الأمم المتحدة

E/AC.51/2019/8

المجلس الاقتصادي والاجتماعي

Distr.: General
25 March 2019
Arabic
Original: English

لجنة البرنامج والتنسيق
الدورة التاسعة والخمسون
الدورة التنظيمية، ١٨ نيسان/أبريل ٢٠١٩
الدورة الموضوعية، ٣-٢٨ حزيران/يونيه ٢٠١٩*
البند ٣ (ب) من جدول الأعمال المؤقت**
المسائل البرنامجية: التقييم

تقييم مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين

تقرير مكتب خدمات الرقابة الداخلية

موجز

تنفذ مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين برامج تتعلق بالصحة العامة، انطلاقا من رؤية تهدف إلى كفالة أن يستطيع جميع اللاجئين إعمال حقوقهم في الوصول إلى القطاعات الفرعية التالية في مجال الصحة العامة: (أ) الرعاية الصحية الأولية والثانوية؛ (ب) الوقاية والحماية من فيروس نقص المناعة البشرية ورعاية المصابين به ومعالجتهم، وخدمات الصحة الإنجابية؛ (ج) الأمن الغذائي والتغذية: (د) المياه وخدمات الصرف الصحي والنظافة الصحية. وتعمل المفوضية مع شركاء، من بينهم الحكومات المضيفة، لضمان تقديم الخدمات بشكل مباشر والوصول إلى النظم الصحية الوطنية.

وقدمت الاستراتيجية العالمية للصحة العامة للفترة ٢٠١٤-٢٠١٨ إطارا شاملا جيدا لبرمجة العمليات بصورة مجدية، ولكن ظلت ثمة ثغرات تتعلق بإدماج اللاجئين في النظم الصحية الوطنية. ولئن كانت الاحتياجات الصحية للاجئين مفهومة بشكل جيد، إلا أن وجود ثغرات في التمويل أجبرت القائمين على العمليات على اعتماد معاييرهم الخاصة لتحديد الأولويات أو توجيه تدخلاتهم في مجال الصحة العامة نحو أهداف معينة، في حين أن التخطيط لأبعد من مراحل الطوارئ ظل غير كافٍ عموماً.

* تواريخ الدورة الموضوعية هي تواريخ مبدئية.

** E/AC.51/2019/1.

170419 160419 19-04950 (A)

الرجاء إعادة استعمال الورق

واعتبرت أغلبية الجهات صاحبة المصلحة أن تدخلات المفوضية في مجال الصحة العامة اتسمت بالفعالية، على الرغم من أن النتائج الفعلية أشارت إلى تفاوت في نتائج الأداء، مع تحقيق قدر أكبر من النجاح في مجال الرعاية الأساسية. ويستطيع معظم اللاجئين الوصول إلى النظم الصحية الوطنية، ولكنهم يواجهون عقبات بالغة الصعوبة، ولا سيما التكاليف.

واتسم التنسيق لتقديم الخدمات وإدارة الشركاء المنفّذين بالفعالية في معظم الأحيان، ولكن برزت تحديات تمثلت في حدوث تأخيرات في توقيع الاتفاقات، وتفاوت قدرات الشركاء، والتنسيق مع وكالات الأمم المتحدة. واقتضى اتباع نهج الإدماج[1] زيادة الشراكات مع الحكومات والجهات الفاعلة الإنمائية من أجل تعزيز النظم الصحية.

وواجهت جهود تقديم برامج الصحة العامة بفعالية وكفاءة تحديات تمثلت في الافتقار إلى درجة كافية من الإدماج عبر القطاعات الفرعية للصحة العامة وفيما بين قطاعات الصحة العامة والحماية والتعليم وتوفير المأوى، وعدم كفاية الرصد العالمي للنتائج ذات الصلة بالصحة. وذكر موظفو الصحة العامة أنهم يعتقدون أن الصحة لا يُنظر إليها في الوكالة بوصفها جزءا من ولاية المكتب الأساسية المتمثلة في توفير الحماية، وأن التكامل مع قطاعي التعليم وتوفير المأوى يعتبر غير كاف

ويقدم مكتب خدمات الرقابة الداخلية خمس توصيات مهمة إلى المفوضية:

(أ) إدراج نص في الاستراتيجية المقبلة للصحة العامة يقضي بزيادة التركيز على التحول نحو دعم النظم الصحية بشكل يتسم بمزيد من الاستدامة ويكون شاملا للجميع؛

(ب) التخطيط بأسلوب تطلعي واستراتيجي على مستوى العمليات مع تعميم مراعاة مسائل الصحة العامة في التخطيط على نطاق العمليات بأسرها؛

(ج) تحسين رصد النتائج الصحية خارج المخيمات، بوسائل تشمل استخدام البيانات لاتخاذ قرارات استراتيجية؛

(د) تعزيز آليات المتابعة الملموسة والمصممة بحسب الشركاء لمعالجة أوجه التداخل و/أو الفجوات المحتملة مع الأمم المتحدة والشركاء الآخرين في العمليات، مع تطبيق الدروس المستفادة من المشروع التجريبي المتعدد السنوات والمتعدد الشركاء؛

(هـ) تعزيز الروابط بين القطاعات المتعددة عن طريق زيادة التركيز عليها في الاستراتيجية المقبلة للصحة العامة، وعن طريق إثبات وتوثيق النماذج الناجحة للبرمجة المتكاملة.

(١) استُخدمت في هذا التقرير كلمتا ''الشمول'' و ''الإدماج'' على نحو متبادل للدلالة على إمكانية الوصول إلى النظم الصحية الوطنية.

المحتويات

الصفحة

أولا – المقدمة والهدف ٤

ثانيا – معلومات أساسية ٤

ثالثا – المنهجية ٨

رابعا – نتائج التقييم ٩

ألف – قدمت الاستراتيجية العالمية للصحة العامة للفترة ٢٠١٤-٢٠١٨ إطارا شاملا جيدا لبرمجة العمليات بصورة مجدية، ولكن ظلت ثمة ثغرات مهمة تتعلق بالإدماج والتخطيط في الأجل الطويل ٩

باء – على الرغم من أن معظم الجهات صاحبة المصلحة قد اعتبرت أن تدخلات المكتب في مجال الصحة العامة قد اتسمت بالفعالية، فإن النواتج الحقيقية في مجال الصحة العامة أشارت إلى قدر أكبر من التفاوت في الأداء وإلى أن اللاجئين يواجهون عوائق جسيمة في سعيهم إلى الوصول إلى النظم الصحية الوطنية . . . ١٥

جيم – كان للشراكات وأنشطة التنسيق دور حاسم الأهمية لضمان فعالية وكفاءة التنفيذ، واستُفيد منها في بعض الحالات لمعالجة الفجوات والقيود ٢٥

دال – واجهت برامج تقديم الخدمات الصحية العامة بفعالية وكفاءة تحديات تمثلت في الافتقار إلى درجة كافية من التكامل عبر القطاعات الفرعية للصحة العامة، وفيما بين قطاعات الصحة العامة والحماية والتعليم وتوفير المأوى، وعدم كفاية الرصد العالمي للنتائج في مجال الصحة ٢٨

خامسا – الاستنتاج ٣٢

سادسا – التوصيات ٣٢

المرفق

التعليقات الرسمية المقدمة من مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين ٣٥

أولا – المقدمة والهدف

١ – اختارت شعبة التفتيش والتقييم التابعة لمكتب خدمات الرقابة الداخلية مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين كي تجري تقييما لها استنادا إلى تقييم للمخاطر صُمم لتحديد أولويات تقييم برامج الأمانة العامة. واختارت لجنة البرنامج والتنسيق تقييم المفوضية للنظر فيه أثناء دورتها التاسعة والخمسين التي ستعقد في حزيران/يونيه ٢٠١٩ (A/72/16، الفقرة ٩٥). وأيدت الجمعية العامة هذا الاختيار في قرارها ٩/٧٢.

٢ – وترد الأحكام الناظمة للإطار التوجيهي العام لمكتب خدمات الرقابة الداخلية في قرارات الجمعية العامة ٢١٨/٤٨ باء، و ٢٤٤/٥٤، و ٢٧٢/٥٩، ونشرة الأمين العام بشأن إنشاء المكتب (ST/SGB/273). ويُجري المكتب تقييمَه هذا وفقاً للأنظمة والقواعد التي تحكم تخطيط البرامج والجوانب البرنامجية للميزانية ورصد التنفيذ وأساليب التقييم (ST/SGB/2018/3، النظام ٧-١).

٣ – والهدف العام من التقييم هو أن يحدد، بأقصى قدر ممكن من المنهجية والموضوعية، جدوى وكفاءة وفعالية تدخلات المفوضية في مجال الصحة العامة لفائدة اللاجئين وطالبي اللجوء خلال الفترة من عام ٢٠١٤ إلى عام ٢٠١٨. وقد انبثق موضوع التقييم عن تقييم للمخاطر على مستوى البرامج ورد وصفه في الورقة الاستهلالية المتعلقة بالتقييم (IED-18-009، المؤرخ ٢٤ تموز/يوليه ٢٠١٨). وأُجري التقييم طبقاً لقواعد ومعايير التقييم في منظومة الأمم المتحدة، بالصيغة التي أصدرها فريق الأمم المتحدة المعني بالتقييم.

٤ – وطُلب من إدارة المفوضية إبداء تعليقاتها على مشروع التقرير، وأُخذت تلك التعليقات في الحسبان في التقرير النهائي. ويرد جواب المفوضية الرسمي في مرفق هذا التقرير.

ثانيا – معلومات أساسية

الولاية

٥ – إن الهدف العام للمفوضية هو كفالة الحماية الدولية للاجئين وغيرهم من الأشخاص موضع الاهتمام، والسعي للتوصل إلى حلول دائمة لمشاكلهم بالتعاون مع الدول والمنظمات الأخرى، بوسائل تشمل تقديم المساعدة الإنسانية لهم. وتشمل الصكوك الرئيسية التي تنظم حقوق اللاجئين والإطار القانوني الذي يقوم عليه عمل المفوضية النظامَ الأساسي للمفوضية واتفاقية عام ١٩٥١ الخاصة بوضع اللاجئين وبروتوكول عام ١٩٦٧ الملحق بها، اللذين انضمت إليهما ١٤٦ و ١٤٧ من الدول الأطراف، على الترتيب، وكذلك الصكوك الإقليمية في المناطق ذات الصلة.

٦ – وبلغ عدد اللاجئين المشمولين بولاية المفوضية ٢٠,٢ مليون لاجئ في منتصف عام ٢٠١٨[٢]. ويعيش نحو ٦٩ في المائة من اللاجئين خارج مواقع المخيمات[٣].

(٢) انظر: Office of the United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR), “Mid-year trends 2018”, 21 February 2019.

(٣) انظر: UNHCR, “UNHCR diagnostic tool for alternatives to camps: 2017 global results”.

الموارد

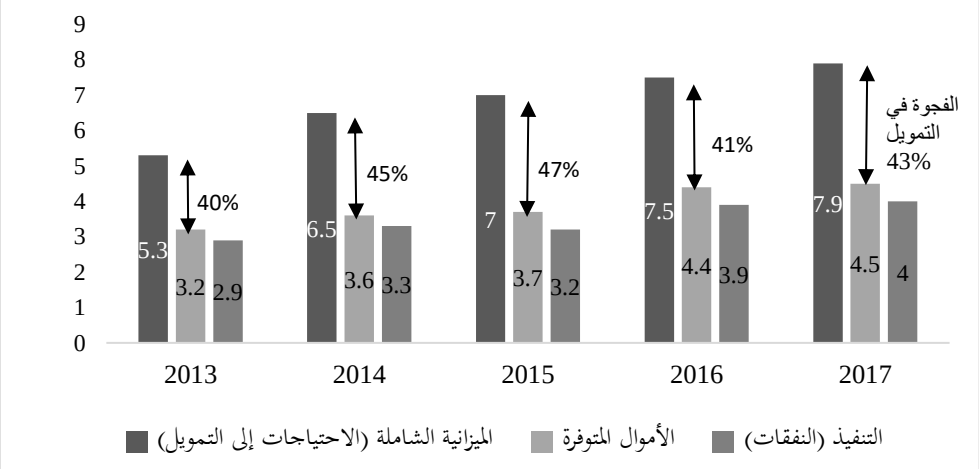
٧ - تمثل الميزانية الشاملة (خطة العمليات) في المفوضية مبلغ التمويل اللازم لتنفيذ البرامج بشكل كامل وفقا لاحتياجات المجموعات موضع الاهتمام، التي تُحدَّد عن طريق تقييم الاحتياجات العالمية السنوي. وبلغت الميزانية الشاملة لعام ٢٠١٨ مبلغ ٨,٣ بلايين دولار في ٣٠ حزيران/يونيه ٢٠١٨ (A/AC.96/1180). وفي عام ٢٠١٨، غطت مساهمات الميزانية العادية ما نسبته ٠,٥ في المائة من مجموع احتياجات التمويل في المفوضية، وموّلت التبرعات الجزء المتبقي.

٨ - وفي العادة، لا تموّل الاحتياجات من التمويل (خطة العمليات) إلا بشكل جزئي فقط. فالفجوة بين خطة العمليات والأموال المتوفرة وصلت إلى ٤٣ في المائة في عام ٢٠١٧. وظلت نسبة التنفيذ مقابل الأموال المتوفرة تمثل نحو ٩٠ في المائة بين عامي ٢٠١٣ و ٢٠١٧ (انظر الشكل الأول).

الشكل الأول

الميزانية الشاملة والأموال المتاحة والنفقات، ٢٠١٣-٢٠١٧

(بلايين دولارات الولايات المتحدة)



المصدر: A/AC.96/1180.

القيادة

٩ - يرأس المفوضةَ المفوض السامي، ويدعمه نائب المفوض السامي، والمفوضين الساميين المساعدين، وتخضع المفوضية للجمعية العامة والمجلس الاقتصادي والاجتماعي. واللجنة التنفيذية، التي تتألف من ١٠١ من الدول، تجتمع سنويا وتقرّ برامج المفوضية وميزانياتها.

١٠ - ويقع مقر المفوضية في جنيف. ويتألف المكتب الرئيسي للمفوضية وشُعَبُها من المكتب التنفيذي وثماني شُعَبٍ. وتضم المفوضية خمسة مكاتب إقليمية تعمل بمثابة جسر بين المكاتب الميدانية والمقر. والمفوضية موجودة في ٤٧٨ موقعا في ١٣٠ بلدا[٤].

(٤) انظر: UNHCR, *Global Report 2017* (Geneva, 2017).

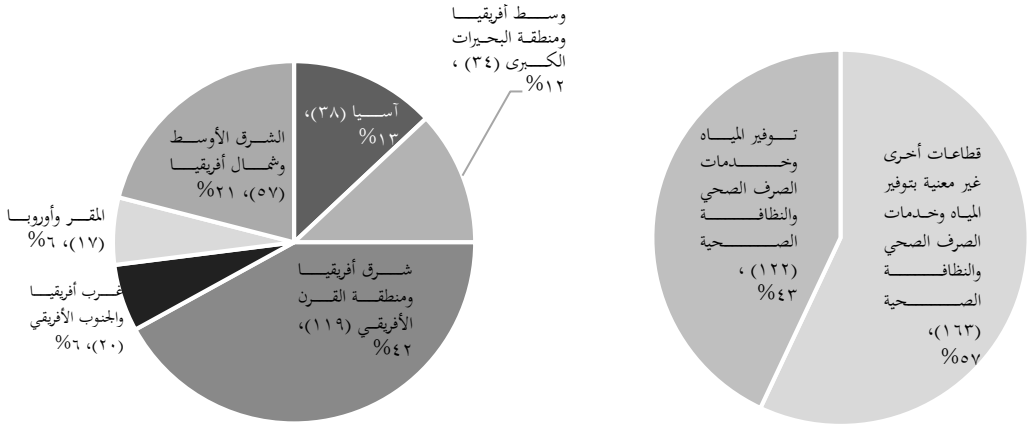
برامج المكتب في مجال الصحة العامة

١١ - في عام ٢٠١٤، شرعت المفوضية في تنفيذ الاستراتيجية العالمية للصحة العامة للفترة ٢٠١٤-٢٠١٨. وتتمثل رؤيتها في كفالة أن يستطيع جميع اللاجئين إعمال حقوقهم في الوصول إلى أربعة قطاعات فرعية واسعة النطاق في مجال الصحة العامة: (أ) الرعاية الصحية الأولية والثانوية[٥]؛ (ب) الوقاية والحماية من فيروس نقص المناعة البشرية ورعاية المصابين به وعلاجهم، وخدمات الصحة الإنجابية؛ (ج) الأمن الغذائي والتغذية؛ (د) المياه وخدمات الصرف الصحي والنظافة الصحية[٦].

