

القانون والتأهب للطوارئ الصحية العامة والاستجابة لها: الدروس

المستخلصة من جائحة كوفيد-19

برنامج قانون الكوارث التابع للاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر

© الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر، جنيف، 2021

يجوز الاستشهاد بأي جزء من هذا المنشور أو نسخه أو ترجمته إلى لغات أخرى أو تكييفه لتلبية الاحتياجات المحلية من دون إذن مسبق من الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر، شرط ذكر المصدر بوضوح.

صورة الغلاف: © الصليب الأحمر الإيطالي

للتواصل معنا:

يجب توجيه طلبات إعادة نشر هذا المنشور لغايات تجارية إلى أمانة الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر:

العنوان: شيمين دي كري 17، بوتي-ساكونيه، 1209 جنيف، سويسرا (Chemin des Crêts 17, Petit-Saconnex, 1209)
Geneva, Switzerland)

العنوان البريدي: ص.ب. 303، 1211 جنيف 19، سويسرا

الهاتف: 22 730 42 22 (0) 41+ | الفاكس: 00 42 730 22 (0) 41+ | البريد الإلكتروني: disaster.law@ifrc.org | الموقع

الإلكتروني: ifrc.org

القانون والتأهب للطوارئ الصحية العامة والاستجابة لها

الدروس المستخلصة من جائحة كوفيد-19

جدول المحتويات

شكر وتقدير	9
نبذة عن برنامج قانون الكوارث التابع للاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر	10
تمهيد	11
الاختصارات	13
قائمة المصطلحات	15
ملخص تنفيذي	21
الجزء أ: مقدمة	21
الجزء ب: الأطر القانونية والمؤسسية لحالات الطوارئ الصحية العامة	22
الجزء ج: دور القانون في التخفيف من الآثار الثانوية لحالات الطوارئ الصحية العامة والآثار على الفئات المستضعفة	34
الجزء د: التسهيلات القانونية للجهات الفاعلة في المجال الإنساني	42
التوصيات	46
اللوائح الصحية الدولية	46
الأطر القانونية والمؤسسية المحلية	47
حالات الاستثناء	51
دور القانون في التخفيف من الآثار الثانوية للطوارئ الصحية العامة والتأثيرات على الفئات المستضعفة	55
التسهيلات القانونية للجهات الفاعلة في المجال الإنساني	59
الجزء أ: المقدمة	62
1. السياق والمعلومات الأساسية	62
1.1 القانون وحالات الطوارئ الصحية العامة	62
1.2 المنهجية	65
1.3 هيكلية التقرير	69
1.4 التوصيات والتوجيهات الإضافية	70
2. الطوارئ الصحية العامة	72
2.1 تعريفات الطوارئ الصحية العامة	72
2.2 تفشي الأمراض، والأوبئة والجائحات	73

76.....	2.3 الإرهاب البيولوجي.....
77.....	2.4 "مخاطر" صحية عامة بطيئة الحدوث وغيرها.....
78.....	الجزء ب: الأطر القانونية والمؤسسية لحالات الطوارئ الصحية العامة.....
78.....	3. الأطر القانونية والمؤسسية العالمية.....
78.....	3.1 مقدمة.....
78.....	3.2 السياق العالمي.....
79.....	3.2.1 أهداف التنمية المستدامة.....
79.....	3.2.2 برنامج العمل من أجل الأمن الصحي العالمي.....
80.....	3.2.3 إطار سندي ومبادئ بانكوك.....
82.....	3.2.4 المؤتمر الدولي الثالث والثلاثون للصليب الأحمر والهلال الأحمر.....
83.....	3.2.5 الترتيبات الخاصة بجائحة كوفيد-19.....
84.....	3.2.6 الترتيبات الإقليمية.....
85.....	3.3 اللوائح الصحية الدولية لعام 2005.....
85.....	3.3.1 تطوير اللوائح الصحية الدولية.....
86.....	3.3.2 مسؤوليات منظمة الصحة العالمية بموجب اللوائح الصحية الدولية.....
87.....	3.3.3 مسؤوليات الدولة بموجب اللوائح الصحية الدولية.....
89.....	3.3.4 مراجعات اللوائح الصحية الدولية.....
91.....	3.3.5 مبادرات منظمة الصحة العالمية لتحسين التنفيذ المحلي.....
95.....	3.4 تأثير اللوائح الصحية الدولية على الأطر الوطنية المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة.....
95.....	3.4.1 القدرات الأساسية.....
96.....	3.4.2 الرصد والتقييم.....
97.....	3.4.3 المشاركة في التقييمات.....
100.....	3.4.4 إجراء التقييم اللاحق.....
101.....	3.4.5 شفافية القوانين المعنية بالطوارئ الصحية العامة.....
102.....	3.4.5 القدرة على تطبيق القدرات الأساسية اللازمة بمقتضى اللوائح الصحية الدولية.....
104.....	3.4.7 الإبلاغ والإنذار المبكر.....
107.....	4. الأطر القانونية والمؤسسية المحلية للطوارئ الصحية العامة.....

107.....	4.1 المقدمة
110.....	4.2 التكامل
110.....	4.2.1 مبادئ بانكوك والتكامل
111.....	4.2.2 الأطر التي تُهيم عليها الطوارئ الصحية العامة
112.....	4.2.3 الأطر الهجينة أو المختلطة
113.....	4.2.4 الأطر التي تُهيم عليها إدارة مخاطر الكوارث
114.....	4.2.5 التكامل القائم
114.....	4.2.6 التكامل المستقبلي
116.....	4.3 صلاحيات إدارة الطوارئ الصحية العامة في القانون المحلي
116.....	4.3.1 إدارة مخاطر الصحة العامة
119.....	4.3.2 الطوارئ الصحية العامة الثانوية
121.....	4.3.3 مراحل إدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة
124.....	4.4 التنسيق والقيادة
124.....	4.4.1 التنسيق
128.....	4.4.2 القيادة والمسؤولية القيادية
130.....	4.5 المشاركة والتمثيل
130.....	4.5.1 المقدمة
130.....	4.5.2 النهج الشامل للدولة
132.....	4.5.3 النهج الشامل للمجتمع
134.....	4.5.4 "الصحة الواحدة" والجهات الفاعلة في مجال التعاون الإنمائي
134.....	4.5.5 مقدمو الرعاية
135.....	4.5.6 الجمعيات الوطنية للصليب الأحمر والهلال الأحمر والمنظمات الإنسانية الأخرى
137.....	4.5.7 المدارس
138.....	4.5.8 القطاع المالي
138.....	4.5.9 مصنعو وموردو السلع والمعدات الأساسية
139.....	4.5.10 التمثيل
140.....	4.5.11 التأهب للطوارئ الصحية العامة: التخطيط لحالات الطوارئ

143.....	4.5.12. ترسيخ الفهم، واستخلاص الدروس
147.....	5. حالات الاستثناء والصلاحيات الاستثنائية في حالات الطوارئ الصحية العامة.
147.....	5.1. مقدمة.
149.....	5.2. مصدر وطبيعة حالات الاستثناء والصلاحيات الاستثنائية
152.....	5.3. مسؤولية الإعلان عن حالة الاستثناء
155.....	5.4. تفعيل حالات الاستثناء والصلاحيات الاستثنائية وتوقيتها
158.....	5.5. طبيعة الصلاحيات والتدابير الاستثنائية.
159.....	5.6. أثر حالات الاستثناء والصلاحيات الاستثنائية على حقوق الإنسان
161.....	5.7. الضمانات والتدقيق خلال حالات الاستثناء
161.....	5.7.1. الرقابة التشريعية
163.....	5.7.2. الرقابة القضائية
164.....	5.7.3. الشفافية
166.....	الجزء ج: دور القانون في التخفيف من الآثار الثانوية للطوارئ الصحية العامة والآثار على الفئات المستضعفة.
166.....	6. أثر حالات الطوارئ الصحية العامة على حركة التنقل والهجرة.
166.....	6.1. التنقل البشري بشكل عام.
167.....	6.2. إغلاق الحدود
170.....	6.3. اللاجئين وطالبو اللجوء
171.....	7. المأوى والإسكان.....
171.....	7.1. مقدّمة.....
172.....	7.2. التشردّ والمشرّدون
174.....	7.3. فقدان المسكن.
175.....	8. حماية الفئات المستضعفة.....
175.....	8.1. أوجه الاستضعاف في حالات الطوارئ الصحية العامة
177.....	8.2. الأشخاص المعرّضون لخطر الإصابة بالمرض
178.....	8.3. كبار السن وذوو الإعاقة أو الأشخاص الذين يعانون من أمراض سابقة..
181.....	8.4. حماية إمكانية الوصول إلى الرعاية الصحية.
181.....	8.5. الأشخاص المعرّضون لمخاطر اقتصادية ومالية

183.....	8.6 حماية الأشخاص المعرضين للعنف
185.....	8.7 طلاب المدارس.....
187.....	8.8 المهاجرون والمجموعات العرقية والإثنية المهمشة
188.....	8.8.1 المهاجرون.....
191.....	8.8.2 المجموعات العرقية والإثنية المهمشة.....
193.....	الجزء د: التسهيلات القانونية للجهات الفاعلة في المجال الإنساني.....
193.....	9 التسهيلات القانونية للجهات الفاعلة في المجال الإنساني.....
193.....	9.1 مقدمة.....
194.....	9.2 التسهيلات القانونية.....
195.....	9.3 أثر القيود المفروضة في سياق جائحة كوفيد-19.....
196.....	9.3.1 القيود على الحركة الداخلية والمؤسسات التجارية.....
198.....	9.3.2 إغلاق الحدود و/أو القيود على الدخول.....
202.....	9.3.3 المؤهلات المهنية.....
203.....	9.3.4 القيود على استيراد السلع والمعدات أو تصديرها.....
204.....	9.3.5 الضرائب والرسوم.....
206.....	الملحق 1: أسئلة المسح المتعلق بمراسيم الطوارئ.....
207.....	الملحق 2: أسئلة المسح المتعلق بالطوارئ الصحية العامة.....
213.....	الحواشي.....

شكر وتقدير

صدر هذا التقرير بتكليف من برنامج قانون الكوارث التابع للاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر. إنّ المؤلف الرئيسي لهذا التقرير هو سيمون ويزبورن من شركة Knightwood Legal. وقدّمت مديرتا المشاريع في الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر السيدة إيزابيل غراينجر، منسّقة المناصرة التشريعية في الاتحاد، والسيدة راشيل ماكلود، المسؤولة الأولى عن قانون الكوارث، المشورة التقنية وتولّتا مراجعة التقرير وتحريره.

وندين بالشكر إلى الأفراد التالية أسماؤهم، من الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر والمنظمات الشريكة، الذين قاموا بمراجعة هذا التقرير وتقديم الملاحظات استنادًا إلى مجالات خبرتهم الفنية: جيوليو بارتوليني، وهو بينون، وإيريا توزون كايي، وغويندولين إيمر، وغابرييل إيميري، ودافيد فيشر، وريا هاداجات، وراجيف إيسار، وساني جيغيوس، ورببيكا مونيوز، وناديا مونستيرمان، وأمجد سليم، ومايا شايرير، وشارونيا سيخار، وجانيك سيرادينيو، وإيزيكييل سيمبيرينغهام، وسوفي تيسير.

يستند هذا التقرير إلى عمليات مسح أُجريت على الصعيد القطري من قبل محامين وباحثين قانونيين من شركة "ألانز لينكلايترز" (Allens Linklaters) للمحاماة، والصليب الأحمر البريطاني، والاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر، وشركة "وايت آند كايس" (White & Case) للمحاماة. يودّ الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر تقديم خالص الشكر لجميع المحامين والباحثين القانونيين على عملهم، مع الإقرار بدورهم الكبير في إعداد هذا التقرير. وترد في الصفحات التالية قائمة بالمحامين والباحثين القانونيين الذين أعدوا أو ساهموا في إجراء عمليات المسح على الصعيد القطري. وفي إطار إعداد هذا التقرير، تم الاستناد إلى مراجعة أدبية أعدتها ميشيل فورزلي بمساعدة بحثية من لورين ماكغي وماثيو شيفلين وجوبين جورج.

ويتقدم الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر بالشكر والتقدير إلى الصليب الأحمر البريطاني، والوزارة الاتحادية الألمانية للتعاون الاقتصادي والتنمية، اللذين ساعدها من خلال تقديم الدعم المالي لإعداد هذا التقرير.

نبذة عن برنامج قانون الكوارث التابع للاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر

يمتلك برنامج قانون الكوارث وجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر الوطنية 20 عامًا من الخبرة في تقديم المشورة التقنية للحكومات من أجل تعزيز حوكمة مخاطر الكوارث من خلال سن قوانين وتطوير سياسات، وبناء قدرات أصحاب المصلحة المحليين بشأن قانون الكوارث. حتى تاريخ إعداد التقرير الراهن، قدمنا الدعم لأكثر من 40 دولة بهدف تعزيز قوانينها المتعلقة بالكوارث ونفّذنا أنشطة حول قانون الكوارث في أكثر من 90 دولة.

كذلك، يُعتبر برنامج قانون الكوارث التابع للاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر رائدًا في إجراء البحوث وتطوير إرشادات مبتكرة حول أفضل الممارسات المحلية. وقد أنتج البرنامج أربع وثائق توجيهية رئيسية وهي:

- المبادئ التوجيهية لتسهيل العمليات الدولية للإغاثة والتعافي الأولي في حالات الكوارث وتنظيمها على الصعيد الوطني (تُعرف اختصارًا بتوجيهات IDRL)؛
- القائمة المرجعية حول القانون والحد من مخاطر الكوارث (تُعرف اختصارًا بقائمة DRR)؛
- القائمة المرجعية حول القانون والتأهب للكوارث والاستجابة لها (تُعرف اختصارًا بقائمة DPR)؛
- توجيهات حول القانون والتأهب للطوارئ الصحية العامة والاستجابة لها (صيغة تجريبية).

صادقت الدول الأطراف في اتفاقيات جنيف ومكونات الحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر على الوثائق التوجيهية الثلاث الأولى بموجب قرارات المؤتمر الدولي للصليب الأحمر والهلال الأحمر. وتعتمد الأطراف المعنية في مجال الكوارث هذه الوثائق كمعيار لتقييم وتعزيز القوانين المحلية لمواجهة الكوارث. كذلك، أنتج برنامج قانون الكوارث عدّة أدوات تنفيذ لتسهيل عملية تعزيز الأطر القانونية المحلية.

ينفّذ برنامج قانون الكوارث التابع للاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر أنشطته بفضل الدعم السخي المقدم من الجهات الشريكة، التي تشمل المؤسسات الأكاديمية وشركات المحاماة والسلطات الحكومية والجمعيات الوطنية للصليب الأحمر والهلال الأحمر. في حال رغبتكم في دعم أنشطة برنامج قانون الكوارث، يمكنكم التواصل معنا عبر البريد الإلكتروني التالي: disaster.law@ifrc.org.

للمزيد من المعلومات بشأن برنامج قانون الكوارث التابع للاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر، يرجى زيارة الموقع الإلكتروني التالي: disasterlaw.ifrc.org.

تمهيد

في حين أنّ أحدًا لم يسلم من آثار جائحة كوفيد-19، لم يكن لعواقب الجائحة الوقع نفسه في جميع أنحاء العالم. فقد انطوت هذه الأزمة على أوجه عميقة ودائمة من عدم المساواة من حيث تحديد الأشخاص الأكثر عرضة للخطر وكيفية استجابة العالم لهذا الوضع. ربما لم ندرك تداعيات الأزمة العميقة منذ البداية، إلا أنه كان ينبغي علينا التأهب لها بشكل أفضل. لذا، فالدرس الأبرز الذي يمكننا استخلاصه من جائحة كوفيد-19 هو أهمية "التأهب"، والدور الأساسي للقانون والسياسات في مكافحة الطوارئ الصحية العامة وفي حماية المجتمعات المحلية.

في أغلب الحالات خلال الاستجابة لهذه الأزمة، تُرك الأشخاص الأكثر ضعفًا خلف الركب بسبب العوائق الرسمية وغير الرسمية التي تحول دون وصولهم إلى الرعاية الصحية والمعلومات والدعم المالي والخدمات الأساسية الأخرى. كذلك، حدّت القيود التي فُرضت لكبح انتشار جائحة كوفيد-19 من قدرة بعض الجمعيات الوطنية للصليب الأحمر والهلال الأحمر وموظفيها ومتطوعيها على تأدية دورهم كمستجيبين أوائل للكوارث وحالات الطوارئ بكافة أنواعها، وعلى تقديم الخدمات المجتمعية في مجال الرعاية الصحية والاجتماعية.

استندت جميع جوانب الاستجابة لجائحة كوفيد-19 إلى الأدوات القانونية والسياساتية، انطلاقًا من القيود غير المسبوقة على حرية التنقل والتجمع، ووصولًا إلى الموافقة العاجلة على اللقاح مؤخرًا. وقد استجابت الدول في جميع أنحاء العالم للجائحة عبر إعلان حالات الطوارئ أو الكوارث، واعتماد عدد كبير من التشريعات المتعلقة بحالات الطوارئ، وإعادة العمل بقوانين وسياسات وخطط الطوارئ القائمة. ومع ذلك، تفاوتت مستويات النجاح في استخدام الأدوات القانونية والسياساتية للاستجابة للجائحة إلى حدّ بعيد. وفي بعض الحالات، تبين أن القوانين والسياسات القائمة غير ملائمة أو عفا عليها الزمن، ما يفسر ضرورة تطوير أدوات جديدة على وجه السرعة.

في هذا التقرير، يستند برنامج قانون الكوارث التابع للاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر إلى خبرته الممتدة على مدى 20 عامًا في إجراء أبحاث رائدة وتقديم المشورة التقنية للحكومات، ويصوّب اهتمامه نحو القوانين والسياسات المحلية المتعلقة بحالات الطوارئ الصحية العامة، مع التركيز بشكل خاص على الخبرات والدروس المستفادة من جائحة كوفيد-19. ويعتمد هذا التقرير على منهجية البحث المقارن على المستوى القطري، ويقدم توصيات شاملة لأطر قانونية محلية قوية وفعالة من أجل التأهب لحالات الطوارئ الصحية العامة والاستجابة لها.

عندما تتعافى الحكومات في جميع أنحاء العالم من الأزمة الحالية، سيرغب عدد كبير منها في الاستفادة من تجربة جائحة كوفيد-19 لمراجعة وتعزيز أطرها القانونية في مجال إدارة مخاطر الكوارث، بما في ذلك حالات الطوارئ الصحية العامة. والجدير بالذكر أنّ هذا التقرير والوثيقة التوجيهية المرافقة له المعنونة "توجيهات بشأن القانون والتأهب لحالات الطوارئ الصحية العامة والاستجابة لها" سيُشكّلان موردًا قيمًا للحكومات التي تشرع في العمل في هذا الإطار.

إن الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر مع شبكته المكونة من الجمعيات الوطنية للصليب الأحمر والهلال الأحمر يبدي استعدادَه للعمل بالتعاون الوثيق مع الحكومات في هذا الصدد للوقاية من آثار الكوارث والحد منها وحماية الفئات الأكثر ضعفًا عند مواجهة الأزمات.

جاغان شاباغايين

الأمين العام

الاختصارات

اتفاق رابطة أمم جنوب شرق آسيا بشأن إدارة الكوارث والاستجابة لحالات الطوارئ	AADMER
مقاومة مضادات الميكروبات	AMR
رابطة أمم جنوب شرق آسيا	ASEAN
وكالة الصحة العامة في منطقة البحر الكاريبي	CARPHA
وكالة إدارة حالات الطوارئ في منطقة البحر الكاريبي	CDEMA
اتفاقية الاستجابة لحالات الطوارئ للكوارث في منطقة البحر الكاريبي	CDERA
مرض فيروس كورونا 2019	COVID-19
إدارة الكوارث	DM
التأهب للكوارث والاستجابة لها	DPR
القانون والتأهب للكوارث والاستجابة لها: تقرير توليفي متعدد البلدان (الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر 2019)	تقرير DPR
حوكمة مخاطر الكوارث	DRG
إدارة مخاطر الكوارث	DRM
الحد من مخاطر الكوارث	DRR
قوانين وأنظمة فعالة للحد من مخاطر الكوارث: تقرير متعدد البلدان (الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي 2014)	تقرير DRR
الاتحاد الأوروبي	EU
منظمة الأغذية والزراعة للأمم المتحدة	FAO
الناتج المحلي الإجمالي	GDP
فيروس نقص المناعة البشرية	HIV
العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية	ICCPR
اللجنة الدولية للصليب الأحمر	ICRC
القانون الدولي لمواجهة الكوارث	IDRL
الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر	IFRC
الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر والجمعيات الوطنية الـ 192 الأعضاء فيه	شبكة IFRC
الوائح الصحية الدولية (2005)	IHR
المنظمة البحرية الدولية	IMO
المنظمة الدولية للهجرة	IOM
منظمة الدول الأمريكية	OAS
مفوضية الأمم المتحدة السامية لحقوق الإنسان	OHCHR
فريق الخبراء العامل الحكومي الدولي المفتوح العضوية المعني بالمؤشرات والمصطلحات المتعلقة بالحد من مخاطر الكوارث	OIEWG

حالة طوارئ صحية عامة	PHE
حالة طوارئ صحية عامة تسبب قلقًا دوليًا	PHEIC
الحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر	RCRC Movement
العنف الجنسي والقائم على النوع الاجتماعي	SGBV
حالة الطوارئ	SoE
برنامج الأمم المتحدة الإنمائي	UNDP
مكتب الأمم المتحدة للحد من مخاطر الكوارث (الأمانة المشتركة بين الوكالات للاستراتيجية الدولية للحد من الكوارث سابقًا)	UNDRR
المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية	WASH
البنك الدولي	WB
المنتدى الاقتصادي العالمي	WEF
برنامج الأغذية العالمي	WFP
منظمة الصحة العالمية	WHO

قائمة المصطلحات

كوفيد-19 هو مرض معدٍ يسببه فيروس كورونا (SARS-CoV-2). ويمكن الإشارة إليه أيضًا باسم **مرض فيروس كورونا**. وتُستخدم المصطلحات على نحو مترادف لوصف الفيروس والمرض والجائحة الناتجة عنهما. ولأغراض هذا التقرير، سيُستخدم المصطلحان **كوفيد-19** و**جائحة كوفيد-19**.

الكارثة هي اضطراب خطير في أداء مجتمع محلي أو وطني على أي نطاق بسبب الأحداث الخطرة التي تؤثر على ظروف التعرض للمخاطر والضعف والقدرات، ما يؤدي إلى إحدى المشاكل التالية على الأقل: الخسائر والآثار البشرية والمادية والاقتصادية والبيئية.¹ ويشمل تعريف "الكارثة" الطوارئ الصحية العامة، إلا أنّ التعريف القانوني لـ "الكارثة" في عدد من الدول لا يتضمن فكرة الطوارئ الصحية العامة أو لا يحدّد صراحة ما إذا كانت الطوارئ الصحية العامة تندرج ضمن تعريف "الكارثة".

خطر الكوارث هو الخسارة المحتملة في الأرواح أو الإصابات أو الأصول المدمرة أو المتضررة التي يمكن أن تطرأ على نظام أو مجتمع وطني أو محلي في فترة زمنية محددة، ويتم تحديدها استنادًا إلى أرجحية حدوثها، كعامل للخطورة وأوجه الضعف والقدرات والتعرض للمخاطر.²

إدارة الكوارث هي عملية تنظيم وتخطيط وتطبيق تدابير الاستعداد للكوارث والاستجابة لها والتعافي منها.³

إدارة مخاطر الكوارث هي تطبيق السياسات والاستراتيجيات والتدابير الأخرى لمنع وقوع مخاطر الكوارث الجديدة، والحد من مخاطر الكوارث الحالية وإدارة المخاطر المتبقية (من خلال التأهب للكوارث والاستجابة لها والتعافي منها)، مما يساهم في تعزيز القدرة على الصمود والحد من الخسائر الناتجة عن الكوارث.⁴ وعادةً ما يُشار إلى إدارة مخاطر الكوارث على أنها تشمل إدارة الكوارث، ويعتبر هذا التقرير أنّ أطر إدارة مخاطر الكوارث تشير إلى أطر إدارة مخاطر الكوارث و/أو إدارة الكوارث.

الحد من مخاطر الكوارث يهدف إلى منع وقوع مخاطر كوارث جديدة والحد من المخاطر القائمة وإدارة المخاطر المتبقية التي تساهم كلها في تعزيز القدرة على الصمود وبالتالي في تحقيق التنمية المستدامة.⁵

عمليات المسح المتعلقة بمرسوم الطوارئ تشير إلى البحث المكتبي الذي أُجري على مستوى الدولة بتكليف من برنامج قانون الكوارث التابع للاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر في بداية جائحة كوفيد-19 لمسح الصكوك القانونية (التشريعات واللوائح والأوامر والمراسيم وغيرها) التي اعتمدتها الدول كجزء من استجابتها الفورية لتفشي الجائحة، بما في ذلك القرارات المرتبطة بحظر التجول والقيود المفروضة على السفر وغيرها. وأُجريت عمليات المسح هذه، على وجه الخصوص، نتيجة مواجهة مكونات الحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر تحديات تشغيلية بسبب القيود المرتبطة بكوفيد-19 وتأثيرها على عمليات الجهات المستجيبة في خط المواجهة. وتجدر الإشارة إلى أنَّ البحث ركز بالدرجة الأولى على: التنسيق بين مختلف الجهات الفاعلة، وعلى أنواع القيود المفروضة للحد من انتشار جائحة كوفيد-19، وعلى التسهيلات القانونية للجهات الفاعلة الإنسانية، بما في ذلك تلك التابعة لحركة الصليب الأحمر والهلال الأحمر. والجدير بالذكر أنَّ عمليات المسح المتعلقة بمرسوم الطوارئ متاحة على موقع برنامج قانون الكوارث التابع للاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر.

تُعرف منظمة الصحة العالمية الوباء على أنه "ظهور حالات من مرض ما أو سلوك صحي محدد أو غيرهما من الأحداث المتعلقة بالصحة التي تتجاوز ما هو متوقع عادةً في مجتمع محلي محدد أو منطقة جغرافية معينة. ويتم تحديد المجتمع أو المنطقة والفترة التي تحدث فيها الحالات بشكل دقيق. ويختلف عدد الحالات التي تشير إلى وجود وباء بحسب العامل المُمرض، والحجم، وطبيعة السكان المعرضين للمرض، والتجارب السابقة أو عدم التعرض لهذا المرض، ووقت ومكان ظهوره".⁶

تشير شبكة الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر إلى أمانة الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر والجمعيات الوطنية الـ 192 الأعضاء، التي تعمل من خلال 14 مليون متطوع في مجتمعاتها المحلية.

اللوائح الصحية الدولية أو القدرات الأساسية اللازمة بمقتضى اللوائح الصحية الدولية هي قدرات الدول على التأهب والاستجابة للطوارئ الصحية العامة التي تتطلبها اللوائح الصحية الدولية لعام 2005. أما الواجبات الشاملة التي تفرضها اللوائح الصحية الدولية فتستوجب أن تقوم الدول بما يلي: (1) تطوير وتعزيز والحفاظ على القدرة على الكشف عن أحداث الصحة العامة وتقييمها والإبلاغ عنها،⁷ و(2) تطوير وتعزيز والحفاظ على القدرة على الاستجابة السريعة والفعالة لمخاطر الصحة العامة والطوارئ الصحية العامة التي تسبب قلقاً دولياً (وهو

مصطلح تعرّفه اللوائح الصحية الدولية).⁸ وترد القدرات الأساسية اللازمة بشأن المراقبة والاستجابة والمطارات والمرافئ والمعابر البرية المعينة في الجزء "أ" والجزء "ب" من الملحق "1" من اللوائح الصحية الدولية.

التسهيلات القانونية هي حقوق قانونية خاصة تُمنح لمنظمة معينة (أو فئة من المنظمات) لتمكينها من الاضطلاع بأنشطتها بكفاءة وفعالية. وقد تمنح التسهيلات القانونية حقوقًا إيجابية (للقيام بنشاط معين)، أو طرقًا للوصول إلى عمليات تنظيمية مبسطة وسريعة، أو إعفاءات من القوانين العادية.

التشريعات، والقوانين، والصكوك وغيرها. يتناول هذا التقرير دور القانون في حالات الطوارئ الصحية العامة. ويعني ذلك بشكل أساسي التشريعات و/أو الصكوك القانونية (القوانين والمراسيم والأنظمة واللوائح والأوامر - ويشار إليها غالبًا **بالقانون الملزم**) التي تُنشئ إطارًا لإدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة. غير أنّ الكثير من أطر إدارة مخاطر الكوارث أو الطوارئ الصحية العامة تشمل أيضًا سياسات وخططًا وإرشادات غالبًا ما تلعب دورًا مهمًا، ويشار إليها أحيانًا باسم **القانون غير الملزم**، على الرغم من أنها ليست تشريعات في حد ذاتها. وتُستخدم كل هذه المصطلحات على نحو مترادف في البحث ومراجعة الأدبيات.

الإغلاق الشامل مصطلح يُستخدم للإشارة إلى مختلف القيود الاستثنائية المؤقتة التي فُرضت خلال جائحة كوفيد-19 والتي أدت إلى: حظر أو تقييد حرية تنقل الأفراد وتجمعهم، وفرض الحجر الصحي على الأفراد أو بقائهم في المنزل، أو إعلان حظر تجول.

كارثة لا تتعلق بالطوارئ الصحية العامة، هي أي نوع من الكوارث بخلاف الطوارئ الصحية العامة.

"الصحة الواحدة" هو نهج لتصميم وتنفيذ البرامج والسياسات والتشريعات والبحوث - يهدف إلى التواصل والعمل معًا لتحقيق أفضل النتائج الصحية العامة. أما مجالات العمل التي يكون فيها اعتماد نهج "الصحة الواحدة" مناسبًا بشكل خاص فتشمل السلامة الغذائية، ومكافحة الأمراض الحيوانية المصدر (الأمراض التي يمكن أن تنتشر بين الحيوانات والبشر، مثل الأنفلونزا وداء الكلب وحمى الوادي المتصدع)، ومكافحة مقاومة المضادات الحيوية (أي عندما تتغير البكتيريا بعد التعرض للمضادات الحيوية ويزداد علاجها صعوبة).⁹

الجائحة تشير إلى "الانتشار العالمي لمرض جديد"¹⁰ أو "تفشي مرض بين البشر في جميع أنحاء العالم بأعداد تتجاوز المعدل الطبيعي بشكل واضح".¹¹

الطوارئ الصحية العامة الأولية هي الطوارئ الصحية العامة التي يشكل فيها الخطر الصحي السبب المباشر أو الوحيد لحالة الطوارئ.

الصحة العامة هي علم حماية صحة الأشخاص ومجتمعاتهم المحلية وتحسينها. وتشمل الصحة العامة تعزيز أنماط الحياة الصحية، وإجراء البحوث في مجال الوقاية من الأمراض والإصابات، والكشف عن الأمراض المعدية والوقاية منها والاستجابة لها. بشكل عام، تُعنى الصحة العامة بحماية صحة مجموعات سكانية بأكملها، قد لا يتجاوز نطاقها الجوار المحلي، أو قد يشمل بلدًا بأكمله أو منطقة عالمية.

الطوارئ الصحية العامة – من القضايا التي يتناولها هذا التقرير هو تعريف حالة الطوارئ الصحية العامة، والأهم من ذلك كيفية تطبيق هذا المفهوم في القوانين المحلية. فتم اعتماد التعريف المقدم من منظمة الصحة العالمية كنقطة انطلاق، وهو: "حدوث أو تهديد وشيك بحدوث مرض أو حالة صحية، نتيجة الإرهاب البيولوجي أو الوباء أو الجائحة، أو عامل معدٍ أو تكسين بيولوجي جديد وفتاك للغاية ينطوي على خطر كبير إذ يتسبب بعدد كبير من [الوفيات] البشرية أو الحوادث أو حالات الإعاقة الدائمة أو الطويلة الأجل".¹²

حالات الطوارئ الصحية العامة التي تسبب قلقًا دوليًا هي مفهوم يرد في اللوائح الصحية الدولية، وهي حدث استثنائي يحدده المدير العام لمنظمة الصحة العالمية: (1) للإبلاغ عن خطر على الصحة العامة للدول الأخرى من خلال انتشار الأمراض على الصعيد الدولي، و(2) لتحسب احتمال أن يتطلب الوضع استجابة منسقة.

يستخدم مصطلح "إدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة" في هذا التقرير على وجه التحديد للإشارة إلى إدارة الطوارئ الصحية العامة. لا يُعتبر هذا المصطلح شائعًا، ولكنه يُستخدم للتمييز بين إدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة وإدارة مخاطر الكوارث الأخرى. ويُقصد به المعنى نفسه مثل إدارة مخاطر الكوارث في ما يتعلق بالكوارث بشكل عام. لذلك، فإن "إدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة" مصطلح شامل للإشارة إلى جميع مراحل إدارة الطوارئ الصحية العامة، بدءًا من الحد من المخاطر وصولًا إلى التأهب والاستجابة والتعافي. ولكن نظرًا إلى أن مفهوم الإدارة المتكاملة للمخاطر ليس مكتمل الجوانب بعد في ما يتعلق بالتدابير الصحية الأولية، ونظرًا إلى أن الأطر الحالية للطوارئ الصحية العامة غالبًا ما تركز في المقام الأول على التأهب أو الاستجابة، قد يكون مصطلح "إدارة الطوارئ الصحية العامة" أكثر دقة لوصف

الترتيبات على الصعيد المحلي في الكثير من الحالات. ومع ذلك، يُستخدم مصطلح "إدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة" في هذا التقرير لضمان الاتساق مع مصطلحات الكوارث التي يعتمدها الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر، إضافةً إلى أنه يتماشى بشكل أكبر مع مبادئ بانكوك الرامية إلى دمج القضايا الصحية ضمن قوانين و/أو سياسات الحد من مخاطر الكوارث وإدارتها على نطاق أوسع.

عمليات المسح المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة هو مصطلح يشير إلى البحوث المكتبية على المستوى القطري التي أُجريت بتكليف من برنامج قانون الكوارث التابع للاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر بين آب/أغسطس وتشرين الثاني/نوفمبر من العام 2020 حول الأطر القانونية والمؤسسية للطوارئ الصحية العامة ودور القانون في التخفيف من الآثار والتأثيرات الثانوية على الفئات المستضعفة.

الدول المشمولة في العينة تشير إلى الدول المشمولة في عمليات المسح المتعلقة بمرسوم الطوارئ وعمليات المسح المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة (ولكن معظمها شُمل في عمليات المسح للطوارئ الصحية العامة).

الطوارئ الصحية العامة الثانوية تشير إلى الطوارئ الصحية العامة التي تنشأ عن كارثة أخرى غير مرتبطة بالطوارئ الصحية العامة، مثل تفشي مرض الكوليرا بعد وقوع فيضانات.

الكارثة البطيئة الحدوث هو مصطلح يُستخدم لوصف كارثة تظهر تدريجياً مع مرور الوقت. ويمكن أن ترتبط الكوارث البطيئة الحدوث مثلاً بالجفاف أو التصحر أو ارتفاع مستوى سطح البحر أو الأمراض الوبائية.

الدول والبلدان. يُستخدم هذان المصطلحان على نحو مترادف. ولا يجب التمييز بين استخدام أحدهما بدلاً من الآخر. ويتم التمييز بين المصطلحين عندما يناقش التقرير ولايات ضمن نظام فدرالي واحد.

حالات الاستثناء مصطلح يُستخدم لوصف جميع حالات الطوارئ وحالات الكوارث وحالات الطوارئ الصحية العامة التي قد يتم الإعلان عنها أو تحديدها استجابةً لإحدى حالات الطوارئ الصحية العامة.

الكارثة المفاجئة هي كارثة ناجمة عن حدث خطير يظهر بسرعة أو بشكل غير متوقع. فقد ترتبط الكوارث المفاجئة، على سبيل المثال، بزلزال، أو ثوران بركاني، أو فيضان مفاجئ، أو انفجار كيميائي، أو أعطال كبرى في البنى التحتية، أو حوادث نقل، أو حتى بأوبئة تظهر بصورة مفاجئة.

الاستضعاف يشمل جميع الظروف الناجمة عن العوامل أو العمليات المادية والاجتماعية والاقتصادية والبيئية التي تزيد من إمكانية تعرض الفرد أو المجتمع المحلي أو الأصول أو الأنظمة لآثار الأخطار.¹³

ملخص تنفيذي

الجزء أ: مقدمة

1. السياق والمعلومات الأساسية

صدر هذا التقرير بتكليف من برنامج قانون الكوارث التابع للاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر، ضمن إطار مشروع القانون والطوارئ الصحية العامة (المشار إليه في ما يلي بـ"المشروع"). يهدف المشروع إلى معايضة دور القانون في التأهب والاستجابة لحالات الطوارئ الصحية العامة، وتقديم التوجيهات في ما يتعلق بالقوانين والسياسات المحلية المرتبطة بالطوارئ الصحية العامة على وجه التحديد. ويستند هذا التقرير إلى عمليات المسح للبحوث المكتبية على المستوى القطري في المجالات التالية: (أ) تدابير الطوارئ المتخذة في بداية جائحة كوفيد-19 في 113 دولة (عمليات المسح المتعلقة بمرسوم الطوارئ)؛ و(ب) الأطر القانونية والمؤسسية للطوارئ الصحية العامة ودور القانون في التخفيف من آثارها (عمليات المسح المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة) في 36 دولة أو في ولايات دون وطنية داخل الدول الفيدرالية (يشار إليها مجتمعةً بالدول المشمولة بالعينة). كذلك، يستند هذا التقرير إلى "القانون والتأهب للكوارث والاستجابة لها: تقرير توافقي متعدد البلدان" الصادر عن الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر (تقرير التأهب للكوارث والاستجابة لها). يمكن الاطلاع على معلومات تفصيلية حول منهجية البحث التي يقوم عليها هذا التقرير في الفصل 1، القسم 1.2.

يحلل هذا التقرير القوانين والسياسات المحلية في الدول المشمولة في المسح، ويقدم توصيات في ثلاثة مجالات رئيسية: (1) الأطر القانونية والمؤسسية المحلية الشاملة للطوارئ الصحية العامة (أي هيكلية إدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة)؛ و(2) التدابير القانونية للتخفيف من الآثار الثانوية للطوارئ الصحية العامة والآثار على الفئات المستضعفة؛ و(3) التسهيلات القانونية للجهات الفاعلة الإنسانية خلال حالات الطوارئ الصحية العامة. تمت صياغة التوصيات الواردة في هذا التقرير بناءً على الأدلة والممارسات الجيدة المستخلصة من مرسوم الطوارئ وعمليات المسح المتعلقة بالصحة العامة، ومراجعة الأدبيات، والمراجعات والاستقصاءات السابقة حول الطوارئ الصحية العامة، والخبرات والمعارف التي يضطلع بها الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر. وتسعى هذه التوصيات إلى تحديد القضايا القانونية الرئيسية التي يحتاج صانعو القرارات إلى النظر فيها، وإلى تقديم إرشادات عامة حول كيف يمكن للقوانين والسياسات المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة، على غرار قوانين مواجهة الكوارث العامة، أن تدعم المكونات الرئيسية للتأهب والاستجابة بشكل فعال ومُنصف.

2. الطوارئ الصحية العامة

على الرغم من وجود تعريفات مختلفة للطوارئ الصحية العامة، يعتمد المشروع تعريف "الطوارئ الصحية العامة" الذي تستخدمه منظمة الصحة العالمية، وهي: "حدوث أو تهديد وشيك بحدوث مرض أو حالة صحية، نتيجة الإرهاب البيولوجي أو الوباء أو الجائحة، أو عامل معدٍ أو تكسين بيولوجي جديد وفناك للغاية ينطوي على خطر كبير إذ يتسبب بعدد كبير من [الوفيات] البشرية أو الحوادث أو حالات الإعاقة الدائمة أو الطويلة الأجل".

أما "الطوارئ الصحية العامة التي تسبب قلقًا دوليًا" فهو مصطلح رئيسي آخر لأغراض هذا التقرير، تعرفه اللوائح الصحية الدولية 2005 كالتالي: "حدث استثنائي يحدده [المدير العام لمنظمة الصحة العالمية]: (1) للإبلاغ عن خطر على الصحة العامة للدول الأخرى من خلال انتشار الأمراض على الصعيد الدولي، و(2) لتحسب احتمال أن يتطلب الوضع استجابة منسقة". ويتعين على الدول إبلاغ منظمة الصحة العالمية بالطوارئ الصحية العامة التي تشكل أو قد تشكل حالات طوارئ صحية عالمية تسبب قلقًا دوليًا، علماً أن إعلان منظمة الصحة العالمية لحالة طوارئ صحية عامة تسبب قلقًا دوليًا قد تؤدي إلى إصدار توصيات مؤقتة للدول.

إن الطوارئ الصحية العامة على المستوى المحلي قد تكون أو قد تصبح حالات طوارئ صحية عامة تسبب قلقًا دوليًا، ولكن لن يكون هذا واقع الحال دائمًا، بالرغم من أن حالات التفشي المحدودة نسبيًا لبعض الأمراض قد تتسبب بعواقب صحية واقتصادية مدمرة للمتضررين منها. وبالتالي، في حين أنه من المهم للدول معالجة حالات الطوارئ الصحية العامة التي تسبب قلقًا دوليًا في تشريعاتها، يجب على أطر إدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة المحلية التأهب لجميع مستويات وأنواع الطوارئ الصحية العامة. إضافةً إلى ذلك، وبالرغم من ازدياد تواتر وعدد الأمراض الحيوانية المنشأ المتفشية التي تشكل تهديدًا رئيسيًا للصحة العامة، يبقى هناك الكثير من المخاطر الأخرى التي يجب معالجتها، بما في ذلك الإرهاب البيولوجي والمخاطر البطيئة الظهور، مثل مقاومة مضادات الميكروبات.

الجزء ب: الأطر القانونية والمؤسسية لحالات الطوارئ الصحية العامة

3. الأطر القانونية والمؤسسية العالمية

السياق العالمي

بالرغم من أن الهدف الرئيسي من هذا التقرير هو تحليل الأطر القانونية والمؤسسية المحلية للطوارئ الصحية العامة، تندرج هذه الأطر ضمن عدد من الصكوك الدولية وتخضع لها، لا سيما اللوائح الصحية الدولية.

وبالإضافة إلى اللوائح الصحية الدولية، هناك عدد من الصكوك الدولية المتعلقة بإدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة. وتتم معالجة مخاطر وتأثيرات الصحة العامة في الكثير من الأهداف العالمية وأولويات العمل الواردة في إطار سينداي للحد من مخاطر الكوارث 2015-2030 (إطار سينداي)، وإن لم تشكل هذه المسائل المحور الأساسي لإطار سينداي. كذلك، تعتبر مبادئ بانكوك بشأن تنفيذ الجوانب الصحية لإطار سينداي (مبادئ بانكوك) مكملة لتلك الجهود، إذ تشجع على التعاون والتكامل والتناسق المنهجي بين إدارة مخاطر الكوارث وإدارة المخاطر الصحية. ويُعد تحسين إدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة أمرًا ضروريًا لتحقيق الهدف 3 من أهداف التنمية المستدامة (الرامي إلى ضمان تمتع الجميع بأنماط عيش صحية وبالرفاهية في جميع الأعمار) وجزءًا لا يتجزأ من برنامج العمل من أجل الأمن الصحي العالمي. أما التهديد الذي تشكله الطوارئ الصحية العامة، والدور الذي يمكن أن تلعبه الجمعيات الوطنية للصليب الأحمر والهلال الأحمر في التأهب للطوارئ الصحية العامة والاستجابة لها، فشكل أيضًا موضوع قرارات المؤتمر الدولي للصليب الأحمر والهلال الأحمر، ولا سيما القرار 3 الصادر عن المؤتمر الدولي الثالث والثلاثين.

على الرغم من أن دور الترتيبات الإقليمية في تعزيز إدارة مخاطر الطوارئ الصحية المحلية معترف به في اللوائح الصحية الدولية والفريق الرفيع المستوى المعني بالاستجابة العالمية للآزمات الصحية، ومع أنه تم تطوير الترتيبات الإقليمية لإدارة مخاطر الكوارث العامة بشكل جيد، لا تزال الترتيبات الخاصة بإدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة محدودة نسبيًا في الوقت الحالي.

اللوائح الصحية الدولية لعام 2005

تُعتبر اللوائح الصحية الدولية أهم صك دولي يتعلق بالطوارئ الصحية العامة، وهي معاهدة دولية ملزمة قانونًا لدولها الأعضاء البالغ عددها 196 دولة. وتوفر اللوائح الصحية الدولية إطارًا شاملاً يحدد حقوق الدول والتزاماتها في التعامل مع أحداث الصحة العامة وحالات الطوارئ التي قد تعبر الحدود الوطنية. وفي ما يتعلق بأغراض هذا التقرير، تفرض اللوائح الصحية الدولية واجبات على الدول لتطوير وتعزيز القدرات الأساسية والحفاظ عليها، بما فيها: (1) القدرة على رصد أحداث الصحة العامة وتقييمها والإبلاغ عنها؛ و(2) القدرة على الاستجابة بشكل سريع وفعال لمخاطر الصحة العامة والطوارئ الصحية العامة التي تسبب قلقًا دوليًا. كذلك، تطلب اللوائح من الدول القيام بما يلي: (1) تعيين أو إنشاء جهة تنسيق وطنية معنية باللوائح الصحية الدولية؛ و(2) ضمان الحفاظ على ترتيبات الطوارئ الفعالة للتعامل مع أي حدث

غير متوقع في مجال الصحة العامة؛ و(3) التأكد من أن السلطات المختصة تتواصل مع جهة التنسيق الوطنية المعنية باللوائح الصحية الدولية بشأن تدابير الصحة العامة المتخذة في هذا الصدد.

تأثير اللوائح الصحية الدولية على الأطر الوطنية المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة

من المؤسف أن سلسلة المراجعات التي أجريت بموجب اللوائح الصحية الدولية أو بناءً على طلب منظمة الصحة العالمية بين عامي 2011 و2016 ومراجعة الأدبيات تسلط الضوء على فشل الدول بشكل عام في بناء القدرات الأساسية التي تتطلبها اللوائح. إضافةً إلى ذلك، في العام 2016، وجد الفريق الرفيع المستوى المعني بالاستجابة العالمية للآليات الصحية أن آلية رصد الامتثال لمتطلبات القدرات الأساسية للوائح الصحية الدولية ضعيفة، وأن الافتقار إلى التقييمات المستقلة للامتثال يؤثر على الجهود الدولية الرامية إلى دعم البلدان الأكثر ضعفًا في تطبيق القدرات.

استجابة لهذه النتائج، قدمت منظمة الصحة العالمية عددًا من المبادرات في إطار رصد وتقييم اللوائح الصحية الدولية، بما في ذلك التقارير السنوية، والتقييم الخارجي المشترك، وتمارين المحاكاة، والاستعراض اللاحق للإجراءات. والجدير بالذكر أن للتقييم الخارجي المشترك على وجه الخصوص فوائد كبيرة محتملة. أما الدول التي أكملت تقييمًا خارجيًا مشتركًا جيدًا فقد اتخذت بشكل عام إجراءات إيجابية لمعالجة أوجه القصور المحددة في تنفيذ اللوائح الصحية الدولية، بما في ذلك تطوير خطط العمل الوطنية للأمن الصحي. إلا أن التقييمات الخارجية المشتركة طوعية، والدول غير ملزمة بتنفيذ نتائجها. كذلك، فإن قدرة فرق التقييم الخارجي المشترك على ضمان مساهمة جميع الجهات الفاعلة وأصحاب المصلحة المعنيين غير مؤكدة، وقد لا تراعي التقييمات الخارجية المشتركة الترتيبات الأوسع نطاقًا المعتمدة لإدارة مخاطر الكوارث في الدول أو مستوى التنسيق والتكامل بين الطوارئ الصحية العامة وأطر إدارة مخاطر الكوارث والجهات الفاعلة في هذا السياق. ويمكن تعزيز التنفيذ المحلي للوائح الصحية الدولية من خلال جعل التقييم الخارجي المشترك (أو عملية تقييم خارجية أخرى) إلزاميًا، بما يضمن قدرة جميع الجهات الفاعلة والأطراف المعنية على المساهمة في التقييم الخارجي، وبما يفرض وضع وتنفيذ خطط بعد إنجاز التقييم.

على المستوى المحلي، يمكن تعزيز تنفيذ اللوائح الصحية العامة من خلال قيام الدول بإنشاء لجنة للإشراف على تنفيذ ورصد اللوائح، ومن خلال إصدار أحكام صريحة بشأن تعيين وتحديد وظائف جهة التنسيق الوطنية للوائح الصحية الدولية في التشريعات الوطنية. ويمكن الوصول إلى تدقيق وشفافية أفضل في ما يتعلق بتنفيذ اللوائح الصحية المحلية من خلال إلزام الدول بإيداع نسخ من القوانين و/أو السياسات التي تطبق اللوائح الصحية الدولية لدى منظمة الصحة العالمية، مع قيام هذه الأخيرة بدورها بإتاحة هذه الأدوات للجميع عبر الإنترنت.

أخيرًا، يمكن إدراج الجوانب القانونية للطوارئ الصحية العامة والقدرات الأساسية اللازمة بمقتضى اللوائح الصحية الدولية بشكل أكثر انتظامًا في عمل الشبكات ذات الصلة، مثل المنصة المواضيعية لإدارة المخاطر في حالات الطوارئ والكوارث.

إن اللوائح الصحية الدولية بصيغتها الحالية معنية فقط بالإنذار أو الإبلاغ المبكر الذي يتم إبلاغه إلى منظمة الصحة العالمية أو الدول الأخرى. ولا تنص اللوائح على تقديم إنذار مبكر للجهات الفاعلة الرئيسية، أو للسكان بشكل عام، في الدولة المتضررة. ومن النتائج الجزئية المحتملة لذلك أنه نادرًا ما يتم ذكر المراقبة والإنذار المبكر بحالات الطوارئ الصحية العامة صراحة في القوانين المحلية ذات الصلة. وبالتالي، يمكن تعزيز مبدأ تقديم الإنذارات المبكرة من خلال إدخال تعديلات على اللوائح الصحية الدولية نفسها وعلى القوانين المحلية.

4. الأطر القانونية والمؤسسية المحلية للطوارئ الصحية العامة

على غرار الأطر العامة لإدارة مخاطر الكوارث، يجب أن يكون إطار إدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة شاملاً ليكون فعالاً. فيجب أن يشمل جميع الولايات القضائية (الوطنية ودون الوطنية)، وجميع أنواع مخاطر الصحة العامة، وجميع المهام (في مجال السياسات والعمليات والرصد والتقييم وغيرها) وجميع المراحل (الحد من المخاطر والتأهب والاستجابة والتعافي). كذلك، من المهم أن يسود الوضوح حول أدوار مختلف الجهات الفاعلة لتجنب الارتباك والتأخير غير الضروري، لا سيما عند الحاجة إلى مساعدة فورية لإنقاذ الأرواح. وتماشياً مع النهج الشاملة للمجتمع بأسره والحكومة بأكملها ونهج "الصحة الواحدة"، يجب أن تشمل آليات التنسيق جميع الجهات الفاعلة والأطراف المعنية ذات الصلة. ففي الواقع، تبرز الحاجة إلى وضع إطار عمل شامل، نظرًا إلى العدد الكبير من الجهات الفاعلة والفئات المعنية التي قد تتأثر بالطوارئ الصحية العامة والتي تحتاج إلى التخطيط والاستجابة لها.

التكامل

تتمثل إحدى مهام هذا التقرير في النظر في مدى اختلاف إدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة أو مدى تكاملها مع أطر إدارة مخاطر الكوارث بشكل عام. ويهدف ذلك جزئيًا إلى فهم مدى التنفيذ الحالي لتوصيات مبادئ بانكوك، التي تنص على ضرورة تكامل أطر إدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة وأطر إدارة مخاطر الكوارث بشكل أفضل.

تكشف عمليات المسح المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة أن إطار عمل إدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة ووظائفها وصلاحياتها مستمدة من ثلاث فئات واسعة من القوانين و/أو السياسات: قوانين و/أو سياسات الطوارئ الصحية العامة أو الصحة العامة؛ وقوانين و/أو سياسات

إدارة مخاطر الكوارث؛ والقوانين التي تتيح حالات الاستثناء وتنظيمها، ولا سيما حالات الطوارئ. وتظهر ثلاث فئات واسعة من أطر العمل لإدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة وهي:

1. أطر العمل التي تستند حصراً إلى الطوارئ الصحية العامة أو تشريعات الصحة العامة، أو تلك التي تستند حصراً إلى مثل هذه التشريعات ولكن مع توفر تشريعات بشأن إدارة مخاطر الكوارث أو حالات الطوارئ في الظروف القصوى ("أطر العمل التي تهيمن عليها الطوارئ الصحية العامة")؛

2. أطر العمل التي تستند بشكل أساسي إلى تشريعات مرتبطة بالطوارئ الصحية العامة، إنما مع قوانين إدارة مخاطر الكوارث و/أو قوانين حول حالات الطوارئ تدعم وتكمل تلك التشريعات إلى حد أقل أو أكبر ("أطر العمل المختلطة أو المشتركة")؛

3. أطر العمل التي تستند فقط إلى تشريعات حول إدارة مخاطر الكوارث ("أطر العمل التي تهيمن عليها إدارة مخاطر الكوارث").

يشكل عام، تشير عمليات المسح المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة إلى أن الأطر المختلطة هي الأكثر شيوعاً. وفي معظم الحالات، تحدد التشريعات المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة أو بالصحة العامة السلطة الرئيسية المعنية (وهي عادة وزير الصحة أو وزارة الصحة)، كما تتيح الصلاحيات والضوابط التي يجب الاستناد إليها في حالات الطوارئ الصحية العامة (مثل القدرة على تطوير أو ممارسة صلاحيات استثنائية، وفرض الحجر الصحي، إلخ.). ولكن عادة ما يكون التشريع أو التوجيه المرتبط بإدارة مخاطر الكوارث هو الذي يتطلب تأهب الجهات الفاعلة للطوارئ الصحية العامة أو الذي يضع ترتيبات التنسيق. لذلك، تظهر أدلة محدودة على الإدماج الكامل لإدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة وقوانين إدارة مخاطر الكوارث. ولكن على مستوى السياسات والتخطيط، تظهر أدلة أكبر على الإدماج من خلال اعتماد جميع سياسات وخطط المخاطر الحقيقية - على الرغم من أن هذا الأمر لا ينطبق على جميع الدول بأي شكل من الأشكال.

بالرغم من الحاجة إلى تحسين التكامل والتناسق بين إدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة وإدارة مخاطر الكوارث، وهو ما يعززه هذا التقرير، لا يوجد حتى الآن أي نهج مشترك محدد لكيفية تحقيق هذا التكامل والتناسق. بطبيعة الحال، يمكن تحقيق ذلك من خلال تشريع واحد متعلق بإدارة مخاطر الكوارث يحكم جميع المخاطر وجميع أنواع الكوارث، بما في ذلك حالات الطوارئ الصحية العامة. إلا أن مبادئ بانكوك لا تتطلب اعتماد هذا النهج وما من دليل (على الأقل في الوقت الحاضر) يشير إلى أن هذا النوع من الأطر هو بالضرورة أكثر فعالية من

غيره. وفي غياب هذا الدليل، يمكن الاعتبار أنه بغض النظر عن نوع إطار العمل المعتمد، يتطلب الإدماج إلغاء الفجوات أو أوجه التضارب أو عدم التناسق أو الازدواجية غير الضرورية بين السلطات والأدوار والمسؤوليات والترتيبات الأخرى التي أنشأتها الصكوك المتعلقة بكل من الطوارئ الصحية العامة وإدارة مخاطر الكوارث. ويبدو أن الأطر المختلطة هي النوع الأكثر شيوعاً من الترتيبات، ما يؤكد أهمية إجراء مراجعات لتحديد ما إذا كانت أي من هذه المسائل قائمة، وإذا كان هذا واقع الحال، كيف يمكن حلها لتحقيق إدماج أفضل.

صلاحيات إدارة الطوارئ الصحية العامة في القانون المحلي

على الرغم من أن الكثير من الدول المشمولة في العينة قد أقرت في السنوات الأخيرة تشريعات تعترف بأنواع مخاطر الصحة العامة الحديثة التي قد تنشأ - وتغطي مثلاً الإرهاب البيولوجي ومقاومة مضادات الميكروبات - وتطبق المفاهيم الحديثة لإدارة مخاطر الكوارث، إلا أن عددًا كبيراً من هذه الدول لم يقدّم بهذه الخطوة. فلا يزال استخدام التشريعات القديمة نسبياً واسع الانتشار. ويمكن أن يفضي ذلك إلى نتيجتين: (1) قد لا يطبق التشريع نهجاً شاملاً لمخاطر الصحة العامة، وقد تكون صلاحيات الاستجابة للطوارئ الصحية العامة مقيدة بشكل مفرط، ولا تنطبق إلا على قائمة محددة من الأمراض (لم يعد بعضها منتشرًا)؛ و(2) قد لا ينص التشريع على كامل مسار إدارة المخاطر، وعلى وجه الخصوص، قد تكون مراحل الحد من المخاطر والتعافي غير واردة. لذلك، تحتاج دول كثيرة إلى مراجعة تشريعاتها وتحديثها لضمان ملاءمتها للغايات الحديثة.

بشكل عام، توفر عمليات المسح المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة أدلة محدودة على أن أطر إدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة تضع ترتيبات لجميع مراحل الطوارئ الصحية العامة (أي الحد من المخاطر والتأهب والاستجابة والتعافي). ومن المتوقع أن تصبح حالات الطوارئ الصحية العامة أكثر توازناً. لذلك، يجب أن يتم الاعتراف بشكل أكبر بأهمية الحد من المخاطر كجزء من أطر إدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة، مع مراعاة التطورات، مثل نهج "الصحة الواحدة".

التنسيق والقيادة

يحدد تقرير التأهب للكوارث والاستجابة لها أن التنسيق غير الكافي يشكل مشكلة خطيرة في عمليات الاستجابة الدولية والمحلية للكوارث. وعلى المستوى المحلي، يسلط التقرير الضوء على: (1) الفجوات في التنسيق بين الوكالات القطاعية المختلفة و/أو مستويات الحكومة؛ و(2) الفجوات في التنسيق بين الجهات الحكومية وغير الحكومية، بما في ذلك الجهات الفاعلة الدولية. لسوء الحظ، تشير عمليات المسح المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة إلى احتمال بروز هذه المشكلة في ما يتعلق بتنسيق حالات الطوارئ الصحية العامة.

وفيما تحدد عمليات المسح المرتبطة بالطوارئ الصحية العامة مجموعة واسعة من آليات تنسيق الطوارئ الصحية العامة، تعتمد معظم الدول المشمولة في العينة على استخدام آليات تنسيق عملية إدارة مخاطر الكوارث الدائمة للتأهب للطوارئ الصحية العامة والاستجابة لها. وقد لا يتم دائماً إنشاء هذه الآليات لتلبية احتياجات التنسيق الخاصة بالطوارئ الصحية العامة، بما في ذلك إشراك مجموعة واسعة من الجهات الفاعلة والفئات المعنية التي يجب إشراكها. ومن جهة أخرى، فإن استخدام ترتيبات إدارة مخاطر الكوارث الحالية يجنب الازدواجية وقد يعزز التكامل والفهم بشكل أفضل. وبشكل عام، النقطة الأهم هي أنه بغض النظر عن نوع آليات التنسيق التي توضع، ينبغي ذكرها بوضوح في القانون و/أو السياسة، وينبغي أن تشمل جميع الجهات الفاعلة الرئيسية وأن تُعتبر مفهومة جيداً من قبل هذه الأخيرة.

وتحدد عمليات المسح المرتبطة بالطوارئ الصحية العامة مجموعة متنوعة من الترتيبات لقيادة عملية الاستجابة لهذه الطوارئ. ويمكن أن تتسم هذه القيادة بجوانب عدة: مثل القيادة القانونية والقيادة التنفيذية والقيادة السياسية. كذلك، يمكن أن تكون القيادة مشتركة أو جماعية. وفي معظم الدول المشمولة في العينة، تقع مسؤولية القيادة القانونية للاستجابة إلى الطوارئ الصحية العامة على عاتق وزير الصحة أو وزارة الصحة. غير أنه من الممكن أن تنشأ حالة من عدم اليقين حول الجهة الموكلة بالقيادة، بحيث تمارس جهات عدة على سبيل المثال سلطات موازية في حالات الطوارئ، أو تداخل القيادة السياسية و/أو تعارض مع السلطات القانونية. لهذا السبب، من الضروري تحديد ترتيبات القيادة (بما في ذلك الوظائف التي تتحمل فيها الجهات الفاعلة المسؤولية الرئيسية والمراحل التي تنشأ عندها تلك المسؤوليات) بوضوح في القانون و/أو السياسة.

المشاركة والتمثيل

يشجع إطار سينداي على اتباع نهج شامل للحكومة والمجتمع بأسره لإدارة مخاطر الكوارث يسهل مشاركة جميع الأطراف المعنية. فقد أظهرت جائحة كوفيد-19 أن الطوارئ الصحية العامة الواسعة النطاق قد تتطلب اتخاذ إجراءات من قبل كل مستويات الحكومة تقريباً وكل قطاع وكل منطقة وكل مجتمع محلي وكل فرد، أو قد تؤثر على كل هذه الجهات. لذلك، يمكن القول إن النهج الشامل للحكومة والمجتمع بأسره يكتسب أهمية أكبر في حالات الطوارئ الصحية العامة، مقارنة بأنواع أخرى من الكوارث.

لسوء الحظ، تشير عمليات المسح المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة إلى أن النهج الشامل للحكومة والمجتمع في مجال إدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة لم يُترجم على أرض الواقع بعد. فتمتلك معظم الدول قوانين وسياسات تتيح مشاركة العناصر داخل الحكومة والسلطات

العامة. إلا أنها تركّز على الإدارات والوكالات التي قد تؤدي دورًا في التأهب والاستجابة لكوارث غير متعلقة بالطوارئ الصحية العامة. كذلك، أظهرت جائحة كوفيد-19، أنّ الافتراض بأنّ هذه الإدارات والوكالات هي الوحيدة التي ستشارك في الطوارئ الصحية العامة يمكن أن يؤدي إلى إغفال جهات فاعلة رئيسية أخرى.

إنّ أكثر ما يثير القلق هو أن أطر إدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة الواردة في عمليات المسح المتعلقة بهذه الطوارئ تقدم أدلة محدودة جدًا على أن الفئات المعنية خارج الحكومة تستطيع المشاركة في التأهب للطوارئ الصحية العامة والاستجابة لها. أما بالنسبة للكوارث الأخرى، فتُعتبر مشاركة المجتمع أمرًا مهمًا يمكن أن يحسّن المراقبة (أي رصد تفشي الأمراض في وقت مبكر) وتعميم المعلومات حول الصحة العامة. كذلك، يجب إشراك المجموعات والقطاعات والمجالات التالية في إدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة: الجهات الفاعلة في إطار نهج "الصحة الواحدة"، والجهات الفاعلة في مجال التعاون الإنمائي، ومقدمو الرعاية الصحية والاجتماعية (خاصة من خارج القطاع الحكومي)، والجمعيات الوطنية للصليب الأحمر والهلال الأحمر والمنظمات الإنسانية الأخرى، والمدارس والسلطات المدرسية، والقطاع المالي، ومصنّعو وموزّعو السلع والمعدات الأساسية.

التأهب للطوارئ الصحية العامة: التخطيط لحالات الطوارئ

تشير عمليات المسح المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة إلى أن القوانين و/أو السياسات تنصّ بشكل عام على التأهب للطوارئ الصحية العامة، ولكنّ ذلك شائع في أطر عمل إدارة مخاطر الكوارث على نطاق أوسع وليس في صكوك معينة متعلقة بالطوارئ الصحية العامة أو الصحة العامة. ومع ذلك، يمكن للكثير من الدول تحسين ترتيبات التأهب الخاصة بها من خلال وضع متطلبات أكثر وضوحًا وتفصيلًا للتخطيط المرتبط بالتدخل السريع في مجال الطوارئ الصحية العامة.

ترسيخ الفهم واستخلاص الدروس

يتمثل أحد المتطلبات الرئيسية لأي إطار مرتبط بإدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة في فهم مستخدميه لما ينطوي عليه وطريقة عمله، وأدوار ومسؤوليات وتوقعات كل جهة فاعلة وكلّ مشارك. وتشير بعض عمليات المسح المرتبطة بالطوارئ الصحية العامة إلى أن الدول التي أجرت تدريبات كانت مستعدة بشكل أفضل لمواجهة جائحة كوفيد-19. في الواقع، تحتاج المجتمعات المحليّة إلى أن تكون على دراية بمخاطر الطوارئ الصحية العامة لتتمكّن من التعرف إلى تلك المخاطر والتأهب لها بشكل أفضل والاستجابة لها في حالات الطوارئ الصحية العامة. وقد تساعد تمارين التدريب والمحاكاة أيضًا في تهيئة المجتمعات المحلية لأنواع القيود التي قد تكون مطلوبة.

من المهم أيضًا استخلاص الدروس أثناء وقوع حالات الطوارئ الصحية العامة وبعدها، وإجراء مراجعات منتظمة للتأكد من أن إطار عمل إدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة يعالج التهديدات الجديدة أو الناشئة في مجال الصحة العامة. ولكن، استنادًا إلى عمليات المسح المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة، ليس من الواضح ما إذا كانت المراجعة المنتظمة في ضوء المخاطر الجديدة أو الناشئة مطلوبة بشكل عام أم لا. لذلك ينبغي على الدول أن تتظر في اعتماد شكل من أشكال عملية "استخلاص الدروس" المستمرة والمراجعة المنتظمة. فاستخلاص الدروس القانونية من حالات الطوارئ الصحية العامة السابقة لا يقل أهمية عن الدروس التشغيلية. ونظرًا إلى العدد الكبير من المحامين والمستشارين القانونيين الذين اكتسبوا خبرة في صياغة تشريعات الطوارئ خلال فترة تفشي جائحة كوفيد-19، هناك فرصة لإنشاء شبكات محامين وطنية لتطوير المعارف والخبرات القانونية المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة.

5. حالات الاستثناء والصلاحيات الاستثنائية في مجال الطوارئ الصحية العامة

مصدر وطبيعة حالات الاستثناء والصلاحيات الاستثنائية

يُعتبر إعلان حالة الطوارئ أو حالة الكوارث من الآليات الشائعة لإطلاق الاستجابة للكوارث. ويتم إعلان حالات الطوارئ بشكل عام في الظروف القصوى وغير المتوقعة التي تقوّض النظام القانوني السائد. مثل ظروف الحرب الأهلية أو الاضطرابات الشعبية الواسعة النطاق، حتى وإن تمت صياغتها على نطاق واسع بما يكفي لتطبيقها على أي نوع من الكوارث، بما في ذلك حالات الطوارئ الصحية العامة. ويهدف إعلان حالة الطوارئ عادةً إلى جعل عملية صنع القرار مركزية وتمكين الحكومة أو السلطات العامة من ممارسة صلاحيات استثنائية أو خارجة عن القانون ربما. في المقابل، تظهر حالات الكوارث عادةً في التشريعات المتعلقة بإدارة مخاطر الكوارث، وقد تُنَاط مسؤولية إعلان حالة الكارثة بمسؤولين من المستويات الحكومية الأدنى. وعادة ما يؤدي إعلان حالة الكوارث إلى تفعيل خطط إدارة الكوارث وإطلاق ترتيبات حوكمة خاصة وصلاحيات حكومية لا تطبق خارج هذه الظروف، مثل صلاحيات إجلاء السكان.

تشير عمليات المسح المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة إلى أنه يمكن استخدام كل من حالات الطوارئ وحالات الكوارث في الطوارئ الصحية العامة. إضافة إلى ذلك، في معظم الدول المشمولة في العينة، يمكن للحكومات أيضًا إعلان أو تحديد حالات الطوارئ الصحية العامة، التي تمنحها صلاحيات مصممة خصيصًا للتعامل مع حالات الطوارئ الصحية العامة. وفي الدول التي تنص تشريعاتها على حالات الطوارئ الصحية العامة، تشبه هذه الأخيرة عادةً حالات الكوارث في طبيعتها وتأثيرها. وعادةً ما تنص التشريعات المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة

على صلاحية إعلان حالة طوارئ صحية عامة أو على السبب الدافع إلى منح صلاحيات استثنائية متعلقة بالطوارئ الصحية العامة. وفي هذا التقرير، يشار إلى حالات الطوارئ وحالات الكوارث وحالات الطوارئ الصحية العامة مجتمعة على أنها حالات استثناء.

قد ينطوي الاعتماد المفرط على حالات الطوارئ على مخاطر قانونية وعملية، على عكس حالات الكوارث أو الطوارئ الصحية العامة، الأكثر تقييدًا أو تحديدًا. وتُعتبر المخاطر القانونية واضحة، وهي إطلاق صلاحيات طارئة غير ضرورية أو غير محدودة أو غير متناسبة يمكن ممارستها من دون تدقيق (أو مع تدقيق محدود ليس إلا)، وقد تؤدي إلى التعدي على بعض الحقوق. وقد يكون لاستخدام حالات الطوارئ أيضًا تأثير ضار على الفعالية التشغيلية إذا فرضت ترتيبات استثنائية تشمل جهات فاعلة جديدة أو جهات فاعلة في أدوار غير مألوفة. لهذا السبب، من المفضل اللجوء إلى حالات الكوارث أو حالات الطوارئ الصحية العامة، مع أن اعتماد حالات الطوارئ - وما تستتبعه من صلاحيات وتدابير استثنائية - قد يكون ضروريًا في بعض الأحيان.

مسؤولية الإعلان عن حالة استثناء

تشير عمليات المسح المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة إلى أنه عندما تنص التشريعات المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة على الإعلان عن حالات الطوارئ الصحية العامة أو على منح صلاحيات استثنائية متعلقة بالطوارئ الصحية العامة، يتم تحديد المسؤولية بشكل صريح، وعادةً ما يتم إسنادها إلى الجهات الفاعلة في قطاع الصحة. في معظم الحالات، يتم إسناد مسؤولية إعلان أو تحديد حالة من الطوارئ الصحية العامة إلى شخص محدد الهوية، غالبًا ما يكون وزير الصحة أو مسؤول كبير في وزارة الصحة. كذلك، تحدّد التشريعات عادة الجهة المسؤولة عن إعلان حالة الطوارئ بشكل صريح. إلا أنه في حالات الطوارئ الصحية العامة، قد يكون المسؤول عن إطلاق حالة الاستثناء متأثرًا صحيًا بالخطر الصحي الذي يتم إعلان حالة استثنائية بسببه. لذلك، من المهم التأكد من وجود تسلسل تراتبي للمسؤولين المخولين بإصدار إعلان أو قرار في حال عدم توفر المسؤول المحدد قانونًا.

في عدد من الدول المشمولة في العيّنة، لا يمكن إعلان حالات الاستثناء إلا في بعد التشاور أو الاتفاق مع جهات فاعلة حكومية محددة مثل الوزراء أو الوكالات القطاعية أو الحكومات دون الوطنية. ويشكل هذا النوع من المتطلبات ممارسة جيدة لأنه قد: (1) يحول دون تركيز السلطة في يد شخص أو كيان واحد؛ و(2) يحافظ على استقلالية السلطات القضائية المحلية؛ و(3) يعطي القيمة المناسبة لخبرة الوكالات القطاعية المعنية.

تفعيل حالات الاستثناء والصلاحيات الاستثنائية وتوقيتها

ينص تقرير التأهب للكوارث والاستجابة لها على أهمية أن يحدد القانون بوضوح المسببات القانونية لإعلان أو تحديد حالات الاستثناء وتفعيل الصلاحيات الاستثنائية. فتوقيت التفعيل يكتسب أهمية كبرى. وتشير عمليات المسح المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة إلى أن تشريعات الكثير من الدول باتت تنص على تفعيل هذه الصلاحيات بصورة وقائية: أي أنه يمكن إعلان حالة الاستثناء أو تحديدها عند وجود تهديد وشيك. ومع ذلك، لا تزال دول أخرى تفعل الصلاحيات الاستثنائية بعد وقوع الحدث، ما يتطلب تفاقم خطر الصحة العامة قبل تفعيل الصلاحيات الاستثنائية. وقد يكون من الصعب تحديد توقيت التفعيل الصحيح. ففي حالة تفعيل الصلاحيات بعد وقوع الحدث، قد يكون الوقت قد فات لتطبيق إجراءات وقائية أو تحضيرية معينة. وفي حال تفعيل الصلاحيات الاستثنائية وقائياً، قد يتم استخدامها في وقت مبكر جداً أو بشكل غير مفيد. ومع ذلك، فإن سرعة انتشار جائحة كوفيد-19 على الصعيدين الدولي والمحلي تدعم الرأي الذي يشير إلى أن القانون يجب أن ينص على التفعيل الوقائي للبدء بعملية الاستجابة للطوارئ الصحية العامة في وقت مبكر، مما يزيد من فعاليتها. ومع فرض ضوابط مناسبة، يجب أن تشكل القدرة على إعلان وتحديد حالات الاستثناء بشكل استباقي جزءاً من الأدوات المعتمدة من قبل الدولة لمواجهة التهديدات الخطيرة للصحة العامة.

طبيعة الصلاحيات والتدابير الاستثنائية

تنقسم الصلاحيات الاستثنائية التي قد يتم تفعيلها للاستجابة إلى حالات الطوارئ الصحية العامة إلى فئتين كبيرتين هما: (1) الصلاحيات التشريعية الاستثنائية، وعادةً ما تمنح السلطة التنفيذية القدرة على إصدار التشريعات (مثل المراسيم أو الأوامر أو اللوائح)؛ و/أو (ب) الصلاحيات الاستثنائية التنفيذية، التي تمكن السلطات من اتخاذ إجراءات قد لا تكون قانونية (مثل الأمر بالإخلاء، ومصادرة الممتلكات، وتقييد حرية التنقل). وقد اعتمدت كل الدول المشمولة في العينة شكلاً من أشكال الصلاحيات الاستثنائية للاستجابة لجائحة كوفيد-19. وفي بعض الحالات، تم استخدام الصلاحيات الاستثنائية التشريعية لإنشاء سلطات طوارئ جديدة. ومع ذلك، في معظم الحالات، كانت الصلاحيات الاستثنائية المستخدمة واردة إلى حد ما في التشريعات القائمة. وبشكل عام، على الرغم من أنه قد يكون من المناسب توفير صلاحيات أوسع في حالات الطوارئ الصحية العامة الشديدة، من الأفضل أن يحدد القانون بوضوح الصلاحيات الاستثنائية المتاحة ضمن قائمة شاملة دقيقة ومحددة مسبقاً.

أثر حالات الاستثناء والصلاحيات الاستثنائية على حقوق الإنسان

أظهرت جائحة كوفيد-19 أن الاستجابات المحلية للطوارئ الصحية العامة قد تتضمن اعتماد تدابير تؤثر على حقوق الإنسان، مثل القيود المفروضة على التنقل والتجمع، وحظر التجول، والإغلاق الإلزامي للشركات والمدارس، والحجر الصحي الإلزامي، والوقاية الإجبارية أو العزل الذاتي للأشخاص الأكثر قابلية للتعرض للمرض. من حيث المبدأ، تسمح معظم الصكوك المتعلقة بحقوق الإنسان للدول بالحد من بعض الحقوق من أجل اتخاذ تدابير للتعامل مع التهديدات الخطيرة لصحة السكان بشكل عام أو الأفراد. إلا أن ذلك لا يمنح الدول القدرة على التذرع بالأسباب الصحية للتصرف بلا حسيب أو رقيب. فيجب أن تكون القيود المفروضة على حقوق الإنسان ضرورية ومتناسبة وقانونية.

الضمانات والتدقيق خلال حالات الاستثناء

لا مجال للجدل في أن إعلان أو تحديد حالة الاستثناء واستخدام الصلاحيات الاستثنائية يجب أن يخضع لضوابط، تكون على شكل الإشراف التشريعي و/أو القضائي. في ما يتعلق بالإشراف التشريعي، يمكن الاستناد إلى حجة معقولة مفادها أنه خلال حالة طوارئ صحية عامة سريعة التطور، تبدو الموافقة اللاحقة (وليس المسبقة) على الإجراءات التنفيذية أكثر ملاءمة. وتشير عمليات المسح المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة إلى أن هذا النهج، الذي يتضمن التصديق اللاحق على الإجراءات التنفيذية من قبل السلطة التشريعية، هو بالفعل النهج الأكثر شيوعاً بين الدول المشمولة في العينة. ولا تذكر عمليات المسح المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة الإشراف القضائي بشكل صريح، على الرغم من أنها لا تشير إلى استبعاد الإشراف القضائي (مع استثناء واحد). بالإضافة إلى الإشراف التشريعي والقضائي، يمكن تعزيز التدقيق في الإجراءات التنفيذية أثناء حالات الطوارئ الصحية العامة من خلال اعتماد تدابير الشفافية، مثل المطالبة بالإبلاغ عن حالات الاستثناء وتدابير الطوارئ إلى أوسع جمهور ممكن، وليس فقط في السجل العام للقوانين.

الجزء ج: دور القانون في التخفيف من الآثار الثانوية لحالات الطوارئ الصحية العامة والآثار على الفئات المستضعفة

6. أثر حالات الطوارئ الصحية العامة على حركة التنقل والهجرة

التنقل البشري بشكل عام

يمكن أن تؤثر جميع الكوارث على التنقل البشري، ما يؤدي في كثير من الأحيان إلى النزوح القسري، وفي بعض الحالات، إلى عملية إعادة توطين مخطط لها. على غرار أنواع أخرى من الكوارث، قد تؤدي الطوارئ الصحية العامة إلى فرار الأشخاص بالفعل. فقد يدفع الخوف من العدوى أو الرغبة في تجنب قيود الإغلاق السكان إلى الانتقال ضمن البلد ودولياً. ومع ذلك، يمكن أن تؤثر حالات الطوارئ الصحية العامة على حركة التنقل بطرق مختلفة تماماً عن أنواع الكوارث الأخرى. فقد أظهرت جائحة كوفيد-19 أنه من الممكن أن تُنشئ القيود المفروضة لمنع انتشار المرض حالةً معاكسة للنزوح القسري، وهي منع التنقل القسري.

إغلاق الحدود

شكل منع التنقل القسري إحدى النتائج الرئيسية لإغلاق الحدود وفرض قيود على السفر في جميع الدول المشمولة في العينة تقريباً. وتم تطبيق هذه التدابير استجابةً لجائحة كوفيد-19 على الرغم من التوصيات المؤقتة الصادرة عن اللوائح الصحية الدولية لمنظمة الصحة العالمية، التي نصحت الدول بعدم فرض هكذا تدابير. ويُحتمل أن تكون هذه التدابير قد شكّلت خرقاً لالتزامات دولية أوسع نطاقاً. فينص العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية، على وجه الخصوص، على أنه ينبغي أن يتمتع الأفراد بالحرية في مغادرة أي بلد، بما في ذلك بلدهم، وأنه لا يجوز حرمانهم تعسفاً من حق الدخول إلى بلدهم. قد يشكّل إغلاق الحدود وفرض قيود على السفر وسيلة ممكنة لمنع انتشار المرض، لا سيما في المراحل الأولى من تفشيه، ولكن يجب أن يكوناً أيضاً: (1) ضروريين ومتناسبين مع مكافحة تهديد الصحة العامة؛ و(2) محددين ضمن إطار زمني؛ و(3) منصوص عليهما في القانون؛ و(4) مراعيين للالتزامات القانونية الدولية.

تجدر الإشارة إلى أنّ إغلاق الحدود والقيود على السفر اللذين فُرضا خلال فترة تفشي جائحة كوفيد-19 أدّيا إلى أثر سلبي على الكثير من المهاجرين والعمال الوافدين الراغبين في العودة إلى وطنهم. وتشير عمليات المسح المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة إلى أنه، في معظم الحالات، تم إعفاء المواطنين أو المقيمين الدائمين من القيود المفروضة على الوافدين وسُمح لهم بالدخول. إلا أنّ القيود المفروضة على السفر إلى الخارج والعوائق العملية (مثل عدم توفر الرحلات الجوية التجارية) سبّبت تعقيدات في بعض الحالات. كذلك، يُعتبر الملاحون

الذي يُقدر عددهم بحوالى 200000 من المجموعات التي تضررت بشدة، إذ لا يزالون عالقين على متن السفن بسبب القيود الحدودية. وكشفت عمليات المسح المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة أن عددًا من الدول قدمت مساعدة إيجابية للأفراد الراغبين في العودة إلى وطنهم. ونظرًا إلى احتمال ظهور مثل هذه المشكلات أثناء تفشي الأمراض الجديدة في المستقبل، يجب معالجتها في القوانين والسياسات والخطط المرتبطة بالطوارئ الصحية العامة.

اللاجئون وطالبو اللجوء

تناولت عمليات المسح المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة على وجه التحديد القضايا التي يواجهها اللاجئون وطالبو اللجوء خلال تفشي جائحة كوفيد-19. وتم تحديد مسألتين رئيسيتين هما: (1) ما إذا كان إغلاق الحدود وفرض قيود السفر منعا للاجئين وطالبي اللجوء من الدخول و/أو فرضا عودتهم القسرية؛ و(2) ما إذا كانت طلبات اللجوء لا تزال قيد المعالجة. في ما يتعلق بالمسألة الأولى، عند ظهور جائحة كوفيد-19، قدّرت المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين أنه من بين 123 دولة أغلقت حدودها كليًا أو جزئيًا، لم تستثنِ 30 دولة منها طالبي اللجوء من القيود. وتكشف عمليات المسح المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة أن عددًا من الدول المشمولة في العيّنة منحت استثناءات "لأسباب إنسانية"، ويمكن القول إنها استثناءات قابلة للتطبيق رغم أنها ليست خاصة باللاجئين وطالبي اللجوء. أما في ما يتعلق بالمسألة الثانية، فقد أفادت التقارير من معظم الدول المشمولة في العيّنة أن القوانين المتعلقة باللاجئين وطالبي اللجوء لا تزال سارية المفعول ويجري تطبيقها على الرغم من الإبلاغ عن بعض التأخير في معالجة طلبات اللجوء.

7. المأوى والإسكان

مقارنة بالكوارث من أنواع أخرى، تطرح حالات الطوارئ الصحية العامة تحديات مختلفة تمامًا في ما يتعلق بقضايا المأوى والإسكان، ويعود ذلك أساسًا إلى أنها تخلّف دمارًا ماديًا أقل. فكما أظهرت جائحة كوفيد-19، تنقسم المخاوف الرئيسية التي تظهر خلال حالات الطوارئ الصحية العامة إلى شقين. فمن جهة، قد يكون المشردون معرضين للخطر بشكل خاص نظرًا إلى أنهم يفتقرون مثلًا إلى مرافق النظافة الصحية أو سبل العلاج أو الدعم. ومن جهة أخرى، تحمل الطوارئ الصحية العامة تأثيرات ثانوية على النشاط الاقتصادي وسبل العيش، ويمكن أن تزيد من عدد الأشخاص المعرضين لخطر فقدان مساكنهم.

التشرد والمشردون

خلال فترة نقشي جائحة كوفيد-19، اتخذت معظم الدول المشمولة في العيّنة تدابير لتوفير الإقامة للمشردين و/أو تقديم خدمات أفضل لهم في مجال الصرف الصحي. ولتحقيق ذلك، نفّذت الدول المشمولة في العيّنة مبادرات أو برامج جديدة أو اعتمدت على المبادرات القائمة، مع الإشارة إلى أنّ التشريع لم يكن من الخطوات الشائعة. ومن الفوائد الإيجابية أن بعض الدول جمعت بين الحاجة إلى إيجاد مسكن لإمكانية تطبيق العزل الذاتي أو التباعد الاجتماعي الفعال، مع خطط طويلة الأجل للحد من التشرّد. وفي معظم الحالات، تم تقديم الدعم عن طريق مشورة موجهة وإتاحة الوصول إلى التدابير الصحية. إلا أنّ معظم التدابير المتخذة أتت كردّ فعل، حتى ولو كانت مبنية على مبادرات قائمة في الأساس. ونظرًا إلى أنّ التأثير المحتمل للطوارئ الصحية العامة على المشردين بات معروفًا، يجب معالجته في القوانين والسياسات والخطط المتعلقة بحالات الطوارئ الصحية العامة، حتى تكون الدول مهيأة لاتخاذ الإجراءات اللازمة لحماية هذه الفئة ودعمها.

فقدان المسكن

أدركت معظم الدول المشمولة في العيّنة منذ مرحلة مبكرة أن الأثر الاقتصادي لجائحة كوفيد-19 قد يؤدي إلى احتمال فقدان الناس لمنازلهم. واعتمد الكثير من الدول المشمولة في العيّنة تدابير لمعالجة القضايا المتعلقة بالإسكان، انطلاقًا من: (1) عدم قدرة المستأجرين ومالكي المنازل على دفع الإيجار أو سداد أقساط الرهن العقاري؛ و(2) الحاجة إلى حماية الأسر المعيشية من الإخلاء أو الرهن الاحتجائي، في حال عدم تمكنها، ولأسباب مرتبطة بجائحة كوفيد-19، من دفع الإيجار أو سداد الرهن العقاري. وأقرّ عدد من الدول المشمولة في العيّنة تشريعات لحظر أو تأجيل عمليات الإخلاء. وكان التدبير الأكثر شيوعًا هو تقديم الدعم المالي للمستأجرين ومالكي المنازل، رغم أنه لم يكن مشتركًا بين جميع الدول على الإطلاق. كذلك، بدت معظم التشريعات كردّ فعل بعد وقوع الحدث، في ظل وجود القليل من التشريعات القائمة التي تسمح للحكومات باتخاذ الإجراءات أو عدم وجودها على الإطلاق. ونظرًا إلى أن الدعم المماثل قد يكون مطلوبًا في حالات الطوارئ الصحية العامة في المستقبل، من المنطقي أن تعتمد الدول صلاحيات دائمة لاتخاذ مثل هذه الإجراءات ولضمان إدراج أنواع الترتيبات المطلوبة في القوانين والسياسات والخطط المتعلقة بحالات الطوارئ الصحية العامة.

8. حماية الفئات المستضعفة

أوجه الاستضعاف في حالات الطوارئ الصحية العامة

على غرار قوانين إدارة مخاطر الكوارث الأوسع نطاقاً، يركز الكثير من قوانين الطوارئ الصحية العامة على أدوار ومسؤوليات المؤسسات والجهات الفاعلة، ويشير بشكل محدود إلى السكان المتضررين. ومع ذلك، يجب أن تكون حماية الأشخاص الذين قد يتأثرون بالطوارئ الصحية العامة، وخاصة الأكثر ضعفاً منهم، في صلب أطر إدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة والقوانين التي ترعاها.

في هذا الإطار، يحدد تقرير التأهب للكوارث والاستجابة لها ثمانى فئات من الأشخاص الذين قد يكونون، بحسب الظروف، معرضين بشكل خاص لتأثيرات الكوارث، وهم: النساء والفتيات؛ والأطفال، وخاصة الأطفال غير المصحوبين والمنفصلين عن ذويهم؛ وكبار السن؛ والأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة؛ والمهاجرين؛ ومجموعات السكان الأصليين؛ والأقليات العرقية والإثنية؛ والأقليات الجنسية والجنسانية. كذلك، يسلط التقرير الضوء على أن المجموعات الأخرى (مثل الأقليات الدينية والسياسية والطبقات أو الطوائف المهمشة) قد تتأثر أيضاً بشكل غير متناسب بالكوارث بحسب السياق المحلي.

تُشِئ الطوارئ الصحية العامة فئات إضافية من الأشخاص المستضعفين. فمن الواضح أن الأشخاص المعرضين للإصابة بالمرض أو العدوى التي تسبب حالة الطوارئ الصحية العامة سيكونون من بين الأكثر ضعفاً. كما أن طبيعة الطوارئ الصحية العامة تعرض مقدمي الرعاية الصحية لخطر أكبر بكثير من غيرهم. كذلك، تظهر تأثيرات صحية ثانوية، منها التأثير على الصحة النفسية للأشخاص الخاضعين للإغلاق الشامل والاضطراب الذي يصيب خدمات الرعاية الصحية الأخرى. وقد يتم وصم المصابين بالمرض بالعار، كما يمكن أن تتسبب حالات الطوارئ الصحية العامة في التسبب بالتهميش الاجتماعي والاقتصادي أو زيادته.

الأشخاص المعرضون لخطر الإصابة بالمرض

الأشخاص الأكثر عرضة للإصابة بأي من الطوارئ الصحية العامة هم أولئك المعرضون لخطر الإصابة بالمرض المسبب لها (أو لغيره من مخاطر الصحة العامة). وعلى الرغم من أن كبار السن والأشخاص الذين يعانون من ظروف صحية أساساً كانوا عرضة بشكل خاص لجائحة كوفيد-19، إلا أن الأمراض المختلفة قد تصيب مجموعات مختلفة أو تؤثر عليها (وهذا ما سيحدث في نهاية المطاف)، ويمكن أن يكون لتجربة المرض نتائج مختلفة للغاية بالنسبة لمختلف المجموعات. فعلى سبيل المثال، كانت فئة الشباب معرضة بشكل خاص لخطر الإصابة خلال انتشار جائحة الإنفلونزا في العام 1918، في حين كانت النساء الحوامل وأطفالهن الذين لم يولدوا بعد معرضين بشكل خاص للخطر في فترة انتشار فيروس زيكا. لذلك، من المهم ألا تقتصر القوانين والسياسات والخطط المتعلقة بحالات الطوارئ الصحية العامة أن مجموعة (أو مجموعات) معينة ستكون بالضرورة معرضة لمخاطر الصحة العامة في المستقبل، بل أن تستيق مختلف الاحتمالات الممكنة.

في إطار الاستجابة لفيروس كوفيد-19، أقرت معظم الدول المشمولة في العينة بالحاجة إلى توفير حماية خاصة لمن هم أكثر عرضة لخطر الإصابة بالعدوى أو المرض. وتم اعتماد الكثير من النهج المختلفة، بما في ذلك الوقاية (الطوعية أو الإلزامية) والتدابير المختلفة لتحسين الوصول إلى الخدمات والإمدادات (مثل الرعاية الصحية، وفحوصات كوفيد-19، والأدوية، والإمدادات الصحية). ويجب على التدابير المعتمدة لحماية الفئات الأكثر عرضة للخطر، مثل البقاء في المنزل أو الحصول على العلاج الضروري، أن تراعي التوازن الدقيق بين (1) ضمان حماية هذه المجموعات قدر الإمكان و(2) تجنب انتهاك حقوقهم الأساسية. ولا يمكن تحقيق التوازن إلا من خلال فرض تدابير متناسبة مع حجم التهديد الصحي، وخاضعة لإطار زمني، ومنصوص عليها في القانون، وخاضعة للتدقيق المناسب.

كبار السن وذوو الإعاقة أو الأشخاص الذين يعانون من أمراض سابقة

قد يكون كبار السن وذوو الإعاقة أو الأشخاص الذين يعانون من أمراض سابقة معرضين للخطر بشكل خاص في حال وقوع أي كارثة. وفي حالة من الطوارئ الصحية العامة الناجمة عن عدوى أو مرض، قد تكون هذه المجموعات معرضة أكثر من غيرها بسبب عامل العمر أو الإعاقة أو المرض، الذي قد يجعلها أكثر عرضة للإصابة. وتشير عمليات المسح المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة إلى أنه خلال جائحة كوفيد-19، وضعت الحكومات أنواعًا ومستويات مختلفة من حزم الدعم أو المساعدات لهذه الفئة من الأشخاص. إلا أن بعض عمليات مسح الطوارئ الصحية العامة تعبر عن قلق ناجم عن وجود ثغرات في رعاية كبار السن والأشخاص ذوي الإعاقة، بما في ذلك في الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية أو الاجتماعية العادية. كذلك، تم الإبلاغ عن عوائق تحول دون إجراء الفحوص اللازمة والوصول إلى المعلومات في هذا السياق.

يؤكد ذلك الحاجة إلى إقرار قوانين وسياسات وخطط لإدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة من أجل تلبية الاحتياجات المحددة لكبار السن وذوي الإعاقة أو الأشخاص الذين يعانون من أمراض سابقة في حالات الطوارئ الصحية العامة.

حماية إمكانية الوصول إلى الرعاية الصحية

أظهرت جائحة كوفيد-19 أنه من الممكن أن تتأثر قدرة السكان على الوصول إلى الرعاية الصحية إلى حد بعيد لأسباب لا علاقة لها بالعدوى أو المرض المسبب لحالة الطوارئ الصحية العامة خلال فترة وقوع هذه الطوارئ. وقد تم الإبلاغ عن صعوبات في الوصول إلى الرعاية الصحية على نطاق واسع، ومن الأمثلة على ذلك توقف برامج مكافحة الملاريا. في ضوء هذه الصعوبات، من المهم أن تحمي

القوانين والسياسات والخطط المتعلقة بحالات الطوارئ الصحية العامة استمرارية خدمات الرعاية الصحية العامة أثناء حدوث حالات الطوارئ هذه لضمان حصول السكان على العلاج للحالات أو الأمراض التي لا علاقة لها بالطوارئ الصحية العامة بحد ذاتها.

الأشخاص المعرضون لمخاطر اقتصادية والمالي

قد يؤدي التهميش الاقتصادي القائم مسبقاً إلى زيادة قابلية التعرض للكوارث: فيمكن أن تعرّض ظروف المسكن وسبل المعيشة الضعيفة الناس لآثار أكثر خطورة (مثل الوفيات والمرض والخسائر المالية). كذلك، تنطوي الطوارئ الصحية العامة على عوامل إضافية يجب مراعاتها: فعلى سبيل المثال، قد تكون نسبة انتقال العدوى أعلى بين الأشخاص ذوي المكانة الاجتماعية والاقتصادية المتدنية، وقد يكون الفقر عائقاً أمام الوصول إلى الرعاية الصحية (خاصة في الدول التي يدير أنظمة الرعاية الصحية فيها مقدمو الخدمات من القطاع الخاص بشكل أساسي)، كما قد تؤثر التدابير بشكل غير متناسب على الأشخاص ذوي الدخل المنخفض أو المعدومي الدخل.

وكانت إحدى أهم سمات جائحة كوفيد-19 التداعيات المالية للتدابير المتخذة للحدّ من التأثير المباشر للمرض، مثل إغلاق المؤسسات التجارية وفرض قيود على السفر. وقد استجابت جميع الدول المشمولة في العينة تقريباً لجائحة كوفيد-19 من خلال تقديم حزم مختلفة من الدعم المالي للشركات والأفراد. وحُصّصت معظم المساعدات إلى المؤسسات التجارية لمساعدتها على تجاوز أيّ انكماش اقتصادي ناجم عن جائحة كوفيد-19 وتجنب تسريح الموظفين. إلا أنّ نوع الدعم اختلف بشكل كبير، وظهرت تفاوتات واسعة بين الدول التي لديها القدرة على تقديم المساعدة المالية والدول التي ليس لديها القدرة على تقديم الدعم.

في معظم الحالات، اضطرت الدول إلى وضع تدابير الدعم المالي بسرعة استجابةً لتفشي جائحة كوفيد-19. ويدلّ ذلك على الحاجة إلى: (1) إشراك الوكالات أو المنظمات التي تقدم الدعم الاقتصادي أو المالي في ترتيبات التأهب للطوارئ الصحية العامة؛ و(2) إقرار قوانين و/أو سياسات دائمة يمكن تفعيلها عند وقوع حالة طوارئ صحية عامة، بدلاً من الاضطرار إلى وضعها بعد وقوع هذه الأخيرة.

حماية الأشخاص المعرضين لخطر العنف

ازدادت نسبة حوادث العنف المنزلي (بما في ذلك عنف العشير والعنف ضد الأطفال) خلال جائحة كوفيد-19. فلم يتمكن بعض المعرضين للخطر من الهروب من العنف أو الاعتداء أو التماس الحماية بسبب القيود المفروضة على التنقل. إضافة إلى ذلك، مع إغلاق المدارس، سقط أحد أشكال الحماية الرئيسية للأطفال ضد التعرض للاعتداء: فنظرًا إلى تعلّم الكثير من الأطفال من المنزل، لم يكن المعلمون قادرين

على مراقبة رفاهيتهم كالسابق (إن لم نقل على الإطلاق). واتخذ عدد من الدول المشمولة في العيّنة إجراءات تشريعية محددة لمعالجة هذه المشاكل، لا سيما الطلب من وكالات الحماية مواصلة الدعم و/أو توفير موارد إضافية. ومن التدابير الأخرى التي اعتمدتها بعض الدول المشمولة في العيّنة تقديم إعفاءات من قوانين الإغلاق الشامل للسماح للأشخاص الذين يعانون من العنف المنزلي أو المعرضين لخطرهم بالمغادرة و/أو البقاء بعيداً عن منازلهم أو عن مكان إقامتهم المعتاد.

