



الشؤون الإقليمية: تقارير من المديرين الإقليميين

يتشرف المدير العام بأن يقدم الى المجلس التنفيذي تقارير من المديرين الإقليميين. وهذه التقارير تعرض نزولا على الطلب الذي تقدم به عدد من أعضاء المجلس في دورته التاسعة والتسعين بشأن "... ايجاد اطار عمل عام فيما يتعلق بتقارير المديرين الإقليميين...". ويحتوي كل تقرير على جزأين: الجزء الأول ويشمل شؤون اللجنة الإقليمية التي تتطلب من المجلس أن يوليها اهتماما خاصا والجزء الثاني ويشمل المنظور الإقليمي فيما يتعلق بسياسة توفير الصحة للجميع في القرن الحادي والعشرين.

المحتويات

الصفحة

٢	أولا: تقرير من المدير الإقليمي لأفريقيا
٥	ثانيا: تقرير من المدير الإقليمي للبلدان الأمريكية
٨	ثالثا: تقرير من المدير الإقليمي لجنوب شرق آسيا
١٢	رابعا: تقرير من المدير الإقليمي لأوروبا
١٥	خامسا: تقرير من المدير الإقليمي لشرق المتوسط
١٧	سادسا: تقرير من المدير الإقليمي لغرب المحيط الهادي

أولاً: تقرير من المدير الاقليمي لأفريقيا

التطورات الاقليمية بما في ذلك شؤون اللجنة الاقليمية

مقدمة

١- عانى المكتب الاقليمي، هذه السنة، آثار الأزمة العسكرية والاجتماعية السياسية الخطيرة التي لاتزال تعصف بمدينة برازافيل وتحتاج سائر أنحاء البلد. ولقد تم اجلاء الموظفين الدوليين وذويهم في حزيران/ يونيو ١٩٩٧، وأنشئت على الفور هياكل ادارية مؤقتة تضم فريقا اقليميا مركزيا يعمل بحثيف وأفرقة تقنية تعمل في كل من ليبروفيل ولومي ولاغوس وبريتوريا ونيروبي. وفي آب/ أغسطس ١٩٩٧ فتح بهراري مكتب اقليمي مؤقت يضم حوالي ٨٠ موظفا ومن المزمع أن يعمل لفترة طويلة.

الدورة السابعة والأربعون للجنة الاقليمية

٢- عقدت اللجنة الاقليمية دورتها السابعة والأربعين في الفترة من ١ الى ٥ أيلول/ سبتمبر ١٩٩٧ في سان سيتي بجنوب أفريقيا، وكانت تلك هي الدورة الأولى التي تعقدها اللجنة خلال فترة لا تتعدى الخمسة أيام.

٣- وأحاطت اللجنة الاقليمية علما مع الارتياح بالخطوات التي اتخذها المدير الاقليمي من أجل ضمان استمرار عمل المنظمة في الاقليم رغم الاضطراب في عمل المكتب الاقليمي. كما أحاطت علما مع الامتنان بالعرض الذي تقدمت به حكومة جمهورية زيمبابوي المتمثل في توفير مكان مؤقت لايواء المكتب الاقليمي. وأقرت خطة المدير الاقليمي القاضية بالأخذ باللامركزية في الاضطلاع بأنشطة المكتب.

٤- واستعرضت اللجنة ثلاث استراتيجيات برنامجية اقليمية بشأن أنشطة الطوارئ والأنشطة الانسانية والصحة الانجابية، والاعلام والتعليم والاتصالات، واعتمدت تلك الاستراتيجيات وأصدرت قرارات بشأنها. ويطلب أحد القرارات بشأن الاصلاحات التي تجربها المنظمة ومسألة الأولويات الصحية في أفريقيا الى المجلس التنفيذي: اعتبار المشكلات الصحية في أفريقيا أحد التحديات العالمية التي يتعين اعطاءها الأولوية القصوى ووضع معايير أكثر موضوعية وعدلا لتخصيص الأموال من الميزانية مع مراعاة الاحتياجات الصحية ذات الأولوية للاقليم؛ واتخاذ الخطوات اللازمة لضمان تكافؤ الفرص بين الجميع؛ وتساوي تمثيل الأشخاص المعينين من قبل الدول الأعضاء في المجلس التنفيذي حتى لا تفرض أية مجموعة من الدول الأعضاء نفوذها داخل المنظمة.

٥- واعتمدت المنظمة أيضا قرارات بشأن: تشجيع مشاركة المرأة في مجالي الصحة والتنمية، والسلم والاستقرار في سيراليون، والكونغو، ومكافحة تعاطي التبغ.

٦- وناقشت اللجنة تقارير المدير الاقليمي عن التقييم الثالث الخاص لاستراتيجية توفير الصحة واسهام الاقليم في سياق السياسة العالمية لتوفير الصحة للجميع في القرن الحادي والعشرين.

سياسة توفير الصحة للجميع في القرن الحادي والعشرين: الاحتمالات الاقليمية

الحالة الصحية في الاقليم

٧- كشف تحليل الحالة الصحية الراهنة عن تحقيق بعض الانجازات بعد مؤتمر ألما آتا، حيث تحسنت الخدمات الصحية الأساسية اثر الاصلاحات التي أدخلت على البنية الأساسية الصحية بالاضافة الى ارتفاع عدد العاملين الصحيين. كما طرأ تحسن عام على معدل التغطية بالخدمات الصحية.

٨- وانخفض معدل وفيات الرضع بنسبة تفوق ٣٠٪، في حين ارتفع متوسط العمر المتوقع بأكثر من ١٠ سنوات، أي أنه ارتفع من أقل من ٤٠ سنة في عام ١٩٧٥ الى ما يزيد قليلا على ٥٠ سنة. كما ازدادت نسبة سكان الاقليم التي

تحظى بمياه الشرب النقية من أقل من ٢٥٪ في أواخر السبعينات الى أكثر من ٤٠٪. إلا أنه عند مقارنة هذه الانجازات بتلك التي تم تحقيقها في أنحاء أخرى من العالم، يتبين أن التقدم المحرز في الاقليم كان بطيئاً.

العوامل المؤثرة في التنمية الصحية

٩- كانت القلاقل السياسية وضعف الهياكل الديمقراطية، واندلاع الحروب ونشوب النزاعات الاجتماعية، السمة الغالبة على الاقليم. كما أدت الاصلاحات الاقتصادية في حالات كثيرة، الى تقليص الانفاق الوطني على الصحة وتزايد البطالة وعدد المعوزين. وساعد التكاثر السكاني على انتشار التوسع العمراني العشوائي ونمو الأحياء الفقيرة. وأدت التغيرات المناخية وتزايد معدلات الجفاف الى تفاقم مشكلة المجاعة وسوء التغذية. ولقد ساهمت المعتقدات والممارسات الثقافية الضارة فضلاً عن انهيار البنية الاجتماعية ونظم المساعدات، وأساليب العيش والسلوكيات غير الصحية، في تعميق أثر الايدز وفيروس العوز المناعي البشري HIV/ الايدز في الاقليم.

١٠- ومن المشكلات التي يعانها القطاع الصحي خاصة، انعدام السياسات الوطنية الصحية، وتفتت النظم الصحية، وندرة الموارد وسوء ادارة الموارد المتاحة، لذلك فان التحديات المطروحة في المستقبل لها علاقة بتحديد الوسائل الكفيلة بتذليل هذه العقبات التي تقف أمام التنمية الصحية.

استجابة الاقليم الاستراتيجية

اعادة التأكيد على دعم سياسة توفير الصحة للجميع

١١- أعرب الاقليم عن رغبته في التأكيد على أن الحق في التمتع بالصحة هو لب جميع حقوق الانسان، وأن الدعوة الى توفير الصحة للجميع هي دعوة الى تحقيق العدالة الاجتماعية، وأن الأساس الذي تقوم عليه الصحة للجميع يتمثل في استتباب السلم والأمن على الصعيدين العالمي والاقليمي، وأن الاستثمار في الصحة هو عامل أساسي من عوامل التنمية. وتوفير الصحة للجميع في الاقليم الأفريقي يعني توفير الصحة لكل فرد.

رؤية توفير الصحة للجميع

١٢- ان بلوغ رؤية توفير الصحة للجميع في الاقليم يعني تحقيق انخفاض كبير في معدلات وفيات الرضع ووفيات الأمومة والوفيات بسبب الايدز، وتخفيض وتقليص المراضة خاصة تلك الناجمة عن الأمراض التي يمكن استئصالها أو التخلص منها وتخفيض معدلات الأمراض السارية والأمراض غير السارية، وكذلك الوقاية من العجز والمخاطر المهنية.

مجموعة قيم سياسة توفير الصحة للجميع

١٣- من المتوقع أن تستند مجموعة القيم والمبادئ ذات الصلة التي تقوم عليها رؤية توفير الصحة للجميع الى مفهوم التضامن القائم على مبادئ الشراكة، والمساءلة وتقاسم المسؤوليات؛ والى مفهوم العدالة والانصاف القائم على مبادئ افادة الجميع من الرعاية الصحية للجميع، بما في ذلك الرعاية الفردية وضرورة ضمان تمتع كل فرد بالصحة والى المبادئ الأخلاقية القائمة على تحقيق التقدم في المجال الصحي على المستويات العالمية والاقليمية والوطنية وجني ثمار ذلك التقدم والى الهوية الثقافية التي تحترم الفوارق الثقافية وخصوصية البيئات السائدة.

السياسة ذات الأولوية والتوجهات الاستراتيجية

١٤- تتمثل الغايات التي من شأنها أن تساهم في تحقيق الهدف العام من التنمية الصحية في: (١) تشجيع مبادرات التنمية البشرية المستدامة ذات الصلة بالصحة، بما في ذلك المبادرات التي ترمي الى الحد من الفقر أو التخفيف من وطأته؛ (٢) تشجيع أساليب العيش والسلوكيات الصحية؛ (٣) تقليص معدلات المراضة والوفيات وخاصة تلك الناجمة عن الأمراض السارية بما فيها فيروس العوز المناعي البشري HIV/ الايدز، وكذلك معدلات المراضة والوفيات المتعلقة بالأمومة وفترة ما حول الولادة.

