ش م/ ل إ 60/ 12 - ع
EM/RC60/12-A
شباط/ فبراير 2014

تقرير اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط

الدورة الستون

مسقط، عُمان
27 - 30 تشرين الأول/ أكتوبر 2013

منظمة الصحة العالمية
المكتب الإقليمي لشرق المتوسط

ش م/ل إ 12/60-ع
EM/RC60/12-A
شباط/فبراير 2014

تقرير

اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط

الدورة الســـتون

مسقَط، عُمان

27 - 30 تشرين الأول/أكتوبر 2013

منظمة الصحة العالمية
المكتب الإقليمي لشرق المتوسط

© **منظمة الصحة العالمية، 2014**. جميع الحقوق محفوظة.

التسميات المستخدَمة في هذه المنشورة، وطريقة عرض المواد الواردة فيها، لا تعبِّر عن رأي منظمة الصحة العالمية بشأن الوضع القانوني لأي بلد، أو إقليم، أو مدينة، أو منطقة، أو لسلطات أي منها، أو بشأن تحديد حدودها أو تخومها. وتشكِّل الخطوط المنقوطة على الخرائط خطوطاً حدودية تقريبية قد لا يوجد بعد اتفاق كامل عليها.

كما أن ذكر شركات بعينها أو منتجات جهات صانعة معينة لا يعني أن هذه الشركات أو المنتجات معتمدة أو مُوصى بها من قِبَل منظمة الصحة العالمية، تفضيلاً لها على سواها مما يماثلها و لم يرد ذكره. وفيما عدا الخطأ والسهو، تميز أسماء المنتجات المسجلة الملكية بوضع خط تحتها.

وقد اتخذت منظمة الصحة العالمية كل الاحتياطات المعقولة للتحقُّق من المعلومات التي تحتويها هذه المنشورة. غير أن هذه المادة المنشورة يجري توزيعها دون أي ضمان من أي نوع، صراحةً أو ضمناً. ومن ثم تقع على القارئ وحده مسؤولية تفسير المادة واستخدامها. ولا تتحمل منظمة الصحة العالمية بأي حال أي مسؤولية عما يترتب على استخدامها من أضرار.

ويمكن الحصول على منشورات منظمة الصحة العالمية من وحدة تبادل المعارف والإنتاج، المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، ص. ب. 7608، مدينة نصر، القاهرة 11371، مصر (هاتف رقم: 20226702535+، فاكس رقم: 20226702492+؛ وعنوان البريد الإلكتروني: emrgoksp@who.int). علماً بأن طلبات الحصول على الإذن باستنساخ أو ترجمة منشورات المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، جزئياً أو كلياً، سواء كان ذلك لأغراض بيعها أو توزيعها توزيعاً غير تجاري، ينبغي توجيهها إلى المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، على العنوان المذكور أعلاه؛ والبريد الإلكتروني: emrogogoap@who.int.

جدول المحتويات

1. المقدِّمة 1

2. افتـــتاح الدورة والأمور الإجرائية..... 2

1.2 افتـــتاح الدورة..... 2

2.2 الافتتاح الرسمي للدورة من قِبَل نائب رئيس الدورة التاسعة والخمسين للّجنة الإقليمية..... 2

3.2 كلمة المدير الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط..... 2

4.2 رسالة من المديرة العامة لمنظمة الصحة العالمية..... 4

5.2 الكلمة الرئيسية لصاحبة السموّ الملكي الأميرة منى الحسين 5

6.2 كلمة ترحيبية من الحكومة العُمانية 6

7.2 انتخاب هيئة المكتب 6

8.2 إقرار جدول الأعمال..... 7

9.2 اتخاذ القرار حول تشكيل لجنة الصياغة..... 7

3. التقارير والبيانات 8

1.3 أعمال المنظمة في إقليم شرق المتوسط – التقرير السنوي للمدير الإقليمي لسنة 2012..... 8

تقارير مرحلية حول استئصال شلل الأطفال: التبعات الإقليمية لاستراتيجية المرحلة الأخيرة؛ ومبادرة التحرُّر من التبغ؛ وبلوغ المرامي الإنمائية للألفية المتعلقة بالصحة والمرامي الصحية العالمية بعد عام 2015؛ وتقوية النُظُم الصحية: التحديات والأولويات وخيارات العمل في المستقبل؛ وتنفيذ اللوائح الصحية الدولية (2005)، وتحديث المعلومات حول الطوارئ وأثر الأزمة السورية على النُظُم الصحية في البلدان المجاورة؛ والسلامة على الطرق..... 8

4. المناقشات التقنية 15

1.4 الاستراتيجية الإقليمية للصحة والبيئة 15

2.4 التحرُّك صَوب التغطية الصحية الشاملة: التحدِّيات والفُرَص وخارطة الطريق 18

5. الشؤون التقنية 26

1.5 شلل الأطفال 26

2.5 إنقاذ حياة الأمهات والأطفال..... 32

3.5 الاستراتيجية الإقليمية لتحسين نُظُم تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية 38

4.5 اللوائح الصحية الدولية (2005): معايير التمديدات الإضافية 40
5.5 تنفيذ الإعلان السياسي للأمم المتحدة المعني بالوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها استناداً إلى إطار العمل الإقليمي 42
6. المسائل التنظيمية 48
1.6 تقرير عن إطلاق الحوار حول تمويل منظمة الصحة العالمية 48
2.6 الصحة في خطة التنمية بعد عام 2015 49
3.6 مراجعة لتنفيذ قرارات اللجنة الإقليمية 2000-2011 53
7. شؤون الميزانية والبرامج 55
1.7 التخطيط التنفيذي وتنفيذ الميزانية البرمجية 2014-2015، وإعداد الميزانية البرمجية 2016-2017 55
8. أمور أخرى 58
1.8 القرارات والمقرّرات الإجرائية ذات الأهمية للإقليم التي اعتمدتها جمعية الصحة العالمية في دورتها السادسة والستين والمجلس التنفيذي في دورتيه الثانية والثلاثين بعد المئة والثالثة والثلاثين بعد المئة 58
2.8 استعراض مسوَّدة جدول الأعمال المبدئي للمجلس التنفيذي في دورته الرابعة والثلاثين بعد المئة 58
3.8 جائزة مؤسسة الدكتور علي توفيق شوشة والبعثة الدراسية الخاصة بها 58
4.8 مكان وموعد عقد الدورات المقبلة للّجنة الإقليمية 59
9. الجلسة الختامية 60
1.9 استعراض مشاريع القرارات والمقررات الإجرائية والتقرير 60
2.9 اعتماد القرارات والتقرير 60
3.9 اختتام الدورة 60
10. القرارات والمقررات الإجرائية 61
1.10 القرارات 61
2.10 المقررات الإجرائية 71

المرفقات

1- جدول الأعمال 74
2- قائمة بأسماء السادة ممثلي الدول الأعضاء، ومناوبيهم، ومستشاريهم والمراقبين 76
3- كلمة المدير الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية، لإقليم شرق المتوسط 103
4- رسالة من الدكتورة مارغريت تشان، المديرة العامة لمنظمة الصحة العالمية 107

5- القائمة النهائية لوثائق اللجنة الإقليمية وقراراتها ومقرراتها الإجرائية 109

6- ملحق القرار ش م/ل إ 60/ق-6، إعلان دبي، 30 كانون الثاني/يناير 2013، إنقاذ حياة الأمهات والأطفال: 111

1. المقدِّمة

عُقدت الدورة الستون للّجنة الإقليمية لشرق المتوسط في مسقط، سلطنة عُمان، من 27 إلى 30 تشرين الأول/أكتوبر 2013.

ومُثِّلت في الدورة الدول الأعضاء التالية أسماؤها:

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

كما حضَر الدورة مراقبون من جنوب السودان، والوكالة الدولية للطاقة الذرية، ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة «اليونيسيف»، ووكالة الأمم المتحدة لإغاثة وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين في الشرق الأدنى «أونروا»، ومنظمة الأمم المتحدة للأغذية والزراعة «الفاو»، وصندوق الأمم المتحدة للسكان، وبرنامج الأمم المتحدة المشتَرَك لمكافحة مرض الإيدز والعدوى بفيروسه، والتحالف العالمي من أجل اللقاحات والتمنيع، والصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا، والبنك الدولي، وعدد من المنظمات الحكومية الدولية، والمنظمات غير الحكومية، والمنظمات الوطنية.

2. افتـــتاح الدورة والأمور الإجرائية

1.2 افتـــتاح الدورة

البند 1 من جدول الأعمال

عُقِدَت الجلسة الافتـــتاحية للدورة الستين للّجنة الإقليمية لشرق المتوسط مساء الأحد 27 تشرين الأول/أكتوبر 2013، في قاعة مجان بفندق البستان، مسقط، سلطنة عُمان.

2.2 الافتتاح الرسمي للدورة من قِبَل معالي الدكتور عبد اللطيف المكي، وزير الصحة في تونس، ونائب رئيس الدورة التاسعة والخمسين للّجنة الإقليمية

افتتح معالي الدكتور عبداللطيف المكي، وزير الصحة التونسي ونائب رئيس الدورة التاسعة والخمسين للّجنـــة الإقليمية لشرق المتوسط أعمال الدورة الستين للّجنة الإقليمية. وذكّر الدكتور المكي بالدورة السابقة التي اعتمدَت فيها اللجنة الإقليمية رؤية جديدة، ومجموعة من الأولويات الصحية في الإقليم، وأعرب عن تطلُّعه إلى معرفة ما تحقق من تقدُّم على مدار العام المنصرم سواء في هذه القضايا أو غيرها من القضايا المهمّة. كما أشـــاد الـــدكتور المكـــي بالتوجُّه الجديد إلى تنظيم اجتماع تقني في اليوم السابق لانعقاد اللجنة الإقليمية، وهو التوجُّه الذي أقرَّتـــه اللجنـــة الإقليمية في دورتها التاسعة والخمسين. ونوَّه الدكتور المكي إلى ما حفل به العام الفائت من أحداث صحية هامة مثل اجتماع دُبَي رفيع المستوى حول إنقاذ حياة الأمهات والأطفال، وما حققه هذا الاجتماع من نتائج إيجابية ملموسة الآن. وأشار إلى الحاجة إلى بذل جهود مخلصة لتفادي الطوارئ الصحية، والتخفيف من وطأتها في الإقلـــيم. كمـــا أبدَى الدكتور المكي تخوّفه من المخاطر التي تُواجه البرنامج العالمي لاستئصال شلل الأطفال، مثل الفاشية التي شهدتها الصومال، وأكَّد على ضرورة الإبلاغ عن جميع الحالات التي تقع في أي بلد. وأقرّ معاليه بأهمية النظام المقتَرَح للشراء المجمّع للقاحات والأدوية والذي سيساعد في تقليص التكاليف، وتقديم تغطية أكثر شمولاً لمواجهة الأمراض المعدية. وأثنَى الدكتور المكي على المدير الإقليمي لدوره القيادي في مجابهة التحدّيات التي فَرَضَت نفسها في العام المنصـــرم، ومنها ظهور الفيروس التاجي (فيروس كورونا) المستَجد في الإقليم، فضلاً عمّا بذله من جهد لمواءمة عمل المنظمـــة مع الاحتياجات الإقليمية الفعلية.

3.2 كلمة الدكتور علاء الدين العلوان، المدير الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط

تَقدَّم الدكتور علاء الدين العلوان، المدير الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط بالشكر والامتنان لراعي الاجتماع، صاحب المعالي هيثم بن طارق السيد، وزير الثقافة والتربية، وأثنى على الحكومة العُمانية وما حققته من إنجازات رائعة في مجال الصحة من خلال الالتزام المستديم بالتنمية الصحية وبالتخطيط لها. كما عبَّر عـــن تقـــديره لصاحبة السموّ الملكي الأميرة منى الحسين لما تقدِّمه من دعم مستمر لبرامج منظمة الصحة العالمية ومبادراتها، وعلى تفانيها في التعاطي مع قضية القوى العاملة الصحية، ولاسيَّما في مجال التمريض والقبالة.

أما فيما يتعلق بالأولويات الاستراتيجية في الإقليم، فقد أشار المدير الإقليمي إلى أنه كان حريصاً على أن ينعكس عمل منظمة الصحة العالمية في الإقليم، فقد نفَّذَت أمانة المنظمة جدول أعمال مكتمل في كل مجال من المجالات الاستراتيجية التي تحظى بالأولوية، ولاسيَّما في مجال تقوية النُظُم الصحية، والتي تشغل كل دولة من الدول الأعضاء.

وأشار إلى وجود زَخَم عالمي متعاظم حول مفهوم التغطية الصحية الشاملة باعتباره الطريق لضمان حصول كل إنسان على الرعاية الصحية التي يحتاج إليها، بجودة ذات معايير مقبولة، وعندما يحتاج إليها، دون أن يتعرَّض لضائقة مالية. ونوّه الدكتور العلوان بأنه رغم وجود العديد من السُبُل لبلوغ التغطية الصحية الشاملة، فما من شك بأن الالتزام بالتغطية الصحية الشاملة كان هو المرمى الرئيسي لجميع النُظُم الصحية. وقد اتّضح ذلك بجلاء في صحة الأمهات والأطفال بوجه خاص، فرغم التقدُّم الملحوظ الذي حققته البلدان، لا يزال العديد من البلدان يعاني من عبء ثقيل من وفيات الأمهات والأطفال، وقد عبّر الدكتور العلوان عن تقديره لتلك البلدان التي أنجَزَت عملاً رائعاً من خلال إعداد خطط لتسريع وتيرة التقدُّم صوب بلوغ المرمى 4 والمرمى 5 من المرامي الإنمائية للألفية.

ونوَّه المدير الإقليمي إلى أن اللوائح الصحية الدولية (2005) كانت من الأدوات الهامة لحماية الأمن الصحي في جميع أنحاء العالم؛ ومن هنا، فقد كان من الضروري أن تتمكن جميع القطاعات المعنية في كل بلد من الامتثال للمتطلبات التي ينبغي تنفيذها قبل حلول الأجل المحدد. وقد كان ظهور الفيروس التاجي (كورونا) المسبِّب لمتلازمة الشرق الأوسط التنفسية خير دليل على مدى الحاجة للّوائح الصحية الدولية. فمنظمة الصحة العالمية تعمل بتعاون وثيق مع الدول الأعضاء، ومع الشركاء على هذه القضية، وستواصل إطلاع البلدان على المستجدّات.

ونوّه الدكتور العلوان بأن شلل الأطفال لايزال من القضايا البالغة الخطورة، فالوجود المستمر للفيروس، فضلاً عن سرايته التي حدثت مؤخّراً إلى بلدان جديدة، مثّل تحدّياً ضخماً. وستواصل منظمة الصحة العالمية العمل على أساس أنها تواجه حالة طوارئ تهدد جميع بلدان العالم، وأن جميع البلدان يجب أن تظل في حالة يقظة قصوى.

ثم انتقل الدكتور العلوان إلى الحديث عن الأمراض غير السارية، فقال إن ما أنجزناه من حيث الوقاية ورفع مستوى الوعي غير كافٍ، فقد شهدَت السنة المنصرمة اعتماد اللجنة الإقليمية لإطار العمل الإقليمي الخاص بالتزامات الدول الأعضاء بتنفيذ الإعلان السياسي للأمم المتحدة. وقد تم تنفيذ سلسلة من الإجراءات في العام المنصرم في مجال إعداد التوجيهات التقنية، وذكر أن عدداً قليلاً من البلدان قد بدأ بالفعل بتنفيذ تلك التوجيهات، وأنه مايزال أمامنا الكثير من العمل لإنجازه. وفي مجال الصحة والبيئة، قال الدكتور العلوان إن التحديات ذات الصلة بالبيئة تعيق بلوغ المرامي الإنمائية للألفية، وإنها ستواصل إعاقتها للتنمية المستدَامة، وللصحة على المدى الطويل، وأعرَب عن أمله بأن يحرز الإقليم تقدُّماً في هذا المجال.

وأشار الدكتور إلى الصراعات الممتدّة والأزمات المستحكَمَة في الإقليم، ونوّه إلى العواقب الطويلة الأمَد على الصحة، وبخسارة الصحة العمومية للمكاسب التي حققتها على مدى عقود من العمل الشاق، وللاستثمارات التي محيت في فترة قصيرة لا تتعدَّى شهوراً معدودة. كما أن الآثار الجانبية للعقوبات الاقتصادية والحظر، قد حرَمَت المرضَى من الأدوية ومن الخدمات البالغة الأهمية، وأشار الدكتور العلوان إلى أنه من الأهمية بمكان أن يُسمَح للعاملين في مجال المساعدات الإنسانية بالقيام بعملهم دون تهديد أو تعرُّض لخطر شخصي، وذلك وفقاً للقانون الدولي

الإنساني، ونوَّه بأهمية أن يُسمَح بالمرور الآمن لخدمات الرعاية الصحية وللأدوية وللإمدادات الأخرى المنقذة للحياه لتصل إلى من يحتاج إليها.

وأشار الدكتور العلوان إلى أن الوضع الإنساني الخطير داخل الجمهورية العربية السورية والبلدان المجاورة لها، كان له عواقب وخيمة على الخدمات الصحية في جميع البلدان المعنية، وقد حثّ الدكتور العلوان معالي وزراء الصحة على مواصلة روح التضامن التي التزموا بها في العام المنصرم من أجل دعم الرعاية الصحية المقدَّمة للسوريين داخل سوريا وخارجها، كما أثنى على المساهمات السخيّة التي قدّمها العديد من المتبرعين لدعم جهود الإغاثة، ولاسيَّما دولة الكويت التي قدَّمَت الدعم لمنظمة الصحة العالمية لتمكينها من تنفيذ الإعانات الصحية الفعَّالة. وقام الدكتور العلوان بتقديم التحية للعاملين الصحيين على ما أبدوه من تفانٍ وبطولة، وهُم يقدِّمون الخدمات الإنسانية، ويخاطرون في سبيل ذلك بحياتهم.

واختتم الدكتور العلوان كلمته بأن المنظمة تواصل إعادة تشكيل بنيتها للاستجابة للمتطلبات والاحتياجات في العالم المتغير، ثم حثّ الدول الأعضاء على مواصلة الإسهام في عملية إعادة تشكيل بنية المنظمة حتى تتمكّن المنظمة بدورها من تلبية احتياجات البلدان.

4.2 رسالة من الدكتورة مارغريت تشان، المديرة العامة لمنظمة الصحة العالمية

في رسالة مُصوَّرة إلى اللجنة الإقليمية، تقدَّمت المديرة العامة لمنظمة الصحة العالمية، الدكتورة مارغريت تشان، بخالص الشكر إلى الحكومة العُمانية على استضافتها الكريمة للدورة الستين للجنة الإقليمية لشرق المتوسط. وأشارت المديرة العامة إلى أن الكثير ممن يزورون سلطنة عُمان يأتون لكي يتعرّفوا على النظام الصحي فيها، وما حققه هذا البلد من نتائج لافتة للنظر. وذكرت أن من بين الاتجاهات الأكثر تشجيعاً في مجال الصحة العمومية في الوقت الحاضر، تزايد عدد البلدان التي جعلت من التغطية الصحية الشاملة هدفاً تصبو إليه. وكان هناك مصادقة قوية على الحاجة إلى توخّي العدالة في إتاحة الرعاية الصحية الجيدة. كما تُؤكِّد التغطية الصحية الشاملة على الحاجة إلى تقديم طيف شامل من الخدمات ومنها الوقاية. وأشارت إلى أن هذا التأكيد على الوقاية هو أمر بالغ الأهمية في ظل تصدِّي الإقليم للعبء المتنامي للأمراض غير السارية. وقد نصَّ الإعلان السياسي للأمم المتحدة بشأن الأمراض غير السارية صراحة على أن الوقاية يجب أن تصبح حجر الزاوية للاستجابة العالمية لمجابهة هذه الأمراض.

وسلَّطت المديرة العامة الضوء على القضايا الهامة الأخرى التي سوف تناقشها هذه الدورة، ومنها جدول الأعمال غير المُنجَز للمرامي الإنمائية للألفية، وموقع الصحة في برنامج التنمية لما بعد 2015، والتقدُّم المحرَز في تنفيذ اللوائح الصحية الدولية، واستئصال شلل الأطفال. وفي معرِض حديثها عن الوضع في سوريا، نوِّهت المديرة العامة أنه في مطلع هذا الشهر وجَّه مجلس الأمن بإجماع الأعضاء دعوة عاجلة إلى جميع الأطراف بالسماح بفتح ممرات الإغاثة الإنسانية للوصول إلى جميع المناطق داخل سوريا، لتقديم المساعدات الإنسانية التي تمس الحاجة إليها. وأكدت المديرة العامة على استعداد المنظمة للاضطلاع بدورها في تقديم المساعدات الصحية.

5.2 الكلمة الرئيسية لصاحبة السموّ الملكي الأميرة منى الحسين، راعية التمريض والقبالة لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط

استهلت صاحبة السمو الملكي الأميرة منى الحسين كلمتها أمام الدورة الستين للّجنة الإقليمية لشرق المتوسط، بالتوجُّه بخالص الشكر إلى الحكومة العُمانية على حفاوة الاستقبال وكرم الضيافة. وقالت الأميرة إن التقدُّم الذي حققته سلطنة عُمان في مجال الصحة والتنمية الصحية على مدار العقود الأربعة المنصرمة لهو نموذج يُحتذَى لدول العالم. ولفتت الأميرة انتباه الحضور إلى تقرير صدر حديثاً عن شبكة الأمم المتحدة لحلول التنمية المستدامة بعنوان "تقرير السعادة في العالم 2013". وحفل التقرير بعدد من الأمور القيِّمة التي تتسم بنفاذ البصيرة، والتي يمكن الاسترشاد بها من منظور صحي. وخلُص هذا التقرير إلى أن مأمول العمر الصحي هو واحد من المتغيرات الرئيسية التي تؤثر على ما تحققه البلدان من نتائج. كما ورد في هذا التقرير أن الاضطرابات النفسية هي السبب الوحيد الأكثر أهمية للتعاسة، ومع ذلك يتجاهلها راسمو السياسات إلى حد كبير. وأظهر التقرير أن السعداء يعيشون حياة أطول، ويكونون أكثر إنتاجية، وأعلى أجراً، وأفضل حالاً. وكانت هذه الملاحظات هامة للتنمية الوطنية ولراسمي السياسات في جميع القطاعات.

ويُعرِّف دستور منظمة الصحة العالمية الصحة بأنها "حالة من اكتمال السلامة بدنياً وعقلياً واجتماعياً؛ لا مجرد انعدام المرض أو العجز". وعلى راسمي السياسات الصحية النظر في مدى التركيز على الصحة بدلاً من الانشغال بالمرض، ومن ثمَّ الاهتمام بإيجاد حلول عملية لتعزيز الصحة. ويحتل القادة الصحيون في الإقليم موقعاً فريداً يؤهلهم لحمل لواء التغيير، سواءً في النهج الذي تتبناه الحكومات حيال الصحة، أو في أسلوب تفاعل مختلف القطاعات مع بعضها البعض حتى يكون مواطنونا ومجتمعاتنا أوفر صحة وأسعد حالاً.

وفي ما يتعلق بالمبادرة الخاصة بإنقاذ حياة الأمهات والأطفال، فلا يوجد ما هو أهم من هذا الموضوع. وترى الأميرة منى الحسين أن نجاح هذه المبادرة يعتمد على مدى دعم كل منا للآخر. فالتضامن بين بلدان الإقليم ضروري لبلوغ الهدف بالنسبة للآخرين وللإقليم ككل. ونحن بحاجة أيضاً إلى أن نوجِّه جهودنا إلى المجالات التي يمكن أن نحرز من خلالها أكبر نفع. وهذا يعني السعي إلى الوصول إلى الأمهات والأطفال في المناطق الريفية والمناطق الأكثر فقراً. كما يعني الوصول إلى الأمهات اللاتي لم تتح لهن الفرصة لإكمال تعليمهن. وذكرت الأميرة أنه أصبح من المعروف على نطاق واسع أنه كلما زادت فترة مكوث الفتيات في المدارس، كلما كنَّ أوفر صحة وأسعد حالاً كنساء وأمهات، وهو ما يعني تمتُّع أطفالهن وأفراد أسرهن الآخرين بموفور الصحة والسعادة.

وأشارَت الأميرة منى إلى موضوع الأمراض غير السارية كمأساة متفاقمة في الإقليم. وقالت أن المأساة لا تكمن فقط في أعداد من يعانون من هذه الأمراض، بل تتمثّل في حالة عدم تأهب البلدان، وعدم وجود جدول أعمال مشترك للعمل مع سائر القطاعات الأخرى في الحكومة. فالتغيير الحقيقي الذي تدعو إليه الحاجة يتعلق بتعزيز الصحة، ويُعنَى بالتصدّي لتعاطي التبغ، وبتشجيع أنماط الحياة الصحية. وأضافَت أن العادات والسلوكيات الصحية يتم تعلمها في سن مبكّرة جداً. وإننا بحاجة أيضاً إلى تغيير في كيفية التعامل مع هذه الظروف. وبالنسبة لملايين المصابين بالفعل بارتفاع ضغط الدم وأمراض القلب أو السرطان، فما نحتاجه من تغيير يتمثَّل في ضمان حصول هؤلاء المصابين على الرعاية الصحية الجيدة على مستوى الرعاية الصحية الأولية. ومما يُثلِج الصدر أن نرى هذا الزخم السياسي الذي يجري حشده دعماً لمفهوم التغطية الصحية الشاملة.

وبصفتها راعية للتمريض والقبالة في إقليم شرق المتوسط لمنظمة الصحة العالمية، قالت الأميرة منى إن القوى العاملة الصحية لا تزال تمثّل أولوية بالنسبة لها، فلن تتحقق التغطية الصحية الشاملة بدون قوى عاملة فعّالة. وأضافت أن إقليم شرق المتوسط يعاني من أزمة حقيقية في القوى العاملة الصحية. وفي جميع الحالات فإن جوهر المسألة يكمن في التخطيط، والتنسيق بين قطاعَي التعليم العالي والصحة. وعلى المستوى المجتمعي، علينا أن نشجع شبابنا على الإقبال على العمل في الخدمات الصحية، وجعل المهن الصحية جذابة ومتاحة. وذكرَت أنها بحاجة أيضاً إلى التأكُّد من أن الهياكل المهنية توفر الحوافز للاحتفاظ بالمهنيين الأكفاء، وتساعد على تنقلهم بما يكفل توافر المهنيين الصحيين لخدمة الجميع، حتى في أفقر المناطق النائية، دون الاقتصار على العواصم والمدن.

وذَكَرَت أن الشراكات ضرورية في جميع ما نقوم به من أعمال. وأكَّدَت على ضرورة تشجيع المجتمع المدني على وجه الخصوص. وفي الوقت الذي تتعرض فيه المنظمات غير الحكومية للضغوط في إقليمنا، فالأمر يعود للقيادات الصحية كي تُقوِّي هذه الشراكات، وتُعزز الكثير من المساهمات الكبيرة التي يستطيع المجتمع المدني أن يُقدِّمها في مجال التنمية الصحية. واختتمت الأميرة منى كلمتها، فحثَّت اللجنة على التزام ما تتحلى به من إيجابية في مجابهة التحدّيات الكثيرة التي يواجهها الإقليم، والتركيز على الحوار، ومواصلة العمل لجعل الصحة فرصة للدبلوماسية وجسراً للسلام.

6.2 كلمة ترحيبية من الحكومة العُمانية

قال معالي الدكتور أحمد بن محمد بن عبيد السعيدي، وزير الصحة في سلطنة عُمان، إن التحدّيات التي يواجهها الإقليم والتغيرات التي شهدها مؤخَّرا قد أبرَزَت نقاط القوة، وفي نفس الوقت، كشفت عن بعض نقاط الضعف، وحددت الفوارق في قدرَة النُظُم الصحية على الاستجابة للتحدّيات. وتحدّث عن ضرورة المواءَمة بين متطلبات التنمية الصحية، وزيادة الإنفاق على الرعاية الصحية، وقال إن هناك حاجة إلى استراتيجيات غير تقليدية لتمويل النفقات الصحية. وإن تقوية النُظُم الصحية وتعزيز الإنصاف في المجال الصحي ضروريان لدفع عجلة التنمية الشاملة، وكذلك التخطيط السليم المستند على البيِّنات العلمية.

وقد استوعَبَت عُمان أهمية التخطيط، مما دَفَع الحكومة إلى وضع رؤية واضحة وخارطة طريق للأنشطة التي ينبغي الاضطلاع بها حتى عام 2050. ثم تحدّث عن الحاجة إلى تعزيز النُظُم الصحية في مواجهة الطوارئ الصحية، ودمج التغطية الصحية الشاملة في خطة التنمية في جميع البلدان. وذَكَر أن هناك حاجة إلى نَهج يقوم على الرعاية الصحية الأولية، وإلى ضرورة تكثيف العمل مع الشركاء في جميع القطاعات. وقال إن هذه الدورة للّجنة الإقليمية تمثِّل فرصة جيدة لمناقشة تأثير معالجة القضايا الصحية ذات الأولوية على فعالية النُظُم الصحية، وتحديد سُبُل الاستفادة من نقاط القوة في الإقليم. وأشاد بحضرة صاحب الجلالة السلطان قابوس بن سعيد لكريم مساهمته بمبلغ 5 ملايين دولار أمريكي لدعم جهود استئصال شلل الأطفال وأشاد بهذه اللفتة الكريمة.

7.2 انتخاب هيئة المكتب

البند 1 (أ) من جدول الأعمال، المقرَّر الإجرائي (1)

انتخبت اللجنة الإقليمية هيئة مكتبها على النحو التالي:

الرئيس	: معالي الدكتور أحمد بن محمد بن عبيد السعيدي	(عُمان)
النائب الأول للرئيس	: معالي الدكتور سيد حسن غازي زاده هاشمي	(جمهورية إيران الإسلامية)
النائب الثاني للرئيس	: معالي الدكتور أحمد قاسم العنسي	(اليمن)

وانتُخب الدكتور بدر الدين بشير النجار (ليبيا) رئيساً للمناقشات التقنية

8.2 إقرار جدول الأعمال

البند 1 (ب) من جدول الأعمال، الوثيقة ش م/ل إ 1/60 – تنقيح 5، المقرر الإجرائي (2)

أقرَّت اللجنة الإقليمية جدول أعمال دورتها الستين، مع إضافة بند لها يتعلّق بشلل الأطفال.

9.2 اتخاذ القرار حول تشكيل لجنة الصياغة

بناءً على اقتـــراح رئيس الدورة، قرَّرت اللجنة تشكيل لجنة الصياغة من الأعضاء التالية أسماؤهم:

الدكتورة مريم الجلاهمة	(البحرين)
الدكتور بيجان صدري زاده	(جمهورية إيران الإسلامية)
الدكتور قيس صالح الدويري	(الكويت)
السيد جيلالي حازم	(المغرب)
الدكتور سعيد بن حارب اللمكي	(عُمان)
الدكتور محمد يحيى سعيدي	(المملكة العربية السعودية)
الدكتور عماد عزت	(مصر)
الدكتور سمير بن يحمد	(المكتب الإقليمي لشرق المتوسط)
السيد راؤول توماس	(المكتب الإقليمي لشرق المتوسط)
الدكتور جواد محجور	(المكتب الإقليمي لشرق المتوسط)
الدكتور ثمين صدّيقي	(المكتب الإقليمي لشرق المتوسط)
السيدة إليزابيث جين نيكولسون	(المكتب الإقليمي لشرق المتوسط)

3. التقارير والبيانات

1.3 أعمال المنظمة في إقليم شرق المتوسط – التقرير السنوي للمدير الإقليمي لسنة 2012

البند 2 من جدول الأعمال، الوثيقة ش م/ل إ 2/60

تقارير مرحلية حول استئصال شلل الأطفال: التبعات الإقليمية لاستراتيجية المرحلة الأخيرة؛ ومبادرة التحرُّر من التبغ؛ وبلوغ المرامي الإنمائية للألفية المتعلقة بالصحة والمرامي الصحية العالمية بعد عام 2015؛ وتقوية النُظُم الصحية: التحديات والأولويات وخيارات العمل في المستقبل؛ وتنفيذ اللوائح الصحية الدولية (2005)، وتحديث المعلومات حول الطوارئ وأثر الأزمة السورية على النُظُم الصحية في البلدان المجاورة؛ والسلامة على الطرق

البند 3 من جدول الأعمال (أ، ب، ج، د، هـ، و، ز) الوثائق ش م/ل إ 60/وثيقة إعلامية 1 – 7، القرار ش م/ل إ 60 ق.1

أشار الدكتور العلوان في معرضِ تقريره إلى عملية المراجعة التي تمّت للوصول إلى إجماع على الأولويات الاستراتيجية الخَمْس، والتي تَضْمَن بدورها استمرار التنميةِ الصحية في الإقليم. وفي عام 2012، صدّقت اللجنة الإقليمية على سبع أَولويات لتطوير النُظُم الصحية. وقدْ أظهر تقييم نُظُم تسجيلِ الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية في الإقليم خلال العام أنَّ 26% فقط من النُظُم (في ستةِ بُلدان) تُعْتَبَر نُظُم فعّالة وتقوم بأداء وظيفتها. وبالتالي فإنَّ التحدِّي الأهم الذي سيواجهونَهُ كوزراء للصحة يتمثَّل في صعوبة توخِّي الدقة في التخطيطَ للمستقبل. وأشار إلى أن التغطية الصحية الشاملة من المفاهيم التي تكتسب زخماً في العالم قاطبةً. فبلوغ هذه التغطية الصحية الشاملة يقتضي من كلِّ دولة من الدول الأعضاء أن يكونَ لديها رؤية شاملة، واستراتيجية مُسنَدة بالبيِّنات، وخارطة طريق واضحة المعالم. وينبغي النظرُ إلى الوصولِ إلى التغطيةِ الصحيةِ الشاملة على أنَّها تمثِّل تحدّياً لجميع الدول الأعضاء. فمجموعات بلدان الإقليم الثلاث جميعها لديها فجوات في سُبُلِ الوصولِ إلى التغطيةِ الصحية الشاملة. ومن ثمَّ فإن تقوية النُظُم الصحية في بلدان الإقليم، تأتي على قمة أولوياتنا جميعاً، وستظل هي محور التركيز الرئيسي في العمل.

وبالإشارة إلى الأمراض السارية، قال المدير الإقليمي إن التقدُّم صَوْب بلوغِ أهداف التغطية بالتمنيع لايزال يتأثر بفعل الوضع الأمني، ولاتزال القدرات الإدارية، والالتزام بإجراءِ التمنيعِ الروتيني من التحدّيات الواضحةِ للعَيَان في بعض البُلدان. وبالتالي فإنَّنا بحاجةٍ إلى تخصيصِ الموارد الحكوميةِ، وحشد الدعم من الشركاء لاستنهاض الاستجابة. وذَكَرَ أنه اعتباراً من عام 2010، انخفَضِ معدّل التغطية الإقليمية بالجرعة الأولى من اللقاح المحتوي على الحصبة، ومن ثمَّ زادَت الفاشيات، وزاد الإبلاغ عن حالات الحصبة. وأشار إلى أن المنظمة تعمل بتعاون وثيق مع البُلدان المتضرِّرة لتنفيذ حملاتٍ متزامنة للتخلص من الحصبة. فمن مصلحة جميعِ الدول الأعضاء، بما فيها تلك الدول التي لا تعاني في الوقت الحالي من عبء كبير، أن تعمل على تنسيق الجهود لضمان وصول الإقليم إلى هدف التخلص من الحصبة قبل عام 2015 على الأكثر. ولقد حقَّق إدخال لقاحات جديدة منقذة للحياة المزيد من التقدُّم. ولايزال التحدِّي الرئيسي يتمثّل في عدم قدرة البلدان المتوسطة الدخل على تحمُّل تكاليف اللقاحات الجديدة. وعلى الدول الأعضاء اغتنامُ هذه الفرصة، والانضمام لنظام الشراء الإقليمي المجمّع للّقاحات، والاستفادة ممَّا يقدِّمُه من مزايا. ودَعا المدير الإقليمي

التحالفِ العالمي للّقاحات والتمنيعِ إلى انتهاج استراتيجيات تساعد الدول الأعضاء في التغلب على حاجز ارتفاعِ الأسعار الذي يَحُولُ دون إدخال اللقاحات الجديدة.

واستجابةً لقرار جمعية الصحة العالمية ج ص ع 5.65، انتقلِ البرنامج الإقليمي لاستئصال شللِ الأطفال، إلى نَمط العمل في حالات الطوارئ، حتى يتسنَّى تقديم دعمٍ أكثر فعَّاليةً للبلدان الموطونة، وغيرِها من البلدان الأخرى التي تحظى بالأولوية. وتمّ إنشاء مركزٍ للتوعية في المكتبِ الإقليمي للتصدّي للقضايا الناجمة عن ما يكتنف لقاح شللِ الأطفال من معلومات مغلوطة تحُول دون المرورِ الآمنِ لفِرَق التطعيم، وتؤدّي إلى حظرِ التطعيمِ تماماً في بعضِ المناطق، بل وإلى الهجومِ على موظفي المنظمة والعاملين الصحيين في مجال شلل الأطفال. وقد حدا هذا بالمنظمة، أن تدعو كبار علماءِ المسلمين إلى إنشاءِ فريقٍ استشاري إسلامي في مجالِ استئصال شللِ الأطفال، بهدف دعم الجهود، والتعاطي مع المخاوف المجتمعية والتحدياتِ الماثلة. وسيكونُ هذا التضامُن حاسماً للقضاءِ على شلل الأطفال. وذكر أن العديد من البلدان الخالية من شلل الأطفال معرّضة بشدة لخطرِ الوفادة وظهورِ فاشياتٍ خطيرة بها.

وأشار المدير الإقليمي إلى أن هناك زيادةً غيرَ مسبوقة في وقوعِ حالات الأمراضِ السارية، سواء الناشئة منها أو المنبعثة، والتي تمثِّل خطراً محدقاً بالأمنِ الصحي الإقليمي. ولا يخفى على أحد أن الصراعات الدائرة، والطوارئ الإنسانية المزمنة، والتي تسود في العديد من البلدان، هي من عواملِ الخطرِ الأساسية في انتشارِ أمراضٍ جديدة. وأكّد على أن الكشف المبكر وسرعة الاستجابة بهدف احتواءِ التهديدات الوبائية الناجمة عنِ الأمراضِ الناشئة، لايزالان يمثّلان أكبر تحدٍّ أمام المنظمة والدولِ الأعضاءِ على حدٍّ سواء. وكانَ ظهور نوعٍ جديد من الفيروسِ التاجي (كورونا) الذي يسبِّب متلازمة الشرق الأوسط التنفسية، وما يرافقه من معدّل مرتفعٍ للوفيات، دليلاً قوياً على سهولة تعرُّضِ الإقليمِ للتهديدات المتكرّرة للأمراض الناشئة، وعلى الفجوات التي تكتنف القدرات الأساسية للدولِ الأعضاء، والخاصة بالترصُّد والاستجابة، والمطلوبة بموجبِ اللوائحِ الصحية الدولية. وبطبيعة الحال، فإنَّ التبكيرَ بإبلاغِ المنظمة وإخطارِها بهذه الأمراضِ الجديدة، هو مسؤوليةٌ أصيلةٌ للدولِ الأعضاءِ بمقتضى اللوائحِ الصحية الدولية. وأكّد الدكتور العلوان على ثقته التامّة في أن الدول الأعضاء ستواصل إيلاءَ العناية الواجبة لهذه الاتفاقية القانونية الدولية.

وفي ما يتعلق بفيروسِ العَوَز المناعي، أشار المدير الإقليمي إلى أنه بالرغم من أن عدد الحالات في هذا الإقليمِ أقل من سائرِ الأقاليم، إلا أنَّ معدَّل الزيادة في حالات العدوى الجديدة بفيروس الإيدز هي الأعلى على مستوى العالم. ويُقَدَّرُ معدل التغطية الإقليمية بمعالجة فيروسِ الإيدزِ بأقل من 20%، مما يعني أن الإقليم لديه أدنى معدّلٍ للتغطية مقارنةً بسائرِ الأقاليمِ الأخرى. فقد طرحت المنظمة مبادرة إقليمية لإنهاء أزمة معالجة فيروس الإيدز. وعلى الرغمِ منْ أن العديد من البلدان قد نجحت في التخلصِ من الملاريا، إلا أن الملاريا لاتزال منَ المشاكلِ الصحية التي تحظى بالأولوية في بعض البلدان. وقد تم الإبلاغ عن ما يربو على 7 ملايين حالة، ولم يتأكَّد سوى خُمْسُها فقط باكتشاف الطفيليات. فالبلدان الموطونة بالملاريا بحاجة إلى استنهاضِ جهودها لضمان الإتاحة الشاملة لسُبُلِ الاختبارِ التشخيصي للملاريا، فضلاً عنِ المعالجة الفعَّالة وترصُّد الملاريا. ولايزال العدد المقدَّر للوفيات الناجمة عنِ السلِّ مرتفعاً، ويفوت على الإقليمِ كذلك تشخيص 37% من الحالات المقدَّرة. ويُعْزَى ذلك بشكلٍ أساسيٍّ إلى قصورِ التشخيصِ، أو قصورِ التبليغِ عن الحالات في المرافقِ الصحية التي لا تتبع البرامج الوطنية، سواءً العامة منها أو الخاصة. وتحتاج جميع الدولِ الأعضاءِ إلى وضعِ تشريعاتٍ صارمةٍ تضمن إلزام جميعِ مقدِّمي الخدمات بالإبلاغِ عنِ الحالات،

وتُحِدُّ من بيعِ الأدوية المضادةِ للسلِّ في الصيدليات الخاصة للنهوضِ بالتشخيصِ ورعاية المصابين بالسلِّ المقاومِ للأدوية.

وتمَّ إطلاق مبادرة إقليمية متعددة الوكالات بهدف تسريع وتيرة التقدُّمِ المحرَزِ صَوْبَ تحقيقِ المرمى 4 والمرمى 5 من المرامي الإنمائية للألفية، وذلك أثناء الاجتماعِ رفيعِ المستوى الذي عُقِد في دبي، في الإمارات العربية المتحدة، تحت شعارِ "إنقاذُ حياةِ الأمهاتِ والأطفال". وقد ركَّزَت المبادرة على البلدان العشرة التي تعاني منْ ارتفاعِ عبءِ وفيات الأمهات والأطفال. وقد تُوِّجَ هذا الاجتماع بإعلان دبي والذي يمثِّل دليلاً تستهدي به الدول الأعضاء في مُضيِّها للأمام. ودعا المدير الإقليمي البلدان التي تنخفض فيها معدلات الوفيات إلى مواصلة التركيزِ على الحفاظ على ما حققتْهُ من إنجازات، والعمل على ضمان جودة الرعاية، وتطويع التدخلات ومواءمتَها بما يلبِّي احتياجاتها الخاصة.

أما بالنسبة لمجالِ الأمراضِ غيرِ السارية، فذكَر أن المنظمة قد عملت مع البلدان في العامِ الماضي على تحديد كيفية المضيّ قُدُماً في تنفيذِ إطارِ العملِ. ولقد كشف المسح لقُدرات الدول الأعضاء عن تحديات هائلة، فجميع البلدان لديها فجوات في الاستجابة. ومن ثَـمَّ فقدْ تعاونَت المنظمة مع الدولِ الأعضاء لبناء القُدرات، وتنفيذ التدخلات ذات الأولوية. ولايزال هناك الكثير من العمل في مجالِ الوقاية من عواملِ الخطرِ الرئيسية الأربعة المرتبطة بالأمراضِ غيرِ السارية، فما قُمنا به حتى الآن غير كافٍ؛ وسوفَ يَنْصَبُّ التركيز على تنفيذ التدخلات الرئيسية العالية المردود والشديدة التأثيرِ أو ما يُعْرَف باسم "أفضل الخيارات". أما فيما يتعلق بمكافحة التبغ، فقد دَعَا الدول الأعضاء إلى التوقيع على البروتوكولِ الأولِ والخاص بالاتجارِ غيرِ المشروعِ في التبغِ.