طلاب المدارس

تم إغلاق المدارس فعلياً ومن دون استثناء في الدول المشمولة في العيّنة في بداية جائحة كوفيد-19. وتجدر الإشارة إلى أنّ جائحة كوفيد-19 لم تكن الوحيدة التي تسببت بإغلاق المدارس، فقد كان لتفشي فيروس إيبولا تأثير كبير على التعليم في ليبيريا وسيراليون. قد تؤدي معظم أنواع الكوارث إلى وقف التعليم، إلا أنّ الاختلاف الرئيسي في ما يتعلق بحالات الطوارئ الصحية العامة هو أن الانقطاع عن التعليم عندها قد يكون أوسع نطاقاً ويدوم لمدة أطول بكثير. فإذا بقي الأطفال خارج المدرسة لفترات طويلة، قد ينعكس ذلك بشكل سلبي على تعليمهم ونموهم الاجتماعي وصحتهم البدنية والعقلية.

تعاملت معظم الدول المشمولة في العيّنة مع النتيجة الأكثر وضوحاً لإغلاق المدارس، أي وقف التدريس، من خلال اعتماد التعليم أو التعلم عبر الإنترنت و/أو التعليم المنزلي. كذلك، في بعض الدول المشمولة في العيّنة، تم تسهيل هذا الأمر من خلال التشريعات، بينما في دول أخرى تبين أن التشريع ليس ضرورياً. ومع ذلك، لم يكن الانتقال إلى التعليم عبر الإنترنت شاملاً، واعتمد على الافتراضات التالية: (1) القدرة على توفير التعلم عن بعد - وهو تحدٍ للأنظمة التعليمية التي تكافح بالفعل لتوفير تعليم شامل؛ و(2) تمتع الدول والأسر بالبنى التحتية اللازمة لتكنولوجيا المعلومات؛ و(3) تمتع الأطفال بالقدرة والنضج اللازمين للالتزام بالتعلم عبر الإنترنت - ما يشكل تحدياً للأطفال الصغار جداً؛ و(4) تحلّي الأسر بالقدرة والإمكانية اللازمين لدعم أطفالها.

بشكل عام، تؤكد تجربة جائحة كوفيد-19 والطوارئ الصحية العامة السابقة على أهمية إشراك وتمثيل المدارس والسلطات المدرسية في جميع مراحل إدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة، وفي وضع خطط طوارئ إلزامية لضمان استمرارية التعليم أثناء حالات الطوارئ الصحية العامة.

المهاجرون والمجموعات العرقية والإثنية المهمشة

يتعرض المهاجرون والمجموعات العرقية والإثنية المهمشة لخطر التأثير بشكل غير متناسب بأي كارثة (بما في ذلك بالطوارئ الصحية العامة) بسبب التمييز والتهميش الاقتصادي. قد لا يكون التمييز في التأهب للكوارث والاستجابة لها مباشرًا فحسب، إنما قد يكون أيضًا غير مباشر بحيث لا يتم تكييف البرامج والتدابير مع الاحتياجات المحددة لهذه المجموعات. على سبيل المثال، قد لا يتم تقديم معلومات حول المخاطر والتحذيرات بلغات مختلفة. وقد يكون المهاجرون غير الشرعيين معرضين بشكل خاص لمخاطر متزايدة بسبب عدم أهليتهم للبرامج الحكومية و/أو عدم رغبتهم في التعامل مع الجهات الرسمية خوفًا من اتخاذ تدابير قانونية بحقهم.

كذلك، تكشف عمليات المسح المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة أن القضايا الخاصة التي تؤثر على المهاجرين أثناء الطوارئ الصحية العامة قد تشمل: (1) الوصول إلى الرعاية الصحية؛ و(2) الحصول على الدعم المالي؛ و(3) تأثير وضع المهاجرين القانوني بسبب القيود المفروضة على السفر. أما في ما يتعلق بالوصول إلى الرعاية الصحية، فتشير عمليات المسح المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة إلى أن الدول المشمولة في العينة قد اعتمدت مجموعة من النهج، بدءًا بتوفير الوصول الكامل إلى الرعاية الصحية ووصولًا إلى استبعاد المهاجرين أو توفير الوصول الجزئي أو المشروط لهم فحسب. وكانت المنافع المالية أو منافع الرعاية الاجتماعية المقدمة خلال جائحة كوفيد-19 متاحة فقط للمواطنين أو المقيمين الدائمين، باستثناء بعض الحالات.

تجدر الإشارة إلى أنه في بعض أنظمة الهجرة، يمكن أن يكون للوصول إلى الرعاية الصحية أو المنافع ذات الصلة تأثير سلبي أيضًا على وضع الهجرة و/أو يمكن أن يقوض قبول طلبات الحصول على الإقامة الدائمة. لذا، اتخذ عدد من الدول المشمولة في العينة إجراءات محددة لضمان عدم تعرض المهاجرين الذين حصلوا على الدعم المخصص لجائحة كوفيد-19 إلى التمييز نتيجة لذلك. ومن التدابير الإيجابية الأخرى التي اعتمدتها بعض الدول المشمولة في العينة تمديد التأشيرات أو تجديدها تلقائيًا للمهاجرين الذين انتهت صلاحية تأشيراتهم ولم يتمكنوا من العودة إلى ديارهم بسبب إغلاق الحدود وفرض القيود على السفر.

تميل عمليات مسح الطوارئ الصحية العامة إلى عدم تقديم معلومات خاصة في ما يتعلق بالمجموعات العرقية والإثنية المهمشة. والجدير بالذكر أن التأثير الرئيسي المبلغ عنه هو أن هذه المجموعات قد تواجه حواجز لغوية وثقافية للوصول إلى المعلومات والرعاية الصحية وغيرها من المساعدات في حالات الطوارئ الصحية العامة. وقد اتخذت بعض الدول المشمولة في العينة خطوات للتصدي للحواجز اللغوية والثقافية عن طريق نشر المعلومات الصحية مثلًا بلغات مختلفة. كذلك، تحتوي عمليات المسح المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة على بعض الأمثلة المحدودة عن قوانين أو سياسات جديدة محددة اعتمدت لمعالجة التأثير المحتمل لجائحة كوفيد-19 على السكان الأصليين.

في هذا الإطار، توضح النتائج المذكورة أعلاه الحاجة إل « تحسين مشاركة وتمثيل هذه المجموعات في إدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة، كما يرد في أجزاء عدّة من التقرير. وتسَلط النتائج الضوء على الحاجة إلى ضمان وصول المهاجرين إلى كافة خدمات الرعاية الصحية خلال حالات الطوارئ الصحية العامة بغض النظر عن وضعهم كمهاجرين، وتنفيذ التدابير اللازمة لإلغاء الحواجز اللغوية والثقافية التي تعيق الوصول إلى المعلومات والرعاية الصحية وغيرها من أشكال الدعم.

الجزء د: التسهيلات القانونية للجهات الفاعلة في المجال الإنساني

9. التسهيلات القانونية للجهات الفاعلة في المجال الإنساني

التسهيلات القانونية

يشير مصطلح التسهيلات القانونية إلى الحقوق القانونية الخاصة التي تُمنَح لمنظمة معينة (أو فئة من المنظمات) لتمكينها من الاضطلاع بأنشطتها بكفاءة وفعالية. وقد تتخذ التسهيلات القانونية شكل حقوق إيجابية (لتنفيذ نشاط معين)، أو الوصول إلى عمليات تنظيمية مبسطة وسريعة أو إعفاءات خاصة من قانون معين أو شرط قانوني ينطبق في الحالات الأخرى.

منذ إنشاء برنامج قانون الكوارث التابع للاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر في العام 2001، ركّز هذا الأخير على ضمان توفّر التسهيلات القانونية لبعض المستجيبين للكوارث من أجل دعم تنفيذ استجابة فعالة للكوارث. كذلك، تقوم القائمة المرجعية حول التأهب للكوارث والاستجابة لها، التي أقرتها الدول الأطراف في اتفاقيات جنيف ومكونات الحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر في عام 2019 في المؤتمر الدولي الثالث والثلاثين للصليب الأحمر والهلال الأحمر (المؤتمر الدولي)، بتحديد التسهيلات القانونية المطلوبة للمنظمات الإنسانية المحلية من أجل التأهب للكوارث والاستجابة لها. أما توجيهات القانون الدولي لمواجهة الكوارث، التي تم اعتمادها بالإجماع من قبل الدول الأطراف في اتفاقيات جنيف ومكونات الحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر في العام 2007 في المؤتمر الدولي الثلاثين، فتتضمن توصيات بشأن الحد الأدنى من التسهيلات القانونية التي يجب تقديمها للدول المساعدة والمنظمات الإنسانية المساعدة المؤهلة للاستجابة الدولية للكوارث.

وفي حين لا تنطبق جميع التسهيلات القانونية المحددة في القائمة المرجعية حول التأهب للكوارث والاستجابة لها وتوجيهات القانون الدولي لمواجهة الكوارث على حالات الطوارئ الصحية العامة - وبالتالي لم تتم مناقشتها كلها في هذا التقرير - لا يزال من المستحسن بشكل عام أن تضع الدول قوانين وسياسات دائمة توفر التسهيلات القانونية المحددة في القائمة المرجعية حول التأهب للكوارث والاستجابة لها وتوجيهات القانون الدولي لمواجهة الكوارث.

أثر القيود المفروضة في سياق جائحة كوفيد-19

في الكثير من الحالات، كان للقيود المفروضة استجابةً لجائحة كوفيد-19 تأثير كبير على عمليات شبكة الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر والمنظمات الإنسانية الأخرى. وفي بعض الدول، سادت حالة من عدم اليقين حول ما إذا كانت الجمعيات الوطنية للصليب الأحمر والهلال الأحمر معفاة أم لا من القيود المتعلقة بجائحة كوفيد-19 والمفروضة على حرية التنقل، وبالتالي، حول ما إذا كان يُسمح لها بالتنقل بحرية في البلاد والوصول إلى المجتمعات المحلية. كذلك، ونتيجة القيود المتعلقة بجائحة كوفيد-19، لم تتمكن شبكة الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر من الوصول إلى مستودعاتها ومخزونها في بعض الحالات. إضافةً إلى ذلك، من أصل 100 عملية انتشار مرتبطة بالجائحة نفذتها شبكة الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر بحلول نهاية شهر أيلول/سبتمبر 2020، كان لا بد من تنفيذ 86 عملية عن بُعد.

واندرجت القيود التي كان لها تأثير خاص على المساعدات الإنسانية (الدولية والمحلية) ضمن أربع فئات كبيرة هي: (1) القيود المفروضة على الحركة الداخلية، بما في ذلك أوامر الاحتواء داخل المبنى وحالات الإغلاق الشامل؛ و(2) المتطلبات الإلزامية لإغلاق المؤسسات التجارية أو القيود المفروضة على الأعمال التجارية؛ و(3) القيود التي كان لها تأثير على تجنب أو منع حركة انتقال الأشخاص عبر الحدود، بما في ذلك إغلاق الحدود وتعليق منح التأشيرات وفرض الحجر الصحي؛ و(4) القيود على استيراد أو تصدير البضائع، بما في ذلك معدات الوقاية الشخصية والمستلزمات الطبية. إضافةً إلى ذلك، نجمت بعض المشكلات لا بسبب فرض قيود جديدة، بل بسبب ضرورة رفع الحكومات للشروط الحالية أو التنازل عنها للسماح بتنفيذ العمليات، علماً أنّ بعض الحكومات لم تقم بذلك.

القيود المفروضة على الحركة الداخلية والمؤسسات التجارية

فرض الكثير من الدول قيوداً على حركة التنقل (مثل حالات الإغلاق الشامل وحظر التجول وأوامر الاحتواء داخل المبنى) وعلى ساعات العمل من أجل الحد من انتشار جائحة كوفيد-19. وتكشف عمليات المسح المتعلقة بمرسوم الطوارئ أنه كان من الشائع إعفاء العاملين

"الأساسيين" أو المعنيين "بالرعاية الصحية" أو الخدمات "الأساسية" أو المرتبطة "بالرعاية الصحية" (أو ما يماثلها) من تلك القيود. إلا أنه نادراً ما أُدرجت الجمعيات الوطنية للصليب الأحمر والهلال الأحمر والمنظمات الإنسانية الأخرى بشكل صريح ضمن هذه الفئات. وفي حين أن الجمعيات الوطنية للصليب الأحمر والهلال الأحمر والمنظمات الإنسانية الأخرى اعتُبرت مشمولة أو شُملت ضمناً في الإعفاءات في معظم الحالات، لم يكن هذا الأمر مثاليًا لأنه أنتج حالة من عدم اليقين بشأن ما إذا كانت هذه الجمعيات (وموظفوها ومتطوعوها) معفية بالفعل. لذا، فمن الأفضل أن تُمنح الجمعيات الوطنية للصليب الأحمر والهلال الأحمر والمنظمات الإنسانية الأخرى إعفاءات صريحة من القيود المفروضة على الحركة الداخلية وساعات العمل خلال حالات الطوارئ الصحية العامة، لكي تتمكن من مواصلة عملها البالغ الأهمية بخطى ثابتة.

إغلاق الحدود و/أو القيود على الدخول

على الرغم من أن منظمة الصحة العالمية كانت قد نصحت في البداية بعدم إغلاق الحدود، إلا أنه بمجرد ظهور خطر نقشي فيروس كوفيد-19 على الصعيد العالمي، أغلقت الكثير من الدول حدودها في محاولة لإدارة مخاطر العدوى عبر الحدود. ومنح عدد من الدول المشمولة في العينة استثناءات صريحة للمنظمات أو العمليات الإنسانية. كذلك، منحت دول أخرى مشمولة في العينة أحد المسؤولين الرسميين سلطةً تقديرية لمنح استثناءات، ما أتاح للعاملين في المجال الإنساني إمكانية التقدم بطلب للحصول على إعفاء. إلا أنه أُفيد أن بعض الدول المشمولة في العينة لم تمنح أي استثناءات للعاملين في المجال الإنساني. وتجدر الإشارة إلى أن النهجين الأخيرين يتعارضان مع توجيهات القانون الدولي لمواجهة الكوارث التي تدعم المبدأ الذي يدعو الدول إلى تسهيل عملية دخول العاملين مع الجهات الإنسانية المساعدة المؤهلة.

حتى في الأماكن التي بقيت فيها الحدود مفتوحة، اتّبع عدد من الدول شروط الحجر الصحي أو العزل الذاتي. وفي بعض الحالات، كانت هذه الشروط صارمة للغاية، إذ تطلبت من الأفراد الالتزام بالحجر الصحي لفترة معينة وفقاً للتوصيات الحكومية. والجدير بالذكر أنه حتى لو سُمح بدخول العاملين في المجال الإنساني، كانوا يُمنعون من أداء المهام التي يدخلون البلاد للقيام بها على الفور. وقد يؤدي ذلك على سبيل المثال إلى إفشال وتقويض الاستجابة لكارثة أخرى تقع بالتزامن مع حالة الطوارئ الصحية العامة. وعلى الرغم من أن بعض الدول قدمت استثناءات للعاملين في المجال الإنساني، إلا أنها لم تكن كثيرة.

المؤهلات المهنية

يتمثل أحد العوائق التي تحول دون تقديم المساعدة في حالات الكوارث المحددة في توجيهات القانون الدولي لمواجهة الكوارث والقائمة المرجعية حول التأهب للكوارث والاستجابة لها في الاعتراف (أو عدم الاعتراف) بالمؤهلات المهنية الخارجية - أو، في حالة الولايات الفيدرالية، بالمؤهلات المهنية المختلفة بين ولاية وأخرى. وفي حين أنّ عمليات المسح المرتبطة بمرسوم الطوارئ لم تتناول مسألة الاعتراف بالمؤهلات المهنية، توضح تجربة جائحة كوفيد-19 أنها شديدة الأهمية في حالات الطوارئ الصحية العامة. ففي الولايات المتحدة على سبيل المثال، اعتمد الكثير من أحكام "الاعتراف المتبادل بالتراخيص" بسرعة خلال تفشي جائحة كوفيد-19، للسماح بالاعتراف المؤقت بالتراخيص الطبية من خارج الولاية المعنية. وتماشياً مع توجيهات القانون الدولي لمواجهة الكوارث والقائمة المرجعية حول التأهب للكوارث والاستجابة لها، يجب أن تنص القوانين و/أو السياسات الدائمة على الاعتراف التلقائي أو السريع بالمؤهلات والتراخيص الخارجية و/أو بين الولايات في حالات الطوارئ الصحية العامة.

القيود على استيراد السلع والمعدات أو تصديرها

بشكل عام، فُرضت قيود أقل على حركة استيراد وتصدير البضائع خلال فترة تفشي جائحة كوفيد-19، مقارنة بتلك المفروضة على حركة تنقل الأشخاص. ولكن نشأت بعض الصعوبات في مجال السلع والمعدات المستخدمة للوقاية من فيروس كوفيد-19 وعلاجه. فبحلول نهاية شهر تموز/يوليو 2020 مثلاً، فرضت حوالي 90 دولة قيوداً على الصادرات نتيجة لتفشي جائحة كوفيد-19. وفي حين أنّ الدول قد ترغب في ضبط تصدير بعض الإمدادات خلال حالات الطوارئ الصحية العامة لتلبية احتياجات سكانها، يتعين عليها إعفاء المنظمات الإنسانية من أي قيود من شأنها أن تعيق قدرتها على استيراد أو تصدير السلع والمعدات المرتبطة بالإغاثة.

الضرائب والرسوم

توصي توجيهات القانون الدولي لمواجهة الكوارث والقائمة المرجعية حول التأهب للكوارث والاستجابة لها بإعفاء المنظمات الإنسانية المساعدة المؤهلة من ضريبة القيمة المضافة وغيرها من الضرائب أو الرسوم المرتبطة مباشرة بتقديم الإغاثة في حالات الكوارث. وفي سياق جائحة كوفيد-19، يبدو أنّ عدداً من الدول المشمولة في عمليات المسح المرتبطة بمرسوم الطوارئ اتّبع هذه التوصية، خصوصاً في ما يتعلق باستيراد معدات الوقاية الشخصية والمنتجات الصيدلانية.

التوصيات

اللوائح الصحية الدولية

المراجعة المستقبلية للوائح الصحية الدولية

1. ينبغي لأي مراجعة مستقبلية للوائح الصحية الدولية النظر في ما إذا كان يتعين على الدول القيام بما يلي:
 - أ. إنشاء لجنة خاصة للإشراف على تنفيذ التزاماتها بموجب اللوائح الصحية الدولية ورصد عمليات التشغيل المستمر والامتثال (لجنة رصد اللوائح الصحية الدولية)؛
 - ب. المشاركة في التقييمات الخارجية الدورية لتنفيذ اللوائح الصحية الدولية وإعداد وتنفيذ خطط عمل في مرحلة ما بعد التقييم؛
 - ج. إنذار أو تحذير الجهات الفاعلة المحلية الرئيسية والسكان بشكل عام من ظهور أو خطر ظهور حالات الطوارئ الصحية العامة التي تسبب قلقًا دوليًا؛ و/أو
 - د. إنذار منظمة الصحة العالمية بالصكوك المحلية التي تطبق اللوائح الصحية الدولية وإيداع نسخ من هذه الصكوك لدى منظمة الصحة العالمية.
2. ينبغي أن تنتظر أي مراجعة مستقبلية للوائح الصحية الدولية في ما إذا كان من الضروري أو من المفيد إقرار أحكام إضافية توضح عملية إبلاغ الدول لمنظمة الصحة العالمية والدول الأخرى بالتهديدات الصحية العامة الناشئة والمسؤولية المرتبطة بها.
3. كذلك، يجب أن تؤخذ القضايا المحددة في النقطتين (1) و(2) أعلاه في الاعتبار أثناء وضع أي معاهدة دولية جديدة تتعلق بحالات الطوارئ الصحية العامة.

التنفيذ المحلي للوائح الصحية الدولية

1. على الدول أن تستمر في اتخاذ خطوات لضمان تنفيذ تشريعاتها المحلية للوائح الصحية الدولية وتسهيل اعتماد القدرات الأساسية اللازمة بمقتضاها والوفاء بالتزاماتها بموجب اللوائح.
2. ينبغي على القوانين و/أو السياسات المحلية القيام بما يلي، بغض النظر عما إذا كان ذلك مطلوبًا بموجب اللوائح الصحية الدولية أو إطار الرصد والتقييم الخاص بها:

- أ. أن تنص على إنشاء لجنة لرصد اللوائح الصحية الدولية، تُعنى على وجه التحديد بالإشراف على تنفيذ التزاماتها بموجب اللوائح الصحية الدولية ومراقبة عملية التشغيل والامتثال المستمرة؛
- ب. أن تتطلب إعداد وتنفيذ خطط عمل بعد إجراء تقييم لتنفيذ اللوائح الصحية الدولية؛
- ج. أن تحدد الجهة (أو الجهات) الفاعلة المحلية المناسبة المسؤولة عن وضع خطة ما بعد التقييم و/أو المساهمة في هذه الخطط؛
- د. أن تطالب لجنة رصد اللوائح الصحية الدولية بمتابعة و/أو الإشراف على إعداد خطة عمل لمرحلة ما بعد التقييم وتنفيذها.
3. على الدول:

- أ. مراجعة تعيين جهة التنسيق الوطنية المعنية باللوائح الصحية الدولية ووظائفها؛
- ب. النظر في ما إذا كان يمكن تحسين تنفيذ اللوائح الصحية الدولية من خلال وضع أحكام صريحة متعلقة بتعيين جهة التنسيق الوطنية ووظائفها في القوانين و/أو السياسات المحلية؛
- ج. النظر في ما إذا كانت هناك عقبات قانونية تحول دون قيام جهة التنسيق الوطنية المعنية باللوائح الصحية الدولية بمشاركة المعلومات مع منظمة الصحة العالمية والدول الأخرى، وفي هذه الحالة تطبيق إصلاحات قانونية لإزالة تلك العقبات.

تعزيز المعرفة بالجوانب القانونية لتنفيذ اللوائح الصحية الدولية

1. ينبغي إدراج الجوانب القانونية لحالات الطوارئ الصحية العامة وتطبيق القدرات الأساسية اللازمة بمقتضى اللوائح الصحية الدولية في عمل الشبكات والمننديات ذات الصلة، مثل المنتدى المواضيعي للطوارئ الصحية وإدارة مخاطر الكوارث وشبكة الأبحاث المرتبطة به.
2. يجب على المنظمات المعنية بالطوارئ الصحية العامة وتطبيق القدرات الأساسية اللازمة بمقتضى اللوائح الصحية الدولية أن تنظر في إنشاء شبكة من المحامين والأكاديميين المكلفين بتطوير قوانين محلية معززة بشأن الطوارئ الصحية العامة، بما في ذلك القوانين التي تطبق القدرات الأساسية اللازمة بمقتضى اللوائح الصحية الدولية.

الأطر القانونية والمؤسسية المحلية

تفويضات لإدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة

1. يجب أن تُنشئ القوانين والسياسات والخطط المحلية أطرًا لإدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة تكون قادرة على:
- أ. اعتماد نهج "مخاطر الصحة العامة الشاملة"؛

ب. تشمل حالات الطوارئ الصحية العامة الأولية والثانوية؛

ج. تعالج قضايا الحد من المخاطر والتأهب والاستجابة والتعافي.

2. يجب أن تحقق القوانين والسياسات والخطط المتعلقة بإدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة توازنًا بين تحديد أنواع مخاطر وأحداث الصحة العامة التي تتم تغطيتها بدقة، من جهة، وضمان المرونة اللازمة لمواجهة المخاطر الجديدة والناشئة في مجال الصحة العامة من جهة أخرى.

الإدماج ضمن أطر إدارة مخاطر الكوارث

تماشيًا مع مبادئ بانكوك، يجب إدماج القوانين والسياسات والخطط المتعلقة بإدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة ضمن الأطر العامة لإدارة مخاطر الكوارث (بما في ذلك الاستراتيجيات الوطنية والمحلية للحد من مخاطر الكوارث). كذلك، يجب إلغاء الفجوات أو حالات التضارب أو الازدواجية غير الضرورية بين الصلاحيات والأدوار والمسؤوليات والترتيبات الأخرى التي أنشأتها الصكوك المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة وإدارة مخاطر الكوارث.

القيادة

يجب أن تضمن القوانين والسياسات والخطط المتعلقة بإدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة:

1. تحديد الشخص (أو الأشخاص) أو الوكالة (أو الوكالات) التي تتحمل المسؤولية الرئيسية عن اتخاذ الإجراءات قبل وأثناء وبعد حالات الطوارئ الصحية العامة (بما في ذلك مهام القيادة والإدارة في مركز عمليات الطوارئ إذا وُجد) بوضوح؛
2. تحديد طبيعة الدور القيادي ووظائف وصلاحيات "القائد" بوضوح؛
3. إلغاء أو تقليص احتمال التضارب بين الأشخاص أو الوكالات التي تمارس أدوارًا قيادية.

التنسيق

1. يجب على القوانين والسياسات والخطط المحلية المتعلقة بإدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة أن تسهّل التنسيق:

أ. أفقيًا بين مختلف الوكالات القطاعية وداخلها (بما في ذلك مع لجنة رصد اللوائح الصحية الدولية)؛

ب. عموديًا بين مختلف المستويات الحكومية؛

ج. بين الجهات الحكومية وغير الحكومية، بما فيها الجهات الفاعلة الدولية (عندما تكون معنية).

2. وعليه، ينبغي على القوانين والسياسات والخطط المحلية المتعلقة بإدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة:

أ. إنشاء آليات تنسيق تشمل ممثلين عن:

i. جميع الوكالات القطاعية المعنية؛

ii. جميع الإدارات المعنية التابعة للوكالات القطاعية؛

iii. جميع المستويات الحكومية؛

iv. جميع الجهات الفاعلة غير الحكومية المعنية؛

ب. تحديد أدوار ومسؤوليات واضحة لجميع الجهات الفاعلة؛

ج. فرض التزامات على الجهات الفاعلة لعقد اجتماعات بانتظام وتبادل المعلومات، من أجل ضمان فعالية آليات التنسيق.

المشاركة والتمثيل

1. يجب أن تتبنى القوانين والسياسات والخطط المتعلقة بإدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة:

أ. نهجًا شاملاً للحكومة والمجتمع بأسره يسمح لجميع الجهات الفاعلة والأطراف المعنية أن تشارك وأن تحظى بالتمثيل

اللازم؛

ب. نهج "الصحة الواحدة" الذي يسهل تنسيق التدابير والأنشطة بين قطاعات الصحة الحيوانية وصحة النباتات والبيئة

(والجهات الفاعلة الأخرى في نهج "الصحة الواحدة").

2. نظرًا للدور المساعد الذي تضطلع به الجمعيات الوطنية للصليب الأحمر والهلال الأحمر وحضورها على مستوى المجتمع المحلي،

يجب أن ذكر أدوارها ومسؤولياتها في القوانين والسياسات والخطط المتعلقة بإدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة.

3. كذلك، يجب النظر بشكل أكبر في ضمان مشاركة الجهات التالية (بغض النظر عن الترتيب أدناه):

أ. ممثلو المجتمع المحلي؛

ب. الجهات الفاعلة في نهج "الصحة الواحدة"؛

ج. الجهات الفاعلة في مجال التعاون الإنمائي؛

د. مقدمو الرعاية الصحية والاجتماعية؛

هـ. المجموعات التي قد تكون معرضة بشكل خاص لآثار الطوارئ الصحية العامة؛

و. المنظمات الإنسانية غير الحكومية؛

ز. المدارس والسلطات المدرسية؛

ح. القطاع المالي؛

ط. مصنّعو ومورّدو السلع والمعدات الأساسية.

4. في حال وجود حاجة مستمرة إلى تلقي الدعم من المؤسسات الدولية، يجب النظر في إشراك وكالات الأمم المتحدة والمنظمات غير الحكومية الدولية.

5. يجب أن تضمن القوانين و/أو السياسات قدر الإمكان قدرة جميع الجهات الفاعلة والأطراف المعنية على الحصول على تمثيل فعال والمساهمة في إدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة.

التخطيط للطوارئ والتثقيف وإجراء تدريبات

على القوانين والسياسات المحلية المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة:

1. تخصيص الأدوار والمسؤوليات، وعند الاقتضاء، مهام قابلة للتحقيق من أجل إعداد خطط طوارئ في حالات الطوارئ الصحية العامة والتثقيف حولها وإجراء التدريبات اللازمة بشأنها؛

2. طلب إعداد خطط طوارئ لضمان استمرارية الجهات المعنية بالتشريع والرعاية الصحية العامة والتعليم وخدمات مكافحة العنف المنزلي في حالات الطوارئ الصحية العامة؛

3. الطلب من جميع الجهات الفاعلة والأطراف المعنية المحتملة في حالات الطوارئ الصحية العامة (بما في ذلك المجتمعات المحلية والجهات الفاعلة العامة في إدارة مخاطر الكوارث) إجراء تدريبات منتظمة حول الطوارئ الصحية العامة أو المشاركة فيها، إضافةً إلى تمارين محاكاة؛

4. الاعتراف بأهمية التوعية العامة بمخاطر الطوارئ الصحية العامة وعواقبها المحتملة؛

5. التأكد من تزويد المجتمعات المحلية بالمعلومات اللازمة لتمكينها من التأهب والاستجابة لحالات الطوارئ الصحية العامة.

المراجعة والتحديث بانتظام

1. يجب على الدول التي لم تُجرِ مراجعات وتحديثات مؤخرًا إجراء مراجعات لقوانينها وسياساتها وخططها المتعلقة بإدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة للتأكد من أنها لا تزال مناسبة للظروف الحالية، وعند الاقتضاء، عليها إقرار تشريعات جديدة أو تعديل تشريعاتها

بصورة عاجلة. فعلى القوانين و/أو السياسات أن تضمن:

- أ. مراجعة أطر إدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة بشكل دوري وبعد حدوث حالة طوارئ صحية عامة؛
- ب. ينبغي أن تنتظر المراجعات في ما إذا كان إطار عمل إدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة يستوفي الشروط التالية:
- i. يشمل جميع المخاطر الحالية والناشئة للطوارئ الصحية العامة؛
 - ii. مُدرج ضمن الأطر العامة لإدارة مخاطر الكوارث؛
 - iii. يسهل مشاركة وتمثيل جميع المعنيين من الجهات الفاعلة والأطراف المعنية؛
 - iv. يتم تنفيذه بشكل مناسب عند وقوع أي حالة حديثة من الطوارئ الصحية العامة؛
- ج. التنفيذ الفعال للتوصيات والدروس المستخلصة من المراجعات والتدريبات وتمارين المحاكاة.

حالات الاستثناء

حالات الاستثناء في الطوارئ الصحية العامة

1. يجب أن تحدد القوانين حالات استثناء في إطار الطوارئ الصحية العامة تكون متناسبة ومتلائمة مع مختلف أنواع الطوارئ الصحية العامة المحتملة وأحجامها. ويجب تصميم مثل هذا النظام ليعمل على أدنى مستوى في البداية، مع إمكانية التصعيد إلى مستويات أعلى، كما يجب أن يتميز بتدابير وصلاحيات شاملة وألا يتم تفعيله إلا عند الضرورة القصوى.
2. في حال وجود آليات منفصلة لإعلان أو تحديد حالة استثناء في ما يتعلق بالطوارئ الصحية العامة، يجب أن تتوافق هذه الآليات مع بعضها البعض ويجب تنسيق طريقة تفعيلها.
3. مهما كانت حالة الاستثناء المعتمدة في حالات الطوارئ الصحية العامة، يجب أن يحدّد القانون بوضوح مصدر حالة الاستثناء وطبيعتها والصلاحيات التي تمنحها قدر المستطاع (مع مراعاة عدم القدرة على التنبؤ بالمخاطر الصحية الناشئة).

مسؤولية إعلان أو تحديد حالة الاستثناء

يجب على القوانين التي تسمح بإعلان حالة الاستثناء أو تمكّن صانع القرار من تحديد وجود مثل هذه الحالة في ما يتعلق بالطوارئ الصحية العامة:

1. تحديد الشخص الذي يتمنّع بسلطة إصدار هذا الإعلان أو القرار بوضوح؛

2. التأكد من وضوح الظروف التي يمكن لكل فرد أن يتصرف فيها والتأكد، في حال حدوث أي نزاع، من وجود وسائل لتحديد أو جزم من يتمتع بالصلاحيات، مع الإشارة إلى أن هذا الأمر ينطبق في الحالات التي قد يحظى فيها أشخاص مختلفون بالصلاحيات نفسها، إما بموجب تشريعات مختلفة أو استنادًا إلى ظروف مختلفة؛
3. وضع تسلسل هرمي للمسؤولين المخولين إعلان أو جزم ما إذا كان المسؤول المحدد غير قادر على التصرف أثناء الطوارئ الصحية العامة.

المشاورة

- يجب أن تتطلب القوانين و/أو السياسات، قبل الإعلان عن أي حالة استثناء أو جزمها في ما يتعلق بالطوارئ الصحية العامة، ما يلي:
1. في حال تم الإعلان أو الجزم من قبل طرف غير وزير الصحة أو مسؤول في وزارة الصحة، ينبغي أن تتم على الأقل (1) استشارة وزارة الصحة، ولكن من المفضل (2) أن توافق وزارة الصحة أو تصادق على الإعلان أو القرار الجازم؛
 2. في حال كان الإعلان أو الجزم وأي من الصلاحيات الاستثنائية المقترحة يؤثر على وظائف حكومة أو هيئة دون وطنية، يجب على الأقل استشارة الحكومة أو الهيئة دون الوطنية قبل إصدار الإعلان أو القرار الجازم؛
 3. يجب على الشخص الذي يصدر الإعلان أو القرار الجازم أن يتشاور، بقدر ما تسمح الظروف عمليًا، مع أبرز الجهات الفاعلة والأطراف المعنية التي قد تشارك في الاستجابة للطوارئ الصحية العامة.

السبب الدافع والتوقيت

1. يجب أن تحقق القوانين توازنًا، إذ عليها أن تضمن أن الأسباب الدافعة للإعلان عن حالات الاستثناء أو استخدام الصلاحيات الاستثنائية التي تنطبق على الطوارئ الصحية العامة هي: (أ) واضحة ومحددة، و(ب) مرنة بدرجة كافية لتطبيقها على المخاطر الصحية الجديدة أو الناشئة.
2. يجب أن تسمح القوانين بالإعلان عن حالة استثناء أو تحديدها في ما يتعلق بالطوارئ الصحية العامة بصورة استباقية.
3. بهدف تقليص مخاطر استخدام الصلاحيات الوقائية بشكل غير مناسب، يجب أن تحدد القوانين بوضوح الظروف التي يمكن فيها إصدار التصريحات والقرارات الاستباقية، مثلًا في الظروف التي تكون فيها الطوارئ الصحية العامة وشيكة (من الناحية الزمنية والجغرافية) و/أو ذات تأثير خطير محتمل.

الصلاحيات والتدابير الاستثنائية

1. يجب أن تحدد القوانين بوضوح الصلاحيات الحكومية التي تنشأ بمجرد إعلان حالة الاستثناء أو تحديدها في إطار الطوارئ الصحية العامة.
2. من الأفضل عمومًا أن تتضمن القوانين قائمة محددة مسبقًا ودقيقة وشاملة للصلاحيات الحكومية، على الرغم من أنه قد يكون من المناسب منح صلاحيات أوسع نطاقًا في حالات الطوارئ الصحية العامة الخطيرة.

الضمانات وحقوق الإنسان

1. في حالات الاستثناء في إطار الطوارئ الصحية العامة، يجب أن تضمن القوانين وجود ضمانات تعزز الشفافية والمساءلة الحكومية، وتضمن سيادة القانون، وتحافظ على المؤسسات الديمقراطية وتحمي حقوق الإنسان.
2. يجب أن تكون الصلاحيات والتدابير الاستثنائية متسقة مع القانون الدولي، ولا سيما القانون الدولي لحقوق الإنسان.
3. يجب أن يسود احترام حقوق الإنسان حتى في حالات الطوارئ الصحية العامة، ويجب على الدول بالتالي استخدام الصلاحيات والتدابير الاستثنائية التي تحد من حقوق الإنسان فقط بالقدر الضروري والمتناسب والمحدّد بموجب القانون.

التوقيت

يجب على القوانين التي تتيح إعلان أو تحديد حالة الاستثناء في ما يتعلق بالطوارئ الصحية العامة:

1. أن تتضمن فترة زمنية محددة، بحيث تنتهي حالة الاستثناء تلقائيًا بمجرد انقضاء الفترة المحددة ما لم يتم تمديدها؛
2. أن تحدد بوضوح:
 - أ. الظروف التي يجوز فيها تمديد حالة الاستثناء؛
 - ب. المدة القصوى التي يجوز فيها تمديد حالة الاستثناء؛
 - ج. /ما الحد الأقصى لعدد المرات التي يجوز فيها تمديد حالة الاستثناء أو الحد الأقصى للفترة التي قد تكون فيها حالة الاستثناء سارية.

الرقابة التشريعية

يجب أن تنص القوانين التي تتيح إعلان أو تحديد حالة استثناء في إطار الطوارئ الصحية العامة أنه من الضروري على السلطة التشريعية:

1. أن تتمتع (حيثما أمكن) بصلاحيات الموافقة على الإعلان أو القرار الجازم خلال فترة زمنية محددة؛
2. أن تتمتع (حيثما أمكن) بصلاحيات الموافقة على تمديد حالة الاستثناء، إما قبل التمديد أو خلال مهلة محددة؛
3. أن تتمتع بصلاحيات إجراء تعديلات على حالة الاستثناء أو إنهائها، بما في ذلك صلاحيات تعديل تفاصيل مثل النطاق الجغرافي والفترة الزمنية والصلاحيات الاستثنائية.

الرقابة القضائية

يجب أن تضمن القوانين التي تنص على إعلان أو تحديد حالة الاستثناء في ما يتعلق بالطوارئ الصحية العامة ما يلي:

1. خضوع الإعلان أو القرار الجازم، وتمديده اللاحق وأي صلاحيات أو تدابير استثنائية صادرة بموجبه، لإجراءات قانونية يرفعها المتضررون منه؛
2. أن تضطلع السلطة القضائية بالاختصاص والصلاحيات التالية:
 - أ. تحديد عدم قانونية الإعلان أو القرار الذي يجزم وجود حالة استثناء، والتمديد لاحق له وأي صلاحيات أو تدابير استثنائية صادرة بموجبه؛
 - ب. إصدار أوامر مناسبة لتصحيح هذا الوضع غير القانوني (مثلاً من خلال إعلان بطلانه أو إصدار عقوبات أو فرض تعويضات).

الشفافية

1. يجب أن يتطلب القانون إشعاراً بإعلان أو تحديد حالة الاستثناء في إطار الاستجابة للطوارئ الصحية العامة (بما في ذلك تفاصيل الصلاحيات أو التدابير الاستثنائية الممنوحة بموجبها) ليتم نشره وإتاحته لأكبر عدد ممكن من الناس.
2. يجب مواصلة اعتماد الممارسة الجيدة المثبتة في جميع أنحاء العالم والمتعلقة بنشر التشريعات أثناء تفشي جائحة كوفيد-19، كما يجب على جميع الدول أن تسعى إلى نشر القوانين والسياسات والخطط المتعلقة بحالات الاستثناء والطوارئ الصحية العامة عبر الإنترنت عند الإمكان.

دور القانون في التخفيف من الآثار الثانوية للطوارئ الصحية العامة والتأثيرات على الفئات المستضعفة

حركة السكان والهجرة

1. يجب أن تعالج القوانين والسياسات والخطط المحلية لإدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة حاجة الدول المحتملة إلى إغلاق حدودها أو فرض قيود على السفر في إطار الاستجابة لانتشار المرض على الصعيد الدولي.
2. يجب أن تتناول القوانين والسياسات والخطط المتعلقة بإدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة ما يلي:
 - أ. التأثير المحتمل للطوارئ الصحية العامة على حركة السكان واحتياجات الأفراد الذين قد يرغبون أو يحتاجون إلى السفر (على الصعيد الدولي أو الداخلي) باعتباره نتيجة (مباشرة أو غير مباشرة)؛
 - ب. الحاجة المحتملة لإعادة المهاجرين إلى وطنهم بعد انتهاء حالة الطوارئ الصحية العامة وتسهيل عملية إعادة التوطين.
3. يجب أن تحدد القوانين بوضوح معايير إغلاق الحدود و/أو القيود ذات الصلة، وكيف سيتم اعتماد هذه الإغلاقات أو تطبيق القيود عمليًا. ويجب أن تكون كل هذه المعايير متسقة مع الالتزامات الدولية للدول بموجب اللوائح الصحية الدولية والعهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية، بما في ذلك حق كل شخص في مغادرة أي بلد (حتى بلده) وعدم حرمانه بشكل تعسفي من حق الدخول إلى بلده.
4. على القوانين التي تنظم إغلاق الحدود أو قيود السفر في إطار الاستجابة لانتشار المرض دوليًا (أو أي خطر آخر على الصحة العامة):
 - أ. أن تمتثل للالتزامات القانونية الدولية للدول تجاه اللاجئين وطالبي اللجوء، بما في ذلك مبدأ عدم الإعادة القسرية؛
 - ب. أن تتضمن إعفاءات (تخضع للضمانات الصحية المناسبة) لأسباب إنسانية للاجئين وطالبي اللجوء وغيرهم من الفارين من الأذى الذي يتعدّ إصلاحه؛
 - ج. أن تتضمن إعفاءات (تخضع للضمانات الصحية المناسبة) للمهاجرين الذين يرغبون في العودة إلى وطنهم.
5. يجب أن تضع القوانين و/أو السياسات ترتيبات للطوارئ من أجل ضمان استمرار استقبال طالبي اللجوء ومعالجة طلبات اللجوء المقدّمة، مع منح الأولوية للفئات الأكثر ضعفًا.

المأوى والإسكان

1. يجب أن تعترف القوانين والسياسات والخطط المتعلقة بإدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة باحتياجات الأشخاص المشردين.

2. يجب أن تحدد خطط الطوارئ المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة، بشكل خاص، الإجراءات الرئيسية التي يجب اتخاذها لحماية الأشخاص المشردين في حالات الطوارئ الصحية العامة، بما في ذلك توفير مكان للإقامة والرعاية الصحية وخدمات الصرف الصحي والمعلومات اللازمة.
3. يجب على الدول النظر في إقرار أو تعديل القوانين والسياسات والخطط الدائمة لتحديد الدعم المالي وغيره من أشكال الدعم التي يتعين تقديمها إلى الأشخاص المعرضين لخطر فقدان مساكنهم في حالات الطوارئ الصحية العامة.
4. يجب أن تضمن القوانين و/أو السياسات و/أو الخطط توفير أماكن السكن أو الدعم في مجال الإسكان خلال فترة الطوارئ الصحية العامة استنادًا إلى الحاجة لا إلى وضع الحيازة.

حماية الفئات المستضعفة

أشكال الحماية العامة

1. على القوانين والسياسات والخطط المحلية لإدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة:
 - أ. أن تكون شاملة ومرنة بما فيه الكفاية من أجل:
 - i. حماية جميع المتضررين من الطوارئ الصحية العامة وتلبية احتياجاتهم؛
 - ii. مراعاة حقيقة أن مجموعات مختلفة قد تكون معرضة بشكل خاص لمخاطر الصحة العامة المرتبطة بحالات الطوارئ الصحية العامة؛
 - ب. أن تنص على مشاركة وتمثيل الفئات التالية في جميع مراحل إدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة:
 - i. المجموعات التي قد تكون معرضة بشكل خاص لتأثيرات حالات الطوارئ الصحية العامة؛
 - ii. الوكالات أو المنظمات (مثل وكالات الرعاية الاجتماعية والجمعيات الوطنية للصليب الأحمر والهلال الأحمر) التي يشمل دورها رعاية أو حماية هذه المجموعات؛
 - ج. أن تحظر التمييز (المباشر وغير المباشر) في ما يتعلق بجميع عناصر إدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة؛
 - د. أن تأخذ في الاعتبار - وأن تشمل، عند الإمكان - المبادئ والتوجيهات والمعايير والأدوات الحالية التي وضعها المجتمع الإنساني الدولي لحماية وإدماج الفئات المستضعفة.

2. يجب أن تلبي خطط الطوارئ الخاصة بالطوارئ الصحية العامة الاحتياجات المحددة والإضافية للفئات المستضعفة خلال حالات الطوارئ الصحية العامة.

3. على القوانين والسياسات والتدابير العملية المصممة لحماية الأشخاص الأكثر تعرّضًا للخطر من الآثار المباشرة للطوارئ الصحية العامة:

أ. أن تأخذ في الاعتبار حقوق الأفراد المتضررين وتتماشى معها؛

ب. أن تراعي ظروف المجموعات المحددة التي تتم حمايتها؛

ج. أن تكون محددة زمنيًا وملائمة للتعامل مع تهديد الصحة العامة القائم، في حال تقويضها للحقوق الأساسية.

4. يجب أن تكون أنشطة التأهب للطوارئ الصحية العامة والاستجابة لها متاحة بشكل متساوٍ للفئات المستضعفة، وعند الضرورة يجب تكييفها لتلبية الاحتياجات المحددة والإضافية للفئات المستضعفة.

كبار السن وذوي الإعاقة أو الأشخاص الذين يعانون من أمراض سابقة

على القوانين والسياسات والخطط المحلية لإدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة:

1. مراعاة الاحتياجات المحددة لكبار السن وذوي الإعاقة أو الأشخاص الذين يعانون من أمراض سابقة في حالات الطوارئ الصحية العامة، بغض النظر عما إذا كان هؤلاء الأشخاص:

أ. معرضين بشكل مباشر لخطر العدوى أو المرض نفسه؛ أو

ب. معرضين لخطر غير مباشر جراء التأثيرات الثانوية لحالة الطوارئ الصحية العامة؛

2. ضمان مشاركة وتمثيل كبار السن وذوي الإعاقة أو الأشخاص الذين يعانون من أمراض سابقة في جميع مراحل إدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة؛

3. ضمان إتاحة المعلومات والدعم المقدم في إطار الاستجابة للطوارئ الصحية العامة لكبار السن والأشخاص ذوي الإعاقة؛

4. ضمان استمرارية تقديم خدمات الرعاية الصحية والاجتماعية لكبار السن وذوي الإعاقة أو الأشخاص الذين يعانون من أمراض سابقة في حالات الطوارئ الصحية العامة؛

5. مراعاة المعايير والتوجيهات الدولية القائمة ذات الصلة، مثل معايير الإدماج الإنساني لكبار السن والأشخاص ذوي الإعاقة وميثاق إدماج الأشخاص ذوي الإعاقة في العمل الإنساني.

الأشخاص المعرضون لمخاطر اقتصادية ومالية

على القوانين والسياسات والخطط المحلية لإدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة:

1. أن تنص على توفير الدعم المالي للمؤسسات التجارية والأسر المعيشية (بما فيها الأسر المهاجرة) في حال بروز آثار اقتصادية كبيرة للطوارئ الصحية العامة، مع منح الأولوية للفئات الأكثر ضعفاً وتهميشاً على الصعيد الاقتصادي؛
2. أن تضمن، في جميع مراحل إدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة، مشاركة و/أو تمثيل الوكالات والمنظمات التي قد تكون ضرورية لتوفير الدعم الاقتصادي والمالي خلال حالات الطوارئ الصحية العامة.

الأشخاص المعرضون لخطر العنف

1. يجب أن تشترط القوانين و/أو السياسات على الوكالات المسؤولة عن خدمات الوقاية والحماية من العنف المنزلي أو الأسري إعداد خطط طوارئ تهدف إلى ضمان استمرارية تقديم الخدمات في حالات الطوارئ الصحية العامة.
2. يجب أن تتناول أطر إدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة (بما في ذلك القوانين والسياسات وخطط الطوارئ) ترتيبات معينة لتمكين الأشخاص المعرضين لخطر العنف الأسري من الوصول إلى الملاجئ أو الإقامة المؤقتة وخدمات الحماية الأخرى في حالات الطوارئ الصحية العامة.
3. على القوانين التي تفرض تدابير الإغلاق في حالات الطوارئ الصحية العامة أن تسمح بشكل صريح للأشخاص الذين يعانون من العنف الأسري أو المعرضين له بالقيام بما يلي:
أ. مغادرة و/أو البقاء بعيداً عن منازلهم أو مكان إقامتهم؛

ب. الاستفادة من الخدمات المرتبطة بالحماية والصحة النفسية والدعم النفسي-الاجتماعي.

طلاب المدارس

1. على القوانين والسياسات والخطط المتعلقة بإدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة:
أ. وضع واتباع مبدأ أن يكون إغلاق المدرسة الملاذ الأخير خلال حالات الطوارئ الصحية العامة.
ب. تمكين مشاركة وتمثيل المدارس والسلطات المدرسية في جميع مراحل إدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة.

2. يجب أن تتطلب القوانين و/أو السياسات من السلطات المدرسية ومن المدارس الفردية عند الاقتضاء الحفاظ على خطط الطوارئ

لمعالجة المشكلات التي قد تنشأ في حالات الطوارئ الصحية العامة، بما في ذلك:

أ. تحديد وسائل بديلة لتوفير خدمات التدريس إذا كان على المدارس أن تغلق أبوابها فعليًا؛

ب. تلبية احتياجات الأطفال الذين قد يواجهون صعوبات في الوصول إلى التعلم البديل؛

ج. تحديد التدابير العملية (مثل بروتوكولات الأمن البيولوجي) لتمكين المدارس من أن تبقى مفتوحة (أو إعادة فتحها) في

حالات الطوارئ الصحية العامة.

المهاجرون والمجموعات العرقية والإثنية المهمشة

على القوانين والسياسات والخطط المحلية لإدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة:

1. ضمان مشاركة وتمثيل المهاجرين والمجموعات العرقية والإثنية المهمشة في جميع مراحل إدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة؛

2. وضع تدابير لإزالة العوائق اللغوية والثقافية التي تحول دون الوصول إلى الرعاية الصحية والمعلومات وأشكال الدعم الأخرى في

حالات الطوارئ الصحية العامة؛

3. ضمان وصول المهاجرين إلى كافة خدمات الرعاية الصحية والخدمات الأساسية الأخرى في حالات الطوارئ الصحية العامة، بغض

النظر عن وضع الهجرة الخاص بهم.

التسهيلات القانونية للجهات الفاعلة في المجال الإنساني

التسهيلات القانونية بشكل عام

تماشيًا مع القائمة المرجعية حول التأهب للكوارث والاستجابة لها وتوجيهات القانون الدولي لمواجهة الكوارث، يجب على الدول وضع قوانين

وسياسات دائمة تمنح التسهيلات القانونية إلى: (أ) المنظمات الإنسانية المحلية المعنية بالاستجابة للكوارث (بما في ذلك حالات الطوارئ

الصحية العامة)؛ و(ب) الدول المساعدة والمنظمات الإنسانية المساعدة المؤهلة لتنفيذ الاستجابة الدولية للكوارث (بما في ذلك حالات الطوارئ

الصحية العامة).

القيود على حركة التنقل والعمليات التجارية

1. على القوانين التي تفرض قيودًا على الحركة الداخلية أو العمليات التجارية خلال حالات الطوارئ الصحية العامة أن تعفي بشكل صريح الجمعيات الوطنية للصليب الأحمر والهلال الأحمر والمنظمات الإنسانية الأخرى ذات الصلة (مع اتخاذ التدابير الصحية المناسبة).
2. إذا مُنحت إعفاءات لـ"العاملين الأساسيين" أو "الخدمات الأساسية"، فيجب أن يكون تعريف هذا المصطلح واضحًا ويجب أن يشمل الموظفين والمتطوعين من الجمعيات الوطنية للصليب الأحمر والهلال الأحمر والمنظمات الإنسانية الأخرى ذات الصلة.

إغلاق الحدود و/أو القيود المفروضة على الدخول

1. على القوانين التي تنص على إغلاق الحدود أو تفرض قيودًا خلال حالات الطوارئ الصحية العامة أن تستثني بشكل صريح موظفي المنظمات الإنسانية المساعدة المؤهلة (مع اتخاذ التدابير الصحية المناسبة). فيجب على الدول التي تفكر في فرض الحجر الصحي أو العزل الذاتي للمسافرين الذين يدخلون أراضيها خلال حالات الطوارئ الصحية العامة إعفاء العاملين في المجال الإنساني من هذه المتطلبات عند الإمكان.
2. عندما لا تكون الإعفاءات التلقائية للعاملين في المجال الإنساني مناسبة، يجب أن تضع القوانين و/أو السياسات معايير واضحة وموضوعية لمنح الإعفاءات.
3. تماشيًا مع توجيهات القانون الدولي لمواجهة الكوارث، يتعين على القوانين و/أو السياسات التنازل عن متطلبات التأشيرات وتصاريح العمل للعاملين في المجال الإنساني عند الإمكان أو الإسراع في إصدارها.

المؤهلات المهنية

تماشيًا مع توجيهات القانون الدولي لمواجهة الكوارث والقائمة المرجعية حول التأهب للكوارث والاستجابة لها، يجب أن تنص القوانين و/أو السياسات على الاعتراف التلقائي أو العاجل بالمؤهلات والتراخيص الخارجية و/أو بين الولايات في حالات الطوارئ الصحية العامة أو عند وقوع كارثة أخرى.

حركة البضائع والمعدات عبر الحدود

1. يجب أن تضمن الدول أن القوانين و/أو السياسات التي تفرض إغلاق الحدود أو القيود في إطار الاستجابة للطوارئ الصحية العامة لا تقيد حركة السلع ومعدات الإغاثة عبر الحدود (مع الالتزام بالتدابير الصحية المناسبة).
2. مع الاعتراف بأن الدول قد ترغب في ضبط تصدير بعض الإمدادات في حالات الطوارئ الصحية العامة لتلبية احتياجات سكانها، يجب على الدول إعفاء المنظمات الإنسانية من أي قيود من شأنها أن تعرقل قدرتها على استيراد أو تصدير سلع ومعدات الإغاثة.
3. في حالات الطوارئ الصحية العامة المستقبلية، يجب اعتماد ترتيبات لتوفير معلومات محدثة عن ضوابط الاستيراد والتصدير المعمول بها في جميع أنحاء العالم، وذلك بالاستناد إلى قاعدة البيانات الخاصة بمنظمة الجمارك العالمية أثناء تفشي جائحة كوفيد-19.

الضرائب والرسوم

تماشياً مع توجيهات القانون الدولي لمواجهة الكوارث والقائمة المرجعية حول التأهب للكوارث والاستجابة لها، يجب على الدول إعفاء المنظمات الإنسانية المساعدة المؤهلة (المحلية والدولية منها على حد سواء) من الضرائب والرسوم المرتبطة مباشرة بأنشطة إدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة.

الجزء أ: المقدمة

1. السياق والمعلومات الأساسية

1.1 القانون وحالات الطوارئ الصحية العامة

منذ آخر شهر آذار/مارس 2021، كانت جائحة كوفيد-19 قد تسببت للأسف بأكثر من 135 مليون إصابة حول العالم وأكثر من 2.9 مليون حالة وفاة مبلغ عنها.¹⁴ وقد طال تأثير الجائحة جميع البلدان تقريباً وجميع قطاعات المجتمع إلى حد لم يشهده العالم منذ آخر حالة طوارئ صحية عامة ظهرت على الصعيد العالمي، وهي جائحة الإنفلونزا في العام 1918. من الناحية الاقتصادية، قُدر صندوق النقد الدولي أن التكاليف العالمية الناتجة عن جائحة كوفيد-19 ستبلغ 28 تريليون دولار من الناتج المفقود، في ظل اضطراب الحكومات والمصارف المركزية إلى اتخاذ إجراءات مالية تصل قيمتها إلى 19 تريليون دولار. وفي إطار الاستجابة لجائحة كوفيد-19، اضطرت الحكومات إلى اتخاذ تدابير قانونية تعتمد في كثير من الأحيان على صلاحيات استثنائية لتقييد الحركة ومنع الأنشطة الشخصية والتجارية الاعتيادية. ولم يسبق أن سُنَّ هذا القدر من القوانين المتعلقة بحدث واحد في هذا الكمّ من البلدان وخلال فترة زمنية بهذا القُصر.

مع ازدياد الاهتمام بحالات الطوارئ الصحية العامة خلال جائحة كوفيد-19، قرر برنامج قانون الكوارث التابع للاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر مشروع بحث جديد لدراسة دور القانون في تمكين أو تسهيل التأهب لمثل هذه الحالات الطارئة والاستجابة لها. ويهدف هذا المشروع المعنون "مشروع البحث في القانون وطوارئ الصحية العامة" (المُشار إليه في ما يلي بـ"المشروع") إلى توسيع نطاق فهم القوانين المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة وعلاقتها بالقوانين الأوسع نطاقاً المتعلقة بإدارة مخاطر الكوارث، ومن هذا المنطلق إلى تطوير توجيهات حول أفضل الممارسات في إطار القوانين والسياسات المرتبطة بالطوارئ الصحية العامة على الصعيد المحلي.

يُعتبر برنامج قانون الكوارث التابع للاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر رائداً في تطوير وتعميم توجيهات حول أفضل الممارسات في مجال قوانين وسياسات الكوارث على الصعيد المحلي. فيساعد البرنامج الجمعيات الوطنية للصليب الأحمر والهلال الأحمر في دعم سلطاتها الوطنية في وضع وتطبيق أحدث التشريعات والسياسات والإجراءات المتعلقة بالكوارث. حتى تاريخ إعداد هذا التقرير، وضع برنامج قانون الكوارث التابع للاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر إرشادات حول أفضل الممارسات في ما يتعلق بالنقاط

التالية: (1) تيسير وتنظيم الإغاثة الدولية في حالات الكوارث والمساعدة الأولية للتعافي؛¹⁵ و(2) الحد من مخاطر الكوارث؛¹⁶ و(3) التأهب للكوارث والاستجابة لها.¹⁷

ويستند المشروع إلى هذا العمل، مع الإشارة إلى أنه قد أطلق عددًا من مسارات البحث الجديدة. في بداية جائحة كوفيد-19، أصدر برنامج قانون الكوارث التابع للاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر تكليفاً بإجراء عمليات مسح لبحوث مكتبية على المستوى القطري لتدابير الطوارئ المتخذة في إطار الاستجابة للجائحة في 113 دولة (عمليات المسح المرتبطة بمرسوم الطوارئ). وركز هذا البحث بشكل أساسي على التأثير المحتمل لهذه التدابير على عمليات شبكة الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر حول العالم. بعد ذلك، أصدر برنامج قانون الكوارث التابع للاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر تكليفاً بإجراء دفعة ثانية من البحوث المكتبية على المستوى القطري مع التركيز على الأطر القانونية والمؤسسية لحالات الطوارئ الصحية العامة ودور القانون في التخفيف من آثارها، لا سيما على الفئات الضعيفة (عمليات المسح المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة).

وتجدر الإشارة إلى أن الغرض من هذا التقرير هو توليف المعلومات التي تم الحصول عليها من خلال هذا البحث لتوفير (1) تحليل حول التشريعات الحالية وغيرها من الصكوك التي تنظم حالات الطوارئ الصحية العامة؛ و(2) تطوير توصيات حول دور القانون في التأهب لهذه الأنواع من الكوارث والاستجابة لها.

صدر التكليف بإعداد هذا التقرير في ذروة تفشي جائحة كوفيد-19، التي تشكّل حالة طوارئ صحية عامة لا تحدث سوى مرة كلّ عدّة أجيال. وبالتالي، ينصبّ تركيز البحث بطبيعة الحال على القوانين التي مكّنت الدول من الاستجابة لهذه الجائحة. إلا أنّ كوفيد-19 لم يكن المرض الوحيد الذي تحول إلى كارثة، فقد شهد التاريخ عدة حالات من الطوارئ الصحية العامة، بدءًا من طاعون جستينيان والطاعون الأسود، مرورًا بجائحة الإنفلونزا في العام 1918 ووصولًا إلى متلازمة الالتهاب التنفسي الحاد (سارس) وإيبولا في الآونة الأخيرة. لذلك، قصد برنامج قانون الكوارث التابع للاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر أن ينظر المشروع إلى ما هو أبعد من الجهود الفورية لإدارة جائحة كوفيد-19، ودراسة كيفية استخدام القانون في حالات الطوارئ الصحية العامة السابقة. ولكن في حين أنّ هذا التقرير يسعى إلى النظر في ما هو أبعد من مرض كوفيد-19، لا تستطيع عمليات المسح توفير سوى قدر محدود من المعلومات في ما يتعلق بالتدابير القانونية المتخذة بشأن الطوارئ الصحية العامة بعيدًا عن جائحة كوفيد-19.

يُعنى كلّ من عمليات المسح وهذا التقرير في المقام الأول بالتشريعات المحلية المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة. إلا أنه لا يمكن إجراء أي تحليل للقوانين المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة من دون فهم الإطار القانوني العالمي لحالات الطوارئ الصحية العامة، والتي تم اعتماد الكثير منها في محاولة لتحسين القدرات المحلية. لذلك، ينظر التقرير أيضًا في مدى توجيه الصكوك الدولية للأطر القانونية المحلية المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة أو مدى تأثيرها عليها. وتُعتبر اللوائح الصحية الدولية أهم هذه الأطر، مع العلم أنها صك ملزم قانونًا يهدف إلى "منع انتشار المرض على الصعيد الدولي والوقاية منه ومكافحته وتوفير استجابة صحية عامة للانتشار الدولي للمرض بطرق تتناسب مع الصحة العامة وتقتصر عليها وتتجنب كذلك التدخل غير الضروري في حركة النقل والتجارة على المستوى الدولي".¹⁸ وترد المخاطر والآثار المرتبطة بالصحة العامة في المبادئ التوجيهية والأولويات الخاصة بإطار سينداي للحد من مخاطر الكوارث 2015-2030 (إطار سينداي)،¹⁹ التي تم استكمالها بمبادئ بانكوك بشأن تنفيذ الجوانب الصحية لإطار سينداي للحد من مخاطر الكوارث 2015-2030 (مبادئ بانكوك).²⁰ فتُدرج هذه المبادئ التنسيق المعزز في صميم الجهود المبذولة للحد من مخاطر الصحة العامة والمخاطر البيولوجية، ما يشجع التعاون والتكامل والاتساق بشكل منظم بين إدارة مخاطر الكوارث وإدارة المخاطر الصحية. إلا أنه يتمّ التخوف دائمًا من أن يكون تنفيذ الدول لالتزاماتها الدولية متباينًا أو ألا يحظى بالأولوية الكافية.

كذلك، نتيجة لتفشي جائحة كوفيد-19 اضطرت جميع الحكومات تقريبًا في كل أنحاء العالم أن تطبق تشريعات الصحة العامة التي غالبًا ما تكون قديمة نسبيًا، مع الإشارة إلى أنّ معظم هذه الحكومات وجدت نفسها تسن قوانين جديدة لتمكين أو دعم استجابتها. إضافةً إلى عمليات المسح التي أُجريت، أثناء إعداد هذا التقرير تم النظر في أكثر من 1,000 نص تشريعي، وهي مجرد جزء بسيط من قوانين الطوارئ الصحية العامة التي سُنّت على مستوى العالم. وبالتالي، فإن جائحة كوفيد-19 تشكل سببًا وفرصةً لتقييم الوضع الحالي للقوانين المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة على المستويين الدولي والمحلي والنظر في التحسينات التي قد يُطلب القيام بها على صعيد التشريعات والممارسات من أجل التأهب بشكل أفضل لحالات الطوارئ الصحية المستقبلية.

لسوء الحظ، فإن مستوى التهديد الذي تسببه حالات الطوارئ الصحية العامة يزداد شيئًا فشيئًا. فقد أفاد البنك الدولي والمجلس العالمي لرصد التأهب التابع لمنظمة الصحة العالمية بأنّ التطورات والابتكارات خلال القرن الماضي قد:

"أنشأت شكلاً غير مسبوق من الاستضعاف تجاه التفشي السريع للأمراض المعدية من خلال تأجيج النمو السكاني وحركة التنقل، والتسبب باضطرابات مناخية، وتعزيز مبدأ الترابط، والتسبب بعدم المساواة. وأدى تدمير الغابات الاستوائية المطيرة إلى

زيادة احتمال انتقال الفيروسات من الحيوانات البرية إلى البشر. لقد أنشأنا عالمًا يمكن أن تتحول فيه الصدمة في أي مكان إلى كارثة في كل مكان... تتفشى الأمراض المعدية كلما ازداد الانقسام، وقد تكون الانقسامات المجتمعية مميتة".²¹

يجب أن يؤخذ تحذير المجلس العالمي لرصد التأهب على محمل الجد. فقد قدم في تقريره السنوي لعام 2019 النصيحة التالية:

"لطالما شكّل المرض جزءًا من حياة البشر، إلا أن مزيجًا من التوجهات العالمية، بما في ذلك انعدام الأمن وظهور ظروف مناخية قاسية، قد أدى إلى ارتفاع منسوب المخاطر. فيتشكل المرض في حالات الاضطراب ويتفشى في ظلها، إذ تزايدت نسبة تفشي المرض على مدى العقود الماضية، وتلوح حالة من الطوارئ الصحية العالمية في الأفق. وإذا كان من الصحيح القول إنّ "الماضي ليس سوى مقدمة لما هو آت"، فيظهر تهديد حقيقي للغاية يتمثل في تفشي جائحة سريعة الانتشار وفتاكة للغاية لمرض يصيب الجهاز التنفسي ويقتل ما بين 50 إلى 80 مليون شخص ويقضي على ما يقارب 5٪ من الاقتصاد العالمي. فتفشي جائحة عالمية بهذا الحجم يُعتبر كارثيًا، ويؤدي إلى انتشار الفوضى وعدم الاستقرار وانعدام الأمن. أما العالم فغير مستعد لذلك".²²

وفي الواقع قد أظهر العام 2020 أنّ العالم بالفعل لم يكن مستعدًا.

1.2 المنهجية

يعتمد هذا التقرير على بحث مكتبي أُجري على دُفْعَتَيْن على المستوى القطري ("عمليات مسح").

أُنجزت الدفعة الأولى خلال المراحل الأولية من الاستجابة لجائحة كوفيد-19 من شهر آذار/مارس إلى أيار/مايو من العام 2020، مع الإشارة إلى أنّ هذه الدفعة كانت عبارة عن عمليات مسح لمراسيم الطوارئ الخاصة بجائحة كوفيد-19 في 113 دولة (عمليات المسح المتعلقة بمرسوم الطوارئ). وتمثّل الدافع وراء إجراء هذه العمليات في أنّ مكونات شبكة الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر كانت تواجه تحديات تشغيلية بسبب القيود المفروضة من جراء جائحة كوفيد-19. وبالتالي، ركزت عمليات المسح في الغالب على: مراسيم الطوارئ وتدابير الطوارئ التي أُقرت للتعامل مع جائحة كوفيد-19 على وجه التحديد، والتنسيق بين مختلف الجهات الفاعلة، وأنواع

القيود المفروضة للحد من انتشار مرض كوفيد-19، والتسهيلات القانونية للجهات الفاعلة الإنسانية، بما في ذلك مكونات شبكة الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر. ويمكن الاطلاع على المراجعات نفسها على موقع برنامج قانون الكوارث التابع للاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر.

أما الدفعة الثانية من البحث المكتبي الذي أُجري على المستوى القطري (عمليات المسح المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة) فشملت تقييمًا أكثر تفصيلاً لـ (أ) الأطر القانونية والمؤسسية لحالات الطوارئ الصحية العامة؛ و(ب) دور القانون في التخفيف من الآثار الثانوية والتأثيرات على الفئات المستضعفة في البلدان المدرجة أدناه. وتم اختيار الدول المشمولة في المسح لتغطية مساحة جغرافية واسعة وشمل خبرات مختلفة في التعامل مع جائحة كوفيد-19. ولغرض هذا التمرين، شمل برنامج قانون الكوارث التابع للاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر الكثير من البلدان التي شهدت ارتفاعاً ملحوظاً في حالات الطوارئ الصحية العامة بعيداً عن جائحة كوفيد-19 (مثل فيروس زيكا، وإيبولا، ومتلازمة التهاب التنفسي الحاد "سارس"). وتم تأطير الأسئلة الواردة في عمليات المسح بهدف الحصول على معلومات حول حالات الطوارئ الصحية العامة الأخرى، بالإضافة إلى جائحة كوفيد-19. ومع ذلك، ركزت معظم الإجابات على أسئلة المسح على التدابير الفورية المتخذة لإدارة جائحة كوفيد-19.

ونظرت عمليات المسح المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة في وضع الدول التالية:

- **المنطقة الأفريقية:** جمهورية الكونغو الديمقراطية، وليبيريا، ونيجيريا، وسيراليون، وجنوب أفريقيا.
- **منطقة الأمريكيتين:** البرازيل، وكولومبيا، وهندوراس، وجامايكا، والولايات المتحدة الأمريكية (بما في ذلك عمليات المسح المنفصلة لفلوريدا ونيويورك).
- **منطقة آسيا والمحيط الهادئ:** أستراليا (بما في ذلك عمليات المسح لنيو ساوث ويلز وفيكتوريا)، والصين، وفيجي، والهند، وجمهورية كوريا، وجزر مارشال، ومنغوليا، ونيوزيلندا، وبابوا غينيا الجديدة، وساموا، وسنغافورة، وجزر سليمان، وسريلانكا، وطاجيكستان، وتوفالو، وفانواتو، وفيتنام.
- **منطقة أوروبا:** بلغاريا، وإسبانيا، والمملكة المتحدة.
- **منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا:** إيران والإمارات العربية المتحدة.

يمكن العثور أيضاً على هذه المسوح على موقع برنامج قانون الكوارث التابع للاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر.

أثناء تفشي جائحة كوفيد-19، وفي إطار الاستجابة العالمية لهذه الجائحة، أُجريت بحوث وتعليقات ونُشرت تعليقات بشأنها على نطاق واسع، تناول معظمها القضايا العلمية والطبية المرتبطة بالجائحة أو بالاستجابة السياسية أو التشغيلية، في حين أنّ بعضها تعلق بالجوانب القانونية والتنظيمية للاستجابة. والجدير بالذكر أنّ هذا التقرير يسعى قدر الإمكان إلى الاستناد إلى هذه البحوث الإضافية. ولكن نظرًا إلى الكمية الكبيرة من المواد التي تظهر تدريجيًا، لا يمكن لهذا التقرير أن يدعي تقديم تحليل شامل لهذه الأدبيات. وينبغي إرفاق عمليات المسح بالتحذير التالي. فقد تم تنفيذ عمليات المسح المتعلقة بمرسوم الطوارئ في بداية جائحة كوفيد-19 عندما كانت الدول تتخذ تدابير عاجلة لمنع انتشار المرض. ومنذ ذلك الحين، قامت دول كثيرة بتعديل هذه التدابير أو استبدالها أو تخفيفها. وبالتالي، قد تكون التدابير الواردة في عمليات المسح غير مطبقة في الوقت الراهن أو لا تزال مطبقة إنما بطريقة مختلفة. كذلك، قد تكون الروابط الإلكترونية إلى التشريعات المنصوص عليها في عمليات المسح غير مفعلة نظرًا لعامل الوقت. وعلى الرغم من أن عمليات المسح المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة أُجريت في وقت لاحق من فترة تفشي الجائحة، إلا أنها قد تُعتبر قديمة جدًا أخرى نظرًا للأحداث التي تلتها. وبالتالي، قد تكون الإجراءات المشار إليها في عمليات المسح المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة، وبالتالي المشار إليها في هذا التقرير، خضعت لتعديلات أو استُبدلت.

أُجريت بعض عمليات المسح من قبل متطوعين يعملون أو يدرسون في الدولة التي قدموا تقارير عنها، أما البعض الآخر فقد أُجري بواسطة متطوعين لم يكونوا موجودين في الدولة. لذلك، تم الاعتماد على المواد التي يمكن الوصول إليها عبر الإنترنت أو من خلال التقارير الصحافية. وقد تكون جائحة كوفيد-19 الكارثة الأولى التي استخدمت فيها الدول موارد عبر الإنترنت للإبلاغ عن معلومات حول الكارثة على نطاق واسع. ولكن عند قراءة عمليات المسح وأي نتائج تستند إليها، يجب الأخذ في الاعتبار أنّ الوصول إلى المواد كان محدودًا في بعض الدول.

كذلك، تُعتبر هذه المؤهلات مهمة أيضًا لجهة الإحالات الواردة في هذا التقرير التي تشير إلى تشريعات أو سياسات معينة. فيتمثل هدف المشروع في تحديد الممارسات الجيدة من خلال تحديد التشريعات التي يبدو أنها تقدم نموذجًا أو الأولى من نوعها. ومع ذلك، يتم في بعض الحالات تحديد فجوات أو أوجه تضارب محتملة أيضًا، ويمكن الاستشهاد بتشريع معين على سبيل التوضيح. ولا يقصد التقرير بذلك توجيه أي نقد تجاه دول بحد ذاتها، إذ يُعتبر هذا الأمر غير عادل بالنظر إلى المؤهلات المذكورة أعلاه في ما يتعلق بالمعلومات الواردة في عمليات المسح، كما يُعتبر غير منطقي نظرًا إلى أنّ الدول المعنية لن تحظى بأي فرصة لشرح التشريع أو السياسة. لذلك، إذا بدا أنّ تشريعًا أو

سياسة أو توجيهًا معيّنًا كان موضع نقد في هذا التقرير، فهو ليس كذلك: إذ إنّ الهدف هو استخدام هذا التدبير كمثال عن الفجوات وأوجه التضارب المحتملة، ولا يُقصد أنّ هذا التدبير بالذات يسبب أي مشاكل أو أنه غير مناسب.

ويخضع هذا التقرير أيضًا لأحد المؤهلات الأوسع نطاقًا. فقد أُعدَّ التقرير في أواخر العام 2020 وأوائل العام 2021، أي عندما كانت الجائحة لا تزال في أوجّها. وعندما تنتهي الجائحة، سيظهر بلا شك الكثير من التحليلات والنقاشات حول القوانين والتدابير التي ساعدت في الحد من انتشار العدوى وتلك التي سمحت بتفشي المرض، فضلًا عن القوانين والتدابير التي كانت لها آثار غير مقبولة أو عواقب غير مقصودة. وفي حين أنه من المحبذ تقديم تحليل حول القوانين والتدابير التي يُحتمل أنها أدّت إلى أثر إيجابي، لا يمكن لهذا التقرير أن يجزم ذلك، نظرًا إلى أنّ الوقت لا يزال مبكرًا لتكوين مثل هذه الآراء. علاوة على ذلك، لن يكون من المناسب التوصل إلى مثل هذه الاستنتاجات استنادًا إلى المعلومات المتوفرة في عمليات المسح ليس إلا، لأن القوانين لا تعمل في فراغ. فتعتمد فعالية التشريع على كيفية تنفيذه بقدر ما تعتمد على محتواه.

يبدو أن بعض الدول نجحت في احتواء الفيروس أو القضاء عليه بشكل فعال. وربما ساهمت التشريعات التي أقرتها هذه الدول في إطار استجابتها لجائحة كوفيد-19 في تحقيق هذه الإنجازات، ولكن في هذه المرحلة لا يمكن جزم ذلك. فهناك دول أخرى اعتُبر أنها تمتلك أطرًا شاملة للتأهب لحالات الطوارئ الصحية العامة، إلا أنّ الإحصاءات البحتة (أي عدد الحالات والوفيات) تشير إلى أنّ أداء بعض هذه الدول كان الأسوأ على الإطلاق. وإنّ طبيعة الفيروس، والظروف المحلية الخاصة، وتعرّض مجموعات معينة لخطر العدوى، وظهور التأخيرات التشغيلية، والتنفيذ غير الفعال، وتأثير حالات الطوارئ أو الكوارث الأخرى التي تحدث في وقت واحد، قد تشكل كلها عوامل تؤدي إلى نجاح أو فشل تنفيذ التدابير المتخذة.

وعليه، جَلّ ما يسعى إليه التقرير هو محاولة الاعتماد على المعلومات الواردة في عمليات المسح لتحديد بعض الملاحظات والاقتراحات والتوصيات. ونظرًا للدروس الكثيرة التي يجب استخلاصها من جائحة كوفيد-19، فإن الكثير من هذه الملاحظات والاقتراحات والتوصيات هو بطبيعة الحال أولي.

والجدير بالذكر أنّ عددًا من المسائل ذات البعد القانوني تقع خارج نطاق هذا التقرير، بما في ذلك بعض المسائل التي لا يمكن تحليلها بشكل مناسب إلا في مرحلة لاحقة من انتشار الجائحة. وتشمل المشكلات التي تقع خارج نطاق هذا التقرير ما يلي: (1) المسائل القانونية

حول "الوباء المعلوماتي" - بما في ذلك الوسائل التي يتم من خلالها تقديم المعلومات خلال حالات الطوارئ الصحية العامة وكيفية تقديمها، لا سيما المخاوف المتعلقة بنشر معلومات كاذبة؛ و(2) المسائل المتعلقة بالعقوبات جراء انتهاك تدابير الإغلاق الشامل وغيرها من تدابير الطوارئ؛ و(3) التفويضات الحكومية لمنظمات القطاع الخاص الطبي والصيدلاني؛ و(4) متطلبات التعقب وقضايا الخصوصية (بما في ذلك تطبيقات اتقفي الأثر، وخاصة الاستخدام الإلزامي والوصول إلى البيانات)؛ و(5) خدمات التأمين والرعاية للمستجيبين (بما في ذلك المتطوعين)؛ و(6) منح الأولوية للتلقيح، والإزامية للتلقيح، وبطاقات التلقيح. وسيتم تناول كل هذه المسائل بلا شك في البحث المستقبلي.

1.3 هيكلية التقرير

ينقسم التقرير إلى أربعة أجزاء رئيسية. يتكون هذا الجزء (الجزء "أ") من فصلين. يسعى الفصل 1 إلى شرح السياق والمعلومات الأساسية حول المشروع. وينظر الفصل 2 في طبيعة حالات الطوارئ الصحية العامة ويقدم أمثلة على حالات سابقة.

يتناول الجزء "ب" الأطر القانونية والمؤسسية الحالية لحالات الطوارئ الصحية العامة: الهيكلية العام لأنظمة إدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة. فيتناول أولاً الأطر العالمية التي يجب أن تعمل بموجبها الأنظمة المحلية لإدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة (الفصل 3)، ولا سيما اللوائح الصحية الدولية المتعددة الأطراف. ويتناول الفصل 4 بالتفصيل الأطر القانونية والمؤسسية المحلية لإدارة عملية التأهب لحالات الطوارئ الصحية العامة والاستجابة لها، مع التركيز بشكل خاص على أنواع الجهات الفاعلة المشاركة في التأهب لحالات الطوارئ الصحية العامة والاستجابة لها وكيفية التنسيق والتعاون في ما بينها. وينظر هذا الفصل أيضاً بإيجاز في كيفية تعزيز فهم الجهات الفاعلة الرئيسية وعامة الناس للقوانين والسياسات القائمة، وكيفية استخلاص الدروس من حالات الطوارئ الصحية العامة. وينظر الفصل 5 في الصلاحيات الاستثنائية ومحفزات استخدامها، إلى جانب المسائل التي أثارها الإعلان (أو ما يعادله) عن الطوارئ الصحية العامة أو حالات الكوارث أو حالات الطوارئ.

وينظر الجزء "ج" في دور القانون في التخفيف من آثار حالات الطوارئ الصحية العامة على الفئات المستضعفة وفي التخفيف من آثارها الثانوية (على الحركة البشري، والإسكان، وسبل العيش، والتعليم). فيعتبر تقرير الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر بشأن التأهب للكوارث والاستجابة لها (تقرير التأهب للكوارث والاستجابة لها)²³ أن بعض الفئات المستضعفة قد تكون معرضة بشكل خاص لخطر الكوارث. وتشمل هذه الفئات: النساء والفتيات (اللاتي قد يتعرضن للتمييز و/أو العنف الجنسي والقائم على النوع الاجتماعي)،

والأطفال، وكبار السن، والأشخاص ذوي الإعاقة، والمهاجرين (بما في ذلك طالبي اللجوء والنازحين داخلياً)، والمجموعات العرقية والإثنية المهمشة، ومجتمعات السكان الأصليين. كذلك، قد تكشف حالات الطوارئ الصحية العامة مواطن ضعف لدى مجموعات أخرى لا يُنظر إليها عادةً على أنها عرضة بشكل خاص لتأثيرات الكوارث. واستناداً إلى المعلومات الواردة في عمليات المسح، يتناول الجزء "ج" ما يلي:

■ تأثير حالات الطوارئ الصحية العامة على الحركة البشرية، بما في ذلك تأثير إغلاق الحدود وقيود السفر المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة؛

■ المبادرات المنفذة لمواجهة تحديات حالات الطوارئ الصحية العامة التي تواجه الأشخاص المشردين، والتدابير التي اتخذت لتجنب فقدان المسكن (نتيجةً لآثار الاقتصادية للطوارئ الصحية العامة)؛

■ تأثير حالات الطوارئ الصحية العامة على المجموعات المعرضة للإصابة بالمرض المعني؛

■ التأثير المجتمعي الأوسع نطاقاً لحالة الطوارئ الصحية العامة، الذي يشمل ما يلي:

- فقدان سبل المعيشة وعدم الوصول إلى الحاجات الأساسية، بما في ذلك الخدمات الصحية المنتظمة؛
- فقدان فرصة التعليم بسبب إغلاق المدارس، والتكافؤ في البدائل القائمة للتعلم عبر الإنترنت؛
- زيادة نسبة العنف المنزلي والقضايا المتعلقة بحماية الأطفال بسبب الأوامر المرتبطة بـ"الإغلاق الشامل" أو مبدأ "الاحتواء داخل المبنى"؛
- احتمال (ونطاق) وجود تمييز ضد الأقليات أو المجموعات المهمشة (مثل المهاجرين ومجتمعات السكان الأصليين) في ما يتعلق بالحصول على الرعاية الصحية وبرامج المساعدة الحكومية.

يركز الجزء "د" على التسهيلات القانونية للجهات الفاعلة الإنسانية وغيرها من الجهات المستجيبة الأولى (على الصعيدين المحلي والدولي). ويعتمد التحليل بشكل أساسي على عمليات المسح المتعلقة بمرسوم الطوارئ الخاص بكوفيد-19 وعلى معاينة تأثير القيود المفروضة على المعابر الحدودية والسفر الداخلي والنشاط التجاري واستيراد وتصدير الإمدادات الأساسية مثل معدات الوقاية الشخصية.

1.4 التوصيات والتوجيهات الإضافية

يرد عدد من التوصيات في مختلف أجزاء التقرير. وقد صيغت هذه التوصيات بناءً على الأدلة والممارسات الجيدة التي رُصدت في مرسوم الطوارئ وعمليات المسح المتعلقة بالصحة العامة، ومراجعة الأدبيات، والمراجعات والاستفسارات السابقة حول حالات الطوارئ الصحية العامة، والمعارف والخبرات المكتسبة في إطار شبكة الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر.

لا تزال عملية استخلاص الدروس من جائحة كوفيد-19 في المراحل الأولى كما هو مذكور في الأقسام السابقة، وسيتم النظر من خلال سلسلة من الاستفسارات حتمًا في كيفية تحسين إدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة المحلية. وبالتالي، تُعتبر التوصيات الواردة في هذا التقرير أولية وعامة. والجدير بالذكر أنّ التوصيات ليست إلزامية، فهي لا تسعى إلى تحديد أي نوع من أطر إدارة المخاطر يجب أن تعتمد الدول في حالات الطوارئ الصحية العامة، بل تسعى التوصيات إلى تحديد القضايا القانونية الرئيسية التي يحتاج صانعو القرارات إلى النظر فيها وإلى تقديم توجيهات عامة حول كيفية دعم قوانين الطوارئ الصحية العامة، على غرار قوانين الكوارث الأوسع نطاقًا، للمكونات الرئيسية لتنفيذ عملية تأهب واستجابة فعالة ومنصفة.

وقد اعتمدت دول كثيرة بعض الملاحظات والاقتراحات الواردة في التقرير - وفي الواقع، تستند معظم التوصيات إلى القوانين والممارسات الجيدة المطبقة حاليًا. أما في دول أخرى، فقد تكون التوصيات غير قابلة للتطبيق، أو قد تكون الدول قد نظرت فيها ولكنها قررت في النهاية اعتماد نهج بديلة.

وبالرغم من أن بعض التوصيات قد تبدو أهم من غيرها في بعض الحالات، لم يتم ترتيب التوصيات بحسب الأولوية. في حين أن تلك التي تشير إلى الالتزامات القانونية الدولية الحالية للدول هي ذات أهمية أساسية، سيعتمد ترتيب التوصيات بحسب الأولوية على ظروف كل دولة، بما في ذلك، على سبيل المثال، النظام القانوني لكل دولة، وهياكلها على مستوى الإدارة والحوكمة، وقدراتها، وترتيبات التمويل الخاصة بها. وبناءً على هذا التقرير، سينشر برنامج قانون الكوارث التابع للاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر وثيقة توجيهية موجزة لدعم الحكومات، والجمعيات الوطنية، وغيرها من الأطراف المعنية في تعزيز القوانين المتعلقة بالتأهب للطوارئ الصحية العامة والاستجابة لها. وستُعتبر هذه الوثيقة التوجيهية جزءًا مكتملاً لمجموعة التوجيهات الأوسع نطاقًا الصادرة عن برنامج قانون الكوارث، بما في ذلك القائمة المرجعية حول القانون الدولي لمواجهة الكوارث، والقائمة المرجعية حول القانون والحد من مخاطر الكوارث، والقائمة المرجعية حول القانون والتأهب للكوارث والاستجابة لها.

2. الطوارئ الصحية العامة

2.1 تعريفات الطوارئ الصحية العامة

يركز هذا التقرير على القوانين المتعلقة بنوع معين من الكوارث وهي حالات الطوارئ الصحية العامة. ويُعتبر استخدام وفهم المصطلحات أمرًا أساسيًا. وقد يؤثر هذا التقرير على إجراءات رئيسية مثل: إطلاق حالات الاستثناء، وتوزيع المسؤوليات، وإبلاغ منظمة الصحة العالمية أو الدول الأخرى بالأحداث الصحية في ما يتعلق بحالات الطوارئ الصحية العامة على وجه التحديد. ومع ذلك، فإن مفهوم "الصحة العامة" بعد ذاته ليس دائمًا واضحًا، وتستخدم الدول والجهات الفاعلة المختلفة تعريفات عدّة لمصطلح "الطوارئ الصحية العامة". وعلى الرغم من أن كافة الدول تعتبر الأمراض المعدية والإصابات على أنها مخاطر صحية وعوامل مسببة لحالات الطوارئ الصحية العامة، لا ينطبق ذلك على مخاطر الصحة العامة الأخرى البطيئة الظهور، ومن الأمثلة على ذلك مقاومة مضادات الميكروبات. فجرى تعريف هذه الأخيرة على أنها تشكّل خطرًا محتملاً على الصحة العامة على المدى البعيد، ولكنها ليست مشمولة سوى في خطط الطوارئ الصحية العامة لعدد قليل من الدول المشمولة في العينة.²⁴ كذلك، في بعض تعريفات الطوارئ الصحية العامة، ليس من الواضح ما إذا تم تصنيف مقاومة مضادات الميكروبات على أنها حالة من الطوارئ الصحية العامة أم لا.

على الرغم من العمل الكبير المنجز على المستوى الدولي لتحديد مصطلحات عامة للكوارث، إلا أن حالات الطوارئ الصحية العامة لم تظهر بشكل بارز في هذه الجهود. ويتضمن تقرير فريق الخبراء الحكومي الدولي المفتوح العضوية المعني بالمؤشرات والمصطلحات المتعلقة بالحد من مخاطر الكوارث،²⁵ على سبيل المثال، حالات الطوارئ الصحية في التعليق على تعريف مصطلح "الكارثة"، ولكنه لا يحدد طبيعة حالة الطوارئ الصحية. كذلك، على الرغم من أن التعريف المقترح للكوارث الذي اعتمدته لجنة القانون الدولي واسع النطاق بما يكفي ليشمل حالات الطوارئ الصحية العامة،²⁶ إلا أنه يركز أكثر على أنواع الكوارث الأخرى. ولعل هذا الأمر غير مستغرب، ففي حين أن إطار سيندي أدّى إلى تحسينات كبيرة في قوانين إدارة مخاطر الكوارث العامة على المستوى المحلي، يبدو أنّ إدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة حظيت بمستوى أقل من الزخم والتركيز، وذلك بالرغم من أنّ الأمراض (ومخاطر أخرى في إطار الصحة العامة) تشكّل خطرًا مباشرًا مسببًا للكوارث (حالات الطوارئ الصحية العامة الأساسية)، كما تشكّل مخاطر لاحقة بعد الكوارث الأخرى (حالات الطوارئ الصحية العامة الثانوية).

ومع ذلك، هناك تعريف واحد للطوارئ الصحية العامة بدأ يحظى بقبول على نطاق أوسع. وليس من المستغرب أن يكون هذا التعريف هو الذي اعتمدته منظمة الصحة العالمية، التي تعرّف الطوارئ الصحية العامة على النحو التالي:

"حدوث أو تهديد وشيك بحدوث مرض أو حالة صحية، نتيجة الإرهاب البيولوجي أو الوباء أو الجائحة، أو عامل معدٍ أو تكسين بيولوجي جديد وفتاك للغاية ينطوي على خطر كبير إذ يتسبب بعدد كبير من [الوفيات] البشرية أو الحوادث أو حالات الإعاقة الدائمة أو الطويلة الأجل".²⁷

بالرغم من وجود تعريفات بديلة، بعضها صادر عن منظمة الصحة العالمية نفسها،²⁸ اعتمدَ التعريف أعلاه لأغراض هذا التقرير. فيعتبر هذا التعريف واسع النطاق، إذ يغطي الجوائح و"الطوارئ الصحية العامة التي تسبب قلقًا دوليًا"، وهو المصطلح المستخدم في اللوائح الصحية الدولية (الرجاء مراجعة القسم 3.3). كذلك، يغطي حالات نقشي الأمراض ذات الطبيعة المحلية (مثل نقشي الأمراض والأوبئة) وحالات انتشار العوامل المُمرضة أو التوكسينات.

2.2 نقشي الأمراض، والأوبئة والجائحات

يركّز هذا التقرير في الغالب على الأنواع الأكثر شيوعًا من الطوارئ الصحية العامة: مثل نقشي العدوى والمرض، والأوبئة، والجائحات، أي الحالات التي ينتشر فيها الوباء على المستوى الدولي. وتعرّف منظمة الصحة العالمية الوباء بأنه:

"ظهور حالات من مرض ما أو سلوك صحي محدد أو غيرهما من الأحداث المتعلقة بالصحة التي تتجاوز ما هو متوقع عادةً في مجتمع محلي محدد أو منطقة جغرافية معينة. ويتم تحديد المجتمع أو المنطقة والفترة التي تحدث فيها الحالات بشكل دقيق. ويختلف عدد الحالات التي تشير إلى وجود وباء بحسب العامل المُمرض، والحجم، وطبيعة السكان المعرضين للمرض، والتجارب السابقة أو عدم التعرض لهذا المرض، ووقت ومكان ظهوره".²⁹

أما الجائحة فهي "الانتشار العالمي لمرض جديد"³⁰ أو "نقشي مرض ما بين البشر في جميع أنحاء العالم بأعداد تتجاوز بشكل واضح المعدل الطبيعي".³¹

على عكس الإرهاب البيولوجي ومقاومة مضادات الميكروبات، من الواضح أن مثل هذه الأحداث ليست جديدة. فعلى مرّ القرون، كان الطاعون أكثر الأمراض انتشارًا وفتكًا: ومن الأمثلة على ذلك انتشار طاعون جستنيان في الفترة الممتدة بين عامي 540 م و590 م، والطاعون الأسود في القرن الرابع عشر. ومنذ تفشي الطاعون الأسود، تكرر تفشي الطاعون الدبلي (بما في ذلك "الطاعون العظيم" في القرن السابع عشر)، ولا نزال نشهد حالات تفشي لهذا المرض حتى يومنا هذا.³² وخلال القرن التاسع عشر، انتشر مرضا الكوليرا والتيفوئيد. وأدى تفشي المرض إلى وضع أول نهج منسق وواسع النطاق لاستخدام التشريعات للتعامل مع الأمراض المعدية. فعلى سبيل المثال، سُنَّ قانون الأمراض البوبائية الهندية لعام 1897 بعد تفشي الطاعون الدبلي في مومباي في نهاية القرن التاسع عشر. والجدير بالذكر أنه تمّ استخدام هذا القانون في إطار الاستجابة لجائحة كوفيد-19.

يصف كثيرون الفترة الممتدة من العام 1918 وصولاً إلى يومنا هذا بأنها "قرن الجائحة"،³³ ويرتبط ذلك بوصف هذه الحقبة أيضًا بأنها حقبة السفر الدولي والعولمة. فأصبح تعاقب حالات الطوارئ الصحية العامة الخطيرة مألوفًا جدًا. وتشير التقديرات إلى أن جائحة الإنفلونزا في العام 1918 قد تسببت بموت ما لا يقل عن 40 مليون شخص في جميع أنحاء العالم وإصابة ثلث سكان العالم. وتبعتهائجائحات إنفلونزا أخرى على فترات منتظمة: فتسببت الجائحات في عامي 1957 و1968 بالإصابة بمرض خطير، خاصةً بين فئات الشباب وكبار السن، ما أدّى إلى نحو مليون إلى 4 ملايين حالة وفاة حول العالم. وكانت جائحة إنفلونزا الخنازير (H1N1) في العام 2009 أقل حدة، ولكنها كانت أول مرض تعلنه منظمة الصحة العالمية على أنه حالة طوارئ صحية عامة تسبب قلقًا دوليًا.

على مدى السنوات الـ35 الماضية، رُصد الكثير من الأمراض المعدية التي تم الاعتراف بها حديثًا. والجدير بالذكر أن معظم الأمراض الحديثة حيوانية المصدر، أي أنها قابلة للانتقال بصورة طبيعية، إمّا مباشرة أو بشكل غير مباشر، بين الحيوانات الفقارية والبشر. وتُعتبر متلازمة الالتهاب التنفسي الحاد (سارس) مثالًا على هذه الأمراض، إذ إنها مرض تنفسي فيروسي يسببه فيروس تاجي (coronavirus). في الواقع، انتشرت متلازمة الالتهاب التنفسي الحاد التي نشأت في آسيا في شهر تشرين الثاني/نوفمبر في العام 2002 إلى ما يقارب عشرين دولة في آسيا وأميركا الشمالية وأميركا الجنوبية وأوروبا. وأصيب أكثر من 8000 شخص في جميع أنحاء العالم، وتسببت المتلازمة بوفاة أكثر من 750 شخصًا قبل أن يتم احتواء المرض في شهر تموز/يوليو من العام 2003.

ويُعتبر مرض فيروس إيبولا مرضًا آخر جديدًا نسبيًا،³⁴ علمًا أنه يُصنّف كمرض حاد وخطير، ويبلغ متوسط معدل الوفيات الناتج عنه حوالي 50%. ويُعتقد أن الفيروس ينتقل إلى البشر عبر الدم أو سوائل أخرى من جسم الحيوانات المصابة به. كذلك، ينتقل فيروس إيبولا من إنسان

لآخر عن طريق التعرض بشكل مباشر للدم أو للسوائل الجسدية الصادرة عن الأشخاص المصابين. ويُعتقد أن تفشي فيروس إيبولا في الفترة الممتدة ما بين 2013 و2016 بدأ في غينيا في شهر كانون الأول/ديسمبر من العام 2013، وعبر الحدود إلى سيراليون وليبيريا في أواخر شهر آذار/مارس وأوائل شهر نيسان/أبريل من العام 2014. وفي 8 آب/أغسطس 2014، أعلنت منظمة الصحة العالمية حالة طوارئ صحية عامة تسبب قلقًا دوليًا. وبعد الإعلان، أرسل المجتمع الدولي موارد إضافية إلى البلدان المتضررة من خلال بعثة الأمم المتحدة للتصدي العاجل لفيروس إيبولا. كما أعلنت منظمة الصحة العالمية مجددًا عن حالة طوارئ صحية عامة تسبب قلقًا دوليًا في نهاية شهر أيار/مايو من العام 2015، مع الإشارة تسجيل ما يقارب 29,000 إصابة و11,300 حالة وفاة عندذاك، ولا يزال فيروس إيبولا يشكل تهديدًا كبيرًا حتى الآن. وتم الإعلان عن تفشي مرض فيروس إيبولا في مقاطعة كيفو الشمالية في جمهورية الكونغو الديمقراطية في 1 آب/أغسطس 2018. وأعلنت منظمة الصحة العالمية عن تفشي المرض في 17 تموز/يوليو في العام 2019.³⁵ كذلك، سُجِّلَت 3,470 إصابة بالمرض مع 2,287 حالة وفاة قبل الإعلان عن حالة الطوارئ الصحية العامة التي تسبب قلقًا دوليًا في 25 حزيران/يونيو 2020.³⁶ وفي الآونة الأخيرة، أعلنت وزارتا الصحة في جمهورية الكونغو الديمقراطية وغينيا عن حالات جديدة من تفشي مرض فيروس إيبولا في 7 و14 شباط/فبراير من العام 2021 على التوالي.