١٥- وحتى يتسنى بلوغ الغايات المذكورة، يتعين أن تشمل التوجهات السياسية ذات الأولوية الاجراءات والتوجهات الاستراتيجية التالية: (١) اتخاذ التدابير الكفيلة بالتخفيف من حدة الفقر؛ (٢) تنمية النظم والخدمات الصحية؛ (٣) اضافة طابع اللامركزية على الخدمات والرعاية الصحية؛ (٤) انشاء نظم لادارة المعلومات الصحية تتسم بالفعالية والكفاءة؛ (٥) حشد الموارد البشرية والمادية والمالية لخدمة الصحة؛ (٦) تحسين نوعية الخدمات والرعاية الصحية؛ (٧) الحد من المخاطر الصحية البيئية.

١٦- وستشمل الاجراءات والتوجهات الاستراتيجية الأخرى تشجيع مساهمة المجتمع، والنهوض بالمعلومات والتعليم والاتصالات بغية الوقاية من الأمراض ومكافحتها؛ تشجيع البحوث وخاصة البحوث الميدانية؛ توعية الجمهور وتشجيعه على اللام بمسائل الصحة العامة وتعزيز الأفرقة المهنية.

دور المكتب الاقليمي

١٧- ان المكتب الاقليمي ملتزم بدعم الدول الأعضاء في تحقيق الرؤية التي تنطوي عليها التنمية الصحية في القرن الحادي والعشرين. وسيخضع اتفاق التعاون التقني بين المنظمة والدول الأعضاء الى مراجعة الهدف منها اعادة توجيهه وتيسير الدعم اللازم وذلك من أجل مراعاة خصوصيات آحاد البلدان وتحديد المجالات الاقليمية ذات الأولوية.

١٨- وسيواصل المكتب الاقليمي دعم بناء القدرات الوطنية وتعزيزها ولاسيما على المستوى المجتمعي. ويعتبر هذا الأمر طريقة جد هامة لأنها تمكن الناس من تحمل مسؤولية النهوض بصحتهم وتساعد على التحقق من كون وزارة الصحة على أهبة الاستعداد لمواجهة التحديات في المستقبل.

١٩- وستكثف أنشطة الدعوة الى النهوض بالصحة في مجال التنمية الاجتماعية الاقتصادية لزيادة حظوظ التبعة العامة من أجل توفير الصحة للجميع وضمان ايلاء السبل التي يمكن بها للصحة، في اطار القطاعات الأخرى، أن تساعد على تحقيق الأهداف القطاعية ما تستحقه من تقدير.

٢٠- وسيكون المكتب الاقليمي صارما في تأدية دوره التقييسي، اذ سيوفر المعلومات والارشادات المفيدة للدول الأعضاء من أجل وضع برامجها الصحية الوطنية وتنفيذها ورصدها وتقييمها.

٢١- وسيحرص المكتب الاقليمي على قيام علاقات تعاون فعالة بين قادة المجتمعات المحلية والمجموعات الدينية والقادة السياسيين وغيرهم ومع وكالات الأمم المتحدة وسائر المنظمات الدولية التي تعمل في المجال الصحي، ومع القطاع الخاص (بما في ذلك الدوائر الصناعية) والمنظمات غير الحكومية، وذلك بغية تعبئة الجماهير لخدمة الصحة وتيسير بلوغ هدف توفير الصحة لكل فرد في الاقليم. وسيتم، عن كئب، رصد الفرص التي ستساعد على بلوغ هذا الهدف أو الأخطار التي تتهدد تحقيقه، وسيسترعى اليها انتباه الدول الأعضاء لتمكينها من اتخاذ الاجراءات الضرورية في الوقت المناسب.

ثانياً: تقرير من المدير الاقليمي للبلدان الأمريكية

شؤون اللجنة الاقليمية

١- عقد الاجتماع الأربعون لمجلس ادارة منظمة الصحة للبلدان الأمريكية/ الدورة التاسعة والأربعون للجنة الاقليمية للبلدان الأمريكية في الفترة من ٢٢ الى ٢٦ أيلول/ سبتمبر ١٩٩٧ في المكتب الصحي للبلدان الأمريكية/ المكتب الاقليمي للبلدان الأمريكية في واشنطن العاصمة.

٢- وعرض المدير تقريره السنوي لسنة ١٩٩٦. وكان موضوع التقرير هو "صحة الفرد من صحة المكان"، ويسعى الى التأكيد على أن التقليل من أوجه اللامساواة في استغلال الحيز المكاني قد يساعد على تحسين الصحة. وقد جعلت المنظمة من بين أهم وظائفها تحديد المواطن التي تفتقر فيها الظروف الصحية الى العدالة والانصاف ومدى فعالية التدابير المتخذة من أجل تصحيح ذلك الوضع. لذا يذكر التقرير باقتضاب التقدم المحرز في منهجية تحليل الفوارق بين البلدان وداخل البلد الواحد. وأبرز التقرير توزيع أوجه الانصاف وديناميته فيما يتعلق بالوضع الصحي وظروف العيش وذلك بمقارنة معلومات الخرائط والمعطيات الأساسية المتعلقة بالمؤشرات الصحية. ويضيف مفهوم "صحة المكان" بعدا اضافيا لعبارة "المدن والبلديات الصحية" إذ أنها تشمل أيضا المدارس وورشات العمل والمنازل ذلك أن هذه الأماكن تشكل "رأس المال الاجتماعي" وتنميه وتحفظه. وفي المقابل، يفضي تشكيل رأس المال الاجتماعي الى تحسين الصحة وتعزيز الانسجام الاجتماعي الضروري لتحقيق ذلك. ويغطي التقرير أيضا ملخصات عن التعاون التقني في جميع البلدان بالإضافة الى دراسات تحليلية أعمق لعشرة بلدان خضعت لتقييم مستقل. ولاحظ الممثلون التزام منظمة الصحة للبلدان الأمريكية ومنظمة الصحة العالمية المستمر بالانصاف والتنمية المستدامة وأشاروا الى أن التقرير هو بمثابة أداة لتحديث سياسة توفير الصحة للجميع وتأكيد العلاقة القائمة بين الصحة والجوانب الاقتصادية في مجال التنمية البشرية.

٣- وقد عرض مشروع ميزانية البرنامج للفترة المالية ١٩٩٨-١٩٩٩ على اللجنة التنفيذية في حزيران/ يونيو ١٩٩٧. وبالإستناد الى التحفظات التي أبدت في ذلك الاجتماع بشأن زيادة مشروع البرنامج بنسبة ٤,٣٪، تعهد المدير الاقليمي بمراجعة الميزانية وابقائها عند مستواها الحالي بالقيمة الفعلية وعرضها على دورة اللجنة الاقليمية. وتشهد منظمة الصحة للبلدان الأمريكية تخفيضات فعلية بالقيمة الثابتة للدولار الأمريكي منذ عام ١٩٩٢. وتمثل الميزانية المقدمة الى اللجنة الاقليمية انخفاضا بمبلغ ١٧ مليون دولار أمريكي عن تلك التي عرضت على اللجنة التنفيذية، ويدل ذلك على استعداد المنظمة لاستيعاب الانخفاض الذي تنطوي عليه ميزانية تظل عند مستواها الحالي بالقيمة الفعلية دون المساس بالبرامج.

٤- وركز المدير الاقليمي في عرضه على تقييم مدى تحقق النتائج التي كانت متوقعة من الميزانية السابقة. وافتتح باب النقاش حول الشؤون المالية بعرض المجالات البرنامجية الرئيسية. وأشار المدير الاقليمي الى ما بذل من جهد بغية تخصيص موارد اضافية للمجالات التي يوليها المجلس التنفيذي لمنظمة الصحة العالمية الأولوية دون اغفال الأولويات الوطنية لبلدان الاقليم فيما يتعلق بالتعاون التقني مع منظمة الصحة للبلدان الأمريكية. وأعرب معظم ممثلي حكومات الدول الأعضاء في تدخلاتهم عن تأييدهم القوي للطريقة التي عرضت بها الميزانية لكنهم أبرزوا الحاجة الى زيادة "ترشيد" المؤسسات كجزء من عملية الاصلاح الشاملة. وقد تم اعتماد الميزانية بالاجماع.

٥- وأشار عدة ممثلين الى ضرورة مواجهة خطر الأمراض "الجديدة والمستجدة" على نطاق أوسع. وأيد جميعهم الأسلوب الذي تتبعه المنظمة فيما يخص الأمراض المنقولة بالأغذية والفاشيات الحيوانية المنشأ وهو يشمل التعاون مع معهد عموم أمريكا لحماية الأغذية والأمراض الحيوانية الذي أعيد تنظيمه حديثا في الأرجنتين بالإضافة الى تغيير مركز عموم أمريكا لمكافحة الحمى القلاعية كي يعالج الأمراض الحيوانية المنشأ الجديدة والمستجدة وفيروس هنتا والطاعون والتهاب الدماغ الخيلي. وتصدى الممثلون أيضا لضرورة قيام المنظمة باعداد نهج استراتيجي ازاء الظواهر المناخية مثل اعصار التينيو.

٦- واعتمدت اللجنة الاقليمية قرارا يدعو الدول الأعضاء الى الاستمرار في بذل الجهود للاضطلاع بدور ريادي قوي في مجال السيطرة على مشكلات صحة البيئة، ومساندة قرار المدير الاقليمي بالغاء مركز عموم أمريكا للايكولوجيا والصحة البشرية في المكسيك وادخال التعديلات المناسبة على برنامج عمل المركز الأمريكي للهندسة الصحية وعلوم البيئة مع التركيز على التدريب لاسيما في مجال الوبائيات البيئية وضمن تيسير استفادة البلدان من خدمات هذا المركز.

