



EM/RC56/6

ش م/ل إ 6/56

تموز/يوليو 2009

الأصل: بالإنكليزية

اللجنة الإقليمية

لشرق المتوسط

الدورة السادسة والخمسون

البند 7 من جدول الأعمال

تقرير

اللجنة الاستشارية الإقليمية

(الاجتماع الثالث والثلاثون)

المحتوى

الصفحة

1. المقدمة 1
2. التهديدات المتزايدة لالتهاب الكبد "بي" B و"سي" C في إقليم شرق المتوسط 3
3. استراتيجية للوقاية من السرطان ومكافحته في إقليم شرق المتوسط 6
4. الإصابات الناجمة عن حوادث المرور على الطرق: شاغل متعاظم للصحة العمومية 7
5. تحسين أداء المستشفيات في إقليم شرق المتوسط 10
6. المواضيع المطروحة للمناقشة في الاجتماع الرابع والثلاثين للجنة الاستشارية الإقليمية (2010) 12

المرفقات

1. البرنامج 13
2. قائمة المشاركين 14

1. المقدمة

عُقد الاجتماع الثالث والثلاثون للجنة الاستشارية الإقليمية في المكتب الإقليمي لشرق المتوسط في القاهرة، يومي 15 و16 من نيسان/إبريل 2009. وقد حضر الاجتماع أعضاء اللجنة الاستشارية الإقليمية وأمانة المنظمة. ويردُ برنامجُ الاجتماع في المرفق الأول، أما قائمة المشاركين فيه فتورد في المرفق الثاني. وقد رحّب الدكتور حسين عبد الرزاق الجزائري، المدير الإقليمي، بأعضاء اللجنة الحاضرين، منوهاً بأهمية ما تسديه اللجنة من مشورة إلى المكتب الإقليمي بشأن القضايا التقنية المقرر عرضها على اللجنة الإقليمية.

وأشار المدير الإقليمي إلى التطورات الصحية في الإقليم في العام الماضي، منوهاً على وجه الخصوص بالحركة العالمية لتجديد الرعاية الصحية الأولية؛ فقال إن الإقليم قد شهد اجتماعاً تاريخياً للدول الأعضاء في قطر، انبثق عنه إعلان قطر بشأن الرعاية الصحية الأولية. وأضاف سيادته أن النقاش الدائر على الصعيدين العالمي والإقليمي بهذا الصدد قد أكد على كون أسلوب الرعاية الصحية الأولية الأصلي كما عبّر عنه إعلان ألما-آتا، قد أحسن تصوّره بما لا يدع مجالاً لمزيد من التحسين. وأهم من ذلك، الإقرارُ بكون الرعاية الصحية الأولية هي الأساس لأي نظام صحي جيد، والإقرار بضرورة تطبيقها على نطاق أوسع، كفالة للعدالة، وضماناً لحصول الجميع على الرعاية الصحية. واستطرد الدكتور الجزائري قائلاً إن أهمية المحدّدات الاجتماعية للصحة والشراكة لم تتغلغل بعد في أذهان وممارسات العديد من الشركاء الصحيين. وأوضح سيادته أن القطاع الصحي في الإقليم يمر بمرحلة تحوّل، غير أن الدعوة بقوة إلى تعزيز الصحة وحفظها لم تحتل بعد المكان اللائق بها. وأكد أن التعاون بين القطاعات وداخلها، ومشاركة المجتمع، والشراكة، والقيادة، هي قضايا رئيسية يتعيّن على الدول الأعضاء التعاطي معها. وأضاف سيادته أن تجديد مسيرة الرعاية الصحية الأولية يضع أمام المنظمة في البلدان تحدياً تقنياً ودبلوماسياً وإدارياً جديداً ومثيراً، وهو تحدّي يتمثّل في توسّط المنظمة في إعداد رؤية وطنية عملية.

واسترعى الدكتور الجزائري الانتباه إلى الأزمة المالية العالمية الراهنة، مؤكداً تأثيرها على المساهمات المالية المتأتية من خارج الميزانية العادية، وعلى عمل المنظمة وقدرتها على تزويد البلدان بالدعم التقني المطلوب. وأضاف أن من المتوقع أن يكون لهذه الأزمة أثر سلبي على التنمية الصحية الوطنية، مع تقليص الحكومات للإنفاق. وفيما يتعلق بالطوارئ والأوضاع الإنسانية في الإقليم، ذكر سيادته أنه في أي وقت معين، يواجه ما بين ستة بلدان وثمانية بالإقليم، في المتوسط، نوعاً واحداً أو أكثر من الطوارئ، مع مواجهة بعضها طوارئ مزمنة ومعقدة. وقد ركز المكتب الإقليمي جهوده في إطار التصدي للطوارئ والأوضاع الإنسانية في العام الماضي، على الدعم التقني لسكان فلسطين، وعلى أنشطة الإصلاح والتعمير في أفغانستان والسودان والصومال والعراق. وقد برهنت الأحداث التي وقعت في قطاع غزة مرة أخرى على تعرّض شعب الإقليم لأعمال العنف.

ولاحظ الدكتور الجزائري أن استئصال شلل الأطفال قد عاود المضي على الدرب، وإن كان الوضع لا يزال حرجاً. فالتحدّيات الأمنية في جنوب أفغانستان وفي أجزاء من باكستان هي تحدّيات خطيرة. وحتى يتسنى استئصال شلل الأطفال من المناطق المتبقية، والحد قدر الإمكان من انبعاث أخطار العدوى في مراحل ما بعد استئصال المرض، يتعيّن حشد الموارد من أجل أنشطة التطعيم التكميلي. وأكد سيادته أن صحة الأمهات والمواليد لاتزال من القضايا ذات الأولوية، وأن المكتب الإقليمي يواصل التأكيد على أهميتها. وأضاف أن التجارب الناجحة ينبغي تبادلها والبناء عليها، كما ينبغي تعزيز إقامة الشبكات على صعيد الإقليم، وتنسيق الجهود والموارد تنسيقاً جيداً.

وأوضح أن الأمراض السارية لاتزال من الأولويات في العديد من بلدان الإقليم، مع تصاعد وقوعات الأمراض غير السارية. وأكد أن التحدي الرئيسي في هذا المضمار يتمثل في تعزيز النظم الصحية من أجل وضع ما يلزم من أسلوب متكامل وتطوير الأنشطة المتواشجة.

وأشار المدير الإقليمي إلى اعتماد اللجنة الإقليمية في دورتها الخامسة والخمسين لتقرير الاجتماع الثاني والثلاثين للجنة الاستشارية الإقليمية (القرار ش م/ل 55/ق.3)، وإشادتها بالدعم الذي تقدمه اللجنة إلى المدير الإقليمي. وأوضح سيادته أن جميع التوصيات التي قدمتها اللجنة في دورتها السابقة قد أخذت في الحسبان فيما قدم من بيانات إلى اللجنة الإقليمية وفيما اعتمدت اللجنة من قرارات.

