



## عرض للتقرير السنوي

الدكتور علاء الدين العلوان  
مدير منظمة الصحة العالمية لإقليم شرق المتوسط

أمام

الدورة الثانية والستين للجنة الإقليمية  
لمنظمة الصحة العالمية لإقليم شرق المتوسط

مدينة الكويت، الكويت، 5-8 تشرين الأول/أكتوبر 2015

سيدي الرئيس، أصحاب المعالي، المديرية العامة، السيدات والسادة،

يسرُّني أن أعرض عليكم تقريرتي حول أعمال منظمة الصحة العالمية في إقليم شرق المتوسط خلال عام 2014 ومطلع عام 2015. وكما جرت العادة في الدورات الثلاث الماضية للجنة الإقليمية، سوف أركّز في عرضي هذا على ما استجد من تطورات وما أُخذ من إجراءات في سياق الأولويات الاستراتيجية الخمس التي حددتموها للإقليم عام 2012.

إن أحد الركائز التي تقوم عليها أعمالنا يتمثل في بناء نُظُم صحية من شأنها أن تنهض بالتغطية الصحية الشاملة. وهو مبدأ لقي منكم التزاماً واضحاً في دورات متعاقبة لهذه اللجنة. ففي عام 2013، ناقشت اللجنة خارطة طريق للمضي قدماً نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة، والعام الماضي أطلعناكم على إطار عمل إقليمي بشأن الارتقاء بالتغطية الصحية الشاملة. وقد طلبت اللجنة من الدول الأعضاء النظر في تنفيذ هذا الإطار. وعليه، اتخذت خمسة بلدان، بدعم من المنظمة، خطوات هامة في سبيل تبني إطار العمل المذكور، وتعمل بالفعل على صياغة رؤية واستراتيجية وطنيتين من أجل التحرك نحو التغطية الصحية الشاملة. وإنني أشجّع باقي البلدان على النظر عن كثب في هذا الإطار العملي، وعلى الاستفادة منه في التحرك صوب التغطية الصحية الشاملة.

وتتمثل المكونات الثلاثة للتغطية الصحية الشاملة في الآتي: توسيع نطاق تغطية السكان، وتقديم حزمة أساسية من الخدمات الصحية، والحماية من المخاطر المالية. وخلال العام المنصرم، عزّزت المنظمة من دعمها لتنمية المهارات والقدرات في الإقليم ليشمل مجالات منها على سبيل المثال، التأمين الصحي الاجتماعي، وأسلوب الشراء الاستراتيجي، والحماية من المخاطر المالية، وكل ذلك في سياق توسيع نطاق التغطية الصحية لتشمل جميع السكان، بما في ذلك الفئات العاملة بالقطاع غير الرسمي.

وأحد العناصر الأساسية في عملية التخطيط هو التقييم المبدئي للوضع القائم؛ فقد استعرضنا معكم العام الماضي التقييم الأول لكل بلد، والذي جاء في صورة مرتسم للنُظُم الصحية، إلى جانب المرتسمات الدوائية للبلدان. وقدّمنا لكم هذا العام نسخة محدّثة من مرتسمات النُظُم الصحية في بلدانكم الكريمة والذي يبيّن نقاط القوة ومواطن الضعف والثغرات وآراءنا حول سُبل المضي قُدماً في هذا الإطار. وأرجو منكم الاطلاع على هذه الوثيقة التي هي نتاج تقييم متعمّق لكل بلد، وموافاتنا بأرائكم. ونود أن نناقش معكم السُّبل التي يمكن للمنظمة أن تعمل من خلالها على معالجة أولوياتكم في مجال تعزيز النُظُم الصحية.

واسمحوا لي أن أذكر بعض العناصر الأخرى ذات الأهمية في إطار التخطيط من أجل نظام صحي أقوى.

فهناك تقدّم مُحرز في مجال تقييم التكنولوجيات الصحية وتنظيمها وإدارتها. وقد سمع الكثير منكم عن الشبكة الإقليمية لتقييم التكنولوجيات الصحية التي تأسّست في عام 2014. ونحن من جانبنا سوف ندعم البلدان لكي تمضي قُدماً تجاه بناء القدرات وإنشاء وحدات وطنية مستقلة لتقييم التكنولوجيات الصحية.

وهناك عامل آخر مؤثر في قدرة أي بلد على التقدّم نحو التغطية الصحية الشاملة، ألا وهو قوة نُهج ممارسة طب الأسرة. فقد أجرينا تقييماً لوضع ممارسة طب الأسرة في الإقليم، وقد أسهم ذلك في زيادة معارفنا فيما يتعلق بالتحديات التي تعيق تنفيذ هذا النهج. إذ تبين أن أكثر من نصف البلدان لديها التزام تجاه ممارسة طب الأسرة، ولكن أياً منها لا يمتلك نُهجاً كاملاً وفعالاً. فمثلاً، تذهب تقديراتنا، تأسيساً على هذا التقييم، إلى أن عدد أطباء الأسرة المتخرجين في الإقليم يقل عن 700 ممارس لطب الأسرة سنوياً، في وقت ينبغي علينا فيه تخريج آلاف آخرين. وهو أمر يطرح تناقضاً صارخاً ويبيّن لنا بُعد المسافة التي علينا أن نقطعها لتحقيق ذلك. ويمكن لبناء قدرات القوى العاملة الحالية أن تدعم نُهج ممارسة طب الأسرة، ولكن التقييم الذي أجريناه يُظهر لنا أن 90% من الأطباء العاملين في الرعاية الصحية الأولية غير مدرّبين على مباشرة ممارسة طب الأسرة.

ونعمل حالياً على تحديد النُهج الفعّالة، اعتماداً على التجارب الإقليمية والدولية، من أجل التغلب على العجز في أطباء الأسرة بالإقليم. وسوف نضع توصيات ملموسة لكل مجموعة بلدان من مجموعات النُظُم الصحية الثلاث بشأن الخطوات المستقبلية في هذا الإطار، بما في ذلك سبل النهوض بإعداد ممارسي طب الأسرة والحفاظ عليهم على المدى القصير والمتوسط والطويل.