١٢ - وتتولى تنفيذ الاستراتيجية العالمية للصحة العامة المكاتب الإقليمية والعمليات الميدانية، بدعم مستمر من قسم الصحة العامة في شعبة دعم البرامج والإدارة، الذي يرأسه رئيس قسم الصحة العامة. وفي عام ٢٠١٨، بلغ مجموع عدد الموظفين الذين يقدمون الدعم لبرامج الصحة العامة ٢٨٥ موظفا في جميع أنحاء العالم، يشكلون ٢,٥ في المائة من مجموع الموظفين في المفوضية، ويشمل ذلك ١٠ موظفين في قسم الصحة العامة الموجود في المقر، و ٩ موظفين في المكاتب والمراكز الإقليمية، وبقية الموظفين البالغ عددهم ٢٦٦ موظفا في ٣٦ عملية قطرية (انظر الشكل الثاني).

الشكل الثاني

توزّع موظفي المكتب العاملين في مجال الصحة العامة، بحسب المناطق والقطاعات الفرعية (٢٨٥ موظفا)



المصدر: قوائم موظفي المفوضية، الواردة في تشرين الأول/أكتوبر ٢٠١٨.

(٥) يُشار إليها في الاستراتيجية العالمية للصحة العامة بوصفها ''الرعاية الصحية المنقذة للحياة والأساسية''. وتُستخدم في هذا التقرير عبارة ''الصحة الأولية والثانوية'' عوضاً عن ''الصحة العامة'' بوصفها قطاعا فرعيا، وتُخصص عبارة ''الصحة العامة'' لتشمل جميع القطاعات الفرعية.

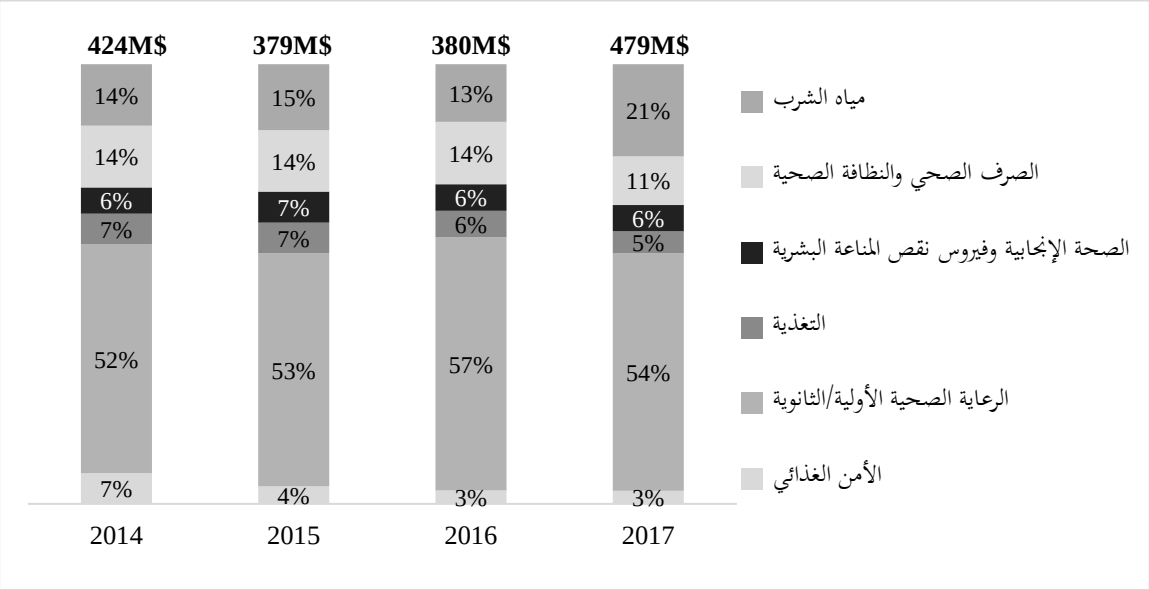
(٦) انظر: UNHCR, *Global Strategy for Public Health: Public Health - HIV and Reproductive Health - Food Security and Nutrition - Water, Sanitation and Hygiene (WASH): a UNHCR Strategy 2014-2018* (Geneva, 2014).

١٣ - وبلغ مجموع احتياجات التمويل (خطة العمليات) للصحة العامة ٨٩٨ مليون دولار في عام ٢٠١٧. وشكلت برامج الصحة العامة ما نسبته ٢١ في المائة من مجموع النفقات السنوية للمفوضية في عام ٢٠١٤، و ١٩ في المائة في عام ٢٠١٥، و ١٧ في المائة في عام ٢٠١٦ و ٢٠ في المائة في عام ٢٠١٧. وبلغ مجموع العمليات القطرية التي لديها ميزانية للصحة العامة ٦٢ عملية في عام ٢٠١٧. ويبين الشكل الثالث توزّع النفقات بحسب القطاعات الفرعية.

الشكل الثالث

نفقات الصحة العامة لفائدة اللاجئين وطالبي اللجوء، موزّعة بحسب القطاعات الفرعية، ٢٠١٤-٢٠١٧

(بملايين دولارات الولايات المتحدة)



المصدر: UNHCR Global Focus Insight/Managing Systems, Resources and People.

ملاحظة: لا تعكس هذه الأرقام الميزانية الكاملة المخصصة لجهود الأمن الغذائي مع الشركاء في العمليات. وتندرج بعض التكاليف المخصصة لبرامج التغذية في إطار الرعاية الصحية الأولية والثانوية.

١٤ - وعلى النحو المبين في الجدول ١، نُفِّذت في معظم العمليات القطرية أنشطة لتوفير الرعاية الصحية الأولية والثانوية، تلتها أنشطة لتوفير المياه وخدمات الصرف الصحي والنظافة الصحية ومكافحة فيروس نقص المناعة البشرية وأنشطة الصحة الإنجابية.

الجدول ١

تغطية القطاعات الفرعية في العمليات القطرية في عام ٢٠١٧

	القطاع الفرعي					
	الرعاية الصحية الأولية/الثانوية	*المياه*	*الصرف الصحي والنظافة الصحية*	*فيروس نقص المناعة البشرية/الصحة الإنجابية*	*التغذية*	*الأمن الغذائي*
عدد العمليات القطرية التي لديها ميزانية للقطاع الفرعي	٦٢	٣٥	٣٤	٣١	٢٧	٢٦
النسبة المئوية لجميع العمليات القطرية التي لديها ميزانية للصحة العامة	١٠٠	٥٧	٥٦	٥١	٤٤	٤٣

المصدر: UNHCR Global Focus Insight, 2017 operating-level budget for refugee programming.

ملاحظة: تشمل العمليات القطرية المكتب الإقليمي في بريتوريا، الذي أبلغ عن الأنشطة القطرية في جنوب أفريقيا في عام ٢٠١٧.

ثالثا – المنهجية

١٥ - اتبع التقييم نهجاً متعدد الأساليب، شمل مصادر البيانات التالية:

(أ) المقابلات: ٨٧ مقابلة شبه مقننة مع ١٠٨ من موظفي المفوضية والشركاء في المواقع الميدانية وفي المقر؛

(ب) مناقشات جماعية مركّزة: ١٤ مناقشة مع ١٤٢ فردا من المجتمعات المحلية للاجئين (٦٩ امرأة و ٧٣ رجلا) في أربع عمليات؛

(ج) الاستقصاءات: استقصاء على شبكة الإنترنت شمل جميع موظفي المفوضية العاملين في مجال الصحة العامة، وعيّنة من الموظفين غير العاملين في مجال الصحة العامة (بلغ معدل الإجابة ٥١ في المائة، وعدد المجيبين ١٩٢ شخصاً)[٧]، واستقصاء على شبكة الإنترنت شمل الشركاء التنفيذيين والشركاء في العمليات (بلغ معدل الإجابة ٢٦ في المائة، وعدد المجيبين ١٨٧ شخصاً)؛

(د) دراسات حالات إفرادية: أربع دراسات معمقة لحالات إفرادية قطرية تنطوي على جمع البيانات في مواقع العمل (الأردن، وأوغندا، والكاميرون، وماليزيا) ودراستان مبسطتان لحالتين فرديتين تشملان بشكل رئيسي استعراضات مكتبية ومقابلات محدودة (تشاد وباكستان). وقدّمت جميع العمليات القطرية الست خدمات الرعاية الصحية الأولية والثانوية وأنشطة مكافحة فيروس نقص المناعة البشرية والصحة الإنجابية، وتضمنت أربع عمليات قطرية أنشطة توفير المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية والتغذية، وتضمنت عمليتان قطريتان توفير الأمن الغذائي؛

(هـ) ملاحظات مباشرة من المخيمات، والمستوطنات، و ١١ مرفقا من المرافق الصحية، و ٥ مرافق للمياه والصرف الصحي والنظافة الصحية، ومن حلقة عمل تدريبية للموظفين واجتماعات التنسيق؛

(٧) بلغت معدلات الإجابة ٦٢ في المائة لموظفي الصحة العامة، و ١٢ في المائة للموظفين غير العاملين في مجال الصحة العامة.

(و) استعراض الوثائق: الاستراتيجيات القطرية والإقليمية، والسياسات العالمية، والتقارير السنوية الصادرة في مجال الصحة العامة، والتقارير السردية المستقاة من نظام Global Focus Insight، وعمليات مراجعة الحسابات؛

(ز) تحليل ثانوي لبيانات رصد المفوضية: نظام معلومات الصحة، والاستقصاءات بشأن الوصول إلى الخدمات الصحية واستخدامها، ونظام Global Focus Insight، ونظام إدارة النظم والموارد والأفراد.

١٦ - وواجه التقييم القيود التالية:

(أ) الافتقار إلى مجموعات بيانات قابلة للمقارنة على الصعيد العالمي بشأن النتائج المتعلقة بالصحة العامة، ولا سيما الافتقار إلى بيانات عن النتائج المتعلقة بالصحة فيما يخص اللاجئين خارج المخيمات؛

(ب) صغر حجم العينة وانخفاض معدل الإجابة على الاستقصاءات من قبل الموظفين غير العاملين في مجال الصحة العامة؛ وبناء على ذلك، لم تستخدم في نتائج التقييم سوى الإجابات الواردة من موظفي الصحة العامة؛

(ج) محدودية جمع البيانات في مواقع العمل، الأمر الذي أعاق القدرة على استخلاص استنتاجات عامة، لا سيما بالنظر إلى السياقات التشغيلية الواسعة النطاق وما يتصل بها من تدخلات في مجال الصحة العامة على الصعيد العالمي.

وسعت شعبة التفتيش والتقييم التابعة لمكتب خدمات الرقابة الداخلية إلى التخفيف من آثار هذه القيود باستخدام مزيج من الأدلة ذات البعد العالمي، المستمدة من استعراض الوثائق ومجموعات البيانات والاستقصاءات المتاحة، مع استخدام دراسات الحالات الإفرادية بوصفها أمثلة توضيحية.

١٧ - وتود شعبة التفتيش والتقييم التابعة لمكتب خدمات الرقابة الداخلية أن تشكر موظفي المفوضية، ولا سيما موظفو التنسيق العاملون في قسم الصحة العامة التابع للمفوضية، على ما أبدوه من تعاون في جميع مراحل عملية التقييم.

رابعا - نتائج التقييم

ألف - قدمت الاستراتيجية العالمية للصحة العامة للفترة ٢٠١٤-٢٠١٨ إطارا شاملا جيدا لبرمجة العمليات بصورة مجدية، ولكن ظلت ثمة ثغرات مهمة تتعلق بالإدماج والتخطيط في الأجل الطويل.

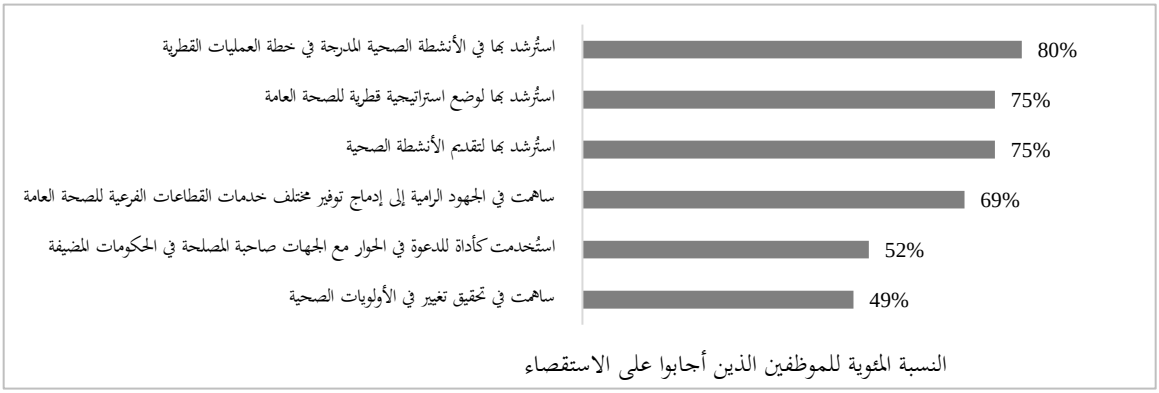
واعتبر موظفو الصحة العامة أن الاستراتيجية تشكل دليلا مفيدا يتسم بقدر كاف من المرونة تسمح بالتكيف مع السياقات التشغيلية، ولكنهم ذكروا أن الاستراتيجية تتضمن بعض الفجوات، وأنها أقل جدوى فيما يخص البرمجة من أجل الإدماج في النظم الصحية الوطنية.

١٨ - وأعرب موظفو الصحة العامة الذين شملهم الاستقصاء، عن رأي حظي بموافقة الجميع تقريبا (٩٧ في المائة)، وهو أنهم يعتقدون اعتقادا راسخا بقوة، أو إلى حد ما، أن الاستراتيجية العالمية للصحة

العامة تعكس فهما دقيقا لاحتياجات اللاجئين في مجال الصحة العامة في مختلف أنحاء العالم. وذكرت الغالبية العظمى (٨٢ في المائة) منهم أيضا أن مكاتبهم قد استخدمت الاستراتيجية لتوجيه أو إرشاد البرامج الصحية. وأشار قسم كبير منهم إلى أن الاستراتيجية قد استُخدمت لإرشاد الأنشطة الصحية المدرجة في خطط العمليات القطرية، واستراتيجيات الصحة العامة القطرية، والاضطلاع بالأنشطة الصحية. وأفاد ما يقرب من نصفهم بأن الاستراتيجية قد استخدمت كأداة للدعوة في الحوار مع الجهات صاحبة المصلحة في الحكومات المضيفة، أو أن الاستراتيجية قد ساهمت في تحقيق تغيير في الأولويات الصحية (انظر الشكل الرابع).

الشكل الرابع

مساهمات الاستراتيجية العالمية للصحة العامة في الفترة ٢٠١٤-٢٠١٨ في برامج الصحة العامة على الصعيدين الوطني ودون الوطني (١١٥ موظفا)



المصدر: استقصاء أجراه مكتب خدمات الرقابة الداخلية في صفوف موظفي الصحة العامة العاملين في المفوضية.

١٩ - وقال موظفو الصحة العامة الذين أجريت معهم مقابلات في إطار الدراسات الإفرادية القطرية إنهم يعتقدون أن الاستراتيجية توفر إطارا جيدا ومرونة للعمليات القطرية تسمح بتكييفها على النحو اللازم للاحتياجات المحلية. وأفادوا أن برمجة أنشطة الصحة العامة في هذه العمليات توجَّه بشكل عام بالاسترشاد بالأهداف الاستراتيجية المحددة في الاستراتيجية، وتعكس في الوقت نفسه الاحتياجات والسياقات المحددة للاجئين، وتتواءم مع الاتجاه الاستراتيجي للاستراتيجية القطرية الأوسع نطاقا، إذا كانت متاحة.

٢٠ - ومع ذلك، فإن الاستراتيجية العالمية للصحة العامة تتضمن ثغرات كبيرة من حيث توجيه البرامج الصحية نحو إدماج اللاجئين في النظم الوطنية. ورغم أن الإدماج هو هدف من أهداف الاستراتيجية، فإن ثمة أهدافاً ومؤشراتٍ أخرى عديدةً ضئيلة الجدوى بالنسبة للسياقات التي يتاح فيها للاجئين الوصول إلى الخدمات الصحية المحلية نظرا لأن القدرة على رصدها محدودة. ففي عدة عمليات، بما في ذلك العمليات في جميع البلدان التي شملتها دراسات الحالات الإفرادية، لم يكن لدى المؤسسات الصحية الوطنية أي بيانات صحية مفصلة بشأن اللاجئين. وعلاوة على ذلك، لم توضح الاستراتيجية دور برامج الصحة العامة التي تنفذها المفوضية بالنسبة للجهات الفاعلة الأخرى، بما فيها منظمة الصحة العالمية والوكالات الإنمائية، في دعم الحكومة المضيفة عن طريق برنامج الإدماج. فتقديم الخدمات الأساسية للاجئين من خلال النظم الوطنية، بدعم من المساعدة الدولية الرامية لتعزيزها لفائدة المجتمعات المضيفة

واللاجئين على السواء، بات يعترف به بشكل متزايد بوصفه عنصرا أساسيا للتعامل مع مسألة اللاجئين، وعجّل في ذلك اعتماد إطار التعامل الشامل مع مسألة اللاجئين، كجزء من إعلان نيويورك من أجل اللاجئين والمهاجرين لعام ٢٠١٦. ولقد طُبّق هذا الإطار في ١٥ بلدا حتى اليوم، بما في ذلك أوغندا، حيث ذكر الموظفون أنه بات يُستخدم بوصفه الأداة الرئيسية لتوجيه البرامج الصحية. وثمة عمليات أخرى، مثل العمليات الجارية في الأردن والكاميرون، دعمت أيضا تعزيز النظم الصحية الوطنية في إطار برامجها الصحية دون إطار رسمي أو استراتيجية عالمية. وبالإضافة إلى ذلك، أشار الموظفون الذين أجريت المقابلات معهم إلى أن مسائل الصحة العقلية وتدخلات تقديم المساعدات النقدية التي تتجاوز ضمان الأمن الغذائي ينبغي أن تحظى بقدر أكبر من الأهمية في الاستراتيجية.

