AFRICAN UNION
الاتحاد الأفريقي

UNION AFRICAINE
UNIÃO AFRICANA

فريق العمل للجنة الفنية المتخصصة للصحة والسكان ومكافحة المخدرات،
اجتماع الخبراء،
25 -26 أبريل 2016، أديس أبابا
اجتماع وزراء الصحة ، جنيف، 21 مايو 2016

استراتيجية الصحة لأفريقيا 2016 -2030

أولا . جدول المحتويات

أولا . جدول المحتويات 2

ثانيا. قائمة المختصرات 3

ثالثا. كلمة الشكر والتقدير 5

رابعا. الموجز التنفيذي 6

خامسا. المقدمة 9

سادسا. الخلفية 11

سابعا. تحليل الوضع 13

ثامنا. المبادئ التوجيهية 17

تاسعا. الرؤية والرسالة والغاية، والأهداف الاستراتيجية و النُهُج 18

1.الرؤية والرسالة: 18

.2الغاية : 18

.3الأهداف والأولويات الاستراتيجية: 19

4.النُهُج الاستراتيجية 21

عاشرا. سياق السياسات، إطار الرصد ،تقديم التقارير والمساءلة 26

1.سياق السياسات : 26

2.الإجراءات والموارد اللازمة لتعزيز المساءلة والشراكات : 27

3.الرصد ، تقديم التقارير و المساءلة بخصوص الاستراتيجية الصحية الأفريقية 2016– 2030 27

4.استراتيجية النشر والدعوة والاتصال للاستراتيجية الصحية الأفريقية 2016– 2030 : 29

حادي عشر. الأدوار والمسؤوليات المؤسسية 30

1.مفوضية الاتحاد الأفريقي: 31

2.وكالة النيباد 32

3.المجموعات الاقتصادية الإقليمية 32

4.الدول الأعضاء 32

5.الشركاء 33

ثاني عشر. قائمة المراجع 35

رابع عشر خامسا المرفقات 40

.1وثيقة الاستراتيجية الصحية الأفريقية 2007– 2015 40

.2تقرير التقييم للاستراتيجية الصحية الأفريقية 2007– 2015 40

ثانيا. قائمة المختصرات

AfDB	البنك الإفريقي للتنمية
AIDS	متلازمة نقص المناعة المكتسب
ARVs	مكافحة فيروسات المخدرات
ART	العلاج المضاد للفيروسات الرجعية لفيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز
AU	الاتحاد الأفريقي
AUC	مفوضية الاتحاد الأفريقي
BCC	تغيير السلوك والاتصالات
CBOs	المنظمات المجتمعية
EPI	البرنامج الموسع للتحصين
FBOs	المنظمات الدينية
GAVI	التحالف العالمي للقاحات والتحصين
GDP	إجمالي الناتج المحلي
GFATM	الصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا
HHA	التنسيق من أجل الصحة في أفريقيا
HIV	فيروس نقص المناعة البشرية
HSS	تعزيز النظام الصحي
ICT	المعلومات والاتصالات والتكنولوجيا
IDU	تعاطي المخدرات بالحقن
IEC	المعلومات والتعليم والاتصالات
LLITNs	الناموسيات المشربة بالمبيدات الطويلة الأمد للحشرات
MDGs	الأهداف الإنمائية للألفية
MDR–TB	السل المقاوم للأدوية العديدة
M & E	الرصد والتقييم
NCDs	الأمراض غير المعدية
NEPAD	الشراكة الجديدة تنمية أفريقيا
NGOs	المنظمات غير حكومية
NTDs	أمراض المناطق المدارية المهملة
UN	الأمم المتحدة

OECD	منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي
PHC	الرعاية الصحية الأولية
PLHIV	الناس الذين يعيشون مع فيروس نقص المناعة البشرية
PMTCT	الوقاية من انتقال فيروس نقص المناعة البشرية من الأم إلى الطفل
PPP	الشراكات بين القطاعين العام والخاص
PRS	استراتيجية الحد من الفقر
RECs	المجموعات الاقتصادية الإقليمية
SRMNCH	الصحة الإنجابية وصحة الأمهات والمواليد والأطفال
SAPs	برامج التكيف الهيكلي
SWAPs	النُهج المتبعة على نطاق القطاعات
TB	مرض السل
TM	الطب التقليدي
UNAIDS	برنامج الأمم المتحدة المشترك بشأن فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز
UNFPA	صندوق الأمم المتحدة للسكان
UNICEF	صندوق الأمم المتحدة للطفولة
WB	مجموعة البنك الدولي
WHO	منظمة الصحة العالمية
XDR–TB	مرض السُل الشديد المقاومة للأدوية

ثالثا. كلمة الشكر والتقدير

تود مفوضية الاتحاد الأفريقي أن تشكر الدول الأعضاء في الاتحاد الأفريقي على توفيرها المعلومات اللازمة والدعم الفني لوضع هذه الاستراتيجية.

كما تعرب عن امتنانها الخاص للمنظمات الأعضاء في الأمانة الفنية لدعمها الفني والمالي واللوجستي. وعلى وجه التحديد، تعترف المفوضية بما قدمته الإدارة الوطنية للصحة التابعة لحكومة جمهورية جنوب أفريقيا، والشراكة الجديدة لتنمية أفريقيا (النيباد) ووكالات الأمم المتحدة من مساهمات كبيرة في نجاح هذه الاستراتيجية الصحية الأفريقية 2016– 2030.

قامت المجموعات الاقتصادية الإقليمية والقطاع الخاص ومنظمات المجتمع المدني بتوفير المدخلات من المعلومات والتوجيهات الهامة نحو وضع واستكمال هذه الاستراتيجية التي لا تزال المفوضية تدين لها بذلك .

رابعا. الموجز التنفيذي

في عام 2007، قام الاتحاد الأفريقي بوضع الاستراتيجية الصحية الأفريقية الأولى 2007–2015 التي أجازتها الدورة الثالثة لمؤتمر وزراء الصحة الأفريقيين المنعقدة في نفس العام، واعتمدتها الدورة العادية الحادية عشرة للمجلس التنفيذي في عام 2008. وأوصتى الاجتماع الأول للجنة الفنية المتخصصة للصحة والسكان ومكافحة المخدرات التابعة للاتحاد الأفريقي في عام 2015 بإعداد استرتيجية صحية أفريقية منقحة للفترة 2016 –2030 استنادا إلى تقييم الاستراتيجية السابقة.، وصكوك السياسة الصحية ذات الصلة للاتحاد الأفريقي مع إدماج البحث والابتكار من أجل الصحة. ويرفق طيه التقرير عن تقييم الاستراتيجية الصحية الأفريقية 2007–2015 باعتباره جزءا لا يتجزأ من هذه الوثيقة.

يرتكز إطار السياسة العامة للاستراتيجية الصحية الأفريقية 2016 – 2030 على عدد من الالتزامات والصكوك القارية والعالمية للسياسة الصحية . ومن أهمها "أجندة 2063: أفريقيا التي نريد " و أجندة 2030 للتنمية المستدامة، بما في ذلك الأهداف الإنمائية المستدامة وثمة أطر أخرى للسياسات منها الاستراتيجية الصحية الأفريقية المعززة 2016 – 2030 – تشمل إطار السياسة القاري للصحة والحقوق الجنسية والإنجابية وخطة عمل مابوتو الموسعة (2016–2030) التابعة له ، وخطة الاتحاد الأفريقي لصناعة الأدوية لأفريقيا، والاستراتيجية الإقليمية الأفريقية للتغذية 2015 – 2025، ومختلف التزامات أبوجا للاتحاد الافريقي ، والنداءات ، والإعلانات الهادفة إلى مكافحة الإيدز والسل والملاريا في أفريقيا، و الإطار التحفيزي لإنهاء الإيدز والقضاء على السل والملاريا في أفريقيا بحلول عام 2030 وكذلك الاستراتيجية العالمية لصحة النساء والأطفال و المراهقين 2016 – 2030.

ومن المهم التأكيد على أن الاستراتيجية الصحية الأفريقية 2016 – 2030 – وثيقة أساسية مستوحاة من الالتزامات القارية والعالمية الأخرى لا تسعى إلى استبدال أو تكرار الالتزامات الواردة في الصكوك العالمية والقارية ولكن المقصود منها هو زيادة تعزيز تلك الالتزامات . وتستهدف القيام بذلك من خلال توفير برنامج شامل وموحد يحتوي على جميع هذه الالتزامات والاستراتيجيات في القطاع الصحي. وتزود الاستراتيجية الصحية الأفريقية 2016 – 2030 الدول الأفريقية الأعضاء بالتوجيهات الاستراتيجية في جهودها الرامية إلى إيجاد قطاعات صحية ذات أداء أفضل وتعترف بالالتزامات القارية القائمة، وتتصدى للتحديات الرئيسية التي تواجه الجهود المبذولة للحد مما تنوء به القارة من عبء الأمراض عن طريق الاعتماد

بشكل أساسي على الدروس المستخلصة والاستفادة من الفرص المتاحة. وتتطلب توجهاتها الاستراتيجية تعاونا متعدد القطاعات و موارد كافية جنبا إلى جنب مع توفر القيادة لمناصرة تنفيذها وضمان المساءلة الفعالة بخصوص نتائجها .

وباعتبار الاستراتيجية الصحية الأفريقية 2016 – 2030 وثيقة أساسية موحدة لجميع الالتزامات الأفريقية في القطاع الصحي، فإن قيمتها المضافة تتمثل في قدرتها على إلهام توجهات استراتيجية ذات صلة بجميع الدول الأعضاء وإعطاء توجيهات بشأنها وتسليط الضوء عليها . وتحقق الاستراتيجية الصحية الأفريقية 2016 – 2030 – ذلك الأمر من خلال تركيزها على معالجة القضايا التي تعكس الأدوار الاستراتيجية الرئيسية الأنسب لمفوضية الاتحاد الأفريقي والمجموعات الاقتصادية الإقليمية والتي يمكن للدول الأعضاء من خلالها أن تستفيد بشكل مباشر من وفورات حجم ، وجهود تعاونية كهذه وغيرها من المزايا.

من الناحية الفنية، تدعو الاستراتيجية الصحية الأفريقية 2016 – 2030 الدول الأعضاء إلى العمل وتشجعها على ذلك من أجل إعطاء الأولوية للمحددات الاجتماعية الدقيقة للصحة والاستثمار فيها، وذلك من خلال تحسين التعاون بين القطاعات ، وتسلط الضوء على الأهمية المركزية لأولويات تعزيز النظم الصحية ، وتدعو إلى الاستفادة بشكل أفضل من نقاط القوة المجتمعية ، والشراكات بين القطاعين العام والخاص والشراكات الأخرى ، فضلا عن التوصية بنقلة نوعية كبيرة تساعد الدول الأعضاء على إدارة مخاطر الكوارث بمزيد من الفعالية و بطريقة أكثر منهجية.

إن هدف الاستراتيجية الصحية الأفريقية 2016 – 2030 المتجه نحو رؤية لقارة أفريقية متكاملة ومزدهرة و خالية من عبئها الثقيل من المرض والعجز والوفاة المبكرة، يتمثل في ضمان الحياة الصحية وتعزيز الرفاه للجميع في أفريقيا في إطار " أجندة 2063: أفريقيا التي نريد" والأهداف الإنمائية المستدامة. أماالهدف العام فهو تعزيز أداء النظم الصحية، وزيادة الاستثمارات في الصحة، وتحسين مستوى الإنصاف ومعالجة المحددات الاجتماعية للصحة لتخفيف أعباء الأمراض ذات الأولوية بحلول عام 2030.

أُستمدت النُهُج الاستراتيجية من تلك التي تم إثبات صحتها ونجاحها في التجربة العالمية والقارية وكذلك من تلك الناشئة التي لا شك في أهميتها على الإطلاق .وتشمل هذه تعزيز النظم الصحية للحفاظ على المكاسب التي تحققت في الأداء؛ وضمان القيادة القوية والحكم الرشيد، وإقامة شراكات متعددة القطاعات لمعالجة

المحددات الاجتماعية والاقتصادية والبيئية للصحة، وإعادة التركيز على تقديم الخدمات وتمكين المجتمعات المحلية؛ و توسيع نطاق الحماية الاجتماعية لتحقيق الإنصاف وإعطاء الأولوية للموارد البشرية من أجل الصحة ، وضمان أمن السلع وتهيئة البيئة التنظيمية والداعمة لتوفير الأدوية والتكنولوجيات ذات الجودة، بما في ذلك القيام بتعزيز الطب التقليدي الأفريقي وإنشاء نظم فعالة لمراقبة الأمراض وإدارة الكوارث، والاستثمار في الشباب والمراهقين فضلا عن تحسين التعاون بين البلدان لتحقيق الكفاءات .

