

الموجز التنفيذي

الاقتصاد الإجمالي والصحة: الاستثمار في الصحة من أجل التنمية الاقتصادية



تقرير اللجنة المعنية
بالاقتصاد الإجمالي والصحة



قدمه الأستاذ جيفرى د. ساكس، رئيس اللجنة
إلى الدكتورة غرو هارلم برونتلاند
المديرة العامة
لمنظمة الصحة العالمية
في 20 كانون الأول/ديسمبر 2001

الموجز التنفيذي

الاقتصاد الإجمالي والصحة:

Macroeconomics and Health

الاستثمار في الصحة من أجل

التنمية الاقتصادية

تقرير اللجنة المعنية بالاقتصاد الإجمالي والصحة

قدمه الأستاذ جيفري د. ساكس، رئيس اللجنة

إلى الدكتورة غروهارلم بروتلانند

المديرة العامة

لمنظمة الصحة العالمية

في 20 كانون أول / ديسمبر 2001



منظمة الصحة العالمية

المكتب الإقليمي لشرق المتوسط

القاهرة

بيانات الفهرسة أثناء النشر

منظمة الصحة العالمية - المكتب الإقليمي لشرق المتوسط؛ مترجم
الموجز التنفيذي للاقتصاد الإجمالي والصحة **Macroeconomics and Health**:
الاستثمار في الصحة من أجل التنمية الاقتصادية: تقرير اللجنة المعنية بالاقتصاد الإجمالي والصحة /
جيفري د. ساكس.

ص. سم

صدرت الطبعة الإنكليزية في جنيف 2001 (ISBN 92-4-154552-6)
1. تمويل، صحة 2. الاستثمارات 3. التنمية الاقتصادية 4. تقديم الرعاية الصحية 5. الفقر
6. البلدان النامية 7. البلدان المتقدمة 8. تقرير اللجنة المعنية بالاقتصاد الإجمالي والصحة
أ. العنوان ب. ساكس، د. جيفري

[تصنيف المكتبة الطبية القومية: WA 30] (ISBN 92-9021-328-0)

ترجَّب منظمة الصحة العالمية بطلبات الحصول على الإذن باستنساخ أو ترجمة منشوراتها جزئياً أو كلياً، وتوجَّه الطلبات والاستفسارات في هذا الصدد إلى السيد المستشار الإقليمي للإعلام الصحي والطبي، المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، ص.ب. منظمة الصحة العالمية مدينة نصر (11371)، القاهرة، جمهورية مصر العربية، ويسرُّ المكتب تقديم أحر المعلومات حول أي من التغيُّرات التي تطرأ على النص، وكذلك الخطط الخاصة بالطبعات الجديدة وإعادة الطباعة والترجمات المتوافرة.

© منظمة الصحة العالمية، 2003

تتمتع منشورات منظمة الصحة العالمية بالحماية المنصوص عليها في البروتوكول الثاني للاتفاقية العالمية لحقوق الملكية الأدبية، فكل هذه الحقوق محفوظة للمنظمة.

وإن التسميات المستخدمة في هذه المنشورة وطريقة عرض المادة التي تشتمل عليها، لا يقصد بها مطلقاً الصبر عن أي رأي لأمانة منظمة الصحة العالمية، بشأن الرضع القانوني لأي قُطر، أو مقاطعة، أو مدينة، أو منطقة، أو لسلطات أيِّ منها، أو بشأن تعيين حدود أيِّ منها أو تخومها.

ثم إن ذكر شركات بعينها، أو منتوجات جهة صانعة معينة، لا يقصد به أن منظمة الصحة العالمية تخصُّصها بالتركيبة أو التوصية، تفضيلاً لها على ما لم يرد ذكره من الشركات أو المنتوجات ذات الطبيعة المماثلة، وفي ما عدا الخطأ والسهو، تم تمييز الاسم المملوك للمنتجات بحرف كبير في بداية الكلمة الإنكليزية.

طُبعت في القاهرة، بجمهورية مصر العربية

الاقتصاد الإجمالي والصحة :

الاستثمار في الصحة من أجل التنمية الاقتصادية

لقد أنشئت اللجنة المعنية بالاقتصاد الإجمالي والصحة بقرار من غرو هارلم برونتلاند المدير العام لمنظمة الصحة العالمية في كانون الثاني / يناير 2000 لتقييم مكانة الصحة في التنمية الاقتصادية العالمية. وعلى الرغم من أن الصحة تُفهم عادة على أنها هدف محوري ونتيجة هامة للتنمية في نفس الوقت، إلا أن أهمية الاستثمار في الصحة لتعزيز التنمية الاقتصادية والحد من الفقر قد حظيت باهتمام أقل كثيراً ما تستحق. لقد وجدنا أن امتداد تغطية الخدمات الصحية الأساسية، بما في ذلك العدد الأقل نسبياً لتدخلات معينة، إلى فقراء العالم يمكن أن ينقذ ملايين الأرواح كل عام، ويحد من وطأة الفقر، ويحفز التنمية الاقتصادية، ويعزز الأمن العالمي.

ويقدم هذا التقرير استراتيجية جديدة للاستثمار في الصحة من أجل التنمية الاقتصادية، وبخاصة في أشد بلدان العالم فقراً، على أساس شراكة عالمية جديدة بين البلدان النامية والبلدان المتقدمة. فالتحاذ إجراءات جريئة وفي الوقت المناسب يمكن أن ينقذ حياة 8 ملايين من البشر على الأقل كل عام بنهاية هذا العقد، ويطيل متوسط عمر الفقراء، ويزيد من إنتاجيتهم وعافيتهم الاقتصادية. ومثل هذا الجهد سيحتاج إلى مبادرتين هامتين: زيادة ملحوظة في الموارد التي تنفق حالياً في القطاع الصحي سواء من جانب البلدان الفقيرة أو الجهات المانحة؛ والتصدي للعبءات غير المالية التي حدثت من قدرة البلدان الفقيرة على تقديم الخدمات الصحية. ونعتقد أن الاستثمارات الإضافية في الصحة - والتي تتطلب من الجهات المانحة حوالي 0.1 في المائة من دخلها القومي - سترد أضعافاً مضاعفة بملايين الأرواح الذين سوف يتم إنقاذها كل عام، وزيادة التنمية الاقتصادية، وتدعيم الأمن العالمي. والواقع أنه بدون هذا الجهد المكثف، فإن الغرام العالم بحسين حياة الفقراء الذي تتضمنه "أهداف التنمية في الألفية الثالثة" لا يمكن تحقيقه.

إن حجم الجهود المتزايد يمكن، من ناحية أخرى، الدخل الشديدة الانخفاض في البلدان المعنية، ومستويات الإنفاق الزهيد على الصحة حالياً في تلك البلدان، والتكاليف المطلوبة لتحقيق الحد الأدنى الكافي لمستوى الإنفاق على الصحة. ولما كان مثل هذا الجهد الطموح لا يمكن القيام به في القطاع الصحي وحده، فإن هذا التقرير يؤكد على أهمية بذل جهد موسع لمساعدة أشد بلدان العالم فقراً بصفة عامة. ويبدو لنا أن ذلك له أهمية عظمى في هذا الوقت بالذات الذي ازداد فيه الوعي بالحاجة إلى مواجهة الضغوط وحالات الغبن الناجمة عن العولمة.

إننا نناشد المجتمع الدولي أن ينتبه إلى الفرص المتاحة لاتخاذ الإجراءات اللازمة في العام القادم، وذلك بالبداية في عملية زيادة وتوسيع نطاق سبل حصول فقراء العالم على الخدمات الصحية

الأساسية بشكل كبير. فباتخاذ قرارات جريئة خلال عام 2002، يمكن أن يبدأ العالم في إقامة شراكة ذات أهمية لا تبارى بين الأعداء والفقراء، وأن يقدم منحه الحياة ذاتها للملايين المحرومين في العالم، وأن يثبت لجميع المتشككين أن العولمة يمكنها أن تعمل فعلاً لصالح البشرية جمعاء.

تشرين الثاني/ نوفمبر 2001

جيفري د. ساكس، الرئيس

إيشر جديج أهلواليا

ك.ي. أمواكو

إدواردو أنينات

دانييل كوهين

زفيرين ديباري

إدواردو دوريان

رستشارد ح.أ. فيتشام

روبرت فوغل

دين جاميسون

تاكاتوشي كاتو

نورا لستينغ

آن ميلز

ثورفالد مو

ماتموهان سنغ

سوباشاري بانيتشباكدي

لورا تايسون

هارولد فارموس

الموجز التنفيذي للتقرير

لقد دفعت التكنولوجيا والسياسات بالعالم إلى تقارب غير مسبوق. إن المزاي المترتبة على العولمة كبيرة جداً نتيجة لزيادة المشاركة في الأفكار والثقافات والتكنولوجيات المنقذة للأرواح وعمليات الإنتاج ذات الكفاءة. ولكن العولمة ما زالت في مرحلة التجربة لأن هذه المزاي لم تصل بعد إلى مئات الملايين من فقراء العالم من جهة، ولأن العولمة من جهة أخرى، توجد أنواعاً جديدة من التحديات الدولية مثل انتقال الاضطرابات من أحد أجزاء العالم بسرعة إلى أجزاء أخرى، وذلك عن طريق الإرهاب، والنزاع المسلح، وتدهور البيئة، أو المرض، كما يتضح من الاستشراء الرهيب لمرض الإيدز في جميع أنحاء العالم خلال جيل واحد.

وقد اعترف زعماء العالم السياسيون بهذا الاعتماد المتبادل عالمياً في تعهدات ملزمة بحسين سيخة فقراء العالم بحلول عام 2015. إن "أهداف التنمية في الألفية الثالثة" التي أقرت في قمة الأمم المتحدة الألفية في أيلول/سبتمبر 2000، تدعو إلى الحد من وطأة الفقر بصورة كبيرة وإدخال تحسينات ملحوظة في صحة الفقراء. وتحقيق هذه الأهداف ممكن ولكنه بعيد تماماً عن أن يحدث تلقائياً. والواقع أنه وفقاً لمسارنا الراهن، فإن هذه الأهداف لن تتحقق فيما يختص بنسبة كبيرة من فقراء العالم. إن النجاح في تحقيق "أهداف التنمية في الألفية الثالثة" يتطلب جدية في الهدف وتصميماً سياسياً وانتقالاً كافياً للموارد من البلدان المرتفعة الدخل إلى البلدان المنخفضة الدخل على أساس متواصل وموجه توجيهها صائباً.

