

#### جلمعة الحاج لخضر - باتنة -كلية الحقوق قسم العلوم السياسية



# حــوكـمــة الصحــة العــالميــة بين الأسس المعيارية والمصالح التجارية

مذكرة مكملة لمستلزمات نيل شهادة الماجستير في العلوم السياسية تخصص: الإدارة الدولية

إشراف الأستاذ:

إعداد الطالب:

أ.د/ صالــح زياني

بوحريص محمد الصديق

#### لجنة المناقشة:

الصفة	الجامعة الأصلية	الدرجة العلمية	الإسم واللقب
رئيسا	جامعة باتنة	أستاذ التعليم العالي	أ.د. مبروك غضبان
مشرفا ومقررا	جامعة باتنـــة	أستاذ التعليم العالي	أ.د. صالح زياني
عضوا مناقشا	جامعة الجزائر -3-	أستاذ محاضر أ	د. مسعود شنان
عضوا مناقشا	جامعة باتنـــة	أستاذ محاضر أ	د. عبد الله رافدي

السنة الجامعية:

2012م -2013م

#### شكر وعرفان

أتقدم بالشكر الجزيل والعرفان الدائم للأستاذ الدكتور صالح زياني، الذي لم يبخل علي بيد العون والتشجيع، والنصح والتوجيه في سبيل إنجاز هذا العمل، كما كان القدوة الملهمة ولا يزال منذ أن بدأت مسار الدراسات العليا في قسم العلوم السياسية والعلاقات الدولية-بجامعة باتنة-

#### أستاذي الفاضل: \*\*شكرا جزيلا\*\*

كما أدين بالشكر الجزيل لفضل أسرة قسم العلوم السياسية والعلاقات الدولية بجامعة باتنة، وعلى رأسهم الأساتذة الأفاضل: د. عادل زقاغ؛ د. عبد الله راقدي؛ أ. د. غضبان مبروك، أ. د. عبد الناصر جندلي؛ د. مراد بن سعيد؛ د. محمد الطاهر رتيمة، د. رابح مرابط ؛ د. دلال بحري، د. نور الدين جبالي، أد. قادري حسين.

كما أتقدم بالشكر الجزيل للدكتور مسعود شنان على تشريفي بمناقشة هذه المذكرة أشكر أساتذتي بقسم العلوم السياسية بجامعة جيجل

كما أشكر بشكل حاص الأصدقاء الإحوة والأحوات زملاء وزميلات الدفعة دون أن أنسى الأصدقاء الأساتذة: فتحي مروان، محمد حمشي، أحمد بعوني، أبوبكر بن الشيخ وكل من ساهم ولو بكلمة طيّبة

إلى والديّ العزيزين وروحي حديّ المرحومتينْ

أهدي هذا العمل

#### ملخّص

تناول هذا البحث بالدراسة أحد مجالات الحوكمة العالمية، وهو حوكمة الصحة العالمية، وركز في البداية على وصف هذه المنظومة، وتشكلها تاريخيا، وتحديد إطارها المفاهيمي والمقاربات السائدة في تحليلها، ثم ينتقل في جزئه الثاني إلى تحليل الفواعل المتدخلة في حوكمة الصحة العالمية من حيث حجمها وموقعها وأدوارها، والآليات التي تتبعها في نشاطاتها، ليوجه أخيرا بؤرة تركيزه إلى تحديد معالم النزاع بين الأسس المعيارية للعمل الصحي العالمي المتمثلة في منظومة حقوق الإنسان، والحق في الصحة تحديدا، والأمن الإنساني كأساس وكإطار موجه أيضا للتعاون العالمي اليوم في مجالي الأمن والتنمية – وبين والمصالح التجارية الربحية التي تتبعها الدول والشركات العبرقومية بالخصوص.

إن هذا البحث يحاول أن يجيب عن إشكالية أساسية تتمثل في التساؤل التالي: ما مدى تحديد كل من الأسس المعيارية والمصالح التجارية لمعالم حوكمة الصحة العالمية؟ وقد استخدم الباحث فيه إطارا تحليليا مشكلا من مقاربة قانونية، والمقاربة الشبكية، مقاربة تحليل النظم ومقاربة الإقتصاد السياسي الدولي، محاولا تحليل كيف أن الإعتبارات التجارية — الريحية للقطاع الخاص والدول لا تزال تضع الحدود والعوائق أمام الترجمة العملية لكل من الحق الإنساني في الصحة والأمن الصحي الإنساني العالميين. فعملية تحرير التجارة الدولية المتواصلة منذ قرابة قرن من الآن، والتي ترعاها منظمة التجارة العالمية، والإتفاقيات المتعلقة بها، لا تزال تعيق التوجه نحو أمن صحي إنساني من خلال الحد من محاولات وضع قيود أمام التجارة في الكثير من المواد المضرة سيما منها التبغ، أو غير معروفة من خلال المخد من محاولات وضع قيود أمام التجارة الأدوية وطرق العلاج الضرورية لإنقاذ حياة الملايين من الناس المخاطر مثل الأغذية المبتكرة لمنتجاتها تحد من إتاحة الأدوية وطرق العلاج الضرورية لإنقاذ حياة الملايين من الناس سنويا، والذين يعوزن القدرة المالية خصوصا للحصول على الدواء المحمي ببراءات الإختراع. كما عالج البحث ظاهرة الأمراض المهملة والتي تترك أيضا قطاعا عريضا من سكان العالم عرضة للموت والتهميش الإجتماعي بسبب غياب سوق مربحة تحفز أصحاب المعرفة العلمية اللازمة لتطوير أدوية ولقاحات مضادة لها، وهو ما يتناقض بسبب غياب سوق مربحة تحفز أصحاب المعرفة العلمية اللازمة لتطوير أدوية ولقاحات مضادة لها، وهو ما يتناقض بشكل واضح مع مضامين الحق الإنساني في الصحة والأمن الإنساني.

#### **Abstract:**

This study deals with the analysis of Global Health Governance (GHG) as a special global governance area. It focuses initially on the description of (GHG) system, its historical formation, the main conceptual framework and prevailing approaches in in this field,. Then the study moves to analyze the main roles of various actors intervening in the governance of the global Health considering their size, location, roles, and mechanisms by which they lead their activities. to draw finally focus to determine the parameters of the conflict between, on one hand, the normative foundations of global health mainly, the human rights system, and specifically the right to health and human health security, a framework that forms the guidline of today's global cooperation in the areas of security and development. On the other hand, the commercial interests of multinational corporations and states.

This study attempts to answer the following question: To what extent the normative foundations and business interests identify the contours of the global health governance?

The researcher used an analytical framework composed multiple approaches legal approach, Network analysis, system analysis, and approach to international political economy. In order to analyze how that commercial considerations - the profitability of the private sector and the states still set the limits and barriers to the translation process for each of the human right to health and health security.

It also argues that The ongoing process of liberalization of international trade continued for nearly a century, supervised by the World Trade Organization and agreements relating thereto, still impede the trend towards human health security through the reduction of trade barriers to a lot of harmful commodities notably the tobacco, or substances with unknown risks such as genetically modified food.

Moreover, the constant demands by the leading research and development based pharmaceutical companies to more rigorous intellectual property protection for its innovative products; as one of the most important reasons for their survival in the market; stands as major restrict in the face of millions of people who lack the financial resources to affoard patented drugs and access to medicines and treatment methods necessary to save their lives.

Finally, The study addresses the phenomenon of neglected diseases, and shows how a large segment of the world's population are left at risk of death and social exclusion. This case is usually justified by the absence of a stimulating market to those with scientific knowledge necessary for the development of drugs and vaccines namely pharmaceutical companies. Unfortunately this state of the affairs contrasts sharply with the very humanitarian content of the human right to health and human security.

#### مقدم\_\_\_ة

#### الفصل الأول: إطار مفاهيمي تحليلي

المبحث الأول: تطور مفهوم الصحة العالمية

المطلب الأول: مفهوما الصحة والصحة العامة

المطلب الثاني: مفهوم الصحة الدولية

المطلب الثالث: من الصحة الدولية إلى الصحة العالمية

المبحث الثانى: تحليل مفهوم الحوكمة العالمية

المطلب الأول: دلالات مفهوم الحوكمة

المطلب الثاني: تجاذبات حول مفهوم الحوكمة العالمية

المبحث الثالث: حوكمة الصحة العالمية التطور التاريخي، والمقاربات السائدة حولها

المطلب الأول: من حوكمة الصحة الدولية إلى حوكمة الصحة العالمية

المطلب الثاني: معالم حوكمة الصحة العالمية المعاصرة

المطلب الثالث: المقاربات السائدة في تحليل حوكمة الصحة العالمية

#### الفصل الثاني: الفواعل المتدخلة في حوكمة الصحة العالمية وأدوارها

المبحث الأول: دور الدول في حوكمة الصحة العالمية

المطلب الأول: الدول المانحة والتوظيف السياسي للمساعدة التنموية

المطلب الثاني: الدول المتلقية والحلقة المفرغة بين الفقر وتحسين الصحة العامة

#### المبحث الثانى: التنظيم الدولي في ميدان حوكمة الصحة العالمية

المطلب الأول: دور بعض المنظمات الدولية ذات الصلة الفرعية بالصحة

المطلب الثاني: منظمة الصحة العالمية، منظمة ذات اهتمام صحى حصري وشامل

#### المبحث الثالث: دور القطاع الخاص

المطلب الأول: تحديد فواعل القطاع الخاص المتدخلة في حوكمة الصحة العالمية

المطلب الثاني: آليات التدخل في حوكمة الصحة العالمية

#### المبحث الرابع: دور منظمات المجتمع المدني

المطلب الأول: تأثير منظمات المحتمع المدني في حوكمة الصحة العالمية، الموارد والمظاهر

المطلب الثاني: أنواع منظمات الجتمع المدني المنخرطة في حوكمة الصحة العالمية

المطلب الثالث: وظائف منظمات المحتمع المدني

المطلب الرابع: تقييم تدخل منظمات المحتمع المدني

#### المبحث الخامس: دور شراكات الصحة العالمية

المطلب الأول: مفهوم الشراكة في ميدان الصحة العالمية وسياق تأسيسها

المطلب الثاني: أنواع شراكات الصحة العالمية

المطلب الثالث: مصالح الفواعل المنخرطة في الشراكات

المطلب الرابع: تقييم دور شراكات الصحة العالمية

#### الفصل الثالث: النزاع المعياري التجاري في حوكمة الصحة العالمية

المبحث الأول: الأسس المعيارية لحوكمة الصحة العالمية

المطلب الأول: الجسم الحقوقي الدولي في ميدان الصحة العالمية

المطلب الثاني: المكون الصحي في أمن الإنسان

المبحث الثاني: المصالح التجارية مقابل الحق في الصحة والأمن الصحي

المطلب الأول: تحرير التجارة مقابل السلامة والأمن الصحيين

المطلب الثانى: حماية الملكية الفكرية مقابل إتاحة الأدوية

المطلب الثالث: سياسات البحث والتطوير للشركات الصيدلانية ومشكلة الأمراض المهملة

خاتمة

#### قائمة المختصرات باللغة الإنجليزية

AIDS Acquired Immunodeficiency Syndrome
CIDA Canadian International Development Agency

CESCR Committee on Economic, Social and Cultural Rights

CHS Commission on Human Security
CSI Cement Sustainability Initiative
DAC Development Assistance Committee
DFID Department for International Development

ETAD Ecological and Toxicological Association of Dyes and Organic Pigments

Manufacturers

EUISS European Union Institute for Security Studies
FCTC Framework Convention on Tobacco Control
FDA Food and Drugs Administration (USA)
GATT General Agreement on Tariffs and Trade

GAVI Alliance Global Alliance for Vaccines and Immunizations

GBD Global Burden of Disease Project
GEF Global Environmental Facility

GFATM Global Fund to treat AIDS, TB and Malaria

GHI Global Health Initiative

GHSI Global Health Security Initiative

GIIC Global Information Infrastructure Commission

GRI Global Reporting Initiative

GNESD Global Network on Energy for Sustainable Development

VIH Human Immunodeficiency Virus HNP Health, Nutrition and Population

IBFAN International Baby Food Action Network

IFPMA International Federation of Pharmaceutical Manufacturers & Associations

IHR International Health Regulations
 IMF International Monetary Fund
 IOM Institute Of Medicine (USA)
 ISB International Sanitary Bureau
 ISCs International Sanitary Conferences
 JICA Japan International Cooperation Agency
 LNHO League Of Nations Health Organisation

MDGs Millennium Development Goals
MMV Medicines for Malaria Venture
MSC Marine Stewardship Council
MSF Médecins Sans Frontières

NIC National Intelligence Council (USA)
OIHP Office Internationale de L'hygiène Publique

PASB Pan American Sanitary Bureau

PEPFAR President's Emergency Plan for AIDS Relief (US')

RBM Roll Back Malaria

SARS Severe Acute Respiratory Syndrome

SPS Sanitary And Phytosanitary

TBT Agreement on Technical Barriers to Trade

TRIPS Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights
UNAIDS Joint United Nations Programme on HIV/AIDS

UNDP United Nations Development Programme

UNFPA United Nations Population Fund UNICEF United Nations Children's Fund

USAID United States Agency for International Development

WCD World Commission on Dams
WHO World Health Organization
WSMI World Self-Medication Industry
WTO World Trade Organization

## مقدمـــة

#### مقدم\_\_\_ة:

يشهد ميدان الصحة العالمية اليوم صعودا متناميا ليحتل مكانة مركزية في اهتمام الباحثين وصنّاع السياسات الدولية، ويتصاعد هذا الإهتمام عادة عند وقوع أحداث صحية دراماتيكية ، مثل انتشار وباء عالمي أو لفت الأنظار إلى تواصل معاناة أعداد كبيرة من الناس بسبب أمراض يمكن الوقاية منها أو علاجها، مثل الأيدز، أو السل أو الملاريا، إن هذه القاتلات الجماعية تتسبب في هلاك أو إصابة أعداد من الضحايا البشريين أعظم بكثير ملم تسببه الحروب و النزاعات العنيفة في العالم . وفضلا عن ذلك كلّه، تكون في أغلب الأحيان سببا في أعباء إقتصادية مرهِقة نتيجة الحالة الصحية العامة السيئة التي تخلفها على تلك المجتمعات.

وفي الواقع، فإن الباحثين من تخصصات مختلفة ومنها العلوم السياسية والعلاقات الدولية والحقول ذات العلاقة، مثل القانون والاقتصاد السوسيولوجيا والتاريخ ، لهم خبرة سابقة في الاهتمام بمسائل الصحة العامة والدولية، لكن هذا الاهتمام لم يعرف كثافة والتفات إلى جوانهالمفاهيمية والنظرية والنقاشات الداخلية، واستخدام البحوث الميدانية إلا مع منتصف التسعينات من القرن العشرين لخلق حقل الصحة العالمية النشط والمتنامي بسرعة.

يشمل مجال الصحة العالمية اليوم فئة متسعة من القضايا، فعلاوة على الأوبئة الفتاكة العابرة للحدود، فهو يهتم أيضا بالأضرار الصحية المرتبطة بالإنتشار العالمي لبعض المنتجات أو الأنماط الإستهلاكية، هذا فضلا عن آثار المحددات البيئية الطبيعية والإحتماعية والسياسية، والتكنولوجية المتعولمة، بعض الأخطار الناجمة عن أعمال إجرامية عابرة للحدود مثل الإرهاب البيولوجي.

في الجانب الآخر، أي الإستجابة السياسية، أو على نحو أكثر دقة "الحوكمة"، فقد عرف العالم منذ منتصف القرن التاسع عشر، عدة أشكال مُؤسسَّة للتعاون الدولي الحكومي في مجال الشؤون الصحيّ لتتواصل لاحقا مع منظمة الصحة العالمية التي أنشئت سنة 1948، ثم لتصل ذروتها مع الابتكارات المؤسساتية الجديدة لعالم القرن الواحد والعشرين المتعمق والمتسارع في مسار العولمة ، لاسيما الإنخراط المتنامي للفواعل غير الدولاتية من منظمات المجتمع المدني العالمي، ومنظمات القطاع الخاص الربحي في هذا المجال، بشكل مباشر، أو غير مباشر.

مع ذلك، ورغم تزايد الفواعل والأدوات، والأفكار، والمؤسسات، والعمليات التي تشكل حوكمة الصحة العالمية المعاصرة فإن هذه الحوكمة تبقى، بشكل ظاهر للعيان، غير كافية لمواجهة التحديات العديدة للعالم الواقعى. حيث تظل الفجوة بين تحديات الأمراض والأوبئة المهملة مثلا، والاستجابة السياسية تجاهها كبيرة.

إن مسعى هذا البحث يندرج في الإطار العام لبحوث الحوكمة العالمية وتحتم بهذا الجال المخصوص المدعو بحوكمة الصحة العالمية، وذلك من خلال تحليل الفواعل المتدخلة فيها، من حيث حجمها وموقعها وأدوارها،

والآليات التي تتبعها في نشاطاتها، والمنطق الحاكم لهذا النشاط، ومن ثم التركيز على جانبين أساسيين، ينظر إليهما على أنهما بعدان يقعان على طرفي نقيض في عمليات ومؤسسات حوكمة الصحة العالمية، وهما البعد المعياري من جهة، والجانب التجاري الربحي من جهة ثانية.

#### أهمية الموضوع:

لهذا الموضوع في نظرنا أهمية مزدوجة نظرية وعملية.

#### 1- الأهمية النظرية:

تتلخص أهمية هذا الموضوع النظرية في نقطتين:

\* أولا - من حيث كونه محاولة للتعريف بحقل أكاديمي ناشئ، بما يتضمنه من مختلف المفاهيم، والمقاربات المؤطرة لتحليله، والإشكاليات الأساسية التي يعالجها. خاصة إشكالية العلاقة بين المعايير الإنسانية والمصالح التجارية البراغماتية في ميدان إنساني وتنموي حساس مثل الصحة.

\* ثانيا- أن البحث في نظرنا يفتح المجال لبحوث مقارنة بين دراسات الحوكمة العالمية المنصبة على ما أصبح يدعى بقضايا السياسة العامة العالمية المختلفة، الصحية منها، والبيئية، والتجارية، وقضيا حقوق الإنسان، وغيرها.

#### 2- الأهميّة العمليّة:

إنه لا مناص من الوعي الجيد بوضع الأشياء حتى نتمكن من وضع التصور المناسب للإستجابة تجاهها، سواء للحد من آثارها السلبية أو الإستفادة من إمكانياتها، لذلك نرى أن لهذا البحث أهمية عملية تنبع من تحليله لطبيعة أهم الفواعل، وقدراتها، والأهداف التي تتابعها، وأهم الساحات والقنوات التي تصنع فيها وعبرها سياسات الصحة العالمية، أخذا بعين الإعتبار التشابك المتنامي بين السياسات الوطنية و المحلية مع السياسات الدولية والعبرقومية. وهو ما يمكن أن يوفر تصورا عالميا متكاملا وشاملا، بالهندسة، والقوى، والمصالح، والإمكانيات، والموارد المادية والأخلاقية، والتحديات التي تتضمنها منظومة حوكمة الصحة العالمية، بالنسبة للدول ذات النظم والأوضاع الصحية الهشة والمتخلفة، وبالنسبة أيضا للعمل غير الحكومي المحلى والعالمي في الميدان.