٧- وعرضت مسودة الوثيقة بشأن التقييم الثالث لتنفيذ الاستراتيجية العالمية لتوفير الصحة للجميع بحلول عام ٢٠١٠. وأوصت اللجنة الاقليمية السلطات الوطنية بمراجعة المسودة بهدف تحسين تساوq المعطيات والأسلوب العام لاسيما فيما يخص السياسة العامة. وأشار الممثلون الى أن تحقيق الأهداف بما فيها هدف توفير الصحة للجميع الذي وضع عام ١٩٧٨ مازال أمرا بعيد المنال وليس من الصواب التركيز فقط على بلوغ الأهداف المرسومة، ذلك أن أكثر شيء تغير هو طلب الناس على الخدمات. وقد أعيد تعريف وظائف الدولة التقليدية اذ وضعت تلك الطلبات والحقوق في صلب السياسات الصحية. وأشاروا أيضا الى أن المسائل التي أثيرت في مجلس الادارة كالعادلة والانصاف والاستدامة لا تأخذها "أداة التقييم" في الحسبان وانه على منظمة الصحة العالمية، كي تحسن استخدام تلك الأداة، أن تكون مدركة لمواطن الضعف هذه. وتمت التوصية بالتعرض للمواضيع المتعلقة بدور المرأة والمسنين وأثره في الصحة.

٨- وبناء على طلب المجموعة الخاصة التابع للمجلس التنفيذي والمعنية باستعراض الدستور، نظرت اللجنة الاقليمية في مسألتين أثارهما تقرير المجموعة عن اجتماعها الخامس وهما التمثيل شبه الدائم في المجلس التنفيذي للأعضاء الدائمين في مجلس الأمن التابع للأمم المتحدة، وتمديد ولاية أعضاء المجلس التنفيذي من ثلاث الى أربع سنوات. ورأى الممثلون أن تحتفظ الدول الأعضاء في كل اقليم بحقها في مواصلة العمل بتعيين ممثلي اقليمها لدى المجلس التنفيذي للمنظمة. أما فيما يتعلق بمدى العضوية، فقد لاحظوا أن مدة ثلاث سنوات تسمح بمساهمات مفيدة وأنها في الحين ذاته تفتح الباب أمام عدد أكبر من البلدان للمشاركة في الأجهزة الرئاسية للمنظمة.

٩- وخصصت اللجنة الاقليمية، بوصفها محفلا لمناقشة المواضيع الهامة، قسطا من الوقت لمناقشة دور وزارات الصحة في توجيه اصلاح القطاع الصحي. وقد برز ذلك عندما أدرجت في جداول أعمال وزارات الصحة، بشكل واضح، بنود مثل ترشيد المسؤوليات والعمليات وتحديد الأدوار الحيوية التي لا يمكن تفويضها كتأدية وظائف الصحة العامة الرئيسية التي هي من مسؤوليات الدولة وتحويل نشاطها الأساسي من تقديم الخدمات بشكل مباشر الى تنسيق ورصد أنشطة مقدمي الخدمات ومقدمي خدمات التأمين لها ومموليها ولاسيما تقوية الدور التنظيمي للسلطة الصحية. وبعد العروض التي تقدم بها أعضاء من شيلي والمكسيك وترينيداد وتوباغو عن اصلاح القطاع الصحي في كل من تلك البلدان وعن التحديات التي تواجه وزارات الصحة في سياق اصلاح الدولة، شارك ممثلو البلدان والمنظمات غير الحكومية في نقاش مفتوح يدخل في اطار مسؤولية اللجنة المنصوص عليها في الدستور وهي "العمل كمنبر لتبادل المعلومات والأفكار..."، وبالتالي مساعدة وزراء الصحة على امتلاك ما تتطلبه عملية اصلاح القطاع الصحي من عناصر القيادة وتنظيم العلاقات الجديدة فيما بين القطاعات.

سياسة توفير الصحة للجميع في القرن الحادي والعشرين: المنظور الاقليمي

١٠- استعرضت اللجنة الاقليمية الوثيقة الخاصة بسياسة توفير الصحة للجميع في القرن الحادي والعشرين. ولاحظ الممثلون أن توفير الصحة للجميع هو مهمة متواصلة ورأوا أن ذلك يعني ايجاد "رؤية" ما وتجديد الأمل واستعادة الثقة في العدالة الاجتماعية والايمان بإمكانية تحقيقها مع النظر الى الصحة كجزء أساسي من التنمية البشرية المستدامة. ولاحظوا أن قيمة تلك الوثيقة تتجسد في تقديم دليل تسترشد به الدول الأعضاء في المجالات الحاسمة. وهكذا يجب اتخاذها كوسيلة لبلوغ غاية ما لا كهدف في حد ذاتها. وذكر الممثلون نقطة مهمة أخرى وهي أن تلك الوثيقة تسلط الأضواء، من "منظور عالمي"، على مواضيع مثل احتلال السلطات الصحية الوطنية مركز الصدارة في عملية اصلاح القطاع الصحي ووضع بروفيلات ديمغرافية ووبائية وتنظيم الخدمات الصحية. وذكر الممثلون أن من الضروري وضع سياسة صحية عالمية تسترشد بها منظمة الصحة العالمية، كما رحبوا بالنهج الحكيم المتبع والتركيز على القيم والانتباه الى العوامل الحاسمة في الصحة وزيادة الحرص على مسألة العدالة والانصاف. وأعربت اللجنة الاقليمية عن ارتياحها لكون الوثيقة قد أتت على ذكر مسألة تهميش بعض البلدان بسبب تحرير التجارة العالمية. وينبغي طرح مسألة توفير الصحة للجميع والوثيقة ذاتها في محافل دولية أخرى كالمصارف الانمائية والمنظمات غير الحكومية.

١١- ولاحظ بعض الوفود أن الوثيقة، على الرغم من أنها أولت "أهمية بالغة" لمسألة المساواة بين الجنسين" لم تعرض لا من قريب ولا من بعيد للقضايا المتعلقة بالفرق بين الجنسين في أي فصل من فصولها. ثم ان اللغة المستعملة في الوثيقة لا تميز بين المذكر والمؤنث ولا تعكس تلك القضايا. أما الفصل الذي يحمل عنوان "من النظرية السياسية الى العمل التطبيقي"، فلم يحسن تفصيل مسألة "المساواة بين الجنسين". فقد كان من اللازم أن يعالج ذلك الفصل على نحو ملموس قضية المساواة بشكل عام سواء تعلق الأمر بالرجل والمرأة أو لا.

١٢- ورأى الكثير أنه كان ينبغي التركيز على الأهمية القصوى التي يكتسبها العمل من أجل حماية كوكب الأرض لاسيما في ضوء الظواهر المؤثرة في الموارد الطبيعية والتي تؤدي الى حدوث تغيرات ايكولوجية. حيث ان ظهور الأمراض الجديدة التي تهدد وجود البشرية يمت بصلة لتلك التغيرات. ولو عولجت مسألة الكوارث الطبيعية وأثرها في نقاوة مياه الشرب وتوافر الغذاء والمأوى باسهاب لكان ذلك أفضل، خاصة وأن الاقليم معرض للأعاصير وثوران البراكين والزلازل وسائر الكوارث الطبيعية.

ثالثاً: تقرير من المدير الاقليمي لجنوب شرق آسيا

شؤون اللجنة الاقليمية

١- انعقدت الدورة الخمسون للجنة الاقليمية في تيمفو، بوتان، في أيلول/ سبتمبر ١٩٩٧. واعتمدت اللجنة ثمانية قرارات كما ناقشت عدة مواضيع ذات صلة بعملية الاصلاح في المنظمة. ولتعزيز الروابط مع الأجهزة الرئاسية الأخرى، درست اللجنة الآثار الاقليمية المترتبة على قرارات جمعية الصحة العالمية الخمسين والدورتين التاسعة والتسعين والمائة للمجلس التنفيذي ومقرراتهما الاجرائية. وقد سهلت المشاركة النشطة لأعضاء المجلس التنفيذي في عمل المنظمة على المستوى الاقليمي عرض الآراء والمشاكل الاقليمية على الأجهزة الرئاسية. وقوبلت هذه الآلية بتقدير اللجنة الاقليمية البالغ وسيواصل استعمالها في المستقبل.

٢- واستعرضت اللجنة الفرعية المعنية بميزانية البرنامج تنفيذ ميزانية البرنامج للفترة ١٩٩٦-١٩٩٧، وأعربت عن تقديرها للجهود التي تبذلها الدول الأعضاء والمنظمة لبلوغ نسبة تنفيذ اجمالية قدرها ٩٢٪، بما في ذلك المخصصات حتى تاريخ ٣١ آب/ أغسطس ١٩٩٧. ونوهت اللجنة الفرعية بنجاح الاستراتيجيات المبتكرة من قبيل استخدام الآليات المشتركة بين البلدان لتجميع الأموال من الميزانيات القطرية بغية التوصل الى نتائج سريعة وملموسة، ووضع برنامج تكميلي مشترك بين البلدان وتنفيذه على نحو فعال خلال فترة السنتين هذه.

٣- واستعرضت اللجنة الفرعية أيضا التعديلات المقترحة على مشروع ميزانية البرنامج للاقليم في الفترة ١٩٩٨-١٩٩٩ كما استعرضت خطط العمل المفصلة لتنفيذ هذه الميزانية وأحاطت علما بها. وفيما يتعلق بالتعديلات المدخلة على مشروع ميزانية البرنامج عن طريق تحويل أموال اضافية الى خمسة برامج ذات أولوية، أوصت اللجنة الفرعية بوجوب اجراء مشاورات رسمية مع البلدان في المستقبل قبل اقتراح أية تحويلات ذات شأن.