إن أهمية "أهداف التنمية في الألفية الثالثة" فيما يتعلق بالصحة واضحة بذاتها من أحد الوجوه. فتحسين صحة الفقراء وإطالة أعمارهم غاية في حد ذاتها، وهي هدف أساسي للتنمية الاقتصادية. ولكنها في نفس الوقت وسيلة لتحقيق أهداف التنمية الأخرى المتعلقة بالحد من الفقر. إن الروابط بين الصحة وكل من الحد من وطأة الفقر والتنمية الاقتصادية على المدى الطويل قوية، بل أقوى مما يظن عادة. فعبء المرض في بعض المناطق المنخفضة الدخل، وخاصة في أفريقيا جنوبي الصحراء الكبرى، تقف حاجزاً قوياً أمام النمو الاقتصادي ومن ثم يجب مواجهته في التصميم في كل استراتيجية شاملة للتنمية. فحائحة الإيدز تمثل تحدياً فريداً ملحاً وشديداً بشكل غير مسبوق. فهذا الوباء وحده يمكنه أن يضر بالتنمية في أفريقيا خلال الجيل القادم، وقد يتسبب في عشرات الملايين من الوفيات في الهند والصين وغيرهما من البلدان النامية ما لم يواجه بمجهود مضاعفة.

الجدول 1 متوسط العمر المأمول ومعالجات الرفاهية، طبقة أمة التنمية القطرية، (1995-2000)					
فترة التنمية	عدد السكان (1999 بالمليون)	متوسط الدخل السنوي (بالدولار الأمريكي)	متوسط العمر المأمول عند الميلاد (بالسنوات)	وفيات الرضع (الوفيات قبل سن 5 سنوات لكل 1000 من المواليد الأحياء)	وفيات قبل سن 5 سنوات (الوفيات قبل سن سنة لكل 1000 من المواليد الأحياء)
أقل البلدان نمواً	643	296	51	159	100
البلدان المنخفضة الدخل الأخرى	1,777	538	59	120	80
البلدان المنخفضة - المتوسطة الدخل	2,094	1,200	70	39	35
البلدان المرتفعة - المتوسطة الدخل	573	4,900	71	35	26
البلدان المرتفعة الدخل	891	25,730	78	6	6
ملحوظة: أفريقيا جنوبي الصحراء الكبرى	642	500	51	151	92

المصدر: تقرير التنمية البشرية 2001، الجدول 8 وحسابات اللجنة المعنية بالاقتصاد الإجمالي والصحة باستخدام مؤشرات التنمية في العالم للبنك الدولي 2001.

ويركز تقريرنا أساساً على البلدان المنخفضة الدخل وعلى الفقراء في البلدان المتوسطة الدخل! إن البلدان المنخفضة الدخل التي تضم 2.5 ملياراً (بليوناً) من السكان - وبصفة خاصة في البلدان الأفريقية جنوبي الصحراء الكبرى التي تضم 650 مليوناً من السكان - ينخفض فيها متوسط العمر المأمول وترتفع معدلات الوفيات المصححة بحسب العمر عن باقي أنحاء العالم كما يتبين من الجدول 1 المرفق. وينطبق نفس الشيء على الفقراء في البلدان المتوسطة الدخل مثل الصين. ولخفض معدلات الوفاة المرتفعة المذهلة هذه، تظل مكافحة الأمراض السارية وتحسين صحة الأمومة والطفولة تمثل الأولوية الأولى في الصحة العمومية. والأسباب الرئيسية للوفيات التي يمكن تفاديها في البلدان المنخفضة الدخل هي الإيدز والعدوى بفيروسة، والملاريا، والسل، وأمراض الطفولة المعدية، وإصابات الأمومة وفترة ما حول الولادة، وعوز المغذيات الدقيقة، والأمراض المتعلقة بتدخين التبغ. وإذا تمت مكافحة هذه الأمراض مع تعزيز برامج تنظيم الأسرة، فإنه بإمكان الأسر المعتمدة ليس فقط أن تستمتع بحياة أطول وأكثر صحة وإنتاجاً، بل إنها قد تختار أيضاً أن يكون لديها أطفال أقل لنقبتها بأن أطفالها ستعيش، ومن ثم يمكنها زيادة استثماراتها في تعليم وصحة كل طفل. ونظراً للعبء الذي تضعه بعض هذه الحالات خاصة على المرأة، فإن رفاهة المرأة ستتحسن بوجه خاص. وسيؤدي تحسن الصحة إلى مداخل أعلى ونمو اقتصادي أعلى وانخفاض في النمو السكاني.

وعلى الرغم من أننا نركز أساساً على الأمراض السارية وصحة الأم وفترة ما حول الولادة، فإن الأمراض غير السارية لها مدلول كبير أيضاً في جميع البلدان النامية؛ فقد انخفضت معدلات الوفاة بسبب الأمراض السارية بشكل كبير فعلاً في كثير من البلدان المتوسطة الدخل بحيث تتجه الأمراض غير السارية لأن تكون لها الأولوية الأولى. ويمكن التصدي للكثير من الأمراض غير السارية بما فيها أمراض الجهاز القلبي الوعائي، والسكري، والأمراض النفسية، وأمراض السرطان بتدخلات قليلة التكلفة نسبياً وبخاصة باستخدام إجراءات وقائية تتعلق بالغذاء والتدخين ونمط الحياة². وتحتاج نظرتنا العالمية إلى الأولويات إلى أن تدعمها كل بلد بتحليل الأولويات الصحية الخاصة بها على أساس البيئات البوئية المفصلة التي يتم تحديثها بصورة مستمرة. وتتطوي دعوتنا إلى قيام نظم صحية موجهة نحو تحقيق النتائج أيضاً على توفر قدرات كبيرة لمعالجة مجموعة من الحالات لم ترد هنا تفصيلاً مثل التدبير العلاجي للأمراض النفسية، والسكري والتوبات القلبية بتكلفة منخفضة. كما تشير البيئات أيضاً إلى أن المدخل المطلوبة لرفع مستوى النظام الصحي لتقدم تدخلات في حالات الأمراض السارية والصحة الإنجابية ستؤدي أيضاً إلى تحسين رعاية المصابين بالأمراض غير السارية³.

إن إمكانية تحقيق "أهداف التنمية في الألفية الثالثة" في البلدان المنخفضة الدخل يساء تقديرها من جانب الكثيرين. فعلى جانب من الجدال نجد المتفائلين الذين يعتقدون أن الأهداف الصحية ستتحقق لبقائنا كنتاج جانبي إلى حد ما للنمو الاقتصادي. فمعدلات الوفيات في الأطفال دون الخامسة في أقل البلدان نمواً التي تصل إلى 159 لكل ألف من المواليد الأحياء بالمقارنة بمعدل 6 لكل 1000 من المواليد الأسياء في البلدان المرتفعة الدخل⁴، تحمل هؤلاء المتفائلين السعداء يفترضون أن مسألة تقارب معدلات الوفاة في عالم الدخل المنخفض -بالك المرحدة في البلدان الغنية مسألة وقت. وهذا الافتراض غير صحيح لسببين. أولاً، لأن عبء المرض ذاته سيظهر من النمو الاقتصادي الذي يفترض أنه سيحل المشاكل الصحية؛ وثانياً، لأنه رغم أهمية النمو الاقتصادي فعلاً، إلا أنه غير كاف على الإطلاق. فالمؤشرات الصحية تختلف اختلافاً كبيراً لنفس مستوى الدخل. وتشير البيئات إلى أن 73 بلداً تأخرت كثيراً في تحقيق "أهداف التنمية في الألفية الثالثة" بالنسبة لوفيات الرضع، و 66 تأخرت كثيراً في تحقيق هذه الأهداف بالنسبة لوفيات الأطفال⁵. ويمكن خفض عبء المرض طبقاً لأهداف التنمية في الألفية الثالثة إذا كانت هناك استراتيجية عالمية متفق عليها لزيادة فرص حصول فقراء العالم على الخدمات الصحية الأساسية.

وعلى الجانب الآخر من الجدال هناك المشائمون الذين يغمطون حق التقدم الكبير الذي تم في مجال الصحة بالاستثناء الملحوظ للإيدز والعدوى بفيروسه) في أغلب البلدان المنخفضة الدخل، ويعتقدون أن العبء الثقيل المتبقي للمرض هو نتيجة للنظم الصحية الفاسدة المتهاوية التي لا يمكن إصلاحها في البلدان المنخفضة الدخل التي تعاني من سوء نظام الحكم. وهذا الرأي البديل مليء أيضاً بالبالغة وسوء الفهم. فالمعطيات البوئية تقدم رسالة حاسمة: إن

الغالبية العظمى من زيادة عبء المرض ترجع إلى عدد قليل نسبياً من الأمراض التي يمكن التعرف عليها، كل منها يضم مجموعة من التدخلات الصحية القائمة والتي تستطيع بشكل ملحوظ أن تحسن الصحة وتحد من الوفيات الناجمة عن هذه الأمراض. والمشكلة أن هذه التدخلات لا تصل إلى فقراء العالم. وترجع بعض أسباب ذلك إلى الفساد وسوء الإدارة وضعف القطاع العام، ولكن في الأغلبية العظمى من البلدان هناك مشكلة أكثر عمقاً وقابلة للعلاج. فالفقراء يفتقدون إلى الموارد المالية اللازمة للحصول على هذه التدخلات الأساسية، كما هو الحال بالنسبة لحكوماتهم. وفي كثير من الحالات لم يتم تعديل برامج الصحة العمومية للتركيز على الأمراض والتدخلات المؤكدة عليها في هذا التقرير.

