

ش م / ل إ 59 / 14 - ع
EM/RC59/14-A
تشرين الثاني / نوفمبر 2012

تقرير اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط الدورة التاسعة والخمسون

القاهرة، مصر
1 - 4 تشرين الأول / أكتوبر 2012

ش م/ل إ 14/59 - ع
EM/RC59/14-A
تشرين الثاني/نوفمبر 2012

تقرير

اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط

الدورة التاسعة والخمسون

القاهرة، مصر

1 - 4 تشرين الأول/أكتوبر 2012



المكتب الإقليمي لشرق المتوسط

جدول المحتويات

1. المقدمة 1
2. افتتاح الدورة والأمور الإجرائية 2
 - 1.2 افتتاح الدورة 2
 - 2.2 افتتاح الدورة رسمياً من قِبَل رئيس الدورة الثامنة والخمسين 2
 - 3.2 كلمة الدكتورة مارغريت تشان، المديرية العامة لمنظمة الصحة العالمية 2
 - 4.2 كلمة المدير الإقليمي 3
 - 5.2 انتخاب هيئة المكتب 4
 - 6.2 إقرار جدول الأعمال 5
3. التقارير والبيانات 6
 - 1.3 أعمال منظمة الصحة العالمية في إقليم شرق المتوسط - التقرير السنوي للمدير الإقليمي لسنة 2011 6
والتقارير المرحلية حول استئصال شلل الأطفال، ومبادرة التحرُّر من التبغ، وبلوغ المرامي الإنمائية
للألفية المتعلقة بالصحة، والرامي الصحية العالمية بعد عام 2015، والاستراتيجية الإقليمية لمجابهة
القطاع الصحي لفيروس العوز المناعي البشري 2011-2015، وتحسين تمويل الرعاية الصحية، والتقدُّم
نحو حماية صحة المجتمع في الإقليم 6
4. المسائل التنظيمية 13
 - 1.4 الرؤية العالمية والإقليمية لمنظمة الصحة العالمية 13
 - 2.4 تنقيح النظام الداخلي للجنة الإقليمية لشرق المتوسط 16
 - 3.4 إصلاح منظمة الصحة العالمية: الوضع الراهن ووجهات النظر الإقليمية 19
5. شؤون الميزانية والبرامج 22
 - 1.5 برنامج العمل العام الثاني عشر والميزانية البرنامجية للشائبة 2014-2015 22
 - 2.5 تقرير عن البعثات المشتركة بين الحكومات ومنظمة الصحة العالمية لمراجعة وتخطيط البرامج في عام
2011، بما في ذلك الاستفادة من استراتيجيات التعاون القطرية: النتائج والدروس المستفادة 24
6. الشؤون التقنية 27
 - 1.6 الإعلان السياسي للجمعية العامة للأمم المتحدة المعني بالوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها:
التزامات الدول الأعضاء والسبيل إلى المضي قُدماً 27

- 2.6 القدرات الأساسية الوطنية اللازمة لتنفيذ اللوائح الصحية الدولية لعام 2005: الوفاء بالموعد النهائي في عام 2014 35
7. المناقشات التقنية 41
- 1.7 تقوية النظم الصحية في بلدان إقليم شرق المتوسط: تحديات وأولويات واختيارات العمل في المستقبل .. 41
8. أمور أخرى 47
- 1.8 (أ) متابعة للإجراءات الإقليمية ذات الصلة بالمقرر الإجمالي (1) للمجلس التنفيذي الثلاثين بعد المئة، حول تنفيذ خطة العمل للوقاية من العمى وضعف البصر اللذين يمكن توقيهما 47
- (ب) القرارات والمقررات الإجمالية ذات الأهمية للإقليم التي اعتمدها جمعية الصحة العالمية في دورتها الخامسة والستين والمجلس التنفيذي في دورته الحادية والثلاثين بعد المئة 47
- (ج) تقرير فريق الخبراء الاستشاريين العامل المعني بتمويل وتنسيق البحث والتطوير (قرار جمعية الصحة العالمية: ج ص ع 65-22) 48
- (د) استعراض مسودة جدول الأعمال المبدئي للمجلس التنفيذي في دورته الثانية والثلاثين بعد المئة 50
- (هـ) استحابة الإقليم للمقرر الإجمالي ج ص ع 65 (8) بشأن الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها، بما في ذلك نتائج المؤتمر الدولي المعني بأنماط الحياة الصحية والأمراض غير السارية في العالم العربي والشرق الأوسط 50
- 2.8 طلب جمهورية جنوب السودان الانتقال من إقليم شرق المتوسط إلى الإقليم الأفريقي لمنظمة الصحة العالمية 50
- 3.8 الطوارئ الصحية في الإقليم مع التركيز على الجمهورية العربية السورية والبلدان المجاورة 51
- 4.8 جائزة مؤسسة الدكتور علي توفيق شوشة والبعثة الدراسية الخاصة بها لعام 2012 52
- 5.8 جائزة دولة الكويت لمكافحة السرطان، والأمراض القلبية الوعائية، والسكري في إقليم شرق المتوسط . 53
- 6.8 جائزة بحوث متلازمة داون 53
- 7.8 مكان وموعد عقد الدورات المقبلة للجنة الإقليمية 53
9. الجلسة الختامية 54
- 1.9 استعراض مشاريع القرارات والمقررات 54
- 2.9 اعتماد القرارات والتقارير 54
- 3.9 اختتام الدورة 54
10. القرارات والمقررات الإجمالية 55
- 1.10 القرارات 55

64 2.10 المقررات الأجرائية

المرفقات

- 66 1. جدول الأعمال
- 68 2. قائمة بأسماء السادة ممثلي الدول الأعضاء، ومناووبيهم، ومستشاريهم، والمراقبين
- 97 3. كلمة الدكتور علاء الدين العلوان المدير الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لإقليم شرق المتوسط
- 103..... 4. كلمة الدكتورة مارغريت تشان المديرية العامة لمنظمة الصحة العالمية
- 109..... 5. القائمة النهائية لوثائق اللجنة الإقليمية وقراراتها ومقرراتها الإجرائية
- 111..... 6. إطار العمل لمكافحة الأمراض غير السارية
- 112... 7. النظام الداخلي للجنة الإقليمية لشرق المتوسط و المعايير المرغوبة لتقييم المرشحين لمنصب المدير الإقليمي

1. المقدمة

عُقدت الدورة التاسعة والخمسون للجنة الإقليمية لشرق المتوسط بقاعة دولة الكويت للمؤتمرات بالمكتب الإقليمي، في القاهرة، مصر، من 1 إلى 4 تشرين الأول/أكتوبر 2012. وعُقدت المناقشات التقنية حول تقوية النظم الصحية في بلدان إقليم شرق المتوسط: تحديات وأولويات واختيارات العمل في المستقبل، في 2 تشرين الأول/أكتوبر 2010.

ومثل في الدورة الدول الأعضاء التالية أسماءها:

الأردن	العراق
أفغانستان	عُمان
الإمارات العربية المتحدة	فلسطين
باكستان	قطر
البحرين	الكويت
تونس	لبنان
جمهورية إيران الإسلامية	ليبيا
الجمهورية العربية السورية	مصر
جنوب السودان	المغرب
جيبوتي	المملكة العربية السعودية
السودان	اليمن
الصومال	

كما حضر الدورة مراقبون من تركيا، ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف)، ووكالة الأمم المتحدة لإغاثة وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين في الشرق الأدنى "الأنروا"، وصندوق الأمم المتحدة للسكان، وبرنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الإيدز، وجامعة الدول العربية، والصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا، والتحالف العالمي من أجل اللقاحات والتطعيم، وكذلك عدد من المنظمات الحكومية الدولية والمنظمات غير الحكومية والوطنية.

2. افتتاح الدورة والأمور الإجرائية

1.2 افتتاح الدورة

البند 1 من جدول الأعمال

عُقدت الجلسة الافتتاحية للدورة التاسعة والخمسين للجنة الإقليمية لشرق المتوسط في 1 تشرين الأول/أكتوبر 2012.

2.2 افتتاح الدورة رسمياً من قِبَل رئيس الدورة الثامنة والخمسين

افتتح الدورة معالي الدكتور أحمد بن محمد بن عبيد السعيد، وزير الصحة العماني، رئيس الدورة الثامنة والخمسين للجنة الإقليمية لشرق المتوسط، فرحب بالمندوبين، وأشاد بذكر الدكتور حسين عبد الرزاق الجزائري، المدير الإقليمي الفخري، وعمله في الإقليم لما يزيد على ثلاثين سنة. ورحّب بالدكتور العلوان في الدور الذي يقوم به بوصفه المدير الإقليمي في دورة اللجنة الإقليمية هذه، التي يحضرها بهذه الصفة للمرة الأولى. وأكد دعمه الكامل للأولويات التي حددها المدير الإقليمي، ملاحظاً أن هذه الأولويات لاقت ترحيباً كبيراً في الجلسة الخاصة لأعضاء اللجنة الإقليمية، التي عُقدت في أيار/مايو 2012 في جنيف. كما أشاد بالمشاركة الفعّالة في تلك الجلسة نفسها، مما عبّر عن استعداد الدول الأعضاء لإحداث تغيير إيجابي في الإقليم. وأضاف أن السنة الماضية شهدت أحداثاً مثيرة في الإقليم كشفت عن تباينات كبيرة في استجابة النُظم الصحية، والحاجة إلى اتخاذ تدابير عاجلة لرأب الفجوات. وقال إن هذه الدورة تتيح فرصة فريدة للتصدّي لهذه المشكلات. وأكد الحاجة إلى الاستفادة من مواطن القوة في الإقليم وإلى العمل معاً.

3.2 كلمة الدكتورة مارغريت تشان، المديرية العامة لمنظمة الصحة العالمية

لاحظت الدكتورة مارغريت تشان، المديرية العامة لمنظمة الصحة العالمية، أن الدول الأعضاء اتخذت في جمعية الصحة العالمية في أيار/مايو قراراً أعلن أن إتمام استئصال شلل الأطفال يمثل طارئة برنامجية للصحة العمومية العالمية. وأوضحت أن لفيروس شلل الأطفال في إقليم شرق المتوسط معقلان من معاقله الثلاثة. وقالت لعل أهم عامل للنجاح هو السيطرة الوطنية على البرنامج، بدءاً من المستوى المحلي إلى المستوى الوطني. وتقدّمت بالتهنئة لحكومتَي أفغانستان وباكستان على إعداد وتنفيذ خطط وطنية للطوارئ. وأوضحت أن التحديّ الآن يتمثّل في التصديّ مباشرةً للعراقيل وتحسين السيطرة الوطنية على البرنامج، والرقابة، والمساءلة. وقالت إن الحالة القائمة هي حالة طوارئ ذات أولوية أعلى مما كانت عليه في السابق. وأضافت أن الفشل غير مقبول تحت أي ظروف. وأشارت إلى أمراض أخرى، فشكرت المملكة العربية السعودية وقطر على ما قدّمته من مساعدة في تحديد واستقصاء الحالات غير العادية للمرض التنفسي الوخيم المصحوب بفشل كلوي. فلقد أدّى هذا الإجراء إلى تمييز نمط جديد من الفيروس التاجي، مما وضع السلطات الصحية في شتى أنحاء العالم في حالة تأهب لحالات مماثلة من هذا المرض غير العادي. وعقبت قائلة إن هذا المثال على الاكتشاف السريع واليقظة المشدّدة، يبيّن القوة المعززة للوائح الصحية الدولية لتحسين الأمن الصحي العالمي الجماعي.

وانتقلت إلى موضوع الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها، فقالت إن الخبراء يصفون زيادة هذه الأمراض بأنها أكبر التحديات التي تواجه الصحة العالمية في القرن الحادي والعشرين. فالتحديات الناجمة عن هذه الأمراض لم يسبق لها مثيل من حيث نطاقها وتعقدها. فهي لا تهدد الصحة وحدها، بل تهدد الاقتصادات أيضاً. وهي تشكل في قدرة نُظُم الرعاية الصحية على البقاء، وفي قدرة المشاريع القائمة على تقديم الحماية المالية. وقالت إن الازدياد في الأمراض غير السارية يبرر بوضوح إجراء إصلاحات في طريقة تقديم الرعاية الصحية في هذا الإقليم. وأضافت أن التقرير المتعلق بتقوية النُظُم الصحية يبيّن أن البلدان في هذا الإقليم، الغنية والفقيرة على السواء، تواجه قائمة طويلة من التحديات والمشكلات التي لم تواجهها، باستثناءات قليلة، بالمستوى الملثم من الاهتمام السياسي. وذكرت أن التقرير يقترح أولويات لتحسين أداء النُظُم الصحية، وينتهي إلى أن التحدي البارز في العديد من البلدان، بغض النظر عن مستويات الثروة فيها، هو الإرادة السياسية الرفيعة المستوى والالتزام بالتحرك نحو التغطية الصحية الشاملة. واحتتمت الدكتورة تشان كلمتها بتسليطها الضوء على مهمتين كبيرتين تواجههما المنظمة والدول الأعضاء يتعيّن تصحيح الأمور في إطارهما. أما المهمة الأولى فهي إصلاح المنظمة، وهو موضوع سُناقش خلال اجتماع اللجنة الإقليمية. والمهمة الثانية هي وضع الصحة على جدول أعمال التنمية لما بعد عام 2015. وأشارت إلى تعقيدات التهديدات الراهنة للصحة، فقالت إنها ترى أن أحد أفضل الطرق للتصدي لهذه التحديات هو جعل التغطية الصحية الشاملة جزءاً من جدول أعمال التنمية لما بعد عام 2015.

4.2 كلمة المدير الإقليمي

رَكَر الدكتور علاء الدين العلوان، المدير الإقليمي لشرق المتوسط، على التحديات الراهنة في الإقليم واستراتيجيته للأعوام الخمسة القادمة. ورأى أنه يتعين على القادة في القطاع الصحي أن يعملوا عن كثب مع القطاعات الأخرى. وفيما يتعلق بالتحديات الخاصة بصحة الأمومة والطفولة والصحة الإنجابية والتغذية، قال إن المنظمة سوف تركز على العمل مع البلدان ذات العبء الأكبر من وفيات الطفولة والأمومة، والأخذ بنهج يقوم على الرعاية الصحية الأولية، ويُعنى بالصحة في جميع مراحل الحياة، داخل القطاع الصحي، وتكثيف جهود العمل مع الشركاء. ثم تناول موضوع الأمراض غير السارية، موضحاً أنها أصبحت الآن السبب الرئيسي للوفيات في الإقليم ككل. وأضاف أن التدابير الأساسية التي نطلق عليها "أفضل الخيارات" للوقاية من هذه الأمراض المزمنة، لا تُتخذ بالسرعة الكافية، أو بالقدر الكافي من الالتزام. وتطرق إلى الإعلان السياسي للأمم المتحدة المعني بالوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها، فأوضح أن هذا الإعلان قد وضع رؤية واضحة، وخارطة طريق محددة للعمل على كل البلدان أتباعها. وفيما يتعلق بالتحدي المتمثل في البرنامج غير المنجز لمكافحة الأمراض السارية، قال إنه سيركز في عمل الإقليم على بلوغ المرامي الإنمائية للألفية ذات العلاقة بهذه الأمراض، وعلى تعزيز القدرة على الوقاية منها ومكافحتها. وفيما يتعلق بالاستعداد للطوارئ والتصدي لها، قال إن الإقليم لا يقوم، بشكل عام، بجهد كاف للتصدي لما يقاسيه السكان من معاناة هائلة وحالة صحية متدهورة في العديد من بلدان الإقليم التي تعاني من الطوارئ. وأوضح أنه سوف يدفع ببرامج المنظمة نحو التركيز على دعم البلدان في تعزيز قدرة نُظُمها الصحية على الصمود للطوارئ، والتصدي لها بفعالية. وأخيراً، وفيما يتعلق بالتحدي الرئيسي الذي تواجهه جميع الدول الأعضاء في الإقليم، ألا وهو النظام الصحي ذاته، قال إن المكتب الإقليمي سيعمل مع الدول الأعضاء على تحديد القضايا المتعلقة بالنظام الصحي، والخاصة بكل بلد على حدة، ومعالجتها بناء على احتياجات وظروف كل بلد على حدة.

وفيما يتعلّق بمجمل إدارة المكتب الإقليمي والمكاتب القطرية، ذكر الدكتور العلوان أنه اعتمد توجّهاً يعالج الثغرات ويعتمد على الشفافية والتقييم والمساءلة. وأوضح أنه سيعمل على إيجاد سُبُل لتعزيز القدرة الفنية داخل المنظمة. وأشار إلى أهمية تنسيق العمل المشترك بين قطاعي الصحة والسياسة الخارجية والتعاون الدولي. وقال إن المكتب الإقليمي قد بادَرَ إلى اعتبار الدبلوماسية الصحية إطاراً منهجياً يجري من خلاله تعزيز الشراكات ذات الأطراف المعنية المتعددة، والتفاوض حول السياسات المتعلقة بمجالات العمل الخمسة. وأضاف أن إحراز تقدّم في المجالات الاستراتيجية الخمسة المحدّدة، يتطلب من الدول الأعضاء الالتزام بالعمل، بتنسيق أوسع نطاقاً على الصعيد الداخلي، مع جميع الشركاء المعنيين؛ وتنفيذ الالتزامات والاتفاقات الدولية، ولاسيّما الاتفاقية الإطارية بشأن مكافحة التبغ واللوائح الصحية الدولية لعام 2005؛ وتعزيز مشاركة القطاعات الأخرى غير القطاع الصحي؛ وتحسين عملية حشد الموارد من قِبَل الحكومات والمانحين من داخل الإقليم لدعم أهداف التنمية الصحية في الإقليم، وخاصة في البلدان المنخفضة الدخل. وقال إنه ينبغي للدول الأعضاء أن تستثمر أيضاً في تعزيز القدرة الفنية للمنظمة. وشجّع الدكتور العلوان وزراء الصحة على التفاعل مع المكتب الإقليمي، وتقديم وجهات نظرهم حول التحديات وما يقترحوه من إجراءات بشأنها. وأعرب عن أمله في أن تتمكن المنظمة والدول الأعضاء، معاً، من تشكيل مستقبل الصحة في إقليم شرق المتوسط.

5.2 انتخاب هيئة المكتب

البند 1 (أ) من جدول الأعمال، المقرّر الإجمالي (1)

انتخبت اللجنة الإقليمية هيئة مكتبها على النحو التالي:

الرئيس	: معالي السيد بحر إدريس أبو قردة	(السودان)
نائب الرئيس	: معالي الدكتور علي سعد العبيدي	(الكويت)
نائب الرئيس	: معالي الدكتور عبد اللطيف مكي	(تونس)

وانتخب الدكتور أحمد جان نعيم (أفغانستان) رئيساً للمناقشات التقنية

وبناءً على اقتراح رئيس اللجنة الإقليمية، قرّرت اللجنة تشكيل لجنة الصياغة من الأعضاء التالية أسماؤهم:

الدكتورة مريم الجلاهية	(البحرين)
السيد محمد مهيب حاتم	(جيبوتي)
الدكتور محمد بسام قاسم	(الأردن)
الدكتور هشام عبد السلام	(تونس)
الدكتور غلام أصغر عباسي	(باكستان)
الدكتور محمد الصعيدي	(المملكة العربية السعودية)
الدكتور سمير بن يحمّد	(المكتب الإقليمي لشرق المتوسط)
الدكتور عبد الله الصاعدي	(ممثل المنظمة في عُمان)
الدكتور أنشو بانيرجي	(ممثل المنظمة في السودان)
الدكتور ثمين صدّيق	(المكتب الإقليمي لشرق المتوسط)
الدكتور قاسم سارة	(المكتب الإقليمي لشرق المتوسط)

(المكتب الإقليمي لشرق المتوسط)
(المكتب الإقليمي لشرق المتوسط)

السيدة إليزابيث جين نيكولسون
السيد حسن نجيب عبد الله

6.2 إقرار جدول الأعمال

البند 1 (ب) من جدول الأعمال، الوثيقة ش م/ل إ 1/59 - تنقيح 1، المقرر الإجرائي (2)

أقرت اللجنة الإقليمية جدول أعمال دورتها التاسعة والخمسين، مع إضافة بند حول الدعم الذي تقدمه البلدان المجاورة إلى اللاجئين من الجمهورية العربية السورية.

3. التقارير والبيانات

1.3 أعمال منظمة الصحة العالمية في إقليم شرق المتوسط - التقرير السنوي للمدير الإقليمي لسنة 2011

البند 2 من جدول الأعمال، الوثيقة ش م/ل إ 2/59

والتقارير المحلية حول استئصال شلل الأطفال، ومبادرة التحرُّر من التبغ، وبلوغ المرامي الإنمائية للألفية المتعلقة بالصحة، والمرامي الصحية العالمية بعد عام 2015، والاستراتيجية الإقليمية لمواجهة القطاع الصحي لفيروس العوز المناعي البشري 2011-2015، وتحسين تمويل الرعاية الصحية، والتقدُّم نحو حماية صحة المجتمع في الإقليم

البند 2 من جدول الأعمال (أ، ب، ج، د، هـ) الوثائق ش م/ل إ 59/وثيقة إعلامية 1 - 5، قرار ش م/ل إ 59 ق-1

قام الدكتور علاء الدين العلوان، المدير الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، بعرض تقريره السنوي عن أعمال منظمة الصحة العالمية في إقليم شرق المتوسط لسنة 2011. وركّز على التطورات الاستراتيجية وطريق المضيّ قُدماً. وأشار إلى وفيات الأمومة والطفولة، فلاحظَ التغطية المحدودة للأمهات والأطفال بتدخلات قائمة على البيانات. وقال إن من المقرر عقد اجتماع رفيع المستوى في كانون الثاني/يناير 2013 للتعاطي مع العوائق أمام تحقيق تقدُّم أفضل في مجال صحة الأمومة والطفولة. وقال إنه قد تم تفعيل إجراءات التشغيل في حالات الطوارئ في الإقليم للتصدّي للوضع الخاص بشلل الأطفال في أفغانستان وباكستان، وأن الوضع لا يزال يستلزم عملاً مكثفاً ودعمًا إقليمياً. وذكّر أن هناك عدداً من بلدان الإقليم بحاجة إلى بذل المزيد من الجهد لتحقيق هدف التغطية باللقاح الثلاثي، وتحسين إدارة برنامج مكافحة الحصبة. وأشار الدكتور العلوان إلى تنفيذ الإعلان السياسي للجمعية العامة للأمم المتحدة المعني بالوقاية من الأمراض السارية ومكافحتها، فأكد على ضرورة تعزيز الشراكات والتعاون مع الوكالات والمنظمات الدولية، وتقوية القدرات في وزارات الصحة. وأوضح أن المنظمة والدول الأعضاء بحاجة إلى بذل المزيد من الجهد لتعزيز أنماط الحياة الصحية. وذكّر أن الإقليم ككل يمضي ببطء في تنفيذ التدابير التي تتطلبها الاتفاقية الإطارية بشأن مكافحة التبغ. كما يلاحظُ أن معظم بلدان الإقليم لا تولي اهتماماً كافياً للصحة النفسية و مواد الإدمان. فثلاثة أرباع الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات في الصحة النفسية، لا يحصلون على المعالجة الأساسية. كما أن الوقاية من الإصابات هي إحدى الأولويات للمنظمة في الإقليم، ولاسيما السلامة على الطرق ورعاية حالات الإصابات.

ولاحظ المدير الإقليمي أن الأمراض المستجدة والمنبثقة من جديد لاتزال تمثل تهديدات كبيرة للأمن الصحي الإقليمي، كما لاحظ أن المدى الذي حققته بلدان الإقليم من قدرات لازمة لتطبيق اللوائح الصحية الدولية لعام 2005، يتفاوت تفاوتاً واسعاً. واسترسل قائلاً إنه على الرغم من ما حققته برامج مكافحة الأمراض المدارية المنسية من تقدُّم، فلا بد لهذه البرامج من أن تحظى بالتزام سياسي قوي ومطرّد. وفيما يتعلق بمرض الإيدز والعدوى بفيروسه، والسل، والمalaria، لاحظ الدكتور العلوان أن معدّل العدوى بفيروس الإيدز في الإقليم هو من أسرع المعدلات تزايداً في العالم، على حين أن معدّل التغطية بالمعالجة هو أدنى المعدلات في العالم. ولم يحقق الهدف العالمي لاكتشاف حالات السل ومقداره 70% فأكثر سوى 14 بلداً من بلدان الإقليم، وحقق 11 بلداً معدلاً لنجاح معالجة السل لا يقل عن 85% للسل ذي البلغم الإيجابي اللطاخة. وأوضح أن التدبير العلاجي للسل المقاوم لأدوية متعددة وفقاً

للمبادئ التوجيهية للمنظمة لم يتم بعد تنفيذه في جميع البلدان. ولا يزال قياس العبء الفعلي للمراضة والوفيات الناجمة عن الملاريا في البلدان السبعة التي تعاني من عبء جسيم من الملاريا، يمثل تحدياً كبيراً. ومع أنه قد تم الأخذ في كل البلدان التي يتوطنها المرض بأكثر المعالجات فعالية، فلا يزال الحصول على هذه المعالجة محدوداً.

واستطرد المدير الإقليمي قائلاً إن نحو 37 مليون شخص في 13 بلداً من بلدان الإقليم يتضررون من طوارئ مديدة. ولا بد من تعزيز قدرات الاستعداد للطوارئ والتصدي لها، على كل المستويات. وأكد أن تعزيز النظم الصحية قضية بالغة الأهمية، نظراً لتعلقها بجميع التحدّيات الصحية التي تواجه الإقليم. ولا بد للدول الأعضاء وللمنظمة من بذل المزيد من الجهد، ولاسيّما في رفع الالتزام السياسي لأعلى المستويات من أجل التحرك نحو التغطية الصحية الشاملة.

المناقشات

أكد ممثل جمهورية إيران الإسلامية على الحاجة إلى بذل المزيد من الجهود الجماعية بين الدول الأعضاء ومنظمة الصحة العالمية لضمان الاستئصال الكامل لشلل الأطفال من الإقليم. وأثنى على التقدم الذي أحرزته الفرق الاستشارية التقنية العاملة المعنية باستئصال شلل الأطفال ووصف برامج التطعيم الروتيني بأنها حجر الزاوية في جهود استئصال شلل الأطفال. وأشار إلى ضرورة تعزيز نوعية وعدد حملات التطعيم الجموعية مع تحسين نُظم ترصد الأمراض وتوثيق أفضل الممارسات ونشرها على نطاق واسع. وأبرز الحيل التي تتبعها شركات صناعة التبغ وما تسببه التجارة غير المشروعة للتبغ من تهديد لإجراءات مكافحة التبغ، واستهدافها النساء والشباب في الإقليم بحملاتها. وقال إنه على الرغم من أن إقليم شرق المتوسط كان أحد الإقليمين اللذين يتسارع فيهما نمو وباء الإيدز والعدوى بفيروسه، فإن تحسين كشف الحالات واستراتيجيات تقليص الضرر، وتقديم المشورة والاختبارات بمبادرة من مقدم الخدمة من شأنها كبح جماح الوباء. ويمكن تنفيذ مبادرة للتعرف على حالات السل والإيدز المشتركة من خلال خدمات المشورة والاختبارات الطوعية. وإتاحة الوصول إلى النساء المعرضات لخطر شديد، سواء كن حوامل أم لا، فإن برنامج الوقاية من انتقال الفيروس من الأم إلى الطفل يمكن أن يسهم كثيراً في وقاية المواليد من العدوى بفيروس الإيدز. ولضمان الإتاحة العادلة للجميع فقد نفذت جمهورية إيران الإسلامية برنامجاً لطب الأسرة يغطي الأبعاد الرئيسية الثلاثة للتغطية الصحية الشاملة وهي: اتساع نطاق الخدمات وعمقها وتكليفها.

وأشار ممثل فلسطين إلى وضع شلل الأطفال والاستراتيجية الإقليمية التي تم وضعها منذ عشرين عاماً مضت والتي التزمت بمقتضاها كل الدول الأعضاء في الإقليم بتعزيز مستويات التغطية والترصد. وأضاف أنه بعد عام 2000، وبرغم ما تحقّق من إنجازات إيجابية فإن البلدان تفتقر إلى سياسة موحدة، كما أن غياب دراسات عالمية تؤكد درجة المناعة المديدة لدى الأطفال، تمثل تهديداً حقيقياً. وطالب بضرورة إيجاد استراتيجية جديدة أو تحديث الاستراتيجية القائمة في ضوء المعطيات الجديدة والقلق السياسي في المنطقة. وأشار إلى عدم وجود تنسيق حقيقي بين منظمة الصحة العالمية ومنظمة اليونيسف وصندوق الأمم المتحدة للسكان لمساعدة البلدان على بلوغ المرامي الإنمائية للألفية. وأشار إلى الحاجة إلى الإصلاح المالي والإداري، وإلى تحقيق المزيد من التنسيق بين المنظمات لتحقيق الأهداف الخاصة بالإصلاح المالي والإداري، والمزيد من التنسيق بين المنظمات لتحقيق الأهداف القطرية. وفيما يتعلق بموضوع الأمراض المزمنة، أوضح أنه لا يعتبرها مسؤولية وزارة الصحة وحدها فهي تتطلب إشراك قطاعات أخرى، ولاسيّما وزارة الإعلام. وأوضح أن الإعلام يؤدي دوراً مهماً في نشر العادات الغذائية السيئة والنظم الغذائية

غير الصحية في ظل غياب تشريعات حقيقية. وأشار إلى الحاجة إلى توفير رقابة أكبر في قطاع الصحة. وتناول موضوع صحة البيئة وعلاقته بالأمراض المزمنة. وقال إن هناك حاجة إلى المزيد من المعلومات عن السيجارة الإلكترونية وحذر من أن استخدامها قد يؤدي إلى الإدمان.

وذكر ممثل مصر أن مصر من أوائل الدول التي وقعت الاتفاقية الإطارية بشأن مكافحة التبغ في عام 2003 وصدقت عليها في عام 2005. وأشار إلى نجاح مصر في رصد استهلاك التبغ من خلال المسح العالمي لاستهلاك التبغ بين البالغين والمسح العالمي لاستهلاك التبغ بين الشباب حيث استخدم بشكل منهجي بروتوكول متسق وموحد في جميع البلدان لرصد تعاطي التبغ. وقامت مصر بحظر تعاطي التبغ في الأماكن العامة، وتوفير خطوط المساعدة على الإقلاع عن التدخين، ووضع التحذيرات الصحية المصوّرة على علب السجائر، وحظر الإعلان عن منتجات التبغ، وزيادة الضرائب على منتجات التبغ لتصل إلى 74% في عام 2011. وأضاف إن مصر أحرزت تقدماً كبيراً نحو بلوغ المرمى الرابع من المرامي الإنمائية للألفية حيث انخفض معدل وفيات الأطفال دون الخامسة ليصل إلى 19.6 طفلاً لكل 1000 مولود حي في عام 2011. وانخفض معدل وفيات الأمومة بنحو 67% من عام 1990 إلى عام 2011.

وقال معالي وزير الصحة التونسي إن الإقليم قد وصل إلى مرحلة حرجة في استئصال شلل الأطفال وبلوغ المرامي الإنمائية للألفية المتعلقة بالصحة. وهذا يتطلب إعداد تدخلات وآليات دعم فعّالة مع مشاركة من قادة المجتمع، والسياسيين، والفنانين، والرياضيين. وعبر عن تقديره للدعم الذي تقدمه منظمة الصحة العالمية إلى الدول الأعضاء في الإقليم لمكافحة الأمراض غير السارية، ولالتزام الدول الأعضاء بمكافحة هذه الأمراض. وقال إن التحولات الاجتماعية والاقتصادية والسياسية التي تشهدها بلدان الإقليم تدعو واضعي السياسات الصحية إلى إعداد استراتيجيات تهدف إلى توفير تغطية عادلة بالرعاية الصحية مع إتاحة الخدمات للجميع، ودعا منظمة الصحة العالمية إلى تقديم المزيد من الدعم إلى بلدان الإقليم في هذا المجال.

ولاحظ ممثل المغرب أنه لم يتبق سوى ثلاث سنوات على حلول الموعد النهائي لتحقيق المرامي الإنمائية للألفية. وأكد التزام المغرب القوي ببلوغ هذه المرامي. وذكر أن الدستور الجديد للمغرب ينص على حق الجميع في الصحة، وأن الحكومة تولي الاهتمام بصحة الأمهات والأطفال. وقال إن المغرب قد أدخل لقاحات جديدة وأعرب عن تأييده للآلية الإقليمية للشراء الموحد للقاحات. واسترعى الانتباه إلى تدني مستوى الصحة في بعض البلدان، وقال إن من واجبنا جميعاً تقديم الدعم للقطاع الصحي في مناطق النزاع.

وقال ممثل العراق إن وفيات الأمومة قد انخفضت في العراق بدرجة كبيرة منذ عام 1999 حتى وصلت إلى 25 وفاة لكل 100 ألف مولود حي. وأوضح أن الخطة الوطنية للصحة الإنجابية في العراق تركز على الحد من وفيات الأطفال، ولاسيما وفيات حديثي الولادة ووفيات الأمومة في الفترة المحيطة بالولادة. وبخصوص شلل الأطفال، تم تعزيز الحملات والترصد لدعم جهود استئصال شلل الأطفال، وأصبح العراق خالياً من شلل الأطفال منذ عام 2000. أما لقاح المستدمية النزفية Hib ولقاح الفيروس العجلي Rotavirus فقد أدخل في جداول التطعيم الروتيني. وتحسّن ترصد الحالات الحساسة للحصبة وتحديد الفئات السكانية المعرضة للخطر وتطعيمهم. وتم توقيع الاتفاقية الإطارية بشأن مكافحة التبغ، والتصديق عليها، ودخلت حيز التنفيذ في 2008. وتقدم خدمات الفحص والمشورة الطوعيين لتحري فيروس الإيدز كما يقدم العلاج مجاناً. وبخصوص السل، بلغ معدل اكتشاف الحالات

60%، و عولج 85% من الحالات. كما افتتح العراق مؤخرًا مستشفىً جديدًا لمعالجة حالات السل المقاوم للأدوية المتعددة. وتم التخلص من الملاريا وداء البلهارسيات.

وقال ممثل اليمن إنه بالرغم من خلو اليمن من شلل الأطفال البري منذ عام 2006، فإن خطر عودة ظهور الفيروس مازال قائمًا. وأضاف أن هذا الخطر أكد أهمية اتخاذ حزمة من الإجراءات لرفع مستوى المناعة لاسيما في الدول ذات المعدلات المتدنية من التغطية الروتينية باللقاح. وأكد على ضرورة تعزيز الشراكة بين الدول منظمة الصحة العالمية، والشركاء في التنمية الآخرين الداعمين للقطاع الصحي، والدعم على الصعيد الوطني والإقليمي والدولي لحشد موارد محلية ودولية إضافية

وأثنى ممثل جنوب السودان على الاقتراح المتعلق بإنشاء آلية للشراء الموحد للقاحات، قائلاً إنها سوف تساعد على إتاحة اللقاحات الجديدة للبلدان التي تحتاج إليها. وقال إن رعاية الصحة النفسية في بلده تكاد تكون منعدمة، إذ لا يوجد في بلده طبيب نفسي واحد. وطلب إلى منظمة الصحة العالمية تسريع وتيرة استجابتها لمناشدات البلدان من أجل الدعم.

وذكرت ممثلة البحرين أن بلدها قد خطأ خطوات رائدة في مجال الأمراض المعدية التي يمكن توقيها باللقاحات وبالتالي فإن البحرين خالية من شلل الأطفال منذ عام 1994. وقالت إن البحرين ملتزمة بتطبيق اتفاقية منظمة الصحة العالمية بشأن مكافحة التبغ حيث أنها تتبنى سياسة الحظر الشامل للإعلان عن منتجات التبغ. ومنذ 9 آب/أغسطس من عام 2012 تم حظر دخول أي شحنة تبغ لا تحمل الصور التحذيرية وفقاً للمتطلبات. وأكدت أن البحرين قد حققت تقدماً فيما يتعلق بالمرمى الرابع من المرامي الإنمائية للألفية، إذ انخفض معدل وفيات الأطفال والرضع بنسبة تزيد على الثلثين. وأضافت إن نسبة وفيات الأمهات انخفضت من 16.9 لكل 100 000 في عام 2009 إلى 11.3 لكل 100 000 في عام 2010. وأشارت إلى وجود اختلافات بين الأرقام الواردة في التقرير السنوي والأرقام التي رصدتها وزارة الصحة. وقالت إن استدامة تمويل الرعاية الصحية مسألة تقلق كافة الحكومات حتى الغنية منها إذ أن ندرة الموارد البشرية والصحية وارتفاع كلفة العمليات والأدوية، وزيادة عبء الأمراض غير السارية، وتزايد أعداد المسنين قد فاقت كلها العبء الملقى على كاهل الخدمات الصحية. وذكرت أن وزراء الصحة في دول مجلس التعاون الخليجي قد اتخذوا شعار التمويل الصحي ليكون موضوع المؤتمر الوزاري المقبل المزمع عقده في البحرين والذي سيتم فيه مناقشة أفضل السبل لتمويل النظام الصحي وتوفير التغطية الصحية الشاملة.

وقال معالي وزير الصحة العامة في لبنان إن لبنان يحاول تحسين مكافحة الأمراض غير السارية بتعزيز الرعاية الصحية الأولية، والاكتشاف المبكر للحالات، والتعاون بين النقابات، ولاسيما نقابة الصيادلة، لتحسين إمكانية الحصول على الأدوية وتعزيز جمع البيانات. وقال إن لبنان قد حقق تقدماً في خفض معدل وفيات الأمومة والطفولة، واقترب من بلوغ أهداف المرامي الإنمائية للألفية، وأضاف أن بلده قد أنشأ مرصداً وطنياً لاستقصاء حالات الولادة المبكرة. وقال إن لبنان طرف في الاتفاقية الإطارية بشأن مكافحة التبغ، وإنه بالرغم من المعارضة الشديدة من قبل جماعات الضغط للتشريعات المضادة للتبغ فلن يتراجع عنها، وقد زاد لبنان الضرائب على التبغ في الموازنة الحالية.

واسترعى ممثل السودان الانتباه إلى العبء المتزايد للأمراض السارية والأمراض غير السارية في الإقليم. ووصف ذلك بأنه يشكل تحدياً حقيقياً، يتطلب التعاون ليس بين بلدان الإقليم وحسب بل بين الأقاليم أيضاً. وتهدف الخطة

الوطنية الخمسية للسودان (2012-2016) إلى التصدي للتحديات الصحية العديدة مع التركيز على القضايا الصحية ذات الأولوية، ولاسيما التغطية الشاملة بخدمات الرعاية الصحية الأساسية والتكامل في تقديم الخدمة لضمان أفضل استغلال للموارد. واستطرد قائلاً إن التغذية لاتزال تمثل تحدياً أمام بلوغ المرامي الإنمائية للألفية، فلاتزال معدلات سوء التغذية مرتفعة في إحدى مجموعات البلدان. ويؤثر هذا تأثيراً سلبياً على تقليص معدلات وفيات الطفولة، على الرغم مما تحقق من تحسّن في التغطية بالتطعيم. وأضاف أن هذا مجال يتطلب دراسة موسّعة، واعتماد استراتيجيات فعّالة. ثم إن الأمراض المدارية المنسيّة، بما فيها داء البلهارسيات، تمثل تهديداً متزايداً للصحة العمومية. ففي بعض المناطق، بلغت نسبة المصابين بأمراض مدارية 90% من السكان؛ ومن ثمّ فهذه قضية تتطلب المزيد من الاهتمام والتركيز. وقال إن النُظُم الصحية بحاجة إلى إصلاح وكذلك المناهج الدراسية بكليات الطب، من أجل تعزيز الموارد البشرية الصحية. وهناك حاجة إلى الأخذ بأساليب مشتركة بين القطاعات للتعاطي مع الأولويات الصحية الراهنة، ولا بد من سدّ الفجوات القائمة باعتماد تشريعات جديدة.

وقالت ممثلة باكستان إنه في الوقت الذي يتم فيه تحقيق إنجازات في الإقليم لخفض معدلات وفيات الأمومة والطفولة، وتنفيذ تدابير مكافحة التبغ، وكبح جماح الأمراض السارية، فإن هناك قضايا صحية أخرى تقتضي استجابة أكثر فعالية. ونظراً للتنوع الذي يتسم به إقليم شرق المتوسط، أعربت عن تقديرها للأهمية التي أوليت للحاجة إلى تعزيز النُظُم الصحية. وقالت إنه بالنسبة لباكستان، مازالت الأولوية العليا للخدمات الوقائية والرعاية الصحية الأولية. وأضافت أن التصدي لأمراض غير السارية يمثل تحدياً جديداً، وأن ذلك يقتضي الإلمام بالعبء الحقيقي لكل مرض في مختلف الشرائح السكانية.

وشدد ممثل الأمانة العامة للمنظمة العربية للهلال الأحمر والصليب الأحمر على أهمية خدمات الطوارئ والتصدي لها، ملاحظاً أن الأحداث الأخيرة التي شهدتها بعض بلدان الإقليم قد كشفت عن قصور حاد في التصدي للطوارئ، مما يستلزم وجود نظام شامل للخدمة الطبية والاستجابة في مرحلة ما قبل دخول المستشفى وداخل غرف الطوارئ في المستشفيات. وأكد على أهمية تأهيل الكوادر المتخصصة ووضع الإجراءات والنظم التي تساعد على تحقيق هذا الهدف. كما أكد على أهمية توفير الرعاية النفسية لضحايا مثل هذه الأحداث، وعقد دورات للتأهيل النفسي وإيجاد مديريين مؤهلين في كل بلد لتحمل مسؤولية الرعاية النفسية للضحايا.

وألقى ممثل الجمعية العربية لخدمة المناطق المضارة بالألغام الضوء على مشكلة الألغام الأرضية في بلدان الإقليم وما ينتج عنها من إصابات وخسائر في الأرواح. وتمنى أن تدرج الدول الأعضاء هذه القضية على جدول أعمال الدورات القادمة للجنة الإقليمية. ودعا إلى اعتماد استراتيجية لمكافحة الألغام الأرضية والحد من آثارها. كما اقترح إعداد قاعدة بيانات تشمل عدد الألغام الأرضية والمناطق الملعّمة والوفيات والإصابات الناجمة عنها وتحديث قاعدة البيانات هذه.

وأكد ممثل الاتحاد العربي للمنظمات غير الحكومية للوقاية من الإدمان أهمية الصحة النفسية وعلاج الإدمان وضرورة إدماجها مع الأمراض غير السارية، مشدداً على ضرورة توفير الخدمات الجوالّة لرعاية الصحة النفسية. ودعا إلى تحديد جدول زمني لإنشاء خدمات متكاملة للصحة النفسية ومعالجة الإدمان.

