

## تقرير الاجتماع الأول للجنة التقنية الاستشارية للمدير الإقليمي، القاهرة، مصر 17-15 نيسان/أبريل 2013

### مقدمة

1. أصدرت اللجنة الإقليمية لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط في دورتها التاسعة والخمسين والتي عُقدت في شهر تشرين الأول/أكتوبر 2012، القرار ش م/ل إ 60/ق.6 والذي أقرت بموجبه إنشاء اللجنة التقنية الاستشارية للمدير الإقليمي التي ستقدم المشورة والدعم بشكل مستقل للمدير الإقليمي في الأمور المتعلقة بالأولويات الصحية وتطوير البرامج على الصعيد الإقليمي. وتتألف اللجنة من 12 خبيراً خارجياً على أقصى تقدير يعينهم المدير الإقليمي، حيث يضطلعون بهذا الدور بصفتهم الشخصية.
2. ولقد انعقدت اللجنة لأول مرة في الفترة من 15 إلى 17 نيسان/أبريل 2013 في مقر المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط في القاهرة، مصر. وتمثل الهدف من هذا الاجتماع، وفقاً للمهام واختصاصات اللجنة، في أن تقوم اللجنة بما يلي:
  - العمل كهيئة استشارية للمدير الإقليمي في الأمور المتعلقة بتنفيذ وتقييم استراتيجيات منظمة الصحة العالمية وخططها بإقليم شرق المتوسط؛
  - تقديم المشورة بشأن الإجراءات اللازمة لتعزيز قدرة المكتب الإقليمي والمكاتب القطرية على تقديم الدعم للدول الأعضاء؛
  - إسداء المشورة للمدير الإقليمي بشأن السياسات والاستراتيجيات اللازمة لتطوير التعاون التقني بين بلدان الإقليم ومعها؛
  - مساعدة المدير الإقليمي في حشد التمويل وضمان توفير الموارد من خارج الميزانية بهدف تقوية البرامج التعاونية للمنظمة في الإقليم؛
  - اقتراح طرق مبتكرة لإسهام أصحاب المصلحة الرئيسيين سواء من القطاعات الصحية أو غير الصحية، بعبء تعزيز مفهوم "إدراج الصحة في جميع السياسات"؛
  - تقديم المشورة بشأن سائر الموضوعات الأخرى التي يحيلها إليها المدير الإقليمي.
3. وقد حضر الاجتماع تسعة من أعضاء اللجنة إلى جانب العاملين المعيّنين في المكتب الإقليمي لشرق المتوسط. وتولى رئاسة الاجتماع بالتناوب الدكتور فيصل الموسوي (في اليوم الأول) والأستاذ الدكتور ذو الفقار بوترا (في اليوم الثاني) والأستاذة الدكتورة رويدا المعاينة (في اليوم الثالث).

4. وطلب من أعضاء اللجنة خلال هذا الاجتماع مناقشة عدد من أوراق العمل التي قُدمت إليهم مسبقاً قبل الاجتماع، وتحديد التحديات الإضافية الماثلة، وتقديم المشورة لمنظمة الصحة العالمية بشأن أفضل طرق الاستجابة. ويستعرض القسم الثاني من هذا التقرير آراء المشاركين وفقاً لبنود الأعمال. أما القسم الثالث فيلخص الجلسة الختامية بما فيها الأمور الإجرائية المتعلقة بالاجتماعات المستقبلية. ويأتي بعد ذلك القسم الرابع ليرز توصيات استراتيجية وميدانية إلى المنظمة استناداً للمناقشات التي دارت في اللجنة. ومرفق مع هذه الوثيقة أربعة ملاحق هي: الملحق 1 جدول الأعمال؛ والملحق 2 البرنامج؛ والملحق 3 قائمة بأسماء المشاركين والملحق 4 المهام والمسؤوليات والنظام الداخلي للجنة التقنية الاستشارية.

## موجز المناقشات

### الأولويات الإقليمية للمنظمة

5. أقرت اللجنة التوجيهات الاستراتيجية الموضوعية لرسم ملامح مستقبل الصحة في الإقليم، كما أقرت العملية الاستشارية التي أُتبعَت للوصول إلى جدول الأعمال هذا، وأن التوجيهات الاستراتيجية قد اتّسمت بالشمول، وبأنه قد تمّ تكيفها بما يتواءم مع الوضع الوبائي في الإقليم. ومن ثمّ، فقد اقترحت اللجنة المزيد من التركيز على المجالات التالية.
6. رأت اللجنة ضرورة إعطاء أولوية كبيرة للتأهب والاستجابة للطوارئ، ولاسيما الاستجابة لمقتضياتها، وأنه ستظل الأزمة السورية شاغلاً مهماً لبعض الوقت، كما يُتوقَّع استمرار انعدام الأمن في الإقليم لبضع سنوات، وأن التضامن والأمن يمثلان قيمتين من القيم الأساسية في رسم ملامح المستقبل في الإقليم، ويتعيّن التأكيد عليهما.
7. وأشارت اللجنة إلى مدى الحاجة إلى المزيد من العمل لتحديد سُبُل تعاطي المنظمة مع العدالة الصحية. بمزيد من الفعالية، ورأت أن الحد الأدنى الذي يجب على المنظمة القيام به هو رصد العدالة، والعمل على ضمان إدراج المؤشرات الخاصة بالعدالة الصحية في نُظُم المعلومات الصحية الوطنية. ونظراً لوجود اختلافات كبيرة بين البلدان، بل وداخل البلد الواحد، فقد رأت اللجنة أنه يتعيّن تحليل هذه الاختلافات، وتصميم استراتيجيات الصحة العمومية اللازمة للتعاطي معها.
8. ورأت اللجنة أنه على الرغم مما للتغذية من أهمية، فإنها لا تحظى بالتأكيد الكافي إلا فيما يتعلق بصحة الأمهات والأطفال. وهناك حاجة إلى إيلاء المزيد من الاهتمام للتعاطي مع العبء المزدوج لنقص التغذية وفرط التغذية، وعوامل الخطر التغذوية المرتبطة بالأمراض غير السارية، وأنه يتعيّن كذلك التأكيد على الوقاية من الإصابات.
9. ولاحظت اللجنة أن دور القطاع الخاص يتفاوت في تقديم الخدمات، فهو وإن كان ينمو سريعاً، إلا أنه يزيد بطريقة غير منهجية وغير منظّمة، ومن ثمّ تعتبر تشريعات تنظيم القطاع الخاص من الأمور المهمّة.
10. ونوهت اللجنة إلى ضرورة تقوية المعارف العملية في النُظُم في الإقليم وتطويرها في معظم المجالات، وأن التطورات تسير بخطى سريعة في مجال النُظُم الصحية بشكل خاص، مقارنة بالمعارف الضمنية، وأن إجراء البحوث في هذا المجال يمثل تحدياً.
11. واتفقت اللجنة على الحاجة إلى توفير قيادة قوية للصحة العمومية في الإقليم، نظراً للحاجة الماسّة لتعزيز القدرات في الصحة العمومية وإيلاء اهتمام أكبر لتعليم المهنيين الصحيين.
12. ودعمت اللجنة المبادرات الأخيرة للمكتب الإقليمي الخاصة بالدبلوماسية الصحية، وأكدت على أنه يتعيّن إيلاء المزيد من الاهتمام لتحديد دور الإقليم في المبادرات الصحية الدولية والعالمية، ولتحليل الخصوصية الإقليمية، وتشكيل عملية التنفيذ بما يتلاءم مع الظروف الإقليمية الخاصة.

13. كما أشارت اللجنة إلى أنه يتعيّن كذلك الاهتمام بدور المشاركة المجتمعية ولاسيّما مشاركة النساء والأطفال.
14. ومن حيث المساءلة، أكّدت اللجنة على أن المنظمة تحتاج إلى المزيد من العمل مع البلدان وتحمل المسؤولية المشتركة، كما يتعيّن رصّد تمسّك البلدان بالالتزامات المتفق عليها دولياً بانتظام.
15. ونظّرت اللجنة بعين التقدير إلى ما لوحظ مؤخراً من ارتقاء في مستوى المهارات التقنية في المكتب الإقليمي، مما يحتم الآن ضرورة الارتقاء بأداء المنظمة على المستوى القطري.