٢١ - وذُكر أن هناك تفاوت ملحوظ في وجود الاستراتيجيات الرسمية للصحة العامة ودرجة شمولها على الصعيدين القطري والإقليمي، على نحو يشير إلى عدم وجود نهج منتظم للتخطيط الاستراتيجي على مستوى العمليات. فمن بين ٦٢ عملية تنطوي على أنشطة الصحة العامة، كانت هناك ١٠ عمليات وُضعت لها استراتيجيات قطرية في عام ٢٠١٧، في حين غطت ثلاث استراتيجيات إقليمية ١٢ بلدا إضافيا وكذلك أوروبا، ويشكل ذلك نسبة ٣٦ في المائة من مجموع عدد اللاجئين. وتفاوتت مستويات التوجيه وتغطية القطاعات الفرعية في الاستراتيجيات.

أتاحت التقييمات التشاركية المتعددة القطاعات وغيرها من الآليات والأدوات فهما جيدا للاحتياجات

٢٢ - إن العمليات القطرية للمفوضية تشمل بانتظام تقييمات تشاركية للاحتياجات المتعددة القطاعات. وأبلغ ٩٣ في المائة من موظفي الصحة العامة الذين شملهم الاستقصاء أن عملياتهم شملت إجراء تقييمات للاحتياجات خلال فترة السنتين أو الثلاث سنوات السابقة، وقال ٨٨ في المائة منهم إن مجموعات اللاجئين قد استشيرت خلال تلك التقييمات. ونوّه الموظفون والشركاء الذين أجريت المقابلات معهم بفائدة هذه التقييمات وإدماج الجهات المعنية صاحبة المصلحة. وأكدت استعراضات تقارير التقييم استخدام إطار المفوضية المتعلق بالسن ونوع الجنس والتنوع. ومع ذلك فإن تغطية التقييمات للاحتياجات المتعلقة بالصحة العامة فيما يخص اللاجئين خارج المخيمات تفاوتت فيما بين العمليات القطرية. وقال ٥٦ في المائة من الموظفين الذين أفادوا بأن عملياتهم قد أجرت تقييمات للاحتياجات إنهم يعتقدون أن برامج الصحة العامة في مواقع كل منهم تستند إلى تلك التقييمات إلى حد كبير، أما ٤٢ في المائة منهم فقالوا إنها تستند إلى تلك التقييمات إلى حد ما.

٢٣ - وذكروا أن احتياجات اللاجئين المتعلقة بالصحة العامة تُرصد بشكل روتيني أكثر من خلال تقارير الشركاء والاجتماعات المنتظمة مع ممثلي اللاجئين والشركاء والموظفين من قطاعات أخرى داخل المخيمات وخارجها على حد سواء. وأكد الموظفون أهمية البيانات المستمدة من الاستقصاءات الموسعة الموحدة المتعلقة بالتغذية ومن الاستقصاءات المتعلقة بالمعارف والمواقف والممارسات الخاصة بتوفير المياه وخدمات الصرف الصحي والنظافة الصحية، التي استُخدمت في ٢٦ و ١٢ عملية قطرية، على التوالي، بوصفها مصادر رئيسية للمعلومات عن الاحتياجات.

٢٤ - وبالإضافة إلى ذلك، أجرت سبع عمليات قطرية دراسات استقصائية عن إمكانية الوصول إلى الخدمات الصحية واستعمالها، لتوفير معلومات تكميلية عن اللاجئين خارج المخيمات. واستُرشد بنتائج

هذه الاستقصاءات في إعداد برامج الصحة العامة في الأردن وماليزيا. فعلى سبيل المثال، وردت إشارات صريحة إلى النتائج التي توصلت إليها الدراسة الاستقصائية في استراتيجية الاستجابة الإنسانية للاحتياجات في القطاع الصحي في الأردن للفترة ٢٠١٧-٢٠١٨. واستُفيد أيضا من أنشطة التواصل مع المجتمعات المحلية، التي قادتها وحدة الحماية المستندة إلى الخدمات المجتمعية، في تقييم احتياجات اللاجئين خارج المخيمات في البلدان التي شملتها دراسات الحالات الإفرادية. وذكر الموظفون الذين أجريت معهم مقابلات أنهم يعتبرون التفاعل بانتظام مع قادة مجتمعات اللاجئين أمرا ذا أهمية بالغة لتلقي الملاحظات والوصول إلى اللاجئين الموجودين خارج المخيمات. غير أن هذا النهج يتوقف إلى حد كبير على وجود هياكل تنظيمية في مجتمعات اللاجئين. فعلى سبيل المثال، واجهت العملية صعوبات في الحوار مع لاجئي الروهينغيا في ماليزيا، نظرا لوجود عدد قليل من مثل هذه الهياكل. وبالمثل، فإن الشركاء والموظفين الذين أجريت معهم مقابلات في الكاميرون، أكدوا أيضا أن ثمة تحديات تعيق تحديد احتياجات السكان المنتشرين عبر مناطق ريفية شاسعة.

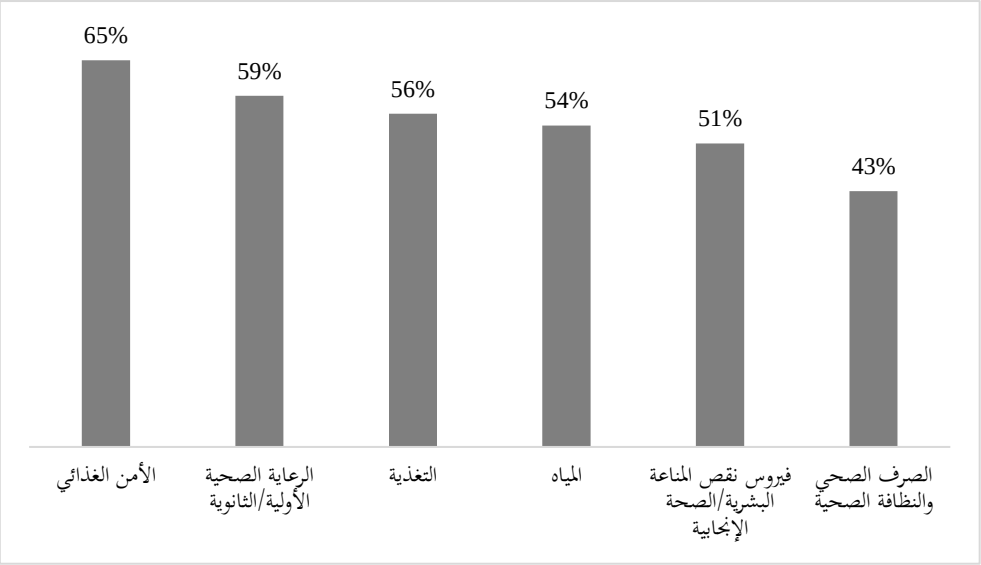
وحدد المكتب احتياجات التمويل بناء على احتياجات اللاجئين، ولكن الفجوة بين الاحتياجات والأموال المتوفرة أجبرت العمليات القطرية على اعتماد معاييرها الخاصة لتحديد الأولويات أو توجيه تدخلاتها في مجال الصحة العامة نحو أهداف محددة.

٢٥ - وعلى النحو المشار إليه في الفرع الثاني، تحدد المفوضية سنويا احتياجات التمويل الشاملة (خطط العمليات) على أساس الاحتياجات التي يتم تحديدها. وعقب ذلك، تُصاغ ميزانية ذات أولوية (المستوى التشغيلي) استنادا إلى توافر الأموال فعليا (انظر A/AC.96/1180).

٢٦ - ومثلت ميزانية المستوى التشغيلي لأغراض برنامج الصحة العامة للاجئين في عام ٢٠١٧ نسبة ٥٥ في المائة فقط من احتياجات التمويل على الصعيد العالمي. وبحسب القطاعات الفرعية، لُبيّت النسبة الأعلى من احتياجات التمويل اللازم للأمن الغذائي في بداية السنة (٦٥ في المائة)، ثم لقطاع خدمات الصحة الأولية والثانوية (٥٩ في المائة) (انظر الشكل الخامس). أما تمويل خدمات الصرف الصحي والنظافة الصحية فكان الأدنى (٤٣ في المائة). ومع ذلك، وحيث إن الأمن الغذائي لم يمثل سوى ٢,٤ في المائة من إجمالي ميزانية خطة العمليات (انظر الشكل السادس)، فإن ميزانية الأمن الغذائي التي مُنحت الأولوية كانت صغيرة مقارنة بالقطاعات الفرعية الأخرى.

الشكل الخامس

حصة كل قطاع من القطاعات الفرعية، بالنسبة المئوية، في الميزانية ذات الأولوية (المستوى التشغيلي) من احتياجات التمويل الشامل (خطة العمليات) لبرنامج الصحة العامة للاجئين في عام ٢٠١٧

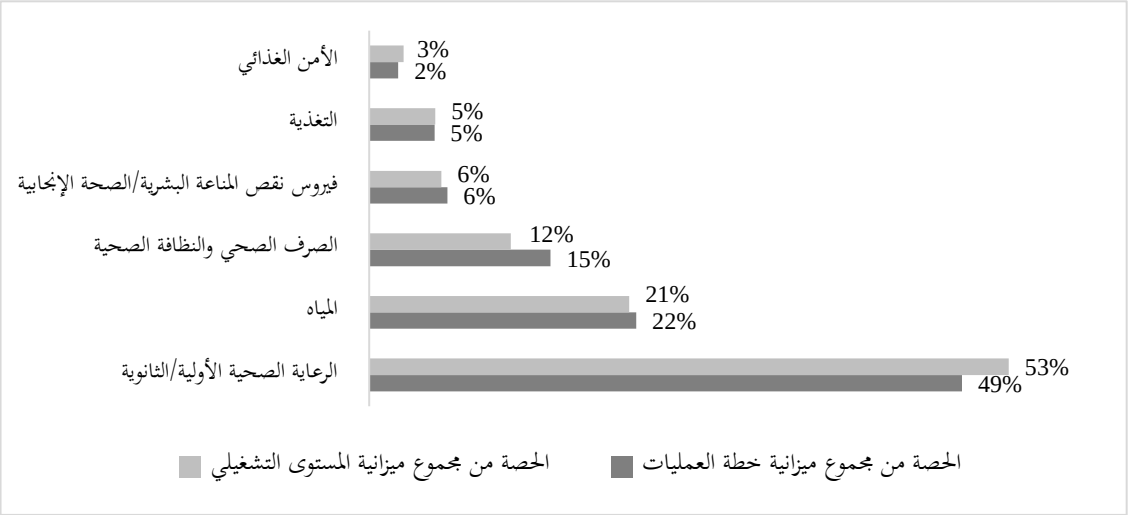


المصدر: UNHCR Global Focus Insight, 2017 operating-level budget and operations plan budget.

٢٧ - كما هو مبين في الشكل السادس أدناه، فإن حصة الرعاية الصحية الأولية والثانوية، التي تمثل ٤٩ في المائة من إجمالي ميزانية خطة العمليات أعلى زيادة في ميزانية مستوى التشغيل، حيث وصلت إلى ٥٣ في المائة. وشهدت حصة الصرف الصحي والنظافة الصحية أكبر انخفاض، من ١٥ في المائة من إجمالي ميزانية خطة العمليات إلى ١٢ في المائة فقط في ميزانية المستوى التشغيلي. ولذا يمكن أن تكون المفوضية قد قررت، عند تخصيص الأموال المتوفرة، إعطاء الأولوية للرعاية الصحية الأولية والثانوية على القطاعات الفرعية الأخرى، ولا سيما الصرف الصحي والنظافة الصحية، بالنسبة إلى الاحتياجات التي تم تحديدها. وذكر أيضا الموظفون الذين أجريت معهم مقابلات أن أولويات الإدارة على مستوى العمليات قد أثرت في كثير من الأحيان على درجة المشاركة في كل قطاع فرعي.

الشكل السادس

الاحتياجات من التمويل الشامل (خطة العمليات) والميزانية ذات الأولوية (المستوى التشغيلي) موزعة بحسب القطاعات الفرعية، في عام ٢٠١٧



المصدر: UNHCR Global Focus Insight, 2017 operating-level budget and operations plan budget.

٢٨ - ونظراً للثغرات الكبيرة في التمويل، وتخصيص الجهات المانحة أموالا لمشاريع معينة، أُجبرت العمليات القطرية على توجيه أنشطتها نحو فئات فرعية مستهدفة أو ترتيب أولويات التدخلات استنادا إلى معاييرها الخاصة. ففي الكاميرون، على سبيل المثال، حيث انخفضت نسبة تمويل الاحتياجات انخفاضا حادا، من ٧٢ في المائة في عام ٢٠١٤ إلى ٥٣ في المائة في عام ٢٠١٧، انتقل القائمون على العملية إلى اتباع نهج محدد الأهداف عن طريق حصر التدخلات المتعلقة بالصحة العامة في خمس فئات: الأطفال دون سن الخامسة، والحوامل، وحالات الطوارئ، والأمراض المزمنة، والمسنون. وفي المناقشات الجماعية المركزة، أشار اللاجئون إلى انتشار شعور بالاستياء من ذلك النهج، كما أشار بعض الموظفين والشركاء إلى أن العوامل الاجتماعية والاقتصادية لم تؤخذ في الحسبان في تحديد الأهداف. وفي الأردن، غطت الميزانية ذات الأولوية ٧٩ في المائة من احتياجات التمويل الشامل، ولكن الفجوة المتبقية بلغت نحو ٧,٤ ملايين دولار؛ ومُنحت الأولوية للتدخلات لفائدة اللاجئين السوريين في المناطق الحضرية بناء على مواطن ضعف اللاجئين، التي جرى تقييمها من خلال الإطار الحالي المستخدم في العملية لتقييم مواطن الضعف المتعددة القطاعات ومدى الأهمية الحيوية للتدخل.

التخطيط لما بعد مراحل الطوارئ كان غير كاف عموما

٢٩ - أشارت دراسات الحالات الإفرادية إلى عدم كفاية التخطيط المبكر للانتقال إلى ما بعد مراحل الطوارئ، بما في ذلك القيام لاحقا بتسليم المسؤوليات الرئيسية عن تقديم الخدمات الصحية العامة للاجئين ودعم النظم الصحية الوطنية. وفي كثير من الأحيان، لم يكن يبدأ التخطيط للمرحلة الانتقالية إلا بعد أن تشهد العملية تخفيضات في التمويل. فلقد كانت تخفيضات التمويل من الجهات المانحة هي السبب الرئيسي لاستراتيجية المفوضية في باكستان، التي تمثلت في الابتعاد ببطء عن أنشطة تقديم الخدمات الصحية والتركيز على الإدماج في النظام الوطني، بدافع من برنامج دعم المناطق المتأثرة بوجود

اللاجئين والمناطق التي تستضيف اللاجئين الذي بدأت حكومة باكستان بتنفيذه في عام ٢٠٠٩، بعد أكثر من ٣٠ عاما من الحفاظ على نظام صحي موازٍ لقرى اللاجئين[٨]. وكان خفض التمويل هو الدافع أيضا إلى التحول بعيدا عن نهج تقديم الخدمات بشكل مباشر في ماليزيا. وخلُصت شعبة المراجعة الداخلية للحسابات في عملية مراجعة أجرتها في عام ٢٠١٦، إلى قيام عمليتين فقط، من مجموع اثنتي عشرة عملية، باحتساب تكلفة توفير المياه وأنشطة تقديم خدمات الصرف الصحي والنظافة الصحية لغرض التخطيط[٩]. وفي أوغندا، أشارت بعض الجهات صاحبة المصلحة إلى حدوث تأخير في الانتقال من نظام نقل المياه بواسطة الشاحنات، الذي يتطلب استخداما كثيفا للموارد، إلى نظام نقل المياه بواسطة الأنابيب. وأُشير إلى أن دورة التمويل السنوي تعتبر قيدا يعيق التخطيط الطويل الأجل، ولكن يخفف من ذلك إلى حد ما عن طريق النهوج الأطول أجلا، مثل إطار التعامل الشامل مع مسألة اللاجئين. وبدأت الكاميرون في عام ٢٠١٨ في تطبيق استراتيجية متعددة السنوات ومتعددة الشركاء، ولكن تركيزها على المسائل الصحية محدودٌ.

