في البلدان النامية



الأخرى التي تم الإبلاغ عنها (4558 بالغ). في نفس العام، بلغ متوسط النسبة التقديرية للأشخاص الذين يتلقون العلاج المضاد للفيروسات الرجعية (ART) ضمن إجمالي العدد التقديري للمصابين بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز في البلدان الإحدى والأربعون لمنظمة التعاون الإسلامي التي تم الإبلاغ عنها على 14% فقط - مقابل 24% في ثمانية وستون بلدا ناميا آخر و59% في 13 بلدا متقدما حسب البيانات المبلغ عنها. واعتبارا من عام 2010، كان هناك ما يقدر بـ 3.7 مليون شخص في بلدان منظمة التعاون الإسلامي بحاجة إلى العلاج المضاد للفيروسات الرجعية على أساس المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية 2010 - وهو ما يمثل حصة 27% في العدد الإجمالي للأشخاص في العالم التي تصنف على أنها من هذا القبيل.

ووفقا للتقرير العالمي حول الملاريا 2011 لمنظمة الصحة العالمية، من بين البلدان 106 التي تتوطن فيها الملاريا في جميع أنحاء العالم، 43 دولة (41%) هي في بلدان منظمة التعاون الإسلامي. في عام 2010، متوسط عدد الوفيات الناجمة عن الملاريا في البلدان 43 في منظمة التعاون الإسلامي التي تم الإبلاغ عنها تتوطن فيها الملاريا بنحو 5.5 لكل 100.00 شخص، وهو ضعف متوسط البلدان الـ 62 النامية الأخرى.

على الرغم من انخفاض بنسبة الثلث خلال العقد الماضي، لا يزال معدل انتشار السل أعلى في دول منظمة التعاون الإسلامي، بالمقارنة مع غيرها من البلدان النامية، فضلا عن العالم ككل. في عام 2000، عانى 333 لكل 100.00 شخص في بلدان منظمة التعاون الإسلامي من مرض السل. وعلى الرغم من أن هذا الرقم انخفض إلى 214 في عام 2011، لا يزال أعلى من المتوسط العالمي 171 ومتوسط البلدان النامية الأخرى 190. من بين الأشخاص غير الحاملين لفيروس السيدا في البلدان الأعضاء في عام 2011، ما مجموعه 320.191 شخص مصاب بالسل، وهو ما يمثل 33.0% من إجمالي الوفيات الناجمة عن السل في جميع أنحاء العالم. من حيث تشخيص السل، تخلفت البلدان النامية بعيدا عن البلدان المتقدمة من حيث القدرات المدمج فيها، ودول منظمة التعاون الإسلامي مرة أخرى ليست استثناء. ووفقا لأحدث البيانات المتاحة من منظمة الصحة العالمية، واعتبارا من عام 2011، بلغ متوسط عدد المختبرات في دول منظمة التعاون الإسلامي التي تقدم اختبار حساسية المخدرات (DST) لمرض السل سوى 0.64 في 5 ملايين شخص - بالمقارنة مع 1.00 في بلدان نامية أخرى ومتوسط العالم 2.29. ولكن في البلدان المتقدمة، ارتفعت هذه النسبة إلى 12.62. وعلى نفس المنوال، عدد المختبرات التشخيصية للسل باستخدام الزراعة هي في المتوسط 2.11 لكل 5 ملايين شخص في بلدان منظمة التعاون الإسلامي - مقارنة مع 3.85 في البلدان النامية الأخرى والمتوسط العالمي البالغ 5.35. في البلدان المتقدمة، هذا المعدل هو 20.01⁷ على الرغم من أن الصورة الأكثر تباؤا هي بالنسبة لعدد من المختبرات التشخيصية للسل باستخدام الفحص المجهرى للطاخة - حجر الأساس في تشخيص السل في البلدان النامية - الذي هو حساس إلى حد كبير وقادر على الكشف عن ما يقرب من 50% من جميع الحالات النشطة، ويمكن للحساسية أن تكون أدنى كـ 20% لدى الأطفال والأشخاص المصابين بفيروس الإيدز. وعلاوة على ذلك، لا يمكن للفحص المجهرى أن يكشف مقاومة الأدوية (WHO، 2008). ويتجلى عدم وجود شبكة قوية من مختبرات السل مع الأساليب الحديثة للتشخيص في انخفاض معدلات الكشف عن السل. وخلال فترة الخمس سنوات الماضية، حققت البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي تقدما ضئيلا في مراحل طرق الكشف الأكثر دقة وحساسية، ووفقا لذلك، ظلت نسبة حالات السل الجديدة والمنتكسة عند مستويات منخفضة - 61% في 2011 بالمقارنة مع 72% في البلدان النامية الأخرى و88% في البلدان المتقدمة.

⁷ الخلل الرئيسي للمجهر التقليدي هو ذو حساسية منخفضة نسبيا مقارنة مع الزراعة، وخاصة في المرضى المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية.

⁸ طرق الزراعة وDST مناسبة لتطبيق مباشر على عينات الإيجابية للطاخة فقط

على الصعيد العالمي، شهد ما يقدر بـ 287 000 حالة وفيات للأمهات في عام 2010 - بانخفاض بلغ 47٪ عن مستويات عام 1990. وشهدت البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي بعض التحسن في الأوضاع الصحية للأمهات، وانخفض معدل وفيات الأمهات (MMR) إلى 330 حالة وفاة (لكل 100.000 ولادة حية) في عام 2010. (WHO, 2012a) ومع ذلك، فهي أعلى بكثير من المتوسط العالمي (211) ومتوسط الدول النامية غير الأعضاء بمنظمة التعاون الإسلامي (178). ويوجد هذا التفاوت داخل وعبر البلدان والمناطق. في عام 2010، كان ما يقرب من 28٪ من جميع وفيات الأمهات في دول منظمة التعاون الإسلامي في نيجيريا فقط مع أكثر من 39.000 حالة وفاة. وفي عام 2010، كان ما مجموعه 20 دولة في منظمة التعاون الإسلامي لديها معدل MMR مرتفع (معرف بـ $MMR \geq 300$) وفيات الأمهات لكل 100.000 ولادة حية). من هذه البلدان، شهدت تشاد والصومال معدلات MMR مرتفعة حيث شهدت تشاد معدل 1100 والصومال 1000 ($MMR \geq 1000$) حالة وفاة لكل 100.000 ولادة حية).

التحصين هو أداة مثبتة للسيطرة والقضاء على الأمراض المعدية التي تهدد الحياة وتقدر أن تؤدي إلى ما بين 2 و 3 ملايين حالة وفاة كل عام (WHO, 2011b). وهي واحدة من الاستثمارات الصحية الأكثر فعالية من حيث التكلفة، مع استراتيجيات جعلتها في متناول حتى لأكثر السكان الضعيفة والتي يصعب الوصول إليها. ووفقا لبيانات منظمة الصحة العالمية، في عام 2010، بعض الرضع 80-85٪ في بلدان منظمة التعاون الإسلامي كانت قادرة على أن تدير وكلاء التحصين ضد عدد من الأمراض المعدية، مثل: الحصبة والدفترية والكزاز والسعال الديكي، والتهاب الكبد (ب)، والانفلونزا المستديمة (ب) ، والسل (Bacille Calmette أو لقاح BCG)، وشلل الأطفال. على الرغم من أن هذه النسبة هي مماثلة ل، وفي بعض الحالات أعلى، من البلدان النامية الأخرى، فإنه يتعين عليها المزيد من بذل الجهود للوصول إلى متوسط مستويات التغطية حوالي 90-95٪ والتي لوحظت في البلدان المتقدمة.

تغير الزيادة الكبيرة في الموارد المخصصة للصحة من خلال المساعدة الإنمائية والمصادر الأخرى في السنوات العشر الماضية، مسار الأمراض المعدية التي تهدد الحياة. في هذا الصدد، أصبح الصندوق العالمي؛ بعد وقت قصير من بدايته في عام 2002، واحدا من الممولين الرئيسيين متعددي الأطراف في مجال الصحة العالمية عن طريق توجيه ما يقرب من 82٪ من كل التمويل الدولي إلى السل، و50٪ إلى الملاريا، و21٪ من التمويل الدولي لمكافحة فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز. ووفقا للبيانات التي تم الحصول عليها من الصندوق، اعتبارا من منتصف 2012، حيث وافق على ما مجموعه 7.0 مليار دولار أمريكي للحصول على منح في الدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي - حيث قد تم صرف 4.4 مليار دولار أمريكي. والميزانية الإجمالية للموارد المالية للحياة للبلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي هو 10.4 مليار دولار أمريكي، ومنذ إنشاء الصندوق وحتى منتصف عام 2012، استفادت 52 دولة عضو في منظمة التعاون الإسلامي من 3.0 مليار دولار مخصصة لمكافحة فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز (42.5٪ من إجمالي المبلغ المعتمد)، و1.4 مليار دولار أمريكي لمكافحة السل (20.0٪) و2.6 مليار دولار أمريكي لمكافحة الملاريا (37.7٪). بمساعدة استثمارات الصندوق العالمي، أصبحت الدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي قادرة على توسيع نطاق مجموعة من خدمات الوقاية والعلاج والرعاية فيما يخص فيروس فقدان المناعة/ الإيدز والسل والملاريا في السنوات الأخيرة.

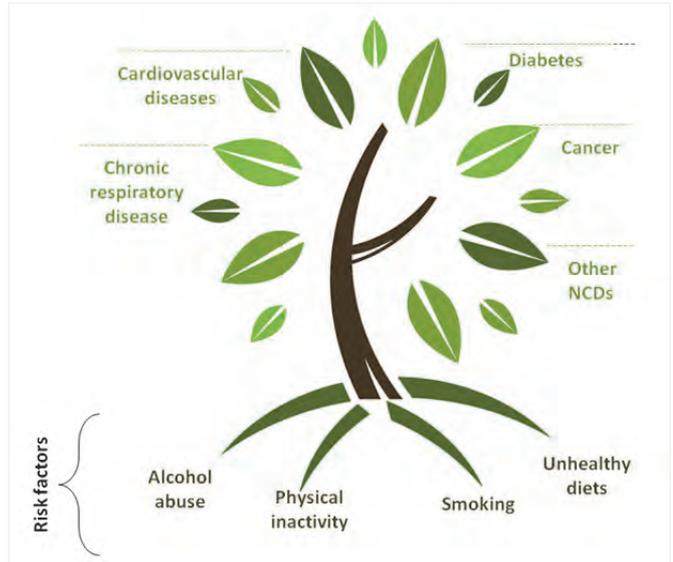
من ناحية أخرى، وفي عام 2012، لازال مرض شلل الأطفال يتوطن ثلاث دول فقط على مستوى العالم، وهي: أفغانستان ونيجيريا وباكستان، (من 125 في عام 1988) - حيث شكلت بنهاية عام 2011، ثلثي ونصف الحالات المبلغ عنها في بلدان منظمة التعاون الإسلامي (ما مجموعه 546 حالة) والعالم (ما مجموعه 673 حالة). وقد وصلت حالات شلل الأطفال في جميع أنحاء العالم إلى هذه المستويات بعد انخفاض بنسبة تفوق 99٪ من 350.000 حالة مقدر في عام 1988، بمناسبة إنشاء المبادرة العالمية لاستئصال شلل الأطفال (GPEI). بين عامي 2000 و 2010، ازداد التطعيم ضد شلل الأطفال بين الأطفال الرضع ذو العام الواحد في 56 دولة عضو في منظمة التعاون الإسلامي، والتي تتوفر حولها البيانات، بشكل كبير من 68٪ إلى 85٪. وقد وضعت الخطة الاستراتيجية للمبادرة العالمية للفترة 2013-2018 هدف التوقف والتحقق من التوقف في نهاية عام 2018. ومسبقا وبموجب الخطة

الاستراتيجية للمبادرة العالمية للفترة 2010-2012، ذكرت الدول الثلاث المتبقية لمنظمة التعاون الإسلامي الموبوءة بشلل الأطفال إطلاق خطط عمل وطنية طارئة ضد شلل الأطفال، يشرف عليها رئيس الدولة، ونقلت الوكالات الشريكة GPEI عملياتها على أساس حالات الطوارئ، والعمل تحت إشراف خطة العمل العالمية لحالات الطوارئ (EAP) 2012-2013. ومن ضرورة الساعة أن على البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي بالتعاون مع OIC GS تنشيط وتنسيق التضامن المجتمعي المسلم ودعم البلدان الثلاثة المتبقية الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي التي لم تتمكن من القضاء حتى الآن على انتقال شلل الأطفال (أفغانستان ونيجيريا وباكستان) على القضاء عليه.

وبشكل عام، على مدى العقود القليلة الماضية، حققت بلدان منظمة التعاون الإسلامي تقدماً كبيراً في الوقاية والسيطرة على العديد من الأمراض المعدية، والتي تتجلى من خلال الزيادة الملحوظة في متوسط العمر المتوقع في البلدان الأعضاء (أنظر أدناه)، وبالتالي، المخاطر المرتفعة للأمراض غير المعدية.

الأمراض غير المعدية

يبرز تقرير إحصائيات منظمة الصحة العالمية 2012 الأمراض غير المعدية، التي تعرف أيضاً باسم الأمراض المزمنة أو غير السارية، كـ "تحدي كبير للصحة في القرن الواحد والعشرين". والتحليل في هذا القسم هو في الواقع داعم لهذه الحجة، وخاصة بالنسبة لحالة بلدان منظمة التعاون الإسلامي. من الوفيات العالمية التي تقدر بـ 55.9 مليون في عام 2008، 35.4 مليون (63.3%) ترجع إلى الأمراض غير المعدية. ويرجع النمو السكاني وطول العمر المتزايد إلى زيادة سريعة في عدد البالغين في منتصف العمر وكبار السن، مع زيادة مقابلة في عدد الوفيات الناجمة عن الأمراض غير المعدية. مع زيادة



المخاطر في الاتجاه التصاعدي، وخاصة فيما يتعلق بالأمراض القلبية وأنواع السرطان، من المتوقع أن يصل العدد الإجمالي للوفيات السنوية الناجمة عن الأمراض غير المعدية من قبل منظمة الصحة العالمية إلى 55 مليون بحلول عام 2030 - يقابلها انخفاض في الوفيات الناجمة عن الأمراض المعدية السنوية خلال العشرين عاماً التالية.

وقد اتخذت مرحلة انتقالية صحية هامة على مدى النصف الأخير من القرن في 57 أعضاء في منظمة التعاون الإسلامي. وبين عامي 1960 و 2010، كانت هناك زيادة بمتوسط 17.4 سنة في متوسط العمر المتوقع في بلدان منظمة التعاون الإسلامي. ولأن الأشخاص في بلدان منظمة التعاون الإسلامي يعيشون حياة أطول، كانت هناك زيادة سريعة في الأمراض غير المعدية، وتعزى هذه الزيادة بشكل رئيسي إلى تغييرات في هيكل السببية- أي زيادة المرونة ضد الأمراض المعدية عن طريق الوقاية الفعالة، وبالتالي، ارتفاع معدل انتشار الأمراض غير المعدية التي تسود أساساً في الكبر. في عام 2008، مع 6.1 مليون حالة، شكلت دول منظمة التعاون الإسلامي 17% من الوفيات العالمية الناجمة عن الأمراض غير المعدية - مع 35.3% من الوفيات التي حدثت قبل سن الستين، مقارنة مع 26.7% في البلدان النامية الأخرى و12.3% في البلدان المتقدمة.

وتشكل الأسباب الأربعة الهامة المؤدية للوفيات هي ناجمة عن الأمراض غير المعدية: أمراض القلب والشرابيين والسرطان والسكري وأمراض الرئة المزمنة (الجهاز التنفسي)، بما في ذلك الربو ومرض الانسداد الرئوي المزمن. هذه المجموعات الأربع من الأمراض مسؤولة عن نحو 80% من مجموع الوفيات بسبب الأمراض غير المعدية في جميع أنحاء العالم. الأهم من ذلك، أن هذه الأربعة لديها عوامل الاختطار مشتركة وهي: استخدام التبغ والخمول البدني، واستخدام الكحول على نحو ضار، والنظم الغذائية غير الصحية. وعلاوة على ذلك، فإن عبء الأمراض غير المعدية أخذ في الارتفاع بشكل غير متناسب بين البلدان النامية في بلدان منظمة التعاون الإسلامي عامة وعلى وجه الخصوص.

وتقدر عوامل الخطر السلوكية، بما في ذلك تعاطي التبغ والخمول البدني، والنظام الغذائي غير الصحي واستخدام الكحول على نحو ضار، لتكون مسؤولة عن حوالي 80% من أمراض القلب التاجية والأمراض الدماغية الوعائية. وترتبط عوامل الخطر السلوكي مع أربعة من التمثيل الغذائي الرئيسية و/أو التغيرات الفسيولوجية -ارتفاع ضغط الدم، زيادة الوزن تؤدي إلى السمنة، وارتفاع مستوى السكر في الدم (hyperglycemia) وارتفاع مستويات الكوليسترول (hypercholesterolemia)، ويمكن لهذه التغيرات أن يكون لها آثار متعددة، فعلى سبيل المثال، بالإضافة إلى دورها المباشر في مرض السكري، فإن ارتفاع نسبة السكر في الدم لشخص صائم تزيد أيضا من خطر الوفيات القلبية الوعائية، وتقدر أن تسبب 22% من وفيات أمراض القلب التاجية و16% من وفيات السكتة الدماغية (WHO, 2012b). ومن حيث عدد الوفيات الناجمة، فإن عوامل الخطر السلوكية والنفسية الرائدة على الصعيد العالمي هي ارتفاع ضغط الدم، وتليها تعاطي التبغ، وارتفاع السكر في الدم والخمول البدني وفرط الوزن أو السمنة. وتقدر منظمة الصحة العالمية أن ارتفاع ضغط الدم يسبب 51% من الوفيات الناجمة عن السكتة الدماغية و45% من الوفيات الناجمة عن أمراض القلب التاجية

متوسط ضغط الدم حسب العمر⁹ الانخفاض في الدول المتقدمة منذ مستقرا أو مرتفعا في بلدان منظمة التصاعدي في مستوى السكر في الماضية أيضا خطرا على السيطرة في البلدان الأعضاء في منظمة ذلك، كانت الزيادة في متوسط صائم في بلدان منظمة التعاون للإناث من الذكور. من حيث قلة عام 2008 من قبل منظمة



(WHO, 2009). في حين أن لكل من الذكور والإناث قد أخذ في العقود الثلاثة الماضية، فقد كان التعاون الإسلامي. ويشكل الاتجاه الدم على مدى العقود الثلاثة والوقاية من الأمراض غير المعدية التعاون الإسلامي. وعلاوة على مستويات السكر في الدم لشخص الإسلامي أكثر أهمية بالنسبة النشاط البدني، واستنادا إلى بيانات

الصحة العالمية على عينة من 122 بلدا، فقد كانت نسبة البالغين الذين تتراوح أعمارهم فوق 15 في 31 بلدا عضوا في منظمة التعاون الإسلامي غير النشطين بنيا 32.1%. ورغم أن هذا يقارن إيجابيا مع متوسط 46.3% ل 27 دولة متقدمة، فهي أعلى بكثير من متوسط 26% من 64 بلدا ناميا آخر التي تتوفر حولها البيانات. هذا يشير إلى أن النشاط البدني غير الكافي هو عامل خطر آخر مهم والذي يستلزم واضعي السياسات في الصحة دفع أقصى قدر من الرعاية. وعلاوة على ذلك، وفي جميع مجموعات البلدان بما في ذلك منظمة التعاون الإسلامي، الخمول البدني بين الإناث هو أكثر انتشارا من بين الذكور.

⁹ يشير إلى ضغط الدم الانقباضي (SBP)

من ناحية أخرى، فإن أحدث البيانات المتاحة تشير إلى أن معدل انتشار تعاطي التبغ، خصوصاً بين الذكور، هو مرتفع بشكل كبير في البلدان الأعضاء. وتشير البيانات المستخرجة من منظمة الصحة العالمية أن 20 بلداً في منظمة التعاون الإسلامي من أصل 37 والتي تتوفر حولها البيانات، كان انتشار استخدام التبغ بين البالغين من الذكور أكثر من 30%. أما بالنسبة لانتشاره بين الشباب، فإن المسح العالمي للتبغ بين الشباب لمنظمة الصحة العالمية يكشف عن أن نصف 52 بلداً في منظمة التعاون الإسلامي والتي تتوفر حولها البيانات، كان معدل انتشار تعاطي التبغ بين 13-15 سنة أكثر من 20% في عام 2010. على الرغم من هذا الواقع، صادقت معظم بلدان منظمة التعاون الإسلامي بالفعل (51) أو وقعت (45) الاتفاقية الإطارية لمنظمة الصحة العالمية بشأن مكافحة التبغ. على مر السنين، سعت الدول الأعضاء إلى احتواء هذا الوباء عن طريق اتخاذ بعض التدابير مثل السيطرة على إنتاج التبغ، وحظر الإعلان في وسائل الإعلام وعدم تشجيع الاستهلاك بفرض ضرائب عالية على منتجات التبغ. ومع ذلك، على الرغم من كل هذه الجهود النبيلة، فإن وباء التبغ هو في ارتفاع، وهو واحد من الأسباب الرئيسية للوفاة المبكرة والتي يمكن الوقاية منها في جميع أنحاء منطقة منظمة التعاون الإسلامي.

في جميع أنحاء العالم، يموت 2.8 مليون شخص كل عام نتيجة زيادة الوزن أو السمنة. ويمكن أن تؤدي زيادة الوزن إلى آثار سلبية في التمثيل الغذائي على ضغط الدم والكوليسترول والدهون الثلاثية، ويمكن أن تؤدي إلى مرض السكري. ويمكن لفرط الوزن والسمنة أن يزيد من مخاطر الإصابة بأمراض القلب التاجية والسكتة الدماغية الإقفارية، وداء السكري من النوع 2، وعدد من السرطانات الشائعة. ووفقاً لبيانات عام 2008 من قبل منظمة الصحة العالمية، ثلث (33.7%) البالغين والذين تزيد أعمارهم عن 20 سنة في دول منظمة التعاون الإسلامي يعانون من زيادة الوزن (المشار إليها بواسطة مؤشر كتلة الجسم (BMI) ذو القيمة الأكبر من أو يساوي 25) بالمقارنة مع 28.3% في غيرها من البلدان النامية. وانتشار زيادة الوزن في الإناث هي أعلى بكثير مما في الذكور في جميع أنحاء العالم باستثناء البلدان المتقدمة حيث الوضع هو العكس تماماً. من ناحية أخرى، يواجه واحد من بين كل عشرة بالغين الذين تتراوح أعمارهم ما فوق 20 سنة في بلدان منظمة التعاون الإسلامي مشكلة السمنة (11.8%) - قيمة مؤشر كتلة الجسم أكبر من أو تساوي 30، وهذا أعلى من معدل 8.9% الذي لوحظ في بلدان نامية أخرى. في المتوسط، سمنة الإناث هي أعلى بكثير من سمنة الذكور في البلدان النامية وتقريباً مرتين أكثر انتشاراً من سمنة الذكور في البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي. ومن الجدير بالذكر وخاصة في هذا الصدد أن السمنة وزيادة الوزن من القضايا الصحية الهامة خاصة بالنسبة للبلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي في منطقة الشرق الأوسط. وتغير نمط الحياة المرتبطة مع الزيادة في الثروة والتوسع الحضري السريع الذي رافقته التكنولوجيات الجديدة التي تعزز أنماط الحياة المستقرة هي بعض العوامل الرئيسية المساهمة. في منطقة الشرق الأوسط، 57.4% من السكان يعانون من زيادة الوزن - وهي نسبة أعلى من متوسط الدول المتقدمة 55.9%، بقدر ما يعتبر مستوى الإناث 61.9%. أما البدانة، فيصنف 24.5% من سكان MENA كبدينين، وأما النساء في المنطقة هي أكثر عرضة وبشكل ملحوظ للسمنة من الرجال: 31.8% مقابل 17.6%.

وحتى الآن، فإن استجابة قدرات النظام الصحي في بلدان منظمة التعاون الإسلامي للوقاية والقضاء والحد من الأمراض غير المعدية على حد سواء هي ليست في المستوى المطلوب. ووفقاً لمسح منظمة الصحة العالمية 2010 حول القدرات القطرية في الأمراض غير المعدية، فإن أكثر من نصف (في بعض الحالات نحو ثلثي) الدول الأعضاء تفتقر إلى السياسات التشغيلية واستراتيجيات وخطط عمل لمكافحة الأمراض القلبية الوعائية، والأمراض التنفسية المزمنة والسكري، وكذلك بالنسبة لمعالجة عوامل الخطر الأساسية الرئيسية - مثل تعاطي الكحول، والنظام الغذائي غير الصحي وزيادة الوزن / السمنة، والنشاط البدني غير الكافي.

من حيث الشراكات في الأمراض غير المعدية ذات الصلة في مجال الصحة فضلا عن تعزيز الصحة المرتبطة بالتغيير السلوكي، يشير نفس المسح إلى أن ما يقرب من ربع الدول الأعضاء ليس لديهم شراكات أو تعاون لتنفيذ مفتاح الأنشطة المتعلقة بالأمراض غير المعدية، في حين أن الثلث لا تنفذ حتى التدخلات المالية للتأثير على تغيير السلوك. وأفادت حوالي 95% من 31 دولة تتوفر حولها البيانات وجود كل من الشراكات/ التعاون والتدخلات المالية. بقدر أهمية البنية التحتية لاستجابة وقدرات النظام الصحي، فقد أبلغت نحو خمس من 54 دولة بمنظمة التعاون الإسلامي بأنهم لا تتوفر على وحدات (أو إدارات) في وزاراتهم الصحية المسؤولة عن الأمراض غير المعدية. ومع ذلك، تشير 95% من 99 بلدا ناميا آخر والتي تتوفر حولها البيانات إلى وجود مثل هذه الوحدات.

ج. صحة الأم والمولود الجديد والطفل والتغذية



معدلات وفيات الأمهات والمولود الجديد والطفل في بعض البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي هي من بين أعلى المعدلات في العالم، حيث تتجاوز المعدلات المقدرة لوفيات الأمهات 1000 حالة وفاة لكل 100.000 ولادة حية، وتتجاوز المعدلات المقدرة لوفيات الرضع 100 حالة وفاة لكل 1000 ولادة حية، وتتجاوز معدلات الوفيات لأقل من 5 سنوات 150 حالة وفاة لكل 1000 ولادة حية في عام 2010. وتحسين صحة الأمهات والمولود الجدد والأطفال، وكذلك تقليص عدد الوفيات التي يمكن تجنبها هي من الأولويات العليا لاتخاذ إجراءات جماعية. وفي هذا الصدد، هناك حاجة إلى بذل جهود خاصة لتحسين نوعية وتوافر الخدمات الصحية بما في ذلك الرعاية قبل الولادة وبعدها، والولادة الآمنة، ورعاية المولود والرضع جديدة، وتحسين التغذية، والتحصين الروتيني ضد أمراض

يمكن الوقاية منها. هناك أيضا فرص ضخمة لتسريع التقدم المحرز في البلدان الأعضاء، وهناك أدلة على تنفيذ تدخلات عالية المردود مصممة خصيصا لكل بلد من أجل صحة الأم والمولود الجديد والطفل، ولها أثر على التدخلات على صحة الأم والطفل.

هناك قصص نجاح مهمة لبلدان في بلدان منظمة التعاون الإسلامي في تنفيذ هذه التدخلات والاستراتيجيات المتعلقة بالولادة. على سبيل المثال، حققت مصر التغطية الشاملة للإدارة المتكاملة لأمراض الطفولة وتغطية عالية للتدخلات الصحية للأمهات (WHO/EMRO, 2012). وقد رفعت إيران من نطاق الرعاية الصحية الأولية للأم، والمولود والطفل بناء على نجاح العاملين في مجال الصحة المجتمعية. ويعكس التقدم المحرز في بلدان منظمة التعاون الإسلامي في حياة الأم والطفل مع مرور الوقت التدخلات الناجحة عبر مجموعة من المحددات الاجتماعية للصحة، مثل تعليم الإناث، والتمكين، والتخفيف من حدة الفقر، والاستثمار في النظم الصحية والإدارة الرشيدة. وحتى الآن وفي بعض البلدان، ولا سيما مع ارتفاع معدلات الوفيات، لا تزال استراتيجيات التنفيذ محدودة وغير فعالة، ويرجع ذلك جزئيا، إلى عدم كفاية الدعم السياسي والقيادة، وعدم المساواة والتقييد في الوصول إلى الرعاية، وضعف النظم الصحية، وقدرات القوى العاملة المنخفضة، والقدرة غير الكافية لرصد التقدم المحرز ومتابعة النتائج والموارد. والتحديات الذي تواجهه بلدان منظمة التعاون الإسلامي التي تعاني من عبء مرتفع هو كيفية تحقيق التغطية الشاملة للتدخلات الفعالة مع تحقيق استثمارات وتعزيز المساءلة من أجل تحسين صحة النساء والأطفال.

في ما يلي، تم التحقيق في جوانب مختلفة من صحة الأم والمولود الجديد والطفل لتحديد العلاجات المحتملة ومجالات التعاون.

ما قبل الولادة، والولادة، وما بعد الولادة

تغطية الرعاية ما قبل الولادة

وفقاً لأحدث البيانات المتاحة خلال الفترة 2000-2010، استفادت حوالي 77% من مجموع النساء الحوامل في البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي من خدمات الرعاية قبل الولادة على الأقل مرة واحدة خلال فترة الحمل، في حين استفادت 38% فقط من إجمالي النساء الحوامل من أربعة فحوصات قبل الولادة الموصى بها (WHO, 2012a). في كلتا الحالتين، ظل متوسط منظمة التعاون الإسلامي أقل من المتوسط العالمي ومتوسط الدول النامية. وسجلت 18 بلداً عضواً متوسط تغطية الرعاية ما قبل الولادة بمعدل أقل من 50%. من أصل سبعة بلدان من هذه البلدان الثمانية عشر العضو، ظلت تغطية الرعاية ما قبل الولادة أقل من 20%. ومع استمرارية الرعاية، شهدت تغطية الرعاية ما قبل الولادة تحديات مماثلة مع مكونات أخرى التي تتأثر بالعرض والطلب: ضعف النظام الصحي العام والحوافز الاجتماعية والاقتصادية والثقافية، وكذلك الموارد البشرية التي هي أيضاً تحدي كبير. ويمكن أن يكون توزيع الموظفين في المناطق الريفية أمراً صعباً، لا سيما عندما لا توجد حوافز اقتصادية أو مهنية لنشر الموظفين والاحتفاظ بهم في ظروف أقل ملاءمة.

الولادات بإشراف عاملين صحيين حائزين

سجلت البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي زيادة في نسبة إجمالي الولادات بإشراف عاملين حائزين من 45% في 1990-1999 إلى 56% في 2000-2010 (WHO, 2012a). ومع ذلك، على الرغم من هذا الاتجاه الإيجابي، ظلت معدلات منظمة التعاون الإسلامي أقل بكثير من المعدلات في العالم، والبلدان المتقدمة، والبلدان النامية خلال الفترة 2000-2010. وفي نفس الفترة، تلقى أقل من 50% من إجمالي النساء الحوامل الرعاية الصحية الماهرة أثناء الولادة في أربعة عشر بلداً عضواً. ومن أجل تخطيط استراتيجية لتوفير قابلات ماهرات لجميع النساء الحوامل ومواليدهم الجدد، فيما يلي خمسة عوامل ذات أهمية خاصة: التنوع الجغرافي، وأنواع المتخصصين في الرعاية الصحية الذين يقومون بدور قابلات ماهرات، وهيكلة النظام الصحي، والاحتياجات الخاصة للنساء مع الظروف الصحية الأساسية، ورصد الوضع القائم.

وفيات الأمهات

على الصعيد العالمي، شهد ما يقدر بـ 287 000 حالة وفيات للأمهات في عام 2010 - بانخفاض بلغ 47% عن مستويات عام 1990. وشهدت البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي بعض التحسن في الأوضاع الصحية للأمهات، وانخفض معدل وفيات الأمهات (MMR) إلى 330 حالة وفاة (لكل 100.000 ولادة حية) في عام 2010 (WHO, 2012a). ومع ذلك، فهي أعلى بكثير من المتوسط العالمي (211) ومتوسط الدول النامية غير الأعضاء بمنظمة التعاون الإسلامي (178). ويوجد هذا التفاوت داخل وعبر البلدان والمناطق. في عام 2010، كان ما يقرب من 28% من جميع وفيات الأمهات في دول منظمة التعاون الإسلامي في نيجيريا فقط مع أكثر من 39.000 حالة وفاة. وفي عام 2010، كان ما مجموعه 20 دولة في منظمة التعاون الإسلامي لديها معدل MMR مرتفع (معرف بـ $MMR \geq 300$) وفيات الأمهات لكل 100.000 ولادة حية). من هذه البلدان، شهدت تشاد والصومال معدلات MMR مرتفعة حيث شهدت تشاد معدل 1100 والصومال 1000 ($MMR \geq 1000$) حالة وفاة لكل 100.000 ولادة حية). والدول الخمس الأخرى ذات أعلى معدل MMR هي: سيراليون (890)، وغينيا بيساو (790)، والسودان (730)، والكاميرون (690) ونيجيريا (630).

ويمكن الحد من معظم وفيات الأمهات إذا حصلت المرأة على خدمات الرعاية الصحية المهنية قبل وأثناء الحمل والولادة وفترة ما بعد الولادة، وهذا يعني تعزيز النظم الصحية.

التلقيح

لا تزال اتجاهات تغطية التطعيم في العالم والبلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي إيجابية. في عام 2010، تم تطعيم 82% من الأطفال الرضع في البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي ضد الحصبة، و83% ضد الدفتريا والسعال الديكي والكزاز (DTP3)، و84% ضد الأنفلونزا المستديمة نوع (ب) (Hib)، و89% ضد BCG و85% ضد شلل الأطفال (Pol3). وبالمثل، فقد بلغت نسبة تغطية التطعيم التهاب الكبد ب (HepB) إلى 82% في عام 2010 (WHO, 2012a). ومع ذلك، ظلت تغطية التحصين بين السن الأول في البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي أقل من المتوسط العالمي ومتوسط البلدان النامية الأخرى باستثناء HepB و Pol3. وتشكل التعبئة الاجتماعية غير الكافية للطلب الكافي للمجتمع في التطعيم، والإدارة الفقيرة والنظم اللوجستية، وعدم كفاية التمويل لأنشطة التحصين في البلدان المنخفضة الدخل، وتقديم لقاحات جديدة في البلدان المتوسطة الدخل، وكذلك في حالات الطوارئ والأمن في مناطق الصراع، هي من بين التحديات الكبرى.



التغذية

الوزن المنخفض عند الولادة للمواليد الجدد

ظل انتشار الوزن المنخفض عند الولادة (LBW) للمواليد الجدد في البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي أعلى من معدلات العالم والبلدان المتقدمة. ووفقاً لأحدث البيانات المتاحة خلال الفترة 2000-2010، تم تسجيل حوالي 14.3% من الوزن المنخفض عند الولادة من مجموع الولادات في البلدان الأعضاء. وخلال هذه الفترة، شكل مجموع الولادات في البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي حوالي 29% من العالم و31% في البلدان النامية، حيث تم تسجيل إجمالي الوزن المنخفض عند الولادة بحوالي 31% في العالم و32% في البلدان النامية فقط في البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي (WHO, 2012a). تم تسجيل أعلى نسبة انتشار الوزن المنخفض عند الولادة (LBW) للمواليد الجدد في موريتانيا (34%)، وتليها باكستان (32%)، والنيجر (27%). وقد أظهرت الأبحاث الأخيرة أن الأطفال ذوي أم كانت طفلة منخفضة الوزن عند الولادة هي أربع مرات أكثر عرضة لإنتاج طفل LBW، والاحتمال هو ستة أضعاف في حالة وجود أب LBW. لذلك، أصبح الحد من LBW للمواليد الجديدة مهما للأجيال القادمة أيضاً. وتمثل الولادات LBW مشكلة صحية كبيرة للرضع، وأسرهم، والمجتمع. ولا تشمل التكاليف المرتبطة فقط بتكاليف المستشفى الأولية للأم والطفل، ولكن أيضاً بالتكاليف على المدى الطويل المرتبطة بالعاثات التنموية العصبية، وصعوبات التعلم، وتقلص مدة الحياة بسبب الاضطرابات الطبية.

وتشمل عوامل الخطر المرتبطة ب LBW بالسلبات الاجتماعية الاقتصادية، وضعف صحة وتغذية المرأة والتدخين واستهلاك المخدرات والكحول والتعرض للاعتداء أثناء الحمل. وقد ثبت أن تدخين الأمهات الحوامل هو واحد من أكثر عوامل الخطر القابلة للتعديل لمنع وجود أطفال LBW.

الرضع رضاعة طبيعية خالصة

في البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي، 30% من المواليد الجدد تلقوا رضاعة طبيعية خلال الأشهر الستة الأولى من حياتهم خلال 2000-2010، بينما في جميع أنحاء العالم حصل أكثر من ثلث المواليد الجدد على رضاعة طبيعية (36%). على الصعيد القطري الفردي، تراوحت نسبة انتشار الرضاعة الطبيعية من مستوى منخفض بلغ 1% في جيبوتي إلى ارتفاع 60% في أوغندا (WHO, 2012a). وظل انتشار الرضاعة الطبيعية أقل من 15% في الدول الأعضاء الخمسة عشر. وقد أظهرت الدراسات أن الأطفال الذين يرضعون على الأقل ست مرات لهم فرصة أكبر للبقاء على قيد الحياة في الأشهر الأولى أكثر من الأطفال الذين لم يحصلوا على رضاعة طبيعية.

في هذا الصدد، ينبغي أن توضع سياسات التغذية الوطنية للرضع وصغار الأطفال وكذلك الأطر الاستراتيجية وتنفيذها. وينبغي أيضا أن تطور خطط للبرنامج وتنفيذها لتفعيل هذه الاستراتيجيات.

قصر القامة ونقص الوزن وزيادة الوزن عند الأطفال

انتشار قصر القامة ونقص الوزن وزيادة الوزن لدى الأطفال دون سن الخامسة هي مؤشرات هامة جدا لقياس الاختلالات الغذائية طويلة المدى وسوء التغذية لدى السكان. في الفترة 2000-2011، وصل انتشار قصر القامة 36%، ونقص الوزن 22% وزيادة الوزن 8% في بلدان منظمة التعاون الإسلامي. في البلدان النامية غير الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي، شهدت هذه الحصص خلال نفس الفترة نسب 31% و22% و5% على التوالي. فيما بين بلدان منظمة التعاون الإسلامي، أكثر من 50% من الأطفال نقل أعمارهم عن خمس سنوات كانوا ذو قامة قصيرة في أفغانستان (59%)، واليمن (58%) والنيجر (55%). وظل المعدل الأعلى لانتشار نقص الوزن في اليمن (43%) وبنغلاديش (41%). وكانت أعلى معدلات زيادة الوزن في ألبانيا (23%) وليبيا (22%). في حين أن نسبة الأطفال ناقصي الوزن في خمسة عشر بلدا عضوا في منظمة التعاون الإسلامي هي فوق المتوسط العالمي البالغ 21%، ونسبة الأطفال ذو القامة القصيرة في 22 بلدا في منظمة التعاون الإسلامي هي فوق المتوسط العالمي البالغ 32%. من ناحية أخرى، شهدت نسبة السمنة بين الأطفال في 30 دولة في منظمة التعاون الإسلامي أعلى من المتوسط العالمي بنسبة 6% (WHO, 2012a).

الأطفال الذين يعانون من قصر القامة هم في خطر أكبر حيث سيواجهون صعوبة في التعلم، واللعب، والمشاركة في الأنشطة العادية للأطفال، وأن يكونوا أعضاء فاعلين في المجتمع بعد ذلك. والأطفال المصابين بسوء التغذية هم أيضا أكثر عرضة للإصابة بالأمراض والعاهات بشكل متكرر بسبب ضعف الاستجابة المناعية، وكذلك الخطر الأكبر للإصابة بالسمنة أو البدانة في ما بعد ذلك. أيضا، يؤثر نقص التغذية من نقص المغذيات الدقيقة أو "الجوع الخفي" على أكثر من مليار شخص على مستوى العالم، ويمكن أن يؤدي إلى خفض النمو، والتطور المعرفي، والعيوب الخلقية، والعمى، وضعف الصحة العامة. ونقص فيتامين (أ) ونقص الحديد وفقر الدم والاضطرابات الناجمة عن نقص اليود هي من بين الأشكال الأكثر شيوعا من حيث سوء التغذية بالمغذيات الدقيقة.

وفيات الرضع والأطفال

وفيات الرضع

في عام 2010، توفي واحد من كل 18 طفل قبل بلوغهم العام الأول في بلدان منظمة التعاون الإسلامي، مقابل واحد من كل 23 طفل في البلدان النامية، وواحد من كل 25 طفلا في العالم، وواحد من كل 211 أطفال في البلدان المتقدمة. وانخفض معدل متوسط وفيات الرضع في دول منظمة التعاون الإسلامي من 84 حالة وفاة لكل 1000 ولادة حية في عام 1990 إلى 56 في عام 2010. في عام 2010، تراوح معدل وفيات الرضع بين 63 و 92 حالة وفاة لكل 1000 ولادة حية في الدول الأعضاء الخمسة عشر (SESRIC, 2011).

وحيث أن أكثر من ثلث وفيات الأطفال تحدث خلال الشهر الأول من الحياة، فإن توفير الرعاية الماهرة للأمهات أثناء الحمل، وكذلك أثناء وبعد الولادة، تساهم إلى حد كبير في بقاء الطفل قيد الحياة.

وفيات الأطفال دون خمس سنوات

في البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي، انخفض معدل وفيات الأطفال دون خمس سنوات من 126 حالة وفاة لكل 1000 ولادة حية في عام 1990 إلى 82 في عام 2010. على الرغم من هذا التحسن، يموت طفل من بين 12 طفلا في البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي قبل بلوغهم سن الخامسة مقابل واحد من بين 16 طفل في البلدان النامية وواحد من بين 18 طفلا في العالم (SESRIC, 2011). في عام 2010، كانت ثلاث دول أعضاء بمنظمة التعاون الإسلامي الدول الثلاث الأولى بمعدل أعلى لوفيات الأطفال دون خمس سنوات، وكانت الصومال في المرتبة الأولى، تلتها مالي وبوركينا فاسو.

ويظهر أنه من الممكن تجنب أكثر من 60% من مجموع وفيات الأطفال دون سن الخامسة من خلال وضع رعاية وقائية مثبتة ومنخفضة التكلفة، والعلاج. وتشمل الرعاية الوقائية رضاعة طبيعية مستمرة، وتطعيم، وتغذية كافية. ولا بد من تحسين قدراتها في تحديد عوامل الخطر القابلة للتعديل وتحديد أفضل الاستراتيجيات للوقاية. وهناك حاجة لمزيد من الاستثمار وعاملين مدربين ومجهزين في الصحة للوصول إلى معظم الأطفال الذين لم يحصلوا على الرعاية الصحية الأساسية حتى اليوم. وتدريب الأسر والمجتمعات المحلية هي أفضل السبل لتثنية أطفالهم بشكل صحي وكذلك كيفية التعامل مع المرض عند وقوعه، هي مهمة أيضا للحد من وفيات الأطفال.