وفيما يتعلق بالتأهُّب للطوارئ والاستجابة لمقتضياتها، قال المدير الإقليمي إن هنالك نحو 42 مليون شخص في 13 بلداً من بلدان الإقليم يتأثرون الآن بالطوارئ والأزمات، ومنها 7 بلدان تئِنُّ تحت وطأة الطوارئ الممتدَّة. كما شَهِد الإقليم عدداً من الطوارئ الحادَّة الناجمة عن الكوارث الطبيعية. وأفضت كلُّ هذه الأحداث والمواقف إلى طيف كبيرٍ من التهديدات الخطيرة للصحة العمومية، والذي في كثير من المناطق قضى على ما تحقَّق في سنواتٍ طوالٍ من العملِ المُضني والاستثمارِ الجاد في مجال الصحة العمومية. ولمْ تَرْقَ طريقة إدارتنا الجماعية لهذه الأزمات في الإقليم إلى المستوى الأمثل. فالاعتماد على الإجراءات الدولية والخارجية بما في ذلك أنشطة التمويل قد أحدث مخاطر جمّة على المدى الطويل.

وأضاف المدير الإقليمي أنه فيما يتعلق بالعملياتِ الإدارية بالمنظمة، فتكمُن التحدّيات الرئيسية في مجالات التخطيط، والتمويلِ، والموارد البشرية، وإيجاد بيئة رقابية صارمة. وبرغم ما تحقّق من تقدُّم ملحوظ، لايزال هناك بعض الفجوات والتحديات. وأما في ما يتعلق بالثنائية 2014-2015. فقد أحدث المكتب الإقليمي تغييراً جذرياً في عمليات التخطيط من خلال نهج أكثر تركيزاً على الأولويات، وقد تم التعرُّف عليه من خلال اتباع أسلوب ينطلق من القاعدة إلى القمة. ولايزال التمويل يمثِّل تحدياً كبيراً، فالمساهمات الإقليمية لاتزال، بشكلٍ كبير، أدنى من مثيلاتها في سائرِ المكاتب الإقليميةِ الأخرى. وذكر أننا لانزال نواجه العديد من التحدّيات في مجال الموارد البشرية، ولاسيَّما في ما يتعلق بتقليصِ الفترة اللازمة لتعيين الموظفين، واجتذابِ أفضلِ المرشحين؛ ومن المُتَصَوَّر زيادة الانفتاح في هذا المجال، ولاسيَّما مع الدولِ الأعضاء. وبالنسبة للحوكمة وتصريف الشؤون، تم تشكيل لجنة استشارية تقنية لتقديم المشورة بشأن الخيارات السياسية المطروحة لتعاون المنظمة مع الدولِ الأعضاء. وعَقَدَت اللجنةُ أول اجتماعاتها في شهر نيسان/أبريل.

وأخيراً، طلب المدير الإقليمي معرفة آراء اللجنة حول استخدام اللغات الوطنية والبرنامج العربي العالمي. وسوف يبدأ المكتب الإقليمي في إجراء تقييم للبرنامج العربي بوضعه الحالي بهدف ضمان تلبيته لاحتياجات الدول الأعضاء في المستقبل.

المناقشات

أشاد ممثل البحرين بما لمسته بلاده من تطوُّر ملحوظ في عمل المكتب الإقليمي وإعادة هيكلته، مما مكن الدول الأعضاء من التركيز على الأولويات. وأشار سيادته كذلك إلى التطوُّر في أعمال اللجنة الإقليمية، والجلسات التقنية الناجحة التي عُقدت في اليوم السابق للّجنة، والتي يَوَدُّ أن تصبح نهجاً يستمر العمل به في اللجان القادمة، فقد هيأت هذه الجلسات الفرصة لاستعراض المواضيع التقنية، واستطلاع آراء الخبراء. وأشاد بالفيلم الذي عُرض في الليلة السابقة وما تمتَّع به من حرفية عالية. وأثنى سيادته كذلك على التوجُّه بأن تصبح الاجتماعات بدون ورق، وأشار سيادته إلى استضافة بلاده العديد من حلقات العمل الإقليمية، وتأسيس شبكات لرصد صحة الأمهات وحديثي الولادة. وأكَّد سيادته على التزام بلاده بالوفاء بكافة المتطلبات اللازمة لتنفيذ اللوائح الصحية الدولية بحلول عام 2014. ونوَّه إلى أنه بالرغم مما أحرز من إنجازات، لاتزال هنالك العديد من التحدِّيات التي تواجه بلدان الإقليم مما يستلزم التركيز في الجلسات القادمة على أهم الأولويات والتي حددها جدول أعمال اللجنة الإقليمية وتشمل التوجُّه نحو التغطية الصحية الشاملة.

ولفتت وزيرة الصحة في الصومال الأنظار إلى التحديات التي تواجهها بلدها منذ 22 عاماً من الصراع والحرب الأهلية، وخلفت من بين ما خلفت نظاماً صحياً منهاراً انهياراً كاملاً. وذكرت أن المجتمع الدولي قد وقع في بروكسل مؤخّراً اتفاقية يلتزم فيها بتقديم الدعم من أجل تحسين الأمن والحوكمة ونُظُم العدالة وغيرها. وقالت أن الصومال يمرّ بفترة انتقالية نحو الاستقرار، ومن ثمَّ تتمثل أولوياته في بناء القدرات في المؤسسات الحكومية من أجل تقديم القيادات والخدمات للسكان، وقد أثنت على الدعم الذي يتلقاه الصومال من منظمة الصحة العالمية في مجالات هامة مثل إعداد السياسات، والتخطيط، وصحة الأمهات والأطفال، واستئصال شلل الأطفال، وناشدت سائر بلدان الإقليم بتقديم الدعم في هذه المرحلة الانتقالية البالغة الأهمية.

وأشار ممثل المغرب إلى عمل المملكة المغربية على وضع خارطة طريق جديدة لهذه الفترة الحرجة، وعلى بلورة ميثاق عمل وطني، والعمل على تعزيز الصحة في جميع مراحل العمر. وأشار سيادته إلى ما تحقق في مجال الشراء المجمّع للقاحات. كما أكَّد سيادته على أن المغرب يجدِّد الالتزام بالانخراط في هذه العملية، وإزالة كل المعوقات القانونية ليكون مستعداً بنهاية العام للانضمام لهذه المبادرة. وطالب المدير الإقليمي بأن يعمل على الحصول على بيان كتابي بالتزامات الدول المتبقية متضمناً العبء المالي اللازم، وأشكال وطرق مشاركة البلدان في صندوق مشترك لدعم هذه المبادرة. وفي مجال مكافحة التبغ، أشار سيادته إلى سعي المغرب هذا العام إلى إعطاء دفعة قوية للجهود المبذولة للمصادقة على الاتفاقية الإطارية لمنظمة الصحة العالمية بشأن مكافحة التبغ. وأشار إلى أن اللقاء الذي سيُعقد في 13 تشرين الثاني/نوفمبر 2013 للحثّ على المصادقة لَهو أكبر دليل على حرص المملكة على تسريع وتيرة التقدُّم في مجال مكافحة التبغ، كما أن المملكة بصدد الانتهاء من وضع اللمسات الأخيرة لبلورة خطة عمل متعدِّدة القطاعات لمحاربة عوامل الخطر المسبِّبة للأمراض غير السارية.

وذكرت ممثلة لبنان أن بلادها تلتزم بمواءمة جهودها وتزامنها مع أنشطة استئصال شلل الأطفال في البلدان المجاورة، وقد تم الإعلان مؤخراً عن حملة وطنية للتمنيع ضد شلل الأطفال، وذلك بالإضافة إلى حملة التمنيع المشتركة ضد الحصبة وشلل الأطفال التي تم تنفيذها مطلع هذا العام. كما ذكرت أن لبنان خالٍ من شلل الأطفال منذ 12 عاماً.

وأكَّد ممثل السودان على التزام السودان بالمضيّ قُدُماً في الارتقاء بصحة المواطنين من خلال الأولويات التي طرحت في كلمة المدير الإقليمي والتي انعكست في التوجُّهات الاستراتيجية للخطة الخمسية 2012 – 2016 وأضاف أن السودان قد أعطى أولوية قصوى للتغطية الصحية الشاملة، كما وضع خطة وطنية لتعزيز صحة الأمهات والأطفال ولمكافحة الملاريا والعدوى بفيروس الإيدز. وأشار إلى أن السودان قد حافظ على وضع الخلوّ من شلل الأطفال من خلال الحملات الوطنية للتمنيع والتي تنفذ في كل أرجاء السودان بما في ذلك مناطق النزاع من خلال اتفاقات وقف إطلاق النار خلال الحملات.

وقال وزير الصحة في جيبوتي أنه يأمل أن تعطي منظمة الصحة العالمية المزيد من الاهتمام للصعوبات التي تواجهها بلدان المجموعة الثالثة. وذكر أنه رغم أن الأمن لا يعتبر من المشكلات الهامة في جيبوتي فإن لديه حدود مشتركة مع عدد من البلدان الأخرى التي لا تخلو من الصراع، وذَكَر أن بلاده تستضيف الآن أعداداً كبيرة من اللاجئين لأسباب سياسية واقتصادية من الصومال وإثيوبيا وإريتريا، مما أثر على بلوغه المرامي الإنمائية للألفية. وطلب معاليه المساعدة من منظمة الصحة العالمية ومن الشركاء الآخرين في هذا المضمار.

وأشار ممثل العراق إلى تجربة العراق في تقاسُم التكاليف مع المنظمات العالمية من أجل تطوير الواقع الصحي في الإقليم. وذكر أنهم قد وضعوا سياسات وطنية واضحة. وشدد سيادته على أهمية انتقاء خبراء للعمل في مكاتب المنظمة وفقاً للمتطلبات القُطرية بالتعاون مع المنظمة. وأشار سيادته إلى أن العراق لديه تجارب رائدة في هذا المضمار. وأعرب عن استعداد بلاده للتشارُك في هذه الخبرات مع سائر بلدان الإقليم. وأشار سيادته إلى حالات شلل الأطفال التي ظهرت مؤخراً في سوريا مما يستلزم بذل جهود كبيرة للتغلب على هذه المعضلة.

وأشار وزير الصحة والتعليم الطبي في جمهورية إيران الإسلامية إلى أن استمرار سراية شلل الأطفال يدعو إلى بذل جهود عاجلة لاستكمال القضاء عليه في أقرب وقت ممكن. وقال إن هذا يُعَدُّ مسؤولية جماعية لجميع بلدان الإقليم. وأشار إلى مجموعة الخمسة – والذي كان بلده عضوا فيها – وذكر أن بلاده قد لعبت دوراً هاماً في دعم جهود استئصال شلل الأطفال، وتعزيز النظام الصحي، وكذلك في المبادرات دون الإقليمية الأخرى. وقد وقفت بلاده على أهبة الاستعداد لدعم الآخرين. وقال إن الأزمة المالية العالمية، والأمراض غير السارية، والمحددات الاجتماعية للصحة ينبغي أن تعتلي أولوية خطة التنمية بعد عام 2015. وعبر عن قلقه إزاء وجود عدد كبير من الأشخاص المتعايشين مع فيروس الإيدز في الإقليم ممن يحتاجون إلى العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية، وأعرَب عن دعمه للمبادرة الإقليمية لإنهاء أزمة توفير علاج فيروس الإيدز. وقال إن الأمر يستلزم توفير التغطية الصحية الشاملة لتحقيق الجيل القادم من المرامي الصحية العالمية.

وأشار ممثل فلسطين إلى رغبة بلاده في تقديم الخبرة الفلسطينية في القضاء على مرض الحصبة للدول الأعضاء التي تمر بظروف مشابهة. وذَكَر أن فلسطين قد قامت خلال الشهرين الماضيين بحملات لإعطاء جرعتين من اللقاح المضاد

للحصبة والنكاف والحصبة الألمانية لنحو مليون طفل ممن تتراوح أعمارهم بين 12 و18 شهراً من العمر. وأشار إلى أنهم يأخذون بعين الاعتبار حساسية اللقاح عند تعرضه للحرارة والضوء. وأشار إلى أن التغطية المناعية قد لا تكون متوازية مع تغطية التطعيم بخاصة في المناطق النائية. وأشار إلى الدراسة التي أجريَت على معدّل التغطية بين الأطفال ممن تلقّوا التطعيم بين عام 2003 و2010، فقد كشفت الدراسة عن أن نسبة التغطية المناعية اقتصرت على 72% ولاسيَّما في المناطق النائية.

وأشاد ممثل الكويت بفكرة الاجتماعات التقنية التي سبقت الافتتاح الرسمي؛ حيث أتاحت هذه الاجتماعات فرصة كبيرة للنقاش المتنوع. وأشار سيادته كذلك إلى استضافة الكويت للاجتماع التشاوري الإقليمي حول مكافحة الأمراض المزمنة غير السارية، وأعرب عن استعداد بلاده لاستضافة المزيد من الاجتماعات القادمة على مستوى الإقليم.

وقال ممثل باكستان إن بلاده أحرَزَت تقدُّماً ملموساً في المجالات الخمسة ذات الأولوية للاستراتيجية الإقليمية. أما في ما يتعلق بالقضاء على شلل الأطفال، فقد شهد العام الماضي إنجازات هامة. وقد انطلقت خطة العمل الوطنية للطوارئ في عام 2012، تحت الإشراف المباشر لرئيس الوزراء، والتي ركزت الجهود على تحسين المساءلة والإدارة والإشراف على جميع المستويات. وقال إن ما مجموعه 58 حالة تم الإبلاغ عنها في 2012، الذي شهد انخفاضاً قدرة 70% في الأعداد مقارنة بالسنوات السابقة. وفي عام 2013 تم الإبلاغ عن 53 حالة وكانت تقع في منطقتين اثنتين من المناطق المتضررة أمنياً حيث توقفت هناك حملات شلل الأطفال منذ حزيران/يونيو 2012. وأشار إلى أن القضاء على شلل الأطفال هو مسؤولية مشتركة بين جميع البلدان، وأعرب عن شكره لمنظمة الصحة العالمية وللبلدان الإقليم على ما قدّموه من دعم.

وأشار ممثل الأردن إلى أن بلده قد قام بتسهيل تنفيذ العديد من الحلقات العملية والاجتماعات التقنية بالتعاون مع المنظمة في عمّان في العديد من المجالات مثل التغذية، والوقاية من عوامل الخطر الرئيسية المرتبطة بالأمراض غير السارية، وفي مجال الترصد والوقاية من الأوبئة. وأشاد سيادته بالدعم الذي قدمته المنظمة ولاتزال تقدمه في مجال تقديم الأدوية الأساسية للاجئين السوريين الأكثر تعرضاً لانتشار الأمراض. وذكر سيادته أن العديد من السوريين يفرّون يومياً إلى الأردن مما يشكل عبئاً كبيراً على الخدمات الصحية المقدَّمة. وأشار إلى أنهم بالتعاون مع المنظمة وغيرها من المنظمات الدولية بصدد البدء في حملة تطعيم وطنية تشمل 3.5 مليون أردني وسوري دون سن 18 ضد شلل الأطفال والحصبة اللذين يهددان الإقليم برمّته.

وطرح وزير الصحة العمومية في قطر مسألة التمويل، وتساءل عن نوع الدعم المالي المتوقَّع لاستراتيجيات المنظمة على المدَى البعيد.

وذكر وزير الصحة السعودي أنه يَوَدُّ أن ينقل رسالة من ولي عهد المملكة العربية السعودية حول رغبة المملكة في المشاركة في حملة استئصال شلل الأطفال من باكستان، على أن تتولى المملكة تقديم هذا الدعم عبر وزارة الصحة حتى يتسنَّى العمل سوياً لاستئصال شلل الأطفال من الإقليم.

وشَكَر المدير الإقليمي البحرين على دعمها، وعلى تقديم المعلومات حول احتياجاتها حتى عام 2014، مشيرا إلى أن العديد من البلدان الأخرى قد قدّمت معلومات مماثلة. وفي معرض حديثه عن الصومال، قال: إن بناء قدرات

وزارة الصحة كان واحداً من أولويات منظمة الصحة العالمية، والتي اتّخذت إجراءات ملموسة في هـذا الصـدد. وأشار إلى أن إعادة بناء البنية الأساسية الصحية في الصومال يمثّل أهمية بالغة لجميع بلدان المنطقة. وفيما يتعلق بجيبوتي، دعا جميع الدول الأعضاء إلى دعم التنمية الصحية هناك. وأشاد بالمغرب وبما تقوم به من تحضيرات للتصديق على الاتفاقية الإطارية بشأن مكافحة التبغ. ولفت الانتباه إلى نهج منظمة الصحة العالمية الجديد للتخطيط، والـذي يستند على احتياجات كل بلد، والذي ستستفيد منه جميع بلدان الإقليم. وأشار إلى أنه قد تم أيضاً إجراء مراجعة شاملة للهيكل والقدرات التقنية للمكاتب القُطرية، وتعزيزها. وذكَر أن الأنشطة قيد التنفيذ بالفعل في المكاتب القطرية في مصر والعراق، ليتم في نهاية المطاف تنفيذها في جميع البلدان. وسلط الضوء على أهمية التعاون دون الإقليمي، مشيراً إلى أن منظمة الصحة العالمية ستواصل دعم مبادرات مجموعة الخمس (G5) ومبادرات دول مجلس التعاون الخليجي. ومن المأمول تفعيل مبادرات مماثلة في بلدان أخرى. وأثنى على فلسطين لبرنامجها الممتاز في مجال اللقاحات. وفي ما يتعلق بجهود استئصال شلل الأطفال في باكستان، أشاد بما تقدِّمه دولة الإمارات العربية المتحدة من دعم، من خلال مبادرة الشيخ محمد بن زايد، ولي عهد أبوظبي، ومن خلال جهود رئيس الوزراء نواز شريف في باكستان. وأشار المدير الإقليمي إلى أن الاستراتيجية الإقليمية لحشد الموارد هي قيد الإعداد، وستتم مناقشتها ضمن اجتماع من المعتزم عقده في كانون الثاني/يناير 2014، وسيرسل مسودة الاستراتيجية إلى الدول الأعضاء خلال الأسابيع القادمة، وأن تلك الاستراتيجية تركز على كيف يمكن لمنظمة الصحة العالمية أن تخدم الاحتياجات الخاصة ببلدان الإقليم.

4. المناقشات التقنية

1.4 الاستراتيجية الإقليمية للصحة والبيئة

البند 4 (أ) من جدول الأعمال، الوثيقة ش م/ل إ 60/مناقشات تقنية 1، القرار ش م/ل إ 60/ق-5

قام الدكتور باسل اليوسفي، مدير مركز أنشطة صحة البيئة، بعَرض الورقة التقنية حول الاستراتيجية الإقليمية للصحة والبيئة. وذَكَر أن الغرض الرئيسي للاستراتيجية الإقليمية للصحة والبيئة، ولخطة العمل الخاصة بها في إقليم شرق المتوسط 2014-2019، يتمثّل في تقديم الدعم لبلدان الإقليم في ما تبذله من مساعٍ متّسقة ومتعددة القطاعات لتقليص معدّلات الأمراض والوفيات الباكرة التي تنجُم عن المخاطر البيئية. وقد استندت الاستراتيجية الإقليمية إلى مراجعة صارمة للبيِّنات وإلى الحصيلة التي أجمع عليها المشاركون في مشاورتَيْن إقليميتَيْن أجريَتا في عامَيْ 2011 و2012، حول جسامة المخاطر البيئية وما يتصل بها من عبء الأمراض؛ وإلى الطلب الذي أبدَته بلدان الإقليم للحصول على الدعم التقني؛ وإلى استراتيجيات التعاون القُطرية لمنظمة الصحة العالمية؛ وإلى برنامج العمل العام لمنظمة الصحة العالمية 2014 – 2019.

وتقدِّم الاستراتيجية إطاراً للعمل خلال الفترة 2014-2019، وتوضّح الأدوار والمسؤوليات التي تضطلع بها الدول الأعضاء، ومنظمة الصحة العالمية من حيث: تعزيز القدرات في القطاع الصحي العام ليتمكَّن من تقييم ورصد وتنظيم وإدارة المخاطر البيئية؛ وتقوية حملات التوعية، وبناء الشراكات، وتعزيز أدوار القيادة في القطاع الصحي من أجل حشد الموارد والتآزر في الإجراءات التي تتخذها القطاعات المعنية ومقدِّمو خدمات صحة البيئة؛ وتزويد القطاع الصحي بالمعايير والمقاييس والدلائل الإرشادية وأدوات التقييم البيئية اللازمة لدعم الأطراف المعنية من أجل إدراج تدابير الحماية الصحية ضمن ما تقوم به من إجراءات تنموية.

وأشار الدكتور اليوسفي إلى أن المخاطر البيئية مسؤولة عن ما يقرب من 24% من العبء الإجمالي للأمراض (والذي يتضمَّن أكثر من مليون وفاة و38 مليون سنة من سنوات العمر المصحّحة باحتساب مدد العجز والتي تضيع كل عام) في إقليم شرق المتوسط. ويتّضح الأثر الصحي للمخاطر البيئية من حيث الأمراض السارية، والأمراض غير السارية في جميع بلدان المجموعات الثلاث في الإقليم. وقد تم توزيع بلدان الإقليم في هذه المجموعات استناداً إلى مؤشرات وحصائل الصحة العمومية، وإلى أداء النُظُم الصحية، وإلى الإنفاق عليها. وينطبق توزيع البلدان إلى مجموعات على عبء الأمراض البيئية المنشأ، ومن هنا فإن هذا التوزيع ملائم أيضاً لأغراض الاستراتيجية الإقليمية.

وتوضّح الاستراتيجية سبع أولويات لصحة البيئة في المجالات التالية: المياه والإصحاح والصحة؛ وتلوث الهواء؛ والسلامة الكيميائية؛ وإدارة النفايات وخدمات صحة البيئة؛ وإدارة الطوارئ في صحة البيئة؛ والتغيُّر المناخي والصحة؛ والتنمية المستدامة (المضمونة الاستمرار) والصحة. واختتم الدكتور اليوسفي عرضه بالإشارة إلى أن التصدّي لهذه الأولويات واتخاذ الإجراءات المناسبة لتحفيف آثار المخاطر البيئية، يستلزم من وزارات الصحة في بلدان الإقليم الاضطلاع بدور الإشراف (القوامة) والوساطة والمحاورة بالاشتراك مع سائر القطاعات في حكومات البلدان المعنية. ومن الضروري اعتماد أسلوب تعاوني متعدد الوكالات، يؤكد على قيادة قطاع الصحة العمومية من حيث الحوكمة ومسؤوليات الترصُّد، إلى جانب الحملات الإعلامية والتوعية وتحفيز الوكالات الأخرى المتخصصة

في خدمات صحة البيئة. وستقدّم منظمة الصحة العالمية الدعم التقني للدول الأعضاء لمساندتها لاتخاذ هذه الإجراءات.

المناقشات

أكّدت ممثلة البحرين على ضرورة مراعاة الأبعاد البيئية للصحة في أي خطة إنمائية. وأكّدت أن حماية البيئة واحدة من الدعامات الأساسية لحماية الصحة العمومية، فالمواطن المعافى جسدياً ونفسياً هو العمود الفقري لإنجاح خطط التنمية. كما دَعت إلى دمج هذه الاعتبارات في جميع مراحل التخطيط، وجعْل التخطيط البيئي جزءاً لا يتجزأ من التخطيط الشامل للتنمية في جميع المجالات الاقتصادية والاجتماعية والعمرانية لتفادي الآثار السلبية التي تنجُم عن إهمال العوامل البيئية. وأضافت أن ما ورد في الاستراتيجية الإقليمية يتوافق مع سَعي البحرين الدائم لتحقيق سياسات توفيقية توازن بين التنمية المستدامة والقضايا الأخرى، ونوّهت أن المجلس الأعلى للبيئة سوف يولي هذه الاستراتيجية اهتماماً بالغاً، ويضم المجلس ممثلين لمختلف الشركاء من الجهات الحكومية المعنية والمجتمع المدني والمنظمات غير الحكومية.

وقال ممثل الأردن إن بلاده استضافت المركز الإقليمي لأنشطة صحة البيئة منذ إنشائه في 1985. وأشاد بالنجاحات المتواصلة للمركز في تقديم الدعم لبلدان الإقليم فيما تبذله من مساع متّسقة ومتعددة القطاعات لتقليص معدّلات الأمراض والوفيات الباكرة التي تنجم عن المخاطر البيئية. وأشار إلى اعتماد الأردن إطار العمل والاستراتيجية الإقليمية للصحة والبيئة، وأعرَب عن تقديره لقرار المدير الإقليمي بدمج جميع برامج منظمة الصحة العالمية لصحة البيئة تحت ولاية المركز الإقليمي لأنشطة صحة البيئة. ودَعا المكتب الإقليمي إلى مواصلة تقديم الدعم للمركز، ولكافة الشركاء من أجل ضمان تضافر الجهود على المستوى الوطني والإقليمي بُغية تنفيذ خطة عمل الاستراتيجية الإقليمية. واقترح زيادة الموارد المالية وتنمية الكوادر البشرية لتعزيز قدرات القطاع الصحي في رصد المخاطر البيئية وإدارتها، ودعا إلى بناء الشراكات مع جميع القطاعات المعنية وتزويد هذه القطاعات بالمعايير والدلائل الإرشادية وأدوات التقييم اللازمة.

وأعرَب ممثل المغرب عن دعم بلاده القوي لتبنّي الاستراتيجية الإقليمية للصحة والبيئة وتنفيذها. وأشار إلى أن المخاطر الصحية التي لها علاقة بالبيئة تتمحور حول ثلاثة مستويات: الافتقار إلى البنية الأساسية للإصحاح، ومرافق الصحة العمومية؛ وأنماط الحياة الحديثة؛ والتغير المناخي. وذكر أن وزارة الصحة المغربية قد وضعت عدداً من الاستراتيجيات وخطط العمل في مجال صحة البيئة. ونوه أن الإجراءات والأولويات الواردة في الاستراتيجية الإقليمية تشكل إجابات مناسبة للتصدّي للمخاطر الصحية المرتبطة بتدهور البيئة في الإقليم. واقترح عدداً من التغييرات في نص الاستراتيجية الإقليمية، وشدد على أهمية التعاون بين القطاعات والهيئات المعنية بالبيئة، وإقامة تحالفات استراتيجية بين وزارات الصحة ووزارات البيئة.

وأكّد ممثل الاتحاد الخليجي لمكافحة السرطان على قدرة المنظمات غير الحكومية على المشاركة في أنشطة الترصُّد البيئي. وأشار إلى أن هذه الاستراتيجية الإقليمية تتسق مع مؤتمر استكهولم للأطراف. كما أبدى استعداد المنظمات غير الحكومية المعنية بمكافحة السرطان في الإقليم للمشاركة في أي لجان، وأعرب عن رغبتها في مساعدة الحكومات

من خلال تقديم الدراسات العلمية التي تُسهم في خفض نسبة المواد الضارة لاسيَّما تلك المواد التي تسبب الأمـــراض المزمنة

وأشاد ممثل قَطَر بالفيلم القصير وبالعرض الذي قدّمه الدكتور اليوسفي. وقال إن استراتيجية البيئة هدف مستمر تضعه قَطَر نَصب أعينها، حيث عملت قطر في العام الماضي مع الوكالة الدولية لبحوث السرطان لتقيـــيم المخـــاطر البيئية المسبِّبة للسرطان، وقُدَّم التقرير الكامل الأسبوع الماضي. ودعا المكتب الإقليمي والدول الأعضاء إلى النظر في معرفة أفضل الخيارات التي تساعد في تحسين البيئة أو الحيلولة دون تدهورها في المستقبل القريب. وتساءَل عمـــا إذا كان إعداد اتفاقية إطارية يساعد الحكومات في تفعيل القرارات بما يخدم الشعوب.

وقال ممثل المنظمة العالمية للأرصاد الجوية إن التغير والتقلب المناخي قد تسبب في تأثيرات كبيرة على القطاعات التي تتأثر بالمناخ، ومنها الصحية. وأكد على أهمية استيعاب العلاقة بين المناخ والصحة بحســبانها أساســاً لتطـــوير المعلومات ذات الصلة وخدمات وأدوات تدعم عملية صنع القرار في القطاع الصحي. وفي سبيل تلبية هذه الحاجـــة الملحّة، أنشئ الإطار العالمي للخدمات المناخية في 2009 كمبادرة عالمية تقودها المنظمة العالميـــة للأرصـــاد الجويـــة وشركائها بما في ذلك منظمة الصحة العالمية. ويهدف هذا الإطار إلى تقليص الفجوة بين الحاجـــة إلى الخـــدمات المناخية، وتقديم هذا الخدمات في الوقت الراهن، وتعزيز تطوير الأدوات التي تساعد في التنبؤ بالأطر الزمنية اللازمة لدعم وضع خطط التأهب الصحي. ومن جانبها، قادت منظمة الصحة العالمية جهود إعداد خطة تنفيـــذ الإطـــار العالمي للخدمات المناخية والتي صادق عليها المجلس الحكومي الدولي للخدمات المناخية في تموز/يوليو من هذا العام. والآن وبعد البدء في مرحلة تنفيذ هذا الإطار العالمي، كان على الهياكل الإقليمية التابعة لمنظمة الصحة العالمية تيسير عملية التنفيذ من خلال إدماج الأولويات الصحية المحددة في خطط عمل مناسبة. وأشار إلى تعاون المنظمتين في ظل هذا الإطار من أجل إصدار أطلس حول الصحة والتغير المناخي، كأداة تستخدمها الخـــدمات الصـــحية في اتخـــاذ إجراءات للحماية من المخاطر الصحية المرتبط بالمناخ. واختتم مداخلته بالتأكيد على الحاجة إلى بنـــاء شـــراكات وتحالفات بين السلطات الصحية والدوائر المعنية بالأرصاد الجوية والمناخ في كل البلدان.

وأشار المدير الإقليمي الفخري الدكتور حسين عبد الرزاق الجزائري إلى أن إقليم شرق المتوسط كـــان مكانـــاً للتخلص من نفايات الدول المتقدمة بما في ذلك النفايات النووية والكيمائية. وقال إن إقليمنا يتمتع بإمكانات هائلة في مجال الطاقة التقليدية كالبترول، والطاقة النظيفة مثل الطاقة الشمسية، ولكن الاستفادة من موارد الطاقة النظيفـــة محدودة للغاية. وأشاد بالمبنى الأخضر في العاصمة الأردنية عمَّان، والذي تدور فكرته حول الحفاظ على البيئة مـــن خلال إجراءات من قبيل استخدام الطاقة الشمسية، والتقليل من استهلاك الكهرباء. وقال إنه يدرك أن هذا الموضوع ليس من اختصاصات وزارات الصحة، لكنه دعا أن تكون وزارات الصحة هـــي رأس الحربـــة في لفـــت انتبـــاه المؤسسات لهذا الموضوع المهم من أجل الحد من المخاطر، وتعظيم الاستفادة من الموارد، والتصدي لمشـــكلة شـــح المياه.

وذكر ممثل عُمان أن بلاده تتفق مع الأولويات السبع التي حددتها الاستراتيجية وخاصة في ما يتعلق بالمسؤوليات والأدوار الملقاة على عاتق كل من الدول الأعضاء والمنظمة لتحقيق الأهداف المرجوة. وأكد على ضرورة اضطلاع وزارات الصحة بدور الإشراف، والتنسيق مع سائر القطاعات الأخرى داخل الحكومات. كما سلّط الضوء علـــى

أهمية إدارة النفايات التي يفتقر إليها معظم الدول في الإقليم لاسيّما النفايات الكيمائية والنووية فضلاً عن إدارة النفايات في المرافق الصحية.

وأكد مدير إدارة البرامج، الدكتور سمير بن يحمد، أن المكتب الإقليمي يعطي أولوية قصوى للصحة والبيئة. إذ اتخذ المدير الإقليمي قراراً يقضي بتجميع كافة الخدمات ذات الصلة بالصحة والبيئة، بالإضافة إلى برامج سلامة الغذاء والسلامة الكيميائية، تحت مظلة المركز الإقليمي لأنشطة صحة البيئة. وفيما يتعلق بمجالات الخبرة الستة التي حددتها الاستراتيجية، أوضح سيادته أن هذه الخبرات لا تتوافر في المنظمة فحسب، بل توفرها أيضاً شبكة الخبراء في كل مجال من هذه المجالات والتي يمكن استدعاؤها طلباً للدعم التقني. وأشار إلى أن التفويض المزدوج للمركز الإقليمي لأنشطة صحة البيئة يتمثل في تنفيذ برامج المنظمة ذات الصلة بالصحة والبيئة، وفي القيام بدور مركز إقليمي للخبرات والخدمات البيئية المقدَّمة إلى الدول الأعضاء والوكالات الأخرى. وشدد مدير إدارة البرامج على ضرورة اضطلاع وزارات الصحة بدور قيادي في الجهود الرامية إلى حماية الصحة والبيئة.

وشكر الدكتور اليوسفي وفود الدول الأعضاء على اعتمادهم للاستراتيجية الإقليمية وعلى اقتراحاتهم القيمة وعروضهم التي تتّسم ببُعد النظر. وأكّد لجميع الوفود أن الاستراتيجية قد راعت جميع النقاط التي أثيرت في التدخلات، وخاصة في ما يتعلق بالنفايات واستخدام الطاقة النظيفة والمستدامة. وركّز على الدور القيادي المهم لوزارات الصحة في هذه القضية على الرغم من تركز كثير من خدمات صحة البيئية في قطاعات أخرى. كما وجه الشكر إلى ممثل المنظمة العالمية للأرصاد الجوية على مقترح تفعيل الشراكة في ما يتعلق بإطار عمل مجابهة الآثار الصحية للتغير المناخي. واتفق الدكتور اليوسفي على أن شح المياه مشكلة مزمنة في الإقليم، لكنه تعجب كيف تكون الدول الأكثر فقراً هي الأكثر استهلاكاً للمياه. وأخيراً لفت الانتباه إلى تقرير أصدرته الوكالة الدولية لأبحاث السرطان الأسبوع الماضي بتصنيف الملوثات الهوائية كمواد مسرطنة من المجموعة الأولى.

ومن جانبه أكد المدير الإقليمي على ما تحظى به قضية الصحة والبيئة بالنسبة للمكتب الإقليمي من أولوية، وأوضح أن إعداد الاستراتيجية الإقليمية هو نتاج عمل مضن ومتواصل طوال العام، شارك فيه مجموعة من الخبراء الدوليين والإقليميين. وتبين هذه الاستراتيجية بجلاء الإجراءات اللازم اتخاذها والخطوات المستقبلية. وبعد اعتماد الوفود للاستراتيجية الإقليمية اليوم، أعرب المدير الإقليمي عن تطلعه للتعاون الكامل مع الدول الأعضاء والشركاء الآخرين للمضي قدماً. واختتم حديثه بتسليط الضوء على الجهود المبذولة لتعزيز الموارد التقنية والمالية وصقل الكوادر البشرية في المركز، رغم التحدّيات.

2.4 التحرُّك صَوب التغطية الصحية الشاملة: التحدِّيات والفُرَص وخارطة الطريق

البند 4 (ب) من جدول الأعمال، الوثيقة ش م/ل إ 3/60/مناقشات تقنية 2، القرار ش م/ل إ 60/ق.2

عرَض الدكتور ثمين صدّيقي، مدير تطوير النُظُم الصحية، ورقة تقنية حول التغطية الصحية الشاملة: التحديات والفرص وخارطة الطريق؛ وأشار إلى أن التغطية الصحية الشاملة لم تحظ أبداً بمثل هذه المكانة الرفيعة التي تحتلها الآن في جدول أعمال الصحة الدولية، وإلى أن الطموح إلى التحرُّك نحو التغطية الصحية الشاملة ليس جديداً، فقد نصّ عليها دستور منظمة الصحة العالمية عام 1948، وكانت جزءاً أصيلاً في إعلان ألما أتا عام 1978، وحديثاً وردت في التقرير الخاص بالصحة في العالم 2010 "تمويل النُظُم الصحية: الطريق إلى التغطية الصحية الشاملة". وفي عام 2012،

اعتمدت اللجنة الإقليمية قراراً تؤكِّد فيه على الدور الرئيسي لتقوية النُظُم الصحية في تمكين البلدان من التحرُّك نحو التغطية الصحية الشاملة. وقد أشار التقرير الخاص بالصحة في العالم 2010 إلى التغطية الصحية الشاملة على أنها "حصول جميع الناس على الخدمات الصحية اللازمة (ومنها خدمات الوقاية وتعزيز الصحة والمعالجة والتأهيل) ذات الجودة الكافية، مع ضمان استفادتهم من تلك الخدمات دون مكابدة ضائقة مالية؛ ومن هنا كانت التغطية الصحية الشاملة ذات ثلاثة أبعاد تتمثل في نسب التكاليف والخدمات والفئات السكانية المشمولة بالتغطية. وذكر الدكتور صدّيقي أن العناصر الأساسية المكوِّنة للأسلوب الشمولي لمنظمة الصحة العالمية تجاه التغطية الصحية الشاملة قد استمدّت من هذا المفهوم، وأن ذلك الأسلوب يتسق اتساقاً تاماً مع قيم ومبادئ الرعاية الصحية الأولية؛ وأنه كان الأساس الذي استند عليه برنامج العمل العام الثاني عشر، والفئات الخمس للعمل في الفترة 2014 – 2019، ويقرّ هذا الأسلوب بأهمية تقوية جميع العناصر المكوِّنة للنظام الصحي؛ ويؤكِّد على أهمية بناء الشراكات؛ كما يؤكِّد على الرصد القوي للتقدم المحرز في التحرُّك نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة. وتعكف منظمة الصحة العالمية في الوقت الحاضر على إعداد إطار لرصد التقدُّم المحرز نحو التغطية الصحية الشاملة؛ بالتعاون مع جميع الشركاء بما فيهم البنك الدولي.

وفي عام 2012، تم تصنيف بلدان الإقليم إلى ثلاث مجموعات استناداً إلى الحصائل الصحية لدى السكان، ومستوى أداء النظام الصحي، ومستوى الإنفاق على الصحة. وهكذا سيتم تقييم التقدُّم المحرَز نحو التغطية الصحية الشاملة بين البلدان استناداً إلى الأبعاد الثلاثة في المجموعات الثلاث. ونوَّه الدكتور صدّيقي إلى وجود تحدِّيات متعددة، وفرص متعددة يمكن أن تؤثّر على التقدُّم المحرَز نحو التغطية الصحية الشاملة في الإقليم؛ وذكر أن التحديات الأساسية هي: الحاجة إلى التزام مستديم، ورؤية واضحة، وخارطة طريق جيدة الإعداد للوصول إلى التغطية الصحية الشاملة؛ وغياب تدابير الحماية من المخاطر المالية لدى شرائح واسعة من المجموعات السكانية؛ والقصور في توفير الخدمات الصحية اللازمة؛ وضعف نُظُم المعلومات الصحية غير المستعدة لرَصد التغطية الصحية الشاملة. وأشار الدكتور صديقي إلى الفرص التي ينبغي اغتنامها لتسريع وتيرة التقدم مثل الحركة العالمية لدعم التغطية الصحية الشاملة بالالتزام العالي المستوى للشركاء في التنمية؛ وازدياد التزام أصحاب القرار السياسي الوطنيين في البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل؛ وازدياد توافر استراتيجيات مجرَّبة جيداً، وأدوات صارمة لدعم التغطية الصحية الشاملة بمقدار أكبر من أي وقت مضى.

واختتم الدكتور صدّيقي عرضه بالقول إن هناك مجموعة من الاستراتيجيات، وخارطة طريق للعمل اقتُرحَت على الدول الأعضاء ومنظمة الصحة العالمية والشركاء من أجل تسريع وتيرة التقدم نحو التغطية الصحية الشاملة. ولقد كان مبدأ العدالة والإنصاف في صميم هذا الأسلوب، بغَرَض تقديم المساعدة للبلدان في إعداد خارطة الطريق بما يتماشى مع أولوياتها ومستوى التقدُّم الذي أحرزَته. ومن هذه الاستراتيجيات: إعداد رؤية واستراتيجية لتعزيز التقدُّم نحو التغطية الصحية الشاملة؛ وإنشاء فريق عمل وطني متعدد القطاعات لتوجيه جدول الأعمال؛ والدعوة إلى الالتزام وإلى تحديث التشريعات؛ وتقوية الوحدة المسؤولة في وزارة الصحة عن التنسيق في مجال التغطية الصحية الشاملة وتوفير بيِّنات محلية، وتبادل الخبرات الدولية؛ ورصد التقدُّم المحرز؛ وإنشاء فريق عمل إقليمي يضم الشركاء في التنمية مع الدول الأعضاء.

أشارت الدكتورة ماريا بول كيني، المدير العام المساعد للنُظُم الصحية والابتكار، إلى أهمية البحوث في تحقيق التغطية الصحية الشاملة، وتوجيه راسمي السياسات عند إعداد النُظُم والخدمات لتحقيق التغطية الشاملة. فمعظم البحوث تتجه الآن إلى الاستثمار في التكنولوجيا الجديدة بدلاً من تحسين الاستفادة من المعارف الحالية. وهنالك حاجة إلى المزيد من البحوث الميدانية التي تحوّل المعارف إلى تطبيق عملي، مما يتطلّب إيجاد حلول محلية. وبالإضافة إلى الحاجة إلى التعاون الوثيق بين الباحثين وراسمي السياسات، يتعيّن تقوية القدرة على إجراء البحوث في البلدان نحو وضع مدونات للممارسة البحثية الجيدة، والربط بين الشبكات البحثية التي يتم إنشاؤها على الصعيدين العالمي والوطني.

المناقشات

ذكر ممثل اليمن أن الاستراتيجيات والمبادرات المتضاربة تتسبب في حدوث لَبس، وأننا نحتاج إلى أن نعمل معاً بطريقة أكثر شمولاً، ووفقاً لبرنامج واحد للتعامل من خلاله مع المكتب الإقليمي والمانحين. وذَكَر أن مدّ نطاق الخدمات الصحية لعدد أكبر من البلدان يستلزم وضع تعريف أوضح للتغطية الصحية الشاملة، وإعطاء المزيد من الاهتمام للسياق الوطني. ويُمكن مراجعة هذا التعريف للبلدان المنخفضة الدخل والتي لن تتمكّن من تمويل مد نطاق الخدمات. ويُعتَبَر تفعيل التعاون بين القطاعات واحداً من أكبر التحدّيات.