٣٠ - وتبيّن من خلال دراسات الحالات الإفرادية أن الاستعدادات لم تكن كافية لمواجهة حالات خفض التمويل الحتمية في كثير من الأحيان ورحيل الشركاء مع انتقال العمليات إلى ما بعد مراحل الطوارئ. ففي الأردن، لم تتضمن العملية خطة طوارئ لمواجهة الرحيل الوشيك للشريك التشغيلي الذي يقود برامج توفير المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية في المخيمات. وفي أوغندا، تعرقلت أيضا برامج توفير المياه وخدمات الصرف الصحي والنظافة الصحية بسبب رحيل سلسلة من الشركاء مع بدء تراجع التمويل، وأحيانا دون تسليم المسؤوليات بالشكل المناسب، على النحو الذي تم تأكيده من الملاحظات المسجلة أثناء اجتماع تنسيقي على مستوى أحد المخيمات. وعلاوة على ذلك، وعلى الرغم من مشاركة البنك الدولي في تعزيز نظم الصحة العامة في الكاميرون والأردن وأوغندا، مع تحول البرامج الصحية للمفوضية نحو دعم الإدماج في البلدين الأخيرين، ليست ثمة أدلة كافية على وجود تخطيط شامل لإشراك الشركاء الإنمائيين في عملية انتقال تدريجي على الصعيد العالمي.

باء - على الرغم من أن معظم الجهات صاحبة المصلحة قد اعتبرت أن تدخلات المكتب في مجال الصحة العامة قد اتسمت بالفعالية، فإن النواتج الحقيقية في مجال الصحة العامة أشارت إلى قدر أكبر من التفاوت في الأداء وإلى أن اللاجئين يواجهون عوائق جسيمة في سعيهم إلى الوصول إلى النظم الصحية الوطنية

وتباينت نتائج الأداء في مجال الصحة العامة تباينا كبيرا فيما بين العمليات والقطاعات الفرعية والمجموعات السكانية، وتحققت نجاحات أكبر في مجال الرعاية الصحية الأولية.

٣١ - قيّمت الجهات صاحبة المصلحة أداء المفوضية في مجال الصحة العامة تقييما إيجابيا في معظم الأحيان، حيث ٩٢ في المائة من الشركاء و ٩٠ في المائة من الموظفين الذين شملهم الاستقصاء أنهم يعتقدون أن النتائج الصحية التي تحققت لفائدة اللاجئين قد تحسنت بدرجة كبيرة أو إلى حدٍّ ما خلال

(٨) مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، ''استراتيجية صحة اللاجئين ٢٠١٤-٢٠١٨: باكستان''.

(٩) مكتب خدمات الرقابة الداخلية، شعبة المراجعة الداخلية للحسابات، ''التقرير ٠٢٧/٢٠١٦: مراجعة الترتيبات المتعلقة ببرامج توفير المياه وخدمات الصرف الصحي والنظافة الصحية في مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين''، ٢٨ آذار/مارس ٢٠١٦.

الفترة المشمولة بالتقرير. وأفاد الموظفون والشركاء الذين أجريت معهم مقابلات في ثلاث دراسات حالات إفرادية، أن اللاجئين في مواقع غير حضرية تلقوا خدمات رعاية صحية أفضل مما هو متاح لمواطني المجتمعات المضيفة، وأثنى ممثلون حكوميون في الكاميرون وأوغندا على المفوضية لحسن استجابتها الصحية في حالات الطوارئ. غير أن معظم اللاجئين المشاركين في مناقشات جماعية مركزة أُجريت في إطار أربع دراسات حالات قطرية أعربوا عن استيائهم من نوعية ودرجة توفر خدمات الرعاية الصحية التي يتلقونها في المناطق الحضرية والمخيمات على حد سواء، وأشاروا إلى انخفاض الرعاية بسبب تناقص الموارد، وعدم وجود خدمات متخصصة، ونقص في الأدوية والأغذية، والوصم الذي يتعرضون له من بعض الموظفين.

٣٢ - وجاءت أقوى النتائج في مجال الرعاية الصحية الأولية، التي تمثل أكبر نسبة من نفقات المفوضية في مجال الصحة العامة (انظر الجدول ٢). وصنف ٨٨ في المائة من الموظفين الرعاية الصحية الأولية بوصفها جيدة أو ممتازة (انظر الشكل السابع)، وأفاد الموظفون والشركاء أنهم يعتقدون أنها تمثل القطاع الفرعي الأكثر اتساقا مع احتياجات اللاجئين (انظر الشكل الثامن). ولقد تبدت في دراسات الحالات الإفرادية عدة نجاحات في خدمات الرعاية الصحية الأولية خلال تلك الفترة. ففي الكاميرون، ارتفع معدل استخدام المرافق الصحية من ٠,٣٤ في عام ٢٠١٣ إلى ١,٠٤ في عام ٢٠١٥، بحسب بيانات نظام معلومات الصحة، إلى جانب زيادة في بناء وإعادة تأهيل العديد من المرافق الصحية. وفي أوغندا، انخفض معدل الوفيات، واعتبر الموظفون والشركاء الذين أجريت معهم مقابلات أن النتائج إيجابية. وبيّن تحليل بيانات نظام معلومات الصحة في المخيمات، المستمدة من ١٨ عملية، أن متوسط معدل الوفيات الخام الذي بلغ ٠,٢٥ في عام ٢٠١٧ كان أقل بكثير من المعدل الذي بلغ ٨,٢ في صفوف مواطني البلد المضيف في نفس العيّنة[١٠]. وفي عام ٢٠١٧، ساهمت المفوضية وشركاؤها بنجاح في إدارة العديد من حالات تفشي الأمراض، بما في ذلك تفشي الكوليرا والملاريا والحصبة والحمى التيفية بين اللاجئين في عدة بلدان أفريقية وفي بنغلاديش[١١].

الجدول ٢

توزّع المصروفات المتعلقة بالصحة العامة للاجئين وطالبي اللجوء

(بالنسبة المئوية)

القطاع الفرعي	٢٠١٤	٢٠١٥	٢٠١٦	٢٠١٧
الرعاية الصحية الأولية/الثانوية	٥٢	٥٣	٥٧	٥٤
إمدادات المياه	١٤	١٥	١٣	٢١
الصرف الصحي والنظافة الصحية	١٤	١٤	١٤	١١
التغذية	٧	٧	٦	٥
الصحة الإنجابية وفيروس نقص المناعة البشرية	٦	٧	٦	٦
الأمن الغذائي	٧	٤	٣	٣

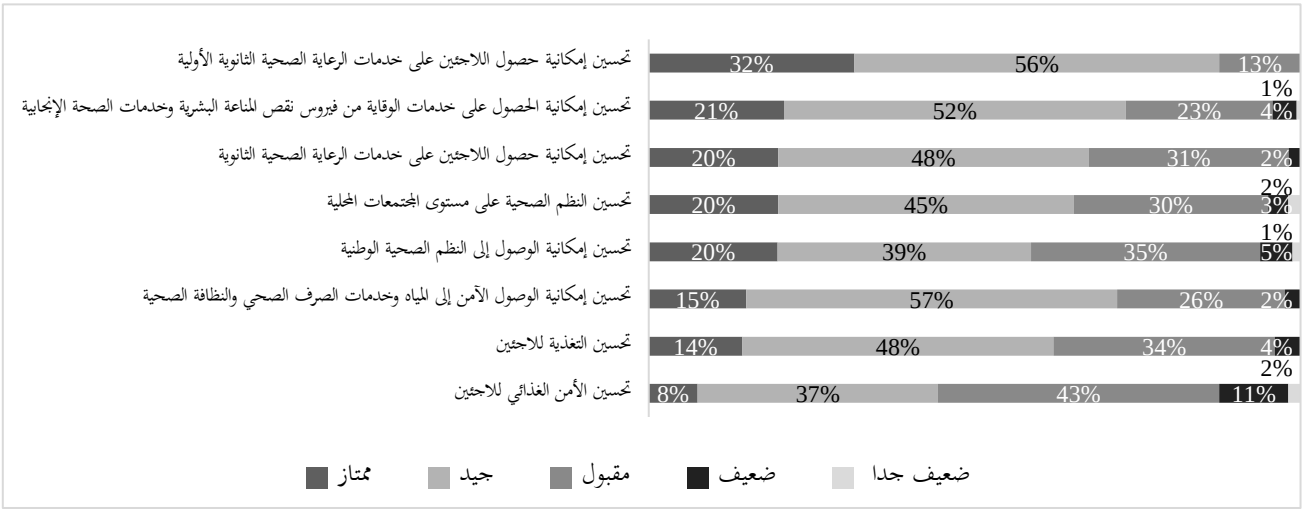
المصدر: UNHCR Global Focus Insight/Managing Systems, Resources and People.

(١٠) البنك الدولي، ”معدل الوفيات الخام (لكل ١ ٠٠٠ شخص)“، بيانات البنك الدولي المفتوحة، بيانات عام ٢٠١٦.

(١١) انظر: UNHCR, “UNHCR public health: 2017 annual global overview”, 2018.

الشكل السابع

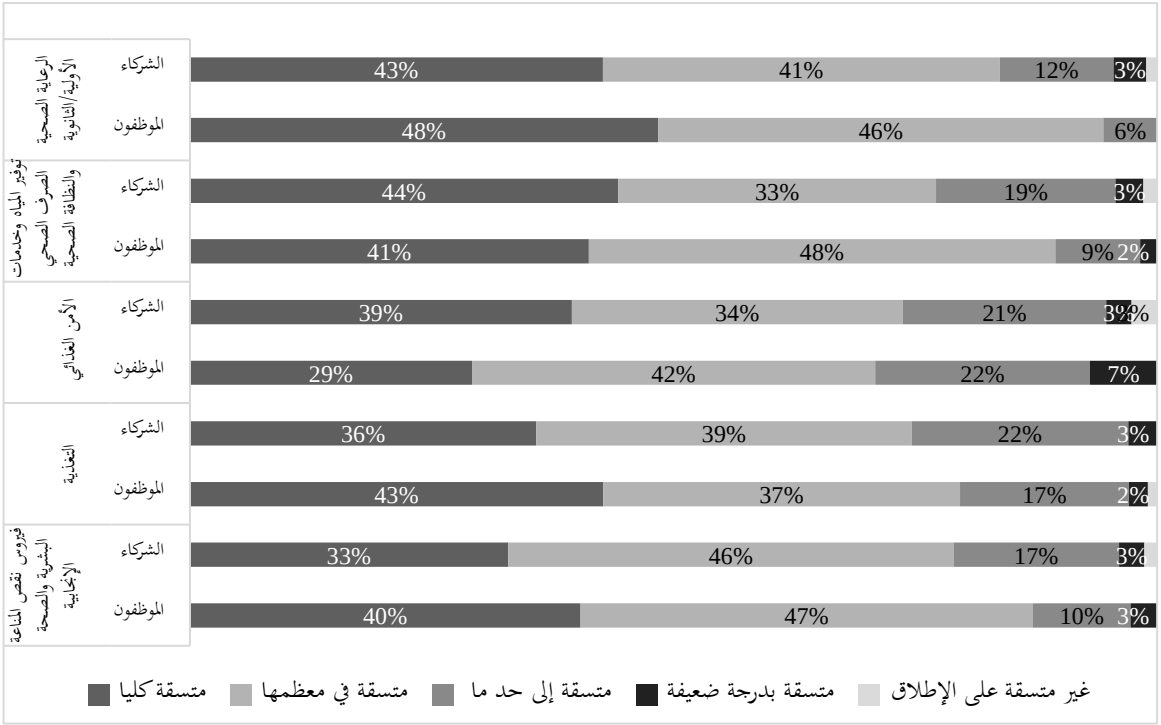
تصورات الموظفين لأداء المكتب في نتائج الصحة العامة، ٢٠١٤-٢٠١٨ (١٥٧ موظفا)



المصدر: استقصاء أجراه مكتب خدمات الرقابة الداخلية في صفوف موظفي الصحة العامة العاملين في المفوضية.

الشكل الثامن

منظورات الشركاء والموظفين بشأن اتساق أنشطة الصحة العامة مع احتياجات اللاجئين (١٢٦ موظفا و ١٠٢ من الشركاء)



المصدر: استقصاءات أجراها مكتب خدمات الرقابة الداخلية في صفوف موظفي الصحة العامة العاملين في المفوضية وشركائها.

٣٣ - وبيّن تحليل مؤشرات الصحة في البلدان الثمانية عشر التي ترسل المعلومات إلى نظام معلومات الصحة صورة أكثر تفاوتا بشأن النتائج في مجال الرعاية الصحية الأولية. فمعدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة قد تحسن في ١١ بلدا وتراجع في ٧ بلدان، ولكن متوسط العيّنة الإجمالي قد تدهور من ٠,٤٨ إلى ٠,٥٨ بين عامي ٢٠١٤ و ٢٠١٨[١٢]. وفي مجال الصحة الإنجابية، شهد ١٤ بلدا من أصل ١٨ بلدا تحسنا في نسبة الولادات التي أشرف عليها عاملون صحيون ماهرون. وفيما يتعلق بأمراض الأطفال دون سن الخامسة، استطاعت المفوضية إدارة عدد من حالات التفشي الشديدة طوال هذه الفترة، مثل حالات تفشي الملاريا في إثيوبيا في عام ٢٠١٦ والإسهال المائي في الكاميرون في عام ٢٠١٥، ولكنها كانت أقل فعالية في وقف الزيادة المستمرة منذ عام ٢٠١٦ في أمراض الأطفال دون سن الخامسة، التي نتجت، على سبيل المثال، عن التهابات الجهاز التنفسي السفلي في بنغلاديش أو الملاريا في جمهورية الكونغو الديمقراطية. ولم تتوفر بيانات عن النتائج الصحية في صفوف اللاجئين خارج المخيمات.

٣٤ - وذكرت جهات عديدة من أصحاب المصلحة في المقابلات التي أجريت معها أن خدمات الرعاية الصحية الثانوية، التي تقدم في أحيان كثيرة عن طريق المرافق الوطنية والإحالات إلى المستشفيات، كانت مصدرا للإشكاليات في العديد من العمليات القطرية. فتكلفة الإحالات، والمسافات الشاسعة، والنقل إلى مستشفيات الإحالة، والفجوة بين الموارد والاحتياجات، كانت العوامل التي فرضت أكثر التحديات، على الرغم من تطبيق إجراءات التشغيل الموحدة على نظم الإحالة في ٨٦ في المائة من البلدان المشمولة بنظام معلومات الصحة في عام ٢٠١٧[١٣]. وصنف الموظفون المشمولون بالاستقصاء خدمات الرعاية الصحية الثانوية في أدنى مستوى، حيث اعتبر ٤٤ في المائة منهم فقط أن الأداء في هذا المجال كان جيدا أو ممتازا.

٣٥ - ويقدَّم الدعم لتوفير الأمن الغذائي للاجئين عن طريق نهج مشترك مع برنامج الأغذية العالمي وفقا لمذكرة تفاهم عالمية موقعة في عام ٢٠١١، ويعتبر برنامج الأغذية العالمي بموجبها هو المسؤول عن توفير المساعدة الغذائية، في حين أن كلتا الوكالتين تجريان تقييمات وعمليات مشتركة للرصد والتحليل. واعتبر الشركاء والموظفون على حد سواء أن الأمن الغذائي هو القطاع الفرعي الأقل اتساقا مع احتياجات اللاجئين، ويعكس ذلك انخفاض التمويل وتركيز التمويل على عدد محدود من العمليات. وانعكست الفجوات الناجمة عن ذلك في ارتفاع عدد الشكاوى التي قدمها اللاجئون في المناقشات الجماعية المركزة.

٣٦ - وفي عام ٢٠١٧، سُجّل تحسن فيما يتعلق بمعدل انتشار سوء التغذية الحاد عالميا في ثمانية مواقع من أصل ٣٦ موقعا[١٤] في إثيوبيا وجنوب السودان وجيبوتي وموريتانيا التي كانت قد شهدت معدلات عالية من سوء التغذية قبل عام ٢٠١٧. وسُجّل تحسن أيضا فيما يتعلق بمعدل انتشار التقزم في ١٤ في المائة من المواقع الستة والثلاثين. وأظهر تحليل ثانوي لبيانات المفوضية أن ٣٧ في المائة من

(١٢) يحتمل أن تتأثر المقارنات بالتغيّرات في السياقات وتحسن الإبلاغ عن الوفيات.

(١٣) التقارير السنوية الصادرة عن المفوضية في مجال الصحة العامة.