٤- ولدى استعراض خطط العمل المفصلة لتنفيذ ميزانية البرنامج للفترة ١٩٩٨-١٩٩٩ والاحاطة علما بها انصب الاهتمام على القرارين م ١٣٩٩ ق و ج ص ع ٥٠-٢٦، المتعلقين بتحقيق وفورات قدرها ٣٪ في النفقات الادارية والعامه من خلال تحسين الكفاءة في التنفيذ.

٥- وبناء عليه، فقد أعد المكتب الاقليمي خطة كفاءة لتحقيق وفر قدره ٣٪ في النفقات الادارية والعامه، وعن طريق تنفيذ البرامج على نحو أكثر كفاءة في أبواب الاعتماد الستة خلال الفترة ١٩٩٨-١٩٩٩.

٦- ولدى مناقشة أولويات المنظمة، أوصت اللجنة الفرعية المعنية بميزانية البرنامج بضرورة تزويد أعضاء المجلس التنفيذي الذين كلفوا مهمة تمثيله في جمعية الصحة بمعلومات كافية عن الأولويات الاقليمية والقطرية فيما يتعلق بتخصيص موارد المنظمة. وأعربت اللجنة عن تقديرها للتدابير الايجابية المتخذة في مجال "المرأة والصحة والتنمية"، وخاصة تلك التي تهدف الى زيادة مشاركة المرأة في عمل المنظمة، وسعيها وراء المضي في تعزيز الأنشطة المتصلة بهذا المجال فانه سيتم انشاء وحدة منفصلة في المكتب الاقليمي لهذا الغرض. وتقرر، على سبيل التأكيد على الأهمية التي أوليت لهذا الأمر، أن يكون موضوع المناقشات التقنية في الدورة الحادية والخمسين للجنة "الشراكات من أجل التنمية الصحية مع التركيز على صحة المرأة وتنميتها".

٧- وأجرت اللجنة مناقشات مستفيضة بشأن الترتيبات الاقليمية، التي تنظر فيها الآن المجموعة الخاصة التابعة للمجلس التنفيذي لاستعراض دستور المنظمة. وأولت اهتماما خاصا لموضوع مخصصات الاقليم في الميزانية العادية، وتمثيل الأقاليم في المجلس التنفيذي والهيئات الأخرى، وترشيح أعضاء دائمين في مجلس الأمن لعضوية المجلس التنفيذي، وذلك بين أمور أخرى. وأكدت اللجنة الاقليمية من جديد تعهدا بحماية مخصصات الاقليم في الميزانية العادية في اطار التحديات المطروحة والاستراتيجيات التي سيتم اعتمادها. وأشارت أنه على المستوى العالمي، توجد في هذا الاقليم، بدوله الأعضاء العشر، أعلى نسبة من الاصابات بالعديد من الأمراض. وفي الوقت الذي سلمت فيه بمطالب الأقاليم الأخرى بالحصول على المزيد من مخصصات الميزانية العادية نظرا لازدياد عدد الدول الأعضاء، فقد أكدت على أن أية زيادة تمنح للأقاليم الأخرى يجب ألا تكون على حساب مخصصات هذا الاقليم. وتم نقل آراء اللجنة الى المجموعة الخاصة التابعة للمجلس التنفيذي لدراستها في اجتماعها المزمع عقده في تشرين الثاني/ نوفمبر ١٩٩٧.

٨- وبدأ المكتب الاقليمي الاضطلاع بعمليات تقييم دقيق للبرامج التعاونية للمنظمة في ثلاثة بلدان في الاقليم اضافة الي أربعة مجالات برنامجية اقليمية (تنظيم وادارة النظم الصحية القائمة على الرعاية الصحية الأولية، والعقاقير واللقاحات الأساسية، والبرداء (المالاريا)، والبرنامج الموسع للتمنيع). وأعربت اللجنة عن تقديرها لمساهمة موظفي المقر الرئيسي والمكتب الاقليمي والمكاتب القطرية في عمليات التقييم هذه.

٩- واستعرضت اللجنة التقدم الذي أحرزته البلدان الأعضاء في بلوغ هدف توفير الصحة للجميع. وقد ضم التقرير الاقليمي عن التقييم الثالث لتنفيذ استراتيجية توفير الصحة للجميع والتقرير الاقليمي الخاص بالصحة لعام ١٩٩٧ وصفا جليا لجوانب النجاح والفشل في هذا المضمار وسلطا الأضواء على التحديات التي تجب مواجهتها في المستقبل. ووجدت أن هذه التحديات هائلة، وخاصة فيما يتعلق بالمحرومين والمهمشين في اقليم يضم ربع سكان العالم، حيث يعاني ٤٠٪ من السكان من الفقر.

سياسة توفير الصحة للجميع في القرن الحادي والعشرين: المنظر الاقليمي

١٠- يرتبط العمل في مجال التنمية الصحية خلال السنوات المتبقية من هذا القرن وفي القرن المقبل ارتباطا وثيقا بالتقدم المحرز على عدة جبهات. فمن المتوقع على سبيل المثال، استئصال مرض دودة غينيا (داء التينينات) من الهند، وهو البلد الوحيد في الاقليم الذي مازال هذا المرض يتوطنه، قبل حلول عام ٢٠٠٠. وقد حققت خمسة بلدان في الاقليم هدف القضاء على الكزاز الوليدي ومازالت ثمانية بلدان تحقق تغطية قدرها ٨٠٪ أو أكثر بلقاح الحصبة.

١١- وقد استمر دعم المنظمة للجهود الرامية الى استئصال شلل الأطفال في احراز نتائج تبعث على الاعجاب. وأسفرت أعمال الدعوة المكثفة عن قيام التنسيق بين البلدان والأقاليم مما أدى الى تزامن أيام التمنيع الوطنية في جميع البلدان التي يتوطنها هذا المرض في الاقليم وفي اقليمي شرق المتوسط وغرب المحيط الهادي. وقد جرى، في كانون الثاني/يناير ١٩٩٧، تلقيح ١٢٧ مليون طفل في الهند وحدها في يوم واحد، مما يجعل من هذه الحملة أكبر تدخل في مجال الصحة العامة يتم انجازه في يوم واحد على الاطلاق. ولم يبلغ الا عن حدوث ١١١٦ اصابة بشلل الأطفال في الاقليم في عام ١٩٩٦. وذلك بالمقارنة مع ٧١٧ ٢٥ اصابة عام ١٩٨٦- أي بانخفاض يزيد عن ٩٥٪. وتبذل الجهود في الوقت نفسه لتحسين ترصد حالات الشلل الرخو الحاد. وهناك ما يدفع على التفاؤل ازاء قدرة بلدان الاقليم في بلوغ الهدف العالمي باستئصال شلل الأطفال بحلول عام ٢٠٠٠.

١٢- وانخفض العدد التقديري لاصابات الجذام في الاقليم من ٥,٥ مليون في عام ١٩٨٥ الى ٨٣٠,٠٠٠ اصابة في عام ١٩٩٦، في حين انخفضت الاصابات المسجلة من ٣,٨ مليون الى ٦٣٠,٠٠٠ اصابة. وقد حقق بلدان هما سري لانكا وتايلند الآن هدف استئصال الجذام. وستبلغ بوتان واندونيسيا وملديف ذلك الهدف بحلول أواخر عام ١٩٩٧ أو في بداية عام ١٩٩٨. ولم يبلغ عن اصابات بالجذام في جمهورية كوريا الديمقراطية الشعبية. وقد وسعت بنغلاديش والهند وميانمار ونيبال نطاق التغطية بالعلاج المتعدد العقاقير ليشمل جميع المناطق الجغرافية. وبالتالي، فان هدف استئصال الجذام بحلول عام ٢٠٠٠ أصبح هدفا واقعا الى أبعد الحدود.

١٣- وعلى الرغم من كل هذا النجاح فانه مازالت هناك حاجة للمزيد من العمل. اذ يتعرض، في ثلاثة بلدان في الاقليم، زهاء ١١٠ مليون نسمة لخطر الاصابة بداء الليشمانيات الحشوي (كالا آزار)، في حين تشير التقديرات الى أن ٥٣ مليوناً يحملون داء الخيطيات اللمفي. وبدأ فيروس العوز المناعي البشري (VIH) الايدز يتخذ أبعادا وبائية في بعض بلدان الاقليم. وتبين الاسقاطات أنه ستكون هناك في الاقليم قرابة مليوني اصابة بمرض الايدز وأن تتراوح الاصابات بفيروس العوز المناعي البشري ما بين ثمانية وعشرة ملايين اصابة بحلول عام ٢٠٠٠. ومازالت الأمراض "القديمة" كالتدرن تهيمن على نمط الأمراض. وتشير التقديرات الى أنه في عام ١٩٩٦ وحده، حدثت أكثر من ثلاثة ملايين اصابة جديدة بالتدرن في الاقليم، مما يشكل زهاء ٤٠٪ من العبء العالمي لهذا المرض. ومازالت البرداء (المالاريا) تشكل بلاء مستعصيا حيث أبلغ عن اصابة ما يزيد عن ثلاثة ملايين نسمة به في عام ١٩٩٦. ومازالت الأحماج التنفسية الحادة وأمراض الاسهال أهم أسباب الوفيات في صفوف الأطفال. وعلاوة على عبء الأمراض السارية فان العديد من الأمراض المتصلة بأساليب العيش آخذة في الظهور على نحو يجعل منها مشاكل رئيسية في مجال الصحة العامة. وهذا يؤكد ضرورة بذل جهود عاجلة لمكافحة الأمراض غير السارية من خلال الوقاية الأولية وذلك، على سبيل المثال، بتخفيض تعاطي التبغ وتغيير السلوك الغذائي واتباع أساليب عيش صحية.