وذكر ممثل الصومال أن بلاده تعكف على تنفيذ برنامج مشترك للصحة والتغذية في تسع مناطق تقع في 18 إقليماً هناك، وهي تقوم بتقديم حزمة أساسية من الخدمات الصحية مما يضمَن توفير تغطية مجانية للتدخلات الصحية الممكنة، والتي تتضمَّن الأمراض السارية وغير السارية، وصحة الأمهات والأطفال، والبرنامج الموسَّع للتمنيع، ومعالجة الأمراض الشائعة، وتعزيز الصحة، وسلامة الأغذية، والإصحاح، والتأهُّب للطوارئ، وتقوية النظام الصحي. وفي حين يواجه الصومال تحديات في تنفيذ التغطية الصحية الشاملة من حيث اختلال النظام الصحي، وارتفاع النفقات الصحية من الجيب الشخصي، وانخفاض الموازنة الحكومية، وتدني جودة الخدمات، والقوى العاملة الصحية، والبنية التحتية الصحية، إلا أن هناك فرصاً من حيث تطوير استراتيجية صحية وخطط العمل، وتنفيذ حزمة أساسية من الخدمات الصحية، وتقديم الدعم المجتمعي، وتوفير الالتزام السياسي، وتقليص مستويات الصراع.

وأشار ممثل جيبوتي إلى أنه يتم الآن عرض قانون تأمين طبي على البرلمان لإقراره. وتحدَّث عن احتمال عقد جيبوتي لمنتدى لمناقشة التغطية الصحية الشاملة والفروق بين مجموعات بلدان الإقليم الثلاث. وذَكَرَ أنه من المهم لجيبوتي الاستفادة من خبرات سائر البلدان الأخرى من حيث توسيع نطاق التغطية الصحية للوصول إلى عدد متزايد من المهاجرين يصل عددهم الآن إلى 000 100 فرد، وتمويل المستوى المتزايد من الإنفاق الحكومي على الصحة.

وذكَر ممثل أفغانستان أنه بالرغم مما تحقق من مكاسب مبهرة في العقد الماضي في تقليص وفيات الأمهات والأطفال بفضل الدعم المجتمعي الدولي، إلا أن معدّل وفيات الأمهات والأطفال لايزال من أعلى المعدّلات في العالم. فأكثر من 60 من السكان لا يصلون إلى حزمة الخدمات الصحية الأساسية، كما أن نسبة 40% المتبقية تعجز عن الوصول إلى الخدمات الصحية الماسّة بسبب الفقر، وضعف البنية الأساسية، والبعد، وانعدام الأمن، وعدم وجود مقدِّمي رعاية صحية للسيدات. وأشار إلى أن 4% من ميزانية الحكومة يتم تخصيصها للصحة، حيث تعتمد البلدان على تمويل المانحين لتعويض هذا العجز. ووفقاً لآخر الحسابات الصحية الوطنية، نجد أن النفقات الصحية المباشرة من

الجيب الشخصي تمثِّل 73% من الإنفاق الصحي. واسترعى ممثل أفغانستان الانتباه إلى أن بلاده تمرّ بمرحلة تحوُّل في ظل الانسحاب المنتَظَر لقوات الأمن الدولية في عام 2014 وما سيُسفر عنه من تأثير اقتصادي على البلد برمّته. إن التزام أفغانستان بالتغطية الصحية الشاملة قد انعكس في سياستها الصحية الوطنية للفترة 2012-2020. وقد قامت الحكومة كذلك بوضع سياسة للتمويل المالي لتحقيق الاستدامة، وتحسين الجودة، وتعزيز سُبُل الوصول للخدمات. وسيمكن تحقيق هذا من خلال إدخال نظام تجميع المخاطر والكفَّارات واقتسام التكاليف.

وأشار ممثل فلسطين إلى أن التكاليف تمثِّل التحدّي الأكبر أمام تحقيق التغطية الصحية الشاملة في فلسطين بالإضافة إلى الحواجز المادية التي تعرقل الوصول، نتيجة للوضع السياسي. وذكر أن 80% من المشكلات الصحية في البلاد ترتبط بالأمراض غير السارية، وأكّد على ضرورة تقليص عدد البرامج الصحية الرأسية والتي تتعاطى مع الأمراض من قبيل السرطان. وذكَر أنهم بحاجة إلى وضع قانون للتأمين والاستهداء بالنموذج المصري، والخطوات التي اتّخذتها الحكومة المصرية للتعاطي مع مشكلة فيروس الكبد الوبائي في البلاد. وقد أشار سيادته إلى التحديات التي تكتنف تحقيق التغطية الصحية الشاملة والتي يفرضها عدد من المهاجرين والمقيمين في مخيمات اللاجئين، وذَكَر أن التغطية في حالات الطوارئ يجب أن تتوفر سواء في حالة وجود تأمين من عدمه.

وذكَر ممثل مصر أن هناك سبع نقاط أساسية لتحسين التغطية الشاملة وهي تتضمَّن ضمان تواصلية الرعاية في مستويات الرعاية الثلاثة المتمثلة في الصحة الأولية والثانوية والثالثية؛ والتركيز على تنمية الموارد البشرية، واستبقاء العاملين؛ وضمان رصد وتقييم عملية مدّ نطاق التغطية، وتوفير الإشراف الداعم لجودة الرعاية؛ وتعظيم دور القطاع الخاص والمجتمع المدني؛ وتوفير حماية مالية للفقراء والمستضعفين؛ وإعداد برامج للخدمات الإيصالية الفعالة لسكان التجمعات السكانية التي يتعذّر الوصول إليها؛ وضمان اتخاذ إجراءات متكاملة من قِبَل الشركاء والمانحين.

وذكَر وزير الصحة العُماني أنه يُمكن تحقيق التغطية الصحية الشاملة فقط من خلال استبقاء العاملين الصحيين المؤهلين والضروريين لتنفيذ الخطط التنموية، وتبنّي برامج فاعلة لممارسة طب الأسرة، والتي تأخذ بعين الاعتبار أهمية طبيب الأسرة في توفير خدمات الرعاية الصحية الأولية. وأشار إلى الحاجة إلى زيادة حصة الإنفاق على الصحة كنسبة من الإنفاق الوطني العام لتلبية المتطلبات الإقليمية، وتحقيق التغطية الشاملة والتي تشمَل الأبعاد الثلاثة للتغطية الصحية ألا وهي التغطية والتكاليف المباشرة (وهي نسبة التكاليف التي تم تغطيتها)، والخدمات (بمعنى ما هي الخدمات التي يتم تغطيتها) والسكان (من يتم تغطيته؟)

وذكَر ممثل العراق أن بلاده قد تبنّى منهجاً للرعاية الصحية الأولية يعتمد على طب الأسرة من خلال اتباع أسلوب مسنَد بالبيِّنات لضمان تحقيق التغطية الصحية الشاملة للسكان. وأشار إلى أن تحديث السياسة الصحية الوطنية يُعتبر مطلباً أساسياً لتحقيق هذه الغاية. ومن خلال هذا النهج أمكن تحديد البرامج الصحية في مناطق تجميع الخدمات بشكل واضح كما تم تعزيز التعاون الفعّال بين القطاعات. وأشار إلى إمكانية تبنّي أسلوب المنازل الصحية والفرق المتنقلة على المستوى المحلي. وأشار إلى أن تحقيق التكامُل بَين الخدمات الصحية الخاصة والعمومية قد يساعد أيضاً في تقليص النفقات الكارثية من الجيب الشخصي. ومن المهم كذلك بناء الثقة في خدمات الرعاية الصحية الأولية على الصعيد المحلي كمطلب أساسي لضمان إرضاء المستفيدين من الخدمات الصحية.

وأشار ممثل لبنان إلى أن بلده قد بدأ في تبني عملية الوصول إلى التغطية الشاملة من خلال تنفيذ خطة شاملة. وأشار معاليه إلى تركّز خطة لبنان حول مفهوم أن لا تَحُول الإمكانيات المادية والأوضاع الاجتماعية دون الحصول على الخدمات الصحية، والتي تشمل جميع أنواع الخدمات المدرجة ضمن التغطية الصحية الشاملة؛ وضرورة تطوير البنَى الأساسية للخدمات الصحية والتي تشمل المستشفيات والمرافق الصحية والصيدليات سواء في القطاع العام أو الخاص. وقد ركّز سيادته على أهمية القوى العاملة الصحية في جميع المجالات، وأهمية توفير الموارد المالية اللازمة. وأكّد سيادته على أهمية إجراء البحوث وتوفير البيانات بالاعتماد على نظام الإحالة والذي لن يكون فعّالاً إلا إذا اعتمد على التغطية الجغرافية الشاملة للخدمات الصحية.

وذكَر ممثل جمهورية إيران الإسلامية أن بلوغ التغطية الصحية الشاملة يجب أن يتصدّر أولويات أصحاب القرار السياسي، وأن يأتي في طليعة جدول الأعمال الإنمائي لجميع الدول الأعضاء، نظراً لأن الكثيرين مكبلين مالياً بسبب ارتفاع تكاليف الرعاية الصحية الأولية. وأوضح أن الدور الرئيسي للحوار السياسي الجامع، هو بناء نُظُم تمويل صحي تتسم بالعدالة والكفاءة من أجل تحقيق التغطية الصحية الشاملة. وأكد على أن أنه ينبغي على منظمة الصحة العالمية، وعلى الشركاء في التنمية أن يقدموا الدعم للبلدان في جهودها لتقييم أوضاعها الحالية، والتصدّي للمشكلات التي تقف كحجرة عثرة في طريق التغطية الصحية الشاملة، وإعداد سياسات واستراتيجيات مالية صحية. وذَكَر سيادته العناصر الرئيسية لتحقيق التغطية الشاملة والتي تتضمّن إعداد حزم من المزايا في الرعاية الصحية تستند على بيِّنات علمية؛ والتعرف على المجموعات الأكثر تعرُّضاً للمخاطر والأكثر تأثراً بها، وتوسيع نطاق نُظُم الإحالة من الأرياف إلى المدن؛ ووضع معايير للرعاية الصحية، والاضطلاع بتقييم التكنولوجيا الصحية وتحليل المردود؛ وبناء نظم الحماية المالية في نُظُم الرعاية الصحية مع نماذج التشارك في التكاليف. وأكد على الحاجة إلى أن تعطي المستويات الحكومية العليا الأولوية لتحقيق توسع كمي وكيفي في التغطية الصحية الشاملة من خلال تخفيض حصة كل فرد وإسهامه في تكاليف الرعاية الصحية، مع إصلاح الهياكل المالية وإدارة الموارد.

وأشار ممثل آخر لوفد جمهورية إيران الإسلامية إلى الحاجة إلى تحديد التغطية، وإلى ما تحقق من تقدُّم صَوْب تحقيق التغطية الشاملة بوصفها عملية ديناميكية تختلف وفقاً لمجموعات البلدان الثلاث. وذكر سيادته أنها ترتبط كذلك بطلبات المجتمع، واقترح تشكيل لجنة تشمل طيف من الفئات المعنية لتعريف مفهوم التغطية الصحية الشاملة. وشدد سيادته على أهمية البحوث في تحديد احتياجات المجتمع من حيث التغطية، وكذلك في تغيير اتجاهات الباحثين وأوجه نظرهم، وذلك من خلال البحوث التشاركية المعتمدة على المجتمع.

وأفادَت ممثلة البحرين أن بلدها شأنه شأن باقي الدول الأعضاء يواجه العديد من التحديات التي تهدِّد استمرارية تقديم الخدمة بنفس الجودة والكفاءة. وأوضحت سيادتها أنه على الرغم من تمتع جميع المواطنين في المملكة بتغطية صحية جيدة، إلا أن البحرين تواجه تحدياً كبيراً بسبب ارتفاع تكاليف الرعاية الصحية. وأشارَت إلى إنشاء المجلس الأعلى للصحة المسؤول عن وضع نظام تمويل التغطية الصحية الشاملة. وأشارَت أيضاً إلى استضافة مملكة البحرين الحلقة العملية حول التغطية الصحية الشاملة والتي تم خلالها مناقشة أفضل سُبُل التغطية الشاملة، كما تعمل البحرين الآن بالتعاون مع المكتب الإقليمي على الانتهاء من الحسابات الوطنية الصحية.

وأشار ممثل الأردن إلى أن بلاده قد تبنَّت العديد من الإجراءات للوصول إلى التغطية الصحية الشاملة. وأشار إلى أنه بالإضافة إلى الفئات المشمولة بالتأمين الصحي الإلزامي مثل موظفي الدولة والقوات المسلحة، فهناك العديد من

الشراكات لتوفير التغطية الصحية للموظفين. وذكر أنه قد تم كذلك تغطية الأطفال دون سن الخامسة من العمر، وكذلك توفير التغطية الشاملة للفقراء، وذوي الدخل المحدود، والمجموعات المعرّضة للخطر من خلال ما يُعرف باسم شبكة الأمان الصحي، وكذلك توفير التأمين لكبار السن والحوامل بأسعار رمزية. وذكر أن غير المشمولين بالتأمين يمكنهم التقدم للديوان الملكي بطلب للحصول على تكاليف المعالجة. وأضاف أن هناك برامج تأمين لعلاج الأمراض المعدية والسارية والتي يكون الإبلاغ عنها إلزامياً.

وأشار ممثل المغرب إلى تنفيذ المملكة لبرنامج إصلاح واسع النطاق منذ عام 2002 يهدف إلى تحقيق التغطية الصحية الشاملة، وقد وضع المغرب قانوناً للتغطية الصحية الشاملة الأساسية في عام 2005 بهدف توفير الخدمات الصحية للجميع دون إنفاق كارثي من الجيب الشخصي. وذكر أن الحكومة قد وضعت الخطط لتوفير الموارد الكافية لتقليص العبء الواقع على كاهل المستفيد من الخدمة من خلال زيادة الموارد المخصصة لوزارة الصحة بأكثر من 50% في ما بين 2008 و2013، فضلاً عن تعزيز التدفقات المالية المباشرة المتأتية من نظام التأمين الصحي الإجباري. وقال سيادته إنه قد تم إنشاء صندوق للتضامن الاجتماعي يتم من خلال نظام التأمين الصحي الإجباري، فضلاً عن إنشاء صندوق يعتمد على ضريبة التضامن المفروضة على الشركات التي تحقق أرباحاً تفوق سقف معين. وأوضح سيادته أنه بالرغم من كل هذه الجهود، فالتمويل لايزال غير كاف لتلبية متطلبات السكان للخدمات الصحية، ومن ثَمَّ تقوم الحكومة بإعادة النظر في أولويات الميزانيات الوطنية. وأشار سيادته إلى نجاح المغرب في خفض النفقات الصحية المباشرة من الجيب الشخصي من 53% إلى 25% كان وفق الاستراتيجية في الفترة من عام 2012 إلى 2016. بفضل العديد من أساليب تطوير النظام الصحي، والاعتماد على الشراكة بين القطاعَيْن العام والخاص.

وأشارَت ممثلة الكويت إلى حرص بلادها على تحقيق التغطية الصحية الشاملة من خلال عدالة توزيع الخدمات الصحية لتشمل جميع المناطق الجغرافية، ودعم البنية الأساسية للرعاية الصحية الأولية، حيث يوجد في الكويت 95 مركزاً صحياً يقدِّم الخدمات الوقائية والعلاجية والمداواة، فضلاً عن الزيارات المترلية لكبار السن. وأشارت إلى أن كل مركز صحي يخدم الآن نحو 45000 فرد، ومن المتوقَّع أن ينخفض هذا العدد ليصل إلى 25000 فرد بحلول عام 2017. وأكَّدت سيادتها قيام الكويت بإعداد مؤشرات فعّالة وإجراء الرصد والتقييم للتعرُّف على التقدُّم المحرَز في التغطية الصحية الشاملة في مختلف المحافظات. وأبرزت الحاجة إلى تدريب عدد كبير من الممارسين العموميين، ومتخصصي طب الأسرة.

وذكَر ممثل تونس أن تحقيق التغطية الصحية الشاملة يتطلَّب تعزيز البحوث حول الاقتصاديات الصحية، ولاسيَّما من أجل تقييم العبء الاقتصادي للأمراض غير السارية، وقد أشار إلى الحاجة للمزيد من الإجراءات حول التنسيق وخدمات التعامل بين المستويات الثلاثة لنظام الرعاية الصحية من أجل ضمان أفضل استخدام للموارد، وإلى ضرورة تعزيز نُظُم ضمان الجودة في إيتاء الرعاية الصحية مع عقد دورات تدريبية للإشراف والتقييم المستمر.

وأكَّد ممثل السودان على أهمية التغطية الصحية الشاملة، وإنه قد تم اتخاذ العديد من الإجراءات لإعداد سياسة حظيت بالإقرار لتسري حتى عام 2016. وأشار إلى أن السودان في المرحلة الأخيرة من دراسة حساب التكاليف. وأكّد كذلك على أهمية العدالة في تقديم الخدمات، حيث تتركَّز الرعاية في الوقت الحاضر في المناطق الحضرية فلا تصل الخدمات إلى المناطق الريفية.

وأكّد ممثل ليبيا على أهمية توفير الخدمات الصحية الشاملة للجميع. وأضاف أن هذا لن يتأتى في ضوء التكاليف المرتفعة للخدمات وفي ضوء زيادة اشتراك القطاع الخاص بوصفه مقدّماً للخدمات التي تُلزم الأفراد بالسداد من جيبهم الشخصي على الإنفاق الصحي. وقد طالب المنظمة بإعداد قائمة بالخدمات الصحية الأساسية بُغْيَة تمكين البلدان من العمل صوب تحقيق التغطية الشاملة وتحديد مجالات البحث.

وحثّ ممثل مجلس وزراء الصحة لدول مجلس التعاون الخليجي جميع البلدان على الدراسة الدقيقة لورقة التغطية الصحية الشاملة والمشاركة في مؤتمر دبي القادم. ونوّه إلى أن هناك ثلاث مجموعات عمرية بحاجة للاهتمام فيما يتعلق بالتغطية الصحية الشاملة؛ وهذه المجموعات هي الأطفال دون سن الخامسة، والمراهقون، والمسنون. وأشار إلى وجود ما يزيد على 85 ألف شخص مُسن في المملكة العربية السعودية، وهو الأمر الذي دفع وزارة الصحة السعودية لإعداد برنامج لرعاية المسنّين. وأكّد على أهمية البحوث من أجل التعرف على المجالات والمجموعات المهملة، إلى جانب تحسين إقامة الشبكات وتبادل الخبرات بما يسهم في تحديد الفجوات التي ينبغي التعامل معها.

وقالت ممثلة الرابطة الدولية للطبيبات أن التغطية الصحية الشاملة ينبغي أن تأتي في السياسات الصحية كي نضمَن الحصول على رعاية عادلة ومنصفة، دون أن تقتصر على الرعاية الصحية الأولية بل تتعدّاها إلى جميع المستويات. وقد نوّهت بالحاجَة لطب المجتمع والارتقاء به، وإجراء البحوث حول النُظُم الصحية، وزيادة التمويل المتاح للصحة من أجل تخفيض الإنفاق الشخصي من الجيب، وتحسين الحَوكَمَة الصحية.

وذكّر ممثل التحالف العالمي من أجل اللقاحات والتمنيع المشاركين بأن التحالف قد أنشئ للتعاطي مع الفجوات التي تكتنف الوصول إلى التمنيع في البلدان المنخفضة والبلدان المرتفعة الدخل، وأن هذه الفجوات قد بُديء رأبها بالفعل. وأشار إلى أن إدخال اللقاح المضاد لالتهاب الكبد البائي ولقاح المستدمية النزفية من النمط "بي" في برامج التمنيع الوطنية في جميع البلدان المنخفضة الدخل باستثناء بلد واحد بحلول عام 2012 قد أنقذ حياة العديد من السكان. وقد ركّز التحالف العالمي على التمنيع للوقاية من الأمراض التي يمكن توقّيها باللقاحات. وذَكَر أن إدخال لقاحات ناجحة قد يؤدّي إلى تغطية صحية عادلة ولكن يجب أن يعتمد على نُظُم صحية صارمة. ويجب أن تتضمّن الجهود المبذولة لضمان التغطية الصحية الشاملة استنهاض سُبُل الحصول على الخدمات الصحية العالية الجودة بما فيها التعزيز والوقاية وليس فقط الاقتصار على الخدمات العلاجية والتأهيلية. فمنذ عام 2000، اعتمد التحالف العالمي للقاحات والتمنيع مبلغ 1.1 مليار دولار أمريكي لإقليم شرق المتوسط، وهناك 191 مليون دولار أمريكي قد تم توزيعه بالفعل على البلدان من أجل توفير اللقاحات وتقوية النُظُم الصحية.

وقال ممثل التحالف الدولي لمنظمات المرضى أن توسيع نطاق التغطية الصحية الشاملة يمثِّل فرصة لضمان الصحة للجميع، وللتعاطي مع الفقر، ولتشجيع التنمية المستدامة. وقد حث التحالف على رسم استراتيجيات، وتنفيذ إجراءات توضح أهمية ضمان الإسهام القوي للمجتمع المدني، ولاسيَّما إسهام منظمات المرضى في تنفيذ خارطة الطريق. ودعا منظمة الصحة العالمية إلى وضع تعريف أكثر وضوحاً للتغطية الصحية الشاملة، ولمضاعفة الدعم المقدَّم للدول الأعضاء لتنفيذه. وأشار إلى أن تعريف التغطية الصحية الشاملة، ينبغي أن يشير إلى أن المريض هو محور الرعاية الصحية، وأن يُقر بمبادئ احترام المرضى، واختياراتهم، وتمكينهم، وإسهامهم في السياسات الصحية، وحصولهم على خدمات ومعالجات عالية الجودة ومأمونة ومناسبة، مع دعم احتياجات المرضى من المعلومات، فهذا الأسلوب هو السبيل الوحيد إلى بلوغ التغطية الصحية الشاملة.

وذكر ممثل الاتحاد الدولي لمنظمات طلاب الطب أن الاتحاد يدرك أهمية تقوية جميع عناصر النظام الصحي من أجل تحقيق التغطية الصحية الشاملة وفقاً لما نصَّ عليه برنامج العمل العام الثاني عشر، وحثّ الدول الأعضاء على استكمال التدابير التالية باتباع مجموعة الأولويات السبع التي وردت في الورقة التي قُدِّمت إلى اللجنة الإقليمية التاسعة والخمسين من أجل التقدُّم نحو التغطية الصحية الشاملة. كما ذكر أن نُظُم البحوث الصحية الوطنية القوية ضرورية من أجل تحديد الأولويات الملحّة والتأكيد على إنشاء الآليات اللازمة لتبادل الخبرات بين البلدان من أجل تحقيق التغطية الصحية الشاملة ودعم التعاون في هذا المجال. وأخيراً، أكّد على مدى الحاجَة لأساليب تتّسم بالشمول وبالقياس الكمّي لها أجل محدد من أجل تعزيز التغطية الصحية الشاملة وإتاحتها.

أشارت ممثلة المنظمة الدولية لأطباء الأسرة إلى دور طب الأسرة في توفير التغطية الصحية الشاملة، وفي التغطية بالخدمات الأساسية. ونوَّهت إلى دور طبيب الأسرة في توفير الرعاية الصحية الأولية، كما أكّدت على الحاجة إلى دعم البرامج الخاصة بطب الأسرة، وتركيز الاهتمام على خدمات نُظُم الرعاية الصحية الأولية لتوفير حِزَم شاملة من الخدمات الصحية.

5. الشؤون التقنية

1.5 شلل الأطفال

البند 3 من جدول الأعمال، الوثيقة ش م/ل إ 11/60، القرار ش م/ل إ 60/ق.3

أعطى الدكتور بروس أليوارد، المدير العام المساعد، لشلل الأطفال والطوارئ، لمحة عامة عن حالة الطوارئ المتصاعدة في الإقليم فيما يتعلق بشلل الأطفال. فبعد التقدُّم الهائل الذي حدث بين عامي 1988 و 1999، بما في ذلك القضاء على فيروس شلل الأطفال من النمط 2، لوحظ أن التقدُّم قد توقف عند مستوى منخفض مع استمرار ظهور الحالات في عدد من البلدان. ومع ظهور لقاح شلل الأطفال الفموي الثنائي التكافؤ في عام 2009، تسارع التقدم مجدداً، وانقطعت سراية فيروس شلل الأطفال من النمط 3 في الإقليم، وتراجع عدد الحالات الجديدة على نحو حاد. وفي عام 2012، كان هناك انخفاض تاريخي في عدد الحالات الجديدة والبلدان المصابة في الإقليم. إلا أن شلل الأطفال واصل انتشاره على الصعيد الدولي، لاسيَّما الحالات في داخل إقليم شرق المتوسط والوافدة إليه، وفي عام 2013 كان في الإقليم 75% من جميع الحالات. وظل التحدّي الرئيسي أمام استكمال عملية استئصال المرض في الإقليم هو التوطُّن المستمر للمرض في باكستان، والترهيب والهجمات على العاملين الصحيين في ذلك البلد. إن فاشية هذا المرض في الصومال في عام 2013، على ما يبدو، قد بلغت ذروتها في تموز/يوليو، وهي الآن تتجه إلى الانخفاض بعد قيام الحكومة بإجراءات قوية بتنفيذ جولات سريعة للتطعيم على نطاق واسع باللقاح الفموي الثنائي التكافؤ. ومع ذلك، لم يكن من الممكن الوصول إلى أكثر من نصف مليون طفل لتمنيعهم في المناطق الجنوبية والوسطى من البلاد. وقال أنه في الأسبوع الماضي ظهرت مجموعة من الحالات المشتبه بها في الجمهورية العربية السورية، والتي تم اليوم تأكيد أنها حالات لفيروس شلل الأطفال البرّي، ويحتمل أن يكون منشؤها من باكستان. وتتعرّض دول الجوار لخطر كبير للغاية لوفادة الفيروس إليها. ويواجه البرنامج أيضا تحدياً في تمويل المرحلة النهائية لاستئصال شلل الأطفال 2013-2018، التي أقرّتها جمعية الصحة في عام 2013. وحثّ الدول الأعضاء على: تعزيز الترصُّد، والوصول إلى جميع الأطفال إذا لم يكن يتم الوصول إليهم بالفعل (وخصوصا في باكستان، وشرق أفغانستان، وجنوب ووسط الصومال)؛ والتنسيق الزمني لحملات التمنيع؛ وتطعيم المسافرين من وإلى المناطق المصابة بالعدوى؛ وإدخال جرعة واحدة من لقاح شلل الأطفال المعطل بالحقن العضلي في برامج التمنيع الروتينية؛ وإشراك المؤسسات والقيادات الإسلامية لضمان إقناع جميع الآباء والأمهات بإحضار أطفالهم للتلقيح، وتقديم المساعدة المالية والتقنية المشتركة فيما بينهم.

المناقشات

ذكَر معالي وزير الصحة العمومية والسكان اليمني أن قضية استئصال شلل الأطفال هي القضية الأكثر أهمية في هذا العقد، ولاسيّما بعد معاودة ظهور فيروس شلل الأطفال البري في الصومال وجنوب السودان وبعض دول القرن الأفريقي. وعزا ذلك إلى أمور منها تردي الأوضاع الأمنية، وعدم الاستقرار، والأزمات التي يمر بها عدد من بلدان الإقليم، واتساع الفجوة التمنيعية. وأشار إلى أن عدم اتخاذ إجراءات عاجلة وحاسمة يزيد من حدة المشكلة. كما نوّه إلى أن شح الموارد المالية على المستوى الدولي والإقليمي يؤثر سلباً على عملية اتخاذ القرار، ولفت الانتباه إلى عدم اتساق الإجراءات التي تتخذها البلدان في مواجهة هذا المرض. واقترح تشكيل لجنة رفيعة المستوى من القيادات

الصحية في الدول الأعضاء في الإقليم، ومن مختلف أصحاب الشأن المعنيين لمراقبة الوضع واتخاذ القرارات الاستباقية العاجلة، على أن ترفد هذه اللجنة بفريق عمل متخصص. وشدد على أهمية حشد الموارد اللازمة على الأصعدة المحلية والإقليمية والدولية، وشدد على أهمية التناغم والاتساق في الإجراءات الرامية إلى التصدّي لهذا المرض ومنها حملات التمنيع، وتقوية الترصُّد. وأكد على خلوّ بلاده من شلل الأطفال على الرغم من تزايد عدد اللاجئين من بلاد القرن الأفريقي ومن الجمهورية العربية السورية الذين يفدون إلى اليمن، وشكر المنظمة على دعمها في هذا الشأن، ودعا إلى مواصلة النجاحات للحفاظ على اليمن وباقي البلدان في إقليم شرق المتوسط خالية من شلل الأطفال.

وأكّدت معالي وزيرة الصحة في الصومال على أن انتقال فيروس شلل الأطفال البري على الصعيد المحلي في الصومال قد توقف في عام 2000. وأن الفاشيات في الفترة 2005-2007 وفي عام 2013 قد نَتَجَت عن وفود الفيروس إلى الصومال الذي كان مستعداً للإصابة. وبالإشارة إلى الفاشية الراهنة، فإن كل توصيات منظمة الصحة العالمية قد جرى تنفيذها أو يجري تنفيذها الآن. فقد أجريَت ثماني حملات استهدفت 3.5 مليون نسمة، وأحرزت نتائج جيّدة أدّت إلى انخفاض تدريجي في الحالات، ولكن لا يزال هناك حوالي 600000 طفل لا يمكن الوصول إليهم بسبب انعدام الأمن في بعض المناطق. وأشارت وزيرة الصحة إلى أن فاشية شلل الأطفال في الصومال لها عواقب إقليمية وعالمية على حد سواء، وأنه ينبغي أن يستمر التكافل والتضامن العالمي للتعاطي مع هذا الوضع. وستظل الدول مثل الصومال معرّضة لخطر كبير من وفادة الفيروس إلى أن يتحقق الاستئصال التام. وهناك ضرورة شديدة للتعاون الإقليمي ودون الإقليمي بين البلدان لتبادل المعلومات والتنسيق الزمني للحملات. وطلبت الوزيرة استمرار الدعم للصومال للحفاظ على أنشطة الاستجابة لمقتضيات الفاشية وزيادة التغطية بالتمنيع الروتيني.

وأشار وزير الصحة في جيبوتي إلى أن أكبر مشكلة أمام شلل الأطفال في بلاده تكمُن في عدد المهاجرين القادمين إلى البلاد أو المارين عبرها. وقد تم الاتفاق على آلية للتعاون الإقليمي لمعالجة هذه المشكلة مع اليمن، وهذا أمر يتطلب بلا شك الدعم.

وأكد ممثل جمهورية إيران الإسلامية على أن شلل الأطفال أصبح طارئة وأن الفاشيات التي تحدث في الإقليم بمثابة صرخة تحذير لجميع البلدان. وحذر من مغبّة أن تواجه جميع البلدان في الإقليم مشكلات خطيرة، في حال تقاعست عن اتخاذ إجراء حيال هذه القضية الهامة. كما شدد على أهمية الالتزام العالمي والإقليمي، وأبدى استعداد بلاده لتقديم ما في مقدورها من أوجه العون.

وذكر ممثل أفغانستان أن بلاده كانت قاب قوسين أو أدنى من تحقيق هدف استئصال شلل الأطفال، بتخفيض قدره 80% في عدد حالات شلل الأطفال المؤكدة والتي تم الإبلاغ عنها حتى الآن في 2013 مقارنة بالعام المنصرم. وشدد على أهمية اغتنام الفرصة السانحة، وتحسين حملات التلقيح والتمنيع الروتيني. وذكر أن التقديرات تشير إلى أن ما يربو على 90% من السكان يعيشون في مناطق لا يوجد دليل على انتشار فيروس شلل الأطفال فيها. ونوه بأيام التمنيع الوطنية ودون الوطنية التي نفذت في الأجزاء الجنوبية والشرقية من البلاد، وكان برنامج استئصال شلل الأطفال حيادياً مع جميع الأطراف المعنية. ولفت الانتباه إلى المخاطر التي تهدد برنامج استئصال شلل الأطفال ومنها انتقال السكان عبر الحدود مع باكستان، وظهور جيوب من انخفاض التغطية بالتمنيع في الإقليم الجنوبي، وحالة الانفلات الأمني التي يزيد معها تعذر الوصول إلى الأطفال في ولايتين من الولايات الشرقية، وحالة الشك التي

تكتنف المرحلة الانتقالية التي تشهدها البلاد، والانتخابات المقبلة، وكلها أمور أدت إلى فجوات كبيرة في التمويل للفترة 2014-2018. وقد اتخذت التدابير الرامية إلى تحسين الإشراف على البرامج وإدارتها على مستوى المناطق، ووضع خطط لإدخال مزيد من التحسينات على برنامج استئصال شلل الأطفال.

ووجّه معالي وزير الصحة بالبحرين الشكر إلى المدير الإقليمي وفريق العمل المعني باستئصال شلل الأطفال، وأشاد بسرعة الاستجابة بتخصيص جلسة لمناقشة هذه القضية البالغة الأهمية. وذكر معاليه أن البحرين قد خَطَت خطوات رائدة في مكافحة الأمراض المعدية التي يمكن توقّيها باللقاحات. وأكّد على خلو بلاده من شلل الأطفال منذ 1994 بفضل أمور عدة منها الترصُّد الوبائي القوي، والتقييم المستمر للوضع. وأشار إلى الاجتماع الطارئ للجنة الإشهاد الوطنية لمناقشة الخطوات الواجب اتخاذها كاستجابة لطلب المدير الإقليمي بشأن الوضع في الجمهورية العربية السورية، وأكّد على استعداد البحرين للتعاون في تنفيذ توصيات المنظمة في هذا الشأن والتنسيق مع المكتب الإقليمي في هذا الصدد. كما شدد على أهمية التنسيق والتشاور.

وأشار معالي وزير الصحة في العراق إلى وضع شلل الأطفال في بلاده، وذكر أنه سجلت 28 حالة في عام 2000. وأكّد على حرص العراق على القيام بالتمنيع الروتيني فضلاً عن حملات إضافية لتمنيع العراقيين والمغتربين على حد سواء، حيث تم تلقيح 217000 لاجئ في المخيمات. وأشار إلى حملة موسّعة للتمنيع أطلقت في 27 تشرين الأول/أكتوبر من هذا العام. واقترح معاليه ضرورة تقسيم الدول حسب درجة التعرُّض للمخاطر، وعوامل الخطر، والقرب أو البعد الجغرافي من المناطق المتأثرة بالعدوى؛ ووضع خطط جديدة أو تحديث الخطط القائمة بما يتفق ومقتضيات الوضع الحالي؛ والتأكيد على الجانب البحثي والعلمي للتعرُّف على أنماط الفيروس وسلالاته وأعراضه؛ وتشكيل لجنة خاصة في المكتب الإقليمي لمتابعة هذا الوضع؛ مع توفير الإمكانيات اللوجستية لها. وأشار إلى ضرورة تعديل وضع مخيمات اللاجئين قدر الإمكان حتى يمكن تنفيذ استراتيجية موحّدة لشلل الأطفال في كل الأماكن.

وأعرَب معالي وزير الصحة السوري عن ثقته في الوصول إلى أفضل الحلول للقضايا الصحية الملحة في ظل الظروف الدقيقة التي يمرّ بها الإقليم، بما يكفل الحفاظ على الأمن الصحي على المستويين الإقليمي والعالمي. وأكّد معاليه أن الحوار الصحي يمثّل مسؤولية مشتركة للدول والمنظمات الدولية وفي مقدّمتها منظمة الصحة العالمية. وذكر أن سورية كانت من البلدان الرائدة في الإقليم في مجال الصحة، غير أن كثير من المستشفيات، والمراكز الصحية، والعيادات، وشركات الأدوية قد دمِّرَت الآن. وأشار إلى ما تعانيه سوريا الآن من نقص في الكوادر البشرية من أطباء ومسعفين وممرضين ومهن طبية معاونة. ودعا المنظمة إلى تبنّي مبادرات إقليمية مناسبة، وتقديم الدعم اللازم لتنفيذ حملات تمنيع متزامنة في جميع دول الجوار وغيرها من البلدان. وذكَر معاليه نبذة عن تاريخ برنامج التلقيح الوطني ببلاده الذي انطلق في 1978، ونوّه بنسبة التغطية باللقاحات التي لم تكن تقل عن 95%، وأنه قد تم إدخال لقاحات جديدة ليصل عددها إلى 11 لقاحاً للوقاية من 11 مرضاً. وأشار إلى الاشتباه في 16حالة من حالات شلل الأطفال في محافظة دير الزور، من بينها 9 حالات تم تأكيدها حتى الآن. وذكَر أنه تم تشكيل لجنة طوارئ مركزية بوزارة الصحة، وقد تم إجراء حملة تلقيح جموعي في 24 تشرين الأول/أكتوبر 2013 واستهدفت جميع الأطفال دون سن الخامسة.

وقال ممثل باكستان إن بلاده حققت نتائج باهرة في استئصال شلل الأطفال على مدى العام الفائت، إذ أطلقت خطة عمل وطنية طارئة لاستئصال شلل الأطفال، وأحرزت تقدماً ملموساً في تحسين المساءلة والإدارة والإشراف

على جميع المستويات. ونجحت باكستان في خفض عدد الحالات بنسبة تفوق 70% في عام 2011 مقارنه بالنسبة ذاتها في 2012، و لم يبلغ في العام 2013 حتى الآن إلا عن 53 حالة فقط، أغلبها تعيش في المناطق المضطربة أمنياً. ويتواصل تنفيذ استراتيجيات خاصة في هذه المناطق لتطعيم الأطفال الذين فاتَهُم التمنيع، وتعمل الحكومة مع المجتمعات المعنية حتى يكون لتلك المجتمعات دور فاعل في حملات التطعيم. وأشار أنه تم الوفاء بشرط التمويل البالغ 300 مليون دولار أمريكي للفترة 2013-2014 من مصادر داخلية وخارجية. وشكَر المملكة العربية السعودية والإمارات العربية المتحدة على ما تعهدت به من دعم. وتواجه حملة استئصال شلل الأطفال عدداً من التحديات التي تشمل انفلات الأمن في بعض المناطق وهو ما أدّى منذ منتصف عام 2012 إلى مقتل 22 شخصاً من العاملين في مجال شلل الأطفال وأفراد الأمن الذين كانوا برفقتهم، وعدم الفهم الصحيح لحقيقة التمنيع وقلة الوعي به، حتى وصل الأمر إلى حظر التمنيع تماماً على الصعيد المحلي في شمال وجنوب وزيرستان. وكانت هناك عوامل أخرى منها الفيضانات التي تعرضت لها البلاد في 2012 وضعف برنامج التمنيع الروتيني على مدار العقد المنصرم. وعلى الرغم من ذلك كله، أكد ممثل باكستان للجنة الإقليمية على التزام حكومة بلاده الكامل سياسياً ومالياً باستئصال شلل الأطفال. وأثنى على اجتماع علماء المسلمين الذي كان له أكبر الأثر في مواجهة المفاهيم المغلوطة، وأعرب عن أمله أن تساعد المملكة العربية السعودية في هذا الشأن. وذكَر أن بعض العوامل تتجاوز نطاق السلطات الوطنية لارتباطها بسياقات إقليمية وعالمية، مما يحتِّم على جميع البلدان التصدّي لها.

وأعرب معالي الوزير التونسي عن حرص بلاده الشديد على الحفاظ على مكتسبات البرنامج الوطني للتلقيح، واستئصال شلل الأطفال، ودعم جودة الخدمات التي يقدمها هذا البرنامج الذي يرتكز على لجنة تقنية من الخبراء لتقديم الإرشادات للبرنامج الوطني بشأن اختباراته المتعلقة بسياسات التلقيح. وذكر معاليه أن أولوية الوزارة تركز على دعم الترصُّد الوبائي من خلال شبكة من المختبرات المؤهلة لتحديد أنماط الفيروس. وأشار معاليه إلى إعطاء الأطفال الذين فاتتهم الجرعة الأولى من لقاح شلل الأطفال الفموي جرعات تعطى حقناً على الرغم من ارتفاع تكلفتها. وأكد على أهمية التدريب المستمر للقائمين بالتلقيح، ودعا المنظمة إلى تسهيل الشراء المجمَّع للقاحات بتفعيل الآليات الضرورية لذلك في أقرب وقت ممكن، مؤكداً على أهمية البحوث الميدانية.

وشدد معالي وزير الصحة العمومية في لبنان على المسؤولية المشتركة عن قضية استئصال شلل الأطفال، فهي لم تعد قضية وزارات الصحة وحدها. وأشار إلى تجربة بلاده في إشراك عدد من الوزارات المعنية والمجتمع المدني تحت قيادة وزارة الصحة. وأشار إلى تحد آخر تواجهه لبنان ويستلزم المساعدة من المكتب الإقليمي، ومن منظمات مختلفة، ويتمثل هذا التحدي في وجود عدد كبير من النازحين وهو ما يضاعف المسؤولية الملقاة على عاتق الوزارة. وشدد على أن لبنان مسؤول عن مواطنيه وعن المغتربين كذلك. وقال معاليه إنه تم تلقيح 730000 طفل من اللبنانيين وغير اللبنانيين، وبلغت نسبة التغطية بالتمنيع بالجرعة الأولى 98% بينما وصلت نسبة التلقيح بثلاث جرعات 96%. وأشار إلى تنفيذ قرار لوزارة الصحة يقضي بتلقيح الأطفال في المراكز الحدودية وفي نقاط ثابتة تحددها الوزارة، بالإضافة إلى نقاط متنقلة تتوجه إلى المخيمات ومراكز تجمع النازحين. وأكد على انطلاق حملة تمنيع جموعي من منزل إلى منزل، ووضع الخطة التنفيذية لها بشراكة كاملة مع منظمة الصحة العالمية واليونيسف. وطالب المنظمة بمواصلة دعمها وإنشاء مركز عمليات للتنسيق المستمر. كما دعا إلى التحلي بالجرأة في الإعلان عن الحالات المكتشفة والمشتبه بها، وإلى استخدام وسائل الإعلام على أفضل وجه في حملات التوعية.

وقال ممثل الكويت أن بلاده حققت هدف استئصال شلل الأطفال في 1986، وتواصل تطبيق توصيات المبادرة العالمية لاستئصال شلل الأطفال وتوصيات المنظمة من خلال البرنامج الوطني للتمنيع، كما حققت معدلات عالية من التغطية قاربت 98% وهو ما يفوق الهدف الذي حددته المنظمة. كما حرصت الكويت على دعم قدرات مختبر الصحة العامة بوزارة الصحة، وقد تم اعتماد هذا المختبر ليكون مختبراً مرجعياً لمنظمة الصحة العالمية لشلل الأطفال. وأكد على أهمية ترصُّد حالات الشلل الرَخو الحاد وفق بروتوكولات المنظمة، وحرص الكويت على المشاركة في حملات التوعية واحتفالات اليوم العالمي للتمنيع. وشدد على ضرورة التطوير المستمر لسياسات وبرامج التمنيع مع دعم قدرات النظام الصحي في مجال الترصُّد والتشخيص المبكر، واتخاذ إجراءات احترازية طبقاً للوائح الصحية الدولية. وأضاف أن أحد التحديات تتمثل في متابعة الوافدين من الدول التي تشهد أو يشتبه في حالات سراية للفيروس فيها أو التي يحتمل ظهور الفاشيات بها؛ وطالب البلدان بالاستفادة على نحو أفضل من تقنيات المعلومات الصحية للترصُّد والرصد؛ وتطبيق اللوائح الصحية الدولية في ما يتعلق بضرورة الإبلاغ الفوري عن أحداث الصحة العمومية.