ومن الأوبئة الملحوظة في هذا السياق، متلازمة الشرق الأوسط التنفسية التي رُصِدَت للمرة الأولى في المملكة العربية السعودية في العام 2012. ويُعتقد أن فيروس كورونا المسبب لمتلازمة الشرق الأوسط التنفسية نشأ في الخفافيش وانتقل عبر الإبل. وتتسبب هذه المتلازمة بوفاة حوالي 35% من المصابين بها، إلا أن هذا الفيروس لا ينتقل بسهولة من شخص لآخر ما لم يحدث اختلاط وثيق مع الشخص المصاب. وقد أُبلغ عن حوالي 2,500 حالة منذ شهر كانون الثاني/يناير من العام 2020، مع تفشٍ أكبر للمرض في جمهورية كوريا في العام 2015 والمملكة العربية السعودية في العام 2018.³⁷

كذلك، في العام 2015، تفشى فيروس زیکا الذي ظهر في البرازيل وانتقل من خلال البعوض عبر أميركا الجنوبية والوسطى ومنطقة البحر الكاريبي. وعندما ينتقل المرض من امرأة حامل مصابة إلى جنينها، يمكن أن يتسبب المرض بصغر حجم رأس الرضيع وبتشوهات خطيرة أخرى في دماغه ويؤدي إلى إصابة البالغين بمتلازمة غيان باريه. وقد أعلنت منظمة الصحة العالمية في هذا الإطار حالة طوارئ صحية تسبب قلقًا دوليًا في شهر شباط/فبراير من العام 2016.

أخيرًا، تفشت جائحة كوفيد-19 الناتجة عن فيروس كورونا جديد يسمى SARS-CoV-2 ، يُعتقد أنه ظهر للمرة الأولى في مدينة ووهان في جمهورية الصين الشعبية في شهر كانون الثاني/ديسمبر من العام 2019. وأبلغت منظمة الصحة العالمية عن الفيروس في 31 كانون الأول/ديسمبر من العام 2019. وعلى غرار حالات تفشي الأمراض الأخرى الموصوفة أعلاه، يُعتقد أنّ هذا الفيروس ظهر لدى الخفافيش وانتقل عبر الثدييات إلى البشر. وحتى يومنا هذا، سُجِّلَت أكثر من 99 مليون حالة مؤكدة من كوفيد-19 وأكثر من مليوني حالة وفاة.

غير أنّ هذه الحالات من الطوارئ الصحية العامة المعروفة ليست سوى عينة صغيرة عن أحداث الصحة العامة التي يمكن أن تؤثر بشكل كبير على قطاع الصحة والاقتصاد في كل بلد أو منطقة. فقد تسبب تفشي للطاعون في مدينة سورت في الهند في العام 1994 في خسائر بلغت قيمتها 260 مليون دولار في القطاع التجاري و420 مليون دولار في الصادرات، كما ألحق أضرارًا بالاقتصاد عمومًا، بما في ذلك تسجيل خسارة تبلغ قيمتها أكثر من ملياري دولار في قطاع السياحة.³⁸ وتُعتبر هذه الحالات من الطوارئ الصحية العامة أكثر شيوعًا مما تعتقد عامة الناس. ويُشار إلى عدد حالات الطوارئ الصحية العامة التي تظهر من خلال الأخبار التي تنشرها منظمة الصحة العالمية في ما يتعلق بتفشي الأمراض. وفي العام 2018، أُصدِرَ 91 إنذارًا³⁹ عن تفشي مرض معين، مقابل 119 إنذارًا في العام 2019.⁴⁰ وبحلول شهر تشرين الأول/أكتوبر من العام 2020، كانت منظمة الصحة العالمية قد أصدرت 64 تنبيهًا عن تفشي الأمراض، 58 منها غير متعلق بكوفيد-19: ومن أصل هذه الإنذارات، 29 إنذارًا مرتبطًا بفيروس إيبولا في جمهورية الكونغو الديمقراطية، و7 متعلقة بمتلازمة الشرق الأوسط التنفسية، في حين غطت التقارير الأخرى حالات الحمى الصفراء (في غويانا الفرنسية، والغابون، وتوغو، وإثيوبيا، وتشيلي، وأوغندا)، وحمى لاسا (في نيجيريا)، وحمى الضنك ومرض فيروس مايا ومرض فيروس أوروبوش (في غويانا الفرنسية).⁴¹

2.3 الإرهاب البيولوجي

إنّ الإرهاب البيولوجي هو نوع آخر من الطوارئ الصحية العامة المدرجة في تعريف منظمة الصحة العالمية. ويُعرّف الإرهاب البيولوجي على أنه الإطلاق المتعمد للفيروسات أو البكتيريا أو غيرها من الجراثيم التي قد تسبب مرض أو موت الأشخاص أو المواشي أو المحاصيل الزراعية.⁴² ولحسن الحظ أنّ الحوادث التي تنطوي على الإطلاق المتعمد للعوامل المُمرضة والتكسينات كانت نادرة للغاية. لكنّ هذه الحوادث ليست مجرد ظاهرة جديدة، إذ أنّ الاستخدام العشوائي للمواد الكيميائية، وللغازات بشكل خاص، من قبل الدول في الحروب موثق جيدًا.⁴³ وفي الآونة الأخيرة، ظهرت هجمات خبيثة من قبل الأفراد أو الجماعات، مثل الهجمات بغاز الأعصاب من قبل طائفة أوم شينريكيو في اليابان بين العامين 1994 و1995، وإرسال رسائل محملة بالجمرة الخبيثة إلى المنظمات الإعلامية في الولايات المتحدة في العام 2001،

ما تسبب في مقتل 19 شخصًا و5 أشخاص على التوالي. ونظرًا لعدم إشارة أي من عمليات المسح المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة إلى الإرهاب البيولوجي بشكل خاص، لم يتم تناوله بالتفصيل في هذا التقرير.

2.4 "مخاطر" صحية عامة بطيئة الحدوث وغيرها

إنّ تعريف منظمة الصحة العالمية للطوارئ الصحية العامة لا يغطي (أو على الأقل لا يغطي بشكل صريح) القضايا الصحية التي (1) تُعتبر دائمة ومستمرة أو (2) بطيئة الحدوث في طبيعتها. فيمكن المقارنة بين الدور الذي تؤديه هذه القضايا في إدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة، والدور الذي يؤديه تغير المناخ في إدارة مخاطر الكوارث على النطاق الأوسع: بمعنى أنّه من المحتمل أن تكون مدمرةً بقدر تغيّر المناخ، ولكن على عكس حالات الكوارث الوشيكة أو المفاجئة، ربما لم يتم منحها حتى الآن ما تستحقه من الاعتراف أو الأهمية في التشريعات وأطر إدارة المخاطر المتعلقة بإدارة مخاطر الكوارث والطوارئ الصحية العامة.

تشمل الفئة الأولى أمراضًا متوطنة مثل الملاريا أو فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز (أي أنها حاضرة باستمرار وبشكل عام).⁴⁴ في العام 2019 سُجِّلَت حوالي 229 مليون حالة ملاريا في جميع أنحاء العالم، ما تسبب في وفاة 409,000 شخص.⁴⁵ ويُعتقد أنّ 38 مليون شخص لا يزالون يعيشون مع فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز.⁴⁶ إلا أنّ هذه الأنواع من الأمراض ليست أحداثًا "استثنائية"، وبالتالي لا تُصنف على أنها حالات طوارئ صحية عامة تسبّب قلقًا دوليًا، وهذا ما سيتم تناوله في الفصل التالي. وتشير المعلومات الواردة في عمليات المسح المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة إلى أنه من الممكن ألا تُعتبر هذه الأنواع من الأمراض حالات من الطوارئ الصحية العامة في التشريعات المحلية.

أما الفئة الثانية فتتعلق بقضايا الصحة العامة الأوسع نطاقًا التي تظهر ببطء وتولّد مخاطر طويلة الأجل. وقد يكون الخطر الأكثر شيوعًا في هذه الفئة هو مقاومة مضادات الميكروبات، التي تشير إلى أن الأدوية أصبحت غير فعالة في علاج العدوى التي تسببها المتعضيات الصغيرة مثل البكتيريا أو الفيروسات أو الطفيليات. وفي حال غدت المضادات الحيوية غير فعالة، قد تصبح الجراحة البسيطة إجراءً شديد الخطورة ويطرأ مع خطر الإصابة بعدوى شديدة والتسبب بالموت حتى. وتجدر الإشارة إلى أنّه تم الاعتراف بالحاجة إلى معالجة مقاومة مضادات الميكروبات من خلال خطة العمل العالمية لمنظمة الصحة العالمية بشأن مقاومة مضادات الميكروبات،⁴⁷ التي أقرتها الجمعية العامة للأمم المتحدة في إعلان سياسي في العام 2016.⁴⁸ وباستثناء حالة واحدة،⁴⁹ لم تذكر أي من عمليات المسح المتعلقة بالطوارئ

الصحية العامة مقاومة مضادات الميكروبات أو غيرها من مخاطر الصحة العامة البطيئة الظهور، وبالتالي لم تُدرَس بالتفصيل في هذا التقرير. إلا أنه يمكن القول إن أي إطار لإدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة على المدى البعيد يجب أن يتناول هذه المخاطر.

الجزء ب: الأطر القانونية والمؤسسية لحالات الطوارئ الصحية العامة

3. الأطر القانونية والمؤسسية العالمية

3.1 مقدمة

يتمثل الهدف الرئيسي من هذا التقرير في تحليل الأطر القانونية والمؤسسية/المحلية للطوارئ الصحية العامة. ولكن على الرغم من أن الهيكلية المحلية للطوارئ الصحية العامة قد تتشكل بشكل عام على المستوى الوطني، إلا أن للمبادرات والأدوات العالمية تأثير مهم. لذلك، يأخذ هذا الفصل في الاعتبار الخلفية العالمية لتطوير القوانين المحلية وتأثير ذلك على تعزيز القدرات المحلية في إطار الطوارئ الصحية العامة.

عند وضع اللامسات الأخيرة على هذا التقرير، دعا عدد من قادة العالم إلى صياغة معاهدة جديدة حول الجائحات العالمية من شأنها أن تساعد في إنشاء أنظمة أفضل لتبنيه الناس بشأن الجائحات المحتملة وتحسين تبادل البيانات وتوزيع اللقاحات ومعدات الوقاية الشخصية.⁵⁰ ومن المرجح أن تكون التحليلات والتوصيات الواردة في هذا الفصل وفي أي مكان آخر في التقرير وثيقة الصلة بهذه المعاهدة، رغم أنه لم يتم تحديد أحكام أي معاهدة جديدة حتى الآن. ويقدم القسم 3.4 من هذا الفصل على وجه الخصوص عددًا من التوصيات حول الجوانب التي يجب أخذها في الاعتبار في المراجعات المستقبلية للوائح الصحية الدولية. كذلك، يجب أن تؤخذ الكثير من هذه الجوانب في الاعتبار أثناء تطوير أي معاهدة دولية جديدة تتعلق بحالات الطوارئ الصحية العامة.

3.2 السياق العالمي

منذ فترة طويلة قبل ظهور فيروس كوفيد-19، كان المجتمع الدولي يطرح الحاجة إلى تحسين أطر الصحة العامة. وكانت الأنظمة الصحية التي عالجت العدوى عبر الحدود في صلب هذه الجهود، ما أدى في نهاية المطاف إلى صياغة اللوائح الصحية الدولية لعام 2005. سيتم النظر في متطلبات اللوائح الصحية الدولية وتأثيرها على إدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة المحلية بالتفصيل لاحقًا في هذا الفصل (القسم 3.3). ولكن قبل ذلك، سينظر هذا الفصل في عدد من الصكوك والمبادرات الدولية التي تبيّن الجهد المبذول على المستوى العالمي للتوصل إلى أفضل قوانين وسياسات محلية في إطار الطوارئ الصحية العامة وشرح سياق اللوائح الصحية الدولية.

3.2.1 أهداف التنمية المستدامة

من المكونات الرئيسية للإطار العالمي الشامل هو خطة الأمم المتحدة للتنمية المستدامة لعام 2030 وأهداف التنمية المستدامة.⁵¹ فيعتبر تحسين الرعاية الصحية والحد من مخاطر وتأثيرات حالات الطوارئ الصحية العامة إجراءات تدعم تحقيق الكثير من أهداف التنمية المستدامة، وخاصة الهدف 3 (الرامي إلى ضمان تمتّع الجميع بأنماط عيش صحية وبالرفاهية في جميع الأعمار) والهدف 11 (الرامي إلى جعل المدن والمستوطنات البشرية شاملة للجميع وأمنة وقادرة على الصمود ومستدامة). ويُعدّ المقصد "د" الوارد في الهدف 3 من أهداف التنمية المستدامة ذات أهمية كبيرة لهذا التقرير، علماً أنّه يرمي إلى " تعزيز قدرات جميع البلدان، ولا سيما البلدان النامية، في مجال الإنذار المبكر والحد من المخاطر وإدارة المخاطر الصحية الوطنية والعالمية".⁵² ويؤكد إدراج هذا المقصد تحت الهدف 3 أنّ تعزيز إدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة هو أحد جوانب التنمية المستدامة ويتطلب دعم ومشاركة الجهات الفاعلة في مجال التعاون الإنمائي. وتشمل المقاصد الأخرى المدرجة تحت الهدف 3 والمرتبطة بهذا التقرير ما يلي:

- وضع نهاية لأوبئة الإيدز والسل والملاريا والأمراض المدارية المهملة ومكافحة الالتهاب الكبدي الوبائي والأمراض المنقولة بالمياه والأمراض المعدية الأخرى؛⁵³
- تحقيق التغطية الصحية الشاملة وإمكانية الحصول على خدمات الرعاية الصحية الأساسية الجيدة وإمكانية حصول الجميع على الأدوية واللقاحات الجيدة والفعالة والميسورة التكلفة؛⁵⁴
- دعم البحث والتطوير في مجال اللقاحات والأدوية للأمراض المعدية وغير المعدية التي تتعرض لها البلدان النامية في المقام الأول.⁵⁵

3.2.2 برنامج العمل من أجل الأمن الصحي العالمي

إنّ برنامج العمل من أجل الأمن الصحي العالمي الذي أُطلق في العام 2014 هو شراكة بين الدول، والمنظمات الدولية، والمنظمات غير الحكومية، والقطاع الخاص، تهدف إلى "تحقيق الرؤية المتمثلة في عالم آمن وخالٍ من التهديدات الصحية العالمية التي تشكلها الأمراض المعدية".⁵⁶ ويهدف إطار برنامج العمل من أجل الأمن الصحي العالمي لعام 2024 "إلى تعزيز نهج شامل لعدة قطاعات، ودعم الالتزام بالمعايير الدولية لصحة الإنسان والحيوان، وتحديد الثغرات والأولويات في مجال الأمن الصحي العالمي ومعالجتها بشكل تعاوني، وتعزيز التمويل المستدام لجهود الأمن الصحي العالمي لجميع القطاعات ذات الصلة".⁵⁷ أما الهدف الرئيسي لبرنامج العمل من أجل الأمن الصحي

العالمي فهو "العمل مع الشركاء المعنيين [من أجل] المساهمة بفعالية في بذل الجهود الوطنية والإقليمية والعالمية لدعم البلدان في التقييم والتخطيط وتنفيذ الأنشطة التي تبني قدرات الأمن الصحي وحشد الموارد لها".⁵⁸ ويقر الإطار بالحاجة إلى التنسيق مع العمليات العالمية الأخرى والجهات الفاعلة في مجال الأمن الصحي العالمي، بما في ذلك منظمة الصحة العالمية، ومنظمة الأغذية والزراعة للأمم المتحدة، والمنظمة العالمية لصحة الحيوان، ومجموعة البنك الدولي، والتحالف للتقييم الخارجي المشترك (تحالف يشمل أصحاب المصلحة متعددين تم تشكيله لدعم عمليات التقييم القطرية والعمل الناتج عنها لبناء القدرات القطرية).⁵⁹ إن هدف برنامج العمل من أجل الأمن الصحي العالمي لعام 2024، الذي يرتبط ارتباطاً وثيقاً بتنفيذ القدرات الأساسية للوائح الصحية الدولية، هو تقييم أكثر من 100 لقدرات الأمن الصحي وقيامها بالتخطيط وحشد الموارد لمعالجة الثغرات.⁶⁰ ويجب أن تكون الدول قادرة على إظهار التحسينات في خمسة مجالات تقنية على الأقل من تلك الواردة في تقييمات الأمن الصحي ذات الصلة، مثل تلك الموجودة في إطار رصد وتقييم اللوائح الصحية الدولية لمنظمة الصحة العالمية (الرجاء مراجعة القسم 3.3 أدناه).⁶¹

3.2.3 إطار سندياي ومبادئ بانكوك

يقع إطار سندياي للحد من مخاطر الكوارث 2015-2030 (إطار سندياي)⁶² في صلب الجهود الدولية الرامية إلى تعزيز الحد من مخاطر الكوارث وإدارة مخاطر الكوارث على المستوى المحلي. أما الهدف من إطار سندياي فهو منع نشوء مخاطر الكوارث الجديدة والحد من مخاطر الكوارث الحالية من خلال تنفيذ تدابير متكاملة وشاملة تحدّ من التعرض للمخاطر والكوارث. ولهذه الغاية، يتبنى إطار سندياي نهجاً يتمحور حول الأشخاص ويغطي جميع الأخطار والقطاعات للحد من مخاطر الكوارث بهدف ضمان مشاركة المجتمع بأسره.

بالرغم من أنّ مخاطر وآثار الصحة العامة ليست مجال التركيز الأساسي لمبادئ الحد من مخاطر الكوارث المذكورة في إطار سندياي،⁶³ إلا أنها منصوصة في جميع الأهداف العالمية لإطار سندياي وأولويات العمل الأربع فيه. فتتصل أربعة من الأهداف العالمية⁶⁴ بشكل مباشر بقطاع الصحة، مع التركيز على الحد من الوفيات، وتوفير الرفاهية للسكان، والإنذار المبكر بالأمراض، وتعزيز سلامة المرافق الصحية والمستشفيات. ويتم التركيز على الأنظمة الصحية المرنة من خلال دمج إدارة مخاطر الكوارث في تقديم الرعاية الصحية على جميع المستويات. كذلك، يشير إطار سندياي بوضوح إلى اللوائح الصحية الدولية، ويدعو إلى تعزيز التعاون بين السلطات الصحية والجهات الأخرى المعنية لتعزيز قدرة الدول على إدارة مخاطر الكوارث على صعيد الصحة وتنفيذ اللوائح الصحية الدولية.

جرى التشديد على أهمية الصحة كبعد أساسي للحد من مخاطر الكوارث من خلال مبادئ بانكوك، التي أُقرّت في المؤتمر الدولي المعني بتنفيذ الجوانب الصحية لإطار سنديا للحد من مخاطر الكوارث 2015-2030، الذي عقد في العام 2016 في بانكوك.⁶⁵ فتركز مبادئ بانكوك على التنسيق المعزز كجزء أساسي من الجهود المبذولة للحد من مخاطر الصحة العامة والمخاطر البيولوجية وتشجيع التعاون والتكامل والاتساق بصورة منتظمة بين إدارة مخاطر الكوارث والصحة. ولتحقيق ذلك، توسع مبادئ بانكوك الأحكام المتعلقة بالصحة في إطار سنديا، من خلال التوصية باتخاذ سبعة تدابير لإدماج الصحة بشكل منهجي في السياسات والخطط الوطنية ودون الوطنية للحد من مخاطر الكوارث. وتشمل التوصيات الأكثر صلة بهذا التقرير ما يلي:

1. "[تعزيز] الإدماج المنهجي للصحة في السياسات والخطط الوطنية ودون الوطنية للحد من مخاطر الكوارث وإدراج برامج إدارة مخاطر الطوارئ والكوارث في الاستراتيجيات الصحية الوطنية ودون الوطنية"⁶⁶
2. تعزيز "التعاون بين السلطات الصحية والجهات الأخرى المعنية ذات الصلة لتعزيز قدرة البلد على إدارة مخاطر الكوارث على الصحة، وتنفيذ اللوائح الصحية الدولية (2005) وبناء أنظمة صحية قادرة على الصمود"⁶⁷
3. تعزيز "الاتساق ومواصلة تطوير السياسات والاستراتيجيات المحلية والوطنية، والأطر القانونية، واللوائح والترتيبات المؤسسية"⁶⁸

وتشمل الإجراءات الرئيسية المعتمدة من الدول بموجب مبادئ بانكوك ما يلي:

1. تعزيز نهج شامل للحكومة والمجتمع بأسره، مع وضع المجتمعات المحلية والسكان الأكثر تعرضًا للخطر في صميم تدابير إدارة مخاطر الطوارئ والكوارث؛
2. وضع أو مراجعة سياسات متعددة القطاعات وخطط وبرامج متكاملة للحد من مخاطر الطوارئ والكوارث لتشمل قطاع الصحة، وإدارة المخاطر الصحية لحالات الطوارئ والكوارث بمستويات مناسبة من توفير الموارد لدعم التنفيذ؛
3. زيادة مشاركة ممثلي القطاع الصحي في لجان ومنصات إدارة الطوارئ والكوارث المتعددة القطاعات على جميع المستويات.

تستند مبادئ بانكوك إلى إطار عمل سنديا، وبالتالي فهي تميل إلى تبني المصطلحات والنهج المتعلقة في بالحد من مخاطر الكوارث وإدارة مخاطر الكوارث الواردة في إطار سنديا. وعليه، يمكن تفسير مبادئ بانكوك على أنها لا تعزز التكامل فحسب، بل تدعو أيضًا إلى دمج أطر إدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة مع نظام إدارة مخاطر الكوارث الأوسع نطاقًا. إلا أنّ هذا التفسير قد ينطوي على الكثير من التأويل. لذا، يعتبر هذا التقرير أنه على الرغم من سعي مبادئ بانكوك إلى تحقيق التنسيق والتكامل والاتساق بين إدارة مخاطر الطوارئ

الصحية العامة والأطر العامة لإدارة مخاطر الكوارث، لا يتطلب هذا الأمر إطارًا قانونيًا ومؤسسيًا واحدًا مع مجموعة واحدة من القوانين والسياسات. من الطبيعي أن تختار الدول اعتماد هذا النهج، إلا أن القليل منها قام بذلك، كما يرد في أقسام لاحقة من هذا التقرير. ومع ذلك، فإن مبادئ بانكوك أكثر تساهلاً، وتعترف ضمناً بأن الدول قد تُبقي على قوانين و/أو سياسات منفصلة لحالات الطوارئ الصحية العامة. وتتمثل الرسالة الرئيسية لمبادئ بانكوك في أن الدول حرة في ترتيب قوانين و/أو سياسات للطوارئ الصحية العامة وإدارة مخاطر الكوارث وفق ما تراه مناسباً، ولكن يجب تنسيق هذه القوانين والسياسات وضمان تكاملها وتماسكها.

3.2.4 المؤتمر الدولي الثالث والثلاثون للصليب الأحمر والهلال الأحمر

إن أهمية تعزيز التدابير الكفيلة بمعالجة حالات الطوارئ الصحية العامة شكلت عنصراً رئيسياً في الأعمال الأخيرة التي قامت بها حركة الصليب الأحمر والهلال الأحمر، وذلك بالتوازي مع جهودها الرامية إلى تحسين قوانين وسياسات الكوارث بشكل عام. فقد صدر قرار رئيسي بشأن التعامل مع الأوبئة والجائحات في المؤتمر الدولي الثالث والثلاثين للصليب الأحمر والهلال الأحمر في العام 2019. وبموجب القرار 3، فإن الدول الأطراف في اتفاقيات جنيف، واللجنة الدولية لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر، والجمعيات الوطنية للصليب الأحمر والهلال الأحمر:

1. " [دعت] الدول إلى تمكين مكونات الحركة وتسهيل عملها، وفقاً لولاياتها وقدراتها وللقانون الدولي، في تطوير نهج منسق ويمكن التنبؤ به في ما يتعلق بالأوبئة والجائحات، بما يشمل التعاون والتنسيق الدوليين الفعاليين ومشاركة المجتمعات المتضررة ودعمها؛

2. و [شجعت] الدول على إشراك الجمعيات الوطنية، كجهة إنسانية مساعدة لسلطاتها العامة وفقاً لولايتها وقدراتها، في أطر الوقاية من الأمراض ومكافحتها والتأهب لها واعتماد استجابة متعددة القطاعات لها، إضافةً إلى توفير التمويل لها عند الإمكان دعماً لدورها في هذا الصدد؛

3. و [شجعت] كذلك الجمعيات الوطنية على تقديم الدعم لسلطاتها العامة، حسب الاقتضاء، في الجهود التي تبذلها الدول لتعزيز القدرات الأساسية كجزء من الالتزام بالامتثال للوائح الصحية الدولية، وضمان وضع أحكام خاصة لتقديم استجابة صحية عامة سريعة وفعالة للسكان المتضررين أثناء الأزمات، وذلك بالتنسيق مع المنظمات المحلية والدولية الأخرى والتركيز بشكل خاص على بناء القدرة على تقديم إنذار مبكر واستجابة سريعة في المجتمعات الضعيفة والمحرومة الأكثر عرضة للمخاطر والتي يصعب الوصول إليها، مع مراعاة الاحتياجات المختلفة للفتيات والفتيان والنساء والرجال؛

4. و[شددت] على الحاجة إلى تعزيز المشاركة المجتمعية النشطة في منع تفشي المرض والتأهب والاستجابة له، بناءً على نهج متعدد القطاعات والمخاطر ويشمل المجتمع بأسره، و[شجعت] الدول والجمعيات الوطنية على الاستفادة من النهج القائمة على الأدلة للوقاية من تفشي المرض ورصده والاستجابة له؛

5. و[شجعت] أيضًا الدول والجمعيات الوطنية على مواصلة تطوير أدوات وإرشادات واستراتيجيات مبتكرة لدعم تنفيذ التدابير المذكورة أعلاه وتعزيز قدراتها على الاستجابة واستخدام البيانات والتكنولوجيا لتحسين جودة الاستجابة للأوبئة والجائحات؛

6. و[أعادت التأكيد] على أهمية تحديد الأولويات والاستثمار في الوقاية من الأمراض والتأهب لها وتوفير التمويل التحفيزي لدعم الإجراءات المبكرة، بما في ذلك تلك التي تقوم بها الجمعيات الوطنية؛

7. و[أعادت التأكيد] أيضًا على أهمية حشد الموارد وبناء القدرات لتمكين البلدان النامية وجمعياتها الوطنية من الاستجابة لتهديدات الأوبئة والجائحات؛

8. و[دعت] مكونات الحركة والسلطات العامة وجميع الجهات الفاعلة الأخرى إلى اتخاذ الخطوات المناسبة، وفقًا لسياقاتها الوطنية والإقليمية، لضمان قدر الإمكان صحة وسلامة المتطوعين والموظفين الذين يشاركون في الاستجابة للأوبئة/الجائحات، مع حماية صحتهم العقلية ورفاههم النفسي الاجتماعي بشكل مناسب".⁶⁹

ويعكس الكثير من المواضيع التي يتناولها هذا القرار التدابير العالمية المذكورة أعلاه والمعنية بتحليل الأطر المحلية لحالات الطوارئ الصحية العامة التي تمت معالجتها في هذا التقرير. وقد عززت جائحة كوفيد-19 أهمية هذه المواضيع. وكما سيظهر لاحقًا، لقد سلطت الجائحة الضوء على دور الجمعيات الوطنية للصليب الأحمر والهلال الأحمر في الاستجابة للطوارئ الصحية العامة، وعلى التأثير المحتمل للطوارئ الصحية العامة على قدرة الجمعيات الوطنية للصليب الأحمر والهلال الأحمر على العمل بشكل فعال.

3.2.5 الترتيبات الخاصة بجائحة كوفيد-19

في ما يتعلق بجائحة كوفيد-19 على وجه التحديد، اعتمد المجتمع الدولي عددًا من القرارات استجابةً للجائحة، قد يكون أبرزها القرار الجامع الصادر عن الجمعية العامة للأمم المتحدة بعنوان "الاستجابة الشاملة والمنسقة لجائحة مرض فيروس كورونا (كوفيد-19)"⁷⁰ والقرار الصادر عن جمعية الصحة العالمية بشأن الاستجابة لكوفيد-19 (قرار جمعية الصحة العالمية بشأن جائحة كوفيد-19).⁷¹ وعقب قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة، أصدر مجلس الأمن قرارًا سعى إلى وقف الأعمال العدائية والنزاعات المسلحة على الصعيد العالمي وبشكل عام كجزء

من استجابة الأمم المتحدة لجائحة كوفيد-19.⁷² وشدد قرار جمعية الصحة العالمية بشأن جائحة كوفيد-19 على ضرورة قيام الدول "بوضع استجابة تشمل الحكومة بأسرها والمجتمع بأسره وتنفيذ خطة عمل وطنية مشتركة بين القطاعات متعلقة بجائحة كوفيد-19... [و]إشراك المجتمعات المحلية والتعاون مع الأطراف المعنية".⁷³ كذلك، دعا القرار الدول إلى وضع "تدابير شاملة ومتناسبة ومحددة زمنياً ومراعية للعمر وحالات الإعاقة ولمنظور النوع الاجتماعي لمكافحة جائحة كوفيد-19 عبر القطاعات الحكومية، مع ضمان احترام حقوق الإنسان والحريات الأساسية وإيلاء اهتمام خاص لاحتياجات الأشخاص المعرضين للخطر، وتعزيز التماسك الاجتماعي، واتخاذ التدابير اللازمة لضمان الحماية الاجتماعية والحماية من الضائقة المالية، وتجنب حالات العنف والتمييز والوصم والتهميش وانعدام الأمن".⁷⁴ ويرتبط ذلك كله بالفئات المستضعفة المذكورة في الجزء "ج" من هذا التقرير. كذلك، سعى قرار جمعية الصحة العالمية بشأن جائحة كوفيد-19 أيضاً إلى ضمان أن تكون "القيود المفروضة على حركة الأشخاص والمعدات الطبية والأدوية في سياق جائحة كوفيد-19 مؤقتة ومحددة وأن تشمل استثناءات لحركة العاملين في المجال الإنساني والصحي، بما في ذلك العاملين الصحيين المجتمعيين، وتمكنهم من أداء واجباتهم ونقل المعدات والأدوية التي تحتاج إليها المنظمات الإنسانية لتنفيذ عملياتها".⁷⁵ ويمكن معرفة مدى تأثير استجابات الدول لجائحة كوفيد-19 على مثل هذه التحركات من خلال مراجعة عمليات المسح المتعلقة بمرسوم الطوارئ والفصل 10 من هذا التقرير.

3.2.6 الترتيبات الإقليمية

من ضمن التدابير المذكورة أعلاه، يُشار إلى مساهمة الترتيبات الإقليمية في تحسين إدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة المحلية. وتنص اللوائح الصحية الدولية على أهمية التعاون "من خلال قنوات متعددة، بما في ذلك على المستوى الثنائي، من خلال الشبكات الإقليمية والمكاتب الإقليمية لمنظمة الصحة العالمية".⁷⁶ وتم تسليط الضوء على ضرورة وضع ترتيبات إقليمية محسنة للطوارئ الصحية العامة في التقرير الصادر عن الفريق الرفيع المستوى المعني بالاستجابة العالمية للأزمات الصحية (المُشار إليه في ما يلي بـ"الفريق الرفيع المستوى").⁷⁷ ووجد الفريق أن المنظمات الإقليمية ودون الإقليمية "دعمت الاستجابة لأزمة إيبولا بقدرات مبتكرة ناتجة عن خبرة". وأوصى بأنه "يجب على المنظمات الإقليمية تطوير أو تعزيز القدرات الدائمة للمساعدة في الوقاية من الأزمات الصحية والاستجابة لها، مع التركيز بشكل خاص على المجالات التي يمكن أن تضيف قيمة كبيرة إلى الاستجابات الوطنية".

وفي حين تُعتبر الترتيبات الإقليمية لإدارة مخاطر الكوارث العامة متطورة بشكل جيد، قد يكون من الصعب العثور على ترتيبات خاصة بالطوارئ الصحية العامة. ويمكن ذكر مثالٍ عن استثناء خاص متعلق بحالات الطوارئ الصحية العامة، وهو قرار الاتحاد الأوروبي رقم

1082/2013 الذي يتناول التهديدات الصحية الخطيرة ذات الآثار العابرة للحدود وتنفيذ اللوائح الصحية الدولية داخل الاتحاد الأوروبي. وينص القرار على إنشاء اللجنة المعنية بالأمن الصحي التابعة للاتحاد الأوروبي رسميًا، ويقر بدور المركز الأوروبي للوقاية من الأمراض ومكافحتها في المراقبة الوبائية والإنذار بالمرض بصورة مبكرة.⁷⁸ وفي هذا الإطار، قد تنطبق بعض الترتيبات الإقليمية الأخرى على حالات الطوارئ الصحية العامة التي تعتمد بشكل أساسي على المجموعات الاقتصادية أو ترتيبات إدارة مخاطر الكوارث العامة القائمة، مثل اتفاقية رابطة أمم جنوب شرق آسيا بشأن إدارة مخاطر الكوارث والاستجابة للطوارئ،⁷⁹ أو آلية الحماية المدنية التابعة للاتحاد الأوروبي،⁸⁰ أو الاتفاقية الصادرة عن الوكالة الكاريبية للاستجابة الطارئة في حالات الكوارث.⁸¹ وتشير عمليات المسح المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة لعدد من دول جزر المحيط الهادئ إلى مساهمة المبادرات الإقليمية، بما في ذلك استراتيجية المحيط الهادئ للأمم المتحدة⁸² وخطة الاستجابة لكوفيد-19 التي يتولاها فريق العمل الإنساني في المحيط الهادئ.⁸³ بشكل عام، لم يتم الإبلاغ على نطاق واسع عن ترتيبات مؤسسية إقليمية رسمية خاصة بالطوارئ الصحية العامة أو بالصحة العامة. وتُعتبر الوكالة الكاريبية للصحة العامة استثناءً في هذا الإطار.⁸⁴ فهي وكالة إقليمية تُعنى بالصحة العامة في منطقة البحر الكاريبي، أنشئت بموجب اتفاقية حكومية دولية في العام 2011.⁸⁵ وتشمل مهامها (أ) قيادة استجابات فعالة لأزمات الصحة العامة في منطقة البحر الكاريبي؛ و(ب) بناء القدرات الإقليمية وقدرات الدول الأعضاء الفردية في التأهب للتهديدات المحتملة ورصدها والاستجابة لأي حالة من الطوارئ أو الكوارث من خلال التعاون مع الوكالة الكاريبية لإدارة طوارئ الكوارث، ومنظمة الصحة للبلدان الأمريكية، ومنظمة الصحة العالمية. ويبدو أن الوكالة الكاريبية للصحة العامة قد لعبت دورًا مهمًا في الاستجابة لجائحة كوفيد-19 في منطقة البحر الكاريبي، وبالتالي قد تشكل سابقة لتطوير ترتيبات إقليمية أخرى في مجال الطوارئ الصحية العامة.

3.3 اللوائح الصحية الدولية لعام 2005

3.3.1 تطوير اللوائح الصحية الدولية

تُعتبر اللوائح الصحية الدولية لعام 2005 الأحدث في سلسلة من الصكوك التي عالجت مشكلة حالات العدوى عبر الحدود. وبعد إنشاء منظمة الصحة العالمية في العام 1946، تم اعتماد اللوائح الصحية الدولية في العام 1951،⁸⁶ التي تضمنت تدابير وقائية ضد ثلاثة أمراض محددة وهي الكوليرا والطاعون والحمى الصفراء. وأصبحت لوائح العام 1951 هي اللوائح الصحية الدولية لعام 1969.⁸⁷ ودعت جمعية الصحة العالمية الثامنة والأربعون في العام 1995 إلى مراجعة اللوائح استجابةً لنمو قطاع السفر والتجارة على الصعيد الدولي وظهور تهديد

بتفشي أمراض جديدة على الصعيد الدولي. وبعد تفشي متلازمة الالتهاب التنفسي الحاد في العام 2003، تم اعتماد اللوائح الصحية الدولية القائمة حاليًا في العام 2005، ودخلت حيز التنفيذ في شهر حزيران/يونيو من العام 2007.⁸⁸

يتمثل الغرض من اللوائح ونطاقها في "منع انتشار المرض على الصعيد الدولي والوقاية منه ومكافحته وتوفير استجابة صحية عامة له بطرق تتناسب مع مخاطر الصحة العامة وتقتصر عليها، وتتجنب التدخل غير الضروري في التجارة وحركة المرور الدولية".⁸⁹ وتتضمن اللوائح الصحية الدولية لعام 2005 تغييرات هامة مقارنة باللوائح السابقة من حيث النهج المعتمد، إذ إنها لم تعد تقتصر على أمراض معينة. وتطبق اللوائح الصحية الدولية لعام 2005 على "الحالة الطبية أو المرضية التي تشكل ضررًا كبيرًا للإنسان أو تتسبب به، بغض النظر عن منشأها أو مصدرها". وعليه، يمكن القول إن اللوائح الصحية الدولية لعام 2005 تتخذ نهجًا يشمل "جميع مخاطر الصحة العامة".

3.3.2 مسؤوليات منظمة الصحة العالمية بموجب اللوائح الصحية الدولية

تقع غالبية الوظائف الموكلة إلى منظمة الصحة العالمية خارج نطاق هذا التقرير، وتشمل على سبيل المثال إنشاء قائمة بخبراء في مجال اللوائح الصحية الدولية،⁹⁰ وإنشاء لجنة للطوارئ⁹¹ ولجان للمراجعة⁹² وتحديد الدور المناط بكل منها، وإشراك وكالات أخرى دولية، وحكومية دولية، ومتخصصة.⁹³ إلا أنه يجب الإشارة إلى وظيفتين مهمتين هما (أ) القدرة على إعلان حالات الطوارئ الصحية العامة التي تسبب قلقًا دوليًا،⁹⁴ و(ب) إصدار توصيات مؤقتة في إطارها بعد الإعلان عنها.⁹⁵

إن حالة من الطوارئ الصحية العامة التي تسبب قلقًا دوليًا هي "حدث استثنائي يشير [المدير العام لمنظمة الصحة العالمية] إلى أنه (1) يشكل خطرًا على الصحة العامة للدول الأخرى من خلال الانتشار الدولي للأمراض، و(2) قد يتطلب استجابة منسقة".⁹⁶ وتم تفصيل عملية تحديد حالة الطوارئ الصحية العامة التي تسبب قلقًا دوليًا في اللوائح الصحية الدولية.⁹⁷ ويجب أن يسبق ذلك الإبلاغ بأحداث غير متوقعة أو غير عادية للصحة العامة ضمن حدود الدولة الجغرافية، من قبل دولة واحدة أو دول عدة.⁹⁸ ومع ذلك، يُعتبر أحد الإنجازات في اللوائح الصحية الدولية لعام 2005 منح منظمة الصحة العالمية صلاحية الحصول على معلومات من مصادر أخرى يمكن استخدامها في عملية صنع القرار.⁹⁹ وتنص اللوائح الصحية الدولية على قيام منظمة الصحة العالمية بتبادل المعلومات مع منظمات أخرى، ومع دول أخرى في حال كان حجم المخاطر على الصحة العامة يتطلب ذلك.¹⁰⁰ وحتى الآن، تم إعلان حالات الطوارئ الصحية العامة التي تسبب قلقًا دوليًا عند تفشي إنفلونزا الخنازير أو H1N1 في العام 2009، وعند تفشي شلل الأطفال وفيروس إيبولا في العام 2013، وعند تفشي فيروس زيكا

في العام 2016، وعند تفشي فيروس إيبولا للمرة الثانية في العام 2018، وعند تفشي جائحة كوفيد-19 في العام 2020 (يرجى مراجعة القسم 2.2).

أما عواقب إعلان حالة من الطوارئ الصحية العامة التي تسبب قلقًا دوليًا فهي أن (1) منظمة الصحة العالمية قد تقدّم مساعدة إضافية للدولة المتضررة والدول الأخرى المتضررة أو المهددة جراء الطوارئ الصحية العامة التي تسبب قلقًا دوليًا،¹⁰¹ وأنه (2) ينبغي على المدير العام إصدار توصيات مؤقتة للدول بعد السعي للحصول على مشورة لجنة الطوارئ في المقام الأول.¹⁰² وقد تشمل التوصيات المؤقتة "التدابير الصحية التي يتعين على الدولة الطرف التي تعاني من حالة الطوارئ الصحية العامة التي تسبب قلقًا دوليًا، أو الدول الأطراف الأخرى، أن تتخذها تجاه الأشخاص والأمتعة والبضائع والحاويات ووسائل النقل و/أو البضائع و/أو الطرود البريدية لمنع أو تخفيف انتشار المرض على الصعيد الدولي ولتجنب التدخل غير الضروري في حركة المرور الدولية".¹⁰³ وتحدد المادة 18 من اللوائح الصحية الدولية نوع المشورة التي يمكن شملها في التوصية المؤقتة، ويشمل ذلك طلب إجراء الفحص الطبي أو تلقي اللقاح أو اعتماد أساليب الوقاية الأخرى، ووضع الأشخاص المشتبه بإصابتهم تحت المراقبة لأغراض الصحة العامة، وتنفيذ الحجر الصحي أو اعتماد تدابير صحية أخرى، وتتبع المخالطين، ورفض دخول الأشخاص المشتبه بهم والمتضررين أو غير المتضررين من المناطق المتأثرة، وإجراء فحص ما قبل المغادرة و/أو فرض قيود على الأشخاص من المناطق المتضررة.¹⁰⁴ ولكن تجدر الإشارة إلى أن التوصيات المؤقتة غير ملزمة للدول.

3.3.3 مسؤوليات الدولة بموجب اللوائح الصحية الدولية

تتقسم الواجبات الموكلة للدول بموجب اللوائح الصحية الدولية إلى فئتين رئيسيتين. فتعكس الفئة الأولى الصكوك التي سبقت اللوائح الصحية الدولية لعام 2005، وتشمل التدابير التي تتناول انتشار المرض عن طريق السفر والتجارة على الصعيد الدولي.¹⁰⁵ ويجب أن تتجنب إجراءات الدولة التدخل غير الضروري في حركة المرور والتجارة الدولية، إلا أن اللوائح الصحية الدولية تسمح للدول باعتماد تدابير: (1) يمكن اتخاذها عند نقاط الدخول لمطالبة المسافرين بتقديم المعلومات أو الخضوع لفحص طبي،¹⁰⁶ و(2) منع السفن والطائرات من إطلاق النداءات في نقاط الدخول،¹⁰⁷ و(3) التعامل مع المسافرين المشتبه بإصابتهم ووضعهم تحت المراقبة لأغراض الصحة العامة أو طلب التلقيح أو إجراء فحوصات طبية.¹⁰⁸

أما الفئة الثانية من الواجبات فهي الأكثر صلة بهذا التقرير، وترمي إلى تعزيز قدرات الدول على إدارة مخاطر الصحة العامة وحالات الطوارئ الصحية العامة، ويشار إليها بـ"القدرات الأساسية".¹⁰⁹ فتهدف هذه الواجبات بشكل عام إلى:

- **تطوير وتعزيز وصون القدرة على الكشف عن أحداث الصحة العامة وتقييمها والإبلاغ عنها؛**¹¹⁰
- **تطوير وتعزيز وصون القدرة على الاستجابة بشكل سريع وفعال لمخاطر الصحة العامة وحالات الطوارئ الصحية العامة التي تسبب قلقًا دوليًا.**¹¹¹

برزت الحاجة إلى تطوير القدرات الأساسية في غضون 5 سنوات من دخول اللوائح الصحية الدولية حيز التنفيذ (أي في العام 2012)، على رغم أنَّ الدول قد تسعى إلى التمديد لمدة عامين، مع إمكانية التمديد لعامين إضافيين في ظروف استثنائية.¹¹² إلا أنه لم يعد من الممكن طلب التمديدات حاليًا، وبالتالي ما كان يجب أن يتأخر تنفيذ القدرات الأساسية إلى ما بعد العام 2016.¹¹³

كذلك، يجب على الدول القيام بما يلي لتحسين قدراتها الأساسية:

- **تعيين أو إنشاء جهة تنسيق وطنية بشأن اللوائح الصحية الدولية والسلطات المسؤولة عن تنفيذ التدابير الصحية بموجب اللوائح الصحية الدولية؛**¹¹⁴
- **ضمان حفاظ السلطات المختصة في الدولة على ترتيبات فعالة للطوارئ في إطار التعامل مع حدث غير متوقع متعلق بالصحة العامة؛**¹¹⁵
- **مطالبة السلطات المختصة بالاتصال بجهة التنسيق الوطنية المعنية باللوائح الصحية الدولية بشأن تدابير الصحة العامة المتخذة؛**¹¹⁶
- **إبلاغ منظمة الصحة العالمية بجميع الأحداث التي قد تشكل حالة من الطوارئ الصحية العامة التي تسبب قلقًا دوليًا.**¹¹⁷

كذلك، يتعين على الدول دعم أنشطة الاستجابة المنسقة مع منظمة الصحة العالمية قدر الإمكان عند طلب الأخيرة.¹¹⁸ كذلك، يتعين على الدول أن تتعاون مع بعضها البعض قدر الإمكان في: (1) الكشف عن أحداث الصحة العامة وتقييمها والاستجابة لها؛ و(2) توفير أو تسهيل التعاون التقني والدعم اللوجستي، لا سيما لتطوير وتعزيز وصيانة قدرات الصحة العامة المطلوبة بموجب اللوائح الصحية الدولية؛ و(3) حشد الموارد المالية لتسهيل تنفيذ التزاماتها بموجب اللوائح الصحية الدولية. ويمكن ضمان التعاون عبر قنوات متعددة، منها القنوات الثنائية، وذلك من خلال شبكات إقليمية والمكاتب الإقليمية التابعة لمنظمة الصحة العالمية.¹¹⁹

يجب على الدول ممارسة جميع وظائفها بموجب اللوائح الصحية الدولية بطريقة شفافة وغير تمييزية، مع احترام كرامة الأشخاص وحقوق الإنسان والحريات الأساسية.¹²⁰ كذلك، يتعين على الدول أن ترفع تقارير إلى جمعية الصحة العالمية بشأن تنفيذ اللوائح الصحية الدولية.¹²¹

3.3.4 مراجعات اللوائح الصحية الدولية

حتى الآن، قامت لجان المراجعة بموجب اللوائح الصحية الدولية بمراجعات (1) حول أداء اللوائح الصحية الدولية والجائحة (إنفلونزا H1N1) لعام 2009 (المراجعة المعنية بجائحة إنفلونزا H1N1)،¹²² و(2) حول التمديدات الثانية لإنشاء القدرات الوطنية في مجال الصحة العامة وتنفيذ اللوائح الصحية الدولية،¹²³ و(3) حول دور اللوائح الصحية الدولية في تفشي فيروس إيبولا والاستجابة له (المراجعة المعنية بإيبولا).¹²⁴ كذلك، في إطار الاستجابة لتفشي فيروس إيبولا في الفترة الممتدة بين 2013 و2016، طلبت منظمة الصحة العالمية إجراء تقييم مبدئي يقوم به فريق من الخبراء الخارجيين المستقلين (الفريق المعني بالتقييم المبدئي لفيروس إيبولا).¹²⁵ وعند كتابة هذا التقرير، تم تكليف لجنة المراجعة بإجراء مراجعة رابعة تركز على أداء اللوائح الصحية الدولية أثناء الاستجابة لجائحة كوفيد-19.¹²⁶ كذلك، في إطار الاستجابة لجائحة كوفيد-19، أنشأت منظمة الصحة العالمية فريقاً دولياً للتأهب للجائحة والاستجابة لها، وهي تعمل على تطوير "مراجعة شاملة للصحة والتأهب" تُعتبر بمثابة عملية منتظمة وشفافة لاستعراض الأقران، على غرار المراجعة الدورية الشاملة التي يستخدمها مجلس حقوق الإنسان.¹²⁷

وكان لكل من المراجعات الثلاث التي أجريت حتى الآن تقييم مختلف لفعالية اللوائح الصحية الدولية. فوجد الفريق المعني بالتقييم المبدئي لفيروس إيبولا نقاط ضعف في اللوائح الصحية الدولية، إذ اعتبر أن "أزمة إيبولا لم تكشف فقط عن الإخفاقات التنظيمية في عمل منظمة الصحة العالمية، إنما أظهرت أيضًا أوجه القصور في [اللوائح الصحية الدولية]. فإذا كان على العالم أن يدير المخاطر الصحية بنجاح، وخاصة الأمراض المعدية التي يمكن أن تؤثر علينا جميعاً، يجب تعزيز [اللوائح الصحية الدولية]".¹²⁸ ولم تنتقد لجنة المراجعة المعنية بإنفلونزا H1N1 مخرجات اللوائح الصحية الدولية إلى هذا الحد، معتبرة أن اللوائح ساهمت في "جعل العالم أكثر استعدادًا للتعامل مع حالات الطوارئ الصحية العامة".¹²⁹ أما المراجعة المتعلقة بفيروس إيبولا فاعتبرت أن "الإخفاقات في الاستجابة لإيبولا لم تنتج عن عيوب في اللوائح الصحية الدولية نفسها".¹³⁰

إلا أن جميع المراجعات أوضحت أن القضية الرئيسية تكمن في فشل الدول في تطبيق القدرات الأساسية التي تتطلبها اللوائح الصحية الدولية.¹³¹ فقد وجدت المراجعة المعنية بإنفلونزا H1N1 أن "العالم [كان] غير مستعد للاستجابة لجائحة الأنفلونزا الحادة أو لأي حالة طوارئ صحية عامة عالمية ومستمرة وخطيرة".¹³² واعتبر الفريق المعني بالتقييم المبدئي لفيروس إيبولا أنه "لا يمكن ضمان استمرارية مجتمع عالمي لا يأخذ على محمل الجد التزاماته بموجب [اللوائح الصحية الدولية]، علماً أنها صك ملزم قانوناً". ووافقت المراجعة المعنية بفيروس إيبولا على ذلك، مستنتجة أن "التنفيذ الكامل للوائح الصحية الدولية يجب أن يشكّل هدفاً تسعى جميع البلدان إلى تحقيقه بشكل عاجل باعتبار أنه الوسيلة الجماعية لتحسين الاستعداد العالمي لمواجهة مشاكل الصحة العامة وتحسين سلامة سكان العالم...".¹³³

في العام 2015، عيّن الأمين العام للأمم المتحدة الفريق الرفيع المستوى المعني بالاستجابة العالمية للآزمات الصحية، الذي أصدر تقريره النهائي في كانون الثاني/يناير من العام 2016.¹³⁴ كذلك، قدم الفريق الرفيع المستوى 27 توصية للعمل على المستويات الوطنية والإقليمية والدولية، بما فيها تدابير شملت مستويات الحوكمة وتطلبت مشاركة جميع قطاعات المجتمع. ووجد الفريق الرفيع المستوى أن "آلية رصد الامتثال للقدرات الأساسية اللازمة بمقتضى اللوائح الصحية الدولية ضعيفة. كذلك، يؤثر الافتقار إلى التقييمات المستقلة على الجهود الدولية الزامية إلى دعم البلدان الأكثر ضعفاً في تنفيذ قدرات التأهب والمراقبة والكشف والاستجابة". واستنتج الفريق الحاجة الملحة لإجراء "مراجعة دورية أقوى للامتثال للقدرات الأساسية اللازمة بمقتضى اللوائح الصحية الدولية".

وقد سلط الفريق الرفيع المستوى الضوء بشكل خاص على أنه "بعد مرور أكثر من ثلاث سنوات على الموعد النهائي الأصلي للامتثال للقدرات الأساسية اللازمة بمقتضى اللوائح الصحية الدولية (وبعد الحصول على تمديد لولايّتين)، لم يُعلن سوى ثلث الدول الأطراف في اللوائح الصحية الدولية عن أنها استوفت القدرات الأساسية اللازمة بمقتضى اللوائح الصحية الدولية".¹³⁵ وأشار الفريق الرفيع المستوى إلى أن "المجتمعات المحلية تقف عند الخطوط الأمامية في أي حالة تفشٍ لمرض ما، والدولة هي الجهة الفاعلة الأساسية المسؤولة والخاضعة للمساءلة في ما يتعلق بإصدار التنبهات المناسبة والاستجابة للآزمة"، موصياً بما يلي:

"يجب على جميع البلدان الوفاء بالتزاماتها الكاملة الواردة في اللوائح الصحية الدولية. وفي حال عدم توفر القدرات، يجب تقديم

الدعم للتنفيذ العاجل لمجموعة تدابير أساسية. كذلك، يجب أن تكون هذه التدابير خاضعة لسلطة رؤساء الحكومات المباشرة

ويجب أن تشمل عملية إنشاء آليات التأهب للجائحة والاستجابة لها، مع التمتع بقيادة ومراقبة واضحة، كما يجب أن تشمل

تعيين وتدريب العاملين الصحيين والعاملين في مجال الصحة المجتمعية، وبناء نظام مراقبة شامل مع مختبر وطني".¹³⁶

عكست التوصيات الأربع الصادرة عن الفريق الرفيع المستوى والمتعلقة بالمستوى الوطني الحاجة إلى اتخاذ تدابير هامة لتنفيذ القدرات الأساسية للوائح الصحية الدولية، وهي بناء قوة عاملة فعالة في مجال الصحة، ومواجهة تحديات الحوكمة، وتحسين مشاركة المجتمع المحلي، ومعالجة الجوانب الجنسانية للأزمات الصحية.¹³⁷ وكانت التوصية الأولى للفريق أنه "بحلول عام 2020، تمتثل الدول الأطراف في اللوائح الصحية الدولية، من خلال التعاون الدولي المناسب، امتثالاً كاملاً للقدرات الأساسية اللازمة بمقتضى اللوائح الصحية الدولية". ولمن أجل ضمان الامتثال لهذه القدرات، رأى الفريق أنه ينبغي على الدول اتخاذ إجراءات تشمل ما يلي:

- دمج التخطيط للاستجابة للأزمات الصحية في آليات وخطط التأهب والاستجابة الوطنية للحد من مخاطر الكوارث؛
- إشراك جميع الأطراف المعنية لتحديد قدرات الاستجابة والموارد اللازمة لها؛
- تطوير خطط خاصة بالجائحات وإجراء تمارين محاكاة لجميع المستجيبين المعنيين، بما في ذلك قوات الأمن؛
- إنشاء آلية مراقبة تلتزم بنهج "الصحة الواحدة" لجمع وتحليل معلومات الصحة العامة بورة شبه آنية، والجمع بين البيانات من جميع شرائح المجتمع؛
- ضمان إبلاغ المدير الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية وبرنامج منظمة الصحة العالمية لإدارة الفاشيات والطوارئ فوراً بجميع الأحداث الصحية غير العادية.¹³⁸

لمواجهة تحديات الحوكمة، بما في ذلك ضمان أقصى درجات الشفافية، أوصى الفريق الرفيع المستوى بـ"التخطيط للأزمات الصحية والمراقبة المنتظمة كجزء من آليات الحد من مخاطر الكوارث الوطنية والتأهب والاستجابة لها، مع تقديم مدخلات من ممثلين عن مختلف الوزارات والمنظمات غير الحكومية".¹³⁹ كذلك، قُدمت توصية للحكومات والجهات المستجيبة تقضي بتعزيز وتوسيع مشاركة المجتمع المحلي وتعزيز الثقة والشعور بالملكية على المستوى المحلي.¹⁴⁰

3.3.5 مبادرات منظمة الصحة العالمية لتحسين التنفيذ المحلي

في إطار الاستجابة لتلك المراجعات، أطلقت منظمة الصحة العالمية عددًا من المبادرات المصممة لضمان تنفيذ وطني أوسع للوائح الصحية الدولية. وتتضمن المبادرات العناصر الأساسية الأربعة لإطار رصد اللوائح الصحية الدولية وتقييمها الخاص بمنظمة الصحة العالمية:¹⁴¹

- (1) التقارير السنوية للتقييم الذاتي للدول الأطراف، و(2) التقييم الخارجي المشترك، و(3) تمارين المحاكاة، و(4) المراجعة في مرحلة ما بعد التنفيذ (ومؤخرًا، أثناء التنفيذ).¹⁴²

في ما يتعلق بالعنصر الأساسي الأول، تم تطوير أداة الإبلاغ السنوي للتقييم الذاتي للدول الأطراف (SPAR)¹⁴³ لمساندة الدول في الوفاء بالتزاماتها القاضية بتقديم تقرير سنوي إلى جمعية الصحة العالمية بشأن تنفيذ متطلبات القدرات بموجب اللوائح الصحية الدولية. وتتطوي أداة الإبلاغ السنوي للتقييم الذاتي للدول الأطراف على 24 مؤشرًا لقدرات اللوائح الصحية الدولية البالغ عددها 13 والضرورية لتحديد وتقييم مخاطر الصحة العامة والأحداث الحادة التي تسبب قلقًا محليًا ودوليًا والإبلاغ عنها والاستجابة لها. والجدير بالذكر أن أحد المؤشرات الرئيسية في إطار هذه الأداة هو "التشريع والتمويل"، فيسعى هذا المؤشر إلى تقييم ما إذا كان لدى الدول "إطار قانوني ملائم في جميع القطاعات ذات الصلة لدعم وتسهيل التنفيذ الفعال لجميع التزاماتها وحقوقها بموجب اللوائح الصحية الدولية".¹⁴⁴ ويتمثل الهدف من هذا المؤشر في تمكين الدول من (1) تحديد ما إذا كانت التشريعات الجديدة أو المعدلة مطلوبة أو إذا كانت التشريعات القائمة تستحق المراجعة؛ و(2) ضمان إضفاء الأطر التشريعية طابعًا مؤسسيًا على "وظائف الصحة العامة الأساسية للحفاظ على عملية التأهب المستمر للاستجابة للأحداث الصحية العامة".¹⁴⁵

أما العنصر الثاني، وهو التقييم الخارجي المشترك، فيُعرّف على أنه "عملية طوعية مستمرة لدعم الدول في تقييم القدرة القطرية على الوقاية من مخاطر الصحة العامة ورصدها والاستجابة لها سريعًا بشكل مستقل، من خلال قياس الوضع الخاص بكل بلد ورصد التقدم المحرز في تحقيق أهداف اللوائح الصحية الدولية". ويتم إجراء التقييم الخارجي المشترك باستخدام أداة التقييم الخارجي المشترك¹⁴⁶ التي تضم 49 مؤشرًا تم جمعها في نطاق 19 مجالًا تقنيًا. والمؤشر الأول في أداة التقييم الخارجي المشترك هو "التشريعات والسياسات والتمويل على المستوى الوطني"، كما تشير هذه الأداة إلى أن مصطلح "التشريع" يدلّ على مجموعة واسعة من الصكوك القانونية والتنظيمية والإدارية أو الحكومية الأخرى التي قد تكون متاحة للدول الأطراف لتطبيق اللوائح الصحية الدولية. كذلك، تنص أداة التقييم الخارجي المشترك على أنه يمكن تحقيق هذا المؤشر من قبل الدول التي تقوم بتقييم وتعديل ومواءمة تشريعاتها المحلية وسياساتها وترتيباتها الإدارية في جميع القطاعات المعنية للامتثال إلى اللوائح الصحية الدولية.¹⁴⁷

في العام 2019، أصدرت منظمة الصحة العالمية معاييرها الخاصة بقدرات اللوائح الصحية الدولية (المشار إليها في ما يلي بمعايير منظمة الصحة العالمية).¹⁴⁸ وتتناول معايير منظمة الصحة العالمية قدرات اللوائح الصحية الدولية البالغ عددها 13 والموضحة في أداة الإبلاغ السنوي للتقييم الذاتي للدول الأطراف، إضافةً إلى المجالات التقنية البالغ عددها 19 والموضحة في أداة التقييم الخارجي المشترك.¹⁴⁹ وعلى غرار التقييم الخارجي المشترك، يركز المعيار الأول على "التشريعات والسياسات والتمويل على المستوى الوطني":

"يُعتبر وضع إطار قانوني ملائم للدول الأطراف ضروريًا لدعم وتمكين تنفيذ جميع التزاماتها وحقوقها الواردة في اللوائح الصحية الدولية. وقد يشمل ذلك سن تشريعات جديدة و/أو مراجعة التشريعات أو اللوائح القائمة أو غيرها من الصكوك لتسهيل التنفيذ والامتثال للوائح الصحية الدولية (عام 2005). كذلك، قد يشكل الافتقار إلى التشريعات أو السياسات المناسبة عائقًا رئيسيًا أمام التنفيذ، فيجب اعتباره أولوية للسماح بتنفيذ المجالات التقنية الأخرى بفعالية".¹⁵⁰

في كل من أداة التقييم الخارجي المشترك ومعايير منظمة الصحة العالمية، يمكن قياس خمسة مستويات من القدرات تتراوح بين المستوى 1 ("لا قدرة") إلى المستوى 5 ("القدرة المستدامة"). ولا يمكن تحقيق المستوى 5 إلا إذا كانت الدولة قد "أكدت" أن التشريعات والقوانين واللوائح والسياسات والمتطلبات الإدارية المعنية تغطي جميع جوانب تنفيذ اللوائح الصحية الدولية بناءً على طبيعة المخاطر التي يواجهها البلد".¹⁵¹

بهدف دعم ورصد تنفيذ توصيات الفريق الرفيع المستوى، أنشئت فرقة العمل المعنية بالأزمات الصحية العالمية في العام 2016 وأصدرت تقريرها النهائي في العام 2017.¹⁵² ورغم أن بعض مبادرات منظمة الصحة العالمية المذكورة أعلاه لم تكن موجودة قبل أن تقدم فرقة العمل تقريرها، فقد أدركت فرقة العمل أن أحد الإنجازات الرئيسية في دعم الدول تمثل في تطوير إطار رصد وتقييم للوائح الصحية الدولية. وأشارت فرقة العمل إلى أنه "لا يكفي تشخيص المشاكل فحسب، بل يجب معالجتها أيضًا. فيجب ترتيب الثغرات التي تم تحديدها في التقييمات الخارجية المشتركة وفي المراجعات اللاحقة للإجراءات وتمارين المحاكاة بحسب الأولوية، ويجب إدراجها في خطط العمل الصحية الوطنية ومعالجتها من خلال توفير المساعدة التقنية والمالية للبلد المعني".¹⁵³

على الرغم من أن البرنامج اللاحق تأثر بلا شك بجائحة كوفيد-19، صدر 79 تقريرًا عن مهمة التقييم الخارجي المشترك حتى 26 تشرين الأول/أكتوبر 2020. وتجدر الإشارة إلى أن انتشار التقييمات ليس متساويًا عبر أقاليم منظمة الصحة العالمية، على الرغم من أنه ربما يعكس ترتيب أولويات مناطق معينة. فشهد الإقليم الأفريقي معظم التقييمات التي أجريت والتي بلغ عددها 44 تقييمًا. كذلك، أُجري 17 تقييمًا في إقليم شرق المتوسط، و14 تقييمًا في الإقليم الأوروبي، و11 تقييمًا في إقليم غرب المحيط الهادئ، و8 تقييمات في إقليم جنوب شرق آسيا. ولم تُنشر أي تقارير عن منطقة القارتين الأمريكيتين، باستثناء تلك المتعلقة بالولايات المتحدة الأمريكية وكندا. منذ العام 2016، تعمل منظمة الصحة العالمية أيضًا عن كثب مع الكثير من البلدان ومع شركائها لدعم تطوير خطط العمل الوطنية لقضايا الأمن الصحي (NAPHS). فتُعتبر هذه الخطط عملية تضطلع بها الدولة وتمتد على عدة سنوات وتهدف إلى تسريع تنفيذ القدرات الأساسية للوائح الصحية

الدولية، وتستند إلى نهج "الصحة الواحدة" الشامل لجميع الأخطار والحكومة بأكملها.¹⁵⁴ كذلك، توفّر خطط العمل الوطنية لقضايا الأمن الصحي عملية شاملة لتضمين جميع مبادرات التأهب الوطنية القائمة وآلية الحوكمة لإدارة مخاطر الطوارئ والكوارث. أما خطط العمل الوطنية لقضايا الأمن الصحي الشاملة للجميع (NAPHS for ALL) فتشكل دليل تنفيذًا¹⁵⁵ يوفّر توجيهات في كل خطوة من إطار التخطيط، كما يوفّر الأدوات والنماذج اللازمة لتطوير وتنفيذ خطط العمل الوطنية. وفي هذا الإطار، تتمثل إحدى الفوائد الرئيسية في استهداف الوثيقة لجميع أصحاب المصلحة المعنيين بالأمن الصحي.

في العام 2019، أصدرت منظمة الصحة العالمية إطارًا لإدارة الطوارئ الصحية ومخاطر الكوارث¹⁵⁶ تم تصميمه لتوفير "لغة مشتركة ونهج شامل يمكن تكييفه وتطبيقه من قبل جميع الجهات الفاعلة في قطاع الصحة والقطاعات الأخرى التي تعمل على الحد من المخاطر الصحية والعواقب الناتجة عن حالات الطوارئ والكوارث".

أخيرًا، لمساعدة الدول على تنفيذ اللوائح الصحية الدولية من خلال التشريعات الوطنية، أنتجت منظمة الصحة العالمية ثلاث مجموعات أدوات، وهي:

- اللوائح الصحية الدولية (عام 2005): مقدمة موجزة عن تنفيذها في التشريعات الوطنية (اللوائح الصحية الدولية: مقدمة موجزة)¹⁵⁷
- واللوائح الصحية الدولية (عام 2005): مجموعة أدوات لتنفيذها في التشريعات الوطنية - جهة التنسيق الوطنية المعنية باللوائح الصحية الدولية¹⁵⁸
- اللوائح الصحية الدولية (عام 2005): مجموعة أدوات لتنفيذها في التشريعات الوطنية: أسئلة وأجوبة، ومرجع تشريعي، وأداة تقييم وأمثلة عن التشريعات الوطنية.¹⁵⁹ (ويشمل ذلك، في الجزء الثالث، أمثلة عن التشريعات واللوائح والصكوك الأخرى التي اعتمدتها الدول الأطراف والمتعلقة باللوائح الصحية الدولية).

تقدّم أداة "اللوائح الصحية الدولية: مقدمة موجزة" توجيهات حول كيفية تقييم التشريعات الوطنية،¹⁶⁰ وتوصي بالتحضير للتقييم التشريعي عن طريق إنشاء لجنة مشتركة بين القطاعات لإجراء التقييم والتواصل مع الدول الأخرى التي تجري تقييمًا مشابهًا. أما في ما يتعلق بعملية التقييم نفسها، فنقدم الأداة توصيات حول الوظائف والتشريعات التي يجب تحديدها، مع التأكد من تغطية مجالات الموضوعات ذات الأولوية لتنفيذ

اللوائح الصحية الدولية، وتحديد كيفية متابعة التقييم.¹⁶¹

3.4 تأثير اللوائح الصحية الدولية على الأطر الوطنية المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة

3.4.1 القدرات الأساسية

بالرغم من أن اللوائح الصحية الدولية تشكل جزءاً أساسياً من الإطار العالمي للطوارئ الصحية العامة، إلا أنه لأغراض هذا التقرير، اعتُبر أن تأثيرها الأكثر أهمية هو تطوير القدرات الأساسية المحلية المحددة. فمن خلال تطوير هذه القدرات، ينبغي أن تصبح الدول مستعدة بشكل أفضل لحالات الطوارئ الصحية العامة.

للأسف، كما استنتج بارتوليني، "تعاني مثل هذه الالتزامات، التي يُعتبر بعضها من العناصر الأكثر ابتكاراً في اللوائح الصحية الدولية لعام 2005، من أوجه قصور مختلفة، مع الإشارة إلى أن حوالى ثلثي الدول الأطراف في الصك قد أخفقت في تنفيذ التدابير بسبب مستويات ضعيفة أو معتدلة من التأهب على الصعيد الوطني".¹⁶² وتجدر الإشارة إلى أن الطريقة الرئيسية لرصد تنفيذ القدرات الأساسية بحسب اللوائح الصحية الدولية هي التقارير السنوية التي تقدمها الدولة وعملية التقييم المشترك. وعلى الرغم من الإبلاغ عن تحسن في الأداء في جميع مجالات القدرات الرئيسية، فمن بين 96 دولة تم تقييمها حتى العام 2020، لم يتخذ سوى أقل من نصفها إجراءات لتطوير القدرة على الامتثال لتشريعات اللوائح الصحية الدولية.¹⁶³ وتوصلت لجان المراجعة والفريق الرفيع المستوى وفرقة العمل إلى نتائج مماثلة. فكما يذكر نيغري، "كشفت هيئات المراجعة عن عدد من القضايا الهامة وأوجه القصور التي تؤثر سلباً على الأداء الناجح للوائح الصحية الدولية (لعام 2005) وتقوّض فعاليتها بشدة. فوجدت اللجان على وجه الخصوص أن التحديات الشاملة وأوجه القصور الهيكلية تتمثل في ضعف عملية التنفيذ والافتقار إلى عقوبات قابلة للتنفيذ".¹⁶⁴ ولا شك أن الافتقار إلى عقوبات قابلة للتنفيذ¹⁶⁵ سيُعالج في المراجعات المقبلة للوائح الصحية الدولية،¹⁶⁶ غير أن تحسين تنفيذ القدرات الأساسية للوائح الصحية الدولية من خلال التشريعات المحلية¹⁶⁷ ينبغي أن يساعد الدول على وضع أطر أكثر تكاملاً وفعالية لإدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة المحلية.

توصيات

يجب أن تستمر الدول في اتخاذ خطوات للتأكد من أن تشريعاتها المحلية تنفذ وتسهل القدرات الأساسية للوائح الصحية الدولية وتفي بالتزاماتها بموجب هذه اللوائح.

3.4.2 الرصد والتقييم

كما ورد أعلاه،¹⁶⁸ لقد استجابت منظمة الصحة العالمية للمراجعات السابقة من خلال تقديم مبادرات ضمن إطار رصد وتقييم اللوائح الصحية الدولية. وبحسب فرقة العمل المعنية بالأزمات الصحية العالمية التابعة للأمم المتحدة، لا شك أن هذه المبادرات بدأت في إحداث تحسينات في تنفيذ الدول لمسؤوليات اللوائح الصحية الدولية الخاصة بها.

يُعتبر تقديم التقارير السنوية العنصر الوحيد الإلزامي حاليًا من العناصر الأربعة الواردة في إطار عمل رصد وتقييم اللوائح الصحية الدولية، إلا أن بارتوليني يعتبر أن هذا العنصر لا يزال يعاني من أوجه قصور، إذ إنه يعتمد على التقييم الذاتي و"يفشل في المساهمة في تحديد ما هو متوقع من حيث القدرات الأساسية".¹⁶⁹ ومع ذلك، فإن نسبة كبيرة من الدول تقوم بالفعل برفع تقارير.¹⁷⁰

على عكس التقارير السنوية، فإن التقييم الخارجي المشترك طوعي، مع الإشارة إلى أن عدد الدول التي تقوم به قليل جدًا. ومن الدلائل على ذلك أنه من بين 36 دولة مشمولة في عمليات المسح المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة، خضعت 16 دولة فقط للتقييم الخارجي المشترك. علاوة على ذلك، وكما يشير بارتوليني، فإن التقييم الخارجي المشترك يعاني من "مراعاته للدول، إذ إنه يستند إلى التقييم الذاتي".¹⁷¹ كذلك، يعتبر بارتوليني أن إصلاح نظام الرصد يمكن أن يسمح بمزيد من التدقيق الفعال في امتثال الدول للالتزامات المتعلقة بالقدرات الأساسية. ويفيد أيضًا بأن المجلس العالمي لرصد التأهب دعا إلى تعديل اللوائح الصحية الدولية لتشمل "آليات لتقييم الامتثال للوائح الصحية الدولية وتنفيذ القدرات الأساسية، بما في ذلك آلية مراجعة شاملة ودورية وموضوعية وخارجية".¹⁷²

لا تقتصر مشكلة التدقيق الفعال على اللوائح الصحية الدولية. إلا أن بعض الدول سبق ووافقت على الخضوع لإجراءات إلزامية للرصد أو التدقيق أو التحقق في ما يتعلق بامتثالها للصكوك القانونية الدولية. والجدير بالذكر أن مثل هذه الإجراءات منصوص عليها (حتى لو بدرجات متفاوتة من الإلزام والفعالية) في الكثير من الصكوك القانونية الدولية، بما في ذلك في القانون الدولي لحقوق الإنسان والقانون البيئي الدولي وأنظمة ضبط الأسلحة.¹⁷³ وتجدر الإشارة إلى أن أحد الأمثلة التي قد تشكل سابقة في تعزيز أحكام اللوائح الصحية الدولية وارد في ست اتفاقيات بحرية دولية تم الاتفاق عليها تحت رعاية المنظمة البحرية الدولية، وترد في مدونة تنفيذ الصكوك الصادرة عن المنظمة البحرية

الدولية (المدونة الثالثة).¹⁷⁴ وفي ما يتعلّق باللوائح الصحية الدولية، أنشئ نظام للقيّمات أو المراجعات الطوعية ولكن تبين أنه غير فعال في ضمان تنفيذ الاتفاقيات. وعليه، اعتُمدت المدونة الثالثة "لمواصلة مساعدة الحكومات الأعضاء على تحسين قدراتها وأدائها العام من أجل التمكن من الامتثال لصكوك المنظمة البحرية الدولية التي هي طرف فيها؛ [و] إدراكًا للصعوبات التي قد تواجهها بعض الدول الأعضاء في الامتثال الكامل لجميع أحكام [تلك الصكوك]".¹⁷⁵ والجدير بالذكر أن الدول قد وافقت على الخضوع لعمليات تدقيق إلزامية دورية من قبل المنظمة البحرية الدولية (من خلال نظام يعتمد على تدقيق النظراء) للتحقق من امتثالها للاتفاقيات الست وتنفيذها. وفي إطار عمليات التدقيق هذه، يُطلب من الدول وضع خطط عمل تصحيحية يتم التحقق منها عن طريق التدقيق اللاحق.¹⁷⁶ وقد يشكّل نظام التقييم الخارجي الإلزامي الذي أنشأته المدونة الثالثة سابقة مفيدة يجب أخذها في الاعتبار في أيّ تعديل مستقبلي للوائح الصحية الدولية، وذلك بالنظر إلى الفوائد المبلغ عنها للتقييم الخارجي والحاجة إلى تعزيز التدقيق لتحسين تنفيذ اللوائح الصحية الدولية على المستوى المحلي.

توصيات

يجب أن تنظر أي مراجعة مستقبلية للوائح الصحية الدولية في ما إذا كان ينبغي أن تفرض اللوائح التزامًا على الدول بالمشاركة في التقييمات الخارجية الدورية المتعلقة بتنفيذها أم لا.

3.4.3 المشاركة في التقييمات

إنّ الموضوع الرئيسي الذي يتناوله هذا التقرير والمُعترف به في إطار سنداى ومبادئ بانكوك يتمثّل في الحاجة إلى نهج متكامل وشامل لعدة قطاعات وللمجتمع بأسره في ما يتعلق بإدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة. ويُعتبر ذلك جانبًا أساسيًا من نهج "الصحة الواحدة". فيحدد بارتوليني (متحدثًا عن السياق العالمي في المقام الأول) الحاجة إلى إشراك مجموعة واسعة من الجهات الفاعلة المؤسسية.¹⁷⁷ ويجب أن ينطبق ذلك على أي تقييم يتعلق بتطبيق الدولة للوائح الصحية الدولية. كما يجب أن يكون فريق التقييم قادرًا على الحصول على مدخلات من جميع الجهات الفاعلة وأصحاب المصلحة المعنيين. إضافةً إلى ذلك، وبلاستناد إلى مبادئ بانكوك، ينبغي على أي تقييم أن يأخذ في الاعتبار إطار إدارة مخاطر الكوارث الأوسع نطاقًا المعتمد في الدولة ومستوى التنسيق أو التكامل بين أطر إدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة وأطر إدارة مخاطر الكوارث الأوسع نطاقًا.

3.4.9 يمكن الاعتراف بشكل أكثر فعالية بالدور الذي قد تضطلع به الجمعيات الوطنية للصليب الأحمر والهلال الأحمر في التقييمات (ومتابعة التخطيط للعمل الوطني لقضايا الأمن الصحي). في بعض الدول، تم بالفعل إدماج الجمعيات الوطنية التابعة للصليب الأحمر والهلال الأحمر في أطر إدارة مخاطر الكوارث، ولكن ذلك ينطبق بدرجة أقل على ترتيبات إدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة. أما القرار 3 الصادر عن المؤتمر الدولي الثالث والثلاثين (يرجى مراجعة القسم 3.2.4) فيشجع "الدول على إدراج الجمعيات الوطنية، وفقاً لتفويضاتها وقدراتها وكأطراف إنسانية مساعدة لسلطاتها العامة، في أطر الوقاية من الأمراض ومكافحتها والتأهب لها ووضع استجابة متعددة القطاعات لها، حيثما أمكن، لتوفير التمويل دعماً لدورها في هذا الصدد". كما يحث القرار الجمعيات الوطنية على "تقديم الدعم لسلطاتها العامة بحسب الاقتضاء، في إطار جهود دولتها الرامية إلى تعزيز القدرات الأساسية كجزء من التعهد بالامتثال للوائح الصحية الدولية...".¹⁷⁸ ويمكن تقديم هذا الدعم من خلال مشاركة الجمعية الوطنية للصليب الأحمر والهلال الأحمر في تمارين التقييم، وفي أي من العناصر الأخرى لإطار رصد وتقييم اللوائح الصحية الدولية.

في الواقع، قد يُظهر تحليل أكثر تفصيلاً للتقييمات الخارجية المشتركة وخطط العمل الوطنية لقضايا الأمن الصحي أن الأساليب المذكورة أعلاه قد تم تبنيها بالفعل إلى حد ما. ومع ذلك، فإن عمليات المسح المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة التي تشير إلى التقييمات الخارجية المشتركة (ومتابعة خطط العمل الوطنية لقضايا الأمن الصحي) لا تشير إلى اعتماد تلك الأساليب في الدول المشمولة في العينة.

توصيات

1. في أي مراجعة أو تحديث لنظام التقييم المشترك في المستقبل، يجب ضمان قدرة جميع الجهات الفاعلة والفئات المعنية على المشاركة والمساهمة.
2. على وجه الخصوص، ومع مراعاة الدور المساعد الذي تلعبه الجمعيات الوطنية للصليب الأحمر والهلال الأحمر في إدارة مخاطر الكوارث ومخاطر الطوارئ الصحية العامة، يجب على القوانين و/أو السياسات المحلية أن تمكن جمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر الوطنية من المشاركة في رصد وتقييم اللوائح الصحية الدولية، بما في ذلك إجراء التقييمات الخارجية المشتركة.
3. مع مراعاة مبادئ بانكوك، يجب على أي تقييم يُجرى على المستوى العالمي أو المحلي، أن يأخذ في الاعتبار الأطر الأوسع لإدارة مخاطر الكوارث ومستوى التنسيق والتكامل بين إدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة وأطر إدارة مخاطر الكوارث (بما في ذلك الاستراتيجيات الوطنية والمحلية للحد من مخاطر الكوارث).

وكوسيلة لتشجيع تنفيذ اللوائح الصحية الدولية، أنشأت وزارة الصحة الأرجنتينية لجنة لتنفيذ ورصد اللوائح الصحية الدولية والقدرات الأساسية اللازمة بمقتضاها. ومن خلال هذه اللجنة، تتسق وزارة الصحة العمل مع الوزارات الأخرى والمقاطعات الأرجنتينية والجهات الفاعلة الرئيسية غير الحكومية في ما يتعلق بتنفيذ استراتيجيات الاستجابة إلى حالات الطوارئ الصحية العامة. وتمّ تصميم هذه اللجنة للعمل ضمن نطاق برنامج العمل من أجل الأمن الصحي العالمي، بالإضافة إلى كونها وسيلة لتنسيق الاستجابة لحالات الطوارئ الصحية العامة، ما يوضح الالتزام بتنفيذ اللوائح الصحية الدولية.¹⁷⁹

أما في مجالات أخرى، فقد استُخدمت فكرة أن تقوم الدول بوضع استراتيجيات معينة وإنشاء هيئات استراتيجية للتنسيق من أجل تنفيذ الصكوك الدولية. على سبيل المثال، بموجب المدونة الثالثة للمنظمة البحرية الدولية (يرجى مراجعة القسم 3.4.6 أعلاه)، يصوّر بأن تقوم الدول بما يلي:

1. وضع استراتيجية شاملة لضمان الوفاء بالتزاماتها ومسؤولياتها الدولية؛
 2. وضع منهجية لرصد وتقييم ما إذا كانت الاستراتيجية تضمن التنفيذ والإنفاذ الفعالين للصكوك الدولية الإلزامية المعنية؛
 3. إجراء مراجعة مستمرة للاستراتيجية لتحقيق الأداء والقدرات التنظيمية العامة والحفاظ عليها وتحسينها...¹⁸⁰
- أنشأ عدد من الدول لجان استراتيجية أو ما يعادلها للاضطلاع بهذه المهمة. ويتم تشجيع هذه اللجان على ضم مجموعة واسعة من الإدارات الحكومية وممثلين عن القطاع وأطراف معنية أخرى ذات مصالح مماثلة. كما أنشأ عدد من الدول لجانًا استراتيجية أو ما يعادلها وفقًا لتوصيات المدونة الثالثة.

كذلك، كان إنشاء هيئة استراتيجية مركزية أو فريق عمل أو مجموعة عمل عبارة عن توصية واردة في تقارير وتوجيهات سابقة لبرنامج قانون الكوارث التابع للاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر، كوسيلة لتعزيز إدارة مخاطر الكوارث.¹⁸¹ ويوصى بالقيام بذلك أيضًا في إطار إدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة. وتجدر الإشارة إلى أنه يجب أن تشمل أي هيئة استراتيجية لتنفيذ اللوائح الصحية الدولية جهات فاعلة في إدارة مخاطر الكوارث، ومن الضروري أن يتم تنسيق أي استراتيجية متكاملة لإدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة مع الترتيبات القائمة لإدارة مخاطر الكوارث وذلك في إطار مراعاة مبادئ بانكوك.

تناولت الأقسام أعلاه الدور المحتمل للجمعيات الوطنية للصليب الأحمر والهلال الأحمر في تقييم اللوائح الصحية الدولية. كذلك، وبفضل تجربة الجمعيات الوطنية للصليب الأحمر والهلال الأحمر وقدرتها على الوصول إلى دعم شبكة الاتحاد الدولي الأوسع نطاقاً، تُعدّ هذه الجمعيات مشاركون رئيسياً في أي هيئة استراتيجية مركزية معنية بتنفيذ اللوائح الصحية الدولية. أما المشاركة في مثل هذه الهيئات فتحقق هدف القرار 3 الصادر عن المؤتمر الدولي الثالث والثلاثين للاتحاد الدولي، الذي ينص على أنه "وفقاً لولايتها وقدراتها وباعتبارها جهة مساعدة إنسانية للسلطات العامة"، ينبغي شمل الجمعيات الوطنية في أطر التأهب والاستجابة المتعددة القطاعات.¹⁸²

توصيات

1. يجب على أي مراجعة مستقبلية للوائح الصحية الدولية أن تنتظر في ما إذا كان ينبغي أن تتضمن اللوائح إلزام الدول بإنشاء لجنة خاصة للإشراف على تنفيذ التزامات اللوائح الصحية الدولية ورصد تنفيذه الحالي والامتثال لها (لجنة رصد اللوائح الصحية الدولية).
2. يجب أن تنص القوانين و/أو السياسات المحلية على إنشاء لجنة مراقبة اللوائح، بغض النظر عما إذا كان ذلك مطلوباً بموجب اللوائح الصحية الدولية.
3. يجب أن تضم لجنة مراقبة اللوائح الصحية الدولية جميع الجهات الفاعلة وأصحاب المصلحة المعنيين، بما في ذلك القطاعين العام والخاص وممثلين عن المجتمع المحلي.
4. يجب دعوة الجمعيات الوطنية للصليب الأحمر والهلال الأحمر على وجه الخصوص للمشاركة في لجنة رصد اللوائح الصحية الدولية بصفتها جهات مساعدة لسلطاتها العامة في المجال الإنساني.

3.4.4 إجراء التقييم اللاحق

بحسب ما لاحظت فرقة العمل المعنية بالأزمات الصحية العالمية، فإن التقييم ليس سوى الخطوة الأولى. أما كيفية استجابة الدول للتقييم فتكتسب أهمية أكبر. في الوقت الحالي، ما ليست الدول ملزمة باتخاذ إجراءات لتنفيذ توصيات التقييم الخارجي المشترك، حتى في حال إجراء هذا الأخير. ولا تتناول عمليات المسح المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة هذا الأمر على وجه التحديد، ولم يمضِ وقتٌ طويلاً نسبياً منذ القيام بالتقييمات الخارجية المشتركة، وبالتالي لم تحظ الدول بعد بفرصة اتخاذ الكثير من الإجراءات، لا سيما مع ظهور جائحة كوفيد-19. أُبلغ عن عدد قليل من الدول التي اتخذت إجراءات متابعة، عبر صياغة مجموعة كبيرة من السياسات أو الخطط. فعلى سبيل المثال، قامت سريلانكا¹⁸³ ونيجيрия¹⁸⁴ وسيراليون بإعداد خطط عمل وطنية لقضايا الأمن الصحي استجابةً إلى التقييمات الخارجية المشتركة الخاصة

بها، مع العلم أن سيراليون قامت أيضًا بوضع خطة استراتيجية وطنية للإبلاغ عن مخاطر الطوارئ في إطار نهج "الصحة الواحدة"، وتم استخدام هذه الخطة خلال جائحة كوفيد-19.¹⁸⁵ ومع ذلك، ليست هذه الدول مُلزَمة بإنتاج خطة عمل وطنية لقضايا الأمن الصحي أو توفير استراتيجية تصحيحية في حال رصد ثغرات في عملية التنفيذ في تقييم خارجي مشترك.

ويقترح بارتوليني أنه يجب على الدول غير القادرة على الامتثال للقدرات الأساسية تطوير صكوك محلية للتنفيذ، والاستفادة من نماذج معينة مثل خطط العمل الوطنية لقضايا الأمن الصحي لتحديد الإنجازات الرئيسية المستهدفة والمخطط التوجيهي.¹⁸⁶ كذلك، تجدر الإشارة إلى وجود سوابق من فروع أخرى من القانون الدولي. فبالعودة إلى الاتفاقيات البحرية المذكورة أعلاه، وفي إطار التدقيق الإلزامي الوارد في المدونة الثالثة، يتعين على الدول وضع خطط عمل تصحيحية يتم التحقق منها عن طريق التدقيق اللاحق.¹⁸⁷

توصيات

1. في أي مراجعة مستقبلية للوائح الصحية الدولية أو لنظام التقييم الخارجي المشترك، ينبغي النظر في طلب إعداد وتنفيذ خطط عمل لمرحلة ما بعد التقييم.

2. بغض النظر عما إذا كان ذلك مطلوبًا بموجب اللوائح الصحية الدولية أو نظام التقييم الخارجي المشترك، يجب على القوانين و/أو السياسات المحلية:

أ. المطالبة بإعداد وتنفيذ خطط عمل لمرحلة ما بعد التقييم؛

ب. تحديد الجهة الفاعلة المحلية المناسبة أو الجهات الفاعلة المسؤولة عن وضع خطة لمرحلة ما بعد التقييم و/أو المساهمة في هذه الخطط؛

ج. ذكر أن ينبغي على لجنة مراقبة اللوائح الصحية الدولية مراقبة و/أو الإشراف على إعداد خطة عمل لمرحلة ما بعد التقييم وتنفيذها.

3.4.5 شفافية القوانين المعنية بالطوارئ الصحية العامة

يُعد فهم التشريعات التي وضعتها الدول من أجل الوفاء بالتزاماتها بموجب اللوائح الصحية الدولية مهمًا للسماح بمراقبة التنفيذ. في حال توجب اتخاذ إجراءات تشريعية تصحيحية بعد إجراء تقييم خارجي، فمن المهم أيضًا نشر هذه التشريعات من أجل الإثبات بأنه قد تم إنجاز

الإجراءات. ومن المهمّ أيضًا الاطّلاع على التشريعات من المنظور العملي أو التشغيلي في الطوارئ الصحية العامة بالنسبة إلى الدول الأخرى والمنظمات الإنسانية. غير أنّ الأبحاث الخاصة بهذا التقرير تُبيّن أنّ الوصول إلى تشريعات الدول ليس بمهمّة سهلة دائمًا. فيموجب اللوائح الصحية الدولية، ليست الدول ملزمة حاليًا بنشر أو، على سبيل المثال، تقديم نسخ عن الصكوك المتعلّقة بالتنفيذ إلى منظمة الصحة العالمية. وهذا يتعارض مع عدد من الصكوك الدولية الأخرى التي تطلب صراحةً من الدول تقديم نسخ عن الصكوك المحلية التنفيذية إلى الأمانة المعنية.¹⁸⁸

التوصيات

ينبغي أن تتطر أيّ مراجعة مستقبلية للوائح الصحية الدولية في ما إذا كان على الدول أن تُبلغ منظمة الصحة العالمية بشأن الصكوك المحلية التي تُنفذ اللوائح وإيداع نسخ عنها لدى منظمة الصحة العالمية. كما ينبغي أن تتطر أيضًا في ما إذا يتوجّب على منظمة الصحة العالمية أن تُصدر نسخًا متاحة عبر الإنترنت عن الصكوك المودعة.

3.4.5 القدرة على تطبيق القدرات الأساسية اللازمة بمقتضى اللوائح الصحية الدولية

قد يؤدي النقص في المساعدات المالية والتقنية إلى صعوبات في تطبيق القدرات الأساسية اللازمة بمقتضى اللوائح الصحية الدولية.¹⁸⁹ لا يُغطّي هذا التقرير مسألة المساعدة المالية، ولا سيما غياب نظام دولي للتمويل. ومع ذلك، بما أنّ البنك الدولي قد حدّد حجم الاستثمار العالمي السنوي اللازم لتعزيز القدرات الأساسية والذي يتراوح بين 1.9 و3.4 مليار دولار أميركي، يُشكّل انعدام القدرة المالية عقبة كبيرة أمام تنفيذ اللوائح الصحية الدولية بشكلٍ فعّال. ولا يزال التمويل غير كافٍ على الرغم من توفّر مبادرات مثل صندوق التمويل الطارئ لمواجهة الأوبئة التابع للبنك الدولي¹⁹⁰، والصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا¹⁹¹، وتحالف غافي للقاحات¹⁹²، والائتلاف المعني بابتكارات التأهب لمواجهة الأوبئة¹⁹³، والشراكات الأخرى ما بين القطاعين العام والخاص.

إضافةً إلى القدرة المالية، يبرز اعتبار آخر ألا وهو كيف يمكن تعزيز القدرة على وضع تشريعات لتنفيذ اللوائح. في سياقات أخرى، وضعت المنظمات الدولية، على سبيل المثال، خططًا من أجل التعاون التقني بهدف مساعدة المحامين على الصعيد الوطني لصياغة التشريعات

المحلية المعنية بالتنفيذ.¹⁹⁴ ويتبين أنه لا تتوفر هكذا خطط فيما يتعلق باللوائح الصحية الدولية، على الرغم من أن منظمة الصحة العالمية قدّمت بعض التوجيهات مثلاً من خلال اللوائح الصحية الدولية (2005): مجموعة أدوات للتنفيذ في التشريعات الوطنية: أسئلة وأجوبة، مرجع تشريعي وأداة للتقييم وأمثلة على التشريعات الوطنية.¹⁹⁵

تُعتبر منصة منظمة الصحة العالمية المواضيعية لإدارة مخاطر الطوارئ والكوارث الصحية وشبكة الأبحاث المرتبطة بها، بمثابة مجموعة مخصصة من أصحاب المصلحة الذين ينتمون إلى باقة واسعة من التخصصات والكيانات (الحكومية والأكاديمية إلخ)، ويتركزون على الأبحاث والسياسات والممارسات في إطار سياسات إدارة مخاطر الطوارئ والكوارث فيما يتعلق بالصحة¹⁹⁶ (Health EDRM). تشمل هذه الأبحاث الطب أثناء الطوارئ والكوارث، والحد من مخاطر الكوارث، والتأهب لحالات الطوارئ المتعددة المخاطر، والاستجابة الإنسانية، فضلاً عن تعزيز النظم الصحية. في آخر اجتماع للخبراء، ورغم تحديد أسئلة البحث ضمن خمسة مجالات أساسية مرتبطة بإطار سياسات إدارة مخاطر الطوارئ والكوارث فيما يتعلق بالصحة، لم يتم إجراء نقاش حول القوانين أو التشريعات أو السياسات أو اللوائح.¹⁹⁷

إنّ عدم التركيز على القضايا القانونية في "شبكة الأبحاث التابعة لإطار سياسات إدارة مخاطر الطوارئ والكوارث فيما يتعلق بالصحة" يتعارض مع الأهمية التي تتسم بها التشريعات الوطنية في تحسين المندرجات الأساسية في أداة التقييم الخارجي المشترك والمعايير القياسية لمنظمة الصحة العالمية. وبما أنّ جائحة كوفيد-19، على عكس أي حدث سابق، أكسبت المحامين في جميع أنحاء العالم خبرة في إجراء الأبحاث وصياغة قوانين معنية بالطوارئ الصحية العامة وتطبيقها، تتمتع شبكة الأبحاث التابعة لإطار سياسات إدارة مخاطر الطوارئ والكوارث فيما يتعلق بالصحة، وغيرها من منتديات منظمة الصحة العالمية الأساسية، بفرصة من أجل إطلاق البحث والنقاش بشأن الجوانب القانونية لتنفيذ اللوائح الصحية الدولية وممارسة قوانين الطوارئ الصحية العامة على نطاق أوسع.

التوصيات

1. إنّ الجوانب القانونية للطوارئ الصحية العامة وتطبيق القدرات الأساسية اللازمة بمقتضى اللوائح الصحية الدولية ينبغي أن تتدرج

ضمن عمل الشبكات والمنتديات ذات الصلة، مثل المنصة المواضيعية لإدارة مخاطر الطوارئ والكوارث فيما يتعلق بالصحة،

وشبكة الأبحاث المتصلة بها.

2. ينبغي على المنظمات المهتمة بالطوارئ الصحية العامة وتنفيذ القدرات الأساسية اللازمة بمقتضى اللوائح الصحية الدولية أن تبحث في إنشاء شبكة من الممارسين القانونيين والأكاديميين ليعملوا على وضع قوانين الطوارئ الصحية العامة المحلية المحسنة، بما فيها تلك المعنية بتطبيق القدرات الأساسية اللازمة بمقتضى اللوائح الصحية الدولية.

3.4.7 الإبلاغ والإنذار المبكر

أخيرًا، يُنظر في عنصرين أساسيين محددين للقدرات الأساسية اللازمة بمقتضى اللوائح الصحية الدولية: جهة التنسيق الوطنية المعنية باللوائح الصحية الدولية، والإبلاغ عن حوادث الصحة العامة.¹⁹⁸

بموجب المادة 4 (1) من اللوائح الصحية الدولية، يقع على الدول واجب تعيين جهة تنسيق وطنية معنية باللوائح. ويتبين أن غالبية الدول المشمولة في العينة لم تُعبر صراحةً على هذا الدور في تشريعاتها المحلية. وتبرز البرازيل كاستثناء حيث تُشير التشريعات إلى أمانة التردد الصحي باعتبارها جهة التنسيق الوطنية لدى منظمة الصحة العالمية بشأن اللوائح الصحية الدولية (2005)¹⁹⁹، وربما الأهم من ذلك أنها تُحدد الهيكلية التشغيلية الأساسية لجهة التنسيق الوطنية المعنية باللوائح، إضافةً إلى وظائفها. تم تضمين التفاصيل المتعلقة بالإبلاغ وتبادل المعلومات ونشر المعلومات المتعلقة باللوائح الصحية الدولية داخل البرازيل. في معظم الحالات، لا يتوفر هذا القدر من التحديد، وعلى الرغم من تعيين جهة التنسيق في بعض السياقات، إلا أنه غالبًا ما يتم ذلك بواسطة إجراء إداري وليس عن طريق التشريعات. وصحيح أن التشريعات ليست إلزامية، لكن من شأنها أن تساعد في توضيح دور جهة التنسيق الوطنية المعنية باللوائح وصلاحياتها، فضلًا عن منح الأهمية المطلوبة لهذا الدور.

يتمثل دور جهة التنسيق الوطنية، بموجب اللوائح الصحية الدولية، في إبلاغ منظمة الصحة العالمية بشأن كافة الحوادث التي قد تشكل حالة طوارئ صحية عامة تُسبب قلقًا دوليًا ضمن أراضي الدولة المعنية التي تُمثلها جهة التنسيق.²⁰⁰ وتبرز مسألة محدّدة تم تناولها في معظم عمليات المسح المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة، ألا وهي ما إذا كان القانون المحلي يفرض على الحكومات إبلاغ منظمة الصحة العالمية حول أي حدث من هذا النوع.