وقد خضع مجال التعليم الطبي نفسه للمراجعة، بعد فجوة استمرت عقدين من الزمن. وتقدّم نتائج المراجعة الإقليمية آراء قيّمة للبلدان حول كيفية تحسين تخطيط الاحتياجات المستقبلية في القطاع الصحي. فأكثر من نصف كليات الطب غير معتمدة. وقد زاد عدد كليات الطب الخاصة زيادةً هائلةً في الخمسة عشر عاماً الماضية، ولا سيّما في البلدان المنخفضة الدخل. ويمكن لقطاع التعليم الخاص أن يُسهم إسهاماً كبيراً في القطاع الصحي ولكن علينا أن نضمن عمل جميع كليات الطب، العام منها والخاص، وفقاً لمعايير متّسقة. ويعني ذلك أن نكفل توافر نظامٍ للاعتماد يضع المعايير للتعليم الطبي في شتى أنحاء الإقليم. وعلينا أيضاً أن نضمن المساءلة الاجتماعية لكليات الطب أمام المجتمعات التي تقوم على خدمتها. وسيكون التعليم الطبي بنداً مهماً على جدول أعمالنا هذا الأسبوع، وأتطلع إلى انتعاش المناقشات حوله.

وبينما نمضي قُدماً نحو عام 2016، سوف ننظر بمزيد من العمق في مجالين جديدين من مجالات العمل التي يجب تناولها إذا ما أردنا أن تتحول التغطية الصحية الشاملة إلى واقع ملموس.

وأول هذين المجالين هو الرعاية في المستشفيات وإدارتها، حيث بُجِري حالياً تحليلاً شاملاً لأوضاع مستشفيات القطاع العام في الإقليم. وسوف ينظم المكتب الإقليمي دورة تدريبية شاملة الشهر القادم في مجال إدارة المستشفيات، وهي الدورة الأولى من نوعها وتستمر لمدة 10 أيام، ويتم الاستعانة فيها بأعضاء في هيئات تدريس من مختلف أنحاء العالم. كما أننا ماضون في بناء القدرات فيما يتعلق بسلامة المرضى.

أما المجال الثاني فهو الدور المنوط بالقطاع الخاص؛ وهو الدور الذي كان، كما ذكرت سلفاً، مجالاً مجهولاً في عملنا مع البلدان. وأملي أنه لم يعد كذلك. فبينما نعمل على تعزيز قدراتنا التقنية في هذا المجال، فإننا نمضي من مرحلة الدعوة إلى مرحلة إعداد الإرشادات التقنية لتعزيز القدرات الوطنية على تقييم القطاع الخاص وتنظيمه وعقد الشراكات معه.

ويُعدّ توافر المعلومات الدقيقة أمراً أساسياً في التنبؤ باتجاهات الصحة، ومن ثمّ التخطيط لها. ففي العام الماضي، اعتمدت اللجنة الإطار الإقليمي لنُظُم المعلومات الصحية. واشتمل على 68 مؤشراً أساسياً تغطي المخاطر والمحددات الصحية، والوضع الصحي، واستجابة النُظُم الصحية. وهذا بالطبع إنجاز رائع. وبحسب تحليلنا للوضع، فإن جميع البلدان، دوفاً استثناء، لديها ثغرات في استحداث البيانات اللازمة لكثير من هذه المؤشرات الأساسية، وفي تحليل تلك البيانات واستخدامها والإبلاغ بها في الوقت المناسب. ومن هنا، فالتحدّي القادم سوف يتمثل في العمل معكم من أجل تنفيذ إطار العمل ومعالجة هذه الثغرات. ولن يكون ذلك بالمهمة السهلة، إذ تتطلب التزاماً كاملاً من جانبكم، إضافة إلى بناء القدرات الوطنية والتعاون مع سائر القطاعات الحكومية. ولنتذكر في هذا المقام أن وجود نظام قوي للمعلومات الصحية هو حجر زاوية في جميع برامج التنمية الصحية وفي عملنا المشترك لبلوغ أهداف التنمية المستدامة. ولمساعدتكم في إنجاز ما تقومون به من أعمال، فقد قدّمنا لكم سجلاً موجزاً للمؤشرات يشتمل على وصفٍ لأهم الخصائص التي ينطوي عليها كل مؤشر.

وتمّةً مكوّن آخر في قدرة أي بلد على التخطيط للمستقبل يتمثل في نظام تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية. فقد تكوّنت لدينا، عقب التقييمات السريعة والشاملة التي أُجريت في الإقليم، صورة هي الأوضح بين أقاليم المنظمة عن الوضع في الإقليم. وأصدقكم القول، إنها ليست صورة جيدة. فالثغرات كبيرة؛ إذ أن ثلثي الوفيات التي يشهدها الإقليم غير مسجلة ومُحس هذه الوفيات فقط هي ما يتم تسجيله وإصدار الشهادات الطبية له. كما أن 38% من الولادات غير مُسجّلة، وبالتالي لا يمكن التخطيط لها من جانب النُظُم الصحية والتعليمية.

وقد خاطبتُ كل وزراء الصحة مؤخراً وأوجزت لهم الثغرات التي تعانيها النُظُم لديهم واقترحت مجموعة من الإجراءات الملموسة التي تستند إلى التقييمات متعددة القطاعات التي أُجريت في كل بلد. وأود أن أعرب عن امتناني للخبراء الدوليين والإقليميين الذين عملوا عن كثب معنا في هذه المبادرة، وسوف يستمرون في دعم الدول الأعضاء في ما تتخذه من خطوات في المستقبل.

وتتمثل إحدى الثغرات التي يجب معالجتها في القدرات المتاحة في مجال قوانين وتشريعات الصحة العمومية. فتقديري الشخصي هو أن جميع البلدان تقريباً بحاجة إلى مراجعة قوانين الصحة العمومية لديها. وقد بدأنا العمل في هذا المجال بالتعاون مع فريق من الخبراء الدوليين وأتمنى أن أتمكن من رفع تقرير حول حصيلة هذا العمل للجنة الإقليمية في دورتها العام القادم.

السيدات والسادة،

لقد أحرز إقليمنا تقدماً كبيراً في مجال صحة الأمهات والأطفال، حيث انخفض معدل وفيات الأطفال دون الخامسة بمقدار 48% بين عامي 1990 و2015 ومعدل وفيات الأمهات بمقدار 50% بين عامي 1990 و2013. ولكن لسوء الحظ، لم يكن هذا الانخفاض كافياً لبلوغ الغايات الإقليمية للأهداف الإنمائية للألفية - خفض وفيات الأطفال دون سن الخامسة بنسبة 67% فيما يتعلق بالهدف الرابع، وخفض وفيات الأمهات بنسبة 75% فيما يتعلق بالهدف الخامس. ومع ذلك، فعلى مستوى البلدان، حققت ثمانية بلدان الهدف الرابع وحققت ثلاثة بلدان الهدف الخامس من الأهداف الإنمائية للألفية.