د. الأدوية واللقاحات والتكنولوجيات الطبية



الأدوية: المعلومات عن إمكانية الحصول على الأدوية هي ليست متاحة بسهولة. وكبديل للوصول، تشير استطلاعات منظمة الصحة العالمية أن: (أ) يختلف توافر الأدوية الأساسية اختلافا كبيرا بين البلدان، و(ب) توافر الأدوية هو بشكل عام أقل من القطاع العام منه في القطاع الخاص (WHO, 2012a)، كل من هذه النتائج هي ذات أهمية حيوية. وتشير النتائج السابقة إلى عدم التجانس من حيث توافر الأدوية في دول منظمة التعاون الإسلامي، في حين أن الأخيرة تشير إلى هيمنة القطاع الخاص باعتباره المصدر الرئيسي للدواء للمريض. ومع

ذلك، تجدر الإشارة إلى أنه بين عامي 2003 و 2009، في جميع أنحاء دول منظمة التعاون الإسلامي، بلغت نسبة متوسط أسعار المستهلك للأدوية الجنيسة المختارة في القطاع الخاص ثلاث مرات أكثر من نسبة السعر في القطاع العام كنتيجة لارتفاع أسعار الصانعين، وارتفاع هوامش الربح، والضرائب والرسوم الجمركية.

التيقظ والسلامة الدوائية¹⁰ هي ضعيفة في الكشف والتحقيق والإبلاغ عن الآثار الضائرة التي تعقب الدواء والتطعيم. حيث لا وجود لنظم فعالة لضمان الجودة والمراقبة في كثير من البلدان، ولذلك فإن بيع الأدوية المزيفة هي مشكلة رئيسية. ويتم استيراد أكثر من 90% من المنتجات الطبية، والاستخدام غير الرشيد هو على نطاق واسع.

¹⁰ يتم تعريف التيقظ والسلامة الدوائية كعلم وكأنشطة متصلة بكشف وفهم وتقييم والوقاية من الآثار الضارة أو أي مشكلة تتعلق بالمخدرات.

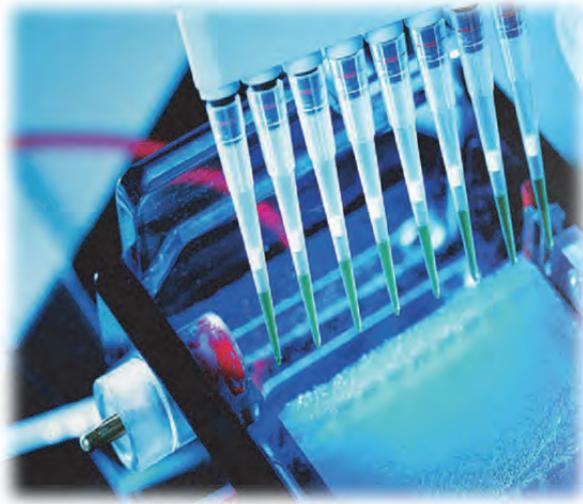
اللقاح: تعرض بلدان منظمة التعاون الإسلامي هيكلًا غير متجانسًا من حيث التمكن من استيعاب لقاحات جديدة. وتعتبر البلدان المنخفضة الدخل من خلال التحالف العالمي للقاحات والتمنيع (GAVI) -والتي انطلقت في عام 2000 لغرض وحيد هو تحسين صحة الطفل بزيادة فرص الحصول على التحصين في البلدان الأكثر فقرًا في العالم- والبلدان ذات الدخل المرتفع مثل دول الخليج هي ناجحة في استيعاب لقاحات جديدة. على العكس من ذلك، تعاني البلدان المتوسطة الدخل (MICs) من مصاعب مالية وتشغيلية في تقديم لقاحات جديدة (WHO/EMRO 2012). ويشكل عدم وجود أموال كافية والأسعار السائدة المرتفعة للقاحات الجديدة عقبتين رئيسيتين، من بين عوامل أخرى. ويقدم الموردون أسعارًا مرتفعة نسبيًا للقاحات الجديدة مقارنة مع اللقاحات التقليدية EPI. وعلى الرغم من عبء المرض وتطلع صانعي القرار، فإن محاولات إدخال قدم المساواة والحفاظ على اللقاحات الجديدة لجميع الأطفال لم تكن ناجحة في البلدان المتوسطة الدخل.

العرض والتوزيع

الأدوية: يؤدي التوزيع غير الصحيح والعرض المفرط للمنتجات المشتراة إلى تصاعد تكاليف التسليم وعدم المساواة في الحصول عليها فيما بين السكان (WHO/EMRO, 2012). ولذلك، فإن العمل الجيد لنظام إدارة إمدادات الأدوية هو أمر حيوي لضمان عدم انقطاع الإمدادات من الأدوية الأساسية التي تكون ذات فعالية ونوعية جيدة، والوصول إليها ماديا وماليا واستخدامها بعقلانية. ولإجراء تقييم متعمق لنظام يوفر معلومات عن التدخلات المستهدفة لتعزيز النظام، تواجه الدول الأعضاء، بصفة عامة، العديد من التحديات فيما يتعلق بالعرض وسلسلة شراء الأدوية (PSM)، وبين عدم انتظام توريد الأدوية وخاصة في البلدان ذات الدخل المنخفض (LICs)، لعدم وجود بيانات للكمية المناسبة للاحتياجات في حالات الطوارئ والأزمات، وعدد كبير من الخطوات من مصنعي المكونات الصيدلانية النشطة (API) إلى المستهلك الذي يمثل عقبة تضيق تكلفة إضافية على سعر الدواء بالتالي الحد من الوصول.

وحيث أن بيانات الإنتاج المحلي والاستهلاك هي غير متوفرة إلى حد كبير في صناعة الأدوية في دول منظمة التعاون الإسلامي. بالنسبة للبلدان ذات البيانات المتاحة، فالإنتاج المحلي لا يلبي حصة ضئيلة من الطلب، والرخصة هي مسألة أخرى في بلدان منظمة التعاون الإسلامي. وعموماً، فإن عدد الصانعين المرخص لهم لا يكفي وبالتالي فإن الأدوية لا تلبى معايير الجودة العالمية.

اللقاح: شراء اللقاحات هو معقد ويتطلب معرفة متخصصة ونهجًا دقيقًا. يرجع ذلك إلى حقيقة أن اللقاحات هي منتجات بيولوجية معقدة، وحساسية للحرارة وهي مختلفة عن الأدوية، وشرائها لا يتبع نفس الإجراءات في الأدوية. وهناك العديد من الشركات التي تنتج لقاحات ولكن فقط عدد قليل يلبي المعايير المعترف بها دوليًا من السلامة والفعالية (WHO/EMRO, 2012). ونظرًا لخصوصيات



اللقاحات، يجب أن تكون الجودة والسلامة والفعالية أول ما يؤخذ في الاعتبار، حيث ينبغي احترام ظروف سلسلة التبريد أثناء الشحن وينبغي أن تكون غرفة باردة متاحة في وقت تلقي اللقاحات. ويشكل رئيسي تكفل وزارات الصحة (MoH) بتوزيع اللقاحات إذا كان اللقاح لبرنامج التحصين الوطني، أو عن طريق مؤسسة الإمدادات، أو من قبل موردي اللقاح في القطاع الخاص إذا كان اللقاح موجهًا للقطاع الخاص. وعندما يتم توزيع اللقاحات من قبل وزارة الصحة، إلى حد ما يتم احترام سلسلة التبريد أثناء النقل في حين أن إدارة اللقاحات بما في ذلك ظروف سلسلة التبريد نادرا ما يتحكم فيها القطاع الخاص (WHO/EMRO, 2012).

ويتطلب التسليم الناجح لبرامج التطعيم إمدادات لقاحات فعالة لمقدمي الخدمات. ويوجد نظامين مختلفين: البرنامج الوطني للتطعيم في القطاع العام والذي يتركز بشكل رئيسي على البرنامج الموسع للقاحات التحصين (EPI) والشراء المباشر من مخازن الأدوية في القطاع الخاص. وتصنف دول منظمة التعاون الإسلامي في مجموعتين وفقا لمصدر اللقاحات التي تستخدم في برنامجها الموسع للتحصين: البلدان التي مصدر لقاحاتها هي اليونيسيف¹¹ والدول المشتركة للقاحات مباشرة من الشركات المصنعة¹².

هـ. الاستجابة لحالات الطوارئ والتدخلات الصحية

بينما يتعرض بعض البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي في الغالب إلى كوارث طبيعية، فإن البعض الآخر يواجه الصراعات وغيرها من أوجه عدم الاستقرار التي تغير الحياة العامة وتعكر التنمية الاجتماعية والاقتصادية. في مثل هذه الظروف، قد يتعطل نظام الخدمات برمته، وقد تكون الخدمات الأساسية المطلوبة من قبل المتضررين غير مقدمة على نحو فعال. بشكل خاص، يمكن لعدم كفاية الخدمات الصحية أن يزيد من تفاقم حالة الطوارئ مع انتشار الأمراض وغيرها من المشاكل الصحية على المدى الطويل. ومن أجل أن تكون قادرة على إدارة مثل هذه الحالات المعقدة، ينبغي اتخاذ إجراءات مصممة بعناية ومنسقة للحد من الخسائر في الأرواح والوقاية من الأمراض التي يمكن تجنبها.

التحدي الأكثر أهمية في حالات الطوارئ الصحية هي القدرة على ضمان تنسيق الإجراءات من جميع الجهات الصحية وعلى وجه الخصوص، إجراءات الجهات الفاعلة الخارجية الصحية هي منسقة بشكل جيد مع إجراءات السلطات الصحية الوطنية والمحلية والجهات الفاعلة. في حين أن استراتيجية الخطة الصحية القائمة لتخطيط الاستجابة الصحية في جميع أنحاء المنطقة (المناطق) المتضررة، حيث يمكن لتخصيص الموارد بين المناطق أن يخفف بشكل كبير من التنسيق، واستراتيجية تشغيلية هي عادة ليست متوفرة في البلدان المتأثرة بالأزمات.

وثمة تحد آخر مهم في حالة حدوث طوارئ وهي تحديد الثغرات في توافر الخدمات الصحية للسكان المتضررين من الأزمة، وتغطية الخدمات الأساسية، ومن ثم المعالجة السريعة لها. وبالمثل، فإن قدرة الخدمات الصحية على توسيع بما يفوق طاقتها العادية لتلبية الطلب المتزايد على الخدمات الصحية هو عامل هام من نظم الدعم في حالات الطوارئ الصحية. وفي هذا الصدد، فالإدارة الفعالة للموارد البشرية هي عنصر أساسي لضمان ما يكفي من الموظفين واستمرارية العمليات في حالات الطوارئ. وللتعبئة والتنسيق الفعال لجميع القطاعات الاجتماعية، ينبغي وضع خطة عمل مشتركة مع الجهات الفاعلة ذات الصلة الوطنية والمحلية والمنظمات غير الحكومية، وتحديد الأولويات الصحية، ولا سيما في مرحلة الإنعاش المبكر، وإيجاد التوازن بين احتياجات تقديم الخدمات العاجلة وإعادة بناء النظم الوطنية على المدى الطويل.

وخاصة في الأزمات المطولة أو حالات الطوارئ المعقدة الرئيسية، فإن هناك تأثير شديد على النظم الصحية في البلدان المتضررة. في حين تعيق المعلومات غير الموثوقة وغير المكتملة اتخاذ قرارات سليمة لاستجابة فعالة، فإن الظروف السريعة التطور تزيد الغموض. في كثير من الأحيان، لدى العاملين في مجال الصحة في البلدان المتأثرة بالصراعات خبرة محدودة في تحليل التشوهات

¹¹ 28 من هذه البلدان هي بلدان مؤهلة GAVI: أفغانستان، بنغلاديش، بنين، بوركينا فاسو، الكاميرون، تشاد، جزر القمر، كوت ديفوار، جيبوتي، غامبيا، غينيا، غينيا بيساو، وقيرغيزستان، ومالي، وموريتانيا، وموزمبيق، والنيجر، ونيجيريا، باكستان، السنغال، سيراليون، الصومال، جمهورية السودان، طاجيكستان، توغو، أوغندا وأوزبكستان واليمن. هناك أيضا اثنتان من البلدان المتوسطة الدخل: لبنان، المغرب.

¹² البحرين والكويت وإيران والعراق والأردن وليبيا وسلطنة عمان وفلسطين وقطر وباكستان والمملكة العربية السعودية، وسوريا، وتونس، والإمارات العربية المتحدة. وتجدر الإشارة إلى أن نسبة هامة من اللقاحات المستخدمة في دول مجلس التعاون الخليجي (GCC) تم شراؤها من خلال نظام المشتريات للقاح لجميع دول مجلس التعاون الخليجي

التخطيط الاستراتيجي والتنسيق: ولعل أهم العناصر الفعالة للاستجابة لحالات الطوارئ الصحية هي التخطيط الاستراتيجي والتنسيق. وهناك حاجة قوية إلى وجود خطة طوارئ وتعريف واضح للأدوار والمسؤوليات قبل حالة الطوارئ. ومع ذلك، وعموما لوحظت الثغرات التالية:

- عدم فعالية القطاع الصحي وآلية التنسيق بين القطاعات وكذلك ضعف التنسيق بين الخطط وأنشطة الاتصالات
- الثغرات الكبيرة في التغطية الجغرافية للخدمات الصحية، ويرجع في معظمها إلى صعوبة الوصول وانعدام الأمن
- عدم كفاية الموارد المالية لتنفيذ الإجراءات الضرورية للتقليل من وفيات وانتشار المرض التي يمكن الوقاية منها
- عدم ربط خدمات الطوارئ مع القدرات الموجودة، على سبيل المثال، إنشاء خيمة العيادة من دون دعم من المركز الصحي المحلي
- عدم وجود خطط للطوارئ وتنفيذية لمعالجة المنطقة المتضررة كلها
- عدم وجود الموظفين صحيين مدربين وعدم وجود حوافز مالية للعاملين الصحيين المحليين

تقديم الخدمات: بمجرد إعطاء الأولوية للأشخاص المتضررين وفقا لمستوى ضعفهم واحتياجاتهم إلى الخدمات الصحية وتأسيس آلية تنسيقية مناسبة، ينبغي توفير خدمات كافية بشكل صحيح. بعض التحديات التي تواجه تقديم الخدمات هي ما يلي:

- عدم كفاية الرعاية الصحية للأشخاص الذين يعانون من سوء التغذية، ومحدودية الوصول إلى خدمات الرعاية التوليدية الطارئة، مما أدى إلى ارتفاع معدل وفيات الأطفال والأمهات
- عدم وجود تحليل للوقت الحقيقي والإبلاغ عن مستوى تفشي الأمراض
- عدم الحصول على ما يكفي من موارد المياه الصالحة للشرب وعدم وجود وقاية من الأمراض التي تنقلها المياه
- عدم وجود وقاية موحدة وعلاج من الأمراض المعدية المناسبة للإعداد الوبائي ومرحلة الاستجابة
- عدم وجود دعم للصحة العقلية والنفسية الاجتماعية
- عدم كفاية نظم سلسلة التوريد، بما في ذلك الشراء والتخزين وتوزيع الأدوية والمستلزمات الطبية
- آليات الإحالة غير منظمة مع محدودية فرص الحصول على الرعاية الثانوية المنقذة للحياة أو الرعاية الثالثية
- عدم كفاية القدرات المخبرية لتشخيص الأمراض والتأكد من التفشي

و. المعلومات والأبحاث والتعليم والمناصرة

هناك صلة قوية بين مستوى المعلومات والتعليم والمناصرة والنتائج الصحية في بلد ما. وقد ثبت من خلال البحوث أن معظم الأمراض يمكن الوقاية منها عن طريق نقل معلومات دقيقة وذات صلة وتعليم المرضى ومقدمي الرعاية الصحية. ووفقا لمنظمة الصحة العالمية، يمكن تجنب معظم أمراض القلب والسكتات الدماغية ومرض السكري نوع 2 وحالات السرطان فقط من خلال تثقيف وإعلام الناس عن اتباع نظام غذائي صحي، وممارسة النشاط البدني/ممارسة الرياضة وعدم استخدام التبغ. ويمكن إنقاذ أكثر من مليون إنسان في كل عام من خلال تشجيع الرضاعة الطبيعية حتى سنتين على الأقل، ويمكن تجنب معظم الوفيات دون سن الخامسة من خلال تثقيف الآباء حول أهمية التغذية وكفاءة استخدام المال المخصص للطعام والذي ينفق أحيانا على الحلويات بدل منح أطفالهم العلاج.

على الصعيد العالمي، تعتبر التفاعلات الدوائية الضارة والاستخدام غير الرشيد للأدوية هي من بين الأسباب الرئيسية للوفاة في كثير من البلدان. وتشير التقديرات إلى أن نصف الأدوية وصفت بشكل غير مناسب أو يمكن الاستغناء عنها أو بيعها، وأن نصف جميع المرضى لم يأخذوا الدواء بطريقة صحيحة. هذه المشكلة هي خطيرة بشكل خاص في البلدان النامية، بما في ذلك العديد من البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي، حيث أن أقل من 40% من المرضى في القطاع العام و30% في القطاع الخاص يعاملون وفقا للمبادئ التوجيهية السريرية (WHO, May 2010). يمكن أن تحقق احتياجات المعلومات للمرضى من قبل الصيدلي من خلال التعليم التشاركي لمجموعات المرضى حول تأمين الأدوية، والاستخدام المناسب، في حين يمكن توفير العاملين الصحيين مع التدريب المهني لتحديث معلوماتهم عن التشخيص والممارسات الدوائية.



مثل نظرائهم من البلدان النامية، يعاني العديد من البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي من ضعف مستوى المعلومات الصحية والتعليم، والوضع حرج وخاصة في البلدان ذات الدخل المنخفض من آسيا وأفريقيا جنوب الصحراء الكبرى. على مر السنين، حملات التحصين في بعض البلدان الأعضاء لم تكن فعالة ويرجع ذلك أساسا إلى الخلافات المرتبطة بسلامة وجواز اللقاحات من الناحية الدينية، حيث ذكرت السلطات في البلدان الأعضاء مثل نيجيريا وباكستان أنه وفي كثير من الأحيان تتلقى معارضة من الجماعات الدينية والسياسية حول تنفيذ حملات التطعيم الوطنية ضد شلل الأطفال. وللتغلب على هذه المشكلة، أمنت الأمانة العامة لمنظمة التعاون الإسلامي فتوى دينية من

مجمع الفقه الإسلامي التي تشجع المسلمين على المشاركة ودعم حملات التطعيم الوطنية ضد شلل الأطفال. واستشهادا من القرآن، تحدد الفتوى واجب حماية الأطفال إذا كان من الممكن أن تتم الوقاية من هذا المرض. وهكذا، فإن الفتوى تعالج الحاجة الماسة إلى رفع مستوى الوعي في المجتمعات المسلمة عن فوائد حملات التطعيم ضد شلل الأطفال. ومع ذلك، هناك حاجة ماسة إلى فتاوى مماثلة لدعم جميع أنواع حملات التطعيم في البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي.

بشكل عام، التدابير ذات الصلة بتنظيم الأسرة هي أيضا أقل فعالية ويرجع ذلك أساسا إلى عدم وجود معلومات وتعليم العاملين في مجال الصحة فضلا عن الفئات المستهدفة. واستنادا إلى الأبحاث التي أجريت من قبل مختلف الوكالات الصحية الوطنية والدولية، يعتبر الافتقار إلى المعرفة، والوصول إلى المشاكل، والمخاوف من الآثار الجانبية، هي العوامل الرئيسية التي تحد من استخدام تدابير تنظيم الأسرة في العديد من البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي. ليس فقط أغلبية السكان التي تفتقر عموما للمعرفة الأساسية عن هذه التدابير ولكن أيضا العديد من المعلومات المضللة. على سبيل المثال، كثير من الناس يعتقدون أن استخدام وسائل منع الحمل لا يجوز في الإسلام، في حين يعتقد البعض الآخر أنه غير صحي ويمكن أن يؤثر على الخصوبة، وبالتالي أولئك الذين يستخدمون وسائل منع الحمل لن يكونوا قادرين على الإنجاب لاحقا. ويمكن معالجة المشاكل ذات الصلة بنقص المعرفة والوصول عن طريق زيادة الوعي على نطاق المجتمع المحلي حول تنظيم الأسرة وخاصة من خلال إشراك العلماء الدينيين المحليين وضمان توافر وسائل منع الحمل محليا. وينبغي لحملات التوعية المجتمعية أن تركز بوجه خاص على استخدام وسائل منع الحمل للمساعدة على التصورات السلبية حول هذا الموضوع.

التحدي الرئيسي الآخر في البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي هو نقص المعلومات والتعليم للعاملين في مجال الصحة. مثل نظرائها في العديد من البلدان النامية الأخرى، لا زال مقدمو الرعاية الصحية في البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي يفتقرون إلى المعلومات الأساسية والعملية والخبرات التي تمكنهم من تقديم رعاية صحية آمنة وفعالة. هذا النقص في المعرفة حول أساسيات كيفية تشخيص وإدارة الأمراض الشائعة، يؤدي إلى عدم فعالية ممارسات الرعاية الصحية وخطورتها التي تؤدي إلى فشل معظم الأدوية الحديثة وتسبب العديد من الوفيات التي يمكن تجنبها. بغض النظر عن مستوى التنمية الاقتصادية والتقدم، ووفقاً لنتائج بعض الدراسات الاستقصائية (Neil & Frederick, 2009)، هناك فجوة كبيرة في المعرفة والوعي سواء فيما بين مقدمي الرعاية الصحية والمرضى في كثير من البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي.

التحديات في مجال التعليم الطبي والتمريض هي شائعة إلى حد ما في جميع دول منظمة التعاون الإسلامي. على الرغم من التقدم المحرز في تحديث المناهج الطبية والتمريض في مؤسسات مختارة، فإن غالبية المدارس لا تزال تتبع البرامج التقليدية التي، إلى حد كبير، لم تتطور لتصبح على أساس الكفاءة. وقد بدأت البرامج التدريبية لطب الأسرة في عدة بلدان، ولكن نطاقها لا زال محدوداً. وتضم العوامل الأساسية في عدم إحراز تقدم في هذا المجال ما يلي: عدم وجود تنسيق فعال بين مقدمي الخدمات بما في ذلك وزارات الصحة ومؤسسات التعليم العالي، والقدرة المحدودة للمؤسسات لتوفير تدريب على نطاق واسع لأطباء الأسرة، وكذلك تحويل كوادر الأطباء العاميين الموجودين إلى أطباء الأسرة من خلال برامج مخصصة، وعدم القدرة على إقامة طب الأسرة باعتباره مساراً وظيفياً جذاباً للخريجين الجدد.

تتعلق التحديات الرئيسية لضمان الحصول على جودة تعليم التمريض في دول منظمة التعاون الإسلامي بعدم كفاية الاستثمار وضعف الأولوية المعطاة لتعليم التمريض وعدم وجود القدرات في مدارس التمريض من حيث توافر المدربين وكذلك البنية التحتية، والحاجة إلى تحديث مناهج التمريض من أجل سد فجوة خدمة التعليم، ومحدودية القدرة المؤسسية لتقديم برامج التدريب ما بعد الأساسي، وعدم الاهتمام غير الكافي على برنامج التطوير المهني المستمر.





برنامج العمل

.V

برنامج العمل الاستراتيجي لمنظمة التعاون الإسلامي في الصحة 2014-2023 OIC-SHPA هو إطار للتعاون بين البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي، ومؤسساتها ذات الصلة والمنظمات الدولية في مجال الصحة. ويهدف OIC-SHPA إلى تعزيز نظام تقديم الرعاية الصحية وتحسين الوضع الصحي في البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي وخاصة من خلال تسهيل وتشجيع نقل المعرفة البيئية بين منظمة التعاون الإسلامي والخبرة في مجال الصحة.

وتقترح OIC-SHPA ستة مجالات مواضيعية للتعاون، وتوفر مختلف برامج العمل (PA) والأنشطة في كل مجال من المجالات المواضيعية التي ينبغي أن تضطلع جماعيا من قبل الدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي بالتعاون مع المؤسسات ذات الصلة والمنظمات الدولية سواء على المستوى الوطني أو على مستوى التعاون البيئي في منظمة التعاون الإسلامي. هذه البرامج العملية هي مقترحة من قبل سيسريك وليست بالضرورة نهائية. وهي مفتوحة للنقاش ويمكن تنقيحها وتعديلها قبل وضع الصيغة النهائية لمشروع وثيقة منظمة OIC-SHPA.

المجال المواضيعي الأول: تعزيز النظام الصحي

P.A.1.1: التحرك نحو تغطية الرعاية الصحية العالمية

اتخاذ إجراءات على المستوى الوطني

- i. إنشاء لجنة رفيعة المستوى متعددة القطاعات الصحية بالإضافة إلى التعاون المشترك بين القطاعات على المستوى المحلي مع تمثيل وزارات القطاع العام الأخرى والمنظمات غير الحكومية، والقطاع الصحي الخاص وأصحاب المصلحة الآخرين من أجل إعداد خارطة طريق لتحقيق تغطية صحية شاملة؛
- ii. تعزيز أو إنشاء وحدة اقتصاديات الصحة في وزارة الصحة تكون مسؤولة عن إجراء تحليل منظم للحسابات الصحية الوطنية، ودراسات الاستخدام الصحي والإنفاق؛
- iii. ضمان الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية الأولية لتمهيد الطريق لتغطية الرعاية الصحية الشاملة؛
- iv. وضع مبادئ توجيهية فعالة مع ضوابط وموازنات كافية لتوفير الرعاية الصحية من القطاع الخاص المهيكل، وخاصة إشراك مقدمي الرعاية الصحية الخاصة (الأطباء وأطباء الأسنان والصيادلة والقابلات والمرضات) في توفير الخدمات الصحية بما في ذلك في المناطق الريفية والناحية على أساس خدمة مجانية.

- v. إنشاء ترتيب لنظام المدفوعات (على سبيل المثال، الوصول إلى الرعاية الصحية الأولية، تسديد مشترك / تقاسم التكاليف للحصول على الرعاية الصحية الثانوية والثالثية).

اتخاذ إجراءات على مستوى منظمة التعاون الإسلامي والتعاون الدولي

- i. تسهيل تبادل المعرفة والمشاركة في إنتاج معارف جديدة فيما بين البلدان الأعضاء من خلال برامج بناء القدرات المشتركة التي تجمع منفذي وصناع القرار للاشتراك في تطوير أساليب مبتكرة لتسريع التقدم نحو تنفيذ التغطية الشاملة للرعاية الصحية؛
- ii. خطة بناء القدرات للموظفين العاملين في وحدات اقتصاديات الصحة الوطنية لوزارات الصحة، وذلك لإجراء تحليل الحسابات الصحية الوطنية واستخدام القدرات الفنية لمنظمة الصحة العالمية والبنك الدولي والوكالات الدولية الأخرى؛
- iii. وضع مجموعة مشتركة، قابلة للمقارنة، بدء من مؤشرات التقدم نحو تغطية صحية شاملة التي هي بحاجة لتمكين البلدان التي تمر بالإصلاحات لتقييم النتائج وإجراء تصحيحات في منتصف الفترة في السياسات وتنفيذها؛
- iv. دعم البلدان الأعضاء على وضع سياسات وبرامج لتغطية الرعاية الصحية الشاملة من خلال توفير تحليل السياسات والمشورة لمساعدة البلدان على وضع خيارات لشراء خدمات فعالة، وتجميع الموارد، ورفع العائد.
- v. تسهيل تبادل المعارف وأفضل الممارسات في تطوير نظام المدفوعات لتغطية الرعاية الصحية الشاملة.

P.A.1.2: تحسين فرص الحصول على خدمات الرعاية الصحية المتكاملة والأمنة وذات الجودة

اتخاذ إجراءات على المستوى الوطني

- i. وضع مجموعة أساسية من الخدمات الصحية على مستوى الرعاية الصحية الأولية؛
- ii. تحسين جودة الخدمات المقدمة للرعاية الصحية من خلال شبكة متكاملة من مرافق الرعاية الصحية الأولية، والعاملين في مجال الصحة المجتمعية، والتعاقد الخارجي مع منظمات غير حكومية، وفريق التوعية والمتطوعين، أو مزيج منهما؛
- iii. ضمان الوصول المادي إلى مجموعة من الخدمات على أساس احتياجات المجتمع، وضمان استمرارية الرعاية، تقدم مع اتباع نهج متكامل وتسليم من قبل فريق مدرب جيداً ومتعدد التخصصات.
- iv. إشراك الأفراد والمجتمع في تقدير الاحتياجات، وتحديد الأولويات، وتنفيذ ورصد وتقييم خدمات الرعاية الصحية العامة، لجعل التدخلات الصحية مستدامة؛
- v. المزيد من الاستثمار في بناء قدرات الرعاية الذاتية: محور هذا النظام هو تحديد السياق الاجتماعي والبيئي حيث تحدث المشاكل الصحية، وتحديد عوامل الخطر والبحث عن سبل للتغلب على العوائق التي تحول دون تحقيق الصحة؛
- vi. تشجيع التعاون بين القطاعات من أجل تنمية مستدامة للصحة. ويظهر خطاب المحددات الاجتماعية بوضوح أن معظم اللامساواة الصحية هي ليست بسبب نقص فرص الحصول على الخدمات الصحية، ولكن من تأثير عدم المساواة في القطاعات الأخرى مثل السكن والتعليم، والمهنة أو الدخل؛
- vii. التعاون مع القطاعات الأخرى التي تؤثر على الصحة مثل التعليم والعمل والعدالة والخدمات الاجتماعية لا بد من التخطيط لها ودمجها في إدارة نظام الصحة؛
- viii. ضمان سلامة المستشفى والجودة والكفاءة على أساس المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية في سلامة المرضى، وضمان اعتماد المرافق الصحية كجزء لا يتجزأ من تنظيم النظام الصحي.

- ix. وضع آليات لتمويل صحي مستدام من أجل الحد من أوجه عدم المساواة في الحصول على الرعاية الصحية.
- x. تعزيز / تبسيط نظام لإصدار الشهادات للعاملين في القطاع الخاص (الأطباء وأطباء الأسنان والصيدالدة والقابلات والمرضات) للمشاركين في تقديم الخدمات؛
- xi. تطوير وتعزيز المبادئ التوجيهية لبرنامج مكافحة استخدام المضادات الحيوية والاستخدام الرشيد للأدوية في مرافق الرعاية الصحية.

اتخاذ إجراءات على مستوى منظمة التعاون الإسلامي والتعاون الدولي

- i. تسهيل تبادل المعارف وأفضل الممارسات بين الدول الأعضاء من خلال برامج بناء القدرات؛
- ii. تعزيز تقييم البرامج الصحية في الدول الأعضاء وتوفير الحوافز للبرامج التي تثبت تحسناً قابلاً للقياس؛
- iii. المساهمة في تمويل المرافق الصحية؛
- iv. تقديم المساعدة الفنية للبلدان الأعضاء من أجل إنشاء وتعزيز معاهد وطنية للصحة العمومية ومدارس للصحة العامة؛
- v. الإشراف على وضع معايير لتعريف تنمية القدرات في تحسين فرص الحصول على خدمات الرعاية الصحية.
- vi. تسهيل التعاون البيني في المجال المتخصص للرعاية الصحية (الفروع الطبية والصيدلانية والتمريض) لتحسين الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية متكاملة وذات جودة في الدول الأعضاء.

P.A.1.3: تعزيز نظم المعلومات الصحية بما في ذلك جمع وتحليل البيانات المفصلة واستخدامها لتطوير السياسات

اتخاذ إجراءات على المستوى الوطني

- i. استعراض الوضع الحالي لنظام المعلومات الصحية الوطنية وعناصره الرئيسية وتحديثه (رصد المخاطر الصحية وانتشار الأمراض مصنفة على الأقل من حيث العمر والجنس ومكان الإقامة، وتسجيل إحصائيات الوفيات مصنفة حسب أسباب محددة وتقييم قدرة النظام الصحي والأداء)؛
- ii. التنسيق مع أصحاب المصلحة الرئيسيين مثل المكتب الإحصائي الوطني والوزارات ذات الصلة والمنظمات، ووضع خطة لمعالجة الثغرات في نظام المعلومات الصحية الوطنية؛
- iii. تعزيز القدرات والإجراءات الوطنية في مجال إجراء تحليل عادل للبيانات المفصلة التي تم جمعها من خلال نظام المعلومات الصحية الوطنية، ودعمها بالبيانات المعنية بالمحددات الاجتماعية للصحة، للتأكد أنه ومن خلال سكان البلد تحديد نقاط الضعف/ التفاوت في الصحة ورصدها والتصدي لها؛
- iv. تخصيص صناديق خاصة لبناء البنية التحتية لتكنولوجيا المعلومات، وربط جميع المرافق وليس فقط المستشفيات العامة، مع شبكة المعلومات على نطاق المنظومة المتكاملة؛
- v. وضع شبكة وطنية للمعلومات الصحية التكنولوجية على أساس معايير موحدة لضمان قابلية التشغيل المشترك بين جميع أصحاب المصلحة في الرعاية الصحية؛
- vi. تحسين مراقبة نظام المعلومات الصحية واستخدام معلومات استراتيجية لتطوير السياسات ذات الصلة.

اتخاذ إجراءات على مستوى منظمة التعاون الإسلامي والتعاون الدولي

- i. مساعدة البلدان في وضع نظم المعلومات الصحية التي تسهم في تحسين مراقبة الأمراض، وإدارة المريض، ورصد البرنامج، والتخطيط الصحي العام؛
 - ii. مساعدة البلدان في تطوير القدرات من أجل القيام بأنشطة المراقبة الحرجة مثل رصد عبء المرض، وتتبع بيانات انتشار المرض والوفيات، وتقييم عوامل الخطر السلوكية، ورصد وتقييم أثر التدخلات الصحية؛
 - iii. توفير القيادة في وضع معايير ثابتة لمعلومات الصحة العامة العالمية؛
- زيادة قدرة وزارات الصحة على النجاح في إدارة عملية تحويل البيانات إلى معرفة والمعرفة إلى مبادئ توجيهية، والمبادئ التوجيهية إلى برامج محسنة وفعالة من حيث التكلفة، وممارسة الصحة العامة.

P.A.1.4: تعزيز قوى عاملة صحية متوازنة والمدارة بشكل جيد مع تركيز خاص على المناطق النائية والمحرومة

اتخاذ إجراءات على المستوى الوطني

- i. إنشاء المجلس الاستشاري الوطني للموارد البشرية في مجال الصحة لتسهيل تدريب وتوظيف وإدارة القوى العاملة الصحية في جميع أنحاء البلاد؛
- ii. إجراء استعراض مفصل حول الوضع الراهن للموازنة بين الجنسين في القوى العاملة الصحية ووضع خطة شاملة تتماشى مع الخطط الصحية الوطنية، والتي تغطي إنتاج وتدريب وإبقاء القوى العاملة الصحية، وذلك بالتعاون مع وزارة التعليم العالي والمؤسسات الأكاديمية وشركاء آخرين؛
- iii. ضمان وصول المناطق الفقيرة والمحرومة لخدمات الرعاية الصحية الأولية من خلال تدريب ونشر العاملين في صحة المجتمع مألوفة بلغة وثقافة السكان المحليين؛
- iv. التعاون مع المنظمات غير الحكومية والهيئات الدولية لتدريب ونشر العاملين في مجال الصحة على مستوى المجتمع المحلي لتوفير الخدمات الصحية وخاصة في المناطق الريفية؛
- v. وبالنظر إلى أهمية نهج ممارسة الأسرة لتقديم خدمات الرعاية الصحية، فلا بد من استعراض الحالة الراهنة، والإنتاج والتوزيع العادل لأطباء الأسرة، وتطوير خطط ملموسة قصيرة ومتوسطة الأجل لمعالجة الثغرات في نوعية وعدد ممارسي طب الأسرة؛
- vi. تحديد التدابير الرامية إلى تحسين الاحتفاظ، والدافع وأداء الموظفين من خلال تطوير خطط الحوافز على أساس الأداء مثل تقاسم رسوم التعويض الجزئي وأفضل بيئة عمل، وبرنامج التدريب أثناء الخدمة، وفرص تطوير الوظيفة للحد من اختلال التوازن بين المناطق الحضرية والريفية و"هجرة الأدمغة"؛
- vii. يجب أيضا بذل الجهود لاعتماد المؤسسات الأكاديمية من أجل ضمان برامج تدريبية عالية الجودة لجميع كوادر القوى العاملة الصحية؛
- viii. يجب أن يتم إجراء توازن بين إنتاج القوى العاملة الصحية وانتشارها واستخدامها من قبل النظام الصحي (بغض النظر إلى القطاع العام / الخاص) واحتياجات المجتمع بناء على الاتجاهات الوبائية للأمراض؛
- ix. إطلاق برامج المنح الدراسية لجذب المزيد من الطلاب في المهن الصحية؛
- x. اتخاذ التدابير اللازمة لدمج التعليم والتعلم مع الممارسات السريرية.

.xi تطوير معايير الكفاءات للعاملين والصيادلة في نقاط الإعدادات المختلفة للخدمات الصحية، وذلك بالتنسيق مع الجمعيات المهنية الصحية، على سبيل المثال: مستشفى، صيدلية المجتمع، ومراكز صحة المجتمع.

اتخاذ إجراءات على مستوى منظمة التعاون الإسلامي والتعاون الدولي

- i. تسهيل نقل المعرفة وتبادل الخبرات في مجال توظيف وتدريب وإدارة القوى العاملة الصحية، ووضع أيضا شبكة بينية لمنظمة التعاون الإسلامي من مراكز التميز في التدريس والتدريب الصحي؛
 - ii. رفع التزام الحكومات لتخطيط وتنفيذ ممارسات الأسرة والمساعدة في تطوير أدوات صالحة لمساعدة البلدان الأعضاء مما يجعل التوقعات المستقبلية لمختلف الكوادر العاملة موثوقة؛
 - iii. إنشاء لجنة الخدمة الصحية لمنظمة التعاون الإسلامي لتسهيل التدريب والتوظيف وإدارة القوى العاملة الصحية في ما بين منظمة التعاون الإسلامي؛
 - iv. تعزيز الأساليب المبدئية لتوظيف وحماية العمال الصحيين المهاجرين بين دول منظمة التعاون الإسلامي؛
 - v. تسهيل التواصل بين مؤسسات التدريب والخدمات الصحية والجمعيات المهنية للتخطيط المشترك لتلبية احتياجات والمهنيين الصحيين؛
 - vi. تيسير التعاون بين الجمعيات المهنية الصحية (جمعية الصيادلة، الجمعية الطبية، رابطة طبيب الأسنان، جمعية القابلة، جمعية الممرضة، الخ) في البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي لتبادل المعارف وأفضل الممارسات.
 - vii. تعزيز التعاون على المستويين البيئي لمنظمة التعاون الإسلامي والدولي، لزيادة الاستثمار في التعليم الصحي ومؤسسات التدريب؛
- ضمان الاعتراف المتبادل بالدبلومات والشهادات والدرجات الطبية في الدول الأعضاء.

P.A.1.5: ضمان الحصول على السلع الصحية والتكنولوجيات الأساسية

اتخاذ إجراءات على المستوى الوطني

- i. مراجعة قائمة وطنية للأدوية الأساسية والتكنولوجيات من خلال النظر في الاتجاهات الوبائية وزيادة انتشار الأمراض غير المعدية؛
- ii. استعراض أوضاع التوافر وتحمل التكاليف، وتخزين الأدوية الأساسية لتحسين السياسات الصحية الوطنية؛
- iii. ضمان توافر مجانية الأدوية الأساسية عن طريق زيادة الإنفاق العام على شراء الأدوية؛
- iv. تعزيز السلطة التنظيمية الوطنية بالموظفين والموارد الكافية لضمان الجودة والسلامة والفعالية، وتوسيع نطاقه ليشمل جميع التكنولوجيات الصحية بما في ذلك الأدوية واللقاحات والأجهزة الطبية والتشخيص.
- v. إنشاء وكالة/ مؤسسة وطنية لتقييم التكنولوجيا الصحية المسؤولة عن تقييم وفحص التكنولوجيات الصحية (بما في ذلك، في جملة أمور، التدخلات الطبية والإجراءات، والتشخيص والعقاقير/الأدوية الدوائية والأجهزة الطبية) لإنتاج قائمة من الخدمات والمنتجات من أجل أن تدرج في خطط التغطية الشاملة؛
- vi. دعم المصنعين المحليين للمنتجات الطبية الأساسية؛
- vii. التأكد من عرض الأدوية عن طريق إنشاء شركات الخدمات اللوجستية على المستوى الوطني والإقليمي؛
- viii. وضع سياسات مناسبة للاستثمار في التكنولوجيا وتسهيل المشاريع المشتركة في قطاع الصناعات الدوائية؛

- ix. وضع سياسات (أو تحسينها إن وجدت) لضمان الامتثال الصارم لمعايير الجودة من قبل الشركات المصنعة وفعالية السلطات الدوائية الوطنية التنظيمية؛
- x. ضمان الاستخدام الرشيد للأدوية من خلال التدابير التشريعية والتنظيمية الأخرى لتعزيز وتنظيم الاستخدام غير الرشيد للأدوية.
- xi. تحديث / تبسيط الخطة الاستراتيجية حول استخدام الأجهزة الطبية والتشخيص في المختبر وفقا للمتطلبات العالمية، حيثما كان ذلك مناسباً.

اتخاذ إجراءات على مستوى منظمة التعاون الإسلامي والتعاون الدولي

- i. توفير بناء القدرات والمساعدة التقنية للإنتاج المحلي لمنتجات طبية أساسية مختارة؛
 - ii. وضع قاعدة لتبادل المعرفة لتيسير نقل المعارف والخبرات بشأن تشغيل الأجهزة الطبية الحديثة والتشخيص بين الدول الأعضاء؛
 - iii. مساعدة البلدان الأعضاء على إعطاء الأولوية للخطة حول تقييم التكنولوجيا الصحية، والتي تشمل الفعالية السريرية، فضلاً عن الآثار الاقتصادية والاجتماعية والأخلاقية لاستخدام اللقاحات والأدوية والأجهزة الطبية؛
 - iv. تسهيل التجارة البينية في منظمة التعاون الإسلامي في الأدوية الأساسية واللقاحات والأجهزة الطبية والتشخيص؛
 - v. تشجيع وتعزيز الاستثمار البيني في إنتاج السلع الصحية والصناعات؛
- التعاون مع وكالات الصحة والتنمية ذات الصلة لتأمين التمويل والموارد لشراء الأدوية الأساسية واللقاحات والأجهزة الطبية والتشخيص وخاصة في البلدان الأعضاء المنخفضة الدخل.

