

المخاطر على الصحة العالمية في القرن الحادي والعشرين

ملامح من حياة ألفين روث، صانع الوفاق

الصين تتعلم التانغو

# التمويل والتنمية

ديسمبر ٢٠١٤

## المعركة من أجل الصحة العالمية

صندوق النقد الدولي

رئيس التحرير  
جيفري هايدن

مدير التحرير  
مارينا بريموك

محررون أوائل  
خالد عبد القادر  
جيتا بات

هيون-سونغ كانغ  
ناتالي راميريز-جومينا  
جيمس رو  
سايمون ويلسن

جاكلين ديلاورييه  
غلين غوتسيلغ

محررون مساعدون

مورين بيرك  
بروس إدواردس

اختصاصي الإنتاج الطباعي والإلكتروني  
ليجون لي

مدير وسائل التواصل الاجتماعي  
سارة حداد

مساعد رئيس تحرير أول  
نيكول براين-كيماني

مساعد رئيس التحرير  
جيمس يو

مدير الإبداع  
لويزا منجيفار

المحررون الفنيون  
ستيف كولمان

ميشيل مارتن

مستشارو رئيس التحرير

برناردين أكيوتوبي  
باس باكر

هيليغ برغر  
تيم كالن

بول كاشين  
أدريين شيتي

ستين كلايسنز  
لويس كويديو

الفريدو كويغاس  
دومينيكو فانيتز

جيمس غوردن  
توماس هلبلينغ

ناتاليا تاميريسا

© ٢٠١٤ الناشر صندوق النقد الدولي. جميع الحقوق محفوظة. للحصول على إذن بإعادة

طبع أو استنساخ أي محتوى من مجلة التمويل والتنمية، يقدم طلب عن طريق الإنترنت على

استمارة متوافرة في الموقع الإلكتروني (www.imf.org/external/terms.htm) أو بإرسال

بريد إلكتروني إلى copyright@imf.org.

ويمكن أيضا الحصول على إذن لأغراض تجارية من مركز الترخيص بحقوق الطبع Clearance Center (www.copyright.com)

مقابل رسم رمزي.

الآراء الواردة في المقالات وغيرها من المواد تعبر عن أصحابها ولا تعبر بالضرورة عن سياسة صندوق النقد الدولي.

للاستفسار بشأن خدمات الاشتراك وتغيير العنوان والإعلان:

IMF Publication Services  
Finance & Development  
PO Box 92780  
Washington, DC, 20090, USA  
Telephone: (202) 623-7430  
Fax: (202) 623-7201  
E-mail: publications@imf.org

مدير البريد: ترسل الخطابات بشأن تغيير العناوين على العنوان التالي:

Finance & Development, International Monetary Fund, PO Box 92780, Washington, DC, 20090, USA

تدفع الرسوم البريدية للدوريات في واشنطن العاصمة وفي مكاتب البريد الإضافية.

طُبعت النسخة الإنجليزية في مطبعة Dartmouth Printing Company, Hanover, NH.

## تحقيقات

### المعركة من أجل الصحة العالمية

#### ٦ شكل الصحة العالمية

العالم حقق تقدما كبيرا حتى الآن، لكن الطريق لا يزال طويلا  
ديفيد بلوم

#### ١٢ التحول إلى المحلية

الإففاق على الصحة العامة في الاقتصادات الصاعدة والنامية ينتقل من الحكومات المركزية إلى الولايات والمدن  
فيكتوريا فان وأماندا غلاسمان

#### ١٦ المخاطر التي تهدد الصحة العالمية في القرن الحادي والعشرين

العالم أصبح أفضل صحة اليوم لكن البشرية لا تزال تواجه مشكلات كبرى  
أولغا جوناس، وإيان بيري، ودان شيشولم ونيك بناتافالا، ورامانان لاکسميناريان

#### ٢١ تكلفة التقدم

أسعار الأدوية الجديدة تهدد الإصلاح الصحي في كولومبيا  
أليخاندرو غاغيريا

#### ٢٢ فاتورة الصحة

التباطؤ الأخير في نمو الإففاق على الصحة العامة في الاقتصادات المتقدمة لا يرجح أن يدوم  
بنديكت كليمنس، وسانجيف غوبتا، وباوبينغ شانغ

#### ٢٦ الإشراف على الصحة العالمية

أطراف فاعلة جديدة، بأولويات جديدة، تزحم ساحة كانت تشغلها منظمة الصحة العالمية ذات يوم وحدها  
ديفي سريدهار وشيلسي كلينتون

#### ٣٠ زيادة الكفاءة: ضرورة ملحة

طالبات التمرض بمستشفى باتانغاس الإقليمي، مدينة باتانغاس، الفلبين  
ديفيد كودي، ومورا فرانسيس، وباوبينغ شانغ

#### ٣٣ الاستعداد بالغ الأهمية

تبين الجهود التي تبذلها رواندا لمنع انتشار فيروس إيبولا في البلد أن هناك حاجة إلى منهج متعدد القطاعات يتجاوز قطاع الصحة بمفرده.  
أغنيز بينغواهو

#### ٣٤ القطاع الخاص مقابل القطاع العام

في العديد من البلدان ينبغي ألا يجرى النقاش حول مصدر الرعاية الصحية الأولية ولكن حول جودتها  
هوريه كوراسا، وجيشنو داس، وجيفري هامر

#### ٣٧ سلامة المالية العامة

الانتقال إلى استخدام الضرائب لحفز السلوك الصحي له حدوده  
باتريك بيتي، وماريو منصور، وفيليب وينغيندر



## الثروة الأولى

«**الصحة** هي الثروة الأولى»، كلمات كتبها الفيلسوف الأمريكي رالف والدو إيميرسون في عام ١٨٦٠. وتذكرنا مقولة إيميرسون، التي ينقلها عنه ديفيد بلوم أستاذ الاقتصاد والصحة العامة في جامعة هارفارد في المقالة الرئيسية ضمن هذا العدد، بأن الصحة الجيدة هي ركيزة البناء — بناء الصحة والمجتمع والاقتصاد.

وقد خطت الإنسانية خطوات واسعة في مجال تطوير اللقاحات والتقنيات الطبية التي تسمح لنا بأن نحيا حياة أفضل وأكثر صحة. وهناك تطورات أخرى — مثل زيادة توفير المياه النظيفة والمرافق الصحية — ساعدت على التصدي لأمراض مزمنة وتمهيد السبيل لتحسين المستوى الصحي.

ولكن القصة لا تقتصر على تقدم لا يتوقف. فحين كان هذا العدد على وشك الصدور، كان العالم يواجه فاشية فيروس إيبولا هي الأسوأ على الإطلاق، في تذكرة قاسية لنا بمدى ضعفنا وبالمسافة التي لا يزال علينا أن نقطعها. ورغم أن التفاوت الكبير في المستوى الصحي قلمًا يحتل عناوين الأخبار — وهو التفاوت الذي تجسده أمور مثل الفارق البالغ ٢٨ سنة بين العمر المتوقع في اليابان (٨٢ سنة) وسيراليون (٤٥ سنة) — فإنه يثير قضايا تتعلق بالعدالة ويشير إلى ضرورة التقدم في عدة جبهات.

وفي هذا العدد، نجمع لفيفا من المؤلفين البارزين للحديث عن الصحة العالمية من زوايا مختلفة، حيث يتناولون النظم الصحية اليوم — مزيج الأشخاص والممارسات والقواعد والمؤسسات الذي يخدم الاحتياجات الصحية للسكان — والاقتصاديات التي تقف وراءها.

ويشدد بلوم في مقاله الشامل على دور الصحة الجيدة في قدرة الفرد أو الأسرة على البقاء عند خط الفقر أو الارتفاع عنه. ويضم العدد عدة مقالات تستكشف موضوع الإنفاق على الرعاية الصحية، حيث تناقش فيكتوريا فان وأماندا غلاسمان تحويل الإنفاق على الصحة العامة من الحكومات المركزية إلى الولايات والمدن؛ وينظر بنديكت كليمنس وسانجيف غوبتا وباوبينغ شانغ فيما إذا كان التراجع الذي شهده الإنفاق على الصحة العامة مؤخرًا في الاقتصادات المتقدمة تراجعًا دائمًا.

ونقدم عدة تقارير من الخطوط الأمامية: وزير الصحة في كل من كولومبيا ورواندا يناقشان أكبر التحديات في وظيفتهما، والرئيس التنفيذي لإحدى الشركات الصيدلانية ينظر في المعوقات أمام تطوير عقاقير لمكافحة الأمراض الناشئة. وهناك مقال خاص يتناول أربعة مخاطر جسيمة تهدد الصحة في القرن الحادي والعشرين. وفي هذا العدد أيضًا تعرض مورين بيرك ملامح من حياة ألفين روث، الفائز بجائزة نوبل لعام ٢٠١٢، بينما يطرح باب «تأمل معي» رؤية لعالمنا الذي يتزايد فيه التوسع الحضري.

جيفري هيدن  
رئيس التحرير

الرسوم التوضيحية: p. 45, Michael Gibbs; p. 44, ThinkStock Images; p. 42, 43, ThinkStock Images and Michelle Martin/IMF.

الصور الفوتوغرافية: p. 2, Noah Berger; p. 6 Jodie Coston/Getty Images; p. 12, William Campbell/Corbis; p. 16, Ministerio de Defensa de España/Corbis; p. 17, Michael Prince/Corbis; p. 18, Edward Rozzo/Corbis; p. 19, Science Stills/Visuals Unlimited/Getty; p. 21, Herminso Ruiz; p. 23, Amélie Benoist/BSIP/Corbis; p. 26, Stéphane Saporito, WHO; p. 28, WHO; p. 30, Karen Kasmauski/Corbis; p. 33, Stephanie Novak; p. 34, Jaipal Singh/epa/Corbis; p. 37, ThinkStock Images/Getty Images; p. 38, Violetta Markelou; p. 39, Tim Martin/Getty Images; p. 42, Frederic Soltan/Corbis; p. 43, Stephen Jaffe/IMF; p. 47, G.M.B. Akash/Panos; p. 52, Greg A. Syverson/Getty Images; pp. 56, 57, Michael Spiloto/IMF.

٣٨ **الاهتمام بالابتكار**  
ثمة عقبات أمام تطوير العقاقير لمكافحة الأمراض الجديدة  
كارول ناسي

وفي هذا العدد أيضًا

٣٩ **تباطؤ النشاط التجاري**  
جزء من تباطؤ التجارة العالمية منذ اندلاع الأزمة مرتبط بعوامل هيكلية وليس بعوامل دورية  
كريستينا كونستانتينسكو، وأديتيا ماتو، وميشيل روتا



٤٤ **تنين وسط زواحف الإغوانا**

العلاقات الاقتصادية والمالية بين الصين وأمريكا اللاتينية تمثل أهمية متزايدة بالنسبة للمنطقة.  
أنطوني إلسون

٤٧ **الجانب الطيب في البيانات الكبيرة**

يمكن استخدام أدوات تحليل البيانات من أجل تعزيز النمو في العالم النامي.  
كريستوفر سورداك وسارة أغاروول

٥٢ **تقاسم الثروة**

ينبغي للبلدان التي تشهد طفرة في الموارد توخي الحكمة حول توزيعها كافة بشكل مباشر على شعوبها  
سانجيف غوبتا، وأليكس سيغورا-أوبييرو، وإنريكي فلوريس

**أبواب ثابتة**

٢ **شخصيات اقتصادية**

**المُصلح**

مورين بيرك تقدم نظرة عامة على ألفين روث الحائز على جائزة نوبل والذي يستخدم نظرية المباريات لتحسين حياة الناس

٤٢ **تأمل معي**

**الانتقال إلى أعلى**

سيعيش ثلثا سكان العالم في مناطق حضرية بحلول عام ٢٠٥٠



٤٢

ناتالي راميريز-جومينا

٥٠ **عودة إلى الأسس**

**المبادئ الضريبية**

تحقيق أقصى استفادة من شر ضروري  
رود دو موج ومايكل كين

٥٦ **استعراض الكتب**

كيف يستطيع آدم سميث أن يغير حياتك: دليل غير متوقع للطبيعة الإنسانية والسعادة، راس روبرتس  
الجانب الاجتماعي للنقود، نايجل دود

اقرأ على الموقع الإلكتروني [www.imf.org/fandd](http://www.imf.org/fandd)

صفحة مجلة التمويل والتنمية على الفيسبوك  
[www.facebook.com/FinanceandDevelopment](http://www.facebook.com/FinanceandDevelopment)



## المُصلِح



السوق، وينتهي به إلى الحصول على جائزة نوبل في الاقتصاد بالاشتراك مع لويد شابلي في عام ٢٠١٢.

### الطبيب والسوق الصحي

كان روث قد درس سوق الأطباء الجدد. وكان يعرف أن التنافس من أجل جذب العدد القليل من طلاب الطب في أربعينات القرن العشرين قد دفع المستشفيات إلى عرض فرص الإقامة للطلاب بشكل متزايد في بداية حياتهم الدراسية، وحتى عام من التخرج في بعض الأحيان. وكان من الواضح أن هذا النظام يعاني من أوجه ضعف، فجرى تنقيحه بعد عدد قليل من السنوات عندما وافقت كليات الطب على عدم الكشف عن أي معلومات تتعلق بطلابهم حتى تاريخ معين — ولكن برزت قضايا أخرى بعد ذلك. فقد كان الطلاب المدرجة أسماؤهم على قوائم الانتظار بالمستشفيات التي تمثل بالنسبة لهم الاختيار الأول يرفضون العروض المقدمة من المستشفيات التي كانت تمثل اختيارهم الثاني، ويتمسكون برفضهم لأطول فترة ممكنة. ونتيجة لذلك، بقيت قوائم الانتظار على حالها حتى نهاية فترة الاختيار، حيث تُتخذ القرارات على عجل. وعندما كان العرض يُرفض في النهاية، يكون الوقت قد فات بالنسبة للمستشفى لتقديم عروض إلى مرشحين آخرين مرغوبين.

لا يزال ألفن روث يتذكر شعوره بالاضطراب من أعماقه في عام ١٩٩٥ عندما تلقى مكالمة بوب بيران من البرنامج الوطني لتوظيف الأطباء المقيمين. وكان مركز تبادل المعلومات «ماتش»، الذي يقوم سنويا بالتوفيق بين الوظائف المتاحة وآلاف الأطباء الأمريكيين حديثي التخرج، يبحث عن شخص يشرف على إعادة تصميم المركز.

ويذكر روث كيف راح يفكر وقد انتابه شعور بعدم الارتياح: «لماذا أنا بالذات؟». وبالطبع فقد كان يعرف لماذا اختاره بيران من بين الآخرين. فقد كتب روث كتابا عن التوفيق بين الخريجين والوظائف ودرس الكثير من إخفاقات السوق التي تحول دون عمل العرض والطلب بشكل سليم، بما في ذلك سوق العمل في المجال الطبي. وقد حققت له أبحاثه بشأن مراكز تبادل المعلومات وعمليات التوفيق المثلى كتلك التي تتم بين العرائس والعراسان وبين الأطباء والمستشفيات شهرة كبيرة في هذا المجال.

ولكن كصاحب نظريات، لم يكن ثمة ما يدعو به إلى القلق إزاء التفاصيل اللازمة لتنفيذ آلية لضمان التوافق المستقر، حسبما يُطلق على المزاجية المثالية. فقد كان يكفي تحديد المشكلات التي تتضمنها هذه العملية. أما إذا وافق على إعادة تصميم مركز ماتش، فسيتعين عليه إيجاد حلول. وكان هذا المشروع هو أول مشروع جريء يدخل به روث عالم الممارسة الحقيقية لتصميم

مورين بيرك  
تقدم نظرة عامة  
على ألفن روث  
الحائز على  
جائزة نوبل  
والذي يستخدم  
نظرية المباريات  
لتحسين حياة  
الناس

واتسمت عملية التوفيق بين الأطباء الجدد والمستشفيات بالارتباك ولم يرض عنها طلاب الطب أو أصحاب العمل المحتملين. ولتحقيق مواءمة أفضل بين أفضليات كل من طلاب الطب والمستشفيات، جرى استحداث برنامج ماتش في بداية خمسينات القرن العشرين للتوفيق بين الطلاب والمستشفيات باستخدام قوائم مفاضلة تعتمد على التصنيف ويضعها الطرفان.

غير أن مشكلات جديدة ظهرت. فقد زاد عدد طالبات الطب زيادة كبيرة وطلب عدد كبير من الأزواج والزوجات ممن التقوا في كلية الطب الإقامة في نفس المدينة. ولم يستطع برنامج ماتش تلبية هذه الطلبات، فلجأ كثير من الأشخاص إلى تجاهله، وهو ما مثل إشارة إلى بداية انهيار النظام.

ووافق روث على تنقيح البرنامج وتحديثه، ووضع بالاشتراك مع إلبوت بيرانسون، الإجراءات الرياضية، أو الخوارزمية، التي لا تزال تستخدم حتى اليوم للتوفيق بين الأطباء الجدد وأصحاب العمل. وقد استخدمت هذه الخوارزمية في أكثر من ثلاثين مركزا لتبادل المعلومات عن سوق العمل.

## توفيق الأسواق

عمد خبراء الاقتصاد في الماضي إلى دراسة الأسواق التي تتعدل فيها الأسعار بحيث يكون العرض مساويا للطلب. ولكن روث من الخبراء في نظرية المباريات ومتخصص في «توفيق الأسواق»، أي الأسواق التي لا تؤدي فيها التغيرات في الأسعار وحدها إلى تسوية الأوضاع في السوق. ولا يستطيع المشاركون في هذه الأسواق اختيار ما يريدون، حتى إذا كان بمقدورهم تحمل التكلفة؛ بل يجب أن يتم اختيارهم أيضا. وانظر مثلا إلى نظام قبول الطلاب بالكليات أو سوق التعارف بين الناس.

ويعتبر روث رائدا لفرع جديد من فروع علم الاقتصاد يسمى تصميم السوق، وهو يستخدم الأدوات الرياضية الخاصة بنظرية المباريات في إصلاح الأنظمة التي أخفقت آلية أسواقها. ويضطلع مصممو الأسواق بمهمة محددة بوضوح في الأسواق التي لا وجود للأسعار فيها، لأنه إذا كانت الأسعار لا تؤدي دورا إشاريا، فلا بد من وجود آلية أخرى لتسوية السوق. ويساعد الاقتصاديون من أمثال روث على تصميم هذه الآليات.

وأوضح روث في مقالة له نشرت في مجلة *Harvard Business Review* في عام ٢٠٠٧ أن مصممي الأسواق يسعون إلى فهم «القواعد والإجراءات التي تجعل الأنواع المختلفة من الأسواق تعمل بشكل جيد أو بشكل غير سليم». وأضاف أن «هدفهم هو معرفة أساليب عمل ومتطلبات أسواق معينة بالدرجة الكافية لإصلاحها عندما تتعطل أو لبناء أسواق من الصفر في حالة عدم وجودها».

ويستند جزء كبير من عمل روث إلى النظرية التي طرحها شيبلي. وأشارت الأكاديمية الملكية السويدية للعلوم عند منحها جائزة نوبل للخبيرين إلى «نظرية التوزيعات المستقرة وممارسة تصميم السوق». وينسب الفضل بصفة عامة إلى شيبلي لإسهامه النظري وإلى روث لوضعه النظرية موضع التنفيذ العملي.

وتعتبر خوارزمية القبول المؤجل التي اقترحها شيبلي وديفيد غيل في دراستهما في عام ١٩٦٢ *College Admissions and the Stability of Marriage* المنشورة في مجلة *The American Mathematical Monthly* هي أساس هذا العمل.

وتبحث هذه الخوارزمية كيفية التوفيق بين ١٠ نساء و ١٠ رجال، على أساس التفضيلات الفردية لكل منهم. فيمكن للنساء أن يخترن الرجال، كما يمكن للرجال أن يختاروا النساء. وفي السيناريو التقليدي، تبدأ العملية بأن يتقدم كل رجل للمرأة التي يحبها أكثر من غيرها. وتنتظر كل امرأة بعد ذلك في العروض المختلفة التي تلقاها (إذا كانت قد تلقت أي عروض)، وتبقي على ما تراه أفضل عرض (دون أن تقبله حتى ذلك الوقت). وترفض العروض الأخرى.

ثم يتقدم الرجال الذين رفضوا في الجولة الأولى إلى اختياراتهم الثانية، في حين تحتفظ النساء مرة أخرى بأكثر العروض جاذبية لهن ويرفضن باقي العروض. ويستمر ذلك حتى لا يرغب أي من الرجال في تقديم مزيد من العروض. وتقبل كل امرأة بالعرض الذي تحتفظ به، ولا تكون هناك حاجة إلى تكرار أي عروض أخرى. وأثبت غيل وشيبلي رياضيا أن هذه الخوارزمية تؤدي دائما إلى عملية توفيق تتسم بالاستقرار، أي، عملية لا ينفصل فيها أي زوجين لتكوين حالات توافق جديدة تجعلهم أفضل حالا.

واستخدم روث تنويعات من هذه الخوارزمية للتوفيق بين الطلاب والكليات، وكتابة المحامين والقضاة، وغيرهم. ويقول روث ببساطة «إن الأسواق تساعد الناس على أن يحيوا حياتهم بشكل أفضل. وينبغي أن نحسنها عندما نستطيع ذلك.»

## الطفل المثير للمشاكل

ولد ألفن روث في عام ١٩٥١ في حي كوينز بمدينة نيويورك. وكان والده، وهما من الأمريكيين من الجيل الأول، يعملان بتدريس النسخ والاختزال في منظومة المدارس الثانوية العامة. وكان روث دائما «طفلا يثير المشاكل» كما يزعم. ولم يكن سعيدا في المدرسة فتركها في سن السادسة عشرة.

وفي ذلك الوقت، التحق ببرنامج المتفوقين في العلوم بجامعة كولومبيا، والذي كان يتضمن فصولا لدراسة الرياضيات والعلوم صباح أيام السبت للشباب الموهوب من منطقة مدينة نيويورك. وبمساعدة أشخاص ذوي صلة ببرنامج المتفوقين، التحق ببرنامج بكالوريوس الهندسة بجامعة كولومبيا دون أن يحصل على شهادة المدرسة الثانوية. وتخرج بعد ثلاث سنوات وحصل على درجة البكالوريوس في بحوث العمليات.

ويقول روث «من كان يدري أنني لم أكن أمانع الالتحاق بالفصول المدرسية والتعلم؟ ولكنني لم أكن أحب المدرسة الثانوية كثيرا. فلم يكن بيننا توافق جيد».

وانتقل روث إلى جامعة ستانفورد في عام ١٩٧١ لدراسة الدكتوراه في مجال بحوث العمليات، الذي يوصف في بعض الأحيان على أنه منهج علمي لإدارة الأنظمة المعقدة. وهناك انجذب إلى نظرية المباريات، وكان الذي أثار اهتمامه فصل دراسي كان يحاضر فيه الأستاذ الزائر مايكل ماشلر من الجامعة العبرية في القدس. كما اتصل روث ببوب ويلسون، وهو من الخبراء في نظريات المباريات ويدرس في كلية الأعمال بجامعة ستانفورد وأصبح مرشدا مهما للطلاب.

وحلت رسالة الدكتوراه التي أعدها روث مشكلة أثيرت قبل ثلاثين عاما في الكتاب البارز المعنون نظرية المباريات والسلوك الاقتصادي لخبير الرياضيات جون فون نيومان والخبير الاقتصادي أوسكار مورغنشتيرن، وهو الكتاب الذي فتح المجال أمام نظرية المباريات. ويقلل روث من أهمية هذا الإنجاز. قائلا إنه قد اتضح في النهاية أن الموضوع كله كان طريقا مسدودا. ولكن الطرق المسدودة، كما يضيف روث، ليست سيئة بالضرورة. كما وأضاف «أن هذا الميدان حقق تقدما كبيرا باستكشاف الطرق المسدودة».

وقبل مغادرته كاليفورنيا لتولي منصب في مجال التدريس بجامعة إلينوي في شامبين-أوربانا، قام بما يشبه الحج لزيارة شيبلي، الذي كان في ذلك الوقت من الخبراء البارزين في نظرية المباريات في شركة راند، وهي مستودع فكر في سانتا مونيكا. ولم يكن الشاب روث يعرف شيبلي في ذلك الوقت، ولكن نظرا لأن المجال كان صغيرا جدا في تلك الأيام، فقد كان السعي إلى رواده له معنى إلى حد ما. ويقول روث «لم يكن من الصعب أن تدرك أنك إذا أثبت مسألة جديدة في نظرية المباريات، عليك التوجه إلى شيبلي لإبلاغه بها». وفي هذه الأثناء كانت حدود هذا العلم تتغير. ويقول روث «بعد حصولي على الدكتوراه في عام ١٩٧٤ بوقت قصير، بدا كما لو أن نظرية المباريات ستزدهر باعتبارها جزءا من بحوث العمليات. ولكن لم يحدث ذلك، وازدهرت في علم الاقتصاد».

وفي إلينوي، حيث عُين روث في سن الثانية والعشرين أستاذا مساعدا في قسم الاقتصاد وإدارة الأعمال، بدأ يجري تجارب باستخدام نظرية المباريات مع زملائه من المتخصصين في علم النفس، ومن بينهم كيث مورنيغان.

ويتذكر مورنيغان، وهو الآن أستاذ بكلية كيلوغ لإدارة الأعمال بجامعة نورث وسترن، روث كشخص ذكي. ويقول مورنيغان «لقد شعر روث بالقلق لفترة من أنه لن يجد أي أفكار عظيمة بعد أن يبلغ الخامسة والعشرين» نظرا لأن علماء الرياضيات عادة ما يبلغون ذروة تألقهم وهم في سن صغيرة.

## الأسواق تساعد الأشخاص على أن يحيوا حياتهم بشكل أفضل. وينبغي أن نحسنها عندما نستطيع ذلك.

واكتشف روث بعد فترة من الزمن أن التخصصين يختلفان في بعض الأفكار المتعلقة بطريقة اختبار توقعات نظرية المباريات في المختبر. ولكن استمر اهتمامه بعلم الاقتصاد التجريبي وهو لا يزال يرى العمل في المختبرات كوسيلة مهمة لاختبار الافتراضات المتعلقة بالسلوك.

ويوضح روث قائلا «إذا كنت من خبراء نظرية المباريات، فإن القواعد هي بيانات. ومن الأمور التي أرغب في معرفتها عن السوق ما هي قواعده وما هي أحدث القواعد؟ لأنك عندما تراقب الناس وهم يضعون القواعد، يساورك الشك في أنهم يرون سلوكا معينًا يحاولون تعديله.» ويعطي ذلك بدوره للباحث نافذة على السوق ويزوده بإشارات إلى ما يمكن أن يكون عليه التصميم الأمثل للسوق.

### تبادل الكلي

انتقل روث في عام ١٩٨٢ إلى كلية الاقتصاد بجامعة بتسبرغ، في حين بدأت زوجته إميلي، وهي من علماء النفس الإدراكي وكان قد قابلها في إلينوي، عملها في مركز البحث والتنمية بشركة وستنغهاوس في بتسبرغ.

وتواكبت إقامتهما في بتسبرغ والتي استمرت لستة عشر عاما مع حدثين بارزين. فقد افتتح مركز زرع الأعضاء بجامعة بتسبرغ في عام ١٩٨٥، وهو من مستشفيات زرع الأعضاء البارزة على مستوى العالم، ويديره توماس ستارزل (الذي أصبح المركز يحمل اسمه الآن)، والذي كثيرا ما يطلق عليه أبو زرع الأعضاء. وبعد عدة سنوات حصل جوزيف موارى الجراح من بوسطن على جائزة نوبل في الطب لإجرائه أول عملية زرع كلي ناجحة.

وليس من المستغرب أن تجذب مشكلة التوفيق بين المرضى الذين يحتاجون إلى عمليات زرع كلي والكلي التي يمكن زرعها انتباه روث. ففي مطلع الألفية الثالثة، بدأت المستشفيات في إجراء عدد محدود من عمليات تبادل الكلي الحية التي يشترك فيها زوجان من المرضى المتبرعين. وفي هذه المبادلات، كان المريض من كل من الزوجين المرضى المتبرعين غير المتوافقين متوافقا مع المتبرع في الزوج الآخر، بما يسمح لكل مريض بالحصول على كلية من المتبرع المستهدف للشخص الآخر.

ومع ذلك، كان هناك نقص كبير في الكلي. وفي عام ٢٠٠٢، بلغ عدد المرضى المسجلين على قائمة الانتظار في الولايات المتحدة لكلي متبرعين موتى أكثر من ٥٥ ألف مريض. ومات نحو ٣٤٠٠ مريض أثناء وجودهم على قائمة الانتظار، وأصبح ٩٠٠ آخرون في حالة مرضية لا تسمح لهم بزرع الأعضاء.

وأجرى روث الذي كان يعمل في ذلك الوقت في جامعة هارفارد دراسة في عام ٢٠٠٤ اشترك فيها أوتكو أونفر وتايفون زونميز حيث أدعوا فيها أن عدد عمليات الزرع يمكن أن يزيد زيادة كبيرة جدا إذا وجد «مركز لتبادل المعلومات يكون مصمما بطريقة مناسبة» ويستند إلى قاعدة بيانات للأزواج غير المتوافقين من المرضى والمتبرعين. وكان اقتراحهم، الذي نشر في مجلة *Quarterly Journal of Economics* ينطوي على عمليات تبادل بدون أي قيود على العدد. وأرسلوا هذه الدراسة إلى العديد من الجراحين، ولم يرد عليهم إلا جراح واحد فقط وهو فرانك ديلمونيكو الذي كان في ذلك الوقت المدير الطبي لمصرف الأعضاء في نيو إنجلاند. وأسفر عملهم مع ديلمونيكو عن وضع برنامج نيو إنجلاند لتبادل الكلي، الذي جمع ١٤ مركزا من مراكز زرع الكلي في المنطقة.

ولكن على الرغم من النجاح في تنظيم عمليات تبادل الكلي، فقد لاحظ روث أن عدد عمليات الجراحة التي كان ينظمها برنامج نيو إنجلاند لتبادل الكلي كان يتقدم بوتيرة أبطأ بكثير من المتوقع. ويقول روث «لقد كنت أعمل مع زميلة لي، هي إيتاي أشلاغي من معهد ماساتشوستس للتكنولوجيا، لفهم ما كان يحدث». وفي المجتمع العام للمرضى، كان عدد المرضى الذين يسهل التوفيق بينهم أكبر من عدد المرضى الذين يصعب التوفيق بينهم. ولكن عند الاطلاع على الأشخاص الذين كانوا يسجلون في عملية التبادل وجدوا عددا أقل من الأزواج الذين يسهل التوفيق بينهم من المتوقع وعددا أكبر بكثير من المتوقع من الأزواج التي يصعب التوفيق بينها.

ويقول روث «إن ما كان يحدث هو أمر يتعلق بنظرية المباريات. فعندما بدأنا في عملية تبادل الكلي كنا نتعامل في معظم الأحيان مع المرضى وجراحهم، ولكن عندما أصبح تبادل الكلي جزءا منتظما من زرع الأعضاء في أمريكا (وإن كان ذلك لا يزال على مستوى صغير)، تغير اللاعبون، وأصبح اللاعبون المهمون هم مديري مراكز زرع الأعضاء.»

ويوضح روث أن لمديري مراكز زرع الأعضاء استراتيجيات مختلفة عن فرادى الجراحين، لأنهم يرون عددا أكبر بكثير من المرضى والمتبرعين. ويقول روث «لقد بدأوا [المديرون] في الاحتفاظ بالأزواج الذين يسهل التوفيق بينهم، وفي التوفيق بينهم داخليا في مستشفياتهم، مع عدم اطلاعا إلا على الأزواج الذين يصعب التوفيق بينهم.» ويقول روث أيضا إن هذه كانت مشكلة يمكن إصلاحها، ولكنها كانت مشكلة شائكة لأبعادها السياسية.

ويقول روث «ولكن ذلك من الأشياء الممتعة في تصميم السوق.» ويضيف «لا يقتصر الأمر على أن السوق ليس على نفس الصورة التي تصورناها بشكل دقيق عندما كتبنا دراستنا الأولى، ولكن حقيقة وجود سوق قد غير المسألة بالفعل.»

ويقول روث أن عمليات زرع الكلي تنظم بشكل متزايد من خلال ما يعرف باسم «السلاسل غير المتزامنة» التي يمكن فيها إجراء سلسلة طويلة من عمليات زرع الأعضاء على فترة طويلة من الوقت، وتبدأ بوجود متبرع محب للآخرين على استعداد للتبرع بكلية ولكن ليس لديه متلق معين.

وتبدأ السلسلة عندما يعطي هذا المتبرع كلية لمريض يتمتع المتبرع الراغب في التبرع له بصحة جيدة ولكنه لا يتوافق معه من حيث المناعة. ثم يتبرع المتبرع المرتقب للمتلقي الأول بكلية لمريض في زوج آخر غير متوافق، وهكذا حتى تنتهي السلسلة في وقت ما عندما يعطي آخر متبرع كلية لمريض على قائمة الانتظار. وهذه السلاسل التي اشترك فيها نحو ٦٠ شخصا تسمح بوصول برامج التبرع إلى عدد أكبر بكثير من الأشخاص مما تسمح به عمليات التبادل الأصلية.

## هل هناك احتمال لبيع الأعضاء؟

بالطبع يمكن أن ينخفض النقص في الكلى انخفاضاً كبيراً إذا ما أمكن شراء هذه الأعضاء وبيعها بشكل قانوني، كما يرى البعض. ويمكن لجسم الإنسان أن يعمل بشكل جيد تماماً بكلية واحدة، ولذلك، فإن تنفيذ عملية التبرع بالشكل الصحيح يمثل إجراء منخفض المخاطر يمكن أن ينقذ أرواحاً. وبالتالي فإن التردد واسع النطاق في بحث الأسواق النقدية من المسائل التي يحرص روث على أن يفهما بصورة أفضل.

فشراء الكلى وبيعها غير قانوني في كل مكان إلا في إيران، حيث لا يوجد نقص في الكلى على ما يبدو. ويقول روث «إن هذا يدهشني كنقطة مهمة في البيانات ناظر بتجاهلها.»

ويضيف قائلاً إنه «ربما أمكننا السير في هذا الاتجاه، وذلك بأن نوضح بدقة كيف يمكن لسوق جيد التنظيم أن يحقق فوائد التبادل الطوعي بين البالغين بالتراضي.» ويضيف «لكن عندما ترى شيئاً مخالفاً للقانون في كل مكان تقريباً فإن عليك أيضاً أن تفكر في أنه

### العمليات المنفرة — لماذا ينبغي أن نهتم؟

ثمة عمليات يفضلها بعض الناس ويرغب آخرون في حظرها. وقد كتب روث عن هذه العمليات في دراسته التي اضطلع بها في عام ٢٠٠٧ «النفور كقيد على الأسواق» ويرى أنها تستحق المزيد من الدراسة.

وحتى إذا كان هناك من هو على استعداد لعرض أشياء معينة ومن يطلبها، فإن تخوف الآخرين منها قد يقيد العملية أو يحول دون إتمامها، كما يقول روث. والدعارة مثال على «العمليات المنفرة»، وشراء العلاج وبيعه مثال آخر. ويتباين ما يمثل عملية منفرة تبايناً واسعاً عبر الثقافات. ونظام الأم البديلة، الذي يتمثل في دفع مبلغ من المال لامرأة مقابل حمل طفل امرأة أخرى، هو نظام قانوني في كاليفورنيا، ولكنه ليس كذلك في مناطق اختصاص قضائي أخرى كثيرة.

وما يعتبره الناس منفرًا يمكن أن يتغير مع مرور الزمن. فقد كان نظام الرق التعاقدية، مثلاً، طريقة شائعة في وقت من الأوقات يلجأ إليها الأوروبيون لشراء حق عبور المحيط الأطلسي إلى أمريكا. أما الآن فتعتبر هذه الممارسة غير مقبولة وغير قانونية.

وحدث عكس ذلك مع مسألة زواج المثليين. فرغم حظره في كل مكان في الولايات المتحدة حتى وقت قريب، فقد أصبح مشروعاً الآن في أكثر من ٣٠ ولاية وما زال يكتسب المزيد من القبول. ويقول روث «إنه من الصعب أن نحدد بدقة العوامل الخارجية السلبية التي تجعل بعض الناس يعترضون على زواج بعض الأشخاص الآخرين، ولكن الناس يعترضون فعلاً.»

وتصبح بعض المعاملات المقبولة تماماً كتبادلات عينية منفرة بمجرد إضافة المال إلى المعادلة. ومن الأمثلة على ذلك التعويض المالي مقابل التبرع بالأعضاء. وتوجد ثلاث حجج شائعة ضد ذلك، وهي أنه سينظر إلى أعضاء جسم الإنسان كأشياء، وقد يشعر الفقراء بأنهم مضطرون إلى بيع أعضائهم، وأن هذه العمليات ستؤدي إلى ممارسات ضارة مثل استخدام الأعضاء كضمان للقروض.

ولكن لماذا ينبغي أن يدرس خبراء الاقتصاد العمليات المنفرة؟ ويشير روث إلى حظر الكنيسة لفرض فائدة في أوروبا في العصور الوسطى، وهو نوع من النفور الذي لا يزال موجوداً في بعض الثقافات، ولكن يبدو من الصعب تخيل ذلك على نطاق كبير في عصرنا هذا. ويقول روث «سيكون من الصعب بمكان أن يكون لدينا اقتصاد رأسمالي إذا لم يكن لدينا سوق لرأس المال.»

وبالتالي فإن دور خبير الاقتصاد وفقاً لروث هو معرفة ما يجده الناس منفرًا على وجه الدقة في معاملات معينة. ثم محاولة تصميم الأسواق وتنظيمها بطريقة تفيد المجتمع بدون الأضرار المتصورة.

ربما كانت هناك عقبة ما في الطريق، حتى وإن لم تفهما تماماً حتى ذلك الوقت.»

وهذه المواقف المختلفة تجاه بيع الأعضاء «والعمليات المنفرة» الأخرى، وهي عمليات يؤديها بعض الناس بينما يرغب آخرون في حظرها، قد دفعت روث إلى دراسة هذه الظاهرة بتعمق أكبر (راجع الإطارات).

وأضفى روث في كمبريدج نفس الفترة التي أمضاها في بتسبرغ تقريباً، أي ١٤ عاماً، مقسماً وقته بين كلية الاقتصاد بجامعة هارفارد وكلية هارفارد لإدارة الأعمال.

وكتب روث في بيانه الخاص بسيرته الذاتية في موقع جائزة نوبل الإلكتروني «لقد شغلت وظيفتين في جامعة هارفارد وكنت أعبّر نهر تشارلز مرتين كل يوم تقريباً، حيث كنت أسير من كلية هارفارد لإدارة الأعمال إلى كلية الاقتصاد ثم أعود على دراجتي أو في سيارتي عائداً إلى بيتي. وقد كان الطريق قصيراً، ولكنني كنت أشعر أحياناً به كما لو كان تغييراً كبيراً في المنظور. فقد كنت سعيداً بوصفي مصمماً للسوق بقدرتي على العمل على جانبي ما بدلي أحياناً نهاراً وأسبلاً، بين النظرية والتطبيق وبين الأحكام المجردة البسيطة والتفاصيل المضطربة.»

وبالإضافة إلى عمله في مجال تبادل الكلى، فقد كان روث يساعد في هذه الفترة على إعادة تصميم أنظمة اختيار الكليات العامة في مدينتي نيويورك وبوسطن، باستخدام شكل معدل من خوارزمية القبول المؤجل. كما ساعد في إصلاح أسواق العمل الأمريكية على مستوى التسجيل بالنسبة لأطباء الجهاز الهضمي والاقتصاديين من حملة الدكتوراه الجدد ضمن غيرهم، وكتب روث عن كل من هذه الحالات بالتفصيل ملقياً الضوء على العدد الضخم من الوسائل التي يمكن أن تتكشف بها الأسواق.

وهو يفعل ذلك بطريقة يمكن إدراكها بشكل مذهل.

ويقول باراغ باثاك الخبير بمعهد ماساتشوستس للتكنولوجيا والذي درس تصميم السوق على يد روث في هارفارد ثم عمل معه بعد ذلك على إعادة تصميم نظام اختيار الكليات في مدينة نيويورك «إن روث يتمتع بمهارة بارعة في تناول المفاهيم الاقتصادية وشرحها لعامة الناس.» ويضيف «أنه كان قادراً على ترجمة أفكارنا إلى قطعة يسهل فهمها تستطيع وزارة التعليم بعد ذلك استخدامها في الشرح لمكوناتها التأسيسية لماذا كان تغيير النظام.»

ويقول أتيلا عبد القادر أوغلو، أستاذ علم الاقتصاد بجامعة ديوك والذي عمل أيضاً مع روث في مجال اختيار الكليات «من السهل حقاً أن تفقد طريقك في عالم العلوم، وأن تخلق عالمك الخاص وأن تظل منفصلاً عن الواقع. أما مع روث «فإنه دائماً ما يسأل عن من الذي سيستفيد من هذا البحث خارج المجتمع العلمي.»

وفي صيف ٢٠١٢، عاد روث إلى ستانفورد بعد ما يقرب من ٤٠ عاماً، ولكنه عاد في هذه المرة إلى كلية الاقتصاد كأستاذ كرسي كريغ وسوزان ماكاو للاقتصاد (وهو لا يزال أستاذاً فخرياً في جامعة هارفارد).

وبعد أشهر قليلة، منح روث جائزة نوبل، وهو ما قال عنه إنه «شرف كبير»، ولكن نتج عنه أيضاً هجوم من الرسائل الإلكترونية وارتباطات بإلقاء محاضرات والتزامات أخرى. وقال ضاحكاً: «بعد عام من السفر الدائم، بدأت أشعر بالقلق من أنه قد حكم علي بأن أظل أتكلم إلى الأبد عن عمل قمت منذ زمن بعيد وليس عن العمل الذي أقوم به الآن.»

ومع ذلك، فقد ساعدت الجائزة في حسم جزء من عمل غير منجز. فبعد أن عرفت مدرسته الثانوية، مارتن فان بورين، بحصوله على جائزة نوبل، منحته في عام ٢٠١٤ شهادة الثانوية، وإن كانت شهادة فخريّة. ■

مورين بيبرك هي محرر مساعد ضمن فريق العاملين في مجلة التمويل والتنمية. ديسمبر ٢٠١٤

# شكل الصحة العالمية

العالم حقق تقدما كبيرا حتى الآن، لكن الطريق لا يزال طويلا



ديفيد بلوم

## هيمنت

أنباء فاشية إيبولا على أخبار الصحة العالمية خلال معظم النصف الثاني من عام ٢٠١٤، وهو أمر يمكن تفهمه نظرا لطبيعة مرض فيروس الإيبولا المفزعة والمميتة، ولعدم وجود لقاح مضاد أو علاج في الوقت الراهن، بالإضافة إلى توقعات سرعة انتشار الإيبولا وعلى نطاق واسع في ظل النظم الصحية الضعيفة والبطيئة في ردود أفعالها على المستويات المحلية والإقليمية والعالمية — الأمر الذي يزداد فداحة في ظل توقعات وقوع الأخطاء البشرية في التعامل معه.

وفاشية إيبولا يمكنها أيضا أن تلقي عبئا اقتصاديا ثقيلا على كاهل البلدان المتضررة وتتسبب في حالة من الذعر وتنشر القلاقل السياسية والاجتماعية في المشهد العام الذي يتسم بالهشاشة بالفعل. وتجلب فاشية إيبولا إلى الأذهان مقارنات مع غيرها من الأمراض المعدية القاتلة — مثل الطاعون الدبلي، والجذري، وشلل الأطفال، والإنفلونزا، وفيروس نقص المناعة البشرية (الإيدز).

لكن رغم الهجمات الكبرى السابقة والأخطار المعاصرة على الصحة العامة، يجب ألا ننسى أن البشرية حققت إنجازات هائلة في الوقاية من الأمراض المعدية والتعامل معها. ويرجع جانب كبير

من هذا التقدم لازدياد فرص الحصول على المياه النقية ومرافق الصرف الصحي، وتطوير اللقاحات الآمنة والفعالة واستخدامها على نطاق واسع، وتحقيق ثورة في عالم التشخيص والعلاج الطبي، وتحسين مستويات التغذية والتعليم والدخل. وكانت هناك مساهمات كبيرة أيضا من النظم الصحية — وهي مزيج من جهود الأفراد، والقواعد التنظيمية والمؤسسات الرسمية، والممارسات غير الرسمية، وغيرها من الموارد التي تلبى الاحتياجات الصحية للسكان. ومن النظم الفعالة بصفة خاصة تلك النظم التي تؤكد على الوقاية من الأمراض، وتهدف إلى توفير التغطية الشاملة للسكان، والقادرة على إجراء أعمال الرقابة لتقصي الأخطار الفعلية والمحتملة على الصحة العامة — مما يؤدي إلى تحسين السلوكيات الصحية ورفع المعايير الصحية ومستوى البرامج التدريبية، بالإضافة إلى المحافظة على العاملين في مجال الرعاية الصحية وتحفيزهم وتمكينهم.

ولا جدال أن الصحة هي أحد الجوانب الأساسية للرخاء، وهناك مسارات عديدة يمكن من خلالها تحسين وحماية الرفاهية البشرية. للأفراد والمجتمعات على السواء. ورغم الأخطار المستقبلية، فإن الابتكارات التكنولوجية والمؤسسية تبشر بإنجازات كثيرة تجعل العالم أكثر صحة وثراء ومساواة وأمنًا. والإنفاق على الصحة لا يتوقف على مجرد أنه نفقات استهلاكية تشكل عبئا على الموازنة، فهو استثمار في الإنتاجية، ونمو الدخل، والحد من الفقر.

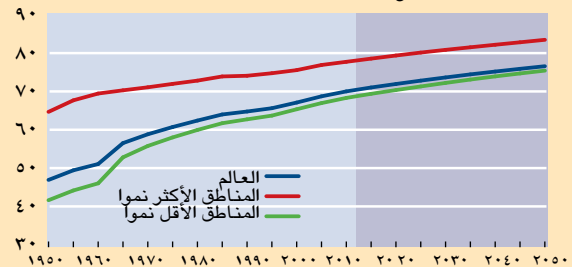
## مزيد من الأعوام

من أوضح مؤشرات التقدم في الرعاية الصحية الزيادة الحادة التي تحققت في أعمار المواطنين. فعلى مدار العقود الستة الماضية، زاد متوسط العمر المتوقع عالميا بأكثر من ٢٣ عاما ومن المتوقع طبقا لتوقعات «شعبة السكان في الأمم المتحدة» أن يزداد قرابة ٧ أعوام أخرى بحلول عام ٢٠٥٠ (انظر الرسم البياني ١). ويوضح الرسم البياني التقديرات المتوقعة لعمر الأطفال المولودين في سنة معينة إذا خضعوا طوال عمرهم لمعدلات الوفيات لفئة عمرية محددة خلال هذه السنة. وتنعكس الزيادة المطردة في متوسط العمر المتوقع بين عامي ١٩٥٠ و٢٠١٠ حدوث هبوط حاد في معدلات وفيات المواليد والأطفال (فانخفض معدل وفيات المواليد عالميا من ١٣٥ حالة وفيات لكل ألف مولود حي في عام ١٩٥٠ إلى ٣٧ حالة فقط في ٢٠١٠) وزيادة في طول أعمار البالغين. وقد تآرجح متوسط العمر المتوقع من ٢٥ إلى ٣٠ سنة طوال معظم تاريخ البشرية، ومن ثم فإن المكاسب الأخيرة والمتوقعة في هذا المجال تدخل في زمرة أكبر إنجازات البشرية.

الرسم البياني ١

### امتداد العمر

يتزايد متوسط العمر المتوقع حول العالم وينتظر استمرار هذه الزيادة في العقود القادمة.  
(متوسط العمر المتوقع، سنوات)



المصدر: الأمم المتحدة، التوقعات السكانية في العالم لعام ٢٠١٣ ملحوظة: تصنف شعبة السكان في الأمم المتحدة «المناطق الأكثر نموا» بأنها أوروبا وأمريكا الشمالية وأستراليا/نيوزيلندا واليابان؛ وتتألف «المناطق الأقل نموا» من إفريقيا وآسيا (عدا اليابان) وأمريكا اللاتينية والكاريبي، وميلانيزيا ومايكرونيزيا وبولينيزيا. البيانات بعد عام ٢٠١٢ هي توقعات.





## تباين أعباء المرض

الأمراض المعدية هي من أكبر الأسباب المفضية للموت في الاقتصادات النامية، بينما الأمراض غير السارية أكثر انتشاراً في الاقتصادات المتقدمة.

نسبة الوفيات		نسبة سنوات العمر المعدلة لاحتمال الإعاقة		نسبة الوفيات		نسبة سنوات العمر المعدلة لاحتمال الإعاقة	
عالمي	نامية	عالمي	متقدمة	عالمي	نامية	عالمي	متقدمة
<b>الأمراض غير السارية</b>							
أمراض القلب والشرايين	١١,٩	١٠,٢	٢١,٣	٢٩,٦	٢٥,١	٤٣,٤	٢٣,٧
الأورام الخبيثة	٧,٦	٦,٢	١٥,٣	١٥,١	١٢,٣	٢٣,٧	٢٣,٧
الاضطرابات العقلية والسلوكية	٧,٤	٦,٧	١١,١	٠,٤	٠,٣	١	٠,٣
اضطرابات العضلات والعظام	٦,٧	٥,٧	١٢,٣	٠,٣	٠,٣	٠,٤	٠,٤
أمراض السكري، والأجهزة التناسلية، والدم، والغدد الصماء	٤,٩	٤,٧	٥,٨	٥,٢	٥,٢	٥,١	٥,١
أمراض الجهاز التنفسي المزمنة	٤,٨	٤,٨	٤,٥	٧,٢	٧,٩	٥	٥
الاضطرابات العصبية	٣	٢,٧	٤,٤	٢,٤	١,٩	٤,١	٤,١
تليف الكبد	١,٣	١,٢	١,٧	١,٩	٢	٢	٢
أمراض الجهاز الهضمي	١,٣	١,٣	١,٥	٢,١	٢,١	٢,٢	٢,٢
أمراض غير سارية أخرى	٥,١	٥,١	٥,٢	١,٢	١,٤	٠,٦	٠,٦
<b>الأمراض المعدية</b>							
الإسهال، وعدوى الجهاز التنفسي السفلي، والأمراض المعدية الشائعة الأخرى	١١,٤	١٣	٢,٥	١٠	١٢	٤	٤
فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والسل	٥,٣	٦	١,٧	٥	٦,٣	١,١	١,١
الأمراض الاستوائية المهملة والملاريا	٤,٤	٥,٢	٠,١	٢,٥	٣,٣	٠,٣	٠,٣
<b>أخرى</b>	٢٤,٩	٢٧,٢	١٢,٦	١٧,١	١٩,٩	٧,٣٧	٧,٣٧

المصدر: معهد Institute for Health Metrics and Evaluation، تقرير «Global Burden of Disease» لعام ٢٠١٠. ملحوظة: تستخدم سنوات العمر المعدلة لاحتمال الإعاقة لقياس سنوات العمر الفعلية الضائعة نتيجة المرض أو الإعاقة أو الوفاة. وتضم فئة «أخرى» الوفيات الناجمة عن الإصابات، واضطرابات التغذية، وتعقيدات الحمل والولادة.

## الأمراض غير السارية

على وجه العموم، تعتبر الحملات التي أدت إلى القضاء التام على مرض الجدري والقضاء شبه التام على شلل الأطفال أنجح التدخلات في مجال الصحة العامة. لكن لم تتضح بعد الدروس المستخلصة من جهود القضاء على هذين المرضين حتى يمكن استخدامها في مكافحة الأمراض غير السارية، التي تمثل نحو ثلثي وفيات العالم السنوية وتقدر بين ٥٣ إلى ٥٦ مليون حالة.