(١٤) مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، قاعدة البيانات المستمدة من الاستقصاء الموسع الموحد المتعلق بالتغذية، ٢٠١٥-٢٠١٧.

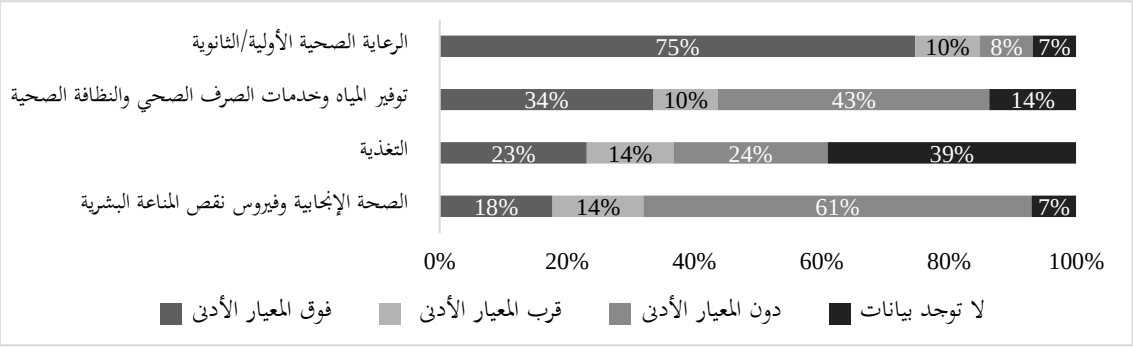
مؤشـــرات التغذية في ٢٢ بلدا كانت فوق المعيار الأدنى أو قريبة منه بين عام ٢٠١٤ و ٢٠١٧ (انظر الشكل التاسع).

٣٧ - وكانت نتائج تنفيذ أنشطة توفير المياه وخدمات الصرف الصحي والنظافة الصحية متفاوتة. ففي عام ٢٠١٧، حين كانت نسبة المواقع التي تستوفي المعايير المحددة بشأن عدد اللترات للفرد في اليوم قد بلغت ١٠٠ في المائة في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا وآسيا، كانت نسبة المواقع في أفريقيا التي تستوفي تلك المعايير هي ٥٨ في المائة. وبالنسبة لتشييد المراحيض، بلغت نسبة المواقع في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا التي تستوفي المعايير ١٠٠ في المائة في عام ٢٠١٧، مقارنة بنسبة ٩٢ في المائة في آسيا، و ٧٨ في المائة في أفريقيا[١٥]. وسلطت الزيارات الميدانية الضوء على بعض النتائج غير المقصودة الناجمة عن تخطيط وتنفيذ خدمات توفير المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية، مثل تعرّض المراحيض المشتركة للتخريب في الأردن، وضيق الأماكن وامتلاء حفر النفايات في الكاميرون.

٣٨ - وبيّن تحليل ١٣ مؤشراً[١٦] في التقارير السنوية الصادرة عن المفوضية في مجال الصحة العامة[١٧] أن الرعاية الصـــحية الأولية كانت القطاع الفرعي الأكثر نجاحا من حيث اســـتيفاء المعايير الدنيا، وأن خدمات الصحة الجنسية والإنجابية كانت الأقل نجاحا (انظر الشكل التاسع)، مع وجود نقص كبير في البيانات المتعلقة بالتغذية. وعلى النحو المبين في الشكل العاشر، انخفضت النسب المئوية للمؤشرات، ســـواء تلك التي اســـتوفت المعايير الدنيا أو تلك التي لم تســـتوفها، في الفترة من عام ٢٠١٤ إلى عام ٢٠١٧.

الشكل التاسع

النسبة المئوية لما تم تحقيقه من معايير دنيا للصحة العامة، حسب القطاع الفرعي، ٢٠١٤-٢٠١٧، في ٢٢ بلدا



المصدر: التقارير السنوية الصادرة عن المفوضية في مجال الصحة العامة، عيّنة تضم ١٣ مؤشراً.

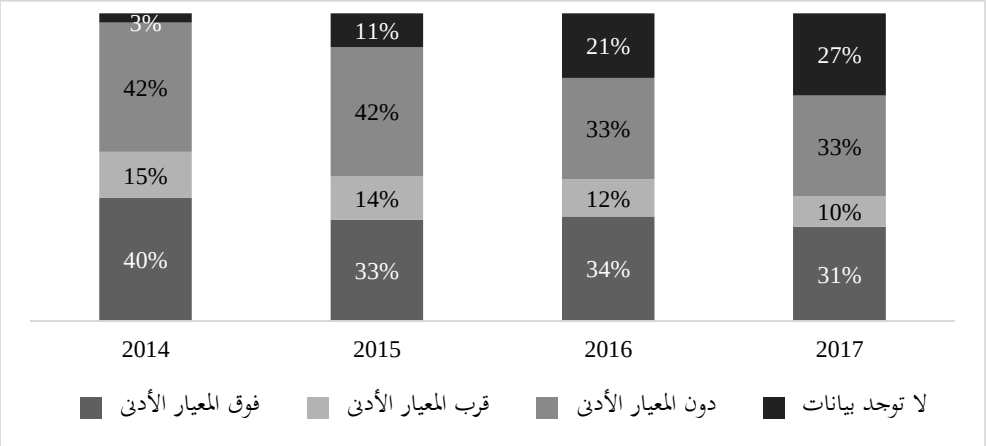
(١٥) التقارير السنوية الصادرة عن المفوضية في مجال الصحة العامة.

(١٦) معدل الوفيات الخام؛ ومعدل وفيات الأطفال دون ســن الخامســة؛ ومعدل اســتعمال خدمات الصــحة؛ وتغطية الرعاية الصحية قبل الولادة؛ والقابلات الماهرات؛ وتغطية الرعاية الصحية بعد الولادة؛ ومعدل شيوع وسائل منع الحمل؛ و منع انتقال المرض من الأم إلى الطفل؛ وسوء التغذية الحاد على الصعيد العالمي؛ وسوء التغذية الحاد الوخيم؛ والتقزم؛ ومتوسط عدد اللترات من الماء للفرد في اليوم؛ ومتوسط عدد الأفراد إلى عدد المراحيض المشتركة.

(١٧) تتعلق الأرقام بـ ٢٢ بلدا تتوفر بيانات بشأنها.

الشكل العاشر

مقارنة بين مؤشرات الصحة العامة والمعايير الدنيا بحسب السنة، ٢٠١٤-٢٠١٧، في ٢٢ بلدا



المصدر: التقارير السنوية الصادرة عن المفوضية في مجال الصحة العامة، عيّنة تضم ١٣ مؤشراً.

٣٩ - وتفاوت أداء المفوضية أيضا فيما بين مختلف مجموعات اللاجئين. وذكر ٧٣ في المائة من الموظفين أنهم يعتقدون أن احتياجات الأطفال قد لُبّيت في معظمها أو كلها، ولكن لم يذكر ذلك سوى ٣٣ في المائة منهم فيما يتعلق بالأشخاص ذوي الإعاقة أو المثليات والمثليين ومزدوجي الميل الجنسي ومغايري الهوية الجنسية وأحرار الهوية الجنسية. وكذلك أشار الأشخاص الذين أجريت معهم مقابلات والمشاركون في المناقشات الجماعية المركزة إلى وجود ثغرات في تحديد احتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة ووضع البرامج المناسبة لهم. وتبيّن من خلال دراسات الحالات الإفرادية وجود فوارق أيضا في التغطية الصحية للاجئين السوريين وغير السوريين في الأردن بسبب سياسات الحكومة، وتخصيص الأموال التي قدمتها الجهات المانحة لأهداف محددة، وكذلك في صفوف اللاجئين من أفريقيا الوسطى في الكاميرون بسبب استهداف الفئات الضعيفة.

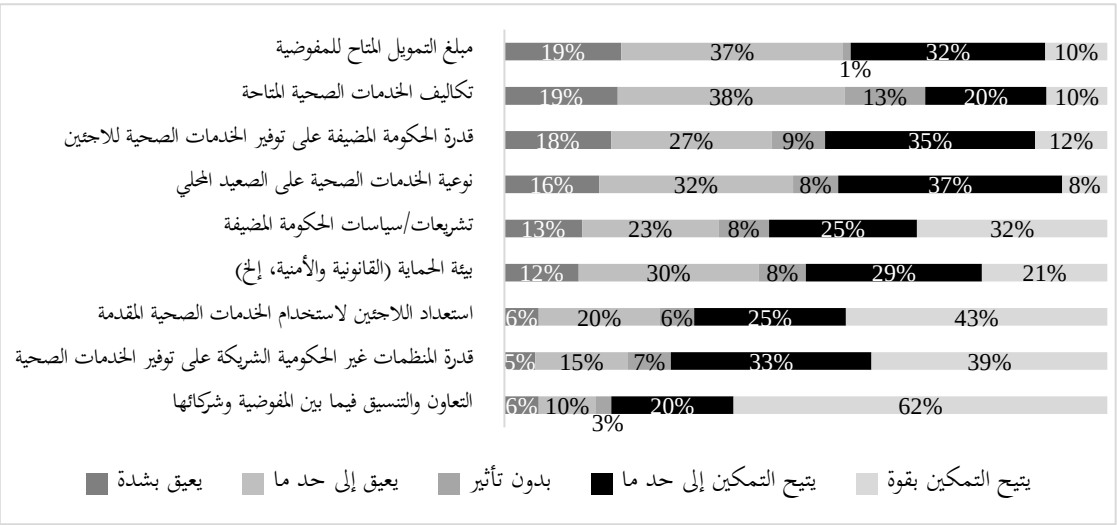
٤٠ - وسلطت مصادر مختلفة الضوء على التفاوت في الخدمات المتوفرة خارج المخيمات والخدمات المتوفرة في المخيمات. وذكر ٧٩ في المائة من الموظفين الذين شملهم الاستقصاء أنهم يعتقدون أن احتياجات اللاجئين في المخيمات قد لُبيّت كليا أو في معظمها، ولكن نسبة الذين أعربوا عن الرأي نفسه بالنسبة للاجئين خارج المخيمات كانت ٣٣ في المائة فقط. وخلص استقصاء بشأن الوصول إلى الخدمات الصحية والاستفادة منها إلى أن اللاجئين خارج المخيمات واجهوا تحديات في الوصول إلى الخدمات الصحية. ففي العراق ومصر، بلغت نسبة اللاجئين الذين يدركون أن لديهم الحق في الحصول على الرعاية الصحية المجانية أو المدعومة حكوميا إلى ٥٠ و ٤٢ في المائة على التوالي. وفي ماليزيا، بلغت نسبة النساء اللائي وجدن صعوبة في الحصول على خدمات الرعاية قبل الولادة ٣٩ في المائة، رغم أن نسبة النساء اللائي استفدن من معاينة طبية واحدة على الأقل قبل الولادة في عام ٢٠١٦ كانت ١٠٠ في المائة. وفي الكاميرون، لم تشمل خدمات المفوضية توفير التغذية للأطفال المصابين بسوء التغذية في المناطق الحضرية الذين تم تشخيص حالتهم عن طريق أنشطة مجتمعية. وفي تشاد، استخدم اللاجئون خارج المخيمات مرافق الدولة، بموظفيها ومعداتها غير المناسبة.

ســـاهمت عدة عوامل داخلية وخارجية في تفاوت أداء المكتب في التدخلات في مجال الصحة العامة

٤١ - صنّف الشركاء والموظفون التعاون والتنسيق بين المفوضية وشركائها، وقدرة الشركاء على تقديم الخدمات الصحية، باعتبارهما أهم عاملين تمكينيين (انظر الشكل الحادي عشر). وفي زيارتين أُجريتا إلى مواقع العمليات، اعتُبر دعم الإدارة العليا للبرمجة وأنشـــطة الدعوة عاملا ملحوظا من عوامل النجاح. وذكرت الجهات صاحبة المصلحة الذين أجريت معهم مقابلات، والموظفون المشمولين بالاستقصاء، أن عدم كفاية الموارد هو التحدي الأكبر. وذُكر أن القيود المفروضـــة على الموارد تؤثر ســـلبيا على تقديم الخدمات في جميع البلدان التي شملتها دراســـات الحالات الإفرادية، ويشـــمل تأثيرها المعدات واللوازم ومستويات الملاك الوظيفي والظروف المعيشية للموظفين، وتأكد ذلك من الملاحظات التي سُجّلت في أوغندا وجمهورية تنزانيا المتحدة والكاميرون[١٨]، وأدت إلى ارتفاع أعباء العمل ومعدل دوران الموظفين العاملين لدى الشركاء. وأعربت الجهات صاحبة المصلحة في بلدين وكذلك الأشخاص الذين شملتهم الاستقصاءات التي أُجريت مع الشركاء عن شديد القلق فيما يتعلق بالنقص في الأدوية والتأخيرات في المشتريات الدولية.

الشكل الحادي عشر

منظورات موظفي المكتب بشأن العوامل المعيقة والتمكينية (١٥٩ موظفا)



المصدر: استقصاء أجراه مكتب خدمات الرقابة الداخلية في صفوف موظفي الصحة العامة العاملين في المفوضية.

بصفة عامة، يستطيع اللاجئون الوصول إلى النظم الصحية الوطنية، ولكنهم لا يزالون يواجهون حواجز هامة

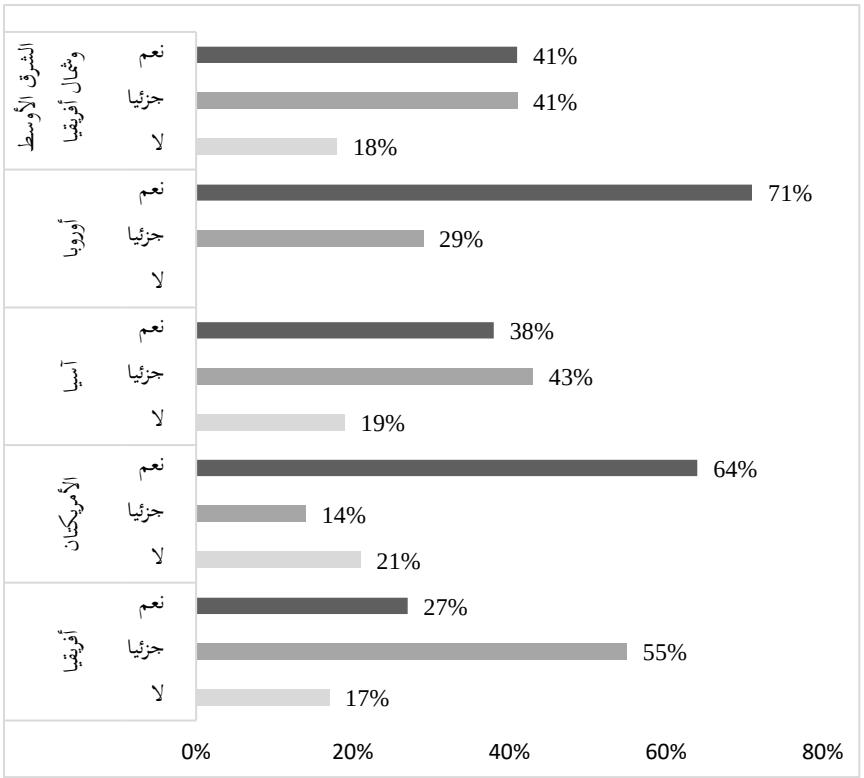
٤٢ - وفقا للبيانات المستقاة من الأداة التي تستخدمها المفوضية لتقييم الإدماج، يحق للاجئين الوصول إلى النظم الصـــحية الوطنية في ٩٤ في المائة من البلدان التي جرى تقييمها، ولكن لا تزال توجد حواجز تعيق وصولهم إليها. وبيّن تمرين داخلي أجري في عام ٢٠١٧ وشمل ٧٩ بلدا وجود مستويات متفاوتة من

(١٨) تولت شعبة المراجعة الداخلية للحسابات في مكتب خدمات الرقابة الداخلية تسجيل الملاحظات المتعلقة بجمهورية تنزانيا المتحدة.

