نظرة عامة

التوجيهات والمستندات المرجعية لهيئة مساعدة التنمية :
الفقر والصحة

Overview

DAC Guidelines and References Documents :
Poverty and Health
Arabic Translation

تعدّ النظرة العامة مقتطفات مترجمة من منشورات منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية **(OECD)**
وتكون متوفرة مجاناً من المكتبة على الإنترنت وموقعها : **(www.oecd.org/bookshop)**

لا تعدّ النظرة العامة ترجمة رسمية لمنظمة التعاون الاقتصادي والتنمية **OECD**

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT

منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية

أعمال حاسمة لتشجيع مقاربة مؤاتية لصحة الفقراء

	البلد الشريك	العمل	وكالة التنمية (دور مساند لجهود يبذلها الشريك)
1.	إظهار إرادة سياسية للحد من الفقر وبلوغ أهداف التنمية الألفية المتعلقة بالصحة	**I** **حشد إرادة سياسية وموارد إضافية من أجل الصحة**	التشجيع على تفهّم أكبر لإسهام الصحة في النمو والتنمية المؤاتيين للفقراء. إطلاق النقاش حول الصحة وسائر السياسات المعلية من شأن مقاربة مؤاتية لصحة الفقراء.
2.	حشد موارد محلية إضافية في سبيل الصحة من خلال زيادة المخصصات في الموازنة واستعمال عائدات إيفاء الديون المترتبة على البلدان الفقيرة الشديدة الاستدانة. تحسين فعالية الإنفاق الصحي. تحسين المنظومات المالية في اتجاه المزيد من الشفافية والقابلية للمحاسبة.		رفع مستوى المساعدة على بلوغ أهداف التنمية الألفية المتصلة بالصحة والحد من الفقر.
3.	نهوض القطاع العام بوظائف أساسية في مجال الصحة : صنع السياسات، ضبط الأداء، اكتساب الخدمات وتوفيرها.	**II** **تطوير أنظمة مؤاتية فعلاً لصحة الفقراء**	تعزيز قدرة وزارة الصحة على الاضطلاع بتنفيذ الوظائف الجوهرية المناطة بها.
4.	توفير خدمات طبية جيدة، تكون سهلة المنال، ضمن الامكانات، وملبيّة للحاجة.		تسهيل تعيين أنواع المرض التي تصيب الفقراء والمجموعات السريعة العطب، وتعيين حاجات الخدمة الطبية.
5.	تقوية أنظمة تمويل الصحة التي تتيح أمام الفقراء فرصة الحصول العادل على الخدمات الصحية.		دعم القدرة على تحليل الوقع الاجتماعي، لجعل الأنظمة الصحية، بما فيها التمويل، أكثر قابلية لإفادة الفقراء من تقديماتها.
6.	مساندة السياسات الصحية من خلال تحقيق اللامركزية وتعزيز القدرة المحلية على تقديم الخدمات. تأمين مشاركة ملموسة من قبل المتحد المحلي.		مساعدة منظمات المجتمع المدني وممثلي المتّحد لزيادة قدرتهم على المشاركة في السياسات والبرامج الصحية.
7.	تطوير شراكات مع القطاع الخاص والمنظمات غير الحكومية لتوفير الخدمات الصحية.		دعم الاستراتيجيات الهادفة الى تحسين توفير الخدمة، بما يشتمل على أشكال فضلى من الخدمات العامة والشراكات مع القطاع الخاص لتوسيع نطاق التغطية.
	البلد الشريك	**العمل**	**وكالة التنمية (دور مساند لجهود يبذلها الشريك)**