تبرز الاستراتيجية الصحية الأفريقية 2016 – 2030 أطر السياسات الرئيسية، وآليات المساءلة ، فضلا عن الأدوار والمسؤوليات المتعلقة بتنفيذها. ونظرا لطبيعتها – كأداة قارية– هدفها توجيه الدول الأعضاء ز ، فإن هذه الأخيرة تتحمل المسؤولية الرئيسية عن تنفيذها. و بالتالي، فالدور القيادي لتنسيق الاستراتيجية الصحية الأفريقية 2016 – 2030 والإشراف عليها تقع على عاتق الدول الأعضاء، مع كفالة التسهيل والتنسيق والدعم من قبل أجهزة الاتحاد الأفريقي والمجموعات الاقتصادية الإقليمية ووكالات الأمم المتحدة وشركاء آخرين.

في أعقاب المصادقة على الاستراتيجية الصحية الأفريقية 2016 – 2030 ، خلال النصف الأول من عام 2016، سيتم وضع إطار شامل للرصد والتقييم على أساس تحقيق النتائج لدعم تنفيذ الاستراتيجية ورصدها.

خامسا. المقدمة

انطلاقا من قلقه إزاء تزايد أعباء الأمراض في أفريقيا ، على الرغم من توفر الخطط الجيدة والاستراتيجيات وإحرازالتقدم، وضع الاتحاد الأفريقي الاستراتيجية الصحية الأفريقية 2007–2015 التي أجازتها الدورة الثالثة لمؤتمر وزراء الصحة الأفريقيين عام 2007 والدورة العادية الحادية عشرة للمجلس التنفيذي في عام 2008 . وكان الهدف من الاستراتيجية إثراء واستكمال استراتيجيات الدول الأعضاء عن طريق إضافة القيمة من حيث تعزيز النظم الصحية من منظور قاري فريد من نوعه .

لقد وفرت الاستراتيجية الصحية الأفريقية 2007 – 2015 توجها استراتيجيا لجهود أفريقيا من خلال توفير صحة أفضل للجميع، وأقرت بأن أفريقيا كانت قد حددت أهدافا صحية في السابق بالإضافة إلى الأهداف الإنمائية للألفية التي التزمت بها. وقامت الاستراتيجية الصحية الأفريقية 2007 – 2015 باستكشاف التحديات والفرص المتعلقة بالجهود التي يمكن أن تقلل أعباء الأمراض التي تنوء بها القارة ، وتعزز نظمها الصحية، وتدعم رأس المال البشري من خلال تحسين الصحة. كما أبرزت التوجهات الاستراتيجية التي يمكن أن تكون مفيدة إذا تمت معالجتها بطريقة متعددة القطاعات ومتعددة الأطراف المعنية وذات موارد كافية ، وتم تنفيذها ورصدها.

في أبريل 2015، أوصت الدورة الأولى للجنة الفنية المتخصصة للاتحاد الأفريقي بشأن الصحة والسكان ومكافحة المخدرات بأن ترتكز مراجعة الاستراتيجية على أدوات السياسة الصحية المنقحة للاتحاد الأفريقي وأن تستمد منها و تستوعب البحث والابتكار من أجل الصحة. وقد تم إجراء تقييم للاستراتيجية الصحية الأفريقية 2007 –2015 تحت رعاية الأمانة الفنية بقيادة إدارة الشؤون الاجتماعية لمفوضية الاتحاد الأفريقي و بالتعاون مع الشركاء الرئيسيين ، وذلك لتحديد مدى تأثيرها على الدول الأعضاء والمجموعات الاقتصادية الإقليمية . وبناء على التوصيات الواردة في تقرير التقييم، و توجيه السياسات للأدوات الصحية القارية والعالمية الأخرى، وبالتشاور مع مختلف أصحاب المصلحة واسترشادا بالأمانة الفنية، تم وضع هذه الاستراتيجية الصحية الأفريقية الجديدة 2016 – 2030.

إن الاستراتيجية الصحية الأفريقية 2016 – 2030 تشبه إلى حد ما سابقتها حيث إنها تسعى أيضا إلى توفير التوجيه الاستراتيجي لجهود أفريقيا في توفير قطاعات صحية أفضل أداء وتعترف بالالتزامات القارية القائمة، وتعالج التحديات الرئيسية لتخفيف أعباء الأمراض التي تتحملها القارة ، مع القيام في نفس الوقت باستخلاص الدروس المستفادة و استغلال الفرص المتاحة. وتتطلب توجهاتها الاستراتيجية تعاونا متعدد القطاعات و موارد كافية و قيادة كفيلة بمناصرة تنفيذها جنبا إلى جنب مع أطر فعالة للمساءلة. وفي ضوء ذلك، تسعى الاستراتيجية الصحية الأفريقية 2016 – 2030 إلى استكمال الأجندة غير المنجزة، وتعديل المسار استنادا إلى الدروس المستفادة من تنفيذ الاستراتيجية الصحية الأفريقية 2007–2015 ، والبناء على الإنجازات التي حققتها الدول الأعضاء والمجموعات الاقتصادية الإقليمية.

تضيف الاستراتيجية الصحية الأفريقية 2016 – 2030 القيمة إلى أطر واستراتيجيات سياسة القطاع الصحي للدول الأعضاء والمجموعات الاقتصادية الإقليمية من خلال تركيزها على معالجة القضايا التي تعكس الأدوار الاستراتيجية الرئيسية الأنسب لمفوضية الاتحاد الأفريقي والمجموعات الاقتصادية الإقليمية والتي يمكن للدول الأعضاء من خلالها استخلاص الفوائد المباشرة مثل وفورات الحجم، والجهود التعاونية وغيرها من المزايا.

من الناحية الفنية، تساعدالاستراتيجية الصحية الأفريقية 2016 – 2030 على الدعوة لإدراك أهمية الأولويات الصحية المحددة ذات الصلة للقارة والتزاماتها. و هذه تشمل ضرورة الاستثمار في تعزيز النظم الصحية والمحددات الاجتماعية الدقيقة للصحة من خلال تحسين التعاون بين القطاعات ، بالاعتماد على الدروس الأفريقية والعالمية الأخيرة المستفادة. وبالإضافة إلى ذلك، فإن الاستراتيجية الصحية الأفريقية 2016 – 2030 تدعو لاتباع طرق حيوية للاستفادة من المشاركة المجتمعية والتكامل، والشراكات بين القطاعين الخاص والعام وفيما بين البلدان ، فضلا عن التوصية بنقلة نوعية لمساعدة الدول الأعضاء في معالجة آثار الطوارئ الصحية العامة بطريقة أكثر منهجية وشمولا .

ومن المؤمل أن توفر الاستراتيجية الصحية الأفريقية 2016 – 2030 برنامجا أكثر شمولا، و قابلية للتنفيذ و أوفر قوة ومرونة تستطيع من خلاله الدول الأعضاء والمجموعات الاقتصادية الإقليمية والوكالات المتعددة الأطراف والوكالات الإنمائية الثنائية والشركاء الآخرون في أفريقيا أن يتلاقوا ويقوموا بالتنسيق لتعزيز التماسك والتآزر في سبيل الارتقاء بمستوى الصحة في أفريقيا.

سادسا. الخلفية

بالإضافة إلى التقرير عن تقييم الاستراتيجية الصحية الأفريقية 2007 – 2015 ، فإن إعداد الاستراتيجية الصحية الأفريقية 2016 – 2030 قد استند إلى أطر السياسات القارية والعالمية القائمة.وتعتبر أجندة 2063: أفريقيا التي نريد " إطارا بالغ الأهمية للسياسات بشكل خاص يحدد الرؤية التنموية للقارة على مدى العقود القليلة القادمة. وثمة جزء رئيسي آخر من البيئة السياسية ترتكز عليه الاستراتيجية الصحية الأفريقية 2016 – 2030 يشمل الأهداف الإنمائية العالمية المستدامة ؛ وبرنامج عمل أديس أبابا لعام 2015 بشأن المؤتمر الرفيع المستوى الثالث المعني بتمويل التنمية ؛ و الاستراتيجية العالمية لصحة النساء والأطفال والمراهقين 2016–2030؛ خارطة الطريق للاتحاد الأفريقي؛ الإطار التحفيزي لإنهاء الإيدزوالسل و والقضاء على الملاريا بحلول عام 2030؛ وإطار السياسة القاري للصحة والحقوق الجنسية والإنجابية وخطة عمل مابوتو 2016–2030 الخاص به ؛ و خطة الاتحاد الأفريقي لصناعة الأدوية لأفريقيا، والاستراتيجية الإقليمية الأفريقية للتغذية 2015 – 2025، وعقد الاتحاد الأفريقي للطب التقليدي وغيرها من أطر السياسات. وبالتالي ؛ فإن تنفيذ الاستراتيجية الصحية الأفريقية 2016 – 2030 يتوقف على تنفيذ هذه الالتزامات والأطر ذات الصلة بالقطاع الصحي .

يعتبر التآزر والترابط مكفولين في مختلف الاستراتيجيات الفرعية والالتزامات العالمية، ولاسيما في العناصر المتصلة بالقطاع الصحي. فعلى سبيل المثال، ينظر إلى التآزر بين أجندة 2063 للاتحاد الأفريقي "و خطة عملها العشرية ، كإطار استراتيجي لضمان تحول إجتماعي واقتصادي إيجابي في أفريقيا مع القرارات الصادرة عن الجمعية العامة بشأن الشراكة الجديدة لتنمية أفريقيا (النيباد). و"يؤكد برنامج عمل أديس أبابا أيضا أهمية دعم الإطار التنموي الجديد ". وبالمثل، فإن الأهداف المحددة في الاستراتيجية العالمية للنساء والأطفال والمراهقين لعام 2016–2030 تتسق مع تلك الخاصة بالهدف 3 من أهداف التنمية المستدامة الهدف ، وخطة عمل مابوتو 2016 – 2030 ، فضلا عن الإطار التحفيزي لإنهاءالإيدز والسل والقضاء على الملاريا في أفريقيا بحلول عام 2030.

إن المجالات الرئيسية للتقارب الاستراتيجي في أطر السياسات هذه تركز على أهمية توفير الحماية الاجتماعية والخدمات العامة الأساسية للجميع؛ وتكثيف الجهود للقضاء على الجوع وسوء التغذية؛ وتعزيز النظم الصحية الوطنية للتمكين من تحقيق التغطية الصحية الشاملة؛ وتحسين الإنذار المبكر والحد من

المخاطر والقدرة على إدارة الكوارث؛ والزيادة الكبيرة في التمويل للأغراض الصحية؛ والتصدي لتحديات القوى العاملة الصحية؛ ومعالجة الأمراض غير المعدية؛ وإعطاء الأولوية للنساء والأطفال والمراهقين؛ ودعم البحث وتطوير اللقاحات والأدوية والتقنيات لمعالجة كل من الأمراض المعدية وغير المعدية ؛و توسيع فرص الحصول على التطعيم، الاستفادة من الاتفاقيات التجارية وتعزيز الشراكات داخل البلدان وفيما بينها لتحقيق قدر أكبر من فعالية المعونة.

لقد وفر كل من التقرير عن تقييم الاستراتيجية الصحية الأفريقية 2007– 2015 والمراجعات الأخيرة لبعض الالتزامات الخاصة بالقطاع الصحي معلومات هامة بشأن تحليل الوضع والتوجهات الاستراتيجية للاستراتيجية الصحية الأفريقية 2016 – 2030 . وتشمل هذه المعالم الرئيسية الأخيرة الاستراتيجية الإقليمية لأفريقية للتغذية (2015–2025)، خطة عمل مابوتو 2016–2030، وإطار العمل التحفيزي لإنهاء الإيدز والسل والقضاء على الملاريا بحلول عام 2030، واستعراض خطة عمل مابوتو (2015)، واستعراض نداء أبو جا من أجل العمل (أبريل 2015)، و التقرير المرحلي لعام 2015 عن الأهداف الإنمائية للألفية لأفريقيا ، ومختلف الاستعراضات الموضوعية المحددة التي أقرتها اللجان الإقليمية لمنظمة الصحة العالمية بخصوص إقليم أفريقيا وكذلك الاستعراضات أو الاستراتيجيات الإقليمية والعالمية الرئيسية بتكليف من شركاء آخرين مثل حالة الاستثمار في القطاع الصحي لأفريقيا (المواءمة من أجل الصحة في أفريقيا؛ 2011)، و التقرير عن صحة الأمهات والرضع والأطفال في أفريقيا (مفوضية الاتحاد الأفريقي، 2014)، وتضييق الفجوات لتحقيق الأهداف (اليونيسيف، 2010)؛ حالة سكان العالم: قوة من 1.8 بليون: المراهقون، الشباب وتحويل المستقبل (صندوق الأمم المتحدة للسكان ، 2014) من بين أمور أخرى.