#### 🖊 مبررات اختيار الموضوع :

#### 1 - المبررات الموضوعية:

- نقص الدراسات باللغة العربية، في ميدان الحوكمة العالمية عموما، وحوكمة الصحة العالمية خصوصا.

- إنحصار الدراسات في الغالب في جوانب محدودة من الموضوع ونقص الدراسات الشاملة.

#### 2- المبررات الذاتية:

الاهتمام الشخصي للطالب بالمظاهر غير التقليدية للسياسة العالمية. ومن بين هذه الظواهر تلك المتعلقة بالعولمة والحوكمة العالمية، والصحة العالمية، والتي نجدها مواضيع جذابة كونها تلامس الكثير من الجوانب الإنسانية والقيمية للحياة الإنسانية.

#### الدراسات السابقة:

تعاني المكتبة العربية في الواقع نقصا شديدا في ميدان حوكمة الصحة العالمية. حيث أن هذا الجحال يتميز بالجدة، مع الإشارة إلى أن الدراسات التي عنيت بالحوكمة العالمية في الغالب ما تركز على ميدان البيئة أكثر من الميادين الأخرى أو الحوكمة في مجالها العام.

بالمقابل، فقد شهد مجال دراسة الصحة العالمية في المؤسسات الأكاديمية والهيئات المختصة بصنع السياسات الصحية العالمية، تناميا ملحوظا خاصة منذ منتصف التسعينات من القرن العشرين، وطفرة كمية ونوعية منذ بداية الألفية الجديدة.

سنحاول في ما يلي أن نرصد أهم الأدبيات التي تناولت موضوعنا بالبحث:

1 - دراسات أستاذ القانون الدولي " دافيد فيدلر " David Fidler التي قدّمت الخلفية القانونية المفصلة لتطور حوكمة الصحة العالمية، ومن أهمها:

"From International Sanitary Conventions to Global Health Security: The New International Health Regulations". (1)

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> - David Fidler, "From International Sanitary Conventions to Global Health Security: The New International Health Regulations", **Chinese Journal Of International Law**, Vol. 4, N°. 2, 2005 [pp. 325-392].

وحلل هذا المقال بشكل شامل اللوائح الصحية الدولية الجديدة، من خلال دراسة تاريخ القانون الدولي لمكافحة الأمراض المعدية، وعملية مراجعة اللوائح الصحية الدولية، والتغييرات الفنية الواردة في اللوائح الصحية الدولية الجديدة في القرن الحادي والعشرين.

2- كتاب "مارك زاكر " Mark W. Zacher و"تانيا كيفي " Tania J. Keefe بعنوان:

The Politics Of Global Health Governance; United By Contagion, (2008)<sup>(1)</sup>

حيث قدم هذان الباحثان الكنديان في هذا الكتاب أيضا مراجعة مفيدة لتاريخ التعاون الدولي فيما يتعلق الأمراض المعدية، وزيادة نشاط منظمة الصحة العالمية، ومختلف الفواعل الجديدة ابتداء من ثمانينيات القرن العشرين. كما عالج الكتاب دور التكنولوجيا، والأهمية المتزايدة للمنظمات غير الحكومية في سرعة ودقة في التقارير المقدمة عن الحالات الوبائية الجديدة.

Schneider Carmen Huckel " كارمن هوكل شنايدر " كارمن الباحث الألماني "كارمن هوكل شنايدر " Tübingen باللغة الإنجليزية بعنوان:

"Legitimacy and Global Governance in Managing Global Public Health" (2)

وفرت هذه الرسالة مدخلا مهما لتحديد معالم الشبكة المعقدة للفواعل والأنشطة الكثيرة التي تجري في ميدان حوكمة الصحة العالمية، وعن مختلف الأهداف والغايات النهائية المتابعة من طرف هذه الفواعل. لكن مجال تركيزها انحصر في المقارنة بين أسس شرعية ثلاثة فوعل عالمية في ميدان الصحة متخصصة في مكافحة الإيدز (HIV/AIDS) وهي برنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الأيدز (UNAIDS)، والصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا (GFATM)، والتحالف العالمي للتلقيح والتحصين (GAVI Alliance)، ووضحت الرسالة أن شرعية الشراكات هذه المتصورة لدى أصحاب المصلحة حانب أساسي من جوانب الحوكمة، على الرغم من صعوبة وزن الشرعية على الصعيد العالمي.

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> - Mark W.Zacher and Tania J Keefe., **The Politics Of Global Health Governance : United By Contagion**, 1st Ed., Palgrave Macmillan, New York, 2008.

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> - Huckel Schneider Carmen, "**Legitimacy and Global Governance in Managing Global Public Health**". dissertation for obtaining the grade of Doctor of Social Sciences, Faculty of Social and Behavioural Sciences, University of Tübingen, Germany, 2009

"-4 دراسة للباحثة "سارة جوزيف" " Sarah Joseph " "عنوان: "التجارة والحق في الصحة " -4 "Trade and the Right to Health", (2009)

هذه الدراسة، وهي جزء من مشروع أسترالي يخص تحليل العلاقة بين جوانب حقوق الإنسان في ظل منظمة التجارة العالمية، عالجت مختلف نقاط التقاطع بين مجالي التجارة العالمية والصحة، وبالتحديد "الحق في أعلى معيار للصحة ممكن بلوغه"، حيث أن قواعد التجارة العالمية، كما أسستها إتفاقيات "الجات"، ومنظمة التجارة العالمية، يمكن أن تحمل الكثير من الأضرار على الصحة العالمية، وبالتالي أن تحد من التمتع بالحق في الصحة.

#### ◄ إشكاليّة الدراسة:

تنبع إشكالية الدراسة من العلاقة الوثيقة بين مجالي الصحة العالمية والتجارة العالمية، نقترح تلخيصها في التساؤل المركزي التالي:

ما مدى تحديد كل من الأسس المعيارية والمصالح التجارية لمعالم حوكمة الصحة العالمية؟

ويتفرع عن هذا التساؤل، برأينا تساؤلان هما:

-1 ما هي أهم الفواعل والأنشطة الأساسية التي تشكل معالم حوكمة الصحة العالمية المعاصرة -1

2- كيف يمكن أن تفرض المصالح التجارية العالمية حدودا أمام تجسيد الأسس المعيارية لحوكمة الصحة العالمية؟

#### > فرضيات الدراسة:

تبعا للأسئلة التي طرحناها كإشكالية للدراسة نقترح الفرضيّتين التاليتين:

1 - 1 سعب عدة فواعل دولاتية وغير دولاتية دورا في توجيه حوكمة الصحة العالمية المعاصرة نحو تبني وتجسيد أسس معيارية قوية متجذرة في مفاهيم حقوق الإنسان والأمن الإنساني.

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> - Sarah Joseph, "Trade and the Right to Health", in : Andrew Clapham and Mary Robinson (eds.), **Realizing the Right to Health**, the Swiss Human Rights Book Series , Vol.3, Rüfer& Rub, Zurich- Switzerland ,2009.

-2 تفرض الهصالح التجارية للدول والقطاع الخاص حدودا قوية أمام تجسيد تلك الأسس.

#### الإطار المنهجي للدراسة:

من أجل معالجة الموضوع استخدمنا في هذا البحث مجموعة من المقاربات المنهجية التقليدية، والجديدة، تبعا لما تفرضه أهداف ومستوى التحليل، فقد استخدمنا:

1- مقاربة تحليل النظم: وذلك بغرض تحليل معالم نظام حوكمة الصحة العالمية، وتحديد الفواعل الأساسية، وأدوارها من خلال الأنشطة والوظائف التي تؤديها والتفاعلات الممأسسة وغير الممأسسة بينها.

2- المقاربة القانونية: من أجل تحليل الأطر والنظم القانونية والحقوقية التي تحكم مختلف جوانب السياسيات العالمية ذات العلاقة مع مجال الصحة العالمية، والصحة العامة، إن هذه المقاربة ضرورية لفهم الأطر المعيارية التي تتحرك فيها فواعل وعمليات حوكمة الصحة العالمية.

3- المقاربة الشبكية: وذلك بغرض تحليل شراكات الصحة العالمية، كفاعل مبتكر ومميز في حوكمة الصحة العالمية، يتميز ببنية شبكية أفقية، غير تراتبية، تضم فواعل من طبيعة مختلفة وهي فواعل القطاع العام الرسمي، فواعل القطاع الخاص الساعية للربح، وفواعل المجتمع المدني ذات الأبعاد الأخلاقية والإنسانية في غالبها.

4- مقاربة الإقتصاد السياسي الدولي: وذلك من أجل تحليل الأبعاد الإقتصادية العالمية التي تتضمنها حوكمة الصحة العالمية، وكذا تحليل الأبعاد التحارية. إن هذه المقاربة سمحت لنا بالتعرف على أهم الظروف الإقتصادية التي تشكل بيئة تحرك مختلف الفواعل الدولية والعابرة للقومية، وفهم العلاقات القائمة بين أنشطة جماعات المصالح ومراكز صنع القرار السياسي والإقتصادي العالميين.

#### ◄ تبرير الخطة:

للإجابة على هذه الإشكالية المركزية والأسئلة الفرعية للدراسة، ولاختبار مدى صحة الفرضيات المقترحة، ستتم دراسة الموضوع باعتماد خطة مكونة من ثلاثة فصول:

#### الفصل الأول: المعنون "إطار مفاهيمي تحليلي".

وجاء في ثلاثة مباحث، خصصنا المبحث الأول منه لاستكشاف كيفية تشكل مفهوم الصحة العالمية، بالعلاقة مع مفهومي الصحة العامة والصحة الدولية؛ أما المبحث الثاني فيتضمن ثلاثة مطالب حاولنا من خلالها تحليل مفهوم الحوكمة العالمية، كمفهوم مؤطر لموضوعنا، من خلال التعرف على مضمون مفهوم الحوكمة أولا، ثم محاولة استكشاف أهم المواقف التعريفية تجاهه في الأوساط السياسية والأكاديمية خاصة. أما المبحث الثالث، فيلقي الضوء على مفهوم حوكمة الصحة العالمية من حيث تطورها التاريخي حتى وصلت إلى هيئتها المعاصرة، ثم محاولة تحديد أهم مميزاتها، ثم أخيرا عرض ومناقشة لأربعة مقاربات سائدة حولها، وهي المقاربة الطبية الحيوية التقليدية؛ المقاربة الإقتصادية النفعية؛ المقاربة الحقوقية؛ وأخيرا المقاربة الأمنية.

#### أما الفصل الثاني: والذي عنوانه "الفواعل المتدخلة في حوكمة الصحة العالمية وأدوارها ".

وقد قسمناه إلى خمسة مباحث رئيسية، المبحث الأول تناول بالدراسة دور الدول خاصة الدور التمويلي منه مع التمييز بين فتتين هما الدول المانحة والدول المتلقية للمساعدة في مجال الصحة. أما المبحث الثاني فتناول دور ونشاط المنظمات الدولية المتدخلة في صنع السياسات الصحية العالمية، وقسمنا المبحث إلى قسمين تناول الأول تحليل دور كل من البنك العالمي، وبرنامج الأمم المتحدة لمكافحة الإيدز باعتبارهما منظمتين ذواتا اهتمام صحي بشكل جزئي، بينما خصصنا القسم الثاني للتحليل المفصل للدور المحوري لمنظمة الصحة العالمية في صنع السياسات الصحية العالمية. أما المبحث الثالث فتناول بالبحث دور القطاع الخاص – الساعي للربح، أنواعه وآليات تدخله في حوكمة الصحة العالمية، أما البحث الرابع فخصصناه لتحليل فواعل قطاع منظمة المجتمع المدني وخاصة منها المنظمات غير الحكومية ذات النطاق العالمي، أما المبحث الخامس والأخير فتناول فئة الفواعل الجديدة التي توصف بشبكات صنع السياسية العالمية والتي سميناها بشراكات الصحة العالمية، مفهومها، سياق تأسيسها، وأنواعها مع تحليل نموذج الصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا (GFATM))؛ ثم تحليل مصالح الفواعل الخاصة والعامة، وتقييمها أخيرا.

أما الفصل الثالث: فتم تخصيصه لبحث أهم جوانب النزاع المعياري التجاري في حوكمة الصحة العالمية، وقسمناه إلى مبحثين. تناول المبحث الأول منهما عرض وتحليل الأسس المعيارية من خلال عرض لمصادر القانون الدولي المنظم لقضايا الصحة العامة، ثم قمنا تحديدا بالتركيز الصحة كحق من حقوق الإنسان كما ورد في الوثائق الدولية ذات الصلة وتحديد مضمونه، وفي المطلب الثاني تناولنا مفهوم الأمن الإنساني والمكون

الصحي فيه، وتحليل مفهوم الأمن الصحي. أما المبحث الثاني المعنون بالمصالح التجارية مقابل الحق في الصحة والأمن الصحي، فقسمناه إلى ثلاثة مطالب هي تحرير التجارة مقابل السلامة والأمن الصحيين، ووضح كيف أن تحرير التجارة العالمية يمكن أن يتغاضى عن بعض الجوانب التي تؤثر سلبا في الصحة الإنسانية، مثل التساهل في تجارة التبغ أو الأغذية المعدلة جينيا، وكيف أن هذا الوضع يعيق تكريس الحق في الصحة والأمن الصحيين كمعايير مؤطرة للعمل الصحي العالمي. أما المطلب الثاني فخصص للآثار السلبية التي قد تحدثها حماية الملكية الفكرية للمنتجات الصيدلانية على إتاحة الأدوية كعنصر جوهري في عملية تكريس الحق في الصحة، أما المطلب الثالث فتناول مشكلة الأمراض المهملة كنتيجة لغياب مصالح تجارية عن الإستثمار في البحث والتطوير.

أما الخاتمة فسنعرض فيها نتائج البحث حيث سنحاول الإجابة على التساؤلات المكونة للإشكالية المطروحة في بداية الدراسة، وسبر مدى صدق الفرضيات التي قمنا باقتراحها.

إطار مفاهيمي تحليلي

الفصل الأول إطار مفاهيمي تحليلي

نحاول في هذا الفصل تقديم إطار مفاهيمي وتحليلي ملائم للبحث، وذلك من خلال السعى لضبط المفاهيم والمقاربات الأساسية التي تتعلق بموضوعنا. يشتمل الفصل بالتالي على "ثلاثة مباحث، خصص الأول منها لبحث كيفية تشكل مفهوم "الصحة العالمية" بالعلاقة مع مفهومي "الصحة العامة" و "الصحة الدولية"؛ أما المبحث الثاني فخصصناه لتحليل مفهوم "الحوكمة العالمية"، من خلال هذا الجزء من البحث سنحاول أولا التعرف على مضمون مفهوم "الحوكمة" والفرق بينه وبين بعض المفاهيم القريبة منها سيّما منها مفهوم الحكومة ، ثم محاولة استكشاف أهم المواقف التعريفية تجاه مفهوم الحوكمة العالمية في الأوساط السياسية والأكاديمية خاصة. أما المبحث الأخير، فيلقى الضوء على مفهوم حوكمة الصحة العالمية من حيث تطورها تاريخيا ثم محاولة تحديد معالمها المعاصرة، ثم عرض ومناقشة لأربعة مقاربات سائدة حولها ، وهي المقاربات الطبية الحيوية؛ الإقتصادية؛ مقاربة حقوق الإنسان؛ والمقاربة الأمنية.

#### المبحث الأول: تطور مفهوم الصحة العالمية

يحظى مفهوم الصحة العالمية (\*) اليوم -رغم أن بدايات استخدامه تعود لعقود سابقة قليلة جدا- باهتمام متزايد لدى كل من الإعلام، والأوساط الأكاديمية إضافة إلى الحركة الإنسانية العالمية، إلا أنه نادرا ما يتم تحديده بشكل دقيق. (1) وبشكل عام، هنالك توجه لدى المهتمين بهذا الحقل المعرفي الفتي ، سواء من العلوم الطبية أو العلوم الإجتماعية، إلى تصور الصحة العالمية أولا- كآخر حلقة في سلسلة التطور التاريخي لحقول ذات صلة وثيقة، وهي على التوالي "الصحة العامة" و"الصحة الدولية"؛ وثانيا- القول بوجود علاقة تلازم بين ذيوع مفهوم الصحة العالمية وتطوره ليصبح مجال بحث متميز وظاهرة العولمة، من خلال النقاشات الكثيرة حول العولمة وبروز وعي متزايد بأسباب الخطر المشتركة التي تتهدد البشر حول العالم، ونمو شعور بالمسؤولية عن مختلف أشكال التفاوت التي تسم عالم اليوم. <sup>(2)</sup>

#### المطلب الأول: مفهوما الصحة، والصحة العامة

#### أولا – مفهوم الصحة:

قد يتبادر إلى الذهن عادة أن الصّحة ليست سوى "حالة غياب المرض"، إلا أن التعاريف اللغوية والإصطلاحية الأكاديمية تذهب إلى أبعد من ذلك.

<sup>\*-</sup> يعني هذا البحث بالصحة البشرية دون الصحة النباتية أو الحيوانية؛ ويقابل مفهوم "الصحة العالمية" المفهوم الإنجليزي Global Health.

<sup>1 -</sup> Jeffrey P Koplan, et al. "Towards a common definition of global health", The Lancet, 373, 2009, p. 1993. 2 - Oliver-James Dyar and Ayesha de Costa, "What is Global Healt?", The Journal of Global Health, Vol. 1, No 1, New York, Spring 2011, p.31.

\* الصحة لغة: حسب لسان العرب لابن منظور، تعني الصحة نقيض المرض \* والسقم وذهابهما. (1)

- أما في معجم Webster الإنجليزي فتشير كلمة "health" أي "صحة" إلى المضامين التالية:

أ- حالة السلامة في الجسد والذهن والرّوح، وبشكل خاص، الخلو من المرض الجسدي أو الألم. ب- الحالة العامّة للجسم (سيئة كانت أم جيدة).