.8	تسهيل التعاون ما بين القطاعات وتحقيق التناغم ما بين أهداف السياسات لتحسين النتائج الصحية. تكليف الوزارات غير المعنية بالصحة القيام بذلك ومدها بالموارد اللازمة له.	**III التركيز على سياسات القطاعات الأخرى المؤثرة على صحة الفقراء**	المساعدة على توليد تسليم أكبر بالوقع المحتمل على الصحة للسياسات القطاعية في مجالات التربية، والتغذية، والماء، والنظافة.
.9	قيادة برنامج شامل للقطاع الصحي، وامتلاكه وتنفيذه، ودمجه باستراتيجية الحد من الفقر (PRS).	**IV العمل من خلال استراتيجيات يقودها البلد المعني للحد من الفقر وبرامج للقطاع الصحي، ومراقبة التقدم الحاصل في تحسين النتائج الصحية**	المساعدة على تمكين البلد المعني من تعزيز قيادته وامتلاكه في صياغة استراتيجية الحد من الفقر وبرامج القطاع الصحي، كما في تنفيذها.
10	تحسين العلاقات ومحتويات سياسات الربط بين استراتيجية الحد من الفقر وبرامج القطاع الصحي (كما سواه من القطاعات التي لها وقع على الصحة).		بناء القدرة على تحليل الفقر والفوارق بين الجنسين في مجال الصحة.
.11	تحقيق دمج المبادرات الصحية الشاملة (GHIs) بالأنظمة الوطنية.		تأمين دعم المبادرات الصحية الشاملة لملكية البلد الشريك وسياساته.
.12	انتقاء مؤشرات محورية لمراقبة تجليات المنظومة الصحية ومردوداتها، مع التركيز على الإنصاف (بما فيه مساواة الجنسين)، وسهولة الحصول على الخدمات، والجودة، والتمويل.		تقوية القدرة الإحصائية الوطنية كما أنظمة الرقابة لقياس التقدم الحاصل نحو أهداف الصحة والحد من الفقر. القبول بتوازن بين حاجات الرقابة الوطنية والدولية.
.13	المشاركة في ترتيب أولويات احتياط المنافع العامة الشاملة (GPSs) للصحة ودمجها باستراتيجية الحد من الفقر.	**V إعلاء شأن المنافع العامة الشاملة وتماسك السياسات المؤاتية لصحة الفقراء**	دعم المبادرات الدولية المتعلقة بالمنافع العامة الشاملة للصحة، كمثل البحث عن أدوية ولقاحات يقدر الفقراء على شرائها. ودمج دعم المنافع الشاملة باستراتيجيات التنمية الشاملة.
.14	تحري إمكانات جوانب حقوق الملكية الفكرية المتصلة بالتجارة (TRIPS) تحرياً تاماً لتوفير الأدوية الأساسية للفقراء بأسعار يقدرون على دفعها.		تشجيع تماسك السياسات – بما في ذلك التجارة والهجرة – لدعم الصحة المؤاتية للفقراء. المتابعة عن كثب لتطبيق *إعلان الدوحة حول جوانب حقوق الملكية الفكرية المتصلة بالتجارة والصحة العامة*، لجهة تمكين البلدان الفقيرة من الحصول على العقاقير واللقاحات التي لها الأولوية بأسعار تقدر على دفعها.

موجز

1. التوظيف في الصحة للحد من الفقر

تحتل الصحة اليوم في المفكرة الدولية موقعاً أرفع مما كان عليه في السابق، وقد صار الاهتمام بصحة الفقراء مسألة أساسية في مجال التنمية. فالحقيقة أن ثلاثة من أهداف التنمية الألفية (MDG) تقتضي إحداث تحسينات صحية مع حلول العام 2015، عناوينها : الحد من وفيات الأطفال ووفيات الأمهات، وتفشي الإيدز/السيدا، والملاريا والسل. وقد توافقت أمم العالم على التسليم بأن التمتع بأكبر قدر ممكن من الصحة هو أحد الحقوق الأساسية لكل كائن بشري، بعيداً عن أي تمييز في العرق، أو الدين، أو المعتقد السياسي، أو الوضع الاقتصادي أو الاجتماعي.[1] بيد أن الصحة هي أيضاً، في ما يتجاوز قيمتها الجوهرية بالنسبة إلى الأفراد، شرط مركزي من شروط التنمية الإنسانية الشاملة والحد من الفقر.