P.A.1.6: تعزيز نظام التمويل الصحي للتمكين من وصول أوسع إلى خدمات الرعاية الصحية الجيدة

اتخاذ إجراءات على المستوى الوطني

- i. إصلاح نظام التمويل الصحي لتحسين الوصول إلى الخدمات الصحية ذات الجودة وخاصة للفئات الفقيرة وذات الدخل المنخفض، من خلال الرفع من الاستثمار والإنفاق العام على الصحة، والحد من الإنفاق من خارج الجيب وزيادة إنفاق الدفع المسبق وتجميع المخاطر، والتي قد تشمل الضريبة على أساس التمويل، والتأمين الاجتماعي الإلزامي وغيرها من أنواع التأمين الصحي؛
- ii. وضع آلية للحماية الاجتماعية للفقراء باستخدام الخبرات المتاحة في مختلف بلدان منظمة التعاون الإسلامي والبلدان الأخرى من العالم. في هذا الصدد، بناء الهياكل والقدرات وآلية التنسيق والأدوات داخل وزارة الصحة والجهات ذات الصلة باستخدام الزكاة، والأوقاف والصدقة كمصادر للأموال لدعم الحماية الاجتماعية للفقراء بما في ذلك حصولهم على خدمات ذات جودة للرعاية الصحية.
- iii. زيادة مخصصات الميزانية لقطاع الصحة، وإنشاء آلية المساءلة لضمان الاستخدام الشفاف والكفاء لهذه الأموال؛
- iv. إطلاق الدفع المسبق وتجميع المخاطر على أساس خطط التمويل الصحي مثل نظام التأمين الصحي الوطني في السودان، ونظام التأمين الصحي الاجتماعي في مالي، وسيغورو الشعبية في المكسيك، وخطة صحية تعاونية قروية في الصين، للتغلب على العوائق المالية للحصول على الرعاية الصحية، خاصة في المناطق الريفية.

اتخاذ إجراءات على مستوى منظمة التعاون الإسلامي والتعاون الدولي

- i. تسهيل وتشجيع الاستثمار البيئي بمنظمة التعاون الإسلامي في القطاع الصحي؛
- ii. التنسيق مع الوكالات الدولية مثل WHO و UNICEF و UNFPA والبنك الدولي للاستفادة من خبراتهم والمساهمة المالية لبناء البنية التحتية الصحية في البلدان الأعضاء؛
- iii. تسهيل وضع مبادرات لتعزيز وإصلاح نظم التمويل الصحي في البلدان الأعضاء؛
- iv. دعم تطوير وتعزيز وإصلاح التحالفات الدولية والإقليمية، والوطنية، والشبكات والشراكات من أجل دعم البلدان الأعضاء في ما يخص تعبئة الموارد، وبناء برامج فعالة للتمويل الصحي الوطني وتعزيز النظم الصحية.

المجال المواضيعي الثاني: الوقاية من الأمراض ومكافحتها

P.A.2.1: تعزيز الوعي المجتمعي والمشاركة في الوقاية من الأمراض المعدية ومكافحتها ومراقبتها

اتخاذ إجراءات على المستوى الوطني

- i. تشجيع وتنظيم (أو دعم) برامج التوعية المجتمعية حول معايير الوقاية وطرق العلاج من الأمراض المعدية وفوائدها؛
- ii. تحسين أدوات السياسة وبرامج التوعية لتعزيز الوعي العام حول الفوائد المهمة للتطعيم بين الأطفال الرضع والإناث في سن الإنجاب؛
- iii. ضمان وصول كل طفل إلى التحصين عن طريق زيادة الطلب المجتمعي من خلال الأنشطة التعليمية المختلفة، وتعزيز إمكانية الوصول من خلال تحسين التواصل الجغرافي للمرافق التحصينية، وإلغاء الحواجز الإدارية وزيادة ساعات الخدمة؛
- iv. تقييم ورصد عبء الصحة العامة بسبب الأمراض المعدية ومحدداتها الاجتماعية، مع الإشارة بوجه خاص إلى الفئات الفقيرة والمهمشة، وتنفيذ البرامج التي تعالج هذه المحددات الاجتماعية مع إشارة خاصة إلى الصحة في مرحلة الطفولة المبكرة، وصحة الفقراء في المناطق الحضرية، والتمويل العادل والحصول العادل على خدمات الرعاية الصحية الأولية.
- v. دمج الوقاية ومكافحة الأمراض المعدية بشكل صريح في استراتيجيات الحد من الفقر والسياسات الاجتماعية والاقتصادية ذات الصلة؛
- vi. اعتماد نهج لوضع السياسات التي تشترك فيها جميع الدوائر الحكومية بهدف ضمان استجابة مناسبة مشتركة بين القطاعات فيما يتعلق بقضايا الصحة العامة في الوقاية ومراقبة الأمراض المعدية، بما في ذلك الصحة، والشؤون المالية، والشؤون الخارجية، والتعليم، والزراعة، والتخطيط وغيرها؛
- vii. تشجيع تنفيذ تدابير فعالة من حيث معايير تكلفة الصحة العامة والتدخلات في مكافحة الأمراض المعدية، مثل التعليم الصحي والحملات، والمتطوعين من المجتمع المحلي، إلخ.
- viii. تعزيز قدرات الأفراد والسكان حول الخيارات الصحية واتباع أنماط الحياة التي تعزز الحفاظ على الصحة؛
- ix. تعزيز الوصول إلى مياه نظيفة وتحسين الصرف الصحي والخدمات الصحية؛

اتخاذ إجراءات على مستوى منظمة التعاون الإسلامي والتعاون الدولي

- i. إنشاء شبكات لبناء القدرات بين مراكز/ مؤسسات السيطرة على الأمراض المعدية والوقاية منها في البلدان الأعضاء، وذلك بهدف نقل، وتقاسم وتبادل المعرفة والخبرات؛

- ii. الوصول إلى المجتمعات المحلية لتثقيفهم بشأن اللقاحات والعمل مع القادة المحليين والدينيين للمساعدة في هذه الفكرة؛
 - iii. تعزيز التعاون بين الدول الأعضاء في مجال برامج التحصين على أساس مبادرة الصحة العالمية التي اعتمدت مؤخرًا في خطة العمل العالمية للقاح (GVAP)؛
 - iv. دعم إدخال لقاحات جديدة في الدول الأعضاء، ولا سيما في البلدان ذات الدخل المنخفض التي لا تزال متخلفة في هذا المجال، على سبيل المثال، من خلال تنظيم "أسبوع منظم للتحصين" لدول منظمة التعاون الإسلامي وفقًا للمبادرات الدولية الموجودة؛
 - v. تعزيز التعاون عبر الحدود بين الدول الأعضاء في مجال مكافحة الأمراض المعدية من خلال الجهود المنسقة للوجستية والإدارية، والتمويل الطويل الأجل واستهداف المرض في السكان المصابين؛
 - vi. لعب دور نشط في التعاون مع شركاء استئصال شلل الأطفال العالمية والمؤسسات الإسلامية الأخرى في تصميم استراتيجيات جديدة للقضاء على التصورات الدينية المضللة وسوء استخدام برنامج استئصال شلل الأطفال؛
- زيادة الأولوية الممنوحة لتوقي ومكافحة الأمراض المعدية في جداول أعمال المنتديات رفيعة المستوى ذات الصلة واجتماعات منظمة التعاون الإسلامي.

P.A.2.2: تعزيز الوعي المجتمعي والمشاركة في الوقاية من الأمراض غير المعدية ومكافحتها ومراقبتها

اتخاذ إجراءات على المستوى الوطني

- i. تحسين تنفيذ سياسة التحذير الصحية على منتجات التبغ؛
- ii. تقييم ورصد عبء الصحة العامة التي تفرضها الأمراض غير المعدية بما في ذلك العقلية والاضطرابات الناجمة عن تعاطي المخدرات ومحدداتها الاجتماعية، مع الإشارة بوجه خاص إلى الفئات الفقيرة والمهمشة، وتنفيذ البرامج التي تعالج هذه المحددات الاجتماعية مع إشارة خاصة إلى الصحة في مرحلة الطفولة المبكرة، وصحة الفقراء في المناطق الحضرية، والتمويل العادل والحصول العادل على خدمات الرعاية الصحية الأولية.
- iii. اعتماد نهج لوضع السياسات التي تشترك فيها جميع الدوائر الحكومية بهدف ضمان استجابة مناسبة مشتركة بين القطاعات فيما يتعلق بقضايا الصحة العامة في الوقاية ومراقبة الأمراض غير المعدية، بما في ذلك الصحة، والتمويل، والشؤون الخارجية، والتعليم، والزراعة، والتخطيط وغيرها؛
- iv. تشجيع تنفيذ تدابير فعالة من حيث تكلفة الصحة العامة والتدخلات في مكافحة الأمراض غير المعدية، مثل التعليم الصحي والحملات، والمتطوعين من المجتمع المحلي، إلخ.
- v. وضع خريطة لأوبئة جديدة من الأمراض غير المعدية وتحليل محددها الاجتماعية والاقتصادية والسلوكية والسياسية كأساس لتوفير التوجيه بشأن التدابير اللازمة اتخاذها في السياسات والبرامج والتشريعات والمالية لدعم ورصد الوقاية والسيطرة على الأمراض غير المعدية بما في ذلك الأمراض العقلية؛
- vi. تقليل مستوى تعرض الأفراد والسكان لعوامل الخطر الشائعة والقابلة للتعديل للأمراض غير المعدية - وهي تعاطي التبغ والكحول والنظام الغذائي غير الصحي والحمول البدني، - ومحدداتها، وتعزيز التدخلات الرامية إلى الحد من تأثير هذه العوامل المشتركة لعوامل الخطر؛

vii. تعزيز الشراكة مع الصناعات الغذائية والمشروبات لزيادة التوافر والوصول والقدرة على تحمل التكاليف لخيارات الطعام الصحية (مع دهون أقل/منخفضة السكر والملح فضلا عن ألياف مرتفعة).

اتخاذ إجراءات على مستوى منظمة التعاون الإسلامي والتعاون الدولي

viii. إنشاء شبكات لبناء القدرات بين مراكز / مؤسسات السيطرة على الأمراض غير المعدية والوقاية منها في البلدان الأعضاء، وذلك بهدف نقل، وتقاسم وتبادل المعرفة والخبرات؛

ix. إطلاق (أو دعم) البرامج الوطنية التوعوية على نطاق منظمة التعاون الإسلامي للمزيد من اليقظة والرقابة على منتجات التبغ، بما في ذلك الحملات الإعلامية لمكافحة التبغ، وتعزيز توسيع النطاق؛

x. تعزيز الأنشطة البدنية وعادات الأكل الصحية، وتجنب أساليب الحياة المستقرة في البلدان الأعضاء؛

xi. تعزيز التعاون في مجال مكافحة السرطان في البلدان الأعضاء من خلال إنشاء شبكات بين المؤسسات ذات الصلة العاملة في وظائف مثل أبحاث السرطان، والتشخيص، والعلاج؛

xii. زيادة الأولوية الممنوحة لتوقي ومكافحة الأمراض المعدية وغير المعدية في جداول أعمال المنتديات رفيعة المستوى ذات الصلة واجتماعات منظمة التعاون الإسلامي.

P.A.2.3: بناء / تحسين قدرة النظام الصحي وزيادة التوعية لبرامج الوقاية والرعاية والعلاج

اتخاذ إجراءات على المستوى الوطني

i. تبسيط السياسات التشغيلية والاستراتيجيات وخطط العمل للوقاية ومكافحة أمراض القلب والشرابيين، والأمراض التنفسية المزمنة والسكري، والسرطان وكذلك لمعالجة عوامل الخطر الرئيسية مثل الإرهاق ومواد الإدمان (مثل الاستخدام الضار للتبغ والكحول) والنظام الغذائي غير الصحي وزيادة الوزن/السمنة، والنشاط البدني غير الكافي؛

ii. إنشاء وحدات مخصصة (أو إدارات) في وزارات الصحة مسؤولة عن الأمراض غير المعدية والصحة العقلية والاضطرابات الناجمة عن تعاطي المخدرات؛

iii. اتخاذ التدابير اللازمة لزيادة قدرات تقديم الخدمات للمرافق الموجودة لعلاج نقص المناعة البشرية / الإيدز، وإنشاء مراكز جديدة للفحوص وتقديم المشورة؛ وخدمات للوقاية من الانتقال من الأم إلى الطفل، وكذلك تسهيلات العلاج المضاد للفيروسات الرجعية (ART)؛

iv. تحسين شبكة الفحص، والتشخيص ومرافق العلاج للأمراض المعدية وغير المعدية الأكثر انتشارا من حيث الإتاحة وتحمل التكاليف، والجودة؛

v. تحسين البنية التحتية للتصوير الإشعاعي القائم على استخدام الأشعة السينية، الرنين المغناطيسي أو النظائر المشعة، التي تعتبر ضرورية لبرامج التشخيص والفحص (مثل التصوير الشعاعي للثدي للكشف المبكر عن سرطان الثدي)؛

vi. تعزيز خدمات التحصين التوعوي وتوافر اللقاحات، وخاصة ضد شلل الأطفال، لتحقيق مستوى التحصين للدول المتقدمة بـ 95%؛

vii. زيادة نسبة حالات السل الجديدة والمنتكسة التي تم الكشف عنها والتي تمت معالجتها من خلال اعتماد طرق كشف أكثر دقة وحساسية مثل الثقافة المستندة إلى مختبرات التشخيص وزيادة عدد مرافق اختبارات حساسية المخدرات (DST) وضمان الدعم وتوافر علاج مرض السل المقاوم للأدوية المتعددة مجانا؛

- viii. تعزيز استراتيجيات وطنية لزيادة الاستثمار الطويل الأجل لتعزيز قدرة القوى العاملة الصحية من خلال تدريب الأطباء والمرضى وغيرهم من العاملين الصحيين؛
- ix. زيادة تعزيز الصحة العقلية والوقاية من الأمراض العقلية وتبسيط استراتيجيات الصحة العامة لإدماجها مع استراتيجيات الوقاية من الأمراض المزمنة؛
- x. تعزيز قدرات الموارد البشرية، وتحسين تدريب الأطباء والمرضى وغيرهم من العاملين الصحيين؛
- xi. تعزيز والحفاظ على التطعيم الروتيني كجزء من خدمات الرعاية الصحية الأولية (PHC) من خلال شبكة متكاملة من مرافق الرعاية الصحية الأولية، والعاملين في مجال الصحة المجتمعية والاستعانة بمصادر خارجية لمنظمات غير حكومية، أو مزيج من هذا كله.

اتخاذ إجراءات على مستوى منظمة التعاون الإسلامي والتعاون الدولي

- i. زيادة التعاون الفني البيني بمنظمة التعاون الإسلامي بغية زيادة التوعية وتوفير اللقاحات والتشخيص والأدوية اللازمة لدعم برامج التحصين؛
 - ii. إدخال الحظر الشامل لتعاطي التبغ وتخصيص الأموال لتنفيذه؛
 - iii. حث البلدان الأعضاء على تعزيز التعاون فيما بينها بجعل الإمدادات كافية ومتاحة من اللقاحات والتشخيص والأدوية إلى البلدان الأعضاء في حاجة لدعم برامج التحصين والعلاج وفقاً لروح التضامن والأخوة الإسلامية؛
 - iv. تعزيز التعاون والتواصل بين المدربين العاملين في مجال الرعاية الصحية في الدول الأعضاء من خلال تأسيس منتدى منظم لأولئك المهنيين الذي سيعقد على الهوامش الجانبية للمؤتمر الإسلامي لوزراء الصحة (ICHM).
- تعبئة الموارد المالية لدعم بناء وتعزيز والحفاظ على القدرات الأساسية على النحو المطلوب بموجب اللوائح الصحية الدولية (IHRs) وفقاً لخطط العمل الوطنية.

P.A.2.4: إنشاء إطار سليم للرصد والتقييم لمكافحة الأمراض

اتخاذ إجراءات على المستوى الوطني

- i. تشجيع البحث العلمي وجمع البيانات وإدارتها بما في ذلك حقوق ملكية البيانات بهدف رفع مستوى مكافحة الأمراض المعدية وغير المعدية والسماح بمقارنة التقدم في منظمة التعاون الإسلامي وكذلك مع البلدان غير الأعضاء بمنظمة التعاون الإسلامي؛
- ii. اتخاذ تدابير للحد من مخاطر انتقال الأمراض المعدية عبر الحدود؛
- iii. وضع قواعد قائمة على الأدلة (أو تحسينها إن وجدت) والمعايير والمبادئ التوجيهية لتدخلات فعالة من حيث التكلفة وإعادة توجيه النظم الصحية على الاستجابة للحاجة إلى الإدارة الفعالة للأمراض المزمنة؛
- iv. اعتماد وتنفيذ ورصد استخدام المبادئ التوجيهية القائمة على الأدلة ووضع معايير لخدمات الرعاية الصحية الأولية؛
- v. تنفيذ ورصد نهج فعالة من حيث التكلفة للكشف المبكر عن سرطان الثدي وسرطان عنق الرحم، ومرض السكري وارتفاع ضغط الدم وغيرها من عوامل الخطر القلبية الوعائية الأخرى؛

- .vi ضمان وضع الأدوات الموصى بها لرصد الأداء في استئصال شلل الأطفال في المكان لأجل: (أ) تتبع ما إذا كانت أنشطة التطعيم التكميلي قد وصلت إلى عتبات تغطية التطعيم اللازمة ليتم قطع الإرسال و(ب) ضمان كفاية حساسية نظام المراقبة للكشف عن أي تداول لفيروس شلل الأطفال و(ج) توجيه الإجراءات التصحيحية السريعة؛
- .vii استعراض وسن، حسب الاقتضاء، القوانين العامة للصحة والتشريعات ذات الصلة واللوائح أو المتطلبات الإدارية، والأدوات الحكومية الأخرى لتسهيل التنفيذ الكامل للوائح الصحية الدولية.

اتخاذ إجراءات على مستوى منظمة التعاون الإسلامي والتعاون الدولي

- i. تيسير التعاون بين البلدان الأعضاء في بناء ونشر المعلومات حول قاعدة الأدلة اللازمة، وبيانات المراقبة من أجل إعلام واضعي السياسات، مع التركيز بشكل خاص على العلاقة بين السيطرة على المرض والفقر والتنمية؛
- ii. دعم مبادرات منظمة الصحة العالمية، بما في ذلك خطة العمل 2013-2020 لتنفيذ الاستراتيجية العالمية لتوقي ومكافحة الأمراض غير المعدية، لضمان رصد الأمراض غير المعدية والصحة العقلية على الصعيدين الوطني والإقليمي ومنظمة التعاون الإسلامي.
- دعم وتسهيل التعاون جنوب-جنوب بين دول الجوار في مكافحة الأمراض المعدية.

P.A.2.5: تعزيز الدبلوماسية الصحية ورفع من المشاركة مع المنظمات الإقليمية والدولية بهدف تبادل المعرفة، وإنشاء أوجه التآزر وفرص التمويل الجديدة

اتخاذ إجراءات على المستوى الوطني

- i. تعزيز التعاون المشترك بين القطاعات والشراكة مع مؤسسات إقليمية ودولية لتنفيذ الأنشطة الرئيسية المتصلة بالأمراض المعدية وغير المعدية؛
- ii. ضمان الاستثمارات الفعلية من الأموال المصروفة من الصندوق العالمي وغيرها من الجهات المانحة الدولية الأخرى من خلال التنسيق الفعال مع شركاء محليين مثل الوكالات الحكومية، والمنظمات المجتمعية، وشركات القطاع الخاص، والمنظمات الدينية، وما إلى ذلك؛
- iii. سن أو تعزيز؛ حسب الاقتضاء وفقا للسياسات الوطنية، التدخلات للحد من عوامل الخطر للأمراض غير المعدية، بما في ذلك التصديق على الاتفاقية الإطارية لمنظمة الصحة العالمية بشأن مكافحة التبغ، وتنفيذ التوصيات الواردة في الاستراتيجية العالمية بشأن النظام الغذائي والنشاط البدني والصحة، والاستراتيجية العالمية لتغذية الرضع وصغار الأطفال، والاستراتيجيات الأخرى ذات الصلة من خلال استراتيجيات وسياسات وخطط العمل الوطنية؛
- iv. المشاركة الإيجابية في الشبكات الإقليمية ودون الإقليمية لمنع ومكافحة الأمراض، وإقامة شراكات فعالة وتعزيز شبكات تعاونية وضم أصحاب المصلحة الرئيسيين، بحسب الاقتضاء.
- v. تعزيز قيادة وزارة الصحة في تعزيز والانخراط في نهج متعدد القطاعات لمعالجة المحددات الاجتماعية للصحة.

اتخاذ إجراءات على مستوى منظمة التعاون الإسلامي والتعاون الدولي

- i. تسهيل تبادل التكنولوجيا والدراسة الفنية والخبرات بين البلدان المتقدمة والبلدان الأعضاء في التشخيص المبكر للأمراض، بما في ذلك الحالات الجديدة للسل وانتكاسه؛

- .ii متابعة القضايا المتعلقة بالتعاون مع المنظمات والمبادرات الدولية مع قيادة الدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي من أجل ضمان مستوى عالٍ ومستدام للالتزام السياسي لتنفيذ حملات وبرامج متنوعة؛
- .iii جذب وتأمين خطوط تمويل جديدة للوقاية من الأمراض ومكافحتها من الجهات المانحة الدولية مثل البنك الإسلامي للتنمية (IDB)، والصندوق العالمي، ومؤسسة بيل وميليندا غيتس؛
- .iv المشاركة في تعبئة الموارد وتنمية الشراكات لتنفيذ الخطة الوطنية الطارئة للقضاء على شلل الأطفال في البلدان المتبقية المتوتنة وذات خطر مرتفع والأعضاء بمنظمة التعاون الإسلامي؛
- .v دعم تنفيذ مشاريع التدخل، وتبادل الخبرات بين الأطراف المعنية، وبرامج بناء القدرات من النطاق الإقليمي والدولي؛
- .vi دعوة منظمة التعاون الإسلامي والبنك الإسلامي للتنمية لدعم وتسهيل الحضور الفعال للبلدان الأعضاء وحضورهم في مختلف الأنشطة والبرامج التابعة للمنظمات الإقليمية والدولية ذات الصلة؛
- .vii التعاون مع جميع أصحاب المصلحة ذوي الصلة في (أ) الدعوة من أجل رفع مستوى الوعي للحجم المتزايد من مشاكل الصحة العامة التي تشكلها الأمراض المعدية وغير المعدية و(ب) تقديم الدعم إلى البلدان في الكشف، والإعلام، وتقييم والاستجابة إلى الطوارئ الصحية العامة ذات الاهتمام الوطني والدولي.

المجال المواضيعي الثالث: صحة الأم والمولود الجديد والطفل، والتغذية

P.A.3.1: ضمان الوصول إلى المرافق الصحية المحلية المجهزة والكافية لكل امرأة، ومولود جديد، وطفل، وتحسين جودة وكفاءة تقديم الخدمات، وخاصة على المستوى المحلي

اتخاذ إجراءات على المستوى الوطني

- i. تقليل الحواجز أمام الحصول على الخدمات الصحية للوصول إلى النساء والعائلات التي يتعذر عليها، بما في ذلك الحواجز المادية والمالية والثقافية؛
- ii. تحسين جودة خدمات MNCH عن طريق تدريب فنيين في صحة الأسرة (قادرة على تقديم حزمة من خدمات الصحة الإنجابية بما في ذلك الرعاية ما قبل الولادة، والولادة الآمنة والرعاية ما بعد الولادة، ورصد النمو، والتغذية التكميلية والتحصين وخدمات المشورة للمساعدة بين الولادات) مع المكونات الأساسية والكفاءات الجديدة اللازمة وتعزيز روابط الإحالة؛
- iii. وضع برامج منزلية للأم ورعاية المولود الجديد والطفل على أساس النماذج الناجحة للعاملين في الصحة المجتمعية (مثل العاملات الصحيات في باكستان، Behvarz في إيران، وبوسياندي في إندونيسيا) وفقا لاحتياجات وواقع كل بلد وتمكين الأسر والمجتمعات المحلية من أجل سد فجوة الرعاية ما بعد الولادة وأمراض الطفولة، والتغذية من خلال الممارسات المنزلية الصحية؛
- iv. إنشاء نظم معلومات صحية مفصل على الصعيدين الوطني والمحلي لرصد وتحسين تقديم خدمات الرعاية ما قبل الولادة بطريقة شاملة وفي الوقت المناسب؛
- v. وضع استراتيجيات لضمان تحديد المهارات المهنية والكفاءات وضمان معالجة إدارة الموارد البشرية للفجوات المعرفية لتقديم خدمات ذات جودة لصحة الأم والمولود الجديد والطفل (MNCH)؛

- .vi تعزيز الخدمات المتكاملة الرعاية الصحية الأولية من مستوى الدولة وصولاً إلى القاعدة الشعبية، وتنفيذ برنامج ممارسة الأسرة.
- .vii ضمان وصول وتوافر السلع المنقذة لحياة النساء والأطفال.

اتخاذ إجراءات على مستوى منظمة التعاون الإسلامي والتعاون الدولي

- i. التعزيز القائم على الأدلة والتدخلات ذات التأثير الكبير لتحسين MNCH في بلدان منظمة التعاون الإسلامي من خلال تسهيل تبادل المعرفة وتقاسم الخبرات وأفضل الممارسات؛
 - ii. التعاون الفني في تحديد ومعالجة الثغرات في تغطية ونوعية الرعاية على امتداد الرعاية الصحية للأم والمولود الجديد، والطفل؛
 - iii. وضع وتنفيذ مشاريع للتعاون الفني في مجال MNCH بين البلدان الأعضاء؛
- الدعوة إلى المشروع المشترك بين منظمة التعاون الإسلامي وحكومة الولايات المتحدة حول "الوصول إلى كل أم وطفل في الرعاية الطارئة في منظمة التعاون الإسلامي" والدعم والمشاركة الفعالة في المبادرات المتخذة في إطار هذا المشروع.

P.A.3.2: تنفيذ سياسات طويلة الأجل وبرنامج لتنمية القوى العاملة الصحية ووفقاً لذلك زيادة حضور العاملين الصحيين المهرة خلال الولادة

اتخاذ إجراءات على المستوى الوطني

- i. حل عدم المساواة في توزيع العاملين الصحيين وضمان توافر أعداد كافية من العاملين الصحيين المهرة في المراكز الصحية والمستشفيات في كل منطقة؛
- ii. زيادة الاستثمار في الموارد البشرية للتعويض عن الزخم الحالي لهجرة الموظفين المؤهلين من البلدان ذات الدخل المنخفض وتحسين أوضاع الموظفين المؤهلين لمنعهم من الهجرة؛
- iii. في حالة نقص الموظفين، تدريب مقدمي الرعاية الأولية، لتوفير الرعاية الصحية القائمة على MNCH تحت إشراف دقيق للمقدمين المسموح لهم؛
- iv. وضع استراتيجيات تهدف إلى زيادة عدد المرافق الصحية للولادات وتمكين الموظفين شبه الطبيين والمدربين على تقديم التدخلات التوليدية المناسبة؛
- v. وضع استراتيجيات طويلة الأجل من أجل فعالية الخطة التنموية للموارد البشرية، والتي يمكن تفعيلها لتعميم الحصول على الرعاية الماهرة أثناء الولادة.

اتخاذ إجراءات على مستوى منظمة التعاون الإسلامي والتعاون الدولي

- i. تعزيز بناء القدرات ونشر أفضل الممارسات والدروس المستفادة في البلدان الأعضاء للوصول إلى حضور العاملين الصحيين المهرة أثناء الولادة؛
- ii. استناداً إلى أفضل الممارسات ومساهمة في جهود الشركاء المتعددة الأطراف والشراكات العالمية من خلال تقييم مشترك للبرامج الصحية الوطنية والقدرات، وتحديد ودعم السياسات والتغييرات الهيكلية التي تعمل على تحسين النتائج الصحية في خدمات MNCH؛
- iii. دعم حركة العاملين في مجال الصحة بين البلدان لتسهيل الاجتماعات وتبادل المعارف والأدلة القائمة على أفضل الممارسات في مجال خدمات MNCH؛

P.A.3.3: تطوير برامج وسياسات للوقاية من الوزن المنخفض عند الولادة (LBW) للمواليد الجدد والحد من نقص التغذية ونقص المغذيات الدقيقة عند الأطفال، وتشجيع تنمية الطفل المثلى

اتخاذ إجراءات على المستوى الوطني

- i. وضع وتنفيذ نهج وطنية فعالة لتعزيز ممارسات التغذية السليمة للرضع والأطفال، وعلى الأخص الرضاعة الطبيعية، ولمعالجة أسباب LBW، تعزيز الرضاعة الطبيعية الخالصة، وممارسات التنبيه المبكر للطفل؛
- ii. تبسيط السياسات التي تعالج الأطفال المعرضين لمخاطر تنموية والإعاقة في مرحلة الطفولة؛
- iii. تجهيز العاملين في مجال الرعاية الصحية بالمهارات اللازمة لتقديم المشورة إلى الوالدين في رعاية نمو الطفل؛
- iv. وضع برامج وسياسات لمنع النساء من أن يصبحوا مدخنين وتشجيع أولئك الذين يدخنون بإنهائه بهدف القضاء على واحدة من الأسباب الرئيسية للوزن المنخفض عند الولادة؛
- v. دعم البحوث المستمرة عن أسباب LBW من خلال فهم تأثير العوامل الاجتماعية والاقتصادية فضلا عن العوامل البيئية والأبوية التي تؤثر على الوزن عند الولادة وعوامل الخطر الديموغرافية والاجتماعية والبيئية المتصلة بـLBW؛
- vi. تحسين برامج الصحة العامة والخدمات لتوفير التعليم والموارد للنساء في سن الإنجاب لتعزيز التغذية الصحية قبل الحمل وأثناء الحمل؛ وكذلك تحسين الحالة الصحية والتغذية للمراهقين؛
- vii. توسيع السياسات للحد من انتشار قصر القامة ونقص الوزن وزيادة الوزن لدى الأطفال دون سن الخامسة؛
- viii. دعم الشراكات بين القطاعين العام والخاص لتحسين توافر المواد الغذائية الأساسية المقوى بالمغذيات الدقيقة الرئيسية؛
- ix. تعزيز البرامج والسياسات الرامية إلى الوقاية من الزوجات (المبكرة) للشباب والحمل أثناء المراهقة.

اتخاذ إجراءات على مستوى منظمة التعاون الإسلامي والتعاون الدولي

- i. تصعيد حملات منظمة التعاون الإسلامي التي لا تشجع التدخين أثناء الحمل لتجنب الوزن المنخفض للمواليد الجدد عند الولادة؛
- ii. الدعوة إلى مزيد من الموارد لبرامج التغذية الفعالة والمساعدة في تنسيق برامج التغذية مع الأولويات الصحية الأخرى والتنمية؛
- iii. تكثيف التعاون بين بلدان منظمة التعاون الإسلامي ذات الدخل المرتفع وبين البلدان الأعضاء ذات الدخل المنخفض للحد من نقص التغذية ونقص المغذيات الدقيقة لدى الأطفال من خلال برامج تقدم الدعم الغذائي للحوامل والرضع ذات الدخل المنخفض.
- iv. الدعوة إلى الوفاء بالالتزامات الدولية وتعزيز حقوق الطفل المنصوص عليها في اتفاقية الأمم المتحدة لحقوق الطفل (CRC).

P.A.3.4: خفض عبء الأمراض بوضع برامج تطعيم فعالة للرضع والقضاء على الحصبة والحصبة الألمانية

اتخاذ إجراءات على المستوى الوطني

- i. زيادة طلب المجتمع على التلقيح من خلال أنشطة التعليم المختلفة وكذلك الحوافز المالية أو غيرها؛

- ii. تعزيز الحصول على خدمات التطعيم من خلال، الحد من تكاليف الإنفاق خارج الجيب، وزيارة المنازل والتدخلات المدرسية؛
- iii. زيادة توافر اللقاحات في الأماكن الطبية أو الطبية العامة السريرية من خلال تقليل المسافة بين الأماكن والسكان، وزيادة الساعات التي يتم خلالها تقديم خدمات التطعيم والحد من الحواجز الإدارية للحصول على خدمات التطعيم داخل العيادات؛
- iv. دعم أنشطة مبادرة الحصبة والحصبة الألمانية وهدفها في الحد من الوفيات العالمية للحصبة والقضاء على الحصبة والحصبة الألمانية.
- v. دعم وضع خطط محددة التكاليف متعددة السنوات لتحسين واسع النطاق، والتخطيط ووضع الميزانية والتقييم.

اتخاذ إجراءات على مستوى منظمة التعاون الإسلامي والتعاون الدولي

- i. تعزيز التعاون في مجال برنامج التحصين بين الدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي على أساس مبادرة الصحة العالمية لخطة عمل اللقاح العالمية (GVAP) التي اعتمدت مؤخرًا ؛
- ii. التعاون في ضمان توافر لقاحات ضد الحصبة والحصبة الألمانية بين البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي في تحقيق القضاء على الحصبة والحصبة الألمانية؛
- iii. دعم إدخال لقاحات جديدة في الدول الأعضاء، ولا سيما البلدان المنخفضة الدخل التي لا تزال متخلفة في هذا المجال، على سبيل المثال، من خلال تنظيم "أسبوع التطعيم المنتظم" داخل بلدان منظمة التعاون الإسلامي؛
- تشجيع إنشاء آلية شراء اللقاحات المجمعة (PVP) على المستوى الإقليمي، وذلك بهدف تأمين العرض في الوقت المناسب والحصول على لقاحات نوعية، وخاصة لقاحات جديدة وغير مستغلة، وبأسعار تنافسية.

P.A.3.5: خفض وفيات الأمهات والمولود الجديد والطفل من خلال برامج وسياسات فعالة

اتخاذ إجراءات على المستوى الوطني

- i. تحسين جودة الرعاية ما قبل الولادة للأُم وخدمات التوليد وإمكانية القابلات لإنعاش المواليد الجدد عند الولادة؛
- ii. علاج التهابات الأمهات أثناء الحمل وضمان ولادة نظيفة وحصرية ورضاعة طبيعية فورية وضمان أن المضادات الحيوية ضد الالتهابات هي متوفرة محليًا؛
- iii. تمكين الأسر والمجتمعات المحلية بالمعرفة والمهارات لتقديم الرعاية لتنمية الطفل، من أجل التعرف على علامات الخطر وممارسة سلوك رعاية العلاج السريع؛
- iv. استثمار المزيد من العاملين الصحيين المجهزين والمدربين للوصول إلى معظم الأطفال الذين لم يحصلوا اليوم على الرعاية الصحية الأساسية؛
- v. تحسين قدرات المهنيين والعاملين في مجال الصحة المهنية للمجتمع المحلي في تحديد عوامل الخطر المحلية والإقليمية القابلة للتعديل، التي لها تأثير على وفيات MNC وتحديد أفضل الاستراتيجيات للوقاية؛
- vi. وضع وتنفيذ نهج للوصول باستمرار إلى الأطفال المحرومين، بما في ذلك فقراء الحضر والأطفال في حالات الصراع وما بعد الصراع.
- vii. الحد من التفاوت الصحي بين الأغنياء والفقراء، والمناطق الحضرية والريفية من خلال الإجراءات والآثار السلبية للمحددات الاجتماعية المتعلقة بصحة MNC.

اتخاذ إجراءات على مستوى منظمة التعاون الإسلامي والتعاون الدولي

- i. تشجيع التعاون الفني وتبادل المعرفة بين البلدان لصياغة واختيار وتنفيذ التدابير الرامية إلى الحد من وفيات الأمهات وحديثي الولادة والأطفال؛
- ii. التعاون في تحديد استراتيجيات وقائية فعالة وإجراءات وقائية محددة لسبب الوفاة؛
- iii. تعزيز التعاون وتبادل أفضل الممارسات في تدخلات الحد من وفيات الأمهات والرضع بين الدول التي لها أوضاع صحية مماثلة؛
- iv. دعم الإجراءات العالمية والإقليمية للحد من وفيات الأمهات والرضع وتحسين صحة الأمهات والأطفال، ولا سيما في البلدان ذات الدخل المنخفض.

المجال المواضيعي الرابع: الأدوية واللقاحات والتكنولوجيات الطبية

P.A.4.1: تعزيز آليات الرقابة والتقييم

اتخاذ إجراءات على المستوى الوطني

- i. مراجعة الإحصاءات الصحية وبيانات استخدام المخدرات وتعزيز التحليل الفعال لإدخال البيانات؛
- ii. تعزيز تسجيل التكنولوجيا الصحية بما في ذلك التأثيرات غير المرغوبة للأدوية بهدف:
 - o تحسين رعاية المرضى وسلامتهم في ما يتعلق باستخدام الأدوية والمنتجات الطبية وجميع التدخلات الطبية؛
 - o توفير السياسات القائمة على الأدلة لضمان القدرة على تحمل التكاليف الصيدلانية، وسهولة الوصول والتوزيع والتخزين، واللوجستية والمنتجات الطبية؛
 - o المساهمة في تقييم المنفعة، والأذى والفعالية ومخاطر التكنولوجيات الصحية والأدوية وتشجيع استخدامها على نحو فعال؛
 - o تعزيز التعليم والتدريب السريري في القضايا التنظيمية بما في ذلك التأثيرات غير المرغوبة للأدوية والتواصل الفعال مع الجمهور.
- iii. تطوير آلية منهجية وفعالة لرصد جودة وسلامة وفعالية الأجهزة الطبية والتشخيصية في المختبر بما في ذلك ما بعد تدابير ضبط الأسواق؛
- iv. تعزيز التعاون مع شركاء التنمية لضمان شراء لقاحات خاصة لشلل الأطفال ولقاحات جديدة (رئوي، وروتا وفيروس الورم الحليمي البشري).

اتخاذ إجراءات على مستوى منظمة التعاون الإسلامي والتعاون الدولي

- i. تسهيل التدريب بين الدول الأعضاء من خلال تبادل المعارف والخبرات من أجل تطوير وتعزيز النظم التنظيمية ونظم التأثيرات غير المرغوبة للأدوية؛
- ii. تحديد مجموعة من المؤشرات حول مواضيع الصحة وإنشاء قاعدة بيانات لمتابعة ورصد العرض واستخدام الأدوية واللقاحات، وفتح قاعدة بيانات لجميع البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي بمجرد أن تبدأ البيانات بالتراكم؛
- iii. تعزيز الوعي بأهمية نظم معلومات الأدوية في جميع البلدان الأعضاء وتعزيز التعاون الفني البيئي لدول منظمة التعاون الإسلامي في هذا المجال؛
- iv. تعزيز التعاون مع شركاء التنمية لضمان شراء اللقاحات وخاصة ضد شلل الأطفال؛

- v. التسهيل على البلدان الأعضاء إنشاء نظام إبلاغ وقاعدة بيانات عن الآثار الضارة التي تعقب التحصين (AEFI)؛
تيسير التعاون بين الدول الأعضاء في الأجهزة الطبية ونظم وشبكات البقطة في المختبر التشخيصي.

P.A.4.2: دعم الإنتاج المحلي للدواء واللقاحات والأجهزة الطبية

اتخاذ إجراءات على المستوى الوطني

- i. توفير الدعم الحكومي المباشر إلى المصنعين المحليين للمنتجات الطبية أي السياسات التي تقلل من تكلفة التصنيع للإنتاج المحلي مثل المنح، والإعانات، والأراضي والإعفاء من التعريفات والضرائب على المدخلات المستوردة؛
- ii. تحسين القدرات الوطنية في إنتاج المواد الخام القائمة على الموارد المحلية / الطبيعية المتاحة، للشروع في الاعتماد الذاتي على الأدوية؛
- iii. إنشاء حوافز للصادرات والاتفاقات التجارية للوصول إلى الأسواق مع بلدان أخرى؛
- iv. تحسين مناخ الاستثمار من خلال تبسيط المتطلبات لممارسة الأعمال التجارية في صناعة الأدوية وغيرها من المنتجات الطبية دون تقديم أي تنازلات على الجودة؛

اتخاذ إجراءات على مستوى منظمة التعاون الإسلامي والتعاون الدولي

- i. تسهيل نقل التكنولوجيا والمعرفة ذات الصلة بالإنتاج في الدول الأعضاء بتعاون وثيق مع الحكومات الأخرى والمنظمات الدولية والشركات الأجنبية والشركات المحلية؛
- ii. الهدف من تحقيق الاتساق لرؤية منظمة التعاون الإسلامي على مستوى دعم الإنتاج المحلي من المنتجات الطبية / اللقاحات في إطار برنامج منظمة التعاون الإسلامي حول تحقيق الاعتماد على الذات في إنتاج اللقاحات (SRVP) في العالم الإسلامي؛
- iii. إقامة لجنة مكونة من خبراء ببنية مشتركة بين القطاعات بمنظمة التعاون الإسلامي حول الإنتاج المحلي؛
- iv. تقديم المساعدة الفنية إلى البلدان الأعضاء فيما يتعلق بإنتاج المواد الخام اللازمة للإنتاج المحلي من الأدوية واللقاحات؛
تشجيع السياسات على مستوى منظمة التعاون الإسلامي لضمان استراتيجية اختيار للمنتجات الطبية / اللقاحات.

P.A.4.3: تشجيع البحث والتطوير (D&R) والابتكار في المجالات ذات الصلة بالصحة

اتخاذ إجراءات على المستوى الوطني

- i. تشجيع وتمكين نظام التعليم لنقل المعرفة ذات الجودة في التخصصات الأكاديمية مثل الكيمياء، وعلم الأحياء والعلوم الطبيعية؛
- ii. توحيد المناهج الدراسية في التخصصات المذكورة أعلاه وفقا للقواعد والمعايير الدولية؛
- iii. تعزيز سياسات الابتكار من أجل تطوير تركيبات المنتجات التي هي أكثر ملاءمة للظروف المحلية؛
- iv. بناء و / أو دعم إنشاء مرافق R&D المناسبة لتطوير الصناعة الصيدلانية المبتكرة والتكنولوجيات الطبية؛
- v. تقديم تسهيل للجاليات الوطنية وتحويل هجرة أدمغة العمالة الماهرة إلى كسب للأدمغة؛

.vi توفير التمويل الكافي والمنسق لـ D&R في القطاع الصحي.

اتخاذ إجراءات على مستوى منظمة التعاون الإسلامي والتعاون الدولي

- i. دعم برامج التمويل للطلاب من البلدان الأقل نمواً لتشجيعهم على الانخراط في التكنولوجيا الصحية والتخصصات الأكاديمية ذات الصلة بالصيدلانية في البلدان الأعضاء مع قاعدة كبيرة للأدوية كتركيا وماليزيا ومصر؛
- ii. توفير التمويل الكافي والمنسق لـ D & R داخل البلدان وفيما بينها؛
- iii. تشجيع وتسهيل التعاون بين الدول الأعضاء بهدف تبادل المعارف والخبرات لتطوير تكنولوجيا الصحة وصناعة الأدوية؛ تعزيز الروابط والشبكات فيما بين البلدان الأعضاء في D&R بهدف تعزيز التعلم وتراكم القدرات التكنولوجية.