وذلك لأن الموت، أو عدم حدوثه، ليس هو المشكلة الوحيدة في التعامل مع الأمراض غير السارية. فأسلوب الحياة الصحي مهم أيضاً. ويستخدم مقياس «سنوات العمر المعدلة لاحتمال الإعاقة»

## ليس الموت، أو عدم حدوثه، هو المشكلة الوحيدة في التعامل مع الأمراض غير السارية

(DALY) لقياس سنوات العمر الفعالة التي ضاعت نتيجة الإعاقة أو الوفاة المبكرة. ويوضح الجدول توزيع الوفيات و«سنوات العمر المعدلة لاحتمال الإعاقة» حسب سبب الوفاة — عالمياً، وهي مقسمة حسب البلدان المتقدمة والنامية. وتسهم الأمراض المعدية بحصة أكبر غير متناسبة من الوفيات في البلدان النامية، بينما تتسم الأمراض غير السارية بأنها أكثر أهمية نسبياً في البلدان المتقدمة. ويعكس هذا التناقض ظاهرة تعرف بالتحول الوبائي. وبينما يعد هذا التحول بمثابة علامة على التقدم، لأن الأمراض المعدية غالباً ما تصيب المرضى في مراحل مبكرة من العمر، فإن الحقيقة تبقى قائمة من أن وفيات كثيرة من الأمراض غير السارية تكون وفيات مبكرة من حيث حدوثها قبل سن السبعين. وهناك بعض البلدان، مثل بنغلاديش وغانا، لم تصل حتى الآن إلى منتصف طريق التحول الوبائي وتواجه عبئاً مزدوجاً ثقيلًا من الأمراض المعدية وغير السارية. ومن الأمراض غير السارية تمثل أمراض القلب والشرايين السبب الرئيسي للوفيات يليها السرطان. وتشير مقاييس «سنوات العمر المعدلة لاحتمال الإعاقة» إلى أن المرض العقلي مساهم رئيسي في عبء الأمراض العالمي — بما له من انعكاسات سلبية على إنتاجية العمل وجودة الحياة.

ومن المتوقع أن تساهم الأمراض غير السارية بحصة متنامية في عبء الأمراض الكلي — سواء الناتجة عن شيخوخة السكان وعن الآثار السيئة لاستخدام التبغ، وعدم ممارسة النشاط البدني، والتغذية غير السليمة والاستخدام الضار للكحوليات.

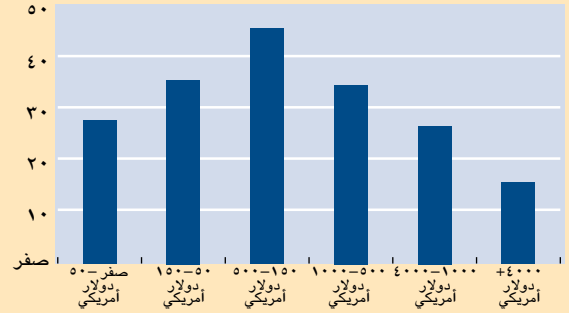
ومع ذلك، فإن الانعكاسات الاقتصادية والمالية العامة لتحسن متوسط العمر المتوقع، ومغزى إطالة الأعمار بالنسبة للرخاء البشري، غير مؤكدة. فالباحثون يعرضون صورة مختلطة حول ما إذا كان التأجيل المتصور للموت يؤجل أيضاً السن الذي يبدأ عنده عقل الإنسان وجسده في التدهور وفقدان استقلالية وظائفهما. ورغم أن امتداد العمر قد لا يعني دائماً تحسن مستوى المعيشة، فإن المكاسب المتحققة في متوسط العمر المتوقع هي مؤشر واعد بما يمكن تحقيقه في مواجهة الأخطار الصحية المزمنة والجديدة. ومن هذه الأخطار أمراض معدية مثل الإيبولا والملاريا والسل والإيدز والتهاب الكبد الفيروسي والإسهال وحمى الضنك (بما في ذلك الأشكال المقاومة للعقاقير من هذه الفيروسات وغيرها من مسببات المرض)، إلى جانب الأسقام المزمنة مثل أمراض القلب والشرايين، والسرطان، وأمراض الجهاز التنفسي، والسكري، والأمراض العصبية والنفسية، واختلالات أجهزة الإحساس، واضطرابات العضلات والعظام.

وفي عام ٢٠١٣، توفي ٦,٣ مليون طفل قبل بلوغهم العام الخامس من العمر، مما يمثل تراجعاً في أعداد الوفيات من ٩٠ حالة وفاة بين الأطفال لكل ألف مولود حي في ١٩٩٠ إلى ٤٦ حالة وفاة في ٢٠١٣. ورغم أن هذا يمثل تحسناً كبيراً، فإن حتى هذا المستوى المنخفض من الوفيات في سنوات الطفولة المبكرة يسلط الضوء على ضعف كبير في النظم الصحية. ومن الممكن منع حالات الوفيات في سن الطفولة المبكرة استناداً إلى قدر المعرفة المتاحة والتدخلات غير المكلفة نسبياً مثل التحصين باللقاحات، ومعالجة الجفاف عن طريق الفم، وتحسين التغذية، وإمكانية الحصول على وسائل منع الحمل، واستخدام شبكات الأسرة (النموسيات) المعالجة بالمبيدات الحشرية، وتحسين الرعاية قبل الولادة، والاعتماد على العمالة الماهرة القائمة بعمليات التوليد. وتمثل حالات الحمل غير المقصود عاملاً مهماً يساهم في وفيات المواليد والأمهات. وقد قُدرت حالات الحمل غير المخطط لها بحوالي ٤٠٪ من مجموع حالات الحمل على المستوى العالمي في عام ٢٠١٢ وتبلغ ٢١٣ مليون حالة حمل. وقد نتجت حالات ولادة عن ٣٨٪ من حالات الحمل غير المخطط له، وتشكل نسبة غير متجانسة من وفيات الأمهات البالغة قرابة ٣٠٠ ألف حالة نتيجة تعقيدات الحمل أو الولادة.

## إنفاق محدود، إنفاق كبير

تتباين مستويات الإنفاق على الصحة بدرجة كبيرة في مختلف أنحاء العالم.

(عدد من البلدان حسب فئة الإنفاق)



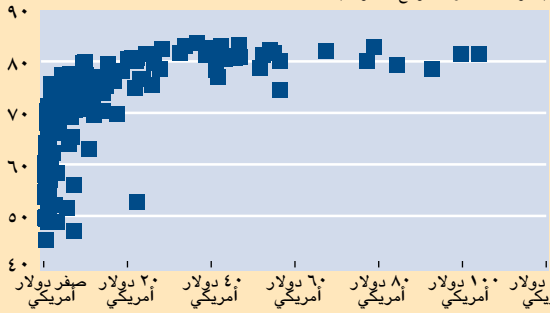
نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة، بالدولار الأمريكي

المصدر: تقرير «مؤشرات التنمية العالمية» (٢٠١٤)، الصادر عن البنك الدولي. ملحوظة: البيانات عن عام ٢٠١٢.

## الأغنياء يتمتعون بصحة أفضل

أعمار المواطنين في البلدان مرتفعة الدخل تمتد أطول من مواطني البلدان منخفضة الدخل.

(متوسط العمر المتوقع، سنوات)



نصيب الفرد من إجمالي الناتج المحلي، بألاف الدولارات الحالية

المصدر: تقرير «مؤشرات التنمية العالمية» (٢٠١٤)، الصادر عن البنك الدولي. ملحوظة: البيانات عن عام ٢٠١٢.

في العديد من القطاعات السكانية مما يؤدي إلى الإصابة بتليف الكبد، وأمراض القلب، والسرطان، والإصابات. وتبلغ معدلات تناول المسكرات في الحفلات مستويات شديدة الارتفاع في أوكرانيا وروسيا وتتجه نحو الارتفاع غالبا مع ارتفاع متوسط دخل الفرد في مختلف البلدان. وتُعزى نسبة ٦٪ تقريبا من حالات الوفيات حول العالم لتناول الكحوليات (٧،٦٪ بين الرجال و٤٪ بين النساء).

## تفاوتات مُربكة

على مختلف الأصعدة، يتبين أن أكبر صدمة تلقيناها على ساحة الصحة العالمية تتمثل في التفاوت الهائل بين إنجازاتنا وإخفاقاتنا. فعلى سبيل المثال:

- هناك فجوة قدرها ٣٨ عاما بين البلد صاحب أطول متوسط عمر متوقع، وهو اليابان حيث يسجل متوسطا قدره ٨٣ عاما، والبلد صاحب أقصر متوسط عمر متوقع، وهو سيراليون الذي يسجل ٤٥ عاما.
- هناك أربعة عشر بلدا يسجل متوسط عمر متوقع عند الولادة أقل من ٥٥ عاما، بينما يسجل ٢٥ بلدا متوسط عمر متوقع أكثر من ٨٠ عاما.
- زاد متوسط العمر المتوقع على مدار العقدين الماضيين في كل بلد صناعي غني، لكنه انخفض في خمسة بلدان إفريقية هي بوتسوانا وليسوتو وجنوب إفريقيا وسوازيلند وزيمبابوي — مما يرجع أساسا للوفيات المرتبطة بفيروس نقص المناعة البشرية (الإيدز).
- سجل تسعة عشر بلدا معدلات وفيات بين الأطفال الرضع أكثر من ٦٠ طفلا لكل ١٠٠٠ مولود حي، بينما سجل ٣٢ بلدا معدلات أقل من ٤ وفيات من الرضع لكل ١٠٠٠ مولود حي.
- تسعة وتسعون بالمئة من وفيات الأطفال تحدث في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط.
- يزيد معدل وفيات الأطفال في البلدان منخفضة الدخل ١٢ ضعفا على نظيره في البلدان ذات الدخل المرتفع.
- من المتوقع أن يمتد عمر المرأة أكثر من أربع سنوات مقارنة بالرجل. لكن هذا الاختلاف ينخفض إلى أقل من سنتين في ٢٤ بلدا، مما يفترض رجوعه لتفضيل المواليد الذكور الذي يتضح في سوء معاملة الأطفال الإناث، والعنف القائم على نوع الجنس، وعدم المساواة بين الجنسين، مثل القيود المفروضة على فرص حصول المرأة على القدر الكافي من التغذية والرعاية الصحية.
- في عام ٢٠١٢، أنفق ٢٨ بلدا (معظمها في إفريقيا جنوب الصحراء، تمثل قرابة ١٣٪ من سكان العالم) أقل من ٥٠ دولارا للفرد على الرعاية الصحية، بينما أنفق ١٦ بلدا (١٠٪ من سكان العالم) أكثر من ٤ آلاف دولار (انظر الرسم البياني ٢). وكانت النرويج صاحبة

ويبلغ حاليا عدد المدخنين في العالم ٩٦٧ مليون مدخن (١٨٪ من تعداد السكان من البالغين)، مع قرابة ٦ ملايين حالة وفيات سنويا مرتبطة باستخدام التبغ. وسجلت أعلى مستويات استخدام التبغ في أوروبا الشرقية وشرق وجنوب شرق آسيا. كذلك يُستهلك التبغ بطرق أخرى غير التدخين، وذلك في شرق وجنوب شرق آسيا غالبا. ورغم انخفاض معدل التدخين العالمي (وكذلك عدد السجائر التي يستهلكها كل مدخن) بنحو ١٠ نقاط مئوية منذ عام ١٩٨٠، فإن أعداد المدخنين قد زاد نتيجة النمو السكاني. ويتمثل السبب الرئيسي لحالات المرض والوفيات المرتبطة باستخدام التبغ في مرض الانسداد الرئوي المزمن، الذي يؤدي إلى ما يقدر بنحو ٣ ملايين حالة وفاة سنويا و٧٧ مليون سنة معدلة لاحتساب الإعاقة. أما سرطان الرئة فيتسبب في ١,٥ مليون حالة وفاة سنويا و٣٢ مليون سنة معدلة لاحتساب الإعاقة. وعلى وجه العموم، يلاحظ أن معدلات تدخين النساء أقل كثيرا من الرجال، رغم أن الفجوة بين الجنسين ضاقت في العقود الأخيرة.

## السلوكيات المستقرة

زاد نمو التوظيف في قطاع الخدمات، على حساب قطاعي الزراعة والصناعة، واتسع نطاقه في العقود الأخيرة واقترب ارتفاع السلوكيات المستقرة. وتعاطم هذا التحول مع زيادة نسبة سكان العالم الذين يعيشون في المناطق الحضرية، حيث تقل غالبا فرص ممارسة الأنشطة البدنية. ففي عام ١٩٥٠ بلغت نسبة من يعيشون في المناطق الحضرية ٣٠٪ من سكان العالم؛ بينما تبلغ هذه النسبة حاليا ٥٤٪ (راجع مقال «التحرك إلى الأعلى» في هذا العدد من مجلة التمويل والتنمية). وتفيد تقديرات منظمة الصحة العالمية بأن ٣١٪ من البالغين حول العالم في عام ٢٠٠٨ كانوا يفتقرون للياقة البدنية الكافية.

ومع تراجع تناول الناس للفاكهة والخضروات في وجباتهم الغذائية وزيادة تناولهم للنشويات المكررة والسكر والملح والدهون غير الصحية، ارتفعت أعداد من يعانون من زيادة الوزن والبدانة بين البالغين (من ٢٩٪ من سكان العالم في عام ١٩٨٠ إلى ٣٨٪ في ٢٠١٣) والأطفال (من حوالي ١٠٪ إلى ١٤٪ خلال نفس الفترة). وتساهم مشكلات زيادة الوزن في أمراض ارتفاع ضغط الدم، وارتفاع السكر بالدم، وارتفاع الكوليسترول إلى جانب زيادة الإصابة بأمراض القلب والمثريين والسكري وأنواع معينة من السرطان.

ويتزايد استهلاك الكحوليات عالميا، وخاصة في الصين والهند. وقد ارتفعت معدلات الإسراف في تناول المشروبات الكحولية

أكبر مستوى إنفاق حيث أنفقت ٩٠٥٥ دولارا للفرد — أي حوالي ٦٠٠ ضعف إنفاق إريتريا البالغ ١٥ دولارا للفرد على النقيض الآخر.

## أهمية الصحة

كتب الفيلسوف الأمريكي «رالف والدو إيميرسون» في إحدى مؤلفاته الشهيرة في عام ١٨٦٠ أن «الصحة هي أولى الثروات». فالصحة مهمة لأن الناس يولون أهمية كبيرة للعيش حياة طويلة خالية قدر الإمكان من أي اعتلال بدني أو عقلي. ويوضح خبراء اقتصاديات التنمية باستمرار الرابطة القوية بين الدخل والصحة، وهو ما يتضح على أساس قطري في الرسم البياني ٣. فالسكان في البلدان ذات الدخل الأكثر ارتفاعا غالبا ما يتمتعون بمستويات أفضل من الصحة، مما يعتبر عادة نتيجة التغذية المتميزة وزيادة فرص الحصول على مياه الشرب الآمنة، والصرف الصحي، والرعاية الصحية التي يوفرها الدخل المرتفع.

## سلامة الصحة العامة والتناسلية هي محرك قوي للنمو الاقتصادي

لكن إلى جانب الصحة الشخصية للفرد فإن صحة الآخرين مهمة أيضا لأسباب منها المشاغل المعنوية والأخلاقية والإنسانية وكذلك ما يتعلق بقانون حقوق الإنسان. والصحة العامة مهمة أيضا نظرا لما تقدمه من إسهامات في بناء المجتمعات المتماسكة اجتماعيا والمستقرة سياسيا. فعلى سبيل المثال نجد أن عدم قدرة الحكومات على تلبية احتياجات شعوبها الصحية الأساسية تتسبب في إضعاف الثقة وقد تتسبب في نوبات متكررة من عدم الاستقرار والانهيار. وهذا هو أحد الأسباب التي حثت بمجلس الأمن التابع للأمم المتحدة في سبتمبر ٢٠١٤ إلى إعلان إيوبولا خطرا يهدد السلام والأمن وليس مجرد أزمة في الصحة العامة — وهو تقييم سبق أن وضعته قبل سنوات بشأن فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز.

وفي السنوات الأخيرة، قام الخبراء الاقتصاديون بتعميق فهمهم لأهمية الصحة من الناحية الاقتصادية، واعتبروها أحد أشكال رأس المال البشري الذي يمكن استخدامه بشكل أفضل، على غرار المعرفة والمهارات لدى الشعوب. وما دامت الصحة تمثل عاملا محددًا أساسيا لقيمة العمل، وهو الأصل الرئيسي الذي يمتلكه معظم الشعوب الفقيرة، فإنها تتسم بأهمية خاصة لقدرة الأفراد والأسر على النهوض بمستوياتهم المعيشية، أو إبقائها، فوق خط الفقر. وتتمثل أدق الأدلة على قيمة الصحة من الناحية الاقتصادية في تحليلات الاقتصاد الجزئي — لأنها تقوم في المعتاد على حجم العينات الكبير وأدوات القياس الوفيرة لمستويات الصحة والدخل ومحدداتها. وبالإضافة إلى ذلك، هناك دراسات جزئية عديدة، تركز على القضايا المتعلقة بصحة الأفراد، تقوم على أساس التجارب العشوائية الخاضعة للرقابة، وتعتبر عموما بمثابة القاعدة الذهبية في هذا المجال. وقد اتضحت من خلال بعض الدراسات الأكثر دقة الآثار الإيجابية لأمر منها:

- آثار العلاج من الديدان على الالتحاق بالمدارس والمكاسب اللاحقة في كينيا؛
- وآثار علاج نقص الحديد بالدم على المشاركة في قوى العمل، والإنتاجية ومكاسب الدخل في إندونيسيا؛
- وآثار علاج نقص الأيودين بالدم على الوظائف الإدراكية في تنزانيا؛
- وآثار العلاج من الديدان الخطافية والملاريا على الالتحاق بالمدارس وعائدات العمل في الأمريكتين خلال القرن الماضي.

أما دراسات الاقتصاد الكلي، التي تستعرض الصورة الأكبر، فهي بطبيعتها أقل دقة، لكنها تفيد بأن سلامة الصحة العامة والتناسلية هي محرك قوي للنمو الاقتصادي، حيث يزداد نصيب الفرد من إجمالي الناتج المحلي بما يقدر بنحو ٤٪ من كل سنة إضافية في متوسط العمر المتوقع. ويبدو أن هناك عدة قنوات تعمل في هذا المسار، ومنها الآثار الإيجابية للصحة على إنتاجية قوى العمل؛ ومعدل الالتحاق بالمدارس، والتحصيل العلمي، والوظيفة الإدراكية للبشر؛ ومعدلات الادخار. لأن الناس يدخرون أكثر تحسبا لفترات التقاعد الأطول أجلا؛ والاستثمار الأجنبي المباشر، الذي يقترن غالبا بالتكنولوجيا الحديثة، وتوفير فرص العمل، وزيادة التجارة. وتراجع معدلات الخصوبة أيضا في المجتمعات السكانية الأكثر صحة، مما يؤدي إلى ما يعرف بالكسب الديمغرافي من تزايد الدخل بوجه عام، لأن القوى العاملة تنمو بسرعة أكبر من حصة نمو السكان (من الشباب والكبار) التي تعتمد عليها.

## التركيز على المستقبل

زادت أهمية الصحة العالمية بدرجة هائلة خلال العقد الماضي، مع شغل هذا الموضوع مكانة رئيسية كمؤشر وأداة للتنمية الاجتماعية والاقتصادية.

ووفقا لما ورد في مقال نشر في نوفمبر ٢٠١٣ في مجلة "The Atlantic"، حول أكبر ٢٠ ابتكارا ساهمت أكثر من سواها في صياغة طبيعة الحياة الحديثة منذ اختراع العجلة قبل ٦٠٠٠ عام، فإن خمسة من هذه الابتكارات يرتبط مباشرة بالصحة، وهي البنسلين، وعدسات النظر، والتحصين باللقاحات، ونظم الصرف الصحي، وعقاقير منع الحمل عن طريق الفم.

والابتكارات في مجال الصحة غزيرة. فالطب بالغ الدقة والمخصص لأفراد بعينهم، المعزز بالتقدم المحرز في اختبارات الجزيئات والجينات الوراثية، يفتح المجال أمام فرص جديدة للتنبؤ بالأمراض وعلاجها على المستوى الفردي. والابتكارات التكنولوجية، مثل إنتاج اللقاحات والأدوية الجديدة أو المتطورة والكائنات العضوية المعدلة وراثيا تبشر بالنجاح في منع الإصابة بالأمراض ومعالجتها. ومع قدوم عصر الصحة الرقمية — بما في ذلك العلاج الطبي عن بعد، والمجسات التي يمكن ارتداؤها، والملفات الطبية الإلكترونية، والإنفراجات التي تحققت في قدرتنا لتحليل كميات كبيرة من البيانات، والأساليب الجديدة لنقل المعلومات والتوصيات الصحية — تفتح المجال أمام فرص جديدة ومثيرة لتوفير الرعاية الصحية عالية الجودة بتكلفة منخفضة. كذلك، فإن الأجهزة التشخيصية والمساعدة والعلاجية الجديدة تفتح المجال أمام فرص مماثلة.

غير أنه يتعين التعامل مع العديد من المشكلات قبل أن تبدأ وعود هذه الابتكارات في التحول إلى حقيقة بالكامل في أنحاء العالم. ولتحقيق هذا الهدف سوف يتعين توافر القوة المالية والإرادة السياسية والتعاون بين العديد من الأطراف المعنية والأطراف الفاعلة — بما في ذلك المنظمات غير الحكومية، والشركات الخاصة، ووسائل الإعلام، والدوائر الأكاديمية، والمجتمع الطبي، والإدارات الحكومية في قطاع الصحة والقطاعات ذات الصلة — داخل البلد الواحد وفيما بين البلدان المختلفة.

وسوف يتطلب تنفيذ بعض الحلول ببساطة توفير الموارد اللازمة لتمكين مقدمي الرعاية الصحية من الاستفادة بصورة أفضل من المعرفة المتاحة حول كيفية تطوير الصحة ووقايتها. وسيطلب تنفيذ حلول أخرى تشييد البنية التحتية اللازمة لتوفير الصرف الصحي، ومياه الشرب، وخدمات النقل والاتصالات والتعليم والطاقة — وهي جميعا مكونات مهمة في توفير إمكانية الحصول على الرعاية الصحية ذات الجودة العالية. غير أن هناك حلول أخرى

## فاشية حمى الإيبولا

اكتشف العلماء فيروس إيبولا في عام ١٩٧٦ بعد تفشي الوباء في جمهورية الكونغو الديمقراطية (بالقرب من نهر إيبولا) وفي السودان.

وتقتزن الفاشيات الحالية في كل من غينيا وليبيريا وسيراليون بنوع الفيروس إيبولا زائير، الذي يعتقد بأنه أشد أنواع الفيروس الخمسة المعروفة فتكا بالحياة. والوباء الحالي هو الأسوأ على المستوى القياسي — وربما بفارق كبير، نظرا للتدني الشديد في درجة الإبلاغ بالإصابة بالإيبولا بسبب الخوف والعار وضعف رقابة نظم الصحة العامة.

وينتقل الفيروس إلى البشر على الأرجح عبر ملامسة دماء الحيوانات المصابة أو السوائل التي تخرج منها. وبمجرد ظهور الأعراض على المصاب (والتي تستغرق عادة بين بضعة أيام وبضعة أسابيع) يمكن أن ينتقل الفيروس إلى أشخاص آخرين بلامسة سوائل الجسم التي تخترق الأغشية المخاطية أو أي تشقق بالجلد — بما في ذلك الحالات التي تقع بعد الوفاة، على سبيل المثال، إذا لم تتخذ الاحتياطات المناسبة عند تجهيز جسد المتوفي للجنائز. وفي النظم الصحية الضعيفة التي تعاني من شدة نقص الموظفين والمخصصات، يتراوح معدل وفيات الإيبولا بين ٤٠٪ و ٨٠٪. وبالإضافة إلى ذلك، ينتشر المرض إلى عاملي الرعاية الصحية، ومع انخفاض أعداد هؤلاء العاملين تزداد معدلات المرض والوفاة نتيجة الإصابة بأمراض أخرى وظروف أخرى.

ومن المتوقع أن تسبب هذه الفاشيات في خسائر بمليارات الدولارات نتيجة تكلفة المرض في حد ذاته ومن خشية الإصابة

بالعدوى، الأمر الذي تترتب عليه زيادة غياب الموظفين عن أعمالهم وتعطيل العديد من الأنشطة الاقتصادية. وتدفع مخاوف العدوى أيضا بالمواطنين إلى إخلاء المناطق الموبوءة، مما قد يزيد من انتقال الفيروس ويزيد من صعوبة تفقي أثر المتصلين بالمصابين.

ويعالج الأطباء مرضى الإيبولا أساسا بالعقاقير لمعالجة أعراض المرض وتعويض السوائل المفقودة من الجسم. ويجري حاليا اختبار أدوية تجريبية تهاجم الفيروس، إلى جانب استخدام مصل الدم من الناجين بعد إصابتهم بالفيروس.

وقد تم إنتاج لقاحات واعدة لكنها لم تختبر حتى الآن على الإنسان. وسيكون توزيع هذه اللقاحات على الأرجح محفوفا بالتحديات في مناطق تعاني من ضعف البنية التحتية وتتجاوز فيها الاحتياجات المتاحة من الإمدادات. وهناك مخاوف أيضا من احتمال تحور الفيروس.

وبالإضافة إلى الحالات المثبتة في غينيا وليبيريا وسيراليون ظهرت حالات اشتباه وحالات مؤكدة في نيجيريا والسنگال، وإن كان البلدان سرعان ما سيطرا على الفاشيتين وتم إعلان خلوهما من حالات انتقال فيروس الإيبولا. وحتى وقت كتابة هذه السطور، تم رصد بعض حالات قليلة في مالي وإسبانيا والولايات المتحدة. وبالإضافة إلى زيادة الوعي بالممارسات التي تعرض المواطنين لخطر العدوى بفيروس إيبولا، والتشجيع على ممارسات الوقاية من العدوى، فقد تضمنت تحركات نظم الصحة العامة لمواجهة الإيبولا فرض الحجر الصحي على المشتبه في إصابتهم بالعدوى، وتحديد هوية من اتصل بهم واقتفاء أثرهم ومتابعة حالتهم الصحية.

وعندما يتعلق الأمر باستراتيجيات الصحة، فإن مفهوم الحل الواحد الذي يناسب الجميع ليس له أساس من الصحة، نظرا للتباين الكبير بين البلدان من حيث البناء الاجتماعي والعادات والنظم السياسية والإمكانات الاقتصادية والموروثات التاريخية. فعلى سبيل المثال، من غير المقبول في بعض الخلفيات الثقافية أن يقوم الأطباء الذكور بتوقيع الفحص الطبي على النساء أو معالجتهم. وفي ثقافات أخرى تتوقع الأسر أن تشارك بفاعلية في تقديم الرعاية السريرية لمرضاهم. كذلك تشهد الخلفيات الثقافية المختلفة تباينا في معايير اعتماد الممارسين في المجال الطبي، وحتى في فلسفة وطبيعة الممارسة الطبية (على سبيل المثال، طب الاتجاه السائد، والطب البديل (homeopathic)، والطب الهندي القديم (ayurvedic)، والطب الصيني التقليدي).

ومن الأمور الأخرى التي ينبغي مراعاتها إلغاء مركزية النظم الصحية الوطنية (راجع مقال «التحول إلى المحلية» في هذا العدد من مجلة التمويل والتنمية)، وتنفيذ نماذج «الدفع مقابل الأداء»، والنهوض بمستويات صحة ورفاهية السكان في الحاضر والمستقبل من خلال مناهج التحولات النقدية الطارئة، التي تكافئ الأسر من السكان الأصليين لقيامها بأعمال محددة مثل تحصينات الأطفال (أو الإبقاء عليهم في المدارس).

وللحكومة دور طبيعي في التدخلات التي تتسم بفعالية التشجيع على بلوغ مستويات تقديم الرعاية الصحية على النحو المحبذ اجتماعيا. وسوف يتعذر على الأسواق غير الخاضعة للتنظيم القيام بهذا الأمر لأسباب منها آثار انتقال التداعيات المصاحبة للأمراض المعدية وفي بعض الأحيان السلوك الانتهازي لمقدمي الخدمات الصحية من القطاع الخاص الذين يستخدمون معلوماتهم المتميزة ومكانتهم في الأذهان فيسيئون استغلال المستهلكين بتقديم المشورة لهم بإجراء عمليات غير ضرورية ومكلفة.

ويمثل تنظيم العمل في نظم الرعاية الصحية مسألة بالغة الأهمية. فالجدل دائر بصفة مستمرة بين الباحثين في مجال الصحة وصناع السياسات حول ما إذا كان المنهج الأفضل من حيث الفعالية والتطبيق العملي لتنظيم العمل في نظم الرعاية الصحية هو المنهج الرأسي، كمجموعة من البرامج المتعلقة بأمراض واضطرابات

ستتطلب اعتماد سياسات وترتيبات مؤسسية جديدة لتشجيع الناس على إجراء تغييرات إيجابية في أسلوب الحياة وتشجيع ابتكار دوائر الأعمال في تصميم المنتجات الداعمة للصحة وإيصالها للمواطنين مثل اللقاحات والأدوية وكذلك الخدمات مثل الفحوص الطبية، ورسائل التوعية بالصحة العامة، والجراحات. ويجب أن تستمر جوانب التقدم العلمي في دعم العمليات المؤدية إلى هذه المنتجات وسلاسل العرض والتصدي للتحديات الهائلة التي تفرضها المخاطر الصحية الناجمة عن أمراض مثل فيروس الإيبولا؛ وداء الشيكونغونيا (وهو عدوى فيروسية تنتقل عن طريق البعوض، وتتسبب عادة في الإصابة بالحمى وآلام المفاصل)؛ وفيروس MRSA (العنقوديات الذهبية المقاومة للميثيسيلين) وغيره من أشكال العدوى المقاومة للمضادات الحيوية؛ والمخاطر غير المعدية مثل البدانة والاكتهاب ومشكلات الصحة البيئية (راجع مقال «مخاطر الصحة العالمية في القرن الحادي والعشرين» في هذا العدد من مجلة التمويل والتنمية). ويجب زيادة إمكانات النظم الصحية وتوسيع نطاقها من خلال الاستعانة بنماذج جديدة لإجراء أعمال الرقابة الوبائية وكفاءة توظيف الأطباء والمرضى والصيادلة والعاملين في مجال الصحة المجتمعية والاستشاريين. وسوف يتعين تنسيق جهود مختلف الأطراف المعنية والأطراف الفعالة على المستويات المحلية والوطنية والعالمية وذلك لتجنب ازدواجية الجهود وضمان تبادل المعلومات المؤثرة، ووضع الأولويات على أساس قوي ومعقول، وتحقيق الكفاءة الفنية والاقتصادية. ويتعين التنسيق أيضا لوقاية الصحة من انتقال تداعيات التقدم الاقتصادي والعولمة مثل حرية الحركة عبر الحدود، وتغير المناخ، والتصحر، والجفاف، والتلوث الغذائي والدوائي.

وسوف يتعين بذل كل هذه الجهود على نحو يتسم بالمسؤولية المالية، الأمر الذي سيزداد صعوبة مع نمو السكان وتقدمهم في العمر لما بعد سنوات العمل التقليدية وكذلك مع توسع النظم الصحية واتساع نطاق صلاحياتها لتقديم الخدمات. وسوف تؤدي مشكلات المالية العامة في كثير من البلدان إلى جعل الأمر صعبا على الحكومات لتخصيص موارد إضافية للصحة (راجع مقال «ضرورة الكفاءة» في هذا العدد من مجلة التمويل والتنمية).

الأمراض والتقصي المبكر لها، مما يساعد المواطنين على العمل لفترات أطول ولبانتاجية أكبر. ويتعين تعزيز حوكمة الصحة العالمية — أي البنيان المتنامي والمتشعب وتفاعل المؤسسات التي ينصب تركيزها على الصحة العالمية — من أجل تشجيع الشفافية والمساءلة والكفاءة واتساع نطاق المشاركة الفعالة والمنسقة بغية التعامل مع المجموعة المتشابكة من مشكلات الصحة الوطنية وحلولها (راجع المقال «الإشراف على الصحة العالمية» في هذا العدد من مجلة التمويل

## التقصي المبكر للأمراض يمثل عاملا حاسما لأن الأمراض التي تُكتشف مبكرا يسهل في العادة علاجها وتقل تكلفتها

والتنمية). وقد ظلت منظمة الصحة العالمية لفترة طويلة حجر الأساس لحوكمة الصحة العالمية. لكن هناك أشكالا جديدة وملحة من الشراكات العالمية ظهرت في السنوات الأخيرة — مثل «اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ»، و«منظمة التحالف العالمي للقاحات والتحصين» (GAVI) (المعنية بزيادة فرص الحصول على التحصين في البلدان الفقيرة)، و«الصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا» لتمويل أنشطة الوقاية والعلاج). غير أنه يتعين توفير آليات جديدة أيضا لتشجيع مزيد من جهود الرقابة على المرض والتحرك لمواجهة في الوقت المناسب وبفعالية، وتبادل المعلومات على المستوى الدولي، وتشجيع وضع معايير الملكية الفكرية التي تضمن توفير الحوافز المالية الملائمة للقطاع الخاص، وخاصة شركات الأدوية، لإجراء البحوث والتطوير مع الحفاظ على القدر الملائم من المرونة للتعامل مع الاحتياجات الصحية الطارئة للفقراء.

ومن الأمثلة الرائعة للحوكمة السليمة في الصحة العالمية «الأهداف الإنمائية للألفية»، التي وضعتها هيئة الأمم المتحدة في عام ٢٠٠٠ بهدف تحسين مستويات الفقر والتعليم والصحة. ورغم أن هذه الأهداف ليست ملزمة قانونا فإنها تتمتع بشعبية كبيرة نظرا لإقرارها من ١٨٩ بلدا عضوا في الأمم المتحدة. كذلك يمكن استخدام هذه الأهداف في المساءلة لأنها مقياسة بالفعل ومعلن عنها. ورغم أنه من غير الممكن وضع تقديرات دقيقة لمدى مساهمة الأهداف الإنمائية للألفية في التحسينات المدخلة على الصحة العالمية، فقد أدت هذه الأهداف على ما يبدو إلى تركيز انتباه المجتمع الإنمائي الدولي على قضايا الصحة وحفزت زيادة الإنفاق على الصحة، وخاصة في البلدان منخفضة الدخل. وتبرز الأهداف الإنمائية للتنمية أيضا الحاجة لزيادة الجهود الرامية إلى التصدي لمشكلات الجوع، ووفيات الأطفال، ونقص التغذية المزمن بين الأطفال، ووفيات الأمهات.

وسوف تظل الصحة في مركز الصدارة بالتأكيد في جدول أعمال التنمية لمرحلة ما بعد ٢٠١٥، رغم أنه لم يتم بعد توضيح طبيعة الهدف الجديد (أو الأهداف) وبؤرة تركيزه ومؤشراته الملموسة. ومن الأمور التي يجدر الاهتمام بها بصفة خاصة، مكانة الأمراض غير السارية؛ والتركيز على الإجراءات والمدخلات وعوامل الخطر وليس النتائج الصحية؛ والدروس التي يستخلصها المجتمع العالمي من انتشار أمراض مثل إيبولا وبطبقها في تحديد مجموعة جديدة من الأهداف للصحة العالمية. ■

ديفيد بلوم هو أستاذ الاقتصاد ودراسات الإحصاءات السكانية في كلية الصحة العامة بجامعة هارفارد الأمريكية.

محددة (تهدف إلى التعامل، على سبيل المثال، مع فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والملاريا)، أم المنهج الأفقي، كنظام موحد للتعامل مع كل الأمراض والاضطرابات. ورغم أن البرامج الرأسية يمكن اعتبارها الأكثر تحقيقا للنجاح في الصحة العامة وأكثر قابلية للتقييم الدقيق، فقد حدث تحول ملحوظ في السياسات في غضون السنوات الأخيرة من التدخلات الرأسية إلى التدخلات الأفقية (ونحو التدخلات المائلة، التي تستخدم فيها المبادرات المعنية بأمراض محددة لتحقيق تحسينات في النظام بأكمله). وقد حدث هذا التحول جزئيا نتيجة مخاوف من نجاح البرامج الرأسية غالبا على حساب استنزاف أجزاء أخرى من القطاع الصحي من مواردها البشرية والمالية الحيوية. ويرجع هذا التحول أيضا لوجهة النظر بأن النظم الصحية التي يجري تنظيم العمل فيها رأسيا تؤدي إلى ازدواجية تفتقر للفعالية في البنية التحتية وآليات إيصال الرعاية الصحية للمواطنين. ويرى كثير من المتخصصين أيضا أن البرامج الأفقية مؤهلة بصورة أفضل للتطور عند ظهور أي مخاطر صحية جديدة كما أنها قادرة بشكل أفضل على صياغة البيئة الاجتماعية حولها — على سبيل المثال، عن طريق تشجيع أساليب الحياة الصحية والالتزام ببرامج المعالجة الدوائية.

### دور القطاع الخاص

هناك أهمية أيضا للمؤسسات الخاصة في تحسين الصحة وربما تضطلع بدور موسع في هذا الشأن. ومن مواطن قوتها قنوات توجيه الرسائل والتوزيع؛ والقدرة على الابتكار والتنفيذ وسرعة التوسع؛ والالتزام بالمبادئ التجارية التي تشجع الاستقرار المالي. ويتسم الإنفاق الخاص على الصحة (أكثر من ٢,٩ تريليون دولار عالميا في عام ٢٠١٢، منه ٤٤٪ إنفاق مباشر من الأسر بضخامته في كل البلدان، ولكن بالأخص في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط (راجع مقال «الخاص مقابل العام» في هذا العدد من مجلة التمويل والتنمية)). وبالرغم من فضائل قوة القطاع الخاص، يجب أن تشارك الحكومات مع ذلك في الأنشطة الأساسية، بما في ذلك توفير شبكة أمان لمن لا يحصلون على الخدمة الكافية من مقدمي الخدمات من القطاع الخاص ومراقبة وتنظيم أسواق الخدمات الصحية لمنع الاستغلال والفساد وغير ذلك من المخالفات القانونية. والشراكات بين القطاعين العام والخاص التي تجمع بين الحكومات والأجهزة متعددة الجنسيات والعمليات الخاصة لتمويل وتوفير الرعاية الصحية هي أسلوب محبذ على وجه الخصوص عندما تحقق كفاءة اقتسام العمالة بين القطاعين.

وتتسم أنشطة الوقاية والرصد المبكر والعلاج والرعاية — وتحقيق التوازن بينها — بطابع مهم دائما. وسوف تحتل الوقاية من الأمراض صدارة المشهد في المستقبل، وذلك على الأرجح من خلال التوسع في برامج التحصين للقاحات، وتخصيص مزيد من الأماكن غير المسموح فيها بالتدخين، وحظر الدعاية عن التبغ، وفرض ضرائب على التبغ، وزيادة التركيز على صحة الأجنحة والأطفال في سن الطفولة المبكرة. ويمثل التقصي المبكر للأمراض عاملا حاسما لأن الأمراض التي تُكتشف مبكرا يسهل عادة علاجها وتقل تكلفتها. وينبغي عند معالجة المرضى — وخاصة الأكبر سنا مع كثرة متاعبهم — مراعاة تفاعلات الحالة الصحية والأدوية ومن ثم تحويل التركيز من الشفاء إلى جودة الحياة. ويرجع أيضا أن الدولة ستضطر إلى تحمل عبء أكبر بتقديم الرعاية طويلة الأجل لأن تراجع مستويات الخصوبة وزيادة مشاركة النساء في قوى العمل المدفوع يخفض عدد أفراد الأسرة القادرين على تقديم الرعاية البدنية والرفقة لكبار السن. وقد يؤدي الاستثمار في الصحة إلى تحقيق عائدات مجزية وتشجيع الملاءة المالية، وخاصة إذا كان ذلك يحد من تكاليف الرعاية الصحية بالتركيز على الوقاية من

# التحول إلى المحلية



الإففاق على  
الصحة العامة  
في الاقتصادات  
الصاعدة والنامية  
ينتقل من الحكومات  
المركزية إلى  
الولايات والمدن

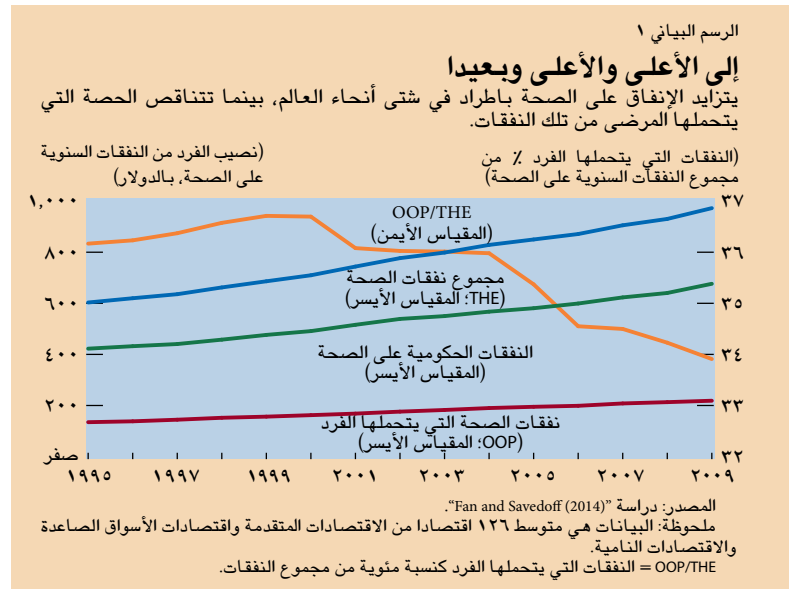
زيارة إلى مستشفى أنشأتها منظمة «شركاء من أجل الصحة» لحساب وزارة الصحة الرواندية، في منطقة بوتارو بإقليم بوريرا، رواندا.

## فيكتوريا فان وأماندا غلاسمان

لكن إذا كانت الزيادات في مجموع الإففاق على الصحة تبدو أمرا حتميا، فإن التراجع في مدفوعات الرعاية الصحية التي تسبب في إفقار المواطنين ليس حتميا بالضرورة. ورغم انخفاض متوسط الإففاق من الأموال الخاصة للمواطن، فلا يزال هناك العديد من الأسر التي تترجح تحت وطأة الفواتير الطبية، وخاصة في البلدان ذات الدخل المنخفض. وتشير البحوث إلى ضرورة زيادة تعبئة الموارد الحكومية أو العامة من أجل الصحة — إلى جانب السياسات التي ترفع من كفاءة استخدام الأموال العامة في النظم الصحية الوطنية — إذا كان الإففاق من الأموال الخاصة التي يتحملها المواطنون يتقلص باستمرار.

ومع ذلك فإن جانباً كبيراً من الإففاق العام على الصحة لا يتحقق على المستوى الوطني — لا سيما في البلدان ذات الكيانات الإقليمية التي تتمتع بالحكم الذاتي مثل الولايات والأقاليم (راجع الرسم البياني ٢). وهناك العديد من القرارات الصعبة حول كفاءة وفاعلية تخصيص الأموال العامة للصحة التي لا يتم اتخاذها في العاصمة وإنما تتخذها الحكومات الإقليمية والمحلية. ولا يعد هذا الأمر جديداً على الاقتصادات المتقدمة. ولكن مع ارتفاع الدخل في اقتصادات الأسواق الصاعدة والاقتصادات النامية، ومع مواصلة هذه الاقتصادات جهودها للتحول إلى النظام الديمقراطي وإلى اللامركزية والتحضر، فمن الأرجح أن يستمر نمو الاتجاه نحو تولي الحكومات دون المركزية مسؤولية الإففاق. فعلى سبيل المثال، ارتفع إنفاق الكيانات دون المركزية على الصحة في البرازيل من ٢٥٪ إلى ٥٥٪ من مجموع الإففاق العام على الصحة بين عامي ١٩٨٠ و ٢٠٠٩ (راجع الرسم البياني ٣).

شيء مؤكد في هذا العالم سوى الموت والضرائب، أو هكذا يقال. وقد يضيف الاقتصاديون أمرا مؤكداً ثالثاً، وهو نمو الإففاق على الرعاية الصحية. فمع نمو البلدان اقتصادياً، يتقارب اثنان من الاتجاهات العامة المهمة في سياق التحول في تمويل الرعاية الصحية — أي زيادة نصيب الفرد من الإففاق على الصحة وانخفاض النفقات التي يتحملها في الخدمات الصحية (راجع الرسم البياني ١).





قبل أن تبدأ الصين تنفيذ إصلاحات الصحة الوطنية في عام ٢٠٠٩، التي أتاحت صرف ٣٠٧ دواء لجميع المواطنين في شتى أنحاء البلاد. ومدينة شنغهاي لديها على الأرجح أحدث نظم تكنولوجيا المعلومات الصحية في البلاد وأكثرها تكاملا، حيث يتم ربط شبكة المستشفيات والأطباء بالملفات الطبية للمرضى، الأمر الذي يساعد الجهات التنظيمية في متابعة سلوكيات الأطباء، ومراقبة التكاليف، وتحسين المخرجات الصحية في نهاية المطاف. وتشغل المدينة أيضا موقع الصدارة في تطوير نظام متكامل لإيصال الخدمة إلى المواطنين عبر مختلف درجات الرعاية الصحية الأولية والثانوية والرعاية من المستوى الثالث. وتتابع أقاليم الصين الأخرى حاليا الإجراءات المتخذة في شنغهاي عن كثب.

**كولومبيا:** بدأت الحكومة في مدينة ميديلين، ثاني أكبر مدن هذا البلد الواقع في أمريكا اللاتينية، بتشغيل شبكة موحدة لتقديم الرعاية الصحية للحد من التباين في جودة الرعاية الصحية في مختلف أنحاء المدينة (دراسة "Guerrero and others, 2014").

**باكستان:** في إقليم البنجاب، وضعت الحكومة نموذجا يسمح بتخصيص الموارد على أساس الأداء بغرض الربط مباشرة بين التمويل المتاح لكل منطقة واحتياجاتها الصحية. وفي ظل هذا النموذج تحصل كل منطقة في البنجاب تلقائيا على ٧٠٪ من مخصصاتها الأساسية. وحتى تحصل على النسبة المتبقية والتي تبلغ ٣٠٪، يجب أن تقوم بتحسين أدائها وفق مؤشرات محددة، مثل نسبة الولادات في المرافق الصحية أو تحت إشراف طبي ماهر ونسبة الأطفال الذين أتموا تحصيناتهم بين عمر ١٨ و ٣٠ شهرا. ويتيح هذا المنهج القائم على الأداء حافزا واضحا لإقليم البنجاب لتحسين المخرجات الصحية.

**البرازيل:** تنظم مدينة ساو باولو البرازيلية «برنامج أجيئا ساو باولو»، الذي يروج لاتباع أسلوب حياة مفعم بالنشاط من خلال رسالتها للتوعية بأن ٣٠ دقيقة من النشاط البدني يوميا هي هدف صحي ممتع وسهل التحقيق. وتعد مدينة ساو باولو أيضا فعاليات كبيرة لتشجيع المواطنين على تغيير سلوكياتهم وتحسين أحوالهم الصحية بوجه عام. وقام العديد من المدن البرازيلية الأخرى بمحاكاة هذه الحملات (دراسة "PAHO, 2011").

### التحفيز من المستويات الأعلى

لكن حتى مع انتقال الإنفاق والابتكار إلى الحكومات الإقليمية، فإن الحكومة الوطنية لها دور حيوي في الإشراف على الكيانات دون المركزية وإدارتها واستخدام الأموال التي تحولها الحكومات المركزية إليها لدعم أنشطتها الصحية. ويمكن للحكومات المركزية

غير أن هناك تباينا كبيرا في مدى فعالية إنفاق النظم الصحية في الحكومات الإقليمية والمحلية على تحسين المخرجات الصحية والحد من إفقار المواطنين بالنفقات الطبية. بالإضافة إلى ذلك، ففي كثير من الحالات، يلاحظ أن نظم الصحة العامة — التي تهدف إلى حماية رفاهية المواطنين من خلال برامج الوقاية كالتحصين باللقاحات ومراقبة الأوبئة والسيطرة عليها كما في حالة فاشية إيبولا الأخيرة — تشغل مرتبة أدنى من حيث الأهمية مقارنة بالوظائف الطبية الأخرى الأكثر وضوحا والأعلى مكانة في تقديم العلاج للأمراض، في المستشفيات غالبا، باستخدام الوسائل التكنولوجية المكلفة. محققة بذلك مكاسب صحية محدودة.

وتستدعي هذه الاتجاهات العامة فحص إنفاق الكيانات دون المركزية على الصحة — بما في ذلك الإصلاحات الناجحة في قطاع الصحة المحلية في اقتصادات الأسواق الصاعدة والاقتصادات النامية، وجهود الحكومات المركزية لتحفيز الابتكار والأداء على المستوى المحلي.

### التحركات على المستوى المحلي

هناك كثير من الكيانات دون المركزية عاكفة على تنفيذ إصلاحات ناجحة في قطاع الصحة، والرعاية الصحية، والسلامة، حتى مع تعثر الإصلاحات على المستوى الوطني. وتشمل هذه الإصلاحات إحداث تغييرات في نظم التمويل والمدفوعات، والإجراءات المتعلقة بالتنظيم والقواعد، وحتى محاولات تغيير سلوكيات الأفراد، بالتشجيع على ممارسة الرياضة أو الامتناع عن التدخين.

وقد شهدت الاقتصادات المتقدمة بعض هذه التغييرات. ففي الولايات المتحدة، مثلا، قامت ولاية ماساتشوستس بتوسيع نطاق التأمين الصحي في عام ٢٠٠٦. وقضت بضرورة قيام الأشخاص غير المؤمن عليهم صحيا بشراء وثائق التأمين من القطاع الخاص وقدمت الدعم للفقراء لشراء مثل هذا التأمين. وأصبحت هذه التجربة بمثابة نموذج قياسي لعملية جدلية جارفة لتوسيع نطاق التأمين على المستوى الوطني دخلت حيز النفاذ في عام ٢٠١٤. وفي الوقت نفسه تشهد اقتصادات الأسواق الصاعدة والاقتصادات النامية كثيرا من هذه التغييرات:

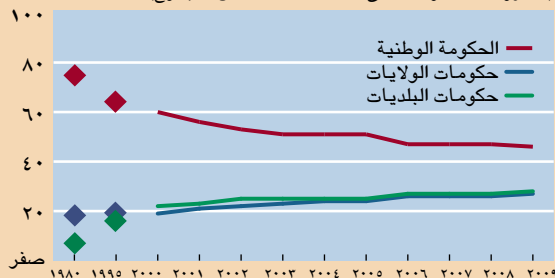
**الصين:** اضطلعت شنغهاي، وهي أكبر المدن التجارية في الصين، بتنفيذ إصلاح متعدد الأبعاد في الرعاية الصحية بهدف الحد من نفقات الرعاية الصحية التي يتحملها المواطن وتحسين قطاع الصحة وبتكلفة أقل (دراسة "Cheng, 2013"). فعلى سبيل المثال، كانت مستويات الصحة المجتمعية في شنغهاي تصرف للمواطنين ١٠٠٠ دواء في إطار قائمة الأدوية الأساسية — حتى من

الرسم البياني ٣

### الأقاليم تحقق زيادة

ارتفع الإنفاق على الصحة في الولايات والبلديات في البرازيل، من ٢٥٪ من مجموع الإنفاق على الصحة في عام ١٩٨٠ إلى ٥٥٪ في عام ٢٠٠٩.

(مصرفات الحكومات على الصحة العامة، % من المجموع)



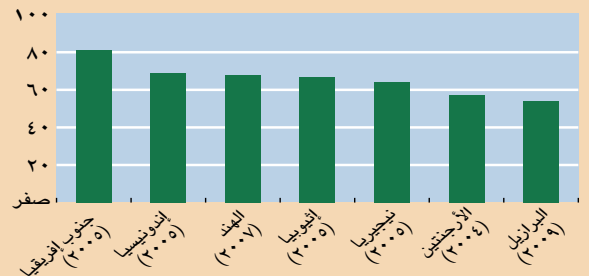
المصدر: دراسة "Langevin (2012)".