وعقب إطلاق المبادرة الإقليمية لإنقاذ حياة الأمهات والأطفال واعتمادها من قِبَل اللجنة الإقليمية، أعدت البلدان التسعة التي تنوء بالعبء الأكبر من وفيات الأمهات والأطفال خططاً لتسريع وتيرة التقدم المُحرز في هذا المجال وبدأت في تنفيذها لخفض هذا العبء بصورة أكبر. وكان تنفيذ هذه الخطط غير كافٍ ومتفاوتاً في بعض من البلدان التسعة بسبب عددٍ من العوائق، ونحن بحاجة للعمل عن كثب، بالتعاون مع صندوق الأمم المتحدة للسكان واليونيسف، على هذه المسألة مع البلدان المعنية.

وفي وقت سابق من هذا العام، اجتمع الشركاء والبلدان لاستعراض التقدم المُحرز في تنفيذ الأنشطة المتعلقة بصحة الأمهات والأطفال على مستوى البلدان، وأيضاً لمناقشة الخطوات المستقبلية في هذا المضمار، بالنظر إلى المبادرات العالمية الأخيرة. وتأتي الرعاية السابقة للحمل ضمن العناصر الأساسية اللازمة لتحسين حصائل صحة الأمهات والأطفال في الإقليم. وقد أطلقنا هذا العام مبادرة جديدة بشأن الرعاية السابقة للحمل ونحن الآن بصدد إعداد الإرشادات المسندة بالبيّنات للدول الأعضاء من أجل تعزيز برامجهم ذات الصلة. وسوف تقوم بلدان الإقليم جميعها بوضع خطط استراتيجية وتشغيلية بشأن الصحة الإنجابية وصحة الأم والوليد والطفل، للفترة 2016 - 2020، وفقاً للاستراتيجية العالمية المحدثة لصحة المرأة والطفل والمراهق، والتي اعتمدها الجمعية العامة للأمم المتحدة الشهر الماضي.

وفي عام 2014، ورغم الوضع الصعب في كثير من البلدان، واصل أربعة عشر بلداً تحقيق هدف التغطية بنسبة 90% بالتطعيم بالجرعة الثالثة من اللقاح المضاد للدفتريا والتيتانوس والسعال الديكي، غير أن نحو 3.2 ملايين طفل لم يتلقوا هذا التطعيم، يوجد نحو 90% منهم في ستة بلدان فقط (أفغانستان، وباكستان، والجمهورية العربية السورية، والصومال، والعراق، واليمن).

وشهدت الغالبية العظمى من البلدان تقدماً في مجال مكافحة الحصبة، حيث أبلغت ثمانية بلدان عن معدلات إصابة منخفضة جداً، من بينها بلدان يواصلان الحفاظ على المعدل الصفري، ومن المقرر تأكيد تخلصهما نهائياً من الحصبة في عام 2015. إلا أنه مع تواصل انخفاض التغطية الروتينية والتأخر في تنفيذ الحملات التكميلية، اندلعت في باكستان في عام 2014 فاشية كبرى للحصبة أصابت ما يزيد على 10000 حالة. ومن ثمّ، لم يتمكن الإقليم من بلوغ هدف التخلص من الحصبة المقرّر له عام 2015. وقد أسهم الوضع الإقليمي في ذلك، إلا أن أحد العوامل الكبرى تتمثل في استمرار ضعف برامج التمنيع الروتيني وانخفاض معدل التغطية في كثير من البلدان.

وقد شهد عام 2014 اكتمال إدخال اللقاح المضاد للمستدمية النزلية من النمط "ب" في جميع البلدان. ودعوني أهنئكم، وخصوصاً البلدان المتوسطة الدخل، على هذا النجاح وعلى تخصيص الموارد الضرورية لتحقيق

ذلك. ولا بُد هنا من أن أحثكم على مواصلة تخصيص الموارد وإدخال لقاحات أخرى جديدة منقذة للحياة، بما في ذلك اللقاحات المزدوجة المضادة للمكورات الرئوية واللقاحات المضادة للفيروسات العجالية المستخدمة حالياً في 14 و 11 بلداً على التوالي.

وسوف تناقشون هذا الأسبوع خطة عمل إقليمية بشأن اللقاحات، والتي ستقدم إطار عمل لتنفيذ خطة العمل العالمية الخاصة باللقاحات التي اعتمدها جمعية الصحة العالمية في عام 2012. وتُعد برامج التمنيع الروتيني القوية أمراً أساسياً لا بد من مراعاته في سبيل تحقيق الهدف المتوخى من الخطة العالمية. وإنني أعترم زيارة البلدان التي تنوء بأعباء ثقيلة لمناقشة كيف يمكن للمنظمة والشركاء أن يقدموا الحد الأقصى من الدعم في المناطق التي تشتد حاجتها إليه .

السيدات والسادة،

ما يزال وباء الإيدز يواصل تفاقمه في الإقليم، على الرغم من بقاء معدل الانتشار العام لهذا المرض منخفضاً. وقد ارتفع عدد الأشخاص المتعايشين مع فيروس الإيدز الذين يتلقون العلاج بالأدوية المضادة للفيروسات القهقرية إلى 38.000 شخص في عام 2014، ووفقاً للدلائل الإرشادية لعلاج فيروس الإيدز، فإن البلدان تتحول نحو العلاج المضاد للفيروسات القهقرية في مرحلة مبكرة من الإصابة بفيروس الإيدز. هذا، ونواصل تنفيذ المبادرة الإقليمية لوضع نهاية لأزمة معالجة فيروس الإيدز، وأحث البلدان على أن تواصل التركيز على ضمان إتاحة العلاج للأشخاص الذين يحتاجونه وحصولهم عليه.

ويتحمل الإقليم عبئاً ثقيلاً من التهاب الكبد الفيروسي، حيث تشير التقديرات إلى إصابة 170 مليون شخص بفيروس التهاب الكبد B و 17 مليون شخص بفيروس التهاب الكبد C. وتأتي مصر وباكستان على رأس البلدان المتضررة. وقد أعدّ كلا البلدين استراتيجية وطنية وخطة عمل، وتُحرز مصر، على وجه الخصوص، تقدماً ملموساً في توسيع نطاق العلاج المضاد لالتهاب الكبد C.

والمجال الآخر الذي يتم فيه إحراز تقدّم هو مكافحة الملاريا. فمقارنة بعام 2000، انخفض عبء الحالات المؤكدة المُبلّغ بها ووفيات الملاريا بنسبة 50%. وسُجل في بلدين اثنين، وهما باكستان والسودان 84% من الحالات في عام 2013.