إن التوصية الرئيسية للجنة هي أن بلدان العالم المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل، بالاشتراك مع البلدان المرتفعة الدخل، يجب أن تزيد من إمكانية وصول فقراء العالم إلى الخدمات الصحية الأساسية مع التركيز على تدخلات معينة. فعلى البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل أن تلتزم بتخصيص موارد مالية عملية إضافية، وضمان التزام القيادة السياسية، والشفافية، ووضع نظم للمشاركة المجتمعية، والمساءلة المالية، كل ذلك لضمان أن النظم الصحية ذات التمويل الكافي يمكن أن تعمل بفاعلية وأن تخصص للمشاكل الصحية الرئيسية. وعلى البلدان المرتفعة الدخل في نفس الوقت أن تخصص مساعدات مالية بزيادة كبيرة على شكل هبات وبخاصة للبلدان التي تحتاج إلى المساعدة بشكل عاجل جداً، والتي تتركز في أفريقيا جنوبي الصحراء الكبرى. ويجب عليها أن تقرر أن نقص اعتمادات المنح لا يجب أن يكون العامل الذي يحد من القدرة على توفير الخدمات الصحية إلى أفقر شعوب العالم.

إن المشاركة ستحتاج إلى التقدم خطوة خطوة مع اتخاذ إجراءات في البلدان المنخفضة الدخل تهيء الظروف الملائمة للتمويل من الجهات المانحة، في نفس الوقت الذي تهيء فيه المنح المالية الكافية الواقع المالي الذي يحقق زيادة كبيرة وفاعلية أكبر للنظام الصحي، مع إخضاع البرنامج المشترك للاستعراض والتقييم والتحقيق وتصحيحات منتصف المدة بشكل متكرر. ويجب أن تنحى جانباً أيهما يأتي أولاً الدجاجة أم البيضة عند تقرير ما إذا كان الإصلاح أو تمويل المنح يجب أن يأتي أولاً، وذلك بأن تعترف الجهات المانحة والبلدان المتلقية صراحة أن كلاً من الإصلاح والتمويل مطلوب عند كل مرحلة، وأن كلاهما يجب أن يدعم من خلال إقامة الشراكات الوثيقة. وبالنسبة للبلدان المنخفضة - المتوسطة الدخل التي توجد بها تجمعات كبيرة من الفقراء، يجب أن تكون المهمة الأولى للحكومات الوطنية أن تهيء موارد إضافية لتسهيل التدخلات ذات الأولوية التي تضمن وصول الخدمات إلى الفقراء في تلك المجتمعات.

وقد يكون تخصيص موارد مالية إضافية ضخمة للصحة، سواء محلياً أو دولياً، شرطاً أساسياً لرفع مستوى التدخلات الصحية، ولكن اللجنة تدرك أن مثل هذا التخصيص وحده

لن يكون كافياً. فالخبرة السابقة تظهر بما لا يدع مجالاً للشك أن الالتزام السياسي والإداري من جانب كل من الجهات المانحة والبلدان يعتبر مفتاحاً للنجاح في هذا المضمار. فإقامة نظم صحية قادرة على تلبية احتياجات المتفعين، بصفة خاصة للسكان الفقراء والذين يصعب الوصول إليهم، يتطلب اللجوء إلى خيارات صعبة من الناحية السياسية والإدارية. فبعض الأمراض - مثل الالتزامات النسبية لتلبية الاحتياجات الصحية للأغنياء والفقراء تتعلق بالقطاع الصحي. في حين أن موضوعات أخرى مثل ما إذا كانت ميزانية القطاع العام ونظم مشيرياته تؤدي عملها أو لا، وما إذا كانت هناك آلية فعالة للإشراف والمساءلة على الصعيد المحلي لتوفير الخدمات العامة أو لا، كلها موضوعات تدرج في إطار الإدارة العامة. وتكمن وراء هذه الموضوعات أسئلة أعمق تتعلق بممارسة الحكم والمنازعات والأهمية النسبية للتنمية والحد من الفقر في إطار الأولويات الوطنية.

إن اللجنة تدرك أهمية هذه الموضوعات وغيرها من العوائق وتبحثها بعمق في أماكن عديدة في هذا التقرير. فالنجاح سيتطلب قيادة سياسية قوية والالتزام من جانب البلدان التي تستطيع أن تساهم بموارد وأيضاً من البلدان النامية - في القطاعين العام والخاص وفي المجتمع المدني أيضاً. فهو يتطلب قيام مناخ من الأمانة والثقة والاحترام في التفاعل بين المانح والمتلقي. والنجاح يتطلب بذل جهود خاصة على وجه التحديد في تلك الأوضاع التي تكون فيها الظروف الصحية أكثر مدعاة للقلق وتسم القطاعات العامة فيها بالضعف. ويجب أن يكون دعم الجهات المانحة متاحاً للمساعدة في التغلب على تلك العقبات. ولكن عندما تكون البلدان على غير استعداد لبذل مجهود جاد، أو عندما يساء استخدام الاعتمادات، فإن الحكمة والمصداقية تقتضيان عدم منح اعتمادات كبيرة. ولكن حتى في هذه الأحوال، فإن التجارب السابقة تبين أن تقديم الجهات المانحة للمعون يمكن أن يساعد إلى حد كبير، عن طريق بناء القدرات المحلية ومن خلال إشراك المجتمع المدني والمنظمات غير الحكومية. وهذا يمثل تحدياً كبيراً، ولكنه أصبح هدفاً استراتيجياً وثق الصلة بالموضوع أكثر من أي وقت مضى. فالحكومات والقادة الذين يساعدون في تشجيع ورعاية هذه الإجراءات إنما يقدمون علاجاً محددًا للقنوط والكرهية التي يمكن أن يولدهما الفقر.

لقد بذلت اللجنة جهداً شاقاً لدراسة موضوع ما إذا كانت البلدان المنخفضة الدخل قادرة على تمويل النظم الصحية من مواردها الذاتية إذا بادرت إلى القضاء على الهدر الحالي على الصحة والمجالات الأخرى. وكانت النتائج التي حصلنا عليها واضحة: إن الفقر في حد ذاته يفرض عائقاً مالياً أساسياً، ولو كان هناك هدر لا بد من القضاء عليه. ومن المؤكد أن البلدان الفقيرة عليها أن تحسن إدارة القطاع الصحي، وأن تعيد النظر في التوازن الحالي بين برامج القطاع الصحي، وأن تزيد من الموارد المحلية للصحة في إطار مواردها المالية المحدودة. ونحن نعتقد أنه من الممكن أن تزيد البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل إنفاق الموازنة على الصحة بمقدار 1 في المئة في المتوسط من الناتج القومي الإجمالي بحلول عام 2007 و2 في المئة

بجول عام 2015 مقارنة بالمستويات الحالية للإنفاق، على الرغم من أن هذا قد يعد تافؤاً نظراً لحدة التنافس بين الطلبات على الموارد العامة القليلة. كما تستطيع البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل أيضاً أن تزيد من جهودها لجعل الإنفاق، سواء العام أو الخاص، أكثر عدالة وفعالية. ويجب أن يستهدف الإنفاق العام الفقراء بشكل أفضل مع وضع الأولويات على أساس البيئات الوبائية والاقتصادية. وهناك مجال في بعض الحالات لاستبدال نظم التمويل المجتمعية المدفوعة مقدماً بالتفقات الخاصة المباشرة. ومع ذلك فإنه بالنسبة للبلدان المنخفضة الدخل ما زلنا نجد ثغرة بين الموارد المالية والاحتياجات المالية، والتي لا يمكن سدها إلا من الجهات المانحة إذا أردنا أن يكون هناك أي أمل للنجاح في تحقيق "أهداف التنمية في الألفية الثالثة".

وفي أغلب البلدان المتوسطة الدخل يكفي متوسط الإنفاق على الصحة للفرد لصمان التغطية الشاملة للتدخلات الأساسية. وإن كانت هذه التغطية لا تصل إلى العديد من الفقراء. ويرتكز الاستبعاد عادة في مناطق محددة (سلى سبيل المثال، المناطق الريفية في غرب الصين والمناطق الريفية في شمال شرق البرازيل)، أو بين الأهلبيات العرقية والإثنية. وأياً ما كان السبب، فإن إنفاق القطاع العام على الصحة لا يلبى احتياجات الفقراء بشكل كاف. يضاف إلى هذا أنه لما كان العديد من البلدان المتوسطة الدخل لا توفر حماية مالية كافية لمجموعات كبيرة من سكانها، فإن كارثة التكاليف الطبية الباهظة تصب العديد من الأسر بالإملاق. ونظراً للعواقب الوخيمة للمرض على التنمية الاقتصادية الشاملة وعلى محاربة الفقر، فإننا نوصي بشدة أن تقوم البلدان المتوسطة الدخل بإصلاحات مالية وتنظيمية لضمان التغطية الشاملة للتدخلات الصحية ذات الأولوية. كما نعتقد أيضاً أن البنك الدولي ومصارف التنمية الإقليمية يمكن أن تساعد هذه البلدان، عن طريق التمويل العادي، في تخصيص فترة انتقال تستغرق عدة سنوات للوصول إلى التغطية الشاملة للخدمات الصحية الأساسية.

لقد درست اللجنة البيئات المتعلقة بالمتطلبات التنظيمية لرفع المستوى وبعض المعوقات الرئيسية التي يجب التغلب عليها. ومن حسن الحظ أن التدخلات الأساسية الموضحة هنا غير مرهقة تقنياً بصفة عامة. فالقليل منها يحتاج إلى مستشفيات. ويمكن تقديم أغلبها في المراكز الصحية وفي مرافق أصغر نشير إليها على أنها نقاط صحية، أو من خلال الخدمات التي تقدمها هذه المرافق في المناطق النائية. ونحن نطلق على هذه في مجموعها نظام "الاقتراب من العميل" *close-to-client system*، ويجب أن يعطى هذا النظام أولوية حتى يمكن أن تصبح هذه التدخلات متاحة على نطاق واسع. وإقامة نظام "للاقتراب من العميل" فعال ليس بالمهمة اليسيرة. فالقيادة الوطنية مقرونة بالقدرة والمساءلة على المستوى المحلي أمر حيوي. وسيحتاج هذا إلى التزامات سياسية جديدة وزيادة في القدرات التنظيمية والرقابية على المستويين المحلي والأعلى، وقدراً أكبر من الشفافية في الخدمات العامة وتمويلها - مع توفير المزيد من الاعتمادات في جميع الأحوال. وهذه بدورها يجب أن تبني على أساس متين من

الرقابة والفعالية على المستوى المجتمعي حتى يمكن أن يكون ملبياً لاحتياجات الفقراء، وحتى يمكن إرساء قواعد المساءلة فيما يتعلق بالخدمات المحلية، وحتى يمكن المساعدة في ضمان استفادة الأسر استفادة كاملة من الخدمات المقدمة.

