الإتحاد
الأفريقي

خارطة طريق الاتحاد الأفريقي (AU) لعام 2030 وما بعده

الحفاظ على الاستجابة للإيدز، وضمان تعزيز النظم والأمن الصحي من أجل تنمية أفريقيا

قائمة الجداول د
قائمة الأشكال د
شكر وتقدير و
1 ملخص تنفيذي .....ز
2 مقدمة ومعلومات أساسية 1
1.2 تو ُجه السياسات وسياقها.....2
3 تحليل الوضع 3
1.3 فيروس العَوَز المناعي البشري/ الإيدز 3
2.3 ال ُسل 5
3.3 الملاريا 6
4.3 أمراض المناطق المدارية المُهمَلة 7
5.3 الأمراض المنقولة جنس ًيا والتهاب الكبد الفيروسي 8
6.3 الأمراض غير السارية 9
7.3 الصحة الإنجابية وصحة الأمهات وحديثي الولادة والأطفال والمراهقين 10
8.3 تعزيز الأمن الصِّحيّ وال ُنظُم الصحية في أفريقيا 11
4 المبادئ التوجيهية 13
5 الرؤية والمهمة والهدف ونظرية التغيير 14
1.5 الرؤية والمهمة 14
2.5 الهدف العام لخريطة طريق الاتحاد الأفريقي حتى عام 2030 وما بعده: 14
3.5 نظرية التغيير: خريطة طريق الاتحاد الأفريقي حتى عام 2030 وما بعده.....15
التحولات الاستراتيجية: 15
ال ُنهُج الاستراتيجية لخريطة طريق الاتحاد الأفريقي حتى عام 2030 وما بعده: 15
الأثر الطويل الأجل: 15
6 ركائز خريطة طريق الاتحاد الأفريقي حتى عام 2030، وال ُنهُج الاستراتيجية والإجراءات ذات الأولوية.....16
1.6 الركيزة 1: المراهقون والأطفال والرجال والنساء والشباب 16
2.6 الركيزة 2: الإنصاف الصحي والفئات السكانية الضعيفة 18
3.6 الركيزة 3: الحصول على الأدوية، والمواءمة التنظيمية، والتصنيع المحلي/ الإقليمي للأدوية واللقاحات ووسائل التشخيص. 20
4.6 الركيزة 4: تعزيز الأمن الصِّحيّ وال ُنظُم الصحية 21
5.6 الركيزة 5: تمويل متنوع ومستدام 24
6.6 الركيزة 6: القيادة والحوكمة والمشاركة المجتمعية والرقابة من أجل تحقيق الاستدامة. 27
7.6 الركيزة 7: تقديم الخدمات الخاصة بفيروس العوز المناعي البشري، والسل والملاريا، وأمراض المناطق المدارية المُهمَلة، والأمراض المنقولة جنس ًيا والتهاب الكبد الفيروسي، والأمراض غير السارية والصحة الإنجابية وصحة الأمهات والمواليد والأطفال المراهقين. 29
7 إطار الرصد والإبلاغ والمساءلة 40

1.7 الإجراءات والموارد اللازمة لتعزيز المساءلة والشراكات 40
2.7 إطار رصد خريطة الطريق حتى عام 2030 وآليات الإبلاغ والمساءلة 40
3.7 استراتيجية النشر والمناصرة والاتصالات لخريطة الطريق حتى عام 2030 40
8 الأدوار والمسؤوليات المؤسسية 42
1.8 مفوضية الاتحاد الأفريقي (وكالة الاتحاد الأفريقي للتنمية التابعة للشراكة الجديدة من أجل تنمية أفريقيا، والمراكز الأفريقية لمكافحة الأمراض والوقاية منها) 42
2.8 المجموعات الاقتصادية الإقليمية والمنظمات الصحية الإقليمية 42
3.8 الدول الأعضاء 43
4.8 الشركاء 44
9 حساب التكاليف 45
1.9 المنهجية 45
2.9 اتجاهات الإنفاق على الصحة 45
3.9 اتجاهات الإنفاق على مكافحة فيروس العوز المناعي البشري والإيدز 46
4.9 الاتجاهات والتوقعات فيما يخص الإنفاق على مكافحة السل 48
5.9 الاتجاهات والتنبؤات في الإنفاق على مكافحة الملاريا 50
6.9 الاتجاهات والتنبؤات في الإنفاق على مكافحة الأمراض المدارية المهملة. 51
7.9 الاتجاهات والتنبؤات في الإنفاق على مكافحة الأمراض غير السارية. 51
8.9 الاتجاهات والتنبؤات في الإنفاق على الصحة الإنجابية وصحة الأمهات وحديثي الولادة والمراهقين 52
9.9 التكاليف المقدرة حسب الركيزة الاستراتيجية 53
10.9 الإبقاء على تمويل خريطة طريق الاتحاد الأفريقي حتى عام 2030 56

قائمة الجداول

الجدول 1: الوضع الوبائي لفيروس العوز المناعي البشري في أفريقيا والتصدي له 4
الجدول 2: موجز الاحتياجات المُقدَّرة من الموارد حسب الركيزة الاستراتيجية، 2024-2030 56

قائمة الأشكال

الشكل 1: الإطار الزمني لخريطة الطريق 1
الشكل 2: خريطة استراتيجية الاتحاد الأفريقي 2
الشكل 3: وضع السل والتصدي له في أفريقيا 5
الشكل 4: اتجاهات العدوى المصاحبة بالسل وفيروس العوز المناعي البشري في أفريقيا 6
الشكل 5: الاتجاهات السائدة في معدل الإصابة بالملاريا (عدد الحالات لكل 1000 نسمة معرَّضة للخطر ومعدل الوفيات (عدد الوفيات لكل 100000 نسمة معرَّضة للخطر) في أفريقيا (2013-2022). 7
الشكل 6: اتجاهات تطور عدد المحتاجين إلى تدخلات لمكافحة أمراض المناطق المدارية المهملة في مقابل النسبة المئوية للانخفاض (2010-2021) 8
الشكل 7: توزيع عبء الأمراض في أفريقيا حسب المجموعة المَرضية 1990-2019. 9
الشكل 8: اتجاهات الإنفاق الحكومي العام على الصحة 2000-2021 46
الشكل 9: متوسط الإنفاق الحكومي العام على الصحة في الاتحاد الأفريقي بوصفه حصة من الإنفاق الصحي الحالي 46
الشكل 10: الاتجاهات في الإنفاق على مكافحة فيروس العوز المناعي البشري حسب المصدر 47
الشكل 11: احتياجات الموارد المطلوبة لمكافحة فيروس العوز المناعي البشري والإيدز 2024-2030 48
الشكل 12: اتجاهات الإنفاق لمكافحة السل والتوقعات 2017-2030 48
الشكل 13: تمويل مكافحة السل حسب مصدر التمويل 49
الشكل 14: احتياجات الموارد المُقدَّرة لمكافحة السل حسب قسم المكافحة 49
الشكل 15: الاتجاهات والتنبؤات في الإنفاق على مكافحة الملاريا 2013-2030 50
الشكل 16: اتجاهات الإنفاق لمكافحة أمراض المناطق المدارية المهملة والتوقعات 2013-2030 51
الشكل 17: اتجاهات الإنفاق لمكافحة الأمراض غير السارية والتوقعات 2014-2030 52
الشكل 18: اتجاهات الإنفاق على الصحة الإنجابية وصحة الأمهات وحديثي الولادة والمراهقين والتوقعات 2013-2030 53
الشكل 19: احتياجات الموارد المطلوبة من أجل الصحة الإنجابية وصحة الأمهات وحديثي الولادة والمراهقين، 2024-2030 53
الشكل 20: الاحتياجات المُقدَّرة من الموارد حسب الركيزة الاستراتيجية 2024-2030 54

شكر وتقدير

مفوضية الاتحاد الأفريقي - قسم الصحة، الشؤون الإنسانية والتنمية الاجتماعية
تعرب مفوضية الاتحاد الأفريقي، ممثلة في قسم الصحة، الشؤون الإنسانية والتنمية الاجتماعية، عن خالص امتنانها للدول الأعضاء على توجيهاتها القيمة ومساهماتها الثمينة التي ضمنت أن يعكس خارطة طريق الاتحاد الأفريقي حتى عام 2030 وما بعده رؤية القارة بما يتماشى مع أجندة 2063 .كما يتم تقديم شكر على دعمهم الفني (AUDA-NEPAD) والوكالة الأفريقية للتنمية - النيباد (Africa CDC) خاص إلى المراكز الأفريقية لمكافحة الأمراض والوقاية منها .المستمر ومشاركتهم الكاملة منذ البداية

والمجتمع ،(SADC) والجماعة الإنمائية للجنوب الأفريقي ،(EAC) وتعترف المفوضية أيضًا بالمساهمات الكبيرة من قبل الجماعة الاقتصادية لدول شرق أفريقيا .(ECSA-HC) الصحي لشرق ووسط وجنوب أفريقيا

على دعمها المالي، ولبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة (USAID) كما تعرب المفوضية عن امتنانها للوكالة الأمريكية للتنمية الدولية على تنسيقه للتمويل .وتقدر المفوضية أيضًا الدعم الفني والمالي واللوجستي الذي قدمه شركاؤها في مجال الصحة، بما في ذلك : (UNAIDS) البشرية/الإيدز ،(EGPAF) مؤسسة إليزابيث جلاسر لمكافحة الإيدز لدى الأطفال ،(DNDi) مبادرة أدوية الأمراض المهملة ،(ALMA) تحالف القادة الأفارقة لمكافحة الملاريا شراكة وقف السل ،(The Global Fund) الصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا ،(The END Fund) صندوق إنهاء الأمراض المدارية مبادرة الاتحاد لمكافحة الأمراض ،(UNICEF) منظمة الأمم المتحدة للطفولة ،(UNFPA) صندوق الأمم المتحدة للسكان ،(Stop TB Partnership) .(WHO) ومنظمة الصحة العالمية ،(Uniting to Combat NTDs) المدارية المهملة

وتُخص المفوضية بتقدير خاص سعادة السفيرة ميناتا ساماتي سيسوما على قيادتها ودفاعها عن خارطة طريق الاتحاد الأفريقي حتى عام 2030 وما بعده .كما .تعرب عن امتنانها الكبير للدعم القيّم الذي قدمه البروفيسور خوليو راكوتونيرينا، والدكتور سايمر جراي جونسون، والسيدة إيناس مبارك يحيى
وتعبر المفوضية عن خالص شكرها للدكتورة شيلا شوا لقيادتها وتنسيقها تطوير خارطة طريق الاتحاد الأفريقي حتى عام 2030 وما بعده، وكذلك للدكتور سيمون .سينتومبوي والدكتور شيبرد شامو اللذين عملا كمستشارين أثناء عملية الصياغة

كما تتوجه المفوضية ببالغ الشكر إلى الخبراء التقنيين :الدكتور تشارلز ساندي، الدكتور محمد عبدالعزيز، الدكتور جاك موكوندي، الدكتور أولوال ماييغون، السيد نورمان خوزا، الدكتور تشارلز بيرونجي، الدكتور سوفاناند ساهو، الدكتور سيهاكا تسيمو، الدكتور جاستن أوديونيي، الدكتور بينسون دروتي، الدكتورة ميلاني رينشو، الدكتور تاكوندوا مواسي، الدكتورة إليزابيث جوما، الدكتورة كارول كاراتو، الدكتور ماسيني إينوس، الدكتور تيوودروس بيكيلي، الدكتورة دوكرات سومايا، الدكتور سيرج باتشو، الدكتورة تينا تشيسينجا، الدكتور كريس نغوا، الدكتورة ماري-كلود ندوواي، السيد ساتورنن إيبي، السيد تشارلز وانجاديا، السيدة جوزفين إتيما، السيدة إيرين ماينا، السيد سيمون كيسيرا، السيدة رودا إيجويتا، السيد إلياب كاجونجو، السيد سامسون كاتيكيتي، السيدة أوبييمي ألبي-هوندايين، السيد جوزيف تاياج، السيدة إيمي دوبوا، السيدة ثوكو إلفيك-بولي، السيدة كالي رولفس وانج، السيد إيتيت كاراجير، السيدة نومينزيل سيليوي شاميلا، السيدة أداما .ديوب ندايي، السيد عبدالقادر أراوة، السيد تواندا تشيسانغو)في الذاكرة(، السيدة أغنيس ميدي، والسيدة تيريز بويريه

وأخيرًا، تعرب المفوضية عن شكرها العميق لفريق التنسيق :السيد إريك جونيور واجوبيرا، السيد مصطفى زكاري، الدكتورة سلمى عثمان محمد، السيدة فاسيكا .أسناكو أسريس، السيدة إلسا تيكليجي جيبراماريام، السيدة نولين نوماثامسانكا بيبهي، والسيدة نونكولوليكو متيموي

1 ملخص تنفيذي

تمثل خريطة طريق الاتحاد الأفريقي حتى عام 2030 ثمرة مبادرة تعاونية مهمة للدول الأعضاء الخمس والخمسين، وقد نُظمت تنظيمًا استراتيج ًيا يغطي جميع مناطق القارة وبما يتوافق والطموحَ الصحي لخطة الاتحاد الأفريقي لعام 2063 (خطة التنفيذ العشرية الثانية)، والخطة الاستراتيجية للاتحاد الأفريقي، واستراتيجية الصحة في أفريقيا، والخطط الاستراتيجية للمراكز الأفريقية لمكافحة الأمراض والوقاية منها. وتؤكد هذه المبادرة التزامًا راسخًا بتحسين صحة المواطنين الأفارقة وعافيتهم. وقد شهدت القمةُ السادسة والثلاثون لرؤساء دول وحكومات الاتحاد الأفريقي تطورًا تاريخ ًيا في أثناء «الاجتماع الجانبي رفيع المستوى» بشأن تمويل الصحة واستدامة العمل للقضاء على الإيدز والأمراض الأخرى. وخلال هذا الاجتماع، صدر قرار يجددُ التزام الدول الأعضاء بالغاية المحددة في إعلان أبوجا بتخصيص نسبة 15% من الميزانيات الوطنية إلى التمويل المحلي للصحة. وكلفَ المؤتمرُ مفوضيةَ الاتحاد الأفريقي ووكالة الاتحاد الأفريقي للتنمية التابعة للشراكة الجديدة من أجل تنمية أفريقيا، والمراكز الأفريقية لمكافحة الأمراض والوقاية منها، بوضع خريطة طريق للاتحاد الأفريقي حتى عام 2030 وما بعده، على أن تكون محددة التكاليف مع التركيز على استدامة التصدي للإيدز، وتعزيز النظم الصحية، والوقاية من وفيات الأمهات، ومكافحة الأمراض المتوطنة في القارة. وتجسد هذه الرؤيةُ الطموحة عزم الدول الأعضاء على تعزيز نظم الصحة العامة والأمن الصحي والمسار الإنمائي للقارة بحلول نهاية العقد.

إن رؤية خريطة طريق الاتحاد الأفريقي حتى عام 2030 وما بعده هي إنهاء تهديد فيروس العوز المناعي البشري للصحة العامة، ومكافحة السل والملاريا والأمراض المدارية المهملة والأمراض غير السارية، والاستجابة الفعالة للجوائح في الوقت نفسه. وهي في ذلك تهدف إلى النهوض بالأمن الصحي، وتطوير نُظُم صحية مستدامة قادرة على الصمود، وذلك بتعزيز الرعاية الصحية الأولية وتحقيق غايات التغطية الصحية الشاملة. وأما مهمة هذه الخريطة فهي تعزيز النظم الصحية في أفريقيا بتحسين البِـنْية الأساسية للرعاية الصحية، وزيادة أعداد القوى العاملة، وضمان وصول منصف للجميع إلى الخدمات، وخصوصًا الفئات السكانية الضعيفة. ومن أجل التصدي للتحديات الصحية الحالية والمستقبلية، تركز خريطةُ الطريق على تمكين المجتمعات المحلية، والشراكات التعاونية، والتنمية المستدامة عبر آليات تمويل مبتكرة وتضامن عالمي.

ستركز خريطةُ طريق الاتحاد الأفريقي حتى عام 2030 على سبع ركائز استراتيجية:

- الركيزة 1: المراهقون والأطفال والرجال والنساء والشباب
- الركيزة 2: الإنصاف الصحي والفئات السكانية الضعيفة
- الركيزة 3: الحصول على الأدوية، والمواءمة التنظيمية، والتصنيع المحلي/ الإقليمي للأدوية واللقاحات ووسائل التشخيص.
- الركيزة 4: تعزيز الأمن الصِّحيّ والنُّظُم الصحية
- الركيزة 5: تمويل متنوع ومستدام
- الركيزة 6: القيادة والحوكمة والمشاركة المجتمعية والرقابة من أجل تحقيق الاستدامة.
- الركيزة 7: تقديم الخدمات الخاصة بفيروس العوز المناعي البشري، والسل والملاريا، وأمراض المناطق المدارية المُهمَلة، والأمراض المنقولة جنس ًيا والتهاب الكبد الفيروسي، والأمراض غير السارية والصحة الإنجابية وصحة الأمهات والمواليد والأطفال المراهقين.

تعرض خريطةُ طريق الاتحاد الأفريقي حتى عام 2030 وما بعده اتجاهات الإنفاق الصحي والتكاليف حسب الأمراض الرئيسية/ مجالات البرامج الرئيسية، ثم حسب الركائز الاستراتيجية. وتهدف الركائزُ إلى إحداث تحول نوعي في كيفية الإبلاغ عن التكاليف، ويتحقق هذا بالتخلي عن الأساليب التقليدية القائمة على مدخلات التكلفة أو النهج الوظيفي المعتاد. وبالمقابل، يجري التركيز على تكامل الخدمات الصحية في تقديم الخدمات وتمويلها، بالإضافة إلى عناصر التمكين الاجتماعي.

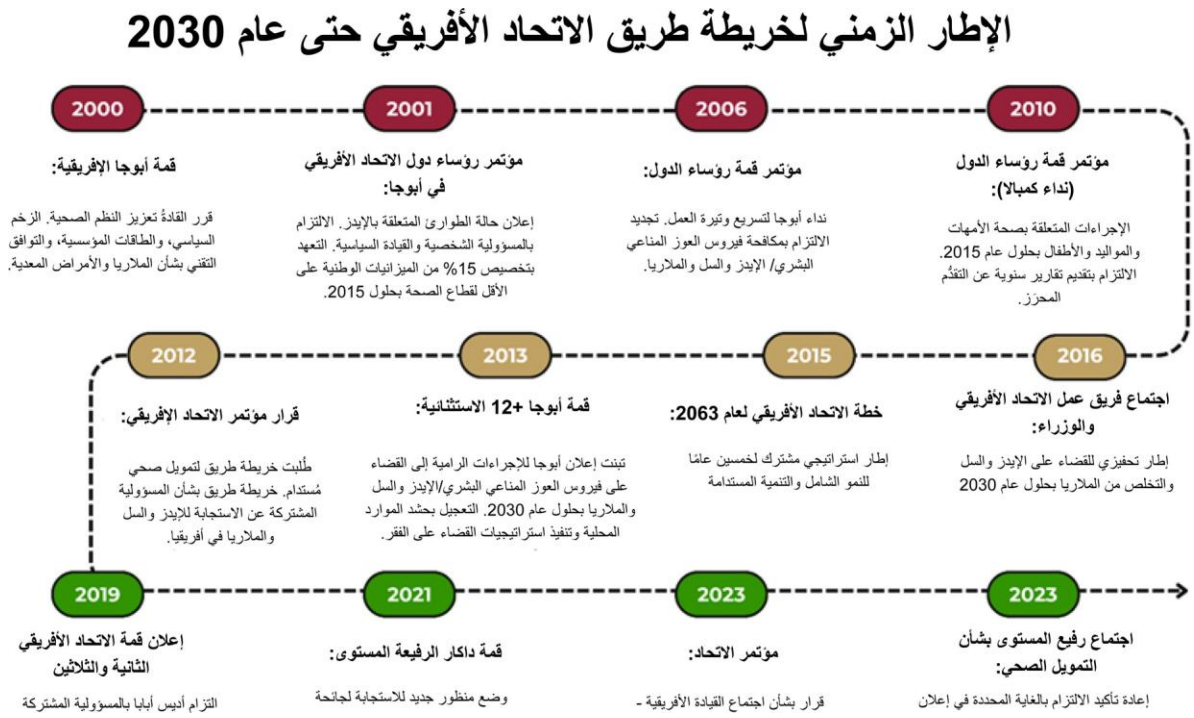
2 مقدمة ومعلومات أساسية

إن خريطةَ طريق الاتحاد الأفريقي حتى عام 2030 ثمرة تضافر جهود الدول الأعضاء في الاتحاد الأفريقي، البالغ عددها 55 دولة، من أجل تعزيز الصحة والعافية في أفريقيا، وجاءت هذه الخريطةُ متوافقة مع رؤية خطة الاتحاد الأفريقي لعام 2063. وتتماشى خريطة الطريق حتى عام 2030 وما بعده مع خطة التنفيذ العشرية الثانية لخطة الاتحاد الأفريقي لعام 2063 الساعية إلى أفريقيا تُتمِّيها شعوبُها بالاعتماد على إمكانات الشعوب الأفريقية، وخاصةً النساءَ والشباب فيها، مع إيلاء رعاية الأطفال اهتمامًا خا ◆صا. وتُشدِّد الخطة على ضرورة إشراك الشباب والأطفال وتمكينهم. وفي عام 2023، وفي أعقاب الاجتماع الجانبي الرفيع المستوى بشأن التمويل الصحي، أصدر المؤتمر مقررًا إجرائيًا (هو المقرر الإجرائي (Assembly/AU/Dec.852(XXXVI) أعاد فيه تأكيد التزامه بالهدفِ الوارد في إعلان أبوجا المتمثل في تخصيص 15% من الميزانيات الوطنية للتمويل الصحي، بهدف التحول عن الاعتماد على التمويل الخارجي.

بعد ذلك كلَّف المؤتمرُ مفوضيةَ الاتحاد الأفريقي ووكالة الاتحاد الأفريقي للتنمية التابعة للشراكة الجديدة من أجل تنمية أفريقيا والمراكز الأفريقية لمكافحة الأمراض والوقاية منها بوضع خريطة طريق شاملة للاتحاد الأفريقي حتى عام 2030 وما بعده، لتكون خريطة الطريق هذه إطار عمل توجيه ◆يا يهدف إلى تعزيز النظم الصحية، وتحسين فرص الحصول على الرعاية الصحية، والحد من وفيات الأمهات، والتغلب على الأمراض المتوطنة. وتتبع خريطةُ الطريق سلسلة من القرارات والالتزامات الرئيسية التي اتخذها الاتحاد الأفريقي (انظر الشكل 1) وتعكس تصميم الاتحاد الأفريقي على النهوضِ بالأمن الصِّحيّ وتعزيز التنمية في أفريقيا، وبناء أفريقيا أوفر صحةً وأكثر قدرةً على الصمودِ يتمتع فيها كل مواطن بالصحة والتغذية الجيدة.

تطور خريطة طريق الاتحاد الأفريقي والخلفية التاريخية لها

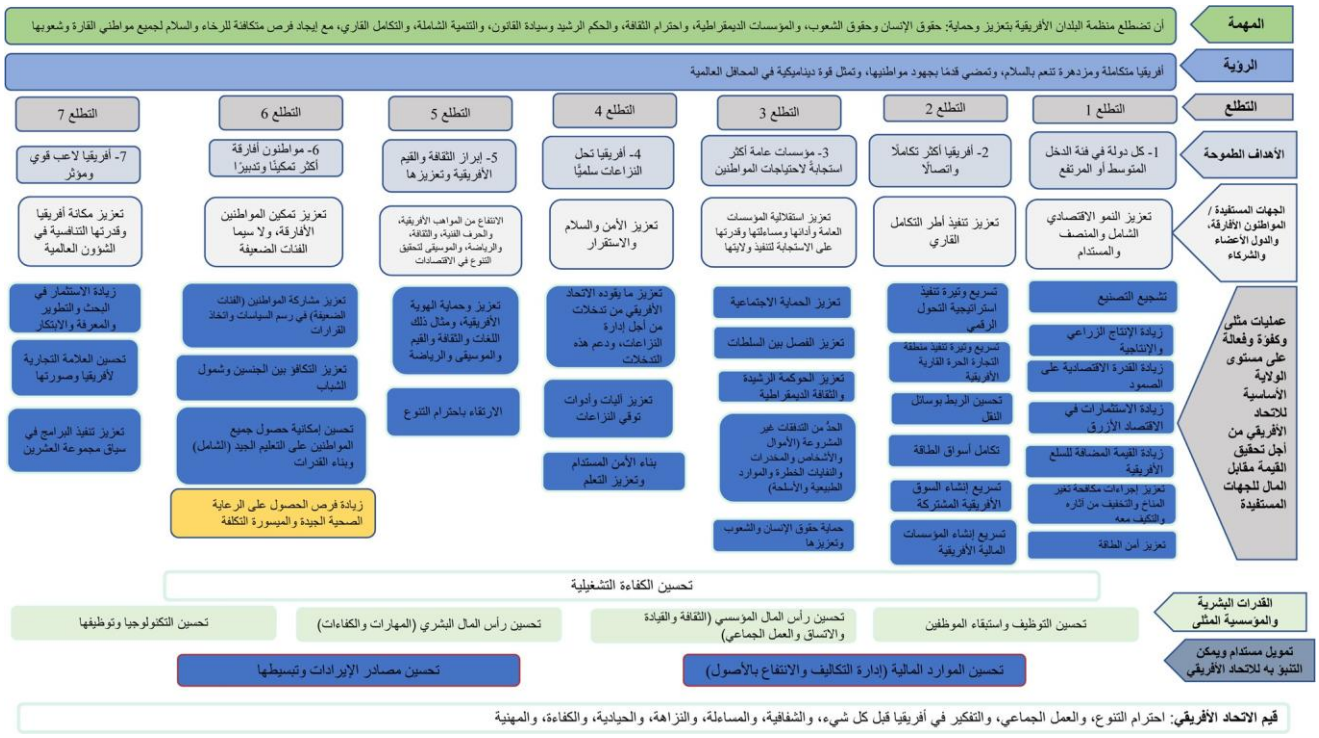
يلخصُ المخططُ المعلوماتي أدناه تطور خريطة طريق الاتحاد الأفريقي حتى عام 2030 وما بعده وخلفيتها التاريخية.



الشكل 1: الإطار الزمني لخريطة الطريق

1.2 توجُّه السياسات وسياقها

تسترشد خريطةُ طريق الاتحاد الأفريقي حتى عام 2030 وما بعده بالتزامات وصكوك سياساتية صحية قارية، ومنها مثلًا خطة الاتحاد الأفريقي لعام 2063 على مستوى خطة التنفيذ العشرية الثانية، والخطة الاستراتيجية للاتحاد الأفريقي، واستراتيجية الصحة في أفريقيا 2016-2030، وخطة عمل مابوتو 2016-2030، وإعلان أبوجا، والإطار التحفيزي للقضاء على الإيدز والسل والتخلص من الملاريا في أفريقيا بحلول عام 2030، والإطار القاري للقضاء على أمراض المناطق المدارية المهملة ومكافحتها بحلول عام 2030، والاستراتيجية الإقليمية للتغذية في أفريقيا بحلول عام 2025، بالإضافة إلى عناصر أخرى. في سياق الخطة الاستراتيجية للاتحاد الأفريقي (2024-2028)، تتماشى خريطةُ الطريق حتى عام 2030 وما بعده مع الهدف الاستراتيجي من أجل زيادة فرص الحصول على الرعاية الصحية الجيدة والميسورة التكلفة في إطار الهدف الطموح 6؛ ألا وهو تعزيز تمكين المواطنين الأفارقة وزيادة مواردهم.



الشكل 2: خريطة استراتيجية الاتحاد الأفريقي

وعلاوةً على ذلك، أسهمت أطر عالمية في تحديد ملامح خريطة الطريق هذه، ومنها مثلًا أهداف التنمية المستدامة والاستراتيجية العالمية لمكافحة الإيدز الصادرة عن برنامج الأمم المتحدة المشتَرَك المعني بفيروس العوز المناعي البشري/الإيدز واستراتيجيات قطاع الصحة العالمي الصادرة عن منظمة الصحة العالمية واستراتيجية الصندوق العالمي. وتركز خريطة الطريق على الاستجابات المستدامة للأوبئة وغيرها من التهديدات الصحية، وتعزيز الـُّنظُم الصحية، والأمن الصحي. وسيتطلب تنفيذها المواءمة مع الالتزامات والأطر ذات الصلة بقطاع الصحة، ولا سيما تلك المتصلة بالأمراض غير السارية، والصحة النفسية، وأمراض المناطق المدارية المهملة، وصحة الأمهات والأطفال، إضافةً إلى المحددات الاجتماعية للصحة والإنصاف في مجال الصحة. وتسلط خريطةُ الطريق الضوءَ على الترابط الوثيق بين الأهداف الصحية والحاجة إلى استجابات متكاملة متعددة القطاعات لتحقيق الأمن الصّحيّ والتغطية الصحية الشاملة وأهداف التنمية في أفريقيا. وبهذا، فإن خريطة الطريق حتى عام 2030 التي تجمع بين تطلعات الأطر الرئيسية تهدف إلى صياغة السياسات الصحية على مستوى القارة، وستكون عنصرًا مه ◆ما في تحقيق الأهداف الصحية، ولا سيما في مرحلة التعافي بعد كوفيد-19. وتتناول خريطة الطريق حتى عام 2030 التحديات الملحة المتمثلة في تغير المناخ، والأمراض المستجدَّة والتي تعاود الظهور من خلال الدعوة إلى اتباع نهج شامل للصحة وتعزيزه.

3 تحليل الوضع

1.3 فيروس العَوَز المناعي البشري/ الإيدز

الوضع الوبائي: في عام 2023، أبلغت أفريقيا عن إصابة ما يقرب من 26.1 مليون شخص بفيروس العوز المناعي البشري، منهم 1.2 مليون طفل (تتراوح أعمارهم بين 0 و14 سنة) و24.9 مليون بالغ (15 سنة فأكثر)، ويُشار إلى أن عدد النساء المصابات قد بلغ 16.1 مليون من المصابين البالغين. وعلى امتداد العقد الماضي، ارتفع العددُ الإجمالي للمصابين المتعايشين مع فيروس العوز المناعي البشري بنسبة 25%، إذ بلغت نسبة الزيادة بين الأطفال 20%، ونسبة الزيادة بين البالغين 14%، ونسبة الزيادة بين النساء 22%. ويتفاوت مستوى انتشار الوباء وشدته من منطقة لأخرى في القارة؛ ففي حين تشير التقديرات إلى وجود 20.8 مليون مصاب متعايش مع فيروس العوز المناعي البشري في شرق أفريقيا وجنوبها في عام 2023، فإنه يوجد 5.1 ملايين مصاب متعايش مع الفيروس في غرب أفريقيا ووسطها، وحوالي 160000 مصاب متعايش مع الفيروس في شمال أفريقيا.[2]

ومن ناحية أخرى، انخفض معدل الإصابة بالفيروس بنسبة 36% منذ عام 2013، مع حدوث انخفاض في معدل الإصابة بين الأطفال بنسبة 53%، وتراجع العدوى بين البالغين والنساء من سن 15 عامًا فما فوق بنسبة 46% و50% على التوالي. وتمكن حوالي 24 بلدًا من خفض حالات الإصابة السنوية الجديدة بفيروس العوز المناعي البشري بأكثر من 50%. ومع ذلك، ثمة اتجاهات معاكسة في شمال أفريقيا؛ فلقد تضاعف العدد السنوي للأشخاص الذين يُصابون بفيروس العوز المناعي البشري منذ عام 2010، في حين أن عدة بلدان تحرز تقدمًا متواضعًا في الحد من الإصابات الجديدة بفيروس العوز المناعي البشري. هذا، وتشير التقديرات إلى إصابة 660000 شخص بفيروس العوز المناعي البشري في جميع أنحاء القارة في عام 2023 - الرقم الذي يعادل تقريبًا عدد المصابين الجُدد بالفيروس هذا العام في جميع أنحاء العالم.

أما بالنسبة إلى الوفيات، فلقد كان مجموع الوفيات المرتبطة بالإيدز 396000 وفاة في عام 2023، منها 66000 طفل، و330000 بالغ منهم 170000 من النساء. ويعني ذلك انخفاض معدل الوفيات انخفاضًا كبيرًا خلال العقد الماضي بنسبة إجمالية بلغت 43%. وانخفضت معدلات الوفيات بين الأطفال بنسبة 53%، في حين انخفضت وفيات البالغين والنساء بنسبة 40% خلال المدة نفسها.

التقدُّم المُحرَز والإنجازات: في عام 2023، كان ما يقرب من 21.3 مليون شخص يتلقون العلاج بالأدوية المضادة للفيروسات القهقرية، وهذه زيادة هائلة عن 10.6 ملايين شخص كانوا يتلقون هذا العلاج في عام 2013. وبلغ إجمالي التغطية بالعلاج بالأدوية المضادة للفيروسات القهقرية في القارة 82%، بواقع 55% من الأطفال، و83% من البالغين، و86% من النساء. وعلاوةً على ذلك، فإن سبعة بلدان أفريقية (بوتسوانا، وإسواتيني، وكينيا، وملاوي، ورواندا، وزامبيا، وزمبابوي) حققت بالفعل مستوى 95-95-95[1]. وإجمالًا، شهدت سلسلة العلاج في القارة تحسنًا كبيرًا، إذ ارتفعت من 54-23-17 إلى 90-82-76. واستطاع حوالي 20 مليون شخص من المتعايشين مع الإصابة بفيروس العوز المناعي البشري كبت الحمل الفيروسي لديهم، الأمر الذي أتاح لهم فرصة عيش حياة صحية مديدة. وحدث انخفاض بنسبة 70% في الإصابات الجديدة بفيروس العوز المناعي البشري بين الأطفال (0-14 سنة) في شرق أفريقيا وجنوبها بين عامَي 2010 و2023، ولكن التقدم أبطأ بكثير في مناطق غرب أفريقيا ووسطها التي تمثل أكثر من 41% من جميع العدوى الرأسية الجديدة بفيروس العوز المناعي البشري في العالم.

ومن بين ما يُقدر بقرابة 1.1 مليون امرأة حامل مصابة بفيروس العوز المناعي البشري في أفريقيا، فإن 85% منهن تقريبًا كُنّ يتلقَّيْن نظامًا فعالًا للعلاج بالأدوية المضادة للفيروسات القهقرية لتوقي العدوى الرأسية من الأم إلى الجنين. وقد أُشهد على أن بوتسوانا ماضية على طريق القضاء على العدوى الرأسية لفيروس العوز المناعي البشري، في حين حصلت ناميبيا على الإشهاد فيما يخص فيروس العوز المناعي البشري والتهاب الكبد B على حدٍّ سواء. وعلى الرغم من ذلك، فإن التغطية بالعلاج بالأدوية المضادة للفيروسات القهقرية بين النساء الحوامل ظلت ثابتة منذ عام 2013[2].

في شمال أفريقيا، لا يحصل على العلاج بالأدوية المضادة للفيروسات القهقرية سوى نصف المصابين بفيروس العوز المناعي البشري، ولم يطرأ تغيير يُذكر على عدد الوفيات المرتبطة بالإيدز على مدى العقد الماضي. وبالمقابل، فإن احتمال اكتشاف الرجال المصابين بفيروس العوز المناعي البشري لحالتهم وتلقي العلاج من هذا الفيروس أقل مقارنةً بالنساء.

1 95% من الأشخاص المتعايشين مع فيروس العوز المناعي البشري يعرفون حالتهم، و95% ممن يعرفون حالتهم يتلقون العلاج، و95% ممن يتلقون العلاج كُبت الحمل الفيروسي لديهم.

2 Global AIDS Strategy 2021–2026: End inequalities. End AIDS. Geneva: UNAIDS; 2021 (https://www.unaids.org/en/Global-AIDS-Strategy-2021-2026).

الإقليم الأفريقي	جميع الفئات العمرية	الأطفال (0-14 عامًا)	البالغون 15 عامًا أو أكثر	النساء 15 عامًا أو أكثر
المتعايشون مع الإصابة بفيروس العوز المناعي البشري في 2023	26.1 مليونًا	1.2 مليون	24.9 مليونًا	16.1 مليونًا
النسبة المئوية للتغير في عدد المتعايشين مع الإصابة بفيروس العوز المناعي البشري، 2013-2023	25%+	20%+	14%+	22%+
الإصابات الجديدة بفيروس العوز المناعي البشري في عام 2023	660000	100000	560000	360000
النسبة المئوية للتغير في حالات العدوى الجديدة بفيروس العوز المناعي البشري سنويًا، 2013-2023	36%-	53%-	46%-	50%-
الوفيات الناجمة عن الإيدز في 2023	390000	66000	330000	170000
النسبة المئوية للتغير في الوفيات المرتبطة بالإيدز، 2013-2023	43%-	53%-	40%-	40%-
الأشخاص الذين يتلقون العلاج بالأدوية المضادة للفيروسات القهقرية في عام 2023	21.3 مليونًا	660000	20.7 مليونًا	13.8 مليونًا
النسبة المئوية للتغطية بالعلاج بالأدوية المضادة للفيروسات القهقرية بين المتعايشين مع الإصابة بفيروس العوز المناعي البشري في عام 2023	82%	55%	83%	86%
النسبة المئوية للتغير في عدد الأشخاص الذين يتلقون العلاج بالأدوية المضادة للفيروسات القهقرية، 2013-2023	132%+	14%+	140%	142%
النسبة المئوية لكبت الحمل الفيروسي بين المتعايشين مع الإصابة بفيروس العوز المناعي البشري في عام 2023	76%	46%	78%	81%

المصدر: تقديرات برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس العوز المناعي البشري، 2024

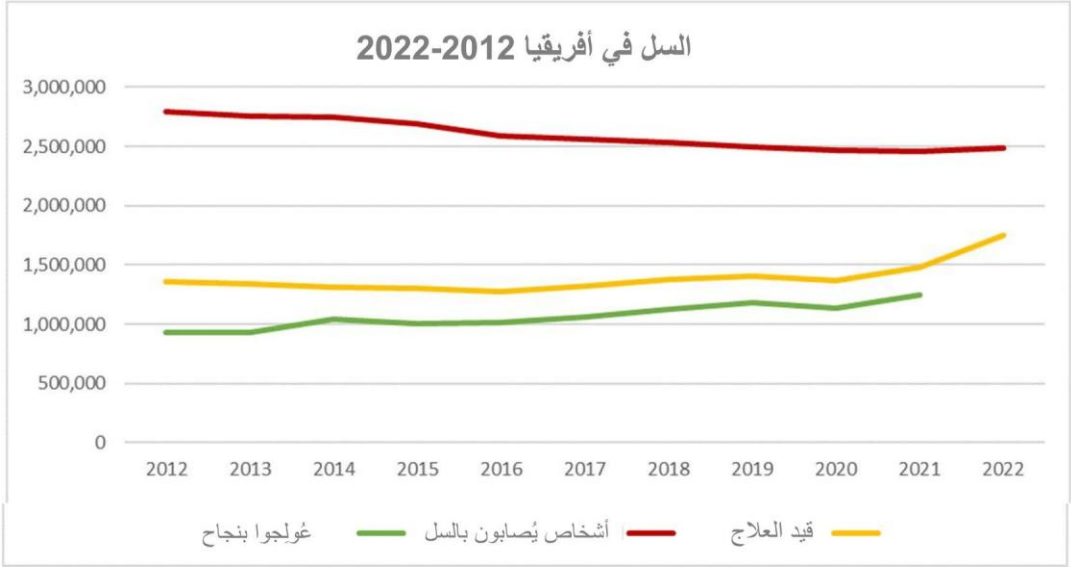
الجدول 1: الوضع الوبائي لفيروس العوز المناعي البشري في أفريقيا والتصدي له

الثغرات والتحديات الماثلة: إن ضعف النظم الصحية، والعقبات الاجتماعية والقانونية، والوصم والتمييز السلبي المرتبطين بفيروس العوز المناعي البشري، تضع الملايين في وضع شديد الخطورة [3]. ولا تزال الفتيات المراهقات والنساء، والفئات السكانية الضعيفة الأخرى في جميع أنحاء القارة، أكثر عرضةً للإصابة بفيروس العوز المناعي البشري. وتوجد فجوات بشأن الوقاية من فيروس العوز المناعي البشري تُعزى إلى انتشار الوصم والبيئات القانونية والاجتماعية العدائية. وفي حين تُبذل جهود للحد من العنف ضد المرأة ومجابهة أوجه عدم المساواة بين الجنسين ومكافحة المعايير الجنسانية الضارة، فإن تلك الجهود لا تزال محدودة، وتجدر الإشارة هنا إلى أن قصور هذه الجهود ومحدوديتها يزيدان من مخاطر الانتشار الوبائي للفيروس بين النساء والفتيات.