- جدول أعمال تعزيز النظم الصحية: الانتقال من وضع السياسات والاستراتيجيات إلى العمل الملموس
16. قَدَّرَت اللجنة تقديرًا عاليًا جودة العمل رفيع المستوى الذي قام به المكتب الإقليمي لتحليل ما تواجهه النُظُم الصحية من تحديات في الإقليم. واعتمدت اللجنة النهج الموضح في الورقة التي عُرضت على اللجنة الإقليمية التاسعة والخمسين (ش م/ل إ 59/مناقشة تقنية 1)، كما تفهّمت الالتزامات الواردة في القرار المرفق (ش م/ل إ 59/ق.3) والتي تمثل برنامجاً ضخماً لعمل كل من أمانة المنظمة والدول الأعضاء في الإقليم. ورأت اللجنة أن أولويات تعزيز النظام الصحي السبعة مناسبة. وأقرت اللجنة بمدى تعقيد العملية، وقَدَّمت الاقتراحات والمشورة بالاعتماد على نفس المنطق المطروح في الورقة.
17. ومن حيث التوجُّه صَوَّب التغطية الصحية الشاملة، أكَّدت اللجنة على أهمية الربط الجلي بين التغطية الصحية الشاملة والرعاية الصحية الأولية. فلن يتأتى تحقيق التغطية الصحية الشاملة ما لم يتم التعاطي مع قضية العدالة الصحية من خلال "نهج حكومي شامل". ونوّهت اللجنة بالحاجة إلى إعداد ورقة استراتيجية جيدة حول العدالة الصحية.
18. ورأت اللجنة أن هنالك أمثلة جيدة على الرعاية الصحية الأولية التي تتسم بالكفاءة والفعالية في البلدان، سواء داخل الإقليم أو خارجه. وأن هذه التجارب بحاجة إلى توثيقها والتشارك فيها. ففي ظل محدودية القدرات المالية في معظم البلدان، ستركز التغطية الصحية الشاملة على توفير رعاية صحية أولية ميسورة الكلفة تتضمن مجموعة من الخدمات الأساسية.
19. ورأت اللجنة أنه يتعيّن عند إعداد السياسات والأولويات الصحية الوطنية أن يتّسم الأسلوب بالشمولية، وأن يشمل القطاع الخاص والمنظمات غير الحكومية وسائر القطاعات الأخرى.
20. وناشدت اللجنة منظمة الصحة العالمية بقوة أن تتولى إعداد المؤشرات لقياس أداء النُظُم الصحية، ووضع معايير مرجعية يمكن للبلدان على أساسها قياس التحولات التي تتم بمرور الوقت، وقياس تأثير التدخلات المتعلقة بالسياسات. وأكدت اللجنة على أن وضع هذه المعايير المرجعية يعتبر وسيلة مهمّة للعمل على الصعيد الوطني.
21. رأت اللجنة أن المعلومات الصحية الحديثة والموثوقة ضرورية لتطوير السياسات وصنع القرار، تعتبر تحدياً ضخماً يواجه معظم البلدان، ومن ثمّ ينبغي أن تصبح مساعدة البلدان على التغلب على هذا التحدي من الأولويات الإقليمية.
22. وفي ما يتعلق بالقيادة والحوكمة، فقد أكَّدت اللجنة على أهمية تقوية القيادات في مجال الصحة العمومية، وأن الحاجة ماسّة للاستفادة من الخبرات والدروس المستفادة في الإقليم، ومن ذلك على سبيل المثال، الدروس المستفادة والخبرات المكتسبة في مجال استئصال شلل الأطفال والاستجابة للفاشيات، وأنه يمكن استمداد النماذج من الخبرات الناجحة في البلدان على الصعيد دون القطري، وأنه لا بد من وضوح دور منظمة الصحة العالمية وأدوار شركائها على المستويات المختلفة. وأن هناك حاجة إلى تعزيز المساءلة والشفافية في الإنفاق على الرعاية الصحية.

23. وفي ما يتعلق بالوصول إلى قوى عاملة متوازنة يتم إدارتها بشكل جيد، فقد رأت اللجنة أنه بالرغم من الإنجازات الكبيرة التي حققتها بعض البلدان، لا يزال هناك قدر كبير من القصور في جميع بلدان الإقليم البالغ عددها 23 بلداً. فبسبب إعداد القوى العاملة لا تفي بالمهارات المطلوبة في القرن الحادي والعشرين. وهناك حاجة إلى مراجعة المناهج المقدمة للعديد من فئات القوى العاملة الصحية، وكذا إلى إنشاء برامج التعليم المستمر المبتكرة الموجهة لحل المشاكل. وهناك حاجة للتعرف على ما يطرأ من تغيير. بمرور الوقت على الأدوار والمسؤوليات المنوطة بالفئات الفردية للعاملين الصحيين. وقد أكدت اللجنة على دور العاملين الصحيين المجتمعيين في توفير التغطية الصحية الشاملة، وأنه ينبغي ترويج النماذج الجيدة التي يتخذى بها في الإقليم، ورأت اللجنة أن معظم البلدان تفتقر إلى وجود خطة شاملة لتطوير القوى العاملة الصحية، وأن هناك حاجة ماسة إلى توفير المزيد من الوضوح لفصل المهام، وأنه يتعين على المنظمة دعم بلدان الإقليم التي تشارك في الوقت الراهن في برامج التدريب المشتركة، على أن يتم التشارك في الدروس المستفادة من هذه المبادرات، ونوهت اللجنة بأنه ينبغي إدخال أساليب جديدة مبتكرة لاستبقاء العاملين ومكافحة "هجرة الأدمغة".

24. وفي ما يتعلق بالقطاع الخاص، رأت اللجنة أنه يتعين على المنظمة رسم أفضل نماذج تنظيم الممارسة، وأن هناك حاجة إلى إجراء دراسة أكثر تفصيلاً لجميع عناصر القطاع الخاص. فعلى سبيل المثال أشارت اللجنة إلى أهمية تنظيم التعليم في هذا القطاع، شأنه شأن الانتفاع بالتكنولوجيا والأدوية واستخدامها، وأن المنظمة تضطلع بدور مهم ينبغي أن تؤديه في دعم الدول الأعضاء التي شرعت في تنظيم تشريعات القطاع الخاص.

25. وفي ما يتعلق بسبل الوصول إلى التكنولوجيا الأساسية واللقاحات ووسائل التشخيص والأجهزة الطبية، رأت اللجنة أن هنالك العديد من التدابير المطلوبة، وأنه يتعين على المنظمة مساعدة بلدان "العد التنازلي" العشرة لشراء اللقاحات والسلع المنقذة للحياة. أما في البلدان التي لا تكون فيها صعوبة الوصول إلى التكنولوجيا الأساسية واللقاحات ووسائل التشخيص والأجهزة الطبية هي المشكلة الرئيسية، فهناك متسع لتحسين طرق الانتفاع الملائمة. ورأت اللجنة أن تقييم التكنولوجيا الصحية من أكثر التدابير المستخدمة في النظم الصحية فعالية لاحتواء التكاليف، وفي حين أن الإقليم لا يتمتع بمستوى مناسب من مؤسسات تقييم التكنولوجيا الصحية، إلا أن بإمكان المنظمة على الفور أن تقوم بتيسير سبل التواصل مع المؤسسات الخارجية وتقديم المشورة للدول الأعضاء، وأنه يتعين على المدى الطويل، بناء القدرة على إجراء تقييم للتكنولوجيا الصحية بشكل دوري ومستدام في الإقليم. فهناك حاجة إلى المزيد من التأكيد على العمل مع الأطراف المعنية في القطاع غير الرسمي. أما في ما يتعلق بالشراء المجمع، فتعتبر اللجنة أن السلع المنقذة للحياة بمثابة فئة منفصلة عن الأدوية الأساسية.

26. وفي ما يتعلق بتحسين سبل الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية الجيدة، فقد رأت اللجنة أن البلدان تعتبر الرعاية الصحية أحد حقوق الإنسان. وبناء على ذلك فإنها تعمل على مراجعة النماذج التي تستخدمها في تقديم النظم الصحية للخدمات، والتركيز على بلوغ معدلات مرتفعة من التغطية، وتيسير الوصول إلى مرافق الرعاية الصحية الأولية التي تقدم مجموعة من الخدمات الأساسية. ومن المهم كذلك الوصول إلى المناطق الريفية وأشد الناس حرماناً من الخدمات.

## نُظُم المعلومات الصحية: المضي قُدماً في دعم الدول الأعضاء والتصدي للفجوات في السجلات المدنية والإحصاءات الحيوية

27. أكدت اللجنة أن تعزيز نُظُم المعلومات الصحية الوطنية، وما تتضمنه من تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الصحية من المتطلبات الضرورية لتعزيز النُظُم الصحية، وقد أعلن عنه في قرار منفصل أصدرته اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط في دورتها التاسعة والخمسين (ش م/ل إ 59/ق.3). ويبحث هذا القرار الدول الأعضاء على تقوية نُظُم المعلومات الصحية فيها من خلال "تحسين الإبلاغ عن المواليد والوفيات وأسباب الوفاة، وتحسين رصد التعرض لعوامل الخطر والمحددات الاجتماعية للصحة، والمراضة، ومعدلات الوفيات، وأداء النظام الصحي". وقد ناقشت اللجنة الإقليمية كيف يمكن أن تقدم منظمة الصحة العالمية أفضل الدعم لهذه المبادرة.

28. وقد أقرت اللجنة بأن إطار الرصد والتقييم هو طريقة منهجية وشاملة لتقييم المعلومات الصحية، وأنه لتجاوز الصعوبات في ربط المعطيات باستخدامها، فإن الحاجة ماسة للاتفاق على مجموعة أساسية من المؤشرات التي يتم جمعها لتلبية احتياجات أصحاب القرارات السياسية الصحية. وعند إعداد مثل هذه المجموعة الأساسية من المؤشرات التي يسهل إدارتها والمتفق عليها، فإن منظمة الصحة العالمية ستدقق في كل المؤشرات الدولية المتفق عليها. وقد تحقق التقدم في هذا العمل في الاجتماع الذي عقد في أوائل شهر أيار/مايو 2013.

29. ورأت اللجنة أنه قد تم استكمال التقييمات السريعة لتسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية في الإقليم، واتضح منها أن بعض البلدان لديها نُظُم تعمل بالفعل بكفاءة، وأن تقوية نُظُم التسجيل للأحوال المدنية يوصف على أنه عملية طويلة الأمد، وأنه من أجل تسريع وتيرة التحسينات فيها، فإن اللجنة تود لفت الانتباه إلى استكشاف طرق جديدة بالكامل في جمع المعطيات لتسجيل الأحوال المدنية وللإحصاءات الحيوية. فالعمل المشترك مع القطاعات الحكومية ذات الصلة أمر أساسي، وتحسين معدلات الوفيات الناجمة عن سبب معين يحتاج للوقت، ولا بد من تبني إجراءات مرحلية للبدء في عملية تراكمية للتحسن، مثل استخدام الصفة التشريحية اللفظية في المواقع الفقيرة بالموارد.