ولقد ثبت نجاح بعض المبادرات العالمية الأخيرة بدرجة كبيرة في تقديم تدخلات جيدة في مكافحة المرض بما في ذلك السل والجذام ودودة غينيا وداء شاغاس، وفي بعض الحالات، نجحت في تغيير المواقف والسلوكيات في بعض الأوضاع الشديدة الصعوبة في مناطق جغرافية شاسعة. ومن السمات الهامة لهذه المبادرات إدخال نظم صارمة للرصد والتقييم والإبلاغ والمراقبة المالية كآليات لضمان تحقيق الأهداف واكتشاف المشاكل وتطبيق مبادئ المساءلة الكاملة عن الموارد. ونتج عن ذلك الحصول على مجموعة كبيرة من البيانات تتعلق بدرجة التقدم الذي تم وبالاستراتيجيات الإدارية والتشغيلية التي تساهم في النجاح. ويمكن أن تقدم الدروس المستفادة من هذه التجارب إرشادات عملية مفيدة، وبخاصة فيما يتعلق بتقديم التدخلات على مستوى "الاقتراب من العميل".

وفي أغلب البلدان، يمكن أن يشارك في نظام "الاقتراب من العميل" خليط من مقدمي الخدمات الصحية الحكوميين وغير الحكوميين، مع ضمان أن يكون التمويل من الدولة. وقد تمتلك الحكومة وحدات الخدمة وتقوم بتشغيلها مباشرة أو قد تتعاقد على الخدمات مع مقدمي الخدمة مقابل أجر أو بدون مقابل. ولما كانت نظم القطاع العام الصحي في البلدان الفقيرة تعاني من الضعف، ونقص التمويل في السنوات الأخيرة، فقد ظهر قطاع صحي غير حكومي كبير يعتمد على الممارسة الخاصة وعلى مقدمي الخدمات المنتمين إلى الهيئات الدينية والمنظمات غير الحكومية. وهذا التنوع في مقدمي الخدمة مفيد لكي يشجع المنافسة ويعمل كصمام أمان إذا فشل نظام القطاع العام. كما أنه أصبح أمراً واقعاً في جميع البلدان الفقيرة تقريباً.

كما أن الاستراتيجية الصحية العالمية السليمة ستستثمر في المعرفة الجديدة أيضاً. وأحد المجالات الهامة للاستثمار المعرفي هو البحوث العملية بشأن بروتوكولات العلاج في البلدان المنخفضة الدخل⁷. وما زال هناك الكثير مما يمكن تعلمه عن الأمور التي تحقق أو لا تحقق الغرض المنشود منها والأسباب الكامنة وراء ذلك، في كثير من البلدان المنخفضة الدخل وخصوصاً حيث لم يتم استخدام التدخلات أو لم توتق حتى الآن. وحتى في الحالات التي تكون فيها التكنولوجيات الأساسية لمكافحة المرض واضحة ويمكن تطبيقها على نطاق شامل، فإن لكل وضع محلي مشاكل خاصة من ناحية اللوجستيات والتفريد والجرعات وتقديم الخدمات، وتركيبات الأدوية مما يجب التعرف عليها من خلال بحوث العمليات على المستوى المحلي. ونحن نوصي بأن تخصص المشروعات الخاصة بالبلد، 5 في المئة على الأقل، كإجراء دوري عادي، من جميع الموارد لبحوث العمليات المتعلقة بالمشروع حتى يمكن اختبار نجاحاتها،

والاستفادة القصوى من بروتوكولات العلاج، واقتصاد التدخلات البديلة، وطرق تقديم الخدمات وتفضيلات المجتمع والمريض.

وهناك أيضاً حاجة ملحة للاستثمار في تكنولوجيات جديدة ومحسنة لمكافحة الأمراض الفتاكة. فالتقدم الحديث في علم الجينوميكس Genomics، على سبيل المثال، يقرب بنا من استحداث اللقاحات التي طال البحث عنها للملاريا والإيدز والعدوى بفيروسه، والحماية من السل مدى الحياة. ولكن هذا العلم ما زال معقداً والناتج غير مؤكدة. وتشير البيانات إلى عائد اجتماعي مرتفع للاستثمارات في البحوث والتي تفوق المستوى الحالي كثيراً. وسواء تم إنتاج لقاحات ناجعة أو لم يتم، فإنه من المؤكد أننا سنحتاج إلى أدوية جديدة نظراً للزيادة المطردة لسلاسل مسببات الأمراض المقاومة للأدوية. لذلك تدعو اللجنة إلى زيادة كبيرة في تمويل عمليات البحث والتطوير على الصعيد العالمي في مجال الأعباء الثقيلة لأمراض الفقراء. ونحن نسترعي الانتباه بصفة خاصة إلى الأمراض التي تتركز بشكل ساحق في البلدان الفقيرة. فبالنسبة لهذه الأمراض لا تقدم أسواق البلدان الغنية إلا حافزاً قليلاً لعملية البحث والتطوير لتغطية الحالات القليلة نسبياً في هذه البلدان الغنية⁹. كما تؤكد أيضاً على الحاجة إلى إجراء البحوث في مجال الصحة الإنجابية مثل تخليق مبيدات ميكروبات جديدة يمكنها وقف انتقال الإيدز والعدوى بفيروسه، إلى جانب تحسين التدبير العلاجي للحالات التوليدية التي تهدد الحياة.

ونحن نحتاج إلى مزيد من الاستثمارات في مجالات أخرى من المعرفة أيضاً. فالأبحاث العلمية الأساسية والتطبيقية في العلام الصحية والطبية الحيوية في البلدان المنخفضة الدخل تحتاج إلى التوسع فيها، بالإضافة إلى زيادة البحث والتطوير المهادف إلى مكافحة أمراض معينة. ويجب تحقيق تقدم كبير في المعارف الوبائية مثل من الذي يعاني ومن الذي يموت وبأي الأمراض - وذلك من خلال نظم محسنة للترصد surveillance والتبليغ reporting. وتعد مثل هذه المعرفة بالنسبة للصحة العمومية من بين أهم الأدوات المتاحة للنجاح في مكافحة الأمراض. كما أن الترصد مطلوب بشكل حاسم أيضاً في حالة العديد من الأمراض غير السارية، بما في ذلك الصحة النفسية، وتأثير العنف والحوادث، والزيادة السريعة في الأمراض المتعلقة بالتبغ وبالنظام الغذائي/ والتغذية. ونحتاج أحياناً إلى نظام محسن جداً لتقديم المشورة والتدريب في جميع أنحاء البلدان المنخفضة الدخل، حتى يمكن تطبيق الدروس المستفادة من أحد البلدان في أماكن أخرى. والانتشار الدولي للمعرفة الجديدة و"أفضل الممارسات" يعد واحداً من أهم القوى الرئيسية لعملية رفع المستوى، وهي المسئولية الرئيسية لمنظمات مثل منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي، والهدف الذي أصبح تحقيقه الآن أسير من خلال الوسائل المنخفضة التكلفة المتوفرة عن طريق الإنترنت.

إن الحرب ضد المرض لا تتطلب فقط توفير موارد مالية وتكنولوجيا كافية والتزاماً سياسياً، ولكنها تحتاج أيضاً إلى وجود استراتيجية ومحاور عملية للمسئولية والقدرة على

التعلم أثناء الممارسة. لذلك خصصت اللجنة جهداً كبيراً لتحليل النواحي العملية التنظيمية لزيادة وتطوير التدخلات الصحية بدعم من الجهات المانحة في البلدان المنخفضة الدخل. وقد بدأنا بإدراك التغييرات التي ستكون مطلوبة فعلياً داخل البلدان ذاتها. فالتدخلات الصحية الأساسية تقدم في النهاية في المجتمعات المحلية حيث يعيش الفقراء من الناس. ولذلك فرفع مستوى الخدمات يجب أن يبدأ بتنظيم نظام تقدم الخدمات "القريبة من العميل" على المستوى المحلي. ويعتبر دور المشاركة المجتمعية، وبصورة أعم تعبئة مشاركة واسعة النطاق بين القطاعين العام والخاص والمجتمع المدني، عاملاً حاسماً في هذا المجال. كما أن نظام "الاقتراب من العميل" يجب أن يدعم أيضاً ببرامج على المستوى الوطني لبعض الأمراض الرئيسية مثل الملاريا والإيدز والعدوى بفيروسه والسل. ولمثل هذه البرامج الموجهة مزايها هامة عندما تدمج بصورة سليمة مع تقدم الخدمات الصحية المجتمعية، وذلك بتعبئة مجموعات من الخبراء غير متاحة على مستوى المجتمع المحلي، وبالاهتمام الجماهيري والتمويل العمومي، والطاقت السياسية، والمساءلة العلنية عن نتائج محددة.