وقام الدكتور الجزائري بعرض الورقات التقنية المطروحة على اللجنة لمناقشتها، عرضاً موجزاً. فأوضح أن التهاب الكبد "بي" و"سي" C يتزايد تهديدهما في الإقليم ويمثلان تحديين ملحين من حيث الوقاية منهما ومكافحتهما. واستطرد سيادته قائلاً إن الإصابات الناجمة عن حوادث المرور على الطرق تمثل شاغلاً متعاضماً للصحة العمومية وسبباً رئيسياً للوفاة بين الفئات التي تتراوح أعمارها بين 15 و45 سنة، في الإقليم. وأوضح أن هذه مشكلة تخص قطاعات عديدة وأن تكلفتها البشرية والاجتماعية والاقتصادية ضخمة، مما يتطلب مواجهتها من قبل قطاعات عديدة، مع قيام وزارات الصحة بدور محدد تحديداً جيداً. واسترسل سيادته قائلاً إن تحسين أداء المستشفيات هو موضوع يهم كل البلدان أياً كانت مواردها. فالمستشفيات تستوعب نسبة كبيرة من الإنفاق الحكومي على الصحة، وتستخدم عدداً كبيراً من الموظفين داخل النظام الصحي. وأكد أن الاستخدام الأمثل للمستشفيات وللتكنولوجيا، والإدارة الفعالة، هي من القضايا الرئيسية لعلو المردود. وأوضح أن الإقليم تُعوزُه حالياً ثقافة تقدير التكاليف وتحليلها، كما تُعوزُه الإدارة الاحترافية. وأضاف أن تحسين أداء المستشفيات يحتل موضعاً في صدارة برنامج الإصلاح في العديد من البلدان، غير أنه يتعين التعاطي معه في سياق تحسين أداء النظام الصحي ككل.

المناقشة

استجابةً إلى الملاحظات الافتتاحية للمدير الإقليمي، ألقت اللجنة الضوء على عدد من القضايا للتوسُّع في بحثها. وسلط الضوء خصوصاً على الأزمة المالية العالمية. ولوحظ أن برامج الحفز الاقتصادي التي يجري تنفيذها في مختلف البلدان تتيح الفرصة للمنظمة لتسليط الضوء على تأثير الأزمة على الصحة، والدعوة إلى أن تُستثمر في القطاع الصحي بعض الأموال المخصصة للحفز الاقتصادي. ورئي أيضاً أن الفرصة متاحة للتأكيد على الدور الاقتصادي للقطاع الصحي بوصفه منتجاً للثروة، واستبعاد النظرة النمطية إليه باعتباره قطاعاً استهلاكياً خديماً. كما رئي أن الوقت مناسب لتأكيد الحاجة إلى شبكات الضمان الاجتماعي للفقراء والمستضعفين، بعد أن أدى تتابع الأحداث إلى الأزميتين الغذائية والمالية. فالصحة وسيلة للتنمية الاجتماعية، وينبغي تشجيع وزراء الصحة على مناصرة القطاع الصحي من هذا المنظور السياسي. وينبغي للإصلاح الصحي أن يشمل قيام وزارات الصحة بإعادة تقييم دور وزارة الصحة، لا بوصفها جهة تقدم الرعاية الصحية الأساسية، فحسب، بل بوصفها أيضاً جهة تدعو إلى التنسيق والتآزر والتعاون بين القطاعات وفي داخلها، حيثما تكون القضايا الصحية موضع اهتمام. وينبغي إجراء مناقشة في المحافل الإقليمية حول ما يتعين اتخاذه من طرق مبتكرة للتصدي لتأثير مثل هذه الأزمات. وفيما يتعلق بتأثير الأزمة المالية

على المنظمة وعلى قدرتها على دعم دولها الأعضاء، رُئي أن الوقت قد حان لمراجعة اللوائح المالية بحيث يمكن استخدام المساهمات التي ترد متأخرة في فترة الستين استخداماً ملائماً.

وفيما يتعلق بالحرب التي وقعت في قطاع غزة، سلط الضوء على الحاجة إلى مواصلة تركيز الاهتمام على الوضع الصحي في القطاع، فضلاً عن الحاجة إلى توثيق تكلفة الحرب على الصحة وعلى النظام الصحي، وتقديمها إلى الأمم المتحدة. أما عن الرؤية المتجددة للرعاية الصحية الأولية، وهو مجال يتسم بالركود في الوقت الراهن، فيتعين وضع نماذج واستراتيجيات لها ملائمة للمجتمعات في الإقليم، وهناك عدة نماذج جيدة في الإقليم، ينبغي عرضها عرضاً يُبرز مزاياها. وينبغي في الوقت نفسه الترويج للرعاية الصحية الأولية بمزيد من القوة باعتبارها الأساس الذي يقوم عليه أي نظام صحي جيد، مع قيام المجتمع بدور واضح باعتباره الطرف المعني الرئيسي. وينبغي إدراج موضوع التكامل مع الرعاية الصحية الأولية والحصول العادل على الرعاية الصحية، في جداول أعمال كل الاجتماعات والمحافل الإقليمية، باعتباره من المحاور الرئيسية للمناقشة، وإلا فقد هذا الموضوع زخمه. وقد اتفق رأي اللجنة على أن الافتقار إلى ثقافة تقدير التكاليف وتحليلها في الإقليم يعرقل تطوير القطاع الصحي، وليس تحسين أداء المستشفيات، فحسب. كما لا توجد منهجية للابتكار في القطاع الصحي بالإقليم، مما يعوق قدرة البلدان على توقع المشكلات المتعلقة بهذا السياق وعلى التصدي لتلك المشكلات. وقد أُوصي بإدراج موضوع الإصابات الناجمة عن حوادث المرور على الطرق في جدول الأعمال، مع ملاحظة أن الإصابات بوجه عام، وإصابات الطفولة بوجه خاص، هي من المجالات الرئيسية المُعقّلة في الإقليم، حيث لا يتوافر سوى القليل جداً من المعطيات (البيانات) عن حجم هذه المشكلة. وختاماً، ينبغي مواصلة التركيز على صحة الأم والوليد في الإقليم.

واقترحت اللجنة توسيع نطاق المشاركة في الاجتماع السنوي للجنة بحيث يضم المؤسسات العلمية والشركاء من أجل إتاحة مجال أوسع من الخبرة والآراء. كما رأت اللجنة ضرورة تقوية الشبكات الصحية الإقليمية.