ج- حالة ازدهار وسعادة: فيمكن إطلاقها في السياق التالي مثلا: حالة صحة إقتصادية. (2)

أما معجم Dorland's فيعتبر الصحة "حالة مثالية للسلامة والازدهار (أو العافية) الجسديين والذهنيين والذهنيين والإجتماعيين، وليس مجرد غياب المرض، أو العجز أو الضّعف". (3)

\* الصحة إصطلاحا: يستخدم مفهوم الصحة إصطلاحا على معنيين، الأول أنها تشير إلى حالة من التوازن النسبي لوظائف الجسم، وهي بالتالي تقابل المرض كحالة إنحراف عن الحالة الطبيعية. أما الإستخدام الثاني فيشير إلى علم وفن الوقاية من المرض والإرتقاء بالصحة من خلال المجهودات المنظمة من طرف المجتمع، وتشمل العديد من المجالات والميادين. (4)

وبالنسبة لخظمة الصحة العالمية (WHO) فقد أعطت من جهتها تعريفا أكثر اتساعا وشمولا، حيث تعرف الصحة في دستورها المتبنى عام 1948 بأنها: "حالة السلامة والعافية الجسدية والإجتماعية والذهنية الكاملة، وليس مجرد غياب المرض أو العجز". (5)

ثم تطور هذا التعريف في تصور المنظمة، حاصة في إطار مشروع " الصحة من أجل الجميع " المنطلق بعد إعلان "ألما آتا" Alma Ata لسنة 1986، ثم في إطار ميثاق " أوتاوا " Ottawa لترقية الصحة لعام 1986، ليصبح أكثر من مجرد "حالة مجردة"، بل وسيلةً ومورداً لتمكين الناس من متابعة حياة منتِجة فرديا واجتماعيا واقتصاديا،

Biological Medicines Network, in:

<a href="http://www.whale.to/a/paracelsus.html#INTRODUCINGBIOLOGICALMEDICINE">http://www.whale.to/a/paracelsus.html#INTRODUCINGBIOLOGICALMEDICINE</a>

<sup>1</sup>- رمضان قندلي، الحق في الصحة في القانون الجزائري، **دفاتر السياسة والقانون**، العدد 6، الجزائر، حانفي 2012، ص. 218.

- 2. Merriam-Webster dictionary online, [viewed on17/06/2011], in:
- < http://www.merriam-webster.com/dictionary/health>
- 3. DEFINITIONS OF HEALTH/WELLNESS, [viewed on 17/06/2011], in:
- <a href="http://haroldjr.tripod.com/sitebuildercontent/sitebuilderfiles/definitions">http://haroldjr.tripod.com/sitebuildercontent/sitebuilderfiles/definitions</a> of health.pdf

4- عبد الحي محمود، الصّحة العامة بين البعدين الثقافي والإجتماعي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية- مصر، 2003 ، ص.25.

5- منظمة الصحة العالمية، دستور منظمة الصحة العالمية، ص.1. [تم تصفح الموقع يوم 2011/10/17] في:

11

<sup>\*-</sup> يشار إلى المرض disease / illness عادة على أنه المقابل المباشر للصحة، وهو يعني بشكل عام في العلوم الطبية فقد الجسم أو العضو القدرة الاعتيادية على الضبط؛ أي القدرة على الاستحابة لمختلف العوامل الحيوية الداخلية والخارجية. وبذلك يكون الشفاء تعبيرا عن استعادة تلك القدرة على الضبط. أنظر:

<sup>&</sup>lt; http://www.who.int/governance/eb/who constitution ar.pdf >

الفصل الأول إطار مفاهيمي تحليلي

وموردا من موارد الحياة اليومية. فهي ليست موضوعا للعيش فحسب، بل تتعدها إلى مفهوم إيجابي يؤكد على الموارد الإجتماعية والشخصية علاوة على القدرات الجسدية. (1)

كما ذهب "إعلان جاكارتا" الصّادر سنة 1997 المنبثق عن المؤتمر الدولي الرابع حول تحسين الصحة -الموسوم بـ" لا عبون جدد لحقبة جديدة: قيادة تحسين الصحة في القرن الواحد والعشرين "- إلى تأكيد هذا التصور من قبل منظمة الصحة العالمية أو تفصيله، حيث اعتبر الإعلان أن:

"السلام والمأوي، والتربية والأمن الإجتماعي، والعلاقات الإجتماعية، إلى جانب الغذاء والدخل، وتمكين المرأة والنظام البيئي المستقر، والإستخدام المستديم للموارد والعدالة الإجتماعية، واحترام حقوق الإنسان والإنصاف جميعا، تعد شروطا جوهرية لصحة الإنسان. واعتبر الإعلان أن الفقر يشكل التهديد الأعظم للصحة<sup>(2)</sup>.

ويعد تعريف منظمة الصحة العالمية للصحة أكثر التع اريف انتشارا في النّصوص القانونية الدولية، كما في الأدبيات الأكاديمية ذات الصلة. إلا أنه يثير لدى بعض الم هتمين -مثل "منصف المرزوقي" و"فيوليت داغر" -بعض المشاكل، حيث انتقد الأكاديميان والناشطان الحقوقيان بشدة التعريف السائد للصحة بفضل القوة المعيارية للمنظمة، واعتبراه مشوِّشا أكثر منه تعريفا توضيحيا . حيث أنه يبالغ في وصف "حالة من الرفاهية التامة البدنية والنفسية والاجتماعية". إنه بذلك حسبهما أقرب إلى تعريف السّعادة، وليس الصحة، كما يصعب أن يترجم إلى أمور عملية قابلة للمتابعة والتقييم". واقترح الكاتبان بدلا من ذلك اعتبار الصحة "حالة من الرضا النفسي ناجمة عن قدرة الشخص على الفعل المستقل، والتفاعل المتوازن بفضل ما يتوفر عليه الجسم من برنامج جيني سليم، وما يوفره له المحيط من موارد مادية وعلاقات بشرية إيجابية". (3)

بناء على ما سبق، نستطيع أن نفهم أن كلمة "صحة" وإن كانت تجل إلى فكرة مركزية بسيطة ذات علاقة بالسلامة أو المعافاة الجسدية من المرض، إلّا أن مراجعة الأدبيات العلمية والسياسية ذات الصلة قدمت لنا مفهوما ثريا ومتطورا عبر الزمن، يؤكد أيضا على الجوانب الإيجابية للصحة التي تمكن الإنسان من ممارسة حياة إجتماعية واقتصادية نشطة وثرية. وهو ما يؤهله ليكون مفهوما حمّالا لشحنة معيارية قوية تنبع عن البناء الإجتماعي لتصور الحياة الإجتماعية والإقتصادية للمجتمعات على اختلافها.

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> - Ottawa Charter for Health Promotion, First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986 - WHO/HPR/HEP/95.p.1.

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> - the Fourth International Conference on Health Promotion, Jakarta, Indonesia, "The Jakarta Declaration on Health Promotion: New Players for a New Era: Leading Health Promotion into the 21st Century", July 1997, [viewed on 04.02.2012], in:

<sup>&</sup>lt;a href="http://www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta">http://www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta</a> declaration en.pdf>

<sup>3-</sup> منصف المرزوقي، حق الصحة بين الواقع والنظرية، في: فيوليت داغر (محررة)، حق الصحة من حقوق الإنسان، ط. 1، المؤسسة العربية الأوربية للنشر واللجنة العربية لحقوق الإنسان والأهالي للنشر والتوزيع، سوريا، 2004، ص.3.

وبما أننا سنعنى بالصحة باعتبارها جزء من المحال الإجتماعي والسياسي- العام، فسيقودنا ذلك إلى تناول مفهوم الصحة العامة بالتأكيد على أنها مجال من مجالات السياسة العامة.

#### ثانيا- نشأة الصحة العامة:

لا يزال مفهوم الصحة العامة – بالرغم من قدمه – مفهوما مثيرا للجدل بين الأكاديميين وفي الأدبيات المتخصصة، ويرتكز هذا الجدل حول عدة قضايا تتعلق بحدود مجال القضايا التي يحتويها المفهوم، وكذا حدود الشحنة المعيارية المتضمنة في تلك التعاريف (1). من ناحية ثانية، ودون التوغل بعيدا في سبر تاريخ الطب والتعامل مع المرض عبر العصور، فإن محاولات المجتمعات البشرية لمنع تفشي الأمراض أو الحد منه، تعود إلى حقب قديمة قدم تاريخ الأمراض والأوبئة ذاتها. إذ في هذا السياق يكمن أن ندرج مثلا منع الديانات والحضارات القديمة لتناول بعض الأطعمة مثل لحم الحنزي أو المحار، نتيجة للمخاطر الخاصة الناجمة عن ذلك، أو عدم مراعاة شروط معينة في الحفظ والإعداد. وبرغم عدم توافر الدليل على قيامها على أسس علمية دقيقة، فقد كانت تلك عبارة عن إجراءات وقائية ذات جدوى، كما أنها مع الوقت عززت من الثقة في إمكانية الحد من المرض بفضل الفعل بعض الأمراض. (2)

مع ذلك، يرجع عموم المهتمين بتاريخ الحقل نشأة مجال الصحة العامة بالمعنى الحديث إلى منتصف القرن التاسع عشر، وهو ما يدعى بقرن "الإستفاقة الصحية الكبرى" التي شهدتما دول من أوروبا وبريطانيا والولايات المتحدة، كنتيجة لعدة عوامل أهمها حركات الإصلاح الإجتماعية ؛ ونمو المعرفة الطبية والبيولوجية خاصة ما تعلق منها بأسباب الأمراض المعدية وطرق التعامل معها . وتجدر الإشارة هنا إلى الفضل الكبير لجهود مجموعة من الأطباء اللهمعين مثل "فار" Farr ؛ "شادويك" Chadwick ؛ "كوخ" Koch ؛ "باستور" Pasteur ..وغيرهم.

كما ترافق بروز هذا المفهوم والحقل العلمي والسياسي المرتبط به مع الثورة الصناعية، وظهور التجمعات السكانية الحضرية الكبرى في المدن الغربية الكبرى، وبروز أهمية التحكم في الحالة الصحية لسكان تلك المدن باعتبارها قوة عمل أساسا. فالصحة العامة كمجال بحث وتطبيق سياسي على السواء، كانت إذاً ضرورة فرضتها

<sup>1-</sup> من أجل أخذ نظرة شاملة عن النقاش القائم حول تحديد مفهوم "الصحة العامة" حاليا نقترح الإطلاع على المرجع التالي:

<sup>-</sup> Marcel Verweij and Angus Dawson, "The Meaning of 'Public' in 'Public Health'", in: Marcel Verweij and Angus Dawson (eds), Ethics, Prevention, and Public Health, Oxford University Press Inc., New York, 2007. pp.13-29.

<sup>2 -</sup>Victor J. Schoenbach, "The evolution of epidemiology into a science of the distribution of disease in populations and evaluation of interventions for disease prevention and therapy", [viewed on 04.02.2012] in:

<sup>&</sup>lt; http://www.epidemiolog.net/evolving/HistoricalPerspective.pdf >.

حركة التصنيع والتمدن حفاظا على الكتلة السكانية كعنصر إنتاج. تصور يدعمه مؤشر صدور أول قانون صحة عامة حديث في العالم في بريط انيا مهد الثورة الصناعية سنة 1848، وهذا ما أشار إليه "ميشيل فوكو" . M. Foucault، حيث أرّخ لظهور سياسة حيوية (\*) "biopolitique" داخل المجتمعات الأوروبية خلال القرن الثامن عشر، وغاية تلك السياسة مراقبة الأجساد والحفاظ على جودتما وذلك بدافعين أساسيين:

1-الدّافع الإقتصادي: حيث سعت الدولة الحديثة من خلاله إلى ملاءمة الظواهر السكّانية ومواجهة المشاكل الإقتصادية والسياسية التي يطرحها الفرد معتل الصحة (تكاليف العلاج، إضافة إلى تكاليف العجز عن الإنتاج). 2-الدّافع السياسي: حيث أصبحت الصحة قضية دولة، وسؤالا سياسيا تقاس من خلاله جودة الأنظمة السياسية. وبدأت مأسسة التدخل السياسي لتدبير الصحة، ووضع قوانين وإحداث مؤسسات طبية تحتم بكل جوانب الوجود الصحي للناس، بعدماكان تدخل الدولة في هدا المجال يتميز بخصائص عقابية وانتقامية عنيفة كالقتل، السحن، النفي أو الإلقاء في البحار والجزر البعيدة. (1)

#### ثالثا- بعض تعاريف الصحة العامة

سنكتفي هنا بعرض أشهر التعاريف المقدمة، في سبيل حصر العناصر الأساسية للمفهوم ذات الصلة بمفهوم الصحة العالمية.

من بين أشهر التعاريف رغم قدمه (سنة 1920) نجد تعريف "تشارلز إدوارد وينساور" Winslow الذي اعتبر أن الصّحة العامة هي «علم وفن الوقاية من الأمراض، وإطالة الحياة وترقية الصحة والفعالية البدنيتين عن طريق الجهود الجماعية المنظمة الساعية لتطهير المحيط، التحكم في الأمراض المتنقلة وتعليم الأفراد سبل النظافة والوقاية الشخصية، وتنظيم الخدمات الطبية والتمريضية بغرض التشخيص والعلاج المبكرين للأمراض، ووضع جهاز إجتماعي يضمن لكل فرد داخل الجماعة معيار حياة ملائم للحفاظ على السلامة».

في حين ذهب " مارك أ. روثستاين " Mark A. Rothstein إلى تحديد ميدان الصحة العامة بأنه "مجال المسؤولين العموميين عن طريق اتخاذ إجراءات ملائمة تبعا للسلطة القانونية الخاصة، بمدف حماية صحة

<http://www.alawan.org>

-

<sup>\*-</sup> تقول "كاتيا حينيل" Katia Genel:" إن موضوع السياسة الحيوية هو السكان؛ كمشكلة علمية وسياسية؛ فهي تحتم إذن بالظواهر الجماعية ذات الآثار السياسية الممتدة في الزمن، وتأخذ على عاتقها ضبط هذه الظواهر. فالأمر يتعلق "بوضع آليات أمنية حول هذا العشوائي الملازم للساكنة الحية". أنظ :

Katia Genel, "Le biopouvoir chez Foucault et Agamben", Methodos, le 20 janvier 2012, [viewed on 20/10/2012], in: <a href="http://methodos.revues.org/131">http://methodos.revues.org/131</a>; DOI: 10.4000/methodos.131>.

<sup>1-</sup> مجلة الأوان الإلكترونية، زكرياء الإبراهيمي، ميشيل فوكو: أو المدخل السياسي للصحة (2/1)، ، [تم التصفح يوم: 17.10.20] في:

الشعب. فالعنصر الحاسم في الصحة العامة في نظره، هو دور الحكومة؛ أي سلطتها والتزامها باتخاذ الإجراءات الملزمة أو القسرية للقضاء على أي تهديد لصحة الشعب". (1)

بناء على التعاريف السابقة يمكن تحديد قواعد حقل الصحة العامة في أربعة قواعد:

- 1 اتخاذ قرار بناء على معطيات وبيانات ميدانية (إحصاءات حيوية، الرقابة و إجراء تحقيقات).
- 2- التركيز على السكان ككتلة بدلا من التركيز على الأفراد (وهو مركز الاهتمام التقليدي لدى الطب السريري (clinical medicine).
  - 3- حدمة هدف العدالة والإنصاف الإجتماعيين.
- 4- التركيز على الوقاية أكثر من الرعاية العلاجية. (حيث يعتبر رواد الصحة العامة أن الطب يقوم على رد الفعل بدل اتباع مقاربة إيجابية تجاه المرض).

ونلاحظ أن هذه العناصر الأربعة تتكرر في أغلب تعاريف الصحة العامة كما أنها تشكل عناصر تعريفية أساسية لكل مفهومي الصحة الدولية والصحة العالمية كما ستوضح فيما سيأتي.

#### المطلب الثاني: مفهوم الصحة الدولية

تتجه أغلب المراجع إلى تعريف الصحة الدولية " International Health بأنها حقل نشأ منذ حوالي منتصف القرن العشرين، كنشاط عملي وسياسي يعنى بتنظيم العمليات الصحية داخل سياق فئة واسعة من النظم والسياسات الصحية وطنيا ودوليا. وترافقت هذا النشأءة مع تعاظم حجم التعاون التنظيمي الدّولي الهادف للوقاية من انتشار الأمراض المعدية بين الدول، وخاصة بعد تأسيس منظمة ( WHO) سنة 1948. وأصبحت الصحة الدولية بالتالي مجالا للنشاطات المحترفة التي تشتمل على تطوير برامج دولية لتحسين الصحة، والوقاية من الأمراض ومراقبتها، ودعم الدول النامية في تنفيذ برامجها الصحية.

أما فترة السبعينات من نفس القرن فقد شهد حقل الصحة الدولية قيادة معاهد الطب والوقاية، وطب المناطق المدارية (Tropical Medicine)، ومعاهد الصحة العامة لبرامج بحث وتدريس تتماشى مع توجه المنظمات الدولية نحو تطوير برامج تقديم التطعيم، والتخطيط الأسري، كعناصر من بين عناصر أخرى للرعاية الصحية الأساسية. كما أصبح التكوين والتدريب في مجال الصحة الدولية يحظى بشعبية واسعة في أوساط المختصين العاملين في الدول النامية، والذين سعوا لتطعيم حبرتهم العياديّة بخبرات من ميادين علم الأوبئة، وتسيير نظم

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> -Lloyd F. Novick and Cynthia B. Morrow, "Defining Public Health: Historical and Contemporary Developments". in: Lloyd Novick, Cynthia Morrow, Glen Mays (eds.), **Public Health Administration: Principles for Population-Based Management,** Jones and Bartlett., London, 2008, p.15.

الصحة، وتطوير وتقديم وتقييم البرامج. وهو ما يجعلهم مؤهلين للعمل مع وزارات الصحة للدول النامية، والمنظمات غير الحكومية، أو الوكالات الدولية لتخطيط وتنفيذ وتقييم البرامج الصحية في الدول النامية. (1)

يتحسد هذا التصور في تعريف "بلاك" Black ، و"ميرسون" Merson ، و"ميلز" Mills الذي يعتبر أن الصحة الدولية " تطبيق لمبادئ الصحة العامة على المشاكل والتحديات التي تؤثر على البلدان ذات الدخل المتديّق أو المتوسط، وكذا المجموعة المعقدة من القوى العالمية والمحلية التي تؤثر عليها". (2) وهو تصور ينبني على أساس إمتداد مفهوم الصحة العامة إلى المستوى ما بين الدولي.