ولاحظ مساعد المدير العامة لشؤون شلل الأطفال والطوارئ والتنسيق القطري، أنه على الرغم من أن إقليم شرق المتوسط له تاريخ حافل بالإنجازات في مجال استئصال شلل الأطفال، فإنه تقدمه في هذا الصدد الآن تكتفه المخاطر. وأكد أن استخدام لقاح شلل الأطفال المعطل لم يكن ضرورياً لاستئصال الفيروس البري لشلل الأطفال، وأردف قائلاً لكن للقاح شلل الأطفال المعطل دور مهم في إدارة المخاطر خلال المراحل الأخيرة لاستئصال شلل الأطفال. وتشير البيانات العلمية الجديدة إلى أن اللقاح المعطل يمكن أن يساعد في الوقف المأمون لاستخدام اللقاح الفموي، الذي يمكن أن يسبب الشلل بسبب فيروسات شلل الأطفال المشتقة من اللقاح. وقد أصبحت مخاطر الفيروسات المشتقة من اللقاح واضحة في الإقليم منذ أسبوعين مضياً، عندما انتقل إلى كينيا فيروس لشلل الأطفال مشتق من اللقاح كان سارياً في الصومال. ولاحظ أن أحد المعوقات أمام استخدام اللقاح المعطل هو تكلفته. وأوضح أنه تجري مفاوضات في هذا الصدد بشأن أسعار اللقاح مع منتجه، وأن من المنتظر في السنوات القليلة المقبلة تخفيض سعر اللقاح إلى أقل من دولار واحد للجرعة. ومن الواضح أن استعمال اللقاح المعطل سيكون ضرورياً للمراحل النهائية لاستئصال شلل الأطفال.

وقال المدير الإقليمي إن مداخلات المندوبين شملت قضايا مهمة جداً سوف تؤخذ في الاعتبار. وفيما يتعلق بالتجار غير المشروع في التبغ، فإن هذه القضية سوف تُناقش في المؤتمر المرتقب للأطراف ومن المنتظر اعتماد بروتوكول. وفيما يتعلق بدور القطاعات الأخرى غير القطاع الصحي والوزارات غير وزارة الصحة، لاحظ المدير الإقليمي أن هذه القضية لا تقتصر على الأمراض غير السارية، وإنما تشمل مشكلات صحية أخرى. وأوضح أن هناك مناقشات تدور في هذا الصدد بشأن إمكانية عقد اجتماعات مع القطاعات الأخرى، مثل قطاع الزراعة، الذي يُعد مهماً بشكل خاص للتصدي لتحديات من قبيل التغذية والأمراض المنقولة بالغذاء. وأضاف أن هناك مناقشات تدور حول عقد اجتماع مع وزراء المالية، ملاحظاً أن الإقليم الأفريقي عقد اجتماعاً مماثلاً كان مثمراً. وأشار إلى الأمراض الوراثية، فقال إن المجلس التنفيذي وجمعية الصحة العالمية قد ناقشا القضية منذ عدة سنوات، وأصدرا قراراً بشأن الأولويات. وهنأ المدير الإقليمي مصر على منجزاتها في مجال صحة الأمومة والطفولة، والتطورات المهمة فيما يتعلق بمكافحة التبغ، والتي شملت فرض مزيد من الضرائب على استهلاك التبغ، واستخدام الإيرادات الضريبية للتوسع في التغطية بالرعاية الصحية. وأعرب عن أمله في أن تتابع سائر البلدان التجربة المصرية عن كثب والنظر فيها. وفيما يتعلق باقتراح إنشاء آلية إقليمية للتضامن، أعرب المدير الإقليمي عن دعمه لهذه القضية آملاً أن تحذو سائر البلدان هذا الحذو. وقال إن المنظمة على استعداد للتعاون على تفعيل هذا الاقتراح. وفيما يتعلق بإنشاء آلية للشراء الموحد للقاحات، أوضح أن التعاون مع منظمة الصحة للبلدان الأمريكية مستمر في هذا الشأن. وقال إن اجتماعاً جانبياً سوف يركز على هذه القضية، معرباً عن أمله في أن يسفر عن توصيات محددة. وقال إن من المأمول أن تلتزم الدول الأعضاء بتحقيق هذا الهدف. فتحقيقه من شأنه مساعدة البلدان على الحصول على اللقاحات لقاء أسعار أقل، على نحو يضمن إدماج اللقاحات في برامج التطعيم الوطنية، ولاسيما في البلدان المتوسطة الدخل.

وفيما يتعلق بالتفاوت بين البيانات الإحصائية للمنظمة والبلدان، قال المدير الإقليمي إن لدى المنظمة آلية لضمان اتفاق أرقامها مع الأرقام الواردة من وزارات الصحة في هذا الصدد. وأكد أن الأمر يستلزم أيضاً من وزارات الصحة أن تضمن في هذا الصدد دقة بياناتها. ولاحظ أن هذه القضية تتوافق مع أولويات المكتب الإقليمي، حيث أنشئ قسم لهذا الغرض مع توقع القيام بأنشطة مكثفة لدعم نظم المعلومات الصحية في الإقليم. وأثنى المدير الإقليمي على التزام لبنان بتنفيذ القرارات المتعلقة بمكافحة التبغ. كما أكد على دعم المنظمة للمبادرة اللبنانية لدعم الرعاية

الصحية الأولية على المستوى الوطني. واختتم مداخلته معرباً عن أمله في تقوية التعاون مع المنظمات غير الحكومية على المستويين الإقليمي والقُطري.

وقال مدير مبادرة التحرر من التبغ إن السجائر الإلكترونية مجال تدارسته منظمة الصحة العالمية على مدى العامين الماضيين، وأن فريق الدراسة يوصي بإجراء تجارب سريرية للتحقق من مأمونيتها. ولاحظ أن تلك المنتجات لا تخضع للإجراءات التنظيمية عبر البلدان، وأنه وُجد في بعض البلدان أنها تحوي ملوثات ومسرطنات.

4. المسائل التنظيمية

1.4 الرؤية العالمية والإقليمية لمنظمة الصحة العالمية

قالت المديرية العامة إن أحد الأسباب الرئيسية التي جعلتها تشرع في إصلاح المنظمة هو التعاطي مع قضية تمويل عمل المنظمة. فالاشتراكات المقررة للدول الأعضاء تبلغ حوالي 25% من إجمالي ميزانية المنظمة، وتأتي البقية من مصادر من غير الدول. كما أن إجمالي مساهمة الدول الأعضاء من الاشتراكات المقررة والتبرعات يبلغ حوالي 50%. وهذا الاعتماد على التبرعات قد أدى إلى ارتفاع مستوى عدم القدرة على التنبؤ بتمويل المنظمة، ومن ثم قدرتها على تنفيذ برنامج العمل الذي تطلبه الدول الأعضاء. وقد أدى هذا أيضاً إلى عدم التيقن من المواءمة بين الأموال والأولويات. ومنذ عام 2008، أدت الأزمة الاقتصادية العالمية، بدورها، إلى تقليص التمويل، مما يعني ضرورة إجراء استقطاعات وتحديد أولويات جديدة. وقد تمكنت المنظمة بالفعل من تحقيق وفورات ناجمة عن الكفاءة في الأداء، ولكن هناك حد لما يمكنها اقتطاعه دون التأثير على الأنشطة الأساسية. ويجري تحسين الشفافية لتعزيز ثقة الدول الأعضاء في المنظمة. وقال المديرية العامة أنها قد عيّنت مبعوثاً خاصاً للتناقش مع الدول الأعضاء وتلقي آرائها بشأن كيفية التعاطي مع قضية التمويل. وبناء على تقريره، فإنها سوف تعرض تقريراً على جلسة خاصة للجنة البرنامج والميزانية والإدارة في جنيف في كانون الأول/ديسمبر 2012.

وقال ممثل لبنان إن قضية تمويل منظمة الصحة العالمية موضوع هام وخطير. فمعظم التمويل يأتي من خارج الموازنة التي تدفعها الدول الأعضاء، وهذا يشكل مصدر قلق، خاصة أن الممولين لا يلتزمون بتسديد نسبة 13% الخاصة بتكاليف الدعم الإداري؛ مما يعني أن إدارة البرامج الممولة من خارج الموازنة تستهلك جزءاً من الميزانية العادية لتسديد النفقات التشغيلية. ولاحظ أن خطة الإصلاح أدرجت ثلاثة مكونات هي: البرمجة، والحوكمة، والإدارة؛ إلا أنها لم تدرج (التمويل) على نحو واضح. فالتمويل مدرج بشكل موجز تحت بند الإدارة. لذلك لا بد من إبراز هذا الموضوع كمكون أساسي في خطة الإصلاح. وقال إنه عندما طرحت جمعية الصحة العالمية قبل 15 عاماً تجسيد الاشتراكات المقررة واقترحتم نمواً إسمياً صفرياً في الميزانية، لم توافق الدول الأعضاء في الإقليم على هذا الاقتراح، وقال لعل الوقت قد حان الآن لإثارة هذه القضية مرة أخرى من أجل زيادة الاشتراكات المقررة.

وأنتى ممثل ليبيا على ما قدّمته منظمة الصحة العالمية من دعم للشعب الليبي في صراعه من أجل التحرير. وأوضح أن النظام الصحي في ليبيا قد تضرر بشدة في تلك الأثناء فضلاً عن أنه كان مهملًا في ظل سياسات النظام السابق. وقال إن بلاده في أمس الحاجة إلى الدعم الفني وخبرة المستشارين في المنظمة. وأشار إلى دعم المكتب الإقليمي وممثل المنظمة للمؤتمر الوطني للنظم الصحية، الذي عُقد في ليبيا في الشهر الماضي. وأشاد بموافقة المنظمة على إنشاء المركز الدولي لمكافحة الأمراض في ليبيا ليصبح مركز تميز لليبيا والإقليم برمته. وأكد على أهمية دعم موارد المنظمة وتنمية الموارد البشرية، وتوسيع آفاق التعاون والمشاركة بين الدول الأعضاء، ودعم المراكز العلمية والبحثية في تلك البلدان، وإيجاد سبيل لسرعة تبادل المعلومات.

وذكر ممثل جيبوتي أن هناك اختلافاً كبيراً بين البلدان في إمكاناتها المالية. وقال إن بلده في أمس الحاجة إلى الأدوية نظراً لقلّة موارده، وطلب إلى منظمة الصحة العالمية دعمه في هذا الشأن.

وأكد ممثل اليمن أهمية المرونة في التمويل حتى يمكن نقل الأموال من أي مشروع أو برنامج لآخر حسب الحاجة.

وقالت ممثلة باكستان إن من الواضح أن المكتب الإقليمي ينبغي له تقرير أولوية أهم قضيتين أو ثلاث قضايا تخص الصحة العمومية. وأكدت أن العلاقة بين الفقر، وانخفاض مستويات التعليم، والوضع الصحي الرديء للأهالي والأطفال يجب أن يكون من بين هذه الأولويات. وقالت إن من الواضح ضرورة إيجاد طرق لتحقيق المرونة للتمويل، بالنسبة لجميع مستويات المنظمة، بحيث يمكن عند اللزوم تحويل الأموال إلى المجالات التي في مَسيس الحاجة. ولا بد من تحقيق مزيد من الكفاءة لقاء تكلفة أقل في كل المستويات. وأعربت عن تقديرها للجهود التي يبذلها المدير الإقليمي لتنسيق عمل المكتب الإقليمي وإعادة تنظيمه، ووضع أولويات استراتيجية. وقالت إن بلدها على استعداد للعمل مع كل بلدان الإقليم على تصميم جدول أعمال يلبي الاحتياجات الإقليمية، مقررًا أيضاً بأن الكوارث والطوارئ بحاجة هي الأخرى إلى التصدي لها. وأشارت إلى الحاجة إلى الابتكار، بما في ذلك استخدام تكنولوجيا المعلومات لمد يد العون إلى المناطق النائية، وإلى دعم خبراء المنظمة في هذا الصدد. وأوضحت أن باكستان تحرز تقدماً على درب جهود استئصال شلل الأطفال وإن كان ذلك لا يزال يمثل تحدياً كبيراً.

وأثنى ممثل جمهورية إيران الإسلامية على المديرية العامة لقرارها تعيين مبعوث خاص معني بتمويل المنظمة، ملاحظاً أن موضوع إصلاح المنظمة سوف يناقش تفصيلاً فيما بعد في البرنامج.

وأشار ممثل العراق إلى الدعم المالي لمنظمة الصحة العالمية، مؤكداً على أهمية الشراكة الفعالة بين سائر المنظمات والوكالات من أجل منع التداخل والازدواجية. فالاستثمار في جهود المنظمات الأخرى يمكن اعتباره دعماً غير مباشر، ومن شأنه توفير المال لمشاريع أخرى. ومن المهم أيضاً تطبيق مبادئ اقتصاديات الصحة وإدارة الجودة في التمويل، من أجل تحقيق أفضل استثمار.

وأكد معالي وزير الصحة العامة لقطر على ما يحظى به الإصلاح من أهمية، وهو موضوع سبق أن نوقش في العديد من الاجتماعات وفي المجلس التنفيذي للمنظمة. وقال إنه يتفق مع المديرية العامة على أن الموضوع الأهم هو التمويل. وأعرب عن قلقه إزاء التنافس بين منظمة الصحة العالمية والمنظمات غير الحكومية الأخرى على الأموال المتأتية من البلدان. وأكد على ضرورة مناقشة هذه الأمور لأن كل وزير صحة يواجه ضغطاً من وزير الخارجية لقبول بعض البرامج الثنائية والتي تكون عالمية الهدف. وأشار إلى الإشكال الذي يواجهه أي وزير ليقرر أين يوجه الأموال.

وقال ممثل مجلس وزراء الصحة لمجلس التعاون الخليجي إنه يؤد أن يسترعي الانتباه إلى أن المعضلة الرئيسية لتطوير النُظم الصحية وجعلها أكثر قبولاً واستجابة لمفهوم الرعاية المرتكزة على المريض patient-centered care. ومن المهم لتحقيق ذلك، الاستثمار في برامج الإدارة الصحية والقيادات الصحية، وأن تكون من أولى الأولويات لعمل النظم الصحية في المرحلة القادمة وضع استراتيجية عالمية لتنمية القيادات الإدارية بدعم من المراكز الدولية المتخصصة والمنظمة. وقال إن الدراسات البحثية التي أجريت في بلدان مجلس التعاون الخليجي قد أكدت أن هذا المجال بحاجة إلى اتخاذ إجراءات عاجلة. وأضاف أن من المهم لتحسين الصحة العمومية والابتكار تعزيز أنشطة البحث العلمي والتطوير حتى يتسنى إعداد السياسات الصحية بناءً على البيّنات، وتعزيز أهمية إدارة المخاطر وإدارة الأزمات ضمن النُظم الصحية.

وقال ممثل جنوب السودان إنه رغم أن بلده متقدّم بطلب للانتقال إلى الإقليم الأفريقي، فإنه تلقى دعماً جيداً من المكتب الإقليمي. فبلده باعتباره دولة جديدة، يواجه مشكلات صحية ضخمة، ولاسيما فيما يتعلق بالملاريا وأمراض الإسهال، والتهاب الكبد "بي". وقال إن بلده يحتاج بشدة، في هذا الصدد، للدعم من أجل مكافحة النواقل، ومن أجل الماء والإصحاح واللقاحات.

ولاحظ المدير الإقليمي الاهتمام بفتح باب المناقشة بشأن زيادة الاشتراكات المقررة، وأعرب عن أمله في إجراء مزيد من المناقشة للموضوع. وفيما يتعلق بالمرونة في استخدام الاشتراكات، قال إن الأموال يمكن إعادة برمجتها وفقاً للأولويات التي تحددها السلطات الصحية. ووافق على أن من الأولويات الرئيسية في الأعوام الخمسة المقبلة معرفة الكيفية التي يمكن بها للمنظمة دعم الدول الأعضاء بشكل أفضل في الاستعداد للأزمات والتصدي لها. وأوضح أن المكتب الإقليمي يعرف ما يلزم عمله، وأنه يحتاج الآن إلى اتخاذ إجراءات في هذا الشأن. وفيما يتعلق بالقضية المهمة المتعلقة بالاشتراكات، لاحظ أن القيادة تُكتسب ولا تُمنح. وقال إن المكتب الإقليمي يسعى جاهداً لتحقيق مستوى من الكفاءة يمكن أن تعتمد عليه الدول الأعضاء لجودته، وأنه لن يتنافس على الأموال، ولكنه سيتنافس على الكفاءة الفنية التي يمكن تقديمها. وأشار إلى أهمية التنسيق الكافي بين وكالات الأمم المتحدة، وأكد في هذا الصدد على إيلاء المكتب الإقليمي أهمية كبيرة للمشاركة الوثيقة لوكالات الأمم المتحدة الأخرى في الاجتماع الرفيع المستوى المرتقب بشأن صحة الأمومة والطفولة.

ولاحظت المديرية العامة أن المنظمة لن تقبل في المستقبل أموالاً من الشركاء في التنمية الذين لا يوافقون على دفع تكاليف الدعم والتي تبلغ قيمتها 13%، تجنّباً لدعم البرامج المعنية من الاشتراكات المقررة. ورحبت بإعادة فتح قضية الاشتراكات المقررة. ولاحظت أن القوة الشرائية لهذه الاشتراكات قد هبطت كثيراً منذ اعتماد النمو الإسمي الصفري، وأن بعض البلدان مستعدة الآن لزيادة اشتراكاتها طوعاً. وأكدت أن تحديد الأولويات مسألة رئيسية بحق. ولاحظت في هذا الصدد أن المنظمة لا يمكنها عمل كل شيء تحتاج إليه البلدان. وحثت الدول الأعضاء على التركيز على جمل الأموال المحدودة التي تقدّمها المنظمة للدعم الفني لبضعة مجالات ذات أولوية، بحيث لا تُوزع بمقادير قليلة، وتعتزم من علو المردود، وتتوافق مع استراتيجية التعاون القطرية.

واتفقت مع الرأي القائل بأن عمل المنظمة يحتاج إلى المزيد من الكفاءة، ملاحظة، على سبيل المثال، أن البلدان لا يمكنها استيعاب كل مبادئها التوجيهية. ويلزم أن يعلم موظفو المنظمة ذلك. وفيما يتعلق بالتنافس على الأموال، لاحظت أن العديد من الشركات والوكالات أنشأها الدول الأعضاء نفسها، وحثتها، بوصفها أطراف معنية في الأمم المتحدة، على ضمان أن لا يطلب من كل وكالة تجاوز ولايتها. كما حثت الدول الأعضاء على التمعّن في عمل المنظمة وما تقدّمه من دعم لضمان تلبية احتياجاتها. وأكدت أن المنظمة عازمة على التغيير. وحثت وزراء الصحة على نقل آرائهم إلى ممثلي بلدانهم بالنسبة للدورة الخاصة للجنة البرنامج والميزانية والإدارة في كانون الأول/ديسمبر 2012، بشأن خيارات تحسين التمويل، بحيث يُعرض موقفهم عرضاً مناسباً. وأعادت التأكيد على ضرورة تحديد الأولويات، ومساءلة المنظمة وضرورة شفافيتها. ولاحظت في هذا الصدد، أن جمعية الصحة واللجان الإقليمية قد أجازت العديد من القرارات بشأن أولويات مختلفة أنفقت المنظمة عليها وقتاً طويلاً وموارد كبيرة. وطلبت إلى اللجنة النظر في الإلغاء التدريجي لبعض هذه القرارات، ووضع حدود زمنية على القرارات الجديدة.

2.4 تنقيح النظام الداخلي للجنة الإقليمية لشرق المتوسط

البند 7 من جدول الأعمال، الوثيقة ش م/ل إ 8/59، المقرر الإجرائي-3

قام بعرض هذا البند من جدول الأعمال السيد راؤول توماس، مدير الشؤون الإدارية والمالية، فقال إن اللجنة الإقليمية قررت، في دورتها السابعة والخمسين، في تشرين الأول/أكتوبر 2010، مراجعة نظامها الداخلي الذي لم يطرأ عليه أي تحديث منذ عام 1986. كما قررت اللجنة الإقليمية، في دورتها الثامنة والخمسين، في تشرين الأول/أكتوبر 2011، أن تعهد إلى لجنة تقنية يتمتع بخلفية قانونية وإدارية بمهمة مراجعة النظام الداخلي للجنة الإقليمية على أن تقدّم تقريرها مرة أخرى إلى اللجنة الفرعية في حينه. وقد اجتمعت اللجنة التقنية وقدمت تقريرها إلى اللجنة الفرعية في اجتماع عُقد في المكتب الإقليمي في آذار/مارس 2012. ولدى مراجعة النظام الداخلي الحالي حصرت اللجنة التقنية تركيزها على المواد التي رأت في تقديرها، أنها تستحق التنقيح، مستندة إلى المعايير التالية:

(1) كون الممارسة المتبعة في اللجنة الإقليمية مختلفة عن النظام الداخلي، (2) كون مواد النظام الداخلي لا تتماشى مع المواد المقابلة لها في النظامين الداخليين لجمعية الصحة العالمية والمجلس التنفيذي، (3) كون المراجعة تحظى بدعم الدول الأعضاء في سياق عملية الإصلاح الجاري تنفيذها وتعكس أفضل الممارسات التي تتبعها اللجان الإقليمية الأخرى. وتغطي التغييرات المقترحة تعديل منهجية العمل في اللجنة الإقليمية، وبشكل خاص إنشاء لجنة فرعية تقنية، وهيئة مكتب اللجنة الإقليمية، وتغييرات في عملية الترشيح لمنصب المدير الإقليمي، وإنشاء لجنة اعتماد لوثائق التفويض مع تغييرات متنوعة ذات طبيعة إدارية. وفي ما يتعلق بأمر إنشاء لجنة فرعية تقنية، أوضح السيد راؤول توماس أنه يجب تجنّب الالتباس بين اللجنة التقنية، وبين اللجنة الاستشارية الإقليمية والتي تم إنشاؤها بمقتضى قرار اعتمده اللجنة الإقليمية من أجل تقديم المشورة للمدير الإقليمي. كما تم اقتراح تغيير تسمية اللجنة الاستشارية الإقليمية إلى اللجنة الاستشارية للمدير الإقليمي مع تبديل في المهام الموكلة إليها وفي تشكيلها، على النحو الذي ستم مناقشته في البند الخاص بها من بنود جدول الأعمال المتعلقة بإصلاح المنظمة. وقال السيد راؤول توماس إن اللجنة الفرعية قد أفاضت في مناقشة المقترحات، وقررت عرض التغييرات المقترحة على اللجنة الإقليمية في دورتها التاسعة والخمسين للنظر فيها.

المناقشات

لم يرَ ممثل لبنان ضرورة لتشكيل لجنة تقنية، ورأى أن بوسع اللجنة الإقليمية إهاء جدول أعمالها في الموعد المحدد. وأضاف أن وجود الوزراء في اجتماع اللجنة الإقليمية يتيح الفرصة للاطلاع عن كثب على الخلفيات الفنية للاستراتيجيات الموضوعية. كما قال إن إرسال وفدتين يمثل عبئاً مالياً على البلدان. وأشار إلى أن بلده لا يرى ضرورة أيضاً لتشكيل لجنة خاصة بالوثائق. ورأى أن من المناسب تعديل المادة 10 من النظام الداخلي بحيث ينضم رئيس المناقشات التقنية إلى هيئة المكتب. وأكد تأييد بلده للتعديلات المقترحة على المواد 37 و48 و51 المتعلقة بترشيح وانتخاب المدير الإقليمي.

وتحدّث معالي وزير الصحة العُماني، بوصفه عضواً في اللجنة التقنية التي راجعت النظام الداخلي للجنة الإقليمية، وأقرّ التحفظات التي أبدتها ممثل لبنان. وفيما يتعلق بتشكيل لجنة فرعية تقنية، قال إن الغرض من التوصية بتشكيل هذه اللجنة هو أن يتمتع وزراء الصحة بمزيد من المرونة في جداول أعمالهم. وأضاف أن الوزراء سيواصلون

اجتماعهم لنفس المدّة في المستقبل. وتساءل بوصفه عضواً في اللجنة الإقليمية، عن مردودية طباعة جميع الوثائق، واقترح أن تقوم الأمانة العامة مستقبلاً بإرسال الوثائق إلكترونياً إلى البلدان بدلاً من طباعتها.

وقال ممثل العراق إن هناك حاجة لزيادة إسهام البلدان في إعداد جدول الأعمال. واقترح أن يتم تعزيز عملية المتابعة لضمان إجراء تقييم كافٍ في الإعداد للدورات القادمة. وقال إن ممثلي المنظمة قد أدوا دوراً رئيسياً في كلاً المجالين، كما اقترح تنقية معايير تقييم المرشحين لمنصب المدير الإقليمي وتوضيحها بصورة أكبر.

ولاحظ ممثل تونس أن طول الفترة التي انقضت منذ تحديث النظام الداخلي يمثل تبريراً قوياً لمراجعة هذا النظام الآن. وأعرب عن دعمه القوي لتشكيل لجنة فرعية تقنية تتولى وضع الأساس اللازم لعمل اللجنة الرئيسية، واقترح أن تجتمع هذه اللجنة الفرعية قبل انعقاد اللجنة الإقليمية بشهرين أو ثلاثة أشهر، بما يتيح الفرصة للتشاور والتحضير. ورأى أن تحديد مدة انعقاد اللجنة الإقليمية بثلاثة أيام أمر مناسب، وأعرب عن تأييده للعملية المقترحة لترشيح المدير الإقليمي، بما في ذلك معايير تقييم المرشحين لشغل هذا المنصب.

وأعرب ممثل جمهورية إيران الإسلامية عن قلقه إزاء انحسار دور اللجنة الرئيسية بإنشاء اللجنة الفرعية التقنية. وطلب استجلاء مهام اللجنة الفرعية وتشكيلها.

وطلبت ممثلة البحرين المزيد من التوضيح حول إجراءات ترشيح المدير وإعداد القائمة المختصرة للمرشحين.

وقال ممثل المغرب إنه لا يعترض على تشكيل لجنة فرعية تقنية، لكنه تساءل عن تشكيلها وما إذا كانت ستضم كل أعضاء اللجنة الإقليمية. ولاحظ أنه قد تنشأ مشاكل بسبب تداخل عملها مع عمل اللجنة الإقليمية، لذلك يتعين تحديد مهامها مسبقاً. كما يتعين أخذ متطلبات هذه اللجنة الفرعية في الاعتبار، وبخاصة تمويل اجتماعاتها.

وفي معرض رده على المسائل التي أثارها أعضاء اللجنة الإقليمية، قال مدير الشؤون الإدارية والمالية أنه في ما يختص بترشيح المدير الإقليمي سيتم خلال عملية اختصار قائمة المرشحين، التصويت على المرشحين من قبل جميع أعضاء اللجنة الإقليمية، ويلى ذلك إجراء مقابلات مع المرشحين الخمسة الحاصلين على أكبر عدد من الأصوات. والغرض من عملية اختصار القائمة هو توفير الوقت. أما بخصوص الشواغل المالية، فقد أقرّ بأن بعض التنقيحات المقترحة سوف ينجم عنها تكاليف إضافية. وأوضح أن المعايير المقترحة لاختيار المرشحين لمنصب المدير الإقليمي مماثلة لتلك المستخدمة لاختيار المدير العام. وذكر أن التعديلات المقترحة تهدف إلى تعزيز دور اللجنة الإقليمية في مجال الحوكمة، وأكد على أن القصد من إنشاء اللجنة التقنية الفرعية هو دعم عمل اللجنة الرئيسية.

واسترعى ممثل المملكة العربية السعودية الانتباه إلى خبرة المجلس التنفيذي لمجلس وزراء الصحة لدول مجلس التعاون الخليجي، والذي ينعقد قبل انعقاد مجلس وزراء الصحة بشهرين أو ثلاثة أشهر لمراجعة القضايا الفنية مراجعة وافية. وأكد على القيمة الكبيرة لهذه المناقشات السابقة على اجتماع مجلس الوزراء، في إطلاع الوزراء على القضايا المهمة وما قد يترتب عليها من نتائج.

واسترعى المدير الإقليمي الانتباه إلى التجربة الحالية للجنة الإقليمية، التي تم فيها مناقشة أحد بنود جدول الأعمال في اجتماع عقد قبل بدء الدورة بيوم واحد. وقال إن التجربة نجحت نجاحاً كبيراً، ويمكن للجنة التقنية الفرعية أن

تتخذها نموذجاً من حيث التوقيت ومنهجية العمل. أما بخصوص الفعالية لقاء التكاليف فيما يتعلق بطباعة الوثائق، فقد أوضح أن المكتب الإقليمي ركّز هذا العام على تذكير الدول الأعضاء بأن جميع الوثائق متاحة على شبكة الإنترنت. وأضاف أنه بموافقة أعضاء اللجنة، سيّتم في العام المقبل بثّ جميع الوثائق إلكترونياً. وسوف تستمر إتاحة النسخ الورقية، لدى طلبها، أثناء الدورة.

وقررت اللجنة الإقليمية اعتماد التعديلات التي اقترحتها اللجنة التقنية على النظام الداخلي للجنة الإقليمية، وكذلك المعايير المقترحة لتقييم المرشّحين لمنصب المدير الإقليمي. كما قررت استمرار الأخذ بالممارسة التي استُحدثت مؤخراً لتنظيم الاجتماعات التقنية قبيل انعقاد اللجنة الإقليمية مباشرة. وأن تكون هذه الاجتماعات مفتوحة لجميع أعضاء اللجنة.

3.4 إصلاح منظمة الصحة العالمية: الوضع الراهن ووجهات النظر الإقليمية

البند 5 من جدول الأعمال، الوثيقة ش م/ل إ 5/59، القرار ش م/ل إ 59/ق-6

قام الدكتور سمير بن محمد، المدير التنفيذي للبرامج في المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، بعرض بند جدول الأعمال المتعلق بإصلاح المنظمة. فقال إن إصلاح المنظمة قد شرع فيه المجلس التنفيذي في أيار/مايو 2011، باعتباره عملية تشاورية مع الدول الأعضاء للتعاطي مع طبيعة المنظمة ودورها من خلال مراجعة الأولويات البرنامجية، والحوكمة، والإدارة. وتهدف هذه العملية، على الصعيد العالمي، إلى تمكين المنظمة من أن تقوم بمزيد من الفعالية بدورها بوصفها الوكالة الرائدة للصحة العمومية. وتهدف العملية، على الصعيد الإقليمي، إلى ضمان قيام اللجان الإقليمية والدول الأعضاء بدور نشط في إعداد الاستراتيجيات العالمية، ومشاركتها مشاركة كاملة في النقاش حول الأولويات البرنامجية للمنظمة وحوكمتها وإدارتها.

وفي مجال البرامج وتحديد الأولويات، فإن الإجراءات المتخذة على المستوى الإقليمي تركز على تحديد الأولويات الإقليمية، وتعزيز الدعم الفني للدول الأعضاء، وتحسين تخطيط العمليات، وتعزيز تقديم الخدمات. أما في مجال الحوكمة، فإن إصلاح المنظمة، على المستوى الإقليمي، يتعاطى مع تنقيح النظام الداخلي للجنة الإقليمية، وتعزيز العلاقات والشراكات الخارجية. وأما في مجال الإدارة، فإن عملية إصلاح المنظمة، على المستوى الإقليمي، تركز على مواءمة هيكل المكتب الإقليمي مع الأولويات الإقليمية، وتحسين الموارد البشرية، وتعزيز التقييم والامتنال. ونوّه سيادته إلى أن العمل يتواصل في مجال تغيير تسمية اللجنة الاستشارية الإقليمية إلى الاستشارية للمدير الإقليمي وما يتعلّق بذلك من تغييرات في المهام وفي التشكيل. واحتتم الدكتور بن محمد عرضه، بطلب تعقيبات، من منظور إقليمي، على ما إذا كانت الإجراءات المتخذة تعالج القضايا ذات الصلة، وتتعاطي مع جودة عمل المنظمة وفعاليتها، وعلى الكيفية التي يمكن بها للدول الأعضاء الإسهام في إصلاح المنظمة.

المناقشات

ذكر معالي وزير صحة عُمان أن بلده يدعم عملية الإصلاح ويرى أنها تُسهم في إحداث نقلة نوعية في عمل المنظمة. وقال إن معظم المقترحات الواردة في الورقة مقبولة وقابلة للتنفيذ وسوف تُسهم في تحسين أداء المنظمة. واقترح الترويج لعملية الإصلاح ليدرك الجميع أن المنظمة تواجه تحديات العصر بعقلية مفتوحة وباستعداد تنظيمي وإداري جيد. ورأى أن من المهم تعزيز كفاءة المكاتب القطرية وإعطائها مزيداً من الصلاحيات ورفدها بالموارد البشرية اللازمة. وأيد فكرة نقل عدد من البرامج والعمليات والوظائف من المقر الرئيسي إلى مواقع أخرى. كما أيد فكرة وضع نهج للتمويل الجماعي لأولويات المنظمة، وكذلك فكرة تأسيس صندوق احتياطي للطوارئ الصحية العمومية. وأوضح أن اتباع نهج الإدارة القائمة على النتائج أثبت نجاعته وارتفاع مردوديته. وأشار إلى أهمية أخذ الأولويات الوطنية بعين الاعتبار عند تحديد الأولويات الإقليمية. واقترح أخذ نسبة من الموارد المتاحة لأولويات ليست ذات أهمية قصوى، لصالح الأولويات الهامة المحددة. وقال إنه ينبغي للهيئات الرئاسية أن ترفع درجة مشاركة الدول الأعضاء في أعمالها وفي صياغة القرارات الهامة.

وقال ممثل جمهورية إيران الإسلامية إنه في الوقت الذي يُعدُّ فيه تقوية حضور البلدان ملامحاً رئيساً من الملامح التي يركز عليها إصلاح منظمة الصحة العالمية، فليس من الواضح ما هي الجوانب التي يجب تقويتها. واقترح أن تقوم

المنظمة بتوزيع استبيان على البلدان للتعرف على الفجوات ونقاط الضعف التي تعاني منها المكاتب القطرية للمنظمة في ضوء تطلعات البلدان.

وقال ممثل لبنان إن حل مشكلة نقص التمويل يتمثل في زيادة الاشتراكات. وأضاف أن التبرعات تجعل الدول المانحة تتحكم في صرف الأموال وتحديد الأولويات. وذكر أن هناك عدة صناديق تنافس المنظمة في مجال الصحة. ودعا إلى تعاون البلدان على عرض اقتراح على المجلس التنفيذي وجمعية الصحة لعلمية لزيادة الاشتراكات المقررة.

وأكدت ممثلة البحرين أهمية إعداد استراتيجيات تلبي احتياجات البلدان على الصعيدين الإقليمي والقطري وتكون مستندة إلى تحليل للتحديات وظروف البلد. وأعربت عن أملها في أن تؤدي عملية الإصلاح إلى تعزيز كفاءة المنظمة وقدرتها على مجابهة التحديات الراهنة في الإقليم.

وسلط ممثل باكستان الضوء على ضرورة إجراء المزيد من المشاورات لضمان توافق عملية تحديد الأولويات على الصعيد القطري مع الأوضاع والاحتياجات المحلية. واسترعى الاهتمام إلى التحديات التي نتجت عن لامركزية القطاع الصحي في باكستان. ودعا إلى تعزيز قدرات المنظمة والتفاعل على مستوى المقاطعات.

وقال ممثل المغرب إنه يتعين إعادة النظر في إعداد استراتيجية التعاون القطرية بحيث تأخذ في الاعتبار أولويات البلدان وخصوصياتها. وأضاف أنه ينبغي تعزيز دور المكاتب القطرية لمساعدة البلدان على حشد الموارد. وأكد على أهمية خضوع الوظائف لمعايير الكفاءة. وقال إن دعوة بلدان أخرى لحضور اجتماعات اللجنة الإقليمية يعزز تبادل المعلومات والخبرات بين الأقاليم. وقال إنه ينبغي إعطاء الوقت الكافي لتنفيذ كل عناصر الإصلاح قبل الالتزام بزيادة الاشتراكات المقررة.

وقال ممثل العراق إن الخطط الاستراتيجية والتنفيذية لوزارات الصحة ينبغي أن تركز على الحاجة إلى بناء قدرات العاملين والقدرات المؤسسية. وأضاف أن دورة التخطيط الثنائي السنوات للمنظمة ينبغي أن تتوافق مع دورات البلدان. وأكد على ضرورة أن تحقق استراتيجيات التعاون القطرية الشراكة الفاعلة لتحقيق الأهداف المحددة في الخطة الاستراتيجية وخطة التنمية الوطنية من خلال مؤشرات ومعايير واضحة تخضع للمراجعة الدورية. وشدد على ضرورة إجراء مراجعة مشتركة للأموال المالية. وقال إنه ينبغي للمنظمة أن تحفز من المصروفات الإدارية غير الضرورية، وأن تكون هناك شراكة فاعلة في مجال المراقبة والتقييم. وأشار إلى ضرورة قيام شراكة فاعلة بين المنظمة وغيرها من وكالات الأمم المتحدة ووزارة الصحة على الجانب الآخر.

وأكد ممثل ليبيا على أهمية مراعاة المهارات الفنية لدى تعيين الموظفين، وقال إن انتقاء الموظفين ينبغي أن يكون على أساس تنافسي. كما أكد على ضرورة مساهمة ممثلي المنظمة في بناء القدرات الوطنية. وأكد دعم بلده الكامل للإصلاح حتى الآن.

وشكرت ممثلة مصر المنظمة على رؤيتها للإصلاح، وعبرت عن تأييدها للإصلاحات المقترحة، وشددت على أهمية تحديد الأولويات في ضوء احتياجات الدول الأعضاء، وعلى أساس الشراكة بين البلدان انطلاقاً من القاعدة. ودعت إلى المرونة في توزيع الموارد المالية، وأشادت بعملية الإصلاح الإداري إذ إنها ترفع مستوى أداء المنظمة. وقالت إنه يجب وضع آلية مستقلة للتقييم والمراقبة، ودعت الجهات المانحة إلى القيام بمسؤوليتها في هذا الصدد.

وأيد ممثل قطر الإصلاحات المقترحة وتساءل عن الدافع وراء الإصلاح. ولاحظ أن الإصلاح يشمل أموراً كثيرة. وأكد على ضرورة تحديد الأهداف ووضع معايير تقييم سهلة القياس، وأكد على الشفافية.

وعبر معالي وزير الصحة العماني عن تأييده لاقتراح زيادة الاشتراكات المقررة، واقتراح التفاوض مع الدول الأخرى المؤيدة للاقتراح وعلى رأسها الدول الاسكندنافية.

واقترح ممثل جيبوتي أن تكون بلدان المجموعة 3 على رأس أولويات المدير الإقليمي لأنها الأشد احتياجاً، وطالب بسرعة البدء في عملية الإصلاح الصحي في تلك البلدان. ودعا إلى تقييم عمل الخبراء الذين توفدهم المنظمة، والاستعانة بخبراء من داخل الإقليم. وطلب إعادة تنظيم نظام التخصيص الخاص بالعاملين في المنظمة، وقال إنه ينبغي للبرنامج التعاوني مع المنظمة مراعاة الاحتياجات الفعلية لكل بلد.

وأكد ممثل السودان على ضرورة تطوير وإصلاح المكاتب القطرية لمنظمة الصحة العالمية ودعمها فنياً، وأكد على ضرورة إدراج المحددات الاجتماعية للصحة، نظراً لأن معظم مشاكل الإقليم لها صلة وثيقة بها. وأشار إلى قضية التعاون الإقليمي بين البلدان ولاسيما التعاون المالي، وتساءل عن إمكانية إنشاء صندوق لدعم المشاريع الإقليمية المتخصصة.

واسترعى ممثل الاتحاد الدولي لرابطات طلاب الطب الاهتمام إلى مجالين رئيسيين يتطلبان مزيداً من العمل. الأول هو جعل المحددات الاجتماعية للصحة أولوية رئيسية بالنسبة لعمل المنظمة حالياً ومستقبلاً. والثاني يتعلق بفصل الحصول على التمويل عن تحديد الأولويات. وأوضح أن المنظمة التي تستمد معظم تمويلها من مساهمات مخصصة لا يمكن أن تنجح في تحديد برنامج عملها بصورة موضوعية. ودعا البلدان إلى بحث تبرعاتها للمنظمة ودراسة السبل التي تسمح للأمانة بمرونة أكبر في التعامل مع المجالات ذات الأولوية وضمان الاستدامة.

وأكد ممثل المغرب أنه لا يعارض المبادرة، ولكنه يرى أن الإصلاح لا يقتصر على زيادة الاشتراكات المقررة بل يشمل مجموعة متكاملة من الإجراءات التي يجب أخذها بعين الاعتبار.

وفيما يتعلق بالتمويل والأولويات لاحظ المدير التنفيذي للبرامج بالمكتب الإقليمي لشرق المتوسط أن وجود دول أعضاء بالإقليم في الهيئات الرئاسية العالمية لم يكن قوياً بالدرجة اللازمة للتأثير في مناقشات هذه الطليعة. وتميل الدول الأعضاء التي هي أيضاً من الجهات المانحة الرئيسية أن تكون أعلى صوتاً وأكثر تأثيراً. ولذلك تحتاج الدول الأعضاء إلى أن تكون أسبق إلى العمل من خلال القنوات الدبلوماسية المتاحة، بما في ذلك وزارة الشؤون الخارجية. وفيما يتعلق بالتمويل الإقليمي، أشاد المدير التنفيذي للبرامج بالقرار الذي اتخذته حكومة ليبيا مؤخراً بالمساهمة مبلغ 30 مليون دولار أمريكي على مدى عامين لدعم برامج مكافحة الأمراض غير السارية والوقاية الصحية داخل الإقليم وخارجه. وحول موضوع التخطيط الثنائي السنوات، شدد على أن استراتيجية التعاون القطرية ينبغي أن تكون في صلب إعداد عملية التخطيط إلا أن الوقت المخصص للإعداد في الوقت الحاضر ليس كافياً. كما أكد أن الانتفاع بالخبرات الوطنية هو جزء لا يتجزأ من الإصلاح من أجل تمكين البلدان والاستعداد للمستقبل.