توصيات إلى المكتب الإقليمي

1. دعوة الدول الأعضاء بقوة إلى تنمية وتشجيع الاستثمارات في القطاع الصحي في ظل الأزمة الاقتصادية الراهنة، باعتبارها وسيلة للتنمية الاجتماعية والاقتصادية، ولاسيما الاستثمار في الرعاية الصحية الأولية، باعتبارها استراتيجية عالية المردود للتنمية الصحية الطويلة الأمد.
2. تقييم النماذج الجيدة للرعاية الصحية الأولية في الإقليم وعرضها عرضاً يُبرز مزاياها، وإدراج التكامل مع الرعاية الصحية الأولية باعتبارها عنصراً من عناصر جداول أعمال كل الاجتماعات والمحافل الإقليمية.
3. مطالبة الهيئات الرئاسية للمنظمة بمراجعة اللوائح المالية، ولاسيما فيما يتعلق باستخدام المساهمات المالية التي يتأخر ورودها.
4. إعداد ورقة للعرض على الأمم المتحدة بشأن تأثير المنازعات الحادة والمزمنة في الإقليم على صحة السكان، والتنمية الصحية، والنظم الصحية، مع التركيز بشكل خاص على الحرب الأخير في قطاع غزة.

2. التهديدات المتزايدة لالتهاب الكبد "بي" B و"سي" C في إقليم شرق المتوسط

إن تهديد التهاب الكبد الفيروسي "بي" B و"سي" C سواء على صعيد العالم أو الإقليم هو تهديد كبير. فالعبء العالمي للمرض الناجم عن تشمّع (تليّف) الكبد وسرطانة الخلايا الكبدية، يمثّل نحو 2% من كل الوفيات، ويتوقّع أن يتفاقم على مدى العقدين القادمين. وتقدر المنظمة أن نحو 4.3 مليون شخص جدد تصيهم عدوى فيروس التهاب الكبد "بي" و800 000 شخص تصيهم عدوى فيروس التهاب الكبد "سي" سنوياً في الإقليم. كما يوجد 17 مليون شخص مصابون بعدوى مزمنة من فيروس التهاب الكبد "سي". وتشير الدراسات إلى أن ما يزيد على 75% من حالات تشمّع الكبد وسرطانة الخلايا الكبدية في الإقليم، تُعزى إلى العدوى بفيروس التهاب الكبد "بي" أو "سي". علماً بأن تكلفة معالجة المصابين بعدوى الفيروس "بي" أو "سي" المزمنة تفوق تكلفة تنفيذ برامج الوقاية من هذه العدوى. فبناءً على الدلائل الإرشادية الراهنة لمعالجة التهاب الكبد "سي" المزمن، تصل تكلفة معالجة 50% من المرضى المستحقين للمعالجة في الإقليم إلى ما يربو على 125 بليون دولار أمريكي، ويُتوقّع أن تزيد مستقبلاً مع إصابة المزيد من الأشخاص بالعدوى.

وتتوافر استراتيجيات وأدوات لاتقاء ومكافحة انتقال العوامل المُمرضة المنقولة بالدم، أثبتت فعاليتها حينما طبقت تطبيقاً جيداً. ومن أسف، فإن تطبيق هذه الاستراتيجيات هو أبعد ما يكون عن المستوى المنشود في عدد من بلدان الإقليم. ولا يخفى أن الحاجة ماسّة إلى اعتماد استراتيجية شاملة وتعزيز تطبيق تدابير الوقاية والمكافحة المتوافرة حالياً ذات الفعالية العالية، من أجل الوقاية من انتقال العوامل المُمرضة المنقولة بالدم. ويوصى بقوة باعتماد البلدان لهدف إقليمي يتمثّل في تقليص معدّل انتشار عدوى فيروس التهاب الكبد "بي" المزمن إلى أقل من 1% بين الأطفال الذين هم دون الخامسة من العمر، وذلك بحلول عام 2015.

المناقشة

لاحظت اللجنة أن الوثيقة المقدّمة بشأن الموضوع قد تناولت ما يقرب من جميع الأنماط المتعلقة بحجم المشكلة. كما لاحظت الحاجة إلى التأكيد على أهمية التوعية والتثقيف الصحي فيما يتعلق بانتقال هذين المرضين والوقاية منهما، وبخاصة توعية المهنيين الصحيين الذين تُعوز الكثيرين منهم المعرفة اللازمة في هذا المجال، وأهمية إدراج التثقيف الصحي بهذا الشأن في برامج تعليم المهنيين الصحيين. كما أن التخلّص من فضلات مرافق الرعاية الصحية، وتعزيز استخدام المحاقن الذاتية التعطلّ، هما من التحدّيات الرئيسية التي يواجهها الإقليم. ولا يخفى أن الأمر يستلزم التوعية بالمشكلة لدى جمهور الناس، ولدى البرلمانيين، واللجان الصحية البرلمانية، بحيث يتسنّى وضع ما يلزم من تشريعات ولوائح في هذا الصدد.

ودعت اللجنة إلى مزيد من التعاون بين البلدان في التعاطي مع هذه القضية ومع سائر النظام الصحي. وأوضحت أن من الأسباب الرئيسية لالتهاب الكبد "بي" و"سي" النظام الصحي نفسه، وأن على جميع النظم الصحية، وليس النظم التي تعاني من نقص الموارد، فحسب، الاستفادة من دروس الخبرة في هذا الصدد. وعلى سبيل المثال، فإن ضمان الجودة في نظام رعاية الأسنان لا يطبّق بشكل جيّد في بعض بلدان الإقليم.

وقد أشير إلى أن الاستراتيجيات والخطوات التي يُقترح على البلدان اتخاذها للتصدّي للمشكلة، ينبغي ربطها بالوضع الوبائي وتتوافر الموارد، حتى تعلم البلدان على وجه الدقة ما ينبغي عمله على سبيل الأولوية. وينبغي للقرار المقترح أن تصاحبه مجموعة عملية من المعلومات للبلدان، بما فيها الدلائل الإرشادية للتنفيذ، والآثار المترتبة على

التكاليف، والتجارب النموذجية. وهذا من شأنه تمكين الدول الأعضاء من إعداد خطة ملائمة لأوضاعها، بالتعاون مع المنظمة، وتنفيذ الخطة بوتيرة أسرع، وتقييم الآثار والتحديات على نحو أكثر فعالية. كما أن تبادل المرتسمات (البروفيلات) فيما يتعلق بالوضع القائم من شأنه أن يفيد البلدان.

وأعربت اللجنة عن قلقها إزاء إمكانية استدامة توفير اللقاحات على النحو الجاري في الوقت الراهن، وأكدت على الحاجة إلى ترسيخ التطعيم ضد التهاب الكبد "بي". وأضافت أنه لا يتوافر في الإقليم سوى معلومات قليلة جداً عن عوامل الخطر المتعلقة بانتقال التهاب الكبد "سي". ومن المهم في هذا الصدد توفير ما يلزم من تثقيف وإجراء ما يلزم من بحوث.