إن إرث وباء الايبولا وتقييمه اللاحق من قبل الاتحاد الأفريقي قد أظهرا أهمية وضع نماذج جديدة في إدارة الاستجابة للكوارث في أفريقيا، والحاجة الملحة إلى إعادة بناء وتعزيز الأمن الصحي في جميع البلدان (وخاصة تلك التي تعتبر هشة أو معرضة للكوارث المتكررة) وإلى التصدي لما يمكن أن يترتب على الكوارث من العواقب المتعددة الأبعاد على المستويات المحلية والوطنية والإقليمية والقارية والعالمية إذا لم تتم معالجتها بشكل صحيح. و تتبني الاستراتيجية الصحية الأفريقية 2016– 2030 نقلة نوعية من هذاالقبيل في مواجهة التهديدات الماثلة أمام الصحة العامة والناجمة عن الكوارث الطبيعية والتي من صنع الإنسان وتشجع عليها ، وذلك من خلال القيام – بين أمور أخرى – ببناء القدرات الوطنية والإقليمية والقارية لمعالجة الكوارث.

سابعا. تحليل الوضع

يمكن الاطلاع على تحليل أكثر تفصيلا لأعباء الأمراض والتحديات الشاملة في التقرير عن تقييم الاستراتيجية الصحية الأفريقية 2007– 2015 .و يسلط هذا القسم الضوء على التقدم المحرز في هذاالشأن وعلى بعض التحديات التي تؤثر على أداء القطاع الصحي لأفريقيا.

بالمقارنة مع مناطق أخرى من العالم، لا تزال تقع في أفريقيا أغلبية البلدان التي لديها أسوأ المؤشرات بخصوص وفيات الأمهات ووفيات الأطفال والأمراض المعدية والاعتلال والوفيات. كما أن العبء الثلاثي المتمثل في الأمراض المعدية وغير المعدية والإصابات والصدمات النفسية، بما في ذلك الآثار الاجتماعية والاقتصادية المترتبة عليها ، قد أثر سلبا على التنمية في أفريقيا.

ومع ذلك، وعلى الرغم من هذه التحديات، أصبحت أفريقيا جنوب الصحراء هى المنطقة الأولى في العالم ،التي حققت أحد الأهداف الفرعية من الأهداف الإنمائية للألفية (6) بخصوص فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز، قبل الموعد النهائي في 31 ديسمبر 2015 (بيان صحفي لمنظمة الصحة العالمية ، اليوم العالمي للإيدز، 2015). لقد ازدادت فرص الحصول على العلاج من الفيروس في أفريقيا بأكثر من 100 أضعاف بين عامي 2000 و 2013. ويتلقى العلاج حاليا ما يقرب من 10 مليون شخص. وقد انخفضت معدلات الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشرية والوفيات المرتبطة بالإيدز في أفريقيا جنوب الصحراء بنسبة 33٪ و 30٪ على التوالي. كما أن حالات الإصابة بالملاريا لدى الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين سنتين (2) وعشر (10)سنوات انخفضت من 26٪ في 2000 إلى 14٪ في 2013، أي بانخفاض نسبي قدره 48 ٪ . وكان هذا الانخفاض في مناطق الانتقال المستقر للملاريا مع انخفاض من 35٪ إلى 18٪ لنفس الفترة. وفيما بين عامي 2000 و 2015، انخفض عدد الحالات المقدر لكل 1000 شخص معرض لخطر الإصابة بالملاريا بنسبة 42٪ في أفريقيا (باستثناء شمال أفريقيا). وقد انخفض معدل الوفيات جراء الإصابة بالملاريا في القارة بنسبة 66٪ خلال نفس الفترة. ووصلت نسبة النجاح في علاج السل في افريقيا 86٪ في عام 2013. كما تحسن تحسنا طفيفا معدل اكتشاف حالات الإصابة بالسل و بلغ 52٪ حيث فاقت أفريقيا مناطق أخرى في تحديد حالة فيروس نقص المناعة البشرية لجميع المصابين بالسل.

أحرزت أفريقيا بعض التقدم في مجال صحة الأمهات بين عامي 1990 و 2013. فانخفض متوسط نسبة وفيات الأمهات في أفريقيا باستثناء شمال أفريقيا من 990 حالة وفاة لكل ،100000 ولادة حية في 1990إلى510 لكل 100،000 ولادة حية في عام 2013، مع اختلاف في جميع أنحاء القارة (منظمة الصحة العالمية / اليونيسيف / صندوق الأمم المتحدة للسكان / البنك الدولي / برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، 2014).

بينما كان لأفريقيا، باستثناء شمال أفريقيا ، أعلى معدل لوفيات الأطفال في العالم، فقد كان الانخفاض المطلق في معدل وفياتهم هو الأكبر خلال العقدين الماضيين. وانخفض معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة من 179 حالة وفاة لكل 1000 ولادة حية عام 1990 إلى 86 في عام 2015 (تعزى بدرجة كبيرة الزيادات في معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة خلال هذه الفترة في بعض البلدان الواقعة في الجنوب الأفريقي إلى الوفيات الناجمة عن فيروس نقص المناعة البشرية).

ومع ذلك، فإن المنطقة لا تزال في أشد الحاجة لتسريع التقدم (الأمم المتحدة، يوليو 2015). وانخفض معدل وفيات الرضع من 90 حالة وفاة لكل 1000 ولادة حية في عام 1990 إلى 54 حالة وفاة لكل 1000 ولادة حية في عام 2014، ممايمثل متوسط انخفاض بلغ 40٪. غير أن أفريقيا ، على سبيل المقارنة، شهدت باستثناء شمال أفريقيا انخفاضا قدره 32 ٪ فقط في معدل وفيات المواليد الجدد من 46 حالة وفاة لكل 1000 ولادة حية عام 1990 إلى 31 في عام 2013 (اليونيسيف وآخرون، في مفوضية الاتحاد الأفريقي، 2014). وتعتبر معدلات وفيات المواليد الجدد على وجه الخصوص متخلفة كثيرا عن بقية معدلات وفيات الأطفال و يبدو أن استمرارها يتأثر بقيود منها محدودية فرص الحصول على الرعاية السابقة للولادة والرعاية التوليدية ورعاية المواليد الجدد في الحالات الطارئة.

إن متوسط الاحتياجات غير الملباة القارية لوسائل منع الحمل الحديثة للفترة 2006–2013 لا يزال مرتفعا بنسبة 26.2٪، في حين ارتفع متوسط معدل انتشار وسائل منع الحمل قليلا فقط من 24.3٪ بين عامي 1990 و 2005 إلى 9،25٪ بين عامي 2006 و 2013. ومع الارتفاع المستمر لمعدلات الخصوبة وتزايد أعداد النساء البالغات سن الإنجاب ، لا تكاد تتم معالجة الاحتياجات الناجمة عن النسبة المتزايدة من الأطفال والمراهقين والشباب ، في حين أن هناك قدرا قليلا جدا من الاعتراف "بالعائد الديموغرافي" الهائل. و. ومن الأهمية بمكان أن تعالج أفريقيا المزايا الكبيرة ، فضلا عن ارتفاع تكاليف الفرصة البديلة

لمعالجة الاحتياجات الصحية للمراهقين والشباب. ويسلط التقرير عن حالة السكان في العالم ("قوة من 1. – 8 . بليون الضوء على الكيفية التي سوف تشهد بها العقود القليلة المتبقية "أعدادا كبيرة " من شريحة المراهقين والشباب من سكان أفريقيا ومدى الأهمية البالغة للاستثمار في هذه الشريحة من أجل دعم حقوقها في الصحة وكذلك تسخير إمكاناتها الكبيرة في دفع عجلة الاستقرار الاجتماعي والنمو الاقتصادي لأفريقيا (صندوق الأمم المتحدة للسكان 2014). بيد أنها لاتزال تعتبر في الوقت الحالي من بين أكثر السكان معاناة من الحرمان في افريقيا، وخاصة المراهقات والشابات.

لقد عانت نسبة خمسة وعشرين في المائة من سكان أفريقيا جنوب الصحراء من الجوع وسوء التغذية خلال الفترة 2011–2013، و تم تخفيض نسبة الأطفال الأقزام من 41.6 في المائة في عام 1990 إلى ما بلغ متوسطه 34.1٪ بين عامي 2006 و 2013. ومع ذلك، فإن التقزم لا يزال يمثل مشكلة رئيسية في أفريقيا نتيجة لعدد من العوامل بما في ذلك الحواجز الاجتماعية والثقافية، والفقر المزمن، وعدم كفاية المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية، وتوفير الأغذية السليمة والمغذية.

لقد حقق عدد قليل جدا من البلدان الأفريقية تقدما جيدا في تحسين فرص الحصول على إمدادات المياه وأحرز عدد أقل بعض التقدم في زيادة فرص الحصول على خدمات الصرف الصحي (مفوضية الاتحاد الأفريقي / اللجنة الاقتصادية لأفريقيا / برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، 2015).

ووفقا لمراجعة نداء أبوجا لعام 2015 ، فإن أغلبية الدول الأعضاء لم تخصص موارد كافية للصحة. ولايزال الإنفاق على الصحة من أموال الفرد الخاصة مرتفعا في حين أن نظم الحماية الاجتماعية و تغطية التأمين الصحي متخلفتان وراء التوسع السكاني. ولا تؤخذ بعين الاعتبار القيمة مقابل المال والعائد على الاستثمارات بشكل روتيني عند اختيار التدخلات ذات الأولوية، وأولويات السياسة أو الخيارات الاستراتيجية. فعلى سبيل المثال، يجنح الاستثمار نحو المرافق الصحية الثانوية أو الثالثية الحضرية بالمقارنة مع الرعاية الصحية الأولية ونحو الرعاية العلاجية بدلا من الوقاية. ويمكن أيضا وجود أوجه قصور أخرى في النظم الصحية في أفريقيا في مستوى منخفض من الاستفادة من إمكانات القطاع الخاص في الابتكار، والتمويل المشترك وتوسيع نطاق التغطية للتدخلات الأساسية.

على الرغم من أن معظم البلدان الأفريقية قد وضعت إطارا للسياسات من أجل تحسين توافر الموارد البشرية الماهرة في مجالات الصحة ، فإن القوى العاملة الصحية تعاني من عدم كفاية الإنتاج، وعدم كفاية التدريب قبل الخدمة، وعدم ملاءمة مزيج المهارات ، وسوء التوزيع ،والدعم غير المرضي في مكان العمل، وانخفاض مستوى التحفيز ، وضعف استراتيجيات الاحتفاظ بالموظفين والأطر التنظيمية. وقد أثر سوء توزيع المرافق الصحية ونقص السلع الطبية تأثيرا سلبيا على نوعية الرعاية وما يترتب على ذلك من النتائج الصحية. ولا تزال إدارة القطاع الصحي تمثل تحديا بسبب ضعف آليات الشفافية والمساءلة ،فضلا عن الافتقار إلى مشاركة أصحاب المصلحة في السياسات والاستراتيجيات والخطط التنموية. وقد أدى ضعف تنظيم القطاع الخاص ونوعية مخزونات المنتجات الطبية إلى توافر واسع النطاق للأدوية عير المستوفية للمعايير المطلوبة ، والمزيفة أو المزورة . كما توجد تحديات كبيرة في نظام المعلومات الصحية في معظم البلدان الأفريقية . ويتوفر لدى أقل من خمسي هذه البلدان نظم التسجيل المدني والإحصاءات الحيوية الكاملة (. وقد أدى ضعف قاعدة المعلومات الاستراتيجية في معظم الدول الأعضاء إلى ضعف مستوى استخدام البيانات والأدلة اللازمة لاتخاذ القرارات، بما في ذلك وضع السياسات والاستراتيجيات الوطنية والتخطيط دون الوطني وإدارة الخدمات الصحية.

وخلال الفترة 2007 – 2015، أثر عدد من الأزمات الإنسانية في أفريقيا تأثيرا سلبيا على قدرة النظم الصحية على تقديم الخدمات الصحية. فقد بلغت الكوارث الطبيعية وتلك التي هى من صنع الإنسان مثل الجفاف والفيضانات والمجاعة وتفشي الأمراض المعدية والنزاعات المسلحة قدرا من الضخامة بحيث أثرت على قدرة الدول الأعضاء عل معالجة أولويات الاستراتيجية الصحية الأفريقية 2007– 2015. وأفضت هذه الأزمات الإنسانية إلى زيادة الوفيات والإصابات والعجز وسوء التغذية وتفشي الأمراض، وعرقلة سير عمل البنية التحتية الصحية وتحويل الموارد اللازمة والإرادة السياسية الضرورية لمعالجة الأولويات الصحية. إن ضعف مستوى تنفيذ القدرات الأساسية الوطنية التي تتطلبها اللوائح الصحية الدولية (النظم الصحية الدولية لعام 2015) يعني أنه لم تتوفر قدرة وطنية للتعامل مع المخاطر الصحية العامة الشديدة والأحداث ذات الصلة بالصحة حتى صارت ذات أبعاد كارثية .