وقالت المديرية العامة إن أحد أسباب إصلاح منظمة الصحة العالمية هو أن طرق عملها الحالية غير مضمونة الاستمرار. وأن التحديات وقائمة المهام المتزايدة للمنظمة لا تتفق مع مواردها. وقالت إن المرحلة الأولى من عملية

الإصلاح بدأت بسؤال الدول الأعضاء للتعرف منهم على الأولويات الحقيقية التي يجب أن تركز عليها المنظمة ضمن اختصاصاتها الأساسية. وفور موافقة الدول الأعضاء على الأولويات، بدأت المرحلة الثانية بالبحث عن الموارد اللازمة لتنفيذ هذه الأولويات. وفي الوقت الحاضر لا يتطابق التمويل مع الأولويات. كما قالت المديرية العامة إن لبّ النقاش كان حول كيفية قيام الدول الأعضاء والأمانة العامة بإحداث تغيير للمنظمة نحو الأفضل. وفيما يتعلق بالإصلاح في مجال الحوكمة، تساءلت المديرية العامة عما إذا كانت المنظمة لا تزال تفي بمهمتها كسلطة مسؤولة عالمياً عن إدارة وتوجيه الصحة. ولاحظت تزايد عدد الشراكات والكيانات في مجال الصحة العمومية، وأكدت على أهمية العضوية العالمية في سلطة مشروعة ذات قدرة على تحديد الأولويات واتخاذ القرارات. وقالت إن الحوكمة الداخلية تتطلب من المنظمة التركيز على أولوياتها الحقيقية والتعايش في حدود إمكاناتها. واعترفت المديرية العامة بحسن نوايا البلدان التي اقترحت زيادة الاشتراكات المقررة، وشددت على ضرورة قيام البلدان بتحديد المهام الأساسية للمنظمة. وفي ما يتعلق بالإصلاح الإداري، أقرت المديرية العامة أن الهدف هو زيادة التمويل للمنظمة. وفي هذا الصدد كان لزاماً على المنظمة أن تثبت للبلدان أهميتها وكفاءتها. وبخصوص مسألة القرارات، لاحظت أنها تمثل التزامات لكل من المنظمة والبلدان مع خضوع كل منهما للمساءلة. وأكدت أن زيادة الشفافية في المنظمة وتعزيز سياسات الموارد البشرية تعتبر جوانب أخرى مهمة في الإصلاح الإداري. وشددت على ضرورة الاتفاق على أهداف الإصلاح والمؤشرات لتحقيق النجاح. وختّمت كلمتها بدعوة الدول الأعضاء والأمانة العامة إلى استعادة قيادة المنظمة في مجال الصحة.

5. شؤون الميزانية والبرامج

البند 6 من جدول الأعمال

1.5 برنامج العمل العام الثاني عشر والميزانية البرنامجية للثنائية 2014-2015

البند 6 (أ) من جدول الأعمال، ش م/ل إ 6/59، ش م/ل إ 12/59

عرّض الدكتور محمد عبدي جامع، مساعد المديرية العامة المعني بالإدارة العامة، مسودة برنامج العمل العام الثاني عشر والميزانية البرنامجية للثنائية 2014-2015. وقال إن برنامج العمل العام الثاني عشر سوف يحدّد إطار عمل استراتيجي لعمل المنظمة لفترة مدتها ست سنوات تبدأ في كانون الثاني/يناير 2014، وتشمل ثلاث دورات ثنائية السنوات للميزانية. وسوف يركّز على الصلة المباشرة بين عمل المنظمة والتأثير المترتب على الصحة العمومية، مما يقدم مؤشراً واضحاً للعائد على استثمارات المنظمة. وتعتمد الميزانية البرنامجية للثنائية 2014-2015 على المبادئ الخاصة ببرنامج العمل العام الثاني عشر وأولوياته وآثاره ونتائجه. كما تضع تصوراً للمخرجات التي سوف تحققها المنظمة، إلى جانب الميزانيات والموارد اللازمة لذلك. وأضاف أن إعداد الميزانية يبدأ بسرد المخرجات المقرر أن تحققها أمانة المنظمة، مع مراعاة الموارد المتعلقة بالعاملين وغيرها من الموارد اللازمة، على مختلف مستويات المنظمة، حتى يتسنى تحقيق المخرجات المحددة. وبناءً على تكلفة هذه الموارد، سوف يتم إعداد الميزانية وتخصيص الموارد. واحتتم الدكتور جامع عرضه طالباً من اللجنة إبداء آرائها حول المسائل الرئيسية، بما فيها الأولويات التي تم تحديدها، وتحسين الأثر، والنتائج والمخرجات، والنهج المتبع في إعداد الميزانية والخطوات التالية المقترحة والإطار الزمني المقترح.

المناقشات

قال ممثل اليمن إنه على الرغم من عملية إصلاح منظمة الصحة العالمية على المستويين المحلي والإقليمي، لا تزال هناك حاجة لتحديد الأولويات الوطنية. ولاحظ أن التخطيط الثنائي السنوات لم يتواءم دائماً مع الخطط القطرية، التي ينبغي أن تؤخذ بعين الاعتبار ضمن عملية الإصلاح. وأشار إلى حاجة الدول الأعضاء إلى إيضاح حول الكيفية التي يمكن بها للمنظمة تحسين عملها ضمن إطار متكامل، إذ إن المنظمة ليست الشريك الأوحد الذي يعمل مع البلدان، ومن ثم كانت هناك حاجة إلى مزيد من التنسيق مع هؤلاء الشركاء.

وقال ممثل لبنان إن الميزانية البرنامجية وبرنامج العمل العام أُعدا في إطار نهج إداري قائم على النتائج لضمان المساءلة. وأشار إلى ضرورة تحديد نتائج يمكن قياسها، وإلى أن التحدي الرئيسي يكمن في ترجمة الميزانية البرنامجية إلى استراتيجيات تعاون قطرية، وتقييم البرامج والأنشطة على الصعيد القطري. وأوضح أن ضعف نُظم المعلومات يؤثر سلباً على عملية التقييم، معلناً رغبته في إدراج تعزيز نُظم المعلومات ضمن قائمة الأولويات.

وقالت ممثلة عُمان إن مسودة برنامج العمل العام تغطي فترة من ست سنوات، وستكون بمثابة مرجع أو إطار عام لخطة عمل تماشياً مع الأولويات الوطنية. وذكرت أن الأولويات الوطنية لعُمان وخطتها الخمسية تتوافق مع الأولويات الواردة في برنامج العمل العام. وقالت إن الأولوية العليا ينبغي إيلاؤها وفق مستويات التنفيذ والإنفاق الحكومي المتعلق بالنتائج بُعْية تحسين عنصر المساءلة. وأشادت بشفافية المنظمة الناجمة عن تطبيق نظام عام للإدارة، مبرزة دور مراجعي الحسابات في تعزيز مبدأ المساءلة.

واقترحت ممثلة المغرب إضافة الحوكمة الصحية وتوفير الموارد إلى أولويات برنامج العمل العام، وإعطاء أهمية أكبر للولادات المتسرة، والعجز والتأهيل، والمحددات الاجتماعية للصحة، وتحليل موارد الميزانية المخصصة للمكاتب الإقليمية. وفيما يتعلق بالميزانية البرنامجية اقترحت أن تتحول المنظمة إلى تخطيط الميزانية لمدة ثلاثة سنوات بدلاً من سنتين. وأكدت على أهمية وضع آلية لتحديد الأولويات وضمان اتساقها مع أولويات البلدان.

وأكد ممثل العراق على ضرورة التكامل بين موارد الميزانية العادية والموارد المتأثية من خارج الميزانية بما يكفل تخصيص اعتمادات مالية كافية من الميزانية للأولويات، وضرورة المراجعة المنتظمة للميزانية من أجل تحسين التخطيط المالي، وعقد شراكات أفضل مع وزارات الصحة. كما أكد على الحاجة إلى عقد شراكات مع الوكالات والمنظمات الأخرى لتوحيد أوجه الإنفاق وتعزيز المردودية لقاء التكاليف، بُعْية تحسين عملية التخطيط على المستوى الإقليمي، وبلوغ أهداف المرامي الإنمائية للألفية.

وقال ممثل فلسطين إنه على الرغم من أن التدخّلات تؤكّد على أهمية البحوث، فإنه لم يُحرز تقدّم في هذا الصدد. وأكد على أهمية التعااطي مع المحدّدات الاجتماعية للصحة، وصحة البيئة، وإجراء البحوث في مجال الأمراض الوراثية. وقال إنه ينبغي للمنظمة تعزيز التنسيق مع المانحين تجنّباً لازدواجية الجهود.

وأعربت ممثلة جمهورية إيران الإسلامية عن تقديرها للأولوية المعطاة للترصد في برنامج العمل العام الثاني عشر. وقالت إن الترصد، بوصفه قدرة أساسية وأولوية بالنسبة لجمهورية إيران الإسلامية، قد طوّر إلى حد بعيد في السنوات الأخيرة، باستخدام تكنولوجيا المعلومات وإدماج الترصد الإلكتروني في نظام المعلومات الصحية الوطني.

ورأت أنه ينبغي إيلاء مزيد من الاهتمام للأمراض الحيوانية المنشأ. بموجب اللوائح الصحية الدولية لعام 2005، وإعطاء أولوية للقضايا المتعلقة باللوائح في نفس الفئة. وينبغي اعتماد آلية تسمح بنهج منطلق من القاعدة إزاء تخصيص اعتمادات الميزانية، ولا بد من المزيد من المرونة في تخصيص هذه الاعتمادات. وينبغي للمنظمة القيام بدور أنشط في إعداد معاهدات واتفاقيات دولية بشأن الصحة. ورأت أن إدخال تدابير الحماية الاجتماعية كعامل مساعد للتغطية الصحية يمكن أن يعزز العدالة الصحية. وفيما يتعلق بدورة إدارة الطوارئ، ينبغي أن يؤدي إصلاح الخدمات الصحية في أعقاب الطوارئ إلى عودة هذه الخدمات إلى سيرتها الأولى قبل الطوارئ.

وقال مساعد المدير العامة للإدارة العامة، إن البلدان قد وافقت على معايير تحديد الأولويات في أوائل عام 2012، وإنها سوف تتعاطى مع مختلف مجالات تلك الأولويات وفقاً لاحتياجاتها القطرية. وقد اقتضي من المنظمة بيان فعاليتها وإسهاماتها، وهو ما يجري تقييمه وفقاً لتأثيرها ونتائجها. وفيما يتعلق بتخصيص الموارد، فمن المهم تجنّب الازدواجية في مختلف مستويات المنظمة، ثم إن الشفافية لا يمكن تحقيقها من دون تحديد واضح للأدوار في كل مستوى. وقال لا بد من التعاطي مع مشكلة نُظُم المعلومات الضعيفة في إطار عملية الإصلاح. وأضاف أن المحددات الاجتماعية للصحة وصحة الأمومة والطفولة من الأولويات المتداخلة ويتعين التعاطي معها في إطار كل فئة مقررّة لتحديد الأولويات.

وقال المدير الإقليمي إن الفئات والأولويات المحددة للإقليم هي نفس تلك التي اعتمدها المجلس التنفيذي وجمعية الصحة العالمية في نيسان/أبريل من هذا العام. وهذه هي نفس الفئات والأولويات المنعكسة في برنامج العمل العام والميزانية البرنامجية. وأضاف أن أكبر تحدٍّ للمنظمة الآن يكمن في مجال التخطيط وترجمة التوجّهات الاستراتيجية العامة إلى خطط على جميع مستويات المنظمة الثلاثة.

2.5 تقرير عن البعثات المشتركة بين الحكومات ومنظمة الصحة العالمية لمراجعة وتخطيط البرامج في عام 2011، بما في ذلك الاستفادة من استراتيجيات التعاون القطرية: النتائج والدروس المستفادة

البند 6 (ب) من جدول الأعمال، الوثيقة ش م/ل 7/59

قام الدكتور أمبريجو مانتي، منسق تخطيط البرامج ورصدها وتقييمها، بعرض تقرير البعثات المشتركة بين الحكومات والمنظمة لمراجعة وتخطيط البرامج في عام 2011، بما في ذلك استخدام استراتيجيات التعاون القطرية. وقال إنه خلال فترة الأشهر الخمسة (من آب/أغسطس إلى كانون الأول/ديسمبر 2011)، نظّم المكتب الإقليمي 23 بعثة مشتركة لمراجعة وتخطيط البرامج. وأُنجزت الخطط القطرية، وبدأ تنفيذها في كانون الثاني/يناير 2012. وأظهرت النتائج تحسّناً في عملية تقرير الأولويات، ومعدّلات التنفيذ والمواءمة بين الاحتياجات/الأولويات وآليات التمويل.

وقال إن من بين الدروس المستفادة من هذه العملية أن خطط العمل لم تكن قائمة بالكامل على أساس الاحتياجات القطرية ذات الأولوية، وأنها كانت غير متوائمة بشكل كاف مع التوجّهات الاستراتيجية لاستراتيجيات التعاون القطرية. وينبغي أن تكون أعمال التحضير للبعثات المشتركة وافية، وأن تبدأ قبل البعثة بشهور. كما أن صياغة النتائج وتحديد مؤشرات الأداء تحتاج إلى مزيد من التطوير، ويتعين إنشاء نظام فعّال للرصد والتقييم لكل من استراتيجيات التعاون القطرية والبعثات المشتركة.

المناقشات

أكد ممثل اليمن على أهمية تقييم ورصد جودة تنفيذ المشروعات وتحديد المسؤول عن الرصد والتقييم.

وسلط ممثل العراق الضوء على أهمية التعاون، والحاجة إلى تحديد مجالات هذا التعاون تحديداً واضحاً. وأشار إلى الحاجة إلى التخطيط الاستراتيجي بين وكالات الأمم المتحدة والمأنحين على المستوى الإقليمي، حتى يتسنى القيام بتخطيط البرامج بمزيد من الكفاءة. كما أكد على الأهمية البالغة لإجراء تحليل للوضع ومراجعة الأداء في الثنائيات السابقة، لإيجاد آليات فعّالة لعمليات التخطيط المشترك على المستوى العالمي والإقليمي والقطري.

وقال ممثل مصر إنه ينبغي التخطيط مبكراً للعمل التمهيدي على المستوى القطري وفي المكتب الإقليمي. وأكد على أهمية استراتيجيات التعاون القطرية في التنسيق بين الدعم الفني للمنظمة والأولويات الوطنية لتضييق الفجوة بين الاستراتيجيات الإقليمية والقطرية. ودعا إلى تحديد اعتماد مالي غير مخصص بالميزانية للاستجابة للأولويات الوطنية. وأكد على أهمية التركيز على عدد محدد من الأولويات وعلى المرونة في التنفيذ.

وأشادت ممثلة المغرب بدور البعثات المشتركة لمراجعة وتخطيط البرامج في عام 2013/2012 في تقديم الدعم الفني. وقالت إن المشاورة الوطنية حول الصحة والمزمع عقدها في المغرب، ستمثل فرصة طيبة لتحديد الأولويات. وأوصت بعقد دورات تدريبية لمخططي البرامج الوطنية لتدريبهم على تخطيط العمليات في إطار نظام الإدارة العالمي.

وقال ممثل أفغانستان إن تعزيز التنسيق بين وكالات الأمم المتحدة سوف يدعم التكامل ويحسن العمليات البرنامجية، كما يُعزّز في الوقت ذاته رصد التنفيذ وتقييمه، مما يؤدي إلى نتائج أفضل.

وقال ممثل السودان إن كل بلد له استراتيجية صحية خاصة به مما يتطلب معرفة كيفية قياس مدى النجاح في بلوغ الأهداف الوطنية. وأكد على ضرورة تنقيح بعض الاستراتيجيات حتى يتسنى بلوغ الأهداف.

وأعرب منسق تخطيط البرامج ورصدها وتقييمها، عن اتفاقه على ضرورة تنظيم بعثات مشتركة لمراجعة وتخطيط البرامج، وتحديد الأولويات مع السيطرة الوطنية الكاملة على هذه العملية. وأشار إلى أهمية العمل الذي تقوم به البعثات المشتركة لمراجعة وتخطيط البرامج. بما يتفق مع الأنشطة التي تنفذها وكالات الأمم المتحدة في البلدان، مع الحاجة إلى التعاون فيما يتعلق بأدوات التخطيط. وقال إن وضع استراتيجيات التعاون القطرية وتخطيط العمليات هما عمليتان مشتركتان، وخلص إلى أنه يقع على عاتق المنظمة والدول الأعضاء على السواء المسؤولية عن الرصد والتقييم.

وقال المدير التنفيذي للبرامج، إن الأولويات لم تُحدّد قبل الثنائية الحالية نتيجة لتحديد أولويات جديدة منذ تعيين مدير إقليمي جديد. وأكد أن هذا الوضع لن يكون قائماً في دورة التخطيط القادمة. وشدد على الحاجة لتنسيق أفضل بين منظمة الصحة العالمية والوكالات الأخرى أثناء البعثات القصيرة، لافتاً الانتباه إلى تعذر تحديد كافة الأولويات دون إلمام كامل بعمل البرامج الأخرى. بما يتسق مع عمل المنظمة. وأكد على الحاجة إلى خبراء وطنيين على المستوى الدولي، وإلى الاستثمار في بناء القدرات. وقال إن المسؤولية عن الرصد والتقييم مسؤولية مشتركة، لكن يتعين الاتفاق أولاً على المنهجيات المقرر العمل بها.

وأكد المدير الإقليمي على فعالية البعثات المشتركة لمراجعة البرامج وتقييمها، موضحاً أن التقييمات أظهرت وجود نقاط ضعف جوهرية. وقال إن تخطيط البعثات المشتركة افتقر في بعض الأحيان إلى وجود صلة مباشرة ووثيقة بين هذه البعثات والأولويات الوطنية العليا، ومن ثمَّ كان تأثير البرامج ضعيفاً في البلدان. وأضاف أن الهدف من برنامج العمل العام والميزانية البرنامجية هو تسليط الضوء على المجالات التي يمكن إحداث أكبر الأثر فيها. وأشار إلى تفاوت جودة استراتيجيات التعاون القطرية التي لم تعتمد على مناقشة متعمقة ومستفيضة، مؤكداً أن المنظمة تريد إحداث تأثير أكبر في دعم البلدان. وأضاف أن منظمة الصحة العالمية ليست اللاعب الوحيد في مجال الصحة في عدد من البلدان. وسلط الضوء على أهمية تحديد نقاط الضعف، وضمان أن تُسفر عملية تخطيط العمليات عن تأثير أكبر.

6. الشؤون التقنية

1.6 الإعلان السياسي للجمعية العامة للأمم المتحدة المعني بالوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها: التزامات الدول الأعضاء والسبيل إلى المضي قُدماً

البند 4 (أ) من جدول الأعمال، الوثيقة ش م/ل إ 3/59 القرار ش م/ل إ 59/ق-2

عرّض الدكتور علاء الدين العلوان، المدير الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، مقدّمة حول الإعلان السياسي للجمعية العامة للأمم المتحدة المعني بالوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها: التزامات الدول الأعضاء والسبيل إلى المضي قُدماً. فقال إن الأمراض غير السارية مسؤولة في إقليم شرق المتوسط عن ما متوسطه 53% من كل الوفيات. وأضاف أن حوالي 80% من الوفيات الناجمة عن هذه الأمراض يحدث في البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل. كما أن الأمراض السارية تقتل في أعمار مبكرة في البلدان النامية. وإن ما يصل إلى 50% من المتوفين من هذه الأمراض هم دون الستين في بعض بلدان الإقليم، مقارنة مع أقل من 10% في البلدان الأوروبية. وأوضح أن المراضة والعجز والموت المبكر هي عوامل تقلل من الإنتاجية وتؤثر تأثيراً سلبياً خطيراً على التنمية المستدامة، ولاسيّما في البلدان النامية. وقال إن نسبة كبيرة من الأمراض السارية يمكن توقيها، وإن المضاعفات والمراضة المتعلقة بهذه الأمراض يمكن تقليصها كثيراً من خلال التدبير العلاجي الملائم.

وأشار إلى وجود استراتيجية واضحة وخارطة عمل محددة. وقال إن الإعلان السياسي للاجتماع الرفيع المستوى للجمعية العامة المعني بالوقاية من الأمراض السارية ومكافحتها، الذي اعتمده رؤساء الدول والحكومات في أيلول/سبتمبر 2001، يقدم خارطة طريق للدول الأعضاء والمنظمة للتصدّي لوباء الأمراض غير السارية، مع الاسترشاد بالاستراتيجية العالمية للمنظمة للوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها، وخطة العمل المتصلة بها. ويتوقّع من الحكومات التمسك بالالتزامات الواردة في الإعلان السياسي، وذلك بتقوية العمل على مكافحة الأمراض غير السارية في العناصر الرئيسية الثلاثة للاستراتيجية العالمية: الترصد والوقاية والإدارة. وسوف تستعرض الجمعية العامة للأمم المتحدة في عامي 2013 و2014 التقدّم الذي أحرزته البلدان والمجتمع الدولي في تنفيذ الالتزامات التي يُنص عليها الإعلان السياسي. ويُتظر من كل بلد إعداد خطة عمل لتنفيذ الالتزامات في غضون السنتين القادمتين. واختتم الدكتور العلوان عرضه بدعوة أعضاء اللجنة الإقليمية إلى مناقشة التدخلات الاستراتيجية في مجالات الحوكمة، والترصد، والوقاية، والرعاية الصحية.

المناقشات

قال ممثل اليمن إن الإطار المقترح يتحدث عن أدوار الدول الأعضاء، لكنه سكت عن الأدوار المنوطة بالأطراف الأخرى مثل منظمة الصحة العالمية، والداعمين الآخرين، لاسيّما في بعض البلدان التي تعتمد إلى حد متفاوت على الدعم المُقدّم من هذه الأطراف. وأكد أن خارطة الطريق تجعل هذا الإطار أكثر وضوحاً وتحديداً. ولكنه رأى أن ذلك لا يُغني عن ضرورة وضع خطة وطنية تراعي خصوصيات البلدان التي قد تختلف من بلد لآخر. واستطرّد قائلاً إن هناك عدداً من التدخلات التي يمكن البدء في تنفيذها بسهولة، والتي تدور في معظمها حول السلوكيات التي يجب مراعاتها عند وضع الخطط، ويصعب تغييرها. وأضاف أن العرّض من المناقشات حول الأمراض غير السارية وعبئها المرضي الكبير، هو التمكين من مجابتهها في إطار نظام صحي أوسع وأشمل. وتساءل عن الكيفية التي يُمكن بها

تصميم نُظْمٍ صحية تستوعب خصوصيات كل بلد ووضع الوبائي. وقال إنه ينبغي بذل جهود في إطار نظام صحي قادر على التعامل مع المستجدات الصحية. وشدد على أهمية التكامل لتضافر الجهود وعدم تشتتها أو تكرارها، وجمعها في إطار أشمل للتصدّي للأمراض السارية وغير السارية على السواء.

وقالت ممثلة البحرين إن الإطار المقترح يربط بين الالتزام السياسي والتدخلات الاستراتيجية المقترحة والواجب على الدول الأخذ بها، ويبين الأدوات المتاحة لمنظمة الصحة العالمية لرصد الأداء. وأضافت أن أهم ما يميز به هذا الإطار هو سهولة شرحه للسياسيين وصنّاع القرار. وأثارت قضية فرض رسوم مبيعات داخلية على منتجات التبغ نظراً لتوقيع عدد من البلدان على اتفاقات التجارة الحرة التي تقضي بإلغاء الضرائب على منتجات التبغ والكحوليات بحلول عام 2016.

وأبرز ممثل العراق الالتزام السياسي العالمي بالأخذ بنهج يقوم على المحدّات الاجتماعية للصحة لتقليص أوجه الإجحاف الصحي، وتحقيق الأولويات العالمية الأخرى الواردة في إعلان ريو السياسي لعام 2011، ونهج المحدّات البيئية للصحة الذي اعتمده مؤتمر الأمم المتحدة للتنمية المستدامة (ريو 20+). وأكد على أهمية المحدّات الاجتماعية والبيئية في الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها. وأضاف أن مكافحة الأمراض غير السارية يندرج ضمن استراتيجيات التنمية الوطنية، بما يكفل عمل جميع الوزارات والقطاعات باتجاه الالتزام بالإعلان السياسي، ويعكس الالتزام السياسي رفيع المستوى. وأشار إلى دور المنظمات الإقليمية والدولية الأخرى، وأعرب عن رغبة العراق في توثيق التعاون والتنسيق بين هذه المنظمات.

وأشاد ممثل عُمان بوضوح الإطار المقترح لمكافحة الأمراض غير السارية والوقاية منها الذي يقوم على الأولويات الأربعة الرئيسية. وأوضح أن عدم توافر المعلومات عن الأمراض غير السارية وعوامل الخطر المرتبطة بها هو أحد أوجه القصور في مكافحة هذه الأمراض. واقترح تضمين هذا الإطار مكوناً خاصاً بالمعلومات. وأضاف عضو آخر في الوفد العماني أن الثقافة عامل حاسم، فهي تشكّل السلوك وتعود إلى تحقيق نتائج على مستوى المؤسسات الصحية، بما يعود بالنفع على المجتمع كله في سعيه إلى مكافحة الأمراض غير السارية. كما أكد على دور التثقيف المجتمعي بشأن الصحة، والذي ينبغي أن يكمل القوانين والنظم المعمول بها. واقترح أن يكون التثقيف الصحي جزءاً لا يتجزأ من الإطار المقترح.

ولاحظ ممثل مصر أن الأمراض غير السارية تمثل إحدى الأولويات الرئيسية في المرحلة الحالية في هذا الإقليم في ضوء ما تسببه من زيادة في معدلات المراضة والوفيات، وإمكانية الوقاية منها وعلاجها. وأضاف أن من الضروري وجود التزام سياسي واضح من بلدان الإقليم، مع وضع خطط واستراتيجيات تناسب كل دولة، والاسترشاد بخطة منظمة الصحة العالمية في هذا الشأن. وأكد على ضرورة عمل المنظمة في هذا المجال من خلال منظومة محددة وليس من خلال برامج متفرقة.

وذكر معالي وزير الصحة في تونس أن بلاده شاركت في إعداد الإعلان السياسي الرفيع المستوى للجمعية العامة المعني بالوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها، وهي ملتزمة بذلك الإعلان. وقال إن تونس صادقت منذ عام 2010 على الاتفاقية الإطارية بشأن مكافحة التبغ. وأضاف أنه تم وضع خطة وطنية للوقاية من السمنة وتعزيز النشاط البدني إضافة إلى دعم الوقاية من أمراض السرطان ومكافحتها. وأشار إلى افتقار القدرات الوطنية إلى

التمويل الكافي لتطبيق الاستراتيجيات الوطنية للوقاية من الأمراض غير السارية رغم الجهود المبذولة لتعزيز الوقاية والاكتشاف المبكر لهذه الأمراض ومعالجتها. وأشار كذلك إلى اعترام وزارة الصحة مراجعة السياسات والاستراتيجيات والخطط الصحية الوطنية بما يُفرضي إلى إصلاح شامل للمنظومة الصحية. وقال إنه سيتم إدماج الإجراءات الخاصة بالوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها ضمن المنظومة الصحية الوطنية. وأضاف أنه تم هذا العام فرض ضرائب على منتجات التبغ يُستخدم عاندها لتعزيز البرامج الخاصة بمكافحة الأمراض غير السارية.

وقال ممثل جنوب السودان أنه على حين أن تعاطي التبغ والملح وتعاطي الكحول على نحو ضار - التي تعتبر عموماً عوامل لخطر الإصابة بالأمراض غير السارية هو عامل منهي عنه - فهناك عوامل أخرى يجري إغفالها، مثل النظم الغذائية غير الصحية.

وسأل ممثل ليبيا عن الكيفية التي يمكن بها للمنظمة تعزيز الدعم التقني المقدم إلى الدول الأعضاء من أجل تطبيق استراتيجيات الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها، والكيفية التي يمكن لتطبيق تلك الاستراتيجيات أن يحقق بها أهداف السياسات الصحية والاجتماعية الوطنية. وطلب تقديم الدعم الفني للدول الأعضاء بصورة عملية في شكل برامج تدريبية أو حلقات عملية أو إرسال خبراء استشاريين لهذه الدول لتقييم البرامج وتقديم المشورة في هذا الإطار.

واسترعت ممثلة باكستان الانتباه إلى أهمية وجود نظام تعليمي قوي لمقاومة تأثير قوى السوق على أنماط الحياة والسلوك. واقترحت إجراء مزيد من المناقشات حول قيام آليات فعّالة للتعامل مع أجزاء أخرى في منظومة الأمم المتحدة التي تُعنى بالتعليم والإعلام، وللتعامل مع القطاع التجاري.

وذكر ممثل مجلس وزراء الصحة لدول مجلس التعاون أنه يمكن إنجاز التدخلات الاستراتيجية، أو تحقيق نسب إنجاز ضمن إطار عام. وأضاف أن بعض التدخلات تتطلب من المنظمة، مع المنظمات الدولية المعنية، السعي إلى استصدار قوانين وأنظمة. وأوصى بمزيد من المناقشة للتدخلات الاستراتيجية.

وقال ممثل الاتحاد الدولي لعلوم التغذية إن من الضروري للنجاح في تخطيط وتنفيذ التدخلات، من قبيل تقليل الملح لخفض ارتفاع ضغط الدم، تزويد الناس بمعلومات تُشجّع على تغيير سلوكياتهم. وهذا لا يتطلب تواصلًا وتدريبًا فعالًا فحسب، بل يتطلب أيضاً اعتماد إطار كامل من التوصيات على الصعيد الوطني.

وأوضح ممثل جمهورية إيران الإسلامية أن النقائص في القدرات الوطنية تعوق تنفيذ كل المجالات الأربعة للاستراتيجية. وأكد أن دعم المنظمة حيوي في هذا الصدد، وربما أيضاً في وضع الأهداف والمؤشرات.

وقال المدير الإقليمي إن الورقة التقنية تحوي كل التفاصيل الخاصة بالإعلان السياسي. وطلب إلى الأعضاء مطالعتها. وأوضح أن الهدف من المناقشات هو الخروج ببرنامج عمل للدول الأعضاء وللمنظمة وللشركاء الآخرين. وأضاف أن ما تحتاجه البلدان هو الدعم الفني في مجال الاستشارات وفي مجال التدريب، وغير ذلك، من أجل تنفيذ التوصيات التي وردت في الإعلان السياسي. وذكر أن خصوصيات وأولويات البلدان تؤخذ بعين الاعتبار. وأشار إلى العبء المزوج الذي قد لا يقتصر على بعض البلدان بل قد يمتد إلى أفراد الأسرة الواحدة. وأوضح أن المحددات الاجتماعية للصحة هي جزء من الإطار العام لترصد الأمراض غير السارية. وتطرّق إلى الأهداف المطلوب تنفيذها في

مجال مكافحة الأمراض المزمنة والنتائج المرجوة، وقال إن النتائج تقاس بالأهداف وأن الأهداف والمؤشرات تتمثل في الحد من الوفيات الناجمة عن الأمراض غير السارية، وتقليل معدلات التدخين وتعاطي التبغ؛ وخفض ارتفاع ضغط الدم؛ وتقليل معدلات الوزن الزائد والسمنة. وأضاف أن جمعية الصحة العالمية ستفق على أهداف عالمية في اجتماعها الذي سيعقد في أيار/مايو 2013، ولذلك يتعين على البلدان أن يكون لديها أهداف وطنية في هذا الشأن. وستكون المنظمة مطالبة بتقديم الدعم الفني للدول الأعضاء في هذا المجال. وقال إن على المنظمة أن تعزز قدراتها على تقديم الدعم. وأوضح أن تنفيذ التوصيات الواردة في الإعلان السياسي يحتاج إلى جهود كبيرة سواء من جانب البلدان أو من جانب المنظمة أو الشركاء الآخرين.

وعلق ممثل فلسطين على استراتيجية مكافحة الأمراض غير السارية قائلاً إن التكامل في تقديم الخدمة مازال مفقوداً في معظم بلدان الإقليم. وأكد على أهمية اختيار ضباط اتصال لديهم خبرة في العمل التكاملي. وقد بدأت فلسطين في تطبيق بروتوكول مجموعة التدخلات الأساسية الخاصة بالأمراض غير السارية في الرعاية الصحية الأولية لمكافحة الأمراض المزمنة كدراسة ارتيادية في الإقليم. وطلب دعماً فنياً من المنظمة في هذا الشأن. وبخصوص الوقاية، اقترح مراجعة دستور الغذاء العالمي وإيجاد مواصفات فنية للغذاء الصحي، يمكن للمشرعين والقانونيين الاستفادة منها. وركز على ضرورة تغيير السلوك البشري بالرغم من إدراكه صعوبة ذلك، واقترح الاستفادة بقيادة المجتمع وعلماء الدين في هذا الصدد. واقترح دعم البحث العلمي في التأثيرات الاقتصادية للتغذية غير الصحية. وبخصوص حملات مكافحة التدخين، أكد على ضرورة الاهتمام بطلاب المدارس والمعلمين. وأشار إلى ضرورة رصد الأمراض غير السارية بطريقة بسيطة.

وتحدّث ممثل قطر عن عوامل النجاح في مواجهة القلق المتزايد من الأمراض غير السارية. وقال إن هذه العوامل تتعلق بالتعامل مع المستهلك ورغبته، وقوى السوق. وأكد على الدور الهام للأبحاث العلمية في حل معضلة الأمراض غير السارية. وشدد على أهمية التعليم والعناية بالأجيال الجديدة. وأكد على أهمية التعاون وتضافر الجهود بين كل القطاعات على الصعيد الوطني.

وأشار ممثل اليمن إلى أهمية النظر إلى الأمراض غير السارية نظرة منهجية أكثر شمولاً نظراً لأن مكافحتها تعتمد كثيراً على الإمكانيات المتاحة في كل بلد. وأكد على ضرورة الاستفادة من تقوية النظم الصحية وتكامل مكافحة الأمراض السارية مع بقية البرامج. واقترح تخصيص مسارين أو ثلاثة للأمراض السارية استناداً إلى النمط الوبائي والعبء المرضي في كل بلد، مع التركيز على مكون التثقيف الصحي. ودعا المنظمة إلى تقديم الدعم الفني والتأييد والمناصرة لحشد الموارد المحلية والإقليمية والدولية.

واقترح ممثل جيبوتي أن تقوم وزارة الصحة بإجراء دراسة معمّقة لهذه الأمراض بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية لتحديد أفضل الاستراتيجيات المحلية ثم البدء بالتنفيذ على المستوى المحلي. واقترح تجميع وتوثيق كل التجارب والخبرات للاستفادة منها، وأكد على قيمة العمل الجماعي لأنه أساس النجاح، واقترح وضع آلية مشتركة لمكافحة هذه الأمراض.

واقترحت ممثلة البحرين وضع آلية أو أداة لمتابعة تنفيذ الإعلان السياسي كتعبير عن التزام رفيع المستوى من الحكومة. وأضافت أن هذه الآلية أو الأداة سوف تقيس إجراءات الحكومة في هذا الصدد. واقترحت زيادة

الضرائب المفروضة على منتجات التبغ والكحول. وذكرت أن البحرين قد اتخذت إجراءات كثيرة في مجال الحوكمة، وطلبت مساعدة منظمة الصحة العالمية في وضع نظام لترصد الأمراض غير السارية.

وقال ممثل أفغانستان إن الأمراض غير السارية تفرض عبئاً مزدوجاً في بلده الذي هو في وضع طارئٍ مُعقّد منذ أكثر من ثلاثة عقود ولا يزال يعتمد على المانحين. وأضاف أن أفغانستان لا تزال في المراحل الأولى لمعالجة المشكلة. وقال إن وزارة الصحة العمومية تعتبر الأمراض غير السارية من الأولويات، وأنشأت مؤخراً قسمًا مستقلاً للتعاطي مع المشكلة. وأوضح أن بلده بحاجة إلى دعم فني في عدد من المجالات، منها الترصد وتقليص عوامل الخطر. وقال إن أفغانستان ملتزمة بترجمة الإعلان السياسي إلى إجراءات عملية، وأن الشراكة مفتاح النجاح.

وأكد ممثل المغرب على أهمية مكافحة الأمراض غير السارية وتحديد طُرُق لتنفيذها. واقترح دمج مبادرة الأمراض غير السارية ضمن المبادرات العالمية الأخرى، وتعزيز التعاون بين بلدان الإقليم لضمان توفير الموارد المالية اللازمة، والتعاون مع منظمة الصحة العالمية في نشر المعلومات حول التدخلات ذات المردود.

وذكر ممثل لبنان أن بلدان الإقليم تحتاج إلى نماذج تُتبع وأدوات لتنفيذ الإجراءات المطلوبة، مثل التشريعات اللازمة للحدّ من استهلاك الدهون الضارة، والسكر والملح، والحدّ من الترويج للأطعمة غير الصحية. واقترح أن يصوغ المكتب الإقليمي نماذج تُناسب مجتمعات الإقليم. وأضاف أن معالجة هذا الموضوع تتطلب أسلوباً متعدد القطاعات. ويمكن للمكتب الإقليمي القيام بدور حاسم في هذا الإطار بتقديم البيانات اللازمة وتنبية الأطراف المعنية إلى أهمية تضافر الجهود لتنفيذ التوصيات التي وردت في الإعلان السياسي. وأكد أهمية التزام الحكومة ككل بتنفيذ التوصيات، نظراً لكون الإعلان موجّهاً إلى رؤساء الدول والحكومات وليس إلى وزارات الصحة وحدّها. وأكد على ضرورة اعتماد آليات للمساءلة لمختلف القطاعات المعنية. وأضاف أن دور المكتب الإقليمي يجب أن يشمل أيضاً مراقبة التطبيق، لا أن يقتصر على تقديم الدعم الفني.

واقترحت ممثلة الكويت إضافة عمود تحت عنوان "الأداة الوطنية القائمة (National Existing Tool) حتى يمكن تقييم الوضع الحالي لكل دولة والتعرّف على مواطن القوة والضعف والتحديات القائمة، وتعزيز قدرات مراكز الرعاية الصحية الأولية والنظام الصحي ككل للتصدّي للأمراض غير السارية وعوامل خطر الإصابة بها. كما اقترحت إنشاء آلية للمراجعة الدورية المستمرة سواء على المستوى الوطني أو الإقليمي، وكذلك النظر بعين الاعتبار إلى موضوع البحوث والتجارب الناجحة للبلدان.

وقال ممثل جمهورية إيران الإسلامية إنه في حدود خبرة بلده، فإن الركيزة الرئيسية للرسم الدقيق للسياسات والبرمجة في مجال الأمراض غير السارية، هي نظام لترصد التدرّجي لعوامل الخطر. وأبرز أهمية النهج القائم على تعدد القطاعات، ووصف الهيكل الوطني في بلده للتنسيق بين القطاعات، فأوضح أنه هيكل يتألف من وزراء من كل قطاع رئيسي إضافةً إلى قطاع الإعلام. ووجه الانتباه إلى الترابط بين المحدّات الاجتماعية للصحة وانتشار الأمراض غير السارية، وعوامل الخطر الخاصة بها. وأكد على أهمية تثقيف الجمهور ومحو أميته الصحية. واقترح أن تنظر المنظمة في إنشاء فريق استشاري تقني إقليمي معني بالأمراض غير السارية، وتقديم إرشادات للبلدان بشأن ترصد عوامل الخطر، ودمج تحرّي الأمراض غير السارية في الرعاية الصحية الأولية، وانتقاء التدخلات الأساسية.

وأوضح ممثل الصومال إن الدول المهشة، مثل الصومال، ضعيفة أيضاً أمام الأمراض غير السارية. ولاحظ أن أكثر من 75% من تكاليف الرعاية الصحية في الصومال يدفعها المريض من جيبه مباشرة، ويتأثر بهذا الوضع أشد تأثر المجتمعات الفقيرة والضعيفة. وقال إن إدماج الأمراض غير السارية في الرعاية الصحية الأولية قد تم تحديده بوضوح في السياسة والاستراتيجية الوطنية التي أُعدت مؤخراً، غير أن القدرات والموارد اللازمة لتعزيز الصحة والرعاية الصحية محدودة. وطلب دعم المنظمة في محاربة الأمراض غير السارية، وقال إن الصومال يتحرك داخل عهد جديد.

وذكر ممثل العراق أن بلده أدخل التصديّ للأمراض غير السارية ضمن الخطة الاستراتيجية لوزارة الصحة، واستراتيجية التنمية الوطنية، بالإضافة إلى تحديث القوانين والتشريعات التي تعزز تطبيق إجراءات التصديّ لهذه الأمراض. وتم في هذا الإطار تطوير الشراكة مع الوزارات والجهات الأخرى ذات الصلة، ومنظمات المجتمع المدني، وتعزيز التكامل بين اللجنة العليا للمحددات الاجتماعية للصحة ولجنة التصديّ للأمراض غير السارية، وكذلك تعزيز العمل بإعلان ريو السياسي، وتوصيات مؤتمر ريو +20. وأضاف أنه تم إدراج الوقاية من الأمراض غير السارية ضمن المرمى السادس من المرامي الإنمائية للألفية، ووضع مؤشرات ومعايير لتطبيق تدابير هذه الوقاية، مما حقق التكامل المطلوب بين الترصد الوبائي للأمراض السارية وغير السارية. وقال إنه تم تحقيق التكامل بين مختلف الاستراتيجيات سواء الخاصة بالصحة الإنجابية، أو بالتغذية والسلامة الغذائية، أو تقليص الفقر، مما جعل مؤشراهما ومعاييرها تدعم استراتيجية الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها. وتحدث عن إدخال مفاهيم الجودة في تطبيق استراتيجية التصديّ لهذه الأمراض، وجعل هذا الموضوع من المرتكزات الأساسية لتحديث النظام الصحي. وأوضح أنه تم توحيد سلسلة الإجراءات الخاصة ببرامج الرعاية الصحية الأولية لتصب ضمن المؤشرات والمعايير التنفيذية للتصديّ للأمراض غير السارية، مع اعتبار هذا الموضوع من أساسيات تعزيز الصحة، مما يعزز أنماط الحياة الصحية والمهارات الحياتية للفرد والمجتمع، والتأكيد على أهمية الصحة المدرسية لتحقيق ذلك. وأكد على أهمية البحوث، وبناء قدرات العاملين والقدرات المؤسسية، وبناء قاعدة معلومات رصينة من خلال المضي نحو الحوكمة الإلكترونية وتنفيذ المسوحات.

وقالت ممثلة باكستان إن الأمراض غير السارية ذات أهمية خاصة في بلدها بسبب العبء المتزايد لها على ميزانيات القطاع الصحي، وإن كانت عوامل التأثير على القرارات السلوكية تكمن في قطاعات أخرى، مثل قطاعي التعليم والإعلام. وقالت إن سياسة باكستان الصحية الوطنية تشتمل على نهج متعدد القطاعات إزاء الأمراض غير السارية وأن بلدها يركز على مجموعة من الإجراءات التعاقبية، مثل ضمان احتواء منهج تعليم الطب على أقسام أساسية جيدة الإعداد عن الأمراض غير السارية، وإدراج "أنماط الحياة الصحية" في التعليم العالي. وطلبت إلى المنظمة تقديم دورات توجيهية بشأن أدواتها، بما في ذلك الآليات الفعالة لتنفيذ الإجراءات المشتركة بين القطاعات وتقييم القدرات.

وأبرز ممثل جنوب السودان أهمية التوعية عن طريق وسائل الإعلام. وأشار إلى نقص الإحصاءات في بلده عن معدلات انتشار الأمراض غير السارية، وطلب الدعم في هذا المجال.