الإدماج بحسب المناطق (انظر الشكل الثاني عشر). وانتهجت المفوضية نهوجا مختلفة للحد من هذه الحواجز. ففي الكاميرون، وقّعت المفوضية اتفاقا مع وزارة الصحة اعتُرف فيه رسميا بأن الحكومة تضطلع بالمسؤولية عن السماح بوصول اللاجئين إلى المرافق الوطنية، ونص على منح اللاجئين خصما بنسبة ٣٠ في المائة من رسوم تلك الخدمات. وفي عام ٢٠١٨، تفاوضت المفوضية بنجاح مع وزارة الصحة الماليزية على منح طالبي اللجوء حق الاستفادة من الخصم البالغ ٥٠ في المائة من الأسعار المفروضة على الأجانب في المرافق العامة. وفي أوغندا، أتاح التعاون الراسخ مع السلطات الوطنية وسلطات المقاطعات ووجود إطار التعامل الشامل مع مسألة اللاجئين كفالة وصول اللاجئين على قدم المساواة مع المواطنين إلى النظام الصحي الوطني والسماح للمجتمعات المحلية المضيفة باستخدام المرافق المتوفرة في مستوطنات اللاجئين. وفي الأردن، وُضع برنامج فعال من حيث التكلفة لتقديم المساعدة النقدية للخدمات الصحية الأساسية ردا على التغيير الذي طرأ في عام ٢٠١٥ على سياسة الحكومة المتعلقة بالتغطية في مجال الرعاية الصحية. وفي باكستان أُتيحت للاجئين إمكانية الوصول إلى النظم الصحية الوطنية على قدم المساواة مع المواطنين، ونفذت المفوضية استراتيجية انتقالية لتحسين الاستدامة، مع التركيز على صحة الأم والطفل. وعلى الصعيد العالمي، اعتبر ٥٩ في المائة من موظفي الصحة العامة العاملين في المفوضية أن التحسين في الوصول إلى النظم الصحية الوطنية كان إيجابيا (انظر الشكل الثالث عشر).

الشكل الثاني عشر

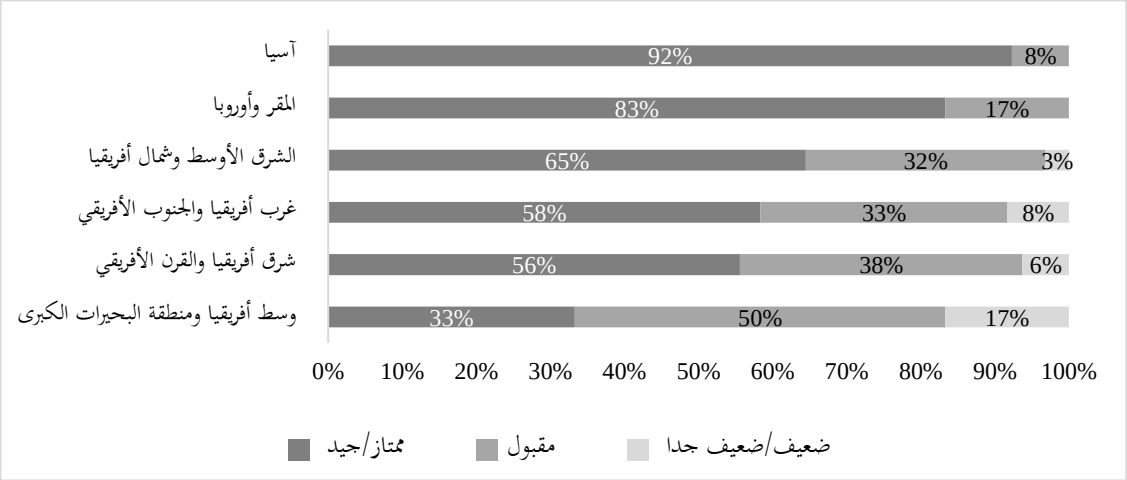
العمليات التي تحقق فيها إدماج اللاجئين في نظم الرعاية الصحية الوطنية



المصدر: UNHCR, “UNHCR diagnostic tool for alternatives to camps: 2017 global results”.

الشكل الثالث عشر

منظورات موظفي المكتب بشأن تحسين إمكانية الوصول إلى النظم الصحية الوطنية، ٢٠١٤-٢٠١٨ (١٥٢ موظفا)



المصدر: استقصاء أجراه مكتب خدمات الرقابة الداخلية في صفوف موظفي الصحة العامة العاملين في المفوضية.

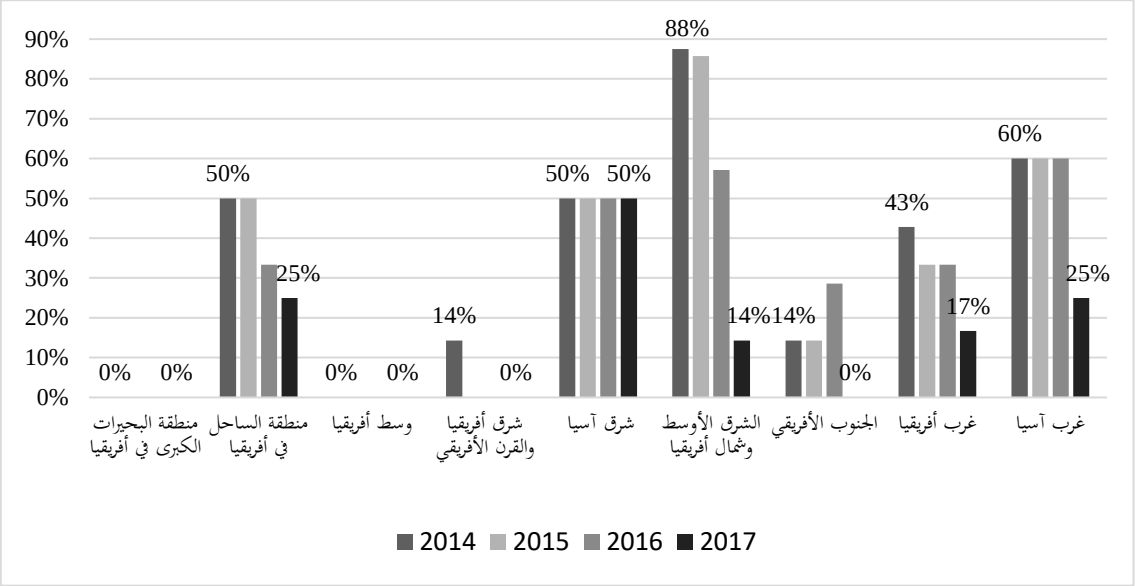
٤٣ - ظلت المفوضية تواجه قيودا خارجية تعيق الإدماج تتعلق في المقام الأول بسياسات الحكومات المضيفة، وحالة النظم الصحية الوطنية، وتكلفة خدمات الرعاية الصحية الوطنية المتوفرة في العمليات القطرية. وبيّنت نتائج استقصاء الموظفين أن تشريعات وسياسات الحكومات المضيفة تعتبر عاملا معرقلا في نظر ٦١ في المائة من موظفي الصحة العامة في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، ولكنها اعتبرت عاملا تمكينيا في نظر ٨٣ في المائة من الموظفين في غرب أفريقيا. وفي ماليزيا، أشارت الجهات صاحبة المصلحة إلى بيئة الحماية المحفوفة بالتحديات، وافتقار اللاجئين إلى الوثائق القانونية، بوصفهما العائقين الرئيسيين لإمكانية الوصول إلى النظم الصحية الوطنية[١٩]. وفي الأردن، أشار الأشخاص الذين أجريت مقابلات معهم إلى تلقي المفوضية طلبا لتكييف معايير الأهلية نتيجةً لإنهاء الحكومة الإعانات المقدمة للتغطية الصحية للاجئين في عام ٢٠١٨. ومثّل الإدماج في نظم وطنية ضعيفة، كما هو الحال في تشاد[٢٠] معضلة إضافية، إذ اقتضى الأمر إجراء تسويات بشأن نوعية الخدمات المقدمة، وذلك نتيجةٍ لسياسات الإدماج، إلا في الحالات التي قُدّم فيها دعم كبير إلى النظام الوطني في المناطق التي تستضيف اللاجئين. وأبلغ اللاجئون أنفسهم عن وجود الحواجز نفسها في مختلف البلدان، وهي عدم القدرة على دفع تكاليف الرعاية الصحية بسبب عدم منحهم الحق في العمل، والمسافات الشاسعة التي يتوجب قطعها للوصول إلى المرافق الصحية، والوصم الثقافي. ويبيّن الشكل الرابع عشر تأثير بعض من هذه الحواجز على إمكانية الوصول إلى الرعاية الصحية الإنجابية.

(١٩) للمزيد من المعلومات انظر: Fiona Leh Hoon Chuah and others, "The health needs and access barriers among refugees and asylum-seekers in Malaysia: a qualitative study", *International Journal for Equity in Health*, vol. 17, No. 120 (2018).

(٢٠) مكتب الأمم المتحدة لتنسيق الشؤون الإنسانية، "تشاد: استعراض عام للحالة الإنسانية (آب/أغسطس ٢٠١٨)"، ٩ آب/أغسطس ٢٠١٨.

الشكل الرابع عشر

نسبة البلدان، بحسب المناطق، التي أبلغت أن إمكانية وصول اللاجئين إلى خدمات الأمومة والأطفال حديثي الولادة مكفولة على قدم المساواة مع مواطنيها، ٢٠١٤-٢٠١٧



المصدر: التقارير السنوية الصادرة عن المفوضية في مجال الصحة العامة.

٤٤ - ولتخطي هذه الحواجز، شرعت المفوضية في تطبيق خطط للتأمين الصحي لفائدة اللاجئين في ١٤ بلدا، ومن بينها ١٠ بلدان تطبَّق فيها خطط متعددة السنوات. ورغم أن عدة دراسات عن التأمين الصحي على أساس المجتمعات المحلية في البلدان المنخفضة الدخل بيّنت أن للتغطية بالتأمين الصحي أثرا إيجابيا[٢١]، فإن الجهات صاحبة المصلحة في البلدان التي شملتها دراسات الحالات الإفرادية أشارت إلى وجود تحديات يواجهها اللاجئون في الانتقال من نموذج الحصول مجانا على الخدمات إلى نموذج قائم على دفع أقساط التأمين. ففي ماليزيا، أصبح نظام التأمين غير قابل للاستدامة من الناحية المالية بسبب عدم الترويج له بشكل كافٍ وعدم وجود مهلة يُسمح فيها بالاشتراك في نظام التأمين، إذ كان اللاجئون لا يشتركون في النظام إلا قبل فترة قصيرة من وصول الفواتير المتوقعة[٢٢]. وفي كانون الأول/ديسمبر ٢٠١٨، أجرت المفوضية ومنظمة العمل الدولية استعراضا مشتركا للمذكرة التوجيهية المتعلقة بخطط التأمين الصحي للاجئين وغيرهم من الأشخاص موضع اهتمام المفوضية، استنادا إلى الدروس المستفادة على مدى السنوات العشر السابقة.

(٢١) انظر: Paul Spiegel, Rebecca Chanis and Antonio Trujillo, “Innovative health financing for refugees”, BMC Medicine, vol. 16, No. 90 (2018).

(٢٢) في عامي ٢٠١٧ و ٢٠١٨، تجاوزت مدفوعات تسديد المطالبات مبالغ الأقساط المحصلة.

جيم – كان للشراكات وأنشطة التنسيق دور حاسم الأهمية لضمان فعالية وكفاءة التنفيذ، واستُفيد منها في بعض الحالات لمعالجة الفجوات والقيود

كانت إدارة ورصد الشركاء المنفذين إيجابية في معظمها، ولكن كانت هناك تحديات ناجمة عن حالات تأخير في توقيع الاتفاقات وعن تفاوت قدرات الشركاء

٤٥ – قدمت المفوضية خدمات الصحة العامة عن طريق الشركاء المنفذين الذين يتلقون التمويل من المكتب. ويخضع التعامل مع الشركاء المنفذين لأحكام الإطار المعزز للتنفيذ مع الشركاء، الذي يرد فيه وصف مفصل لعملية الاختيار، وتوقيع اتفاقات الشراكة السنوية للمشاريع ورصد التنفيذ. واعتبرت الجهات صاحبة المصلحة أن أنشطة الإدارة والرصد التي تقوم بها المفوضية تجاه الشركاء المنفذين في مجال الصحة كانت إيجابية بوجه عام. ومن بين الشركاء المنفذين الذين شملهم الاستقصاء، اعتبر ٧٧ في المائة أن شراكتهم مع المفوضية جيدة أو ممتازة، وأفاد الشركاء الذين أجريت معهم مقابلات في مواقع العمليات، مثل أوغندا والكاميرون، أن تعاونهم مع المفوضية كان إيجابيا جدا. ووافق الشركاء والموظفون على أن عمليات الإبلاغ تزود المفوضية ببيانات عالية الجودة بشأن عمليات الشركاء المنفذين (٨٤ و ٩٠ في المائة، على التوالي).

٤٦ – ومع ذلك، بيّن استعراض شمل ٢٤ تقريرا من تقارير مراجعة الحسابات في عامي ٢٠١٧ و ٢٠١٨ بشأن إدارة الشركاء بصفة عامة أن ٦٧ في المائة من العمليات كانت تعاني من أوجه قصور في رصد الأداء. وأعرب عدد من الشركاء الذين أجريت مقابلات معهم عن شعورهم بالإحباط لأن حالات التأخير في توقيع اتفاقات الشراكة في المشاريع قد أثرت سلبيا على التنفيذ. ومن بين العمليات التي خضعت لمراجعة الحسابات في عامي ٢٠١٧ و ٢٠١٨، تبيّن أن ٤٢ في المائة منها شهد تأخيرات في توقيع الاتفاقات، وأشار ٢٧ في المائة من الشركاء الذين شملهم الاستقصاء إلى أن المدة التي تستغرقها عملية اختيار الشركاء وإجراءات انضمامهم فعليا إلى المشروع تؤثر سلبيا على تقديم الخدمات. وفي أوغندا، أدت مشاركة الحكومة في اختيار الشركاء المنفذين إلى تعريض العملية للخطر، على الرغم من اتخاذ الخطوات في وقت لاحق لتصحيح هذا الوضع[٢٣].

٤٧ – وأتاحت المقابلات مع الشركاء والموظفين والزيارات الميدانية تسليط الضوء على وجود تفاوت كبير في توفر الشركاء وفي قدراتهم. فإضافة إلى القيود المفروضة على قوام الموظفين والمعدات المشار إليها في النتيجة باء، لوحظ أيضا وجود أوجه قصور في القدرة التنظيمية في الأردن وماليزيا، على الرغم من التدريب الذي تقدمه المفوضية. وذكر ٣٥ في المائة من الشركاء المنفذين الذين شملهم الاستقصاء أن رضاهم عن فرص التدريب التي تقدمها المفوضية ضئيل جدا أو معدوم، كما أن ارتفاع معدل دوران الموظفين وانخفاض عدد المنظمات المتوفرة بعد مراحل الطوارئ ساهما في بروز تحديات فيما يتعلق بالقدرات. وفي بعض الحالات، تأثر توفر المنظمات غير الحكومية الدولية تأثرا سلبيا بقوانين الحكومات المضيفة.

٤٨ – وسلطت دراسات الحالات الإفرادية الضوء على الاضطرار للقبول بتنازلات حين الاختيار بين إدماج الشراكات والتنويع. ففي ثلاث عمليات، أدى الإدماج إلى خفض عبء الإدارة وأتاح زيادة

(٢٣) مكتب خدمات الرقابة الداخلية، شعبة المراجعة الداخلية للحسابات، ”التقرير ٠٩٧/٢٠١٨: مراجعة حسابات العمليات في أوغندا لمفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين“، ١٧ تشرين الأول/أكتوبر ٢٠١٨.

مسؤولية الشركاء المنفذين عن تقديم الخدمات، بما يتمشى مع التوجيهات الواردة في الاستراتيجية العالمية للصحة العامة، ولكن، في عملية أخرى، أتاح التنويع تخفيف خطر وجود شريك وحيد، وسمح للشركاء المنفذين بامتلاك مزيد من القدرات المتخصصة. وفي جميع دراسات الحالات الإفرادية، بذلت جهود من أجل إشراك الشركاء على الصعيدين المحلي والوطني لتحسين الاستدامة، وفقا لاتفاق ''الصفقة الكبرى'' لعام ٢٠١٦.

بيّنت دراسات الحالات الإفرادية بعض مواطن الضعف في التنسيق مع وكالات الأمم المتحدة

٤٩ - ظهرت تحديات في الشراكات العملياتية التي أبرمتها المفوضية، ولا سيما مع وكالات الأمم المتحدة، ويعزى ذلك جزئيا إلى اختلافات في الولايات وفي النهج. ورغم أن معظم الموظفين والشركاء (٩١ في المائة و ٨٣ في المائة، على التوالي) ذكروا أنهم يشعرون أن توزيع الأدوار والمسؤوليات بين المفوضية والشركاء غير التابعين للأمم المتحدة كان واضحا ومحددا بشكل جيد، فإن عددا أقل بقليل (٨٦ في المائة من الموظفين، و ٨٠ في المائة من الشركاء) قالوا إنهم يعتقدون أن الشيء نفسه ينطبق على الشركاء التابعين للأمم المتحدة. ووقعت المفوضية مذكرة تفاهم عالمية مع منظمة الصحة العالمية، التي تؤدي دورا يتسم بطابع معياري أكثر، وهي النظير الرئيسي لوزارة الصحة على الصعيد القطري، ولكن لم ترد في دراسات الحالات الإفرادية سوى أمثلة قليلة على الأنشطة المشتركة للدعوة أو على توضيح المسؤوليات فيما يتعلق بتعزيز النظم الصحية. وأشار الأشخاص الذين أجريت معهم مقابلات في المواقع الميدانية إلى وجود تحديات في التعامل مع برنامج الأغذية العالمي، الذي وقّعت معه المفوضية أيضاً مذكرة تفاهم عالمية، وتجري معه بعثات مشتركة للتقييم والرصد والتخطيط. وتفاوتت العلاقة على المستوى القطري، وكانت سيئة جدا في إحدى دراسات الحالات الإفرادية، وأثرت سلبيا في إيصال المساعدات الغذائية على المستوى الملائم لتلبية الاحتياجات.