١٤- وعليه فإن من الواضح أن الدول الأعضاء أحرزت تقدماً لا يستهان به في اتجاه بلوغ هدف توفير الصحة للجميع. غير أنه يبدو أيضاً أن التقدم المحرز في بعض الميادين قد بلغ مستوى استقر عنده. ففي بلدان كثيرة في الاقليم يعوق نمو السكان المفرط والامية والفقر وسوء التغذية وارتفاع معدلات وفيات الأمهات وصعوبة الحصول على المياه النقية ووسائل الاصحاح احراز المزيد من التقدم. وعلاوة على ذلك، فإنه لا قبل لبلد واحد بمفرده في عصر يتسم فيه الأسفار بطابع دولي الحد من انتشار الأمراض عبر الحدود، وبالتالي فإن هناك حاجة ملحة لاتباع أساليب مبتكرة في هذا المضمار.

١٥- وقد اعتمدت اللجنة الاقليمية أسلوباً من هذا القبيل في استخدام آلية مشتركة بين البلدان لمعالجة المشكلات الصحية الشائعة. إذ أثبتت الأنشطة المضادة للبرداء (المالاريا) المضطلع بها على الحدود أو دمج الخدمات الصحية على مستوى الدوائر مع الجهود الأخرى المتصلة بتطوير النظم الصحية، والتدريب على البوابات، فائدتها الكبيرة للبلدان الأعضاء. وسيواصل استخدام هذه الآلية من منطلق التضامن الاقليمي وبمخصصات أكبر من الميزانيات القطرية للمنظمة من أجل الأنشطة البلدانية.

١٦- أما أحد الجوانب الأخرى للنهج المتبع من قبل الاقليم ازاء المستقبل فيتمثل في اصلاح القطاع الصحي. وذلك أمر ضروري لاستيعاب الدور المتزايد الأهمية الذي يلعبه القطاع الخاص، والضغوط الهادفة الى خفض مستوى الانفاق العام وتزايد الطلب على الرعاية الجيدة والمشاركة في عملية صنع القرارات. وكان "اصلاح القطاع الصحي"، في هذا السياق، موضوع المناقشات التقنية في الدورة الخمسين للجنة الاقليمية. وحثت اللجنة الدول الأعضاء على الاستفادة القصوى من المؤسسات الاقليمية وغيرها من الآليات، اضافة الى المراكز المتعاونة مع المنظمة، في وضع خطط الاصلاحات وادارتها على نحو فعال، وطلبت الى المدير الاقليمي توفير الدعم التقني للدول الأعضاء في جهودها الرامية الى اجراء اصلاحاتها في القطاع الصحي.

١٧- غير أن هذه الاصلاحات، على أهميتها، بحاجة للدعم باستراتيجية واسعة النطاق ترسم الخطى الواجب اتباعها في ضمان استمرار التقدم نحو هدف توفير الصحة للجميع. وقد تواصلت الجهود لابقاء الصحة "على رأس جدول الأعمال السياسي والانمائي" للدول الأعضاء، سعياً لبلوغ هذه الغاية. وقد توجت هذه الجهود بانجازات سيضعان بدون أي شك أساساً راسخاً للتنمية الصحية في القرن الحادي والعشرين.

١٨- وقد تم، عقب اجراء سلسلة من المشاورات، وضع "اعلان بشأن التنمية الصحية" في جنوب شرق آسيا في القرن الحادي والعشرين اعتمده وزراء الصحة في الاقليم ابان اجتماعهم الخامس عشر في آب/ أغسطس ١٩٩٧. ولا يتضمن هذا الاعلان اطار السياسة للألفية المقبلة فحسب، بل يشكل أيضاً اسهام الاقليم في صياغة السياسة الصحية العالمية لتوفير الصحة للجميع والتي ستعتمدها جمعية الصحة في عام ١٩٩٨. وقد أقرت اللجنة الاقليمية هذا الاعلان بصفته بياناً بالعزم السياسي على تأكيد التزام الوزراء بالتصدي للتحديات المطروحة في مجال التنمية الصحية في القرن المقبل.

١٩- وقد تزايدت الأدلة في مواجهة هذه التحديات على أن القطاع الصحي لا يستطيع بمفرده توفير الخدمات الصحية للسكان كافة على نحو يحقق الكفاءة والفعالية. ولا بد للقطاع الصحي من اقامة "شراكات" مع الجهات الأخرى، بما فيهما القطاع الخاص، ودوائر الصناعة وغيرهما من القطاعات الحكومية اضافة الى المنظمات غير الحكومية. ومن منطلق هذه الشراكة وقع المديران الاقليميان لجنوب شرق آسيا والمحيط الهادي مذكرة تفاهم مع رابطة أمم جنوب شرق آسيا في أيار/ مايو ١٩٩٧. كما تم التوصل الى اتفاق أولي مع أمانة اتحاد جنوب شرق آسيا للتعاون الاقليمي لوضع مذكرة تفاهم مماثلة. وسيوفر هذان الاتفاقان دافعاً اضافياً للشراكات الفعالة في مجال التنمية الصحية على المستوى دون الاقليمي.

٢٠- وقد دعمت المنظمة في هذا السياق، المبادرة المشتركة لحكومتى اندونيسيا وتايلند لتنظيم "المؤتمر الدولي بشأن التعاون البلداني في مجال التنمية الصحية في القرن الحادي والعشرين" الذي انعقد في بانكوك من ١١ الى ١٥ كانون الأول/ ديسمبر ١٩٩٧. وكان الهدف منه تحسين التعاون البلداني في مجال التنمية الصحية بتدعيم الآليات القائمة حالياً اضافة الى تحديد أساليب وخدمات جديدة من أجل التعاون التقني الفعال ما بين البلدان. وقد جاء هذا المؤتمر نتيجة الادراك المتزايد لأهمية الشراكة والتعاون الفعالين بين البلدان في مواجهة تحديات التنمية الصحية في القرن القادم.

٢١- وبذا، وعلى مشارف القرن الحادي والعشرين، فقد أعدت الدول الأعضاء في اقليم جنوب شرق آسيا للمنظمة نفسها لمواجهة التحديات المقبلة، وانعاش جهودها من أجل توفير الصحة للجميع، وادخال الاصلاحات على نظمها الصحية، واقامة شراكات جديدة وتوطيد دعائم القائم منها. وتشير كل الدلائل الى أن الاقليم سيتمكن، باتباع هذه الأساليب، من احراز تقدم سريع الخطى في اتجاه تحقيق هدف توفير الصحة للجميع.

رابعاً: تقرير من المدير الاقليمي لأوروبا

شؤون اللجنة الاقليمية

- ١- فيما يلي ملخص لأهم النتائج التي خلصت اليها دورة اللجنة الاقليمية لأوروبا السابعة والأربعين التي انعقدت في اسطنبول في الفترة من ١٥ الى ١٩ أيلول/ سبتمبر ١٩٩٧، وهي تطرح على المجلس التنفيذي لينظر فيها.
- ٢- تم اعتماد خطة عمل للفترة ١٩٩٨-١٩٩٩ بشأن الوقاية من الأمراض السارية ومكافحتها. ولئن شهدت السنوات القليلة الماضية تحقق نتائج تبشر بالخير، فان الوضع في معظم أرجاء شرقي أوروبا ووسطها لا يزال خطيراً للغاية كما أنه يشهد بروز تهديدات جديدة تحيق بالصحة. ومن الأمثلة على ذلك ما سجله معدل حدوث الأمراض المنقولة جنسياً من زيادة سريعة في كثير من بلدان شرق أوروبا خلال التسعينات. وإذا كان معدل حدوث متلازمة العوز المناعي المكتسب (الايدز) والتدرن قد ظل دون تغيير في السنوات القليلة الماضية في غرب أوروبا فقد طرأت زيادة هائلة على ذلك المعدل في عدة بلدان في شرق القارة. وعادت الملاريا الظهور كمشكلة خطيرة للغاية في احدى المناطق في جنوب شرقي الاقليم. أما المشكلات الخطيرة الأخرى المرتبطة بالأمراض السارية في الاقليم الأوروبي فهي تعود الى حمى التيفوئيد والزحار والتهاب الكبد "أ" والكوليرا. واتضحت فعالية برامج التطعيم الجيدة التخطيط والتنفيذ من الانخفاض الهائل في معدل حدوث الخناق على مدى السنوات الثلاث الماضية.
- ٣- واعتمدت أيضاً خطة عمل للفترة ١٩٩٨-١٩٩٩ بشأن استئصال شلل الأطفال وهي وضعت لاعداد جميع بلدان الاقليم للمرحلة التي تمنح فيها شهادة بخلوها من هذا المرض بحلول عام ٢٠٠٠.
- ٤- وفيما يتعلق باعتلالات الدماغ الاسفنجية الشكل السارية أعرب عن الارتياح للقرار الذي اتخذته منظمة الصحة العالمية باستغلال خبرتها التقنية في المجالات التي تشكل مواطن قوتها ألا وهي: تعريف المرض ووضع ارشادات بشأنه والتدريب في هذا المجال وترصد المرض.
- ٥- وهناك خطة عمل ثالثة (١٩٩٧-٢٠٠١) تم اعتمادها لتحرير أوروبا من التبغ وقد دعت تلك الخطة الى اتخاذ تدابير حازمة لحماية الصحة العامة من أنشطة دوائر صناعة التبغ. وتقتصر الخطة بأن تكون لجميع الدول الأعضاء الأوروبية، بحلول عام ١٩٩٩، خطط عمل وطنية توضع باعتماد جداول زمنية واضحة فيما يتعلق بالتنفيذ ووضع أهداف محددة بنىة لتقليص معدلات تعاطي التبغ ولاسيما بالنسبة للنساء والشباب، وتدعو الخطة أيضاً الى اشراك سائر القطاعات في هذا الشأن بما في ذلك السلك القانوني. ومن العناصر الرئيسية في خطة العمل اقتراح استكشاف الجدوى من انشاء "لجنة لتحرير أوروبا من التبغ" التي من شأنها أن تجمع بين شتى المنظمات ضمن تحالف عريض وبالتالي فانها تزيد من تنسيق الجهود المبذولة في عموم أوروبا في هذا الصدد.
- ٦- وقدم رئيس اللجنة الأوروبية للبيئة والصحة (وهي لجنة مشتركة مع لجنة الأمم المتحدة الاقتصادية لأوروبا) تقريراً عن الأعمال التحضيرية لمؤتمر "البيئة والصحة في اطار الشراكة: تنفيذ الاجراءات من أجل القرن الحادي والعشرين" المزمع عقده في لندن في عام ١٩٩٩، وأكد على أن مشاركة جميع البلدان وتفانيها التام في هذا الصدد من الأمور الضرورية لضمان تنفيذ التدابير، التي ستجرى مناقشتها والموافقة عليها في ذلك المؤتمر، على الوجه الصحيح. وأكدت عدة بلدان على أهمية الجهود الجديدة التي بذلها المكتب الاقليمي لأوروبا لتشجيع صياغة خطط العمل الوطنية في مجال البيئة والصحة كأداة فعالة لا لبلوغ المرامي الوطنية فحسب بل أيضاً لتعزيز التعاون الدولي.
- ٧- وتم التوصل الى توافق في الآراء بشأن المعايير المنقحة الخاصة بالمرشحين المتقدمين لمنصب المدير الاقليمي، ومن بين التعديلات امتلاك المرشحين لمهارات كافية في احدى لغات عمل اللجنة الاقليمية على الأقل. وتم التأكيد كذلك على وجوب أن يكون المرشح من رعايا احدى الدول الأعضاء في الاقليم، في الأحوال العادية. وتم، أيضاً، اعتماد تعديل هام في صلاحيات فريق البحث الاقليمي ويتمثل ذلك التعديل في اعطاء الفريق ولاية تخوله البحث بهمة عن مرشحين.