وأشاد ممثل مصر بالدورة الستين وموافقتها على إدراج شلل الأطفال في جدول الأعمال. وذكر أن منظمة الصحة العالمية قد أعلنت مصر بلداً خالياً من شلل الأطفال في 2006، حيث تم الكشف عن الحالة الأخيرة من شلل الأطفال في 2004. وأشار إلى أن هذا الإنجاز هو نتاج مجموعة من الاستراتيجيات والسياسات والأنشطة الرائعة والتي بدأت في 2000 وعلى رأسها الالتزام السياسي رفيع المستوى، والمشاركة المجتمعية، والحملات الإعلامية، وتقوية ترصد حالات الشلل الرخو الحاد. وأكد أن الأولوية القصوى للوزارة تتمثل في الحيلولة دون معاودة ظهور حالات جديدة لفيروس شلل الأطفال. وركز على أهمية أيام التمنيع الوطنية، وحملات التمنيع من منزل إلى منزل وغيرها من الحملات التي تستهدف المناطق الريفية والنائية. وأشار إلى زيادة مخاطر ظهور حالات جديدة من الإصابة بشلل الأطفال في مصر مع تزايد عدد السوريين الوافدين إليها. وطلب دعم منظمة الصحة العالمية واليونيسف في حملة التمنيع التي سوف تطلقها الوزارة في الأسبوع الأخير من كانون الأول/ديسمبر من هذا العام وتستهدف تلقيح 12 مليون طفل.

وعزا ممثل سلطنة عمان النجاحات التي تحققت في مجال استئصال شلل الأطفال ووصوله إلى أدنى مستوياته إلى تضافر الجهود في ثلاثة مجالات وهي: التمويل وإيجاد الآليات المناسبة، والتنسيق. وقال إن ظهور بعض الجيوب في بعض بلدان الإقليم يحتاج منا إلى إعادة النظر في الآليات المتبعة ولاسيّما مع زيادة تنقلات السكان عبر الحدود. وأكد على أهمية الترصد الوبائي، وإعادة تقييم حملات التمنيع، بالإضافة إلى أنشطة التمنيع الروتيني.

وشدد ممثل فلسطين على أداء الحكومة الفلسطينية في مكافحة شلل الأطفال، وقال إنه لم يسجل في فلسطين أي حالة و لم يتم استفراد أي فيروس في أي من المناطق الخاضعة للسلطة الفلسطينية في الوقت الذي تم عزله في بعض المناطق الخاضعة لسيطرة إسرائيل. وأكد على أن نسبة التغطية بجميع اللقاحات تصل إلى 100% في فلسطين، وأن كل طفل فلسطيني يتم إعطاؤه 7 جرعات ضد شلل الأطفال (5 جرعات من اللقاح الفموي، وجرعتين من اللقاح المعطل)، وأن الرصد الوبائي لمرض الشلل الرخو الحاد قد استوفى جميع المعايير الصحية. وأشار إلى جمع عينات من مياه الصرف كل شهر للتأكد من خلوها من فيروس شلل الأطفال. وذكر أن وزارة الصحة قامت بإعطاء جرعة

إضافية في كل من منطقتي رفح وغزة، وتطعيم حوالي 60000 طفل دون 5 سنوات بجرعتين. وقال إن الوزارة قررت تنفيذ حملة وطنية في الشهر القادم، وأنه يأمل أن تتزامن مع حملة أخرى في الأردن.

وذكر معالي وزير الصحة الليبي أن بلاده بذلت جهوداً كبيرة بالتعاون مع خبراء المنظمة لاستئصال شلل الأطفال حتى تمكّنت من القضاء عليه نهائياً وأعلنت لجنة الإشهاد ليبيا بلداً خالياً من شلل الأطفال في 2002. وركز على التزام ليبيا باتخاذ كل الإجراءات للحفاظ على الخلو من هذا المرض الخطير من خلال تطوير البرنامج الوطني للتمنيع، وتوفير اللقاحات، وتنفيذ حملات إضافية لسد الفجوات التي قد تحدث بسبب الهجرة غير الشرعية التي تتعرض لها ليبيا من بعض الدول المتأثرة بالعدوى. ودعا معاليه المنظمة إلى إيلاء أهمية قصوى للبلدان المعرّضة لمخاطر مرتفعة مع إعطاء اهتمام كبير للبلدان الخالية من المرض من خلال زيادة الدعم التقني. وحثّ سيادته على إنشاء شبكة ترصُّد ورصد تضمن عدم انتشار المرض لهذه الدول.

وقال الدكتور أليوارد إن المناقشة أكّدت على التزام الدول الأعضاء باستئصال شلل الأطفال والمخاطر التي يتعرّض لها الإقليم. وفي غضون الساعتين الماضيتين، تم التأكيد على وجود فيروس شلل الأطفال البري من النمط 1 في الجمهورية العربية السورية، وهذا بدوره يؤكد أن المنطقة بأسرها تتعرض لخطر وباء شلل الأطفال. والأمر المثير لقدر كبير من القلق، أن هذا الخطر قد نشأ إلى حد كبير لأن محافظة واحدة في بلد واحد قد توقف فيها التلقيح في السنة السابقة؛ أي أن حفنة من الناس فقط حالت دون تحقيق خلو الإقليم من شلل الأطفال. إن منظمة الصحة العالمية تعزز دعمها للإقليم من خلال تعزيز فريق الدعم في حالات الطوارئ ومقرّه في الأردن، و ستواصل المنظمة التنسيق مع المفوضية العليا لشؤون اللاجئين في مخيمات اللاجئين. وشدد على أن الدول الأعضاء سوف تحتاج الآن خططاً جديدة للعمل، و سوف تكون المهمّة الأولى هي تعزيز الترصُّد، والكشف عن الفيروسات نظرا لأن الفيروس قد يكون موجوداً أيضا في المزيد من البلدان. وأثنى على التقدم الذي أحرز في التوعية من خلال القادة والمؤسسات الدينية، الذين يقدمون عوناً كبيراً. وفيما يتعلق بالحاجة إلى المزيد من الموارد، أعرب عن أمله في أن تقدم الدول الأعضاء في الإقليم المساعدة، وأثنى على التعهدات التي قطعتها المملكة العربية السعودية، والإمارات العربية المتحدة، وسلطنة عمان، والبنك الإسلامي للتنمية. وأكّد أيضاً أن هذا الوضع يجب أن يعامل على أنه حالة طارئة، تماما كما كان يعالج فيروس كورونا المسبب للمتلازمة التنفسية الشرق أوسطية. وأن الأولوية الفورية يجب أن تُوجَّه إلى الجمهورية العربية السورية حيث ستكون هناك حاجة إلى حملة تلقيح عالية الجودة وتحتاج إلى دعم من جميع الجهات. وستكون هناك حاجة أيضا إلى مثل هذه الحملات في دول الجوار لحماية السكان هناك. ولا بد من بذل جهود قوية للوصول إلى جميع المناطق في باكستان، أو لوقف الحركة للخروج من هذه المناطق إذا لزم الأمر. وربما تكون أفضل وآخر فرصة لتخليص الإقليم من شلل الأطفال، هي الستة أشهر الأولى من عام 2014 عندما يكون الفيروس في أضعف حالاته في أثناء الموسم المنخفض لانتقال العدوى بالفيروس؛ وقد يستدعي الأمر إجراء مشاورة طارئة للوزراء في أواخر عام 2013 لضمان وضع خطط الموسم المنخفض في موضعها الصحيح والوصول إلى جميع الأطفال لتطعيمهم في ذلك الوقت.

اتفق المدير الإقليمي على أن الوضع الحالي بالإقليم يمثل حالة طارئة، وأشار إلى أن الدول الأعضاء قد صدّقت بالفعل على ذلك في اجتماعات الجمعية العامة عام 2012، ومن ثم يجب أن يتم التعامل معها من هذا المنظور. وأضاف أن هناك حاجة واضحة للمزيد من التنسيق بين البلدان، وربما لآلية رفيعة المستوى، ولمواءمة حملات التلقيح

عبر الإقليم، منوهاً إلى إنه قد تم الترتيب لعقد اجتماع خاص مع اليونيسف في اليوم التالي، وأعرب عن أمله لأن تُتاح خطة العمل في حالات الطوارئ لاستعراضها مع اللجنة قبل ختام أعمال الدورة. وقال إن الدول الأعضاء شددت أيضاً على الحاجة للدعم التقني، وهو ما سيتم توفيره؛ وعلى وجه الخصوص، سيتم دعم فريق العمل في حالات الطوارئ الموجود مقره في الأردن بمزيد من العاملين للتصدّي لأزمة شلل الأطفال. وفيما يتعلق بالموارد المالية، أقر المدير الإقليمي بأن الموارد المتاحة لن تكفي للتعامل مع هذا الوضع، مما يستلزم حشد المزيد من الموارد من داخل الإقليم. كما ذكر مع الشكر استجابة ممثل باكستان، ونصح بإعداد استراتيجية للتفاوض بغرض حماية حملات التلقيح والاستفادة من الأئمة من مكة المكرَّمة والمدينة المنوَّرة الذين تعهدوا بتقديم الدعم في إطار المساعي الحسنة للملكة العربية السعودية. وقال إنه من الأهمية بمكان رفع الحظر عن أنشطة التلقيح في المناطق المعنية خلال الستة أشهر التالية.

2.5 إنقاذ حياة الأمهات والأطفال

البند 5 (أ) من جدول الأعمال، الوثيقة ش م/ل إ 3/60 القرار ش م/ل إ 60/ق-6

قامت الدكتورة هيفاء ماضي، مديرة حفظ الصحة وتعزيزها، بعَرض الورقة التقنية حول الاستراتيجية الإقليمية لإنقاذ حياة الأمهات والأطفال. وذَكَرت أن وفيات الأمهات والأطفال لاتزال من الشواغل الرئيسية للصحة العمومية في إقليم شرق المتوسط؛ ورغم أن الإقليم قد بذل جهوداً ضخمة لتقليص وفيات الأمهات والأطفال على مدَى السنوات الاثنتَين والعشرين الماضية، فإن ما يقرب من 899000 طفل دون سن الخامسة من العُمر يموت نتيجة للأمراض الشائعة في فترة الطفولة، وما يقرب من 39000 امرأة تموت كل عام في سن الإنجاب نتيجة للمضاعفات ذات الصلة بالحمل، ومن غير المحتمل، أن يحقِّق الإقليم المرميَيْن 4 و5 من المرامي الإنمائية للألفية بحلول 2015 ما لم يتم بالفعل إحراز تقدُّم مكثف متسارع، ولاسيَّما في البلدان التي تساهم بالقسط الأكبر من الوفيات لدى الأطفال دون سن الخامسة، ولدى الأمهات.

وذكرت الدكتورة ماضي أن هناك عوامل عامة متعددة تساهم في ارتفاع مستويات الوفيات بين الأطفال وبين الأمهات في بعض بلدان الإقليم، ومنها غياب الالتزام المستديم بصحة الأطفال وصحة الأمهات؛ وانخفاض الإنفاق الحكومي على الصحة، ولاسيَّما على برامج صحة الأمهات وصحة الأطفال؛ وضعف الاتساق بين اهتمامات السلطات الوطنية واهتمامات الوكالات المانحة؛ والكوارث والاضطرابات السياسية؛ وضعف إدارة برامج صحة الأمهات وصحة الأطفال؛ والاستخدام غير الفعَّال للموارد البشرية والمالية الشحيحة أصلاً. وتعاني معظم البلدان التي تتحمل عبئاً كبيراً من وفيات الأمهات والأطفال من ثغرات كبيرة في نُظُمها الصحية، ولاسيَّما ما يتعلق بالسكان المحرومين من الخدمات ومن المزايا الاجتماعية الأخرى. ومن التحدِّيات الرئيسية التي لاتزال تجابه البلدان التي تعاني من معدّلات مرتفعة لوفيات الأمهات والأطفال، الأعداد غير الكافية من القوى الصحية العاملة، والتي تتوزَّع توزيعاً غير متوازن ولا يُتاح لها التدريب الكافي، وتعاني من تنقُّل العاملين فيها بمعدّلات مرتفعة في جميع المستويات. ومن التحديات الرئيسية الأخرى التي تقف كحجرة عثرة في طريق تقديم الرعاية الصحية للأمهات وللأطفال، نُظُم الإحالة التي تفشل في أداء وظائفها، وغياب رعاية الطوارئ للأطفال والأمهات، أو تدنِّي جودتها في مستشفيات الإحالة. ومن الأمور التي ترتبط بجودة الخدمات نذكر قلة توافر الأدوية الأساسية اللازمة للرعاية الصحية للأمهات وللأطفال، وتعاني نُظُم المعلومات الصحية من الضعف بشكل عام في معظم البلدان، كما أن حدوث التغييرات

بمرور الوقت في معدّلات بقاء الأطفال والأمهات على قيد الحياة، يعكس الحصائل التي تسفر عنها الاستثمارات التي تستهدف طائفة من المحددات الاجتماعية البالغة الأهمية، مثل تعليم الإناث، وتمكين المرأة، وتقليص الفقر، والاستثمار في النُظُم الصحية، والحَوكَمَة الجيدة؛ فلذلك أهمية واضحة في سياق مجموعة من سياسات القطاع الاجتماعي، وجدول أعمال التنمية البشرية في الدول الأعضاء.

كما ذكرت الدكتورة ماضي أنه تقديراً لمدى الحاجة للارتقاء بالجهود التي تبذلها الحكومات والشركاء والمانحون لتلبية الاحتياجات الصحية للأمهات وللأطفال في الإقليم، فقد عملت منظمة الصحة العالمية، ومنظمة اليونيسيف، وصندوق الأمم المتحدة للسكان، بالتعاون مع البلدان ومع الشركاء الآخرين للبدء بإطلاق مبادرة إقليمية لتسريع وتيرة التقدُّم صَوْب المرميَيْن 4 و5 من المرامي الإنمائية للألفية، تحت عنوان إنقاذ حياة الأمهات والأطفال في الإقليم. وتركِّز هذه المبادرة على عشرة من البلدان التي تعاني من عبء ثقيل لوفيات الأمهات والأطفال. وقد تم إطلاق هذه المبادرة بالفعل خلال اجتماع رفيع المستوى عُقد في دبي، في الإمارات العربية المتحدة، في كانون الثاني/يناير 2013، وقد اختتم الاجتماع أعماله بإصدار إعلان دبي الذي يقدِّم الدليل لتوجيه السير قُدُماً في جميع الدول الأعضاء. واختتمت الدكتورة هيفاء عرضها بإدراج الإجراءات ذات الأولوية التي أشار إليها الإعلان والتي تتضمن تأسيس آليات تمويل مستدامة؛ وتقوية التكافل الإقليمي والتعاون بين جميع الأطراف المعنية، والتنسيق مع الشركاء ومع الوكالات المانحة حَول خطط تسريع وتيرة التقدُّم؛ واتِّخاذ خطوات يمكن قياسها من أجل تقوية النُظُم الصحية، والإحصاءات الحيوية من خلال النُظُم المحسَّنة للمعلومات الصحية ولتسجيل الأحوال المدنية؛ وبناء قوى عاملة ماهرة؛ وتحسين توافر وسلامة وفعالية السلع المنقذة للحياة.

المناقشات

ذكر ممثل مصر أن بلاده قد حققت إنجازاً عظيماً حيث استطاعت تحقيق المرمى الرابع منذ 7 سنوات من خلال وضع خطة وطنية للإسراع بخفض وفيات الأمهات، وتطبيق برنامج للفترة المحيطة بالولادة بالتعاون مع اليونيسف، وعمل دراسة لترصُّد وفيات الفترة المحيطة بالولادة، وإعداد كوادر مؤهلة من القابلات، وتنفيذ برنامج الرضاعة الطبيعية، وإنشاء برنامج الرصد التغذوي.

أشار ممثل المغرب إلى أن بلاده تبذل جهوداً كبيرة لتحقيق أهداف المرامي الإنمائية للألفية، فقد انخفضت حالات وفيات الأمهات بنحو 60% حيث هبطت من 112 حالة وفاة إلى 50 حالة لكل ألف ولادة حية. وذكر خطة العمل الخمسية المتبعة هناك والتي تتمحور حول تعزيز سياسة العلاج المجاني في حالات الولادة الطارئة، ورعاية الأطفال حديثي الولادة، وتحسين جودة الخدمات للتغلُّب على المضاعفات الناجمة عن الحمل والولادة، وتعزيز رصد المواليد. وذكر أن المغرب تمكن بمساعدة الشركاء من بلورة خطة عمل تهدف إلى خفض وفيات الأطفال دون سن الخامسة بنسبة 23%، وخفض وفيات حديثي الولادة، مما تطلب تخصيص ميزانية لذلك.

وأشار ممثل الأردن إلى إنجازات بلاده الكبيرة، حيث وصل معدل وفيات الأمهات والأطفال دون سن الخامسة إلى 17 حالة لكل 1000 ولادة حية، ووصل معدل وفيات الأمهات إلى 19 لكل 000 100 ولادة حية. وذكر أن وزارة الصحة تعمل على رفع كفاءة الخدمات الصحية المقدمة للأم والطفل من خلال تنفيذ استراتيجية الصحة

الإنجابية ومرحلة الطفولة، وأشار إلى أن بلاده قامت بإجراء مسح وطني للتعرُّف على أسباب وفيات الأطفال والأمهات، ورصدها ومتابعتها للتعرف على أسباب هذه الوفيات.

نَوَّه ممثل جمهورية إيران الإسلامية إلى أن الصحة ينبغي أن تحظى بأولوية عالية لدى كل من منظمة الصحة العالمية والدول الأعضاء، وأنه من المؤسف أن العديد من بلدان الإقليم لن تبلغ المرميين 4 و5 من المرامي الإنمائية للألفية بحلول عام 2015 ما لم تبذل حكوماتها وشركاؤها والأطراف المانحة جهوداً مكثفة. وأن لهذا الأمر أهمية خاصة بالنسبة للبلدان التي ترتفع فيها مستويات الوفيات بين الأطفال دون سن الخامسة، وتتباطأ فيها وتيرة التقدم. وقال أنه يجب إعطاء الأولوية لتقوية النُظُم الصحية والتي تتسم بالضعف في الكثير من البلدان، مع التركيز بشكل خاص على نظم الإحالة الفعالة والتي يتم ربطها بجودة الخدمات، بما فيها توافر الأدوية الأساسية لرعاية الأمهات والأطفال. وذكر أن في جمهورية إيران الإسلامية قد أثرت العقوبات تأثيراً شديداً على توافر الأدوية الأساسية، والإمدادات الطبية المنقذة للحياة، لذا فإن حياة آلاف الأمهات والأطفال مُعرَّضة للخطر. وقال أيضاً أن الحكومة في بلده قد صممت على تخفيف آثار العقوبات، مع الاستفادة من خدمات الرعاية الصحية الأولية ذات الأداء الجيد في بلاده، والتي تصل إلى أكثر من 90% من السكان.

وأشار معالي وزير الصحة في عُمان إلى أن بلاده تعتبر من الدول الست في الإقليم التي بلغت فيها معدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة أدنى المستويات في العالم، حيث بلغت 11.5% لكل ألف ولادة حية في عام 2012. وذكر أن السلطنة تدرك أن غياب الالتزام المستمر بصحة الأمهات والأطفال، وغياب نظم الإحالة وتدنِّي جودة رعاية الطوارئ، من التحديات المهمة. وقد تبنَّت عمان في عام 2001 استراتيجية المعالجة المتكاملة لأمراض الطفولة. وطالب سيادته بضرورة رصد التقدُّم المحرز في تنفيذ المبادرة الإقليمية لإنقاذ حياة الأمهات والأطفال.

وذكر ممثل جيبوتي بأنها لن يمكنها الوصول إلى أهداف المرميين 4 و5 من المرامي الإنمائية للألفية على الرغم من نجاحها في تخفيض وفيات الأطفال بإدخال لقاحات جديدة. ولكنه أعرب عن استعداد بلاده لمتابعة الأهداف، وترجمة الالتزامات إلى خدمات صحية محسنة.

ذكر ممثل الصومال أن معدل وفيات الأمهات والأطفال لايزال مرتفعاً ارتفاعاً استثنائياً في الصومال، وأن السبب في ذلك يعزى إلى مجموعة من العوامل، منها عدم القدرة على الوصول إلى خدمات عالية الجودة لصحة الأمهات والأطفال والتغذية، وتدني معدّل الولادات التي يشرف عليها عاملون صحيون ماهرون، ونقص الرعاية للطوارئ التوليدية وللولدان. وأردف أن بلاده عملت بما يتماشى مع إعلان دبي، بالمصادقة على خطة تسريع وتيرة التقدُّم نحو إنقاص معدلات وفيات الأمهات والأطفال، وأنها بصدد تنفيذ هذه الخطة في الوقت الحاضر. وذكر أنها تنفذ برنامجاً يستمر خمس سنوات للصحة والتغذية، يستهدف خفض معدلات الأطفال والأمهات، وذلك بالاشتراك مع منظمة الصحة العالمية، ومنظمة اليونيسف، وصندوق الأمم المتحدة للسكان، والأطراف المانحة. وقال أن البرنامج يركز على تصريف الشؤون، والموارد البشرية اللازمة للصحة، وتقديم حزمة أساسية من الخدمات والمعلومات الصحية. كما أن أيام صحة الطفل والقيام بالمسوحات للتعرف على خط الأساس ستساهم في خفض معدلات الوفيات.

أشار ممثل باكستان إلى أنه رغم انخفاض معدلات وفيات الأمهات والأطفال في باكستان، فإن بلاده لن تتمكن من تحقيق المرامي الإنمائية للألفية بحلول 2015. فقد تم تنفيذ استراتيجية التدبير المتكامل لصحة الأطفال والولدان

للتصدّي للمعدلات المرتفعة من وفيات الرضع، كما أن هناك خطة لإدخال لقاحات جديدة بدعم من التحالف العالمي للقاحات والتمنيع، ولتنفيذ التدخلات التغذوية. وذكر أن بلاده تتصدّى لارتفاع معدلات وفيات الأمهات من خلال إدخال كادر جديد من القابلات المجتمعيات بلغ عددهن 8000 قابلة مجتمعية إلى جانب برنامج العاملات الصحيات، مما أدى إلى خفض معدلات وفيات الأمهات والأطفال. ولقد كان لانتقال سلطة الخدمات الصحية في باكستان من المستوى المركزي إلى المحيطي أثراً إيجابياً على تقديم الخدمات، فقد أدرجَت أفضل الممارسات التي يوصَى باتباعها ضمن حزمة تقديم الخدمات في كل المستويات، ومنها تقديم الأدوية الأساسية. كما ذكر ممثل باكستان أن إدماج القطاع الصحي الخاص المنظَّم، قد يكون عاملاً رئيسياً في خفض معدلات وفيات الأمهات والرضع.

وأشار ممثل البحرين إلى أنه يتفق تماماً مع المدير الإقليمي في قلقه من ألا يحقِّق إقليم شرق المتوسط الأهداف المتوخّاة في المرميَيْن 4 و5 من المرامي الإنمائية للألفية، وقال أن هذه المخاوف تستلزم تكثيف الجهود، وتقديم الدعم للبلدان التي تعاني من عبء مزدوج لارتفاع وفيات الأطفال والأمهات. وأشار إلى إعلان دبي، وتوصياته للمضيّ قُدُماً في خفض وفيات الأمهات والأطفال. وأكَّد على ضرورة دعم دول الإقليم الأكثر حاجة للمساعدة في تسريع وتيرة التقدُّم من خلال تنفيذ تدخلات فعّالة.

وذكر ممثل السودان أنه على الرغم من انخفاض معدل وفيات الأمهات والأطفال دون سن الخامسة في السودان فلا يتوقع تحقيق المرامي الإنمائية للألفية بحلول عام 2015. وثلث السكان تقريباً لا يحصلون على الرعاية الصحية الأولية، كما يقدم 24% فقط من مراكز الرعاية الصحية الأولية حزمة الرعاية الصحية الأساسية للأمهات والأطفال. ويصاحب ذلك توزيع القوى العاملة الصحية بشكل غير منصف، وارتفاع معدل تنقل العاملين الصحيين. وعلى الرغم من إنفاق وزراء الصحة الأفارقة في أبوجا على هدف التمويل الصحي بنسبة 15%، إلا أن أقل من 8.7% من إجمالي الإنفاق يخصص للصحة. فالإنفاق المباشر من الجيب على الصحة يمثل 64% من إجمالي الإنفاق على الصحة، ناهيك عن أن معلومات نُظُم الإدارة الصحية تتسم بالتشرذم والضعف. وهناك نقص في الوعي المجتمعي بشأن أفضل الممارسات لتحسين صحة الأمهات والأطفال وتحقيق مستويات منخفضة من الوعي بين النساء. واستجابةً لذلك قام السودان بإعداد خطة لتسريع وتيرة التقدم في صحة الأمهات والأطفال تهدف إلى تقليص وفيات الأمهات من 216 لكل 000 100 ولادة حية إلى 152 وفاة، وكذلك الوفيات دون سن الخامسة من 83 إلى 53 لكل 1000 وليد حي، وذلك من خلال تنفيذ تدخلات عالية المردود تقدم عبر حزمة أساسية من الخدمات الشاملة والتي تستهدف 63% من السكان.

وذكر ممثل تونس أن بلاده لن تتمكن من تحقيق أهداف المرامي الإنمائية للألفية بحلول عام 2015 كما أن استراتيجية الحد من وفيات الأمهات ستعتمد على تدخلات من قبيل تدقيق وفيات الأمهات وفقاً للوقت الفعلي من خلال إنشاء لجنة لإجراء الرصد لأسباب الوفيات. وذكر أن البحوث المتعلقة بالمحددات الاجتماعية للصحة ضرورية لتحديد الأسباب الجوهرية لوفيات الأمهات، وللتعرف على أفضل الممارسات في تقديم الرعاية العالية الجودة للحوامل، ولإحالة حالات الحمل الخطيرة، وللوصول إلى خدمات الولادة الآمنة وترصُّد الوفيات التي تعقب الولادة. ومن حيث الحد من وفيات الأمهات، أشار إلى الحاجة إلى تحسين معالجة حالات الولدان من خلال تعزيز القدرات الأساسية على المستوى الوطني، وتعزيز الاقتصار على الإرضاع من الثدي خلال الأشهر الستة الأولى.

وأشار ممثل أفغانستان إلى أنه بالرغم من أن بلده قد نجح في خفض وفيات الأمهات بنسبة 65% في الفترة بين 1990 و2010 فقد انخفض عدد وفيات الأطفال من 257 لكل 1000 ولادة حية في عام 2002 إلى 97 حالة في عام 2010، ومع هذا لايزال أفغانستان واحداً من البلدان التي ترزح تحت أكبر عبء لوفيات الأمهات والأطفال في الإقليم. وعقب الاجتماع رفيع المستوى الذي عُقد في دبي، قام أفغانستان بإعداد خطة تنفيذ بوتيرة سريعة ومحسوبة التكاليف في مجال الصحة الإنجابية وصحة الأمهات والولدان في 2013 – 2015. وتم إنشاء لجان مراجعة لوفيات الأمهات حيث يتم الآن تبليغ كل وفيات الأمهات لوزارة الصحة العمومية. وتم إعداد خطة عمل لتنفيذ توصيات لجنة المساءلة المعنية بصحة الأمهات والأطفال، ويتواصل تنفيذها حتى الآن. وهنالك خطة أيضاً لإدماج تسريع وتيرة التقدُّم في مجال الصحة الإنجابية وصحة الأمهات والولدان والأطفال في الخدمات الصحية الحالية. وقد طلب أفغانستان المزيد من الدعم من المنظمة والشركاء في التنمية في تنفيذ الخطط.

وذكر ممثل العراق أن الاستراتيجية الوطنية الإنمائية لبلاده تركِّز على تقليص وفيات الأمهات والأطفال، وإن كانت وفيات الولدان قد حظت بأهمية خاصة بناء على التقارير السردية المعدة عن مناطق جغرافية معينة تعاني من ارتفاع معدل التشوهات الخلقية للمواليد. وقد أجرت وزارة الصحة دراسة لتقييم معدل انتشار هذه التشوهات، في العراق لم تكشف عن زيادة في معدّل الانتشار وفقاً للمعايير الإقليمية. وذكر أن استراتيجيات الحد من الفقر استهدفت 360 000 أسرة في العراق، وجار الآن استعراض النتائج. وأكّد على الحاجة إلى إدماج الخدمات الخاصة بتقليص وفيات الأمهات والأطفال في الرعاية الصحية الأولية مع التركيز بشكل أكثر على الأسرة استناداً إلى الممارسات المسنَدَة بالبيِّنات.

وذكر ممثل فلسطين أنه يتم عمل استبيان لتحديد أسباب وفيات الأمهات سواء أثناء الحمل أو بعد الولادة. وأشار إلى ضرورة مراجعة تعريف وفيات الأمهات، فبالنسبة للحوادث على الطرق يحتل إقليم شرق المتوسط المرتبة الثانية في العالم من حيث عبء التصادمات على الطرق، مما يؤدِّي إلى العديد من وفيات الأمهات بسبب الحوادث، وكذلك الوفيات بسبب عوامل أخرى مثل القتل. مما يستلزم أخذ هذه الأسباب الأخرى بعين الاعتبار عند عمل دراسات إحصائية للخدمات الصحية لتوخّي الدقة.

وأشار ممثل لبنان إلى التطوُّر الكبير الذي حدث في السنوات الماضية، حيث يتم 96% من الولادات في المستشفيات، كما يقوم 35% من النساء الحوامل بالتردد على مراكز رعاية الولدان، لتنخفض نسبة وفيات الأمهات إلى 21 لكل 100 000 وليد حي، كما انخفض معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة بنحو 10%. وأشار سيادته إلى الارتفاع الكبير في نسبة الولادات القيصرية لتصل إلى 53%. مما يتطلب إجراء تحقيق في كل ولادة قيصرية نظراً لأنها تحمل الدولة أعباءً مالية كبيرة.

وذكر ممثل الكويت أننا نحتاج إلى اتباع أسلوب متكامل في تقديم خدمات الرعاية الصحية للأمهات والأطفال، حيث إن الأسلوب الحالي يتّسم بالتشرذم والتفتت. فعلى الرغم من أن هناك عدداً متنوعاً من التدخلات، إلا أن هنالك غياباً في الالتزام المتواصل بتحسين صحة الأمهات والأطفال.

ذكر ممثل الاتحاد العالمي لرابطات طلاب الطب أن الاتحاد يدعم الاستراتيجية العالمية للأمم المتحدة بهدف تلبية المرمى 4 و5 من المرامي الإنمائية للألفية. وأشار إلى أن لديهم دوراً لتنفيذ الالتزامات المتعلقة بتحسين الاستراتيجية

المتعلقة بصحة الأمهات والأطفال، كما أشار إلى أن تحسين صحة الأمهات والأطفال يتطلب اتباع أسلوب واسع النطاق. وحث الدول الأعضاء على اعتبار تمكين المرأة بمثابة أداة لتحسين الصحة، وإدماج الخدمات الصحية للأمهات والأطفال، وتحسين سُبُل الوصول إلى الخدمات الصحية الأساسية، والتأكُّد من أن الفتيات يمكنهن استكمال تعليمهن الثانوي، وإدراك أهمية صحة المراهقين في بلوغ المرمى 4 و5 من المرامي الإنمائية للألفية. وأكد على أن الاستثمار بشكل أكبر في صحة الأمهات والأطفال، لن ينقذ حياة الأمهات فحسب ولكنه سيسهم أيضاً في تقليص وطأة الفقر، وتعزيز التقدم صوب المرامي. وفي نهاية الأمر سيؤدِّي إلى مجتمعات تنعم بالاستقرار والسلام والإنتاجية.

وذكر ممثل التحالف العالمي لمكافحة الالتهاب الكبدي أهمية إذكاء وعي النساء بعلامات الخطَر أثناء الحمل والولادة والفترة المحيطة بالولادة، وفي المعالجة والإسعافات الأولية من أجل التماس الدعم في أقرب فرصة ممكنة عند ظهور أي علامات للخطر. وقد نفِّذ برنامج في 24 قرية في أربع محافظات في مصر مما أدَّى إلى إعداد مجموعة من المؤشرات المجتمعية المسنَدَة بالبيِّنات والتي أثبتت جدواها في الحد من وفيات الأمهات في هذه المناطق.

وذكرت ممثلة الرابطة الدولية للطبيبات أن الرابطة تركِّز على الخطط الاستراتيجية من أجل تدريب الطبيبات على المواضيع المتعلقة بالجندر، وصحة المراهقين، والصحة الإنجابية، وصحة الأمهات والأطفال من أجل تحقيق أعلى المعايير لصحة الأمهات والأطفال. وذكرت أن الرابطة ترغب في اضطلاع المنظمات غير الحكومية بدور أكثر أهمية لمساعدة البلدان في الوصول إلى الأهداف الصحية. وذكرت أن تدريب القابلات بشكل جيد من شأنه إنقاذ حياة عدد أكبر من النساء ممن يمتن بدون مبرِّر كل عام. وأشارت إلى أن إنقاذ الحياة لا يعتبر مسؤولية وزارة الصحة وحدها، فالمنظمات غير الحكومية يمكنها أن تسهم في زيادة الوعي والتثقيف الصحي والدعم الاجتماعي.

وذكر ممثل مجلس وزراء الصحة لدول مجلس التعاون الخليجي أنهم في المملكة العربية السعودية يعملون على المحافظة على ما تحقَّق من إنجازات حتى الآن ومراجعتها. وتساءل عن تعريف منظمة الصحة العالمية للرعاية السابقة للولادة في المستوصفات، وقال إن هذا أمر صعب ويمكن للمكتب الإقليمي أن يلعب دوراً قيادياً في تحديد الإجراءات الأساسية الضرورية التي ينبغي اتّخاذها لإعداد خطة شاملة تعمل على تحسين جودة رعاية الأمهات والأطفال. وأشار إلى ضرورة تحسين جودة الرعاية، ونظام الإحالة مما سينعكس بشكل إيجابي على المستشفيات، وبالتالي ما تقدمه للأمهات والأطفال من رعاية. وقال إن المملكة لديها نُظُم حاسوبية جيدة وبحوث عالية الجودة.

وذكر السيد ممثل المنظمة العالمية لأطباء الأسرة أن المنظمة لديها مئات الأطباء، وتقوم بتقديم الخدمات الصحية للأمهات والأطفال بالاشتراك مع منظمة الصحة العالمية، وإنهم يهدفون إلى الحدّ من معدّلات وفيات الأمهات والأطفال، وأكَّد على ضرورة الحفاظ على ما تحقَّق من إنجازات حيث نجحت بعض البلدان في تخفيض وفيات الأمهات والأطفال، والوصول إلى المعدلات العالمية. كما شدَّد على ضرورة الاهتمام بالبلدان التي تعاني من معدلات مراضة ووفيات عالية.

وصف الدكتور علاء العملية الحالية والتي أدَّت إلى تطوير خطط وطنية لتسريع وتيرة التقدم في تقليص وفيات الأمهات والأطفال. وذكر أن البلدان التي وضعت خططاً بالفعل يجب أن تركِّز على ضرورة الحفاظ على ما أحرز من تقدم. ولقد عملت المنظمة عن كثب مع البلدان من أجل إعداد خطط لها. ولكن نظراً لأن البلدان لاتزال في

مرحلة التنفيذ، فلابد من السعي إلى إيجاد عمليات لدفع العملية قدماً. وقال إن الالتزام على أعلى المستويات ضروري، ولابد من وجود رواد لدفع هذه العملية قُدُماً. وقال إن التحدِّي الأكبر يتمثل في التمويل. فالبلدان لا يمكنها الاعتماد على التمويل المتأتي من المانحين، فهي تحتاج أيضاً إلى ضرورة توفير الموارد المحلية، وكذلك البحث عن تدخلات منخفضة التكاليف، من أجل المضيّ قُدُماً، ولذلك فقد حثّ الشركاء في التنمية على تقديم الدعم للبلدان، وذكّر الدكتور العلوان أعضاء اللجنة الإقليمية بالحاجة إلى المساءلة. وقال أن فريق الخبراء العالمي المستقل المعني بالمراجعة يعكف على رصد وتقييم التقدُّم المحرَز. وقال إن المنظمة لا تعتبر وكالة تمويل، وإنما يمكنها توفير قدر ضئيل من التمويل اللازم لتنفيذ تدخلات مختارة عالية المردود في البلدان المنخفضة الدخل.

3.5 الاستراتيجية الإقليمية لتحسين نُظُم تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية

البند 5 (ب) من جدول الأعمال، الوثيقة ش م/ل إ 10/60 القرار ش م/ل إ 60/ق-7

قام الدكتور محمد علي، منسِّق، المعلومات والإحصائيات الصحية، بعَرض الورقة التقنية حول الاستراتيجية الإقليمية لتحسين نُظُم تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية. وذَكَر أن بيئة السياسات لتسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية تتّسم في الوقت الراهن بسمات الإلحاح وبقوة دَفْع تتجمَّع على المستويات الوطنية والإقليمية والعالمية. وقوة الدفع هذه جاءت نتيجة لإدراك مجتمعات التنمية الدولية، ومجتمعات حقوق الإنسان لأهمية الهوية القانونية، والحاجة إلى رَصْد التقدُّم المحرَز نحو المرامي الإنمائية للألفية، والفهم بشكل أفضل لمراحل التحوُّل الوبائي المستجد، والحاجة المتزايدة إلى الأمن الوطني والعالمي للتعرُّف على الهوية القانونية اللازمة للأمن العالمي والوطني. ويتيح انتشار تقنيات الإنترنت والهواتف الجوَّالة الفرص لتصميم وسائل لتسجيل ورَصْد الأحداث الحياتية، تكون أكثر تكاملاً وكفاءةً ومردوداً وملاءمةً. كما أن جوانب التقدُّم في القياسات الحيوية وإمكانية تحديد معرِّفات فريدة لكل فرد تميزه عن جميع السكان، تتيح الفرصة لتفعيل المزيد من جوانب الكفاءة في نُظُم تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية.

وقال الدكتور علي أنه يمكن تلخيص التحدِّيات التي تواجه نُظُم تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية في الإقليم بما يلي: غياب الوعي بأهمية تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية، وما يؤدِّي إليه ذلك من غياب للدعم السياسي الرفيع المستوى؛ وقصور الإطار القانوني الذي يعمل تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية في ظله؛ وضعف البنيَة التحتية والقدرات اللازمة للتسجيل وعدم توافر الموارد الداعمة لها؛ والقصور في تصريف الشؤون (الحوكمة)، والتنسيق والتنظيم، وما يرافقه من الطبيعة المتعدِّدة الأطراف المعنية بنظم تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية؛ وتدنِّي جودة عملية التسجيل ومنتجاتها القانونية والإحصائية؛ وجوانب القصور في استكمال شهادات الوفيات وتدنِّي جودتها.

واختتم الدكتور علي عرضه بالإشارة إلى أن الهدف من الاستراتيجية الإقليمية لتحسين نُظُم تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية هو، من خلال تحسين التسجيل للأحوال المدنية، وزيادة توافر واستخدام الإحصاءات الحيوية الموثوقة، الإسهام في تحسين صُنع السياسات المسنَدَة بالبيِّنات، وفي الكفاءة في تخصيص الموارد وفي التصريف الجيد للشؤون؛ والتحقيق المتزايد للحقوق الأساسية لجميع الأفراد. والمقصود من الاستراتيجية تقديم التوجيه والدعم لتحسين نُظُم تسجيل الأحوال المدنية والإحصائيات الحيوية في الإقليم في الفترة 2014 – 2019، وهي مبنية على سبع مجالات استراتيجية، وتتضمّن قائمة من التدخلات التي يمكن أن تختار الدول الأعضاء منها ما يناسب مستوى

التطوُّر لنُظُم تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية فيها، وما يناسب السياق الوطني، والموارد والقدرات المتاحة لها. وفي الخطة الاستراتيجية توضيح للإجراءات التي ينبغي على البلدان أن تتّخذها إلى جانب إجراءات داعمة لها على المستوى الإقليمي، كما توضِّح إطار الرصد والتقييم الذي يشمل مؤشرات للبلدان ومؤشرات أخرى إقليمية.

قال الدكتور ألان لوبيز إن نظام تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية يستلزم اكتمال البيانات وجودتها وإتاحتها واستخدامها في أوقاتها، إذ أن البيانات غير المكتملة تؤدي إلى التحيز، كما أن المعلومات التي تفتقر للدقة تكون قيمتها محدودة في عملية صناعة السياسات، بينما تكون البيانات القديمة عديمة الفائدة تماماً. وأشار إلى أن المشكلات الشائعة في البيانات حول أسباب الوفاة هي الأسباب غير الواضحة الأسباب؛ والخلط بين السبب المباشر والحقيقي؛ وعدم الوعي بأهمية دقة السجلات. وأضاف أن القطاع الصحي مسؤول عن ضمان دقة وموثوقية البيانات المقدَّمة إلى نظام المعلومات الصحية. وأوضح أن النظام الجيد يتطلب: التزاماً رفيع المستوى؛ جهوداً تنظيمية وقيادة استراتيجية؛ وخطة وطنية واقعية تركز على الأولويات؛ ودعماً تقنياً ملائماً؛ والاستفادة من الطرق الجديدة المتاحة.

المناقشات

أشاد ممثل جمهورية إيران الإسلامية بهذه المبادرة التي من شأنها أن تؤدي إلى تعزيز نظم تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية، وأن تساعد على تحقيق المرامي الصحية، كما حث البلدان على الاضطلاع بدورها الإشرافي في هذا المجال.

وقال ممثل ليبيا إن هناك مشكلة في التقديرات الخاصة بتسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية، وعزا ذلك إلى عدم معرفة الوكالات القائمة على إجراء التقدير بالوضع الحقيقي للتسجيل في الدول الأعضاء ومنها ليبيا. وطالب بوضع آلية أفضل من خلال الاطلاع على بيانات وآليات التسجيل في البلدان قبل إجراء التقييم القادم، مضيفاً أنه للحصول على نتائج أفضل ينبغي إعادة تصنيف البلدان على أساس الدعم التقني المطلوب والالتزام بالتصنيف الدولي للأمراض. كما طالب بالفصل بين تقييم شهادات الميلاد وتقييم شهادات الوفاة، مؤكداً أن المواطن في ليبيا ملزم قانوناً بتسجيل شهادات الولادة.

وأكد ممثل جيبوتي على وعي بلاده التام بأهمية تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية، مضيفاً أن التحدي لا يكمن في الالتزام السياسي ولكن في القيود التقنية واللوجيستية والسلوكية. وقال إن الأمر يتضح في تسجيل الوفيات، حيث لا تبلغ الأسر بحالات الوفيات. وأوضح أنه تم التعرف على مجموعة من الفجوات من خلال تحليل نظام تسجيل الأحوال المدنية بجيبوتي، بمشاركة مجموعة متنوعة من القطاعات المعنية، ويتم حاليا التصدي لهذه الفجوات.

وقال وزير الصحة في البحرين أن بلده يولي اهتماماً خاصاً بنظام تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية التي أُنشئت في السبعينيات من القرن الماضي، وأعرب عن تقديره للاستراتيجية الإقليمية ودعمه لجهود المنظمة في هذا المجال، آملاً في الاستفادة من الدعم التقني الذي يقدمه المكتب الإقليمي في تطوير الإحصاءات الصحية الوطنية.

وأشاد ممثل السودان بتوجه المنظمة في إعطاء اهتمام أكبر لتحسين نظم المعلومات ونظم تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية، مؤكداً دعمه التام للاستراتيجية الإقليمية. كما نوه بتقديره للدعم التقني الذي حصل عليه السودان لإجراء تحليل لمواطن الضعف والقوة لنظام تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية، مشيراً إلى أن هناك عملاً قيد التنفيذ بالتعاون مع الشركاء لوضع خطة قوية لتحسين هذا النظام بالسودان.