تغيب هذه القوانين في معظم الحالات، غير أنّ سويسرا تُشكّل الاستثناء. فالقانون الفدرالي بشأن مكافحة الأمراض البشرية المعدية يفرض صراحةً على المكتب الفدرالي المعني بالصحة العامة إبلاغ منظمة الصحة العالمية بالأحداث التي قد تؤدي إلى حالة طوارئ صحية عامة تُسبب قلقاً دولياً.²⁰¹ ويبرز تعليقٌ متكرر في عمليات المسح المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة، وهو أنه ليس من الضروري اتخاذ أي إجراءات صريحة لأن الدولة مُجبرة على تبليغ منظمة الصحة العالمية بموجب الطبيعة المُلزِمة للوائح الصحية الدولية. قد يكون ذلك صحيحاً من حيث المبدأ، ولا يتوقّر أي دليل يشير إلى أنّ عدم الإبلاغ ناتج عن غياب موجبات صريحة في القانون المحلي. غير أنّ تقرير التأهب للكوارث والاستجابة لها يُحدد أنّ الوضوح واليقين أمران بغاية الأهمية من ناحية ترتيبات الإنذار المبكر أو الإبلاغ من أجل الحدّ من التأخّر في الاستجابة. من شأن الموجبات الصريحة في التشريعات المحلية أن تولّد المزيد من اليقين لتحديد الجهة المسؤولة عن إبلاغ منظمة الصحة العالمية²⁰² ومتى يتوجّب التبليغ. ومن المهمّ أيضاً أن تتضمن التشريعات المحلية أحكاماً ضرورية لضمان ما يلي: (1) يقع على عاتق الجهات الفاعلة المحلية ذات الصلة واجب تبليغ جهة التنسيق الوطنية المعنية بالوائح بصورةٍ آنية بشأن حوادث الصحة العامة التي قد تُشكل حالة طوارئ صحية عامة تُسبب قلقاً دولياً؛ و(2) تتمتع جهة التنسيق الوطنية المعنية بالوائح الصحية الدولية بالصلاحية والقدرة على إبلاغ منظمة الصحة العالمية (وأي دولة أخرى يُحتمل أن تتضرّر) في غضون المهلة الزمنية التي تُحددها اللوائح.²⁰³ يشمل ذلك إعطاء الضوء الأخضر لجهة التنسيق الوطنية المعنية بالوائح الصحية الدولية من أجل مشاركة جميع المعلومات ذات الصلة وعدم تقييدها بأيّ قوانين أخرى. على سبيل المثال، يضمن قانون الأمن الصحي الوطني الأسترالي الصادر في العام 2007 أنّ وزير الصحة في أستراليا (الكومنولث) يستطيع الكشف عن المعلومات الشخصية أو التجارية (التي قد تكون سرّية في الحالة العادية) أمام منظمة الصحة العالمية أو دولة أخرى بغية تفعيل اللوائح الصحية الدولية.²⁰⁴

التوصيات

1. ينبغي أن تبحث أي مراجعة مستقبلية للوائح الصحية الدولية في ما إذا كان من الضروري أو المفيد إدراج مادة إضافية في اللوائح الصحية الدولية لتوضيح العملية ومسؤولية الدول في تبليغ منظمة الصحة العالمية والدول الأخرى بشأن التهديدات الناشئة على الصحة العامة.

2. ينبغي على الدول:

أ. مراجعة آلية تعيين جهة التنسيق الوطنية المعنية بالوائح الصحية الدولية ووظائفها؛

ب. النظر في إمكانية تحسين تنفيذ اللوائح الصحية الدولية وإدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة من خلال إدراج أحكام صريحة خاصة بهذا التعيين، وتحديد وظائف جهة التنسيق الوطنية في القوانين و/أو السياسات المحلية؛

ج. التأكد من عدم وجود عقوبات قانونية تمنع تبادل المعلومات مع منظمة الصحة العالمية والدول الأخرى، وفي حال وُجدت، تنفيذ إصلاحات قانونية لتذليل هذه العقبات.

لا تُعنى اللوائح الصحية الدولية بصيغتها الحالية سوى بتبليغ أو تحذير منظمة الصحة العالمية أو الدول الأخرى، إلا أنها لا تنص على تبليغ أو تحذير المنظمات في الدولة المتضررة أو مواطنيها.

غير أن التطورات الأخيرة التي طرأت على القانون العام لإدارة مخاطر الكوارث تتجّه نحو إرساء واجبات لتقديم الإنذار المبكر بشأن المخاطر الطبيعية ووقوع الكوارث.²⁰⁵ (يشير الإنذار المبكر، بالمعنى المقصود في هذا التقرير، إلى اتخاذ إجراءات قبل حدوث خطرٍ ما على أساس المعلومات والتحذيرات بشأن احتمالات حدوثه، بدلاً من الاكتفاء بتقديم التحذيرات عندما يتحقّق الخطر). يتمثّل أحد الأهداف العالمية السبعة لإطار "سنداى" في زيادة توفّر (وزيادة الوصول إلى) أنظمة الإنذار المبكر بشأن الأخطار المتعددة، فضلاً عن المعلومات والتقييمات المتعلقة بمخاطر الكوارث إلى حدٍ كبير.²⁰⁶ تقترح مسودّة مواد لجنة القانون الدولي المعنية بحماية الأشخاص في حالة الكوارث واجب إنشاء وتفعيل أنظمة للإنذار المبكر، كجزء من الواجب الأوسع الذي يقع على عاتق الدول للحدّ من احتمال وقوع الكوارث.²⁰⁷ وفي تعليقٍ على وجوب التعاون خلال الاستجابة للكوارث، تقدّم لجنة القانون الدولي المثال التالي: يقع على الدولة المتأثّرة، "عند وقوع كارثة، واجب إبلاغ أو إخطار الدول الأخرى والجهات المساعدة الأخرى التي يتمثّل الدور المنوط بها في جمع المعلومات، وتوفير الإنذار المبكر".²⁰⁸

في الفصل المعنون "الإنذار المبكر، العمل المبكر"، يتناول تقرير التأهب للكوارث والاستجابة لها بشكلٍ معمّق مسألة وضع القوانين و/أو السياسات فيما يتعلّق بأنظمة الإنذار المبكر في سياق إدارة مخاطر الكوارث على نطاق أوسع.²⁰⁹ ويوصي بأنه "من أجل إنشاء نظام إنذار مبكر فعال لمواجهة الأخطار المتعددة، يجب أن ينصّ القانون و/أو السياسة بوضوح على أدوار ومسؤوليات جميع الجهات الفاعلة المعنية في: تطوير المعرفة حول مخاطر الكوارث؛ وترصّد المخاطر والتنبؤ بها؛ فضلاً عن إنشاء الإنذارات المبكرة وإصدارها"²¹⁰. علاوةً على ذلك، يوصي بأنه على "القانون و/أو السياسة: تحديد آليات معيارية لإنشاء الإنذارات وإصدارها؛ واشتراط أن تتضمن التحذيرات معلومات بشأن التداعيات وتوجيهات عملية واضحة؛ [و] إلزام الوكالات المسؤولة عن إصدار الإنذارات بما يلي: (1) استخدام مجموعة متنوّعة من قنوات

التواصل لنشر الإنذارات؛ (2) تطوير وتنفيذ آليات خاصة بالمردود التقييمي للتأكد من تلقّي الإنذارات؛ [و] (3) وضع وتنفيذ خطط للوصول إلى السكان الأكثر عرضة للخطر والمقيمين في المناطق النائية".²¹¹ يجب تطبيق المبادئ نفسها على التحذير من حالات الطوارئ الصحية العامة - حالات الطوارئ الصحية العامة التي تُسبب قلقًا دوليًا وحالات الطوارئ الصحية العامة التي لا تستوفي معايير اللوائح الصحية الدولية على حدٍ سواء. قد يكون إصدار التحذيرات بشأن حالات الطوارئ الصحية العامة مطلوبًا أساسًا في بعض الدول من خلال قوانين إدارة مخاطر الكوارث المحلية، ولكن ثمة أدلة محدودة في عمليات مسح حالات الطوارئ الصحية العامة عن الواجبات المُلقاة على عاتق السلطات العامة لנاحية تبليغ الجهات الفاعلة والمواطنين أو تحذيرهم على وجه التحديد من مخاطر الطوارئ الصحية العامة أو من احتمال حدوثها.

4. الأطر القانونية والمؤسسية المحلية للطوارئ الصحية العامة

4.1 المقدمة

بعد دراسة الأطر القانونية العالمية التي يجب تنظيم الطوارئ الصحية العامة من خلالها، يبحث هذا الفصل في الأطر القانونية المحلية الخاصة بالطوارئ الصحية العامة: بما في ذلك طبيعتها ومصادرها وعناصرها الأساسية.

يدرس تقرير التأهب للكوارث والاستجابة لها كيف تضع الدول ترتيبات التأهب لمواجهة الكوارث والاستجابة لها ضمن أطر إدارة مخاطر الكوارث على نطاق أوسع. تُعتبر نتائج التقرير وتوصياته مفيدة أيضًا في سياق الطوارئ الصحية العامة. وفقًا لذلك، فإن نقطة الانطلاق لإطار محلي فعال لإدارة مخاطر الكوارث (وبالتالي إطار إدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة أيضًا) تتخذ الشكل الآتي:

"من المهم... أن تتسم واجبات مؤسسات البلد بالشمولية عند النظر إليها مجتمعة. إذا، يجب أن تشمل مُجتمعة كافة الولايات القضائية (الوطنية ودون الوطنية)، وكافة أنواع المخاطر (الطبيعية والمفاجئة؛ الطبيعية أو التي من صنع الإنسان) وكافة الوظائف (السياسات والعمليات والرصد والتقييم، إلخ). علاوةً على ذلك، تُبين التجربة أنه من المهم وجود وضوح بشأن أدوار

المؤسسات المختلفة من أجل تجنب الارتباك والتأخير غير الضروري، لا سيما عند الحاجة إلى الحصول على المساعدة الفورية لإنقاذ حياة الأشخاص".²¹²

كما يُشدد تقرير التأهب للكوارث والاستجابة لها على أهمية وضع آليات تنسيق فعالة بهدف إتاحة المشاركة لكافة الجهات الفاعلة الحكومية وغير الحكومية²¹³. ويوصي بما يلي:

"يتطلب التأهب للكوارث والاستجابة لها بشكل فعال تنسيقاً أفقياً ما بين الوكالات القطاعية المختلفة وعمودياً ما بين مختلف المستويات على صعيد الحكومة. علاوة على ذلك، يتطلب أيضاً حصول تنسيق ما بين الجهات الحكومية وغير الحكومية، بما في ذلك الجهات الفاعلة الدولية.

بما أن التنسيق لا يزال يمثل مشكلة أساسية في عمليات الاستجابة للكوارث على الصعيدين الدولي والمحلي، يتوجب على صانعي القرار ضمان أن يُرسى القانون آليات للتنسيق تشمل ممثلين عن كافة الوكالات القطاعية، وجميع الجهات الفاعلة الحكومية على كافة المستويات، وجميع أنواع الجهات الفاعلة غير الحكومية. ولكي تتسم هيئات التنسيق بالفعالية، يتوجب عليها أن تجتمع بانتظام (بما في ذلك عندما لا تكون هناك عملية استجابة ناشطة)، ويجب إسناد أدوار ومسؤوليات واضحة إلى المعنيين".²¹⁴

بما أن تنسيق الطوارئ الصحية العامة قد لا يندرج ضمن آليات التنسيق الناشئة بموجب إدارة مخاطر الكوارث العامة، يقدم تقرير التأهب للكوارث والاستجابة لها توصية أخرى هي الآتية:

"بما أن القوانين والسياسات المتعلقة بالكوارث قد لا تنطبق على بعض الحالات مثل الطوارئ الصحية والطوارئ النووية، يجب على صانعي القرار أيضاً الحرص على أن يُنشئ القانون آليات تنسيق مشتركة بين عدة قطاعات وعدة أصحاب مصلحة لهذه الأنواع من حالات الطوارئ".²¹⁵

لذلك، تتسم المبادئ الواردة في "تقرير التأهب للكوارث والاستجابة لها" بالأهمية نفسها مثل الإطار الفعّال لإدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة. مع ذلك، من شأن الحاجة إلى إطار شامل أن تكتسب المزيد من الأهمية نظرًا إلى اتّساع نطاق الجهات الفاعلة المحتملة، وشرائح المجتمع التي قد تتضرّر وقطاعات المجتمع التي تحتاج إلى التخطيط والاستجابة للطوارئ الصحية العامة. غالبًا ما تكون المسؤوليات المتعلقة بالصحة العامة والطوارئ الصحية العامة أكثر تقويصًا (من الناحيتين القانونية والعملية) مقارنةً بالكوارث الأخرى: فالرعاية الصحية، حتى في البلدان التي تعتمد نظم الرعاية الصحية المركزية، ليست من مسؤولية الحكومات والسلطات العامة الوطنية فحسب، بل يمكن أن تشمل منظمات الرعاية الصحية على كافة المستويات - العامة والخاصة - ويجب أن تشمل أفرادًا من كافة المجتمعات التي قد تتضرّر. علاوةً على ذلك، تماشياً مع نهج "الصحة الواحدة"، على المنظمات المعنية بالصحة الحيوانية والنباتية فضلاً عن المنظمات البيئية تأدية دور مهمّ في هذا الصدد.

في ضوء كلّ ما سبق، يمكن أن تتّصف الأطر القانونية والمؤسسية المتعلقة بإدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة بالتنوّع والتعقيد أكثر من الترتيبات الأخرى لإدارة مخاطر الكوارث. ولذلك، تبرز أهمية الحاجة إلى أطر شاملة وواضحة ومؤكّدة ومفهومة جيّداً من الجميع، وكذلك الحاجة إلى آليات تنسيق فعّالة، والتكامل ما بين إدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة وإدارة مخاطر الكوارث العامة، تماماً كما تُعرّف مبادئ بانكوك.

بالتالي، باستخدام المعلومات التي توفّرها عمليات مسح الطوارئ الصحية العامة، يقوم هذا الفصل بتحليل المسائل التالية المتعلقة بالأطر المحلية لإدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة:

- مدى تكامل الأطر المحلية لإدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة مع الأطر العامة لإدارة مخاطر الكوارث أو انفصالها عنها؛
- وضوح التفويض الممنوح للمؤسسات الحكومية ذات الصلة من أجل التأهب والاستجابة للطوارئ الصحية العامة؛
- ما إذا كانت الأطر المحلية تشمل كافة مراحل إدارة المخاطر (الحّد من المخاطر، التأهب، الاستجابة، التعافي)؛
- وضوح الأدوار والمسؤوليات المُسنّدة إلى كافة الجهات الفاعلة وأصحاب المصلحة المعنّيين (الجهات الحكومية وغير الحكومية على حدّ سواء)؛
- ما إذا تم وضع آليات تنسيق فعّالة تشمل وتدمج كافة الجهات الفاعلة والمُشاركة ذات الصلة؛²¹⁶
- ما إذا كانت أي جهة فاعلة معيّنة تتولّى قيادة وتوجيه الاستجابة للطوارئ الصحية العامة، وكيف يُمكن تأدية هذا الدور؛
- ما إذا كانت أطر إدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة القائمة تعكس نهجاً شاملاً حيال الطوارئ الصحية العامة على صعيد المجتمع والدولة؛

■ التخطيط لحالات الطوارئ ضمن أطر إدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة.

4.2 التكامل

4.2.1 مبادئ بانكوك والتكامل

يسعى هذا التقرير في أحد جوانبه إلى النظر في ما إذا كانت إدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة تتكامل مع أطر إدارة مخاطر الكوارث الأوسع نطاقاً أو ما إذا كانت منفصلة عنها. يهدف ذلك جزئياً إلى فهم مدى تنفيذ توصيات مبادئ بانكوك حالياً - التي تقضي بدمج الصحة في سياسات وخطط الحد من مخاطر الكوارث والعكس بالعكس.

تمت مناقشة مبادئ بانكوك وأهدافها في القسم 3.2. يُشجّع المبدأ الأول على "الإدماج المنهجي للصحة في السياسات والخطط الوطنية ودون الوطنية للحد من مخاطر الكوارث وإدراج برامج إدارة مخاطر الطوارئ والكوارث ضمن الاستراتيجيات الصحية الوطنية ودون الوطنية".²¹⁷ وتسعى مبادئ بانكوك أيضاً إلى تعزيز التعاون ما بين السلطات الصحية وأصحاب المصلحة الآخرين ذوي الصلة لتعزيز قدرة الدولة على إدارة مخاطر الكوارث على الصحة، وتنفيذ اللوائح الصحية الدولية وبناء نظم صحية قادرة على الصمود.²¹⁸

تكشف عمليات مسح الطوارئ الصحية العامة أنّ أطر إدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة ووظائفها وصلاحياتها منبثقة عن ثلاث فئات عامة من القوانين و/أو السياسات المعنية بالطوارئ الصحية العامة والصحة العامة؛ القوانين و/أو السياسات المعنية بإدارة مخاطر الكوارث؛ والقوانين التي تُجيز وتُنظّم حالات الاستثناء، ولا سيما حالات الطوارئ. ولكن، ثمة تباينات واسعة بالنسبة إلى نوع القوانين التي تنطبق على جوانب معينة من سلسلة إدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة، وفي أي وقت خلال الطوارئ الصحية العامة وعلى أي جهة من الجهات الفاعلة. بشكل عام، تشير عمليات مسح الطوارئ الصحية العامة إلى أنّ النهج الأكثر شيوعاً هو أن لا تتنبق أطر إدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة عن قوانين و/أو سياسات ضمن نظام واحد (الطوارئ الصحية العامة أو إدارة مخاطر الكوارث) بل أن تنتج عن مزيج من الأنظمة (الطوارئ الصحية العامة وإدارة مخاطر الكوارث - إضافة إلى حالات الطوارئ، تكون هذه الأخيرة مختلفة عن إدارة مخاطر الكوارث).

وعلى الرغم من أن أكثرية أطر العمل تتألف من مزيج من الصكوك المرتبطة بالطوارئ الصحية العامة وإدارة مخاطر الكوارث، لكن ثمة تباينات كبيرة بين الدول. يُمكن تصوير الأطر على أنها موجودة على سُلّم، مع مجموعة من هذه الأطر في أحد طرفيه تستند فقط إلى القوانين والسياسات المعنية بالطوارئ الصحية العامة والصحة العامة، ومجموعة أخرى في الطرف الثاني تستند فقط إلى القوانين والسياسات المعنية بإدارة مخاطر الكوارث. تكمن في ما بين هذين الطرفين من السُلّم مجموعة متنوعة من الترتيبات الهجينة التي تُعدّ النهج الأكثر شيوعاً، كما ورد أعلاه. يُمكن تقسيم "سُلّم الأطر" إلى ثلاث فئات:

1. الأطر التي تستند فقط إلى التشريعات المعنية بالطوارئ الصحية العامة أو الصحة العامة أو تلك التي تستند فقط إلى هذه التشريعات ولكن مع توفّر تشريعات معنيّة بإدارة مخاطر الكوارث أو حالات الطوارئ في الظروف القصوى ("أطر تُهيمن عليها الطوارئ الصحية العامة")؛
2. الأطر التي تستند أساساً إلى التشريعات المعنية بالطوارئ الصحية العامة، ولكن مع قوانين معنيّة بإدارة مخاطر الكوارث و/أو حالات الطوارئ لدعم واستكمال هذه التشريعات بدرجات متفاوتة ("الأطر الهجينة أو المختلطة")؛
3. الأطر التي تستند فقط إلى التشريعات المعنية بإدارة مخاطر الكوارث ("أطر تُهيمن عليها إدارة مخاطر الكوارث").

4.2.2 الأطر التي تُهيمن عليها الطوارئ الصحية العامة

على الرغم من أن أكثرية الدول المشمولة في العيّنة تعتمد على التشريعات المعنيّة بالطوارئ الصحية العامة أو الصحة العامة إلى حدٍّ ما من أجل وضع الأطر الخاصة بها، لكن لا تستند إلى القوانين المرتبطة بالصحة العامة سوى قلة منها. ولكن، حتى هذه الدول تبقى عادةً قادرة على الاعتماد على التشريعات المعنية بإدارة مخاطر الكوارث أو حالات الطوارئ في حال لم تكفِ الصلاحيات الواردة في التشريعات المعنية بالطوارئ الصحية العامة. في المملكة المتحدة، على سبيل المثال، يُتوقّع معالجة الطوارئ الصحية العامة من خلال اللوائح التي وُضعت بموجب التشريعات المعنية بالصحة العامة أو بموجب الصلاحيات الواردة في هذه التشريعات.²¹⁹ في الظروف الاستثنائية، يمكن للحكومة أن تعتمد على الجزء الأساسي من التشريعات المرتبطة بإدارة مخاطر الكوارث، ألا وهو قانون الطوارئ المدنية الصادر في العام 2004²²⁰ في حال أدركت أن صلاحياتها الواردة في التشريعات المعنية بالطوارئ الصحية العامة غير كافية. ويتم تطبيق نهج مماثل في أستراليا حيث، على مستوى الكومنولث والدولة، يجب أن تكون تشريعات وخطط الصحة العامة²²¹ كافية من أجل التعامل مع معظم الطوارئ الصحية العامة. مرة أخرى، ثمة إمكانية للجوء إلى المزيد من الصلاحيات العامة الواردة في التشريعات المعنية بإدارة مخاطر الكوارث عند الاقتضاء. كذلك في البرازيل، ثمة قوانين أساسية متعلقة بالطوارئ الصحية العامة في التشريعات المرتبطة بالصحة العامة: تُعنى المراسيم الصادرة عن وزارة الصحة بالإعلان عن حالات الطوارئ الصحية العامة ذات الأهمية الوطنية وتأسيس مراكز عمليات خاصة بالطوارئ

الصحية العامة.²²² وسمح ذلك بإنشاء "مجموعة تنفيذية مشتركة بين الوزارات معنية بالطوارئ الصحية العامة ذات الأهمية الوطنية والدولية" من أجل مكافحة جائحة كوفيد-19.²²³ في ليبيريا التي اكتسبت خبرة بعد تفشي فيروس إيبولا، وعلى الرغم من إعلان حالة الطوارئ استجابةً لجائحة كوفيد-19، يظهر أنَّ الصلاحيات القانونية للاستجابة لجائحة كوفيد-19 قد انبثقت عن قانون الصحة العامة الشامل.²²⁴ ورغم هذه الأمثلة، تُشكّل الأطر التي تُهيمن عليها الطوارئ الصحية العامة حالةً نادرة.

4.2.3 الأطر الهجينة أو المختلطة

تُعدّ الأطر الهجينة أو المختلطة أكثر أنواع الترتيبات شيوعاً بحسب ما وردَ في عمليات مسح الطوارئ الصحية العامة. عادةً ما تتضمن القوانين والسياسات المعنية بالطوارئ الصحية العامة أكثرية الأحكام المطلوبة من أجل الاستجابة للطوارئ الصحية العامة (ومن أجل التأهب لها وإن بدرجة أقل)، ولكن يتم استخدام تشريعات أو سياسات إدارة مخاطر الكوارث من أجل: (1) تكملة تلك الأحكام، ويتم ذلك عادةً عن طريق وضع الترتيبات الإدارية أو التشغيلية (مثل الشروط المتعلقة بالمشاركة أو التنسيق)؛ و/أو (2) توفير صلاحيات معززة، مثلاً من خلال إعلان حالة الكوارث.

تُشكّل الصين أحد الأمثلة على إطار العمل الهجين (على الرغم من أنَّ إطارها يميل نحو الطرف الذي تُهيمن عليه الطوارئ الصحية العامة). ينبغي أن تُحدّد استجابتها للطوارئ الصحية العامة من خلال "قانون جمهورية الصين الشعبية بشأن الوقاية من الأمراض المعدية وعلاجها"، و"اللائحة الخاصة بشأن الاستجابة لحالات الطوارئ الصحية العامة"، فضلاً عن "خطة الطوارئ الوطنية للأزمات الصحية العامة". غير أنَّه يمكن تكملة هذه الصكوك - كما حصل خلال جائحة كوفيد-19 - بالتدابير المعتمدة بموجب "قانون جمهورية الصين الشعبية بشأن الاستجابة لحالات الطوارئ" و"إشعار من المكتب العام للمجلس الأساسي بشأن إصدار تدابير لإدارة خطط الاستجابة للطوارئ"²²⁵. وبالمثل، يتبيّن أنَّ الاستجابة لجائحة كوفيد-19 في جمهورية كوريا قد رعتّها التشريعات المرتبطة بالصحة العامة،²²⁶ ولكن ضمن الإطار الذي حدّده "القانون الإطاري العام الخاص بها بشأن إدارة الكوارث والسلامة".²²⁷ أما في سريلانكا فيتمّ توجيه الاستجابات للطوارئ الصحية العامة من خلال قوانين الصحة العامة وقوانين إدارة مخاطر الكوارث.²²⁸

تُعدّ أيضاً عمليات مسح الطوارئ الصحية العامة في كولومبيا مثالاً واضحاً عن النهج الهجين. يكمن التركيز الأساسي للاستجابة للطوارئ الصحية العامة في قوانين الصحة العامة، بما في ذلك الوظائف المتعلقة بمراقبة الأوبئة، ومراقبة الصرف الصحي في الموانئ والسفن

والمركبات،²²⁹ إضافةً إلى إعلان حالة الطوارئ الصحية.²³⁰ ولكن، يتم الاعتماد أيضًا على التشريعات المعنية بإدارة مخاطر الكوارث، بما في ذلك المراسيم والقوانين التي ترعى الصندوق الوطني للكوارث في كولومبيا²³¹ وسياساتها الوطنية لإدارة المخاطر،²³² فضلًا عن الصلاحيات المنصوص عليها في الدستور لإعلان حالة الطوارئ.²³³ علاوةً على ذلك، يبدو أن الإدارة التشغيلية الفعلية للاستجابة تتم من خلال المنظمات العامة المعنية بإدارة مخاطر الكوارث.

يُشكّل كل ما ورد أعلاه مثالًا عما يُمكن تسميته بالتهجين الأفقي، ما يعني أنّ الصلاحيات على المستوى الوطني متوفرة في كلّ من قوانين الطوارئ الصحية العامة وإدارة مخاطر الكوارث. ثمة أيضًا أمثلة على التهجين العمودي. يحدث هذا الأخير عندما تتوفّر الصلاحيات على المستوى المحلي أو دون الوطني في تشريعات الطوارئ الصحية العامة، ولكن في حال برزت حاجة إلى صلاحيات إضافية أو في حال فاقت الطوارئ الصحية العامة قدرة الحكومة المحلية أو دون الوطنية، يُمكن حينها اللجوء إلى التشريعات الوطنية المعنية بإدارة مخاطر الكوارث. تُعتبر الولايات المتحدة الأمريكية مثالًا واضحًا على هذا النوع من الهيكليّة، حيث يتم اتخاذ الإجراءات الأولية على مستوى الولاية بموجب قوانين الصحة العامة. وفي حال تم تجاوز القدرة على الاستجابة على مستوى الولايات أو الحكومات المحليّة، يُحقّ حينها للرئيس اتخاذ إجراءات بموجب "قانون روبرت ت. ستافورد الفدرالي للإغاثة في حالات الكوارث والمساعدة في حالات الطوارئ" من أجل الإعلان عن كارثة أو حالة طوارئ كبرى.²³⁴

4.2.4 الأطر التي تُهيمن عليها إدارة مخاطر الكوارث

قلّة قليلة من الدول المشمولة في العينة تعتمد أطرًا تُهيمن عليها إدارة مخاطر الكوارث، والدول الوحيدة التي تندرج ضمن هذه الفئة هي جنوب أفريقيا وهندوراس وجامايكا. فقانون إدارة الكوارث في جنوب أفريقيا²³⁵ يُشكّل صكًا شاملًا لجميع المخاطر، ولقد أُفيد بأنّ حالات الطوارئ الصحية العامة، بما في ذلك الاستجابة لجائحة كوفيد-19، تُدار ضمن الصلاحيات المنصوص عليها في هذا القانون واللوائح المرتبطة به. تفيد تقارير عمليات مسح الطوارئ الصحية العامة في هندوراس بأنّ القوانين الأساسية المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة متوفرة في القوانين المعنيّة بالطوارئ الوطنية،²³⁶ والتي تغطّي كافة المخاطر أو معظمها. بموجب هذه القوانين، يتمنّع وزير الصحة العامة بصلاحيّة اتخاذ الإجراءات المرتبطة بالكوارث، بما في ذلك الإعلان عن حالات الطوارئ البوائيّة وإجراء تقييم للتهديدات الصحية وحالات الاستضعاف.²³⁷ في جامايكا، يتبنّى قانون التأهب للكوارث وإدارة الطوارئ الصادر في العام 1993 نهجًا شاملًا لجميع المخاطر ويتيح التأهب والاستجابة لجميع الكوارث، من بينها الطوارئ الصحية العامة.²³⁸

4.2.5 التكامل القائم

الاستنتاج الوحيد الذي يُمكن استخلاصه من عمليات مسح الطوارئ الصحية العامة هو أنّ جميع أطر عمل الدول المشمولة في العيّنة تقريبًا، مع استثناءات قليلة، تشمل عناصر من قوانين الطوارئ الصحية العامة/الصحة العامة وإدارة مخاطر الكوارث. في معظم الحالات، تُحدّد تشريعات الطوارئ الصحية العامة/تشريعات الصحة العامة السلطة الأساسية (عادةً وزير أو وزارة الصحة) وتوفّر الصلاحيات والضوابط الواجب استخدامها في الطوارئ الصحية العامة (مثل القدرة على تحديد أو ممارسة الصلاحيات في حالات الطوارئ، وفرض الحجر الصحي، إلخ). في المقابل، تفرض عادةً التشريعات أو التوجيهات المعنية بإدارة مخاطر الكوارث على الجهات الفاعلة التأهب للطوارئ الصحية العامة أو وضع ترتيبات بشأن التنسيق.

قد تكون هذه نتيجة طبيعية، غير أنّها تعود على الأرجح (لا سيما في الحالات حيث لم تتم مراجعة الأطر مؤخرًا) إلى: (1) إدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة وإدارة مخاطر الكوارث اللتين كانتا تُعتبران سابقًا منفصلتين وتم تنفيذهما بشكل منفرد؛ و/أو (2) بعض التشريعات القديمة المعنية بالطوارئ الصحية العامة/الصحة العامة والتي لا تعكس وجهات النظر الأكثر حداثة حول الإدارة الشاملة لمخاطر الكوارث والحاجة إلى اعتماد نهج شامل لكافة المخاطر.

بالتالي، ثمة أدلة محدودة على تكامل القوانين، على الأقل من ناحية الإدماج أو المزج، حيث يحتوي جزء واحد من التشريعات على الأحكام اللازمة لمعالجة كافة أنواع الكوارث، بما في ذلك الطوارئ الصحية العامة. لكن على مستوى السياسات – واستنادًا إلى التعليقات المستخلصة من عمليات مسح الطوارئ الصحية العامة – يبرز دليل أكبر على اعتماد خطط شاملة لجميع المخاطر. قد تكون هذه إما: (1) شاملة (مثلًا سياسة/خطة واحدة تُغطّي كافة المخاطر)؛ أو (2) سياسات/خطط منفصلة للطوارئ الصحية العامة وتصبّ في سياسات أو خطط أوسع وأكثر عمومًا. وبالتالي، يُمكن الاعتبار بأنّ هذه السياسات أو الخطط الأساسية تولّد درجة من الاندماج ما بين إدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة وإدارة مخاطر الكوارث.

4.2.6 التكامل المستقبلي

في حين ثمة حاجة إلى تحسين عملية التكامل، وفق توصيات مبادئ بانكوك، لا يتوفّر حتى الآن نهج مشترك محدّد لكيفية تحقيق ذلك بالضبط. بالتأكيد، يكمن أحد الخيارات في دمج كافة المخاطر وأنواع الكوارث في مجموعة واحدة من القوانين وإطار واحد. ولكن، هناك

وسائل أخرى لتحقيق هدف مبادئ بانكوك المتمثل في التوصل إلى المزيد من التماسك بين الأطر القانونية.²³⁹ فكما تُظهر عمليات مسح الطوارئ الصحية العامة، يتم أحيانًا دمج الأطر المعنية بالطوارئ الصحية العامة وإدارة مخاطر الكوارث أساسًا، أو تُجمع إلى حدٍ معينٍ من خلال السياسات والخطط، حتى لو لم يتم ذلك عبر القوانين. وفي حال تم دمج القوانين غير الملزمة - مثل السياسات والخطط - بشكل فعال، فقد يُعد ذلك كافيًا.

في الواقع، لا تشترط مبادئ بانكوك إدراج إدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة بالكامل ضمن التشريعات المعنية بإدارة مخاطر الكوارث (لكنها في الوقت عينه لا تستبعد ذلك). تستدعي الأمثلة التي ينطبق عليها هذا الوضع، مثل جامايكا وجنوب أفريقيا، القيام بالمزيد من الدراسات بعد انتهاء جائحة كوفيد-19 بغية تقييم المزايا العملية والتشغيلية لهذا النهج إضافةً إلى شوائبه. ثمة جوانب سلبية محتملة للاعتماد على تشريع شامل واحد، وأهمها فقدان أو إغفال عناصر محدّدة من النظام. وكما تبيّن في هذا التقرير، هناك الكثير من الجوانب الخاصة بالصحة العامة حصرًا.

نظرًا للطبيعة الهجينة للترتيبات الحالية في معظم الدول المشمولة في العينة، قد يتطلّب تحقيق الدمج الكامل تغييرًا جذريًا في الثقافة والنهج، وفي الكثير من الحالات، إصلاحًا تشريعيًا شاملًا. لا يُشكّل ذلك في حدّ ذاته سببًا لعدم إحداث أيّ تغيير في حال توفّر دليل قاطع على الفوائد، لكنّ هذا الدليل بكلّ بساطة غير متوفّر (أقلّه حتى الآن). فلا يجوز التوصل إلى أي استنتاج بشأن ما يتطلّبه الدمج في كل دولة بناءً على مراجعة مكتبية تتألف من لمحة محدودة عن الأطر الحالية (للسبب المذكورة في الفصل 1). والأهمّ من ذلك، لا يمكن تقييم ما إذا كان إطار العمل يحقّق الدمج الفعال إلا بشكلٍ ملموس، وتحديدًا من خلال تحليل كيفية عمله من الناحية التشغيلية. وستوفّر تجربة جائحة كوفيد-19 الأدلة الضرورية حول مختلف أنواع أطر العمل، التي من شأنها أن تُشكّل الأساس للمزيد من التحليل.

لا يمكن القول إنّ التكامل يتطلّب نوعًا معينًا من الأطر القانونية المحلية، لكن يمكن القول إنّهُ يقتضي غياب الثغرات أو التناقضات أو التباينات أو الازدواجية غير الضرورية بين الصلاحيات والأدوار والمسؤوليات والترتيبات الأخرى التي تنصّ عليها الصكوك المعنية بالطوارئ الصحية العامة وإدارة مخاطر الكوارث. وبما أنّ الأطر الهجينة هي النوع الأكثر شيوعًا من بين الترتيبات، فهذا دليل إضافي على أهمية إجراء مراجعات لتقييم ما إذا كانت هناك مشاكل وكيف يمكن حلّها، إنّ وُجدت، بغية تحقيق تكامل أكبر.

علاوةً على ذلك، وبصرف النظر عن نوع الإطار المستخدم، من المهم بالقدر نفسه (إن لم نقل أكثر) أن يُحدّد ويسهّل الجوانب الأساسية للإدارة الفعّالة لمخاطر الطوارئ الصحية العامة. تشمل هذه الجوانب التي تمت مناقشتها في الجزء المتبقّي من هذا الفصل، على سبيل المثال لا الحصر: نهجًا يشمل كافة المخاطر وجميع مستويات الحكومة والمجتمع بأسره؛ وتقويضات واضحة لإدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة (بما في ذلك السلطات القانونية اللازمة وكافة مراحل سلسلة إدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة)؛ وأدوارًا ومسؤوليات واضحة ومفهومة جيدًا للجهات الفاعلة وأصحاب المصلحة؛ فضلًا عن مشاركة كافة الجهات الفاعلة وأصحاب المصلحة ذوي الصلة بشكلٍ منسّق.

التوصيات

1. ينبغي على قوانين وسياسات وخطط إدارة مخاطر الطوارئ الصحيّة العامّة أن:
 - a. تتمتع بالخصائص الرئيسية المحددة في التوصيات الواردة في هذا الفصل؛
 - b. تتوافق مع الصكوك الدولية ذات الصلة وتتفّدها، ومن بينها اللوائح الصحية الدولية وإطار سينداي ومبادئ بانكوك؛
 - c. تتكامل مع الأطر العامة لإدارة مخاطر الكوارث (بما في ذلك الاستراتيجيات الوطنية والمحلية للحد من مخاطر الكوارث) حرصًا على غياب أي ثغرات أو تضارب أو تفاوت أو ازدواجية غير ضرورية بين الصلاحيات والأدوار والمسؤوليات والترتيبات الأخرى التي تنصّ عليها صكوك الطوارئ الصحيّة العامّة وإدارة مخاطر الكوارث.
2. يتعيّن على الدول التي تراجع قوانينها وسياساتها وخططها المتعلقة بإدارة مخاطر الطوارئ الصحيّة العامّة أن تحدد، في إطار هذه المراجعة، ما إذا كانت قوانين وسياسات وخطط الطوارئ الصحيّة العامّة قد أُدرجت ضمن الأطر العامة لإدارة مخاطر الكوارث على النحو المحدد في القسم (1) (ج) أعلاه أم لا.

4.3 صلاحيات إدارة الطوارئ الصحيّة العامّة في القانون المحلي

4.3.1 إدارة مخاطر الصحة العامة

من المواضيع الرئيسية الواردة في "تقرير التأهب للكوارث والاستجابة لها"، وضوح مهام كلّ إطار من أطر إدارة مخاطر الكوارث. من الضروري تحديد المخاطر وفهمها لضمان الوضوح. فقد يؤدي الغموض في التعريفات إلى عواقب تحول دون تحديد: (1) الجهات الفاعلة

المسؤولة ومهامها، و(2) الأوقات التي قد تدخل فيها هذه التفويضات حيز التنفيذ، و(3) التدابير التي يمكن اتخاذها وبموجب أي سلطة. وينطبق ذلك أيضًا على أطر إدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة، لكنَّ عمليات مسح الطوارئ الصحية العامة تشير إلى صعوبة في تحديد مخاطر الصحة العامة وفهمها. ويُعزى ذلك إلى سببين: (1) تعريف الطوارئ الصحية العامة، والتفسيرات المحدودة لمخاطر الصحة العامة، لا سيما في القوانين القديمة، و(2) الميل إلى اعتبار الطوارئ الصحية العامة ثانوية أو ناجمة عن كوارث أخرى.

يتناول الفصل 2 أعلاه مفهوم الطوارئ الصحية العامة التي تسبب قلقًا دوليًا ويعرض تعريف منظمة الصحة العالمية للطوارئ الصحية العامة. تعتمد دول متعددة هذه التعريفات في قوانينها وترفضها أخرى. تكشف عمليات مسح الطوارئ الصحية العامة عن درجة معينة من عدم الاتساق في المصطلحات المستخدمة لوصف "الظواهر الصحية" التي تفرض التأهب لها وتنفيذ إجراءات الاستجابة. ويتجلى عدم الاتساق هذا بين الدول، لكنه يظهر أيضًا في تشريعات مختلفة داخل الدولة الواحدة.

تتطوي المشكلة الأولى التي تثيرها هذه المسألة على حصر وتقييد "الظواهر الصحية" التي تنطبق عليها صلاحيات الطوارئ الصحية العامة. ويندرج ذلك عادةً في خانة خصائص القوانين القديمة. في بعض التشريعات المحددة في عمليات مسح مراسيم الطوارئ والطوارئ الصحية العامة، تُعرّف الطوارئ الصحية العامة بالإشارة إلى قائمة من الأمراض. وتفرض التشريعات عادةً إبلاغ السلطات المختصة في حال رصد أحد هذه الأمراض، ولا يجوز اتخاذ التدابير/إلا في إطار الاستجابة لتفشي هذه الأمراض تحديدًا. ولا تنطبق الصلاحيات على أنواع أخرى من مخاطر الصحة العامة. يمكن التخفيف من المشاكل التي قد يسببها ذلك، فيجوز في حالات كثيرة توسيع قائمة الأمراض كما يحصل مثلاً في توفالو حيث يجوز لوزير الصحة أن يضيف إلى قائمة "الأمراض المعدية" التي يحددها قانون الصحة العامة لعام 2008.²⁴⁰ ولكنَّ تتطلب غالبًا هذه الخطوة إجراءات رسمية، مثل إصدار مرسوم لتعديل التشريع. بالإضافة إلى ذلك، لا يتماشى هذا النهج مع "النهج الشامل لجميع المخاطر على الصحة العامة" الذي تدعو إليه حاليًا اللوائح الصحية الدولية.

يتوافق النهج الشديد التقييد مع ثلاثة مخاطر: (1) عندما تبرز الحاجة إلى الاستجابة لمرض مستجد، قد يكون من الضروري أولاً اعتماد صك لإضافة المرض الجديد إلى القائمة - وقد يؤدي ذلك إلى تأخير الاستجابة، و(2) في حال حُدد المرض بعد ظهوره، قد يحد ذلك من القدرة على التأهب لتفشي تلك الكارثة، و(3) قد تؤدي القائمة المعيارية للأمراض المعدية إلى تجاهل مخاطر الصحة العامة التي لا تُعد أمراضًا بحد ذاتها. وقد لا تغطي إذاً هذه التشريعات بعض العناصر الواردة في تعريف منظمة الصحة العالمية للطوارئ الصحية العامة، مثل الإرهاب البيولوجي أو إفراز العوامل الممرضة أو التوكسينات أو مقاومة مضادات الميكروبات.

بشكل عام، تُعتبر قوائم الأمراض سمةً من سمات التشريعات القديمة. وقد تُسبب أيضًا هذه التشريعات القديمة مشاكل عامة عندما تحافظ على نهج لم تعد صالحة للطوارئ الصحية العامة، ولا سيما إذا كانت هذه النهج لا تتوافق مع اللوائح الصحية الدولية. يُعتبر قانون الطوارئ الصحية العامة أو قانون الصحة العامة الرئيسي قديمًا جدًا في عدد من الدول المشمولة في العينة. في الهند مثلاً، ما زالت الاستجابة للطوارئ الصحية العامة تستند إلى قانون الأمراض الوبائية لعام 1897 الذي سُنَّ بعد تفشي الطاعون الدملي في ممباي في تسعينيات القرن التاسع عشر.²⁴¹ ولا يزال عدد من الدول يستخدم قوانين من ثلاثينيات القرن الماضي، مثل قانون الصحة العامة لعام 1935 في أوغندا²⁴² وقانون الصحة العامة لعام 1930 في زامبيا.²⁴³ وتُعتبر أيضًا تشريعات الحجر الصحي قديمة نسبيًا، وتشمل الأمثلة قانون الحجر الصحي لعام 1926 في نيجيريا²⁴⁴ وقانون الحجر الصحي لعام 1947 في غرينادا.²⁴⁵ ويعود مرسوم الحجر الصحي في سريلانكا إلى الحقبة الزمنية نفسها. أما ليسوتو²⁴⁶ وليبيريا²⁴⁷ فيعتمدان على تشريعات أحدث عهدًا، لكنها قديمة أيضًا لأنها تعود إلى سبعينيات القرن الماضي.

إلا أن تقادم القانون لا يجعله سيئًا بالضرورة، وربما خضعت التشريعات الواردة أعلاه إلى تعديلات حديثة، خلافًا لما يوحي به تاريخ التشريع. ومع ذلك، تختلف مفاهيم الصحة العامة والأمراض المعدية في القرن التاسع عشر أو أوائل القرن العشرين تمامًا عن مفاهيم اليوم. فلا يزال عدد من القوانين ينص على أحكام تتعلق بأمراض لم تعد منتشرة، مثل الجدري. وتعود هذه التشريعات أيضًا إلى حقبة لم يكن فيها السفر الدولي شائعًا ولم تكن عوامل الهجرة والبيئة والمناخ تحظى بالاهتمام الكافي ولم يُعرف فيها الإرهاب البيولوجي أو مقاومة مضادات الميكروبات. تُطرح إذن تساؤلات حول ما إذا كانت هذه التشريعات تتضمن أحكامًا تتلاءم مع مفاهيم العصر الحديث المتعلقة بعلم الأوبئة والظروف الحالية، أو ما إذا كانت تركز على هذه الأسس. وحتى في حالة القوانين الحديثة، من الضروري مراجعة التشريعات بانتظام لضمان ملاءمتها للسياق الحديث - مع ظهور مخاطر صحية جديدة وتغير تدابير مكافحتها.

تُظهر التشريعات التي تعكس المفاهيم الحديثة للطوارئ الصحية العامة في مختلف عمليات المسح. اعتمدت دول كثيرة مشمولة في العينة نهجًا مرئيًا أو "النهج الشامل لجميع المخاطر على الصحة العامة" في القوانين أو السياسات، وتتماشى هذه الخطوة مع نهج اللوائح الصحية الدولية الحالي. في سنغافورة مثلاً، يعمل قانون الأمراض المعدية على أساس قائمة الأمراض المحددة ولكنه يتضمن بنودًا شاملاً عامًا يُوسّع صلاحيات القانون لتشمل المخاطر الناشئة.²⁴⁸ ولا حاجة إذن إلى تعديل رسمي لقائمة الأمراض المحددة أو الإضافة إليها قبل محاولة إدارة المرض المستجد ضمن أحكام القانون. في جمهورية كوريا، تُعالج المسألة عن طريق تحديد مجموعات من الأمراض ولكن مع إمكانية إضافة

أمراض غير محددة من قبل أحد المسؤولين إذا برزت "مخاوف من انتقالها فجأةً إلى جمهورية كوريا أو انتشارها فيها وإذا تطلبت وقاية ومكافحة طارئتين".²⁴⁹

تشمل النهج البديلة إدراج الطوارئ الصحية العامة في التعريف العام "للكارثة" أو "حالة الطوارئ"، من خلال: (1) إدراج الأوبئة ونفشي الأمراض ضمن المخاطر التي قد تُسبب كارثة أو حالة طوارئ أو (2) تحديد الكارثة أو حالة الطوارئ وفقاً لحجم التهديد أو الاضطراب أو الضرر الذي يتعرض له المجتمع (بغض النظر عن السبب). ويتوافق ذلك أيضاً مع "النهج الشامل لجميع المخاطر على الصحة العامة" لأنه لا يقيّد صلاحيات وإجراءات حالات الطوارئ بمخاطر صحية محددة. يُشير مثلاً قانون حالات الطوارئ في جزر مارشال إلى "حالة طوارئ خطيرة [قائمة] تهدد الحياة أو الصحة أو الممتلكات"،²⁵⁰ وهذا تعريف واسع يشمل الطوارئ الصحية العامة. وفي أستراليا، يشمل تعريف "حالة الطوارئ" الوارد في تشريعات إدارة مخاطر الكوارث في فيكتوريا ونيو ساوث ويلز الطوارئ الصحية العامة. بالتالي، يمكن استخدام الصلاحيات الواردة في هذه التشريعات للتعامل مع الطوارئ الصحية العامة.²⁵¹

وتجدر الإشارة إلى أن الطريقة المحددة لتنفيذ "النهج الشامل لجميع المخاطر على الصحة العامة" في القوانين و/أو السياسات تعتمد على ظروف كل دولة، إلا أن عمليات مسح الطوارئ الصحية العامة تكشف عن طرق مختلفة تضمن الدول من خلالها إدراج أكبر مجموعة ممكنة من مخاطر الصحة العامة ضمن أطر إدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة المعتمدة.

4.3.2 الطوارئ الصحية العامة الثانوية

إنّ المشاكل المحددة المتعلقة بمفهوم الطوارئ الصحية العامة تتضمن الميل إلى اعتبار الطوارئ الصحية العامة بمثابة كوارث ثانوية أو تبعية، بدلاً من اعتبارها كوارث رئيسية. لم يعد هذا المنظور يسري عليها فعلاً اليوم نتيجة جائحة كوفيد-19، ولكنّ خطط التأهب للطوارئ الصحية العامة في السابق كانت تعتبرها بشكل أساسي ظواهر ناجمة عن كوارث أخرى. وتعطي عمليات مسح الطوارئ الصحية العامة في إيران مثلاً عن هذه الظاهرة. في إيران، تتمحور بشكل عام خطط الوقاية من الأمراض المعدية واحتوائها حول انتشار الأمراض في أعقاب الكوارث التي تسببها الأخطار الطبيعية وليس حول الاستجابة للوباء أو غيره من الطوارئ الصحية العامة بعد ذاتها.²⁵² لا شك أن الطوارئ الصحية العامة قد تنشأ من أنواع أخرى من الكوارث أو تتزامن معها، ولكن ينبغي أيضاً النظر فيها بعد ذاتها. بحث "مكتب الأمم المتحدة للحد من مخاطر الكوارث" هذه المسألة في إطار استعراضه لحكومة مخاطر كارثة جائحة كوفيد-19 في منطقة آسيا والمحيط الهادئ.

ويسلط الاستعراض الضوء على الاهتمام المحدود المخصص لإدارة الأخطار وحالات الطوارئ البيولوجية والتركيز على الأخطار الطبيعية في معظم استراتيجيات الحد من مخاطر الكوارث في منطقة آسيا والمحيط الهادئ. وتؤكد نتيجة ذلك الاستعراض على الحاجة إلى نهج متعدد المخاطر فعلاً لإدارة جميع المخاطر.²⁵³ ويترتب على ذلك ضرورة إدراج الطوارئ الصحية العامة الأولية والثانوية ضمن أطر إدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة.

التوصيات

1. يتعين على الدول مراجعة قوانينها وسياساتها وخططها المتعلقة بإدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة في حال لم تفعل ذلك مؤخراً، بهدف التأكد من انسجامها مع السياق الحديث، ووضع تشريعات جديدة أو تعديلها بشكل طارئ عند الاقتضاء.
2. يجب أن تحدد القوانين والسياسات والخطط المحلية أطرًا لإدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة، على نحو يكفل التأهب لأكبر مجموعة ممكنة من مخاطر الصحة العامة والاستجابة لها من خلال اعتماد "النهج الشامل لجميع المخاطر على الصحة العامة"، بالتوافق مع اللوائح الصحية الدولية.
3. يجب أن تضمن القوانين والسياسات والخطط المحلية أن أطر إدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة و/أو أطر إدارة مخاطر الكوارث تراعي الطوارئ الصحية العامة الأولية والثانوية في إطار نهج متعدد المخاطر.
4. ينبغي أن تضمن هذه القوانين و/أو السياسات كافة ما يلي:

أ. تأكيد أنواع مخاطر وظواهر الصحة العامة التي تتطلب وظائف التأهب والاستجابة.

ب. المرونة لضمان تطبيق وظائف التأهب والاستجابة على مخاطر الصحة العامة الجديدة والناشئة.

5. ينبغي مراجعة القوانين والسياسات والخطط المحلية المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة بانتظام للتأكد من انسجامها المستمر مع الغاية المنشودة ومراعاة جميع مخاطر الطوارئ الصحية العامة الحالية والناشئة، بما في ذلك الأمراض الفيروسية المستجدة والعوامل الممرضة والتكسينات والأخطار، مثل مقاومة مضادات الميكروبات.

4.3.3 مراحل إدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة

بالإضافة إلى ما سبق، إنَّ الإطار الشامل والمتكامل يجب أن ينطبق على جميع مراحل إدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة. تغيَّر مفهوم إدارة مخاطر الكوارث أو حوكمتها بدرجة كبيرة في السنوات الأخيرة، ولا سيما بعد إقرار إطار سينداي. لم تعد إدارة مخاطر الكوارث تقتصر على التخطيط والاستجابة للكوارث فحسب، بل باتت تتعلق أيضًا بالحد من مخاطر الكوارث والتعافي منها. ويجب بالتالي أن يراعي إطار إدارة مخاطر الكوارث الشامل، ولا سيما الإطار المتكامل، جميع مراحل إدارة مخاطر الكوارث، وهي:

- الحد من مخاطر الكوارث: تدابير تهدف إلى منع مخاطر الكوارث الجديدة والحد من مخاطر الكوارث الحالية وإدارة المخاطر المتبقية، ويساهم ذلك في تعزيز القدرة على الصمود وبالتالي تحقيق التنمية المستدامة.
- التأهب للكوارث: المعرفة والقدرات التي تُطوِّرها الحكومات، ومنظمات الاستجابة والتعافي، والمجتمعات، والأفراد، لتوقع آثار الكوارث المحتملة أو الوشيكة أو الحالية، والاستجابة لها والتعافي منها بفعالية.
- الاستجابة للكوارث: الإجراءات المتخذة قبل وقوع الكارثة مباشرة أو في أثنائها أو بعدها مباشرة لإنقاذ الأرواح والحد من الآثار الصحية وضمان السلامة العامة وتلبية الاحتياجات المعيشية الأساسية للأشخاص المتضررين.
- التعافي من الكوارث: استعادة أو تحسين سبل العيش والصحة، فضلاً عن الأصول والنظم والأنشطة الاقتصادية والمادية والاجتماعية والثقافية والبيئية في المجتمع المحلي أو المجتمع المتضرر من الكوارث، بالتوافق مع مبادئ التنمية المستدامة و"إعادة البناء على نحو أفضل"، لتجنب مخاطر الكوارث في المستقبل أو الحد منها.²⁵⁴

فالإطار الشامل لإدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة يجب أن يتطرق إلى هذه المراحل الرئيسية الأربع. يركز هذا التقرير بشكل أساسي على التأهب للطوارئ الصحية العامة والاستجابة لها – وتتناول أقسام أخرى هذه المراحل بالتفصيل – ولكن لا يمكن غَض النظر عن مرحلة الحد من مخاطر الطوارئ الصحية العامة والتعافي منها، ولو بإيجاز. يُعتبر ذلك مهمًا بشكل خاص لأن عمليات مسح الطوارئ الصحية العامة تشير إلى أن الأطر الحالية لإدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة لا تملك هيكلية صلبة ولا تتكامل جيدًا عبر المراحل الأربع كافة، على الرغم من القوانين التي تعتمدها الدول المشمولة في العينة للاستجابة للطوارئ الصحية العامة.

وكما ذُكر سابقاً، تنص تشريعات الطوارئ الصحيّة العامّة أو الصحة العامة أو الصلاحيات الاستثنائية في حالات الطوارئ، في الغالبية العظمى من الحالات، على الصلاحيات اللازمة للاستجابة للطوارئ الصحيّة العامّة. ويلفت هذا التقرير إلى أن الإجراءات القانونية للاستجابة للطوارئ الصحيّة العامّة لا تخلو من الثغرات، ولكنها تُنفَّذ بوضوح. يتناول القسم 4.6 مرحلة التأهب - والتخطيط لحالات الطوارئ على وجه الخصوص. لا تُعد الطريقة التي تُعالج بها هذه المرحلة شاملة، ولكن تتبع معظم الدول المشمولة في العيّنة شكلاً من أشكال عملية تخطيط الطوارئ الصحيّة العامّة، سواء في القوانين أو السياسات.

من جهة أخرى، تغيب بشكل ملحوظ إجراءات الحد من مخاطر الطوارئ الصحيّة العامّة والتعافي منها في القوانين والسياسات المحددة في عدد من عمليات المسح، وقد يُعزى ذلك إلى تشريعات الطوارئ الصحيّة العامّة القديمة العهد. وفي حال سُنت التشريعات قبل تطوير إطار سيناري والمفهوم الحديث الشامل لإدارة مخاطر الكوارث، فلن تشير على الأرجح إلى الحد من المخاطر أو التعافي منها. وإذا ارتكزت قوانين الطوارئ الصحيّة العامّة على تشريعات الصحة العامة، وليس تشريعات إدارة مخاطر الكوارث، فلن تتضمن أيضاً هذه العناصر (ربما لأن هذه المفاهيم لم تُدرج بعد بالكامل في مجال الصحة العامة، كما تفيد مبادئ بانكوك). ومع ذلك، من الضروري أن تحرص الدول على إدراج مرحلتَي الحد من المخاطر والتعافي ضمن أطر إدارة مخاطر الطوارئ الصحيّة العامّة، في حال لم تفعل ذلك بعد.

الحد من مخاطر الطوارئ الصحيّة العامّة

في حال لم تتوضّح الصورة من قبل، أدّت جائحة كوفيد-19 إلى نشر الوعي بشأن المخاطر الكبيرة التي تشكلها الأمراض الحيوانية المصدر. وتشير التقديرات إلى أن أكثر من 6 من أصل 10 أمراض معدية معروفة لدى البشر قد تنتقل من الحيوانات، و3 من أصل 4 أمراض معدية جديدة أو ناشئة لدى البشر هي أمراض حيوانية المصدر.²⁵⁵ وتشمل عوامل الخطر الرئيسية للأمراض الحيوانية المصدر "توسع تربية الماشية على نحو غير منظم واختراق الموائل البكر، فيتسبب ذلك بزيادة الاتصال بين الحيوانات الأليفة والبشر والحيوانات البرية".²⁵⁶ وأثرت أيضاً التغييرات في أنماط السفر والسياحة والتجارة على علم الأمراض الحيوانية المصدر.²⁵⁷ تتطلب المعالجة الفعالة لمخاطر الأمراض الحيوانية المصدر "تهج الصحة الواحدة" الذي يتميز بمشاركة قطاعات الصحة العامة والحيوانية والنباتية، فضلاً عن القطاع البيئي، والتنسيق بينها. وتشمل المخاطر الرئيسية الأخرى على الصحة العامة، مقاومة مضادات الميكروبات، التي ينبغي اعتبارها أيضاً جزءاً من مرحلة الحد من المخاطر. وعلى غرار تغير المناخ الذي يشكل خطراً طويل الأمد وبطيء التطور في مجال إدارة مخاطر الكوارث الأوسع نطاقاً، تشكل مقاومة مضادات الميكروبات خطراً مماثلاً في المجال الصحي.

لا يجوز أن يتجاهل أي إطار لإدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة هذه الأسباب الجذرية. وتراعي بالفعل بعض الأطر هذه الأسباب، على غرار خطة أميركا الشمالية للإنفلونزا/الحيوانية والوبائية (تركيز إضافي) التي وُضعت مثلاً بعدما درست الولايات المتحدة وكندا والمكسيك انتشار جائحة إنفلونزا H1N1 في عام 2009 والمشاكل المحتملة الناجمة عنها.²⁵⁸ وفي إنكلترا وويلز، تتطلب تشريعات الصحة الحيوانية وضع خطط وطنية لحالات الطوارئ واتخاذ إجراءات خاصة لمكافحة الأمراض الحيوانية المصدر.²⁵⁹ ينص أيضاً قانون الصحة العامة في ليبيريا على التعامل مع الأمراض الحيوانية المصدر،²⁶⁰ ويشير على وجه الخصوص إلى منصة "الصحة الواحدة".²⁶¹

تشير الطبيعة المحدودة لتحاليل الحد من المخاطر في عمليات مسح الطوارئ الصحية العامة إلى عجز التقرير عن تقديم تعليقات تُذكر بشأن قوانين الدول أو سياساتها للحد من مخاطر الطوارئ الصحية العامة.²⁶² لا شك أن الأبحاث والتقارير الإضافية ستعمق في تفاصيل هذا الجانب من الطوارئ الصحية العامة. أما فيما يتعلق بالقوانين و/أو السياسات التي تسمح بوضع أطر شاملة لإدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة، فقد شددت الدراسات والتقارير الخاصة بجائحة كوفيد-19 على الحاجة إلى الحد من مخاطر الطوارئ الصحية العامة في المستقبل. وتؤكد بالفعل مبادرة "الصحة الواحدة" على الحاجة إلى إشراك و/أو التنسيق مع الجهات الفاعلة في مجال الصحة الحيوانية والنباتية والبيئية في جميع مراحل إدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة/تسلسل إدارة مخاطر الكوارث.

التعافي من الطوارئ الصحية العامة

على غرار الحد من المخاطر، لا تتناول عمليات المسح مرحلة التعافي من الطوارئ الصحية العامة على وجه التحديد. تتطرق عمليات المسح إلى دور القانون في التخفيف من آثار الطوارئ الصحية العامة، ويشمل ذلك نقاشاً حول التدابير الأولية لبدء عملية التعافي بعد جائحة كوفيد-19. بالإضافة إلى ذلك، يمكن دعم التعافي بعد الجائحة من خلال عدد من التدابير الاقتصادية والاجتماعية والتعليمية المعتمدة للتخفيف من التداعيات المباشرة.

ولكن نظراً لنقص المعلومات المتعلقة بالتعافي في عمليات مسح الطوارئ الصحية العامة، لا يمكن في هذه المرحلة سوى التشديد على ما يلي: على غرار الحد من المخاطر، إذا أرادت الدول وضع أطر شاملة لإدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة، يجب أن تشمل جميع مراحل سلسلة إدارة المخاطر، ومن بينها مرحلة التعافي.

التوصيات

1. ينبغي على القوانين والسياسات والخطط المحلية لإدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة أن:

أ. تراعي التطورات الأوسع نطاقاً في إدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة، مثل "نهج الصحة الواحدة" والاعتراف المتزايد بأهمية تدابير الحد من المخاطر.

ب. تنص على تدابير للحد من مخاطر الطوارئ الصحية العامة، بما في ذلك عن طريق ضمان تنسيق التدابير والأنشطة مع قطاعات الصحة الحيوانية والنباتية والبيئية (والجهات الفاعلة الأخرى ضمن إطار مبادرة "الصحة الواحدة").

ج. تعالج مرحلة التعافي من خلال تضمين أحكام لتمكين ودعم التعافي من الطوارئ الصحية العامة.

4.4 التنسيق والقيادة²⁶³

4.4.1 التنسيق

يفيد تقرير التأهب للكوارث والاستجابة لها بأن "التنسيق غير الكافي ما زال يمثل مشكلة خطيرة في عمليات الاستجابة للكوارث الدولية والمحلية"، وذلك في سياق إدارة مخاطر الكوارث الأوسع نطاقاً. ويبيّن مسح أجراه الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر في الوقت عينه وشمل عاملين في مجال إدارة الكوارث والعمل الإنساني ما يلي:

"يشكل التنسيق غير الكافي المشكلة التنظيمية الأكثر شيوعاً في الاستجابة الدولية والمحلية للكوارث. . . وهي المشكلة التنظيمية التي تخلف الأثر الأكبر على كفاءة عمليات الاستجابة للكوارث وفعاليتها. حُدد نوعان مختلفان من مشاكل التنسيق على المستوى المحلي: الثغرات في التنسيق بين مختلف الوكالات القطاعية و/أو مستويات الحكومة، والثغرات في التنسيق بين الجهات الفاعلة الحكومية وغير الحكومية، ومن بينها الجهات الفاعلة الدولية".²⁶⁴

للأسف، تشير عمليات المسح إلى مشهد مماثل في تنسيق الطوارئ الصحية العامة. وقد تشير هذه النتيجة قلقاً أكبر، نظراً إلى ضرورة تنسيق الأنشطة بين عدد هائل من الجهات الفاعلة من قطاعات مختلفة، وهو ما أظهرته جائحة كوفيد-19. بالإضافة إلى ذلك، تُظهر عمليات

مسح الطوارئ الصحية العامة أن عدد الوكالات المشاركة في القطاع، ولا سيما قطاع الصحة، يضيف نوعاً آخر من مشاكل التنسيق في الطوارئ الصحية العامة: لا يجب الاكتفاء بالتنسيق بين القطاعات، بل ينبغي أيضاً وضع آليات تنسيق داخل القطاعات وحتى داخل وكالات معينة.

تُفيد عمليات مسح الطوارئ الصحية العامة عن مجموعة متنوعة من آليات التنسيق، وعلى غرار الأطر القانونية الشاملة للطوارئ الصحية العامة (مراجعة القسم 4.2)، يمكن تقسيم آليات التنسيق بشكل عام إلى ثلاث فئات: آليات تقتصر على الطوارئ الصحية العامة، وآليات هجينة، وآليات تقتصر على إدارة مخاطر الكوارث. ولكن خلافاً للأطر القانونية الشاملة، تشير غالبية عمليات مسح الطوارئ الصحية العامة إلى أن إجراءات التنسيق الرئيسية المعتمدة في الطوارئ الصحية العامة واردة في قوانين و/أو سياسات إدارة مخاطر الكوارث العامة. في كولومبيا مثلاً، يتوقّر نظام تنسيق مفصل، أنشئ بموجب تشريعات إدارة مخاطر الكوارث.²⁶⁵ وعلى نحو مماثل، يتمّ تنسيق الاستجابة لجائحة كوفيد-19 في جنوب أفريقيا من خلال مركز إدارة الكوارث وفقاً لإجراءات إدارة مخاطر الكوارث الأوسع نطاقاً.²⁶⁶

وحتى البلدان التي تعتمد الأطر القانونية المقتصرة على الطوارئ الصحية العامة، فهي تُفضّل على ما يبدو استخدام آليات تنسيق إدارة مخاطر الكوارث للاستجابة للطوارئ الصحية العامة. وقد تشمل هذه الآليات آليات فرعية خاصة بالطوارئ الصحية العامة - مثل اللجان الفرعية التابعة للجان الرئيسية - ولكنها تعمل ضمن إطار إجراءات إدارة مخاطر الكوارث العامة. في أستراليا، تستند إجراءات التنسيق الرئيسية إلى أطر إدارة مخاطر الكوارث العامة. وفي المملكة المتحدة التي تملك إطاراً لإدارة المخاطر يقتصر على الطوارئ الصحية العامة في المقام الأول، يُفوّض تنسيق إجراءات التأهب والاستجابة للطوارئ الصحية العامة من خلال التشريعات المتعلقة بحالات الطوارئ العامة ومفهوم الاستجابة لحالات الطوارئ العام لتوجيه العمليات.²⁶⁷ كذلك، ترد في الإمارات العربية المتحدة صلاحيات الاستجابة للطوارئ الصحية العامة في قانون مكافحة الأمراض المعدية، وتُنسّق الاستجابة للطوارئ الصحية العامة من خلال الهيئة الوطنية لإدارة الطوارئ والأزمات والكوارث، المكلفة بإدارة الكوارث كافة.²⁶⁸

يملك على ما يبدو عدد قليل من الدول المشمولة في العينة آليات تنسيق للصحة العامة حصراً. وتتوفر عادةً هذه الآليات، إن وُجِدَت، لأن الدول وضعت آليات تنسيق مخصصة لجائحة كوفيد-19، بدلاً من الاعتماد على آليات التنسيق الدائمة. في بلغاريا مثلاً، وضعت آلية خاصة بجائحة كوفيد-19 بسبب غياب إجراءات التنسيق الدائمة، وذلك وفق ما أفادت به المعلومات.²⁶⁹ وفي سيراليون، ترأست وزارة الصحة جهود التنسيق، ووُصفت هذه الجهود بالشمولية، إذ دعت إلى مشاركة الكيانات الرئيسية لمبادرة "الصحة الواحدة"، والأطراف السياسية كافة،

وفريق الاستجابة لمرض الإيبولا الذي ترأس الاستجابة لتفشي فيروس الإيبولا بين عامي 2013 و2016.²⁷⁰ ولا تعتمد على ما يبدو الدول المشمولة في العينة على آليات تنسيق دائمة خاصة بالطوارئ الصحية العامة، إلا في حالات قليلة.

ينطبق التصنيف نفسه على إجراءات التنسيق خلال مرحلة التأهب. وترد إذاً متطلبات تقييم المخاطر وإعداد الخطط في تشريعات إدارة مخاطر الكوارث العامة عادةً. في المملكة المتحدة مثلاً، تضطلع كل منظمة رعاية صحية مسؤولة عن الاستجابة للطوارئ الصحية العامة بواجب تقييم مخاطر الطوارئ الصحية العامة وإعداد خطط لهذه المخاطر، وذلك بموجب القانون العام للتخطيط لحالات الطوارئ.²⁷¹

وبالتالي تُظهر الصورة العامة أن الترتيبات الخاصة بالتنسيق أو بمعنى آخر بإدارة (1) الاستعداد للطوارئ الصحية العامة و(2) الاستجابة للطوارئ الصحية العامة، واردة بشكل شائع في تشريعات و/أو سياسات إدارة مخاطر الكوارث العامة. ومع ذلك، يجب التأكيد على أن هذا التقييم واسع النطاق بشكل كبير ويستند فقط إلى محتوى التشريعات والخطط المحددة في عمليات المسح المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة. إضافةً إلى ذلك، تجدر الإشارة إلى أن حقيقة أن آليات التنسيق الخاصة بالطوارئ الصحية العامة عادة ما يتم تحديدها بواسطة قوانين أو سياسات عامة في إطار إدارة مخاطر الكوارث لا تعني أن وكالات إدارة مخاطر الكوارث هي المسؤولة عن الاستجابة للطوارئ الصحية العامة. في حالات الطوارئ الصحية العامة، تنص هذه القوانين أو السياسات في كثير من الأحيان على جهة فاعلة أخرى، غالباً ما تكون وزير الصحة، لقيادة الاستجابة وترؤس مركز عمليات الطوارئ مثلاً أو الهيكلية التي تعادله. ولا يمكن تكوين فكرة عن تطبيق هذه الترتيبات عملياً أو، على سبيل المثال، كيفية عمل مراكز عمليات الطوارئ أو الكوارث في حالات الطوارئ الصحية العامة. ولكن، يمكن القول إنه من الضروري تحديد آليات التنسيق وفهمها بوضوح.

وتتمثل ميزة الاعتماد على أحكام إدارة مخاطر الأزمات لتنسيق الطوارئ الصحية العامة في أنها قد تعالج بالفعل بعض تحديات التنسيق الراسخة والمفهومة على نطاق واسع والمحددة في تقرير التأهب للكوارث والاستجابة لها. وفي حال تم إنشاء آليات تنسيق منفصلة خاصة بالطوارئ الصحية العامة، قد يظهر خطر "التكرار" واحتمال الازدواجية و/أو التعارض. ففي حين أن آليات التنسيق الخاصة بالطوارئ الصحية العامة قد تسمح بتحديد المشاركين في القطاع الصحي بشكل أفضل، إلا أن الخطر يتمثل في التركيز الشديد على القطاع وإشراك المزيد من المشاركين وعدم مراعاة القضايا الأوسع نطاقاً التي أظهرتها جائحة كوفيد-19 والمتعلقة بالطوارئ الصحية العامة.

قليلة هي المراجع في عمليات المسح المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة المعنية بالنوع الثاني من التنسيق أي التنسيق داخل القطاع أو داخل المنظمة. ويُعتبر هذا الأمر مهمًا بشكل خاص في هياكل الرعاية الصحية التي تظهر في حالات الطوارئ الصحية العامة. وفي حين أنّ عمليات المسح المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة تحتوي على أمثلة لأحكام تتطلب التنسيق بين وزارة الصحة والوزارات الأخرى، لا يتم ذكر الكثير من القوانين التي تتطلب من وزارة الصحة تنسيق الاستجابة داخل إداراتها أو وكالاتها. وقد لا يُمثّل هذا الأمر مشكلة كبيرة حيث تبرز "هيئة صحية" مركزية واحدة، ولكن قد يكون الوضع حرجًا في حال تم رفع المسؤولية عن جوانب مختلفة من الصحة العامة أو تقاسمها بين العديد من الإدارات أو الوحدات أو الوكالات. والجدير بالذكر أنّ ثمة أمثلة على القوانين أو السياسات التي تسعى إلى معالجة هذا الأمر، ولكن حتى في ظل هذه الترتيبات، تظهر بعض الفجوات. فالمشاركون في تقديم خدمات صحية أوسع نطاقًا، مثل الصيدلة أو عاملي الرعاية من المنزل أو موردي الأدوية أو معدات الوقاية الشخصية، قد لا يحظون جميعًا بإمكانية الوصول مباشرةً إلى هذه الترتيبات.

بشكل عام، في حين أنّ عمليات المسح المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة لا تُشير إلى فعالية آليات التنسيق لحالات الطوارئ الصحية العامة، إلا أنها توضح أهمية مبادئ وتوصيات التنسيق الموضحة في تقرير التأهب للكوارث والاستجابة لها²⁷²، مثل الحاجة إلى الوضوح و(كما هو محدّد في القسم 4.5 أدناه) الحاجة لإشراك جميع المعنيين.

التوصيات

1. يجب أن تُسهّل القوانين والسياسات والخطط المحلية في إطار إدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة:

أ. التنسيق الأفقي بين الوكالات القطاعية المختلفة وداخلها؛

ب. والتنسيق العمودي بين مختلف مستويات الحكومة؛

ج. والتنسيق بين الجهات الفاعلة الحكومية وغير الحكومية، بما في ذلك الجهات الفاعلة الدولية (عندما ينطبق ذلك).

2. وبالتالي، على القوانين والسياسات والخطط المحلية لإدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة:

أ. إنشاء آليات تنسيق تشمل ممثلين من:

i. جميع الوكالات القطاعية ذات الصلة،

ii. وجميع الإدارات ذات الصلة في إطار الوكالات القطاعية،

iii. وجميع مستويات الحكومة،

iv. وجميع الجهات الفاعلة غير الحكومية ذات الصلة؛

ب. تحديد أدوار ومسؤوليات واضحة لجميع الجهات الفاعلة؛

ج. فرض التزامات على الجهات الفاعلة لعقد الاجتماعات بانتظام وتبادل المعلومات، ولضمان فعالية آليات التنسيق.

4.4.2 القيادة والمسؤولية القيادية

ترتبط القيادة ارتباطاً وثيقاً بالتنسيق الفعال وتحظى بأهمية بشكل عام في أطر إدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة. وتُظهر عمليات المسح المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة أنه يتم تفسير القيادة أو المسؤولية القيادية بطرق مختلفة. أولاً، هناك قيادة قانونية حيث تُحدّد القوانين²⁷³، صراحةً، الجهة التي تتحمل المسؤولية الرئيسية ومن يمكنه على سبيل المثال وضع لوائح الطوارئ أو ممارسة الصلاحيات الاستثنائية الرئيسية.

تُمنح هذه المسؤولية بشكل شائع في قوانين الطوارئ الصحية العامة لوزير الصحة (أو ما يعادله) أو وزارة الصحة أو كبار المسؤولين في تلك الوزارة. أما القيادة/التنفيذية فلا يتم إسنادها دائماً إلى الجهة الفاعلة نفسها. في بعض الحالات، تُعطى هذه المسؤولية إلى مكتب أو هيئة عامة لإدارة الكوارث، ولكن في حالات أخرى يمكن إسنادها إلى قسم أو مسؤول معين داخل وزارة الصحة. ويظهر العديد من الأمثلة حيث يتم توزيع مهام القيادة القانونية والتشغيلية أو حتى منحها طابعاً جماعياً (من خلال إنشاء مجلس أو لجنة مثلاً).

في بعض الحالات، يضطلع الرئيس أو رئيس الحكومة بالدور القيادي في إطار الاستجابة لجائحة كوفيد-19، لا سيما عند إعلان حالة طوارئ. ويثير ذلك مشكلةً أخرى، وهي الصراع المحتمل بين المسؤولية القانونية لقيادة الاستجابة والقيادة السياسية. وعند ظهور حالة من الطوارئ الصحية العامة بحجم جائحة كوفيد-19، لا يُعقل ألا يكون رئيس الدولة أو رئيس الحكومة مسؤولاً عن الاستجابة، ومع ذلك باستثناء الحالات التي يتم فيها إعلان حالة طوارئ، تمنح القوانين عادةً الصلاحيات القانونية لوزير أو مسؤول معين. والجدير بالذكر أنه ثمة استثناءات معينة مثل نيوزيلندا، حيث يُمنح رئيس الوزراء بالتشاور مع وزير الصحة وبشكل صريح سلطةً تسمح له بإصدار مذكرات رسمية لتنفيذ الصلاحيات الاستثنائية.²⁷⁴ ولكن، في معظم الحالات، تبرز أدلة على احتمال وجود تداخل في المسؤوليات. ولا تذكر عمليات المسح المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة ما إذا كان ذلك قد أصبح حقيقة أم لا، وسيطلب الأمر المزيد من البحث لتأكيدده، إنما من حيث المبدأ يجب تجنب المسؤوليات المربكة أو غير المؤكدة.

إنَّ المسؤوليات المتداخلة والمتضاربة أحياناً قد تُمثِّل مشكلةً إذا تمَّ إعطاء مسؤوليات قيادية لعدد من الهيئات. غير أنَّ المسؤولية المشتركة ليست بالضرورة مشكلة في حد ذاتها. ففي غالبية عمليات المسح المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة، تمنح قوانين الطوارئ الصحية العامة وزير الصحة أو وزارة الصحة (بشكل أو بآخر) الدور القيادي الرئيسي. ومع ذلك، فإنَّ معظم عمليات المسح تحدد الجهات الفاعلة الأخرى باعتبارها تلعب دوراً معيَّناً في قيادة الاستجابة لجائحة كوفيد-19. ويمكن تقاسم القيادة بشكل أفقي (أي بين الإدارات الحكومية) أو بشكل عمودي، خاصةً في الدول الفيدرالية أو شبه الفيدرالية. وفي ظل وجود حالة من الطوارئ الصحية العامة بحجم جائحة كوفيد-19، قد لا يطرح هذا الأمر مشكلةً: فيجب أن تتم الاستجابة على المستوى الوطني. ولكنَّ عددًا من الدول يُطبِّق نهجاً "تصاعدياً"، ما يعني أنه في حالة الوباء المحصور جغرافياً، قد يتم تطبيق ترتيبات قيادية أخرى. تُشير إحدى عمليات المسح إلى المشاكل التي قد تطرأ في حال عدم وضوح المسؤوليات بين مستويات الحكومة، إذ نشأ نزاعٌ حول الصلاحيات الممنوحة للرئيس والقادة الإقليميين في إطار قضايا الصحة العامة. فقام حاكم إحدى المقاطعات باتخاذ قرار فردي بتطبيق الإغلاق الشامل في مقاطعته، ولكن تم الطعن في القرار من قبل وزير الصحة الذي اعتبر أنه وحده المسؤول عن إدارة الاستجابة لجائحة كوفيد-19.²⁷⁵

كذلك، تُحدِّد عمليات المسح إمكانية تغيير أو اختلاف القيادة خلال حالة الطوارئ الصحية العامة بحسب الصلاحيات التي تتم ممارستها و/أو التشريعات التي تنص على هذه الصلاحيات.

من الواضح أن تحديد الشخص (أو الأشخاص) أو المسؤول (أو المسؤولين) الذي (ن) يقوم (ون) بالدور القيادي قبل وأثناء وبعد حالة الطوارئ الصحية العامة هي عملية تقوم بها كل دولة: وسيعتمد النهج المختار على ظروف كل دولة، وعلى طريقة تعيين المهام فيها، وعلى الإطار الدستوري، وعلى طبيعة الصلاحيات التي يجب ممارستها، وتوقيتها.

وأهم ما في الأمر هو ضرورة التحديد الواضح لترتيبات القيادة، والوظائف التي تتحملها الجهات الفاعلة المسؤولية الرئيسية فيها، والنقاط التي تنشأ فيها تلك المسؤوليات قبل ظهور أي حالة طوارئ عامة، مع الإشارة إلى أنَّ هذه النقطة الأساسية مذكورة بشكل متكرر في هذا التقرير.

التوصيات

يجب أن تضمن القوانين والسياسات والخطط المتعلقة بإدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة ما يلي:

1. أن يتم تحديد الشخص (أو الأشخاص) أو الوكالة (أو الوكالات) الذي/التي يتحمل/تتحمل المسؤولية القيادية في الإجراءات

قبل وأثناء وبعد حالة الطوارئ الصحية العامة بوضوح (بما في ذلك القيادة والتوجيه في مركز عمليات الطوارئ إذا وُجد)؛

2. أن يتم تحديد طبيعة الدور القيادي ووظائف وصلاحيات "القائد" بشكل واضح؛
3. أن يتم تجنب أو معالجة أي نزاعات محتملة بين الأشخاص أو الوكالات التي تمارس أدوارًا قيادية.

4.5 المشاركة والتمثيل

4.5.1 المقدمة

يوصي تقرير التأهب للكوارث والاستجابة لها بأنه عند إنشاء أو إصلاح مؤسسات معنية بالتأهب للكوارث والاستجابة لها، يجب على صانعي القرار تبني نهج شامل (على صعيد المجتمع والدولة ككل)، بحيث يسمح لجميع الجهات المعنية بالمشاركة في المؤسسات: "يسمح النهج الشامل بتسخير جميع الموارد المتاحة وتعزيز مبدأ حماية الفئات المستضعفة وإدماجها"²⁷⁶. ويشجع إطار سندي مثل هذا النهج الشامل، كما تدعمه مبادئ بانكوك.

لقد بينت جائحة كوفيد-19 لجميع الدول أن الطوارئ الصحية العامة الواسعة النطاق قد تتطلب القيام بإجراءات معينة على كل مستويات الحكومة تقريباً وفي كل قطاع وكل منطقة وكل مجتمع، ومن قبل كل فرد، لا سيما وأنها قد تؤثر على جميع هذه الجهات. بالتالي، فإن كلاً من هذه المستويات والقطاعات والمناطق والمجتمعات المحلية والأفراد يضطلع بدور معين وبمصلحة معينة في سياق إدارة جميع مراحل الطوارئ الصحية العامة (الحد من المخاطر والتأهب لها والاستجابة لها والتعافي).

لذلك، يمكن القول إن النهج الشامل يكتسب أهمية قصوى في حالات الطوارئ الصحية العامة، مقارنةً بأنواع الكوارث الأخرى. ولكن للأسف، تُشير عمليات المسح المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة إلى أن النهج الشامل لكل المجتمع والمُعتمد لإدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة لم يُترجم بعد إلى واقع ملموس على الأرض.

4.5.2 النهج الشامل للدولة

تشير عمليات المسح المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة إلى أن نطاقاً واسعاً جداً وعدداً كبيراً من الإدارات الحكومية أو العامة والمنظمات والوكالات قد يُشارك في إدارة حالة الطوارئ الصحية العامة. على سبيل المثال، تشير عملية المسح في البرازيل إلى الوكالة الوطنية للترصد الصحي، وأمانة الترصد الصحي، ومركز الاستجابة السريعة لحالات الطوارئ الوبائية، فضلاً عن مؤسسة الصحة الوطنية، مع العلم أنها جميعها تشارك في إدارة الطوارئ الصحية العامة²⁷⁷. والجدير بالذكر أنه في غالبية الدول المشمولة في العينة، تضم الاستجابة وزير الصحة

وزارة الصحة وكبار المسؤولين الطبيين. وفي بعض الدول المشمولة في العينة، تلعب مراكز مكافحة الأمراض دورًا رئيسيًا كما هو الحال بالنسبة لمركز مكافحة الأمراض في جمهورية كوريا مثلًا.²⁷⁸

وفي جميع دول العينة تقريبًا، تلعب الإدارات أو الوكالات العامة لإدارة مخاطر الكوارث دورًا معينًا رغم أنه قد يختلف بحسب فئة إطار العمل (راجع القسم 4.2) وآليات التنسيق القائمة (راجع القسم 4.4). تصف عملية مسح الطوارئ الصحية العامة في كولومبيا أحد الهياكل الأكثر تفصيلاً، وهو النظام الوطني لإدارة مخاطر الكوارث (Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres). فتُحدّد بالتفصيل الجهات الحكومية الرئيسية، من رئيس الجمهورية وصولاً إلى مدير الوحدة الوطنية لإدارة مخاطر الكوارث.²⁷⁹ وتجدر الإشارة إلى بروز قائمة أقل تنظيمًا وإنما واسعة النطاق من الجهات الفاعلة في عملية المسح المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة في بابوا غينيا الجديدة. فتُشير عملية المسح إلى أنّ الجهات التالية تضطلع بأدوار محددة في إطار الاستجابة للطوارئ الصحية العامة في بابوا غينيا الجديدة: المجلس التنفيذي الوطني، واللجان المعنية بحالات الطوارئ العامة والطوارئ المؤقتة، ورئيس الدولة، ومركز الترصد الوطني، والمراقب ونائب المراقب اللذين يُعيّنهما رئيس الدولة، والمجلس الاستشاري التقني، ومراكز المراقبة الإقليمية، والمسؤولون الإقليميون، واللجان الاستشارية الإقليمية، وقوات الدفاع، ولجنة الشؤون المالية والتوريد.²⁸⁰

أما فيما يتعلق بأنواع التدابير المختلفة المتخذة للاستجابة أو التخفيف من آثار جائحة كوفيد-19 (تمت مناقشة العديد منها في الجزء ج)، فمن الواضح أن اعتماد النهج الشامل أساسي في الطوارئ الصحية العامة. بالإضافة إلى الجهات الفاعلة الحكومية في مجال الصحة وإدارة مخاطر الكوارث العامة، تبرز الحاجة إلى إشراك المزيد من الوزارات أو السلطات. كذلك، تم تقديم أمثلة حول الأدوار المهمة الموكلة إلى أنواع أخرى من الوزارات أو السلطات. في كوريا مثلًا، تقوم "وزارة الداخلية والسلامة" بجمع البيانات والمعلومات المتعلقة بالمخاطر، بما في ذلك المعلومات عن "الظواهر الاجتماعية" (التي تشمل الأمراض المعدية)، كما أنّها مسؤولة عن مؤشر الأمان في إطار الحكومات المحلية.²⁸¹ وتجدر الإشارة إلى أنّ وكالة حماية البيئة في ليبيريا غير مسؤولة فقط عن المخاطر البيئية وإنما عن الحالات التي قد تشكل تهديدًا خطيرًا للصحة العامة أيضًا.²⁸² أما في دول أخرى فتتولّى وزارات الداخلية أو العدل مسؤولية فرض بعض القيود المطلوبة أو على الأقل تأمين إنفاذها.

وقد عملت وزارات التعليم على إغلاق المدارس وتوفير التعليم البديل، ووضعت وزارات المالية خططًا لحماية الشركات والمؤسسات، ودعم التوظيف المستمر، أو توفير مزايا الرعاية الاجتماعية في حال تعدّد التوظيف، كما أغلقت وزارات النقل ووزارات الخارجية الحدود ودعمت الجهود المبذولة لإعادة المواطنين إلى ديارهم، فضلًا عن تحديد شروط الحجر الصحي.

قد تشمل حالات الطوارئ الصحية العامة الواسعة النطاق أيضًا جميع مستويات الحكومة. لذلك، من المهم الاعتراف بدور الهياكل الحكومية المحلية، وبأدوار ومسؤوليات الحكومات في الدول الفيدرالية أو شبه الفيدرالية. ويكتسب ذلك أهمية خاصة حيثما اعتمدت الدول، على الأقل في البداية، نهجًا تصاعديًا بدلًا من النهج التنازلي في مجال التخطيط والاستجابة.²⁸³ في الواقع، بما أنه من المحتمل أن تكون العديد من حالات الطوارئ الصحية العامة محلية بطبيعتها (على الأقل في البداية)، يجب أن تكون الجهات الفاعلة الحكومية المحلية من بين الجهات الفاعلة الأولى المدرجة في أي إطار عمل لإدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة.

4.5.3 النهج الشامل للمجتمع

تُشير عمليات المسح إلى أن أطر إدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة تتمحور بالدرجة الأولى حول الجهات الحكومية التي قد تستجيب انطلاقًا من مفهوم شمولية الدولة، بدلًا من الجهات غير الحكومية أو التي قد تتضرر من حالة الطوارئ الصحية العامة أو تتأثر بها. للأسف، تُظهر أدلة محدودة في عمليات المسح المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة أن الدول قد اعتمدت حتى الآن نهجًا شاملاً للمجتمع عند إدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة. ويتضح ذلك بصورة خاصة إذا كانت هذه الأطر تُركّز على الطوارئ الصحية العامة و/أو تستند إلى قوانين الصحة العامة القديمة نسبيًا. أما في الدول المشمولة في العينة والتي يبرز فيها ميلٌ إلى إدراج عملية إدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة ضمن أطر إدارة مخاطر الكوارث العامة، و/أو في الدول حيث بدأ تبني مبادئ إطار سِندي، فتُظهر بعض الأدلة الاعتراف بالحاجة إلى إشراك مجموعة أكبر من المعنيين، مثل الجمعيات الوطنية التابعة للحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر.

تجدر الإشارة إلى أن مشاركة جميع الجهات المعنية، لا سيما ممثلي المجتمعات المحلية والفئات المستضعفة، لا تزال تُمثّل مشكلةً في معظم الدول المشمولة في العينة. وقد تبرز إشكالية لناعية تحديد التمثيل المناسب لمجتمعات أو مجموعات معينة، وقد تعتبر الحكومات (المركزية أو المحلية) أنها تُمثّل سكانها بالفعل. ولكن، يُشجّع إطار سِندي على مشاركة المجتمع المحلي على نطاق أوسع. ويظهر العديد من الأمثلة في الدراسات وفي تقرير التأهب للكوارث والاستجابة لها وفي بعض عمليات المسح المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة، حول المنافع المحتملة لمشاركة المزيد من المجموعات غير الرسمية من المجتمع المحلي. كذلك، يمكن أن يؤدي إشراك المجتمع المحلي بأكمله إلى تحسين المراقبة (أي تحديد حالات تفشي الأمراض مبكرًا) والتواصل. كما يمكن أن تساعد المشاركة المبكرة والمستمرة في ضمان تلقي المجتمعات المحلية معلومات دقيقة حول المخاطر على الصحة العامة وإدارة الطوارئ الصحية العامة.

ولا بدّ من التنويه بأنّ عدم اعتماد نهج حقيقي شامل للمجتمع لا يعني فقط (1) استبعاد أو إغفال الأشخاص الذين لهم مصلحة كبيرة في إرساء ترتيبات الاستجابة الفعالة فحسب، وإنما يعني أيضًا (2) أنّ المجموعات التي يمكن أن تُقدّم مساهمة مهمة في إدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة لا تحظى بفرصة كافية للقيام بذلك. وعلى الرغم من هذا الاتجاه العام، تبرز بعض الاستثناءات. ففي كولومبيا، تم إنشاء نظام فرعي وطني للمتطوعين المعنيين بتقديم الاستجابة الأولى (Subsistema Nacional de Voluntarios de Primera Respuesta)²⁸⁴، وهو يضم أفرادًا من الدفاع المدني والنظام الوطني لرجال الإطفاء والصليب الأحمر الكولومبي.²⁸⁵ وتجدر الإشارة إلى أنّ المجلس الوطني الفلبيني للحد من مخاطر الكوارث وإدارتها يتألف من ممثلين من عدة إدارات حكومية وطنية، والجيش، والشرطة، وممثلين عن الصليب الأحمر الفلبيني، ومنظمات خدمة المجتمع، والقطاع الخاص، وأربعة مستويات من الحكومة دون الوطنية، بالإضافة إلى ممثلة من اللجنة الفلبينية لشؤون المرأة. ويفرض القانون إنشاء مثل هذه المؤسسة في كل مقاطعة ومدينة وبلدية وقرية، ما يضمن مشاركة واسعة للجهات المعنية على كلّ مستويات الحكومة.²⁸⁶ غير أنّ مثل هذه الاستثناءات تُعتبر نادرة.

ويخلص تقرير التأهب للكوارث والاستجابة لها إلى ما يلي:

"يسمح النهج الشامل للمجتمع والشامل للدولة بتسخير جميع الموارد المتاحة، ويعزز حماية الفئات المستضعفة وإدماجها. يشمل أصحاب المصلحة الذين ينبغي إشراكهم وتمثيلهم في عملية التأهب للكوارث والاستجابة لها، على سبيل المثال لا الحصر: الجهات الحكومية المعنية من جميع مستويات الحكومة (مثل مؤسسات الأرصاد الجوية؛ وإدارات الصحة والتعليم والإسكان؛ والجيش والشرطة؛ والمؤسسات الوطنية لحقوق الإنسان؛ وأمناء المظالم)؛ والجمعيات الوطنية؛ وكيانات القطاع الخاص (مثل شركات الاتصالات والطاقة)؛ والمؤسسات الأكاديمية والبحثية؛ ومنظمات المجتمع المدني؛ والمؤسسات الدينية (عند الاقتضاء)؛ والمنظمات الحكومية أو غير الحكومية التي لديها تفويض لتمثيل فئات مستضعفة معينة أو الدفاع عنها (مثل اللجان الوطنية لحقوق المرأة؛ والمنظمات المعنية بحقوق ذوي الإعاقة). وفي حال الوجود الدائم والحاجة الدائمة إلى الدعم من المؤسسات الدولية، قد يكون من المنطقي إشراك وكالات الأمم المتحدة والمنظمات غير الحكومية الدولية."²⁸⁷

تتطبق هذه التوصيات على الطوارئ الصحية العامة تمامًا كما تنطبق على أي كارثة أخرى. في الواقع، إنّ النطاق الواسع للجهات المعنية التي تحظى باهتمامٍ ودورٍ في إدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة هو دليلٌ يؤكّد الحاجة إلى اعتماد نهج أكثر شموليةً.

لقد أظهرت جائحة كوفيد-19 أنّ ثمة قطاعات أو مجموعات معينة ربما لم يُنظر إليها سابقًا على أنها جزء لا يتجزأ من ترتيبات إدارة مخاطر الكوارث أو الطوارئ الصحية العامة، لكن من شأنها أن تلعب أدوارًا حاسمة في حالات الطوارئ الصحية العامة أو أن تتأثر بها بشكل غير متناسب. يناقش الجزء المتبقي من هذا القسم بعض هذه القطاعات والمجموعات المحددة.

4.5.4 "الصحة الواحدة" والجهات الفاعلة في مجال التعاون الإنمائي

قد يكون للجهات الفاعلة في نهج "الصحة الواحدة" دور رئيسي بشكل خاص في الحد من مخاطر الطوارئ الصحية العامة، لكن مساهماتها قد تكون ضرورية أيضًا للتأهب للطوارئ الصحية العامة. تُعتبر هذه الجهات في وضع مناسب لتقديم إنذار مبكر عن حالة طوارئ صحية عامة من خلال اكتشاف تفشي المرض مبكرًا. وتشير عمليات المسح المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة إلى أن مفهوم "الصحة الواحدة" لم يُدرج بالكامل بعد في الأطر المحلية لإدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة. والجدير بالذكر أنّ شمل الجهات الفاعلة في نهج "الصحة الواحدة" كجهات مشاركة في أطر إدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة هو أمرٌ ضروري لتعزيز هذه الفكرة.

ولا شكّ في أنّ الجهات الفاعلة في مجال التعاون الإنمائي هي من الجهات التي لا يتم دمجها دائمًا بشكل كامل في الأطر المحلية لإدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة. ومع ذلك، على غرار الجهات الفاعلة في نهج "الصحة الواحدة"، تلعب الجهات الفاعلة في مجال التعاون الإنمائي دورًا رئيسيًا في الحد من مخاطر الطوارئ الصحية العامة والتأهب لها، مثلًا من خلال دعم تطوير أنظمة رعاية صحية فعّالة ومرنة؛ والاستثمار في تحسين الوصول إلى المياه النظيفة وخدمات الصرف الصحي والنظافة الصحية؛ وتعزيز القدرات المحلية لتحديد ظواهر الصحة العامة وتقييمها والاستجابة لها بسرعة. في الواقع، يُساهم ذلك في تحقيق الهدف 3 من أهداف التنمية المستدامة (الرامي إلى ضمان حياة صحية وتعزيز الرفاه للجميع من مختلف الأعمار) والمقصد 3.د على وجه التحديد (تعزيز قدرات جميع البلدان، ولا سيما البلدان النامية، في مجال الإنذار المبكر والحد من المخاطر وإدارة المخاطر الصحية الوطنية والعالمية).²⁸⁸

4.5.5 مقدمو الرعاية

تشير عمليات المسح المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة إلى أنّ الإدارات الحكومية أو السلطات العامة المسؤولة عن توفير الرعاية الصحية مُدرّجة بشكل عام ضمن أطر إدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة. إلا أنّها لا تشير إلى (1) الإدارات أو السلطات العامة المسؤولة عن

تقديم الرعاية الاجتماعية؛²⁸⁹ أو (2) مقدمي الرعاية من خارج القطاع العام أو الهياكل الرسمية الذين يقدمون إما الرعاية الصحية وإما الرعاية الاجتماعية.

وتجدر الإشارة إلى ظهور أدلة غير مؤكدة على تجاهل مقدمي الرعاية أثناء الاستجابة، رغم الدور الرئيسي الذي يقومون به في حماية الأشخاص من فيروس كوفيد-19. من المرجح أيضًا أن يتعرّض مقدمو الرعاية بشكل غير متناسب للتهميش وأن يكون لديهم نقاط ضعف. يجب إشراك مقدمي الرعاية هؤلاء في أي إطار متعلق بإدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة، لا سيما من أجل دعم قدرتهم على: (1) الاستمرار في تقديم الرعاية الصحية والاجتماعية في فترات الطوارئ الصحية العامة و(2) تكييف هذه الرعاية في حال تسببت الطوارئ الصحية العامة بزيادة المخاطر على الفئات التي تتلقّى الرعاية.