الرسم البياني ٢

### الإنفاق المحلي

في كثير من اقتصادات الأسواق الصاعدة والاقتصادات النامية، يتجاوز الإنفاق على الرعاية الصحية من الحكومات الإقليمية والمحلية إنفاق الحكومات المركزية.

(الحصة من مجموع الإنفاق على الصحة على المستوى دون المركزي، %)



المصدر: حسابات المؤلفين.

ملحوظة: تختلف السنة المستندة إليها البيانات حسب البلد وهي مبنية بين قوسين.

الولايات توقفت في بعض الحالات عن الإبلاغ بالبيانات فأوقفت الحكومة الفيدرالية نشر النتائج بعد جولة واحدة فقط من تسجيل المعايير الحديثة.

وفي كثير من السياقات، يقتزن تزايد المسؤولية والإنفاق على المستوى دون المركزي بفروق كبيرة في معيار الرعاية الصحية.

## يمكن لصناع السياسات تحقيق فائدة كبيرة باعتماد منهج يدعم التجربة والتعلم

والمساواة، والفرق بين مخرجات أغنى وأفقر المناطق في البلد المعني. وهناك أسباب كثيرة لهذه الفجوات، ومنها الفروق في الصفات المميزة للسكان، كالعمر والدخل والصحة العامة الأساسية، والمخاطر، والسلوكيات؛ واختلاف قاعدة الإيرادات؛ وأولويات الاستثمار المحلي. وتظهر هذه الفجوات في الاقتصادات المتقدمة أيضا. ففي المملكة المتحدة، تضمن تقرير "Atlas of Variation" لعام ٢٠١١ الصادر عن هيئة الخدمات الصحية الوطنية توضيحا للفروق الكبيرة في الخدمات الصحية حسب أماكن إقامة المواطنين.

وفي الهند، يلاحظ أن الولايات الأضعف أداءً والأفقر في شمال وسط البلاد، مثل بيهار وأتار براديش، تفتقر للقدرات الإدارية وتجد صعوبة في إنفاق الأموال المخصصة لها من الحكومة المركزية. وتتراوح القدرة على إنفاق الأموال المخصصة للصحة من الحكومة المركزية بين ٤٢٪ (أتار براديش) و٨٩٪ (مهاراشترا).

ومع الفروق في توفير الخدمات الصحية على المستوى الإقليمي — نتيجة التباين في الموارد والأولويات — يتضح أنه ما لم تكن هناك سياسات تضمن نقل المزايا الصحية بين الولايات أو الأقاليم، فإن الأسر التي تنقل مقر إقامتها داخل البلاد قد تجد نفسها بدون تغطية صحية. وفي الصين، يرتبط حصول المواطن على الرعاية الصحية بالمنطقة المسجلة فيها أسرته المعيشية (دراسة، Roberts، 2012).

وفي بعض الحالات، تم تفويض أجهزة إقليمية للقيام بوظائف يفترض أداءها أصلا على المستوى القومي فترتبت على ذلك آثار ضارة. فعلى سبيل المثال، نجد أن الضرائب التي تهدف إلى تحسين الرعاية الصحية، كالضرائب على التبغ والكحول؛ ومراقبة الأمراض؛ وإجراءات مواجهة الطوارئ وتجميع المخاطر بالنسبة للأمراض المكلفة والنادرة هي وظائف غالبا ما يكون اختيارها أكثر منطقية على المستوى الوطني. فقد تتسبب حالة واحدة من الأمراض مرتفعة التكلفة والنادرة في إفلاس النظام الصحي المحلي ما لم تكن هناك آليات ملائمة للمشاركة في المخاطر المالية. فيمكن لأي وباء سريع الانتشار يستلزم التحرك على مستوى البلد بأكمله للسيطرة عليه — مثل فاشية فيروس الإيبولا في أجزاء من غرب إفريقيا (حيث الإنفاق العام على الصحة هو بالفعل منخفض للغاية) أن يتسبب في إرباك السلطات المحلية بسهولة.

وعلى وجه العموم، يلاحظ أن وظائف الصحة العامة — كخدمات التحصين باللقاحات والخدمات الوقائية التي لا تحقق ربحية نتيجة نقص الطلب عليها — تحظى باهتمام بسيط على المستويين الوطني ودون المستوى المركزي. وقد قامت بعض الحكومات الإقليمية والمحلية في بعض البلدان بإعادة تنظيم إدارتها الصحية على نحو يدعم ترجيح الخدمات الطبية (علاج الأمراض والأوضاع الصحية) ويهمل الصحة العامة، التي تركز على الوقاية من الأمراض وضمان صحة المواطنين. وفي الهند، كانت ولاية تاميل نادو هي الولاية الوحيدة التي لم تدمج وحدة إدارة الصحة المعنية بالصحة العامة في الإدارة الطبية. وربما يكون نتيجة هذا التركيز

أن تقرر كيفية تحويل الأموال إلى الحكومات الإقليمية أو أداء المدفوعات لمقدمي الرعاية الصحية للتحفيز على تحسين الأداء في الولايات والأقاليم وحتى في المستويات الأدنى، كالمحليات.

وفي رواندا، على سبيل المثال، استحدثت الحكومة الوطنية نظاما لمدفوعات الحوافز لمقدمي الخدمات الصحية من القطاع العام والمؤسسات العقائدية في الكيانات دون المركزية، وغيرها. وهذه المدفوعات مشروطة بتحقيق تحسينات في حجم الخدمات وجودة الرعاية المقدمة لمرضى فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز والأمهات والأطفال. وتصدر الموافقة على المدفوعات على أساس المراجعات المستقلة والممثلة لتقارير الأداء. ونتيجة لهذا البرنامج تحسنت تغذية الأطفال بدرجة ملحوظة وزادت مستويات تقديم خدمات الرعاية الصحية بنسبة ٢٠٪ (دراسة، Gertler and Vermeersch, 2013).

وفي الأرجنتين، تستخدم الحكومة الفيدرالية الحوافز لتشجيع أقاليم الدولة على تحسين نتائج عمليات الولادة. وتستند الحكومة الوطنية في تقديم الحوافز إلى التحاق الأسر غير المؤمن عليها ببرامج المواليد "Plan Nacer" الذي وضعته الحكومة، وانخفاض الوفيات بين المواليد، وتوفير الجودة العالية من الرعاية في مرحلة ما قبل الولادة. ويصرف البرنامج للأقاليم مبلغ ٥ دولارات شهريا للفرد عن كل شخص يلتحق بالبرنامج ومبلغ ٢ دولارات إضافية شهريا بلوغ أهداف محددة مثل تحسين وزن المواليد وتوسيع نطاق تغطية التحصينات. وبعبارة أخرى، تستند نسبة ٦٠٪ من المكافأة المقدمة إلى عدد الأشخاص المتحقيين بالبرنامج بينما تستند نسبة ٤٠٪ من المكافأة إلى توسيع نطاق تغطية الصحة ومخرجاتها. وتمثلت محصلة هذا الأمر في تحقيق انخفاض بنسبة ٢٢٪ في معدل وفيات المواليد بين عامي ٢٠٠٤ و٢٠٠٨ (دراسة، Gertler، 2014).

غير أن برنامج التأمين الصحي الوطني في الهند "Rashtriya Swasthya Bima Yojana (RSBY)"، قد حدد الحوافز المقدمة لولايات الدولة من أجل تأييد البرنامج. وتتنافس شركات التأمين الخاصة سنويا في كل ولاية حسب كل منطقة على حدة. وتتولى هيئة محددة في كل ولاية عملية اختيار اشتراكات التأمين الأكثر تنافسية والأفضل قيمة بالنسبة لكل منطقة. ثم تدفع الولايات نسبة ٢٥٪ من قيمة الاشتراكات لكل شخص يشملته التأمين وتدفع الحكومة المركزية الجزء المتبقي. ولا تقدم أي مدفوعات نظير الأداء. ومن ثم يكون لدى شركات التأمين على مستوى المناطق الدافع لتشجيع أكبر عدد من المواطنين للالتحاق بالبرنامج رغبة منها في تعظيم إيراداتها. وفي الوقت الراهن، يغطي البرنامج، الذي بدأ في عام ٢٠٠٧، أكثر من ١٠٠ مليون مواطن للحصول على مجموعة خدمات سخية نسبيا للعلاج بالمستشفيات. غير أن النتائج الأولية تشير إلى انخفاض دخل عدد محدود من المواطنين بشدة نتيجة المدفوعات التي يتحملها الفرد للحصول على الرعاية الصحية (دراسة، La Forgia and Nagpal, 2012). ويعد برنامج التأمين الصحي الوطني (RSBY) برنامجا غير مكلف نسبيا ولا يمثل إلا جزءا صغيرا من مجموع الإنفاق العام على الصحة في الهند.

### مشكلة القدرات

رغم أن إلغاء المركزية يبشر بالنجاح، فإن هناك تحديات جسيمة أمام نقل وظائف الحكومات ومسؤوليات الإنفاق إلى المستويات دون المركزية. وحتى عندما تتاح للحكومات الإقليمية صلاحيات كبيرة لصنع القرار، فقد تجد الولايات والأقاليم صعوبة في الوفاء بهذه المسؤولية بسبب ضعف قدراتها الإدارية أو عدم توافر أدوات المساءلة — وفي أغلب الأحيان للسببين.

وفي المكسيك، على سبيل المثال، حيث يتم تنفيذ الجانب الأكبر من الإنفاق على الصحة على المستوى الإقليمي أو المحلي، قامت الحكومة الفيدرالية بمحاولة لقياس مستوى أداء الولايات المكسيكية إزاء معايير حديثة للخدمات الصحية، مثل التقصي المبكر لسرطان الثدي وعلاجه (دراسة، "Lozano and others, 2006"). غير أن بعض



خدمة الدين. فالحكومات دون المركزية مؤهلة نظريا للحصول على الدعم في هيئة منح، ونادرا ما حصلت عليه، من الشراكات بين القطاعين العام والخاص مثل «الصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا»، و«منظمة التحالف العالمي للقاحات والتحصين» (GAVI) المعنية بتعزيز الصحة العامة عن طريق دعم لقاحات التحصين والمناعة. فإذا أولت جهات تمويل الصحة مزيدا من الاهتمام بالحكومات دون المركزية، فقد تسفر زيادة المناهج الإبداعية عن تحقيق مكاسب كبيرة في مجال الصحة أو زيادة الاستفادة منها.

ويتزايد تحول النظم الصحية حاليا نحو المحلية، الأمر الذي يفترض أن يحدث تغيرا في كيفية تعامل صناع السياسات على المستويين الوطني والدولي مع قضايا التمويل، والتحويلات من المالية العامة، وسياسات المدفوعات والتخصيصات. وكحد أدنى، يتعين زيادة الاهتمام بطرق إنفاق الحكومات دون المركزية على الصحة وكيف يمكن لحواجز الأداء أن تنتقل من الحكومات المركزية إلى الولايات.

ولن يتحقق حلم زيادة الصلاحيات المحلية في مجال الصحة إلا إذا توافقت السياسة على كافة المستويات من أجل تحسين أداء النظم الصحية. ■

فيكتوريا فان هي أستاذ مساعد في جامعة هاواي في مانوا، وزميل باحث في مركز التنمية العالمية، وأماندا غلامان هي مدير إدارة سياسات الصحة العالمية في مركز التنمية العالمية.

المراجع:

Cheng, Tsung-Mei, 2013, "Explaining Shanghai's Health Care Reforms, Successes, and Challenges," *Health Affairs*, Vol. 32, No. 12, pp. 2199-204.

Fan, Victoria, and William D. Savedoff, 2014, "The Health Financing Transition: A Conceptual Framework and Empirical Evidence," *Social Science and Medicine*, Vol. 105 (March), pp. 112-21.

Gertler, Paul, and Christel Vermeersch, 2013, "Using Performance Incentives to Improve Medical Care Productivity and Health Outcomes," NBER Working Paper No. 19046 (Cambridge, Massachusetts: National Bureau of Economic Research).

Gertler, Paul, Paula Giovagnoli, and Sebastian Martinez, 2014, "Rewarding Provider Performance to Enable a Healthy Start to Life: Evidence from Argentina's Plan Nacer," *World Bank Policy Research Working Paper 6884* (Washington).

Guerrero, Ramiro, Sergio Prada, Dov Chernichovsky, and Juan Urriago, 2014, "La Doble Descentralización en el Sector Salud: Evaluación y Alternativas de Política Pública," *PROESA Report* (Cali, Colombia: Icesi University).

La Forgia, Gerard, and Somil Nagpal, 2012, "Government-Sponsored Health Insurance in India: Are You Covered?" *World Bank Policy Note 72238* (Washington).

Langevin, Mark S., 2012, *Brazil's Healthcare System: Towards Reform?* (Washington: BrazilWorks).

Lozano, Rafael, and others, 2006, "Benchmarking of Performance of Mexican States with Effective Coverage," *The Lancet*, Vol. 368, No. 9548, pp. 1729-41.

Pan American Health Organization (PAHO), 2011, "Non-Communicable Diseases in the Americas: Cost-Effective Interventions for Prevention and Control," *Issue Brief* (Washington).

Roberts, Dexter, 2012, "China May Finally Let Its People Move More Freely," *Business Week*, March 15.

World Bank, 2009, "World Bank Engagement at the State Level: The Cases of Brazil, India, Nigeria, and Russia," *Independent Evaluation Group Report* (Washington).

على الوقاية أن النتائج الصحية لولاية تاميل نادو هي من أفضل النتائج الصحية المسجلة بين الولايات الهندية، حيث تعد من بين أدنى مراتب الإنفاق على الرعاية الصحية.

ونادرا ما يكون التغلب على التحديات المحيطة بالسياسات بالأمر اليسير؛ وإنما يلزم اللجوء إلى محاولات وحلول متعددة. وبإمكان صناع السياسات تحقيق فائدة كبيرة باعتماد منهج يدعم التجربة والتعلم. لكن التجربة والابتكار والتعلم هي أمور صعبة التنفيذ من الناحية الفنية، كما أنها كثيفة الاستخدام للموارد وغالبا ما تهدد الأفكار القائمة منذ فترة طويلة والاهتمامات الراسخة.

وفي بعض البلدان تتولى الولايات والأقاليم الريادة في التجربة والابتكار، وقد سعى بعضها إلى إنشاء مؤسسات تعنى بإجراء التجارب. ففي الولايات المتحدة، يتولى «مركز الابتكار» التابع للمركزين الأمريكيين لخدمات التأمين الصحي الفيدرالي (Medicare) والمساعدة الطبية لمحدودي الدخل (Medicaid) مسؤولية تيسير وضع الحلول بانتظام لمعالجة مشكلتي انخفاض القيمة وارتفاع التكلفة في النظام الصحي الأمريكي. ومع ضمان توفير التمويل لمدة ١٠ سنوات على نحو مستقل عن جهة السداد، أي التأمين الصحي الفيدرالي (مديكير) والمساعدة الطبية لمحدودي الدخل (مديكيد)، يعمل مركز الابتكار على تخفيف أثر عوائق ومخاطر الابتكار. وقد وضع المركز مجموعة من النماذج والمناهج التجريبية، بما في ذلك إنشاء «منظمات الرعاية المسؤولة» و«البيوت الطبية» التي تعكف على المشاركة في المخاطر المالية بين شركات التأمين ومقدمي الخدمات لتحسين التنسيق في رعاية المرضى مع تخفيض التكاليف. وتسمح المساعدة الطبية لمحدودي الدخل للولايات البرنامج المشترك بين الحكومة الفيدرالية وحكومات الولايات لتقديم الخدمات الصحية للفقراء، بالتباين الكبير بين الولايات الأمريكية من حيث نطاق التغطية الصحية. ومن خلال الدعم المالي والفني المقدم من «مركز الابتكار» يمكن للولايات إجراء التجارب على النماذج المعدة خصيصا لتلائم احتياجات كل منها.

## تجارب الصين

لا تقتصر التجارب المؤسسية على الولايات المتحدة وغيرها من البلدان مرتفعة الدخل. فقد سبق أن أجرت الصين التجارب، عادة على نطاق ضيق في البداية، في عدد قليل من مقاطعاتها التي يبلغ عددها ٢٨٠٠ مقاطعة تقريبا. وقامت بتجربة برنامجها الرائد للتأمين الصحي في الريف، وهو «النظام الصحي التعاوني الجديد»، في عدد قليل من المقاطعات قبل أن تتوسع في تنفيذه على المستوى الوطني في عام ٢٠٠٣. ويوفر هذا البرنامج أساسا للتأمين الصحي الأساسي للمقيمين في المناطق الريفية، الذين كانوا يتحملون إلى حد كبير نفقات الرعاية الصحية.

وفي جنوب إفريقيا، شجعت الحكومة الفيدرالية تنفيذ المشروعات التجريبية للتأمين الصحي في ١١ مقاطعة من مجموع المقاطعات البالغ عددها ٥٤ مقاطعة في أنحاء البلاد، بهدف اعتماد برنامج وطني للتأمين الصحي ليكون مكملا للنظام العام الحالي للمرافق الصحية. ومع ذلك أثبتت المشروعات التجريبية نقص القدرات الفنية في هذه المقاطعات وعدم كفاية المساعدة الفنية المقدمة من الحكومة المركزية. ولم يتم الإعلان عن اتخاذ أي مبادرات كبيرة بشأن التأمين الصحي الوطني منذ تنفيذ تلك المشروعات التجريبية. ويوسع المانحين الدوليين أن يكون لهم دور في دعم التجربة على المستوى دون المركزي. فعلى سبيل المثال، قدم البنك الدولي و«جمعية التعاون الدولي» (GIZ)، وهي وكالة التنمية التابعة للحكومة الألمانية، دعما فنيا كبيرا لبرنامج التأمين الصحي الوطني في الهند (RSBY). ويقدم البنك الدولي قروضه لحكومات الولايات والأقاليم — حيث تراوحت في عام ٢٠٠٨ من ١٠٪ من مجموع قروضه القطرية في حالة المكسيك إلى أكثر من ٦٠٪ في حالة بلدان مثل الهند وباكستان (تقرير البنك الدولي، World Bank، 2009). لكن هذه العمليات تقتضي ضمانات سيادية، قد تؤدي أو لا تؤدي إلى تسهيل الابتكار في الكيانات دون المركزية التي يمكنها

# المخاطر التي تهدد الصحة العالمية في القرن الحادي والعشرين

العالم أصبح أفضل صحة اليوم لكن البشرية لا تزال تواجه مشكلات كبرى

**شهادات** الصحة العالمية تحسنا ملموسا في القرن الماضي. فقد تم القضاء على أشد الأمراض فتكا بالإنسان كالجدري وشلل الأطفال أو تم احتوائها. فهناك نسبة كبيرة من سكان العالم يحصلون حاليا على المياه النقية ومستوى أفضل من خدمات الصرف الصحي. والأدوية قادرة على شفاء أو تحسين حالات صحية كثيرة كانت تتسبب في إعاقة أصحابها أو تؤدي بحياتهم منذ بضعة عقود فقط. ومع ذلك، لا تزال صحة الإنسان تتعرض لأخطار جسيمة، وهو ما تبين من تفشي فيروس إيبولا مؤخرا.

## خطر الجوائح

أولغا جوناس

الجوائح بأنها أحد أهم ثلاثة مخاطر في العالم — بجانب تغير المناخ والأزمات المالية — فإن معظم المناقشات والتقارير والرسائل الرسمية لا تولي اهتماما بمخاطر الجوائح.

ونتيجة لذلك، لا تحقق الحكومات تقدما يذكر في سبيل الحد من المخاطر، رغم أن التدابير اللازمة معروفة وتكاليفها منخفضة — وتنطوي غالبا على تقوية نظامي الطب البيطري والصحة العامة لاكتشاف الفاشيات والسيطرة عليها. فالعدوى في نهاية الأمر لا تبدأ من فراغ. ففي البلدان النامية هناك عدد مذهل قدره ٢,٣ مليار من مسببات العدوى التي يحملها الحيوان وتؤثر على الإنسان سنويا. فأمراض الماشية التي لا تتم السيطرة عليها



**من** بين جميع صناعات السياسات الذين يشعرون بالقلق إزاء احتمال وقوع الجوائح، فقط المتفائلون هم الذين يعتقدون أن الجوائح العنيفة لا تحدث إلا مرة كل قرن من الزمان.

لكن قبل بداية وباء الإيبولا في ٢٠١٤ نادرا ما كان معظم الناس، بما فيهم صناعات السياسات، يفكرون بشأن الجوائح (انتشار الأوبئة في أنحاء العالم) — مما يفسر أسباب عدم إدارة مخاطر العدوى على النحو الملائم ووقوع أزمة الإيبولا بأي حال.

ولا يزال المجتمع العالمي يواجه أخطارا جسيمة من جراء الأمراض المعدية، حسبما يتضح من أزمة الإيبولا الجارية. فلا يزال وباء إيبولا محصورا إلى حد كبير في ثلاثة بلدان صغيرة في غرب إفريقيا، حيث بلغت الأضرار البشرية والاجتماعية والاقتصادية معدلات مرتفعة بالفعل. وإذا لم يتم احتواء الأزمة فسوف تتكرر الآثار الصحية والاقتصادية الضارة في البلدان النامية الأخرى وحتى على المستوى العالمي في حالة حدوث جائحة.

وتبدأ العدوى بغتة ثم تزداد سوءا نتيجة عدم إدراك السلطات والجمهور لمخاطر وانعكاسات انتشارها السريع. وحتى مع عدم انتشار فاشيات الأمراض حول العالم فإن تكلفتها قد تكون باهظة. وتحدث هذه الفاشيات بتواتر مخيف، فقد شهدت السنوات الأخيرة ظهور «المتلازمة التنفسية الحادة الخيمة» (سارس)، وفيروس إيبولا، إنفلونزا الطيور H5N1 و H7N9 — وها نحن الآن نواجه أزمة الإيبولا. وفي ظل السياسات الراهنة، فإن إحدى هذه الفيروسات، أو غيرها من العوامل الممرضة، ستسبب في وقوع جائحة.

ووفقا لما ذكره الاقتصادي «لورنس سامرز»، فإن درجة الوعي بمخاطر الجوائح منخفضة للغاية، وينبغي «أن يعرف كل طفل عن جائحة الأنفلونزا التي وقعت في عام ١٩١٨ وأودت بحياة ١٠٠ مليون نسمة من مجموع سكان العالم البالغ آنذاك ٢ مليار نسمة. وعلى الرغم مما ورد في تقرير صدر مؤخرا عن البنك الدولي ويعرّف

## حتى مع عدم انتشار فاشيات الأمراض حول العالم فإن تكلفتها قد تكون باهظة

والتعرض للعوامل الممرضة من الحياة البرية قد تؤدي إلى عدوى واسعة النطاق لأن نظم الطب البيطري والصحة العامة الضعيفة لا تستطيع أن توقف الفاشيات وتسمح لها بالانتشار. ومن ثم تشكل السياسات بداية انتقال العدوى. فالإهمال المزمن للصحة البيطرية والبشرية العامة هو اختيار كارثي على مستوى السياسات وهو أيضا الممارسة السائدة في معظم البلدان وبرامج المانحين.

والضرورة الاقتصادية في هذا الشأن ملحة. فالخوف — الذي قد ينتشر أسرع من المرض — يبدل سلوكيات المستهلكين ودوائر الأعمال والحكومات. ورغم سرعة احتواء فيروس السارس في عام



الخطر. ومن ثم فإن زيادة مبلغ الإنفاق إلى هذا المستوى له ما يبرره.

ولحسن الطالع لا تكلف الوسائل الدفاعية من العوامل الممرضة إلا جزءاً يسيراً من هذا المبلغ. فقد خلصت دراسة أجراها البنك الدولي (World Bank 2012) إلى أن إنفاق ٣,٤ مليار دولار سنوياً سيرفع معايير أداء نظم الطب البيطري والصحة البشرية العامة في جميع البلدان النامية إلى معايير الأداء التي حددتها منظمة الصحة العالمية والمنظمة العالمية لصحة الحيوان. وتشمل هذه المعايير القدرة على الاكتشاف المبكر للعدوى، والتشخيص السليم، وسرعة وفعالية السيطرة عليها. (لم تستوف أي من البلدان التي تعرضت لفاشية إيبولا في ٢٠١٤ لأي من هذه المعايير). وسوف تسيطر نظم الصحة العامة القوية على العوامل الممرضة التي قد تتسبب في وقوع الجوائح، والأمراض الأخرى الخطيرة على المستوى المحلي. وتتضح هشاشة دفاعاتنا من واقع التحركات لمواجهة فيروس إيبولا الطيور H5N1 و H1N1. فقد شهد التمويل قفزة حادة من عام ٢٠٠٦ إلى ٢٠٠٩، مدفوعاً بزيادة الوعي بالمخاطر، لكنه انخفض بعد ذلك بشدة عندما توقف صناع السياسات عن إبداء الاهتمام (انظر الرسم البياني). والتقلب في التمويل لا يرتبط بمستوى الخطر؛ فالخطر يزداد عندما تنخفض إمكانات الصحة العامة نتيجة لضوب التمويل المتاح بمجرد انتهاء الفاشية.

وتقتضي فعالية البنية الأساسية للدفاع توفير الدعم المطرد. وما لم تكن نظم الصحة العامة قوية في جميع أنحاء العالم، فإن التوقعات الأليمة تشير إلى أن وباء الإيبولا الذي لا يزال مستمراً في الانتشار لن يكون الأزمة الأخيرة، ولا الأسوأ، من جراء التأخر في اكتشاف فاشية أحد الأمراض والعجز في السيطرة عليها. ■

أولغا جوناس تعمل كمستشار اقتصادي في البنك الدولي.

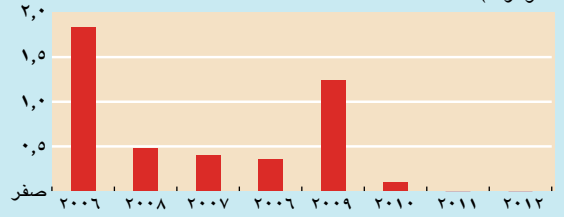
المراجع:

United Nations and World Bank, 2010, "Animal and Pandemic Influenza, a Framework for Sustaining Momentum" (New York and Washington).

World Bank, 2012, "People, Pathogens and our Planet: The Economics of One Health" (Washington).

## ارتفاع وانخفاض

ارتفعت معدلات التمويل للوقاية من الجوائح أثناء الخوف العام من فاشية الإنفلونزا في عام ٢٠٠٦ و ٢٠٠٩ وانخفضت عندما تراجع الوعي العام (المساعدة المقدمة للسيطرة على الأمراض في البلدان النامية، بمليارات الدولارات)



المصادر: تقرير United Nations and World Bank (2010)؛ وتقرير World Bank (2012).

ملحوظة: في البيئة عالية المخاطر ستبلغ التكلفة ٣,٤ مليار دولار سنوياً لرفع معايير أداء نظم الطب البيطري والصحة العامة في ١٣٩ بلداً نامياً إلى معايير السيطرة على الأمراض التي حددتها منظمة الصحة العالمية والمنظمة العالمية لصحة الحيوان.

٢٠٠٣، فقد بلغ تكلفته ٥٤ مليار دولار، وهو ثمن حفزته الصدمات التي تعرضت لها ثقة الأعمال والمستهلكين. وتسببت فاشية إيبولا في حدوث اضطرابات حادة للتجارة والإنتاج والرعاية الصحية في معظم البلدان المتضررة. وفي حالة الجائحة سوف تتدفق آثار مماثلة على المستوى العالمي، وتكون نتائجها، حسب وصف وزارة الدفاع الأمريكية، أشبه بوقوع «حرب عالمية».

فهبوط إجمالي الناتج المحلي العالمي بنسبة ٤,٨٪ هو نتيجة منطقية لجائحة إنفلونزا حادة، ويعادل ٣,٦ تريليون دولار (على أساس إجمالي الناتج المحلي العالمي في عام ٢٠١٣). وحتى إذا صدقت توقعات المتفائلين بأن احتمالات حدوث جائحة لا تتعدى نسبة ١٪ سنوياً، فإن المخاطر المحيطة بالاقتصاد العالمي تبلغ ٣٦ مليار دولار سنوياً على امتداد قرن من الزمن. وينفق العالم حالياً قرابة ٥٠٠ مليون دولار سنوياً للوقاية من الجوائح، لذا من المؤكد أن إنفاق ٣٦ مليار دولار سنوياً سيكون أكثر من كاف للقضاء على

## الخطر البيئي

إيان بيرري

سيما في منطقتي غرب المحيط الهادئ وجنوب شرق آسيا. وتتباين تكلفة الأضرار الصحية نتيجة تلوث الهواء الخارجي بدرجة كبيرة حسب كل بلد ونوع الوقود الأحفوري الذي يتم حرقه.

وعلى سبيل المثال، تشير تقديرات صندوق النقد الدولي (دراسة Parry and others, 2014) في عام ٢٠١٠، أن التكاليف الصحية لاستخدام الفحم في الصين، حيث ترتفع درجة تعرض السكان لتلوث الهواء مع ضعف السيطرة على الانبعاثات، بلغت ١١,٧٠ دولار لكل غيغاجول من الطاقة — أكثر من ضعف سعر الطاقة العالمي من الفحم. وفي المقابل نجد

أن الأضرار في أستراليا، حيث تقل كثافة السكان وتعرض أعداد أقل من السكان لانبعاثات الفحم، بلغت ٠,٨٠ دولار لكل غيغاجول. والفحم عموماً هو أكثر مسببات تلوث الهواء لكل وحدة طاقة، ويليه الديزل، بينما يتسبب الغاز الطبيعي والبنزين في أقل درجة من التلوث.

ومن المرجح أن تؤدي زيادة استخدام تكنولوجيات التحكم (كالتكنولوجيا المستخدمة في تنقية ثاني أكسيد الكبريت في



رغم أن هناك العديد من الأخطار البيئية التي تهدد الصحة البشرية — بما في ذلك تلوث المياه وانبعاثات المواد السامة من المصانع وأراضي دفن النفايات — فإن أكبر مصدرين للقلق هما تلوث الهواء والاحترار العالمي، وكلاهما يرجع غالباً لاحتراق الوقود الأحفوري.

ووفقاً لتقرير منظمة الصحة العالمية (WHO, 2014)، فإن تلوث الهواء الداخلي والخارجي مسؤولان عن وقوع ٧ ملايين حالة وفاة مبكرة سنوياً — أي ثمن حالات الوفيات حول العالم، ويسهم تلوث الهواء الخارجي بحد ذاته في وقوع ٢,٧ مليون حالة وفيات وتلوث الهواء الداخلي ٣,٣ مليون حالة وفيات، بينما تقع مليون حالة وفيات سنوياً نتيجة مزيج من تلوث الهواء الداخلي والخارجي. ويتسبب التلوث في الموت نتيجة استنشاق الناس جسيمات صغيرة جداً لدرجة أنها تخترق الرئة ومجرى الدم، مما يؤدي إلى تزايد انتشار أمراض القلب والشرابيين وأمراض الجهاز التنفسي. وتقع نسبة ٩٠٪ تقريباً من وفيات تلوث الهواء الخارجي في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل ذات الكثافة السكانية العالية، لا

البعوض في المناطق الاستوائية). وسوء التغذية (من انخفاض مستويات المعيشة). غير أنه يمكن التخفيف من حدة المخاطر المستقبلية من خلال تحسين الدخل ونظم الصرف الصحي والرعاية الصحية؛ وتطوير التكنولوجيا (مثل استئصال الملاريا)؛ وزيادة التكيف مع البيئة (مثل زيادة استخدام ناموسيات الأسرة للحماية من قرصات الحشرات).

### اتخاذ الإجراءات

يمكن لسياسات تخفيض استخدام الوقود الأحفوري أن تحقق منافع صحية كبيرة على المستوى الداخلي وهي ليست بحاجة للانتظار للتنسيق العالمي. وينبغي تحسين نتائج الصحة البيئية في سياق استراتيجية أوسع نطاقاً تشمل تسعير الكربون، والاستثمارات في التكنولوجيا النظيفة والتحويلات إلى الاقتصادات النامية، والحد من الدعم لمصادر الطاقة غير الخضراء. وهناك أهمية بالغة بصفة خاصة لدقة انعكاس التكاليف البيئية على أسعار الطاقة، الأمر الذي سيؤدي، على المستوى العالمي، إلى انخفاض قدره ٦٣٪ في الوفيات المتعلقة بتلوث الهواء الخارجي نتيجة احتراق الوقود الأحفوري، وانخفاض قدره ٢٣٪ في انبعاثات الكربون المتعلقة بالطاقة. وفي نفس الوقت، فإن الإجراءات الرامية إلى انعكاس التكاليف البيئية على أسعار الطاقة ستؤدي إلى تعبئة إيرادات جديدة بما يعادل ٢,٦٪ من إجمالي الناتج المحلي. (دراسة Parry and others, 2014).

إيان باري هو الخبير الرئيسي في سياسة المالية العامة البيئية في إدارة شؤون المالية العامة بصندوق النقد الدولي.

المراجع:

Nordhaus, William, 2013, The Climate Casino: Risk, Uncertainty, and Economics for a Warming World (New Haven, Connecticut: Yale University Press).

Parry, Ian, Dirk Heine, Eliza Lis, and Shanjun Li, 2014, Getting Energy Prices Right: From Principle to Practice (Washington: International Monetary Fund).

World Bank, 2014, World Development Report 2014: Risk and Opportunity (Washington).

World Health Organization (WHO), 2014, Public Health, Environmental and Social Determinants of Health (Geneva).

محطات الطاقة التي تعمل بحرق الفحم) إلى خفض معدلات الانبعاثات من إنتاج الطاقة، ومن ثم تخفيض المخاطر الصحية. غير أن هذه الفائدة تتراجع أمام تزايد الطلب على الطاقة في بلدان العالم النامية والنمو السكاني الحضري، مما يتسبب في زيادة تعرض السكان للتلوث.

وتتركز جميع حالات الوفيات تقريباً الناجمة عن تلوث الهواء الداخلي (من وقود الطهي والتدفئة) في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط. ويمكن تخفيض أعداد هذه الوفيات بتشجيع استخدام الوقود الأنظف (الفحم النباتي بدلاً من الحجري، مثلاً)، والتكنولوجيا المتطورة (المواقد المزودة بوسائل تهوية أفضل)، وتوفير الكهرباء لمزيد من الأسر.

ويمثل احتراق الوقود الأحفوري أيضاً السبب الرئيسي في ارتفاع تركيز غازات الاحتباس الحراري، مثل ثاني أكسيد الكربون، في

## هناك أهمية بالغة بصفة خاصة لدقة انعكاس التكاليف البيئية على أسعار الطاقة.

الغلاف الجوي. ورغم أن أهم سبب في التخفيف من آثار انبعاثات غازات الدفيئة هو درء المخاطر البالغة على كوكب الأرض — كالاختراق السريع، والارتفاعات الهائلة في منسوب البحار نتيجة ذوبان الطبقات الجليدية، وتحول مسار التيار الخليجي (دراسة Nordhaus, 2013) — فإن تغير المناخ يمكن أن يؤثر على صحة الإنسان على المستوى المحلي بطرق مختلفة.

وفقاً لتقرير البنك الدولي (World Bank, 2014)، على سبيل المثال، فإن الأحداث المرتبطة بالتغيرات في الأحوال الجوية كالفيضانات والجفاف ودرجات الحرارة الشديدة ظلت مستمرة في اتجاهها السعودي، وخاصة في آسيا ومنطقة الكاريبي، وهي من أهم أسباب الوفيات (من خلال المجاعات، على سبيل المثال) والخسائر الاقتصادية.

ومن المخاطر الصحية أيضاً الإصابة بلفحات الحرارة البالغة، وانتشار الأمراض المعدية، وتدني مستويات الأمن الغذائي والمائي، وتفاقم تلوث الهواء. ومن أهم ما يثير القلق الأخطار الصحية الناجمة عن زيادة انتشار حالات الإسهال (التي تصيب السكان الذين يعانون من ضعف نظم الصرف الصحي)، والملاريا (من هجرة



## الأمراض غير السارية والاضطرابات العقلية

دان شيشولم ونيك بناتفالا

العقلية والسلوكية. ومع ذلك فإن المشكلات الصحية المصاحبة لها يمكن الوقاية منها أو التخفيف من حدتها. وتنشأ الأعباء المتزايدة للأمراض غير السارية ومشكلات الصحة العقلية لعدة أسباب، بما في ذلك شيخوخة السكان، والتحضر السريع وغير المخطط له، واختيارات أسلوب الحياة كاستهلاك الطعام غير الصحي (مما يرجع جزئياً لأساليب التسويق غير المسؤولة وانخفاض الوعي بالمخاطر). ويعاني كثير من الناس من مثل هذه الأمراض نتيجة استخدام التبغ واستهلاك الأطعمة ذات المحتوى العالي من الملح والدهون والسكر. ووفي المناطق الحضرية تتمثل العوامل المساهمة في الإصابة بهذه الأمراض في تغيرات النظام الغذائي والنشاط البدني، والتعرض لتلوث الهواء، وتوافر المشروبات

العقلية والأمراض غير السارية الأخرى **الاضطرابات** — وأهمها الأمراض القلبية الوعائية، والسكري، والسرطان، وأمراض الجهاز التنفسي المزمنة — تحصد العديد من الأرواح قبل الأوان، وتتسبب في اعتلال الصحة بدرجة هائلة، كما تهدد التنمية البشرية والاقتصادية بالخطر. ففي عام ٢٠١١، توفي قرابة ١٥ مليوناً من سكان العالم في سن مبكرة (قبل بلوغ ٧٠ عاماً من العمر) من جراء الإصابة بهذه الأمراض، منهم ٨٥٪ في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط. وبالإضافة إلى ذلك فإن ٨٠٪ من السنوات التي يعيشها الناس وهم يعانون من الإعاقة هي من نتائج الأمراض غير السارية، وخاصة الأمراض

وبالنسبة للصحة العقلية فإن الاستثمارات الحالية ضئيلة بصفة خاصة؛ فالعديد من البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط تخصص أقل من ٢٪ من موازنة الصحة لعلاج الاضطرابات العقلية والوقاية منها. ولذلك هناك أعداد هائلة من المرضى لا يتم علاجهم من الاضطرابات العقلية — سواء الحادة أو الشائعة. وتشمل الجهود الصحية المجدية وذات التكلفة المعقولة ومردودية التكلفة، وضع استراتيجيات للحد من استهلاك التبغ والكحوليات وتشجيع الاختيارات السليمة في أسلوب الحياة، واتخاذ تدابير للحد من تناول الملح في الطعام، ومعالجة الاضطرابات العقلية الشائعة في مراكز الرعاية الأولية، وإدارة شؤون المواطنين المعرضين

## الأولويات تتركز غالباً ضد الاختيارات السليمة في أسلوب الحياة.

لمخاطر الإصابة بالنوبات القلبية والجلطات الدماغية. ومن شأن هذه الجهود مجتمعة أن تؤدي إلى الحد من معدلات الوفاة المبكرة من الأمراض غير السارية بنسبة ٢٥٪ على الأقل بتكلفة سنوية لا تتعدى بضعة دولارات للفرد. ومثل هذه الجهود تستدعي التزاماً سياسياً، وشراكة قوية متعددة القطاعات، وإعادة هيكلة نظم الرعاية الصحية وتوجيهها نحو الوقاية من الأمراض المزمنة (بدلاً من الحادة) والتحكم فيها. ■

دان شيشولم هو مستشار النظم الصحية ونيك بناتفالا هو مستشار أول وكلاهما في مجموعة الأمراض غير السارية والصحة العقلية في منظمة الصحة العالمية. ولا تمثل وجهات نظر المؤلفين بالضرورة قرارات منظمة الصحة العالمية أو سياساتها أو وجهات نظرها.

المراجع:

Alzheimer's Disease International (ADI), 2010, World Alzheimer Report 2010: The Global Economic Impact of Dementia (London).

Bloom, David E., and others, 2011, "The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases" (Geneva: World Economic Forum).

World Economic Forum (WEF), 2008, Working towards Wellness: The Business Rationale (Geneva).

World Economic Forum (WEF), 2011, "From Burden to 'Best Buys': Reducing the Economic Impact of Non-Communicable Diseases in Low- and Middle-Income Countries (Geneva).

الكحولية وتناولها على نطاق واسع. ومع هيمنة مثل هذه القوى على المجتمعات، تعمل بضع حكومات، ناهيك عن الأفراد، على مواكبة الحاجة لاتخاذ تدابير وقائية، مثل قوانين منع التدخين؛ والقواعد التنظيمية لتشجيع الامتناع عن استهلاك الدهون السيئة والملح والسكر؛ والسياسات التي تهدف إلى الحد من سوء استخدام الكحوليات؛ والتخطيط الحضري على نحو أفضل لتشجيع النشاط البدني. والأمر ببساطة أن الأولويات تتركز غالباً ضد الاختيارات السليمة في أسلوب الحياة.

وتؤدي الأمراض غير السارية والاضطرابات العقلية إلى زيادة معدلات الفقر بين الأفراد والأسر، وإعاقة التنمية الاجتماعية والاقتصادية. فهناك حوالي ١٠٠ مليون شخص يقعون تحت وطأة الفقر سنوياً نتيجة دفع تكاليف الخدمات الصحية التي يحتاجون إليها. وفي البلدان منخفضة الموارد، قد يؤدي العلاج من الأمراض إلى استنزاف موارد الأسرة سريعاً.

وتصاب دوائر الأعمال أيضاً بالضرر، من خلال تناقص عرض العمالة والإنتاجية. وتشير التقديرات الواردة في تحليل «المنتدى الاقتصادي العالمي» في عام ٢٠٠٨، إلى أن البرازيل والصين والهند وجنوب إفريقيا وروسيا — وهي أكبر اقتصادات الأسواق الصاعدة — خسرت أكثر من ٢٠ مليون سنة عمر إنتاجي نتيجة الأمراض القلبية الوعائية وحدها في عام ٢٠٠٠، ومن المتوقع ارتفاع هذا الرقم بأكثر من ٥٠٪ بحلول عام ٢٠٣٠. وإذا لم يطرأ أي تغيير على جهود الوقاية، فإن الخسائر الاقتصادية العالمية على أساس تراكمي من جراء الأمراض غير السارية والاضطرابات العقلية قد تصل إلى ٤٧ تريليون دولار على مدار العقدين القادمين. وسوف يتسبب هذا الارتفاع السريع في زيادة فداحة الضرر الذي يلحق باقتصادات الأسواق الصاعدة في سياق نموها (دراسة Bloom "and others, 2011"). وتشير التقديرات الواردة في إحدى الدراسات المستقلة إلى أن تكلفة الخرف على مستوى العالم — والمتنظر أيضاً أن تسجل زيادة سريعة — بلغت ٦٠٤ مليار دولار في عام ٢٠١٠ (دراسة "ADI, 2010").

وتقترب الوقاية من هذه الأمراض وتوفير الرعاية للمصابين بها بتكلفة كبيرة، لكنها في نفس الوقت تكلفة محدودة نسبياً مقارنة بالتكاليف المتوقعة لعدم اتخاذ أي إجراءات. فمتوسط التكلفة السنوية مثلاً لتنفيذ الخطط الأعلى مردودية للتكلفة للوقاية والحد من الأمراض القلبية الوعائية في جميع الاقتصادات النامية تقدر بنحو ٨ مليارات دولار سنوياً. غير أن العائد المتوقع لمثل هذا الاستثمار — أي انخفاض قدره ١٠٪ في معدل الوفيات من أمراض الوريد القلبي التاجي والجلطات الدماغية — سيخفض من حجم الخسائر الاقتصادية في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط بنحو ٢٥ مليار دولار سنوياً (دراسة "WEF, 2011").

## مقاومة المضادات الحيوية

رامانان لاکسميناريان



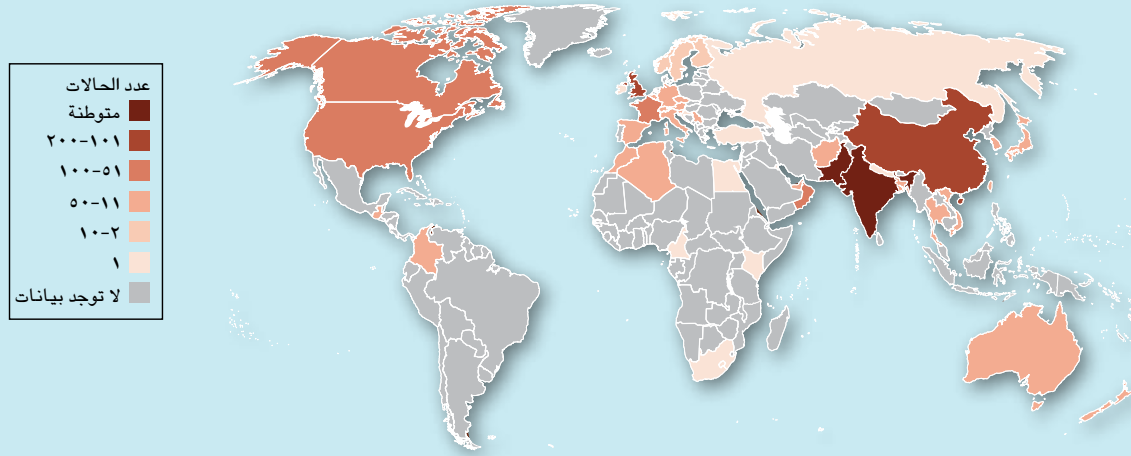
الشريحة الأعلى من فئة الدخل المتوسط، وخاصة في المستشفيات، وتواصل تكاليف العلاج ارتفاعها نتيجة مقاومة المضادات الحيوية.

ولا تزال أعداد الوفيات الناجمة عن ضعف فرص الحصول على المضادات الحيوية أكبر من الوفيات نتيجة مقاومة البكتيريا له، لكن المضادات الحيوية ليست بديلاً لسياسة الصحة العامة السليمة ولا التحصينات ولا المياه النظيفة والصرف الصحي الملائم. وتتجاوز معدلات الوفيات من الأمراض المعدية في البلدان منخفضة الدخل وبلدان الشريحة الأدنى من فئة الدخل المتوسط بدرجة كبيرة في الوقت الحالي المعدلات المسجلة في البلدان مرتفعة الدخل قبل ظهور المضادات الحيوية في عام ١٩٤١.

**المضادات** الحيوية كانت وراء التحول الذي طرأ في ممارسة الطب. غير أن الزيادة الحادة في استخدامها أدت إلى زيادة السلالات المقاومة للأدوية من البكتيريا المسببة للأمراض وانخفاض فعالية المضادات الحيوية عالمياً. وقد أدى ارتفاع الدخل في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط إلى توليد طلب هائل على المضادات الحيوية، لكن ارتفاع مستويات الإصابة بالعدوى واستخدامات المضادات الحيوية دون سيطرة في هذه البلدان يترتب عليه فشل علاج المرضى غير القادرين على تحمل التكلفة المرتفعة لأدوية الخط الثاني عندما لا تحقق المضادات الحيوية مفعولها. ولا يزال مستوى استخدام المضادات الحيوية مرتفعاً في البلدان ذات الدخل المرتفع وبلدان

## انتشار سريع

ظهرت حالات عناصر إنزيم "نيو دلهي ميتالو بيتا لاكتاميز" الوراثية، التي تجعل البكتريا مقاومة للمضادات الحيوية، لأول مرة في عام ٢٠٠٨ في الهند وباكستان، وتظهر حاليا في شتى أنحاء العالم.



المصدر: حسابات المؤلف.

والأخطر من ذلك هو الأثر الواقع على نظام الرعاية الصحية. فالعديد من العمليات الجراحية، مثل عمليات زراعة الأعضاء وعمليات تحويل المسار، تستلزم استخدام المضادات الحيوية لضمان عدم إصابة المريض بالعدوى والتلوث. وقبل ظهور المضادات الحيوية، كانت العمليات الجراحية حتى البسيط منها مثل استئصال الزائدة الدودية تؤدي إلى كثير من حالات الوفاة، ولم يكن السبب في ذلك الجراحة في حد ذاتها بل لأنه لم يكن بالإمكان التحكم في تلوث مجرى الدم. وتشكل مقاومة المضادات الحيوية حاليا مصدر خطر في علاج السرطان، وعمليات زراعة الأعضاء، وحتى عمليات معالجة أقنية جذور الأسنان.

ويقتضي الحفاظ على فعالية المضادات الحيوية على المدى الطويل تحقيق التوازن بين المحافظة على فعالية المضادات الحيوية الحالية والابتكار في تطوير الدواء.

وتتحقق المحافظة على الفعالية بخفض الحاجة للمضادات الحيوية (من خلال التلقيح والسيطرة على العدوى) واستخداماتها غير الضرورية (من خلال تشخيص الأمراض، وتقديم الحوافز للمتخصصين في العيادات لتقليل الوصفات الطبية بالمضادات الحيوية، وتقيد الحصول على المضادات الحيوية القوية، والتوعية العامة). فالقواعد التي تحكم العلاقة بين الطبيب والمريض إلى جانب توقعات المرضى هي عوامل تتسبب في الاستخدام غير الضروري للمضادات الحيوية. ونظرا لعدم فرض أي عقوبات على الأطباء لكتابة الوصفات الطبية بالمضادات الحيوية وعدم تعويضهم عن الوقت الذي يستغرقه شرح أسباب عدم جدواها، فلا تزال معدلات كتابة هذه الوصفات مرتفعة.

وقد تم مؤخرا تطوير مضادات حيوية جديدة لكن تكلفتها تسويق أي دواء جديد مرتفعة للغاية. وتراجع حاليا وتيرة اكتشاف مكونات المضادات الحيوية الجديدة. فقد اكتشفت أربع عشرة فئة من مجموع فئات المضادات الحيوية السبع عشرة المستخدمة اليوم قبل عام ١٩٧٠. ومعظم الابتكارات حاليا تنطوي على إعادة صياغة المكونات الحالية وليس اكتشاف آليات جديدة.

وهناك ما يبهر في الوقت الحالي الاستثمار العام في المضادات الحيوية لأن نقص الأدوية الفعالة يمكن أن يخلق حالات طوارئ في الصحة العامة. فعلى سبيل المثال تزداد ضراوة العدوى البكتيرية الثانوية أثناء جوائح الإنفلونزا. وتشجع الولايات المتحدة وأوروبا حاليا جهود تطوير الأدوية الجديدة. لكن ما لم يتم ربط حوافز تطوير الأدوية بإجراءات الوقاية، فقد تتسبب هذه المبادرات ببساطة في تأجيل حل مشكلة ستكون لها آثار بالغة على المجتمعات. ■

رامانان لاکسميناريان هو مدير مركز ديناميكية الأمراض والاقتصاد والسياسة وهو باحث علمي أول في جامعة برينستون الأمريكية.

وتستخدم معظم المضادات الحيوية، على مستوى العالم، في مجال الزراعة - حيث تضاف بكميات قليلة لعلف الحيوانات لتنشيط نموها ووقايتها من المرض. وعلى غرار ما يحدث في المستشفيات، أصبحت المضادات الحيوية بديلا أقل تكلفة للنظافة الجيدة والسيطرة على العدوى، التي تقي من الأمراض في المقام الأول. ويحظر استخدام المضادات الحيوية لتنشيط نمو الحيوانات

## هناك عوامل محلية تحفز المقاومة لكن عواقبها وخيمة على المستوى العالمي

في الاتحاد الأوروبي، حيث تبين الأدلة أن معظم وظائف الحيوانات يمكنها الاستغناء عنها. لكن حالات الحظر تواجه معارضة في الولايات المتحدة وغيرها من البلدان.

وتتسارع حاليا وتيرة المقاومة للمضادات الحيوية - وهي ظاهرة طبيعية - لأنه لا يوجد حافز للمرضى أو الأطباء أو المستشفيات أو شركات التأمين أو شركات الأدوية للحد من استخدام المضادات الحيوية. وبينما تدفع شركات التأمين الصحي أطراف ثالثة تكاليف الأدوية التي يتحملها المرضى، فإن تكاليف التحكم في العدوى لا يتم في العادة تعويضها. ومثل تغير المناخ، هناك عوامل محلية تحفز المقاومة لكن عواقبها وخيمة على المستوى العالمي، وهو ما يتضح من مثالين: مرض السيلان المقاوم للمضادات الحيوية الذي ظهر في فييت نام في عام ١٩٦٧، ثم انتشر إلى الفلبين وأخيرا إلى الولايات المتحدة، حيث بلغت نسبة مقاومة المرض للينسلين ١٠٠٪ في أقل من عشر سنوات. وقد ظهرت لأول مرة حالات عناصر إنزيم "نيو دلهي ميتالو بيتا لاكتاميز" الوراثية، التي تجعل البكتريا مقاومة للمضادات الحيوية، في عام ٢٠٠٨ في الهند وباكستان، وتظهر حاليا في شتى أنحاء العالم (انظر الخريطة).