وثمة العديد من الفرص التي يمكن أن تدفع بعجلة تنفيذ الاستراتيجية الصحية الأفريقية 2016– 2030 في أفريقيا إلى الأمام . فإمكانات القطاع الخاص غير المستغلة كبيرة ، ويمكن أن تتيح للدول والمجموعات الاقتصادية الإقليمية ومفوضية الاتحاد الأفريقي الاستفادة من المدخلات المالية والتكنولوجية وغيرها لدعم

القطاع الصحي. وقد لعب الاتحاد الافريقي ، النيباد وعدد من المجموعات الاقتصادية الإقليمية دورا رائدا في اتخاذ مبادرات ممتازة تضيف قيمة إلى الجهود الوطنية للدول الأعضاء، وتكون بمثابة نماذج يمكن تكرارها لتعزيز التكامل والتعاون داخل الأقاليم وفيما بينها .

ويجب ان تؤخذ بعين الاعتبار في هذه الاستراتيجية التطلعية الدروس الأساسية المستفادة بما فيها الحاجة للحصول على طيف مواضيعي أوسع يشمل الأمراض غير المعدية والصحة العقلية والصحة البيئية؛ والأهمية المركزية لتعزيز النظم الصحية؛ وأهمية تحقيق المساواة داخل البلدان وفيما بينها، والجمع بين مجالي الصحة و قطاعات مثل التعليم؛ والاعتراف بأن تفشي الأمراض والكوارث والأزمات الإنسانية يشكل تهديدا للتنمية المستدامة . وينبغي معالجة هذه الدروس الأساسية عند تنفيذ الاستراتيجية الصحية الأفريقية 2016– 2030 من أجل تحقيق نتائج متسارعة.

ثامنا. المبادئ التوجيهية

عند اعتماد الاستراتيجية الصحية الأفريقية 2016– 2030 ، سيسترشد الاتحاد الافريقي وأصحاب المصلحة الرئيسيون (المجموعات الاقتصادية الإقليمية ومنظمات المجتمع المدني والشركاء الإنمائيون الدوليون) بالمبادئ التالية:

- ❖ الصحة حق من حقوق الإنسان يجب أن يتمتع به الجميع
- ❖ الصحة من المدخلات التنموية ونتيجة تتطلب استجابات متعددة القطاعات
- ❖ ينبغي أن تنص النظم الصحية على استمرارية الخدمات انطلاقا من فترة ما قبل الولادة إلى نهاية الحياة
- ❖ الصحة هي قطاع إنتاجي. و يجلب الاستثمار في الصحة عوائد اقتصادية إيجابية
- ❖ الأسهم أمرمهم في الحصول على الخدمات الصحية ومعالجة العوامل الأساسية المحددة للصحة
- ❖ الفعالية والكفاءة أمران أساسيان لتحقيق أكبر قدر من الفوائد من الموارد المتاحة
- ❖ الدليل هو الأساس للسياسات والممارسات في مجال الصحة العامة السليمة
- ❖ وينبغي أن توفر النظم الصحية خدمات عالية الجودة، مرتكزة على الإنسان ، مملوكة للمجتمع وخاضعة للمساءلة أمام الجميع
- ❖ من الأهمية بمكان احترام التنوع الثقافي والمساواة بين الجنسين للتغلب على الحواجز أمام الحصول

على الخدمات الصحية

- ❖ الوقاية هي الطريقة الأكثر فعالية من حيث التكلفة للحد من أعباء الأمراض
- ❖ الأمراض والكوارث تتجاوز الحدود؛ ومن مطلوب التعاون العابر للحدود في مجال إدارة الكوارث ومكافحة الأمراض.

تاسعا. الرؤية والرسالة والغاية، والأهداف الاستراتيجية و النُهُج

تعتمد رؤية الاستراتيجية الصحية الأفريقية 2016– 2030 ورسالتها وغايتها وأهدافها على الالتزامات القارية والعالمية القائمة، ولا سيما " أجندة 2063 للاتحاد الافريقي : **أفريقيا التي نريد** وأجندة 2030 للتنمية المستدامة، بما في ذلك أهدافها الإنمائية المستدامة .

1. الرؤية والرسالة:

إن رؤية الاستراتيجية الصحية الأفريقية 2016– 2030 تتمثل في قارة أفريقية متكاملة وشاملة ومزدهرة و خالية من أعبائها الثقيلة الكامنة في المرض والعجز والوفاة المبكرة.

وتتمثل **المهمة** في توفير استجابة فعالة يقودها الأفريقيون لصالح الجميع في أفريقيا للحد من أعباء الأمراض عن طريق تعزيز النظم الصحية ووتوسيع نطاق التدخلات الصحية ، والأعمال المشتركة بين القطاعات وتمكين المجتمعات المحلية .

2. الغاية :

ضمان فترة حياة صحية طويلة وتعزيز الرفاه للجميع في أفريقيا في إطار " أجندة 2063: أفريقيا التي نريد" والأهداف الإنمائية المستدامة.

وتتولى الشعوب قيادة هذا الهدف مع التركيز بشكل خاص على الشرائح الأكثر إنتاجية في المجتمع فضلا عن النساء والشباب والمراهقين والأطفال والفئات الضعيفة الأخرى[1]

[1]مثل الفقراء والمسنين و المعاقين و المهاجرين واللاجئين والمشردين داخليا، وكذلك الأشخاص الذين يعيشون تحت ظروف صحية منطوية على الوصم وذوي الاحتياجات الخاصة

3. الأهداف والأولويات الاستراتيجية:

أ. الهدف العام

تعزيز أداء النظم الصحية، وزيادة الاستثمارات في مجال الصحة وتحسين المساواة ومعالجة المحددات الاجتماعية للصحة للحد من أعباء الأمراض ذات الأولوية بحلول عام 2030.

ب. الأهداف الاستراتيجية

الهدف الاستراتيجي 1: بحلول عام 2030، تحقيق التغطية الصحية الشاملة عن طريق الوفاء بالالتزامات العالمية والقارية الحالية التي تعزز النظم الصحية وتحسن المحددات الاجتماعية للصحة في أفريقيا من خلال تنفيذ **الأولويات الاستراتيجية** التالية:

- تعزيز آليات الحماية الاجتماعية وضمان الحصول على خدمات مضمونة الجودة وأساسية بأسعار ميسورة التكلفة بما فيها الأدوية واللقاحات، والمنتجات والتكنولوجيات الصحية؛

- زيادة التمويل الصحي من خلال آليات التمويل المبتكرة والمستدامة، الشراكات بين القطاعين العام والخاص وزيادة تخصيص الموارد المحلية، بما في ذلك الالتزامات السابقة والتضامن العالمي.

- إنشاء أطر وطنية ملائمة لإدارة الموارد البشرية لزيادة تدريب العاملين الصحيين بدرجة كبيرة ، تعيينهم ، ونشرهم، وتنظيمهم ، دعمهم والاحتفاظ بهم .

- تحسين الحكم والمساءلة والإدارة الرشيدة للقطاع الصحي. وهذا يستوجب تعزيز النظم الصحية المجتمعية، ونظم المعلومات، وتحقيق اللامركزية لتقديم الخدمات المرتكزة على الرعاية الصحية الأولية الشاملة المتكاملة والاستخدام الفعال للموارد .

- تعزيز البحوث ، و الابتكار، و تكنولوجيا المعلومات والاتصالات في مجال الصحة لصالح القدرات الصحية والتكنولوجية و إعداد حلول مستدامة وقائمة على الأدلة للتحديات الصحية الماثلة امام أفريقيا .

- تعزيز نظم وقدرات التأهب للطوارئ الصحية والاستجابة لها على المستويات الوطنية والإقليمية و القارية.

- تعزيز التعاون المتعدد القطاعات ، والشراكات والبرمجة القائمة على الحقوق لمعالجة المحددات الاجتماعية للصحة معالجة شاملة.

- تعزيز قدرة وزارات الصحة على تنظيم ومراقبة أنشطة مقدمي الخدمات الصحية غير الحكومية لضمان التكامل مع الجهود الحكومية.

الهدف الاستراتيجي 2: خفض معدلات الاعتلال وإنهاء الوفيات التي يمكن تجنبها من الأمراض المعدية وغير المعدية و ما إلى ذلك من الظروف الصحية في أفريقيا بواسطة تنفيذ **الأولويات الاستراتيجية التالية :**

- إنهاء وفيات الأمهات والرضع والأطفال التي يمكن الوقاية منها ، وضمان المساواة في الحصول على خدمات شاملة ، ومتكاملة للصحة الجنسية والإنجابية وصحة الأمهات والمواليد الجدد والأطفال و المراهقين، بما في ذلك التنظيم الطوعي للأسرة .
- إنهاء الإيدز والسل والملاريا وأمراض المناطق المدارية المهملة ومكافحة التهاب الكبد، الأمراض المنقولة بالمياه وغيرها من الأمراض المعدية الناشئة والمتجددة .
- مواصلة وزيادة البرامج الموسعة المتعلقة بالتحصين
- الحد من جميع أشكال سوء التغذية بما في ذلك التقزم بين الأطفال الصغار وأهداف التغذية ذات الصلة على النحو المحدد في الاستراتيجية الأفريقية الإقليمية للتغذية (2016–2025).

- إعطاء الأولوية لبرامج معالجة الوفيات المبكرة من مرض السكري، والسرطان، و أمراض القلب والأوعية الدموية، والتهابات الجهاز التنفسي و والصحة العقلية والإصابات وغيرها الأمراض غير المعدية .

4. النُهُج الاستراتيجية

لتحقيق أهداف هذه الاستراتيجية، ينبغي إيلاء الاهتمام الواجب للنُهُج الاستراتيجية ذات الأولوية التالية :

أ. التحسين المستدام لأداء النظام الصحي

إن معالجة الأمراض التي يمكن تجنبها والعجز والوفاة معالجة فعالة من حيث التكلفة في أفريقيا سوف تتطلب استثمارات ضخمة لتعزيز جميع مكونات النظام الصحي، مع الأخذ بعين الاعتبار في نفس الوقت أهمية اعتبارات الإنصاف لمعالجة أكثر شرائح المجتمع ضعفا وتهميشا . ومن المهم أيضا إدماج الفرص الجديدة التي تتيحها التطورات في مجال التكنولوجيا ;وتنمية الموارد البشرية والاحتفاظ بها.

ب. القيادة والحكم الرشيد

سوف تحقق الاستراتيجية الصحية الأفريقية 2016– 2030 أهدافها فقط إذا كان هناك الالتزام على أعلى مستوى، والإشراف، والمساءلة والشفافية في القيادة والإدارة في القطاع الصحي. ويعتبرتحسين التنسيق والمواءمة عنصرا أساسيا في الحكم الرشيد ويتعين أن تعطي الدول الأعضاء الأولوية لإنشاء خطة وطنية واحدة، وإطار توجيهي واحد ونظام واحد للرصد والتقييم . كما ينبغي للدول الأعضاء أن تنظر في إقامة اللامركزية الفعالة للوظائف والسلطة والموارد اللازمة لتحسين أداء القطاع الصحي. وبناء على الدروس المستفادة من خلال مبادرة النيباد لرصد الحكم على نطاق الحكومة، سيتم استكشاف نُهُج مماثلة لتقييم التحسينات في إدارة القطاع الصحي في إطار هذه الاستراتيجية، وإشراك البرلمانات لضمان العمل القائم على تحقيق النتائج.

ج. تمويل الصحة

في حين أن تمويل القطاع الصحي المستدام والقابل للتنبؤ به ليس هو الشرط الوحيد لتحقيق النتائج إلا أنه

يشكل واحدة من أهم الركائز لبناء نظم صحية قابلة للحياة وإجراء هاما لتحسين المساواة في الحصول على الخدمات الصحية والحد من الفقر. وينبغي للدول الأعضاء وضع خيارات للتمويل المحلي المستدام للقطاع الصحي و زيادة النفقات الصحية الحكومية للفرد بما يتماشى مع نداء أبوجا والتزامات منظمة الصحة العالمية . وبالإضافة إلى ذلك، يتعين الأخذ في الاعتبار التشارك في المخاطر (مثل التأمين الصحي الوطني وغيرها من أشكال المدفوعات مسبقا لتمويل الخدمات الصحية)، والإعانات الشاملة ، ضرائب "الإثم " على التبغ والكحول وغيرها من التدابير لزيادة الغلاف المالي لقطاع الصحة . و بما أن التمويل الصحي مسؤولية مشتركة تتطلب التضامن العالمي والجهد الجماعي، يجب على الشركاء الإنمائيين زيادة المساعدة المالية والتقنية ومواءمتها مع الأولويات الصحية الوطنية. وعلاوة على ذلك، ينبغي للبلدان إنشاء آليات المساءلة لاستخدام الموارد المحلية والدولية بشكل فعال . وينبغي تشجيع البلدان على تعزيز وتفعيل حساباتها الصحية الوطنية للتأكد من أن المخصصات والنفقات الصحية تتم مراقبتها بشكل جيد.