P.A.4.4 : زيادة توافر الأدوية الأساسية واللقاحات والتكنولوجيات

اتخاذ إجراءات على المستوى الوطني

- i. الهدف من زيادة استخدام تقييم التكنولوجيا الصحية للأجهزة الطبية والتشخيص في المختبر من أجل تحقيق كفاءة التكاليف وتنفيذ اللوائح لمنع ارتفاع هوامش الربح.
- ii. وضع مبادئ توجيهية وسياسات وطنية وفقاً للقواعد والمعايير الدولية حول شراء وتوزيع اللقاحات، والأدوية والأجهزة الطبية من أجل ضمان السلامة والفعالية والجودة عبر قنوات التوزيع؛
- iii. تعزيز هيئة وطنية تنظيمية لضمان جودة وسلامة وفعالية جميع المنتجات الطبية بما في ذلك اللقاحات والأدوية والأجهزة؛
- iv. دعم برامج التمويل من أجل تحسين الكفاءة في إدارة العرض والشراء للقاحات، والأدوية، والأجهزة الطبية؛
- v. إعداد قائمة وطنية من الأجهزة الطبية المعتمدة للشراء أو السداد؛
- vi. تعزيز الحصول على الأدوية الأساسية وتكنولوجيات بأسعار معقولة، استناداً إلى البرامج المستمرة لمنظمة الصحة العالمية لتعزيز نوعية جيدة من المنتجات الجينية؛
- vii. دراسة دعم نهج لتحسين فرص الحصول وتوافر الأدوية الأساسية، والتكنولوجيات الطبية الأساسية، والعناصر المهمة الأساسية الأخرى للرعاية الصحية

اتخاذ إجراءات على مستوى منظمة التعاون الإسلامي والتعاون الدولي

- i. المحافظة على التعاون والتنسيق مع التحالف العالمي للقاحات والمعلومات (GAVI)؛
- ii. وضع وثيقة سياسية على مستوى منظمة التعاون الإسلامي مع مدخلات جميع البلدان الأعضاء للحصول على الأدوية الأساسية واللقاحات والتكنولوجيات في سياق المستوى الحالي لتطوير مرافق التصنيع ذات الصلة في هذه البلدان؛
- iii. تقديم المساعدات المادية والفنية لوضع مبادئ توجيهية وطنية في مجال توزيع الأدوية واللقاحات والأجهزة الطبية؛
- iv. تسهيل تطوير آلية إقليمية للشراء المجمع التي ستمكن الإنتاج المحلي من تلبية الاحتياجات الإقليمية والسماح بالتعاون المتبادل في زيادة توافر الأدوية الأساسية واللقاحات؛
- v. وضع استراتيجيات إقليمية لاحتواء التكاليف، مع التركيز على التسعير واللوائح المتعلقة بحماية حقوق الملكية الفكرية؛
- vi. تقديم الدعم للآليات الإقليمية لشراء الأدوية المشتركة والمنتجات الطبية.

المجال المواضيعي الخامس: الاستجابة لحالات الطوارئ والتدخلات الصحية

P.A.5.1: تحسين التخطيط الاستراتيجي للتأهب والاستجابة وتعزيز التنسيق للخدمات الصحية في حالات الطوارئ

اتخاذ إجراءات على المستوى الوطني

- i. تطوير جميع أخطار السياسات والبرامج الوطنية الأخطار حول الحد من المخاطر والتأهب لحالات الطوارئ في القطاع الصحي ووضع لوائح الاستجابة للطوارئ في الطوارئ الصحية العمومية على أساس تقييم الوق الحقيقي للمخاطر؛
- ii. وضع آلية وطنية متعددة القطاعات لتنسيق وتوجيه العمل لإغاثة طبية، والخدمات اللوجستية للإمدادات الإنسانية، والتعاون الدولي، وكذلك تواصل الأنشطة؛
- iii. إنشاء فرق إغاثة طبية من الموظفين المحليين للاستجابة إلى حالات الطوارئ غير المتوقعة مثل مجموعات العمل الرئيسية وتوفير الحوافز المالية للعاملين الصحيين المحليين؛
- iv. دمج مرافق إنسانية مع المرافق المحلية المجاورة؛
- v. التأكد من أن إجراءات التشغيل القياسية وخطط الطوارئ هي متوفرة لمعالجة المناطق المتضررة من حيث العاملين في مجال الصحة وعرض الأدوية والمستلزمات الطبية، والخدمات اللوجستية؛
- vi. ضمان تخصيص الموارد المالية الكافية لتنفيذ الإجراءات الضرورية للتقليل من الوفيات وانتشار المرض التي يمكن الوقاية منها.
- vii. تنسيق الإجراءات مع مختلف القطاعات ذات الصلة لتحسين مرونة المدينة والتصدي لها؛
- viii. تشجيع التعاون في الشراكة بين القطاعين العام والخاص من أجل تمكين المجتمعات المحلية في مجال إدارة الكوارث من السياسة إلى الممارسة.
- ix. تبسيط السياسة والإجراءات الوطنية للتعاون عبر الحدود من أجل التأهب والاستجابة لها.

اتخاذ إجراءات على مستوى منظمة التعاون الإسلامي والتعاون الدولي

- i. وضع تخطيط استراتيجي على المستوى الإقليمي وعلى مستوى منظمة التعاون الإسلامي يستند على آليات تنسيق الخدمات الصحية في حالات الطوارئ على أساس خطر أطلس لمنظمة الصحة العالمية؛
- ii. دعم مبادرة UN-OCHA وWHO في نهجها في القطاع الصحي كوسيلة لتنظيم التنسيق والتعاون بين الجهات الفاعلة الإنسانية لتسهيل التخطيط الاستراتيجي المشترك؛
- iii. تيسير الشراكات بين الأقاليم وجمع الأموال لبناء القدرات القطرية في مجال التأهب والاستجابة للطوارئ الصحية من خلال دعم صناديق التضامن الإقليمي للاستجابة لحالات الطوارئ؛
- iv. تسهيل الشراكات بين الأقاليم وجمع الأموال للبلد القائم على بناء القدرات في مجال التأهب والاستجابة للطوارئ الصحية؛
- v. إجراء التخطيط المشترك للطوارئ لأحداث / انتكاسات محتملة في المستقبل في مجالات الطوارئ الصحية المحتملة؛
- vi. تحسين المعرفة والمهارات في مجال الحد من المخاطر والتأهب لحالات الطوارئ والاستجابة لها في قطاع الصحة من خلال تبادل الخبرات وأفضل الممارسات.

P.A.5.2: مكافحة ومنع تفشي الأمراض في حالات الطوارئ

اتخاذ إجراءات على المستوى الوطني

- i. إنشاء هيئات / وكالات وطنية على مستوى المقاطعات والحي للوقاية والسيطرة على الأمراض، والإنذار المبكر والعلاج من تفشي الأمراض، وإجراء تحليل حقيقي الوقت والإبلاغ عن مستوى تفشي الأمراض؛
- ii. إجراء تقييم وبائي في وقت مبكر للسكان المتضررين لمختلف الفئات العمرية ونوع الجنس؛
- iii. تطوير القدرات المختبرية لتشخيص الأمراض وتأكيد تفشيها؛
- iv. إعداد خطط للطوارئ للرد على التهديدات المحتملة لصحة جديدة وضمان استمرار تقديم الخدمات للسكان المستهدفين؛
- v. التأكد من أن الوصول إلى المياه الصالحة للشرب والصرف الصحي والنظافة الصحية تفي بالمعايير الدولية الدنيا.

اتخاذ إجراءات على مستوى منظمة التعاون الإسلامي والتعاون الدولي

- i. تسهيل التعاون الفني البيئي بين منظمة التعاون الإسلامي لتشخيص الأمراض وتأكيد تفشيها؛
- ii. إنشاء إنذار إقليمي مبكر وآليات الاستجابة لمنع تفشي الأمراض العابرة للحدود؛
- iii. تحقيق الموازنة الإقليمية، والمحاذة، والتنسيق الأكثر فعالية للموارد المتاحة للوقاية من الأمراض ومكافحتها في حالات الطوارئ؛
- iv. التعاون في ضمان أن تكون البلدان المتضررة لديها لوجستية كافية للاستجابة الفعالة لحالات تفشي الأمراض.

P.A.5.3 : ضمان التنفيذ الفعال للخدمات الصحية في حالات الطوارئ

اتخاذ إجراءات على المستوى الوطني

- i. تطوير الوقاية والعلاج الموحدة للأمراض المعدية المناسبة لإعداد الوبائية ومرحلة الاستجابة؛
- ii. تحسين القدرة على إجراء تقييم للاحتياجات الفورية مع التمثيل المناسب للوكالات الصحية ذات الصلة؛
- iii. وضع آليات لضمان أن الخدمات الصحية في حالات الطوارئ يمكن الوصول إليها من قبل جميع الأشخاص المتضررين، وخاصة من قبل الناس الذين يعيشون في الهوامش؛
- iv. إعداد أنظمة سلسلة التوريد للطوارئ، بما في ذلك التخزين والشراء وتوزيع الأدوية والمستلزمات الطبية؛
- v. وضع آليات الإحالة المنظمة مع وصول كافي لإنقاذ الأرواح في الرعاية الثانوية أو الثالثية؛
- vi. تحديد في أقرب وقت ممكن القضايا المشتركة بين عدة قطاعات مع القطاعات الأخرى التي لها أهمية خاصة لقطاع الصحة وتنظيم أنشطة مشتركة (أو تكملية) للتصدي لها بشكل مناسب؛
- vii. تدريب العاملين في مجال الصحة المجتمعية لتقديم خدمات الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي (MHPSS).

اتخاذ إجراءات على مستوى منظمة التعاون الإسلامي والتعاون الدولي

- i. تعزيز التعاون عبر الحدود بين الدول الأعضاء في مجال تقديم الخدمات الصحية من خلال الجهود المنسقة للوجستية والإدارية، والتمويل طويل الأجل واستهداف المرض في السكان المصابين؛
- ii. إنشاء آلية تنسيقية للوجستية لدعم أنشطة الصحة للوقاية من الوفيات والمراضة الناجمة عن نقص الإمدادات الطبية؛

- .iii التعاون في منع العنف القائم على أساس نوع الجنس، والاستجابة والصحة النفسية وأنشطة الدعم النفسي والاجتماعي؛
 - .iv تحديد ومعالجة الثغرات في توافر الخدمات الصحية للسكان المتضررين من الأزمة الإنسانية وتغطية خدمات ذات جودة؛
- تشجيع ضم معايير جديدة وأفضل الممارسات في مجال الخدمات الصحية في حالات الطوارئ.

P.A.5.4: تحسين إدارة المعلومات والتحليل للخدمات الصحية في حالات الطوارئ

اتخاذ إجراءات على المستوى الوطني

- i. إنشاء نظام مركزي للمعلومات الصحية لتقديم التقارير في الوقت المناسب حول الوفيات والأمراض، والخدمات اللوجستية للصحة وغيرها من حالات قضايا الصحة الطارئة؛
- ii. ضمان تقييم شامل، وفي الوقت المناسب والاحتياجات الصحية للسكان المتضررين؛
- iii. التحديد الواضح للشعب المستهدف من قبل المساعدة الإنسانية مع استراتيجية لمعالجة احتياجات الآخرين ذات الصلة بالصحة؛
- iv. تحديد أنواع المعلومات التي يتعين جمعها وتخزينها وتوزيعها وضمان أن البيانات المتعلقة بالصحة من جميع المصادر يتم تجميعها بطريقة منهجية واستعراض موثوقيتها وأهميتها؛
- v. إجراء تحليل منهجي لجمع البيانات لتوليد المعلومات اللازمة للتخطيط والتنظيم والتقييم، وأغراض المناصرة.

اتخاذ إجراءات على مستوى منظمة التعاون الإسلامي والتعاون الدولي

- i. إنشاء شبكات وبناء القدرات بين المؤسسات ذات الصلة في الدول الأعضاء بهدف نقل وتقاسم وتبادل المعارف والخبرات؛
- ii. تيسير التعاون بين البلدان الأعضاء في ما يخص تحسين إدارة المعلومات وتحليل البيانات المتعلقة بصحة الطوارئ وبيانات المراقبة؛
- iii. التعاون في تحديد المشاكل الصحية والمخاطر والثغرات في الخدمات وتحديد الأولويات منها على أساس المخاطر الصحية الناجمة؛

المجال المواضيعي السادس: المعلومات والأبحاث والتعليم والمناصرة

P.A.6.1: ضمان مشاركة والتزام جميع أصحاب المصلحة لبدء وتنفيذ برامج فعالة لمعلومات حول صحة المجتمع والتعليم وبرامج الدعوة

اتخاذ إجراءات على المستوى الوطني

- i. إنشاء لجنة وطنية لرصد وتطوير وتقييم المعلومات الصحية الوطنية والتعليم وبرامج/مداخلات المناصرة؛
- ii. تشجيع التنسيق القوي بين الصحة والتعليم والعمل ووزارات المالية لتحسين البيئة الاجتماعية والاقتصادية والسياسية لتنفيذ برامج فعالة لتعزيز الصحة؛
- iii. التعاون مع وسائل الإعلام المحلية لمناصرة أسلوب حياة صحية؛

- iv. إنشاء شراكة بين القطاعين العام والخاص وإشراك المجتمع المدني والمنظمات غير الحكومية والمنظمات الدولية لمعالجة القضايا المتعلقة بالتمويل والتوعية للوقاية من الأمراض وبرامج وطنية لتعزيز الصحة؛
- v. إنشاء نظام جيد للمعلومات الصحية لتطوير التنقيف الصحي المبني على الأدلة وبرامج التعزيز والخدمات؛
- vi. تنظيم اتفاقيات مقدمي الرعاية الصحية المحلية وقادة المجتمعات المحلية والسكان المحليين لجعل التنقيف الصحي المجتمعي والتدخلات المعززة أكثر تنقيفاً ومستجابة.
- vii. تعزيز قدرات وزارة الصحة لقيادة وتنفيذ الأبحاث والأدلة بناء على MNCH، ومكافحة الأمراض وتطوير النظام الصحي.

اتخاذ إجراءات على مستوى التعاون لمنظمة التعاون الإسلامي

- i. الدعوة إلى زيادة الالتزام من وكالات الصحة الإقليمية / الدولية والإنمائية من حيث المساعدة الفنية والمالية لمساعدة البلدان الأعضاء على وضع وتنفيذ برامجها الوطنية؛
- ii. تنظيم منتديات/اتفاقيات حول المعلومات والتعليم والمناصرة الصحية لتشجيع التفاعل والحوار بين صانعي السياسات ومقدمي الرعاية الصحية، والتنقيف الصحي وزعماء المجتمع / علماء الدين؛
- iii. إنشاء قاعدة بيانات على شبكة الإنترنت من البرامج القائمة وأفضل الممارسات في البلدان الأعضاء؛
- iv. تشجيع الدول الأعضاء لمواصلة معلوماتهم في مجال الصحة والتعليم وممارسات المناصرة مع المعايير الدولية من خلال تنفيذ المبادئ التوجيهية التي تقدمها وكالات الصحة الدولية.

P.A.6.2: تعزيز الوعي المجتمعي حول منع انتشار الأمراض المعدية ونمط الحياة الصحي

اتخاذ إجراءات على المستوى الوطني

- i. وضع استراتيجية وطنية لتعزيز الوقاية من الأمراض ونمط الحياة الصحية؛
- ii. إطلاق حملات التوعية لرفع مستوى الوعي العام حول الوقاية من الأمراض ونمط الحياة الصحي من خلال وسائل الإعلام الإلكترونية والمطبوعة، والمؤتمرات، ومحادثات عامة / محاضرات؛
- iii. إطلاق البرنامج الصحي القطري للمدرسة لتعزيز الوعي في أوساط الشباب وخاصة حول السلوكيات المحفوفة بالمخاطر مثل نقص النشاط البدني وسوء التغذية والنظافة واستخدام التبغ وما إلى ذلك؛
- iv. إشراك الشخصيات الوطنية المشهورة (مثل الممثلين والمطربين والكتاب والرياضيين الخ) لتعزيز الوعي المجتمعي حول الوقاية من الأمراض ونمط الحياة الصحية؛
- v. إشراك قادة المجتمعات المحلية (السياسية والدينية) لتنظيم حملات توعية للمجتمع بالنظر إلى الحساسيات الدينية والثقافية للمجتمع، ولمكافحة وصمة العار والتمييز ضد الأشخاص المصابين بالأمراض المعدية؛
- vi. ترجمة وتوزيع فتوى IFA باللغات المحلية لمعالجة مخاوف الشعوب الدينية فيما يتعلق بالتطعيم؛
- vii. تشجيع استخدام تكنولوجيا المعلومات وخاصة الهواتف النقالة (عبر SMS، MMS) والإنترنت (عن طريق مواقع الويب للتعرف الاجتماعي) لتنقيف وإعلام الناس حول نمط حياة صحي؛
- viii. التأكد من إعداد ونشر المعلومات الصحية البسيطة والمفهومة والمناسبة والرسائل ومواد التعليم من قبل:
 - تطوير مبادئ توجيهية لإعداد المعلومات الصحية ورسائل التعليم والمواد؛
 - دمج هذه المبادئ التوجيهية في التدريب المجتمعي على حسب مقدمي الرعاية الصحية؛

- استعراض وتقييم الرسائل الصحية الحالية لضمان استنادها لأفضل الأدلة المتاحة؛
- توحيد الرسائل والمواد في جميع أنحاء البلاد؛
- ix. توظيف عدد كاف من عمال الصحة في المجتمع لتعليم السكان المحليين وإعلامهم وإشراكهم في أنشطة تعزيز الصحة مثل التطعيم وحملات التوعية وما إلى ذلك؛
- x. تنظيم اتفاقيات مقدمي الرعاية الصحية المحلية وقادة المجتمعات والسكان المحليين لجعل حملات التوعية الصحية المجتمعية ذات الصلة أكثر ثقافة واستجابة.

اتخاذ إجراءات على مستوى التعاون لمنظمة التعاون الإسلامي

- i. تصميم حملات التوعية خاصة بالمرض على نطاق منظمة التعاون الإسلامي؛
- ii. إطلاق برنامج توعوي للأئمة في مجال الصحة مصمم خصيصاً لمجتمع منظمة التعاون الإسلامي؛
- iii. تأمين فتوى IFA من جميع أنواع التحصينات في البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي؛
- iv. تنظيم مؤتمرات على مستوى منظمة التعاون الإسلامي لمقدمي الرعاية الصحية والقادة المجتمعيين لتسهيل تبادل المعارف وأفضل الممارسات في مجال التوعية المجتمعية؛
- v. إطلاق مسابقة على مستوى منظمة التعاون الإسلامي لتشجيع الأفكار المبتكرة لتوعية المجتمع على تحسين الصحة.

P.A.6.3: تلبية احتياجات المعلومات والتعليم لمقدمي الرعاية الصحية

اتخاذ إجراءات على المستوى الوطني

- i. تصميم مناهج جديدة للتثقيف الصحي لدمج تعزيز الصحة والوقاية في تدريب مقدمي الخدمات الصحية؛
- ii. إنشاء شبكة من المؤسسات الوطنية للتثقيف الصحي لتطوير نظم ضمان جودة التعليم الصحي والتدريب؛
- iii. المراقبة والإشراف على أداء مقدمي الرعاية الصحية باستخدام نهج تحسين الجودة وتعزيز الممارسات التي تثبت فعاليتها؛
- iv. دعم صيانة وتطوير الكفاءات المهنية من خلال التعليم المستمر لضمان تجهيز العاملين في مجال الصحة لتقديم أفضل رعاية والمعلومات الممكنة؛
- v. تقديم منح دراسية لمقدمي الرعاية الصحية لحضور دورات خاصة حول المعلومات الصحية، والتعليم والاتصال؛
- vi. إطلاق برامج الكلية لتبادل المربي الصحي على المستوى الوطني والإقليمي والدولي؛
- vii. تنظيم زيارات دراسية لمقدمي الرعاية الصحية لمعرفة الأفكار الجديدة وأفضل الممارسات؛
- viii. إنشاء نظام معلومات صحية جيدة الأداء ونظام التعليم لمقدمي الرعاية الصحية والتشجيع على التعلم عن طريق دورات تدريبية قصيرة وورش العمل ودورات على الإنترنت إلخ.
- ix. تثقيف مقدمي الرعاية الصحية على الاستخدام غير الرشيد للأدوية ب:
 - التعميم المحدث، والمعلومات الموضوعية حول الأدوية الحديثة والتقنيات التشخيصية؛
 - توفير التدريب المناسب بشأن كتابة وصفة طبية وتقنيات الاتصال للتعامل مع المرضى؛
 - التدريس الفعال في استخدام المرافق التشخيصية (أجهزة وأدوات وغيرها) لتجنب التشخيص الخاطئ والوصفة الطبية الخاطئة للعلاج؛

اتخاذ إجراءات على مستوى التعاون لمنظمة التعاون الإسلامي

- i. تسهيل نقل المعارف والخبرات البيئية لمنظمة التعاون الإسلامي من خلال توسيع التغطية وتنفيذ برامج بناء القدرات في الصحة لمركز أنقرة¹⁴.
- ii. تعزيز التعاون في مجال التعليم الصحي لتدريب المزيد من الممرضين وغيرهم من المتخصصين في الطب / الصحة؛
- iii. ربط العاملين في مجال الصحة في منظمة التعاون الإسلامي من خلال مجموعات افتراضية للممارسة حتى يتمكنوا من وضع سياسات فعالة وتعزيز ممارسات ناجحة؛
- iv. تنظيم التثقيف الصحي في منظمة التعاون الإسلامي وتقديم منتديات للعمل على معلومات صحية مبتكرة وتعليم مناهج/ استراتيجيات؛
- v. إنشاء شبكة من المراكز الصحية في منظمة التعاون الإسلامي من أجل تعزيز مواءمة تعليم الرعاية الصحية والممارسات في الدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي؛
- vi. الدعوة إلى تنفيذ التدخلات الرئيسية التي أوصت بها منظمة الصحة العالمية لتعزيز الاستخدام الرشيد للأدوية في البلدان الأعضاء.

¹⁴ برنامج ابن سينا لبناء القدرات الصحية (HCaB-IbnSina)، مبادرة التحرر من التبغ لمنظمة التعاون الإسلامي، وبرنامج بناء القدرات في السلامة والصحة المهنية (OSHCaB)، وشبكة الصحة والسلامة المهنية في منظمة التعاون الإسلامي (OSHNET-OIC)



آلية التنفيذ والمراقبة

على الرغم من أن المسؤولية الرئيسية لتنفيذ برنامج العمل الاستراتيجي لمنظمة التعاون الإسلامي في مجال الصحة 2014-2023 OIC-SHPA تقع على عاتق البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي، إلا أن مؤسسات وهيئات منظمة التعاون الإسلامي ذات الصلة تلعب دورا محوريا في تعزيز ورصد ومتابعة تنفيذ برنامج العمل دون المساس بسيادة ومسؤولية الدول.

ما يلي هو آلية مقترحة لتنفيذ ورصد OIC-SHPA. في إطار هذه الآلية، سيتم وضع ستة مجموعات عمل لتسهيل تنفيذ الإجراءات والأنشطة ومتابعتها في كل مجال من المجالات المواضيعية. وستتألف كل مجموعة عمل من البلدان الراغبين الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي ومؤسسات منظمة التعاون الإسلامي ذات الصلة، وسوف يقوم كل بلد عضو في كل مجموعة بالقيام بدور منسق المجموعة. وسوف تقدم كل WG مساعدة فنية، وستعالج حواجز محددة، وتحقيق التآزر حيثما أمكن بين برامج مختلفة للعمل. وسوف يكون كل WG مسؤولا عن إعداد تقرير مرحلي وتقديمه إلى اللجنة التوجيهية.

وسوف تولي اللجنة التوجيهية لمنظمة التعاون الإسلامي حول الصحة الدور المركزي في تنفيذ ورصد ومتابعة OIC-SHPA. وستقوم اللجنة بضمان المشاركة القوية للبلدان الأعضاء والمؤسسات الدولية ذات الصلة في منظمة التعاون الإسلامي في تنفيذ مختلف برامج العمل المقترحة في OIC-SHPA. واستنادا إلى التقارير المرحلية لمجموعات العمل، ستقوم اللجنة التوجيهية لمنظمة التعاون الإسلامي بإعداد تقارير مرحلية شاملة وتقديمها إلى دورات المؤتمر الإسلامي لوزراء الصحة (ICHM).

وكنهج لتنفيذ المسار السريع، المجالات المواضيعية للتعاون. وتسهيل تبادل هذه البرامج من الخبرة والمعرفة وأفضل الممارسات بين الدول الأعضاء في مجالات المعنية. وفي هذا الصدد، يمكن للسعة الصحة IbnSina برنامج بناء، الذي تم تصميمه من قبل مركز أنقرة، تكون قدوة حسنة.

تحديد وتخصيص قدر كبير من الموارد المالية سيكون البعد الحاسم الآخر لتنفيذ OIC-SHPA. هذه المسألة تتطلب مناقشة مفصلة للعمل على بعض الآليات المبتكرة لتأمين التمويل اللازم. لبدء المناقشة، يمكن اقتراح السبل بعد للنظر في تأمين الموارد المالية اللازمة لتنفيذ OIC-SHPA:

- **صناديق تنمية منظمة التعاون الإسلامي:** تخصيص الموارد المالية من صناديق التنمية القائمة في منظمة التعاون الإسلامي مثل صندوق التضامن الإسلامي للتنمية (ISFD) والبرنامج الخاص للتنمية في أفريقيا (SPDA)، وما إلى ذلك؛
- **الدول الأعضاء:** دعوة الدول الأعضاء بمنظمة التعاون الإسلامي إلى تعهد بعض الموارد المالية لتنفيذ البرامج المختلفة من الإجراءات في إطار OIC-SHPA؛
- **القطاع الخاص:** أساليب التجريب لتشجيع مشاركة القطاع الخاص في تمويل بعض برامج العمل ل OIC-SHPA؛
- **المنظمات الدولية/الإقليمية الخيرية والمالية والتنمية:** أموال غارنر من مختلف المؤسسات المتعددة الأطراف المالية والبنوك الإقليمية والمنظمات الخيرية والتنمية.

كطريقة مبتكرة بديلة لتأمين موارد مالية إضافية، يمكن إصدار الصكوك المرتكزة على الرعاية الصحية بالتعاون مع بعض المؤسسات المالية لغرض تمويل تنفيذ بعض البرامج على المدى الطويل من الإجراءات في إطار OIC-SHPA. يمكن هذا النوع من الصكوك أيضا، يجذب ويحصل على دعم بعض الشركات الخاصة والمنظمات غير الحكومية، والجمعيات الخيرية والمؤسسات التنموية في مجتمع منظمة التعاون الإسلامي. يمكن وضع كل هذه الدعم على المدى الطويل في سياق أغراض خاصة (SPV) التي يمكن أن تنظم إنشاء الصكوك للرعاية الصحية للبلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي. وقد تمت الممارسة مؤخرا طريقة مبتكرة للمالية من قبل بعض المؤسسات المالية تحت نظام المسؤولية الاجتماعية لشركات الصكوك (CSR).

المراجع

1. Commission on SDH, 2008. Closing the Gap in a Generation, Final Report.
2. FAO, 2012. Low-Income Food-Deficit Countries (LIFDC) - List for 2012.
3. Hämäläinen, P., Takala, J., & Saarela, K. L., 2009. Global Trend according to estimated number of Occupational Accidents and Fatal Work-related Diseases. Journal of Safety Research.
4. IASC, 2007. Assisting the Health Sector Coordination Mechanism to Identify and Fill Gaps in the Humanitarian Response.
5. ILO, 2008. Social Health Protection: An ILO Strategy towards Universal access to Health Care.
6. Neil, P., Frederick, B., 2009. Information Needs of Healthcare Workers in Developing Countries: a Literature Review with a Focus on Africa.
7. SESRIC, 2011. OIC Health Report 2011.
8. SESRIC, 2012a. Education and Scientific Development in the OIC Member Countries 2012/2013.
9. SESRIC, 2012b. Annual Economic Report on the OIC Countries 2012.
10. WHO, 2008. New Laboratory Diagnostic Tools for Tuberculosis Control.
11. WHO, 2009. Global Health Risks: Mortality and Burden of Disease attributable to selected Major Risks.
12. WHO, 2010a. The World Health Report: Health Systems Financing: the path to Universal Coverage.
13. WHO, 2010b. Monitoring the Building Blocks of Health Systems: a handbook of indicators and their measurement strategies
14. WHO, 2011a. Country Health Information Systems: A review of the Current Situation and Trends.
15. WHO, 2011b. Health Topics: Immunizations.
16. WHO, 2012a. Global Health Observatory Data Repository.
17. WHO, 2012b. World Health Statistics Report.
18. WHO, May 2010. Rational use of Medicines, Factsheet No: 338.
19. WHO/ EMRO, 2012. Health System Strengthening; paper presented to the 59th session of the Regional Committee.
20. World Bank, 2012. PovcalNet: An Online Poverty Analysis Tool.

الخطة التنفيذية لبرنامج العمل الاستراتيجي لمنظمة التعاون الإسلامي في مجال الصحة (OIC – SHPA) 2023-2014

الفهرس

[84-74]	: تعزيز النظام الأحي	المجال الم واضيعي الأول
[100-85]	: الوقاية من الأمراض ومكافحتها	المجال الم واضيعي الثاني
[109-100]	: صحة الأم والمولود الجديد و الطفل وتغذيتهم	المجال الم واضيعي الثالث
[117-110]	: الأدوية واللقاحات والتكنولوجيات الطبية	المجال الم واضيعي الرابع
[126-118]	: الاستجابة لحالات الطوارئ واللالالات الصحية	المجال الم واضيعي الخامس
[133-127]	: المعلومات والأبحاث والتعليم والمناصرة	المجال الم واضيعي السادس

المجال المواضيعي الأول: تعزيز النظام الصحي

خطة تنفيذ مرحلية

البلد الرائد: كازاخستان

شركاء التنفيذ	مؤشرات الأداء الرئيسية	المدى الزمني	الإجراءات والأنشطة/ المستوى
P.A.1.1: الانطلاق نحو تغطية رعاية صحية شاملة			
وزارة الصحة، وزارة المالية، المنظمات غير الحكومية	<ul style="list-style-type: none"> أ- عدد الآليات متعددة القطاعات التي تم إنشاؤها. ب- خارطة طريق لتحقيق تغطية صحية شاملة. ج- خدمات الرعاية الصحية التي تمول عن طريق ميزانية حكومية. د- عدد الخدمات الصحية المقدمة ونوعها. هـ- تحسين المؤشرات الصحية مثل توقعات الحياة ومعدلات الوفيات في أوساط الأمهات والأطفال ومعدلات الوفيات بسبب الإصابات. و- تحسين المحددات الاجتماعية للصحة. 	2014 – 2023 (المدى الطويل)	<p>المستوى الوطني</p> <p>1- إنشاء أو تعزيز آلية صحية رفيعة المستوى متعددة القطاعات وتعاون محلي بين القطاعات مع تمثيل من وزارات أخرى من القطاع العام والمنظمات غير الحكومية والقطاع الصحي الخاص والأطراف المعنية الأخرى لإعداد خارطة طريق لتحقيق تغطية صحية شاملة (UHC) ومحددات اجتماعية للصحة (SDH).</p>
	<ul style="list-style-type: none"> أ- عدد الوحدات التي تم تطويرها لتحليل النفقات الصحية في جميع البلدان التي لها أنشطة دورية. ب- عدد البلدان التي نفذت حسابات صحية وطنية. ج- عدد تقارير الحسابات الصحية الوطنية التي نوقشت واعتمدت على مستويات حكومية أعلى 	2014 – 2019 (المدى المتوسط)	<p>2- تعزيز أو إنشاء وحدة اقتصاديات الصحة في وزارة الصحة تكون مسؤولة عن إجراء تحليل منظم للحسابات الصحية الوطنية، ودراسات الاستخدام الصحي والإنفاق.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> أ- نسبة الزيادة في التمويل الحكومي (مخصصات الميزانية) لخدمات الرعاية الصحية الأولية. ب- نسبة الزيادة في الحصول (ماديا أو ماليا) على مرافق/خدمات رعاية صحية 	2017 – 2023 (المدى الطويل)	<p>3- تعزيز الحصول على خدمات الرعاية الصحية الأولية مجانا لتمهيد الطريق لتغطية الرعاية الصحية الشاملة.</p>

شركاء التنفيذ	مؤشرات الأداء الرئيسية	المدة الزمنية	الإجراءات والأنشطة/ المستوى
وزارة الصحة، وزارة المالية، المنظمات غير الحكومية	<p>أ- عدد الخطوط التوجيهية التي طورت (أوصي بها) لتعريف دور القطاع الخاص.</p> <p>ب- نسبة الزيادة في عدد ونوع الخدمات التي يقدمها القطاع الخاص والمغطة ماليا من شركات التأمين أو الحكومة.</p> <p>ج- عدد الخدمات المقدمة من خلال الشراكة بين القطاعين العام والخاص.</p>	2017 - 2023 (المدة الطويل)	4- وضع مبادئ توجيهية فعالة مع ضوابط وموازنات كافية لتوفير الرعاية الصحية من القطاع الخاص الرسمي، وخاصة إشراك مقدمي الرعاية الصحية الخاصة المسجلين (الأطباء وأطباء الأسنان والصيدلة والقابلات والممرضات) في توفير خدمات صحية شاملة بما في ذلك المناطق الريفية والناحية.
	<p>أ- الأنظمة الصحية التي أنشأت مع خيارات سداد واضحة تتطلع إلى تغطية صحية شاملة (النتائج المعروضة لمختلف النماذج).</p> <p>ب- عدد البلدان التي تطبق تغطية سكانية فعالة تصل لـ 80% من السكان أو أكثر من خلال أي نوع من برامج السداد.</p> <p>ج- عدد البلدان التي نقل فيها النفقات (الطبية) الشخصية عن 30%</p>	2017 - 2023 (المدة الطويل)	5- إنشاء ترتيب لنظام المدفوعات (على سبيل المثال، الحصول مجانا على رعاية صحية أولية، تأمين صحي، تسديد مشترك / تقاسم التكاليف للحصول على الرعاية الصحية الثانوية والثلاثية).
مركز أنقرة، البنك الإسلامي للتنمية، منظمة الصحة العالمية، البنك الدولي	<p>أ- الفريق العامل المشكل إلى جانب فرق فرعية معنية بمجالات محددة.</p> <p>ب- موارد تمويل محددة لاجتماعات بناء القدرات.</p> <p>ج- خارطة طريق معدة مع جدول زمني لإجراءات ملموسة معرفة في الخطة الاستراتيجية.</p> <p>د- مرتين في السنة لتقديم تقارير بشأن التقدم المنجز في تنفيذ خارطة الطريق.</p> <p>هـ- عدد توصيات الفريق العامل التي يتم تنفيذها على المستوى الوطني.</p> <p>و- عدد السياسات القطرية التي تم تحسينها في إطار مشاورات وتوصيات الفريق العامل.</p> <p>ز- برنامج التمويل المطور والمنظمة أو المنظمات المحددة التي يتوقع أن تكون مسؤولة عن بناء القدرات.</p> <p>ح- عدد دورات التدريب المقدمة فعليا في إطار البرنامج.</p>	2014 - 2016 (المدة القصير)	<p>مستوى منظمة التعاون الإسلامي والتعاون الدولي</p> <p>1- تسهيل تبادل المعرفة والمشاركة في إنتاج معارف جديدة فيما بين الدول الأعضاء من خلال برامج بناء القدرات المشتركة التي تجمع المنفذين وصناع القرار للاشتراك في تطوير أساليب مبتكرة لتسريع التقدم نحو تنفيذ التغطية الشاملة للرعاية الصحية.</p> <p>2- التخطيط لبناء قدرات الموظفين العاملين في وحدات اقتصاديات الصحة الوطنية لوزارات الصحة، وذلك لإجراء تحليل الحسابات الصحية الوطنية واستخدام القدرات الفنية لمنظمة الصحة العالمية والبنك الدولي والوكالات الدولية الأخرى.</p> <p>3- وضع مجموعة مشتركة، قابلة للمقارنة، من مؤشرات التقدم نحو تغطية صحية شاملة وهي مطلوبة لتمكين البلدان التي تمر بالإصلاحات لتقييم النتائج وإجراء تصحيحات في منتصف الفترة في السياسات وتنفيذها.</p>
		2017 - 2023 (المدة الطويل)	4- دعم الدول الأعضاء لصياغة سياسات وبرامج التغطية الصحية الشاملة بتوفير تحليل للسياسات وتقديم النصح لمساعدة البلدان على تطوير خيارات لاقتناء الخدمات الفعالة، وتجميع الموارد وتحصيل المدخيل.

شركاء التنفيذ	مؤشرات الأداء الرئيسية	المدة الزمنية	الإجراءات والأنشطة/ المستوى
مركز أنقرة، البنك الإسلامي للتنمية، منظمة الصحة العالمية، البنك الدولي	<p>ط- مجموعة المؤشرات المتفق عليها بشأن الرعاية الصحية الشاملة.</p> <p>ي- عدد التجارب الجيدة الموثقة المتعلقة بالتغطية الصحية الشاملة على أساس التجارب القطرية.</p>		<p>5- تسهيل تبادل الخبرات وأفضل الممارسات لوضع نظام لتسديد التغطية الصحية الشاملة.</p>
P.A.1.2 : تحسين فرص الحصول على خدمات الرعاية الصحية المتكاملة والأمنة وذات الجودة			
وزارة الصحة، والعمل، والتعليم والمالية والمنظمات غير الحكومية	<p>أ- عدد المعايير الوطنية الموضوعية والمطبقة لتقديم الرعاية الطبية المعرفة. الحزم الأساسية للخدمات الطبية، السكان المستفيدين من كل مرفق صحي، تحسين جودة الرعاية (الخطوط التوجيهية للممارسات الإكلينيكية، معايير الاعتماد، الخ) البنى التحتية المحسنة للرعاية الصحية، آليات التمويل الواضحة، نمط تعيين الموظفين، نظام الإحالة القائم، إعداد ملفات صحة العائلة، خطة التدريب أثناء الخدمة، توفير الأدوية الأساسية والتكنولوجيا الطبية بأسعار ميسورة، خدمة نظام المعلومات الطبية المحسن.</p> <p>ب- إدخال برامج الرعاية الطبية حسب الأولوية في المنظومة الصحية.</p> <p>ج- تنظيم وتحسين البنى التحتية لرصد الرعاية الطبية والإشراف عليها وتقويم الاحتياجات والدعم المنهجي لإصلاحات الرعاية الطبية.</p> <p>د- عدد البلدان التي طبقت نظام الرصد والإشراف ومنهجية تقويم الاحتياجات المقبولة دولياً.</p> <p>هـ- عدد البلدان التي وضعت وطبقت نظام آلية تمويل الرعاية الصحية لتخصيص موارد وفقاً لنهج العدالة الصحية.</p>	2014 - 2023 (المدة الطويلة)	<p>المستوى الوطني</p> <p>1- تعزيز ووضع مجموعة أساسية من الخدمات الصحية على جميع مستويات الرعاية الصحية؛</p> <p>2- تحسين جودة الخدمات المقدمة للرعاية الصحية من خلال شبكة متكاملة من مرافق الرعاية الصحية الأولية، والعاملين في مجال الصحة المجتمعية، والتعاقد الخارجي مع منظمات غير حكومية، وفريق التوعية والمتطوعين، أو مزيج منهما؛</p> <p>3- ضمان الوصول المادي إلى مجموعة من الخدمات على أساس احتياجات المجتمع، وضمن استمرارية الرعاية التي تقدم مع اتباع نهج متكامل ينفذها فريق مدرب جيداً ومتعدد التخصصات.</p> <p>4- إشراك الأفراد والمجتمع في تقدير الاحتياجات، وتحديد الأولويات، وتنفيذ ورصد وتقييم خدمات الرعاية الصحية العامة، لاستدامة التدخلات الصحية؛</p> <p>5- المزيد من الاستثمار في بناء قدرات الرعاية الذاتية: محور هذا النظام هو تحديد السياق الاجتماعي والبيئي حيث تحدث المشاكل الصحية، وتحديد عوامل الخطر والبحث عن سبل للتغلب على العوائق التي تحول دون تعزيز الصحة؛</p> <p>6- تشجيع التعاون بين القطاعات من أجل تنمية مستدامة للصحة. من خلال تعزيز التعاون بين قطاعات الصحة والتعليم والعمل والعدالة والخدمات الاجتماعية وتعزيز التخطيط المشترك لتقليص الفوارق؛</p>

شركاء التنفيذ	مؤشرات الأداء الرئيسية	المدة الزمنية	الإجراءات والأنشطة/ المستوى
وزارة الصحة، والعمل، والتعليم والمالية والمنظمات غير الحكومية	<p>و- عدد القرارات التي نوقشت واعتمدت والتي حسنت أوضاع مشاكل الصحة المشتركة بين القطاعات.</p> <p>ز- عدد الآليات التي وضعت لمشاركة المجتمع في تقويم الاحتياجات والتخطيط المحلي والتنفيذ ورصد الأنشطة المتعلقة بالصحة ومتابعتها.</p> <p>ح- عدد الآليات الوظيفية التي تم تصميمها بدعم الشراكة بين القطاعين العام والخاص.</p> <p>ط- تقويم الاحتياجات الخاصة بالأيدي العاملة المطلوبة والجامعات الطبية وشبه الطبية التي تم تعزيزها، والاستراتيجية والسياسات المتعلقة بتنمية الموارد البشرية التي تم تحسينها وآليات التصديق والرصد التي تم تطويرها، وعدد البلدان التي تنفذ فلسفة حديثة لتنمية الموارد البشرية. وعدد البلدان التي تنفذ آلية تصديق.</p> <p>ي- عدد البلدان التي وضعت وطبقت نظاماً لضمان الجودة في خدمات الرعاية الصحية، وسلامة المرضى وعمليات الاعتماد.</p>	2019-7017 (المدة المتوسطة)	<p>7- ضمان سلامة المستشفى والجودة والكفاءة على أساس المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية في سلامة المرضى، وضمان اعتماد المرافق الصحية كجزء لا يتجزأ من تنظيم النظام الصحي.</p> <p>8- وضع آليات لتمويل صحي مستدام من أجل الحد من الفوارق في الحصول على الرعاية الصحية.</p> <p>9- تعزيز / تبسيط نظام لإصدار الشهادات للعاملين في القطاع الخاص (الأطباء وأطباء الأسنان والصيادلة والقابلات والممرضات)؛</p>
الأمانة العامة للمنظمة، مركز أنقرة، البنك الإسلامي للتنمية، منظمة الصحة العالمية	<p>أ- البرنامج الممول الذي تم وضعه (لتحديد موارد للتمويل) والمنظمة التي سوف تكون مسؤولة عن بناء القدرات المعرفية في الدول الأعضاء.</p> <p>ب- عدد الدورات التدريبية التي قدمت بالفعل في إطار البرنامج.</p> <p>ج- عدد أنشطة بناء القدرات التي تم تنظيمها على المستوى الوطني.</p> <p>د- عدد المشاركين الذين حضروا أنشطة بناء قدرات تتعلق بتحسين جودة خدمات الرعاية الصحية.</p>	2023-2014 (المدة الطويلة)	<p>مستوى منظمة التعاون الإسلامي والتعاون الدولي</p> <p>1- تسهيل تبادل المعارف وأفضل التجارب بين الدول الأعضاء من خلال برامج بناء القدرات؛</p> <p>2- تعزيز تقويم البرامج الصحية في الدول الأعضاء وتوفير حوافز للبرامج التي تثبت تحسناً قابلاً للقياس؛</p> <p>3- الإسهام في تمويل المرافق الصحية؛</p> <p>4- تقديم المساعدة الفنية للبلدان الأعضاء من أجل إنشاء وتعزيز معاهد وطنية للصحة العمومية؛</p>