ومنذ عام 2000، انكمش التوزيع الجغرافي للملاريا في الإقليم بفضل التخلص منها في أربعة بلدان، هي الجمهورية العربية السورية والعراق وعمان والمغرب، وكذلك في جزيرة سُقُطرى في اليمن ومعظم المناطق في جمهورية إيران الإسلامية والمملكة العربية السعودية. وفي حين أن هذا الأمر يرفع سقف الآمال لدينا للتخلص من المرض في هذه المناطق، سوف تحتاج البلدان لضمان عدم توقف التدخلات الرئيسية في هذا الصدد. وتتضمن الاستراتيجية التقنية لمنظمة الصحة العالمية بشأن الملاريا 2016-2030، التي اعتمدها جمعية الصحة العالمية في أيار/مايو 2015، معالم وغايات ملموسة للحد من معدل وقوع الملاريا والوفيات على الصعيد العالمي وللتخلص منها.

ونحن لا نبلي بلاء حسناً كذلك فيما يتعلق بالسل، فقد انعكس اتجاه تقديرات معدل وقوع السل في الإقليم، إلا أن الانخفاض في معدل الانتشار وتقديرات الوفيات الناجمة عنه لم يرتق إلى الغاية المتوخاة من الأهداف الإنمائية للألفية والبالغ 50% بالمقارنة بعام 1990. وتشير أحدث التقديرات، في عام 2013، إلى أن هناك 300

ألف حالة إما لم يتم تشخيصها أو لم يُحظر بها من خلال البرامج الوطنية. و يوجد 90% من هذه الحالات المُعقّلة في خمسة بلدان من البلدان التي تنوء بعبء ثقيل من المرض، وهي: أفغانستان، وباكستان، وجيبوتي، والسودان والصومال.

وما من شك في أن السُّل لم يزل يمثّل مصدر قلق للإقليم. ولست متأكداً من أننا سوف نشهد تحركاً صَوَّب إنهاء هذا المرض في البلدان التي تنوء بعبء ثقيل وتلك ذات العبء المتوسط، ولا تجاه التخلص منه في البلدان التي تنوء بعبء منخفض، وذلك في حالة استمرار تعاملنا مع السُّل على أنه "أمر معتاد". ومن هنا، فأنا أدعو إلى مراجعة جادة لهذا للوضع، وإلى فهم دقيق للعوائق، وإلى تنقيح الخطط القائمة.

السيدات والسادة،

أنتقل إلى قضية الأمن الصحي، التي تمثّل أحد أهم القضايا الهامة على جدول أعمالكم هذا الأسبوع.

فما يزال وقوع الأمراض المستجدة، وتلك التي تعاود الظهور، في تصاعد، حيث يبلغ أكثر من نصف عدد بلدان الإقليم، البالغ 22 بلداً، عن انتشار واسع للأمراض المعدية المستجدة خلال العام المنصرم. وواصلت المنظمة تقديم الدعم لتقييم هذه التهديدات الصحية، وترصدها والاستجابة السريعة لها. واستجابة لتهديد الإيبولا وبناء على طلب اللجنة الإقليمية العام الماضي، أجزت المنظمة على الفور تقييماً شاملاً لقدرات الدول الأعضاء على التعامل مع أي وفادة محتملة للإيبولا. وفي الفترة بين تشرين الثاني/نوفمبر 2014 وشباط/فبراير 2015، تم إجراء تقييمات سريعة لتدابير التأهب والاستعداد في 20 بلداً. وقد حددت التقييمات عدداً من نقاط الضعف بالغة الأهمية في مجالات الوقاية والكشف المبكر والاستجابة، وبدءاً من أيار/مايو هذا العام، تم تنفيذ خطة عمل مدتها 90 يوماً في الإقليم لمساعدة البلدان على سد الثغرات الملحّة.

وتُعد متلازمة الشرق الأوسط التنفسية وأنفلونزا الطيور (H5N1) اثنتين من التهديدات الصحية المستجدة التي يجب على البلدان التأهب لها بشكل أفضل. وفي هذا الإطار، أحث البلدان على ضمان سلامة المرضى والعاملين الصحيين، والاجتماع بوجه عام. ويجب على البلدان أن تحسّن تدابير الوقاية من العدوى ومكافحتها في المستشفيات وسائر مرافق الرعاية وأن تضمن قدرتها على رعاية المرضى بحالات عدوى عالية الخطورة.

وفي أيار/مايو هذا العام، نظّم المكتب الإقليمي الاجتماع العلمي الدولي الرابع حول فيروس كورونا المسبب لمتلازمة الشرق الأوسط التنفسية. وقد ساعدت هذه الاجتماعات العلمية المجتمع العلمي الدولي على تكوين فهم أفضل عن الفجوات المعرفية والمعلوماتية الحالية حول طرق الانتقال وعوامل الخطر الخاصة بالعدوى بهذا الفيروس المستجد لدى البشر. وحدد الخبراء المشاركون في هذا الاجتماع مجالات البحوث ذات الأولوية التي يجب إجراؤها لمعالجة الثغرات المعلوماتية ولتحديد سُبل إيقاف انتقال الفيروس وانتشاره على النحو الأكثر فاعلية. وتنظر المنظمة حالياً في مبادرة بحثية دولية لهذا الغرض.

السيدات والسادة،

إن اللوائح الصحية الدولية تأتي في صميم أمننا الصحي الجماعي؛ فقد أعربت ثماني دول أطراف في الإقليم عن استعدادها لتنفيذ اللوائح الصحية الدولية بحلول حزيران/يونيو 2012 و2014. أما الدول الأطراف الثلاث عشرة المتبقية فقد حصلت على التمديد الثاني اللازم للوفاء بالتزاماتها بحلول حزيران/يونيو 2016. وتوضح النتائج

المستمدّة من أداة رصد التقييم الذاتي أن المستوى الإقليمي لتنفيذ متطلبات القدرات الأساسية بلغ 72% في 2014، وهو أعلى بقليل من المستوى الذي تحقق في 2013، الذي كانت نسبته 70%. ويبيّن التقييم الذاتي، بصفة عامة، أن الدول الأطراف تحرز تقدماً جيداً في مجالات الترضّد، والمختبرات، والتبليغ بالمخاطر، والتشريعات، والتنسيق، وسلامة الغذاء، إلا أن القدرات الخاصة بالتأهّب والموارد البشرية ومنافذ الدخول، فضلاً عن القدرات المتعلقة بالتعامل مع الأحداث الكيميائية والإشعاعات النووية، لاتزال منخفضة.