توصيات إلى المكتب الإقليمي

1. تأكيد الحاجة إلى تبصير رسمي السياسات وتثقيف الجمهور والعاملين في مجال الرعاية الصحية فيما يتعلق بانتقال التهاب الكبد والوقاية منه، وإدراج برامج للتثقيف الصحي في مناهج تعليم المهن الصحية.
2. النظر في ضرورة ضمان استدامة توفير اللقاح المضاد لالتهاب الكبد "بي" على المدى الطويل، وذلك من خلال ما يلزم من تشريعات، وبترسيخ التطعيم بهذا اللقاح.
3. إلقاء الضوء على الأسباب الرئيسية للمرض والتي منها النظام الصحي نفسه في بعض البلدان، وتأكيد الحاجة إلى تطوير النظام الصحي، وتطبيق استراتيجيات الوقاية المجرّبة، بما فيها سلامة المرضى، وإيلاء المزيد من الاهتمام إلى خدمات رعاية الأسنان، والتلقيح النظامي لطلبة الطب والعاملين الصحيين، وضمان الجودة في الرعاية الصحية.
4. إيضاح أي الاستراتيجيات ينبغي تطبيقها كأولوية داخل مجموعات البلدان، بناء على الوضع الوبائي القائم فيها، والقدرات من حيث الموارد.
5. إلقاء الضوء على الثغرات في المعلومات المتعلقة بالأنماط الوبائية وعوامل الخطر الشديد في عدد من بلدان الإقليم، واغتنام هذه الفرصة للقيام بما يلي: الدعوة إلى إجراء دراسات/أنشطة للترصد من أجل فهم الوضع القائم، باستخدام بروتوكول موحد يمكن به مقارنة المعطيات (البيانات) بين البلدان: وتقييم تأثير استراتيجيات الوقاية.
6. إبراز دور وزارة الصحة في توعية البرلمانيين بالمشكلة، والحاجة إلى تشريعات ولوائح تساعد على تطبيق الاستراتيجيات الموصى بها، بما فيها التطعيم ضد التهاب الكبد "بي"، واعتماد استراتيجيات لسلامة المرضى، واعتماد مخصصات مالية للوقاية والمكافحة.
7. التوسّع في إعطاء جرعة من لقاح التهاب الكبد "بي" عند الميلاد في البلدان ذات المعدلات المرتفعة والمتوسطة لانتقال المرض في الفترة المحيطة بالولادة.

8. تزويد البلدان بمجموعة من المعلومات عن كيفية تطبيق الاستراتيجيات الموصى بها فيما يتعلق بالقرار المقترح، وتبادل المرتسمات (البروفيلات) القطرية التي توضح بإيجاز الوضع فيما يتعلق بالتهاب الكبد "بي" في شتى أرجاء الإقليم.

3. استراتيجية للوقاية من السرطان ومكافحته في إقليم شرق المتوسط

يمثل السرطان مشكلة متعاظمة في إقليم شرق المتوسط. فهو يحتل المرتبة الرابعة بين الأسباب الرئيسية للوفيات في الإقليم، وهو أحد الأسباب الرئيسية للوفيات في العالم. ويُقدَّر أن السرطان يفتك سنوياً بنحو 272 000 شخص في الإقليم. كما أن من المرجَّح أن تكون أكبر زيادة في وقوعات السرطان بين أقاليم المنظمة في الخمسة عشرة سنة القادمة من نصيب إقليم شرق المتوسط، إذ يتنبأ نموذج الإسقاط الخاص بالإقليم بإمكان وصول هذه الزيادة إلى 180%.

وفي الوقت الراهن، فإن نصف حالات السرطان في الإقليم تقع قبل الخامسة والخمسين من العمر. وتبلغ نسبة الوفيات/الوقوعات في الإقليم 70%، وهي نسبة مرتفعة (مقارنة بنحو 40% في الولايات المتحدة، و55% في أوروبا)، مما يشير إلى معدلات للبقيا أقل بكثير فيما يتعلق بالسرطان المشخَّص. وترتبط عوامل الخطر الرئيسية بتعاطي التبغ، والتغيرات في النظام الغذائي ونمط الحياة. ويُقدَّر أن 40% من السرطانات في العالم يمكن توقيها بتحويل عوامل الخطر. وعليه، فإن الوقاية تتيح أكبر إمكانية لحماية الصحة العمومية، وأعلى استراتيجية طويلة الأمد مردوداً لمكافحة السرطان. والموارد المخصصة لمكافحة السرطان في الإقليم، ككل، ليست غير كافية فحسب، بل إنها موجهة أيضاً توجيهاً يكاد ينحصر في المعالجة.

وقد أعدت الاستراتيجية الإقليمية لمكافحة السرطان لمواجهة العبء المتزايد للسرطان في الإقليم، والحاجة إلى اتخاذ إجراءات متضافرة في هذا الصدد. والمأمول أن يؤدي اعتماد الاستراتيجية إلى حشد ما يكفي من دعم سياسي لبرامج مكافحة السرطان على الصعيد القطري؛ وإلى حفز الدول الأعضاء على وضع خطة عمل شاملة للتصدي لمشكلة السرطان؛ وإلى إعداد سياسات ولوائح للوقاية من السرطان.

المناقشة

أكدت اللجنة على أهمية الوقاية من السرطان، ولاحظت أنه يمثل مشكلة مهمة في الإقليم. وأوضحت أنه ينبغي لوسائل الإعلام توعية جماهير الناس بالمشكلة ورأب الثغرات في المعرفة المتعلقة بعوامل الخطر الخاصة بالسرطان، ولاسيما تعاطي التبغ. واقترحت اللجنة شن حملة موسعة للوقاية في شتى أرجاء الإقليم، بما في ذلك قيام موظفي المنظمة التقنيين بزيارات إلى بلدان الإقليم، للدعوة إلى الوقاية من السرطان. ويمكن أيضاً إصدار نشرة شهرية بشأن أسباب الوفاة، للتوعية بأهمية الوقاية من السرطان ومكافحته، وتعزيز التزام الحكومات بالوقاية من السرطان ومكافحته.