شركاء التنفيذ	مؤشرات الأداء الرئيسية	المدة الزمنية	الإجراءات والأنشطة/ المستوى
مركز أنقرة، البنك الإسلامي للتنمية، منظمة الصحة العالمية	<p>أ- عدد عمليات تقويم الاحتياجات المقدمة للبلدان في منظومة المعلومات الصحية.</p> <p>ب- عدد التوصيات التي وضعها الفريق العامل وتم تنفيذها على المستوى الوطني في البلدان.</p> <p>ج- عدد البلدان التي لها سياسات تم تحسينها في إطار مشاورات الفريق العامل وتوصياته.</p> <p>د- عدد البرامج الممولة التي تم وضعها (لتحديد موارد للتمويل) والمنظمة التي يمكن ان تكون مسؤولة عن بناء القدرات المعرفية.</p> <p>هـ- عدد دورات التدريب التي قدمت بالفعل في إطار البرنامج.</p> <p>و- عدد استراتيجيات نظام المعلومات الصحية التي تم تطويرها دعماً لمجموعة التنسيق الدولية.</p> <p>ز- عدد البلدان التي طبقت نظام المعلومات الصحية بعد تلقي إسهامات على المستوى الدولي.</p>	2014 - 2016 (المدة القصير)	<p>مستوى منظمة التعاون الإسلامي والتعاون الدولي</p> <p>1- مساعدة البلدان في وضع نظم المعلومات الصحية التي تسهم في تحسين مراقبة الأمراض، وإدارة المرضى، ورصد البرنامج، وتخطيط الصحة العامة؛</p> <p>2- مساعدة البلدان في تطوير القدرات من أجل القيام بأنشطة المراقبة الحرجة مثل رصد عبء المرض، وتتبع بيانات انتشار المرض والوفيات، وتقويم عوامل الخطر السلوكي، ورصد وتقويم أثر التدخلات الصحية؛</p> <p>3- توفير القيادة في وضع معايير ثابتة لمعلوماتية الصحة العامة العالمية؛</p> <p>4- زيادة قدرة وزارات الصحة على النجاح في إدارة عملية تحويل البيانات إلى معرفة وتحويل المعرفة إلى مبادئ توجيهية، والمبادئ التوجيهية إلى برامج محسنة وفعالة من حيث التكلفة، وممارسة الصحة العامة.</p> <p>5- إجراء تقويم للاحتياجات وتحليل لأوضاع أنظمة معلومات الصحة في الدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي.</p>
P.A.1.4: تعزيز قوى عاملة صحية متوازنة ومدارة بشكل جيد مع تركيز خاص على المناطق النائية والمحرومة			
وزارة الصحة، والعمل، والتعليم والمالية، المنظمات غير الحكومية	<p>أ- عدد البلدان التي وضعت وطبقت استراتيجيات وطنية لتنمية الموارد البشرية.</p> <p>ب- عدد البلدان التي أنشأت وطبقت نظاماً لتقويم الاحتياجات من أجل تخطيط الموارد البشرية واستشرافها.</p> <p>ج- عدد البلدان التي أنشأت وطبقت نظام رصد وطني للموارد البشرية.</p> <p>د- عدد البلدان التي وضعت وطورت نظام وطني لتدريب الموارد البشرية وإعادة تدريبها.</p>	2014-2016 (المدة القصير)	<p>المستوى الوطني</p> <p>1- إنشاء أو تعزيز مجلس استشاري وطني للموارد البشرية في مجال الصحة لتسهيل تدريب وتوظيف وإدارة القوى العاملة الصحية في جميع أنحاء البلدان؛</p> <p>2- إجراء استعراض مفصل حول الوضع الراهن للموازنة بين الجنسين في القوى العاملة الصحية ووضع خطة شاملة تتماشى مع الخطط الصحية الوطنية، والتي تغطي إنتاج وتدريب وإبقاء القوى العاملة الصحية، وذلك بالتعاون مع وزارة التعليم العالي والمؤسسات الأكاديمية وشركاء آخرين؛</p>

شركاء التنفيذ	مؤشرات الأداء الرئيسية	المدى الزمني	الإجراءات والأنشطة/ المستوى
وزارة الصحة، والعمل، والتعليم والمالية، المنظمات غير الحكومية	ه- عدد البلدان التي أنشأت وطبقت نظام اعتماد وطني للبرامج التعليمية الطبية وشبه الطبية وتلك المتعلقة بالتمريض.	2023-7017	3- تحسين وصول خدمات الرعاية الصحية الأولية للمناطق الفقيرة والمحرومة من خلال تدريب ونشر عاملين في صحة المجتمع لهم معرفة بلغة السكان المحليين وثقافتهم؛
	و- نسبة البرامج الطبية والمدارس والجامعات التي نالت اعتماد هيئة اعتماد وطنية وعدد البرامج التي نالت قبول هيئات اعتماد دولية.	(المدى الطويل)	4- التعاون مع المنظمات غير الحكومية والهيئات الدولية لتدريب ونشر العاملين في مجال الصحة على مستوى المجتمع المحلي لتوفير الخدمات الصحية وخاصة في المناطق الريفية؛
	ز- نسبة البلدان التي وضعت واستخدمت برامج محسنة تقوم على نهج برامج مقسمة لوحداث بما في ذلك تعريفات متكاملة للعلاج والرعاية.		5- بالنظر إلى أهمية نهج ممارسة الأسرة لتقديم خدمات الرعاية الصحية، فلا بد من استعراض الحالة الراهنة، والإنتاج والتوزيع العادل لأطباء الأسرة، وتطوير خطط ملموسة قصيرة ومتوسطة الأمد لمعالجة الثغرات في نوعية وعدد ممارسي طب الأسرة؛
	ح- عدد البلدان التي أنشأت وطبقت نظاما لتحفيز العاملين في المجال الطبي بما في ذلك المكافأة على أساس الأداء والتطوير المهني للأخصائيين الطبيين.		6- يجب إجراء تقييم على أساس التوازن بين إنتاج القوى العاملة الصحية وانتشارها واستخدامها من قبل النظام الصحي (بغض النظر عن كونها من القطاع العام / الخاص) واحتياجات المجتمع بناء على الاتجاهات الوبائية للأمراض
	ط- عدد البلدان التي أنشأت اتحادات مهنية مسؤولة عن جودة الرعاية الصحية من خلال تحسين الكفاءات المهنية.		7- تحديد تدابير لتحسين استبقاء الموظفين وتحفيزهم وأداءهم من خلال وضع برامج إلزامية لتوزيع خريجي المدارس الطبية ووضع برامج تحفيزية تستند إلى الأداء مثل تقاسم رسوم التعويض الجزئية وتوفير بيئة عمل أفضل، وبرامج التدريب أثناء الخدمة، وفرص التطوير المهني للحد من اختلال التوازن بين المناطق الحضرية والريفية وما يسمى بـ"هجرة الأدمغة"؛
	ي- عدد البلدان التي وضعت آليات ونظاما لتحديد أولوية زيادة الكوادر الطبية المهنية، مثلا زيادة عدد الأطباء العموميين في الرعاية الطبية الأولية.		8- تعزيز اعتماد المؤسسات الأكاديمية من أجل ضمان برامج تدريبية عالية الجودة لجميع كوادر القوى العاملة الصحية؛
	ك- نسبة عمل الأطباء في المناطق الريفية.		9- إطلاق برامج المنح الدراسية لجذب المزيد من الطلاب نحو المهن الصحية؛
	ل- عدد البلدان التي طبقت نظاما يدمج التعليم والتدريب مع الممارسات الإكلينيكية.		10- اتخاذ التدابير اللازمة لدمج التعليم والتعلم مع الممارسات الإكلينيكية.
			11- تطوير معايير الكفاءات للممارسين والصيادلة العاملين في مختلف مستويات الخدمات الصحية، وذلك بالتنسيق مع الجمعيات المهنية الصحية.

شركاء التنفيذ	مؤشرات الأداء الرئيسية	المدى الزمني	الإجراءات والأنشطة/ المستوى
مركز أنقرة، البنك الإسلامي للتنمية، منظمة الصحة العالمية	<p>أ- عدد التوصيات التي وضعها الفريق العامل وتم تنفيذها على المستوى الوطني في البلدان.</p> <p>ب- عدد البلدان التي لها سياسات تم تحسينها في إطار مشاورات الفريق العامل وتوصياته.</p> <p>ج- عدد البرامج الممولة التي تم وضعها (لتحديد موارد للتمويل) والمنظمة التي يمكن ان تكون مسؤولة عن بناء القدرات المعرفية.</p> <p>د- عدد الدورات التدريبية التي نظمت فعلا في إطار البرنامج</p> <p>هـ- اللجنة المنفصلة التي تم تشكيلها للعناية بقضايا التعليم الطبي، بما في ذلك عملية الاعتراف بالشهادات.</p> <p>و- عدد الدورات التي نظمت لتطوير الموارد البشرية وتحسين جودة التعليم الطبي سنويا.</p> <p>ز- عدد الجامعات المشاركة في تحسين جودة التعليم الطبي على مستوى منظمة التعاون الإسلامي.</p> <p>ح- نظام رصد الموارد البشرية الذي أنشئ للمنظمة على المستوى الإقليمي.</p>	2014-2019 (المدى المتوسط)	<p>مستوى منظمة التعاون الإسلامي والتعاون الدولي</p> <p>1- تسهيل نقل المعرفة وتبادل الخبرات في مجال توظيف وتدريب وإدارة القوى العاملة الصحية، وإنشاء شبكة ببنية لمنظمة التعاون الإسلامي تضم مراكز التميز في التدريس والتدريب في مجال الصحة؛</p> <p>2- تعزيز التزام الحكومات بتخطيط ممارسات الأسرة وتنفيذها والمساعدة في تطوير أدوات صالحة لمساعدة الدول الأعضاء في جعل التوقعات المستقبلية لمختلف الكوادر العاملة موثوقة؛</p> <p>3- إنشاء لجنة الخدمة الصحية لمنظمة التعاون الإسلامي لتسهيل التدريب والتوظيف وإدارة القوى العاملة الصحية في إطار منظمة التعاون الإسلامي؛</p> <p>4- تعزيز الأساليب المبدئية لتوظيف وحماية العاملين الصحيين المهاجرين بين بلدان منظمة التعاون الإسلامي؛</p> <p>5- تسهيل التواصل بين مؤسسات التدريب والخدمات الصحية والجمعيات المهنية للتخطيط المشترك لتلبية احتياجات المهنيين الصحيين ومتطلباتهم؛</p> <p>6- تيسير التعاون بين الجمعيات المهنية الصحية (جمعية الصيادلة، الجمعية الطبية، رابطة أطباء الأسنان، رابطة القابلات، رابطة الممرضات، الخ) في الدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي لتبادل المعارف وأفضل التجارب.</p> <p>7- تعزيز التعاون على المستويين البيئي والدولي لمنظمة التعاون الإسلامي، لزيادة الاستثمار في التعليم الصحي ومؤسسات التدريب؛</p> <p>8- ضمان تبادل الاعتراف بالدبلومات والشهادات والدرجات الطبية في الدول الأعضاء.</p> <p>9- إنشاء مرصد للموارد البشرية.</p>

شركاء التنفيذ	مؤشرات الأداء الرئيسية	المدة الزمنية	الإجراءات والأنشطة/ المستوى
P.A.1.5 : ضمان الحصول على السلع الصحية والتكنولوجيات الأساسية			
وزارة الصحة، وزارة المالية، وزارة الصناعة، وزارة التجارة	<p>أ- عدد البلدان التي استخدمت أدوات تقويم التكنولوجيا الصحية وحددت الفجوات في التكنولوجيا.</p> <p>ب- عدد البلدان التي تتوفر لديها قائمة أساسية للأدوية في أكثر من 00% من المرافق الصحية.</p> <p>ج- عدد البلدان التي تتوفر لديها استراتيجيات وطنية لشأن ترشيد استخدام العقاقير المتوفرة.</p> <p>د- عدد البلدان التي أنشأت منظمات (وكالات) تعنى بدراسة سوق الدواء وسياسات العقاقير الخاصة بتشكيلها وإنتاجها.</p> <p>هـ- عدد البلدان التي أنشأت منظمات (سلطات) تعنى بالرصد والمراقبة لسياسات الدواء على نحو مستقل.</p> <p>و- عدد البلدان التي أنشأت مؤسسات وطنية مستقلة تعنى بتقويم التكنولوجيا الصحية.</p> <p>ز- عدد البلدان التي وضعت خطة استراتيجية وطنية تشمل جميع الضوابط للأنشطة المتعلقة بسياسات الدواء والصناعة والاستثمار وترشيد الاستخدام، الخ.</p>	2014-2016 (المدة القصير)	<p>المستوى الوطني</p> <p>1- مراجعة قائمة وطنية للأدوية الأساسية والتكنولوجيات من خلال النظر في تزايد الاتجاهات الوبائية والجغرافية والديموغرافية لانتشار الأمراض غير السارية؛</p> <p>2- استعراض أوضاع التوافر والقدرة على تحمل التكاليف، وتخزين الأدوية الأساسية لتحسين السياسات الصحية الوطنية؛</p> <p>3- ضمان توفر مجانية الأدوية الأساسية عن طريق إيجاد الموارد التمويلية والخطط الملائمة لشراء الأدوية؛</p> <p>4- تعزيز السلطة التنظيمية الوطنية بالموظفين والموارد الكافية لضمان الجودة والسلامة والفاعلية، وتوسيع نطاقها ليشمل جميع التكنولوجيات الصحية بما في ذلك الأدوية واللقاحات والأجهزة الطبية والتشخيص.</p>
		2017-2019 (المدة لمتوسط)	<p>5- إنشاء وكالة/ مؤسسة وطنية لتقويم التكنولوجيا الصحية تتولى تقويم وفحص التكنولوجيات الصحية (ويشمل ذلك التخللات الطبية والإجراءات، والتشخيص والعقاقير/الأدوية الدوائية والأجهزة الطبية) لإصدار قائمة من الخدمات والمنتجات بغرض إدراجها في خطط المزاي ذات التغطية الشاملة؛</p> <p>6- دعم المصنعين المحليين للمنتجات الطبية الأساسية؛</p> <p>7- تأمين عرض الأدوية عن طريق إنشاء شركات الخدمات اللوجستية على المستوى الوطني والإقليمي؛</p> <p>8- وضع سياسات مناسبة للاستثمار في التكنولوجيا وتسهيل المشاريع المشتركة في قطاع الصناعات الدوائية؛</p>
		2019-2023 (المدة الطويل)	<p>9- وضع سياسات (أو تحسينها إن وجدت) لضمان امتثال صارم من الشركات المصنعة بمعايير الجودة وضمان فعالية السلطات الدوائية الوطنية التنظيمية؛</p> <p>10- ضمان الاستخدام الرشيد للأدوية من خلال التدابير التشريعية والتدابير التنظيمية الأخرى وتبقيف الأطباء والمواطنين وتشجيعهم على تجنب الاستخدام غير الرشيد للأدوية.</p> <p>11- تحديث / تبسيط الخطة الاستراتيجية لاستخدام الأجهزة الطبية والتشخيص في المختبر وفقا للمتطلبات العالمية، حيثما كان ذلك مناسباً.</p>

شركاء التنفيذ	مؤشرات الأداء الرئيسية	المدة الزمنية	الإجراءات والأنشطة/ المستوى
مركز أنقرة، الأمانة العامة للمنظمة، صندوق التضامن الإسلامي للتنمية، البنك الدولي	<p>أ- عدد التوصيات التي وضعها الفريق العامل بشأن السلع الصحية والإنتاج والصناعات والتي نفذت على الصعيد الوطني في البلدان.</p> <p>ب- عدد البلدان التي حسنت قدراتها في إطار مشاورات الفريق العامل وتوصياته.</p> <p>ج- عدد البرامج الممولة التي تم وضعها (لتحديد موارد للتمويل) والمنظمة التي يمكن أن تكون مسؤولة عن بناء القدرات المعرفية في الدول الأعضاء</p> <p>د- عدد الدورات التي نظمت لتطوير الموارد البشرية وتحسين جودة التعليم الطبي سنويا.</p> <p>هـ- اللجنة المنفصلة التي تم تشكيلها للعناية بقضايا السياسات الطبية والتسويق الخ، على مستوى منظمة التعاون الإسلامي.</p> <p>و- عدد حالات التعاون الفعال الذي تم بين الدول الأعضاء بشأن إتاحة السلع والتكنولوجيا الصحية الأساسية.</p>	2014-2019 (المدة المتوسطة)	<p>مستوى منظمة التعاون الإسلامي والتعاون الدولي</p> <p>1. توفير بناء القدرات والمساعدة التقنية للإنتاج المحلي لمنتجات طبية أساسية مختارة؛</p> <p>2. وضع قاعدة لتبادل المعرفة لتيسير نقل المعارف والخبرات بشأن تشغيل الأجهزة الطبية الحديثة والتشخيص بين الدول الأعضاء؛</p> <p>3. مساعدة الدول الأعضاء على إعطاء الأولوية في خططها على أساس تقويم التكنولوجيا الصحية، والتي تشمل الفعالية الإكلينيكية، فضلا عن الآثار الاقتصادية والاجتماعية والأخلاقية لاستخدام اللقاحات والأدوية والأجهزة الطبية؛</p> <p>4. تسهيل التجارة البينية في منظمة التعاون الإسلامي في الأدوية الأساسية واللقاحات والأجهزة الطبية والتشخيص؛</p> <p>5. تشجيع وتعزيز الاستثمار البيئي في إنتاج السلع الصحية وصناعاتها؛</p> <p>6. التعاون مع وكالات الصحة والتنمية ذات الصلة لتأمين التمويل والموارد لشراء الأدوية الأساسية واللقاحات والأجهزة الطبية والتشخيص وخاصة في الدول الأعضاء منخفضة الدخل.</p>
P.A.1.6: تعزيز نظام التمويل الصحي للتمكين من وصول أوسع إلى خدمات الرعاية الصحية الجيدة			
وزارة الصحة، وزارة المالية، وزارة الضمان الاجتماعي، المنظمات غير الحكومية، الجمعيات المدنية	<p>أ- زيادة نسبة تمويل قطاع الصحة من ميزانية /موارد الحكومة</p> <p>ب- عدد البلدان التي وضعت وزادت من برامج صحية ترشد مجموعات اجتماعية هشة من السكان بدون معاناة مالية</p> <p>ج- عدد البلدان التي أسست صناديق (منظمات) يمكن أن تنظم جميع التدفقات المالية في قطاع الصحة.</p> <p>د- عدد البلدان التي أسست وطبقت نظاما للحماية الاجتماعية</p>	2014-2016 (المدة القصيرة)	<p>المستوى الوطني</p> <p>1. مراجعة نظام التمويل الصحي لتحسين الوصول إلى الخدمات الصحية ذات الجودة وخاصة للفئات الفقيرة ذات الدخل المنخفض؛</p> <p>2. وضع آلية للحماية الاجتماعية للفقراء باستخدام الخبرات المتاحة في مختلف بلدان منظمة التعاون الإسلامي والبلدان الأخرى من العالم. في هذا الصدد، بناء هياكل وقدرات وآلية تنسيق وأدوات في إطار وزارات الصحة والجهات ذات الصلة باستخدام الزكاة، والأوقاف والصدقة كمصادر للأموال لدعم الحماية الاجتماعية للفقراء بما في ذلك حصولهم على خدمات ذات جودة للرعاية الصحية.</p>

شركاء التنفيذ	مؤشرات الأداء الرئيسية	المدة الزمنية	الإجراءات والأنشطة/ المستوى
وزارة الصحة، وزارة المالية، وزارة الضمان الاجتماعي، المنظمات غير الحكومية، الجمعيات المدنية	للقراء يشمل خدمات الرعاية الصحية. هـ- عدد البلدان التي درست الحسابات الصحية الوطنية. و- عدد البلدان التي تكفلت بجميع السكان ولو تدريجياً.	2014-2016 (المدة القصير)	3. الدعوة لتقديم مخصصات في الميزانية لقطاع الصحة، وإنشاء آلية المساءلة لضمان الشفافية والكفاءة في استخدام هذه الأموال؛
		2017-2023 (المدة الطويل)	4. إطلاق الدفع المسبق وتجميع المخاطر على أساس خطط التمويل الصحي، للتغلب على العوائق المالية للحصول على الرعاية الصحية، خاصة في المناطق الريفية. 5. إجراء استقصاء حول الإنفاق الصحي.
مركز أنقرة، البنك الإسلامي للتنمية، منظمة الصحة العالمية، اليونيسيف، صندوق الأمم المتحدة للسكان، البنك الدولي	أ- عدد التوصيات التي وضعت بشأن تعزيز نظام التمويل الصحي. ب- عدد البلدان التي أقامت بنى تحتية وعززت نظام تمويل الصحة وأصلحته في إطار مشاورات الفريق العامل. ج- عدد البرامج الممولة التي تم وضعها (لتحيط موارد للتمويل) والمنظمة التي يمكن ان تكون مسؤولة عن بناء القدرات المعرفية في الدول الأعضاء د- عدد الدورات التي نظمت لتطوير الموارد البشرية وتحسين جودة التعليم الطبي سنوياً. هـ- عدد المشاورات السنوية للبلدان. و- عدد المنظمات الدولية غير الحكومية التي يزمع مشاركتها لدعم البلدان الفقيرة في تطوير نظام تمويل الصحة في الدول الأعضاء.	2014 - 2016 (المدة القصير)	مستوى منظمة التعاون الإسلامي والتعاون الدولي 1- تسهيل وتشجيع الاستثمار البيئي بمنظمة التعاون الإسلامي في القطاع الصحي؛ 2- التعاون مع وكالات دولية مثل منظمة الصحة العالمية واليونيسيف وصندوق الأمم المتحدة للسكان والبنك الدولي ومانحين آخرين للاستفادة من خبراتهم وإسهاماتهم المالية لبناء البنية التحتية الصحية في الدول الأعضاء؛ 3- تسهيل وضع مبادرات لتعزيز وإصلاح نظم التمويل الصحي في الدول الأعضاء؛ 4- دعم تطوير وتعزيز وإصلاح تحالفات دولية وإقليمية وطنية، وشبكات وشراكات من أجل دعم الدول الأعضاء في تعبئة الموارد، وبناء برامج فعالة للتمويل الصحي الوطني وتعزيز النظم الصحية.

المجال المواضيعي الثاني: الوقاية من الأمراض ومكافحتها

خطة تنفيذ مرحلية

البلد الرائد: تركيا

شركاء التنفيذ	مؤشرات الأداء الرئيسية	المدة الزمنية	الإجراءات والأنشطة/ المستوى
P.A.2.1: تعزيز الوعي المجتمعي والمشاركة في الوقاية من الأمراض السارية ومكافحتها ومراقبتها			
وزارة الصحة، المنظمات غير الحكومية	أ- متوسط عدد حملات/برامج التوعية لدرء الأمراض السارية وعلاجها. ب- نسبة الأفراد الذين لديهم معرفة صحيحة وكافية بدرء الأمراض السارية وعلاج أمراض محددة. ج- عدد الأيام العالمية التي تم دعمها والاحتفال بها (اليوم العالمي للصحة واليوم العالمي للملاريا ويومي السل أو الإيدز).	2023-2014 (المدة الطويل)	المستوى الوطني 1- تشجيع إقامة برامج توعية مجتمعية حول معايير الوقاية وطرق العلاج من الأمراض السارية وفوائدها؛ وتنظيم مثل هذه البرامج (أو دعمها إن وجدت)؛
	أ- توفر أدوات السياسات لتعزيز التوعية العامة. ب- نسبة النساء اللاتي لديهن معرفة صحيحة وكافية بدرء الأمراض السارية وعلاج أمراض محددة. ج- نسبة الوالدين الذين لديهم معلومات كافية عن قيمة التحصين	2016-2014 (المدة القصير)	2- تحسين أدوات السياسات وبرامج التوعية لتعزيز الوعي العام بالفوائد المهمة للتطعيم بين الأطفال الرضع والإناث في سن الإنجاب؛
وزارة الصحة، وكالات الأمم المتحدة المعنية، المنظمات غير الحكومية	أ- نسبة الأطفال الأقل من سنة الذين تلقوا مصلا يحتوي للقاح الثلاثي المضاد للخناق (الدفتريا) والشهاق (السعال الديكي) والكزاز التيتانوس(DPT3). ب- نسبة الأطفال الذين تلقوا الجرعة الأولى والثانية من لقاح حاو على حصبة (MCV1 & 2) ج- نسبة الرضع دون العام الذين تلقوا لقاح النزلة النزفية نوع ب (hib) د- نسبة الرضع دون العام الذين تلقوا الجرعة الثالثة من لقاح المكوّرات الرئويّة المقترن ضد الالتهاب الرئوي.	2023-2014 (المدة الطويل)	3- ضمان حصول كل طفل على التحصين عن طريق زيادة الطلب المجتمعي من خلال أنشطة تعليمية مختلفة، وتعزيز إمكانية الوصول من خلال تحسين التواصل الجغرافي للمرافق التحصينية، وإلغاء الحواجز الإدارية وزيادة ساعات الخدمة؛

شركاء التنفيذ	مؤشرات الأداء الرئيسية	المدى الزمني	الإجراءات والأنشطة/ المستوى
	هـ- نسبة الرضع دون العام الذين تلقوا الجرعة الثانية أو الثالثة حسب نوع اللقاح المستخدم. و- تكوين فرق تحصين متنقلة مكتملة.		يتبع...
وزارة الصحة، والأمن الاجتماعي، المنظمات غير الحكومية	أ- دراسة مكتملة ومرصودة عن "عبء الأمراض" حول الأمراض السارية ومحدداتها الاجتماعية مجمعة لمجموعات السكان. ب- معدلات الاعتلال والوفاة.	2014-2019 (المدى المتوسط)	4- تقييم ورصد عبء الصحة العامة بسبب الأمراض السارية ومحدداتها الاجتماعية، مع الإشارة بوجه خاص إلى الفئات الفقيرة والمهمشة.
	أ- عدد البرامج التي تعالج المحددات الاجتماعية للأمراض السارية. ب- نسبة السكان الذين تتاح لهم فرص الحصول على مرافق صرف صحي محسنة	2014-2019 (المدى المتوسط)	5- تنفيذ البرامج التي تعالج هذه المحددات الاجتماعية مع إشارة خاصة إلى الصحة في مرحلة الطفولة المبكرة، وصحة الفقراء في المناطق الحضرية، والتمويل العادل والحصول المنصف على خدمات الرعاية الصحية الأولية والحصول على مياه نقية و مرافق الصرف الصحي والنظافة الصحية.
	أ- زيادة الالتزام السياسي الموثق ببدء الأمراض السارية ومكافحتها. ب- نسبة الميزانية المخصصة لمكافحة الأمراض السارية	2014-2023 (المدى الطويل)	6- دمج الوقاية ومكافحة الأمراض السارية بوضوح في استراتيجيات الحد من الفقر والسياسات الاجتماعية والاقتصادية ذات الصلة؛
وزارة الصحة، والمالية، والشؤون الخارجية، والتعليم، والزراعة والتخطيط	أ- آلية التعاون المقامة بين القطاعات لبعض الأمراض السارية المستهدفة. ب- نسبة التنفيذات المكتملة المحددة في نطاق الاستجابة والتعاون بين القطاعات.	2014-2019 (المدى المتوسط)	7- اعتماد مناهج لوضع السياسات التي تشترك فيها جميع الدوائر الحكومية بهدف ضمان استجابة مناسبة مشتركة بين القطاعات فيما يتعلق بقضايا الصحة العامة في الوقاية الأمراض السارية ومراقبتها، بما في ذلك الصحة، والشؤون المالية، والشؤون الخارجية، والتعليم، والزراعة، والتخطيط وغيرها؛
وزارة الصحة، المنظمات غير الحكومية	أ- مستوى الإلمام بالشؤون الصحية، ب- بالنسبة للسل، معرفة وممارسة آداب السعال. ج- طريقة ومعدل عادات غسل اليدين لدى الناس.	2014-2019 (المدى المتوسط)	8- تعزيز قدرات الأفراد والسكان حول الخيارات الصحية واتباع أنماط الحياة التي تعزز الحفاظ على الصحة؛

شركاء التنفيذ	مؤشرات الأداء الرئيسية	المدى الزمني	الإجراءات والأنشطة/ المستوى
الأمانة العامة للمنظمة، مركز أنقرة، البنك الإسلامي للتنمية، منظمة الصحة العالمية، الصندوق العالمي	<p>أ- الشبكات المنشأة والعاملة القائمة بين الدول الأعضاء في المنظمة.</p> <p>ب- عدد الدول الأعضاء المشاركة في شبكة أو شبكات.</p> <p>ج- عدد الخبرات التي يمكن نقلها أو تبادلها بين المراكز/المؤسسات</p> <p>د- عدد الأنشطة الخاصة بأمراض بعينها أو الدورات المتكاملة في مختلف جوانب مكافحة الأمراض بدعم من منظمة التعاون الإسلامي.</p>	2014-2016 (المدى القصير)	<p>مستوى منظمة التعاون الإسلامي والتعاون الدولي</p> <p>1- إنشاء شبكات لبناء القدرات بين مراكز/ مؤسسات مكافحة الأمراض السارية والوقاية منها في الدول الأعضاء، وذلك بهدف نقل، وتقاسم وتبادل المعرفة والخبرات.</p> <p>1.1 أنشطة بناء القدرات المدعومة الخاصة بالأمراض السارية لدول أعضاء مستهدفة.</p>
الأمانة العامة للمنظمة، منظمة الصحة العالمية، التحالف العالمي للقاحات والتحصين، البنك الإسلامي للتنمية، مركز أنقرة	<p>أ- عدد اجتماعات وأنشطة الدعوة.</p> <p>ب- عدد الدول الأعضاء التي تقيس وتقدم تقارير عن المعرفة العامة بالتلقيحات (%)</p> <p>ج- الأموال التي جمعت /حشدت للحملات الإعلانية وأنشطة بناء القدرات</p>	2014-2016 (المدى القصير)	<p>2- دعم برامج توعية وأنشطة بناء لقدرات على نطاق بلدان المنظمة فيما يتعلق بالأمراض التي يمكن الوقاية منها باللقاحات</p> <p>1.2 الوصول إلى المجتمعات المحلية لتتقنهم بشأن اللقاحات.</p> <p>2.2 العمل مع القادة المحليين والدينيين لتعزيز برامج التوعية خاصة تلك التي تتعلق بالقضاء على شلل الأطفال.</p> <p>3.2 وضع استراتيجيات للتعامل مع مجموعات الضغط المناوئة للأموال.</p>
الأمانة العامة للمنظمة، البنك الإسلامي للتنمية، منظمة الصحة العالمية، اليونيسيف، التحالف العالمي للقاحات والتحصين	<p>أ- عدد البلدان التي تستخدم جرعة واحدة على الأقل من لقاح معطل (المفعول) ضد شلل الأطفال IPV.</p> <p>ب- عدد البلدان التي حققت تغطية 00% للقاح بوليو 3 ضد الشلل</p> <p>ج- عدد البلدان التي تنظم برامج تحصين تكميلية مع مصل شلل الأطفال.</p> <p>د- عدد الولاد التي تزيد معدلات الشلل الرخو الحاد فيها عن 1/100.000</p> <p>هـ- عدد البلدان التي توجد فيها حالات شلل الأطفال الجامح</p>	2014-2016 (المدى القصير)	<p>3- تعزيز دعم الدول الأعضاء لتنفيذ "الاستراتيجية الختامية" لبرنامج القضاء على شلل الأطفال التي أوصت بها منظمة الصحة العالمية</p>

شركاء التنفيذ	مؤشرات الأداء الرئيسية	المدة الزمنية	الإجراءات والأنشطة/ المستوى
الأمانة العامة للمنظمة، البنك الإسلامي للتنمية، الصندوق العالمي، منظمة الصحة العالمية، اليونيسيف	<p>أ- عدد البلدان التي بها آليات تعمل بشكل جيد في تنفيذ اللوائح الصحية الدولية</p> <p>ب- عدد الحالات الواردة من الخارج الناشئة في دول أعضاء في المنظمة.</p> <p>ج- عدد الأوبئة قبل مواسم التجمعات (الحج) وأثنائها وبعدها.</p> <p>د- عدد الاجتماعات بين الدول الأعضاء والمنظمات الدولية المتخصصة.</p> <p>هـ- الزيادة التي الموارد البشرية والمالية التي تم حشدتها</p>	2014-2016 (المدى القصير)	<p>4- تعزيز التعاون عبر الحدود بين الدول الأعضاء في مجال مكافحة الأمراض السارية من خلال الجهود اللوجستية والإدارية المنسقة، والتمويل الطويل الأمد واستهداف المرض في السكان المصابين؛</p> <p>1.4 تحسين تقويم المخاطر وإدارة الأمراض السارية في موسم الحج</p>
P.A.2.2: تعزيز الوعي المجتمعي والمشاركة في الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها ومراقبتها			
وزارة الصحة، منظمة الصحة العالمية، المنظمات غير الحكومية	<p>أ- سياسات تخصيص أماكن عامة يحظر فيها التدخين في البلدان.</p> <p>ب- وجود حظر على إعلانات التبغ والترويج له ورعايته.</p> <p>ج- حصول الكبار والشباب على المعلومات الصحية في البلدان</p> <p>د- وجود خطوط إقلاع (خط الإقلاع هو خط مساعدة هاتفي يقدم العلاج من أجل الإدمان وتغيير السلوك).</p> <p>هـ- وجود تحذيرات صحية مصورة من منتجات التبغ.</p> <p>و- المناطق المشمولة بالتحذيرات الصحية الخاصة بمنتجات التبغ (65% أو أكثر).</p> <p>ز- وضع تنفيذ إجراءات مجموعة السياسات الست MPOWER في البلدان</p> <p>ح- عدد البرامج التي تنفذ بمشاركة من المنظمات غير الحكومية</p>	2014-2019 (المدى المتوسط)	<p>المستوى الوطني</p> <p>1- تحسين تنفيذ الاتفاقية الإطارية لمنظمة الصحة العالمية لمكافحة التبغ بما في ذلك مجموعة السياسات الست MPOWER؛ والتي تشمل رصدًا دوريًا وحظرًا كاملاً على إعلانات التبغ والترويج له ورعايته، وحظر التدخين في الأماكن العامة والتحذيرات الصحية المصورة ودمج خدمات إيقاف التدخين في الرعاية الصحية الأولية وزيادة الضرائب.</p> <p>1.1 تنفيذ برامج بمشاركة منظمات غير حكومية ومجتمعات.</p>
وزارة الصحة	<p>أ- دراسة مكتملة ومرصودة عن "عبء الأمراض" حول الأمراض السارية ومحدداتها الاجتماعية مجمعة لمجموعات السكان.</p>	2014-2019 (المدى المتوسط)	<p>2- تقويم ورصد عبء الصحة العامة الذي يفرضه الأمراض غير السارية بما في ذلك العقلية والاضطرابات الناجمة عن تعاطي المخدرات ومحدداتها الاجتماعية، مع الإشارة بوجه خاص إلى الفئات الفقيرة والمهمشة،</p>

شركاء التنفيذ	مؤشرات الأداء الرئيسية	المدى الزمني	الإجراءات والأنشطة/ المستوى
وزارة الصحة، وكالات الأمم المتحدة المعنية، المنظمات غير الحكومية	أ- عدد البرامج التي تعالج المحددات الاجتماعية للأمراض غير السارية.	2014-2019 (المدى المتوسط)	3- تنفيذ البرامج التي تعالج هذه المحددات الاجتماعية للأمراض غير السارية بما في ذلك العقلية والاضطرابات الناجمة عن تعاطي المخدرات مع إشارة خاصة إلى الصحة في مرحلة الطفولة المبكرة، وصحة الفقراء في المناطق الحضرية، والتمويل العادل والانصاف في تقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية.
	أ- آلية التعاون بين القطاعات التي تمت إقامتها. ب- نسبة عمليات التنفيذ المحددة في نطاق التعاون والاستجابة بين القطاعات. ج- عدد البرامج التي تعالج المحددات الاجتماعية للأمراض غير السارية بما في ذلك الصحة العقلية واستخدام المواد المخدرة.	2014-2019 (المدى المتوسط)	4- اعتماد نهج لوضع السياسات التي تشترك فيها جميع الدوائر الحكومية بهدف ضمان استجابة مناسبة مشتركة بين القطاعات فيما يتعلق بقضايا الصحة العامة في الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها و معالجتها، (بما في ذلك الصحة العقلية واستخدام المواد المخدرة)، ويشمل ذلك الصحة والتمويل، والشؤون الخارجية، والتعليم، والزراعة، والتخطيط وغيرها؛
	أ- توثيق الدعم القانوني والمالي لمبادرات المجتمع لتدخلات درء الأمراض غير السارية بما فيها الصحة العقلية واستخدام المواد المخدرة.	2014-2019 (المدى المتوسط)	5- تشجيع تنفيذ تدابير فعالة من حيث تكلفة الصحة العامة والتدخلات في مكافحة الأمراض غير السارية بما في ذلك الصحة العقلية واستخدام المواد المخدرة، مثل التعليم الصحي والحملات، والمتطوعين من المجتمع المحلي، إلخ.
	أ- حالات مرض السكري في السكان دون العشرين (%) (حسب الإقليم والجنس ومجموعات الدخل، الخ..) ب- حالات مرض الانسداد الرئوي المزمن (%) حسب الإقليم والجنس ومجموعات الدخل، الخ..) ج- حالات ارتفاع ضغط الدم (%) حسب الإقليم والجنس ومجموعات الدخل، الخ..) د- حالات مرض القلب والأوعية الدموية (%) حسب الإقليم والجنس ومجموعات الدخل، الخ..)	2014-2019 (المدى المتوسط)	6- وضع خريطة للأوبئة الجديدة من الأمراض غير السارية وتحليل محدداتها الاجتماعية والاقتصادية والسلوكية والسياسية كأساس لتوفير التوجيه بشأن التدابير اللازمة اتخاذها في السياسات والبرامج والتشريعات والمالية لدعم ورصد الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها بما في ذلك الأمراض العقلية؛
	أ- معدل الاستخدام اليومي للتبغ في أوساط الكبار (الذين بلغوا 15 سنة أو أكثر) (%) ب- متوسط استهلاك الكحول السنوي (بالتترات) للفرد (البالغ 15 سنة).	2014-2019 (المدى المتوسط)	7- تقليل مستوى تعرض الأفراد والسكان لعوامل الخطر الشائعة والقابلة للتعديل للأمراض غير السارية - وهي تعاطي التبغ والكحول والنظام الغذائي غير الصحي والخمول البدني، - ومحدداتها، وتعزيز التدخلات الرامية إلى الحد من تأثير هذه العوامل المشتركة لعوامل الخطر؛

شركاء التنفيذ	مؤشرات الأداء الرئيسية	المدى الزمني	الإجراءات والأنشطة/ المستوى
	ج- متوسط كمية الفواكه والخضروات المتوفرة للفرد في السنة (بالكيلو جرام) د- معدلات العمر الموحدة قياسيا للنشاطات البدنية غير الكافية في الفئة العمرية +15 سنة (%)	2014-2019 (المدى المتوسط)	يتبع...
وزارة الصحة، وكالات الأمم المتحدة المعنية، المنظمات غير الحكومية	أ- القوانين الخاصة بإنتاج الأغذية الصحية. ب- آلية متعددة القطاعات للإشراف والدعوة. ج- عدد المنتجين الذين قبلوا الانضمام للعمل على إنتاج أطعمة ذات قيمة صحية أفضل.	2014-2023 (المدى المتوسط)	8- تعزيز الشراكة مع صناعات الأغذية والمشروبات لزيادة التوافر والوصول والقدرة على تحمل تكاليف خيارات الطعام الصحية (مع نسبة منخفضة أو أقل من الدهون والسكر والملح فضلا عن نسبة أعلى من الألياف).
	أ- سوف تكون 50% من البلدان قد سنت أو حدثت قانونا للصحة النفسية وفقا للوثائق الدولية أو الإقليمية لقانون الإنسان الدولي.	2014-2019 (المدى المتوسط)	9- سن /تحديث قانون وطني يشمل الصحة العقلية ينسجم مع وثائق قانون الإنسان الدولي.
الأمانة العامة للمنظمة، مركز أنقرة، البنك الإسلامي للتنمية، منظمة الصحة العالمية، اليونيسيف	أ- الشبكات المنشأة العاملة بين الدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي. ب- عدد البلدان المشاركة في هذه الشبكات. ج- عدد الخبرات التي يجب نقلها أو تبادلها بين المراكز/المؤسسات.	2014-2016 (المدى القصير)	مستوى منظمة التعاون الإسلامي والتعاون الدولي 1- إنشاء شبكات لبناء القدرات بين مراكز/ مؤسسات مكافحة الأمراض غير السارية ودرءها في الدول الأعضاء بما في ذلك الصحة العقلية واستخدام المواد المخدرة، وذلك بهدف نقل، وتقاسم وتبادل المعرفة والخبرات؛ 1.1 درء السرطان، وما يتعلق به من اكتشاف مبكر وعلاج ورعاية تلطيفية 2.1 الصحة النفسية واستخدام المواد المخدرة
الأمانة العامة للمنظمة، مركز أنقرة، البنك الإسلامي للتنمية، منظمة الصحة العالمية، الإيسيسكو،	أ- توفر مواد مسموعة ومرئية لمكافحة التبغ. ب- عدد الدول الأعضاء المشاركة في أنشطة مكافحة التبغ. ج- عدد الدول الأعضاء التي تقيس حجم الدعم العام لأنشطة مكافحة التبغ ورفع تقارير بشأنها.	2014-2023 (المدى الطويل)	2- تعزيز أنشطة مبادرة منظمة التعاون الإسلامي لإنشاء مناطق خالية من التبغ وتعزيز سعي المنظمة لنشر المعلومات والتعليم والتوعية في أوساط الجمهور و حملة مكافحة التبغ، مع التركيز على دعم الدول الأعضاء لتقليل مستوى التعرض إلى للتدخين السلبي

شركاء التنفيذ	مؤشرات الأداء الرئيسية	المدة الزمنية	الإجراءات والأنشطة/ المستوى
اليونيسيف الأمانة العامة للمنظمة، مركز أنقرة، البنك الإسلامي للتنمية، منظمة الصحة العالمية، الإيسيسكو، اليونيسيف	د- التبرعات التي جمعت/حشدت للحملات الإعلامية والبرامج التعليمية والاستقصاءات. هـ- عدد اجتماعات الدعوة وأنشطتها. و- عدد الدول الأعضاء التي لديها قوانين نافذة لحماية الأطفال من التدخين السلبي في الأماكن العامة. ز- تقارير الرصد والتقييم على مستوى منظمة التعاون الإسلامي.	2014-2023 (المدة الطويلة)	1.2 إعداد أو تحسين حملات أجهزة الإعلام العامة. 2.2 إعداد و/أو تحسين سياسات التعليم وبرامجه المتعلقة بمكافحة التبغ. 3.2 دعم الحملة الإعلامية للتوعية على نطاق المنظمة لحماية الأطفال من التدخين السلبي. 4.2 تعزيز الالتزامات السياسية بأنشطة مكافحة التبغ في الدول الأعضاء. 5.2 تعزيز اعتماد وتنفيذ القوانين التي تحظر التدخين في الأماكن العامة لحماية الأطفال من التدخين السلبي في المرافق التعليمية والمؤسسات الصحية والنقل العام والمباني العامة. 6.2 إنشاء آلية سليمة للرصد والتقييم ورفع التقارير على نطاق منظمة التعاون الإسلامي.
الأمانة العامة للمنظمة، مركز أنقرة، البنك الإسلامي للتربية، منظمة الصحة العالمية، الإيسيسكو، اليونيسيف	أ- عدد البلدان التي لديها آليات تنسيق بين قطاعات متعددة. ب- معدل الاستخدام اليومي للتبغ في أوساط الكبار (15 سنة وأكثر) (%). ج- متوسط الاستهلاك السنوي للكحول (باللترات) للفرد (15 سنة وأكثر) د- متوسط كمية الفواكه والخضروات المتوفرة للفرد سنويا (بالكيلو جرام). هـ- حساب المعدل المعياري حسب السن للأنشطة البدنية غير الكافية لدى الفئة العمرية 15 سنة وأكثر (%).	2014-2023 (المدة الطويلة)	3- دعم الدول الأعضاء لوضع أو تحسين نهج متعدد القطاعات من أجل مكافحة فعالة لعوامل مخاطر الأمراض غير السارية(الأنشطة البدنية وعادات الأكل غير الصحية واستهلاك التبغ أو الكحول،
	أ. عدد حالات الموت بالانتحار سنويا من بين كل 100.000 شخص.	201-2023 (المدة الطويلة)	4- دعم الدول الأعضاء لوضع أو تحسين نهج متعدد القطاعات من أجل برامج منع فعال للانتحار، خاصة تلك التي تستهدف القطاعات الهشة من المجتمع مثل النساء والشباب.