ومع ذلك، فإن المعلومات التي جمعتها بعثات تقييم التأهّب للإيبولا لم تكن دائماً متّسقة مع المعلومات المستندة إلى أداة تقييم اللوائح الصحية الدولية المستخدمة حالياً. وكما أوضحت سلفاً، فإن تقييمات الإيبولا قد بيّنت مستوى غير كافٍ من التأهّب، بما في ذلك بين الدول الأطراف التي أفادت بوفائها بالتزاماتها. وقد أوصى كل من لجنة مراجعة اللوائح الصحية الدولية والفريق المعني بالتقييم المبدئي لمرض الإيبولا، في تقريريهما، بضرورة استكشاف خيارات إضافية فيما يتعلق بالتقييم. وفي هذا الصدد، سوف نقترح نهجاً جديداً لتقييم ورصد أكثر موضوعية لتنفيذ اللوائح الصحية الدولية في اجتماع خاص بعد ظهر اليوم.

السيدات والسادة،

لقد كان موضوع يوم الصحة العالمي لهذه السنة هو سلامة الغذاء. واغتنمنا هذه المناسبة في بدء تقييم مفصّل لحالة سلامة الغذاء في الإقليم. وأجرت بعثات الخبراء التقييم بالتعاون مع السلطات الوطنية في 15 بلداً. والنتائج التي نُوقِشت في الاجتماعات التقنية التي عُقدت أمس تدعو إلى اتخاذ إجراءات عاجلة. ومن هنا، فنحن بصدد موافاة كل دولة عضو بنتيجة التقييم وأتطلع إلى ردكم عليه. وبحدوني الأمل في أن تجري البلدان الستة الباقية التقييم في وقتٍ لاحق.

واسمحوا لي أن انتقل الآن إلى الأولوية الاستراتيجية الرابعة، ألا وهي الأمراض غير السارية. وكما ذكرت في كلمتي الافتتاحية، فقد واصلنا العمل مع الدول الأعضاء من أجل توسيع نطاق تنفيذ إطار العمل الإقليمي للوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها، وتحديدًا من أجل تحقيق الغايات المحددة زمنياً التي تبنتها الجمعية العامة للأمم المتحدة. وانصبّ تركيزنا على تقديم الإرشادات التقنية للدول الأعضاء فيما يتعلق بتنفيذ الالتزامات الواردة ضمن المكونات الأربعة لإطار العمل الإقليمي، وهي الحوكمة، والوقاية، والترصد، والرعاية الصحية.

ويسرّني أن أقول إن كثيرًا من الدول الأعضاء قد استخدمت بالفعل الإرشادات التقنية للمنظمة في بدء برامج في مجالات الحد من استهلاك الدهون والدهون المشبعة وإزالة الدهون المهدرجة، وكذلك تعزيز تنفيذ تدابير مكافحة التبغ. وقد أعلنّا العام الماضي عن مبادرة لحماية الصحة العمومية وتعزيز أنماط الحياة الصحية، مع التركيز بوجه خاص على مواجهة الممارسات التجارية التي تستهدف الأطفال والتي لا يتم التصدي لها بشكل كبير. ونحن الآن بصدد صياغة خطة عمل في هذا الإطار.

وبرغم ذلك، علي القول بأن استجابة البلدان لا تتناسب مع خطورة المشكلة. فمثلاً، يُعد إقليمنا إلى جانب الإقليم الأفريقي الإقليمين الوحيدين من بين أقاليم منظمة الصحة العالمية اللذين يتوقع فيهما زيادة استهلاك التبغ على مدار العقد القادم إذا ما استمرت الاتجاهات الحالية على ما هي عليه. فالإقليم بالفعل لديه أعلى معدلات تعاطي للتبغ بين الشباب. هذا، وتتوافر التدابير عالية التأثير لمكافحة تعاطي التبغ، وتُعدُّ من أفضل الصفقات في مجال الصحة العمومية. وقد اتخذنا من مكافحة الإتجار غير المشروع في التبغ موضوعاً لليوم العالمي للامتناع عن

تعاطي التبغ هذا العام. وحتى الآن، لم ينضم للدبتوكول الخاص بالإتجار غير المشروع لاتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ سوى بلديْن اثْنَيْن، هما المملكة العربية السعودية وجمهورية إيران الإسلامية. وإنني لأحث سائر بلدان الإقليم على أن يحدو حذوهما.

وإذا ما أخذنا وتيرة التقدُّم الحالية في الاعتبار، فلن تتحقَّق غايات مكافحة التبغ المحددة في الإطار العالمي لرصد الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها. ومن ثمَّ، فنحن نطلق اليوم مبادرة جديدة تحت عنوان "ما الذي نحتاجه الآن" لتعزيز جهودنا الرامية لتحقيق غايات مكافحة التبغ.

ويكتسي إعداد التشريعات وإنفاذها أهمية أيضاً في مجال التصدي للأمراض غير السارية. فقد أطلقنا العام الماضي مشروعاً بالتعاون مع كلية الحقوق بجامعة جورج تاون لإعداد قائمة بالقوانين واللوائح الأساسية بشأن مكافحة تعاطي التبغ وأنماط التغذية غير الصحية واستهلاك السكر والحمول البدني. وجاءت الحصيعة في صورة توصية بعشرة إجراءات استناداً إلى التجارب والممارسات الجيدة على الصعيد الدولي. ونقوم حالياً بإعداد توجيه مُسنَد بالبيّنات حول سُبل تنفيذ هذه الإجراءات في بلدانكم ونظام معلومات على الإنترنت لدعم عملية التنفيذ. ويسرُّني أن أرى بين المشاركين اليوم زملاءنا من جامعة جورج تاون.

وفي عام 2018، سوف تُعقد الجمعية العامة للأمم المتحدة اجتماعاً رفيع المستوى لتقييم التقدُّم المُحرز من جانب الدول الأعضاء في تنفيذ الالتزامات التي قطعتها على نفسها في الإعلان السياسي عام 2011. وقد أصدرتم العام الماضي قراراً يطلب من المجلس التنفيذي إعداد مؤشرات عملية لاستخدامها في تقييم التقدُّم المُحرز لديكم. ويسرُّني أن أحيطكم علماً بأن طلبكم قد لاقى تأييداً من المجلس وأنا الآن لدينا 10 مؤشرات عملية تتطابق نوعاً ما مع تلك التي اعتمدها ضمن إطار العمل الإقليمي. معالي الوزراء، لقد أطلعناكم في أيار/مايو هذا العام على الوضع الحالي للتنفيذ في بلدانكم الكريمة. واليوم أطلعناكم أيضاً على تحديث بآخر المستجدات وأتطلع إلى مزيد من المناقشات حول هذا الموضوع.