ورغم أن هناك قصورا في قياس العبء العالمي لمقاومة المضادات الحيوية فإنه على الأرجح يتركز في ثلاث فئات، هي تكاليف حالات العدوى والتلوث المقاوم للمضادات الحيوية، وتكاليف المضادات الحيوية، وعدم القدرة على إجراء العمليات التي تعتمد على المضادات الحيوية لمنع العدوى والتلوث. فالمرضى المصابون بسلالات البكتريا المقاومة للمضادات الحيوية يحتاجون في العادة إلى البقاء لفترات أطول في المستشفيات وتحمل تكاليف علاجية أعلى.



# تكلفة التقدم

## أسعار الأدوية الجديدة تهدد الإصلاح الصحي في كولومبيا

أليخاندرو غاغيريا



### في

غضون سنوات تزيد قليلا على عقدين، حققت كولومبيا خطوات كبيرة صوب توفير الرعاية الصحية للجميع. وهي تغطي الآن نحو ٩٧٪ من مواطنيها بنفس حزمة المنافع، وتضمن استفادة الشرائح الأكثر فقرا من السكان من التكنولوجيات الجديدة، وخفضت المصروفات التي يتحملها المواطن من ماله الخاص بدرجة تزيد على أي بلد نام آخر (دراسة Fan and Savedoff, 2014). إلا أن الأدوية الجديدة ومرتفعة الثمن وضعت ضغوطا كبيرة على ذلك التقدم.

ففي عام ١٩٩٣، اضطلت كولومبيا بإصلاح لنظام الرعاية الصحية لديها لضمان توفير الحماية المالية لجميع السكان وكفالة حصولهم بالتساوي على خدمات الرعاية الصحية. وزاد الإصلاح بدرجة كبيرة من مقدار المال العام الموجه للرعاية الصحية وحشد موارد القطاع الخاص، وهو ما أدى إلى انتعاش المستشفيات وشركات التأمين الخاصة. وأدى تزايد مشاركة القطاع الخاص إلى إحداث تغييرات إيجابية، مما زاد الكفاءة وساعد على الأقل لبعض الوقت في احتواء التكاليف.

وكان الإصلاح ناجحا من وجوه كثيرة. ففي عام ١٩٩٣، كانت نسبة الكولومبيين من شريحة الخمس الأفقر من السكان الذين أفادوا أن خدمات الرعاية الصحية لم تكن متاحة لهم في حالة الأمراض الخطيرة تبلغ ٣٠٪. وبعد ٢٠ عاما من ذلك، تراجع هذه النسبة إلى ٣٪. واليوم يحصل أكثر من ٢٠ مليون شخص، أي نصف عدد السكان، على تأمين صحي تدعمه الدولة بالكامل. ويحصل كثير من فقراء المناطق الحضرية على نفس الرعاية التي يحصل عليها ذوو الامتيازات الأكبر.

إلا أن هذا النجاح هش. فكثير من التغييرات الإيجابية أصبحت مهددة بسبب الضغوط التكنولوجية. ففي النصف الثاني من العقد الأخير، بدأ سداد ثمن الأدوية الجديدة غير المدرجة في حزمة المنافع التي تغطيها شركات التأمين من الأموال العامة. وسرعان ما فطنت الشركات الصيدلانية ومقدمو الخدمات والأطباء أن الدولة على استعداد لدفع جميع التكاليف تقريبا (بأي سعر تقريبا). وزادت مدفوعات الأدوية الجديدة وتزايدت

المشكلات المالية. ونمت الديون مع مقدمي الخدمات بسرعة. وتدهورت ثقة الجمهور في النظام.

والأسوأ من ذلك أن هذه التطورات انقصت من جانب المساواة في الإصلاحات. ففي عام ٢٠٠٠، صنفت منظمة الصحة العالمية نظام الرعاية الصحية الكولومبي في الترتيب الأول من حيث "عدالة المساهمة المالية". ففي كولومبيا يساهم الأفراد في النظام، كل حسب دخله - وتغطي الدولة الأقساط للفقراء بالكامل - ويحصل الجميع على نفس حزمة المنافع. ومن المؤسف أن الضغوط التكنولوجية عكست جزءا من هذه "العدالة".

وتبيّن أن سداد فاتورة التكنولوجيات غير المدرجة في حزمة المنافع له أثر انحداري إلى حد ما. ويوضح الرسم البياني توزيع المدفوعات حسب الشرائح الخمسية للدخل. وخصص أقل من ١٪ من مجموع المدفوعات إلى أشخاص في الشريحة الخمسية الدنيا (أدنى ٢٠٪). بينما خصص ٤٠٪ منه إلى أشخاص في الشريحة الخمسية العليا (أعلى ٢٠٪) - الذين يملكون معلومات أفضل وقدرة أكبر على الذهاب إلى أطباء مختصين، مقارنة بالأشخاص الأفقر. ومن حيث النظرية، لم تتغير الإتاحة للجميع، ولكن من حيث التطبيق ليس الأمر كذلك. ومن الصعب تصور استخدام المال العام بأثر انحداري أكبر.

وتبلغ نفقات الرعاية الصحية للشخص في كولومبيا خمسها في أي من البلدان المتقدمة العادية. إلا أن إدراج تكنولوجيات جديدة ضروري للحفاظ على شرعية النظام، مما يجعل استمراريته إشكالية. وتواجه كولومبيا حاليا صعوبات في سداد تكاليف الأدوية الجديدة مرتفعة الثمن. ووافق البرلمان الكولومبي على قانون يسمح باستبعاد المدفوعات للتكنولوجيات غير الفعالة. وأنشأت الحكومة هيئة لتقييم جميع التكنولوجيات الجديدة. واعتمدت لائحة أسعار، وأعدت سياسة للتعامل مع صيغ مماثلة من الأدوية البيولوجية (المصنعة من بروتينات كائنات حية وليست المركبة كيميائيا). وعارضت الصناعة الصيدلانية التي استفادت كثيرا من عدم خضوع البيئة للتنظيم، بعضا من هذه السياسات.

وهناك ثلاثة عناصر في قصة الرعاية الصحية في كولومبيا، هي:

- حدوث إصلاح تدريجي في الرعاية الصحية حقق تقدما اجتماعيا كبيرا في وقت قصير.

- ظهور ضغوط تكنولوجية، مصدرها الرئيسي الأدوية الجديدة مرتفعة الثمن، هددت استمرارية الإصلاحات وتقدمها المتدرج.

- إنشاء مؤسسات بهدف دمج التكنولوجيات الجديدة بطريقة منظمة وقانونية بسرعة على الرغم من وجود مقاومة.

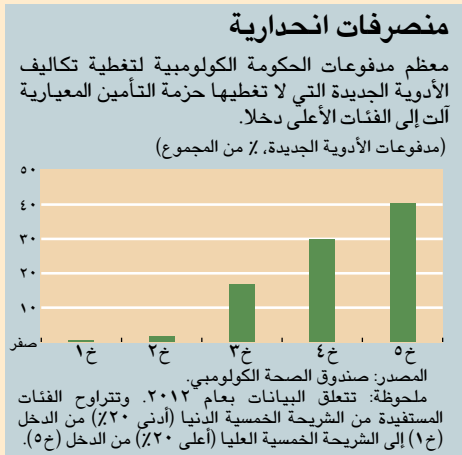
وتقدم تجربة كولومبيا في إخضاع أسعار الأدوية للتنظيم، والسماح بالتنافس في مجال تصنيع أدوية بيولوجية بدون علامات تجارية، وتقييم التكنولوجيات، دروسا مهمة للبلدان النامية التي يتعين عليها

التجاوب في آن واحد مع التحديات الماثلة في مجال الرعاية الصحية ومع الضغوط التكنولوجية. ■

أليخاندرو غاغيريا هو وزير الصحة في كولومبيا.

المراجع:

Fan, Victoria, and William D. Savedoff, 2014, "The Health Financing Transition: A Conceptual Framework and Empirical Evidence," Social Science and Medicine, Vol. 105 (March), pp. 112-21.



# فاتورة الصحة

## التباطؤ الأخير في نمو الإنفاق على الصحة العامة في الاقتصادات المتقدمة لا يرجح أن يدوم

بنديكت كليمنس، وسانجيف غوبتا، وباوبينغ شانغ اقتصادي

يمثل

احتواء نمو الإنفاق العام على الصحة واحدة من أهم قضايا المالية العامة التي تواجهها الاقتصادات المتقدمة. وقد نما هذا الإنفاق بصورة كبيرة على مدى العقود الثلاثة الماضية (دراسة (Clements, Coady, and Gupta, 2012) ويمثل نحو نصف الزيادة في الإنفاق الحكومي بدون فوائد على مدى هذه السنوات.

وخلال نفس الفترة، ارتفع أيضاً الإنفاق الخاص على الصحة - الذي يمثل في المتوسط نحو ربع النفقات الكلية على الصحة في الاقتصادات المتقدمة. وفي حين تزامنت زيادة الإنفاق مع حدوث تحسن هائل في الصحة، فقد وضع أيضاً ضغوطاً كبيرة على الميزانيات، وخصوصاً في الوقت الحالي، حين بلغ مجموع الدين العام كنسبة مئوية من إجمالي الناتج المحلي مستويات غير مسبوقه في الاقتصادات المتقدمة.

ومنذ عام ٢٠١٠، تباطأ نمو الإنفاق العام على الرعاية الصحية، ومن الضروري فهم ما يعنيه ذلك. وهل سيستمر هذا التباطؤ وهل الإنفاق على الصحة تحت السيطرة؟ في الماضي، كانت فترات النمو البطيء تتبع في الغالب بفترات تتسارع فيها وتيرة النمو (راجع الرسم البياني ١). فهل سيكون تباطؤ النشاط الاقتصادي الحالي مختلفاً؟ تنطوي الإجابات على هذه الأسئلة على انعكاسات مهمة على الآفاق الاقتصادية طويلة الأجل للاقتصادات المتقدمة. فتزايد الإنفاق على الرعاية الصحية في تلك الاقتصادات يمكن أن يرغم الحكومات إما على خفض الإنفاق في المجالات الأخرى ذات الأولوية (كالتعليم والبنية التحتية) أو إبطاء تقدمها في خفض الدين العام - ويمكن أن يكون لكلا الخيارين أثر على آفاق النمو في هذه الاقتصادات.

### تباطؤات متزامنة

حدث تباطؤ النمو في الإنفاق العام على الصحة، الذي بدأ في عام ٢٠١٠، في جميع الاقتصادات المتقدمة تقريباً. ويشمل الإنفاق العام على الصحة مصروفات الخدمات المقدمة في المستشفيات الخاصة والمرافق الصحية الحكومية، ومصروفات التأمين العام على الصحة الذي يسد فاتورة العلاج في المستشفيات الخاصة وللأطباء والممرضات والممرضين من القطاع الخاص. وفي المتوسط، انخفض الإنفاق على الصحة العامة في هذه الاقتصادات من ٧,٤٪ من إجمالي الناتج المحلي في عام ٢٠٠٩ إلى ٧,١٪ من إجمالي الناتج المحلي في عام ٢٠١١. وفي عام ٢٠١٢، وهو آخر عام تتوافر فيه بيانات قابلة للمقارنة بين البلدان، ارتفع متوسط الإنفاق العام على الصحة بصورة طفيفة كحصة في إجمالي الناتج المحلي. ونفس الشيء حدث بالنسبة لنمو الإنفاق العام على الصحة، المعدل لمراعاة التضخم، حيث انخفض من ٤,٥٪ في عام ٢٠٠٩ إلى نحو صفر في عام ٢٠١٠. وفي حين شهد نمو الإنفاق الحقيقي ارتداداً إيجابية في عامي ٢٠١١ و ٢٠١٢ فقد ظل دون متوسطه التاريخي بكثير.

وكان تباطؤ الإنفاق أكبر في البلدان التي تضررت بشدة من الأزمة المالية العالمية وشهدت تراجعاً حاداً في الناتج - اليونان وأيسلندا وأيرلندا والبرتغال وإسبانيا. أما في البلدان التي تضررت بدرجة أقل من الأزمة - مثل ألمانيا وإسرائيل واليابان - فقد تباطأ النمو قليلاً أو لم يتباطأ على الإطلاق (راجع الرسم البياني ٢). ومس هذا التباطؤ جميع

فئات الإنفاق على الرعاية الصحية تقريباً: مرضى العيادات الداخلية والخارجية والصناعات الدوائية والطب الوقائي والصحة العامة (Morgan and Astolfi, 2013).

ويشير تباطؤ النمو في جميع أنواع الإنفاق في جميع الاقتصادات المتقدمة تقريباً - وفي نفس الوقت تقريباً - إلى أنه يعزى إلى عامل مشترك. ويبدو أن هذا العنصر المشترك هو الأزمة المالية العالمية، التي أثرت على النشاط الاقتصادي وعلى قدرة الحكومات على تمويل النمو المستمر في الإنفاق على الرعاية الصحية.

وسواء كان هذا التباطؤ سيستمر أم لا فتلك مسألة تعتمد على كيفية تغير العوامل الأساسية الدافعة للإنفاق في المستقبل. وهناك خمسة عوامل دفع.

شيخوخة السكان: تتزايد احتياجات الأشخاص من الرعاية الصحية غالباً مع تقدم العمر. ويتوقع أن يرتفع متوسط عمر السكان في الاقتصادات المتقدمة على مدى العشرين سنة القادمة نتيجة للزيادات المستمرة في متوسط العمر المتوقع ويرجح أن يسهم ذلك في استمرار الزيادات في الإنفاق على الرعاية الصحية.

نمو الدخل: يرتبط نمو الدخل غالباً بتزايد الطلب على خدمات صحية أكثر وأفضل. إلا أن القيمة الدقيقة لمرونة الدخل (أي تغير الطلب على الخدمات الصحية استجابة لتغير الدخل) موضوع نقاش ساخن ويتسم بعدم اليقين. وتشير دراسات أجريت مؤخراً إلى أن مرونة الطلب إلى الدخل بالنسبة للرعاية الصحية أقل من أو في حدود ١,٠ (Maisonneuve and Martins, 2013).

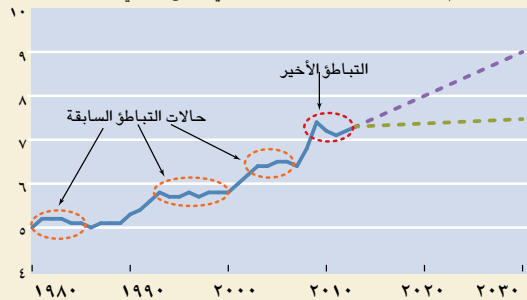
التقدم التكنولوجي: تمثل التحسينات في التكنولوجيات الطبية أهم العوامل المحددة للإنفاق على الرعاية الصحية. فقد أدى التطوير المستمر

الرسم البياني ١

### المستقبل موضع شك

هل سيستمر التباطؤ الحالي في زيادات الإنفاق على الرعاية الصحية (الخط الأخضر المتقطع) أم كما حدث سابقاً ستتبعه زيادة جديدة (الخط البنفسجي المتقطع)؟

(الإنفاق العام على الرعاية الصحية، ٪ من إجمالي الناتج المحلي)



المصادر: منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، قاعدة بيانات الإحصاءات الصحية لعام ٢٠١٤؛ وتقديرات المؤلفين. ملحوظة: الأماكن المحاطة بدائرة تمثل فترات التباطؤ في زيادات الإنفاق على الرعاية الصحية في الاقتصادات المتقدمة.





طبيب أطفال يفحص طفلا في لوسان، سويسرا.

السياسات والمؤسسات الصحية: يمكن أن تؤثر السياسات والمؤسسات المعنية بالرعاية الصحية على الإنفاق من خلال آثارها على كل من العرض والطلب. ففي جانب الطلب، تحدد السياسة تغطية حزم المنافع العامة أو درجة تقاسم التكاليف مع المرضى (على سبيل المثال، المدفوعات المشتركة عن زيارات الأطباء أو الأدوية الموصوفة). وفي جانب العرض، تؤثر السياسة على الإنفاق بصورة مباشرة (مثلا، بالنسبة لعيادات الصحة العامة) أو بصورة غير مباشرة من خلال المدفوعات التي تؤدي للمستشفيات الخاصة أو أطباء القطاع الخاص والممولة من نظم التأمين الصحي العام (مثل نظام ميديكير في الولايات المتحدة الأمريكية).

ولا يوجد دليل على أن شيخوخة السكان، أو التقدم التكنولوجي، أو أثر بومول قد تغير بصورة كبيرة في السنوات الأخيرة. ولا يرجح أن تفسر هذه العوامل التباطؤ المفاجئ الذي شوهد في الإنفاق العام على الصحة منذ عام ٢٠١٠. وهذا التباطؤ يمكن أن يفسره ببطء نمو الدخل، نتيجة للأزمة الاقتصادية الأخيرة - أو التغيرات في السياسات والمؤسسات المعنية بالرعاية الصحية. إلا أنه من المهم التمييز بين الإصلاحات الهيكلية التي تهدف إلى تحسين عمل وكفاءة نظام الرعاية الصحية والتدابير التي تدخل في باب الاستجابات المؤقتة (ولكن غير القابلة للاستمرار) لأوضاع الاقتصاد الكلي والمالية العامة. ويرجح أن يكون للتغيرات الهيكلية أثر دائم على نمو الإنفاق العام على الصحة، بينما يرجح أن تتضاءل آثار التدابير المؤقتة مع تحسن أوضاع الاقتصاد الكلي والمالية العامة.

## وفورات فورية

إضافة إلى بطء نمو الدخل، يعزى تراجع الإنفاق أثناء تباطؤ النمو الأخير إلى السياسات التي تحد من مستوى الإنفاق في الأجل القصير استجابة لتشديد أوضاع الاقتصاد الكلي والمالية العامة. ومن ثم، لا يرجح أن تؤثر هذه السياسات على نمو الإنفاق على الرعاية الصحية في الأجل الطويل. وقد تركزت التدابير التي بدأ تطبيقها في كثير من البلدان بصفة أساسية على توليد وفورات فورية بدلا من تحسين كفاءة وجودة الإنفاق على الصحة. وقد ركزت التدابير على إجراء تخفيضات شاملة في ميزانيات الصحة الوطنية في اليونان وأيرلندا وإيطاليا والبرتغال وإسبانيا؛ وتخفيضات في أسعار المستحضرات الصيدلانية وغيرها من السلع الطبية في النمسا وبلجيكا واليونان وأيرلندا وهولندا والبرتغال وإسبانيا؛ وتخفيض المدفوعات لمقدمي الخدمات الصحية في الجمهورية التشيكية وإستونيا وأيرلندا وإسبانيا؛ وتخفيض الأجر

للإجراءات والأدوية الجديدة إلى زيادة هائلة في الوقاية من مشكلات صحية وفي علاجها، ولكنه نظرا لارتفاع تكلفة التكنولوجيا أسهم أيضا في سرعة نمو الإنفاق.

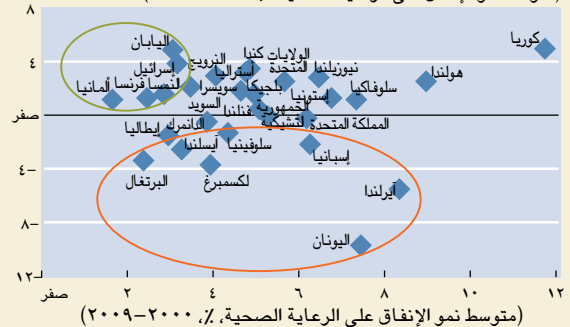
أثر بومول: يشير هذا الأثر، المسمى باسم منشئه، الاقتصادي ويليام ج. بومول، إلى الزيادة الكبيرة نسبيا في تكاليف وحدة العمل في القطاعات التي يصعب فيها تحقيق مكاسب في الإنتاجية، بما في ذلك في الخدمات المقدمة من الحكومة. وفي قطاع الصناعات التحويلية، يمكن تحسين الإنتاجية بتنفيذ عمليات جديدة تخفض عدد العمالة اللازمة لإنتاج مستوى معين من الناتج. ولكن في الرعاية الصحية، يصعب تحسين الإنتاجية، بسبب محدودية إمكانية خفض عدد الأطباء والمرضات/المرمضين دون المساس بمستوى الخدمات. وترتفع المرتبات في مجال الرعاية الصحية تمشيا مع المتوسطات السائدة في الاقتصاد إلا أن الإنتاجية لا ترتفع، ومن ثم تزيد تكاليف وحدة العمل بصورة أكثر حدة في قطاع الصحة.

الرسم البياني ٢

## حالات التباطؤ

البلدان التي تضررت على النحو الأشد من الأزمة المالية العالمية هي التي شهدت التباطؤ الأكبر في زيادات الإنفاق على الرعاية الصحية.

(متوسط نمو الإنفاق على الرعاية الصحية، %، ٢٠١٢-٢٠١٠)



المصادر: منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، قاعدة بيانات الإحصاءات الصحية لعام ٢٠١٤؛ وتقديرات المؤلفين. ملحوظة: جميع البيانات وأردة بقيم حقيقية ومعدلة لمراعاة التضخم. والبلدان التي تحيط بها دائرة بالأخضر هي التي كان تباطؤ النمو فيها محدودا أو معدوماً، والبلدان التي تحيط بها دائرة باللون البرتقالي هي التي شهدت أكبر تباطؤ في النمو.



والمرتبات في الجمهورية التشيكية والدانمرك واليونان وأيرلندا والبرتغال وسلوفينيا وإسبانيا والمملكة المتحدة (دراسة Mladovsky and others, 2012). وفي حين يمكن أن تساعد هذه التدابير المتخذة على مستوى الاقتصاد الكلي (المسماة كذلك لأنها تؤثر على الإنفاق الكلي بطريقة غير مستهدفة) على خفض الإنفاق في الأجل القريب، فإنها أقل فعالية في احتواء نمو الإنفاق في الأجل الطويل ما لم تكن مصحوبة بإصلاحات - على سبيل المثال، الإصلاحات التي تتيح التنافس وتحسن الحوافز من أجل تقديم رعاية فعالة التكلفة (دراسة

(Clements, Coady, and Gupta, 2012). وعلاوة على ذلك، يمكن أن تؤدي بعض هذه التدابير الكلية، مثل التخفيضات في مجال تحسين الصحة والوقاية من الأمراض، إلى زيادة ضغوط الإنفاق على المدى الأطول لأن آثارها السلبية على الصحة يمكن أن تزيد الحاجة إلى تدخلات طبية أعلى تكلفة في المستقبل.

ويشير التحليل الاقتصادي الكلي إلى أن المؤشرات الاقتصادية الكلية والمالية العامة (مثل النمو الاقتصادي والبطالة وإجمالي الدين الحكومي) عوامل مهمة لتحديد نمو الإنفاق العام على الرعاية الصحية بسبب أثرها المباشر أو غير المباشر على بعض العوامل الرئيسية الدافعة لذلك الإنفاق، التي سبق بيانها. وقد بين التحليل، الذي يستند إلى نموذج يستخدم بيانات سنوية لجميع الاقتصادات المتقدمة خلال الفترة ١٩٨٠-٢٠١٢، أن حدوث تباطؤ في النمو الاقتصادي وتزايد معدل البطالة يؤديان إلى خفض نمو الإنفاق على الرعاية الصحية. ويؤدي أيضاً ارتفاع الدين الحكومي إلى خفض الإنفاق لأن الحكومات التي تواجه ديونيات كبيرة لا يسعها أن تزيد الإنفاق كثيراً. ويمكن أن تفسر هذه العوامل تقريباً كل التراجع في نمو الإنفاق العام على الصحة بين عامي ٢٠٠٨ و ٢٠١٠. وبالنسبة لهذه الفترة، يكون النمو المشاهد في الإنفاق على الرعاية الصحية والقيمة التي يتنبأ بها نموذجنا متقاربين للغاية (راجع الرسم البياني ٣). وعلاوة على ذلك، يتنبأ النموذج أيضاً بشكل صائب بالزيادات اللاحقة في نمو الإنفاق على الصحة العامة في عامي ٢٠١١ و ٢٠١٢. ولولم تكن الأزمة الاقتصادية قد حدثت، لظل نمو الإنفاق على الصحة، كما يتنبأ النموذج، دون تغيير إلى حد كبير عن مساره قبل الأزمة. وفي حين تفتقر هذه النتائج إلى الحسم، فإنها تشير إلى أن تباطؤ النمو الأخير هو مؤقت في معظمه.

### مستقبل الإنفاق

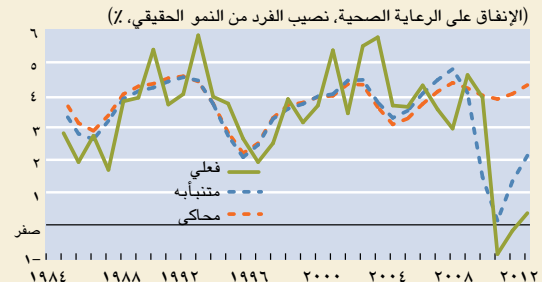
تشير البيانات المتاحة عن الإنفاق على الرعاية الصحية من سبع بلدان (فنلندا وألمانيا وأيسلندا وإيطاليا وكوريا وهولندا والنرويج) إلى حدوث زيادة أخرى مقدارها ١,٠٪ من إجمالي الناتج المحلي في عام ٢٠١٣، وهو ما يتسق مع تنبؤات النموذج. وفي الولايات المتحدة الأمريكية، تشير البيانات المأخوذة من مكتب التحليل الاقتصادي إلى حدوث نمو أسرع في الإنفاق الاستهلاكي للمستشفيات ودور التمريض وزيارات الأطباء وغيرها من خدمات الرعاية الصحية خلال الربع الأول من عام ٢٠١٤، وإن كان بعضها قد يعزى إلى برنامج توسيع المظلة التأمينية وفقاً لقانون حماية المرضى والرعاية بتكلفة مقبولة (المسمى أوباماكير). وتشير الدراسات الأحدث عن الولايات المتحدة أيضاً إلى أن التباطؤ كان يعزى في معظمه إلى الأوضاع الاقتصادية، وليس إلى تغير هيكل في قطاع الرعاية الصحية (دراسة Chandra, Holmes, and Skinner, 2013; Dranove, Garthwaite, and Ody, 2014).

وفي حين يرجح أن يكون التباطؤ مؤقتاً في معظمه، فإنه يظل من الممكن أن يحدث تأثيراً دائماً على الإنفاق على الرعاية الصحية في بعض الاقتصادات المتقدمة لسببين:

- عندما يستأنف معدل النمو التاريخي للإنفاق العام على الصحة، سيستمد ذلك النمو من قاعدة إنفاق أصغر كنسبة مئوية من إجمالي الناتج المحلي مقارنة بالوضع لو لم تكن هناك أزمة.
  - لا يتوقع أن تعود بعض العوامل الاقتصادية الكلية وعوامل المالية العامة التي تحد من نمو الإنفاق (مثل ارتفاع نسب الدين العام) إلى مستويات ما قبل الأزمة في المستقبل القريب.
- وحسب توقعاتنا (راجع الرسم البياني ٤)، نقوم بدمج مستويات الإنفاق الأدنى التي تعزى إلى تدابير أخيرة وافترض أن معدلات نمو الإنفاق لن تعود إلى المتوسطات التاريخية إلا تدريجياً مع تعافي الاقتصادات. بيرة وافترض أن الرسم البياني ٤)، نقوم بدمج مستويات الإنفاق الأقل التي تعزى إلى التدابير الأخرى مقارنة بالوضع لو لم تكن

الرسم البياني ٣  
كما هو متنبأ به

يرتبط الإنفاق العام على الرعاية الصحية بصورة وثيقة بالتطورات الاقتصادية مثل البطالة والناتج، وهو ما يشير إلى أن وتيرة نمو الإنفاق ستستأرجع مع تعافي الاقتصادات المتقدمة من الأزمة المالية العالمية.

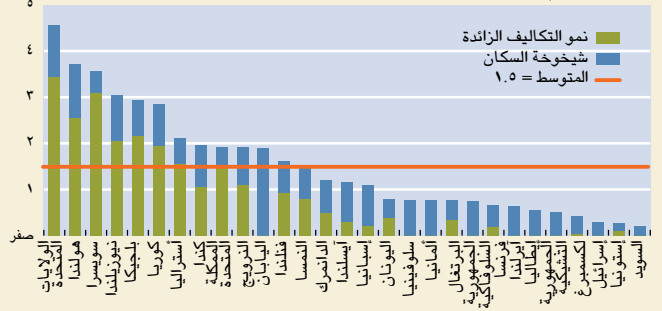


المصادر: منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، قاعدة بيانات الإحصاءات الصحية لعام ٢٠١٤؛ وتقديرات المؤلفين.  
ملحوظة: جميع البيانات واردة بقيم حقيقية ومعدلة لمراعاة التضخم. وتشير عبارة متنبأ به إلى معدلات النمو في التنبؤ بالإنفاق على الرعاية الصحية في نموذج اقتصادي يستند إلى عوامل اقتصادية كلية مثل البطالة والنمو الاقتصادي والدين الحكومي. ويتوافق السلوك المتنبأ به بشكل معقول بصورة وثيقة مع النمو الفعلي في الفترة من ١٩٨٠ إلى ٢٠١٢. ويشير الخط المحاكى بعد عام ٢٠٠٨ إلى توقع النموذج لنمو الإنفاق على الرعاية الصحية لو لم تكن الأزمة العالمية قد حدثت. (وهو يستعاض عن الأداء الفعلي للعوامل الاقتصادية الكلية في الفترة ٢٠٠٨-٢٠١٢ بمتوسطاتها في الفترة ٢٠٠٠-٢٠٠٧).

### الرسم البياني ٤ تزايد الإنفاق

يتوقع أن يزيد الإنفاق بنحو ١,٥٪ من إجمالي الناتج المحلي في الاقتصادات المتقدمة على مدى الخمسة عشر سنة القادمة. وأقل من نصف العدد سيكون من شيخوخة السكان؛ والبقية ستأتي من التكنولوجيا، وارتفاع مستوى الدخل، والعوامل الهيكلية

(الزيادات في الإنفاق على الرعاية الصحية، ٪ من إجمالي الناتج المحلي، المتوسطات المتوقعة، ٢٠١٤-٢٠٣٠)



المصادر: منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، قاعدة بيانات الإحصاءات الصحية لعام ٢٠١٢؛ وتقديرات المؤلفين.  
ملحوظة: جميع البيانات معدلة لمراعاة التضخم. نمو التكاليف الزائدة هو نمو الإنفاق على الصحة العامة الذي يتجاوز نمو إجمالي الناتج المحلي بعد تحديد أثر عامل شيخوخة السكان. وهو يعزى إلى تحسن التكنولوجيا برغم ارتفاع تكلفتها، ونمو الدخل، وزيادة تكاليف عمل الوحدة (أثر بومول).

وعندما يتعلق الأمر بالرعاية الصحية، فإن الاقتصادات المتقدمة ليست مغلوطة على أمرها وبإمكانها اتخاذ خطوات للحد من الإنفاق واحتواء الزيادة في هذه المصروفات في السنوات القادمة. ومن بين الإجراءات التي يمكن أن تتخذها ما يلي:

- تنفيذ إصلاحات تعزز التنافس والاختيار، يمكن أن تتضمن المنافسة بين شركات التأمين ومقدمي خدمات الرعاية الصحية والإفصاح عن المعلومات بشأن الأسعار وجودة الخدمات الصحية.
  - زيادة التأكيد على الرعاية الأولية والوقائية، التي يمكن أن تقلل الحاجة إلى الرعاية الأعلى تكلفة بإبقاء السكان في حالة صحية جيدة.
  - إدخال تحسينات في نظم أداء المدفوعات للهيئات المقدمة للخدمات من أجل زيادة الحوافز لتوفير علاج فعال التكلفة. فالتحول عن النظم البسيطة لرد المدفوعات على أساس التكاليف التي تتحملها هذه الهيئات أو الخدمات التي تقدمها يمكن أن تحد من الحوافز لتوفير الرعاية غير الضرورية. ويمكن أن تتضمن هذه التحسينات مدفوعات للخدمات على أساس "المجموعات المتصلة بالتشخيص" التي تحدد بروتوكولات العلاج لمجموعة معينة من الحالات الطبية وهيكل الرسوم المتصل بها.
  - التوسع في اعتماد نظم إدارة المعلومات الصحية من أجل جمع بيانات المرضى وتخزينها وتبادلها. وتملك هذه النظم إمكانات تعزيز النتائج الصحية وخفض التكاليف في آن واحد.
- وبعبارة أخرى، لا يخضع الإنفاق على الرعاية الصحية للسيطرة الكاملة في الاقتصادات المتقدمة، وهو ما يؤكد على ضرورة الاضطلاع بإصلاحات هيكلية طويلة الأمد من أجل الحفاظ على المكاسب الكبيرة التي تحققت في مجال الرعاية الصحية في الماضي، وتمديد هذه المكاسب، والحد من نمو هذا الإنفاق للهبوط به إلى وتيرة تكون قابلة للإدارة بدرجة أكبر. ■

بنيدى كليمس رئيس قسم، وسانغيف غوبتا نائب مدير، وباوينغ شانغ اقتصادي، وجميعهم في إدارة الشؤون المالية في صندوق النقد الدولي.

المراجع:

Chandra, Amitabh, Jonathan Holmes, and Jonathan Skinner, 2013, "Is This Time Different? The Slowdown in Healthcare Spending," Brookings Papers on Economic Activity (Fall).

Clements, Benedict, David Coady, and Sanjeev Gupta, eds., 2012, The Economics of Public Health Care Reform in Advanced and Emerging Economies (Washington: International Monetary Fund).

Dranove, David, Craig Garthwaite, and Christopher Ody, 2014, "Health Spending Slowdown Is Mostly Due to Economic Factors, Not Structural Change in the Health Care Sector," Health Affairs, Vol. 33, No. 8, pp. 1399-406.

International Monetary Fund (IMF), 2014, Fiscal Monitor (Washington, October).

Maisonneuve, Christine, and Joaquim Oliveira Martins, 2013, "A Projection Method for Public Health and Long-Term Care Expenditures," OECD Economics Department Working Paper No. 1048 (Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development).

Mladovsky, Philipa, Divya Srivastava, Jonathan Cylus, Marina Karanikolos, Tamás Evetovits, Sarah Thomson, and Martin McKee, 2012, "Health Policy Responses to the Financial Crisis in Europe," Policy Summary No. 5 (Copenhagen: World Health Organization).

Morgan, David, and Roberto Astolfi, 2013, "Health Spending Growth at Zero: Which Countries, Which Sectors Are Most Affected?" OECD Health Working Paper No. 60 (Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development).

هناك أزمة. العام على الصحة، سيكون ذلك النمو في صورة وعاء أضيق للإنفاق كنسبة مئوية من إجمالي بي بعض الاقتصاد وتستند التوقعات حتى عام ٢٠١٩ إلى التوقعات الاقتصادية الكلية الواردة في تقرير "آفاق الاقتصاد العالمي" لصندوق النقد الدولي (النمو الاقتصادي)، ونسب الدين العام إلى إجمالي الناتج المحلي لدى الحكومة العامة، ومعدل البطالة). وفي السنوات بعد ٢٠١٩، تفترض التوقعات أن نمو التكاليف الزائدة (الفرق بين نمو الإنفاق الحقيقي على الرعاية الصحية

## لا يخضع الإنفاق على الرعاية الصحية للسيطرة الكاملة في الاقتصادات المتقدمة.

ونمو إجمالي الناتج المحلي، بعد تعديله لمراعاة آثار شيخوخة السكان) سيعود تدريجياً إلى متوسطه التاريخي بحلول عام ٢٠٣٠. وفي المتوسط، نتوقع أن يزيد الإنفاق على الصحة العامة بمقدار ١,٥ نقطة مئوية من إجمالي الناتج المحلي خلال الفترة ٢٠١٤-٢٠٣٠. ويتوقع أن يعزى أقل من نصف الزيادة إلى شيخوخة السكان؛ ويتوقع أن يعزى الجزء المتبقي إلى نمو الإنفاق الزائد بسبب تحسن التكنولوجيا برغم ارتفاع تكلفتها، ونمو الدخل، وأثر بومول، والسياسات والمؤسسات الصحية.

وتشير النتائج أيضاً إلى أنه ستكون هناك فروق كبيرة في زيادات الإنفاق بين البلدان في العقد ونصف العقد القادم. ففي الولايات المتحدة، يتوقع أن يزيد الإنفاق العام على الصحة (بما في ذلك جميع البرامج الصحية للحكومة الاتحادية وحكومات الولايات) بمقدار ٤,٥ نقاط مئوية من إجمالي الناتج المحلي. ويتوقع أن يزيد الإنفاق العام على الصحة في اليونان وأيسلندا وأيرلندا والبرتغال وإسبانيا، في المتوسط، بأقل من نقطة مئوية واحدة من إجمالي الناتج المحلي. ويدل ذلك على الآثار المتبقية من الأزمة العالمية على المالية العامة والأوضاع الاقتصادية الكلية في هذه البلدان.

## الانعكاسات على سياسة المالية العامة

تنطوي التوقعات بشأن المالية العامة للاقتصادات المتقدمة في الأجل الطويل على انعكاسات كبيرة. فحتى تتمكن هذه الاقتصادات من بلوغ أهداف المالية العامة الخاصة بها في الأجل المتوسط، سيتعين عليها زيادة الإيرادات أو الاستمرار في خفض الإنفاق. وإحدى سبل قياس حجم التصحيح المطلوب هي تقدير المستوى الذي يتعين على هذه البلدان أن ترفع عنده "أرصدها الأولية" (الإيرادات مخصصاً منها النفقات، عدا الفائدة) على مدى الفترة ٢٠١٤-٢٠٣٠ لتحقيق أهدافها. وتشير التقديرات الأخيرة إلى أن التصحيح المطلوب سيكون في حدود ٢,٢٥ نقطة مئوية في المتوسط من إجمالي الناتج المحلي (IMF, 2014). والأهم من ذلك أنه سيتعين على البلدان التعامل مع زيادة الإنفاق على المعاشات التقاعدية، التي يتوقع أن تزيد بمقدار نقطة مئوية واحدة من إجمالي الناتج المحلي على مدى الخمس عشرة سنة القادمة نتيجة لشيخوخة السكان. ونتيجة لذلك، يبلغ مجموع احتياجات ضبط أوضاع المالية العامة (بما في ذلك الزيادات المتوقعة في الإنفاق على الصحة) ٤,٧٥ نقاط مئوية من إجمالي الناتج المحلي - وهي نسبة كبيرة تؤكد على ضرورة تحسين كفاءة الإنفاق الحكومي، وهو أمر ممكن في عدد من المجالات. وتشمل هذه المجالات إصلاح الأجور والتعيينات في القطاع العام؛ وتقريب الإنفاق على التعليم بدرجة أكبر من الاحتياجات المتغيرة، والتي تتغير بتغير أعمال السكان؛ وتوجيه المنافع الاجتماعية للأسر المعيشية منخفضة الدخل، وهو ما من شأنه أن يتيح للحكومة تحقيق أهدافها فيما يتعلق بالمساواة بتكلفة أقل.

# الإشراف على الصحة العالمية

ديفي سريدهار وشيلسي كلينتون

وتتطلب مكافحة فيروس إيبولا، الذي أعلنت المنظمة في أغسطس ٢٠١٤ أنه يشكل طوارئ دولية، الإبلاغ الدقيق عن انتشار المرض، حتى يتسنى للسلطات تتبعه، وحتى يتسنى تنسيق الجهود الدولية لاحتوائه، وتوفير الموارد لمعالجة المصابين به. وتتصل هذه الاحتياجات بحوكمة الصحة العالمية - أي القواعد وما يتصل بها من مؤسسات وأعراف وعمليات رسمية وغير رسمية تحكم سياسة الصحة العالمية أو تؤثر عليها بصورة مباشرة.

وتتضمن الوظائف الأساسية لحوكمة الصحة، التي تدخل عموماً ضمن نطاق اختصاصات منظمة الصحة العالمية ومجلس إدارتها، الدعوة إلى عقد اجتماعات للجهات المعنية الرئيسية، وتعريف القيم المشتركة، ووضع معايير وأطر تنظيمية، وتحديد الأولويات، وحشد الموارد وتنسيقها، وتعزيز البحوث. وتتطلب الحوكمة العالمية تخلي الحكومات عن جوانب من سيادتها بتفويض اختصاصات وصلاحيات معينة إلى هيئة دولية مثل منظمة الصحة العالمية. وأحد الأمثلة الواضحة على هذا النوع من تفويض السلطات قواعد من قبيل اللوائح الصحية العالمية، التي توجه استجابات البلدان للمخاطر الصحية الدولية، مثلاً واضحاً لذلك النوع من تفويض السلطات.

ولكن في السنوات الأخيرة بدأت منظمات جديدة تزحم ساحة الصحة العالمية. وأدت شواغل محددة، لنقل مثلاً بشأن فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز أو وفيات الأمومة - إلى ضخ مزيد من الأموال في نظام الصحة العالمي. إلا أن تلك الأموال الإضافية غالباً ما توجه من خلال المؤسسات الجديدة. ويعمل بعض هذه المؤسسات داخل منظمة الصحة العالمية، وبعضها خارج المنظمة، وأخرى داخل المنظمة وخارجها. وعلى عكس الولاية الواسعة المتكاملة لمنظمة الصحة العالمية، فإن تركيز معظم هذه المنظمات الجديدة رأسي، وحول أهداف ضيقة، مثل مرض معين أو حالة معينة.

تفشي فيروس إيبولا مؤخراً في غرب أفريقيا، وهو فيروس معد بدرجة كبيرة وفتاك في كثير من الحالات، الضوء على ضرورة التعاون العالمي في مجال الصحة. والأزمة الراهنة الناجمة عن فيروس إيبولا - إلى جانب تفشي متلازمة الشرق الأوسط التنفسية وعودة ظهور شلل الأطفال في الشرق الأوسط وإفريقيا - إنما هي آخر مثال على عدم قدرة الحكومات على السيطرة على انتشار الأمراض المعدية عندما تتصرف بمفردها: وهناك ضرورة بالغة إلى التوصل عن طريق التفاوض فيما بين الحكومات إلى قواعد عالمية من أجل حماية صحة المواطنين.

إن تفشي فيروس إيبولا هو بالضبط نوع الأزمة الذي كان في بال الحكومات العالمية عندما أسست منظمة الصحة العالمية في عام ١٩٤٨ ووضعتها في مركز حوكمة الصحة العالمية.

أطراف فاعلة جديدة، بأولويات جديدة، تزحم ساحة كانت تشغلها منظمة الصحة العالمية ذات يوم وحدها



حملة توعية بمرض إيبولا تنفذها منظمة الصحة العالمية في قرية كولوبينغو، غينيا



## التصدي لفيروس إيبولا

تُنتقد منظمة الصحة العالمية لبطء وضعف استجابتها الأولية لاحتواء تفشي فيروس إيبولا في غرب إفريقيا. وتذكر المنظمة أن السبب في ذلك هو غياب الخبرات والكوادر الفنية الداخلية. ونظراً لأن جزءاً كبيراً من ميزانيتها يقرره المانحون الذين يخصصون أموالاً لأولوياتهم قصيرة الأجل، ضمرت القوة الأساسية لمنظمة الصحة العالمية في استجابتها لحالات الطوارئ وتصديها للأمراض الوبائية والمتوطنة على مدى العقد الماضي. وقد انخفضت بمقدار النصف ميزانيتها المخصصة لجهود التصدي لتفشي الأوبئة وللأزمات، من ٤٦٩ مليون دولار أمريكي في الفترة ٢٠١٢-٢٠١٣ إلى ٢٤١ مليون دولار أمريكي في الفترة ٢٠١٤-٢٠١٥ (WHO, 2013). وتم حل الإدارة المعنية بالتصدي للأمراض الوبائية والمتوطنة وتوزيع مهامها على إدارات أخرى (New York Times, 2014). وفي سبتمبر ٢٠١٤، تعهد مانحون من قبيل مؤسسة بيل وميليندا غيتس بأموال لمنظمة الصحة العالمية، إلا أن هناك ضرورة لتمويل المنظمة في الأجل الطويل وعلى نحو قابل للاستمرار نظراً لأنها تقع في قلب حوكمة الصحة العالمية. ونتيجة لهذه البيئة المتغيرة تواجه المنظمة صعوبات من حيث التمويل والحوكمة.

أو مناطق محددة، مثل الأمريكتين. وعلى مدى السنوات الاثنتي عشرة الماضية، زادت التبرعات بمقدار ١٨٣٪، بينما لم تزد المساهمات الأساسية المقتطعة من البلدان الأعضاء إلا بنسبة ١٣٪ (Clift, 2014). وخلال الفترة ٢٠١٢-٢٠١٣، كان لدى منظمة الصحة العالمية قدرة استثنائية فيما يتعلق باستخدام ٧,٦٪ فقط من أموال التبرعات. وعلاوة على ذلك، اقتربت التكاليف الإدارية المترتبة على إدارة جهات التبرع، التي يزيد عددها على ٢٠٠ جهة، من مبلغ ٢٥٠ مليون دولار أمريكي، أي أكثر من ٥٪ من ميزانية المنظمة. ومع ذلك، لولم يكن هناك تمويل طوعي للمنظمة، لكانت ميزانيتها أصغر بكثير على الأرجح.

وتظل الحكومات بوجه عام المصدر الرئيسي لتمويل منظمة الصحة العالمية (من خلال مبالغ مقتطعة أو تبرعات)، إلا أن نفوذ المنظمات غير الحكومية يتزايد. فالتبرع البالغ ٣٠٠ مليون دولار المقدم من مؤسسة غيتس للمنظمة، على سبيل المثال، جعل هذه المؤسسة أكبر المساهمين على الإطلاق في تمويل المنظمة. وفي بعض الحالات، تساعد المنظمات غير الحكومية في تنفيذ برامج المنظمة، ومن أمثلة ذلك شراكة القضاء على داء السل، التي ترمي إلى استئصال السل. وتوسعى المنظمات غير الحكومية إلى السلطة والصوت في حوكمة الصحة العالمية من خلال الحق في عضوية مجالس الإدارة والحق في الصوت، إلا أن مركزها لا يتجاوز مركز مراقب في منظمة الصحة العالمية - وتظل الحكومات هي التي توجه السياسة. والتحدي الذي تواجهه المنظمة هو العمل بصورة مفيدة مع هذه الطائفة الأوسع من الجهات المعنية مع الحفاظ على وضعها كهيئة حكومية دولية محايدة تفيد جميع أعضائها بالتساوي.

وقد كان على منظمة الصحة العالمية أن تتعامل مع بعض حالات الاستياء بشأن تلك المسألة. فعلى سبيل المثال، في عام ٢٠٠٧، رفض وزير الصحة الإندونيسي تزويد المنظمة بعينات من فيروس H5N1 إلى المنظمة لتحليله وتحضير اللقاح اللازم، على الرغم من القلق العالمي بشأن تفشي أنفلونزا الطيور (Gostin, 2014). وقال الوزير إن اللقاحات والأدوية المستمدة من عيناته الفيروسية لن تتاح على الأرجح للبلدان النامية واستحضر مبدأ السيادة الفيروسية لاحتجاز العينات إلى أن ينشأ نظام أكثر إنصافاً لإتاحة اللقاحات في حالة تفشي الوباء. وبعد مفاوضات مكثفة، وافقت الدول الأعضاء في عام ٢٠١١ على إطار التأهب لجائحة الأنفلونزا لإتاحة فيروسات الأنفلونزا وإمكانية الاستفادة من اللقاحات ومنافع أخرى. ويسعى الاتفاق إلى الموازنة بين تحسين وتعزيز إتاحة فيروس الأنفلونزا والجهود الرامية

وتتطلب حماية صحة المواطنين في مختلف بلدان العالم الاستثمار طويل الأجل في منظمة الصحة العالمية وولايتها العريضة. إلا أن المانحين، بأهدافهم المركزة قصيرة الأجل، يحركون جزءاً كبيراً من أنشطة المنظمة، وبدأت الشراكات الجديدة التي قامت لتستهدف أمراضاً وقضايا محددة تكتسب أهمية. إلا أن هناك وعياً متنامياً بضرورة تعزيز النظم الصحية - أي الأشخاص والمنظمات والموارد الواقعة في قلب التقديم الفعلي لخدمات الرعاية الصحية - من أجل تكميل الجهود الموجهة نحو أمراض بعينها. والأكثر من ذلك أن الجهود الأخيرة التي تبذلها بلدان في أمريكا اللاتينية وآسيا وإفريقيا للاضطلاع بدور أكبر في المؤسسات العالمية تؤثر حالياً في حوكمة الصحة العالمية.

## زحام متزايد

كان الفرض الأصلي من إنشاء منظمة الصحة العالمية هو التأكد في جملة أمور من أن الحكومات ستتعاون بشأن المسائل الصحية من منظور الأجل الطويل. ولذلك كانت الصلاحيات والموارد التي أعطيت لها أكبر من تلك التي كانت معطاة للمنظمة سلفها التابعة لعصبة الأمم. وكل حكومة في العالم تقريباً عضو في جمعية الصحة العالمية، على أساس الصوت الواحد للبلد الواحد، التي تحكم منظمة الصحة العالمية.

## نتيجة لهذه البيئة المتغيرة، تواجه منظمة الصحة العالمية صعوبات في مجالي التمويل والحوكمة.

إلا أن منظمة الصحة العالمية لم تعد هي المؤسسة الصحية العالمية الوحيدة وهي تواجه منافسة حامية من عدد من أطراف فاعلة جديدة، مثل الصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا (الصندوق العالمي)، والتحالف العالمي للقاحات والتحصين، ومؤسسة بيل وميليندا غيتس، أكبر مؤسسة خاصة في العالم ينصب تركيزها الأساسي على الصحة العالمية.

وعلى مدى نصف القرن الماضي، أصبح للبنك الدولي أيضاً تأثيراً متزايداً في الرعاية الصحية العالمية، مع امتلاكه لموارد كبيرة، وقدرته على التواصل مع كبار صناعات السياسات في وزارات المالية، وللدراسة الفنية الداخلية. وقد أقرض البنك مليارات الدولارات لحكومات لمساعدتها على تحسين خدماتها الصحية.

ونتيجة لهذه البيئة المتغيرة، تواجه منظمة الصحة العالمية صعوبات في مجالي التمويل والحوكمة. ورغم أن مجموع مواردها لم يتناقص، فإنه لم يزد كثيراً في السنوات الأخيرة كذلك، فميزانية المنظمة في الفترة ٢٠١٢-٢٠١٣ كانت ٣,٩٥ مليارات دولار أمريكي؛ وكانت ميزانية الفترة ٢٠١٤-٢٠١٥ تبلغ ٣,٩٧ مليارات دولار أمريكي (WHO, 2013). إلا أن التحدي الحقيقي يكمن في القيود على الطريقة التي يمكن بها إنفاق الأموال. ويأتي نحو ٨٠٪ من ميزانية المنظمة من تمويل "طوعي" من جهات مانحة لها ولايات محددة ولا يمكن إنفاقه عادة للأغراض العامة. وكان نقص الأموال غير المقيدة أحد العوامل التي أعاققت المنظمة عن التصدي لتفشي فيروس إيبولا مؤخراً (راجع الإطار). وأدت الانتقادات بشأن ما وصف بأنه بطء في رد الفعل الأولي للتصدي للوباء إلى قيام دعوات إلى إنشاء صندوق عالمي جديد يتصدى لتفشي الأمراض المعدية.

ويمكن تخصيص الأموال الطوعية - الآتية من حكومات مانحة مثل الولايات المتحدة واليابان ومن مصادر خاصة - لاستهداف أمراض محددة أو مبادرات محددة، مثل شراكة القضاء على داء السل،

إلى زيادة إمكانية حصول البلدان النامية على اللقاحات واللوازم الأخرى المتصلة بالجائحة.