2.3 السُّل

الوضع الوبائي: أُصيب أكثر من 2.5 مليون شخص بالسل في أفريقيا في عام 2022، ويمثل ذلك 25% تقريبًا من العبء العالمي. وتوفي 500000 شخص بسبب هذا المرض، ما يساوي 30% من الوفيات الناجمة عن السل في العالم. وثمانية بلدان أفريقية بها ما لا يقل عن 100000 حالة إصابة بالسل[4]. وظل قرابة 800000 شخص من المصابين بالسل خارج نطاق الرعاية، مع مراعاة أن الأطفال هم الأشد تضررًا مقارنة بالفئات الأخرى. وأقل من 50% من السكان فقط هم مَن خضعوا للاختبار باستخدام وسائل التشخيص الجزيئي السريع الذي أوصت به منظمة الصحة العالمية. وإضافةً إلى ذلك، لا يزال العلاج الوقائي من السل بين المخالطين لمرضى السل في المنازل منخفضًا[5]. وأصاب السل المقاوم للريفامبيسين والسل المقاوم لعدة أدوية 530000 شخص في الإقليم الأفريقي لمنظمة الصحة العالمية، مع الإشارة إلى أن أكثر من نصف هذه الحالات تحدث في نيجيريا وجنوب أفريقيا. وفي عام 2022، لم تتمكن الدول الأعضاء الأفريقية من اكتشاف سوى 5% من إجمالي حالات السل المقاوم للأدوية المُقدَّرة. وبين عامَي 2015 و2022، حدث انخفاض بنسبة 19% في حالات السل الجديدة، وانخفاض بنسبة 18% في الوفيات المرتبطة بالسل.

تشكل أفريقيا 75% من عبء السل/ فيروس العوز المناعي البشري على مستوى العالم، ولكن ثمة تقدم يتمثل في خضوع 89% من مرضى السل لاختبار الكشف عن فيروس العوز المناعي البشري، وإدخال 93% من الحالات الإيجابية في العلاج بالأدوية المضادة للفيروسات القهقرية. وتظل الصلة بين السل وفيروس العوز المناعي البشري مسألة مُقلقة للغاية، لأن 20% من حالات السل الجديدة هم من المصابين بفيروس العوز المناعي البشري/ الإيدز؛ الأمر الذي يسبب ارتفاع معدلات الوفيات.



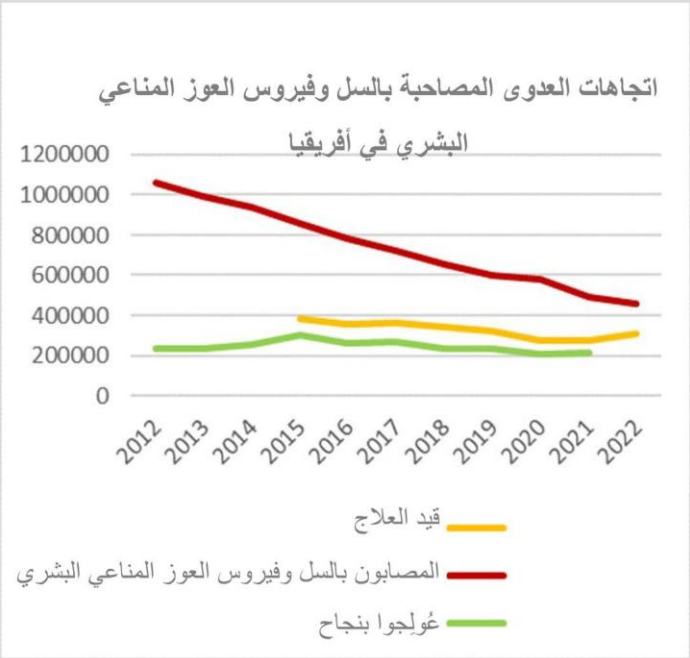
الشكل 3: وضع السل والتصدي له في أفريقيا.

التقدُّم المُحرَز والإنجازات: من أجل التصدي لهذه التحديات، اعتمد رؤساء الدول والحكومات الأفريقية في عام 2018 إطار العمل الخاص بالمساءلة في القارة الأفريقية بشأن القضاء على السل، ومبادرة سِجل قياس أداء القضاء على السل. وقاد ذلك إلى وضع سجل قياس أداء مكافحة

3 وخط الأساس هو عام 2010.

4 Global tuberculosis report 2023. Geneva: World Health Organization; 2023.

السل في قارة أفريقيا. وعلاوةً على ذلك، أبدت الدول الأعضاء التزامها بمناصرة الإعلان السياسي لاجتماع الأمم المتحدة الرفيع المستوى بشأن مكافحة السل في أيلول/ سبتمبر 2023، على نحو يتماشى واستراتيجيةَ المنظمة بشأن القضاء على السل وإطارَ الاستجابة المتكاملة المتعددة القطاعات للسل وفيروس العوز المناعي البشري والأمراض المنقولة جنس◆يا والتهاب الكبد في الإقليم الأفريقي لمنظمة الصحة العالمية. وحددت تلك الوثائق أهدافًا لعام 2030، ومنها مثلًا خفض عدد الوفيات الناجمة عن السل بنسبة 90% مقارنةً بعام 2015، وخفض معدل الإصابة بالسل بنسبة 80% مقارنةً بعام 2015، بهدف ضمان عدم تكبُّد العائلات المتضررة من السل تكاليف صحية باهظة.



الشكل 4: اتجاهات العدوى المصاحبة بالسل وفيروس العوز المناعي البشري في أفريقيا.

وقد حققت عدة بلدان أفريقية بالفعل بعض الأهداف المرحلية المُبينة في استراتيجية القضاء على السل، إضافةً إلى انخفاض مطرد في عدد المرضى المصابين بالعدوى المصاحَبة بفيروس العوز المناعي البشري والسل معًا، وزيادة عدد الأفراد المصابين بفيروس العوز المناعي البشري المسجلين في برامج العلاج الوقائي من السل.

وارتفع عدد الذين تلقوا العلاج الوقائي من السل ارتفاعًا مذهلًا حتى عام 2019، لكنه انخفض خلال جائحة كوفيد-19، قبل أن يعاود الارتفاع في عام 2022. وفي عام 2021، وعلى مستوى الإقليم الأفريقي، تلقى العلاج الوقائي من السل واحدٌ وستون في المائة من الأشخاص المصابين بفيروس العوز المناعي البشري المسجلين حديثًا في الرعاية، و40% من الأطفال (الذين تقل أعمارهم عن خمس سنوات) الذين كانوا مخالطين لحالات مرضى سل مؤكّدة بالفحص البكتريولوجي[5].

الثغرات والتحديات الماثلة: تتكبد نسبة كبيرة من أسر المصابين بالسل تكاليف باهظة في مجال الرعاية الصحية، وخصوصًا عندما تحاول معالجة السل المقاوِم للأدوية. وتوجد عوامل رئيسية مرتبطة بزيادة خطر الإصابة بالسل، وتشمل المعيشة في أماكن ضيقة ورديئة التهوية، ونقص التغذية، والإصابة بفيروس العوز المناعي البشري، واضطرابات تعاطي الكحول، وعمليات التعدين غير المأمونة، والتدخين، ومرض السكري. ومع ذلك، لا تزال ثمة تحديات قائمة. وفي ضوء أن التمويل المحلي لا يغطي سوى 46% فقط من الاستجابة القارية للسل في مقابل المتوسط العالمي البالغ 80%، فإن الفجوات التمويلية المستمرة تظل عائقًا أمام القضاء على السل بحلول عام 2030. وتبلغ الفجوة التمويلية في السبعة عشر بلدًا الأفريقية التي تتوء بالعبء الأكبر للسل قرابة 2.3 مليار دولار أمريكي.

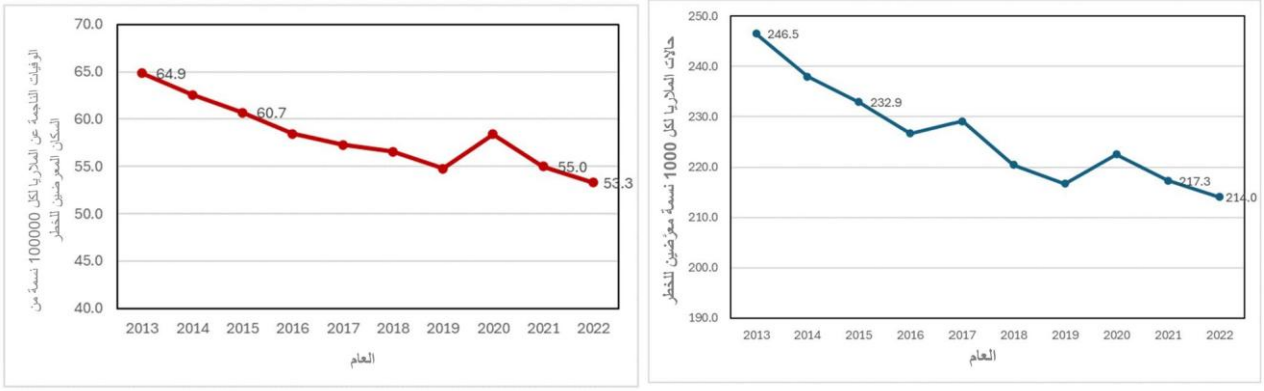
3.3 الملاريا

الوضع الوبائي: إن 1.27 مليار شخص في جميع أنحاء القارة عرضة لخطر الإصابة بالملاريا. وقُدر عدد حالات الإصابة بالملاريا في الدول الأعضاء الأفريقية في عام 2022 بقرابة 236 مليون حالة (95% من الحالات في العالم) و590935 حالة وفاة ناجمة عن الملاريا (97% من الوفيات الناجمة عن الملاريا في العالم). ومقارنةً بعام 2000، فإن ذلك يعني انخفاضًا بنسبة 38% في معدل الإصابة بالملاريا وانخفاضًا بنسبة

5Tuberculosis in the WHO African Region: 2023 progress update. Brazzaville: WHO African Region, 2023 (https://www.afro.who.int/sites/default/files/2023-09/Tuberculosis%20in%20the%20African%20Region_2023%20report.pdf)

60% في الوفيات الناجمة عنها. وأسفرت الجهود المبذولة على امتداد العقدَين الماضيَين عن الوقاية من 1.6 مليار حالة إصابة بالملاريا وتفادي 10.6 ملايين حالة وفاة كان من الممكن حدوثها بسبب الملاريا في أفريقيا.

التقدُّم المُحرَز والإنجازات: منذ عام 2015، حصلت دولتا الجزائر وكابو فيردي على شهادة منظمة الصحة العالمية بخلوّهما من الملاريا. وتمكنت القارة من الحيلولة دون عودة انتقال الملاريا في جميع الدول التي كانت خالية من المرض مقارنة بعام 2015، الأمر الذي يحقق أهداف الإطار التحفيزي للقضاء على الإيدز والسل والتخلص من الملاريا في أفريقيا بحلول عام 2030. ولكن هذا التقدم يعاني جمودًا وتعثرًا، والقارة لا تمضي قدمًا بالوتيرة اللازمة لتحقيق هدفها المتمثل في السيطرة على الملاريا والقضاء عليها بحلول عام 2030. ومنذ عام 2015، انخفض معدل الإصابة بالملاريا بنسبة 7.6% وتراجع معدل الوفيات بنسبة 11.3%، وهو ما يقل كثيرًا عن الأهداف المؤقتة للاتحاد الأفريقي المتمثلة في خفض حالات الإصابة بنسبة 40% بحلول عام 2020 و70% بحلول عام 2025. ومن بين الدول الأعضاء الست والأربعين التي أبلغت عن معدل الإصابة بالملاريا، حققت سبع دول انخفاضًا بنسبة 40%، إما في معدل الإصابة بالملاريا أو معدل الوفيات الناجمة عنها. لذا، لا بد من تحقيق إنجازات كبيرة ليتسنى إعادة القارة إلى الطريق الصحيح نحو تحقيق أهدافها.



المصدر: تقديرات منظمة الصحة العالمية

الشكل 5: الاتجاهات السائدة في معدل الإصابة بالملاريا (عدد الحالات لكل 1000 نسمة معرَّضة للخطر ومعدل الوفيات (عدد الوفيات لكل 100000 نسمة معرَّضة للخطر) في أفريقيا (2013-2022).

التحديات والفجوات: على الرغم من التقدم المحرز، فإنه ثمة حاجة إلى تناول الأسباب الجذرية لهذا الجمود، ومنها مثلًا البيئة المتغيرة وسلوك النواقل، وانخفاض فرص الحصول على الخدمات الصحية وتدني جودتها دون المستوى المطلوب، والانكماش الاقتصادي العالمي، وعدم كفاية التمويل المحلي، والأزمات الإنسانية؛ ويدخل في ذلك النزاعات والكوارث الطبيعية والهجرة، وتغير المناخ، والتهديدات البيولوجية مثل مقاومة المبيدات الحشرية والعقاقير، علاوةً على نواقل الملاريا المستجدة.

4.3 أمراض المناطق المدارية المُهمَلة

الوضع الوبائي: تعاني أفريقيا 42% من العبء العالمي للأمراض المدارية المهملة، الأمر الذي يؤثر على أكثر من 600 مليون شخص في 49 دولة من الدول الأعضاء[6]. وتعاني 37 دولةً عضوًا توطنًا متزامنًا لخمسة من أمراض المناطق المدارية المهملة على الأقل. وغالبًا ما تؤثر هذه الأمراض على المجتمعات المحلية الأكثر تهميشًا وفقرًا، الأمر الذي يسبب استدامة دورات الفقر وتكرارها ويخلِّف عواقب وخيمة تشمل مثلًا العمى والألم المزمن وضعف الإدراك والتشوهات. وفي حين أنه بالإمكان الوقاية من أمراض المناطق المدارية المهملة وعلاجها، فإنها تُسبب أكثر من 500000 حالة وفاة سنو◆يا ومعدلات عالية من المراضة. وغالبًا ما تعاني الفئات المتضررة زيادة التعرض للنواقل، وسوء الظروف المعيشية، ومحدودية الحصول على الخدمات الصحية بسبب العوامل الاجتماعية والاقتصادية، والنزاعات وغيرها من العقبات المنهجية. والترابط القوي بين أمراض المناطق المدارية المهملة والفقر يزيد من تفاقم الخسائر الاقتصادية، ما يكلف الاقتصادات الأفريقية مليارات الدولارات سنو◆يا.

التقدُّم المُحرَز والإنجازات: وصولًا حتى عام 2023، تخلصت تسع عشرة دولة عضوًا في الاتحاد الأفريقي من مرض واحد على الأقل من أمراض المناطق المدارية المهملة؛ فانخفض بذلك عدد الأشخاص الذين يحتاجون إلى تدخلات بقرابة 88 مليون شخص منذ عام 2013. وأ ّكد التحقُّقُ قضاءَ أربعة بلدان، هي ملاوي وتوغو وغانا وغامبيا، على واحد أو أكثر من أمراض المناطق المدارية المهملة، مع الإشارة إلى تمكن توغو من القضاء على أربعة من أمراض المناطق المدارية المهملة، وذلك إنجاز عالمي. وأ ّكد التحقُّقُ الرسمي قضاءَ أربعة بلدان على مرض واحد على الأقل من أمراض المناطق المدارية المهملة الخمسة ذات الأولوية المتعلقة بالمعالجة الكيميائية الوقائية، إذ تخلصت ملاوي وتوغو من داء الفيلاريات اللمفي؛

6 Neglected tropical diseases. Fact sheet. Geneva: World Health Organization; January 2024 (https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/neglected-tropical-diseases).

وقضت توغو وغامبيا وغانا وملاوي على داء التراخوما. وصار استئصال داء الدودة الغينية (داء التنينات) وشيكًا في ظل أنه جرى الإبلاغ عن 13 حالة بشرية فقط في عام 2022. وتبرز توغو على الصعيد العالمي على أنها بلد نجح في استئصال أربعة أمراض من أمراض المناطق المدارية المهملة. وقُضي على مرض النوم (داء المثقبيات الأفريقي البشري) بوصفه مشكلةً صحية عامة في سبعة بلدان، مع الإشارة إلى أن خمسة بلدان أخرى مؤهلة للتحقق من خلوها من هذا المرض. وانخفض عدد حالات الجُذام باطراد بين عامَي 2012 و2021، وأبلغت ثماني دول أعضاء عن عدم ظهور أي حالات محلية جديدة بين الأطفال لمدة خمس سنوات متتالية على الأقل. وانخفض عدد حالات قرحة بورولي المبلغ عنها بنسبة 71% بين عامَي 2010 و2021.

التحديات والفجوات: إن معدل الوفيات منخفض إلى حدٍّ ما ولكن يبقى الاعتلال والعبء الصحي العام مرتفعان للغاية. وإذا لم تُعالج هذه العدوى؛ فإنها يمكن أن تسبب العمى والتشويه والألم المزمن والخلل المعرفي، وغير ذلك من أشكال الإعاقة الطويلة الأجل والضرر غير القابل للشفاء. وتؤثر أمراض المناطق المدارية المهملة تأثيرًا سلبـ ـيًا كبيرًا على الصحة النفسية، إذ تجعل المصابين عرضةً لمخاطر شديدة للإصابة بحالات الصحة النفسية. وتشير هذه الصلة بين أمراض المناطق المدارية المهملة والأمراض غير السارية إلى أن تشخيص أمراض المناطق المدارية المهملة مبكرًا قد يحقق ميزة مزدوجة، إذ يحقق الوقاية من بعض الأمراض غير السارية أو يعالجها. وعلى الرغم من التقدم الملحوظ المحرز، فلا تزال التحديات قائمة، ومنها مثلًا محدودية الموارد، والنزاعات، والعقبات التي تحول دون الوصول إلى الخدمات الصحية.

إن الإطار القاري لمكافحة أمراض المناطق المدارية المُهمَلة والقضاء عليها بحلول 2030، والهدف 3.3 من أهداف التنمية المستدامة يهدفان إلى تقليص عدد المحتاجين للتدخلات المتعلقة بهذه الأمراض بنسبة 90% بحلول عام 2030. ويشدد الإطار على أهمية تكامل الاستراتيجيات والجهود الرامية إلى مكافحة أمراض المناطق المدارية المهملة والقضاء عليها، ولا سيما عبر تعزيز النظم الصحية، وزيادة مشاركة المجتمع المحلي، ومعالجة العوامل الاجتماعية والبيئية ذات الصلة. وبالمقابل لم يجرِ تطبيق نهج شامل لإدارة أمراض المناطق المدارية المهملة يشمل مثلًا المعالجة الكيميائية الوقائية، ومكافحة النواقل، وتحسين المياه والإصحاح والنظافة العامة، والصحة العامة البيطرية، وتر ُّصد الأمراض. وقد تسبب غياب تطبيق هذا النهج في توقُّف التقدم. ولا يكفي الاعتماد المفرط على المعالجة الكيميائية الوقائية وحدها للقضاء على هذه الأمراض على المدى الطويل، الأمر الذي يبرز الحاجة إلى استراتيجيات متكاملة تعالج المحددات البيئية والاجتماعية للصحة.

من تقرير منظمة الصحة العالمية الصادر في كانون الثاني/ يناير 2023*: عدد الأشخاص الذين هم بحاجة إلى تدخل لمكافحة أمراض المناطق المدارية المهملة (الخط الأخضر) وما يرتبط بها من انخفاض في النسبة المئوية (الخط البرتقالي)، 2010-2021

المصدر: منظمة الصحة العالمية

الشكل 6: اتجاهات تطور عدد المحتاجين إلى تدخلات لمكافحة أمراض المناطق المدارية المهملة في مقابل النسبة المئوية للانخفاض (2010-2021).

5.3 الأمراض المنقولة جنسيـ ـا والتهاب الكبد الفيروسي

الوضع الوبائي: أُبلغ في عام 2020 عن 96 مليون حالة عدوى منقولة جنسـ ـيا تقريبًا. ولا يزال مرض الزهري تحديًا في ضوء تسجيل قرابة 2.4 مليون حالة جديدة في عام 2022. ويُشار إلى أن عدد حالات الزهري الخِلقي وحده تبلغ تقريبًا 1300 حالة لكل 100000 ولادة حيَّة. وبحسب التقديرات لعام 2022، تضم القارة 64.7 مليون شخص متعايشين مع التهاب الكبد B المزمن و8 ملايين شخص متعايشين مع التهاب الكبد C. وسُجلت 2.7 مليون حالة عدوى جديدة بالتهاب الكبد B ومليون حالة إصابة جديدة بالتهاب الكبد C في عام 2022 وحده. ومما يُؤسف له أن فرص التشخيص والعلاج لا تزال منخفضة للغاية. ومن بين المصابين الجُدد بالتهاب الكبد B وC في عام 2022، لم يتلـ ّق العلاج سوى 2% و3% على

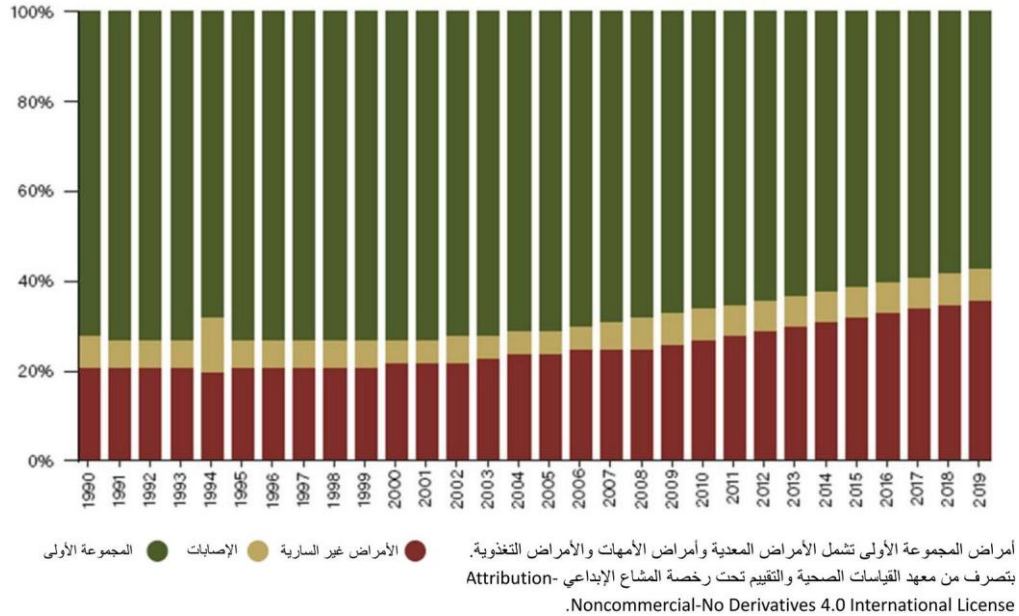
التوالي. ومن المقلق بشدة أن 64% من الأطفال دون سن الخامسة المصابين بالتهاب الكبد B المزمن يعيشون في أفريقيا، ومع ذلك فإن 18% فقط من المواليد في أفريقيا تلقوا جرعة من لقاح التهاب الكبد B بحلول 2022 في حين أن النسبة عالم ◆يا تبلغ 45%. ويصيب فيروس الورم الحليمي البشري، وهو أحد الأسباب الرئيسية للإصابة بسرطان عنق الرحم، امرأة واحدة من كل أربع نساء في الإقليم، الأمر الذي نجم عنه قرابة 111000 حالة جديدة ووفاة 73000 حالة تقريبًا في عام 2020.

التقدُّم المُحرَز والإنجازات: اعتمد رؤساء الدول في شباط/ فبراير 2022 إعلان القاهرة بشأن التهاب الكبد الفيروسي، ويدعو الإعلان إلى اتباع استراتيجيات فعالة للوقاية والتشخيص والعلاج. ويُشار إلى أنه يمكن القضاء على التهاب الكبد B بوقف انتقال العدوى من الأم إلى الطفل وتَوقِّيها. وتجدُر الإشارة إلى نسبة التغطية المقدرة بالجرعة الأولى من التطعيم ضد فيروس الورم الحليمي البشري في عام 2022 تجاوزت 51% على الصعيد القاري، وحققت بعض الدول الأعضاء في شرق أفريقيا وجنوبها معدلات تجاوزت 70%. ومع ذلك، جاءت التغطية بالبرنامج الكامل للجرعات أقل بكثير، وفي حدود 38%. وتعكف عدة دول أعضاء الآن على دمج التطعيم ضد فيروس الورم الحليمي البشري في برامجها الوطنية للتمنيع، ومنها المبادرات المدرسية.

التحديات والفجوات: إن تينوفوفير علاج فعال لالتهاب الكبد، لكن تكلفته الباهظة غالبًا ما تشكل عبئًا هائلًا يتحملها المرضى من أموالهم. ويتيح الاستخدام المتزايد لأنظمة العلاج الوقائي المحتوية على تينوفوفير قبل التعرض لفيروس العوز المناعي البشري فرصة محتملة لتحسين الرعاية للمصابين بالتهاب الكبد B، خصوصًا أن البلدان تعمل نحو تقديم خدمات متكاملة بشأن تحري وعلاج الإصابة بفيروس العوز المناعي البشري والتهاب الكبد B والزهري. وتركز «الخطة الأفريقية الجديدة للاتحاد الأفريقي للقضاء على الإصابات الجديدة بفيروس العوز المناعي البشري بين الأطفال»، المعروفة باسم خطة القضاء الثلاثية، على تقليل الإصابات بفيروس العوز المناعي البشري والتهاب الكبد والزهري بين الأطفال، مع إمكانية تطبيق الاستراتيجيات على الشباب.

6.3 الأمراض غير السارية

الوضع الوبائي: في عام 2019، شكلت الأمراض غير السارية وحالات الصحة النفسية عبئًا صح◆يا واجتماع◆يا اقتصاد◆يا كبيرًا في أفريقيا، وكانت عاملًا في أكثر من 2.1 مليون وفاة مبكرة وخسائر زادت على 204 مليون سنة من سنوات العمر المُصحَّحة باحتساب مدَد الإعاقة. ويُعزى إلى الأمراض غير السارية 55% من عبء المرض و68% من الوفيات المبكرة (أقل من 70 عامًا)، وتصدرتها أمراض القلب والأوعية الدموية، والسرطان، وحالات الجهاز التنفسي المزمنة، والسكري، والاضطرابات النفسية والعصبية. وتسببت الأمراض القلبية الوعائية في 21% من الخسائر المرتبطة بسنوات العمر المُصحَّحة باحتساب مدَد الإعاقة الناجمة عن الأمراض غير السارية و35% من الوفيات المبكرة، وتليها أمراض السرطانات بنسبة 20%. وأثَّرت الاضطرابات النفسية، والعصبية، والإدمانيَّة على قرابة 9% من السكان، مع ازدياد معدَّلات الإصابة بين أولئك الذين يعانون وضعًا اجتماع◆يا واقتصاد◆يا منخفضًا، والإصابة بالسل/ فيروس العَوَز المناعي البشري. وتشير التقديرات إلى أن الأمراض غير السارية ستسبب قرابة 3.8 ملايين وفاة مبكرة سنو◆يا بحلول عام 2030.



أمراض المجموعة الأولى تشمل الأمراض المعدية وأمراض الأمهات والأمراض التغذوية.
بتصرف من معهد القياسات الصحية والتقييم تحت رخصة المشاع الإبداعي Attribution-Noncommercial-No Derivatives 4.0 International License.

المصدر: مراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها في أفريقيا

الشكل 7: توزيع عبء الأمراض في أفريقيا حسب المجموعة المرضية 1990-2019.

التقدُّم المُحرَز والإنجازات: وضعت المراكز الأفريقية لمكافحة الأمراض والوقاية منها استراتيجية بشأن الأمراض غير السارية والإصابات واعتلال الصحة النفسية (2022-2026) لدعم أنشطة الوقاية والمكافحة التي تضطلع بها الدول الأعضاء. وتذكر الاستراتيجية أن الدول الأعضاء ومفوضية الاتحاد الأفريقي، بل المؤسسات العالمية، سبق أن وضعت أهدافًا صحية لخفض عبء الأمراض غير السارية والإصابات والصحة النفسية في القارة. وهي تنطلق من الاستفادة من الفرص المتاحة وتعتمد نهجًا متعدد القطاعات يحظى بالموارد الكافية ويخضع للمساءلة من خلال الرصد والتقييم.

التحديات والفجوات: أدت جائحة كوفيد-19 إلى تفاقم انتشار الأمراض غير السارية، واستلزم ذلك تنسيق الجهود فيما يخص هذه الأمراض ومشكلات الصحة النفسية. ولا يزال دمج خدمات الأمراض غير السارية في الرعاية الصحية الأولية وخدمات السل/ فيروس العوز المناعي البشري دون المستوى المطلوب، ولذا ينبغي بذل الجهود للوصول للدمج الشامل. والأمراض غير السارية، مثل سرطان عنق الرحم وسرطان البروستاتا، قد تحمل معها مخاطر كبيرة تتهدد المتعايشين مع فيروس العوز المناعي البشري. ومن ثَمَّ، يزيد ذلك من احتمالية الإصابة بالمرض بسبب كبت المناعة. ولذا ثمة حاجة إلى تكثيف التحرّي الشامل للإصابة بالأمراض غير السارية واضطرابات الصحة النفسية وتشخيصها وعلاجها.

7.3 الصحة الإنجابية وصحة الأمهات وحديثي الولادة والأطفال والمراهقين

التقدُّم المُحَرز والإنجازات: شهد العقد الماضي تحسنًا ملحوظًا في خفض وفيات الأطفال في أفريقيا. وجاء الانخفاض الأكبر بين الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين شهر واحد و59 شهرًا، الأمر الذي يُعزى بالأساس إلى زيادة التغطية بالتطعيم، وتحسين الحالة التغذوية، ومكافحة الأمراض المعدية مثل الإسهال والحصبة والملاريا وعدوى الجهاز التنفسي السفلي.[7]

وتشير التقديرات إلى انخفاض معدل وفيات الأمهات في أفريقيا بنسبة 33% من 728 وفاة لكل 100000 ولادة حية في عام 2000 إلى 488 وفاة عام 2020. وبالمثل، انخفض معدل وفيات الأمهات على الصعيد العالمي بنسبة 34% من 339 وفاة لكل 100000 ولادة حية في عام 2000 إلى 223 وفاة في عام 2020.

وقد انخفض معدل انتشار ختان الإناث بين الفتيات اللاتي تتراوح أعمارهن بين 15 و19 عامًا في أفريقيا، ولكنه لا يزال مرتفعًا في حالة أخذ التباين الإقليمي في الاعتبار. وفيما بين عامَي 2003 و2018، انخفض ختان الإناث من 92% إلى 74% في شمال أفريقيا ومن 35% إلى 25% في شرق وغرب أفريقيا[8].

إن الاهتمام بالصحة والحقوق الجنسية والإنجابية للمراهقين مسألة بالغة الأهمية، مع الاسترشاد بخطة عمل مابوتو 2016-2030 لتفعيل إطار السياسات القاري للصحة والحقوق الجنسية والإنجابية. وتدعو خريطة طريق الحملة المعززة لتسريع وتيرة خفض وفيات الأمهات في أفريقيا (2021-2030) إلى تعزيز القيادة والحوكمة من أجل تحسين صحة النساء والأطفال والمراهقين. ويُشار هنا إلى الاستراتيجية العالمية بشأن صحة المرأة والطفل والمراهق (2016-2030)، وأهدافها الثلاثة - البقاء على قيد الحياة، والنماء، والتحول -، ذلك أنها المخطط الأولي الذي تقوم عليه الخطط الاستراتيجية الوطنية للصحة الجنسية والإنجابية وصحة الأمهات والمواليد والأطفال المراهقين، ولأن هذه الاستراتيجية توجّه وضع البرامج الرامية إلى تعزيز صحة وعافية كل امرأة وطفل ومراهق طوال العمر. وتؤكد استراتيجية منظمة الصحة العالمية للصحة الإنجابية على أهمية تحسين الرعاية السابقة للولادة وفي الفترة المحيطة بالولادة ورعاية المواليد، وتنظيم الأسرة، والإجهاض المأمون، والوقاية من الأمراض المنقولة جنس ◌ًيا/ فيروس العوز المناعي البشري، والصحة الجنسية.

التحديات والفجوات: لم يطرأ تغيير يُذكر على معدل وفيات الأطفال الحديثي الولادة، بل إن وتيرة التقدم تباطأت على مدى العقد الماضي، ولا تزال الأمراض التي يمكن الوقاية منها أحد العوامل الرئيسية المُسببة لوفيات الأطفال دون سن الخامسة. ورغم التقدم المتواضع المُحرز في أفريقيا في تقليل انخفاض الوزن عند الولادة، فإن معدل الانتشار لا يزال مرتفعًا مقارنة بالتقديرات العالمية. وبلغت نسبة التقزم بين الأطفال دون سن الخامسة 30 في المائة في عام 2022 بسبب الفقر الشديد، مع إصابة ما يصل إلى 50% منهم بالهزال، والهزال سوء تغذية مُهدد للحياة[9]. ويتفاوت هذا المعدل من منطقة لأخرى، فهو يبلغ 33% في غرب أفريقيا ويصل إلى 20% في وسط أفريقيا.

وعلى الصعيد العالمي، تزيد وفيات الأمهات سنو ◌ًيا على 358000 حالة، وتعاني أفريقيا وحدها أكثر من نصفها (53%). وثمة عوامل تسبب ارتفاع معدلات وفيات الأمهات في أفريقيا، ومنها مثلًا الفقر، وسوء التغذية، ومحدودية فرص الحصول على المياه النظيفة، وتدني جودة الرعاية الصحية، والمعايير الجنسانية الضارة، بالإضافة إلى قصور مرافق الرعاية بعد الإجهاض. وعلاوةً على ذلك، لا يزال معدل انتشار فقر الدم بين النساء البالغات أعلى من المتوسط العالمي.

على صعيد آخر، تسجل أفريقيا أعلى معدلات لولادة المراهقات على مستوى العالم، الأمر الذي يؤثر سلبًا على صحة الأمهات والأطفال والرفاه الاجتماعي الاقتصادي. وما يقارب 17% من جميع النساء في أفريقيا يعانين عدم تلبية احتياجاتهن لتنظيم الأسرة، ما يزيد من خطر الحمل غير

7 FAO, AUC, ECA and WFP. 2023. Africa - Regional Overview of Food Security and Nutrition 2023:Statistics and trends. Accra.https://doi.org/10.4060/cc8743en
8 HRP annual report 2023 https://www.who.int/publications/i/item/9789240091177
9 United Nations Children's Fund (UNICEF). Child Food Poverty: Nutrition Deprivation in Early Childhood. Child Nutrition Report, 2024. Report Brief. 2024. UNICEF, New York, June 2024

المخطط له. وبهذا يتبين أن التغلب على عوائق تنظيم الأسرة أمر بالغ الأهمية لتمكين النساء والمراهقات من ناحية، ومنع الحمل غير المرغوب فيه من ناحية أخرى. وجديرٌ بالذكر أن 32% من الشباب والشابات، ممن تتراوح أعمارهم بين 10 و24 عامًا، يفتقرون إلى الحصول على خدمات وحقوق الصحة الجنسية والإنجابية.

8.3 تعزيز الأمن الصِّحيّ والنُّظُم الصحية في أفريقيا

1.8.3 الأمن الصِّحّ ُي والتنمية

تواجه أفريقيا أكثر من 100 حالة طوارئ صحية سنو ًيا، ومثال ذلك فاشيات أمراض مثل الكوليرا والحمى الصفراء والتهاب السحايا والحصبة والإيبولا والإمبوكس، ومن ثَمّ، فإنها بحاجة إلى نظام قوي للأمن الصحي قادر على تحقيق الوقاية من الأمراض المعدية والكشف عنها والاستجابة لها.

وأكدت جائحة كوفيد-19 الحاجة الملحة إلى تعزيز القدرة على التأ ُّهب لحالات الطوارئ والاستجابة لها. وقد دفع ذلك الفريق المستقل المعني بالتأهب والاستجابة للجائحة ولجنة مراجعة اللوائح الصحية الدولية إلى إصدار توصيات بتعزيز القارة للأمن الصحي. ويسعى النظامُ الجديد للصحة العامة الذي وضعته المراكز الأفريقية لمكافحة الأمراض والوقاية منها إلى تعزيز اكتفاء نظم الصحة العامة الأفريقية ذات ًيا، ودعم صوت القارة الجماعي فيما يخص المسائل الصحية من أجل التأهب لتهديدات الأمراض والاستجابة لها.

وفي عام 2021، ركزت الجهود التعاونية في أفريقيا على تعزيز قدرات الاستجابة للتصدي للجوائح المستجدة، وتعزيز القدرة على الصمود في وجه الأزمات الصحية المستقبلية، في وقت تعاني فيه المنطقة بسبب النظم الصحية الهشة وأوجه التفاوت في التطعيم على الصعيد العالمي. وتهدف الخطة الاستراتيجية للتأهب والاستجابة للجائحة (2022) إلى تيسير تنفيذ التدخلات في الوقت المناسب، والاستفادة بالدروس المستخلصة من السنوات الأولى لجائحة كوفيد-19. وتسهم التقدمات المُحرزة في نُظُم إتاحة الأكسجين الطبي والفحوصات المختبرية والتر ُّصد ونُظُم المشتريات في بناء نُظُم صحية أقوى قادرة على إدارة الجوائح المستجَدة. وعلى الرغم من أن أفريقيا تشكل أقل من 15% من سكان العالم، فإن معدلات وفيات الأمهات وحديثي الولادة والأطفال في أفريقيا هي الأعلى.

2.8.3 نُظُم صحية مستدامة قادرة على الصمود

إن خطة الاتحاد الأفريقي لعام 2063 (خطة التنفيذ العشرية الثانية)، واستراتيجية الصحة في أفريقيا، والنظام الجديد للصحة العامة في أفريقيا تؤكد جميعها أهمية تحسين نظم الرعاية الصحية بتعزيز البنية التحتية، والتأهب للجوائح، والدعوة إلى نظم مستدامة وقادرة على الصمود تعطي الأولوية للتغطية الصحية الشاملة والإدارة المتكاملة للرعاية الصحية وتقديم الخدمات. إن الـ ُّنهُج التالية للنظم الصحية المستدامة القادرة على الصمود ذات أهمية بالغة:

1) **تخطيط قطاع الصحة وقيادته وحوكمته**: إن ضعف هياكل الحوكمة ومحدودية آليات المساءلة يعوق تنفيذ السياسات والخطط الصحية المسندة بالبيّنات، الأمر الذي يقوض كفاءة النظم الصحية ونزاهتها. ويظل ترجمة السياسات إلى خطط قابلة للتنفيذ وضمان تنفيذها على المستوى الشعبي عقبةً في سبيل تقديم الخدمات الصحية.

2) **التمويل الصحي ونظم الإدارة المالية، وخصوصًا الإنفاق على الرعاية الصحية:** قُدر نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة في أفريقيا بمبلغ 132 دولارًا حتى عام 2021، وبلغ متوسط نصيب الفرد من الإنفاق المحلي الحكومي 65 دولارًا أمريك ًيا، ويشير ذلك إلى أن الدول الأعضاء لا تزال تعتمد على المعونة الخارجية لقرابة 50% من ميزانية الصحة. وتوجد سبع دول أعضاء تغطي أكثر من 50% من الإنفاق على الصحة من الموارد المحلية. وانخفض الإنفاق المباشر من الأموال الخاصة من 47% في عام 2000 إلى 33% في عام 2021، في حين ارتفع الإنفاق الصحي الباهظ (عدد الأشخاص الذين ينفقون أكثر من 10% من دخلهم على الصحة) من 7.7% في عام 2000 إلى 8.5% في عام 2019.