وقال ممثل تونس إن أي برنامج يتم اعتماده في إطار التصديّ للأمراض غير السارية لن يأتي بالنتائج المنشودة إذا لم يراع المحددات الاجتماعية للصحة. وأضاف أن سوء التغذية وقلة النشاط البدني والتدخين وغيرها عوامل خطر تسهم مباشرة في تفشي هذه الأمراض وتفاقم آثارها الصحية والمادية. وقال إن هذه المحددات لا تخضع للتدخل

المباشر من قِبَل وزارة الصحة. واقترح عقد لقاءات على مستوى الولايات (المحافظات) بمشاركة الوزارات المعنية للتعريف بالتحديات التي تواجهها النُظُم الصحية في ظل التحولات الديمقراطية والإيديولوجية التي تجعل الأمراض غير السارية من أهم الأولويات. وأضاف أن العَرَض من هذه اللقاءات هو إرساء شراكة جديدة بين وزارة الصحة وسائر الوزارات لتنسيق السياسات القطاعية بما يدعم التصديّ لعوامل الخطر والحدّ من تأثير المحددات الاجتماعية للصحة. وطلب إلى المنظمة دعم إنشاء نظام لترصُّد الأمراض غير السارية وعوامل خطر الإصابة بها، يتَّسم بالفعالية وسهولة الاستخدام.

وقال ممثل الاتحاد الدولي لرابطات طلاب الطب أن أزمة الأمراض غير السارية تتعلق بالإنصاف، ويتعيَّن دمج جهود مكافحة الأمراض غير السارية في استراتيجيات متعددة القطاعات للحد من اختلال المحددات الاجتماعية للصحة. واقترح إشراك الشباب والمجتمع في تنفيذ خطط واستراتيجيات صحية، كذلك الخاصة بالوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها. وأكد أن منظمات الطلاب يمكن أن تساعد في هذا الصدد.

ولاحظ ممثل التحالف الدولي لمنظمات المرضى أن الأطراف الرئيسية المعنية بالتصديّ للأمراض غير السارية هي منظمات المرضى، التي تقدِّم مجموعة واسعة من خدمات الرعاية الصحية، مثل التدريب على محو الأمية الصحية وتوفير المشورة والدعم لتعزيز الصحة، من أجل تدبير الحالات وتقييم المعالجة. وقال له إن التحالف يشجِّع منظمة الصحة العالمية والدول الأعضاء على القيام بعملية رسم خرائط للأمراض كي تفهَم وتقدر عمل منظمات المرضى وما يمكن أنه يكون له من أثر. واسترعى الانتباه إلى أهمية الرعاية الصحية المرتكزة على المرضى.

وقال ممثل تحالف مكافحة الأمراض غير السارية إن المنظمات الأعضاء في التحالف، وهي الاتحاد الدولي للسكري، والاتحاد الدولي لمكافحة السل وأمراض الرئة، والاتحاد الدولي لمكافحة السرطان، ملتزمة بدعم البلدان ومنظمة الصحة العالمية في تعزيز إجراءات مكافحة الأمراض غير السارية. ودعا الدول الأعضاء إلى دعم إعداد خطة عمل عالمية شاملة للفترة 2013-2020، بإطار عالمي شامل للرصد، وإنشاء مركز عالمي للتنسيق معني بالأمراض غير السارية، ووضع الأمراض غير السارية في صميم جدول الأعمال الإنمائي لما بعد عام 2015.

ولاحظ ممثل المجلس الدولي لمكافحة اضطرابات عَوَز اليود التكاليف الاقتصادية العالية التي يفرضها سوء التغذية لعوز المغذيات الزهيدة المقدار على البلدان النامية. وقال إن آثار الأمراض غير السارية على المغذيات الزهيدة المقدار وآثار تلك المغذيات على تلك الأمراض هي آثار ضخمة. واسترعى الانتباه إلى الجهود التي يبذلها المجلس الدولي لتسريع عملية تقليل مدخول الصوديوم العالمي على مستوى المجتمع. وأشار إلى مسح عالمي أجري مؤخراً لإفراغ اليود في البول، أظهر أن الإقليم لديه أعلى نسبة من الأطفال ذوي مدخول اليود المنخفض. وشجَّع الدول الأعضاء على تنظيم مناقشات عن تنقيح خطة العمل العالمية بحيث يُدرج فيها توسُّع أدوار الصناعة في القطاع الخاص والجمعيات المدنية والمهنية.

ولاحظت ممثلة المنظمة الدولية لمكافحة مرض ألزهايمر أن الإعلان السياسي للأمم المتحدة المعني بالوقاية من الأمراض السارية ومكافحتها قد دَعَا إلى اعتبار مرض ألزهايمر والخَرَف مرضين رئيسيين من الأمراض غير السارية. وقالت إن منظمة الصحة العالمية تنظر حالياً في إعداد إطار عالمي لرصد الأمراض غير السارية لم يُدرج الخَرَف فيه بعد. وطلَّبت اعتبار العمر في خطة العمل العالمية الحديثة قوة دَفَع فيما يتعلق بالخَرَف أو مرض ألزهايمر في الترصُّد

التدريجي. كما قالت إن خطة العمل الخاصة بالأمراض غير السارية ينبغي أن تدعو إلى الأخذ بنهج يقوم على تعدد القطاعات من أجل القيام على جناح السرعة بتحديد أدوات ترصد الخرف التي يمكن اعتمادها في نُظُم الترصد القطرية.

وأكد ممثل الاتحاد الخليجي لمكافحة السرطان أهمية التكامل في البلدان ذات البيئة المتشابهة، وقال إن منطقة الخليج تُعدُّ مثالية لمثل ذلك التكامل في ظل وجود مركز الرعاية التلطيفية في الكويت، ومركز الطب البديل، ومركز أبحاث سرطان الثدي في المملكة العربية السعودية، وإمكانية إنشاء مركز لسرطان القولون والمستقيم في الإمارات العربية المتحدة، ومركز لسرطان الرأس والرقبة في عُمان.

وقالت ممثلة مصر إن الالتزامات المطلوب الوفاء بها كثيرة ومن شأنها أن تُشجِّت جهود البلدان مما يؤدي إلى عدم تحقيق إنجاز ملموس. واقترحت تقليل عدد الإجراءات المطلوبة، أو صياغة الأهداف مرحلياً. وأضافت أنه لم يرد ذكر لتشجيع الأبحاث المرتبطة بالأمراض غير السارية وعوامل خطرها المشتركة، والتي وردت في خطة المكتب الإقليمي في مجال مكافحة هذه الأمراض. وأشارت إلى التقرير الصادر عن قسم الصحة العمومية بجامعة هارفارد في أيلول/سبتمبر 2011 والذي تضمّن أرقاماً مفرزة لتكلفة علاج الأمراض غير السارية خلال الأعوام العشرين القادمة، والتي قد لا تتحملها الدول ذات الاقتصادات الأقوى. ولاحظت أن انتشار الأمراض غير السارية يعيق النمو الاقتصادي ويمثّل مشكلة وطنية لا ينبغي أن يتحملها القطاع الصحي وحده، بل تتطلب مشاركة القطاعات الأخرى في كل بلد مشاركة فعّالة.

وأعرب المدير الإقليمي عن تقديره للآراء والملاحظات التي أثارها المشاركون. وقال إن هناك اتفاقاً مبدئياً حول اعتماد الإجراءات المقترحة من المنظمة بعد إجراء بعض التعديلات والإضافات الموصى بها. وهناك اتفاق أيضاً حول الأولويات المختلفة للبلدان حسب الأوضاع والاحتياجات المحلية. وقال إنه يدرك المطالبة بتعزيز قدرات المنظمة حتى يمكنها تلبية الطلب على الدعم في كل المجالات. وقال إن هناك ورقة عمل سيجري تعديلها وفقاً للمقترحات والتوصيات.

وفيما يتعلق بدعم المنظمة للدول الأعضاء في تنفيذ الإعلان، قال إن الأولوية سوف تُعطى لتنقيح الإرشادات التقنية للمنظمة فيما يتعلق بدمج التدبير العلاجي للأمراض غير السارية في الرعاية الصحية الأولية. ولاحظ أن تعزيز المشورة الفنية هو أحد أولويات خطة العمل العالمية التي تمّ تحديثها، والتي سوف تُناقش في الدورة القادمة لكل من المجلس التنفيذي وجمعية الصحة. وأقرّ بالحاجة إلى إيجاد بيّنات على التأثير الاجتماعي والاقتصادي للأمراض غير السارية في الإقليم، واستثمار المزيد في البحث الميداني، ملاحظاً أن تلك البيّنات بالغة الأهمية لأغراض التوعية. وسوف يكون هذا إحدى ركائز العمل في المكتب الإقليمي. وأشار إلى طلب بعض البلدان تشريعات نموذجية ومزيداً من الإرشادات بشأن "كيفية" تنفيذ خارطة الطريق والتوصيات. وقال إن فرقة عمل تضم خبراء من داخل المنظمة ومن خارجها تعكف الآن على إعداد دليل للمعرفة العملية فيما يتعلق بتدابير من قبيل تخفيض الدهون المشبعة، والملح وما إلى ذلك. وفيما يتعلق بالرصد، اعترف بالافتقار إلى أهداف ومؤشرات للقطاعات الأخرى غير القطاع الصحي، واقترح إجراء مزيد من المناقشة في اجتماع تشرين الثاني/نوفمبر، بشأن خطة العمل العالمية المستوفاة. وفيما يتعلق بتحرّي الأمراض غير السارية في مرافق الرعاية الصحية الأولية، قال إن لدى الإقليم عدداً من الخبرات الجيدة في هذا المجال. وأشار إلى ضرورة توافر إرشادات محددة من المنظمة تأخذ في الحسبان البيّنات الراهنة

بشأن مردودية تحريّ الأمراض من قبيل السكرّي، وارتفاع ضغط الدم، وبعض أنواع السرطان. وقال إن المنظمة حريصة على العمل بمزيد من الفعالية مع المنظمات غير الحكومية في الإقليم، والمعاونة في تقوية المجتمع المدني من حيث الصحة والإعلان السياسي. واسترعى الانتباه إلى الأدوار الرئيسية التي تقوم بها المنظمات غير الحكومية الدولية على الصعيد العالمي، وحثها على أن تكون أكثر نشاطاً على الصعيد الإقليمي والوطني والشعبي.

وأوضحت المديرة العامة أن الأمراض غير السارية هي القضية الصحية الثانية بعد مرض الإيدز والعدوى بفيروسه، وأن من المقرر مناقشتها في الجمعية العامة للأمم المتحدة. وشكرت البلدان على دعمها والتزامها، ووجهت الانتباه إلى قيادة الدكتور علاء الدين العلوان في توجيه عمل المنظمة في هذا الشأن. واتفقت مع الرأي القائل بأن من الضروري العمل من جانب قطاعات متعددة والأخذ بنهج يقوم على "مشاركة الحكومة بأكملها" لمكافحة الأمراض غير السارية والوقاية منها، وأعربت عن إعجابها بالهيكل المتعدد القطاعات والرفيع المستوى الذي أقامته جمهورية إيران الإسلامية لمراقبة هذه القضية. وقالت إنه سوف يجري إعداد مصفوفة لقياس الإسهام الوزاري، وسوف تستخدمها الأمم المتحدة في رصد الالتزام. واسترعت الانتباه إلى الدروس المستفادة من مرض الإيدز والعدوى بفيروسه. وأكدت على أهمية أسلوب الرعاية الصحية الأولية، والتبكير بالتحريّ والمعالجة توقيماً للمضاعفات الثانوية. وأكدت على أهمية العمل من قبل قطاعات متعددة على الصعيد القطري والمحلي للتصديّ للأمراض غير السارية. وأبرزت الحاجة إلى رعاية المجتمع المدني والمشاركة معه في البلدان. واحتتمت تعقيها قائلة إن دور ممثلي المنظمة المحفز ذو أهمية حاسمة في هذا الصدد.

2.6 القدرات الأساسية الوطنية اللازمة لتنفيذ اللوائح الصحية الدولية لعام 2005: الوفاء بالموعد النهائي في عام 2014

البند 4 (ب) من جدول الأعمال، الوثيقة ش م/ل إ 4/59 القرار ش م/ل إ 59/ق-4

قام الدكتور جواد محجور، مدير مكافحة الأمراض السارية، بعرض الورقة التقنية حول القدرات الأساسية الوطنية اللازمة لتنفيذ اللوائح الصحية الدولية لعام 2005: الوفاء بالموعد النهائي في عام 2014. فقال إن اللوائح الصحية الدولية لعام 2005 هي اتفاق قانوني دولي ملزم للدول الأطراف وعددها 195 دولة، دخل حيز النفاذ في عام 2007. وبموجب هذا الاتفاق يُطلب إلى الدول الأطراف تقييم وتطوير وصون متطلبات القدرات الأساسية المتعلقة بنظم الترصد والتصديّ الوطنية، وكذلك متطلبات نقاط الدخول، والمخاطر المتعلقة بالسلامة الغذائية، والأحداث الحيوانية المنشأ، والكيميائية، والنووية الإشعاعية، بحلول 15 حزيران/يونيو 2012. وقد أتيت الدول الأطراف فرصة الحصول على تمديد مدته سنتان للوفاء بمتطلبات اللوائح بحلول 15 حزيران/يونيو 2014، بشرط تقديم طلب للتمديد مشفوع بخطة لتطبيق اللوائح خلال فترة التمديد. ولم يُبَد استعداده لتطبيق اللوائح بحلول حزيران/يونيو 2012 في الإقليم، سوى بلد واحد. وقد قدّمت معظم البلدان طلبات للتمديد مدتها سنتان، بعضها بدون خطة للتطبيق، ولم يصل بعد رد من بلدين اثنين.

وللتغلب على التحديات التي تواجه بعض البلدان للوفاء بالموعد النهائي الجديد، يوصي المكتب الإقليمي السلطات الوطنية بمراجعة وتحديث السياسات والتشريعات الوطنية، وتعزيز آليات التنسيق والتواصل بين مختلف الأطراف المعنية باللوائح، وتحديد ونشر التزامات ضباط الاتصال الوطنيين المعنيين باللوائح بين الأطراف المعنية،

وتقييم الموارد البشرية الموجودة، ووضع خطة للتدريب، وتيسير حشد الموارد. واختتم الدكتور محجور عرضه بالإشارة إلى أنه لم يبق سوى 18 شهراً على حلول الموعد النهائي الجديد للوفاء بالمتطلبات.

المناقشات

قالت ممثلة البحرين إن الحكومة البحرينية قامت بإنشاء مركز اتصال وطني معني باللوائح الصحية الدولية، وتعيين ضباط اتصال لهذا الغرض، وتشكيل لجنة للمتابعة تضم أعضاء من مختلف الوزارات المعنية. كما وضعت خطة تنفيذية لضمان تطوير القدرات الأساسية اللازمة لتطبيق اللوائح الصحية الدولية. وشملت الخطة أهدافاً ومؤشرات أداء لرصد التطور المحرز في تنفيذ اللوائح الصحية الدولية.

وقال ممثل جمهورية إيران الإسلامية إن هناك حاجة إلى المزيد من الدعم التقني من المنظمة لبناء القدرات الأساسية في بعض المجالات مثل الصحة على الحدود والاستعداد والاستجابة للأحداث المتعلقة باللوائح الصحية الدولية والترصد على المستوى الوطني وعلى الحدود. واقترح إنشاء آليات أقاليمية بين الدول الأعضاء ذات الحدود المشتركة، مع التركيز بوجه خاص على نقاط الدخول ونظام الإنذار المبكر والاستجابة، مبرزاً الترصد المتلازمي كإحدى الممارسات الجيدة في هذا السياق. ورأى أن آلية مجموعة الخمس التعاونية بين أفغانستان وباكستان وجمهورية إيران الإسلامية والعراق والمكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية قد تكون مفيدة لسائر البلدان في معالجتها للمصالح والشواغل المشتركة حول اللوائح الصحية الدولية. وقال إن الاتفاق بين جمهورية إيران الإسلامية والعراق، كنموذج إقليمي داخلي، وبين تركيا وجمهورية إيران الإسلامية كنموذج أقليمي هما مثالان جيدان على الآليات التي تهدف إلى مناقشة قضايا الصحة العمومية ذات الاهتمام المشترك. وقال إن خبرات جمهورية إيران الإسلامية في تقييم قدرة النظام الصحي لديها على تنفيذ برنامج للترصد المتلازمي وأنشطة الصحة على الحدود يمكن تبادلها على الصعيدين دون الإقليمي والأقليمي. وأوضح أن التأكيد المختبري لبعض الأمراض ذات الطبيعة البوئية والمتعلقة باللوائح يتطلب وجود مختبرات ذات قدرات تتجاوز المستوى الثاني من مستويات السلامة البيولوجية. ولذا فقد اقترح أن تدعم المنظمة إنشاء عدد كافٍ من هذه المختبرات في الإقليم، يمكن للدول الأعضاء إرسال العينات إليها في الوقت المناسب من دون أي تأخير نتيجة إجراءات بيروقراطية.

وذكر ممثل ليبيا أن بلده حدد شهر تموز/يوليو 2012 لتنفيذ اللوائح الصحية الدولية، غير أن المناقشات التي دارت باللجنة الوطنية المعنية باللوائح الصحية الدولية خلصت إلى عدم اكتمال القدرات اللازمة، خاصة في ظل ما مرت به ليبيا من أحداث، ولا سيما الاضطرابات الاجتماعية، وما أسفر عنها من ضرر وتخريب للمختبرات وظهور تحديات أمام تنفيذ تنظيم نقاط الدخول. ومن ثم طلبت ليبيا التمديد إلى عام 2014. وحث المنظمة على تقديم الدعم الفني في مجال بناء القدرات وتدريب الموظفين.

وقال ممثل مصر إن المرتسم القطري الحالي لتنفيذ اللوائح الصحية الدولية يعتمد على نسب الخواص المحققة لكل من القدرات الأساسية، موضحاً أن الحدود التي تعكس عندها هذه النسب المستوى الفعلي للإدراك كانت محل شك، نظراً لأن نموذج مؤشر إدراك الإمكانيات، وهو النموذج الذي يقترح مستويات تدريجية من الإنجازات، يشترط تحقيق مستوى معين من الإمكانيات يتطلب استيفاء جميع الخواص في أحد المستويات الأقل. ويتحدد مستوى الإمكانيات لإحدى القدرات الأساسية بمستوى المؤشر الأقل بين جميع المؤشرات في إطار هذه القدرة الأساسية. ومن

هنا، قد لا تعكس نسبة الخواص المحققة مستوى إدراك قدرة أساسية بعينها. وقد اقترح ضابط الاتصال الوطني المصري المعني باللوائح الصحية الوطنية إعداد مرتسمات قطرية من خلال تطبيق البيانات المتاحة من استبيانات التقييم الذاتي على نموذج مؤشر إدراك القدرات. ولا تعتبر هذه العملية بأي حال عملية لتسجيل النقاط، ولكنها محاولة لعكس المستوى الفعلي لإدراك القدرات.

وقال ممثل عُمان إن بلده قد حقق 98% من معدل تنفيذ القدرات الأساسية. أما المجالات الوحيدة التي لم تتحقق فيها القدرات الأساسية بنسبة 100%، فهي الأحداث الكيميائية والطوارئ الإشعاعية ونقاط الدخول. وبناءً على ذلك، طلبت عُمان تمديد الموعد النهائي عامين، مع وضع خطة عمل. وذكر أن عُمان شاركت في مشروع مشترك مع الاتحاد الأوروبي ركز على إعداد القدرات الأساسية استعداداً لتنفيذ اللوائح الصحية الدولية. وتناول المشروع عدداً من القدرات الأساسية، منها: الاستعداد للطوارئ والاستجابة لها، والموارد البشرية، والتدريب على مواجهة الفاشيات، والسلامة البيولوجية في المختبرات، ورسم خرائط للمخاطر. وقال إن عُمان ترى الحاجة إلى عقد ندوة حول الترصد عبر الحدود وتبادل المعلومات حول طوارئ الصحة العمومية ذات الأهمية الدولية.

وقالت ممثلة باكستان إنه على الرغم من تمكن باكستان من بناء القدرات في مجال الاستعداد والاستجابة عن طريق إقامة منظمات ذات اختصاصات محددة، فإنها تدرك أن عملية تنفيذ اللوائح الصحية الدولية لا تزال بطيئة. كما تُدرك حاجتها إلى تطوير القدرات الأساسية في مجالات التشريع والسياسات والتنسيق والترصد والاستجابة والاستعداد والإبلاغ عن المخاطر والموارد البشرية والمختبرات. وأرجعت ممثلة باكستان هذا البطء إلى لامركزية الخدمات الصحية. وأضافت أن الإصلاح الدستوري بموجب التعديل الثامن عشر يتطلب تعديل وتبسيط الإجراءات والوظائف بدرجة كبيرة. وقالت إن الإدارات المسؤولة عن تنفيذ اللوائح الصحية الدولية هي جزء من عملية التبسيط هذه. وكشفت عن تكليف وزارة التنظيم والخدمات الوطنية الجديدة بالتعامل مع تنفيذ اللوائح الصحية الدولية منذ إتمام عملية اللامركزية، وكذلك عن العمل القائم حالياً لتنقيح مسودة قانون معني بتنفيذ اللوائح. وأشارت إلى الاجتماع التشاوري الوطني الذي عقد في آب/أغسطس بهذا الشأن. وقالت إن باكستان لم تقدم بعد طلبها تمديد الموعد النهائي عامين آخرين، ولكن من المقرر أن يتم ذلك قريباً مع خطة عمل لتنفيذ اللوائح. وأضافت أن باكستان طلبت الدعم من المكتب القطري للمنظمة لديها لعقد اجتماعات تشاورية على المستوى الوطني ومستوى المقاطعات، والتعاقد مع مستشار قانوني لصياغة وتنقيح التشريع المعني بتنفيذ اللوائح الصحية الدولية، وقالت إنهم سيواصلون دعم نظام الإنذار المبكر للأمراض لمدة 18 شهراً أخرى إلى حين نقله إلى حكومة باكستان.

وقال ممثل الإمارات العربية المتحدة إن بلده استطاع تطوير برنامج شامل لبناء القدرات الوطنية الأساسية لتيسير تنفيذ اللوائح الصحية الدولية. وكان من أبرز مقومات هذا البرنامج تشكيل لجنة وطنية عُليا تمثل فيها جميع الوزارات المعنية مثل الداخلية والعدل والنقل، وسائر الجهات ذات الصلة، إضافة إلى إنشاء المركز الوطني للرصد وتعيين المنسقين الوطنيين لهذا الغرض. وقد أجري تقييم مفصل للقدرات الأساسية لكل الجهات المشاركة لتحديد الثغرات والنقائص. وقد تم توثيق التقييم وسوف يجري تحديثه بانتظام. كما وافقت وزارة الصحة على إنشاء مختبر وطني مرجعي للصحة العمومية وربطه بشبكة المختبرات العالمية لمنظمة الصحة العالمية وبرنامج الترصد الوبائي. كما أنشأت الوزارة أيضاً مركزاً وطنياً لرصد الأنفلونزا. وأكد أن الإمارات العربية المتحدة قد طلبت بعثة استشارية للتقييم في المستقبل القريب لإجراء تقييم لعملية تطوير القدرات الأساسية الوطنية.

وذكر ممثل المغرب أن التقييم الذاتي للقدرات الوطنية كشف عن وجوب تدارك بعض الفجوات في القدرات الأساسية اللازمة لتنفيذ أحكام اللوائح الصحية الدولية، وخصوصاً تلك المتعلقة بالترصد الوبائي، والاستعداد، والقدرات المختبرية، ونقاط الدخول، والأحداث الكيميائية. وأوضح أن حكومته بصدد تنفيذ أنشطة لبناء القدرات على تنفيذ اللوائح الصحية الدولية في عام 2014، وأن ذلك قد أُبلغ رسمياً إلى المنظمة. وقال إن الإقليم بحاجة إلى مراكز مرجعية فيما يخص المخاطر الناجمة عن المواد الكيميائية والمواد النووية والمُشعَّة، وأن المركز الوطني للحماية من الموارد المشعة التابع لوزارة الصحة المغربية مستعد للقيام بدور مركز إقليمي مرجعي للمنظمة.

وقال ممثل الكويت إن بلده قام بتشكيل لجنة وطنية عُليا وعيّن ضابط اتصال وطنياً معنياً باللوائح الصحية الدولية للتواصل المستمر مع المنظمة. وقد قدّمت اللجنة وثائق منتظمة بحسب طلب المنظمة. وقد وُضعت خطة تنفيذية وجدول زمني لاستكمال بناء القدرات الأساسية وتلبية المتطلبات اللازمة للتنفيذ الكامل للوائح، إلى جانب العمل على تعزيز القدرات في مختبرات الصحة العمومية الوطنية، وتقوية نظام الترصد والاستجابة.

وقال ممثل الأردن إن بلده قام بتطوير القدرات الأساسية اللازمة لتنفيذ اللوائح الصحية، إذ استكمل 88% من تلك القدرات، وطلب التمديد حتى حزيران/يونيو 2014. وقد قامت وزارة الصحة، من خلال مركز الاتصال الوطني واللجنة الوطنية المشكلة لهذه الغاية، بوضع خطة عمل وأهداف ومؤشرات أداء لكل أعضاء اللجنة من مختلف الجهات والوزارات المعنية لرصد التقدم المحرز في تنفيذ اللوائح. وتم تقييم جاهزية القدرات الأساسية في الأردن وتطوير قدرات الترصد كاملة. كما تحقّق نجاح في الترصد المختبري على الحدود مع فلسطين، وخاصة فيما يتعلق بترصد جائحة الأنفلونزا. وأضاف أن الأردن يركّز بقوة على تنمية الموارد البشرية لتيسير تنفيذ اللوائح الصحية الدولية بنجاح.

وقال ممثل فلسطين إن حكومته قد شكّلت لجنة وطنية من الوزارات المعنية وقامت بتدريب موظفي الوزارات وعقد العديد من حلقات العمل بالتعاون مع المنظمة. وقد عبّرت الحكومة الفلسطينية عن جاهزيتها لتنفيذ اللوائح الصحية الدولية، إلا أن البدء في التنفيذ قد تأجل. وليس لدى بلده مواد نووية أو إشعاعية ثم إنه لا يسيطر على حدوده. وأضاف أن النظم الصحية والظروف تختلف من بلد لآخر، ودعا المنظمة إلى مراعاة تلك الاختلافات، مؤكداً أن الفترة من سنتين لأربعة سنوات لا تكفي لأن تقوم جميع الدول بتطوير القدرات الأساسية، ومن ثمّ فهناك حاجة لإعادة النظر في عملية التقييم.

وقال ممثل العراق إن بلده قد طلب تمديد بدء تنفيذ اللوائح الصحية حتى عام 2014. وأضاف أن بلده قد عيّن ضابط اتصال وطنياً معنياً باللوائح الصحية الدولية، وكذلك نقاط اتصال فرعية في الوزارات والهيئات المعنية الأخرى بعرض تطوير القدرات الأساسية اللازمة لتنفيذ اللوائح. وأكد على أهمية الشراكة الفعالة مع المنظمة والجهات ذات الصلة لتبادل الخبرات وتيسير الاستجابة السريعة والدقيقة للمتغيرات الوبائية وأحداث الصحة العمومية التي قد تكون ذات أهمية دولية. وأشار إلى أهمية إجراء البحوث والدراسات والتقارير المشتركة بين بلدان الجوار، مذكراً في هذا السياق بأهمية تشكيل آلية مجموعة الخمس من أفغانستان وباكستان وجمهورية إيران الإسلامية والعراق إلى جانب المنظمة كنموذج جيد لتبادل المعلومات حول القضايا الصحية العمومية.

وأبدى ممثل تونس ارتياحه لما حققته بلدان الإقليم من تقدّم في تطوير القدرات الأساسية اللازمة لتطبيق اللوائح الصحية الدولية مقارنة بالأقاليم الأخرى للمنظمة. وقال إن أداة التقييم المستخدمة لا تعكس الصورة الحقيقية في بعض البلدان، وبالتالي لا تمكّن من التصنيف والمقارنة الدقيقة بين البلدان. وذكر أن بعض البلدان شهدت أحداثاً خلال العامين الأخيرين، مثل الاضطرابات الاجتماعية، التي عطلتها عن إرساء القدرات الأساسية لتنفيذ اللوائح الصحية، فضلاً عن أن التقدّم لا يزال دون المأمول، ولا سيّما فيما يتعلق بالقدرات الأساسية في الميادين التي تتصل بالأحداث الكيميائية أو الطوارئ الإشعاعية، مما يدل على الحاجة إلى توسيع التعاون والتنسيق لتغطية مختلف مصادر المخاطر. كما أكد على إيلاء بلده الأهمية المطلوبة لتنفيذ اللوائح الصحية الدولية وعلى بناء قدرات ضباط الاتصال وتفتيح القوانين لتيسير عملية التنفيذ مع إشراك الأطراف المعنية الأخرى لتقوية النظام الصحي من أجل دعم تنفيذ اللوائح الصحية الدولية.

وأكد ممثل المملكة العربية السعودية التزام المملكة بتطبيق اللوائح الصحية الدولية خاصة أنها تتشرّف باستضافة أكثر من 10 مليون معتمر وحاج كل عام. وأشاد بدور المنظمة في تقديم الدعم التقني للبلدان في حالات الطوارئ واكتشاف الفيروسات الجديدة، مستدلاً باكتشاف النمط الجديد من الفيروس التاجي مؤخراً.

وذكر ممثل الصومال أن بلده قد شارك في الاجتماع الخاص باللوائح الصحية الدولية الذي عُقد في عام 2005، وصادق على القرار المتعلق بالقدرات الأساسية. وعلى الرغم من ذلك، لم يستطع الصومال إدراك الهدف المطلوب لقلّة الموارد. وطلب من المنظمة إرشادات يستهدي بها الصومال لمواصلة اتخاذ الخطوات صوب تحقيق الهدف حتى لا يتخلف عن باقي الدول في هذا الصدد. وأفاد أن بلده ملتزم بتنفيذ اللوائح الصحية الدولية وتحسين الخدمات عبر الحدود على جميع المستويات. كما أعاد التأكيد على عزم الصومال تقوية القدرات الصحية بما يُمكنه مع التعاطي مع طوارئ الصحة العمومية.

وقال ممثل جنوب السودان إن بلده يعاني من عبء جسيم من الأمراض السارية ذات الأهمية الدولية، مثل الإيبولا والكوليرا والتهاب السحايا والحمى الصفراء وحمى الدنك على سبيل المثال لا الحصر. وأعلن التزام بلده الكامل بتنفيذ اللوائح الصحية الدولية، والتزامه بالموعد الجديد في حزيران/يونيو 2014 على الرغم من التحديات الهائلة التي يواجهها جنوب السودان. وأكد على حاجة بلده إلى الحصول على الدعم الفني من المنظمة في صورة تدريب وتنسيق، والدعم المالي لبلوغ هذا الهدف. وأوضح أن جنوب السودان قد عين مركز اتصال وطنياً معنياً باللوائح الصحية الدولية يعمل عن كثب مع البلدان المجاورة مثل كينيا وإثيوبيا والسودان، بُعِيّة تحسين الترصد عند النقاط الحدودية. وأضاف أن بعثة المنظمة سوف تزور جوبا في تشرين الثاني/نوفمبر لتقييم القدرات الأساسية لجنوب السودان على تطبيق اللوائح الصحية الدولية، وأن جنوب السودان يتطلع إلى تلقي النتائج التي سوف يُخلص إليها تقييم هذه البعثة.

وقال ممثل جيبوتي إن بلده قام في أواسط حزيران/يونيه 2012 بإجراء تقييم للقدرات الوطنية على تنفيذ اللوائح الصحية الدولية بالتعاون مع المنظمة، وبمشاركة وزارات البيئة والتجارة والزراعة. وأشار إلى ظهور فجوات مهمّة، وإلى وضع خطة عمل للعامين القادمين، وتحديد المسؤولية في نقاط الدخول. كما تبينّت، عند تقييم القدرات، الحاجة إلى بعض عناصر الدعم في مجال التنسيق والتشريع والرصد والمخاطر في نقاط الدخول، والأحداث الكيميائية والشعاعية، وبناء على ذلك طلب أن تحظى بلاده بمزيد من الدعم التقني اللازم لتسهيل تنفيذ اللوائح الصحية.

ودعا ممثل قَطْرَ إلى تقديم توصية تطلب إلى كل دولة وضع جدول زمني دقيق لإنجاز تنفيذ اللوائح الصحية الدولية في وقت محدد، وكذلك إجراء التدريبات اللازمة لسد الثغرات، بما يضمن تنفيذ اللوائح في الوقت المناسب. وحثَّ المنظمة على توثيق التجارب الناجحة لبعض الدول في مجال تطوير القدرات الأساسية الوطنية.

وقال مدير الوقاية من الأمراض السارية ومكافحتها، بالمكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، إن التقييمات القطرية قد أظهرت أن وضع ضباط الاتصال الوطنيين في وزارات الصحة هو إجراء مثالي، ولكن لا بد من وجود آليات للتنسيق مع سائر الأطراف المعنية. وذكَّرَ أن المنظمة تعكف على بناء القدرات في مجالات من قبيل الترسُّد، وأنها تعمل بشكل وثيق مع جمهورية إيران الإسلامية في مجال قدرات المختبرات. وقال إن المنظمة تضع إرشادات في جميع المجالات التي تطلب فيها الدول الأعضاء إرشادات. وأضاف أنه سوف توفد بعثات إلى باكستان، وجنوب السودان، والصومال لتقييم القدرات الوطنية وإعداد خطة عمل. ونظراً إلى أن جمهورية جنوب السودان قد أصبحت من فورها طرفاً في اللوائح، فإن جدولها الزمني للتنفيذ لن يكون هو نفسه الذي يسري على الدول الأعضاء الأخرى. وسوف توفد المنظمة بعثة أخرى إلى فلسطين لتلبية احتياجات البلد. وقال إن من المزمع عقد اجتماع كبير للوفاء بالموعد النهائي للتنفيذ.

وقالت مديرة القدرات والإنذار والاستجابة على الصعيد العالمي، بالمقر الرئيسي لمنظمة الصحة العالمية، إن تنفيذ اللوائح الصحية الدولية يمثل تحدياً عالمياً، لكنه في الوقت ذاته فرصة جيدة للتعاون مع المنظمات الدولية مثل المنظمة العالمية لصحة الحيوان، ومنظمة الأمم المتحدة للأغذية والزراعة (الفاو)، والوكالة الدولية للطاقة الذرية، فلولا التعاون لتهدد الخطر العالم بأسره. وأشارت إلى الحاجة إلى تبني اعتماد أساليب تقوم على تعدد القطاعات. وأضافت أن تنفيذ اللوائح الصحية الدولية يتطلب استعداد القطاع الصحي لمواجهة التحديات، وهو ما لا يمكن تحقيقه إلا من خلال عمل وزارات الصحة مع القطاعات الأخرى. وأكدت على أهمية تمكين ضباط الاتصال الوطنيين المعنيين باللوائح الصحية الدولية من فتح قنوات اتصال مباشرة مع الوزراء بما ييسر تنفيذ اللوائح الصحية الدولية.

وحتَّ الدكتور سمير بن محمد، المدير التنفيذي للبرامج بالمكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، البلدان على تبني نهج "الصحة الكاملة" والنهوج المتعددة القطاعات، على النحو الذي حدث في العديد من بلدان الإقليم وأثمر نتائج مشجعة. وقال إنه من الممكن في الوقت ذاته بذل جهود توجّه تطوير القدرات الأساسية لتنفيذ اللوائح الصحية الدولية في مجالات أخرى، مما يؤدي إلى تخفيف العبء الملقى على عاتق القطاع الصحي، وتيسير التنسيق مع القطاعات الأخرى، مثل القطاع المالي، والزراعي، والداخلية، وقطاع النقل، تحت مظلة واحدة، كما هو الحال الآن في المكتب الإقليمي.

وقالت المديرة العامة للمنظمة، إن الخبرة المكتسبة من الأقاليم الأخرى تظهر أنه عند الاستجابة لحالات مثل جائحة الأنفلونزا العالمية NIHI، أن من المهم أن يتواجد ضباط الاتصال الوطنيين في وزارة الصحة، حيث يكون لهم قنوات اتصال مفتوحة مع وزير الصحة مباشرة. وقد أبرزت جائحة عام 2009 مشكلات تمثلت في بطء الاستجابات للجائحة، نتيجة تعيين أشخاص مبتدئين كضباط اتصال معينين باللوائح الصحية الدولية في وزارات أخرى غير وزارة الصحة.

7. المناقشات التقنية

1.7 تقوية النُظُم الصحية في بلدان إقليم شرق المتوسط: تحديات وأولويات واختيارات العمل في المستقبل

البند 3 من جدول الأعمال، الوثيقة ش م/ل إ 59/مناقشات تقنية 1، القرار ش م/ل إ 59/ق-3

قام الدكتور ثمين صديقي، مدير تطوير النُظُم والخدمات الصحية، بعرض الورقة التقنية حول تقوية النُظُم الصحية في بلدان إقليم شرق المتوسط: تحديات وأولويات اختيارات العمل في المستقبل. وذكّر أن الإجحاف الصحي، وتزايد التعرّض للمخاطر الصحية، وتضاعف تكاليف الرعاية الصحية، والانخفاض غير المقبول لمستويات الحصول على الرعاية الصحية الجيدة، تمثل أهم التحديات التي تُجابه العديد من بلدان إقليم شرق المتوسط. وإن مجابهة هذه التحديات للوصول إلى مستوى صحي أفضل، وتغطية صحية شاملة، وسياسات تمويل صحي مُنصفه، تتطلب قيام الحكومات بإعداد رؤية واستراتيجيات واضحة للنُظُم الصحية. وتندرج تقوية النُظُم الصحية ضمن الأولويات الاستراتيجية الخمس التي حددها المكتب الإقليمي للمنظمة لشرق المتوسط للسنوات الخمس القادمة. والغرض من هذه الورقة التقنية هو استعراض المعوقات والتحديات مع راسمي السياسات في الإقليم بالاعتماد على أفضل البيّنات المتاحة، ومناقشة سُبُل المضيّ قدماً في تقوية النُظُم الصحية في الإقليم. ولأغراض تحليل النُظُم الصحية، تم تقسيم بلدان الإقليم إلى ثلاث مجموعات حسب النتائج الصحية للسكان، وأداء النُظُم الصحية، ومستوى الإنفاق على الصحة. وتشمل المجموعة 1 البلدان التي شهدت فيها التنمية الاجتماعية والاقتصادية والصحية تقدماً يُعتدُّ به خلال العقود الماضية. والمجموعة 2 تشمل بشكل عام البلدان المتوسطة الدخل والتي أقامت بنية أساسية واسعة للصحة العمومية ولكنها تواجه شحاً في الموارد. أما المجموعة 3 فتشمل البلدان التي تواجه صعوبات لتحسين النتائج الصحية للسكان نتيجة لنقص الموارد، وعدم الاستقرار السياسي وغيرها من التحديات الإنمائية المعقدة. وتعتبر الأمراض غير السارية السبب الرئيسي للوفاة في الإقليم، في حين تبقى الأمراض والاضطرابات التغذوية على جدول الأعمال. وتمثل الوفيات الناجمة عن الإصابات والتي يمكن توقيها نسبة خطيرة من إجمالي الوفيات.

وأشار الدكتور صديقي إلى التحديات الرئيسية التي تؤثر على أداء النُظُم الصحية في الإقليم بما فيها: الحاجة إلى التزام سياسي رفيع المستوى بتحقيق التغطية الصحية الشاملة؛ وتقوية قدرات وزارات الصحة؛ وتقليص نسبة المدفوعات من الجيب الشخصي؛ وتعزيز مشاركة القطاع الخاص في الصحة العمومية وتنظيمها؛ وإعداد قوى عاملة صحية متوازنة تتحلّى بالكفاءة ولديها حافز للعمل؛ واعتماد نماذج عملية لممارسات طب الأسرة؛ وتعزيز نُظُم المعلومات الصحية؛ وتحسين سُبُل الوصول إلى التكنولوجيات الأساسية؛ ودعم برامج الصحة العمومية ذات الأولوية. واستناداً إلى التحديات المذكورة آنفاً، فإنه اقترح عدداً من الأولويات لتحسين أداء النظام الصحي. وكان تحقيق التغطية الصحية الشاملة هو الأولوية الرئيسية. وتم اقتراح مجموعة من الاستراتيجيات والخيارات لكل أولوية من الأولويات. واختتم الدكتور صديقي عرضه بالإشارة إلى ما يتّسم به جدول الأعمال من طول وطموح لكل من البلدان والمنظمة. وأوضح أن البلدان يتعيّن عليها أن تأخذ بزمام القيادة في النظر في الخيارات المقترحة لتحسين أداء نُظُمها الصحية، وتوسيع نطاق الحماية الصحية الاجتماعية والمالية، وتعزيز سُبُل الحصول على الخدمات والتكنولوجيات الصحية العالية الجودة، ورصد التقدم المحرّز نحو الوصول إلى التغطية الصحية الشاملة. وفي الوقت نفسه، تدرك المنظمة التحديّ المتمثل في الارتقاء إلى مستوى تطلعات البلدان لتقديم الدعم الفني المطلوب.

المناقشات

قال ممثل مصر إن استراتيجية التعاون القطرية بين مصر والمنظمة تتفق مع الخيارات السياسية الواردة في هذه الورقة. وأوضح أن مصر اتخذت بالفعل خطوات هامة من أجل تنسيق الجهود وتحقيق التكامل بين الإجراءات. وأكد على أهمية الفصل التام بين تقديم الخدمة وتمويلها، وتوفير التمويل المستدام، وزيادة الإنفاق الحكومي، والتركيز على طب الأسرة، وتوفير الأدوية الأساسية الفعّالة والميسورة الكلفة، وإعطاء أهمية كبيرة للبحث والتطوير، وتحقيق العدالة الصحية. ولاحظ أن بعض البيانات الواردة في هذه الورقة البحثية لم يتم تحديثها.

وأكد ممثل عُمان على أهمية إدراك المغزى الحقيقي للنظم الصحية وعناصرها، حيث يتخرّج الطلاب وينخرطون في القوى العاملة الصحية دون أن يُمنحوا فرصة التعرف على هذه الحقائق. وذكر أن حتى متّخذي القرار قد لا يدركون تماماً، في بعض الأحيان، الآثار الإيجابية أو السلبية الناجمة عن قراراتهم. وشدد على أهمية تبني ثقافة العمل كفريق والتعاون بين القطاعات، وشفافية الحوار مع سائر القطاعات. واقترح إدخال مفاهيم النظم الصحية في مناهج المعاهد العلمية، وعقد دورات تدريبية سنوية على الصعيدين الإقليمي والقطري، على ألا تكون هذه الدورات حكراً على القادة والوحدات الصحية، وإنما تشمل أيضاً سائر القطاعات ذات الصلة. وطالب بإطلاق حملات تثقيفية حول مفاهيم النظم الصحية وعناصرها حتى يتسنى العمل في إطار خطة وطنية مشتركة.