السيدات والسادة،

سنتظرون هذا الأسبوع في إطار عمل استراتيجي في مجال بالغ الحساسية، ألا وهو الصحة النفسية. وقد ترجمنا، بالتعاون مع الدول الأعضاء وكثير من الخبراء الدوليين، خطة العمل العالمية الشاملة الخاصة بالصحة النفسية إلى إطار عمل إقليمي يشمل التدخُّلات الرئيسية عالية الأثر والمُسندة بالبيّنات وعالية المردود. وأتطلع إلى مناقشة هذا الموضوع غداً.

وفيما يُخصُّ مجال تعاطي مواد الإدمان، اسمحوا لي بأن أوجِّه عنايتكم إلى الدورة الاستثنائية الثانية للجمعية العامة للأمم المتحدة حول المخدرات المُقرَّر عقدها في نيسان/أبريل 2016؛ حيث ستستعرض تلك الدورة التقدُّم المُحرز في تنفيذ الإعلان السياسي لعام 2009 وخطة العمل المتعلقة بالتعاون الدولي الرامي إلى وضع استراتيجية متكاملة ومتوازنة للتصدي لمشكلة المخدرات عالمياً، وذلك تحقيقاً للغايات المقررة بحلول الموعد المحدد في عام 2019. وإنني أهيب بكم أن تغتنموا هذا الفرصة لمناقشة الموضوع من منظور الصحة العمومية وأن تضمّنوا العمل على مستوى رفيع مع بعثات بلدانكم الكريمة في الأمم المتحدة.

واسمحوا لي أيضاً أن أعنتم هذه المناسبة لأدعوكم لضمان تمثيل بلدانكم، وحبّذا على مستوى الوزراء، في الاجتماع الثاني الرفيع المستوى حول السلامة على الطرق الذي سوف يُعقد يومي 18 و19 تشرين الثاني/نوفمبر،



في البرازيل. وتشتمل أهداف التنمية الاجتماعية التي اعتمدها الجمعية العامة للأمم المتحدة الشهر الماضي على غاية مفاها خفض الوفيات الناجمة عن تصادمات الطرق إلى النصف بحلول عام 2020. ويسجل إقليمنا واحداً من أعلى معدلات الوفيات الناجمة عن التصادمات على الطرق في العالم، وبالتالي ينبغي علينا المشاركة بفاعلية في الجهود العالمية، حتى يتسنى لنا توجيه الجهود المبذولة على المستويين الإقليمي والوطني.

السيدات والسادة،

اسمحوا لي أن أتطرق الآن إلى قضية التأهب والاستجابة للطوارئ.

وسأبدأ بشلل الأطفال، الذي أعلنته هذه اللجنة طارئة في عام 2013، والذي أعلنته أيضاً لجنة الطوارئ المعنية باللوائح الصحية الدولية طارئة صحية عمومية تسبب قلقاً دولياً في أيار/مايو 2014.

فما فتئت حالة استئصال شلل الأطفال تدعو للقلق في عام 2014، حيث لا يزال المرض يتوطن الإقليم، وقد بلغت الحالات المبلّغة منه 99% من إجمالي عدد الحالات المبلّغ عنها عالمياً في النصف الآخر من ذلك العام. غير أن عام 2014 شهد إرساء الأساس لإحراز تقدّم في استئصال شلل الأطفال في الإقليم في عام 2015. وفي أواخر عام 2014، وضعت باكستان وأفغانستان ونفذتا خطتين لتسريع وتيرة العمل خلال الموسم الذي ينخفض فيه انتقال المرض.

وقد اتّسمت استجابة الإقليم للفاشية في الشرق الأوسط في عام 2013 بالسرعة والجودة العالية؛ إذ تمّ تمنيع 25 مليون طفل ضمن حملات متعددة في ثمانية بلدان. وتم احتواء الفاشية خلال 36 أسبوعاً، على الرغم من الطارئة المعقدة التي شهدتها الإقليم، حيث أبلغ عن آخر الحالات في نيسان/أبريل 2014، ومن ثمّ، مرّ أكثر من عام دون أي حالات مؤكّدة أخرى. وفي الوقت ذاته، أدت الاستجابة للفاشية في القرن الأفريقي إلى الحد من انتقال المرض حتى انحصر في جيب صغير بحلول نهاية عام 2014.

ومازالت أفغانستان وباكستان تنفذان التزامهما باستئصال المرض، وما برح العاملون والمتطوعون الصحيون يبدون شجاعة كبيرة في تنفيذ أنشطة التمنيع في الحالات الصعبة. وفي 15 أيلول/سبتمبر 2015، أبلغت باكستان وأفغانستان معاً عن 41 حالة إصابة بفيروس شلل الأطفال البري، مقارنةً بـ 161 حالة أبلغ عن وقوعها في خمسة بلدان في التاريخ نفسه في عام 2014. ونظراً إلى انحصار شلل الأطفال البري حالياً في باكستان وأفغانستان، سيظل التقدّم المُحرز ضعيفاً حتى الوصول إلى جميع الأطفال في هاتين البورتين الأخيرتين اللتين يتوطنهما المرض وتمنيعهن. وبلدان الإقليم ملتزمة بتنفيذ الخطة العالمية للشوط الأخير من استئصال شلل الأطفال؛ حيث إن كل البلدان التي لا تستخدم حالياً إلا لقاح شلل الأطفال الفموي في طريقها لبدء استخدام لقاح شلل الأطفال المعطل في عام 2015.

السيدات والسادة،

لا يخفى عليكم أن الفترة التي أعقبت اجتماعنا الأخير قد شهدت زيادة ملحوظة في حجم الطوارئ ونطاقها، فضلاً عن الزيادة فيما يتعلق بالطوارئ من احتياجات صحية للفئات المتضررة من السكان في عدد من بلدان الإقليم. وبالإضافة إلى الجمهورية العربية السورية، فقد أعلنت الأمم المتحدة عن طارئتين جديدتين من المستوى 3 لم تفصل بينهما سوى فترة لا تتجاوز 12 شهراً، وهما: العراق في آب/أغسطس 2014، واليمن في تموز/يوليو

2015. وقد أدى النزوح الجماعي للسكان إلى زيادة مخاطر تفشي الأمراض السارية وتهديد الأمن الصحي للإقليم برمته. وقد انهارت النُظُم الصحية نتيجة النقص الحاد في الأدوية والأصمالم والمستلزمات الطبية؛ والنقص في أعداد المهنيين الصحيين؛ وكذلك نقص الوقود اللازم لتشغيل المولدات في حالة اليمن. وتوقفت المرافق الصحية عن العمل أيضاً جراء الدمار الناجم عن الصراع.