3) **نظم إدارة المنتجات الصحية:** توجد مبادرات عديدة في هذا المجال، ومنها مثلًا خطة تصنيع المستحضرات الصيدلانية لأفريقيا والشراكة الأفريقية لتصنيع اللقاحات، غير أن التحديات والعقبات لا تزال قائمة، وتكفي الإشارة إلى أن 50% من الدول الأعضاء تقريبًا تفتقر إلى إمكانية الحصول على الأدوية الأساسية، وتستورد ما بين 70 و90% من الأدوية. وثمة انخفاض ملحوظ في توافر الأدوية في القطاعين العام (35%) والخاص (63%)، الأمر الذي يسبب نقصًا مزمنًا في الأدوية وارتفاع التكاليف. وتخطط الشراكة الأفريقية لتصنيع اللقاحات

لاستثمار 3 مليارات دولار على امتداد العقد المقبل في إطار مبادرة المؤسسة الأفريقية للتكنولوجيا الصيدلانية من أجل دعم البحث والتطوير في العلاجات واللقاحات الجديدة.

4) **نظم المعلومات الصحية والرصد والتقييم:** تواجه نظم المعلومات الصحية والرصد والتقييم في أفريقيا تحديات منها مثلًا الافتقار إلى التنسيق، ومحدودية توافر البيانات، وضَعف استخدام البيانات في اتخاذ القرارات، الأمر الذي يحد من فعالية تلك النظم. ولدى 16 دولة من الدول الأعضاء قدرات متطورة لإجراء استقصاءات منزلية، لكن نُظُم تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية غير مطورة بالقدر الكافي، ويُشار هنا إلى أن 4 دول أعضاء فقط تسجل جميع الوفيات باستمرار. وتعكف عدة دول أعضاء على رقمنة ما لديها من نُظم التر ُّصد وصحة المجتمع. وتتمتع 16 دولة عضوًا بنُظُم صحية رقمية ناضجة نسب◌ًيا. ومع ذلك لا تزال السياسات والقدرات والبنى التحتية الوطنية تجابه تحديات قائمة تحول دون الاستفادة الكاملة من التحول الرقمي.

5) **تعزيز نُظُم المختبرات:** يصف مرسوم الصحة العامة الجديد الصادر عن الاتحادات الأفريقية المختبر بأنه واحد من ستة أركان رئيسية للصحة العامة، وأنه من شأنه الإسهام بالقدر الأكبر في جهود تعزيز النظم الصحية، وأنه سيكون له أعظم الأثر في تحسين الصحة العامة. وقد أُحرز تقدم في تعزيز القدرات المختبرية لدعم برامج مثل كوفيد-19، والإمبوكس، والوقاية من فيروس العوز المناعي البشري/ الإيدز ومكافحته، والقضاء على الحصبة، لكن لا تزال ثمة تحديات قائمة. وهذه التحديات تشمل الافتقار إلى سياسة واستراتيجية وطنيتين لخدمات المختبرات، وعدم كفاية التمويل، وعدم تدريب الموظفين تدريبًا كافيًا، وضعف البنية التحتية، وتقادم المعدات أو عدم صيانتها كما ينبغي، وعدم توفر الكواشف والمواد الاستهلاكية الأساسية، وقصور بروتوكولات ضمان الجودة والرقابة. وغالبًا لا تنال المختبرات الاهتمام الكافي أو الأولوية في معظم النُّظُم الوطنية لتقديم الخدمات الصحية. وتوافر الخدمات المختبرية الجيدة وإتاحتها من التحديات الرئيسية التي تسهم في تأخر أو عدم ملاءمة الاستجابات للأوبئة ومكافحة الأمراض والتدبير العلاجي للمرضى. والنتيجة الإجمالية لهذه العوامل استمرار الاعتماد على الرعاية التجريبية للمرضى؛ وهي ممارسة لا تهدر الموارد فحسب، بل تؤدي إلى مقاومة الأدوية أيضًا.

6) **القوى العاملة الصحية وجودة الرعاية:** ارتفع عدد القوى العاملة الصحية من 1.6 مليون في عام 2013 إلى أكثر من 5.1 ملايين موظف في عام 2022، ومنهم 850000 موظف على مستوى المجتمع المحلي. وارتفعت نسبة المهنيين الصحيين (من أطباء وممرضين وقابلات وأطباء أسنان وصيادلة) من 11 شخصًا لكل 10000 شخص في عام 2013 إلى 27 لكل 10000 شخص بحلول عام 2022. ومع ذلك، توجد فجوات كمية ونوعية يتعين معالجتها لتعظيم إسهام القوى العاملة الصحية في تحقيق التغطية الصحية الشاملة.[10] وارتفعت نسبة المهنيين الصحيين (الأطباء والممرضين والقابلات وأطباء الأسنان والصيادلة) من 11 شخصًا لكل 10000 شخص في عام 2013 إلى 27 شخصًا لكل 10000 شخص بحلول عام 2022. ومع ذلك، توجد فجوات نوعية يجب سدها لتعظيم تقديم الخدمات المتكاملة عالية التأثير لتسريع وتيرة المضي نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة. وثمة قصور في التدريب والتعليم والجودة بسبب ضعف البنية التحتية، وقلة أعضاء هيئة التدريس والمحاضرين والمدربين، وعدم تجهيز المواقع السريرية التعليمية بشكل كافٍ، والمناهج الدراسية القديمة التي تفتقر إلى النهج القائم على الكفاءة. وعلى الرغم من وجود مبادرات مثل تدريب أخصائيي الوبائيات الميدانيين والعاملين الصحيين المجتمعيين، فإنه لا تزال توجد تحديات بسبب عدم كفاية التمويل وضعف الاستعداد للفاشيات، الأمر الذي يهدد استدامة تقديم الخدمات. ولا يزال ما يقرب من 27% من العاملين الصحيين المدربين عاطلين عن العمل، بحسب الأمم المتحدة، الأمر الذي يُبرز حالة عدم التواؤم بين مخرجات التدريب وخلق فرص العمل[11]. وفي الوقت نفسه، لا تزال هجرة العقول مشكلة مهمة، إذ إن واحدًا من كل عشرة أطباء أو ممرضين مدربين في أفريقيا يعملون خارجها[12].

7) **الإنصاف في مجال الصحة والمحددات الاجتماعية للصحة والنظم المجتمعية والاستجابات:** برزت أوجه إجحاف صارخة في الحصول على الرعاية والتدابير المضادة لكوفيد-19، بالمقارنة بين البلدان أو حتى على مستوى البلد الواحد، وأدت تلك الإجحافات إلى تنامي الوعي القاري بضرورة تناول مسألة العدالة الصحية بالنظر إلى أن هذه الإجحافات عائق أساسي أمام التغطية الصحية الشاملة. وثمة تفاوت وعدم مساواة بين السكان في إمكانية الوصول إلى خدمات صحية جيدة. وتشدد خطة الاتحاد الأفريقي لعام 2063 على الحاجة إلى التنمية الشاملة، وتدعو صراحة إلى تحسين النظم الصحية على نحو يحد من أوجه عدم المساواة في الحصول على الرعاية الصحية في جميع الديموغرافيات. وبالمثل، تؤكد استراتيجية الاتحاد الأفريقي للصحة في أفريقيا للفترة 2016-2030 على أهمية معالجة المحددات الاجتماعية للصحة التي لا تزال تزيد من التفاوتات الصحية، ولا سيما الفقر والتعليم والإسكان. وتؤدي هذه العوامل الاجتماعية والاقتصادية إلى تفاقم أوجه الإجحاف في مجال الصحة، الأمر الذي يحد من فرص حصول الفئات السكانية الضعيفة الأخرى على الخدمات الأساسية. ولا يزال تحقيق نتائج صحية مستدامة في أفريقيا يستلزم تعزيز الإنصاف في تقديم الخدمات، ولا سيما من خلال زيادة الاستثمارات في الرعاية الصحية الأولية، ومعالجة أوجه عدم المساواة بين الجنسين، وتعزيز آليات الحماية الاجتماعية.

10 World Health Organization Regional Office for Africa, *A Decade Review of the Health Workforce in the WHO African Region, 2013-2022: Implications for Aligning Investments to Accelerate Progress towards Universal Health Coverage* (World Health Organization. Regional Office for Africa, 2024) <https://iris.who.int/handle/10665/376643> [accessed 3 May 2024].

11 World Health Organization Regional Office for Africa, *A Decade Review of the Health Workforce in the WHO African Region, 2013-2022.*

12 World Health Organization Regional Office for Africa, *A Decade Review of the Health Workforce in the WHO African Region, 2013-2022.*

ولقد أدرك رؤساء الدول والحكومات التحديات التي تواجه القوى العاملة الصحية في القارة، وحثوا مفوضية الاتحاد الأفريقي، ومعها مختلف الشركاء، على الإسراع بتوظيف وتدريب ونشر مليوني عامل من العاملين الصحيين المجتمعيين في جميع أنحاء القارة متى وحيث اقتضت الحاجة. وبلغ عدد العاملين في مجال صحة المجتمع مليون شخص تقريبًا في عام 2023. وإضافة إلى ذلك، ظل الرصد الذي تقوده المجتمعات المحلية قائمًا بأشكال مختلفة على مدى عقود. وتسبب الدعمُ المستمر من جانب المجتمع المدني في زيادة دعم أنشطة الرصد التي يقودها المجتمع المحلي بوصفها أحد المفاهيم التي يتعين على الدول الأعضاء إضفاء الطابع المؤسسي عليها من أجل الإسهام في تحسين صحة الناس. وثمة تنوع كبير في نُظم المساءلة الاجتماعية بين الدول الأعضاء في الاتحاد الأفريقي، وتنطوي تلك النظم بدورها على عناصر أساسية معينة. وهذه العناصر تشمل جمع المعلومات وتقييمها وتبادلها؛ وحشد الدعم العام؛ والدعوة إلى التغيير والتفاوض بشأنه. وقد حرصت الدول الأعضاء التي حققت نجاحًا في هذا الشأن على إتاحة المعلومات واستخدامها بفعالية، وحرصت أيضًا على تضافر قدرات الدولة والمجتمع المدني معًا.

4 المبادئ التوجيهية

المبادئ التوجيهية لخريطة طريق الاتحاد الأفريقي حتى عام 2030 وما بعده[13]:

- الصحة حق أساسي من حقوق الإنسان يجب أن يكون متاحًا بمستوى مقبول ويمكن للجميع الحصول عليه.
- تعزيز تحمل القارة والدول الأعضاء المسؤولية والقيادة، بالتشجيع على تقديم التزام مالي وسياسي قوّيْن، وضمان انخراط جميع الأطراف المعنية بنشاط في مستويات عديدة.
- الصحة جزء لا يتجزأ من التنمية، ويتطلب ذلك بذل جهود منسقة على نطاق قطاعات الصحة والتعليم والعدل والمجتمعات المحلية والأوساط الأكاديمية والقطاع الخاص.
- الدعوة إلى إنشاء نُظُم صحية شاملة، مُصمَّمة خصيصًا وفقًا للسياقات المحلية، وتلبي النطاق الكامل للخدمات، بدءًا من مرحلة ما قبل الولادة حتى نهاية الحياة، مرورًا بقطاع عريض من أمراض عديدة.
- الاستثمارات الصحية التي تحقق عوائد اقتصادية إيجابية تشكل قطاعًا مربحًا يستحق الاستثمار.
- تعزيز الإنصاف في الحصول على الخدمات والتكنولوجيات والابتكارات الصحية الجيدة، ولا سيما للفئات السكانية الضعيفة الأخرى، مع معالجة محددات الصحة.
- إيلاء الأولوية للفعالية والكفاءة والقيمة مقابل المال لتعظيم الفوائد من الموارد الحالية والجديدة، وضمان الاستخدام الأمثل لها.
- الدعوة إلى وضع سياسات وبرامج وممارسات مُسندة بالبيّنات، ومبنية على معلومات استراتيجية عالية الجودة للاسترشاد بها في اتخاذ قرارات سليمة بشأن سياسات الصحة العامة.
- تعزيز الـنُظُم الصحية التي يملكها المجتمع، وتركز على الناس، وتتصل اتصالًا شديدًا بالسياق المحلي، وتقدم خدمات جيدة لجميع الفئات السكانية طوال مراحل الحياة، وتضمن المساءلة أمام جميع الأطراف المعنية، وتعود بالنفع على الفئات الأكثر عرضةً للمخاطر.
- دعم التنوع الثقافي الأفريقي والمساواة بين الجنسين من أجل تذليل العقبات التي تحول دون الوصول إلى الخدمات وضمان تحقيق نتائج صحية منصفة للجميع.
- إعطاء الأولوية للوقاية بوصفها الاستراتيجية الأكثر فعالية من حيث التكلفة لخفض عبء الأمراض، وخاصة فيروس العوز المناعي البشري والسل والملاريا والأمراض المدارية المهملة والأمراض غير السارية والجوائح.
- تعزيز التعاون عبر الحدود في إدارة الكوارث، ومكافحة الأمراض، والاستفادة من الابتكارات والبحوث الرقمية.

13 مُقتبَس بتصرف من استراتيجية الصحة في أفريقيا 2016-2030

5 الرؤية والمهمة والهدف ونظرية التغيير

1.5 الرؤية والمهمة

الرؤية: أفريقيا تتمتع بنظم صحية قادرة على الصمود تضمن الأمن الصحي وتحمي مواطنيها من الأمراض المعدية وغير المعدية بحلول عام 2030.

المهمة: بناء قارة يتمتع فيها كل فرد بإمكانية الوصول المنصف إلى الرعاية الصحية، وخالية من أعباء الأمراض، ومدعومة بنظمٍ صحية قوية تضمن الأمن وتعزز التنمية المستدامة والتغطية الصحية الشاملة للجميع.

2.5 الهدف العام لخريطة طريق الاتحاد الأفريقي حتى عام 2030 وما بعده:

تحقيق التغطية الصحية الشاملة سعيًا إلى أفريقيا أوفر صحة وأكثر قدرة على الصمود بحلول عام 2030، مع التركيز على نهج يركز على الناس ويستفيد من إمكانات المجتمعات الأفريقية، لا سيما النساء والشباب والأطفال. وستهدف خريطةُ الطريقِ إلى تحقيق الأهداف الاستراتيجية التالية على وجه التحديد:

- الهدف الاستراتيجي الأول: تعزيز البنية التحتية للرعاية الصحية والارتقاء بقدرات القوى العاملة من أجل تقديم خدمات عالية الجودة للجميع عبر شراكات استراتيجية.
    - الركيزة 3: الحصول على الأدوية، والمواءمة التنظيمية، والتصنيع المحلي/ الإقليمي للأدوية واللقاحات ووسائل التشخيص.
    - الركيزة 4: تعزيز الأمن الصِّحيّ والنُّظُم الصحية

- الهدف الاستراتيجي الثاني: ضمان إمكانية الحصول على خدمات الوقاية والعلاج والرعاية لكل فرد، لا سيما الفئات السكانية المهمشة والضعيفة.
    - الركيزة 7: تقديم الخدمات الخاصة بفيروس العوز المناعي البشري، والسل والملاريا، وأمراض المناطق المدارية المُهمَلة، والأمراض المنقولة جنسيًا والتهاب الكبد الفيروسي، والأمراض غير السارية والصحة الإنجابية وصحة الأمهات والمواليد والأطفال المراهقين.
    - الركيزة 2: الإنصاف الصحي والفئات السكانية الضعيفة.

- الهدف الاستراتيجي الثالث: إشراك المجتمعات المحلية في المبادرات الصحية، وتعزيز الوعي، وتشجيع الشعور بالمسؤولية الوطنية إزاء الحصائل الصحية.
    - الركيزة 1: المراهقون والأطفال والرجال والنساء والشباب

- الهدف الاستراتيجي الرابع: تعزيز المسؤولية المشتركة والتضامن العالمي بتطوير آليات تمويل مبتكرة وتعبئة الموارد المحلية والدولية كلتيهما.
    - الركيزة 5: تمويل متنوع ومستدام

- الهدف الاستراتيجي الخامس: إدماج المبادرات الصحية في أهداف إنمائية أوسع لإنشاء مجتمعات قادرة على الصمود والتصدي للتحديات الصحية الحالية والمستقبلية.
    - الركيزة 6: القيادة والحوكمة والمشاركة المجتمعية والرقابة من أجل تحقيق الاستدامة.

3.5 نظرية التغيير: خريطة طريق الاتحاد الأفريقي حتى عام 2030 وما بعده

نظرية التغيير: خريطة طريق الاتحاد الأفريقي حتى عام 2030 وما بعده

إن خريطة طريق الاتحاد الأفريقي حتى عام 2030 وما بعده تحول استراتيجي في نهج أفريقيا بشأن تطوير النظم الصحية والأمن الصحي ومكافحة الأمراض. ويكمن مفتاح هذا التحول في دمج كلٍّ من التمويل الصحي، وتقديم الخدمات، والوقاية من الأمراض في **نهج جامع متكامل** يهدف إلى تحسين توظيف الموارد، وبناء الكفاءة، وضمان الإنصاف في مجال الصحة.

بيان المشكلة: لا تزال أفريقيا تواجه تحديات صحية كبيرة، ومنها مثلًا ارتفاع معدلات وفيات الأمهات والأطفال، وعبء الأمراض المعدية (فيروس العوز المناعي البشري، والسل، والملاريا)، والأمراض غير المعدية المستجدة، وأمراض المناطق المدارية المهملة، والأوبئة، وحالات الطوارئ الصحية مثل الأوبئة والجوائح. وعلى الرغم من إحراز قدر من التقدم، لا يزال التمويل الصحي يعتمد اعتمادًا كبيرًا على التمويل الخارجي، وغالبًا ما تكون النظم الصحية مُجزّأة وتعاني نقص التمويل، الأمر الذي يقوض قدرتها على الصمود واستجابتها لهذه التحديات.

التحولات الاستراتيجية:

- **التزام الدول الأعضاء في الاتحاد الأفريقي** بإعادة تخصيص التمويل الصحي المحلي وزيادته تماشيًا مع إعلان أبوجا والقرار **Assembly/AU/Dec.852(XXXVI)** الصادر في عام 2023.
- **وجود إرادة سياسية** لتعزيز النظم الصحية، مع تنسيق العمل بين قطاعات الصحة والتمويل والتنمية.
- **الدعم التقني** المقدم من مفوضية الاتحاد الأفريقي، والمراكز الأفريقية لمكافحة الأمراض والوقاية منها، ووكالة الاتحاد الأفريقي للتنمية التابعة للشراكة الجديدة من أجل تنمية أفريقيا، ومنطقة التجارة الحرة القارية الأفريقية، ووكالة الأدوية الأفريقية، وغيرها من الكيانات ذات الصلة، من أجل دعم وضع السياسات الصحية، وإصلاحات الحوكمة، ومبادرات بناء القدرات.
- **إقامة شراكات** مع وكالات التنمية الدولية والقطاع الخاص والمنظمات الخيرية لتأمين مصادر تمويل متنوعة ومستدامة.
- **آليات تمويل مبتكرة** مثل تجميع المخاطر، والتأمين الصحي الوطني، و«ضرائب الإثم» على التبغ والكحول من أجل توفير تمويل صحي مستدام.

الـنُهُج الاستراتيجية لخريطة طريق الاتحاد الأفريقي حتى عام 2030 وما بعده:

- **التكامل بين المجالات الصحية**: ستدمج خريطة الطريق حتى عام 2030 الخدمات المتعلقة بفيروس العوز المناعي البشري، والسل، والملاريا، والأمراض المدارية المهملة، والأمراض غير السارية، والصحة الإنجابية وصحة الأمهات والمواليد والأطفال المراهقين، والاستجابة للأوبئة والجوائح، في حزم صحية شاملة. وسيؤدي هذا **النهج الجامع المتكامل** إلى تحسين كفاءة الخدمات والحد من تجزؤ الرعاية. وسيتواصل تعزيز التكامل من خلال تعزيز فكرة **خطة واحدة وميزانية واحدة ونهج واحد**، لأن ذلك يضمن التوزيع العادل للموارد.
- **تعزيز حشد الموارد المحلية:** ستركز الدول الأعضاء على زيادة التمويل الصحي عبر آليات مبتكرة، مثل تخفيف عبء الديون على الاستثمارات الصحية، وفرض ضرائب الإثم، وزيادة الإنفاق الحكومي على الصحة، مع ضمان تحقيق هدف إعلان أبوجا بتخصيص نسبة 15% من الميزانيات الوطنية للتمويل المحلي للصحة.
- **تجميع المخاطر والحماية المالية**: سيجري توسيع نطاق خطط الحماية الاجتماعية، ولا سيّما خطط التأمين الصحي الوطنية، التي تغطي الفئات المعرضة للمخاطر - من خلال تدخلات مثل التأمين الصحي المجتمعي؛ والهدف من التوسيع هو الحد من إنفاق المواطنين المباشر من أموالهم الخاصة، وتحسين القدرة المالية على الاستفادة من خدمات الرعاية الصحية، ولا سيّما للفئات السكانية الأشد ضعفًا وتعرضًا للمخاطر.
- **زيادة فرص الحصول على الرعاية الصحية الجيدة والميسورة التكلفة:** ستُولي خريطة الطريق حتى عام 2030 الأولوية لتقديم الخدمات الصحية المنصفة بتعزيز الحصول على خدمات الرعاية الصحية الأولية الجيدة، ومعالجة المحددات الاجتماعية للصحة، وتوسيع نطاق التغطية الصحية الشاملة، وضمان وصول الخدمات إلى الفئات الضعيفة والمهمشة، ولا سيما النساء والأطفال والفئات التي تعيش في المناطق الريفية أو التي تعاني نقص الخدمات.
- **القيادة والسيادة على مستوى القارة:** سيتولى الاتحاد الأفريقي قيادة العمل المنسق بين الدول الأعضاء، مع التأكيد على السيادة الصحية لأفريقيا، والحد من الاعتماد على التمويل الخارجي، وتعزيز **التعاون الإقليمي** من أجل الأمن الصحي والتأهب للجوائح.

الأثر الطويل الأجل:

- **الأمن الصِحّ ُي والتنمية المستدامة:** ستصبح أفريقيا قارة تتمتع بنظم صحية قوية لا توفر التغطية الصحية الشاملة فحسب، بل تحمي من الأوبئة والجوائح أيضًا، وهذا يضمن أن يكون الأمن الصِحّ ُي حجر الزاوية في التنمية المستدامة.

- **تحسين الإنصاف في مجال الصحة**: إن ضمان الإنصاف في مجال الصحة في جميع أنحاء القارة من الركائز الرئيسية لخريطة الطريق حتى عام 2030، وسيؤدي ذلك إلى الحد من التفاوتات الصحية، لا سيما بين الفئات السكانية الأشد ضعفًا وتعرضًا للمخاطر، وخصوصًا النساء والأطفال وقاطني المناطق الريفية.
- **قدرة القارة على الصمود في مجال الصحة**: بالعمل الجماعي والاستراتيجيات المتكاملة والتمويل المستدام، ستستطيع أفريقيا تطوير نظم صحية قادرة على الصمود وقادرة على التكيف مع التحديات الصحية في المستقبل ودعم الأهداف الإنمائية الطويلة الأجل.
- وسيتمتع المواطنون الأفارقة بصحة جيدة وتغذية سليمة فيكونون جاهزين للقرن الحادي والعشرين وللإسهام في تنمية القارة.

6 ركائز خريطة طريق الاتحاد الأفريقي حتى عام 2030، والنُّهُج الاستراتيجية والإجراءات ذات الأولوية

وقد كلف القرار الصادر عن مؤتمر الاتحاد الأفريقي مفوضيةَ الاتحاد الأفريقي، ووكالة الاتحاد الأفريقي للتنمية التابعة للشراكة الجديدة من أجل تنمية أفريقيا، والمراكز الأفريقية لمكافحة الأمراض والوقاية منها، بوضع خريطة طريق شاملة محددة الميزانية حتى عام 2030 بعنوان «استدامة التصدي للإيدز وضمان تعزيز النظم الصحية والأمن الصِّحيّ من أجل تنمية القارة الأفريقية». وعلاوةً على ذلك، وافق المؤتمر والقمة على مسودة مخطط خريطة طريق الاتحاد الأفريقي حتى عام 2030 وما بعده، ويشمل سبع ركائز استراتيجية، وهذا مخطط تعاوني وضعه الاتحاد الأفريقي، ووكالة الاتحاد الأفريقي للتنمية التابعة للشراكة الجديدة من أجل تنمية أفريقيا، والمراكز الأفريقية لمكافحة الأمراض والوقاية منها، وبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس العوز المناعي البشري/ الإيدز، وخطة رئيس الولايات المتحدة الطارئة للإغاثة من الإيدز. ويهدف هذا الجهد التعاوني إلى تقديم التوجيه والإرشاد لعملية وضع خريطة طريق للاتحاد الأفريقي محددة التكاليف بالكامل حتى عام 2030 وما بعده، مع التركيز على إنشاء نظم صحية مستدامة وأوسع نطاقًا وأكثر قدرةً على الصمود في أفريقيا. وينصب التركيز على التصدي لنطاق واسع من التحديات الصحية وتعزيز تكامل سبل التصدي للأمراض، مع التركيز على فيروس العوز المناعي البشري، والسل، والملاريا، والأمراض المنقولة جنس ◆يا، والتهاب الكبد الفيروسي، والأمراض غير السارية، والأمراض المدارية المهملة، والصحة الإنجابية وصحة الأمهات والمواليد والأطفال المراهقين، والجوائح الفيروسية المستجدة، المحددة في سبع ركائز استراتيجية مفصلة في الأقسام التالية.

وتعرض خريطة طريق الاتحاد الأفريقي حتى عام 2030 وما بعده نُهُجًا استراتيجية وإجراءات ذات أولوية مقسمة حسب الركيزة الاستراتيجية. والهدف من هذه الركائز هو تحقيق تحول نوعي في تركيز البرنامج بالابتعاد عن النماذج التقليدية المستخدمة عادةً والتحول إلى تكامل الخدمات الصحية على مستوى تقديم الخدمات وتمويلها، بالإضافة إلى عناصر التمكين الاجتماعي.

1.6 الركيزة 1: المراهقون والأطفال والرجال والنساء والشباب

هدف الركيزة: تعزيز رفاه المراهقين والشباب والنساء والأطفال في أفريقيا بتلبية ما لهم من احتياجات بعينها في مجال الرعاية الصحية، والتركيز على الوقاية من فيروس العوز المناعي البشري، والصحة الجنسية والإنجابية، والصحة العقلية، والأمراض المعدية وغير المعدية الأخرى، والوصول إلى خدمات الرعاية الصحية. والهدف المنشود هو تمكين هذه الفئات السكانية والإسهام في تحقيق الأهداف الصحية العالمية الأوسع نطاقًا.

1.1.6 تعزيز الوقاية من فيروس العوز المناعي البشري وتشخيصه وعلاجه ورعاية المراهقين والأطفال والرجال والنساء والشباب

الاجراءات ذات الأولوية

- **إعداد تدخلات اجتماعية واقتصادية شاملة**: تنفيذ برامج اجتماعية - اقتصادية شاملة تعالج الأسباب الكامنة التي تجعل فئات بعينها أكثر عرضة لخطر فيروس العوز المناعي البشري، مع التركيز على تحسين القدرة العامة على الصمود والحد من عوامل الخطر.
- **تعزيز البنية التحتية للرعاية الصحية المخصصة لرعاية المصابين بفيروس العوز المناعي البشري**: إنشاء وتحسين نظم الرعاية الصحية وتقديم خدمات الدعم التي يمكن الوصول إليها، من أجل ضمان تحسين فرص المصابين في الحصول على العلاج والرعاية المتمايزين اللازمين في حالة الإصابة بفيروس العوز المناعي البشري ودعم المصابين.

- **التكامل بين الوقاية من فيروس العوز المناعي البشري وسرطان عنق الرحم:** وضع برنامج شامل للوقاية والمكافحة يستهدف فيروس العوز المناعي البشري وسرطان عنق الرحم كليهما، ويهدف إلى الوقاية من الإصابة بداء البلهارسيات التناسلي الأنثوي وعدوى فيروس الورم الحليمي البشري اللذين يزيدان خطر الإصابة بفيروس العوز المناعي البشري زيادة كبيرة.

- **تعزيز تحري الإصابة بفيروس العوز المناعي البشري في الرعاية الصحية للأطفال**: دمج تحري الإصابة بفيروس العوز المناعي البشري ضمن خدمات الرعاية الصحية للأطفال، من أجل تحسين التشخيص والمعالجة المبكرين للرُّ ّضع، والتأكد من تقديم التدخلات والرعاية في الوقت المناسب.

- **تنفيذ برامج مُصمَّمة خصيصًا للوقاية من فيروس العوز المناعي البشري وعلاجه**: توفير برامج شاملة توليفية مُصمَّمة خصيصًا للوقاية من فيروس العوز المناعي البشري وتشخيصه وعلاجه ورعاية المصابين به، ومعالجة عوامل التعرض للخطر عبر تقديم خدمات متكاملة.

2.1.6 التمكين الشامل للصحة الجنسية والإنجابية على مستوى المراهقين والشباب والنساء

الاجراءات ذات الأولوية

- **تنفيذ التثقيف الجنسي الشامل** تمكين المراهقين والشباب والنساء بالمعرفة والمهارات اللازمة للتحلي بالسلوك الجنسي المسؤول، وتعزيز التغيير السلوكي، وتشجيع الممارسات الجنسية المأمونة.
- **توسيع نطاق تقديم المشورة والفحص فيما يخص العدوى المنقولة جنسي□ا، والتهاب الكبد الفيروسي، وفيروس العوز المناعي**: تحسين الكشف المبكر عن الأمراض المنقولة جنس◆يا والتهاب الكبد الفيروسي وفيروس العوز المناعي البشري والوقاية منها والارتقاء بخدمات العلاج والدعم، وذلك بزيادة إمكانية الحصول على المشورة المتمايزة قبل الفحص وبعده.
- **توسيع نطاق الحصول على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية:** استخدام نُهُج مبتكرة، مثل الرعاية الذاتية وتوظيف الأدوات التي تعتمد على استخدام التكنولوجيا الرقمية، بهدف توسيع نطاق الحصول على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية عالية الجودة، وخاصة حالات الطوارئ والأزمات.
- **تعزيز المساءلة في مجال صحة الأمهات والمواليد والأطفال**: تنفيذ برامج شاملة للحد من مراضة الأمهات، وحالات الإملاص، ووفيات الأطفال التي يمكن الوقاية منها، مع تحسين صحة المواليد ونمائهم من خلال تحسين فرص الحصول على الخدمات الصحية الجيدة.
- **تنفيذ الحماية الاجتماعية للمراهقات والشابات**: دعم المواظبة على الدراسة وتعزيز فرص التمكين الاقتصادي للمراهقات والشابات في المناطق التي ترتفع فيها معدلات الإصابة بفيروس العوز المناعي البشري من خلال تدخلات الحماية الاجتماعية الموجهة.
- **تعزيز بيئة سياسات الصحة الجنسية والإنجابية**: تحسين السياسات الرامية إلى القضاء على الممارسات الجنسانية الضارة وإزالة العقبات التي تحول دون حصول النساء والفتيات على تدخلات الصحة الجنسية والإنجابية ومن ثَمَّ تُعرض صحتهن للخطر.
- **وضع استراتيجية بشأن الأمراض غير السارية:** معالجة العوامل الاجتماعية والاقتصادية التي تسهم في مخاطر الأمراض غير السارية بوضع استراتيجية شاملة للتوعية والتخفيف من آثار تلك العوامل.
- **توسيع نطاق حصول الشباب على خدمات الصحة النفسية**: تقديم خدمات صحة نفسية متكاملة وعالية الجودة إلى المراهقين والشباب من أجل تحسين العافية والقدرة على الصمود بوجه عام.
- **تعزيز مشاركة الذكور في الصحة الجنسية والإنجابية:** زيادة مشاركة الذكور في برامج الصحة الجنسية والإنجابية لدعم تحسين الحصائل الصحية للجميع.

3.1.6 توسيع مشاركة الذكور من أجل حصائل صحية أفضل.

الاجراءات ذات الأولوية

- **تحسين مفهوم الرجولة الإيجابية على مستوى المجتمع:** تصميم برامج مجتمعية تعزز الرجولة الإيجابية وتنفيذها، على أن تركز على العلاقات الصحية، والتعبير عن المشاعر، ودعم المساواة بين الجنسين.
- **توسيع نطاق البرامج المتعددة الأوجه** التي تلبي احتياجات الرجال في مجال الصحة البدنية والنفسية والجنسية والاجتماعية في مختلف المجتمعات المحلية، مع التركيز على تعزيز الخدمات الصحية المتكاملة، وتنفيذ حملات التثقيف والتوعية، وإنشاء مجموعات دعم وشبكات أقران واستدامتها، وتعزيز التعاون مع المنظمات المجتمعية، وتقوية الرصد والتقييم.

4.1.6 التمكين الشامل للشباب من أجل الصحة والرفاه

الاجراءات ذات الأولوية

- **تعزيز البرامج الشاملة للمساواة بين الجنسين**: إعداد مبادرات شاملة تتصدى لعدم المساواة بين الجنسين وتقلل ضعف المراهقات والشابات، للارتقاء برفاههن العام وتحسين الفرص المتاحة لهن.

- **مبادرات إدماج المراهقين والشباب:** ربط الجهود التي تركز على الشباب عبر برامج الصحة والتمكين، وضمان معالجة مواطن الضعف والاحتياجات المحددة للمراهقين، وخصوصًا الفئات المهمشة والفئات السكانية الأكثر عرضةً للإصابة بالمرض، في السياقات الصحية.

- **تعزيز تمكين الشباب وتنمية قدراتهم القيادية**: إقامة شراكات تعزز تمكين الشباب والقدرة على الصمود والقيادة عبر إشراك المنظمات التي يقودها الشبابُ في العمليات الرئيسية لصنع القرار.

- **تصميم وتوسيع نطاق الخدمات الصحية الملائمة للشباب:** توسيع نطاق الخدمات الصحية الشاملة المتاحة للشباب، باستخدام المنصات الرقمية والمجتمعية والقائمة على المرافق، ودعم الرصد الذي تقوده المجتمعات المحلية لضمان تقديم خدمات عالية الجودة.

5.1.6 الاستفادة من سبل الاتصالات المبتكرة لتعزيز صحة المراهقين والشباب والنساء.

الإجراءات ذات الأولوية

- **الاستفادة من الشراكات الإعلامية والقنوات الرقمية:** الاستفادة من أوجه التعاون المبتكرة في مجال الإعلام والمنصات الرقمية لتعظيم انتشار الرسائل الصحية، وضمان نشر المعلومات نشرًا دقيقًا، وتشجيع الحوار بين الأجيال وداخل الأجيال على حدٍّ سواء من أجل تحسين التعاون والفهم بشأن القضايا الصحية.

- **تعزيز التغيير الاجتماعي والسلوكي:** تنفيذ استراتيجيات اتصال تقودها المجتمعات المحلية والشباب على أن تكون مبتكرة وملائمة للسن ومصممة لتشجيع التغيير الاجتماعي والسلوكي المتعلق بالممارسات الصحية.

2.6 الركيزة 2: الإنصاف الصحي والفئات السكانية الضعيفة

هدف الركيزة: تحقيق الإنصاف في مجال الصحة بالقضاء على أوجه التفاوت في الحصائل الصحية والحصول على الرعاية، وضمان التوزيع العادل لموارد الرعاية الصحية، وتعزيز شمول الفئات السكانية الضعيفة في أفريقيا. ويشمل ذلك النساء والأطفال والأشخاص ذوي الإعاقة والسكان المهاجرين والـ ُر ّحل وغيرهم من الفئات المهمشة، مع الالتزام بمعالجة المحددات الاجتماعية والاقتصادية والسياسية للصحة.

النُّهُج الاستراتيجية والإجراءات ذات الأولوية:

1.2.6 تعزيز النُّظُم الصحية

الإجراءات ذات الأولوية

- **تعزيز قدرة النُّظُم الصحية على الصمود:** تعزيز النظم الصحية والمجتمعية لضمان الرعاية الصحية الشاملة للفئات السكانية الضعيفة طوال حياتهم، وخاصة السكان المهاجرين والـ ُر ّحل. ويشمل ذلك تحسين البنية التحتية الصحية، والنهوض بقدرات القوى العاملة الصحية الحالية، ومعالجة أوجه العجز الحاد - لا سيما في العاملين في مجال صحة المجتمع - وتعزيز الـ ُنظُم المختبرية، والتر ُّصد المتكامل، ونُظُم المعلومات الصحية مثل نظام المعلومات المتعلقة بإدارة شؤون الصحة ونُظُم تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية.
- **تعزيز الرعاية الصحية الأولية:** تعزيز تقديم الخدمات المتكاملة القائمة على الرعاية الصحية الأولية على مستوى المرافق والمجتمعات المحلية، مع التأكيد على التعاون المتعدد القطاعات عبر قطاعات مثل التعليم والزراعة والخدمات الاجتماعية، لمعالجة المحددات الاجتماعية للصحة وتعزيز قدرة المجتمعات المحلية على الصمود.

- **تعزيز المشاركة المجتمعية**: تمكين المجتمعات المحلية بتعزيز التثقيف الصحي وتيسير مشاركتها في عمليات صنع القرار. إنشاء آليات للحصول على الآراء والملاحظات من أجل تحسين الخدمات الصحية وتعزيز المساءلة.

- **ضمان تكامل الخدمات الصحية الأساسية:** إدماج الخدمات الأساسية في حِزم منافع التغطية الصحية الشاملة، وضمان التمويل المستدام عبر التمويل العام أو أنظمة الدفع المسبق مثل التأمين الصحي الاجتماعي.

- **آليات التمويل المبتكرة:** وضع آليات مبتكرة للتمويل الصحي وتنفيذها، مثل الشراكات بين القطاعين العام والخاص وخطط التأمين الاجتماعي، من أجل ضمان حصول الفئات الضعيفة على الرعاية الصحية على نحو مستدام ومنصف.

- **شفافية الرصد والإبلاغ:** الاستفادة من مؤشر التغطية الصحية الشاملة المتكامل الخاص بأهداف التنمية المستدامة لقياس وتتبع التقدم المحرز في الوصول المنصف إلى الرعاية الصحية في جميع البلدان.

2.2.6 الابتكار الاجتماعي وريادة الأعمال من أجل نُظُم صحية شاملة

الإجراءات ذات الأولوية

- **تعزيز الابتكار الاجتماعي**: دعم وتمويل مشاريع الابتكار الاجتماعي الطويل الأجل التي تقدم حلولًا صحية مستدامة، وتستهدف تحديدًا التحديات الخاصة التي يواجهها السكان المهمشون.

- **وضع استراتيجيات لريادة الأعمال الاجتماعية**: وضع إطار شامل لعدة قطاعات لإدماج ريادة الأعمال الاجتماعية في النظم الصحية، وتعزيز التعاون بين الكيانات العامة والخاصة والمنظمات غير الحكومية والمجتمعات المحلية من أجل التصدي بفعالية لأوجه الإجحاف في مجال الصحة.