ولما كان رفع مستوى الخدمة سيتطلب زيادة كبيرة في التمويل الدولي، فإن المشاركة الفعالة بين الجهات المانحة والبلدان المتلقية على أساس من الثقة المتبادلة والأداء المشترك، أمر أساسي. وفي هذا السياق يجب أن تتغير آليات التمويل من الجهات المانحة، وهو أمر اعترف به النظام الدولي في السنوات الثلاث الماضية عن طريق اتخاذ خطوة ابتكارية لتطبيق إطار جديد للحد من الفقر والذي يسمى عادة "ورقة الإطار الاستراتيجي لمكافحة الفقر Poverty Reduction Strategy paper framework"¹⁰. والنتائج الأولية لهذه العملية حتى الآن مبشرة، واللجنة تؤيد هذه العملية الجديدة¹¹. إن الحملة الموجهة ضد المرض طبقاً للخطة التي نوصي بها ستساعد في ضمان نجاح هذا المدخل الناشئ للعلاقات بين المانح والمتلقي. وعناصر قوة "الإطار الاستراتيجي لمكافحة الفقر" تتضمن (1) شطب المزيد من الديون، (2) القيادة الوطنية في إعداد الاستراتيجية الوطنية، (3) إشراك المجتمع المدني بدون تحفظ في كل خطوة من العملية، (4) أسلوب شامل للحد من الفقر، و(5) مزيد من التنسيق بين الجهات المانحة دعماً لأهداف البلد. وكل هذه الأمور قابلة للتطبيق بل إنها أمور حيوية لنجاح المبادرة الصحية المقترحة هنا. ولكي نستفيد من الزايات المحتملة "للإطار الاستراتيجي لمكافحة الفقر"، يجب أن تحدد الجهات المانحة والمتلقية خطة مضمونة الاستمرار للتمويل وخطة للاستثمار في القطاع الصحي كجزء متكامل من خطة "الإطار الاستراتيجي لمكافحة الفقر" من أجل الصحة.

وعلى الرغم من أننا ندعو إلى زيادة الاستثمار في القطاع الصحي نفسه زيادة كبيرة، إلا أننا نؤكد على أن هناك حاجة لاستثمارات إضافية مكملة في المجالات ذات التأثير الهام على تخفيف وطأة الفقر (بما في ذلك التأثيرات على الصحة). وهذه تتضمن التعليم، والمياه والإصحاح، وتحسين الزراعي. فالتعليم، على سبيل المثال، محدد أساسي للحالة الصحية، كما أن الصحة محدد أساسي لحالة التعليم. والاستثمارات في هذين القطاعين المختلفة تؤدي

إلى أحسن النتائج إذا تمت معاً، وهذه نقطة أكدت عليها عملية "الإطار الاستراتيجي لمكافحة الفقر". ومع ذلك فإننا لم نضع أية تقديرات للتكلفة خارج القطاع الصحي¹².
 وضمن سياق "الإطار الاستراتيجي"، توصي اللجنة بأن يقوم كل بلد نام بإنشاء لجنة وطنية مؤتمنة للاقتصاد الإجمالي والصحة أو ما يعادلها من آليات، برئاسة مشتركة من وزير الصحة والمالية وتضم ممثلين رئيسيين للمجتمع المدني، لتنظيم وتوجيه عملية رفع المستوى¹³. وعلى كل لجنة منها تقييم الأولويات الصحية الوطنية، ووضع استراتيجية لعدة سنوات لامتداد التغطية بالخدمات الصحية الأساسية، على أن يوضع في الاعتبار التعاون مع القطاعات الرئيسية الأخرى في مجال الصحة، وضمان التنسيق مع إطار سليم لسياسة الاقتصاد الإجمالي. ويجب أن توضع الخطة على أساس الحصول على منح مساعدة دولية موسعة بشكل كبير. وعلى اللجان الوطنية أن تعمل مع منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي لإعداد قاعدة بيانات وبائية، وتحديد الأهداف التشغيلية كمياً، ووضع خطة متوسطة الأجل للتمويل. وعلى كل لجنة أن تنجز عملها خلال عامين أي بنهاية عام 2003.

ونحن نوصي بأن كل بلد سيحتاج إلى أن يضع برنامجاً شاملاً "للتدخلات الأساسية essential interventions" تكفل له التنظية الشاملة من خلال التمويل الحكومي (بالإضافة إلى تمويل الجهات المانحة). ونقترح أربعة معايير رئيسية لاختيار هذه التدخلات الأساسية: (1) أن تكون فعالة من الناحية التقنية ويمكن تقديمها بنجاح؛ (2) أن تكون الأمراض المستهدفة مما يفرض عبئاً ثقيلاً على المجتمع، مع الأخذ في الاعتبار المرض القائم بذاته إلى جانب الآثار الاجتماعية غير المباشرة (مثل الأوبئة وآثارها الاقتصادية الضارة)؛ (3) أن تكون المزايا الاجتماعية أكثر من تكاليف التدخلات (على أن تشمل المزايا عدد سنوات العمر المستنقذة والتأثيرات غير المباشرة مثل خفض عدد الأيتام أو تنمية اقتصادية أسرع)؛ و(4) التأكيد على احتياجات الفقراء.

وفي تقديرنا أنه بحلول عام 2010 يمكن أن يتم إنقاذ أرواح 8 ملايين من البشر كل عام من حيث المبدأ - في البلدان المنخفضة الدخل بصفة خاصة - عن طريق التدخلات الأساسية ضد الأمراض المعدية وأوجه العوز التغذوي الموصى بها هنا¹⁴. وقد قدرت اللجنة المعنية بالاقتصاد الإجمالي والصحة تكلفة هذه التغطية الموسعة¹⁵، بما فيها التكاليف العامة ذات الصلة لتوسيع مجال النظام والمراقبة، لجميع البلدان التي كان ناتجها القومي الإجمالي بالنسبة للفرد يقل عن 1200 دولار في عام 1999، إلى جانب ما تبقى من بلدان قليلة في أفريقيا جنوبي الصحراء الكبرى التي تزيد فيها الدخل عن 1200 دولار (انظر الجدول أ2. ب. لقائمة البلدان)¹⁶. وسوف يرتفع مجموع الإنفاق السنوي على الصحة لهذه المجموعة من البلدان بمقدار 57 مليار دولار بحلول عام 2007 وبمقدار 94 مليار (بليون) دولار بحلول عام 2015 (الجدول أ2.3). وعلى البلدان في مجموعها أن ترصد 35 مليار (بليون) دولار إضافية سنوياً بحلول عام 2007 و 63 مليار (بليون) دولار سنوياً بحلول عام 2015¹⁷. وعلى الجهات المانحة من

جانها أن تساهم بالتمويل على شكل هبات بمقدار 22 مليار (بليون) دولار إضافية سنوياً بحلول عام 2007 و 31 مليار (بليون) دولار سنوياً بحلول عام 2015 (انظر الجدول أ 6.2).¹⁸ وتبلغ المساعدة الإنمائية الرسمية حالياً زهاء 6 مليارات (بليونات) دولار.¹⁹ وسيصبح إجمالي إنفاق الجهات المانحة، بما في ذلك البرامج على مستوى البلد وإمدادات المنافع العامة على مستوى العالم، بما قيمته 27 مليار (بليون) دولار في عام 2007 و 38 مليار دولار (بليون) في عام 2015. ويجب أن تضاف زيادة التمويل المقدم من الجهات المانحة من أجل الصحة إلى تدفقات المعونة الإجمالي الحالية، حيث أن المعونة يجب أن تزداد في العديد من المجالات خارج القطاع الصحي أيضاً.

ويجب أن توجه أغلب مساعدات الجهات المانحة إلى أقل البلدان نمواً التي تحتاج إلى أقصى مساعدة من المنح لتوسيع تغطية الخدمات الصحية. وسيرتفع إجمالي الإنفاق السنوي للصحة لهذه البلدان، بمقدار 17 مليار دولار بحلول عام 2007 وبمقدار 29 مليار دولار بحلول عام 2015، وذلك بالمقارنة مع مستوى عام 2002. ونظراً للدخول شديدة الانخفاض في هذه البلدان، فإن حشد الموارد المحلية ستقتصر جداً عن تغطية الاحتياجات، حيث سترتفع بمقدار 4 مليارات دولار بحلول عام 2007 وبمقدار 9 مليارات دولار بحلول عام 2015. ويجب أن تسد الجهات المانحة هذه الثغرة بمساعدات على شكل هبات تساوي 14 مليار دولار سنوياً في عام 2007 وبمقدار 21 مليار دولار سنوياً في عام 2015. كما نلاحظ أنه على المستوى الإقليمي ستحصل أفريقيا على أكبر نسبة من مساعدات الجهات المانحة، وهو ما يعكس كلا من فقر أفريقيا واستشراء الأمراض فيها. وستتأثر الرعاية من الإيدز ورعاية المصابين به على حوالي نصف التكلفة الكلية المترتبة على رفع المستوى.²⁰

ولتقدير قيمة هذه المبالغ من المفيد النظر إلى تكاليف التدخلات الصحية على أساس الفرد. وسنجد أنه في المتوسط تبلغ تكلفة مجموعة التدخلات الأساسية حوالي 34 دولاراً للفرد في السنة، وهو مبلغ زهيد جداً في الواقع، وبخاصة إذا قورن بمتوسط إنفاق الفرد على الصحة في البلدان المرتفعة الدخل الذي يصل إلى أكثر من 2000 دولار في العام. وتستطيع أقل البلدان نمواً أن ترصد حوالي 15 دولاراً للفرد في السنة بحلول عام 2007 (وهو يقارب 5 في المئة من دخل الفرد الواحد)، ولذلك فإن النقص يبلغ 19 دولاراً للفرد في السنة. ولما كان عدد سكان البلدان الأقل نمواً سيصل إلى 750 مليون نسمة في عام 2007، فإن جملة المبلغ ستصل إلى زهاء 14 مليار دولار. وتستطيع البلدان المنخفضة الدخل الأخرى أن ترصد حوالي 32 دولاراً للفرد في المتوسط (أي حوالي 5 في المئة من دخل الفرد أيضاً). وستحتاج بعض هذه البلدان إلى مساعدة من الجهات المانحة للوصول إلى المبلغ المطلوب للفرد وهو 34 دولاراً، في حين لن تحتاج بلدان أخرى إلى ذلك. وسيبلغ إجمالي السكان في البلدان المنخفضة الدخل الأخرى حوالي 2 مليار في عام 2007، وإذا تم الحساب على أساس كل بلد على حدة ستكون هناك حاجة إلى حوالي 3 دولارات للفرد في المتوسط لسد العجز في التمويل، لذلك

ستصل الحاجة إلى إجمالي مستوى المعونة التي تقدمها الجهات المانحة إلى حوالي 6 مليارات دولار. وستحتاج البلدان المنخفضة المتوسطة الدخل إلى 1.5 مليار دولار إضافية لتغطية التكاليف المرتفعة للإيدز عموماً.