د. توسيع نطاق الحماية الاجتماعية لمعالجة المساواة

تعد الحماية الاجتماعية أداة هامة لتحقيق حصول الجميع على الخدمات الصحية والاجتماعية الرئيسية ، بما في ذلك الرعاية الصحية الأساسية الأولية، و التعليم والتغذية والصحة البيئية.

إن برامج الحماية الاجتماعية تعالج أبعادا متعددة للفقر والحرمان (العمل اللائق، والتعليم، والرعاية الصحية، والأمن الغذائي، وتحقيق أمن الدخل)، وبالتالي يمكن أن تكون أدوات قوية في مكافحة الفقر وعدم المساواة والضعف والفقر. وفي غياب الحماية الاجتماعية، يتعرض الناس، وخاصة الأكثر ضعفا من بينهم ، لتزايد مخاطر الهبوط إلى ما دون خط الفقر أو الوقوع في براثن الفقر لأجيال عديدة . يجب تعبئة جميع آليات الحماية الاجتماعية، بما في ذلك التأمين الصحي الاجتماعي. كما يجب أن تكون برامج الحماية الاجتماعية المستدامة ماليا والقائمة على أطر قانونية و تنظيمية القوية جزءا لا يتجزأ من استراتيجيات التنمية الوطنية لتحقيق التنمية الشاملة المستدامة والمنصفة. ومن الضروري اتخاذ تدابير بطريقة تشاركية لتحديد الأشخاص المُهمَلين . ويجب مراجعة الرسوم المفروضة على المستخدم بهدف إلغائها، مع ضمان جودة الخدمات المستمرة، باعتبار أن هذا أمر مهم في الحماية الاجتماعية.

هـ. إعطاء الأولوية للموارد البشرية الصحية

يجب أن يضمن إصلاح القطاع الصحي وجود خطة إدارة للموارد البشرية والقدرات الكفيلة : بتعزيز جميع جوانب الموارد البشرية من أجل التنمية الصحية والاحتفاظ بها ومعالجة السياسات الخطط الاستراتيجية

والمعلومات والتدريب والتوظيف والنشر والاحتفاظ ، والإدارة، وظروف العمل والمعيشة والصحة للموظفين. ويجب مكافأة الأداء الجيد لجميع العاملين في مجال الصحة. كما ينبغي تنمية الخبرات في مجال الإدارة الصحية. ويجب وضع المعايير القارية / دون الإقليمية ومعايير التدريب والترخيص. وينبغي لجميع الدول إنشاء مراصد للقوى العاملة الصحية الوطنية. وينبغي تشجيع آليات لتعزيز التعاون وتبادل الخبرات بين الدول. وبالإضافة إلى ذلك ، يتعين إنشاء آلية قارية لتنظيم وتحسين الإدارة لهجرة العاملين الصحيين داخل القارة وخارجها.

و. الأدوية الأساسية، أمن السلع وأنظمة الإمداد بها

يجب أن تكون التغطية الصحية الشاملة مدعومة بإمدادات كافية من السلع بما في ذلك الأدوية الأساسية ، وسائل منع الحمل والواقي الذكري واللقاحات والأدوية الفعالة وغيرها من التوريدات. وينبغي أن تكون جزءا من حزمة الخدمات الصحية الأساسية . ويجب أن تكون الأدوية والإمدادات الأساسية معفاة من الضرائب وأن يتم منح إعفاء خاص للبلدان غير الساحلية. ومن الضروري تعزيز أنظمة متكاملة لشراء وتوريد السلع الطبية لضمان إصدار الأمر، والتخزين والتوزيع بشكل مناسب. ويجب إعطاء الأولوية لتنظيم المنتجات والتقنيات الطبية على المستوى القاري لدعم توافر منتجات عالية الجودة.

ز. المراقبة والتأهب للطوارئ والاستجابة لها

ثمة حاجة إلى نقلة نوعية لإنشاء نظم فعالة للتأهب للكوارث وإدارة الاستجابة على المستويين القاري الإقليمي وعلى مستوى الدول الأعضاء . وتتعين صياغة مراقبة الأمراض والتأهب والاستجابة لها على المستويات القطرية، عبر الحدودية / عبر الوطنية، الإقليمية والقارية ضمن لوائح صحية دولية (النظم الصحية الدولية 2005)، تقوم على مفاهيم إدارة مخاطر الكوارث وتكون مدعومة بقاعدة أدلة قوية تولدها نظم المعلومات والبحوث التي تقودها البلدان . ويتعين على الدول الأعضاء والمجتمعات الاقتصادية الإقليمية الصياغة والتعزيز والمراجعة الدورية لخططها للمراقبة والاستعداد للطوارئ بخصوص الكوارث الصحية، وكذلك الكوارث الطبيعية التي لها تداعيات صحية. وينبغي للبلدان ان تنفذ تنفيذا كاملا اللوائح الصحية الدولية (اللوائح الصحية الدولية 2005). إن المركز الأفريقي لمراقبة الأمراض سيلعب دورا كبيرا في تسهيل تقاسم المعلومات وبناء القدرات لتعزيز التأهب والإنذار والاستجابة لحالات الطوارئ الصحية العامة جراء كل المخاطر والتهديدات.

ح. إعادة التركيز على تقديم الخدمات وتمكين المجتمعات المحلية

ومن الأهمية بمكان تعزيز الوقاية من الأمراض و تقديم الخدمات الشاملة ، المرتكزة على الإنسان والمتكاملة للرعاية الصحية الأولية والاستثمار فيهما ، مع إعطاء الأولوية للإنصاف والجودة والفعالية من حيث التكلفة والكفاءة في تقديم الخدمات الصحية (بما في ذلك القيام ، بين أمور أخرى، بتعزيز الأنظمة الصحية القائمة على المنطقة والمجتمع المحلي).

ط. الشراكات المتعددة القطاعات التي تعالج المحددات الاجتماعية والاقتصادية والبيئة ... للصحة و تمكين القطاع الصحي من تحقيق أداء افضل

يجب أن تشارك في العمل المشترك للصحة وزارات أخرى ، وومستويات أخرى من الأطراف الفاعلة الحكومية وغير الحكومية بما يثبت الإشراف الواسع من قبل وزارات الصحة على جميع الإجراءات الملائمة والضرورية للصحة. ("الجامع من الحكومة" و " الصحة في جميع "نهج السياسات) .

ي. البحوث والابتكار في مجال الصحة

هناك حاجة لإضفاء الطابع المؤسسي على آليات خاصة بتحديد وإنتاج واستخدام البحوث الأفريقية بطريقة كفيلة بتحويل القطاع الصحي وكذلك الاقتصاد الأفريقي والمجتمع ككل.ويتطلب تحقيق الأهداف والغايات الصحية استثمارا متناسبا في مجالي البحث والابتكارمن أجل تحسين فرص الوصول إلى التكنولوجيات والمنتجات الطبية. وعلاوة على ذلك، يتعين جمع البيانات المستقاة من البحوث والابتكار في مجال الصحة وتحليلها لتكون بمثابة سند لصنع لسياسات والقرارات على جميع مستويات نظام الرعاية الصحية. وينبغي للدول الأعضاء أن تشجع بحوثا تجرى محليا وتمول من خلال تمكين المؤسسات البحثية المحلية ، وتنشئ مراكز الابتكار وتخصص 2٪ من الميزانية الوطنية للبحث والابتكار على النحو المتوخى في استرتيجية العلم والتكنولوجيا و الابتكار لأفريقيا عام 2014 – 2024 .و ينبغي أن يكون بناء الخبرات الإقليمية في مجال البحوث مدعوما حيثما يوفر مزيدا من العائدات من خلال تعزيز مراكز البحوث الإقليمية، وبناء شبكات البحث وتبادل النتائج بين البلدان.

وتماشيا مع الاستراتيجية العالمية للطب التقليدي والتكميلي 2014–2023 لمنظمة الصحة العالمية ، من المهم تعزيز هياكل دعم وتنظيم الطب التقليدي . و يمكن أن يتم هذاالأمر من خلال تحليل النظم السائدة ، وإشراك الممارسين الصحيين التقليديين والمجتمعات المحلية والتركيز على تعزيز أفضل الممارسات في الطب التقليدي.

ك. المعلومات الاستراتيجية والأدلة

ينبغي للدول الأعضاء زيادة الاستثمار في نظم إدارة المعلومات الصحية بما في ذلك أنظمة التسجيل المدني والإحصاءات الحيوية ، تعزيزالقيادة والحكم لتحسين صنع القرار القائم على الأدلة والاعتماد على مبادرات ثورة البيانات العالمية. وينبغي أيضا إنشاء آليات لضمان جودة البيانات .

ل. الاستثمار في المراهقين و الشباب

ليس الاستثمار في الشباب أكثر إنصافا فقط وصحيحا من الناحية الأخلاقية ولكنه تدخُل اقتصادي ذكي وعملي مع ارتفاع العائد على الاستثمار. فالشباب الأصحاء هم في أفضل وضع لتحقيق إمكاناتهم، واغتنام الفرص باعتبار أنهم في مرحلة النضج وولوج سوق العمل. ويعتبرالمراهقون والشباب أقدر على تحقيق إمكاناتهم الكاملة عندما يتمتعون بصحة جيدة ويكونون قد تلقواتعليما جيدا، وعندما يكون لديهم فرص للازدهار وتحقيق تطلعاتهم مما يفضي إلى زيادة الإنتاجية الاقتصادية و انخفاض معدلات الخصوبة والاستقرار السياسي ونقل الإنجازات إلى أجيال أخرى. إن"المعجزة الاقتصادية" التي شهدتها اقتصادات شرق آسيا يمكن أن تصبح واقعا ملموسا للعديد من البلدان الأفريقية اذا ما قامت بتهيئة الظروف المواتية للشباب لجعل عملية الانتقال من المراهقة إلى البلوغ آمنة وسالمة ، واكتساب المهارات التي يحتاجونها للحصول على وظائف جيدة والنجاح في اقتصاد ديناميكي، والتمتع بحقوقهم وتحقيق إمكاناتهم الكاملة. وباتالي ، فإن الاستثمارات الاستراتيجية في المراهقين والشباب ستمكن أفريقيا من جني الأرباح الديموغرافية.

م. تعزيز التعاون بين بلدان متعددة

يمكن للتدخلات العديدة التابعة للاستراتيجية الصحية الأفريقية 2016– 2030 أن تستفيد من التعاون المتعدد الأقطار كنهج استراتيجي شامل لتحقيق وفورات حجم أعلى. وثمة أمثلة موجودة بالفعل ، من قبيل

ما حققته اللجنة الاقتصادية لأفريقيا والمجموعة الاقتصادية لدول غرب أفريقيا من نجاحات في توحيد شروط قبول وشهادة العاملين الصحيين والأطر التنظيمية للسلع الطبية من بين أمور أخرى . ويمكن لمجالات توضيحية تستفيد بقدر أكبر من التعاون المتعدد الأقطار في أفريقيا أن تشمل ما يلي:

- تعيين أجهزة حالية للاتحاد الأفريقي وكذلك مؤسسات بحثية صحية واجتماعية إقليمية أخرى يمكن أن تساعد في توحيد الإحصاءات الصحية والحيوية، وسدالثغرات المتعلقة بالأبحاث والمعرفة التي تتناول أولويات صحية محددة.
- مواءمة التشريعات الصحية العامة، الآليات التنظيمية ووضع المعايير
- الحماية الاجتماعية والمعاملة بالمثل بين البلدان بخصوص التأمين الصحي.
- توحيد تدريب المهنيين ومؤهلاتهم والترخيص لهم
- تنظيم الأدوية والمنتجات الصحية
- آليات للحصول على وفورات الحجم من خلال الشراء المشترك للأدوية والأجهزة الطبية ، التفتيش والمراقبة للأدوية التي هى دون المستوى، والمزورة، والمزيفة والزائفة.