ومع أن "بول باش" Paul Basch، يضيف قائمة مطوّلة لما يشمله مفهوم الصّحة الدولية، من تدخل إنساني في الكوارث والطوارئ الكبرى؛ الجوانب الأخلاقية للبحوث والممارسات (ذات التأثير على صحة البشر) على الشعوب المهمشة والفقيرة؛ العواقب الإجتماعية والبيئية لنمو السكان (3). بشكل عام، يهمن تقليد خاص في ميدان المهتمين بالصحة الدولية إلى اعتباره "تخصصا معرفيا يقارن بشكل ممنهج بين العوامل التي تؤثر على جميع سكان المعمورة، مع تركيز خاص على المشاكل الصحية المرتبطة بالفقر في البلدان ذات الدخل المتدني والمتوسط. وتتضمن برامج الصحة الدولية تحسين الصحة والوقاية والعلاج من الأمراض وإعادة التأهيل. وكذا المعارف والمهارات والقدرة على التحليل النقدي واستخلاص المضامين العملية المتعلقة بالأمراض الوبائية الكبرى، وبحوث النظم الصحية، وإقتصاديات الصحة، والسياسات الصحية وتسيير الخدمات الصّحية". (4)

وهذا التقليد في الواقع يعكس حالة المركزية الغربية في مختلف مناحي العلاقات الدولية حينها، حيث طورت الدول الغربية هذا التخصص من أجل مواجهة المشاكل الصحية الناجمة عن التفاعل مع باقي العالم الذي كان يشهد تأخرا ملحوظا في نظمه الصحية العامة.

#### المطلب الثالث: من الصحة الدولية إلى الصحة العالمية

تذهب أغلب الجهود لتحديد مفهوم الصحة العالمية إلى التمييز بينها وبين الصحة الدولية، على غرار تصور كل من "ك. بيوز". Buse K. "كل من "ك. بيوز". Buse K. "كل من "ك. بيوز". الصحة الدولية" إلى الحديث عن "صحة عالمية" عندما " تتجاوز أسباب أو نتائج قضية صحية معينة الحدود الإقليمية للدول، وتتفوق على قدرة الدول على معالجتها من خلال المؤسسات الدولاتية فحسب". (5)

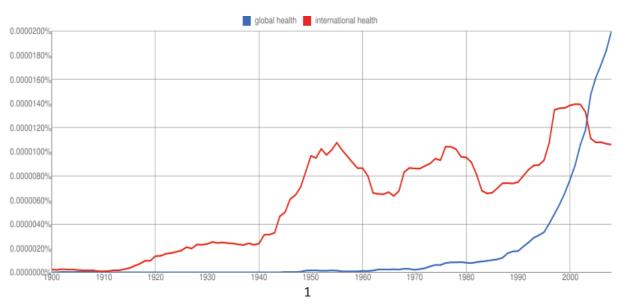
<sup>1 -</sup> Macfarlane SB, Jacobs M, Kaaya EE: "In the Name of Global Health: Trends in Academic Institutions", **Journal of Public Health Policy** . Vol. 29, No. 4, Palgrave Macmillan, 2008, [383–401].pp.385,86,87. 2 -Jeffrey P Koplan, et al. op.cit. 1993.

<sup>3 -</sup> Colin McInnes and Kelley Lee, **Global Health and International Relations**, 1<sup>st</sup>. Ed., Polity, Cambridge, UK., 2012, p.8.

<sup>4-[</sup>viewed on 28/05/2011 ] < <u>http://www.troped.org</u>>\_

<sup>5 -</sup> Kelley Lee, Suzanne Fustukian and Kent Buse, (eds), **Health Policy in a Globalising World**, Cambridge University Press, New York, 2002. P.5.

وقبل التفصيل في هذه التعاريف والتمييزات بين المفاهيم المتقاربة، يمكننا أن نتساءل عن الدافع خلف استبدال مفهوم الصحة الدولية المكرس والذائع، بمفهوم مثير للجدل والغموض مثل الصحة العالمية، وبشكل طاغى ومهيمن.



الشكل (01): ذيوع استخدام مصطلح الصّحة العالميّة مقابل مصطلح الصّحة الدوليّة مابين(1900-2010)

Source: Karen Grépin, "The rise of Global Health: global health vs. international health", [viewed on: 22/08/2012] in: <a href="http://karengrepin.com/2011/01/rise-of-global-health-global-health-vs.html">http://karengrepin.com/2011/01/rise-of-global-health-global-health-vs.html">http://karengrepin.com/2011/01/rise-of-global-health-global-health-vs.html</a>

وبشكل عام، يمكن تحديد دافعين كبيرين لهذا التحول ؛ أولهما، يخص الأوساط السياسية على المستوى العالمي؛ حيث أن المفهوم الجديد يحمل أملا في زخم سياسي أكبر لصالح قضايا الصحة العامة المهملة ، سيما في الدول المتخلفة، والتي عمقت سيرورة العولمة من مشاكلها الصحية وجعلتها أكثر ظهورا للعيان. كما أظهرت تفاوتا صادما بين الحالة الصحية للشعوب الفقيرة والشعوب الغنية، وكأنه نوع من إعادة تسويق للقضية بحثا عن الرافعة السياسية، ويظهر ذلك أيضا من خلال تضمين التصور الجديد التأكيد على الارتباطات القائمة بين المسائل الصحية للدول المتخلفة وأجندات الأمن، السياسة الخارجية، البيئة، والتنمية. أما الدافع الثاني ، فيخص أكثر الدوائر الطبية الحيوية (biomedical)؛ ويلخص تحولا برادايميا في فهم كيفية تأثر الصحة البشرية بالترابطات الجديدة التي تقيمها العولمة بين مخلف النظم الحيوية، والبيئية والإجتماعية. وباختصار فهو يعبر عن استجابة آلية للعالم الأكاديمي تجاه التحول الحاصل في العالم المادي. (1)

\_\_\_\_\_

17

<sup>1 -</sup> Colin McInnes and Kelley Lee, op.cit., p.8.

ومع ذلك، لا يزال الجدل قائما حول حدود ومضمون الصحة العالمية، خاصة أنها عملية جارية من خلال مختلف الأوراق والبحوث التي تعيد تمحيصه بشكل مستمر. فالأدبيات المتخصصة تطالعنا بالكثير من المدلولات مثل؛" إنطباع عن الحالة الحالية للصحة العالمية"، أي وصف لحالة قائمة؛ أو هدف (عالم يسوده الناس الأصحاء، كشرط للصحة العالمية) ؛ أو مزيج من الممارسة والبحث والتخصص العلميين بما يتضمنه من مسائل ومهارات ومؤهلات. (1)

كما يمكن أن نعثر على العديد من التع اريف المفرطة في الإتساع والتشويش مثل تعريف "ستاكلر" و"ماكي" D. Stuckler, M. McKee ، أو التعريف الشهير لمعهد الطب الأمريكي سنة 1997 حيث يعتبرها "حقل تلك المشاكل والقضايا والإنشغالات الصحية التي تتسامى فوق الحدود الوطنية، والتي يمكن أن تكون تحت تأثير الظروف والخبرات في دول أخرى حيث تكون الحلول والإجراءات التعاونية أحسن طريقة للتعامل معها (3).

لكن هذا التعريف أقرب إلى مفهوم الصحة الدولية ، ويعبر عن التباس قائم بينهما أكاديميا، وبالتالي عدم الدقة في تحديد مجالي البحث والممارسة فيها، وهو ما يحد في نظر كل من "ج. كوبلان" J. Koplan وزملائه من القيمة العملية له من الناحية الأكاديمية، كما أنه يسهم في غموض فلسفة عمل الأطباء والباحثين والممولين وواضعي السياسات، وهو ما يهدد ضياع الجهود المسخرة في محاولة معرفة الهدف، والمقاربات التي ينبغي تبنيها لبلوغ ذلك الهدف، وكذا المهارات والقدرات المطلوبة و طرق استخدام الموارد المتوافرة. (4)

1Jeffrey P Koplan, et al, op.cit., 1993.

2- يعتبر تعريفهما أن مفهوم الصحة العالمية يمكن أن يحتمل خمسة معاني على الأقل باختلاف السياق المستخدم فيه؛ فيمكن أن نعتبرها كسياسة خارجية تقودها الدوافع الإستراتيجية السياسية والإقتصادية للدول؛ أو ننظر إليها كأمن وتحدف إلى حماية الشعوب من الأمراض الوبائية، والإرهاب البيولوجي؛ وثالثا الصحة العالمية ك: عمل خيري، يركز على الضحايا ويعالج مسائل الفقر وعدم التمكين؛ كما يمكن أن تكون الصحة العالمية إستثمارا يهدف إلى تحسين النمو الإقتصادي من خلال تحسين الحالة الصحية؛ وأخيرا يمكن أن تعني الصحة العالمية صحة عامة وتمدف إلى تقليص عب عالم الأمراض التي تشكل النسبة الأكبر من هذا العبء. أنظر:

<sup>2-</sup> D. Stuckler, M. McKee, "Five metaphors about global-health policy". **The Lancet**, N. 372, 2008, [95-97]. 3 - Patricia J. Garcia *et al.*, "Global health training is not only a developed-country duty". **Journal of Public Health Policy**, Vol. 30, 2, Palgrave Macmillan, 2009, [250–252],p.250.

<sup>\*</sup> من الهيئة التنفيذية لاتحاد الجامعات من أجل الصحة العالمية: Consortium of Universities for Global Health Executive Board: \* من الهيئة التنفيذية لاتحاد الجامعات من أجل الصحة العالمية" في عدة جامعات بأمريكا الشمالية، أسست سنة 2009 بمساعدة كل من [Viewed on 25.07.2011]. أنظر: [Sill and d Melinda Gates Foundation و Poundation و Poundation و المحادث ال

<sup>&</sup>lt;a href="http://www.cugh.org/about/background">http://www.cugh.org/about/background</a>>.

<sup>4 -</sup> Jeffrey P Koplan et al., op.cit.p.1993.

بالمقابل، يعد تعريف "إيلونا كيكبوش" Ilona Kickbusch من أسبق وأهم محاولات تحديد المقصود من الصحة العالمية. حيث يشير المفهوم حسبها إلى سياق ووعي جديدين، ومقاربة إستراتيجية جديدة في مجال الصحة الدولية. فهو من جهة أولى يبرز أثر الإعتماد المتبادل العالمي على محددات وشروط الصحة، وتحوّل الأخطار الصحية والإستجابة السياسية للدول والمنظمات الدولية، وفواعل عديدة أخرى. ومن جهة ثانية، فالصحة العالمية حقل للممارسة يسهم في وضع إستراتيجيات لمواجهة الإستقطاب الوبائي (\*)، ويرمي لتحقيق توازن بين آليات الدعم العالمية والمقاربات الوطنية والمحلية، والتي تتضمن بناء قدرات العالم المتخلف على حكم الصحة في بيئة عالمية، وكذا تقوية الإستجابة المحلية بحاه الأخطار الإجتماعية والسلوكية والبيئية الجديدة التي تمدد الصحة، مثل وباء الإيدز العالمي، العنف في المدن، أو خطر الإرهاب البيولوجي. أما الجانب الثالث الذي يشمله المفهوم فيتعلق بتوفير الفرص المنصفة أمام الجميع للتمتع بالصحة والخدمات الصحية في جميع مناطق العالم (1).

أما المركز الأوروبي من أجل الصحة العالمية، فيرى أن الصحة العالمية هي: "تلك المسائل الصحية التي تتخطى الحدود والحكومات القومية، والتي تدعو إلى التدخل من أجل التأثير على القوى العالمية المحددة لصحة الناس. وهي بالتالي تتطلب أشكالا جديدة للحوكمة على المستويين القومي والدولي تسعى لتضم فئة واسعة من الفاعلين". (2)

في حين اعتبر "ج. كوبلان" J. Koplan وزملاؤه الصحة العالمية:

"مجالا خاصا للدراسة والبحث والتطبيق يعطي الأولوية لتحسين الصحة وتحقيق الإنصاف بين جميع الناس عبر العالم، حيث يتم التركيز على المسائل والمحددات والحلول الصحية العبرقومية. كما تحشد جهود العديد من التخصصات العلمية من داخل ومن خارج دائرة العلوم الصحية، وتطور بالتالي تعاونا مابين التخصصات. وهي أيضا تركيب لكل من مقاربة الوقاية على المهتوى الكلاني للسكان، ومستوى الرعاية الفردية السريرية". 3

وميزوا بين الصحة العالمية والصحة العامة والصحة الدولية. على النحو التالي:

<sup>\*</sup>هو حالة تفاوت أو فجوة في الحالة الصحية بين السكان تبعا للتوزيع غير المتساوي في الثروة والأخطار والخدمات الصحية . أنظر:

Global Health Council, "Epidemiology: Tracking Health Problems Before They Appear", [viewed on 05.06.2011] in : < <a href="http://www.globalhealth.org/reports/report.php3?id=74">http://www.globalhealth.org/reports/report.php3?id=74</a>>.

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> - Ilona Kickbusch, "Global Health - A definition", [viewed on 05.06.2011] in:

 $<sup>&</sup>lt;\!\!\underline{\text{http://www.ilonakickbusch.com/global-health/global-health.pdf}}\!\!>$ 

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> Ilona Kickbusch dna Graham lister (eds.), **Global Health Policy Glossary**, Brussels-European Foundation Centre, 2006, p.7.

<sup>&</sup>lt;sup>3</sup> -- Jeffrey P Koplan, et al., op.cit., p.1993.

الجدول رقم (01): التمييز بين الصحة العالمية، الدولية، والعامة، حسب "ج. كوبلان" وزملائه

الصحة العامة	الصحة الدولية	الصحة العالمية	المفهوم/الجحال
			عناصر التعريف
يركز على المسائل التي تؤثر على صحة	يركز على مسائل الصحة على	يركز على المسائل التي تؤثر بشكل مباشر	المدى الجغرافي
سكان بلد أو محتمع محدد.	مستوى الدول الأجنبية، خاصة	أو غير مباشر على الصحة والتي مكن أن	
	منها الدول ذات الدخل المتديي	تتعدى الحدود الوطنية.	
	والمتوسط.		
لا يتطلب وضع وتنفيذ الحلول في	وضع وتنفيذ الحلول يتطلب عادة	يتطلب تطوير وتنفيذ الحلول في الغالب	مستوى التعاون
الغالب تعاونا دوليا	تعاونا دوليا ثنائيا	تعاون على المستوى العالمي.	
يركز بشكل أساسي على البرامج الوقائية	يشمل كلا من الأبعاد الوقائية و	يتضمن كلا البعدين الوقاية على المستوى	الأفراد أم السكان
للسكان.	العلاجية أو السريرية للأفراد.	السكاني، والرعاية السريرية للأفراد.	
العدالة الصحية داخل الأمة أو المحتمع	يسعى لمساعدة شعوب الدول	العدالة في الصحة ما بين الأمم وين جميع	الوصول إلى الخدمة
كهدف أكبر.	الأخرى	الناس هدف جوهري .	الصحية
تشجع المقاربات متعددة التخصصات،	يشتمل على فئة من التخصصات	مستوى عال من تعددية وتداخل	مجموعة التخصصات
خاصة داخل العلوم الصحية ومع العلوم	لكنه لا يركز على تعددية	التخصصات من داخل ومن خارج علوم	المعرفية ذات الصلة
الإجتماعية.	التخصصات.	الصحة.	

source: Jeffrey Koplan, et. al. po.tic. p.1994.

وبناء على التعريف السابق قدم "بيقلهول" Beaglehol و"بونيتا" Bonita تعريفا أكثر اختصارا، حيث اعتبرا الصحة العالمية "البحث والعمل المتعاون العبرقومي لترقية الصحة لدى الجميع". وهو تحديد يبرز البعد التعاوني ويركّز على العمل (1).

لكن "لجنة الصحة العالمية لجمعية معاهد الصحة العامة الأمريكية"، رأت أن التفريق بين الصحة العالمية والصحة العامة، ليس مؤسسا على حجج متينة. واقترحت بدلا من مفهوم الصحة العالمية اعتماد مفهوم "الصحة العامة العالمية" الذي يقوم الأسس التالية:

\* التوجه إلى الجميع بخدمة صحية أفصل، مع الإهتمام الخاص بحاجات السكان الأكثر عرضة للخطر، والتزام أساسي بالصحة كحق إنساني.

<sup>1</sup> - Robert Beaglehole and Ruth Bonita, "What is global health?", **Global Health Action**, 3: 5142, 2010,p.1.

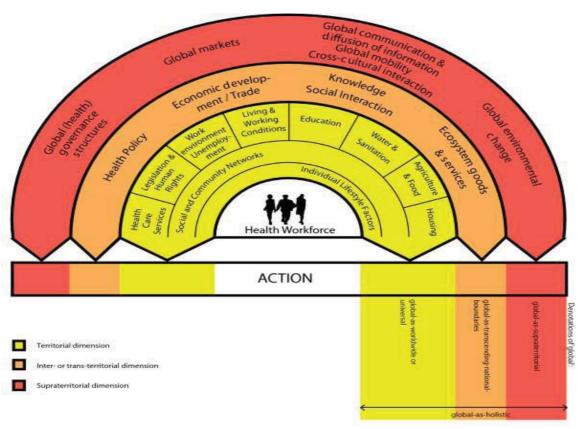
إطار مفاهيمي تحليلي الفصل الأول

\* الإيمان بمقاربة عالمية حول البحث العلمي والترجمة الميدانية للمعرفة المكتسبة التي يجب أن تصمّم حسب المواقف السياقية للمجتمعات وليس تبعا للحدود السياسية بينها.

\* الإلتزام بمقاربة متعددة التخصصات تأخذ في الحسبان القضايا العابرة للتخصصات ذات العلاقة مع حقل الصحة البشرية ( cross-disciplinary issues ) مثل التغير المناحي. وتولف بشكل وثيق بين الطب والصحة العامة والطب البيطري، وتخصصات أحرى عديدة $^{(1)}$ .

إضافة إلى هذا النقد، اعتبر بوزورغمهير K. Bozorgmehr أن محاولة كوبلان Koplan وزملائه قد فشلت في تحديد المحتوى الدقيق للعالمية، ويقترح فهم سمة العالمية " globality" على أنها فوق إقليمية "supraterritoriality"؛ أي الروابط فوق الإقليمية بين المحددات الإجتماعية للصحة. وذلك برأيه سوف يسمح للصحة العالمية أن تصبح موضوع ممارسة وبحث وتحليل من قبل أعضاء مجتمع الصّحة العامة، والصحة الدولية على السواء. كما يسمح بتجنب الحشو والخلط مع الحقول الأخرى التي تركز على الصحة كمسألة اجتماعية أو إقتصادية أو سياسية، أو كحق من حقوق الإنسان (<sup>2)</sup>. والشكل الموالي يوضح تصوره لمفهوم الصحة العالمية.

شكل رقم (02): مستويات ومحددات الصحة العالمية



Source: Kayvan Bozorgmehr, "Rethinking the 'global' in global health: a dialectic approach". Globalization and Health, 6:19, 2010. [1-19]. P.7.

<sup>2</sup> -- Kayvan Bozorgmehr, "Rethinking the 'global' in global health: a dialectic approach". Globalization and **Health**, 6:19, 2010.[1-19]...p.16.