3.2.6 معالجة المحددات الاجتماعية للصحة

الاجراءات ذات الأولوية

- **إلغاء القوانين والممارسات العقابية**: الدعوة إلى إبطال القوانين والسياسات التمييزية التي تقيد حصول الفئات السكانية الضعيفة، وخاصة المهاجرين والرُ ّحل، على الخدمات الصحية، والعمل بنشاط في الوقت نفسه على الحد من الوصم والتمييز في مرافق الرعاية الصحية.
- **ضمان الاستجابة للاحتياجات المتعلقة بالجنس والعمر:** تعديل تصميم التدخلات الصحية بما يلبي الاحتياجات المحددة لكل جنس والفئات العمرية، وضمان أن تكون الخدمات الصحية والاجتماعية شاملة للجميع وأن تلبي تلك الاحتياجات المتنوعة بشكلٍ ملائم.
- **تعزيز العمل المتعدد القطاعات:** تنفيذ إطار «دمج الصحة في جميع السياسات» لمعالجة المحددات الاجتماعية والاقتصادية والسياسية والبيئية للصحة عبر التعاون مع عدة قطاعات متنوعة، وخاصة الزراعة والتعليم وإنفاذ القانون والتجارة.
- **تحسين جمع البيانات:** تعزيز نظم المعلومات الصحية بهدف تيسير جمع البيانات المصنفة، الأمر الذي يُمكِّن من وضع سياسات وتدخلات موجهة بشكل أفضل للفئات السكانية الضعيفة.

4.2.6 القضاء على أوجه التفاوت في الحصائل الصحية للفئات السكانية الضعيفة

الاجراءات ذات الأولوية

- **السياسات واللوائح الداعمة:** الدعوة إلى وضع سياسات تصون حقوق الفئات السكانية الضعيفة وتضمن الحصول المنصف على الرعاية الصحية. ويتضمن ذلك سن قوانين لمكافحة التمييز ووضع برامج تهدف إلى التصدي لعدم المساواة بين الجنسين وتلبية الاحتياجات المحددة للفئات المهمشة.
- **تدخلات مُصمَّمة خصيصًا**: تصميم وتنفيذ تدخلات مستهدفة تلبي ما للفئات السكانية الضعيفة من احتياجات بعينها، وضمان تحسين التغطية التأمينية وبرامج المساعدة المالية لتقليل النفقات التي يتكبدها المواطنون من أموالهم الخاصة إلى أدنى حدٍّ.
- **التكامل بين خدمات الأمراض غير السارية والأمراض السارية**: ضمان التكامل السلس بين خدمات الأمراض غير السارية وخدمات فيروس العوز المناعي البشري والسل والملاريا وأمراض المناطق المدارية المهملة، من أجل وضع نموذج مترابط ومتكامل لتقديم الرعاية الصحية.
- **الترُصد والبحث**: تعزيز مبادرات الترُصد والبحوث لرصد الخصائص الوبائية للأمراض التي تؤثّر في الفئات السكانية الضعيفة، وذلك باستخدام البيّنات في توجيه عمليات صنع القرار وتوجيهها.

5.2.6 سن سياسة وإنشاء بيئة تنظيمية للحد من الوصم والتمييز

الاجراءات ذات الأولوية

- **إجراء مراجعات شاملة للسياسات**: إجراء مراجعات مستفيضة للسياسات القائمة من أجل تحديد السياسات التي تُسهم في الوصم والتمييز وإصلاحها، وضمان إشراك المجتمعات المتضررة في هذه المناقشات.
- **مكافحة الوصم والتمييز**: تنفيذ مبادرات داخل المجتمعات المحلية ومرافق الرعاية الصحية تعزز الإنصاف والشمول في تقديم الخدمات، الأمر الذي يشجع على وجود بيئة داعمة لجميع الأفراد.
- **سن تشريعات مكافحة التمييز**: الدعوة إلى سن قوانين تحظر التمييز على أساس الوضع الصحي أو نوع الجنس أو العرق أو غير ذلك من خصائص تُهمَّش بعض الفئات بسببها.

- **المشاركة المجتمعية**: تمكين المجتمعات المحلية بتثقيفها وتوعيتها بحقوقها والآليات المتاحة للانتصاف. تشجيع مشاركة الفئات السكانية الضعيفة مشاركةً فعالة في تشكيل السياسات الصحية التي تؤثر فيهم تأثيرًا مباشرًا.
- **آليات الإبلاغ والمساءلة**: إنشاء قنوات آمنة وسرية للإبلاغ عن حوادث التمييز وضمان الرصد والتقييم الدقيقين لسياسات مكافحة التمييز لمحاسبة الكيانات في هذا الشأن.

3.6 الركيزة 3: الحصول على الأدوية، والمواءمة التنظيمية، والتصنيع المحلي/ الإقليمي للأدوية واللقاحات ووسائل التشخيص.

هدف الركيزة: ضمان الإتاحة الشاملة للأدوية الأساسية وأدوات التشخيص في البلدان الأفريقية لجميع الفئات العمرية، ودعم تعزيز الجوانب التنظيمية والمواءمة، الأمر الذي يحقق الكفاءة في عمليات الموافقة على تسجيل الأدوية وتوزيعها، وتعزيز التصنيع المحلي/ الإقليمي لتشجيع الاعتماد على الذات والحد من الاعتماد على المصادر الدولية.

النُّهُج الاستراتيجية والإجراءات ذات الأولوية:

1.3.6 إنشاء مراكز تصنيع إقليمية وزيادة القدرة الإنتاجية المحلية.

الإجراءات ذات الأولوية

- **تعزيز التعاون الإقليمي**: تعزيز التعاون بين البلدان الأفريقية لتحقيق تضافر الموارد، وتبادل الخبرات، والاستفادة من جوانب القوة الإقليمية المتاحة في مجال الرعاية الصحية وإنتاج المستحضرات الصيدلانية.
- **وضع سياسات ملائمة للاستثمار**: وضع سياسات وأُطر قانونية تشجع الإنتاج المحلي بتحسين فرص الحصول على التمويل والبنية التحتية والاستثمار.
- **إنشاء/ تعزيز مراكز تصنيع إقليمية**: دعم إنشاء مراكز إقليمية لتصنيع الأدوية واللقاحات وأدوات التشخيص في جميع أنحاء أفريقيا لتعزيز الاعتماد على الذات وزيادة القدرة الإنتاجية.
- **تعزيز التصنيع المحلي للأدوية**: وضع برامج لبناء القدرات وإعداد مبادرات تدريبية تساعد المصنعين المحليين على الوفاء بالمعايير الدولية للجودة والسلامة.
- **صياغة استراتيجية قارية للتخزين**: وضع استراتيجية شاملة للتخزين والتدابير المضادة من أجل تحقيق استجابة فعالة لطوارئ الصحة العامة في جميع أنحاء أفريقيا.
- **دمج إدارة سلسلة الإمداد ضمن التعليم التخصصي:** إدراج إدارة سلسلة الإمداد (الإنتاج والتوزيع) لتكون جزءًا من مناهج تدريب القوى العاملة الصحية الجامعية والدراسات العليا لبناء الخبرات المتخصصة.
- **دعم نقل التكنولوجيا والشراكات**: تشجيع الشراكات ونقل التكنولوجيا بين الشركات الصيدلانية القائمة والمصنعين المحليين الناشئين لتعزيز قدرات الإنتاج المحلية.
- **تعزيز تشارك المعارف:** إنشاء منصات لتشارك المعارف من أجل تحسين المهارات التقنية، ومراقبة الجودة، وأفضل الممارسات في تصنيع المستحضرات الصيدلانية.
- **زيادة تمويل الابتكار والبحث والتطوير**: تعزيز التعاون بين المؤسسات الأكاديمية ودوائر الصناعة ومنظمات البحوث لتشجيع الابتكار والبحث في مجال تطوير منتجات الرعاية الصحية، وخصوصًا العلاجات واللقاحات الجديدة باستخدام المواد الخام المحلية.
- **النهوض بنُظُم المعرفة التقليدية**: تعزيز تطوير نُظُم المعارف التقليدية ودمجها في إنتاج المستحضرات الصيدلانية لتعزيز الخبرات المحلية.
- **ضمان الإتاحة المنصفة للأدوية ووسائل التشخيص:** تعزيز إمكانية الوصول إلى أدوية ووسائل تشخيص جيدة ومأمونة وفعالة وميسورة التكلفة، ولا سيما للأطفال والحوامل.

2.3.6 تعزيز النُّظُم التنظيمية للمنتجات الطبية، وتشجيع التقارب التنظيمي، وإقامة الشبكات، والاعتماد المتبادل

الاجراءات ذات الأولوية

- **تعزيز المبادرة الأفريقية للمواءمة التنظيمية للأدوية**: تعزيز المبادرة الأفريقية للمواءمة التنظيمية للأدوية لتيسير عمل العمليات التنظيمية وتسهيل اعتماد معايير موحدة، ما يعزز الاعتراف المتبادل بالموافقات والاعتمادات بين البلدان والجماعات الاقتصادية الإقليمية في أفريقيا.
- **تعزيز التنسيق القاري**: ضمان التنسيق والتعاون الفعالين بين الكيانات القارية الرئيسية مثل وكالة الاتحاد الأفريقي للتنمية التابعة للشراكة الجديدة من أجل تنمية أفريقيا، والمراكز الأفريقية لمكافحة الأمراض والوقاية منها، ووكالة الأدوية الأفريقية، والاستفادة من خبراتها لرصد وتقييم ودعم التصنيع المحلي والإقليمي للأدوية واللقاحات ووسائل التشخيص في الدول الأعضاء في الاتحاد الأفريقي.
- **تحسين النُّظُم التنظيمية**: تعزيز الـُّنظُم التنظيمية للسلطات التنظيمية القارية والوطنية في الدول الأعضاء في الاتحاد الأفريقي، من أجل تحسين الرقابة التنظيمية وضمان مأمونية الأدوية والمنتجات الصحية ونجاعتها.

3.3.6 تنفيذ أُطر شراء إقليمية تهدف إلى تشكيل سوق الطلب وتوفير الدعم المالي وآليات التمويل المبتكرة.

الاجراءات ذات الأولوية

- **إنشاء آليات إقليمية للمشتريات:** إنشاء آليات شراء إقليمية تعطي الأولوية للتدابير المضادة الرامية إلى معالجة الإخفاقات الكبيرة في السوق وتدعم المصنعين المحليين أو الإقليميين للأدوية واللقاحات ووسائل التشخيص.
- **تحفيز المشتريات المحلية:** وضع حوافز للبلدان لتشجيع شراء منتجات الرعاية الصحية المُنتَجة محل ◆يا عبر سياسات شفافة للمشتريات العامة، وآليات شراء مُجـّمعة، ومجموعات إقليمية للشراء.
- **آليات التمويل المبتكرة:** تقصي خيارات تمويل مبتكرة وحوافز استثمارية لتعزيز نمو صناعة المستحضرات الصيدلانية في أفريقيا واستدامتها.
- **إطار إدارة سلسلة الإمداد**: وضع إطار شامل لإدارة سلسلة الإمداد يشمل نُظُم الشهادات، واستراتيجيات إدارة المخاطر، والمبادئ التوجيهية القارية بشأن المشتريات.
- **تشجيع الاستثمار:** جذب استثمارات من المنظمات الدولية ومصارف التنمية والمستثمرين من القطاع الخاص لتعزيز القدرة التصنيعية المحلية.
- **تعزيز الشراكات بين القطاعين العام والخاص**: تشجيع الشراكات بين الحكومات وكيانات القطاع الخاص والمنظمات الدولية لدعم النمو المستدام والاستثمار في صناعة المستحضرات الصيدلانية.
- **رقمنة سلاسل الإمداد**: تحقيق رقمنة سلسلة الإمداد بأتمتة العمليات، وتنفيذ نُظُم الشراء الإلكتروني، واستخدام حلول الأرشفة والمستندات الإلكترونية.
- **تسهيل عمليات نقل التكنولوجيا**: تعزيز عمليات نقل التكنولوجيا، والمشاريع المشتركة، والترخيص الفرعي الطوعي، وبرامج تبادل المعارف من أجل تعزيز قدرات التصنيع المحلية وتنويع محافظ المنتجات.
- **تحسين نظم سلسلة الإمداد**: تعزيز نُظُم سلسلة الإمداد لضمان تسليم الإمدادات والمعدات الطبية الأساسية في الوقت المناسب، لا سيما في أثناء الطوارئ الصحية، والتصدي الفعال لمختلف التحديات الصحية.

4.6 الركيزة 4: تعزيز الأمن الصِـّحيّ والنُّظُم الصحية

هدف الركيزة: تعزيز نظم الرعاية الصحية بتعزيز البنية التحتية والتر ُّصد والمشاركة المجتمعية والتأ ُّهب لحالات الطوارئ، والتحول عن الـُّنهُج المختصة بأمراض محددة إلى بناء نُظُم متكاملة، قادرة على الصمود وتركز على الناس، وتتصدى للسل والملاريا وأمراض المناطق المدارية المهملة والأمراض غير السارية والأوبئة المستجدة. - إعداد تدخلات تغير المناخ وتنفيذها من أجل مكافحة الأمراض السارية المتزايدة، والتصدي لقضايا الصحة النفسية، ومعالجة انعدام الأمن الغذائي، وسوء التغذية، والدمار الذي طال سبل العيش والبنية التحتية الصحية. - تنفيذ التدخلات المجتمعية التي تعالج العوامل الاجتماعية والبيئية والاقتصادية التي تؤثر في الحصائل الصحية، بهدف تعزيز الإنصاف الصحي، والوقاية من الأمراض، وتعزيز قدرة المجتمع على الصمود.

1.4.6 تخطيط قطاع الصحة وقيادته وحوكمته:

الاجراءات ذات الأولوية

- **تعزيز الاستراتيجيات الوطنية لقطاع الصحة:** تعزيز السياسات والاستراتيجيات واللوائح الصحية الوطنية مع تركيزٍ على الرعاية الصحية الأولية، وضمان حوكمة شاملة وفعَّالة لقطاع الصحة على الصعيدين الإقليمي والوطني من خلال نُهُج شاملة وتشاركية.

- **الحد من أوجه القصور المرتبطة بالحوكمة**: معالجة أوجه قصور جهود تعزيز النظام الصحي وتشظيها، وتشجيع التكامل والتوزيع العادل للموارد والارتقاء بالكفاءة، مع التركيز على إدماج الفئات المهمّشة في عمليات صنع القرار.

2.4.6 نظم المعلومات الصحية والرصد والتقييم:

الاجراءات ذات الأولوية

- **تعزيز جمع البيانات وتكاملها:** تيسير الجهود الوطنية والإقليمية الرامية إلى تحسين جمع البيانات وتحليلها والمعلومات الوبائية، بتوحيد نُظُم البيانات الصحية وربطها ببيانات الأرصاد الجوية لتحليل القضايا الصحية المعقدة والتصدي لها، وخاصة تأثير المناخ على انتشار الأمراض والوفيات.
- **تعزيز الترُصد والتعاون في مجال الصحة العامة:** تحسين نظم ترُصد الصحة العامة الوطنية والقارية وتعزيز التنسيق بين البلدان الأفريقية من أجل تحسين المعلومات الوبائية والاستجابة الجماعية.

- **التكامل بين ترُصد الأمراض والاستجابة لها:** تعزيز الترُصد والاستجابة المتكاملين للأمراض بإضفاء الطابع المركزي على الإدارة من خلال مؤسسات الصحة العامة الإقليمية والوطنية، ما يضمن توحيد الكشف المبكر والتدخلات الفعالة على مستوى عدة تهديدات صحية، وخاصة الأمراض شديدة التأثر بالمناخ.

- **إعداد نُظُم إنذار مبكر بالأمراض شديدة التأثر بالمناخ:** دمج بيانات الطقس في الترصد الصحي لتطوير نظم الإنذار المبكر بالأمراض والاستجابة لها، وتعزيز مكافحة الأمراض التي تتأثر بعوامل المناخ.

- **الاستثمار في حلول الصحة الرقمية:** توسيع الاستثمار في تكنولوجيات الصحة الرقمية لتحسين تقديم الرعاية الصحية، وزيادة إمكانية الوصول إلى البيانات، وضمان الشفافية، وسد الثغرات في الرقمنة، وتوافر البيانات على مستوى القطاع الصحي.

3.4.6 القوى العاملة الصحية والجودة

الاجراءات ذات الأولوية

- **تعزيز جودة الرعاية الصحية عبر برامج التدريب**: تحسين جودة الرعاية الصحية وقدراتها بتنفيذ برامج تدريب شاملة للعاملين في مجال الرعاية الصحية تضم التثقيف والتوعية بالمحددات البيئية الأوسع للصحة، وخاصة التركيز على تغير المناخ وتلوث الهواء.

- **إضفاء الطابع المهني على العاملين في مجال صحة المجتمع:** توحيد وتقييس أدوار العاملين في مجال صحة المجتمع بتوفير التدريب المتخصص وإنشاء مسارات وظيفية واضحة لتعزيز فعاليتهم ومهنيتهم.

- **إعداد سياسات للاحتفاظ بالقوى العاملة في مجال الرعاية الصحية**: إعداد سياسات تهدف إلى الحفاظ على مهنيي الرعاية الصحية لضمان وجود قوى عاملة مستقرة وملتزمة داخل القطاع الصحي.

- **تيسير تبادل المعارف بين الأقران**: تشجيع تبادل المعارف بين الأقران على مستوى أخصائيي الرعاية الصحية من أجل تعزيز التعاون والابتكار وثقافة التعلم المستمر.

- **دعم برامج التبادل الثنائي:** تنفيذ برامج تبادل ثنائية تيسر انتقال الموظفين بين مؤسسات الرعاية الصحية، الأمر الذي يعزز التعرض إلى بيئات رعاية صحية متنوعة، ويرتقي بالتعلم والتعاون بين الثقافات.

- **نشر الموارد البشرية في حالة طوارئ الصحة العامة**: وضع آليات لنشر الموارد البشرية والاستفادة منها في الوقت المناسب في أثناء طوارئ الصحة العامة، مع تعزيز استراتيجية وطنية داخل المعاهد الوطنية للصحة العامة تركز على تدريب القوى العاملة، وتنمية المهارات، والنمو المهني المستمر، والإرشاد، والحوافز المستدامة لاجتذاب المواهب والاحتفاظ بها في المجالات الطبية والصحة العامة.

4.4.6 تعزيز نُظُم المختبرات:

الاجراءات ذات الأولوية

- **الاستثمار في الخدمات والتكنولوجيات التشخيصية**: تخصيص الموارد لتعزيز خدمات التشخيص وتطوير تكنولوجيات جديدة لتحقيق نتائج موثوقة وفي الوقت المناسب، الأمر الذي يدعم كً لا من المختبرات السريرية والاختبارات في نقاط الرعاية، مع دمج هذه الخدمات في العديد من برامج مكافحة الأمراض بهدف تحسين الكفاءة وتحقيق وفورات الحجم.
- **تمكين مختبرات الصحة العامة**: تعزيز دور مختبرات الصحة العامة لضمان أن تكون جزءًا لا يتجزأ من جهود الوقاية من تهديدات الصحة العامة واكتشافها والاستجابة لها، وخصوصًا في حالة الأمراض المعدية والأحداث المحتملة للإرهاب البيولوجي.
- **تعزيز الامتثال للَّوائح الصحية الدولية:** دعم الامتثال للَّوائح الصحية الدولية بالاستثمار في المبادرات التي تساعد البلدان على الوفاء بالمعايير والمتطلبات الصحية العالمية، ما يضمن تحسين قدرات التأهب والاستجابة في مواجهة تحديات الصحة العامة.

5.4.6 النظم المجتمعية والاستجابات:

الاجراءات ذات الأولوية

- **تنفيذ الرصد الذي تقوده المجتمعات المحلية:** إنشاء نُظُم للرصد الذي تقوده المجتمعات المحلية لجمع البيانات وتحليلها من أجل تحسين الجودة، مع التركيز على البحوث المدعومة مجتمعًيا والمناصرة المجتمعية، لتحديد العقبات التي تحول دون تقديم الخدمات الصحية بفعالية والتغلب على تلك العقبات.

- **تعزيز القدرة على المشاركة المجتمعية**: تعزيز القدرة المؤسسية للمنظمات التي تقودها المجتمعات المحلية وقيادتها، لا سيما تلك التي تمثل الفئات السكانية الضعيفة، مع حشد جهود هذه المجتمعات من أجل المشاركة بنشاط في التصدي لتهديدات الأمراض والعقبات التي تحول دون الحصول على الرعاية الصحية، والاعتراف بدورها الحاسم في التصدي للإيدز والسل والملاريا والأمراض المدارية المهملة والأمراض غير السارية والجوائح الأخرى بالإضافة إلى تحسين تقديم الرعاية الصحية بوجه عام.

6.4.6 التأهب والاستجابة للطوارئ الصحية والقدرة على الصمود أمامها:

الاجراءات ذات الأولوية

- **تعزيز القدرات الوطنية للتنسيق**: تعزيز القدرات الوطنية للتنسيق في حالة طوارئ الصحة العامة من خلال دعم خطط العمل الوطنية في مجال الأمن الصحي وتعزيز المعاهد الوطنية للصحة العامة.
- **تيسير التنسيق عَبْر الحدود**: تعزيز التنسيق عبر الحدود بين الدول الأعضاء من أجل التأهب لتهديدات الصحة العامة والاستجابة لها، من خلال تنفيذ الإجراءات المشتركة ومتابعة تلك الإجراءات لضمان اكتشاف تلك التهديدات والإبلاغ عنها والاستجابة لها في الوقت المناسب.
- **إعداد آليات النشر**: إعداد آليات لنشر الموارد البشرية والاستفادة منها في الوقت المناسب من أجل التصدي بفعالية لطوارئ الصحة العامة داخل البلدان وفيما بينها.
- **الاستثمار في البنية التحتية للنظم الصحية**: تخصيص الموارد لتعزيز البنية التحتية للنظم الصحية والقوى العاملة وسلاسل الإمداد، مع التركيز على تحسين الوصول إلى الإمدادات الطبية، وتحسين الفحوص المختبرية، وتعزيز قدرات الترصد.

- **معالجة أوجه التفاوت في التطعيم**: الدعوة إلى الإتاحة المنصفة للِّقاحات في أفريقيا والتعاون مع الشركاء الدوليين والإقليميين لتعزيز قدرات تصنيع اللقاحات محل ◌يا.
- **تعزيز التعاون المتعدد القطاعات:** تعزيز التعاون المتعدد القطاعات عبر نهج الصحة الواحدة من أجل التصدي للأمراض الحيوانية المصدر، وسلامة الأغذية، ومقاومة مضادات الميكروبات.
- **وضع خطط التأ ُهب**: وضع وتنقيح خطط التأهب لجميع الأخطار الوبائية والجوائح، بإدماج الدروس المستفادة من جائحة كوفيد-19 لضمان التدخلات والاستعداد في الوقت المناسب للأزمات الصحية المستقبلية، مع التركيز على التعاون ونهج الصحة الواحدة.
- **التكامل بين اعتبارات تغير المناخ**: الإقرار بأن تغير المناخ عنصر رئيسي محرك لجوائح الصحة العامة في القرن 21 وإدماج آثاره في خطط العمل الوطنية للأمن الصِّحيّ.
- **مراجعة امتثال التشريعات للوائح الصحية الدولية:** مراجعة التشريعات والسياسات الوطنية لضمان مواءمتها مع التعديلات التي طرأت على اللوائح الصحية الدولية (2005)، وفق ما اعتمدته جمعية الصحة العالمية في دورتها السابعة والسبعين.

7.4.6 بناء القدرة على التكيف والقدرة على الصمود أمام الأمراض شديدة التأثر بالمناخ وغيرها من العواقب في المجتمعات المحلية والنظم الصحية

الاجراءات ذات الأولوية

- **حشد سبل التعاون المتعدد القطاعات:** تعزيز التعاون المتعدد القطاعات وتعبئة الموارد لدعم جهود التكيف مع تغير المناخ دعمًا فعَّالًا والتخفيف من آثاره.
- **تعزيز القدرات التقنية:** تعزيز القدرات التقنية في مجال تغير المناخ والصحة على الصعيدين الإقليمي والقُطري من أجل تحسين القدرة على الصمود والارتقاء باستراتيجيات الاستجابة.
- **إجراء تقييمات لجوانب الضعف:** إعداد تقييمات شاملة لتغ ُّير المناخ وجوانب الضعف في مجال الصحة، بالإضافة إلى خطط التكيف الوطنية في مجال الصحة، من أجل تحديد مخاطر التكيف واستراتيجياته.
- **تنفيذ خطط التكيف الوطنية في مجال الصحة**: حشد الموارد لتنفيذ خطط العمل الوطنية المعنية بالمناخ، ولا سيما إنشاء نُظُم متكاملة للتر ُّصد البيئي والصحي بهدف رصد القضايا الصحية المتصلة بالمناخ والاستجابة لها.
- **تعزيز النُّهُج المتكاملة:** الدعوة إلى اتباع نُهُج شاملة ومتكاملة للتصدِّي لآثار تغ ُّير المناخ على الصحة، ومن ذلك مثلًا المشاركة مع راسمي السياسات، وتعزيز التعبئة المجتمعية، وإذكاء الوعي داخل المجتمعات المحلية.

5.6 الركيزة 5: تمويل متنوع ومستدام

هدف الركيزة: إنشاء تمويل متنوع ومستدام للصحة، وخصوصًا الخدمات التي تتصل بالصحة الإنجابية وصحة الأم والوليد والمراهق، وفيروس العوز المناعي البشري، والسل، والملاريا، والأمراض المدارية المهملة، والأمراض المنقولة جنس◌يا، والتهاب الكبد الفيروسي، والأمراض غير السارية، والاستجابة للأوبئة والجوائح في البلدان الأفريقية، مع التركيز على مبادئ التدخلات الموجهة، وضمان عدة أنواع للتمويل، والتكامل مع الجهود الأوسع نطاقًا في مجالَي الصحة والتنمية، والتركيز على العوامل الشاملة، والدعوة إلى تقاسم المسؤولية.

1.5.6 تعزيز تعبئة الموارد المحلية والدعوة لأن تتضمن الحزم الصحية الأساسية الخدمات الخاصة بفيروس العوز المناعي البشري، والسل، والملاريا، والأمراض المدارية المهملة، والأمراض المنقولة جنسي□ا، والتهاب الكبد الفيروسي، والأمراض غير السارية، والاستجابات الصحية في حالات الطوارئ.

الاجراءات ذات الأولوية

- **زيادة التمويل المحلي للصحة:** وضع سياسات تهدف إلى زيادة التمويل المحلي للمبادرات الصحية، مثل الصحة الإنجابية وصحة الأمهات والمواليد والأطفال المراهقين، بالإضافة إلى البرامج التي تتصدى لفيروس العوز المناعي البشري، والسل، والملاريا، والأمراض المدارية المهملة، والأمراض المنقولة جنس◆يا، والتهاب الكبد الفيروسي، والأمراض غير السارية، والاستجابة لحالات الطوارئ الصحية، وضمان الاستدامة على المدى الطويل.

- **توسيع نطاق الحِزم الصحية الأساسية:** وضع خطط والدعوة إلى إدراج فيروس العوز المناعي البشري، والسل، والملاريا، والأمراض المدارية المهملة، والأمراض المنقولة جنس◆يا، والتهاب الكبد الفيروسي، والأمراض غير السارية، وحالات الطوارئ الصحية، في الحِزم الصحية الأساسية، وتعزيز التغطية الأوسع نطاقًا، وتشجيع الشراكات بين القطاعين العام والخاص لتعزيز الاستدامة المالية.

- **تنفيذ آليات مبتكرة للتمويل:** استحداث استراتيجيات مبتكرة للتمويل وتوسيع نطاقها لإيجاد موارد إضافية للصحة بتنفيذ مبادلات الديون من أجل الصحة التي تتيح إعفاء البلدان من الديون أو إعادة هيكلتها مقابل التزام البلد بالاستثمار في الخدمات الصحية. وعلاوةً على ذلك، ينبغي النظر في فرض «ضرائب الإثم» على منتجات مثل التبغ والكحول والمشروبات السكرية، بالإضافة إلى الرسوم المفروضة على السلع الكمالية، مع تخصيص العائدات لتقديم الخدمات الصحية وتعزيز النظم الصحية.

- **تعزيز آليات تجميع المخاطر:** - تعزيز آليات تجميع المخاطر مثل خطط التأمين الصحي الوطنية للحد من العبء المالي المفروض على الأفراد وخفض النفقات التي يدفعها المواطنون من أموالهم الخاصة، لضمان توزيع التكاليف الصحية على عدد أكبر من السكان وتوسيع نطاق تلك الآليات، الأمر الذي يجعل الرعاية الصحية ميسورة التكلفة للجميع، وخصوصًا الفئات الضعيفة والمنخفضة الدخل. - تعزيز الاستراتيجيات الرامية إلى تحسين استدامة هذه الخطط والارتقاء بكفاءتها بتبسيط العمليات الإدارية وتحسين إدارة الأموال.

- **توسيع نطاق التغطية بالتأمين الصحي الوطني:** إعطاء الأولوية لتوسيع نطاق التغطية بخطط التأمين الصحي الوطنية لضمان الشمولية والإنصاف، والتركيز على تسجيل الفئات السكانية الضعيفة في تلك الخطط، ومثال ذلك الأسر ذات الدخل المنخفض، وكبار السن، والعاملين في القطاع غير الرسمي، وضمان الدعم المشترك لكي تسهم الفئات السكانية الأكثر ثراءً بقدرٍ أكبرَ في دعم الفقراء.

- **تمكين لجان الميزانية البرلمانية:** التواصل المنتظم مع لجان الميزانية البرلمانية وتثقيفها بشأن الفوائد الاقتصادية والاجتماعية الطويلة الأجل للاستثمار في الصحة، بالدعوات التي تركز على إظهار أهمية مساهمة الـُّنظُم الصحية القوية في التنمية الوطنية الشاملة والنمو الاقتصادي والحد من الفقر.

- **الإدارة المالية الشفافة:** إنشاء نظم إدارة مالية شفافة وخاضعة للمساءلة من أجل التتبع الفعال للموارد المحلية الخاصة بتقديم الخدمات الصحية وتعظيم الاستفادة منها.

- **تعزيز الإدارة المالية العامة:** تعزيز نظم الإدارة المالية العامة لتعظيم أوجه الاستفادة من الأموال المحلية وأموال الجهات المانحة، مع التركيز على تحقيق التمويل الصحي مفهوم القيمة مقابل المال في سياق التغطية الصحية الشاملة.

- **الاستفادة من التمويل المتعلق بالمناخ:** الاستفادة من التمويل المتعلق بالمناخ في رصد الآثار الصحية ذات الصلة بتغير المناخ والتخفيف من وطأتها.

2.5.6 تعزيز التعاون الدولي وتشجيع الشراكات بين القطاعين العام والخاص

الاجراءات ذات الأولوية

- **التعاون مع الشركاء الدوليين:** تعزيز التعاون مع الشركاء الدوليين والمصارف الإنمائية والمؤسسات الخيرية لحشد موارد إضافية للصحة الإنجابية وصحة الأمهات والمواليد والأطفال المراهقين، وكذلك لفيروس العوز المناعي البشري، والسل، والملاريا، والأمراض المدارية المهملة، والأمراض المنقولة جنس◆يا، والتهاب الكبد الفيروسي، والأمراض غير السارية، وغيرها من الاستجابات للجائحة.
- **الدعوة إلى زيادة التمويل الدولي:** الدعوة إلى زيادة التمويل والدعم الدولـّيْن اللذين يستهدفان تحديدًا التصدي لفيروس العوز المناعي البشري، والسل، والملاريا، والأمراض المدارية المهملة، والأمراض المنقولة جنس◆يا، والتهاب الكبد الفيروسي، والأمراض غير السارية، وغيرها من الاستجابات للجائحة داخل البلدان الأفريقية، والتنسيق مع المبادرات الصحية العالمية لتكون المساعدات الدولية متوافقة مع الأولويات الصحية الوطنية، وضمان أن يكون تمويل الجهات المانحة مكم◆لا للجهود المحلية.

- **آليات التمويل المبتكرة:** استكشاف آليات مبتكرة للتمويل وتنفيذها مع إقامة شراكات مع القطاع الخاص لتنويع مصادر التمويل لتحقيق الاستجابة الشاملة للصحة الإنجابية وصحة الأمهات والمواليد والأطفال المراهقين، وفيروس العوز المناعي البشري، والسل، والملاريا، والأمراض المدارية المهملة، والأمراض المنقولة جنس◆يا، والتهاب الكبد الفيروسي، والأمراض غير السارية، والجوائح الأخرى.
- **إشراك القطاع الخاص:** تعزيز إشراك القطاع الخاص في عمليات التخطيط للمبادرات الصحية وتحديد أولوياتها وتمويلها ووضع ميزانياتها، من أجل ضمان اتباع نهج أكثر تكاملًا إزاء التمويل الصحي.

3.5.6 تعزيز الإنصاف والحماية المالية في التمويل الصحي

الاجراءات ذات الأولوية

- **وضع آليات لتخصيص الموارد بما يحقق الإنصاف**: وضع آليات لتخصيص الموارد تُولي الأولوية لتحقيق الإنصاف داخل النظم الصحية المُصممة لضمان حصول المناطق التي تعاني نقص الخدمات والمناطق الريفية والسكان المهمشين على التمويل الكافي من أجل تحسين الحصول على الرعاية الصحية، وتعزيز تلك الآليات.
- **تنفيذ صيغ التمويل المنصف**: استحداث صيغ تمويل منصف تعيد توزيع تمويل القطاع الصحي على المجالات الأشد احتياجًا، ومنها المجالات التي تزيد فيها أعباء الأمراض، أو تقل فيها الخدمات الصحية المتاحة، أو تحقق حصائل صحية أسوأ. وينبغي لهذه الصيغ مراعاة العوامل الاجتماعية والاقتصادية والمؤشرات الصحية والتفاوتات الإقليمية، لضمان التوزيع المنصف للموارد المالية على مستوى المرافق والخدمات الصحية.
- **تقليل المدفوعات المباشرة من الأموال الخاصة:** توسيع نطاق التغطية التأمينية الوطنية واستحداث أو تعزيز آليات حماية اجتماعية للحد من الاعتماد على المدفوعات المباشرة من الأموال الخاصة في نقاط تقديم الخدمات، بهدف الحد من العقبات المالية التي تحول دون الحصول على الرعاية الصحية، ولا سيما في حالة الفئات السكانية الضعيفة.
- **الدعوة إلى التغطية الصحية الشاملة**: إن إدراج التغطية الصحية الشاملة هدف مركزي في جميع استراتيجيات التمويل الصحي، والدعوة إلى سياسات تُحقّق المواءمة بين التغطية الصحية الشاملة وشبكات الأمان الاجتماعي القائمة بالفعل، مع ضمان حصول كل مواطن على الخدمات الصحية الأساسية دون ضغوط مالية.

4.5.6 تعزيز أدوات الرصد ونُظُمه من أجل ضمان التنوع والاستدامة في تمويل الصحة الإنجابية وصحة الأمهات والمواليد والأطفال المراهقين، وفيروس العوز المناعي البشري، والسل، والملاريا، والأمراض المدارية المهملة، والأمراض المنقولة جنسي□ا، والتهاب الكبد الفيروسي، والأمراض غير السارية، والجوائح.

الاجراءات ذات الأولوية

- **تعزيز أدوات الرصد**: تعزيز تنفيذ كلٍّ من سجل قياس الأداء الصحي للتمويل المحلي وأداة تتبع التمويل الصحي في الدول الأعضاء، من أجل الرصد الفعَّال لإعداد إصلاحات التمويل الصحي وتنفيذها.
- **استعراضات مؤشر الاستدامة**: إجراء استعراضات منتظمة لمؤشر الاستدامة، مع مراعاة عوامل مثل الحوكمة والتمويل الاستراتيجي وفعالية البرامج. - توظيف الرؤى القائمة على البيانات لتكييف الاستراتيجيات والسياسات الرامية إلى تعزيز استدامة التمويل الصحي.
- **الاستثمار في البحث والابتكار**: تخصيص موارد لمبادرات البحث والابتكار التي تركز على وضع نماذج تمويل وتطوير تكنولوجيات وإعداد تدخلات جديدة من أجل تحسين تقديم الخدمات الصحية.
- **تعزيز التعاون من أجل الابتكار**: تشجيع التعاون بين المؤسسات الأكاديمية ومنظمات البحوث والقطاع الخاص لدفع عجلة الابتكار في تمويل الصحة وتقديم الخدمات. - العمل بنشاط على تعزيز منصات تبادل المعرفة بهدف مشاركة الاستراتيجيات الناجحة والدروس المستفادة في جميع الدول الأعضاء.

5.5.6 التمويل الصحي ونُظُم الإدارة المالية:

الاجراءات ذات الأولوية

- **الارتقاء بالكفاءة والشفافية في التمويل الصحي:** تعزيز نُظُم التمويل الصحي بتنفيذ تدابير تُعزّز الكفاءة والشفافية. ويشمل ذلك الاستخدام الأمثل للموارد وضمان تحقيق مفهوم القيمة مقابل المال في جميع النفقات الصحية. وتعزيز الشفافية على جميع مستويات التمويل الصحي سوف يساعد على بناء الثقة، والحد من الإهدار، وتحسين المساءلة والمحاسبة فيما يخص الإنفاق على الرعاية الصحية.
- **وضع سياسات لتدقيق الحسابات ومكافحة الفساد:** استحداث آليات صارمة للتدقيق وإنفاذ سياسات مكافحة الفساد الخاصة بقطاع الصحة من أجل تتبع تخصيص الموارد واستخدامها، وتحديد أوجه التضارب، وردع إساءة استخدام الأموال.
- **فرض ضرائب مناصرة للصحة من أجل زيادة الإيرادات:** فرض الضرائب المناصرة للصحة مثل الرسوم المفروضة على التبغ والكحول والمشروبات السكرية وغيرها من المنتجات غير الصحية، لتحقيق إيرادات إضافية مخصصة تحديدًا لتمويل القطاع الصحي، ولا سيما للرعاية الصحية الوقائية والتدبير العلاجي للأمراض غير السارية وتعزيز النُّظُم الصحية.
- **مكافحة التهرب الضريبي وتوسيع الميزانيات الصحية:** اتخاذ إجراءات للتصدي للتهرب الضريبي واستعادة الموارد المفقودة التي كان من الممكن استثمارها في مجال الصحة، للسماح للحكومات بزيادة ميزانيات الصحة والاستثمار في توسيع نطاق خدمات الرعاية الصحية لجميع المواطنين وتحسينها، ولا سيما الفئات الضعيفة.
- **تحسين استخدام التمويل المحلي وتمويل المانحين للمستوى الأمثل:** تحسين كفاءة استخدام كلٍّ من الأموال المحلية وأموال المانحين بتعزيز نظم الإدارة المالية العامة التي تشمل ضمان تخصيص الأموال وإنفاقها بفعالية وتحقيق البرامج الصحية النتائج المرجوة، وتحقيق أقصى قيمة مقابل المال في الإنفاق الصحي.
- **بناء القدرات في مجال التخطيط المالي ووضع الميزانية:** تنفيذ برامج بناء قدرات محددة الأهداف من أجل تعزيز عمليات التخطيط المالي ووضع الميزانية والتنفيذ على الصعيدين الوطني ودون الوطني، لتزويد المسؤولين الحكوميين ومديري القطاع الصحي بالمهارات اللازمة التي من شأنها تحسين قدراتهم على تخطيط الموارد وإدارتها وتخصيصها بفعالية، وضمان استدامة النُّظُم الصحية على المدى الطويل.

6.6 الركيزة 6: القيادة والحوكمة والمشاركة المجتمعية والرقابة من أجل تحقيق الاستدامة.

هدف الركيزة: ضمان القيادة الفعالة، والحوكمة الخاضعة للمساءلة، والمشاركة المجتمعية النشطة، والموارد البشرية الكافية والملائمة، وآليات المراقبة القوية، من أجل تعزيز مبادرات الرعاية الصحية المستدامة والشاملة والقوية الاستجابة داخل الدول الأعضاء في الاتحاد الأفريقي.