الفقراء يقاسون صحة أسوأ ويموتون أصغر سنّاً. إن في صفوفهم من وفيات الأطفال والأمهات ما يتجاوز بمعدلاته المتوسط العام، وهم يتميزون بدرجات عليا من التعرض للمرض، بينما العناية الصحية والرعاية الاجتماعية لا تطالهم إلا قليلاً. كما إن التمييز الجنسي يفضي إلى مزيد من الإضرار بصحة النساء والفتيات الفقيرات. *والصحة هي أيضاً، للفقراء بصورة خاصة، وسيلة اقتصادية شديدة الأهمية*. فحياتهم بالذات رهن لها. إذ، متى ألمّ بالفقير مرض أو أصابه مكروه، قد تقع أسرته بكاملها في شرك دوامة انحدارية قوامها اثنان : خسارة للدخل وتكاليف عالية للعناية الصحية. لقد صار التوظيف في الصحة يعتبر أكثر فأكثر وسيلة مهمة من وسائل التنمية الاقتصادية، كما صار يعتبر بالنسبة إلى البلدان النامية ـ وخصوصاً بالنسبة إلى الفقراء من سكانها ـ شرطاً لا بد منه لكسر دورة الفقر. فالصحة الجيدة تسهم في التنمية من وجهات عدة : فهي تزيد من إنتاجية العمل، ومستوى التحصيل التربوي والتوظيف، كما تسهّل التحول الديموغرافي.

إن الأساس المنطقي، الإنساني والاقتصادي، الذي إليه يستند التوظيف في الصحة هو ما يعكسه توافق ناشئ حول ما ترتديه من أهمية مفكرة واسعة محددة حول تحسين صحة الفقراء. أما المستند المرجعي الحاضر، فهو من جهة يحدد *المكونات الجوهرية التي تتكون منها مقاربة مؤاتية لصحة الفقراء*، ومن جهة

[1] شرعة منظمة الصحة العالمية (1948).

أخرى يوفر إطاراً للعمل في داخل المنظومة الصحية ـ وفي ما يتعدى هذه المنظومة، عبر سياسات تُعتَمَد في قطاعات أخرى، كما عبر مبادرات شاملة.

إن **زيادة الموارد المالية المخصصة للصحة** يجب أن تتصدر الأولويات. إذ، بدون مال لشراء اللقاحات والأدوية، كما لبناء تسهيلات وتجهيزها، وتأمين ملاكات مناسبة، وإدارة المنظومة الصحية، وزيادة التوظيفات في قطاعات أخرى مهمة للصحة، ستكون البلدان التي تتدنى فيها المداخيل غير قادرة على ملاقاة أهداف التنمية الألفية (MDG) المتعلقة بالصحة. وهذا يستدعي مزيداً من التمويل في موازنات البلدان الشريكة، فضلاً عن زيادات حقيقية في الدعم الخارجي للصحة. أما وكالات التنمية، فهي بوجه العموم أكثر ميلاً إلى حشد موارد إضافية في دعم الأهداف المؤاتية لصحة الفقراء حيثما توافر ما يلي :أ) إرادة سياسية واضحة لدى البلد الشريك لمفصلة استراتيجية تهدف إلى الحد من الفقر مع برنامج شامل للقطاع الصحي ولتنفيذ هذين الاستراتيجية والبرنامج؛ ب) جهود جدية تبذل لحشد موارد محلية في هذا السبيل؛ ج) التزام لإدارة الموارد بصورة أكثر فاعلية؛ د) توافر الفرصة أمام مراهنين رئيسيين للمشاركة في تخطيط وجوه التدخل، وإدارتها، والقيام بها. وفي البلدان التي تتميز بضعف السياسات، والمؤسسات، وأجهزة الحكم، سيكون أقصى الدعم الممكن للصحة وسواها من الخدمات الأساسية ضرورة جوهرية لحماية الفقراء والسريعي العطب ـ على حد ما ورد في المذكرة السياسية لهيئة مساعدة التنمية (DAC) حول "صعوبات الشراكات".[2]