30. ورأت اللجنة أنه رغم إنجاز بعض الأعمال في المعلومات وتكنولوجيا الاتصالات، فإنها من المجالات التي يمكن تحسينها ضمن منظمة الصحة العالمية، وتمس الحاجة إلى مزيد من الاستثمار فيها هي فهم النطاق الكامل للفرص التي تقدمها هذه التكنولوجيا، وحول مدى التوافق في المعطيات بين البلدان وبين الوكالات، أشارت اللجنة أنها ظاهرة لا ينفرد بها إقليم شرق المتوسط، بل تمس الحاجة للتعاطي معها على المستويات المركزية والإقليمية لمنظمة الصحة العالمية، لتعزيز عملية المشاورات القطرية بشكل أكبر.

### تقوية الخبرات التقنية ضمن منظمة الصحة العالمية

31. تلقي الورقة الضوء على بعض التحديات وبعض الثغرات التي تؤثر على جودة المنتجات التقنية لمنظمة الصحة العالمية، سواء ما كان منها ذا طبيعة معيارية أم ما كان يتعلق بالتنفيذ ضمن البلدان. وقد أشار أعضاء اللجنة إلى أهمية تقوية القدرات التقنية، وكان أحد المقترحات المطروحة تشجيع البلدان على المساهمة في اختيار الخبراء، وذلك رغم عدم وجود وضع متأزم في الإقليم.

32. وأكدت اللجنة على أهمية المرونة في ما يتعلق باختيار الموارد البشرية وبالاحتفاظ بها، وأشارت على منظمة الصحة العالمية أنه ينبغي أن يكون تحت تصرفها مصفوفة من نماذج التعاقد التي يمكن أن تستوعب الأنماط المختلفة من التوظيف، وأن على منظمة الصحة العالمية أن تبحث عن طرق مبتكرة لضمان الخبرات اللازمة، مثل الارتباط مع الموارد والمؤسسات الوطنية، والتطلع إلى المزيد من الآفاق في البحث عن المرشحين المناسبين، بما يتضمن اقتناص الكفاءات.

33. ورأت اللجنة أن التعيينات القصيرة الأمد والمحدودة الفترة (2 - 3 سنوات) في منظمة الصحة العالمية لمهنيين صحيين في مرحلة متوسطة من مسيرتهم المهنية في الإقليم قد يكون ممارسة ذات فوائد متبادلة، وقد تساعد على بناء الخبرات الصحية في البلدان. ففي المجالات ذات الأولوية العالية، يمكن تعيين الأفراد ضمن منظمة الصحة العالمية بما يسمح بتشكيل الفرق خلال فترة قصيرة من أجل تلبية احتياجات البلدان للمشورة التقنية الملحة في عدد محدود من المجالات التقنية.

34. وأبدت اللجنة تحفظها حول بعض مطبوعات منظمة الصحة العالمية وجودتها، ومقارنتها بالسلاسل السابقة، مثل "السلسلة التقنية" ذات الصيت الذائع. ورغم أن إجراءات مراجعة الدلائل الإرشادية لاتزال موجودة ضمن منظمة الصحة العالمية فإنها لا تُتبع على الدوام، مما يجعل البلدان تواجه صعوبات في تقييم كل مطبوعة وما تتضمنه من توصيات. وتتفق اللجنة على أن جودة وملاءمة منتجات منظمة الصحة العالمية من المعلومات بالغة الأهمية لقضية التميز التقني، كما نوّهت اللجنة بالحاجة لمناقشة هذه القضية بتفصيل أكبر في المستقبل.

35. أجرت اللجنة مناقشات طويلة حول المراكز المتعاونة مع منظمة الصحة العالمية، ففي حين أن اللجنة تفهم أهمية هذه المؤسسات في توسيع مدى العمل التقني للمنظمة، فإنها أوضحت مدى الحاجة إلى الوضوح في الأدوار والمساهمات المتوقعة من المراكز المتعاونة مع المنظمة، وأنه تمس الحاجة إلى تقييم أكثر صرامة قبل إعادة تعيين المراكز المتعاونة مع المنظمة، وإلى تفصيل أفضل لمساهمة تلك المراكز في عمل المنظمة. إلا أن التعاون يقتضي إسهام كلا الطرفين، فالمراكز المتعاونة تحتاج أيضاً إلى إمداد المنظمة لها بالمعلومات. وقد اقترحت اللجنة البحث في جميع المراكز الإقليمية المتعاونة، وتقييم مدى استمرار ملاءمة إسهامها في جدول الأعمال الحالي للإقليم.

جدول الأعمال غير المستكمل للأمراض السارية: تحديات تواجه الاستئصال العالمي لشلل الأطفال

36. أشارت اللجنة إلى أن مكافحة الأمراض السارية هو مكون هام من مكونات الأمن، وينبغي التواصل مع المنتديات الدولية، ومنها جمعية الصحة العالمية واجتماع دول مجموعة الثمانية، من أجل استكشاف مدى إمكانية رفع مستوى الإسهام السياسي لهذه البلدان. ويعاني الإقليم في الوقت الحالي من فجوات كبيرة في عدد من المجالات. ويعد بناء قدرات تقنية قوية في مكافحة الأمراض السارية على المستوى القطري وعلى المستوى الإقليمي أحد الأولويات.

37. أكدت اللجنة على عدم كفاية القدرات اللازمة للترصد وللتشخيص المختبري. فالتهاب الكبد الفيروسي من التهديدات الصحية الكبيرة في العديد من البلدان، وينبغي الارتقاء بجهود الوقاية منه ومكافحته، وأن تتضمن تلك الجهود مراقبة سلامة الحقن وخدمات نقل الدم. ثم إن نظافة اليدين متدنية



وتستحق المزيد من التأكيد عليها بُعْية مكافحة الأمراض السارية، وباعتبارها إحدى القضايا ذات الصلة بسلامة المرضى وبضمان الجودة.

38. ورأت اللجنة أنه ينبغي إيلاء الأولوية لبناء قدرات تقنية قوية على الصعيد القطري والصعيد الإقليمي من أجل مكافحة الأمراض السارية، وأنه تمس الحاجة إلى الاستثمار في تدريب العاملين من أجل نشر فرق الاستجابة السريعة عند حدوث طارئة صحية عمومية، وأنه يمكن تحقيق ذلك بأكبر قدر من الفعالية من خلال إنشاء شبكات الخبراء والمؤسسات في الإقليم. كما أكدت اللجنة على أن تقديم منظمة الصحة العالمية التوجيهات حول العدوى المستجدة بالغ الأهمية في استجابة البلدان.

39. ورأت اللجنة أن التثقيف الصحي من العناصر الهامة في تغيير السلوكيات الخطرة التي تساهم في نقل الأمراض، وأن الشراكة مع المجتمع ومع القيادات الدينية والنساء والمجتمع المدني بالغة الأهمية في رفع مستوى الوعي، وأنه لا تزال هناك وصمة لا يستهان بها تلحق بمرضى الإيدز والعدوى بفيروسه في الإقليم، وأن الشبكات الاجتماعية هي عوامل قوية في تغيير المفاهيم حولهم، وأنه يجب التأكيد على حقوق ومسؤوليات الفرد تجاه مكافحة العدوى عند احتلاطه بالسكان.

40. ورأت اللجنة أن وجود النُظُم الصحية القوية أساسي لمكافحة الأمراض السارية، وأن من المهم أيضاً أن يرتبط إنشاء أنظمة الترصد الوبائي مع جهود بناء القدرات في النظام الصحي، من أجل الحصول على معطيات موثوق بها وممتلة لرصد وتقييم أثر برامج مكافحة الأمراض.

41. أما ما يتعلق باستئصال شلل الأطفال، فقد وافقت اللجنة على الخطوات التي تم اتخاذها حتى الآن لبناء الشعور بالملكية للبرنامج والسيطرة على مقدراته على الصعيد الإقليمي، وتسترعي اللجنة الانتباه إلى استمرار وجود الفجوات في التواصل وفي التأزر عند تقديم الخدمات، بين برنامج استئصال شلل الأطفال والبرامج الأخرى ذات الصلة، مثل البرنامج الموسع للتمنيع، وبرنامج صحة الأمهات والأطفال، وأنه تمس الحاجة للترابط الوثيق بين البرنامج الموسع للتمنيع وبرنامج استئصال شلل الأطفال، وتقوية التنسيق مع برنامج صحة الأمهات والأطفال، وقد أشارت اللجنة إلى الخبرات المكتسبة مؤخراً من مشاوره علماء المسلمين، باعتبارها مثلاً جيداً على هذا النوع من الوصول إلى المجتمعات بالقدر اللازم لتحقيق المرامي الصحية العمومية بشكل عام، ولتقديم الدعم لبرنامج استئصال شلل الأطفال على وجه الخصوص.

#### اللوائح الصحية الدولية

42. لاحظت اللجنة أن جميع الدول الأعضاء في الإقليم، باستثناء دولة واحدة منها، لا تزال متأخرة في الالتزام بالتاريخ المحدد مبدئياً لحيازة القدرات الأساسية اللازمة لتطبيق أحكام اللوائح الصحية عند حلول حزيران/يونيو 2012، وطلبت التمديد لمدة سنتين، وتوضح هذه الحقيقة الصارخة مدى الحاجة لحمالات التوعية المحسنة ولبناء القدرات في جميع مكونات اللوائح الصحية الدولية.