ومن المهم توجيه نظرة شاملة إلى مجمل المساعدات التي تقدمها الجهات المانحة. فعلى الرغم من أن المساعدات المطلوبة كبيرة بالنسبة إلى المساعدات الراهنة التي تقدمها الجهات المانحة في مجال الصحة، فإنها ستكون حوالي 0.1 في المئة من الناتج القومي الإجمالي لتلك الجهات، كما أنها ستترك مجالاً كافياً لزيادات كبيرة في مجالات أخرى تحتاج إلى مساعدة الجهات المانحة. ونحن نؤكد على أن زيادة المعونة المقدمة من أجل الصحة يجب أن تضاف إلى تدفقات المعونة الحالية، حيث أن زيادة المعونة ستكون مطلوبة فعلاً ليس فقط في مجال الصحة ولكن للتعليم والإصحاح ومياه الشرب وغيرها من المجالات. كما أنه على الرغم من أن مساهمات الجهات المانحة تبدو كبيرة بالنسبة إلى الإنفاق الحالي للصحة، وبخاصة في أشد البلدان فقراً، فإن هذا يعكس مدى قلة ما تنفقه هذه البلدان والذي يعكس بدوره انخفاض مستوى دخولها. ويحتاج هذا التوسع في المساعدات المقدمة للقطاع الصحي إلى أن يتم على مراحل زمنية للتأكد من أن الموارد تستخدم بفاعلية وأمانة، وهو ما دعانا إلى وضع الجدول الزمني لزيادة التغطية المبين في الجدول 7، والذي يوضح أساس تقديراتنا للتكلفة. ويلاحظ أن المساعدة التي تقدمها الجهات المانحة ستكون مطلوبة لفترة زمنية متصلة ربما تصل إلى 20 سنة، ولكنها ستخف تدريجياً فيما بعد عندما تحقق البلدان مستويات أعلى من الدخل للفرد وبذلك تزداد قدرتها على تغطية الخدمات الصحية الأساسية من مواردها الخاصة.

وسيسفر هذا البرنامج عن مزايا اقتصادية تفوق تكاليفه. فإنقاذ أرواح ثمانية ملايين فرد من الأمراض المعدية وحالات العوز التغذوي يعني عدداً أكبر كثيراً من سنوات العمر المستتقذة لهؤلاء المصابين، إلى جانب نوعية أفضل للحياة. إن الاقتصاديين يتحدثون عن سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز التي يتم إنقاذها،²¹ والتي تجمع السنوات الإضافية من العمر والسنوات المحسومة من فترة التعايش مع العجز. وفي تقديراتنا أن حوالي 330 مليون سنة - من سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز يمكن إنقاذها لقاء كل 8 ملايين من الوفيات التي يتم توقيها. وإذا افترضنا مع التحفظ أن كل سنة - من سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز يتم إنقاذها تعود بفائدة اقتصادية تصل إلى دخل سنة واحدة للفرد المقدر أن يصل إلى 563 دولاراً في عام 2015، فستكون المنفعة الاقتصادية المباشرة لإنقاذ 330 مليون سنة - محسومة من سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز 186 مليار دولار سنوياً، وربما تكون أكثر من ذلك بعدة مرات.²² كما أن النمو الاقتصادي سيسرع أيضاً، وبذلك ستساعد سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز على التخلص من فخ الفقر الذي عرقل النمو الاقتصادي في البلدان المنخفضة الدخل التي يرتفع فيها معدل

الوفيات. وهذا سيضيف، عشرات أو مئات مليارات الدولارات سنوياً عن طريق زيادة دخل الفرد.

وسيخصص المبلغ المقدر بـ 27 مليار دولار من مجموع المساعدات على شكل هبات في عام 2007 لتحقيق ثلاثة أهداف: (1) مساعدة البلدان المنخفضة الدخل (وعدد قليل من البلدان المتوسطة الدخل من أجل النفقات المتصلة بالإيدز والعدوى بفيروسه) للمساعدة في تمويل إعداد التدخلات الأساسية والمنظمة الصحية (22 مليار دولار موضحة تفصيلها في الملحق 2)؛ (2) استثمارات في البحث والتطوير فيما يخص الأمراض التي تصيب الفقراء (3 مليارات دولار)؛ و(3) زيادة توفير المنافع العامة عن طريق المؤسسات الدولية المكلفة بتنسيق الجهود العالمية بما فيها منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي وغيرهما من وكالات الأمم المتحدة المتخصصة (2 مليار دولار). وسيكون هناك أيضاً المزيد من المساعدات على شكل قروض بشروط عادية للبلدان المتوسطة الدخل.²³ ونحن نعتقد أن ذلك إذا تم بإدارة جيدة مرحلياً طبقاً للجدول الزمني الذي أوصينا به، فإن هذه التدفقات المطلوبة يمكن أن تستوعبها البلدان النامية بدون أن يضر ذلك كثيراً باستقرار الاقتصاد الإجمالي أو الاستقرار القطاعي.

إن هذه الأهداف المالية تمثل رؤية لما يتعين القيام به أكثر من كونها نبؤاً بما سيحدث. فنحن على وعي تام بالبلدان المانحة التي لا تحترم التزاماتها الدولية رغم الثراء الفاحش، وبالبلدان المستفيدة التي لا تلقي بالاً لحسن التدبير المطلوب لحماية سكانها. وربما تحدث زيادة طفيفة في التمويل؛ وربما تعطي الجهات المانحة الملايين في حين أن المطلوب هو المليارات، وربما تشن البلدان الفقيرة الحرب ضد الشعوب بدلاً من شنها ضد المرض، مما يجعل مساعدة العالم لها مستحيلة. فنحن لسنا سذجاً؛ فليس عن طريق المصادفة أن الملايين من الناس - ممن لا صوت لهم ولا حول ولا قوة ولا تشعب بهم وسائل الإعلام - يموتون بدون مبرر كل عام²⁴.

إن إدارة مثل هذا التمويل الضخم من الجهات المانحة يتطلب أسلوب عمل جديد. وتؤيد اللجنة بقوة إنشاء "الصندوق العالمي لمكافحة الإيدز، والسل، والملاريا" الذي سيركز في المرحلة الأولى على التصدي لأمراض الإيدز والملاريا والسل على المستوى العالمي. ونحن نوصي بأن تزد أموال هذا الصندوق إلى حوالي 8 مليارات دولار كل عام بحلول عام 2007 كجزء من إجمالي مساعدة الجهات المانحة التي تبلغ 22 مليار دولار للبرامج القطرية. ونظراً للتحدي الفريد الذي يمثله الإيدز وقدرته على إرجاع عجلة التنمية الاقتصادية إلى الوراء في أفريقيا ومناطق أخرى لعدة عقود، فإننا نرى أن الصندوق العالمي المشار إليه يجب أن يدعم برنامجاً جريئاً وصارماً يركز على الوقاية من أنواع العدوى الجديدة إلى جانب معالجة الحالات المصابة بالمرض فعلاً. ويتعين أن توجه جهود الوقاية لتحقيق تغطية كبيرة لبرامج الوقاية للمجموعات شديدة التعرض للإصابة بما فيها البغايا والشاذون جنسياً والذين يتعاطون المخدرات عن طريق الحقن، وتحقيق إمكانية الحصول على العلاج من الأمراض المنقولة جنسياً على نطاق واسع، وتقديم المشورة والاختبارات الطوعية، والتدخلات لمنع انتقال العدوى من

الأم إلى الطفل. ونظراً للتكاليف والتحديات التي تواجه رفع مستوى العلاج وبخاصة عند استخدام العلاج بالأدوية المضادة للفيروسات القهقرية على نحو ناجح وبدون زيادة مقاومة الفيروس للأدوية، لذلك فإنه يتعين رصد عملية رفع المستوى بعناية وأن تكون على أساس علمي وتخضع لبحوث ميدانية مكثفة. ونحن نؤيد تقديرات برنامج العلاج بالأدوية المضادة للفيروسات القهقرية التابع لبرنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الإيدز ومنظمة الصحة العالمية من أنه يمكن أن يوفر العلاج بالأدوية المضادة للفيروسات القهقرية لـ 5 ملايين فرد في البلدان المنخفضة الدخل بحلول نهاية عام 2006.²⁵

وللمساعدة في توجيه تفقات البحث والتطوير المتزايدة، فإننا نؤيد إنشاء "صندوق عالمي لبحوث الصحة" جديد تبلغ اعتماداته حوالي 51 مليار دولار سنوياً. وهذا الصندوق سيدعم البحوث الأساسية والتطبيقية في ميدان العلوم البيولوجية والصحية المتصلة بالمشاكل الصحية التي تصيب فقراء العالم، وبحوث النظم والسياسات الصحية المطلوبة لمواجهة هذه المشاكل. ويجب توجيه 1.5 مليار دولار أخرى سنوياً لدعم البحوث والتطوير من خلال القنوات القائمة. وهذه تشمل "البرنامج الخاص للبحوث والتدريب في مجال الأمراض المدارية"، و "مبادرة بحوث اللقاحات"، و "البرنامج الخاص للبحوث والتطوير والتدريب على البحوث في مجال الإنجاب البشري" (وجميعها من برامج منظمة الصحة العالمية) والشراكات بين القطاعين العام والخاص لمكافحة الإيدز والسل والملاريا وغيرها من برامج مكافحة الأمراض التي أنشئت حديثاً. وفي كلتا الحالتين ستكون إمكانية التنويع بزيادة التمويل أمراً حيوياً، حيث أن إجراءات البحوث والتطوير اللازمة تعتبر مشروعات طويلة المدى. ويمكن أن يقوم المنتدى العالمي لبحوث الصحة "القائم حالياً بدور هام في التخصيص الفعال لهذه المساعدات الشاملة. ولدعم هذا التزايد في البحث والتطوير فإننا ندعو بقوة إلى البث المجاني عن طريق الإنترنت للمجلات العلمية الكبرى، وبذلك نزيد من فرص وصول العلماء في البلدان المنخفضة الدخل لأداة حيوية للبحث العلمي.