واستوجبت محدودية القدرة على الوصول إلى تلك المناطق إيجاد طرق أكثر ابتكارية للوصول إلى الفئات السكانية التي في حاجة إلى الخدمات. ففي الجمهورية العربية السورية والعراق واليمن، شاركت منظمة الصحة العالمية مع منظمات غير حكومية محلية، وكثيرٌ منها يعمل في المناطق التي لا يمكن أو يصعب الوصول إليها، ووفرت المنظمة عيادات متنقلة لضمان مواصلة تقديم الخدمات الصحية.

وقد وقعت هجمات متكررة وتمعمة على العاملين في مجال الرعاية الصحية والمرافق الصحية في البلدان التي تشهد أزمات. ونحن نواصل الترويج لمسألة حيادية الصحة وحماية العاملين في مجال الصحة والمرضى والمرافق الصحية بوصفها مسؤولية مشتركة لجميع الأطراف والتزاماً ملقى على عاتقهم.

وفي عام 2014، في إطار خطط الأمم المتحدة الاستراتيجية للاستجابة في ثمانية بلدان في الإقليم، حصل القطاع الصحي على تمويل يبلغ 46% من المبلغ المطلوب. وهذا العام، وحتى شهر تموز/يوليو، لم تُلبَّ سوى 20% من احتياجات القطاع الصحي. وقد أدت قلة التمويل إلى تقليص الخدمات وأغلاق البرامج الصحية في العديد من البلدان هذا العام، ولا سيّما في الصومال والعراق.

لكن هناك جانب إيجابي رغم محدودية الموارد. فاسمحوا لي أن أطلعكم على بعض الأمثلة عمّا نجحنا في تحقيقه في البلدان التي تشهد حالات طوارئ وفاشيات كبرى؛ فقد تم تطعيم عشرين مليون طفل في العراق والسودان والجمهورية العربية السورية واليمن، وفي الوقت ذاته تم تقديم أدوية منقذة للحياة لعدد بلغ 13,5 مليون شخص في العراق والجمهورية العربية السورية واليمن. وقد كفلنا كذلك تقديم الوقود والمياه المأمونة في 13 محافظة في اليمن. وأنشئ جسر جوي من دبي إلى عمّان لإنقاذ حياة مئات الآلاف من المرضى خلال أزمة غزة في تموز/يوليو-آب/أغسطس 2014، وهو ما أكّد الحاجة الماسّة إلى إيجاد مركز لوجستي للعمليات الصحية. وبوجه عام، عملنا مع المرافق الصحية الوطنية والدولية من أجل تعزيز وظائف ترصد الأمراض ومكافحة الفاشيات، وشمل ذلك الكثير من المناطق التي يُتعدّر الوصول إليها.

وتلبيةً للدعوة التي أطلقتها اللجنة الإقليمية في العام الماضي لتعزيز التأهب والاستجابة للطوارئ، أعدنا هيكلية مجال الطوارئ، وأسّسنا في سبيل ذلك وحدتين جديدتين في المكتب الإقليمي معنيّتين بالتنسيق والاستجابة والتخطيط والرصد في حالات الطوارئ، وأسّسنا كذلك وحدة جديدة للاستعداد المؤسسي في عمّان. وقد أنشئ الصندوق الإقليمي للتضامن في حالات الطوارئ، ومن المقرّر تمويله بمبلغ 4.9 ملايين دولار أمريكي للشائبة 2016-2017. وسيكفي هذا المبلغ لتمويل التدخلات المبدئية عند وقوع طارئة، لكن سيستلزم الأمر الحصول على مساهمات طوعية لضمان الاستمرارية في أداء وظيفته. وبهذا وحده نضمّن تحويل مبدأ التضامن إلى واقع ملموس. وقد شكّلت أيضاً فريقاً استشارياً إقليمياً للطوارئ لإسداء المشورة المستقلة بشأن المسائل الاستراتيجية وقضايا السياسات العامة المتعلقة بالطوارئ.

وأخيراً، وبعد التوصل إلى اتفاق مع المدينة العالمية للخدمات الإنسانية في دبي، دخل مركز خصصته منظمة الصحة العالمية للعمليات الإنسانية واللوجستية مرحلة التشغيل. وسيكفل هذا المركز تخزين كميات كافية من المستلزمات الطبية الحرجة ويدعم الاستجابة للطوارئ في الإقليم وخارجه في الوقت المناسب.

السادة الكرام ممثلو الدول الأعضاء،

كانت تلك هي الأعمال الهامة التي أنجزناها في العام الماضي في المجالات الخمسة ذات الأولوية. ولعلكم تتذكرون أننا أطلعناكم في العام الماضي على نموذج للمرتسمات القطرية يركز على تلك المجالات. وهذا العام، يطيب لي أن أقدم إلى كل بلدٍ نسختين من المُرتسم الخاص به. فهذا النموذج نتاج للجهد المشترك الذي بذلته المنظمة بالتعاون مع الدول الأعضاء. وقد سبق لنا أن تلقينا، في حالات محددة، ردوداً نهائية. لكن في حالات أخرى، تركنا مجالاً لمعاليجكم لإضافة فقرة إلى المقدمة، إن رغبتُم في ذلك. وفي جميع الأحوال، أود أن ألتمس منكم الاطلاع على الوثيقة، وإبلاغنا بردودكم النهائية، إن وجدت، قبل التوقيع عليها.

السيدات والسادة،

لقد كانت تلك فترة مهمّة في تحقيق الإصلاح الإداري في المنظمة، حيث واصلنا تنفيذ التزامنا بتحقيق مزيد من الفاعلية والمساءلة والشفافية.

وقد طلبت مني لجنّتكم الموقّرة في العام الماضي رفع تقرير لها حول التقدّم المُحرز في تنفيذ قرار اللجنة الإقليمية رقم ش م/ل إ 59/ق-6، الذي طلب من الدول الأعضاء أن تنظر في إمكانية زيادة مستوى الاشتراكات المقدرّة للمنظمة. ويسرّني أن أحيطكم علماً بأن هذا الموضوع قد نوقش باستفاضة من جانب جمعية الصحة العالمية المنعقدة في أيار/مايو وصدر قرار باعتماد زيادة في الميزانية بنسبة 8% للثلاثية 2016-2017، وهي الزيادة التي ستموّل عن طريق المساهمات الطوعية. ويجدُر بي أن أشكر اللجنة على طرحها لهذه المسألة.