43. وقد اقترحت اللجنة بأنه ينبغي أن يسترعى اهتمام المنتديات الإقليمية العالية المستوى، مثل منظمة التعاون الإسلامي، لقضية اللوائح الصحية الدولية، وقد تكون إحدى الطرق العملية التي يمكن اتباعها في المستقبل

إنتاج ورقة سياسات تقدّم توضيحاً حول الروابط الوثيقة الصلة للوائح الصحية الدولية مع الأمن، والاستفادة من ذلك في المواقع السياسية الرفيعة المستوى.

44. وأشارت اللجنة إلى مواطن ضعف خاصة في البلدان، وهي على سبيل التوضيح الموضوع الهامشي الذي يشغله في غالب الأحيان ضباط الاتصال المعنيين باللوائح الصحية الدولية، مما يجعل من الصعب عليهم التأثير حتى على وزارة الصحة، ويجعل من المستحيل نجاحهم في إشراك القطاعات الأخرى. ونظراً لما تتسم به اللوائح الصحية الدولية من طبيعة مُتَشَعِّبَة، فإنه ينبغي حشد الأطراف المؤثرة الفعالة خارج القطاع الصحي، كما ينبغي على منظمة الصحة العالمية أن تستخدم قدرتها في عقد المؤتمرات في هذا المجال. ويمكن تدريب رؤساء المكاتب القطرية لمنظمة الصحة العالمية ليكونوا أكثر فعالية في تعزيز إسهام "الحكومة بأسرها" في تنفيذ اللوائح الصحية الدولية.

45. ولتحقيق التقدّم، رأت اللجنة أنه ينبغي أن تسهم المراكز المتعاونة مع منظمة الصحة العالمية والمنظمات الحكومية الدولية والمؤسسات التقنية في الإقليم وخارجه إسهاماً كاملاً من أجل زيادة إتاحة القدرات. وقد أشارت اللجنة بشكل خاص إلى الحاجة إلى قدرات مخبرية متطورة تطوراً فائقاً، وتلبي متطلبات اللوائح الصحية الدولية، وأنه تمسُّ الحاجة إلى عدد قليل من المختبرات المرجعية الإقليمية المجهزة للتصدّي للأحداث النوعية، مثل التعرف على الفيروس في مواجهة الجائحة، كما ينبغي إشراك القطاع الخاص في تنفيذ اللوائح الصحية الدولية على الصعيد الوطني وبشكل منهجي.

46. وقد قدّمت اللجنة الاقتراح بالتماس الدعم المالي من البلدان المرتفعة الدخل لمساعدة البلدان المنخفضة الدخل في الإقليم.

47. ولاحظت اللجنة أنه نظراً للحاجة إلى استجابة متعددة القطاعات، فقد أعادت منظمة الصحة العالمية النظر في بنيتها التنظيمية في هذا المجال وتحركت نحو بنية ذات برامج أقل عمودية.

الأمراض غير السارية: كيف سنحقق الفرق في إقليمنا؟

48. وجدت اللجنة أن خريطة الطريق واضحة وشاملة، ووافقت على الأسلوب الذي اتبعه المكتب الإقليمي والذي يستند إلى أن ما يعود بالفائدة على العديد من البلدان هو الخبرة العملية وقائمة بالأدوات العملية وبالمعايير وبالتوجيهات حول كيفية ترجمة إطار العمل إلى إجراءات ملموسة.

49. ورأت اللجنة أنه ينبغي بذل جميع الجهود الممكنة لضمان العمل المتعدد القطاعات عند تنفيذ "أفضل الصفقات" للأمراض غير السارية على الصعيد الوطني، وأنه لا بد لمنظمة الصحة العالمية أن تصل مباشرة إلى جميع الشركاء الوطنيين، وألا تقصر عملها على المتعاونين معها بشكل طبيعي في وزارة الصحة. وأنه نظراً للدور المحوري الذي تؤدّيه المنظمات غير الحكومية والمجتمع المدني في تنفيذ جدول أعمال الأمراض غير السارية، فإن على منظمة الصحة العالمية أن تقدم إسهاماً أكثر فعالية مع الشركاء وبناء القدرات لديهم.

50. أما ما يتعلق بالتوعية الجموعية فقد لاحظت اللجنة أن ما يقدر بـ 60% من سكان الإقليم تحت سن الثلاثين عاماً، وأن في ذلك فرصة لمنظمة الصحة العالمية ولشركائها للمضي قدماً وإسهام الشباب إسهاماً فعالاً في رفع مستوى الوعي الصحي حول عوامل الخطر والتغييرات السلوكية، وأنه ينبغي دمج كل من

التوعية حول الأمراض غير السارية والوقاية منها ومكافحتها ضمن عمل المنظمات الشبابية المختلفة والمجموعات الشبابية، وعليها أيضاً أن تتغلغل في أماكن تواجد الشباب. وقد يكون استخدام قنوات التواصل الاجتماعي أداة هامة في هذا المضمار. وأكدت اللجنة على ضرورة تطبيق الأساليب الرسمية إلى جانب الأساليب المبتكرة الجديدة التي تستهدف الناس في الشوارع معاً، ووضحت أهمية استهداف النساء كعوامل مؤثرة في التغيير السلوكي، نظراً لدورهن الرئيسي في الشؤون الأسرية وفي التغذية. واقترحت اللجنة في تحديد نماذج يُحتذى بها من العاملين في دائرة الترفيه والفن، طريقاً آخر لخلق مستوى أعلى من الوعي بالأمراض غير السارية.

51. ورأت اللجنة أنه عندما يكون هنالك حاجة إلى التركيز، وعندما يكون أماننا متسع من الوقت لا يكفي إلا للتعاطي مع جزء محدود من برنامج تعزيز الصحة في مجال الأمراض غير السارية، فإن التبغ سيحتل مكاناً متقدماً باعتباره من المجالات ذات الأولوية، وذلك رغم المعارضة الهائلة الموجودة حالياً والتي تبديها جماعات الضغط في دوائر صناعة التبغ. فالتدخلات التي أثبتت فعاليتها، مثل فرض الضرائب، موجودة بالفعل، وهي تعتبر من أفضل الأمثلة المتوافرة في الإقليم، من خلال اتفاقية متفق عليها دولياً في الصحة العمومية وتحظى بالطلبات الواسعة النطاق للانضمام إليها، وهي اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ، كما أن هناك ترصداً معيارياً وآليات للإبلاغ.

52. ولاحظت اللجنة أنه رغم التأثير السلبي لحالة عدم الاستقرار السياسي على قدرة بعض الحكومات على تنفيذ التشريعات الجديدة البعيدة المدى، فإن ذلك التأثير ينبغي ألا يعيق إجراء التعديلات على التشريعات الموجودة حالياً لدعم جدول الأعمال الخاص بالأمراض غير السارية من أجل تنفيذ التدخلات التي ثبتت أنها من "أفضل الصفقات"، وأنه ينبغي على البلدان وعلى منظمة الصحة العالمية تقييم الفجوات في التشريعات الموجودة في الوقت الراهن، وأن يعملوا على إصلاحها بنمط متعدد القطاعات يعترف بحقيقة أن بعض التدخلات الأكثر فعالية تكمن خارج اختصاصات وزارات الصحة.

53. ورأت اللجنة أنه نظراً لأهمية دور الرعاية الصحية الأولية في الوقاية من الأمراض غير السارية، وفي الكشف الباكر لها ومعالجتها، فإن على منظمة الصحة العالمية أن تركز على تقوية دور الرعاية الصحية الأولية في الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها، وأن توثيق التجارب الإقليمية الناجحة في هذا المجال أمر بالغ الأهمية.

54. وفي ضوء التدخلات المجتمعية المحدودة في الإقليم، رأت اللجنة أنه يمكن لمنظمة الصحة العالمية أن تنظر في تعزيز مشاريع توضيحية للوقاية من الأمراض غير السارية، إلا أنه ينبغي التأييد قبل البدء في ذلك، مع التحليل المدروس بعناية للمعطيات، ولتجميع النتائج المستمدة من الدروس المستفادة، وأن مركز التميز المقترح إنشاؤه في قطر المعني بالأمراض غير السارية قد يكون بمثابة فرصة للبدء في هذا العمل، وأن الهدف العام هو التحرك من مشاريع ارتيادية محدودة إلى برامج تدخل مجتمعية واسعة النطاق وذات منافع مثبتة، وما هذا إلا مثال واحد على التركيز الذي تمس الحاجة إليه، للارتقاء بالبحوث الميدانية حول الأمراض غير السارية. ورأت اللجنة أن على منظمة الصحة العالمية أن تواصل إسهامها مع شركائها في المناقشات حول جدول أعمال البحوث في الأمراض غير السارية ورسم ملامحه استناداً إلى الاحتياجات ذات الأولوية وإلى

الحقائق الماثلة في البلدان. كما ينبغي على منظمة الصحة العالمية، والمؤسسات الأكاديمية الإقليمية، والشبكات الراسخة في الإقليم (مثل شبكة العلماء العرب) العمل بطريقة متكاملة لتقديم البيانات اللازمة.

55. وحتى عند توافر المعطيات، فقد أشارت اللجنة إلى أنها قد لا تتوفر في المجال العام (مثل معطيات المسح التدريجي STEP في مصر). وينبغي أن يكون لمنظمة الصحة العالمية دور في تسهيل الإتاحة الأوسع نطاقاً للمعطيات المتوافرة من أجل دعم ترجمة المعارف إلى سياسات عملية.