النُّهُج الاستراتيجية والإجراءات ذات الأولوية:

1.6.6 تحسين القيادة والارتقاء بالحوكمة بحشد القادة على جميع المستويات

الاجراءات ذات الأولوية

- **تعزيز القيادة الفعالة:** إشراك القادة السياسيين وراسمي السياسات وغيرهم من الأطراف المعنية الأخرى من أجل تعزيز القيادة الفعالة على المستويات الإقليمية والوطنية ودون الوطنية.
- **إنشاء هياكل حوكمة قابلة للمساءلة:** تقوية أُطُر الحوكمة التي تُشجّع على اتباع نُهُج شاملة وتشاركية، مع ضمان الشفافية في اتخاذ القرارات وتحقيق المواءمة بين تخطيط القطاع الصحي والأهداف الصحية الوطنية من أجل تعزيز التنسيق بين جميع الأطراف المعنية.
- **حشد الدعم وتعزيز الالتزام:** حشد دعم والتزام القادة على جميع المستويات، وخصوصًا القادة السياسيين والإداريين والمجتمعيين، من أجل تعزيز المبادرات الصحية.
- **إذكاء الوعي والدعوة إلى تغيير السياسات:** رفع مستوى الوعي والدعوة إلى إصلاحات في السياسات من شأنها تيسير التنفيذ الفعال لخريطة طريق الاتحاد الأفريقي حتى عام 2030 وما بعده، وتعزيز التعاون بين أصحاب المصلحة لترجمة الأهداف الاستراتيجية إلى خطط قابلة للتنفيذ على أرض الواقع.

- **المراجعات والتدقيقات الدورية**: إجراء استعراضات دورية أو تدقيقات دورية، من خلال هيئة مستقلة، لضمان التنفيذ الفعال والكفء للسياسات من أجل تحقيق مفهوم القيمة مقابل المال.
- **الشفافية والمساءلة:** ضمان الشفافية والمساءلة بشأن التمويل المحلي لضمان الكفاءة في تنفيذ التدخلات والبرامج. وإضافةً إلى ذلك، ثمة حاجة إلى تشجيع الشفافية والمساءلة عند تخصيص التمويل من الجهات المانحة بضمان عدم تخصيص مبالغ كبيرة للتكاليف الإدارية والخدمات الاستشارية عوضًا عن أنشطة البرامج.

2.6.6 تعزيز الرقابة لضمان الاستدامة، وتحسين الكفاءة، وتحقيق أفضل قيمة مقابل المال، والإشراك النشط لوكالة الاتحاد الأفريقي للتنمية التابعة للشراكة الجديدة من أجل تنمية أفريقيا والمجموعات الاقتصادية الإقليمية في الحوكمة والرقابة.

الاجراءات ذات الأولوية

- **وضع خطط وطنية مستدامة لقطاع الصحة:** صياغة خطط وطنية لقطاع الصحة تعطي الأولوية للاستدامة، مع تحديد أهداف واضحة وتقدير شامل للتكاليف وتكاملها مع التخطيط الأوسع نطاقًا للنظام الصحي.
- **تعزيز نظم التمويل الصحي**: تحقيق الاستفادة المثلى من التمويل الحالي بتوظيف تدابير الكفاءة وتحقيق مواءمة الاستثمارات مع الـنُظُم الصحية الوطنية من أجل تحسين القدرة على الصمود والاستدامة.
- **تعزيز الكفاءة ومفهوم القيمة مقابل المال:** تحسين أثر الموارد بضمان الاستخدام الفعَّال والعادل للأموال، مع تعزيز كفاءة تنفيذ الخطط الاستراتيجية الوطنية لفيروس العوز المناعي البشري، والسل، والملاريا، والأمراض المدارية، والأمراض المنقولة جنس ◆يا، والتهاب الكبد الفيروسي، والأمراض غير السارية، والتأهب للجوائح والاستجابة لها.
- **تشجيع مشاركة وكالة الاتحاد الأفريقي للتنمية التابعة للشراكة الجديدة من أجل تنمية أفريقيا والمجموعات الاقتصادية الإقليمية:** إشراك وكالة الاتحاد الأفريقي للتنمية التابعة للشراكة الجديدة من أجل تنمية أفريقيا والمجموعات الاقتصادية الإقليمية في الحوكمة والرقابة من أجل الدفع قدمًا ببرنامج الاستدامة في مؤتمرات القمة التي يعقدها الاتحاد الأفريقي. ويمتد ذلك إلى تقييم تحديات الاستدامة، ومساءلة الحكومات عن التزامات التمويل، وتكييف الإعلانات لتشمل الأطراف المعنية الرئيسية مثل وزارات المالية ومصارف التنمية والقطاع الخاص.

3.6.6 دعم تكامل تعزيز النظام الصحي من خلال المواءمة مع النُظُم الوطنية.

الاجراءات ذات الأولوية

- **إعطاء الأولوية للاستثمارات الشاملة في النُظُم الصحية**: تخصيص موارد لدعم تعزيز النظام الصحي بوجه عام، مع التركيز على البنية التحتية، وتنمية القوى العاملة، وإدارة البيانات، واللوجستيات الخاصة بسلاسل الإمداد لبناء القدرة على الصمود، والاستجابة الفعالة للعديد من التحديات الصحية وتهديدات الأمراض.
- **مواءمة الاستثمارات الصحية مع النُظُم الوطنية:** ضمان تكامل الاستثمارات الصحية مع الـنُظُم القُطرية، ويتحقق ذلك بتوظيف الـنُظُم الوطنية للمعلومات الصحية والرصد والـنُظُم الوطنية لإدارة المشتريات ونُظُم الإدارة المالية العامة.
- **تحفيز المشاركة المتعددة القطاعات والدعوة إلى نهج «الصحة الواحدة»:** تشجيع التعاون عبر القطاعات للتصدي للمخاطر المتعددة الأوجه المرتبطة بطوارئ الصحة العامة، والأمراض الحيوانية المصدر، وسلامة الأغذية، ومقاومة مضادات الميكروبات.

4.6.6 تمكين المجتمعات المحلية من خلال مبادرات الحوكمة والمناصرة من أجل معالجة العقبات التي تحول دون الحصول على الخدمات الأساسية.

الاجراءات ذات الأولوية

- **تمكين المشاركة المجتمعية**: تشجيع المشاركة النشطة للمجتمعات المحلية في حوكمة شؤون الصحة من خلال تنفيذ برامج الرصد التي تقودها المجتمعات المحلية، وتعزيز المساءلة، وتشجيع البحوث والدعوة التي تقودها المجتمعات المحلية لتلبية الاحتياجات الصحية المحلية تلبية فعالة، وضمان التمثيل في صنع السياسات.
- **معالجة العوائق المتصلة بالخدمات**: إدراج تقييمات شاملة في التخطيط الوطني بهدف تحديد ما يعرقل تقديم خدمات الرعاية الصحية من عوائق ومعالجتها، ولا سيما في حالة الفئات السكانية الضعيفة.

7.6 الركيزة 7: تقديم الخدمات الخاصة بفيروس العوز المناعي البشري، والسل والملاريا، وأمراض المناطق المدارية المُهمَلة، والأمراض المنقولة جنسيًا والتهاب الكبد الفيروسي، والأمراض غير السارية والصحة الإنجابية وصحة الأمهات والمواليد والأطفال المراهقين.

هدف الركيزة: تحسين تقديم الخدمات الصحية إلى الجميع، وضمان تقديم رعاية آمنة وعالية الجودة في العديد من الأماكن والسياقات المتنوعة؛ والحد من النفايات، وتعظيم إمكانية الوصول إلى الخدمات، وتأثير خدمات الوقاية والعلاج والرعاية والتأهيل.

1.7.6 فيروس العوز المناعي البشري

1.1.7.6 توسيع نطاق تدخلات الوقاية من فيروس العوز المناعي البشري للسكان المعرضين للخطر وشركائهم الجنسيين.

- **استراتيجيات الوقاية الشاملة من فيروس العوز المناعي البشري:** تنفيذ استراتيجيات شاملة للوقاية من فيروس العوز المناعي البشري، تشمل أنشطة تغيير السلوك وخدمات الصحة الجنسية والإنجابية المصممة لتلبية احتياجات الأفراد والمجتمعات المحلية للفئات السكانية ذات الأولوية. الدعوة إلى إزالة العقبات القانونية التي تحول دون الحصول على الخدمات الأساسية. - توسيع نطاق برامج الواقي الذكري والمزلقات لزيادة إمكانية الوصول والاستخدام بين الفئات السكانية ذات الأولوية والضعيفة، وتعزيز الممارسات الجنسية الأكثر أمانًا.
- **برامج العلاج الوقائي السابق للتعرض واللاحق للتعرض:** توسيع نطاق برامج العلاج الوقائي قبل التعرض والعلاج بعد التعرض، بدمج التدخلات الإلكترونية من أجل تعزيز فعالية البرامج وإمكانية وصول الأفراد المعرضين لمخاطر عالية وشركائهم إلى تلك البرامج.
- **نُهُج الوقاية المستجدة:** تعزيز وتنفيذ نُهُج الوقاية المستجدة من أجل تنويع الخيارات المتاحة للفئات السكانية المعرضة للخطر، ومنها مثلًا استخدام الحقن الطويلة المفعول للوقاية من فيروس العوز المناعي البشري.
- **حزمة ختان الذكور الطبي الطوعي الموسعة:** توسيع نطاق الحزمة الشاملة لختان الذكور الطبي الطوعي من خلال إعطاء الأولوية لسلامة المرضى من خلال تعزيز اختبار فحص الإصابة بفيروس العوز المناعي البشري/ الأمراض المنقولة جنسيًا، وتقديم المشورة، والأساليب الجراحية، والتثقيف بما بعد الجراحة، والرعاية في أثناء المتابعة، وتدريب طواقم التمريض على السلامة.
- **تعزيز الإشراف على البرنامج:** تقوية الإشراف على برامج الوقاية بين الدول الأعضاء بتحسين الرقابة والمساءلة الوطنية لتحقيق النطاق المستهدف والدقة في تقديم خدمات الوقاية.

2.1.7.6 القضاء على الانتقال الرأسي لفيروس العوز المناعي البشري والعدوى المنقولة جنسيًا والتهاب الكبد.

ستكون النُّهُج الاستراتيجية للقضاء على الانتقال الرأسي للعدوى متوافقةً مع التحولات العالمية الجديدة، وسوف تتبنى «مبادرة القضاء الثلاثي» للقضاء على الانتقال الرأسي لفيروس العوز المناعي البشري والزهري والتهاب الكبد B في أفريقيا بتوظيف نهج متكامل يركز على اتباع الإجراءات ذات الأولوية[14]،[15]،[16]:

الإجراءات ذات الأولوية

- **الفحص المتكامل للحوامل**: تنفيذ برامج تحرٍّ واختبار متكاملة للكشف عن الإصابة بفيروس العوز المناعي البشري، والزهري، والتهاب الكبد B في أثناء زيارات ما قبل الولادة. ويضمن ذلك الكشف المبكر والعلاج، والحد من مخاطر انتقال العدوى، وتحسين الحصائل الصحية للأمهات والرضع.
- **انخراط الشريك الذكر في الصحة الإنجابية:** تعزيز مشاركة الشركاء الذكور في الصحة الإنجابية وصحة الأمهات لضمان اتباع نهج يركز على الأسرة. ويشجع إشراك الذكور في تقاسم المسؤولية ويحسن عمليةَ اتخاذ القرارات المتعلقة بصحة الأم، ويشجع على بناء نُظم أكثر دعمًا للمرأة.

- **تَوقِّي إصابة الحوامل والمرضعات بفيروس العوز المناعي البشري:** تعزيز استراتيجيات وقاية النساء الحوامل والمرضعات من فيروس العوز المناعي البشري للحد من الإصابات الجديدة. ويشمل ذلك العلاج الوقائي السابق للتعرض، والتأكيد على التزام ممارسات الرضاعة الطبيعية المأمونة، بالإضافة إلى المشورة والاختبار المنتظمين.

- **التشخيص المبكر للرضع واختبارات المتابعة للكشف عن الإصابة بفيروس العوز المناعي البشري:** توسيع نطاق برامج التشخيص المبكر للرضع لاختبار إصابة الرضع المعرضين لفيروس العوز المناعي البشري عند الولادة، وضمان استمرار اختبارات المتابعة للكشف عن تلك الإصابات في أقرب وقت ممكن والتدخل في الوقت المناسب، والحد من إصابات الأطفال بفيروس العوز المناعي البشري.

- **العلاج الوقائي للرضع بعد الولادة وعلاج الأطفال بالأدوية المضادة للفيروسات القهقرية**: تقديم العلاج الوقائي بعد الولادة للرضع الذين يولدون لأمهات مصابات بفيروس العوز المناعي البشري من أجل تَوقِّي انتقال العدوى بفيروس العوز المناعي البشري من الأم إلى الطفل. وإضافةً إلى ذلك، يجري استحداث تدابير علاجية مبسطة لعلاج الرضع بمضادات الفيروسات القهقرية من أجل ضمان حصول الرضع وصغار الأطفال على العلاج المناسب والفعال.

- **دعم استمرارية العلاج والالتزام به:** تعزيز استمرارية العلاج والتزام الحوامل والمرضعات بالعلاج عبر نُظُم الدعمِ المرتكزة على المرافق والمجتمعات المحلية. ويشمل ذلك تقديم المشورة المصممة خصيصًا، ومجموعات دعم الأقران، ودعم الالتزام، وضمان استمرار النساء في تلقي العلاج طوال فترة الحمل والرضاعة الطبيعية.

3.1.7.6 توسيع نطاق خدمات اختبار الكشف عن فيروس العوز المناعي البشري المتمايزة التي تستهدف الفئات السكانية العامة والفئات ذات الأولوية والضعيفة.

الإجراءات ذات الأولوية

- **الاختبارات الموجهة في المرافق:** تقديم خدمات الاختبار داخل المرافق في مراكز الرعاية الصحية والعيادات والمستشفيات للفئات السكانية العامة والفئات ذات الأولوية والضعيفة. ويضمن هذا النهجُ تمتع الأفراد الذين يتلقون الرعاية الصحية بالحصول على خدمات أخرى للفحص الروتيني، للكشف عن الإصابة بفيروس العوز المناعي البشري أو السل أو الأمراض المنقولة جنس◆يا أو الحالات الأخرى. وذلك أمر بالغ الأهمية للوصول إلى النساء الحوامل، والأفراد الذين تظهر عليهم الأعراض، والأشخاص الأكثر عرضةً للخطر.
- **الاختبارات المجتمعية الموجهة:** توسيع نطاق الاختبارات المجتمعية بإنشاء عيادات منتقلة أو إجراء حملات من بابٍ إلى باب للوصول إلى الأفراد الذين قد لا يزورون مرافق الرعاية الصحية بانتظام، ولا سيما الفئات السكانية ذات الأولوية والفئات السكانية الضعيفة.

- **الفحص الذاتي**: تشجيع استخدام مجموعات أدوات الاختبار الذاتي بين الفئات السكانية العامة وذات الأولوية والفئات السكانية الضعيفة، وتوزيع تلك الأدوات ليتمكن الأفراد من إجراء الاختبارات في خصوصية، وهذه مسألة بالغة الأهمية لأولئك الذين قد يخشون الوصم أو يترددون في زيارة مرافق الرعاية الصحية.

14 Global Health Sector Strategy for HIV, Viral Hepatitis and STIs (2022-2030)

15 التحولات العالمية هي: (أ) وضع الناس في صميم الاستجابة (ب) تناول الأولويات الفريدة لكل مجال من مجالات الأمراض (ج) اتباع نهج مشترك نحو تعزيز النظم الصحية والمجتمعية (د) الاستجابة السريعة للمشهد الصحي والإنمائي المتغير (د) القضاء على الوصم والتمييز السلبي والحواجز الهيكلية الأخرى (د) الغايات العالمية المشتركة لعام 2030 ذات الصلة.

16 والأساس المنطقي للقضاء الثلاثي على انتقال عدوى فيروس العوز المناعي البشري من الأم إلى الطفل والزهري وفيروس التهاب الكبد B هو أنها: (أ) تنتقل جميعها عن طريق الاتصال الجنسي والرأسي (من الأم إلى الطفل)، (ب) ويمكن أن تسبب مراضة شديدة للأمهات والأطفال، (ج) وغالبًا ما تكون صامتة بسبب طول فترة الكمون وربما لا تظهر أي أعراض على الأمهات، (د) يمكن اكتشافها في أثناء الرعاية السابقة للولادة وعلاجها لتوقي انتقال العدوى الرأسي.

- **الاختبار المو َجه لفحص فهرس المخالطين الوثيقين بالحالة الأصلية والشبكة الاجتماعية:** تنفيذ اختبار فهرس المخالطين (اختبار المخالطين لأفراد معروف إصابتهم بفيروس العوز المناعي البشري) واختبار الشبكة الاجتماعية (إشراك أفراد الفئات السكانية ذات الأولوية لإحالة شبكاتهم الاجتماعية للاختبار)، وذلك على مستوى الفئات السكانية العامة والفئات السكانية ذات الأولوية.

4.1.7.6 توسيع نطاق خدمات العلاج والرعاية والدعم والارتقاء بمستواها

الإجراءات ذات الأولوية

- **توسيع نطاق خدمات علاج فيروس العوز المناعي البشري** وتنفيذ نماذج رعاية متمايزة مُصممة خصيصًا للأطفال والمراهقين والبالغين.
- **تعزيز نُظُم الرصد** للكشف عن مقاومة الأدوية والتدبير العلاجي لها من خلال الاختبار المنتظم للحمل الفيروسي.
- **توسيع نطاق جهود التيقُّظ الدوائي** لتتبع سُمِّيَّة مضادات الفيروسات القهقرية والتدبير العلاجي الفعَّال للاستجابات الدوائية المُعاكسة.
- **تحسين التدبير العلاجي لحالات العدوى المصاحبة وحالات المراضة المصاحبة**، ودمج رعاية السل والتهاب الكبد والأمراض غير السارية ضمن خدمات فيروس العوز المناعي البشري.
- **تعزيز تشخيص وعلاج** المراحل المتقدِّمة من عدوى فيروس العوز المناعي البشري، وإعطاء الأولوية لكلٍّ من البالغين والأطفال.
- **إدماج رعاية التنشئة في مرحلة الطفولة المبكرة ضمن علاج الإصابة بفيروس العَوَز المناعي البشري** للأطفال المعرضين للإصابة بالفيروس، وتعزيز النماء الشامل.
- **دمج خدمات الصحة النفسية في الرعاية المزمنة للمصابين بفيروس العوز المناعي البشري**، وضمان الدعم الشامل للأفراد المصابين.

2.7.6 السل/ فيروس العوز المناعي البشري

1.2.7.6 توسيع نطاق خدمات الرعاية المصاحبة للعدوى المصاحبة بالسل وفيروس العوز المناعي البشري والارتقاء بمستوى الخدمات

- **دعم تنفيذ سياسات متكاملة لمكافحة السل وفيروس العوز المناعي البشري**، الأمر الذي يضمن التنسيق والتطوير والرصد الشاملين من أجل تقديم رعاية جيدة.
- **توسيع نطاق تحري واختبار الإصابة بالسل/ فيروس العوز المناعي البشري والارتقاء بذلك**، الأمر الذي يضمن البدء المبكر في العلاج بالأدوية المضادة للفيروسات القهقرية، والعلاج الوقائي بالكوتريموكسازول، والعلاج بالأدوية المضادة للسل للمرضى من جميع الأعمار المصابين بعدوى مزدوجة.
- **توسيع نطاق العلاج الوقائي من السل** للأفراد المؤهلين المصابين بفيروس العوز المناعي البشري باستخدام نُهُج رعاية تركز على المرضى.

2.2.7.6 الحد من العوائق ذات الصلة بالوصم التي تعرقل تقديم الخدمات الخاصة بالسل وفيروس العوز المناعي البشري

- **مكافحة الوصم والتمييز السلبي**: اتخاذ تدابير استباقية للقضاء على الوصم والتمييز السلبي في السياقات الفردية والأسرية والمهنية والتعليمية، ومن ثَمَّ تحسين فرص الحصول على الخدمات الخاصة بفيروس العوز المناعي البشري والسل.
- **تعزيز الوعي القانوني وتيسير الوصول إلى العدالة القضائية:** تنفيذ مبادرات تهدف إلى تعزيز محو الأمية القانونية، ولا سيما بين الفئات السكانية الضعيفة والفئات المهمشة، لتمكينهم وتحسين فرص وصولهم إلى العدالة القضائية.
- **تحسين القوانين والسياسات:** تطوير القوانين والسياسات ذات الصلة بفيروس العوز المناعي البشري والسل والتمييز بين الجنسين. ويشمل ذلك تعزيز تعبئة المجتمعات المحلية وجهود المناصرة من أجل معالجة القضايا التي تسبب عقبات في إدارة الحالات وتقديم الخدمات.

3.7.6 السل

النُّهُج الاستراتيجية والإجراءات ذات الأولوية:

1.3.7.6 توسيع نطاق تشخيص السل وعلاج المصابين ورعايتهم والارتقاء بهذه الخدمات

- **توسيع نطاق تحري السل وتشخيصه:** تعزيز تحري وتشخيص الإصابة بجميع أشكال السل بتنفيذ التقصي المجتمعي النشط للحالات وتكثيف الكشف عن الحالات داخل المرافق الصحية، ما يضمن الاكتشاف المبكر للإصابات في جميع الأعمار.
- **توسيع نطاق علاج السل والدعم المقدم:** توسيع نطاق علاج السل والرعاية والدعم المقدمين، ولا سيما للمرضى المصابين بالسل المستجيب للأدوية، باعتماد نُهُج رعاية تركزُ على المرضى وتوحيد العلاج بأدوية الخط الأول.
- **تنفيذ استراتيجيات الوقاية من السل/ السل المقاوم للأدوية:** توسيع نطاق جهود الوقاية من السل والسل المقاوم للأدوية من خلال الفحص والاختبار المنهجيين لعدوى السل في الفئات المعرضة للخطر، وتوفير العلاج الوقائي من السل، وتطبيق تدابير الوقاية من العدوى ومكافحتها.

2.3.7.6 توسيع نطاق تشخيص السل المقاوم للأدوية وعلاج المصابين ورعايتهم والارتقاء بهذه الخدمات

- **تعزيز إتاحة سبل تشخيص السل المقاوم للأدوية**: الإسراع في توسيع وتعزيز قدرات تشخيص السل المقاوم للأدوية واختبارات الحساسية للأدوية، ما يضمن الاكتشاف المبكر للإصابة بالسل المقاوم للأدوية، وخصوصًا السل المقاوم للريفامبيسين، والسل المقاوم لأدوية متعددة، والسل ما قبل المقاومة الشديدة للأدوية/ السل الشديد المقاومة للأدوية.
- **توسيع نطاق خدمات علاج السل المقاوم للأدوية والدعم المقدم**: توسيع نطاق خدمات العلاج والرعاية والدعم الشامل للمرضى المصابين بالسل المقاوم للأدوية، الأمر الذي يضمن الحصول على علاجات فعالة ورعاية شاملة طوال عملية العلاج.
- **وضع معايير للتدبير العلاجي للسل المقاوم للأدوية**: تحديد الحد الأدنى لمعايير الوقاية من السل المقاوم للأدوية ورعاية المصابين به وعلاجهم وتنفيذ تلك المعايير، ما يضمن اتساق الجودة والفعالية في جميع مرافق الرعاية الصحية.

3.3.7.6 التعاون والتنسيق مع مقدمي الخدمات الآخرين والقطاعات الأخرى المعنية بمرض السل

- **تعزيز مشاركة مقدمي الخدمات من القطاع الخاص**: توسيع نطاق مشاركة مقدمي الخدمات الربحية وغير الربحية فيما يخص تقديم خدمات السل والسل المقاوم للأدوية في جميع مراحل سلسلة الرعاية، والارتقاء بهذه الخدمات. ويشمل ذلك خدمات الوقاية والتشخيص والعلاج والإحالة والمتابعة، ما يضمن نهجًا شاملًا لتقديم الرعاية.
- **تعزيز الرعاية المجتمعية للسل:** توسيع نطاق المشاركة المجتمعية في التخطيط للخدمات الخاصة بالسل والسل المقاوم للأدوية وتقديم تلك الخدمات. تعزيز مشاركة المجتمع المحلي في مجالات مثل التشخيص والعلاج والرعاية والوقاية والرصد والتقييم، وبهذا يجري ضمان إتاحة الخدمات ومواءمتها مع الاحتياجات المحلية.
- **تيسير التعاون بين القطاعات:** توسيع وتعزيز نطاق التعاون مع البرامج والقطاعات الأخرى خارج قطاع الصحة من أجل إنشاء نُهُج أكثر تكاملًا لرعاية مرضى السل. إنشاء آليات للتعاون مع مقدمي الخدمات الذين يعالجون حالات المراضة المصاحبة (مثل السكري) والقطاعات الأخرى التي تشمل العدالة والعمل والتعدين والمالية والتأمين والخدمات الاجتماعية.
- **توحيد معايير تر ُصد السل:** تحقيق المواءمة والتنسيق بين معايير تر ُصد السل على مستوى الأقاليم وإنشاء شراكات أو لجان إقليمية تهدف إلى تعزيز جهود مكافحة السل عبر الحدود، وتيسير تبادل البيانات، واستراتيجيات الاستجابة المنسقة.
- **بناء قدرات الإبلاغ الإلكتروني:** دعم تطوير وبناء القدرات اللازمة لنُظُم الإبلاغ والإحالة الإلكترونية في جميع أنحاء القارة، وتعزيز كفاءة وفعالية تقديم خدمات السل ومتابعتها.

4.3.7.6 تلبية احتياجات الفئات السكانية الضعيفة فيما يخص السل/ السل المقاوم للأدوية

- **توسيع نطاق تقصي الحالات المو ّجه:** توسيع نطاق مبادرات التقصي الموجه لحالات الإصابة بالسل والسل المقاوم للأدوية والارتقاء بها، وهذه المبادرات تكون مُص ّممة خصيصًا للفئات السكانية الشديدة التعرض للخطر والضعيفة، ومنهم الأطفال، والمراهقون، والسجناء، وعمال المناجم، والمهاجرون، والنازحون داخل ًيا، واللاجئون، وفقراء المناطق الحضرية، وسكان الأحياء الفقيرة، والأقليات العرقية، والسكان الأصليون، والعاملون الصحيون، والأفراد الذين يعانون من مشكلات في الصحة النفسية أو اضطرابات ناجمة عن تعاطي المخدرات.

- **تحسين الوصول إلى الخدمات وملاءمتها:** ضمان إتاحة خدمات السل والسل المقاوم للأدوية ومناسبتها الثقافية لهذه الفئات السكانية. ويشمل ذلك تكييف النُّهُج التشخيصية والعلاجية والوقائية على نحو يلبي الاحتياجات والظروف الفريدة لكل مجموعة، ما يُيسِّر الحصول على الرعاية.
- **تنفيذ التوعية والتثقيف:** تنفيذ برامج توعية وحملات تثقيفية تهدف إلى إذكاء وعي هذه المجتمعات المحلية بالسل والسل المقاوم للأدوية. التركيز على أهمية التشخيص المبكر، والالتزام بالعلاج، والتدابير الوقائية، مع الاستفادة من دور قادة المجتمع والمنظمات المحلية في تعزيز الثقة والمشاركة.
- **نماذج الرعاية المتكاملة:** وضع وتنفيذ نماذج رعاية متكاملة تجمع بين خدمات السل والخدمات الصحية والاجتماعية الأخرى ذات الصلة بالفئات السكانية المُعرَّضة لمخاطر شديدة، وذلك يضمن اتباع نهج شامل للرعاية الصحية يتصدّى لمُحدِّدات الصحة الأوسع نطاقًا.
- **تعزيز الرصد والتقييم:** - وضع أُطر قوية للرصد والتقييم من أجل تتبع فعالية التدخلات الخاصة بالسل والسل المقاوم للأدوية بين الفئات السكانية المستهدفة. - استخدام البيانات لتحقيق التحسين المستمر في تقديم الخدمات، وضمان استمرار استجابة البرامج وتلبيتها للاحتياجات المتغيرة لتلك الفئات الضعيفة.

4.7.6 الملاريا

1.4.7.6 تنفيذ مكافحة النواقل للوقاية من الملاريا

- **تعزيز نظام التوزيع الشامل للناموسيات المُعالَجة بمبيدات الحشرات**: وضع وتنفيذ نظام قوي ومستمر لتوزيع الناموسيات المُعالَجة بمبيدات الحشرات يجمع بين القنوات المتنوعة لتقديمها، مثل الحملات الجموعية، والرعاية السابقة للولادة، والبرنامج الموسع للتمنيع، والمبادرات المدرسية، والقنوات المجتمعية. ويهدف هذا النهج المتعدد الأوجه إلى ضمان التغطية الشاملة والوصول المستدام إلى الناموسيات المعالجة بمبيدات الحشرات من أجل توفير وقاية فعالة من الملاريا.
- **تعزيز الاستراتيجية الشاملة لمكافحة النواقل**: صياغة استراتيجية شاملة لمكافحة النواقل وتنفيذها على أن تتضمن أساليب مختلفة، مثل الرش الثمالي داخل المباني والتدبير العلاجي لمصادر اليرقات، وفق ما تقتضيه الظروف. إدراج تدابير إضافية لمكافحة النواقل، ومنها استراتيجيات إدارة شؤون البيئة وأنشطة تر ُّصد الحشرات بهدف المكافحة الفعالة لانتقال الملاريا وتقليل خطر الفاشيات إلى أدنى حدٍّ.

- **مبادرات توسيع نطاق التغيير الاجتماعي والسلوكي:** تنفيذ أنشطة مناصرة وتواصل وتعبئة اجتماعية تركز على تعزيز الإتاحة الشاملة والمنصفة لتدابير مكافحة النواقل. وينبغي أن تهدف هذه المبادرات إلى إذكاء الوعي بطرق الوقاية من الملاريا، وتشجيع المشاركة المجتمعية، وتعزيز التغييرات السلوكية التي تدعم استخدام الناموسيات المُعالَجة وغيرها من استراتيجيات مكافحة النواقل.

2.4.7.6 تنفيذ التدبير العلاجي لحالات الملاريا

- **تعزيز العلاج القائم على المرافق: تعزيز** الوصول المنصف لاختبارات فحص الإصابة بالملاريا وعلاج الحالات في مرافق الرعاية الصحية بمستويات عالية الجودة، وخاصة الملاريا الشديدة. - تنفيذ البروتوكولات الموحدة وتدابير ضمان الجودة، لضمان تحسين الحصائل الصحية للمرضى تحسينًا كبيرًا.
- **تحسين التدبير العلاجي للحالات في مستويات الرعاية الأولية:** دمج المبادئ التوجيهية للتدبير العلاجي المتكامل لأمراض الطفولة ضمن ممارسات الرعاية الأولية، مع التركيز على تحسين تدريب العاملين الصحيين قبل الالتحاق بالخدمة. وسيضمن ذلك استعداد مقدمي الرعاية الصحية وجاهزيتهم العالية للتعامل بفعالية مع حالات الملاريا وتقديم الرعاية الشاملة.

- **التدبير العلاجي المجتمعي المتكامل للحالات**: تخطيط وتنفيذ استراتيجية تدبير علاجي مجتمعي متكامل للحالات تشمل جميع الفئات العمرية، وخصوصًا التدبير العلاجي لحالات الملاريا. وهذا النهج سيوسع فرص الحصول على الرعاية في المناطق النائية، مع ضمان تدريب العاملين الصحيين المجتمعيين على تشخيص الملاريا وعلاجها بنجاح.

- **توسيع نطاق التدبير العلاجي للحالات في القطاع الخاص**: تشجيع مشاركة القطاع الخاص في التدبير العلاجي لحالات الملاريا بتعزيز قدرات الاختبار والعلاج. إعداد استراتيجيات للتأهب للأوبئة تشمل تخطيط الاستجابة وتوفير معدات الوقاية من أجل ضمان إدارة فعالة لفاشيات الملاريا.

- **أنشطة الترصد والرصد الشاملة:** تنفيذ أنشطة ترصد ورصد شاملة، ومنها مثلًا ترصد النجاعة العلاجية، والدراسات الاستقصائية بشأن الحذف الجيني للبروتين الغني بالهيستيدين 3/2، وتدابير مراقبة جودة وسائل تشخيص الملاريا وأدويتها. وهذه الجهود ضرورية لضمان فعالية برامج التدبير العلاجي لحالات الملاريا وتكييف الاستراتيجيات استنادًا إلى البيانات المستجدة.

3.4.7.6 تنفيذ تدخلات وقائية محددة

- **العلاجات الوقائية الموجهة**: تنفيذ علاجات وقائية موجهة مثل العلاج الوقائي المتقطع للحوامل، والوقاية الكيميائية الموسمية من الملاريا في المناطق ذات الانتقال الموسمي المرتفع، والوقاية الكيميائية اللاموسمية من الملاريا للأطفال في المناطق الموبوءة. ويُضاف إلى ذلك، استحداث علاج وقائي متقطع لأطفال المدارس للحد من انتقال الملاريا بين الأطفال الذين تزيد أعمارهم على خمس سنوات، ولا سيما في الأماكن التي لم يجرِ التخلص من المرض فيها.
- **حملات المعالجة الجموعية بالأدوية**: تنفيذ حملات معالجة جموعية بالأدوية عند الضرورة بهدف تقليص عبء المرض ووقف انتقاله في الأماكن التي يجري فيها التخلص من الملاريا.

- **مبادرات التغيير الاجتماعي والسلوكي:** تنفيذ أنشطة متمايزة في مجالات المناصرة والتواصل والتعبئة المجتمعية على أن تركِّز على التغيير الاجتماعي والسلوكي، مع ضمان دمج النُّهج والمساواة بين الجنسين لضمان الإتاحة المنصفة لتدخلات الوقاية من الملاريا.

5.7.6 أمراض المناطق المَدارية المُهمَلة

1.5.7.6 المعالجة الكيميائية الوقائية

- **تعزيز التوعية المجتمعية:** تعزيز مبادرات التوعية المجتمعية لزيادة الوعي بالمعالجة الكيميائية الوقائية لأمراض المناطق المدارية المهملة وفهمها. وسيساعد ذلك على ضمان قبول البرامج الجموعية والمشاركة الواسعة فيها.
- **تحسين الإعطاء الجموعي** للأدوية المأمونة: التركيز على الإعطاء الجموعي للأدوية المأمونة المضمونة الجودة في المناطق الموطونة لاستهداف العديد من أمراض المناطق المدارية المهملة، ومنها:
  - **عدوى الديدان المثقوبة المنقولة بالأغذية:** تناول الأدوية للوقاية من هذه العدوى، ومن ثَمَّ القضاء عليها في نهاية المطاف.
  - **داء الفيلاريَّات اللِّمفِ ي:** تنفيذ المعالجة الجموعية بالأدوية باستخدام توليفة من أدوية علاج الفيلاريا لوقف انتقال العدوى والعمل على التخلص من داء الفيلار يَّات اللِّمفيّ.
  - **داء كُلابيَّة الذَّنَب:** استخدام العلاج المُدار مجتمع ًيا بعقار إيفرمكتين للحد من انتقال داء كلابية الذنب ومكافحته.
  - **داء البِلهارسِيَّات:** تنفيذ حملات العلاج الجموعي بعقار برازيكوانتيل لمكافحة داء البلهارسيات والقضاء عليه في المناطق الموطونة به.
  - **أمراض الديدان المنقولة بالتربة:** تنظيم حملات للتخلص من الديدان باستخدام ألبيندازول أو ميبيندازول لمكافحة هذه العدوى بفعالية.
  - **التراخوما**: تيسير التوزيع الجموعي للمضادات الحيوية، وتحديدًا أزيثروميسين، لعلاج حالات التراخوما النشطة والحد من انتقال العدوى داخل المجتمعات المحلية.

2.5.7.6 التدبير العلاجي المكثف للحالات:

- **تعزيز التدبير العلاجي المتكامل لأمراض المناطق المدارية المهملة**: تنفيذ استراتيجيات مكثفة للتدبير العلاجي للحالات المصابة بأمراض المناطق المدارية المهملة حيثما تكون الأدوات والعلاجات البسيطة محدودة، مع التركيز على اتباع نُهُج شاملة للوقاية من المضاعفات الطويلة الأجل وانتقال العدوى.
  - **قَرحة بورولي**: تنفيذ بروتوكولات متكاملة نشطة للكشف عن الإصابة بقرحة بورولي وتشخيصها وعلاجها للوقاية من الإعاقات والتشوُّهات، وضمان التدخل وتقديم الرعاية في الوقت المناسب.
  - **الداء الغُلَّيقِ ُي:** تنفيذ تقصٍّ نشط متكامل للحالات، وإعطاء جرعة واحدة من علاج الأزيثروميسين لوقف انتقال العدوى والعمل على القضاء على الداء العليقي بفعالية.
  - **الجُذام:** تعزيز البرامج المتكاملة للكشف المبكر عن الإصابة بالجذام وعلاجها للوقاية من الإعاقات والتشوهات، مع التصدي النشط للوصم وضمان احترام الفئات الضعيفة في جميع التدخلات.
  - **داء الكيسات المذنبة**: تنفيذ تدخلات موجهة تهدف إلى الوقاية من انتقال داء الكيسات المذنبة وتوفير العلاج للمصابين من أجل تقليل الآثار الصحية السلبية إلى أدنى حدّ.
  - **داء المُشوِكات:** وضع استراتيجيات الوقاية وتنفيذها جنبًا إلى جنب مع خيارات العلاج المتاحة للأفراد المصابين بداء المُشوِكات، من أجل خفض المراضة والوفيات المرتبطة بالمرض خفضًا كبيرًا.

3.5.7.6 تدابير إضافية للأمراض المدارية المهملة التي صارت على وشك التخلص منها/ استئصالها:

بالنسبة إلى أمراض مثل داء المثقبيات الأفريقي البشري (مرض النوم) وداء الليشمانيات، التي قرب التخلص منها، وداء التنينات المستهدف استئصالها، فإنه لمن الضروري اتخاذ إجراءات منسقة وموجهة. ويشمل ذلك:

- **أدوات تشخيص مبتكرة:** تطوير وسائل تشخيص جديدة تعزز الكشف عن الحالات وترصُّد أمراض مثل داء المثقبيات الأفريقي البشري (مرض النوم) وداء الليشمانيات، ونشر هذه الوسائل. وينبغي أن يشمل ذلك استخدام العينات البيئية لتحسين معدلات اكتشاف الحالات.
- **أنظمة علاج متقدمة:** إجراء البحوث من أجل بروتوكولات علاجية جديدة تهدف إلى تحسين حصائل المرضى المصابين بهذه الأمراض وتنفيذ تلك البروتوكولات، مع تقليل مخاطر انتقال العدوى إلى أدنى حدٍّ.
- **تدابير فعالة لمكافحة النواقل**: تنفيذ استراتيجيات موجهة لمكافحة النواقل بهدف خفض معدلات انتقال داء المثقبيات الأفريقي البشري وداء الليشمانيات وداء التنينات والوقاية من عودة ظهورها، وضمان إحراز تقدم مستدام نحو القضاء عليها واستئصالها.

6.7.6 الأمراض غير السارية

1.6.7.6 إدماج خدمات الأمراض غير السارية ضمن مستوى الرعاية الصحية الأولية

- **تعزيز البنية التحتية وقدرات القوى العاملة**: تعزيز البنية التحتية للرعاية الصحية الأولية وبناء قدرات القوى العاملة من أجل تقديم خدمات تحري الإصابة بالأمراض غير السارية وتشخيصها والوقاية منها وعلاجها بفعالية.
- **البروتوكولات والمبادئ التوجيهية الموحدة:** وضع بروتوكولات ومبادئ توجيهية موحدة وتنفيذها من أجل دمج خدمات الأمراض غير السارية في منصات الرعاية الصحية الأولية القائمة، الأمر الذي يضمن استمرار رعاية المرضى.
- **برامج تدريب لمقدمي الخدمات:** تنفيذ برامج تدريب شاملة لمُقدِّمي الرعاية الأولية، على أن تركز تلك البرامج على التدبير العلاجي للأمراض غير السارية وإسداء المشورة بشأن تحسين جودة الخدمات المُقدَّمة.