٨- وفيما يتعلق بالمناقشات التي دارت داخل المجموعة الخاصة التابعة للمجلس التنفيذي والمعنية باستعراض الدستور بشأن **الترتيبات الإقليمية**، أعربت اللجنة الإقليمية عن ارتياحها وعرفانها للعمل الذي أنجزته اللجنة الدائمة التابعة للجنة الإقليمية، والمجموعة الخاصة والأمانة. وأعرب عن دعم واسع ورأسخ للتوصيات التي تقدمت بها اللجنة الدائمة والتي وردت في ملحق قرار اعتمده اللجنة الإقليمية حول الموضوع.

٩- ورحبت اللجنة الإقليمية بالتعليق الذي أبداه المدير العام ومفاده أنه سينظر في مسألة رصد أموال إضافية لبرنامج **يوروهيلث** لدعم بلدان وسط وشرقي أوروبا والدول الحديثة العهد بالاستقلال في نهاية فترة الستين، وذلك يتوقف على المبالغ التي تسدها الدول صاحبة أكبر الاشتراكات وعلى أسعار الصرف السائدة.

سياسة توفير الصحة للجميع في القرن الحادي والعشرين: المنظر الاقليمي

السياسة الصحية العالمية

١٠- في أعقاب المشاورة الكتابية بين الدول الأعضاء وبعض الخبراء المختارين خلال الفترة من تشرين الأول/أكتوبر إلى كانون الأول/ديسمبر ١٩٩٦، تم، في أيلول/سبتمبر ١٩٩٧، استعراض مسودة للسياسة العالمية من قبل اللجنة الدائمة التابعة للجنة الإقليمية ومن قبل اللجنة الإقليمية ذاتها خلال دورتها السابعة والأربعين.

١١- ورأت اللجنة الدائمة أنه على الرغم من أن مسودة الوثيقة وضعت الخطوط العريضة لاستراتيجية واضحة فانها ينبغي أن توضح بمزيد من البيان رؤية المنظمة ودورها الريادي، وأعرب عن شكوك في ضرورة توفير "مقاييس ملزمة قانوناً". ورأت اللجنة الدائمة أيضاً أن وضع اللمسات الأخيرة على الوثيقة ينبغي ارجاؤه سنة أخرى لتمكين المدير العام الجديد من المشاركة في صياغتها.

١٢- وأثنى عدة ممثلين على المدير العام ومعاونيه لاصدارهم المسودة الجديدة. وكان هناك، بوجه عام، دعم للتعليقات التي أبدتها اللجنة الدائمة الا أن هناك من أبدى بعض التعليقات والتحفظات الاضافية، ذلك أنه اقترح تبيان الدور المنوط بالحكومات وسلطات الحكم المحلي بشكل أوضح على الأقل فيما يتعلق بالرعاية الصحية الأساسية. وقيام الدولة، بشكل حصري، بتمويل الرعاية الصحية أمر لا يتفق مع آراء الكثير من الدول الأعضاء الأوروبية التي تتبع أسلوباً يقوم على التأمين الاجتماعي. وأكد عدة ممثلين على ضرورة تعزيز الجزء من الوثيقة الذي ترد فيه توصيات عملية.

١٣- وأيد بعض الممثلين الاقتراح الذي أبدته اللجنة الدائمة التابعة للجنة الإقليمية والقاضي بارجاء استكمال الوثيقة سنة واحدة، على الرغم من بعض التحفظات التي أعرب عنها أيضاً. فقد أشير الى أن المدير ملزم، وفقاً للقرار جصع ٤٨-١٦ الذي اعتمد في عام ١٩٩٥، باستكمال سياسة واستراتيجية توفير الصحة للجميع العالميتين قبل جمعية الصحة العالمية الحادية والخمسين في أيار/مايو ١٩٩٨.

السياسة الصحية الإقليمية

١٤- عندما اعتمدت الدول الأعضاء في الاقليم الأوروبي السياسة الإقليمية واعتمدت ٣٨ هدفا لتوفير الصحة للجميع في عام ١٩٨٤، فانها أنشأت دورة مستمرة لوضع السياسة العامة، تتحقق في اطارها المساءلة عن طريق تحديد "أهداف تطلعية" واضحة وتحديد مؤشرات معيارية لقياس التقدم المحرز صوب بلوغها. وقد تم أول استعراض من قبل اللجنة الإقليمية في عام ١٩٩١. وقد شملت السياسة الإقليمية حقلاً واسعاً من النشاط. وقد قيس التقدم المحرز باستخدام أكثر من ٢٠٠ مؤشر عملي جرى رصدها، بشكل متواصل، في جميع الدول الأعضاء.

١٥- وكان من المفروض استعراض مسودة منقحة للسياسة الجديدة في القرن الحادي والعشرين، من قبل اللجنة الدائمة التابعة للجنة الإقليمية في نيسان/أبريل ١٩٩٨، حيث يتم تقديم مسودة نهائية لقرارها من قبل اللجنة الإقليمية في دورتها الثامنة والأربعين في أيلول/سبتمبر ١٩٩٨. وكان من المتوقع أن تنشر السياسة، على نطاق واسع، بنهاية عام ١٩٩٨.

١٦- ورأت اللجنة الاقليمية أن القيم والمبادئ التي تقوم عليها سياسة توفير الصحة للجميع الأصلية تظل صحيحة.

١٧- وبالنظر الى المشاورات المستمرة والمستفيضة بشأن المسودة الأوروبية (التي شارك فيها جميع الدول الأعضاء الخمسين العاملة وعدد مساو من المنظمات) رحبت اللجنة الاقليمية، في مناقشاتها الأولية، بتحديث السياسة. وطلبت اللجنة نشر الوثيقة الختامية في جزأين (القرار EUR/RC47/R6): يبين أولهما أهم أولويات وقيم السياسة الصحية بالنسبة لأوروبا، ويعطي ثانيهما توجيهات أكثر تفصيلا بشأن الاستراتيجيات والخيارات، وخططة عمل وقائمة بالمشورات ومنهجية لتحديد الأهداف.

خامسا: تقرير من المدير الاقليمي لشرق المتوسط

شؤون اللجنة الاقليمية

١- عقدت الدورة الرابعة والأربعون للجنة الاقليمية لشرق المتوسط في طهران، عاصمة جمهورية ايران الاسلامية، من ٤ الى ٧ تشرين الأول/ أكتوبر ١٩٩٧. وقد دارت المناقشات التقنية حول موضوع التكنولوجيا الصحية الملائمة، وتناولت الورقات التقنية المقدمة المواضيع التالية: استنهاض المجتمع لدعم توفير الصحة للجميع، ودور الجامعات وجمعيات ونقابات المهنيين الصحيين في دعم توفير الصحة للجميع، والتخلص من الأمراض واستئصالها، ولاسيما الحصبة والتدرن، وكذلك شلل الأطفال، " والمعلومات والتواصل عن بعد في المجال الصحي". كما جرت مناقشة التقرير الثالث حول التقييم الاقليمي لاستراتيجيات توفير الصحة للجميع، ومشروع وثيقة لسياسة توفير الصحة للجميع، ومراجعة دستور المنظمة من قبل المجموعة الخاصة التابعة للمجلس التنفيذي، والتي شكلها المجلس لهذا الغرض.

٢- وفيما يتعلق بمراجعة دستور المنظمة، اتخذت اللجنة الاقليمية قرارا يؤكد على أهمية البنية الاقليمية للمنظمة؛ ورأت اللجنة زيادة عدد أعضاء المجلس التنفيذي عضوين اثنين، مع استمرار الأخذ بمدة العضوية الحالية في المجلس والتي تستغرق ثلاث سنوات. ولم تجب اللجنة مبدأ العضوية شبه الدائمة في المجلس التنفيذي. كما أكدت على أن دورات اللجنة السنوية ينبغي أن تظل سنوية. وأعربت عن اعتقادها أنه ينبغي، ولحين معرفة نتيجة تطبيق الاجراءات الجديدة لانتخاب المدير العام، مواصلة العمل بالاجراء القاضي بتسمية المرشح لمنصب المدير الاقليمي. ورأت اللجنة الاقليمية أن اعتماد أي نموذج حسابي يسترشد به في تقرير المخصصات الاقليمية في الميزانية، ينبغي أن يركز على معطيات موثوقة، ويستجيب للتغيرات، ويأخذ في الحسبان الموارد الخارجة عن الميزانية العادية، ويتسم بالعدالة من حيث تلبية احتياجات البلدان والأقاليم. كما أن تحقيق بعض البرامج لبعض الانجازات لا ينبغي أن يؤدي الى تخفيض المخصصات العامة.