وأشار ممثل باكستان إلى مؤتمر وطني عُقد مؤخراً وخرج بعدد من التوصيات بهدف تحسين نظام تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية، وكان من بينها مراجعة التشريعات الحالية؛ والارتقاء بالتكنولوجيا؛ والحفاظ على مجانية التسجيل؛ وإيجاد هيئة رقابة مركزية؛ وتقوية النظم الحكومية؛ وإدراج سبب نوعي للوفاة في شهادات الوفاة.

وأكدت ممثلة الكويت على أهمية رفع مستوى الوعي بين الأطباء وتوفير التدريب اللازم لهم، ولا سيما الأطباء الشباب العاملين في أقسام الممارسة العامة و الطوارئ، والأطباء الذين يقومون بزيارات منزلية.

واختتم الدكتور لوبيز النقاش بتأكيد أهمية التحضير للمستقبل، وقال إن التحول الوبائي الحادث في الإقليم ينذر بأنماط جديدة من الأمراض، مؤكداً على أن أفضل طريقة للاستعداد لهذا الوضع هو ضمان وجود نظام تسجيل فعال يؤدي وظيفته كاملة، ويوفر بيانات صحيحة حول أسباب الوفاة. وأقر بأن التقديرات التي توفرها وكالات الأمم المتحدة كانت في الأغلب غير معتمدة على بيانات البلدان، غير أن التحدي الأساسي في هذا الأمر يكمن في تعزيز النظم من أجل الحد من عدم الدقة، وتحسين التخطيط.

وذكر المدير الإقليمي أن البلدان شعرت بوضوح بالأهمية الملحة لهذه القضية، وقد بدا ذلك جلياً في سرعة إنجاز التقييم السريع لنظم تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية في جميع البلدان. وقال إن هناك تقدماً حالياً تجاه إجراء مزيد من التقديرات الشاملة، فضلاً عن إعداد خطة إقليمية، منوهاً إلى أن الخطوة التالية ستكون إعداد خطط عمل قطرية لكل بلد على حدة. وطالب وزارات الصحة بأن تأخذ الريادة في هذا الأمر، وأن تعمل مع سائر الأطراف المعنية.

4.5 اللوائح الصحية الدولية (2005): معايير التمديدات الإضافية

البند 6 (هـ) من جدول الأعمال، الوثيقة ش م/ل إ 8/60

قام الدكتور جواد محجور، مدير إدارة الوقاية من الأمراض السارية ومكافحتها بعرض هذه الورقة فقال إن اللوائح الصحية الدولية (2005) هي اتفاقية دولية ملزمة قانوناً للدول الأطراف فيها، وعددهم 149، بما فيهم جميع الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية. وبموجب هذه اللوائح تلتزم الدول الأطراف بإعداد وتقوية والحفاظ على الحد الأدنى من القدرات الأساسية الوطنية في الصحة العمومية. وقد وصفت القدرات الوطنية الأساسية من حيث وظائفها في الملحق 1 للوائح، وهي تشمل قدرات الترصُّد والاستجابة للأحداث المتعلقة بالصحة العمومية، ومنها القدرات في نقاط الدخول المعيَّنة. لقد حددت اللوائح الصحية الدولية إطاراً زمنياً تعمل الدول الأطراف ضمنه على إعداد وتقوية والحفاظ على القدرات الوطنية الأساسية، فوفقاً للمادتين 5 و13 من الملحق 1 للوائح، فإن على الدول الأطراف إعداد خطة عمل وطنية خاصة باللوائح الصحية الدولية للحصول على القدرات الأساسية بحلول 15 حزيران/يونيو 2012. وقد أعدت جميع الدول الأطراف في إقليم شرق المتوسط، باستثناء واحدة، خطط العمل الوطنية. وانفردت جمهورية إيران الإسلامية بتنفيذ خطة العمل الخاصة بها للوفاء بالتزاماتها بموجب اللوائح الصحية

الدولية في الوقت المستهدف، وذلك بحلول 12 حزيران/يونيو 2012، بينما حصلت 20 من الدول الأطراف على تمديدات لمدة سنتين لتنفيذ القدرات بحلول حزيران/يونيو 2014، وذلك باستثناء الصومال التي لم تتقدم بطلب التمديد.

وفي أيار/مايو 2012، طلبت جمعية الصحة العالمية في دورتها الخامسة والستين، بموجب القرار ج ص ع65-23 من المديرة العامة، إعداد ونشر المعايير التي تتبعها عند اتخاذها قرار منح تمديد إضافي، ولتحقيق هذه الغاية، فإن الأمانة قد قدَّمَت المعايير المقترحة إلى الدورة الثانية والثلاثين بعد المئة للمجلس التنفيذي في كانون الثاني/يناير 2013، كما تم تقديم مقترح بإجراء المزيد من المشاورات مع الدول الأطراف أثناء انعقاد اللجان الإقليمية لعام 2013 تمهيداً لإعداد المعايير بصيغتها النهائية، وتقديم اقتراح بها إلى الدورة الرابعة والثلاثين بعد المئة للمجلس التنفيذي، وتطبيقها في عام 2014. واستناداً إلى المتطلبات التي نصّت عليها اللوائح الصحية الدولية، فإن المعيار الأول الذي اقترحته الأمانة هو أن تتقدَّم الدولة الطرف بطلب رسمي خطي إلى المديرة العامة قبل أربعة شهور على الأقل من التاريخ المحدد في 15 حزيران/يونيو 2014، وأن يشمل هذا الطلب بياناً يفسر الظروف الاستثنائية التي حالت دون إعداد القدرات اللازمة لتنفيذ أحكام اللوائح الدولية والمحافظة عليها. وثانياً، فإن أي طلب من هذا القبيل ينبغي أن يكون مشفوعاً بخطة تنفيذ جديدة. ولقد نصَّت المادتان 2.5 و2.13 من اللوائح الصحية الدولية على تفويض لجنة مراجعة اللوائح الصحية الدولية بتقديم المشورة حول منح فترة ثانية من التمديد للموعد النهائي المحدد لإعداد القدرات. وستقدِّم لجنة المراجعة إلى جمعية الصحة في عام 2014 تقريراً حول التقدُّم المُحرَز، كما ستقدم تقريراً نهائياً إلى الدورة الثامنة والستين لجمعية الصحة العالمية عام 2015. والدول الأعضاء مدعوة لتقديم الملاحظات والتعقيبات حول عملية التمديد المقترحة، ولاسيَّما ما يتعلق بمعايير التمديد التي اقترحتها الأمانة.

المناقشات

ذكر ممثل باكستان أن بلاده تدرك جيداً أنها عليها الوفاء بمتطلبات اللوائح الصحية الدولية الميدانية والقانونية — فباكستان تدرك أنه يتعين عليها تحسين القدرات المتعلقة بالصحة العمومية في مجال الترصد والاستجابة والتبليغ لتغطية كل الأمور المتعلقة باللوائح، ولكن عملية انتقال السلطات منها من المستوى المركزي إلى المحيطي جعل من الضروري تعميم الكثير من الوظائف والقدرات، حيث حصلت باكستان بالفعل على التمديد لمدة عامين لتنفيذ اللوائح. وقد ساهم المكتب الإقليمي في تقييم متطلبات القدرات الأساسية للصحة العمومية اللازمة للتنفيذ في شباط/فبراير 2013 وقُدمت خطة عمل للتنفيذ بالفعل لضابط الاتصال المعني باللوائح الصحية الدولية.

وأشار ممثل جمهورية إيران الإسلامية إلى أنه يتوقع أن يطلب العديد من البلدان مد المهلة الثانية التي ستنتهي في حزيران/يونيو حتى 2014. وأضاف أن تنفيذ اللوائح هو عملية معقدة تتطلب العديد من الاستعداد وإعداد البنية الأساسية. وذكر أن جمهورية إيران الإسلامية مؤهّلة بالفعل بالقدرات الوطنية الأساسية وإنها مستعدة لتبادل خبراتها مع سائر البلدان.

وذكر ممثل عُمان أن معدل تنفيذ اللوائح الصحية الدولية في ما يتعلق بالتعرُّف على ملامح الوضع الراهن للمخاطر، وحشد الموارد في الصحة العمومية والاستجابة الفعالة في منافذ الدخول أقل من 50%، وأن إحراز تقدم في ما يخص تحديث التشريعات والقوانين واللوائح لا يتجاوز 70%. وطالب سيادته المكتب الإقليمي بتقديم الدعم

التقني وفقاً لحاجة البلدان والاستفادة من تجارب الأقاليم الأخرى في هذا المجال، فضلاً عن تقوية التعاون مع المنظمات والوكالات الدولية من أجل تسريع وتيرة تنفيذ اللوائح.

وذكر ممثل العراق أن عملية تنفيذ اللوائح تعتمد على التعاون الفعال بين القطاعات. وقد طلب العراق من المنظمة دعماً تقنياً للتنفيذ. وأشار إلى سلامة الغذاء والوضع الحالي الطارئ لشلل الأطفال وهما يحتلان مكانة هامة في تنفيذ اللوائح الصحية الدولية وأشار إلى مجموعة الخمسة (جمهورية إيران الإسلامية، وأفغانستان، وباكستان، والعراق، ومنظمة الصحة العالمية) وأهمية التعاون بينهم في تبادل الخبرات.

وذكر ممثل المغرب أن بلاده قد بذلت أقصى جهودها لتحقيق أهداف التقدُّم نحو توفير القدرات الأساسية اللازمة، ومع هذا فالتحديات لاتزال ماثلة. وأشار إلى أن بلاده قد حصلت على تمديدٍ لمدة عامين. وذكر أن 94% من القدرات المطلوبة قد تم تحقيقها، وإنهم قد وضعوا خطة عمل للثنائية 2013 – 2014 لتلبية الاحتياجات المطلوبة.

وأشار ممثل البحرين إلى أن بلاده قد قامت بتقييم قدراتها في مجال الترصُّد والاستجابة لعام 2009 وإعداد خطة وطنية خاصة باللوائح. وذكر أن البحرين قد حصلت على تمديد لمدة عامين لتنفيذ القدرات الأساسية بحلول 2014. وقال إنهم يتفقون مع معايير التمديد المقترحة ويرون أنها عادلة بما فيه الكفاية. وبناءً على هذه المعايير تقدَّمت البحرين للمكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية بطلب رسمي في 2013 لتقييم القدرات الأساسية المطلوبة للتمديد، وإنهم يرجون أن يتم دعم المملكة في طلبها هذا.

وأشار ممثل السودان إلى أن بلاده ملتزمة باللوائح الصحية الدولية، وأنها تقدَّمت بطلب تمديد مشفوعاً بخطة لبناء القدرات بناءً على التقييم الذاتي للموارد. وذكر أن القوانين والتشريعات قد تم تغييرها من قِبَل اللجنة القانونية التي تم تشكيلها لهذا الغرض، وقامت بمراجعة القوانين ومواءمتها مع اللوائح الصحية. وأشار إلى أنه سيتم وضع معايير جديدة جنوب السودان.

5.5 تنفيذ الإعلان السياسي للأمم المتحدة المعني بالوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها استناداً إلى إطار العمل الإقليمي

البند 7 من جدول الأعمال، الوثيقة ش م/ل إ 9/60، القرار ش م/ل إ 60/ق-4

عرض الدكتور سامر جبّور، مدير الأمراض غير السارية والصحة النفسية الورقة التقنية حول تنفيذ الإعلان السياسي للأمم المتحدة المعني بالوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها استناداً إلى إطار العمل الإقليمي. وأشار الدكتور جبّور إلى أن الأمراض غير السارية لاتزال ترتبط بعبء ثقيل على الصحة والتنمية في إقليم شرق المتوسط، وبالرغم من أن الدول الأعضاء قد حققت تقدماً ملحوظاً في التصدِّي لهذه الأمراض، لايزال هناك مواطن قصور هامة، وقد اتضح ذلك بجلاء من خلال مسح قدرات البلدان الذي أجري عام 2013 في مجالات تصريف الشؤون (الحوكمة)، ومكافحة عوامل الخطر، والترصُّد والرصد، والرعاية الصحية. وقد تعاونت منظمة الصحة العالمية مع الدول الأعضاء في بناء القدرات، وفي تنفيذ التدخلات ذات الأولوية في كل مجال من المجالات الأربعة الرئيسية المذكورة سابقاً. وقد أنشأ المكتب الإقليمي إدارة جديدة تهدف إلى تقوية الدعم التقني المقدَّم للبلدان في مجال الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها.

وفي مجال تصريف الشؤون (الحوكمة)، ركّز الدكتور جبّور على دعم البلدان في جهودها لإعداد وتنفيذ سياسات وخطط وطنية متعددة القطاعات في مجال الأمراض غير السارية. فقد عقدت منظمة الصحة العالمية اجتماعَيْن إقليميَيْن للنهوض بإعداد خطط عمل وطنية متعددة القطاعات في مجال الأمراض غير السارية بنهاية 2013، بما يتماشى مع الالتزامات التي نصّ عليها الإعلان السياسي للأمم المتحدة. أما في مجال الوقاية من عوامل الخطر ومكافحتها، فقد عملت منظمة الصحة العالمية، بتعاون وثيق مع الدول الأعضاء، لإعداد الإرشادات حول تنفيذ تدخلات عالية المردود وعالية التأثير فيما يعرف باسم "أفضل الصفقات" في مجال مكافحة التبغ، والإقلال من الملح والدهن المتناول في الطعام، والوقاية من البدانة في مرحلة الطفولة، وزيادة النشاط البدني. أما في مجال ترصُّد الأمراض غير السارية، فقد قدمت منظمة الصحة العالمية الدعم لستة بلدان لمساعدتها في تخطيط وتنفيذ الرصد المتدرِّج، بالإضافة إلى تقديم الدعم للترصُّد النوعي للتبغ. وواصلت منظمة الصحة العالمية حثّ الدول الأعضاء، على وضع أهداف ومؤشرات وطنية وفق ما نص عليه إطار العمل الإقليمي. وفي مجال الرعاية الصحية، عملت منظمة الصحة العالمية مع الدول الأعضاء على تقوية إدماج الخدمات الخاصة بالأمراض غير السارية في الرعاية الصحية الأولية، وتقييم الفجوات والمعوقات التي تحول دون تنفيذ "أفضل الصفقات".

واختتم الدكتور جبّور عرضه بالإشارة إلى أنه من المتوقّع إجراء مراجعة تتناول التقدُّم الذي أحرزَته الدول الأعضاء على مدى ثلاث سنوات في تنفيذ الالتزامات التي نص عليها الإعلان السياسي للأمم المتحدة تمهيداً لتقديمه في الربع الأخير من عام 2014 للجمعية العامة للأمم المتحدة، وذكر الدكتور جبور أن على منظمة الصحة العالمية، والدول الأعضاء أن تضع خططاً مسبقة، وأن تعمل سوياً، بالتعاون مع الشركاء الآخرين سواء على الصعيد الإقليمي أو الدولي، إذا ما أرادت بالفعل تحقيق التقدم المطلوب وإظهار سجلٍ موثوق من الإنجازات في مجال الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها في الإقليم.

المناقشات

أشار المدير الإقليمي إلى أن الإعلان السياسي للأمم المتحدة يتضمن بعض التوصيات المحددة التي يفترض أن تنفذها جميع البلدان. وقد تم تلخيص هذه التوصيات في إطار عمل إقليمي لتنفيذ الإعلان السياسي للأمم المتحدة الذي أقرته اللجنة الإقليمية عام 2012. وهو يتعلق بأربعة مجالات: الحوكمة؛ والوقاية والحد من عوامل الخطر؛ والترصُّد والرصد والتقييم؛ والرعاية الصحية. وأشار إلى أن الإعلان السياسي قد تضمن أيضا توصية واضحة إلى الأمين العام لتنظيم مراجعة شاملة في الربع الأخير من عام 2014. وفي ذلك الاجتماع، سيجري تقييم التقدم المحرز في تنفيذ التوصيات الواردة في الإعلان السياسي. وسيجري تنظيم الاجتماع بالتعاون الوثيق مع الدول الأعضاء، وفي بداية عام 2014 سيعين الأمين العام سفيرين من إقليمين مختلفين لتحديد وقائع الاجتماع، بما في ذلك أهدافه والنتائج المتوقعة. وحث المدير الإقليمي اللجنة من أجل ضمان المشاركة والتمثيل الفعّال للإقليم، وهذا أمر مهم لاسيما بالنظر إلى ارتفاع معدل انتشار بعض الأمراض غير السارية وعوامل الخطر. واختتم مشدداً على ضرورة التنسيق الوثيق، وتقوية علاقات العمل بين وزارات الصحة ووزارات الخارجية، حيث إن وزراء الخارجية هم من سيشاركون في المفاوضات في نيويورك.

وأعرب ممثل المغرب عن الأهمية البالغة التي يوليها بلده لتنفيذ الالتزامات المنبثقة عن الإعلان السياسي الصادر عن الأمم المتحدة، مؤكّداً على أن الإطار الإقليمي يوفر خارطة طريق واضحة تقوم على تنفيذ تدخلات محدودة في

مجالات الحوكمة والوقاية والمكافحة والرصد والترصد والتقييم. ونوه على أن بناء القدرات في مجال علم الأوبئة والرصد من الضروريات الملحة لأن البيانات ليست بالضرورة موجودة في نظم المعلومات الصحية الوطنية. وأكّد على أن بلده يصر على تفعيل مجموعة من الإجراءات تتمثّل في أهمية العمل مع منظمة الصحة العالمية باعتبارها الوكالة العالمية المعنية في مجال رصد التقدُّم المحرَز نحو تحقيق التسعة أهداف الطوعية العالمية في مجال الوقاية من الأمراض السارية، وهي من الأهداف التي قال أنه يمكن تحقيقها. هذا بالإضافة إلى المقاييس الرئيسية الأخرى من قبيل وضع مؤشرات مناسبة لكل بلد ودمج مكافحة هذه الأمراض وعوامل الخطر المرتبطة بها في مبادرات التنمية العالمية؛ وتعزيز التعاون بين دول الجنوب والتعاون الثلاثي الأطراف. واقترح أن تهتم المنظمة بالتحضير الجيد لإجراء مراجعة قوية وشاملة بحضور ممثلين عن الدول الأعضاء من أعلى المستويات السياسية، وذلك في إطار الاستعداد لمراجعة الجمعية العامة للأمم المتحدة لتنفيذ الإعلان السياسي للأمراض غير السارية في عام 2014.

وقالت ممثلة البحرين إن بلدها تضع مكافحة الأمراض غير السارية على قائمة الأولويات الاستراتيجية الصحية لديها، وتوليها دعماً سياسياً كبيراً تمثّل في إدماج خطة الوقاية والتصدي لهذه الأمراض في رؤية مملكة البحرين 2030، وكذلك في تشكيل اللجنة الوطنية لمكافحة الأمراض غير السارية عام 2012، وأردفت أن البحرين يقوم حالياً بتحديث خطة العمل الوطنية لتتواءم مع خطة العمل العالمية الجديدة للوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها خلال الفترة 2013-2020. وقالت إن وزارة الصحة البحرينية نفذت العديد من المبادرات بهدف الكشف المبكر عن عوامل الخطر سواء في المدارس أو مراكز الرعاية الصحية الأولية أو المواقع المجتمعية الأخرى، مضيفة أن البحرين عملت على تقوية السياسات واللوائح لمكافحة التبغ والإعلان عنه. وقالت إن البحرين قد بدأت في تنفيذ المسح العالمي الصحي، ويتواصل العمل على الانتهاء من مسح حول السكّري، إلى جانب دراسة حجم انتشار الأمراض غير السارية بين طلبة المدارس، مضيفة أن البحرين تعمل حالياً على وضع برنامج وطني للترصُّد الوبائي على أمل البدء في تنفيذه العام التالي. ونوّهت إلى أن مجلس الوزراء البحريني قد تبنَّى مجموعة المؤشرات الوطنية والتي تم تحديثها بناء على المؤشرات المطروحة في الإطار العالمي. وأثنت على المقترح الخاص بتعيين ممثل إقليمي في المشاورات التي ستعقد تمهيداً لمراجعة تنفيذ الإعلان السياسي للأمم المتحدة.

وقال ممثل جيبوتي إن بلده ينفذ حملة ضد تعاطي التبغ، وهي حملة تشمل تدابير وقائية مناسبة، وذكر أن تعاطي القات من العوامل التي تسهم في الأمراض غير السارية في جيبوتي نظراً لنمط تعاطيه ومعدل استهلاكه. وذكر أن من الممكن إعداد استراتيجية وطنية للوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها بدعم من منظمة الصحة العالمية، إلا أن بعض الجوانب العلاجية ستتطلب دعماً مالياً وتقنياً من الشركاء الإقليميين والثنائي الأطراف، نظراً لأن جيبوتي تفتقر إلى التكنولوجيا الملائمة والخبرات الضرورية. وهناك الكثير من المرضى المصابين بالأمراض غير السارية في جيبوتي على قوائم طويلة للانتظار للحصول على المعالجة خارج البلاد.

وقال ممثل المملكة العربية السعودية إن جهود بلاده لوضع برامج مكافحة الإعاقة البصرية ضمن أولويات خطط وبرامج الإقليم، وضمن خطط وبرامج منظمة الصحة العالمية قد تتوجت باعتماد "خطة عمل عالمية للفترة من 2014 – 2019 للوقاية من العمى الممكن توقيه في اجتماع الدورة السادسة والستين لجمعية الصحة العالمية. وأشار إلى أن التنفيذ الفعَّال لبنود الخطة العالمية يستلزم معرفة أحدث البيانات عن الموارد البشرية والإمكانيات المتوفرة للعناية بصحة العين على الصعيد الوطني. وأضاف إن اتحاد مكافحة العمى ومقرّه بسويسرا ينوي القيام بدراسة تشمل دول

الإقليم كافة لتكون قاعدة مهمة ورافداً للتخطيط لتطوير خدمات الرعاية الصحية للعيون. وأكد على أن المملكة تؤيِّد هذا المشروع وتحثّ باقي الدول الأعضاء في الإقليم على دعمه والتعاون من أجل إنجاحه. وأكد على خطورة مرض التراخوما ومضاعفاته في بلدان الإقليم، حيث أن الإقليم يمثِّل 12% من العبء العالمي للتراخوما، ويوجد أربعة ملايين شخص مصاب بهذا المرض في الإقليم، وأضاف إنه برغم ثقته في أن معظم دول الإقليم أصبحت خالية من مرض التراخوما إلا أن ذلك يستلزم إثباتاً عملياً من خلال إجراء المسوح الميدانية في دول الإقليم، وذلك بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية، للإعلان رسمياً عن خلوّ بعض بلدان الإقليم من التراخوما. وذكر أن المصادر العالمية تفيد بأن الوضع غير معلوم في كثير من البلدان. ودعا الدول الأعضاء للحرص على إجراء ما يلزم من مسوحات، والنظر في التعاون مع الهيئات الدولية مثل الوكالة الدولية لمكافحة العمى، واتحاد مكافحة العمى اللذين تعاونا على إنشاء "تحالف التراخوما" لدعم هذه المسوحات.

وقال ممثل العراق أن بلاده قد أَعدَّت خطة عمل استراتيجية لمكافحة الأمراض غير السارية، وأن مجلس الوزراء قد صادق عليها، وأن منهجها يستند على الكشف الباكر لارتفاع ضغط الدم والسكري من خلال عمل 1300 مركز للرعاية الصحية الأولية تتوزع في أرجاء العراق. وقال أن العراق قد شهد انخفاضاً مقداره 4% في معدّلات الموت الباكر بسبب الأمراض الرئيسية غير السارية (أمراض القلب والأوعية الدموية، والأمراض التنفسية المزمنة، والسكّري، والسرطان) وذلك بين عامي 2011 و2012، وأن الهدف هو تحقيق خفض مقداره 25% بحلول عام 2025. وأوضح أهمية المتطلبات الرئيسية للتخطيط الفعَّال لمكافحة الأمراض غير السارية والوقاية منها، وهي: التعاون الفعَّال بين القطاعات، والربط بالجهود التي تُبذل للتصدّي للمحدِّدات الاجتماعية للصحة؛ وللبلوغ المرامي الإنمائية للألفية؛ وإدراج الجهود ضمن الخطة التنموية الاستراتيجية؛ والربط والتنسيق مع الاستراتيجيات الخاصة بالصحة الإنجابية، والتغذية، وتعزيز الصحة والتأهب للطوارئ؛ وإدراج الخطط ضمن مبادرات تحديث النظام الصحي.

ودعا ممثل عُمان المكتب الإقليمي والدول الأعضاء إلى ضرورة الأخذ بعين الاعتبار تفاوت القدرات بين الدول الأعضاء عند إدراج المؤشرات، والمعايير، والأهداف المتفق عليها في الخطط الوطنية المرتبطة بمكافحة الأمراض غير السارية. وأكد على استمرار دعم السلطنة لتنفيذ الإعلان السياسي للأمم المتحدة، مشيراً إلى أن السلطنة قد شكلت لجنة وطنية لمكافحة الأمراض غير السارية مطلع هذا العام، منوهاً إلى انتهاء اللجنة من التقرير المرحلي الأول لها والذي تضمَّن توصيات تتعلق بآليات مكافحة الأمراض غير السارية في المستقبل. وأردف أن السلطنة تبنَّت وثيقة المنامة الاسترشادية، وأقرَّت خطة العمل العالمية لمنظمة الصحة العالمية لمكافحة الأمراض غير السارية، وتعكف حالياً على وضع رؤية للخطة الوطنية لمكافحة الأمراض غير السارية والوقاية منها. وأشار إلى أن السلطنة قد تبنَّت نظام التسجيل المدني وستعمل قدر المستطاع على تطوير قدرتها في هذا المجال، وخاصة المرتبط بمتابعة تنفيذ الخطة الوطنية لمكافحة الأمراض غير السارية. وفي الختام، أشاد ممثل عُمان بتوجه المكتب الإقليمي إلى بناء القدرات لتقييم الآثار الاقتصادية، وتحليل فعالية سياسات التدخلات الصحية في مجالات مكافحة التبغ، وتحري سرطان الثدي، والوقاية من سرطان عنق الرحم. واقترح أن يشمل هذا التقييم، قدر الإمكان، البرامج الأخرى ذات الصلة وكذلك برامج التدخُّلات التي سوف يتم تنفيذها.

وقال ممثل فلسطين إنه يجب تحديد دور الوزارات المختلفة في مجال مكافحة الأمراض غير السارية وإعداد دليل إرشادي، مشيراً إلى أن اللجان الوطنية المخصصة لهذا الغرض لا يكون بمقدورها عادة التأثير على اتخاذ القرارات.

وأضاف أنه يجب العمل على إعداد قوانين ذات صلة، مضيفاً أن فلسطين لديها بالفعل قانون إغناء الطحين، وإضافة اليود إلى الملح، لكن هذا لا يكفي عندما نتكلم عن رقابة غذائية لمواد مسرطنة، ومن ثم طالب ببناء القدرات من أجل التمكُّن من تحديد السياسات الجديدة وتنفيذها. وقال إنه لا يزال هناك العديد من الإعلانات عن الوجبات السريعة التي يعتمد عليها الشباب بوجه خاص، مشيراً إلى أن مرض السمنة أصبح يمثل نسبة عالية جداً بين الفئات الشابة. وطالب بوجود قوانين تحد من الدعاية والإعلان عن الوجبات السريعة. وأبرز دور الشباب، ووزارة الحكم المحلي في إيجاد سياسات وقوانين لتشجيع النشاط البدني.

وأشار ممثل باكستان إلى أن بلاده تواجه ازدياداً في عبء الأمراض غير السارية، مع ازدياد العمر المأمول، وارتفاع معدّلات عوامل الخطر، وقال إن الحكومة تعكف على إعداد آليات للتصدي للأوضاع الراهنة، وأنها تحرص على تحقيق التقدُّم في تنفيذ إطار العمل الإقليمي، وقد تم تهيئة بيئة داعمة للسياسات لمكافحة عوامل الخطر الرئيسية، ولاسيَّما التدخين، كما تم تعزيز سجلات السرطان، وتقوية حملات التوعية الصحية، وأشار إلى اتجاه المقاطعات إلى النظر في "أفضل الخيارات" بهدف إدراجها في حزمة الخدمات الأساسية في مرافق الرعاية الصحية الأولية. كما نوّه بأن بعض بلدان الإقليم لديه قطاع خاص قوي، واقترح أن يتم تشجيعه لكي يسهم بنشاط في مكافحة الأمراض غير السارية باتباع السياق الملائم للبلد المعني. وقال أن البحوث والدعم اللازمين للارتقاء بـ"أفضل الخيارات" ستقود البلدان إلى تحقيق النتائج المستهدفة.

وأشارَت ممثلة لبنان إلى أن وزارة الصحة العامة في بلادها قد بدأت بمبادرة لإدراج الأمراض غير السارية ضمن الرعاية الصحية الأولية، وأشارت إلى أن 80 من بين 183 مركزاً للرعاية الصحية الأولية يقومون الآن بتنفيذ المبادرة، وقد عبرت عن دعم بلادها لمقترح المراجعة الصارمة للتقدم المحرَز في الإقليم والذي يجبذ أن تتم في أيلول/سبتمبر 2014، وأشارت كذلك بمقترح تعيين ممثل للإقليم لدور قيادي في هذا السياق، كما طلب عضو آخر من الوفد اللبناني من المكتب الإقليمي أن يواصل إطلاع البلدان على أنماط التنسيق بين جميع الأطراف المعنية، ومنها وزارات الصحة والخارجية، ومنظمة الصحة العالمية والجمعية العامة للأمم المتحدة، حتى تتمكن البلدان من أداء دور فعال في هذه العملية.

وأشار ممثل أفغانستان إلى أن بلاده كانت تعاني من عبء مزدوج للأمراض السارية وغير السارية معاً، وأن البيانات المتوافرة في الوقت الحاضر توضح أن عبء الأمراض غير السارية آخذ بالتصاعد في أفغانستان، وأنها تسببت في أكثر من 35% من الوفيات في عام 2010، وأن وزارة الصحة العمومية قد أعدت إستراتيجية للوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها، إلا أن انخفاض التمويل وقلة الموارد البشرية ونقص البيانات من الأمور التي تحول دون تنفيذها، كما أوضح أن أفغانستان كانت تعتمد على الوكالات المانحة والتي لم تكن الأمراض غير السارية من بين أولوياتها، كما عبر عن دعم بلاده لمقترح المراجعة المنتظمة للتقدم المحرز في تنفيذ توصيات الإعلان السياسي للأمم المتحدة.

وقالت ممثلة الكويت إن بلدها قد أدرجت التصدي للأمراض غير السارية ضمن خطة عمل الحكومة للسنوات الأربع القادمة 2014-2018، فضلاً عن تشكيل لجنة رفيعة المستوى تعنى بتنفيذ توصيات الإعلان السياسي الصادر عن الأمم المتحدة. وأشارت إلى تمكن الكويت من خفض استخدام ملح الطعام في الخبز، وإلى امتلاك قاعدة بيانات دقيقة لتسجيل أسباب الوفيات والالتزام بالتصنيف الدولي للأمراض. كما أشارت إلى تطبيق العديد من المسوحات

الوطنية للتبغ، وإلى وجود سجل وطني للسرطان في الكويت يصدر كل عام منذ عام 2000. وأخيراً، أيدت ممثلة الكويت المقترح بإجراء مراجعة دورية لتنفيذ الإعلان السياسي الصادر عن الأمم المتحدة في الإقليم.

وقال ممثل تونس إن الأمراض غير السارية تكتسب أهمية خاصة بالنسبة لتونس، حيث بلغ ارتفاع ضغط الدم أكثر من 30% بين مَنْ هم فوق 30 سنة، أما مرض السكر فقد بلغ 10% في نفس الفئة، إلى جانب تسجيل 12 ألف حالة جديدة من أمراض السرطان سنوياً. وأضاف أنه قد تم استهداف هذه المشاكل ببرامج صحية تعتمد على الوقاية من عوامل الخطر، وتحسين الرعاية الصحية لدى مختلف الأوساط والشرائح الاجتماعية. وأشار إلى اعتبار الأمراض غير السارية أولوية في برامج التدريب المستمر، وأكد على أهمية التعاون مع المجتمع المدني لضمان الفعَّالية والاستمرارية في التدخلات التي تركز على النهوض بأنماط الحياة ومكافحة عوامل الخطر، وأشار إلى إمكانية تحقيق ذلك من خلال برنامج استثمار طموح يوفر تغطية شاملة على المستوى الجغرافي، واختتم بالتأكيد على أهمية تحسين الإطار القانون لمراقبة الأغذية، مع التركيز بشكل خاص على الإعلام الصحي، ويمكن أن يتم هذا عبر إنشاء قناة تلفزيونية خاصة بالصحة.

وقالت ممثلة مصر إن بلادها تولي اهتماماً كبيراً بالأمراض غير السارية من خلال العمل على المحاور الواردة في الاستراتيجية الإقليمية لمكافحة الأمراض عبر السارية. وأشارت إلى تنفيذ مصر للمسح المتدرج لرصد عوامل الخطورة من بين دراسات أخرى، فضلاً عن مواصلتها تدعيم برامج الكشف المبكر عن الأمراض غير السارية. وأكّدت على أهمية الأبحاث ذات الصلة بالأمراض غير السارية، واقترحَت أن يتم إجراء الأبحاث على المستوى الإقليمي، بحيث تتشارك البلدان ذات الظروف البيئية والمعيشية المتشابهة في إجراء أبحاث مشتركة يتم خلالها تبادل الخبرات والموارد. وأكّدت كذلك على أهمية التوعية الصحية، وعلى الأخَص من خلال وسائل الإعلام.

وقال ممثل الأردن إن بلده قطعت خطوات في مجال مكافحة الأمراض غير السارية، إذ أطلقت العام السابق استراتيجية للوقاية من الأمراض غير السارية بدعم سياسي رفيع المستوى. وقد شُكِّلت لجنة عليا لمتابعة هذه الاستراتيجية ضَمَّتْ ممثلين لكافة الوزارات المعنية. وأضاف أن وزارة الصحة قامت بتوفير قاعدة بيانات حقيقية ودقيقة من خلال السجل الوطني للسرطان، والسجل الوطني للأمراض غير السارية على مستوى المراكز الصحية بهدف التعرف على حجم مشكلة المراضة والوفيات الناتجة عن هذه الأمراض والتي شكلت أكثر من ثلثي الوفيات على المستوى الوطني. ونوّه إلى أن الدول الأعضاء تضطلع بدور هام، إلا أن على المنظمة أن تقود هذه العملية بإعداد استراتيجية إقليمية.

6. المسائل التنظيمية

1.6 تقرير عن إطلاق الحوار حول تمويل منظمة الصحة العالمية

البند 6 (ج-ii) من جدول الأعمال، الوثيقة ش م/ل إ 6/60،

قام الدكتور محمد عبدي جامع، المدير العام المساعد، الإدارة العامة، بعرض التقرير الخاص بإطلاق الحوار حول تمويل منظمة الصحة العالمية تجاوباً مع المقرر الإجرائي ج ص ع 66 (8) الصادر عن جمعية الصحة العالمية. فقد عقدت المديرة العامة، في 24 حزيران/يونيو الاجتماع الخاص بتدشين الحوار حول تمويل المنظمة، وشارك في الاجتماع، مائتان وستة وخمسون مشاركاً من 87 دولة عضواً، وست وكالات تابعة للأمم المتحدة، و14 منظمة شريكة من غير الدول. وقد أسفر الاجتماع عن عدد من الالتزامات في مجال المواءمة مع الميزانية البرمجية، ومرونة التمويل، وإمكانية التنبؤ به، وتوسيع قاعدة المساهمين، والشفافية. وقد اتفق المشاركون على مواصلة النقاش في اللجان الإقليمية ليتسنى تكوين فهم تام لهذا العمل، وكي تتمكن الدول من الوفاء أيضاً بمسؤوليتها عن تمويل المنظمة. واقتُرح كذلك عقد مناقشة محددة تكمل المناقشات الثنائية، مع الشركاء الذين يقدمون المساهمات الطوعية الأساسية. وبناءً على التعليقات المدلى بها أثناء الاجتماع سلطت المديرة العامة الضوء على سلسلة من الإجراءات ستتخذها الأمانة وتغذي بها عملية التخطيط لمتابعة اجتماع الحوار الخاص بالتمويل الذي سيُعقد في تشرين الثاني/نوفمبر. وفي اجتماع تشرين الثاني/نوفمبر ستوضِّح الاستخدام الاستراتيجي للاشتراكات المقدرة من أجل ضمان تشغيل البرامج الأساسية.

المناقشات

أكَّد ممثل العراق على أهمية هذا الموضوع، واقترح ضرورة طرح هذا الموضوع في الجلسات الأولى للجنة الإقليمية بحضور السادة الوزراء. ونوَّه إلى ضرورة تمديد نطاق بعض المشروعات التي تمولها البلدان تمويلاً مباشراً، وتقديم المنظمة الاستشارات التقنية لها، مع إمكانية التوسع فيها مستقبلاً. وقال إن ذكر الممولين والتعريف بهم كفيل بتشجيع الدول الأخرى أن تساهم في التمويل.

وجَّه ممثل اليمن سؤالاً حول حجم المساهمات من الدول الأعضاء والجهات الأخرى. وأكَّد على أهمية الدور التقني الذي تقوم به المنظمة، فهي هيئة استشارية وتقنية للدول الأعضاء وليست مموِّلاً للخدمات. وحذَّر من هيمنة الأطراف من غير الدول.

طلب ممثل قطر مزيداً من المعلومات حول تمويل المنظمة من منظور إقليمي، على أن تكون هذه المعلومات مُقسَّمة وفق تصنيف بلدان الإقليم إلى ثلاث مجموعات. كما طالب المكتب الإقليمي بتقديم التوجيه في ما يتعلق بحشد الموارد من أجل الصحة.

من جانبه، عرض المدير الإقليمي الفخري الدكتور حسين عبد الرزاق الجزائري نبذة تاريخية عن وضع الميزانية في الإقليم، فقال إن الجزء الأكبر من الميزانية كان عبارة عن اشتراكات مُقدَّرة تدفعها الدول الأعضاء، وكانت الميزانية تُناقَش في المجلس التنفيذي وجمعية الصحة العالمية، ولم يكن لأي دولة هيمنة أو سيطرة على المنظمة. لكن الوضع

تغيَّر بعد اعتراض بعض الدول على زيادة ما تدفعه من اشتراكات مُقدَّرة. واستمر هذا الوضع إلى أن انقلبت الآية فأصبحت الاشتراكات الطوعية، بما في ذلك مساهمات الأطراف من غير الدول الأعضاء، أكثر من اشتراكات الدول، وبعدها اشتكت الدول الأعضاء من هيمنة المانحين. وأكد على أهمية الشفافية. واستطرد أن لبلدان الإقليم أن تفخر، إذ كان للإقليم السبق في إدخال الشفافية في ما يتعلق بالميزانية، وإتاحة المعلومات الخاصة بهذا الشأن لجميع الدول على الموقع الإلكتروني، وهو ما أخذ به المقر الرئيسي للمنظمة. وأردف أن اشتراكات الدول الأعضاء والمساهمات على حدٍ سواء في إقليم شرق المتوسط ضئيلة، وأكَّد على ضرورة زيادة هذه المبالغ حتى يكون لدول الإقليم صوت مسموع. وقال إن اشتراكات الدول الأعضاء تكون أكثر فائدة إذا ما دُفِعت في أول العام عما إذا دُفِعت في آخر العام أو الثنائية.

أثنى ممثل المغرب على المنهجية المُتَّبعة لإصلاح المنظمة، وحذَّر من تعذُّر تحقيق الإصلاح إذا لم تُعَالج قضية التمويل. واقترح تعديل الحصة الحالية من اشتراكات الدول الأعضاء في ميزانية المنظمة وذلك من خلال زيادة الاشتراكات المُقدَّرة زيادة تدريجية. وأكَّد على أهمية أن يتحقق للمكتب الإقليمي المزيد من الاستقلالية، وأشار إلى أن وضع آليات لتيسير الاشتراكات التي تخص الأقاليم من شأنها ضمان الاعتماد على التمويل الإقليمي.

أكَّد المدير الإقليمي على أهمية هذه القضية التي ينبغي أن تناقشها جميع اللجان الإقليمية. وسلَّط الضوء على أهمية الوجود الإقليمي في الاجتماع المقبل للحوار حول التمويل في نهاية تشرين الثاني/نوفمبر 2013، وأعرب عن أمله في مشاركة رفيعة المستوى من جانب وزارات الصحة والوكالات الإنمائية في الإقليم. ونوَّه معاليه أن إقليم شرق المتوسط هو الإقليم الأوحد من بين أقاليم المنظمة الست الذي طالب بزيادة الاشتراكات المُقدَّرة، وفي الوقت ذاته تعتبر الاشتراكات التي يدفعها الإقليم هي الأقل إذ لا تتجاوز 10% من الميزانية الإقليمية. كما أن مساهمات الدول الأعضاء والوكالات الإنمائية في الإقليم لميزانية المنظمة غير كافية. وأوضح أن زيادة هذه الاشتراكات هي إحدى السُبُل الجيدة حتى يكون للإقليم صوت مسموع في المناقشات الدائرة حول السياسات العالمية وما يتعلق بها من قرارات.

مرّة أخرى أكَّد المدير العام المساعد أن 52% من موارد المنظمة مصدرها الدول في شكل اشتراكات مُقدَّرة ومساهمات طوعية، بينما تساهم الأطراف من غير الدول بالنسبة المتبقية وقدرها 48%. ويقدم 10 مساهمين 60% تقريباً من موارد المنظمة، ويوفر المساهمون العشرون الأوائل 80% من الموارد. ولفت الانتباه أن من بين المساهمين العشرين الأوائل أحد عشر طرفاً من الأطراف غير الدول. وأشار إلى نموذج النرويج كواحدة من بين الدول الخمس الأولى الأكثر إسهاماً على الرغم من الانخفاض الشديد في ما تدفعه من اشتراكات مُقدَّرة. ونوَّه بفكرة الاشتراكات المُقدَّرة "التكميلية"، والتي يتم الترويج لها باعتبارها إحدى السُبُل أمام البلدان لدفع اشتراكات طوعية، مما يُمثِّل خطوة أولى ممكنة على الطريق نحو زيادة الاشتراكات المُقدَّرة.