عاشرا. سياق السياسات، إطار الرصد ،تقديم التقارير والمساءلة

1. سياق السياسات :

من المهم أن نلاحظ أن الاستراتيجية الصحية الأفريقية 2016– 2030 وسيلة للدعوة لتنفيذ الأطر القارية للدول الأعضاء المجموعات الاقتصادية الإقليمية وبالتالي ، فإن هذه الاستراتيجية هى بمثابة إطار دعم يساعد على الدعوة والرصد لجميع الأطر القارية الصحية ذات الصلة التي سبق اعتمادها من قبل المجموعات الاقتصادية الإقليمية والدول الأعضاء.

في ضوء ذلك ، فإن الاستراتيجية الصحية الأفريقية 2016– 2030 تكفل التآزر وتعزز أطر السياسات والاستراتيجيات القارية الحالية. وتشمل هذه " أجندة 2063 للاتحاد الافريقي : أفريقيا التي نريد"، وإطار السياسة القاري للصحة والحقوق الجنسية والإنجابية ، خطة عمل مابوتو 2016–2030 ، التزامات أبوجا

والإطار التحفيزي لمكافحة الإيدز والسل والقضاء على الملاريا في أفريقيا بحلول عام 2030 ، والاستراتيجية الأفريقية للتغذية 2015–2025، خطة صناعة الأدوية لأفريقيا وغيرها. ولاتضيف الاستراتيجية الصحية الأفريقية 2016– 2030 قيمة إلى عبء إدارة ومراقبة هذه الصكوك القارية الأخرى ،بل تزيد قدرة الشركاء المعنيين بهذه الالتزامات من أجل تحقيق أهدافهم بالفعل في تعزيز القطاع الصحي.

2. الإجراءات والموارد اللازمة لتعزيز المساءلة والشراكات :

إن سلسلة المساءلة الأخيرة في تحقيق أهداف الاستراتيجية الصحية الأفريقية 2016– 2030 تبدأ بموافقة الدول الأعضاء في عام 2016، في حين تتولى مفوضية الاتحاد الأفريقي والمجموعات الاقتصادية الإقليمية توفيرالقيمة المضافة للتنسيق والدعم والتيسير والرصد والتقييم. إن التنفيذ الناجح للاستراتيجية الصحية الأفريقية سوف يتناول أكثر من تحديد دور ومسؤوليات جميع أصحاب المصلحة.

سوف تتطلب مفوضية الاتحاد الأفريقي والمجموعات الاقتصادية الإقليمية، ومنظمات المجتمع المدني على وجه الخصوص مساعدة تقنية ومالية كبيرة من الشركاء الإنمائيين وغيرهم من اللاعبين الإقليميين بغية الوفاء بأدوار كل منهم ها في دعم الاستراتيجية الصحية الأفريقية 2016– 2030.

سعيا إلى تجنب تعقيد مشهد الشراكة، يكون من المهم التأسيس على الآليات القائمة التي تساعد على تنسيق ومواءمة الإجراءات التي تتخذها جميع الجهات الفاعلة فيما بينها وكذلك مواءمة الإجراءات من جميع الشركاء المعنيين بالقطاع الصحي مع التوجهات الاستراتيجية الواردة في الاستراتيجية الصحية الأفريقية 2016–2030.

3. الرصد ، تقديم التقارير و المساءلة بخصوص الاستراتيجية الصحية الأفريقية 2016– 2030

إن رصد وتقييم أداء النظام الصحي يعتمدان على توفير البيانات الصحيحة واستخدامها بشأن مدخلات النظام الصحي وعملياته ومخرجاته ونتائجه. و يجب أن تعالج البرامج الصحية مشاكل صحية. كما يجب على الدول أن تضمن دقة البيانات التي تم جمعها وتوفيرها في الوقت المناسب لأنها ستشير إلى كل من أداء النظام و أهمية البرامج بالنسبة للمشاكل الصحية. ويمكن تقييم مدى كفاية نظام للرصد والتقييم بالاستناد إلى

انتظام التقارير واكتمالها وجودتها . وينبغي تصنيف البيانات حسب نوع الجنس ، والسن والموقع الجغرافي للتمكين من القيام بعمل أكثر تركيزا. ينبغي تشجيع مشاركة المجتمعات المحلية في مراقبة البرامج الصحية. وسيتم إجراء كل من تقييم منتصف المدة و التقييم النهائي للاستراتيجية الصحية الأفريقية 2016-2030 من أجل تتبع التقدم المحرز، وضبط مسار التنفيذ وتقديم رؤى جديدة نحو تحقيق الأهداف.

نظرا إلى أن تنفيذ الاستراتيجية الصحية الأفريقية 2016- 2030 سيستغرق 15 عاما، فمن المهم أن يكون هناك نظام فعال للرصد والتقييم. ولهذاالغرض ، سيتم وضع إطار كامل لرصد وتقييم النتائج باعتباره جزءا لا يتجزأ من هذه الاستراتيجية . وسوف يستند إطار رصد وتقييم النتائج إلى المؤشرات والأهداف، وجمع المعلومات وإعداد التقارير ونظم المساءلة التي يجري استخدامها في مفوضية الاتحاد الأفريقي والمجموعات الاقتصادية الإقليمية والدول الأعضاء ، و بما يتطابق مع المقاييس المستخدمة من قبل أدوات السياسة القارية والعالمية الرئيسية الحالية.

سيتم إجراء استعراضات دورية على المستويات الوطنية والإقليمية والقارية. وهذا سوف يساعد على تبادل أفضل الممارسات ومعالجة العقبات بشكل فعال ، وتعزيز الشراكة وتسريع وتيرة التقدم في تنفيذ هذه الاستراتيجية الصحية. وبالتالي ، سيتم الاضطلاع باستعراضات المتابعة للاستراتيجية الصحية الأفريقية 2016- 2030 في إطار ارتباط وثيق بالاجتماعات النظامية لمفوضية الاتحاد الأفريقي ، والمجموعات الاقتصادية الإقليمية والأمم المتحدة والأحداث العادية الأخرى إلى أقصى حد ممكن.
يجب أن تكون آليات ضمان ومراقبة الجودة جزءا لا يتجزأ من آلية الإبلاغ والمساءلة . وينبغي تركيز الجهود على تحسين الإحصاءات الحيوية و نظم التسجيل المدني والمراقبة الوبائية ومراجعة حالات الوفيات.

تقوم مفوضية الاتحاد الأفريقي في إطار العمل مع النيباد بوضع آليات للمساءلة على مستوى القطاع الصحي ، والاستفادة من الآليات القائمة مثل الآلية الأفريقية للمراجعة المتبادلة بين الأقران . و تتكون الآلية من الأدلة المستمدة من قاعدة البيانات المتاحة على شبكة الانترنت www.africahealthstats. والمراجعة المستقلة للأدلة من خلال منابر مثل فريق العمل المعني بصحة الأمهات والرضع والأطفال وخبراء إيدزووتش أفريكا واجتماعات الاتحاد الأفريقي النظامية حيث سيتم اتخاذ الإجراءات وحيث يتحمل القادة الأفريقيون المسؤولية عما يتعهدون به من التزامات.

4. استراتيجية النشر والدعوة والاتصال للاستراتيجية الصحية الأفريقية 2016– 2030 :

لضمان الملكية من قبل الدول الأعضاء والمجموعات الاقتصادية الإقليمية، يكون من الأهمية بمكان أن تستفيد هذه الاستراتيجية الصحية الأفريقية 2016– 2030 بجهود مدروسة تبذلها مفوضية الاتحاد الأفريقي والمجموعات الاقتصادية الإقليمية والدول الأعضاء لحشد الدعم حول التوجهات الاستراتيجية. ونظرا لأن هذه الاستراتيجية تعكس الحصيلة الكلية لجميع الالتزامات القارية والعالمية ذات الصلة بالقطاع الصحي في أفريقيا، فهناك حاجة إلى مجموعة مركزة من الإجراءات لضمان فهمها ودعمها من طرف جميع المواطنين في أفريقيا (بمن فيهم أولئك الذين يعيشون في المهجر)، ووسائل الإعلام والمجتمع والقطاع الخاص وأصحاب الرأي، والمجتمع المدني، والشركاء الإنمائيين الدوليين ومؤسسات التنمية العالمية.

يتعين وضع استراتيجية الدعوة والاتصال من قبل مفوضية الاتحاد الأفريقي ، وينبغي الاستفادة من الزخم الكبير الناجم عن نداء أبوجا، وحملة التعجيل بالحد من وفيات الأمهات في أفريقيا وغيرهما من الالتزامات الأخرى الناجحة.

ينبغي أن تشمل نُهُج النشر والتعبئة للاستراتيجية ، على الحد الأدنى ، القنوات التالية:

- الطباعة، التلفزيون والإذاعة ووسائل الإعلام الأخرى (خاصة محطات FM التي هى آخذة في اكتساب الشعبية)

- وسائل الاعلام على شبكة الانترنت، بما في ذلك الإحاطات المنتظمة، الرسائل الرئيسية ومراقبة القياسات الصحية التي يتم نشرها وتحديثها بانتظام على مواقع مفوضية الاتحاد الأفريقي والمجموعات الاقتصادية الإقليمية والدول الأعضاء والمنظمات الشريكة؛

- وسائل الاعلام الاجتماعية، بما في ذلك الفيسبوك، تويتر ، فليكر وغيرها

- المشاورات التفاعلية على الانترنت لالتماس ردود الفعل من الجهات المعنية (وخاصة المراهقين والشباب)؛

- المشاركة المنتظمة والمنهجية من جانب المسؤولين، والبرلمانيين ، ومشاهير الرياضيين والشخصيات القيادية الأخرى في المناسبات بما في ذلك البطولات الرياضية واللقاءات المفتوحة بقاعة البلدية ، والتجمعات السياسية والمنابر الرسمية (المسرح التقليدي والموسيقى وغيرها من التجمعات).

ينبغي أن يكون المواطنون الأفريقيون العاديون واعين بحقوقهم ، ومسالكهم نحو سلوكيات التماس الرعاية الصحية، وتوافر الخدمات والشعور بالمسؤولية تجاه صحة مجتمعهم وقدرتهم على المساهمة نحو الأفكار والإجراءات التي من شأنها المضي قدما صوب إضفاء الطابع المحلي على الاستراتيجية الصحية الأفريقية 2016– 2030 تلبية للاحتياجات على مستوى الوطن / ، / المقاطعة و المجتمع المحلي.

ستستفيد مفوضية الاتحاد الأفريقي، عند وضع وتنفيذ استراتيجية الدعوة والاتصال هذه، من النجاحات الخاصة بها، وينبغي أن تكون قادرة على الاعتماد على الدعم التقني والمالي الدعم من جانب الشركاء لزيادة تحسين الرسائل الموجهة إلى مجموعات مستهدفة محددة، وبث / نشر الرسائل وتلقيها و تحليل ردود الفعل من المواطن والتحديث المنتظم للقياسات التي تبين التقدم نحو تحقيق الأهداف. ويتراوح هؤلاء الشركاء بين مجموعات الدعوة القارية ، والمؤسسات الإعلامية الأفريقية، وشركات تكنولوجيا المعلومات والاتصالات والهيئات الرياضية الإفريقية ومنظمات المجتمع المدني وغيرها من المنظمات العاملة في أفريقيا.

حادي عشر. الأدوار والمسؤوليات المؤسسية

ونظرا لطبيعة الاستراتيجية الصحية الأفريقية 2016– 2030 كالتزام قاري طموح يهدف إلى توجيه الدول الأعضاء، فإن هذه الأخيرة تتحمل المسؤولية الرئيسية عن تنفيذها. وبالتالي، .
فإن الدور القيادي لتنسيق الاستراتيجية الصحية الأفريقية 2016– 2030 والإشراف عليها يقع على عاتق مفوضية الاتحاد الافريقي بدعم من المجموعات الاقتصادية الإقليمية ووكالات الأمم المتحدة .

إن الالتزام الرئيسي للشركاء الإنمائيين ومستثمري القطاع الخاص الذين يحرصون على دعم القطاع الصحي في أفريقيا هو التأكد من أن استثماراتهم في افريقيا تتطابق وتنسجم مع كل من الاستراتيجية الصحية الأفريقية 2016– 2030 واستراتيجيات و خطط الدول الأعضاء المتلقية لاستثماراتهم. وتعتبر منظمات المجتمع المدني شركاء رئيسيين في الاستراتيجية الصحية الأفريقية 2016– 2030 من المتوقع أن يلعبوا دورا في تنفيذها ومراجعتها بالتعاون مع مفوضية الاتحاد الأفريقي،ووكالة النيباد، والمجموعات الاقتصادية الإقليمية والدول الأعضاء، و وكالات الأمم المتحدة .