ولا يخفى أن السرطان وما يتعلَّق به من اضطرابات يُظهِران أوجه عدم الإنصاف في النُظُم الصحية في أشد صورها حدّة، ولا بد من الأخذ بأساليب للوقاية من السرطان ورعاية مرضاه تعاطى مع أوجه عدم الإنصاف هذه. ويستلزم الأمر من المنظمة تقديم إرشادات عن كيفية إدماج الوقاية من السرطان، ومعالجته، ورعاية مرضاه، في الرعاية الصحية الأولية، بما في ذلك كيفية الربط بين مستشفيات المعالجة التخصصية داخل النظام الصحي. وينبغي تعزيز تحرّي سرطان الثدي في إطار الرعاية الصحية الأولية، وإدراجه في التعليم الطبي، كما ينبغي أن يجري في المدارس تعليم الفحص الذاتي للثدي. ثم لا بد أيضاً من إجراء المزيد من البحوث، ولاسيما عن الأدوية العشبية والأساليب الشعبية (التقليدية).

وينبغي للمنظمة، بالتنسيق مع مراكز مكافحة السرطان، تعزيز وتأكيد أهمية الرعاية الملطفة، تلك الرعاية التي ليست مفهومة جيداً في وزارات الصحة. ويمكن للتمريض المجتمعي والرعاية المنزلية القيام بأدوار أساسية في هذا الصدد. ولا بد أيضاً من ضمان تيسر الحصول على أدوية الرعاية الملطفة لقاء تكلفة ميسورة.

وأعربت اللجنة عن قلقها إزاء المعطيات (البيانات) الإقليمية الراهنة عن السرطان، والتي هي خليط من معطيات (بيانات) التسجيل والتقديرية. ولا بد من بذل ما يلزم من جهود لمراجعة التقديرات المجتمعية لعبء السرطان مراجعة منهجية. كما لا بد من إنشاء أو تعزيز سجلات السرطان لتوفير معطيات (بيانات) موثوقة عن وقوعات السرطان.

توصيات إلى المكتب الإقليمي

1. تعزيز الدعوة إلى الوقاية من السرطان، وتأكيد أهمية إدماج الوقاية من السرطان ومعالجته في الرعاية الصحية الأولية.
2. تعزيز دور المجتمع المدني في الوقاية من السرطان ورعاية مرضاه، ودعم التعاون بين منظمات المجتمع المدني والنظم الصحية في الإقليم.
3. تأكيد الحاجة إلى تحسين نوعية الرعاية الملطفة، وتقوية هذه الرعاية، بما في ذلك تقوية دور التمريض المجتمعي والرعاية المنزلية.
4. إبراز الحاجة إلى تقوية التعليم في مجال الصحة العمومية حول الوقاية من السرطان والتبكير باكتشافه، بما في ذلك تعليم الفحص الذاتي للثدي، وحول تعاطي التبغ، والنظام الغذائي، والنشاط البدني، والصحة، وذلك من خلال برامج الصحة المدرسية، ومناهج تعليم الطب، ومن خلال استخدام الأوساط المجتمعية، كأماكن العمل، مع إيلاء اهتمام خاص لسرطان الثدي.
5. التأكيد على أهمية المسوحات المجتمعية لانتشار السرطان من أجل توفير معطيات منهجية وموثوقة، ومن أجل إنشاء سجلات السرطان أو تعزيزها إن كانت قائمة.
6. استكشاف طرق جديدة لتحري سرطان عنق الرحم تكون ملائمة للإقليم.

4. الإصابات الناجمة عن حوادث المرور على الطرق: شاغل متعاظم للصحة العمومية

تتسبب حوادث المرور على الطرق في مقتل 1.2 مليون شخص سنوياً في العالم، وفي إلحاق إصابات متوسطة إلى وخيمة فيما يتراوح بين 20 مليون و50 مليون شخص. علماً بأن الإصابات الناجمة عن حوادث المرور على الطرق في إقليم شرق المتوسط تتسبب في وفاة ما يزيد على 132 000 شخص سنوياً، معظمهم من الشباب في أوج عمرهم الإنتاجي. وإذا استمر الاتجاه الراهن في هذا الصدد، فسوف تتضاعف معدلات الوفيات والمرضاة الناجمة عن إصابات حوادث المرور على الطرق أضعافاً مضاعفة، ولاسيما في البلدان ذات الدخل المنخفض وذات الدخل المتوسط، مما يلقي بعبء ضخم على الموارد الشحيحة المتاحة. وعلى ذلك، فالإصابات الناجمة عن حوادث المرور

على الطرق تمثل مشكلة اجتماعية واقتصادية كبرى. علماً بأن 90% من ضحايا هذه الحوادث ينتمون إلى فئات اجتماعية واقتصادية منخفضة المستوى (المشاة، وركاب وسائل النقل العام، وركاب الدراجات النارية والدراجات العادية)، ممن لا حول لهم ولا حيلة للتأثير على السياسات، ويلتمسون الرعاية الطبية بعد إصابتهم في الحوادث. ثم إن التكاليف المباشرة وغير المباشرة للإصابات الناجمة عن حوادث المرور على الطرق تتراوح بين 1% و5% من إجمالي الناتج القومي في البلدان ذات الدخل المنخفض وذات الدخل المتوسط.

وعلى الرغم من أن القطاع الصحي ينوء به معظم عبء الإصابات الناجمة عن حوادث المرور على الطرق (في شكل خسائر بشرية)، فإن دور القطاع الصحي في مجال الرعاية الأولية محدود جداً في العادة. وهناك على الصعيد الإقليمي تحديات عديدة تسهم في هذا الوضع (أو تزيده تفاقمًا). ومن هذه التحديات قلة المعطيات عن ضحايا الإصابات الناجمة عن حوادث المرور على الطرق، وضعف الدعم السياسي، وضعف القدرات على الصعيد الوطني، وعدم وجود تحديد جيد للدور القيادي الذي يتعين الاضطلاع به إزاء قضية السلامة على الطرق. وإدراكاً لذلك، اعتبرت المنظمة والأمم المتحدة هذه القضية شاغلاً رئيسياً من شواغل الصحة العمومية، وعُهد إلى المنظمة بالتنسيق الجهود العالمية الرامية إلى تحقيق السلامة على الطرق. ومن ثم، فقد نشرت المنظمة، في عام 2004، بالمشاركة مع البنك الدولي، التقرير العالمي عن الوقاية من الإصابات الناجمة عن حوادث المرور على الطرق، محدّدة عوامل الخطر الرئيسية والتدابير الفعّالة المسندة بالبيّنات. وقد قام العديد من بلدان الإقليم بعد ذلك بتطبيق مختلف التدابير الخاصة بالوقاية من الإصابات الناجمة عن حوادث المرور على الطرق، غير أن التقدّم المحرز على هذا الدرب متفاوت وغير منتظم.