ولا يستطيع القطاع العام أن يتحمل هذا العبء منفرداً، بل يجب أن تشارك صناعة المستحضرات الصيدلانية في هذا الجهد. فالمبادئ المؤسسية التي كانت وراء البرامج الحديثة الجديدة بالثناء والتي تقدم الهبات من الأدوية وتحقق أسعارها يجب أن تعمم لرفع مستوى التدخلات الصحية في البلدان الفقيرة. ويجب على صناعة المستحضرات الصيدلانية أن تضمن للبلدان المنخفضة الدخل (والجهات المانحة التي تشتري نيابة عنها) إمكانية الحصول على الأدوية الأساسية بسعر يقارب سعر الإنتاج (والذي يسمى أحياناً بأدنى سعر تجاري ممكن) بدلاً من الأسعار الأعلى كثيراً السائدة في الأسواق في البلدان المرتفعة الدخل. إن الصناعة في تقديرنا، على استعداد لتحمل مثل هذا الالتزام الذي يتيح فرص حصول الفقراء على الأدوية الأساسية، عن طريق التسعير التفاضلي differential pricing ومنح تراخيص منتجاتها لمنتجي الأدوية غير مسجلة الملكية.²⁶ وإذا لم يكن تعاون الصناعة كافياً أو لم تكن على استعداد

للتعاون بشكل عام ومرثوق، فإن قراءم التجارة الدولية التي تضمن المحصول على الأدوية الأساسية يجب أن تطبق بأسلوب يضمن تحقيق نفس النتائج. ومن الأمور الهامة في نفس الوقت ضمان أن زيادة فرص حصول الفقراء على الأدوية لا يؤثر على الحوافز الباعثة على استحداث الأدوية في المستقبل التي تعتمد على نظام حقوق الملكية الفكرية. وللصناعة في القطاع الخاص خارج قطاع المستحضرات الصيدلانية دور أيضاً لتقوم به، بما في ذلك أن تضمن لقوة العمل الخاصة بها - وهي لب إنتاجية المصنع - أن يتاح لها الوصول إلى المعرفة والخدمات الطبية التي تكفل لها البقاء والصحة. فشركات التعدين في جنوب أفريقيا، على سبيل المثال، التي تقع في مركز انتشار الإيدز والعدوى بفيروسه، عليها مسؤولية خاصة للمساعدة في منع انتشاره والعمل مع الحكومات والجهات المانحة لضمان حصول العاملين بها على الرعاية اللازمة. وقد تم تلخيص الاستنتاجات الرئيسية التي توصلت إليها اللجنة والخاصة بالروابط بين الصحة والتنمية في الجدول 2. كما لخص برنامج العمل في الجدول 3. أما توصياتنا المحددة عن زيادة المساعدات التي تقدمها الجهات المانحة الدولية والتمويل المحلي فقد لخصت في الجدول 4.

ولما كانت العولمة تتعرض للتجربة كما لم يحدث من قبل، فعلى العالم أن ينجح في الوفاء بالتزاماته الجادة للحد من الفقر وتحسين الصحة. إن الموارد المتوافرة لتحقيق النجاح - سواء كانت بشرية أو علمية أو مالية - موجودة، ولكن يجب أن يتم تعبئتها. ونظراً لأن العالم بصدد صراع متزايد ضد شرور الإرهاب، فإنه من الأهمية بمكان أيضاً أن يلتزم العالم بالحفاظ على حياة ملايين البشر بالطرق السليمة، وباستخدام أفضل ما يوفره العلم والتكنولوجيا الحديثة والثراء الضخم للبلدان الغنية. ومثل هذا سيكون جهداً يحفز ويوحد الشعوب في جميع أنحاء العالم. ونحن ناشد قادة المجتمع الدولي - في البلدان المانحة والمستفيدة، وفي المؤسسات الدولية مثل البنك الدولي ومنظمة الصحة العالمية ومنظمة التجارة العالمية ومنظمة التنمية والتعاون الاقتصادي وصندوق النقد الدولي، وفي المشروعات الخاصة وفي المجتمع المدني - المبادرة إلى اغتنام الفرص الموضحة في هذا التقرير. وإذا اتحد العالم الآن، فيمكنه أن يبدأ ويسر الاستثمارات العالمية في مجال الصحة التي يمكنها أن تغير حياة ومعيشة فقراء العالم.

الجدول 2- الاستنتاجات الرئيسية الخاصة بالروابط بين الصحة والتنمية

- 1- إن الصحة هدف له أولوية في ذاته، إلى جانب كونه عنصراً عظيم الأهمية من عناصر التنمية الاقتصادية والحد من وطأة الفقر. ولم تحظ أهمية الاستثمار في الصحة بالاهتمام اللازم، ليس فقط من جانب المحللين، ولكن من جانب حكومات البلدان النامية وبمجموعة الجهات الدولية المانحة. إن زيادة الاستثمارات في الصحة كما هو موضح في هذا التقرير يمكن أن يعني مئات المليارات من الدولارات سنوياً زيادة في دخل البلدان المنخفضة الدخل. وهناك مزايا اجتماعية كبيرة نتيجة ضمان مستويات مرتفعة من التغطية الصحية للفقراء، بما في ذلك الآثار غير المباشرة التي ستؤول للأغنياء في المجتمع.
- 2- هناك حالات صحية قليلة مستولة عن نسبة كبيرة في تأخر الصحة: منها الإيدز والعدوى بفيروسة، والملاريا والسل وأمراض الأطفال المعدية (والتي يمكن الوقاية من الكثير منها عن طريق التلقيح) وإصابات الأمومة وفترة ما حول الولادة، والأمراض المتعلقة بالتبغ وعوز المغذيات الدقيقة. وهناك تدخلات ناجعة لوقاية وعلاج هذه الحالات. ويمكن منع حوالي 8 ملايين وفاة سنوياً نتيجة لهذه الحالات بنهاية العقد الحالي عن طريق برنامج موجه توجيهها جيداً.
- 3- إن جائحة الإيدز والعدوى بفيروسة كارثة واضحة لم يسبق لها مثيل في أبعادها الإنسانية وتأثيراتها على التنمية الاقتصادية. لذلك فهي تتطلب دراسة خاصة، والتدخلات التي تم تجربتها واختبارها داخل القطاع الصحي متوافرة لمواجهة أغلب أسباب القصور الصحي بما في ذلك الإيدز والعدوى بفيروسة.
- 4- لا بد أن يعترف الاستثمار في الصحة الإنجابية بما في ذلك تنظيم الأسرة والحمل والولادة على موانع الحمل بالاستثمارات في مكافحة الأمراض. إذ أن الجمع بين مكافحة الأمراض والصحة الإنجابية يمكن أن يؤدي إلى انخفاض الخصوبة وزيادة الاستثمار في الصحة والتعليم لكل طفل والحد من النمو السكاني.
- 5- إن مستوى الإنفاق على الصحة في البلدان المنخفضة الدخل غير كاف للتصدي للتحديات الصحية التي تواجهها. وفي تقديرنا أن الحد الأدنى للتمويل ينبغي أن يكون حوالي 30 إلى 40 دولار للفرد في السنة لتنمية التعليم الأساسي، بما في ذلك تلك اللازمة للتصدي لحائضه الإيدز، على أن يكون أغلب هذا المبلغ من ميزانية الدولة وليس من تمويل القطاع الخاص. أما الإنفاق الفعلي على الصحة فأقل من ذلك بشكل ملحوظ. فمتوسط الإنفاق في أقل البلدان نمواً يبلغ حوالي 13 دولار للفرد في السنة من مجموع الإنفاق الصحي والتي لا يشكل الإنفاق من الميزانيات فيه سوى 7 دولارات فحسب. أما البلدان الأخرى المنخفضة الدخل فيبلغ متوسط الإنفاق فيها حوالي 24 دولاراً للفرد في السنة، منها 13 دولاراً من الموازنة.
- 6- يمكن أن تزيد البلدان الفقيرة الموارد المحلية التي توجهها إلى قطاع الصحة وأن تستخدم هذه الموارد بكفاءة أكثر. وحتى بزيادة كفاءة التخصيص وتبعية أكثر للموارد، فإن مستويات التمويل اللازم لتغطية الخدمات الأساسية تتجاوز كثيراً الإمكانيات المالية للعديد من البلدان المنخفضة الدخل، إلى جانب عدد قليل من البلدان المتوسطة الدخل التي يستشري فيها الإيدز والعدوى بفيروسة.
- 7- ستكون هناك حاجة إلى تمويل من الجهات المانحة لسد الفجوة في مجال التمويل مع بذل قصارى الجهد من جانب البلدان المتلقية ذاتها. وفي تقديرنا أن الزيادة في الاستثمار في الصحة على مستوى العالم لصالح البلدان المنخفضة الدخل كما تتمكن من توفير التدخلات الصحية الأساسية بمبلغ 30-40 دولاراً للفرد سيتطلب ما يقرب من 27 مليار دولار سنوياً على شكل هبات من الجهات المانحة بحلول عام 2007، مقارنة بحوالي 6 مليارات دولار سنوياً المقدمة حالياً. ويجب أن يضاف هذا التمويل إلى التمويل الذي تقدمه الجهات المانحة الأخرى، لأن زيادة المساعدة مطلوب أيضاً للمجالات الأخرى ذات الصلة مثل التعليم والمياه والإصحاح.

8- إن زسادة التغطية الصحة للفقراء ستطلب استثمارات مالة أكبر في، تدخلات محددة يحريها القطاع الصحي، إلى جانب هيكلية سليمة لنظام تقدم الخدمات الصحية بحيث يمكنه الوصول إلى الفقراء. والأولوية الأولى هي إقامة نظام لتقديم الخدمات على المستوى المحلي (بالاقتراب من العميل)، مدعماً ببرامج على المستوى القطري لمكافحة بعض الأمراض الرئيسية. والتنفيذ الناجح لمثل هذا البرنامج يتطلب التزاماً سياسياً وإدارياً، وتدعيم خبرات البلد التقنية والإدارية، وتعزيز لنظم الإدارة العامة بشكل كبير وإنشاء نظم يساءل في إطارها المسؤولون أمام المجتمع. كما يتطلب أيضاً مداخل جديدة إزاء العلاقات القائمة بين الجهات المانحة والمتلقية.

