

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 الرأسيّة 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 الرأسيّة 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 مندب 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