2.6.7.6 تعزيز نظم الرعاية الصحية الثانوية والثالثية:

- **توسيع المرافق ورفع مستواها:** الاستثمار في توسيع وتحديث مرافق الرعاية الصحية الثانوية والثالثية لتعزيز قدرتها على توفير الرعاية المتخصصة للحالات المعقدة للمصابين بالأمراض غير السارية واضطرابات الصحة النفسية.
- **تحسين مسارات الإحالة وشبكاتها:** إنشاء مسارات وشبكات واضحة للإحالة بين مرافق الرعاية الصحية الأولية والثانوية والثالثية، لضمان الانتقال السلس للمرضى واستمرار الرعاية في جميع أجزاء نظام الرعاية الصحية.
- **تعزيز التدريب المتخصص للمهنيين الصحيين:** تقديم برامج تدريبية متخصصة للمهنيين الصحيين العاملين في مواقع الرعاية الثانوية والثالثية، مع التركيز على خدمات التشخيص والعلاج والتأهيل المتقدمة المخصصة للمصابين بالأمراض غير السارية واضطرابات الصحة النفسية.

3.6.7.6 خدمات متكاملة لتحري الإصابة والتشخيص والوقاية والعلاج:

- **توسيع البرامج الشاملة للتحرّي:** وضع برامج شاملة لتحري الإصابة بالأمراض غير السارية واضطرابات الصحة النفسية وتنفيذ تلك البرامج، مع التركيز على الفئات السكانية المعرضة لخطر شديد والمجتمعات المحلية التي تعاني نقص الخدمات، وذلك لضمان الكشف والتدخل المبكرين.
- **تعزيز قدرات التشخيص:** تعزيز قدرات مرافق الرعاية الصحية على التشخيص بتزويدها بالمعدات الطبية الأساسية، ومرافق المختبرات، وضمان تدريب العاملين تدريبًا كافيًا على إجراء اختبارات التشخيص وتفسيرها.
- **نشر استراتيجيات وقاية مسندة بالبيّنات**: تنفيذ استراتيجيات وقاية مسندة بالبيّنات تضم حملات تعزيز الصحة وبرامج التطعيم وتدخلات أسلوب الحياة الرامية إلى تقليل الإصابة بالأمراض غير السارية والحد من أثرها.

4.6.7.6 التكامل مع خدمات السل/ فيروس العوز المناعي البشري ورعاية الصحة النفسية:

- **تكامل خدمات الأمراض غير السارية**: دمج خدمات التحري والتشخيص والعلاج ذات الصلة بالأمراض غير السارية في البرامج القائمة لمكافحة السل وفيروس العوز المناعي البشري، بهدف ضمان حصول الأفراد الذين يعانون حالات مراضة مصاحبة على رعاية شاملة، على أن تلبي هذه الرعاية ما تقتضيه حالاتهم المعدية والمزمنة من احتياجات.
- **تعزيز خدمات الصحة النفسية:** تعزيز خدمات الصحة النفسية داخل نظام الرعاية الصحية بتوفير خدمات تحرٍّ قوية وإسداء المشورة وتقديم الدعم النفسي الاجتماعي، بهدف معالجة عبء الصحة النفسية الذي كثيرًا ما يصاحب الأمراض غير السارية وفيروس العوز المناعي البشري، ومن ثَمَّ تحسين عافية المرضى إجمالًا.
- **تدريب مقدمي الرعاية الصحية**: تنفيذ برامج تدريبية لمقدمي الرعاية الصحية تركزُ على تحديد قضايا الصحة النفسية والتدبير العلاجي لها للمصابين بالأمراض غير السارية وفيروس العوز المناعي البشري من أجل تعزيز الرعاية الشاملة التي تركز على المرضى، الأمر الذي يُمكِّن مقدمي الخدمات من التصدي بفعالية لكلٍّ من تحديات الصحة البدنية والنفسية.

5.6.7.6 التصدي لعوامل الخطر الاجتماعية والاقتصادية والبيئية المشتركة ذات الصلة بالأمراض غير السارية والسل/ فيروس العوز المناعي البشري

- **إنشاء فرقة عمل متعددة القطاعات تابعة للاتحاد الأفريقي**: إنشاء فرقة عمل تابعة للاتحاد الأفريقي تكرس عملها لتوجيه الإجراءات المتعددة القطاعات وتنسيقها عبر مختلف القطاعات فيما يخص الوقاية من الأمراض غير المعدية ومكافحتها. وستكون فرقة العمل هذه منبرًا للتعاون وتشارُك الموارد بين الدول الأعضاء.
- **تعزيز الآليات الوطنية المتعددة القطاعات:** تعزيز قدرات وإمكانات الآليات الوطنية المتعددة القطاعات للوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها، بالاستفادة من الأطر القائمة التي وُضعت لمكافحة فيروس العوز المناعي البشري والسل من أجل ضمان اتباع نهج متسق يستفيد من الموارد والخبرات القائمة.
- **تعزيز المبادرات المحلية والإقليمية**: بدء برامج محلية وإقليمية تركز على تعزيز أنماط الحياة الصحية منذ سن مبكرة، ومن ثَمَّ غرس الممارسات الصحية الوقائية داخل المجتمعات ودعم هذه البرامج، على أن تستهدف العوامل التي تزيد خطر الإصابة بالأمراض غير السارية داخل المدارس وأماكن العمل والأحياء.
- **المبادرات المشتركة للفئات عالية المخاطر**: تشجيع المبادرات المشتركة بين مختلف القطاعات لتنفيذ التدخلات المبكرة للفئات الشديدة التعرض للخطر والفئات السكانية الضعيفة، من أجل تيسير وضع استراتيجيات شاملة مُصممة خصيصًا لتلبية الاحتياجات الفريدة لهذه المجتمعات، وتعزيز فرص حصولها على الرعاية الوقائية والتثقيف الصحي.

6.6.7.6 تعزيز القوى العاملة في مجال الأمراض غير السارية والصحة النفسية وربطها بشبكات الممارسين والباحثين الصحيين على مستوى القارة

- **دعم توزيع المهام وتقاسم المهام**: مساعدة الدول الأعضاء في وضع وتنفيذ استراتيجيات لتوزيع المهام وتقاسم المهام من أجل تعزيز قدرة نظم الرعاية الصحية على التصدي للأمراض غير السارية ورعاية الصحة النفسية بطريقة تركزُ على الأشخاص، وتحقيق الاستفادة المثلى من موارد الرعاية الصحية المتاحة، والحد من فجوات العلاج، وسيتحقق ذلك بالسماح للعاملين الصحيين المدربين من غير المتخصصين بتقديم الخدمات الأساسية.
- **إنشاء برنامج تدريبي ميداني في مجال الوبائيات**: إنشاء برنامج ميداني تدريبي في مجال الوبائيات مخصص للأمراض غير السارية أو تعزيز ما تشمله برامج التدريب الميدانية الحالية من عناصر ذات صلة بالأمراض غير السارية، مع التركيز على بناء قدرات مكافحة الوبائيات بهدف تحسين فهم الأمراض غير السارية والوقاية منها وإدارتها، ومن ثَمَّ تعزيز استجابات الصحة العامة في جميع أنحاء القارة.
- **تعزيز القدرات البحثية في مجال الأمراض غير السارية والصحة النفسية:** تحسين قدرة قارة أفريقيا على إجراء بحوث ذات صلة ببيئتها وسياقها وتنفيذ تلك البحوث، على أن تتناول الأولويات التي تركز عليها القارة في مجال الأمراض غير السارية والصحة النفسية، ومنها مثلًا تعزيز الشراكات بين المؤسسات البحثية ومقدمي الرعاية الصحية وراسمي السياسات، لضمان ترجمة نتائج البحوث إلى تدخلات وسياسات فعالة مصمَّمة خصيصًا لمواجهة التحديات الفريدة التي تواجهها البلدان الأفريقية.

7.6.7.6 ضمان إنشاء آليات تمويل قارية وإقليمية للوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها وتعزيز الصحة النفسية.

- **الدعوة إلى إدراج الأمراض غير السارية في تمويل مكافحة الأمراض المعدية**: التواصل مع الشركاء الذين عادةً ما يمولون مكافحة الأمراض المُعْدِية للدعوة إلى إدراج الأمراض غير السارية في حوافظهم التمويلية. وينطوي ذلك على إثبات أوجه الترابط بين الأمراض المُعْدِية والأمراض غير السارية، ولا سيما في مجالات مثل حالات المراضة المشتركة وعوامل الخطر المشتركة.
- **تعزيز التمويل المخصص للأمراض غير السارية والصحة النفسية:** العمل على تأمين سبل تمويل مخصصة لمبادرات الأمراض غير السارية والصحة النفسية في إطار برامج أوسع نطاقًا للتأهب لحالات الطوارئ والاستجابة لها، من أجل تعزيز قدرة النظم الصحية على الصمود بضمان التصدي للأمراض غير السارية حتى في أوقات الأزمات، ما يؤدي إلى تحسين الحصائل الصحية العامة.
- **دراسة مسوّغات الاستثمار القاري**: إعداد دراسة شاملة لجدوى الاستثمار في العمل المتعدد القطاعات بشأن الأمراض غير السارية والصحة النفسية، الأمر الذي يحدد المنافع الاقتصادية والصحية للاستثمار في الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها، مع تسليط الضوء على النماذج والاستراتيجيات الناجحة التي يمكن اعتمادها في جميع أنحاء القارة.
- **الدعوة إلى إيلاء الأولوية للأمراض غير السارية**: حشد الجهود الرامية إلى إعطاء السياسات الصحية وبرامج التمويل الأولويةَ للأمراض غير السارية وعوامل الخطر المرتبطة بها، ومثال ذلك تعزيز السياسات التي تُحسّن فرص الحصول على الرعاية الخاصة بالأمراض غير السارية، وضمان أن تحظى هذه الأمراض بالاهتمام الواجب وتوفير الموارد اللازمة لمعالجة العبء المتزايد الواقع على عاتق نُظم الصحة العامة.

7.7.6 الأمراض المنقولة جنسيًا/ التهاب الكبد الفيروسي

1.7.7.6 الوقاية الشاملة والتثقيف:

- **حملات الصحة العامة الشاملة**: - تصميم وتنفيذ حملات صحة عامة موجهة لزيادة الوعي بالأمراض المنقولة جنسيًا والتهاب الكبد الفيروسي، مع التركيز على طرق انتقالها واستراتيجيات الوقاية منها وأهمية الكشف المبكر عنها وعلاجها. - استخدام منصات إعلامية مختلفة لتحقيق الوصول الفعال إلى قطاعات متنوعة من الجمهور، وخاصةً وسائل الإعلام الاجتماعية والفعاليات المجتمعية ووسائل الإعلام التقليدية.
- **برامج التعليم والتوعية**: إعداد برامج تثقيفية وتوعوية مُصمَّمة خصيصًا للسكان المعرضين لمخاطر شديدة، مثل المراهقين والشباب والفئات الضعيفة، مع التركيز على تعزيز الممارسات الجنسية الأكثر أمانًا، وإتاحة معلومات عن الأمراض المنقولة جنسيًا والتهاب الكبد الفيروسي، والتشجيع على إجراء الاختبارات المنتظمة. إشراك قادة المجتمع المحلي والمنظمات لتيسير بناء الثقة وزيادة المشاركة في هذه المبادرات.
- **توزيع الواقي الذكري والتشجيع على استخدامه:** تنفيذ استراتيجية شاملة للوقاية تشمل توزيع الواقي الذكري بصفته أداة رئيسية للوقاية من الأمراض المنقولة جنسيًا وفيروس العوز المناعي البشري. - تعزيز استخدام الواقي الذكري عبر حملات تثقيفية تؤكد على أهمية الواقي الذكري في خفض معدلات انتقال العدوى، ولا سيما بين الفئات السكانية المعرضة لخطر شديد. - التعاون مع مقدمي الرعاية الصحية والمدارس والمنظمات المجتمعية لضمان سهولة الوصول إلى نقاط توزيع الواقي الذكري.

2.7.7.6 تيسير الاختبار والتشخيص:

- **توسيع نطاق الوصول إلى خدمات الاختبار**: - زيادة فرص الحصول على خدمات الاختبار السرية والميسورة التكلفة لفحص الإصابة بالأمراض المنقولة جنسيًا والتهاب الكبد الفيروسي بإنشاء مراكز للاختبار في المرافق الصحية المجتمعية، والعيادات المتنقلة، وعبر برامج التوعية في المناطق التي تنوء بعبء ثقيل. - تطبيق رسوم متدرجة النطاق أو مبادرات اختبار مجاني لضمان القدرة على تحمل التكلفة وتشجيع الأفراد على السعي إلى الخضوع للاختبار دون عوائق مالية.
- **تدريب مقدمي الرعاية الصحية**: - وضع وتنفيذ برامج تدريبية لمقدمي الرعاية الصحية بشأن التشخيص الدقيق للأمراض المنقولة جنسيًا والتهاب الكبد الفيروسي والتدبير العلاجي لها وعلاجها. - التأكد من تضمن هذه الدورات التدريبية مبادئ توجيهية محدثة، وأفضل ممارسات التواصل مع المرضى، واستراتيجيات لتقديم رعاية مراعية للاعتبارات الثقافية. وينبغي إتاحة فرص للتطوير المهني المستمر لإطلاع مُقدِّمي الرعاية على الاتجاهات المستجدة وخيارات العلاج.
- **البروتوكولات الروتينية لتحرّي الإصابة:** تنفيذ البروتوكولات الروتينية لتحرّي الإصابة بالأمراض المنقولة جنسيًا والتهاب الكبد الفيروسي في صفوف الفئات السكانية المثقلة بالأعباء، وإدماج خدمات الاختبار هذه في البرامج الحالية لفيروس العوز المناعي البشري والسل. - إنشاء مسارات واضحة للإحالة لضمان ربط الأفراد الذين يُثبت الاختبار إصابتهم بخدمات الرعاية والعلاج المناسبة. - الاستفادة من البيانات المستمدة من الفحوصات الروتينية لتحرّي الإصابة بهدف رصد معدلات الانتشار وتوجيه تدخلات الصحة العامة الموجهة.

3.7.7.6 العلاج والرعاية المتكاملان:

- **تحسين إتاحة أنظمة العلاج في الوقت المناسب:** ضمان تزويد مرافق الرعاية الصحية بأنظمة علاجية فعالة للأمراض المنقولة جنسيًا والتهاب الكبد الفيروسي، ومثال ذلك إتاحة المضادات الحيوية بسهولة لعلاج الأمراض المنقولة جنسيًا البكتيرية، وتوفير العلاج بالأدوية المضادة للفيروسات القهقرية للأفراد المصابين بفيروس العوز المناعي البشري والتهاب الكبد B، وضمان الحصول على الأدوية المباشرة المفعول المضادة للفيروسات لالتهاب الكبد C، ووضع بروتوكولات للبدء الفوري في العلاج بمجرد التشخيص، ولا سيما دعم اجتياز كل العقبات المالية أو اللوجستية التي تحول دون الحصول على الأدوية.
- **تصميم حِزم رعاية شاملة**: إعداد وتنفيذ حِزم رعاية شاملة لتلبية الاحتياجات المتنوعة للأفراد المتعايشين مع الأمراض المنقولة جنسيًا والتهاب الكبد الفيروسي، وخصوصًا خدمات الصحة البدنية (علاج العدوى)، ودعم الصحة النفسية (خدمات المشورة والخدمات النفسية)، وخدمات الدعم الاجتماعي (دعم الالتزام، والمساعدة في التعامل مع نُظم الرعاية الصحية، والتدخلات المجتمعية للحد من الوصم) من أجل تعزيز عافية المرضى إجمالًا وتحسين الحصائل الصحية.
- **تعزيز نظم الإحالة:** تعزيز نظم الإحالة والشراكات بين مرافق الرعاية الصحية الأولية والثانوية والثالثية لضمان الانتقالات السلسة على مستوى رعاية المرضى ذوي الاحتياجات المعقدة، وإنشاء قنوات اتصال واضحة واتفاقات تعاونية بين مختلف مستويات الرعاية، لضمان حصول المرضى على المتابعة والخدمات المتخصصة والدعم المستمر في الوقت المناسب. وقد ينطوي ذلك على إنشاء فرق متعددة التخصصات تضم مقدمي الرعاية الصحية والأخصائيين الاجتماعيين والعاملين في مجال صحة المجتمع من أجل تحقيق التنسيق الفعال للرعاية.

4.7.7.6 الوقاية من العدوى المصاحبة والمضاعفات:

- **تعزيز دمج تحرّي الإصابة والتدبير العلاجي لحالات العدوى المصاحبة:** دمج تحرّي العدوى المصاحبة وتدبيرها العلاجي، ولا سيما العدوى المصاحبة بالسل/ فيروس العوز المناعي البشري والعدوى المصاحبة بفيروس العوز المناعي البشري/ التهاب الكبد، في برامج الرعاية الصحية القائمة، ويتحقق ذلك بتدريب مقدمي الرعاية الصحية على التعرف بفعالية على هذه العدوى المصاحبة والتدبير العلاجي لها، ووضع بروتوكولات موحدة تضمن الفحص الروتيني لجميع المرضى المعرضين للخطر، واستخدام نظم المعلومات الصحية لتيسير تبادل البيانات وضمان حصول المرضى على رعاية شاملة تتناول جميع جوانب صحتهم.

- **تحسين الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية الشاملة:** ضمان حصول الفئات السكانية المعرضة لخطر شديد على خدمات الرعاية الصحية الشاملة، وخصوصًا متعاطي المخدرات بالحقن وغيرهم من الفئات الضعيفة. ويشمل ذلك توفير اللقاحات للأمراض التي يمكن الوقاية منها مثل التهاب الكبد B، وتنفيذ برامج لخفض الأضرار توفر إبرًا ومحاقن نظيفة، وتيسير الحصول على خدمات العلاج من تعاطي المواد.
- **تعزيز التعاون مع المنظمات المجتمعية**: التعاون مع المنظمات المجتمعية لتحقيق الوصول الفعَّال إلى الفئات السكانية الضعيفة بتحديد الأفراد المعرضين للخطر، وتقديم التعليم، وتيسير الحصول على خدمات الرعاية الصحية.

8.7.6 الصحة الإنجابية وصحة الأمهات وحديثي الولادة والأطفال والمراهقين

1.8.7.6 توسيع نطاق التدخلات الرامية إلى تعزيز صحة الطفل ونمائه:

- **تعزيز التوعية بالتمنيع**: تنفيذ حملات التطعيم المجتمعي لزيادة التغطية بالتمنيع، ولا سيَّما في المناطق التي تنقصها الخدمات ويصعب الوصول إليها، ويتحقق ذلك بنشر فرق صحية متنقلة، وإشراك العاملين في مجال صحة المجتمع، والتعاون مع القادة المحليين لزيادة الوعي وتشجيع المشاركة في حملات التطعيم.
- **دمج التمنيع مع التدبير العلاجي لأمراض الطفولة**: إنشاء برامج متكاملة تجمع بين خدمات التمنيع والتقييمات السريرية والتغذوية التي تقدم نهجًا شاملًا لا يقتصر على التطعيم فقط ولكن يتناول أيضًا التدبير العلاجي لأمراض الطفولة والاحتياجات التغذوية خلال زيارات التمنيع.
- **تعزيز الترصد وجمع البيانات ورصدها**: تحسين نظم جمع البيانات والترصد والرصد لتتبع معدلات التمنيع بدقة، ورصد أنماط أمراض الطفولة، وتقييم الحالة التغذوية للأطفال.

2.8.7.6 الرعاية الشاملة السابقة للولادة والرعاية في الفترة المحيطة بالولادة والرعاية اللاحقة للولادة، ورعاية حديثي الولادة والمراهقين:

- **تعزيز نظم الرعاية الصحية الأولية**: الاستثمار في البنية التحتية للرعاية الصحية الأولية لضمان إمكانية الوصول إلى الخدمات المتكاملة عالية الجودة، ولا سيما الصحة الجنسية والإنجابية، والولادة الماهرة، والخدمات الأساسية للمواليد. ويشمل ذلك إنشاء مراكز صحية مزودة باللوازم الطبية الأساسية والموظفين المدربين ونظم الإحالة إلى مستويات رعاية أعلى.
- **تدريب مقدمي الرعاية الصحية على المهارات:** تعزيز برامج تدريب مقدمي الرعاية الصحية قبل الخدمة وفي أثناءها من أجل تزويدهم بممارسات مسندة بالبيّنات، مع التركيز على صحة النساء والأطفال والمراهقين وكبار السن وعافيتهم، وإدماج استخدام التكنولوجيا وحلول الصحة عن بُعد لتحسين جودة البرامج التدريبية والوصول إليها.
- **تعزيز نُظم صحة المجتمع:** تعزيز التدخلات التي تحسِّن حصائل صحة الأم والوليد والطفل، مثل الرعاية السابقة للولادة، والتأهب للولادة، والزيارات المنزلية بعد الولادةِ التي يجريها عاملون صحيون مدربون. - تيسير أوجه الربط بخدمات الصحة الجنسية والإنجابية لضمان الرعاية الشاملة وتنفيذ مبادرات التثقيف الصحي التي تستهدف المراهقين والشباب، من أجل خفض معدلات حمل المراهقات وتحسين المعرفة بالصحة الإنجابية.
- **أوجه تحسين جودة الرعاية:** إنشاء نُظُم لترصُّد وفيات الأمهات والوفيات في الفترة المحيطة بالولادة والاستجابة لها لتحديد أسباب الوفيات وتنفيذ تدخلات مُسندة بالبيّنات، من أجل تحسين جودة الرعاية وتنفيذ المبادرة الموسعة لحملة التعجيل بخفض وفيات الأمهات في أفريقيا، وغيرها من التدخلات التي ثبتت فاعليتها في مجال الصحة الجنسية والإنجابية وصحة الأمهات والمواليد والأطفال المراهقين.
- **حزمة الحد الأدنى من الخدمات الأولية للصحة الجنسية والإنجابية**: إيلاء الأولوية لتنفيذ حزمة الحد الأدنى من الخدمات الأولية للصحة الجنسية والإنجابية لضمان الحفاظ على استمرار الخدمات الصحية الحيوية في أثناء الأزمات، ويشمل ذلك تدريب مقدمي الرعاية الصحية على تقديم الخدمات الأساسية في مجال الصحة الجنسية والإنجابية وضمان توافر الإمدادات اللازمة.
- **تعزيز تمويل الرعاية الصحية الأولية**: الدعوة إلى زيادة التمويل المحلي لمبادرات الرعاية الصحية الأولية الرامية إلى تحقيق التغطية الصحية الشاملة، بإشراك راسمي السياسات والجهات المعنية لتخصيص المزيد من الموارد للرعاية الصحية الأولية، وخصوصًا في برامج صحة الأمهات والأطفال، وتقصي سبل توفير آليات تمويل مبتكرة، مثل الشراكات بين القطاعين العام والخاص ونماذج التمويل الصحي المجتمعية، من أجل ضمان التمويل المستدام لمبادرات الرعاية الصحية الأولية.

3.8.7.6 خدمات تنظيم الأسرة والصحة الإنجابية:

- **توسيع نطاق الوصول إلى طرق تنظيم الأسرة:** تنفيذ استراتيجيات لزيادة فرص الحصول على مجموعة واسعة من الطرق الحديثة لتنظيم الأسرة، ما يضمن إتاحة خدمات المشورة ومنع الحمل عبر نُهُج قائمة على الحق في ذلك. ويشمل ذلك إنشاء عيادات مجتمعية ووحدات صحية متنقلة وتقديم خدمات صحية عن بُعد تلبي الاحتياجات المتنوعة للنساء والفتيات والرجال والفتيان والمراهقين، ولا سيما في المجتمعات المحلية المحرومة والمهمشة، مع التركيز على تقليل الحواجز التي تحول دون الوصول إلى الخدمات مثل التكاليف والوصم ونقص المعلومات، وذلك بهدف تلبية الاحتياجات غير المُلبَّاة في مجال تنظيم الأسرة على امتداد سلسلة العمل الإنساني والسلام والتنمية.
- **تعزيز برامج التثقيف الصحي والتوعية:** إعداد وتعزيز مبادرات التثقيف الصحي والتوعية التي تركز على تنظيم الأسرة، والصحة الجنسية والإنجابية، وخيارات منع الحمل. - استخدام منصات متنوعة، مثل حلقات العمل المجتمعية، والبرامج المدرسية، والحملات الإعلامية الاجتماعية، لتمكين الأفراد من اكتساب المعرفة اللازمة لاتخاذ قرارات مستنيرة بشأن صحتهم الإنجابية.
- **دمج خدمات تنظيم الأسرة**: إدماج خدمات تنظيم الأسرة والصحة الجنسية والإنجابية في البرامج الصحية والإنمائية الموجودة بالفعل، مثل صحة الأمهات والأطفال، والوقاية من فيروس العوز المناعي البشري، ومبادرات العلاج لتيسير استمرارية الرعاية وضمان تلبية ما للمرأة من احتياجات بعينها في مجال الصحة الإنجابية طوال حياتها.
- **ضمان توفر مستلزمات الصحة الإنجابية:** الدعوة إلى اتخاذ وتنفيذ تدابير لتعزيز ضمان توفر مستلزمات الصحة الإنجابية بتشجيع التصنيع المحلي لوسائل منع الحمل ومنتجات الصحة الإنجابية، من أجل تعزيز سلاسل الإمداد المحلية من خلال استراتيجيات الشراء المجـّمع ونظم التسليم للمستخدم النهائي لضمان استمرار توافر وسائل منع الحمل الأساسية وإمكانية الوصول إليها في المجتمعات المحلية. - التعاون مع المصنعين المحليين والأطراف المعنية المحلية لتعزيز القدرة الإنتاجية والحد من الاعتماد على الموردين الخارجيين، ومن ثَـّم تحسين استدامة خدمات تنظيم الأسرة.

4.8.7.6 الوقاية من الإجهاض غير الآمن ومعالجة المضاعفات:

- **تحسين إمكانية الحصول على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية:** الدعوة إلى إصلاحات شاملة للقوانين والسياسات التقييدية التي تحد من إمكانية الحصول على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية، ولا سيما خدمات الإجهاض المأمون والقانوني، وخصوصًا التعاون مع راسمي السياسات والمهنيين الصحيين والمنظمات المجتمعية لإذكاء الوعي بأهمية خدمات الصحة الجنسية والإنجابية في الحد من حالات الحمل غير المقصود بين المراهقات، والإجهاض غير المأمون، وما يرتبط بذلك من معدلات وفيات الأمهات والمراضة بينهن.
- **تعزيز خدمات الرعاية اللاحقة للإجهاض:** تعزيز خدمات الرعاية اللاحقة للإجهاض بإقرار وتنفيذ مبادئ توجيهية حديثة للرعاية في حالة الإجهاض تشمل تدريب مقدمي الرعاية الصحية على معالجة المضاعفات الناجمة عن الإجهاض غير المأمون، وضمان تجهيزهم لتقديم الرعاية التوليدية الطارئة، وتيسير الحصول على المشورة والخدمات في مجال منع الحمل للنساء بعد الإجهاض لمنع الحمل غير المقصود مستقبلًا، وإنشاء نظم إحالة وشراكات بين المرافق لضمان استمرارية رعاية الأفراد الذين يحتاجون إلى خدمات متابعة.
- **تنفيذ التثقيف الجنسي الشامل:** بدء تنفيذ برامج تربية جنسية شاملة مُلائمة للعمر تشمل مواضيع مثل الحقوق الإنجابية، ومنع الحمل، والممارسات الجنسية المأمونة، والجوانب القانونية للإجهاض، وتهدف تلك البرامج إلى تمكين الأفراد من اتخاذ خيارات مستنيرة فيما يخص صحتهم الجنسية والإنجابية، ولا سيما المراهقون والشباب.

5.8.7.6 تعزيز الصحة الجنسية والإنجابية للمراهقين وحقوقهم:

- **الدعوة إلى تحسين الصحة الجنسية والإنجابية للمراهقين:** الحث على وضع سياسات وبرامج تحمي وتعزز الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية للمراهقين وتنفيذها، وضمان حصول المراهقين على المعلومات والخدمات المناسبة لسنهم، مثل التثقيف الجنسي الشامل، وخيارات تنظيم الأسرة، والخدمات الصحية.
- **تعزيز الخدمات الصحية الصديقة للشباب:** ضمان إتاحة الخدمات الصحية للمراهقين وسريتها وخلوها من الأحكام المسبقة، وتصميمها لتلبية احتياجات الشباب الخاصة في مجال الصحة الجنسية والإنجابية، ومثال ذلك الحصول على وسائل منع الحمل، واختبارات الأمراض المنقولة جنس ◆يا وعلاجها، وإسداء المشورة في مجال الصحة النفسية، والخدمات الشاملة للصحة الجنسية والإنجابية.
- **إشراك المراهقين بوصفهم شركاء:** الإشراك النشط للمراهقين في تصميم وتنفيذ وتقييم برامج الصحة الجنسية والإنجابية للمراهقين من أجل ضمان إدماج وجهات نظرهم واحتياجاتهم وتفضيلاتهم لضمان أن تكون البرامج مناسبة ومراعية للاعتبارات الثقافية ومصممة لتتناسب مع التجارب الحقيقية للشباب.
- **تعزيز وضع برامج لصحة المراهقين:** مواءمة البرامج الوطنية والإقليمية المعنية بصحة المراهقين مع تسريع وتيرة العمل العالمي من أجل صحة المراهقين، باستخدام توصيات تلك البرامج بوصفها إطارًا تسترشد به الاستراتيجيات التي تحسن الحصائل الصحية للمراهقين.
- **تعزيز نُظم المعلومات الصحية:** تحسين نُظُم المعلومات الصحية لجمع البيانات الخاصة بالمراهقين المُصنفة حسب العمر وتحليل هذه البيانات، وهذا أمر بالغ الأهمية لصنع القرار المُسندَ بالبيّنات وإعداد البرامج لتحديد الفجوات ورصد التقدم وتصميم التدخلات لتلبية الاحتياجات الصحية الخاصة بالشباب على وجه التحديد.

7 إطار الرصد والإبلاغ والمساءلة

1.7 الإجراءات والموارد اللازمة لتعزيز المساءلة والشراكات

لتعزيز المساءلة والشراكات في تحقيق أهداف وأغراض خريطة طريق الاتحاد الأفريقي حتى عام 2030 وما بعده، يبدأ إطار المساءلة بموافقة الدول الأعضاء على خريطة الطريق هذه في عام 2024. ولا غنى عن الدور الرئيسي لمفوضية الاتحاد الأفريقي، ووكالة التنمية التابعة للاتحاد الأفريقي، والشراكة الجديدة من أجل تنمية أفريقيا، والجماعات الاقتصادية الإقليمية في توفير التنسيق والدعم والتيسير والرصد والتقييم. ومع ذلك، تجدُر الإشارة إلى أن التنفيذ الفعال يتطلب أكثر من مجرد تحديد أدوار الأطراف المعنية ومسؤولياتها.

وستحتاج الدول الأعضاء ومفوضية الاتحاد الأفريقي والمجموعات الاقتصادية الإقليمية إلى دعم تقني ومالي كبير من البلدان وشركاء التنمية والجهات الفاعلة الإقليمية الأخرى من أجل الوفاء بفعالية بدورهم في الدفع قدمًا بخريطة طريق الاتحاد الأفريقي حتى عام 2030 وما بعده.

ولتحسين أوضاع الشراكة، فإن مفوضية الاتحاد الأفريقي ووكالة الاتحاد الأفريقي للتنمية والشراكة الجديدة من أجل تنمية أفريقيا ستستفيد من الآليات القائمة لتحقيق المواءمة بين إجراءات وموارد جميع الأطراف المعنية، الأمر الذي يضمن تزامن أنشطة جميع الشركاء في قطاع الصحة مع التوجهات الاستراتيجية المبينة في خريطة طريق الاتحاد الأفريقي حتى عام 2030 وما بعده. وسيضمن هذا النهج التعاوني الاستخدام الفعال للموارد، وتعظيم الخبرة، وتوجيه الجهود توجيهًا تعاوني نحو تحقيق الأهداف المشتركة لخريطة طريق الاتحاد الأفريقي حتى عام 2030 وما بعده.

2.7 إطار رصد خريطة الطريق حتى عام 2030 وآليات الإبلاغ والمساءلة

يهدف إطار رصد خريطة طريق الاتحاد الأفريقي حتى عام 2030 وما بعده وآليات الإبلاغ والمساءلة إلى توجيه وضمان التنفيذ الفعال للأولويات الاستراتيجية على مستوى القارة وعلى المستوى الإقليمي وعلى مستوى الدول الأعضاء. ويوظف هذا الإطار مصفوفة شاملة للنتائج تتضمن بدورها حالة خط الأساس، والحصائل، والنواتج، والمؤشرات، والغايات لتتبع التقدم المحرز في الأنشطة الرئيسية ذات الأولوية. ويتوقف تحقيق الحصائل والنواتج المتوخاة على تنفيذ الأنشطة تنفيذًا ناجحًا وإنشاء نظم منسقة لجمع البيانات وتجميعها لحساب المؤشرات بدقة.

وبالإضافة إلى المصفوفة، فإن مفوضية الاتحاد الأفريقي ووكالة الاتحاد الأفريقي للتنمية والشراكة الجديدة من أجل تنمية أفريقيا والمراكز الأفريقية لمكافحة الأمراض والوقاية منها ستضع استراتيجيات لمعالجة الأوبئة والجوائح المحتملة التي قد تنشأ في أثناء تنفيذ خريطة الطريق حتى عام 2030. وسيتطلب ذلك نُظُم تخطيط ورصد وتقييم مُنسقة. وسينطوي رصد الأداء والتقدم المحرز على تحليل مستمر للمؤشرات، مدعومًا بسجل قياس أداء قاري/ أداء متابعة قارية للتقارير الثنائية السنوات، على أن يقدم ذلك التحليل إلى مؤتمر قمة الاتحاد الأفريقي من خلال اللجنة التقنية المتخصصة المعنية بالصحة والسكان ومكافحة المخدرات. وستشارك الدول الأعضاء في جمع البيانات وتحليلها والإبلاغ عنها بانتظام لتوفير رؤى حيوية يجري الاستناد إليها في اتخاذ القرارات الاستراتيجية والإدارية على جميع المستويات.

ستُجرى تقييمات منتصف المدة ونهاية الاستراتيجية وسيجري تبادلها داخليا، مع إدراج التعليقات الواردة من الأطراف المعنية الخارجية. وسوف يُسترشد بالتوصيات المنبثقة عن تقييمات منتصف المدة في إدخال تعديلات على الخطط فيما يخص السنوات التالية. وسيُقيم تحقيق الإنجازات المستهدفة عبر استعراضات التقدم السنوي، على أن تُدمج اعتبارات الإنصاف من أجل ضمان تعاون مفوضية الاتحاد الأفريقي ووكالة الاتحاد الأفريقي للتنمية التابعة للشراكة الجديدة من أجل تنمية أفريقيا تعاونًا وثيقًا مع الدول الأعضاء في سبيل إدراج المخاوف المتعلقة بالإنصاف في البرامج والسياسات الصحية.

ولضمان المساءلة والشفافية في جميع مراحل عملية التنفيذ، ستطبق مفوضيةُ الاتحاد الأفريقي ووكالةُ الاتحاد الأفريقي للتنمية التابعة للشراكة الجديدة من أجل تنمية أفريقيا نظامًا قويا لإدارة الأداء. وسييسِّر هذا النظامُ التنفيذَ المنهجي للخطط ذات الأولوية ورصدَها، ويحدد التحديات، ويمكِّن من اتخاذ إجراءات تصحيحية حسب الحاجة. ويعزز هذا النهجُ الشامل المساءلةَ والشفافيةَ والقدرةَ على التكيف، ما يضمن التنفيذ الناجح لخريطة طريق الاتحاد الأفريقي حتى عام 2030 وما بعده.

3.7 استراتيجية النشر والمناصرة والاتصالات لخريطة الطريق حتى عام 2030

إن استراتيجية النشر والمناصرة والاتصالات لخريطة طريق الاتحاد الأفريقي حتى عام 2030 وما بعده ستولي الأولوية لالتزام مفوضية الاتحاد الأفريقي والدول الأعضاء في الاتحاد الأفريقي والمجموعات الاقتصادية الإقليمية بحشد الدعم لتوجهاتها الاستراتيجية عبر جهود مدروسة ومتضافرة. وتأسيسًا على أهمية خريطة الطريق، بوصفها تعزيزًا للالتزامات الصحية القارية والعالمية، فإنه لا بد من اتخاذ مجموعة مركزة من الإجراءات لضمان فهم جميع الأطراف المعنية ودعمهم، ومنهم المسؤولون الحكوميون، والمواطنون، ووسائط الإعلام، والمجتمع، والقطاع الخاص، وصنّاع الرأي، والمجتمع المدني، وشركاء التنمية الدوليون، والمؤسسات الإنمائية العالمية.

وستستفيد استراتيجية المناصرة والاتصال، التي وضعتها مفوضية الاتحاد الأفريقي، من الزخم الذي ولدته خطة الاتحاد الأفريقي لعام 2063، ونداء أبوجا، والتزامات الاتحاد الأفريقي الأخرى الناجحة. وستستخدم نُهُج النشر والحشد مجموعة قنوات متنوعة، مثل وسائل الإعلام التقليدية (المطبوعة، والتلفزيون، والإذاعة)، ووسائط الإعلام الإلكترونية، مع تحديثات ومقاييس منتظمة على المواقع الإلكترونية ذات الصلة، ومنصات التواصل الاجتماعي (فيسبوك، وتويتر/ منصات إكس، وما إلى ذلك)، والمشاورات التفاعلية عبر الإنترنت لجمع ردود الفعل، ولا سيما من المراهقين، والشباب، والنساء، والفئات السكانية الضعيفة.
وستشمل استراتيجيات المشاركة المسؤولين، والبرلمانيين، ومشاهير الرياضة، وغيرهم من الشخصيات المؤثرة، في أحداث مثل البطولات الرياضية، واللقاءات المفتوحة، والتجمعات السياسية، والمنصات غير الرسمية مثل التجمعات المسرحية والموسيقية التقليدية. وتهدف الاستراتيجية إلى إذكاء وعي المواطنين الأفارقة بحقوقهم، وسلوكياتهم في البحث عن الصحة، وتوفر الخدمات، ومسؤولياتهم على مستوى صحة المجتمع، وقدرتهم على المساهمة بأفكار وإجراءات من أجل توطين خريطة طريق الاتحاد الأفريقي حتى عام 2030 وما بعده ومواءمتها على المستوى المحلي، استجابةً للاحتياجات الوطنية ودون الوطنية والمجتمعية.

وفي معرض إعداد الاستراتيجية وتنفيذها، ستعزز مفوضية الاتحاد الأفريقي نجاحاتها وتسعى إلى الحصول على الدعم التقني والمالي من الشركاء. وسيعمل هذا الدعمُ على صقل الرسائل الموجهة إلى فئات مستهدفة محددة، وبث/ نشر الرسائل، وتلقي ملاحظات المواطنين وتحليلها، وتحديث المقاييس التي تُظهرُ التقدم المحرز نحو تحقيق أهداف خريطة الطريق بانتظام. والشركاء هاهنا قد يشملون مجموعات المناصرة القارية، ومؤسسات الإعلام الأفريقية، وشركات تكنولوجيا المعلومات والاتصالات، والهيئات الرياضية، وجماعات المجتمع المدني، وغيرها من الجهات العاملة في أفريقيا. ويضمن هذا الجهدُ التعاوني فهمًا والتزامًا واسعين لخريطة طريق الاتحاد الأفريقي حتى عام 2030 وما بعده في مختلف القطاعات والمجتمعات.