9- وتستلزم أية معركة ناجعة ضد أمراض الفقراء أيضاً استثمارات ضخمة في المنافع العامة العالمية، بما في ذلك زيادة في جمع وتحليل المعطيات الوبائية، وترصد الأمراض المعدية والبحث والتطوير في مجال الأمراض التي تتركز في البلدان الفقيرة (الأمراض المدارية في الغالب وإن كانت لا تقتصر على ذلك).

10- هناك حاجة إلى إجراءات منسقة من صناعة المستحضرات الصيدلانية وحكومات البلدان المنخفضة الدخل، والجهات المانحة، والوكالات الدولية، للتأكد من أن بلدان العالم المنخفضة الدخل لديها سبل موثوقة للحصول على الأدوية الأساسية.

الجدول 3- برنامج عمل للاستثمار في الصحة من أجل التنمية الاقتصادية

1- يجب على كل بلد من البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل أن تنشئ لجنة وطنية مؤقتة تعنى بالاقتصاد الإجمالي والصحة، أو ما يعادلها، لوضع برنامج طويل الأجل لرفع مستوى التدخلات الصحية الأساسية كجزء من إطارها العام في "ورقة استراتيجية مكافحة الفقر". ويجب على منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي مساعدة اللجان الوطنية في وضع بيانات وبائية مرجعية، وأهداف تشغيلية، وإطار للتمويل الطويل الأمد الذي تقدمه الجهات المانحة. ويجب على اللجنة الوطنية للاقتصاد الإجمالي والصحة أن تنجز عملها بنهاية 2003.

2- يجب على استراتيجية التمويل أن تضع في اعتبارها زيادة الموارد في الميزانية المحلية للصحة بمقدار 1 في المئة من الناتج القومي الإجمالي بحلول عام 2007 و2 في المئة من هذا الناتج بحلول عام 2015 (أو أقل، إذا كانت الزيادة الأقل تكفي لتغطية نفقات عملية رفع مستوى الخدمات، كما هو الحال في بعض البلدان المتوسطة الدخل). وهذا يعني بالنسبة للبلدان المنخفضة الدخل نفقات إضافية في الميزانية تبلغ 23 مليار دولار بحلول عام 2007 و40 مليار دولار بحلول عام 2015، على أن تكون حصة أقل البلدان نمواً فيها 4 مليارات دولار بحلول عام 2007 و9 مليارات دولار بحلول عام 2015، وتتحمل البلدان المنخفضة الدخل الأخرى باقي الموازنة. كما يجب على البلدان أيضاً اتخاذ خطوات لزيادة كفاءة الإنفاق من الموارد المحلية، بما في ذلك وضع أولويات للخدمات الصحية على نحو أفضل وتشجيع خطط التمويل المجتمعي لضمان تحسين توزيع المخاطر بالنسبة للأسر الفقيرة.

3- يجب على الأسرة المانحة الدولية أن ترصد موارد كافية على شكل هبات للبلدان المنخفضة الدخل لضمان التغطية الشاملة للتدخلات الأساسية إلى جانب رفع مستوى البحث والتطوير وغيرها من المنافع العامة. كما أن عدداً قليلاً من البلدان المتوسطة الدخل ستحتاج أيضاً إلى مساعدات على شكل هبات لمواجهة التكاليف المالية المترتبة على توسيع نطاق مكافحة الإيدز والعدوى بفيروسه. وفي تقديرنا أن الاحتياجات الإجمالي من هبات الجهات المانحة ستبلغ 27 مليار دولار سنوياً في 2007 و38 مليار دولار سنوياً في 2015. وبالإضافة إلى ذلك يجب على البنك الدولي وبنوك التنمية الإقليمية أن تقدم قروصاً بشروط عادية للبلدان المتوسطة الدخل بهدف رفع مستوى نظمها الصحية. وسيكون تخصيص التزامات الجهات المانحة كما يلي تقريباً:

	2007	2015
برامج المستوى القطري	22 مليار دولار	31 مليار دولار
البحوث والتطوير للأمراض الفقراء	3 مليارات، دولار	4 مليارات، دولار
توفير منافع عامة عالمية أخرى	2 مليار دولار	3 مليارات دولار
المجموع	27 مليار دولار	38 مليار دولار

ويجب أن تكلف منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي مع لجنة توجيهية تضم البلدان المانحة والمتلقي، بتنسيق ورصد عملية حشد الموارد. وتنفيذ هذا التصور للدعم الموسع بصورة كبيرة للصحة يتطلب دعماً من الجهات المانحة لبناء القدرات في مجال التنفيذ، ولواجهة العوائق الحكومية وغيرها. ولكن عندما لا تستخدم الاعتمادات بأسلوب سليم، فإن المصداقية تتطلب الحد من التمويل واستخدامه لدعم بناء القدرات وبرامج المنظمات غير الحكومية.

4- يجب على الأسرة الدولية مانعه أن نشئ آليتين جديديين للتمويل، وذلك ضمن النطاق التمريبي التالي للإتفاق السنوي مجلوم عام 2007: الصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا، 8 مليارات دولار؛ والصندوق العالمي للبحوث الصحية، 1.5 مليار دولار. ويجب تقدم أموال إضافية للبحث والتطوير تبلغ 1.5 مليار دولار سنوياً من خلال المؤسسات القائمة مثل البرنامج الخاص بالبحوث والتدريب في مجال أمراض المناطق المدارية، ومبادرة البحوث المتعلقة باللقاحات والبرنامج الخاص بالبحوث والتدريب على البحوث في مجال الإنجاب البشري في منظمة الصحة العالمية، علاوة على المنتدى العالمي للبحوث الصحية وغيرها من الشراكات بين القطاعين العام والخاص التي تهدف حالياً إلى إنتاج أدوية ولقاحات جديدة. كما يجب على البرامج القطرية أيضاً أن تخصص 5 في المئة على الأقل من نفقاتها للبحوث الميدانية.

5- إن توفير المنافع العامة العالمية الأخرى يجب أن يدعم من خلال تمويل إضافي من الوكالات الدولية ذات الصلة مثل منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي بمبلغ مليار دولار سنوياً اعتباراً من عام 2007، و 2 مليار سنوياً اعتباراً من عام 2015. وهذه المنافع العامة العالمية تشمل ترصد الأمراض على المستوى الدولي، وجمع البيانات وتحليل التجمعات السكانية في العالم (مثل عبء المرض)، وتحليل وتعميم أفضل الممارسات الدولية في مكافحة الأمراض والنظم الصحية، وتقديم المساعدات التقنية والتدريب التقني.

6- ولدعم الحوافز التي يقدمها القطاع الخاص للمراحل الأخيرة من عملية استحداث الأدوية، ينبغي تعديل "قانون الأدوية اليتيمة" orphan drug legislation الحالي في البلدان المرتفعة الدخل لتغطية أمراض الفقراء مثل أمراض المناطق المدارية التي تحملها نواقل المرض. وبالإضافة إلى ذلك يجب على الصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا وغيره من هيئات المشتريات التابعة للجهات المانحة أن تنشئ التزامات مسبقة لشراء المنتجات المستهدفة الجديدة بأسعار معقولة تجارياً.

7- ويجب على صناعات المستحضرات الصيدلانية الدولية بالتعاون مع البلدان المنخفضة الدخل ومنظمة الصحة العالمية أن تضمن حصول البلدان المنخفضة الدخل على الأدوية الأساسية من خلال الالتزام بتوفير الأدوية الأساسية بأدنى سعر تجاري ممكن في تلك البلدان، وأن تمنح ترخيص إنتاج الأدوية الأساسية لمنتجي الأدوية غير المسجلة الملكية وفقاً لما تقتضيه التكلفة وأو ظروف التوريد، كما هو مفصل في التقرير.

8- ويجب على حكومات البلدان الأعضاء في منظمة التجارة العالمية أن تضمن حماية كافية للبلدان النامية، وبخاصة لحدق البلدان التي لا تنتج المستحضرات الصيدلانية المعنية أن تطبيق الترخيص الإلزامي من أجل استيراد الأدوية النوعية من بلدان ثالثة.

9- ويجب أن يعمل صندوق النقد الدولي والبنك الدولي مع البلدان المثقلة لإدراج رفع مستوى البرامج الصحية وغيرها من برامج الحد من الفقر في إطار الاقتصاد الإجمالي القابل للتطبيق.

الجدول 4- التوصيات المتعلقة بالتزامات الجهات المانحة والبلدان
(مليارات الدولارات الأمريكية بسعر الصرف السائد عام 2002)

2015	2007	تقديرات لجنة الاقتصاد الإجمالي والصحة 2001	
التزامات الجهات المانحة			
برامج المستوى القطري:			
21	14	1,5	أقل البلدان نمواً
8	6	2,0	البلدان المنخفضة الدخل الأخرى
2	2	1,5 المساعدة الرسمية للتنمية 0,5 التمويل العادي	البلدان المتوسطة الدخل
12	8	0	منها: الصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا
المنافع العامة العالمية			
	3	0,5 (>)	البحث والتطوير
2,5	1,5	0	منها: الصندوق العالمي للبحوث الصحية
3	2	1	الوكالات الدولية
38	27	7	مجموع التزامات الجهات المانحة
الموارد المحلية من أجل الصحة			
16	11	7	أقل البلدان نمواً
7	62	3	البلدان المنخفضة الدخل الأخرى
برامج المستوى القطري في البلدان المنخفضة الدخل			
119	93	53,5	التزامات الجهات المانحة مضافاً إليها الموارد المحلية

ملحوظة: تتعلق التوصيات بالتزامات السنوية ضمن برنامج عالمي لرفع المستوى. وكما هو مؤكد في
جميع أجزاء التقرير، فإن التمويل الفعلي سيعتمد على أداء السياسات العامة في البلدان المتلقية.



منظمة الصحة العالمية
المكتب الإقليمي لشرق المتوسط
القاهرة

ISBN 92-9021-328-0