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup>-Linda P Fried et al, "Global health is public health", **The Lancet**. Vol. 375 February 13, 2010.pp. 535,536

#### المبحث الثاني: تحليل مفهوم الحوكمة العالمية

يشهد مفهوم الحوكمة العالمية "Global Governance" منذ نهاية الحرب الباردة ذيوعا واسعا في معجم عدة حقول معرفية مثل العلوم الإقتصادية والتسييرية، وكذا العلوم السياسية والعلاقات الدولية، كما أنه مفهوم ذائع في الأوساط السياسية المحلية والدولية. مع ذلك، فهو يثير جدلا حول مجموعة من القضايا أهمها:

- ما إذا كانت الحوكمة "Governance" شكلا للتحكم يتجاوز الدولة أم يتضمنها؟
- نقص في فهم سلسلة اشتغال الحوكمة العالمية ، ابتداء من المستوى العالمي ووصولا إلى مستوى الدول والجماعات تحت الدولة.
  - عياب أرضية مشتركة بين المهتمين بخصوص الأدوار الفعلية أو المتوقعة من طرف الفواعل ذات الأساس المحتمعي في تقديم أو معارضة "القواعد العالمية".
    - ا إضافة إلى النقاش المعياري المتأجج بخصوص دعم أو معارضة الحوكمة العالمية للتفاوتات العالمية بين الدول والجماعات والأفراد. (1)

وقبل التفصيل في مضامين مفهوم الحوكمة العالمية نرى أنه من الضروري أن نحدد ما هو المقصود من مفهوم الحوكمة.

#### المطلب الأول: دلالات مفهوم الحوكمة

يدين تطور المفهوم الحوكمة حسب الأستاذين "صالح زياني" و"مراد بن سعيد" أساسا إلى حقول معرفة متعددة مثل المؤسساتية والمؤسساتية الجديدة في الإقتصاد، النظرية الإقتصادية للسياسة والتنظيم، والعلوم السلوكية، والتي تبرز دور العقود والإختيارت، وتنقد النموذج التقليدي للسوق الحرة الذي يعتبر أن "المؤسسات" سوف تنشأ تلقائيا وبشكل عفوي عن المعاملات العقلانية بين الفواعل. وترجع هذه الجهود تاريخيا إلى الربع الثاني من القرن العشرين من خلال أعمال "رونالد كوز" Ronald Coase خاصة وبحثه المعنون بـ"طبيعة المؤسسة" سنة 1937. (2)

أما علماء السياسية فيرجع استخدامهم إلى بداية التسعينات من القرن العشرين. وذلك في سياق سعيهم لمحاكاة لكل من الإقتصاديين والمنظمات الدولية التي دأبت على استخدامه في إطار التعبير عن جهود تحقيق التنمية المستدامة، سيما في الدول النامية التي تعاني حكوماتها قصورا واضحا في الأداء من حيث الفعالية

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Jean Grugel and Nicola Piper, Critical perspectives on global governance: rights and regulation in Governing regimes, 1st ed., Taylor & Francis, New York, 2007, p.2.

<sup>2-</sup> صالح زياني ومراد بن سعيد، ا**لحوكمة البيئية العالمية قضايا وإشكاليات**، ط. 1.، دار قانة، باتنة-الجزائر، 2010، ص ص.12-14.

الفصل الأول إطار مفاهيمي تحليلي

والكفاية (1). حيث يقصد بها البنك العالمي مثلا تلك الطريقة التي تمارس وتدار بها السلطة، في تسييرها للموارد المجتمعية والإقتصادية لبلد ما (2). وهو التعريف الذي يتفق إلى حد بعيد مع تعريف "جون را جي" John Ruggie الذي يرى أن الحوكمة تشير - على أي مستوى من مستويات التنظيم الإجتماعي - إلى تدبير شؤون العامة (public's business)، أي إلى كوكبة القواعد الآمرة، والمؤسسات والممارسات التي تسير بها أية جماعة بشرية شؤونها. <sup>(3)</sup>

وعليه فالحوكمة باعتبارها نمطا للتنسيق الإجتماعي ترتبط بالحكم ( Governing ) وتتمايز عنه في الحين ذاته. وحيث يعبِّر الحُكم عن فعل، أو جهد يهدف لتوجيه وقيادة وتسيير قطاعات إجتماعية والتحكم بها، فإن الحوكمة بالأحرى، تتعلق بكيفية الوصول إلى هذا الفعل، وعبر أيّة أشكال من التفاعل (تداول، تفاوض، ضبط ذاتي، أو خيار سلطوي)، ومدى التزام الفواعل بالقرارات الجماعية. (<sup>4)</sup>

أي أن الحوكمة تعد "الإطار والقواعد العامّة" التي يسري من خلالها فعل الحُكم وعمليّاته، وجدير بالتأكيد على أن الحوكمة تختلف عن "الحكومة" " Government" التي يكمن اعتبارها نمطا معينا من الحوكمة، وهو ما تلخصه عبارة " حوكمة بواسطة الحكومة". حيث أن الحكومة تشير إلى المؤسسات الرسمية المتضمنة في نظام تراتبي للمعايير ووضع القواعد، والإشراف على الإلتزام بالقواعد وفرضها. إلا أن الحوكمة أشمل وأكثر تنوعا لتتضمن أشكالا أخرى للحكم بمشاركة الحكومة أو بدونها. (5)

كما يرى الأستاذان "صالح زياني" و"مراد بن سعيد" أن الحكومة تتضمن معنى أضيق من الحوكمة، حيث أن الحكومة يشار من خلالها عادة إلى السلطات الرسمية الثلاثة في الدولة، فضلا عن التعريفات التي تحصرها في الأجهزة التنفيذية ذات الصلة المباشرة بصناعة السياسات العامة وشؤون المواطنين، لكننا عندما ننتقل إلى الحوكمة فإننا نكون بصدد منطق جديد يتسم بالإتساع، وفلسفة جديدة لإعادة ترتيب العلاقة بين السلطة والحكم، وذلك بسبب فقدان الدولة مركزيتها وهيبتها، ونجاعتها فيما يتعلق بالفعل الحكومي. كما يشير الباحثان إلى أن لفظة

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup>- المرجع نفسه، ص ص. 15.

<sup>2 -</sup> Isabelle Johnson, "Redefining The Concept of Governance", Canadian International Development Agency, July 1997, [viewed on 15/10/2011] in: < <a href="https://www.bvsde.paho.org/texcom/cd050853/johnson.pdf">www.bvsde.paho.org/texcom/cd050853/johnson.pdf</a>>

<sup>3 -</sup>Mark W. Zacher and Tania J. Keefe, "The Transformation of Global Health Governance: Utilization and Expansion of Control Strategies Since the 1990s", Parper Presented to Wall Summer Institute for Research, University of Britch Colombia, USA, June 25<sup>th</sup>, 2007, in:

<sup>&</sup>lt;a href="http://www.wsir.pwias.ubc.ca/2007/docs/Zacher%20and%20Keefe,%20Transformation%20of%20Global%20">http://www.wsir.pwias.ubc.ca/2007/docs/Zacher%20and%20Keefe,%20Transformation%20of%20Global%20</a> Health%20Governance.pdf.>

<sup>4-</sup> Kemp, R., Parto, S. and Gibson, R.B. "Governance for sustainable development: moving from theory to practice", Int. J. Sustainable Development, Vol. 8, Nos. 1/2, 2005, pp.12–30.

<sup>-</sup> Tanja Bruhl and Volker Rittberger, From international to global governance: Actors, collective decisionmaking, and the United Nations in the world of the twenty-first century. In: Volker Rittberger (edt.), Global governance and the United Nations system, United Nations University Press, New York, 2001.p.5

الحوكمة يضفى عليها شحنة معيارية واضحة، حيث عادة ما يضاف إليها وصف "الرشادة" أو "الجودة" (1)، مع أنها ليست من صميم المفهوم، وإنما تركيبات تحيل إلى مفاهيم أخرى.

#### المطلب الثاني: تجاذبات حول مفهوم الحوكمة العالمية

من مظاهر التشويش والغموض الحاصل في إدراك واستخدام مفهوم الحوكمة العالمية أن الكثير من الأعمال الكثيرة المشتغلة بتحديد المفهوم، أو تستخدمه كأداة لفهم ظواهر السياسة العالمية تبدأ باعتذار يكرّس هذه الميزة الفضفاضة والغامضة له . وقد عبّر "ل. فينكلشتاين" " L. Finkelstein " عن هذه الحالة قائلا: "...نقول "حوكمة" لأننا لا ندري حقا ما نسمي به ما يجري على الأرض". وأن "الحوكمة العالمية تبدو كأنها تعني عمليا أي شيء"(2).

#### أولا - سياق بروز الحوكمة العالمية كنمط بديل لتسيير الشؤون العالمية

يمكن الحديث عن عدة أسباب في هذا الإطار، لكنه من الطبيعي أن يفكر المرء بالتعقد المتنامي للأخطار والمشاكل العالمية كدافع وموجه أساسي للحوكمة العالمية. هذا التعقد قادته بالأساس حركية العولمة من خلال ثلاثة أبعاد أساسية أولها - تعمق الإعتماد المتبادل الدولي ؛ وثانيا - زيادة الوعي بترابط المشكلات وتأثيرها المتبادل؛ ثم ثالثا - ذوبان الحدود بين مسائل السياسات الداخلية ومسائل السياسات الدولية، وزيادة التشابك بينها أحيرا. (3)

أما "مارك بيسون" Mark Beeson فيعتبر الحوكمة العالمية كنمط خاص من العمل يهدف لحل المشكلات وتسيير مسائل السياسة، وأن العمليات السياسية والاقتصادية والاجتماعية، التي تنضوي تحت مسمى العولمة، قد قادت بشكل مقابل إلى تغير معالم الحوكمة. يربط بشكل ملفت بين المفهومين لأجل وصف آليات اشتغال النظام العالمي القائم اليوم قائلا:

"إذا كنا نفهم العولمة على أنها عملية (أو مجموعة عمليات) تنطوي على تحولات في تنظيم الجال الإجتماعي للعلاقات والتفاعلات الإجتماعية حلقت تدفقات وشبكات نشاط، وتفاعل وممارسة السلطة مابين القارات ومابين الأقاليم. وإذا كنا نفهم الحوكمة على أنها جميع تلك الأنشطة التي يقوم بما الفاعلون الإجتماعيون والسياسيون والإداريون، والهادفة إلى توجيه وقيادة ومراقبة المجتمعات والتحكم بما، فأنه لا مندوحة تقريبا من المزاوجة بين المفهومين في سعينا لوصف طريقة اشتغال النظام الدولي المعاصر". (4)

 $<sup>^{-1}</sup>$  صالح زیانی ومراد بن سعید، مرجع سبق ذکره، ص $^{-1}$ 

<sup>2 -</sup>Finkelstein, Lawrence S, "What is Global Governance?", Global Governance, 1: [367–372]. 1995. p.368.

<sup>3 -</sup> Ibid.p.4

<sup>4</sup> Mark Beeson, "Global Governance", in: O'Hara, Phillip (ed.), **Encyclopedia of Public Policy: Governance in a Global Age**, Routledge, London, 2009, p.180.

وبالنسبة لـ "بيسون" كانت لحظة نهاية الحرب العالمية الثانية تحت مظلة القيادة (أو الهيمنة) الأمريكية لحظة مفصلية في مسار انبثاق المعالم الجديدة للحوكمة العالمية. وهذه الحوكمة العالمية تتميز بميزتين أساسيتين هما:

أولا - أنها نظام تطور ليبرالي متوجه بالسوق الحرة ( free market-oriented) والنشاط الإقتصادي الذي سيغزو أغلب المعمورة في النهاية، وأنها صُمِّمَت لتشجيع الإنفتاح والتكامل الإقتصاديين.

ثانيا - هي أن وسيلة الحوكمة العالمية الأساسية هذه كانت مجموعة من المنظمات مابين الحكومية أُنشِئت وطُوِّرت لتسهل وتضبط النظام الدولي الجديد. حيث تبرز المؤسسات الشهيرة، والمعروفة بمؤسسات "بريتون وودز" على أنها كانت الخطوة الأهم في الطريق إلى الحوكمة العالمية الجديدة (1).

مع أن هذه المسألة خلافية بين الباحثين تعود أسبابها على اختلاف المنظور المتبنى من طرف كل باحث، فبينما يميل رواد مدرسة الإعتماد المتبادل مثل "ج. ناي " Joseph S. Nye و "ر. كوهين " R. Keohane إلى اعتبار منتصف سبعينيات القرن العشرين كتاريخ لانطلاق العصر الجديد لما يدعى بالسياسة العالمية ، بدلا من السياسة الدولية ، فالكثير من الباحثين من أصحاب المنظورات الأخرى ينظر إلى نهاية الحرب الباردة على أنها الحدث المفصلي الأهم في انطلاق العولمة ، وبالتالي بروز معالم الحوكمة العالمية الجديدة .

مع ذلك، فإن بروز الحوكمة العالمية يشكل تحديا نظريا كبيرا للتحليل التقليدي للعلاقات الدولية "المتمركز حول الدولة". فالدول تتعاون بشكل أكبر مع بعضها البعض، وتعمل بشكل أكبر مع فئة متزايدة الاتساع من الفواعل الأخرى. وهو ما لا يمكن ببساطة فهمه وتفسيره من خلال التركيز على السلوكيات المنعزلة للدول. (2)

#### ثانيا- مواقف متعددة في تعريف الحوكمة العالمية:

أولا، وحسب "ف. مولر" Ph. S. Mueller يمكن التمييز بين ثلاثة مواقف (أو إستراتيجيات) لتعريف الحوكمة العالمية يتبناها مختلف المهتمين من أكاديميين وصناع السياسة :

#### أ- موقف النفي أو الإنكار:

هو موقف التيار السائد في نظرية العلاقات الدولية. فهذا التيار يؤسس تصوره للحياة العالميّة على مفهوم الفوضى (Anarchy). لذلك فالحوكمة العالمية بالنسبة لهذا التيار لاتعبر عن تطور ما ؛ فهي مجرد استمرار لأدبيات الإعتماد المتبادل التي ازدهرت في السبعينات من القرن العشرين، والنقاشات التي تلتها في الثمانينيات حول النظم الدولية (International Regimes). هذه الأخيرة لم تستطع تجاوز مركزية الدولة في تحليلاتها، وحتى روافد هذا التيّار التي أخذت على محمل الجد أدوار فواعل أخرى من غير الدولة ووكالاتها في الساحة العالمية، لا تسند لهذه

25

<sup>1</sup> ibid., p.181.

<sup>2-</sup> ibid, p.188.

الفصل الأول إطار مفاهيمي تحليلي

الفواعل صفة الإستقلالية في الفعل داخل بنائها المفاهيمي. وهو موقف لاحظ "مولر" انتعاشة كبيرة له في الفترة التي أعقبت أحداث 11 سبتمبر 2001 في الولايات المتحدة، ويخمن أنه سيعرف استمرارا طالما استمرت القناعة لدى الباحثين وصناع السياسة أن المنظور الممركز حول الدولة والأمن الصلب، هو ما يتماشى مع الوقائع الخام للحياة السياسية الدولية، وكذا قدرة هؤلاء على إقناع الجماهير بذلك. (1)

#### ب- الموقف الإيجابي في تحديد مفهوم الحوكمة العالمية:

وهو الموقف المناقض لموقف النفي، يسعى بكل إيجابية إلى استيعاب كل الممارسات الجديدة التي تظهر على الحلبة العالمية، وينضوي تحت هذا الموقف تصور ج. روزنو J. Rosenau عن الحوكمة العالمية بأنها تتضمن نظم الحكم على كل مستويات النشاط الإنساني- ابتداء من العائلة ووصولا إلى التنظيم الدولي- حيث يكون لمتابعة الأهداف من خلال ممارسة التحكم أصداء عبرقومية". (2) أو تعريف لجنة الحوكمة العالمية سنة 1995 الذي يرى أنها:

"محصِّلة الطرق المتعددة التي يسيّر بما الأفراد، والمؤسسات العامة والخاصة منها القضايا المشتركة بينهم، إنَّما عملية مستمرة تتضمن إمكانية التوفيق بين المصالح المختلفة والمتنازعة، وكذا إمكانية التصرّف بشكل تعاوين ...ولقد كان ينظر إلى الحوكمة العالمية سابقا على أنها مجرد العلاقات ما بين الحكومية، لكن يفهم الآن أنها تتضمن أيضا المنظمات غير الحكومية (NGOs)، وحركات المواطنين، والشركات متعددة الجنسيات، وسوق رأس المال العالمية. ويتفاعل معها جميع قطاع الإعلام الجماهيري ذي الآثار الدراماتيكية". (3)

#### ج – موقف مجاورة الحوكمة العالمية بمفهوم آخر أكثر رسوخا:

حيث يتم تعريف الحوكمة العالمية من خلال مجاورتها بمفهوم معروف أو متداول بشكل أكثر تحديدا. ومن أكثر الجحاورات ذيوعا تعريف الحوكمة العالمية بأنها حوكمة بدون حكومة، أو أنها فعل مماثل على المستوى الدولي لما تفعله الحكومة داخليا. أو المجاورة الذائعة أيضا في أدبيات الإقتصاد السياسي العالمي ربط الحوكمة العالمية بالعولمة الإقتصادية، أين تقدم الحوكمة العالمية غالبا على أنها الإجابة السياسية على العولمة الإقتصادية. (4)

<sup>1 -:</sup> Philipp Sebastian Müller, "Democratizing Global Governance", [viewed on 27/05/2011], in: <a href="http://www.mty.itesm.mx/egap/centros/caep/imagenes/REDIP/democracy-global\_gov.pdf">http://www.mty.itesm.mx/egap/centros/caep/imagenes/REDIP/democracy-global\_gov.pdf</a>

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup>-Klaus Dingwerth and Philipp Pattberg, "Global Governance as a Perspective on World Politics", Global Governance, 12, 2006, [185-203]. P.189.

<sup>3 -</sup> Commission on Global Governance, "Our Global Neighbourhood: The Report of the Commission on Global Governance, Chapter One -- A New World", [viewed on 16/10/2011]. in:

<sup>&</sup>lt;a href="http://www.gdrc.org/u-gov/global-neighbourhood/chap1.htm">http://www.gdrc.org/u-gov/global-neighbourhood/chap1.htm</a>.

<sup>4 -</sup> see: Philipp Sebastian Müller, "Democratizing Global Governance" in:

<sup>&</sup>lt;a href="http://www.mty.itesm.mx/egap/centros/caep/imagenes/REDIP/democracy-global\_gov.pdf">http://www.mty.itesm.mx/egap/centros/caep/imagenes/REDIP/democracy-global\_gov.pdf</a>

And, "Politicians of Global Governance" .in: <a href="http://confines.mty.itesm.mx/articulos1/MuellerP.pdf">http://confines.mty.itesm.mx/articulos1/MuellerP.pdf</a>>

ذلك أن الحوكمة العالمية -بشكل عام- تعنى بضبط القضايا والمشاكل التي تأثرت بظاهرة العولمة إلى حد كبير، وجعلت منها قضايا ومشاكل معولمة بالفعل. إذ يذهب "كريستياين ماي" (Christian May إلى أن بؤرة الإهتمام الرئيسية الأصلية للحوكمة العالمية كانت إدارة، أو ترويض العولمة. وأن تقرير لجنة الحوكمة العالمية الشهير لسنة 1995 كان يدور أساسا حول إيجاد حلول للمشاكل التي نشأت مع الإعتماد المتبادل العالمي، والتي جعلت أشكال التعاون البيدولاتية التقليدية تبدو غير كفؤءة للتعامل معها (1).