وكما تبين هذه الحادثة الإندونيسية، يتعين على المؤسسات الدولية الموازنة بين إقناع الأقوياء (الذين غالباً ما تكون لديهم درجة خاصة من النفوذ) والحاجة إلى طمأنة جميع الأعضاء، بمن فيهم الأقل قوة، بأن مصالحهم تراعى على الأوجه الأفضل عندما ينتمون إلى المنظمة ويشاركون فيها. ويجب أن تكون البلدان على ثقة من أن المنظمة الدولية ستقوم بإبلاغ الدول بالأخطار المعدية واستخدام المعلومات الصحية التي تجمعها للصالح العام، دون وصم أو تحقير البلدان التي تنشأ فيها هذه الأخطار. وتقتضي اللوائح الصحية الدولية لعام ٢٠٠٥ المعدلة بقيام البلدان الموقعة، البالغ عددها نحو ٢٠٠ بلد، بإبلاغ المنظمة بأحداث معينة في مجال الصحة العامة تكون مصدر قلق دولي (مثل تفشي فيروس إيبولا) ووضع إجراءات بتعيين على منظمة الصحة العالمية والدول الأعضاء فيها اتباعها حفاظاً على أمن الصحة العامة العالمية. وتسعى اللوائح إلى موازنة الحقوق السيادية بالالتزام المتبادل بمنع انتشار المرض على الصعيد الدولي.

أما الجانب الأقل بروزاً من ظهور أطراف فاعلة جديدة على ساحة كانت تشغلها ذات يوم منظمة الصحة العالمية وحدها هو أنه توجد لدى البلدان التي تلتزم أفضل السبل لبلوغ غاياتها الصحية خيارات أكثر. وعلى سبيل المثال، يمكن أن تتقدم البلدان إلى الصندوق العالمي أو مؤسسة غيتس بطلب أموال لمكافحة داء السل والالتفاف حول منظمة الصحة العالمية، مما يرغب هذا الطرف الفاعل الرئيسي القديم أن ينظر في دوره وربما يعمل بطابع استراتيجي أكبر. ولم يكن من المقاصد أبداً أن تضطلع منظمة الصحة العالمية بكل وظيفة تتعلق بالصحة العالمية، لسبب جزئي هو أنه لدى تأسيسها كانت هناك بالفعل هيئات إقليمية معنية بالصحة العامة (مثل منظمة الصحة للبلدان الأمريكية). وتكمن قوتها الرئيسية في كونها منتدى يجمع مختلف الجهات المعنية ولكن يسمح للحكومات الأعضاء فقط بالتفاوض بشأن قواعد الصحة العالمية وتحديد الدعم الذي تتلقاه البلدان من المنظمة لنشر تلك القواعد وتنفيذها.

## الشراكة

على أن التطور الذي لا يزال جديدا نسبياً في مجال التعاون الصحي العالمي هو ظهور شراكات بين القطاعين العام والخاص مثل الصندوق العالمي والتحالف العالمي للقاحات والتحصين. وتختلف هياكل الحوكمة لهذين الصندوقين الرئيسيين من وجوه مهمة عن هياكل الحوكمة لدى منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي (Sridhar, 2012).

فالصناديق الرئيسية تنشأ غايات محددة بشكل ضيق، بخلاف الولايتين الواسعتين لمنظمة الصحة العالمية ("بلوغ أعلى مستوى من الصحة لجميع الناس") والبنك الدولي ("تخفيف حدة الفقر وتحسن نوعية الحياة"). وتمثل ولاية الصندوق العالمي في جذب وصرف الموارد للوقاية والعلاج من فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، والسل، والملاريا؛ أما ولاية التحالف العالمي للقاحات والتحصين فهي إنقاذ أرواح الأطفال وحماية الصحة بشكل أوسع بزيادة إتاحة التخصيصات للأطفال في البلدان الفقيرة.

ويدعي النقاد أن هذه الموارد الصحية العالمية الجديدة تذهب لتهدئة شواغل المانحين وأنه من الأفضل توزيعها من خلال هيئة متعددة الأطراف مثل منظمة الصحة العالمية. ولكن يبدو من غير المرجح أن هذه الموارد، التي تمثل زيادة صافية في تمويل الصحة على الصعيد العالمي، ستتاح على أي نحو آخر لخدمة ولاية منظمة الصحة العالمية الأوسع. وقد وفرت مؤسسة غيتس الدافع الأولي للتحالف العالمي للقاحات والتحصين بتعبه بمبلغ ٧٥٠ مليون دولار أمريكي، وقامت حكومات مجموعة الثمانية (كندا وفرنسا وألمانيا وإيطاليا

واليابان وروسيا والمملكة المتحدة والولايات المتحدة) بصورة محددة بتجاوز الأمم المتحدة بإطلاق الصندوق العالمي في عام ٢٠٠٢.

وتقوم الصناديق الرأسوية بتمكين مجموعة متنوعة من الجهات المعنية، على عكس منظمة الصحة العالمية، التي تفوض الحكومات فقط في سلطة تنسيق السياسات وفي بعض الأحيان تنسيق الإجراءات الجماعية. ويضم مجلس إدارة الصندوق العالمي أعضاء لهم حق التصويت من المجتمع المدني، والقطاع الخاص، ومؤسسة غيتس - وكذلك ممثلين عن البلدان النامية والمانحة. كما يضم أعضاء ليس لهم حق التصويت كشركاء من قبيل منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي. ولدى التحالف العالمي للقاحات والتحصين أيضاً مجلس إدارة مؤلف من أصحاب المصلحة، يضم أعضاء دائمين لهم حق التصويت مثل مؤسسة غيتس ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) ومنظمة الصحة العالمية والبنك الدولي و١٨ عضواً متناوباً من حكومات البلدان النامية والمانحة وشركات تصنيع اللقاحات والمجتمع المدني. وقد أدى إشراك الأطراف الفاعلة من غير الحكومات في خلق شرعية أكبر للتحالف العالمي للقاحات والتحصين وللصندوق العالمي بين تلك المجموعات (دراسة Wallace Brown, 2010).

وهذه المبادرات تمول بالكامل من التبرعات بينما يستند نموذج التمويل لدى كل من منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي إلى المساهمات المقطعة، على الرغم من تزايد عدد التبرعات لمنظمة الصحة العالمية. ويتلقى الصندوق العالمي تبرعات من الحكومات والأفراد والشركات والمؤسسات الخاصة. ويعتمد التحالف على التبرعات لدعم تطوير اللقاحات وتصنيعها. وتمثل الحكومات مصدر التمويل الأهم، ولكن حصراً من خلال آليات التبرعات.

وإضافة إلى ذلك، فإن التحالف والصندوق العالمي لا يعملان بصورة مباشرة في البلدان المستفيدة، على عكس منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي، اللذين يعملان من خلال هيئات حكومية ولديهما مكاتب وموظفون في البلدان المستفيدة.

ويعتمد الصندوق العالمي على آليات التنسيق القطرية لإعداد اقتراحات بالمنح وتقديمها واختيار المنظمات المناسبة لتنفيذها. وعادة ما تتضمن هذه الآليات ممثلين من حكومة البلد الطالب والمنظمات غير الحكومية المحلية والدولية، والمانحين وممثلي القطاع الخاص المهتمين والأشخاص المصابين بالمرض المستهدف. ويقوم التحالف العالمي بتمويل الحكومات الوطنية، التي تستخدم الموارد لزيادة عدد المستفيدين من اللقاحات.

كذلك فإن الصندوق العالمي والتحالف يستمدان شرعيتهم من فعاليتهم في تحسين النواتج والنتائج الصحية المعرفة بصورة محددة، على عكس منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي، اللذين يعتمدان على وضعهما كهيئتين حكوميتين دوليتين تشاركيتين وشاملتين.

## التحرك باتجاه إنشاء نظم صحية

لا تزال الصناديق الرأسوية تنتشر، ولا تزال المساهمات الموجهة تمثل الجزء الأعظم من التمويل المقدم من مانحين لمنظمة الصحة العالمية. إلا أن الاقتصادات المتقدمة والبلدان النامية تركز بصورة متزايدة على ضرورة وجود نظم قوية للرعاية الأولية والمستشفيات - أي منهج أفقي. وبين انتشار فيروس إيبولا في بلدان غرب إفريقيا الحاجة إلى تعزيز النظم الصحية، ليس فقط من أجل توفير الرعاية الصحية للأمهات والأطفال والتصدي للأمراض غير المعدية كالسرطان وأمراض القلب، ولكن أيضاً للكشف عن الأمراض المعدية ومعالجتها. وعلى سبيل المثال، أنشأت إثيوبيا برامج لبناء نظم صحية شاملة مموله من زيادة الاستثمار المحلي والدعم المقدم من مانحين.

١٠ ملايين دولار أمريكي؛ وتلقت الصين ملياري دولار أمريكي ولم تتبرع إلا بمبلغ ١٦ مليون دولار أمريكي. وسجل روسيا أفضل، إذ تلقت ٣٥٤ مليون دولار أمريكي وتبرعت بمبلغ ٢٥٤ مليون دولار أمريكي. وخلال الأزمة المالية العالمية، قامت الاقتصادات المتقدمة المتضررة بشدة بتقليص التزاماتها تجاه الصندوق العالمي أو حتى إلغائها. وتجاوزت بلدان مجموعة بريكس الأزمة بصورة أفضل من كثير من الاقتصادات المتقدمة. وعدم زيادتها للالتزامات تجاه الصندوق العالمي (أو التحالف العالمي) منذ الأزمة يثير تساؤلات بشأن التزامها طويل الأجل بقيادة الصحة العالمية.

وإلى أي وقت ينبغي أن تستمر بلدان بريكس، أكبر أربعة اقتصادات من اقتصادات الأسواق الصاعدة، في تلقي مساعدة إنمائية للصحة؟ وتمثل الهند أكبر مستفيد من التمويل الصحي الخارجي، بينما تأتي الصين في الترتيب العاشر، والبرازيل في الترتيب الخامس عشر. ومن المسائل المطروحة ما إذا كان ينبغي مواصلة المعونة لدعم البلدان التي يمكن القول بإنها قادرة على توفير الرعاية الصحية الأساسية على الأقل والتي لها مصلحة اقتصادية متزايدة في وقف الأمراض المعدية. سواء كانت آفات قديمة مثل السل، أو الشواغل التي استجبت مثل فيروس أنفلونزا الطيور.

ولكن برغم وضع البرازيل والصين والهند، كبلدان متوسطة الدخل، فإنها تظل فقيرة نسبيًا من منظور نصيب الفرد ويجب أن تركز على النمو الاقتصادي. ونظرًا لأنها تواجه أيضًا مشكلات صحية كبيرة، لا يزال المانحون يعتقدون أن هناك مبررًا لمواصلة تقديم المساعدة الصحية. إلا أن المؤسسات متعددة الأطراف والجهات المانحة الثنائية يجب أن تنظر باستمرار فيما إذا كان ينبغي أن تظل البلدان متوسطة الدخل تتلقى المعونة التي يمكن أن تستخدم بشكل أفضل في البلدان الأكثر فقرًا.

وأحد الدروس المستفادة من أزمة إيبولا هو ضرورة أن تكون جهود الاستجابة العالمية قوية ومنظمة، وأن يتوفر لمنظمة الصحة العالمية قدر كافٍ من التمويل والسلطة لتمكينها من قيادة هذه الجهود. وستكون القضية الحاسمة في مجال الحوكمة في السنوات القليلة القادمة هي ما إذا كان تفشي الفيروس يرغم الدول الأعضاء والجهات المعنية القوية الأخرى على تعزيز موارد منظمة الصحة العالمية وسلطتها أو إنشاء مؤسسة أخرى لمكافحة تفشي الأمراض. ■

ديفي سريدهار أستاذ مشارك في مركز علوم الصحة السكانية في كلية الطب بجامعة إندبره، وشلسي كلينتون أستاذ مساعد مندوب في كلية ميلمان للصحة العامة بجامعة كولومبيا.

المراجع:

Clift, Charles, 2014, "What's the World Health Organization For? Final Report from the Centre on Global Health Security Working Group on Health Governance" (London: Royal Institute of International Affairs, Chatham House).

Gostin, Lawrence O., 2014, Global Health Law (Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press).

New York Times, 2014, "Cuts at WHO Hurt Response to Ebola Crisis," Sept. 3.

Sridhar, Devi, 2012, "Who Sets the Global Health Research Agenda? The Challenge of Multi-Bi Financing." PLoS Medicine, Vol. 9, No. 9, p. e1001312.

Wallace Brown, Garrett, 2010, "Safeguarding Deliberative Global Governance: The Case of the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria," Review of International Studies, Vol. 36, No. 2, pp. 511-30.

World Health Organization (WHO), 2013, "Proposed Programme Budget 2014-2015 (Geneva).

على أن الصناديق الرأسية ظلت خارج الجهود الرامية إلى تعزيز النظم الصحية أو كفاءة الرعاية الصحية لجميع أفراد المجتمع (التغطية الصحية للجميع). وفي الأعم الأغلب يعتقد هؤلاء المانحون أن الموارد المحلية تنمو بسرعة كافية لتمكين البلدان المستفيدة من تعزيز نظمها الصحية وتوفير التغطية الصحية للجميع. وهم يشعرون بالقلق من أن تستخدم الحكومات الصناديق الجديدة كذريعة لتقليص استثمارها في الصحة. ويعتقد هؤلاء المانحون أن البرامج الوطنية يجب أن تكون لها قيادة قطرية وأن تكون مصممة محليًا بسبب الفروق بين النظم الصحية (على سبيل المثال، ما إذا كان لدى البلد المعني نظام محلي لتوفير الرعاية الخاصة)، وأسواق التأمين المحلية، ومناهج الحكومات إزاء الوقاية من الأمراض غير المعدية. ويحذر كثير من المانحين أيضًا من زيادة تجزؤ حوكمة الصحة العالمية.

إلا أن الانتشار السريع لفيروس إيبولا في غرب إفريقيا سلط الضوء على الصعوبات التي واجهتها النظم الصحية غير الممولة بالقدر الكافي في تحديد المرض، ثم احتوائه. وقد تعهدت الولايات المتحدة بأكثر من ٢٥٠ مليون دولار أمريكي والمملكة المتحدة بأكثر من ٢٠٠ مليون دولار أمريكي لدعم جهود التصدي لتفشي الفيروس، يوجه جزء منها لتحسين النظم الصحية. ومن غير الواضح ما إذا كانت أزمة فيروس إيبولا ستحفز مساهمات أكثر استمرارًا من الممولين الرئيسيين لتحسين النظم الصحية.

## سطوع نجم الأسواق الصاعدة

في السنوات الأخيرة، طالبت اقتصادات الأسواق الصاعدة دورًا أكبر في المؤسسات متعددة الأطراف - من صندوق النقد الدولي إلى الأمم المتحدة. وقد تداعت هذه الروح التأكيدية إلى الصحة العالمية، حيث تضطلع اقتصادات الأسواق الصاعدة الكبرى بدور يدل على كل من احتياجاتها المحلية والقيود التي تواجهها. وعندما شاركت اقتصادات الأسواق الصاعدة الأكثر تقدمًا من الناحية الاقتصادية - البرازيل وروسيا والهند والصين (مجموعة بريكس) - في مجال الصحة العالمية، فقد كانت هذه المشاركة بوجه عام في المجالات المتعلقة بمسائل محددة، مثل إتاحة الأدوية الأساسية أو التعاون التكنولوجي، مثلًا في علاج داء السل.

ويبدو أيضًا أن الشواغل الإقليمية تحرك العمل في مجال التعاون الدولي وكانت وراء تأسيس عدد من الهيئات الإقليمية المتصلة بالصحة في إفريقيا وآسيا وأمريكا اللاتينية. وعلى سبيل المثال، قام الاتحاد الإفريقي منذ إنشائه في عام ٢٠٠٢ بإشراك وزراء الصحة في الدول الأعضاء في قضايا صحية إقليمية مثل الأمراض المعدية، والتمويل الصحي، والأمن الغذائي، والتغذية. وقد وافقت البرازيل والهند وجنوب إفريقيا على العمل معًا على تنسيق التواصل الدولي في مجال الصحة والطب. وسواء كانت هذه التطورات ستعزز منظمة الصحة العالمية - مع تصرف الهيئات الإقليمية بدرجة كبيرة باعتبارها تكميلية وغير أساسية للمنظمة - أو تنتقص تدريجيًا من سلطتها فذلك أمر يصعب التنبؤ به.

وعلى وجه الخصوص، تشغل قضايا الصحة العالمية مكانًا متأخرًا بالنسبة للقضايا الدولية الأخرى، مثل سياسات التمويل والأمن القومي، في الصين والهند وروسيا. وقد تبنت البرازيل القضايا الصحية باعتبارها محورية في جدول أعمال سياستها الخارجية، ولكن قياسًا بمشاركتها في الصندوق العالمي لم تحدث زيادة في تمويلها.

ويدعو مدير الصندوق العالمي باستمرار اقتصادات الأسواق الصاعدة إلى تحمل بعض الأعباء المالية المترتبة على مكافحة فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، والسل، والملاريا، إلا أن البرازيل التي تلقت منحًا بقيمة ٤٥ مليون دولار أمريكي لم تسهم إلا بمبلغ ٢٠٠ ألف دولار أمريكي. وقد حدث الشيء نفسه مع البلدان الأخرى في مجموعة بريكس. فقد تلقت الهند ١,٩ مليار دولار أمريكي ولم تتبرع إلا بمبلغ

# زيادة الكفاءة

## ضرورة ملحة

طالبات التمريض بمستشفى باتانغاس الإقليمي، مدينة باتانغاس، الفلبين

ديفيد كودي ومورا فرانسيس وبوينغ شانغ

(2012). وفي الاقتصادات المتقدمة التي يجب عليها بالفعل تخفيض العجز للتصدي لارتفاع الدين العام، ستفرض زيادة الإنفاق مزيدا من الأعباء على المالية العامة. وفي اقتصادات السوق الصاعدة والاقتصادات النامية، يجب أن يتم الإنفاق بالتوازي على الصحة والأولويات الإنمائية الأخرى، كالتعليم والبنية التحتية.

وترى بلدان عديدة أن زيادة كفاءة الإنفاق العام على الصحة هي السبيل الأساسي لضمان التحسن المستمر في مستويات الصحة دون فرض أعباء إضافية على المالية العامة، فضلا على أن احتواء زيادة الإنفاق من خلال تحسين الكفاءة سيكون مقبولا بدرجة أكبر من الناحية السياسية على الأرجح مقارنة بالعزوف عن تحسين مستوى الصحة أو خفض الإنفاق في المجالات الأخرى. غير أن فعالية هذه الاستراتيجية تتوقف على حجم أوجه عدم الكفاءة في نظام الصحة العامة وقدرة الحكومات على الحد منها.

### عدم كفاءة الإنفاق

من الصعب تحديد حجم أوجه عدم الكفاءة التي تشوب آليات الإنفاق.

فأولا، يصعب تعريف عدم الكفاءة نظرا لأن الإنفاق العام على الصحة له أكثر من هدف واحد. فوفقا لمنظمة الصحة العالمية، تنقسم الأهداف الرئيسية إلى تحسين صحة السكان، وحماية الأسر من المخاطر المالية، وتلبية توقعات الناس. ولكن

مستويات الصحة تحسنا

كبيرا على مستوى العالم

على مدار العقود الخمسة

الماضية. فعلى سبيل

المثال، ازداد متوسط العمر المتوقع عند الولادة بنحو ١١ عاما في البلدان المرتفعة الدخل، و٢٦ عاما في البلدان في الشريحة الأعلى من فئة الدخل المتوسط، و٢١ عاما في البلدان في الشريحة الأدنى من فئة الدخل المتوسط، و٢٠ عاما في البلدان ذات الدخل المنخفض.

وبينما تعكس هذه التحسينات مجموعة كبيرة من العوامل - بما فيها الدخول المتزايدة والتكنولوجيا الطبية المتقدمة - كانت زيادة الإنفاق العام على الصحة من العوامل المهمة أيضا. فارتفع متوسط الإنفاق العام في الاقتصادات المتقدمة من ٣,٧٥٪ من إجمالي الناتج المحلي في عام ١٩٧٠ إلى ٧٪ تقريبا في عام ٢٠١٢. وزاد الإنفاق في اقتصادات السوق الصاعدة من ٢,٧٥٪ في عام ١٩٩٥ إلى ٣,٢٥٪ في عام ٢٠١٢، كما ارتفع الإنفاق خلال الفترة نفسها من ٣٪ من إجمالي الناتج المحلي إلى ٣,٧٥٪ في الاقتصادات النامية.

ورغم المنافع الكبيرة المحققة من زيادة الإنفاق العام على الصحة، تتسبب زيادة هذه النفقات في مشكلات مالية على جانب الموازنات الحكومية. إذ يشكل الإنفاق العام على الصحة نسبة كبيرة بالفعل من الموازنات العامة ويتوقع ازدياده مجددا (دراسة Clements, Coady, and Gupta,

## تحسنت

يجب أن يصبح الإنفاق على الصحة العامة أكثر كفاءة لتجنب أي ضغوط مفرطة على مالية الحكومة.





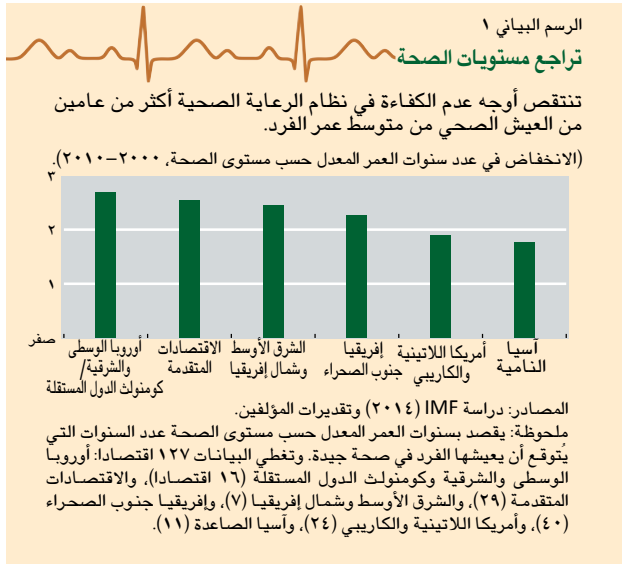
الرعاية الصحية المقدمة في المستشفيات. ولكن يوجد تفاوت كبير بين العلاجات المختلفة من حيث درجة كفاءة التكاليف حتى داخل كل نوع من أنواع خدمات الرعاية الصحية. فعلى سبيل المثال، نجد أن الأدوية البديلة فعالة مثلها مثل الأدوية الأصلية ذات العلامة التجارية ولكن تكلفتها أقل بكثير. لذلك ينبغي أن تتضمن مجموعة المنافع العامة أو تشجع استخدام العلاجات الأكثر كفاءة من حيث التكلفة دون غيرها. وأحد العوامل المهمة أيضا تكوين المنتفعين من الإنفاق العام على الصحة وخصائصهم. ففي حالة عدم الإنفاق على خدمات الرعاية الصحية، تكون احتمالات حصول الفقراء والفئات المحرومة على خدمات الرعاية الصحية بطرق بديلة ضئيلة للغاية، وبالتالي فإن الإنفاق على الفقراء أكثر جدوى من الإنفاق على الأثرياء. وكلما تحسنت صحة السكان في البلدان، يقل عادة التفاوت في مستوى الصحة بين مختلف الفئات السكانية.

وقد صنف تقرير منظمة الصحة العالمية لعام ٢٠١٠ المصادر الرئيسية لعدم الكفاءة إلى خمس فئات عامة: الموارد البشرية في قطاع الصحة، والتي تشمل استخدام عمالة غير مؤهلة للعمل في هذا المجال أو عمالة عالية التكلفة، وتقاعس العاملين؛ والدواء، ويشمل عدم استخدام الأدوية البديلة بالقدر الكافي، والارتفاع المفرط في أسعار الأدوية، واستخدام أدوية دون المستوى ومقلدة، وعدم استخدام الأدوية بطريقة ملائمة وفعالة؛ والمستشفيات، وتشمل فرط استخدام التقنيات العلاجية مرتفعة التكلفة (كالتصوير بالرنين المغناطيسي)، وحجم المستشفيات غير الملائم، والأخطاء الطبية، وتدني جودة خدمات الرعاية الصحية عن المستوى الأمثل؛ وإهدار الموارد والفساد والاحتيال، وعدم كفاءة وملاءمة مزيج العلاجات المقدم. وبالتصدي لأوجه عدم الكفاءة تلك يمكن تخفيض مجموع الإنفاق على الصحة بأكثر من ٤٠٪ في المتوسط (راجع الرسم البياني ٢).

### معالجة أوجه عدم الكفاءة

حدد الباحثون عددا من مجالات الإصلاح التي من شأنها الحد من أوجه عدم الكفاءة في نظام الصحة.

- من الضروري إعادة توزيع الإنفاق على الصحة وتوجيهه نحو استخدام الخدمات والعلاجات الأكثر كفاءة من حيث التكلفة وتقديم الحوافز لمكافأة السلوكيات التي تحقق الكفاءة. فعلى سبيل المثال، غالبا ما يكون المقدم والمستخدم من خدمات الرعاية الصحية الأولية والوقائية أقل من اللازم - وتتراوح هذه الخدمات ما بين الزيارات المعتادة للأطباء، والتحصين، والوقاية من فيروس نقص المناعة



معظم الدراسات التي تتناول عدم كفاءة الإنفاق تركز على مستوى الصحة، مثل قياس متوسط العمر المتوقع. ورغم أن تلك الدراسات قد ترصد بوضوح هدف تحسين الصحة، فإنها لا تعكس سوى صورة جزئية - نظرا لأن متوسط العمر المتوقع يرتبط ارتباطا كبيرا بمؤشرات الصحة الأخرى ذات الصلة.

وثانيا، عادة ما يتم قياس أوجه عدم الكفاءة بمقارنة نظام صحة ما بأخر يتسم «بالكفاءة». ونظرا لأن مستوى الصحة يتأثر بعوامل عديدة بخلاف الإنفاق تتفاوت من بلد لآخر، فمن الصعب تحديد الحد الأدنى للإنفاق اللازم لتحقيق مستوى الصحة المستهدف.

### مصادر عدم الكفاءة

ولا تزال الدراسات تكشف عن قدر كبير من عدم الكفاءة في استخدام الموارد العامة في قطاع الصحة. فيشير تقرير الصحة العالمية لعام ٢٠١٠ (راجع WHO, 2010)، والذي يستند إلى دراسات عن نظم الرعاية الصحية حول العالم، إلى أن نسبة تتراوح من ٢٠٪ إلى ٤٠٪ من مجموع الإنفاق (العامة والخاص) على الصحة في البلدان مرتفعة ومتوسطة ومنخفضة الدخل ليس لها تأثير يذكر على تحسين الصحة البشرية. وتوصلت دراسة عن بلدان منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي إلى أن أوجه عدم الكفاءة في تلك البلدان تؤدي إلى انخفاض العمر المتوقع بحوالي عامين في المتوسط (دراسة، Jourard, 2010, and Nicq, André). وتشير دراسة أحدث (IMF, 2014) تتضمن تعديل العمر المتوقع حسب جودة نظام الصحة إلى أن أوجه عدم الكفاءة تتسبب في تراجع العمر المتوقع المعدل حسب مستوى الصحة (راجع الإطارات) بأكثر من عامين في المتوسط (راجع الرسم البياني ١)، وهو تراجع حاد أخذ في الاعتبار أن زيادة الإنفاق على الصحة بنسبة ٥٠٪ لن تطيل العمر المتوقع المعدل حسب مستوى الصحة سوى بعام واحد في المتوسط، مما يشير إلى وجود فرصة كبيرة لزيادة الكفاءة في جميع البلدان.

وتنشأ أوجه عدم الكفاءة تلك عن مصادر عديدة ويوجد عدد من التدابير التصحيحية المحتملة لمواجهتها.

وتشير الشواهد في حالة بلدان منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي إلى أن نوع نظام الصحة العامة لا يبدو من العوامل الرئيسية المؤثرة (دراسة، Jourard, André, and Nicq, 2010). فالحكومة في معظم البلدان تضطلع بدور كبير في قطاع الصحة، ويمكن أن يأخذ هذا الدور أشكالاً متنوعة، بما في ذلك توفير الخدمات الصحية بشكل مباشر، وتوفير التمويل اللازم من خلال النظام الضريبي، وتنظيم الخدمات المقدمة من القطاع الخاص. ولكن عند تصنيف نظم الرعاية الصحية حسب دور آليات السوق في توفير وتمويل تلك النظم، نجد أن الفوارق في مستوى الكفاءة داخل المجموعات أكبر من الفوارق بين المجموعات. ويشير ذلك إلى توقف درجة الكفاءة على عوامل أكثر تحديدا، مثل العناصر المكونة لمجموعة مزايا الرعاية الصحية، وكيفية سداد مستحقات مقدمي الخدمة من القطاع الخاص، وهيكل تقاسم التكلفة، وكيفية وضع وإنفاذ المبادئ التوجيهية التي تنظم عملية العلاج.

ومن العوامل المهمة أيضا تكوين خدمات الرعاية الصحية والإنفاق على الصحة. فتشير الشواهد إلى أن خدمات الرعاية الصحية الأولية والوقائية أكثر كفاءة عموما من حيث التكلفة مقارنة بخدمات

### مقياس العيش بصحة جيدة

متوسط العمر المتوقع المعدل حسب مستوى الصحة هو عدد السنوات التي يتوقع أن يعيشها الفرد في صحة جيدة. وينفق قطاع الصحة جزءا ضخما من موارده للتخفيف من وطأة الأمراض إذ يمكن زيادة الكفاءة من خلال وتحسين جودة حياة الأفراد. ولرصد هذا العنصر، يراعى في قياس متوسط العمر المتوقع المعدل حسب مستوى الصحة مدى انتشار الأمراض وحالات الإصابة بها ومدى المرض، إلى جانب بيانات عن السنوات التي يقضيها الفرد في أوضاع صحية مختلفة.

رعايته) ونظام تصنيف المرضى حسب التشخيص والذي يحصل فيه مقدم الخدمة على مبلغ يحدد على أساس نوع خدمات الرعاية الصحية الذي يحصل عليها المريض عادة عند إصابته بمرض معين. ويمكن أن يساعد نظام الدفع على أساس الحالة في الحد من الحوافز التي قد تشجع مقدمي الخدمات على تقديم علاجات غير ضرورية. ولكن يتعين فرض مبادئ توجيهية علاجية مشددة على مقدمي الخدمات وإحكام

## زيادة كفاءة الإنفاق على خدمات الرعاية الصحية العامة أمر بالغ الأهمية.

الرقابة عليهم لمنعهم من عدم تقديم العلاج اللازم للمرضى. وينطبق ذلك على معظم الاقتصادات التي يكون حجم قطاع الصحة الخاص فيها كبيرا.

• ويتعين على الحكومات تحسين عمليات المؤسسات العامة. ويمكن زيادة الكفاءة من خلال الاتساق في توزيع المسؤوليات بين مستويات الحكومة (عن طريق تجنب التداخل بين المسؤوليات والتكاليف الإدارية المفرطة). ويمكن أن يساعد وضع وإنفاذ القواعد التنظيمية العلاجية الملائمة في الحد من الاستخدام المفرط أو غير الملائم للعلاج. وقد تساعد زيادة شفافية القواعد التنظيمية وتحسين آليات إنفاذها، لا سيما القواعد التنظيمية الخاصة بالمشتريات وسداد المستحقات، في الحد من الفساد والاحتياح للمشتريين بدرجة كبيرة على ما يبدو في جميع الاقتصادات.

وهكذا، فمن الضروري للغاية زيادة كفاءة الإنفاق العام على خدمات الرعاية الصحية في جميع الاقتصادات. ويتعين تنفيذ الإصلاحات الهادفة إلى زيادة كفاءة الإنفاق العام بما يتناسب مع ظروف كل بلد. ففي الاقتصادات المتقدمة، يعني ارتفاع عدد المسنين ومستوى الدين العام أنه يجب على الحكومات تثبيت أو احتواء الزيادة في نسبة الإنفاق العام على الصحة إلى إجمالي الناتج المحلي دون التأثير على مستوى الصحة. ويتعين على الاقتصادات النامية الاستمرار في تحسين مستويات الصحة مع الحفاظ على استمرارية المالية العامة. ■

ديفي كودي كبير خبراء الإنفاق الاجتماعي، ومورا فرانسيس مستشارة المساعدة الفنية، وبوبينغ شانغ اقتصادي، وجميعهم يعملون في إدارة شؤون المالية العامة بصندوق النقد الدولي.

### المراجع

Clements, Ben, David Coody, and Sanjeev Gupta, 2012, Economics of Public Health Care Reform in Advanced and Emerging Economies (Washington: International Monetary Fund).

Gaynor, Martin, Rodrigo Moreno-Serra, and Carol Propper, 2013, "Death by Market Power: Reform, Competition, and Patient Outcomes in the National Health Service," Economic Policy, Vol. 5, No. 4, pp. 134–66.

Hillestad, Richard, and others, 2005, "Can Electronic Medical Record Systems Transform Healthcare? Potential Health Benefits, Savings, and Costs," Health Affairs, Vol. 24, No. 5, pp. 1103–117.

International Monetary Fund (IMF), 2014, Fiscal Monitor (Washington, April).

Jamison Dean T., and others, 2013, "Global Health 2035: A World Converging within a Generation," The Lancet, Vol. 382, No. 9908, pp. 1898–1955.

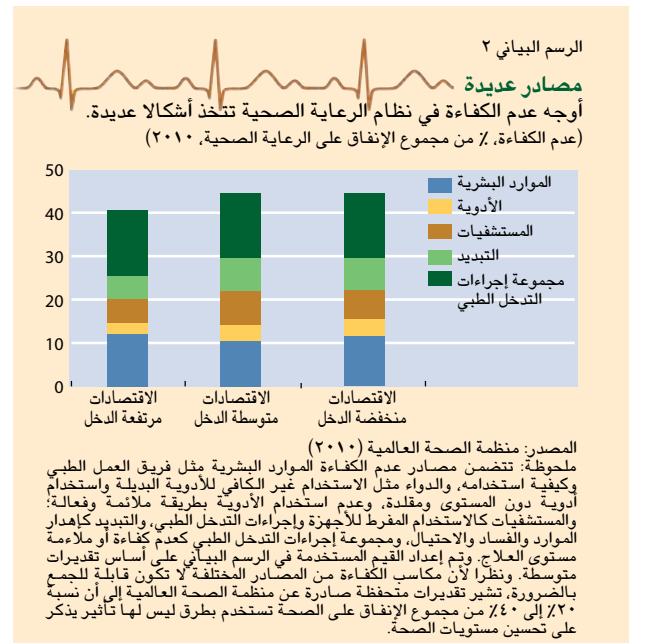
Jourard, Isabelle, Christophe André, and Chantal Nicq, 2010, "Health Care Systems: Efficiency and Institutions," OECD Economics Department Working Paper No. 769 (Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development).

World Health Organization (WHO), 2010, World Health Report—Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage (Geneva).

البشرية ومن التدخين والسمنة. ويتضح من ذلك أهمية دور الحكومة في دعم إعداد الأبحاث والتطوير، وتقديم خدمات الرعاية الصحية العامة، ووضع القواعد التنظيمية والمبادئ التوجيهية المنظمة لعملية العلاج، والتدابير الضريبية (دراسة Jamison and others, 2013). فضلا على ذلك، يمكن تصميم هيكل تقاسم التكلفة على نحو يشجع استخدام خدمات رعاية صحية أكثر كفاءة من حيث التكلفة، لا سيما في بلدان السوق الصاعدة والبلدان ذات الدخل المنخفض التي لا توفر تغطية تأمينية صحية شاملة. وينبغي لهذه البلدان أن تسعى إلى توفير التغطية الشاملة من خلال تقديم مجموعة من المنافع التي لا تغطي سوى الخدمات الأساسية والأكثر فعالية من حيث التكلفة، وذلك لحين ازدياد قدرة تلك البلدان على توفير التمويل اللازم لزيادة الإنفاق العام على الصحة. وهذا من شأنه أن يساعد ليس في الحد من أوجه عدم المساواة فحسب، بل سيؤدي أيضا إلى تحسين صحة السكان ككل.

• وينبغي على الحكومات تشجيع المنافسة وحرية الاختيار. ويقوم هذا الإصلاح على إتاحة الفرصة للمرضى للاستفادة من المنافسة بين شركات التأمين ومقدمي الخدمات، ونشر معلومات عن أسعار الخدمات الصحية ومستوى جودتها. وقد يجبر ذلك مقدمي خدمات الرعاية الصحية على العمل بكفاءة أكبر من خلال تدابير مثل الاستعانة بمزيج ملائم من الأطباء والمرضى والموظفين الإداريين، واستخدام البنية التحتية بشكل أفضل. وقد ثبت أن زيادة المنافسة وحرية الاختيار ترتبط ارتباطا موجبا بتحسين مستوى الصحة، وإن كان تأثيرها على التكلفة أقل وضوحا (دراسة Gaynor, Moreno-Serra, and Propper, 2013). ولا يزال للتنظيم دور كبير في ضمان سلامة آليات عمل السوق والحد من الإخفاقات السوقية، كالإخفاق في توفير الكم اللازم من خدمات التأمين الصحي والرعاية الصحية. وقد ينطبق ذلك بصورة أكبر على الاقتصادات المتقدمة نظرا لما يتطلبه تطبيق القواعد التنظيمية المتطورة من مستوى عال من القدرات الإدارية.

• ويتعين تحسين نظم سداد مستحقات مقدمي الخدمات. ويتضمن هذا الإصلاح التحول من النظام القائم على دفع رسوم مقابل الخدمات المقدمة الذي يحصل فيه مقدم الخدمة على الرسوم المستحقة عن كل خدمة يقدمها إلى نظام دفع على أساس الحالة كنظام الأجرة على الفرد (حيث يحصل مقدمو الخدمات على مبلغ ثابت عن كل مريض يتولون



# الاستعداد بالغ الأهمية

تبين الجهود التي تبذلها رواندا لمنع انتشار فيروس الإيبولا في البلد أن هناك حاجة إلى منهج متعدد القطاعات يتجاوز قطاع الصحة بمفرده.

أغنيز بينغواهو

إن تكلفة إدارة الوقاية  
من فيروس إيبولا  
باهظة للغاية.



الصورة الأكبر وبناء توافق في الآراء بشأن كيف يمكن أن نستخلص أقصى قيمة من كل استخدام للموارد المحدودة ولكن المتنامية في البلد. وقد ألقى ذلك المسؤولية على عاتق مسؤولي مختلف الوزارات للعمل التعاوني على حل المشكلة بدلا من المنافسة من أجل الحصول على أموال الحكومة.

## مساع مكلفة

بينما حققت هذه العادات فائدة كبيرة لصناع السياسات ونحن نتغلب على هذا التهديد، فقد كانت تكلفة إدارة الوقاية من فيروس إيبولا باهظة، من حيث المال والوقت أيضا. فكل ساعة نعمل فيها على الوقاية من فيروس إيبولا هي ساعة لا نستطيع أن نخصصها للأهداف الإنمائية الأخرى، مثل تحسين تقديم خدمات الرعاية الصحية. وبالإضافة إلى ذلك، أدت هذه الجهود إلى أعباء مالية كبيرة على اقتصادنا. فالاستثمارات المطلوبة لمكافحة هذا التهديد الحاد على المدى القصير قد تؤول أي خطة لبناء لمركز صحي أو مستشفى أو طريق جديد أو مدرسة جديدة. وفي حين كان هذا التعديل مكلفا، فإن تكلفة عدم العمل، أو العمل غير الكامل أو غير المنظم، أكبر بكثير. وقد شكل تهديد فيروس إيبولا تحديات لنظام الرعاية الصحية في البلد دفعته إلى مستوى جديد من الأداء. وقد أوضح لنا كيف يمكن أن نفعل المزيد بالموارد المحدودة التي لدينا من المال والوقت، في نظام الرعاية الصحية نفسه وعبر القطاعات المشاركة في الاستجابة. وعلينا أن نسعى دائما إلى تحسين جهودنا التعاونية لحماية وتحسين صحة ورفاه شعبنا، بما في ذلك بالطبع زيادة الاستثمارات لتعزيز قطاع الصحة. ففي نهاية المطاف، لن نستطيع التغلب على أي تهديد صحي بدون الأخصائيين في مجال الصحة والأجهزة والبنية التحتية. ولكن علمتنا أزمة فيروس إيبولا أيضا أن علينا أن نعزز قدرة بلدنا على الحكم بشكل تعاوني لتحسين استجابتنا للتحدي القادم الذي قد ينتظرنا. ولا يتمثل ذلك في الاستثمار في تقديم خدمات الرعاية الصحية في حالات الطوارئ فقط، ولكن في جميع القطاعات عموما التي تؤثر على رفاه الشعب الذي يعد أعظم مورد لدينا. ■

أغنيز بينغواهو هي وزيرة الصحة في رواندا، ومن كبار المحاضرين في كلية الطب بجامعة هارفارد، وأستاذة طب الأطفال في كلية غيزيل للطب بجامعة دارتموث.

أكبر التحديات التي تواجه التقدم في مجال الصحة العالمية يكمن في النظرة الضيقة في أن الاستثمار في النظم الصحية فقط هو العلاج لإدارة التهديدات الصحية.

# أحد

وبدلا من ذلك، من الضروري تعزيز جميع القطاعات التي تؤثر على المحددات الاجتماعية للصحة والعدالة، بما في ذلك التمويل والنقل والأمن والاتصالات لضمان استجابة تعاونية وفعالة لهذه التهديدات. وكمثال لذلك، يمكن أن ننظر إلى كيفية إدارة بلدي رواندا للجهود الرامية إلى منع انتشار فيروس إيبولا الذي ضرب العديد من البلدان في غرب إفريقيا.

وإذ يعمل نظام الرعاية الصحية على منع وصول فيروس إيبولا إلى رواندا، فلا ينبغي أن يصرف نظره عن مكافحة الوفيات المبكرة نتيجة أمراض الأمومة والطفولة وفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز والسل والملاريا وغيرها من الأمراض. ومن المهم تكييف وتعديل النظام عبر جميع القطاعات للتخفيف من حدة هذا المرض الحاد وغير المتوقع.

## القدرة على الحكم

لا يختبر هذا التهديد نظام الرعاية الصحية فحسب، بل إنه يختبر أيضا قدرة البلد على الحكم. فقد تطلبت استجابة رواندا آليات لصنع سياسات متعددة القطاعات وتعاونية، فضلا على تفكير مشترك لتحقيق أقصى استفادة من كل الموارد المتاحة.

وعلى سبيل المثال، هناك حاجة إلى أموال لإدارة عملية منع تفشي فيروس إيبولا، مثلا لتجهيز جميع المستشفيات العامة بوحدات عزل وتدريب أخصائيي الرعاية الصحية الذين يكونون في مركز الصدارة عند الحاجة، كما تحتاج وزارة الصحة إلى دعم القطاع المالي لقراراتها. وبالنظر إلى الانتقال المحتمل للفيروس من الأشخاص القادمين إلى البلد، كان علينا أن نعتمد على قطاع النقل ومكتب الهجرة لتنفيذ سياساتنا بشأن السفر إلى الخارج. وبالإضافة إلى ذلك، تعين على قطاع الأمن إنفاذ إجراءات طوارئ مثل التأهب على مدار الساعة في جميع أنحاء البلد لاحتواء أي حالة إصابة محتملة بفيروس إيبولا.

ولتنسيق القرارات وإبقاء جميع أصحاب المصلحة على علم بهذا الموضوع، ولا سيما الجمهور العام، كان من المهم إشراك قطاع الاتصالات.

ولم يتم ربط أجزاء هذا المنهج متعدد القطاعات ببعضها البعض لمواجهة هذه الأزمة بالذات. ولكنه أعد بعناية وبشكل تعاوني مع مرور الوقت.

وعلى سبيل المثال، اعتاد قادة رواندا على اجتماع «مجموعات» السياسات، بما في ذلك المجموعة الاجتماعية التي تشترك في رئاستها وزارة الصحة ووزارة التعليم. وبدلا من عمل كل جهة بمفردها بوجهات نظر ضيقة، فإننا نعقد اجتماعات شهرية كمجموعة لمناقشة

# القطاع الخاص مقابل القطاع العام

هورهيه كوراسا وجيشنو داس وجيفري هامر

## يوفر

قد يصف مقدمو الخدمات علاجات تحقق لهم منفعة مالية أكبر دون أن تلبى الاحتياجات الصحية للمرضى. فعلى سبيل المثال، قد يختار مقدم الخدمة إجراء عمليات قيصرية عندما تكون الولادات الطبيعية الأقل تكلفة كافية أو صرف أدوية غير ضرورية سعياً وراء المكسب. ويوجد بالفعل اعتقاد شائع بأن «تفاوت المعلومات» — أي عندما يعرف مقدم الخدمة المزيد من المعلومات عن حالة المريض مقارنة بما يعرفه المريض — يؤدي إلى مشكلات في خدمات الرعاية الصحية العلاجية التي يقدمها القطاع الخاص.

ولكن ليس من الواضح أن الحكومات تقوم بدور أفضل في هذا الصدد. فغالبا ما يصاحب تدني جودة الخدمات المقدمة في القطاع الخاص وأوجه الخلل السوقي الحادة تدني جودة الخدمات المقدمة في القطاع العام. إذ تفتقر الجهات التنظيمية المحتملة غالبا إلى القدرة على المراقبة والإنفاذ. ويتعين على الحكومة الاضطلاع بتقديم السلع العامة الحقيقية — كالقضاء على مصادر الأمراض (مثل البعوض) وتحسين خدمات الصرف الصحي. ولكن عندما يتعلق الأمر بخدمات الرعاية الصحية العلاجية، فإن الصورة تكون أقل وضوحا.

## قطاع خاص كبير

يوجد في البلدان منخفضة الدخل قطاع رعاية صحية خاص كبير عموما، ويستخدم بشكل مطرد كمصدر لخدمات الرعاية الصحية الأولية، وذلك رغم زيادة التمويل المتاح للخدمات العامة وإلغاء الرسوم عليها في العديد من البلدان. وقد سئل أفراد الأسر في إطار المسوح الديمغرافية والصحية عن القطاع الذي

القطاع الخاص ما بين ثلث إلى ثلاثة أرباع جميع خدمات الرعاية الصحية الأولية في البلدان منخفضة الدخل حسب المسح المستخدم. ولكن بالنسبة لمعظم المرضى لا تشمل الرعاية الطبية التي يقدمها القطاع الخاص المستشفيات الكبيرة والحديثة ومقدمي الخدمات المتكاملة. فالقطاع الخاص من هذا النوع موجود لخدمة المرضى الأثرياء نسبيا في المناطق الحضرية. أما القطاع الخاص المتاح للفقراء، فهو مزيج يجمع بين مقدمي الخدمات الحديثة الذين يديرون عيادات صغيرة بهدف الربح أو يعملون لدى مؤسسات غير هادفة للربح، ومقدمي الخدمات المدربين على الأنظمة الطبية التقليدية والمعالجين بالأعشاب وممارسي الطب التجانسي وغيرهم عديدين من غير ذوي المؤهلات.

ومن المستحيل التعميم فيما يتصل بدور القطاع الخاص في تقديم الخدمات الطبية للفقراء، غير أنه يوجد تعميمان يشكلان جزءا كبيرا فيما يبدو من النقاش حول العلاج الطبي الخاص في البلدان منخفضة الدخل. الأول يصور القطاع الخاص بوصفه حلا شاملا لجميع مشكلات القطاع العام وأوجه الخلل التي تشوب عمل هذا القطاع عموما، والثاني يعتقد بأن الممارسات الاستغلالية تستشري في القطاع الخاص بصورة تستوجب تنظيمه ومراقبته وربما إحلال العيادات الممولة والمدارة حكوميا محله.

والحكم على صحة أي من الرأيين هو مسألة تجريبية تتوقف على طبيعة المشكلات التي تنشأ عن التفاعل بين المرضى ومقدمي خدمات الرعاية الصحية في أسواق العلاج الطبي، وعلى قدرة الحكومة على حل تلك المشكلات. فعلى سبيل المثال، قد لا يعترف المرضى بخدمات الرعاية الصحية الجيدة ومن ثم يطلبون عوضا عنها علاجات سريعة وأدوية مقلدة غير فعالة. وفي هذه الحالة، سيقدم القطاع الخاص لهم نوع العلاج الذي يطلبونه، أو

في العديد من البلدان ينبغي ألا يجري النقاش حول مصدر الرعاية الصحية الأولية ولكن حول جودتها

أناس مصطفىون للتسجيل في نظام التأمين الصحي الوطني، جامو، الهند





وقد تم إعداد دراستين منهجيتين في الآونة الأخيرة حول الدراسات التي تناقش الجودة والكفاءة في تقديم الخدمات الصحية في القطاعين العام والخاص، وتوصلتا إلى استنتاجات متناقضة. فالأولى تؤيد استخدام خدمات القطاع العام، (دراسة (Basu and others, 2012)، والثانية تؤيد استخدام خدمات القطاع الخاص، دراسة (Berendes and others, 2011). وعندما اطلعنا على الدراسات الأصلية لتحديد أسباب هذا الاختلاف، اضطررنا أن نستنتج بأن الإجابة المبسطة لجميع الأسئلة، بما في ذلك السؤال الأساسي المتعلق بأفضلية جودة الرعاية الصحية في القطاع العام أو القطاع الخاص، هي أننا «لا نعرف».

ويتعين أن تتوافر للدراسات بيانات من القطاع العام والقطاع الخاص بما يمكنها من تحديد الاختلافات في مستوى الجودة بين القطاعين. وينبغي أيضا استبعاد عوامل الالتباس الناشئة عن الاختلافات في المرضى ومستوى التدريب وتوافر الموارد. (فمن غير المجدي مقارنة مقدم خدمات في القطاع الخاص لم يحصل على أي تدريب ويعمل في عيادة صغيرة في منطقة ريفية بطبيب مدرب يعمل في مستشفى جيدة التجهيز في القطاع العام).

ومن بين ١٨٢ دراسة تغطيها الدراستان المذكورتان، تتحقق هذه المعايير في دراسة واحدة فقط (دراسة (Pongsupap and Van Lerberghe, 2006). فقد استخدمت هذه الدراسة أفرادا يتظاهرون بالإصابة بحالة مرضية معينة (عملاء مزيفون) لتقييم «أوجه التماثل» بين أطباء القطاع الخاص والقطاع العام في بانكوك في علاج الاضطراب النفسي. وهؤلاء المرضى المزيفون - أفراد من بانكوك تم الاتفاق معهم لعرض نفس الحالة المرضية على عدة مقدمي خدمات - يعتبرهم باحثون عديدون المعيار الذهبي في هذا النوع من الأبحاث نظرا لما يتيحونه من مقياس موضوعي لجودة خدمات الرعاية الصحية، بما في ذلك مدى التزام مقدم الخدمة بالقواعد، وصحة الطرق العلاجية المستخدمة، ومدى استخدام طرق علاجية غير ضرورية. فهم يسمحون للباحثين بتقييم العلاج الذي يحصل عليه نفس المريض من مقدمي خدمات مختلفين. وفي هذه الدراسة، أشار الباحثون إلى أن خدمات الرعاية الطبية في القطاع الخاص أكثر تمحورا حول المريض، ولكن دون وجود أي اختلاف بين القطاعين العام والخاص من حيث صحة العلاج المقدم. ولم يقدم أي طبيب العلاج الصحيح (وكان العلاج الصحيح هو عدم تقديم أي علاج على الإطلاق).

### المناطق الريفية في الهند

وفي البحث الذي أجريته في المناطق الريفية بالهند، أرسلنا مرضى مزيفون يتظاهرون بالإصابة بنفس الحالة المرضية إلى عيادة عشوائية من مقدمي الخدمات في القطاعين العام والخاص في البداية، ثم إلى مجموعة من الأطباء المؤهلين في القطاعين (دراسة (Das and others, 2014). وتوصلنا إلى عدة نتائج مهمة.