2. دعم المنظومات المؤاتية لصحة الفقراء

من ميزات مقاربة مؤاتية لصحة الفقراء أنها تجعل في طليعة الأولويات إعلاء شأن صحة الفقراء، وحمايتها، وتحسينها. وهي تتضمن لحظ خدمات رفيعة نوعياً في مجال الصحة العامة والعناية الشخصية، فضلاً عن آليات تمويل عادلة، هي أساسية لتحسين الصحة والحؤول دون الدوامة المفضية من الصحة العليلة إلى الفقر. فعلى وكالات التنمية أن تساعد البلدان الشريكة على تطوير منظومات مؤاتية لصحة الفقراء عبر تقوية القدرات المحلية في مجالات عدة.

فتقوية قدرة القطاع العام على النهوض بالوظائف الحيوية المتمثلة في صنع السياسات، وضبط الممارسات، وتقوية الخدمات الصحية وتأمينها، هي من المستلزمات المركزية للتنمية كما لإقامة منظومات مؤاتية لصحة الفقراء. ولا بد، فضلاً عن ذلك، من قدرة مؤسساتية وتنظيمية على جانب من القوة للإشراف على استعمال الموارد، وتحسين استراتيجيات المورد البشري. فهذه المسائل الأساسية تذهب إلى أبعد من وزارة الصحة منفردةً، وتعكس ضرورة أن يوضع إصلاح القطاع الصحي في سياق إصلاحات أشمل لمقومات الحكم.

[2] أنظر : *Development Co-operation in Difficult Partnerships* [DCD/DAC (2002) 11/REV1], May 2002, Internal Working Document, OECD, Paris.

©OECD 2003

ثم أن **تطوير خدمات القطاعين العام والخاص الجيدة النوعية والمستجيبة للحاجات الصحية كما لطلبات الفقراء يجب أن يعطى الأولوية**. وهو ما يقتضي التركيز على تلك الأمراض التي ـ كالملاريا، والسل، والإيدز/السيدا ـ تؤثر في الفقراء بصورة غير متكافئة، كما على الصحة التناسلية والأمراض غير المعدية، كتلك المتصلة بالتدخين، حيث يشتد عبء المرض على الفقراء. وهذه المقاربة ينبغي استكمالها باستراتيجيات هادفة تطاول الفقراء والمجموعات السريعة العطب، كما بتدابير تحفّز الطلب على الخدمات الصحية وتعزز القدرة على محاسبة المرافق الصحية على ما تؤديه من خدمات للجماعات الفقيرة. فلا بد، لبلوغ هذه الأهداف، من الاسمتاع إلى أصوات الفقراء وأصوات المنظمات غير الحكومية ومنظمات المجتمع المدني، في تخطيط السيرورة وتنفيذها.

ويتبين، إلى ذلك، أن **بناء شراكة فضلى مع القطاع الخاص أمر حاسم**. فالفقراء يقبلون بكثافة على استعمال الخدمات الخاصة، سواء توخت هذه الخدمات الربح أم كانت مجانية (كتلك التي تؤديها المنظمات غير الحكومية أو القائمة على الإيمان). والقطاع العام في الكثير من البلدان النامية لا قدرة له على إيصال الخدمات الصحية بحد ذاتها لجميع السكان، ولا على ضمان أن الخدمات الصحية المقدمة من قبل القطاع الخاص تؤسس فعلاً للأهداف المؤاتية لصحة الفقراء. إن نوع الشراكة الذي تستطيع الحكومات أن تطوره مع مقدمي الخدمات من العاملين في القطاع الخاص سوف يختلف تبعاً لأنماط الاستعمال ومكامن القوة والجودة النسبية المميزة لها. فقد تختار الحكومات الاستعانة بالمنظمات غير الحكومية لتقديم خدمات معينة، أو تتطلع إلى تحسين نوعية الخدمات المتوافرة في القطاع الخاص الذي يتوخى الربح. والحق أن هذا الخيار السياسي سيتطلب تقوية القدرة الحكومية على الضبط، والتعاقد، والمراقبة.