وأكد ممثل العراق أن التعاون بين القطاعات ضروري لأي نظام صحي حديث، وأن هذا هو ما ينفّذه بلده في إطار إصلاحه للقطاع العام إجمالاً. وقال إن حوكمة المؤسسات ومبادئ اقتصاديات الصحة تُعدّ استراتيجيات رئيسية في هذا التحديث، جنباً إلى جنب مع التغطية الصحية الشاملة، ومكافحة عوامل خطر الإصابة بالأمراض غير السارية، وذلك من خلال التعاطي مع المحددات الاجتماعية للصحة. وينبغي أن يتوازي إصلاح النظام الصحي مع تعزيز نظم القطاعات العامة الأخرى. وقال إن أهم جوانب لأي نظام صحي حديث فعال هو اللامركزية، والشراكة بين القطاعين العام والخاص، وتنمية الموارد البشرية، والتعاون بين القطاعات، ومشاركة المجتمع، والرعاية الصحية الأولية القائمة على طب الأسرة، والاستعمال الرشيد للأدوية، مع اتباع نهج عملي إزاء البحث في الشراكة مع القطاعات الأخرى.

وأشاد ممثل ليبيا بما قدّمته المنظمة من دعم فني لبلاده في هذه الفترة العصيبة التي تمرُّ بها بلاده. وأوضح أن الدعم بدأ في جنيف في شهر كانون الثاني/يناير 2012، من خلال عرض التجارب السابقة للبلدان التي مرّت بمراحل تحوُّل مماثلة. وقد تمّت مناقشة هذه الرؤية في المؤتمر الوطني الخاص بالنظم الصحية في طرابلس الشهر الماضي للوصول إلى اتفاق بشأن النظام الصحي الليبي. وطلب إلى المنظمة مواصلة تقديم الدعم الفني للمساعدة في تعزيز التخطيط والسياسات، وبناء قدرات العاملين الصحيين، وتقوية نظم المعلومات الصحية، ورصد الأداء، وترشيد استخدام الأدوية، وإعداد أدوات تقييم للخدمات في القطاع الخاص.

ولاحظ ممثل لبنان أن هذه الورقة تقسّم بلدان الإقليم إلى مجموعات بالاعتماد على الاختلافات الديمغرافية والوبائية فيما بينها. وقال إنه على الرغم من شمولية هذه الورقة، فقد تجاهلت إحدى النواقص الأساسية التي تشترك فيها جميع النظم الصحية في الإقليم، ألا وهي مركزية اتخاذ القرار. وأكد على أهمية إقناع متّخذي القرار بأن جميع القطاعات بما فيها المؤسسات العلمية، والنقابات المهنية، والمنظمات غير الحكومية، والقطاع الخاص، والمجتمع المدني،

مسؤولة عن النُظُم الصحية. وقال إن القطاعات الأخرى غير القطاع الصحي لديها موارد بشرية ومالية هائلة ينبغي الاستفادة منها.

وأشار ممثل السودان إلى أهمية تقوية النظام الصحي ليصبح مجتمعي المرتكز. وقال إن ذلك يحتاج إلى إصلاح التعليم الطبي، وتوفير الرعاية الصحية الأولية الشاملة. وأوضح أن التغطية الشاملة تساعد على تحسين العدالة الصحية. وأكد على أهمية إعداد موارد بشرية صحية في مجال طب الأسرة، وتوجيه البحث العلمي نحو تلبية احتياجات المجتمع.

وأشار ممثل جيبوتي إلى الجهد المبذول في بلده لتعزيز النظام الصحي الوطني وتحسين الوضع الصحي للسكان بغض النظر عن قلة الموارد المالية والبشرية. وقال إنهم قد يحققون هذه الأهداف من خلال تعزيز جمع البيانات، وتطبيق المشروع العربي لصحة الأسرة، وإعداد الخريطة الصحية لتحديد الموارد المالية والبشرية، وتحسين التغطية الصحية.

ورأى ممثل اليمن ضرورة وضع تعريف واضح ومحدد لمفهوم تقوية النُظُم الصحية. وأضاف أن الورقة ارتكزت على لبنات البناء الست لمنظمة الصحة العالمية فيما يتعلق بتقوية النُظُم الصحية، والتي تحتاج إلى مراجعة أو تحديث في ظل الأحداث والمستجدات التي مرّ بها الإقليم. وقال إن بعض الحلول المطروحة حلول تقليدية لمشكلات مزمنة تتطلب البحث عن حلول إبداعية أو آليات جديدة لحلها. وأضاف أن بعض الاستراتيجيات المقترحة شاملة وتحدث عن عموميات مثل الاستراتيجية الخاصة بخيارات التمويل في النظام الصحي، وبعضها الآخر عُني بالتفاصيل. ودعا إلى إعادة النظر في هذه الاستراتيجيات بما يضمن تجانسها وإدراج بعض التفاصيل.

وأوضح ممثل جمهورية إيران الإسلامية أن بلده يقوم بتنفيذ عدد من الإجراءات الموصى بها في الورقة. كما لاحظ أن تحقيق أقصى قدر من الكفاءة في التغطية الشاملة يتطلب إدماج نُظُم التأمين الاجتماعي المختلفة. وينبغي في تعزيز النُظُم الصحية مراعاة المحددات الاجتماعية للصحة ضماناً للتغطية الصحية الشاملة. وقال إن بلده يمكن أن يشارك غيره في خبرته في هذا الصدد. وقال ولئن تكن لبنات النظام الصحي الست ضرورية لفهم النظام، إلا أن تنفيذها يقتضي اتباع نهج عمودي. وأوضح أن الدول الأعضاء بحاجة إلى نهج متكامل يقوم على تعدد القطاعات لتحسين عملية تطوير السياسات الوطنية.

وقالت ممثلة البحرين إن الورقة تطرقت بشكل منهجي للتحديات التي تواجه النُظُم الصحية، وحددت الأولويات، واقتترحت استراتيجيات وخيارات من شأنها أن تتيح للبلدان تقوية نظمها الصحية بما يلبي الاحتياجات النوعية لكل بلد على حدة. وأضافت أن برنامج العمل طويل وطموح. وأكدت أنه ينبغي للبلدان أن تأخذ بزمام المبادرة لدراسة الخيارات المقترحة لتحسين أداء النظام الصحي، وتوسيع نطاق الحماية الصحية والاجتماعية والمالية، وتعزيز إمكانية الحصول على الخدمات والتكنولوجيا، ورصد التقدم المحرز نحو التغطية الصحية الشاملة. وتطلعت إلى مزيد من التعاون مع المكتب الإقليمي لشرق المتوسط من أجل تعزيز القيادة والحوكمة، وتنمية قدرات الموظفين الوطنيين، وإعداد دلائل إرشادية تقنية لوضع مجموعة من المؤشرات لأداء النُظُم الصحية.

ولاحظت ممثلة باكستان أنه على الرغم من وجود اختلافات ضخمة في الإقليم، يتعين على البلدان التعاطي مع مجموعة بالغة الأهمية من المؤشرات والمكونات. وأوضحت أن لدى باكستان بنية أساسية صحية واسعة، وأن من بين

أولوياتها العاجلة الحاجة إلى تحقيق التوازن لقواها العاملة الصحية من خلال تطبيق المعايير وتنظيم رعاية المرضى، وإعطاء حوافز للممرضات. وقالت إن دعم المنظمة لازم لاقتصاديات القوى العاملة الصحية، وتحليل نسبة المنفعة إلى التكلفة، والنمذجة لدعم تخطيط القوى العاملة الصحية، ولأدوات المسح، والتدريب على جمع بيانات النظم الصحية. وأوضحت أن التحديات التي تواجهها باكستان على الخصوص تشمل كيفية موازنة التدريب الذي تقدمه أكاديميات الخدمات الصحية مع الأولوية العامة للرعاية الصحية الشاملة، وكيفية الموازنة بين القطاع الخاص وأولوية الرعاية الصحية الأولية. وأكدت أن تعزيز النظم الصحية يتطلب إشراك كل من القطاعين العام والخاص. وأقرت عن تقديرها للدعم الذي يقدمه المكتب الإقليمي إلى باكستان لتحديد مشكلات النظام الصحي التي ينبغي تحليلها إلى عوامل تتعلق بالحوكمة على صعيد المقاطعات في أعقاب نقل السلطات.

وأكد ممثل الإمارات العربية المتحدة على الحاجة إلى إرساء نظم صحية قادرة على تحقيق أهداف الاستراتيجيات الصحية الوطنية. ولاحظ أن الأنظمة الصحية تعتمد على شراكة فاعلة ومستدامة بين كافة مقدمي الخدمات الصحية والمجتمع المدني والقطاع الخاص. وأكد على ضرورة مراجعة الهياكل التنظيمية للمؤسسات الصحية، وتحديث التشريعات وسن تشريعات جديدة. واقترح إشراك المؤسسات التعليمية والأكاديمية في وضع الاستراتيجيات والخطط الوطنية. وأكد على أهمية الاستعمال الرشيد للتكنولوجيا واقترح إدخال نظام الساعات المعتمدة في تدريب القوى العاملة الصحية. وشدد على أهمية تطوير البحوث الصحية باعتبارها مكوناً رئيسياً لتحسين المعلومات المسندة بالبيانات.

وقال ممثل تركيا إن تعزيز النظم الصحية مجال بالغ الأهمية لكل الدول الأعضاء، بغض النظر عن مستوى التنمية والإنجاز فيها. ولاحظ أن خيارات السياسة الواردة في الورقة تكاد تلخص برنامج التحول الصحي الذي قامت بتنفيذه تركيا على مدى السنوات العشر الماضية. وأضاف أن التدخلات التي قامت بتنفيذها لم تسفر عن تحسين النتائج الصحية، فحسب، بل أثبتت أن من الممكن تحقيق ما تحقق من نتائج حتى بموارد محدودة. وأعرب عن اعتقاده أن الدول الأعضاء ينبغي لها أن تلتزم بالحلول التي تم التوصل إليها بشكل فرادي أو جماعي من أجل القضايا الصحية العالمية. وكي تحقق تركيا ذلك، فإنها عمدت إلى إقامة شراكات وتعاون مع البلدان، ومع المنظمة، وهي تؤدّ تعزيز التعاون بين إقليميّ أوروبا وشرق المتوسط. وأعرب عن أمله في أن تدعم المنظمة تعزيز التعاون بين الأقاليم والاستخدام المشترك للخبرة الإقليمية. ودعا أعضاء اللجنة والمنظمة إلى حضور اجتماع في تركيا عن تعزيز النظم الصحية، من المقرر عقده في عام 2013.

وقال ممثل الكويت إن تقوية النظم الصحية هي إحدى الأولويات في الإقليم. وقال إنه يتفق مع تقسيم البلدان في الإقليم إلى ثلاث مجموعات نظراً لاختلاف الظروف فيما بين هذه البلدان. وأكد على ضرورة وضع السياسات والاستراتيجيات والبرامج الصحية بالتشاور والتنسيق مع الوزارات والقطاعات الأخرى، والمجتمع المدني. كما سلط الضوء على ضرورة التمثيل المتعدد القطاعات في اللجان والبرامج الوطنية، وتفعيل دور المشاركة المجتمعية حتى يشعر المواطن أنه شريك في تقديم الخدمة الصحية. وأوصى بمراجعة التشريعات بما يتناسب مع الأنظمة الحديثة ومعدلات توزيع القوى العاملة.

وقال ممثل المغرب إن المنظومة الصحية في الإقليم تواجه تحديات مهمة نظراً للتحولات الديمغرافية والوبائية والاقتصادية والاجتماعية. وأكد على ضرورة الاستثمار في إصلاحات هيكلية. وأكد أن التمويل هو أحد محاور

المنظومة الصحية. وأشار إلى بعض إنجازات المغرب في هذا الصدد بسبب تعميم نظام التأمين الإجباري والمساعدة الطبية لذوي الدخل المحدود، حيث ارتفع إجمالي الإنفاق الصحي إلى 6.2% في 2012، وارتفع أيضاً متوسط نصيب الفرد من الإنفاق السنوي على الصحة ليصل إلى 12.5%، على حين انخفضت المدفوعات المباشرة من جيوب المرضى. وقال إن التحدي الأكبر الذي يواجه المنظومة الصحية في الإقليم يتمثل في الموارد البشرية، إذ تعتمد بعض البلدان على أطباء وممرضين من دول أخرى خارج الإقليم. ودعا المنظمة إلى المبادرة لإيجاد آلية مناسبة لتبادل الخبرات.

وقال ممثل قطر إن مشاركة القطاعات الأخرى غير القطاع الصحي تمثل تحدياً كبيراً. وأوضح أن هذه المشاركة ضعيفة وتحتاج إلى تقويتها. ولكنه أشار إلى أن هذه المشاركة قد تلقى أحياناً مقاومة من القطاعات لأسباب عدة تتعلق بعدم إدراك هذه القطاعات لماهية المشاركة، أو سعيها لتحقيق أهداف أخرى. وشدد على أهمية تزويد الدول الأعضاء بالدلائل الإرشادية الموحدة والمحصنة.

ولاحظ ممثل جنوب السودان أن بلده يندرج في المجموعة 3 من حيث ارتفاع معدلات المراضة والوفيات وانخفاض مأمول الحياة. وفيما يتعلق بالأسباب المتعلقة بالنظم الصحية في ذلك، فإنه لاحظ نقص الموارد البشرية الصحية والمرافق الصحية والمعدات والمعلومات وضعف إمكانية الحصول على الخدمات، ونقص التمويل الصحي. وقال إن بلده محفوف بكل أنواع الأمراض. وأضاف أن الحكومة جعلت للصحة أولوية، غير أن هناك تحديات كبرى فيما يتعلق بالموارد.

وأكدت ممثلة التحالف الدولي لمنظمات المرضى أن النهج المستدام لتصميم النظم الصحية، وتقديم خدماتها ينبغي أن يقوم على الرعاية المرتكزة على المرضى. ويمكن للمرضى ومنظمات المرضى أن يكونوا حليفاً رئيسياً في تعزيز نظم الرعاية الصحية. والمرضى، بوصفهم طرف معني رئيسي في الأمور الصحية، ينبغي إشراكهم في وضع السياسات. وقالت إن على منظمة الصحة العالمية دوراً قيادياً حاسماً في هذا الصدد.

واقترح ممثل مركز تعريب العلوم الصحية إعادة النظر في الورقة المقدمة. وأكد على أهمية أن يكون النظام الصحي ديناميكياً حتى يستطيع التصدي للمشكلات الصحية. وذكر أن الورقة لا تركز على الصحة العمومية. وأشار إلى المساهمات الهائلة التي تقدمها القطاعات الأخرى غير القطاع الصحي، والتي ينبغي إشراكها - هي وغيرها من الأطراف الفاعلة - في وضع الاستراتيجيات والخطط. كما سلط الضوء على أهمية مواصلة إجراء البحوث الصحية.

وأكد ممثل الاتحاد العالمي لرابطات الصحة العمومية على أهمية التأمين الصحي لضمان الحصول على خدمات الرعاية الصحية ولكنه لاحظ وجود نقص في تبادل المعلومات بين البلدان بشأن نتيجة الحسابات الصحية الوطنية. وقال إن بلدان الإقليم تعتمد على المعايير غير الإقليمية لنظم المعلومات الصحية، وينقصها تخطيط قدرات خدمات الرعاية الصحية، التي لها تأثير كبير على الاستثمار في نظام الرعاية الصحية وتطويره. ودعا إلى تحسين رسم خرائط الخدمات الصحية العمومية، وإلى التعلم القائم على الخدمات في مجال الصحة العمومية.

وقال الدكتور ثمين صديقي إن مختلف شواغل البلدان، كل على حدة، سوف تعالج في المناقشات القطرية. غير أنه أشار، على الخصوص، إلى مقترحات ممثل عُمان، واتفق مع ممثل لبنان على أهمية العمل على إنشاء مرصِد

وطنية. واتفق مع الرأي القائل بأن تعريف النُظْم الصحية يتباين، ولكنه لاحظ أن التعريف المستخدم في الورقة هو التعريف الوارد في التقرير المتعلق بالصحة في العالم لعام 2000. وقال إن المكتب الإقليمي سوف يعمل مع البلدان، كل على حدة، بشأن الاستراتيجيات الميدانية. ولاحظ النقطة التي أثارها ممثل جمهورية إيران الإسلامية بشأن النهج العمودي للبنات النظام الصحي. وقال إنه يُقصد بها أن تكون مناهجاً للبرامج، لا البرامج في حد ذاتها. كما لاحظ أن جميع بلدان المجموعة 1 قد أكدت على أهمية تعدد القطاعات، وتلك نقطة جديدة بالبحث. ورحب باقتراح ممثل تركيا فيما يتعلق بتبادل الخبرات.

وأكد المدير الإقليمي على أن الغرض من هذه الورقة هو الاطلاع على الصورة الكلية في الإقليم، والنظر إلى التحديات التي تواجهها مختلف البلدان، ولاسيما تحديد التحديات المشتركة، التي لا يُنظر إليها عادة على هذا النحو. وقد نُظِرَ المكتب الإقليمي في الاستراتيجيات الموجودة للتصدي للتحديات، وتحديد المجالات التي لا تتوفر بها استراتيجيات، واحتاج الأمر إلى بيّنات فيما يتعلق بالنهج اللازم أتباعه على الصعيد القطري. وأخيراً نُظِرَ المكتب الإقليمي إلى ما تقوم به المنظمة لتنفيذ الاستراتيجيات القائمة، والتعرف على المجالات التي تعاني فيها من ثغرات في قدرتها. وأكد أن هذا كان بداية جدول الأعمال الخمسي لتعزيز النُظْم الصحية في الإقليم. وأعرب عن تطلعه إلى مواصلة الحوار في هذا الموضوع في دورات اللجنة الإقليمية في المستقبل.

وقالت المديرية العامة إن تعزيز النُظْم الصحية كان من أولوياتها منذ تقلدت منصبها. وأكدت على أهمية التكامل والتعاون بين القطاعات، ولاحظت أن الوزراء في القطاعات الأخرى غير القطاع الصحي ضروريون لنجاح أي نظام صحي. فلا بد لكل سياسات الحكومة من منظور صحي. وقالت إنها تدرك أن هذا يمثل تحدياً، ولكنه تحدٍّ يتعين التغلب عليه، حتى في منظمة الصحة العالمية. واتفقت مع الرأي القائل بأن المرضى والمجتمع المدني أطراف فاعلة مهمة، ولكنها قالت إن عليهما أن يدركا أن الموارد محدودة، وأن هناك حاجة إلى تحديد أولويات، إذ إن العديد من التطلعات تحققت لقاء كلفة كبيرة. وعليه فمن المهم العمل، مثلاً، على أن تعطى للرعاية الصحية الأولية المرتكزة على المرضى أولوية على الخدمات المرتكزة على المستشفيات. فهذا يمكن أن يوفر 60% من ميزانيات الصحة. وأكدت أن التدخلات المجتمعية، مثل مكافحة التبغ، هي أيضاً عالية المردود. كذلك فإن الاستثمار في التكنولوجيات ينبغي معالجته بعناية، نظراً إلى أن بدائل أقل كلفة يمكن في الغالب أن تحقق نفس النتائج. واسترعت الانتباه إلى الدور الرئيسي الذي تقوم به وسائل الإعلام في التعاطي مع تطلعات الجمهور، والحاجة إلى التوعية بقيمة مختلف التدخلات والتكنولوجيات ومردوديتها. وأوصت في هذا الصدد بأن يُشرك وزراء الصحة البرلمانيين في النقاش حول النظام الصحي حتى يكونوا على فهم واضح لآثار التدابير المقترحة من حيث التكلفة. ورحبت بالدعوة إلى التعاون بين الأقاليم وشكرت تركيا على دعوتها.

8. أمور أخرى

1.8 (أ) متابعة للإجراءات الإقليمية ذات الصلة بالمقرر الإجرائي (1) للمجلس التنفيذي الثلاثين بعد المئة، حول تنفيذ خطة العمل للوقاية من العمى وضعف البصر اللذين يمكن توقيهما
البند 8 (أ) من جدول الأعمال، الوثيقة A56/9، القرار ش م/ل إ 59/ق-5

قامت بعرض هذا البند الدكتور هيفاء ماضي، مديرة حفظ الصحة وتعزيزها. فقالت إنه في عام 2010، قدّرت المنظمة أن هناك على صعيد العالم أكثر من 285 مليون شخص يعانون من خلل في البصر، 39 مليون منهم مصابون بالعمى. وفي إقليم شرق المتوسط 23.5 مليون نسمة تعاني من خلل في البصر، 5 ملايين منهم مصابون بالعمى. والأسباب الرئيسية للعمى هي الكتركت (51%) والغلوكوما، واعتلال الشبكية، والتراخوما، وعمى الطفولة. غير أن 80% من حالات العمى يمكن توقيها. والأخطاء الانكسارية غير المصححة هي السبب الرئيسي لضعف البصر؛ وحوالي 5% - 10% من تلاميذ المدارس في الإقليم يعانون من أخطاء انكسارية يمكن تصحيحها بنظارات. واستجابة لهذا الوضع، اعتمدت خطة عمل للفترة 2009-2013 للوقاية من العمى الذي يمكن تجنبه وضعف البصر. وفي الدورة الثلاثين بعد المئة للمجلس التنفيذي، تقرّر إعداد خطة عمل جيدة للإتاحة الشاملة لصحة العين؛ وخطة عمل عالمية، للفترة 2014-2019، لمواصلة وتعزيز الجهود المبذولة لتحسين صحة العين على المستوى المجتمعي والوطني من خلال توفير خدمات الرعاية الشاملة للعين المدججة في النظام الصحي لضمان الجودة والعدالة. ويهدف مشروع الخطة إلى إعداد الدول الأعضاء، والشركاء الدوليين ووكالات الأمم المتحدة للمناقشة أثناء المشاورة غير الرسمية المقرّر عقدها في 8 تشرين الأول/أكتوبر 2012 في المقر الرئيسي للمنظمة في جنيف. وسوف تكون نتيجة المشاورة غير الرسمية بمثابة إسهام لأمانة المنظمة لتقديم مشروع خطة العمل إلى المجلس التنفيذي في دورته الثانية والثلاثين بعد المئة، وإلى جمعية الصحة العالمية السادسة والسنتين في عام 2013.

اقترح ممثل المملكة العربية السعودية مشروع قرار بشأن الوقاية من العمى. وأعرب أعضاء اللجنة الإقليمية عن دعمهم لمشروع القرار.

(ب) القرارات والمقررات الإجرائية ذات الأهمية للإقليم التي اعتمدها جمعية الصحة العالمية في دورتها الخامسة والسنتين والمجلس التنفيذي في دورته الحادية والثلاثين بعد المئة

البند 8 (ب) من جدول الأعمال، الوثيقة ش م/ل إ 59/9

استرعى الدكتور سمير بن محمد، المدير التنفيذي للبرامج، الانتباه إلى القرارات التي اعتمدها جمعية الصحة العالمية في دورتها الخامسة والسنتين. وحثّ الدول الأعضاء على استعراض الإجراءات التي سيتخذها المكتب الإقليمي، وتقديم تقارير عن استجاباتها.

(ج) تقرير فريق الخبراء الاستشاريين العامل المعني بتمويل وتنسيق البحث والتطوير (قرار جمعية الصحة العالمية: ج ص ع 65-22)

البند 8 (ج) من جدول الأعمال، الوثيقة ش م/ل إ 10/59

قام الدكتور ظافر ميرزا، منسق الصحة العمومية والابتكار والملكية الفكرية، بعرض القرار ج ص ع 22.65 حول متابعة تقرير فريق الخبراء الاستشاريين العامل المعني بتمويل وتنسيق البحث والتطوير: التمويل والتنسيق. وناقش مشكلة بحث وتطوير تكنولوجيات طبية للتعاطي بوجه خاص مع أمراض النمط 3 والنمط 2 الشائعة الانتشار في البلدان النامية، والأسباب الكامنة وراء هذه المشكلات. وقام بوصف تاريخ وتطور هذا النقاش الدائر منذ عام 1995، وسلط الضوء على معالم بارزة مهمة. وأوضح أن التقرير تضمن الملاحظات المهمة التالية: انخفاض مستوى تمويل البحث والتطوير في مجال التكنولوجيات الطبية في البلدان النامية؛ وتشنت جهود البحث والتطوير والافتقار إلى تنسيق هذه الجهود؛ والحاجة إلى الرصد المنهجي لجهود البحث والتطوير في ضوء المعلومات المتفاوتة الدقة. وعرض الدكتور ميرزا التوصيات الرئيسية للتقرير بالإضافة إلى إعداد قائمة مختصرة بالاقترحات التي أعدها فريق الخبراء الاستشاريين العامل من أجل تعزيز التمويل وتحسين تنسيق عملية البحث والتطوير في البلدان النامية. وأخيراً قام بتلاوة فقرات المنطوق ذات الصلة في القرار ج ص ع 22.65 المتعلقة بالمشاورات الإقليمية، وبالاجتماع العالمي المفتوح العضوية للدول الأعضاء المزمع عقده في المدة من 26 إلى 28 تشرين الثاني/نوفمبر 2012. وتم إحاطة مندوبيين بأنه سيتم إعداد تقرير حول مناقشة هذا البند من جدول الأعمال وسيعرض على المشاركين في الاجتماع المفتوح العضوية.

المناقشات

قال ممثل باكستان إنه بالرغم من النقاش العالمي حول الحاجة إلى البحوث الصحية والتطوير، فإنه لم تُبدل جهود كافية في هذا الشأن، ولاسيما في البلدان المنخفضة الدخل، والتي تحتاج إلى الحصول على التكنولوجيا الحديثة والفعالة. وقال إن القضية أهم من أن تترك "للشركات الكبرى". فشركات المستحضرات الصيدلانية بحاجة إلى دعم المنظمة لنقل التكنولوجيا. وقال إن باكستان أيدت تقرير فريق الخبراء الاستشاريين العامل حول البحث والتطوير.

وقالت ممثلة جمهورية إيران الإسلامية إن تشكيل اللجنة الاستشارية للبحوث الصحية يمكن أن تصبح أكثر شمولاً من خلال إشراك ممثلين من المنظمات غير الحكومية والمانحين والقطاع الخاص. وقالت إن إنشاء مرصد عالمي للبحوث الصحية والتطوير هو اقتراح رائع سيفيد في تنسيق جميع الجهود البحثية. وفي المكتب الإقليمي حاجة إلى دعم سياسة البحوث وبرامج التنسيق من حيث القدرات والموارد البشرية. ولضمان زيادة الدعم المالي والتمويل اللازم، يمكن فرض ضرائب على السفر الجوي الدولي. ومن أجل تقوية القدرات المحلية والوطنية والإقليمية في مجال إنتاج الأدوية واللقاحات وأدوات التشخيص، يمكن تقديم حوافز للشركات العاملة في الإقليم لتطوير بنيتها الأساسية للإنتاج. واقترحت تخصيص نسبة ثابتة من الناتج المحلي الإجمالي للإنفاق على البحث والتطوير بدلاً من اقتطاع أجزاء من ميزانية الصحة الوطنية. وينبغي إعداد خطط للتعاون الإقليمي وبروتوكولات للتعاون وخطط عمل لتعزيز عملية إعداد مقترحات بحثية مشتركة. وقالت إن جمهورية إيران الإسلامية أعربت عن استعدادها لتبادل المعلومات،

وإفادة البلدان المهتمة في الإقليم وعلى الصعيد الدولي من قدراتها وتكنولوجياها الوطنية في مجال إنتاج الأدوية واللقاحات وأدوات التشخيص.

وأشار ممثل العراق إلى أهمية إذكاء الوعي بالبحوث التي تجرى في مجالات الصحة العمومية والرعاية الصحية الأولية بالتعاون مع الأجهزة المعنية ولاسيما الكليات والمعاهد الطبية. وأكد ضرورة استخدام التمويل والتنسيق كمؤشرات لاعتماد كليات الطب. فالمنظمة بحاجة إلى تقديم المزيد من الدعم الفني للبلدان في مجالات التمويل والتنسيق. والبحوث يجب أن تتسق مع أولويات وزارات الصحة وتتكامل مع الاحتياجات المجتمعية. ويتعين إرساء آلية لنشر الأولويات والاحتياجات البحثية حتى يمكن توعية الدوائر العلمية بالاحتياجات البحثية في المجالات ذات الأولوية، وأن يقوم القطاع الخاص بتقديم حوافز مالية وتحفيزه بطرق أخرى على إجراء البحوث في المجالات ذات الأولوية.

وقال ممثل فلسطين إنه بالرغم من مناقشة البحث والتطوير، إلا أن هذه المناقشات غير عملية، فالبلدان بحاجة إلى تحديد سبل تنفيذ المشروعات البحثية العملية. وأضاف أن هناك حاجة إلى المزيد من التعاون بين المؤسسات العلمية ومراكز الرعاية الصحية ووكالات الأمم المتحدة، مع ضرورة نشر نتائج البحوث والتشارك فيها إقليمياً. وقال إن فلسطين أنشأت المعهد الوطني للصحة العمومية، والذي تستطيع من خلاله الأطراف المعنية تشجيع إجراء مشروعات بحثية مشتركة.

وأكد معالي وزير الصحة بالمملكة العربية السعودية دعم بلاده الكامل لتبادل الخبرات التقنية مع دول الإقليم من خلال تعزيز الشراكات مع القطاع الخاص. وذكر أن المملكة أقامت بالفعل العديد من الشراكات في مجال اللقاحات والأدوية والأجهزة الطبية. وأنشأت المملكة كذلك العديد من مراكز البحوث.

وأكد ممثل عُمان على أهمية تشجيع مشاركة جميع المعنيين بالبحوث من سائر القطاعات. وقال إن عُمان ستعقد مشاورات وطنية في تشرين الثاني/نوفمبر 2012، لمناقشة سبل إشراك جميع القطاعات الصحية وغير الصحية في البحث والتطوير.

وقال ممثل جنوب السودان إنه لا تُجرى أي بحوث جادة في جنوب السودان، ونتيجة لغياب البحوث، فإن التدبير العلاجي للأمراض ضعيف للغاية. وضرب مثلاً على ذلك، اعتياد الأطباء السريريين الربط بين تشخيص الملاريا بالتيفود وبالتالي فمن المعتاد بالنسبة للمرضى أن يفسروا ذلك بتشخيص حالتهم بالاثنين الملاريا والتيفود.

وقال الدكتور ميرزا إن المناقشات التي دارت توافق تماماً مثيلاتها في اجتماعات اللجان الإقليمية الأخرى. وقد دعمت الأقاليم الأخرى فكرة إنشاء مرصد للبحث والتطوير كخطوة أولى، وعقب إنشاء المرصد، يمكن اتخاذ إجراءات ملموسة لدعم مشاريع البحث والتطوير بشكل أفضل.

(د) استعراض مسوِّدة جدول الأعمال المبدئي للمجلس التنفيذي في دورته الثانية والثلاثين بعد المئة
البند 8 (د) من جدول الأعمال، الوثيقة ش م/ل إ 9/59 - المرفق 1

قام الدكتور سمير بن محمد، المدير التنفيذي للبرامج، بعرض مسوِّدة جدول الأعمال المبدئي للمجلس التنفيذي في دورته الثانية والثلاثين بعد المئة، وطلب التعليق عليها.

(هـ) استجابة الإقليم للمقرر الإجرائي ج ص ع 65 (8) بشأن الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها، بما في ذلك نتائج المؤتمر الدولي المعني بأنماط الحياة الصحية والأمراض غير السارية في العالم العربي والشرق الأوسط

أحاط معالي الدكتور عبد الله بن عبد العزيز الربيعة، وزير الصحة في المملكة العربية السعودية، اللجنة الإقليمية بشأن نتائج المؤتمر الدولي المعني بأنماط الحياة الصحية والأمراض غير السارية في العالم العربي والشرق الأوسط، والذي عُقد في الرياض، بالمملكة العربية السعودية في أيلول/سبتمبر 2012، في إطار الاستجابة الإقليمية للمقرر الإجرائي ج ص ع 65 (8)، وقد أيدت اللجنة إعلان الرياض.

2.8 طلب جمهورية جنوب السودان الانتقال من إقليم شرق المتوسط إلى الإقليم الأفريقي لمنظمة الصحة العالمية
البند 9 من جدول الأعمال، الوثيقة ش م/ل إ 11/59، المقرر الإجرائي 4

قام بعرض هذا البند السيد عيسى مّتي، المسؤول القانوني الأول بالمقرّ الرئيسي للمنظمة. فقال إن جنوب السودان قد قبل بوصفه دولة عضواً في الأمم المتحدة في 14 تموز/يوليو 2011. وأصبح في 27 أيلول/سبتمبر 2011 دولة عضواً في منظمة الصحة العالمية داخله في عداد النطاق الجغرافي لإقليم شرق المتوسط. وقد طلب جنوب السودان الانتقال من إقليم شرق المتوسط إلى الإقليم الأفريقي.

وقال إن العملية التي تُتبع في حالة تقدّم دولة عضو بطلب للانتقال من إقليم إلى آخر قد أرسّتها جمعية الصحة العالمية في قرارها ج ص ع 6.49. وقد قضت جمعية الصحة بضرورة دراسة أي طلب من هذا القبيل من جانب اللجنتين الإقليميتين المعنيتين، وإحالة آرائهما إليها للنظر فيها قبل البت في الطلب. وفي هذا الشأن، دُعيت اللجنة الإقليمية إلى دراسة هذا الطلب وإبداء آرائها فيه. وسوف يقوم المدير الإقليمي بإحالة آراء اللجنة إلى جمعية الصحة العالمية السادسة والستين للنظر والبت فيها. ويجدر بالإشارة أن اللجنة الإقليمية لأفريقيا سوف تنظر هي الأخرى في الطلب المقدم من جنوب السودان في دورتها المقبلة.

المناقشات

ذَكَرَ ممثل جنوب السودان أن قرار طلب الانتقال إلى الإقليم الأفريقي قد تم بعد الحصول على الاستقلال في العام السابق. وقال إن القيادة السياسية لجنوب السودان اتخذت هذا القرار لاعتبارات وبائية ولوجستية، ومن بينها قاعدة عمليات منظمات الأمم المتحدة وغيرها من المنظمات غير الحكومية العاملة في جنوب السودان. واسترعى الاهتمام إلى التقدّم والإنجازات التي تحققت في جنوب السودان على مدى الأعوام الماضية، وشكّر المكتب الإقليمي وسائر بلدان الإقليم على ما أبدوه من تعاون وما قدّموه من دعم.

وقررت اللجنة الإقليمية قبول طلب حكومة جنوب السودان الانتقال إلى الإقليم الإفريقي لمنظمة الصحة العالمية، وطلبت إلى المدير الإقليمي إبلاغ قرارها إلى جمعية الصحة العالمية في دورتها السادسة والستين للنظر فيه.

وطمأن المدير الإقليمي اللجنة الإقليمية وحكومة السودان بأن المكتب الإقليمي سيواصل تقديم الدعم الفني وتعزيزه، من أجل التنمية الصحية في جنوب السودان إلى الوقت الذي تؤكد فيه جمعية الصحة العالمية انتقال جنوب السودان إلى الإقليم الأفريقي. وسيقوم المكتب الإقليمي، لدى تأكيد الانتقال، بالتنسيق الوثيق مع جميع الأطراف المعنية لضمان تحقيق انتقال سلس.

3.8 الطوارئ الصحية في الإقليم مع التركيز على الجمهورية العربية السورية والبلدان المجاورة

قال السيد ألطف موساني، منسق شؤون الطوارئ والعمل الإنساني، إن الأزمة في الجمهورية العربية السورية مستمرة منذ حوالي عامين، مؤثرة في تسع من محافظات البلد الأربع عشرة، وتسببت في دمار كبير للبنية الأساسية الصحية، وأسفرت عن تشريد أعداد ضخمة من النازحين الداخليين واللاجئين. وتقدر الأمم المتحدة أن هناك حوالي 2.5 مليون شخص بحاجة إلى مساعدة إنسانية داخل البلد، بما في ذلك 1.2 مليون شخص مشرد داخلياً. وقد فرّ أكثر من 000230 سوري إلى البلدان المجاورة، الأردن، ولبنان، والعراق، مع وصول أشخاص جدد بمعدل بضعة آلاف يومياً. وقد أثرت الاضطرابات المستمرة على البنية الأساسية الصحية والخدمات الصحية، وتسببت في نقص حاد في الأدوية والإمدادات الطبية، وعطلت خدمات الماء والإصحاح، وزادت من مخاطر الفاشيات. ولا يزال تمويل عمل المنظمة في الجمهورية العربية السورية والإقليم منخفضاً، ثم إن حكومات البلدان المجاورة تعاني من عبء متزايد من التكاليف الصحية نتيجة لتدفق اللاجئين الفارين من النزاع. وقال إنه على الرغم من أن 37 مليون شخص يعيشون في 13 بلداً في الإقليم قد تأثروا بالطوارئ المتطولة، بما فيهم أكثر من 11 مليون نازح داخلي، فإن أقل من ثلث الدول الأعضاء قد رسّخ برامج للاستعداد للطوارئ والتصدي لها، مما يؤدي غالباً إلى تأخر التصدي للطوارئ والاعتماد على المساعدة الدولية. وقد زاد الأمر سوءاً عدم إدراج برامج إدارة الطوارئ في نُظم التعليم الطبي في العديد من بلدان الإقليم. ولرأب هذه الثغرات في إدارة الطوارئ، حدّد المدير الإقليمي مجموعة من الأولويات الاستراتيجية في ورقته المعنونة "تشكيل مستقبل الصحة في إقليم شرق المتوسط". علماً بأن تنفيذ قرار عام 2005 (ش م/ل إ 57/ق-2) حول المضيّ قُدماً نحو تعزيز الاستعداد للطوارئ والتصدي لها، وإعداد خطة تنفيذية واقعية ومستدامة وتدعمها موارد كافية، من شأنهما دعم إنجاز الأولويات.

المناقشات

قال ممثل الأردن إن الأوضاع المأساوية التي يعاني منها السوريون لم تقتصر على من بقي منهم داخل البلاد، بل امتد تأثيرها إلى الدول المجاورة، ولاسيما الأردن الذي تدفق إليه 90000 لاجئ وفق الأعداد المسجلة لدى وكالة الأمم المتحدة للإغاثة، مع وجود ما يزيد على 160 ألف لاجئ لم يسجلوا، معظمهم من الأطفال والنساء والضعفاء. وذكر أن الحكومة الأردنية بادرت بافتتاح مخيم للاجئين في محافظة المرقف الحاذية للحدود السورية في منطقة الزعتري، الذي يوجد به أكثر من 35 ألف لاجئ في أوضاع إنسانية صعبة، ويعاني اللاجئون من نقص المساعدات، مما يدفعهم للتظاهر والشغب.

ورغم أن المخيم فيه 7 مستشفيات ميدانية، فإن وجود 160 ألف لاجئ خارج المخيم يسبب ضغطاً هائلاً على المستشفيات والخدمات الطبية في المنطقة. وقد قدّمت وزارة الصحة اللقاحات مجاناً لأطفال اللاجئين السوريين. وقد أثر هذا الوضع على الرعاية الصحية المقدّمة إلى المواطنين الأردنيين. وأبرز الإنجازات التي حققتها الأردن بالنسبة لعدد من المؤشرات. وأكد أن الحاجة ماسّة لتقديم التمويل والأدوية والمعدات، وأكد للجنة وجود أعداد كافية من الأطباء والعاملين الصحيين الأردنيين المؤهلين للتعامل مع احتياجات اللاجئين وتلبّيتها إذا ما توافرت لهم الأموال والأدوية والمعدات الكافية. وقال إن الحكومة الأردنية لم تتلق حتى الآن سوى مساعدة زهيدة من الدول الشقيقة، رغم الحاجة الماسّة للمساعدات.

وقالت ممثلة جامعة الدول العربية إن هناك توجهاً في الوقت الحاضر لإرسال بعثة عالية المستوى إلى مخيم الزعتري، تحمل معها أدوية ومعدّات طبية خاصة بالأطفال، بتنسيق ودعم من مجلس وزراء الصحة العرب، ومن منظمات الأمم المتحدة الأخرى وعلى رأسها اليونيسف. وأفادت أن الاضطرابات التي حدثت مؤخراً قد أعاقت البعثة وأخرت سفرها. وأشادت بالعمل الذي أنجزه المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط لإيصال الدعم إلى القطاع الصحي داخل الجمهورية العربية السورية.

وأوضح ممثل العراق أن بلده يقدّم خدمات الرعاية الصحية الأولية للاجئين السوريين، ولاسيّما الفئات الضعيفة مثل الأطفال والنساء في سن الإنجاب وكبار السن، وقدّمت لأطفالهم اللقاحات. وأضاف أن الحكومة العراقية تقدّم للمرضى العلاجات اللازمة، والدعم المالي والنفسي.

وقالت ممثلة باكستان إن الوضع في الجمهورية العربية السورية يتطلّب استجابة إنسانية واسعة وعاجلة لتلبية الاحتياجات الصحية للمشردين. وقالت إن باكستان مستعدّة لإرسال 000300 مجموعة من لوازم الرعاية الصحية للعائلات المشرّدة في الجمهورية العربية السورية والبلدان المجاورة.

واسترعى منسق شؤون الطوارئ والعمل الإنساني الانتباه إلى عدد البلدان التي تمرّ بحالات طوارئ حادّة ومزمنة في الإقليم. وقال إن المنطقة تركّز على تقوية القدرات والمرونة في البلدان ودعم إعداد سياسات وخطط مناسبة في هذا الشأن. وقال إن هناك مزيداً من المعلومات بشأن الاحتياجات الصحية العاجلة للمشردين السوريين المتاحة لدى المنظمة.

وأكد المدير الإقليمي أن الوضع الصحي في الجمهورية العربية السورية خطير جداً ويحتاج إلى الدعم من جميع الأطراف والشركاء والحكومات. وأضاف أن العبء يزداد بشكل يفوق إمكانيات الدول المجاورة، ومن المتوقع أن يزيد عدد اللاجئين. وأعلن أن مسؤولية تقديم الدعم والعون اللازمين مسؤولية مشتركة، ويتحملها المانحون الإقليميون والدوليون. وأوضح أن التمويل متاح لتنفيذ خطة العمل للقطاع الصحي في الأمم المتحدة لم يزد على 25% مما هو مطلوب لتنفيذها، وأن معظم تلك الأموال جاءت من خارج الإقليم.

4.8 جائزة مؤسسة الدكتور علي توفيق شوشة والبعثة الدراسية الخاصة بها لعام 2012

البند 10 (أ) من جدول الأعمال، الوثيقة ش م/ل إ 59/وثيقة إعلامية 6
تمّ تقديم جائزة مؤسسة الدكتور علي توفيق شوشة لعام 2012 إلى الدكتورة شيخة سالم العريض، من البحرين، لإسهامها المتميز في المبادرات الإقليمية للوقاية من الأمراض الوراثية.

5.8 جائزة دولة الكويت لمكافحة السرطان، والأمراض القلبية الوعائية، والسكري في إقليم شرق المتوسط

البند 10 (ب) من جدول الأعمال، الوثيقة ش م/ل إ 59/وثيقة إعلامية 7
تم تقديم جائزة دولة الكويت لمكافحة السرطان، والأمراض القلبية الوعائية والسكري في إقليم شرق المتوسط،
إلى الدكتور محمد محسن إبراهيم، من مصر، لإسهامه المتميز في هذا المجال.