أما . "هوفمان" و "با" فميزا بين ثلاثة تصورات كبرى لمفهوم الحوكمة العالمية:

أ- الحوكمة العالمية كظاهرة تعنى بتسيير المشاكل العالمية : ويتبنى هذا المنظور قطاع عريض من الأدبيات الصادرة تحت عنوان الحوكمة العالمية، حيث تعتبر الحوكمة العالمية بجموع النشاطات الواعية بذاتما لمنظمات ومؤسسات، كما تركز على الصفة العالمية " global" للحوكمة بالنظر إلى الطبيعة المتعولِمة لقطاع متزايد من القضايا والشؤون الإجتماعية، كما تتضمن الحوكمة العالمية حسب هذا التصور أيضا مجموعة الأدوات أو الأنشطة القائمة، أو المرجو تصميمها بغرض التعامل مع هذه القضايا.

ب- الحوكمة العالمية كمشروع (نمو نظام عالمي ليبرالي): يعتقد متبنو هذا التصور، أن نهاية الحرب الباردة قد أعطت الفرصة الذهبية لقيام حوكمة عالمية على أساس نظام أو مجتمع ليبرالي سياسيا واقتصاديا. كما أثار انتقادات القواعد النظرية النقدية التي تعتبر الحوكمة العالمية المعاصرة "أداة قهر" إقتصادي وسياسي إضافية في يد النظام العالمي الرأسمالي (2).

ح- الحوكمة العالمية كتصور شامل للعالم (مقاربة تحليلية جديدة): يعتبر هذا التصور الحوكمة العالمية بالأساس تحولا في فهمنا للسياسة العالمية وحقل العلاقات الدولية معا. وهي بالتالي أداة تحليلية ومفاهيمية للنظر إلى السياسية العالمية بشكل مختلف عما دأب عليه حقل العلاقات الدولية منذ تأسيسه، وإلى غاية تسعينيات القرن العشرين، للتدليل على التغيرات التي تصيب العالم. وذلك من ثلاثة جهات:

1-توسيع مجال التحليل ليضم مجموعة متنوعة من الفواعل، وكذا فئات أوسع من القضايا.

2- تركيز منظري الحوكمة العالمية على القواعد، ونظم القواعد التي تكبح وتؤثر على سلوك الفاعلين في السياسة العالمية، مقابل التركيز التقليدي على القوة و التفاعلات المنفلتة بين الدول.

<sup>1 -</sup>Christian May, "Global Democracy, Private Governance and the Ideology of Global Civil Society" Paper prepared for the 6th Pan-European Conference on International Relations, Torino/Italy, 12 - 15 September, 2007, [viewed on 18/10/2011], in: <a href="http://turin.sgir.eu/uploads/May-May global civil society.pdf">http://turin.sgir.eu/uploads/May-May global civil society.pdf</a>

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> - Matthew J. Hoffmann and Alice D. Ba, op.cit. p.5

3- تصور السياسة العالمية بشكل أكثر تعقدا وحركية بالمقارنة مع التصورات السّكونية للمقاربات التقليدية. (1) ومن بين الأعمال الأكاديمية التي تتبنى هذا التصور نجد تصور "ديفيد فيدلر" . Fidler D لنماذج الحوكمة.

جدول رقم (02): نماذج الحوكمة حسب د. فيدلر

نطاق نفاذ القواعد	مصادر القواعد	الفواعل المتدخلة	نماذج الحوكمة
نطاق نفاذ القواعد محدود	-الدساتير .	-الدول	الحوكمة الوطنية
بالإختصاص الإقليمي للدولة	–القوانين	- الكيانات غير الدولة : الشركات	
	- التنظيمات الإدارية	ومنظمات المحتمع المدني، نقابات	
	-العرف	العمال	
	-الأحكام القضائية	– الأفراد.	
تنفذ القواعد بين الدول بشكل	- المعاهدات.	– الدول	الحوكمة الدولية
مباشر، أو غير مباشر عبر	– القانون الدولي العرفي.	- المنظمات الدولية	
المنظمات الدولية	- المبادئ العامة للقانون.		
تنفذ القواعد وتؤثر على العلاقات	- المعاهدات	- الدول	الحوكمة العالمية
بين الدول وعلى سلوكات	– القانون الدولي العرفي	- المنظمات الدولية	
وأنشطة الفواعل غير الدولاتية	- المبادئ العامة للقانون	– الشركات متعددة الجنسيات	
والأفراد.	- القانون "الناعم"	- المنظمات غير الحكومية	
	- القواعد غير الملزمة	– الأفراد	

Source: David Fidler, "Global Health Governance OVERVIEW OF THE ROLE INTERNATIONAL LAW IN PROTECTING AND PROMOTING PUBLIC HEALTH", in : [ viewed on 15/09/2011]. <a href="http://cgch.lshtm.ac.uk/ghg3.pdf">http://cgch.lshtm.ac.uk/ghg3.pdf</a>>.

أو نموذج "ف. باتبيرغ" Ph. Pattberg الذي يعرّف الحوكمة العالمية على أنها أداة تحليلية حيوية لرصد التحولات الكبيرة للسياسة العالمية المعاصرة وعملياتها حيث تسمح هذه الأداة بأخذ الفواعل غير الدولاتية وأنشطتها السياسية بجدية أكبر، وتحليل مختلف المستويات المكانية والوظيفية للسياسة؛ كما تمتم بالآليات الجديدة لإنتاج المنافع العامة العالمية والحفاظ عليها؛ كما تلقي الضوء على نشأة وتأسيس فضاءات جديدة ومستقلة للسلطة تقع في ما وراء الدولة (2).

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> - Ibid, pp.5,6.

<sup>2 -</sup> Philipp Pattberg, "The Institutionalisation of Private Governance: Conceptualising an Emerging Trend in Global Environmental Politics". In : <http://www.glogov.org/images/doc/WP9.pdf>.

بحدول رحم (65). حسيف ف. بانبيرغ لا بيات الحوصة العالمية حسب فيه العواجل المساحلة والعرض سها	)): تصنيف "ف. باتبيرغ" لآليات الحوكمة العالمية حسب فئة الفو	لجدول رقم (33
---	---	---------------

			الفواعل المتدخلة
خاصة	هجينة	عامة	
			الغرض من الآلية
حوصصة حدمات المياه	المبادرة العالمية للإبلاغ	صندوق الأمم المتحدة	توفير الخدمات والمنافع
	(GRI)	للسكان (UNFPA)	
مبادرة استدامة الإسمنت	الشبكة العالمية حول الطاقة	المرفق البيئي العالمي (GEF)	التنفيذ
(CSI)	(GNESD)		
مجلس الإشراف البحري	اللجنة العالمية للسدود	قمة جوهانسبيرغ	صنع القواعد
(MSC)	(WCD)		

Philipp Pattberg, « The Institutionalisation of Private Governance: Conceptualising an Emerging Trend in Global Environmental Politics. In: <a href="http://www.glogov.org/images/doc/WP9.pdf">http://www.glogov.org/images/doc/WP9.pdf</a>>.

وإضافة إلى النقد الدائم الآتي من معسكر التيار التقليدي في نظرية العلاقات الدولية المتمركز حول الدولة السيّدة. فقد لقي هذا التصور للساحة السياسية العالمية نقدا أيضا من قبل باحثين من مدارس أخرى مثل ... Mingwerth و Ph. Pattberg و Ph. Pattberg حيث حددا ثلاثة مجالات مهملة في الأعمال الرامية للتأسيس النظري لمفهوم الحوكمة العالمية هي :

1- التسليم بالعالمية (globality) في حين أنها غير موجودة، على اعتبار أن العولمة الشاملة ليست سوى افتراض نظري غير محقق واقعيا ؛ 2- المبالغة في اعتبار أن العالم "محكوم" (governed) فعلا بتلك الأطر والمؤسسات والترتيبات التي تشكل الحوكمة، وأن الكثير من مجلات التفاعل العالمي تشهد غيابا للقواعد الحاكمة أو محاولات لمنع نشوء من خلال التوجه نحو مبادرات ذاتية للضبط. أي أن أدبيات الحوكمة العالمية تفشل في وضع الحدود الفاصلة بين ما هو حوكمة وما هو غير ذلك، أو لا-حوكمة (non-governance) ؛ 3- عدم وضوح الموقف من السياسة في خطاب الحوكمة. حيث تساءل الباحثان عن سبب تفضيل مصطلح حوكمة على مصطلح سياسة (politics). واعتبارها توجها نحو التسويق لمفهوم تقني تسييري للعملية السياسية أصلا. هذا الموقف يجده الباحثان غير محايد ثقافيا ويكرس نظرة أنغلوسكسونية ضيقة عن إدارة شؤون الحياة بشكل متناغم من خلال نظام وتعدد المراكز (polycentric) دون أن تكون بالضرورة محصلة لعلاقات القوة؛ أي عملية سياسيّة (1).

ı

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> - Klaus Dingwerth and Philipp Pattberg, "How Global and Why Governance? Ambivalences, Blind Spots, and

Challenges for a Critical Global Governance Literature". in:

<sup>&</sup>lt; http://turin.sgir.eu/uploads/Pattberg-D HowGlobal 061015.pdf >

وهو ما تدعمه أيضا مقاربة "ف. مولر" Philipp S. Müller النقدية للمفهوم، والذي يكرس حسبه نظرة إلى الحياة الدولية تؤسس شرعية المؤسسات القائمة بالتعامل مع قضايا عالمية بعينها، فقط على أساس "نجاح" أو "فعالية آلية حل المشكلة". (1)

من ناحية أخرى نجد أن تصور "ب. آرتس" " Bas Arts " لمفهوم الحوكمة العالمية واستخداماته يخدم أغراض هذا البحث وهو ما يدعونا إلى اعتماده. كما أنه يضم ويتجاوز في آن واحد موقف النفي السابق أو الموقف السلبي تجاه المفهوم، والذي يرى في أن الحوكمة العالمية تحيل إلى ظاهرة كانت على الدوام في بؤرة إهتمام تخصص العلاقات الدولية، سواء استخدموا المفهوم بحرفيته أم لا. فحسب هذا الباحث يمكننا أن نلاحظ عموما مفهومين أساسيين للحوكمة العالمية:

أ- مفهوم ضيق؛ يشير إلى الأساليب الجديدة للتنسيق العمومي ( public co-ordination)، وهي أساليب التي عبر عنها "روزنو" في عنوان نشأت مؤخرا مثل الحوكمة الشبكية ( network governance)، أو الأساليب التي عبر عنها "روزنو" في عنوان عمله الشهير " حوكمة بدون حكومة"، أو أيضا تعريف "أ. شولت" " Aart Scholte" الذي يعتبر الحوكمة العالمية مفهوما ينحصر ضمن الشؤون ثلاثية الأضلاع (حكومية-قطاع خاص-مجتمع مدني) وترتيبات التنسيق العالمية الجديدة مابين الدول ومنظماتها الدولية، والفواعل غير الحكومية، التي تتخطى المقاربة مابين الحكومية الضيقة.

ب- المفهوم الواسع؛ ويشير إلى أيّ نمط لهذا التنسيق العمومي سواء كان نمطا تراتبيا تقليديا، أو نمطا مابعد حداثي — تصاعدي (Bottom-Up). ويوافقه في هذا المفهوم "نايل" Knill و"ليمكول" Lemkuhl اللذان اعتبرا الحوكمة تعبيرا عن "كل أساليب التنسيق بين التصرفات الفردية الهادفة لتوفير المنافع المشتركة سواء كانت أساليب عمومية، أو مجموعات مختلطة بين النوعين من الفواعل"(3).

وما نراه مناسبا لتحليل موضوع دراستنا المتمثل في حوكمة الصحة العالمية، هو تبني هذا المفهوم الواسع، في الوقت ذاته، اعتبار مفهوم الحوكمة العالمية إطارا تحليليا مناسبا جدا لتحليل قضايا السياسات العالمية الراهنة.

30

<sup>1-</sup>Philipp Sebastian Müller, « Politicians of Global Governance ».in:

<sup>&</sup>lt;a href="http://confines.mty.itesm.mx/articulos1/MuellerP.pdf">http://confines.mty.itesm.mx/articulos1/MuellerP.pdf</a>

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> - Bas Arts, "Non-state Actors in Global Governance. Three Faces of Power". Köln: Max-Planck-Institute for the Study of Societies, 2003,in: < <a href="http://www.coll.mpg.de/pdf\_dat/2003\_04online.pdf">http://www.coll.mpg.de/pdf\_dat/2003\_04online.pdf</a>>

<sup>&</sup>lt;sup>3</sup> - Christoph Knill and Dirk Lehmkuhl, "Private Actors and the State: Internationalization and Changing Patterns of Governance", in:

<sup>&</sup>lt;a href="http://kops.ub.uni-konstanz.de/bitstream/handle/urn:nbn:de:bsz:352-opus-de:bsz:352-op

<sup>18562/2002</sup> Governance.pdf?sequence=1 >

#### المبحث الثالث: حوكمة الصحة العالمية، التطور التاريخي، والمقاربات السائدة حولها

إذا كانت "حوكمة الصحة" متعلقة بالأفعال والوسائل المتبناة من قبل مجتمع ما لتنظيم نفسه بغرض ترقيّة صحة أعضائه وحمايتها. وأن القواعد التي تحدد وتحكم هذا التنظيم وعمله يمكن أما أن تكون إما رسمية، مثل قوانين الصحة العمومية أو اللّوائح الصحية الدولية، أو غير رسمية، فإن المفهوم العميق للحوكمة العالمية كما رأينا في المبحث الأول يرشدنا إلى أن آليات الحوكمة يمكن أن تتموضع على المستويات المحلية، أو القومية أو الإقليمية أو العالمية. كما أنها يمكن أن تكون حوكمة عامة «Private » و Public governance» أو خاصة Private ». (1)

سوف نقوم هذا الجزء من البحث بمحاولة بناء تصور مفصل للمقصود من حوكمة الصحة العالمية بدء بعرض تطور تاريخي لنشوء هذا النظام وتطوره، وأهم معالمه المعاصرة.

## المطلب الأول: من حوكمة الصحة الدولية إلى حوكمة الصحة العالمية

يمكن أن نعيد أصول التعاون الدولي في مجال الصحة العامة إلى الجهود الدولية في مجال الرقابة على الأمراض المعدية العابرة للحدود، (الأوبئة أو الجائحات التي كانت أساسا نتيجة للحركة التجارية الدولية) إلى المؤتمرات الصحية الدولية الأولى ابتداء من منتصف القرن التاسع عشر، وقد عرفت هذه الفترة من التاريخ العالمي تفشي أوبئة فتاكة خاصة منها الكوليرا (1830-1847)، وهو ما أدى إلى خسائر بشرية مهمة عبر كامل أوروبا وأثر كثيرا على حركة التجارة الدولية نتيجة التأخيرات في الشحن والتفريغ بسبب إجراءات الحجر الصحي التي كانت تطبقها الدول بشكل منفرد. (2)

و قسم "ك . لوفلين Kelly Loughlin و "ف. بيريدج" Kelly Loughlin تطور التعاون الدولي المعاصر في ميدان الصحة إلى ثلاثة مراحل متعاقبة أساسية هي: 1 – مرحلة القرن التاسع عشر، أو مرحلة المؤتمرات الدولية للصحة (1851-1903)؛ 2 – مرحلة النصف الأول من القرن العشرين ؛ 3 – مرحلة ما بعد الحرب العالمية الثانية والدور المحوري لمنظمة الصحة العالمية.

#### أولاً - مرحلة القرن التاسع عشر، أو مرحلة المؤتمرات الدولية للصحة (1851-1903)

على غرار نمو وتطور ما يدعى بالتعاون والتنظيم الدوليين الحديثين في الفترة مابين مؤتمر فينا سنة 1815 واندلاع الحرب العالمية الأولى سنة 1914 – في ميادين شتى مثل القانون؛ الإقتصاد؛ والعمل؛ والحركات الفكرية

2 -D. Fidler, "From International Sanitary Conventions to Global Health Security: The New International Health Regulations", **Chinese Journal Of International Law**, Vol. 4, No. 2, 2005, [325-392], p. 328.

31

<sup>1-</sup> Richard Dodgson and Kelley Lee And Nick Drager, "Global Health Governance A Conceptual Review", Discussion Paper No.1, Department of Health and Development, World Health Organization & London School of Hygiene & Tropical Medicine", February 2002, p.6.

والدينية - فقد شهدت هذه الفترة التاريخية أيضا نشوء التعاون الدولي في ميدان الصحة العامة. ودشّنت هذه المرحلة بانعقاد أولى المؤتمرات الدولية للصحة (ISCs) التي كان مؤتمر باريس الأول سنة 1851 فاتحتها<sup>(1)</sup>.

وبشكل عام، عرفت هذه الفترة موجة من عولمة التجارة السلعية، وما رافقها من حركة عالمية للأشخاص خاصة بفضل تطور وسهولة حركة النقل ، خاصة النقل البحري بين أوروبا وآسيا بعد فتح قناة السويس، فقد تضاعفت حمولة السفن من كل أنواع السلع من 700 ألف طن سنة 1850، إلى حوالي 26 مليون طن سنة 1910 كما ترافقت مع هذه الحركية التجارية الهائلة حركة سكان لا تقل أهمية، حيث شهدت الفترة بين 1815 و 1915 هجرة 46 مليون أوروبي خارج القارة خاصة أمريكا الشمالية، و 50 مليون صيني إلى شتى بقاع العالم. وهو ما أتاح الفرصة لعدة ظواهر صحية لأن تنتشر عبر العالم، وأهمها إنتشار بعض الأمراض المعدية المستوطنة (endemics) في بعض الجهات من القارات دون غيرها مثل الكوليرا (cholera) والطاعون (plague)، والحمى الصفراء (fever). (6)

وكانت التأخرات في مواعيد التفريغ والشحن التي انجرت عن إجراءات الحجر الصحي؛ التي فرضها انتشار تلك الأمراض إلى باقي مناطق العالم مسببة أوبئة عالمية أمراض الكوليرا والطاعون ؛ تسبب خسائر متزايدة للتجارة الدولية آنذاك، خاصة أنها كانت تعتمد على النقل البحري أساسا. ويعد انعقاد هذه المؤتمرات ترجمة لقناعة الدول الأوروبية التجارية الكبرى أن الإنتشار العابر للحدود والأقاليم للأمراض المعدية لم يعد بالإمكان إبقاؤه مسألة حكومة دولة بمفردها، وقد تجسد بالفعل هذا المسعى من خلال تبنى الإتفاقية الدولية الصحية لسنة 1893.