شركاء التنفيذ	مؤشرات الأداء الرئيسية	المدة الزمنية	الإجراءات والأنشطة/ المستوى
P.A.2.3: بناء / تحسين قدرة النظام الصحي وزيادة التوعية لبرامج الوقاية والرعاية والعلاج			
			المستوى الوطني
وزارة الصحة، وكالات الأمم المتحدة ذات الصلة، المنظمات غير الحكومية	أ- معدل الإجراءات المكتملة المحددة في إطار التعاون بين قطاعات متعددة.	2014-2019 (المدة المتوسطة)	1- تبسيط السياسات التشغيلية والاستراتيجيات وخطط العمل للوقاية من أمراض القلب والشرابيين، والأمراض التنفسية المزمنة والسكري، والسرطان ومكافحتها وكذلك لمعالجة عوامل الخطر الرئيسية مثل التوتر ومواد الإدمان (بما فيها الاستخدام الضار للتبغ والكحول) والنظام الغذائي غير الصحي وزيادة الوزن/السمنة، والنشاط البدني غير الكافي؛
وزارة الصحة	أ- الوحدات المنشأة العاملة بشكل تام والمسؤولة عن الأمراض غير السارية والصحة العقلية في وزارات الصحة.	2014-2016 (المدة القصيرة)	2- إنشاء وحدات مخصصة (أو إدارات) في وزارات الصحة مسؤولة عن الأمراض غير السارية والصحة العقلية والاضطرابات الناجمة عن تعاطي المخدرات؛
وزارة الصحة، وكالات الأمم المتحدة المعنية، المنظمات غير الحكومية	أ- تغطية العلاج المضاد للفيروسات المعكوسة بين المستحقين من الحاملين لفيروس الإيدز (%). ب- حالات الإيدز/ فقدان المناعة المكتسبة. ج- لكل 100 ألف نسمة/العدد التقديري لإصابات الإيدز الجديدة. د- الوفيات التقديرية بسبب الإيدز. ج- العدد التقديري للحاملين لفيروس الإيدز (انتشار حالات الإيدز).	2014-2016 (المدة القصيرة)	3- اتخاذ التدابير اللازمة لزيادة قدرات تقديم الخدمات للمرافق الموجودة لاختبار وعلاج نقص المناعة البشرية / الإيدز، وزيادة فرص إجراء اختبار نقص المناعة البشرية / الإيدز وتقديم الرعاية والعلاج للمصابين به من خلال إدماجها في الخدمات الصحية القائمة لتقديم خدمات للوقاية من الانتقال من الأم إلى الطفل، وكذلك تسهيلات العلاج المضاد للفيروسات الرجعية (ART)؛ 1.3 بناء قدرات منظمات المجتمع المدني لتقديم خدمات الكشف عن داء فقدان المناعة وتقديم النصح بشأنه لفائدة المجتمع.
وزارة الصحة، وكالات الأمم المتحدة المعنية، المنظمات غير الحكومية	أ- نسبة الأطباء مقابل الأسر / دخول المستشفى لتلقي الرعاية الأولية من بين جميع حالات الدخول. ب- نسبة المؤسسات الصحية التي تتبادل المعلومات الالكترونية.	2014-2019 (المدة المتوسطة)	4- تحسين شبكة الفحص، والتشخيص ومرافق العلاج للأمراض السارية وغير السارية الأكثر انتشارا بما فيها الاضطرابات العقلية والعصبية وتلك الناجمة عن استخدام المواد المخدرة، من حيث الإتاحة وتحمل التكاليف، والجودة؛

شركاء التنفيذ	مؤشرات الأداء الرئيسية	المدى الزمني	الإجراءات والأنشطة/ المستوى
وزارة الصحة	<p>أ- عدد معدات التصوير بالرنين المغناطيسي مقابل كل مليون نسمة.</p> <p>ب- عدد معدات الأشعة المقطعية مقابل كل مليون نسمة.</p> <p>ج- نسبة آليات فحص سرطان الثدي في أوساط النساء بين 40 و 69 سنة.</p> <p>د- نسبة آليات فحص سرطان عنق الرحم في أوساط النساء بين 30 و 69 سنة.</p>	2014-2019 (المدى المتوسط)	5- تحسين البنية التحتية للتصوير الإشعاعي القائم على استخدام الأشعة السينية، الرنين المغناطيسي أو النظائر المشعة، التي تعتبر ضرورية لبرامج التشخيص والفحص (مثل التصوير الشعاعي للثدي للكشف المبكر عن سرطان الثدي)؛
وزارة الصحة، وكالات الأمم المتحدة المعنية، المنظمات غير الحكومية	<p>أ- معدل استخدام اللقاح الثلاثي.</p> <p>ب- معدل استخدام لقاح شلل الأطفال 3.</p> <p>ج- عدد حالات شلل الأطفال (المبلغ عنها).</p>	2014-2016 (المدى القصير)	6- تعزيز خدمات التحصين التوعوي وتوافر اللقاحات، وخاصة ضد شلل الأطفال.
	<p>أ- حالات الإصابة بالسل الذي اكتسب مناعة ضد الأدوية المتعددة.</p> <p>ب- حالات السل (بين كل 100.000 نسمة).</p> <p>ج- معدل استخدام لقاح BCG (ضد السل).</p>	2014-2016 (المدى القصير)	7- زيادة نسبة حالات السل الجديدة والمنتكسة التي تم الكشف عنها والتي تمت معالجتها من خلال اعتماد طرق كشف أكثر دقة وحساسية مثل مختبرات التشخيص المتسندة للتزريع وزيادة عدد مرافق اختبارات حساسية المخدرات (DST) وضمان الدعم وتوافر علاج مرض السل المقاوم للعديد من الأدوية مجاناً؛
وزارة الصحة والعمل	<p>أ- إجمالي عدد أطباء القطاعين العام والخاص لكل 100.000 نسمة.</p> <p>ب- إجمالي عدد ممرضات وقابلات القطاعين العام والخاص لكل 100.000 نسمة.</p> <p>ج- إجمالي عدد أطباء أسنان القطاعين العام والخاص لكل 100.000 نسمة.</p> <p>د- إجمالي عدد صيادلة القطاعين العام والخاص لكل 100.000 نسمة.</p>	2014-2023 (المدى الطويل)	8- تعزيز استراتيجيات وطنية لزيادة الاستثمار الطويل الأمد لتعزيز قدرة القوى العاملة الصحية من خلال تدريب الأطباء والممرضين وغيرهم من العاملين الصحيين الهامين؛
وزارة الصحة، وكالات الأمم المتحدة المعنية، المنظمات غير الحكومية	<p>أ- إجمالي عدد الأطباء النفسيين من القطاعين العام والخاص لكل 10.000 نسمة.</p> <p>ب- إجمالي عدد أسرة المرضى النفسيين في مستشفيات القطاعين العام والخاص لكل 10.000 نسمة.</p> <p>ج- عدد برامج الصحة العقلية المجتمعية.</p> <p>د- وجود خطة عمل للصحة العقلية.</p> <p>هـ- عدد المراكز التي تقدم خدمة رعاية صحية عقلية.</p>	2014-2019 (المدى المتوسط)	9- زيادة تعزيز الصحة العقلية والوقاية من الأمراض العقلية مع التركيز على مناهج الصحة العقلية المجتمعية وتبسيط استراتيجيات الصحة العامة لإدماجها مع استراتيجيات الوقاية من الأمراض المزمنة؛

شركاء التنفيذ	مؤشرات الأداء الرئيسية	المدى الزمني	الإجراءات والأنشطة/ المستوى
وزارة الصحة، والتعليم	أ- عدد برامج التعليم الطبي المستمر الخاصة بالرعاية الصحية الأولية.	2014-2019 (المدى المتوسط)	10- إنشاء برامج تعليم طبي مستمر على جميع مستويات منظومة الرعاية الصحية، مع تركيز خاص على الرعاية الصحية الأولية.
وزارة الصحة، وكالات الأمم المتحدة المعنية، المنظمات غير الحكومية	أ- تغطية برامج التحصين الاعتيادي. ب- عدد الحالات المبلغ عنها من الأمراض التي يمكن الوقاية منها عن طريق التحصين. ج- العدد الإجمالي لحالات الحصبة (المؤكدة مختبريا والمرتبطة بالأوبئة أو ذات الأعراض المطابقة للمرض دون التثبيت منها مختبريا) لكل مليون نسمة سنويا.	2014-2020 (المدى الطويل)	11- تعزيز التطعيم الروتيني والحفاظ على في إطار خدمات الرعاية الصحية الأولية (PHC) من خلال شبكة متكاملة من مرافق الرعاية الصحية الأولية، والعاملين في مجال الصحة المجتمعية والاستعانة بمصادر خارجية لمنظمات غير حكومية، أو مزيج من هذا كله.
الأمانة العامة للمنظمة، البنك الإسلامي للتنمية، منظمة الصحة العالمية، مركز أنقرة، اليونيسيف	أ- معدلات الوفيات في سن مبكرة المعيارية العامة (من 30 إلى أقل من 70 سنة) بسبب أربعة أمراض غير سارية أساسية، (أمراض القلب والأوعية الدموية والسرطان والسكري والأمراض التنفسية المزمنة مفصلة حسب الجنس، ذكر أو أنثى).	2014-2023 (المدى الطويل)	مستوى منظمة التعاون الإسلامي والتعاون الدولي 1- دعم الدول الأعضاء في تطوير الكشف المبكر ومراقبة عوامل الخطورة للأمراض غير السارية والعقلية والعصبية والاضطرابات الناجمة عن استخدام المواد المخدرة؛
الأمانة العامة للمنظمة، البنك الإسلامي للتنمية، منظمة الصحة العالمية	أ- عدد البلدان التي لديها برامج فحص وتقرير. ب- عدد البلدان التي لديها تغطية تقارير وفحص لقواعد البيانات الدولية.	2014-2016 (المدى القصير)	2- دعم الدول الأعضاء في تطوير أنظمة للكشف المبكر لسرطان الثدي والقولون وعنق الرحم
الأمانة العامة للمنظمة، البنك الإسلامي للتنمية، منظمة الصحة العالمية، اليونيسيف، التحالف العالمي للقاحات والتحصين	أ- نسبة البلدان التي أدخلت مصل النزلة النزفية في برامجها الوطنية الموسعة للتحصين. ب- نسبة البلدان التي أدخلت تطعيم الرئويات او البنوموكوكال في برامجها الوطنية الموسعة للتحصين. ج- نسبة البلدان التي أدخلت لقاح الروتافيروس في برامجها الوطنية الموسعة للتحصين.	2014-2023 (المدى الطويل)	3- دعم الدول الأعضاء في زيادة عدد المضادات في برنامج التحصين وتحسين التغطية 1.3 زيادة عدد المضادات في برنامج التحصين وفقا لتوصيات منظمة الصحة العالمية. 2.3 تحسين فرص حصول كل طفل على تلقيحات من خلال استراتيجيات مختلفة مثل إستراتيجية الوصول لكل حي.

شركاء التنفيذ	مؤشرات الأداء الرئيسية	المدى الزمني	الإجراءات والأنشطة/ المستوى
الأمانة العامة للمنظمة، البنك الإسلامي للتنمية، منظمة الصحة العالمية، اليونيسيف، التحالف العالمي للقاحات والتحصين	<p>د- نسبة البلدان التي حققت هدف القضاء على الحصبة.</p> <p>هـ- نسبة البلدان التي حققت هدف القضاء على شهاق الأمهات والرضع (تتانوس).</p> <p>و- نسبة البلدان التي حققت هدف مكافحة التهاب الكبد الوبائي "ب".</p> <p>ز- نسبة البلدان التي أدخلت جرعة واحدة على أقل تقدير من لقاح شلل الأطفال المعطل.</p>	2014-2023 (المدى الطويل)	3.3 تحقيق أهداف برامج مكافحة الأمراض التي يمكن الوقاية منها باللقاحات في كل دولة عضو.
الأمانة العامة للمنظمة، منظمة الصحة العالمية، اليونيسيف، التحالف العالمي للقاحات والتحصين	<p>أ- الأهداف الصحية العامة المتعلقة بالأهداف الإنمائية للألفية.</p> <p>ب- نسبة حالات فيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز) التي تحصل على العلاج المضاد للفيروسات الرجعية.</p> <p>ج- عدد البلدان التي حققت مرحلة القضاء على الملاريا والسل.</p> <p>د- نسبة الحالات الجديدة للسل المقاوم للعديد من الأدوية (MDR/TB).</p>	2014-2016 (المدى القصير)	<p>4- تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية المتعلقة بالصحة في مجال الأمراض السارية (الايذز والملاريا والسل)</p> <p>1.4 تمكين كل من يحتاج لعلاج فيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز) من الحصول عليه.</p> <p>2.4 تعزيز برامج مكافحة لوقف حالات الملاريا والسل ودورها.</p>
الأمانة العامة للمنظمة، منظمة الصحة العالمية، اليونيسيف، التحالف العالمي للقاحات والتحصين	<p>أ- عدد الأنشطة العلمية المشتركة.</p> <p>ب- نسبة البلدان التي انضمت إلى النظام الإقليمي لشراء الأمصال المجمعة.</p>	2014-2019 (المدى المتوسط)	<p>5- تعزيز التعاون بين الدول الأعضاء في مجال برامج التحصين على أساس مبادرة الصحة العامة الخاصة بخطة العمل العالمية للأمصاال التي تم اعتمادها مؤخرا (GVAP)؛</p> <p>1.5 التعاون الفني لزيادة التوعية باللقاحات وخدماتها ومعدات التشخيص والأدوية لدعم برامج التحصين.</p> <p>2.5 التعاون في توفير إمدادات ملائمة من اللقاحات ومعدات التشخيص والأدوية للدول الأعضاء المحتاجة لذلك من أجل دعم برامج التحصين والعلاج انطلاقا من روح التضامن والأخوة الإسلاميين.</p>
الأمانة العامة للمنظمة، البنك الإسلامي للتنمية، منظمة الصحة العالمية	<p>أ- عدد الاجتماعات التي عقدت لتقويم الاحتياجات وجمع التبرعات بين الدول الأعضاء والمنظمات الدولية المتخصصة.</p> <p>ب- الزيادة في الموارد البشرية والمالية المناسبة والمستدامة.</p>	2014-2016 (المدى القصير)	6- حشد الموارد المالية لدعم بناء القدرات الأساسية وتعزيزها والمحافظة عليها حسبما تقتضيه اللوائح الصحية الدولية ووفقا لخطة العمل الوطنية.

شركاء التنفيذ	مؤشرات الأداء الرئيسية	المدى الزمني	الإجراءات والأنشطة/ المستوى
P.A.2.4: إنشاء إطار سليم للرصد والتقييم لمكافحة الأمراض			
			المستوى الوطني
وزارة الصحة، مكتب الإحصاءات	أ- نسبة الإنفاق على البحث والتطوير في الصحة في إطار الإنفاق الكلي على البحث والتطوير في القطاع العام (%). ب- نسبة المؤسسات الصحية التي تتبادل معلومات الكترونية.	2014-2019 (المدى المتوسط)	1- تشجيع البحث العلمي وجمع البيانات وإدارتها بما في ذلك حقوق ملكية البيانات بهدف رفع مستوى مكافحة الأمراض المعدية وغير المعدية والسماح بمقارنة التقدم في منظمة التعاون الإسلامي وكذلك مع البلدان غير الأعضاء بمنظمة التعاون الإسلامي؛
وزارة الصحة، وكالات الأمم المتحدة المعنية، المنظمات غير الحكومية	أ- عدد الحالات القادمة من الخارج. ب- آليات اللوائح الصحية الدولية القائمة والتي تعمل بشكل حسن.	2014-2016 (المدى القصير)	2- اتخاذ تدابير للحد من مخاطر انتقال الأمراض المعدية عبر الحدود؛
	أ- عدد الخطوط التوجيهية القائمة على الأدلة التي وضعت أو نقتت بانتظام. ب- نسبة الحالات التي عولجت وفقاً للخطوط التوجيهية الإكلينيكية في المستشفيات.	2014-2016 (المدى القصير)	3- وضع قواعد قائمة على الأدلة (أو تحسينها إن وجدت) والمعايير والمبادئ التوجيهية لتدخلات فعالة من حيث التكلفة وإعادة توجيه النظم الصحية للاستجابة للحاجة إلى الإدارة الفعالة للأمراض المزمنة بما فيها السارية والاضطرابات العقلية والعصبية والاضطرابات الناجمة عن استخدام المواد المخدرة.
	أ- عدد الخطوط التوجيهية القائمة على أدلة التي وضعت أو نكتت بانتظام ب- نسبة الحالات التي عولجت وفقاً للخطوط التوجيهية للرعاية الصحية الأولية.	2014-2016 (المدى القصير)	4- اعتماد استخدام المبادئ التوجيهية القائمة على الأدلة وتنفيذها ورصد ووضع معايير لخدمات الرعاية الصحية الأولية؛
	أ- نسبة حالات فحص سرطان الثدي في أوساط النساء بين 40 و 69 سنة. ب- نسبة حالات فحص سرطان عنق الرحم في أوساط النساء بين 30 و 69 سنة. ج- نسبة الأشخاص المصابين بمرض السكري الذين يبلغ مستوى الهيموجلوبين A1C أو يقل عن 9%.	2014-2023 (المدى الطويل)	5- تنفيذ ورصد نهج فعالة من حيث التكلفة للكشف المبكر عن سرطان الثدي وسرطان عنق الرحم، ومرض السكري وارتفاع ضغط الدم وغيرها من عوامل الخطر القلبية الوعائية الأخرى؛ 1.5 تنفيذ ورصد نهج فعالة من حيث التكلفة للكشف المبكر عن الاضطرابات العقلية والعصبية والناجمة عن استخدام المواد المخدرة

شركاء التنفيذ	مؤشرات الأداء الرئيسية	المدى الزمني	الإجراءات والأنشطة/ المستوى
وزارة الصحة، وكالات الأمم المتحدة المعنية، المنظمات غير الحكومية	د- حالات ارتفاع السكر في الدم أثناء الصيام للكبار الذين يبلغ عمرهم أو يزيد عن 25 سنة (%). هـ- حالات ارتفاع ضغط الدم للكبار الذين يبلغ عمرهم أو يزيد عن 25 سنة (%). و- الحالات المعتدلة وشديدة الاضطرابات العقلية والعصبية والمتعلقة باستخدام المواد المخدرة. ز- نسبة الحالات المعتدلة والشديدة للاضطرابات العقلية والعصبية والمتعلقة باستخدام المواد المخدرة، التي عولجت.	2014-2023 (المدى الطويل)	يتبع...
وزارة الصحة، المبادرة العالمية للقضاء على شلل الأطفال، المنظمات غير الحكومية	أ- معدل التحصين من الشلل polio3 ب- وجود أنشطة تحصين تكميلية ج- معدلات الشلل الرخو الحاد التي تفوق 1/100.000 د- عدد حالات شلل الأطفال.	2014-2016 (المدى القصير)	6- ضمان استخدام الأدوات الموصى بها لرصد الأداء في استئصال شلل الأطفال بغية: 1.6 تتبع ما إذا كانت أنشطة التطعيم التكميلية قد وصلت إلى عتبات تغطية التطعيم اللازمة لوقف انتقال المرض؛ 2.6 ضمان نجاعة حساسية نظام المراقبة للكشف عن أي انتشار لفيروس شلل الأطفال؛ 3.6 توجيه الإجراءات التصحيحية السريعة؛
وزارة الصحة، منظمة الصحة العالمية	أ. التقارير القائمة على أدوات التقييم الذاتي للوائح الطبية الدولية.	2014 - 2016 (المدى القصير)	7- استعراض وسن، حسب الاقتضاء، القوانين العامة للصحة والتشريعات ذات الصلة واللوائح أو المتطلبات الإدارية، والأدوات الحكومية الأخرى لتسهيل التنفيذ الكامل للوائح الصحية الدولية.
الأمانة العامة للمنظمة، مركز أنقرة، البنك الإسلامي للتنمية، منظمة الصحة العالمية	أ- إطار عمل قانوني وإداري ومالي للوحدة الفنية. ب- الوحدة الفنية العاملة بشكل كامل	2014 - 2016 (المدى القصير)	مستوى منظمة التعاون الإسلامي والتعاون الدولي 1- إنشاء وحدة فنية في الأمانة العامة لمنظمة التعاون الإسلامي لرصد وتقييم الأمراض السارية وغير السارية وعوامل الخطر في البلدان الأعضاء.
الأمانة العامة للمنظمة، مركز أنقرة، البنك الإسلامي للتنمية، منظمة الصحة العالمية.	أ- الآلية القائمة لتبادل المعلومات وبيانات الرصد حول المحددات الاجتماعية للصحة	2014 - 2016 (المدى القصير)	2- تيسير التعاون بين الدول الأعضاء في بناء ونشر المعلومات حول قاعدة الأدلة اللازمة، وبيانات الرصد من أجل إطلاع واضعي السياسات، مع التركيز بشكل خاص على العلاقة بين مكافحة الأمراض والفقر والتنمية.

شركاء التنفيذ	مؤشرات الأداء الرئيسية	المدى الزمني	الإجراءات والأنشطة/ المستوى
الأمانة العامة للمنظمة، مركز أنقرة، البنك الإسلامي للتنمية، منظمة الصحة العالمية، التحالف العالمي للقاح والتحصين	أ- رصد الأهداف الطوعية العالمية في مجال الأمراض غير السارية بين الدول الأعضاء. ب- قياس التقدم المحرز فيما بين الدول الأعضاء	2014 - 2919 (المدى المتوسط)	3- دعم مبادرات منظمة الصحة العالمية، بما في ذلك خطة العمل 2013-2020 لتنفيذ الإستراتيجية العالمية للوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها، بالإضافة إلى خطة العمل العالمية بشأن الصحة العقلية 2013-2020 وخطة العمل الأوروبية للحد من الاستخدام الضار للكحول 2012-2020، لضمان رصد الأمراض غير السارية وحالة الصحة العقلية على الصعيدين الوطني والإقليمي وصعيد منظمة التعاون الإسلامي.
الأمانة العامة للمنظمة، مركز أنقرة، البنك الإسلامي للتنمية، منظمة الصحة العالمية.	أ- عدد الأنشطة المشتركة لمكافحة الأمراض.	2014 - 2016 (المدى القصير)	4- دعم وتيسير التعاون بين بلدان الجنوب واجتماع الحدود بين الدول المجاورة للحد من انتشار الأمراض السارية
P.A.2.5 : تعزيز الدبلوماسية الصحية وتعزيز العمل مع المنظمات الإقليمية والدولية بهدف تبادل المعرفة، وإيجاد التآزر وفرص تمويل جديدة.			
المستوى الوطني			
وزارة الصحة، وكالات الأمم المتحدة ذات الصلة والمنظمات غير الحكومية	أ- عدد المشروعات المنفذة دولياً ب- عدد الدراسات التي بدأ إجرائها في الدول الأخرى حول خدمات الرعاية الصحية والسياسات الخاصة بالصحة.	2014-2016 (المدى القصير)	1- تعزيز التعاون فيما بين القطاعات، والشراكة مع مؤسسات إقليمية ودولية لتنفيذ الأنشطة الرئيسية المتصلة بالأمراض السارية وغير السارية بما في ذلك الصحة العقلية واستخدام المواد المخدرة؛
وزارة الصحة، الصندوق العالمي، والهيئات الدينية غير الحكومية.	أ- عدد المشروعات التي تدعمها الجهات المانحة الدولية.	2014-2023 (المدى الطويل)	2- ضمان الاستثمارات المؤثرة من الأموال المصروفة من الصندوق العالمي وغيرها من الجهات المانحة الدولية من خلال التنسيق الفاعل مع شركاء محليين مثل الوكالات الحكومية، والهيئات المجتمعية، وشركات القطاع الخاص، والمنظمات الدينية، إلخ
وزارة الصحة، منظمة الصحة العالمية، وكالات الأمم المتحدة ذات الصلة، والمنظمات غير الحكومية	أ- عدد الاجتماعات والأنشطة المنفذة لدعم الاستراتيجيات والسياسات وخطط العمل الوطنية وتعزيزها بما يتسق مع الاستراتيجيات والاتفاقيات العالمية لمحاربة عوامل خطر الأمراض السارية وغير السارية. ب- عدد البلدان التي صدقت على اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ.	2014-2023 (المدى الطويل)	3- سن أو تعزيز تدخلات للحد من عوامل الخطر للأمراض غير السارية، بما في ذلك التصديق على اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ، وتنفيذها، وكذلك بروتوكولها بشأن الاتجار غير المشروع بمنتجات التبغ، وتنفيذ التوصيات الواردة في الاستراتيجية العالمية بشأن النظام الغذائي والنشاط البدني والصحة، والاستراتيجية العالمية لتغذية الرضع وصغار الأطفال، والاستراتيجيات الأخرى ذات الصلة من خلال استراتيجيات وسياسات وخطط عمل وطنية؛

شركاء التنفيذ	مؤشرات الأداء الرئيسية	المدة الزمنية	الإجراءات والأنشطة/ المستوى
وزارة الصحة، أجهزة حكومية أخرى معنية	أ- الآليات التشريعية والإدارية المستخدمة للعمل من خلال الشبكات.	2014-2016 (المدة القصير)	4- المشاركة النشطة في الشبكات الإقليمية ودون الإقليمية للوقاية من الأمراض ومكافحتها، وإقامة شراكات فاعلة وتعزيز الشبكات التعاونية، وإشراك أصحاب المصلحة الرئيسيين، بحسب الاقتضاء
	أ- المشروعات/الأنشطة التي تمس المحددات الاجتماعية للصحة	2014-2016 (المدة القصير)	5- تعزيز الدور القيادي لوزارة الصحة في تعزيز نهج متعدد القطاعات والانخراط فيه لمعالجة المحددات الاجتماعية للصحة
الأمانة العامة للمنظمة، مركز أنقرة، البنك الإسلامي للتنمية، منظمة الصحة العالمية، منظمة اليونيسيف، التحالف العالمي للقاح والتحصين	أ- عدد المشروعات والأنشطة التدريبية المنفذة على مستوى منظمة التعاون الإسلامي والمستوى الدولي	2014-2016 (المدة القصير)	مستوى منظمة التعاون الإسلامي والتعاون الدولي 1- بدء أنشطة بين البلدان الأعضاء لزيادة المعرفة والقدرات في مجال سياسات الصحة والدبلوماسية الصحية؛
	أ- عدد المشروعات والأنشطة التدريبية المنفذة على مستوى منظمة التعاون الإسلامي والمستوى الدولي.	2014-2023 (المدة الطويل)	2- تسهيل تبادل المعرفة الفنية والتكنولوجيا والخبرات بين البلدان المتقدمة والبلدان الأعضاء في مجال التشخيص المبكر للأمراض، بما في ذلك الحالات الجديدة للسبل وحالات الانتكاسة؛
	أ- عدد اجتماعات الدعوة وأنشطتها على المستويين الإقليمي والعالمي	2014-2016 (المدة القصير)	3- متابعة القضايا المتعلقة بالتعاون مع المنظمات والمبادرات الدولية بقيادة الدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي من أجل ضمان مستوى عالٍ ومستدام من الالتزام السياسي لتنفيذ حملات وبرامج متنوعة؛
	أ- عدد المشروعات التي تدعمها مؤسسات منظمة التعاون الإسلامي والجهات الدولية المانحة	2014-2016 (المدة القصير)	4- جذب وتأمين خطوط تمويل جديدة للوقاية من الأمراض ومكافحتها من الجهات المانحة الدولية مثل البنك الإسلامي للتنمية والصندوق العالمي، ومؤسسة بيل وميليندا غيتس؛
	أ- عدد المشروعات واجتماعات الدعوة التي تدعمها مؤسسات منظمة التعاون الإسلامي والجهات الدولية المانحة.	2014-2016 (المدة القصير)	5- المشاركة في تعبئة الموارد وتمتية الشراكات لتنفيذ الخطة الوطنية الطارئة للقضاء على شلل الأطفال في بلدان منظمة التعاون الإسلامي المصنفة من بين البلدان المتبقية الموطونة بالمرض وذات الخطورة العالية؛
	أ- عدد المشروعات واجتماعات الدعوة التي تدعمها مؤسسات منظمة التعاون الإسلامي والجهات الدولية المانحة.	2014-2023 (المدة الطويل)	6- دعم تنفيذ مشاريع التدخل، وتبادل الخبرات بين الأطراف المعنية، وبرنامج بناء القدرات على النطاق الإقليمي والدولي؛

شركاء التنفيذ	مؤشرات الأداء الرئيسية	المدة الزمنية	الإجراءات والأنشطة/ المستوى
الأمانة العامة للمنظمة، مركز أنقرة، البنك الإسلامي للتنمية، منظمة الصحة العالمية، منظمة اليونيسيف، التحالف العالمي للقاح والتحصين	أ- عدد المشروعات واجتماعات الدعوة التي تدعمها مؤسسات منظمة التعاون الإسلامي والجهات الدولية المانحة.	2014-2016 (المدة القصير)	7- دعوة منظمة التعاون الإسلامي والبنك الإسلامي للتنمية لدعم وتسهيل الحضور الفاعل للبلدان الأعضاء ومشاركتها في مختلف أنشطة وبرامج المنظمات الإقليمية والدولية ذات الصلة؛
	أ- عدد المشروعات واجتماعات الدعوة التي تدعمها مؤسسات منظمة التعاون الإسلامي والجهات الدولية المانحة.	2014-2023 (المدة الطويل)	8- التعاون مع جميع الأطراف المعنية على: أ. الدعوة من أجل رفع مستوى الوعي بالحجم المتزايد لمشاكل الصحة العامة بسبب الأمراض السارية وغير السارية. ب. تقديم الدعم للبلدان في الكشف والتبليغ والتقييم والاستجابة لحالات الطوارئ الصحية العمومية التي تثير قلقاً على المستوى الوطني والدولي.

المجال المواضيعي الثالث: صحة الأم والمولود الجديد والطفل وتغذيتهم

خطة تنفيذ مرحلة

البلد الرائد: إندونيسيا

شركاء التنفيذ	مؤشرات الأداء الرئيسية	المدى الزمني	الإجراءات والأنشطة/ المستوى
P.A.3.1: ضمان توفر المرافق الصحية المحلية المجهزة بشكل كاف لكل سيدة ومولود وطفل، وتحسين جودة تقديم الخدمات وكفاءتها، لا سيما على المستوى المحلي			
وزارة الصحة، مكتب الإحصاء، المعاهد الصحية، المنظمات غير الحكومية، المجتمعات المحلية،	أ- أن تغطي الخدمات الصحية النساء والأسر والجماعات الضعيفة غير المحظوظة خدمياً ب- وجود فرق وعيادات متنقلة كاملة التجهيز والأداء	2014-2016 (المدى القصير)	المستوى الوطني 1- تقليل الموانع التي تحول دون الحصول على الخدمات الصحية التي يتعذر على النساء والأسر المنعزلة الحصول عليها لأسباب مادية أو ثقافية أو جغرافية أو مالية؛
	أ- أن تتم خدمات رعاية ما قبل الولادة، والولادة، وما بعد الولادة في المرافق الصحية بإشراف أخصائيين صحيين مهرة. ب- إنشاء نظام إحالة صحي يعمل بكفاءة.	2014-2019 (المدى المتوسط)	2- تحسين جودة خدمات صحة الأمهات والمواليد والأطفال (MNCH) عن طريق تدريب أخصائيي/أطباء صحة الأسرة (القادرين على تقديم خدمات رعاية ما قبل الولادة، والولادة الآمنة ورعاية ما بعد الولادة، ومراقبة النمو، والتغذية التكميلية والتحصين وخدمات المشورة للمساعدة بين الولادات) في وجود المكونات الأساسية والكفاءات الجديدة اللازمة وتعزيز روابط الإحالة؛
	أ- نسبة برامج رعاية الأمهات والمواليد والأطفال في المنزل التي تم تطويرها في المناطق النائية	2014-2019 (المدى المتوسط)	3- وضع برامج رعاية منزلية للأمهات والمواليد والأطفال على أساس النماذج الناجحة للعاملين في المراكز الصحية المجتمعية وفقاً لاحتياجات ووضع كل بلد، وتمكين الأسر والمجتمعات المحلية لسد فجوة رعاية ما بعد الولادة وأمراض الطفولة، والتغذية من خلال الممارسات المنزلية الصحية؛
	أ- توافر المعلومات والبيانات الاعتيادية لإدارة البرامج المحلية (رصد المنطقة المحلية) ب- تحديد أكثر المناطق والمناطق الفرعية تخلفاً	2014-2019 (المدى المتوسط)	4- إنشاء نظم معلومات صحية مفصلة على الصعيدين الوطني والمحلي لرصد وتحسين تقديم خدمات رعاية ما قبل الولادة بطريقة شاملة وفي الوقت المناسب؛

شركاء التنفيذ	مؤشرات الأداء الرئيسية	المدة الزمنية	الإجراءات والأنشطة/ المستوى
وزارة الصحة، مكتب الإحصاء، المعاهد الصحية، المنظمات غير الحكومية، المجتمعات المحلية،	أ- توافر معايير كفاءة موحدة بين العاملين في مجال الصحة. ب- وجود لوائح متطورة حول تفويض المهام الطبية تشمل كل عامل من العاملين الصحيين ج- نسبة المستشفيات والعيادات المعتمدة.	2014-2019 (المدى المتوسط)	5- وضع استراتيجيات لضمان تحديد المهارات المهنية والكفاءات وضمان معالجة الفجوات المعرفية داخل إدارة الموارد البشرية لتقديم خدمات ذات جودة في مجال صحة الأمهات والمولود والأطفال؛
	أ- وجود نظام إحالة صحي متطور يعمل بكفاءة ب- النسبة المئوية للوظائف الخاصة بالصحة المجتمعية التي تضطلع بخدمات صحة الأمهات والأطفال والتغذية.	2014-2019 (المدى المتوسط)	6- تعزيز خدمات متكاملة للرعاية الصحية الأولية ابتداء من مستوى الدولة وصولاً إلى القاعدة الشعبية، وتنفيذ برنامج ممارسة الأسرة.
	أ- وجود حزمة متطورة منقذة لحياة النساء والمولود والأطفال في حالات الطوارئ. ب- توفير الحزم المنقذة للحياة بشكل منظم ج- توفر الخدمات الصحية في المناطق النائية والحدودية والصغيرة والأريضية. د- توفر العقاقير والأجهزة الطبية في كل منشأة صحية.	2014-2019 (المدى المتوسط)	7- ضمان الحصول على السلع المنقذة لحياة النساء والمولود والأطفال وتوافرها.
	أ- النسبة المئوية للنساء الملمات بعلامات الخطر في مراحل الحمل، والمخاض، وحديثي الولادة والطفولة	2014-2019 (المدى المتوسط)	8- تحسين الوعي لدى النساء والأسر والمجتمعات المحلية بالممارسات المنقذة لحياة الأم والطفل والخدمات القائمة
الأمانة العامة للمنظمة، مركز أنقرة، منظمة الصحة العالمية، منظمة اليونيسيف	أ- النسبة المئوية للبلدان التي نفذت تدخلات في مجال MNCH مستندة لأدلة واقتصادية في تكلفتها (Lancet journal series)؛	2014-2023 (المدى الطويل)	مستوى منظمة التعاون الإسلامي والتعاون الدولي 1- تعزيز التدخلات المستندة لأدلة وذات التأثير الكبير لتحسين صحة الأمهات والمولود والأطفال في بلدان منظمة التعاون الإسلامي من خلال تسهيل تبادل المعرفة وتقاسم أفضل الممارسات؛
الأمانة العامة للمنظمة، مركز أنقرة، البنك الإسلامي للتنمية، صندوق الأمم المتحدة للسكان،	أ- مجموعة العمل الفنية القائمة في مجال MNCH لتبادل السياسات وتحديثها استناداً إلى الأدلة العالمية والإقليمية وكذا الوطنية.	2014-2019 (المدى المتوسط)	2- التعاون الفني على تحديد ومعالجة الثغرات الموجودة في التغطية ونوعية الرعاية على امتداد سلسلة الرعاية الصحية للأمهات والمولود والأطفال؛

الإجراءات والأنشطة/ المستوى	المدى الزمني	مؤشرات الأداء الرئيسية	شركاء التنفيذ
3- تطوير وتنفيذ مشاريع للتعاون الفني في مجال MNCH بين البلدان الأعضاء؛	2014-2019 (المدى المتوسط)	أ- عدد الدول التي اعتمدت دليل صحة الأمهات والمولود والأطفال ب- عدد العاملين الصحيين المدربين على دليل صحة الأمهات والمولود والأطفال (Third Country Training Program)	الأمانة العامة للمنظمة، مركز أنقرة، البنك الإسلامي للتنمية، منظمة الصحة العالمية، اليونيسيف
4- الدعوة إلى المشروع المشترك بين منظمة التعاون الإسلامي والشركاء "الوصول بالرعاية الطارئة لكل أم وطفل في بلدان منظمة التعاون الإسلامي"، ودعم كل المبادرات المتخذة في إطار هذا المشروع والمشاركة النشطة فيها.	2014-2019 (المدى المتوسط)	أ- تنظيم منتدى لمناقشة مبدأ المشروع وهو "الوصول بالرعاية الطارئة لكل أم وطفل في بلدان منظمة التعاون الإسلامي"، ب- عدد البلدان المحتاجة التي تلقت المشروع بما يعزز القدرات في مجال الصحة والتغذية والاستجابة في حالات الطوارئ	الأمانة العامة للمنظمة، مركز أنقرة، البنك الإسلامي للتنمية، منظمة الصحة العالمية، اليونيسيف، المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، البنك الدولي
P.A.3.2: تنفيذ سياسات وبرامج طويلة الأجل لتنمية القوى العاملة الصحية ومن ثم زيادة حضور العاملين الصحيين المهرة أثناء الولادة			
المستوى الوطني			وزارة الصحة، وزارة المالية
1- إزالة الإجحاف في توزيع العاملين الصحيين وضمان توافر أعداد كافية من العاملين الصحيين المهرة في المراكز الصحية والمستشفيات في كل منطقة؛	2014-2016 (المدى القصير)	أ- نسبة العمالة الصحية الماهرة إلى نسبة السكان لكل منطقة	
2- زيادة الاستثمار في الموارد البشرية للتعويض عن الزيادة الحالية في هجرة العاملين المؤهلين من البلدان ذات الدخل المنخفض، وتحسين أوضاع العاملين المؤهلين لمنعهم من الهجرة؛	2014-2019 (المدى المتوسط)	أ- النسبة المئوية للمعاهد التعليمية الصحية المعتمدة ب- النسبة المئوية للعاملين الصحيين المؤهلين والمعتمدين ج- مشروع التحفيز القائم	
3- في حالة نقص العاملين، تدريب مقدمي الرعاية الأولية الأدنى مستوى، لتقديم رعاية صحية للأمهات والأطفال في المرافق الصحية وتحت إشراف وثيق لمقدمي الخدمة المخولين؛	2014-2019 (المدى المتوسط)	أ- الوحدة التدريبية (المنهج) الموضوعة للعاملين في مجال الرعاية الصحية المجتمعية ب- عدد العاملين المدربين في مجال الرعاية الصحية المجتمعية في المناطق التي تعاني نقص.	
4- وضع استراتيجيات تهدف إلى زيادة عدد حالات الولادة داخل المرافق الصحية، وتمكين العاملين المدربين والمساعدين الطبيين من القيام بالتدخل المناسب عند التوليد؛	2014-2019 (المدى المتوسط)	أ- الخطوط التوجيهية القائمة للرعاية الملائمة عند التوليد من خلال مستوى المرافق الصحية	