وقد نتج عن إعداد الميزانية البرنامجية للثلاثية 2016-2017 في الوقت المناسب وتعاون الشركاء في وقت مبكّر باستخدام نهج البناء من القاعدة إلى القمة، تحسين عملية التخطيط المشترك والوقوف على عدد معيّن من الأولويات المحدّدة وتخصيص اعتمادات الميزانية بما يتماشى مع أولويات البلدان.

واستمرّت كذلك جهود تعزيز حضور منظمة الصحة العالمية مع التركيز بشكل خاص على صقل الخبرة التقنية ومهارات الإدارة الشاملة. وقد تناولنا قدرات المكاتب القطرية بالدراسة والبحث لضمان وجود القدرات الإدارية على المستويين الاستراتيجي والتقني. وشهد عام 2014 توسّعاً كبيراً في القدرة التقنية في العديد من المكاتب القطرية، بينما شهد عام 2015 تركيزاً على تحسين الإدارة العامة والقدرات الإدارية التنفيذية في الميدان.

وقد وُضعت استراتيجية محددة لزيادة مستوى الامتثال في عدد من مجالات عملنا في مختلف مكاتبنا، ومنها إدارة الأداء والالتزام بقواعد المنظمة ولوائحها. وستبقى مسألة تحسين مستوى الامتثال تشكّل أولوية كبرى خلال السنوات القادمة، غير أن الأولوية الأكثر إلحاحاً تتمثّل في تعزيز الإدارة والقيود الماثلة في المكاتب الكبيرة والبلدان المتضرّرة من الأزمات.

وأخيراً، في مجال تصريف شؤون المنظمة، وللتعرّف على آخر المستجدات المحقّقة حتى الآن، درّسنا عن كُتب طريقة عقْد الاجتماعات وكتابة التقارير عنها، إذ نبذل مزيداً من الجهد لتحقيق التجانس في كتابة التقارير عن

مناقشاتنا، بما يتفق مع إصلاح المنظمة بشكل عام وما جرّت عليه العادة في اللجان الإقليمية الأخرى. ولهذا، ستلاحظون على سبيل المثال الجريدة اليومية التي يتم توزيعها كل صباح وستحل محل المحضّر الموجز اليومي الذي كان يُعدّ طوال السنوات السابقة. ويجري، كما تعلمون، تسجيل اجتماع الدورة، وأوّد أن أطلب منكم أن تفضلوا بإخطارنا عما إذا كنتم تودّون الاطلاع على تلك التسجيلات بناءً على طلبكم في كل مرّة. وستكون مسوّدّة تقرير الاجتماع جاهزة للاطلاع عليها في صباح آخر يوم كما هو معتاد. ونوفّر هذا العام أيضاً لأول مرّة بثاً شبيكياً مباشراً للاجتماع. وأتطلع إلى الاستماع إلى آرائكم بشأن هذا التطورات.

واسمحوا لي أن أختم حديثي بالإشارة إلى بعض المبادرات المهمّة التي نشارك فيها لدعم احتياجات البلدان المستقبلية في مجال القدرات الخاصة بالصحة العمومية.

ففي أعقاب إطلاق مبادرة إقليمية في عام 2013 لتقييم الوظائف الأساسية في مجال الصحة العمومية والقدرات الخاصة بالصحة العمومية في البلدان، أجرى المكتب الإقليمي تقييماً لبلدين بدعم من المنظمة ومن فريق من الخبراء الدوليين في مجال الصحة العمومية. وقد خضعت أداة التقييم للمراجعة في وقت مبكر من عام 2015 وسيواصل تحسينها قبل إجراء مزيد من التوسّع في المبادرة.

وقد أُطلق برنامج للقيادة الصحية في وقت مبكر من عام 2015 بعرض تطوير قدرات القيادات المستقبلية في مجال الصحة العمومية. وقد حققت الدورة الأولى التي عُقدت على مرحلتين في مكانين مختلفين نجاحاً مبهراً. وستبدأ الدورة الثانية، التي تفضّلتم من قبل بإرسال ترشيحاتكم لها، في أواخر عام 2015. وإنني لأتطلع لرؤية ثمار هذه الدورة مكتملة في السنوات المقبلة. وأنا على يقين من أنكم تشاطرونني هذا الشعور. فالتحديات الناشئة التي تهدّد الصحة العمومية في الإقليم سوف تتطلب وجود كتلة مهمّة من تلك القيادات كي يكون لها الأثر المطلوب على أرض الواقع. ويحدونا الأمل في أن تستطيع المؤسسات الوطنية المشاركة في دفع هذا المبادرة إلى الأمام.

وقد واصلنا كذلك استضافة الحلقة الدراسية الإقليمية السنوية المتعلقة بالدبلوماسية الصحية. وهذا الأمر قد أثبت نجاحه الكبير في جمع ممثلي الشؤون الصحية والخارجية وكذا البرلمانيين والأكاديميين لإجراء مناقشات حول نقاط التماس بين الصحة وغيرها من القطاعات. وسواصل دعم البلدان في جهودها الرامية إلى بناء قدراتها في هذا المجال.

السيدات والسادة،

على الرغم من أن أعمالنا هذا العام قد غلب عليها التصدّي للأزمات التي تسود كثير من بلداننا، بل أدّت تلك الأزمات إلى صرف تركيزها إلى حدّ ما، فقد واصلنا الاضطلاع بولايتنا وتنفيذ الالتزامات ذات الأولوية التي اعتمدها اللجنة. والآن وقد اعتمدت الأمم المتحدة مجموعة جديدة من أهداف التنمية المستدامة لتحقيقها بحلول عام 2030، فإننا سنعمل على الموازنة بين استراتيجياتنا وغاياتنا من جهة وتلك الأهداف من جهة أخرى، متى استلزم الأمر ذلك. فالأهداف الجديدة تغطي الأهداف الإنمائية للألفية التي لم يكتمل تحقيقها، فضلاً عن الأمراض غير السارية وقضايا النُظُم الصحية، بما فيها التغطية الصحية الشاملة. وتلك هي الأولويات نفسها التي سبق أن قطعنا على أنفسنا عهداً بتحقيقها، وسواصل تقديم الدعم إليكم في تحسين الصحة في الإقليم.

وشكراً لكم.