4.5.6 الجمعيات الوطنية للصليب الأحمر والهلال الأحمر والمنظمات الإنسانية الأخرى

تتمتع الجمعيات الوطنية التابعة للحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر بوضع قانوني فريد بصفتها جهات مُساعدة للسلطات العامة في المجال الإنساني.²⁹⁰ ويتم الاعتراف بالدور المساعد للجمعيات الوطنية بشكل عام في قوانين الصليب الأحمر والهلال الأحمر المحلية التي غالبًا ما تُحدّد أنّ أحد أهداف الجمعية الوطنية يتمثل في الوقاية من المرض، وتعزيز الصحة والرعاية الاجتماعية، وتقديم المساعدة لضحايا الكوارث وحالات الطوارئ.²⁹¹ وبحسب ما ورد في الفصل 3، من خلال اعتماد القرار 3 في المؤتمر الدولي الثالث والثلاثين الذي عُقد في العام 2019، أقرت الدول الأطراف في اتفاقيات جنيف على وجه التحديد بدور الجمعيات الوطنية التابعة للحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر في دعم السلطات العامة للتصدي للأوبئة والجوائح، بما في ذلك تطوير الإنذار المبكر والقدرة على الاستجابة السريعة في المجتمعات المحلية التي يصعب الوصول إليها والتي تُعتبر مستضعفة ومحرومة من الخدمات ومعرضة لمخاطر كبيرة.

تتولّى الجمعيات الوطنية التابعة للاتحاد الدولي للصليب الأحمر والهلال الأحمر دورًا مهمًا في حالات الطوارئ الصحية العامة، وقد لعبت دورًا رئيسيًا خلال جائحة كوفيد-19. يتضح ذلك من خلال عمليات المسح المتعلقة بمراسيم الطوارئ التي تُقدّم العديد من الأمثلة حول مساهمة الجمعيات الوطنية التابعة للاتحاد الدولي للصليب الأحمر والهلال الأحمر. على سبيل المثال، أجرت جمعية الصليب الأحمر في هايتي أنشطة متواصلة فيما يتعلق بجائحة كوفيد-19، وقامت بإنشاء مجموعة عمل/فرقة عمل لتعزيز الرصد والتأهب. كما أنّ الصليب الأحمر في جمهورية الدومينيكان قد نسّق العمل فيما يتعلق بإنشاء ممر إنساني لتحسين إيصال المواد في جمهورية الدومينيكان.²⁹² كذلك، أجرى الهلال الأحمر السوداني حملات توعية وعمل على دعم الوصول إلى المياه لتحسين التدابير الصحية من خلال إصلاح المضخات

اليديوية وتسريع مشاريع المياه الحضرية في دارفور والنيل الأزرق وجنوب كردفان.²⁹³ وفي هذا السياق، يمكن ذكر مثال غير متعلق بجائحة كوفيد-19 وهو عملية المسح المتعلقة بمراسيم الطوارئ في غينيا التي ذكرت أنّ جمعية الصليب الأحمر في غينيا والصليب الأحمر البريطاني قد لعبا دورًا في أزمة تقشي الإيبولا، بما في ذلك العمل مع المجتمعات المحلية لمساعدتها على فهم كيفية حماية نفسها من المرض ومنع انتشاره.²⁹⁴

إضافةً إلى ذلك، تكشف عمليات المسح المتعلقة بمراسيم الطوارئ أيضًا عن عدد من المبادرات التي تشارك فيها وكالات إنسانية أخرى. على سبيل المثال، في غينيا، تم إنشاء فرقة عمل تابعة لليونيسف وتُعنى بمكافحة جائحة كوفيد-19.²⁹⁵ أما في السودان فقد دعمت الأمم المتحدة وزارة الصحة الاتحادية من خلال إنشاء وحدات العناية المركزة في الخرطوم، وتوفير الإمدادات الطبية المطلوبة، وتأمين وتوزيع مواد الوقاية من العدوى ومكافحتها بين مجموعة من مسارات العمل التعاونية. وفي السودان أيضًا، قامت اليونيسف ومفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين بتخصيص وتعبئة الموارد لدعم التأهب لجائحة كوفيد-19، كما عمل صندوق الأمم المتحدة للسكان مع فرق الحجر الصحي المؤقتة لضمان حصول النساء والفتيات في سن الإنجاب على الحقبة الصحية النسائية وحصول النساء الحوامل على مستلزمات الولادة النظيفة.²⁹⁶ وسُجِّل نوعٌ شائع من المساعدة في ترينيداد وتوباغو، حيث ساهمت اليونيسف في تحسين الوصول إلى منصة الوزارة للتعليم عبر الإنترنت.

رغم الدور المهم الذي تلعبه الجمعيات الوطنية للصليب الأحمر والهلال الأحمر في الاستجابة لجائحة كوفيد-19، قلّة من مسوحات مراسيم الطوارئ تشير إلى أنّه تم ذكرها بوضوح في مراسيم الطوارئ المتعلقة بكوفيد-19، والأمر نفسه ينطبق على المنظمات الأخرى التي تعمل في المجال الإنساني. وأحد التحديات المنبثقة عن استبعاد الجمعيات الوطنية للصليب الأحمر والهلال الأحمر وغيرها من المنظمات الفاعلة في المجال الإنساني من مراسيم الطوارئ، والتي برزت على الصعيد العملي، تتمثل بعدم اليقين حول ما إذا كانت مُستثناة من القيود أو مُصنّفة ضمن "الخدمات الأساسية" أو ضمن "العاملين في الصفوف الأمامية"، وما إذا كانت قادرة بالتالي على الاستمرار في تنفيذ عملياتها. وبرزت بعض الاستثناءات التي ذُكرت فيها الجمعيات الوطنية للصليب الأحمر والهلال الأحمر تحديدًا في مراسيم الطوارئ الخاصة بجائحة كوفيد-19، مثل الصليب الأحمر في البهاماس الذي تم تحديده والاعتراف به كخدمة أساسية معيّنة من إجراءات "ملازمة الأماكن" والقيود على العمليات الإدارية.²⁹⁷ وفي غواتيمالا، تم استثناء الصليب الأحمر بشكلٍ واضح وصريح من القيود المفروضة على السفر والتنقل.²⁹⁸ ولكن، تُعتبر هذه الحالات نادرة.

من جهة أخرى، تشير عمليات مسح مراسيم الطوارئ إلى ذكرٍ متكرّر لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر الوطنية (وغيرها من المنظمات الفاعلة في المجال الإنساني، إلى حدٍّ ما) في التشريعات القائمة لإدارة مخاطر الكوارث، مثل أحد أحكام قانون إدارة الكوارث في زامبيا الذي ينصّ على أنّ اللجنة التقنية الوطنية لإدارة الكوارث ولجان إدارة المناطق على الصعيد المحليّ تضمّ ممثلين عن الصليب الأحمر في زامبيا.²⁹⁹ ومن الشائع توكيل الجمعيات الوطنية للصليب الأحمر والهلال الأحمر - وغيرها من المنظمات - بمهام واضحة مرتبطة بالمخطّطات أو السياسات أو التوجيهات المتعلقة بعمليات إدارة مخاطر الكوارث. في نيجيريا مثلاً، تصف الخطة الوطنية للاستجابة للكوارث جمعية الصليب الأحمر النيجيري بأنّها مسؤولة عن تنسيق استخدام "موارد الرعاية الجَمَاهيرية الاتحادية"³⁰⁰ وينصّ إطار الكوارث الوطني على أن وكالات إدارة الطوارئ على مستوى الولايات (أي على المستوى دون الوطني) تضمّ ممثلاً واحداً من جمعية الصليب الأحمر النيجيري.³⁰¹

رغم ذلك، ووفقاً لعمليات مسح مراسيم الطوارئ، لا تُشمل عموماً الجمعيات الوطنية للصليب الأحمر والهلال الأحمر وغيرها من المنظمات الفاعلة في المجال الإنساني في الأطر العامة لإدارة مخاطر الكوارث - وخاصةً في التشريعات التي تُنظّم عمليات إدارة مخاطر الكوارث، وحتى في الحالات التي تُذكر فيها، يكون ذلك بدرجاتٍ متفاوتة من الأهمية. فضلاً عن ذلك، ثمة القليل جداً من الأدلة عن ذكر الجمعيات الوطنية للصليب الأحمر والهلال الأحمر وغيرها من المنظمات الفاعلة في المجال الإنساني بشكلٍ واضح وصريح، وتكليفها بالمهام والمسؤوليات و/أو إشراكها في عمليات صنع القرار والهيئات التنسيقية، في السياقات التي تنصّ فيها تشريعات الصحة العامة على إنشاء أطر لإدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة، التي يمكن تعزيزها بشكلٍ ملحوظ في هذا المجال، نظراً للدور المهم الذي يمكن أن تلعبه هذه المنظمات.

4.5.7 المدارس³⁰²

أُقلّلت المدارس أبوابها في جميع الدول المشمولة في العيّنة من دون استثناء لفترةٍ من الزمن تم خلالها توفير طريقة بديلة للتعليم.³⁰³ يستعرض القسم 8.7 آثار إقبال المدارس والتدابير التي اتُخذت للتخفيف من التداعيات السلبية. ويوصي التقرير التأهُّب للكوارث والاستجابة لها، بشكلٍ عام، بوضع قوانين تتناول مسألة التأهُّب والاستجابة لحالات الطوارئ والكوارث في المدارس.³⁰⁴ ولا توضح عمليات المسح الخاصة بالطوارئ الصحية العامة ما إذا كانت الأزمة التي طالقت القطاع التعليمي مُتوقّعة خلال جائحة كوفيد-19 وما إذا تم إدراجها في أيّ من إجراءات

التأهب، غير أنّ محدودية الإشارة إلى أيّ تخطيط مماثل يُغيد بالنفي. ورغم الاستجابة والإدارة السريعة في العديد من المدارس، كان من الممكن تنفيذ الأمور بشكل أفضل، وفقًا لما تم تناقله، لو بُذل المزيد من الجهد في التفكير الاستباقي. وتبيّن الآن أنّ المدارس تشكّل جزءاً مهماً من تفعيل عملية التعافي من الكوارث: فإذا لم يذهب الأطفال إلى المدرسة، قد لا يتمكن أهاليهم من العودة إلى العمل. نتيجةً لذلك، يجب إشراك المدارس، أو من يُمثّلها، في عمليات التخطيط للطوارئ الصحية العامة وترتيبات الاستجابة.

4.5.8 القطاع المالي

كما بيّنت جائحة كوفيد-19، يمكن أن تترتب عواقب وخيمة ناجمة عن الطوارئ الصحية العامة في مجالات المال والأعمال والعمل، ما قد يستلزم حوافز مالية وتغييرات للسياسات الاقتصادية. يستعرض القسم 8.5 المجموعة المتنوعة من خطط الضمان الاجتماعي وبرامج التمويل التي وُضعت خلال الجائحة، مُقدِّمًا صورةً تفصيلية عن حجم الدعم المالي.³⁰⁵ ورغم ذلك، ما من ذِكر ملحوظ، في عمليات مسح الطوارئ الصحية العامة، لتدخّل الإدارات المالية في الدولة أو المصارف المركزية فضلاً عن المصارف الخاصة وغيرها من المؤسسات المالية ضمن أطر إدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة. ونظرًا إلى الدور المهم الذي يمكن أن تلعبه هذه المؤسسات في الاستجابة للطوارئ الصحية العامة، يبدو هذا الإغفال خطيرًا.

4.5.9 مصنّعو وموردو السلع والمعدّات الأساسية

تضمّ المجموعة التالية المصنّعين والموردين والموزعين للسلع الأساسية وكلّ من يرتبط بعمليات سلسلة التوريد. وغالبًا ما تتخذ هذه الكيانات طابعًا تجاريًا ويتراوح حجمها بين الشركات المتعدّدة الجنسيات وصولاً إلى الشركات المؤلّفة من شخص واحد. وقد بيّنت جائحة كوفيد-19 أنّ حماية سلسلة التوريد الخاصة بالسلع الأساسية، سواء المنتجات الغذائية أو معدّات الوقاية الشخصية أو اللقاحات، هو جزء مهم من أي استجابة، ويجب بالتالي التخطيط له بعناية. وهنا أيضًا، لا تقدّم عمليات المسح الخاصة بالطوارئ الصحية العامة الكثير من المعلومات بشأن هذا الموضوع، ويمكن أن يكون القطاع مُمثلاً بشكل أفضل بطرق أخرى غير رسمية. توجد أمثلة عن انخراط المؤسسات المرتبطة بالبنية التحتية والمرافق العامة في وضع خطط بديلة، الأمر الذي يشكّل سابقة في هذا المجال.³⁰⁶ إنّ الحجم المُحتمل لهذه المجموعة

وتتوّعها، من شركات متعدّدة الجنسيات إلى شركات مؤلّفة من شخص واحد، قد يُصعّب مهمّة تحديد المشاركين أو الممثّلين المناسبين لها، ولكنه أمر يجب أن تنظر فيه الدول بغية تفادي المشاكل التي قد تطرأ لناحية القدرة الإنتاجية مثلاً، أو توريد المواد الأوليّة، أو التوزيع، أو العراقيل الناجمة عن قوانين المنافسة.

4.5.10 التمثيل

التمثيل هو مشكلة من المشاكل المرتبطة بالمشاركة. في تقرير التأهّب للكوارث والاستجابة لها، يتمّ تناول مسألة التمثيل بشكلٍ أساسي من منطلق تحسين مشاركة أصحاب المصلحة من خارج الحكومة بغية تعزيز مقاربة "إشراك المجتمع". ويشجّع التقرير بالتالي إشراك مجموعة واسعة ومتنوّعة من أصحاب المصلحة حرصاً على تمثيل أكبر شريحة ممكنة من الفئات والقطاعات المختلفة في إدارة مخاطر الكوارث.³⁰⁷ غير أنّ التمثيل مهم أيضاً لضمان مشاركة الشخص المناسب ضمن المنظمة أو القطاع أو الفئة المعنية. ينطبق ذلك على المنظّمات الحكومية وغير الحكومية على السواء. وتشير الطبيعة المعقّدة والموسّعة للهيكليات العديدة الخاصّة بالصحة في عمليات المسح³⁰⁸ إلى أهمية هذه المسألة في سياق الطوارئ الصحية العامّة. ورغم أنّ وزارة الصحة (أو نظيرها) قد تكون في صميم معظم أطر إدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامّة، من النادر أن يدير قسم واحد أو وحدة منفردة ضمن الوزارة كافّة جوانب الطوارئ الصحية العامّة. وتبيّن بعض عمليات المسح الخاصّة بالطوارئ الصحية العامّة أنّه حتّى ضمن عنصر "الصحة العامّة" في وزارة الصحة، قد تدعو الحاجة إلى إشراك عدد من الوحدات أو الأفراد، كما في البرازيل مثلاً، حيث القائمة تشمل الوكالة الوطنية للترصد الصحي، وأمانة الترصد الصحي، ومركز الاستجابة السريعة للطوارئ الوبائية.³⁰⁹ وبشكلٍ عام، يمكن أن يضم القطاع الصحي مجموعة متنوّعة من مقدّمي الخدمات الصحية مثل المستشفيات، والعاملين في هذا المجال، وخدمات الصحة العقلية، والصيادلة، ومقدّمي الرعاية الصحية في القطاع الخاص، وكما ورد أعلاه، المسؤولين عن تقديم الرعاية الاجتماعية. وقد تطرأ المشكلة نفسها خارج قطاع الرعاية الصحية. ففي بعض الدول المشمولة في العيّنة مثلاً، تبيّن أنّ السلطات المحلية مسؤولة عن عدد من المهام المختلفة عن بعضها التي قد تكون كلّها مهمّة في حالات الطوارئ الصحية العامّة، مثل التخطيط في حالات الطوارئ، والشرطة، والرعاية الاجتماعية، والتعليم، والنقل، وتقديم المنافع، والسكن، إلخ.

في ضوء ما دُكر أعلاه، وفي حال توفّرت قوانين أو سياسات تُتيح مشاركة ممثّل عن القطاع أو المنظّمة، قد يُطرح السؤال حول ما إذا كان هذا الممّثل المنفرد كافياً لتمثيل قطاع أو منظمة بأكملها بشكلٍ فعّال. ومن الشائع طبعاً أن يتكلّم الممثلون بالنيابة عن نظرائهم، إذ لا تستطيع

كل مجموعة أو منظمة، لأسباب عملية، أن تشارك مشاركة كاملة في كل جانب من جوانب إدارة المخاطر. ولا شك في أن الممثلين هم ركن أساسي من هذه العملية، وأي تدبير آخر سيكون غير فعال. لكن المشكلة تكمن في ضمان فعالية هذا التمثيل، خاصة على صعيد قطاع أو منظمة واسع(ة) ومتعدد(ة) المهام.

التوصيات

1. ينبغي أن تنص القوانين والسياسات والخطط المرتبطة بإدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة على اعتماد مقاربة تشمل جميع إدارات الحكومة والمجتمع، ما يسمح بمشاركة وتمثيل جميع الجهات الفاعلة وأصحاب المصلحة.
2. ينبغي أن تُراجع الدول (بالاستناد إلى تجاربها مع جائحة كوفيد-19 تحديدًا) أصحاب المصلحة المحليين الذين يجب إشراكهم في إدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة.
3. ينبغي إيلاء اعتبار خاص لضمان إشراك ممثلي المجتمع (بما في ذلك الأقليات أو الفئات المهمشة)، والجهات الفاعلة في نهج "الصحة الواحدة"، والجهات الفاعلة في مجال التعاون الإنمائي، ومقدمي الرعاية الصحية والاجتماعية، والجمعيات الوطنية للصليب الأحمر والهلال الأحمر وغيرها من المنظمات الفاعلة في المجال الإنساني، والمدارس وإداراتها، والقطاع المالي، والمصنّعين والموردين للسلع والمعدات الأساسية، والمشرّعين.
4. في السياقات التي تستدعي حضورًا مستمرًا وحاجةً للدعم من المؤسسات الدولية، يجب النظر في إشراك وكالات الأمم المتحدة والمنظمات غير الحكومية الدولية.
5. يجب أن تضمن القوانين و/أو السياسات التمثيل الفعال قدر المستطاع لجميع الجهات الفاعلة وأصحاب المصلحة، إلى جانب تمكينهم من تقديم مساهمة فعّالة في إدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة.
6. يجب أن تأخذ الدول بعين الاعتبار دور الجمعيات الوطنية للصليب الأحمر والهلال الأحمر كجهات مُساعدة للسلطات العامة في مجال العمل الإنساني، وكمستجيبين أوائل للكوارث بمختلف أنواعها، بما فيها الطوارئ الصحية العامة.
7. يجب على القوانين والسياسات والخطط المحلية المرتبطة بإدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة:
 - أ. الاعتراف بدور الجمعيات الوطنية للصليب الأحمر والهلال الأحمر وغيرها من المنظمات الفاعلة في المجال الإنساني والدعم الذي يمكن أن يُطلب منها توفيره في حالات الطوارئ الصحية العامة؛
 - ب. تيسير مشاركة الجمعيات الوطنية للصليب الأحمر والهلال الأحمر وغيرها من المنظمات الفاعلة في المجال الإنساني في جميع مراحل إدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة، عبر:
 - i. توزيع الأدوار والمسؤوليات بشكل واضح؛
 - ii. وإشراكها في آليات التنسيق وهيئات صنع القرار.

4.5.11. التأهب للطوارئ الصحية العامة: التخطيط لحالات الطوارئ

يتطلب التأهب للطوارئ الصحية العامة من الحكومات والجهات الفاعلة غير الحكومية والمجتمعات تطوير المعارف والقدرات اللازمة لاستباق الآثار المحتملة للحالات الطارئة في مجال الصحة العامة الحالية والوشيك، والاستجابة لها والتعافي منها. ويجب أن يشمل التأهب للأخطار المتعددة الناتجة عن الطوارئ الصحية العامة أنظمة لتقييم مواطن الضعف وتعرض مجموعات محددة للخطر، مع شروط واضحة لتقييم ضعف المجموعات بناءً على عوامل مختلفة، بما فيها العمر والجنس والإعاقة والإثنية والوضع الاجتماعي والاقتصادي، في البداية وعلى امتداد فترة الطوارئ الصحية العامة. ولا يجب أن يُفترض بأن أي مجموعة أكثر عرضة للخطر من غيرها، خصوصاً ضمن إطار الطوارئ الصحية العامة.

ويتمثل أحد الجوانب الرئيسية للتأهب للطوارئ الصحية العامة في إعداد خطط احتياطية وخطط طوارئ. ويحتوي تقرير التأهب للكوارث والاستجابة لها على قسم مخصص لخطط الطوارئ،³¹⁰ يفيد بأن هذه الخطط تحدّد: "الإجراءات الملموسة التي يجب اتخاذها عند توقع حالة طوارئ كبرى أو عند بداية ظهورها، على الرغم من بذل قصارى الجهود للحد من المخاطر والتخفيف من آثارها قبل حدوثها". ويوضح كذلك أن:

"إعداد خطة طوارئ هو عملية تأهب تتضمن تحليل المخاطر مقابل الآثار المحتملة للأزمات في حال حدوثها [و] تحديد إجراءات للاستجابة المناسبة والفعالة وحسنة التوقيت للمساعدة في التخفيف من هذه الكوارث أو تجنب وقوعها تماماً".³¹¹

ويجب أن تعكس خطط الطوارئ السياق الذي يتم تطويرها فيه، أي الموارد والقدرات الوطنية والبلدية والتنظيمية المتاحة للاستجابة للكارثة، ويجب أن تسترشد بمسح المخاطر و/أو تقييمات المخاطر.³¹² ويجب أن تضع الخطط إجراءات تشغيلية للاستجابة، بناءً على من الموارد والقدرات اللازمة المتوقعة. ويشمل ذلك تحديد الموارد البشرية والمالية المطلوبة وكيفية إدارتها، وضمان توافر إمدادات الطوارئ، ووضع إجراءات الاتصال، ومعرفة مجموعة الاستجابات التقنية واللوجستية الممكنة (وتحديد أي تحديات تقنية ولوجستية محتملة). ويجب أن تحدد الخطط أيضًا الفئات المستضفة والخطوط العريضة للتدابير المصممة لتلبية احتياجاتها الخاصة. ويختتم تقرير التأهب للكوارث والاستجابة لها بالإشارة إلى أن "الوقت المُستثمر في التخطيط لحالات الطوارئ والاستجابة لها يُؤتي ثماره في الحد من الأضرار والخسائر في الأرواح وتقديم خدمات الاستجابة والتعافي بشكل أكثر فعالية".³¹³ ونعيد التأكيد على أن المبادئ نفسها تنطبق على التخطيط لحالات الطوارئ الصحية العامة.

لسوء الحظ، توفر عمليات المسح المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة معلومات أقل عن التأهب والتخطيط لحالات الطوارئ مقارنة بالاستجابة لها. ومن الصعب العثور على تشريع يذكر التأهب للطوارئ الصحية العامة والتخطيط لها. ومع ذلك، تتوفر بعض الاستثناءات: مثلاً، في هندوراس، تتمثل إحدى المهام المحددة لوزير الصحة العامة في إجراء تقييمات للتهديدات ومواطن الضعف المتعلقة بالصحة (EDAN-SALUD).³¹⁴ ويشير عنوان "قانون التأهب للأوبئة في نيوزيلندا" للعام 2006 إلى هدفه المتمثل في ضمان التأهب الفعال.³¹⁵ وفي سويسرا، يحدد القانون الفدرالي بشأن مكافحة الأمراض البشرية المعدية للعام 2012 المتطلبات التي يجب الوفاء بها للتأهب للأزمات المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة.³¹⁶

ولا يعني غياب التشريعات أنَّ الدول المشمولة في العينة لا تعتمد ترتيبات جاهزة للتأهب للطوارئ الصحية العامة. ففي معظم الحالات، يخضع التأهب للطوارئ الصحية العامة لأحكام قوانين أو سياسات عامة لإدارة مخاطر الكوارث. ويمكن الاطلاع على مثل عن التأهب الإلزامي للطوارئ الصحية العامة ضمن قوانين عامة لإدارة مخاطر الكوارث في المملكة المتحدة. فبموجب تشريعات حالات الطوارئ المدنية البريطانية، يُطلب من الجهات الفاعلة الرئيسية (بما في ذلك السلطات الصحية) إعداد خطط الطوارئ والحفاظ عليها ومراجعتها في ما يتعلق بوظائفها وبالمخاطر المدرجة في سجلات المخاطر الوطنية والمحلية. وتعتبر السجلات جائحة الإنفلونزا والأمراض المعدية الأخرى بمثابة مخاطر.³¹⁷

يشكل المشرعون إحدى الجهات الفاعلة التي قد لا يتم أخذها في الاعتبار عند التخطيط لحالات الطوارئ والتأهب لها. وعلى الرغم من أنَّه قد يتم سن قوانين الطوارئ من دون موافقة السلطة التشريعية في بعض الولايات القضائية وفي بعض الظروف، تعين في الكثير من الدول المشمولة في العينة الحصول على موافقة السلطة التشريعية لإعلان حالات الطوارئ أو سن تشريعات عاجلة للاستجابة لجائحة كوفيد-19. ومع ذلك، فإن المشرعين ليسوا محصنين ضد المرض، وقد يكونون من بين مجموعات المعرضة بشكل خاص للمخاطر الصحية (مثل مشايخ المجتمع). وخلال جائحة كوفيد-19، اتخذت بعض الدول المشمولة في العينة خطوات لتمكين سلطاتها التشريعية من العمل حتى أثناء الإغلاق التام. على سبيل المثال، عدلت سنغافورة دستورها للسماح لبرلمانها ولجانه بـ"الجلوس والاجتماع وإنجاز الأعمال مع أعضاء البرلمان الحاضرين في موقعين محددين أو أكثر وفي اتصال آني مع بعضهم البعض" (أي الاجتماع عن بُعد).³¹⁸ ونظراً لأهمية عمل السلطة التشريعية لإصدار تشريعات الطوارئ والتدقيق فيها، يجب أن تتناول أنشطة التخطيط والتأهب للطوارئ الاستمرارية التشريعية خلال الطوارئ الصحية العامة.

يعد التخطيط والتأهب للطوارئ أيضًا مجالًا يكتسب التنسيق فيه أهمية أساسية. ينظر القسم 4.4 أعلاه بمزيد من التفصيل كيفية تناول القوانين لمسألة التنسيق، ولكن من الواضح أن ضمان تنسيق أنشطة التخطيط والتأهب مهم لتنفيذ استجابة فعالة. فعلى سبيل المثال، في حالات الطوارئ الصحية العامة، قد يشمل تنسيق أنشطة التأهب تحديد الوكالات المسؤولة عن تخزين معدات الوقاية الشخصية وغيرها من الإمدادات الرئيسية، وتنفيذ تمارين المحاكاة والتعليم والتدريب.

وتتمثل إحدى استنتاجات تقرير التأهب للكوارث والاستجابة لها في أن التفويض الواضح للتأهب والتخطيط للطوارئ أمر حيوي. وتتمثل إحدى طرق تحقيق ذلك من خلال: (1) تحديد وظائف واضحة للتخطيط والإعداد؛ و(2) توضيح المسؤولية عن أداء تلك الوظائف. وتشير عمليات المسح المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة إلى أنه يمكن تحسين مستوى الوضوح في ما يتعلق بالتأهب للطوارئ الصحية العامة، وقد يكون هناك مجال لإسناد المسؤوليات بطريقة أوضح و/أو أكثر تفصيلاً.

التوصيات

ينبغي على القوانين والسياسات المحلية المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة أن:

1. تتصّل على تدابير وأنشطة التأهب، بما في ذلك التخطيط لحالات الطوارئ؛
2. تضمن مشاركة جهات معنية عدّة في التخطيط لحالات طوارئ في مجال الصحة العامة، بما في ذلك القطاعين العام والخاص ومشاركة المجتمع؛
3. تضمن تحديد الأدوار والمسؤوليات الخاصة بالتأهب لحالات طوارئ في مجال الصحة العامة بشكل واضح (بما في ذلك إعداد خطط لحالات الطوارئ والحفاظ عليها ومراجعتها)
4. تحدّد، عند الاقتضاء، واجبات التخطيط والتأهب القابلة للتنفيذ للجهات الفاعلة الرئيسية.

4.5.12. ترسيخ الفهم، واستخلاص الدروس

من المتطلبات الأساسية لأي إطار عمل لإدارة المخاطر أن يفهم مستخدموه ما ينصّ عليه وكيف يعمل وأدوار ومسؤوليات وتوقعات كل جهة فاعلة وكلّ مشارك. ومهما كان إطار عمل إدارة المخاطر جيّدًا، لن يحقّق الغاية منه إذا لم يكن الأشخاص الذين يحتاجون إلى استخدامه ملمين بمضمونه أو لا يفهمون كيف يجب أن يعمل.

وينبغي أن تحقّق الكثير من آليات التنسيق المذكورة في عمليات المسح المتعلّقة بالطوارئ الصحية العامة بعض هذه الأهداف. وإذا عُقِدَت اجتماعات منتظمة للجهات الفاعلة والمشاركين المحتملين قبل وقوع الكارثة، يمكن تعميق معرفتهم بالأدوار الموكلة إلى كلّ منهم. ومع ذلك، تتوفر طرق إضافية يمكن من خلالها تعزيز الفهم.

فيعد ترسيخ الفهم بين الجهات الفاعلة والمشاركين سمة مشتركة للكثير من أطر إدارة مخاطر الكوارث، وذلك من خلال تنظيم التدريبات وتمارين المحاكاة بشكل أساسي. فتفرض التشريعات في بعض الدول واجبات صريحة لإجراء تدريبات و/أو تمارين محاكاة؛ وفي حالات أخرى، يمكن العثور على متطلبات أو دعوات مشابهة في الخطط والإرشادات. ومع ذلك، لم توفّر عمليات المسح المتعلّقة بالطوارئ الصحية العامة دليلًا على وضع أي متطلبات من هذا القبيل في ما يتعلق بالطوارئ الصحية العامّة أو بالقطاع الصحي.

يشير تقرير التأهب للكوارث والاستجابة لها إلى أن توعية جميع فئات المجتمع هي عنصر حاسم في عملية التأهب،³¹⁹ كما يوصي بأن تنص التشريعات على "الحد الأدنى من المعايير والمضامين، بما يتماشى مع أفضل الممارسات الدولية لبرامج التدريب والتمارين..." وأن "تنصّ على إجراء تمارين المحاكاة والتدريبات التي يشارك فيها موظفو الإنقاذ المحترفون وموظفو الإغاثة والمجتمع".³²⁰ وتنصّ القائمة المرجعية حول التأهب للكوارث والاستجابة لها على الأمر نفسه، إذ تشدّد على أهمية التدريب والتعليم وتمارين المحاكاة والتدريبات.³²¹

تشير بعض عمليات المسح المتعلّقة بالطوارئ الصحية العامّة إلى أنّ الدول التي أجرت تمارين كانت الدول أكثر استعدادًا لمواجهة جائحة كوفيد-19: على سبيل المثال، تمّ الإشادة بتمرين جمهورية كوريا، الذي أُجري قبل جائحة كوفيد-19، باعتباره عاملاً ساهم في الحدّ من أثر الجائحة.³²² لذلك، فإن تكتسب التمارين والتدريبات، كوسيلة لترسيخ الفهم وتعزيز التأهب، الأهمية نفسها في الطوارئ الصحية العامّة كما في الكوارث الأخرى.

يُعدّ إشراك المجتمعات المحليّة في التمارين طريقة لتعزيز فهم هذه المجتمعات لما يجري. فينبغي أن تكون المجتمعات على دراية بمخاطر الطوارئ الصحيّة العامّة لتمكينها من التعرف على هذه المخاطر والتأهب لها بشكل أفضل، والاستجابة لها في حال حدوثها. وقد يساعد إشراك المجتمعات في التمارين أيضًا في تحضيرها للتعامل مع القيود التي قد تُفرض.³²³ وتقدم عمليات المسح المتعلّقة بالطوارئ الصحيّة العامّة أمثلة قليلة على مشاركة المجتمع في التمارين، ولكن من المهم ضمان فهم أوسع بين المجتمعات، لا سيما في ضوء التحدي المتمثل في مكافحة المعلومات المضلّة. ويبدو أنّ إشراك وسائل الإعلام المحليّة في جهود التوعية يمثل أولويّة أيضًا.

يُعتبر استخلاص الدروس وإدماجها في أُطر إدارة مخاطر الطوارئ الصحيّة العامّة على القدر نفسه من الأهمية كما التمارين التدريبية. فكما ورد أعلاه، يُعتقد أنّ جمهورية كوريا اكتسبت ميزة تفاضلية نتيجة تجربتها السابقة في إدارة متلازمة الالتهاب التنفسي الحاد (سارس). كذلك، استرشدت جهود التنسيق التي بذلتها سيراليون بشأن جائحة كوفيد-19 بتجربة حكومة سيراليون أثناء تفشي فيروس إيبولا.³²⁴ وبالتالي، تتمثل إحدى الاستنتاجات من جائحة كوفيد-19 في أنّ أحد أهم الدروس التي يجب استخلاصها هو التعلّم من الدروس السابقة.

ويمكن استخلاص الدروس بطرق عدّة. فعادة ما تُجرى تحقيقات رسمية بعد وقوع كارثة، وهو ما سيحصل بلا شك بعد جائحة كوفيد-19. في الماضي، استخدمت منظمة الصحة العالمية لجنة المراجعة الخاصة بها للتحقيق في التعامل مع الطوارئ الصحيّة العامّة التي تسبّب قلقًا دوليًا،³²⁵ وكلفت بالفعل لجنة المراجعة بمراجعة أداء اللوائح الصحيّة الدوليّة أثناء الاستجابة إلى جائحة كوفيد-19. وتجدر الإشارة إلى أنّ عدد التحقيقات المحليّة التي أُجريت في الطوارئ الصحيّة العامّة قليل نسبيًا. فقد أُجريت تحقيقات رسمية حول متلازمة الالتهاب التنفسي الحاد في عام 2003، تلاها نشر تقارير مفصلة.³²⁶ ويمكن أن يُعزى غياب الكثير من التحقيقات في جائحة فيروس إنفلونزا الخنازير (H1N1)، في ما عدا التحقيق الذي أجرته منظمة الصحة العالمية، إلى الأثر المحدود للمرض (على الرغم من إجراء بعض التحقيقات المحليّة³²⁷). وتوجد أيضًا أنواع أخرى من المراجعات الرسمية الجديرة بالذكر، مثل التحقيقات الطبيّة الشرعيّة والتقاضية.

ومع ذلك، لا يتم استخلاص الدروس من خلال العمليات الرسميّة فقط. فيمكن تعلم الكثير من التبادل غير الرسمي للمعلومات أو المعارف. كذلك، لا يجب الانتظار إلى ما بعد الحدث لاستخلاص الدروس. لذا، وبغض النظر عن المراجعات الرسميّة التي قد ترغب الدول في إجرائها، يجب عليها اعتماد شكل من أشكال عملية "استخلاص الدروس" المستمرة، التي يمكن استخدامها من قبل جميع الجهات الفاعلة والمشاركين في إطار الطوارئ الصحيّة العامّة. ونشرت منظمة الصحة العالمية مؤخرًا دليلًا مفيدًا لإجراء المراجعات خلال الطوارئ الصحيّة

العامة، بعنوان "إرشادات لإجراء استعراض مرحلي لجائحة كوفيد-19 على المستوى القطري".³²⁸ لكن لسوء الحظ، لا يغطي الدليل التشريعات المتعلقة بالموضوعات الخاصة للمراجعة، ما يشكل ثغرة أساسية، ولكنه يشمل التنسيق والتخطيط والرصد على المستوى القطري.

في الماضي، ركزت غالبية الدروس المستفادة أيضًا على القضايا التشغيلية. فمن غير الشائع استخلاص الدروس القانونية - أو في الواقع، تنظيم أنشطة تدريبية حول الجوانب القانونية للكوارث. ومع ذلك، يمكن للمحامين الذين يشاركون في إدارة الطوارئ الصحية العامة وتطوير القوانين ذات الصلة الاستفادة من التمارين والتعلم من الخبرات كما في أي قطاع آخر. ولقد طوّر برنامج قانون الكوارث التابع للاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر تمرين محاكاة قانوني يركز على كارثة تلي خطرًا طبيعيًا، كما يعمل حاليًا على تطوير سيناريو يتضمن حالة طوارئ صحية عامة. وبالنظر إلى حجم التشريعات المطلوبة للاستجابة لجائحة كوفيد-19، بات يتوقّر الآن عدد كبير من المحامين والمستشارين التشريعيين، على وجه الخصوص، من ذوي الخبرة في صياغة تشريعات الطوارئ. ومن المهم ألا تذهب هذه التجربة سدى. في القسم 3.4 أعلاه، أوصى هذا التقرير بإنشاء شبكات من المحامين على المستوى الدولي للمساعدة في تنفيذ اللوائح الصحية الدولية. ويمكن تحقيق فوائد مماثلة عبر تطوير الشبكات على المستوى الوطني. لذلك، قد تودّ الدول النظر في إنشاء مثل هذه الشبكات من المحامين للمساعدة في الحفاظ على المعارف والخبرات القانونية وتطويرها لحالات الطوارئ الصحية العامة المستقبلية. وقد تتمكّن الجمعيات الوطنية أو برنامج قانون الكوارث للاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر من تسهيل إنشاء مثل هذه الشبكات.

التوصيات

1. ينبغي على قوانين وسياسات وخطط إدارة أخطار الطوارئ الصحية العامة أن:
 - أ. تعترف بأهمية التوعية العامة بمخاطر الطوارئ الصحية العامة وعواقبها المحتملة؛
 - ب. تضمن تزويد المجتمعات بالمعلومات اللازمة لتمكينها من التأهب للطوارئ الصحية العامة والاستجابة لها؛
 - ج. تطلب من جميع الجهات الفاعلة والجهات المعنية المحتملة في الطوارئ الصحية العامة (بما في ذلك المجتمعات) تنفيذ أو المشاركة في التدريب المنتظم للطوارئ الصحية العامة وتمارين المحاكاة لتعزيز فهمهم لما يلي:
 - i. إطار إدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة؛
 - ii. الإجراءات الرئيسية التي يجب اتخاذها للتأهب للطوارئ الصحية العامة والاستجابة لها؛
 - iii. المستوى الحالي من التأهب للطوارئ الصحية العامة.

2. على الرغم من أن تمارين التدريب والمحاكاة يجب أن تركز على الطوارئ الصحية العامة، إلا أن جميع الجهات الفاعلة والجهات المعنية في إطار إدارة مخاطر الكوارث الأوسع يجب أن تكون قادرة على المشاركة لتعزيز معرفتهم بالترتيبات المحددة للطوارئ الصحية العامة.

3. يجب تصميم تمارين المحاكاة لاختبار العناصر القانونية لإطار عمل إدارة أخطار الطوارئ الصحية العامة والاستعداد القانوني لها، من بين جملة من الجوانب الأخرى.

4. يجب أن تضمن القوانين و/أو السياسات ما يلي :

أ. أن تتم مراجعة أطر إدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة

i. دوريًا (خاصة لتقييم ما إذا كان الإطار يعالج تهديدات الصحة العامة الجديدة أو الناشئة)؛

ii. بعد حدوث حالة الطوارئ الصحية العامة لتقييم فعالية إطار العمل المعتمد واستخلاص الدروس؛

ب. أن يتم تنفيذ الدروس والتوصيات من المراجعات والتدريبات وتمارين المحاكاة بشكل فعال.

5. حالات الاستثناء والصلاحيات الاستثنائية في حالات الطوارئ الصحية العامة

5.1 مقدمة

يشكل إعلان حالة الطوارئ أو حالة الكارثة إحدى الآليات الشائعة لتفعيل الاستجابة للكوارث. وكما يشير تقرير التأهب للكوارث والاستجابة لها، فإن الوظيفة العادية لأي من هذين الإعلانين هي "الانتقال إلى صيغة قانونية طارئة، تُطبّق فيها ترتيبات حوكمة خاصة وتُمنح الحكومة سلطات استثنائية".³²⁹ ويستند الأساس المنطقي إلى حقيقة أنه إذا لم تُمنح السلطات صلاحيات وترتيبات استثنائية، ستتجاوز الكارثة قدرات الاستجابة "الطبيعية للحالة" - على سبيل المثال، الصلاحيات القانونية المتاحة أو الموارد التي يمكن الاستعانة بها.³³⁰

يحدد تقرير التأهب للكوارث والاستجابة لها أن صلاحية إعلان حالة الطوارئ عادة ما يكرسها دستور الدولة وتُمنح للأشخاص أو الكيانات على أعلى مستوى من الحكومة. ويتم إعلان حالات الطوارئ بشكل عام في الحالات المتطرفة وغير المتوقعة التي تتحدى بشكل أساسي النظام القانوني السائد، مثل الحرب الأهلية أو الاضطرابات الشعبية الواسعة النطاق، على الرغم من أنه قد يتم صياغتها على نطاق واسع بما يكفي لتطبيقها على أي نوع من الكوارث، بما في ذلك الطوارئ الصحية العامة. ويتمثل الهدف من إعلان حالة الطوارئ عمومًا في جعل

عملية صنع القرار مركزية وتمكين السلطات الحكومية أو السلطات العامة من ممارسة سلطات استثنائية، وقد تكون خارجة عن القانون. وغالبًا ما يسمح إعلان حالة الطوارئ للحكومات بالحد من الحقوق الدستورية و/أو حقوق الإنسان الأساسية أو الانتقاص منها.

في المقابل، عادةً ما تنص تشريعات إدارة مخاطر الكوارث على إعلان حالات الكوارث، وقد تُنَاط مسؤولية إعلان حالة الكوارث بالمسؤولين في المستويات الحكومية الأدنى.³³¹ وعادةً ما يتمثل الهدف من إعلان حالة الكوارث في تفعيل خطط إدارة الكوارث وإطلاق ترتيبات حوكمة خاصة وصلاحيات حكومية استثنائية، مثل صلاحيات إخلاء الأشخاص أو حجرهم صحياً. وعادةً ما تكون الصلاحيات الحكومية وترتيبات الحوكمة التي يتم تطبيقها أثناء حالات الكوارث مُحددة مسبقاً ومُقيّدة أكثر من تلك المتوفرة في حالات الطوارئ.

من حيث الصلاحيات القانونية، قد ينقسم تأثير الإعلان إلى شقين: (1) قد يفعل صلاحيات تشريعية طارئة – إذ عادةً ما يمنح السلطة التنفيذية القدرة على سن التشريعات (مثل المراسيم أو الأوامر أو اللوائح)؛ و/أو (ب) قد يمكن السلطات من ممارسة صلاحيات استثنائية (مثلاً، الأمر بالإخلاء، ومصادرة الممتلكات، وتقييد الحركة). ويمكن استخدام الشق الأول لتفعيل صلاحيات استثنائية، أو قد تكون الأخيرة قائمة بالفعل في التشريعات الدائمة. وقد يكون الإعلان عن حالة الطوارئ أو حالة الكوارث بمثابة حافز لحشد الموارد والبنى التحتية والتمويل. وتجدر الإشارة إلى أنَّ الإعلان الرسمي عن حالات الطوارئ أو حالات الكوارث ليس مطلوباً في بعض الولايات. بدلاً من ذلك، قد يكون أحد المسؤولين مكلفاً بتحديد وجود حالة الطوارئ أو حالة الكوارث. ويُحتمل أيضاً تفعيل الصلاحيات الاستثنائية بمجرد حدوث ظروف معينة، من دون الحاجة إلى إعلان أو تحديد حالة الطوارئ أو حالة الكوارث.

ولا بدّ من تسليط الضوء على فارق مهمّ بين: (1) الصلاحيات التشريعية الاستثنائية المذكورة أعلاه، التي عادةً ما تُمنح إلى السلطة التنفيذية وتمارسها الأخيرة؛ و(2) القوانين الطارئة التي تسنّها السلطات التشريعية بالطرق "المعتادة". وفي الكثير من الدول المشمولة في العينة، سُنتّ تشريعات محددة متعلّقة بجائحة كوفيد-19 – غالباً بسرعة كبيرة وبواسطة إجراءات تشريعية معجلة. وكانت هذه التشريعات جديدة ويمكن وصفها بأنها "تشريعات طارئة"، ولكن مع ذلك، من حيث المبدأ، خضعت لتدقيق السلطة التشريعية.³³² وعلى الرغم من احتمال بروز مخاوف حول إمكانية التدقيق بشكل فعال في التشريعات التي تُقرّ بهذه السرعة، لا يشكّل هذا النوع من تشريعات الطوارئ محور التركيز الأساسي لهذا الفصل، بل ينصب التركيز الرئيسي على الصلاحيات التشريعية الاستثنائية والصلاحيات الاستثنائية الأخرى الممنوحة إلى السلطة التنفيذية والتي تمارسها الأخيرة.

بالاستناد إلى عمليات المسح المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة، يتّضح أنّه جرى إعلان حالي الطوارئ والكوارث في ما يتعلق بالطوارئ الصحية العامة. وقد تتوفر أيضًا وسيلة إضافية لتفعيل الصلاحيات الاستثنائية في الطوارئ الصحية العامة، ألا وهي إعلان حالة طوارئ في مجال الصحة العامة.³³³ ويؤدي هذا النوع من الإعلان وظيفة قانونية مماثلة لحالات الطوارئ وحالات الكوارث، ولكنه خاص بالطوارئ الصحية العامة ويرد عادةً في تشريعات الطوارئ الصحية العامة. ولأغراض هذا الفصل، يُشار إلى كل من حالات الطوارئ وحالات الكوارث والطوارئ الصحية العامة مجتمعة على أنها حالات استثناء.

بصفة عامة، يثير استخدام الصلاحيات الاستثنائية في حالات الطوارئ الصحية العامة - كما في أي كارثة أخرى - (على الأقل) ست قضايا رئيسية: (1) مصدر وطبيعة الصلاحيات الاستثنائية؛ و(2) المسؤول عن تفعيل أو ممارسة هذه الصلاحيات؛ و(3) متى يمكن تفعيل الصلاحيات ومدتها؛ و(4) طبيعة الصلاحيات أو الإجراءات المفعلّة؛ و(5) عواقب استخدام الصلاحيات الاستثنائية على حقوق الإنسان مثلاً؛ و(6) الضمانات المطبقة على ممارسة الصلاحيات أو التدابير الاستثنائية.

5.2. مصدر وطبيعة حالات الاستثناء والصلاحيات الاستثنائية

تشير عمليات المسح المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة إلى وجود تباين كبير في المصدر القانوني للصلاحيات الاستثنائية وحالات الاستثناء للاستجابة للطوارئ الصحية العامة. ويوجد أيضًا تباين في المستويات - أي الوطنية أو الإقليمية أو دون الوطنية - التي تُستخدم فيها الصلاحيات الاستثنائية ويُعلن عن حالات الاستثناء. ويتضح ذلك من خلال كيفية استجابة الدول المشمولة في العيّنة على وجه التحديد لجائحة كوفيد-19. ففي غالبية الدول المشمولة في العيّنة، أُبلغ عن إعلان شكل من أشكال حالات الاستثناء أو ممارسة صلاحيات استثنائية. ومع ذلك، لم تقم الدول بذلك بطريقة واحدة: فقد لجأت الدول إلى حالات الطوارئ وحالات الكوارث وحالات الطوارئ الصحية العامة أثناء الاستجابة لجائحة كوفيد-19.³³⁴ فمن بين الدول الـ 36 المشمولة في العيّنة، توفّرت لدى 19 ترتيبات متعلقة بحالات الطوارئ الصحية العامة، لكن لم يُصدر سوى نصف هذه الدول إعلانًا رسميًا عن حالة طوارئ صحية عامة. وفي النصف الآخر من الدول، يمكن تفعيل حالة الطوارئ الصحية العامة أو الصلاحيات المتاحة في ظل الطوارئ الصحية العامة بمجرد حدوث حالة الطوارئ الصحية العامة، أو تجاوز هذه الحالة لعتبة معينة، من دون الحاجة إلى إعلان رسمي. وأفاد عدد مماثل من عمليات المسح المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة بأنه تم الإعلان عن حالات الطوارئ في ما يتعلق بجائحة كوفيد-19. ومع ذلك، فهذا لا يعني أن نصف الدول المشمولة في العيّنة اختارت إعلان الطوارئ الصحية العامة والنصف الآخر اختار إعلان حالة الطوارئ، بل اعتمد عدد من الدول المشمولة في العيّنة مزيجًا من حالة الطوارئ

الصحية العامة وحالة الطوارئ. وتم الإبلاغ عن إعلان حالة الكوارث بموجب تشريع إدارة مخاطر الكوارث في ست دول فقط من الدول المشمولة في العينة. ويشير ذلك إلى أنه إذا كانت الصلاحيات متاحة في تشريعات الطوارئ الصحية العامة المحددة، فسيتم استخدامها في الطوارئ الصحية العامة، حتى ولو أتاح تشريع إدارة مخاطر الكوارث الإعلان عن حالات الكوارث.

لم يناقش تقرير التأهب للكوارث والاستجابة لها حالات الطوارئ الصحية العامة على وجه التحديد في. وبالأستناد إلى عمليات المسح المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة، يبدو أنه يُنظر إليها إما على أنها فئة فرعية من حالات الكوارث، أو (وهي النظر الأكثر شيوعاً) على أنها آلية قائمة بحد ذاتها. وعندما تنص التشريعات المحلية على حالات الطوارئ الصحية العامة، غالباً ما تتشابه مع حالات الكوارث في طبيعتها وتأثيرها. وعادة ما ترد صلاحية الإعلان عن حالات الطوارئ الصحية العامة أو العامل المسبب لتفعيل الصلاحيات الاستثنائية المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة في تشريعات الطوارئ الصحية العامة.

في بعض الحالات، يُقترح إعلان حالات الطوارئ استجابةً لحالات الطوارئ الصحية العامة، حتى في حال توفر الصلاحيات الكافية إما بموجب حالات الكوارث أو حالات الطوارئ الصحية العامة. وكما يرد في تقرير التأهب للكوارث والاستجابة لها، يمكن إعلان حالات الاستثناء لأسباب أخرى غير أثرها القانوني البحت. فيمكن إعلان حالة الطوارئ على وجه الخصوص "للإبلاغ عن خطورة التهديد لعامة الناس والجهات الفاعلة في مجال التأهب للكوارث والاستجابة لها، وبالتالي حتّم على تنفيذ تدابير التأهب والاستجابة المناسبة"³³⁵ أو لإثبات أن الحكومة تتعامل مع التهديد بجدية. في بعض الحالات، لا سيما في الدولة الفدرالية أو شبه الفدرالية، قد يكون إعلان حالة الطوارئ مطلوباً ببساطة للإفراج عن الأموال أو عند استنفاد الموارد في منطقة معينة.³³⁶

من الناحية العملية، كما يرد في تقرير التأهب للكوارث والاستجابة لها وكما تشير عمليات المسح المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة، قد يكون من الصعب التمييز بوضوح بين الأنواع المختلفة لحالات الاستثناء، لا سيما بسبب الاستخدام غير المتسق لمصطلح "حالة الكارثة" و"حالة الطوارئ" بين الدول. ففي نهاية المطاف، تشكل جميع حالات الاستثناء (باستثناء تلك التي تستخدم فقط للحصول على التمويل) آلية للانتقال "من الطرائق القانونية العادية إلى الطرائق القانونية الاستثنائية"، ويمكن اعتبار أنها تنقسم إلى مستويات متدرجة عدّة، ولا تندرج ضمن فئات محددة بوضوح. ومع ذلك، كما يرد في تقرير التأهب للكوارث والاستجابة لها، "في غالبية الكوارث، سيكون من الأنسب إعلان حالة الكوارث، بدلاً من إعلان حالة الطوارئ (على افتراض توفر الاثنين في الدولة). ويُعزى ذلك إلى أن غالبية الكوارث ليست شديدة بما يكفي لتقويض النظام القانوني السائد، أو لتبرير حصر صلاحية صنع القرار على المستوى المركزي، والتدخل في الحقوق الدستورية وحقوق الإنسان".³³⁷

وينطبق ذلك على جميع حالات الطوارئ الصحية العامة بالتساوي من حيث المبدأ. وبشكل عام، ينبغي إعطاء الأولوية لاستخدام حالات الكوارث أو الطوارئ الصحية العامة، على الرغم من أن حالات الطوارئ - والصلاحيات والتدابير الاستثنائية الأوسع التي تفعّلها - قد تكون ضرورية في بعض الأحيان.

وقد تكون مخاطر الاعتماد المفرط على إعلان حالات الطوارئ - بدلاً من حالات الكوارث أو الطوارئ الصحية العامة المحدودة أو المقيّدة أكثر - قانونية وعملية. فقد أظهر تقرير التأهب لحالات الطوارئ والاستجابة لها وغيره من التقارير³³⁸ شواغل قانونية واضحة، وهي: تفعيل صلاحيات استثنائية غير ضرورية وغير محدودة أو غير متناسبة، يمكن ممارستها من دون تدقيق (أو مع تدقيق محدود فقط) وقد تؤدي إلى التعدي على الحقوق. ومن المعروف أنّ بعض التدابير الاستثنائية قد تستلزم انتهاك قوانين حقوق الإنسان أو الانتقاص منها، مهما كانت هذه التدابير ضرورية ومتناسبة مع تهديد الصحة العامة وحتى مع تحديد فترة نفاذها. بالإضافة إلى ذلك، وكما يشير تقرير معهد "النبْرغ"، "إنّ وجود إطار شامل للتأهب للجائحات والاستجابة لها يمكن أن يقلل من الحاجة المتصورة إلى عدم التقيد بالمعايير الدولية، حيث سيتم تضمين هذه المعايير في إطار العمل".³³⁹

هناك أيضًا اعتراض أكثر واقعية وعملية على الاعتماد المفرط على حالات الطوارئ. فُتحِد حالات الطوارئ بحكم طبيعتها حالة استثنائية، وهي مصممة لمنح صلاحيات وتدابير استثنائية. وقد تُمنَح الجهات الفاعلة الحكومية، من خارج قطاع إدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة أو إدارة مخاطر الكوارث، إذنًا بممارسة تلك الصلاحيات، من دون أن يكونوا بالضرورة على دراية بالسياق التنظيمي أو التشغيلي الذي يُطلب منهم التصرف ضمنه. وقد يؤدي ذلك بدوره قد إلى أثر ضار على الفعالية التشغيلية. في المقابل، في حال الإعلان عن حالات الكوارث وحالات الطوارئ الصحية العامة مع تحديد شروط استخدامها وتداعياتها بوضوح - أي في أطر التأهب والاستجابة الشاملة للجائحات، كما يشير تقرير معهد "النبْرغ" - يمكن التقليل من المخاطر القانونية والعملية الناجمة عنها على حد سواء.

ومن المعروف أنّ تحقيق هذا النوع من التوازن قد يكون صعبًا. وكما يشير تقرير التأهب للكوارث والاستجابة لها،³⁴⁰ قد لا يكون من الممكن أن المناسب دائمًا التنبؤ مسبقًا بالطوارئ الصحية العامة أو تغطية جميع الاحتمالات الناشئة عنها، خاصة في الحالات الشديدة مثل جائحة كوفيد-19. لذلك، قد يكون من الضروري في بعض الأحيان اعتماد حالة الطوارئ (وما تنطوي عليه من صلاحيات وتدابير).

التوصيات

1. يجب أن تحدد القوانين حالات استثناء متعلقة بالطوارئ الصحية العامة تكون متناسبة ومخصصة للأنواع المختلفة لحالات الطوارئ الصحية العامة التي قد تحدث وشِدَّتْها. ويجب تصميم هذا النظام ليعمل على أدنى مستوى في البداية، مع تصعيد الاستجابة إلى مستويات أعلى، تتميز بتدابير وصلاحيات أكثر شمولاً، ولا يتم تفعيلها إلا عند الضرورة القصوى.
2. في حال توفّر آليات منفصلة لإعلان أو تحديد حالة استثناء متعلقة بالطوارئ الصحية العامة، يجب أن تكون هذه الآليات متوافقة مع بعضها البعض، ويجب تنسيق استخدامها.
3. مهما كانت حالة الاستثناء المستخدمة في ظلّ الطوارئ الصحية العامة، يجب تحديد مصدرها وطبيعتها والصلاحيات الناشئة بموجبها بوضوح في القانون قدر المستطاع (مع مراعاة عدم القدرة على التنبؤ بالمخاطر الصحية الناشئة).

5.3. مسؤولية الإعلان عن حالة الاستثناء

يوصي تقرير التأهب للكوارث والاستجابة لها بأن تحدد القوانين بوضوح من لديه صلاحية إعلان حالة الاستثناء،³⁴¹ كما يوصي بإنشاء تسلسل هرمي للجهات المكلفة بالإعلان، في حال كان المسؤول أو الفرد المحدّد غير متوفّر. كذلك، ينصح التقرير بإلزام المسؤول عن الإعلان باستشارة وكالات أخرى - أو التصرف بناءً على طلب وكالة أخرى فقط - قبل إصدار الإعلان.³⁴² وتشير عمليات المسح المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة إلى أن تشريعات الطوارئ الصحية العامة تتبنى بالفعل بعض هذه المبادئ.

عندما تنص تشريعات الطوارئ الصحية العامة على الإعلان عن حالة الطوارئ الصحية العامة أو على تفعيل الصلاحيات الاستثنائية المتعلقة بها، يتم توزيع المسؤوليات بشكل صريح، وعادةً ما يتم إسنادها إلى الجهات الفاعلة في القطاع الصحي. في معظم الحالات، تُظهر عمليات المسح المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة أن شخصاً محدداً - يكون عادة وزير الصحة (أو من يعادله) أو مسؤول كبير في وزارة الصحة - يُمنح مسؤولية الإعلان عن الطوارئ الصحية العامة أو، إذا لم يتمّ اللجوء إلى إعلان كهذا، تحديد وجود مستوى محدد من الطوارئ الصحية العامة. في البرازيل مثلاً، يحق لوزير الصحة إعلان حالة طوارئ صحية عامة تسبّب قلقاً وطنياً.³⁴³ وفي سنغافورة، يجوز لمدير الخدمات الطبية اتخاذ تدابير استثنائية بموافقة وزير الصحة.³⁴⁴ وفي نيوزيلندا، يجوز لرئيس الوزراء إصدار الإعلان ذات الصلة بموافقة وزير الصحة.³⁴⁵ وفي الصين، تقع مسؤولية إعلان حالة الطوارئ الصحية العامة على عاتق اللجنة الدائمة في مجلس الشعب.³⁴⁶

في حال تقرر إعلان حالة الطوارئ بدلاً من ذلك، تُحدد هوية الشخص المسؤول عن إصدار هذا الإعلان بوضوح: عادةً الرئيس (أو من يعادله).³⁴⁷ وفي بعض الحالات، قد يعني إعلان حالة الطوارئ وحالة الطوارئ الصحية العامة أن المسؤولية تقع على عاتق أفراد مختلفين - إما داخل الحكومة الوطنية (على سبيل المثال، الرئيس ووزير الصحة)، أو على مستويات مختلفة من الحكومة في الأنظمة الفدرالية أو القائمة على تفويض الصلاحيات (مثلاً، الحاكم الإقليمي والرئيس). ولم تتوفر أدلة عن أنّ هذه الترتيبات تسببت في مشاكل فعلية أثناء جائحة كوفيد-19. ولكن مع ذلك، يمكن التخفيف خطر حدوث مشاكل كهذه من خلال التأكد من أن القوانين تحدد بوضوح الشخص المسؤول عن إصدار الإعلان.

التوصيات

1. ينبغي على القوانين التي تتيح إعلان حالة الاستثناء أو التي تمكن صانع القرار من تحديد وجود هذه الحالة أن:

- أ. تحدد بوضوح الشخص الذي يتمتع بصلاحيات إصدار هذا الإعلان أو القرار؛
- ب. عندما يتمتع أشخاص مختلفون بهذه الصلاحية - إما بموجب تشريعات مختلفة أو في ظروف مختلفة - ينبغي أن تضمن القوانين أنّ الظروف التي يمكن لكل فرد أن يتصرف فيها واضحة، وأنه في حال حدوث أي نزاع، توجد وسائل لحلها أو لتحديد من لديه الصلاحية النهائية.

ويوصي التقرير التآهب للكوارث والاستجابة لها أيضًا بأن تنشئ الدول تسلسلاً هرمياً للأشخاص المكلفين بإصدار الإعلان، في حال عدم وجود مسؤول أو فرد محدد أو عدم توفره.³⁴⁸ ولعلّ ذلك يكتسب أهمية أكبر عندما يتعين على المسؤولين اتخاذ إجراءات استجابة لمرض قد يصيبهم هم. ومع ذلك، من غير الواضح وجود مثل هذه الترتيبات بين الدول المشمولة في العينة. في بعض الدول، قد تنص الترتيبات الدستورية بالفعل على مثل هذه الحالات الطارئة. فعلى سبيل المثال، قد يكون أي وزير قادراً على ممارسة صلاحيات وزير آخر، أو إذا كان الرئيس عاجزاً، فقد تنص الدساتير على تفويض مهامه لجهة أخرى. أما في الدول الأخرى حيث يتم تعيين المسؤولين، يجوز أيضاً السماح لنوابهم بالتصرف محمّ. وبشكل عام، لا تشير عمليات المسح المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة إلى أنه تم إيلاء الكثير من الاهتمام لترتيبات الطوارئ في حال عدم توفر الشخص المسؤول. ونظراً إلى احتمال تأثر الوزراء أو المسؤولين خلال الطوارئ الصحية العامة الخطيرة، يجب على الدول أخذ هذه المسألة في الاعتبار. وبالتالي، يعيد هذا التقرير التأكيد على التوصية الواردة في تقرير التآهب للكوارث والاستجابة لها.

التوصيات

يجب على الدول أن تحدّد - في القانون إذا لزم الأمر، لضمان منح الصلاحية القانونية للمسؤول البديل - تسلسلاً هرمياً للمسؤولين المخولين إصدار إعلان أو تحديد حالة الاستثناء، من أجل استباق احتمال عدم تمكن المسؤولين المعيّنين من أداء مهامهم أثناء الطوارئ الصحية العامة.

ويقترح تقرير التأهب للكوارث والاستجابة لها أيضًا ضرورة إعلان الشخص المعني حالة الاستثناء "بناءً على المشورة" أو "بناءً على طلب" وكالة أخرى (مثل مؤسسات إدارة الكوارث أو الحكومات دون الوطنية). ويشير التقرير إلى أنّ السبب وراء هذا المطلب هو أنه: (1) يحول دون تركيز السلطة في يد شخص أو كيان واحد؛ و(2) يحافظ على استقلالية الولايات دون الوطنية؛ و(3) يعطي الأهمية المناسبة لخبرة الوكالات القطاعية ذات الصلة.³⁴⁹ وتشير عمليات المسح المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة إلى أنّ مثل هذه الأحكام موجودة بالفعل في بعض الدول المشمولة في العينة. فعلى سبيل المثال، في كولومبيا، لا يمكن للرئيس إعلان حالة الطوارئ إلا بعد الحصول على توقعات من جميع الوزراء وموافقة المحكمة الدستورية.³⁵⁰ وفي نيوزيلندا، حيث يتحمل رئيس الوزراء مسؤولية إعلان الطوارئ الصحية العامة، لا يمكنه/ها القيام بذلك إلا بموافقة وزير الصحة.³⁵¹ وفي بابوا غينيا الجديدة، لا يمكن لرئيس الدولة إعلان حالة الطوارئ إلا بناءً على مشورة المجلس التنفيذي الوطني الذي عليه هو الآخر استشارة لجنة الطوارئ القانونية.³⁵²

فحتى عندما تقع مسؤولية إصدار إعلان أو تحديد حالة الاستثناء على عاتق الوزارة القطاعية المسؤولة بشكل أساسي عن الصحة العامة (وزارة الصحة عادة)، قد يكون من المفيد توفّر شكل من أشكال الاستشارة. كما ذكر سابقاً، يمكن أن يكون عدد الجهات الفاعلة المشاركة في الطوارئ الصحية العامة - حتى عدد الإدارات داخل وزارة واحدة قد تكون معنية - كبيراً جداً، كما أنّ العوامل التي ينبغي مراعاتها عبر القطاعات تفوق أحياناً حدود معرفة مسؤول أو قسم واحد. قد يؤدي طلب المشورة أو التشاور مسبقاً مع الجهات الفاعلة الأخرى إلى توفير تحذير مسبق لتلك الجهات وتمكينها من إبداء الرأي حول ملاءمة أو قابلية تنفيذ أي تدابير مقترحة. ومن المهم أيضاً، قبل الإعلان، إشراك الحكومات دون الوطنية أو المحلية التي قد يُطلب منها العمل بموجب حالة استثناء أو تنفيذها. ويجب الاعتراف بالسرعة المحتملة لانتشار الطوارئ الصحية العامة، وبالتالي قد لا تتوفر الفرصة دائماً لإجراء استشارات معمّقة. لذلك، قد يكون من المفيد في بعض الأحيان إشراك الجهات الفاعلة في مراحل مبكرة من دراسة الآثار المترتبة على حالات الاستثناء والصلاحيات أو التدابير اللازمة. ومع ذلك، يفرض عدد من الدول المشمولة في العينة ضرورة إجراء مشاورات.

التوصيات

يجب أن تتطلب القوانين و/أو السياسات، قبل الإعلان عن أي حالة استثناء أو تحديدها في ما يتعلق بالطوارئ الصحية العامة:

1. إذا تم الإعلان أو اتخذ القرار من قبل شخص آخر غير وزير الصحة أو مسؤول في وزارة الصحة، ينبغي (1) استشارة وزارة

الصحة على الأقل، ولكن في الحالة المثالية (2) يجب أن توافق وزارة الصحة على الإعلان أو القرار أو تصادق عليه؛

2. إذا كان الإعلان أو القرار وأي صلاحيات استثنائية مقترحة يمكن أن تؤثر على وظائف حكومة أو إدارة دون وطنية، يجب استشارة

الحكومة أو الإدارة دون الوطنية، على الأقل، قبل إصدار الإعلان أو القرار؛

3. يجب على الشخص الذي يصدر الإعلان أو القرار التشاور، بقدر ما تسمح به الظروف عملياً، مع الجهات الفاعلة الرئيسية

وأصحاب المصلحة الذين قد يشاركون في الاستجابة للطوارئ الصحية العامة.

5.4. تفعيل حالات الاستثناء والصلاحيات الاستثنائية وتوقيتها

كما يقر تقرير التأهب للكوارث والاستجابة لها، من المهم جداً أن يحدد القانون بوضوح المسببات القانونية لإعلان أو تحديد حالات الاستثناء

وتفعيل الصلاحيات الاستثنائية. ولكل حالة من حالات الاستثناء الموجودة، يجب أن يتم تصميم مسبباتها وفقاً لدرجة (درجات) ونوع (أنواع)

الكارثة التي تهدف حالة الاستثناء إلى معالجتها. قد تكون صياغة المسببات القانونية لحالات الطوارئ واسعة "لتزويد الحكومة بالمرونة

الكافية للاستجابة للأحداث الاستثنائية وغير المتوقعة، لكن يجب أن تكون مسببات حالات الكوارث [وبالتالي، حالات الطوارئ الصحية

العامة] محدّدة بدقة أكبر".³⁵³

إنّ مسألة توقيت التفعيل مهمة للغاية. إذا كانت المسببات تفاعلية فقط (أي أنّ القدرة على إعلان الحالة أو تحديدها لا تُفعل إلا بعد ظهور

حالة الطوارئ الصحية العامة أو وصولها إلى مستوى معين من الخطورة)، قد يكون الوقت قد فات لاتخاذ إجراءات وقائية أو تحضيرية معينة

بحلول إصدار الإعلان. وقد تطرح المسببات التفاعلية مشكلة خاصة في ما يتعلق بالطوارئ الصحية العامة لسببين على الأقل: (1) إذا

كان هناك نقشٍ لمرض معدٍ في دولة أخرى، فإن انتظار وصوله قبل اتخاذ أي إجراء يمكن أن يحبط الإجراءات التحضيرية اللازمة؛ و(2)

قد تنتشر الأمراض المعدية بسرعة غير عادية، ويمكن القول إنها أسرع من أنواع الكوارث الأخرى. وأكدت جائحة كوفيد-19 أنه قد يكون

من الضروري اتخاذ تدابير سريعة واستثنائية أثناء الطوارئ الصحية العامة. ومع ذلك، من المهم الاعتراف بأنّ المسببات الوقائية تحمل

بعض المخاطر، ومنها استخدام الصلاحيات الاستثنائية في وقت مبكر جداً أو من دون داع.

لسوء الحظ، لا تشير جميع عمليات المسح المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة إلى توقيت الإعلان عن حالات الاستثناء أو تحديدها أو توقيت استخدام الصلاحيات الاستثنائية. وفي الحالات التي تتضمن عمليات المسح المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة بعض المعلومات في هذا الخصوص، تشير غالبية الردود إلى أن الاعتراف بضرورة أن تكون المسببات وقائية، لا تفاعلية. مثلاً، يسمح دستور ليبيريا تحديداً بإعلان حالة الطوارئ عند بروز تهديد. وفي كولومبيا، يمكن الإعلان عن الطوارئ الصحية العامة عندما تهدد الظروف رفاهية الأشخاص وما إلى ذلك.³⁵⁴ وفي المملكة المتحدة، يمكن إصدار لوائح استثنائية للتعامل مع الطوارئ الصحية العامة استجابة لـ "تهديد خطير ووشيك" على الصحة العامة.³⁵⁵ أما في بلغاريا، فيجوز لوزير الصحة أن يمارس صلاحيات استثنائية في حال وجود "تهديد وشيك" على حياة المواطنين وصحتهم بسبب تفشٍ وبائي لمرض معدٍ.³⁵⁶ وفي سنغافورة، يجوز للوزير إعلان حالة طوارئ صحية عامة إذا "اقتنع بأن هناك تفشياً أو تفشياً وشيكاً لمرضٍ معدٍ يشكل خطراً كبيراً وقد يؤدي إلى وفيات بشرية أو حوادث إعاقة خطيرة في سنغافورة".³⁵⁷ وعلى الرغم من هذه الأمثلة الجيدة، لا تتيح معظم التشريعات، بحكم صياغتها، اتخاذ إجراءات إلا بعد وقوع الحدث أو إلحاقه ضرراً. وقد يكون ذلك بسبب تقادم التشريعات في بعض الحالات، أو بسبب القلق من أن النهج الوقائي قد يؤدي إلى الإعلان في وقت مبكر جداً.

بشكل عام، تؤكد سرعة انتشار جائحة كوفيد-19 على الصعيدين الدولي والمحلي على صحة التوصية الواردة تقرير التأهب للكوارث والاستجابة لها، التي تنص بأنه يجب السماح بالإعلانات والقرارات الوقائية لإتاحة "تدابير مبكرة فعالة"³⁵⁸ للاستجابة للطوارئ الصحية العامة. وعلى الرغم من المخاطر التي ينطوي عليها هذا النهج، والتي تتمثل في تفعيل سابق لأوانه أو غير ضروري لحالات الاستثناء، يجب أن تتضمن ترسانة الدول القدرة على الإعلان عن حالات الاستثناء أو تحديدها بشكل استباقي لمواجهة التهديدات الخطيرة للصحة العامة، شرط اعتماد ضوابط مناسبة.

التوصيات

1. يجب أن تحقق القوانين توازناً بين ضمان أن تكون مسببات حالات الاستثناء أو الصلاحيات الاستثنائية المطبقة في الطوارئ الصحية العامة: (أ) واضحة ومحددة؛ و(ب) مرنة بدرجة كافية لتطبيقها على المخاطر الصحية الجديدة أو الناشئة.
2. يجب أن تمكن القوانين من إعلان أو تحديد حالات الاستثناء في ما يتعلق بالطوارئ الصحية العامة بشكل استباقي.
3. للحد من مخاطر استخدام الصلاحيات الوقائية بشكل غير مناسب، يجب أن تحدد القوانين بوضوح الظروف التي يمكن فيها إصدار الإعلانات والقرارات الاستباقية، كما عندما تكون الطوارئ الصحية العامة وشيكة وقريبة (من الناحية الزمنية والجغرافية) و/أو عندما تحمل أثراً شديداً محتملاً.

5.5. طبيعة الصلاحيات والتدابير الاستثنائية

تتقسم الصلاحيات الاستثنائية التي قد يتم تفعيلها للاستجابة إلى حالات الطوارئ الصحية العامة إلى فئتين عريضتين: (1) صلاحيات إصدار قوانين طارئة (يشار إليها باسم "الصلاحيات التشريعية الاستثنائية"): و(2) الصلاحيات الاستثنائية التنفيذية (يشار إليها ببساطة باسم "الصلاحيات الاستثنائية"). وقد تكون الصلاحيات الاستثنائية موجودة بالفعل في التشريعات الدائمة أو قد يتم إنشاؤها من خلال أو بموجب أدوات توضع باستخدام الصلاحيات التشريعية الاستثنائية. وتُظهر عمليات المسح المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة أنه تم استخدام مزيج من هذين النوعين من الصلاحيات الاستثنائية خلال جائحة كوفيد-19، على الرغم من وجود تباين كبير في المصطلحات والممارسات بين الدول.

وكما ذكر أعلاه، قد يتم تفعيل الصلاحيات الاستثنائية في بعض الولايات بمجرد حدوث ظروف معينة، من دون الحاجة إلى إعلان أو تحديد حالة الطوارئ أو حالة الكوارث أو حالة الطوارئ في مجال الصحة العامة. وفي الواقع، قامت كل الدول المشمولة في العينة بتفعيل صلاحيات استثنائية من نوع ما للاستجابة لجائحة كوفيد-19، حتى لو لم يتم الإعلان عن حالة استثناء أو تحديدها. وفي بعض الحالات، تم استخدام السلطات التشريعية الاستثنائية لمنح صلاحيات استثنائية جديدة. ولكن في معظم الحالات، كانت التشريعات القائمة تنص على الصلاحيات الاستثنائية المستخدمة إلى حد ما.

كما ورد في الفصل الأول، لا يشمل نطاق هذا التقرير تحليل فعالية وملاءمة تدابير مواجهة جائحة كوفيد-19 التي تم تنفيذها باستخدام الصلاحيات الاستثنائية. علاوة على ذلك، تميل غالبية عمليات المسح المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة إلى تقديم معلومات حول المصدر القانوني للصلاحيات الاستثنائية المستخدمة، بدلاً من معلومات حول طبيعة التدابير التي انطوت عليها تلك الصلاحيات. إلا أن بعض عمليات مسح الطوارئ حددت بعض التدابير الاستثنائية المعتمدة خلال المراحل الأولى من جائحة كوفيد-19. لا شك أن جميع القراء باتوا يعرفون معظم التدابير الاستثنائية المعتمدة، وهي تشمل ما يلي:

- إغلاق الحدود؛
- قيود على السفر الدولي؛

- الحجر الصحي الإلزامي أو العزل الذاتي³⁵⁹ للمسافرين الوافدين، سواء في المنزل أو في الفنادق أو في أماكن الإقامة المقدمة من الدولة؛
- قيود على الحركة الداخلية؛
- إغلاق الشركات والمدارس وصالات الرياضة والترفيه؛
- منع التجمعات الاجتماعية، بما فيها العبادة الدينية؛
- التباعد الاجتماعي الإلزامي والتدابير الوقائية الأخرى مثل ضرورة ارتداء الكمامات؛
- فحص وتعقب الأشخاص الذين قد يكونون مصابين، بما في ذلك التحميل الإلزامي لتطبيقات الهواتف الذكية ومشاركة البيانات؛
- العزل الذاتي أو الحجر الصحي الإلزامي لمن تظهر عليهم الأعراض أو أولئك الذين قد لا تظهر عليهم أعراض، ولكن يحتمل أن يكونوا مصابين؛
- الحماية الإلزامية - أو في الواقع، العزل أو الحجر الصحي - للفئات الأكثر ضعفاً، وخاصة كبار السن أو الذين يعانون من ظروف صحية سابقة، حتى لو لم يكونوا مصابين بالمرض؛
- العلاج الإجباري، وقد يشمل في بعض الحالات التلقيح.

سيوفر التحليل المفصل لفعالية هذه التدابير الاستثنائية (عند التمكن من إجراءاته) أداة مفيدة جدًا للدول لفهم الصلاحيات التشريعية الاستثنائية المحددة والصلاحيات الاستثنائية التي قد تكون مطلوبة للطوارئ الصحية العامة المستقبلية (وللكوارث الأخرى أيضًا). وفي غضون ذلك، قد تساعد توصيات قانون التأهب للكوارث والاستجابة لها³⁶⁰ في تحديد كيف ينبغي أن تتعامل القوانين مع صياغة وتفعيل الصلاحيات الاستثنائية.

التوصيات

1. يجب أن تحدد القوانين بوضوح الصلاحيات الحكومية التي تنشأ بمجرد إعلان حالة استثناء أو تحديدها في ما يتعلق بالطوارئ الصحية العامة.
2. يفضل بشكل عام أن تتضمن القوانين قائمة محددة مسبقًا ودقيقة وشاملة بالصلاحيات الحكومية، على الرغم من أن منح صلاحيات أوسع نطاقًا قد يكون ضروريًا في حال حدوث حالة طوارئ صحية عامة شديدة الخطورة.

5.6. أثر حالات الاستثناء والصلاحيات الاستثنائية على حقوق الإنسان

كما يرد في تقرير التأهب للكوارث والاستجابة لها، من الشائع أن تسمح قوانين إدارة مخاطر الكوارث المحلية باتخاذ تدابير تؤثر على حقوق الإنسان، لا سيما أثناء حالات الاستثناء أو في ظلّها. وتوضح تجربة جائحة كوفيد-19 أنّ مسألة الآثار على حقوق الإنسان تنشأ أيضًا في سياق الطوارئ الصحية العامة. وتشمل التدابير التي اعتمدت استجابة لجائحة كوفيد-19 والتي تثير قضايا حقوق الإنسان (على سبيل المثال لا الحصر): الإغلاق التام؛ الإغلاق الإلزامي للشركات؛ الحجر الصحي أو العزل الذاتي الإلزامي للمصابين أو الذين يُحتمل إصابتهم، خاصةً إذا كانت المعايير ذاتية أو مُبهمة؛³⁶¹ والوقاية أو العزل الذاتي الإلزامي للفئات الأكثر عرضة للإصابة بالمرض. فالكثير من التدابير المخففة المتخذة (أو التي لم تُتخذ) في ما يتعلّق بالفئات المستضعفة المذكورة في الجزء "ج" لها أيضًا آثار على حقوق الإنسان. إنّ الدراسة التفصيلية لأثر التدابير الاستثنائية لمواجهة جائحة كوفيد-19 على حقوق الإنسان تقع خارج نطاق هذا التقرير، إلا أنّ الكثير من المنشورات والمقالات قد تناولها،³⁶² ولعلّها من الجوانب التي شهدت الكمّ الأكبر من النقاشات في ما يتعلق بالجائحة الحالية. وشملت المواضيع الأساسية الخاضعة للنقاش ما إذا كانت أنواع القيود المفروضة، والفترة التي طبّقت فيها، وتدابير إنفاذها، متناسبة مع طبيعة تهديد الصحة العامة وشدّته.

على الرغم من طبيعة التدابير المتخذة استجابة لجائحة كوفيد-19، لم تشعر معظم الدول بالحاجة إلى عدم التقيّد رسميًا باحترام حقوق الإنسان. ويبدو أن 13 دولة فقط أعطت إشعارًا بعدم التقيّد بالعهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية في ما يتعلّق بتدابيرها للاستجابة لجائحة كوفيد-19، وهي: أرمينيا وتشيلي وكولومبيا والإكوادور والسلفادور وإستونيا وجورجيا وغواتيمالا وقيرغيزستان ولافتيا وفلسطين والبيرو ورومانيا.³⁶³ وقد يكون ذلك مفاجئًا، نظرًا إلى عدد الدول الأخرى التي استخدمت صلاحيات استثنائية واعتمدت تدابير بطرق يمكن أن تؤدي إلى تعليق العمل بحقوق الإنسان الأساسية. وكما يفيد تقرير معهد "المنبر"، فإن بعض الدول "اعتمدت تدابير تتعارض فعليًا مع الالتزامات الدولية، ولكن من دون الامتثال للمتطلبات الموضوعية والإجرائية. ويتمثل الخطر الذي ينشأ عندما لا تمتثل حالات عدم التقيّد بالالتزامات الدولية للمتطلبات الموضوعية أو الإجرائية في التفاوض عن الضمانات الأساسية الموضوعية لمنع الانتهاكات، من دون تقييم لتحديد ضرورة أو تناسب التدابير، مما يزيد من خطر حدوث انتهاكات لحقوق الإنسان بشكل كبير".³⁶⁴

تنصّ معظم صكوك حقوق الإنسان على أنه يجوز للدول تقييد بعض الحقوق من أجل اتخاذ تدابير للتعامل مع التهديدات الخطيرة لصحة السكان أو أفراد من السكان. إلا أنّ ذلك لا يمنح الدول القدرة على التدرّع بالاعتبارات الصحية للتصرّف من دون حسيب أو رقيب. ويجب

أن تكون القيود المفروضة على حقوق الإنسان ضرورية ومتناسبة، وربما الأهم من ذلك أن تتصَّ عليها القوانين. وتتص مبادئ سيراكوزا³⁶⁵ كذلك على أنَّ مثل هذه التدابير يجب أن تهدف على وجه التحديد إلى الوقاية من المرض أو الإصابة أو توفير الرعاية للمرضى والمصابين، وأنه يجب إيلاء الاعتبار الواجب للوائح الصحة الدولية³⁶⁶ وكذلك المبادئ العامة للضرورة والتناسب. وتَم توضيح أهمية أن تكون القيود المذكورة في القوانين في قضية نيوزيلندا الأخيرة "بوروديل ضد المدير العام للصحة وآخرين".³⁶⁷ فقد وافقت المحكمة النيوزيلندية العليا على أنَّ قيود نيوزيلندا لمواجهة جائحة كوفيد-19 هي ضرورية ومنطقية ومتناسبة. ومع ذلك، رأت المحكمة أن القيود التي تحد من حرية التنقل والتجمع السلمي وتكوين الجمعيات تعارضت مع قانون شرعة الحقوق النيوزيلندية للعام 1990 عندما لم تكن هذه القيود واردة في التشريعات، أي عندما لم تتصَّ عليها القوانين. وبمجرد تحديد القيود في التشريعات، اعتبرت المحكمة العليا أنها شرعية.

نظرًا لعدم ذكر أي من عمليات المسح المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة أي دعاوى قضائية، ليس من الواضح مدى اتساع نطاق النقاضي بشأن آثار القيود المفروضة نتيجة جائحة كوفيد-19 على حقوق الإنسان، أو كيف تعاملت المحاكم مع مثل هذه القضايا. في الأحكام المبلَّغ عنها في الولايات القضائية التي تعتمد نظام القانون العام، يبدو أنَّ المحاكم مستعدة للسماح للحكومات بدرجة من حرية التصرف والمرونة عند التعامل مع الطوارئ الصحية العامة. وفي قضية "لؤلؤن ضد وزير الصحة والرعاية الاجتماعية"،³⁶⁸ رفضت المحكمة الإنكليزية العليا في قرار (أعادت تأكيده في الاستئناف) الطعن المقدم ضدَّ اللوائح التي تطالب الأفراد بالبقاء في المنزل. وكان أساس القرار هو أنَّ منع الشخص من مغادرة منزله للمبيت في مكان آخر لا يرقى إلى درجة الحرمان من الحرية. كما أنَّ القيود التي تفرض البقاء في المنزل لا تصل إلى حد انتهاك الحق في احترام الحياة الخاصة والعائلية. وفي ما يتعلَّق بالطعن في القيود المفروضة على التنقل، وافقت المحكمة على أنها تتطوي بالفعل على قيود على حرية التجمع وتكوين الجمعيات. ومع ذلك، خلصت إلى أنه "في سياق جائحة عالمية، حيث ينتشر مرض جديد شديد العدوى قادر على التسبب في الوفاة وينتقل بين البشر"، لا يمكن لأيِّ محكم اعتبار هذه القيود غير متناسبة. ومع ذلك، لوحظ أنَّ اللوائح تضمَّنت أحكامًا متعلَّقة بالمراجعة، وفي وقت صدور الحكم، تم إلغاء اللوائح ذات الصلة. ولا شك في أن احتمال اتخاذ مثل هذه القرارات على نطاق واسع سيخضع للكثير من التدقيق والتحليل.

وفي غضون ذلك، كما أشار تقرير التأهب للكوارث والاستجابة لها وغيره من التقارير، فإنَّ حقيقة أنَّ بعض المحاكم قد تمنح للحكومات هامش حرية لا يجب أن يصرف النظر عن المبدأ الأساسي الذي ينص على أنَّ الدول يجب أن تستمر في احترام حقوق الإنسان حتى أثناء الطوارئ الصحية العامة الشديدة.

التوصيات

1. ينبغي أن تضمن القوانين وجود ضمانات، أثناء حالة الاستثناء المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة، تعزز الشفافية والمساءلة الحكومية، وتحافظ على سيادة القانون وعلى المؤسسات الديمقراطية، وتحمي حقوق الإنسان.
2. ينبغي أن تكون الصلاحيات والتدابير الاستثنائية متسقة مع القانون الدولي، ولا سيما القانون الدولي لحقوق الإنسان.
3. ينبغي الاستمرار في احترام حقوق الإنسان خلال الطوارئ الصحية العامة، وينبغي على الدول اعتماد الصلاحيات والتدابير الاستثنائية التي تحد من حقوق الإنسان فقد بقدر ما هو ضروري ومتناسب ومحدد بموجب القانون.

5.7. الضمانات والتدقيق خلال حالات الاستثناء

من المفترض أن يتوافق الجميع على ضرورة توفير ضمانات معينة عن إعلان أو تحديد حالة الاستثناء. ويوصي تقرير التأهب للكوارث والاستجابة لها بضرورة أن ينص القانون على الرقابة القضائية و/أو التشريعية في حالات الطوارئ وحالات الكوارث العالية المستوى في ما يتعلق بما يلي: الإعلان الأولي عن حالة الطوارئ/حالة الكوارث (بما في ذلك أي صلاحيات محددة)؛ والقرارات أو الإجراءات المتخذة خلال حالة الطوارئ/حالة الكوارث؛ وأي قرار لتمديد أو إنهاء حالة الطوارئ/حالة الكوارث. وتنطبق هذه المبادئ أيضًا على حالات الاستثناء التي يتم إعلانها للطوارئ الصحية العامة. وعلى الرغم من توفير معلومات محدودة في عمليات المسح المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة حول هذا النوع من الرقابة، فمن الممكن العثور على شكل من أشكال الرقابة التشريعية أو القضائية في معظم الدول المشمولة في العينة.

5.7.1. الرقابة التشريعية

تُظهر عمليات المسح المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة وجود تباين كبير في كيفية ممارسة السلطات التشريعية للرقابة عند إعلان أو تحديد حالات الاستثناء أو اعتماد الصلاحيات الاستثنائية.

يتمثل الشكل الأشد من الرقابة في استمرار السلطة التشريعية في ممارسة مهامها التشريعية، بدلًا من تفويض هذه المهام إلى السلطة التنفيذية. وكما ذكر سابقًا، كانت السلطات التشريعية في معظم الحالات لا تزال قادرة على العمل أثناء جائحة كوفيد-19، سنّت الكثير من القوانين

التي استخدمتها الحكومة للاستجابة، حتى لو جرى ذلك بموجب إجراءات وأطر زمنية معجلة. ويكون الدور الرقابي للسلطة التشريعية محدودًا أكثر عندما تُمنح السلطة التنفيذية صلاحيات تشريعية استثنائية.

كما يرد في تقرير التأهب للكوارث والاستجابة لها،³⁶⁹ يجب تحقيق توازن بين سرعة اتخاذ الإجراءات والتدقيق المناسب فيها، خاصةً عندما لا تكون السلطات التشريعية في دورة انعقاد. لذلك، يمكن المحاجبة بأنه خلال الطوارئ الصحية العامة السريعة الظهور، تكون الموافقة اللاحقة (وليس المسبقة) على الإجراء التنفيذي أكثر ملاءمة. ويبدو أنَّ التصديق اللاحق هو النهج الأكثر شيوعًا المعتمد في الدول المشمولة في العينة في ما يتعلّق بكل من: (1) إعلان حالات الاستثناء للطوارئ الصحية العامة (عند إعلانها للمرة الأولى، أو عندما يكون التجديد مطلوبًا)؛ و(2) التشريعات المفوضة أو الفرعية الصادرة عن السلطة التنفيذية. على سبيل المثال، في جمهورية الكونغو الديمقراطية، بمجرد إعلان الرئيس عن حالة الطوارئ، يتطلب الدستور من غرفتي البرلمان إصدار تشريع لتنظيم تطبيق حالة الطوارئ.³⁷⁰ وفي بابوا غينيا الجديدة، تنصّ أحكام خاصة على ضرورة انعقاد البرلمان للنظر في الإعلانات الأولية لحالات الطوارئ الوطنية وتمديداتها. وعندما يُطلب إعلان حالة الطوارئ لاحقًا، لا يمكن أن يتم ذلك إلا من خلال تصويت "الأغلبية المطلقة" في البرلمان.³⁷¹ وفي نيوزيلندا، يمكن إصدار أوامر تعديل تتيح اللجوء إلى صلاحيات استثنائية أثناء نقشي الوباء، ولكن يجب إحالتها إلى مجلس النواب في أقرب وقت ممكن عمليًا بعد إقرارها لإخضاعها للتدقيق البرلماني.³⁷²

من المحتمل أن تسري الحالة الاستثنائية المعلنة أو المحددة في ما يتعلّق بالطوارئ الصحية العامة لفترة أطول بكثير مقارنة بأنواع الكوارث الأخرى. وقد تكون النتيجة فرض صلاحيات وقيود استثنائية لديها تأثيرات خطيرة من النوع المذكور في الجزء "ج" لفترة مطوّلة. من أجل ضمان فرض الصلاحيات والقيود الاستثنائية حصرًا عندما تكون ضرورية ومتناسبة مع تهديد الصحة العامة، يجب أن تكون حالات الاستثناء المطبقة على الطوارئ الصحية العامة محددة زمنيًا وأن يخضع تمديداتها لمعايير محددة بوضوح وللرقابة التشريعية.³⁷³ وفي بعض الحالات، يمكن فرض شروط أقل تطلبًا، نقضي بتقديم الحكومة تقريرًا إلى السلطة التشريعية تشرح فيه سبب استمرار الحاجة إلى الصلاحيات الاستثنائية.

ومن المهم أن ندرك أن التدقيق التشريعي يتطلب من السلطة التشريعية الاستمرار في العمل خلال الطوارئ الصحية العامة. وفي القسم 4.6، يسلط التقرير الضوء على الحاجة إلى اتخاذ ترتيبات الطوارئ لتمكين السلطات التشريعية من مواصلة العمل خلال الطوارئ الصحية العامة.

التوصيات

1. ينبغي أن تنص القوانين التي تتيح إعلان أو تحديد حالة استثناء في ما يتعلق بالطوارئ الصحية العامة على أن السلطة التشريعية:

أ. ينبغي (حيثما أمكن) أن توافق على الإعلان أو القرار خلال فترة زمنية محددة؛

ب. لديها صلاحية تعديل أو إنهاء حالة الاستثناء، بما في ذلك صلاحية تعديل بعض التفاصيل، مثل النطاق الجغرافي والفترة

الزمنية والصلاحيات الاستثنائية.

2. ينبغي أن تتضمن القوانين التي تتيح إعلان أو تحديد حالة استثناء في ما يتعلق بالطوارئ الصحية العامة حدًا زمنيًا، بحيث تنتهي

حالة استثناء تلقائيًا بمجرد انقضاء فترة محددة، ما لم يتم تمديدتها.

3. ينبغي على القوانين التي تتيح إعلان أو تحديد حالة استثناء في ما يتعلق بالطوارئ الصحية العامة أن تحدد بوضوح ما يلي:

أ. الظروف التي يجوز فيها تمديد حالة الاستثناء؛

ب. المدة القصوى التي يجوز فيها تمديد حالة الاستثناء؛

أ. إما:

i. الحد الأقصى لعدد المرات التي يجوز فيها تمديد حالة الاستثناء؛ أو

ii. الفترة القصوى التي يجوز أن تكون حالة الاستثناء سارية المفعول فيها.

4. ينبغي على القوانين التي تتيح إعلان أو تحديد حالة استثناء في ما يتعلق بالطوارئ الصحية العامة أن تفرض خضوع أي تمديد

لحالة الاستثناء لموافقة السلطة التشريعية (حيثما أمكن)، إما قبل التمديد أو في غضون فترة محددة.

5.7.2. الرقابة القضائية

الشكل الرئيسي الثاني للرقابة أو التدقيق هو من خلال المحاكم. ومع ذلك، فالقدرة على الطعن في إعلان أو تحديد حالات الاستثناء لا تتوفر

في جميع الدول. فترى رابطة القانون الدولي أنه يجب أن تتمتع المحاكم بصلاحية تحديد ما يلي:

- إذا كانت الإعلانات والتشريعات الطارئة متوافقة مع القانون من حيث الإجراءات والشروط والتناسب والضرورة؛
- إذا كانت الصكوك القانونية التي تسمح بالقيود والاستثناءات من الحقوق قانونية ويتم تفعيلها بشكل صحيح؛
- إذا تم انتهاك أي حقوق غير قابلة للتقييد؛
- إذا كانت القوانين غير الخاضعة للتدابير الاستثنائية لا تزال سارية المفعول، مع الافتراض بأنها سارية المفعول ما لم يتم إلغاؤها

لا تشير عمليات المسح المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة إلى استبعاد المراجعة القضائية، على الرغم من أنها لا تذكر على هذه المسألة بشكل خاص. وقد لا يمثل التحدي الأكبر للرقابة القضائية خلال جائحة كوفيد-19 قانونيًا، بل عمليًا، نظرًا إلى إغلاق الكثير من المحاكم كجزء من القيود الواسعة النطاق. وتشير عملية المسح المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة في الهند وحدها إلى تشريع يلغي صلاحية محكمة بالتدخل في ما يتعلق بتدابير الاستجابة لجائحة كوفيد-19.³⁷⁵

التوصيات

1. يجب أن تضمن القوانين التي تتيح إعلان أو تحديد حالة استثناء في ما يتعلق بالطوارئ الصحية العامة:
 - أ. يمكن أن يخضع الإعلان أو القرار، وتمديده اللاحق وأي صلاحيات أو تدابير استثنائية صادرة بموجبه، لدعاوى قضائية يرفعها المتضررون؛
 - ب. تتمتع السلطة القضائية بالاختصاص والصلاحيات من أجل:
 - i. إعلان عدم قانونية إعلان أو تحديد حالة الاستثناء وتمديدها اللاحق وأي صلاحيات أو تدابير استثنائية صادرة بموجبه؛
 - ii. إصدار أوامر مناسبة لتصحيح هذا الوضع غير القانوني (عن طريق إعلان البطلان أو العقوبات أو التعويض مثلاً).

5.7.3. الشفافية

يذكر تقرير التأهب للكوارث والاستجابة لها ضمانات، وهي النشر: أي ضمان أن الإعلان عن حالات الاستثناء يصل إلى أوسع جمهور ممكن، وعدم الاكتفاء فقط بذكره في السجل العام للقوانين. من الواضح أن هذا التدبير مهم، وعلى الرغم من عدم رصده في عمليات المسح المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة، إلا أن هناك أدلة على أن الدول تستخدم قنوات إبلاغ أخرى، بما في ذلك وسائل التواصل الاجتماعي، لتوفير معلومات حول التدابير المتخذة للاستجابة لجائحة كوفيد-19.³⁷⁶ والأمر اللافت أيضًا هو استخدام المواقع الإلكترونية لتوفير وصول أكبر إلى التشريعات المستخدمة في الاستجابة. فقد أنشأت الكثير من الحكومات مواقع إلكترونية مخصصة "للقوانين المتعلقة بجائحة كوفيد-19"، أو أنشأت صفحات متعلقة بالجائحة على مواقعها الإلكترونية الرئيسية للقوانين. هذه المواقع ليست دائمًا سهلة الاستخدام، ولكن قد يعود ذلك إلى الكم الهائل من التشريعات والمراجعات أو التعديلات أو الإلغاءات، مما قد يجعل من الصعب جدًا تتبع القوانين الحالية. ومع ذلك،

فإنَّ وجود هذا النوع من المواقع الإلكترونية يعزّز إمكانية الوصول إلى القوانين، وفي حال عدم توفير هذا النوع من الخدمات، قد يكون الوصول إلى القوانين أمرًا صعبًا للغاية.

التوصيات

1. ينبغي أن يتطلب القانون إشعارًا بإعلان أو تحديد حالة الاستثناء في إطار الاستجابة للطوارئ الصحية العامة (بما في ذلك تفاصيل الصلاحيات أو التدابير الاستثنائية ذات الصلة) ليتم نشره وإتاحته لأكبر عدد ممكن من الناس.
2. ينبغي مواصلة الممارسة الجيدة المثبتة في جميع أنحاء العالم والمتعلقة بنشر التشريعات خلال جائحة كوفيد-19، كما ينبغي على جميع الدول أن تسعى إلى نشر القوانين والسياسات والخطط المتعلقة بحالات الاستثناء والطوارئ الصحية العامة على الإنترنت حيثما أمكن.