2.6 الصحة في خطة التنمية بعد عام 2015

البند 6 (د) من جدول الأعمال، الوثيقة ش م/ل إ 7/60

قدَّمَت الدكتور ماري بول كيني، مساعدة المديرة العامة للنظم الصحية والابتكار، هذا البند من جدول الأعمال، وقالت إن قوة الأهداف العالمية قد تم التعبير عنها بوضوح في المرامي الإنمائية للألفية، حيث شكّلت ملامح التنمية

الدولية، وأثّرت على المجالات التي سترتكز فيها الموارد والاهتمام السياسي في المستقبل. وعلى مدار العام الماضي شاركت الأمم المتحدة في مشاورات على نحو غير مسبوق على المستويات القُطرية، والإقليمية، والعالمية، بُغْيَة تحديد الإطار العام لخطة التنمية بعد عام 2015. وقد شاركت منظمة الصحة العالمية، وشركاؤها بنشاط في جميع عمليات التشاور الحالية. إن عملية وضع إطار لمجموعة جديدة من مرامي التنمية العالمية قد بلغت نهاية مرحلتها الأولى، وتوجت بتنظيم الفعالية الخاصة في الدورة الثامنة والستين للجمعية العامة للأمم المتحدة التي انعقدت في أيلول/سبتمبر. وقد وضعت الوثيقة التي خرجت عن هذه الفعالية، الأساس لخارطة الطريق التي ستسير عليها العملية في المستقبل. وسيعقد رئيس الجمعية العامة فعاليات أخرى على مدار العام القادم لتيسير التحضيرات لخطة التنمية لما بعد عام 2015، وسيقوم الأمين العام للأمم المتحدة بإعداد مجموعة كاملة من المدخلات المتاحة وعرض تقرير قبل نهاية عام 2014. وستتوج المرحلة الأولى من العمل بين الحكومات بعقد اجتماع قمة لرؤساء الدول والحكومات في أيلول/سبتمبر 2015 من أجل إقرار خطة التنمية لما بعد عام 2015. وشدَّدت الدكتورة كيني على التحدِّي المتمثل في تحديد المرامي الصحية العالمية في مواجهة الأولويات المتعددة، والتفاوت الكبير بين احتياجات البلدان وسياقاتها. وفي ختام عرضها قالت إن موقف المنظمة يقوم على اعتبار التغطية الصحية الشاملة وسيلة وغاية مطلوبة في حد ذاتها، إذ قدمت طريقة لدمج النطاق العريض من القضايا الصحية في إطار عمل واحد، ممكن تعديله كي يتناسب مع احتياجات مختلف البلدان، كما قدمت منطلقاً لنهج قائم على الحقوق، وستواصل منظمة الصحة العالمية سعيها لاستخدام المؤشرات الصحية كوسيلة لقياس التقدُّم المحرَز في مجال التنمية المستدامة.

المناقشات

لخّص ممثل مصر بعض المتطلبات التي ترى مصر ضرورة مراعاتها لتحقيق خطة التنمية لما بعد 2015: بما فيها صحة الأسرة وخفض معدلات وفيات الأمهات وحديثي الولادة، وخفض عبء الإصابة بالأمراض غير السارية (خاصة ارتفاع ضغط الدم والسكّري)، وخفض معدلات الإصابة والوفيات بسبب حوادث الطرق، وسلامة الماء والغذاء، والتغطية الصحية الشاملة بالخدمات الصحية الأساسية، وتغطية الأطفال بالتطعيمات الروتينية، وصحة المراهقين والشباب.

وأكّد معالي وزير الصحة في البحرين أن الأهداف الصحية وفقاً لخطة التنمية لما بعد 2015 أصبحت واسعة النطاق، وهو ما يتطلب إدراج الأمراض غير السارية كهدف مستقل، أو كعنصر أساسي يندرج تحت المرامي الصحية الأخرى. كما شدد على أهمية إدراج التغطية الصحية الشاملة ضمن خطة التنمية لما بعد 2015، بما يكفل الحصول على الخدمات الصحية والإنصاف في مجال الصحة.

وقال ممثل جمهورية إيران الإسلامية إنه على الرغم مما أسهمت به المرامي الإنمائية للألفية المرتبطة بالصحة من تحسن كبير في مجال الصحة في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، فإنها ساعدت، نوعاً ما في تشتت الأساليب التنموية التي تتبناها البلدان. وأكّد على ضرورة وضع إطار عمل واضح تستند إليه خطة التنمية لما بعد 2015 من أجل تحقيق تنمية مستدامة، من أجل وضع مثل هذا الإطار لتحديد دور الصحة في التنمية وبيان سُبُل تطبيق العمل المتعدد القطاعات بفعالية. وأضاف أن خطة التنمية لما بعد 2015 سوف تشجِّع على تبنّي النهج الشامل للحكومة ككل، وركز على ضرورة أن تتضمن جميع المرامي الواردة في خطة التنمية أهدافاً صحية ملموسة وطموحة وقابلة للقياس.

وقال ممثل باكستان إن بلاده تنظر إلى خطة التنمية لما بعد 2015 على أنها مجال للتداول والنقاش بما يعود بالنفع على الأجيال القادمة. وأعلن أن باكستان تعكف في الوقت الراهن على إعداد خطتها الصحية للسنوات الخمس المقبلة. وأكد على ضرورة التركيز على تحقيق الأهداف الحالية للمرامي الإنمائية للتنمية والمدرجة في خطة التنمية لما بعد 2015، مع الحاجة إلى النظر في إدراج موضوعات أخرى مثل الأمراض غير السارية، والمحددات الاجتماعية للصحة، والتغطية الصحية الشاملة. وشدد على أهمية حشد الموارد بما يضمن الحصول على التمويل المستدام لمجابهة الزيادة في التكاليف الصحية، وانكماش الميزانيات.

وأعرب ممثل أفغانستان عن أسفه لعدم تمكن بعض بلدان الإقليم، ومنها أفغانستان، من تحقيق أهداف المرامي الإنمائية للألفية بحلول 2015. وذكر أن أفغانستان يعطي الأولوية لتحقيق هذه الأهداف مع توسيع نطاق الخدمات الصحية التي تركز على الشباب وكبار السن. وحث منظمة الصحة العالمية على أن تعمل مع الدول الأعضاء على إدراج الصحة في جميع السياسات وصولاً إلى تحقيق أهداف الصحة ومرامي التنمية المستدامة.

وأوضح ممثل السودان أن المرامي الإنمائية للألفية قد أتاحت للعالم فرصة جيدة للاتفاق على أولويات محددة. وقال إنه على الرغم من التقدُّم الذي حققه السودان وبعض بلدان الإقليم في تحقيق المرامي الإنمائية للألفية المرتبطة بالصحة، هناك الكثير من التحدّيات والدروس المستفادة أهمها أن المنهجية العمودية المتبعة في التدخلات لم تساهم كثيراً في تقوية النظم الصحية الوطنية، بل ساهمت في تقويضها. كما أن الدعم الدولي المقدَّم إلى البلدان لم يكن متناسباً مع احتياجاتها. وأشار إلى مشاركة السودان في مؤتمر بتسوانا حول الصحة في خطة أعمال التنمية بعد 2015 كممثل للإقليم. ونوّه بالحاجة إلى حشد المزيد من الموارد حتى يتمكن المزيد من البلدان من بلوغ المرامي الإنمائية للألفية المرتبطة بالصحة في الفترة المتبقية حتى 2015، وأكد على ضرورة التركيز على الصحة كأساس للتنمية وعلى المحددات الاجتماعية للصحة. وأشار إلى ضرورة إعطاء أولوية كبيرة لبناء القدرات في مجال التأهب للطوارئ والاستجابة لمقتضياتها.

وقال ممثل تونس إنه مقتنع بأن القصور في السياسات الصحية المتصلة بعملية التخطيط الواقعي كان يكتنفها نوع من القصور مما أدى إلى ظهور ثغرات بين السياسات والتوقعات العامة. وقد شرعت تونس في عملية يشارك فيها جميع الجهات المعنية، والجهات الاجتماعية الفاعلة لتقييم الحالة، وتحديد الأسئلة الواجب طرحها، وخيارات الإصلاح للنظر فيها. وقد انتهت مرحلة التشخيص الأولى، وسيعقبها مزيد من المراجعات والمسوحات. وشدد على أهمية تخطيط السياسة الصحية على أساس نهج تشاركي.

وأكد ممثل التحالف الدولي لمنظمات المرضى على الحاجة إلى إدراج الأمراض غير السارية في خطة أعمال التنمية لما بعد 2015، وعبر عن ترحيب التحالف بمواصلة الجهود المبذولة لتنفيذ الإعلان السياسي للأمم المتحدة، كما حث البلدان في الإقليم على التأكد من إشراك المجتمع المدني بشكل قوي، ولاسيما المنظمات المعنية بالمرضى، في تنفيذ إطار العمل الإقليمي. ودعا البلدان كذلك إلى تطبيق آليات راسخة للتمويل للمحافظة على الزَخَم الحالي، وبما يضمَن تمكين البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل من تحقيق الأهداف المتوخّاة من إطار العمل الإقليمي. واختتم مداخلته بتوجيه نداء إلى جميع سياسات الرعاية الصحية وبرامجها واستراتيجياتها حتى تركز على الرعاية الصحية التي تركز على المرضى.

وأكّد ممثل المغرب على ضرورة حثّ الدول الأعضاء على الالتزام بتبنّي إطار عمل لما بعد 2015 يستند على التنمية الاقتصادية والاجتماعية (بما في ذلك الصحة)، والاستدامة البيئية، والسلم والأمن في سياق احترام حقوق الإنسان والمساواة. وقال إن إعداد خارطة طريق هو أمر حتمي من أجل تحديد مجموعة جديدة من الأهداف. كما نوه بأهمية المحددات الاجتماعية للصحة. ودعا إلى الأخذ بعين الاعتبار أن الصحة عنصر أساسي من عناصر التنمية المستدامة، وأن الغاية هي تحسين الصحة في كل مراحل الحياة. وأكد على ضرورة تسريع وتيرة تحقيق برنامج عمل المرامي الإنمائية للألفية، وأن التغطية الصحية الشاملة هي الوسيلة لتحقيق هذه الغايات، بل هي غاية في حدّ ذاتها.

وقالت ممثلة المنظمة الدولية لمكافحة مرض ألزهايمر أن عدد الأفراد الذين يعانون من الخرف يقدر حالياً بحوالي 36 مليون فرد في العالم، ومن المتوقع أن يتضاعف هذا العدد في السنوات العشرين المقبلة. ولفتت الانتباه إلى تقرير صدر حديثاً في أيلول/سبتمبر 2013 جاء فيه أن الخرَف يمثّل 50% من احتياجات الرعاية الصحية لكبار السن، ومن ثمَّ فإنه يؤثّر تأثيراً بالغاً على الأنظمة الاجتماعية والصحية، وهذا التأثير آخذ في الزيادة. ونوهت أنه على الرغم من اعتراف الإعلان السياسي للأمم المتحدة بمرض ألزهايمر كمصدر هام من مصادر الإصابة بالمرض الذي يسهم في العبء العالمي للأمراض غير السارية، لا يزال عدد من خطط العمل الصحية العالمية يخلو من إجراءات ملموسة للتصدّي للخرف وألزهايمر. ودَعَت إلى ضرورة أن يتوافر لمقدمي الرعاية الصحية، وممارسي الصحة العمومية، وعامة الناس معلومات دقيقة عن الخرف، وطلبت من المكتب الإقليمي توفير مثل هذه المعلومات على موقعه الإلكتروني تحت عنوان "الموضوعات الصحية".

ولَفَت ممثل المجلس الدولي لمكافحة اضطرابات عوز اليود انتباه الحضور إلى اضطرابات عَوَز اليود والتي يجب أن تتصدَر جدول أعمال الصحة العالمية لكونها السبب الرئيسي في حدوث اضطرابات نفسية يمكن توقّيها. وذكر أن إقليم شرق المتوسط لا يزال يسجِّل النسبة الأقل في مسوح اليود التي تجرى على الأطفال والحوامل، بينما يسجل النسبة الأعلى في انخفاض الكمية المتناولة من اليود في أوساط الأطفال والحوامل. وأضاف أن المجلس العالمي يعمل على دعم أهداف منظمة الصحة العالمية في أربعة مجالات رئيسية: إعداد معلومات مسنَدَة بالبيِّنات للتأكد من تناول الكمية المثلى من اليود، وتتبع التقدُّم المحرَز على المستوى الإقليمي للقضاء على اضطرابات عَوَز اليود، وتزامن الجهود الرامية إلى رصد اليود والصوديوم، وإجراء مسوحات البول لتقدير استهلاك الصوديوم.

وقال ممثل الاتحاد العالمي لرابطات طلاب الطب إن خطة التنمية لما بعد 2015 يوفر البيئة الأمثل للتأكيد على الصحة والبيئة كدُعامتَيْن مرتبطتين ومتداخلتين من دعائم التنمية المستدامة. وأشاد بما حققه الاتحاد من خطوات واسعة من خلال وضع الصحة العالمية، والتعامل مع المحددات الاجتماعية للصحة بوصفها من مجالات الدعوة والسياسات الرئيسية. ومع اقتراب الموعد النهائي لتحقيق المرامي الإنمائية للألفية علينا جميعاً أن نستعد للمساهمة بنصيب في المبادرات المستقبلية لرسم ملامح العالم على أساس المساواة. وذكر أن الاتحاد قد قرّر، في ضوء المهام الكبيرة الحالية الملقاة على عاتقه، تنظيم الدورة المقبلة لجمعيته العامة في تونس في أذار/مارس 2014 تحت شعار "الصحة بعد 2015، المشاركة بها". وفي ختام مداخلته، طلب من البلدان والخبراء المشاركة وتقديم المساعدة التقنية خلال التحضير للجمعية المقبلة.

وشكَرَت المديرة العامة المساعدة للنُظُم الصحية والابتكار، وفود الدول الأعضاء في اللجنة الإقليمية على ملاحظاتهم المستنيرة، وقالت أنها تتطلع للمستقبل لترى إسهامهم المتواصل في هذه العملية، وأكدت على التزام منظمة الصحة العالمية بمساعدة الدول الأعضاء ليكونوا القوى المحركة في رسم خطة أعمال الصحة بعد 2015.

وأشارَ المدير الإقليمي إلى أن المرحلة الأولى من العملية قد انتهت، وأن ذروتها تمثَّلت في الاجتماع الخاص الذي عُقد في أيلول/سبتمبر، أما بالنسبة للمراحل التالية والتي ستلقى قدراً ضخماً من النقاش فهو اتخاذ القرار حول إطار العمل والمرامي التي سيتم اعتمادها. وفي نهاية هذه المرحلة الأولى، فإن التأكيد كان على الوصول إلى الحد الأقصى من الصحة. وذكر أنه قد تم التركيز على التغطية الصحية الشاملة، وعلى استكمال جدول أعمال المرامي الإنمائية للألفية، وعلى الأمراض غير السارية. وأشار المدير الإقليمي إلى أن المرحلة التالية ستبدأ في نيويورك، وسيتفاوض حولها وزراء الخارجية. وكرر القول أن على وزراء الصحة أن ينسقوا مع زملائهم في الخارجية تنسيقاً وثيقاً، وأن يحيطوا ممثليهم الوطنيين علماً باستمرار، وأن يضمنوا تقديم تقارير وصفية متسقة حول إدراج الصحة في خطة أعمال التنمية بعد 2015.

وقد أشارَ المدير الإقليمي إلى التقرير العالمي حول وضع السلامة على الطرق 2013 والذي تم إطلاقه للتو، وتم إتاحته للمشاركين في اللجنة الإقليمية بلغاته الثلاث، وذكر أن التقرير يوضح رسائل متعددة للإقليم؛ وأولاها أن الوضع في الإقليم بالغ الخطورة، فالإقليم يحتل المركز الثاني من حيث ارتفاع معدلات الإصابات الناجمة عن التصادمات على الطرق، بعد الإقليم الأفريقي، وأن الاتجاه آخذ بالتزايد. ومما يزيد من القلق أن المتضررين هم من الشباب الأكثر إنتاجاً ممن تتراوح أعمارهم بين 15–44 عاماً، وفي واقع الأمر، فإن الإصابات الناجمة عن الحوادث على الطرق كانت هي القاتل الأول للشباب من 15 إلى 29 عاماً في الإقليم. أما الرسالة الثانية فكانت حول العمل الوقائي والذي يؤتي ثماره، فالاستراتيجيات والتدابير الفعَّالة موجودة. كما قال المدير الإقليمي، أن هناك أمثلة ناجحة على الإجراءات التي اتخذها بعض البلدان في الإقليم، وأشار إلى الحاجة إلى تعزيز الموارد في هذا المجال، وقال إن المكتب الإقليمي لن يتوانى عن تقديم الدعم التقني عندما يُطلب منه ذلك.

3.6 مراجعة لتنفيذ قرارات اللجنة الإقليمية 2000–2011

البند 8 من جدول الأعمال، الوثيقة ش م/ل إ 8/60، القرار ش م/ل إ 60/ق-6

عرَض الدكتور سمير بن يحمد، مدير إدارة البرامج هذا البند من جدول الأعمال ونوّه إلى أنها جزء من الاستجابة لقرار اتخذ حول عملية المراجعة والرصد بما يتماشى مع إصلاح منظمة الصحة العالمية، حيث شرعت المنظمة بمراجعة القرارات التي أصدرتها اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط خلال الفترة 2000–2011. وكان الهدف يتمثل بالتوصية بتدابير تساعد على ضمان أن تتمتع القرارات التي ستتخذها اللجنة الإقليمية في المستقبل بالانتقائية وبالملائمة وبالاستجابة للتحديات الإقليمية في الصحة العمومية، وأن تتماشى مع التوجُّهات الاستراتيجية الإقليمية 2012 – 2016 ومع عمل منظمة الصحة العالمية في نطاقها الأوسع، ومع السياق العام للمبادرات وللقرارات الكبرى في الأمم المتحدة، ومع عمل الأطراف المؤثرة والمعنية بالصحة العمومية. وقد تمت مراجعة 134 قراراً، وقامت لجنة المراجعة بتقييم التقدُّم المحرَز نحو تنفيذ الإجراءات التي أوصت بها تلك القرارات. واستناداً إلى ذلك التقييم، فقد أصدرت لجنة المراجعة توصيات حول كل قرار على حدة، تبين فيه إذا كان ذلك القرار يجب أن يظل مفعلاً، أم أن سيتم النظر في انقضاء العمل به (الأفول المشروط) أم انقضى العمل به تماماً (الأفول التام). واستنتجت لجنة المراجعة أنه رغم أن

القرارات التي صادقت عليها اللجنة الإقليمية في الفترة بين 2000 و2011 قد اتبعت التركيز الاستراتيجي الذي كان سائداً في وقتها، فإن القرارات التي ستصدرها اللجنة الإقليمية في المستقبل ينبغي أن تكون أكثر انتقائية، وأن تتّسم باتساق وبشفافية أكثر من ذي قبل، وأن تتماشى مع الأولويات الإقليمية والمساءلة عن النتائج، وهي من الأمور الهامة في إصلاح تصريف الشؤون في منظمة الصحة العالمية. كما أوصت اللجنة بإجراء المزيد من المراجعة المعمقة للقرارات، وأوصت بالنظر في اتخاذ مجموعة من الإجراءات. وقد دعا الدكتور بن يحمد اللجنة الإقليمية للنظر في إنشاء لجنة مخصصة لذلك، تتلقّى الدعم من أمانة المنظمة، وتهدف إلى إصدار توصياتها إلى اللجنة الإقليمية في دورتها الحادية والستين عام 2014 بشأن القرارات التي انقضى العمل بها تماماً.

أعرَب أعضاء اللجنة عن دعمهم لإنشاء لجنة فرعية متخصصة تنبثق عن اللجنة الإقليمية بهدف مراجعة القرارات السابقة، وتقديم التوصيات بشأن القرارات التي انقضَت تماماً ويتم إحالتها للأفول التام.

7. شؤون الميزانية والبرامج

1.7 التخطيط التنفيذي وتنفيذ الميزانية البرمجية 2014-2015، وإعداد الميزانية البرمجية 2016-2017

البند 6 (ج-i) من جدول الأعمال ش م/ل إ 5/60

ذكَر الدكتور سمير بن يحمد مدير إدارة البرامج أن عملية التخطيط التنفيذي المُنسَّقة التي تنطلق من القاعدة إلى القمة بدأ العمل بها بعد موافقة جمعية الصحة العالمية على الميزانية البرامجية 2014-2015 في أيار/مايو من هذا العام. وقال إن الأمر لم يعد يقتصر على بعثات التخطيط التنفيذي فحسب، بل تقضي المنهجية المُتَّبعة في الإقليم، وفق ما أوصَت به اللجنة الإقليمية في 2012، باتخاذ التدابير اللازمة لإطلاق حوار بين الإدارة العليا في المكتب الإقليمي وأعلى السلطات الصحية في البلدان من أجل تحديد عدد محدود من المجالات ذات الأولوية التي تندرج تحت كل فئة من الفئات التقنية الخمس استناداً إلى احتياجات البلدان. واسترشدت عملية وضع الأولويات بأمور منها الحقائق الديمغرافية للبلدان، وسياساتها وخططها الوطنية في مجال التنمية الصحية، واستراتيجيات التعاون القطري، والتوجهات الإقليمية الاستراتيجية، وبرنامج العمل العام الثاني عشر. وأضاف أن عملية وضع الأولويات، التي تجمع بين المرونة والواقعية، تهدف إلى زيادة المردود في مجال الصحة العمومية (بتخصيص موارد أكثر لعدد أقل من الأولويات على مستوى البلدان)، والاستفادة من الميزات التفضيلية التي تتمتع بها المنظمة في البلدان. ونوَّه بالنتائج المتوقعة من مراجعة عملية التخطيط التنفيذي مثل: تحسين جودة البرامج واتساقها مع الاستراتيجيات والأولويات البلدانية وزيادة آثارها، وحشد المزيد من الموارد التقنية، واقتراح إطار قوي لمتابعة وتقييم إجراءات تعيين الاستشاريين، وتعزيز القدرات التقنية للمكتب الإقليمي في المجالات ذات الأولوية العليا، وتحسين المساءلة والشفافية بفضل سلسلة النتائج الجديدة، وإدخال تحسينات على دورة وآليات المتابعة والتقييم للتقدُّم المحرَز في تنفيذ الالتزامات المتفق عليها. ودعا أعضاء اللجنة الإقليمية إلى تبادل الخبرات في مجال التخطيط التنفيذي واقتراح سُبُل تهدف إلى تحسين تقديم الخدمات ووضع التقارير خلال الثنائية 2014-2015.

المناقشات

أعربَت ممثلة البحرين عن إعجابها بالتوجُّه الجديد للتخطيط التنفيذي، وبطريقة إعداد الميزانية المُوجَّهة حسب الأولويات على المستوى الإقليمي ومستوى البلدان على حدٍ سواء. وأشارت إلى أن البرامج السابقة لم تكن تُلبِّي الأولويات الإقليمية والبلدانية رغم استنهاضها، والتركيز على الرغبات حسب طلبات بعض منسقي هذه البرامج، وهو ما أدى إلى عدم العدالة في توزيع الموارد. وأكَّدت على ضرورة أن تظهر الأولويات ضمن القرارات التي تتخذها اللجنة الإقليمية حتى يتسنّى تنفيذها.

أكَّد ممثل العراق على ضرورة وضع استراتيجية مشتركة بين منظمة الصحة العالمية من ناحية والمنظمات الأخرى والوكالات والبلدان من ناحية أخرى، وإعداد خطط مالية مسبقة، مع ضمان التعاون والتنسيق والمتابعة. وشدد على مراعاة أمور عند إعداد الميزانية البرامجية منها: تعزيز العمل باستراتيجية التعاون البلداني بما يضمن أن يكون التخطيط المالي وفقاً للأولويات واحتياجات المجتمعات في ضوء الأولويات الخمس المحددة لعمل المكتب الإقليمي. كما أكَّد على أهمية تعزيز العمل المشترك مع بقية منظمات الأمم المتحدة، وإظهار الصورة الفاعلة للمنظمة والارتقاء بقدرات

المكاتب القطرية، وأهمية تعزيز العمل بإطار عمل الأمم المتحدة للمساعدة الإنمائية، بما يضمن المشاركة في النفقات وتعزيز الجوانب التقنية للبلدان، مع تفادي الازدواجية في التنفيذ وما يترتب عليها من هدر الموارد.

أشاد ممثل قَطَر بوضوح الرؤية وبتطور عمل المكتب الإقليمي في العامين الأخيرين. واقترح إجراء تحليل مستفيض كل سنتين لكل دولة على حدة بالتنسيق مع ضابط الاتصال لمعرفة نقاط القوة والضعف بما يساعد في وضع الخطط للسنتين التاليتين. كما اقترح وضع جدول بجميع الخطط والأهداف التي تحتوي على إطار زمني، على أن يُتاح هذا الجدول على الموقع الإلكتروني لسهولة الوصول إليه.

أشاد ممثل السودان بمنهجية التخطيط الجديدة التي تتيح للدول التركيز على الأولويات لاسيَّما تلك التي تتمتع فيها المنظمة بميزات تفضيلية. وحثَّ المنظمة على الاضطلاع بدور أكبر في تشجيع الدول على التخطيط المتكامل والتحول إلى منهج الخطة الواحدة، والميزانية الواحدة بما يزيد من فاعلية الاستفادة من الموارد التقنية والبشرية والمالية، ويُعزِّز الشفافية. كما نوَّه بالحاجة إلى إطار واضح للمتابعة والتقييم، واقترح أن يغطي هذا الإطار عامين، بما يسمح بإجراء تعديلات عليه والاستفادة من الدروس المُستخلَصة.

أبدى ممثل تونس تأييد بلاده للتوجُّه الذي يُركِّز على الأولويات والنتائج. وقال إن منهجية التخطيط من القاعدة إلى القمة تستلزم المنهجية في التنفيذ والالتزام بمتابعة النتائج وفق معايير مرجعية تُعدُّ لهذا الغرض، وأكّد على أهمية التعاون مع المكتب الإقليمي والمكاتب القطرية. واعترف بصعوبة التحدي الذي يتطلب لمواجهته التنسيق والانضباط ووضوح الرؤية لدى القيادة.

من جانبه أوضح المدير الإقليمي أن طريقة وضع الميزانية قد تغيَّرت تغيراً جذرياً بدءاً من برنامج العمل العام الثاني عشر الذي حدد خمس أولويات تقنية رئيسية تتطابق مع 95% أو أكثر من أولويات البلدان في إقليم شرق المتوسط، وقد أقرَّت اللجنة الإقليمية في دورتها السابقة عام 2012 هذه الأولويات الخمس. وأشار إلى ملامح المنهجية الرئيسية والتي تعتمد على وضع ميزانية تستند على البلد المعني. ونوَّه بوجود 35 برنامجاً تعاونياً في السابق لا تتوافر لها الموارد الكافية، مما يؤثر بشكل كبير وسلبي على النتائج. وفي هذا الإطار جرى الاتفاق مع الدول الأعضاء على التركيز على 9-11 برنامجاً تعاونياً للثنائية حسب أولويات البلدان، وهو ما لا يعني بالضرورة إهمال البرامج الأخرى. ونوَّه معاليه بالمستويات الثلاثة لمنظمة الصحة العالمية، وبدور المقر الرئيسي للمنظمة، والمكاتب القطرية. وفي هذا السياق أكَّد على ضرورة تعزيز قُدُرات المكاتب القطرية بما يُؤهِّلها لتقديم الدعم التقني للبلدان وقدرتها على التصدي للأولويات في ضوء الموارد المحدودة، وهو ما يدعونا إلى إعادة النظر في الموارد البشرية والمالية بهذه المكاتب. وسلَّط الضوء على أهمية النقد الذاتي البنَّاء ووضع نظام للمتابعة والتقييم أكثر كفاءة من النظام المعمول به حالياً. وأشار إلى شكوى البعض من تدني جودة المشاورات المُقدَّمة إلى البلدان، مُنوِّهاً بضرورة الارتقاء بمستوى الاستشارات التقنية المُقدَّمة وتقييم هذه الاستشارات، وبالعمل الحالي على بناء شبكة من الاستشاريين.

أكَّد مدير إدارة البرامج على أهمية الشراكات وعلى التكامل في ما بينها، وعلى أهمية الاستفادة من الميزات التفضيلية التي تتمتع بها المنظمة في كل دولة على حدة. ووافق أن البلدان في حاجة إلى خطة صحية وطنية واحدة تحتوي على الاستراتيجيات والأولويات التي وافق عليها الجميع، وهو ما يُشكِّل الأساس الذي سوف يقوم عليه تخطيط المنظمة للتعاون مع البلدان. وأشار أنه لم تُنفَّذ حتى الآن البعثات المشتركة لمراجعة وتخطيط البرامج، إذ

تركَّزت الجهود منذ أيار/مايو على وضع أسس التخطيط التنفيذي. وأضاف أن هذه البعثات سوف تُنفَّذ في وقت لاحق خلال العام تحت قيادة موظفين رفيعي المستوى من المنظمة، والذين سوف يلتقون مع جميع أصحاب الشأن المعنيين في البلد بما يكفل تكامل الجهود استناداً إلى الميزات التفضيلية التي تتمتع بها المنظمة. وأوضح أن 80% من الموارد سوف تُخصَّص للأولويات المُحددة (بواقع أولويتين لكل فئة من الفئات التقنية المحددة)، بينما يتم الإبقاء على 20% الباقية دون تخصيصها من أجل استخدامها في الأولويات الطارئة.

8. أمور أخرى

1.8 القرارات والمقرّرات الإجرائية ذات الأهمية للإقليم التي اعتمدتها جمعية الصحة العالمية في دورتها السادسة والستين والمجلس التنفيذي في دورتيه الثانية والثلاثين بعد المئة والثالثة والثلاثين بعد المئة

البند 6 (أ) من جدول الأعمال، الوثيقة ش م/ل إ 4/60

استرعَى الدكتور أمبروجيو مانينتي الانتباه إلى القرارات التي اعتمدتها جمعية الصحة العالمية في دورتها السادسة والستين. وحثّ الدول الأعضاء على استعراض الإجراءات التي سيتَّخذها المكتب الإقليمي، وتقديم تقارير عن استجاباتها.

2.8 استعراض مسوَّدة جدول الأعمال المبدئي للمجلس التنفيذي في دورته الرابعة والثلاثين بعد المئة

البند 6 (ب) من جدول الأعمال، الوثيقة ش م/ل إ 4/60–المرفق 1

قام الدكتور زياد مميش (المملكة العربية السعودية) بعرض مسوَّدة جدول الأعمال المبدئي للمجلس التنفيذي في دورته الرابعة والثلاثين بعد المئة، وطلب التعليق عليها.

المناقشات

طالب ممثل المغرب بأن تكون هناك آلية جديدة لنقل آراء الدول الأعضاء بالإقليم للمجلس التنفيذي، مقترحاً أن يكون ذلك بعقد اجتماعات مع أعضاء المجلس، وبحث جدول الأعمال المقترح قبل انعقاد المجلس بوقت مناسب.

وأكّد مدير إدارة البرامج على أن جميع الأوراق التي تُناقش بالمجلس التنفيذي تم إطلاع الدول الأعضاء عليها مسبقاً، ووفقاً للملاحظات الواردة من الدول الأعضاء، تُعد مذكرات إحاطة لأعضاء المجلس التنفيذي الإقليمي للاستعانة بها في مداولات المجلس.

وقال المدير الإقليمي إن الدول الأعضاء سوف يُحاطون علماً بالبنود الأساسية التي سيجري مناقشتها وحثّ الدول الأعضاء على حضور اجتماعات المجلس التنفيذي بوصفه منبراً مهماً وينبغي أن يكون صوت الإقليم مسموعاً فيه.

3.8 جائزة مؤسسة الدكتور علي توفيق شوشة والبعثة الدراسية الخاصة بها

البند 10 (أ) من جدول الأعمال، الوثيقة ش م/ل إ 60/وثيقة إعلامية 10

تمَّ تقديم جائزة مؤسسة الدكتور علي توفيق شوشة لعام 2013 إلى الدكتور محمد رضا محمدي، جمهورية إيران الإسلامية، لإسهامه المتميِّز في الصحة العمومية في المنطقة الجغرافية التي خدم فيها الدكتور شوشة المنظمة.

4.8 مكان وموعد عقد الدورات المقبلة للّجنة الإقليمية

البند 11 من جدول الأعمال، الوثيقة ش م/ل إ 60/وثيقة إعلامية 12، المقرر الإجرائي 7

قررت اللجنة الإقليمية عقد دورتها الحادية والستين في تونس العاصمة، تونس، في الفترة بين 19 و22 تشرين الأول/أكتوبر 2014.

9. الجلسة الختامية

1.9 استعراض مشاريع القرارات والمقررات الإجرائية والتقرير

استعرضت اللجنة الإقليمية، في جلستها الختامية، مشاريع القرارات والمقررات الإجرائية والتقرير عن الدورة.

2.9 اعتماد القرارات والتقرير

اعتمدت اللجنة الإقليمية قرارات وتقرير دورتها الستين.

3.9 اختتام الدورة

قررت اللجنة الإقليمية إرسال برقية إلى صاحب الجلالة السلطان قابوس بن سعيد، معربة فيها عن أسمى آيات الشكر على كرم الضيافة والتسهيلات التي قُدِّمَت للّجنة الإقليمية في دورتها الستين، ومهنئة للحكومة العُمانية على دورها في مواجهة التحدّيات التي تُجابه القطاع الصحي، وعلى ما قدّمته من دعم سخي لجهود استئصال شلل الأطفال.

10. القرارات والمقررات الإجرائية

1.10 القرارات

ش م/ل إ 60/ق–1 التقرير السنوي للمدير الإقليمي لعام 2012 والتقارير المرحلية

اللجنة الإقليمية،

بعد استعراض التقرير السنوي للمدير الإقليمي حول عمل منظمة الصحة العالمية في إقليم شرق المتوسط لعام 2012[1] والتقارير المرحلية التي طلبتها اللجنة الإقليمية، والتطورات الأخيرة في الإقليم؛

وإذ تستذكر القرار ش م/ل إ 59/ق–1 الخاص بالتقرير السنوي للمدير الإقليمي لعام 2011 حول عمل منظمة الصحة العالمية في إقليم شرق المتوسط، والقرار ش م/ل إ 59/ق–5 حول الاستراتيجية الإقليمية بشأن استجابة القطاع الصحي لفيروس الإيدز 2011 – 2015، وقرارات جمعية الصحة العالمية ج ص ع 39–27، ج ص ع 41–16، ج ص ع 47–13 بشأن الاستخدام الرشيد للأدوية، والقرار ش م/ل إ 49/ق 10 بشأن مقاومة مضادات المكروبات والاستخدام الرشيد للعوامل المضادة للمكروبات، والقرار ش م/ل إ 59/ق–6 حول الإصلاح الإداري للمنظمة؛

وإذ يساورها القلق إزاء الصعوبات التي تواجهها الدول الأعضاء المتوسطة الدخل بشأن القدرة على تحمُّل تكاليف اللقاحات والوصول الآمن إليها، ولاسيَّما اللقاحات الجديدة والمحدودة الاستخدام؛

وإذ يساورها القلق أيضاً إزاء الوضع المفزع في الإقليم حيث أن 85% ممن يحتاجون إلى المعالجة بمضادات الفيروسات القهقرية المنقذة للحياة المضادة لفيروس الإيدز لا يحصلون عليها، وحيث تتزايد معدلات العدوى الجديدة بفيروس الإيدز والوفيات الناجمة عن مرض الإيدز بالرغم من انخفاضها على الصعيد العالمي؛

وإذ تلاحظ أن مقاومة مضادات المكروبات هي مشكلة متنامية في الإقليم تفرض عبئاً صحياً واقتصادياً كبيراً على الدول الأعضاء؛

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

2. **تعتمد** التقرير السنوي للمدير الإقليمي لعام 2012؛

3. **تعيد تأكيد** طلبها من الدول الأعضاء بالنظر في إمكانية زيادة مستوى الاشتراكات المقدَّرة في المنظمة من خلال العمل الجماعي في الأجهزة الرئاسية؛

4. **تحث** الدول الأعضاء على أن:

---

[1] الوثيقة: ش م/ل إ 2/60

1.4 تبادر على الفور، في حالة كونها من البلدان المتوسطة الدخل المهتمة بالأمر، بالانضمام إلى نظام الشراء المجمّع للقاحات، وبتوقيع مذكرة تفاهم مع منظمة الصحة العالمية واليونيسيف لاستكمال عملية المشاركة بنهاية عام 2014؛

2.4 تضع أهداف سنوية طموحة للارتقاء بمستوى فحوص فيروس الإيدز ومعالجته، وتتّخذ إجراءات عاجلة لتسريع وتيرة الوصول إلى المعالجة، ومن ثَمَّ إنهاء أزمة معالجة الفيروس؛

3.4 تنشئ نظاماً قوياً لترصُّد مقاومة مضادات المكروبات، بما في ذلك الترصُّد السريري والمختبري وتضمَن إنفاذ قواعد ولوائح الاستخدام الرشيد لمضادات المكروبات على جميع المستويات؛

4-4 تنطلق من الخبرة المكتسبة من عملية التخطيط التنفيذي 2014-2015 في الإقليم، والاضطلاع بدورٍ فعّالٍ في اقتراح سبل تحسين طريقة تخطيط الميزانية البرمجية من القاعدة إلى القمة 2016-2017

5.4 تؤيِّد، خلال المرحلة الأولى من عملية التخطيط للثنائية 2016-2017، تخصيص مظروف مفتوح في الميزانية للبلدان لعملية تحديد الأولويات دون إجراء أي تقسيمات فرعية حسب الفئات، على ألا يتم وضع أي ميزانية مفصلة إلا في المرحلة اللاحقة كنتيجة للتخطيط المبدئي على مستوى البلدان؛

5. تطلب إلى المدير الإقليمي أن:

1.5 يؤكِّد مع الدول الأعضاء المهتمة بالأمر التزامها بتنفيذ النظام المقترح للشراء المجمَّع للقاحات؛

2.5 يدعم الدول الأعضاء في إعداد استراتيجيات وأساليب لتقديم الخدمة وتنفيذها بُغْيَة المسارعة بزيادة نسبة التغطية بمعالجة فيروس الإيدز وفقاً لتوصيات المنظمة وبرنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الإيدز في التقرير الإقليمي الخاص بتسريع وتيرة معالجة فيروس الإيدز؛

3.5 يشجع التخطيط المنسّق والمرتكز على البلد المعني للثنائية 2016 – 2017 والذي يضم مجموعات المنظمة الثلاث جميعها، وفق مبدأ نقل السلطة إلى المستويات الأقل؛

4.5 يُسهم في تحسين دورة التخطيط من خلال تحسين آليات رصد التقدُّم المحرَز في الالتزامات المتّفق عليها وتقييمه.

ش م/ل إ 60/ق–2 التغطية الصحية الشاملة

اللجنة الإقليمية،

بعد استعراض ورقة المناقشات التقنية حول التغطية الصحية الشاملة[2]؛

وإذ تستذكر القرارين ج ص ع 9.64 ، ج ص ع 33.58 حول استدامة هياكل تمويل قطاع الصحة والتغطية الشاملة؛ والقرار ش م/ل إ 57/ق7 حول التوجهات الاستراتيجية وتكييفها لتحسين تمويل الرعاية الصحية؛ والقرار ش م/ل إ 59/ق 3 حول تقوية النُظُم الصحية؛

وإذ تدرك النهج الشامل لمنظمة الصحة العالمية إزاء التغطية الصحية الشاملة والذي يحمل بين طيّاته القيمَ والمبادئ الخاصة بالرعاية الصحية الأولية؛

وإذ تُلاحظ كلاً من التقرير الخاص بالصحة في العالم 2010 حول تمويل النُظُم الصحية: الطريق إلى تحقيق التغطية الشاملة، والتقرير الخاص بالصحة في العالم 2013: بحوث التغطية الصحية الشاملة؛

1. **تطلب من** الدول الأعضاء ما يلي؛

1.1 ضمان توافر الالتزام السياسي المتواصل بتحقيق التغطية الصحية الشاملة بُغْيَة ضمان حصول جميع الأفراد على الخدمات الصحية الأساسية ذات الجودة الكافية دون التعرُّض لخطر الضائقة المالية، إلى جانب تحقيق مرامي النظام الصحي؛

2.1 إعداد استراتيجيات وطنية للتمويل الصحي مسنَدَة بالبيِّنات، بحيث تدعم السعي إلى تحقيق التغطية الصحية الشاملة من خلال مباشرة العمل التحليلي والتشخيصي اللازم؛

3.1 توسيع نطاق توفير الخدمات الصحية المتكاملة التي تضع السكان في صميم اهتمامها، والتي تتعاطى مع العبء الجسيم لاعتلال الصحة، والتي ترتكز على الرعاية الصحية الأولية؛

4.1 توسيع نطاق التغطية بشكل تدريجي ليشمَل جميع فئات السكان بما في ذلك الفئات المحرومة، والفئات الريفية، ومن يعملون في القطاع غير الرسمي، وذلك من خلال إدخال ترتيبات الدفع المسبَق التي تتّسم بالمساواة، والإنصاف، والكفاءة، وتوسيع نطاقها؛

5.1 رَصْد وتقييم التقدُّم المحرَز تجاه التغطية الصحية الشاملة، والاستفادة من البيانات المصنّفة في رَصْد أوجه الإنصاف.

2. **وتطلب** إلى المدير الإقليمي ما يلي:

[2] رقم الوثيقة: ش م/ل إ 60/م ت 2

1.2 تقديم الدعم التقني اللازم لإعداد رؤية واستراتيجية وخارطة طريق خاصة بكل بلد للتحـــرُّك صَـــوْب التغطية الصحية الشاملة من خلال تبنِّي حوار شامل وفعَّال بشأن السياسات؛

2.2 بناء قدرة الدول الأعضاء لمباشرة العمل التشخيصي والتحليلي اللازم، وتيسير تبادل الخـــبرات وفـــرص التعلم المشتَرَك بُغْيَة تحقيق التغطية الصحية الشاملة؛

3.2 مساعدة الدول الأعضاء على إيجاد وحشد الموارد اللازمة للتقدُّم صَوْب التغطية الصحية الشاملة؛

4.2 إعداد إطار عمل يسمَح برَصد التغطية الصحية الشاملة وفقاً لأبعادها الثلاثة في الدول الأعضاء؛

5.2 رَصْد التقدُّم المحرَز في تحقيق التغطية الصحية الشاملة في الإقليم وتبليغ نتائجه للّجنة الإقليميـــة خـــلال عامين.