إن الأدوار والمسؤوليات المبينة أدناه تتماشى مع تلك المعتمدة في الاستراتيجية الصحية الأفريقية 2016– 2030 ، فضلا عن الأدوار المتوقعة و المتوخاة لمختلف أصحاب المصلحة في الأهداف الإنمائية المستدامة و "أجندة 2063: أفريقيا التي نريد". و يتطلب المبدأ الرئيسي للملكية من الدول الأعضاء، المجموعات الاقتصادية الإقليمية ومفوضية الاتحاد الأفريقي مواصلة إظهار قيادة قوية و التزام نحو تحقيق أهداف الاستراتيجية الصحية الأفريقية 2016– 2030 ، ، في حين أن مبادئ الشراكة التي تجلت من خلال الأهداف الإنمائية المستدامة وتكررت في صكوك السياسة القارية الأخرى تدعو الشركاء الوطنيين والدوليين لدعم الدور القيادي للدول الأعضاء.و تتطلب مبادئ المساءلة أيضا من المجموعات الاقتصادية الإقليمية ومفوضية الاتحاد الأفريقي أن تعتبر الدول الأعضاء مسؤولة عن تنفيذ الاستراتيجية الصحية الأفريقية 2016– 2030.

1. مفوضية الاتحاد الأفريقي:

ستقوم مفوضيةالاتحاد الأفريقي بنشر هذه الاستراتيجية وتسعى ، من بين أمور أخرى، للدعوة وتعبئة الموارد ونشر أفضل الممارسات على الصعيد القاري دعما لتنفيذ هذه الاستراتيجية. يجب على مفوضية الاتحاد الأفريقي أن نؤيد أيضا إنشاء آلية للمساءلة القارية من أجل متابعة تنفيذ الالتزامات القارية والقيام بالدعوة الجارية على الصعيد السياسي حول القضايا الصحية الاستراتيجية التي تؤثر بصورة مشتركة على الدول الأعضاء. ويجب أن توجد أيضا الدعوة لمبادئ سياسة مشتركة في مختلف القطاعات الصحية الأخرى ذات الصلة مثل المالية والتخطيط الاقتصادي، و المياه والصرف الصحي، و الحماية الاجتماعية، والتجارة، والصناعة، والتعليم، والبيئة، الخ) وذلك بغية تشجيع الاستثمارات على تغطية الثغرات الحرجة للسلع الصحية الشائعة المفيدة للرفاهية الاجتماعية والاقتصادية للدول الأعضاء. ويجب على مفوضية الاتحاد الأفريقي

أيضا أن تيسر تحليلات البيانات السياسية والاقتصادية للمساعدة على تحديد المصالح والمواقف المشتركة للدول الأعضاء عند مشاركتها في المحافل الصحية العالمية. كما أن مواءمة الآليات التنظيمية ووضع المعايير يجب أن تكون مجالا للتركيز كذلك.

2. وكالة النيباد

تقوم وكالة النيباد بدعم التنفيذ الفني للاستراتيجية وتعبئة الموارد. وسوف تشمل أدوارها المحددة: (أ) تعبئة وتوجيه الخبرات الفنية والموارد المالية لتنفيذ البرامج والمشاريع الإقليمية والوطنية المتفق عليها ؛ (ب) دعم البحوث وإدارة المعرفة ، و (ج) بتقديم الدعم الفني للعمليات والأنشطة المتعلقة بالسياسة لمفوضية الاتحاد الأفريقي.

3. المجموعات الاقتصادية الإقليمية

ستوفر المجموعات الاقتصادية الإقليمية الدعم الفني للدول الأعضاء ، وتدعو إلى زيادة الموارد لتقوية الأنظمة الصحية، وتعمل على مواءمة تنفيذ خطط العمل الوطنية، ورصد التقدم المحرز والإبلاغ عنه وتحديد أفضل الممارسات وتبادلها.

4. الدول الأعضاء

من المتوقع أن تقوم الدول الأعضاء بتكييف الأولويات الاستراتيجية الرئيسية للاستراتيجية الصحية الأفريقية 2016– 2030 ودمجها في صكوكها المتعددة القطاعات الصحية الوطنية والخاصة بالسياسة. وسوف تبذل كذلك جهودا قيادية قوية للتأكد من أن الدعوة المطلوبة ، و الحكم، والأطر التشريعية و الإجراءات بما فيها تعبئة الموارد و المخصصات، يتم تنفيذها ، من أجل إثبات ملكيتها للاستراتيجية الصحية الأفريقية 2016– 2030. ستتولى الدول الأعضاء عمليتي الرصد و الإبلاغ على الصعيد القطري إلى المجموعات الاقتصادية الإقليمية ومفوضية الاتحاد الافريقي. ويطلب من الدول الأعضاء أيضا أن تضمن الحكم الرشيد والنُهُج التشاركية والشاملة المطلوبة لإشراك المجتمعات المحلية ومنظمات المجتمع المدني والقطاع الخاص

بشكل مجد وكامل. فهى بحاجة إلى كفالة تهيئة بيئة مواتية لتنفيذ الاستراتيجية الصحية الأفريقية 2016–2030 ، بما في ذلك تنسيق وتبسيط سياساتها ، واستراتيجياتها ومعاييرها وخططها الخاصة لضمان التماسك.

5. الشركاء

- **الشركاء الإنمائيون الدوليون**

وهؤلاء يشملون وكالات الأمم المتحدة والمنظمات الثنائية والمتعددة الأطراف، والمؤسسات الخيرية، والشراكات الدولية، ومؤسسات التمويل الدولية والإقليمية، وغيرها من المنظمات الدولية . ويتمثل دورها الرئيسي في المساهمة بمساعدتها التقنية واستثماراتها والمالية في دعم الاستراتيجية الصحية الأفريقية 2016–2030. وتماشيا مع مبادئ التعاون الإنمائي، فإن المنظمات المتعددة الأطراف والثنائية، ومنظمات المجتمع المدني الدولية والوطنية والشركاء الإنمائيين الآخرين سوف تقوم بمواءمة خططها للمساعدة المالية والفنية والتعاون مع الاحتياجات والأولويات الوطنية والإقليمية لتنفيذ الاستراتيجية الصحية الأفريقية 2016– 2030

- **منظمات المجتمع المدني**

و هذه تشمل المنظمات غير الحكومية الوطنية والدولية والمنظمات الدينية، ومنظمات المجتمع المدني، والنقابات، والجمعيات المهنية، والقادة التقليديين وكذلك الكيانات المعاونة مثل الجمعيات الوطنية لحركة الصليب الأحمر والهلال الأحمر و المؤسسات الإعلامية الخ . و بوصفها أصحاب مصلحة رئيسيين ، ينبغي إدراجها وقيامها بدور نشط في وضع التصور والدعوة والتعبئة، والمساعدة التقنية والتنفيذ والرقابة دعما للاستراتيجية الصحية الأفريقية 2016– 2030.

- **القطاع الخاص**

ويشمل القطاع الخاص مصنعي وتجار / وكلاء المعدات والسلع الدوائية والطبية المحلية والدولية ومزودي الخدمات المختبرية الطبية، والشركات الكبيرة (المحلية والدولية أو المتعددة الجنسيات؛ بما في ذلك التأمين والخدمات المالية المصرفية / وشركات الطيران، والبناء، والصناعات الزراعية، والمرافق، الصناعات الاستخراجية والمنتجات الاستهلاكية، و تكنولوجيا المعلومات والاتصالات والصناعات الثقيلة وغيرها من الجهات الفاعلة القطاعية غير الصحية)، المؤسسات الصغيرة والمتوسطة (الرسمية وغير الرسمية)، الشراكات والمجموعات العاملة في التمويل المبتكر للتأثير الاجتماعي والمؤسسات الخيرية من الشركات أو الأفراد،

وخاصة مقدمي الخدمات الصحية في العيادات الطبية والمستشفيات والعيادات والصيدليات والمؤسسات التعليمية الخاصة للعلوم الصحية وكذلك التحالفات الصناعية / التجارية، والغرف التجارية، الخ. و سيوفر القطاع الخاص الابتكار والمدخلات المادية ومدخلات التمويل المشترك التي تسهم في توسيع قاعدة الموارد المالية والبشرية والبنيوية التحتية والتكنولوجية اللازمة لتحسين أداء القطاع الصحي في أفريقيا.

يشير الجدول التالي بشكل مفصل إلى أنواع الأدوار المتصلة بكل كيان في دعم الاستراتيجية الصحية الأفريقية 2016– 2030 :

مستوى الاستراتيجية الصحية الأفريقية 2016– 2030 / **فئة أصحاب المصلحة للاتحاد الافريقي**	**الغاية**	**الأهداف والأولويات الاستراتيجية**	**المهام الشاملة**
مفوضية الاتحاد الأفريقي	الحفاظ على أهمية الاستراتيجية الصحية الأفريقية لأجندة 2063 والأهداف الإنمائية المستدامة	الدعوة بشكل استباقي للاستراتيجية الصحية الأفريقية 2016– 2030 مع المجموعات الاقتصادية الإقليمية و الدول الأعضاء وإنشاء آلية للمساءلة عن الاستراتيجية الصحية الأفريقية	الانخراط بقوة مع أجهزة وآليات ووكالات الاتحاد الأفريقي في دعم الاستراتيجية الصحية الأفريقية – .
المجموعات الاقتصادية الإقليمية	تترجم إلى أهداف وسياسات إقليمية محددة	تنفيذ التدخلات الإقليمية (مثل = *المركز الإفريقي لمكافحة الأمراض* ،خطة صناعة الأدوية لأفريقيا	الضمان الكافي لتعبئة الموارد والتنسيق وتقديم التقارير من قبل الدول الأعضاء
الدول الأعضاء	وضع خطط وطنية تستجيب للأولويات القطرية ولدعم الاستراتيجية الصحية الأفريقية 2016– 2030	تحقيق أهداف الاستراتيجية الصحية الأفريقية وتنفيذ الأولويات الاستراتيجية التي تتم ملاءمتها مع تلك الأولويات الوطنية	تخصيص موارد خارجة عن الميزانية محلية وآمنة، وإدارة مباشرة لتنفيذ الاستراتيجية الصحية الأفريقية والتنفيذ والرصد والتقييم، وتقديم التقارير إلى مفوضية الاتحاد الأفريقي.

الشركاء الإنمائيون الدوليون	تنسيق السياسات والاستراتيجيات والخطط وتخصيص الموارد ومواءمتها مع الاستراتيجية الصحية الأفريقية	تقديم المساعدة التقنية، ورصد الاتجاهات العالمية، والأدلة والقواعد والدروس العالمية المستفادة	مساعدة الدول الأعضاء والمجموعات الاقتصادية الإقليمية ومفوضية الاتحاد الأفريقي في تجميع ورصد وتقييم المدخلات ، وتقديم التقارير والمقارنة مع التقدم العالمي في الأهداف الإنمائية المستدامة والالتزامات ذات الصلة
المجتمع المدني والقطاع الخاص	مساعدة مفوضية الاتحاد الأفريقي والمجموعات الاقتصادية الإقليمية و الدول الأعضاء على الترويج والنشر والدعوة للاستراتيجية الصحية الأفريقية	المساعدة في الرصد والإبلاغ والدعم على مستوى الدول الأعضاء و المجموعات الاقتصادية الإقليمية	المساهمة في الابتكار، وموارد التنفيذ والتكنولوجيات والموارد المالية لدعم الاستراتيجية الصحية الأفريقية على مستوى المجموعات الاقتصادية الإقليمية والدول الأعضاء

ثاني عشر. قائمة المراجع

1. قرار قمة أبوجا بشأن الأمن الغذائي . أبوجا ديسمبر 4-7 2006
2. خطة عمل الاتحاد الأفريقي لمنع العنف في أفريقيا
3. خطة عمل مابوتو الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية ، 20 07-2010. الدورة الخاصة لمؤتمر الاتحاد الأفريقي لوزراء الصحة "وصول الجميع إلى خدمات الصحة الجنسية والإنجابية الشاملة في أفريقيا"، مابوتو، 18-22 سبتمبر عام 2006
4. الاتحاد الأفريقي: التقرير عن وضع حالة سكان أفريقيا 2006
5. الاتحاد الأفريقي: الموقف الأفريقي الموحد حول التقدم المحرز في تنفيذ الأهداف الإنمائية للألفية، 2005
6. نداء أبوجا للتعجيل بالعمل نحو وصول الجميع إلى خدمات فيروس نقص المناعة البشرية /الإيدز والسل والملاريا في أفريقيا. القمة الاستثنائية للاتحاد الأفريقي بشأن فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز والسل والملاريا بعنوان وصوا الجميع إلى خدمات فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز والسل والملاريا عبر أفريقيا المتحدة بحلول عام 2010، أبوجا، 2-4 مايو 2006