الجزء ج: دور القانون في التخفيف من الآثار الثانوية للطوارئ الصحية العامة والآثار على الفئات المستضعفة

يتناول هذا الجزء (الجزء ج) دور القانون في التخفيف من الآثار الثانوية للطوارئ الصحية العامة والآثار على الفئات المهمشة والمستضعفة.³⁷⁷ يستند هذا الجزء، في طريقة تقسيمه، إلى هيكلية "تقرير التأهب للكوارث والاستجابة لها" بالتركيز على المواضيع الأساسية الآتية: (1) التنقل البشري³⁷⁸، (2) المأوى والمساكن³⁷⁹، (3) حماية الفئات المستضعفة.³⁸⁰ ويكمل التوصيات الواردة في "تقرير التأهب للكوارث والاستجابة لها" حول هذه المواضيع، من خلال تقديم المشورة في سياق حالات الطوارئ الصحية العامة.

تُقدّم عمليات المسح في حالات الطوارئ الصحية العامة صورةً شاملة عن التدابير الصحية والاجتماعية والاقتصادية للتخفيف من آثار جائحة كوفيد-19، وبالتالي تُعطي لمحةً عن أنواع الدعم الذي قد تحتاج الدول إلى حشده من أجل الاستجابة لحالات الطوارئ الصحية العامة في المستقبل. ويركز التحليل في هذا الجزء على هذه التدابير، خاصةً تلك التي نُفذت بموجب القانون أو التي أدت إلى بعض المشاكل القانونية، علماً أنّ معظم التدابير المُنفّذة لم ترتكز على أي قانون أو سياسة.

6. أثر حالات الطوارئ الصحية العامة على حركة التنقل والهجرة

6.1 التنقل البشري بشكل عام

يمكن أن تؤثر الكوارث على التنقل البشري على المدى المتوسط والبعيد. ينظر "تقرير التأهب للكوارث والاستجابة لها" في هذه الآثار وفقاً للكوارث بشكل عام، ويحدد بعدين أساسيين: (1) الانتقال المخطط له، سواء كان احترازيًا أو استجابةً للكوارث و(2) النزوح بسبب الكارثة الذي لا يُخطط له ويُعدّ بمثابة استجابة لكارثة أجبرت السكان على مغادرة منازلهم. ويوصي "تقرير التأهب للكوارث والاستجابة لها" بوضع أطر قانونية وسياساتية للانتقال المخطط له عند الضرورة ولحماية المعرضين للنزوح القسري.³⁸¹

وتماماً كأنواع الكوارث الأخرى، قد تؤدي حالات الطوارئ الصحية العامة إلى الانتقال، إذ يشكّل الخوف من الإصابة بالعدوى دافعاً قوياً. وفي حالات أخرى، قد تكون الرغبة في تجنب تدابير الإغلاق الشامل المفروض للاستجابة لحالة طوارئ صحية عامة سبباً كافياً للانتقال إلى منطقة أخرى داخل البلد أو خارجه. لكنّ جائحة كوفيد-19 أظهرت سبلاً إضافية يمكن أن تؤثر على التنقل البشري في حالات الطوارئ الصحية العامة. ففي حالات الزائرين أو المهاجرين، قد يرغبون في العودة إلى "ديارهم"، ربّما لمساعدة العائلة أو البقاء معها. وقد يتنقل الأفراد أيضاً بسبب خسارة الوظائف أو التغيّر في الفرص الاقتصادية. ففي الهند مثلاً، انعكست القيود المفروضة بسبب جائحة كوفيد-19 سلباً على الأنشطة وسبل العيش في المناطق الحضرية، ما أدى إلى موجة نزوح كبيرة بين المناطق، خاصةً من المُدن إلى الأرياف.³⁸²

ويمكن أن تتوقف هذه الحركة بسبب القيود على الطيران وإغلاق الحدود الداخلية والخارجية. في مرحلة معينة من الجائحة، أغلقت معظم الدول حدودها أمام المسافرين القادمين إليها. وفي بعض الدول، منع إغلاق الحدود مواطني هذه الدول من السفر إلى الخارج - سواء بموجب القانون أو بموجب التدابير المنفذة.³⁸³ وأدى إغلاق الحدود وقيود السفر إلى تغيير طرق الهجرة. فمثلاً، ذُكر أنَّ المهاجرين من غرب أفريقيا غير القادرين على الوصول إلى الاتحاد الأوروبي عبر ساحل شمال أفريقيا بدأوا باستخدام طريق المحيط الأطلسي الأخطر عبر جزر الكناري. ونتجت عن إغلاق الحدود وقيود السفر ظاهرةً معاكسة تماماً للنزوح القسري، وهي عدم التنقل القسري. وقد تكون نتائج هذه الظاهرة خطيرةً على بعض الأشخاص الذين يواجهون ظروفًا معينة، مثل المضطهدين والأفراد الذين خسروا سبل عيشهم أو ذوي الوضع غير النظامي أو غير المؤكد من حيث الهجرة (كالتأشيرة المنتهية الصلاحية). وكما وثقت عملية المسح في هندوراس، واجه هذا البلد مسألتي عودة طالبي اللجوء من الولايات المتحدة ووصول قافلة من المهاجرين المتوجهين إلى الولايات المتحدة. وكان لإغلاق الحدود، مقرونًا مع القيود على الحركة الداخلية والتدابير التي اتخذتها دول أخرى، أثرٌ هائل على عدد المهاجرين الذين هم في الواقع "عالقون".³⁸⁴

6.2 إغلاق الحدود

باستثناء جمهورية كوريا والمملكة المتحدة، أغلقت كل الدول المشمولة في العينة حدودها أو طبقت تدابير مشابهة للغاية نفسها، كالحظر المفروض على النقل الجوي أو البحري القادم إلى الدولة. وكان الهدف هو الحد من التنقل البشري لتخفيف انتشار فيروس كوفيد-19 (بالرغم من عدم وضوح مدى فعالية هذه التدابير كما أنَّ النماذج أظهرت أنَّ القيود على السفر قد تساعد في بداية الجائحة لكنَّ فعاليتها تتراجع مع الوقت³⁸⁵). وفي عدد من الدول المشمولة في العينة، لم تُغلق الحدود بالكامل فوراً، بل حصل ذلك على مراحل، إذ بدأت بفرض حظر على المسافرين القادمين من مدن أو بلدان حيث ظهرت الجائحة أو انتشرت. فعلى سبيل المثال، منعت نيوزيلندا بدايةً دخول القادمين من الصين، ثم قررت إغلاق حدودها بالكامل.³⁸⁶ وعُلقت لیبیریا بدايةً السفر من وإلى كل البلدان التي سجلت 200 حالة من الإصابة بفيروس كوفيد-19 أو أكثر،³⁸⁷ في حين قررت بعض البلدان الأخرى أن تفرض قيوداً على المسافرين الذين وصلوا إليها عبر وسيلة نقل تعد مصدرًا محتملاً لانتقال العدوى بكثافة. فكانت أول القيود التي فرضتها أستراليا مثلاً هي منع دخول الرحلات البحرية الدولية إلى أراضيها.³⁸⁸

وكانت الأساليب الفعلية لإغلاق الحدود متعددة ومختلفة بحسب طبيعة الحدود (مثلاً حدود بحرية أو جوية أو برية). ومنعت بعض الدول دخول الطائرات أو السفن الأجنبية أو غير الحاصلة على تصريح إلى أراضيها. وبشكل عام، لم تحظر معظم البلدان دخول السفن والطائرات، بل حظرت دخول الركاب إلا إذا كانوا من ضمن الاستثناءات. في كولومبيا مثلاً، مُنع كل المسافرين الدوليين من القدوم إلى البلد أو العبور فيه إلا في حالات معينة: (1) حالة الطوارئ الإنسانية أو "القوى القاهرة أو القضاء والقدر" أو (2) الحصول على تصريح مسبق. واختلفت القواعد للحدود البرية بشكل بسيط، إذ سُمح بالشحن ونقل البضائع.³⁸⁹ وطبقت دول عدة مذكورة في النموذج هذا النوع من الاستثناء: ففي حين مُنع دخول المسافرين بشكل عام، تم الاعتراف بضرورة استمرار استيراد السلع، خاصةً اللوازم الأساسية كعمدات الوقاية الشخصية.³⁹⁰ وظهرت الاستثناءات المرتبطة بالمساعدة الإنسانية في عدد من المراسيم المتعلقة بإغلاق الحدود في البرازيل. وفي السابق، أغلقت ليبيريا

جزءًا من حدودها أثناء تفشي فيروس الإيبولا وأبقت على الجزء الآخر الذي يشمل مراكز الفحص مفتوحًا، لكنها قررت هذه المرة إغلاق كل حدودها مع البلدان المجاورة وتعليق كل الرحلات الجوية التجارية بموجب مرسوم، مُستثنيةً الرحلات الجوية الخاصة والمستأجرة وطائرات الشحن.³⁹¹ وبصورة مماثلة، أغلقت سيراليون التي عانت أيضًا من فيروس إيبولا حدودها وعَلّقت الرحلات القادمة باستثناء تلك التي تنقل المواد الأساسية.³⁹²

نُفِدت هذه التدابير على الرغم من مخالفتها للتوصيات المؤقتة للوائح الصحة الدولية الصادرة عن منظمة الصحة العالمية (التي لم تنصح بفرض قيود على السفر أو التجارة³⁹³). وكما أشار تقرير التأهب للكوارث والاستجابة لها،³⁹⁴ وقَّعت الأغلبية الساحقة من الدول على الاتفاق العالمي من أجل الهجرة الآمنة والمنظمة والنظامية الذي ينص على ضرورة تطوير "نهج متسقة للاستجابة لتحديات حركات الهجرة في سياق الكوارث الطبيعية التي تحدث فجأة أو بشكل تدريجي"³⁹⁵. وبالتالي ينطبق الاتفاق على الطوارئ الصحية العامة.

ولم توضَّح عمليات المسح في حالات الطوارئ الصحية العامة ما إذا كانت التدابير التشريعية لإغلاق الحدود أو حظر السفر مخطَّطًا لها. ففي بعض الحالات، قد تكون مبنيةً على حدث سابق مماثل أو على حالات طوارئ صحية عامة سابقة. لكن يبدو أن قوانين عدة نُفِدت بسرعة استجابةً لضرورة منع المصابين بالفيروس من التنقل. ولا تناقش عمليات المسح في حالات الطوارئ الصحية العامة مدى أخذ الدول بعين الاعتبار واجباتها الدولية أو النتائج الأكبر لهذا الحظر وهذه القيود. لكن يبدو أن معظم الحكومات لم تفكر فعلاً في هذه الاعتبارات.

وكان لإغلاق الحدود والقيود على السفر وما نتج عنهما من انخفاض في توافر الرحلات الجوية التجارية (على بعض المسارات على الأقل) أثر عميق على جهود إعادة الأفراد لوطنهم. ومن غير الواضح ما إذا أخذت الدول بعين الاعتبار الحقوق الأساسية التي ستنتهكها عند فرض هذه التدابير، خاصةً الحقوق المنصوص عليها في العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية الذي يؤكد أن "لكل فرد حرية مغادرة أي بلد، بما في ذلك بلده"³⁹⁶ و"لا يجوز حرمان أحد، تعسفًا، من حق الدخول إلى بلده."³⁹⁷

وكان التركيز بدايةً على ضمان عودة السياح بما في ذلك ركاب الرحلات البحرية الدولية. ومع انتشار جائحة كوفيد-19، ظهرت صعوبات كبيرة أثناء محاولة ترحيل السفن التجارية وسفن الشحن التي توقفت عن العمل. بحلول شهر تموز/يوليو 2020، أشارت التقديرات إلى أن 200000 ملاح كانوا عالقين في البحر.³⁹⁸ كما وظهرت الصعوبات في محاولة إعادة العمال المهاجرين لوطنهم مع تفشي الجائحة وازداد حجم التداعيات السلبية على عملهم. فعلى سبيل المثال، كان أكثر من مليون مواطن من سريلانكا يعمل في الخارج قبل الجائحة، لكن في مرحلة معينة من الجائحة أصبح عدد المواطنين الذين ينتظرون إعادة ترحيلهم أكثر من 500000 مواطن.³⁹⁹

وتفاقمَت مشاكل الإعادة إلى الوطن في البلدان التي أغلقت حدودها أمام المواطنين العائدين. في أغلب الحالات، سُمح للمواطنين أو المقيمين الدائمين بالدخول. على سبيل المثال، يُبين مسح الطوارئ الصحيّة العامّة في نيوزيلندا أنَّ الحدود أُغلقت أمام الجميع باستثناء المواطنين العائدين والحائزين على إقامة دائمة. لكنّ بعض الدول المشمولة في العيّنة منعت حتّى مواطنيها من العودة، إمّا بشكلٍ صريح أو عمليًا. أغلقت أستراليا حدودها الدوليّة أمام الجميع ما عدا مواطنيها وفئات محدّدة من الأفراد. لكنّ عدد المواطنين الذين يمكنهم العودة كان عمليًا محدودًا بسبب فرض سقف يومي أو أسبوعي على عدد الوافدين في مطارات أستراليا الدوليّة. وبالتالي، أصبح عدم القدرة على الحصول على مقعد في رحلة جوية عائقًا أمام بعض الأستراليين العائدين. وأدى اعتماد سقف على عدد الوافدين إلى تقديم عدّة شكاوى لدى اللجنة الأسترالية لحقوق الإنسان.⁴⁰⁰

وغالبًا ما كان إغلاق الحدود يُطبّق على المسافرين الوافدين. لكن في بعض الحالات، أُغلقت الحدود أيضًا أمام المسافرين المغادرين. ويقدم مسح الطوارئ الصحيّة العامّة في طاجيكستان مثالًا على المشاكل الناتجة عن ذلك، إذ تبيّن أنَّ عددًا كبيرًا من العمّال المهاجرين الطاجيكيين لم يتمكّنوا من مغادرة روسيا للعودة إلى طاجيكستان بعد أن أغلقت روسيا حدودها أمام المسافرين المغادرين. ويبدو من خلال المسح الخاصّ بأستراليا أنّها اعتمدت أحد أكثر التدابير صرامةً بشأن المسافرين المغادرين، إذ مُنِع المواطنون الأستراليون والمقيمون الدائمون من مغادرة الأراضي الأسترالية على متن طائرة أو سفينة،⁴⁰¹ باستثناء أولئك الذين حصلوا على إذن لأنّهم يندرجون ضمن إحدى الفئات المُعفاة المحدّدة. ومُنِح الإعفاء للأفراد الذين يُقيمون عادةً في بلدٍ غير أستراليا (علمًا أنّ الأشخاص من هذه الفئة واجهوا صعوبةً في إيجاد الرحلات بسبب السقف المحدد على الرحلات القادمة إلى مطارات أستراليا الدوليّة). وفي بعض البلدان المشمولة في العيّنة، وعلى الرغم من عدم وجود قاعدة عامة للاستثناءات، كان بإمكان الأجانب تقديم طلب للحصول على إذن للمغادرة، مثلًا في منغوليا من اللجنة الخاصة.⁴⁰² ولم يُحدّد المسح في منغوليا ما إذا كان قد حصل أي فرد على هذا الإذن أو ما هي الشروط التي فُرِضت في هذا الإطار. وبشكل عام، تتعارض هذه القيود المفروضة على المسافرين المغادرين مع حق الفرد بحرية مغادرة أي بلد (بما في ذلك بلده)، بموجب العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنيّة والسياسيّة. وبالتالي، لا بدّ من طرح سؤال حول ما إذا كانت هذه القيود ضروريّة ومتناسبة مع حجم التهديد على الصحة العامّة.

ويوثّق عدد من عمليات المسح كيفية مساعدة الحكومات للأجانب على العودة إذا رغبوا بذلك. جاءت هذه المساعدة على شكلين: (1) كما ناقشنا أعلاه، ضمان شمول القيود على المسافرين المغادرين للإعفاءات الملائمة؛ و(2) المساعدة الفعلية في إعادة الأجانب "العالقين" إلى وطنهم. والأمثلة حول المساعدة الفعلية لتسهيل عودة المهاجرين شائعة أكثر، علمًا أنّها تُنفَّذ عادةً بموجب سياسات وليس قوانين. على سبيل المثال، سهّلت حكومتا الإمارات وسريلانكا سفر العمال الأجانب الراغبين بالعودة⁴⁰³ وساهمت المنظمة الدوليّة للهجرة بعودة المهاجرين من طاجيكستان والعالقين على حدود كازاخستان وأوزبكستان.⁴⁰⁴

التوصيات

1. ينبغي أن تعالج القوانين والسياسات والخطط المحليّة لإدارة المخاطر الناجمة عن الطوارئ الصحيّة العامّة:

أ. الحاجة المحتملة لقيام الدولة بإغلاق حدودها أو فرض قيود على السفر لمواجهة انتشار الأمراض على الصعيد الدولي؛
ب. الأثر المحتمل للطوارئ الصحية العامة على التنقل البشري وحاجات الأفراد الذين قد يرغبون أو يحتاجون إلى السفر (خارجياً أو داخلياً) كنتيجة (مباشرة أو غير مباشرة)؛

ج. الضرورة المحتملة لإعادة المهاجرين إلى ديارهم عقب حالة طوارئ صحية عامة والإجراءات لتسهيل الإعادة.
2. ينبغي أن تُحدّد القوانين بوضوح المعايير لإغلاق الحدود و/أو القيود، وكيفية تنفيذ الإغلاق أو القيود على أرض الواقع. ولا بد أن تتسجم هذه المعايير مع الموجبات الدولية التي تعهّدت بها الدول وفقاً للوائح الصحية الدولية والعهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية، ومنها حق كل فرد في مغادرة أي بلد (بما في ذلك بلده) وعدم حرمانه تعسفياً من حقه في دخول بلده.

6.3 اللاجئين وطالبو اللجوء

في بداية جائحة كوفيد-19، أصدرت مفوضية الأمم المتحدة السامية لشؤون اللاجئين رسائل أساسية حول الحماية تتطرق إلى أوجه الضعف لدى طالبي اللجوء واللاجئين والنازحين داخلياً التي من المرجح ظهورها أثناء الجائحة.⁴⁰⁵ تضمّنت هذه الرسائل ما يلي:

1. يمكن للدول وينبغي لها أن تضمن الحصول على اللجوء مع حماية الصحة العامة في الوقت نفسه؛
2. حتى مع إغلاق الدولة لحدودها، ينبغي أن تستمر باستقبال طالبي اللجوء ومعالجة طلبات اللجوء المُقدّمة، مع إعطاء الأولوية للأكثر ضعفاً؛
3. ينبغي ألا تكون القيود على حرية التنقل عشوائية أو تمييزية؛
4. ينبغي ألا تستمر القيود على ممارسة الحقوق لمدة أطول من اللازم؛
5. ينبغي للاستجابات في مجال الصحة العامة وغيره أن تُعالج المخاطر المحددة التي يتعرض لها اللاجئون والنازحون داخلياً والفئات المهمشة الأخرى.

إنّ عمليات مسح الطوارئ الصحية العامة تتناول على وجه التحديد المشاكل التي واجهها اللاجئون وطالبو اللجوء أثناء جائحة كوفيد-19. وتمّ تحديد مسألتين أساسيتين: (1) ما إذا أدّى إغلاق الحدود والقيود على السفر إلى منع دخول اللاجئين وطالبي اللجوء و/أو أجبرهم على العودة؛ و(2) ما إذا استمر النظر في طلبات اللجوء.

في بداية جائحة كوفيد-19، قدّرت مفوضية الأمم المتحدة السامية لشؤون اللاجئين أنّ من بين 123 دولة أغلقت حدودها كلياً أو جزئياً، لم تقدم 30 دولة أي استثناء لطالبي اللجوء.⁴⁰⁶ وتقدّم عمليات المسح معلومات أكثر حول هذه المسألة. ففي أستراليا، خضع طالبو اللجوء وحاملو تأشيرات اللجوء والتأشيرات الإنسانية الذين لم يسافروا إلى أستراليا لنفس تدابير إغلاق الحدود الصارمة (علماً أنّ مفوض الحدود

الأسترالية يمكن أن يمنح بعض الإعفاءات الاستثنائية).⁴⁰⁷ وفي دول أخرى من الدول التي شملتها العينة وأغلقت حدودها، لم يُمنح طالبو اللجوء أي إعفاء خاص، لكنّ عددًا منها منح إعفاءات أو استثناءات عامة تسمح بدخول البلد "لأسباب إنسانية" (مثل البرازيل وكولومبيا والصين). ويمكن القول إنّ هذه الاستثناءات تنطبق على طالبي اللجوء. في إسبانيا، اعتمدت بعض الاستثناءات "للأشخاص الذين يثبتون أنّهم تعرضوا لقوة قاهرة أو أنّهم يعيشون في حالة عوز، أو أولئك الذين يُسمح بدخولهم لأسباب إنسانية". ويمكن الاعتبار بأنّ هذا الاستثناء الأخير وُضع من أجل طالبي اللجوء.⁴⁰⁸ وتبرز مسألة أخرى مهمة على الرغم من عدم ذكرها في عمليات المسح، ألا وهي ما إذا كان من الممكن اعتبار القيود وتدابير إغلاق الحدود بمثابة إعادة قسرية.⁴⁰⁹ وصنّفت مفوضية الأمم المتحدة السامية لشؤون اللاجئين هذه المسألة كخطر في حال عمدت الدول إلى رفض طالبي اللجوء عند حدودها.⁴¹⁰

وتمت الإشارة إلى أثر أساسي آخر على طالبي اللجوء، وهو التأخير في البت بطلباتهم. في جمهورية كوريا مثلاً، لم تُعلّق إجراءات اللجوء، لكنّ بعض التقارير وثّقت تأخيرًا في إجراءات تحديد وضع اللاجئين (بما في ذلك إلغاء مقابلات اللجوء وتأجيل جلسات الاستماع في المحاكم).⁴¹¹ وفي حالات عدة، ربّما حدث هذا التأخير بسبب صعوبة إعادة تنظيم المهام الإدارية أثناء الجائحة. لكن قد تترتب على هذا التأخير تداعيات ملحوظة في حال لم يستطع طالبو اللجوء التقدم للوظائف مثلاً قبل تأكيد وضعهم أو في حال تعذّر عليهم الحصول على الدعم من الحكومة، مثل مدفوعات الإغاثة في حالة الكوارث الوطنية الطارئة،⁴¹² أو إذا أدّى التأخير إلى منع إعادة لم شمل العائلة أو عرقّلها.

التوصيات

1. على القوانين التي تنظّم إغلاق الحدود أو القيود على السفر استجابةً لانتشار مرض معيّن على الصعيد الدولي (أو أي خطر آخر على الصحة العامة) أن:
 - أ. تتمثل للموجبات القانونية الدولية إزاء اللاجئين وطالبي اللجوء، ومنها عدم الإعادة القسرية؛
 - ب. تشمل استثناءات (مع مراعاة الوقاية الصحية المناسبة) مبنية على أسباب إنسانية، للاجئين وطالبي اللجوء والهاربين من ضرر لا يمكن جبره.
2. على الدول أن تضمن الوصول إلى اللجوء أثناء الطوارئ الصحيّة العامّة. ينبغي أن تتصّ القوانين و/أو السياسات على ترتيبات لحالات الطوارئ لضمان استمرار استقبال طالبي اللجوء والبت بطلبات اللجوء، مع إعطاء الأولوية للأكثر ضعفًا.

7. المأوى والإسكان

7.1 مقدّمة

يحدّد "تقرير التأهب للكوارث والاستجابة لها" المسائل الأساسية المرتبطة بالسكن والمأوى أثناء الكوارث، وهي: (1) الوصول غير المتكافئ إلى المساعدة لإيجاد مأوى في حالات الطوارئ؛ (2) عدم توفّر الأراضي والأبنية للمساعدة في إيجاد مأوى في حالات الطوارئ ولفترة انتقالية مؤقتة؛ (3) توقّف التعليم بسبب استخدام المدارس كمراكز إيواء أو إيواء بعد الكارثة.⁴¹³ تُثير الطوارئ الصحيّة العامّة أسئلة مختلفة بشأن السكن والمأوى، خاصّةً وأنّها لا تودّي إلى دمارٍ ماديّ. فكما أظهرت جائحة كوفيد-19، تتمحور أبرز المخاوف في حالات الطوارئ الصحيّة العامّة حول بُعدين. أولاً، قد يتعرّض المشرّدون للخطر بشكل خاص، مثلاً لأنهم (أ) يعيشون في بيئة مكتظّة حيث تنتشر الأمراض بسرعة أكبر أو (ب) يفتقرون إلى مرافق النظافة الصحيّة أو العلاج أو الدعم. ثانياً، إنّ الآثار الثانوية لحالات الطوارئ الصحيّة العامّة على النشاط الاقتصادي وسبل العيش يمكن أن تودّي إلى زيادة عدد الأشخاص الذين قد يخسرون مسكنهم. لكنّ المسائل المحددة في تقرير التأهب للكوارث والاستجابة لها يمكن أن تبرز أيضاً إذا تزامن حدوث حالة الطوارئ الصحيّة العامّة مع كارثة أخرى، وهذا ما حصل فعلياً خلال جائحة كوفيد-19.

7.2 التشرد والمشرّدون

على الرغم من أنّ بعض عمليات المسح للطوارئ الصحيّة العامّة، ومنها الصين وليبيريا وسريلانكا، أشارت إلى عدم لزوم اتخاذ أي إجراء بشأن المشرّدين خلال جائحة كوفيد-19، إلّا أنّ معظم الدول اعتمدت تدابير لتوفير المأوى للمشرّدين و/أو تحسين المعايير الصحيّة. وتندرج هذه التدابير ضمن فئتين أساسيتين: (1) تدابير تشريعية أو برامج أو مبادرات جديدة لحماية المشرّدين بشكل أفضل؛ و(2) جهود غير رسمية لضمان استفادة المشرّدين من التدابير الصحيّة الأخرى.

وبشكل عام، يبدو أنّ استخدام التشريعات أو الصكوك القانونية الأخرى هو أمر غير شائع نسبياً، على الرغم من تسجيل بعض الأمثلة عنه. ففي منغوليا، يتعيّن على الحكومة توفير المأوى والطعام ومياه الشفة النظيفة إلى المشرّدين والأشخاص الأكثر فقراً، وتنظيم أنشطة لتجنّب العدوى.⁴¹⁴ كما ونفّذت التشريعات على صعيد الولايات الفيدرالية: فعلى سبيل المثال، في ولاية سان باولو البرازيلية، سمحت التشريعات للمشرّدين بالإقامة في غرف الفنادق.⁴¹⁵

وتُعتبر عملية تقديم السكن للمشرّدين أثناء جائحة كوفيد-19 بمثابة إجراء شائع نسبياً، لكن لتحقيق ذلك كان على معظم الدول المشمولة في العيّنة أن تطرح مبادرات أو برامج جديدة أو تعتمد على مبادرات أو برامج قائمة بدلاً من سنّ التشريعات. أنشأت الحكومات الإسبانية الإقليمية (المناطق ذات الحكم الذاتي) أماكن لإيواء المشرّدين بدعم من المؤسسات الخيرية المحلية ومنظمات كالصليب الأحمر الإسباني ووكالة كاريتاس للإغاثة.⁴¹⁶ وفي جنوب أفريقيا، كلّفت وكالة الضمان الاجتماعي في جنوب أفريقيا بتحديد مراكز إيواء مؤقتة للمشرّدين تستوفي معايير النظافة اللازمة. وكانت سيراليون تتبّع هذا التدبير قبل جائحة كوفيد-19 إذ كانت تقدّم مسكناً عامّاً لمواطنيها لتخفيف نسبة التعرّض لحملّى لاسا.⁴¹⁷

ويبدو أنَّ بعض الدول الأخرى جمعت بين الحاجة لإيجاد مسكن - من أجل اعتماد إجراءات العزل الذاتي أو التباعد الاجتماعي الفعّال - والخطط الرامية إلى تخفيف نسبة التشرّد على المدى البعيد. في نيوزيلندا، وفّرت الحكومة الفنادق الصغيرة والوحدات السكنية الأخرى للمشرّدين وفقاً لخطة العمل بشأن التشرّد لعام 2020.⁴¹⁸ وفي ولاية فيكتوريا الأسترالية، أسكنت الحكومة المحلية أكثر من 2000 مشرّداً في الفنادق.⁴¹⁹ وتوسّعت هذه الحزمة لتُساعد المتضرّرين في إيجاد مسكن على المدى البعيد.⁴²⁰

وفي أغلب الأوقات، جاء الدعم الذي تقدّمه الدول المشمولة في العيّنة على هيئة تقديم المشورة وتأمين الوصول إلى التدابير الصحية. فأنشأت حكومة هندوراس برنامجاً اجتماعياً يُدعى "عملية التضامن في هندوراس" لتوزيع الحصص الغذائية للفئات المعرضة للخطر بسبب جائحة كوفيد-19، بالإضافة إلى المعقم المضاد للبكتيريا والكمامات.⁴²¹ وقُدّمت الوحدة الطبية الخاصة التابعة لوزارة الدفاع الإسبانية إلى المشرّدين لوزم النظافة الصحيّة والحصص الغذائية يومياً، فضلاً عن تقديم الخدمات الطبية والمعلومات العامة.⁴²² وفي جمهورية كوريا، عملت الحكومة مع المنظمات غير الحكومية لتحديد الثغرات في الرعاية المقدّمة للمشرّدين وسكان المستوطنات العشوائية. كذلك، تدخل المتطوعون المجتمعون لتقديم الدعم الإضافي حيث عجزت الحكومات المحلية عن القيام بذلك.⁴²³

أخيراً، حتى في الدول حيث لم تُسجّل أي برامج رسمية، أشارت بعض عمليات المسح الخاصّة بالطوارئ الصحيّة العامة أنّ الحكومات تُشجّع المشرّدين وسكان المستوطنات العشوائية على الحفاظ على الممارسات الصحيّة الجيدة. فعلى سبيل المثال، تم إنشاء خدمات غسل اليدين في الأماكن العامة في ليبيريا وأقّدمت الحكومة الليبيرية على تحديث مبادراتها المتعلّقة بتوفير المياه وخدمات الصرف الصحي والنظافة الصحيّة⁴²⁴ لتشمل رسائل حول جائحة كوفيد-19.⁴²⁵

وعلى غرار الكثير من التدابير المتخذة للتخفيف من أثر جائحة كوفيد-19، إنّ عدد المبادرات المطروحة لمساعدة المشرّدين في مدة زمنية قصيرة نسبياً هو أمرٌ جدير بالذكر. لكنّ معظم التدابير جاءت بعد بدء الأزمة، حتى ولو كانت مبنيةً على مبادرات قائمة مسبقاً. وبما أنّ الأثر المحتمل للطوارئ الصحيّة العامة بات الآن معروفاً، من الضروريّ التطرّق إليه في القوانين والسياسات والخطط الخاصّة بالطوارئ الصحيّة العامة. وينبغي أن يضمن ذلك جهوزية الدول لتطبيق الدروس المستفادة من جائحة كوفيد-19 واتخاذها التدابير اللازمة لحماية هذه الفئة ودعمها أثناء مواجهة حالات الطوارئ الصحيّة العامة في المستقبل. وكما ذُكر سابقاً، ليس من الضروري أن يأتي ذلك عن طريق التشريعات، إنّما ينبغي أن يُعالج عبر صكوك أخرى، وخاصّةً خطط الطوارئ.

التوصيات

1. ينبغي الاعتراف بحاجات المشردين وأخذها بعين الاعتبار في أطر إدارة المخاطر الناجمة عن الطوارئ الصحية العامة، بما في ذلك القوانين والسياسات والخطط.
2. ينبغي أن تُحدّد خطط الطوارئ الصحية العامة الإجراءات الأساسية الواجب اتّخاذها من أجل حماية المشردين في حالة الطوارئ الصحية العامة، بما في ذلك توفير المسكن والرعاية الصحية والإصحاح والمعلومات.

7.3 فقدان المسكن

منذ المراحل المبكرة لجائحة كوفيد-19، اعترفت معظم الدول المشمولة في العينة بأنّ الأثر الاقتصادي للجائحة قد يؤدي إلى خسارة الأفراد ليس لسبل عيشهم فحسب بل لمسكنهم أيضًا. واعتمد عددٌ من الدول المشمولة في العينة تدابير تهدف إلى معالجة المشاكل المتعلقة بالمسكن، أهمها: (1) عدم قدرة المستأجرين وأصحاب المنازل الخاضعة للرهن العقاري على تسديد الإيجار أو مستحقات الرهن العقاري؛ و(2) الحاجة لحماية الأسر من الإخلاء أو الحجز على المنزل بسبب عدم قدرتهم على تسديد الإيجار أو مستحقات الرهن العقاري لأسباب تتعلق بجائحة كوفيد-19. بالإضافة إلى ذلك، في عدد من الدول المشمولة في العينة، استُخدمت سياسة الإسكان كطريقة لتوفير حماية إضافية للمعرّضين للعنف المنزلي. تُناقش هذه الفكرة بمزيد من التفصيل في القسم 8.6.

ونصّت التشريعات في أستراليا وكولومبيا ونيوزيلندا وإسبانيا والمملكة المتحدة وفلوريدا ونيويورك على حظر الإخلاء أو منح فترة سماح. وكان تقديم الدعم المالي إلى الأسر والمستأجرين تدبيرًا أكثر شيوعًا، علمًا أنّه ليس معتمدًا في جميع الدول. وشكّلت إسبانيا نموذجًا في تقديم سلّة دعم تشمل تعليق دفع الإيجار والتجديد التلقائي للإيجارات المنتهية الصلاحية والقروض الصغرى لدعم المستأجرين غير القادرين على تسديد الإيجار.⁴²⁶ وطبقت كولومبيا تدابير مشابهة إذ أصدرت مرسومًا خاصًا⁴²⁷ لتمديد اتفاقات الإيجار وإجبار المالكين والمستأجرين على التوصل إلى اتفاق بشأن مدفوعات الإيجار. وفي وقت إجراء عملية المسح للطوارئ الصحية العامة في سريلانكا، كانت الحكومة تدرس إمكانية الوقف المؤقت لسداد القروض والإيجارات⁴²⁸ في حين أوقفت هندوراس رسوم التمويل.⁴²⁹ وأنشأت دول عدّة صناديق لتقديم المساعدة في دفع تكاليف المسكن أو كجزء من سلّة دعم على نطاقٍ أوسع، مثل برنامج التضامن في كولومبيا بموجب المرسوم 518 الصادر في 4 نيسان/أبريل 2020.⁴³⁰

وعلى عكس التدابير المطروحة لمساعدة المشردين، تطّلبت كل هذه التدابير سنّ تشريعات لتنفيذها. لكنّ معظم التدابير بدت كردّ فعل على الأزمة بدون أن تستند إلى أي تشريع يسمح للحكومات باتخاذ هذه الإجراءات. ونتيجةً لجائحة كوفيد-19، سيتم سن تشريعات إضافية، لكنّ عمليات المسح تُشير إلى أنّ هذه التشريعات هي تشريعات خاصة بجائحة كوفيد-19 عمومًا، وبالتالي لا تنطبق تلقائيًا في حالات الطوارئ الصحية العامة المستقبلية. ونظرًا إلى أنّ تقديم دعم مماثل قد يكون ضروريًا في حالات الطوارئ الصحية العامة المستقبلية، يُفضّل أن تمتلك الدول صلاحيات دائمة تسمح لها باتخاذ هذه الإجراءات وأن تضمن إدراج الترتيبات اللازمة في القوانين و/أو السياسات و/أو الخطط الخاصة بحالات الطوارئ الصحية العامة.

ومن الضروري أيضًا الانتباه إلى الاختلاف في حياة الأراضي والمنازل بين الدول المشمولة في العينة. وكما أشار عددٌ من عمليات المسح،⁴³¹ إنَّ الطابع غير الرسمي في حياة الأملاك أو الافتقار إلى الأنظمة في بعض البلدان قد يُشكِّلان حاجزًا أمام اتخاذ تدابير أكثر فعالية. ويوصي "تقرير التأهب للكوارث والاستجابة لها" بأن ينص القانون و/أو السياسة على تقديم المساعدة للأفراد المتضررين من الكارثة من أجل إيجاد مأوى مؤقت، وذلك بناءً على الحاجة وليس بالاستناد إلى وضع الحياة قبل الكارثة.⁴³² وينبغي أن ينطبق هذا المبدأ على أشكال أخرى من المساعدة السكنية المُقدَّمة في ظل الطوارئ الصحيّة العامة.

التوصيات

1. ينبغي أن تفكّر الدول في سنّ قوانين وسياسات وخطط جديدة أو تعديل تلك القائمة لتحديد الدعم المالي أو غيره من أنواع الدعم الواجب توفيرها إلى الذين قد يخسرون مسكنهم في ظل حالات الطوارئ الصحيّة العامة.
2. ينبغي للقوانين و/أو السياسات و/أو الخطط أن تكفل توفير المسكن أو الدعم السكني أثناء حالات الطوارئ الصحيّة العامة بناءً على الحاجة وليس استنادًا إلى وضع الحياة.

8. حماية الفئات المستضعفة

8.1 أوجه الاستضعاف في حالات الطوارئ الصحيّة العامة

يركّز هذا الفصل على حماية فئات محدّدة قد تكون معرضة بصورة خاصّة لتأثيرات الطوارئ الصحيّة العامة، بما في ذلك التأثيرات الثانوية. بحسب تعريف الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر، الاستضعاف هو "انخفاض قدرة الفرد أو المجموعة على توقع الخطر الطبيعي أو الخطر من صنع الإنسان، والتعامل معه ومقاومته والتعافي من تأثيره."⁴³³ ومبدأ الاستضعاف هو مبدأ نسبي ومتفاوت. فعلى الرغم من ارتباط الاستضعاف بالفقر غالبًا، قد ينجم الاستضعاف أيضًا عن "انعزال الأفراد وعدم قدرتهم على تأمين أمنهم أو الدفاع عن أنفسهم في وجه أي خطر أو صدمة أو أي مصدر قلق" أو "عندما لا يمتلكون القدرة أو الموارد للتعامل مع الكارثة". وللعوامل الجسدية والاقتصادية والاجتماعية والسياسية، بما في ذلك العنصرية والتمييز وأشكال الإقصاء الأخرى، دور أساسي في تحديد مستوى ضعف الأشخاص ومدى قدرتهم على مقاومة المخاطر والتعامل معها والتعافي منها.⁴³⁴

يحدّد "تقرير التأهب للكوارث والاستجابة لها"⁴³⁵ ثماني فئات من الأشخاص الذين قد يُعتَبَرُون ضعفاء بشكل خاصّ أمام آثار الكوارث، تبعًا لظروفهم الخاصة: النساء والفتيات والأطفال، ولا سيّما الأطفال غير المصحوبين والمنفصلون عن ذويهم؛ وكبار السن؛ وذوو الإعاقة؛ والمهاجرون؛ والشعوب الأصلية؛ والأقليات العرقية والإثنية؛ والأقليات الجنسية والجندرية. كما ويسلّط الضوء على فئات أخرى قد تتأثر بشكل

غير متناسب بالكوارث بحسب السياق المحلي (مثل الأقليات الدينية والسياسية والفئات أو الطبقات المهمشة). ويُشير التقرير إلى وجود ما لا يقل عن أربعة عوامل كامنة تتسبب بتأثر هذه الفئات بشكل غير متناسب بتداعيات الكارثة: (1) التمييز المباشر وغير المباشر في أنشطة التأهب والاستجابة بسبب التهميش الاجتماعي القائم مسبقاً؛ و(2) المساكن وسبل العيش الهشة بسبب التهميش الاقتصادي القائم مسبقاً؛ و(3) الصعوبات الجسدية والفكرية والنفسية-الاجتماعية والحسية التي تصعب الهروب من المخاطر الجسدية أثناء الكارثة أو الاحتماء منها؛ و(4) ازدياد خطر التعرض للعنف أو السلوكيات الاستغلالية أو غيرها من السلوكيات المضرة أثناء الكوارث.⁴³⁶

إنّ الفئات المحددة في التقرير قد تكون بالضعف نفسه أثناء الطوارئ الصحية العامة وكذلك أثناء أي نوع آخر من الكوارث. وكما أوضحت جائحة كوفيد-19، ترتفع احتمالية نقل عدوى مرض جديد أو الإصابة بمضاعفات حادة بين الفئات المستضعفة، مثل الأقليات العرقية والإثنية والشعوب الأصلية والمهاجرين والأشخاص ذوي مستوى اقتصادي واجتماعي متدنٍ نتيجة لزيادة التعرض و/أو انخفاض القدرة على الوصول إلى خدمات الصحة العامة (المناسبة والملائمة) و/أو أشكال عدم المساواة القائمة في مجال الصحة.

لكنّ الطوارئ الصحية العامة قد تؤدي أيضاً إلى نشوء فئات مستضعفة إضافية. فمن الواضح أنّ الأشخاص المعرضين بشكل خاص لمرض معين (أو أي خطر صحي آخر) يُسبب حالة طوارئ صحية عامة سيكونون من بين الأكثر ضعفاً. كما أنّ طبيعة حالات الطوارئ الصحية العامة تضع مقدمي الرعاية الصحية والاجتماعية في خطر أكبر. وعلى الرغم من أنّ معظم أطفال المدارس لم يكونوا على الأرجح معرضين للإصابة بمضاعفات خطيرة بسبب جائحة كوفيد-19، إلّا أنّ الجائحة تُظهر الآثار الخطيرة التي يمكن أن يتعرض لها الأطفال أثناء حالات الطوارئ الصحية العامة في حال توقف التعليم حضورياً. وأخيراً، يمكن أن يكون لحالات الطوارئ الصحية العامة آثار على المهاجرين والفئات العرقية والإثنية المهمشة التي قد تواجه صعوبات في الوصول إلى الرعاية الصحية والدعم.

سيتم التطرق إلى كل هذه الفئات وغيرها في هذا الفصل. لكن كما أشار تقرير التأهب للكوارث والاستجابة لها⁴³⁷، ثمة عدد من المبادئ والتوصيات التي تُطبق عادةً لحماية الفئات المستضعفة. ويمكن تنفيذ هذه المبادئ في حالات الطوارئ الصحية العامة أيضاً. كما وتطبق بشكل متساوٍ على الفئات المستضعفة الثماني المذكورة في "تقرير التأهب للكوارث والاستجابة لها" والفئات الإضافية المحددة في هذا الفصل. وتم التحدّث عن عدد من هذه المبادئ في سياق العناصر الأساسية لإطار إدارة المخاطر الناجمة عن الطوارئ الصحية العامة (الفصل 4). إذًا، تتداخل التوصيات التالية إلى حدٍّ ما مع التوصيات المذكورة في ذلك الفصل.

التوصيات

1. على القوانين والسياسات والخطط المحلية لإدارة المخاطر الناجمة عن الطوارئ الصحية العامة أن:
 - أ. تكون على قدر كافٍ من الشمول والمرونة لحماية كل من تأثر سلباً بسبب حالة طوارئ صحية عامة ولتلبية حاجاته.
 - ب. تكفل مشاركة الفئات التالية وتمثيلها في كل مراحل إدارة المخاطر الناجمة عن الطوارئ الصحية العامة:

- i. الفئات التي قد تكون معرضة بشكل خاص للتضرر من آثار حالات الطوارئ الصحية العامة؛
 - ii. الوكالات أو المنظمات (مثل وكالات الرعاية الاجتماعية والجمعيات الوطنية للصليب الأحمر والهلال الأحمر) التي يشمل دورها رعاية هذه الفئات أو حمايتها؛
 - ج. تمنع التمييز (المباشر وغير المباشر) في كل عناصر إدارة المخاطر الناجمة عن حالات الطوارئ الصحية العامة؛
 - د. تأخذ بعين الاعتبار - وعند الضرورة تشمل - المبادئ والمعايير والتوجيهية والأدوات التي طوّرها المجتمع الإنساني الدولي لحماية الفئات المستضعفة وإدماجها.
2. على خطط الطوارئ الصحية العامة أن تعالج الحاجات المحددة والإضافية للفئات المستضعفة أثناء حالات الطوارئ الصحية العامة.
3. على أنشطة التأهب والاستجابة للطوارئ الصحية العامة أن تكون متاحة بشكل متساوٍ للفئات المستضعفة، وأن يتم تكييفها عند الضرورة لتلبية الحاجات المحددة والإضافية للفئات المستضعفة.

ويقدم "تقرير التأهب للكوارث والاستجابة لها" كذلك توصياتٍ محدّدة ومفصّلة لكل فئة من الفئات المستضعفة التي حدّدها. ونظرًا إلى طولها وتعقيدها، لم تُكرّر كلّ هذه التوصيات في هذا التقرير، لكنها قابلة للتطبيق أيضًا عندما تتأثر أي من الفئات المحددة بحالة طوارئ صحية عامة. وتُكرّر هذه التوصيات في هذا الفصل عند الاقتضاء.

8.2 الأشخاص المعرضون لخطر الإصابة بالمرض

إنّ الأشخاص المعرضين لخطر المرض نفسه (أو أي خطر صحي آخر) هم بالطبع الفئة الأكثر ضعفًا أثناء أي حالة طوارئ صحية عامة. وعلى الرغم من أنّ كبار السن والأشخاص الذين يعانون من أمراض سابقة هم مُعرضون بشكل خاصّ لمضاعفات كوفيد-19، إلّا أنّ هناك أمراض مختلفة قد -وسوف- تُصيب فئات مختلفة أو تؤثر عليها. فعلى سبيل المثال، كان الشباب معرضين بشكل خاصّ للإصابة بجائحة الإنفلونزا في سنة 1918، في حين كانت النساء الحوامل والأجنة هم الأكثر عرضةً للخطر أثناء تفشي فيروس زيكا. لكنّ هناك أمراض أخرى (مثل مرض فيروس إيبولا) أصابت الجميع بنفس درجة الخطورة. فمقاومة مضادات الميكروبات هو مثال عن الأخطار الصحية التي تطال الجميع ويمكن أن تؤثر على شعبٍ بأكمله وليس على فئات محدّدة. لذلك، من المهم أن تكون أُطر إدارة المخاطر الناجمة عن حالات الطوارئ الصحية العامة مرنة بما فيه الكفاية لأنّ الفئات الأكثر عرضةً للإصابة قد تتغيّر مع تغيّر حالة الطوارئ الصحية العامة. (لكن كما نوقش أعلاه، من المتوقع أن تؤثر بعض الفئات المستضعفة "المعروفة" بشكل غير متناسب في أغلب الأوقات).

تُقدّم عمليات المسح في حالات الطوارئ الصحية العامة معلومات حول القوانين والسياسات التي تعتمد عليها الحكومات لحماية الأشخاص الأكثر عرضةً للإصابة بكوفيد-19.⁴³⁸ وتُظهر عمليات المسح أنّ معظم الدول المشمولة في العينة أقرّت بضرورة تأمين حماية خاصة للأكثر عرضةً للإصابة بالعدوى أو المرض على الرغم من اعتمادها عدة مقاربات في هذا الصدد. وتُظهر أيضًا أنّه يتعيّن على التدابير المعتمدة لحماية الفئات الأكثر عرضةً للإصابة أن تجد توازنًا دقيقًا بين (1) ضمان الحماية القصوى لهذه الفئات و(2) تجنّب انتهاك حقوقها الأساسية.

وظهر هذا جلياً في "التدريج" أو العزل الطوعي أو الإلزامي للأشخاص الأكثر عرضة للخطر أثناء جائحة كوفيد-19. نفّذت ولاية نيويورك "قانون ماتيلدا" الذي فرض على الأفراد الذين يبلغ عمرهم 70 عاماً وما فوق وكل من لديه ضعف في جهاز المناعة أو أمراض سابقة، البقاء في المنزل. بالطبع، نفّذت هذه التدابير لمراعاة المصلحة الطبية لهؤلاء الأشخاص، لكنّها تطرح تساؤلات حول الحق في حرية التنقل والتجمع والحياة العائلية للمعنيين بهذه التدابير.

واعتمدت دول أخرى مشمولة في العيّنة نهجاً أقل توجيهياً لحماية الفئات المستضعفة أثناء جائحة كوفيد-19. نفّذ ذلك أحياناً عبر سنّ القوانين، لكن في أغلب الأوقات عبر تطبيق سياسات تُقدّم الدعم الإضافي، مثل إيصال الأدوية إلى منازل كبار السن والأشخاص الذين يعانون من أمراض مزمنة والذين يعيشون بمفردهم.⁴³⁹ في البرازيل، اعتمدت تدابير تسمح للموظفين الحكوميين من الفئات المعرضة للخطر بالعمل من المنزل. كما وصدرت بعض المراسيم⁴⁴⁰ لحماية الشعوب الأصلية في البرازيل، وهي من الفئات الأكثر عرضة للخطر بسبب عوامل كنمط الحياة، وعدم الوصول إلى آليات الرصد وأنظمة الإنذار المسبق الفعالة، والخدمات الصحية والاجتماعية غير المتناسبة. وزادت هذه المراسيم من القيود على زيارة الغرباء إلى مناطق الشعوب الأصلية، إلى جانب بناء المستشفيات المؤقتة بالقرب من مناطقهم وتأمين الوصول الأسرع إلى فحوصات كوفيد-19 وتقديم مواد النظافة الصحية مجاناً.⁴⁴¹

التوصيات

1. ينبغي أن تتمتع القوانين والسياسات والخطط المرتبطة بالطوارئ الصحية العامة بما يكفي من المرونة لأنّ الفئات الأكثر عرضة للخطر تتغيّر مع تغيّر طبيعة الطوارئ الصحية العامة.

2. ينبغي على القوانين والسياسات والتدابير العملية المصمّمة لحماية الفئات الأكثر عرضة للخطر من الآثار المباشرة للطوارئ الصحية العامة أن:

أ. تأخذ بعين الاعتبار حقوق الأشخاص المتأثرين وتلتزم بها؛

ب. تعكس ظروف الفئات المحمية المحددة؛

ج. تكون محدودة زمنياً ومتناسبة مع حجم التهديد الصحيّ إلى الحد الذي تتداخل فيه مع الحقوق الأساسية.

8.3 كبار السن وذوو الإعاقة أو الأشخاص الذين يعانون من أمراض سابقة

حدّد تقرير التأهب للكوارث والاستجابة لها⁴⁴² فئتين هما الأضعف في حال حدوث أي كارثة، وهما كبار السن وذوو الإعاقة أو الذين يعانون من أمراض.⁴⁴³ وعلى الرغم من الخصائص والحاجات الفريدة لكلٍ من هاتين الفئتين، يُنظر إليهما كمجموعة واحدة لأنّ معظم المشاكل التي تظهر في حالات الطوارئ الصحية العامة هي مشتركة بينهما. وفي حال حدوث كوارث أخرى غير حالات الطوارئ الصحية العامة، قد

يكون كبار السن أو ذوو الإعاقة أو الذين يعانون من أمراض، أضعف من غيرهم لأنّ حاجاتهم قد يتم تجاهلها أثناء التخطيط للكارثة والتصدي لها. وقد يزداد خطر تضرّهم من الكارثة بسبب عوامل مرتبطة بالعمر أو الإعاقة أو المرض. وتشمل هذه العوامل التنقل الجسدي وانخفاض الوعي الحسي والحاجات الغذائية الخاصة والانعزال الاجتماعي والقيود الاقتصادية.⁴⁴⁴

بالإضافة إلى ذلك، في حالات الطوارئ الصحيّة العامّة الناتجة عن عدوى أو مرض، قد يزداد ضعف هاتين الفئتين لأنّ عمرهم أو إعاقتهما أو مرضهم قد يجعلهم أكثر عرضةً للمرض بحد ذاته. وقد يتأثر كبار السن أو ذوو الإعاقة أو الذين يعانون من أمراض بشكل غير متناسب ببعض التدابير المتخذة لحماية الأشخاص من حالة الطوارئ الصحيّة العامّة - مثل التدريع أو الأوامر بالإلزامية البقاء في المنازل. وحتى لو لم تتأثر هاتان الفئتان بالمرض بحد ذاته، قد تتأثران بشكل خاص بسبب عدم قدرتهما على الوصول إلى الخدمات الصحية أو خدمات الرعاية الاجتماعية الاعتيادية، تمامًا كما حدث أثناء جائحة كوفيد-19.

تُقدّم عمليات المسح بعض المعلومات حول آثار حالات الطوارئ الصحيّة العامّة على كبار السن وذوي الإعاقة أو الذين يعانون من أمراض (على الرغم من ارتباط أغلب المعلومات المقدّمة بجائحة كوفيد-19 فقط). وعلى ما يبدو وبشكل عام، لم تبرز الحاجة إلى سنّ قوانين جديدة في ظل جائحة كوفيد-19. عوضًا عن ذلك، قدّمت الحكومات الدعم أو المساعدة بأشكال متنوعة وعلى مستويات متعددة. ففي البرازيل، مثلاً، قدّمت الحكومة الفيدرالية المساعدة المالية لدور العجزة ودور رعاية المسنين ومؤسسات أخرى تهتم برعاية كبار السن.⁴⁴⁵ وفي إسبانيا، خُصّص صندوق طوارئ بقيمة 300000000 يورو لضمان تأمين الرعاية والدعم والأمن والوصول إلى الغذاء، خاصةً لكبار السن وذوي الإعاقة.⁴⁴⁶ وفي كولومبيا، يخضع ذوو الإعاقة لحماية دستورية خاصة⁴⁴⁷ لضمان حصولهم على الرعاية الصحية. وعليه، نُشرّت "المبادئ التوجيهية للوقاية من الإصابة بكوفيد-19 وتقديم الرعاية الصحية لذوي الإعاقة وعائلاتهم ومقدّمي الرعاية لذوي الإعاقة والعاملين في قطاع الصحة".⁴⁴⁸ وفي سيراليون، ورّعت اللجنة الوطنية للعمل الاجتماعي أكياس أرز ومبالغ مالية صغيرة ومعدات أخرى على ذوي الإعاقة في المدن الأساسية في المقاطعات، كما وتستمر عملية التواصل مع ذوي الإعاقة. وربما أكثر التدابير شمولًا كانت في أستراليا،⁴⁴⁹ علماً أنّها غير مرتبطة بالتشريعات على ما يبدو.

لكنّ بعض الأجوبة في عمليات المسح ليست إيجابية جدًا. فبعض عمليات المسح تُشير إلى مخاوف إزاء الثغرات في الرعاية المقدّمة لكبار السن وذوي الإعاقة (ليس فقط في ظل جائحة كوفيد-19 بل في حالات الطوارئ الصحيّة العامّة السابقة أيضًا). وحدّدت بشكل خاص الحواجز أمام الوصول إلى المعلومات والرعاية الصحية والفحوصات في ظل جائحة كوفيد-19. حاولت الإمارات العربية المتحدة معالجة هذه المشاكل من خلال إنشاء مختبرات متنقلة وتنفيذ برنامج الزيارات الطبية المنزلية للأفراد الذين يعانون من أمراض مزمنة. كما وأطلقت حملة توعية وطنية حيث بثّت مقاطع فيديو باللغتين العربية والإنجليزية تحتوي على إرشادات بلغة الإشارة ولغة البريل للمكفوفين.⁴⁵⁰ لكن في دول أخرى، كان ذوو الإعاقة فئةً منسيةً، وفي ليبيريا، وُصفوا بأنهم يعانون من انعدام الأمن الغذائي نتيجةً لجائحة كوفيد-19.⁴⁵¹ وأخيرًا، برزت مشكلة مشتركة في عدد من الدول، ألا وهي معالجة كبار السن في دور الرعاية وتقييد وصولهم إلى خدمات الصحة أو دخولهم إلى المستشفى في إحدى الحالات.

وكما يشير تقرير التأهب للكوارث والاستجابة لها،⁴⁵² نصّت "معايير الإدماج الإنساني لكبار السن والأشخاص ذوي الإعاقة"⁴⁵³ على المعايير الإنسانية المتوقع اعتمادها لمعالجة كبار السن وذوي الإعاقة أثناء الكارثة. وينبغي تنفيذ هذه المعايير أيضًا في حالات الطوارئ الصحية العامة، عند الاقتضاء.

التوصيات

1. ينبغي على القوانين والسياسات والخطط المحلية المتعلقة بإدارة المخاطر الناجمة عن حالات الطوارئ الصحية العامة:
 - أ. أن تضمن تلبية الحاجات الخاصة لكبار السن وذوي الإعاقة أو الذين يعانون من أمراض أثناء الطوارئ الصحية العامة، بغض النظر عما إذا كان هؤلاء الأشخاص:
 - i. في خطر مباشر بسبب العدوى أو المرض بحد ذاته؛
 - ii. أو في خطر غير مباشر بسبب الآثار الثانوية لحالات الطوارئ الصحية العامة؛
 - ب. أن تضمن مشاركة كبار السن وذوي الإعاقة أو الذين يعانون من أمراض وتمثيلهم في جميع مراحل إدارة المخاطر الناجمة عن الطوارئ الصحية العامة؛
 - ج. أن تضمن تزويد كبار السن وذوي الإعاقة بالمعلومات والدعم المقدم أثناء الاستجابة للطوارئ الصحية العامة؛
 - د. أن تكفل استمرارية تقديم الرعاية الصحية والاجتماعية لكبار السن وذوي الإعاقة أو الذين يعانون من أمراض أثناء الطوارئ الصحية العامة؛
 - هـ. أن تُراعي المعايير والمبادئ التوجيهية الدولية ذات الصلة، مثل معايير الإدماج الإنساني لكبار السن والأشخاص ذوي الإعاقة وميثاق إدماج الأشخاص ذوي الإعاقة في العمل الإنساني.

8.4 حماية إمكانية الوصول إلى الرعاية الصحية

أظهرت جائحة كوفيد-19 أنَّ حالات الطوارئ الصحية العامة تؤثر إلى حد كبير على قدرة عامة الناس على الوصول إلى الرعاية الصحية لأسباب لا تتعلق بالعدوى أو المرض. وفي حين يتأثر كبار السن وذوو الإعاقة أو الذين يعانون من أمراض بشكل أكبر، إنّما قد يُمثل ذلك مشكلة لكل من يحتاج إلى رعاية صحية. والمثال على ذلك هو التباطؤ المزعوم في تنفيذ البرامج ضد الملاريا في ظل جائحة كوفيد-19.⁴⁵⁴ لكن ما قد يثير الدهشة إلى حد ما هو أنَّ تقرير عمليات المسح أشار إلى عدم وجود أي مشاكل كبيرة في الوصول إلى الرعاية الصحية العامة أثناء جائحة كوفيد-19. وقد يعزى ذلك إلى تركيز عمليات المسح على القوانين القائمة التي من الممكن أنّها لم تحتو على قيود تحدّ من الوصول إلى الرعاية الصحية. لكن، تم توثيق مشاكل عدّة في الوصول إلى الرعاية الصحية في ظل جائحة كوفيد-19 بسبب إعادة

ترتيب أولويات خدمات الرعاية الصحية أو تعديلها للتركيز على كوفيد-19، والخوف من الإصابة بالعدوى في مرافق الرعاية الصحية، والقيود التي فُرضت أثناء الإغلاق الشامل.

وقد لا تكون المشكلة في وجود هذه القوانين بل في غياب القوانين التي تحمي الحق في الصحة. في الحقيقة، نادرًا ما ذُكر هذا الحق في عمليات المسح. ينطبق ذلك على علاج العدوى أو المرض الذي يُسبب حالة الطوارئ الصحية العامة، لكنّه ينطبق أيضًا على نطاقٍ أوسع. فالعهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية يعترف بـ"حق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى من الصحة الجسمية والعقلية يمكن بلوغه"، بما في ذلك مطالبة الدول باتخاذ الخطوات اللازمة للوقاية من الأمراض الوبائية والمتوطنة والمهنية والأمراض الأخرى وعلاجها ومكافحتها و"تأمين الخدمات الطبية والعناية الطبية للجميع في حالة المرض".⁴⁵⁵ وينص دستور منظمة الصحة العالمية على أنّ "التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه هو أحد الحقوق الأساسية لكل إنسان دون تمييز بسبب العرق أو الدين أو العقيدة السياسية أو الحالة الاقتصادية أو الاجتماعية". ولا تعطي عمليات المسح صورةً واضحةً حول مدى اعتراف القوانين المحليّة وأطر إدارة المخاطر الناجمة عن الطوارئ الصحيّة العامّة بهذا الحق، لكنّه عامل أساسي يتعيّن على الدول النظر فيه كجزء من إدارة المخاطر الناجمة عن الطوارئ الصحيّة العامّة.

وتُشير عمليات المسح إلى وجود عوائق غير رسمية تحول دون الوصول إلى الرعاية الصحية، لكن سيتمّ التحدث عنها في القسم 8.8 لأنّها ترتبط بشكل أساسي بالأقليات. وتمّ أيضًا تحديد عوائق عامة أخرى. فالاعتماد المتزايد على التكنولوجيا ووسائل التواصل الاجتماعي لإيصال المعلومات الصحيّة إلى الناس لا يصب في صالح الشخص الذي ليس لديه وصول إلى التكنولوجيا أو لا يُجيد استخدامها. أما العائق غير الرسمي الآخر فهو الرتبة حيال مقدمي الرعاية الصحية. على سبيل المثال، وثّق المسح في جمهورية الكونغو الديمقراطية تردّد الأفراد في التعامل مع السلطات الصحيّة بسبب تجارب سابقة أثناء تفشي فيروس إيبولا في سنة 2018.⁴⁵⁶

التوصيات

1. ينبغي على القوانين والسياسات والخطط المحلية الخاصّة بإدارة المخاطر الناجمة عن الطوارئ الصحيّة العامّة أن:
 - أ. تضمن استمرارية تقديم خدمات الرعاية الصحيّة العامّة في حالات الطوارئ الصحيّة العامّة للتأكد من حصول الناس على العلاج إذا أُصيبوا بأمراض لا تتعلّق بحالة الطوارئ الصحيّة العامّة؛
 - ب. تسلّط الضوء على أهمية الوصول إلى الرعاية الصحيّة والحق في الصحة؛
 - ج. تضع تدابير للتخفيف من العوائق غير الرسمية التي تمنع الوصول إلى الرعاية الصحيّة.

8.5 الأشخاص المعرّضون لمخاطر اقتصادية ومالية

يُشير "تقرير التأهب للكوارث والاستجابة لها" إلى أن التهميش الاقتصادي السابق قد يؤدي إلى زيادة الضعف إزاء الكوارث: فالمساكن وسبل العيش الهشة قد تُعرّض الأشخاص إلى آثار أكثر خطورة (مثل الوفيات والمرض والخسارة المالية).⁴⁵⁷ في حالة الطوارئ الصحية العامة، تظهر عوامل إضافية: فقد ترتفع نسبة انتقال العدوى مثلاً بين الأشخاص ذوي المستوى الاقتصادي والاجتماعي المنخفض، أو قد يكون الفقر عائقاً أمام الوصول إلى الرعاية الصحية (خاصةً في الدول التي يدير فيها مقدمو الخدمات من القطاع الخاص أنظمة الرعاية الصحية) أو قد تؤثر التدابير المتخذة لمعالجة حالة الطوارئ على ذوي الدخل المنخفض أو الذين لا يحصلون على أي دخل. وأظهر المسح في هندوراس كيفية تأثر الأسر المعيشية ذات الدخل المنخفض بشكل غير متناسب بالإغلاق الشامل وحظر التجول لأنها لا تمتلك البرادات وبالتالي لا تستطيع تخزين الغذاء. وإذا تعرّض على أفراد هذه الأسر مغادرة المنزل، لن يحصلوا على الغذاء الطازج وسيصبحون بلا طعام.⁴⁵⁸

وكشفت جائحة كوفيد-19 احتمال أن تؤدي الطوارئ الصحية العامة إلى تداعيات اقتصادية تتجاوز تلك المذكورة في تقرير التأهب للكوارث والاستجابة لها. تمثلت إحدى أهم خصائص الجائحة في التداعيات المالية للتدابير المتخذة للتخفيف من أثر المرض المباشر. فكان للإغلاق الشامل وحظر التجول والقيود على السفر وساعات العمل آثار اقتصادية وخيمة على العمال والأعمال. وفي شهر نيسان/أبريل 2020، توقّعت منظمة العمل الدولية أن جائحة كوفيد-19 حول العالم قد تتسبب بخسارة ما يعادل 195 مليون وظيفة.⁴⁵⁹ وأشارت التقديرات إلى أن حوالي 2.7 مليار عامل قد تضرّروا من إجراءات الإغلاق الشامل، في حين أن القطاعات الأكثر تضرراً هي: قطاع الغذاء والفنادق وقطاع البيع بالجملة والتجزئة وقطاع خدمات الأعمال والإدارة وقطاع التصنيع. وتمّ الإعراب عن قلق خاص إزاء التداعيات على 2 مليار شخص يعملون في القطاع غير الرسمي في العالم.⁴⁶⁰ تعكس هذه الأرقام الطابع العالمي لجائحة كوفيد-19، لكن الطوارئ الصحية العامة المحلية قد تُسفر عن نفس الأثر الاقتصادي الحاد على المجتمعات المتضررة. فعلى سبيل المثال، قدر البنك الدولي أن تفشي فيروس إيبولا خفّض إلى النصف عدد العاملين في ليبيريا.⁴⁶¹ وفي منطقة البحر الكاريبي، أشارت تقديرات برنامج الأمم المتحدة الإنمائي في سنة 2017 إلى خسارة ما يقارب 10.5 مليار دولار من العائدات السياحية على مدار ثلاث سنوات بسبب فيروس زيكا، كما أن الضرر الأكبر وقع على البلدان الأكثر فقراً في المنطقة.⁴⁶²

وأظهرت كل عمليات المسح تقريباً أن الدول المشمولة في العينة استجابت لجائحة كوفيد-19 عبر تطبيق حزم متنوعة لدعم الأعمال والأفراد مالياً. وعلى الرغم مما تقدّمه عمليات المسح هذه من معلومات مهمة حول أنواع الدعم المُقدّم، إلّا أن العدد الكبير للتدابير المختلفة المذكورة يعني أن التحليل الشامل للتدابير المُنفّذة يفوق نطاق هذا التقرير، خاصةً وأنّ معظمها نُفّذ بدون الاعتماد على التشريعات أو الصكوك القانونية الأخرى. وكان نوع الدعم الأكثر شيوعاً هو الدعم المُقدّم للشركات من أجل مساعدتها على تخطّي أي انتكاسة بسبب جائحة كوفيد-19 وتجنّب صرف العمال. واعتمد عدد من الدول المشمولة في العينة مبدأ الإجازات المفتوحة غير المدفوعة، ويمكن قراءة التفاصيل في عمليات المسح المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة.⁴⁶³ شملت بعض القرارات الحكومية الأخرى الإعفاء من دفع الضريبة أو تأجيلها. وفي جنوب أفريقيا مثلاً، تمّ إقرار قانون لإدارة الكوارث والإعفاء الضريبي، فسمح لدافعي الضرائب والشركات الصغرى بتأخير دفع الضريبة بدون التعرض لأي غرامة أو فائدة تفرضها دائرة الإيرادات في جنوب أفريقيا نتيجة الدفع المُخفّض. وتدخلت الحكومات بطريقة غير مباشرة أيضاً عبر العمل مع المصارف لتقديم أشكال جديدة من التمويل بشروط مشجّعة في أغلب الأوقات، أو للتخفيف من شروط القروض أو العقود

الائتمانية. ووثّقت عملية المسح في ليبيريا تدابير محدّدة لمعالجة التراجع العالمي في حالات المهاجرين بسبب جائحة كوفيد-19،⁴⁶⁴ وذلك بهدف التخفيف من تداعيات الجائحة على قطاع الزراعة، وبالتالي على لقمة عيش معظم الليبيريين.

وكما ناقشنا في القسم 7.3 أعلاه، برزت مسألة قدرة الأسر على الاستمرار بدفع الإيجار أو الرهن من ضمن الآثار الاقتصادية لجائحة كوفيد-19. لذلك، سنّت عدة دول مشمولة في العيّنة تشريعات لفرض نوع من الحظر على الإخلاء أو إعطاء فترة سماح. وبالإضافة إلى ذلك، وبحسب البنك الدولي، قدّم 81 بلدًا الدعم في مجال المرافق والموجبات المالية، بما في ذلك الإعفاء والتأجيل⁴⁶⁵، وأشارت منظمة العمل الدولية إلى أنّ 86 بلدًا قد قدّم تدابير لتأمين الحماية الاجتماعية، كالإعفاء من دفع فواتير الكهرباء والمياه.⁴⁶⁶

في أغلب الحالات، كان من الضروري اعتماد هذه التدابير بسرعة للاستجابة لجائحة كوفيد-19. وبالطبع، في هذه المبادرات ثغرات عدّة، لكنّها تميّزت بعددها وسرعة تنفيذها. وكما ورد في توصيات سابقة ضمن هذا التقرير، يشير هذا الأمر إلى ضرورة القيام بما يلي: (1) شمل الوكالات أو المنظمات التي قد يُطلب منها تقديم الدعم الاقتصادي أو المالي في ترتيبات التأهُّب لحالات الطوارئ الصحيّة العامّة؛ و(2) وضع قوانين و/أو سياسات لتفعيلها عند حدوث حالة طوارئ صحيّة عامّة، عوضًا عن وضعها عند وقوع حالة الطوارئ. فعلى سبيل المثال، في بعض الدول المشمولة في العيّنة،⁴⁶⁷ تُعتمد ترتيبات دائمة لصناديق الإغاثة في حالات الطوارئ، وتم تفعيلها عند الضرورة أثناء جائحة كوفيد-19.

التوصيات

1. على القوانين والسياسات والخطط المحلية الخاصّة بإدارة المخاطر الناجمة عن حالات الطوارئ الصحيّة العامّة أن:
 - أ. تتخصّر لتقديم الدعم المالي للشركات والأسر في حال أدّت حالة الطوارئ الصحيّة العامّة إلى آثار اقتصادية خطيرة، مع التركيز على الأكثر ضعفًا والمهمشين اقتصاديًا؛
 - ب. تضمن مشاركة و/أو تمثيل الوكالات والمنظمات التي قد يُطلب منها تقديم الدعم الاقتصادي أو المالي في حالة الطوارئ الصحيّة العامّة، في جميع مراحل إدارة المخاطر الناجمة عن حالات الطوارئ الصحيّة العامّة.

8.6 حماية الأشخاص المعرضين للعنف

تُسجّل معظم عمليات المسح المتعلّقة بحالات الطوارئ الصحيّة العامّة زيادة حوادث العنف المنزلي (بما في ذلك عنف الشريك والعنف ضد الأطفال) أثناء جائحة كوفيد-19. ويعتمد ذلك بالإجمال على التقارير الصحافية التي وثّقت ازديادًا في عدد الحالات المُبلّغ عنها لدى الشرطة أو السلطات الأخرى و/أو الاتصالات الواردة إلى المنظمات التي تُعنى بدعم ضحايا العنف المنزلي.⁴⁶⁸ وكما أشارَ المسح في الصين، لم يستطع أشخاص عدّة الهروب من العنف أو الاعتداءات أو الاحتماء لدى عائلاتهم أو أصدقائهم نظرًا للقيود على الحركة. وبالإضافة إلى

ذلك، من المرجح أن إغلاق المدارس حرم الأطفال من أهم وسيلة لحمايتهم من العنف بحقهم: فمع ازدياد عدد التلاميذ الذين يتعلمون من المنزل، لم يستطع المدرسون مراقبة رفاهم أو تحديد علامات الإساءة والإبلاغ عنها. وعلى الرغم من تعليق عدد قليل جدًا من عمليات المسح على حالات الطوارئ الصحية العامة السابقة، تشير عملية المسح في سيراليون إلى أثر تفشي فيروس الإيبولا الكارثي على حياة الأطفال. فأصبحت آلاف الفتيات في دائرة الخطر نظرًا إلى التداعيات الاقتصادية الوخيمة التي خلفتها الجائحة، ما أدى إلى ظواهر عدة كالمقايضة بالجنس من أجل الحصول على الطعام والسلع الأساسية الأخرى، والاعتصاب وأشكال أخرى من الجنس المسيء، فضلًا عن ازدياد نسبة حمل المراهقات.

واتخذ عدد من الدول المشمولة في العينة إجراءات تشريعية محدّدة لمعالجة هذه المشاكل. فنصّ مرسوم كولومبيا 460 في 22 آذار/مارس 2020 على تأسيس لجان أسرية لمعالجة العنف الأسري أثناء حالة الطوارئ.⁴⁶⁹ وطُلب من المسؤولين المحليين والحكّام في كولومبيا تأمين الموارد لكل من يحاول الحصول على المساعدة والاستجابة لحالات العنف المنزلي وإساءة معاملة الأطفال "بأسرع طريقة ممكنة".⁴⁷⁰ وطبقت البرازيل القانون رقم 14.222 الصادر في 7 تموز/يوليو 2020 استجابةً لازدياد حالات العنف المنزلي عقب تفشي جائحة كوفيد-19. وسعت إلى توفير الخدمات العامة للتصدّي للعنف المنزلي وتأمين المساعدة لضحايا العنف المنزلي حتى ولو عن بُعد. كذلك، صنّف القانون ضمن خانة "الحالات الطارئة" كل المسائل المتعلقة بالعنف المنزلي و/أو حماية الطفل أثناء جائحة كوفيد-19 بهدف تسريع المساعدة والدعم.⁴⁷¹ وفي السياق نفسه، طُلب من الحكومة المنغولية اتخاذ تدابير لتكثيف الجهود الرامية إلى منع العنف المنزلي وتقديم الخدمات للمتضررين والقيام بالاستثمارات اللازمة في مراكز الإيواء المؤقتة وتلقي الاتصالات على مدار الساعة من أجل حشد الموارد المالية.⁴⁷²

ويبدو أن هناك دول أخرى اتخذت خطوات أقرب إلى الطابع غير الرسمي، إذ اعتمدت بالإجمال على التشريعات أو البرامج القائمة أو قدّمت تمويلًا إضافيًا. فاعتمدت إسبانيا مثلًا بشكل أساسي على آلياتها السابقة الرامية إلى مكافحة العنف القائم على النوع الاجتماعي. وفي أستراليا، قدّمت الحكومة الفيدرالية التمويل لدعم ضحايا العنف المنزلي والأسري والجنسي أثناء جائحة كوفيد-19. وفي هندوراس، تمّ حشد الموارد لدعم ضحايا العنف بقيادة صندوق الأمم المتحدة للسكان بالدرجة الأولى، وبدعم من المؤسسات العامة والمنظمات غير الربحية. وفي جمهورية الكونغو الديمقراطية، استجابت مفوضية الأمم المتحدة السامية للجنين للزيادة في حالات العنف الجنسي والقائم على النوع الاجتماعي من خلال تعزيز تدابير نشر الوعي، بما في ذلك الرسائل المتعلقة بالحماية من العنف الجنسي والقائم على النوع الاجتماعي وكيفية حصول المتضررين على الخدمات.

إنّ إحدى أبرز المعضلات التي تُواجه الأشخاص المتضررين من العنف المنزلي وسوء المعاملة هي تأمين القدرة على الفرار في ظل الإغلاق الشامل أو البقاء الإلزامي في المنازل. اعتمد عددٌ من الدول المشمولة في العينة بعض الإعفاءات من قواعد الإغلاق الشامل للسماح لمن هم في خطر بمغادرة منزلهم أو البقاء بعيدًا عن مكان إقامتهم.⁴⁷³ ففي المملكة المتحدة مثلًا، شملت التشريعات الأساسية التي تنص على قواعد الإغلاق الشامل في البلد إعفاء يسمح للفرد بمغادرة منزله "لتجنّب التعرض للإصابة أو المرض أو الهروب من ضررٍ مُحتمل".

ولم تتطرق عمليات المسح إلى مسألة الخطر على الأطفال الناجم عن إغلاق المدارس، باستثناء عملية المسح في سيراليون. اعتمدت سيراليون على تجربتها السابقة أثناء تفشي فيروس إيبولا وأصدرت "خطة الاستجابة الطارئة الإرشادية لمكافحة جائحة كوفيد-19" التي شملت استراتيجيات تهدف إلى التصدي للمخاطر التي قد يتعرض لها الأطفال عقب إغلاق المدارس (مثل زيادة حالات العنف ضد الأطفال والعنف القائم على النوع الاجتماعي والاستغلال الجنسي وزواج الأطفال).⁴⁷⁴ وستناقش الآثار السلبية لتوقف التعليم الحضوري على الأطفال في القسم 8.7 أدناه.

ويعترف "تقرير التأهب للكوارث والاستجابة لها" باحتمال ازدياد نسبة العنف المنزلي أثناء الكوارث وما ينتج عنه من ضغط على خدمات الحماية القائمة. ويشير إلى الأبحاث التي خلصت إلى أن خدمات الحماية لا تعتمد بالإجمال خططاً طارئة تضمن استمرارية تقديم الخدمات أثناء الكوارث. وطرح التقرير عدّة توصيات انطلاقاً من هذه النتائج.⁴⁷⁵ وكما سبقت الإشارة، قد يكون خطر العنف المنزلي أعلى في حالات الطوارئ الصحية العامة مقارنةً بأنواع الكوارث الأخرى. وبالتالي، فإنّ هذه التوصيات تنطبق أيضاً على حالات الطوارئ الصحية العامة، علماً أنّها قد تكون أكثر أهمية وإلحاحاً في هذا السياق تحديداً.

التوصيات

1. ينبغي على القوانين و/أو السياسات أن تفرض على الوكالات المسؤولة عن خدمات الوقاية والحماية من العنف الأسري أو المنزلي أن تضع خططاً طارئة تهدف إلى ضمان استمرارية الخدمات أثناء الطوارئ الصحية العامة.
2. ينبغي على أطر إدارة المخاطر الناجمة عن الطوارئ الصحية العامة (بما في ذلك القوانين والسياسات وخطط الطوارئ) أن تنظر في اعتماد ترتيبات تكفل حصول الأشخاص المعرضين لخطر العنف الأسري على ملاجئ أو مساكن مؤقتة وعلى خدمات الحماية الأخرى أثناء الطوارئ الصحية العامة.
3. ينبغي على القوانين التي تفرض قيود الإغلاق الشامل أثناء الطوارئ الصحية العامة أن تسمح صراحةً للأشخاص الذين يعانون العنف المنزلي أو المعرضين له بما يلي:
 - أ. مغادرة منازلهم أو أماكن سكنهم و/أو البقاء بعيدين عنها؛
 - ب. الحصول على خدمات الحماية والدعم النفسي والنفسي-الاجتماعي.

8.7 طلاب المدارس

قد تتعطل الدراسة في معظم أنواع الكوارث. فقد تُستخدَم المدارس كمراكز إيواء أثناء الكوارث، وقد تلحق بها أضرار مادية جزاء الكوارث. والبلدان معتادة – أو بالأحرى ينبغي أن تكون معتادة – على إدارة أثر حالات الطوارئ أو الكوارث على المدارس وتعطيل التعليم الذي قد ينتج عنها. لكنّ الفرق في الطوارئ الصحية العامة، كما حصل أثناء جائحة كوفيد-19، هو أن التعطيل قد ينتشر على نطاق أوسع وقد يستمر لفترة أطول.

أغلقت الدول المشمولة في العينة، بدون استثناء، المدارس في بداية جائحة كوفيد-19 وانتقل معظمها إلى التدريس عبر الإنترنت. وأعلنت منظمة اليونسكو أنه بحلول شهر أيار/مايو 2020، أُغلقت المدارس في 160 بلدًا، ما أثر على أكثر من 1.15 مليار متعلّم.⁴⁷⁶ ولم تنفرد جائحة كوفيد-19 بالسبب بإغلاق المدارس، إذ أثر تفشي الإيبولا على التعليم في ليبيريا وسيراليون وربما يكون قد أثر على التدابير التي اتخذتها هذه الدول خلال جائحة كوفيد-19. فمثلًا، أثناء جائحة كوفيد-19، شكّلت حكومة سيراليون فريق عمل للطوارئ التعليمية بهدف التخفيف من أثر الجائحة على الأطفال والتعلّم، كما وضعت خطة لمواجهة الطوارئ التعليمية في مرحلة مبكرة نسبيًا.⁴⁷⁷ وهدفت الخطة إلى تعزيز استمرارية التعلّم، فضلًا عن أهداف أخرى، كما حدّدت استراتيجيات تسعى إلى تقليل عدد المتسربين من المدارس ومواجهة المخاطر التي تلي إغلاق المدارس (مثل العنف المتزايد تجاه الأطفال، والعنف القائم على النوع الاجتماعي، والاستغلال الجنسي، وزواج الأطفال). كذلك، وضعت وزارة التعليم في جمهورية الكونغو الديمقراطية، بدعم من منظمة اليونيسيف، خطة استجابة وطنية لقطاع التعليم.⁴⁷⁸

وعالجت معظم المدارس في الدول المشمولة في العينة الأثر الأوضح لإغلاق المدارس، أي انعدام التدريس، من خلال اعتماد التدريس أو التعلّم عبر الإنترنت، غير أنّ طريقة تنفيذ هذا التعليم تفاوتت بين دولة وأخرى. في بعض الدول، استُخدمت التشريعات لتسهيل الانتقال إلى التعلّم المنزلي. على سبيل المثال، في البرازيل، نصّ المرسوم 343 الصادر في 17 آذار/مارس 2020 على الاستبدال المؤقت للصفوف الحضورية بالتدريس الافتراضي ضمن نظام التعليم الوطني، ما سمح باستمرار وصول مواد الدراسة إلى الأطفال.⁴⁷⁹ وفي منغوليا، صدر قرار يقضي بتعليق التدريب في الصفوف في جميع المؤسسات التعليمية بمختلف مستوياتها حتى الأول من أيلول/سبتمبر 2020.⁴⁸⁰ وفي دول أخرى، تمّ الانتقال إلى التعلّم عبر الإنترنت من دون الحاجة إلى التشريع. لكنّ هذا الانتقال لم يكن شاملاً، إذ اعتمدَ أولاً على افتراض توفّر القدرة على الانتقال من التعلّم الحضورى إلى التعلّم عن بعد. وليس هذا الخيار متاحاً للجميع في السياقات حيث يكافح النظام التعليمي في الأساس لتوفير تعليم شامل كما كشف المسح في هندوراس. ثانيًا، يحتاج التعلّم عبر الإنترنت إلى معدات خاصة وبنى تحتية، كما أنّ التطوير السريع لموارد التعلم الرقمي الشاملة يحتاج إلى التكنولوجيا اللازمة. في هندوراس، قُدّر أن نصف التلاميذ، من أصل 2.9 مليون تلميذ، لم يتلقوا أيّ دروس إطلاقاً أثناء جائحة كوفيد-19 بسبب غياب الحواسيب أو الاتصال بالإنترنت في المنزل.⁴⁸¹ واتخذت الدول المشمولة في العينة عددًا من التدابير لمعالجة هذه المسائل، مثل اقتراض الحواسيب المحمولة أو استخدام وسائل الاتصال (كالراديو) التي لا تعتمد على التكنولوجيا الحديثة.⁴⁸²

ولا بدّ من التنويه بأنّه حتى عند تطبيق التعلم المنزلي، قد يؤدي عدم ذهاب الأطفال إلى المدارس لفترات زمنية طويلة إلى آثار سلبية كبيرة على تعليمهم ونموهم الاجتماعي وصحتهم البدنية والعقلية. وقد ينعكس ذلك سلبيًا على الأطفال الذين يعتمدون على الوجبات المدرسية المجانية أو ذات السعر المخفّض كمصدر للطعام والتغذية الصحية. كما أنّ الأهالي الذين لديهم خلفية تعليمية محدودة وموارد قليلة، أو الذين يضطرون إلى العمل عن بعد، قد يواجهون صعوبات لتسهيل التعلم المنزلي أو دعمه، وقد يفتقر الأطفال الصغار إلى النضج والقدرة على الالتزام بالتعلم عبر الإنترنت. فضلًا عن ذلك، من المحتمل أن يزداد خطر تعرّض الأطفال إلى الإساءة لأنهم قد يُجبرون على قضاء اليوم بأكمله مع أسرة مسيئة، وليسوا في الصفوف حيث يستطيع المعلمون مراقبة وضعهم النفسي. وتشمل النتائج المترتبة عن إغلاق المدارس أيضًا الأثر على الأهالي الذين قد يعجزون عن العمل أو تأمين المستلزمات الأساسية إذا اضطروا إلى البقاء في المنزل لرعاية أطفالهم أو تعليمهم - ومن هنا تبرز أهمية إدراج التعليم في التخطيط للطوارئ الصحية العامة أو التأهب لها. ولهذه الأسباب، تعتبر منظمة الصحة

العالمية ومنظمة اليونسيف ومنظمة اليونسكو – والعديد من الحكومات الوطنية – أن المدارس ينبغي أن تكون آخر مكان يغلق أبوابه وأول مكان يعيد فتح أبوابه.

وسبق أن تطرّق هذا التقرير إلى أهمية إدراج قطاع التعليم – والقطاع المدرسي تحديدًا – في أطر إدارة المخاطر الناجمة عن الطوارئ الصحية العامة، وذلك بهدف ترقيّة الآثار على التعليم والتخطيط لها في سياق أنشطة التأهب للطوارئ الصحية العامة (راجع القسم 4.5). ويؤكد التحليل الوارد أعلاه على هذه التوصيات.

التوصيات

1. ينبغي على القوانين والسياسات والخطط المعنية بإدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة أن تؤكد على أن إغلاق المدارس ينبغي أن يشكل الملاذ الأخير أثناء الطوارئ الصحية العامة، وأن تتسجم مع هذا المبدأ.
2. ينبغي على القوانين والسياسات والخطط المحليّة المعنية بإدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة أن تسمح بمشاركة المدارس والسلطات المدرسية وتمثيلها في كافة مراحل إدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة.
3. ينبغي على القوانين و/أو السياسات أن تفرض على السلطات المدرسية، وعلى المدارس المنفردة حيث يلزم، وضع خطط للطوارئ بغية معالجة المشاكل التي قد تنشأ أثناء الطوارئ الصحية العامة، بما في ذلك:
 - أ. تحديد الوسائل البديلة لتوفير التدريس في حال اضطرت المدارس إلى الإغلاق؛
 - ب. تلبية حاجات الأطفال الذين قد يواجهون صعوبات في الوصول إلى التعلم البديل؛
 - ج. تحديد التدابير العملية (مثل بروتوكولات الأمن البيولوجي) التي تسمح للمدارس بإبقاء أبوابها مفتوحة (أو إعادة فتح أبوابها) أثناء الطوارئ الصحية العامة.

8.8 المهاجرون والمجموعات العرقية والإثنية المهمشة

يعتبر "تقرير التأهب للكوارث والاستجابة لها" أن المهاجرين وأفراد المجموعات العرقية والإثنية المهمشة معرّضون لخطر التأثر بالكوارث بشكل غير متناسب بسبب التمييز والتهيميش الاقتصادي. وقد لا يحصل التمييز في التأهب للكوارث والاستجابة لها بشكل مباشر فحسب، بل أيضًا بشكل غير مباشر في حال عدم تكييف البرامج والتدابير مع الحاجات الخاصة لهذه المجموعات – مثلاً، من خلال التقصير في توفير المعلومات حول المخاطر والتحذيرات بلغات مختلفة. وقد يتعرض المهاجرون غير النظاميين لخطر أكبر بسبب عدم أهليتهم للاستفادة

من برامج الحكومة و/أو عدم رغبتهم في التعامل مع الخدمات الرسمية خوفاً من الإجراءات القانونية التي قد تتخذ بحقهم.⁴⁸³ وعلى الرغم من أن "تقرير التأهب للكوارث والاستجابة لها" لا يُشير صراحةً إلى الصعوبات التي قد تواجهها هذه المجموعات في الحصول على الرعاية الصحية الضرورية أو أي دعم حكومي آخر أثناء الطوارئ الصحية العامة، فقد تكون توصيات التقرير ذات أهمية في هذا الصدد.

إنّ عمليات المسح المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة تُقدّم بالدرجة الأولى معلومات حول أثر الطوارئ الصحية العامة – وتحديدًا كوفيد-19 – على المهاجرين. ولكنها للأسف توفر معلومات أقل حول الآثار على المجموعات العرقية والإثنية المهمشة. لذلك، سيتناول هذا القسم أولاً الآثار على المهاجرين، ومن ثم سيناقش باختصار آثار الطوارئ الصحية العامة على المجموعات الأخرى.

8.8.1 المهاجرون

يوصي "تقرير التأهب للكوارث والاستجابة لها" بوجوب إعداد أنشطة التأهب للكوارث والاستجابة لها على نحو يُلبي الحاجات الخاصة للمهاجرين، بما يشمل ضمان إمكانية حصول المهاجرين على المعلومات والسماح للمهاجرين غير النظاميين بالاستفادة من أنشطة التأهب للكوارث والاستجابة بها.⁴⁸⁴ كذلك، يوصي بوجوب استناد القوانين و/أو السياسات إلى "المبادئ التوجيهية لحماية المهاجرين في البلدان التي تعاني من نزاعات أو كوارث طبيعية" التي توفر توجيهات شاملة بشأن حماية المهاجرين وإدماجهم.⁴⁸⁵

وتشير عمليات المسح المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة إلى أن المشاكل المحددة التي تطل المهاجرين أثناء الطوارئ الصحية العامة تشمل:

- (1) الحصول على الرعاية الصحية؛ (2) الحصول على الدعم إذا أصبحوا عاطلين عن العمل، أو ربما مشردين؛ (3) العودة إلى الوطن؛ و(4) أثر قيود السفر على وضع الهجرة لدى المهاجرين.

فيما يخص الحصول على الرعاية الصحية، تكشف عمليات المسح عن مجموعة واسعة من النُهج المعتمدة في هذا الصدد، بدءاً من الدول التي تُؤمن وصولاً كاملاً إلى الرعاية الصحية، وصولاً إلى تلك التي تستثني المهاجرين من خدمات الرعاية الصحية أو توفر لهم وصولاً جزئياً أو مشروطاً. وفي حالات كثيرة، قد تنتج المعاملة المتفاوتة المُبلّغ عنها عن القوانين أو السياسات "المعتادة"، وليس بالضرورة أن تنتج عن التدابير المرتبطة بجائحة كوفيد-19. وبشكل عام، تسمح معظم الدول المشمولة في العينة – أو بالأحرى سمحت أثناء جائحة كوفيد-19 – للمهاجرين بالحصول على الرعاية الصحية، وإن حصل ذلك أحياناً فقط عند دفع المال أو ضمن قيود محددة. وتندرج النُهج المعتمدة في تقديم الرعاية الصحية ضمن خمس فئات عامة:

1. **عدم الحصول على الرعاية الصحية.** على سبيل المثال، أفادت التقارير أن اللاجئين في طاجيكستان قد حُرِموا من أي تقديمات أو

مساعدات تمنحها الدولة للفئات الاجتماعية المستضعفة.⁴⁸⁶

2. **الحصول على الرعاية الصحية لكن مقابل رسم مالي.** مثلاً، في سريلانكا، يدفع العمال المهاجرون مبالغ مالية كي يحصلوا على

خدمات الشبكة الصحية الخاصة. كذلك، تستوجب كافة أشكال الرعاية الطبية في سيراليون دفع رسوم مالية بالإجمال (باستثناء النساء

الحوامل والمرضعات والأطفال دون سن الخامسة)، لكن ذلك يندرج في سياق النقص الحاد في الأدوية والمعدات الطبية الأساسية⁴⁸⁷

والنظام الصحي الذي يواجهه، بحسب ما كشفه المسح، تحديات عديدة بسبب قلة التمويل، والعبء الثقيل من جراء الأمراض، والنقص

الكبير في عدد العاملين الصحيين الأكفاء وتوزيعهم غير المتكافئ.⁴⁸⁸

3. **الحصول على الرعاية الصحية عبر دفع رسم مالي عادةً لكن مع استثناءات محددة.** هذا هو النهج المعتمد في المملكة المتحدة التي

حددت لائحة من الأمراض التي لا يُفرض أي رسم مالي عليها. وعُدلت هذه اللائحة لتشمل مرض كوفيد-19.⁴⁸⁹ ويبدو أن نيويورك

اتخذت إجراءات مماثلة حيث قررت أن تلقى الرعاية عند الإصابة بفيروس كورونا لا ينبغي أن يُجبر الفرد على دفع "رسم عام" و/أو

يؤثر على قدرته على تقديم طلب للحصول على وضع هجرة أكثر استدامة.

4. **الحصول الكامل على الرعاية الصحية في المبدأ، مع أن إمكانية تلقي العلاج قد تكون محدودة عملياً.** قد تنشأ القيود بسبب الحاجة

إلى تقديم وثائق ثبوتية. ورد ذلك في عمليات المسح في البرازيل وجنوب أفريقيا. فأفاد مسح الطوارئ الصحية العامة في جنوب أفريقيا

أن المهاجرين الذين لا يملكون أوراقاً ثبوتية يواجهون تحديات كبيرة في الحصول على الرعاية الصحية (والمساعدات الأخرى) في ظل

غياب الأوراق الثبوتية وأوراق الضمان الاجتماعي الصادرة عن الحكومة. وفي الصين، مع أن الخدمات الصحية الأساسية تُعدّ من

الحقوق الأساسية، لكن إمكانية حصول العمال المهاجرين عليها قد تكون محدودة عملياً إن لم يستحصلوا على التأمين الاجتماعي.⁴⁹⁰

من جهة أخرى، قد يتم تقييد مبدأ الوصول الكامل وفق الطلب: فأثناء تفشي وباء الإيبولا في ليبيريا، لم تُفرض أي قيود على الرعاية

الصحية، إلا أن نقص الموارد فرض إعطاء الأولوية للمجتمعات المحلية.⁴⁹¹

5. **الحصول الكامل وفق المعايير نفسها المُطبّقة على المواطنين.** على سبيل المثال، تعتبر إسبانيا الوصول إلى النظام الصحي الوطني

حقاً أساسياً لكل شخص في إسبانيا، وتمنح كافة الأجانب في إسبانيا (وبينهم الأشخاص غير المسجلين أو غير المصرح لهم كمقيمين)

حق الحصول على الرعاية الصحية بالشروط نفسها التي يخضع لها المواطنون الإسبان.⁴⁹² وكذلك الأمر في كولومبيا، حيث يضمن الدستور والقانون رقم 100 للعام 1993⁴⁹³ حصول أي شخص يعيش على الأراضي الكولومبية على الرعاية الصحية الطارئة، بغض النظر عن وضع الهجرة.⁴⁹⁴

لم تتناول عمليات المسح المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة بشكل موسّع مسألة وصول المهاجرين إلى أشكال الدعم الأخرى الأكثر شمولاً. ومع ذلك، غالباً ما يعتمد الحصول على الضمان الاجتماعي ومدفوعات الرعاية الاجتماعية وغير ذلك من أنواع المساعدة الاقتصادية على وضع الهجرة للفرد، بما في ذلك النوع المحدّد للتأشيرة الممنوحة. وتشير معظم عمليات المسح إلى أن أغلب التقديمات المالية أو مساعدات الرعاية الاجتماعية المُقدّمة أثناء جائحة كوفيد-19 أُتيحت للمواطنين أو المقيمين الدائمين فحسب. مثلاً، في جمهورية كوريا، لم يُنل معظم المهاجرين (ومن بينهم المهاجرون الذين لا يملكون أوراقاً ثبوتية واللاجئون وطالبو اللجوء) المنافع نفسها التي نالها المواطنون والمقيمون فيما يخص مدفوعات الإغاثة الطارئة في حالات الكوارث.⁴⁹⁵ وعلى الرغم من ذلك، سُجّلت استثناءات للنهج العام. ففي جنوب أفريقيا مثلاً، أُعطي اللاجئون وطالبو اللجوء وبعض حاملي التصاريح الخاصة حق الحصول على "منحة جنوب أفريقيا للإغاثة الاجتماعية أثناء جائحة كوفيد-19". وفي نيوزيلندا، أنشئ برنامج دعم وطني للأجانب يمكن أن يستفيد منه الرعايا الأجانب غير القادرين على العودة إلى وطنهم بسبب القيود المفروضة جزاء جائحة كوفيد-19.⁴⁹⁶

وفي دول أخرى، أظهرت عمليات المسح أن المساعدة كانت محدودة أو كثيرة المشاكل. ففي كولومبيا، أي البلد الذي يحوي العدد الأكبر من المهاجرين الفينزويليين،⁴⁹⁷ بيّنت بعض التقارير عدم استفادة الفينزويليين من المساعدة،⁴⁹⁸ بينما أفادت أخرى أن كولومبيا قد سعت للحصول على دعم دولي طارئ وخصّصت أموالاً لدعم هؤلاء المهاجرين.⁴⁹⁹ لكن بوقت كتابة هذه التقارير، كانت كولومبيا قد أعلنت أنها ستسجل مئات الآلاف من المهاجرين واللاجئين الفينزويليين المتواجدين حالياً في البلد بدون أوراق، في محاولة لتزويدهم بتصاريح إقامة قانونية وتسهيل حصولهم على الرعاية الصحية وفرص العمل القانونية.⁵⁰⁰ وفي هندوراس، أغلقت الحكومة مركز مساعدة المهاجرين العائدين خوفاً من انتشار الفيروس عند قبول المهاجرين العائدين من بلدان ترتفع فيها معدلات الإصابة. وأشارت بعض التقارير إلى أن مهاجرين من السلفادور أو نيكاراغوا كانوا يمزّون بهندوراس، في طريقهم إلى الولايات المتحدة، فتركوا لتدبّر أمورهم بأنفسهم في ظل غياب خطة حكومية للمهاجرين.