ولما كانت السلامة على الطرق قضية تهتمّ على نطاق واسع قطاعات واختصاصات عديدة، فإن البلدان التي تكثرت فيها المركبات الآلية تتخذ نهجاً نظامياً وتُعنى بالقضايا النظامية (إنفاذ القانون، وتصاميم الطرق، وسلامة المركبات) بدلاً من الاقتصار على الاستثمار في تغيير السلوكيات. وتقوم وزارات الصحة بدور إشرافي نشط، داعيةً إلى اتخاذ أساليب تتعاون على تطبيقها قطاعات واختصاصات عديدة. وعلى حين أن الحلول المأخوذة من البلدان ذات الدخل المرتفع والتي يجري تطبيقها في بلدان أخرى، قد لا يمكن تطبيقها بالكامل على الوضع في الإقليم، فإن العناصر الأساسية للوقاية من الإصابات الناجمة عن حوادث المرور على الطرق واحدة ويمكن تطبيقها تطبيقاً فعّالاً في معظم البلدان ذات الدخل المنخفض وذات الدخل المتوسط. ويمكن تقليص معدلات الوفيات والمرضاة تقليصاً ملحوظاً، باستخدام أحد أساليب الصحة العمومية إزاء الإصابات الناجمة عن حوادث المرور على الطرق، ومعالجة قضية السلامة على الطرق على نفس منوال أسلوب الوقاية من أي مرض. ويوصى بإنشاء لجنة وطنية متعددة القطاعات (أو هيئة رائدة) تابعة لوزارة الصحة، تكون ذات دور بارز. علماً بأن بناء القدرات الوطنية، وجمع المعطيات (البيانات) عن الإصابات وفعالية التدابير المتخذة، وتخصيص الموارد البشرية والمالية، وإنشاء نظام فعّال لرعاية الإصابات قبل دخول المستشفى وفي المستشفى، تمثل العناصر الرئيسية للوقاية من حدوث الإصابات الناجمة عن حوادث المرور على الطرق، والوقاية من الوفيات الثانوية، في أي بلد.

المناقشة

حوادث المرور على الطرق وما ينجم عنها من إصابات، تمثل قضية "يتيمة" تكمن العوامل المسببة لها في العديد من القطاعات التي لا توجد لها على الصعيد الوطني هيئة مسؤولة عن التنسيق بينها أو برنامج لهذا الغرض. ويتعين أن

تعطى الأولوية داخل القطاع الصحي لتحسين التدبير الطبي للإصابات الناجمة عن حوادث المرور على الطرق. ومن بين الإجراءات المهمة التي يتعين اتخاذها في هذا الصدد، تقوية أقسام الطوارئ كي تتعامل تعاملًا فعالاً مع إصابات المرور، وتصنيف الأقسام وفقاً لقدرتها على التدبير العلاجي، وتحسين نوعية المعالجة قبل دخول المستشفى. ويتعين، على الأخص، أن تكون سيارات الإسعاف هي خط المواجهة الأول لإصابات المرور، وأن تكون مزودة جيداً بما يلزم من تجهيزات وموظفين. ثم إن التدريب وتوفير ما يلزم من معرفة عن المهارات الأساسية المطلوبة في حالات الطوارئ، وبخاصة نقل المصابين بصدمات، لا ينبغي قصرهما على العاملين الصحيين، بل ينبغي تقديمهما لعموم الناس، كأن يكون ذلك من خلال حملات لتوعية جموع الناس.

وقد استرعت اللجنة الانتباه إلى عدد من القضايا المتعلقة بالمعطيات (البيانات) الخاصة بالإصابات الناجمة عن حوادث المرور على الطرق. وتختلف البلدان في تعريفها للوفيات الناجمة عن حوادث المرور؛ ولا بد من تحديد تعريف واحد وتطبيقه في البلدان لأغراض التبليغ. ويلاحظ أن عبء المراضة الناجمة عن حوادث المرور في الإقليم هو عبء جسيم، ولا بد من إيلاء مزيد من الاهتمام للمعطيات المتعلقة بالمراضة الناجمة عن حوادث المرور على الطرق. علماً بأن الأرقام الراهنة لحوادث المرور على الطرق في بلدان الإقليم تعكس وجود مستويات مختلفة من الشفافية وأساليب مختلفة لجمع المعطيات. ويمكن استخدام التركيز الحالي على إصابات المرور على الطرق كمنطلق للتصدي لأشكال أخرى من الإصابات، مثل التسمم، والسقوط، التي اتضح من بعض الدراسات الوطنية، أنها تتسبب في معدل كبير من الوفيات في بعض بلدان الإقليم. وهناك حاجة إلى المزيد من المعطيات (البيانات) عن كل أنواع الإصابات، وينبغي أن يشمل الدعم المقدم من المنظمة إلى البلدان، إنشاء سجلات لكل أنواع الإصابات.

ولاحظت اللجنة أن قضية إصابات المرور على الطرق، إضافةً إلى سائر المحددات الاقتصادية والاجتماعية والبيئية الموجودة والمستجدة للصحة، تتطلب إعادة النظر بعناية في دور وزارات الصحة. فبدلاً من قيام وزارة الصحة بقيادة الجهود المبذولة للتعاطي مع مثل هذه القضايا، فلعل من الأجدر بها القيام بدور أكثر فعالية، يتمثل في إنتاج المعطيات (البيانات)، والتوعية، ورصد النتائج.

توصيات إلى المكتب الإقليمي

1. دعوة الحكومات إلى اعتماد سياسات عمومية للوقاية من حوادث المرور على الطرق وتعزيز التعاون بين الوزارات على تقليص المراضة والوفيات الناجمة عن إصابات حوادث المرور على الطرق.
2. دعوة وزارات الصحة إلى القيام بالدور القيادي في إقامة الشراكات، والدعوة إلى الوقاية من إصابات المرور، واسترعاء اهتمام الحكومات على مستوى مجلس الوزراء بالقضية، وإبراز عبئها الاجتماعي والمالي والصحي، والدعوة إلى مواجهتها مواجهة مشتركة بين القطاعات، وإجراء حملة تثقيفية مكثفة من أجل السلامة على الطرق تستهدف راسمي السياسات، والجمهور والتلاميذ.
3. التأكيد على التثقيف في إطار الصحة العمومية حول كيفية التعامل مع ضحايا حوادث المرور على الطرق.
4. التأكيد على الحاجة إلى تقوية الخدمات الإسعافية وأقسام الحوادث والطوارئ، من خلال ضمان الجودة واعتماد أقسام الحوادث والطوارئ وفقاً لقدراتها على التعامل مع الطوارئ وإصابات المرور على الطرق.