أولا، كانت أغلب خدمات الرعاية الصحية في القطاعين العام والخاص يقدمها أفراد غير حاصلين على تدريب طبي رسمي. ويعكس ذلك في القطاع الخاص ندرة في المتخصصين المدربين الراغبين في العمل بالمناطق الريفية. أما في القطاع العام، يقوم موظف غير حاصل على تدريب طبي بتقديم الرعاية الصحية في ٦٤٪ من الحالات نظرا لعدم وجود طبيب. فغالبا ما يتغيب عن العمل الأطباء الذين يعملون بمرتبة ثابتة في العيادات العامة - وفقا للدراسات الوطنية تبلغ نسبة التغيب ٤٠٪ من الوقت في الهند، و٣٥٪ في أوغندا، وأكثر من ٤٠٪ في إندونيسيا.

وثانيا، كانت نسبة الخدمات المتمحورة حول المريض ودقة العلاج أعلى ما تكون في عيادات القطاع الخاص التي يعمل بها أطباء من القطاع العام. فالطبيب نفسه في العيادات الخاصة يقضي وقتا أطول ويسأل أسئلة أكثر وأكثر التزاما على الأرجح بالأسئلة والفحوصات المقررة وأكثر دقة في تحديد العلاج الملزم منه في العيادات العامة (راجع الرسم البياني). ولا توجد أي فوارق بين القطاعين من حيث (ارتفاع) نسبة استخدام الأدوية غير الضرورية.

توجهوا إليه عند إصابة أحد الأطفال بالحمى أو الإسهال. وخلال الفترة بين ١٩٩٠ و٢٠١٣ (٢٢٤ مسحا في ٧٧ بلدا)، لجأ نصف السكان إلى القطاع الخاص، وخلال الفترة ما بين ١٩٩٨ و٢٠١٣، استعان خمسي السكان بخدمات الرعاية الصحية الخاصة، بما فيهم أفقر ٤٠٪ (راجع دراسة (Grepin, 2014). وبالنسبة لأمراض الكبار والأطفال مجتمعين، بلغ استخدام القطاع الخاص في أوائل الألفينات (آخر بيانات متاحة) ما بين ٢٥٪ في إفريقيا جنوب الصحراء و٦٣٪ في جنوب آسيا (دراسة (Wagstaff, 2013).

ومن الأسباب الممكنة التي تفسر الاعتماد الكبير على القطاع الخاص هو عدم توافر العيادات العامة أو التزام شديد عليها، مما يدفع الناس إلى اللجوء إلى العيادات الخاصة. ولكن الناس يقبلون على

## يقبل الناس على مقدمي الخدمات في القطاع الخاص إقبالا شديدا حتى في حالة توافر العيادات العامة.

مقدمي الخدمات من القطاع الخاص إقبالا شديدا حتى في حالة توافر العيادات العامة. ولا يبدو أن الزحام الشديد يمثل لهم مشكلة. ففي تنزانيا والسنغال والمناطق الريفية في ماديا برادش (بالهند)، يقضي الأطباء في عيادات الرعاية الصحية الأولية العامة من ٣٠ دقيقة إلى ساعة يوميا فقط في الكشف على المرضى. وفي نيجيريا، تستقبل الوحدة العامة الريفية العادية مريضا واحدا خلال اليوم (راجع (World Bank, 2011 ودراسة (Das and Hammer, 2014).

وقد يعكس أبعاد الجودة استعداد المرضى لدفع مقابل مادي نظير الحصول على خدمات القطاع الخاص التي كان من الممكن أن يحصلون عليها مجانا من وحدة عامة يرتادها مرضى قليلون، كغياب مقدم الخدمة في الوحدات العامة أو عدم الاعتناء الكافي بالمرضى. ومن منظور الصحة والسياسات، فإن تفضيل الوحدات الخاصة يصبح مشكلة إذا كان مقدمو الخدمة في القطاع الخاص أكثر استجابة من مقدمي الخدمة في الوحدات العامة لطلب المرضى على منتجات وخدمات غير ملائمة من الناحية الطبية (المضادات الحيوية ومركبات الستيرويد، على سبيل المثال) أو أكثر استعدادا لتقديم علاجات غير ملائمة تحقيقا للربح. فإذا كانت هاتان المشكلتان أقل شيوعا في القطاع العام، ينبغي على الحكومات النظر في توسيع نطاق القطاع العام ليحل محل القطاع الخاص أو إحكام تنظيم العلاج الطبي الخاص. لذلك فالسؤال المهم هنا هو ما إذا كانت جودة الرعاية الطبية تختلف بين القطاعين أم لا.

### جودة الرعاية

في الواقع، فإن جودة الرعاية الصحية ككل متدنية في القطاعين. فيتراوح وقت الاستشارة المحدود بين دقيقة ونصف (القطاع العام، المناطق الحضرية بالهند) وثمان دقائق (القطاع الخاص، المناطق الحضرية في كينيا). ويسأل مقدمو الخدمة في المتوسط من ثلاثة إلى خمسة أسئلة، ويجرون ما بين اختبار روتيني واحد وثلاثة اختبارات روتينية كقياس الحرارة والنبض وضغط الدم. وفي المناطق الريفية والحضرية بالهند، تقل نسبة العلاج الصحيح للحالات المرضية الخطيرة عن ٤٠٪، وتقل نسبة التشخيص الصحيح عن ١٥٪. ويشيع استخدام مقدمي الخدمات في القطاعين لأدوية غير ضرورية أو حتى ضارة، وتستخدم الأدوية التي يحتمل أن تنقذ حياة المرضى، كمحاليل الجفاف التي تعطى عن طريق الفم للأطفال المصابين بالإسهال، في أقل من ثلث الحالات التي يتعامل معها مقدمي الخدمات المؤهلين. وتقل نسبة المرضى الذين يحصلون على العلاج المناسب فقط عند زيارتهم لمقدم الخدمة عن ٥٪.

يقوم بتشخيص حالة المريض ويحصل أيضا على مقابل نظير العلاج، إلا أن هذه المشكلات نفسها توجد في القطاع العام. وهكذا فإن المفاضلة بين القطاع العام والقطاع الخاص غير مرتبطة بجهل المريض أو سلوكيات غير مبررة، ولكنها مرتبطة بالجودة الكلية لخدمات الرعاية الصحية، وهي متدنية في القطاعين. وقد يكون تطوير البنية التحتية والتدريب أمرا ضروريا ولكنه غير كاف في حد ذاته لزيادة جودة الرعاية الصحية (دراسة Das and Hammer, 2014). ويجب أن تتغير سلوكيات مقدمي خدمات الرعاية الصحية وهياكل الحوافز التي تؤثر على عملهم. فيستلزم الحد من استخدام الأدوية غير الضرورية وتطبيق سياسات تفصل بين التشخيص والعلاج في القطاعين، على سبيل المثال. وسيتضمن ذلك الفصل القانوني بين مسؤوليات وصف الدواء وصرفه وإجراء الفحوصات الطبية. ولا يوجد ما يستدعي توسيع نطاق نظام الرعاية الصحية العام ما لم يكن على الأقل على نفس مستوى جودة الخدمات التي سيحل محلها. فقد يكون من الملائم توسيع نطاق نظام الرعاية الصحية العام في أحوال نادرة عندما يكون في البلد قطاع خاص شديد الإخفاق وقطاع عام يطبق آليات مساءلة فعالة. ولكن حتى في هذه الحالات سيتعين على الحكومات تعزيز قدرات القطاع العام بدرجة كبيرة ووضع إطار تنظيمي شامل. وقد يكون الخيار الأسهل في تلك الحالات التركيز في البداية على الخدمات المتاحة بالفعل ومحاولة تحسينها. فإذا أقر صناع السياسات عدم قبول الناس استخدام القطاع العام لتدني جودته والتركيز على تحسين الأوضاع، فسيختار المرضى الخيار الأفضل. ■

هوريه كوراسا خبير اقتصادي أول وجيشنو داس كبير الخبراء الاقتصاديين، وكلاهما يعمل بالبنك الدولي، وجيفري هامر أستاذ زائر في التنمية الاقتصادية بجامعة برنستون.

#### المراجع:

- Basu, Sanjay, Jason Andrews, Sandeep Kishore, Rajesh Panjabi, and David Stuckler, 2012, "Comparative Performance of Private and Public Healthcare Systems in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review," PLoS Medicine, Vol. 9, No. 6, p. e1001244.
- Berendes, Sima, Peter Heywood, Sandy Oliver, and Paul Garner, 2011, "Quality of Private and Public Ambulatory Health Care in Low and Middle Income Countries: Systematic Review of Comparative Studies," PLoS Medicine, Vol. 8, No. 8, p. e1000433.
- Das, Jishnu, and Jeffrey Hammer, 2014, "The Quality of Primary Care in Low-Income Countries: Facts and Economics," Annual Review of Economics, Vol. 6, pp. 525-53.
- Das, Jishnu, Alaka Holla, Michael Kremer, Aakash Mohpal, and Karthik Muralidharan, 2014, Quality and Accountability in Health: Audit Evidence from Primary Care Providers (Washington: World Bank).
- Grepin, Karen, 2014, "Trends in the Use of the Private Sector: 1990-2013: Analysis of Demographic and Health Surveys" (unpublished; New York: New York University).
- Pongsupap, Yongyuth, and Wim Van Lerberghe, 2006, "Choosing between Public and Private or between Hospital and Primary Care: Responsiveness, Patient-Centredness and Prescribing Patterns in Outpatient Consultations in Bangkok," Tropical Medicine & International Health, Vol. 11, No. 1, pp. 81-89.
- Wagstaff, Adam, 2013, "What Exactly Is the Public-Private Mix in Health Care?" Let's Talk Development (blog), Dec. 2.
- World Bank, 2011, "Service Delivery Indicators: Pilot in Education and Health Care in Africa," African Economic Research Consortium Report (Washington).

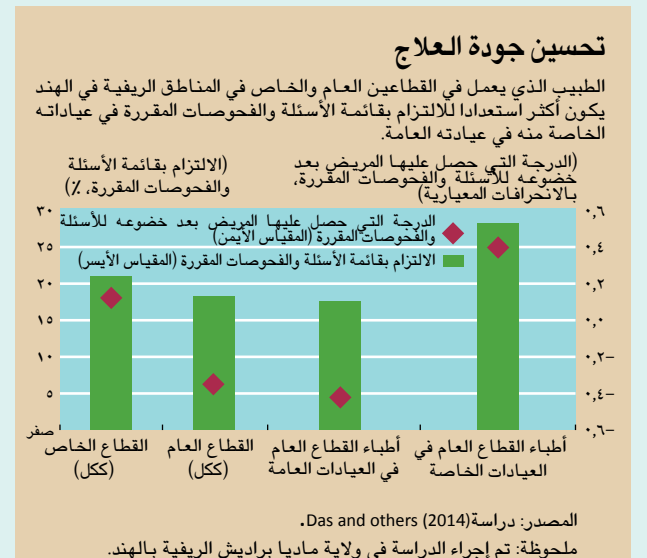
وثالثا، كانت نسبة الاستخدام المفرط للمضادات الحيوية مرتفعة في القطاعين. ففي القطاع الخاص، يصرف ٤٨,٢٪ من مقدمي الخدمات المؤهلين و٣٩,٤٪ من مقدمي الخدمات غير المؤهلين بالكامل مضادات حيوية غير ضرورية. كذلك وصف أطباء القطاع العام في عيادات الرعاية الصحية الأولية مضادات حيوية لعلاج الإسهال في ٧٥,٩٪ من الحالات، ولم يستغرقهم تحديد العلاج سوى دقيقة ونصف.

## ينبغي أن تفصل السياسات بين التشخيص وتقديم العلاج.

ورابعا، صاحب زيادة الالتزام بالإجراءات العلاجية المقررة وصحة العلاج الموصوف في القطاع الخاص ارتفاع في أسعار الخدمات العلاجية. ويتسق ذلك مع النماذج السوقية التي يدفع فيها المستهلكون علاوة على السعر مقابل الحصول على جودة أفضل، ويعني أن المستهلكين مدركين لجودة الخدمات ومهتمين بصحة العلاج المقدم. ولكن أسعار الخدمات لم تنخفض بسبب العلاجات غير الضرورية، مما يشير إلى أن المرضى لم يستطيعوا تحديد ما إذا كانت الأدوية الإضافية التي حصلوا عليها ضرورية أم لا. ويمكن أن يعكس فرط استخدام الأدوية في القطاع الخاص علاقة بين الأرباح التي يحققها مقدم الخدمة ووصف الأدوية: حيث توضح الأبحاث أن الأطباء قلما يصفون المضادات الحيوية غير الضرورية إذا لم يكونوا يحصلون على مقابل مادي نظير وصفها للمرضى. ولكن يكثر استخدام المضادات الحيوية في القطاع العام أيضا. وبالتالي قد يكون دافع الربح جزءا من الأسباب، ولكنه ليس السبب الوحيد. وبالمثل، فإن الاعتقاد الشائع بأن المرضى لا يستطيعون تقييم جودة الخدمات يتعين دحضه هو الآخر نظرا لأن الفروق الحقيقية في جودة الخدمات الطبية يترتب عليها ارتفاع في أسعار تلك الخدمات.

## التشجيع على تحسين جودة العلاج

وفقا للشواهد القليلة المتاحة، هناك مبالغة بشأن مساوئ القطاع الخاص. إذ يبدو أن المرضى يستندون في اختيارهم إلى عوامل منطقية كالمسافة ووقت الانتظار والأسعار وجودة الرعاية. ولا توجد أي شواهد تذكر على أن اختيار المرضى للعيادات الخاصة مجرد اختيار عشوائي غير مرتبط بأسباب منطقية محددة. ورغم أن الأدوية يزداد استخدامها عادة عندما يكون مقدم الخدمة في القطاع الخاص هو من





# سلامة المالية العامة

## الانتقال إلى استخدام الضرائب لحفز السلوك الصحي له حدوده

باتريك بيتي وماريو منصور وفيليب وينغيندر

### يوفر

أكثر من نصف البالغين في الاقتصادات المتقدمة من زيادة الوزن أو السمنة وأعدادهم آخذة في الازدياد (OECD, 2014). ويتسبب وباء السمنة في وفاة ٢,٨ مليون شخص في السنة (WHO) وبلغت تكلفته ١٤٧ مليار دولار في الولايات المتحدة وحدها في عام ٢٠٠٨ (دراسة Finkelstein and others, 2009). وقد بحثت السلطات العامة في هذه البلدان أو اتخذت مجموعة من التدابير لمكافحة هذا الوباء (دراسة Jamison and others, 2013)، وكانت أكثرها إثارة للجدل الضريبة على الدهون والسكر.

وتعتمد النظم الضريبية المعاصرة على الضرائب واسعة النطاق مثل الضرائب المفروضة على الدخل والاستهلاك لتمويل موازنة الحكومة. غير أنه تفرض ضرائب إضافية في بعض الأحيان لتحقيق أهداف سياسات أوسع نطاقا، مثل خفض العوامل الخارجية، التي تنشأ تأثيراتها على الغير بسبب الإنتاج أو الاستهلاك ولكنها لا تنعكس في الأسعار. ويعد التلوث مثلا جيدا على ذلك. وعادة ما تكون هذه الضرائب في شكل مكس، أي ضريبة على مجموعة صغيرة من السلع أو الخدمات.

وقد أدى نجاح ضريبة المكس على التبغ إلى دفع الجهود لفرض هذه الضريبة على الأغذية غير الصحية اعتقادا أن زيادة الأسعار ستؤدي إلى انخفاض الاستهلاك. ولكن هناك فروق بالغة بين التبغ والأغذية غير الصحية، وأساسا تلك التي تحتوي على دهون وسكر. فالقاعدة الضريبية على التبغ سهلة التحديد لأنها تأتي في عدد قليل من أشكال الاستهلاك، على خلاف الدهون والسكر لأن ليس لهما بدائل قريبة؛ وسلطة عرض التبغ قصيرة وبسيطة ومركزة وبالتالي من الأسهل مراقبتها لمنع التجارة غير المشروعة. وبالإضافة إلى ذلك، فإن للتبغ تأثيرات خارجية واضحة في شكل التدخين السلبي وتكاليف الرعاية الصحية وهو غير صحي على أي مستوى من الاستهلاك. وتبرر هذه الخصائص فرض ضريبة المكس على التبغ وتجعلها قابلة للتطبيق من المنظورين الاقتصادي والصحي.

ومقارنة بذلك، لا تؤثر الدهون والسكر على الصحة عند استهلاكهما باعتدال ويؤديان إلى عدد قليل من العوامل الخارجية. والأهم من ذلك أنهما يأتيان في أشكال طبيعية واصطناعية كثيرة ويصلان إلى المستهلك من خلال سلاسل قيمة شديدة الاختلاف والتعقيد. وبالتالي فإن تعريف القاعدة الضريبية لشكل محدد من السكر أو الدهون صعب، ويمكن أن يؤدي فرض ضريبة على أحد أنواع الأغذية يحتوي على سكر أو دهون إلى الاستعاضة عنه بمنتجات غير صحية أخرى. ونتيجة لذلك تكون الكفاءة النسبية للضرائب في خفض الاستهلاك من بعض الأغذية أقل وضوحا مقارنة بالتبغ. وبالإضافة إلى ذلك، فيما أن الدهون والسكر يعتبران من المواد الغذائية، فإنهما يكونان معفيان في كثير من الأحيان من ضرائب المبيعات العامة، مما يجعل فرض الضرائب عليهما أقل تأثيرا.

وهذا لا يعني أن ضريبة المكس ليس لها أي دور فيما يتعلق بالدهون والسكر. ففي بعض الظروف، يمكن أن تؤدي الضرائب إلى

زيادة الإيرادات والحد من استهلاك السعرات الحرارية غير المفيدة. وعلى سبيل المثال، من السهل تحديد المشروبات الغازية التي تمثل مصدرا رئيسيا للسعرات الحرارية لأغراض الضرائب ويمكن أن يتأثر استهلاكها بالأسعار. ولكن بالنظر إلى اختلاف العادات الاستهلاكية والسعر المقبول وأنماط الاستبدال اختلافا كبيرا بين البلدان، تكون هناك حاجة إلى سياسات قطرية.

وبالإضافة إلى ذلك، تتطلب ضرائب المكس في بعض الأحيان تنسيقا دوليا لتحقيق الغرض المنشود منها. وألغيت ضريبة دانمركية مفروضة على الدهون المشبعة في أكتوبر ٢٠١١ بعد ١٥ شهرا من فرضها بسبب آثارها غير الواضحة على العادات الاستهلاكية وبسبب لجوء المستهلكين الدانمركيون إلى عبور الحدود للتسوق في ألمانيا.

وحققت بلدان أخرى مثل فرنسا قدرا أكبر من النجاح في استخدام المكس للحد من استهلاك المشروبات الغازية؛ وهناك دلائل على حدوث تأثيرات كبيرة على استهلاك بعض الفئات الاجتماعية والاقتصادية في الولايات المتحدة (دراسة Powell and Chaloupka, 2009).

وربما لن يكون انتشار ضريبة المكس على الدهون والسكر بنفس قدر حجم انتشارها على التبغ أو تكون بنفس الفعالية، ولكنها يمكن أن تؤدي دورا محدودا في بعض السياقات، شريطة تصميمها وتعديلها بشكل جيد لأنماط الاستهلاك وسلاسل عرض الأغذية في البلد. غير أن علينا ألا ننسى أن السمنة معظمها بسبب الإفراط في الأكل، ويمكن أن ينطوي التغلب على هذه المشكلة على إعادة النظر في السياسات الأوسع نطاقا التي تؤثر على الأسعار والاستهلاك، مثل فرض الضرائب على الأغذية في إطار ضريبة المبيعات العامة واللوائح والإعانات. ■

باتريك بيتي وماريو منصور من كبار الخبراء الاقتصاديين وفيليب وينغيندر خبير اقتصادي، وجميعهم من إدارة شؤون المالية العامة بصندوق النقد الدولي.

### المراجع:

Finkelstein, Eric A., Justin G. Trogon, Joel W. Cohen, and William Dietz, 2009, "Annual Medical Spending Attributable to Obesity: Payer- and Service-Specific Estimates," Health Affairs, Vol. 28, No. 5, pp. 822-31.

Jamison, Dean T., and others, 2013, "Global Health 2035: A World Converging within a Generation," The Lancet, Vol. 382, No. 9908, pp. 1898-1955.

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), 2014, Obesity Update, June.

Powell, Lisa M., and Frank J. Chaloupka, 2009, "Food prices and Obesity: Evidence and Policy Implications for Taxes and Subsidies," The Milbank Quarterly, Vol. 87, No. 1, pp. 229-57.

World Health Organization (WHO), Global Health Observatory Database (Geneva, various years).



# الاهتمام بالابتكار

## ثمة عقبات أمام تطوير العقاقير لمكافحة الأمراض الجديدة

كارول ناسي



### عند

ظهور تهديدات طبية جديدة، مثل فيروس إيبولا في إفريقيا، فإننا نشج الخسائر البشرية وتتساءل عن السبب في عدم قيام شركات الأدوية بدور أكبر من أجل إيجاد حلول طبية للمشكلة (Surowiecki, 2014). وهناك عدة أسباب للبطء في ظهور الابتكارات،

ومن بينها ضعف الحوافز الاقتصادية وسوء إيصال الرسائل. وبعد تفشي المتلازمة التنفسية الحادة الوخيمة (سارس) في الصين في عام ٢٠٠٣ والتي انتشرت في ٣٧ بلدا وأدت إلى وفاة ٧٧٥ شخصا، أعد أطباء الأمراض المعدية رسما بيانيا لصحيفة نيويورك تايمز يبرز حالات الوفاة الناتجة عن سارس في سياق تهديدات الأمراض المعدية العالمية الأخرى. وجاء السل على رأس قائمة الأمراض الأكثر تأثيرا. ويموت بسبب السل عدة ملايين من الأشخاص كل عام في جميع أنحاء العالم، ومعظمهم في ذروة إنتاجهم الاقتصادية. ويؤدي هذا المرض إلى الوفاة إذا ما اقترن بالإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز.

ورغم أننا نتألم عند ظهور أشكال جديدة من العدوى الغامضة مثل سارس وإيبولا، فإننا قد تجاهلنا كثيرا السل الذي قتل أشخاصا على مدار السنوات المائة الماضية أكثر من أي مرض معد آخر. وإذا كان السل نفسه لم يستحث على بذل الجهود لتطوير عقاقير جديدة حتى وقت قريب، فكيف ستجد البحوث في مجال الأمراض المعدية ذات الطابع المحلي التشجيع اللازم؟ ويكمن جانب من الإجابة على هذا السؤال في اتخاذ القرار بشأن كيفية تمويل التكلفة الضخمة للتطوير، التي تقدر بأكثر من مليار دولار للعقار الواحد (PhRMA, 2013)، لاستحداث علاج جديد ومبتكر للمخاطر الصحية العالمية التي لا تؤثر إلا على عدة آلاف من الأشخاص. وبعبارة أخرى، من الذي سيدفع؟

غير أن اقتصاديات استحداث المنتجات الجديدة ليست هي العامل الوحيد الذي يثني صناعة الأدوية عن الاهتمام بالأمراض المعدية المنتشرة خارج الاقتصادات المتقدمة (Wall Street Journal, 2014). ذلك أن إيصال الرسائل العامة المتعلقة بالصحة يؤدي أيضا دورا كبيرا، وإن لم يكن مقصودا. فالحكومات ومنظمات الصحة الدولية في سعيها لإدارة موارد الصحة العامة الشحيحة دائما، تميل إلى أن تركز جهودها على استخدام الأدوات القائمة بمزيد من الكفاءة. وكثيرا ما تفسر الشركات المنتجة للأدوية هذا التأكيد على التحسينات في تسليم العقاقير، سواء كان هذا التفسير صحيحا أو مخطئا، باعتباره إشارة إلى أن السلطات ترى أنه ليست هناك احتياجات لم تلب، بل تتعلق المسألة بالكفاءة.

والسل مثال ممتاز على كيف أدت عملية إيصال الرسائل المتعلقة بالصحة العامة إلى إعاقة تطوير العقاقير لعشرات السنين. ففي السنوات الأربعين الماضية، عولج السل بأربعة أنواع من المضادات الحيوية التي اكتشفت ما بين عامي ١٩٥٠ و١٩٧٠. وهذه العقاقير فعالة بدرجة معقولة إذا تم تناولها مجتمعة لعدة أشهر، غير أن لها آثارا جانبية غير مرغوبة تشبه الإنفلونزا وأثارا سامة، مثل تلف الكبد. ونتيجة لفترة العلاج التي تستمر لسته أشهر وللآثار الجانبية، يتوقف كثير من المرضى عن تناول عقاقيرهم قبل الشفاء من العدوى. ونتيجة لذلك، تطور بكتيريا السل المتبقية مقاومة للمضادات الحيوية.

وعندما تم إدراك هذه المشكلة العلاجية الخطيرة لم يكن الحل الذي توصلت إليه أجهزة الصحة العامة هو طلب عقاقير أكثر أمنا وأكثر سرعة من حيث التأثير، بل البدء في تنفيذ برنامج لتسليم العقاقير يساعد المرضى على تناول العقاقير التي يتراوح عمرها بين ٤٠ و٦٠ عاما بأمان طوال مدة العلاج الكاملة. وعلى الرغم من ذلك، استمر المرضى في التوقف عن العلاج مبكرا وزادت مقاومة بكتيريا السل للعقاقير القديمة. وأصبحت بعض سلالات السل الآن مقاومة لجميع أنواع المضادات الحيوية المتوفرة. ويعتبر السل المقاوم للعقاقير تهديدا صحيا عالميا رئيسيا حيث تشير تقديرات منظمة الصحة العالمية إلى

## تزيد تكلفة علاج السل المقاوم للعقاقير عشر مرات على الأقل.

أن عدد الحالات الجديدة من السل المقاوم للعقاقير المتعددة يزيد عن ٥٠٠ ألف حالة من بين حالات السل المبلغ عنها سنويا والتي تصل إلى ٩ ملايين حالة. وتزيد تكلفة علاج السل المقاوم للعقاقير عشر مرات على الأقل، في حين يصل معدل النجاح العالمي للعلاج إلى أقل من ٥٠ في المائة.

وفي السنوات الخمس عشرة الماضية، أُنعت الإحصاءات الخاصة بالسل المقاوم للعقاقير صناعة الأدوية بأن السل هو من الاحتياجات الطبية التي لم تلب، واستجابت عدة شركات ببرامج لاكتشاف عقاقير جديدة أكثر أمنا وتعمل بشكل أفضل من العقاقير الموجودة حاليا. والفترة الزمنية اللازمة لتطوير العقاقير الجديدة والتي تتراوح ما بين ١٠ أعوام و١٥ عاما من الاكتشاف إلى الإذن بالتسويق تعني أن الصناعة قد تصرف في الوقت المناسب تماما لمعالجة الأزمة المتنامية للسل المقاوم للعقاقير المتعددة. ووافقت السلطات في الاتحاد الأوروبي والولايات المتحدة مؤخرا على عقارين جديدين للسل، في عامي ٢٠١٢ و٢٠١٤، وشارفت عقاقير مبتكرة أخرى للسل على الانتهاء من تطويرها سريريا، منها عقاران من إنتاج شركتي، سيكويلا.

وبالتأكيد فإن هناك أمراضا معدية أخرى ندرك أنها يمكن أن تؤدي إلى خلل خطير في المجتمع المدني. ولتشجيع الصناعة على تطوير عقاقير يمكن أن تغير مسار الأوبئة العالمية المحتملة، يتعين على المجتمع العالمي المعني بالصحة العامة أن يرسل الرسالة الصحيحة التي يطلب فيها الابتكار وليس الكفاءة فقط، وأن يحدد بوضوح المجالات التي يرغب في تخصيص الموارد البحثية لها، وأن يوفر الحوافز الاقتصادية ومعدلات الصرف التي تبرر تكاليف التطوير الباهظة لهذه العقاقير. ■

كارول ناسي هي المديرية التنفيذية لشركة سيكويلا، وهي شركة خاصة تركز على تسويق أنواع العلاج المبتكرة للأمراض المعدية المقاومة للمضادات الحيوية.

المراجع:

PhRMA, 2013, Profile (Washington: Pharmaceutical Manufacturers of America).

Surowiecki, James, 2014, "Ebolonomics," The New Yorker, August 25.

The Wall Street Journal, 2014, "The Medical Innovation Threat," August 20.



# تباطؤ النشاط التجاري

جزء من تباطؤ التجارة العالمية منذ اندلاع الأزمة مرتبط بعوامل هيكلية وليس بعوامل دورية

كريستينا كونستانتينسكو وأديتيا ماتو  
وميشيل روتا

## ماذا

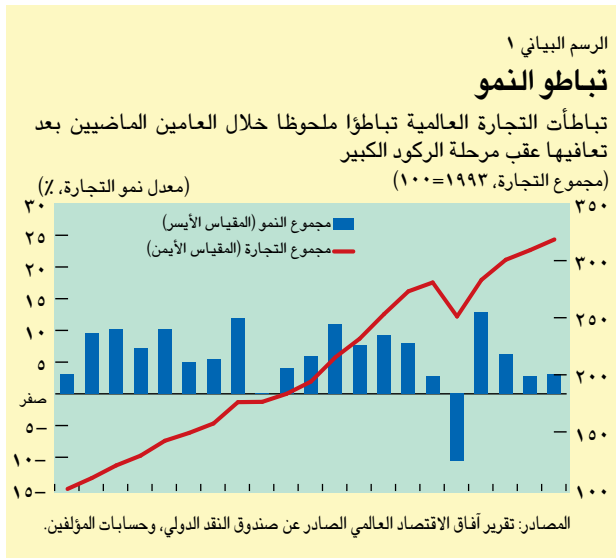
حدث لمعدلات نمو التجارة العالمية؟ فقد تباطأت على نحو غير متوقع عقب تعافيتها في عام ٢٠١٠ من انخفاض غير مسبوق خلال فترة الركود الكبير.

ولم يتجاوز معدل نمو النشاط التجاري ٣٪ في عامي ٢٠١٢ و٢٠١٣، مقابل ٧,١٪ في المتوسط في فترة ما قبل الأزمة (١٩٨٧ - ٢٠٠٧، انظر الشكل البياني ١). وهذه المرة الأولى على مدى ما يزيد على أربعة عقود التي يتباطأ فيها معدل النمو التجاري عن معدل نمو الاقتصاد العالمي. ويتساءل خبراء الاقتصاد عما إذا كان تباطؤ التجارة العالمية ظاهرة مرتبطة بالعوامل الدورية ستصح مسارها تلقائياً بمرور الوقت، أم أنه يرتبط بعوامل أعمق أثراً وأطول أجلاً (أي عوامل هيكلية). وعما تعنيه إجابة هذا السؤال بالنسبة لمستقبل التجارة العالمية ونمو الدخل.

## عوامل دورية أم عوامل هيكلية

يرى العديد من الخبراء الاقتصاديين أن تباطؤ التجارة العالمية هو ظاهرة دورية في الغالب نشأت عن الأزمة التي شهدتها أوروبا في السنوات الأخيرة. وهناك من الشواهد التجريبية ما يؤكد هذا الرأي. فالاتحاد الأوروبي يشكل ثلث إجمالي حجم التجارة العالمية تقريباً نظراً لأنه جرى العرف على حساب التجارة بين بلدان الاتحاد الأوروبي ضمن مجملات التجارة العالمية. وقد أدت الأزمة إلى تراجع الطلب على الواردات في جميع بلدان أوروبا، حيث انخفضت الواردات في منطقة اليورو، وهي مركز الأزمة، بنسبة ١,١٪ خلال ٢٠١٢، وزادت بنسبة ٠,٣٪ فقط في عام ٢٠١٣. ويُفترض من هذا المنطلق أن يرتفع معدل نمو التجارة العالمية مجدداً في حالة تعافي الاقتصادات الأوروبية. غير أن العناصر الدورية مثل الأزمة الأوروبية ليست سوى جزء من الأسباب. فبالنظر إلى نسبة الواردات إلى إجمالي الناتج المحلي على

مدى العشر سنوات الماضية، يتضح وجود عناصر أطول أجلاً تساهم في تباطؤ التجارة في الوقت الحالي. فرغم استقرار نسبة الواردات إلى إجمالي الناتج المحلي في معظم الاقتصادات عقب الأزمة، يبدو أن ثبات أنصبة الواردات على هذا النحو في الصين والولايات المتحدة سبق وقوع الأزمة. فقد ظل حجم الواردات كنسبة من إجمالي الناتج المحلي الحقيقي في هذين البلدين ثابتاً تقريباً منذ عام ٢٠٠٥. ويبدو أن هذا «الجمود الكبير» سبق فترة الركود الكبير، مما يشير إلى وجود



عوامل أطول أجلا تساهم في تباطؤ التجارة العالمية (راجع الشكل البياني ٢).

وهذا الجمود المطول يعكس بالطبع عاملا أكثر عمقا، وهو التغير الهيكلي في العلاقة بين التجارة والدخل في الألفينات مقارنة بتسعينات القرن الماضي. وفي دراسة حديثة (راجع دراسة Constantinescu, Mattoo, and Ruta, 2014)، قمنا بتحليل هذه العلاقة على مدى العقود الأربعة الماضية، وتوصلنا إلى أن تأثير الدخل على التجارة، أو ما يطلق عليه خبراء الاقتصاد مرونة الدخل للتجارة في الأجل الطويل، زاد بصورة ملحوظة في تسعينات القرن الماضي وانخفض خلال الألفينات إلى مستويات سبعينات وأوائل ثمانينات القرن الماضي. فخلال التسعينات، ترتب على زيادة الدخل العالمي بنسبة ١٪ ارتفاع في حجم التجارة العالمية بنسبة ٢,٢٪.

ولكن اتجاه معدل النمو التجاري نحو الارتفاع بما يزيد على ضعفي معدل نمو إجمالي الناتج المحلي انتهى مع بداية العقد الجديد. فخلال العقد الأول من الألفينات، ترتب على زيادة الدخل العالمي بنسبة ١٪ ارتفاع في حجم التجارة العالمية بنسبة ١,٣٪ فقط. وقد تأكد لنا عن طريق البحث حدوث تغير دال إحصائيا في علاقة التجارة بالدخل خلال تسعينات القرن الماضي مقارنة بما قبل هذه الفترة وما بعدها. وتشير هذه النتائج إلى أن معدل النمو التجاري قد تباطأ منذ الأزمة المالية العالمية ليس بسبب تراجع نمو الدخل العالمي فحسب، ولكن أيضا لأن النشاط التجاري نفسه أصبح أقل تأثرا بنمو الدخل. وهكذا فإن أسباب التباطؤ التجاري تتجاوز العوامل الدورية التي تؤثر على نمو إجمالي الناتج المحلي العالمي. ويوضح بالفعل تحليل العناصر الطويلة والقصيرة الأجل المؤثرة على نمو التجارة أن تباطؤ التجارة العالمية في الوقت الحالي، وعلى عكس تدهور النشاط التجاري في عام ٢٠٠٩، مرتبط في أغلبه بعوامل هيكلية وليس بعوامل قصيرة الأجل (انظر الشكل البياني ٣).

## الرجل الثمل والكلب

إن دراسة العلاقة بين التجارة والدخل العالميين أشبه بتحليل سلوك رجل ثمل وجروه، فكلاهما لا يسيران في خط مستقيم، ولكننا نتوقع أن

يظلا قريبين من بعضهما البعض. فالعالم في نهاية المطاف هو عبارة عن اقتصاد مغلق ويجب بالتالي ربط حجم السلع والخدمات المتبادلة بحجم النشاط الاقتصادي.

ولكن العلاقة بين التجارة والدخل تتغير بمرور الوقت، فعدد من العوامل يقربهما أحيانا ويبعدهما أحيانا أخرى. وتوجد عدة تفسيرات ممكنة لتراجع تأثير الدخل على حجم النشاط التجاري:

- التغيرات في هيكل التجارة المرتبطة بتوسع أو انكماش سلاسل العرض العالمي (راجع "القيمة المترابطة" في مجلة التمويل والتنمية، عدد مارس ٢٠١٤)،
- التغيرات في تكوين التجارة العالمية، مثل الأهمية النسبية للسلع مقابل الخدمات،
- والتغيرات في تكوين الدخل العالمي، مثل الأهمية النسبية للاستثمار والاستهلاك،

• والتغيرات في نظام التجارة، بما في ذلك زيادة الضغوط الحمائية بما يؤدي إلى تفتت الأسواق العالمية. ويتضح من التحليل الذي أجريناه أن تغير العلاقة بين التجارة والدخل على مستوى العالم ينشأ أساسا عن التغيرات في التجارة القائمة على سلسلة العرض في الاقتصادين التجاريين الأكبر على الإطلاق، وهما الولايات المتحدة والصين، وليس عن الضغوط الحمائية أو تغير تكوين التجارة والدخل.

ولا يمكن أن يعكس تكوين التجارة تفسيراً شاملاً لتراجع مرونة التجارة في الألفينات، نظرا لأن مكونات التجارة (أي السلع والخدمات) ظلت مستقرة إلى حد كبير خلال الأعوام الأخيرة. وبالمثل فإن تغير تكوين الطلب لا يعطي تفسيراً كافياً نظرا لتماثل المرونة الاستثمارية والاستهلاكية للتجارة في الأجل الطويل. وأخيرا، لم تزداد الضغوط الحمائية بدرجة كبيرة حتى في أعقاب الأزمة المالية، مما يعني أن السياسات التجارية ليست لها دور كبير في تفسير تراجع مرونة التجارة العالمية.

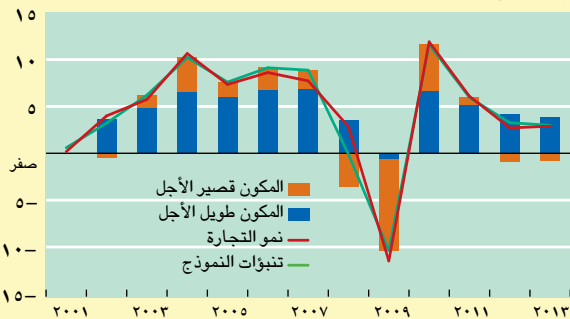
ويتضح من تحليل قطري أن الولايات المتحدة والصين شهدتا تراجعا حادا في تأثير النمو على التجارة (من ٣,٧ إلى ١,٠ بالنسبة للولايات المتحدة ومن ١,٥ إلى ١,١ بالنسبة للصين). ولم تشهد أوروبا في المقابل أي تغيرات تقريبا. وشهدت مناطق أخرى تغيرات كبيرة في مرونة التجارة بمرور الوقت، ولكنها تشكل نسبة صغيرة من التجارة

الرسم البياني ٣

## استمرار التباطؤ التجاري

على عكس تراجع التجارة العالمية خلال ٢٠٠٩، نتج التباطؤ خلال الفترة ٢٠١٢-٢٠١٣ في أغلبه عن عوامل هيكلية.

(معدل نمو التجارة، %)



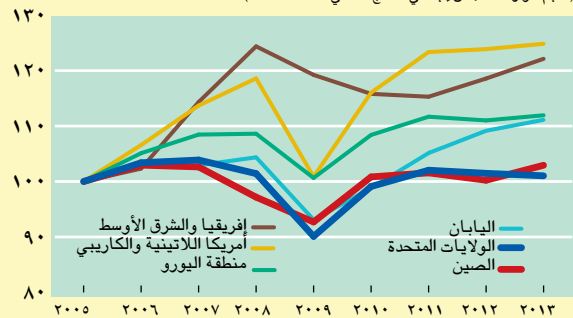
المصادر: تقرير آفاق الاقتصاد العالمي الصادر عن صندوق النقد الدولي، وحسابات المؤلفين.

الرسم البياني ٢

## جمود

شهدت الصين والولايات المتحدة خلال الفترة التي سبقت الأزمة جمودا في معدلات نمو أنصبة الواردات.

(حجم الواردات، % من إجمالي الناتج المحلي، ٢٠٠٥=١٠٠)



المصادر: تقرير آفاق الاقتصاد العالمي الصادر عن صندوق النقد الدولي، وحسابات المؤلفين.

العالمية وليس لها بالتالي سوى تأثير بسيط على تغير مرونة التجارة العالمية.

وهكذا فإن التغيرات في علاقة التجارة والدخل على مستوى المناطق والبلدان مرتبطة بتغير هيكل التجارة الدولية. وفي الصين مثال على القوى الاقتصادية المؤثرة هذا الصدد.

## التغيرات في سلاسل العرض

كان ازدياد المرونة الدخلية للتجارة خلال تسعينات القرن العشرين انعكاسا على الأرجح لزيادة تفتت عملية الإنتاج عبر الحدود (راجع دراسة (Escaith, Lindenberg, and Miroundot, 2010). فقد أدت

## من المرجح أن تستمر حالة التباطؤ

التي شهدتها الفترة ٢٠١٢-٢٠١٣ خلال

## السنوات القادمة.

صدمة تكنولوجيا المعلومات والاتصالات خلال التسعينات إلى توسع سريع في نطاق سلاسل العرض العالمية، مع زيادة حجم الواردات من القطع والأجزاء لأغراض التجهيز وإعادة التصدير، لا سيما في الصين. وقد نتج عن ذلك زيادة في حجم التجارة الاستيرادية والتصديرية في الأجزاء، مما أدى إلى ارتفاع حجم التجارة عن الدخل القومي.

وفي المقابل، قد يكون تراجع مرونة التجارة في الصين ناتجا عن تغير دور البلد في عملية الإنتاج الدولي. إذ تشير بعض الشواهد إلى أن سلاسل العرض الدولية للصين بلغت طاقتها الإنتاجية القصوى في أوائل الألفينات، مما أدى إلى تراجع مرونة التجارة الصينية تجاه إجمالي الناتج المحلي. وانعكس هذا التغير في صورة تراجع في الواردات الصينية من القطع والأجزاء كنسبة من مجموع الصادرات، حيث انخفضت من مستوى الذروة عند ٦٠٪ في منتصف تسعينات القرن الماضي إلى حوالي ٣٥٪ في الوقت الحالي.

وهذه التغيرات جميعها لا تعني أن الصين ستسحب من دائرة العولمة. ولكن تراجع حجم الواردات من القطع والأجزاء كنسبة من مجموع الصادرات يعكس بالفعل إحلال الشركات الصينية لمدخلات الإنتاج المحلية محل الواردات الأجنبية، وهي النتيجة التي توصلنا إليها في ضوء شواهد على زيادة القيمة المضافة المحلية في الشركات الصينية (راجع دراسة (Kee and Tang, 2014). غير أن زيادة مدخلات الإنتاج المتوافرة محليا تم عزوها إلى الاستثمار الأجنبي المباشر. وهذه التغيرات قد يكون لها بعد جغرافي أيضا، حيث بدأت المناطق الساحلية في الصين في زيادة الاعتماد على متعاقدين من داخل الصين نظرا لأن تكلفة النقل والاتصالات فيما بين المناطق الساحلية والمناطق الداخلية في الصين تراجعت بدرجة أكبر منها فيما بين تلك المناطق الساحلية وبقية بلدان العالم. وقد يكون التكامل التجاري في الوقت الحالي في شكل مزيد من التجارة الداخلية وقليل من التجارة الدولية، ولكن الإحصاءات الرسمية عادة ما ترصد التجارة الدولية فقط.

وفي حالة الولايات المتحدة الأمريكية، يعكس تراجع مرونة التجارة تجاه الدخل إلى حد ما التطورات التي شهدتها الصين. فقد كانت الولايات المتحدة هي المصدر الرئيسي للطفرة التي شهدتها الصين وغيرها من اقتصادات السوق الصاعدة في الواردات من القطع والأجزاء، كما كانت المقصد الرئيسي لصادرات هذه الاقتصادات من

السلع المجمعة. وخلال تسعينات القرن الماضي، ومع قيام الشركات الأمريكية بنقل مزيد من عمليات الإنتاج خارج الولايات المتحدة، زادت مرونة التجارة تجاه التغيرات في الدخل. وخلال السنوات الأخيرة، ورغم عدم التوقف عن نقل خدمات الإنتاج إلى الخارج، تراجعت فيما يبدو معدلات تشتت عمليات الإنتاج فيما بين البلدان. فقد ظل حجم واردات الصناعات التحويلية الأمريكية كنسبة من إجمالي الناتج المحلي ثابتا عند مستوى ٨٪ منذ بداية القرن، بعدما كان يتضاعف تقريبا خلال العقد ونصف العقد السابقين.

وعلى عكس الصين والولايات المتحدة الأمريكية، ظلت مرونة التجارة تجاه إجمالي الناتج المحلي مرتفعة في منطقة اليورو خلال الألفينات. وقد يعود ذلك إلى استمرار امتداد سلاسل العرض إلى أوروبا الوسطى والشرقية من بلدان منطقة اليورو كألمانيا.

## محركات النمو في الماضي وفي الوقت الحاضر

هل سيستمر تباطؤ التجارة العالمية؟ وهل ستكون لذلك انعكاسات على النمو العالمي والبلدان التي تحاول الاعتماد على التجارة كمحرك للنمو؟ تشير النتائج التي توصلنا إليها أن التباطؤ التجاري خلال الفترة ٢٠١٢-٢٠١٣ نتج عن تغير هيكل (وأطول أجلا بالتالي) في علاقة التجارة بالدخل، مما يعني أن هذه الظاهرة قد تستمر خلال السنوات المقبلة. وقد يؤثر ذلك على مستوى النمو الممكن للاقتصاد العالمي نظرا لأن التجارة والدخل مرتبطان ببعضهما البعض.

ولكن علينا أيضا أن ندرك أن التغير في العلاقة الطويلة بين التجارة والدخل والذي أدى إلى تباطؤ النشاط التجاري هو نتيجة لتغير أنماط الإنتاج الدولي. فزيادة مرونة التجارة تجاه النمو خلال تسعينات القرن الماضي تعكس التفتت المتزايد لعملية الإنتاج الذي كان مدفوعا في الأساس بالولايات المتحدة والصين. ويبدو أن هذا المحرك تحديدا استنفد طاقته الدافعة في الوقت الحالي. ولكن لا تزال هناك فرصة كبيرة لزيادة تفتت العمل بين دول أوروبا، وقد تعتمد عليه في المستقبل المناطق التي لم تحقق بعد الاستفادة القصوى من سلاسل العرض العالمية، مثل جنوب آسيا وإفريقيا وأمريكا الجنوبية. وينبغي أن يكون للخطط التجارية لمجموعة الاقتصادات المتقدمة والصاعدة العشرين دور في ضمان عدم تفويت هذه الفرص. ■

كريستينا كونستانتينسكو مساعد بحوث وميشيل روتا اقتصادي أول في وحدة القطاع الخارجي بإدارة الاستراتيجيات والسياسات والمراجعة بصندوق النقد الدولي، وأديتيا ماتو مدير أبحاث التجارة والتكامل الدولي في البنك الدولي.

## المراجع:

- Constantinescu, Cristina, Aaditya Mattoo, and Michele Ruta, 2014, "Global Trade Slowdown: Cyclical or Structural?" (unpublished; Washington: IMF and World Bank).
- Escaith, Hubert, Nannette Lindenberg, and Sébastien Miroudot, 2010, "International Supply Chains and Trade Elasticity in Times of Global Crisis," WTO Staff Working Paper ERS-2010-08 (Geneva: World Trade Organization).
- Kee, Hiau Looi, and Heiwai Tang, 2014, "Domestic Value Added in Exports: Theory and Firm Evidence from China" (unpublished; Washington: World Bank).

# الانتقال إلى أعلى

سيعيش ثلثا سكان العالم في مناطق حضرية بحلول عام ٢٠٥٠

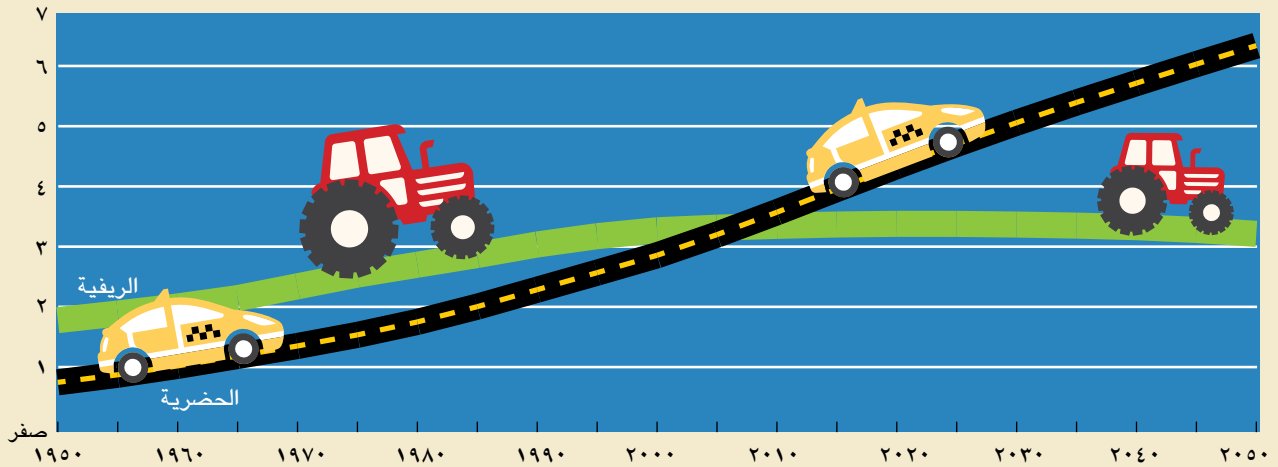
على الأقل. وتعد طوكيو أكبر مدينة في العالم بعدد سكان قدره ٣٨ مليون نسمة. وعلى الرغم من أنه من المتوقع أن ينخفض عدد سكانها انخفاضاً طفيفاً، فستظل طوكيو أكبر مدينة في العالم في عام ٢٠٣٠ بعدد سكان قدره ٣٧ مليون نسمة، تليها نيودلهي بعدد سكان قدره ٣٦ مليون نسمة.

ومع استمرار التحضر في العالم، ستكون أكبر التحديات الإنمائية مركزة في المدن، وخاصة في الفئة الأدنى من البلدان متوسطة الدخل، حيث تكون وتيرة التحضر هي الأسرع. ويؤكد التقرير على أن المدن ستكون بحاجة إلى إدرار دخول أفضل، واستحداث فرص عمل، وضمان المساواة في الحصول على الخدمات، وتوسيع البنية التحتية للمياه والصرف الصحي والنقل والإسكان والطاقة والمعلومات والاتصالات.

**يعيش** أكثر من نصف سكان العالم اليوم في مدن. وتشير التقديرات إلى أن هذه النسبة ستزيد إلى ٦٦٪ بحلول عام ٢٠٥٠، وذلك وفقاً لتقرير جديد صادر عن الأمم المتحدة. ومن المتوقع أن تستأثر ثلاثة بلدان فقط وهي الهند والصين ونيجيريا بنسبة ٣٧٪ من نمو سكان العالم الذين يعيشون في مناطق حضرية بين عامي ٢٠١٤ و٢٠٥٠. وتشتمل الأقاليم التي بها أكثر مناطق حضرية اليوم على أمريكا الشمالية وأمريكا اللاتينية. وعلى عكس ذلك لا تزال معظم المناطق في إفريقيا وآسيا ريفية. وعلى مدار العقود القادمة، من المتوقع أن يزيد التحضر في جميع المناطق، حيث سيكون التحضر في إفريقيا وآسيا أسرع من بقية العالم. ويشير التقرير إلى أنه سيكون هناك أكثر من ٤٠ مدينة عملاقة في العالم بحلول عام ٢٠٣٠، عدد سكان كل واحدة منها ١٠ ملايين نسمة.