إن توفير **منظومات عادلة لتمويل الصحة** هو أحد الشروط الأساسية لتحسين حصول الفقراء على العناية الصحية وحمايتهم من الكلفة الكارثية للصحة العليلة. فهذا الهدف يتطلب استراتيجيات اجتماعية وحمائية فاعلة، تتجه إلى التصدي لمعضلة تجميع الأخطار ونظام الدفع سلفاً، كما تبعِد عن تسديد "رسوم الخدمة" من الجيب للعناية الصحية الأولية، التي تحد من إقبال الفقراء على طلب الإفادة من الخدمة المعروضة.

3. التركيز على الميادين الأساسية للسياسات الصحية المؤاتية للفقراء

ليس ضمان أن يتمكن الفقراء من الحصول على خدمات صحية يسيرة المنال وجيدة النوعية كافياً بحد ذاته لتحسين صحة الفقراء. **ذلك أن المحددات الرئيسة لصحتهم مرتبطة بأفعال تقع خارج القطاع الصحي**. فبدايةً، يبدو على جانب كبير من الأهمية التنفيذ الفعلي لسياسات إنمائية مؤاتية للفقراء كما حددتها *توجيهات هيئة مساعدة التنمية حول الحد من الفقر* : فبدون مداخيل أعلى، لن يكون الفقراء قادرين على تأمين ثمن الأغذية والخدمات الصحية. وبدون نمو للمداخيل، لن تزيد الحكومات من نسبة تمويلها للخدمات الصحية. إن السياسات المتعلقة بالقطاعات الأخرى هي أيضاً شديدة الأهمية، لا سيما منها السياسات التربوية، وسياسات الأمن الغذائي، وسلامة الماء، والصحة العامة، والطاقة. وبالإمكان كذلك تحسين صحة الفقراء بخفض تعرّضهم لأخطار إدمان التدخين أو الكحول، والسير وسواها من وجوه الأذية، فضلاً عن الانعكاسات المدمّرة للنزاعات والكوارث الطبيعية. فعلى الحكومات الشريكة ووكالات التنمية أن تقدّر كم من شأن السياسات في

القطاعات الأساسية أن تضعف أو تقوّي ضمان الصحة وأهداف خفض الفقر الأوسع مدى، كما أن ترتّب هذه السياسات وفق سلّم للأولويات من حيث الأهمية وعلاقة الكلفة بفعالية العمل، وصولاً إلى الاستجابة للحاجات بردود مناسبة.

إن بلوغ أهداف التنمية الألفية الثلاثة المتعلقة بالصحة، مثلاً، يتوقف كثيراً على مدى بلوغ البرنامج عينه (أي برنامج أهداف التنمية الألفية) أهدافه في مجالي المساواة بين الجنسين والتعليم الابتدائي للجميع. فتربية الإناث، بصورة خاصة، ترتبط ارتباطاً قوياً بتحسين العناية الصحية بالأولاد، والعائلات، والجماعات، كما بمعدلات متدنية من الخصوبة. والتربية هي أيضاً واحد من أنجع الأسلحة في محاربة الإيدز/السيدا. كما إن الصحة، بالمقابل، محدد أساسي من محددات التحصيل التربوي، بما أن لها انعكاسات مباشرة على القدرات الإدراكية ومزاولة الدراسة. فلذا ثمة فائدة متبادلة من تحديد استراتيجيات للتعاون داخل منظومة المدرسة النظامية، كما من خلال التربية غير النظامية.

من الجلي أن الأمن الغذائي والتغذية عاملان حاسمان من العوامل المؤثرة على صحة الفقراء. ثمة في البلدان النامية 800 مليون إنسان هم على جوع مزمنة. فسوء التغذية يؤثر في نظام المناعة، مضاعفاً على هذا النحو من مفاعيل الأمراض وحدّتها، وهو في الحقيقة عامل مساعد في أكثر من 50 بالمائة من جميع حالات وفيات الأطفال. إن على وكالات التنمية التركيز على تحسين شروط الأمن الغذائي في المناطق الريفية والمدينية على حد سواء، من خلال تدخل يهدف إلى زيادة الدخل وتعزيز فرص الوصول إلى الخدمات الاجتماعية، كما من خلال برامج هادفة إلى تغذية الأم والطفل في آن.