الإجراءات والأنشطة/ المستوى	المدى الزمني	مؤشرات الأداء الرئيسية	شركاء التنفيذ
5- وضع استراتيجيات طويلة الأجل من أجل فعالية خطة تنمية الموارد البشرية، والتي يمكن تفعيلها لتعميم الحصول على الرعاية الماهرة أثناء الولادة.	2014-2019 (المدى المتوسط)	أ- خارطة الطريق الموضوعية لتوزيع القابلات والاستفادة منهن ب- عدد القرى التي بها عدد كاف من القابلات الماهرات	وزارة الصحة، وزارة المالية
مستوى منظمة التعاون الإسلامي والتعاون الدولي 1- تعزيز بناء القدرات ونشر أفضل الممارسات والدروس المستفادة في البلدان الأعضاء لتوفير العاملين الصحيين المهرة أثناء الولادة؛	2014-2016 (المدى القصير)	أ- التواصل القائم لنشر الدروس المستفادة ب- النسبة المئوية للبلدان التي تطبق أفضل الممارسات	الأمانة العامة للمنظمة، مركز أنقرة، منظمة الصحة العالمية، اليونيسيف، صندوق الأمم المتحدة للسكان، البنك الدولي
2- الاستفادة من أفضل الممارسات والمساهمة في جهود الشركاء متعددي الأطراف والشراكات العالمية من خلال تقييم مشترك للبرامج والإمكانات الصحية الوطنية، تحديد ودعم السياسات والتغييرات الهيكلية التي تحسن النتائج الصحية في مجال MNCH؛	2014-2019 (المدى المتوسط)	أ- تعاون متعدد الأطراف وشراكة عالمية	الأمانة العامة للمنظمة، مركز أنقرة، منظمة الصحة العالمية
3- دعم حركة العاملين الصحيين بين البلدان لتسهيل الاجتماعات وتبادل المعارف وأفضل الممارسات المستندة لأدلة في مجال MNCH.	2014-2019 (المدى المتوسط)	أ- عدد المنديات المنعقدة لتسهيل تبادل المعرفة	الأمانة العامة للمنظمة، مركز أنقرة، منظمة الصحة العالمية، المنظمات غير الحكومية
3.3.P.A: تطوير برامج وسياسات للوقاية من نقص الوزن عند الميلاد (LBW) والحد من سوء التغذية والنقص عند الأطفال، وتشجيع النماء الأمثل لهم			
المستوى الوطني 1- وضع وتنفيذ نهج وطنية فعالة لمعالجة أسباب نقص الوزن عند الميلاد، وتعزيز الرضاعة الطبيعية الخالصة المبكرة، والممارسات الصحيحة في تغذية الرضع وصغار الأطفال، وممارسات التحفيز المبكر للطفل؛	2014-2016 (المدى القصير)	أ- النسبة المئوية للرضاعة الطبيعية الخالصة بين الأطفال الرضع من سن 0 إلى 6 شهور ب- النسبة المئوية للمرافق الصحية التي بها مستشار متخصص في أمور الرضاعة الطبيعية وتغذية الرضع وصغار الأطفال	وزارة الصحة، برامج الصحة، منظمة الصحة العالمية، المنظمات غير الحكومية
2- تبسيط السياسات المتعلقة بالأطفال المعرضين لمخاطر تتعلق بنموهم ونمائهم، والإعاقة في مرحلة الطفولة؛	2017-2023 (المدى الطويل)	أ- النسبة المئوية للمناطق التي تكامل بين نمو الأطفال الجسدي ونمائهم النفسي المبكر	
3- تزويد العاملين في مجال الرعاية الصحية بالمهارات اللازمة لتقديم المشورة للآباء والأمهات حول كيفية الاعتناء بنمو الأطفال ونمائهم؛	2014-2019 (المدى المتوسط)	أ- النسبة المئوية للعاملين الصحيين المدربين القادرين على تقديم المشورة للآباء والأمهات	

شركاء التنفيذ	مؤشرات الأداء الرئيسية	المدة الزمنية	الإجراءات والأنشطة/ المستوى
وزارة الصحة، برامج الصحة، منظمة الصحة العالمية، المنظمات غير الحكومية	أ- الخطة الموضوعية قيد التنفيذ لمنع التدخين بين النساء الحوامل	2014-2019 (المدة المتوسطة)	4- وضع برامج وسياسات لمنع النساء من أن يصبحن مدخنات وتشجيع من يدرن على ترك التدخين بهدف القضاء على أحد الأسباب الرئيسية لنقص الوزن عند الميلاد؛
	أ- خارطة الطريق البحثية الموضوعية عن العوامل المرتبطة بنقص الوزن عند الميلاد.	2014-2023 (المدة الطويلة)	5- دعم البحوث المستمرة عن أسباب LBW من خلال فهم تأثير العوامل الاجتماعية والاقتصادية فضلاً عن العوامل الأبوية والبيئية التي تؤثر على الوزن عند الولادة، ومعالجة عوامل الخطر الديموغرافية والاجتماعية والبيئية المتصلة بـ LBW
	أ- مبادئ توجيهية تغذوية محدثة ومعززة ب- التدخل الحساس والنوعي القائم لخدمة النساء في سن الإنجاب	2014-2019 (المدة المتوسطة)	6- تحسين برامج وخدمات الصحة العامة لتوفير التعليم والموارد للنساء في سن الإنجاب لتعزيز التغذية الصحية قبل الحمل وأثناءه؛ وكذلك تحسين الحالة الصحية والتغذوية للمراهقين؛
	أ- النسبة المئوية للمناطق التي نفذت مبادرة تعزيز التغذية (SUN)	2014-2019 (المدة المتوسطة)	7- توسيع نطاق السياسات للحد من انتشار قصر القامة ونقص الوزن وزيادته لدى الأطفال دون سن الخامسة؛
	أ- المعايير والمواصفات الفنية المعمول بها في مجال الغذاء ب- عدد برامج الشراكة بين القطاعين العام والخاص	2014-2019 (المدة المتوسطة)	8- دعم الشراكات بين القطاعين العام والخاص لتحسين توافر الأغذية الأساسية المدعومة بالمغذيات الدقيقة الرئيسية؛
	أ- الصحة الإنجابية للمراهقين والشباب	2014-2019 (المدة المتوسطة)	9- تعزيز البرامج والسياسات لمنع زواج الأطفال والحمل أثناء فترة المراهقة
الأمانة العامة للمنظمة، منظمة الصحة العالمية	أ- تطوير وسائل الدعوة المستندة لأدلة لخدمة الحملات المناهضة لتدخين السيدات الحوامل	2014-2016 (المدة القصيرة)	مستوى منظمة التعاون الإسلامي والتعاون الدولي 1- تصعيد الحملات المناهضة للتدخين أثناء الحمل على مستوى منظمة التعاون الإسلامي لتجنب نقص وزن الأطفال عند الميلاد؛
الأمانة العامة للمنظمة، مركز أنقرة، منظمة الصحة العالمية، منظمة اليونيسيف، أمانة مبادرة تعزيز التغذية	أ- إطار نتائج مشترك محدد (أهداف، استراتيجيات، برنامج وأنشطة) ب- بناء شبكة تضم الجهات المانحة الحكومية والخاصة وشركاء التنمية والمنظمات غير الحكومية في المنطقة.	2014-2019 (المدة المتوسطة)	2- الدعوة إلى توفير مزيد من الموارد من أجل برامج تغذية فعالة، والمساعدة في تنسيق برامج تغذية بأولويات أخرى للصحة والتنمية؛

شركاء التنفيذ	مؤشرات الأداء الرئيسية	المدى الزمني	الإجراءات والأنشطة/ المستوى
الأمانة العامة للمنظمة، منظمة الصحة العالمية، اليونيسيف، وأمانة مبادرة تعزيز التغذية	أ- وجود منتدى للحوار بين الدول الأعضاء ذات الدخل المرتفع والأخرى ذات الدخل المنخفض ب- مقترح مشترك للنقاش ج- عدد الدول التي تلقت الدعم	2014-2019 (المدى المتوسط)	3- تكثيف التعاون بين بلدان منظمة التعاون الإسلامي ذات الدخل المرتفع والأخرى ذات الدخل المنخفض للحد من نقص التغذية ونقص المغذيات الدقيقة لدى الأطفال من خلال برامج تقدم الدعم التغذوي للحوامل من ذوي الدخل المنخفض وكذلك الرضع.
الأمانة العامة للمنظمة، منظمة الصحة العالمية، اتفاقية حقوق الطفل	أ- التواصل الشبكي القائم لرصد تنفيذ اتفاقية الأمم المتحدة لحقوق الطفل.	2014-2019 (المدى المتوسط)	4- الدعوة للوفاء بالالتزامات الدولية وتعزيز حقوق الطفل المنصوص عليها في اتفاقية الأمم المتحدة لحقوق الطفل (CRC)
الأمانة العامة للمنظمة، منظمة الصحة العالمية، اليونيسيف، اتفاقية حقوق الطفل، أمانة مبادرة تعزيز التغذية	أ- عدد الدول التي بها ضوابط ملائمة ب- عدد الدول التي جرى مساعدتها في وضع ضوابط	2014-2019 (المدى المتوسط)	5- مساعدة البلدان الأعضاء في وضع ضوابط لدعم الغذاء بالمغذيات الدقيقة.
P.A.3.4 : تخفيف عبء الأمراض من خلال برامج تطعيم فعالة للرضع، والقضاء على الحصبة والحصبة الألمانية			
وزارة الصحة، وزارة المالية	أ- عدد الأنشطة التعليمية التي تم تنظيمها ب- معدلات التغطية بالتطعيم للقاحات المختلفة المدرجة في جدول التطعيم الوطني.	2014-2016 (المدى القصير)	المستوى الوطني 1- زيادة إقبال المجتمع على اللقاحات من خلال أنشطة تعليمية مختلفة.
	أ- الإجراءات المتخذة لتعزيز الحصول على التطعيم ب- معدلات التسرب من التطعيم	2014-2019 (المدى المتوسط)	2- تعزيز الحصول على خدمات التطعيم من خلال، من جملة أمور أخرى، تخفيض النفقات الخاصة، وزيارة المنازل والتدخلات في المدارس؛
	أ- التدابير المتخذة لزيادة توافر اللقاحات ب- تغطية التطعيم ومعدلات التسرب في المرافق الصحية ج- نسبة المنشآت الصحية التي نفذ منها مخزون اللقاح	2017-2023 (المدى الطويل)	3- زيادة توافر اللقاحات في الأماكن الطبية أو السريرية الصحية العامة من خلال تقليل المسافة بين المكان والسكان، وزيادة ساعات تقديم خدمات التطعيم وتقليل العوائق الإدارية أمام الحصول على خدمات التطعيم داخل العيادات؛
	أ- معدل الإصابة بالحصبة والحصبة الألمانية ب- تغطية التطعيم للقاحات المحتوية للحصبة والحصبة الألمانية	2014-2016 (المدى القصير)	4- دعم أهداف مبادرة الحصبة والحصبة الألمانية المتمثلة في تقليل عدد وفيات الحصبة عالمياً والقضاء على الحصبة والحصبة الألمانية.
	أ- عدد البلدان التي وضعت خطة متعددة السنوات ب- نسبة البلدان التي لديها خطة متعددة السنوات	2014-2016 (المدى القصير)	5- دعم وضع خطط محددة التكاليف متعددة السنوات للتحصين الشامل، والتخطيط ووضع الميزانية والتقييم

شركاء التنفيذ	مؤشرات الأداء الرئيسية	المدى الزمني	الإجراءات والأنشطة/ المستوى
الأمانة العامة للمنظمة، منظمة الصحة العالمية، اليونيسيف، التحالف العالمي للقاح والتحصين	أ- تعزيز التعاون على تنفيذ برنامج التطعيم	2014-2016 (المدى القصير)	مستوى منظمة التعاون الإسلامي والتعاون الدولي 1- تعزيز التعاون في مجال برنامج التحصين بين البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي على أساس خطة عمل اللقاح العالمية (GVAP)
	أ- تحليل الفجوة في توفير اللقاحات، وتحديد منتجي اللقاح ممن يمكن تعيينهم من بين الدول الأعضاء في المنظمة ب- انتشار الحصبة والحصبة الألمانية	2014-2016 (المدى القصير)	2- التعاون على ضمان توافر لقاحات الحصبة والحصبة الألمانية بين البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي، وعلى القضاء على الحصبة والحصبة الألمانية؛
	أ- وضع جدول لأسبوع التطعيم المتزامن	2014-2019 (المدى المتوسط)	3- دعم إدخال لقاحات جديدة في الدول الأعضاء، ولا سيما البلدان المنخفضة الدخل التي تتخلف في هذا المجال، من خلال، على سبيل المثال، تنظيم 'أسبوع التطعيم المتزامن' في بلدان منظمة التعاون الإسلامي
	أ- خطة تسجيل مشتركة تدعمها كل البلدان الأعضاء ب- عدد البلدان التي نفذ فيها مخزون اللقاح	2014-2019 (المدى المتوسط)	4- تعزيز إنشاء آلية شراء اللقاحات المجمعة (PVP) على المستوى الإقليمي، بهدف تأمين الإمداد في الوقت المناسب والحصول على لقاحات نوعية، وخاصة اللقاحات الجديدة والأقل استخداماً، بأسعار تنافسية
P.A.3.5. خفض وفيات الأمهات والمواليد والأطفال من خلال برامج وسياسات فعالة			
وزارة الصحة، وزارة المالية، وزارة الضمان الاجتماعي، وزارة الصناعة، وزارة التجارة	أ- نسبة العاملين الصحيين القادرين على القيام بالرعاية أثناء الولادة ورعاية المواليد. ب- نسبة الرعاية الطارئة الأساسية المتوفرة للأطفال حديثي الولادة وأثناء التوليد. ج- نسبة الرعاية الطارئة الشاملة للأطفال حديثي الولادة وأثناء التوليد.	2014-2016 (المدى القصير)	المستوى الوطني 1- تحسين التغطية وجودة رعاية ما قبل الولادة للأمهات والرعاية أثناء الولادة، وقدرة القابلات على إنعاش المواليد عند الولادة؛
	أ- نسبة العاملين الصحيين المدربين على تقديم الرعاية للأطفال الأصحاء والمعتلين (الإدارة المتكاملة لأمراض الطفولة). ب- نسبة توفر الأدوية الأساسية للأطفال وخاصة المضادات الحيوية وأملاح الإمهاء الفموية.	2014-2019 (المدى المتوسط)	2- معالجة مسألة إصابة النساء الحوامل وضمان ولادة نظيفة وحصرية ورضاعة طبيعية فورية، وضمان توفر المضادات الحيوية المعالجة للإصابات والعدوى وأملاح الإمهاء الفموية محلياً؛

شركاء التنفيذ	مؤشرات الأداء الرئيسية	المدى الزمني	الإجراءات والأنشطة/ المستوى
وزارة الصحة، وزارة المالية، وزارة الضمان الاجتماعي وزارة الصناعة، وزارة التجارة	أ- نسبة توافر كتيب صحة الأم والطفل بحسب عدد النساء الحوامل. ب- نسبة العاملين الصحيين القادرين على أداء فصول ما دون الخامسة. ج- نسبة العاملين في مجال الصحة المجتمعية القادرين على القيام بالإدارة المتكاملة لأمراض الطفولة في هذا السياق.	2014-2019 (المدى المتوسط)	3- تمكين الأسر والمجتمعات المحلية بالمعرفة والمهارات التي تمكنها من تقديم الرعاية لنماء الأطفال، وملاحظة علامات الخطر في الحمل والولادة وعند حديثي الولادة والأطفال، وممارسة سلوك المبادرة إلى طلب الرعاية.
	أ- نسبة العاملين الصحيين القادرين على القيام بالإدارة المتكاملة لأمراض الطفولة في المجتمعات. ب- نسبة القابلات اللاتي أقمن في القرى. ج- نسبة الممارسين العاملين في المراكز الصحية المجتمعية. د- نسبة أطباء الأطفال في المستوصفات المحلية.	2014-2019 (المدى المتوسط)	4- الاستثمار من أجل زيادة عدد العاملين الصحيين المدربين والمجهزين وتحسين تدريبهم للوصول إلى معظم النساء والأطفال الذين لا يجدون الرعاية الصحية الأساسية الآن.
	أ- نسبة المناطق/المدن التي تقوم بمراجعة وفيات الأمهات في فترة ما حول الولادة. ب- نسبة المناطق/المدن التي تطبق MCH-LAM. ج- تغطية أول زيارة للأطفال حديثي الولادة. د- نسبة الرضع الذين تلقوا رعاية صحية قياسية. هـ- نسبة الأطفال دون الخامسة الذين تلقوا رعاية صحية قياسية. و- نسبة استخدام المساعدة التشغيلية الصحية.	2014-2019 (المدى المتوسط)	5- تحسين قدرات المهنيين والعاملين في مجال الصحة المجتمعية على تحديد عوامل الخطر المحلية والإقليمية القابلة للتعديل، التي لها تأثير على وفيات الأمهات والمواليد والأطفال، وتحديد أفضل الاستراتيجيات للوقاية
	أ- نسبة الاستفادة من التأمين الصحي العام. ب- نسبة الاستفادة من ضمانات تقديم الخدمات الصحية	2014-2019 (المدى المتوسط)	6- وضع وتنفيذ نهج للوصول إلى النساء والأطفال غير المحظوظين في الخدمات، بما في ذلك فقراء الحضر والنساء والأطفال في حالات الصراع وما بعد الصراع.
	أ- نسبة العيادات المتنقلة في المناطق الريفية.	2019-2023 (المدى الطويل)	7- الحد من التفاوت الصحي بين الأغنياء والفقراء، والمناطق الحضرية والريفية من خلال الإجراءات وتأثير المحددات الاجتماعية المتعلقة بصحة الأمهات وحديثي الولادة والأطفال.
	أ- نسبة النساء اللاتي يستخدمن طرق المبادعة بين الولادات.	2019-2023 (المدى الطويل)	8- تعزيز برنامج المبادعة بين الولادات

شركاء التنفيذ	مؤشرات الأداء الرئيسية	المدة الزمنية	الإجراءات والأنشطة/ المستوى
الأمانة العامة للمنظمة، مركز أنقرة، منظمة الصحة العالمية، اليونيسيف، صندوق الأمم المتحدة للسكان	أ- عدد حالات التعاون الفني بشأن تقليل نسبة الوفيات بين الـ MNC، ونوع هذا التعاون وتغطيته على نطاق أوسع	2014-2023 (المدة المتوسطة)	مستوى منظمة التعاون الإسلامي والتعاون الدولي 1- تشجيع التعاون الفني وتبادل المعرفة بين البلدان لاختيار تدابير تستهدف الحد من وفيات الأمهات وحديثي الولادة والأطفال وصياغتها وتنفيذها
الأمانة العامة للمنظمة، منظمة الصحة العالمية، اليونيسيف، صندوق الأمم المتحدة للسكان	أ- عدد البرامج التعاونية الرامية إلى تحديد استراتيجية منظمة التعاون الإسلامي الوقائية الفعالة للتعامل مع أحد مسببات الوفاة. ب- تطوير تصنيف للأمراض على مستوى منظمة التعاون الإسلامي (داخلي)	2014-2019 (المدة المتوسطة)	2- التعاون في تحديد استراتيجيات وقائية فعالة وإجراءات وقائية محددة بناء على سبب الوفاة
الأمانة العامة للمنظمة، مركز أنقرة، منظمة الصحة العالمية، منظمة اليونيسيف، صندوق الأمم المتحدة للسكان	أ- عدد مرات التعاون على التدخلات التي تستهدف تقليل وفيات الأمهات والرضع.	2014-2019 (المدة المتوسطة)	3- تعزيز التعاون وتبادل أفضل الممارسات في التدخلات التي تستهدف تقليل وفيات الأمهات والرضع بين الدول التي لها أوضاع صحية متشابهة
الأمانة العامة للمنظمة، منظمة الصحة العالمية، صندوق الأمم المتحدة للسكان، اليونيسيف	أ- عدد الإجراءات المتخذة لتقليل وفيات الأمهات والرضع. ب- نسبة الانخفاض الناتج في وفيات الأمهات والرضع.	2014-2019 (المدة المتوسطة)	4- دعم الإجراءات العالمية والإقليمية لتقليل وفيات الأمهات والرضع وتحسين صحة الأمهات والأطفال، لاسيما في البلدان ذات الدخل المنخفض

المجال المواضيعي الرابع: الأدوية واللقاحات والتكنولوجيات الطبية

خطة تنفيذ مرحلية

البلد الرائد: ماليزيا

شركاء التنفيذ	مؤشرات الأداء الرئيسية	المدة الزمنية	الإجراءات والأنشطة/ المستوى
P.A.4.1 : تعزيز آليات الرقابة والتقييم			
وزارة الصحة، دائرة الإحصاءات	أ- إنشاء قاعدة بيانات عن استخدام الأدوية. ب- جمع بيانات استخدام الأدوية.	2014-2016 (المدة القصير)	المستوى الوطني 1- متابعة الإحصاءات الصحية وبيانات استخدام الأدوية، وزيادة فعالية تحليل البيانات المدخلة
	ج- تبادل بيانات استخدام الأدوية مع البلدان الأعضاء بمنظمة التعاون الإسلامي وتحليل اتجاهات استخدامها	2017-2019 (المدة المتوسط)	
	د- توفر معلومات آنية عن استخدام الأدوية بما في ذلك التحليلات الفعالة من الأطراف المعنية	2014 - 2023 (المدة الطويل)	
وزارة الصحة	أ- عدد التأثيرات العكسية للأدوية (ADR) لكل مليون نسمة	2014-2016 (المدة القصير)	2- وجود نظام مراقبة ما بعد البيع بهدف: <ul style="list-style-type: none"> تحسين رعاية المرضى وسلامتهم فيما يتعلق باستخدام الأدوية وجميع التدخلات الطبية. المساهمة في تقييم الفوائد والأضرار والفعالية ومخاطر الأدوية وتشجيع استخدامها بفاعلية. تعزيز التعليم والتدريب السريري في مجال التوعية الدوائية (pharmacovigilance) وإيصالها إلى الجمهور بفاعلية. إنشاء قاعدة بيانات وطنية عن الآثار الجانبية للتطعيمات (AEFI). نشر المعلومات من خلال تجميع نشرات حول التأثيرات العكسية للأدوية (ADR)، ونشرات السلامة، والتصريحات الإعلامية.
	ب- استعراض جميع تقارير السلامة الدورية المحدثة (PSUR) للكيانات الكيميائية والمستحضرات البيولوجية	2017-2019 (المدة المتوسط)	
	ج- عدد التحذيرات التي تم نقلها إلى الأعضاء. د- عدد النورات التدريبية التي عقدت. هـ- عدد العاملين الذين خضعوا للتدريب	2020-2023 (المدة الطويل)	
	و- عدد المواد المنشورة. ز- عدد برامج التوعية التي نُفذت.	2014-2016 (المدة القصير)	

شركاء التنفيذ	مؤشرات الأداء الرئيسية	المدة الزمنية	الإجراءات والأنشطة/ المستوى
وزارة الصحة، مكتب الأجهزة الطبية	أ- سن التشريعات.	2023-2014 (المدة الطويل)	3- تطوير آلية منهجية وفعالة لرصد جودة وسلامة وفعالية الأجهزة الطبية والتشخيصية في المختبر بما في ذلك تدابير الرقابة بعد البيع
	ب- الترخيص للمباني.	2019-2017 (المدة المتوسط)	
	ج- عدد التأثيرات العكسية للأدوية التي تم الإبلاغ عنها.	2023-2020 (المدة الطويل)	
الأمانة العامة للمنظمة، مركز أنقرة، البنك الإسلامي للتنمية، منظمة الصحة العالمية	د- تبادل المعلومات من خلال قاعدة بيانات فعالة.	2019-2014 (المدة المتوسط)	1- تسهيل التدريب بين الدول الأعضاء من خلال تبادل المعارف والخبرات من أجل تطوير وتعزيز نظم التوعية الدوائية والتعاون مع منظمة الصحة العالمية لإنشاء مركز تميز للتدريب في مجال التوعية الدوائية.
	هـ- تطبيق تشريعات الأجهزة الطبية.		
الأمانة العامة للمنظمة، مركز أنقرة	أ- قائمة الأدوية الأساسية.	2016-2014 (المدة القصير)	2- إنشاء قاعدة بيانات لمتابعة ورصد الإمدادات واستخدام الأدوية واللقاحات، وفتح قاعدة بيانات لجميع البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي بمجرد أن تبدأ البيانات في التراكم، وكذلك عمل قائمة بالأدوية واللقاحات الأساسية للدول الأعضاء بالمنظمة.
	ب- قائمة اللقاحات.		
الأمانة العامة للمنظمة، مركز أنقرة، منظمة الإيسيسكو	أ- إنشاء مركز معلومات عن الأدوية واللقاحات المستخدمة.	2019-2017 (المدة المتوسط)	3- إنشاء قاعدة بيانات للأدوية
	أ- إنشاء مركز معلومات الأدوية.	2016-2014 (المدة القصير)	4- تعزيز الوعي بأهمية نظم معلومات الأدوية في جميع البلدان الأعضاء وتعزيز التعاون الفني بين دول منظمة التعاون الإسلامي في هذا المجال
الأمانة العامة للمنظمة، مركز أنقرة، البنك الإسلامي للتنمية	أ- سن تشريعات ترخيص الأماكن.	2023-2014 (المدة الطويل)	5- التعاون بين الدول الأعضاء في مجال الأجهزة الطبية ونظم وشبكات اليقظة في مختبرات التشخيص. تقديم المساعدة للدول الأعضاء في المنظمة لإنشاء نظام رقابة تنظيمية للأجهزة الطبية والتشخيص
	أ- عدد الحوادث العكسية المبلغ عنها.	2019-2017 (المدة المتوسط)	
	أ- إنشاء قاعدة بيانات لتبادل المعلومات.	2023-2014 (المدة الطويل)	
	ب- تطبيق تشريعات الأجهزة الطبية.		

شركاء التنفيذ	مؤشرات الأداء الرئيسية	المدة الزمنية	الإجراءات والأنشطة/ المستوى
P.A.4.2 : دعم الإنتاج المحلي للدواء واللقاحات والأجهزة الطبية			
المستوى الوطني			
وزارة الصحة، ووزارة التجارة الداخلية، الجمعيات التعاونية والاستهلاكية	أ- توافر آليات لتشجيع الإنتاج المحلي وتعزيزه. ب- وضع سياسة لدعم الإنتاج المحلي وبرنامج تحصين شامل.	2014-2019 (المدى المتوسط)	1- توفير الدعم لمصنعي المنتجات الطبية المحليين: على سبيل المثال سياسات تقليل تكلفة التصنيع مثل المنح، والدعم، والأراضي والإعفاء من التعريفات والضرائب على المدخلات المستوردة للتصنيع المحلي.
وزارة العلوم، والتكنولوجيا والابتكار	أ- بناء القدرات الوطنية. ب- تعزيز نقل التكنولوجيا واكتسابها.	2014-2019 (المدى المتوسط)	2- تحسين القدرات الوطنية في إنتاج المواد الخام على أساس الموارد المحلية/الطبيعية المتاحة، للشروع في تحقيق الاعتماد الذاتي في الأدوية
وزارة التجارة الدولية، والصناعة	أ- إيجاد آلية من خلال تشجيع الاستثمار لإنتاج اللقاحات والأدوية.	2014-2019 (المدى المتوسط)	3- إيجاد سبل ووسائل لتعزيز الصادرات وعقد الاتفاقات التجارية مع الدول أخرى لتنفيذ إلى الأسواق
وزارة التجارة الدولية، والصناعة، وزارة الصحة	أ- الحد من العوائق الفنية أمام التجارة من خلال التفاهم المتبادل في الرقابة التنظيمية لزيادة فرص الوصول إلى الأسواق	2014-2023 (المدى الطويل)	4- تحسين مناخ الاستثمار من خلال تبسيط متطلبات مزاولة الأنشطة التجارية مثل الصناعات الدوائية وغيرها من المنتجات الطبية دون التنازل عن الجودة؛
مستوى منظمة التعاون الإسلامي والتعاون الدولي			
الأمانة العامة للمنظمة، مركز أنقرة، منظمة الصحة العالمية، منظمة الإيسيسكو	أ- إنشاء وتحديث قاعدة بيانات عن الاحتياجات من اللقاحات، والموارد الكامنة مثل القدرات البحثية والتصنيعية. ب- تشكيل مجموعة/رابطة لمصنعي اللقاحات لتنسيق التعاون في مجال تصنيعها (نظام التصنيع للغير مقابل رسوم (toll manufacturing)). ج- تطوير نظم إدارة الجودة. د- التعاون ونقل التكنولوجيا لتطوير قدرات التعبئة والتغليف للمنتج في صورته النهائية. هـ- إعداد مركز أنقرة دراسة جدوى فنية واقتصادية. و- آلية لتجميع الموارد داخل منظمة التعاون الإسلامي لشراء المستلزمات.	2014-2016 (المدى القصير)	1- تسهيل نقل التكنولوجيا والمعرفة الإنتاجية في الدول الأعضاء بالتعاون الوثيق مع الحكومات الأخرى والمنظمات الدولية والشركات الأجنبية والشركات المحلية. 2- استهداف تحقيق انساق الرؤية على مستوى منظمة التعاون الإسلامي لدعم الإنتاج المحلي من المنتجات الطبية/اللقاحات في إطار برنامج منظمة التعاون الإسلامي لتحقيق الاكتفاء الذاتي في إنتاج اللقاحات (SRVP) في العالم الإسلامي . 3- تشكيل لجنة خبراء إسلامية بينية من القطاعات المختلفة حول الإنتاج المحلي. 4- دعم الدول الأعضاء بالمنظمة لتطوير خطط تجارية لإنتاج اللقاحات والمستحضرات البيولوجية لضمان استمرارية الإنتاج واستدامته.

شركاء التنفيذ	مؤشرات الأداء الرئيسية	المدى الزمني	الإجراءات والأنشطة/ المستوى
الأمانة العامة للمنظمة، مركز أنقرة، منظمة الصحة العالمية، منظمة الإيسيسكو	<p>ز- المشاركة في عملية الموائمة وتطوير معايير موحدة بين الدول الأعضاء بالمنظمة.</p> <p>ح- اعتراف منظمة الصحة العالمية بالكفاءة التامة للسلطات التنظيمية الوطنية.</p>	2014-2016 (المدى القصير)	5- تقديم المساعدة الفنية للبلدان الأعضاء في مجال إنتاج المواد الخام اللازمة للإنتاج المحلي من الأدوية واللقاحات.
الأمانة العامة للمنظمة، مركز أنقرة، منظمة الصحة العالمية، اليونيسيف، التحالف العالمي لللقاحات والتحصين	<p>أ- زيادة القدرة على إنتاج اللقاحات.</p> <p>ب- التعاون والاستثمار المشترك في مجال التكنولوجيا الحيوية المتقدمة.</p> <p>ج- تعزيز التعاون وتنمية القدرات.</p> <p>د- تقديم الحوافز من الحكومات للاستثمار في تصنيع اللقاحات في بلدان المنظمة.</p> <p>هـ- تعزيز التعاون مع الشركاء الدوليين بما في ذلك منظمة الصحة العالمية واليونيسيف والتحالف العالمي لللقاحات والتحصين.</p> <p>و- تعزيز المعايير التنظيمية وفقا لمتطلبات منظمة الصحة العالمية</p>	2017-2019 (المدى المتوسط)	6- تعزيز التعاون مع شركاء التنمية لضمان شراء اللقاحات خاصة المضادة لشلل الأطفال.
الأمانة العامة للمنظمة، مركز أنقرة، منظمة الصحة العالمية	<p>أ- إنشاء مراكز بحثية بمنظمة التعاون الإسلامي لتطوير منتجات جديدة.</p> <p>ب- التعاون والإنتاج المشترك للمواد الخام (مستضدات بأعداد كبيرة).</p> <p>ج- زيادة القدرات التصنيعية الأصلية لمنظمة التعاون الإسلامي.</p>	2020-2023 (المدى الطويل)	
الأمانة العامة للمنظمة، مركز أنقرة	<p>أ- وضع مبادئ توجيهية للاختيار القياسي للبلدان الأعضاء في المنظمة.</p>	2014-2019 (المدى المتوسط)	7- تشجيع السياسات على مستوى منظمة التعاون الإسلامي لضمان استراتيجية اختيار للمنتجات الطبية / اللقاحات

شركاء التنفيذ	مؤشرات الأداء الرئيسية	المدة الزمنية	الإجراءات والأنشطة/ المستوى
P.A.4.3 : تشجيع البحث والتطوير (D&R) في مجال الصحة			
المستوى الوطني			
وزارة الصحة، وزارة التعليم، هيئة الاعتماد	أ- اعتماد مؤسسة التعليم العالي من قبل هيئة اعتماد في كل بلد	2014-2023 (المدة الطويل)	1- تشجيع نظام التعليم وتمكينه لنقل المعرفة ذات الجودة في التخصصات الأكاديمية مثل الكيمياء، وعلم الأحياء والعلوم الطبيعية
	أ- توحيد المناهج الدراسية على أساس السياسات الوطنية	2014-2023 (المدة الطويل)	2- توحيد المناهج الدراسية في التخصصات الأكاديمية المذكورة أعلاه وفقا للقواعد والمعايير الدولية.
وزارة الصحة، وزارة العلوم، والتكنولوجيا والابتكار	أ- وضع سياسات لتشجيع الابتكار في إنتاج الأدوية ب- توافر آلية لتشجيع الابتكار	2014-2023 (المدة الطويل)	3- تعزيز سياسات الابتكار من أجل تطوير تركيبات دوائية أكثر ملائمة للظروف المحلية
وزارة الصحة، وزارة التعليم	أ- عدد مرافق البحث والتطوير (R&D). ب- إنشاء مركز تميز لتعزيز (R&D). ج- مرافق البحث والتطوير التي أنشأت من خلال الشراكة بين القطاعين العام والخاص.	2014-2023 (المدة الطويل)	4- إنشاء مرافق بحث وتطوير (R&D) ملائمة لتطوير صناعة دوائية تتوخى الابتكار
وزارة الصحة، وزارة العلوم، والتكنولوجيا، الابتكار، وزارة العلوم والتكنولوجيا، والابتكار، مراكز الأبحاث	أ- عدد الخبراء في المجالات ذات الصلة. ب- عدد العمال المهرة.	2014-2019 (المدة المتوسط)	5- تقديم تسهيلات للجاليات المهاجرة وتحويل ظاهرة هجرة العقول والعمالة الماهرة لتكون اجتذاب العقول. ودعم العمال فنيا ليعملوا في بلدانهم (معامل مزودة بأجهزة متطورة)
	أ- إنشاء مركز تميز لتعزيز البحث والتطوير. ب- تعزيز الرقابة على المنتجات الطبية وإنتاجها.	2014-2019 (المدة المتوسط)	6- توفير تمويل كافٍ ومنسق للبحث والتطوير في قطاع الصحة
مستوى منظمة التعاون الإسلامي والتعاون الدولي			
الأمانة العامة للمنظمة، منظمة الإيسيسكو	أ- عدد الخريجين في تخصص الصيدلة والمجالات ذات الصلة.	2014-2019 (المدة المتوسط)	1- دعم برامج التمويل للطلاب من البلدان الأقل نموا لتشجيعهم على اختيار التخصصات الأكاديمية الصيدلانية في البلدان الأعضاء ذات القاعدة الصيدلانية الكبيرة مثل تركيا وماليزيا ومصر

شركاء التنفيذ	مؤشرات الأداء الرئيسية	المدى الزمني	الإجراءات والأنشطة/ المستوى
الأمانة العامة للمنظمة، البنك الإسلامي للتنمية، والتحالف العالمي للقاحات والتحصين	أ- عدد المنتجات واللقاحات الجديدة المنتجة.	2014-2019 (المدى المتوسط)	2- توفير التمويل الكافي والمنسق للبحث والتطوير داخل الدول الأعضاء وبينها البعض
الأمانة العامة للمنظمة، مركز أنقرة، منظمة الإبيسكو	أ- عدد مراكز التميز التي أنشأت.	2014-2019 (المدى المتوسط)	3- تشجيع التعاون وتيسير سبله بين الدول الأعضاء بهدف تبادل المعارف والخبرات لتطوير الصناعات الدوائية وتجارة الأدوية بين الدول الأعضاء
	أ- عدد الدول الأعضاء المشاركة في مجموعة/رابطة مصنعي اللقاحات	2014-2019 (المدى المتوسط)	4- تعزيز الروابط والشبكات بين البلدان الأعضاء في مجال البحث والتطوير بهدف تعزيز التعلم وتراكم القدرات التكنولوجية.
P.A.4.4: زيادة توافر الأدوية الأساسية واللقاحات والتكنولوجيا			
وزارة الصحة	أ- عدد التقييمات الاقتصادية الدوائية (pharmacoeconomic) للأدوية. ب- عدد التقييمات التكنولوجية الصحية للأجهزة الطبية.	2014-2019 (المدى المتوسط)	المستوى الوطني 1- زيادة الاعتماد على تقييم التكنولوجيا الصحية للأجهزة الطبية والتشخيص المختبري من أجل تقليل التكاليف، وتنفيذ اللوائح لمنع ارتفاع هوامش الربح.
	أ- وضع سياسة دوائية وطنية. ب- تنفيذ: • ممارسات تنظيمية جيدة • ممارسات توزيع جيدة • حسن تدبير/إدارة شؤون الأدوية • رقابة تنظيمية على الأجهزة الطبية • إنشاء هيئة لتنظيم الأجهزة الطبية	2014-2019 (المدى المتوسط)	2- وضع مبادئ توجيهية وسياسات وطنية وفقا للقواعد والمعايير الدولية حول شراء وتوزيع اللقاحات، والأدوية والأجهزة الطبية من أجل ضمان السلامة والفعالية والجودة عبر قنوات التوزيع
	أ- إنشاء جهاز تنظيمي وطني للأدوية واللقاحات.	2014-2019 (المدى المتوسط)	3- إنشاء جهاز تنظيمي وطني أو تعزيزه لضمان جودة اللقاحات لأن شراءها مسألة معقدة وتختلف عن الأدوية
	أ- نظام شراء فعال.	2014-2019 (المدى المتوسط)	4- توفير نظام فعال لشراء اللقاحات والأدوية والأجهزة الطبية وتوريدها

الإجراءات والأنشطة/ المستوى	المدى الزمني	مؤشرات الأداء الرئيسية	شركاء التنفيذ
5- إعداد قائمة وطنية بالأجهزة الطبية المعتمدة للشراء والسداد	2014-2019 (المدى المتوسط)	أ- وجود قائمة وطنية. ب- مراجعة القائمة بانتظام.	وزارة الصحة
6- تعزيز الوصول إلى الأدوية الأساسية والتقنيات الرخيصة والبناء على برامج منظمة الصحة العالمية المستمرة التي تشجع المنتجات العامة ذات الجودة	2014-2019 (المدى المتوسط)	أ- سهولة الوصول إلى المنتجات العامة الجيدة.	
7- دعم دراسة سبل تحسين الوصول إلى الأدوية الأساسية والتقنيات الطبية الأساسية وغيرها من العناصر المركزية للرعاية الصحية وتوافرها	2014-2019 (المدى المتوسط)	أ- توافر الأموال اللازمة لإجراء الدراسة. ب- نشر تقرير الدراسة.	وزارة الصحة، وزارة العلوم، والتكنولوجيا والابتكار
مستوى منظمة التعاون الإسلامي والتعاون الدولي 1- التعاون والتنسيق مع التحالف العالمي للقاحات والتحصين.	2017-2019 (المدى المتوسط)	أ- عدد اللقاحات التي يمكن للدول الأعضاء في المنظمة الوصول إليها	الأمانة العامة لمنظمة التعاون الإسلامي؛ مركز أنقرة، التحالف العالمي للقاحات والتحصين
2- وضع وثيقة سياسة على مستوى المنظمة تتضمن مدخلات من كل الدول الأعضاء بشأن الوصول إلى الأدوية الأساسية واللقاحات والتقنيات الطبية في سياق المستوى الموجود من تطوير مرافق التصنيع في هذه الدول.	2014-2016 (المدى القصير)	أ- إجراء دراسة جدوى لإنتاج اللقاحات في الدول الأعضاء. أ- توافر وثيقة سياسة على مستوى المنظمة لضمان الأدوية الأساسية اللازمة والأجهزة الطبية للقاحات لتطعيم كل الأطفال	الأمانة العامة لمنظمة التعاون الإسلامي؛ مركز أنقرة
3- تقديم المساعدة المادية والفنية لوضع إرشادات وطنية بشأن توزيع الأدوية واللقاحات	2014-2019 (المدى المتوسط)	أ- إجراء تحليل الأوضاع لتحديد حاجة الدول الأعضاء في المنظمة. ب- نشر تحليل الأوضاع. ج- توزيع عدد من المواد والإرشادات. د- عدد المتدربين.	الأمانة العامة لمنظمة التعاون الإسلامي، مركز أنقرة، البنك الإسلامي للتنمية
4- تيسير وضع آلية مشتريات إقليمية مجهزة تساعد الإنتاج المحلي على الوفاء بالاحتياجات الإقليمية والسماح بالتعاون المتبادل في زيادة توافر الأدوية واللقاحات الأساسية	2014-2019 (المدى المتوسط)	أ- إجراء تحليل الأوضاع لتحديد حاجة الدول الأعضاء في المنظمة. ب- نشر تحليل الأوضاع. ج- وضع برنامج موائمة للمتطلبات التنظيمية للأدوية واللقاحات	

شركاء التنفيذ	مؤشرات الأداء الرئيسية	المدى الزمني	الإجراءات والأنشطة/ المستوى
الأمانة العامة لمنظمة التعاون الإسلامي، مركز أنقرة، البنك الإسلامي للتنمية	أ- وضع قاعدة بيانات لأسعار الأدوية تتضمن معلومات الأسعار الوطنية والدولية. ب- نظام تبادل معلومات الأسعار من خلال قاعدة بيانات متطورة.	2014-2019 (المدى المتوسط)	5- وضع استراتيجيات احتواء تكاليف إقليمية مع التأكيد على التسعير واللوائح الخاصة بحماية حقوق الملكية الفكرية
الأمانة العامة لمنظمة التعاون الإسلامي؛ البنك الإسلامي للتنمية	أ- إجراء دراسة جدوى حول المشتريات المجمع في المنطقة.	2014-2016 (المدى القصير)	6- تقديم الدعم للآليات الإقليمية للمشتريات المجمع / الشراء المشترك للأدوية واللقاحات
	أ- وضع سياسة إقليمية وخطة تشغيل للمشتريات المجمع	2017-2019 (المدى المتوسط)	

المجال المواضيعي الخامس: الاستجابة لحالات الطوارئ والتدخلات الصحية

خطة تنفيذ مرحلية

البلد الرائد: السودان

شركاء التنفيذ	مؤشرات الأداء الرئيسية	المدى الزمني	الإجراءات والأنشطة/ المستوى
P.A.5.1 التخطيط الاستراتيجي للجاهزية والاستجابة وتعزيز تنسيق الخدمات الصحية في حالة الطوارئ			
			المستوى الوطني
وزارة الصحة والدفاع المدني	أ- نسبة المستشفيات التي وضعت خطة كوارث وحدثتها بشكل منتظم	2014-2016 (المدى القصير)	1- وضع كل سياسات وبرامج المخاطر الوطنية بشأن التخفيف من المخاطر والجاهزية في حالات الطوارئ في القطاع الصحي وصياغة لوائح الاستجابة في حالات طوارئ الصحة العامة على أساس تقييم المخاطر في الوقت الحقيقي.
وزارة الصحة والدفاع المدني، وكالات الأمم المتحدة المعنية، المنظمات غير الحكومية	أ- عدد الكوارث الذي كان فيه عمل كافة القطاعات المعنية منسقاً	2014-2016 (المدى القصير)	2- إنشاء آلية وطنية متعددة القطاعات لتنسيق وإرشاد عمل الإغاثة الطبية ولوجستيات التوريد الإنساني والتعاون الدولي وأنشطة الاتصال
وزارة الصحة، وزارة والمالية، المنظمات غير الحكومية	أ- عدد الفرق الطبية التي أنشئت	2014-2016 (المدى القصير)	3- إنشاء فرق إغاثة طبية محلية للاستجابة في حالات الطوارئ غير المتوقعة باعتبارها فرق عمل رئيسية وتقديم الحوافز المادية لموظفي الصحة المحليين
وزارة الصحة، المنظمات غير الحكومية	أ- نسبة المرافق الصحية التي تعمل جيداً خلال الكوارث	2014-2019 (المدى المتوسط)	4- إحداث تكامل بين المرافق الإنسانية والمرافق المحلية القريبة
وزارة الصحة و الدفاع المدني، وكالات الأمم المتحدة المعنية	أ- عدد الكوارث التي اتبعت فيها إجراءات تشغيل موحدة	2014-2016 (المدى القصير)	5- التأكد من توافر إجراءات التشغيل القياسية وخطط الطوارئ للتعامل مع المناطق المتضررة فيما يتعلق بالموظفين الصحيين والأدوية والتوريدات الطبية واللوجستيات
	أ- نسبة الموارد المالية المتوافرة لحالات الكوارث بالمقارنة مع الاحتياجات المالية	2014-2023 (المدى الطويل)	6- تخصيص ما يكفي من الموارد المالية لتنفيذ الإجراءات الأساسية لتقليل عدد الوفيات والحالات المرضية التي يمكن تجنبها