## معظم سكان العالم يعيشون في مدن

(عدد السكان، بالمليارات)



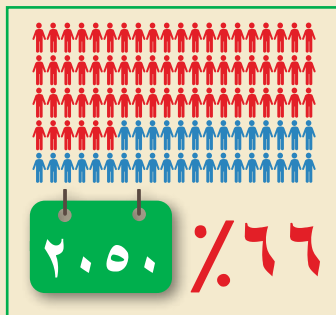
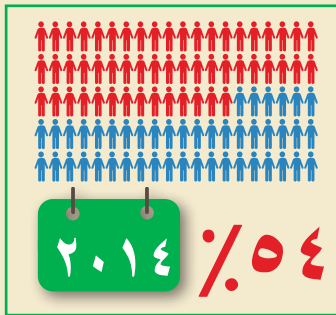
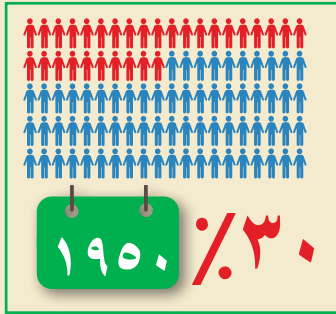
## أكبر مدن العالم في عام ٢٠١٤

(عدد السكان، بالملايين)



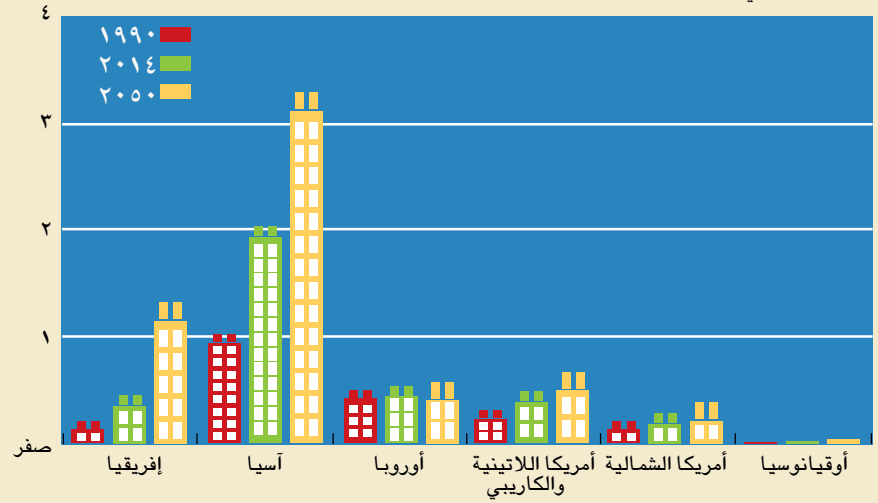
### عدد السكان في المناطق الحضرية

(النسبة من الإجمالي)



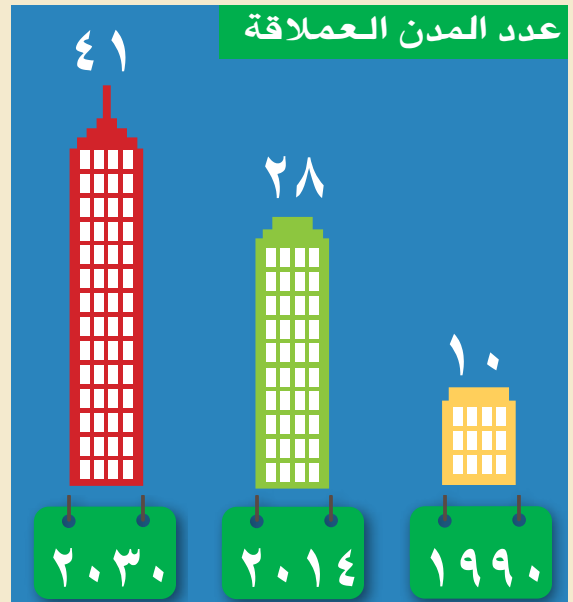
### يختلف عدد المقيمين في المناطق الحضرية اختلافا كبيرا حسب المنطقة

(عدد السكان في المناطق الحضرية، بالمليارات)



٢٠٠٧  
السنة التي تجاوز فيها  
عدد سكان المناطق  
الحضرية عدد سكان  
المناطق الريفية في  
العالم

### عدد المدن العملاقة



من إعداد ناتالي راميريز-جوميئا، كبيرة المحررين في مجلة التمويل والتنمية. وتستند النصوص والرسوم البيانية إلى تقرير توقعات التوسع الحضري في العالم: النسخة المنقحة لعام ٢٠١٤، الملامح البارزة، الصادر عن الأمم المتحدة في يوليو ٢٠١٤. والتقرير متاح على العنوان التالي: [esa.un.org/unpd/wup/Highlights/WUP2014-Highlights.pdf](http://esa.un.org/unpd/wup/Highlights/WUP2014-Highlights.pdf).

# تنين وسط زواحف الإغوانا



أنطوني إلسون

في الجنوب — في إفريقيا ووسط وجنوب شرق آسيا وأمريكا اللاتينية. وقد ظهرت أهمية علاقة الجنوبيين المتنامية بين الصين والبرازيل خلال زيارة شي في عام ٢٠١٤، حيث تم الاتفاق رسمياً في مدينة فورتاليزا بالبرازيل على ترتيبات جديدة يقوم بموجبها تحالف بلدان بريكس — البرازيل وروسيا والهند والصين وجنوب إفريقيا — بتقديم قروض إلى الاقتصادات النامية.

## تعزيز العلاقات

شهدت التجارة الثنائية بين الصين وأمريكا اللاتينية نموا ملحوظا منذ أوائل الألفينات — من ١٢ مليار دولار أمريكي في عام ٢٠٠٠ إلى ٢٨٩ مليار دولار أمريكي في عام ٢٠١٣ (راجع الرسم البياني). وبينما زاد عدم التوازن بين الشركين التجاريين لصالح الصين خلال هذه الفترة، شابت علاقة التجارة الثنائية بينهما أوجه عدم اتساق أخرى تمثلت في أن أهمية الصين لأمريكا اللاتينية كشريك تجاري أكبر من أهمية أمريكا اللاتينية للصين. إذ تمثل الصين في الوقت الحالي ثاني أكبر مصدر لواردات أمريكا اللاتينية (بعد الولايات المتحدة) وثالث أكبر مقصد لصادرات أمريكا اللاتينية (بعد الولايات المتحدة والاتحاد الأوروبي).

الرئيس الصيني شي جينبينغ خلال زيارته إلى أمريكا اللاتينية في شهر يوليو ٢٠١٤ العلاقة بين بلده وأمريكا اللاتينية «بمجتمع يجمعه مصير مشترك». ولكن يبدو أن الصين هي التي تشكل هذا المصير.

ومع انفتاح اقتصاد الصين عقب انضمامها إلى منظمة التجارة العالمية في ٢٠٠١، اضطلع البلد سريعا بدور رئيسي في التجارة والاستثمار الأجنبي المباشر في الاقتصاد العالمي. وفي عام ٢٠١٢، أصبحت الصين أكبر دولة تجارية في العالم، كما أصبحت في عام ٢٠١٣ ثاني أكبر متلق للاستثمار الأجنبي المباشر بعد الولايات المتحدة وثالث أكبر مصدر للاستثمار في الخارج بعد الولايات المتحدة واليابان.

وكانت الصين قد قامت بزيادة الروابط الاقتصادية والمالية بأمريكا اللاتينية كجزء من توسعها الكبير في التجارة العالمية ونشاط الاستثمار منذ بداية القرن. وهذه المبادرات الصينية لم تقتصر على أمريكا اللاتينية فحسب، ولكنها جزء من استراتيجية «التوسع الجغرافي» الأعم التي تهدف من خلالها الصين إلى إقامة روابط تجارية ومالية مع عدد من المناطق النامية

## وصف

العلاقات الاقتصادية والمالية بين الصين وأمريكا اللاتينية تمثل أهمية متزايدة بالنسبة للمنطقة.

الصينية المقدمة للمنطقة النصف تقريبا أن تسد الجزء الأكبر من تلك القروض في صورة عينية من خلال الصادرات النفطية. ولم تفرض الصين سوى شروط محدودة، إن وجدت، على الإقراض المقدم للمنطقة، والذي تم توزيعه على مجموعة متنوعة من مشروعات البنية التحتية. وخلال الجولة الأخيرة للرئيس الصيني في أمريكا اللاتينية، أعلن عن قيام الصين بتقديم قروض جديدة بقيمة ٣٥ مليار دولار أمريكي لتمويل مزيد من مشروعات البنية التحتية والتنمية المهمة للصين والبلدان المتلقية في أمريكا اللاتينية على حد سواء. وسيقوم بإدارة الجزء الأكبر من هذه القروض التمويلية مندى مشترك جديد بين الصين ومجموعة دول أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي أعلن عنه أيضا خلال زيارة الرئيس الصيني. والغرض من هذا المنتدى تعزيز التعاون بين الشريكين في مجموعة أكبر من القضايا بخلاف العلاقات الاقتصادية والمالية.

ومن مشروعات البنية التحتية المهمة التي تجري مناقشتها بين الصين والبرازيل وبيرو إنشاء خط سكة حديدية عابر لقارة أمريكا الجنوبية. وسيكون هذا المشروع الأول من هذا النوع في المنطقة. وجرى مناقشات أيضا بين مستثمر صيني من القطاع الخاص وحكومة نيكاراغوا بشأن حفر قناة في نيكاراغوا للربط بين المحيطات. وتعكس الاستثمارات الأجنبية المباشرة الوافدة من الصين نمط وارداتها، وتوجه في معظمها إلى التوسع في استغلال الموارد الطبيعية في أمريكا اللاتينية (استخراج النحاس وخام الحديد والتنقيب عن المواد الهيدروكربونية وإنتاج فول الصويا). وكانت الأرجنتين والبرازيل وبيرو أكبر البلدان المتلقية للاستثمارات الأجنبية المباشرة الوافدة من الصين والتي بلغت حوالي ٣٢ مليار دولار أمريكي خلال الفترة ٢٠١٢-٢٠١٠. ومن المقرر أن تقوم الشركات الصينية بإقامة مشروعات كبيرة بقيمة ٢٠ مليار دولار أمريكي بهدف تنمية موارد النحاس في بيرو. ويتجاوز ذلك حجم استثمارات شركات الولايات المتحدة وكندا مجتمعة والتي كانت تهيمن حتى الآن على الاستثمارات في قطاع النحاس في بيرو. ووفقا للإحصاءات الصادرة عن مؤتمر الأمم المتحدة للتجارة والتنمية، تضخ الصين جزءا كبيرا من استثماراتها الأجنبية المباشرة إلى أمريكا اللاتينية من خلال جزر فرجن البريطانية وجزر كايمان. ولكن المقصد النهائي لهذه التدفقات لا يمكن تحديده بوضوح. وباستثناء التدفقات التي يتم ضخها من خلال هذه المراكز المالية

وجميع صادرت أمريكا اللاتينية للصين تقريبا سلع أولية (مواد هيدروكربونية ونحاس وخام الحديد وفول الصويا). وطلب الصين على هذه السلع هي من أحد أسباب المكاسب الكبيرة في معدلات التبادل التجاري التي جنتها أمريكا اللاتينية في الأعوام الخمسة التي سبقت الأزمة المالية العالمية التي وقعت خلال الفترة ٢٠٠٨-٢٠٠٩. وأدت هذه المكاسب في معدلات التبادل التجاري وما صاحبها من نمو في حجم الصادرات إلى نمو هائل في إجمالي الناتج المحلي الحقيقي ومستويات الدخل في المنطقة خلال العقد الماضي. وتعكس واردات الصين من أمريكا اللاتينية طلب البلد الكبير على المواد الخام اللازمة لدعم عملية التنمية. وترتفع نسبة تركيز الواردات القادمة من المنطقة، حيث يأتي أغلبها من الأرجنتين والبرازيل وشيلي وبيرو

## الاستثمارات الأجنبية المباشرة من الصين موجهة في معظمها إلى تمويل التوسع في استغلال الموارد الطبيعية في أمريكا اللاتينية.

وفنزويلا. وقد أصبحت الصين الشريك الأساسي لهذه البلدان في تجارة التصدير. ولكن واردات الصين من المواد الخام والسلع الوسيطة متنوعة للغاية نظرا لأنها تقوم بالشراء من موردين في إفريقيا وآسيا وأمريكا الشمالية، وذلك باستثناء النحاس، حيث تستورد الصين ٥٥٪ من إمدادات النحاس اللازمة من منطقة أمريكا اللاتينية (منها ٣٠٪ من شيلي). وفي المقابل كانت أغلب صادرات الصين إلى أمريكا اللاتينية سلع مصنعة، وذلك اتساقا مع النمط التاريخي لعلاقات التجارة الصناعية بين بلدان الشمال والجنوب. غير أنه توجد استثناءات ملحوظة للعلاقة التجارية التقليدية القائمة على مبادلة السلع المصنعة بالمواد الخام، وأهم مثال على ذلك شراء الصين مؤخرا طائرة نفاثة من شركة إمبراير البرازيلية. ولكن بوجه أعم لم تستطع أمريكا اللاتينية تصدير السلع المصنعة إلى الصين بسبب الحواجز الإدارية الكثيرة التي تفرضها الصين وارتفاع تكلفة النقل مقارنة بأسواق نصف الكرة الغربي. وأشارت لجنة الأمم المتحدة الاقتصادية لأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي إلى مخاوف في الأرجنتين والبرازيل بشأن احتمالات إغراق أسواقها بصادرات صينية مصنعة بسيطة كالصلب والأقمشة والأجهزة المنزلية.

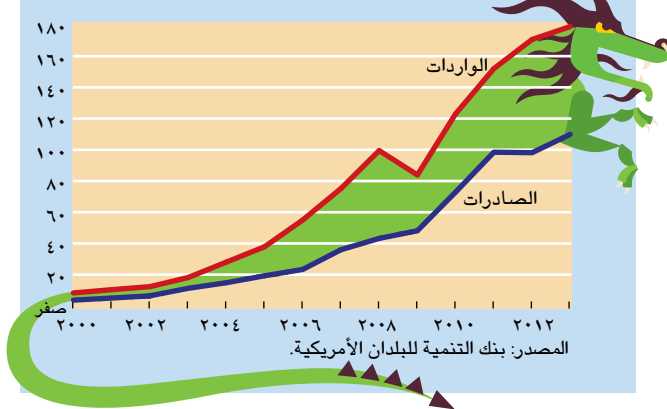
## الإقراض والاستثمار

وزادت الروابط المالية أيضا بين الصين وأمريكا اللاتينية ازديادا ملحوظا منذ منتصف العقد الماضي، ولكن نشاط الصين الإقراضي والاستثماري كان أقل كثيرا بالقيمة المطلقة من وارداتها من المنطقة. فوفقا لمؤسسة الحوار بين البلدان الأمريكية التي يقع مقرها في واشنطن العاصمة، بلغ مجموع التزامات الإقراض المقدمة من بنك التنمية الصيني وبنك التصدير والاستيراد الصيني إلى أمريكا اللاتينية منذ عام ٢٠٠٥ حوالي ١٠٠ مليار دولار أمريكي.

وقد قارب حجم الإقراض المقدم من الصين في عام ٢٠١٠ القروض المقدمة من البنك الدولي وبنك التنمية للبلدان الأمريكية وبنك الولايات المتحدة للتصدير والاستيراد مجتمعة، ولكنه تراجع منذ ذلك الوقت. وعلى عكس القروض المقدمة من هذه الوكالات، خصصت الصين جزءا كبيرا من قروضها للبلدان التي لا يمكنها الحصول بسهولة على التمويل من المصادر الرسمية أو الخاصة الأخرى، مثل الأرجنتين وإكوادور وفنزويلا. وتتوقع فنزويلا التي يبلغ نصيبها في مجموع القروض

## التنين الهادر

سجلت الصين زيادة ملحوظة في حجم التجارة الثنائية مع أمريكا اللاتينية منذ بداية القرن، وتجاوزت مبيعاتها للمنطقة حجم مشترياتها. (التجارة بين أمريكا اللاتينية والصين، بمليارات الدولارات الأمريكية)



الخارجية، تبلغ الاستثمارات الأجنبية المباشرة من الصين حوالي ٥٪ إلى ٦٪ فقط من مجموع الاستثمارات الوافدة إلى أمريكا اللاتينية في السنوات الأخيرة، ولكن من المتوقع أن ترتفع هذه النسبة.

## بعض السلبيات وسط الإيجابيات

وقد حققت العلاقات الاقتصادية والمالية بين أمريكا اللاتينية والصين مكاسب كبيرة للمنطقة خلال السنوات الأخيرة في صورة زيادة في الصادرات وتدفقات رأسمالية أجنبية داخلية. ولكن قد تكون هناك تداعيات سلبية على المدى الأطول.

وترتبط إحدى المشكلات بظاهرة إعادة توجيه النشاط التصديري للمنطقة نحو السلع الأساسية. فقد تراجعت نسبة المواد الخام في صادرات أمريكا اللاتينية من حوالي ٥٢٪ في أوائل ثمانينات القرن الماضي إلى ٢٧٪ في أواخر التسعينات، ولكنها ارتفعت مجدداً إلى ما يزيد على ٥٠٪ قبل اندلاع الأزمة المالية العالمية مباشرة. وواجهت أمريكا اللاتينية مشكلات بسبب اعتمادها على مدى التاريخ على تصدير الموارد الطبيعية، حيث تعرضت لمخاطر تقلبات معدلات التبادل التجاري وتراجعت قدرة قطاع الصناعة التحويلية على المنافسة بسبب تقلبات أسعار الصرف.

وزادت من حدة هذه الظاهرة زيادة واردات أمريكا اللاتينية مؤخراً من السلع المصنعة الصينية، والتي تدخل أغلبها في منافسة مباشرة مع نشاط الصناعة التحويلية في المنطقة الموجه نحو الأسواق المحلية والإقليمية. وقد يؤدي ذلك بدوره إلى تراجع الطلب على منتجات القطاعات الأخرى الصناعية وغير الصناعية القائمة على توريد هذه السلع المصنعة. وتزيد قضايا الإغراق المشار إليها أنفاً من حدة هذه المخاوف. ونظراً لطبيعة الصادرات الصينية إلى المنطقة، فإن النفع المحقق من مساهمتها في التقدم التكنولوجي للعملية الإنتاجية في المنطقة محدود أو منعدم.

ووفقاً للبيانات التي أعدتها اللجنة الاقتصادية لأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي التابعة للأمم المتحدة، تراجع حجم الصناعة التحويلية كنسبة من إجمالي الناتج المحلي للمنطقة من ٢٥٪ في عام ١٩٨٠ إلى ٢١٪ في عام ٢٠٠٠ وإلى ١٥٪ في عام ٢٠١٠. وخلال الفترة نفسها، ارتفع حجم الصناعة التحويلية في بلدان رابطة أمم جنوب شرق آسيا والصين إلى حوالي ٤٠٪ من إجمالي الناتج المحلي. ووفقاً لدراسة حديثة، فإن الصادرات الصينية من السلع المصنعة منخفضة التكلفة إلى أمريكا اللاتينية والأسواق الأخرى أدت إلى تراجع قدرة أمريكا اللاتينية على المنافسة في تلك الأسواق، مما فرض عقبات كبيرة على توسع القاعدة الصناعية للمنطقة (راجع دراسة Gallagher and Porzecanski, 2010).

وإلى جانب المنافسة من صادرات السلع المصنعة الصينية، تأثرت أمريكا اللاتينية سلباً بسبب التراجع الأخير في معدلات التبادل التجاري الخارجي وانخفاض الطلب العالمي على سلعها الأولية، وهو ما يعود في جزء منه إلى إعادة التوازن الاقتصادي في الصين من خلال خفض الاستثمارات وزيادة الاستهلاك المحلي (راجع مقالة بعنوان «التحول الصيني» في عدد يونيو ٢٠١٤ من مجلة التمويل والتنمية). وفي ظل هذه التطورات، تواجه المنطقة مجدداً احتمالية حدوث تراجع حاد في معدلات النمو وفقاً للتنبؤات الواردة في العدد الأخير من تقرير آفاق الاقتصاد العالمي الصادر عن صندوق النقد الدولي.

ونتيجة هذه الأوضاع المعاكسة، تواجه مسيرة التنمية طويلة الأجل في المنطقة بعض من نفس التحديات التي أعاققت استمرارية النمو خلال المرحلة التي سبقت الشراكة مع الصين. ويتمثل أحد هذه المعوقات في توفير مزيد من الدعم بخلاف ما تقدمه الصين من أجل توسيع وتحديث البنية التحتية لقطاعات النقل والشحن وتوليد الطاقة. وخلال السنوات الأخيرة، نفذت أمريكا اللاتينية استثمارات محدودة في البنية التحتية،

حيث بلغت الاستثمارات العامة حوالي ٢٪ من إجمالي الناتج المحلي سنوياً خلال العقد الماضي، وهي نسبة أقل من نصف المعدل السنوي للاستثمارات في الاقتصادات مرتفعة النمو في شرق آسيا.

ويتمثل أحد أهم مجالات تطوير البنية التحتية والذي أصبح من عوامل تنافسية قطاع التصدير المهمة في جودة خدمات تسهيل التبادل التجاري التي يوفرها كل بلد — التخليص الجمركي وإجراءات النقل، ونظم الاتصالات، والتمويل التجاري، وإجراءات تسجيل الشركات الجديدة. ومع تزايد أهمية سلاسل القيمة العالمية في التجارة الدولية، أصبحت هذه الخدمات لا غنى عنها. ولا تشارك أمريكا الجنوبية سوى مشاركة محدودة في سلاسل القيمة العالمية — وهي مشاركة أقل

## يفترض أن تتيح إعادة توازن الاقتصاد الصيني فرصاً للنمو في صادرات المنطقة من السلع المصنعة.

كثيراً مقارنة بشرق آسيا، على سبيل المثال. فقد سميت منطقة شرق آسيا باسم «مصنع آسيا» بفضل شبكة علاقاتها الصناعية الكثيفة عبر الحدود التي تدعم ديناميكية التصدير، والتي تضطلع الصين بدور رئيسي فيها.

ويتمثل ثاني المجالات المهمة للتنمية المستقبلية لأمريكا اللاتينية في الابتكار التكنولوجي، وهو مجال ضروري لتحديث قاعدة الصناعة التحويلية وزيادة إنتاجية العمالة. فتنوع الصادرات القائم على زيادة مستوى التطور التكنولوجي للسلع المصنعة من العوامل الأساسية في تعزيز ارتفاع معدلات النمو الاقتصادي. وتشير المسوح الدولية الصادرة عن المنتدى الاقتصادي العالمي إلى أن الشركات الخاصة في أمريكا اللاتينية تعاني عموماً من أوجه قصور — مقارنة بشرق آسيا — في القدرات التكنولوجية التي تدعم مزاولة الأعمال، وهو ما يتضح من حجم الإنفاق على البحوث والتنمية، والقدرات الابتكارية، وعدد براءات الاختراع.

وإلى جانب مجالات التحسين المذكورة، ينبغي على حكومات أمريكا اللاتينية الاستفادة من المنتدى الجديد المشترك بين الصين وجماعة دول أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي في إيجاد وسائل لتنوع تجارة صادرات المنطقة وزيادة الاستثمارات الأجنبية المباشرة من الصين. ومن المفترض أن تتيح إعادة التوازن الاقتصادي في الصين على نحو ما أشرنا أنفاً فرصاً للنمو في صادرات المنطقة من السلع المصنعة في ظل الارتفاع المتوقع في قيمة اليوان وارتفاع مستويات الأجور والاستهلاك على المستوى المحلي. وبمرور الوقت، يفترض أن تساعد هذه الجهود أمريكا اللاتينية على الاستفادة بدرجة أكبر من علاقاتها الاقتصادية والمالية مع الصين التي أصبحت أحد أهم شركائها في الاقتصاد العالمي.

وزيارة الرئيس الصيني لأمريكا اللاتينية في عام ٢٠١٤ دليل ملموس على أن هذه التطورات لها أهمية استراتيجية للصين أيضاً. ■

أنطوني إلسون مدرس في جامعتي ديوك وجونز هوبكنز، ومؤلف كتاب بعنوان *Globalization and Development: Why East Asia Surged Ahead and Latin America Fell Behind*.

المراجع

Gallagher, Kevin, and Roberto Porzecanski, 2010, *Dragon in the Room: China and the Future of Latin American Industrialization* (Palo Alto, California: Stanford University Press).



# الجانب الطيب في البيانات الكبيرة

كريستوفر سورداك وسارة أغاروول

يمكن استخدام  
أدوات تحليل  
البيانات من أجل  
تعزيز النمو في  
العالم النامي.

البيانات على الناس، وتدرك حكومات عديدة في الوقت الحالي ضرورة تنظيم استخدام البيانات. ويتطلب تحقيق هدف تنمية الاقتصادات باستخدام البيانات الكبيرة ثورة في استخدام التكنولوجيا وتطبيقها على حد سواء. فبالاستفادة من البيانات الكبيرة في تعزيز التنمية لن تتأتى إلا من خلال حدوث تغيير كبير في المجالين. وتضطلع بدور كبير في هذا الصدد الحكومات، والمنظمات غير الحكومية، والجهات المانحة والمؤسسات التي تدعمها.

**يستخدم** المزارع جهاز هاتف محمول صغير لمعرفة أسعار المحاصيل ومن ثم العثور على المشتري الذي سيدفع أعلى سعر، وهذا من أكثر الأمثلة شيوعاً على دور التكنولوجيا في تعزيز التطور الاجتماعي والاقتصادي. ولكن هذا المثال يصبح أكثر تشويقاً في ظل تكنولوجيا العصر الحالي. فباستخدام جهاز هاتف محمول ذكي وتطبيقات بسيطة، يمكن للمشتري معرفة عدد المزارعين الذين يقابلونهم يومياً، كما يستطيع المزارعون متابعة إيراداتهم خلال العام. ويمكن للمزارعين استخدام تطبيق تسجل عليه معلومات تم جمعها خلال عام لمعرفة أفضل يوم ومكان لبيع سلعهم. فالتطبيقات تربط بين الطلب السوقي والطقس بحيث يمكن للمزارعين معرفة أفضل يوم للزراعة وجني المحاصيل. وتساعد هذه الأدوات التحليلية المزارعين أيضاً على فهم معدل هطول الأمطار وأحوال التربة وتأثير ذلك على المحاصيل. وبضغط زر واحدة، يمكن لهذه الأدوات أن تنبه المزارعين أيضاً إلى انتشار الأمراض التي تصيب المحاصيل وطرق الوقاية منها. ومن خلال استخدام البيانات الكبيرة، يمكن لصغار المزارعين اتخاذ قرارات أفضل تؤدي إلى زيادة الكفاءة والربحية. وغالباً ما تعرف البيانات الكبيرة بأنها عملية جمع وتحليل واستخدام كميات هائلة من البيانات. ولكن الأدوات الموجودة حالياً تقوم بذلك بالفعل. غير أن ما يميز البيانات الكبيرة هو قدرتها على اكتشاف العلاقات التي لم تكتشف سابقاً من خلال مصادر كبيرة غير ذات صلة أحياناً. ويمكننا الآن طرح أسئلة جديدة والحصول على إجابات جديدة. ويمكن القيام بذلك من خلال بنية تحتية مشتركة (كالحوسبة السحابية) حتى يكون استخدامها متاحاً للجميع. ويمكننا الآن أن نتعلم المزيد عن السلوك الإنساني أكثر من أي وقت مضى، حيث يرتبط السلوك ارتباطاً وثيقاً بحل المشكلات.

وللبيانات الكبيرة جانب مظلم كما هو الحال مع جميع التكنولوجيات. فجمع كميات كبيرة من البيانات من شأنه تحسين حياة الناس، ولكنه قد يُستخدم أيضاً في السيطرة والتحايل والاستغلال. وأغلب المؤسسات تستخدم المعلومات بنية حسنة، ولكن العكس صحيح في حالة البعض منها. ويوجد اهتمام متزايد بتأثير

مزارع في أحد حقول البطاطا  
يستخدم الهاتف الذكي،  
منشغونج، بنغلاديش

وسرعان ما أصبحت البيانات الكبيرة تستخدم في طرح أسئلة جديدة وأفضل. ففي كل مرة تستخدم هاتفك أو تنشر تعليقا لك في أحد مواقع التواصل الاجتماعي، فإنك تقوم بذلك بإنتاج بيانات تحتشد في بحر أكبر من البيانات الرقمية. ويمكن للمحللين الاستفادة من هذه البيانات، وبدلا من الاكتفاء بالسؤال «ماذا حدث»، يمكنهم الآن طرح السؤال الأقوى

## يمكننا الآن أن نطرح أسئلة جديدة ونحصل على إجابات جديدة.

لماذا. لماذا يفعل الناس ما يفعلونه؟ ولماذا أفضت مدخلات معينة إلى نتائج معينة؟ وتكشف الإجابة على هذه الأسئلة عن أمور كثيرة. فعلى سبيل المثال، وفي محاولة لفهم أسباب زيادة عدد الأفراد الذين يعانون من مشكلات صحية مؤدية للوفاة في منطقة ما مقارنة بالمناطق الأخرى، قد يلاحظ محلل البيانات أن قلة من سكان تلك المنطقة يقومون بمراجعة الطبيب في أوقات معينة من العام. وبتحليل البيانات من خلال مقارنتها ببيانات أخرى، يُكتشف وجود ارتباط بين زيارة الطبيب وانخفاض منسوب المياه خلال ذلك الوقت من العام. فعندما ينخفض منسوب المياه، يمكن للأعداء في إحدى المناطق الحدودية العبور إلى المنطقة التي يوجد به المستشفى المحلي. لذلك يتجنب الناس الذهاب إلى المستشفى خوفا على حياتهم حتى ولو كانوا مصابين بمرض ما. ويمكن حل هذه المشكلة بنقل المستشفى إلى مكان آخر، وهو حل جديد لمشكلة قديمة.

### حلول عملية

ساعد برنامج «ايرث إنسايتس» Earth Insights الذي صُمم بالتعاون بين المنظمة الدولية للحفاظ على البيئة Conservation International وشركة هيوليت باكارد على تطوير عملية جمع وتحليل وتبادل البيانات عن النباتات والسلالات ومخزون الكربون والمناخ. وقضى العلماء عدة أسابيع في تسجيل بيانات مختلفة وعدد ضخ من صور لا يجمعها أي رابط واضح لحيوانات برية في ١٧ غابة استوائية في ١٥ بلدا. وباستخدام برامج البيانات الكبيرة في دمج مجموعات مختلفة من البيانات وإجراء حسابات وعمليات محاكاة، يمكن للعلماء الآن قياس الاتجاهات بعدد الدقائق وتعميق فهمهم لانحسار بقعة الغابات والتغيرات المناخية وكيفية تأثير ذلك على انقراض السلالات. ومن ثم يمكن للمنظمة الدولية للحفاظ على البيئة اقتراح حلول في الوقت المناسب وتحديد أكثر هذه الحلول فعالية.

ومن الأمثلة الأخرى شركة كريديتك Kreditech، وهي شركة خاصة تستخدم نظم البيانات الكبيرة في تقييم السجل الائتماني للمقترضين المحتملين من خلال المعلومات العامة المتاحة، بما في ذلك مواقع التواصل الاجتماعي. وهو أمر في غاية الأهمية نظرا لأن قلة من الأشخاص في البلدان النامية لديها تاريخ ائتماني تقليدي، مما يحد من قدرتهم على الحصول على أي قروض على الإطلاق أو من قدرتهم على الحصول على قروض بأسعار فائدة معقولة. ولكن الوسائل البديلة التي تستخدمها شركة كريديتك قد تشجع على منح ائتمان بدون ضمان إلى أشخاص كانوا يعتبرون في السابق غير مؤهلين للحصول على قروض. فعلى سبيل المثال، إذا كان للمقدم بطلب للحصول على قرض صديق نجح في الحصول على قرض، فإن ذلك يعتبر عاملا إيجابيا في تحديد الجدارة الائتمانية للمقدم. وقد حققت الشركة حتى الآن معدل سداد بلغ في بعض الأسواق ٩٣٪، مما يشير إلى أن المعايير التي وضعتها الشركة ليست منطقية فحسب، بل ربما أفضل من المقاييس التقليدية. وبهذا يمكن العمل خارج إطار مكاتب الاستعلام الائتماني التقليدية، مما يعني أن ملايين الأشخاص ممن ليست لهم درجة جدارة ائتمانية محددة قد يصبحون مؤهلين قريبا للحصول على ائتمان.

وتوجد أمثلة إضافية على تأثير البيانات الكبيرة على التنمية. ومن ذلك الشركة الفرنسية للاتصالات متعددة الجنسيات أورانج Orange

ومؤسسة فلومايندر Flowminder السويدية غير الهادفة للربح، وكلاهما تستخدمان البيانات الصوتية والنصية للهواتف المحمولة بهدف رصد حركة السكان ومن ثم تحديد الأماكن التي ستكون فيها مراكز علاج الإيبولا أكثر فعالية على الإطلاق في مواجهة المرض.

وباستخدام البيانات الكبيرة يمكن تطوير آليات تحليل المشكلات التنموية الحالية، ولكن بشرط توافر العقول اللامعة التي يمكنها التعامل مع هذه الأمور وإدارة الجهود الهادفة إلى علاج المشكلات الاجتماعية والاقتصادية. وهنا تتضح أهمية المعلومات السياقية، فهناك فرق بين اكتشاف حقائق مثيرة للاهتمام وحقائق يمكن التصدي لها محليا. لذلك فإن استخدام علماء البيانات من الخارج ليس كافيا لأن المواطنين المحليين الملمين بالمشكلات والثقافة المحلية أقدر على تحليل البيانات. ويتعين بالتالي على الجهات المانحة الدولية والحكومات الاطلاع بدور رئيسي في دعم توفير التعليم اللازم لمحللي البيانات المحليين. كذلك يجب على صناعات السياسات أن يكونوا بدورهم على استعداد لتجربة ما تتيحه البيانات الكبيرة من حلول جديدة مبتكرة وجريئة على مستوى السياسات.

### جرعة تكنولوجية منشطة

يتساءل الكثيرون عما إذا كان يمكن للبيانات الكبيرة سد الفجوات المعلوماتية في الحالات التي تكون فيها المعلومات المتاحة من مصادر البيانات الحكومية التقليدية غير كاملة أو غير دقيقة. ويمكننا بالفعل تعلم الكثير من البيانات المتاحة في البلدان النامية عن طريق الهواتف وعدادات الكهرباء والأقمار الصناعية (أنماط السفر أو النشاط الاقتصادي، على سبيل المثال). ولكن يمكن تحقيق مزيد من الفوائد مع تطور البنية التحتية. ويمكن الحصول على مزيد من البيانات من خلال الإصدار الأحدث من الهواتف المحمول الذي يمتلكه معظم الناس في الأسواق الصاعدة بالفعل. فكلما ازداد عدد الناس الذين يستبدلون الهواتف الذكية بهواتفهم المحمولة التقليدية، زادت مجموعة البيانات المهمة المتاحة. ذلك لأن الهواتف الذكية تشجع السلوك التفاعلي من خلال التطبيقات، وبالتالي تمثل مصدرا أكثر ثراء يمكن للمحللين الاستفادة منه. وتشجع الاعتماد على الهواتف الذكية في حل مشكلات قطاعات معينة (كالصحة والزراعة) وأماكن معينة (مثل بعض حجم المدن) قد يؤدي إلى زيادة كمية ونوعية في المعلومات المتاحة. وكانت الجهات المانحة والحكومات تتردد في الاستثمار في الهواتف الذكية لمن لا يستطيع تحمل تكلفتها لأنها قد تبدو من الكماليات، مثلها مثل جهاز التلفزيون. ولكن نظرا للقيمة التي تعود على المجتمع من تلك البيانات، ينبغي على الحكومات النظر في دعم تكلفة الهواتف الذكية أو خطط البيانات المرتبطة بها بهدف جمع بيانات المستخدمين. ويمكن استرداد هذه التكاليف من خلال بيع هذه البيانات لمن يرغب في الحصول عليها لأغراض تجارية، على أن تراعى في ذلك الجوانب الأخلاقية ودون الكشف عن هوية المستخدمين الذين تخصم تلك البيانات. وهكذا فإن الهواتف الذكية ليست كماليات في عالم جمع البيانات، ولكنها الجزء النهائي في البنية التحتية العامة التي تربط هذه البنية بالمستخدم.

وبمجرد أن تصبح الهواتف الذكية في يد عدد أكبر من الناس، سيكون هناك حاجة لمزيد من التطبيقات التي تعكس السياق المحلي. فالتطبيقات التي تساعد الناس في تحديد أماكن المياه النظيفة بالقرب من منازلهم والتي تحذر من تفشي الكوليرا أو الإيبولا، أو التطبيقات التي تساعد الناس في دعم المدرسة المحلية ستفرز جميعها مزيدا من المعلومات التي ستسهم في تحسين آليات تحليل البيانات. وتجب عن أسئلة لم نفكر حتى في طرحها. ولن يمكننا بالطبع معرفة جميع الأمور التي يمكن القيام بها باستخدام هذه التطبيقات لحين استخدامها بالفعل.

ومن الضروري توافر تطبيقات يقوم بتصميمها وإدارتها متخصصون محليون على معرفة مباشرة باحتياجات البلدان المجاورة. فالمصممون

والحقائق البيولوجية حول البعوض لتحديد موعد هجمات البعوض المحتملة حتى قبل أن يفقس البيض، مما يتيح في نهاية المطاف معلومات قيمة لمنتجي الناموسيات ومستخدميها عن أفضل أماكن استخدامها.

ويوضح هذا المثال كيف أن الاستخدام الأفضل للبيانات يمكن أن يعزز الجهود الإنمائية الحالية من خلال الاستخدام الأمثل للموارد المحدودة. فالبيانات الكبيرة لا تعني فقط وعياً أكبر أو تنبؤات أكثر دقة، بل تعني أيضاً تحقيق أهداف كثيرة بموارد قليلة.

ويستلزم استخدام الأدوات التحليلية في تعزيز النمو في العالم النامي اتخاذ الخطوات التالية: الاستثمار في نظم تكنولوجية وتعليمية سليمة، ودعم أصحاب المشروعات وتغيير طرق التفكير التقليدية، وتنفيذ سياسات لحماية الخصوصية والبيانات العامة. ومن الأفضل أن تنفذ جميع هذه الجهود بالتزامن مع بعضها البعض نظراً لأن أي قصور في أي من تلك المجالات سيعوق الجهود الأكبر المبدولة.

ويمكن أن يكون للبيانات الكبيرة دور أساسي في الاقتصادات النامية، وسوف يكون لها بالفعل، ولكن معرفة سرعة تحقيق هذا الدور ومدى فعاليته يعتمد على ما نفعه في الوقت الحالي. فالاستفادة من كامل الإمكانيات التي تتيحها البيانات الكبيرة تستلزم منا توفير مصادر معلومات جديدة وأفكار جديدة حول كيفية استخدام تلك البيانات. وسيمكننا حينها المساهمة في تنمية مزيد من الاقتصادات النامية باستخدام هذه الأداة الجديدة القوية. ■

Data Crush: How the كتاب هو مؤلف سوردك كريستوفر  
Information Tidal Wave Is Driving New Business Opportunities  
وأعمال أخرى في مجال استخلاص البيانات من المصادر الإلكترونية  
وأدوات التحليل، وسارة أغاروول هي مدير منظمات التمويل الدولية في  
شركة هيوليت باكارد.

المحلون لهم دور كبير في هذه الجهود، وينبغي تشجيع مبادراتهم في هذا المجال. وسوف تؤدي زيادة استخدام الهواتف الذكية إلى خلق سوق أكبر لمصممي التطبيقات، ويمكن للحكومات والجهات المانحة والمنظمات غير الحكومية توفير التدريب ومكان العمل وغير ذلك من أشكال الدعم. وينبغي النظر إلى عمل مصممي البرامج الإلكترونية كامتداد لعمل المكتب الإحصائي الرسمي؛ فدورهما في جمع المعلومات على نفس القدر من الأهمية.

ويشعر البعض بالقلق من احتمالية استخدام البيانات الكبيرة في الاقتصادات الصاعدة والنامية لدعم الحكومات المستبدة التي قد تستخدم هذه المعلومات للاستمرار في السلطة. وأقل ما يمكن قوله أن سوء استخدام البيانات التي يجري جمعها قد يؤدي إلى انتهاكات للخصوصية. ولكن الحكم على أي تكنولوجيا بأنها جيدة أو سيئة يعتمد على طريقة استخدامنا لتلك التكنولوجيا - وليس على التكنولوجيا نفسها.

ومن الضروري توافر سياسات لحماية الخصوصية وغيرها من الضمانات لبناء الثقة في عملية جمع البيانات وضمان استخدامها بالشكل الملائم. ويحتفظ بالبيانات التي تم جمعها في الوقت الحالي لدى شركات الهاتف المحمول والحكومات وشركات التطبيقات وشبكات التواصل الاجتماعي. ومن الضروري للغاية إتاحة هذه البيانات في صورة مجمعة دون الإشارة إلى مصدرها بغرض تحليلها، وينبغي أن يكون للحكومات دور في تشكيل سياسات تسمح بإتاحة هذه البيانات (بما في ذلك للشركات الخاصة) في حالات الضرورة.

## زيادة فعالية ناموسيات البعوض

قد يرى البعض أن البيانات الكبيرة وما تتطلبه من استثمارات ليست بأهمية ناموسيات البعوض بالنسبة للبلدان النامية، على سبيل المثال. ولكن ماذا لو كان من الممكن الاستفادة من البيانات الكبيرة في تحديد التوقيت الملائم لتوزيع الناموسيات بدقة أكبر؟ وهو أمر ممكن بالفعل، حيث يخزن نظام معلومات دعم اتخاذ قرارات مكافحة البعوض بيانات صور الأقمار الصناعية ونماذج الطقس



## PROGRAM IN ECONOMIC POLICY MANAGEMENT (PEPM)

Confront global economic challenges with the world's leading economists, policymakers, and expert practitioners, including Jagdish Bhagwati, Guillermo Calvo, Robert Mundell, Arvind Panagariya, and many others.

A 14-month mid-career Master of Public Administration focusing on:

- rigorous graduate training in micro- and macroeconomics
- emphasis on the policy issues faced by developing economies
- option to focus on Economic Policy Management or International Energy Management
- tailored seminar series on inflation targeting, international finance, and financial crises
- three-month capstone internship at the World Bank, IMF, or other public or private sector institution

The 2015–2016 program begins in July of 2015. Applications are due by January 5, 2015.

pepm@columbia.edu | 212-854-6982; 212-854-5935 (fax) | www.sipa.columbia.edu/academics/degree\_programs/pepm  
To learn more about SIPA, please visit: www.sipa.columbia.edu

# المبادئ الضريبية

تحقيق أقصى استفادة من شر ضروري

رود دو موج ومايكل كين



من

الصعب التفكير في أي شيء لم تقم حكومة ما في وقت من الأوقات بإخضاعه للضرائب. فأوراق اللعب والبول والمدافئ والعبود والأقليات الدينية والنوافذ جميعها أشياء جذبت انتباه محصل الضريبة في وقت ما. وفي الوقت الحالي، ننظر إلى ضرائب الدخل وضرائب القيمة المضافة وضرائب السجائر وغيرها على أنها الأدوات الأساسية المدرة للإيرادات. ولكن المبادئ الأساسية لفهم جميع أنواع الضرائب وتقييمها مماثلة تقريبا. وبتناول تلك المبادئ في هذه المقالة، وهي واحدة من مقالتين عن الضريبة. وسوف يتضمن عدد مارس ٢٠١٥ من مجلة التمويل والتنمية تطبيق هذه المبادئ على بعض الإشكاليات الحالية.

وتعرف منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي الضريبة بأنها «مبلغ إلزامي يُدفع للحكومة بدون مقابل». أي أنه مبلغ يتعين دفعه دون الحصول على أي شيء في المقابل — ليس بشكل مباشر على الأقل. (فقد تتحقق لك بعض الفوائد من الإنفاق العام الذي يساعد هذا المبلغ في تمويله، ولكن إن لم تستفد — من منظور جمع الضرائب — فسيكون ذلك أمر سيء للغاية).

غير أنه تجدر الإشارة إلى أن هناك كثيرا من أدوات السياسات التي لا تعتبر ضرائب من الناحية القانونية ولكن لها نفس التأثير تقريبا. ومن أهم الأمثلة على ذلك المساهمات الاجتماعية، فهي عبارة عن مدفوعات مرتبطة بدخل الفرد من عمله أو نشاطه التجاري تمنحه الحق في الحصول على معاشات تقاعدية أو مزايا اجتماعية أخرى. وكون هذه المزايا شخصية يعني أنها ليست ضرائب على وجه التحديد. غير أن العلاقة بين المدفوعات والمساهمات غالبا ما تكون غير عادلة على الإطلاق من الناحية الاكتوارية، والمزايا المتوقعة بعيدة للغاية بحيث يكون تأثيرها مشابها للغاية لتأثير الضرائب المباشرة.

## كفاءة النظام الضريبي

تنقل الضريبة الموارد من القطاع الخاص إلى القطاع العام، وبالتالي فهي تفرض بالطبع خسارة حقيقية على القطاع الخاص بغض النظر عن أي منافع يمكن تحقيقها من أي من المجالات التي تمويلها الإيرادات الضريبية. ولكن سينتج عن جميع الضرائب تقريبا ضرر أكبر من ذلك نظرا لأنها تحدث اختلالا بين السعر الذي يدفعه المشتري للحصول على شيء ما والمبلغ الذي يتلقاه البائع — مما قد يمنع تحقيق الطرفين لمنافع متبادلة من عملية

البيع والشراء. ففرض ضريبة على الدخل المتأتي من العمل، على سبيل المثال، يعني أن التكلفة التي يتحملها صاحب العمل لتوظيف شخص ما تتجاوز المبلغ الذي يحصل عليه الموظف. فقد يكون الموظف مستعدا لقبول ١٠٠ دولار أمريكي (على الأقل) وصاحب العمل مستعدا لدفع هذا المبلغ (أو مبلغ أقل)، ولكن فرض ضرائب على الأجر سيحول دون إتمام هذه المعاملة

## الحوافز الضريبية الهادفة إلى تشجيع أنشطة معينة على سبيل المثال غالبا ما تنشأ عنها فرصا للتهرب الضريبي.

التجارية. وهذا التراجع في مستويات الرخاء نتيجة الضرائب، إلى جانب الخسارة الناجمة عن الانتقال المباشر للموارد الحقيقية من القطاع الخاص، يطلق عليه اسم الخسارة الصافية (أو العبء الضريبي الزائد) أو التشوهات الضريبية في لغة خبراء الاقتصاد. (في المثال المذكور آنفا، لم يتم توظيف العامل ولم تدفع أي ضرائب بالتالي، ولكن الخسارة الصافية لا تزال موجبة). وتهدف النظم الضريبية التي تتسم بكفاءة التصميم إلى الحد قدر الإمكان من هذه الخسائر التي يعتمد حجمها على عاملين رئيسيين. أولا، تزداد الخسائر كلما ازدادت مرونة الوعاء الضريبي تجاه فرض الضريبة. فلنفترض على سبيل المثال أن حجم الطلب على العمالة غير مرن على الإطلاق، أي أن صاحب العمل على استعداد لدفع أي سعر مقابل خدمات العامل. لذلك فبتطبيق معدل ضريبة ٢٠٪ في المثال المذكور آنفا، يحصل الموظف على ١٠٠ دولار أمريكي، في حين تكون التكلفة على صاحب العمل ١٢٠ دولارا أمريكيا. ويتم بالفعل تعيين الموظف ولا تنشأ أي تشوهات. ولكن عندما يتوافر لطرف واحد في السوق أي بديل عن المعاملة التي تخضع للضرائب، تظهر التشوهات، وتزداد كلما كان البديل سهلا. ويصح هذا الافتراض (أخذا في الاعتبار افتراضات قليلة أخرى) سواء كانت الضريبة تؤثر على قرارات مثل توظيف عاملين أو قرارات التحايل أو التهرب الضريبي. وثانيا، الزيادة في معدل الضريبة تؤدي إلى زيادة أكبر في حجم الخسائر — أي أن زيادة التشوهات من خلال رفع معدل الضريبة تتسبب في ضرر أكبر عندما تكون التشوهات ضخمة بالفعل.

وفيما يلي وصفتان لضمان كفاءة السياسة الضريبية: زيادة معدل الضريبة على البنود التي لا تبدي مرونة على جانبي العرض أو الطلب، وفرض الضريبة على بنود كثيرة قدر الإمكان بحيث يظل معدل الضريبة منخفضاً. ويتعين مراعاة بعض التحفظات في تطبيق هذين المبدأين. نظراً لأن اتباع هذه القواعد العامة قد يؤدي في بعض الحالات إلى نتائج عكسية. ففرض ضريبة على سلعة منعدمة المرونة على جانب الطلب مثلاً سيكون له تأثير طفيف على حجم الطلب على تلك السلعة، ولكنه يؤدي إلى انخفاض النقود المتاحة للإنفاق على السلع الأخرى، مما قد يؤدي إلى تغيرات حادة في أسواق أخرى (ونتناول هذا الموضوع بمزيد من التفاصيل في عدد مارس). ويجب أيضاً في تطبيق القاعدة التي تقضي بتوسيع الوعاء الضريبي قدر الإمكان التقيد بأحد أقوى الضوابط في مجال المالية العامة، وهو عدم فرض أي ضرائب على المعاملات بين الشركات. والسبب في ذلك أن الضرائب تحدث اختلالاً في العلاقة بين سعري الشراء والبيع للمدخلات الوسيطة، مما قد يدفع الشركات إلى اختيار مدخلات مختلفة عما كانت ستختاره في حالة عدم إخضاع تلك المعاملات للضرائب. ويؤدي ذلك في نهاية المطاف إلى قيام الشركات بخفض إنتاجها عن المستوى الممكن. ولذلك فإن توسيع الوعاء الضريبي بتضمينه المعاملات الوسيطة قد يؤثر تأثيراً سلبياً كبيراً على الكفاءة. فالوعاء الضريبي للضريبة على رقم المبيعات مثلاً — والتي تفرض على جميع أنواع المعاملات بما في ذلك عمليات البيع بين الشركات — أكبر كثيراً مقارنة بأي ضريبة قد تفرض على الاستهلاك النهائي (كضريبة القيمة المضافة) ويمكن من خلالها جمع نفس القدر من الإيرادات بمعدل ضريبة أقل كثيراً. ولكنها ستؤدي أيضاً إلى تشوهات أكثر بكثير مقارنة بالضرائب الأخرى.

وتوجد مجموعة أخرى من التحفظات مرتبطة بالمشكلات الخارجية — أي تأثير القرارات (الجيد أو السيء) على أطراف لا علاقة لها بتلك القرارات. ومن أهم الأمثلة في هذا الصدد الأضرار البيئية كالتغيرات المناخية على سبيل المثال. فقد تدعو الحاجة في هذه الحالة إلى ضريبة تصحيحية. والغرض من الضرائب التصحيحية، والتي يطلق عليها أيضاً اسم ضريبة بيجو (وهو عالم الاقتصاد آرثر بيجو الذي اقترح هذه الضريبة)، تعديل السلوك نحو اتجاه معين، بما في ذلك عمليات الشركات في حالات الضرورة. مع مراعاة الاستخدام السليم لما يتم جمعه من إيرادات بالطبع. (راجع مقالة «ما معنى المؤثرات الخارجية» في عدد ديسمبر ٢٠١٠ من مجلة التمويل والتنمية).

## تحمل الأعباء وتقاسمها

قد لا يكون الشخص الذي يتحمل العبء الضريبي الفعلي في نهاية المطاف هو الشخص المسؤول بموجب القانون عن دفع الضريبة. ففي المثال المذكور آنفاً، عندما كان الطلب على عنصر العمل ثابتاً تماماً، كان صاحب العمل هو من تحمل خسائر بقيمة ٢٠ دولاراً وليس العامل — ويظل الوضع كذلك بغض النظر عن من منهما المسؤول بموجب القانون عن دفع الضريبة للحكومة. ويتضح هنا أيضاً المبدأ العام الذي يقضي بأن العبء الضريبي — الفعلي — يقع في معظمه على الطرف الأقل مرونة في المعاملة. أي الطرف الذي يجد صعوبة أكبر في التحول عن النشاط الخاضع للضريبة.