56. أكدت اللجنة على أن الوصول إلى الأدوية الأساسية والتكنولوجيا الطبية أمر محوري، ولفتت الانتباه إلى الخبرات العالمية في خفض أسعار الأدوية في معالجة فيروس العوز المناعي البشري، وأنه على الإقليم أن ينظر في اتخاذ جهود مماثلة في مجال الأدوية الخاصة بالأمراض غير السارية وفي التكنولوجيات التشخيصية البسيطة، ولاسيما في مجال السرطان.

57. ورأت اللجنة أنه يمكن لمنظمة الصحة العالمية أيضاً أن تساعد في إعداد المعايير والإجراءات اللازمة لسداد أموال التأمين.

إعلان دبي حول إنقاذ أرواح الأمهات والأطفال: كيفية النهوض لمواجهة التحدي؟

58. إن اللجنة إذ تقر بأن إعلان دبي يُعتبر خطوة رئيسية في تركيز الانتباه على القضايا الحاسمة ذات الصلة بالعمل من أجل إنقاذ أرواح الأمهات والأطفال، فإنها ترى فيه مبادرة جاءت في الوقت الملائم، وأن الحاجة إليها ماسة في ضوء العبء الثقيل من المعدلات المرتفعة لوفيات الأمهات والأطفال في بعض بلدان الإقليم، كما أقرت اللجنة بأن إعلان دبي مبادرة سوف يعتمد النجاح العام في تنفيذها على عمل منظمة الصحة العالمية مع الكثير من الشركاء داخل أسرة منظومة الأمم المتحدة وخارجها. وإن إطلاق إعلان دبي قبل سنتين من حلول عام 2015 يعني إلقاء الضوء على هذه القضية، واعتبارها جدول أعمال غير مستكمل، ويساعد على ضمان استدامة هذا الموضوع في جدول أعمال ما بعد 2015.

59. ورأت اللجنة إلى أن هناك في هذه اللحظة تحديين رئيسيين، أولهما إعداد خطط واقعية للارتقاء بالعمل في عشرة بلدان تعاني من عبء ثقيل، والتحدي الثاني الأكثر أهمية وهو ضمان التمويل الإجمالي من مصادر وطنية وأخرى دولية واسعة التنوع.

60. ورأت اللجنة أنه ينبغي تحديد الآليات الملائمة لحشد التمويل، كما رأى بعض أعضائها أنه ينبغي أن تؤدي المنظمة دوراً ما في حشد الموارد، إذ يمكن تحسين الوضع المالي بتحريك المخصصات المالية الحكومية، وتجنب الازدواجية في الأنشطة، وتحسين كفاءة النظم الصحية، مع التنسيق الوثيق مع الوكالات المانحة، إلا أن هذه المبادرات، كما يبدو، لن تكون كافية، وتمس الحاجة لضخ الموارد الإضافية على نطاق واسع، ولاسيما في بلدان المجموعة 3. وستواصل منظمة الصحة العالمية أداء دورها كشريك بنّاء في مُحمّل المبادرة الإقليمية لإنقاذ أرواح الأمهات والأطفال، على النحو المفصّل في إعلان دبي.

61. وقد أكد أعضاء اللجنة على الحاجة إلى البناء على إعلان دبي للتعاطي مع أساليب المحددات الاجتماعية للصحة، من أجل تخفيض معدّلات وفيات الأمهات والأطفال في الإقليم، فالتغير المناخي الذي تشهده في الوقت الحاضر بعض مناطق الإقليم قد زاد من مواطن التعرض للمخاطر، ومن عوامل الخطر الصحية، ومن

جوانب انعدام المساواة في الحصول على الخدمات، ولاسيما النساء والمراهقين. ومن هنا أكدت اللجنة على أهمية عدم نسيان هذه المجالات الأخرى، أثناء التركيز على المرميين 4 و5 من المرامي الإنمائية للألفية، وعلى الحاجة الماسة إلى ما تقدّمه وزارات التنمية الاجتماعية، والمنظمات النسائية، والمجتمع المدني بنطاقه الواسع، من مساعدة للتحرك نحو جدول أعمال أوسع نطاقاً، ولاسيما أن تلك الأطراف فعّالة بشكل خاص في الوصول إلى الشرائح الأشد فقراً والأكثر حرماناً.

62. ونوّهت اللجنة إلى أنه ستنفذ في هذا العام أحداث عدة قد تقدّم فرصاً ذات أهمية حاسمة في صحة الأمهات وصحة الأطفال، مثل إطلاق خطة العمل العالمية للوقاية من الالتهاب الرئوي والإسهال ومكافحتهما، وخطة العمل العالمية حول التغذية (حزيران/يونيو 2013)، وخطة العمل العالمية حول صحة المولود (تشرين الثاني/نوفمبر 2013).

63. أما ما يتعلق بالتغذية، فقد لاحظت اللجنة أن منظمة الصحة العالمية تركز مواردها المحدودة في تقديم إرشادات معيارية، في الوقت الذي تقوم به وكالات أخرى في منظومة الأمم المتحدة بدور طليعي في تقديم الدعم في مجالات التغذية على المستوى القطري، وأنه لا تزال حالات عوز المغذيات الزهيدة المقدار قضية هامة، وتمس الحاجة إلى بذل المزيد من الجهود للتصدي لها، إلى جانب التدخلات السكانية مثل إغناء الطعام.

64. وقد لاحظت اللجنة أن هناك حاجة لمعطيات دقيقة حول الوصول إلى السلع المنقذة للأرواح في جميع أرجاء الإقليم.

#### الحاجة إلى برنامج إقليمي للقيادة في مجال الصحة العمومية

65. أجمعت اللجنة على التنويه بالحاجة الماسة إلى برنامج إقليمي للقيادة في الصحة العمومية يعمل تحت رعاية منظمة الصحة العالمية، وعلى الرغبة في وجود مثل ذلك البرنامج. وساد لدى اللجنة شعور بأن هناك حاجة لتطوير القدرات في الصحة العمومية في الإقليم، من أجل التعامل بالقدر الكافي مع التحديات الراهنة.

66. وأشارت اللجنة إلى أن الإقليم قد اكتسب خبرات سابقة من برنامج إعداد القيادات الذي نشط في التسعينات من القرن الماضي، ويتمثل التحدي في الوقت الراهن بإعداد برنامج في الصحة العمومية يناسب الحقائق الماثلة في الإقليم في القرن الحادي والعشرين.

67. وقد ساهمت اللجنة في مناقشة مفعمة بالحوية حول هذه القضية، وانتهت إلى اقتراحات كثيرة العدد ومتفاوتة، وقد تتناقض في ما بينها أحياناً، حول الهدف واختيار المرشحين، والمضمون، والسلوك، ومنهجيات التدريب، والمواقع، والتمويل، والشركات، واستخدام خبراء أجانب، والإشهاد، والتقييم، والأثر المتوقع حصوله من مثل هذا البرنامج. وقد تم تدوين هذه الاقتراحات والأفكار، وسيتم تحليلها والنظر فيها بعناية عند إعداد الرؤية الأكثر تماسكاً في الإحراجة التالية من هذه الورقة، وستعرض في إحدى الاجتماعات القادمة لهذه اللجنة.

68. ورغم الطيف الواسع للتنوع للاقتراحات، فقد ظهر نوع من الإجماع على أنه في حين ينبغي أن يكون للبرنامج تركيز إقليمي واضح، فإنه ينبغي أن يُبنى على خبرات مستمدّة من أماكن أخرى، وينبغي ألا

يكون برنامجاً تقليدياً، وأن يكون مكملاً للمؤسسات التدريبية والفُرص الموجودة بالفعل في الصحة العمومية، وأن يحظى بالهيبة والمقام الرفيع، وأن يكون، قبل كل شيء، ذا جودة رفيعة.

### المقاومة لمضادات المكروبات

69. اتفقت اللجنة على أن المقاومة لمضادات المكروبات قضية هامة ينبغي التصدي لها. وأوضحت اللجنة مدى شح المعطيات، وأكدت على وجوب توفير المزيد من المعطيات الموثوقة والممثلة حول حسامة المخاطر الصحية المرتبطة بالمقاومة لمضادات المكروبات في الإقليم، وقد يتضمن ذلك إعداد نماذج وبائية من أجل توفير فهم أفضل للأثر الضائر وللعواقب الاقتصادية.

70. ورأت اللجنة أنه تمس الحاجة إلى حملات التوعية ورفع مستوى الوعي من أجل تقوية التشريعات الخاصة بالاستخدام الرشيد للمضادات الحيوية، ويتضمن ذلك مكافحة توافر المضادات الحيوية المغشوشة والمتدنية النوعية. وقد بدا للجنة كما لو أن القطاع الخاص بمثابة مستودع له خصوصية في هذا المجال في استخدام المضادات الحيوية غير الملائمة، وأنه يمكن ربط المقاومة لمضادات المكروبات بسلامة المرضى والوقاية من العدوى ومكافحتها وجودة الرعاية الصحية واعتماد المرافق الصحية.

71. ولاحظت اللجنة عدم توافر التسهيلات المخترية اللازمة لتعيين أنماط المكروبات، واستفرادها ورسم الخرائط لأنماط مقاومتها لمضادات المكروبات.

72. وعلى الصعيد الإقليمي، لاحظت اللجنة الحاجة الماسة إلى توثيق ما هو متوافر من التشريعات القطرية ذات الصلة بمضادات المكروبات، وأشارت إلى إمكانية إطلاق مبادرة إقليمية، مثل إنشاء فريق عامل لأداء هذا الغرض، وإلى أنه قد يكون من المفيد عقد اجتماع إقليمي يضم ممثلين عن وزارة الصحة ووزارة الزراعة لمناقشة هذه القضية والاتفاق على مجموعة من الإجراءات المنسقة.