7. وثائق القمة الخاصة للاتحاد الأفريقي بشأن فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز والسل والملاريا، أبوجا، 2-4 مايو 2006
8. التزام برازافيل حول التعجيل بوصول الجميع إلى مكافحة فيروس نقص المناعة البشرية والإيدز والعلاج والرعاية والدعم في أفريقيا كاليفورنيا بحلول عام 2010، البرازافيل، 8 مارس عام 2006
9. الاستراتيجية الإقليمية الأفريقية للتغذية 2005-2015
10. إعلان جاابورون حول خارطة الطريق نحو وصول الجميع إلى الوقاية والعلاج والرعايةْ الدورة العادية الثانية لمؤتمر وزراء الصحة الأفريقيين بعنوان الوصول المستدام إلى العلاج والرعاية لتحقيق الأهداف الإنمائية للألفية ، جابورون، 10-14 أكتوبر ، 2005
11. الوثائق والمقررات: الدورة العادية الثانية لمؤتمر وزراء الصحة الأفريقيين جابورون، 10-14 أكتوبر 2005
12. إطار السياسة القاري حول الصحة والحقوق الجنسية و الإنجابية e. اعتمد في الدورة العادية الثانية لمؤتمر وزراء الصحة الأفريقيين ، **جاورون ، 10-14 أكتوبر 2005**
13. إعلان سرت بشأن بقاء الطفل. الدورة العادية الخامسة لمؤتمر الاتحاد الأفريقي، سرت، 4-05 يوليو عام 2005
14. مفوضية الاتحاد الأفريقي : الخطة الاستراتيجية حولفيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز 2005-2007 و خطة الإيدز ووتش أفريقيا الاستراتيجية، الدورة العادية السابعة للمجلس التنفيذي للاتحاد الأفريقي، سرت، 28 يونيو - 2 يوليو 2005 م.
15. التقرير المؤقت بشأن وضع فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز والسل والملاريا وشلل الأطفال: إطار العمل حول تسريع تحسين الصحة في أفريقيا، الدورة العادية الرابعة لمؤتمر الاتحاد الأفريقي في أبوجا، 30-31 يناير 2005
16. مقرر بشأن التقرير المؤقت ن وضع فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز والسل والملاريا وشلل الأطفال: مؤتمر الاتحاد الأفريقي / IV) AU / Dec.55)، الدورة العادية الرابعة لمؤتمر الاتحاد الأفريقي، أبوجا، 30-31 يناير عام 2005
17. مكافحة فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز. موقف النيباد لمنتدىالشراكة الأفريقي ، مابوتو، 16-17 أبريل عام 2004
18. مؤتمر الاتحاد الأفريقي. إعلان مابوتو بشأن الملاريا وفيروس نقص المناعة / الإيدز والسل و الأمراض المعدية الأخرى ذات الصلة ، مابوتو، 10-12 يوليو عام 2003

19.الوثائق والمقررات: الدورة العادية الأولى لمؤتمر وزراء الصحة الأفريقيين ، طرابلس، 26-30 أبريل عام 2003
20.استراتيجية الصحة للنيباد. معتمدة خلال ا مؤتمر الاتحاد الأفريقي، يوليو عام 2003
21.مقرر لوساكا بشأن عقد الاتحاد الأفريقي للطب التقليدي الأفريقي، لوساكا، 2001 ،خطة العمل
22.إعلان أبوجا بشأن فيروس نقص المناعة / الإيدز والسل والأمراض المعدية الأخرى ذات الصلة المعتمد في القمة الأفريقية لفيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز والسل و الأمراض االمعدية الأخرى ذات الصلة أبوجا، 26-27 أبريل عام 2001
23.إعلان وخطة عمل أبوجا ، المعتمد في القمة الأفريقية حول دحر الملاريا، أبوجا، أبريل 25 2000
24.خطة عمل الاتحاد الأفريقي القارية للعقد الأفريقي للأشخاص المعوقين (1999-2009)
25. إطار سياسة وخطة عمل الاتحاد الأفريقي للشيخوخة 2002
26.تقريربرنامج الأمم المتحدة المشترك تقرير حول الوضع العالمي للإيدز
27.تحديث برنامج الأمم المتحدة المشترك 2006 حول الأوبئة
28.دحر الملاريا. تقرير الملاريا العالمي لعام 2005
29.المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لأفريقيا. التقرير الإقليمي الأفريقي عن الصحة 2006
30.اليونيسيف ومنظمة الصحة العالمية، الإطار الاستراتيجي للبنك الدولي لبحث الأهداف الإنمائية للألفية حول بقاء الطفل في أفريقيا، 2006
31.وثائق الدورة ال 56 ، أديس أبابا، 28 أغسطس - 1 سبتمبر عام 2006
32.وثائق الدورة ال55 للجنة الإقليمية لمنظمة الصحة العالمية لأفريقيا ، مابوتو، 22-26 أغسطس عام 2005
33.الاقتصاد الكلي والصحة: الاستثمار في الصحة من أجل التنمية الاقتصادية. تقرير المفوضية عن الاقتصاد الكلي والصحة، منظمة الصحة العالمية، 2001
34.الاستراتيجية الصحية الأفريقية للاتحاد الأفريقي 2007- 20 15
35.مشروع خطة التنفيذ 4 للاستراتيجية الصحية الأفريقية للاتحاد الأفريقي
36.مشروع خطة التنفيذ 5 للاستراتيجية الصحية الأفريقية للاتحاد الأفريقي
37.المواءمة من أجل الصحة في أفريقيا: الاستثمار في الصحة من أجل أفريقيا
38.الاتحاد الافريقي " أجندة 2063 : أفريقيا التي نريد"
39.الموقف الأفريقي الموحد من أجندة التنمية لما بعد 2015

40.وإطار السياسة القاري للصحة والحقوق الجنسية والإنجابية – (متوفر على الموقع www.carmma.org)

41.خطة عمل مابوتو المنقحة

42.خطة صناعة الأدوية لأفريقيا – (متوفر على الموقع www.carmma.org)؛

43.الاستراتيجية الإقليمية الأفريقية للتغذية المنقحة

44.نداء أبوجا للتعجيل بالعمل نحو وصول الجميع إلى خدمات فيروس نقص المناعة البشرية و الإيدز والسل والملاريا في أفريقيا – (متوفر على الموقع www.aidswatchafrica.org)

45.خارطة الطريق للاتحاد الافريقي حول المسؤولية المشتركة والتضامن العالمي لفيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز والسل والملاريا (متوفر على الموقع www.aidswatchafrica.org)

46."إدارة مخاطر الكوارث: استراتيجية لقطاع الصحة في الإقليم الأفريقي"، (الوثيقة المرجعية AFR / RC62 / 6؛ 21نوفمبر 2012)، اللجنة الإقليمية لمنظمة الصحة العالمية لأفريقيا، الدورة الثانية والستون لواندا، الجمهور أنجولا ، 19– 23 نوفمبر 2012

47.إعلان القمة الخاصة للاتحاد الأفريقي لعام 2013 بشأن فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز والسل والملاريا، إجراءات أبوجا نحو القضاء على فيروس نقص المناعة البشرية والإيدز والسل والملاريا في أفريقيا بحلول عام 2030

48.تقارير استعراض خطة عمل مابوتو، نداء أبوجا و خارطة الطريق للاتحاد الافريقي حول المسؤولية المشتركة والتضامن العالمي لفيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز والسل والملاريا الإيدز والسل والملاريا – (متوفر على www.carmma.org و www.aidswatchafrica.org)

49.قاعدة بيانات قطرية لدورة التخطيط ، http://www.nationalplanningcycles.org/ (الوصول إليها خلال الفترة من 2015/9/15 حتى 2015/10/8)؛ وموارد منظمة الصحة العالمية .

50."إطار استثمار عالمي جديد لصحة المرأة والطفل. فريق الدراسة للإطار الاستثمار العالمي لصحة المرأة والطفل. 2013.

51."التغطية الصحية الشاملة في المؤسسات أفريقيا، الحوافز، والسياسة". أغنيس سوكات ، دكتوراه في الطب والعلم ، خبير اقتصادي في البنك الدولي ، زعيم عالمي ، ندوة روتردام؛ 11 يونيو 2015 .

52.التقرير المرحلي لمنظمة الصحة العالمية عن التقدم المحرز،الاستجابة الصحية القطاعية العالمية لفيروس نقص المناعة البشرية، 2000– 2015التركيز على الابتكار في أفريقيا: ستة ابتكارات فى أفريقيا غيرت مجرى أوبئة فيروس نقص المناعة البشرية "، جنيف 2015.

53. أجندة عمل أديس أبابا حول المؤتمر الدولي الثالث لتمويل التنمية (أجندة عمل أديس أبابا). النص النهائي للوثيقة الختامية التي اعتمدت في المؤتمر الدولي الثالث لتمويل التنمية، أديس أبابا، إثيوبيا، 13–16 يوليو عام 2015، والتي أقرتها الجمعية العامة للأمم المتحدة في قرارها 313/69 المؤرخ 27 يوليو 2015.

54. الصحيفة الطبية الأنجلبزية ، صحة النساء ، والأطفال، والمراهقين http://www.bmj.com/content/women%E2%80%99s-children%E2%80%99s-and-adolescents%E2%80%99-health-0

55. منظمة الصحة العالمية، 2015. الاستراتيجية العالمية لصحة المرأة والطفل والمراهقين (2016–2030) http://globalstrategy.everywomaneverychild.org/pdf/EWEC_globalstrategyreport_200915_FINAL_WEB.pdf

56. الأمم المتحدة؛ " تحويل عالمنا: جدول الأعمال 2030 من أجل التنمية المستدامة " A / / RES 70/1 www.sustainabledevelopment.un.org

57. تقريرمفوضية الاتحاد الأفريقي عن صحة الأمهات والرضع والأطفال لالعام

58. تضييق الفجوات لتحقيق الأهداف (اليونيسيف 2010)؛

59. حالة سكان العالم: قوة من 18 مليار: المراهقون والشباب وتحويل المستقبل (صندوق الأمم المتحدة للسكان 2014)،

60. تحديث مفوضية الاتحاد الأفريقي حول تنفيذ خطة صناعة الأدوية لأفريقيا، فبراير 2015.

61. الدليل المرجعي لمؤشرات الرصد والتقييم لمفوضية الاتحاد الأفريقي ، إدارة الشؤون الاجتماعية، يوليو 2011

62. منظمة الصحة العالمية، وخارطة طريق الاستجابة للايبولا ، 28 أغسطس 2014، جنيف

63. منظمة الصحة العالمية، استراتيجية تقنية عالمية لمكافحة الملاريا 2016–2030، معتمدةمن قبل جمعية الصحة العالمية مايو 2015

64. منظمة الصحة العالمية: صحيفة الوقائع العالمية فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز ، العدد 360: تحديث يوليو 2015، جنيف

65. منظمة الصحة العالمية ° صحيفة الوقائع العالمية لمكافحة الملاريا ، رقم 94: استعراض أكتوبر 2015، جنيف

66. سياسة منظمة الصحة العالمية بشأن الأنشطة التعاونية بشأن السل / فيروس نقص المناعة البشرية : المبادئ التوجيهية للبرامج الوطنية وأصحاب المصلحة الآخرين، 2012، جنيف

67. اللجنة الإقليمية الإفريقية 65 لمنظمة الصحة العالمية : "تفشي وباء فيروس الايبولا : الدروس المستفادة وطريق المضي قدما "، نجامينا

68.ورقة عمل لمنظمة العمل الدولية 2013/4: "برامج التحويلات النقدية، والحد من الفقر وتمكين المرأة: دراسة تحليلية مقارنة – تجارب من البرازيل وشيلي والهند والمكسيك وجنوب أفريقيا (إلين فولتز وجون فرانسيس)، جنيف، 2013

69. G. Chee et al، لماذا يطلب التمييز بين دعم النظام الصحي، وتعزيز النظم الصحية. Abt Associates, Bethesda, MD, USA ، المجلة الدولية التخطيط وإدارة الصحة ، 2012 ا

70.تقرير عن تنفيذ الالتزامات المنصوص عليها في الاجتماع الأول لوزراء الصحة الأفريقيين االمعقود بالاشتراك مع مفوضية الاتحاد الأفريقي ومنظمة الصحة العالمية، لواندا، أبريل 2014

71.استراتيجية منظمة الصحة العالمية للطب التقليدي 2014–2023، جنيف، 2013

72. ، الإطار التحفيزي لمفوضية الاتحاد الأفريقي لإنهاء الإيدز والسل والقضاء على الملاريا في أفريقيا بحلول عام 2030

73. خطة عمل مابوتو لمفوضية الاتحاد الأفريقي 2016–2030

رابع عشر خامسا المرفقات

1. وثيقة الاستراتيجية الصحية الأفريقية 2007– 2015

2. تقرير التقييم للاستراتيجية الصحية الأفريقية 2007– 2015