٥٠ - وتؤدي منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) دورا عالميا في مجال توفير التغذية للأطفال دون سن الخامسة، والصحة المدرسية، وتوفير المياه وخدمات الصرف الصحي والنظافة الصحية، ولكن مستوى مشاركتها يتفاوت بشكل كبير حسب العمليات، ويحول دون وضع نهوج منتظمة والمشاركة بانتظام. وفي الأردن، نفذت اليونيسيف برنامجا لتوفير المياه وخدمات الصرف الصحي والنظافة الصحية، أدت فيه المفوضية دور الرصد. ورغم أن الشراكات التشغيلية قد وفرت مزيدا من القدرات والموارد، فإن اختلاف النهوج والهياكل الإدارية والعلاقات مع الجهات المانحة فرضت أيضا تحديات على المفوضية، بالنظر إلى الدور الذي تضطلع به بوصفها ''الملاذ الأخير لتقديم المساعدة''. وأشار الشركاء والموظفون الذين أجريت معهم مقابلات إلى التنافس على التمويل بوصفه تحديا يؤثر في توطيد العلاقات.

اقتضى نهج الإدماج زيادة الشراكات مع الحكومات والجهات الفاعلة الإنمائية

٥١ - يسرت الشراكات مع الحكومات على الصعيدين الوطني والمحلي الوصول إلى مستويات مختلفة في جميع دراسات الحالات الإفرادية على النحو المشار إليه في النتيجة باء، وعالجت، بدرجات متفاوتة، الضغوط المفروضة على الجهات المعنية بتقديم الخدمات في البلدان المضيفة حين تدفق اللاجئين بأعداد كبيرة. ووفّر إطار التعامل الشامل مع مسألة اللاجئين، بالطريقة التي طُبق فيها في أوغندا، إطارا قويا للإدماج. وفي الكاميرون، ساعد اتباع نهج تحديث المرافق الوطنية والسماح للمجتمعات المحلية المضيفة

بالوصول إليها، على تحسين الخدمات الصحية المقدمة للسكان المضيفين واللاجئين في مناطق كان مستوى تقديم الخدمات فيها متدنيا في السابق.

٥٢ - وللتشجيع على الإدماج وتعزيز النظم الصحية ومعالجة القيود المفروضة على الموارد، أقامت بعض العمليات علاقات مع الجهات الفاعلة الإنمائية، مثل البنك الدولي. فلقد تلقت أوغندا تمويلا قدره ٥٠ مليون دولار من البنك الدولي عن طريق مبادرة تمكين اللاجئين والسكان المضيفين لتحسين الخدمات وسد الفجوة في التنمية. وفي الكاميرون وتشاد، أُقرّت دفعات تمويلية من البنك الدولي في عام ٢٠١٨ لتحسين الخدمات المقدمة إلى اللاجئين، بما يشمل الخدمات في مجال الصحة، بمبلغ قدره ٢٧٤ مليون دولار للكاميرون و ٦٠ مليون دولار لتشاد، على التوالي. ونفذت الكاميرون أيضا استراتيجية متعددة السنوات ومتعددة الشركاء، وانتهجت باكستان نهجا إنمائي المنحى لنقل مسؤوليات تقديم الخدمات الصحية للاجئين إلى الحكومة المضيفة. وفي عام ٢٠١٧، كانت كتلة التمويل الإنمائي تزيد بنحو تسعة أضعاف على التمويل الإنساني، وأتاح ذلك فرصة للتخفيف من آثار تراجع التمويل[٢٤].

استخدم المكتب قدرته على جمع الجهات الفاعلة لتقديم الخدمات بصورة منسقة في مجال الصحة العامة

٥٣ - يسرت المفوضية التنسيق على المستوى التشغيلي لتجنب الازدواجية في تقديم الخدمات. وأعرب ٨٩ في المائة من الشركاء و ٩٦ في المائة من الموظفين المشمولين بالاستقصاء عن موافقتهم على أن التنسيق قد كفل التكامل بين الخدمات وتجنب الازدواجية، وأفاد ٩٥ في المائة من الموظفين بأن التنسيق قد كفل سد الفجوات وتغطية والاحتياجات. وقُدّمت أمثلة داعمة لذلك في دراسات الحالات الإفرادية والمقابلات مع الشركاء. ففي أوغندا، اشتركت المفوضية مع حكومة المقاطعة في قيادة جهود تنسيق أنشطة أكثر من ٣٠ من الشركاء العاملين في مجال توفير المياه وخدمات الصرف الصحي والنظافة الصحية، وأبلغت الجهات صاحبة المصلحة أن ذلك قد حقق نجاحا كبيرا. وفي ماليزيا، جمع الفريق العامل المعني بشؤون الصحة الشركاء المنفذين والشركاء الحكوميين معا لمعالجة المشاكل المشتركة.

٥٤ - وأتاحت الشراكات مع المجتمعات المحلية للاجئين فرصا لمشاركة المجتمعات المحلية ونشر الرسائل بفعالية أكبر ومزيدا من الاستدامة. وحقق التعاون في إطار الشراكات فعالية ملحوظة بصفة خاصة في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، حيث اعتبر ٨٠ في المائة من الموظفين أن هذا التعاون كان جيدا أو ممتازا، مقارنة بنسبة تراوحت بين ٦٢ و ٦٨ في المائة من الموظفين في مناطق أخرى. وفي أوغندا والكاميرون، اضطلع أفراد المجتمعات المحلية بالمسؤولية عن المحافظة على مواقع تقديم خدمات المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية، بما في ذلك حُفر الآبار. وفي باكستان، أدارت لجان اللاجئين صناديق مجتمعية وتولت الإشراف على المرافق الصحية. ولكن، اشتكى اللاجئون في المناقشات الجماعية المركزة من أن درجة الاتصال مع المفوضية لم تكن كافية.

(٢٤) ١٤٧ بليون دولار مقابل ١٦,٥ بليون دولار (منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي).

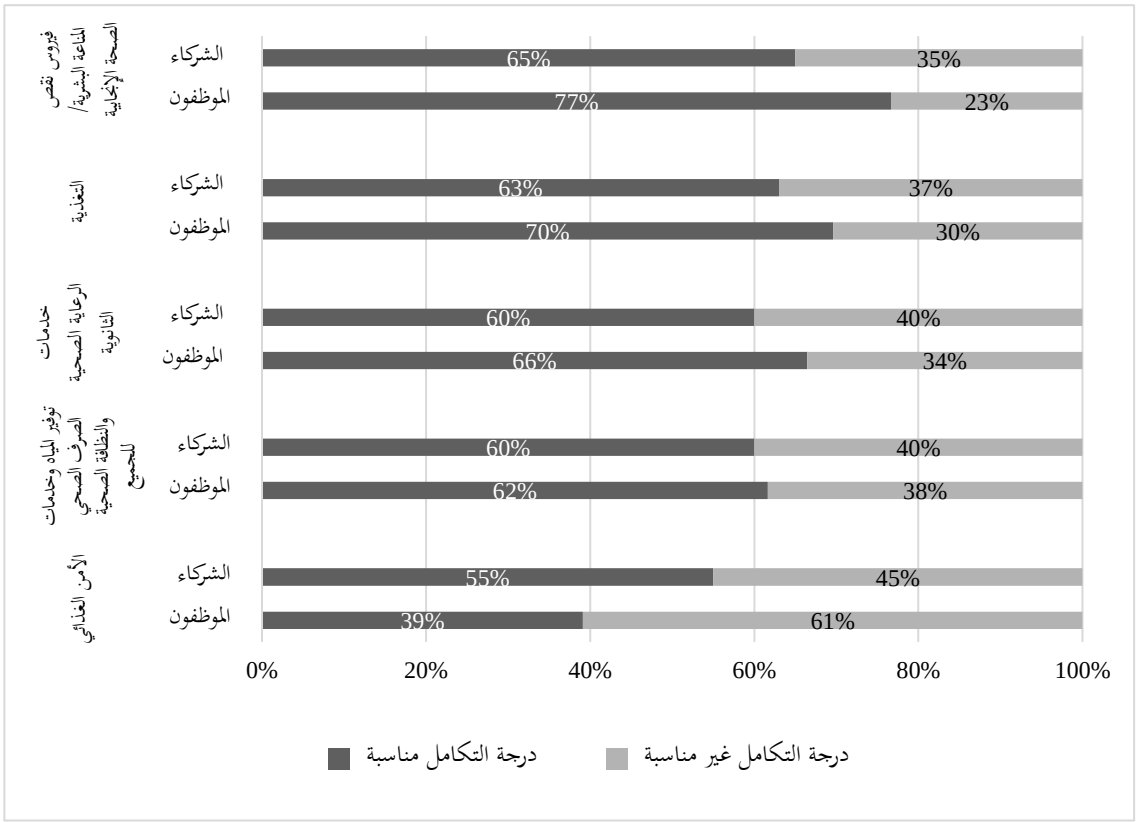
دال – واجهت برامج تقديم الخدمات الصحية العامة بفعالية وكفاءة تحديات تمثلت في الافتقار إلى درجة كافية من التكامل عبر القطاعات الفرعية للصحة العامة، وفيما بين قطاعات الصحة العامة والحماية والتعليم وتوفير المأوى، وعدم كفاية الرصد العالمي للنتائج في مجال الصحة.

وتفاوت مستوى التكامل بين قطاع الرعاية الصحية الأولية والقطاعات الفرعية الأخرى باختلاف البلدان، ولكنه ظل محدودا بوجه عام فيما يتعلق بالأمن الغذائي.

٥٥ - وعلى الصعيد العالمي، ذكر الشركاء في مجال الصحة العامة وموظفو الصحة العامة الذين شملهم الاستقصاء أنهم يرون أن القطاع الفرعي المعني بفيروس نقص المناعة البشرية والصحة الإنجابية كان الأكثر تكاملا مع القطاع الفرعي للرعاية الصحية الأولية، تليه التغذية والرعاية الصحية الثانوية وتوفير المياه وخدمات الصرف الصحي والنظافة الصحية (انظر الشكل الخامس عشر). أما القطاع الفرعي للأمن الغذائي فقد كان الأقل تكاملا.

الشكل الخامس عشر

تصورات الشركاء والموظفين عن درجة التكامل بين القطاع الفرعي للرعاية الصحية الأولية والقطاعات الفرعية الأخرى (١١٣ شريكا و ١٥٢ موظفا)



المصدر: استقصاءات أجراها مكتب خدمات الرقابة الداخلية في صفوف موظفي الصحة العامة العاملين في المفوضية وشركائها.

٥٦ - وكان هناك توافق واسع في الآراء بين الموظفين على أن من الملائم إدراج أنشطة توفير المياه وخدمات الصرف الصحي والنظافة الصحية ضمن برنامج الصحة العامة. ولكن أفاد الموظفون في ثلاثة من البلدان الأربعة التي شملتها دراسات الحالات الإفرادية وتضمنت أنشطة تتعلق بتوفير المياه وخدمات الصرف الصحي والنظافة الصحية أن إدماج تلك الأنشطة في برنامج الصحة العامة بصفة عامة لم يكن كافيا. وكانت أوغندا أحد تلك البلدان، حيث أشار الشركاء والموظفون إلى الافتقار إلى التواؤم بين برامج التوعية بشأن النظافة الصحية التي يديرها الشركاء في مجال الصحة العامة وخدمات توفير المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية على الرغم من أن الاستراتيجية القطرية للصحة العامة شملت أنشطة توفير المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية. وكانت شعبة المراجعة الداخلية للحسابات قد أجرت عملية مراجعة لبرامج توفير المياه وخدمات الصرف الصحي والنظافة الصحية على الصعيد العالمي في عام ٢٠١٦، وأوصت فيها أيضا بأن تكفل شعبة دعم البرامج وإدارتها تحسين التعاون بين القطاعين الفرعيين فيما يتعلق بالتوعية بشأن النظافة الصحية.

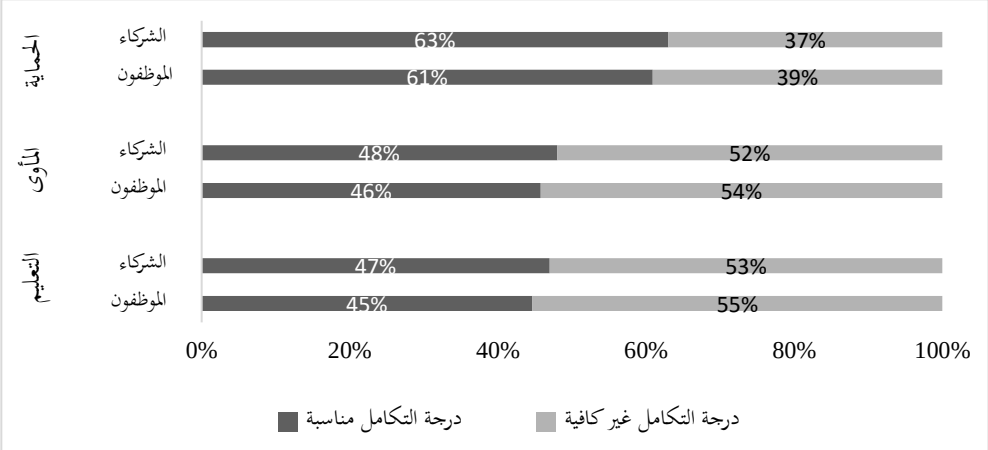
٥٧ - وذكر عدد من الموظفين في المقر وفي العمليات القطرية أنهم يرون أن وجود ميزانيات منفصلة للقطاعات الفرعية يعوق تقديم الخدمات بشكل متكامل. وذكر بعضهم أن التمويل المخصص لأهداف محددة يساهم في خلق نهج متشتت إزاء بعض المجالات المتخصصة المتعلقة بالصحة التي تؤثر في التخطيط والتنفيذ المتكاملين.

ذكر موظفو الصحة العامة أنهم يعتقدون أن الصحة لا يُنظر إليها في الوكالة بوصفها جزءا من ولاية المكتب الأساسية المتمثلة في توفير الحماية، وأن التكامل مع قطاعي التعليم وتوفير المأوى يعتبر غير كاف.

٥٨ - على الرغم من الصلة القوية بين الصحة العامة والحماية، التي سُلط عليها الضوء في الاستراتيجية العالمية للصحة العامة، ذكر موظفو الصحة العامة الذين أجريت معهم مقابلات أنهم يرون أن ضمان الحصول على الرعاية الصحية لا يُنظر إليها في كل مكان بوصفها مسألة تتعلق بالحماية، وبالتالي لا تُمنح أولوية كافية داخل المفوضية. وأشار أيضا العديد من موظفين المقر، العاملين سواء في مجال الصحة العامة أو غير ذلك، إلى أن ثمة مناقشة أوسع نطاقا داخل الوكالة بشأن ما إذا كان تقديم الخدمات الأساسية، بما في ذلك الصحة، عنصرا من عناصر ولاية الحماية المنوطة بها. وعلى الصعيد العالمي، ذكر ٦٣ في المائة من الشركاء و ٦١ في المائة من الموظفين أنهم يعتقدون أن مستوى التكامل بين الصحة العامة والحماية كان مناسبا (انظر الشكل السادس عشر)، وبعض الأمثلة على التعاون على التصدي للعنف الجنسي والجنساني ذُكرت في دراسات الحالات الإفرادية.

الشكل السادس عشر

تصورات الشركاء والموظفين بشأن التكامل بين الصحة العامة والقطاعات الأخرى (١١٣ شريكا و ١٥٦ موظفا)



المصدر: استقصاءات أجراها مكتب خدمات الرقابة الداخلية في صفوف موظفي الصحة العامة العاملين في المفوضية وشركائها.

٥٩ - وذكر الشركاء والموظفون الذين أجريت مقابلات معهم في البلدان المشمولة بدراسات الحالات الإفرادية أنهم يرون عموما أن التنسيق بين قطاع الصحة العامة والقطاعات الأخرى، بما في ذلك الحماية، كان يجري بشكل فاعل في المخيمات، حيث كان هناك تفاعل منتظم بين القطاعات وحيث تُرفع إلى مدير المخيم تقارير من جميع القطاعات. ولكن، في المقر والمكاتب القطرية، أشار الموظفون إلى الافتقار بدرجة كبيرة إلى نهج متعدد القطاعات في مجال البرمجة، بما في ذلك الروابط الهيكلية، وذكروا أن اشتراك موظفي الحماية في برامج الصحة العامة كان يجري في حالات مخصصة ويستند إلى حد بعيد إلى الاهتمامات والعلاقات الفردية.