8 الأدوار والمسؤوليات المؤسسية

1.8 مفوضية الاتحاد الأفريقي (وكالة الاتحاد الأفريقي للتنمية التابعة للشراكة الجديدة من أجل تنمية أفريقيا، والمراكز الأفريقية لمكافحة الأمراض والوقاية منها)

من الجلي أن مفوضية الاتحاد الأفريقي ووكالة الاتحاد الأفريقي للتنمية التابعة للشراكة الجديدة من أجل تنمية أفريقيا والمراكز الأفريقية لمكافحة الأمراض والوقاية منها تضطلع بأدوار ومسؤوليات محورية في تفعيل خريطة طريق الاتحاد الأفريقي حتى عام 2030 وما بعده. ويشمل ذلك:

- التنسيق: ستتولى وكالة الاتحاد الأفريقي للتنمية التابعة للشراكة الجديدة من أجل تنمية أفريقيا زمام المبادرة في تنسيق مختلف جوانب خريطة طريق الاتحاد الأفريقي حتى عام 2030 وما بعده لضمان التعاون السلس بين الأطراف المعنية. وينطوي ذلك على تيسير الاتصال والتعاون بين الكيانات العديدة المشاركة في عملية التنفيذ.
- المناصرة: ستشارك وكالة الاتحاد الأفريقي للتنمية التابعة للشراكة الجديدة من أجل تنمية أفريقيا في جهود المناصرة الاستراتيجية مع أجهزة الاتحاد الأفريقي، وراسمي السياسات الرئيسيين في جميع أنحاء القارة، والأطراف المعنية الدولية. ويهدف ذلك إلى بناء توافق في الآراء، وحشد الدعم، وزيادة الوعي بأهمية خريطة طريق الاتحاد الأفريقي حتى عام 2030 وما بعده وأهدافها. ويجوز لرئيس اللجنة أن يعين مبعوثًا خا ◆صا لحشد الدعم لتنفيذ خريطة الطريق.
- حشد الموارد: إن دعم جهود حشد الموارد من المسؤوليات الرئيسية لوكالة الاتحاد الأفريقي للتنمية التابعة للشراكة الجديدة من أجل تنمية أفريقيا. وينطوي ذلك على تحديد الموارد المالية والتقنية اللازمة للتنفيذ الناجح لخريطة الطريق وتأمين تلك الموارد.
- التنفيذ: سيدعم كُل من مفوضية الاتحاد الأفريقي، ووكالة الاتحاد الأفريقي للتنمية التابعة للشراكة الجديدة من أجل تنمية أفريقيا، والمراكز الأفريقية لمكافحة الأمراض والوقاية منها، التنفيذَ التِقَني للاستراتيجية. وستشمل أدوارهم تحديدًا ما يلي: (أ) حشد الخبرات التقنية وتوجيهها لتنفيذ البرامج والمشاريع الإقليمية والوطنية المتفق عليها؛ (ب) ودعم إدارة البحوث والمعارف. الرصد والتقييم والإبلاغ: سيضطلع كُل من الاتحاد الأفريقي للتنمية في أفريقيا ووكالة الاتحاد الأفريقي للتنمية التابعة للشراكة الجديدة من أجل تنمية أفريقيا والمراكز الأفريقية لمكافحة الأمراض والوقاية منها بدورٍ حاسمٍ في رصد التقدم المحرز في خريطة طريق الاتحاد الأفريقي حتى عام 2030 وما بعده وتقييم هذا التقدم. ويشمل ذلك وضع أُطر فعالة للرصد والتقييم وتنفيذها، وتتبع مؤشرات الأداء الرئيسية، وتقديم تقارير منتظمة عبر أجهزة الاتحاد الأفريقي المتنوعة عن الإنجازات والتحديات التي جابهت عملية التنفيذ.
- نشر أفضل الممارسات: سيكون كُل من وكالة الاتحاد الأفريقي للتنمية التابعة للشراكة الجديدة من أجل تنمية أفريقيا والمراكز الأفريقية لمكافحة الأمراض والوقاية منها مسؤولين عن نشر أفضل الممارسات المستجدة فيما يتصل بتنفيذ خريطة الطريق. وينطوي ذلك على تبادل قصص النجاح والدروس المستفادة والنُهُج المبتكرة لإلهام الأطراف المعنية وتوجيههم.
- مواءمة السياسات: ستعمل مفوضية الاتحاد الأفريقي على مواءمة السياسات والاستراتيجيات والمبادئ التوجيهية والبروتوكولات المتعلقة بالرعاية الصحية والأهداف المحددة الواردة في خريطة طريق الاتحاد الأفريقي حتى عام 2030 وما بعده. ويضمن ذلك اتساق الجهود ومواءمتها في مختلف الأقاليم والبلدان.
- والخلاصة أن مفوضية الاتحاد الأفريقي تعمل بوصفها هيئة تنسيق مركزية تتولى توجيه المناصرة، ودعم حشد الموارد، ورصد التقدم وتقييمه، وتعميم أفضل الممارسات، وضمان مواءمة السياسات في تنفيذ خريطة طريق الاتحاد الأفريقي حتى عام 2030 وما بعده. وستُنشئ المفوضية أفرقة عاملة مخصصة لدعم متابعة تنفيذ خريطة الطريق حتى عام 2030، إذا اقتضت الحاجة.

2.8 المجموعات الاقتصادية الإقليمية والمنظمات الصحية الإقليمية

تضطلع المجموعات الاقتصادية الإقليمية والمنظمات الصحية الإقليمية بأدوار حاسمة في دعم تنفيذ خريطة طريق الاتحاد الأفريقي حتى عام 2030 وما بعده. وتشمل أدوارهم ومسؤولياتهم ما يلي:

- الدعم التقني للدول الأعضاء: ستقدم المجموعات الاقتصادية الإقليمية والمنظمات الصحية الإقليمية المساعدة التقنية إلى الدول الأعضاء لضمان اتباع نهج متسق ومنسق في تنفيذ خريطة طريق الاتحاد الأفريقي حتى عام 2030 وما بعده. وينطوي ذلك على تقديم الخبرة والتوجيه والدعم إلى البلدان، من أجل تعزيز قدرتها على تقديم رعاية صحية فعالة.

- الدعوة إلى زيادة الموارد: ستدعو المجموعات الاقتصادية الإقليمية والمنظمات الصحية الإقليمية إلى زيادة الموارد المخصصة للاستجابة للأمراض وتعزيز النُظُم الصحية. وينطوي ذلك على إشراك الأطراف المعنية من أجل حشد الموارد المالية والتقنية لدعم تنفيذ خريطة الطريق حتى عام 2030.

- تكييف خريطة طريق الاتحاد الأفريقي حتى عام 2030 وما بعده في خطط عمل وطنية: ستدعم المجموعات الاقتصادية الإقليمية والمنظمات الصحية الإقليمية البلدان تكييف خريطة طريق الاتحاد الأفريقي حتى عام 2030 وما بعده ضمن تنفيذ خطط العمل الوطنية. ويضمن ذلك اتساق الجهود ومواءمتها على مستوى الأقاليم المعنية في البلدان.

- الرصد والإبلاغ: ستدعم المجموعات الاقتصادية الإقليمية والمنظمات الصحية الإقليمية البلدان في رصد التقدم المحرز في خريطة طريق الاتحاد الأفريقي حتى عام 2030 وما بعده والإبلاغ عن ذلك التقدم؛ ويشمل ذلك وضع آليات فعالة للرصد والإبلاغ وتنفيذها، إضافةً إلى تيسير تشارُك التقارير المرحلية بين الدول الأعضاء.

- تحديد أفضل الممارسات وتشاركها: ستؤدي المجموعات الاقتصادية الإقليمية والمنظمات الصحية الإقليمية دورًا في تحديد أفضل الممارسات الناشئة بشأن تنفيذ خريطة الطريق حتى عام 2030 وتشارُك تلك الممارسات. وينطوي ذلك على استخلاص النُّهج الناجحة والدروس المستفادة والاستراتيجيات المبتكرة لإرشاد الدول الأعضاء الأخرى وإلهامها.

- تعزيز المساءلة: ستعزز المجموعات الاقتصادية الإقليمية والمنظمات الصحية الإقليمية المساءلة في تنفيذ خريطة الطريق حتى عام 2030 بتشجيع الشفافية، والالتزام بالأهداف المحددة، والاستخدام الفعال للموارد المخصصة.

- دعم المبادرات العابرة للحدود: ستواصل المجموعات الاقتصادية الإقليمية والمنظمات الصحية الإقليمية دعم الدعوة إلى المبادرات والمشاريع العابرة للحدود وعبر البلدان، وتطوير تلك المبادرات وإدارتها. ويشمل ذلك تيسير التعاون بين الدول المتجاورة للتصدي للتحديات الصحية التي تتجاوز الحدود الوطنية.

وباختصار، تعمل لجان المجموعات الاقتصادية الإقليمية والمنظمات الصحية الإقليمية بوصفها كيانات إقليمية بالغة الأهمية تقدمُ الدعمَ التقني، وتدعو إلى توفير الموارد، وتنسق الخطط الوطنية، وترصد التقدم المحرز وتبلغ عنه، وتتبادل أفضل الممارسات، وتعزز المساءلة، وتدعم المبادرات العابرة للحدود في تنفيذ خريطة طريق الاتحاد الأفريقي حتى عام 2030 وما بعده.

3.8 الدول الأعضاء

تؤدي الدول الأعضاء دورًا محور ◌يا في التنفيذ الناجح لخريطة طريق الاتحاد الأفريقي حتى عام 2030 وما بعده، مع تحمُّل عدة مسؤوليات رئيسية:

- المسؤولية الوطنية: ومن المتوقع أن تكيف الدولُ الأعضاء وتدمج الأولويات الاستراتيجية الرئيسية لخريطة طريق الاتحاد الأفريقي حتى عام 2030 وما بعده في أدواتها الوطنية المتعلقة بالصحة والسياسات المتعددة القطاعات. وينطوي ذلك على مواءمة السياسات الوطنية مع أهداف خريطة الطريق وغاياتها الكلية.

- القيادة والمناصرة: تتحمل الدول الأعضاء المسؤولية عن توفير القيادة لضمان فعالية المناصرة والحوكمة والأطر التشريعية والإجراءات. ويشمل ذلك جهود حشد الموارد وتخصيصها لإظهار المسؤولية والالتزام بخريطة طريق الاتحاد الأفريقي حتى عام 2030 وما بعده.

- الرصد والإبلاغ: وستضطلع الدولُ الأعضاء بالرصد وتقديم التقارير على الصعيد القُطري إلى المجموعات الاقتصادية الإقليمية ومفوضية الاتحاد الأفريقي. وينطوي ذلك على تتبع التقدم المحرز، وتحديد التحديات، وإعداد التقارير عن تنفيذ الأولويات الاستراتيجية.

- الحوكمة الرشيدة والمشاركة: الدول الأعضاء مطالبة بضمان الحوكمة الرشيدة، والنُّهُج التشاركية والشاملة، وإشراك المجتمعات المحلية، ومنظمات المجتمع المدني، والقطاع الخاص. لذا يجب على الدول إنشاء بيئة مواتية لتنفيذ خريطة طريق الاتحاد الأفريقي حتى عام 2030 وما بعده، ومثال ذلك تنسيق سياساتها واستراتيجياتها ومعاييرها وخططها وتبسيطها لضمان الاتساق.

- التنسيق والقيادة: ستتولى الدول الأعضاء المسؤولية العامة ومهام المسؤولية الوطنية والقيادة من أجل تنسيق الأولويات الاستراتيجية الواردة في خريطة طريق الاتحاد الأفريقي. ويشمل ذلك المواءمة بين الخطط المتعلقة بفيروس العوز المناعي البشري والسل والملاريا والأمراض غير السارية وأمراض المناطق المدارية المهملة والتأهب للجوائح والاستجابة لها من جهة، وأهداف خريطة الطريق والإبلاغ عن التقدم المحرز على المستوى القطري من جهة أخرى.

- البيئة التمكينية: ستهيئ الدولُ الأعضاء بيئة تمكينية لضمان مشاركة جميع الأطراف المعنية مشاركة واسعة، الأمر الذي يعزز التعاون والتآزر بين الكيانات العديدة المشاركة في عملية التنفيذ.

- حشد الموارد: إن الحكومات الوطنية مُكلفة بحشد الموارد المحلية الكافية لتنفيذ خريطة طريق الاتحاد الأفريقي حتى عام 2030 وما بعده. وينطوي ذلك على تخصيص الأموال، وضمان الاستدامة المالية، واستكشاف آليات تمويل مبتكرة.

- الرقابة البرلمانية: ستواصل البرلمانات توفير الرقابة التشريعية، واعتمادات الميزانية، وتتبع النفقات، وتعزيز المساءلة بالتوافق مع خريطة طريق الاتحاد الأفريقي حتى عام 2030 وما بعده. وتؤدي البرلمانات دورًا حاسمًا في تمثيل الدوائر الانتخابية وضمان اتساق الإجراءات الحكومية مع الأولويات الاستراتيجية المحددة في خريطة الطريق حتى عام 2030.

وخلاصة القول: إن الدول الأعضاء تضطلع بدورٍ محوري في ترجمة خريطة طريق الاتحاد الأفريقي حتى عام 2030 وما بعده إلى سياسات وبرامج قابلة للتنفيذ، وإظهار القيادة، وضمان المساءلة، وإنشاء بيئة شاملة وداعمة لتحقيق أهداف خريطة الطريق وغاياتها بنجاح.

4.8 الشركاء

ثمة دور حاسم يضطلع به الشركاء، وخصوصًا شركاء التنمية الدوليين، ومنظمات المجتمع المدني، والقطاع الخاص، من أجل تنفيذ خريطة طريق الاتحاد الأفريقي حتى عام 2030 وما بعده تنفيذًا ناجحًا.

1.4.8 شركاء التنمية الدوليون:

- تعزيز التمويل الصحي لأطر الإنصاف: ويُشار هاهنا إلى وكالات الأمم المتحدة، والمنظمات الثنائية والمتعددة الأطراف، والمؤسسات الخيرية، والشراكات الدولية، ومؤسسات التمويل، لتحسين أُطر التمويل وتعزيزها والاستفادة منها بهدف إقامة شراكات منصفة ومفيدة للطرفين في مجال الصحة بما يتماشى وأولويات خريطة طريق الاتحاد الأفريقي حتى عام 2030 وما بعده.
- دعم الأولويات الوطنية والإقليمية: يوجه الشركاءُ الدوليون مساعدتهم المالية والتقنية لدعم الاحتياجات الوطنية والإقليمية، الأمر الذي يضمن الاتساق مع الأولويات المبينة في خريطة طريق الاتحاد الأفريقي حتى عام 2030 وما بعده.

2.4.8 منظمات المجتمع المدني:

- إشراك الأطراف المعنية النشطة: تُعَد المنظمات غير الحكومية الوطنية والدولية، والمنظمات الدينية، والمنظمات المجتمعية، والنقابات العمالية، والرابطات المهنية، والزعماء التقليديون، وغيرهم من كيانات المجتمع المدني، من الأطراف المعنية الرئيسية، وتشارك تلك الأطراف مشاركة نشطة في وضع تصور لخريطة طريق الاتحاد الأفريقي حتى عام 2030 وما بعده، والدعوة إليها، وحشدها، والمساعدة التقنية، وتنفيذها، والإشراف عليها.
- المشاركة الشاملة: تسهم منظمات المجتمع المدني في اتباع نهج شامل وتشاركي من أجل تحسين الرعاية الصحية، ويتحقق ذلك بطرح وجهات نظر متنوعة، ورؤى مستمرة من القاعدة الشعبية، وإشراك المجتمع المحلي في عملية التنفيذ.

3.4.8 القطاع الخاص:

- الابتكار والتمويل المشترك: يشارك القطاع الخاص، الذي يضم مصنعي المستحضرات الصيدلانية والمعدات الطبية، ومقدمي الخدمات الطبية، والشركات الكبيرة، والمؤسسات الصغيرة والمتوسطة، والجهات الفاعلة الأخرى، في الابتكار والموارد المادية ومدخلات التمويل المشترك. ويعزز ذلك قاعدة الموارد المالية والبشرية والأساسية والتكنولوجية اللازمة لتحسين أداء قطاع الصحة في أفريقيا.
- التعاون من أجل الأثر الاجتماعي: إن الشراكات والمجموعات المشاركة في التمويل المبتكر لتحقيق الأثر الاجتماعي، والمؤسسات الخيرية، ومقدمي الخدمات الصحية الخاصة، والتحالفات الصناعية/ التجارية تتعاون معًا لدعم أهداف خريطة طريق الاتحاد الأفريقي.
- الخبرات والموارد: يجلب القطاعُ الخاص الخبرةَ والموارد والتطورات التكنولوجية إلى الرعاية الصحية، ما يُسهم في توسيع وتحسين خدمات الرعاية الصحية عبر القارة.

وخلاصة القول: يكمِّلُ هؤلاء الشركاء جهود الدول الأعضاء، والمجموعات الاقتصادية الإقليمية، والمفوضية الأفريقية في توجيه التنفيذ الناجح لخريطة طريق الاتحاد الأفريقي حتى عام 2030 وما بعده بتقديم الدعم المالي، والمساعدة التقنية، والحلول المبتكرة، والمشاركة الشاملة على مختلف مستويات نظام الرعاية الصحية. وتسهم جهودهم التعاونية في تشييد بنية تحتية للرعاية الصحية أكثر مرونة وإتاحة في أفريقيا.

9 حساب التكاليف

1.9 المنهجية

يستعرض هذا القسم تقديرات التكلفة الكاملة لتمويل خريطة طريق الاتحاد الأفريقي. واستخدمت عملية حساب التكاليف نهجًا مختلطاً، وهو نهج ملائم لتقدير التكاليف وتجميعها من بيانات تكاليف متمايزة وغير متداخلة من مصادر مختلفة. وشمل ذلك استخدام مصادر بيانات ثانوية من مختلف المنظمات التي حددت تكاليف بعض الخدمات. وقد حُصِل على بيانات مُنمذَجة عن فيروس العوز المناعي البشري والسل الناجم عن الإيدز من برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس العوز المناعي البشري/الإيدز (أفنير للصحة) وشراكة دحر السل، على التوالي، في حين حُصِل على بيانات تكلفة القضاء على الملاريا من تحالف القادة الأفارقة لمكافحة الملاريا[17]. واستُمِدت بيانات الصحة الإنجابية وصحة الأمهات وحديثي الولادة من خطة عمل مابوتو 2016-2030[18]، في حين قُدِّرت نفقات صحة الطفل وتغذيته باستخدام بيانات الإنفاق التاريخية من قاعدة البيانات العالمية للإنفاق الصحي التابعة لمنظمة الصحة العالمية. واستُمدت تكاليف البنية التحتية من استراتيجية بنك التنمية الأفريقي للبنية التحتية الصحية الجيدة في أفريقيا - 2022-2030. وقدمت منظمة الاتحاد لمكافحة الأمراض المدارية المهملة بيانات محسوبة التكاليف لإنهاء أمراض المناطق المدارية المهملة بحلول عام 2030 مستمدة من الخطط القُطرية الرئيسية. وقد كفل ذلك الاتساقَ في الإبلاغ عن التكاليف من مصادر محددة وحيدة. واستُمدت بيانات تكاليف تعزيز الـُّنظُم الصحية (الموارد البشرية، ونظم المختبرات، والقيادة والحوكمة والتمويل)، وتعزيز النظم المجتمعية، والمنتجات الصحية والأمن الصحي من استمارات طلبات الدول المقدمة إلى الصندوق العالمي من أجل تمويل نُظُم صحية مستدامة قادرة على الصمود. وعلاوةً على ذلك، عُدلت البيانات لتراعي بيانات الدول غير المدرجة. وأُجريت التقديرات والتحولات ذات الصلة بالتأهب للأمراض غير السارية[19] والجوائح[20] باستخدام بيانات مستمدة من المؤلفات الخاصة بهذا الموضوع. وعندما لا تتوافر بيانات محسوبة التكاليف من مصادر موثوقة، فإنه يجري استخدام طريقة الانحدار الخطي للتوصل إلى تنبؤات استنادًا إلى قاعدة البيانات العالمية للإنفاق الصحي التابعة لمنظمة الصحة العالمية؛ وفي غياب بيانات مناسبة عن الاتجاهات، تُعـَّدل أحدث بيانات نفقات السنة حسب ما يتناسب مع نمو الناتج المحلي الإجمالي ومتوسط التضخم السنوي في المستقبل. وقُورِنت بيانات التكاليف مع التكاليف المتوقعة لمعهد القياسات الصحية وتقييم القياسات حتى عام 2050 فيما يمثل فحص اتساق، واكتُشِفَ أنها قريبة من نطاق المتوسطات السنوية المتوقعة البالغة 156 مليار دولار أمريكي و186 مليار دولار أمريكي لبلدان الاتحاد الأفريقي[21]. وقد راعى مؤشرُ المؤسسات الصحية الدولية في توقع نفقاتها عدة عوامل، ومنها مثلًا نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي، وإجمالي الإنفاق على الصحة، ومعدلات الخصوبة الإجمالية، والنسبة المئوية للسكان الذين تزيد أعمارهم عن 65 سنة.

ويعرض التقريرُ اتجاهات الإنفاق الصحي والتكاليف حسب الأمراض الرئيسية/ مجالات البرامج الرئيسية، ثم حسب الركائز الاستراتيجية. ويهدف نهج الركائز الاستراتيجية إلى إحداث تحول نوعي في كيفية الإبلاغ عن التكاليف، ويتحقق هذا بالتخلي عن الأساليب التقليدية القائمة على مدخلات التكلفة أو النهج الوظيفي المعتاد. وسعى نهج الركائز إلى زيادة التركيز على إدماج الخدمات الصحية في كلٍّ من تقديم الخدمات وتمويلها، وشدد أيضًا على البيئة الاجتماعية التمكينية وعوامل الحوكمة، مثل التركيز على الشباب المراهقين وتمكين المرأة، والإنصاف، والمحددات الاجتماعية للصحة، والأمن الصحي، والتمويل الصحي، والقيادة والحوكمة.

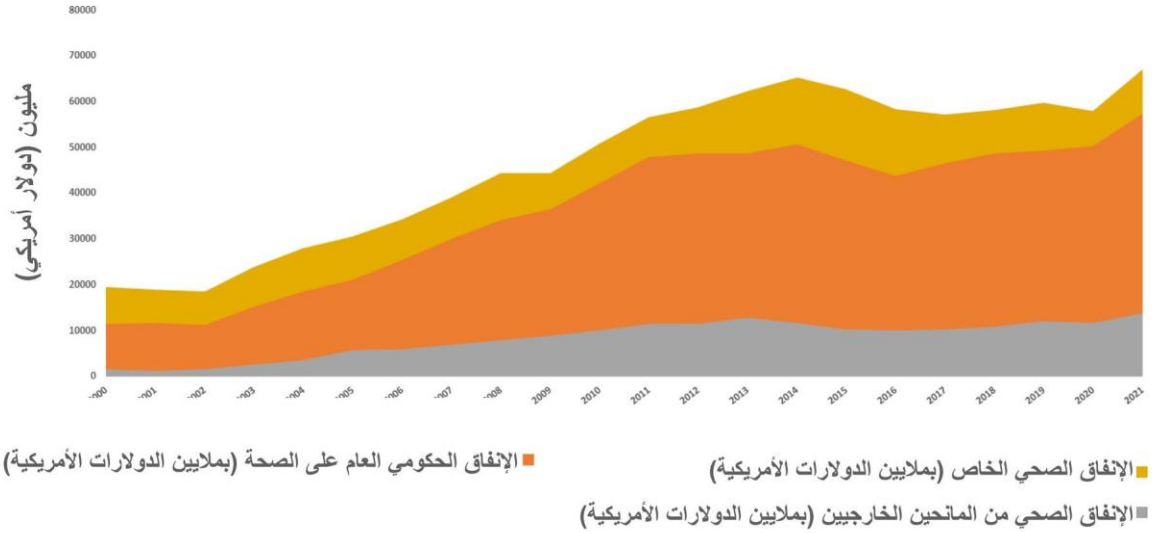
2.9 اتجاهات الإنفاق على الصحة

بالرغم من أن أفريقيا تضم 15% من سكان العالم وتتحمل عبئًا مرض�يا غير متناسب، فإن عبء الإنفاق الصحي لا يزال يقع إلى حدٍّ كبير على الدول الأشد فقرًا والأقل دخلًا في القارة. ويقدِّر تقرير الإنفاق الصحي العالمي، الصادر عن منظمة الصحة العالمية، أن الإنفاق الصحي العالمي بلغ 9.8 تريليونات دولار أمريكي على التنمية في عام 2021، أو 10.1% من الناتج المحلي الإجمالي العالمي. ومع ذلك، فإن الدول ذات الدخل المرتفع أسهمت بنسبة 80% من إجمالي الإنفاق العالمي، تليها الدول ذات الدخل المتوسط المرتفع (16%)، والدول المتوسطة الدخل من الشريحة الدنيا (4%)، والدول المنخفضة الدخل (0.2%). وقد أنفقت الدولُ الأفريقية ما مجموعه 140 مليار دولار أمريكي، ومعظم هذا المبلغ من البلدان المنخفضة الدخل؛ وهذا يساوي قرابة 1.4% من إجمالي الإنفاق الصحي العالمي.

ومعدل النفقات الصحية الباهظة مرتفع في بلدان الاتحاد الأفريقي؛ إذ يزيد على 10% وفقًا لمؤشر هدف التنمية المستدامة 2.8.3. ولا تزال غالبية بلدان الاتحاد الأفريقي تعتمد على التمويل من الأموال الخاصة، أما إذا تعين على البلدان المُضي إلى توفير التغطية الصحية الشاملة، فسيتعين عليها زيادة تمويلها الحكومي زيادةً كبيرة. وأما في الوقت الحالي، فإن معظم البلدان الأفريقية لا تزال تعتمد على المدفوعات من الأموال الخاصة والمعونة الخارجية. ويُقـَّدر أن حجم الإنفاق من الأموال الخاصة في عام 2021 قد بلغ 48 مليار دولار أمريكي، بنسبة 34% من إجمالي الإنفاق على الصحة، الأمر الذي يؤكد الحاجة إلى زيادات كبيرة في التمويل الحكومي إذا ما أرادت الدول التحول إلى التغطية الصحية الشاملة.

17 ALMA, 2023 Malaria Progress Report, page ii
18 African Union: Maputo Plan of Action 2016-2030 for the Operationalization of the Continental Policy Framework for sexual and Reproductive Health and rights
19 https://ncdalliance.org/why-ncds/financing-ncds Accessed 23 April 2024
20 Report of the G20 High Level Independent Panel on Financing the Global Commons for Pandemic Preparedness and Response, 2021
21 https://ghdx.healthdata.org/record/ihme-data/global-expected-health-spending-2020-2050 accessed on 23 April 2024

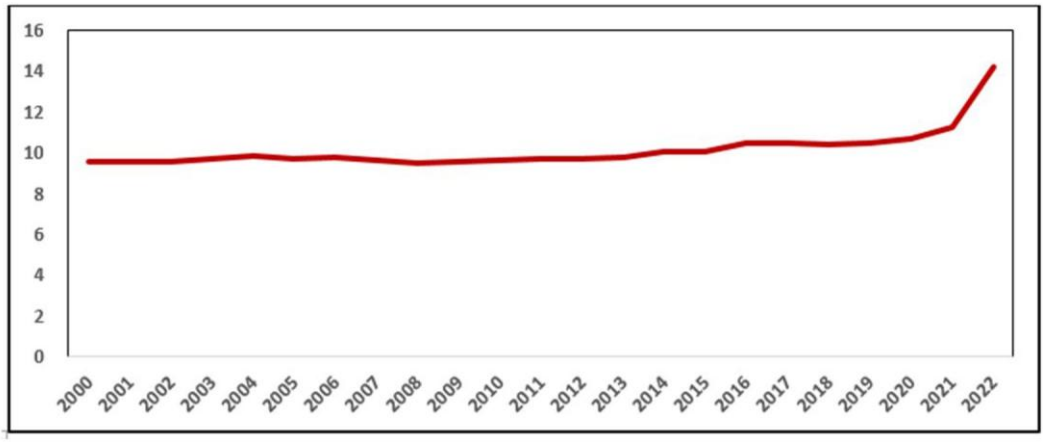
على الرغم من أن الشكل أدناه يُظهر اتجاهًا لزيادة في الإنفاق الحكومي العام على الصحة على مستوى القيمة الاسمية، بسبب جائحة كوفيد-19، فإن السنوات الأخيرة قد شهدت زيادة ملحوظة في التمويل الحكومي. ومن المؤمل استمرار هذه الاستجابة مستقبلًا، لا أن تكون حالة مؤقتة.



المصدر: قاعدة البيانات العالمية للإنفاق الصحي التابعة لمنظمة الصحة العالمية، 2024

الشكل 8: اتجاهات الإنفاق الحكومي العام على الصحة 2000-2021

وظل عدم تحديد أولويات الإنفاق على الصحة تحديًا لمعظم البلدان الأفريقية، على الرغم من زيادة الإنفاق الحكومي الكلي على الصحة. وكلف الاتحادُ الأفريقي البلدان بتخصيص 15% من ميزانياتها السنوية للرعاية الصحية؛ ومع ذلك، فإن بلدان كثيرة لا تزال تكافح لتحقيق هذا الهدف بسبب ضعف النمو الاقتصادي وانخفاض مستويات الإيرادات الضريبية. وجاءت الزيادة الحادة في الإنفاق المحلي في عام 2020 على النحو المبين في الرسم البياني أدناه بسبب زيادة نفقات كوفيد-19 وتكاليف الضمان الاجتماعي.



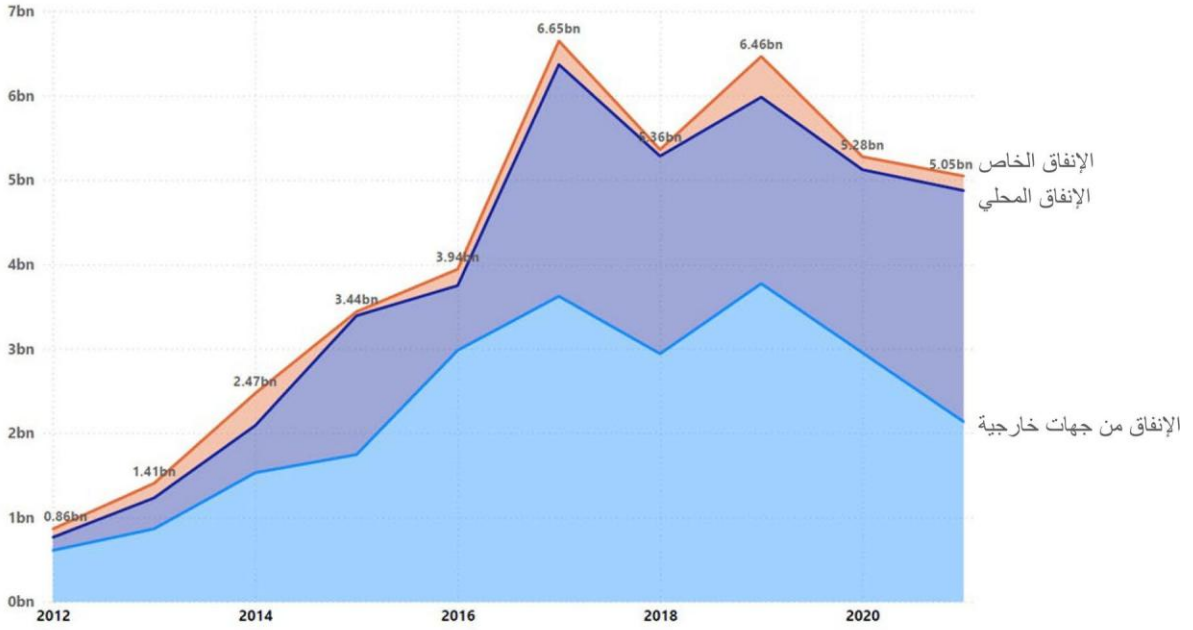
المتوسط (%)	الحد الوسط (%)	الانحراف المعياري	الحد الأدنى (%)	الحد الأقصى (%)
10.1	9.8	1.0	9.5	14.2

الشكل 9: متوسط الإنفاق الحكومي العام على الصحة في الاتحاد الأفريقي بوصفه حصة من الإنفاق الصحي الحالي

3.9 اتجاهات الإنفاق على مكافحة فيروس العوز المناعي البشري والإيدز

على الرغم من حدوث تحول إيجابي نحو زيادة الإنفاق المحلي على مكافحة فيروس العوز المناعي البشري والإيدز، فإن نسبة الشركاء الخارجيين في النفقات لا تزال عالية جـ ◆دا. وتُظهر الرسومُ البيانية أدناه تحولًا واضحًا في مصادر تمويل بلدان الاتحاد الأفريقي، مع زيادة التمويل المحلي

وانخفاض حصة التمويل الخارجي من الشركاء. وعلى الرغم من هذا التحول، فإن التمويل الخارجي المقدم من الشركاء لا يزال كبيرًا للغاية ويمثل النصيب الأكبر من الإنفاق على مكافحة فيروس العوز المناعي البشري/ الإيدز في القارة. ولذا، يجب على بلدان الاتحاد الأفريقي العمل في الوقت نفسه على زيادة الكفاءة والقيمة مقابل المال في نفقاتها الحالية، وتأمين المزيد من الموارد المحلية لتمويل الاستجابة لفيروس العوز المناعي البشري والإيدز من خلال مصادر إيرادات غير تقليدية أخرى، مثل الضرائب المخصصة على المنتجات الضارة.



حصص إجمالي الإنفاق على فيروس العوز المناعي البشري حسب مصدر التمويل (بالدولار الأمريكي)

المصدر: UNAIDS GARPR

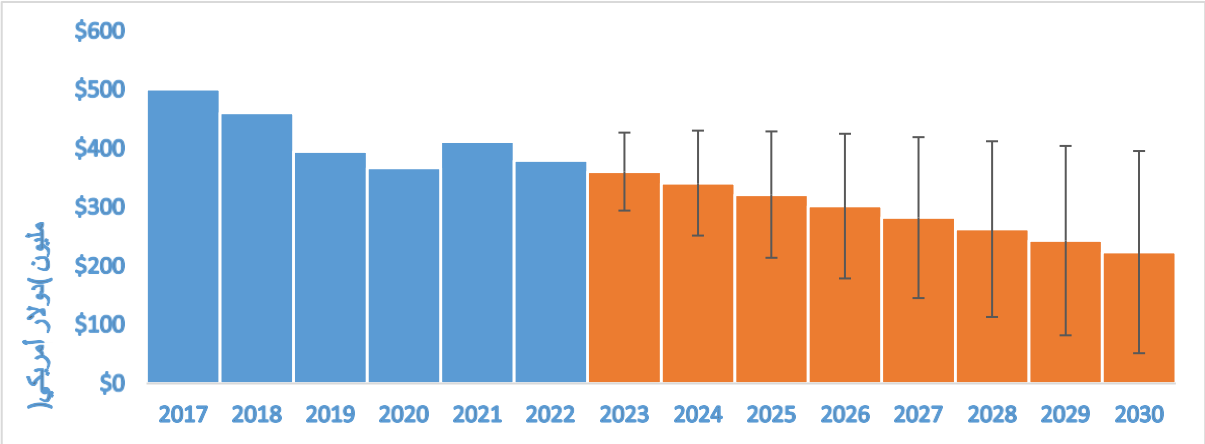
الشكل 10: الاتجاهات في الإنفاق على مكافحة فيروس العوز المناعي البشري حسب المصدر

وتحتاج بلدان الاتحاد الأفريقي إلى قرابة 85 مليار دولار أمريكي (12 مليار دولار أمريكي سنو ◆يا) بين عامَي 2024 و2030 من أجل القضاء على الإيدز بوصفه تهديدًا للصحة العامة بحلول عام 2030. والغاية الرئيسية للهدف 3 من أهداف التنمية المستدامة هو القضاء على الإيدز بحلول عام 2030، ولا يمكن تحقيق ذلك إلا بتأمين التمويل اللازم واتخاذ قرارات الإنفاق المناسبة. وبالنظر إلى أن فيروس العوز المناعي البشري والإيدز صارا متوطنين بشكل متزايد، فإنه ينبغي زيادة الاستثمارات في النظم الصحية (أعلى من تكاليف الموقع) وعناصر التمكين الاجتماعي للصحة بالتوازي مع تكاليف العلاج، حتى في ظل انخفاضها التدريجي. ومع هذا التغير في نموذج عمل تمويل مكافحة فيروس العوز المناعي البشري والإيدز، فإن النهج الرأسي للبرامج ينبغي أن يفسح المجال لمزيد من التكامل مع النظام الصحي الأوسع نطاقًا.

الشكل 11: احتياجات الموارد المطلوبة لمكافحة فيروس العوز المناعي البشري والإيدز 2024-2030

4.9 الاتجاهات والتوقعات فيما يخص الإنفاق على مكافحة السل

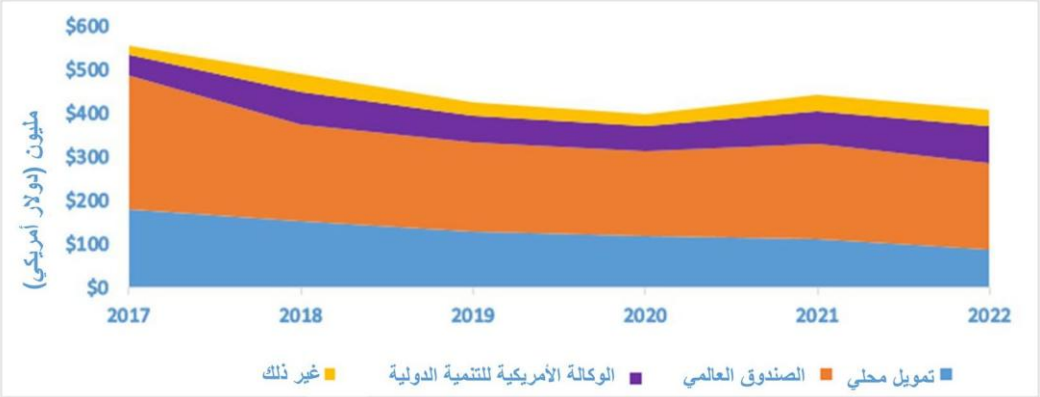
لا يزال تمويل مكافحة السل تحديًا كبيرًا في بلدان الاتحاد الأفريقي. فالوقاية من السل وعلاجه في أفريقيا يتطلبان ما لا يقل عن 1.3 مليار دولار أمريكي[22]، ومع ذلك يُنفق في المتوسط أقل من 40% سنو ◆يا. وسيظل هدف القضاء على السل بحلول عام 2030 حلمًا بعيد المنال في حالة استمرار عدم كفاية الأموال المتاحة للاختبار والعلاج. ولذلك، يجب على بلدان الاتحاد الأفريقي جمع موارد محلية إضافية من غير المصادر التقليدية.



الشكل 12: اتجاهات الإنفاق لمكافحة السل والتوقعات 2017-2030

لا يزال تمويل مرض السل يعتمد اعتمادًا كبيرًا على المساعدات الخارجية، إذ يقدم الصندوقُ العالمي وحكومة الولايات المتحدة (عبر وكالة التنمية الدولية التابعة للولايات المتحدة) معظم التمويل. ويقدِّم الصندوق العالمي قرابة 76% من جميع الموارد العالمية لمكافحة السل.

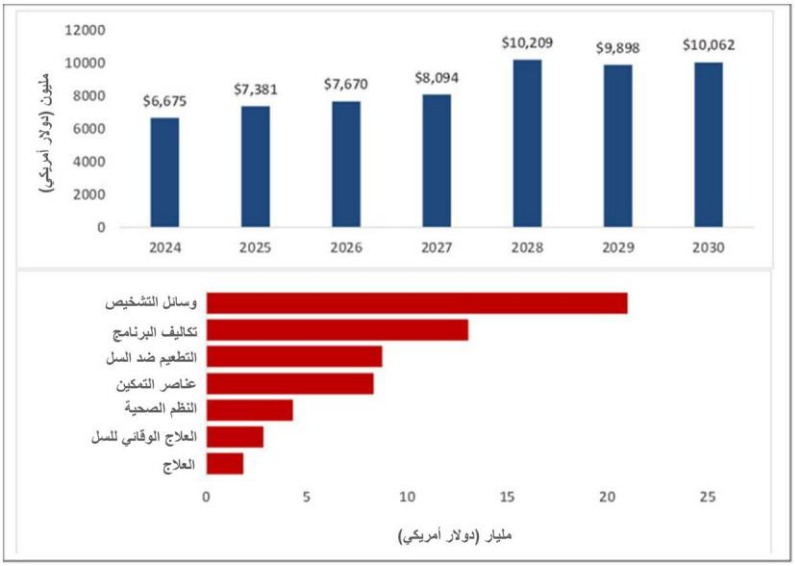
22 Low funding, COVID-19 curtail tuberculosis fight in Africa | WHO | Regional Office for Africa accessed on 2 May 2024



الشكل 13: تمويل مكافحة السل حسب مصدر التمويل

لا تزال الأسر تتحمل تكلفة باهظة في رعاية مرضى السل وعلاجهم. وعلى وجه الخصوص، تظل الأسر الفقيرة في أفريقيا تتحمل تكاليف عالية غير متناسبة فيما يخص علاج السل ورعاية المصابين به. ووفقًا لمنظمة الصحة العالمية، فإن 49% في المتوسط من الأسر في البلدان الموطونة بالسل تتحمل تكاليف إجمالية تتجاوز 20% من الدخل السنوي للأسرة[23].