التغييرات السياسية والاجتماعية وآثارها على الصحة العمومية: كيف يمكن لمنظمة الصحة العالمية أن تحتل موقعاً أفضل لمواجهة التحديات؟

73. لاحظت اللجنة ما أُنسَم به الوضع في الإقليم خلال السنتين الماضيتين من اضطرابات سياسية واجتماعية واسعة النطاق أثرت على العديد من البلدان سياسياً واقتصادياً واجتماعياً، كما أثرت على الصحة، وأن العواقب الصحية الرئيسية القصيرة الأمد تتمثل بالإصابات والوفيات ونزوح السكان وتدمير النظم الصحية.

74. وأشارت اللجنة إلى المشكلات المترابطة مع هذه الاضطرابات ومنها البطالة، ولاسيما بين الشباب، ووضع النساء ممن يعانين من معدلات مرتفعة من الأمية ومن المشاركة السياسية والاقتصادية المنخفضة، وتقويض نظم الرعاية الاجتماعية والتي تعاني بالفعل من الضعف ولا تحمي الناس من الأضرار التي تلحق بهم جرأاً الركود الاقتصادي وتحرير الاقتصاد والارتفاع المتسارع في أسعار الطعام.

75. ولاحظت اللجنة أن المؤشرات الصحية والاجتماعية في الإقليم تعكس ضعف الاستثمار في القطاع العام. فإنفاق الحكومات على الصحة وعلى الحماية الاجتماعية (مثل الحماية من الأمراض والبطالة والشيخوخة،

والأمومة، والأسرة، والعجز وغير ذلك) منخفض، في حين أن الإنفاق الشخصي من جيوب المواطنين مرتفع، ويتضمن نفقات صحية باهظة.

76. كما لاحظت اللجنة أن ضعف نظام الرعاية الاجتماعية (ومنها النظام الصحي) لا يعوض العبء الاقتصادي غير المتناسب (الذي يجبر الناس على الدفع مقابل الحصول على الخدمات الأساسية)، ولا يمكن لهذا النظام أن يؤدي دوراً هاماً في إعادة توزيع الثروة أو في الإسهام في مكافحة الفقر أو الجور.

77. ونوهت اللجنة إلى أن الاضطرابات التي حدثت في الإقليم قد استندت أيضاً على عدم الرضا عن نقص الاحتياجات الأساسية، ومنها الصحة والتعليم، وأنه يمكن لمنظمة الصحة العالمية أن تقدم المساعدة للبلدان لتحسين سبل الوصول إلى الرعاية الصحية وجودتها.

78. وأكدت اللجنة على أن سكان البلدان المتأثرة بالاضطرابات يتطلعون إلى إثبات ملموس يشير إلى أن حكوماتهم تتعاطى مع قيم التضامن والإنصاف والشفافية، وأن هذا التطلع هام بالنسبة للمجتمع من أجل استعادة الثقة بالحكومة.

79. لاحظت اللجنة أن الوضع الحالي يمثل فرصة لتوضيح مدى الحاجة لتحسين الحماية الاجتماعية (والتي تتضمن جميع الأموال من خلال نظام عادل لفرض الضرائب، يدفع فيه الناس بما يتناسب مع ثروتهم، وتستخدم تلك الأموال لتقديم خدمات عامة فعّالة، ومتساوية لكل فرد، وذلك ما يضمن التغطية الشاملة بالصحة والتعليم وبالحماية الاجتماعية)، ولزيادة الاستثمار في القطاع الصحي العام. وينبغي أن تتمتع منظمة الصحة العالمية بالابتكار في سعيها إلى وضع جدول الأعمال الصحي في المقدمة. ويتعين على المنظمة أن تواصل تعزيز التغطية الصحية الشاملة، والاستثمار في الرعاية الصحية الأولية، وفي ممارسات طب الأسرة، وفي التدخلات لمكافحة الأمراض غير السارية والوقاية منها.

80. وأكدت اللجنة على أنه ينبغي إيلاء المزيد من الاهتمام بمجالات صحة المراهقين والصحة الإنجابية، من أجل حماية المكاسب التي تحققت خلال السنوات الأخيرة، وتجنب انحسار التقدم المحرز.

81. كما أكدت اللجنة على أن الشباب من القوى الرئيسية في السياق الاجتماعي السائد، وأنه يجب عدم تفويت الفرصة التي يقدمونها بتثقيف الزملاء لبعضهم البعض في القطاع الصحي، وأنه ينبغي أن تتواصل منظمة الصحة العالمية معهم من خلال آليات مبتكرة، وأن تسعى إلى الشراكة معهم في القضايا ذات الصلة بالصحة. وأشارت اللجنة إلى أن هناك أطرافاً معنية أخرى ذات أهمية، هم النساء والقيادات الدينية، إذ يمكنهم أن يؤديوا أدواراً رئيسية في نشر التوعية الصحية.

82. لاحظت اللجنة أن الفرصة السانحة للإسهام في الإصلاح الصحي والاجتماعي في بلدان الإقليم قد تجتذب الخبراء من الإقليم ممن يعملون في الوقت الحاضر في الساحة الدولية، وأنه يمكن لمنظمة الصحة العالمية أن تؤدي دوراً ميسراً في تشجيع المغتربين المهرة الذين يعملون في الخارج على العودة إلى الإقليم.

83. وأكدت اللجنة على أنه ينبغي فتح المزيد من قنوات التواصل مع الأجهزة التي لا تستهدف الربح (المنظمات غير الحكومية والمجتمع المدني) من خلال منتديات الحوار والمبادرات الأخرى لإنشاء الشبكات، كما ينبغي تقوية الروابط مع وسائل الإعلام.

الوضع الحالي لصورة منظمة الصحة العالمية، والاستفادة منها، والأداء في إقليم شرق المتوسط: كيف يمكننا وماذا يمكننا أن نفعل لتحسينه؟

84. ركزت اللجنة في مناقشتها لهذا الموضوع على كيف يمكن للمكتب الإقليمي وللمكاتب القطرية أن تقدم دعماً أفضل للدول الأعضاء.

85. وقد اقترحت اللجنة أن منظمة الصحة العالمية بحاجة إلى أن تزيد من حضور صورتها في الإقليم، وضمان المعرفة الواسعة النطاق بما خارج وزارات الصحة ومجتمع الصحة العمومية في الإقليم، ووصول ما لديها من معارف ومعلومات إلى الناس أو إلى القطاعات الأخرى على نحو موثوق، ورأت اللجنة أن إعداد استراتيجية هادفة للتواصل وتقوية العلاقات مع وسائل الإعلام هما طريقتان لرفع مستوى حضور صورة منظمة الصحة العالمية في أعين الناس، وأن الفرص المتاحة لعرض أعمال منظمة الصحة العالمية، مثل الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها، ونظم المعلومات الصحية، إذ يمكن أن يكون ذلك أحد طرق زيادة حضور صورة منظمة الصحة العالمية في سائر القطاعات الأخرى.

86. ولاحظت اللجنة أن صورة منظمة الصحة العالمية بين الناس تستند إلى قنوات التواصل الإعلامي فيها؛ وإلى جانب تحسين قنوات التواصل الإعلامي في منظمة الصحة العالمية، فإن الحاجة ماسة لدى منظمة الصحة العالمية للالتزام بقيمتها الرئيسية وشراكاتها ومشهد القيادة لها، وتطبيقها لقوتها في عقد الاجتماعات.

#### الجلسة الختامية

87. تقدّم المدير بالشكر إلى أعضاء اللجنة على حضورهم ومساهماتهم الهامة، وأثنى على المناقشات التي دارت بينهم باعتبارها مثيرة للحماس وصریحة ومستجيبة للتحديات.

88. ناقش أعضاء اللجنة وقت انعقاد الاجتماع القادم، مع ملاحظة أن النظام الداخلي ينص على أن اللجنة "تجتمع مرة على الأقل (ومرتين على أقصى تقدير) كل عام" وفي ضوء تأسيس اللجنة مؤخراً، فقد اقترحت اللجنة عقد اجتماع للمتابعة في الربع الأخير من هذا العام، بعد اللجنة الإقليمية القادمة والتي ستعقد في نهاية شهر تشرين الأول/أكتوبر 2013.

#### التوصيات

1. التأكيد على أهمية التضامن والأمن والشفافية في السياق السياسي الاجتماعي الحالي في الإقليم، وذلك عند الإسهام بالعمل مع أصحاب القرار السياسي في القطاعات الصحية والاجتماعية.
2. تعزيز أهمية التعاطي مع الإنصاف في الصحة، والتركيز على الرصد بشكل خاص، وتوضيح أهمية التفاوت في الحصائل الصحية بين بلدٍ وآخر وبين منطقة وأخرى ضمن البلد الواحد، بهدف تحسين الحصائل الصحية بين أكثر السكان تعرضاً للحرمان وللتهميش.
3. التأكيد على الأساليب المرتكزة على الرعاية الصحية الأولية من أجل تقوية النظم الصحية، وبالتالي جمع المزيد من المعارف بُعْية الوصول لنموذج أفضل الممارسات في الرعاية الصحية الأولية.