6.8 جائزة بحوث متلازمة داون

البند 10 (ج) من جدول الأعمال، الوثيقة ش م/ل إ 59/وثيقة إعلامية 8
تم تقديم جائزة أبحاث متلازمة داون لعام 2012 إلى الأستاذة الدكتورة منيرة عبد الله الحسين، من المملكة
العربية السعودية.

7.8 مكان وموعد عقد الدورات المقبلة للجنة الإقليمية

البند 11 من جدول الأعمال، الوثيقة ش م/ل إ 59/وثيقة إعلامية 9، المقرر الإجرائي 6
قررت اللجنة الإقليمية عقد دورتها الستين في تونس، في الفترة بين 26 و 31 تشرين الأول/أكتوبر 2013،
رهنًا باستكمال الإجراءات والترتيبات الإدارية اللازمة.

9. الجلسة الختامية

1.9 استعراض مشاريع القرارات والمقررات

استعرضت اللجنة الإقليمية، في جلستها الختامية، مشاريع القرارات والمقررات والتقارير.

2.9 اعتماد القرارات والتقارير

اعتمدت اللجنة الإقليمية قرارات ومقررات دورتها التاسعة والخمسين.

3.9 اختتام الدورة

شكّر رئيس الدورة التاسعة والخمسين للجنة الإقليمية لشرق المتوسط المشاركين في الدورة على حضورهم ومداخلاتهم المثمرة في جلسات الدورة والتزامهم بالوقت المحدد للمداخلات. وقال إنه سيعمل، مع السادة وزراء الصحة في بلدان الإقليم على معاونة المكتب الإقليمي والمدير الإقليمي على تنفيذ ما اتخذته الدورة من قرارات.

ورحّب ممثل مصر، البلد المضيف للمكتب الإقليمي، بالوفود التي شرفت مصر بحضورهم، وأعرب عن شكره وتقديره لأمانة المنظمة وعلى رأسها المديرية العامة والمدير الإقليمي على ما بُذل من جهود متميزة لإنجاح الدورة، مشيداً بالمناقشات المثمرة التي دارت في الدورة وأسفرت عن توصيات مهمة وقيّمة.

وشكّر المدير الإقليمي رئيس الدورة ونائبه ورئيس المناقشات التقنية على ما بذلوه من جهد لإنجاح الدورة، كما أشاد برئيس الدورة الماضية على ما بذله من جهود متميزة في الدورة السابقة وعلى دعمه للمكتب الإقليمي على مدى عام كامل. كما شكّر الدول الأعضاء على دعمها للمكتب الإقليمي، وتعهد بالعمل على تعزيز إدارة المكتب الإقليمي وقدرات المكتب الإقليمي والمكاتب القطرية من أجل التصديّ للتحديات التي تواجهها بلدان الإقليم. ودعا الدول الأعضاء إلى إيفاد المزيد من مندوبيها إلى اجتماعات الهيئات الرئيسية بالمقرّ الرئيسي للمنظمة والقيام بدور فاعل فيها.

10. القرارات والمقررات الإجرائية

1.10 القرارات

ش م/ل إ 59/ق 1 التقرير السنوي للمدير الإقليمي لعام 2011، والتقارير المرحلية

اللجنة الإقليمية،

بعد ما استعرضت التقرير السنوي للمدير الإقليمي عن أعمال منظمة الصحة العالمية في إقليم شرق المتوسط لعام 2011، والتقارير المرحلية التي طلبتها اللجنة الإقليمية، والتطورات الأخيرة في الإقليم¹،

وإذ تستذكر القرارات ش م/ل إ 52/ق.2، بشأن الاستعداد للطوارئ والتصدي لها، والقرار ش م/ل إ 57/ق.2، بشأن الاستعداد للطوارئ ومجابهتها، وصندوق التضامن الإقليمي، والقرار ش م/ل إ 58/ق.1، بشأن التقرير السنوي للمدير الإقليمي لعام 2010، والتقارير المرحلية، والقرار ش م/ل إ 58/ق.5، بشأن الارتقاء بالبرنامج الموسع للتمنيع لبلوغ الأهداف العالمية والإقليمية،

وإذ يقلقها الوضع في الجمهورية العربية السورية والأحوال الإنسانية التي تؤثر في اللاجئين والنازحين في الداخل، وتأثير ذلك على البلدان المجاورة،

وإذ يقلقها أيضاً التهديد المحتمل لجميع الدول الأعضاء المتمثل في استمرار وجود فيروس شلل الأطفال البري في الإقليم،

وإذ تقدّر الجهود المتضافرة التي بذلتها أفغانستان وباكستان للتعاطي مع استئصال شلل الأطفال باعتباره طارئة صحية وطنية،

وإذ تقدّر أيضاً الجهود التي تبذلها الدول الأعضاء بنجاح متزايد لتطبيق اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ، مثل حظر تعاطي التبغ في الأماكن العامة،

وإذ ترحّب بالتوجهات الاستراتيجية التي اقترحتها المدير الإقليمي في كلمته الافتتاحية وفي الوثيقة المعنونة "تشكيل مستقبل الصحة في إقليم شرق المتوسط: تعزيز دور منظمة الصحة العالمية"²،

1. تشكر المدير الإقليمي على تقريره الشامل عن أعمال المنظمة في الإقليم؛

2. تعتمد التقرير السنوي للمدير الإقليمي لعام 2011؛

3. تعيد تأكيد تضامنها مع أفغانستان وباكستان فيما تبدلانه من جهود لاستئصال شلل الأطفال؛

¹ الوثيقة ش م/ل إ 2/59 وش م/ل إ 59/وثائق المعلومات 1 و2 و3 و4 و5.
² الوثيقة WHO-EM/RDO/002.

4. تدعو أفغانستان وباكستان إلى مواصلة بذل جهودهما المتضافرة للتعاطي مع استئصال شلل الأطفال باعتباره طارئة صحية وطنية؛

5. تحثّ الدول الأعضاء على ما يلي:

1.5 تقديم الدعم اللازم للتخفيف من معاناة اللاجئين والنازحين داخل الجمهورية العربية السورية وفي البلدان المجاورة، ولاسيما الأردن؛

2.5 تنفيذ القرار ش م/ل إ 57/ق.2، بشأن الاستعداد للطوارئ ومجابهتها، وصندوق التضامن الإقليمي؛

3.5 الإعراب عن تضامنها مع أفغانستان وباكستان فيما تبدلانه من جهود لاستئصال شلل الأطفال، من خلال الدعم السياسي والمالي والفني؛

4.5 كفالة تنفيذ سياسة خلو الأماكن العامة تماماً من دخان التبغ، والتعجيل بتنفيذ سائر التدابير الجارية لخفض الطلب على منتجات التبغ، والتي نصت عليها اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ؛

5.5 الانضمام إلى المرحلة الأولى لآلية الشراء الموحد للقاحات، مع الاستعانة بخدمات شراء اللقاحات التي يقدمها قسم الإمدادات التابع لليونيسف، إذا كانت البلدان متوسطة الدخل وتحتاج إلى دعم لشراء اللقاحات الجديدة (اللحاق المتقارن المضاد للمكورات الرئوية، واللقاح المضاد للفيروسات العنكبونية، واللقاح المضاد لفيروسات الورم الحليمي البشري)؛

6. تطلب إلى المدير الإقليمي ما يلي:

1.6 اتخاذ الخطوات اللازمة لكفالة تنفيذ التوجهات الاستراتيجية المحددة للسنوات الخمس المقبلة؛

2.6 متابعة تنفيذ القرار ش م/ل إ 57/ق.2 بشأن الاستعداد للطوارئ ومجابهتها، وصندوق التضامن الإقليمي؛

3.6 القيام، على جناح السرعة، بتنفيذ المرحلة الثانية لآلية الشراء الموحد للقاحات.

ش م/ل إ 59/ق 2 الإعلان السياسي للجمعية العامة للأمم المتحدة بشأن الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها: التزامات الدول الأعضاء والمضي قُدماً

اللجنة الإقليمية،

بعد أن استعرضت وناقشت الورقة التقنية بشأن الإعلان السياسي للجمعية العامة للأمم المتحدة المعني بالوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها: التزامات الدول الأعضاء والمضي قُدماً³،

وإذ تستذكر قرارات جمعية الصحة العالمية ج ص ع 17.53، بشأن الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها، وج ص ع 23.60، وج ص ع 14.61، بشأن الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها: تنفيذ الاستراتيجية العالمية، وج ص ع 11.64، بشأن أعمال التحضير للاجتماع الرفيع المستوى للجمعية العامة للأمم المتحدة المعني بالوقاية من الأمراض غير السارية (غير المعدية) ومكافحتها، الذي أعقب مؤتمر موسكو،
وإذ تستذكر أيضاً قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة 2/66، بشأن الإعلان السياسي للاجتماع الرفيع المستوى للجمعية العامة المعني بالوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها،
وإذ تدرك العبء المتزايد للأمراض غير السارية وعوامل الخطر المرتبطة بها في الإقليم، وضرورة الاستثمار في الوقاية منها ومكافحتها كإلزام من لوازم التنمية المستدامة،
وإذ تدرك أيضاً الجهود التي يبذلها المدير الإقليمي للتوعية على الصعيد العالمي والإقليمي بحجم المشكلة، وتعزيز العمل على الصعيد العالمي لمكافحة الأمراض غير السارية،
وإذ تدرك تماماً ضرورة تكثيف الجهود الإقليمية والوطنية لتعجيل بتنفيذ الالتزامات التي قطعتها الدول الأعضاء من الجمعية العامة للأمم المتحدة في أيلول/سبتمبر 2011،

1. توحيد

(أ) إعلان الرياض الصادر عن المؤتمر الدولي المعني بأنماط الحياة الصحية والأمراض غير السارية في العالم العربي والشرق الأوسط؛

(ب) الإطار الإقليمي للعمل المعني بالالتزامات الدول الأعضاء بتنفيذ إعلان الأمم المتحدة السياسي المعني بالأمراض غير السارية، والمرفق بهذا القرار (أنظر المرفق 6 لهذا التقرير)؛

2. تحثّ الدول الأعضاء على ما يلي:

1.2 تنفيذ المجموعة الأساسية من التدخلات الواردة في إطار العمل الإقليمي؛

2.2 إنشاء/تعزيز آليات لإشراك القطاعات الأخرى غير القطاع الصحي في تنفيذ إطار العمل الإقليمي؛

3.2 تقوية ترصّد الأمراض غير السارية وعوامل الخطر المرتبطة بها، وذلك بتنفيذ إطار المنظمة للترصّد الذي يشمل رصد حالات التعرّض (لعوامل الخطر)، والنتائج (المراضة والوفيات) وأداء النُظُم الصحية (القدرات والتدخلات)؛

4.2 تعزيز عملية إدماج التدخلات الأساسية للوقاية من الأمراض غير السارية ومعالجتها في الرعاية الصحية الأولية؛

5.2 تعزيز الشراكات والتعاون مع جميع الأطراف المعنية، بما فيها وكالات الأمم المتحدة، ومنظمات المجتمع المدني، من أجل تنفيذ إطار العمل الإقليمي؛

6.2 العمل بشكل وثيق مع المكتب الإقليمي والمكاتب القطرية فيما تبذله من جهود لتعزيز الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها؛

3. تطلب إلى المدير الإقليمي ما يلي:

1.3 وضع مجموعة من المؤشرات لرصد مشاركة القطاعات الأخرى غير القطاع الصحي في تنفيذ الإجراءات الرئيسية التي يتضمنها إعلان الأمم المتحدة السياسي، بالتعاون مع سائر وكالات الأمم المتحدة، والشركاء الدوليين المعنيين؛

2.3 إنشاء فريق استشاري تقني معني بالأمراض غير السارية لدعم البرنامج الإقليمي؛

3.3 إعداد صكوك قانونية نموذجية يُسترشد بها في وضع تشريعات وطنية لتنفيذ الالتزامات التي ينص عليها الإعلان السياسي للأمم المتحدة؛

4.3 المضي في إعداد مجموعة التدخلات الأساسية في مواجهة الأمراض غير السارية من أجل الرعاية الصحية الأولية، وإعداد الإرشادات الضرورية لتنفيذ أفضل الاختيارات؛

5.3 تعزيز البحوث الميدانية، بوسائل منها التعاون الدولي والإقليمي، بشأن التأثير الاقتصادي للأمراض غير السارية وبشأن مردود التدخلات؛

6.3 تقديم تقارير سنوية إلى اللجنة الإقليمية بشأن التقدم الذي تحرزته الدول الأعضاء في تنفيذ إعلان الأمم المتحدة السياسي المعني بالوقاية من الأمراض السارية ومكافحتها، بناءً على إطار العمل الإقليمي.

ش م/ل إ 59/ق 3 تقوية النُظُم الصحية في بلدان إقليم شرق المتوسط: تحديات وأولويات واختيارات العمل في المستقبل

اللجنة الإقليمية،

وقد نظرت في ورقة المناقشات التقنية بشأن تقوية النُظُم الصحية في بلدان إقليم شرق المتوسط: تحديات وأولويات واختيارات العمل في المستقبل⁴،

وإذ تستذكر القرارات ج ص ع 12.62 بشأن الرعاية الصحية الأولية، بما في ذلك تعزيز النُظُم الصحية، وج ص ع 33.58 بشأن التمويل المستدام للصحة، والتغطية الصحية الشاملة، والتأمين الصحي الاجتماعي، وج ص ع 9.64 بشأن هياكل التمويل الصحي المستدامة والتغطية الصحية الشاملة، والقرارين ش م/ل إ 55/ق-2، بشأن الالتزام بالنُظُم الصحية القائمة على الرعاية الصحية الأولية في إقليم شرق المتوسط، وش م/ل إ 57/ق-7 بشأن

⁴ الوثيقة ش م/ل إ 59/مناقشات تقنية-1

التوجهات الاستراتيجية لتحسين تمويل الرعاية الصحية في إقليم شرق المتوسط: التحرك باتجاه التغطية الشاملة 2011-2015،

وإذ تُدرك أن تحقيق تأثير ملموس لتحسين صحة السكان لا يمكن أن يتم إلا من خلال نُظُم صحية وطنية جيدة الأداء، تضمن الإتاحة الشاملة لرعاية صحية فعّالة وعالية الجودة،

وإذ تُضع في اعتبارها الدور المتنامي للقطاع الخاص في تقديم الرعاية الصحية، وقصور الوظائف الإشرافية والتوجيهات التنظيمية،

1. تحثّ الدول الأعضاء على ما يلي:

1.1 تعزيز أو إنشاء آليات متعددة القطاعات تُمثّل فيها سائر وزارات القطاع العام، ومنظمات المجتمع المدني، والقطاع الصحي الخاص وممثلو المجتمع وسائر الأطراف المعنية، لإعداد خارطة طريق لتحقيق التغطية الصحية الشاملة؛

2.1 جعل الخطط الصحية الاستراتيجية الوطنية أساس جميع برامج وأنشطة التنمية الصحية، وضمان تنفيذها ورصدها على نحو سليم؛

3.1 مراجعة وتحديث قوانين الصحة العمومية، ووضع قواعد ومعايير لضمان العدالة في الرعاية المقدمة في القطاعين العام والخاص، وضمان جودة هذه الرعاية ومأمونيتها؛

4.1 تنمية القدرات الوطنية على تعزيز إدارة وإعداد وتوزيع قوة عاملة صحية متوازنة تكفل تقديم الرعاية على نحو فعّال؛

5.1 تعزيز وإدماج شبكة مرافق الرعاية الصحية، واعتبار ممارسة طب الأسرة وسائر الأساليب الابتكارية نهجاً فعّالاً لتقديم الخدمات الصحية؛

6.1 تعزيز نُظُم المعلومات الصحية الوطنية بتحسين الإبلاغ عن الولادات والوفيات، وأسباب الوفاة، وتحسين رصد التعرّض لعوامل الخطر، والمحددات الاجتماعية للصحة، والمرضاة، والوفيات وأداء النظام الصحي وبتريخ إجراء المسوحات السكانية؛

7.1 تحسين التكنولوجيات الصحية، بما في ذلك الأدوية، وجودها ومأمونيتها وكفاءتها واستخدامها استخداماً رشيداً، وذلك بتقوية السلطات التنظيمية الوطنية؛

8.1 العمل عن كثب مع المكتب الإقليمي والمكاتب القطرية فيما تبذله من جهود لتقوية النُظُم الصحية؛

2. تطلب إلى المدير الإقليمي ما يلي:

1.2 تزويد الدول الأعضاء بما يلزم من دعم استراتيجي وإرشادات فنية لإنشاء الآليات المتعددة القطاعات، تدعيماً للتغطية الصحية الشاملة؛

- 2.2 دعم الدول الأعضاء في بناء قدراتها في مجال تعزيز النُظُم الصحية، بما في ذلك تنمية مهارات القيادات، وتمويل الرعاية الصحية، وتنمية الموارد البشرية، وتقييم أداء النُظُم الصحية؛
- 3.2 إنشاء آليات لتبادل الخبرة بين البلدان في مجال تعزيز النُظُم الصحية، ودعم التعاون على الصعيد دون الإقليمي؛
- 4.2 إنشاء شبكات من خبراء النُظُم الصحية لدعم تعزيز النُظُم الصحية في الإقليم؛
- 5.2 العمل بشكل وثيق مع الدول الأعضاء لدعم إعداد استراتيجيات وخطط صحية وطنية ورصدها وتقييمها؛
- 6.2 تقديم تقرير إلى اللجنة الإقليمية في دورتها الستين عن التقدم المُحرَز في مجال أداء النُظُم الصحية.

ش م/ل إ 59/ق 4 القدرات الأساسية الوطنية اللازمة لتنفيذ اللوائح الصحية الدولية لعام 2005: الوفاء بالموعد النهائي في 2014

اللجنة الإقليمية،

وقد استعرضت الورقة التقنية حول القدرات الأساسية الوطنية اللازمة لتنفيذ اللوائح الصحية الدولية لعام 2005: الوفاء بالموعد النهائي في 2014⁵،

وإذ تدرك أنه لا تزال توجد صعوبات في تطبيق اللوائح الصحية الدولية لعام 2005، ولاسيما فيما يتعلق بنقاط الدخول، والمخاطر الكيميائية والنوعية الشعاعية،

وإذ تستذكر القرارين ج ص ع 1.64، وج ص ع 23.65، بشأن تنفيذ أحكام اللوائح الصحية الدولية (2005)، والقرار ج ص ع 10.64، بشأن تعزيز القدرات الوطنية لإدارة الطوارئ والكوارث الصحية الوطنية، ومرونة النظم الصحية،

وإذ تحيط علماً بقرار العديد من الدول الأطراف السعي إلى تمديد تطبيق اللوائح لمدة سنتين، تفي فيها بالتزاماتها،

وإذ يساورها القلق من احتمال أن لا تفي جميع الدول الأعضاء بالتزاماتها التقنية بتطبيق اللوائح الصحية الدولية لعام 2005 بحلول 15 حزيران/يونيو 2014،

1. تحثُّ الدول الأطراف على ما يلي:

- 1.1 مراجعة وتنفيذ الخطط الوطنية بناء على ما يتم تحديده من فجوات، واتخاذ كل الخطوات اللازمة، بما في ذلك وضع تشريعات داعمة وتوفير موارد بشرية ومالية كافية، لتنفيذ الخطط الوطنية؛

2.1 تعزيز وتمكين ضباط الاتصال الوطنيين المعيّنين باللوائح الصحية الدولية، لضمان الأداء الفعّال لجميع الوظائف الأساسية المطلوبة بموجب المواد 4 و6 و8 و22 و27 والمرفق 1 للوائح الصحية الدولية لعام 2005؛

3.1 إنشاء آليات للتنسيق داخل القطاعات وفيما بين القطاعات المتعددة، والتواصل الفعّال لتيسير تنفيذ القدرات الأساسية للصحة العمومية، بطرق منها إدارة جميع المخاطر، ولاسيما متطلبات المخاطر الكيميائية والنوية الشعاعية؛

4.1 إنشاء آليات وطنية للتنسيق والتعاون بين البلدان المتجاورة لضمان تنفيذ القدرات الأساسية للصحة العمومية على الترسّد والتصدي، ولاسيما القدرات المتعلقة بنقاط الدخول؛

5.1 تقديم الدعم الفني واللوجستي والمالي، بقدر الإمكان، إلى دول أطراف أخرى، بناءً على طلبها، لبناء وصون قدراتها الأساسية للصحة العمومية، على نحو ما تقتضيه المادة 44 من اللوائح الصحية الدولية لعام 2005.

6.1 تقديم تقارير سنوية إلى المنظمة بشأن التقدّم المحرز في تقوية وصون القدرات الأساسية الوطنية للصحة العمومية المطلوبة بمقتضى المواد 2.5 و2.13 من اللوائح الصحية الدولية لعام 2005، ووفقاً لخطة التنفيذ الوطنية؛

2. تطلب إلى المدير الإقليمي ما يلي:

1.2 تقديم الدعم الفني واللوجستي وتيسير حشد الموارد للدول الأطراف، بناءً على طلبها، من أجل بناء وصون القدرات الأساسية للصحة العمومية على الترسّد والاستجابة؛

2.2 تعزيز الشراكة والمشاركة من جانب الدول الأطراف مع المنظمات الدولية من قبيل الوكالة الدولية للطاقة الذرية، ومنظمة الأمم المتحدة للأغذية والزراعة، والمنظمة العالمية لصحة الحيوان، ومع بعض المؤسسات، من أجل تيسير تنفيذ اللوائح الصحية الدولية لعام 2005؛

3.2 تيسير تبادل الخبرات والمعلومات بين الدول الأطراف، بطرق منها إدراج موجز مناسب للمعلومات المجمّعة من خلال إطار رصد القدرات الأساسية المتعلقة باللوائح الصحية الدولية في موقع المنظمة المقيد الدخول على شبكة الإنترنت، كي يستعين به ضباط الاتصال المعينون باللوائح الصحية؛

4.2 رَصد التقدّم المُحرَز في تنفيذ واستدامة القدرات الأساسية الوطنية المطلوبة بموجب اللوائح الصحية الدولية لعام 2005 في جميع الدول الأطراف؛

5.2 تقديم تقرير سنوي إلى اللجنة الإقليمية عن التقدّم الذي تحرزه الدول الأطراف في تطبيق اللوائح الصحية الدولية لعام 2005.

ش م/ل إ 59/ق 5 متابعة للإجراءات الإقليمية ذات الصلة بالمقرر الإجرائي (1) للمجلس التنفيذي الثلاثين بعد المئة، حول تنفيذ خطة العمل للوقاية من العمى وضعف البصر اللذين يمكن تجنبهما

اللجنة الإقليمية،

إذ تدرك أن ما يزيد على 23 مليون شخص في الإقليم يعانون من خلل في البصر، 5 ملايين منهم مصابون بالعمى،

وإذ تضع في اعتبارها أن 80% من كل حالات العمى وضعف البصر يمكن توقيها، وأنه تتوفر في هذا الصدد تدخلات عالية المردود،

وإذ تستذكر القرارات ج ص ع 26.56 بشأن العمى الذي يمكن تجنبه، وج ص ع 25.59 وج ص ع 1.62 بشأن الوقاية من العمى وضعف البصر اللذين يمكن تجنبهما، والقرارين ش م/ل إ 54/ق-1 وش م/ل إ 52/ق-3 بشأن الوقاية من العمى وضعف البصر اللذين يمكن توقيهما،

وإذ هي على علم بالمسودة الأولى للوثيقة المعنونة "الإتاحة الشاملة لرعاية صحة العين: خطة عمل عالمية للفترة 2014 - 2019"،

1. تحثّ الدول الأعضاء على ما يلي:

1.1 دعم إعداد واعتماد خطة العمل العالمية للفترة 2014 - 2019 للوقاية من العمى وضعف البصر اللذين يمكن توقيهما، وتخصيص ما يلزم من الموارد لتنفيذها بعد ذلك؛

2.1 إدراج الوقاية من العمى وضعف البصر اللذين يمكن توقيهما في خطط التنمية الوطنية؛

3.1 المضيّ في دمج رعاية العين والوقاية من العمى وضعف البصر اللذين يمكن توقيهما في نظام تقديم الرعاية الصحية؛

4.1 تشجيع الشراكات مع منظمات المجتمع المدني والقطاع المدني والقطاع الخاص للوقاية من العمى في كل المستويات؛

2. تطلب إلى المدير الإقليمي ما يلي:

1.2 إدراج الوقاية من العمى بوصفها مجالاً للعمل ذا أولوية في إطار إصلاح منظمة الصحة العالمية؛

2.2 مواصلة تقديم الدعم الفني للدول الأعضاء، ولاسيما في مجال بناء القدرة على رعاية العين.

ش/م/ل إ 59/ق 6 الإصلاح الإداري لمنظمة الصحة العالمية

اللجنة الإقليمية،

بعد أن نظرت في التقرير المعنون إصلاح منظمة الصحة العالمية: الوضع الراهن ووجهات النظر الإقليمية⁶؛

وإذ تستذكر المقرر الإجرائي ج ص ع 65 (9) بشأن إصلاح المنظمة،

وإذ تدرك أهمية قصر توزيع الموارد على بضعة مجالات رئيسية ذات أولوية خلافاً للممارسة المتبعة حالياً المتمثلة في توزيع الموارد المحدودة على العديد من الأنشطة البرنامجية،

وإذ يقلقها أن الاشتراكات المقررة التي تقدمها الدول الأعضاء إلى المنظمة قد تناقصت قيمتها الحقيقية على مدى السنوات الماضية،

وإذ تدرك أن إعداد وتنفيذ برنامج العمل العام الثاني عشر والميزانية البرنامجية لفترة السنتين 2014-2015 يعتبران أداتين أساسيتين لتعزيز عملية إصلاح المنظمة، وإذ تدرك أيضاً الجهود التي يبذلها المدير الإقليمي بشأن الإصلاح الإداري،

وإذ تدرك ضرورة قيام مستويات المنظمة الثلاثة بالعمل معاً عن كثب على نحو متسق من أجل بلوغ الأهداف المدرجة في برنامج العمل العام الثاني عشر،

1. تويد:

(أ) الإجراءات الإدارية المرتبطة بعملية الإصلاح، والتي اتخذها المدير الإقليمي بشأن تنقل الموظفين وتناوبهم، وإدارة الأداء، وتخطيط وإدارة الموارد البشرية؛

(ب) العمل على قيام ثقافة للمساءلة من خلال إدخال وظيفة الامتثال في مكتب المدير الإقليمي؛

(ج) إصلاحات الحوكمة الإقليمية، التي تشمل ولا تقتصر على إنشاء لجنة استشارية تقنية للمدير الإقليمي؛

2. تدعم هيكل برنامج العمل العام الثاني عشر في فئاته وأولوياته، ملاحظة أن أولوياته متوافقة مع الأولويات الاستراتيجية المتفق عليها لإقليم شرق المتوسط؛

3. تؤكد الحاجة إلى عملية لتخطيط الميزانية قطرية الأساس (منطلقة من القاعدة) ومركزة على احتياجات الدول الأعضاء؛

4. تعيد تأكيد الأهمية البالغة للطبيعة اللامركزية للمنظمة على النحو المكرس في دستورها، وترحب بتحريك المكتب الإقليمي مؤجراً للعمل على نحو أوثق بكثير مع المقر الرئيسي للمنظمة وسائر المكاتب الإقليمية؛

5. **تطلب** إلى الدول الأعضاء ما يلي:

- 1.5 النظر في إمكانية زيادة مستوى الاشتراكات المقررة المقدمة إلى المنظمة، وذلك من خلال العمل الجماعي في الهيئات الرئاسية للمنظمة؛
- 2.5 زيادة التبرعات، من جانب البلدان الميسورة الحال، على المستوى الإقليمي للمجالات ذات الأولوية المتفق عليها؛
- 3.5 مواصلة المشاركة الفعالة في عملية إصلاح المنظمة، بما في ذلك إنجاز برنامج العمل العام الثاني عشر والميزانية البرنامجية لفترة السنتين 2014-2015؛

6. **تطلب** إلى رئيس اللجنة الإقليمية في تقريره إلى المجلس التنفيذي عن مداوات اللجنة، ما يلي:

- 1.6 تأكيد الأثر السيئ لاعتماد المنظمة اعتماداً مفرطاً على التبرعات المخصصة؛
- 2.6 إبلاغ قلق اللجنة من كون الاشتراكات المقررة قد تناقصت قيمتها الحقيقية على مدى السنوات الماضية، والإعراب عن الحاجة إلى النظر في زيادة مستوى الاشتراكات المقررة؛
7. **تطلب** إلى المدير الإقليمي التركيز على الأولويات الاستراتيجية التي اعتمدها الهيئات الرئاسية للمنظمة في التخطيط للدورة القادمة للبعثات المشتركة لمراجعة وتخطيط البرامج.

2.10 **المقررات الإجرائية**

المقرر الإجرائي (1) انتخاب هيئة المكتب

انتخبت اللجنة الإقليمية هيئة مكتبها على النحو التالي:

الرئيس	:	معالي السيد بحر إدريس أبو قردة	(السودان)
نائب الرئيس	:	معالي الدكتور علي سعد العبيدي	(الكويت)
نائب الرئيس	:	معالي الدكتور عبد اللطيف مكي	(تونس)

وانتُخب الدكتور أحمد جان نعيم (أفغانستان) رئيساً للمناقشات التقنية وبناءً على اقتراح رئيس اللجنة الإقليمية، قرّرت اللجنة تشكيل لجنة الصياغة من الأعضاء التالية أسماؤهم:

الدكتورة مريم الجلاهية	(البحرين)
السيد محمد مهيب حاتم	(جيبوتي)
الدكتور محمد بسام قاسم	(الأردن)

(تونس)
(باكستان)
(المملكة العربية السعودية)
(المكتب الإقليمي لشرق المتوسط)
(ممثل المنظمة في عُمان)
(ممثل المنظمة في السودان)
(المكتب الإقليمي لشرق المتوسط)
(المكتب الإقليمي لشرق المتوسط)
(المكتب الإقليمي لشرق المتوسط)
(المكتب الإقليمي لشرق المتوسط)

الدكتور هشام عبد السلام
الدكتور غلام أصغر عباسي
الدكتور محمد الصعيدي
الدكتور سمير بن محمد
الدكتور عبد الله الصاعدي
الدكتور أنشو بانيرجي
الدكتور ثمين صديقي
الدكتور قاسم سارة
السيدة إليزابيث جين نيكولسون
السيد حسن نجيب عبد الله

المقرر الإجرائي (2) إقرار جدول الأعمال

أقرت اللجنة الإقليمية جدول أعمال دورتها التاسعة والخمسين.

المقرر الإجرائي (3) تنقيح النظام الداخلي للجنة الإقليمية لشرق المتوسط

قررت اللجنة الإقليمية أن تعتمد التعديلات التي أدخلت على النظام الداخلي في المرفق لهذا المقرر، وأن تطبق على الفور المعايير (أنظر المرفق 7 لهذا القرار). كما قررت استمرار العمل بالممارسة التي أدخلت مؤخراً والمتعلقة بالترتيب لاجتماعات فنية قبيل انعقاد اللجنة الإقليمية، وأن تكون مفتوحة لجميع أعضاء اللجنة.

المقرر الإجرائي (4) انتقال جنوب السودان من إقليم شرق المتوسط إلى الإقليم الأفريقي لمنظمة الصحة العالمية

قررت اللجنة الإقليمية قبول طلب حكومة جنوب السودان الانتقال إلى الإقليم الأفريقي لمنظمة الصحة العالمية، وطلبت إلى المدير الإقليمي إحالة هذا القرار إلى جمعية الصحة العالمية السادسة والستين للنظر فيه.

المقرر الإجرائي (5) منح جائزة دولة الكويت لمكافحة السرطان، والأمراض القلبية الوعائية، والسكري في إقليم شرق المتوسط

بعد قيام لجنة مؤسسة جائزة دولة الكويت لمكافحة السرطان والأمراض القلبية الوعائية، والسكري في إقليم شرق المتوسط، باستعراض الترشيحات للجائزة، قررت عدم منح الجائزة هذا العام. كما قررت لجنة المؤسسة زيادة مبلغ الجائزة من 1500 دولار أمريكي إلى 5000 دولار أمريكي.

المقرر الإجرائي (6) مكان وموعد عقد الدورات المقبلة للجنة الإقليمية

قررت اللجنة الإقليمية عقد دورتها الستين في تونس في الفترة من 26 إلى 31 تشرين الأول/أكتوبر 2013.

المرفق 1

جدول الأعمال

1. افتتاح الدورة
(أ) انتخاب هيئة المكتب
ش م/ل إ 1/59 - المراجعة 1
(ب) إقرار جدول الأعمال
2. التقرير السنوي للمدير الإقليمي لسنة 2011، بما في ذلك التقارير المرحلية حول:
ش م/ل إ 2/59
(أ) استئصال شلل الأطفال
ش م/ل إ 59/وثيقة إعلامية 1
(ب) مبادرة التحرر من التبغ
ش م/ل إ 59/وثيقة إعلامية 2
(ج) بلوغ المرامي الإنمائية للألفية المتعلقة بالصحة، والمرامي الصحية العالمية بعد عام 2015
ش م/ل إ 59/وثيقة إعلامية 3
(د) الاستراتيجية الإقليمية لمجابهة القطاع الصحي لفيروس العوز المناعي البشري 2011-2015
ش م/ل إ 95/وثيقة إعلامية 5
(هـ) تحسين تمويل الرعاية الصحية، والتقدم نحو حماية صحة المجتمع في الإقليم
3. المناقشات التقنية:
ش م/ل إ 59/مناقشات تقنية 1
تقوية النظم الصحية في بلدان إقليم شرق المتوسط: تحديات وألويات واختيارات العمل في المستقبل
4. الورقات التقنية:
ش م/ل إ 3/59
(أ) الإعلان السياسي للجمعية العامة للأمم المتحدة المعني بالوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها: التزامات الدول الأعضاء والسبيل إلى المضي قُدماً
ش م/ل إ 4/59
(ب) القدرات الأساسية الوطنية اللازمة لتنفيذ اللوائح الصحية الدولية 2005: الوفاء بالموعد النهائي في عام 2014
ش م/ل إ 5/59
5. إصلاح منظمة الصحة العالمية: الوضع الراهن ووجهات النظر الإقليمية
6. شؤون البرنامج والميزانية
ش م/ل إ 6/59
(أ) برنامج العمل العام الثاني عشر، والميزانية البرنامجية للشائبة 2014-2015
ش م/ل إ 12/59
(ب) تقرير عن البعثات المشتركة بين الحكومات ومنظمة الصحة العالمية لمراجعة وتخطيط البرامج في عام 2011، بما في ذلك الاستفادة من استراتيجيات التعاون القطرية: النتائج والدروس المستفادة
ش م/ل إ 7/59

7. تنقيح النظام الداخلي للجنة الإقليمية لشرق المتوسط المقرر الإجرائي - 7 ش م/ل إ 8/59
للجنة الإقليمية في دورتها الثامنة والخمسين
8. جمعية الصحة العالمية والمجلس التنفيذي
- (أ) متابعة للإجراءات الإقليمية ذات الصلة بالمقرر الإجرائي (1) للمجلس A65/9
التنفيذي الثلاثين بعد المئة، حول تنفيذ خطة العمل للوقاية من العمى
وضعف البصر اللذين يمكن توقيهما
- (ب) القرارات والمقررات الإجرائية ذات الأهمية للإقليم التي اعتمدها جمعية
الصحة العالمية في دورتها الخامسة والستين والمجلس التنفيذي في دورته
الحادية والثلاثين بعد المئة
- (ج) تقرير فريق الخبراء الاستشاريين العامل المعني بتمويل وتنسيق البحث
والتطوير (قرار جمعية الصحة العالمية: ج ص ع 65-22)
- (د) استعراض مسودة جدول الأعمال المبدئي للمجلس التنفيذي في دورته
الثانية والثلاثين بعد المئة
9. طلب جمهورية جنوب السودان الانتقال من إقليم شرق المتوسط إلى الإقليم
الإفريقي لمنظمة الصحة العالمية
10. جوائز العام 2012
- (أ) جائزة مؤسسة الدكتور علي توفيق شوشة والبعثة الدراسية الخاصة بها ش م/ل إ 59/وثيقة إعلامية 6
- (ب) جائزة دولة الكويت لمكافحة السرطان، والأمراض القلبية الوعائية،
والسكري في إقليم شرق المتوسط ش م/ل إ 59/وثيقة إعلامية 7
- (ج) جائزة بحوث متلازمة داون ش م/ل إ 59/وثيقة إعلامية 8
11. مكان وموعد عقد الدورات المقبلة للجنة الإقليمية ش م/ل إ 59/وثيقة إعلامية 9
12. أمور أخرى
13. الجلسة الختامية

المرفق 2

قائمة بأسماء السادة ممثلي الدول الأعضاء،
ومناوبيهم، ومستشاريهم والمراقبين

1. السادة ممثلو أعضاء اللجنة الإقليمية، والمناوبون، والمستشارون

أفغانستان

سعادة الدكتور أحمد جان نعيم
نائب وزير الصحة العمومية للشؤون الفنية
وزارة الصحة العمومية
كابُل

ممثل الدولة

الدكتور مير جواد الله ميرزاد
مستشار نائب وزير الصحة للسياسات والتخطيط
وزارة الصحة العمومية
كابُل

المناوب

البحرين

سعادة الدكتورة عايشة مبارك جابر بو عنق
وكيلة وزارة الصحة
وزارة الصحة
المنامة

ممثل الدولة

سعادة الشيخ راشد بن عبد الرحمن آل خليفة
السفير فوق العادة والوزير المفوض
سفارة البحرين
القاهرة

المناوب

الدكتورة مريم الجلاهية
الوكيلة المساعدة للرعاية الصحية الأولية والصحة العامة
وزارة الصحة
المنامة

المستشارون

الدكتورة نعيمة عيسى سبت السبيعي
رئيسة الخدمات الطبية بإدارة الرعاية الصحية الأولية
وزارة الصحة
المنامة

الدكتورة شيخة سالم العريض
رئيسة وحدة الأمراض الوراثية
وزارة الصحة
المنامة

السيد جاسم محمد جاسم بحر
إدارة الخدمات الصحية
وزارة الصحة
المنامة

جيبوتي

السيدة بهية محمد أحمد
مستشارة فنية
وزارة الصحة
جيبوتي

مثل الدولة

الدكتور محمد مهيب حاتم
مستشار فني
وزارة الصحة
جيبوتي

المناب

مصر

معالي الدكتور محمد مصطفى حامد
وزير الصحة والسكان
وزارة الصحة والسكان
القاهرة

مثل الدولة

المناوب

الدكتور عمرو قنديل
رئيس قطاع الطب الوقائي
والأمراض المتوطنة
وزارة الصحة والسكان
القاهرة

المستشارون

الدكتور عماد عزت
رئيس قطاع الخدمات الصحية والتمريض
وزارة الصحة والسكان
القاهرة

الدكتور حسام الخطيب
رئيس قطاع خدمات تنظيم الأسرة
وزارة الصحة والسكان
القاهرة

الدكتورة سعاد محمد السيد عبد المجيد
المديرة العامة
الإدارة العامة للمكتب الفني
وزارة الصحة والسكان
القاهرة

الدكتورة ديزيرييه لبيب رزق الله
المديرة العامة
للإدارة العامة للاستراتيجيات والسياسات
وزارة الصحة والسكان
القاهرة

الدكتورة نادية محمد رجب
القائمة بأعمال رئيس الإدارة المركزية
للتنمية والبحوث
وزارة الصحة والسكان
القاهرة

الدكتور سمير عبد العزيز رفاعي أبو زيد
مدير وحدة الوبائيات والترصد
وزارة الصحة والسكان
القاهرة

الدكتور عمر الشلقاني
مدير وحدة الاقتصاديات الصحية
وزارة الصحة والسكان
القاهرة

الدكتور محمد أمين حامد فرج
مسؤول مركز الاتصال الوطني للوائح الصحية الدولية
وزارة الصحة والسكان
القاهرة

الدكتور إيهاب عبد الرحمن
مدير البرنامج الوطني لفيروس
نقص المناعة البشرية/الإيدز
وزارة الصحة والسكان
القاهرة

الدكتورة علا محمد أحمد
طبيبة، الإدارة المركزية والطب العلاجي
وزارة الصحة والسكان
القاهرة

الدكتورة سحر لطيف
مديرة إدارة مكافحة التدخين
وزارة الصحة والسكان
القاهرة

الدكتورة صفاء مراد
المديرة العامة لإدارة العلاقات الصحية الخارجية
وزارة الصحة والسكان
القاهرة

وزارة الخارجية
شؤون الوكالات المتخصصة الدولية

السيد عمرو رمضان
الوزير المفوض
مساعد نائب الوزير للشؤون الخارجية
شؤون الوكالات المتخصصة الدولية
وزارة الخارجية
القاهرة

السيد تامر المليحي
السكرتير الأول/عضو
شؤون الوكالات المتخصصة الدولية
وزارة الخارجية
القاهرة

السيد عمرو محمد يسري
السكرتير الثالث/عضو
شؤون الوكالات المتخصصة الدولية
وزارة الخارجية
القاهرة

جمهورية إيران الإسلامية

الدكتور محمد حسين نيكنام
وزير الصحة بالإنبابة لشؤون العلاقات الدولية
وزارة الصحة والتعليم الطبي
طهران

ممثل الدولة

الدكتور محمد مهدي جويبا
مدير مركز مكافحة الأمراض
وزارة الصحة والتعليم الطبي
طهران

المناوب

المستشار

الدكتور بايمان همّتي
مسؤول أول بمكتب الترصد
مركز مكافحة الأمراض السارية
وزارة الصحة والتعليم الطبي
طهران

العراق

ممثل الدولة

السيد الدكتور خميس حسين السعد
نائب الوزير للشؤون الإدارية
وزارة الصحة
بغداد

المناوب

الدكتور محمد جبر حويل
معاون مدير عام دائرة الصحة العامة
وزارة الصحة
بغداد

المستشارون

الدكتور رمزي رسول منصور
مدير الصحة الدولية
وزارة الصحة
بغداد

الدكتور عمر عبد الأمير محمد صالح
مدير شعبة الصحة والتنمية
دائرة التخطيط وتنمية الموارد
وزارة الصحة
بغداد