٣- وابتغاء مواصلة الزخم حاليا في مجال التعليم الطبي في اقليم شرق المتوسط فقد تم اعداد ورقة تقنية حول دور الجامعات وجمعيات ونقابات المهنيين الصحيين في دعم توفير الصحة للجميع. وقد حظيت هذه الورقة باهتمام بالغ. وقد أعربت اللجنة الاقليمية عن قلقها بشأن عدم تلبية برامج تعليم المهنيين الصحيين لاحتياجات الرعاية الصحية لمجتمعاتهم، وكذلك ضرورة زيادة التنسيق بين المؤسسات التي توفر مثل هذا التعليم وبين نظم ايتاء الرعاية الصحية. وطلبت الى المدير الاقليمي، من بين ما طلبت، تشكيل فريق من الخبراء لمعاونة كليات الطب وغير ذلك من المؤسسات على تقييم هذا التعليم.

٤- وقد تناولت الورقة التقنية المعنية باستنهاض المجتمع لدعم توفير الصحة للجميع، جانبا أساسيا من قضايا تعزيز الصحة، ألا وهو ضرورة اشراك المجتمعات في اتخاذ القرارات، وفي العمليات التي تؤثر في صحة المجتمعات. وهناك في اقليم شرق المتوسط عدد من المبادرات التي يمكن أن تكون نبراسا لأنشطة استنهاض المجتمع، وعلى رأسها أسلوب تلبية الاحتياجات التنموية الأساسية، الذي ترسخت جذوره. ويعالج هذا الأسلوب المشكلات الصحية التي يعاني منها الفقراء، ولاسيما في المناطق النائية والأرياف، وذلك في اطار من التنمية الشاملة. غير أن الاقليم يفتقر الى المنهجية اللازمة لاستنهاض المجتمع ضمن اطار اجتماعي واسع. وعليه، فقد طلبت اللجنة الى المدير الاقليمي، من بين ما طلبت، تشكيل فريق من الخبراء، يضم أخصائيين اجتماعيين، لاعداد مثل هذه المنهجية ودلائل ارشادية لاستنهاض المجتمع لدعم توفير الصحة للجميع.

٥- وفي صدد التخلص من الأمراض واستئصالها، ولاسيما الحصبة والتدرن، اتخذت اللجنة الاقليمية قرارا يحث الدول الأعضاء على اعتماد وتنفيذ استراتيجيات التخلص من الحصبة، بهدف أن يتم التخلص منها بحلول سنة ٢٠١٠. كما حثت الدول التي تنخفض فيها معدلات حدوث التدرن على السعي الى التخلص من هذا المرض بحلول سنة ٢٠١٠، على حين حثت الدول ذات معدلات حدوث التدرن المتوسطة والمرتفعة على تنفيذ الاستراتيجية الاقليمية لتعميم المعالجة القصيرة الأمد تحت الملاحظة المباشرة، باعتبار ذلك وسيلة أساسية لتحقيق هدف التخلص من التدرن. ثم ناقشت اللجنة استراتيجية اقليمية للوقاية من انتقال الفيروس البري لشلل الأطفال عبر الحدود، ودعت الدول الأعضاء، من بين ما دعت اليه، الى التنسيق فيما بينها للجهود الهادفة الى استئصال شلل الأطفال، ولاسيما في المناطق الحدودية. وقد طلبت اللجنة الى المدير الاقليمي استخدام ما لدى المنظمة ومراكزها المتعاونة من وسائل وخبرات لدعم الجهود الرامية الى الحد من انتقال العدوى عبر الحدود.

٦- أما فيما يتعلق بموضوع التكنولوجيا الصحية الملائمة، فقد طلبت اللجنة الإقليمية الى المدير الاقليمي النظر في وضع دلائل ارشادية ومدونات حول انتقاء التكنولوجيا الحديثة واستخدامها استخداما رشيدا، وتقوية دور المراكز المتعاونة مع المنظمة في دعم نقل التكنولوجيا الصحية الملائمة بالاقليم. كما طلبت اليه ابلاغ المدير العام الأهمية التي تعقدها الدول الأعضاء على ازالة الحواجز والقيود التي تحول دون حصول جميع الدول الأعضاء على التكنولوجيا الصحية والمعدات الطبية الملائمة.

سياسة توفير الصحة للجميع في القرن الحادي والعشرين: المنظور الاقليمي

٧- أثار مشروع وثيقة سياسة توفير الصحة للجميع في القرن الحادي والعشرين الكثير من الملاحظات والتعليقات من قبل الدول الأعضاء. وقد قام اقليم شرق المتوسط بتعزيز العديد من المبادرات العملية المتعلقة بالسياسة الصحية، بغية تقوية عملية تنفيذ أنشطة توفير الصحة للجميع، في ضوء ظروف الاقليم. كما قام الاقليم بدور رئيسي في صياغة واعتماد قرار جمعية الصحة العالمية جصع ٣٧٤-١٣، الذي أقر بالدور العظيم الذي يؤديه البعد الروحي في حفز الناس على تحقيق منجزات في جميع مناحي الحياة. وعلى ذلك، فقد عملت بلدان الاقليم بنشاط على تضمين البعد الروحي في سياساتها واستراتيجياتها الصحية، باعتباره دعامة من الدعامات الأساسية لتعزيز الصحة. وطلبت اللجنة الإقليمية الى المدير الاقليمي اتخاذ اللازم نحو تضمين البعد الروحي للصحة في السياسة العالمية لتوفير الصحة للجميع، وتضمنه كذلك في دستور المنظمة عند تنقيحه.

٨- وقد أكدت اللجنة الإقليمية مجددا على أن توفير الصحة للجميع لايزال هدفا تطلعيًا صالحا لا يحده زمان، وأن السياسة الصحية الوطنية ينبغي أن تكون جزءا لا يتجزأ من السياسة الوطنية للتنمية الاجتماعية-الاقتصادية، وأن السياسات الصحية الوطنية والإقليمية ينبغي أن تراعي الخصائص الاجتماعية والثقافية لبلدان الاقليم.

٩- وخلال مناقشة هذا البند وسائر بنود جدول أعمال اللجنة الإقليمية، جرى التأكيد على المفاهيم الرئيسية للتعاون بين المكتب الاقليمي وبين الدول الأعضاء، على النحو التالي:

(أ) ان المكاتب القطرية للمنظمة، مدعومة بالخبرة التقنية المتوافرة لدى المكتب الاقليمي والمقر الرئيسي للمنظمة، توفر موارد تقنية لوزارات الصحة والكيانات الأخرى في سائر القطاعات ذات الصلة بالصحة. ويجري تشجيع الدول الأعضاء على الاستفادة بهذه الخبرة في اعداد سياساتها الصحية الوطنية، وفي دعم اصلاح القطاع الصحي، ولضمان أن تكون البرامج المدعومة من المانحين مسايرة لأهداف السياسة الصحية الوطنية وذلك خلال المفاوضات مع الجهات المانحة الدولية.

(ب) ليس للمنظمة برامج خاصة بها على الصعيد القطري، وكل ما تسهم به يتمثل في دعم البرامج الصحية الوطنية. وتقوم المنظمة، بالتعاون مع السلطات الوطنية، بمراجعة البرامج الوطنية الصحية والمتصلة بالصحة، وتحديد ما يلزم من الدعم من قبل المنظمة. وعلى حين يتم تقديم الدعم التقني لجميع مقومات البرامج الوطنية، فان المخصصات القطرية بالميزانية العادية للمنظمة يتم توجيهها الى مجالات محددة باعتبارها المجالات ذات الأولوية في تلك البرامج.

(ج) يتم توجيه التعاون مع الدول الأعضاء، بصورة رئيسية، نحو تعزيز القدرات الوطنية، والاستثمار في تنمية الموارد البشرية، وتقوية النظم الصحية الوطنية.

سادسا: تقرير من المدير الاقليمي لغرب المحيط الهادي

شؤون اللجنة الاقليمية

١- أثارَت اللجنة الاقليمية لغرب المحيط الهادي عددا من المسائل التي تقتضي أن يوليها المجلس التنفيذي اهتمامه. وتمت مناقشة معظم هذه المسائل في اطار بند جدول الأعمال المتعلق "بالترتيبات الاقليمية" وهي تتعلق بعمل المجموعة الخاصة المعنية باستعراض دستور المنظمة. غير أنه أثبت أربع مسائل أخرى تهم المجلس التنفيذي في اطار بنود أخرى من جدول الأعمال (انظر الفقرات ٧-١٠ أدناه).

٢- ورأت اللجنة الاقليمية، فيما يتعلق بالمخصصات الاقليمية، أنه يتعين زيادة مخصصات غرب المحيط الهادي لأنه يضم قرابة ٢٨٪ من سكان العالم. وتحدث الممثلون أيضا عن عدد من المعايير الأخرى التي يمكن استخدامها لتحديد مخصصات الميزانية، بما في ذلك عدد أقل البلدان نموا في الاقليم، والاحتياجات الصحية، ومؤشر التنمية البشرية. ورأى بعض الممثلين أيضا أنه يمكن تبرير زيادة من هذا القبيل على أساس أنه توجد في الاقليم بلدان أعضاء كثيرة تضم أعدادا قليلة من السكان المنتشرين في مناطق مختلفة.

٣- وتعتقد اللجنة الاقليمية أيضا أنه ينبغي زيادة عدد المقاعد المخصصة للاقليم في المجلس التنفيذي. وشملت الحجج المؤيدة لهذه الزيادة حجم السكان، وعدد الدول والانتشار الجغرافي. لكنه لم يظهر توافق في الآراء بشأن العدد الأمثل أو الأقصى لمقاعد المجلس التنفيذي.