4. تحسين القدرات الإقليمية في الصحة العمومية بشكل عام، مع إعطاء الأولوية إلى إعداد برنامج إقليمي للقيادة في الصحة العمومية.
5. الاستفادة من قوة منظمة الصحة العالمية في حشد الأطراف من أجل تعزيز وتحفيز العمل المتعدد القطاعات في مجالات الصحة العمومية، حيث تعتمد الحصائل على مدخلات أطراف فاعلة من خارج القطاع الصحي.
6. تعزيز الوصول إلى الشباب والنساء والمؤسسات الدينية والأطراف المعنية الأخرى، وبناء الشراكات معهم في مجال رفع المستوى الصحي، والاعتراف بأهمية الأساليب الحساسة اجتماعياً وثقافياً، والاستفادة من التكنولوجيا الحديثة ومن وسائل التواصل الاجتماعي.
7. الوصول إلى إجماع حول المكونات الرئيسية لُنظُم المعلومات الصحية، وحول مجموعة أساسية من المؤشرات الصحية، وتنظيمها بطريقة تفضي إلى اتخاذ أصحاب القرار السياسي لقراراتهم استناداً إلى البيّنات، وتسهيل قياس التغيرات مع مرور الزمن، وتقييم آثار التدخلات في السياسات.
8. تقوية إدارة القوى العاملة الصحية على وجه الإجمال، وينبغي التأكيد على إنتاج قوى عاملة ذات مزيج ملائم من المهارات، مع إعداد برامج مناسبة للتعليم المستمر، والتعرف على حلول مبتكرة لاستبقاء العاملين الصحيين في الخدمة.
9. تقوية القدرات المخترية الوطنية والإقليمية، من أجل دعم ترصد ورصد الأمراض السارية ذات الأولوية، إلى جانب كشف الأمراض المستجدة.
10. تحليل الإسهام الإجمالي للقطاع الخاص في تقديم الرعاية الصحية في الإقليم، مع التركيز على جودة الخدمات وتنظيم الممارسات، وإعداد استراتيجيات وأدوات للتشريعات ذات الصلة بها في جميع المجالات الصحية العمومية.
11. التأكيد على مفهوم ضمان الجودة في الرعاية الصحية، من خلال تنفيذ نماذج عملية لتحسين الجودة في مجالات ممارسات الحقن وتنظيف اليدين، على سبيل المثال.

## الملحق 1

### جدول الأعمال

1. الأولويات الإقليمية لمنظمة الصحة العالمية (الوثيقة EM/RDTAC1/1)
2. خطة أعمال تقوية النظم الصحية: الانتقال من وضع السياسات والاستراتيجيات إلى العمل الملموس (الوثيقة EM/RDTAC1/2)
3. نظم المعلومات الصحية: المضي قُدماً في دعم الدول الأعضاء والتصدي للفتحات في تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية (الوثيقة EM/RDTAC1/3)
4. تقوية الخبرات التقنية ضمن منظمة الصحة العالمية (الوثيقة EM/RDTAC1/4)
5. جدول الأعمال غير المستكمل للأمراض السارية: تحديات تواجه الاستئصال العالمي لشلل الأطفال (الوثيقة EM/RDTAC1/6)
6. اللوائح الصحية الدولية (الوثيقة EM/RDTAC1/7)
7. الأمراض غير السارية: كيف سنحقق الفرق في إقليمنا؟ (الوثيقة EM/RDTAC1/8)
8. إعلان دبي حول إنقاذ أرواح الأمهات والأطفال: كيفية النهوض لمواجهة التحدي؟ (الوثيقة EM/RDTAC1/9)
9. الحاجة إلى برنامج إقليمي للقيادة في مجال الصحة العمومية (الوثيقة EM/RDTAC1/10)
10. المقاومة لمضادات الميكروبات (الوثيقة EM/RDTAC1/11)
11. التحديات في الإقليم:
  - التغيرات السياسية والاجتماعية وتأثيراتها على الصحة العمومية: كيف يمكن لمنظمة الصحة العالمية أن تحتل موقعاً أفضل لمواجهة التحديات؟
  - الوضع الحالي لصورة منظمة الصحة العالمية، والاستفادة منها وأدائها في الإقليم: كيف يمكننا وماذا يمكننا أن نفعل لتحسينه؟
12. الاختتام، إجراءات المتابعة، أوقات وأماكن الاجتماع المقبل.

## الملحق 2 البرنامج

### الاثنين 15 نيسان/أبريل 2013

08:30 - 9:15	جلسة الافتتاح الإجراءات، الأهداف، الحصائل المتوقعة تقديم المشاركين انتخاب الرئيس، الصلاحيات، اعتماد جدول الأعمال منهجية العمل
09:15 - 10:15	عرض قصير يتلوه مناقشة الأولويات الإقليمية لمنظمة الصحة العالمية
10:30 - 12:30	جدول الأعمال غير المستكمل للأمراض السارية: التحديات التي تواجه الاستئصال العالمي لشلل الأطفال
12:30 - 13:30	المقاومة لمضادات المكروبات
14:30 - 16:00	جدول أعمال تقوية النظم الصحية: الانتقال من وضع السياسات والاستراتيجيات إلى العمل الملموس
16:00 - 17:00	نظم المعلومات الصحية: المضي قدماً في دعم الدول الأعضاء، والتصدي للفجوات في تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية

### الثلاثاء 16 نيسان/أبريل 2013

09:00 - 10:00	اللوائح الصحية الدولية
10:00 - 12:30	الأمراض غير السارية: كيف سنحقق الفرق في إقليمنا؟
12:30 - 13:30	إعلان دبي حول إنقاذ أرواح الأمهات والأطفال: كيفية النهوض لمواجهة التحدي؟
14:30 - 15:30	إعلان دبي: ما هي الخطوات التالية؟
15:30 - 17:30	الحاجة إلى برنامج إقليمي للقيادة في الصحة العمومية

### الأربعاء 17 نيسان/أبريل 2013

09:00 - 10:00	تقوية الخبرات التقنية ضمن منظمة الصحة العالمية
10:00 - 12:00	التحديات في الإقليم: التغيرات السياسية والاجتماعية وتأثيراتها على الصحة العمومية: كيف يمكن لمنظمة الصحة العالمية أن تحتل موقعا أفضل لمواجهة التحديات؟
12:30 - 13:30	الوضع الحالي لصورة منظمة الصحة العالمية، والاستفادة منها وأدائها في الإقليم: كيف يمكننا وماذا يمكننا أن نفعل لتحسينه؟ الاحتتام وإجراءات المتابعة، وأوقات وأماكن عقد الاجتماع المقبل

## الملحق الثالث

### قائمة المشاركين

#### أعضاء اللجنة الاستشارية التقنية

البروفيسور أحمد عبادي

الأمين العام

الرابطة المحمدية للعلماء في المغرب

الرباط

المغرب

البروفيسور كامل عجلاوي

رئيس المركز الوطني للسكري والغدد الصم والوراثة

عمّان

الأردن

البروفيسورة رويدا المعاينة

الجامعة الأردنية للعلوم والتكنولوجيا

عمّان

الأردن

الدكتور فيصل راضي الموسوي

مستشار العمليات الدولية

الكلية الملكية للجراحين في أيرلندا

الجامعة الطبية في البحرين

المنامة

البحرين

الدكتور وليد عمار

المدير العام

وزارة الصحة

بيروت

لبنان

البروفيسور ذو الفقار علي بوتو  
الرئيس  
قسم طب الأطفال وصحة الطفل  
جامعة آغا خان  
كراتشي  
باكستان

البروفيسور ماجد عزاتي  
رئيس قسم الصحة البيئية العالمية  
كلية الصحة العامة  
جامعة أمبريال لندن  
لندن  
المملكة المتحدة

البروفيسور تيم إيفانز  
العميد  
كلية الصحة العامة جيمس ب غرانت  
جامعة براك  
داكا  
بنغلاديش

البروفيسور محمود فتح الله  
كلية الطب  
مستشفى أسيوط الجامعي  
أسيوط  
مصر

البروفيسور دافيد ل. هيتمان (مؤتمر عبر الفيديو)  
رئيس وكبير الأعضاء الزملاء  
مركز الأمن الصحي العالمي  
شاتام هاوس  
لندن  
المملكة المتحدة

الدكتور محمد نيكنام\*  
نائب وزير الصحة لشؤون العلاقات الدولية  
وزارة الصحة والتعليم الطبي  
طهران  
جمهورية إيران الإسلامية

الدكتورة سانيا نيشتار\*  
الوزيرة الاتحادية للتعليم والتدريب، وللعلوم والتكنولوجيا، ولتكنولوجيا المعلومات،  
وضابطة الاتصال والتنسيق للمواضيع ذات الصلة بالصحة  
إسلام آباد  
باكستان

البروفيسورة هدى رشاد  
أستاذة البحوث ومديرة مركز البحوث الاجتماعية  
الجامعة الأمريكية في القاهرة  
القاهرة  
مصر

الدكتور علي جعفر سليمان  
خبير في الصحة العامة  
مسقط  
سلطنة عُمان

### أمانة منظمة الصحة العالمية

الدكتور علاء الدين العلوان، المدير الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط  
الدكتور سمير بن محمد، مدير إدارة البرامج، المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط  
العاملون في المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط ممن لديهم صلة بأحد المواضيع المدرجة في  
جدول الأعمال

\* لم يتمكّن من الحضور.

## الملحق الرابع

### الاختصاصات والنظام الداخلي للجنة التقنية الاستشارية للمدير الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط

#### 1. اسم اللجنة

اللجنة التقنية الاستشارية للمدير الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط.

#### 2. تأسيس اللجنة

اعتمدت اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط في دورتها التاسعة والخمسين (تشرين الأول/أكتوبر 2012) القرار ل إ/ش م/59-ق-6 الذي يُنص في الفقرة 1 (ج) على اعتماد تشكيل لجنة تقنية استشارية للمدير الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط<sup>1</sup>.