وتلا مؤتمر باريس الأوّل عدة مؤتمرات من نفس النوع مابين سنوات 1866؛ 1913 بلغ عددها ثمانية عشر (18) مؤتمرا، لتشكل الآلية المفضلة دوليا لمواجهة التهديدات الإقتصادية والسياسية للأوبئة الناشئة. وتميزت هذه المؤتمرات خاصة بالصبغة غير الدائمة (Ad Hoc)، وهيمنت عليها السلطات الحكومية مع مشاركة ضعيفة للتكنوقراط والخبراء. كما أن المفاوضات في هذه المؤتمرات كانت تنحصر في الحد من آثار الحجر الصحي على التجارة الدولية، هو ما يعكس المصالح التجارية للدول الأوروبية التي كانت على المحك آنذاك. كما تميزت بعدم وجود أمانة دائمة للمؤتمر لتلعب دور الوكيل. (3) إلا أنها كانت الأرضية الخصبة لتأسيس إثني عشرة ( 12) مؤسسة

<sup>1 -</sup> Loughlin K., Berridge V., "Global Health Governance: Historical Dimensions of Global Governance", World Health Organization and London School of Hygiene and Tropical Medicine, Geneva, 2002, p.7.

<sup>2 -</sup> Mark W. Zacher and Tania J. Keefe, **The Politics Of Global Health Governance: United By Contagion,** 1<sup>st</sup> Ed., Palgrave Macmillan, New York, 2008, pp.25,26.

<sup>3 -</sup> Carmen Schneider Huckel, "Legitimacy and Global Governance in Managing Global Public Health". dissertation for obtaining the grade of Doctor of Social Sciences, Faculty of Social and Behavioural Sciences, University of Tübingen, Germany, 2009, pp.30,31.

دولية للصحة، حيث كان مكتب الصحة الدولي ( ISB) ومكتب البلدان الأمريكية للصحة ( PASB) المنشئين سنة 1903 أولى المنظمات الدولية ذات الإهتمام الصحي. (1)

## ثانيا: مرحلة النصف الأول من القرن العشرين

كان مؤتمر باريس لسنة 1903 نقطة تحول أساسية نحو تعاون دولي أكثر رسمية وأكثر ديمومة في الجال الصحي. وقد عالج المؤتمر مسألة إلزام الدول إشعار بعضها بعضا في حالة ظهور وباء على أراضيها، والإجراءات الصحية لعبور السفن التجارية عبر قناة السويس، أما التطور الأهم في هذا المؤتمر فكان تنصيب لجنة دائمة لإسناد الإتفاقيات السابقة التي ظلت دون مصادقة من قبل غالبية الدول الأعضاء. ومثل خطوة حاسمة لإدراك الدول المؤتمرة لمزايا التنظيم الدائم، وهو ما ترجم فعلا في تأسيس "المكتب الدولي للصحة العامة" ( OIHP) سنة 1907 الذي يحكمه جهاز دائم مكون من ممثلي الدول من ذوي الخبرة في مجال الصحة العامة.

وكانت مهمة المكتب الأساسية إدارة الإتفاقيات الصحية الدولية؛ توفير الإستعلام اللازم عن الأوبئة؛ وتحميع ونشر المعلومات ذات الإهتمام الصحي الدولي العام. كما مارس المكتب وظائف الإشراف على الدراسات الخاصة بالأوبئة والتحضير لمؤتمرات لاحقة إلى غاية 1946. وساعد تأسيس هذا المكتب في تعميق التعاون الدولي العلمي من خلال انتشار التنظيم الدولي ما بين الحكومي خلال القرن التاسع عشر.

كما شهدت تلك الفترة أيضا إنشاء منظمة عصبة الأمم للصحة ( LNHO)، كمنظمة موازية للمكتب الدولي للصحة العامة، لكن المنظمة كانت ذات اهتمامات تقنية وعلمية أكبر، كما أنها كانت منفتحة بشكل الدولي للصحة العامة، لكن المنظمة كانت ذات اهتمامات تقنية وعلمية أكبر، كما أنها كانت منفتحة بشكل أكثر على الحركة الخيرية الإنسانية ممثلة في مؤسسة روكفيلر ( Rockefeller Foundation) التي كانت وراء تمويل المنظمة بنسب تتراوح بين الثلث إلى النصف من ميزانيتها، أو مؤسسات مثل ( Milbank Memorial Fund؛ Sage Foundation بمع وتصنيف المعلومات عن الحالة الصحية لسكان العالم، كما طورت برامج خاصة عن المحددات الإجتماعية للصحة، إلى جانب إسهامها الحالة الصحية لسكان العالم، كما للسلامة الغذائية (2).

## ثالثا– مرحلة ما بعد الحرب العالمية الثانية والدور المحوري لمنظمة الصحة العالمية

منذ منتصف القرن العشرين وإلى غاية عقد التسعينيات منه، كانت المنظمات الدولية الحكومية (منظمة الصحة العالمية، والاثنتين والعشرين ( 22) وكالة أممية ذات البرامج الصحية المحدودة والوكالات ثنائية الأطراف،

33

<sup>1 -</sup> ibid., p. 30.

<sup>2 -</sup> Ibid ,35.

الفصل الأول إطار مفاهيمي تحليلي

والبنك العالمي)، والدول الأعضاء فيها تتحكم بالصحة الدولية، وكان تمويل العمليات الصحية ثنائي الأطراف بشكل أساسي، وفي اتجاه واحد؛ أي من الدول المانحة إلى الدول المستقبلة (أنظر الملحق رقم ). (1)

حوكمة لعبت فيها منظمة الصحة العالمية دور تنسيق الجهود عبر العالم، مثل الجهود الرامية للقضاء على الجدري بالتعاون مع شركاء محدودين، وتوفير التقارير الدولية والتعامل مع اندلاع الأوبئة من خلال اللوائح الصحية الدولية (IHR)، بينما تحمل وزارات الصحة للحكومات الوطنية على كاهلها العبء المركزي والأعظم في تقديم الخدمات الصحية.

كان هذا النمط من الحوكمة يتسم بالبساطة نسبيا، من خلال عدد محدود من الفواعل وخطوط مسؤولية واضحة بينها. ومن جهة أخرى كانت الدول المتقدمة تشعر بالإرتياح تجاه ذلك المستوى من التعاون في مواجهة المشاكل الصحية الدولية، هذا إلى جانب أن تلك اللوائح الصحية الدولية كانت محل انتقاد بكونها تخدم مصالح تلك الدول كما أنما لم تكن تعتمد عليها فعيا في معالجة تفشى الأوبئة. وضع لم يكن ليستمر مع بروز وإعادة بروز والإنتشار الواسع والمعولم لبعض الأمراض والأوبئة. ومع تفاقم آثار العولمة على الصحة العامة عبر العالم نشأ وعي جديد لدى مختلف أعضاء المجتمع العالمي بعدم ملاءمة حوكمة الصحة من النمط القديم، أو الحوكمة الدولية للصحة، وضرورة التفكير بحوكمة جديدة للصحة العالمية. (2)

من جهة ثانية يعتبر "فيدلر" أن حوكمة الصحة العالمية كتصور، تقوم على أساس التمايز مابين الحوكمة الدولية من جهة، والحوكمة الوطنية من حيث الفواعل المتدخلة و شكل القواعد الحاكمة و نطاق نفاذ تلك القواعد كما يوضحه الجدول رقم ( 01)، ويعتبر أن العامل الحاسم في تمييز حوكمة الصحة العالمية هو تدخل الفواعل غير الدولاتية خاصة منها الشركات متعددة الجنسيات والمنظمات غير الحكومية في عملية الحوكمة. وتتميز الحوكمة الدولية عن حوكمة الصحة العالمية من ثلاثة أوجه رئيسية هي:

1 أن الحوكمة الدولية تتضمن التعاون العابر للحدود بين الحكومات المعنية أساسا بصحة سكان إقليمها، وذلك من خلال تدابير مثل الرقابة على الأمراض الفاشية، الرصد وتقديم التقارير، ضبط التجارة في المنتجات الصحية وخدماتها في إطار إتفاقية حماية المكلية الفكرية ( TRIPS). في حين أن التغيرات التي سببتها العولمة قد جعلت من الصعب بقاء كل من المحددات والنتائج الصحية في إطار الحدود الإقليمية. وعلى ذلك تتأسس الدعوة إلى تغيير الهندسة الدولية القائمة لحوكمة الصحة التي لم تعد ملائمة للتعامل مع التدفقات العابرة للحدود ذات الآثار الصحية على البشر، مثل حركة الناس الدولية، والتغير المناخي العالمي، والتجارة الإلكترونية للخدمات والمنتجات الصحية.

<sup>1 -</sup> Margaret E. Kruk, « Globalization and Global Health Governance: Implications for Public Health », working paper presented to The Changing Landscape of Global Public Health Conference, Columbia University – New York, 24-26 October, 2010, p. 7.

<sup>-</sup> Nora Y. Ng and Jennifer Prah Ruger, "Global Health Governance at a Crossroads", Global Health Governance, Volume III, No. 2, Spring 2011, p.2.

2- أن آليات اشتغال الحوكمة الدولية للصحة هي بالتعريف آليات حكومية، تركز على سلطتها الإذعانية، ومن أمثلتها الواضحة اللوائح الصحية الدولية (IHR) والإتفاقية الإطارية بشأن مكافحة التبغ (FCTC). بالمقابل تحتضن حوكمة الصحة العالمية كلا من الفواعل الحكومية والفواعل غير الحكومية، إلى جانب فئة واسعة من آليات الحوكمة الرسمية وغير الرسمية؛ مثل المدونات الطوعية لقواعد السلوك؛ معايير النوعية؛ مناهج الإعتماد، واليات التقرير والرصد الخاصة بالمستهلكين.

3- بينما تركز الحوكمة الدولية للصحة تاريخيا على القطاع الصحي، فحوكمة الصحة العالمية تسعى إلى التعامل مع المحددات البعيدة والعميقة للصحة، حيث تبلغ آثارها إلى القطاعات غير الصحية مثل التحارة والتمويل؛ والبيئة...إلخ. (1)

## المطلب الثاني: معالم حوكمة الصحة العالمية المعاصرة

رأينا في المطلب المخصص لتحديد مفهوم الحوكمة العالمية أن التغير العالمي الذي تسارعت وتيرته بعد الحرب الباردة والموسوم بالعولمة، كان أحد المصادر الأساسية والتحدي الأكبر الذي حفز بناء كل أطر التصور والفعل للحوكمة العالمية، لذلك نرى أنه من المهم مناقشة الجوانب الصحية للعولمة قبل التطرق إلى تفصيل مفهوم حوكمة الصحة العالمية ككل.

# أولا- الآثار الصحية للعولمة:

يشير مفهوم العولمة عموما حسب "ك. بيوز" " K. Buse " إلى تلك العملية التاريخية التي تصيب طبيعة التفاعلات الإنسانية بتغيرات عميقة في جوانبها الإقتصادية والسياسية والتكنولوجية والثقافية والبيئية، نتيجة لتحول الحدود المكانية والزمانية والمعرفية التي تفصل بين سكان المعمورة. وبشكل عام هناك ميل لاعتبار العولمة عملية مؤثرة على قدرات الدول منفردة على توفير الخدمات العامة، والصحة بشكل خاص (2). كما أن الإنتباه إلى الروابط بين العولمة والصحة قد تناما بسرعة منذ منتصف التسعينات بداية من خلال التصورات الجديدة عن الأمن القومي والإنساني (3).

فالعولمة تحد بشكل متزايد من قدرة الدول على حماية وتحسين الصحة العامة لسكانها، وكذلك الشأن بالنسبة للمنظمات الدولية الحكومية؛ وذلك من حيث أربعة جوانب:

<sup>1 -</sup> Fidler D. "Global Health Governance, OVERVIEW OF THE ROLE OF INTERNATIONAL LAW IN PROTECTING AND PROMOTING PUBLIC HEALTH", op.cit., p.8.

<sup>2 -</sup> Kent Buse et al. "globalisation and health policy: trends and apportunities" in: Kelley Lee and Suzanne Fustukian (eds.) **Health Policy in a Globalising World**, Cambridge University Press, New York, 2001, p.251.

<sup>3 -</sup> ibid. P.4.

1- خلق أخطار صحية عبر قومية جديدة أو مفاقمة أخطار قائمة (ظهور أو إعادة ظهور أمراض معدية، ومختلف الأمراض غير المعدية، وتدهور البيئة) ؛ فنمو وانتشار هذه الأخطار العابرة للحدود القومية يضع آليات الحوكمة الصحية الدولاتية التقليدية أمام تحديات مباشرة، وتحد من فعالية نتيجة طبيعتها الدولاتية بالأساس.

- 2- تحفيز وتقوية تأثير الفواعل غير الدولاتية في حوكمة الصحة ؛ وهي أساسا جماعات المجتمع المدني العالمي، والشركات الخاصة، شركات الإستشارة، وعلب الفكر، والحركات الدينية، والجريمة المنظمة التي اكتسبت قوة وتأثيرا نسبيين بشكل رسمى وغير رسمى.
- 3 التأثير على المحددات الإجتماعية والإقتصادية للصحة على المستوى العالمي ؛ ومن أبرز هذه التأثيرات تنامي الفوارق في توزيع بين الأغنياء والفقراء وبالتالي مفاقمة ظاهرة الإستقطاب الصحي من جهة، وتراجع قدرات الدول على التعامل مع التحديات الصحية المرافقة لتحرير التجارة العالمية لسلع و الخدمات من جهة ثانية.
  - 4- انتقال أسرع للأدوية والمعدات الطبية من الدول الغنية أساسا إلى باقي أرجاء العالم- وهو ما يخلق إمكانيات كبيرة لتحسين الحالة الصحية للأفراد والمجتمعات عبر العالم (1).

وهو ما يدعونا إلى القول إلى أن العولمة كانت قوة دافعة نحو نشوء حوكمة شبكية عالمية للصحة ذات تعقيد مؤسساتي سنحاول تحليه في مايلي:

# ثانيا التعقد المؤسساتي لحوكمة الصحة العالمية

تنحو أغلب الأدبيات المختصة بمجال حوكمة الصحة العالمية إلى فهمها كجزء من النظام العالمي ما بعد الويستفالي، الذي يتضمن مسارا جديدا يسعى لتحقيق أهداف جوهرية جديدة؛ أي المنافع العالمية من أجل الصحة (Global Public Goods For Health)، حيث أن استراتيجيات النظام الجديد تتخطى تلك التي أسستها ديباجة دستور منظمة الصحة العالمية منذ 1948، والتي كانت دليلا مرشدا لعمل المنظمة خلال القرن العشرين.

فحوكمة الصحة العالمية المعاصرة تتسم بالتعقد الكبير من حيث البنية والآليات (\*)، وهي بالأحرى أشبه بتكتل فضفاض ومائع، له مراكز متعددة ومتغيرة النفوذ على حد تعبير "هيلين جايل". فهي تضم إلى جانب الهيكلية التقليدية للحوكمة الدولية للصحة، التحالفات والشراكات الجديدة مثل الصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا (GFATM). (2) أي أنها من جهة تضم فئة فواعل، وأصحاب مصلحة متنوعة ومتنافرة من حيث

2- هيلين جايل، "هل النظام الصحي العالمي محطم؟ التوصل لرؤية محددة"، التمويل والتنمية، ديسمبر 2007، ص.37.

-

<sup>1 -</sup>Wolfgang Hein and Lars Kohlmorgen, "Global Health Governance: Conflicts on Global Social Rights", **Global Social Policy**, April 2008 vol. 8 no. 1, pp : 80-108.

<sup>\*-</sup> سيكون الفصل الثاني عبارة عن دراسة مفصلة لأنماط الفواعل المتدخلة في حوكمة الصحة العالمية.

الطبيعة والأهداف ومنطق التسيير الذي يحكمها، ومن جهة ثانية تضم أنماط حوكمة مختلفة ليست بالضرورة هيراركية تقليدية. (1)

بهذا الصدد، يعتبر "د. فيدلر" حوكمة الصحة العالمية:

"استخداما لكل من المؤسسات والقواعد والعمليات الرسمية وغير الرسمية، من قبل الدول، والمنظمات الحكومية، والفواعل غير الدولاتية، بغية التعامل مع التحديات الصحية التي تتطلب عملا جماعيا عابرا للحدود، بحدف الفعالية لهذا التعامل، إن بساطة هذا التعريف النسبية ينبغي ألا تحجب عن أنظارنا الاتساع والتعقيد الذين يسمان هذا المفهوم". (2)

اتساع وتعقيد جعلاه في أحد مقالاته المهمة في الموضوع يرى أن حوكمة الصحة العالمية "بناء بدون هندسة معمارية واضحة المعالم". (3)

كما تذهب "ألين تايلور" Allyn Taylor إلى اعتبار حوكمة الصحة العالمية مفهوما يختصر محصلة تفاعل مخرجات شبكة من الفواعل الخاصة والعامة العاملة في ميدان الصحة، أو ذات التأثير عليه. وتشمل كلا من المنظمات الدولية الحكومية التي تسهم في وضع القانون الدولي للصحة، مثل منظمة الأمم المتحدة ووكالاتفا المتخصصة؛ والمنظمات الدولية والإقليمية من خارج منظومة الأمم المتحدة، والتي عملت توفير الأرضية التقنين القوانين الدولية ذات الصلة بالصحة أو على الأقل التأثير على القواعد المرساة سلفا في هذا المجال. وإضافة إلى هذا القطاع العريض والمتشابك من المنظمات الدولية مابين الحكومية، فقد شهد مجال حوكمة الصحة العالمية نموا معتبرا لتدخل فواعل غير حكومية وفواعل من القطاع الخاص الستاعي إلى الربح خاصة منها الصناعة الصيدلانية التي تمتلك تأثيرا قويا على السياسة الصحية العالمية. ومن جهة ثالثة نجد أن هذا المجال قد تدعم بأنماط جديدة لحوكمة مثل التحالفات أو الشراكات العامة—الخاصة ذات مجال النشاط المتخصصة والمحدودة، وكذا شبكات البحث الصحية. (4)

كما تكمن ميزة الحوكمة الصحيّة العالمية ضمن المنظومة ما بعد الويستفالية في أن الفواعل غير الدولاتية لم تعد مجرد جانب سلبي ومطلبي قائم على أساس حق الإنسان في الصحة، رغم أنما لا تقوم على نفي هذه الأساس في مسارات اشتغالها. وإنما تحولت هذه الفواعل أيضا إلى منتج شريك للسلع والخدمات الصحية، التي تستفيد منها حوكمة الصحة العامة على جميع المستويات.

37

<sup>1 -</sup>Geremy Youd, Global Health Governance, Polity Press, Cambridge, UK, 2012, p.3

<sup>2 -</sup> David P. Fidler, "The Challenges Of Global Health Governance", Working Paper, prepared for the Council on Foreign Relations, May 2010, p.3.