5. العمل على استخدام تعريف موحد "للوفيات الناجمة عن إصابات حوادث المرور على الطرق" وفقاً للدلائل الإرشادية للمنظمة، والدعوة إلى إنشاء قاعدة معطيات (بيانات) إقليمية عن عبء المراضة والوفيات الناجمة عن إصابات حوادث المرور على الطرق.
6. الدعوة إلى تحسين تعليم السائقين باعتماد استراتيجيات مجرّبة للوقاية من إصابات حوادث المرور على الطرق، بما في ذلك توقيع عقوبات شديدة على السياقة تحت تأثير الخمر وغيرها من المواد، واستخدام ساتقي الدرجات النارية ألبسة واقية للرأس، ووضع معايير للسياسة، وسلامة المركبات، وتخفيض السرعة، وحظر استخدام المقطورات، والتثقيف في المدارس بشأن السلامة على الطرق.
7. التأكيد على العبء الكامل للإصابات الناجمة عن حوادث المرور على الطرق (الوفاة، والعجز، والتكلفة الاجتماعية والاقتصادية) وليس على الوفيات فحسب.

5. تحسين أداء المستشفيات في إقليم شرق المتوسط

في عام 2002، قامت المنظمة واتحاد المستشفيات الدولي بإجراء أكبر وأشمل دراسة عالمية حتى الآن عن أداء المستشفيات، شملت عشرين بلداً من أقاليم المنظمة الستة. وقد شارك في الدراسة من بلدان إقليم شرق المتوسط كل من الجمهورية العربية السورية ولبنان ومصر والمغرب. ونُشرت نتائج الدراسة في عام 2007. وقد حدّدت الدراسة التحديات الرئيسية التي تؤثر في أداء المستشفيات على النحو التالي: قلة التنسيق بين المستشفيات وبين النظام الصحي الوطني، ونقص التمويل المزمّن، وزيادة الاعتماد على رسوم الخدمة في البلدان ذات الدخل المتوسط المائل إلى الانخفاض وذات الدخل المنخفض، والعراقيل التي تواجه تنظيم تقديم الخدمات (والتي منها على سبيل المثال نُظُم الإحالة التي تعاني من الخلل الوظيفي)، ومواطن الضعف في إدارة المستشفيات، ولاسيما إدارة الموارد المالية والبشرية في معظم البلدان ذات الدخل المتوسط، وذات الدخل المنخفض. وبُعية التصديّ للقضايا المتعلقة بضرورة تحسين أداء المستشفيات، وبناء على الاحتياجات الملموسة للبلدان في مجال المستشفيات، أصدرت المنظمة عدداً من المنشورات المركّزة، والورقات الخاصة بالسياسات، وأنتجت أدوات تُستخدم لتعزيز القيادة والإدارة في المستشفيات، وتقييم الجودة وتحسينها. علماً بأن المنظمة تدعم البلدان بعدة طرق، منها إقامة شبكات للدعم، وإنشاء مراكز متعاونة، وتدشين مواقع تفاعلية على شبكة الإنترنت.

المناقشة

هناك حاجة إلى المزيد من تدريب مديري المستشفيات على فنون الإدارة، فقد سلط الضوء على ضعف الإدارة بوصفه أحد أسباب تدني أداء المستشفيات في الإقليم. وناقش أعضاء اللجنة أهمية تقديم تعريف أوضح لمعنى "المستشفى" في إطار فهم النظم الصحية القائمة على خدمة الناس. كما ناقشوا مسألة استقلال المستشفيات وما إذا كان اعتبار استقلال المستشفيات مرادفاً لخصخصتها ورفع القيود التنظيمية عنها، مع عجز البلدان المحدودة الموارد عن توفير الأموال اللازمة للمستشفيات المتمتعة بالاستقلال، مما يؤدي إلى تقديم خدمات مخصصة على نحو متزايد يتعذر على الشرائح الفقيرة من السكان الحصول عليها. ومن ثمّ، فلا بد من وضع أطر وطنية ودون وطنية توفر الحماية الاجتماعية للقراء، قبل أن يُسمح للمستشفيات بالحصول على الاستقلال. ولا يخفى أن وجود إطار

موحدّ لمستشفيات القطاعين العام والخاص على السواء يزيد من خضوعها لمساءلة المجتمع. ويمكن استخدام صحة الأم والوليد كمدخل إلى المجتمع.

وهناك تفاوت كبير في حجم المستشفيات، ومما يمكن التوصية به في هذا الصدد، أن تقوم المنظمة بتحديد العدد الملائم للسكان من أسرة المستشفيات، وتحديد حجم المستشفيات. ويمكن إنشاء مراكز صحية تقدم خدمات في مجالات الإصابة والتسمم والولادة والتدريب.

ولا يخفى أن الأزمة الاقتصادية العالمية الراهنة تؤثر على القطاع الصحي تأثيراً أشدّ مما يدركه الناس، إذ يُقدَّر أنها فرضت خفضاً في الإنفاق على الصحة تتراوح نسبته بين 30% و40%. ولا بد من إجراء عمليات لتقدير التكاليف، ولاسيما تقدير التكاليف داخل كل قسم من أقسام المستشفى على حدة. ولا بد من التعاطي مع الخدمات المستشفوية في حالات الأزمات، واستقصاء علو المردود، والابتكارات التي من شأنها خفض تكاليف الرعاية، مثل الأخذ بإجراءات الرعاية النهارية، وتعزيز الرعاية الصحية المنزلية، ونقل بعض الاختصاصات من مرافق الرعاية الثالثية إلى مرافق الخدمات في المناطق التي يصعب الوصول إليها، وزيادة وعي الناس بالمخاطر المحتملة للرعاية في المستشفى، مثل نقص ممارسات مكافحة العدوى.

توصيات إلى المكتب الإقليمي

1. العمل على إيجاد ثقافة تقدير التكاليف وتحليلها في المستشفيات، من أجل تحسين الإدارة المالية، وميَّزنة البرامج، والمساءلة، وترشيد التكاليف.
2. دعم بلدان الإقليم في إيجاد أساليب عالية المردود بديلة للإدخال في المستشفى، وذلك من خلال الرعاية النهارية، والجراحة النهارية، والرعاية الصحية المنزلية.
3. دعم بلدان الإقليم في تقييم أداء مستشفياتها تقييماً أفضل وتحسينه، باستخدام أدوات وطُرق، منها أداة المنظمة لتقييم الأداء لتحسين الجودة في المستشفيات.
4. دعم بلدان الإقليم في إدخال إصلاحات ملائمة لمعالجة الثغرات في أداء المستشفيات، بما في ذلك الحوكمة governance، وتدريب مديري المستشفيات، وتقديم الحوافز للموارد البشرية.
5. إجراء مراجعة شاملة للخبرة الإقليمية في مجال استقلال المستشفيات في إطار رفع قيود الإدارة المركزية عن النظام الصحي، والتوعية بمزايا وعيوب استقلال المستشفيات، مع التأكيد على دور وزارة الصحة في تنظيم الحصول على الخدمات الصحية، وتقييمها وضمان العدالة في تقديمها.
6. تقديم الإرشادات اللازمة حول دور الحكومة في إعداد الصكوك التنظيمية الضرورية الهادفة إلى وضع قواعد ومعايير لتطوير المستشفيات، وإلى الحفاظ على العدالة في إتاحة خدماتها، وإلى تعزيز سلامة المرضى في المستشفيات.