في بعض أنظمة الهجرة، قد يؤدي الحصول على التقديمات إلى نتائج سلبية للاحية وضع الهجرة و/أو طلبات الحصول على إقامة دائمة. ففي نيويورك، تم تفادي هذه المشكلة من خلال بعض الخدمات أو أشكال الدعم المتعلقة بجائحة كوفيد-19 - مثل فحوصات فيروس كورونا، وخدمات الرعاية الصحية، والمساعدة الغذائية، ومنافع البطالة، وحماية المستأجرين، والمساعدة القانونية - التي لا تؤثر سلباً على طلبات الحصول على البطاقة الخضراء الأميركية.⁵⁰²

ويتمثل أحد الأوجه الإضافية للطوارئ الصحية العامة الخطيرة - كما اتضح في سياق جائحة كوفيد-19 - في المشاكل التي قد يواجهها المهاجرون جرّاء إغلاق حدود البلدان الأخرى على نطاق واسع، وتحديدًا المهاجرين (1) الذين يرغبون في العودة إلى وطنهم؛ و/أو (2) الذين انتهت صلاحية تأشيراتهم لكنهم عاجزون عن مغادرة البلد. تمت مناقشة المسألة الأولى في الفصل 6. أما فيما يخص انتهاء صلاحية التأشيرات، فعالجت العديد من الدول المشمولة في العينة هذه المشكلة عبر تخفيف الشروط الخاصة بالتأشيرات. على سبيل المثال، سمحت الحكومة الكولومبية للأشخاص الذين يحملون وثائق هجرة منتهية الصلاحية بالبقاء في البلد أثناء الطوارئ الصحية إلى حين التمكن من معالجة مشكلة تأشيراتهم.⁵⁰³ وكذلك الأمر في الإمارات العربية المتحدة حيث مُدّت فترات الإجازة وصدرت إعفاءات لمخالفات التأشيرات الناتجة عن الجائحة، كما مُدّت تلقائياً التأشيرات المنتهية الصلاحية للسّاح أو الزوّار أو المقيمين.⁵⁰⁴

8.8.2 المجموعات العرقية والإثنية المهمّشة

كما ذكرنا سابقاً، لا تشمل عمليات مسح الطوارئ الصحية العامة عادةً معلومات محدّدة حول المجموعات العرقية والإثنية المهمّشة. والأثر الأبرز الذي أشارت إليه التقارير يكمن في أن هذه المجموعات قد تواجه عقبات لغوية وثقافية للحصول على المعلومات والرعاية الصحية وأشكال أخرى من المساعدة أثناء الطوارئ الصحية العامة. مثلاً، توضح عملية المسح في كولومبيا أن أفراد مجموعة الرّوما لا يمكن أن يعالجهم عاملون في مجال الرعاية الصحية من الجنس الآخر.⁵⁰⁵ اتخذت بعض الدول المشمولة في العينة خطوات لتذليل الحواجز اللغوية والثقافية. على سبيل المثال، نشرت السلطات في الإمارات العربية المتحدة منشورات توعية عامة بعدة لغات (العربية والأردية والإنجليزية)⁵⁰⁶. وفي أستراليا، مولّت حكومة الكومنويلث حملة تواصل وطنية من أجل توفير معلومات حول جائحة كوفيد-19 بأكثر من 20 لغة.⁵⁰⁷

كذلك، تحتوي عمليات مسح الطوارئ الصحية العامة على بعض الأمثلة المحدودة عن اعتماد قوانين أو سياسات جديدة محددة لمعالجة الأثر المحتمل لجائحة كوفيد-19 على مجموعات السكان الأصليين. فاتخذت البرازيل خطوات لحماية سكانها الأصليين⁵⁰⁸، كما أصدرت أستراليا قرارات تُقيّد الوصول إلى مجتمعاتها الأصلية النائية للحدّ من مخاطر انتقال العدوى. إضافةً إلى ذلك، أنشأت الحكومة الأسترالية المجموعة الاستشارية للسكان الأصليين وسكان جزر مضيق توريس حول جائحة كوفيد-19، بغية تقديم المشورة لوزارة الصحة

بشأن القضايا الصحية المتعلقة بالجائحة والمساعدة في تدفق المعلومات ضمن القطاع الصحي للسكان الأصليين وسكان جزر مضيق توريس.⁵⁰⁹ ونفذت المجموعة الاستشارية خطة وُضعت مؤخرًا للاستجابة الطارئة لفيروس كورونا المستجد (كوفيد-19) في القطاع الصحي الأسترالي.⁵¹⁰

التوصيات

ينبغي على القوانين والسياسات والخطط المحلية المعنية بإدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة أن:

1. تضمن مشاركة المهاجرين والمجموعات العرقية والإثنية المهمشة وتمثيلهم في كافة مراحل إدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة؛
2. تتخذ تدابير لتذليل الحواجز اللغوية والثقافية التي تحول دون الحصول على الرعاية الصحية والمعلومات وأشكال الدعم الأخرى أثناء

الطوارئ الصحية العامة؛

3. تضمن حصول المهاجرين بشكل كامل على الرعاية الصحية أثناء الطوارئ الصحية العامة بغض النظر عن وضع الهجرة لديهم؛
4. تعالج المشاكل التي تطرأ على المهاجرين بسبب قيود السفر وإغلاق الحدود أثناء الطوارئ الصحية العامة، بما يشمل:
 - أ. تمديد التصاريح والتأشيرات للمهاجرين العاجزين عن المغادرة؛ و/أو
 - ب. تقديم استثناءات لقيود السفر وإغلاق الحدود (مع مراعاة إجراءات الوقاية الصحية المناسبة) للسماح للمهاجرين بالعودة إلى وطنهم.

الجزء د: التسهيلات القانونية للجهات الفاعلة في المجال الإنساني

9 التسهيلات القانونية للجهات الفاعلة في المجال الإنساني

9.1 مقدمة

يتناول الجزء الأخير من هذا التقرير سببًا أوليًا لإطلاق مشروع القانون والطوارئ الصحية العامة: أثر جائحة كوفيد-19 على قدرة شبكة الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر ومنظمات إنسانية أخرى، محلية ودولية، على تقديم الدعم للمتأثرين بالجائحة والمتضررين من كوارث أخرى حصلت في الفترة نفسها.

كان لجائحة كوفيد-19 أثر ملحوظ على العمليات الإنسانية على أرض الواقع. فكما ناقشنا في القسم 9.3.1، سادَ الغموض، في بعض الدول، حول ما إذا كانت جمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر الوطنية معفاة من القيود المفروضة على حرية التنقل في ظلّ جائحة كوفيد-19، وما إذا كانَ يُسمح لأفرادها، بالتالي، بالتنقل بحرية في أرجاء البلاد والوصول إلى المجتمعات. في بعض الدول، حالت القيود المفروضة بسبب جائحة كوفيد-19 دون وصول شبكة الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر إلى مستودعاتها ومخزونها المُجهّز مسبقًا. كذلك، من أصل 100 "عملية نشر" مرتبطة بالجائحة وَجَبَ على شبكة الاتحاد الدولي تنفيذها بحلول نهاية أيلول/سبتمبر 2020، فرضت الظروف تنفيذ 86 عملية عن بُعد.

وبهدف دراسة أثر جائحة كوفيد-19 على جمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر الوطنية وجهات فاعلة إنسانية أخرى، قام برنامج قانون الكوارث التابع للاتحاد الدولي بطلب إجراء عمليات مسح لمراسيم الطوارئ في بداية الجائحة. أُجريت عمليات المسح بشكل أساسي بين شهري آذار/مارس وأيار/مايو 2020، وهي تُركّز بشكل خاص على التسهيلات القانونية للجهات الفاعلة في المجال الإنساني، والتنسيق بين الجهات الفاعلة المختلفة، ونوع القيود المفروضة للحد من تغيّس جائحة كوفيد-19. ومع تطور المشروع، اتسع نطاق العمل ليشمل (1) كافة أنواع الطوارئ الصحية العامة، وليس فقط جائحة كوفيد-19، و(2) التسهيلات المقَدّمة لـ "المستجيبين الأوائل"⁵¹¹، على الصعيدين المحلي والدولي.

وكما سبق وذكرنا في بداية هذا التقرير، مع أن عمليات مسح مراسيم الطوارئ تُعدّ مصدرًا قيمًا للمعلومات، فهي لا تخلو من بعض الثغرات. أولًا، بما أنها أُعدت في بداية الاستجابة لجائحة كوفيد-19، فهي تُقدّم لمحة عامة عن الوضع في تلك المرحلة فقط. ثانيًا، تركّز عمليات مسح مراسيم الطوارئ بشكل أساسي على الأثر على مكونات شبكة الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر، ولا تتضمن معلومات كثيرة حول المنظمات الإنسانية الأخرى. ثالثًا، بما أن عمليات المسح تُركّز على جائحة كوفيد-19، فالتحليلات أو الدروس المستخلصة منها قد لا تنطبق بالضرورة على الطوارئ الصحية العامة الأخرى الأصغر نطاقًا أو المختلفة من حيث طبيعتها.

9.2 التسهيلات القانونية

يركز هذا الفصل على التسهيلات القانونية المقدمة للجهات الفاعلة في المجال الإنساني، المحلية والدولية. ويشير مصطلح التسهيلات القانونية إلى الحقوق القانونية الخاصة التي تُمنح لمنظمة معينة (أو فئة من المنظمات) لتمكينها من تنفيذ العمليات بكفاءة وفعالية. وقد تمنح التسهيلات القانونية حقوقًا إيجابية (للقيام بنشاط معين)، أو طرقًا للوصول إلى عمليات تنظيمية مُبسّطة وسريعة، أو إعفاءات خاصة من القوانين أو الموجبات القانونية. ومنذ صدور قانون الكوارث عن الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر في سنة 2001، ركّز بشكل كبير على ضمان توفير التسهيلات القانونية للمستجيبين لكوارث معينة من أجل دعم الاستجابة الفعالة للكوارث.

في المقام الأول، تتحمل حكومة الدولة المتضررة مسؤولية تلبية الحاجات الإنسانية التي سببتها الكارثة ضمن حدودها. وتؤدي جمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر الوطنية والمنظمات الإنسانية المحلية الأخرى دورًا بارزًا في دعم العمليات المحلية للاستجابة للكوارث في الدولة المتضررة. ومن أجل تأدية هذا الدور بكفاءة وفعالية، تحتاج جمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر الوطنية والمنظمات الإنسانية المحلية الأخرى إلى تسهيلات قانونية. لذا، تُحدّد "القائمة المرجعية للتأهب للكوارث ومواجهتها"، التي صادقت عليها الدول الأطراف في اتفاقيات جنيف ومكونات حركة الصليب الأحمر والهلال الأحمر في 2019 ضمن فعاليات المؤتمر الدولي الثالث والثلاثين للصليب الأحمر والهلال الأحمر (المؤتمر الدولي)، أنواع التسهيلات القانونية المطلوبة. وهذا يشمل (لكن لا يقتصر على): الإعفاءات من الضرائب المفروضة على أنشطة الإغاثة والسلع والمعدات (بما في ذلك الرسوم الجمركية والضريبة على القيمة المضافة)؛ والحماية من المسؤولية للموظفين والمتطوعين؛ والاعتراف التلقائي أو السريع بالمؤهلات المهنية عبر الحدود على المستوى دون الوطني.

وفي حال فاقت الكارثة قدرة المواجهة المحلية، قد تبرز الحاجة إلى المساعدة الدولية. تشمل المبادئ التوجيهية للقانون الدولي لمواجهة الكوارث⁵¹²، التي اعتمدها الدول الأطراف في اتفاقيات جنيف ومكونات حركة الصليب الأحمر والهلال الأحمر بالإجماع في 2007 ضمن

فَعَالِيَاتِ الْمُؤْتَمَرِ الدَّوْلِيِّ الثَّلَاثِينَ، تَوْصِيَّاتٍ حَوْلَ الْحَدِّ الْأَدْنَى مِنَ التَّسْهِيلَاتِ الَّتِي يَنْبَغِي أَنْ تُقَدَّمْ إِلَى الدَّوْلِ الْمُسَاعِدَةِ وَالْمُنْظَمَاتِ الْإِنْسَانِيَّةِ الْمُسَاعِدَةِ الْمُؤَهَّلَةِ، فِي سِيَاقِ الْإِسْتِجَابَةِ لِلْكَوَارِثِ الدَّوْلِيَّةِ. وَهَذَا يَشْمَلُ (لَكِنْ، مُجَدِّدًا، لَا يَقْتَصِرُ عَلَى): تَسْهِيلٍ وَتَبْسِيطٍ عَمَلِيَّاتِ التَّخْلِيصِ الْجُمْرِكِيِّ لِمَوَادِّ الْإِغَاثَةِ وَمُعَدَّاتِهَا؛ وَتَسْرِيعِ مَعَامَلَاتِ التَّأْشِيرَةِ لِمَوْظَفِي الْإِغَاثَةِ؛ وَتَسْهِيلِ نَقْلِ الْإِغَاثَةِ؛ وَالْإِعْفَاءَاتِ مِنَ الضَّرَائِبِ وَالرُّسُومِ الْجُمْرِكِيَّةِ وَالرُّسُومِ الْمَفْرُوضَةِ عَلَى أَنْشِطَةِ الْإِغَاثَةِ؛ وَتَسْهِيلِ طَرِيقِ اكْتِسَابِ الْمُنْظَمَاتِ الْإِنْسَانِيَّةِ لِلشَّخْصِيَّةِ الْقَانُونِيَّةِ الْمَحَلِّيَّةِ الْمُؤَقَّتَةِ بِغِيَةِ الْعَمَلِ بِشَكْلِ قَانُونِيٍّ فِي الدَّوْلِ. وَتَكْثُرُ الْقَوَاسِمُ الْمُشْتَرَكَةُ مَا بَيْنَ التَّسْهِيلَاتِ الْقَانُونِيَّةِ الَّتِي حَدَّدَتْهَا الْمُبَادِئُ التَّوْجِيهِيَّةُ لِلْقَانُونِ الدَّوْلِيِّ لِمُوَاجَهَةِ الْكَوَارِثِ وَتِلْكَ الَّتِي حَدَّدَتْهَا الْقَائِمَةُ الْمَرْجِعِيَّةُ لِلتَّأَهُّبِ لِلْكَوَارِثِ وَمُوَاجَهَتِهَا، بِمَا فِيهَا مِثَالًا التَّسْهِيلَاتِ فِي مَجَالِ الْإِعْفَاءَاتِ الضَّرِيبِيَّةِ وَالْإِعْتِرَافِ بِالْمُؤَهَّلَاتِ الْمَهْنِيَّةِ.

وَفِي حِينٍ أَنْ التَّسْهِيلَاتِ الْقَانُونِيَّةِ الْمَحْدَدَةِ فِي الْقَائِمَةِ الْمَرْجِعِيَّةِ لِلتَّأَهُّبِ لِلْكَوَارِثِ وَمُوَاجَهَتِهَا وَالْمُبَادِئُ التَّوْجِيهِيَّةُ لِلْقَانُونِ الدَّوْلِيِّ لِمُوَاجَهَةِ الْكَوَارِثِ قَدْ لَا تَنْطَبِقُ جَمِيعُهَا فِي الطُّوَرِ الصَّحِيَّةِ الْعَامَّةِ – وَبِالتَّالِي، لَمْ تُنَاقَشْ جَمِيعُهَا فِي هَذَا الْجُزْءِ – تُنَصِّحُ الدَّوْلَ بِشَكْلِ عَامٍ بِوَضْعِ قَوَانِينٍ وَسِيَاسَاتٍ تُؤَقِّرُ التَّسْهِيلَاتِ الْقَانُونِيَّةِ الْوَارِدَةَ فِي الْقَائِمَةِ الْمَرْجِعِيَّةِ لِلتَّأَهُّبِ لِلْكَوَارِثِ وَمُوَاجَهَتِهَا وَفِي الْمُبَادِئُ التَّوْجِيهِيَّةِ لِلْقَانُونِ الدَّوْلِيِّ لِمُوَاجَهَةِ الْكَوَارِثِ. وَيَشْكَلُ ذَلِكَ جَانِبًا هَامًا مِنْ جَوَانِبِ التَّأَهُّبِ الْقَانُونِيِّ لِلْكَوَارِثِ إِجْمَالًا، وَلَيْسَ فَقَطَ لِلطُّوَرِ الصَّحِيَّةِ الْعَامَّةِ.

التوصيات

وَفَقًّا لِلْقَائِمَةِ الْمَرْجِعِيَّةِ لِلتَّأَهُّبِ لِلْكَوَارِثِ وَمُوَاجَهَتِهَا وَالْمُبَادِئُ التَّوْجِيهِيَّةُ لِلْقَانُونِ الدَّوْلِيِّ لِمُوَاجَهَةِ الْكَوَارِثِ، يَنْبَغِي عَلَى الدَّوْلِ أَنْ تَضَعِ قَوَانِينٍ وَسِيَاسَاتٍ لِتَوْفِيرِ التَّسْهِيلَاتِ الْقَانُونِيَّةِ إِلَى: (أ) الْمُنْظَمَاتِ الْإِنْسَانِيَّةِ الْمَحَلِّيَّةِ مِنْ أَجْلِ الْإِسْتِجَابَةِ لِلْكَوَارِثِ عَلَى الْمُسْتَوَى الْمَحَلِّيِّ (بِمَا فِي ذَلِكَ الْكَوَارِثِ الصَّحِيَّةِ الْعَامَّةِ)؛ وَ(ب) الدَّوْلِ الْمُسَاعِدَةِ وَالْمُنْظَمَاتِ الْإِنْسَانِيَّةِ الْمُسَاعِدَةِ الْمُؤَهَّلَةِ، مِنْ أَجْلِ الْإِسْتِجَابَةِ لِلْكَوَارِثِ عَلَى الْمُسْتَوَى الدَّوْلِيِّ (بِمَا فِي ذَلِكَ الْكَوَارِثِ الصَّحِيَّةِ الْعَامَّةِ).

9.3 أثر القيود المفروضة في سياق جائحة كوفيد-19

فَرَضَتْ كَافَّةُ الْحُكُومَاتِ تَقْرِيبًا قِيُودًا لِمُوَاجَهَةِ جَائِحَةِ كُوفِيد-19. وَفِي حَالَاتٍ كَثِيرَةٍ، أَثَرَتْ هَذِهِ الْقِيُودُ بِشَكْلِ كَبِيرٍ عَلَى عَمَلِيَّاتِ شَبَكَةِ الْإِتِّحَادِ الدَّوْلِيِّ لِلصَّلِيبِ الْأَحْمَرِ وَالْهَلَالِ الْأَحْمَرِ وَالْمُنْظَمَاتِ الْإِنْسَانِيَّةِ الْآخَرَى. وَلَمْ تَتَوَافَقْ هَذِهِ الْقِيُودُ دَائِمًا مَعَ مَتَطَلَبَاتِ اللُّوَاخِ الصَّحِيَّةِ الدَّوْلِيَّةِ لِنَاحِيَةِ تَجَنُّبِ التَّدْخُلِ غَيْرِ الضَّرُورِيِّ فِي حَرَكَةِ الْمُرُورِ الدَّوْلِيَّةِ، وَلَا مَعَ التَّوْصِيَّاتِ الْمُؤَقَّتَةِ الصَّادِرَةِ عَنْ مُنْظَمَةِ الصَّحَّةِ الْعَالَمِيَّةِ فِي بَدَايَةِ الْجَائِحَةِ. وَتَمَّ الْإِعْتِرَافُ بِالْأَثَرِ الْمُحْتَمَلِ لِهَذِهِ الْقِيُودِ فِي وَقْتٍ مُبَكِّرٍ مِنَ الْجَائِحَةِ، مَا دَفَعَ جَمْعِيَّةَ الصَّحَّةِ الْعَالَمِيَّةِ إِلَى مَنَاشِدَةِ الدَّوْلِ لـ:

"ضمان أن تكون القيود المفروضة على حركة الأشخاص والمعدات الطبية والأدوية في سياق جائحة كوفيد-19 مؤقتة ومحددة، وأن تتضمن استثناءات لحركة العاملين في المجالين الإنساني والصحي، بمن فيهم العاملون الصحيون في المجتمع المحلي، لتمكينهم من أداء واجباتهم ونقل المعدات والأدوية التي تحتاجها المنظمات الإنسانية للقيام بعملياتها".⁵¹³

تتدرج القيود المفروضة ضمن أربع فئات عامة: (1) القيود على الحركة الداخلية، بما في ذلك أوامر ملازمة المنزل والإغلاق الشامل؛ (2) المتطلبات الإلزامية لإغلاق المؤسسات أو القيود على التجارة؛ (3) القيود التي أدت إلى منع حركة الأشخاص عبر الحدود أو إعاقتها، بما في ذلك إغلاق الحدود وتعليق التأشيرات والحجر الصحي؛ (4) القيود المفروضة على استيراد السلع أو تصديرها، بما في ذلك معدات الوقاية الشخصية والإمدادات الطبية. كذلك، برزت بعض المشاكل ليس بسبب فرض قيود جديدة بل بسبب حاجة الحكومات إلى - وأحياناً، فشلها في - إلغاء الشروط القائمة أو الإعفاء منها للسماح بتنفيذ العمليات. وهنا تبرز المجالات المحددة في المبادئ التوجيهية للقانون الدولي لمواجهة الكوارث والقائمة المرجعية للتأهب للكوارث ومواجهتها، مثل منح الموظفين تراخيص أو أذونات وإعفاء الإمدادات الطبية من الرسوم الجمركية والضرائب. وستعالج هذه المسائل المتنوعة تباعاً في الفقرات التالية أدناه.

9.3.1 القيود على الحركة الداخلية وعلى المؤسسات

فُرضت القيود على الحركة الداخلية بعدة أشكال. ففي بعض الدول، تمثلت القيود في أوامر ملازمة المنازل: طُلب من الناس البقاء في أماكن سكنهم. وفي دول أخرى، تم تقييد الحركة ضمن مسافة محددة حول المنزل، أو تم تقييد الحركة إلى مناطق محلية أو داخلية معينة. وفي سياقات أخرى، سُمح بالتنقل في أوقات محددة، لكن مع فرض حظر تجول في الأوقات الباقية. وفي جميع الحالات، تبرز العوائق المحتملة أمام العاملين في مجال الرعاية الصحية والطوارئ والعمل الإنساني.

وفي معظم الحالات، أقرت الدول بضرورة تقديم بعض الخدمات على الرغم من هذه القيود. وبالتالي، شملت القوانين غالباً استثناءات لبعض الفئات، مثل موظفي خدمات الطوارئ أو العاملين في الرعاية الصحية، أو، تحت عنوان أوسع، مقدمي "الخدمات الأساسية". ففي كولومبيا مثلاً، صدر قرار يحرص على عدم إعاقة ممارسة الطاقم الطبي أو أي فرد مرتبط بالخدمات الصحية لحقوقه بشكل كامل.⁵¹⁴ وفي فنزويلا، تم إعفاء الجهات الفاعلة العامة والخاصة في القطاع الصحي من القيود.⁵¹⁵ وتم إعفاء العاملين في الرعاية الصحية في الأردن من قواعد حظر التجول لضمان استمرارية عمل مرافق الرعاية الصحية وجهوزيتها لخدمة المرضى؛⁵¹⁶ وفي كينيا، تم إعفاء الطاقم الطبي والصحي من

قرار حظر التجول الوطني.⁵¹⁷ ومنحت كينيا إعفاءً لـ"مقّمي الخدمات الأساسية والضرورية".⁵¹⁸ أما جنوب أفريقيا فسمحت للأفراد بمغادرة أماكن سكنهم "حصرًا بهدف تأدية خدمة أساسية".⁵¹⁹ وفي بلدان أخرى، تتقاطع الترتيبات الدائمة مع أي قيود محددة. فمثلًا، في الولايات المتحدة، يضمن "ميثاق المساعدة في إدارة الطوارئ" إمكانية حصول جميع الولايات على المعونة من الولايات الأخرى في حالات الطوارئ.⁵²⁰

وحين توافرت استثناءات "للعاملين الأساسيين" أو "الخدمات الأساسية" (أو ما شابه)، عُرِفَت هذه المصطلحات أحيانًا في التشريعات. لكن في حالات كثيرة، وردت التعريفات في سياسات أو توجيهات لم تُتاح لمنقّدي عمليات المسح. كذلك، تُبَيِّن عمليات مسح مراسيم الطوارئ اختلافًا كبيرًا بين التعريفات. فحتى عند إدراج العاملين في "الرعاية الصحية" أو خدمات "الرعاية الصحية" في فئة العاملين الأساسيين، لم يتّضح دائمًا معنى ذلك بالتحديد وماهيّة خدمات الرعاية الصحية المشمولة. وقد يطرح ذلك مشكلةً بالنسبة إلى جمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر الوطنية والمنظمات الإنسانية الأخرى: يُشير عددٌ من عمليات المسح إلى أنها قد أُدرِجت بشكلٍ ضمني في الاستثناءات. لكن، من الأفضل ألا يتم الاعتماد على الاستثناءات الضمنية، لأنها تُثير الشك حول ما إذا كانت الاستثناءات تشمل المنظمات (وموظفيها ومتطوعيها) وقد يترك القرار أخيرًا للمسؤولين عن إنفاذ القانون.

وضعت بعض الدول المشمولة في العيّنة⁵²¹ أحكامًا تستثني جمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر الوطنية تحديدًا. ففي الفلبين مثلًا، فُرض "حجر منزلي صارم" في كامل منطقة لوزون، لكن العاملين والمتطوعين الصحيين في الصليب الأحمر الفلبيني صُنّفوا كـ"عاملين في الخطوط الأمامية للصحة وحالات الطوارئ"، ما يكفل لهم القدرة على التنقل ضمن لوزون وتنفيذ مهامهم. وبشكلٍ أعمّ، أقرّ التشريع الوطني الهادف إلى تسهيل الاستجابة لجائحة كوفيد-19 والتعافي منها أنّ الصليب الأحمر الفلبيني هو "الوكالة الإنسانية الأساسية التي تُساند الحكومة في تقديم المعونة للشعب وتوزيع السلع والخدمات الطارئة لمكافحة جائحة كوفيد-19".⁵²² لكن هذه الأحكام كانت غير اعتيادية: في الواقع، قليلةٌ هي الاستثناءات التي أشارت أنّ فئة "العاملين الأساسيين" تشمل تحديدًا جمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر الوطنية أو المنظمات الإنسانية الأخرى.

وهناك نوع رئيسي آخر من القيود المفروضة، وهو الإغلاق الإلزامي للشركات أو المؤسسات أو القيود على قدرة المؤسسات والشركات على ممارسة أعمالها التجارية. ومن النادر إيجاد تقرير يتحدث عن حظر تام للعمل. عوضًا عن ذلك، وُجّهَت التدابير غالبًا نحو المؤسسات والشركات غير الأساسية. وفي معظم الحالات، سُمِحَ "للمؤسسات الأساسية" بالعمل، ولو ضمن شروط معينة.⁵²³ أما فيما يخص القيود على الحركة والتنقل، فلا توجد أمثلة كثيرة عن إعفاء جمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر الوطنية والمنظمات الإنسانية الأخرى بشكلٍ صريح من هذا النوع من القيود. ومجددًا، دلّ ذلك على أن جمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر الوطنية والمنظمات الإنسانية اضطرت

إلى الاكتفاء بمجرد إدراجها في نطاق الأنشطة الأساسية المسموحة أو المستثناة، مثل خدمات الرعاية الصحية والرعاية السكنية،⁵²⁴ أو الإغاثة الاجتماعية أو الإغاثة المقدمة إلى كبار السن،⁵²⁵ أو إدارة الكوارث،⁵²⁶ أو أنشطة الطوارئ،⁵²⁷ أو تقديم أي "خدمة أساسية" بشكل أعم. وقدمت كولومبيا استثناءً في هذا الصدد: فشملت القيود استثناءات صريحة لعمل كافة المنظمات الصحية الدولية.⁵²⁸ ولا شك في أنَّ غياب الإعفاءات الصريحة والغموض الناتج عن ذلك قد انعكس بشكل سلبي على جمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر الوطنية وأدى إلى خسارة كبيرة في المدخول. وفي حين أن المشكلة الأخيرة ربّما عُولِجت بواسطة برامج الدعم المالي الحكومية، إلّا أنَّ أيّ غموض حول قدرة جمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر الوطنية والمنظمات الإنسانية الأخرى على مواصلة العمل هو مشكلة بالغة وينبغي تجنبها.

التوصيات

1. ينبغي على القوانين التي تفرض قيودًا على الحركة الداخلية أو العمليات التجارية أثناء الطوارئ الصحية العامة أن تُعفي بشكل صريح جمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر الوطنية والمنظمات الإنسانية الأخرى ذات الصلة لتمكينها من مواصلة إنجاز مهامها (مع مراعاة إجراءات الوقاية الصحية المناسبة).
2. في حال إعفاء "العاملين الأساسيين" أو "الخدمات الأساسية"، ينبغي تعريف هذا المصطلح بشكل واضح، وينبغي أن يشمل الموظفين والمتطوعين في جمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر الوطنية والمنظمات الإنسانية الأخرى ذات الصلة.

9.3.2 إغلاق الحدود و/أو القيود على الدخول

على الرغم من أن منظمة الصحة العالمية قد نصّحت في البداية بعدم إغلاق الحدود، ما إن برز خطر التفشي العالمي لجائحة كوفيد-19 حتى أغلقت دول كثيرة حدودها في محاولةٍ للحدّ من مخاطر انتقال العدوى عبر الحدود.⁵²⁹ في بعض الدول، لم ينتج الإغلاق عن إجراء حكومي مباشر، بل أتى نتيجة قرار مزوّد خدمات النقل بإلغاء خدماتهم. أما في دول أخرى، فبقيت الحدود مفتوحة، إلّا أن الحكومات قلّلت عدد المسافرين القادرين على الدخول و/أو فرضت على المسافرين الوافدين الالتزام بشروط الحجر الصحي أو العزل الذاتي. ولم تسمح إلا دول قليلة جدًا بإبقاء الحدود مفتوحة بالكامل ودخول المسافرين بدون أي قيود.⁵³⁰ في الحالة الأخيرة، لا ينبغي أن يكون العاملون في المجال الإنساني الذين يحاولون الدخول قد واجهوا أي مشاكل، باستثناء شروط الهجرة أو التأشيرة (أنظر أدناه). لكن في جميع الحالات الأخرى، قد يؤثر إغلاق الحدود أو القيود على الدخول بشكل ملحوظ على تقديم الإغاثة الإنسانية.⁵³¹

اعتمد عددٌ من الدول المشمولة في العينة استثناءات صريحة للمنظمات أو العمليات الإنسانية. ففي غينيا مثلاً، سُمح للرحلات الجوية الإنسانية بالعمل بشكل طبيعي على الرغم من إغلاق المطار الدولي إثر إعلان حالة الطوارئ.⁵³² وكذلك الأمر في السودان حيث منحت هيئة الطيران استثناءات للرحلات الجوية المخصصة للمساعدة الإنسانية والطبية.⁵³³ وعلى الرغم من عدم ذكر ذلك بوضوح، من المفترض أنَّ الاستثناءات الممنوحة للرحلات الجوية تسري أيضًا على الطاقم الوافد على متن الطائرة. وأعفت أنغولا وأوغندا بشكل صريح منظمات الأمم المتحدة والمنظمات الإنسانية من إجراءات حظر الدخول.⁵³⁴ أما في دول أخرى، فقد منحت استثناءات، لكنَّ تطبيقها على المنظمات الإنسانية لم يكن مباشرًا بل استدلالياً أو ضمناً. على سبيل المثال، سمحت هولندا بدخول "الأشخاص الذين لديهم وظيفة أو سبب محدد"، وانسحب هذا الشرط على المنظمات الدولية والإنسانية.⁵³⁵ ومنحت نيجيريا استثناءات للرحلات الجوية "الطارئة" و"الأساسية"،⁵³⁶ وهما مصطلحان اعتمدًا في عدد من الدول الأخرى.

وفي بعض الدول الأخرى، أُعطيت الصلاحية لمسؤول معين لكي يُحدّد حالات الاستثناء المعفاة من القيود أو إجراءات إغلاق الحدود. وفي هذه الحالات، غالبًا ما يُفرض حظر عام على دخول غير المواطنين، لكن يمكن لوزير أو مسؤول أن يعطي استثناءات، عادةً عبر تقديم طلب مسبق. ففي أستراليا مثلاً، يحق لقائد قوات الدفاع الأسترالية ومفوض الشرطة الفيدرالية الأسترالية⁵³⁷ منح استثناءات للدخول. وفي بولندا، يحق لقائد حرس الحدود السماح للأجانب بدخول البلاد.⁵³⁸ ولا شك في أن هذه الأحكام توفّر المرونة، وربما تكون قد وُضعت لتأمين الدخول للمنظمات الإنسانية. على الرغم من ذلك، تزيد هذه الصلاحيات من خطر التأخير بسبب ضرورة تقديم طلب ودراسته. كذلك، من المحتمل أيضًا أن تُستخدم مثل هذه الصلاحيات بشكل عشوائي أو أن تُستغلّ، مع أن عمليات مسح مراسيم الطوارئ لم تُقدّم دليلًا يؤكد حصول ذلك أثناء جائحة كوفيد-19.

على الرغم من السلبات التي تنطوي عليها هذه الاستثناءات الاستثنائية، إلّا أنَّها تُتيح على الأقلّ إمكانية دخول الجهات الفاعلة في المجال الإنساني. ففي عدد من الدول، أشارت التقارير إلى عدم توافر أي استثناءات للعاملين في المجال الإنساني. على سبيل المثال، تعيد التقارير أن كمبوديا وتايلند وهايتي أغلقت حدودها أو فرضت قيودًا على الدخول من دون إعطاء أيّ مجال للاستثناءات.⁵³⁹ كذلك، تبيّن أن الوكالات الدولية عجزت عن دخول المناطق المتضررة جراء إعصار "هارولد" المداري في منطقة المحيط الهادئ لتقديم الدعم.⁵⁴⁰

تتعارض تدابير الإغلاق التام وتدابير الإغلاق الخاضعة لاستثناءات استثنائية مع المبادئ التوجيهية للقانون الدولي لمواجهة الكوارث التي تدعم المبدأ القائل إن الدول ينبغي أن تسهّل دخول فرق الجهات الفاعلة في المجال الإنساني المؤهلة والتي تضطلع بدورٍ مُساعد. ولا شكّ

في أن هذه التدابير قد تؤثر سلباً على تقديم المساعدة الدولية أثناء حالات الطوارئ الصحية العامة، سواء على صعيد الطوارئ الصحية العامة نفسها أو أي كارثة أخرى قد تحصل بالتزامن مع الطوارئ الصحية العامة.

التوصيات

ينبغي على القوانين التي تفرض إغلاقاً للحدود أو قيوداً معينة أثناء الطوارئ الصحية العامة أن تُعفي صراحةً موظفي المنظمات الإنسانية المُساعدة والمؤهلة (مع مراعاة إجراءات الوقاية الصحية المناسبة).

وحتى إذا بقيت الحدود مفتوحة، قد يبرز عائق آخر أمام الدخول، وذلك إذا فُرض شرط الحجر الصحي. قد يكون هذا الشرط صارماً، فيُلزم الأفراد بالذهاب إلى أماكن الحجر الصحي التي تؤمنها الحكومة لفترة زمنية معينة. مثلاً، لم تطلب ميانمار من جميع الأجانب تقديم دليل على عدم إصابتهم بالعدوى فحسب بل فرضت عليهم أيضاً الخضوع للحجر الصحي في منشأة حكومية داخل ميانمار لمدة 14 يوماً.⁵⁴¹ وفرضت حكومة كينيا شروطاً مشابهة.⁵⁴² أما بعض المتطلبات الأخرى فقد تكون أقل تشدداً، فتطلب من الأفراد عزل أنفسهم في أماكن من اختيارهم.

يكن الخطر هنا في أن العاملين في المجال الإنساني، حتى لو سُمح لهم بالدخول، ممنوعون من أداء المهام التي دخلوا البلاد للقيام بها على الفور. ومع أن ذلك يرتبط بالطوارئ الصحية العامة تحديداً، إلا أنه قد يعرقل أيضاً الاستجابة للكوارث الأخرى التي تحدث في الوقت نفسه. وفي حالات كثيرة، كانت هناك صلاحيات تسمح بالتنازل عن شروط الحجر الصحي، عادة وفقاً لتقدير المسؤولين الطبيين. ففي جمهورية كوريا، على سبيل المثال، يمكن الإعفاء من الحجر الصحي الإلزامي الذي يدوم 14 يوماً للعاملين في المجال الإنساني عبر إصدار شهادة إعفاء من العزل.⁵⁴³ تسمح هذه الإعفاءات للدول باتخاذ موقف حيال الخطر الذي يشكله العاملون في المجال الإنساني الوافدون بناءً على طبيعة المرض نفسه وانتشاره في بلد المنشأ، وبموازنة هذا الخطر مع التداعيات التي قد تترتب في حال تأخير المساعدة الإنسانية. فالانتساب إلى منظمة إنسانية لا يمنح للفرد مناعة ضد المرض، لذلك قد ترغب الدول في التأكد من أن الأشخاص القادمين لمساعدتها لن يُحضروا المرض أو ينقلوه، وخصوصاً إذا كانت الفحوصات لا تُقدّم ضمانات كافية بعدم إصابة الشخص بالعدوى أو عدم إمكانية نقل المرض - كما هي الحال مع كوفيد-19.

التوصيات

1. ينبغي على الدول التي تفكر في فرض شروط الحجر الصحي أو العزل الذاتي على المسافرين الوافدين إلى أراضيها أثناء الطوارئ الصحية العامة أن تعفي العاملين في المجال الإنساني، حيثما أمكن، من هذه الشروط.

2. عندما لا تكون الإعفاءات التلقائية للعاملين في المجال الإنساني مناسبة، ينبغي على القوانين و/أو السياسات أن تضع معايير واضحة وموضوعية لمنح الإعفاءات.

تُشكّل شروط الهجرة والتأشيرات نوعاً آخر من أنواع القيود على الدخول. توصي المبادئ التوجيهية للقانون الدولي لمواجهة الكوارث بأن تمنح الدول التأشيرات وأي تصاريح عمل ضرورية، بدون كلفة وبالسرية اللازمة لتنفيذ أنشطة الإغاثة من الكوارث أو التعافي الأولي.⁵⁴⁴ ويذكر عدد من عمليات مسح مراسيم الطوارئ أنه على الرغم من عدم فرض قيود حدودية للاستجابة لجائحة كوفيد-19، فقد أدّى تعليق قواعد التأشيرات العادية إلى نتيجة مشابهة. ففي إندونيسيا على سبيل المثال، عُلِّقَت أولاً تأشيرات الأجانب الذين كانوا قد عاشوا في الصين، ثم تمّ تعليق السفر لجميع الأجانب بعد فترة قصيرة.⁵⁴⁵ كذلك، عُلِّقَت الهند تأشيرات الأجانب.⁵⁴⁶

ووردت بعض الأدلة على اتخاذ بعض الدول تدابير تسمح بدخول الخبراء الأجانب. مثلاً، أصدرت المفوضية الأوروبية مبادئ توجيهية في إطار الاستجابة لجائحة كوفيد-19، حيث أوصت الدول الأطراف بتسهيل عبور الخبراء الصحيين للحدود والسماح لهم بالعمل في مرفق للرعاية الصحية في دولة طرف أخرى بدون أيّ عوائق.⁵⁴⁷ وقد أعفت معظم البلدان الأعضاء في "منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي" الخبراء الصحيين الذين تلقوا عروض عمل من القيود على التأشيرة و/أو حظر السفر. طُبِّقَت معظم هذه التسهيلات على الطواقم الطبية فحسب، إلا أن العمليات الإنسانية لا تقتصر عادةً على الأطقم الطبية، بل تشمل أيضاً عاملين آخرين في العادة. كذلك، تُظهر عمليات مسح مراسيم الطوارئ اختلافاً كبيراً بين الدول من حيث المقاربات المعتمدة.

فضلاً عن ذلك، يمكن تسهيل دخول فِرَق العمل الدولية عبر توقيع الاتفاقات الثنائية: على سبيل المثال، كشفت التقارير أن ليختنشتاين وسويسرا والنمسا قد أبرمت اتفاقاً لتقديم المساعدة المتبادلة في الأزمات والكوارث،⁵⁴⁸ ما سمح للجهات الفاعلة في المجال الإنساني والمستجيبين الأوائل بدخول البلاد بسرعة وتخطي قيود السفر. كذلك الأمر في أرمينيا التي عقدت اتفاقاً مع إيران وإندونيسيا لنشر العاملين الصحيين أثناء الطوارئ الصحية العامة.⁵⁴⁹ وتشير هذه الأمثلة إلى إمكانية إجراء المزيد من الأبحاث لتحديد متى تتوفّر هذه الترتيبات واستكشاف الاستخدام المتزايد لهذه النماذج من أجل تسهيل تنقّل فِرَق العمل أثناء الطوارئ الصحية العامة في المستقبل.

التوصيات

وفقاً للمبادئ التوجيهية للقانون الدولي لمواجهة الكوارث، ينبغي على القوانين و/أو السياسات أن تُعفي من شروط التأشيرات وتصاريح العمل أو أن تُسرّع تأمينها، حيثما أمكن، للعاملين في المنظمات الإنسانية المؤهلة والتي تضطلع بدورٍ مُساعد.

9.3.3 المؤهلات المهنية

وفقاً للمبادئ التوجيهية للقانون الدولي لمواجهة الكوارث والقائمة المرجعية للتأهب للكوارث ومواجهتها، فإنَّ إحدى العوائق التي تحول دون تقديم المساعدة في حالات الكوارث هي الاعتراف (أو بالأحرى عدم الاعتراف) بالمؤهلات المهنية للأجانب – أو للأشخاص القادمين من مناطق أخرى في حالة الدول الفيدرالية. وإدراكاً منها لأهمية هذه المسألة، تقدّم منظمة الصحة العالمية توجيهات حدّدت فيها كيف يمكن للبلدان أن تسمح للطواقم الطبية من مناطق أو ولايات قضائية أخرى بممارسة عملها في المجالات ذات الاحتياجات الملحة. كذلك، فإنَّ "أداة التقييم الخارجي المشترك" الخاصّة بالمنظمة تُقيّم الدول بحسب مدى جودة تطبيقها لأنظمة إرسال الطواقم الطبية واستقبالها في حالات الطوارئ. وفي الاتحاد الأوروبي، تسمح التشريعات بالاعتراف بالمؤهلات المهنية للأطباء والمرضى والأطباء البيطريين وغيرهم في جميع أنحاء الاتحاد الأوروبي.⁵⁵⁰ ولا تقتصر هذه "الحركة الحرة للخبراء" على الطوارئ الصحية العامة بل يمكن تطبيقها أثناء أي حالة طوارئ.⁵⁵¹ في الولايات المتحدة، تنصّ قوانين الطوارئ في ولايات عديدة على أحكام "الترخيص المتبادل" التي تعترف بالتراخيص الطبية من خارج الولاية (لكن ليس من بلد آخر) طوال المدة المحدودة لحالة الطوارئ أو الكارثة المُعلّنة.⁵⁵² واعتمد عدد كبير من الأحكام الجديدة من هذا النوع بسرعة بموجب قوانين الطوارئ بغية الاستجابة لجائحة كوفيد-19.⁵⁵³ وفي حين أن عمليات مسح مراسيم الطوارئ لم تسلط الضوء على مسألة الاعتراف بالمؤهلات المهنية، تدل تجربة جائحة كوفيد-19 على أن هذا الموضوع ينطبق إلى حدّ كبير على الطوارئ الصحية العامة. وتبرز في سياق الطوارئ الصحية العامة توصية المبادئ التوجيهية للقانون الدولي لمواجهة الكوارث والقائمة المرجعية للتأهب للكوارث ومواجهتها في هذا الشأن، لذا سيتم تكرارها هنا.

التوصيات

وفقاً للمبادئ التوجيهية للقانون الدولي لمواجهة الكوارث والقائمة المرجعية للتأهب للكوارث، ينبغي على القوانين و/أو السياسات أن تنص على الاعتراف التلقائي أو السريع بالمؤهلات والترخيص الأجنبية و/أو الصادرة عن مناطق أخرى في حالات الطوارئ الصحية العامة أو الكوارث الأخرى.

9.3.4 القيود على استيراد السلع والمعدات أو تصديرها

بشكل عام، وبالنسبة إلى استيراد وتصدير السلع والمعدات، فُرضت قيود أقل من تلك التي فُرضت على حركة الأشخاص أثناء جائحة كوفيد-19. وتذكر عمليات مسح مراسيم الطوارئ أمثلة قليلة جدًا عن تأثير إغلاق الحدود على حركة السلع والمعدات. على سبيل المثال، أغلقت جنوب أفريقيا حدودها البرية، لكنها استمرت بالسماح بنقل المحروقات والسلع الأساسية.⁵⁵⁴ وكذلك الأمر في رواندا التي سمحت بوصول السلع والشحنات رغم إغلاق حدودها،⁵⁵⁵ كما أن كولومبيا والبيرو سمحتا بدخول كافة الشحنات.⁵⁵⁶ وفي الواقع، أشارت كافة عمليات مسح مراسيم الطوارئ تقريبًا إلى أن الحدود والمرافئ والمطارات كانت مفتوحة أمام الشحن، الأمر الذي كان يسمح في معظم الحالات بنقل السلع والمعدات الإنسانية بين الحدود.⁵⁵⁷

برزت الصعوبات الوحيدة في مجال السلع والمعدات المستخدمة للحماية من كوفيد-19 ومعالجته. فبحلول نهاية تموز/يوليو 2020، كانت حوالي 90 دولة قد فرضت قيودًا على التصدير جراء الجائحة.⁵⁵⁸ على سبيل المثال، أصدرت الولايات المتحدة الأمريكية قرارًا مؤقتًا يحظر تصدير سلع ومعدات محددة، بما في ذلك أجهزة التنفس الاصطناعي والكامات الجراحية والقفازات الطبية، من دون موافقة صريحة من الوكالة الأمريكية الفيدرالية لإدارة الطوارئ.⁵⁵⁹ وفرض الاتحاد الأوروبي قيودًا تمنع تصدير معدات الوقاية الشخصية التي يستخدمها الأطباء والممرضون، والكامات وواقيات الوجه والعباءات الجراحية والقفازات والمعدات الأخرى، إلى البلدان غير الأعضاء في الاتحاد الأوروبي من دون ترخيص صريح.⁵⁶⁰ وقد تؤثر هذه الأنواع من القيود أيضًا على نقل السلع عن طريق دولة أخرى (طرف ثالث). في المقابل، اعتمدت عدة مبادرات للإعفاء من القيود المفروضة سابقًا أو لتسهيل نقل السلع والمعدات. مثلًا، يتضمن اتفاق تيسير التجارة الصادر عن منظمة التجارة العالمية أحكامًا تُسرّع نقل البضائع والبضائع العابرة والإفراج عنها وتخليصها. كما أن مؤتمر الأمم المتحدة للتجارة والتنمية حثّ البلدان على معالجة مسألة تيسير التجارة.⁵⁶¹ وعلى الصعيد الإقليمي، أشارت التقارير إلى عدة مبادرات، مثل "منظومة التكامل في منطقة أميركا الوسطى" (Sistema de la Integración Centroamericana) التي تهدف إلى تسريع أو تسهيل عبور مواد الإغاثة الإنسانية المشحونة برًا في جميع دول أميركا الوسطى السبع، وبروتوكول أميركا الوسطى لشحن المساعدات الإنسانية وعبورها واستلامها.

وتتمثل إحدى الصعوبات التي برزت من خلال عمليات مسح مراسيم الطوارئ في نقص المعلومات الأساسية حول القيود المتنوعة المفروضة على التجارة. في بعض الأحيان، يبدو أن منفذي عمليات المسح واجهوا صعوبات في تحديد القيود السارية المفعول على الاستيراد أو التصدير في فترة زمنية معينة. يمكن الاطلاع عادةً على التشريعات أو السياسات المعلنة، لكن لم يكن دومًا مؤكدًا ما إذا كانت هذه التشريعات والسياسات سارية المفعول أم لا. وفي ظل غياب مصادر رسمية موحدة للمعلومات، ساهم عدد من المبادرات الخاصة المفيدة في سد بعض

الثغرات.⁵⁶² ونشرت منظمة الجمارك العالمية لائحة يتم تحديثها بشكل منتظم وتحتوي على أسماء الدول التي اتخذت تدابير مؤقتة بشأن منع تصدير المستلزمات الطبية في إطار الاستجابة لجائحة كوفيد-19.⁵⁶³ بالطبع، من المفيد أن تحصل المنظمات الإنسانية على معلومات حديثة حول أي قيود على التصدير. لكن قد لا يكون إنشاء قاعدة بيانات دائمة أمراً عملياً لأن نوع الضوابط المفروضة على الاستيراد والتصدير يُحدّد عادةً بشكل تلقائي للاستجابة لحالات طوارئ معيّنة. مع ذلك، يبدو تقديم المعلومات حول القيود على التصدير والاستيراد أداة أساسية ولا ينبغي على الأرجح ترك هذه المهمة للجهات الخاصة.

التوصيات

1. ينبغي على الدول الاستمرار في التأكّد من أن القوانين و/أو السياسات التي تفرض إغلاق الحدود للاستجابة للطوارئ الصحية العامة لا تفرض قيوداً على نقل مواد الإغاثة ومعداتنا بين الحدود.
2. مع الاعتراف بأن الدول قد ترغب في فرض ضوابط على تصدير بعض المواد أثناء الطوارئ الصحية العامة من أجل تلبية حاجات سكانها، إنّما ينبغي على الدول إعفاء المنظمات الإنسانية من أي قيود قد تعيق قدرتها على استيراد أو تصدير مواد الإغاثة ومعداتنا.
3. ينبغي على الدول وضع قوانين وسياسات تُسهّل النقل عبر الحدود لمواد الإغاثة ومعداتنا المخصّصة لعمليات الاستجابة للكوارث الدولية، بالاستناد إلى المبادئ التوجيهية للقانون الدولي لمواجهة الكوارث، والمبدئين التوجيهيين 17 (السلع والمعدات) و18 (السلع والمعدات) بشكل خاص.
4. أثناء الطوارئ الصحية العامة المستقبلية، ينبغي إعداد ترتيبات لتقديم معلومات محدّثة حول الضوابط المطبّقة على الاستيراد والتصدير عالمياً - بناءً على نموذج قاعدة البيانات التي أعدتها منظمة الجمارك العالمية أثناء جائحة كوفيد-19.

9.3.5 الضرائب والرسوم

توصي المبادئ التوجيهية للقانون الدولي لمواجهة الكوارث والقائمة المرجعية للتأهب للكوارث ومواجهتها بوجوب إعفاء المنظمات الإنسانية (المؤهلة والتي تضطلع بدورٍ مُساعد) من الضريبة على القيمة المضافة والضرائب أو الرسوم الأخرى المرتبطة مباشرةً بتقديم الإغاثة في حالات الكوارث.⁵⁶⁴ وفي سياق جائحة كوفيد-19، بدأ أن العديد من الدول المشمولة بعمليات مسح مراسيم الطوارئ قد تبنت هذه التوصية، وخاصةً فيما يتعلق باستيراد معدات الوقاية الشخصية والمنتجات الصيدلانية. على سبيل المثال، أعفت حكومة جمهورية الكونغو الديمقراطية المنتجات الصيدلانية والمواد والمعدات الطبية المرتبطة بالجائحة من كافة الرسوم والضرائب والجبايات والأعباء عند استيرادها وبيعها.⁵⁶⁵ وأعفت سنغافورة من دفع الرسوم الجمركية عند استيراد السلع المرتبطة بكوفيد-19 والمُدرّجة في قائمة محدّدة لهذا الغرض.⁵⁶⁶ كذلك، قدّمت

الحكومة الصينية إعفاءً من الرسوم على المواد والسلع المستوردة مباشرةً عن طريق وزارة الصحة لاستخدامها في الوقاية من/مكافحة جائحة كوفيد-19. ووُسِّعت أيضًا نطاق الإعفاءات ليشمل الرسوم على الواردات وضريبة القيمة المضافة على الواردات وضريبة الاستهلاك للسلع المخصصة للوقاية من الأمراض ومكافحتها.⁵⁶⁷ وبطريقة مماثلة، أعتت فينزويلا أي واردات من ضمن المواد اللازمة لتصنيع الأدوية والبوليمرات وقطع غيار الآلات ومعدات التبريد، إضافةً إلى أغذية معينة، من ضريبة القيمة المضافة.⁵⁶⁸

التوصيات

وفقًا للمبادئ التوجيهية للقانون الدولي لمواجهة الكوارث والقائمة المرجعية للتأهب للكوارث ومواجهتها، ينبغي على الدول إعفاء المنظمات الإنسانية المؤهلة والتي تضطلع بدورٍ مُساعدٍ (المحلية والدولية) من الضرائب والرسوم المرتبطة مباشرةً بأنشطة الاستجابة للطوارئ الصحية العامة.

الملحق 1: أسئلة المسح المتعلق بمراسيم الطوارئ

1. هل يتم التنسيق بين الجهات الفاعلة الحكومية وغير الحكومية، مثلاً من خلال آلية وطنية للاستجابة للطوارئ؟
2. هل تُكرِّم دور الصليب الأحمر أو الجهات الفاعلة في المجال الإنساني؟ في أي مجالات/ قطاعات؟ ما هي المسؤوليات الموكلة إلى الصليب الأحمر؟
3. هل قُيِّمت استثناءات من القيود على السفر من أجل تسهيل تنقُّل فرق الصليب الأحمر/الإغاثة الإنسانية و/أو نقل المعونة عبر الحدود؟ وما هي شروط الحجر الصحي أو الشروط الأخرى (إن وُجدت) المرتبطة بذلك؟
4. هل قُيِّمت استثناءات من الحجر الصحي وحظر التجول والقيود الأخرى على التنقل من أجل السماح للصليب الأحمر/المنظمات الإنسانية بالوصول إلى الفئات المستضعفة (بما في ذلك المعونة النفسية-الاجتماعية أو غير الطبية)؟
5. هل قُيِّمت أي تسهيلات قانونية أو إعفاءات خاصة لاستيراد مواد المعونة الطبية أو مواد الإغاثة الأخرى أو لتسهيل دخول فرق العمل (القانون الدولي لمواجهة الكوارث)؟ وما هي شروط الحجر الصحي أو الشروط الأخرى (إن وُجدت) المرتبطة بذلك؟
6. هل تمّ تصنيف الصليب الأحمر (أو المنظمات الإنسانية) ضمن فئة الخدمات "الأساسية" أو "الطارئة"، من أجل إعفاؤها من القيود المفروضة على العمليات التجارية والقيود المتعلقة بتحديد ساعات العمل؟
7. ما هي التدابير الأخرى المُدرّجة في مراسيم الطوارئ؟ (للجهات الفاعلة الحكومية، للمجتمعات، للعاملين في الميدان الصحي، إلخ)؟
8. هل اعتُمِدَت أو فُرِضَت قيود تمنع تصدير المعدات الطبية الوقائية؟

الملحق 2: أسئلة المسح المتعلق بالطوارئ الصحية العامة

الأطر القانونية والمؤسسية للطوارئ الصحية العامة

1. يُرجى إعداد قائمة بالقوانين والسياسات والاستراتيجيات والخطط الأساسية المرتبطة بالطوارئ الصحية العامة (بما يشمل الجوائح والأوبئة).

ولكل صك، يُرجى:

أ. تحديد اسم الصك وتاريخه؛

ب. تحديد المواضيع الأساسية التي يتناولها؛

ج. تقديم نسخة رسمية عن الصك مع الترجمة الإنجليزية إذا أمكن.

2. يُرجى إعداد قائمة بالقوانين والسياسات والاستراتيجيات والخطط الأساسية المرتبطة بأنواع الطوارئ/الكوارث الأخرى (مثل الفيضانات،

الزلازل، حوادث انسكاب المواد الكيميائية، انهيار السدود، التسونامي). ولكل صك، يُرجى:

أ. تحديد اسم الصك وتاريخه؛

ب. تحديد المواضيع الأساسية التي يتناولها؛

ج. تقديم نسخة رسمية عن الصك مع الترجمة الإنجليزية إذا أمكن.

3. هل تتمتع الحكومة بصلاحيات استثنائية خاصة للاستجابة للطوارئ الصحية العامة؟ إذا كان الجواب نعم:

أ. ما هي صلاحيات الحكومة؟

ب. ما هي السلطات الحكومية التي تستطيع ممارسة الصلاحيات؟

ج. في أي ظروف يمكن ممارسة الصلاحيات؟

د. ما هو القانون الذي ترد فيه الصلاحيات؟ (مثلاً: الدستور، مرسوم الطوارئ، قانون الصحة العامة، قانون إدارة الكوارث،

مجموعة من هذه الصكوك المذكورة)

4. هل تتمتع الحكومة بصلاحيات استثنائية خاصة للاستجابة لأنواع الأخرى من الكوارث/الطوارئ؟ إذا كان الجواب نعم:

أ. ما هي صلاحيات الحكومة؟

ب. ما هي السلطات الحكومية التي تستطيع ممارسة الصلاحيات؟

ج. في أي ظروف يمكن ممارسة الصلاحيات؟

د. ما هو القانون الذي ترد فيه الصلاحيات؟ (مثلاً: الدستور، مرسوم الطوارئ، قانون الصحة العامة، قانون إدارة الكوارث،

مجموعة من هذه الصكوك المذكورة)

5. من هي الجهات الحكومية وغير الحكومية التي يحددها القانون باعتبارها مسؤولة عن الاستجابة للطوارئ الصحية العامة؟ يُرجى تحديد

كل جهة ذات صلة ووصف أدوارها ومسؤولياتها (على النحو الوارد في القوانين أو السياسات أو الاستراتيجيات أو الخطط ذات الصلة).

6. من هي الجهات الحكومية وغير الحكومية التي يحددها القانون باعتبارها مسؤولة عن الاستجابة للأنواع الأخرى من الطوارئ/الكوارث؟
يُرجى تحديد كل جهة ذات صلة ووصف أدوارها ومسؤولياتها (على النحو الوارد في القوانين أو السياسات أو الاستراتيجيات أو الخطط ذات الصلة).

7. هل تُعتمد آلية تنسيق للجهات الفاعلة المشاركة في الاستجابة للطوارئ الصحية العامة؟ إذا كان الجواب نعم:

أ. من هي الجهات المشاركة في آلية التنسيق؟

ب. من هي الجهة الحكومية التي تتولى قيادة عملية الاستجابة وتوجيهها بشكل عام؟

8. هل تُعتمد آلية تنسيق للجهات الفاعلة المشاركة في الاستجابة للأنواع الأخرى من الطوارئ/الكوارث؟ إذا كان الجواب نعم:

أ. من هي الجهات المشاركة في آلية التنسيق؟

ب. من هي الجهة الحكومية التي تتولى قيادة عملية الاستجابة وتوجيهها بشكل عام؟

9. ما هو دور وكالة الحماية المدنية التابعة للمكتب الوطني لإدارة الكوارث (أو ما يعادلها) فيما يخص الطوارئ الصحية العامة؟ كيف يُقارن ذلك بدورها فيما يخص حالات الطوارئ/الكوارث الأخرى؟

10. ما هو دور وزارة الصحة في سياق الطوارئ الصحية العامة؟ كيف يُقارن بدورها في سياق حالات الطوارئ/الكوارث الأخرى؟

11. هل يفرض القانون على الحكومة إبلاغ منظمة الصحة العالمية بأي حدث قد يشكل حالة طوارئ صحية عامة من شأنها أن تُثير قلقًا دوليًا؟

الأطر القانونية والمؤسسية في سياق جائحة كوفيد-19

12. يُرجى إعداد قائمة بالصكوك القانونية والسياساتية الأساسية التي تستخدمها الحكومة للاستجابة لجائحة كوفيد-19. ولكل صك، يُرجى:

أ. تحديد اسم الصك وتاريخه؛

ب. تحديد ما إذا وُضع الصك قبل تفشي جائحة كوفيد-19 أم وُضع من أجل الاستجابة لجائحة كوفيد-19؛

ج. تحديد المواضيع الأساسية التي يتناولها؛

د. تقديم نسخة رسمية عن الصك مع الترجمة الإنجليزية إذا أمكن.

13. هل تستخدم الحكومة صلاحيات استثنائية خاصة للاستجابة لجائحة كوفيد-19؟ إذا كان الجواب نعم:

أ. ما هي صلاحيات الحكومة؟

ب. ما هي السلطات الحكومية التي تُمارس الصلاحيات؟

ج. ما هو القانون الذي ترد فيه الصلاحيات؟ (مثلاً: الدستور، مرسوم الطوارئ، قانون الصحة العامة، قانون إدارة الكوارث،

مجموعة من هذه الصكوك المذكورة)

ملاحظة: عند الإجابة على الأسئلة من 14 إلى 26 أدناه، يُرجى، حيثما أمكن، تقديم معلومات حول جائحة كوفيد-19 وإحدى الطوارئ الصحية العامة الأخرى التي تأثر بها بلدك (مثلاً: زيكاً، إيبولا، المتلازمة التنفسية الحادة الوخيمة، متلازمة الشرق الأوسط التنفسية، الحصبة)

التنقل البشري

14. هل أدت جائحة كوفيد-19 أو أي حالة طوارئ صحية عامة أخرى في بلدك إلى إغلاق الحدود أو فرض قيود معينة على الحدود؟ إذا

كان الجواب نعم، هل تم استثناء طالبي اللجوء من هذه التدابير أو القيود؟

15. هل أدت جائحة كوفيد-19 أو أي حالة طوارئ صحية عامة أخرى في بلدك إلى إجراء تغييرات على مضمون أو طريقة تنفيذ القوانين

التي تسري على طالبي اللجوء واللاجئين؟ إذا كان الجواب نعم، ما هي أنواع هذه التغييرات؟

مثلاً: تعليق طلب اللجوء والإجراءات الأخرى؛ العودة القسرية على الحدود؛ عدم قبول الأشخاص الذين يطلبون الحماية الدولية؛ طرد

اللاجئين وطالبي اللجوء؛ وقف عمليات البحث والإنقاذ في البحر؛ رفض إنزال الأشخاص الذين تم إنقاذهم في البحر.

16. هل أدت جائحة كوفيد-19 أو أي حالة طوارئ صحية عامة أخرى إلى تغييرات في أنماط الهجرة في بلدك؟

مثلاً: رغبة المهاجرين في العودة إلى وطنهم بسبب الحالة الصحية العامة في بلدك أو، على العكس، رغبة المهاجرين في تفادي العودة

إلى بلدهم الأصلي عند انتهاء صلاحية تأشيراتهم بسبب الحالة الصحية العامة فيه.

17. إذا كان الجواب "نعم" على السؤال 16، هل قامت الحكومة بتنفيذ أو وضع قوانين أو سياسات لدعم:

أ. إعادة المهاجرين الراغبين بالعودة إلى بلدهم الأصلي؛ و/أو

ب. استمرار الإقامة للمهاجرين غير الراغبين بالعودة إلى بلدهم الأصلي؟

المأوى والمسكن

18. هل أدت جائحة كوفيد-19 أو أي حالة طوارئ صحية عامة أخرى في بلدك إلى فقدان الأشخاص مساكنهم أو تعرضهم لخطر

فقدانها؟ إذا كان الجواب نعم، هل قامت الحكومة بتنفيذ أو وضع قوانين أو سياسات لمساعدة الأشخاص في هذه الحالة؟

مثلاً: وقف عمليات الإخلاء؛ "الإيقاف المؤقت" أو "التجميد" لبدلات الإيجار أو مدفوعات الرهن العقاري؛ أو تأمين مساكن في حالات

الطوارئ

19. أثناء جائحة كوفيد-19 أو أي حالة طوارئ صحية عامة أخرى في بلدك، هل قامت الحكومة بتنفيذ أو وضع قوانين أو سياسات لمساعدة المشردين وسكان المستوطنات غير الرسمية على اتباع تدابير الصحة العامة (مثل غسل اليدين، استخدام الناموسية، ملازمة المنزل)؟

حماية الفئات المستضعفة

20. هل أدت جائحة كوفيد-19 أو أي حالة طوارئ صحية عامة أخرى في بلدك إلى فقدان واسع الانتشار لسبل العيش؟ إذا كان الجواب نعم، هل قامت الحكومة بتنفيذ أو وضع قوانين أو سياسات لتقديم المساعدة المالية للأشخاص الذين فقدوا سبل عيشهم؟ أو، على العكس، للحؤول دون فقدان سبل عيشهم؟

21. هل أدت جائحة كوفيد-19 أو أي حالة طوارئ صحية عامة أخرى في بلدك إلى حدوث تراجع اقتصادي؟ إذا كان الجواب نعم، هل قامت الحكومة بتنفيذ أو وضع قوانين أو سياسات من أجل:

أ. تقديم المساعدة المالية للمؤسسات المتعثرة؛ أو

ب. تعليق أو تخفيف قوانين الإعسار/الإفلاس مؤقتاً؟

هل تُطبّق مثل هذه القوانين أو السياسات على جمعية الصليب الأحمر أو الهلال الأحمر في بلدك أو على منظمات غير ربحية أخرى؟

22. أثناء جائحة كوفيد-19 أو أي حالة طوارئ صحية عامة أخرى في بلدك، هل مُنح المهاجرون (ومن بينهم المهاجرون غير النظاميين) حق الحصول على الرعاية الصحية والاستفادة من برامج المساعدة الحكومية بشكل قانوني؟ إذا كان الجواب نعم، هل مُنحوا الحقوق نفسها التي يتمتع بها المواطنون/المقيمون؟

23. أثناء جائحة كوفيد-19 أو أي حالة طوارئ صحية عامة أخرى في بلدك، هل تعرّض النازحون داخلياً للتمييز (المباشر أو غير المباشر) أثناء الحصول على الرعاية الطبية وأشكال المساعدة الأخرى؟

24. هل أدت جائحة كوفيد-19 أو أي حالة طوارئ صحية عامة أخرى في بلدك إلى ارتفاع مُسجّل في العنف المنزلي و/أو القضايا المرتبطة بحماية الطفل؟ إذا كان الجواب نعم، هل تمّت معالجة ذلك عبر توسيع نطاق الأنظمة الحالية أو عبر وضع قوانين أو سياسات جديدة؟

25. أثناء جائحة كوفيد-19 أو أي حالة طوارئ صحية عامة أخرى في بلدك، هل قامت الحكومة بتنفيذ أو وضع قوانين أو سياسات لحماية الأشخاص المعرضين بشكل خاص للخطر الناجم عن الإصابة بالمرض المعني؟ (مثل كبار السن في حالة جائحة كوفيد-19؛ والنساء في سن الإنجاب في حالة فيروس زيكا)

26. أثناء جائحة كوفيد-19 أو أي حالة طوارئ صحية عامة أخرى في بلدك، هل قامت الحكومة بوضع أو تنفيذ قوانين أو سياسات لضمان استمرار حصول كبار السن والأشخاص ذوي الإعاقة على الرعاية الصحية والخدمات الأساسية الأخرى والإمدادات الأساسية (مثلًا: الغذاء، الدواء)؟

27. أثناء جائحة كوفيد-19، هل تم تطبيق سياسات "الفرز" لإدارة عملية توزيع أجهزة التنفس الاصطناعي على المرضى؟ إذا كان الجواب نعم، من هي الجهة التي طورت سياسة الفرز؟ ومن هم المرضى الذين تم إعطاؤهم الأولوية في الحصول على أجهزة التنفس الاصطناعي؟

28. أثناء جائحة كوفيد-19 أو أي حالة طوارئ صحية عامة أخرى في بلدك، هل قامت الحكومة بتنفيذ أو وضع قوانين أو سياسات للحد من تعطيل الدراسة على الأطفال ولتوفير مساحات آمنة للأطفال الذين قد يكونون معرضين لخطر سوء المعاملة أو الإهمال في منازلهم؟

29. أثناء جائحة كوفيد-19 أو أي حالة طوارئ صحية عامة أخرى في بلدك، هل واجهت أي فئات عائق غير رسمية تمنعها من الحصول على المعلومات والرعاية الصحية والمساعدات الأخرى؟ مثلًا: العوائق اللغوية؛ العوائق الثقافية؛ العجز عن الوصول الفعلي إلى الخدمات

30. في حال تطوير لقاح فعال لكوفيد-19، هل تتوفر أي قوانين أو سياسات من شأنها:

أ. أن تُعزّز أو تضمن توفير اللقاح لجميع الناس، بغض النظر عن الوضع المالي، أو وضع الهجرة، أو العمر، أو العرق إلخ؛

ب. أن تجعل التلقيح إلزاميًا أو شرطًا للذهاب إلى العمل أو المدرسة؟

الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر هو أكبر شبكة إنسانية في العالم، إذ يضمّ 192 جمعية وطنية للصليب الأحمر والهلال الأحمر وحوالي 14 مليون متطوع. يتواجد متطوعونا في المجتمعات قبل الأزمات أو الكوارث وأثناءها وبعدها. ونعمل في السياقات الأكثر تعقيدًا في العالم والتي يصعب الوصول إليها في سبيل إنقاذ الأرواح وتعزيز الكرامة الإنسانية. ندعم المجتمعات لتصبح أماكن أقوى وأكثر مرونة، حيث يتسنى للناس عيش حياة آمنة وصحية، وحيث تُتاح لهم فرص الازدهار.

الحواشي

- ¹ <https://www.undrr.org/terminology/disaster>
- ² <https://www.undrr.org/terminology/disaster-risk>
- ³ <https://www.undrr.org/terminology/disaster-management>
- ⁴ يعتمد هذا التقرير تعريف إدارة مخاطر الكوارث المعتمد من قبل شبكة الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر (انظر https://media.ifrc.org/ifrc/wp-content/uploads/sites/5/2020/04/DRM_policy_Final_EN.pdf). ويختلف تعريف مكتب الأمم المتحدة للحد من مخاطر الكوارث اختلافاً طفيفاً: "إدارة مخاطر الكوارث" هي تطبيق سياسات واستراتيجيات الحد من مخاطر الكوارث، لمنع مخاطر الكوارث الجديدة، والحد من مخاطر الكوارث الحالية، وإدارة المخاطر المتبقية، مما يساهم في تعزيز القدرة على الصمود وتقليل الخسائر. يمكن تصنيف إجراءات إدارة مخاطر الكوارث إلى: إدارة مخاطر الكوارث المحتملة، وإدارة مخاطر الكوارث التصحيحية، وإدارة مخاطر الكوارث التعويضية (يشار إليها أيضاً باسم إدارة المخاطر المتبقية): <https://www.undrr.org/terminology/disaster-risk-management>
- ⁵ <https://www.undrr.org/terminology/disaster-risk-reduction>
- ⁶ منظمة الصحة العالمية، التعاريف: حالات الطوارئ <https://www.who.int/hac/about/definitions/en>
- ⁷ اللوائح الصحية الدولية، المادة 5 (1) والملحق 1.
- ⁸ اللوائح الصحية الدولية، المادة 13 (1).
- ⁹ منظمة الصحة العالمية، "ما هي الصحة الواحدة؟" ("What is 'One Health'؟")، 21 أيلول/سبتمبر 2017 <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/one-health>
- ¹⁰ منظمة الصحة العالمية، "ما هي الجائحة؟" ("What is a Pandemic؟")، 24 شباط/فبراير 2020 https://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/pandemic/en
- ¹¹ منظمة الصحة العالمية، "الصحة العامة للتجمعات الجماهيرية: الاعتبارات الرئيسية"، 2015 https://www.who.int/ihr/publications/WHO_HSE_GCR_2015.5/en
- ¹² منظمة الصحة العالمية، "تعاريف: حالات الطوارئ": <https://www.who.int/hac/about/definitions/en/>
- ¹³ <https://www.undrr.org/terminology/vulnerability>
- ¹⁴ منظمة الصحة العالمية، لوحة معلومات منظمة الصحة العالمية الخاصة بمرض فيروس كورونا (كوفيد -19) <https://covid19.who.int> (تمت زيارته في 1 نيسان/أبريل 2021).
- ¹⁵ الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر، توجيهات للتيسير المحلي وتنظيم الإغاثة الدولية في حالات الكوارث والمساعدة الأولية للتعافي (إرشادات برنامج القوانين والقواعد والمبادئ الدولية الخاصة بالاستجابة للكوارث) (2007) <https://disasterlaw.ifrc.org/media/1327>؛ الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر، قائمة مرجعية بشأن تسهيل العمليات الدولية للإغاثة والتعافي الأولي في حالات الكوارث وتنظيمها على الصعيد الوطني (القائمة المرجعية لبرنامج القوانين والقواعد والمبادئ الدولية الخاصة بالاستجابة للكوارث) (2017) <https://disasterlaw.ifrc.org/media/1325>
- ¹⁶ الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر، القانون واللوائح الفعالة للحد من مخاطر الكوارث: تقرير متعدد البلدان (الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي 2014) <https://disasterlaw.ifrc.org/media/1372>؛ والاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي، قائمة مرجعية بشأن القانون والحد من مخاطر الكوارث (2015) <https://disasterlaw.ifrc.org/media/1354>
- ¹⁷ الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر، القانون والتأهب للكوارث والاستجابة لها: تقرير توافقي متعدد البلدان (2019) (تقرير التأهب للكوارث والاستجابة لها) <https://disasterlaw.ifrc.org/media/1302>؛ والاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر، قائمة مرجعية حول القانون والتأهب للكوارث والاستجابة لها (قائمة مرجعية حول التأهب للكوارث والاستجابة لها) (2019) <https://disasterlaw.ifrc.org/media/1287>
- ¹⁸ منظمة الصحة العالمية، "ما هي اللوائح الصحية الدولية؟" - <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/emergencies-international-health-regulations-and-emstract-committee>
- ¹⁹ إطار سنديا للحد من مخاطر الكوارث 2030-2015 (إطار سنديا)، وثيقة الأمم المتحدة رقم 1.A/CONF.224/CRP.1 https://www.preventionweb.net/files/43291_sendaiframeworkfordrren.pdf

- 20 مبادئ بانكوك لتنفيذ الجوانب الصحية لإطار سيندائي للحد من مخاطر الكوارث 2015-2030 (مبادئ بانكوك)
https://www.preventionweb.net/files/47606_bangkokprinciplesfortheimplementati.pdf
- 21 المجلس العالمي لرصد التأهب، "العالم في حالة اضطراب: التقرير السنوي للمجلس العالمي لرصد التأهب 2020"، منظمة الصحة العالمية، 2020، تمهيد، الصفحة 3
https://apps.who.int/gpmb/assets/annual_report/GPMB_AR_2020_EN.pdf
- 22 المجلس العالمي لرصد التأهب، "العالم في حالة اضطراب: التقرير السنوي للمجلس العالمي لرصد التأهب 2020"، منظمة الصحة العالمية، 2020، تمهيد، الصفحة 6
https://apps.who.int/gpmb/assets/annual_report/GPMB_AR_2020_EN.pdf
- 23 تقرير التأهب للكوارث والاستجابة لها، الفصول 7 و 8 و 9.
- 24 انظر عملية المسح المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة في المملكة المتحدة السؤال 4: السجل الوطني للمخاطر في حالات الطوارئ المدنية (إصدار 2017)
https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/644968/UK_National_Risk_Register_2017.pdf
- 25 الفريق العامل الحكومي الدولي المفتوح العضوية، "تقرير مجموعة عمل الخبراء الحكومية الدولية المفتوحة العضوية حول المؤشرات والمصطلحات المتعلقة بالحد من مخاطر الكوارث"، الدورة الحادية والسبعون للجمعية العامة للأمم المتحدة، وثيقة الأمم المتحدة رقم A/71/644
https://www.preventionweb.net/files/50683_oiewgreportenglish.pdf
- 26 لجنة القانون الدولي، "مسودة مقالات بشأن حماية الأشخاص في حال وقوع كارثة". تعريف "الكارثة" هو "حدث مفاجئ أو سلسلة من الأحداث التي تؤدي إلى خسائر في الأرواح على نطاق واسع، أو معاناة إنسانية كبيرة ومحنة، أو أضرار مادية أو بيئية واسعة النطاق، ما يؤدي إلى تعطيل عمل المجتمع"، مشروع المادة 3، وثيقة الأمم المتحدة A/69/10.
- 27 منظمة الصحة العالمية، "تعريف: حالات الطوارئ" <https://www.who.int/hac/about/definitions/en/>
<https://www.undrr.org/terminology/vulnerability>.
- 28 على سبيل المثال، يُعرّف مسرد منظمة الصحة العالمية الخاص بتكنولوجيا إدارة مخاطر الطوارئ الصحية ومخاطر الكوارث "الطوارئ الصحية العامة" بأنها "نوع من الأحداث أو التهديدات الوشيكة التي تسبب أو تستطيع أن تسبب مجموعة من العواقب الصحية، والتي تتطلب إجراءات منسقة، وعادة ما تكون عاجلة وغير نمطية. ملحوظة: قد تشكل حالة الطوارئ الصحية خطراً كبيراً بالإصابة بأمراض أو التسبب بوفيات كثيرة في المجتمع".
- 29 منظمة الصحة العالمية، "تعريف: حالات الطوارئ" <https://www.who.int/hac/about/definitions/en/>
- 30 منظمة الصحة العالمية، "ما هي الجائحة؟" 24 شباط/فبراير 2010
https://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/pandemic/en
- 31 منظمة الصحة العالمية، "الصحة العامة للتجمعات الجماهيرية: الاعتبارات الرئيسية"، 2015،
https://www.who.int/ihr/publications/WHO_HSE_GCR_2015.5/en
- 32 بي بي سي، "الطاعون الدبلي الصيني: منظمة الصحة العالمية تراقب حالة إصابة لكنها تصرح بأنها لا تشكل خطراً كبيراً، 7 تموز/يوليو 2020
<https://www.bbc.co.uk/news/world-asia-china-53325988>
- 33 مارك هونجسيوم، قرن الجائحة The Pandemic Century (منشورات بنغوين، 2020).
- 34 منظمة الصحة العالمية، صحيفة وقائع حول مرض فيروس إيبولا، 10 شباط/فبراير 2020
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ebola-virus-disease>
- 35 منظمة الصحة العالمية، نقشي فيروس إيبولا في جمهورية الكونغو الديمقراطية يشكل حالة طوارئ صحية عامة تسبب قلقاً دولياً، 17 تموز/يوليو 2019
<https://www.who.int/news-room/detail/17-07-2019-ebola-outbreak-in-the-democratic-republic-of-the-congo-declared-a-public-health-emergency-of-international-concern>
- 36 منظمة الصحة العالمية، "إعلان فاشية إيبولا العاشرة في جمهورية الكونغو الديمقراطية: يجب مواصلة التنبه ضد الاضطرابات ودعم الناجين"، 25 حزيران/يونيو 2020
<https://www.who.int/news-room/detail/25-06-2020-10th-ebola-outbreak-in-the-democratic-republic-of-the-congo-declared-over-vigilance-against-flare-ups-and-support-for-survivors-must-continue>
- 37 منظمة الصحة العالمية، "فيروس كورونا المسبب لمتلازمة الشرق الأوسط التنفسية (MERS-CoV)"، 11 آذار/مارس 2019
[https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/middle-east-respiratory-syndrome-coronavirus-\(mers-cov\)](https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/middle-east-respiratory-syndrome-coronavirus-(mers-cov))
- 38 ميلان براهمبات وأريندام دوتا، "حول التأثيرات الاقتصادية للمتلازمة التنفسية الحادة الوخيمة أثناء نقشي الأمراض المعدية"، ورقة العمل البحثية السياسية الصادرة عن البنك الدولي 4466، كانون الثاني/يناير 2008، ص 5،
<http://documents1.worldbank.org/curated/en/101511468028867410/pdf/wps4466.pdf>
- 39 <https://www.who.int/csr/don/archive/year/2018/en/>

- ⁴⁰ <https://www.who.int/csr/don/archive/year/2019/en/>
- ⁴¹ <https://www.who.int/csr/don/archive/year/2020/en/>
- ⁴² مركز مكافحة الأمراض والوقاية منها <https://www.cdc.gov anthrax/bioterrorism/index.html>
- ⁴³ إن استخدام الأسلحة البيولوجية مشمول في صكوك دولية مثل الاتفاقية حول حظر استحداث وإنتاج وتخزين الأسلحة البكتريولوجية (البيولوجية) والتكسينية وتدمير تلك الأسلحة، وفي الاتفاقيات التي تتناول الإرهاب. وعلى الرغم من أن اتفاقية الأسلحة البيولوجية تنص على مساعدة الدول للدول الأخرى المعرضة للخطر نتيجة للانتهاك، إلا أن الأحكام التي تتناول إدارة الحوادث محدودة.
- ⁴⁴ ولكن في بعض الظروف، قد تؤدي حالة طوارئ غير مرتبطة، على سبيل المثال، إلى تعطيل الوصول إلى الوقاية أو العلاج والتسبب في نقشي وباء.
- ⁴⁵ انظر <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/malaria>
- ⁴⁶ انظر <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
- ⁴⁷ منظمة الصحة العالمية، "خطة العمل العالمية بشأن المقاومة الميكروبية"، 2015، <https://www.who.int/antimicrobial-resistance/publications/global-action-plan/en/>
- ⁴⁸ الجمعية العامة للأمم المتحدة، الإعلان السياسي للاجتماع الرفيع المستوى للجمعية العامة بشأن مقاومة مضادات الميكروبات، الدورة 71 للجمعية العامة للأمم المتحدة، 5 تشرين الأول/أكتوبر 2016، وثيقة الأمم المتحدة A/RES/71/3، <https://digitallibrary.un.org/record/845917>
- ⁴⁹ عملية المسح المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة في نيجيريا، السؤال 1: تشير الفقرة 11 إلى خطة العمل حول مقاومة مضادات الميكروبات، التي تم دمجها في خطة العمل الوطنية للأمن الصحي في نيجيريا.
- ⁵⁰ انظر مثلاً: بي بي سي، "كوفيد-19: قادة العالم يدعون لمعاهدة دولية للجائحة"، 30 آذار/مارس 2021، <https://www.bbc.co.uk/news/uk-56572775>
- ⁵¹ الأمم المتحدة، "تحويل عالمنا: خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠"، وثيقة الأمم المتحدة رقم A/RES/70/1، <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/21252030%20Agenda%20for%20Sustainable%20Development%20web.pdf>
- ⁵² أهداف التنمية المستدامة المقصد 3.د.
- ⁵³ أهداف التنمية المستدامة المقصد 3.3.
- ⁵⁴ أهداف التنمية المستدامة المقصد 3.8.
- ⁵⁵ أهداف التنمية المستدامة المقصد 3.ب.
- ⁵⁶ إطار برنامج العمل من أجل الأمن الصحي العالمي لعام 2024، <https://ghsagenda.org/wp-content/uploads/2020/06/ghsa2024-framework.pdf>
- ⁵⁷ المرجع نفسه، ص 3.
- ⁵⁸ المرجع نفسه، ص 5.
- ⁵⁹ المرجع نفسه، الملحق 7.
- ⁶⁰ المرجع نفسه، ص 5.
- ⁶¹ المرجع نفسه، ص 5.
- ⁶² إطار سنداي للحد من مخاطر الكوارث 2015-2030، وثيقة الأمم المتحدة رقم A/CONF.224/CRP.1، https://www.preventionweb.net/files/43291_sendaiframeworkfordrren.pdf
- ⁶³ المرجع نفسه.
- ⁶⁴ للاطلاع على ملخص عن العلاقة بين إطار عمل سنداي والصحة العامة، انظر مكتب الأمم المتحدة للحد من مخاطر الكوارث، "صحيفة وقائع: الصحة في سياق إطار سنداي للحد من مخاطر الكوارث UNISDR.pdf http://towardsasafeworld.org/sites/default/files/150901_Sendai_Health_Factsheet-UNISDR.pdf
- ⁶⁵ مبادئ بانكوك لتنفيذ الجوانب الصحية لإطار سنداي للحد من مخاطر الكوارث 2015-2030، https://www.preventionweb.net/files/47606_bangkokprinciplesfortheimplementati.pdf
- ⁶⁶ مبادئ بانكوك، المبدأ 1.
- ⁶⁷ المرجع نفسه، المبدأ 2.
- ⁶⁸ المرجع نفسه، المبدأ 7.
- ⁶⁹ المؤتمر الدولي الثالث والثلاثون للصليب الأحمر والهلال الأحمر، القرار 3، "حان وقت العمل: التصدي للأوبئة والجائحات معاً"، 9-12 كانون الأول/ديسمبر 2019 (القرار 3، المؤتمر الدولي الثالث والثلاثون)، الوثيقة رقم IC/19/R333، https://rcrcconference.org/app/uploads/2019/12/33IC_R3-IC/19/R333
- <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/epidemic-resolution-adopted-ENing-CLEAN-EN.pdf>

- 70 الجمعية العامة للأمم المتحدة، قرار بشأن الاستجابة الشاملة والمنسقة لجائحة فيروس كورونا (كوفيد-19)، 10 أيلول/سبتمبر 2020، وثيقة الأمم المتحدة رقم A/74/L.92، <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/LTD/N20/231/11/PDF/N2023111.pdf?OpenElement>.
- 71 جمعية الصحة العالمية الثالثة والسبعون، قرار بشأن الاستجابة لجائحة كوفيد-19، 19 أيار/مايو 2020، الوثيقة رقم WHA73.1، https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA73/A73_R1-en.pdf.
- 72 قرار مجلس الأمن رقم 2532 (2020)، 1 تموز/يوليو 2020، <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/LTD/N20/169/84/PDF/N2016984.pdf?OpenElement>.
- 73 المرجع نفسه، القرار (1)7.
- 74 المرجع نفسه، القرار (2)7.
- 75 المرجع نفسه، القرار (3)7.
- 76 اللوائح الصحية الدولية، المادة 44.
- 77 "حماية البشرية من الأزمات الصحية المستقبلية، تقرير الفريق الرفيع المستوى المعني بالاستجابة العالمية للآزمات الصحية"، وثيقة الأمم المتحدة رقم A/70/723، 9 فبراير 2016، <https://digitallibrary.un.org/record/822489>.
- 78 القرار رقم 2103/1082 الصادر عن البرلمان الأوروبي والمجلس الأوروبي بتاريخ 22 تشرين الأول/أكتوبر 2013 بشأن التهديدات الخطيرة للصحة عبر الحدود، <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A02013D1082-20131105>.
- 79 رابطة دول جنوب شرق آسيا، 2010، اتفاقية رابطة دول جنوب شرق آسيا بشأن إدارة مخاطر الكوارث والاستجابة للطوارئ، https://asean.org/?static_post=the-asean-agreement-on-disaster-management-and-emergency-response.
- 80 القرار رقم EU/2013/1313 الصادر عن البرلمان والمجلس الأوروبي بتاريخ 17 كانون الأول/ديسمبر 2013 بشأن آلية الاتحاد للحماية المدنية، <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/HTML/?uri=CELEX:32013D1313&from=en>.
- 81 اتفاقية إنشاء الوكالة الكاربية للاستجابة الطارئة في حالات الكوارث، 2008، https://www.jus.uio.no/english/services/library/treaties/13/13-02/caricom_disaster.xml.
- 82 عملية المسح المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة في ساموا، السؤال 1.
- 83 عملية المسح المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة في توفالو، السؤال 1 (1)(c).
- 84 <https://www.carpha.org>.
- 85 اتفاقية إنشاء الوكالة الكاربية للصحة العامة، حزيران/يونيو 2011، https://www.carpha.org/Portals/0/Documents/CARPHA_IGA.pdf.
- 86 اللوائح الصحية الدولية: إجراءات اللجنة الخاصة وجمعية الصحة العالمية الرابعة بشأن لوائح منظمة الصحة العالمية، https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85636/Official_record37_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- 87 <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/96616/9241580070.pdf?sequence=1>.
- 88 يُشار في هذا التقرير إلى الإصدار الثالث، <https://www.who.int/ihr/publications/9789241580496/en/>.
- 89 اللوائح الصحية الدولية، المادة 2.
- 90 اللوائح الصحية الدولية، المادة 47.
- 91 اللوائح الصحية الدولية، المادة 48.
- 92 اللوائح الصحية الدولية، المادة 50.
- 93 اللوائح الصحية الدولية، المادة 51.
- 94 اللوائح الصحية الدولية، المادة 12.
- 95 اللوائح الصحية الدولية، المادة 15.
- 96 اللوائح الصحية الدولية، المادة (1)1.
- 97 انظر اللوائح الصحية الدولية، المادة 12.
- 98 اللوائح الصحية الدولية، المادة 6.
- 99 اللوائح الصحية الدولية، المادة 10.
- 100 اللوائح الصحية الدولية، المادتان (4)10 و11.
- 101 اللوائح الصحية الدولية، المادة 13.
- 102 اللوائح الصحية الدولية، المادة 15.
- 103 اللوائح الصحية الدولية، المادة (2)15.

- ¹⁰⁴ اللوائح الصحية الدولية، المادة 18.
- ¹⁰⁵ اللوائح الصحية الدولية، المواد من 19 إلى 41.
- ¹⁰⁶ اللوائح الصحية الدولية، المادة (1) 23.
- ¹⁰⁷ اللوائح الصحية الدولية، المادة 28.
- ¹⁰⁸ اللوائح الصحية الدولية، المواد من 30 إلى 32.
- ¹⁰⁹ للاطلاع على نظرة مفصلة حول القدرات الأساسية وأوجه القصور في التنفيذ، يُرجى مراجعة جوليو بارتوليني، "فشل القدرات الأساسية اللازمة بمقتضى اللوائح الصحية الدولية لمنظمة الصحة العالمية"، ICLQ، الجزء 70، كانون الثاني/يناير 2021، الصفحات 233-250 (بارتوليني).
- ¹¹⁰ اللوائح الصحية الدولية، المادة (1) 5 الملحق 1.
- ¹¹¹ اللوائح الصحية الدولية، المادة (1) 13.
- ¹¹² اللوائح الصحية الدولية، المادتان 5(2) و 13(2).
- ¹¹³ انظر مثلاً منظمة الصحة العالمية، "التقرير السنوي بشأن تنفيذ اللوائح الصحية الدولية (2005). تقرير المدير العام" (18 أيار/مايو 2016) الوثيقة رقم A69/20، https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_20-en.pdf.
- ¹¹⁴ اللوائح الصحية الدولية، المادة (1) 4.
- ¹¹⁵ اللوائح الصحية الدولية، المادة (h) 22(1).
- ¹¹⁶ اللوائح الصحية الدولية، المادة (i) 22(1).
- ¹¹⁷ اللوائح الصحية الدولية، المادة 6.
- ¹¹⁸ اللوائح الصحية الدولية، المادة (5) 13.
- ¹¹⁹ اللوائح الصحية الدولية، المادة 44.
- ¹²⁰ اللوائح الصحية الدولية، المادة (1) 3.
- ¹²¹ اللوائح الصحية الدولية، المادة (1) 54.
- ¹²² تقرير لجنة المراجعة المعنية بتنفيذ اللوائح الصحية الدولية (2005) في ما يتعلق بجائحة H1N1 لعام 2009 (مراجعة H1N1)، 5 أيار/مايو 2011، الوثيقة رقم A64/10، https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_10-en.pdf?ua=1.
- ¹²³ تقرير لجنة المراجعة حول التمديدات الثانية لإنشاء القدرات الوطنية للصحة العامة وتنفيذ اللوائح الصحية الدولية، 16 كانون الثاني/يناير 2015، الوثيقة رقم EB136/22، https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB136/B136_22Add1-en.pdf.
- ¹²⁴ تقرير لجنة المراجعة حول دور اللوائح الصحية الدولية (2005) في نقشي فيروس إيبولا والاستجابة له (مراجعة إيبولا)، 13 أيار/مايو 2016، https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_21-en.pdf?ua=1.
- ¹²⁵ تقرير الفريق المعني بالتقييم المبدئي لفيروس إيبولا، تموز/يوليو 2015، <https://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/report-by-panel.pdf>.
- ¹²⁶ لجنة المراجعة المعنية بتنفيذ اللوائح الصحية الدولية (2005) أثناء الاستجابة لجائحة كوفيد-19، <https://www.who.int/teams/ihr/ihr-review-committees/covid-19>.
- ¹²⁷ انظر مثلاً: منظمة الصحة العالمية، "عمل منظمة الصحة العالمية في حالات الطوارئ الصحية: تعزيز التأهب والاستجابة للطوارئ العالمية لمنظمة الصحة العالمية"، 16 كانون الثاني/يناير 2021، الوثيقة رقم EB 148/18، https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB148/B148_18-en.pdf، والملاحظات الافتتاحية للمدير العام لمنظمة الصحة العالمية في الجلسة الخاصة للجمعية العامة للأمم المتحدة، 4 كانون الأول/ديسمبر 2020، <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-united-nations-general-assembly-special-session---4-december-2020>.
- ¹²⁸ الفريق المعني بالتقييم المبدئي لفيروس إيبولا، الملخص التنفيذي، ص 5.
- ¹²⁹ مراجعة جائحة H1N1، ص 12.
- ¹³⁰ مراجعة فيروس إيبولا، ص 9.
- ¹³¹ مراجعة جائحة H1N1، استنتاج موجز 1؛ المراجعة المعنية بفيروس إيبولا، ص 9؛ الفريق المعني بالتقييم المبدئي لفيروس إيبولا، ص 5.
- ¹³² المرجع نفسه، الاستنتاج الموجز 3.
- ¹³³ المراجعة المعنية بفيروس إيبولا، ص 9.
- ¹³⁴ حماية البشرية من أزمات الصحة المستقبلية، تقرير الفريق الرفيع المستوى المعني بالاستجابة العالمية للآزمات الصحية، الوثيقة رقم A/70/723، 9 شباط/فبراير 2016، <https://digitallibrary.un.org/record/822489>.

- 135 المرجع نفسه، ص 14.
- 136 المرجع نفسه، ص 8.
- 137 المرجع نفسه، ص 9.
- 138 المرجع نفسه، التوصية 1، ص 12.
- 139 المرجع نفسه، الفقرة 98.
- 140 المرجع نفسه، التوصية 3، ص 13.
- 141 انظر الرابط التالي <https://extranet.who.int/sph/ihrmef>.
- 142 منظمة الصحة العالمية، "توجيهات لإجراء الاستعراضات المرحلي القطري لإجراءات مكافحة كوفيد-19 (الاستعراض المرحلي للإجراءات)"، 23 تموز/يوليو 2020، https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Country_IAR-2020.1.
- 143 <https://extranet.who.int/sph/spar>.
- 144 منظمة الصحة العالمية، "وثيقة توجيهية لأداة إعداد التقارير السنوية للتقييم الذاتي للدول الأطراف"، ص 15، <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272438/WHO-WHE-CPI-2018.17-eng.pdf;jsessionid=ECA8BD371E2BD6DF6C0F6D0D17D4C242?sequence=1>.
- 145 المرجع نفسه، بلغ متوسط مؤشرات قدرة التشريع والتمويل 62٪ في جميع أنحاء العالم في العام 2018 و 67٪ في العام 2019. وفي العام 2019، كانت درجات هذه القدرة المقسمة بحسب أقاليم منظمة الصحة العالمية كما يلي: 43٪ في الإقليم الأفريقي، 74٪ في إقليم القارتين الأمريكيتين، 64٪ في إقليم شرق المتوسط، 80٪ في المنطقة الأوروبية، 67٪ في منطقة جنوب شرق آسيا، 74٪ في منطقة غرب المحيط الهادئ: <https://extranet.who.int/e-spar>.
- 146 منظمة الصحة العالمية، "أداة التقييم الخارجي المشتركة: اللوائح الصحية الدولية (عام 2005)" (الإصدار الثاني، 2018)، <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259961/9789241550222-eng.pdf?sequence=1>، 9.
- 147 المرجع نفسه، ص 14.
- 148 منظمة الصحة العالمية، معايير منظمة الصحة العالمية الخاصة بقدرات اللوائح الصحية الدولية (2019)، <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311158/9789241515429-eng.pdf?sequence=1>.
- 149 المرجع نفسه، ص 7.
- 150 المرجع نفسه.
- 151 المرجع نفسه، المعيار 1.
- 152 فرقة العمل المعنية بالأزمات الصحية العالمية، التقرير النهائي؛ <https://www.un.org/en/pdfs/Final%20Report.Global%20Health%20Crises%20Task%20Force.pdf>.
- 153 المرجع نفسه، ص 3.
- 154 <https://www.who.int/ihr/procedures/health-security-national-action-plan/en/>.
- 155 منظمة الصحة العالمية، "خطط العمل الوطنية لقضايا الأمن الصحي للجميع: دليل التنفيذ القطري لخطط العمل الوطنية للأمن الصحي (خطط العمل الوطنية لقضايا الأمن الصحي)"، 2019، https://www.who.int/ihr/publications/country_implementation_guide_for_naphs/en/.
- 156 منظمة الصحة العالمية، "إطار سياسة إدارة الطوارئ الصحية ومخاطر الكوارث"، 2019، <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326106>.
- 157 https://www.who.int/ihr/publications/WHO_HSE_IHR_2009.2/en/.
- 158 https://www.who.int/ihr/publications/WHO_HSE_IHR_2009.4.4/en/.
- 159 https://www.who.int/ihr/publications/WHO_HSE_IHR_2009.3/en/.
- 160 منظمة الصحة العالمية، "اللوائح الصحية الدولية: مقدمة موجزة"، ص 8.
- 161 المرجع نفسه، ص 8 و 9.
- 162 بارتوليني، ص 233.
- 163 منظمة الصحة العالمية، "التقرير السنوي عن تنفيذ اللوائح الصحية الدولية (2005)"، الوثيقة رقم A73/14، https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA73/A73_14-en.pdf.
- 164 ستيفانيا نيجري، "مكافحة الأمراض السارية" في جيان لوكا بورسي وبريجيت توبيس (محرران)، دليل البحوث حول قانون الصحة العالمي (Edward Elgar، 2018).