ش م/ل إ 60/ق-3 تفاقُم طارئة شلل الأطفال في إقليم شرق المتوسط

اللجنة الإقليمية،

إذ تستذكر قرار جمعية الصحة العالمية ج ص ع 65.5 بشأن تكثيف جهود المبادرة العالمية لاستئصال شلل الأطفال، الذي أعلن أن الانتهاء من استئصال شلل الأطفال هو طارئة برمجية في مجال الصحة العمومية العالمية؛

وبعد استعراض موضوع الانتشار الدولي المنذر بالخطر لفيروس شلل الأطفال البرّي كبند خاص طارئ[3] على جدول الأعمال في إقليم شرق المتوسط في الفترة من كانون الأول/ديسمبر 2012 إلى تشرين الأول/أكتوبر 2013؛

وإذ يساورها قلق عميق إثر الفاشية المستشرية لشلل الأطفال في الصومال، وتأكيد حالات إصابة جديدة بشلل الأطفال في الجمهورية العربية السورية، والبيّنات السابقة حول امتداد فيروس شلل الأطفال إلى مصر والأراضي الفلسطينية المحتلة، والسراية الخارجة عن حدود السيطرة لفيروس شلل الأطفال في أجزاء من باكستان؛

وإذْ تدرك أن جميع الدول الأعضاء تواجه حالياً مخاطر عالية جداً لمعاودة العدوى واستشراء الفاشيات بسبب التحرُّكات السكانية واسعة النطاق داخل الإقليم؛ وحدوث ثغرات في المناعة؛

1. **تعلن** الانتشار الجديد على الصعيد الدولي لفيروس شلل الأطفال البرّي حالةً طارئةً لجميع الدول الأعضاء بإقليم شرق المتوسط، وتؤكّد على حالة الطوارئ المتواصلة لفيروس شلل الأطفال المتوطّن في باكستان؛

2. **وتدعو** باكستان لتكثيف الخطوات الضرورية لضمان الوصول لجميع الأطفال وتلقيحهم، ولاسيَّما في المناطق القبلية الخاضعة للإدارة الاتحادية، بوصف ذلك ضرورة بالغة الإلحاح في سبيل منع مزيد من الانتشار على الصعيد الدولي؛

[3] وثيقة رقم: ش م/ل إ 6-11

3. **وتطلب** من الجمهورية العربية السورية والدول المجاورة تنسيق، وإن أمكن، مواءمة حملات تلقيح جماعية مكثفة باستخدام أنسب الوسائل واللقاحات لوقف هذه الفاشية الجديدة خلال ستة أشهر؛

4. **وتطلب** تعزيز التنسيق مع الإقليم الأفريقي لمنظمة الصحة العالمية لضمان مضاعفة رصد جهود استئصال الفيروس في القرن الأفريقي، والإيقاف السريع للفاشية في هذه المنطقة، ولاسيّما في الصومال، وحماية المناطق المجاورة له المعرّضة للخطر في إقليم شرق المتوسط، ولاسيّما في جيبوتي والسودان واليمن؛

5. **وتحث** جميع الدول الأعضاء على أن:

1.5 تقدم كل الدعم الممكن بما في ذلك التأييد السياسي والدعم التقني، لباكستان والصومال والجمهورية العربية السورية في عملها من أجل التفاوض بشأن سُبُل الوصول للأطفال الذين يتعذّر وصول التطعيم ضد شلل الأطفال إليهم، وترسيخ هذه السُبُل؛

2.5 تدعم الجهود المكثفة لاستئصال الفيروس في جميع أرجاء إقليم شرق المتوسط، ولاسيّما في البلدان التي تواجهه مخاطر عالية لاستقبال حالات وافدة وظهور فاشيات، ومنها جيبوتي والسودان واليمن؛

3.5 تعزِّز ترصُّد حالات الشلل الرخو الحاد وحالات شلل الأطفال المشتبهة لاكتشاف سلاسل السراية المفقودة في الإقليم وتحسين الجهود المستهدفة في حالات الطوارئ؛

4.5 توفر مزيداً من الدعم السياسي والمالي والتقني لخطط الاستجابة الإقليمية للطوارئ؛

6. تطلب إلى المدير الإقليمي أن يواصل جهوده المضنية لتسريع وتيرة جهود الاستئصال في الإقليم، ومنها حشد الموارد المالية اللازمة والدعم التقني، إلى جانب عقد اجتماع استثنائي للقيادات الصحية بالإقليم بحلول كانون الثاني/يناير 2014 على الأكثر لمراجعة الاستجابة لحالة الطوارئ في الإقليم، والتخطيط للإجراءات التصحيحية، وإحاطة الدول الأعضاء بما يلزم اتخاذه من إجراءات.

ش م/ل إ 60/ق-4 متابعة الإعلان السياسي الصادر عن الأمم المتحدة بشأن الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها

اللجنة الإقليمية،

بعد استعراض ورقة المناقشات التقنية حول تنفيذ الإعلان السياسي للأمم المتحدة بشأن الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها استناداً إلى إطار العمل الإقليمي؛[4]

وإذْ تستذكر القرار 2/66 للجمعية العامة للأمم المتحدة حول الإعلان السياسي لاجتماع الجمعية العامة الرفيع المستوى بشأن الوقاية من الأمراض غير السارية (غير المعدية) ومكافحتها، وتحديداً الفقرة 65 من المنطوق حول إجراء استعراض وتقييم شاملين في عام 2014 للتقدُّم المحرَز، وقرار اللجنة الإقليمية ش م/ل إ 59/ق2 بشأن التزامات الدول الأعضاء بتنفيذ الإعلان السياسي؛

وإذْ تقرّ بجهود المدير الإقليمي لإذكاء الوعي على الصعيدين العالمي والإقليمي بجسامة المشكلة، ولتعزيز العمل العالمي في مجابهة الأمراض غير السارية؛

وإذ تُؤكِّد اضطلاع منظومة الأمم المتحدة بمسؤولية هامة في مساعدة الحكومات في متابعة الالتزامات التي قطعتها الدول الأعضاء على نفسها في الإعلان السياسي وتنفيذها تنفيذاً كاملاً؛

1. **تحث** الدول الأعضاء على أن:

1.1 تُجري مشاورات مع المندوبين الدائمين للدول الأعضاء لدى الأمم المتحدة في نيويورك وجنيف بشأن نطاق المراجعة والتقييم الشاملين من قِبَل الجمعية العامة في عام 2014 وطرق إجرائهما وشكلهما والترتيبات التنظيمية لهما؛

2.1 تطلب إلى رئيس الجمعية العامة للأمم المتحدة، عبر القنوات الدبلوماسية الملائمة، النظر في عقد اجتماع رفيع المستوى بمشاركة رؤساء الدول والحكومات حول المراجعة والتقييم الشاملين بمناسبة عَقْد المناقشة العامة للدورة التاسعة والستين للجمعية العامة للأمم المتحدة في أيلول/سبتمبر 2014؛

3.1 تطلب إلى رئيس الجمعية العامة للأمم المتحدة النظر في تعيين مندوب دائم لدى الأمم المتحدة لإحدى دول شرق المتوسط؛ ليتولى دور أحد المُيسِّرَين الاثنين المسؤولين عن تنسيق التحضيرات للمراجعة والتقييم الشاملين عام 2014؛

2. **وتطلب** إلى المدير الإقليمي أن:

1.2 يحدِّث إطار العمل الإقليمي، كلما اقتضت الضرورة، ليتضمَّن الأدوات التي جرى إعدادها منذ الدورة التاسعة والخمسين للّجنة الإقليمية لشرق المتوسط، والأدوات التي ستُعد في المستقبل، بما في ذلك دليل للدول الأعضاء حول أدوار الوزارات المختلفة وسائر الشركاء ضمن العمل متعدد القطاعات تجاه الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها؛

2.2 ينسِّق تنسيقاً وثيقاً مع أمانة الأمم المتحدة بما يضمَن أن تُثمر المراجعة والتقييم الشاملان عن وثيقة وجيزة ذات طابع عملي؛

3.2 يدعم الدول الأعضاء في تحضيراتها للمراجعة والتقييم الشاملَين، بما في ذلك التحضيرات عبر إعداد مؤشرات العملية وعبر تيسير مشاركة مؤثرة لوزراء الصحة مع وزراء الخارجية والمندوبين الدائمين لدى الأمم المتحدة.

ش م/ل إ 60/ق–5 الاستـــراتيجية الإقليمية للصحة والبيئة 2014 – 2019

اللجنة الإقليمية،

بعد استعراض ورقة المناقشات التقنية حول الاستراتيجية الإقليمية للصحة والبيئة[5]؛

وإذْ تستذكر القرارات ج ص ع 64-24، ش م/ل إ 31/ق-12، ش م/ل إ 32/ق-14 حول المياه والإصحاح والصحة، والقرار ش م/ل إ 49/ق–8 حول الآثار الصحية للظروف البيئية، والقرارات ج ص ع 63-25، ج ص ع 59-15، ج ص ع 50-13، ج ص ع 45-32، ج ص ع-31–28، ج ص ع 30-47 حول السلامة الكيميائية وإدارة النفايات، والقرارَيْن ج ص ع 61-19، ش م/ل إ55/ق-8 حول تغيُّر المناخ والأمن الصحي؛

وإذْ تُدرك الدور القيادي لوزارات الصحة في الحوكمة، وتطبيق اللوائح، وترصُّد الصحة والبيئة، فضلاً عن دورها في تحفيز القطاعات الأخرى على القيام بالإجراءات الضرورية؛

وإذْ يساورها القلق لأن خُمس عبء الأمراض السارية، والأمراض وغير السارية، والإصابات في إقليم شرق المتوسط، يُعْزَى إلى مخاطر بيئية قابلة للتعديل؛

وإذ تُلاحِظ النتائج التي تمخَّض عنها مؤتمر الأمم المتحدة حول التنمية المستدامة (ريو+20) في عام 2012، والذي طالَب باتّخاذ إجراءات بشأن المحددات الاجتماعية والبيئية للصحة؛

1. **تعتمد** الاستراتيجية الإقليمية للصحة والبيئة 2014-2019، وإطار العمل الخاص بها في إقليم شرق المتوسط؛

2. **تطلب** من الدول الأعضاء ما يلي:

1.2 وضع خطة وطنية لتنفيذ هذه الاستراتيجية وتبنِّيها؛

2.2 إدماج الشواغل البيئية ضمن سياسات التنمية الوطنية، والسياسات والاستراتيجيات وخطط العمل الخاصة بالصحة العمومية؛

3.2 تقوية القُدرات المؤسسية في وزارات الصحة للعمل مع سائر الوزارات والقطاعات المعنية، لتضطلع بدور قيادي في تصريف الشؤون (الحوكمة)، والتنظيم، والترصُّد في مجال الصحة والبيئة؛

[5] الوثيقة ش م/ل إ60/مناقشات تقنية-1

4.2 تحفيز ومواءمة أعمال جميع الأطراف المعنية في القطاعات ذات الصلة، ومقدِّمي الخدمات المعنيِّين، من أجل حماية الصحة من المخاطر البيئية، وذلك من خلال اعتماد نهج تعاوني متعدد القطاعات.

3. **تطلب** إلى المدير الإقليمي أن:

1.3 يقدِّم الدعم التقني للدول الأعضاء، بُغْيَة مواءمة الاستراتيجية الإقليمية للصحة والبيئة وتنفيذها؛

2.3 يبني الشراكات مع منظمات الأمم المتحدة، وسائر أصحاب الشأن المعنيِّين لتسهيل تنفيذ الاستراتيجية؛

3.3 يُرصد التقدُّم الـــمُحرَز في تنفيذ هذه الاستراتيجية، وتبليغه إلى اللجنة الإقليمية كل عامين حتى عام 2019.

ش م/ل إ 60/ق-6 إنقاذ حياة الأمهات والأطفال

اللجنة الإقليمية:

بعد مناقشة الورقة التقنية حول إنقاذ حياة الأمهات والأطفال[6]،

وإذْ تستذكر قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة A/RES/55/2 حول إعلان الألفية، وقرار جمعية الصحة العالمية ج ص ع 55-19 حول إسهام المنظمة في تحقيق المرامي الإنمائية الخاصة بإعلان الأمم المتحدة للألفية؛

وإذْ يساورها القلق إزاء استمرار المستويات العالية لمعدّلات وفيات الأمهات والأطفال في الإقليم، ولاســـيّما في البلدان التي تتحمل عبئاً جسيماً وتسهم بنحو 95% من وفيات الأمهات والأطفال دون سن الخامسة؛

وإذْ ترحِّب بمبادرة المدير الإقليمي حول إنقاذ حياة الأمهات والأطفال؛

وإذْ تُدرك أهمية بذل الجهود المتضافرة بين البلدان والشركاء بشكل عاجل من أجل خفض وفيـــات الأمهـــات والأطفال:

1. **تعتمد** إعلان دبي حول إنقاذ حياة الأمهات والأطفال: معاً لمواجهة التحدِّي؛ الملحق بهذا القرار

2. **تطلب من** الدول الأعضاء ما يلي:

1.2 الوفاء بالالتزامات الواردة في إعلان دبي بُغْيَة إعطاء الأولوية لصحة الأمهات والأطفال وتعزيزها؛

2.2 ضمان التضامُن الإقليمي بهدف دعم تنفيذ خطط تسريع وتيرة التقدُّم في مجال صحة الأمهات والأطفال؛

[6] الوثيقة رقم: ش م/ل إ 3/60

3. **تحثّ** البلدان التي تتحمّل عبئاً جسيماً على تقوية الشراكة المتعددة القطاعات بُغْيَة تنفيذ خططها الوطنية لتسريع وتيرة التقدُّم، وتخصيص، قدر الإمكان، الموارد البشرية والمالية الوطنية اللازمة والعمل على حشد موارد إضافية من الجهات المانحة والشركاء ووكالات التنمية؛

تطلب إلى المدير الإقليمي أن:

1.4 يقدِّم الدعم التقني اللازم للدول الأعضاء من أجل تنفيذ خططها الوطنية لتسريع وتيرة التقدُّم في مجال صحة الأمهات والأطفال؛

2.4 يدعم الدول الأعضاء في جهودها لحشد الموارد الإضافية؛

3.4 يدعو الجهات المانحة ووكالات التنمية للاضطلاع بدورها في المساهمة في هذه المبادرة ودعمها؛

4.4 يقدِّم تقريراً سنوياً حتى عام 2015 إلى اللجنة الإقليمية حول التقدُّم المحرَز في تنفيذ الخطط الوطنية لتسريع وتيرة التقدُّم.

ش م/ل إ 60/ق–7 الاستراتيجية الإقليمية لتحسين نُظُم تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية 2014 – 2019

اللجنة الإقليمية،

بعد أن ناقَشَت الورقة التقنية الخاصة بالاستراتيجية الإقليمية لتحسين نُظُم تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية[7]؛

وإذ تستذكر القرار ش م/ل إ 59/ق–3 حول تقوية النُظُم الصحية والذي يحثّ الدول الأعضاء على تقوية النُظُم الوطنية للمعلومات الصحية، بما فيها تسجيل المواليد والوفيات وأسباب الوفاة.

وإذ تُقر أن الدعوة إلى التسجيل الشامل للأحوال المدنية قد تم إقراراها في العديد من قرارات الأمم المتحدة؛ بما فيها العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، والعهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية، والبروتوكول الاختياري للعهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية (قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة (XXI) A/RES/2200)، وإعلان الألفية(قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة A/RES/55/2)، وإعلان الأمم المتحدة للألفية A/RES/55/2، وإعلان الأمم المتحدة بشأن الحق في التنمية (A/RES/41/128)؛

[7] الوثيقة: ش م/ل إ 10/60

وإذ تستذكر توصية لجنة الأمم المتحدة المعنية بالإعلام والمساءلة في مجال صحة المرأة والطفل والتي تدعو جميع البلدان إلى اتخاذ خطوات يُعْتَد بها لإنشاء نظام لتسجيل المواليد والوفيات وأسباب الوفاة، وليكون لديها نُظُم معلومات صحية عاملة بشكل جيد بحلول عام 2015؛

وإذ تُقر أيضاً بأهمية نُظُم تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية في توفير المعلومات التي تضمَن الحق الأساسي لهوية الأفراد، والتي تدعم قطاعات التنمية البشرية بما فيها الصحة؛

وإذ تدرك أهمية التعاون بين القطاعات لدعم نُظُم تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية؛

1. **تعتمد** الاستراتيجية الإقليمية لتقوية نُظُم تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية 2014 - 2019؛

2. **تحثّ** الدول الأعضاء على إعطاء الأولوية لتقوية نظم تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية؛

3. **تطلب** من الدول الأعضاء ما يلي:

1.3 إعداد أو تعزيز استراتيجية وطنية متعددة القطاعات لتحسين نظام تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية مستندةً إلى نتائج التقييم المتعمِّق للنظام، ومسترشدة بالاستراتيجية الإقليمية؛

2.3 تقوية البنية الأساسية والقدرات بوزارة الصحة، وتطوير اللوائح والإجراءات اللازمة لضمان معايير جودة الإشهاد الطبي، وترميز أسباب الوفاة بالاعتماد على التصنيف الدولي للأمراض؛

3.3 إذكاء الوعي وحشد الدعم اللازم لنُظُم تسجيل الأحوال المدنية في المجتمع والقطاعات ذات الصلة؛

4. **تطلب إلى** المدير الإقليمي أن:

1.4 يُقدم الدعم التقني للدول الأعضاء لمساعدتها في مواءمة الاستراتيجية الإقليمية وتنفيذها من أجل تحسين نُظُم تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية؛

2.4 بناء الشرَاكات مع منظمات الأمم المتحدة وسائر أصحاب الشأن ذوي الصلة من أجل تيسير تنفيذ الاستراتيجية؛

3.4 رَصْد التقدُّم المحرَز في تنفيذ الاستراتيجية وتبليغه للّجنة الإقليمية كل عامين حتى 2019.

ش م/ل إ 60/ق–8 رَصْد الوضع الصحي والاتجاهات الصحية وأداء النُظُم الصحية

اللجنة الإقليمية،

إذ تستذكر قرار اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط في دورتها التاسعة والخمسين ش م/ل إ 59/ق–3 بشأن تقوية النُظُم الصحية، والذي حثّ الدول الأعضاء على تقوية نُظُم المعلومات الصحية الوطنية، والمناقشات حول قائمة المؤشرات المقتَرَحَة في الاجتماعات التقنية التي سبقت اللجنة الإقليمية؛

وإذْ تقرّ بأهمية نُظُم المعلومات الصحية القوية في تقديم المعلومات الموثوقة لعمليتَيْ صنع القرار ورسم السياسات؛

وإذ تدرك الحاجة إلى التصدّي للثغرات والتحدّيات في نُظُم المعلومات الصحية الوطنية ودور المنظمة الرائد في تقديم الدعم التقني؛

7. **تطلب** من الدول الأعضاء مراجعة القائمة المقترحة بالمؤشرات الأساسية، واقتراح مؤشرات اختيارية لكل بلد على حدة؛

8. **وتدعو** الدول الأعضاء إلى:

1.2 إعداد أو تعزيز خطة وطنية لتحسين نُظُم المعلومات الصحية الوطنية، متضمنةً الالتزام بتوفير الكوادر البشرية والمالية الكافية؛

2.2 إنشاء مرصَد صحي وطني لتقوية نشر المعلومات والبيِّنات عن البلدان والاستفادة منها؛

3.2 إضفاء الطابع المؤسسي على المسوح السكانية والتي تجري على المرافق من أجل تحسين إنتاج بيانات موثوقة.

3. وتطلب إلى المدير الإقليمي أن:

1.3 يقدِّم الدعم التقني إلى الدول الأعضاء لوضع الخطط الوطنية الرامية إلى تقوية نُظُم المعلومات الصحية الوطنية؛

2.3 يَعقد اجتماعاً يضُم أصحاب الشأن الوطنيين خلال النصف الأول من العام 2014 لمناقشة القائمة النهائية للمؤشرات واعتمادها.

2.10 المقررات الإجرائية

المقرر الإجرائي (1) **انتخاب هيئة المكتب**

انتخبت اللجنة الإقليمية هيئة مكتبها على النحو التالي:

الرئيس	: معالي الدكتور أحمد بن محمد بن عبيد السعيدي	(عُمان)
النائب الأول للرئيس	: معالي الدكتور سيد حسن غازي زاده هاشمي	(جمهورية إيران الإسلامية)
النائب الثاني للرئيس	: معالي الدكتور أحمد قاسم العنسي	(اليمن)

وانتُخب الدكتور بدر الدين بشير النجار (ليبيا) رئيساً للمناقشات التقنية.

وبناءً على اقتـــراح رئيس الدورة، قرَّرت اللجنة تشكيل لجنة الصياغة من الأعضاء التالية أسماؤهم:

الدكتورة مريم الجلاهمة	(البحرين)
الدكتور بيجان صدري زاده	(جمهورية إيران الإسلامية)
الدكتور قيس صالح الدويري	(الكويت)
السيد جيلالي حازم	(المغرب)
الدكتور سعيد بن حارب اللمكي	(عُمان)
الدكتور محمد يحيى سعيدي	(المملكة العربية السعودية)
الدكتور عماد عزت	(مصر)
الدكتور سمير بن يحمد	(المكتب الإقليمي لشرق المتوسط)
السيد راؤول توماس	(المكتب الإقليمي لشرق المتوسط)
الدكتور جواد محجور	(المكتب الإقليمي لشرق المتوسط)
الدكتور ثمين صدّيقي	(المكتب الإقليمي لشرق المتوسط)
السيدة إليزابيث جين نيكولسون	(المكتب الإقليمي لشرق المتوسط)

المقرر الإجرائي (2) إقرار جدول الأعمال

أقرَّت اللجنة الإقليمية جدول أعمال دورتها الستين، مع إضافة بند لها يتعلّق بشلل الأطفال.

المقرر الإجرائي (3) لجنة وثائق التفويض

وفقاً للنظام الداخلي للجنة الإقليمية لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، اجتمعت لجنة وثائق التفويض المؤلَّفة من هيئة مكتب اللجنة بتاريخ 29 تشرين الأول/أكتوبر 2013 لمراجعة وثائق التفويض التي قدمتها الدول الأعضاء. وقد أقرت اللجنة الإقليمية، بناءً على تقرير رئيس لجنة وثائق التفويض، بصحة وثائق التفويض الخاصة بالوفود الآتية: الأردن، أفغانستان، الإمارات العربية المتحدة، باكستان، البحرين، تونس، جمهورية إيران الإسلامية، الجمهورية العربية السورية، الجمهورية اليمنية، جيبوتي، السودان، الصومال، العراق، عُمان، فلسطين، قطر، الكويت، لبنان، ليبيا، مصر، المغرب، المملكة العربية السعودية.

المقرر الإجرائي (4) منح جائزة دولة الكويت لمكافحة السرطان، والأمراض القلبية الوعائية، والسكَّري في إقليم شرق المتوسط

قرَّرت اللجنة الإقليمية منح جائزة دولة الكويت لمكافحة السرطان والأمراض القلبية الوعائية، والسكّري في إقليم شرق المتوسط، إلى الدكتور خالد الصالح (الكويت) وذلك بناءً على توصية لجنة مؤسسة جائزة دولة الكويت

لمكافحة السرطان والأمراض القلبية الوعائية في إقليم شرق المتوسط، وتُمنح الجائزة خلال الدورة الحادية والستين للجنة الإقليمية عام 2014.

المقرر الإجرائي (5) جائزة أبحاث متلازمة داون

قررت اللجنة الإقليمية بناء على توصيات مؤسسة جائزة أبحاث متلازمة داون حجب الجائزة هذا العام، وتدعو للتقدم بترشيحات لجائزة عام 2014، على الرغم من أن الترشيحات لجائزة أبحاث متلازمة داون يُدْعى لها عادة مرة كل عامين.

المقرر الإجرائي (6) انقضاء قرارات اللجنة الإقليمية

قررت اللجنة الإقليمية، أخذاً بعين الاعتبار التقارير حول الإصلاحات في مجال تصريف الشؤون الواردة ضمن الوثيقة (م ت 5/132 إضافة 6) والوثيقة (الجمعية العامة للأمم المتحدة A 4/66)، وبعد نظرها في التقرير المقدَّم من الأمانة (ش م/ل إ 60/وثيقةإعلامية 8)، تشكيل لجنة فرعية خاصة منبثقة عن اللجنة الإقليمية وتتلقى الدعم من الأمانة لمراجعة القرارات السابقة للّجنة، وتضع توصياتها فيما يتعلق القرارات التي ينبغي أن ينقضي العمل بها، على أن تقدم اللجنة الفرعية توصياتها، مسترشدة بالعمل التحضيري للأمانة، إلى اللجنة الإقليمية في دورتها الحادية والستين لاعتمادها.

المقرر الإجرائي (7) مكان وموعد عقد الدورات المقبلة للّجنة الإقليمية

قررت اللجنة الإقليمية عقد دورتها الحادية والستين في تونس العاصمة، تونس، في الفترة من 19 إلى 22 تشرين الأول/أكتوبر 2014.

المرفق 1

جدول الأعمال

1. افتـــتاح الدورة	
(أ) انتخاب هيئة المكتب	
(ب) إقرار جدول الأعمال	ش م/ل إ1/60 – تنقيح 5
2. التقرير السنوي للمدير الإقليمي لسنة 2012	ش م/ل إ2/60
3. تقارير مرحلية حول:	
(أ) استئصال شلل الأطفال: التبعات الإقليمية لاستراتيجية المرحلة النهائية	ش م/ل إ60/وثيقة إعلامية 1
الإجراءات العاجلة للتصدّي لطارئة شلل الأطفال المتفاقمة التي تهدد الآن جميع الدول الأعضاء في إقليم شرق المتوسط	ش م/ ل إ 11/60
(ب) مبادرة التحرُّر من التبغ	ش م/ل إ60/وثيقة إعلامية 2
(ج) بلوغ المرامي الإنمائية للألفية المتعلقة بالصحة، والمرامي الصحية العالمية بعد عام 2015	ش م/ل إ60/وثيقة إعلامية 3
(د) تقوية النُظَم الصحية: التحدّيات، والأولويات، وخيارات العمل في المستقبل	ش م/ل إ60/وثيقة إعلامية 4
(هـــ) تنفيذ اللوائح الصحية الدولية (2005)	ش م/ل إ60/وثيقة إعلامية 5
(و) تحديث المعلومات حول الطوارئ وأثر الأزمة السورية على النظم الصحية في البلدان المجاورة	ش م/ل إ60/وثيقة إعلامية 6
(ز) السلامة على الطرق	ش م/ل إ60/وثيقة إعلامية 7
4. المناقشات التقنية:	
(أ) الاستراتيجية الإقليمية للصحة والبيئة	ش م/ل إ60/مناقشات تقنية 1
(ب) التحرُّك نحو التغطية الصحية الشاملة: التحدّيات، والفُرَص، وخارطة الطريق	ش م/ل إ60/مناقشات تقنية 2
5. الورقات التقنية:	
(أ) إنقاذ حياة الأمهات والأطفال	ش م/ل إ3/60
(ب) الاستراتيجية الإقليمية لتحسين نظم تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية	ش م/ل إ10/60
6. جمعية الصحة العالمية والمجلس التنفيذي	

(أ) القرارات والمقررات الإجرائية ذات الأهمية للإقليم التي اعتمدتها جمعية الصحة العالمية في دورتها السادسة والستين والمجلس التنفيذي في دورتَيْه الثانية والثلاثين بعد المئة، والثالثة والثلاثين بعد المئة — ش م/ل إ4/60

(ب) استعراض مسوَّدة جدول الأعمال المبدئي للمجلس التنفيذي في دورته الرابعة والثلاثين بعد المئة — ش م/ل إ4/60- الملحق 1

(ج) إصلاح منظمة الصحة العالمية:

(I) التخطيط التنفيذي وتنفيذ الميزانية البرنامجية 2014-2015 وإعداد الميزانية البرنامجية 2016-2017 — ش م/ل إ5/60

(II) تقرير حول إطلاق الحوار الخاص بتمويل منظمة الصحة العالمية — ش م/ل إ6/60

(د) الصحة في خطة التنمية بعد عام 2015 — ش م/ل إ7/60

(هـ) اللوائح الصحية الدولية (2005): معايير التمديدات الإضافية — ش م/ل إ8/60

7. تنفيذ الإعلان السياسي للأمم المتحدة المعني بالوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها استناداً إلى إطار العمل الإقليمي — ش م/ل إ9/60

8. مراجعة لتنفيذ قرارات اللجنة الإقليمية 2000-2011 — ش م/ل إ60/وثيقة إعلامية 8

9. تقرير الاجتماع الأول للّجنة الاستشارية التقنية للمدير الإقليمي — ش م/ل إ60/وثيقة إعلامية 9

10. جوائز العام 2013

(أ) جائزة مؤسسة الدكتور علي توفيق شوشة والبعثة الدراسية الخاصة بها — ش م/ل إ60/وثيقة إعلامية 10

(ب) جائزة دولة الكويت لمكافحة السرطان، والأمراض القلبية الوعائية، والسكري في إقليم شرق المتوسط — ش م/ل إ60/وثيقة إعلامية 11

11. مكان وموعد عقد الدورات المقبلة للّجنة الإقليمية — ش م/ل إ60/وثيقة إعلامية 12

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

ممثل الدولة — **سعادة الدكتور أحمد جان نعيم**
نائب وزير الصحة للسياسات والتخطيط
وزارة الصحة العمومية
كابُل

المناوب — الدكتور إمال لطيف
مستشار وزير الصحة العمومية
وزارة الصحة العمومية
كابُل

ممثل المنظمة — الدكتور ريتشارد بيبركورن

البحرين

ممثل الدولة — **معالي السيد صديق بن عبد الكريم الشهابي**
وزير الصحة
وزارة الصحة
المنامة

المناوب — الدكتورة مريم الجلاهمة
وكيل الوزارة المساعد للرعاية الأولية والصحة العامة
وزارة الصحة
المنامة

المستشارون

السيد عبد العزيز محمد الراشد الرفاعي
مدير العلاقات العامة والدولية
وزارة الصحة
المنامة

الدكتورة مريم الهاجري
وزارة الصحة
المنامة

الدكتورة جميلة سلمان
وزارة الصحة
المنامة

جيبوتي

ممثل الدولة

معالي الدكتور قاسم إسحاق عثمان
وزير الصحة
وزارة الصحة
جيبوتي

المناوب

الدكتور محمد مهيوب حاتم
مستشار فني
وزارة الصحة
جيبوتي

المستشار

السيد مهاد إبراهيم حسن
مدير الدراسات والتخطيط والتعاون الدولي
وزارة الصحة
جيبوتي

ممثل المنظمة

الدكتورة رايانا بو حقة

مصر

ممثل الدولة

معالي الدكتورة مها الربّاط
وزيرة الصحة والسكان
وزارة الصحة والسكان
القاهرة

المناوب
الدكتور وحيد دوس
عميد المعهد القومي للكبد وطب المناطق المدارية
وزارة الصحة والسكان
القاهرة

المستشارون
الدكتور عماد عزت
وكيل الوزارة للرعاية الصحية الأولية والتمريض
وزارة الصحة والسكان
القاهرة

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

الدكتورة علا محمد أحمد عبد المجيد خير الله
ضابطة الاتصال للأمراض غير السارية
وزارة الصحة والسكان
القاهرة

ممثل المنظمة
الدكتور هندريك بيكيدام

جمهورية إيران الإسلامية

ممثل الدولة
معالي الدكتور سيد حسن غازي زاده هاشمي
وزير الصحة والتعليم الطبي
وزارة الصحة والتعليم الطبي
طهران

المناوب
الدكتور علي أكبر سالياري
نائب وزير الصحة للصحة العمومية
وزارة الصحة والتعليم الطبي
طهران

المستشارون
الدكتور محسن أسدي لاري
المدير العام للشؤون الدولية
وزارة الصحة والتعليم الطبي
طهران

الدكتور محمد حسين نيكنام
مستشار أول لوزير الصحة لشؤون العلاقات الدولية
وزارة الصحة والتعليم الطبي
طهران

الدكتور بيجان صدري زاده
مستشار نائب وزير الصحة للصحة العمومية والشؤون الدولية
وزارة الصحة والتعليم الطبي
طهران

الدكتور محمد رضا محمدي
رئيس مركز البحوث النفسية والطب النفسي
جامعة طهران للعلوم الطبية والخدمات الصحية
طهران

عضو في البرلمان الإيراني

ممثل المنظمة — الدكتورة جيهان فرح طويلة

العراق

ممثل الدولة — **معالي الدكتور ستّار جابر السدِّي**
نائب وزير الصحة (للشؤون التقنية)
وزارة الصحة
بغداد

المناوب — الدكتور محمد جابر الطائي
مستشار المدير العام للصحة العمومية وضابط الاتصال
وزارة الصحة
بغداد

ممثل المنظمة — الدكتور سيد جعفر حسين

الأردن

ممثل الدولة **معالي الدكتور علي حياصات**
وزير الصحة
وزارة الصحة
عمَّان

المناوب الدكتور محمد بسام أحمد قاسم
مدير إدارة الرعاية الصحية الأولية
وزارة الصحة
عمَّان

المستشار السيد مصطفى إبراهيم عبد الله قاسم
مدير إدارة العلاقات العامة والدولية
وزارة الصحة
عمَّان

ممثل المنظمة الدكتور أكرم التوم

الكويت

ممثل الدولة **سموّ الشيخ محمد عبد الله المبارك الصباح**
وزير الصحة ووزير الدولة لشؤون مجلس الوزراء
وزارة الصحة
وزارة الصحة
الكويت

المناوب الدكتور خالد السهلاوي
وكيل وزارة الصحة
وزارة الصحة
الكويت

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

الدكتور فيصل الغانم
مدير إدارة طب الطوارئ
وزارة الصحة
الكويت

الدكتورة رحاب عبد الله الوطيان
مديرة الإدارة المركزية للرعاية الصحية الأولية
وزارة الصحة
الكويت

الدكتور سعود الدرعة
مدير إدارة التخطيط
وزارة الصحة
الكويت

الدكتور محمود عبد الهادي
مستشار
وزارة الصحة
الكويت

السيد فيصل الدوسري
مدير العلاقات العامة
وزارة الصحة
الكويت

لبنان

ممثل الدولة **معالي الأستاذ علي حسن خليل**
وزير الصحة العامة
وزارة الصحة العامة
بيروت

المناوب الدكتورة لينا عويدات
مستشارة معالي وزير الصحة العامة
وزارة الصحة العامة
بيروت

المستشار
الدكتور محمد أبو حيدر
مستشار معالي وزير الصحة العامة
وزارة الصحة العامة
بيروت

ممثل المنظمة
الدكتور حسن البُشرى

ليبيا

ممثل الدولة
معالي الدكتور نور الدين دغمان
وزير الصحة
وزارة الصحة
طرابلس

المناوب
الدكتور حسين عبد الله
وكيل وزارة الصحة
وزارة الصحة
طرابلس

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

السيد محمد إبراهيم صالح داجاني
مدير إدارة المعلومات والوثائق
وزارة الصحة
طرابلس

الدكتور خالد الطالب
مدير مكتب التعاون الدولي
وزارة الصحة
طرابلس

السيد عبد الباسط الكواش
منسق شؤون المنظمات الدولية
وزارة الصحة
طرابلس

ممثل المنظمة الدكتور جان جبور

المغرب

ممثل الدولة **السيد جيلالي حازم**
مدير التخطيط والموارد المالية
وزارة الصحة
الرباط

المناوب البروفيسور عبد الرحمن المعروفي
مدير الوبائيات ومكافحة والأمراض
وزارة الصحة
الرباط

المستشارون الدكتور أحمد بوداق
مدير مديرية المستشفيات والرعاية المتنقلة
وزارة الصحة
الرباط

ممثل المنظمة الدكتور إيف سوتييراند

عُمان

ممثل الدولة **معالي الدكتور أحمد بن محمد بن عبيد السعيدي**
وزير الصحة
وزارة الصحة
مسقط

المناوب الدكتور علي بن طالب بن علي الهنائي
وكيل وزارة الصحة لشؤون التخطيط
وزارة الصحة
عُمان

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

الدكتور سعيد بن حارب اللمكي
مدير عام الشؤون الصحية بالإنابة
وزارة الصحة
مسقط

الدكتورة عائشة بنت سالم الغالاني
المديرة العامة للتخطيط
وزارة الصحة
مسقط

الدكتور محمد بن سعيد بن سالم اليزيدي
اختصاصي ومدير مديرية صحة البيئة والصحة المهنية بالإنابة
وزارة الصحة
مسقط

السيدة مجيدة بنت صابر البلوشي
مديرة شؤون خدمات التأهيل في المستشفيات
وزارة الصحة
مسقط

ممثل المنظمة — الدكتور عبد الله صالح الصاعدي

باكستان

الدكتور أسد حافظ

ممثل الدولة — مدير تنفيذي
أكاديمية الخدمات الصحية
إسلام آباد

المناوب — الدكتورة راجا مصطفى حيدر
نائب أمين التنسيق والتنمية الدولية
وزارة خدمات الصحة الوطنية
إسلام آباد

ممثل المنظمة — الدكتور نعمة سعيد عابد (بالإنابة)

فلسطين

ممثل الدولة **معالي الدكتور جواد عواد**
وزير الصحة
وزارة الصحة
نابلس

المناوب الدكتور أسعد رملاوي
نائب وزير الصحة المساعد للشؤون الصحية
وزارة الصحة
نابلس

مدير مكتب المنظمة الدكتور محمود الظاهر

قطر

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

المناوب الدكتور صالح على المرِّي
مساعد الأمين العام للشؤون الطبية
المجلس الأعلى للصحة
الدوحة

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

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

السيد عبد الله محمد الشيب
رئيس قسم شؤون المرضى
المجلس الأعلى للصحة
الدوحة

المملكة العربية السعودية

ممثل الدولة **معالي الدكتور عبد الله بن عبد العزيز الربيعة**
وزير الصحة
وزارة الصحة
الرياض

المناوب الدكتور زياد ميمش
وكيل الوزارة للصحة العامة
وزارة الصحة
الرياض

المستشارون الدكتورة عفاف الشمري
المشرفة العامة على العلاقات الدولية
وزارة الصحة
الرياض

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

السيد إبراهيم بن عيادة العنازي
سكرتير معالي الوزير
وزارة الصحة
الرياض

الدكتور محمد الصاعدي
مدير عام، الأمراض المزمنة
وزارة الصحة
الرياض

الدكتور أحمد حسن القرني
الإعلام والعلاقات العامة
مكتب الوزير
وزارة الصحة
الرياض

السيد محمد إبراهيم الحيدر
الإعلام والعلاقات العامة
مكتب الوزير
وزارة الصحة
الرياض

السيد محمد علي عسيري
الإعلام والعلاقات العامة
مكتب الوزير
وزارة الصحة
الرياض

ممثل المنظمة الدكتور مصطفى طيان

الصومال

ممثل الدولة **معالي الدكتورة ماريان قاسم أحمد**
وزيرة التنمية البشرية والخدمات العامة
وزارة التنمية البشرية والخدمات العامة
مقديشو

المناوبون الدكتور علي عبد الله ورسمي
وزير الصحة
وزارة الصحة
بونتلاند

السيد سليبان عيسى أحمد
وزير الصحة
وزارة الصحة
صوماليلاند

الدكتور عبدي عوض إبراهيم
مستشار مقيم
وزارة الصحة
مقديشو

السيد طارق عبدي نصير بيهي
مدير مكتب معالي الوزير
وزارة الصحة
مقديشو

ممثل المنظمة الدكتور غلام رباني بوبال

السودان

ممثل الدولة **الدكتور طلال الفاضل مهدي**
المدير العام
الرعاية الصحية الأولية
وزارة الصحة الاتحادية
الخرطوم

المناوب الدكتور عبد الله سيد أحمد عثمان
مستشار في وزارة الصحة الاتحادية
وزارة الصحة الاتحادية
الخرطوم

المستشارون الدكتور عماد الدين أحمد محمد إسماعيل
مدير العلاقات الخارجية والصحة الدولية
وزارة الصحة الاتحادية
الخرطوم

الدكتورة حياة خوجلي
مديرة إدارة الوبائيات والأمراض الحيوانية المصدر
وزارة الصحة الاتحادية
الخرطوم

ممثل المنظمة الدكتور أنشو بانرجي

الجمهورية العربية السورية

ممثل الدولة **معالي الدكتور سعد النايف**
وزير الصحة
وزارة الصحة
دمشق

المناوب الدكتور أحمد عبود
مدير الرعاية الصحية الأولية
وزارة الصحة
دمشق

المستشار السيد يحيى بوظو
وزارة الصحة
دمشق

ممثل المنظمة الدكتورة إليزابيث هوف (بالإنابة)

تونس

ممثل الدولة **معالي الدكتور عبد اللطيف مكي**
وزير الصحة
وزارة الصحة
تونس

المناوب السيدة روضة بن مرزوق
المديرة العامة للخدمات العامة
وزارة الصحة
تونس

المستشارون الدكتور خالد عزابي
مكتب الوزير
وزارة الصحة
تونس

السيدة نجية حرقم
مديرة إدارة التعاون التقني
وزارة الصحة
تونس

الدكتور حسن بن سالم
مدير الدراسات والتخطيط
وزارة الصحة
تونس

الدكتور عفيف بن صالح
مدير الرعاية الصحية الأولية
وزارة الصحة
تونس

السيدة نسرين بوجنوي
صيدلانية، اللقاحات والتلقيح
الصيدلية المركزية في تونس
وزارة الصحة
تونس

ممثل المنظمة الدكتور جيدو سباتينيللي

الإمارات العربية المتحدة

ممثل الدولة **معالي السيد عبد الرحمن بن محمد العويس**
وزير الصحة
وزارة الصحة
أبوظبي

المناوب الدكتور محمد سالم الألمع
وكيل وزارة الصحة
وزارة الصحة
أبوظبي

المستشارون

الدكتور يوسف السركال
وكيل وزارة الصحة المساعد لشؤون المستشفيات
وزارة الصحة
أبوظبي

السيد ناصر خليفة البدور
مدير إدارة دبي الطبية
ورئيس مكتب معالي السيد الوزير
وزارة الصحة
أبوظبي

الجمهورية اليمنية

ممثل الدولة

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

المناوب

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

ممثل المنظمة

الدكتور أحمد فرح شادول

2. المراقبون

(المراقبون من الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية

من خارج إقليم شرق المتوسط)

جمهورية جنوب السودان

الدكتور لول بوات رياك
المدير العام لإدارة الصحة الدولية والتنسيق
جوبا

الدكتور ريشارد لينو لورو لاكو
وزارة الصحة
جوبا

(المراقبون الممثلون لمنظمات الأمم المتحدة)

منظمة الأمم المتحدة للأغذية والزراعة «الفاو»

السيد الزين م. المزامل
ممثل الفاو في عُمان
مسقط

الوكالة الدولية للطاقة الذرية

السيد ريثي شين
برنامج عمل مكتب برنامج علاج السرطان
قسم العلوم والتطبيقات النووية
فيينا

مركز بحوث التنمية الدولية

الدكتور بروس كوري-ألدر
المدير الإقليمي
مركز بحوث التنمية الدولية
القاهرة

البنك الدولي

الدكتور إينس بارس
مدير قطاع الصحة والتغذية والسكان
إدارة التنمية البشرية
إقليم شرق المتوسط وشمال أفريقيا
البنك الدولي
واشنطن

برنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الإيدز والعدوى بفيروسه

الدكتورة يامينا شكار
المدير الإقليمي للبرنامج للشرق الأوسط وشمال أفريقيا
القاهرة

السيد إيريك لامونتانييه
المستشار الإقليمي للبرنامج في مجال الاستثمار والكفاءة
القاهرة

منظمة الأمم المتحدة للطفولة «اليونيسف»

السيد رودولف شوينك
رئيس قسم خدمات الشراء
دائرة الإمداد في اليونيسف
كوبنهاجن

السيد فيليب كالباكسيس
اختصاصي العقود
دائرة الإمداد في اليونيسف
كوبنهاجن

السيد اغسطينو مويزي
رئيس برنامج نماء الأطفال والبقاء على قيد الحياة
مكتب اليونيسف
صنعاء

الدكتور خلدون الأسعد
مسؤول الصحة
اليونيسف
دمشق

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
عمَّان

صندوق الأمم المتحدة للسكان

السيد آسر طوسون
الممثل الإقليمي
المكتب دون الإقليمي
مسقط

المنظمة العالمية للأرصاد الجوية

السيد خالد خميس الجهوري
المدير المساعد
مكتب التوقعات المركزي
إدارة الأرصاد
مسقط

الصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا

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

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

السيدة جمانة العطواني
مديرة الملفات المالية في الصندوق
فريق العمل المعني بالشرق الأوسط وشمال أفريقيا
الصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا
جنيف

التحالف العالمي من أجل اللقاحات والتمنيع

السيدة هيلن إيفانز
نائبة المدير التنفيذي
التحالف العالمي من أجل اللقاحات والتمنيع
جنيف

الدكتورة هند الخطيب
التحالف العالمي من أجل اللقاحات والتمنيع
جنيف

السيدة آن كرونين
التحالف العالمي من أجل اللقاحات والتمنيع
جنيف

بنك التنمية الأفريقي

الدكتور فينج زهاو
مدير القسم الصحي
بنك التنمية الأفريقي
تونس

جامعة الدول العربية

السيدة ليلى فهمي نجم
الوزيرة المفوضة
مديرة إدارة الصحة والمساعدات الإنسانية
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 الشرّاح
الأمين العام المساعد
مركز تعريب العلوم الصحية
الكويت