7. الاستعانة بالمعطيات (البيانات) المتاحة، بما فيها المعطيات التي وفَّرها التحالف العالمي لسلامة المرضى، في تحسين نوعية خدمات المستشفيات، وتعزيز سلامة المرضى.

6. المواضيع المطروحة للمناقشة في الاجتماع الرابع والثلاثين للجنة الاستشارية الإقليمية (عام 2010)

- تأثير الأزمة الاقتصادية على الصحة
- الشراكات
- مراجعة أداء المكتب الإقليمي لشرق المتوسط وتعزيز صورته العامة
- التحدّيات الصحية المستقبلية وتأثير الأزمة الاقتصادية
- النظام الغذائي والنشاط البدني والصحة، مع إيلاء اهتمام خاص للسكري
- الحفاظ على زخم الرعاية الصحية الأولية
- الآثار الصحية للاستخدام السلمي للطاقة الذرية
- إشراك المجتمع في الرعاية الصحية
- الآثار الصحية للأغذية المعدّلة وراثياً
- الأمن الغذائي والتغذية
- النماء في الطفولة الباكرة
- دور وزارة الصحة
- تأثير المنازعات على الصحة والنظم الصحية

المرفق الأول

البرنامج

الأربعاء، 15 نيسان/أبريل 2009

الدكتور حسين الجزائري المدير الإقليمي	ملاحظات افتتاحية ومتابعة لتنفيذ توصيات الاجتماع الثاني والثلاثين للجنة الاستشارية الإقليمية	09:15 – 08:30
الدكتور عز الدين محسني المستشار الإقليمي المعني باللقاحات والتطعيم والأمراض المتوقاة بالتطعيم	التحديات المتزايدة لالتهاب الكبد "بي" و"سي" في إقليم شرق المتوسط	10:00 – 09:15
الدكتورة ابتهاج فاضل المستشارة الإقليمية المعنية بالأمراض غير السارية	استراتيجية للوقاية من السرطان ومكافحته في إقليم شرق المتوسط	11:15 – 10:30
الدكتور سيد جعفر حسين المستشار الإقليمي المعني بتعزيز أنماط الحياة الصحية	الإصابات الناجمة عن حوادث المرور على الطرق: شاغل متعاظم للصحة العمومية	12:00 – 11:15
الدكتور عمرو محبوب المستشار الإقليمي المعني بدعم الإدارة الصحية	تحسين أداء المستشفيات في إقليم شرق المتوسط	13:00 – 12:00

الخميس، 16 نيسان/أبريل 2009

	الختام والتوصيات	11:00 – 10:00
الدكتور عبد الله الصاعدي مساعد المدير الإقليمي	المواضيع المطروحة للمناقشة في الاجتماع الرابع والثلاثين للجنة الاستشارية الإقليمية (عام 2010)	11:30 – 11:00

الاختتام

المرفق الثاني قائمة المشاركين

من أعضاء اللجنة الاستشارية الإقليمية

الأمين العام لجمعية الهلال الأحمر المصري، القاهرة، مصر	معالي الأستاذ الدكتور ممدوح جبر*
عضو البرلمان، وأستاذ طب الأطفال والمواليد، ورئيس مجلس أمناء جمعية الرضاعة الطبيعية، طهران، جمهورية إيران الإسلامية	معالي الدكتور علي رضا مرندي
رئيس المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية، الكويت	سعادة الدكتور عبد الرحمن العوضي
وزير الصحة العامة، وزارة الصحة العامة، بيروت، لبنان	معالي الدكتور محمد جواد خليفة*
وزير الصحة الاتحادي السابق، حكومة باكستان، إسلام آباد، باكستان	معالي السيد إعجاز رحيم
رئيس هيئة العمل الإنمائي «دان»، ومدير المؤسسة الدولية للتكنولوجيا والخدمات الإنمائية، الخرطوم، السودان	السيد الدكتور عمر سليمان
وزير الصحة السابق، الرباط، المغرب	معالي الدكتور محمد الشيخ بيد الله*
وزير الصحة السابق، عمان، الأردن	معالي الدكتور سعد خرابشة
أستاذ طب الأطفال، قسم طب الأطفال، جامعة خان، كراتشي، باكستان	السيد الأستاذ الدكتور ذو الفقار بوتا
مدير مركز الأبحاث والاستخبارات العلمية عن الأمراض المعدية المستجدة في المحيط الهندي	السيد الأستاذ الدكتور قصي الدلاجي*
المستشار، المشرف على إدارة الشؤون الصحية، وزارة الصحة، مسقط، عُمان	السيد الدكتور علي بن جعفر سليمان
المفوض العام السابق، الأنروا، دبلوماسي مقيم، جامعة فوردهام، نيويورك	السيد الأستاذ الدكتور بيتر هانسن

* لم يتمكن من الحضور.

أعضاء أمانة منظمة الصحة العالمية

المدير الإقليمي	الدكتور حسين عبد الرزاق الجزائري
كبير مستشاري المدير الإقليمي	الدكتور محمد هيثم الخياط
نائب المدير الإقليمي	الدكتور محمد عبيد جامع
مساعد المدير الإقليمي	الدكتور عبد الله الصاعدي
المستشار الخاص للمدير الإقليمي لاستئصال شلل الأطفال	الدكتور محمد حلمي وهدان
مستشارة المدير الإقليمي	الدكتورة غادة الحافظ
مدير تطوير النُظُم والخدمات الصحية	الدكتور بلقاسم صبري
مدير الإدارة العامة	الدكتور هشام العفيف
مديرة حفظ الصحة وتعزيزها	الدكتورة هيفاء ماضي
مدير مكافحة الأمراض السارية	الدكتور جواد محجور
منسقة تخطيط البرامج ورصدها وتقييمها	الدكتورة سوسن بصيري
المستشار الإقليمي المعني بدعم الإدارة الصحية	الدكتور عمرو محجوب
المستشار الإقليمي المعني بتعزيز أنماط الحياة الصحية	الدكتور سيد جعفر حسين
المستشارة الإقليمية المعنية بالأمراض غير السارية	الدكتورة ابتهاج فاضل
المستشار الإقليمي المعني باللقاحات والتطعيم والأمراض المتوقعة بالتطعيم	الدكتور عز الدين محسني
محررة لغوية	السيدة جين نيكلسون
سكرتيرة متقدمة، تخطيط البرامج ورصدها وتقييمها	السيدة نرمين صلاح
سكرتيرة، تخطيط البرامج ورصدها وتقييمها	السيدة دعاء جاد