الدكتور خضير خلف شلال
المدير العام
مديرية الأنبار الصحية
وزارة الصحة
بغداد

الدكتور عبد الجليل عكيش الشمري
المدير العام
منطقة بغداد الصحية
بغداد

الأردن

معالي الدكتور عبد اللطيف الوريكات
وزير الصحة
وزارة الصحة
عمّان

ممثل الدولة

الدكتور بشر هاني الخاسونة
السفير فوق العادة والوزير المفوض
سفارة الأردن
القاهرة

المناب

الدكتور محمد بسام حجاوي قاسم
مدير إدارة الرعاية الصحية الأولية
وزارة الصحة
عمّان

المستشارون

السيد رضوان أبو دامس
مدير الشؤون القانونية
وزارة الصحة
عمّان

السيد معتصم البشير
ملحق دبلوماسي
سفارة الأردن
القاهرة

الكويت

معالي الدكتور علي سعد العبيدي
وزير الصحة
وزارة الصحة
الكويت

ممثل الدولة

المناوب

الدكتور قيس صالح الدويري
وكيل وزارة الصحة المساعد لشؤون الصحة العمومية
وزارة الصحة
الكويت

المستشارون

الدكتور خالد عبد الغني
مدير منطقة حَوَّلي الصحية
وزارة الصحة
الكويت

الدكتورة رحاب عبد الله الوطيان
مديرة إدارة الرعاية الصحية الأولية
وزارة الصحة
الكويت

الدكتور محمود حاجي عبد الهادي
مدير إدارة الشؤون القانونية والتحقيقات
وزارة الصحة
الكويت

السيد فيصل الدوسري
مدير إدارة العلاقات العامة والإعلام
وزارة الصحة
الكويت

السيد عبد الله شهاب العتري
مكتب معالي وزير الصحة
وزارة الصحة
الكويت

الدكتورة هند الشومر
رئيسة المكتب الإحصائي لمعلومات الإيدز
وزارة الصحة
الكويت

الأستاذ أحمد الثوفيري
مكتب معالي وزير الصحة
وزارة الصحة
الكويت

لبنان

معالي الأستاذ علي حسن خليل
وزير الصحة العامة
وزارة الصحة العامة
بيروت

ممثل الدولة

الدكتور وليد عمار
المدير العام
وزارة الصحة العامة
بيروت

المناوب

الدكتورة كوليت رعيدي
رئيسة وحدة التفتيش الصيدلي
وزارة الصحة العامة
بيروت

المستشاران

السيد حسان جعفر
مستشار معالي وزير الصحة العامة
ورئيس دائرة التجهيز والتموين
وزارة الصحة العامة
بيروت

ليبيا

السيد الدكتور سعد عقوب عبد الرازق أرحيم
وكيل وزارة الصحة
وزارة الصحة
طرابلس

ممثل الدولة

المناوب

الدكتور خالد الطالب
مدير مكتب التعاون الفني
وزارة الصحة
طرابلس

المستشارون

الدكتور بدر الدين بشير النجار
مدير المركز الوطني لمكافحة الأمراض
وزارة الصحة
طرابلس

الدكتور عبد العزيز الأحلفي
مدير إدارة الجودة
وزارة الصحة
طرابلس

السيدة الشيماء البوصيري غندور
منسق شؤون مكتب التعاون الدولي
وزارة الصحة
طرابلس

الدكتور أسامة فتحى الشريف
مدير إدارة الرعاية الصحية الأولية
وزارة الصحة
طرابلس

المغرب

الدكتور مصطفى الاسماعيلى العلوي
المفتش العام لوزارة الصحة
وزارة الصحة
الرباط

ممثل الدولة

السيد جيلالي حازم
مدير التخطيط والموارد المالية
وزارة الصحة
الرباط

المناوب

المستشارون

الدكتور عمر المنزهني
مدير مكافحة الأوبئة والأمراض
وزارة الصحة
الرباط

السيدة سناء الشرقاوي
رئيسة مصلحة المنظمات الدولية
إدارة التعاون
وزارة الصحة
الرباط

عُمان

معالي الدكتور أحمد بن محمد بن عبيد السعيدي
وزير الصحة
وزارة الصحة
مسقط

ممثل الدولة

الدكتور أحمد بن سالم المنظري
مدير عام مستشفى جامعة السلطان قابوس
عُمان

المناب

السيد عيسى بن عبد الله العلوي
مدير مكتب معالي الوزير
وزارة الصحة
مسقط

المستشارون

الدكتور أحمد بن محمد القاسمي
مدير عام التخطيط
وزارة الصحة
مسقط

الدكتورة فاطمة بنت محمد العجمية
المديرة العامة للخدمات الصحية لمحافظة مسقط
وزارة الصحة
مسقط

السيدة ميمونة بنت سلطان التوبية
رئيسة قسم شؤون التمريض بالمديرية العامة للخدمات الصحية
الداخلية

الدكتور إدريس بن صالح العبيداني
القائم بأعمال مدير دائرة مراقبة ومكافحة الأمراض المعدية
وزارة الصحة
مسقط

باكستان

معالي البيغوم شهناز وزير علي
المساعدة الخاصة لرئيس الوزراء
حكومة باكستان
إسلام آباد

مثل الدولة

الدكتور غلام أصغر عباسي
رئيس (الصحة)
شعبة التخطيط والتطوير
حكومة باكستان
إسلام آباد

المناب

فلسطين

معالي الدكتور هاني عابدين
وزير الصحة
السلطة الوطنية الفلسطينية
رام الله

مثل الدولة

الدكتور عنان المصري
وكيل وزارة الصحة
وزارة الصحة
السلطة الوطنية الفلسطينية
رام الله

المناب

الدكتور أسعد رملوي
المدير العام للرعاية الصحية الأولية والصحة العامة
وزارة الصحة
السلطة الوطنية الفلسطينية
نابلس

المستشار

قطر

معالي السيد عبد الله بن خالد القحطاني
وزير الصحة العامة
الأمين العام،
المجلس الأعلى للصحة
الدوحة

ممثل الدولة

الدكتور صالح علي المرّي
مساعد الأمين العام للشؤون الطبية
المجلس الأعلى للصحة
الدوحة

المناب

الدكتور محمد بن حمد آل ثاني
مدير إدارة الصحة العامة
المجلس الأعلى للصحة
الدوحة

المستشارون

السيد عبد اللطيف علي العبد الله
مدير إدارة العلاقات الصحية الدولية
المجلس الأعلى للصحة
الدوحة

السيد عبد الله محمد الشيب
رئيس قسم شؤون المرضى. بمكتب معالي وزير الصحة العامة
المجلس الأعلى للصحة
الدوحة

المملكة العربية السعودية

معالي الدكتور عبد الله بن عبد العزيز الربيعة
وزير الصحة
وزارة الصحة
الرياض

ممثل الدولة

الدكتور زياد ميمش
وكيل الوزارة للصحة العامة
وزارة الصحة
الرياض

المناوب

الدكتور محمد زمخشري
وكيل الوزارة المساعد للتخطيط والتدريب
وزارة الصحة
الرياض

المستشارون

الدكتورة عفاف الشمري
المشرفة العامة على الإدارة العامة للعلاقات الدولية
وزارة الصحة
الرياض

الدكتور محمد بن يحيى صعيدي
مدير عام إدارة الأمراض غير السارية
وزارة الصحة
الرياض

الدكتورة سناء فلمبان
المديرة العامة لبرنامج الإيدز
والمشرفة على قسم المناعة
وزارة الصحة
الرياض

السيد سلطان بن منصور العساف
سكرتير معالي الوزير
وزارة الصحة
الرياض

الصومال

السيد الدكتور دؤلي آدم محمد
مدير عام
وزارة الصحة والخدمات الإنسانية
مقديشو

ممثل الدولة

الدكتور حسين محمود محمد
وزارة الصحة
مقديشو

المناوب

الدكتور محمد حوسي دؤلي
وكيل وزارة الصحة
وزارة الصحة
بونتالاند

المستشاران

الدكتور عبدي عوض إبراهيم
كبير المستشارين
وزارة الصحة
مقديشو

جنوب السودان

الدكتور ياتا لوري لوغور
وكيل الوزارة
وزارة الصحة
جوبا

ممثل الدولة

الدكتور لول ريك
مدير التخطيط والتنسيق الخارجي
وزارة الصحة
جوبا

المناوب

السودان

معالي السيد بحر إدريس أبو قردة
وزير الصحة الاتحادي
وزارة الصحة الاتحادية
الخرطوم

ممثل الدولة

الدكتور محمد علي يحيى العباسي
المدير العام
للإدارة العامة للصحة الدولية والتخطيط
وزارة الصحة الاتحادية
الخرطوم

المناوب

الدكتور طلال الفاضل مهدي الطاهر
المدير العام
للإدارة العامة للرعاية الصحية الأساسية
وزارة الصحة الاتحادية
الخرطوم

المستشارون

الدكتور عبد الله سعيد أحمد
مستشار معالي الوزير
وزارة الصحة الاتحادية
الخرطوم

السيد محمد عوض السيد محمد سماني
وزارة الصحة الاتحادية
الخرطوم

الجمهورية العربية السورية

(لم يحضر أحد)

ممثل الدولة

تونس

معالي الدكتور عبد اللطيف مكي
وزير الصحة
وزارة الصحة
تونس

ممثل الدولة

الدكتور هشام عبد السلام
المدير العام للتعاون الفني
وزارة الصحة
تونس

المناوب

الدكتور رضا بن عباس
المسؤول عن الشؤون الحكومية
وزارة الصحة
تونس

المستشاران

الدكتور كمال ناسور
مساعد مدير إدارة الرعاية الصحية الأولية
وزارة الصحة
تونس

الإمارات العربية المتحدة

معالي السيد عبد الرحمن بن محمد العويس
وزير الصحة بالإنابة
ووزير الثقافة والشباب وتنمية المجتمع
أبوظبي

ممثل الدولة

الدكتور محمود فكري
المدير التنفيذي لشؤون السياسات الصحية
وزارة الصحة
أبوظبي

المناوب

المستشارون

السيد ناصر خليفة البدور
المستشار ومدير مكتب معالي وزير الصحة
ومدير مكتب العلاقات الخارجية والمنظمات الدولية
وزارة الصحة
أبوظبي

الدكتورة علياء الكعبي
مستشارة طب الأسرة
وزارة الصحة
أبوظبي

السيد خالد الشحي
الملحق الطبي
سفارة الإمارات العربية المتحدة
القاهرة

الجمهورية اليمنية

معالي الدكتور أحمد قاسم العنسي
وزير الصحة العامة والسكان
وزارة الصحة العامة والسكان
صنعاء

ممثل الدولة

الدكتور ماجد يحيى الجنيد
وكيل الوزارة للرعاية الصحية الأولية
وزارة الصحة العامة والسكان
صنعاء

المناب

السيد هاني الأصبحي
ملحق دبلوماسي
سفارة الجمهورية اليمنية
القاهرة

المستشاران

السيدة سلوى عبد الله السماوي
عضو الوفد الدائم
المندوبية الدائمة للجمهورية اليمنية
لدى جامعة الدول العربية
القاهرة

2. المراقبون
(المراقبون من الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية
من خارج إقليم شرق المتوسط)

تركيا

الدكتور فاروق كوجاك

نائب وكيل وزير الصحة
وزارة الصحة
أنقرة

السيد يوسف إرماك

المديرية العامة للاتحاد الأوروبي والعلاقات الخارجية
وزارة الصحة
أنقرة

الدكتور حقي غورسوز

نائب رئيس الوكالة التركية للأدوية
والأجهزة الطبية
وزارة الصحة
أنقرة

الدكتور نور الله زنجين

نائب رئيس الوكالة التركية للأدوية
والأجهزة الطبية
وزارة الصحة
أنقرة

الدكتور سيراب ملجوك

رئيس وحدة نظام تتبُّع الأدوية
وزارة الصحة
أنقرة

السيد حسين إربن

السكرتير الثالث
سفارة تركيا
القاهرة

(المراقبون الممثلون لمنظمات الأمم المتحدة)

منظمة الأمم المتحدة للطفولة «اليونيسف»

الدكتورة ماهندرا شاث
المستشارة الإقليمية للصحة
منظمة الأمم المتحدة للطفولة «اليونيسف»
المكتب الإقليمي للشرق الأوسط وشمال أفريقيا
عمّان

السيد جوناثان وايس
الشؤون المالية الابتكارية
شعبة الإمدادات
منظمة الأمم المتحدة للطفولة «اليونيسف»
كوبنهاجن

السيد فيليب كالباكسيس
مركز اللقاحات
شعبة الإمدادات
منظمة الأمم المتحدة للطفولة «اليونيسف»
كوبنهاجن

وكالة الأمم المتحدة لإغاثة وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين في الشرق الأدنى، (أونروا)

الدكتور أكيهيرو سيتا
الممثل الخاص لمنظمة الصحة العالمية، ومدير إدارة الصحة
فرع المقر الرئيسي لوكالة الأمم المتحدة لإغاثة وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين، أونروا
عمّان

صندوق الأمم المتحدة للسكان

الدكتور حافظ شقير
المدير الإقليمي
المكتب الإقليمي للدول العربية
لصندوق الأمم المتحدة للسكان
القاهرة

برنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الإيدز

الدكتورة هادية بلحاج
مديرة تنسيق شؤون مكاتب الاتصال
برنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الإيدز
جنيف

الدكتور الطيب الأمين
مستشار إقليمي للبرنامج
برنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الإيدز
القاهرة

الدكتور على فيزادة
مستشار إقليمي للبرنامج
برنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الإيدز
القاهرة

الصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا

السيد جوزيف سيروتوك
المدير الإقليمي
للشرق الأوسط وشمال أفريقيا
الصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا
جنيف

السيد ليليو مارمورا
رئيس إدارة
أفريقيا والشرق الأوسط
الصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا
جنيف

السيدة ماريون هافمان - غليسنر
مديرة حوافظ الصندوق
للشرق الأوسط وشمال أفريقيا
الصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا
جنيف

السيدة شوشو تيكلي هايمانوت
مسؤولة الحوكمة
الصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا
جنيف

السيدة كريمة جوادي
مديرة حوافض الصندوق - الشرق الأوسط وشمال أفريقيا
الصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا
جنيف

التحالف العالمي من أجل اللقاحات والتطعيم

السيدة نينا شوالي
المديرة الإدارية لإدارة السياسات والأداء
التحالف العالمي من أجل اللقاحات والتطعيم
جنيف

الدكتورة هند خطيب عثمان
المديرة الإدارية
البرامج القطرية
التحالف العالمي من أجل اللقاحات والتطعيم
جنيف

الدكتور ستيفن سوسلر
رئيس الفريق القطري
الدعم القطري/البرامج القطرية
التحالف العالمي من أجل اللقاحات والتطعيم
جنيف

مركز بحوث التنمية الدولية

الدكتور أبودو ك. أدجيادي
المدير الإقليمي
مركز بحوث التنمية الدولية
المكتب الإقليمي للشرق الأوسط وشمال أفريقيا
القاهرة

(المراقبون الممثلون للمنظمات الدولية الحكومية وغير الحكومية والوطنية)

جامعة الدول العربية

السيدة الدكتورة فائقة الصالح
القائمة بأعمال الأمين العام المساعد للشؤون الاجتماعية
رئيسة قطاع الشؤون الاجتماعية
جامعة الدول العربية
القاهرة

السيدة ليلي فهمي نجم
الوزيرة المفوضة
مديرة إدارة الصحة والمساعدات الإنسانية
جامعة الدول العربية
القاهرة

السيد حاتم الروبي
عضو الأمانة الفنية لمجلس وزراء الصحة العرب
جامعة الدول العربية
القاهرة

مجلس وزراء الصحة لدول مجلس التعاون

الدكتور توفيق أحمد بن خوجة
المدير العام للمكتب التنفيذي
مجلس وزراء الصحة لدول مجلس التعاون الخليجي
الرياض

مركز تعريب العلوم الصحية (أكمل)

الدكتور عبد الرحمن عبد الله العوضي
الأمين العام
مركز تعريب العلوم الصحية
الكويت

الدكتور يعقوب أحمد الشراح
الأمين العام المساعد
مركز تعريب العلوم الصحية
الكويت

اتحاد الأطباء العرب

الأستاذ الدكتور هشام عيسى
رئيس قسم الإغاثة والطوارئ
اتحاد الأطباء العرب
القاهرة

السيد الدكتور أشرف بركات
مدير قطاع التدريب والتنمية المهنية الصحية
اتحاد الأطباء العرب
القاهرة

منظمة العمل العربية

سعادة السيد أحمد محمد لقمان
الوزير المفوض
المدير العام لمنظمة العمل العربية
القاهرة

السيد المستشار محمد عبد الله ولد إبيدش
مدير إدارة العلاقات الخارجية والتعاون الدولي
منظمة العمل العربية
القاهرة

الشركة العربية للصناعات الدوائية والأجهزة الطبية (أكديما)

الأستاذ الدكتور مختار حامد شهاب الدين
المدير العام
الشركة العربية للصناعات الدوائية والأجهزة الطبية
عمّان

الاتحاد العربي للمنظمات غير الحكومية للوقاية من الإدمان

الدكتور أحمد جمال ماضي أبو العزائم
رئيس الاتحاد العربي للمنظمات غير الحكومية
للوفاية من الإدمان
القاهرة

المنظمة العربية للمعوقين

السيدة جهدة أبو خليل
المديرة العامة
المنظمة العربية للمعوقين
بيروت

الجمعية العربية لخدمة المناطق المضارة بالألغام

اللواء مجدي دياب
رئيس الجمعية العربية
لخدمة المناطق المضارة بالألغام
القاهرة

مجموعة بنك التنمية الأفريقي

الدكتور فينغ زاو
مدير القسم الصحي
مجموعة بنك التنمية الأفريقي
تونس

المنظمة الدولية لمكافحة مرض الزهايمر

الأستاذة الدكتورة ياسمين راشد
المنظمة الدولية لمكافحة مرض الزهايمر
لاهور

الاتحاد الدولي للسكري

الدكتورة أميرة طهيو
مسؤولة صحية أولى بوزارة الصحة والسكان
وعضو الاتحاد الدولي للسكري
الإسكندرية

التحالف الدولي لمنظمات المرضى

الدكتور سيد حسين جعفري
مجلس محافظي التحالف الدولي لمنظمات المرضى
لاهور

منظمة الروتاري الدولية

الدكتور أحمد كامل غبريال
رئيس لجنة الروتاري الوطنية لمكافحة شلل الأطفال
القاهرة

الاتحاد الدولي لرابطات طلاب الطب

السيد خالد الحمداني
الاتحاد الدولي لرابطات طلاب الطب
مسقط

الوكالة الدولية للوقاية من العمى

الدكتور عبد العزيز الراجحي
الرئيس المشارك للوكالة الدولية للوقاية من العمى
في إقليم شرق المتوسط
الرياض

الرابطة الدولية للطبيبات

الأستاذة الدكتورة شفيقة ناصر
المنسقة الوطنية
للرابطة الدولية للطبيبات
القاهرة

الاتحاد الدولي لعلوم التغذية

الأستاذ الدكتور إبراهيم المدفع
رئيس الاتحاد الدولي لعلوم التغذية
فيينا

المنظمة الإسلامية للتربية والعلوم والثقافة (الإيسيسكو)

الأستاذ الدكتور صلاح الدين الجعفرأوي
خبير متعاون
المنظمة الإسلامية للتربية والعلوم والثقافة (الإيسيسكو)
الرباط

السيدة هناء محمد طه جاد الله
سكرتيرة بمكتب منظمة الإيسيسكو
المنظمة الإسلامية للتربية والعلوم والثقافة (الإيسيسكو)
الرباط

المجلس الدولي لمكافحة اضطرابات عَوَز اليود

الدكتور عز الدين شريف حسين
المنسق الإقليمي للخليج، وشمال إفريقيا، وحوض المتوسط
المجلس الدولي لمكافحة اضطرابات عَوَز اليود
الخوير/عمان

الاتحاد الدولي للمؤسسات المنتجة للمستحضرات الدوائية

السيدة ميشيل دومينغو ليشر
مديرة شؤون السياسة العامة
الاتحاد الدولي للمؤسسات
المنتجة للمستحضرات الدوائية
جنيف

تحالف الاتفاقية الإطارية بشأن مكافحة التبغ

الدكتور هاني الجهامي
تحالف الاتفاقية الإطارية بشأن مكافحة التبغ

الأمانة العامة للمنظمة العربية للهلال الأحمر والصليب الأحمر

الدكتور عبد الله بن محمد الهزاع
الأمين العام
المنظمة العربية للهلال الأحمر والصليب الأحمر
الرياض

الاتحاد الدولي لمكافحة السرطان

الأستاذ الدكتور شريف عمر
الاتحاد الدولي لمكافحة السرطان
القاهرة

الاتحاد العالمي لجمعيات الصحة العمومية

السيدة ليلي يوسف الجسمي
المدير التنفيذي لقطاع السياسات والاستراتيجيات الصحي
هيئة الصحة، حكومة دبي
دبي

السيد إبراهيم عز الدين
استشاري، رئيس وحدة التخطيط
هيئة الصحة، حكومة دبي
دبي

الاتحاد الخليجي لمكافحة السرطان

الدكتور خالد أحمد الصالح
الأمين العام
الاتحاد الخليجي لمكافحة السرطان
الكويت

الصندوق السعودي للتنمية

السيد ناصر بن كريدي السبيعي
الصندوق السعودي للتنمية
الرياض

ش م/ل إ 14/59-ع
الصفحة 96

السيد مسفر فوزان المسفر
أخصائي بحوث
الصندوق السعودي للتنمية
الرياض

المرفق 3

كلمة

الدكتور علاء الدين العلوان
المدير الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية
لإقليم شرق المتوسط

إلى

الدورة التاسعة والخمسين للجنة الإقليمية لشرق المتوسط

القاهرة، 1-4 تشرين الأول/أكتوبر 2012

أصحاب المعالي والسعادة، المديرية العامة، أيها السيدات والسادة،

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته، أكرّر ترحيبي بكم. وبعد، فسوف أركّز على التحدّيات الراهنة في الإقليم، واستراتيجيتي لمواجهتها على مدى السنوات الخمس المقبلة، وأحيطكم علماً بالخطوات التي تم اتخاذها منذ أن توليت مهام منسبي في شباط/فبراير من هذا العام.

ولكن دعوني أولاً أبدأ بالتعبير عن أسمى آيات التقدير والعرفان، بالأصالة عن نفسي ونيابةً عن جميع العاملين بالمكتب الإقليمي، لمعالي الدكتور حسين عبد الرزاق الجزائري، للجهود الرائدة التي بذلها على مدى سنوات طويلة حفلت بالعمل المتواصل والإنجازات والتفاني.

لقد شهدنا منذ أوائل عام 2011، حركة التغيير الهائلة في الإقليم. ويدرك العديد من البلدان أن الأسباب الجذرية للسخط وعدم الرضا تكمن في عدم المساواة الاجتماعية. ولطالما أعربت منظمة الصحة العالمية عن قلقها من تأثير عدم المساواة على صحة الناس. وتم تسليط الضوء على الفقر، وقلة فرص الحصول على التعليم، وعلى العمل، ونقص الحماية الاجتماعية الشاملة ضد المصاعب الناجمة عن المرض، بوصفها محددات رئيسية للصحة. لذلك ولكي نتصدى للتحديات التي تواجه القطاع الصحي في بلدان الإقليم، يتعين علينا، بوصفنا قادة في القطاع الصحي، العمل بشكل وثيق مع القطاعات الأخرى، من أجل النهوض بقضية صحة السكان والتنمية المستدامة في الإقليم. وإني إذ أهدّد التحدّيات التي أمامنا، ورؤيتي الاستراتيجية للتصدي لها، أثق بأنكم تدركون مدى أهمية هذه القضايا بالنسبة للتنمية الصحية والاجتماعية في كل بلدان الإقليم دون أي استثناء.

ومن أهم ما يواجهنا من التحديات، التحدّي المتعلق بصحة الأمومة والطفولة، والصحة الإنجابية، والتغذية. فمن المعروف أن الأمهات والأطفال، في أي بلد في العالم، هم من بين أكثر فئات السكان ضعفاً، وهذا هو السبب في اشتغال المرامي الإنمائية للألفية على الأهداف الخاصة بخفض وفيات الأمومة والطفولة، التي تسري على جميع البلدان بدون استثناء. ولئن تم إحراز بعض التقدّم في هذا المجال، إلا أن هناك بلداناً عديدة في إقليمنا، لاتزال معدلات وفيات الأمومة والطفولة فيها من أعلى المعدلات في العالم.

إن لدينا رؤية واضحة لكيفية التصدي لهذا الوضع الخطير، ولدينا تدخلات قائمة على البيّنات قادرة على مكافحة أسباب هذه الوفيات، إذا تم تنفيذها في ظل نظام فعّال للرعاية الصحية الأساسية. لذلك سوف نركز خلال السنوات الخمس القادمة على العمل مع البلدان ذات العبء الأكبر لوفيات الأطفال والأمهات. وسوف نعمل في القطاع الصحي على الأخذ بنهج يقوم على الرعاية الصحية الأولية، ويُعنى بالصحة في جميع مراحل الحياة. وسوف نكتف جهود العمل مع الشركاء. هذا، ويعتزم المكتب الإقليمي عقد اجتماع رفيع المستوى في كانون الثاني/يناير عام 2013، يضم الدول الأعضاء، والشركاء، والمناخين، من أجل رفع الالتزام والإرادة السياسية وتعزيز الدعم المقدم للبلدان التي ينوء بها عبء ثقيل من وفيات الأمومة والطفولة.

والتحدّي الثاني الذي نواجهه هو الأمراض غير السارية، المتمثلة في أمراض القلب والأوعية الدموية والسكري والسرطان والأمراض الرئوية المزمنة، التي هي الآن السبب الرئيسي للوفيات في الإقليم ككل، إذ تتسبب في أكثر من 70% من الوفيات في بعض بلدان الإقليم، مع حدوث جزء كبير من هذه الوفيات في أكثر مراحل العمر إنتاجية. وهذا العبء من الأمراض يرهق كثيراً النظم الصحية الوطنية، ويؤثر، فوق ذلك، بالسلب على التنمية الاجتماعية والاقتصادية، ويوقع بالكثير من المصابين وأسرههم في براثن الفقر.

والحق، أن ما نقوم به في هذا الإقليم من عمل في هذا الشأن لا يكفي. إذ إن التدابير الأساسية التي نطلق عليها "أفضل الخيارات"، للوقاية من هذه الأمراض المزمنة، لا تُتخذ بالسرعة الكافية، أو بالقدر الكافي من الالتزام. ولنأخذ مثلاً، تعاطي التبغ، وهو عامل رئيسي من عوامل خطر الإصابة بالأمراض القلبية الوعائية والسرطان. فأسعاره لاتزال منخفضة جداً في بلدان الإقليم. ولم تُطبّق التغييرات الضرورية الموصى بها سوى قلة من البلدان. كما أن استخدام التحذيرات المصورة على عبوات التبغ يمضي ببطء شديد، إذ أن نحو نصف بلدان الإقليم فقط هي التي اتخذت إجراءات في هذا الصدد. ولا وجود لحظر شامل على التدخين في الأماكن العامة سوى في عدد قليل من بلدان الإقليم. وهذه جميعها تدابير يفترض أن تلتزم بها بلدان الإقليم التي وقّعت الاتفاقية الإطارية بشأن مكافحة التبغ. وأوّد في هذا الصدد أن أشير إلى أن الإقليم يعتمد اعتماداً مفرطاً على المناخين الدوليين في دعم مكافحة التبغ، على حين ينبغي الاعتماد أساساً على ميزانيات دول الإقليم أو المناخين الإقليميين. وكما تبيّن للعديد من البلدان في شتى أنحاء العالم، فإن الإجراءات المتخذة محلياً، والنابعة من الداخل، هي أكثر استدامة وفعالية.

إن الإعلان السياسي للأمم المتحدة المعني بالوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها، الذي اعتمده رؤساء الدول والحكومات في أيلول/سبتمبر عام 2011، قد وضع رؤية واضحة، وخارطة طريق محددة للعمل على كل البلدان أتباعها. وإني ملتزم، في الأعوام الخمسة المقبلة، بإحداث تغيير شامل في كيفية تعامل المنظمة مع الأوضاع في بلدان الإقليم، بحيث يؤخذ العبء المتزايد للأمراض غير السارية مأخذ الجد.

أيها السيدات والسادة،

إن التحدي الثالث الذي يواجهنا هو البرنامج غير المُنتجّر لمكافحة الأمراض السارية. فالتطعيم لابد أن يبقى في صدارة جدول أعمالنا لمكافحة هذه الأمراض. فعلى الرغم من أن معدلات التطعيم المبلغة تزيد على 90% بالنسبة للدفتيريا، والسعال الديكي، والتتانوس، في 16 بلداً، وتزيد على 95%، بالنسبة للحصبة في 14 بلداً، فقد فات ما لا

يقول عن مليوني طفل في الإقليم التطعيم الأساسي لأي من هذه الأمراض في عام 2011. ولم يتم التخلص من الحصبة وتتانوس الأم والوليد. وهذه أمور جديدة بالاهتمام في كل بلدان الإقليم، ولا ينبغي أن نسمح باستمرارها.

وفيما يتعلق ببرنامج استئصال شلل الأطفال فقد حققنا تقدماً مشجعاً في البلدين المتبقين، أفغانستان وباكستان، منذ تشرين الثاني/نوفمبر من العام الماضي. وهنا أودُّ أن أرحّب بمعالى البيغوم شهناز وزير على، التي هي معنا اليوم، مشيداً بجهودها الرائدة في قيادة الكفاح ضد شلل الأطفال في باكستان. فقد انخفض عدد الحالات الجديدة، وجددت الحكومتان التزامهما بهذا الهدف. ففي أفغانستان، تحسن الوضع الأمني بعض الشيء في الجنوب، مما مكّن من الوصول إلى المزيد من الأطفال. غير أنه، كما أشارت المديرية العامة، فإن هناك مشكلات ميدانية خطيرة يتعيّن تذليلها، ولاسيّما فيما يتعلق بإدارة البرامج والمساءلة.

وفي باكستان، لاتزال الشواغل الأمنية قائمة، وبخاصة في كراتشي والمناطق القبليّة التي تديرها الحكومة الاتحادية. ولهذه الشواغل تداعياتها الخطيرة على الوصول إلى الأطفال وعلى تنفيذ البرامج. وهناك حالياً باعث رئيسي للقلق، يتعيّن على الإقليم كله أن يجذره، وهو المعلومات المضللة، والدعاية التي تطلقها الجماعات المتطرفة بشأن التطعيم ضد شلل الأطفال في باكستان، بما يخدم أجنداتها الخاصة. فقد أسفر ذلك عن حظر محلي للتطعيم في وزيرستان. وهنا، ينبغي أن أوكد ضرورة تقديم دعم أكبر من جميع أنحاء الإقليم، من أجل مكافحة شلل الأطفال، والتطعيم، بشكل عام، من شأنه أن يساعد على مكافحة هذه الظاهرة المقلقة. وأعني بدعم أكبر، دعماً سياسياً رفيع المستوى، والتوعية من جانب كبار علماء الدين وأعضاء المجتمع المدني، ممن يحظون بالاحترام، بالإضافة إلى الدعم المالي. علينا جميعاً أن نستنكر بأعلى صوت المعلومات المضللة وأن نعمل على تفنيدها.

دعوني أنتقل إلى موضوع آخر يبعث على القلق، وهو عدوى فيروس الإيدز. فمع أن مستوى وبائية هذا الفيروس في إقليمنا لايزال منخفضاً إلى الآن، فلا يجب أن نركن لإحساس زائف بالأمان. فالحقيقة أن معدّل زيادة وقوعات العدوى بهذا الفيروس في الإقليم هو من بين أسرع المعدّلات في العالم، على حين أن معدّل التغطية العلاجية للمتعايشين مع عدوى هذا الفيروس هو أدنى المعدّلات في العالم. ومن الأهمية بنفس القدر، ملاحظة أن الإقليم لا يعطي الاهتمام الكافي للوقاية من عدوى فيروس الإيدز بين الفئات السكانية الرئيسية المعرضة لخطر متزايد للإصابة به.

ولأبّد أن تظل الأمراض السارية من الأولويات التي تقوم على أساس احتياجات كل بلد على حدة. وسوف أركز في عمل الإقليم على بلوغ المرامي الإنمائية للألفية ذات الصلة بهذه الأمراض، وعلى تعزيز القدرة على الوقاية من الأمراض السارية ومكافحتها. ويتعيّن على كل بلدان الإقليم تعزيز قدراتها على ترصد الأمراض السارية، وقدراتها على تطبيق اللوائح الصحية الدولية لعام 2005.

وكما تعلمون، فإن اللوائح الصحية الدولية أداة أساسية لضمان استعداد البلدان والعالم لمجابهة أحداث الصحة العمومية ذات الأهمية الدولية. وهذه اللوائح ملزمة وتمثل التزاماً قانونياً قوياً، يمكن وزراء الصحة من قيادة عملية الاستعداد للأحداث المهمّة والتصدي لها. وسوف نناقش تطبيق هذه اللوائح ضمن جدول أعمالنا. وإني أشجّع كلاً من المنظمة والبلدان على الاستفادة من هذه الأداة القوية للتحقق من دور القطاع الصحي ومسؤولياته في هذا المجال.

واسمحوا لي بأن استرعي انتباهكم إلى تطوّر جديد يُذكرنا بمدى فائدة تبادل المعلومات بين الدول الأعضاء ومنظمة الصحة العالمية في إطار اللوائح الصحية. فكما تعلمون جميعاً، فقد اكتُشف فيروس تاجي coronavirus جديد في حالتين بشريّتين في هذا الإقليم؛ وهذا الفيروس هو سلالة جديدة لم تُشاهد من قبل في فصيلة الفيروسات التاجية. ومنذ إبلاغ المنظمة بهذه المعلومة، بموجب اللوائح الصحية الدولية والمنظمة على اتصال دائم بجميع دولنا الأعضاء. ومن المطمئن أنه لا يوجد دليل في هذه المرحلة على وقوع أي حالة أخرى مصابة بهذا الفيروس في أي مكان. ولا توجد دلائل على انتقال عدوى الفيروس من إنسان إلى آخر. ولقد قُمنّا بالفعل بتنبيه ضباط الاتصال الوطنيّين المعنيّين باللوائح الصحية إلى هذا الحدث. ومازلنا نجمع المزيد من المعلومات لتحديد مصدر الفيروس وتقييم أهميته بالنسبة للصحة العمومية وتأثيره المرجح على الصحة العالمية. وفي غضون ذلك، نوّد أن نشجع جميع دولنا الأعضاء على أن تُبقي المكتب الإقليمي على علم باستمرار بأي زيادة غير عادية في حالات دخول المستشفى بسبب أعراض تنفسية حادة. ويتوجّب عليّ أن أوكد أن يقظتنا، وشفافيتنا، وثقتنا بعضنا في بعض، والتزامنا كذلك باللوائح الصحية الدولية ضروريّة لمواجهة أي تهديد جديد للصحة العمومية.

أيها السيدات والسادة،

التحدّي الرابع هو الاستعداد للطوارئ والتصدي لها. فعلى الرغم من عدد الطوارئ والأزمات قد تزايد في الإقليم في السنوات الأخيرة، فلا يزال مستوى الاستعداد للطوارئ منخفضاً نسبياً، وبخاصة فيما يتعلق بالقطاع الصحي. فلم يُقْم بتريسيخ برامج الاستعداد للطوارئ والتصدي لها سوى ثلث بلدان الإقليم. وفي هذا السياق، دعوني أتحدث بصراحة، فإننا بالرغم من أهمية الاستعداد للطوارئ، لا نقوم بشكل عام، بجهد كاف للتصدي لما يقاسيه السكان من معاناة هائلة وحالة صحية متدهورة في العديد من بلدان الإقليم التي تعاني من الطوارئ. وفي الشهور والسنوات المقبلة، سوف أدفع ببرامج المنظمة نحو التركيز على دعم البلدان في تعزيز قدرة نظمها الصحية على الصمود للطوارئ، والتصدي لها بفعالية. ويعني هذا على وجه الخصوص دعم تطوير السياسات والتشريعات، وتنفيذ إطار التصدي للطوارئ، والتقيّد بالبروتوكولات المشتركة بين الوكالات في حالة حدوث طوارئ واسعة النطاق.

وهنا لأبدي لي أن أشير إلى الوضع في الجمهورية العربية السورية الذي يبعث على قلق بالغ، حيث بات الحصول على الرعاية الصحية الأساسية لمئات الألوف من المشرّدين يمثل الفرق بين الحياة والموت. فأكثر من 160 مركزاً من مراكز الرعاية الصحية الأولية قد أُعطبت وأصبح ما يزيد على 40% منها خارج الخدمة، كما أصاب الدمار ثلثي 88 مستشفى. ورغم الجهود التي تبذلها المنظمة وشركاؤها لدعم النظام الصحي، بما في ذلك زيادة الخبراء والعاملين في المكتب الإقليمي، فقد حالت ظروف الحرب بيننا وبين اتخاذ تدابير الإغاثة اللازمة. ونحن في المنظمة والشركاء الآخرون على استعداد لمضاعفة الجهود لإغاثة المتضررين، ومنهم النازحون واللاجئون فضلاً عن المواطنين، فور أن تسمح لنا الظروف بذلك.

ونأتي أخيراً إلى التحدي الخامس، المتعلق بالنظام الصحي نفسه، ولعله التحدي الرئيسي الذي تواجهه جميع الدول الأعضاء في الإقليم. وتجدر في الوثيقة الخاصة بهذا البند من بنود جدول الأعمال تحليلاً شاملاً للوضع الصحي في بلدان الإقليم، وتشخيصاً للعديد من التحديات المتعلقة بالنظام الصحي في جميع البلدان، بصرف النظر عن دخلها أو عن الوضع التنموي فيها.

وقد وضعنا تصورات المكتب الإقليمي للأولويات التي ينبغي اعتمادها من قِبَل الدول والمنظمة للتصدّي للتحديات، والدعم الفني الذي يتعيّن على المنظمة تقديمه إلى الدول الأعضاء. وإني أتطلّع إلى مناقشات جوهرية في هذا الموضوع لتمكين الإقليم من المضيّ قُدماً وفقاً لمجموعة الأولويات والإجراءات الاستراتيجية الرامية إلى تعزيز النُظْم الصحية. وسنعمل، على مدى الأعوام الخمسة المقبلة، مع الدول الأعضاء على تحديد القضايا المتعلقة بالنظام الصحي، والخاصة بكل بلد على حدة، ومعالجتها بناء على احتياجات وظروف كل بلد على حدة.

أيها السيدات والسادة،

تلك إذن التحديات التي تمثل المجالات ذات الأولوية لعمَلنا في السنوات الخمس المقبلة، والتي يمكننا، بل يتعيّن علينا، أن نحرز تقدماً فيها خلال تلك السنوات الخمس. لقد سعيت، خلال الأسابيع التي تلت وصولي، إلى استطلاع آراء الدول الأعضاء، والخبراء والمزلاء، في ما يختص بالأولويات وكيف يمكننا، معاً، التعاطي معها. وقد أطلعكم، معالي الوزراء، في أيار/مايو، على المجالات التي ستركز عليها المنظمة لتعزيز دعمها للدول الأعضاء في الإقليم والخطوات التي اتخذتها لإعادة تنظيم هيكل المكتب الإقليمي وترتيب الأولويات بما يتماشى مع التوجّهات الجديدة لإصلاح المنظمة.

وأودُّ بهذا الصدد أن أتوجّه بجزيل الشكر إلى العديد منكم الذين أبرزوا الثغرات التي يتعين علينا التصدّي لها في عمَلنا. أما في مجمل إدارة المكتب الإقليمي فقد قمنا بدراسة الوضع الحالي بما في ذلك تقارير المفتشين ومراجعي الحسابات ومضينا في اعتماد توجه يُعالج الثغرات ويعتمد على الشفافية والتقييم والمساءلة. وسأعمل على إيجاد سُبُل لتعزيز قدراتنا الفنية داخل المنظمة، بما في ذلك قدرتنا على حشد الموارد، وتقديم الدعم الفني للبلدان. ويشمل ذلك ضمان جودة الخبراء الاستشاريين الذين نستعين بهم، وجودة الشبكات التي نقيمها.

أيها السيدات والسادة،

ثمّة موضوع آخر أودُّ التطرق إليه في عجلة، وهو أهمية تنسيق العمل المشترك بين قطاعي الصحة والسياسة الخارجية والتعاون الدولي. وقد بادّر مكتبنا الإقليمي إلى اعتبار الدبلوماسية الصحية إطاراً منهجياً يجري من خلاله تعزيز الشراكات ذات الأطراف المعنية المتعددة، والتفاوض حول السياسات المتعلقة بمجالات العمل الخمسة. وأثّق أن الدبلوماسية الصحية التي تُعنى بالتنسيق بين قطاعي الصحة والشؤون الخارجية، هي أداة يمكن أن تعزّز قدرات بلدان الإقليم ومشاركتها في صنع القرارات العالمية المتعلقة بالصحة وسائر مجالات الصحة الدولية التي تؤثر على التنمية الصحية في بلداننا. ولذلك فقد بادرنا بتنظيم حلقة عمل ناجحة مع وزارات الصحة والخارجية وممثليات الدول الأعضاء لدى الأمم المتحدة في شهر أيار/مايو. ونعمل على التنسيق على نطاق أوسع معها ومع جامعة الدول العربية والمنظمات الإقليمية المماثلة.

وفي الوقت ذاته، فإنني على يقين من أنكم تدركون أن الطريق الذي نسلكه ليس طريقاً ذا اتجاه واحد. فلكي نحرز تقدماً في المجالات الاستراتيجية الخمسة السالفة الذكر، فإن على الدول الأعضاء أيضاً الالتزام بالعمل، بتنسيق أوثق وتعاون أوسع نطاقاً على الصعيد الداخلي، مع جميع الشركاء المعنيين؛ وتنفيذ الالتزامات والاتفاقات الدولية، ولاسيما الاتفاقية الإطارية بشأن مكافحة التبغ، واللوائح الصحية الدولية لعام 2005؛ وتعزيز مشاركة القطاعات الأخرى غير القطاع الصحي؛ وتحسين عملية حشد الموارد من قِبَل الحكومات والمانحين من داخل الإقليم لدعم

أهداف التنمية الصحية في الإقليم وخاصةً في الدول منخفضة الدخل. وهذا هدف آخر نسعى إلى تعزيزه في عمل المنظمة.

وأخيراً وليس آخراً، أوْدُ أن أوْكد أنه يمكن للدول الأعضاء، بل وينبغي لها، أن تستثمر أيضاً في تعزيز القدرة الفنية للمنظمة. وأنتم، كدول أعضاء، لكم مصلحة ثابتة في أن تكون منظمة الصحة العالمية قوية. وأوْدُ أن أشجعكم، حضرات وزراء الصحة الموقرين، على التفاعل مع مكتبكم الإقليمي، وتقديم وجهات نظركم حول التحديات التي تواجهنا وما تقترحونه من إجراءات بشأنها. إن مهمتنا هنا هي دعمكم. وإني أتطلع إلى فترة أمل أن نتمكن فيها من تعزيز التضامن والتعاون من أجل الصحة في الإقليم. فمعاً يمكننا تشكيل مستقبل الصحة في إقليم شرق المتوسط.