إن صحة الفقراء ومعدلات الوفيات في صفوفهم تتأثر مباشرة بالتعرض للأخطار البيئية، التي يتعيّن دمجها بسياسات التنمية. غالباً ما يسكن الفقراء مستوطنات مدينية ضحلة نوعياً، أو في قرى نائية تقع في أرض مهمَّشة. وهناك، حصولهم على الماء السليم والصحة العامة محدود في الحقيقة، وهم معرَّضون للهواء الملوث سواء أتى من داخل أو من خارج. إن هذه الشروط البيئية سبب رئيس من أسباب الصحة المصابة بعلة، كما الوفاة في صفوف الفقراء. وأهمية هذه الأسباب الأولية المؤثرة في صحة الفقراء إنما ينبغي دمجها بسياسات التنمية.

4. العمل من خلال أطر استراتيجية تمسك بزمامها البلدان المعنية

يستدعي الالتزام بمساندة أهداف التنمية الألفية المتعلقة بالصحة إقامة علاقات بعيدة المدى مع البلدان الشريكة لإحراز تحسينات صحية مستدامة تعود بالفائدة على الفقراء. ومثل هذا التعاون ينبغي أن يقوم داخل أطر وطنية شاملة ومتّفق عليها عموماً تضع في رأس أولوياتها السياسات والبرامج.

من أجل صياغة الخطوط الكبرى لمقاربة مؤاتية لصحة الفقراء، يجب أن يكون الإطار المركزي لهذه الصياغة **استراتيجية للحد من الفقر، يضعها ويمتلكها البلد الشريك**. ولا بد أن تظهر هذه الاستراتيجية فهماً

©OECD 2003

واضحاً للعلاقات السببية التي تربط بين تحسين الصحة والحد من الفقر، كما أن تشتمل على أهداف صحية واضحة في القطاعات المفصلية المؤثرة على النتائج الصحية للفقراء. فبهذه الطريقة، باستطاعة استراتيجية للحد من الفقر أن تتطور في اتجاه تنمية الروابط بين الصحة والسياسات المفضية في قطاعات أخرى إلى تعزيز صحة الفقراء. وبما أن مثل هذه الاستراتيجيات لا يتسع للكثير من التحاليل القطاعية المفصّلة، فلا بد من تكميلها ببرنامج أكثر تفصيلاً للقطاع الصحي.

إن **وضع برنامج للقطاع الصحي هو من الضرورات الأساسية** لا لتعيين وجوه المساعدة اللازمة وتأمينها داخل القطاع الصحي فحسب، بل أيضاً لإطلاق نقاش حول السياسات ووجوه التدخل التي من شأنها تحسين صحة الفقراء. أضف إلى ذلك أن هكذا برنامجاً يوفر أيضاً الإطار الوطني الذي لا بد منه لجمع المساعدات الخارجية وتوجيهها في الوجهة الملائمة. أما هذه المساعدات، فقد تتضمن واحداً أو أكثر من أمور عدة، كالتعاون التقني لبناء القدرات، وإطلاق المشاريع الكبرى، وتأمين التمويل الكامل للقطاع، وتقديم المساعدة للموازنة العامة، والمبادرات العالمية الآيلة إلى الإعفاء من الديون وإعادة تقسيطها لآجال طويلة، وما إليها جميعاً. وعلى رغم أن القيام بعدد كبير من الأنشطة الممولة من خارج والمنفصلة عن بعضها البعض أن يستتبع تكاليف باهظة وأنه يمكن أن ينتج عن ذلك إخلال بأولويات البلد المعني، فإن لكل وسيلة محاسنها ومضارها. فالمسألة هي في الأصل مسألة توازن يتعين السعي إلى تحقيقه ضمن ظروف متباينة من بلد إلى آخر.