شركاء التنفيذ	مؤشرات الأداء الرئيسية	المدة الزمنية	الإجراءات والأنشطة/ المستوى
وزارة الصحة و الدفاع المدني، وكالات الأمم المتحدة المعنية	أ- عدد القطاعات التي تلعب دورًا نشطًا في التخفيف من مخاطر الكوارث	2023-2014 (المدة الطويل)	7- تنسيق الإجراءات مع القطاعات المعنية المختلفة لتحسين صمود المدة واستجاباتها
وزارة الصحة، القطاع الخاص	أ- نسبة المؤسسات الخاصة التي تلعب دورًا نشطًا في التخفيف من مخاطر الكوارث	2023-2014 (المدة الطويل)	8- دعم تآزر شراكة القطاع العام والخاص بشأن تمكين المجتمع في مجال إدارة الكوارث من السياسة إلى الممارسة
وزارة الصحة والدفاع المدني	أ- عدد الأنشطة العابرة للحدود التي نُفذت	2023-2014 (المدة الطويل)	9- ترشيد السياسة والإجراءات الوطنية فيما يتعلق بالتعاون العابر للحدود من أجل الجاهزية والاستجابة
الأمانة العامة لمنظمة التعاون الإسلامي، وكالات الأمم المتحدة المعنية، المنظمات غير الحكومية	أ- نسبة اللوجستيات التي أُتيحت للاستخدام في مجال الاستجابة	2023-2014 (المدة الطويل)	10- التعاون لضمان أن يكون لدى الدول المتضررة لوجستيات كافية للاستجابة الفعالة لتفشي الأمراض
وزارة الصحة، الأكاديميين، قطاع الأعمال، وكالات الأمم المتحدة المعنية، المنظمات غير الحكومية	أ- نسبة المستشفيات / المرافق الصحية التي لديها خطة كوارث جرى اختبارها	2023-2014 (المدة الطويل)	11- وضع برامج بشأن المستشفيات الآمنة والجاهزة تضمن جاهزية المرافق الصحية في المناطق المعرضة للكوارث للاستجابة لكل المخاطر الداخلية والخارجية (بما فيها المواد الخطرة)
الأمانة العامة لمنظمة التعاون الإسلامي، مركز انقرة، وكالات الأمم المتحدة المعنية، المنظمات غير الحكومية	أ- عدد ما وُضع من خطط وآليات تنسيق	2016-2014 (المدة القصير)	مستوى منظمة التعاون الإسلامي والتعاون الدولي 1- وضع خطط إستراتيجية وآليات تنسيق إقليمية ثبوتية وعلى مستوى المنظمة فيما يتعلق بالخدمات الصحية في حالات الطوارئ على أساس أطلس مخاطر منظمة الصحة العالمية
الأمانة العامة لمنظمة التعاون الإسلامي، وكالات الأمم المتحدة المعنية، المنظمات غير الحكومية	أ- عدد مجموعات العمل الصحية والتغذية الفعالة في الدول الأعضاء	2019-2014 (المدة المتوسط)	2- دعم مبادرة مكتب الأمم المتحدة لتنسيق الشؤون الإنسانية ومنظمة الصحة العالمية وغيرها من الجهات في نهج القطاع الصحي الخاص بها كوسيلة لتنظيم التعاون والتنسيق بين الفاعلين الإنسانيين لتسهيل التخطيط الإستراتيجي المشترك
الأمانة العامة لمنظمة التعاون الإسلامي، البنك الإسلامي للتنمية، مركز انقرة، وكالات الأمم المتحدة المعنية، المنظمات غير الحكومية	أ- مقدار الأموال الإقليمية المتاحة لبناء القدرات والاستجابة في حالات الكوارث	2023-2014 (المدة الطويل)	3- تسهيل الشراكات الإقليمية وجمع التبرعات لبناء القدرات في كل دولة في مجال الجاهزية والاستجابة الصحية في حالات الطوارئ من خلال دعم صناديق التضامن الإقليمية للاستجابة في حالات الطوارئ

شركاء التنفيذ	مؤشرات الأداء الرئيسية	المدة الزمنية	الإجراءات والأنشطة/ المستوى
الأمانة العامة لمنظمة التعاون الإسلامي، وكالات الأمم المتحدة المعنية، المنظمات غير الحكومية	أ- عدد خطط الطوارئ التي توضع بشكل مشترك	2014-2023 (المدة الطويلة)	4- إجراء تخطيط طوارئ مشترك للأحداث المستقبلية المحتملة / الانتكاسات في مجالات حالات الطوارئ الصحية المحتملة
الأمانة العامة لمنظمة التعاون الإسلامي، مركز انقرة، وكالات الأمم المتحدة المعنية، المنظمات غير الحكومية	أ- عدد الجولات الدراسية وغيرها من الأدوات الخاصة بتبادل الخبرات (بما فيها التدريب) بين الدول الأعضاء في المنظمة	2014-2023 (المدة الطويلة)	5- تحسين المعرفة والمهارات في مجال التخفيف من المخاطر والجاهزية في حالات الطوارئ والاستجابة في القطاع الصحي من خلال تبادل الخبرات وأفضل الممارسات
P.A.5.2: السيطرة على تفشي الأمراض والوقاية منها خلال حالات الطوارئ			
المستوى الوطني			
وزارة الصحة، السلطات الصحية الإقليمية، منظمة الصحة العالمية	أ- عدد حالات تفشي الأمراض التي أبلغ عنها في الوقت المناسب وتمت السيطرة عليها	2014-2019 (المدة المتوسطة)	1- إنشاء جهات / وكالات على المستوى الوطني أو مستوى المقاطعات أو المحافظات للوقاية من الأمراض والسيطرة عليها والإنذار المبكر من تفشي الأمراض ومعالجتها وإجراء تحليل في الوقت الحقيقي وإصدار تقارير قياسية حول تفشي الأمراض
	أ- عدد الكوارث التي جرى بشأنها تقييم وبائي في الوقت المناسب	2014-2023 (المدة الطويلة)	2- إجراء تقييم وبائي مبكر للسكان المتضررين على أساس الفئات العمرية والنوع
	أ- عدد مرات تفشي الأمراض التي أُجريت لها تشخيص مخبري	2014-2023 (المدة الطويلة)	3- تعزيز القدرة المخبرية لتشخيص الأمراض وتأكيد تفشيها
وزارة الصحة والدفاع المدني، منظمة الصحة العالمية	أ- عدد خطط الطوارئ التي نُفذت	2014-2023 (المدة الطويلة)	4- إعداد وتنفيذ خطط طوارئ للاستجابة للتهديدات الصحية الجديدة الممكنة وضمان استمرارية الخدمات للسكان المستهدفين
وزارة الصحة والدفاع المدني، منظمة الصحة العالمية وغيرها من وكالات الأمم المتحدة	أ- نسبة السكان المتضررين الذين تلقوا مياه نظيفة وخدمات صرف صحي مناسبة	2014-2023 (المدة الطويلة)	5- التأكد من أن المياه الآمنة والصرف الصحي والنظافة تفي بالمعايير الدولية
وزارة الصحة، والدفاع المدني والطيران المدني، وكالات الأمم المتحدة المعنية	أ- توافر إستراتيجيات الصحة العامة في مجال الطيران مع الخطة الوطنية للاستجابة والتدخل الصحي في حالات الطوارئ	2014-2023 (المدة الطويلة)	6- وضع خطة صحة عامة وطنية في مجال الطيران باعتبارها جزءاً من الخطة الوطنية للاستجابة والتدخل الصحي في حالات الطوارئ

شركاء التنفيذ	مؤشرات الأداء الرئيسية	المدى الزمني	الإجراءات والأنشطة/ المستوى
وزارة الصحة، منظمة الصحة العالمية	أ- وجود أحكام اللائحة الصحية الدولية ضمن الخطة الوطنية للاستجابة والتدخل الصحي في حالات الطوارئ	2014-2023 (المدى الطويل)	7- دمج أحكام اللوائح الصحية الدولية مع الخطة الوطنية للاستجابة والتدخل الصحي في حالات الطوارئ
الأمانة العامة لمنظمة التعاون الإسلامي، منظمة الصحة العالمية	أ- صياغة إستراتيجية للتعاون بشأن تفشي الأمراض	2014-2019 (المدى المتوسط)	مستوى منظمة التعاون الإسلامي والتعاون الدولي 1- تسهيل التعاون الفني داخل المنظمة لتشخيص الأمراض وتأكيد تفشيها
	أ- عدد مرات تفشي الأمراض المحتملة التي لها عوامل مسببة عابرة للحدود التي منعت في الوقت المناسب	2014-2023 (المدى الطويل)	2- وضع آليات إنذار مبكر واستجابة للحيلولة دون تفشي الأمراض العابر للحدود
الأمانة العامة لمنظمة التعاون الإسلامي، وكالات الأمم المتحدة المعنية، المنظمات غير الحكومية	أ- مقدار الموارد المتاحة التي جرت موائمتها وتنسيقها لاستخدامها في الوقاية من الأمراض والسيطرة عليها	2014-2023 (المدى الطويل)	3- تحقيق الموائمة والتناسق الإقليمي وأعلى مستويات تنسيق الموارد المتاحة للوقاية من الأمراض والسيطرة عليها في حالات الطوارئ
P.A.5.3: التأكد من فعالية تقديم الخدمات الصحية في حالات الطوارئ			
وزارة الصحة، منظمة الصحة العالمية	أ- عدد الأمراض السارية التي لها مجموعة واضحة من الإجراءات الموحدة للوقاية والمعالجة	2014-2016 (المدى القصير)	المستوى الوطني 1- وضع آلية موحدة للوقاية من الأمراض السارية تلائم الوضع الوبائي ومرحلة الاستجابة
وزارة الصحة والدفاع المدني، وكالات الأمم المتحدة المعنية، المنظمات غير الحكومية	أ- عدد الكوارث التي أجري بشأنها تقييمات احتياجات مناسبة	2014-2023 (المدى الطويل)	2- تحسين القدرة على إجراء تقييمات الاحتياجات الفورية مع التمثيل المناسب للوكالات الصحية المعنية
	أ- نسبة السكان المتضررين الذين تلقوا الخدمات التي احتاجوا لها	2014-2023 (المدى الطويل)	3- وضع آليات لضمان وصول كافة المتضررين إلى الخدمات الصحية الطارئة

شركاء التنفيذ	مؤشرات الأداء الرئيسية	المدى الزمني	الإجراءات والأنشطة/ المستوى
وكالات الأمم المتحدة المعنية، المنظمات غير الحكومية	أ- نسبة الكوارث التي وُفرت لها الأدوية والتوريدات الطبية في الوقت المناسب	2014-2017 (المدى القصير)	4- وضع أنظمة سلاسل توريد للطوارئ تتضمن توريد وتخزين وتوزيع الأدوية والتوريدات الطبية
	أ- نسبة المرضى الذين أُحِيلوا بشكل مناسب للرعاية الصحية الثنائية والثلاثية المنقذة للحياة	2014-2023 (المدى الطويل)	5- وضع آليات إحالة منظمة مع وصول ملائم للرعاية الصحية الثنائية والثلاثية المنقذة للحياة
وزارة الصحة، الإدارات الحكومية الأخرى المعنية	أ- عدد الأنشطة المشتركة في القطاع المعني التي جرى فيه التعامل بشكل مناسب مع القضايا الشاملة	2014-2023 (المدى الطويل)	6- التحديد المبكر بقدر الإمكان للقضايا الشاملة مع القطاعات الأخرى التي لها أهمية محددة لقطاع الصحة وتنظيم أنشطة مشتركة (أو مكملتها) للتعامل معها بشكل ملائم
وزارة الصحة، منظمة الصحة العالمية، المنظمات غير الحكومية	أ- عدد الموظفين الصحيين المجتمعيين المدربين جيدًا على تقديم خدمات إعادة تأهيل ما بعد الكوارث وخدمات الصحة النفسية وخدمات الدعم النفسية الاجتماعية	2014-2023 (المدى الطويل)	7- تدريب الموظفين الصحيين المجتمعيين على تقديم خدمات إعادة تأهيل ما بعد الكوارث وخدمات الصحة النفسية وخدمات الدعم النفسية الاجتماعية
وزارة الصحة، القطاع الخاص، وكالات الأمم المتحدة المعنية، المنظمات غير الحكومية	أ- مستوى مشاركة الشركاء المعنيين في أعمال الاستجابة	2014-2023 (المدى الطويل)	8- تحسين الخدمات الصحية للضحايا المتضررين من خلال العمل المشترك وتعزيز الشراكة مع أصحاب المصلحة المعنيين (وكالات الأمم المتحدة، المنظمات غير الحكومية، القطاع الخاص إلخ)
	أ- نسبة عمليات تقييم الاحتياجات بعد وقوع الكوارث التي جرت مقارنة بعدد الكوارث	2014-2019 (المدى المتوسط)	9- إجراء تقييم احتياجات بعد وقوع الكوارث للتخطيط الفعال والكفء في مرحلة ما بعد الكارثة
	أ- إنشاء آلية تأهيل وإعادة بناء بعد وقوع الكارثة	2014-2019 (المدى المتوسط)	10- إنشاء آلية تأهيل وإعادة بناء بعد وقوع الكارثة لضمان توافر أنشطة شاملة ومتكاملة لكافة القطاعات المعنية
الأمانة العامة لمنظمة التعاون الإسلامي، البنك الإسلامي للتنمية، وكالات الأمم المعنية، المنظمات غير الحكومية	أ- نسبة السكان المتضررين الذين تلقوا الخدمات الصحية اللازمة	2014-2023 (المدى الطويل)	مستوى منظمة التعاون الإسلامي والتعاون الدولي 1- تعزيز التعاون العابر للحدود بين الدول الأعضاء في تقديم الخدمات الصحية من خلال الجهود اللوجستية والإدارية المنسقة والتمويل طويل الأجل واستهداف الأمراض لدى السكان المتضررين
	أ- إنشاء نظام توريد طبي منسق جيدًا	2014-2019 (المدى المتوسط)	2- إنشاء آلية تنسيق للدعم اللوجستي للأنشطة الصحية لمنع الوفيات والاعتلال الناجم عن نقص التوريدات الطبية

شركاء التنفيذ	مؤشرات الأداء الرئيسية	المدى الزمني	الإجراءات والأنشطة/ المستوى
الأمانة العامة لمنظمة التعاون الإسلامي، منظمة الصحة العالمية، صندوق الأمم المتحدة للسكان، المنظمات غير الحكومية	أ- عدد الضحايا الذين تلقوا رعاية من العنف المرتكز على النوع ب- عدد أنشطة الدعم النفسية الاجتماعية الموثقة	2014-2023 (المدى الطويل)	3- التعاون بشأن منع العنف المرتكز على النوع والاستجابة له وتعزيز أنشطة الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي
الأمانة العامة لمنظمة التعاون الإسلامي، البنك الإسلامي للتنمية، وكالات الأمم المعنية، المنظمات غير الحكومية	أ- نسبة السكان المتضررين الذين تلقوا الخدمات الصحية اللازمة	2014-2023 (المدى الطويل)	4- التعاون في تحديد الفجوات في توافر الخدمات الصحية والتعامل معها فيما يتعلق بالسكان المتضررين من الأزمات الإنسانية وتغطية خدمات الجودة ذات الأولوية
الأمانة العامة لمنظمة التعاون الإسلامي، وكالات الأمم المعنية، المنظمات غير الحكومية	أ- عدد المرافق الصحية الملتزمة بإجراءات التشغيل الموحدة خلال الطوارئ ب- عدد أفضل الممارسات الموثقة	2019-2023 (المدى الطويل)	5- تعزيز الالتزام بالمعايير وأفضل الممارسات في الخدمات الصحية الطارئة
P.A.5.4: تحسين إدارة المعلومات والتحليل للخدمات الصحية الطارئة			
وزارة الصحة والدفاع المدني، المكتب المركزي للإحصاء، المنظمات غير الحكومية	أ- توافر نظام معلومات يعمل جيداً لحالات الطوارئ	2017-2019 (المدى المتوسط)	المستوى الوطني 1- إنشاء نظام معلومات صحي مركزي للإبلاغ في الوقت المناسب عن الوفيات والأمراض ولوجستيات الصحة الطارئة وغيرها من القضايا الصحية الطارئة
وزارة الصحة والدفاع المدني، وكالات الأمم المعنية، المنظمات غير الحكومية	أ- عدد تقييمات الاحتياجات الصحية للسكان المتضررين من الكوارث في الوقت المناسب	2014-2023 (المدى الطويل)	2- ضمان إجراء تقييم شامل وفي الوقت المناسب للاحتياجات الصحية للسكان المتضررين
	أ- دقة إستراتيجيات الاستهداف التي تستخدمها السلطات المعنية	2014-2023 (المدى الطويل)	3- تحديد من تستهدفهم المساعدة الإنسانية من خلال إستراتيجية للتعامل مع الاحتياجات المتعلقة بالصحة التي لم يتم الوفاء بها لأناس آخرين
وزارة الصحة والدفاع المدني، مكتب الإحصاء المركزي،	أ- وضع إرشادات لإدارة المعلومات واستخدامها بشكل مناسب	2017-2019 (المدى المتوسط)	4- ضمان توحيد المعلومات التي سيجري جمعها وتخزينها ونشرها وضمان جمع ومراجعة المعلومات المتعلقة بالصحة من كل المصادر للتحقق من اعتماديتها وصلتها
	أ- ملائمة استخدام البيانات لدعم عملية اتخاذ القرار	2017-2023 (المدى الطويل)	5- إجراء تحليل منهجي للبيانات المجمعة لإنتاج معلومات لأغراض التخطيط والتنظيم والتقييم والدعم

شركاء التنفيذ	مؤشرات الأداء الرئيسية	المدى الزمني	الإجراءات والأنشطة/ المستوى
وزارة الصحة، وكالات الأمم المعنية	أ- وضع خرائط معلومات جغرافية	2017-2023 (المدى الطويل)	6- وضع خرائط أنظمة معلومات جغرافية لتحليل المخاطر وتتبع أنشطة الاستجابة بما في ذلك معلومات حول أنواع وكميات المواد الخطيرة المخزنة أو المستخدمة أو المنقولة لدعم إدارة المخاطر الصحية الفعالة في حالات الطوارئ والكوارث
وزارة الصحة، الأكاديميين، قطاع الأعمال، وكالات الأمم المتحدة المعنية، المنظمات غير الحكومية	أ- توافر آلية لنقل المخاطر	2014-2019 (المدى المتوسط)	7- وضع آلية اتصال للمخاطر تضمن نقل المخاطر الفعال خلال حالات الطوارئ الصحية العامة
	أ- توافر آلية المعلومات الصحية	2014-2019 (المدى المتوسط)	8- إنشاء آلية للمعلومات الصحية لنشر بيانات أنشطة إعادة التأهيل والإعمار بعد وقوع الكارثة
	أ- أنشئت آلية لتعزيز الوصول	2014-2019 (المدى المتوسط)	9- تسهيل وصول الحكومة المعنية وغيرها من الوكالات ذات الصلة إلى معلومات الأزمات الصحية (الأثار والجهود والأنشطة والبرامج والتحليل إلخ) في مختلف المراحل (قبل الكارثة وخلال الاستجابة الطارئة وبعد وقوع الكارثة)
الأمانة العامة لمنظمة التعاون الإسلامي، مركز أنقرة، وكالات الأمم المتحدة المعنية، المنظمات غير الحكومية	أ- عدد الشبكات التي أنشئت وعضويتها ب- مستوى تبادل المعلومات بين المؤسسات ذات الصلة	2014-2019 (المدى المتوسط)	مستوى منظمة التعاون الإسلامي والتعاون الدولي 1- إنشاء شبكات بناء قدرات بين المؤسسات ذات الصلة في الدول الأعضاء بهدف تبادل ونقل المعرفة والخبرات
الأمانة العامة لمنظمة التعاون الإسلامي، مركز أنقرة، البنك الإسلامي للتنمية، وكالات الأمم المتحدة المعنية، المنظمات غير الحكومية	أ- توافر آليات للتعاون في مجال إدارة المعلومات	2014-2016 (المدى القصير)	2- تسهيل التعاون بين الدول الأعضاء في تحسين إدارة المعلومات وتحليل البيانات فيما يتعلق بالإغاثة الصحية الثبوتية الطارئة وبيانات الرصد
الأمانة العامة لمنظمة التعاون الإسلامي، مركز أنقرة، وكالات الأمم المتحدة المعنية، المنظمات غير الحكومية	أ- توافر موجزات للمشاكل والمخاطر والفجوات الصحية في الخدمات	2014-2016 (المدى القصير)	3- التعاون في تحديد المشاكل والمخاطر والفجوات الصحية وتحديد الأولويات بشأنها على أساس المخاطر الصحية المحتملة

شركاء التنفيذ	مؤشرات الأداء الرئيسية	المدى الزمني	الإجراءات والأنشطة/ المستوى
الأمانة العامة لمنظمة التعاون الإسلامي، مركز أنقرة، برنامج الأمم المتحدة لاستخدام المعلومات الفضائية في إدارة الكوارث والاستجابة في حالات الطوارئ	أ- عدد الأنظمة المعتمدة على تكنولوجيا المعلومات التي طورت	2014-2019 (المدى المتوسط)	4- مساعدة الدول في تطوير قدراتها في استخدام تكنولوجيا المعلومات في الكوارث
الأمانة العامة لمنظمة التعاون الإسلامي، مركز أنقرة، وكالات الأمم المتحدة المعنية	أ- عدد مصطلحات الكوارث / الطوارئ التي تم تكييفها	2014-2019 (المدى المتوسط)	5- تكييف مصطلحات الأمم المتحدة في مجال الكوارث / الطوارئ في سياق الدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي

المجال المواضيعي السادس: المعلومات والأبحاث والتعليم والدعم

خطة تنفيذ مرحلية

البلد الرائد: جمهورية مصر العربية وسلطنة عمان

شركاء التنفيذ	مؤشرات الأداء الرئيسية	المدة الزمنية	الإجراءات والأنشطة/ المستوى
P.A.6.1: ضمان مشاركة والتزام كافة أصحاب المصلحة في بدء وتنفيذ برامج المعلومات الصحية والتعليم والدعم المجتمعي			
وزارة الصحة، الإدارات الحكومية المعنية الأخرى	أ- لجنة وطنية موجودة ب- عدد اجتماعات اللجنة ج- عدد ممثلي القطاعات المتعددة الذين يحضرون اجتماعات اللجنة	2014-2016 (المدة القصير)	المستوى الوطني 1- إنشاء لجنة وطنية متعددة القطاعات لتطوير ورصد وتقييم برامج / تدخلات المعلومات الصحية والتعليم والدعم
	أ- عدد أصحاب المصلحة الحكوميين المعنيين الذين يحضرون/ يهتمون بالاجتماعات ب- عدد الأنشطة المنفذة مع الوكالات الحكومية الأخرى	2014-2016 (المدة القصير)	2- بناء شراكة قوية بين أصحاب المصلحة الحكوميين المعنيين بالصحة وغيرهم من أصحاب المصلحة الحكوميين المعنيين (مثل التعليم والقوى العاملة والرياضة والمالية ...) لتحسين البيئة الاجتماعية الاقتصادية والسياسية لتنفيذ تدخلات تعزيز الصحة الفعالة
وزارة الصحة، القطاع الخاص، المنظمات غير الحكومية، صندوق الأمم المتحدة للسكان، منظمة الصحة العالمية	أ- تم وضع نظام للشراكة بين القاعين العام والخاص ب- عدد منظمات المجتمع المدني والمنظمات غير الحكومية والمنظمات الدولية المشاركة ج- عدد البرامج التدريبية بشأن تعبئة الموارد والتعبئة الاجتماعية د- عدد الأنشطة المنفذة مع القطاع الخاص والمنظمات غير الحكومية والمنظمات الدولية	2014-2016 (المدة القصير)	3- إقامة شراكة بين القطاعين العام والخاص وإشراك المجتمع المدني والمنظمات غير الحكومية والمنظمات الدولية للتعامل مع القضايا المرتبطة بتعبئة المواد والتعبئة الاجتماعية
وزارة الصحة، منظمة الصحة العالمية	أ- نظام المعلومات الصحية المطورة	2014-2016 (المدة القصير)	4- إنشاء نظام معلومات صحية يعتمد عليه لتطوير التعليم الصحي الثبوتي وتعزيز البرامج والخدمات الصحية

شركاء التنفيذ	مؤشرات الأداء الرئيسية	المدى الزمني	الإجراءات والأنشطة/ المستوى
وزارة الصحة، المنظمات غير الحكومية	أ- عدد الاجتماعات التي نُظمت	2014-2016 (المدى القصير)	5- تنظيم اجتماعات لمقدمي الرعاية الصحية المحليين والقادة المجتمعيين والسكان المحليين لجعل المعلومات الصحية المجتمعية وتدخلات الدعم أكثر صلة واستجابة من الناحية الثقافية
وزارة الصحة، منظمة الصحة العالمية	أ- عدد مبادرات وزارة الصحة في هذا المجال	2014-2016 (المدى القصير)	6- تقوية قدرات وزارة الصحة لقيادة وتنفيذ الأبحاث وبناء الأدلة على صحة الأم والوليد والطفل مكافحة الأمراض وتطوير النظام الصحي
	أ- الأدوات المطورة واستخدامها	2014-2016 (المدى القصير)	7- إنشاء أدوات للرصد والتقييم لتحسينات مستقبلية في تدخلات المعلومات والتعليم والدعم
	أ- دراسة حول معارف وتوجهات وممارسات وسلوكيات المجتمع التي أجريت وقاعدة بيانات التي أنشأت	2014-2016 (المدى القصير)	8- إنشاء قاعدة بيانات خاصة بمعارف وتوجهات وممارسات وسلوكيات المجتمع لتحديد المواضيع ذات الأولوية لتدخلات المعلومات والتعليم والتعزيز
	أ- عدد الحكومات التي أعربت عن التزامها في الأمور ذات الصلة ب- عدد المقاطعات والمناطق / المدن التي أكدت الالتزام في الأمور ذات الصلة	2014-2016 (المدى القصير)	9- دعم زيادة التزام الحكومة الوطنية والمحلية بكسب الدعم لسياساتها
	أ- عدد البرامج الصحية الإقليمية والمحلية التي تدعمها وكالات إقليمية / دولية	2014-2016 (المدى القصير)	10- دعم زيادة التزام وكالات الصحة والتنمية الإقليمية/ الدولية من حيث المساعدة الفنية والمالية لمساعدة الدول الأعضاء في تطوير وتنفيذ برامجها الوطنية
الأمانة العامة لمنظمة التعاون الإسلامي، منظمة الصحة العالمية، البنك الإسلامي للتنمية، مركز أنقرة، صندوق الأمم المتحدة للسكان	أ- عدد الوكالات الإقليمية / الدولية الملتزمة بمساعدة الدول الأعضاء ب- عدد البرامج الوطنية التي تدعمها وكالات إقليمية / دولية	2014-2016 (المدى القصير)	مستوى منظمة التعاون الإسلامي والتعاون الدولي 1- دعم زيادة التزام وكالات الصحة والتنمية الإقليمية / الدولية من حيث المساعدة الفنية والمالية لمساعدة الدول الأعضاء في وضع وتنفيذ برامجها الوطنية
الأمانة العامة لمنظمة التعاون الإسلامي، منظمة الصحة العالمية، البنك الإسلامي للتنمية، مركز أنقرة، صندوق الأمم المتحدة للسكان	أ- عدد المنتديات / المؤتمرات التي نظمت ب- عدد الدول الأعضاء التي شاركت ج- عدد المشاركين الذين حضروا	2014-2016 (المدى القصير)	2- تنظيم منتديات / مؤتمرات على مستوى المنظمة حول المعلومات والتعلم والدعم الصحي لتشجيع التفاعل والحوار بين صانعي السياسات ومقدمي الرعاية الصحية والمعلمين الصحيين والقادة المجتمعيين / الدينيين

شركاء التنفيذ	مؤشرات الأداء الرئيسية	المدة الزمنية	الإجراءات والأنشطة/ المستوى
الأمانة العامة لمنظمة التعاون الإسلامي، مركز أنقرة	أ- قاعدة بيانات إلكترونية التي أنشأت	2014-2016 (المدة القصير)	3- إنشاء قاعدة بيانات إلكترونية للبرامج وأفضل الممارسات الموجودة في الدول الأعضاء
الأمانة العامة لمنظمة التعاون الإسلامي، منظمة الصحة العالمية	أ- عدد الدول الأعضاء التي تبنت المعايير الدولية	2014-2016 (المدة القصير)	4- تشجيع الدول الأعضاء على موائمة ممارسات معلوماتها وتعليمها ودعمها الصحي مع المعايير الدولية من خلال تنفيذ الإرشادات التي تنص عليها الوكالات الصحية الدولية
P.A.6.2: تعزيز الوعي المجتمعي بشأن الوقاية من الأمراض وأمناء الحياة الصحية			
المستوى الوطني			
وزارة الصحة، الإدارات الحكومية المعنية الأخرى، القطاع الخاص	أ- إستراتيجية وطنية مع خطة عمل التي وضعت	2014-2016 (المدة القصير)	1- وضع إستراتيجية وطنية لتعزيز الوقاية من الأمراض وأساليب الحياة الصحية التي تتضمن كل الشركاء المعنيين
وزارة الصحة، وسائل الإعلام الوطنية والخاصة	أ- خطة إعلامية فعالة التي وضعت ب- عدد المنافذ الإعلامية الملتزمة بدعم البرامج ج- عدد برامج التوعية التي أذيعت	2014-2023 (المدة الطويل)	2- بناء شراكة قوية مع الإعلام لتعزيز أساليب الحياة الصحية
	أ- إنشاء خطة عمل للحملات الإعلامية ب- معدل نشرات الصحة في وسائل الإعلام مقارنة بعدد نشرات الأخرى ج- اختبارات التقييم السابقة واللاحقة للحملات	2014-2023 (المدة الطويل)	3- إطلاق حملات توعية وحملات إعلامية للترويج للوقاية من الأمراض وأساليب الحياة الصحية باستخدام الأدوات التثبوتية المبتكرة وتنفيذ المناهج التثبوتية (الترويج الصحي، التسويق الاجتماعي، الاقتصاديات السلوكية، ...)
وزارة الصحة والتعليم	أ- عدد المدارس التي تنتهج مبادرات تعزيز الصحة	2014-2016 (المدة القصير)	4- اعتماد مبادرات تعزيز الصحة المدرسية لتعزيز السلوكيات الصحية بين الشباب والحد من السلوكيات المحفوفة بالمخاطر
وزارة الصحة	أ- عدد الشخصيات الوطنية التي أبدت التزامها بهذا الأمر ب- عدد الأنشطة التي جرت مع سفراء الصحة	2014-2016 (المدة القصير)	5- إشراك شخصيات وطنية شعبية (مثل الممثلين والرياضيين والكتاب، الخ) ليكونوا سفراء للصحة بهدف تعزيز أنماط الحياة الصحية والوقاية من الأمراض
وزارة الصحة، المنظمات غير الحكومية	أ- تم تحديد القضايا الثقافية والدينية ب- عدد الأنشطة المحددة التي جرت ج- عدد الفتاوى التي صدرت بشأن قضايا صحية بعينها	2014-2016 (المدة القصير)	6- إشراك قادة المجتمع المحلي (السياسيين والدينيين) في وضع حملات توعية دينية وثقافية محددة لمكافحة الوصم والتمييز ضد الأشخاص المصابين

الإجراءات والأنشطة/ المستوى	المدى الزمني	مؤشرات الأداء الرئيسية	شركاء التنفيذ
7- ترجمة ونشر فتوى مجمع الفقه الإسلامي الدولي باللغات المحلية لمعالجة الشواغل الدينية بشأن التطعيم	2014-2016 (المدى القصير)	أ- ترجمة الفتوى التي وزعت ب- تحسين تغطية للتطعيم في المناطق ذات الحساسية الدينية	الأمانة العامة لمنظمة التعاون الإسلامي، مجمع الفقه الإسلامي الدولي
8- اعتماد تكنولوجيا المعلومات الحديثة (تطبيقات الهواتف النقالة، الرسائل النصية القصيرة، رسائل الوسائط المتعددة، وسائل الإعلام الاجتماعية، ..) كأداة لتعزيز أنماط الحياة الصحية	2014-2023 (المدى الطويل)	أ- عدد أدوات تكنولوجيا المعلومات المستخدمة ب- نسبة من يستخدمون مثل هذه التكنولوجيا كمصدر للحصول على معلومات حول أساليب الحياة الصحية	وزارة الصحة، وزارة تكنولوجيا المعلومات
9- تدريب العاملين في مجال الرعاية الصحية على الأساليب العلمية لتطوير ونشر الرسائل الصحية الثبوتية البسيطة والمتسقة والمناسبة والتعليم الصحي و مواد الإعلام والتعليم والاتصالات	2014-2023 (المدى الطويل)	أ- إرشادات بشأن إنتاج مواد الإعلام والتعليم والاتصالات التي وضعت ب- عدد العاملين في مجال الرعاية الصحية الذين تم تدريبهم ج- الرسائل الموحدة التي تم تطويرها ونشرها	منظمة الصحة العالمية، مركز أنقرة، صندوق الأمم المتحدة للسكان
10- دعم مجموعات دعم المجتمع وبناء قدراتها لتمكينها من الانخراط في أنشطة تعزيز الصحة	2014-2023 (المدى الطويل)	أ- عدد المتطوعين في مجموعات دعم المجتمع ب- عدد من تم تدريبهم من أعضاء مجموعات دعم المجتمع	وزارة الصحة، المنظمات غير الحكومية
11- تنظيم اجتماعات لمقدمي الرعاية الصحية المحليين وقادة المجتمعات المحلية والسكان المحليين لجعل حملات التوعية الصحية المجتمعية أكثر صلة من الناحية الثقافية وأكثر استجابة	2014-2023 (المدى الطويل)	أ- عدد الاجتماعات التي عقدت ب- عدد المشاركين في الاجتماعات ج- عدد حملات التوعية الصحية ذات الصلة الثقافية	وزارة الصحة، المنظمات غير الحكومية
12- تخصيص ميزانية محددة لأنشطة الترويج الصحي	2014-2023 (المدى الطويل)	أ- الميزانية المخصصة	وزارة الصحة والمالية
مستوى منظمة التعاون الإسلامي والتعاون الدولي 1- تصميم حملات توعية نوعية بالأمراض في كل دول المنظمة	2014-2016 (المدى القصير)	أ- عدد الحملات التي صُممت	الأمانة العامة لمنظمة التعاون الإسلامي، منظمة الصحة العالمية
2- إطلاق برامج توعية صحية مجتمعية مفصلة خصيصًا للمنظمة وموجهة للأئمة	2014-2016 (المدى القصير)	أ- عدد البرامج التي أطلقت ب- عدد الأئمة الذين حضروا	الأمانة العامة لمنظمة التعاون الإسلامي، مركز أنقرة، مجمع الفقه الإسلامي الدولي

شركاء التنفيذ	مؤشرات الأداء الرئيسية	المدة الزمنية	الإجراءات والأنشطة/ المستوى
الأمانة العامة لمنظمة التعاون الإسلامي، مجمع الفقه الإسلامي الدولي	أ- نشر الفتوى	2014-2016 (المدة القصير)	3- الحصول على فتوى من مجمع الفقه الإسلامي الدولي حول كافة أنواع التحصينات في الدول الأعضاء في المنظمة
الأمانة العامة لمنظمة التعاون الإسلامي، منظمة الصحة العالمية، مركز أنقرة	أ- عدد الاجتماعات / المؤتمرات التي عقدت ب- عدد الدول الأعضاء التي شاركت ج- عدد المشاركين الذين حضروا	2014-2023 (المدة الطويل)	4- تنظيم مؤتمرات واجتماعات على مستوى المنظمة لمقدمي الرعاية الصحية وقادة المجتمعات المحلية لتسهيل تبادل المعارف وأفضل الممارسات في مجال التوعية المجتمعية
الأمانة العامة لمنظمة التعاون الإسلامي، البنك الإسلامي للتنمية، مركز أنقرة، منظمة الصحة العالمية، صندوق الأمم المتحدة للسكان	أ- تم إطلاق المسابقة ب- عدد الدول الأعضاء التي شاركت	2014-2023 (المدة الطويل)	5- إطلاق مسابقة على مستوى المنظمة لتشجيع الأفكار المبتكرة للتوعية المجتمعية بشأن تحسين الصحة
P.A.6.3: الوفاء باحتياجات المعلومات والتعليم لمقدمي الرعاية الصحية			
وزارة الصحة والتعليم العالي	أ- عدد البرامج التدريبية التي دمجت وحدات حول تعزيز الصحة	2014-2016 (المدة القصير)	المستوى الوطني 1- دمج تعزيز الصحة والوقاية في مناهج معاهد التدريب الصحي
وزارة الصحة، منظمة الصحة العالمية	أ- الشبكة تم إنشائها ب- نظام لضمان الجودة الذي تم وضعه	2014-2016 (المدة القصير)	2- إنشاء شبكة من مؤسسات التعليم الصحي الوطنية لتطوير نظم ضمان الجودة للتعليم والتدريب الصحي
	أ- عدد المناهج الجديدة التي تم تطبيقها ب- عدد مقدمي الرعاية الصحية الذين تم رصدهم والإشراف عليهم ج- عدد دراسات التقييم التي أجريت لتقييم الأداء	2014-2023 (المدة الطويل)	3- رصد والإشراف على أداء مقدمي الرعاية الصحية من خلال استخدام مناهج تحسين الجودة وتعزيز الممارسات الفعالة المجربة
	أ- عدد برامج التعليم المستمر ب- عدد الموظفين الذين تم تدريبهم	2014-2023 (المدة الطويل)	4- دعم استمرار وتطوير كفاءات المهنيين من خلال التعليم المستمر لضمان تجهيزهم بأفضل المعلومات الثبوتية المحدثة

شركاء التنفيذ	مؤشرات الأداء الرئيسية	المدة الزمنية	الإجراءات والأنشطة/ المستوى
وزارة الصحة، منظمة الصحة العالمية، صندوق الأمم المتحدة للسكان اليونسيف، مركز أنقرة، البنك الإسلامي للتنمية	أ- عدد المنح الدراسية المقدمة حسب التخصص	2014-2023 (المدة الطويل)	5- تقديم منح دراسية لمقدمي الرعاية الصحية لبناء قدراتهم في مجالات المعلومات الصحية، والتعليم، والاتصالات، وتعزيز الصحة والتسويق الاجتماعي
	أ- إطلاق برنامج التبادل ب- عدد الأنشطة التي نفذت ضمن هذا البرنامج	2014-2023 (المدة الطويل)	6- إطلاق برامج تبادل معلمي الصحة من الكليات على المستويين الوطني والدولي
	أ- عدد الزيارات الدراسية التي نُظمت	2014-2023 (المدة الطويل)	7- تنظيم زيارات دراسية لمقدمي الرعاية الصحية للحصول على أفكار جديدة وأفضل الممارسات
وزارة الصحة، منظمة الصحة العالمية	أ- نظام للمعلومات والتعليم الصحي الذي تم وضعه ب- عدد برامج التعليمي الوظيفي ج- عدد الموظفين المشاركين في هذه البرامج	2014-2023 (المدة الطويل)	8- إنشاء والإبقاء على حسن تشغيل نظام المعلومات الصحية ونظام التعليم لمقدمي الرعاية الصحية لتشجيع التعلم على رأس العمل عن طريق الدورات القصيرة وورش العمل والتدريب عبر الإنترنت، وما إلى ذلك
	أ- عدد مقدمي الرعاية الصحية المدربين على الاستخدام الرشيد للأدوية ب- معدل التشخيص الخاطئ ج- معدل الوصفات الخاطئة	2014-2023 (المدة الطويل)	9- تثقيف وتدريب مقدمي الرعاية الصحية على الاستخدام الرشيد للأدوية وتزويدهم بمعلومات محدثة عن أحدث الأدوية وأساليب التشخيص
الأمانة العامة لمنظمة التعاون الإسلامي، مركز أنقرة، البنك الإسلامي للتنمية	أ- عدد الدول المشاركة في هذه البرامج	2014-2023 (المدة الطويل)	مستوى منظمة التعاون الإسلامي والتعاون الدولي 1- تسهيل نقل المعرفة والخبرة داخل المنظمة من خلال توسيع التغطية وتنفيذ برامج مركز الأبحاث الإحصائية والاقتصادية والاجتماعية والتدريب للدول الإسلامية بشأن بناء القدرات الصحية
الأمانة العامة لمنظمة التعاون الإسلامي، مركز أنقرة، البنك الإسلامي للتنمية	أ- عدد الممرضين / الممرضات وغيرهم من الأخصائيين الطبيين / الصحيين المدربين	2014-2016 (المدة القصير)	2- تعزيز التعاون في مجال التعليم الصحي لتدريب مزيد من الممرضين والممرضات وغيرهم من الأخصائيين الطبيين / الصحيين.

شركاء التنفيذ	مؤشرات الأداء الرئيسية	المدة الزمنية	الإجراءات والأنشطة/ المستوى
الأمانة العامة لمنظمة التعاون الإسلامي، منظمة الصحة العالمية	أ- عدد المجتمعات الافتراضية التي تربط بين المهنيين المعنيين في دول المنظمة	2014-2023 (المدة الطويلة)	3- الربط بين المهنيين الصحيين في كل دول المنظمة من خلال مجتمعات افتراضية في التخصصات المختلفة بحيث يمكنهم المشاركة في السياسات الفعالة وترويج الممارسات الناجحة
الأمانة العامة لمنظمة التعاون الإسلامي، مركز أنقرة، البنك الإسلامي للتنمية	أ- عدد المنتديات التي تم تنظيمها ب- عدد الدول المشاركة ج- عدد المشاركين الذين حضروا	2014-2023 (المدة الطويلة)	4- تنظيم منتديات للمعلمين الصحيين ومقدمي الخدمات الصحية في الدول الأعضاء في المنظمة لتحديد مناهج / إستراتيجيات المعلومات والتعليم الصحي
الأمانة العامة لمنظمة التعاون الإسلامي، مركز أنقرة، منظمة الصحة العالمية	أ- عدد مراكز التميز الصحية التي أنشئت	2014-2023 (المدة الطويلة)	5- إنشاء شبكة من مراكز التميز الصحية في المنظمة لتعزيز الموامة بين تعليم الرعاية الصحية وممارساتها عبر الدول الأعضاء في المنظمة
الأمانة العامة لمنظمة التعاون الإسلامي، منظمة الصحة العالمية	أ- الدول الأعضاء التي تبنت هذه التوصيات	2014-2023 (المدة الطويلة)	6- دعم تنفيذ التدخلات الأساسية التي أوصت بها منظمة الصحة العالمية لتعزيز الاستخدام الرشيد للأدوية في الدول الأعضاء