وغالباً ما يتم تجاهل هذه الانعكاسات. ومن أمثلة ذلك شعور الغضب السائد في الوقت الحالي بسبب ضريبة الشركات منخفضة القيمة التي تدفعها الكثير من الشركات متعددة الجنسيات. فالشركات ليست أشخاصاً والأشخاص الحقيقيون فقط هم من يستطيعون دفع الضرائب — المساهمون والعمال والمعلماء. وقد لا يبدو هذا الجدل حول ضريبة الشركات منطقياً إذا لم نأخذ في اعتابارنا المستفيد الحقيقي من انخفاض معدلات الضريبة الفعلية. والعدالة الضريبية من القضايا المهمة، ولها بعدان. البعد الأول هو العدالة الرأسية المرتبطة بكيفية التعامل مع الأشخاص مختلفي الدخل.

وتأثير النظام الضريبي على هذا البعد متوقف على تصاعدية هذا النظام — أي معدل زيادة الجزء المقطوع من الدخل لسداد الضريبة مع ارتفاع مستوى الدخل. ويتمثل البعد الثاني في العدالة الأفقية التي يقصد بها أن الأشخاص المتماثلين في جميع الجوانب المهمة ينبغي معاملتهم معاملة موحدة.

وكل من هذين المفهومين أقل وضوحاً مما قد يبدو عليه. إذ تختلف الآراء بالطبع حول الدرجة الملائمة لتصاعدية الضريبة. ولكن قد يختلف الناس أيضاً، مثلاً، حول ما إذا كان ربط الضريبة التصاعدية ينبغي أن يكون على أساس الدخل السنوي أم لا. وهي فترة يكون القياس على أساسها جزافياً للغاية — أو على أساس الدخل مدى الحياة. وقد تبدو ضريبة الاستهلاك تنازلية إذا ما تم ربطها على أساس الدخل السنوي ولكنها أقل تنازلية كثيراً إذا ما تم ربطها على أساس النفقات، مما قد يكون مؤشراً أفضل لدخل الفرد مدى الحياة.

وبالنسبة للعدالة الأفقية، فهي لا تبدو فكرة جدلية، ولكن ما المقصود بمصطلح «المتماثل»؟ هل من المقبول أن تقسم الضرائب إلى فئات حسب العمر والحالة الاجتماعية والمنطقة والنوع والطول؟ وماذا عن التقسيمات الضمنية؟ هل الضرائب المرتفعة المفروضة على مرطبات ما بعد الحلاقة التي يستخدمها الرجال في الغالب غير عادلة أفقياً؟

## جمع الضرائب

الخط الفاصل بين التهرب الضريبي (مخالف للقانون) والتحايل الضريبي (قانوني) غير واضح كما قد يبدو — فالمحامون الضريبيون مرتفعو الأجر يقضون وقتاً طويلاً في دراسة الفوارق بين المفهومين. والمفهومين من القضايا المهمة في جميع البلدان، ويفرضان تحديات في تصميم الضرائب وتنفيذها. فعلى جانب السياسات، نجد أن الحوافز الضريبية الهادفة إلى تشجيع أنشطة معينة على سبيل المثال غالباً ما تنشأ عنها فرصاً للتهرب الضريبي.

والإدارة الضريبية هي الأداة الرئيسية المستخدمة في التعامل مع حالات عدم سداد الضرائب. فهي تساعد على تيسير الإجراءات على الممولين الراغبين في دفع أي ضرائب مستحقة، وذلك عن طريق صياغة قواعد ضريبية يسهل فهمها (وإن كان من الصعب تصميم نظام ضريبي سهل نظراً لمجموعة الأهداف والظروف التي يجب أن يغطيها النظام) والاطلاع عليها. (القواعد الضريبية في عهد الإمبراطور الروماني كاليغولا نشرت بخط صغير وفي مكان يصعب الوصول إليه). ومهمة نظم الإدارة الضريبية في نهاية المطاف هي أن تضمن أن احتمالات اكتشاف حالات عدم الامتثال — وما تترتب عليها من عقوبات — كبيرة بدرجة تشجع على الامتثال، إلى جانب إلقاء الضوء على عدد الممولين الكبير الذي يرغب في اتباع القواعد وتوفير الدعم اللازم لهم. ويجب أن تتوافر جميع تلك العناصر في نظام الإدارة الضريبية السليم، وأن يكون قادراً في الوقت نفسه على تخفيض تكلفته (تكلفة الإدارة) وتكلفة ممولي الضرائب (تكلفة الامتثال) إلى أدنى حد ممكن.

وأحياناً ما تتوافق مختلف الأهداف التي ناقشناها آنفاً — كاستبدال ضريبة استهلاكية بالتعريفية الجمركية (ضرائب الواردات) بنفس المعدل. ولا يؤثر هذا التحول على سعر الواردات بالنسبة للمستهلكين، ولكنه يؤدي إلى زيادة الإيرادات الحكومية (نظراً لأن الضريبة تطبق حالياً على المبيعات المحلية أيضاً) ورفع الكفاءة من خلال الحد من الحصائية. ولكن هذه الحالات نادرة. فالصعوبة الحقيقية في فرض الضرائب تنشأ عن تضارب الأهداف — وستناول هذا الموضوع في عدد مارس. ■

رود دو موج نائب رئيس قسم ومايكل كين نائب مدير في إدارة شؤون المالية العامة بصندوق النقد الدولي.

# تقاسم الثروة

سانجيف غوبتا وأليكس سيغورا-أوبييرغو وإتريكي فلوريس

**البلدان التي تشهد طفرة في الموارد ينبغي أن تتوخى الحكمة في توزيعها كلها بشكل مباشر على شعوبها**

## أنغولا

هي ثاني أكبر منتجي النفط في إفريقيا جنوب الصحراء، وأحد أغنى بلدان القارة. ولكن نسبة الوفاة بين الأطفال دون عمر الخامسة هناك أعلى من معظم بلدان العالم.

وتفتقر معظم البلدان الغنية بالموارد الطبيعية إلى أنواع المؤسسات اللازمة لإدارة ثروتها من الموارد الطبيعية على نحو يتسم بالفعالية، كما أن أداء البلدان التي تشهد طفرة في إيراداتها من الموارد الطبيعية لم يكن مرضيا في السابق. فالكثير من مواطني هذه البلدان يعيشون في فقر مستمر وتكاد أن تكون فرص حدوث أي تحسن كبير في مستويات المعيشة منعدمة. ومن الأمثلة الحية على ذلك معدل الوفيات بين الأطفال دون سن الخامسة في أنغولا.

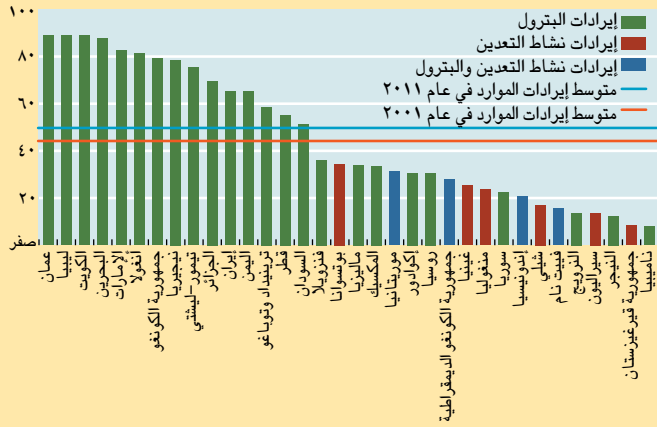
وفي السنوات الأخيرة، أدى ارتفاع أسعار السلع الأولية واكتشاف موارد طبيعية جديدة إلى زيادة الإيرادات من الموارد الطبيعية في بلدان كثيرة كنسبة من الموازنة وكنسبة من إجمالي الناتج المحلي، مما يتيح فرصا جديدة لرفع المستوى المعيشي للسكان (راجع الشكل البياني ١). ولكننا لا نرى أمثلة جيدة على فعالية إدارة ثروات الموارد الطبيعية إلا في بلدان قليلة. وتمثل بوتسوانا وشيلي والنرويج وولاية ألaska الأمريكية بعضا من هذه الحالات الاستثنائية.

وتشير تجارب البلدان الناجحة إلى أن إدارة ثروات الموارد الطبيعية تتطلب الالتزام بثلاثة مبادئ مرتبطة ببعضها البعض، وهي شفافية المالية العامة، ووضع قواعد يستند إليها تطبيق سياسة المالية العامة، ومؤسسات قوية في مجال الإدارة المالية العامة. فعلى سبيل المثال، نجد في النرويج وألاسكا نموذجا للشفافية في طريقة جمع إيرادات الموارد الطبيعية واستخدامها في الموازنة. وتساعد هذه الشفافية الناس على فهم واستخدام ثروات الموارد الطبيعية وتضمن مساءلة القادة السياسيين عن قراراتهم. وفي شيلي، تحمي قواعد المالية العامة ثروات الموارد الطبيعية من تأثير أي تغييرات قد تنشأ نتيجة الضغوط السياسية، كما تستطيع مؤسساتها القوية إدارة الاستثمارات العامة. ويساعد ذلك في تحويل ثروة الموارد الطبيعية إلى أصول منتجة، بما في ذلك البنية التحتية ورأس المال البشري.

خط أنابيب في ألaska تحت أضواء الشفق القطبي بالقرب من ميلن بوينت، ألaska، الولايات المتحدة الأمريكية.

## الرسم البياني ١ الكبير والأكبر

إيرادات الموارد الطبيعية كبيرة ومتزايدة في بلدان كثيرة.  
(إيرادات الموارد الطبيعية، % من مجموع الإيرادات، ٢٠١١)



المصدر: تقديرات خبراء صندوق النقد الدولي.

ويقترح البعض أن على الحكومات التنازل عن إيرادات الموارد الطبيعية وتوزيعها مباشرة على السكان. وهناك من الحجج المنطقية ما يؤيد هذا الرأي — ومن الحجج المعارضة ما يدحضه. ولكن التوزيع المباشر ليس حلا سحريا لجميع المشكلات (راجع دراسة Gupta, Segura-Ubiergo, and Flores, 2014).

## فضلات الشيطان

الأداء الضعيف لمعظم البلدان الغنية بالموارد الطبيعية في استخدام الإيرادات الناتجة عن تلك الموارد يؤيد الرأي القائل بأن اكتشاف موارد جديدة قد يكون نقمة ونعمة في الوقت نفسه. ولكن لماذا يحدث ذلك؟

فقد تؤدي طفرات الموارد إلى ارتفاع سعر الصرف الحقيقي للعملة، مما يحد من تنافسية صادرات البلد ويؤدي إلى تحول الموارد إلى القطاعات الاقتصادية التي لا تشارك في نشاط التجارة الخارجية — وهو ما يطلق عليه الكثيرون اسم المرض الهولندي. كذلك توصل المحللون إلى أن ثروات الموارد الطبيعية غالبا ما يقترن بها فساد حكومي يقوض نظام المساءلة الديمقراطية. وغالبا ما يستند إلى هذه الحجج في إثبات أن ثروة الموارد الطبيعية قد تتحول إلى «لعنة موارد».

وقد عبر بطلاقة عن هذه الفكرة خوان بابلو بيريز الفونسو، وزير المناجم والمواد الهيدروكربونية الأسبق في فنزويلا والذي شارك في تأسيس منظمة البلدان المصدرة للبترول، حيث وصف البترول بأنه «فضلات الشيطان»، محذرا من أنه قد يكون سببا في إهدار الموارد والفساد والاستهلاك المفرط والدين.

وتفتقر الكثير من البلدان الغنية بالموارد إلى وجود نظم في مجال إدارة المالية العامة لضمان شفافية وكفاءة عملية إعداد الموازنة، وإلى نظم الضوابط والتوازنات اللازمة لضمان فعالية استخدام ثروة الموارد الطبيعية. فبدون تلك النظم، عانت تلك البلدان في تطبيق نماذج إيجابية مثل بوتسوانا وشيلي والنرويج.

ولكن بناء مؤسسات قوية ومستقرة يستغرق وقتا طويلا. وفي الوقت نفسه، يشير بعض العلماء إلى ضرورة قيام البلدان بتوزيع إيراداتها من الموارد الطبيعية على السكان مباشرة بهدف تعزيز النمو الاقتصادي وتحسين مستويات المعيشة (راجع مقالة بعنوان «الإنفاق أم التوزيع» في عدد ديسمبر ٢٠١٢ من مجلة التمويل والتنمية).

وتوجد حجج مختلفة تؤيد هذا الرأي، لا سيما القول بأن التوزيع يحول دون سوء استخدام الحكومة لإيرادات الموارد وزيادة حجم المؤسسات الحكومية. وقد ترحب بعض البلدان الغنية بالموارد بتوزيع الإيرادات مباشرة بشكل ما، ولكن التوزيع المباشر على هذا النحو قد يؤثر سلبا على كفاءة بلدان أخرى في توفير السلع العامة. وحتى ولو كان الهدف هو تقليص حجم الحكومة من خلال الحد من الإيرادات التي تتوافر لها من الموارد، توجد بدائل ربما أكثر فعالية من ذلك كتخفيض الضرائب، على سبيل المثال.

وتركز حجة أخرى على تأثير الضرائب على المساءلة (دراسة Sandhu, 2006). فإذا ما تم توزيع إيرادات الموارد على الشعب وفرض ضريبة عليها لتمويل جزء من السلع العامة، سيدفع ذلك المواطنين إلى طلب إخضاع برامج الإنفاق العام لمزيد من المساءلة. ولكن هذه الحجة تفترض بذلك أن المكاسب المتأتية من زيادة مساءلة الحكومة تفوق خسائر عدم الكفاءة الناجمة عن تحويل الإيرادات إلى الشعب واستعادة بعضها لاحقا، كما أنها لا تراعي أن آلية التحويل قد تنطوي على نفس

مظاهر القصور المؤسسي والفساد المتفشية عادة في البلدان الغنية بالموارد.

## كم ولمن

التوزيع المباشر هو وسيلة لتحويل بعض أو كل الموارد المتأتية من الإيرادات إلى المواطنين للحد من السلطات الاستثنائية للحكومة على هذه الموارد وتعزيز آليات المساءلة. وتوجد علاقة بين السلطة الاستثنائية والمساءلة، لأن المواطنين لن يطالبوا على الأرجح بزيادة المساءلة إذا كان يمكن لرجال السياسة تحديد الفئات التي ستلقى إيرادات الموارد.

وتختلف الآراء حول كم الموارد التي ينبغي توزيعها. أحد الآراء الجامحة يدعو إلى توزيع جميع الإيرادات المتأتية من الموارد الطبيعية على المواطنين، في حين توجد مقترحات أكثر وسطية — اقترحت دراسة Birdsall and Subramanian (2004) توزيع نصف إيرادات العراق على الأقل — بإعادة جزء فقط من الإيرادات أو جزء فقط من دخل الاستثمار من صناديق الموارد الطبيعية. ويتمحور الجدل بشأن كم الموارد التي ينبغي توزيعها حول التبعات الاقتصادية للتوزيع، بما في ذلك تأثير التوزيع على حوافز العمل، وعلى مخرجات قطاع الأسر، واستقرار الاقتصاد الكلي بوجه عام.

وبالنسبة للسؤال حول من الذي ينبغي أن يتلقى إيرادات الموارد الطبيعية، فإن خيار توزيع الموارد على جميع المواطنين يتسم بأنه سيحول دون استثمار رجال السياسة بأي سلطة استثنائية في تحديد المجموعات المنتفعة. ولكن قد تؤدي التحويلات العامة إلى تداعيات غير محسوبة — كتشجيع الأسر على زيادة نسلها، وهو ما يمكن تجنبه عن طريق خفض التحويلات الموزعة على الكبار. ويشير البعض إلى إمكانية تحقيق الأهداف الاجتماعية من خلال استهداف أفقر الفئات السكانية أو فرض شروط كإلحاق الأطفال بالمدارس. وهذه الأهداف موضع ترحيب من الكثيرين، مما قد يساعد في حشد الدعم اللازم لتلك الآليات. غير أنها قد تؤدي إلى شد وجذب ما بين تضيق نطاق تغطية التحويلات من خلال استهداف قطاعات معينة من السكان — لا سيما

الفقراء الذين لا يكون لهم صوت قوي عادة في العملية السياسية — وزيادة المساءلة. كذلك فإن الفقراء لا يستطيعون تحمل تقلبات الدخل، وهي مشكلة يجب أن تعالجها تلك الآليات.

ويقترح البعض توزيع الإيرادات مباشرة خارج إطار الموازنة، الأمر الذي قد يفتح الباب أمام الفساد الحكومي. ويقوم هذا المقترح على التعامل مع إيرادات الموارد خارج إطار حسابات الموازنة وإخضاعها للتدقيق ربما بمعرفة جهة مستقلة بخلاف البرلمان. ويمكن أيضا تكليف مؤسسة أخرى بخلاف مصلحة الضرائب الوطنية بجمع الإيرادات وتوزيعها. ويزعم مقترحو هذه الفكرة أن وجود آلية منفصلة

## التوزيع المباشر على نطاق واسع لم تتم تجربته في أي مكان على مستوى العالم

لتوزيع إيرادات الموارد سيزيد من مصداقية النظام لدى الشعب. ولكن التوزيع المباشر بغض النظر عن الوسيلة المستخدمة في تنفيذه ليس حلا للقضاء على الفساد. ومن السذاجة أن نفترض أن أي حكومة فاسدة ستوافق على توزيع الإيرادات مباشرة لحل المشكلة. ولا توجد أي ضمانات أيضا على أن آلية التوزيع لن تشوبها مظاهر فساد مماثلة.

### من واقع الخبرة

نفذت ألاسكا أفضل وربما أنجح مثال معروف لآليات التوزيع المباشر. ولكنه نموذج تقليدي يقوم على توزيع نسبة قليلة نسبيا تبلغ ٣٪ إلى ٦٪ فقط من نصيب الفرد من الدخل في ألاسكا. ويستثمر جزء فقط من الإيرادات النفطية في الصندوق، ويقتصر التوزيع على دخل الاستثمار من هذا الصندوق — بحد أقصى ٥٪ من إجمالي القيمة السوقية للصندوق. وتدير هذا الصندوق مصلحة الضرائب في ألاسكا، وتخضع الموازنة لضوابط وتوازنات تجعلها مثالا للشفافية في جوانب كثيرة. ويرى الكثيرون أن هذه التجربة لاقت نجاحا كبيرا، ولكنها تجربة استندت بالطبع إلى قوة المؤسسات والشفافية، ولم تكن حلا لمشكلة مؤسسية.

ونظرا لأن آليات التوزيع المباشر عددها قليل حول العالم، فإن تحليل السياسات المقترنة بها يتيح لنا فكرة واضحة عن مسببات النجاح ومسببات الفشل. ومن الخطر دائما استنباط القرائن من السياسات ذات الصلة، ولكن الحالات التالية تنطوي على بعض الدروس التي يمكن الاستفادة منها:

• قامت فنزويلا بإنشاء مجموعة من البرامج الاجتماعية أطلقت عليها اسم بعثات أو *misiones*. ويركز أحد هذه البرامج على تعليم الكبار وفتح فصول تعويضية للمتسربين من التعليم الثانوي؛ ويركز برنامج آخر على نظام الرعاية الصحية الأولية العام؛ في حين تركز برامج أخرى على إنشاء منازل جديدة وتقديم معاشات تقاعدية للفقراء، وتوفير أغذية بأسعار مخفضة، وتقديم منح للدراسات العليا. ووفقا لدراسة (Rodríguez, Morales, and Monaldi (2012)، تمول هذه البرامج مباشرة من شركة النفط الحكومية ولا تدرج بالتالي في الموازنة، مما يزيد من السلطات الاستثنائية للحكومة. وتشير بعض الدراسات إلى أن هذه البرامج تنطوي على نفس القدر من الفساد والضغوط الجماهيرية الذي تنطوي عليه الموازنة العامة نفسها —

مما يشكك في قدرة الآليات المباشرة خارج الموازنة على القضاء على الفساد.

• ويتضح من برامج دعم الدخل في الاقتصادات المتقدمة الآثار السلبية لتحويلات التوزيع المباشر على عرض العمالة. فالغرض من هذه البرامج توفير نوع من أنواع الدعم الأساسي للأسر منخفضة أو منعدمة الدخل. ويستقطع جزء من هذا الدعم في صورة ضريبة. وقد تم انتقاد هذه البرامج لأنها لا تنطوي على حوافز كافية لتشجيع منخفضي الدخل على العمل. لذلك يمكن الاستعاضة عن هذه البرامج ببرامج الخصم الضريبي على الدخل المكتسب التي يحق للعاملين فقط الانتفاع بها.

• برامج التحويلات النقدية المشروطة التي يكثر استخدامها في اقتصادات نامية كثيرة قد تؤدي أيضا إلى تقويض الحوافز المشجعة على العمل. وتسعى هذه البرامج إلى الحد من الفقر من خلال توفير الدعم — في صورة تحويلات نقدية — وفق شروط معينة، كإلحاق الأطفال بالمدارس أو إعطائهم التطعيمات اللازمة. والهدف من هذه البرامج كسر دائرة الفقر بمساعدة الجيل الحالي وتشجيع الاستثمار في الجيل القادم. وتوصلت معظم الدراسات إلى أن تأثير هذه البرامج على عرض العمالة يكون محدودا عندما تكون التحويلات منخفضة القيمة والمنافع موجّهة نحو أفقر الأسر. أما البرامج التي تقدم تحويلات أكبر وتغطي نطاقا أوسع — بما في ذلك القطاعات السكانية الأفضل حالا — فتؤدي إلى الحد من نسبة المشاركة في القوة العاملة.

• ويشيع في الدول الغنية بالنفط تقديم دعم كبير على الطاقة نظرا لتوقع السكان الانتفاع من وفرة الموارد النفطية. ويبلغ حجم الدعم قبل الضرائب الذي يتيح للشركات والأسر دفع أسعار تقل عن الأسعار السائدة دوليا ٨,٥٪ تقريبا من إجمالي الناتج المحلي في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا. ويؤدي تعميم الدعم على جميع الفئات إلى الحد من كفاءة توزيع الموارد — مما يؤثر سلبا على النمو — وعدم التكافؤ بسبب انتفاع الفئات الأفضل حالا من الدعم بما يزيد من عدم المساواة في توزيع الدخل. ورغم أوجه القصور المذكورة، يؤيد الجمهور برامج الدعم لأنهم لا يرون وسيلة أخرى يمكنهم من خلالها الانتفاع بالموارد الطبيعية الوفيرة.

• تمثل تحويلات المغتربين — الأموال التي يرسلها العاملون بالخارج إلى بلدانهم — موارد إضافية يتم ضخها في قطاع الأسر على غرار آليات التوزيع المباشر. وتشير التجارب إلى استخدام معظم التحويلات في الاستهلاك الجاري، ولا توجد أي أدلة دامغة على تأثيرها على النمو في الأجل الطويل. ويشكك ذلك في المزاعم التي تقول بأن التوزيع المباشر لا يؤدي إلى تفاقم آثار المرض الهولندي نظرا لقيام القطاع الخاص بالادخار عندما يتلقى إيرادات مفاجئة على غرار ما تقوم به الحكومة.

### الدروس المستفادة

نخرج من تجربة ألاسكا والسياسات ذات الصلة بعدة دروس. أولا، يمكن أن يتضمن التصميم العام لسياسات المالية العامة آليات توزيع مباشر، على أن تكون نسبة الإيرادات الموزعة صغيرة في البداية للحد من تأثيرها على عرض العمالة. وتؤكد دراسة Hjort (2006) على أن الحد من نسبة الإيرادات الموزعة مباشرة سيضمن توافر موارد كافية للحكومة لتقديم السلع العامة الأساسية، وتقليص الآثار الناجمة عن المرض الهولندي.



بنسبة ٢٥٪ تقريباً. ولكن توزيع الإيرادات سيحد من موارد الموازنة المتاحة لتوفير الخدمات العامة، مما قد يؤدي بدوره إلى تداعيات عكسية على توزيع الدخل.

ومن الآثار الأخرى الناتجة عن التوزيع المباشر للإيرادات تقليص حجم الحكومة بالطبع. فتحويل الإيرادات إلى القطاع الخاص قد يحد من النفقات المهدرة في بعض البلدان الغنية بالموارد، ولكنه قد يؤدي في البعض الآخر إلى خفض الإنفاق العام إلى مستوى يهدد توفير البنية التحتية والسلع العامة الضرورية. ويبلغ متوسط إجمالي المصروفات في البلدان الغنية بالموارد حوالي ٢٨٪ من إجمالي الناتج المحلي، وهو مستوى مقارب عموماً لمستوى الإنفاق في الاقتصادات غير الغنية بالموارد. ولكن توجد اختلافات ملحوظة في حجم الحكومة والقدرات المؤسسية بين البلدان الغنية بالموارد (راجع الشكل البياني ٢). وهذه الآثار المحتملة على توزيع الدخل وتوفير السلع العامة تؤكد على ضرورة البدء بألية توزيع مباشر محدودة كما ذكرنا آنفاً.

## هل يجدي الاستثمار؟

تلقى الآراء التي تربط بين التوزيع المباشر وزيادة المساءلة استحساناً كبيراً، ولكن برامج التوزيع المباشر واسعة النطاق لم تجرب في أي بلد على مستوى العالم. ولا توجد شواهد كثيرة على مدى فعالية توزيع جميع الإيرادات المتأتية من الموارد على السكان، ولكن يوجد من الحجج ما يؤكد التوزيع المباشر لجزء بسيط من الإيرادات كما في حالة الأسكا.

ولكن حتى التوزيع الرشيد للموارد يجب أن يتم من خلال إطار مالية عامة ملائم وأن يكون على نطاق محدود للحد من مخاطر واردة للغاية قد تنجم عن توزيع الإيرادات، وتتمثل في تقويض القدرة على توفير الخدمات العامة الضرورية، أو انخفاض نسب المشاركة في القوة العاملة، أو تقويض القدرات الإدارية للحكومة. ■

سانجيف غوبتا نائب مدير وإريك فلوريس اقتصادي أول في إدارة شؤون المالية العامة بصندوق النقد الدولي، وأليكس سيغورا-أوبييرو الممثل المقيم لصندوق النقد الدولي في موزامبيق.

## المراجع

Birdsall, Nancy, and Arvind Subramanian, 2004, "Saving Iraq from Its Oil," *Foreign Affairs*, Vol. 83, No. 4, pp. 77-89.

Gupta, Sanjev, Alex Segura-Ubierno, and Enrique Flores, 2014, "Direct Distribution of Resource Revenues: Worth Considering?" *IMF Staff Discussion Note 12/08 (Washington: International Monetary Fund)*.

Hjort, Jonas, 2006, "Citizen Funds and Dutch Disease in Developing Countries," *Resources Policy*, Vol. 31, No. 3, pp. 183-91.

International Monetary Fund (IMF), 2012, "Macroeconomic Policy Frameworks for Resource-Rich Developing Countries" (Washington).

Rodríguez, Pedro L., José R. Morales, and Francisco J. Monaldi, 2012, "Direct Distribution of Oil Revenues in Venezuela: A Viable Alternative?" *Center for Global Development Working Paper 306 (Washington)*.

Sandbu, Martin E., 2006, "Natural Wealth Accounts: A Proposal for Alleviating the Natural Resource Curse," *World Development*, Vol. 34, No. 7, pp. 1153-170.

ثانياً، ينفوي التوزيع المباشر على نفس القدر من الفساد الموجود في البرامج العامة، وينبغي بالتالي الإبقاء على برامج التوزيع المباشر داخل إطار الموازنة.

وأخيراً، من المهم أن نتذكر أن التوزيع المباشر للإيرادات المتأتية من الموارد لا يضمن تلبية احتياجات الأجيال القادمة.

وقبل أن يبدأ أي بلد في توزيع إيرادات الموارد مباشرة على مواطنيه، يجب عليه إعداد إطار المالية العامة لهذا الغرض من خلال:

- تحديد مستوى الإيرادات والنفقات العامة اللازم لضمان استقرار الاقتصاد الكلي المحلي واستمرارية الأرصدة الخارجية؛

- تطبيق سياسات من شأنها الحد من تأثير تقلبات أسعار السلع الأولية على الإيرادات؛

- مراعاة درجة عدم اليقين بشأن مستوى إنتاج الموارد الطبيعية وحجم الإيرادات التي يمكن للاقتصاد استيعابها؛

- ادخار الإيرادات لصالح الأجيال القادمة.

ولا يعني التوزيع المباشر أننا لن نحتاج إلى مواجهة هذه القضايا على نحو مسبق. فرغم أن البعض يزعم أن تحويل عبء إدارة التقلبات إلى القطاع الخاص قد يؤدي إلى نتائج أفضل، لا تؤيد هذا الادعاء شواهد كثيرة. فكما أشرنا آنفاً، تشير الدلائل المستمدة من تجربة البلدان

المتلقية لتحويلات المغتربين إلى أن الجزء الأكبر من التحويلات التي يتلقاها البلد يستخدم في الاستهلاك وليس في الادخار. ورغم أن إدارة

القطاع العام للتقلبات في البلدان الغنية بالموارد الطبيعية لم تكن فعالة على الإطلاق، تشير دراسة صادرة عن صندوق النقد الدولي في

عام ٢٠١٢ إلى تحسن نظم الإدارة على ما يبدو مع تحول هذه البلدان من سياسات أدت إلى تغيرات حادة في أسعار السلع الأولية بين عامي

١٩٧٠ و١٩٩٩ إلى سياسات محايدة بوجه عام خلال العقد الماضي.

ويمكن أن يكون للتوزيع المباشر للإيرادات تأثير حاد على توزيع الدخل. ففي غانا، على سبيل المثال، تبلغ الإيرادات من الموارد الطبيعية

حوالي ٥٪ من إجمالي الناتج المحلي، في حين لا يحصل أفقر ١٠٪ من السكان سوى على ٢٪ من إجمالي الناتج المحلي، مما يعني أن التوزيع

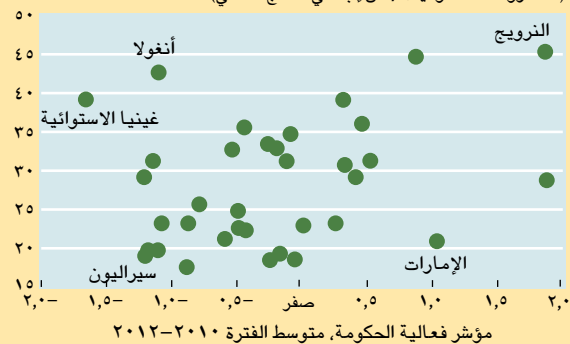
المباشر على جميع الفئات السكانية سيؤدي إلى زيادة دخل هذه الفئة

الشكل البياني ٢

## حكومة متضخمة أم حكومة ضامرة؟

يتفاوت حجم الحكومة بين البلدان الغنية بالموارد، ولكنه لا يرتبط دوماً بدرجة فعاليتها.

(المصروفات الحكومية، ٪ من إجمالي الناتج المحلي)



المصادر: مؤشر فعالية الحكومة الصادر عن البنك الدولي، وتقديرات خبراء صندوق النقد الدولي. ملحوظة: المصروفات الحكومية هي متوسط التواريخ المتاحة لكل بلد خلال الفترة ١٩٨٠-٢٠١٣. ويعكس المؤشر التصورات بشأن جودة الخدمات العامة، والخدمة المدنية، ودرجة الاستقلال عن الضغوط السياسية، وجودة اليات صياغة السياسات وتنفيذها، ومصداقية الحكومة في التزامها بتلك السياسات.

## الحكمة والفضيلة

راس روبرتس  
Russ Roberts

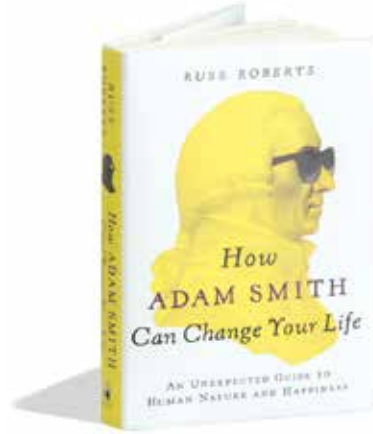
### كيف يستطيع آدم سميث أن يغير حياتك

How Adam Smith Can Change Your Life

### دليل غير متوقع للطبيعة الإنسانية والسعادة

An Unexpected Guide to Human Nature and Happiness

Portfolio/Penguin, New York, 2014, 272 pp., \$27.95 (cloth).



الأخلاقية لسميث على أليات عمل الاقتصاد الحديث، ولكنه أضعف فصول الكتاب.

وتناولت كتب عديدة على مر السنوات «مشكلة آدم سميث» الشهيرة. وهي كيفية التوفيق بين مفهوم الإيثار في كتاب الوجدان الأخلاقي والتركيز على المصلحة الشخصية في كتاب ثروة الأمم. والإجابة المنطقية على هذا السؤال هي أن الكتاب الأخير يركز على الشروط الدنيا للاستفادة من المبادلات السوقية، بينما يركز الكتاب الأول على الركائز الأعمق التي نستند إليها في علاقاتنا الاجتماعية الأوسع.

ووفقا لسن، ركزت أفكار سميث تركيزا ضيقا على عمليات التبادل التجاري، مع تجاهل مفاهيم أخرى على نفس القدر من الأهمية مثل الإنتاج والتوزيع. وحتى في عمليات التبادل السوقي بمعناها الحرفي، قد تغلب المصلحة الشخصية مما يستوجب وجود ثقة متبادلة في أخلاقيات جميع الأطراف المشاركة. وبعبارة أخرى، يجب أن يكون مفهوم الوجدان الأخلاقي حاضرا في جميع العلاقات.

ويأخذ روبرتس في كتابه مسارا مغايرا. فهو يرى أن كتابي سميث يناقشان مجالين مختلفين وغير متداخلين من مجالات التفاعل الإنساني. فاستنادا إلى رأي الاقتصادي والفيلسوف فريدريك هايك، يقول روبرتس: «علينا أن نعيش في عالمين مختلفين في نفس الوقت للتعامل مع عائلاتنا والخروج إلى دائرة العلاقات التجارية للتعامل مع الغرباء». وهكذا فإن كتاب الوجدان الأخلاقي يتناول مفهوم «الفضاء الشخصي» — أي عالم الأصدقاء والعائلة والمعارف المقربين — بينما يصب كتاب ثروة الأمم أكثر تركيزه على التعاملات بين الأفراد في «عالم الغرباء». عالمان مختلفان وسلوكيات مختلفة.

ومناقشة كتابات سميث من منظور هايك ليست بالأمر المقنع على الإطلاق. ففرض المنظور الفلسفي الضيق لهايك عن العالم على فلسفة سميث يؤثر عليها سلبا، ويختزل إسهاماته في نطاق ضيق للغاية.

وينصب اهتمام سميث الأكبر على الفضيلة — لا سيما الإيثار والشجاعة والوسطية والعدالة والتبصر. وتشير ديردرا مكلوسكي بالفعل إلى أن سميث هو آخر علماء أخلاقيات الفضيلة الذي لحق بركب طويل بدأ بسقراط. وعندما نتكلم عن الفضيلة، فنحن نفكر بطبيعة الحال في ازدهار الحياة الإنسانية في جميع جوانبها.

إجمالا أسلوبا سهلا وجذابا ومقدمة جيدة عن الفلسفة الأخلاقية لآدم سميث. ووفقا لكتاب روبرتس، تتلخص النظرية الأخلاقية لسميث في قواعد حياتية مبسطة: «ابحث عن الحكمة والفضيلة. وتصرف وكأن متفرجا حياديا يراقبك».

وفي حين يتناول الجزء الأول من الكتاب في معظمه مفهوم «التطوير الذاتي» — وهو

## تصرف وكأن متفرجا حياديا يراقبك

مصطلح قديم نوعا ما، يركز الجزء الثاني على كيفية التفاعل بين أفراد المجتمع. ويشير روبرتس في هذا السياق إلى إحدى أهم أفكار سميث — رغم أننا قد نميل بطبيعة الحال إلى تقديم سعادتنا على سعادة غيرنا، فمن الخطأ أن نعيش حياتنا على هذا النحو وأن نلحق الضرر بغيرنا أو نستغلهم لتحقيق مصلحة شخصية. ولكن لماذا؟ لأن المتفرج الحيادي لن يوافق على ذلك — وهو الحكم الأساسي في نظرية سميث الأخلاقية.

وفكرة المتفرج الحيادي كدافع للسلوك الأخلاقي فكرة قوية للغاية. فعلى سبيل المثال، يؤكد عالم الاقتصاد أمارتيا سن، الحائز على جائزة نوبل أن لهذا المنطق البسيط والعملية مزايا كثيرة مقارنة بالمنهج الفلسفي الشائع الذي يركز على نظم العدالة والمؤسسات السليمة. غير أن روبرتس لم يبحث في جميع الانعكاسات الضمنية لطريقة التفكير تلك لأنه يتعامل مع كتاب الوجدان الأخلاقي في الغالب ككتاب عن مساعدة الذات.

ويتناول روبرتس بالفعل في الفصل الأخير من الكتاب انعكاسات الآراء

الأخلاق على ما يبدو إلى دائرة الضوء في علم

الاقتصاد. والسبب دون شك هو الأزمة المالية العالمية التي كشفت عن الكثير من الأنشطة غير القانونية والسلوكيات غير الأخلاقية في القطاع المالي — والتي ترتبت عليها تداعيات كارثية بالنسبة للاقتصاد العالمي وحياة الناس. ولكن يرتبط تجدد التركيز على الأخلاق أيضا بشعور عميق بعدم الرضا إزاء الاقتصاد الحديث الذي يقوم في معظمه على مذهب النفعية والتركيز الضيق على التنمية التكنوقراطية. فليس من قبيل المصادفة أن يزداد عدد من يسعون نحو إيجاد منهج أوسع نطاقا لدراسة الاقتصاد يضم أهم عناصر الفلسفة وعلم النفس والتاريخ — وعدد من يطالبون بذلك أحيانا كحق مشروع لهم.

وفي ظل هذه الأفكار التي تغلب على عالمنا اليوم، فإن الوقت مناسب للغاية لإلقاء نظرة على كتاب يتناول الفلسفة الأخلاقية لآدم سميث. وبالرغم من أن آدم سميث هو مؤسس علم الاقتصاد الحديث، فهو في الأصل أستاذ في الفلسفة الأخلاقية. وإن كان أهم أعماله الفلسفية، وهو نظرية الوجدان الأخلاقي *The Theory of Moral Sentiments*، غير معروف للكثيرين. ويحاول راس روبرتس في كتابه الجديد أن يسد هذه الفجوة ويلقي الضوء على الحكمة الدفينة في هذا العمل الكلاسيكي الذي يجله الكثيرون.

ويكتب روبرتس بروح طفل يبدأ مغامرة جديدة وممتعة كالذي تغلب عليه مشاعر الدهول والتعجب في صباح ليلة عيد الميلاد. فحماسه ينتقل إلى القارئ وهو يصف استغراقه في كتاب لا يستطيع تركه من يده. والكتاب مكتظ بخصص لا تنسى ومقالات قصيرة نابضة بالحياة، ويعكس

فالفيزياء لا تتجزأ وليست فكرة مطلقة غير قابلة للتحويل إلى واقع ملموس. ونظراً لأن روبرتس يرسم في كتابه خطأ رفيعاً بين مختلف مجالات الحياة، فإنه لم يتطرق إلى الانعكاسات الضمنية لفلسفة سميث الأخلاقية على الاقتصاد في الوقت الحالي — وهو ما ينبغي أن يكون مجال اهتمامنا الفعلي. وهو أمر مؤسف لأن أفكار

سميث لها قيمة كبيرة للغاية في الوقت الحالي. فعلى سبيل المثال، ماذا كان المتفرج الحيادي ليقول عن سلوك القطاع المالي في السنوات الأخيرة عندما هيمن الاستهتار والرغبة في تحقيق أرباح سريعة في الأجل القصير على جميع مفاهيم الفيزياء؟ وبوجه أعم، ماذا كان المتفرج الحيادي ليقول عن نموذج نشاط يغلب

أهمية الأرباح في الأجل القصير على الواجبات تجاه الأطراف المعنية مثل العاملين والعلماء والبيئة الطبيعية والمجتمع بوجه عام؟ فهذه هي الأسئلة المهمة التي لم يجب عليها الكتاب.

### أنطوني أنيت

مستشار التغيير المناخي والتنمية القابلة للاستمرار  
معهد الأرض، جامعة كولومبيا

## رأي عابر



نايجل دود  
Nigel Dodd

### الجانب الاجتماعي للنقود The Social Life of Money

Princeton University Press, Princeton, New Jersey, 2014, 456 pp., \$35.00 (cloth).

ما هي النقود؟ هذا ما نكتشفه مع نايجل دود أستاذ علم الاجتماع في كلية لندن للاقتصاد في كتابه «الجانب الاجتماعي للنقود» (The Social Life of Money). ويعرض الكتاب على صفحاته أفكاراً عن النقود لكبار الأدباء والفلاسفة وعلماء الاجتماع وغيرهم من مجالات عديدة. وهذا الكتاب من فئة الأدب الحديث أكثر منه كتاب علمي. فهو يخرج بنا خارج نطاق معتقداتنا التقليدية — لا سيما دارسي الاقتصاد منا — ويضعنا في حيرة من أمرنا متعمداً ترك سؤاله دون إجابة. وينقل بنا المؤلف من أفكار عن أحد جوانب النقود لشخصيات لا نعتبرهم عادة من أصحاب النظريات النقدية، مثل خورخي لويس بورخيس وجاك دريدا وميشيل فوكو وكيث هارت وفريدريك نيتشه وجان جاك روسو وفريدرياند دي سوسير، إلى مفاهيم مناقضة إلى حد ما ولكنها تعكس أيضاً فهماً متمقناً لطبيعة النقود. ويحاول القارئ أن يفهم جميع هذه

الأفكار والمفاهيم — وهو ليس بالأمر السهل التي يرى دود أنها تقدم جميعها مضموناً ما للقارئ. فطبيعة النقود متغيرة للغاية بحيث لا يمكن التعبير عنها بفكرة واحدة.

ودود في كتابه لا يطرح منظوراً جديداً عن النقود، بل يسعى إلى إطلاعنا على منظورات كثيرة. ومن هذا المنطلق، يهدف دود إلى هدم الفكرة التقليدية عن النقود التي تقول بأنها تقوم على قوانين جامدة لا يفهمها سوى رجال القانون المخضرمين. وبدلاً من ذلك، يذكرنا المؤلف بأن النقود عموماً، والنقود الورقية الصادرة عن الحكومة تحديداً، هي عبارة عن مفهوم اجتماعي. فنحن لا نشك في القيمة الاقتصادية لورقة بقيمة ١٠٠ دولار أمريكي مطبوعة على قطعة من القطن والكتان تبلغ تكلفتها ١٢,٥ سنتاً لأننا نثق أن الحكومة الأمريكية ستفي بالتزاماتها في ضوء قدرتها على فرض ضرائب على مواطنيها ومواردها مدعومة بقوتها العسكرية. فحتى في حالة وجود موارد وفيرة وأشخاص أثرياء، تنهار قيمة النقود إذا غابت الثقة عن المجتمع — مثلما حدث في فنزويلا في عصرنا الحالي، وفي الأرجنتين والبرازيل في عام ١٩٩٠، وفي جمهورية فايمار في عام ١٩٢٣.

ويذكرنا دود أيضاً استناداً إلى آراء جورج زيمل وآخرين أن لا صحة في القول بأن النقود تمثل مطالبة على المجتمع. ولكن له كل الحق في تكرار الإشارة إلى هذه الحقيقة. فلا تزال الفكرة التقليدية عن النقود أنها كانت في الأصل أداة بدائية غير مسجلة في كتب التاريخ تستخدم لزيادة كفاءة عمليات المقايضة. ولكن هذا المفهوم يتجاهل أحداث السرقة وسفك الدماء التي كانت دوماً حاضرة في المجتمعات الأصلية. فقد كان استخدام النقود في الأصل في صورة إتوات تدفعها الفئات المغلوبة وأرباح من عمليات بيع وشراء العبيد أكثر منها أداة لزيادة كفاءة عمليات التجارة السلمية. فالنقود لم تنشأ لأسباب بريئة.

ويحاول دود طرح أفكار أكثر تعمقاً عن هذا الموضوع. فيشير إلى أن الهيكل الاجتماعي لا

يعني الدولة بالضرورة. فقد يقصد به مجموعة شبكات التبادل الاجتماعية غير المنظمة التي يقوم الأفراد من خلالها بمبادلة عملهم مقابل أجر ما، أو قد يقصد به نظام الدفع غير المركزي المسمى بيتكوين Bitcoin.

ولكن محاولة الإسهاب في الكتاب أجبرت المؤلف في نهاية المطاف على الانحراف عن

## طبيعة النقود متغيرة للاغاية بحيث لا يمكن التعبير عنها بفكرة واحدة.

الموضوع الأصلي. فيشعر القارئ أحياناً مثلاً أن الكاتب يلقي باللوم على النقود بوصفها السبب في وقوع الأزمة المالية العالمية وغيرها من المشكلات التي ظهرت في الآونة الأخيرة. ولكن نظرية النقود كهيكلي اجتماعي تقوم على توقعات أكثر إقناعاً. فهيكلي المجتمع وتنظيم السلطات فيه يخلق حوافز تنشأ عنها دورات الانتعاش وما يتبعها من كساد. وأخذت هذه الحوافز شكل نقود، ولكن كان من الممكن أن تأخذ أي شكل آخر من أشكال القوة. وبالنسبة لنظرية المؤلف عن أن النقود يمكن أن يكون لها وجود خارج الهيكل الاجتماعي، فهي فكرة مفهومة ولكن المؤلف لم يسق حججاً مؤيدة لها. فنظام بيتكوين سيفشل، لأنها عملة رقمية لا تغطيها أي احتياطات، ولكن لأنها غير مدعومة بسلطة جمع الضرائب المخولة للدولة وتتعارض طبيعتها مع القواعد الدولية المنظمة لنشاط مكافحة غسل الأموال. والفكرة الحقيقية التي نستقيها من هذا الكتاب هي أن الشكل يأتي في المرتبة الثانية بعد الهيكل. فإذا كنا نرغب في نقود «أفضل»، فتغيير شكلها لن يكون له أي تأثير يذكر ما لم تتغير الحوافز الراضخة في هيكل المجتمع.

### أفيناش بيرساد

زميل أول غير مقبم  
معهد بيرسون للاقتصاد الدولي

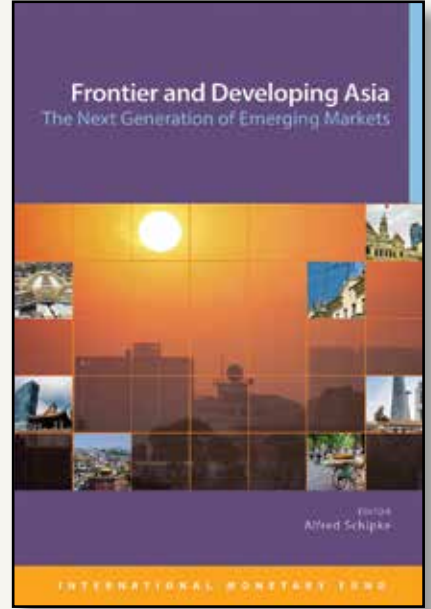
# مطبوعات الصندوق الجديدة

## آسيا الواعدة والنامية الجيل الثاني للأسواق الصاعدة

حرره ألفريد شيبكي

يبلغ التعداد السكاني المجمع لبلدان آسيا الواعدة والنامية ٣٥٠ نسمة، بما في ذلك فييت نام وكمبوديا وبنغلاديش، وهي تقع في المنطقة الأسرع نموا في العالم وتتمتع بخصائص ديمغرافية مواتية. وبالرغم من تباين هذه البلدان، فهي تشترك في عدد من التحديات الاقتصادية الكلية والمالية والهيكلية. ويتناول الكتاب القضايا المتعلقة بالنمو الاقتصادي والتحول الهيكلي، إلى جانب مخاطر فح الفقر وتزايد عدم المساواة في الدخل، كما يحل عددا من قضايا القطاع المالي وإطار السياسة النقدية.

السعر ٢٥ دولارا أمريكيا. 2014. @ ISBN 978-1-47559-551-2.

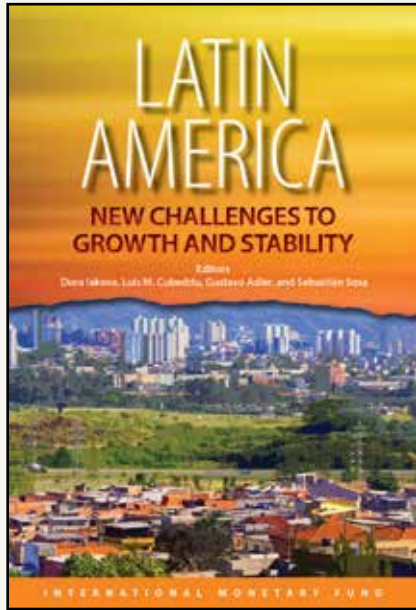


## أمريكا اللاتينية: الحفاظ على النمو والاستقرار في مشهد عالمي متغير

تأليف: دورا لاكوفا، ولويس كوبيدو،  
وغوستافو أدلر، وسيباستيان ساسو

على مدار الخمسة عشر عاما الماضية، حققت بلدان أمريكا اللاتينية تقدما هائلا في تقوية اقتصاداتها وتحسين مستوياتها المعيشية. وبالرغم من هبوط الناتج مؤقتا أثناء الأزمة المالية، فقد حققت معظم الاقتصادات تعافيا سريعا. غير أن النشاط الاقتصادي بدأ يهدأ والمنطقة تواجه فترة أكثر صعوبة. ويقول هذا الكتاب إن أمريكا اللاتينية يمكنها التصدي لهذا التحدي، وصناع السياسات في المنطقة بدأت بالفعل تنفيذ إصلاحات في التعليم والطاقة وقطاعات أخرى. ويتطلب الأمر مزيدا من الجهود، كما يمكن تحقيق المزيد، في سعي أمريكا اللاتينية لمواصلة تحسين مستويات المعيشة.

السعر ٢٥ دولارا أمريكيا. 2014. © ISBN 978-1-49832-816-6.

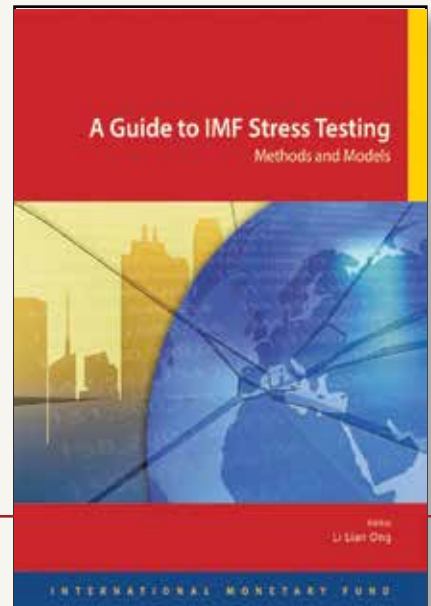


## المرشد إلى اختبارات صندوق النقد الدولي لتحمل الضغوط: الأساليب والنماذج

حرره لي ليان أونغ

سلطت الأزمة المالية العالمية الضوء على اختبارات تحمل الضغوط للبنوك المنفردة والنظم المالية ككل لمعرفة ما إذا كانت لديها رؤوس أموال كافية وإجراءات كافية لاجتياز الفترات العصيبة. وقد كان للصندوق مشاركة مكثفة في اختبارات تحمل الضغوط بالنسبة للنظم المالية منذ إطلاق برنامج المعنى بتقييم القطاع المالي (FSAP) منذ أكثر من عقد مضى. ويتناول هذا الكتاب مجموعة من الأساليب والنماذج التي يمكن استخدامها في الرقابة والإشراف على المؤسسات المنفردة والنظم المالية حول العالم، مستندا إلى ذخيرة من التجارب العملية مع تقنيات تحمل الضغوط وتطبيقها العملي.

السعر ٦٥ دولارا أمريكيا. 2014. © ISBN 978-1-48436-858-9.



زوروا مكتبة الصندوق على الرابط التالي:  
[imfbookstore.org](http://imfbookstore.org)

التمويل والتنمية، ديسمبر ٢٠١٤



MF IAA2014004