بناءً على ما تقدم، تحتاج بلدان الاتحاد الأفريقي إلى جمع 60 مليار دولار أمريكي على الأقل في السنوات السبع المقبلة لمعالجة المجالات ذات الأولوية لمكافحة السل وتحقيق هدف القضاء على السل بوصفه تهديدًا بحلول عام 2030. وهذا الاستثمار في مكافحة السل لن يدفع بلدان الاتحاد الأفريقي نحو تحقيق أهدافها فحسب، بل سيؤدي إلى تحسين عائدات البلدان من الاستثمار أيضًا. ولقد قّدر الفريقُ الرفيع المستوى المعني بأهداف التنمية المستدامة التابع للأمم المتحدة أن استثمار 1 دولار أمريكي في رعاية مرضى السل من شأنه أن يحقق عائدًا قدره 30 دولًارا أمريك ًيا. ولذا فإن الاستثمارات في مجال السل في المجتمعات المحلية المتضررة من السل وغيرها من العوامل التمكينية الاجتماعية، مثل توليد الطلب والحوكمة والمساءلة، ستسهم إسهامًا كبيرًا في تحقيق هدف القضاء على السل بحلول عام 2030.



الشكل 14: احتياجات الموارد الُمقّدرة لمكافحة السل حسب قسم المكافحة

ولتحقيق الغايات الطموحة للقضاء على السل بحلول عام 2030، لا بد من حشد موارد كافية لإتاحة خدمات الوقاية والتشخيص والعلاج والرعاية الجيدة للسل للجميع. وسيمكِّن ذلك من توسيع نطاق التدخلات ذات الأولوية، ألا وهي: التشخيص المبكر مع زيادة دور التقصي النشط للحالات من

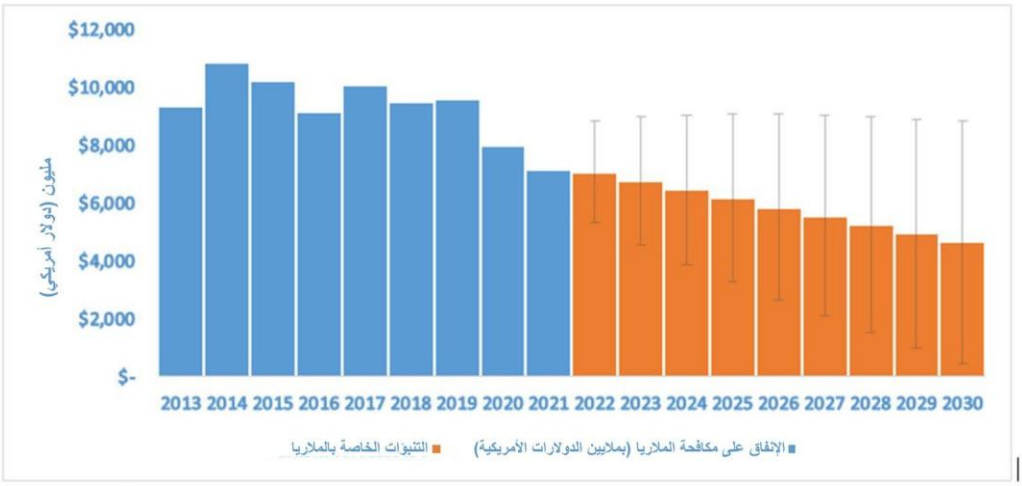
23 End TB Strategy: التقدُّم المُحرز في تنفيذ الاستراتيجية والأهداف العالمية للوقاية من الـ ُسل ورعاية المصابين به ومكافحته بعد عام 2015 - تقرير المدير العام

خلال اتباع نُهُج منصفة تركز على الناس؛ واستخدام أدوات التحري والتشخيص الحديثة، والتشخيص الوقائي للسل في الفئات السكانية الضعيفة وعلاجها ورعايتها، والحد من الوصم المرتبط بالسل والتمييز، والحواجز المرتبطة بنوع الجنس التي تحول دون تقديم الرعاية.

5.9 الاتجاهات والتنبؤات في الإنفاق على مكافحة الملاريا

تعاني أفريقيا قرابة 94% من حالات الإصابة بالملاريا في العالم و95% من الوفيات في العالم، غير أن الإنفاق على مكافحة الملاريا أقل بكثير من الحاجة المقدّرة إلى القضاء عليها بوصفها تهديدًا للصحة العامة بحلول عام 2030. وإضافةً إلى نقص الموارد، تأثرت معظم الدول الأفريقية أيضًا بارتفاع تكاليف مستلزمات مكافحة الملاريا ونفقات توفير الرعاية للسكان المتضررين. وبحسب تقرير نشره تحالف القادة الأفارقة لمكافحة الملاريا، فإنه يجب على الدول الأعضاء في الاتحاد الأفريقي أن توفر 1.5 مليار دولار سنو ًيا على الأقل من أجل تغطية تكاليف التدخلات الحرجة لمكافحة الملاريا.

وعلى الرغم من ارتفاع الإنفاق العام، فإن الأسر لا تزال تتحمل وطأة العبء المالي المرتبط بالملاريا، ما يؤدي إلى تكبد تكاليف صحية باهظة. حتى مع زيادة التمويل المحلي إلى 300 مليون دولار أمريكي في عام 2022، تواصل الأسر والشركاء الخارجيون توفير معظم تمويل مكافحة الملاريا، إذ يغطي الشركاء الخارجيون قرابة 70% من إجمالي تمويل مكافحة الملاريا. ودون تدفقات كبيرة من الموارد، وفي ظل اتباع النهج المعتاد ذاته، فإنه من المرجح أن ينخفض الإنفاق على مكافحة الملاريا على النحو المبين في الرسم البياني أدناه - الأمر الذي يعرض الجهود الرامية للقضاء على الملاريا إلى الخطر.



الشكل 15: الاتجاهات والتنبؤات في الإنفاق على مكافحة الملاريا 2013-2030

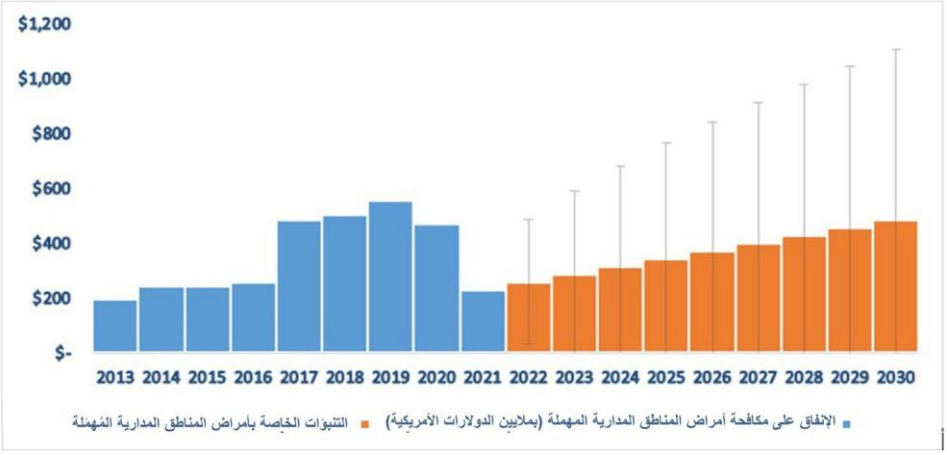
بالنظر إلى هدف القضاء على الملاريا بوصفها تهديدًا عا ما، فإن ثمة حاجة إلى موارد كبيرة للقضاء على الملاريا بحلول عام 2030

«لقد تأثرت الدولُ الأعضاء بالأزمة المالية العالمية بوجه خاص، ولن تتمكن هذه الدول من الحفاظ على المستويات الحالية للتدخلات الأساسية لمكافحة الملاريا - ولا سيما في عام 2026. وتواجه جهود مكافحة الملاريا فجوةً في الميزانية تبلغ **1.5 مليار دولار أمريكي** على الأقل للحفاظ على الخدمات الأساسية لمكافحة الملاريا، وخصوصًا في مجال مكافحة النواقل.

وتخبرنا تجارب لا حصر لها في جميع أنحاء أفريقيا أن الملاريا تعاود الظهور في حالة توقف التمويل وإيقاف التدخلات. ومما يُؤسَف له أننا نتنبأ بزيادات كبيرة في حالات الإصابة والوفيات - وخاصةً بين الفئات السكانية الضعيفة مثل الحوامل والأطفال - ما لم تُتخذ إجراءات عاجلة. **وثمة حاجة إلى 5.2 مليارات دولار أمريكي إضافية** سنو يا من أجل إحراز تقدم في سبيل القضاء على الملاريا، وحاجة إلى **11 مليار دولار أمريكي أخرى سنوي ا لدعم التكيف مع المناخ** في قطاع الصحة». تحالف القادة الأفارقة لمكافحة الملاريا، تقرير مرحلي بشأن الملاريا 2023، الصفحة 2 (بالإنجليزية).

6.9 الاتجاهات والتنبؤات في الإنفاق على مكافحة الأمراض المدارية المهملة.

في حين يوجد في أفريقيا قرابة 40% من حالات أمراض المناطق المدارية المهملة في العالم، فإن إنفاق القارة على مكافحة هذه الأمراض شديد الانخفاض مقارنةً ببقية العالم. تشير تقديرات منظمة الصحة العالمية إلى أن الإنتاجية المفقودة بسبب أمراض المناطق المدارية المهملة تكلف أفريقيا 33 مليار دولار أمريكي سنو ◆يا؛ ومع ذلك، من المحتمل أن تحقق أفريقيا 25 دولارًا أمريكـ◆يا لكل دولار يُستثمَر، من خلال الاستثمار الحصيف. ومع ذلك، توجد أنماط إنفاق واعدة وموانية للبلدان القليلة في الاتحاد الأفريقي التي تضم حساباتها الصحية الوطنية إحصاءات عن الإنفاق على مكافحة أمراض المناطق المدارية المهملة. أما البلدان القليلة التي تتوافر فيها أرقام الإنفاق على مكافحة أمراض المناطق المدارية المهملة، فإنه من المتوقع أن يستمر هذا الاتجاه حتى عام 2030.

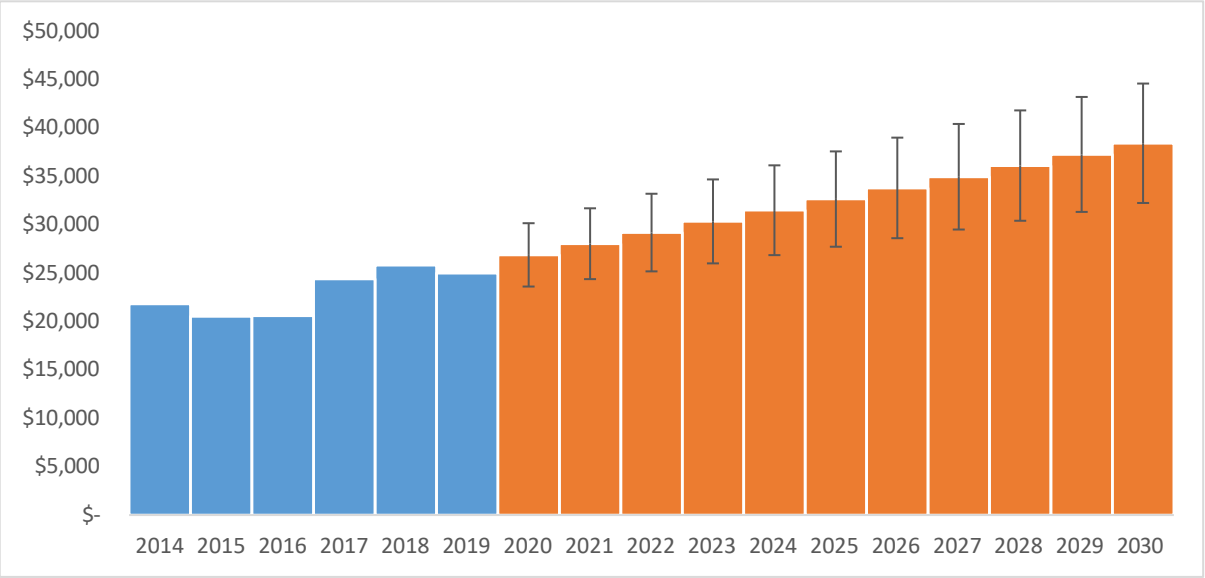


الشكل *16*: اتجاهات الإنفاق لمكافحة أمراض المناطق المدارية المهملة والتوقعات *2013-2030*

ثمة حاجة إلى 5.6 مليارات دولار أمريكي إضافية، في الفترة بين عامَي 2024 و2030، من أجل استئصال أمراض المناطق المدارية المهملة في أفريقيا. ومن المتوقع أن يؤدي هذا الاستثمار إلى تحسين التغطية بالعلاج الجموعي على نطاق واسع؛ والتدبير العلاجي للمراضة والأنشطة الأخرى اللازمة للوصول إلى مرحلة القضاء على المرض، مثل مكافحة النواقل أو المياه والصرف الصحي والنظافة الشخصية. وسيُو ّجه هذا التمويل الإضافي أيضًا إلى الحد من الاعتماد على الأدوية المُتبـ ّرع بها ودعم بلدان الاتحاد الأفريقي لتصنيع الأدوية. وإضافةً إلى ذلك، يتعين على أفريقيا أن تتصدى لكوارث الجوائح، ومن ثَ ّم يجب على البلدان الأفريقية التعهد بالإسهام بما لا يقل عن 1% من ناتجها المحلي الإجمالي في تمويل التصدي للجوائح. والالتزام بهذه النسبة من شأنه جمع 55 مليار دولار أمريكي على الأقل، على امتداد السنوات السبع التالية، من أجل التأهب للجوائح.

7.9 الاتجاهات والتنبؤات في الإنفاق على مكافحة الأمراض غير السارية.

تتطلب خيارات منظمة الصحة العالمية للتدبير العلاجي الفعال للأمراض غير السارية أن يستثمر كل بلد من البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل من الشريحة الدنيا مبلغًا إضاف◆يا قدره 0.84 دولار أمريكي سنو ◆يا للشخص الواحد.

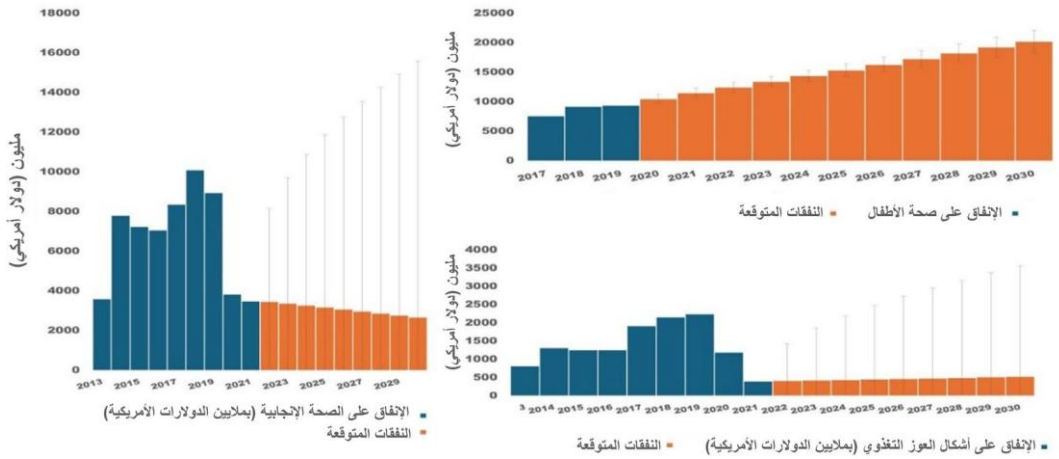


الشكل *17*: اتجاهات الإنفاق لمكافحة الأمراض غير السارية والتوقعات *2014-2030*

أفريقيا بحاجة إلى 14 مليار دولار أمريكي إضافية للسنوات السبع المقبلة للحد من الأمراض غير السارية والمُضي قُدمًا نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة والهدف 4.3 من أهداف التنمية المستدامة. وتبين هذه التكلفة توقعات الميزانية المصممة لدعم الجهود المتواصلة في مجال الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها، مع مراعاة التغييرات التدريجية في جداول التنفيذ والقدرات المالية المختلفة للبلدان المعنية.

8.9 الاتجاهات والتنبؤات في الإنفاق على الصحة الإنجابية وصحة الأمهات وحديثي الولادة والمراهقين

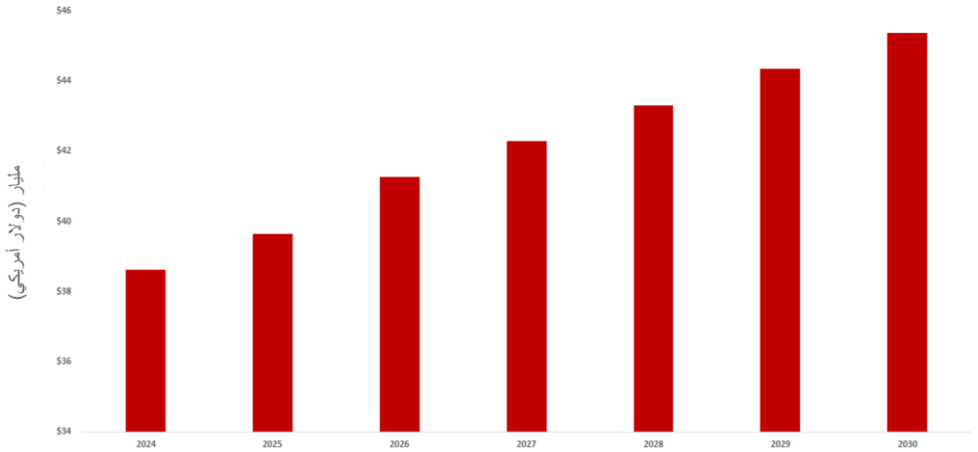
ثمة نقص في الاستثمارات الذكية والمستدامة في مجال الصحة الإنجابية وصحة الأمهات وحديثي الولادة والأطفال والمراهقين. وعلى الرغم من أن أفريقيا تشكل أقل من 15% من سكان العالم، فإن معدلات وفيات الأمهات وحديثي الولادة والأطفال في أفريقيا هي الأعلى. وقد تعرقلت الجهود التي تبذلها بلدان الاتحاد الأفريقي لخفض وفيات الأمهات إلى أقل من 70 حالة وفاة لكل 10000 ولادة حيّة، ووفيات المواليد إلى أقل من 12 حالة وفاة لكل 1000 ولادة حيّة، ووفيات الأطفال دون سن الخامسة إلى أقل من 25 حالة وفاة لكل 1000 ولادة حيّة، ويُعزى ذلك إلى نقص الاستثمار في الموارد البشرية، وعدم توفر الأدوية الحيوية والأساسية واللقاحات المنقذة للحياة والمعدات وتعذر الحصول عليها. وعلى الرغم من ندرة المعلومات عن الصحة الإنجابية وصحة الأمهات والمواليد والأطفال المراهقين في قاعدة البيانات العالمية للإنفاق الصحي التابعة لمنظمة الصحة العالمية، فإن الرسوم البيانية الواردة أدناه توضح الاتجاهات الرئيسية للإنفاق في البلدان التي تتوفر فيها البيانات. وتكشف هذه الاتجاهات عن إنفاق متذبذب غير متسق. وتُقدّر النفقات السنوية الحالية بمبلغ 30 مليار دولار أمريكي، وهذا أقل بكثير من مبلغ 42 مليار دولار أمريكي المطلوب سنو ًيا.



الشكل *18*: اتجاهات الإنفاق على الصحة الإنجابية وصحة الأمهات وحديثي الولادة والمراهقين والتوقعات *2013-2030*

علاوةً على ما تقدم، تسبب الافتقار إلى التنسيق وعدم الالتزام بالتنفيذ الفعال في التأثير سلبًا على تحقيق غايات أهداف التنمية المستدامة المتعلقة بالصحة الإنجابية وصحة الأمهات والمواليد والأطفال المراهقين. ولا تزال بلدان الاتحاد الأفريقي تخصص للصحة أقل من 15% من مواردها العامة المحلية، كما سبق الإيضاح في الأقسام السابقة. وقد تفاقم هذا الوضع أيضًا بسبب البرمجة الرأسية التي أدت إلى أوجه قصور بين البرامج، ولا يزال التمويل مجزأً بشدة بسبب غياب التنسيق.

إن الحفاظ على الصحة الإنجابية وصحة الأمهات والمواليد والأطفال المراهقين في أفريقيا، سيستلزم استثمار ما لا يقل عن 295 مليار دولار أمريكي بين عامَي 2024 و2030. وسيُو ّجه معظم هذا الاستثمار إلى الموارد البشرية والمنتجات الصحية وتعزيز الُنظم الصحية.

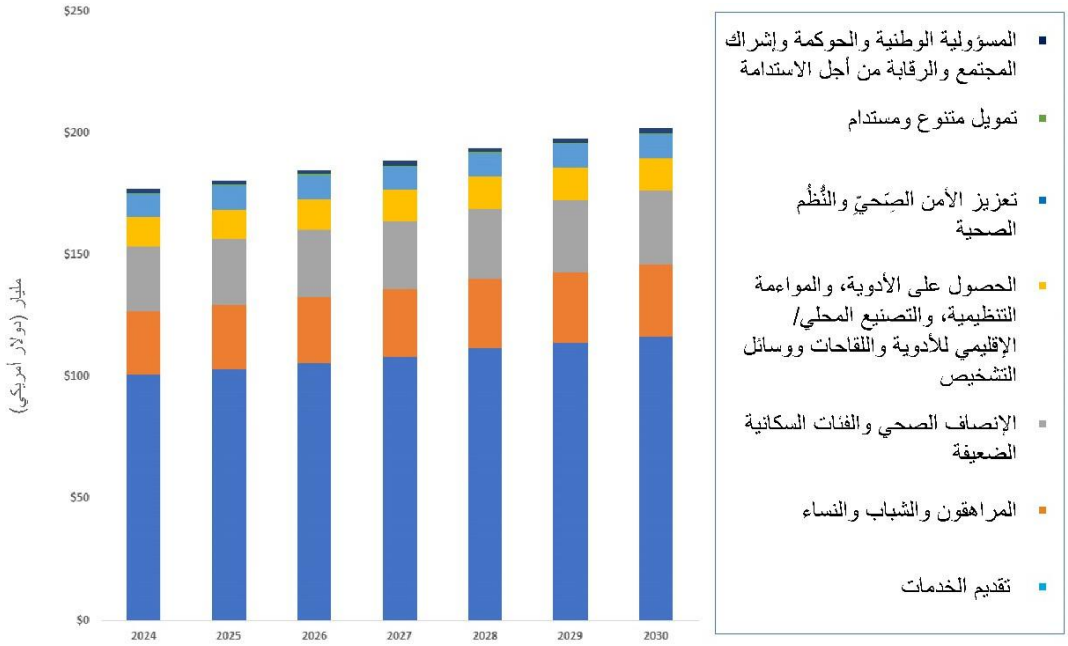


الشكل *19*: احتياجات الموارد المطلوبة من أجل الصحة الإنجابية وصحة الأمهات وحديثي الولادة والمراهقين، *2024-2030*

وتتماشى هذه الاحتياجات المقدرة من الموارد مع خطة عمل مابوتو 2016-2030 التي أقرت بأن الصحة الجنسية والإنجابية والحقوق الإنجابية «... يجب أن يكونا مدمجين ومتأسسين على نظام صحي فعال يتمتع بالبنية التحتية القوية والموارد المالية والبشرية الكافية، مع الإشارة إلى أن تدخلات الصحة الجنسية والإنجابية والحقوق الإنجابية ستعُرَقل إلى أن تحُل تلك العقبات في هذين المجالين. ومن ثَّم، فإنه من الضروري حشد الموارد المحلية لدعم البرامج الصحية، وخصوصًا الامتثال لالتزامات أبوجا». لذا، سيُو ّجه تمويل شبكة الصحة الإنجابية وصحة الأمهات والمواليد والأطفال المراهقين نحو مبادرات عالية التأثير تتصدى لجميع أنواع التمييز السلبي والضعف، وخصوصًا التفاوتات الجنسانية والجغرافية، وتستهدف أيضًا الشباب والنساء المستضعفات بوجهٍ خاصٍّ، إضافةً إلى مجموعات المشردين والمهاجرين واللاجئين.

9.9 التكاليف المقدرة حسب الركيزة الاستراتيجية

من المتوقع أن تنفق بلدان الاتحاد الأفريقي ما لا يقل عن 1.145 تريليون دولار أمريكي بين عامَي 2024 و2030. ويعني ذلك عجزًا يبلغ 180 مليار دولار أمريكي في تغطية التكلفة المقدرة البالغة 1.325 تريليون دولار أمريكي من أجل خريطة طريق الاتحاد الأفريقي، وجهود استئصال الإيدز والسل، والقضاء على الملاريا والأمراض المنقولة جنس◆يا والتهاب الكبد الفيروسي، والأمراض المدارية المهملة بوصفها تهديدات للصحة العامة، وتحسين التدبير العلاجي للأمراض غير السارية والصحة الإنجابية وصحة الأمهات والمواليد والأطفال المراهقين بحلول عام 2030. ومعظم هذه الأموال مطلوبة للبرامج التي تستهدف الإنصاف، والفئات السكانية الضعيفة، والمراهقين، والنساء، والشباب، بالإضافة إلى تقديم الخدمات، والحصول على الأدوية والتمنيع ووسائل التشخيص.



الشكل *20*: الاحتياجات المُقدَّرة من الموارد حسب الركيزة الاستراتيجية *2024-2030*

ستحتاج بلدان الاتحاد الأفريقي إلى إنفاق ما لا يقل عن 1.325 تريليون دولار أمريكي بين عامَي 2024 و2030 من أجل معالجة جميع المجالات ذات الأولوية في إطار الركائز الاستراتيجية السبع المقترحة، وإنهاء التهديد الثلاثي لفيروس العوز المناعي البشري والإيدز والسل والملاريا، والقضاء على أمراض المناطق المدارية المهملة وإدارة الصحة الإنجابية وصحة الأمهات والمواليد والأطفال المراهقين، والأمراض غير السارية، والتأهب للجوائح المستقبلية. وعلاوةً على ذلك، يهدف هذا الاستثمارُ إلى الحد من أوجه التفاوت وتعزيز النظم الصحية ببناء بنية تحتية صحية موجهة لأهداف بعينها، إضافة إلى إنشاء مراكز تصنيع للأدوية ووسائل التشخيص والإمدادات.

الركيزة الاستراتيجية	المجالات ذات الأولوية	الاحتياجات المقدَّرة من الموارد 2024-2030
1. المراهقون والشباب والنساء	• تعزيز الوقاية من فيروس العوز المناعي البشري وعلاج المراهقين والشباب والنساء والفئات السكانية الضعيفة • التمكين الشامل للصحة الجنسية والإنجابية على مستوى المراهقين والشباب والنساء • التصدي للأمراض غير السارية والتصدي لتحديات الصحة النفسية في صفوف المراهقين والشباب • التمكين الشامل للشباب من أجل الصحة والرفاه • الاستفادة من سبل الاتصالات المبتكرة لتعزيز الصحة • النظم المجتمعية والاستجابات	**194 مليار دولار أمريكي**
2. الإنصاف الصحي والفئات السكانية الضعيفة	• الحد من التفاوتات الصحية وتعزيز نظم الرعاية الصحية • الابتكار الاجتماعي وريادة الأعمال من أجل نُظُم صحية شاملة • معالجة المحددات الاجتماعية للصحة • الفئات السكانية المعرضة للإصابة بفيروس العوز المناعي البشري والسل والملاريا • سن إصلاحات في السياسات العامة والبيئة التنظيمية	**198 مليار دولار أمريكي**

الركيزة الاستراتيجية	المجالات ذات الأولوية	الاحتياجات المقدّرة من الموارد 2024-2030
3. الحصول على الأدوية، والمواءمة التنظيمية، والتصنيع المحلي/ الإقليمي للأدوية واللقاحات ووسائل التشخيص	• إنشاء مراكز تصنيع إقليمية وتعزيز القدرة الإنتاجية المحلية • تعزيز المواءمة التنظيمية وتحديد دور الكيانات القارية • تنفيذ أطر شراء إقليمية تهدف إلى تشكيل سوق الطلب وتوفير الدعم المالي وآليات التمويل المبتكرة	**90 مليار دولار أمريكي**
4. تتطلب ركيزة تعزيز الأمن الصّحيّ والنُظم الصحية تحقق ما يلي على الأقل	• تخطيط قطاع الصحة وقيادته وحوكمته • التمويل الصحي ونُظُم الإدارة المالية • نظم المعلومات الصحية والرصد والتقييم • القوى العاملة الصحية وجودة الرعاية • تعزيز نُظُم المختبرات • المنتجات الصحية • الأمن الصحي العالمي	**68 مليار دولار أمريكي**
5.تمويل متنوع ومستدام	• تعزيز تعبئة الموارد المحلية والدعوة لأن تتضمن الحزم الصحية الأساسية الخدمات الخاصة بفيروس العوز المناعي البشري والسل والملاريا والأمراض المنقولة جنسي♦ا والتهاب الكبد الفيروسي والأمراض غير السارية والجوائح الأخرى ضمن التأمين الصحي الاجتماعي • تعزيز التعاون الدولي وتشجيع الشراكات بين القطاعين العام والخاص • إيلاء الأولوية للتدخلات الوقائية وتعزيز كفاءة التخصيص لتحقيق تمويل متنوع ومستدام لمكافحة فيروس العوز المناعي البشري، والسل، والملاريا، والأمراض المنقولة جنسي♦ا، والتهاب الكبد الفيروسي، والأمراض غير السارية، والأمراض المدارية المهملة، والجوائح الأخرى • إعطاء الأولوية لرصد الاستدامة وتقييمها، ودعم البحث والابتكار من أجل دعم التمويل المتنوع والمستدام للخدمات الخاصة بمكافحة فيروس العوز المناعي البشري، والسل، والملاريا، والأمراض المنقولة جنسي♦ا، والتهاب الكبد الفيروسي، والأمراض غير السارية، والأمراض المدارية المهملة، والجوائح الأخرى	**2.9 مليار دولار أمريكي**
6. القيادة والحوكمة والمشاركة المجتمعية والرقابة من أجل تحقيق الاستدامة	• تحسين القيادة والارتقاء بالحوكمة بحشد القادة على جميع المستويات • تعزيز الرقابة لضمان الاستدامة، وتحسين الكفاءة، وتحقيق أفضل قيمة مقابل المال، والإشراك النشط لوكالة الاتحاد الأفريقي للتنمية التابعة للشراكة الجديدة من أجل تنمية أفريقيا والمجموعات الاقتصادية الإقليمية في الحوكمة والرقابة • دعم تكامل تعزيز النظام الصحي من خلال المواءمة مع النُّظُم الوطنية • تمكين المجتمعات المحلية من خلال مبادرات الحوكمة والمناصرة من أجل معالجة العقبات التي تحول دون الحصول على الخدمات الأساسية	**12.6 مليار دولار أمريكي**
7. تقديم الخدمات الصحية	• الوقاية من فيروس العوز المناعي البشري، والسل، والملاريا، والأمراض المنقولة جنسي♦ا، والتهاب الكبد الفيروسي، والأمراض غير السارية، والأمراض المدارية المهملة، والصحة الإنجابية وصحة الأمهات والمواليد والأطفال المراهقين، وغيرها من الجوائح المستجدة، وعلاج المصابين ورعايتهم ودعمهم. وهذا الدعم يشمل تكاليف الأدوية والإمدادات لجميع تدخلات الوقاية والعلاج والرعاية ذات الأولوية والعالية المردودية.	**760.2 مليار دولار أمريكي**

10.9 الإبقاء على تمويل خريطة طريق الاتحاد الأفريقي حتى عام 2030

1. زيادة الحيز المالي للصحة. للإبقاء على تمويل خريطة طريق الاتحاد الأفريقي، تحتاج بلدان الاتحاد الأفريقي إلى توفير حيز مالي أكبر للصحة من خلال استكشاف 5 مصادر لتوسيع الحيز المالي.

- تحسين ظروف الاقتصاد الكلي (نمو الناتج المحلي الإجمالي) وضمان زيادة الإيرادات المحلية وإدارة الضرائب؛
- إعطاء الأولوية للصحة في ميزانية الحكومة؛
- الضرائب المُخصصة للصحة وغيرها من الموارد المُخصصة للقطاعات الصحية؛
- المساعدة الإنمائية الرسمية (وخصوصًا المعونة وتخفيف عبء الديون)؛
- تحسين الكفاءة في الصحة، الأمر الذي يقلل الموارد المطلوبة.

2. الالتزام السياسي: إن حكومات الاتحاد الأفريقي في سبيلها لتكون أكثر التزامًا من الناحية السياسية بمعالجة المشاكل الصحية التي تواجهها دولها. وقد جرى التعهد بالعديد من الالتزامات والأطر. وثمة العديد من الأدوات التي تُظهر زيادة الالتزام السياسي تجاه المسؤولية الوطنية، والكفاءة، والتمويل المستدام، ومنها إعلان الأمم المتحدة السياسي بشأن فيروس العوز المناعي البشري والإيدز لعام 2011: تكثيف الجهود التي يبذلها المجتمع الدولي للقضاء على فيروس العوز المناعي البشري والإيدز، وخريطة الطريق التي وضعها الاتحاد الأفريقي عام 2012 لتقاسم المسؤولية عن الإيدز والسل والملاريا، وإعلان أبوجا لعام 2001.

3. زيادة التمويل المحلي: تتوء أفريقيا بالعبء الأكبر للمرض في العالم ولكنها تسهم بأقل من 2% من الإنفاق العالمي. لذا ينبغي أن تكون زيادة حشد الموارد المحلية الهدف الرئيسي لجداول أعمال التمويل الصحي لبلدان الاتحاد الأفريقي إذا كان لها أن تضع نظمًا صحية قوية. وبحسب خطة الاتحاد الأفريقي لعام 2063، فإن البلدان الأفريقية مطالبة بوضع خطط لتمويل نظم الرعاية الصحية بها، على النحو الموضح بجلاء في الإطار التحفيزي لإنهاء الإيدز والسل والقضاء على الملاريا في أفريقيا بحلول عام 2030:

«لقد أقر العديد من الالتزامات التي قطعتها الحكومات الأفريقية، ومن بينها إعلان أبوجا، بالحاجة إلى الاستثمار في الصحة من أجل التنمية المستدامة. ولتحقيق حصائل خطة الاتحاد الأفريقي لعام 2063 وأهداف التنمية المستدامة، ينبغي للدول الأعضاء أن تنفذ خططها الاستراتيجية الوطنية المحددة التكاليف للأمراض الثلاثة تنفيذاً كاملًا من أجل ضمان الاستخدام الفعال للموارد المخصصة. وينبغي للبلدان الأفريقية مواصلة مناصرة التحول الحقيقي والتحول النموذجي نحو التمويل المحلي الأمثل للصحة وتنويع مصادر التمويل». الإطار التحفيزي للقضاء على الإيدز والسل والقضاء على الملاريا في أفريقيا بحلول عام 2030 الصفحة 13 (بالإنجليزية).[24]

إن تخصيص الضرائب المحلية وغيرها من مصادر الإيرادات غير الضريبية أمثلة على الاستراتيجيات المقصودة التي تدعم إنشاء مصادر تمويل محلية جديدة في بلدان الاتحاد الأفريقي. وهذه الاستراتيجيات ضرورية لتوليد التمويل المحلي. ولعل الضرائب المفروضة على السلع والخدمات الضارة من أفضل الأمثلة على المبادرات الضريبية وأكثرها جدوى وتفضيلًا لدى الجمهور.

4. تقليص الإنفاق من الأموال الخاصة، وزيادة الحماية من المخاطر المالية، والحد من التجزؤ لتحقيق التغطية الصحية الشاملة. إن العديد من بلدان الاتحاد الأفريقي يعتمد على تمويل الصحة من الإنفاق الفردي/ الخاص على حساب الأسر. ويُعتقد أن هذه النظم الصحية شديدة الخصخصة أقل كفاءة من النظم العامة، ولذلك، ينبغي لبلدان الاتحاد الأفريقي أن تعمل على الحد من التجزؤ والانتقال إلى نظم صحية موحدة مدعومة من الجمهور من أجل زيادة الكفاءة[25].

5. تعزيز تكامل الخدمات الصحية وتحسين الكفاءات المشتركة بين البرامج. ينبغي لبلدان الاتحاد الأفريقي تعزيز تكامل الخدمات بقوة وأن تحد من تجزؤ البرامج والبرمجة الرأسية. وذلك لن يؤدي إلى تحقيق البلدان مكاسب في الكفاءة فحسب، بل سيؤدي إلى خفض التكاليف في جانب الطلب وزيادة فرص الحصول على الرعاية والاستفادة من الخدمات الصحية أيضًا.

24 Catalytic Framework to End AIDS, TB and Eliminate Malaria in Africa by 2030
25 Jordi E, Pley C, Jowett M, *et al*. Assessing the efficiency of countries in making progress towards universal health coverage: a data envelopment analysis of 172 countries. *BMJ Global Health* 2020;5:e 992. doi:10.1136/ bmjgh-2020-002992

6. تحسين البنية التحتية في أفريقيا: تشير التقديرات الواردة في «استراتيجية البنية التحتية الصحية الجيدة في أفريقيا 2022-2030»[26] الصادرة عن بنك التنمية الأفريقي إلى أن بلدان الاتحاد الأفريقي ستحتاج إلى ما يُقدر بنحو 26 مليار دولار أمريكي سنو ◆يا لتمويل المرافق الصحية الجديدة، وذلك بالإضافة إلى الإنفاق الحالي البالغ حوالي 4.5 مليارات دولار أمريكي. واقترح بنكُ التنمية الأفريقي خطة طموحة لتمويل عدة مبادرات، مع تركيز خاص على الاستثمارات «الخضراء» والاستثمارات في «البنية التحتية القائمة». وإضافة إلى ذلك، أنشأ قادةُ مجموعة الدول السبع «الشراكة العالمية للبنية التحتية والاستثمار» في حزيران/ يونيو 2022 بهدف جمع مئات المليارات من الدولارات لبناء بنية تحتية عالية الجودة وطويلة الأمد تشمل تعزيز البنية التحتية للنظام الصحي وتحديثها وتعزيز الأمن الصحي العالمي. ومنذ كانون الثاني/ يناير 2021، قدمت مؤسسة التمويل الإنمائي أكثر من 253 مليون دولار للمبادرات الرامية إلى تعزيز التأهب للجوائح وقدرة النظم الصحية على الصمود في أفريقيا في إطار جهودها المبذولة في مجال الصحة والرخاء على الصعيد العالمي ودعم الشراكة العالمية للبنية التحتية والاستثمار. وإضافةً إلى ذلك، تهدف مؤسسة التمويل الإنمائي إلى تمويل مبادرات القطاع الخاص المؤهلة التي تزيد من قدرة الإقليم على إنتاج المستحضرات الصيدلانية ووسائل التشخيص والإمدادات الإضافية في البلدان النامية، ولا سيما في أفريقيا.

26 African Development Bank: Strategy for Quality Health Infrastructure in Africa - 2022-2030

خارطة طريق الاتحاد الأفريقي (AU) لعام 2030 وما بعده

الحفاظ على الاستجابة للإيدز، وضمان تعزيز النظم والأمن الصحي من أجل تنمية أفريقيا

الإتحاد الأفريقي

Agend A 2063 The Africa we Want