٦٠ - وذكر أقل من نصف عدد الشركاء وموظفي الصحة العامة الذين شملهم الاستقصاء أنهم يعتقدون أن هناك مستوى مناسباً من التكامل مع قطاعي توفير المأوى أو التعليم، كما هو مبين في الشكل السادس عشر. وأشار البعض إلى أن دور اليونيسيف في قيادة برامج التعليم، بما في ذلك برامج الصحة المدرسية للاجئين، في العديد من البلدان يمكن أن يفسر سبب انقطاع الصلة مع قطاع التعليم. وذكر الموظفون الذين شملهم الاستقصاء والموظفون الذين أجريت مقابلات معهم أن ثمة مجالات يمكن فيها من خلال زيادة التنسيق عبر القطاعات تحقيق فائدة على صعيد النتائج الصحية للاجئين، مثل الدعم في مجال الصحة العقلية والصحة النفسية والاجتماعية (مع الحماية) والتواصل مع المجتمعات المحلية والتعبئة (مع الحماية المجتمعية). وسلط الموظفون والشركاء الضوء أيضا على أهمية توفير المساعدة النقدية وزيادة التكامل بين برامج الصحة العامة وسبل كسب المعيشة، من أجل كفالة الأمن الغذائي وتذليل حاجز التكلفة الذي يعيق الوصول إلى الخدمات الصحية.

النتائج الصحية التي تحققت لفائدة اللاجئين ترصد ويسترشد بها في إعداد البرامج في البلدان، ولكن هناك فجوات في الرصد على الصعيد العالمي

٦١ - تستخدم المفوضية نظام معلومات الصحة لجمع بيانات سريرية ووبائية موحدة عن اللاجئين، باستخدام ٢٢ فئة و ٥١٣ ٢ مؤشراً. وفي عام ٢٠١٧، استُخدم النظام في مخيمات ومواقع في ١٨ بلدا[٢٥]. وتُجمع أيضا البيانات عن النتائج الصحية التي تحققت لفائدة للاجئين عن طريق التقارير الواردة من الشركاء المنفذين وكذلك، في عدد محدود من البلدان، عن طريق استقصاءات بشأن الوصول إلى الخدمات الصحية واستخدامها، واستقصاءات بشأن المعارف والمواقف والممارسات، واستقصاءات موسعة موحدة بشأن التغذية، أُشير إليها في النتيجة ألف. وجرى تقييم ما مجموعه ٨٠ من المرافق الصحية في سبعة بلدان عن طريق تمرين تقييمٍ متوازنٍ للأداء. وعلى المستويين القطري ودون القطري، ذكر معظم الشركاء والموظفين أنهم يرون أن نظم جمع البيانات المستخدمة في المفوضية كافية لرصد أنشطة الصحة العامة ونتائجها (٧٨ في المائة من الشركاء و ٨٩ في المائة من الموظفين) وأن مديري البرامج في المفوضية يستخدمون البيانات المتاحة لاتخاذ القرارات المتعلقة ببرامج الصحة العامة (٨٣ في المائة من الشركاء و ٩١ في المائة من الموظفين).

٦٢ - وعلى الصعيد العالمي، يجمع قسم الصحة العامة في المقر البيانات من العمليات القطرية سنويا، ويعد التقارير العالمية وتقارير عن بلدان محددة. وتشمل البيانات مؤشرات عن صحة اللاجئين في المواقع وعلى مستوى البلدان تُجمع عن طريق نظام معلومات الصحة، ومجموعة من مؤشرات الصحة العامة الرئيسية التي تبلغ عنها العمليات القطرية سنويا عن طريق ''منصة تواين'' مع تخصيص ميزانية للصحة العامة قدرها ٠,٥ مليون دولار أو أكثر واستقصاء بشأن إدماج اللاجئين في النظم الصحية الوطنية، الذي جرى في إطار مشروع رائد في عام ٢٠١٨. وفي أواخر عام ٢٠١٨، شُرع في تطوير نظام جديد لمعلومات الصحة ليحل محل ''نظام تواين''.

٦٣ - ومع ذلك، ذُكر أن النتائج لا ترصد بدقة على الصعيد العالمي، ولا سيما بالنسبة إلى اللاجئين خارج المخيمات، حيث لا توجد بشأنهم بيانات عن النتائج الصحية. فالبيانات المستمدة من نظام معلومات الصحة بشأن العمليات القطرية الـ ١٨ التي أجريت في عام ٢٠١٧ غطت ٤,٣ ملايين لاجئ في مخيمات أو مواقع محددة[٢٦] لا يمثلون سوى ٥٨ في المائة من عدد اللاجئين في تلك العمليات، و ٢٧ في المائة من مجموع اللاجئين في العالم. وتوفرت البيانات عن مؤشرات الصحة العامة بشأن ٤٠ عملية فقط من أصل مجموع العمليات الـ ٦٢ التي خصصت لها ميزانية للصحة العامة. وشملت العمليات الـ ٢١ التي أبلغت عن بيانات سنوية ٨ عمليات خصصت لها ميزانية للصحة العامة تجاوزت ٠,٥ مليون دولار في تلك السنة. وعلاوة على ذلك، لم يتوفر منظور كامل للمؤشرات الصحية في العمليات القطرية الـ ٤٠ التي تقدم تقارير سنوية عن بياناتها، لأن البيانات لا تجمع إلا عن القطاعات الفرعية التي تغطيها عملية المفوضية في كل عملية قطرية. وإن الافتقار إلى بيانات قطرية شاملة وقابلة للمقارنة، وكذلك إلى بيانات عن النتائج الصحية خارج المخيمات، شكل تحديا لدور المقر والمكاتب الإقليمية على صعيد رصد المعايير المحددة في الاستراتيجية العالمية للصحة العامة وكفالة استيفاءها في جميع

(٢٥) UNHCR, "UNHCR public health: 2017 annual global overview".

(٢٦) يستخدم نظام معلومات الصحة في العراق والأردن أيضا، ويغطي ٠٠٠ ٤٠٠ لاجئ إضافي، ولكن البيانات الخاصة بهم لم تدرج في مجموعات البيانات المقدمة إلى مكتب خدمات الرقابة الداخلية.

القطاعات الفرعية، وتحديا على صعيد كفالة صنع القرار على نحو يمكن التنبؤ به للمشاركة في مختلف القطاعات الفرعية.

خامسا – الاستنتاج

٦٤ – نفذت المفوضية برنامجا معقدا واسع النطاق للصحة العامة في سياق اتسم بتزايد التشرد والقيود على الموارد وبيئات معقدة للحماية بهدف الوفاء بولايتها المتمثلة في تمكين اللاجئين من إعمال حقوقهم في الحصول على الرعاية الصحية، والأمن الغذائي، والمياه وخدمات الصرف الصحي والنظافة الصحية. وفي الوقت نفسه، أتاح إعلان نيويورك من أجل اللاجئين والمهاجرين وزيادة مشاركة الحكومات والجهات الفاعلة الإنمائية فتح الآفاق لفرص جديدة لتذليل هذه التحديات. وتقتضي أولوية الأهداف والنتائج في مجال الصحة العامة لفائدة اللاجئين أن تكون هذه التدخلات مدمجة على نحو كامل بوصفها جزءا من شواغل الحماية في التخطيط والتنفيذ على الصعيدين العالمي والقطري، وهذا أمر لم يحدث دائماً. وبالإضافة إلى ذلك، لا بد من التحرك صوب نهوج استراتيجية طويلة الأجل لضمان استمرارية تقديم الخدمات بعد تراجع التمويل وانخفاض درجة انخراط الشركاء. وأدت المفوضية وموظفوها بتفانيهم واجتهادهم أداء يدعو إلى الإعجاب عبر تقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية الجيدة النوعية، لا سيما في المخيمات، في مناخ تسوده قيود كثيرة، وعملوا على تذليل الحواجز التي تعوق الوصول إلى النظم الصحية الوطنية. ومع ذلك، هناك حاجة إلى مزيد من العمل لمعالجة الحقائق خارج المخيمات، ولا سيما في إطار الأزمات الأطول أمداً، وكفالة تحسين شراكات الأمم المتحدة على النحو الأمثل. ولئن كانت التطورات الأخيرة والتغييرات في طريقة التفكير نحو التوصل إلى حلول مستدامة، بما في ذلك التمويل المتعدد السنوات مع شركاء متعددين والتعاون مع الحكومات والشركاء في التنمية هي خطوة في الاتجاه الصحيح، فإنه يتعين على إدارة المفوضية أيضا أن تكفل التخطيط الاستراتيجي بشكل منهجي وأن تكون الصحة مدمجة بشكل كامل في العمليات الداخلية والبرمجة وصنع القرار.

سادسا – التوصيات

٦٥ – تصدر شعبة التفتيش والتقييم التابعة لمكتب خدمات الرقابة الداخلية خمس توصيات مهمة للمفوضية، وهي ما يلي:

التوصية ١: الاستراتيجية العالمية للصحة العامة (النتيجتان ألف وباء)

٦٦ – ينبغي للمفوضية أن تركز بشكل أكبر في الاستراتيجية المقبلة للصحة العامة على التحول نحو دعم نظم الصحة بشكل يحقق مزيدا من الاستدامة والإدماج، وتوجيه العمليات القطرية من خلال وضع إجراءات ومؤشرات لقياس التقدم المحرز نحو تحقيق الإدماج، وتحديد وتطوير دور المكتب في تعزيز النظم الصحية وتيسير إشراك الجهات الفاعلة الأخرى في معالجة احتياجات الصحة العامة لفائدة اللاجئين.

المؤشرات: أن تتضمن الاستراتيجية العالمية للصحة العامة بعد عام ٢٠١٨ إدراج العناصر المذكورة.

التوصية ٢ (النتيجة ألف)

٦٧ - ينبغي للمفوضية أن تخطط بطريقة تطلعية واستراتيجية على المستوى العملياتي لكفالة التعاون منهجيا في تلبية الاحتياجات ووضع خيارات الاستجابة المبكرة لسيناريوهات ما بعد حالات الطوارئ والمراحل الانتقالية، مع تعميم مراعاة الصحة العامة في التخطيط على نطاق العمليات.

المؤشرات: وضع وتتبع إرشادات بشأن اتخاذ القرارات بشكل منهجي وقائم على الأدلة فيما يتعلق بالانخراط في أنشطة الصحة العامة على الصعيد القطري؛ وتبادل الدروس المستفادة بشأن التخطيط للمراحل الانتقالية على نطاق العمليات كلها؛ وإدماج بارامترات للتخطيط للسيناريوهات على نطاق العمليات في إطار النتائج الجديد الذي هو جزء من مشروع تجديد الإدارة القائمة على النتائج.

التوصية ٣ البيانات (النتائج ألف وباء ودال)

٦٨ - ينبغي للمفوضية تحسين رصد النتائج الصحية خارج المخيمات، بوسائل تشمل استخدام البيانات لاتخاذ قرارات استراتيجية.

المؤشرات: تعكس استراتيجية الصحة العامة بعد عام ٢٠١٨ النهوج المختلفة لتحسين رصد صحة اللاجئين خارج المخيمات؛ واستمرار أنشطة الدعوة لدى الحكومات المضيفة بشأن جمع وتصنيف البيانات الرئيسة المتعلقة باللاجئين والإبلاغ عنها، بما في ذلك البيانات الصحية، حين تسمح بيئة الحماية بذلك؛ وتوفير التوجيه والتدريب لتعزيز قدرات موظفي المفوضية والشركاء المنفذين في مجال جمع بيانات عن البرامج وتحليلها واستخدامها؛ وتوسيع عدد و/أو نطاق الاستقصاءات المتعلقة بإمكانية الوصول إلى الخدمات الصحية والاستفادة منها حيثما كان ذلك ممكنا.

التوصية ٤ الشراكات (النتيجة جيم)

٦٩ - ينبغي للمفوضية من أجل تحسين الشراكات العملياتية أن تعزز آليات المتابعة الملموسة والمصممة بحسب الشركاء لمعالجة التداخلات و/أو الفجوات المحتملة مع الأمم المتحدة والشركاء الآخرين في العمليات، مع تطبيق الدروس المستفادة من المشروع التجريبي المتعدد السنوات والمتعدد الشركاء.

المؤشرات: إضفاء الطابع المؤسسي على البرمجة المتعددة السنوات والمتعددة الشركاء، واستخدام الدروس المستفادة على مر السنوات المتعددة ومن الشركاء المتعددين من خلال مشروع تجديد الإدارة القائمة على النتائج؛ وإدماج النتائج الطويلة الأجل في إطار النتائج الجديد للسماح بالتخطيط المتعدد السنوات ورصد النتائج، لتحقيق مزيد من الاتساق مع إجراءات التخطيط المحتملة لدى الشركاء في العمليات.

التوصية ٥ التكامل (النتيجة دال)

٧٠ - ينبغي للمفوضية أن تعزز الروابط المتعددة القطاعات عن طريق التشديد عليها في الاستراتيجية المقبلة للصحة العامة بهدف دعم التعلم الداخلي والصلات الداخلية، وإظهار وتوثيق النماذج الناجحة للبرمجة المتكاملة بهدف دعم أنشطة الدعوة بشأن احتياجات التمويل على الصعيد الداخلي ومع الجهات المانحة.

المؤشـــرات: توثيق نماذج التكامل وتبادلها على الصـــعيد الداخلي ومع الجهات المانحة؛ وتعزيز التركيز على الروابط عبر القطاعات في اســـتراتيجية الصـــحة العامة بعد عام ٢٠١٨، بما في ذلك كيفية تحســـين الصلات على النحو الأمثل على الصعيد القطري.

(توقيع) هايدي **مندوزا**
وكيلة الأمين العام لخدمات الرقابة الداخلية
آذار/مارس ٢٠١٩

المرفق

التعليقات الرسمية المقدمة من مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين

في هذا المرفق، يقدم مكتب خدمات الرقابة الداخلية النص الكامل للتعليقات الواردة من مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين على التقييم الذي أُجري بشأنها. ولقد شُرع في هذه الممارسة تمشيا مع قرار الجمعية العامة ٦٤/٢٦٣، بناء على توصية اللجنة الاستشارية المستقلة للمراجعة.

رد مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين على التقييم الذي أجراه بشأنها مكتب خدمات الرقابة الداخلية

١ - تشكر المفوضية شعبة التفتيش والتقييم التابعة لمكتب خدمات الرقابة الداخلية على إعطائها الفرصة لتقديم رد الإدارة على تقييم برنامج المفوضية المتعلق بالصحة العامة، وعلى وجه الخصوص الاستراتيجية العالمية للصحة العامة للفترة ٢٠١٤-٢٠١٨. ولقد قرأت المفوضية تقرير التقييم باهتمام كبير، وأحاطت علما بنتائجه وقبلت توصياته.

٢ - ومنذ إطلاق استراتيجية الصحة العامة للفترة ٢٠١٤-٢٠١٨، طرأت تغييرات هامة في البيئة الداخلية والخارجية على حد سواء وركزت الاهتمام بشكل أكبر على الطابع الطويل الأجل للكثير من حالات اللاجئين، وما أعقب ذلك من آثار على المجتمعات المحلية المضيفة التي تفتقر أصلا في كثير من الأحيان إلى الموارد الكافية, وعلى النظم الصحية الوطنية والمحلية. وبالتالي، ثمة حاجة واضحة إلى مزيد من التعاون مع الجهات الفاعلة الإنمائية، بما في ذلك في الاستجابات المبكرة لاحتياجات اللاجئين وتوفير المزيد من الدعم الاستراتيجي للنظم الصحية الوطنية. وعلى مدى السنوات الـ ١٥ الماضية، أحرزت المفوضية تقدما مطردا في هذا المجال من خلال سياساتها وممارساتها الرامية إلى تعزيز إدماج اللاجئين وغيرهم من الأشخاص موضع الاهتمام في نظم الصحة الوطنية. وفي الواقع، يسر المفوضية أن تحيط علما بأن العديد من إنجازاتها في هذا المجال قد ذُكر في تقرير التقييم.

٣ - ونحن على ثقة بأن هذا التقييم الهام والتوصيات التي يتضمنها سيساهم في زيادة إرشاد جهودنا الرامية إلى توسيع نطاق مشاركة جهات فاعلة أخرى في معالجة قضايا الصحة العامة للاجئين في حالات الطوارئ وما بعد الطوارئ، وكذلك في المخيمات وخارج المخيمات على حد سواء. ولذلك، قدمنا خطة عمل المفوضية ضمن مصفوفة رد الإدارة الذي يحدد المجالات الاستراتيجية التي نعتزم التركيز عليها في السنوات المقبلة استجابة للتوصيات.

٤ - وفي الختام، نعرب عن تقديرنا لشعبة التفتيش والتقييم التابعة لمكتب خدمات الرقابة الداخلية على تقييمها الجهود التي نبذلها في مجال الصحة العامة، ولا سيما الأفرقة التي تعاونت معنا عن كثب في هذا الجهد.