٤- وكان من رأي اللجنة الاقليمية أن فترة شغل المديرين الاقليميين لوظائفهم ينبغي أن تتمشى مع فترة شغل المدير العام لمنصبه: أي خمس سنوات، قابلة للتجديد مرة واحدة، رغم أن هذا التقييد يجب ألا ينطبق على الذين يشغلون هذه الوظائف حاليا. ولم تجر مناقشة تستحق الذكر ولا ظهر توافق في الآراء بشأن طريقة اختيار هؤلاء.

٥- وفيما يخص دورات اللجان الاقليمية وجمعية الصحة رأَت اللجنة أن دورات اللجان الاقليمية يجب أن يستمر انعقادها مرة واحدة في السنة، ولعل من الممكن عقد دورة جمعية الصحة مرة كل سنتين. بيد أنه يتعين ابقاء احتمال اختصار فترة دورات اللجان الاقليمية قيد الاستعراض المستمر.

٦- وأثيرت أربع مسائل أخرى تهم المجلس التنفيذي.

٧- وطلبت اللجنة الاقليمية التوجيه من المدير العام فيما يخص الأمور التي تحكم علاقة المنظمة مع القطاع الخاص.

٨- وقوبلت الوثيقة الشاملة "توفير الصحة للجميع في القرن ٢١" بشعور من عدم الرضا وطلبت اللجنة الاقليمية الى المدير الاقليمي ابلاغ طلبها الى المدير العام بتنقيح هذه الوثيقة كي تستعرضها الدول الأعضاء وتعلق عليها قبل طرحها على النقاش في الدورة الواحدة بعد المائة للمجلس التنفيذي.

٩- وأثار ممثلًا بروني دار السلام وماليزيا موضوع السديم الذي غطى الجزء الأكبر من جنوب شرق آسيا ابان انعقاد دورة اللجنة الاقليمية. ووافقت حكومة اليابان على أنه يمكن إعادة تخصيص الأموال الخارجة عن الميزانية التي تم تسلمها لتقديم الدعم الفوري للبلدان التي تعاني مشكلات صحية ناجمة عن هذا السديم. وتم ارسال أحد أخصائيي صحة البيئة عقب انتهاء الدورة الى ماليزيا لهذا الغرض.

١٠- وأشار ممثل منغوليا الى أن الدعم الذي قدمته المنظمة حتى الآن "للأوضاع المعززة للصحة" في غرب المحيط الهادي لم يلبِّ احتياجات السكان الرحّل. وتم الاتفاق على النظر في هذه القضية في اطار وثيقة السياسة الاقليمية المعنونة آفاق جديدة في مجال الصحة.

١١- ويعد السديم ظاهرة معاصرة ومجتمعات الرحل قديمة قدم الانسانية. واستجابة المنظمة لهذين الأمرين تكاد تكون هي نفسها: القيام بالتدخلات المناسبة في مجال الصحة العامة في الوقت المناسب، وضمان أن تتيح سياسة المنظمة أفضل فرصة ممكنة للسكان لرفع مستوى امكاناتهم في مجال الصحة الى أقصى حد ممكن.

سياسة توفير الصحة للجميع في القرن الحادي والعشرين: المنظور الاقليمي

١٢- سوف يزداد عدد سكان الاقليم بحلول عام ٢٠٢٠ بنسبة ٢٤٪ عما هو عليه اليوم، وسوف يتغير التوزيع العمري لهؤلاء السكان أيضا: فالفئة العمرية بين الولادة وسن ١٤ عاما ستخف من ٢٦,٩٪ (١٩٩٥) الى ٢٠,٦٪ في عام ٢٠٢٠، و سيزداد عدد أفراد الفئة العمرية التي تزيد عن ٦٥ عاما في الفترة ذاتها من ٦,٥٪ الى ٩,٧٪. وسيواكب هذه التغيرات الديمغرافية تحول في الصورة البيانية للأمراض: إذ أن الأمراض السارية وحالات سوء التغذية وفترة ما حول الولادة والأمومة أصبحت تشكل حتى الآن نسبة متوية تقل بكثير عما كانت عليه في عام ١٩٧٥، وستمثل بحلول عام ٢٠٢٠ جزءا صغيرا جدا من الصورة البيانية للأمراض في الاقليم التي تهيمن عليها الأمراض ذات الصلة بأساليب العيش، والأمراض غير السارية الأخرى، والحوادث والاصابات، والحالات المواكبة للتقدم في السن. ويتمثل هدف المنظمة في اقليم غرب المحيط الهادي في دعم سياسات الصحة العامة الجيدة التخطيط والتنظيم كي تستجيب لهذه التطورات. فالتغير أمر لا مفر منه غير أنه يمكن التأثير عليه بشتى السبل.

١٣- ولقد اتصف الاقليم على الدوام بالتنوع الكبير فيه. وفي الوقت الذي نستعد فيه لمواجهة التحديات الصحية في القرن المقبل يتخذ ادراك وفهم نطاق الاحتياجات الصحية للدول الأعضاء أهمية أكبر من أي وقت مضى. فالازدهار المطرد في الاقليم سيفتح الأبواب أمام تحسين الوضع الصحي للكثيرين، ولكن سيتعين على المنظمة أن تبقى متيقظة ومدركة لاحتياجات أقل البلدان نموا والدول الجزرية الصغيرة في المحيط الهادي. إذ لاتزال هناك بلدان في اقليم غرب المحيط الهادي لم يتيسر لها استئصال الجذام، وبلدان تعاني من معدلات وفيات في صفوف الأمهات مرتفعة بشكل لا يمكن قبوله (البعض منها يزيد بكثير عن الهدف الاقليمي البالغ ٣٠٠ وفاة لكل ١٠٠٠٠٠ مولود حي). وبالإضافة الى التدابير المتخذة لاحتواء المعدلات المتزايدة للأمراض القلبية الوعائية، والسرطان والأمراض غير السارية الأخرى، لا بد من تخصيص موارد كافية لمحاربة الأمراض السارية وحالات سوء التغذية وأمراض فترة ما حول الولادة والأمومة.

١٤- ومن الأهمية بمكان أن تنظر الخدمات الصحية الى الأمام لا الى الوراء، ويتعين، في المقام الأول، أن تتلقى موارد كافية. فالأغلبية العظمى من بلدان الاقليم تشهد نموا اقتصاديا قويا كما أنها بادرت الى انشاء البنى التحتية الصحية الأساسية. لكن هناك بضعة بلدان، مثل كمبوديا وجمهورية لاو الديمقراطية الشعبية، تقل فيها مخصصات القطاع الصحي عن ٢٪ من الناتج القومي الاجمالي. ويعجز القطاع الصحي في هذين البلدين عن تلبية الاحتياجات الأساسية. والقضية الرئيسية في جنوب المحيط الهادي هي توفير المهنيين الصحيين من المستوى المتوسط. وستواصل المنظمة تقديم الدعم الثابت لأقل البلدان نموا في الاقليم بغية تحسين خدماتها الصحية وبلدان جزر المحيط الهادي بتوفير الخدمات الصحية المناسبة حتى للمناطق النائية.

١٥- وستكون القضايا المطروحة في القرن المقبل بالنسبة لمعظم بلدان الاقليم كيفية أكثر منها كمية: إذ كيف يمكن أن تضمن عملية التخصيص استمرار أفقر القطاعات في المجتمع في تلقي التغطية الكافية؟ كيف يمكن توفير مقدار كاف من العقاقير بأسعار معقولة؟ ما هي النسبة التي ينبغي تخصيصها من ميزانية الصحة للرعاية العلاجية وتلك التي ينبغي تخصيصها للرعاية الوقائية والنهوض بالصحة؟ ما هو نوع القطاع الصحي المؤهل على أفضل وجه ممكن لمعالجة الأمراض التنكسية المزمنة في مرحلة الشيخوخة؟ هذه بعض المسائل التي سيتعين على الدول الأعضاء في اقليم غرب المحيط الهادي للمنظمة، وكذلك في أقاليم المنظمة الأخرى، مواجهتها. وسيمثل دور المنظمة في دعم البلدان فيما يتعلق بتكليف خدماتها الصحية للتصدي لهذه التحديات.

١٦- ولقد أقرت اللجنة الاقليمية لغرب المحيط الهادي في دورتها الخامسة والأربعين في عام ١٩٩٤، اطار السياسة الاقليمية آفاق جديدة في مجال الصحة. ويقوم هذا الاطار على فرضية بسيطة تقول بأن الناس يستطيعون التأثير في أوضاعهم الصحية. ويتمثل دور السياسة العامة في ايجاد البيئة الداعمة التي يمكن فيها للأفراد والمجتمعات اتخاذ القرارات التي تتيح للناس فرصة العيش حياة أطول وأوفر صحة.

١٧- ان اطار آفاق جديدة في مجال الصحة يأخذ في الحسبان تغير احتياجات الناس الصحية طوال فترة حياتهم. ولذا فقد تم وضعه بحيث يركز على ثلاثة مواضيع: الاستعداد للحياة، وحماية الحياة، ونوعية الحياة في السنوات المتقدمة من العمر. ويراعي أيضا أن البيئة التي يعيش فيها الناس تترك أثرها على جميع مراحل حياتهم. ولذا فقد دأبت المنظمة على تشجيع قيام بيئات أوفر صحة في الاقليم، من خلال مشاريع الاصحاح ورعاية الظروف والبيئات المعززة للصحة، من قبيل المدارس والمدن الصحية والجزر الصحية.

١٨- لكن اطار آفاق جديدة في مجال الصحة لا يقدم أجوبة على كل المسائل الصحية في القرن الحادي والعشرين، بل هو اطار مرن يمكن للبلدان والمجتمعات والأفراد أن يخططوا في ضوءه مستقبلهم الصحي بأنفسهم. وسيشكل الأساس الذي تقوم عليه سياسة توفير الصحة للجميع في القرن الحادي والعشرين في اقليم غرب المحيط الهادي.

= = =