- 165 وصفت لجنة المراجعة المعنية بجائحة H1N1 عدم وجود عقوبات قابلة للتنفيذ على أنها "أهم عيب هيكلي في اللوائح الصحية الدولية... على سبيل المثال، إذا فشلت دولة ما في تفسير سبب تبنيها تدابير حركة مرور وتجارة أكثر تقييداً من تلك التي أوصت بها منظمة الصحة العالمية، فما من عواقب قانونية". لجنة المراجعة المعنية بجائحة H1N1، الفقرة 24.
- 166 أنشأت منظمة الصحة العالمية لجنة مراجعة وفريقاً مستقلاً للتأهب والاستجابة للجائحة لتقييم الاستجابة العالمية لكوفيد-19: يُرجى مراجعة قرار جمعية الصحة العالمية رقم WHA73.1، (الجلسة 73، 19 أيار/مايو 2020)، https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA73/A73_R1-en.pdf؛ انظر أيضاً "لجنة المراجعة حول أداء اللوائح الصحية الدولية (2005) أثناء الاستجابة لكوفيد-19"، <https://www.who.int/teams/ihr/ihr-review-committee/covid-19/>؛ و"إعلان التقييم المستقل للاستجابة العالمية لكوفيد-19" (منظمة الصحة العالمية، 9 تموز/يوليو 2020)، <https://www.who.int/news/item/09-07-2020-independent-evaluation-of-global-covid-19-response-announced>.
- 167 كما تمت الإشارة إلى نقص الموارد المالية، بما في ذلك عدم وجود نظام تمويل دولي أو القدرة على تقديم حوافز للدول لتنفيذ اللوائح الصحية الدولية، كعوامل تساهم في الصعوبات التي تواجهها الدول في تنفيذ اللوائح. ولكن نظراً إلى أن عمليات المسح المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة لم تتناول هذه المسألة، لم ينظر التقرير في تمويل تدابير التنفيذ بالتفصيل.
- 168 يُرجى مراجعة القسم 3.3.5.
- 169 بارتوليني، ص 239 إلى ص 240.
- 170 في العام 2018، قدمت 191 دولة تقارير. وفي العام 2019، انخفض العدد إلى 166 دولة (أو 84٪)، ولكن ربما كان ذلك بسبب تأثير جائحة كوفيد-19: يرجى مراجعة منظمة الصحة العالمية، التقرير السنوي عن تنفيذ اللوائح الصحية الدولية (2005) (التقرير السنوي للوائح الصحية الدولية لعام 2020)، 12 أيار/مايو 2020، الوثيقة رقم A73/14، الفقرة 9، https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA73/A73_14-en.pdf.
- 171 بارتوليني، ص 244.
- 172 المرجع نفسه، ص 247؛ انظر المجلس العالمي لرصد التأهب، عالم في حالة اضطراب، ص 43.
- 173 انظر مثلاً JH Ausubel و DG Victor، "التحقق من الاتفاقيات الدولية" المراجعة السنوية حول الطاقة والبيئة 1-43، 17: 1992، جامعة روكفلر، <https://phe.rockefeller.edu/publication/verification-international-environmental-agreements/>.
- 174 الاتفاقية الدولية لسلامة الأرواح في البحار لعام 1974، 3 UNTS 1184؛ الاتفاقية الدولية لمنع التلوث من السفن 1978/1973، 16 UNTS 1340؛ الاتفاقية الدولية لقياس حمولة السفن لعام 1969، 3 UNTS 1291؛ الاتفاقية الدولية لخطوط التحميل لعام 1966، 133 UNTS 640؛ الاتفاقية الدولية لمعايير التدريب والإجازة والخفارة للملاحين لعام 1978، 2 UNTS 1361؛ الأنظمة الدولية لمنع المصادمات في البحار 1972، 16 UNTS 1050.
- 175 المدونة الثالثة، التمهيد.
- 176 المنظمة البحرية الدولية، دليل المدقق لنظام مراجعة الدول الأعضاء في المنظمة البحرية الدولية، القسم 12.
- 177 بارتوليني، ص 247.
- 178 القرار 3 الصادر عن المؤتمر الدولي الثالث والثلاثين، الفقرة (2) و(3).
- 179 عملية المسح المتعلقة بمراسم الطوارئ في الأرجنتين، السؤال 1.
- 180 المدونة الثالثة للمنظمة البحرية الدولية، الفقرة 3.
- 181 انظر مثلاً، الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي، "الدليل المعني بالقانون والحد من مخاطر الكوارث"، 2015، ص 21، <https://disasterlaw.ifrc.org/media/1349>.
- 182 القرار (2) الصادر عن المؤتمر الدولي الثالث والثلاثين.
- 183 عملية المسح المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة في سريلانكا، السؤال 1.
- 184 عملية المسح المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة في نيجيريا، QIV.1.
- 185 عملية المسح المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة في سيراليون، السؤال 1 والسؤال 7.
- 186 بارتوليني، ص 247.
- 187 المنظمة البحرية الدولية، الدليل المخصص للمدقق لنظام المراجعة المتعلقة بالدول الأعضاء في المنظمة البحرية الدولية، القسم 12.
- 188 على سبيل المثال، تشترط الاتفاقية الدولية لسلامة الأرواح في البحار على الأطراف بأن "ترسل إلى الأمين العام للمنظمة الاستشارية الحكومية الدولية للملاحة البحرية وبأن تودع لديه... نصوص القوانين والمراسيم والأوامر واللوائح والصكوك الأخرى الصادرة بشأن مختلف المسائل التي تقع في نطاق هذه [الاتفاقية]". المادة الثالثة من البروتوكول الصادر عام 1988 والمتعلق بالاتفاقية الدولية لسلامة الأرواح في البحار. تتضمن الاتفاقية البحرية الأخرى أحكاماً مماثلة: راجع مثلاً المادة 11 (1) (ب) من الاتفاقية الدولية لمنع التلوث الناجم عن السفن، والمادة الثالثة الفقرة (1) (أ) من الاتفاقية الدولية لمعايير التدريب والشهادات والمراقبة للبحارة. تسمح المنظمة البحرية الدولية للدول بتحميل القوانين البحرية الوطنية إلى المجالات المتاحة للعموم ضمن نظام معلومات الشحن العالمي المتكامل الخاص بها <https://gis.imo.org/Public/Default.aspx>.

- 189 راجع بارتوليني، ص 248.
- 190 راجع <https://www.worldbank.org/en/topic/pandemics/brief/pandemic-emergency-financing-facility>.
- 191 راجع <https://www.theglobalfund.org/en/>.
- 192 راجع <https://www.gavi.org>.
- 193 راجع <https://cepi.net>.
- 194 راجع مثلاً الرابط التالي <https://www.imo.org/en/OurWork/TechnicalCooperation/Pages/Default.aspx>.
- 195 https://www.who.int/ihr/publications/WHO_HSE_IHR_2009.3/en/.
- 196 راجع <https://www.who.int/hac/techguidance/preparedness/WHO-Thematic-Platform-Health-EDRM-Research-Network-2018.pdf?ua=1>.
- 197 منصة منظمة الصحة العالمية المواضيعية لشبكة أبحاث إدارة الطوارئ الصحية ومخاطر الكوارث: تقرير اجتماع خبراء كوبي WHO Thematic Platform for Health Emergency and Disaster Risk Management Research Network (TPRN): Report of the Kobe Expert Meeting. المجلة الدولية لأبحاث البيئة والصحة العامة 2019، 16، 1232 <https://doi.org/10.3390/ijerph16071232>.
- 198 إنَّ عدداً من أنظمة الإنذار المبكر الإقليمية المطبقة للتحذير من الكوارث بشكل عام قد ينطبق أيضاً على الطوارئ الصحية العامة: على سبيل المثال، داخل الاتحاد الأوروبي ورابطة أمم جنوب شرق آسيا.
- 199 مسح الطوارئ الصحية العامة في البرازيل: القرار رقم 1865 بتاريخ 10 آب/أغسطس 2006. راجع منظمة الصحة العالمية، اللوائح الصحية الدولية (2005): مجموعة أدوات لتنفيذ التشريعات الوطنية International Health Regulations (2005): Toolkit for implementation of national legislation، الصفحة 136.
- 200 اللوائح الصحية الدولية، المادة 7 (1). ينبغي أن تتصرف جهة التنسيق الوطنية المعنية باللوائح الصحية الدولية وفقاً لنص قرار اللوائح الصحية الدولية، إلى جانب تبليغ منظمة الصحة العالمية أيضاً بأي تدبير صحي يتم تنفيذه في سياق الاستجابة.
- 201 مسح الطوارئ الصحية العامة في سويسرا، السؤال رقم 12؛ المادة 80 (3) من القانون الفدرالي بشأن مكافحة الأمراض المعدية التي تصيب الإنسان، 28 أيلول/سبتمبر 2012.
- 202 قد يكون ذلك صحيحاً بشكل خاص في حال الشك في الجهة المسؤولة. على سبيل المثال، أشارت عمليات مسح الطوارئ الصحية العامة إلى الدور المتنازع عليه للحكومات المركزية والإقليمية في الإعلان عن الطوارئ الصحية العامة.
- 203 راجع أيضاً الفصل 4.
- 204 مسح الطوارئ الصحية العامة في أستراليا: قانون الأمن الصحي الوطني لعام 2007 (أستراليا)، القسم 19.
- 205 للاطلاع على مناقشة عامة لهذه التطورات، راجع س. ويتبورن "حماية المعرفة 'Protection of Knowing': المفهوم المتطور للإنذار المبكر وواجبات الدول في الإبلاغ عن مخاطر الكوارث والتحذير منها The Evolving Concept of Early Warning and States' Obligations to Inform of Disaster Risk and Warn of Disaster"، دليل كامبردج للحد من مخاطر الكوارث والقانون الدولي، كاي ال اتش سامويل، م أرونسون-ستورييه وك ناكاجافاني بوكميلر (منشورات جامعة كامبردج، 2019) ص. 131-149.
- 206 إطار س-ينداي - الفقرة 18 (ز).
- 207 لجنة القانون الدولي، مسودة المواد المتعلقة بحماية الأشخاص في حال وقوع الكوارث، مع التعليقات، 2 أيار/مايو إلى 10 حزيران/يونيو و4 تموز/يوليو إلى 12 آب/أغسطس 2016، A/71/10، https://legal.un.org/ilc/texts/instruments/english/commentaries/6_3_2016.pdf، مسودة المادة 9 (1).
- 208 المرجع نفسه، التعليق على مسودة المادة 8.
- 209 تقرير التأهب للكوارث والاستجابة لها، الفصل 4، ص 67.
- 210 المرجع نفسه، ص 77.
- 211 المرجع نفسه.
- 212 المرجع نفسه، ص 29.
- 213 المرجع نفسه، ص 33.
- 214 المرجع نفسه، ص 37.
- 215 المرجع نفسه، ص 37.
- 216 تُعدُّ كيفية وصف المشاركين في إدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة مشكلةً في حدِّ ذاتها. فبعض المصطلحات المستخدمة قد تُعتبر بحدِّ ذاتها وكأنَّها تستثني مجموعاتٍ أو أفراداً معيّنين أو تُشير إلى أنَّ دور هؤلاء المجموعات أو الأفراد أقلَّ ممَّا ينبغي. ولكن، يمكن التمييز ربَّما بين (1) الذين لديهم واجبات محدَّدة موكلة إليهم في التشريعات عادةً - وهي السلطات العامة غالباً، و(2) الذين قد لا يتواجدون في صلب عملية الاستجابة ولكن يمكنهم رغم ذلك المساهمة من خلال توفير الدعم أو للاستخدام الداخلي

الموارد أو المشورة أو من خلال تمثيل الآخرين الذين قد يتضررون. استناداً إلى هذا التمييز، يستخدم هذا التقرير مصطلح "الجهة الفاعلة" لوصف المنظمات الأساسية التي قد تمارس وظائف تنفيذية، بينما يتم استخدام المصطلحين "أصحاب المصلحة" أو "المشاركين" لوصف مجموعة أوسع من المعنيين بإدارة مخاطر الطوارئ الصحية العامة.²¹⁷ المبدأ رقم 1 من مبادئ بانكوك.

²¹⁸ المرجع نفسه، المبدأ رقم 2.

²¹⁹ مسح الطوارئ الصحية العامة في المملكة المتحدة، السؤال رقم 1. راجع، على سبيل المثال، قانون الصحة العامة (مكافحة الأمراض) الصادر عام 1984 في إنجلترا وويلز <<https://www.legislation.gov.uk/ukpga/1984/22/contents>>. على الرغم من أن المملكة المتحدة اضطرت أيضاً إلى إقرار تشريع طارئ، وهو القانون المتعلق بفيروس كورونا الصادر عام 2020، لسدّ ثغرات معينة ومنح صلاحيات معززة، ولكن لا يزال من الممكن وصفه بأنه تشريع مرتبط بالصحة العامة.

²²⁰ المرجع نفسه، قانون الطوارئ المدنية الصادر عام 2004 (المملكة المتحدة) <<https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2004/36/contents>>.

²²¹ مسح الطوارئ الصحية العامة في أستراليا، السؤال رقم 2.1. راجع قانون الأمن الحيوي الصادر في العام 2015 (أستراليا، كومنولث)، قانون الأمن الوطني المعني بالصحة والصادر عام 2007 (أستراليا، كومنولث)؛ قانون الصحة العامة والرفاه الصادر عام 2008 (فيكتوريا)؛ لوائح الصحة العامة والرفاه الصادرة عام 2019 (فيكتوريا)؛ قانون الصحة العامة الصادر عام 2010 (نيو ساوث ويلز)؛ لوائح الصحة العامة الصادرة عام 2012 (نيو ساوث ويلز).

²²² مسح الطوارئ الصحية العامة في البرازيل، السؤال رقم 1 والسؤال رقم 12 وراجع المرسوم رقم 188 الصادر في 3 شباط/فبراير 2020.

²²³ المرجع نفسه، المرسوم رقم 10.211 الصادر بتاريخ 30 كانون الثاني/يناير 2020.

²²⁴ مسح الطوارئ الصحية العامة في ليبيريا: قانون الصحة العامة بصيغته المنقّحة (2019) (ليبيريا) <http://www.moh.gov.lr/wp-content/uploads/FINISHED-DRAFT-REVISED-PUBLIC-HEALTH-LAW-REPUBLIC-OF-LIBERIA-2019_Validation.pdf>.

²²⁵ مسح الطوارئ الصحية العامة في الصين، السؤالان 1 و2.

²²⁶ مسح الطوارئ الصحية العامة في جمهورية كوريا - السؤال 2.1؛ وراجع قانون الحجر الصحي (القانون رقم 9846) (جمهورية كوريا) <http://elaw.klri.re.kr/eng_service/lawView.do?hseq=53531&lang=ENG> وقانون مكافحة الأمراض المعدية والوقاية منها (القانون رقم 17067) (جمهورية كوريا) <http://elaw.klri.re.kr/eng_service/lawView.do?hseq=53530&lang=ENG>.

²²⁷ المرجع نفسه: القانون الإطاري لإدارة الكوارث والسلامة (القانون رقم 15344)

<http://elaw.klri.re.kr/eng_service/lawView.do?hseq=46614&lang=ENG>.

²²⁸ مسح الطوارئ الصحية العامة في سري لانكا، السؤال رقم 1: على سبيل المثال، مرسوم الحجر الصحي الصادر في العام 1897، دستور سري لانكا، مرسوم الأمن العام الصادر عام 1947 وقانون إدارة الكوارث الصادر في العام 1947.

²²⁹ المرجع نفسه: القانون رقم 9 الصادر في 24 كانون الثاني/يناير 1979 الذي يتم إصدار التدابير الصحية بموجبه (كولومبيا).

²³⁰ مسح الطوارئ الصحية في كولومبيا: القانون 1753 الصادر عام 2015 (كولومبيا).

²³¹ المرجع نفسه: المرسوم 1547 الصادر في 21 حزيران/يونيو 1984 والذي تم بموجبه إنشاء الصندوق الوطني للكوارث وإصدار قواعد تنظيمه وتشغيله.

²³² المرجع نفسه: القانون رقم 1523 الصادر بتاريخ 24 نيسان/أبريل 2012 والذي تم بموجبه اعتماد السياسة الوطنية لإدارة مخاطر الكوارث وتم بموجبه وضع النظام الوطني لإدارة مخاطر الكوارث والأحكام الأخرى (كولومبيا).

²³³ المرجع نفسه، الدستور الكولومبي <https://www.constituteproject.org/constitution/Colombia_2005.pdf>.

²³⁴ مسح الطوارئ الصحية العامة في الولايات المتحدة الأمريكية، السؤال رقم 3.

²³⁵ مسح الطوارئ الصحية العامة في جنوب أفريقيا: قانون إدارة الكوارث رقم 57 لعام 2002 (جنوب أفريقيا)

<https://www.gov.za/sites/default/files/gcis_document/201409/a57-020.pdf>.

²³⁶ مسح الطوارئ الصحية العامة في هندوراس: المرسوم التشريعي رقم 9-90E، "قانون الطوارئ الوطنية" (هندوراس)، 18 كانون الأول/ديسمبر 1990، المرسوم

التشريعي رقم 217-93، "قانون الطوارئ الوطنية"، 13 تشرين الأول/أكتوبر 1993، تعديل المرسوم التشريعي رقم 9-90E (هندوراس).

²³⁷ المرجع نفسه، الاتفاق التنفيذي 032-2010، 30 تموز/يوليو 2010 (هندوراس).

²³⁸ قانون التأهب للكوارث وإدارة الطوارئ الصادر عام 1993 (جامايكا)

<<https://moj.gov.jm/sites/default/files/laws/The%20Disaster%20Preparedness%20and%20Emergency%20Management%20Act.pdf>>.

^{df}

²³⁹ راجع المبدأ رقم 7 من مبادئ بانكوك.

²⁴⁰ مسح الطوارئ الصحية العامة في نغوالو: قانون الصحة العامة لعام 2008، القسم 2.

²⁴¹ من المفهوم أنَّ الحكومة الهندية طرحت مشروع قانون الصحة العامة (الوقاية من الأوبئة والإرهاب البيولوجي ومكافحتها وإدارتها، والكوارث (تعديل)) في عام 2017 لوضع أحكام شاملة، لكنّ مشروع القانون لم يصبح قانوناً على ما يبدو. راجع باريكشيت غويال، "قانون الأمراض الوبائية لعام 1897 يحتاج إلى مراجعة عاجلة" (The

- 242 مسح مراسيم الطوارئ في أوغندا: https://www.kcca.go.ug/uDocs/public%20health%20act%20Chapter_281.pdf.
- 243 مسح مراسيم الطوارئ في زامبيا: <http://www.parliament.gov.zm/sites/default/files/documents/acts/Public%20Health%20Act.pdf>.
- 244 مسح الطوارئ الصحية العامة في نيجيريا: <http://lawsfnigeria.placng.org/laws/Q2.pdf>.
- 245 مسح مراسيم الطوارئ في غرينادا.
- 246 مسح مراسيم الطوارئ في ليسوتو: مرسوم الصحة العامة لعام 1970 (ليسوتو).
- 247 مسح الطوارئ الصحية العامة في ليبيريا: قوانين الصحة العامة للعام 1976 (ليبيريا).
- 248 مسح الطوارئ الصحية العامة في سنغافورة: قانون الأمراض المعدية (سنغافورة)، القسم 2. يضم أيضًا القانون إلى جانب قائمة من الكوارث المرضية المحددة، "أي مرض آخر: (1) ينتج عن أو يُشتبه في أنه ناتج عن كائن مجهري أو أي عامل آخر من عوامل المرض، (2) وقادر أو يُشتبه في قدرته على الانتقال بأي وسيلة كانت إلى الإنسان؛ (3) ويرى مدير [الخدمات الطبية]، لأي سبب من الأسباب، أنه سيتحول على الأرجح إلى وباء في حال لم يتم ترصده أو مراقبته."
- 249 مسح الطوارئ الصحية العامة في جمهورية كوريا: قانون مكافحة الأمراض المعدية والوقاية منها (كوريا)، المادة 2(5).
- 250 مسح الطوارئ الصحية العامة في جزر مارشال: قانون حالات الطوارئ للعام 1979 (جزر مارشال)، القسم 1102
- 251 مسح الطوارئ الصحية العامة في أستراليا: راجع قانون إدارة حالات الطوارئ لعام 1986 (فيكتوريا)؛ قانون إدارة حالات الطوارئ والإغاثة لعام 1989 (نيو ساوث ويلز).
- 252 مسح الطوارئ الصحية العامة في إيران، السؤال رقم 2.
- 253 مكتب الأمم المتحدة للحد من مخاطر الكوارث، "استعراض إدارة مخاطر كارثة كوفيد-19 في منطقة آسيا والمحيط الهادئ: نحو الحد من مخاطر الكوارث المتعددة الأخطار والقطاعات" (Disaster Risk Reduction)، 2020، <https://www.undrr.org/publication/review-covid-19-disaster-risk-governance-asia-pacific-towards-multi-hazard-and-multi>
- 254 مسرد مكتب الأمم المتحدة للحد من مخاطر الكوارث على شبكة الإنترنت <https://www.undrr.org/terminology>.
- 255 مركز مكافحة الأمراض والوقاية منها (الولايات المتحدة الأمريكية) الأمراض الحيوانية المصدر <https://www.cdc.gov/onehealth/basics/zoonotic-diseases.html>.
- 256 <http://www.fao.org/3/al868e/al868e00.pdf>.
- 257 برينيشني ر نايكاكير، "تأثير تغير المناخ والعوامل الأخرى على الأمراض الحيوانية المصدر" (The impact of climate change and other factors on zoonotic diseases)، Archives of Clinical Microbiology، 2011، <https://www.acmicrob.com/microbiology/the-impact-of-climate-change-and-other-factors-on-zoonotic-diseases.pdf>.
- 258 مسح الطوارئ الصحية العامة في الولايات المتحدة الأمريكية: خطة أميركا الشمالية للأمن الحيواني والوبائية، 33-35، 2 نيسان/أبريل 2012
- 259 مسح الطوارئ الصحية العامة في المملكة المتحدة، السؤال رقم 2: قانون الصحة الحيوانية لعام 1981، المادتان 29 و30؛ وقانون الصحة الحيوانية لعام 2002 (إنكلترا وويلز).
- 260 مسح الطوارئ الصحية العامة في ليبيريا: قانون الصحة العامة (ليبيريا)، الفصل 17.
- 261 المصدر نفسه: قانون الصحة العامة (ليبيريا)، القسم 17.3. يُعيّن مسؤول لتأدية الواجبات التنظيمية المتعلقة بالأمراض الحيوانية المصدر. تشمل تدابير الحد من المخاطر صلاحيات تفتيش الأماكن التي قد تحتوي على أمراض حيوانية المصدر.
- 262 سَجَل الاستثناء في مسح الطوارئ الصحية العامة في جمهورية كوريا إذ يوضح قانون الطوارئ الصحية العامة الأساسي، أي قانون مكافحة الأمراض المعدية والوقاية منها، من عنوانه، أنه معني بالوقاية من الطوارئ الصحية العامة ومكافحتها أيضًا.
- 263 يُعد التنسيق والتعاون موضوعًا منفصلًا هنا، لكنه يرتبط ارتباطًا وثيقًا بقضايا القيادة والمشاركة والتمثيل التي تم تناولها في أقسام أخرى، ويتداخل معها.
- 264 تقرير التأهب للكوارث والاستجابة لها، ص. 33.
- 265 مسح الطوارئ الصحية العامة في كولومبيا، السؤال رقم 5.
- 266 مسح الطوارئ الصحية العامة في جنوب أفريقيا، الأسئلة رقم 2 و3 و7 و8.
- 267 مسح الطوارئ الصحية العامة في المملكة المتحدة، الأسئلة رقم 5-7.
- 268 مسح الطوارئ الصحية العامة في الإمارات العربية المتحدة، السؤال رقم 7.

- 269 مسح الطوارئ الصحية العامة في بلغاريا، السؤال رقم 7 و 8.
- 270 مسح الطوارئ الصحية العامة في سيراليون، السؤال رقم 7.
- 271 مسح الطوارئ الصحية العامة في المملكة المتحدة: قانون حالات الطوارئ المدنية لعام 2002 (التخطيط لحالات الطوارئ) أنظمة عام 2005 (المملكة المتحدة).
- 272 تقرير التأهب للكوارث والاستجابة لها، ص. 37.
- 273 تكشف عمليات المسح المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة عن بعض الاختلافات في طريقة تحديد الأدوار القيادية: ففي بعض الحالات، تتمثل في نص صريح في التشريعات، وفي حالات أخرى، تُترك للخطط أو السياسات أو التوجيهات.
- 274 مسح الطوارئ الصحية العامة في نيوزيلندا: راجع قانون التأهب للأوبئة 2006 (نيوزيلندا)، القسم 5.
- 275 مسح الطوارئ الصحية العامة في جمهورية الكونغو الديمقراطية.
- 276 تقرير التأهب للكوارث والاستجابة لها، ص. 36.
- 277 مسح الطوارئ الصحية العامة في البرازيل، السؤال رقم 5.
- 278 مسح الطوارئ الصحية العامة في جمهورية كوريا، السؤال رقم 2.5.
- 279 مسح الطوارئ الصحية العامة في كولومبيا، السؤال رقم 5.
- 280 مسح الطوارئ الصحية العامة في بابوا غينيا الجديدة، السؤال رقم 3.
- 281 مسح الطوارئ الصحية العامة في جمهورية كوريا، السؤال رقم 2.5 (أ): يسمح مؤشر الأمان الكوري للحكومات المحلية بإتاحة المعلومات بشكل مباشر للمواطنين من خلال خرائط السلامة العامة التي يمكن الوصول إليها على الإنترنت وعبر تطبيق على الهاتف المحمول. وهو مصمم لتعزيز وعي المواطنين بالمخاطر وتقديم خدمة الإنذار مع معلومات آنية باستخدام نظام تحديد المواقع (GPS) في الأجهزة المحمولة. كذلك، يتضمن فئة لمخاطر الصحة العامة.
- 282 مسح الطوارئ الصحية العامة في ليبيريا، السؤال رقم 5 و 6.
- 283 راجع مثلاً مسح الطوارئ الصحية العامة في المملكة المتحدة. يتم التركيز في المملكة المتحدة على التخطيط على مستوى الحكومة المحلية باعتباره المدمك الأساسي لإدارة مخاطر الكوارث. راجع قانون الطوارئ المدنية لعام 2004 ولوائح قانون الطوارئ المدنية لعام 2004 (التخطيط للطوارئ) لعام 2005. بموجب هذا النظام، فإن المستجيبين المحليين، ولا سيما خدمات الطوارئ والسلطات والوكالات المحلية التي تحظى بوجود على الصعيد المحلي، مُطلّبة بتقييم المخاطر وإعداد خطط الطوارئ. وتقوم السلطات الصحية المحلية والهيئات التي تمثل الأطباء بتغطية هذه الواجبات بشكل ملحوظ ويُطلب منها التعاون مع المستجيبين الآخرين من خلال منتديات المرونة المحلية.
- 284 مسح الطوارئ الصحية العامة في كولومبيا، السؤال رقم 2.7: القانون 1505 الصادر في 5 كانون الثاني/يناير 2012.
- 285 المرجع نفسه. يوفر النظام أيضًا حوافز للتطوع، مثل تقديم منافع الضمان الاجتماعي والفرص التعليمية وبدلات نفقات المعيشة للأعضاء.
- 286 تقرير التأهب للكوارث والاستجابة لها، ص. 32.
- 287 تقرير التأهب للكوارث والاستجابة لها، ص. 36.
- 288 الهدف 3 من أهداف التنمية المستدامة، المقصد 3.د.
- 289 يُستخدم مصطلح "الرعاية الاجتماعية" للإشارة إلى الرعاية المقدمة للأفراد سواء كانوا من كبار السن أو الأشخاص ذوي الإعاقة أو الأطفال. ويمكن تقديمها رسميًا من قبل المنظمات أو بشكل غير رسمي من قبل المجتمعات المحلية أو العائلات أو الأفراد.
- 290 اتفاقيات جنيف؛ النظام الأساسي للحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر الذي اعتمدته المؤتمر الدولي الخامس والعشرون للصليب الأحمر في جنيف في العام 1986، والمعدل في عامي 1995 و 2006؛ والقرار 2 الصادر عن المؤتمر الدولي الثلاثين والقرار 4 الصادر عن المؤتمر الدولي الحادي والثلاثين.
- 291 عادةً ما تتم صياغة بنود الأهداف في مثل هذه التشريعات لتشمل مثلاً الاستمرار والمساعدة في العمل على "تحسين الصحة والوقاية من المرض"؛ أو بصيغة شائعة، "في حالة المصائب أو الكوارث العامة، لتقديم الإغاثة للضحايا".
- 292 مسح مراسيم الطوارئ في هايتي، السؤال رقم 2؛ والاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر، "مستجّبات عملية الاستجابة لتفشي جائحة كوفيد-19 – الإصدار رقم 9" COVID-19 Outbreak Operational Update #9، 2 نيسان/أبريل 2020.
- 293 مسح مراسيم الطوارئ في السودان، السؤال رقم 2.
- 294 مسح مراسيم الطوارئ في غينيا، السؤال رقم 2.
- 295 مسح مراسيم الطوارئ في غينيا، السؤال رقم 2.
- 296 مسح مراسيم الطوارئ في السودان.
- 297 مسح مراسيم الطوارئ في البهاماس، السؤال رقم 2.
- 298 مسح مراسيم الطوارئ في غواتيمالا، السؤال رقم 2.
- 299 مسح مراسيم الطوارئ في زامبيا، السؤال رقم 2.

300 مسح مراسيم الطوارئ في نيجيريا: راجع المادة 1(ب)(3)، الخطة الوطنية للاستجابة للكوارث (الوكالة الوطنية لإدارة الطوارئ) (2002) (نيجيريا)

<https://www.refworld.org/docid/5b3f83af4.html>

301 مسح مراسيم الطوارئ في نيجيريا، السؤال رقم 2.

302 يركز هذا القسم على المدارس. تجدر الإشارة إلى أن الجامعات والمدارس في العديد من الدول يمكن أن تتأثر بالطوارئ الصحية العامة وهذا ما حصل خلال جائحة كوفيد-19. ولكن، لم يُطلب من عمليات المسح الخاصة بالطوارئ الصحية العامة أن تغطي هذه المؤسسات أو طلابها.

303 بحلول نهاية نيسان/أبريل 2020، فُرض إغلاق المدارس في 190 بلداً، ما أوقف التعليم لما يقارب 1.58 مليار متعلّم أو ما يناهز 92% من العدد الإجمالي للتلاميذ والطلّاب. راجع اليونسكو،

<https://en.unesco.org/news/unesco-figures-show-two-thirds-academic-year-lost-average-worldwide-due-covid-19-school>

304 تقرير التأهب للكوارث والاستجابة لها، ص. 66.

305 علّق تقرير آفاق الاقتصاد العالمي الصادر عن صندوق النقد الدولي في تشرين الأول/أكتوبر 2020 فيما يخصّ جائحة كوفيد-19 قائلاً إنّ "العديد من البلدان قد اتخذت... إجراءات مالية تبلغ قيمتها 11,7 تريليون دولار لاحتواء الجائحة والضرر الذي ألحقته بالاقتصاد، بالإضافة إلى تدابير البنك المركزي التي تجاوزت 7.5 تريليون دولار". صندوق النقد الدولي، تقرير آفاق الاقتصاد العالمي، تشرين الأول/أكتوبر 2020: رحلة صعود طويلة وشاقة <https://www.imf.org/ar/Publications/WEO/Issues/2020/09/30/world-economic-outlook-october-2020>. قُدِّر العبء الاقتصادي والاجتماعي العام الناتج عن وباء/جائحة إيبولا بين 2013 و2016 بـ 53,19 مليار دولار. راجع كارولين هوبير، لين فينيلي، وارين ستيفنز، العبء الاقتصادي والاجتماعي لنقشّي الإيبولا في العام 2014 في غرب أفريقيا The Economic and Social Burden of the 2014 Ebola Outbreak in West Africa، مجلة الأمراض المعدية، الجزء 218، الإصدار الإضافي رقم 5، 15 كانون الأول/ديسمبر 2018، ص 698-704 <https://doi.org/10.1093/infdis/jiy213>. راجع أيضاً: مدوّنتات البنك الدولي، تقدير الكلفة الاقتصادية للإيبولا <https://blogs.worldbank.org/developmenttalk/estimating-economic-cost-ebola> ومركز مكافحة الأمراض والوقاية منها في الولايات المتحدة، "كلفة وباء الإيبولا" Cost of the Ebola Epidemic <https://www.cdc.gov/vhf/ebola/pdf/cost-ebola-multipage-infographic.pdf>. قُدِّر البنك الدولي خسائر الناتج المحلي الإجمالي للعام 2003 في اقتصادات هونغ كونغ وسنغافورة وتايوان نتيجة المتلازمة التنفسية الحادة الوخيمة في المنطقة بمبلغ 13 مليار دولار، أو 1.1% من الناتج المحلي الإجمالي. وقُدِّر التقرير نفسه أثر النقشّي المُركّز للطاعون على نطاق ضيق في منطقة سورات في الهند في العام 1994 الذي أسفر عن خسائر بقيمة 260 مليون دولار في التجارة، وبقيمة 420 مليون دولار في الصادرات، وخسائر طالت الاقتصاد بشكل عام، بما فيها الخسائر التي تكبدها قطاع السياحة بما زاد عن ملياري دولار. راجع ورقة البحث السياساتي الصادرة عن البنك الدولي رقم 4466، ميلان برامبات، أريندام دوتا، "التأثيرات الاقتصادية الناجمة عن المتلازمة التنفسية الحادة الوخيمة أثناء نقشّي الأمراض المعدية" On SARS Type Economic effects during Infectious Diseases Outbreaks، كانون الثاني/يناير 2008، ص 8 <http://documents1.worldbank.org/curated/en/101511468028867410/pdf/wps4466.pdf>.

306 في المملكة المتحدة مثلاً. راجع مسح الطوارئ الصحية العامة في المملكة المتحدة، السؤال رقم 6.

307 تقرير التأهب للكوارث والاستجابة لها، ص. 36.

308 راجع على سبيل المثال مسح الطوارئ الصحية العامة في المملكة المتحدة، السؤال رقم 5. تضم هيكلية الرعاية الصحية الإنجليزية الإدارات الحكومية؛ وخدمة صحية وطنية متكافئة شبه حكومية؛ والسلطات المحلية؛ ومجموعات التكليف السريري؛ والأطباء العامّين ومقدّمي الرعاية الأولية؛ وصناديق المستشفيات والصحة العقلية والرعاية المجتمعية والإسعاف؛ ومقدّمي الرعاية الصحية الخاصة؛ ومقدّمي الرعاية الاجتماعية العامة والخاصة. وراجع صندوق نافيلد:

<https://www.nuffieldtrust.org.uk/chart/the-structure-of-the-health-and-social-system-in-england>

309 مسح الطوارئ الصحية العامة في البرازيل، السؤال رقم 5.

310 تقرير التأهب للكوارث والاستجابة لها، ص 59.

311 المرجع نفسه، ص 59.

312 المرجع نفسه، ص 60.

313 المرجع نفسه، ص 61.

314 مسح الطوارئ الصحية العامة في الهندوراس، السؤال 2: الاتفاق التنفيذي 2010-2032، 30 تموز/يوليو 2010 (هندوراس).

315 مسح الطوارئ الصحية العامة في نيوزيلندا، السؤال 1.

316 مسح الطوارئ الصحية العامة في سويسرا، السؤال 1.

317 مسح الطوارئ الصحية العامة في المملكة المتحدة، السؤال 5.

318 مسح الطوارئ الصحية العامة في سنغافورة، السؤال 13: دستور جمهورية سنغافورة، المادة 64أ، كما وردت في تعديل دستور جمهورية سنغافورة 2020 (رقم 24 لسنة 2020)؛ <https://sso.agc.gov.sg/Act/CONS1963#pr64A>

319 تقرير التأهب للكوارث والاستجابة لها، ص 63.

- ³²⁰ المرجع نفسه، ص 66.
- ³²¹ القائمة المرجعية حول التأهب للكوارث والاستجابة لها، البند 3، والصفحتان 18 و19.
- ³²² مسح الطوارئ الصحية العامة في جمهورية كوريا: وانظر مثلاً، هيونهي شين، "تمرين الطوارئ الذي أجرته جمهورية كوريا في كانون الأول/ديسمبر سهل فحوصات واحتواء فيروس كوفيد-19"، رويترز، 30 آذار/مارس 2020، <https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-southkorea-drills-idUSKBN21H0BQ>.
- ³²³ يشير مسح الطوارئ الصحية العامة في الهند، مثلاً، إلى أن الحماية الواسعة النطاق التي تتمتع بها الحكومة الهندية بموجب القانون (والتي تمنع الدعاوى القانونية بشأن التدابير المتخذة استجابة إلى حالة طوارئ صحية عامة) لقيت معارضة وأثارت جدلاً، خاصة أن فرض الحجر الصحي اعتُبر تدبيراً يؤثر سلباً في الحق الأساسي في حرية التنقل. وأشار أيضاً إلى أن الإغلاق التام في جميع أنحاء البلاد أعلن عنه من دون مشاورات أو إشعارات تُذكر، ما أوحى بأن الحكومة المركزية تجاوزت الأصول المعتمدة: انظر مسح الطوارئ الصحية العامة في الهند، السؤال 13.
- ³²⁴ مسح الطوارئ الصحية العامة في الهند في سيراليون.
- ³²⁵ تقرير لجنة المراجعة المعنية بتنفيذ اللوائح الصحية الدولية (2005) في ما يتعلق بجائحة H1N1 لعام 2009 (مراجعة H1N1)، 5 أيار/مايو 2011، الوثيقة رقم A64/10، https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_10-en.pdf?ua=1؛ تقرير لجنة المراجعة حول التمديدات الثانية لإنشاء القدرات الوطنية للصحة العامة وتنفيذ اللوائح الصحية الدولية، 16 كانون الثاني/يناير 2015، الوثيقة رقم EB136/22، https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB136/B136_22Add1-en.pdf؛ تقرير لجنة المراجعة حول دور اللوائح الصحية الدولية (2005) في نقشي فيروس إيبولا والاستجابة له (مراجعة إيبولا)، 13 أيار/مايو 2016، https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_21-en.pdf?ua=1؛ تقرير الفريق المعني بالتقييم المبدئي لفيروس إيبولا، تموز/يوليو 2015، <https://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/report-by-panel.pdf>.
- ³²⁶ انظر لجنة الخبراء المعنية بالمتلازمة التنفسية الحادة الوخيمة، "سارس في هونغ كونغ: من الخبرة إلى العمل"، تشرين الأول/أكتوبر 2003، <https://www.coronavirus.gov.hk/eng/sars-expert-committee.html>؛ وتقرير اللجنة المستقلة المعنية بالمتلازمة التنفسية الحادة الوخيمة"، كانون الأول/ديسمبر 2006، أونتاريو، http://www.archives.gov.on.ca/en/e_records/sars/report/index.html.
- ³²⁷ انظر مثلاً مكتب مجلس الوزراء في المملكة المتحدة، "جائحة الإنفلونزا لعام 2009 - مراجعة مستقلة لاستجابة المملكة المتحدة لجائحة الإنفلونزا لعام 2009"، تموز/يوليو 2010، https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/61252/the2009influenzapandemic-review.pdf.
- ³²⁸ منظمة الصحة العالمية، "توجيهات لإجراء الاستعراض المرحلي القطري لإجراءات مكافحة كوفيد-19 (الاستعراض المرحلي للإجراءات)"، 23 تموز/يوليو 2020، <https://apps.who.int/iris/handle/10665/333419>.
- ³²⁹ تقرير التأهب للكوارث والاستجابة لها، الفصل 5، الصفحات 91-79.
- ³³⁰ المرجع نفسه، ص 80.
- ³³¹ المرجع نفسه، ص 79.
- ³³² انظر مثلاً عملية مسح الطوارئ الصحية العامة في سويسرا، السؤال 12: القانون الفدرالي بشأن المبادئ القانونية لأوامر المجلس الفدرالي حول مكافحة جائحة كوفيد-19، والأوامر 1 و2 و3 بشأن التدابير اللازمة لمكافحة فيروس كورونا (كوفيد-19)؛ مسح الطوارئ الصحية العامة في منغوليا، السؤال 11: قانون منغوليا بشأن الوقاية من جائحة كوفيد-19 ومكافحتها والحد من أثرها على التنمية الاجتماعية والاقتصادية؛ مسح الطوارئ الصحية العامة في المملكة المتحدة، السؤال 11: قانون فيروس كورونا لسنة 2020؛ وانظر أيضاً السؤال 11 أو السؤال 12 بشكل عام في معظم عمليات مسح الطوارئ الصحية العامة الأخرى.
- ³³³ في بعض الدول، ليس من الضروري دائماً إصدار إعلان عام لتفعيل الصلاحيات الاستثنائية خلال الطوارئ الصحية العامة. في هذه الحالات، يكفي أن يقتنع صانع القرار بوجود حالة الطوارئ الصحية العامة أو باستيفاء الأخيرة معايير محددة مسبقاً.
- ³³⁴ الاستثناءات المبلغ عنها هي في جمهورية كوريا والإمارات العربية المتحدة، مع أن ذلك لا يعكس المعاني المختلفة لـ"الصلاحيات الاستثنائية" في جميع الدول المشمولة في العينة.
- ³³⁵ تقرير التأهب للكوارث والاستجابة لها، ص 80.
- ³³⁶ يمكن الاطلاع على مثال عن ذلك في عملية مسح الطوارئ الصحية العامة في الولايات المتحدة الأمريكية، في قانون روبرت ت. ستافورد حول التعافي من الكوارث والمساعدات الطارئة لسنة 1988 (الولايات المتحدة).
- ³³⁷ تقرير التأهب للكوارث والاستجابة لها، ص 79.

- 338 انظر مثلاً معهد راوول والنبرغ، "التأهب للجائحة والاستجابة لها: القوانين والسياسات الوطنية المتعلقة بجائحة كوفيد-19 من منظور حقوق الإنسان"، مسودة للتشاور، 28 كانون الثاني/يناير 2021، ص 63، <https://rwi.lu.se/wp-content/uploads/2021/01/Pandemic-preparedness-and-response-in-human-rights-perspective-final-report.pdf> (تقرير معهد والنبرغ).
- 339 المرجع نفسه، ص 63.
- 340 تقرير التأهب للكوارث والاستجابة لها، ص 83.
- 341 المرجع نفسه، ص 90.
- 342 المرجع نفسه، ص 90.
- 343 عملية مسح الطوارئ الصحية العامة في البرازيل، السؤال 7: المرسوم رقم 7.616 بتاريخ 17 تشرين الثاني/نوفمبر 2011 (البرازيل).
- 344 عملية مسح الطوارئ الصحية العامة في سنغافورة، السؤال 3: قانون الأمراض المعدية لسنة 1977 (سنغافورة)، المادة 58.
- 345 عملية مسح الطوارئ الصحية العامة في نيوزيلندا، السؤال 3: قانون التأهب للأوبئة لسنة 2006 (نيوزيلندا)، المادة 5.
- 346 عملية مسح الطوارئ الصحية العامة في فيتنام، السؤال 3: قانون الوقاية من الأمراض المعدية وضبطها لسنة 2007 (فيتنام)، المادة 42.
- 347 مثلاً، رئيسا ليبيريا وجمهورية الكونغو الديمقراطية؛ الحكومة الشعبية المركزية في الصين.
- 348 تقرير التأهب للكوارث والاستجابة لها، ص 90.
- 349 المرجع نفسه.
- 350 عملية مسح الطوارئ الصحية العامة في كولومبيا، السؤال 3: دستور كولومبيا، المادة 215.
- 351 عملية مسح الطوارئ الصحية العامة في نيوزيلندا، السؤال 3: قانون التأهب للأوبئة لسنة 2006 (نيوزيلندا)، المادة 5.
- 352 عملية مسح الطوارئ الصحية العامة في بابوا غينيا الجديدة، السؤال 2: دستور بابوا غينيا الجديدة، المادة 228.
- 353 تقرير التأهب للكوارث والاستجابة لها، ص 89.
- 354 عملية مسح الطوارئ الصحية العامة في كولومبيا السؤال 1.4: القانون رقم 1523 بتاريخ 24 نيسان/أبريل 2012: السياسة الوطنية لإدارة مخاطر الكوارث (كولومبيا).
- 355 مثلاً، عملية مسح الطوارئ الصحية العامة في المملكة المتحدة، السؤال 1: قانون الصحة العامة (ضبط الأمراض) لسنة 1984 (إنكلترا وويلز)، المادة 45D.
- 356 عملية مسح الطوارئ الصحية العامة في بلغاريا، السؤال 3: قانون الصحة (بلغاريا)، المادة 63.
- 357 عملية مسح الطوارئ الصحية العامة في سنغافورة: قانون الأمراض المعدية (الفصل 137) (سنغافورة)، المادة 17A، <https://sso.agc.gov.sg/Act/IDA1976#pr17A>.
- 358 تقرير التأهب للكوارث والاستجابة لها، ص 81.
- 359 يبدو أن المصطلحات تُستخدم للدلالة إلى المعنى نفسه في القوانين الوطنية، ولكنها ليست متطابقة بالضرورة مع التعريفات بموجب القانون الدولي، خصوصاً القانون الدولي الإنساني. ويمكن البحث لاحقاً في ما إذا كان هناك فارق مادي، أو إذا كانت الفروقات في الاستخدام تؤدي إلى آثار قانونية فعلية.
- 360 تقرير التأهب للكوارث والاستجابة لها، ص 90.
- 361 بدا أن معايير العزل الذاتي، وخصوصاً الحجر الصحي أو العزل الذاتي الإلزامي، تختلف إلى حد بعيد. فبعض التشريعات تتطلب توفر دليل منطقي على إصابة الشخص المعني؛ في حين اكتفت أخرى بالاشتباه بإصابته؛ وبموجب قوانين أخرى، يمكن إلزام شخص بالعزل الذاتي إذا توافرت أدلة منطقية على مخالطته لشخص مُصاب؛ وفي غيرها من القوانين، يمكن للمسؤول عن إنفاذ القانون فرض العزل المنزلي أو في فندق لمجرد اشتباهه بإصابة الشخص أو تعرّضه مؤخراً لخطر الإصابة.
- 362 انظر مثلاً Griffiths News، "جدول زمني لكوفيد-19 وحقوق الإنسان: التحديات في ظل حالة طوارئ عامة"، جامعة غريفيثس، 5 أيار/مايو 2020، <https://news.griffith.edu.au/2020/05/05/a-timeline-of-covid-19-and-human-rights-derogations-in-time-of-public-emergency/>؛ ناتاشا هولكروفت-إيميس، "فيروس كورونا: الدول ترتكب تعديات لتعليق العمل بموجبيات حقوق الإنسان"، مركز أكسفورد لحقوق الإنسان، 27 آذار/مارس 2020، <http://ohrh.law.ox.ac.uk/coronavirus-states-derogating-to-suspend-human-rights-obligations>؛ كريمة بنون، "لكي لا ننسى: كوفيد-19 وحقوق الإنسان" (المجلة الأميركية للقانون الدولي، العدد 114، الإصدار 4)، <https://doi.org/10.1017/ajil.2020.68>؛ تقرير معهد والنبرغ.
- 363 "مؤوضية الأمم المتحدة السامية لحقوق الإنسان ولجنة حقوق الإنسان تنظرون إلى التحديات على الحقوق خلال جائحة كوفيد-19"، 29 نيسان/أبريل 2020، <https://ijrcenter.org/2020/04/29/ohchr-human-rights-committee-address-derogations-during-covid-19>؛ وانظر أيضاً وثيقة الأمم المتحدة رقم CCPR/C/128/2 بتاريخ 24 نيسان/أبريل 2020.
- 364 تقرير معهد والنبرغ، ص 63.
- 365 الرابطة الأميركية للجنة الحقوقيين الدولية، "مبادئ سيراكوزا المتعلقة بأحكام التقييد وعدم التقيد الواردة في العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية"، 1985، <https://www.icj.org/wp-content/uploads/1984/07/Siracusa-principles-ICCPR-legal-submission-1985-eng.pdf>.

³⁶⁶ المرجع نفسه، الفقرة 25.

³⁶⁷ بورويل ضد المدير العام للصحة وآخرين [2020] المحكمة النيوزيلندية العليا 2090، https://www.courtsofnz.govt.nz/assets/cases/Borrowdale-v-D-F-of-Health-V_1.pdf.

³⁶⁸ دولان ضد وزير الصحة والرعاية الاجتماعية [2020] المحكمة الإنكليزية العليا 1786 (إدارية)، <https://www.judiciary.uk/wp-content/uploads/2020/07/DolanJudgment-FINAL-003-1-1.pdf>.
على العبادة الدينية. انظر: الملكة (بناء على شكوى حسين) ضد وزير الصحة والرعاية الاجتماعية [2020] المحكمة الإنكليزية العليا 1392 (إدارية)، <https://www.judiciary.uk/wp-content/uploads/2020/06/Transcript-of-Judgment-CO-1846-2020-Hussain-v-SS-for-Health-Social-Care.pdf>.

³⁶⁹ انظر تقرير التأهب للكوارث والاستجابة لها، ص 88.

³⁷⁰ عملية مسح الطوارئ الصحية العامة في جمهورية الكونغو الديمقراطية، السؤال 3.

³⁷¹ عملية مسح الطوارئ الصحية العامة في بابوا غينيا الجديدة، Q؛ دستور بابوا غينيا الجديدة، المادتان 238 و 239.

³⁷² عملية مسح الطوارئ الصحية العامة في نيوزيلندا: قانون التأهب للأوبئة لسنة 2006 (نيوزيلندا)، المادة 16.

³⁷³ لا تأتي عمليات مسح الطوارئ الصحية العامة على ذكر الكثير من الصلاحيات المحدودة زمنياً. وقد يعود ذلك إلى أن التشريعات المتعلقة بجائحة كوفيد-19 عُدلت أو استُبدلت مرات عدة، ما جعل البنود المتعلقة بانتهاء فترة نفاذ الصلاحيات متكررة.

³⁷⁴ رابطة القانون الدولي، "معايير باريس الدنيا بشأن معايير حقوق الإنسان في حالات الطوارئ". انظر مثلاً ريتشارد ب. ليليتش، "معايير باريس الدنيا بشأن معايير حقوق الإنسان في حالات الطوارئ" (1985) 79 الوثيقة رقم 1072، Am.J.Intl.L. <https://doi.org/10.2307/2201848>.

³⁷⁵ عملية مسح الطوارئ الصحية العامة في الهند، السؤال 13.

³⁷⁶ تشكل إحدى السيناريات أنه ليس من السهل دائماً العودة إلى منشورات "فيسبوك" أو "تويتر" لمعرفة تفاصيل التدابير القانونية المعتمدة، وبالتالي من المفضل توفير منصات تحمل طابعاً رسمياً أكثر لتسجيل التدابير والقوانين.

³⁷⁷ يعتمد التحليل في هذا الجزء على الأجوبة المقدمة في عمليات المسح الخاصة بالطوارئ الصحية العامة. وعلى الرغم من أن أسئلة عمليات المسح سعت إلى الحصول على معلومات عن جميع الطوارئ الصحية العامة، إلا أن معظم الأجوبة ترتبط حصراً بتأثير كوفيد-19. وهذا يعني أن التحليل يستند أيضاً بشكل عام إلى القوانين والسياسات المعتمدة في الدول للاستجابة لجائحة كوفيد-19، ويسجلها. هناك بعض الاستثناءات، لكن عمليات المسح الخاصة بالطوارئ الصحية العامة تقدم معلومات محدودة حول التدابير التي اتخذت قبل العام 2020. ولهذا السبب، لا بد من توخي الحذر لتجنب تعميم الأفكار المطروحة على جميع الطوارئ الصحية العامة بالاعتماد فقط على جائحة كوفيد-19.

³⁷⁸ تقرير التأهب للكوارث والاستجابة لها، الفصل 7.

³⁷⁹ تقرير التأهب للكوارث والاستجابة لها، الفصل 8.

³⁸⁰ تقرير التأهب للكوارث والاستجابة لها، الفصل 9.

³⁸¹ تقرير التأهب للكوارث والاستجابة لها، الصفحتان 104-105.

³⁸² مسح الطوارئ الصحية العامة في الهند، السؤال رقم 16.

³⁸³ جاء ذلك على الرغم من الرفض الأولي للجنة الطوارئ المنشأة بموجب اللوائح الصحية الدولية بالتوصية بتنفيذ هذه القيود بسبب الأدلة التي تشير بشكل عام إلى أن تقييد حركة السكان والسلع في حالات الطوارئ الصحية العامة قد يكون غير فعال ويبعد الموارد عن تدخلات أخرى ويوقف الدعم التقني والمساعدة الضرورية ويعرقل الأعمال وينعكس سلباً على اقتصادات الدول المتأثرة بحالات الطوارئ. منظمة الصحة العالمية، لجنة الطوارئ، بيان حول الاجتماع الثاني للجنة الطوارئ المعنية باللوائح الصحية الدولية (2005) بشأن نقشي فيروس كورونا المستجد، 30 كانون الثاني/يناير 2020 <https://reliefweb.int/report/world/statement-second-meeting-international-health-regulations-2005-emergency-committee>.
بعض الحالات كالأماكن التي تتخفف فيها قدرات الاستجابة أو الأماكن حيث ترتفع نسب انتقال العدوى بين الفئات المستضعفة.

³⁸⁴ مسح الطوارئ الصحية العامة في هندوراس، الأسئلة 14-17.

³⁸⁵ اقرأ مثلاً "طبيعة Nature" ماذا تقول البيانات حول إغلاق الحدود وانتشار فيروس كورونا"، 22 كانون الأول/ديسمبر 2020 <https://www.nature.com/articles/d41586-020-03605-6>.

³⁸⁶ مسح الطوارئ الصحية العامة في نيوزيلندا، السؤال رقم 15.

³⁸⁷ مسح الطوارئ الصحية العامة في ليبيريا، السؤال رقم 14.

³⁸⁸ مسح الطوارئ الصحية العامة في أستراليا، السؤال رقم 3.1.

³⁸⁹ مسح الطوارئ الصحية العامة في كولومبيا، السؤالان رقم 12 و 14.

³⁹⁰ مسح الطوارئ الصحية العامة في كولومبيا، السؤال رقم 14.

- 391 مسح الطوارئ الصحية العامة في ليبيريا، السؤال رقم 14.
- 392 مسح الطوارئ الصحية العامة في سيراليون، السؤال رقم 14.
- 393 منظمة الصحة العالمية "توصيات منظمة الصحة العالمية المحدثة حول التنقل الدولي عقب نقشي جائحة كوفيد-19" 29 شباط/فبراير 2020
<https://www.who.int/news-room/articles-detail/updated-who-recommendations-for-international-traffic-in-relation-to-covid-19-outbreak>.
- 394 تقرير التأهب للكوارث والاستجابة لها، الصفحة 101.
- 395 المنظمة الدولية للهجرة، الاتفاق العالمي من أجل الهجرة الآمنة والمنظمة والنظامية <<https://www.iom.int/global-compact-migration>>
- 396 العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية، المادة 12 (2).
- 397 المرجع نفسه، المادة 12 (4).
- 398 راجع، وزارة النقل في المملكة المتحدة، "التزام عالمي جديد لتحسين حقوق البحارة"، 9 تموز/يوليو 2020، <https://www.gov.uk/government/news/new-international-commitment-to-improve-seafarers-rights>.
- 399 مسح الطوارئ الصحية العامة في سريلانكا، السؤال رقم 16.
- 400 السقف الذي فرضته أستراليا على القادمين في ظل جائحة كوفيد-19 قد يشكل خرقاً للقوانين الدولية Australia's cap on arrivals during Covid pandemic
<https://www.theguardian.com/australia-news/2020/oct/22/australias-cap-on-arrivals-during-covid-pandemic-may-break-international-laws>
- 401 مسح الطوارئ الصحية العامة في أستراليا: راجع أيضاً محدثات الأمن البيولوجي لعام 2020 (طوارئ الأمن البيولوجي البشري) (فيروس كورونا البشري مع احتمالية تحوله إلى جائحة Human Coronavirus with Pandemic Potential) (متطلبات الحظر على السفر إلى الخارج في ظل حالة الطوارئ).
- 402 مسح الطوارئ الصحية العامة في منغوليا: قانون منغوليا حول الوقاية من الإصابة بفيروس كورونا (كوفيد-19) ومكافحته وتخفيف الآثار على التنمية الاجتماعية والاقتصادية Mongolia PHE Mapping: the Law of Mongolia on the Prevention and Fight against (Covid-19) Coronavirus Infection and minimising the effect on Social and Economic Development (29 نيسان/أبريل 2020).
- 403 مسح الطوارئ الصحية العامة في الإمارات العربية المتحدة وسريلانكا.
- 404 مسح الطوارئ الصحية العامة في طاجيكستان.
- 405 مفوضية الأمم المتحدة السامية لشؤون اللاجئين، "أزمة كوفيد-19: رسائل الحماية الأساسية The COVID-19 Crisis: Key Protection Messages"، 31 آذار/مارس 2020 <https://data2.unhcr.org/en/documents/download/75555>.
- 406 المرجع نفسه.
- 407 مسح الطوارئ الصحية العامة في أستراليا، السؤال رقم 4.1.
- 408 مسح الطوارئ الصحية العامة في إسبانيا، السؤال رقم 14.
- 409 الإعادة القسرية هو عمل تقوم به الدولة يؤدي إلى طرد أو عودة اللاجئ بأي طريقة إلى حدود الأراضي التي تتعرض فيها حياته أو حريته للتهديد بسبب عرقه أو دينه أو جنسيته أو انتمائه إلى فئة اجتماعية معينة أو رأي سياسي معين: راجع المادة 1(33) من الاتفاقية الخاصة بوضع اللاجئين، 28 تموز/يوليو 1951 <https://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/StatusOfRefugees.aspx>. ويرد مبدأ عدم الإعادة القسرية أيضاً في اتفاقية مناهضة التعذيب وغيره من ضروب المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة (المادة 3) والاتفاقية الدولية لحماية جميع الأشخاص من الاختفاء القسري (المادة 16). كما وظهر واجب عدم الإعادة القسرية في العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية (المادتان 6 و7) والأحكام ذات الصلة في معاهدات حقوق الإنسان الإقليمية.
- 410 مفوضية الأمم المتحدة السامية لشؤون اللاجئين، "أزمة كوفيد-19: رسائل الحماية الأساسية The COVID-19 Crisis: Key Protection Messages"، الصفحة 2.
- 411 مسح الطوارئ الصحية العامة في جمهورية كوريا: <https://www.nocutnews.co.kr/news/5364399>؛ <http://futurechosun.com/archives/46950>.
- 412 المرجع نفسه: https://www.hani.co.kr/arti/society/society_general/951608.html؛ <https://www.nocutnews.co.kr/news/5364399>.
- 413 تقرير التأهب للكوارث والاستجابة لها، الصفحة 18 والفصل 8.
- 414 مسح الطوارئ الصحية العامة في منغوليا، السؤال رقم 18.
- 415 مسح الطوارئ الصحية العامة في البرازيل، السؤال رقم 19.
- 416 مسح الطوارئ الصحية العامة في إسبانيا، السؤال رقم 19: Progressive Spain، "مناطق تأوي المشردين أثناء الإغلاق الشامل بسبب فيروس كورونا Regions shelter homeless during coronavirus lockdown"
<http://progressivespain.com/2020/03/24/regions-shelter-homeless-during-coronavirus-lockdown/>

- 417 راجع كيلي، ج. وآخرين "الإنصاف في المسكن من أجل الإنصاف في الصحة: نهج يعتمد على الحقوق للسيطرة على حمى لاسا بعد انتهاء الحرب في سيراليون الدولية وحقوق الإنسان، الجزء 13، العدد 1، 2013.
- 418 مسح الطوارئ الصحية العامة في نيوزيلندا، السؤال رقم 20.
- 419 مسح الطوارئ الصحية العامة في أستراليا، السؤال رقم 5.2: "Homes for Homeless Victorians During Pandemic and Beyond"، <https://www.premier.vic.gov.au/homes-homeless-victorians-during-pandemic-and-beyond>
- 420 المرجع نفسه: برنامج - Together Home https://www.coronavirus.dcj.nsw.gov.au/_data/assets/pdf_file/0006/783366/Together-Home-Program-fact-sheet.pdf
- 421 مسح الطوارئ الصحية العامة في هندوراس، السؤالان رقم 19 و 24.
- 422 مسح الطوارئ الصحية العامة في إسبانيا، السؤال رقم 19.
- 423 مسح الطوارئ الصحية العامة في كوريا، السؤال رقم 2.19: <https://www.japantimes.co.jp/opinion/2020/05/05/commentary/world-commentary/south-korea-stopped-covid-19-early/#.X0fHW8hKhPY>
- 424 مسح الطوارئ الصحية العامة في ليبيريا، السؤال رقم 19: https://www.unicef.org/evaldatabase/files/Liberia_2010-001_LBR201001-Assessing_WASH_Package_Interventions_in_5_Counties.pdf
- 425 المرجع نفسه: <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/MDR00005OU6.pdf> الصفحة 9.
- 426 مسح الطوارئ الصحية العامة في إسبانيا، السؤال رقم 18.
- 427 مسح الطوارئ الصحية العامة في كولومبيا، السؤال رقم 18: المرسوم 579 الصادر في 15 نيسان/أبريل 2020.
- 428 مسح الطوارئ الصحية العامة في سريلانكا، السؤال رقم 18.
- 429 مسح الطوارئ الصحية العامة في هندوراس، السؤال رقم 18.
- 430 مسح الطوارئ الصحية العامة في كولومبيا، السؤال رقم 18.
- 431 راجع مثلاً مسح الطوارئ الصحية العامة في سيراليون، السؤال رقم 18.
- 432 تقرير التأهب للكوارث والاستجابة لها، الصفحة 111.
- 433 الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر، "ما هو الاستضعاف؟" <https://www.ifrc.org/ar/%D9%85%D8%A7-%D9%87%D9%8A-%D8%A7%D9%84%D9%83%D8%A7%D8%B1%D8%AB%D8%A9%D8%9F%D8%A7%D9%84%D9%83%D8%A7%D8%B1%D8%AB%D8%A9%D8%9F> هو "ظروف تُحدّدها عوامل جسدية واجتماعية واقتصادية وبيئية أو عمليات تزيد من احتمالية تعرّض الفرد أو المجتمع أو الأصول أو الأنظمة لآثار الأخطار." مكتب الأمم المتحدة للحد من مخاطر الكوارث، المصطلحات <https://www.undrr.org/terminology/vulnerability> في حال وجود أيّ اختلاف في المعنى، يُعتدّ تعريف الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر في هذا التقرير.
- 434 المرجع نفسه.
- 435 تقرير التأهب للكوارث والاستجابة لها، الصفحة 18 والفصل 9.
- 436 المرجع نفسه، ص. 18-19.
- 437 تقرير التأهب للكوارث والاستجابة لها، ص. 114-116، و 125-129.
- 438 عمليات مسح الطوارئ الصحية العامة بشكل عام، السؤال رقم 25.
- 439 مسح الطوارئ الصحية العامة في البرازيل، السؤال رقم 23.
- 440 المرجع نفسه: المرسوم 413، الصادر في 13 آذار/مارس 2020 والمرسوم 419 الصادر في 17 آذار/مارس 2020.
- 441 المرجع نفسه: القانون 14.021.
- 442 تقرير التأهب للكوارث والاستجابة لها، ص. 120-122.
- 443 يستخدم هذا التقرير تعريف "الإعاقات" الوارد في ميثاق إدماج الأشخاص ذوي الإعاقة في العمل الإنساني (الفقرة 1.3): "يشمل مفهوم الأشخاص ذوي الإعاقة كل من يعاني من مشاكل جسدية أو نفسية أو ذهنية أو حسية على مدى طويل، والتي قد تتفاعل مع حواجز مختلفة لتعيق مشاركتهم الكاملة والفعالة وحصولهم على برامج إنسانية." <http://humanitarianidisabilitycharter.org>
- 444 في حالة الأشخاص ذوي الإعاقة، يقرّ ميثاق إدماج الأشخاص ذوي الإعاقة في العمل الإنساني "بأنّ الأشخاص ذوي الإعاقة يتأثرون بحالات الخطر والطوارئ الإنسانية بشكل غير متناسب، ويواجهون عقبات عديدة للحصول على الحماية والمساعدة الإنسانية، بما يشمل الإغاثة والدعم." (الفقرة 1.5). كذلك ينصّ الميثاق على "أنّ الوصول لمزيد من التقدم باتجاه العمل الإنساني المبدئي والفعال لن يتحقق إلا إذا شمل التأهب والاستجابة الإنسانية الأشخاص ذوي الإعاقة، وذلك تماشيًا مع المبادئ

الإنسانية وعدم التحيز، ومبادئ حقوق الإنسان في الكرامة المتأصلة والمساواة وعدم التمييز. " ينطبق الميثاق على حالات الخطر، بما في ذلك حالات الطوارئ الإنسانية والكوارث الطبيعية، وعلى كل مراحل الاستجابة الإنسانية من التأهب وبداية الأزمة، مروراً بالمرحلة الانتقالية، وصولاً إلى التعافي. (الفقرتان 1.1 و 1.4).

⁴⁴⁵ مسح الطوارئ الصحية العامة في البرازيل، السؤال رقم 24.

⁴⁴⁶ إسبانيا، مسح الطوارئ الصحية العامة - السؤال رقم 25: ENI CBC Med، "كوفيد-19 في إسبانيا: الأثر على كبار السن COVID-19 in Spain: impact on the elderly population" <http://www.enicbmed.eu/tec-med-covid-19-spain-impact-elderly-population>.

⁴⁴⁷ مسح الطوارئ الصحية العامة في كولومبيا، السؤالان رقم 23 و 24: القانون التشريعي 1751 الصادر في سنة 2015، الكونغرس الكولومبي (16 شباط/فبراير 2015)، (متوفر باللغة الإسبانية):

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf.

⁴⁴⁸ مسح الطوارئ الصحية العامة في كولومبيا، السؤال رقم 24.1: المبادئ التوجيهية للوقاية من الإصابة بفيروس كورونا والرعاية الصحية لذوي الإعاقة وعائلاتهم ومقدمي الرعاية لذوي الإعاقة والعاملين في القطاع الصحي Guidelines for prevention of infection of COVID-19 and health care for people with disabilities, their families, care takers of people with disabilities, and actors in the health sector (آذار/مارس 2020)، (متوفر باللغة الإسبانية): https://ccong.org.co/files/924_at_TEDS02%20-%20Minsalud.pdf. ومن الأمثلة على التدابير التي نتجت عن ذلك، نذكر مبادرة المعهد الكولومبي الوطني للمكفوفين الذي قام بترجمة التدابير الخاصة بمكافحة جائحة كوفيد-19 إلى لغة البريل، وتقديم توصيات محدّدة مثل التعقيم الدائم للعصاة وعدم المسك بيد المرافق أو كوعه وتنظيف مخالب الكلب المرافق بانتظام. تحذير الأمم المتحدة بشأن حماية ذوي الإعاقة (16 نيسان/أبريل 2020)، (متوفر باللغة الإسبانية): <https://www.eltiempo.com/politica/onu-alerta-sobre-situacion-de-discapacitados-durante-pandemia-485112>.

⁴⁴⁹ راجع مسح الطوارئ الصحية العامة في أستراليا، السؤال رقم 6.6.

⁴⁵⁰ مسح الطوارئ الصحية العامة في الإمارات العربية المتحدة، السؤال رقم 25: https://fcsa.gov.ae/en-us/Lists/D_Reports/Attachments/49/UAE%20Gov%20Initiatives%20to%20Combat%20Covid-19%20-%20En.pdf.

⁴⁵¹ مسح الطوارئ الصحية العامة في ليبيريا، السؤال رقم 26.

⁴⁵² تقرير التأهب للكوارث والاستجابة لها، ص. 132.

⁴⁵³ إسفير، "معايير الإدماج الإنساني لكبار السن والأشخاص ذوي الإعاقة"، 2018 <https://www.spherestandards.org/resources/humanitarian-inclusion-standards-for-older-people-and-people-with-disabilities/>.

⁴⁵⁴ أخبار الأمم المتحدة، "وكالة الصحة الأممية تحذّر من أن كوفيد-19 يهدّد التقدّم العالمي في مكافحة الملاريا COVID-19 threatens global progress against malaria, warns UN health agency"، 30 تشرين الثاني/نوفمبر 2020 <https://news.un.org/en/story/2020/11/1078752>.

⁴⁵⁵ العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، المادة 12.

⁴⁵⁶ مسح الطوارئ الصحية العامة في جمهورية الكونغو الديمقراطية، السؤال رقم 26: Cellule d'Analyse en Sciences Sociales، "دعم العلوم الاجتماعية في سياق جائحة كوفيد-19: خلاصة الدروس المستفادة رقم 4"، 22 أيار/مايو 2020 <https://www.unicef.org/drcongo/media/4141/file/CASS-Brief4-barriers.pdf>.

⁴⁵⁷ منظمة هيومن رايتس ووتش، إيدا ساوير، "دروس من مكافحة الإيبولا في الكونغو لتطبيقها في سياق جائحة كوفيد-19 Congo's Ebola fight Has Lessons for Covid-19"، 26 آذار/مارس 2020 <https://www.hrw.org/news/2020/03/26/congos-ebola-fight-has-lessons-Covid-19>.

⁴⁵⁸ 19. كانت العوائق الأساسية تتمثل بما يلي: (1) الخوف من إرسال الفرد إلى مراكز معالجة الإيبولا: أدّى عدم فهم أعراض الإيبولا إلى الاعتقاد السائد بأنّ كلّ الأعراض التي ستظهر ستشخص على أنّها إيبولا بغض النظر عن وضع الإصابة، وأنّ كل المرضى سيتم تحويلهم إلى مركز العلاج حتى ولو كانوا يعانون من حرارة طفيفة؛ (2) وعدم الثقة بالعاملين في مجال الرعاية الصحية: يعود ذلك غالباً إلى تصوّر الكثيرين بأنّ العاملين في الرعاية الصحية يتقاضون أجوراً مرتفعة وأنهم يقبضون الأموال عند إرسال الأشخاص إلى مراكز العلاج، وبالتالي، يخونون مجتمعهم؛ و(3) الانخفاض المتصوّر في خدمات الرعاية الصحية.

⁴⁵⁷ تقرير التأهب للكوارث والاستجابة لها، ص. 15.

⁴⁵⁸ مسح الطوارئ الصحية العامة في هندوراس، السؤال رقم 26.

⁴⁵⁹ منظمة العمل الدولية، "بسبب جائحة كورونا، سيخسر العالم ما يعادل 195 مليون وظيفة"، <https://news.un.org/en/story/2020/04/1061322>.

⁴⁶⁰ المرجع نفسه.

⁴⁶¹ تداعيات إيبولا الاجتماعية-الاقتصادية في ليبيريا، البنك الدولي، 2015 <https://www.worldbank.org/en/topic/poverty/publication/socio-economic-impacts-ebola-liberia>.

⁴⁶² برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، بالشراكة مع الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر، "تقييم التداعيات الاجتماعية-الاقتصادية لفيروس زيكا في منطقة أميركا اللاتينية والبحر الكاريبي: مع التركيز على البرازيل وكولومبيا وسورينام A Socio-Economic Impact Assessment of the Zika Virus in Latin America and the Caribbean: with a focus on Brazil, Colombia and Suriname"، نيسان/أبريل 2017

<https://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/hiv-aids/a-socio-economic-impact-assessment-of-the-zika-virus-in-latin-am.html>

⁴⁶³ راجع الأسئلة 18 إلى 21 في معظم عمليات المسح للطوارئ الصحية العامة.

⁴⁶⁴ https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/publication/documents/2020-05/iberia_report_0.pdf، الصفحة 5.

⁴⁶⁵ البنك الدولي، "الاستجابة في مجالي الحماية الاجتماعية والوظائف لجائحة كوفيد-19: استعراض آني لتدابير البلدان Social Protection and Jobs Responses to COVID-19: A Real-Time Review of Country Measures"، 22 أيار/مايو 2020 <http://documents1.worldbank.org/curated/en/127921590528612831/pdf/Social-Protection-and-Jobs-Responses-to-COVID-19-A-Real-Time-Review-of-Country-Measures-May-22-2020.pdf>.

⁴⁶⁶ منظمة العمل الدولية، "مرصد منظمة العمل الدولية: كوفيد-19 وعالم العمل، النسخة الرابعة، تقديرات وتحليلات محدّثة"، 27 أيار/مايو 2020 https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/briefingnote/wcms_745963.pdf.

⁴⁶⁷ راجع مثلاً مسح الطوارئ الصحية العامة في جمهورية كوريا، السؤال رقم 2.20.

⁴⁶⁸ في ولاية فيكتوريا، أستراليا، أظهر استطلاع للممارسين الذين يستجيبون للنساء اللواتي يتعرّضن للعنف أنَّ 59% أفادوا عن زيادة في الوتيرة، وأفاد 50% عن زيادة في شدة العنف ضد المرأة بسبب جائحة كوفيد-19 (مسح الطوارئ الصحية العامة في أستراليا، السؤال رقم 6.5). ووضعت كولومبيا الخط الساخن 155، وهو خط حكومي ووطني يعمل على مدار الساعة، بخدمة النساء اللواتي يتعرّضن للعنف المنزلي. ووثّق هذا الخط ازدياداً بثلاثة أضعاف في عدد المكالمات الواردة بشأن حالات العنف ضد الأطفال: انظر مسح الطوارئ الصحية العامة في كولومبيا، السؤال رقم 2.2. وفي نيويورك، ازدادت التقارير حول العنف المنزلي بنسبة 30% مقارنةً بسنة 2019. وفي إسبانيا، ازداد عدد المكالمات الواردة إلى خط المساعدة الحكومي للأفراد الذين يتعرضون للعنف المنزلي بنسبة 12.4%، كما ازداد عدد الزيارات للموقع الإلكتروني التابع لهذا الخط بنسبة 270%، وارتفعت نسبة الأطفال الذين يبلغون عن تعرّضهم للعنف المنزلي بنسبة 11.6%. وفي طاجيكستان، أشارت المعلومات إلى ارتفاع بثلاثة أضعاف في عدد الطلبات المقدّمة إلى مركز الأزمات "غولروشكر" من قبل النساء اللواتي يتعرّضن للعنف المنزلي. وفي جمهورية الكونغو الديمقراطية، سجّلت مفوضية الأمم المتحدة السامية لشؤون اللاجئين 4463 انتهاكاً لحقوق الإنسان في شهر آذار/مارس 2020 مقارنةً بـ 2,236 انتهاكاً في شهر شباط/فبراير 2020. وشمل ذلك 952 حالة من العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي في شهر آذار/مارس مقارنةً بـ 714 في شهر شباط/فبراير: راجع مفوضية الأمم المتحدة السامية لشؤون اللاجئين، "مستجّبات الاستجابة لجائحة كوفيد-19: جمهورية الكونغو الديمقراطية"، تموز/يوليو 2020، <https://data2.unhcr.org/en/documents/details/77850>.

⁴⁶⁹ مسح الطوارئ الصحية العامة في كولومبيا:

<https://www.minjusticia.gov.co/Portals/0/Normatividad1/ActosAdministrativos/Decretos/2020/DECRETO%20460%20DEL%202%20DE%20MARZO%20DE%202020.pdf>

⁴⁷⁰ المرجع نفسه:

<https://www.minjusticia.gov.co/Portals/0/Normatividad1/ActosAdministrativos/Decretos/2020/DECRETO%20460%20DEL%202%20DE%20MARZO%20DE%202020.pdf>

⁴⁷¹ مسح الطوارئ الصحية العامة في البرازيل، السؤال رقم 2.2.

⁴⁷² مسح الطوارئ الصحية العامة في منغوليا، السؤال رقم 2.3.

⁴⁷³ الحماية الصحية (فيورس كورونا، القيود) (إنكلترا) أنظمة سنة 2020، النظام رقم 6 (مسح الطوارئ الصحية العامة في المملكة المتحدة، السؤال رقم 28).

⁴⁷⁴ مسح الطوارئ الصحية العامة في سيراليون، السؤال رقم 2.4:

<https://planipolis.iiep.unesco.org/sites/planipolis/files/ressources/sierra-leone-covid19-education-response-plan-pdf.pdf>

⁴⁷⁵ تقرير التأهب للكوارث والاستجابة لها، ص. 116-117 و 129.

476

⁴⁷⁷ مسح الطوارئ الصحية العامة في سيراليون - السؤالان رقم 24 و 25.

⁴⁷⁸ مسح الطوارئ الصحية العامة في جمهورية الكونغو الديمقراطية، السؤال رقم 2.5.

⁴⁷⁹ مسح الطوارئ الصحية العامة في البرازيل، السؤال رقم 2.5.

⁴⁸⁰ مسح الطوارئ الصحية العامة في منغوليا، السؤال رقم 2.7: المادة 1، القرار رقم 139، التدابير التي ينبغي تنفيذها في قطاع التعليم للوقاية من عدوى فيروس كورونا (كوفيد-19) (Measures to be implemented in the education sector for the prevention of Coronavirus infection (Covid-19)).

481 مسح الطوارئ الصحية العامة في هندوراس، السؤال رقم 25: "وكالة الأنباء (EFE)، نصف التلاميذ في هندوراس عاجزون عن حضور الصفوف" <https://www.efe.com/efe/america/sociedad/la-mitad-de-los-alumnos-en-honduras-sin-clases-por-covid-19-estan-rezagados/20000013-4236192>

482 انطلاقاً من تجربة نقشي وباء الإيبولا، أطلقت السلطات الليبيرية مبادرة المدرسة عبر الراديو. وفي جمهورية الكونغو الديمقراطية، بثت وزارة التعليم عبر الراديو والتلفاز عدة إعلانات ورسائل موجهة إلى التلاميذ والأهل حول الوقاية من كوفيد-19 والتعلم عن بعد، كما عززت الشراكة مع "فوداكوم" لتجهيز منصة "قودا إيدوك" التي تعتمد على الإنترنت. وأطلقت منظمة اليونيسيف دعوة عبر وسائل التواصل الاجتماعي تطلب فيها من المنظمات تقديم مبادراتها في سياق التعلم عن بعد. فاستجابت عشرات المنظمات، ومنها ما يعتمد محتواه على منهج المدارس الكونغولية. وتعمل اليونيسيف على جمع هذه المبادرات التعليمية، كما يهدف دعمها المالي إلى تسهيل ترجمة محتوى إضافي وتسجيله لحزم التعلم التلفزيونية والإذاعية.

483 تقرير التأهب للكوارث والاستجابة لها، ص 122.

484 المرجع نفسه، ص 135.

485 مبادرة "المهاجرون في البلدان التي تمر بأزمات"، "مبادئ توجيهية لحماية المهاجرين في البلدان التي تعاني من نزاعات أو كوارث طبيعية Guidelines to Protect Migrants in Countries Experiencing Conflict or Natural Disaster"، 10 حزيران/يونيو 2016 <https://reliefweb.int/report/world/guidelines-protect-migrants-countries-experiencing-conflict-or-natural-disaster>

486 مسح الطوارئ الصحية العامة في طاجيكستان، السؤال رقم 21.

487 مسح الطوارئ الصحية العامة في سيراليون، السؤال رقم 22:

https://archive.is/20110511054708/http://www.kambia.org.uk/information_about/sierra_leone.htm#selection-921.0-921.208

488 تفيد التقارير بأن حكومة سيراليون أطلقت حملة "التأمين الصحي الاجتماعي في سيراليون" (SLeSHI) عام 2018 لتحسين الإمكانية المالية للحصول على الرعاية الصحية

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136868/ccsbrief_sle_en.pdf;jsessionid=1CA4D41723C5DC297EECC1F450C53667?sequence=1

ويتم تأمين خدمات الرعاية الصحية المجانية في المناطق الريفية من خلال مشروع المنظمة الدولية للهجرة، المُسمى "تعزيز قدرة الرعاية الصحية الوطنية في سيراليون عبر إشراك المغتربين"

(مسح) <https://www.iom.int/news/sierra-leone-diaspora-health-professionals-offer-free-medical-services-rural-communities>

الطوارئ الصحية العامة في سيراليون، السؤال رقم 22).

489 راجع مثلاً مسح الطوارئ الصحية العامة في المملكة المتحدة، السؤال رقم 22: الخدمة الصحية الوطنية (الرسوم المفروضة على الزوار القادمين من خارج البلاد) (التعديل) الأنظمة 2020 <https://www.legislation.gov.uk/ukxi/2020/59/contents/made>

490 مسح الطوارئ الصحية العامة في الصين، السؤال رقم 21: راجع <https://clb.org.hk/content/china%E2%80%99s-social-security-system>

491 مسح الطوارئ الصحية العامة في ليبيريا، السؤال رقم 21.

492 مسح الطوارئ الصحية العامة في إسبانيا، السؤال رقم 22: قانون المرسوم الملكي 2018/7 حول الوصول الشامل إلى النظام الصحي الوطني ("قانون المرسوم الملكي 2018/7"، في 27 تموز/يوليو 2018، (بالإسبانية) <https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2018-10752>.

493 مسح الطوارئ الصحية العامة في كولومبيا، السؤال رقم 21: الذي بموجبه نشأ نظام الضمان الاجتماعي الشامل وصدرت أحكام أخرى (Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones)، 23 كانون الأول/ديسمبر 1993 http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html

494 المرجع نفسه: "الهجرة والصحة: التحدي الوطني في عصر فيروس كورونا Migration and health: the national challenge during the age of coronavirus"، Pontificia Universidad Javeriana Colombia، كولومبيا (21 نيسان/أبريل 2020) (متوفر بالإسبانية): <https://www.javeriana.edu.co/pesquisa/migracion-y-salud-el-reto-nacional-en-epoca-de-coronavirus/>

495 مسح الطوارئ الصحية العامة في جمهورية كوريا، السؤال رقم 21: <https://www.nocutnews.co.kr/news/5364399>

496 مسح الطوارئ الصحية العامة في نيوزيلندا، السؤال رقم 23.

497 مسح الطوارئ الصحية العامة في كولومبيا، السؤال رقم 21: كولومبيا تطلب دعماً دولياً للاهتمام بالمهاجرين الفينزويليين أثناء الجائحة Colombia asks for international support to take care of Venezuelan immigrants during the pandemic"، 13 نيسان/أبريل 2020، <https://www.infobae.com/america/agencias/2020/04/13/colombia-pide-apoyo-internacional-para-atender-migrantes-venezolanos-ante-pandemia/>

498 المرجع نفسه: برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، "وضع المهاجرين في أميركا اللاتينية في سياق فيروس كوفيد-19 Situation of migrants in Latin America within the COVID-19 context"، 19 أيار/مايو 2020

⁴⁹⁹ المرجع نفسه: 'كولومبيا تطلب دعماً دولياً للاهتمام بالمهاجرين الفينزويليين أثناء الجائحة' (Colombia pide apoyo internacional para atender migrantes "الجائحة"، infobae, venezolanos ante pandemia) 13 نيسان/أبريل 2020

<https://apnews.com/article/access-to-health-care-health-statutes-colombia-venezuela-7767509edf281a6e0b394d4b0b187eca>

502 مسح الطوارئ الصحية العامة في نيويورك، السؤال رقم 22.

⁵⁰⁴ مسح الطوارئ الصحية العامة في الإمارات العربية المتحدة، السؤال رقم 17.

⁵⁰⁶ مسح الطوارئ الصحية العامة في الإمارات العربية المتحدة، السؤال رقم 17:

⁵⁰⁷ مسح الطوارئ الصحية العامة في أستراليا، ص. 99

⁵⁰⁹ مسح الطوارئ الصحية العامة في أستراليا: <https://www.health.gov.au/committees-and-groups/aboriginal-and-torres-strait-islander-advisory-group-on-covid-19>.

⁵¹¹ يشمل هذا المصطلح عدداً من الجهات الفاعلة ويتضمن: (أ) موظفي الطوارئ المحترفين في الدولة أو الموظفين لدى السلطة العامة – مثل وكالات الإطفاء والشرطة، لكن في سياق الطوارئ الصحية العامة هم بشكل أساسي العاملون في الخدمات الصحية كطاقم الإسعاف والمسعفين، و(ب) المستجيبون المتطوعون في المجتمع؛ و(ج) جمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر الوطنية وغيرهم من فرق العمل الإنسانية المحلية المرموقة، سواء كانت مؤلفة من محترفين أو متطوعين.

⁵¹³جمعية الصحة العالمية الثالثة والسبعون، الاستجابة لكوفيد-19 COVID-19 Response 19، 19 أيار/مايو 2020، WHA73.1 https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA73/A73_R1-en.pdf.

515 مسح مراسيم الطوارئ في فنزويلا، السؤال رقم 2.

⁵¹⁷ مسح مراسيم الطوارئ في كينيا، السؤال رقم 4.

518 المرجع نفسه، السؤال رقم 4.

⁵¹⁹ مسح مراسيم الطوارئ في جنوب أفريقيا، السؤال رقم 4.

⁵²¹ تشمل الأمثلة الأخرى الباهاما وجامايكا وغواتيمالا.

⁵²² راجع مسح مراسيم الطوارئ في الفلبين.

⁵²³ راجع، مثلاً، مسح مراسيم الطوارئ في غانا، السؤال رقم 4.

⁵²⁴ راجع، مثلاً، مسح مراسيم الطوارئ في أنتيغوا، السؤال رقم 6.

للاستخدام الداخلي

- 525 راجع، مثلاً، جنوب أفريقيا، السؤال رقم 4.
- 526 راجع، مثلاً، جنوب أفريقيا، السؤال رقم 4.
- 527 مسح مراسيم الطوارئ في كولومبيا، السؤال رقم 4.
- 528 مسح مراسيم الطوارئ في كولومبيا، السؤال رقم 4.
- 529 الاستجابات السياسية لمنظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي لفيروس كورونا (كوفيد-19)، ما من صانع سياسات منفرد بقراره: استجابة التعاون التنظيمي الدولي لأزمة كوفيد-19 OECD Policy Responses to Coronavirus (COVID-19) No policy maker is an island: The international regulatory co-operation response to the COVID-19 crisis (8 حزيران/يونيو 2020) <http://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/no-policy-maker-is-an-island-the-international-regulatory-co-operation-response-to-the-covid-19-crisis-3011ccd0/>.
- 530 في وقت إجراء عمليات مسح مراسيم الطوارئ، بدا أن المكسيك وزيمبابوي والمملكة المتحدة مثلاً لم تفرض أي حظر مرتبط بكوفيد-19.
- 531 تتمثل إحدى إيجابيات القيود على العاملين الدوليين في أنها أجبرت الوكالات على السماح للجهات الفاعلة المحلية بتولي القيادة أكثر، ما أدى (بطريقة غير مباشرة) إلى معالجة الشكاوى السابقة بأن الحجم المفرط لعمليات النشر الدولية يلغي دور المستجيبين المحليين ويثبط عزيمتهم. ومع ذلك، لا يُعدّ الحظر الشامل الطريقة الفضلى لتحقيق هذه النتيجة لأنه منع أيضاً وصول بعض الخبرات والسلع الضرورية فعلاً. راجع، على سبيل المثال، الجمعيات الوطنية التابعة للاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر في منطقة المحيط الهادئ تستجيب لإعصار "هارولد" في ظل جائحة كوفيد-19 IFRC Pacific National Societies respond to Cyclone Harold in the Time of COVID-19 29 نيسان/أبريل 2020 <https://media.ifrc.org/ifrc/2020/04/29/pacific-national-societies-respond-cyclone-harold-time-covid-19/>؛ والصليب الأحمر الأسترالي والمجموعة الاستشارية الإنسانية ومعهد الأمن البشري والتغيير الاجتماعي - جامعة لا تروب، "نافذة للفرص: التعلم من جائحة كوفيد-19 لتطوير الاستجابة والتنمية المحليتين A Window of Opportunity: Learning from COVID-19 to Progress Locally Led Response and Development Think Piece" تشرين الثاني/نوفمبر 2020 <https://humanitarianadvisorygroup.org/wp-content/uploads/2020/12/A-Window-of-Opportunity-COVID-think-piece-24-November-2020.pdf>.
- 532 مسح مراسيم الطوارئ في غينيا، السؤال رقم 3.
- 533 مسح مراسيم الطوارئ في السودان، السؤال رقم 3.
- 534 مسح مراسيم الطوارئ في أوغندا، السؤال رقم 3: قواعد الحظر في ظل جائحة كوفيد-19 COVID-19 Prohibition Regulations، 2020 (أوغندا)، القاعدة 3(أ)؛ مسح مراسيم الطوارئ في أنغولا، السؤال رقم 3. لكن ربما حصل ذلك بموجب قواعد أكثر عمومية بشأن دخول موظفي الأمم المتحدة وتنقلهم، مثلاً، وفقاً لاتفاقية بشأن امتيازات وحصانات الأمم المتحدة، 1946.
- 535 مسح مراسيم الطوارئ في هولندا، السؤال رقم 3.
- 536 مسح مراسيم الطوارئ في نيجيريا، السؤال رقم 3.
- 537 BDO في أستراليا، "إعفاءات السفر - التدابير الحدودية في ظل جائحة كوفيد-19 Travel Exemptions - COVID-19 Border Measures"، 27 تموز/يوليو 2020 www.bdo.com.au/en-au/insights/migration-services/articles/travel-exemptions-covid-19-border-measures.
- 538 بولندا، مسح مراسيم الطوارئ، السؤال رقم 3.
- 539 مسح مراسيم الطوارئ في كمبوديا وتايلاند وهايتي، السؤال رقم 3.
- 540 راجع، مثلاً، الجمعيات الوطنية التابعة للاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر في منطقة المحيط الهادئ تستجيب لإعصار "هارولد" في ظل جائحة كوفيد-19 IFRC Pacific National Societies respond to Cyclone Harold in the Time of COVID-19 29 نيسان/أبريل 2020 <https://media.ifrc.org/ifrc/2020/04/29/pacific-national-societies-respond-cyclone-harold-time-covid-19/>.
- 541 مسح مراسيم الطوارئ في ميانمار، السؤال رقم 3.
- 542 مسح مراسيم الطوارئ في كينيا، السؤال رقم 3.
- 543 مسح مراسيم الطوارئ في جمهورية كوريا، السؤال 1.3.
- 544 المبادئ التوجيهية للقانون الدولي لمواجهة الكوارث، الفقرة 16.
- 545 مسح مراسيم الطوارئ في إندونيسيا، السؤال رقم 3.
- 546 مسح مراسيم الطوارئ في الهند، السؤال رقم 3.
- 547 المبادئ التوجيهية حول المساعدة الطارئة للاتحاد الأوروبي في التعاون عبر الحدود في مجال الرعاية الصحية فيما يخص أزمة كوفيد-19 EU Guidelines on Emergency Assistance in Cross-Border Cooperation in Healthcare related to the COVID-19 crisis، المفوضية الأوروبية، نيسان/أبريل 2020 https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/guidelines_on_eu_emergency_assistance_in_cross-bordercooperationin_healthcare_related_to_the_covid-19_crisis.pdf.

- 548 منظمة الصحة العالمية، التقييم الخارجي المشترك للقدرات الأساسية للوائح الصحية الدولية في الاتحاد السويسري وإمارة ليختنشتاين Joint External Evaluation of IHR Core Capacities of the Swiss Confederation and The Principality of Liechtenstein (الثاني/نوفمبر 2017)
- <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274958/WHO-WHE-CPI-2018.26-eng.pdf?ua=1>
- 549 منظمة الصحة العالمية، التقييم الخارجي المشترك للقدرات الأساسية بمقتضى اللوائح الصحية الدولية في جمهورية أرمينيا Joint External Evaluation of IHR Core Capacities of the Republic of Armenia، منظمة الصحة العالمية (أب/أغسطس 2016).
- <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254745/WHO-WHE-CPI-2017.14-eng.pdf?sequence=1>
- 550 التوجيه EC/2005/36 بشأن الاعتراف بالمؤهلات المهنية.
- 551 المفوضية الأوروبية، "السوق الداخلية، والصناعة، وريادة الأعمال، والشركات الصغيرة والمتوسطة: الاعتراف بالمؤهلات المهنية عملياً Internal Market, Industry, Entrepreneurship, and SMEs: Recognition of professional qualifications in practice"
- https://ec.europa.eu/growth/single-market/services/free-movement-professionals/qualifications-recognition_en
- 552 راجع معهد الطب التابع للأكاديميات الوطنية، "معايير الرعاية في الأزمات: إطار منهجي للاستجابة للكوارث Crisis Standards of Care: A Systems Framework for Catastrophic Disaster Response" (منشورات الأكاديميات الوطنية، 2012)، ص 57.
- 553 راجع أيضًا اتحاد المجالس الطبية الحكومية، "الولايات والأقاليم الأمريكية تُعَدِّل متطلبات الترخيص للأطباء استجابةً لكوفيد-19 U.S. States and Territories Modifying Licensure Requirements for Physicians in Response to COVID-19"، 26 أيار/مايو 2020
- <https://www.fsmb.org/siteassets/advocacy/pdf/state-emergency-declarations-licensure-requirements-covid-19.pdf>
- 554 مسح مراسيم الطوارئ في جنوب أفريقيا، السؤال رقم 3.
- 555 مسح مراسيم الطوارئ في رواندا، السؤال رقم 3.
- 556 مسح مراسيم الطوارئ في كولومبيا والبيرو، السؤال رقم 3.
- 557 قد تكون الصكوك الإقليمية أو الثنائية الأكثر عمومية التي لم تُدرج في مسح مراسيم الطوارئ قد أتاحت أيضًا ترتيبات أكثر مرونة لتوريد السلع والمعدات أو نقلها أو استلامها.
- 558 منظمة التجارة العالمية، "كوفيد-19 والتجارة العالمية COVID-19 and world trade"، 2020
- https://www.wto.org/english/tratop_e/covid19_e/covid19_e.htm
- 559 المرجع نفسه.
- 560 مفوضية الاتحاد الأوروبي تُنفِّذ التنظيم 568/2020 بتاريخ 23 نيسان/أبريل 2020 الذي يفرض إبراز ترخيص بالتصدير من أجل تصدير منتجات معينة EU Commission Implementing Regulation (EU) 2020/568 of 23 April 2020 making the exportation of certain products subject to the production of an export authorization
- <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?qid=1587740775954&uri=CELEX:32020R0568>
- 561 مؤتمر الأمم المتحدة للتجارة والتنمية، "كيف يمكن للبلدان الاستفادة من تيسير التجارة لهزيمة جائحة كوفيد-19 How Countries Can Leverage Trade Facilitation to Defeat the COVID-19 Pandemic"
- https://unctad.org/en/PublicationsLibrary/dtiinf2020d2_en.pdf
- 562 راجع، مثلاً، آرنست فوكس، "دليل مرجعي: القيود العالمية على تصدير كمادات الوجه ومعدات الوقاية الشخصية الطبية الأخرى Reference Guide: Worldwide Export Controls on Face Masks and Other Medical Personal Protective Equipment"
- <https://www.arentfox.com/perspectives/alerts/reference-guide-worldwide-export-controls-face-masks-and-other-medical-personal>
- 563 تحديثات منظمة الجمارك العالمية حول كوفيد-19 COVID-19 – WCO updates
- <http://www.wcoomd.org/en/topics/facilitation/activities-and-programmes/natural-disaster/coronavirus.aspx>
- 564 المبادئ التوجيهية للقانون الدولي لمواجهة الكوارث، الفقرة 21؛ القائمة المرجعية للتأهب للكوارث ومواجهتها، السؤال رقم 6.
- 565 KMPG، "جمهورية الكونغو الديمقراطية: تطورات الضرائب في الاستجابة لكوفيد-19 Tax developments in response to Covid-19"، 3 نيسان/أبريل 2020
- <https://home.kpmg/xx/en/home/insights/2020/04/democratic-republic-of-congo-tax-developments-in-response-to-Covid-19.html>
- 566 مسح مراسيم الطوارئ في سنغافورة.

⁵⁶⁷ مسح مراسيم الطوارئ في الصين، السؤال رقم 5.

⁵⁶⁸ مسح مراسيم الطوارئ في فينزويلا، السؤال رقم 4.