#### 3. الغرض من اللجنة

يتمثل الغرض العام من اللجنة التقنية الاستشارية بتقديم مشورة ومساعدة مستقلة إلى المدير الإقليمي حول قضايا تتعلق بالأولويات الصحية الإقليمية، وبإعداد البرامج.

#### 4. اختصاصات اللجنة

تختص اللجنة الاستشارية التقنية بما يلي:

- (أ) العمل كهيئة استشارية للمدير الإقليمي في القضايا التي تتعلق بتنفيذ وتقييم استراتيجيات وخطط منظمة الصحة العالمية في إقليم شرق المتوسط<sup>2</sup>؛
- (ب) تقديم المشورة حول التدابير التي تتخذ لتقوية القدرات التقنية في المكتب الإقليمي وفي المكاتب القطرية من أجل دعم الدول الأعضاء؛
- (ج) تقديم المشورة للمدير الإقليمي حول السياسات والاستراتيجيات اللازمة لتطوير التعاون التقني بين بلدان الإقليم ومعها؛
- (د) تقديم المساعدة للمدير الإقليمي في حشد التمويل وضمان الموارد من خارج الميزانية من أجل تقوية البرامج التعاونية لمنظمة الصحة العالمية في الإقليم
- (هـ) اقتراح طرق مبتكرة لإسهام الأطراف المعنية الرئيسية، سواءً من القطاعات الصحية أو غير الصحية، من أجل تعزيز مفهوم "إدراج الصحة في جميع السياسات".
- (و) تقديم المشورة حول سائر المواضيع الأخرى التي يجيلها المدير الإقليمي إلى اللجنة.

<sup>1</sup> ويتزامن ذلك مع حل اللجنة الاستشارية الإقليمية التي أسست وفق القرار ش م/ل 30/آ/ق 1 (1983).

<sup>2</sup> وبالنسبة للفترة 2012 – 2016 فإن التوجهات الاستراتيجية منصوص عليها ضمن المطبوعة التي أصدرتها منظمة الصحة العالمية بعنوان: رسم ملامح المستقبل الصحي في إقليم منظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط: تعزيز دور منظمة الصحة العالمية (الوثيقة WHO-EM/RD0/002)

## 5. عضوية اللجنة

تتألف اللجنة التقنية الاستشارية بكاملها من خبراء خارجيين يقومون بأداء عملهم في اللجنة بصفتهم الشخصية.

ويعين المدير الإقليمي أعضاء اللجنة بما لا يزيد عن 12 عضواً. وعند اختيار الأعضاء يولى الاهتمام إلى الحصول على توزيع كافٍ للخبرات التقنية وللممثل الجغرافي وللتوازن بين الجنسين.

## 6. مدة عمل اللجنة

سيتم تعيين أعضاء اللجنة التقنية الاستشارية، ومن بينهم الرئيس، للخدمة لمدة معينة هي ثلاثة أعوام<sup>3</sup>. ولن يتم تمديد مدة الخدمة إلا في ظروف استثنائية، وقد ينهي المدير الإقليمي مدة الخدمة في أي وقت تتطلب فيه مصلحة منظمة الصحة العالمية ذلك، أو لأسباب تحدد في رسائل التعيين.

## 7. تضارب المصالح

على أعضاء اللجنة أن يحترموا الحيادية والاستقلالية التي تتطلبها منظمة الصحة العالمية. وعند أداء أعضاء اللجنة لعملهم يتعين عليهم عدم طلب أو قبول التعليمات من أي حكومة أو أي سلطة خارج المنظمة، وعلى الأعضاء أن يكونوا متحررين من أي تضارب فعلي أو محتمل أو متصور الوقوع في المصالح، ومن أجل تحقيق ذلك يطلب من الأعضاء الفعليين أو الأعضاء المرشحين استكمال نموذج "الإعلان عن المصالح"، وسيكون تعيينهم مرتبطاً بالتقييم وفق الممارسات المعيارية العالمية لدى منظمة الصحة العالمية.

## 8. السرية

على أعضاء اللجنة الاستشارية التقنية الالتزام بالمحافظة على سرية مداولات ووثائق اللجنة التي يُتاح لهم الاطلاع عليها، كجزء من أداء وظائفهم، وعليهم ألا يسربوا شيئاً من المناقشات والمداولات والوثائق السرية، أو الاقتباس منها أو الإشارة إليها، حتى يحين وقت إتاحتها للناس عامة. وتعتبر المعلومات والوثائق التي يتاح لأعضاء اللجنة الاستشارية التقنية الوصول إليها عند أدائهم أنشطة ذات صلة لعمل اللجنة، أموراً سرية، ومن ممتلكات منظمة الصحة العالمية.

## 9. وسائل الإعلام

إذا دُعِيَ أعضاء اللجنة الاستشارية التقنية للتحديث في إحدى وسائل الإعلام أو المؤسسات أو المنظمات أو الأطراف الثالثة الأخرى بصفتهم أعضاء في اللجنة الاستشارية التقنية، فإن عليهم الاتصال بالمدير الإقليمي طلباً للمشورة حول المسار الملائم للعمل؛ إذ ينبغي القيام بهذه الأعمال في جميع الأوقات وفقاً للنظام الداخلي لمنظمة الصحة العالمية.

<sup>3</sup> وللحصول على الاستمرارية في أداء وظائف اللجنة الاستشارية التقنية، فإن مدة عمل أول فريق ستكون كالتالي: يخدم نصف الأعضاء لمدة 3 سنوات، ويخدم نصفهم لمدة سنتين، وما لم يتم الوصول إلى توافق ودي حول من سيخدم 3 سنوات ومن سيخدم سنتين، فإن ذلك يتقرر بالقرعة.



## 10. النظام الداخلي

- إن الطريقة العامة لأداء العمل محددة في ما يلي، حتى يتم إضفاء الطابع الرسمي عليها قبل انعقاد الاجتماع الأول. ومن المتوقع أن يؤثر أعضاء اللجنة الاستشارية التقنية ومديروها على نماذج العمل التفصيلية.
- (أ) يجتمع أعضاء اللجنة وجهاً لوجه؛ مرة واحدة على الأقل (ومرتين على أقصى تقدير) كل عام. ومن المتوقع استخدام أساليب التواصل أثناء الجلسات من خلال المؤتمرات الفيديوية والهاتفية أيضاً.
- (ب) يعين المدير الإقليمي الرئيس ونائب الرئيس.
- (ج) إذا تغيب العضو عن اجتماعين متتاليين، يمكن لمنظمة الصحة العالمية النظر في إنهاء تعيينه عضواً في اللجنة الاستشارية التقنية.
- (د) إن النصاب اللازم لعقد الاجتماع أو إصدار التوصيات هو حضور نصف الأعضاء.
- (هـ) تتخذ القرارات عادة بالإجماع، مع كتابة الآراء المخالفة في محاضر الجلسات.
- (و) تتمتع الجلسات بالخصوصية ولا يحضرها سوى أعضاء اللجنة ومن له صلة بها من أمانة المنظمة.
- (ز) تُعقد الاجتماعات على فترات منتظمة ملائمة<sup>4</sup>.
- (ح) إن المكان المفترض للاجتماعات هو القاهرة، ولكن يمكن النظر في أماكن أخرى.
- (ط) إن لغة العمل ستكون الإنكليزية مع ترجمة الوثائق وتوفير الترجمة الفورية حسب الحاجة بالعربية وبالفرنسية.
- (ي) يُقدّم مكتب المدير الإقليمي خدمات الأمانة.
- (ك) تضع أمانة المنظمة جدول الأعمال ليلق عليه أعضاء اللجنة الاستشارية التقنية.
- (ل) لا يتعامل أعضاء اللجنة الاستشارية التقنية مع المراسلات الروتينية ولا الطلبات التي تردهم من العاملين أو من عامة الجمهور، أو من غيرهم من الأطراف المعنيين.
- (م) لا يتلقّى أعضاء اللجنة الاستشارية التقنية أجوراً على عملهم، بل يتلقون تعويضات عن تكاليف السفر والبدل اليومي وفقاً للوائح والقواعد المعمول بها في منظمة الصحة العالمية.

## 11. إعداد التقارير

يتم أخذ محاضر الجلسات من جميع المداولات والمداخلات الخاصة باللجنة الاستشارية التقنية سواء في الاجتماعات الحية (وجهاً لوجه) أو في الاجتماعات الافتراضية. وتتمتع محاضر الجلسات بالخصوصية. ويمكن نشر توصيات اللجنة والمعلومات الأساسية عنها<sup>5</sup>، ويمكن النظر في عرض التقرير على اللجنة الإقليمية وفق ما هو ملائم.

<sup>4</sup> سيتم التفصيل حول توقيت الجلسات المنتظمة عند تأسيس اللجنة.

<sup>5</sup> ويمكن نشر التقارير على موقع المكتب الإقليمي على شبكة الإنترنت، وقد ترى اللجنة التقنية الاستشارية أن يكون لها "موقعها" على كلٍ من الشبكة الداخلية والشبكة الخارجية الإقليمية، وفق ما سيتم اتخاذه القرار حوله.

## 12. التكاليف

سيتم تمويل التكاليف التي تترتب على عقد اللجنة التقنية الاستشارية بكاملها من ميزانية مكتب المدير الإقليمي، وسيعلن عن هذه النفقات كجزء من الإبلاغ القانوني حول تنفيذ الميزانية البرمجية.