الشركة العربية لصناعة الأدوية والأجهزة الطبية

الأستاذ الدكتور مختار شهاب الدين
المدير العام
الشركة العربية لصناعة الأدوية والأجهزة الطبية
عمّان

الاتحاد العربي للمنظمات غير الحكومية للوقاية من الإدمان

الدكتور أحمد جمال ماضي أبو العزايم
رئيس الاتحاد العربي للمنظمات غير الحكومية للوقاية من الإدمان
القاهرة

اتحاد الأطباء العرب

الدكتور أسامة رسلان محمد
الأمين العام
اتحاد الأطباء العرب
القاهرة

مركز الجالية العربية للخدمات الاقتصادية والاجتماعية (أكسس)

الدكتور عدنان حماد
مدير مركز الجالية العربية للخدمات الاقتصادية والاجتماعية
ميتشغن

اتحاد الصيادلة العرب

الدكتور محمد شريف نايف عبابنه
اتحاد الصيادلة العرب
عمَّان

المنظمة الدولية لمكافحة مرض ألزهايمر

الدكتورة ياسمين راشد
المنظمة الدولية لمكافحة مرض ألزهايمر
لاهور

السيدة دايان منصور
المنظمة الدولية لمكافحة مرض ألزهايمر
بيروت

مجلس الخدمات الصحية / المملكة العربية السعودية

الدكتور يعقوب المزروع
الأمين العام
مجلس الخدمات الصحية
الرياض

الاتحاد الخليجي لمكافحة السرطان

الدكتور خالد أحمد الصالح
الأمين العام
الاتحاد الخليجي لمكافحة السرطان
الكويت

المنظمة الإسلامية للتربية والعلوم والثقافة «الإيسيسكو»

الدكتور عبيد سيف الهاجري
مدير مكتب المنظمة الإسلامية للتربية والعلوم والثقافة بالشارقة
الشارقة

إمباكت – إقليم شرق المتوسط

صاحب السموّ الملكي الأمير عبد العزيز بن أحمد آل سعود
رئيس مجلس إمباكت
إمباكت إقليم شرق المتوسط
الرياض

الوكالة الدولية لمكافحة العمى

الدكتور عبد العزيز الراجحي
المدير التنفيذي المشارك في الوكالة الدولية
لمكافحة العمى – إقليم شرق المتوسط
الرياض

المجلس الدولي لمكافحة اضطرابات عوز اليود

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

التحالف الدولي لمنظمات المرضى

الدكتور سيد حسين جفري
عضو المجلس الرئاسي في التحالف الدولي لمنظمات المرضى
لاهور

السيد سعيد الخرازي
التحالف الدولي لمنظمات المرضى
الرباط

الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر

السيد محمد بابكر
الممثل الإقليمي
الخليج ورئيس الوفد من عمَّان
عمَّان

الاتحاد العالمي لرابطات طلاب الطب

السيد محمد عرفاوي
ممثل الاتحاد العالمي لجمعيات طلاب الطب
تونس

السيد إسكندر إسافي
مسؤول الصحة العمومية المحلي - والتدريب
تونس

تحالف الاتفاقية الإطارية بشأن مكافحة التبغ

الدكتور هاني الجهماني
المدير الإقليمي
تحالف الاتفاقية الإطارية بشأن مكافحة التبغ
القاهرة

مينتور العربية لوقاية الأطفال والشباب من المخدرات

السيدة لبنى عزالدين
المديرة التنفيذية
مينتور العربية
بيروت

السيدة ثريا إسماعيل
نائبة المديرة التنفيذية
مديرة المشروعات والبرامج
مينتور العربية
بيروت

رابطة الحد من المخاطر في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا

السيد إيلي عراج
المدير التنفيذي
رابطة الحد من المخاطر في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا
بيروت

مؤسسة الروتاري/الروتاري الدولية

السيد عبدالرؤوف رحيله
رئيس لجنة الروتاري لإقليم شرق المتوسط للمكافحة المعزَّزة لشلل الأطفال
بيشاور

مؤسسة همدارد

الأستاذ الدكتور حكيم عبد الحنان
عميد كلية الطب الشرقي
جامعة همدارد
كراتشي

الدكتورة ماهنيم منير أحمد
مديرة مختبر همدارد (الوقفي)
مؤسسة همدارد، باكستان
كراتشي

السيدة فاطمة الزهراء منير أحمد
مديرة مختبر همدارد (الوقفي)
مؤسسة همدارد، باكستان
كراتشي

الرابطة الدولية للطبيبات

الأستاذة الدكتورة شفيقة نصير
المنسقة الوطنية
للرابطة الدولية للطبيبات
القاهرة

الدكتورة ميرفت الرافعي
الرابطة الدولية للطبيبات
القاهرة

الاتحاد العالمي لتعليم الطب

الدكتور إبراهيم العلوان
رئيس
جمعية تعليم الطب في إقليم شرق المتوسط
الرياض

التحالف العالمي لمكافحة الالتهاب الكبدي

السيد تشارلز جور
التحالف العالمي لمكافحة الالتهاب الكبدي
لندن

الدكتورة آمال مختار محمد متولي
رئيس قسم البحوث في طب المجتمع
عضو إقليمي في التحالف
القاهرة

المنظمة العالمية لأطباء الأسرة

الدكتور محمد طراونة
رئيس المنظمة العالمية لأطباء الأسرة بإقليم شرق المتوسط
عمَّان

الدكتور عريب الصمادي
مدير فريق الرعاية الصحية الأولية
تقوية النظم الصحية
المنظمة العالمية لأطباء الأسرة
عمَّان

الأستاذة الدكتورة تغريد فرحات
رئيسة الجمعية المصرية لطب الأسرة
عضو المجلس التنفيذي بالمنظمة العالمية لأطباء الأسرة بإقليم شرق المتوسط
المنوفية/مصر

الصندوق السعودي للتنمية

الأستاذ ناصر بن كريدي السبعي
الصندوق السعودي للتنمية
الرياض

الاتحاد من أجل المكافحة الدولية للسرطان

الدكتور مارك كيلر
عضو الشبكة العالمية
الاتحاد من أجل المكافحة الدولية للسرطان
جنيف

الضيوف/المتحدثون/المراقبون الآخرون

صاحبة السمو الملكي الأميرة منى الحسين
والوفد المرافق لسموّها:

- الدكتورة رويدة المعايطة: مستشارة الشؤون الصحية
- السيدة دعد شوكة: مستشارة شؤون التمريض
- السيدة منتهى غرايبة: الأمينة العامة للمجلس الأردني للتمريض
- الدكتور ممدوح خير: أمين مكتب صاحبة السموّ الملكي الأميرة منى الحسين
- السيد رامي خطيب: ضابط الأمن

الدكتور حسين الجزائري

الأستاذ الدكتور أوتو كارز

الدكتور ألان لوبيز

الدكتور ريتشارد هورتون

الأستاذ الدكتور ممدوح جبر

الدكتور نيلز دوولير (بمصاحبة السيدة ليندا هوفمان)

الدكتور حسين مالك أفضلي

الدكتور أحمد منديل

المرفق 3

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

إلى

الدورة الستين للّجنة الإقليمية لشرق المتوسط

مسقط، سلطنة عُمان، 27 - 30 تشرين الأول/أكتوبر 2013

أصحابَ السموِّ الملكيِّ، معالي الرئيس، أصحابَ المعالي، السيداتُ والسادة،

إنَّهُ لَمِنْ دواعي سروري أنْ أُرَحِّبَ بكمُ اليومَ في الدورةِ الستينَ للّجنةِ الإقليميةِ.

وأَوَدُّ في البداية أنْ أُعرِب عنْ تقديري لمُضيفِنا صاحبِ السموِّ هيثم بن طارق آل سعيد، وزيرِ التراث والثقافة، ولحكومة عُمان، على الدعوة الكريمة وعلى حُسنِ الضيافة لكلٍّ من أتى اليوم للمشاركة باجتماعات اللجنة الإقليمية. وأَوَدُّ هنا أن أُثنِيَ على الإنجازات العظيمة التي حقَّقَتْها عُمان في مجال الصحة على مدى العقود القليلة الماضية، منْ خلالِ التزامِها المتواصل بالتنمية البشرية والاجتماعية، وتَوَخِّي الدقةَ في التخطيط. ويُعَدُّ التعاون المتميز بين منظمة الصحة العالمية وعُمان نموذجاً نهدف إلى بلوغه مع جميعِ الدولِ الأعضاء، ولا أملك سوى أن أبعث بتحيةٍ خاصةٍ لعُمان على هذا الإنجازِ الرائع.

كما أَوَدُّ أن أتوجَّه بالشكرِ لصاحبة السموِّ الملكيِّ، الأميرة منى الحسين، على تشريفِنا بالحضورِ اليوم، ومخاطبة اللجنة الإقليمية. واسمحي لي، يا صاحبة السموِّ الملكيِّ، بهذه المناسبة، أن أُعْرِب عن تقديرِنا لدعمِكُم المتواصل لبرامج منظمة الصحة العالمية، ولمبادراتِها، على الصعيد الإقليميِّ وعلى الصعيد العالميِّ، ولتفانيكُم في خدمة قضية القُوى العاملة الصحية ولاسيَّما العاملين والعاملات بالتمريضِ والقبالة.

السيداتُ والسادة،

سوف نستعرض معكم، خلال اجتماعات الدورة الستين للّجنة الإقليمية، ما أنجزناه سوياً حتى الآن على مدارِ العامِ المنصرم. وستكون الاجتماعات فرصةً جيدةً لنلتمس منكُم الإرشاد والنصح حول المزيد ممّا نحتاج إلى القيام به، والمجالات التي يتعيّن علينا تركيز الجهود عليها، ومواصلة الحوار بشأن ما يتعين علينا القيام به سوياً من أجل تحسين

الصحة العمومية في إقليمنا. ولقد وضَعْت بين أيديكم في العام الماضي الأولويات الاستراتيجية للإقليم، خلال فترة ولايتي، إلى جانبِ الاتجاهات الاستراتيجية الرئيسية التي قررتم اعتمادَها. وكان ذلك ثمار المشاورات المهمّة، والمشاركة الفعَّالة، من جانبكم أنتم؛ ومن جانبِ الدولِ الأعضاء، ولقد حرصنا أن تنعكس هذه الأولويات والاتجاهات على كلِّ ما نقوم به من أعمالٍ. وبالفعل، فإنَّ التقرير السنويَّ الذي سوف أعرضُه غداً على سيادتِكُم، يُسَلِّط الضوء على ما حَقَّقناه في هذه المجالات على مدارِ العامِ الماضي.

ولقد نَفَّذَت أمانة المنظمة جدول أعمال حافلاً في كلِّ مجالٍ من المجالات الاستراتيجية ذات الأولوية، ولاسيَّما في مجالِ تقوية النُظُمِ الصحية، وهو من المجالات التي تحظى باهتمامِ كلِّ دولةٍ من دولِ الإقليم.

وهناك أيضاً زخمٌ عالميٌّ متنامٍ حول مفهومِ التغطيةِ الصحية الشاملة. فماذا نعني بهذا المصطلحِ؟ إنه في الأساسِ طريقةٌ لضمان حصولِ جميعِ الناسِ على الرعاية الصحية التي يحتاجونها بمستوىً مقبولٍ من الجودة ووقتما يحتاجُونها، بدون الوقوعِ في ضائقةٍ ماليةٍ. وهناك الكثير من المسارات التي يمكن من خلالها بلوغ التغطية الصحية الشاملة، ولكن لا يوجد مجالٌ للشكِّ في أنَّ الالتزام بالتغطية الصحية الشاملة هو الهدف الأساسي لكل الأنظمة الصحية.

ويتضح هذا الأمر على وجه الخصوصِ في مجالِ صحة الأمهات والأطفال. فرغم الإنجازات الهامة التي حقَقها العديد من بلدان الإقليم، لايزال هناك عددٌ من البلدان التي تتحمل عبئاً ثقيلاً لوفياتِ الأمهات والأطفال. ففي العامِ الماضي عملنا مع هذهِ البلدان على إعدادِ خططٍ لتسريع وتيرة التقدُّمِ في تحقيقِ المرمى الرابع والمرمى الخامس من المرامي الإنمائية للألفية. واسمحوا لي أنْ أثنيَ على العملِ المتميزِ الذي حَققته هذه البلدان في إعداد هذه الخطط. ومما لا شك فيه أننا سنواجه تحدياتٍ في تنفيذ هذه الخطط، سواءً في الإمداد أمْ في حشد الموارد، وعلينا أن نتصدّىَ لها.

السيداتُ والسادة،

إنَّ أمنَنا الصحيَّ الشامل مسألةٌ ذات أهميةٍ قصوى لنا جميعاً، وتُعَدُّ اللوائح الصحية الدولية (2005) من الأدوات الهامة التي تساعدنا في الحفاظ على هذا الأمنِ. ففي هذه الحقبة التي تتزايد فيها فرص التجارة والسفرِ على الصعيد الدوليِّ، وتلوح في الأفقِ تهديداتٌ جديدةٌ للصحة العمومية، تتأكد لدينا أهمية اللوائحِ الصحية الدولية في حماية الأمنِ الصحيِّ في جميعِ أرجاءِ العالمِ. لذلك فمن الأهمية بمكانٍ أن تكون جميع القطاعات المعنية في كلِّ بلدٍ قادرةً على الوفاءِ بمتطلبات تنفيذ اللوائحِ بحلولِ المواعيد النهائية المقرَّرة لها.

ويُعَدُّ ظهورُ الفيروسِ التاجي (كورونا فيروس) الجديد، المُسَبِّب لمتلازمة الشرق الأوسطِ التنفسيةِ، مثالاً واضحاً على سببِ احتياجنا لتطبيقِ اللوائحِ الصحيةِ الدولية. وعلى الرغمِ منْ أنَّ الإصابةَ بالفيروسِ لمْ تُعْلَنْ كطارئةٍ في الصحة العمومية مثيرةٍ للقلقِ على الصعيدِ الدوليِّ، فإنَّ الموقفَ الصحيحَ يتطلَّبُ منَّا أنْ نواصِلَ متابعةَ الموقفِ بدقةٍ وبشفافيةٍ. ولقدْ قمْنا هذا العامَ بتنظيمِ اجتماعَيْنِ دوليَّيْنِ حولَ هذا الموضوعِ، ناقشَ خلالَهما أفضلُ الخبراءِ طيفاً منَ المسائلِ التقنيةِ. ومعَ ذلكَ لانزالُ بحاجةٍ لمعرفةِ المزيدِ عنِ الفيروسِ التاجيِّ (كورونا)، وما هيَ أفضلُ السُبُلِ لمعالجتِهِ،

ومازلْنا نحتاجُ إلى لقاحٍ فعالٍ ضده، وأؤكِّدُ على أنَّنا نعملُ بجدٍّ معَ عددٍ منَ البُلدانِ الأعضاءِ والشركاءِ على هذهِ القضيةِ، وسوفَ نستمرُّ في إطلاعِكُمْ على ما يستجدُّ في هذا الأمرِ.

واسمحوا لي، ونحنُ نتحدثُ عنِ الأمنِ الصحيِّ أنْ أهنِّئَ معالي وزيرِ الصحةِ في المملكةِ العربيةِ السعوديةِ على نجاحِ إتمامِ موسمِ الحجِّ من الناحية التنظيمية والصحية. ونحنُ جميعاً نُثمِّنَ عالياً الجهودَ الدؤوبةَ التي بذلتْها حكومةُ المملكةِ العربيةِ السعوديةِ لضمانِ صحةِ الحُجَّاجِ وسلامتِهم.

ونتحولُ إلى شللِ الأطفالِ الذي لا يزالُ يمثلُ مسألةً خطيرةً؛ فقدْ شهدِنا انخفاضاً كبيراً في عددِ حالاتِ الإصابةِ في عامِ 2013 في اثنينِ منَ البُلدانِ الموطونةِ الثلاثةِ المتبقيةِ في العالمِ، وهيَ تحديداً أفغانستان ونيجيريا، مقارنةً بعامِ 2012. إلا أنَّ هذا المستوىَ الكبيرَ منَ الانخفاضِ في عددِ الحالاتِ لَمْ نرَهُ بعدُ في باكستان. وما يبعثُ على القلقِ في هذا الأمرِ هوَ وجودُ جيوبٍ جديدةٍ للعدوىَ بفيروسِ شللِ الأطفالِ في أماكنَ جديدةٍ في الإقليمِ كانَتْ خاليةً منْ شللِ الأطفالِ، وهيَ المناطقُ التي لَمْ تستطِعْ طواقمُ التطعيمِ الوصولَ إلى الأطفالِ فيها لمدةٍ طويلةٍ. ولا شك في أن ذلك يمثِّل تهديداً صحياً متزايداً على الصعيدِ الدوليِّ. إنَّ الاستمرارَ في وجودِ الفيروسِ في هذه البلدانِ الثلاثةِ، وانتقاله مؤخراً إلى بلدانٍ أخرىَ يمثِّلُ بلا شكّ تحدياً كبيراً. ومنْ ناحيتِنا، فنحنُ نواصلُ العملَ باعتبارِ أنَّنا نواجهُ حالةَ طوارئ تهددُ دولَ العالمِ، ويجبُ أنْ يظلَّ جميعُ الدولِ الأعضاءِ على أقصىَ درجاتِ اليقظةِ والحَذَرِ.

السيداتُ والسادة،

وأتحوَّلُ بكُمْ، أصحابَ السموِّ والمعالي، إلى وباءِ الأمراضِ غيرِ الساريةِ، ولاسيَّما أمراضِ القلبِ والسكريِّ والسرطانِ، الذي يُصيبُ بلدانَ الإقليمِ ويُلحق ضرراً متزايداً بسكانها. وفي سياقِ موازٍ لتزايدِها، ترتفعُ كذلكَ الخسائرُ الاقتصاديةُ التي يتكبَّدَها الأفرادُ والأسرُ والحكوماتُ، ومنَ المؤسفِ أننا لانزالُ نركِّز في تعاطِينا مع هذهِ الأمراضِ على زاويةِ المعالجةِ فقطْ بينما لا يُبذل الجهدُ الكافي من زاويةِ الوقايةِ وزيادةِ مستوىَ الوعيِ.

ففي العامِ الماضي، اعتمدتْ لجنتُكُمُ الإقليميةُ الموقَّرةُ إطارَ العملِ الإقليميّ، بشأنِ التزاماتِ الدولِ الأعضاءِ بتنفيذِ الإعلان السياسيِّ للأممِ المتحدةِ. وقدْ اتفقتُم معَنا على الرؤيةِ وعلى خارطةِ الطريق، وأقررتُم بوجوبِ بذلِ المزيدِ منَ العملِ المكثَّفِ لتنفيذِ تدابيرَ عاليةِ المردودِ والتأثيرِ للوقايةِ منْ هذهِ الأمراض، وطلبتُم منَّا أنْ نعملَ لتوضيحَ كيفيةِ تنفيذها، ولهذا فقدْ حَفَلَ هذا العامُ بسلسلةٍ منَ الأعمالِ التي نُفِّذَتْ بالتعاونِ معكُمْ أنتمْ، الدولَ الأعضاء. وتناولتْ تلكَ الأعمالُ إعدادَ إرشاداتٍ تقنيةٍ، ويُسعدني أنْ أرى بعضَ البُلدانِ قدْ بدأَ بالفعلِ بتطبيقِ هذهِ الإرشاداتِ، ولكنَّ الطريقَ أمامَنا لايزالُ طويلاً. ولايزالُ لدينا الكثيرُ ممَّا ينبغي علينا عملُه.

ومنْ بينِ القضايا التي ستناقشونَها في هذا الأسبوعِ، أَوَدُّ أنْ أسترعيَ انتباهَ معاليكُمْ للتحدياتِ التي يواجهُهَا الإقليمُ في الصحةِ والبيئة التي تثيرُ قدراً ضخماً منَ القلقِ لدينا، إذْ تعيقُ بلوغَ المرامي الإنمائيةِ للألفيةِ والتنميةِ المستدامةِ. وإنني لأتطلعُ إلى قدرٍ منَ التوافقِ حولَ الخطواتِ التي سنخطوها في المستقبلِ في هذا المجالِ.

السيداتُ والسادة،

إنَّنا ننتمي لإقليمٍ تبدو فيهِ حالاتُ الطوارئِ وكأنَّها أصبحتْ أسلوبَ الحياةِ المعتادِ؛ فالصراعاتُ والأزماتُ الطويلةُ الأمدِ تُخلِّفُ وراءَها عواقبَ غيرَ محمودةٍ على الصحةِ، وتلتهمُ في غضونِ أشهرٍ قليلةٍ المكاسبَ الصحيةَ التي تراكمتْ إثرَ عقودٍ منَ العملِ الشاقِّ والاستثماراتِ الكبرى. وفيها، تُستهدَفُ المستشفياتُ والعاملونَ الصحيونَ كوسيلةٍ لإرهابِ السكانِ المحليينَ، فضلاً عنْ أنَّ الآثارَ الجانبيةَ لأشكالِ الحصارِ والعقوباتِ الاقتصاديةَ تحرمُ المرضى منَ الحصولِ على أدويةٍ وخدماتٍ حيويةٍ يحتاجونَ إليها منْ أجلِ البقاءِ على قيدِ الحياةِ. إن منَ الأمورِ البالغةِ الأهميةِ أنْ يُتاحَ للعاملينَ في الإغاثةِ الإنسانيةِ القيامُ بعملهمْ دونَ التهديدِ بالتعرضِ لمخاطرَ شخصيةٍ، وذلكَ وفقاً للقانونِ الدوليِّ الإنسانيِّ، كما أن منَ الأمورِ البالغةِ الأهميةِ أيضاً أنْ يُسمَحَ بالمرورِ الآمنِ لخدماتِ الرعايةِ الصحيةِ والأدويةِ والإمداداتِ المنقذةِ للحياةِ، حتى تصلَ إلى مَنْ يحتاجونَ إليها.

والآنَ لدينا وضعٌ إنسانيٌّ بالغُ الخطورةِ في الجمهوريةِ العربيةِ السوريةِ وفي الدولِ المجاورةِ لها، فتواصُلِ أعدادُ النازحينَ بالازديادِ يؤدي إلى عواقبَ وخيمةٍ على الخدماتِ الصحيةِ في جميعِ البلدانِ المعنية. وتتجلى الخطورةُ المتزايدةُ لهذا الوضعِ على كلِّ فردٍ منَّا بإمكانيةِ ظهورِ حالاتِ شللِ الأطفالِ داخلَ سوريا هذا الشهرَ، بعدما حافظتْ الجمهوريةُ العربيةُ السوريةُ على وضعِ خلوِّها منْ هذا المرضِ سنواتٍ طويلةً. ولهذا فإنني أهيبُ بكُمْ جميعا، منْ مواقعِكُمْ كوزراءَ للصحةِ، المحافظةِ على روحِ التكافُلِ والتضامُنِ التي التزمتمْ بها في العامِ الماضي، لدعمِ الرعايةِ الصحيةِ للسوريين داخلَ سوريا وخارجها. ونحنُ نعملُ معَ شركائِنا في الأممِ المتحدةِ على الوصولِ إلى منْ نَستطيعُ الوصولَ إليهِ منْ المحتاجينَ للإغاثةِ الصحيةِ الإنسانيةِ، وسنواصلُ تقويةَ ما نبذلُه منْ جهودٍ في هذا الاتجاهِ. وفي هذا الصدد، أَوَدُّ أنْ أتقدَّمَ بخالصِ الشكرِ والامتنانِ لَمنْ قدَّمَ المساعداتِ اللازمةَ للقيامِ بجهودِ الإغاثةِ، معَ توجيهِ شكرٍ خاصٍّ للدعمِ السخيِّ الذي قدمَتْهُ الكويتُ للمنظمة لتمكينها منْ تنفيذِ مساعداتٍ إنسانيةٍ صحيةٍ فعالةٍ في سوريا والبُلدانِ المجاورةِ لها.

ورغمَ ما نواجهُهُ منْ تحدياتٍ ضخمةٍ، فاسمحوا لي التوقفَ للحظةٍ أتوجَهُ فيها بالتحيةِ للعاملينَ الصحيينَ، لما أبدوهُ منْ تضحياتٍ بطوليةٍ، وإخلاصٍ في العملِ، في تقديمِ الخدماتِ الإنسانيةِ للمتضررينَ، معرضينَ حياتَهم للخطرِ.

أصحابَ المعالي، السيداتُ والسادة،

إنَّ دورتَكُمْ هذا العامَ تركِّزُ على قضايا مهمةٍ بالنسبةِ للتنميةِ الصحيةِ بالإقليمِ على المدى الطويلِ. وفي الوقتِ ذاتِهِ، ومنْ خلالِ عمليةِ إصلاحِ المنظمةِ التي تشاركونَ فيها منْ موقعِكُمْ كدولِ أعضاء، فإنَّ ملامحَ مستقبلِ المنظمةِ لايزالُ في طورِ إعادةِ رسمِهِ، تأسيساً على المطالبِ والاشتراطاتِ التي يفرضُها هذا العالَمُ المتغيِّـــرُ منْ حولِنا. إنَّني وزملائي في المنظمة، مستعدونَ لأداءِ الدورِ المنوطِ بنا، وأدعوكُمْ بدوري لمواصلةِ الإسهامِ في هذهِ العمليةِ، حتى تحصلوا على المنظمةِ بالصورةِ التي تتمنَّونَ رؤيتِها، والتي تُلَبِّي لَكُمْ احتياجاتكم.

متمنياً لكُمْ التوفيقَ والسدادَ في الدورةِ الستينَ للَّجنة الإقليمية.

المرفق 4

رسالة من الدكتورة مارغريت تشان،
المديرة العامة لمنظمة الصحة العالمية
(عبر الفيديو)

في

الدورة الستين

للّجنة الإقليمية لشرق المتوسط

مَسقط، سلطنة عُمان، 23 - 30 تشرين الأول/أكتوبر 2013

أَوَدُّ في البدء أن أتقدَّم بالشكر للحكومة العُمانية على استضافتها الدورة الستين للّجنة الإقليمية لشرق المتوسط.

لقد قَصَد الكثير من الزائرين عُمان لِما عُرف عن هذا البلد من جمال في ربوعه، ومن كرم الضيافة في أهله، كما يقصدها الكثيرون طلباً للعلم؛ ولاسيَّما من أجل التعرُّف على النظام الصحي فيه وعلى الإنجازات التي حققها.

ومن أهم الاتجاهات السائدة حالياً في الصحة العامة هو تزايد أعداد البلدان التي تضع لنفسها هدفاً محدداً هو التغطية الصحية الشاملة.

وفي ذلك تصديقاً قوياً لمدى الحاجة للإنصاف في إتاحة الوصول إلى الرعاية الصحية العالية الجودة.

فالتغطية الصحية الشاملة من أقوى عوامل تحقيق المساواة من بين جميع الخيارات المتاحة في السياسات.

والتغطية الصحية الشاملة التزام بحماية المجموعات السكانية من الإنهاك المالي الذي قد ينتج عن المصروفات التي يدفعها الناس مباشرة من جيوبهم لقاء حصولهم على الرعاية.

والتغطية الصحية الشاملة تؤكِّد على الحاجة إلى توفير نطاق شامل من الخدمات، تتضمَّن خدمات الوقاية.

ويُعتبر التأكيد على الوقاية مهماً جداً في سياق تصدِّي الإقليم للعبء المتزايد من الأمراض غير السارية.

وينصُّ الإعلان السياسي للأمم المتحدة حول الأمراض غير السارية بصراحة ووضوح على أن الوقاية يجب أن تكون بمثابة حجر الأساس للاستجابة للأمراض غير السارية على الصعيد العالمي.

وكما نَوَّه المدير الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، الدكتور علاء الدين العلوان، فإن من الضروري توفير المعلومات والقيام بالحملات الإعلامية للتصدِّي للأضرار التي ترتبط باتّباع أنماط حياة غير صحية.

إنكم ستناقشون خلال هذه الدورة جدول أعمال المرامي الإنمائية للألفية الذي لم تستكمل بنوده بعد، ولاسيَّما الحاجة لتسريع وتيرة الجهود التي تبذلونها لإنقاذ حياة الأطفال والأمهات.

كما ستمعنون النظر في الموقع الذي تحتله الصحة في جدول أعمال التنمية بعد 2015.

ومن بين القضايا ذات الصلة بالأمن الصحي، ستبحثون في التقدُّم الذي أحرزتموه في تنفيذ اللوائح الصحية الدولية في وقت أضحى فيه الإقليم مدركاً لمدى الحاجة إلى التيقُّظ مع استمرار ظهور فيروسات الكورونا الجديدة.

ولارَيْب أن شلل الأطفال يحتل قمة الهرم من اهتماماتكم في الإقليم، وإنني أهيب بكم ألا تسمحوا لمشاعر اليأس بالتسرُّب إلى قلوبكم.

ومن المؤكَّد أن الخطوات التي قام بها المدير الإقليمي لدعم البلدان التي لاتزال تعاني من سراية فيروس شلل الأطفال فيها من أجل تعزيز الحملات الإعلامية في تلك المناطق تمنح المرء شعوراً غامراً بالشجاعة والإقدام.

ولابد من أن تُسهم الحكومات ومواطنوها في إتمام العمل في استئصال شلل الأطفال وأن يقتنعوا بفوائده.

إنني أدرك أن الأوضاع الإنسانية التي تعاني منها سورية وبلدان أخرى لا تفارق أذهانكم، ولاسيَّما عندما تناقشون البند الخاص بأوضاع الطوارئ وأثر الأزمة في سورية على النُظُم الصحية في البلدان المجاورة.

والأوضاع في سورية، كما سمعتم، مروِّعة، وهي آخذةٌ بالتفاقم، حتى أن ما يقرب من نصف المستشفيات قد دُمِّرت تدميراً كاملاً أو جزئياً.

وفي ظل الظروف الراهنة، يحتاج أكثر من مليوني شخص ممن يصعب الوصول إليهم إلى مساعدات إنسانية ملحَّة وعاجلة.

وهناك مليونان آخران من السوريين قد تركوا بلدهم طلباً لملاذ آمن في لبنان والأردن وتركيا والعراق ومصر؛ مما يؤدِّي إلى تزايد متواصل في الأعباء التي تتحملها النظم الصحية والاقتصادية للبلدان المجاورة.

وفي مطلع هذا الشهر، وافق مجلس الأمن في الأمم المتحدة، وبالإجماع، على الطلب العاجل من جميع الأطراف بالسماح للمساعدات الإنسانية بالوصول إلى جميع أرجاء سورية، من أجل إيصال المساعدات الإنسانية التي تمسُّ حاجة الناس إليها.

ومنظمة الصحة العالمية على أهبة الاستعداد للقيام بدورها في تقديم المساعدات الصحية.

أتمنَّى لكم دورة إقليمية ناجحة ومثمرة.

شكراً لكم.

المرفق 5

القائمة النهائية لوثائق اللجنة الإقليمية وقراراتها ومقرراتها الإجرائية

1. وثائق اللجنة الإقليمية

ش م/ل إ 1/60 - تنقيح 5	جدول الأعمال
ش م/ل إ 2/60	التقرير السنوي للمدير الإقليمي لسنة 2012
ش م/ل إ 3/60	إنقاذ حياة الأمهات والأطفال
ش م/ل إ 4/60	القرارات والمقررات الإجرائية ذات الأهمية للإقليم التي اعتمدتها جمعية الصحة العالمية في دورتها السادسة والستين والمجلس التنفيذي في دورتَيْه الثانية والثلاثين بعد المئة، والثالثة والثلاثين بعد المئة
ش م/ل إ 4/60- الملحق 1	استعراض مسوَّدة جدول الأعمال المبدئي للمجلس التنفيذي في دورته الرابعة والثلاثين بعد المئة
	إصلاح منظمة الصحة العالمية:
ش م/ل إ 5/60	التخطيط التنفيذي وتنفيذ الميزانية البرنامجية 2014-2015 وإعداد الميزانية البرنامجية 2016-2017
ش م/ل إ 6/60	تقرير حول إطلاق الحوار الخاص بتمويل منظمة الصحة العالمية
ش م/ل إ 7/60	الصحة في خطة التنمية بعد عام 2015
ش م/ل إ 8/60	اللوائح الصحية الدولية (2005): معايير التمديدات الإضافية
ش م/ل إ 9/60	تنفيذ الإعلان السياسي للأمم المتحدة المعني بالوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها استناداً إلى إطار العمل الإقليمي
ش م/ل إ 10/60	الاستراتيجية الإقليمية لتحسين نظم تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية
ش م/ل إ 11/60	الإجراءات العاجلة للتصدِّي لطارئة شلل الأطفال المتفاقمة التي باتت الآن تُهدد جميع الدول الأعضاء في إقليم شرق المتوسط
ش م/ل إ 60/مناقشات تقنية 1	الاستراتيجية الإقليمية للصحة والبيئة
ش م/ل إ 60/مناقشات تقنية 2	التحرُّك نحو التغطية الصحية الشاملة: التحدّيات، والفُرَص، وخارطة الطريق
ش م/ل إ 60/وثيقة إعلامية 1	تقرير مرحلي حول استئصال شلل الأطفال: التبعات الإقليمية لاستراتيجية المرحلة النهائية
ش م/ل إ 60/وثيقة إعلامية 2	تقرير مرحلي حول مبادرة التحرُّر من التبغ
ش م/ل إ 60/وثيقة إعلامية 3	تقرير مرحلي حول بلوغ المرامي الإنمائية للألفية المتعلقة بالصحة، والمرامي الصحية العالمية بعد عام 2015
ش م/ل إ 60/وثيقة إعلامية 4	تقرير مرحلي حول تقوية النُظَم الصحية: التحدّيات، والأولويات، وخيارات العمل في المستقبل
ش م/ل إ 60/وثيقة إعلامية 5	تقرير مرحلي حول تنفيذ اللوائح الصحية الدولية (2005)
ش م/ل إ 60/وثيقة إعلامية 6	تقرير مرحلي حول تحديث المعلومات حول الطوارئ وأثر الأزمة السورية على

النظم الصحية في البلدان المجاورة

ش م/ل إ60/وثيقة إعلامية 7 تقرير مرحلي حول السلامة على الطرق

ش م/ل إ 60/وثيقة إعلامية 8 مراجعة لتنفيذ قرارات اللجنة الإقليمية 2000–2011

ش م/ل إ 60/وثيقة إعلامية 9 تقرير الاجتماع الأول للّجنة الاستشارية التقنية للمدير الإقليمي

ش م/ل إ 60/وثيقة إعلامية 10 جائزة مؤسسة الدكتور علي توفيق شوشة والبعثة الدراسية الخاصة بها

ش م/ل إ 60/وثيقة إعلامية 11 جائزة دولة الكويت لمكافحة السرطان، والأمراض القلبية الوعائية، والسكري في إقليم شرق المتوسط

ش م/ل إ 60/وثيقة إعلامية 12 مكان وموعد عقد الدورات المقبلة للّجنة الإقليمية

2. القرارات

ش م/ل إ 60/ق–1 التقرير السنوي للمدير الإقليمي لعام 2012 والتقارير المرحلية

ش م/ل إ 60/ق–2 التغطية الصحية الشاملة

ش م/ل إ 60/ق–3 تفاقَم طارئة شلل الأطفال في إقليم شرق المتوسط

ش م/ل إ 60/ق–4 متابعة الإعلان السياسي الصادر عن الأمم المتحدة بشأن الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها

ش م/ل إ 60/ق–5 الاستـــراتيجية الإقليمية للصحة والبيئة 2014 – 2019

ش م/ل إ 60/ق–6 إنقاذ حياة الأمهات والأطفال

ش م/ل إ 60/ق–7 الاستراتيجية الإقليمية لتحسين نُظَم تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية 2014 – 2019

ش م/ل إ 60/ق–8 رَصْد الوضع الصحي والاتجاهات الصحية وأداء النُظَم الصحية

3. المقررات الإجرائية

المقرر الإجرائي (1) انتخاب هيئة المكتب

المقرر الإجرائي (2) إقرار جدول الأعمال

المقرر الإجرائي (3) لجنة وثائق التفويض

المقرر الإجرائي (4) منح جائزة دولة الكويت لمكافحة السرطان، والأمراض القلبية الوعائية، والسكّري في إقليم شرق المتوسط

المقرر الإجرائي (5) جائزة أبحاث متلازمة داون

المقرر الإجرائي (6) انقضاء قرارات اللجنة الإقليمية

المقرر الإجرائي (7) مكان وموعد عقد الدورات المقبلة للّجنة الإقليمية

المرفق 6

ملحق القرار ش م/ل إ 60/ق-6، إعلان دبي، 30 كانون الثاني/يناير 2013، إنقاذ حياة الأمهات والأطفال: معاً لمواجهة التحدّي

تسريع وتيرة التقدُّم المحرَزصَوْب بلوغ المرمى 4 والمرمى 5 من المرامي الإنمائية للألفية في إقليم شرق المتوسط

نحن؛ وزراء الصحة والممثلون للبلدان في إقليم شرق المتوسط، والممثلون لوكالات الأمم المتحدةوللمؤسسات الوطنية والإقليمية والدولية الذين شاركنا في *الاجتماع الرفيع المستوى حول إنقاذ حياة الأمهات والأطفال: معاً لمواجهة التحدّي*.

نضع باعتبارنا أن الإتاحة الشاملة للرعاية الصحية الأولية العالية الجودة هي حق من حقوق الإنسان، نصّ عليها إعلان ألما-آتا عام 1978؛ وفي نفس الوقت

نستذكر أن تحسين صحة الأمهات والمراهقين والأطفال أمر أساسي من أجل بلوغ المرامي الإنمائية، **وننوّه إلى** أنه يحتل مكانة مركزية في العديد من الاتفاقات والاستراتيجيات الدولية، ومنها الاستراتيجية العالمية للأمم المتحدة حول صحة المرأة والطفل. والالتزام العالمي بالمحافظة على حياة الأطفال – تجديد العهد، واللجنة المعنية بالمعلومات والمساءلة حول صحة النساء والأطفال.

ندرك بأن ما يقرب من مليون نسمة من الأمهات والأطفال يموتون في بلداننا كل عام بأسباب يمكن في معظم الأحيان تجنبها.

ونلاحظ أن بعض البلدان في إقليم شرق المتوسط تواجه تحديات حاسمة في مجال تحسين أحوال الأمهات والأطفال والمراهقين، ولاسيَّما في البلدان التي تعاني من أزمات اجتماعية وإنسانية، **وندرك** جوانب انعدام المساواة المتزايدة الاتساع في وصول المجموعات السكانية الأكثر تأثراً بالمخاطر إلى الخدمات الاجتماعية، وفي توزيع الموارد بين بلدٍ وآخر وضمن كل بلد، **ونستلهم** العديد من الأمثلة على النجاح في الإقليم وفي العالم.

ونعيد التأكيد على التزاماتنا السابقة التي تهدف إلى تحسين صحة أمهاتنا وأطفالنا والمراهقين في بلداننا، وإلى التنمية الاجتماعية لبلداننا.

نلتزم بـــ:

تنفيذ المبادرة الإقليمية، *إنقاذ الحياة، معاً لمواجهة التحدّي* لتسريع وتيرة التقدُّم المحرَز صَوْب بلوغ المرمى 4 والمرمى 5 من المرامي الإنمائية للألفية في بلداننا، وبأن يساهم في تنفيذها الأطراف المعنية الرئيسية، ومنها البرلمانيون، والقادة المجتمعيون، ومنظمات المجتمع المدني، والقطاع الخاص، والمؤسسات الأكاديمية، والمهنيون الصحيون:

- إعداد وإطلاق وتنفيذ خطة وطنية (أو دون وطنية، وفق ما يقتضي الأمر) متعددة القطاعات حول صحة الأمهات و حديثي الولادة والأطفال، مع توضيح التكاليف المترتبة على تنفيذها، على أن يكون لها أهداف واضحة للتغطية بـــحِزَم من المداخلات المتفق عليها تشمل الدائرة المتكاملة للرعاية، وتضُمّ تلك المداخلات التمنيع والإجراءات الوقائية الأخرى إلى جانب خدمات رعاية الصحة الإنجابية، مع توضيح الحصائل، وتخصيص الموارد، واعتبار ذلك جزءاً من الخطة الصحية الوطنية أو دون الوطنية؛

- التصدّي للمحددات الاجتماعية والبيئية المتعلقة بصحة الأمهات وحديثي الولادة والأطفال والمراهقين؛ مثل الفقر، والجندر، والمياه والإصحاح، والتغذية، والتعليم؛ وذلك من خلال مبادرات معزَّزة ومتعددة القطاعات وتتضمَّن إسهام المجتمع فيها؛

- اتخاذ خطوات يمكن قياس آثارها لتعزيز النُظُم الصحية والإحصاءات الحيوية في بلداننا، وتحسين نظم المعلومات للحصول على بيانات عالية الجودة، ولاسيَّما من خلال تحسين تسجيل الأحوال المدنية، وبناء القوى العاملة الماهرة، وتحسين توافر المستلزمات الآمنة والفعَّالة المنقذة للحياة، في ظل رؤية تتوخَّى إزالة العوائق وتخطي العقبات، وتوفير الإتاحة العادلة لخدمات رعاية الأمهات وحديثي الولادة والأطفال والمراهقين؛

- إيلاء الأولوية لصحة الأمهات والأطفال والمراهقين لدى تصميم وتنفيذ برامج العمل الإنساني والاستعداد للتصدّي للأزمات.

- إنشاء آلية تمويل مضمون الاستمرار، وحشد الموارد المحلية والدولية عبر الأساليب التقليدية والمبتكرة، وتعزيز التكافل على الصعيد الإقليمي، مع زيادة الميزانية المخصصة للخدمات في صحة الأمهات والأطفال والمراهقين؛

- تحسين التنسيق والمساءلة بين جميع الشركاء، سواءً من كان منهم يعمل ضمن نطاق الدولة أم في نطاق مستقلٍ عنها؛ وتعزيز التعاون بين البلدان ضمن الإقليم،من أجل زيادة تبادل الخبرات على الصعيد الدولي حول الممارسات الجيدة، والدروس المستفادة؛

- رَصْد التقدُّم المحرَز في المبادرة الإقليمية *إنقاذ حياة الأمهات والأطفال: معاً لمواجهة التحدّي*، من خلال تنفيذ التوصيات الموضحة في إطار العمل الخاص بصحة الأمهات و حديثي الولادة والأطفال الصادر عن لجنة الأمم المتحدة المعنية بالمعلومات والمساءلة، وذلك دعماً للاستراتيجية العالمية للأمم المتحدة حول صحة النساء والأطفال والمراهقين وما يتصل بها من مبادرات، مع إنشاء لجنة إقليمية معنية بصحة النساء والأطفال والمراهقين، فيها ممثلون عن جميع المؤسسات المعنية، وتهدف إلى تسريع وتيرة التقدُّم صَوْب بلوغ المرمى 4 والمرمى 5 من المرامي الإنمائية للألفية ومتابعته.

إننا **نلتزم** بتسريع وتيرة التقدُّم في تحسين صحة المواليد والأطفال والأمهات و حديثي الولادة والمراهقين من خلال العمل على الصعيد الوطني، والتعاون على الصعيد الدولي، **وسنضع** أنفسنا رهن المساءلة عن إحراز التقدُّم الشامل صَوْب بلوغ ذلك المرمى؛ وإننا باسم جميع الأمهات و حديثي الولادة وجميع الأطفال وجميع المراهقين في هذا الإقليم، **نجدد التزامنا** بإعطاء كل امرأة أفضل الفرَص للولادة الآمنة، بحيث نضمن لكل طفل أفضل بداية ممكنة له في حياته.