في المجال الصحي، تستأهل المقاربات الشاملة للقطاع برمّته الانتباه لأنها جديدة نسبياً، ولأنها تهدف إلى تقوية التنسيق. ففي هذه المقاربات، يلتزم الشركاء الخارجيون البرنامج الصحي الذي تقوده الحكومة، كما تساعد على دعم تطويره من خلال إجراءات شائعة في مجالات التدبير الإداري، والتنفيذ، وحتى التمويل في حدود تتفاوت من حالة إلى أخرى. ثم أنه حيثما المقاربات هذه تكون مناسبة، بإمكانها المساعدة على تعزيز فرص الانخراط المحلي، وتقبّل المحاسبة، والقدرات في البلدان الشريكة. إن اتخاذ قرار الانخراط في مقاربة شاملة للقطاع في بلد معين ينبغي أن ينتج عن تقييم متأنٍّ للسياسة المعتمدة والشروط المؤسساتية. والمقدمة المنطقية لهذا النوع من الشراكة هي توافر جو من الثقة المتبادلة، وتقليل من عزو المبادرات إلى أية وكالة للتنمية بمفردها، إضافةً إلى القبول بالمسؤولية المشتركة كما ببعض الزيادة في المجازفة المالية والمؤسساتية.

على البلدان الشريكة أن تقيس درجة أداء المنظومة الصحية ومردودات الصحة، فضلاً عن مدى ملاءمتها للفقراء، كجزء من جهودها المبذولة لتنفيذ استراتيجيات هادفة إلى الحد من الفقر وبرامج تشمل كامل القطاع الصحي. وعلى وكالات التنمية أن تجعل من أولى أولوياتها تقوية المنظومات الوطنية المعتمدة لجمع العلومات، والمراقبة والتقييم والتحليل الإحصائي، لأن هذه المنظومات كثيراً ما تكون غير وافية لقياس التقدم الحاصل في اتجاه أهداف تعزيز الصحة والحد من الفقر.

©OECD 2003

5. تعزيز تماسك السياسات والمنافع العامة الشاملة

ليست مشكلات الفقراء الصحية لتتوقف عند الحدود الوطنية. فالكون المعولم الذي نعيش فيه إنما يعرِّض الصحة لأخطار جديدة، كما يدل عليه التفشي السريع للإيدز/السيدا أو لتهديد الإرهاب البيولوجي. وفي الوقت عينه، يتيح هذا العالم الفرص لتلافي الأمراض، ومعالجتها، واحتوائها. فعلى وكالات التنمية والبلدان الشريكة أن تقوّي السبل للعمل معاً على نحو شمولي.

فأحد السبل المتاحة يتمثل في **تشجيع تنمية المنافع العامة الشاملة (GPGs) للصحة**، التي بإمكانها توفير فوائد مستدامة لجميع البلدان والشعوب. وتتضمّن هذه المقاربة أعمالاً كالبحث الطبي والتنمية المركّزة على الأمراض التي تصيب الفقراء أكثر ما تصيب، كما تتضمن جهوداً لكبح انتشار الأمراض القابلة للانتقال عبر الحدود. فالمقدّر اليوم أن أقل من 10 بالمائة من التمويل الإجمالي للصحة مخصص للأمراض أو الأوضاع التي تمثّل أكثر من 90 بالمائة من العبء الإجمالي للمرض، فيما تقل بكثير عن 10 بالمائة المخصصات المرصودة لمشكلات البلدان والشعوب الفقيرة. **إن لوكالات التنمية دوراً حاسماً تلعبه في تشجيع المبادرات الدولية الهادفة إلى إنتاج عقاقير ولقاحات جديدة، وإنتاج معرفة مركّزة على مشكلات الفقراء في مجال الصحة**. فبإمكان هذه الوكالات أن توفر موارد مالية حاسمة وتساعد على تحفيز الدعم لتماسك السياسات وما إليه من وجوه المساندة داخل بلدانها هي بالذات. إن مثل هذه المبادرات يتضمن في عداد ما يتضمنه أموراً ثلاثة : مزيداً من التشديد، في موازنات البحث الصحي الخاصة ببلدان منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية، على أمراض البلدان التي يتدنى فيها مستوى الدخل، وإقامة شراكات مع القطاع الخاص والمجتمع المدني مفضية إلى توفير اعتمادات وخبرات لإجراء أبحاث حول هذه الأمراض، والنظر في توسيع نطاق بواعث "دواء اليتيم" الخاصة ببلدان منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية ليشمل الأمراض المشار إليها أيضاً.