"فَأَمَّا الزَّبَدُ فَيَذْهَبُ جُفَاءً، وَأَمَّا مَا يَنْفَعُ النَّاسَ فَيَمْكُثُ فِي الْأَرْضِ"

المرفق 4

كلمة الدكتورة مارغريت تشان
المديرة العامة لمنظمة الصحة العالمية

في

الدورة التاسعة والخمسين

للجنة الإقليمية لشرق المتوسط

القاهرة، مصر، 1 تشرين الأول/أكتوبر 2012

السيد الرئيس،
المنذوبون الموقرون،
الدكتور العلوان،
السيدات والسادة،

دعوني أولاً وقبل كل شيء أضم صوتي إلى صوت الرئيس، معربةً عن تقديري للدكتور الجزائري لخدمته منظمة الصحة العالمية خدمة طويلة متفانية. فهو صاحب مسيرة عمل مرموقة ومتميزة. وإني لعلني ثقة من أنكم تتمنون له، معي، كل السعادة.

كما أرحب بحرارة بالدكتور العلوان وأهنئه تهنئة حارة بوصفه المدير الإقليمي الجديد لقيادة هذا الإقليم. والحق أن هذا الوقت يتميز بقدر كبير من الصعوبة والإثارة في مجال الصحة العالمية. وإني لأثق كل الثقة، يا دكتور علوان، في ضوء سجلك الحافل بالأداء القوي، أنك قادر تماماً على مواجهة التحديات الماثلة.

خلال دورة جمعية الصحة العالمية في أيار/مايو، اعتمدت الدول الأعضاء قراراً أعلن أن إتمام استئصال شلل الأطفال يمثل طارئة برنامجية للصحة العمومية العالمية.

وأشار القرار إلى تقرير لفريق الخبراء الاستشاريين الاستراتيجي حول التطعيم، جاء فيه أن الفشل في استئصال شلل الأطفال "غير مقبول تحت أي ظروف".

فلو تراخى الالتزام، فإن شلل الأطفال سوف يعود عودة هادرة. ولو اهتز عزمنا، فسوف يكون الفشل هو أكثر فشل كلفة في تاريخ الصحة العمومية.

فعلينا إنجاز هذه المهمة. وقد أدت الهند ما عليها. فهي بوقفها انتقال فيروس شلل الأطفال البري، قاضيةً عليه في مكانه، قدمت دليلاً قاطعاً على أن استئصال شلل الأطفال ممكن من الناحية الفنية، حتى تحت أصعب الظروف.

إن نجاح الهند يتبع العالم أن الفيروس ليس مخندقاً على التأييد، وليس من المقدر له أن يبقى تهديداً أبدياً لكل جيل جديد من الأطفال. بل إن من الممكن دفعه إلى خارج دائرة الوجود.

فإنجاز هذه المهمة مرهون بإرادة البشر وكفاءتهم. ومن المؤكد أننا نستطيع أن نفوق، حيلةً ودهاءً، فيروساً مجهرياً غيباً لا عقل له.

ولايزال لفيروس شلل الأطفال في إقليم شرق المتوسط معقلان من معاقله الثلاثة.

ولعل أهم عامل للنجاح هو السيطرة الوطنية على البرنامج، إذ بما تزدهر القدرة البشرية على الإبداع على أفضل وجه، فتحل المشكلات المحلية الفريدة.

وقد شهدت شخصياً، خلال إحدى المناسبات في الجمعية العامة للأمم المتحدة الأسبوع الماضي، التزاماً رفيع المستوى عبّر عنه رئيساً أفغانستان وباكستان. ويسعدني أن أرى السيدة شهناز علي هنا اليوم. فهي قد لقيت التقدير في منتدى عالمي لجهودها القوية لتغيير الوضع تغييراً شاملاً في باكستان. وأودُّ أن أعرب مرة أخرى عن تقديري لعملها الممتاز.

ويجب أن يعبر عن هذا الالتزام الآن بقدر أكبر من السيطرة الوطنية والمساءلة على مستوى المناطق، حيث لاتزال توجد تحديات هائلة.

ففي جنوب أفغانستان، فإن العوائق التنظيمية والإدارية على مستوى المناطق تفسد حملات مكافحة شلل الأطفال ذات الكفاءة.

وتواجه بعض أجزاء باكستان هذه المشكلات وغيرها، بما في ذلك قيام القيادات المحلية بوقف التطعيم والمهجوم على العاملين في استئصال شلل الأطفال.

وأقدم بالتهنئة لكلا الحكومتين على إعداد وتنفيذ خطط وطنية للطوارئ. ويتمثل التحدي الآن في التصدي مباشرة للعراقيل وتحسين السيطرة الوطنية على البرنامج، والرقابة، والمساءلة. فهذه المسألة تخص أطفالكم ومواطنيكم وبقية العالم.

نعم، إنها حالة طوارئ ذات أولوية أعلى مما كانت عليه في السابق. واسمحوا لي أن أكرّر القول بأن الفشل غير مقبول تحت أي ظروف. فلا مبرر لعذر.

إن منظمة الصحة العالمية ومكتبها الإقليمي، والمدير الإقليمي، ومكاتبتنا القطرية، وموظفينا ذوي الخبرة هم في أماكنهم التي هم فيها من أجل تقديم الدعم الكامل لكم.

ولكن القيادة التي تتولى إنهاء حالة الطوارئ، والسيطرة الوطنية على البرامج التي تقوم بهذه المهمة، هي مسؤولية كل حكومة على حدة. ومن الممكن توفير دعم الجمهور لحملات مكافحة شلل الأطفال، ولكن المداومة على هذا

الدعم لا تتأثى إلا من خلال القيادات السياسية وكبار علماء الدين في هذا الإقليم. وإني لأتطلع إلى دعمهم في هذا المسعى المهم.

وإني أطلب منكم القيام بذلك على وجه الاستعجال بما يتناسب مع وضع طارئ.

إن أي مرض يمكننا استتصاله أو التخلص منه أو السيطرة عليه يطلق القدرات ويجرر الموارد اللازمة للتصدي للتحديات الكبيرة التالية، سواءً كانت قائمة بالفعل أمامنا أو كان من المؤكد قدومها.

ودعوني أشكر المملكة العربية السعودية وقطر على ما قدّمته من مساعدة في تحديد واستقصاء الحالات غير العادية للمرض التنفسي الوخيم المصحوب بفشل كلوي. فلقد أدّى هذا الإجراء إلى تمييز نمط جديد من الفيروس الناجي، مما وضع السلطات الصحية في شتى أنحاء العالم في حالة تأهب لحالات مماثلة من هذا المرض غير العادي.

وسبقي يقظين وإن لم يكن لدينا بينات في الوقت الحاضر تشير إلى أن الفيروس قد تمكّن من البشر أو أنه يمكن أن يتسبب في فاشيات خطيرة.

إن هذا المثال على الاكتشاف السريع واليقظة المشدّدة في شتى أنحاء العالم يبيّن القوة المعززة للوائح الصحية الدولية لتحسين الأمن الصحي العالمي الجماعي. وأودّ أن أثنى على السلطات في المملكة العربية السعودية وقطر لتبادلها المعلومات معنا في الوقت المناسب. فهذا أمر في غاية الأهمية.

أيها السيدات والسادة،

إن الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها من المواضيع المدرجة في جدول أعمالكم.

والخبراء في منظمة الصحة العالمية وخارجها يصفون زيادة هذه الأمراض بأنها أكبر التحديات التي تواجه الصحة العالمية في القرن الحادي والعشرين.

فالأمراض غير السارية، من وجهة نظر معينة، تُعتبر كارثة بطيئة الحركة، إذ ينشأ العديد من هذه الأمراض على مدى عددٍ من السنوات. إلا أن التغيرات التي تطرأ على أنماط الحياة، والتي تسهم في ازديادها، تنتشر حول العالم بسرعة مذهلة واكتساح مثير.

ويحمل التقرير المقدم إلى هذه الدورة تحذيراً وتنبهاً وإنذاراً بالحاجة الملحة لإجراء بعض التغييرات الجادة في السياسات.

والأخبار غير سارة. فثمة مشكلات ضخمة يعاني منها بالفعل الكثير من البلدان في هذا الإقليم، وهي في طريقها لتعمّ سائر البلدان.

والتحديات الناجمة عن هذه الأمراض لم يسبق لها مثيل من حيث نطاقها وتعقدها، فهي لا تهدد الصحة وحدها، بل تهدد الاقتصادات أيضاً. إنها تشكك في قدرة نُظُم الرعاية الصحية لدينا على البقاء، وفي قدرة المشاريع القائمة على تقديم الحماية المالية.

وعلى مدى تاريخ البشرية بأكمله، كانت هزيمة الأمراض المعدية تصاحبها تحسّات في الصحة الشخصية وفي ظروف المعيشة، وتمهّد الطريق لمزيد من التقدّم الاجتماعي والاقتصادي.

واليوم، مع تزايد الأمراض غير السارية، فإن الأمر قد انقلب رأساً على عقب. فإذا لم يُكَبَّح جماح هذه الأمراض، فإن لديها من القوة ما تلغي به المنافع التي حققها التقدّم الاقتصادي.

وتشير البينات المتزايدة إلى أن النمو الاقتصادي في عالم مترابط ينشئ منفذاً لتزايد أمراض من قبيل أمراض القلب والسكري والأمراض التنفسية المزمنة والسرطانات، ولاسيّما السرطانات المرتبطة بتعاطي التبغ والنظم الغذائية غير الصحية.

وقد انفتح هذا المنفذ على مصراعيه بفعل ضغوط الحضرة، ولاسيّما الحضرة العشوائية، وعمّلة أنماط الحياة غير الصحية.

وفي هذا الإقليم، تتغير النظم الغذائية للأسوأ. وتتوافر على نطاق واسع الأغذية المصنعة تصنيحاً عالياً، والحملة بالسكر والملح والدهون غير الصحية، وهي أغذية رخيصة ومريحة وشهية وتُدر ربحاً وبيعاً على شركات الأغذية المتعددة الجنسيات.

ويتضاعف النشاط البدني، وهاهي البدانة في ازدياد. ويعاني هذا الإقليم بالفعل من أعلى معدّل لانتشار السكري في العالم.

إن سكان إقليمكم مستهدفون بحملات بارعة لتسويق الأغذية العديمة القيمة الغذائية، والمشروبات السكرية ومنتجات التبغ والكحول. وهذه هي البيئة التي يقوم فيها الناس باختيار أنماط حياتهم. وأرى أن على الحكومات مسؤولية تشكيل هذه البيئة لتيسير الخيارات الصحية.

وكما يشير التقرير، فإن الأساليب الحالية للتصدّي للأمراض غير السارية في هذا الإقليم تركز على المستشفيات. ولا بد من تغيير هذه النزعة. ويجب أن تُنحو السياسات نحو الوقاية إلى جانب الرعاية العلاجية، وأن تتحول عن الرعاية في المستشفى إلى الرعاية الصحية الأولية، وعن تدبير الحالات الحادة إلى رعاية الحالات المزمنة التي تستهدف الوقاية من هذه المضاعفات الوخيمة في المقام الأول.

إن التقرير يقدّم لكم نصائح سديدة حول كيفية القيام بذلك بطرق تتسم بالكفاءة والفعالية وبتكلفة ميسورة.

والتكاليف وحدها تجعل هذا التحول أمراً حتمياً. فهذه الأمراض تستنفد الموارد المالية، فهي باهظة الكلفة. ففي بعض البلدان تستهلك رعاية السكري وحده ما يصل إلى 15% من الميزانية الوطنية للرعاية الصحية.

ويحدث كل هذا في هذا الإقليم، في سياق ترتفع فيه تطلعات الناس إلى الرعاية، وتتصاعد تكاليفها، وتنكمش الميزانيات، مما يؤدي إلى إدخال تدابير لترشيد التكاليف واستردادها. ففي بعض البلدان المنخفضة الدخل في هذا الإقليم، ترتفع حصة المدفوعات من الجيب الشخصي في نقطة تقديم الرعاية لتصل إلى 75% من مجموع الإنفاق على الصحة.

إن المدفوعات من الجيب الشخصي تؤذي الفقراء. وهي تنافي الأهداف الرامية إلى التخفيف من وطأة الفقر، والتمويل المنصف للرعاية الصحية، والتغطية الصحية الشاملة.

أما على الجانب الإيجابي، ينوه التقرير بزيادة مشجع في مستوى الوعي بين راسمي السياسات في هذا الإقليم. ولقد كان المؤتمر الدولي المعني بأنماط الحياة الصحية والأمراض غير السارية، الذي عُقد في الشهر الماضي في المملكة العربية السعودية، خطوة كبيرة في الاتجاه الصحيح.

فالازدياد في الأمراض غير السارية يبرر بوضوح إجراء إصلاحات، قد تكون إصلاحات واسعة، في طريقة تقديم الرعاية الصحية في هذا الإقليم.

وتعزيز النظم الصحية مدرج في جدول أعمالكم. وأمامكم بالفعل ما اعتبره تحليلاً رائعاً للنظم الصحية في هذا الإقليم، وما يتعين عمله لتعزيز أدائها. وأودُّ تهنئة الزملاء في المنظمة وخارجها الذين أسهموا في هذه الورقة.

وعلى مر السنين، استعرضت هذه اللجنة تقارير حول أجزاء متفرقة من المشكلة، مثل الحاجة إلى سياسات وطنية حول الأدوية الأساسية تشجع وتعزز المستحضرات الجنيسة، أو الحاجة إلى تحسين تدريب الأطباء والمرضات واستبقائهم.

ولأول مرة يضمُّ تقرير هذه الدورة شتات هذه المشكلة في صورة متماسكة. ويقدمُ التقرير تحليلاً صريحاً وشديداً الواقع يبين أن البلدان في هذا الإقليم، الغنية والفقيرة على السواء، تواجه قائمة طويلة من التحديات والمشكلات التي لم تواجه، باستثناءات قليلة، بالمستوى الملائم من الاهتمام السياسي.

ثم إن هذا التقرير يحدد بوضوح طرق المضيّ قدماً. وهو يحوّل تحليلاً شاملاً لنقاط الضعف والمختنقات إلى سبع أولويات مقترحة لتحسين أداء النظم الصحية. وينتهي التقرير إلى أن التحدي البارز في العديد من البلدان، بغض النظر عن مستويات الثروة فيها، هو الإدارة السياسية الرفيعة المستوى والالتزام بالتحرك نحو التغطية الصحية الشاملة.

السيدات والسادة،

إن منظمة الصحة العالمية ودولها الأعضاء يواجهان مهمتين كبيرتين يتعين علينا حتماً في إطارهما أن نصحح الأمور.

أما المهمة الأولى فهي إصلاح المنظمة، وهو موضوع ستناقشونه خلال هذه الدورة. والمهمة الثانية هي وضع الصحة على جدول أعمال التنمية لما بعد عام 2015. وإني لأقدر وأعتدّ بما تقدمونه من إرشادات، ونحن نتعاون في كلتا المهمتين.

لقد كانت المرامي الإنمائية للألفية بمثابة ميثاق بين البلدان النامية واحتياجاتها من جهة وبين البلدان الغنية التي وعدت بتلبية هذه الاحتياجات من خلال الالتزام بتوفير الأموال والخبرة والابتكار.

وعندما ننظر في طبيعة التهديدات التي تواجه الصحة اليوم، نجد أن أي اتفاق بسيط بين الأغنياء والفقراء لا يدرك ما تنطوي عليه محدّدات تلك التهديدات من تعقيدات.

وفي رأيي أن أحد أفضل الطرق للتصدّي لهذه التحديات هو أن نجعل التغطية الصحية الشاملة جزءاً من جدول أعمال التنمية لما بعد عام 2015.

وفي وقت توّدي فيه بالفعل السياسات المتبعة في العديد من القطاعات إلى زيادة الإجحاف الاجتماعي، يسعدني أن أرى الصحة تقود العالم نحو المزيد من الإنصاف بطرق تهم كل شخص على سطح هذا الكوكب.

شكراً لكم.

المرفق 5

القائمة النهائية لوثائق اللجنة الإقليمية وقراراتها ومقرراتها الإجرائية

1. وثائق اللجنة الإقليمية

جدول الأعمال	ش م/ل إ 1/59 - التنقيح 1
أعمال منظمة الصحة العالمية في إقليم شرق المتوسط - التقرير السنوي للمدير الإقليمي لسنة 2011	ش م/ل إ 2/59
(أ) الإعلان السياسي للجمعية العامة للأمم المتحدة المعني بالوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها: التزامات الدول الأعضاء والسبيل إلى المضي قدماً	ش م/ل إ 3/59
(ب) القدرات الأساسية الوطنية اللازمة لتنفيذ اللوائح الصحية الدولية 2005: الوفاء بالموعد النهائي في عام 2014	ش م/ل إ 4/59
إصلاح منظمة الصحة العالمية: الوضع الراهن ووجهات النظر الإقليمية	ش م/ل إ 5/59
(أ) برنامج العمل العام الثاني عشر	ش م/ل إ 6/59
(ب) تقرير عن البعثات المشتركة بين الحكومات ومنظمة الصحة العالمية لمراجعة وتخطيط البرامج في عام 2011، بما في ذلك الاستفادة من استراتيجيات التعاون القطرية: النتائج والدروس المستفادة	ش م/ل إ 7/59
تنقيح النظام الداخلي للجنة الإقليمية لشرق المتوسط المقرر الإجراءي - 7 للجنة الإقليمية في دورتها الثامنة والخمسين	ش م/ل إ 8/59
(أ) متابعة للإجراءات الإقليمية ذات الصلة بالمقرر الإجراءي (1) للمجلس التنفيذي الثلاثين بعد المئة، حول تنفيذ خطة العمل للوقاية من العمى وضعف البصر اللذين يمكن توقيهما	A65/9
(ب) القرارات والمقررات الإجرائية ذات الأهمية للإقليم التي اعتمدها جمعية الصحة العالمية في دورتها الخامسة والستين والمجلس التنفيذي في دورته الحادية والثلاثين بعد المئة	ش م/ل إ 9/59
(ج) تقرير فريق الخبراء الاستشاريين العامل المعني بتمويل وتنسيق البحث والتطوير (قرار جمعية الصحة العالمية: ج ص ع 65-22)	ش م/ل إ 10/59
(د) استعراض مسودة جدول الأعمال المبدئي للمجلس التنفيذي في دورته الثانية والثلاثين بعد المئة	ش م/ل إ 9/59 - المرفق 1
طلب جمهورية جنوب السودان الانتقال من إقليم شرق المتوسط إلى الإقليم الإفريقي لمنظمة الصحة العالمية	ش م/ل إ 11/59
الميزانية البرنامجية للثلاثين 2014-2015	ش م/ل إ 12/59
تقوية النظم الصحية في بلدان إقليم شرق المتوسط: تحديات وأولويات واختيارات العمل في المستقبل	ش م/ل إ 59/ مناقشات تقنية 1
تقرير مرحلي حول استئصال شلل الأطفال	ش م/ل إ 59/ وثيقة إعلامية 1

- ش م/ل إ 59/وثيقة إعلامية 2
ش م/ل إ 59/وثيقة إعلامية 3
ش م/ل إ 59/وثيقة إعلامية 4
ش م/ل إ 95/وثيقة إعلامية 5
ش م/ل إ 59/وثيقة إعلامية 6
ش م/ل إ 59/وثيقة إعلامية 7
ش م/ل إ 59/وثيقة إعلامية 8
ش م/ل إ 59/وثيقة إعلامية 9
- تقرير مرحلي حول مبادرة التحرُّر من التبغ
تقرير مرحلي حول بلوغ المرامي الإنمائية للألفية المتعلقة بالصحة، والمرامي الصحية العالمية بعد عام 2015
تقرير مرحلي حول الاستراتيجية الإقليمية لمواجهة القطاع الصحي لفيروس العوز المناعي البشري 2011-2015
تقرير مرحلي حول تحسين تمويل الرعاية الصحية، والتقدم نحو حماية صحة المجتمع في الإقليم
جائزة مؤسسة الدكتور علي توفيق شوشة والبعثة الدراسية الخاصة بها
جائزة دولة الكويت لمكافحة السرطان، والأمراض القلبية الوعائية، والسكري في إقليم شرق المتوسط
جائزة بحوث متلازمة داون
مكان وموعد عقد الدورات المقبلة للجنة الإقليمية

2. القرارات

- ش م/ل إ 59/ق-1
ش م/ل إ 59/ق-2
ش م/ل إ 59/ق-3
ش م/ل إ 59/ق-4
ش م/ل إ 59/ق-5
ش م/ل إ 59/ق-6
- التقرير السنوي للمدير الإقليمي لعام 2011، والتقارير المرحلية
الإعلان السياسي للجمعية العامة للأمم المتحدة بشأن الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها: التزامات الدول الأعضاء والمضي قُدماً
تقوية النُظُم الصحية في بلدان إقليم شرق المتوسط: تحديات وأولويات واختيارات العمل في المستقبل
القدرات الأساسية الوطنية اللازمة لتنفيذ اللوائح الصحية الدولية لعام 2005: الوفاء بالموعد النهائي في 2014
متابعة للإجراءات الإقليمية ذات الصلة بالمقرر الإجرائي (1) للمجلس التنفيذي الثلاثين بعد المئة، حول تنفيذ خطة العمل للوقاية من العمى وضعف البصر اللذين يمكن تجنبهما
الإصلاح الإداري لمنظمة الصحة العالمية

3. المقررات الإجرائية

- المقرر الإجرائي (1)
المقرر الإجرائي (2)
المقرر الإجرائي (3)
المقرر الإجرائي (4)
المقرر الإجرائي (5)
المقرر الإجرائي (6)
- انتخاب هيئة المكتب
إقرار جدول الأعمال
تنقيح النظام الداخلي للجنة الإقليمية لشرق المتوسط
انتقال جنوب السودان من إقليم شرق المتوسط إلى الإقليم الأفريقي لمنظمة الصحة العالمية
منح جائزة دولة الكويت لمكافحة السرطان، والأمراض القلبية الوعائية، والسكري في إقليم شرق المتوسط
مكان وموعد عقد الدورات المقبلة للجنة الإقليمية

إطار العمل المتعلق بتنفيذ إعلان الأمم المتحدة المعني بالأمراض غير السارية

مرفق القرار ش م/ل 59/1، ق 2 - (المرفق 6)



المكتب الإقليمي لشرق المتوسط

أدوات المنظمة الموجودة

- التقرير الخاص بوضع الأمراض غير السارية في العالم (2010)
- الأساليب الموصى بها لتنفيذ العمل المشترك بين قطاعات متعددة في مجال الصحة (الفصل 6 من تقرير عام 2010 الخاص بالوضع الصحي في العالم)
- تقييم القدرات الوطنية على الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها: تقرير المسح العالمي لعام 2010

أدوات المنظمة الموجودة

- التقرير الخاص بوضع الأمراض غير السارية في العالم (2010)
- مجموعة تدابير تقليص تعاطي التبغ
- توصيات بشأن تسويق الأغذية والمشروبات غير الكحولية للأطفال (ص ع 63، 14، 2010)
- التوصيات العالمية بشأن النشاط البدني من أجل الصحة
- الاستراتيجية العالمية للحد من تعاطي الكحول على نحو ضار (ص ع 13، 63، 2010)
- خطة العمل للفترة 2008 - 2013 للإستراتيجية العالمية للوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها
- الأدوات الوطنية الموجودة

أدوات المنظمة الموجودة

- التقرير الخاص بوضع الأمراض غير السارية في العالم (2010)
- الإطار العالمي لرصد الأمراض غير السارية
- نظام المنظمة للتدرج، ونظام المنظمة العالمي لترصد التبغ ونظام المعلومات العالمي المعني بالكحول والصحة
- خطة العمل للفترة 2008 - 2013 للاستراتيجية العالمية للوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها
- الأدوات الوطنية الموجودة

أدوات المنظمة الموجودة

- التقرير الخاص بوضع الأمراض غير السارية في العالم (2010)
- التقرير الخاص بالصحة في العالم (2010)
- مجموعة التدخلات الأساسية الخاصة بالأمراض غير السارية في الرعاية الصحية الأولية
- قائمة الأدوية الأساسية (2011)
- خطة العمل للفترة 2008 - 2013 للاستراتيجية العالمية للوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها
- الأدوات الوطنية الموجودة

التدخلات الاستراتيجية

- يُنتظر من البلدان ما يلي:
 - إدماج الأمراض غير السارية في السياسات وخطط التنمية الوطنية والقيام، بحلول 2013، بوضع سياسة وخطة متعددة القطاعات
 - إنشاء آليات فعالة لإشراك القطاعات الأخرى غير القطاع الصحي في ضوء الدروس المستفادة
 - زيادة تخصصات الميزانية للتصدي للأمراض غير السارية وإعطاؤها أولوية
 - تقييم القدرات الوطنية على الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها باستخدام بروتوكول المنظمة

التدخلات الاستراتيجية

- يُنتظر من البلدان ما يلي:
 - تسريع تنفيذ الاتفاقية الإطارية بشأن مكافحة التبغ، بما فيها مجموعة تدابير تقليص تعاطي التبغ
 - تنفيذ توصيات المنظمة بشأن تسويق الأغذية والمشروبات غير الكحولية للأطفال
 - زيادة الضرائب على الكحول وفرض حظر على الإعلان عنه (للبلدان التي يجري تسويق الكحول فيها)
 - تنفيذ تدخلات لتقليص مدخول الملح
 - شن حملات إعلامية بشأن النظام الغذائي والنشاط البدني
 - الاستعاضة عن الدهون المهدرجة بالدهون العديدة اللامتشبعة
 - تشجيع الرضاعة الطبيعية وتنفيذ المدونة الدولية لتسويق بدائل لبن الأم
 - تعزيز إتاحة التطعيم للوقاية من السرطانات بناءً على الأولويات الوطنية

التدخلات الاستراتيجية

- يُنتظر من البلدان ما يلي:
 - تنفيذ/تقوية إطار المنظمة لترصد الأمراض غير السارية الذي يرصد حالات التعرض (للعوامل الخطر)، والنتائج (المراضة والوفيات)
 - وقدره النظم، والصحية واستجابتها (التدخلات)
 - وضع أهداف ومؤشرات وطنية بناءً على إرشادات المنظمة
 - إدماج أنظمة الترصد والمراقبة للأمراض غير السارية في نظم المعلومات الصحية الوطنية
 - وضع مؤشرات واضحة لقياس مشاركة القطاعات الأخرى غير القطاع الصحي

التدخلات الاستراتيجية

- يُنتظر من البلدان ما يلي:
 - إدماج التدخلات الخاصة بالأمراض غير السارية في المجموعة الأساسية للرعاية الصحية الأولية
 - إعطاء أولوية للتدخلات العالية المردود للاكتشاف والعلاج مبكراً، بناءً على توصيات المنظمة
 - تحسين إتاحة الأدوية الأساسية والتكنولوجيا المأمونة والميسورة التكلفة والعالية الجودة في مواجهة الأمراض غير السارية الشائعة
 - تحسين إتاحة خدمات الرعاية المألوفة الأساسية
 - استكشاف آليات عملية لتمويل الصحة، وأساليب مبتكرة للتمويل مثل فرض الضرائب على التبغ والكحول لإدراج موارد لتوسيع التغطية الصحية

المرفق 7

(1) النظام الداخلي للجنة الإقليمية لشرق المتوسط

النص المنقح المقترح	النص الحالي
أولاً: العضوية والحضور	
المادة 2. المراقبون	
<p>"يجوز للجنة الإقليمية، مع مراعاة شروط أي اتفاقات قائمة، أن ترتب لعقد مشاورات خارج المنظمة مع هيئات الأمم المتحدة الإقليمية المعنية، ومع المنظمات الإقليمية الدولية الأخرى ذات الاهتمامات المشتركة مع المنظمة، ولاشتراك هذه الهيئات كمراقبين، بدون حق التصويت، في مناقشات اللجنة، وفي مناقشات اللجان واللجان الفرعية التي تدعى إلى الاجتماع أو التي يتم إنشاؤها بتفويض منها.</p>	<p>يجوز للجنة، مع مراعاة شروط أي اتفاقات قائمة، أن ترتب لعقد مشاورات خارج المنظمة مع هيئات الأمم المتحدة الإقليمية المعنية، ومع المنظمات الإقليمية الدولية الأخرى ذات الاهتمامات المشتركة مع المنظمة، ولاشتراك هذه الهيئات كمراقبين، بدون حق التصويت، في مناقشات اللجنة، وفي مناقشات اللجان واللجان الفرعية التي تدعى إلى الاجتماع أو التي يتم إنشاؤها بتفويض منها.</p>
ثانياً: وثائق التفويض	
المادة 3. وثائق التفويض	
<p>توافي الدول الأعضاء المدير الإقليمي قبل الموعد المحدد لافتتاح دورة اللجنة الإقليمية بخمسة عشر يوماً على الأقل، بأسماء ممثليها، بمن فيهم جميع المناوبين والمستشارين. وعلى المنظمات [والدول] المشار إليها في المادة 2، والمدعوة إلى إيفاد ممثلين عنها للمشاركة في الدورة، أيضاً أن ترسل أسماء الأشخاص الذين يمثلونها. وينبغي أن تقدم وثائق تفويض جميع الممثلين وأسماء</p>	<p>توافي الدول الأعضاء المدير الإقليمي قبل الموعد المحدد لافتتاح دورة اللجنة بخمسة عشر يوماً على الأقل، بأسماء ممثليها، بمن فيهم جميع المناوبين والمستشارين. كذلك تقوم المنظمات المشار إليها في المادة 3، المدعوة إلى إيفاد ممثلين عنها إلى الدورة بإبلاغ أسماء ممثليها. وتقدم وثائق تفويض الممثلين وأسماء المناوبين والمستشارين إلى المدير الإقليمي قبل موعد افتتاح دورة</p>

<p>اللجنة بيومين على الأقل إن أمكن.</p> <p>المنابيين والمشاورين والمراقبين إلى المدير الإقليمي قبل موعد افتتاح دورة اللجنة الإقليمية بيومين على الأقل إن أمكن. ويتعين أن تكون وثائق التفويض هذه صادرة عن رئيس الدولة أو الحكومة، أو وزير الخارجية، أو وزير الصحة، أو عن أي سلطة أخرى مكافئة.</p> <p>ويقوم مكتب اللجنة الإقليمية بفحص وثائق التفويض التي تخص الممثلين، وتقديم تقرير بشأن ذلك إلى اللجنة الإقليمية. ويجب منح أي ممثل اعترضت إحدى الدول الأعضاء على طلب مشاركته في اللجنة الإقليمية حق المشاركة، بصفة مؤقتة، مع تمتعه بالحقوق ذاتها التي يتمتع بها الممثلون الآخرون، حتى تعد هيئة المكتب تقريرها، وتتخذ اللجنة الإقليمية قرارها في هذا الشأن".</p>	
<p>عاشراً: تصريف الأعمال</p>	
<p>المادة 37: مقترحات متعددة</p>	
<p>إذا قُدم مقترحان أو أكثر، تصوّت اللجنة على تلك المقترحات ما لم تقرر خلاف ذلك، مبتدئة بأقدمها عهداً من حيث تعميمه على جميع الدول الأعضاء، إلا إذا كانت نتيجة التصويت على أحد المقترحات تُغني عن أي تصويت آخر على المقترح أو المقترحات التي مازالت معلقة.</p>	<p>إذا قُدم اقتراحان أو أكثر، صوتت اللجنة أولاً على الاقتراح الذي يرى الرئيس أنه الأبعد من حيث المضمون عن الاقتراح الذي قُدم أولاً، ثم على الاقتراح الأقل بعداً منه، وهكذا دواليك حتى تطرح جميع الاقتراحات للتصويت، إلا إذا كانت نتيجة التصويت على أحد الاقتراحات تُغني عن أي تصويت آخر على الاقتراح أو الاقتراحات التي مازالت معلقة.</p>
<p>حادي عشر: التصويت</p>	
<p>المادة 48: الانتخابات</p>	
<p>تجرى الانتخابات عادةً بالاقتراع السري. غير أنه في ماعدا ما يتعلق بترشيح المدير الإقليمي، وعندما لا يتجاوز عدد المرشحين للانتخاب في المناصب الشاغرة عدد تلك المناصب، فإن الحاجة لا تدعو لإجراء اقتراع، ويتم الإعلان عن انتخاب هؤلاء المرشحين. وفي الحالات التي تتطلب الاقتراع، يعين رئيس الجلسة</p>	<p>تتقرر جميع الانتخابات بالاقتراع السري. بيد أنه باستثناء ما يختص بالتصويت اللازم لترشيح المدير الإقليمي، يجوز قبول الانتخاب برفع الأيدي أو بالتصفيق شريطة أن لا يكون هناك أكثر من مرشح واحد لمنصب انتخابي واحد وأن لا يطلب ممثل خلاف ذلك. وحيشما تلزم الاقتراعات يقوم اثنان يعينهما الرئيس من بين</p>

<p>اثنين من بين الممثلين للمساعدة في إحصاء الأصوات. وأوراق الاقتراع التي يتساوى فيها عدد الأسماء مع عدد المناصب الانتخابية المطلوب شغلها هي وحدها التي تعتبر أصواتاً صحيحة. ويتقرر ترشيح المدير الإقليمي بالاقتراع السري وفقاً لهذا النظام.</p>	<p>الممثلين بالمساعدة في إحصاء الأصوات. وأوراق الاقتراع التي عدد الأسماء فيها مساو لعدد المناصب الانتخابية المطلوب شغلها هي وحدها التي تُعتبر أصواتاً صحيحة. ويتقرر ترشيح المدير الإقليمي بالاقتراع السري وفقاً للمادة 47.</p>
المادة 51: ترشيح المدير الإقليمي	
<p>(أ) يبلغ المدير العام كل دولة من الدول الأعضاء بالإقليم بأنه سيتلقى مقترحات بأسماء أشخاص ترشحهم اللجنة لمنصب المدير الإقليمي، وذلك قبل ستة أشهر على الأقل من الموعد المحدد لافتتاح دورة اللجنة التي من المقرر تسمية شخص فيها لمنصب المدير الإقليمي.</p>	<p>(أ) يبلغ المدير العام كل دولة من الدول الأعضاء بالإقليم بأنه سيتلقى اقتراحات بأسماء أشخاص ترشحهم اللجنة لمنصب المدير الإقليمي، وذلك قبل ستة أشهر على الأقل من الموعد المحدد لافتتاح دورة اللجنة التي يتعين تسمية شخص فيها لمنصب المدير الإقليمي.</p>
<p>(ب) لأي دولة عضو بالإقليم أن ترشح شخصاً واحداً أو أكثر من الإقليم يكون قد أبدى استعداده للعمل مديراً إقليمياً، على أن تقدم مع الترشيح معلومات عن مؤهلات ذلك الشخص وخبرته. وتُرسل هذه الترشيحات إلى المدير العام على أن تصله قبل الموعد المحدد لافتتاح الدورة بما لا يقل عن اثني عشر أسبوعاً.</p>	<p>(ب) لأي دولة عضو بالإقليم أن ترشح شخصاً واحداً أو أكثر من الإقليم يكون قد أبدى استعداده للعمل مديراً إقليمياً، على أن تقدم مع الترشيح معلومات عن مؤهلات ذلك الشخص وخبرته. وتُرسل هذه الترشيحات إلى المدير العام على أن تصله قبل الموعد المحدد لافتتاح الدورة بما لا يقل عن اثني عشر أسبوعاً.</p>
<p>(ج) يعتبر الشخص الشاغل لمنصب المدير الإقليمي للإقليم مرشحاً للمنصب من دون ترشيحه له. بمقتضى الفقرة السابقة، إذا هو أبدى للمدير العام استعداده للترشح.</p>	<p>(ج) يعتبر الشخص الشاغل لمنصب المدير الإقليمي للإقليم مرشحاً للمنصب من دون ترشيحه له. بمقتضى الفقرة السابقة، إذا هو أبدى للمدير العام استعداده للترشيح.</p>
<p>(د) يتخذ المدير العام، قبل الموعد المحدد لافتتاح الدورة بعشر أسابيع على الأقل، الإجراءات الكفيلة بأن تصله نسخ من جميع الترشيحات لمنصب المدير الإقليمي (مع معلومات عن مؤهلات المرشحين وخبراتهم) في غضون المدة المحددة لإرسالها إلى كل دولة من الدول الأعضاء بالإقليم. كما يوضح المدير العام لكل دولة عضو ما إذا كان الشخص الشاغل لمنصب المدير الإقليمي مرشحاً للمنصب أم لا.</p>	<p>(د) يتخذ المدير العام، قبل الموعد المحدد لافتتاح الدورة بعشرة أسابيع على الأقل، الإجراءات الكفيلة بأن تصله نسخ من جميع الترشيحات لمنصب المدير الإقليمي (مع معلومات عن مؤهلات المرشحين وخبراتهم) في غضون المدة المحددة لإرسالها إلى كل دولة من الدول الأعضاء بالإقليم. كما يوضح المدير العام لكل دولة عضو ما إذا كان الشخص الشاغل لمنصب المدير الإقليمي مرشحاً للمنصب أم لا.</p>

(هـ) إذا لم يتلق المدير العام ترشيحات في الموعد المقرر لإرسالها إلى الدول الأعضاء وفقاً لهذه المادة، أُبلغت الدول الأعضاء بذلك قبل موعد افتتاح دورة اللجنة بعشرة أسابيع على الأقل. وتضع اللجنة قائمة بالمرشحين مؤلفة من أسماء مقترحة سراً من قِبَل الممثلين الحاضرين الذين لهم حق التصويت.

"(و) إذا لم يعد المدير الإقليمي قادراً على النهوض بأعباء وظيفته، أو إذا شغل منصبه قبل انتهاء مدة ولايته، تسمي اللجنة الإقليمية شخصاً لشغل منصب المدير الإقليمي في دورتها التالية، وذلك شريطة التقيد بالأحكام الأخرى الواردة في هذه المادة، أما إذا تعذر التقيد بالأحكام الأخرى، تتخذ اللجنة الإقليمية قراراً في دورتها التالية بغير تسمية شخص، وتقديم اسمه إلى المجلس التنفيذي في أقرب فرصة ممكنة.

(و-مكرر) إذا تلقى المدير العام أكثر من خمسة مقترحات في غضون المدة المحددة في الفقرة (ب) من هذه المادة، تعد اللجنة الإقليمية قائمة مختصرة لا تتجاوز خمسة مرشحين، وذلك في اجتماع مغلق يعقد في بداية دورتها. ولتحقيق ذلك تجري اللجنة الإقليمية اقتراحاً سرياً، ونتيجة له تعد القائمة المختصرة من المرشحين الخمسة الذين يحصلون على أكبر عدد من الأصوات. وفي حالة تساوي عدد الأصوات بين مرشحين أو أكثر بحيث يزيد عدد المرشحين الذين يراد إدراجهم ضمن القائمة المختصرة على الخمسة، يجري اقتراح آخر بين المرشحين الذين تساوت الأصوات التي حصلوا عليها، ليؤخذ من حصل منهم على أعلى عدد من الأصوات للمكان الشاغر في القائمة المختصرة.

(و-مكرر 2) تجري اللجنة مقابلات مع الأشخاص الذين تقترح أسماءهم ضمن القائمة

(هـ) إذا لم يتلق المدير العام ترشيحات في الموعد المقرر لإرسالها إلى الدول الأعضاء وفقاً لهذه المادة، بُلغت الدول الأعضاء بذلك قبل موعد افتتاح دورة اللجنة بعشرة أسابيع على الأقل. وتضع اللجنة قائمة بالمرشحين مؤلفة من أسماء مقترحة سراً من قِبَل ممثلين حاضرين ولهم حق التصويت.

(و) يسري الإجراء المنصوص عليه في الجملة الثانية للفقرة (هـ) أعلاه على الحالات التي يشغل فيها منصب المدير الإقليمي في غضون مدة الأشهر الستة المنصوص عليها في الفقرة (أ) من هذه المادة.

(ز) يتم ترشيح المدير الإقليمي في اجتماع مغلق للجنة. وتتولى اللجنة انتقاءه من بين الأشخاص المرشحين للمنصب وفقاً لهذه المادة. ويتقرر ترشيح المدير الإقليمي بالاقتراع السري.

(ح) لهذا الغرض، يكتب كل ممثل له حق التصويت على ورقة الاقتراع الخاصة به اسم مرشح واحد يختاره من القائمة المذكورة أعلاه. فإذا لم يحصل أي مرشح على الأغلبية المطلوبة، استبعد المرشح الذي يحصل على أقل عدد من الأصوات في كل اقتراع. فإذا انخفض عدد المرشحين إلى اثنين لم يُجر أكثر من ثلاثة اقتراعات أخرى. فإن تساوت الأصوات التي يحصل عليها المرشحان بعد الاقتراع الثالث، يُعاد كامل إجراءات التصويت المنصوص عليها في هذه المادة.

(ط) يقدم اسم الشخص المرشح على هذا النحو إلى المجلس التنفيذي.

المختصرة، وفقاً للفقرة (ب) من هذه المادة، أو وفقاً للفقرة السابقة (و-مكرر) إذا كانت تنطبق على حالتهم، وذلك في أسرع وقت ممكن، وفي اجتماع مغلق. على أن تتضمن المقابلة عرضاً يقدمه كل مرشح، بالإضافة إلى تقديم إجابات عن الأسئلة التي يطرحها الأعضاء. وتحدد اللجنة الطرق التي تتبعها في المقابلات، وفق ما تراه مناسباً.

(ز) يتم ترشيح المدير الإقليمي في اجتماع مغلق للجنة. وتتولى اللجنة انتقاءه من بين الأشخاص المرشحين للمنصب وفقاً لهذه المادة. ويتقرر ترشيح المدير الإقليمي بالاقتراع السري.

(ح) لهذا الغرض، يكتب كل ممثل له حق التصويت على ورقة الاقتراع الخاصة به اسم مرشح واحد يختاره من القائمة المذكورة أعلاه. فإذا لم يحصل أي مرشح على الأغلبية المطلوبة، استبعد المرشح الذي يحصل على أقل عدد من الأصوات في كل اقتراع. فإذا انخفض عدد المرشحين إلى اثنين لم يُجر أكثر من ثلاثة اقتراعات أخرى. فإن تساوت الأصوات التي يحصل عليها المرشحان بعد الاقتراع الثالث، يُعاد بالكامل إجراءات التصويت المنصوص عليها في هذه المادة، بناء على القائمة المختصرة للمرشحين.

(ط) يُقدّم اسم المرشح المسمّى على هذا النحو إلى المجلس التنفيذي.

(2) المعايير المرغوبة لتقييم المرشحين
لمنصب المدير الإقليمي

1. خلفية قوية في النواحي الفنية والصحة العمومية، وخبرة واسعة في الصحة العالمية؛
2. الكفاءة في الإدارة التنظيمية؛
3. أدلة تاريخية مثبتة على القيادة في مجال الصحة العمومية؛
4. سرعة التفاعل مع الاختلافات الثقافية والاجتماعية والسياسية؛
5. الالتزام القوي بعمل منظمة الصحة العالمية؛
6. اللياقة البدنية المطلوبة من كل موظفي المنظمة.