بالإضافة إلى كل هذا، **لتجارة السلع والخدمات وللاتفاقات التجارية المتعددة الأطراف تأثير متزايد على صحة الفقراء**. ففي هذا المجال، على قدر خاص من الأهمية هي الاتفاقات التي تعالج جوانب حقوق الملكية الفكرية المتصلة بالتجارة (TRIPS)، والاتفاق العام حول الخدمات التجارية (GATS)، وتجارة المواد الخطرة. فعلى الوكالات الأعضاء تشجيع حكوماتها على مراقبة تطبيق *إعلان الدوحة حول الاتفاق المتعلق بجوانب حقوق الملكية الفكرية المتصلة بالتجارة والصحة العامة* من زاوية المدى الذي إليه تستطيع البلدان النامية استعمال هذا الاتفاق لتحسين فرصها في الحصول على ما يقع تحت حماية واضحة من تلك المستحضرات الصيدلية المهمة لصحة الفقراء. ومن القضايا المماثلة المطروحة اليوم، ثمة قضية قيد النظر لدى مجلس منظمة التجارة العالمية، قوامها أن بعض البلدان، المفتقرة إلى قدرة انتاجية خاصة، يجد صعوبات في استعمال *الترخيص الإلزامي* استعمالا فعلياً.

إن الحاجة إلى التمويل بالنسبة إلى المنافع العامة الشاملة هي إلى حد بعيد حاجة إضافية بالنسبة إلى ما تحتاجه برامج البلدان المعنية من مساعدة من قبل وكالات التنمية. غير أن الزيادة الإجمالية في حجم المساعدة الخارجية تبقى رهناً لما هو متاح من فرص الاستعمال الفعلي لهذه المساعدة. كما تبقى رهنا للمدى الذي إليه يمكن حشد الدعم العام والسياسي في بلدان منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية للمقترحات المعروضة في هذا

©OECD 2003

المستند وسواه من التقارير، حول ما يرتديه من أهمية وقابلية للتنفيذ مد يد المساعدة لتحسين صحة الفقراء.

©OECD 2003

هذه النظرة العامة هي ترجمة لمقتطفات من أحد منشورات منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية، كان قد صدر أصلاً بالإنكليزية والفرنسية تحت العنوانين التاليين :

DAC Guidelines and Reference Documents : Poverty and Health

Les lignes directrices et ouvrages de référence du CAD : Pauvreté et santé

© 2003, OECD

إن منشورات منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية، كما النظرات العامة، متوافرة على الإنترنيت

وموقعها : www.oecd.org/bookshop/

إطبع كلمة «*Overview*» في خانة «*Title Search*» من صفحة استقبال (*homepage*)

الـ *Online Bookshop* أو

إطبع العنوان الإنكليزي للكتاب

(النظرات العامة موصولة بكتبها المرجعية المنشورة أصلاً بالإنكليزية)

تُعِدُّ النظرات العامة وحدة الحقوق والترجمة، إدارة العلاقات العامة والاتصالات،

منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية.

البريد الألكتروني : rights@oecd.org - الفاكس: 91 13 24 45 1 33 +

© OECD, 2003

يُسمح باستنساخ هذه النظرة العامة بشرط ذكر حقوق النشر العائدة الى منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية، كما عنوان المنشور الأصلي.