<sup>3 -</sup> David P. Fidler, "Architecture amidst Anarchy: Global Health's Quest for Governance", Global Health Governance, Volume I, No. 1, January 2007, p.3.

<sup>4 -</sup> Allyn L.Taylor, "Global governance, international health law and WHO: looking towards the future", Bulletin of the World Health Organization, 80: 2002, [975-980].pp.976,977.

ويرتكز عمل الحوكمة العالمية للصحة من المنظور ما بعد الويستفالي على التركيز على آليات إنتاج المنافع الصحية العامة العالمية\*. واستجابة للمعايير التالية:

1 إنتاج المنافع العامة الصحية العالمية يضم الفواعل الدولاتية وغير الدولاتية وهو بالتالي يتخطى الحوكمة المتمركزة على الدولة.

2- مستهلكو هذه المنافع هم من الأطراف الحكومية وغير الحكومية، وهو نقض آحر لمفهوم مركزية الدولة.

3- تتجاهل عملية إنتاج واستهلاك تلك المنافع الصحية العالمية في الغالب المفهوم الويستفالي عن السيادة و عدم التدخل. كما لا يلتزم إنتاج المنافع الصحية العالمية بخلق قواعد قانونية دولية مؤسسة على الرضا، ومثال هذا التجاوز هو الصندوق العالمي مكافحة الإيدز؛ السل والملاريا. وهي منظمة دولية غير ربحية لا تقوم على مبادئ القانون الدولي التعاقدي أو العرفي.

4 خلق الحوكمة العالمية للصحة السلع والخدمات التي يستفيد منها أكثر من بلد واحد، و لا تحددها في الغالب المصالح الوطنية لدولة واحدة  $^{(1)}$ .

#### ثالثا- السياسة الصحية العالمية

بشكل عام يمكن أن نفهم السياسة الصحية العالمية " السياسات والإجراءات التي تتبعها المنظمات الدولية الحكومية وباقي الفواعل (مثل المنظمات الدولية غير السياسات والآليات والإجراءات التي تتبعها المنظمات الدولية الحكومية، منظمات المجتمع المدني، القطاع الخاص والجمعيات الطبية... إلخ)، من أجل التأثير على سياسات الصحة الوطنية وتوجيهها من جهة، وتوفير وسائل التوزيع والضبط، العالمية وضمان الحقوق العالمية المتعلقة بالصحة من جهة ثانية. وعليه فهي بمثابة المخرج والمحصلة لعملية حوكمة الصحة العالمية.

وتعلق السياسة العالمية للصحة إجمالا بالطرق التي تؤثر بها العولمة الأهداف والوسائل، والسياسة والبيئات والأدوات، وعمليات وأنماط اتخاذ القرار، وتنفيذه وتقييمه في مجال الصحة. وهذا يمكن أن يقود إلى وضع صنع سياسية على المستوى العالمي ( global-level of policy-making)، لكن السياسة الصحية العالمية قد تشمل أيضا جوانب صنع السياسة على المستويات المحلية والوطنية والجهوية المطلوبة للتعامل مع آثار العولمة على الصحة.

<sup>\*-</sup> سوف نقوم بمعالجة مفصلة لهذه المضامين في جزء متقدم من البحث.

<sup>1-</sup> David P Fidler, "Health, globalization and governance: an introduction to public health's 'new world order'", in: Kelley Lee and Jeff Collin, (eds.) **Global change and health**. Maidenhead, McGraw Hill, London, 2005, pp.174-175.

وعليه فأجندة السياسة العالمية للصحة هي مجال واسع تشمل العديد من فضاءات النشاط الإنساني التي تؤثر فيها عمليات العولمة على جميع المستويات إبتداءً من المستوى الفردي ووصولا إلى المستوى العالمي. (1)

## المطلب الثالث: المقاربات السائدة في تحليل حوكمة الصحة العالمية

حسب مشروع "تحول الحوكمة الصحية العالمية" فإن الأدبيات في هذا الجال تعاني نقائص يمكن تلخيص أهم معالمها في ثلاثة معالم هي :

1 أن الأعمال والتحليلات المنجزة في هذا الجال قد ركّزت حتى الآن على الأبعاد المؤسساتية والتقنية لسياسات و فواعل الحوكمة الصحية العالمية، وفشلت في فهم العوائق أمام حوكمة تستجيب بشكل ملائم لحاجات الصحة العالمية.

2- تنحو الأعمال المنجزة في الحقل إلى التركيز على الحالات الفردية - مؤسسات وآليات الحوكمة الصحية العالمية وإهمال الأعمال المقارنة بين هذه الحالات المنفردة، بالنظر إلى القيمة المعرفية والعملية المميزة للمقارنة في هذا الصدد.

-3 الأمراض المعدية تاركة وراءها مشاكل صحية عالمية كبرى لتحظى باهتمام شحيح بالرغم من التحديات التي تضعها أمام حوكمة الصحة العالمية.

ويكمن أن نصنف الأدبيات المعاصرة حول الصحة العالمية إلى أربع مقاربات كبرى مهيمنة في نظر العديد من الباحثين (مجلس البحث الأوروبي مثلا):

## أولا- المقاربة الطبية-الحيوية:

تستند هذه المقاربة إلى الصحة العالمية على الاستجابات الطبية والعلمية التقنية للمشاكل الصحية، وتركز على الخصائص الوبائية والعيادية للأمراض، وطرق الانتقال باستخدام الملاحظة البحث العلمي والعلاج الصيدلاني كاستجابة أساسية لها. وعلى النقيض من مقاربات الصحة العمومية التي طالما أكدت على المحددات الاجتماعية والاقتصادية للصحة، فالمقاربة الطبية - الحيوية تركز على العوامل البيولوجية والسلوكيات الخطيرة للفرد على المحوالة النهائية لحالته الصحية العامة. كما تقتصر حدود هذا الخطاب على مستوى العلاقة بين الطبيب والمريض؛ بالموازاة

-

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> -Alexandra Kaasch, « Overlapping and Competing Agencies In Global Health Governance » WHO, World Bank, and OECD in the guidance of national health care systems Paper prepared for the ISA RC19 Annual Academic Conference Florence, 6-8 September 2007 in:

<sup>«</sup> www.unifi.it/confsp/papers/pdf/Kaasch.doc ».

<sup>2</sup> Aberystwyth University, Department of International Politics , Centre for Health and International Relations – "The Transformation of Global Health Governance: Competing Worldviews and Crises" in:

<sup>&</sup>lt; http://www.aber.ac.uk/en/media/GHG-Synopsis.pdf > .

مع البحث المستمر عن الحلول —الدوائية – على المستوى الكلّي (  $\max$ o-level) من خلال المؤسسات الطبية ، بدلا من البحث عن أصول المشكلات وعلاجها على المستويات المجتمعية والاقتصادية (1).

وتواصل هذه المقاربة حسب "س. ماكلين" S. MacLean ، و"د.ماكلين" و D. MacLean الهيمنة على الأجندة البحثية والسياسية لحوكمة الصحة العالمية ليس بسبب أنها تقدم بالضرورة المخرجات السياسية الأمثل، بل الأن المصالح القوية تستفيد من البنية السائدة السياسات والبحث الصحيين. وهي مبنية على إعتقاد راسخ بأن الصحة تعنى الخلو من المرض بدلا من كونها حالة من الرفاه (3).

#### ثانيا- المقاربة الإقتصادية:

عرفت إقتصاديات الرّعاية الصحية في أغلب دول العالم انتعاشة ملحوظة منذ ثمانينيات القرن العشرين، وهو ما عكس تحولا في الأفكار نحو تمويل وتقديم الخدمات الصحية. كما كان لتصاعد دور البنك العالمي في ميدان المساعدة التنموية عموما والمساعدة في مجال الصحة دور في التبشير بسياسات صحية بروح نيوليبرالية خصوصا. (4)

وتقوم المقاربة الإقتصادية -أو المدعوة أيضا بالعقلانية والنفعية- بالتركيز على افتراض أن الموارد المتاحة محدودة أو نادرة، وأن التحدي الأساس أمام حوكمة الصحة العالمية والحكومات على السواء، يكمن في تخصيص الموارد بشكل الأكفء. وينظر إلى السوق -بالنسبة للبنك العالمي على الأقل- على أنها الآلية الأكثر فعالية

<sup>1</sup> Owain Williams and Simon Rushton, "Global Health Governance as contested space", European research council ISA annual convention New York ,15.18.2009 .p.8

<sup>2</sup> Kelley Lee, "Understandings of Global Health Governance: The Contested Landscape", in : Adrian Kay and Owain David Williams (eds), Global Health Governance Crisis, Institutions and Political Economy, Palgrave Macmillan, UK, 2009, p5.

<sup>3 -</sup>Sandra J. MacLean na David R. MacLean ,The Political Economy of Global Health Research,in: <a href="http://turin.sgir.eu/uploads/MacLean-maclean-turin.pdf">http://turin.sgir.eu/uploads/MacLean-maclean-turin.pdf</a>.

<sup>4</sup> Kelley Lee, op.cit., p.32

لتحقيق هذه الكفاية. ومن الناحية العملية تقود هذه المقاربة إلى التأكيد على الأبعاد الكمية لآثار مختلف حيارات السياسة، وفوائدها النسبية (1).

وحسب "ك. لي" " K. Lee " فإن برنامج العبء العالمي للأمراض (GBD) الذي ترعاه جامعة هارفرد بالولايات المتحدة الأمريكية، يعد المثال الأبرز في محاولة القياس الكمي لأعباء الأمراض. (2)

ويلح أنصار هذا التصور على أهمية تأسيس السياسات على الدليل العلمي وتحقيق المنفعة القصوى الممكنة للنفقات. ومن النّاحية الأخلاقيّة قادت هذه المقاربة على الأقل إلى مشروع نيوليبرالي كبير للصحة العالمية، من خلال إقتراح تحرير الصحة والنظم الصحية وسوقنتها وسلعنتها. لأن اليد الخفيّة للسوق حسبهم سوف تنقذ البشرية في النهاية، وأن الصحة الجيدة تقوم على النمو الجيد وابتكارات الشركات الصيدلانية، في حين أن الصحة السيئة هي نتيجة حتمية للبقاء بعيدا عن الرأسمالية العالمية. (3)

#### ثالثا- مقاربة حقوق الإنسان:

تنطلق مقاربة حقوق الإنسان في مجال الصحة من التسليم بوجود حق إنساني في الصحة، وعليه يصبح حرمان الأفراد من الحصول على خدمات الرعاية الصحية انتهاكا لذلك الحق. وهي بالتالي تضع في طليعة هذه الحقوق المساواة في فرص الحصول على الرعاية الصحية، وتشتمل أيضا على فهم معين يتجاوز فهم المقاربة الطبية الحيوية لما يشكل " الصحة جيدة".

ويعد إعلان "ألما أتا" " Alma Ata " (1978) التعبير الأكثر مأسسة ووضوحا في هذا الجال . حيث يؤكد هذا الإعلان على أن الصحة حق إنساني أساسي، وأن بلوغ أعلى مستوى ممكن من الصحة يعد من أهم الأهداف الإجتماعية العالمية، ويتطلب تحقيقه تظافر أعمال العديد من القطاعات الإقتصادية والإجتماعية إلى جانب قطاع الصحة. (4)

لذلك تربط مقاربة حقوق الإنسان للصحة علاقة قوية ومباشرة مع عمل منظمات المحتمع المدي العالمي، وحملات التعبئة الإجتماعية حول قضايا الحماية والتمكين من التمتع بهذه الحقوق. كما توجه عمل العديد من المؤسسات الخاصة والعامة متعددة الأطراف، وحتى الدول التي يعترف قطاع عريض من منها بالحق في الصحة في دساتيرها. كما أنه ليس من المدهش أن ترتبط هذه المقاربة بالإنتقادات الموجهة لمظاهر التفاوت العالمي بشأن الصحة، والإعتراف بالعوامل البنيوية التي تنكر حقوق الإنسان، وتكرس التمييز خاصة ضد المصابين ببعض

<sup>1 -</sup> Owain Williams and Simon Rushton, "Global Health Governance as contested space", op.cit., p.10.

<sup>2 -</sup>Kelley Lee, op.cit., p.32

<sup>&</sup>lt;sup>3</sup> - Matthew Sparke, Unpacking Economism and Remapping the Terrain of Global Health, in: Adrian Kay and Owain Williams (eds.), **Global Health Governance Crisis, Institutions and Political Economy**, Palgrave Macmillan, UK, 2009, p.135.

<sup>4</sup> ibid.

الأمراض مثل الإيدز، أو الفئات الأقل دخلا في العالم. وهو ما يجعل منها إطارا مفاهيميا وعمليا نضاليا من أجل تحسيد تصوراتها في آن واحد، من خلال التأثير على صناع القرار، وعمال الخدمات الصحية لتبني هذه المقاربة والتأثير بدورهم في باقي الفاعلين الإجتماعيين. (1)

كما يمكن تلخيص مسعى أنصار المقاربة الحقوقية إلى دفع المجتمع الدولي والدول للوفاء بالتزاماتها بخصوص الحق في الصحة تجاه مواطنيها، ومساعدة المواطنين الأجانب أيضا في حالات فشل دولهم في الاستجابة إلى انشغالاتهم الصّحية.

#### رابعا- المقاربة الأمنيّة:

غمت هذا المقاربة إبتداء من نهاية الحرب الباردة كاستجابة بعض أكثر التهديدات ضغطا على الدول حاليا بسبب الأزمات الصحية، مثل تفشي الأوبئة أو الجائحات، وأبرزها – أوبئة الإنفلونزا  $(H_5N_1, H_1N_1)$  وكذا من خلال الربط بين انتشار بعض الأمراض الفتاكة مثل الأيدز (SDIA/VIH)، وهشاشة الدول. وهي بذلك خطاب يؤكد أن التدفقات العالمية من كل الأنواع وعبر كل القنوات والسبل تحمل معها احتمال انتشار أسرع وأبعد مدى للعناصر والمواد الممرضة أو السلع و أساليب العيش ذات الآثار الصحية السلبية. وقد كان انعقاد دورة لمجلس الأمن في 10 / 10 / 2000، لمناقشة التحدي الذي يرفعه انتشار مرض الأيدز في إفريقيا من أبرز مظاهر هذا الخطاب (2000).

ومنذ ذلك الحين، عمدت الدول الكبرى إلى إنشاء هيئات ومؤسسات تضطلع بمهمة بناء مقاربة أمنية في مواجهة الأخطار الصحية العالمية، ومن أبرزها مبادرة الأمن الصحي العالمي (GHSI) المنشأة في نوفمبر 2001، بمشاركة وزراء حكومات ومفوضين ومسؤولي كل من منظمة الصحة العالمية، الولايات المتحدة، الممكلة المتحدة، المفوضية الأوروبية، فرنسا، ألمانيا، إيطاليا، اليابان والمكسيك. وقد دعا الحاضرون إلى دعم التعاون في مجال جاهزية واستجابة النظم الصحية العامة في مواجهة التهديد العالمي للإرهاب البيولوجي، الكيميائي، والنووي ؟ (3) ثم توسع تصور المبادرة للأمن الصحى العالمي ليشمل التهديدات الوبائية لبعض العناصر الممرضة مثل فيروس الإنفلونزا.

كما أنشأت المفوضية الأوروبية جهاز تنسيق غير رسمي يدعى " لجنة الأمن الصحي"، مهمته الأساسية تبادل المعلومات حول التهديدات الصحية الناجمة عن الأعمال الإرهابية، أو أية إطلاقات متعمدة لمواد خطيرة في الأوساط الحيوية، لقى هذا العمل صدى مباشرا لدى منظمة الصحة العالمية ، فأنشأت بدورها لجنة استشارة

<sup>1 -</sup> Laura Nolan Khan, Global public health: Evolution and implications, The Lancet Student, 2010 : <a href="http://www.thelancetstudent.com/legacy/2010/08/05/global-public-health-evolution-and-implications/">http://www.thelancetstudent.com/legacy/2010/08/05/global-public-health-evolution-and-implications/</a>

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> - Caroline Thomas, "Global governance, development and human security: exploring the links", **Third World Quarterly**, Vol. 22, No 2, 2001, [pp 159–175],p.160.

<sup>&</sup>lt;sup>3</sup> - Global Health Security Initiative, GHSI Background, in: < <a href="http://www.ghsi.ca/english/background.asp">http://www.ghsi.ca/english/background.asp</a>>

إستراتيجية حول الأمن الحي العالمي في مقرها العام بسويسرا. كما أصدرت المنظمة تقريرها السنوي لعام بعنوان" مستقبل أكثر سلامة: الأمن الصحي العام العالمي في القرن 21. (1)

ومع ذلك، ما يعاب على هذه المقاربة حصرها لأجندة حوكمة الصحة العالمية في تلك المظاهر الأكثر دراماتيكية وتأثيرا مباشرا على "أمن الدول" أي تركيزها على البعد الإستراتيجي لمشاكل الصحة من هذا النوع. فبرغم ما قد يولده من المزيد من التعاون الدولي في الميدان الصحي نتيجة لأثر الخطاب المؤمنِن، إلا أنه قد يضر بأولويات الإستثمار والمساعدة في هذا الميدان.

<sup>1</sup> - Stefan Elbe, **Security and Global Health,** 1<sup>st</sup> Ed. Polity, Cambridge, UK, 2010. pp.5-6.

43

# الفصل الثاني

الفواعل المتدخلة في حوكمة الصحة العالمية وأدوارها

تتمحور دراسات الحوكمة العالمية عادة حول تحليل مختلف الفواعل وأدوارها وأنماها التنظيمية؛ ومع أهمية الإشارة إلى صعوبة إحصاء جميع المؤسسات والفواعل وشبكاتها المتدخلة في حوكمة الصحة العالمية ، سنحاول في هذا الفصل متابعة تحليل حوكمة الصحة العالمية بنفس هذه المقاربة التحليلية، مسترشدين في ذلك بالنمذجة الثلاثية لأنماط الحوكمة العالمية أي الحوكمة الدولية - الحكومية والحوكمة الخاصة، الحوكمة الهجينة - الشبكية. فبخصوص النمط الأول التقليدي سنقوم على التوالي بتحليل أهم الأدوار والمنطق الموجه (معياري أو ربحي تجاري، أو متداخل بين المنطقين) لكل من الدول ذات التأثير المهم، ثم أهم المنظمات الدولية الحكومية المتدخلة في ميدان حوكمة الصحة العالمية فسيقودنا إلى مناقشة أدوار ومصالح كل من منظمات القطاع الربحي ذات النشاط العابر للحدود، والمنظمات غير الحكومية العبر قومية أو ما يسمى كالمن منظمات القطاع الربحي ذات النشاط العابر للحدود، والمنظمات غير الحكومية إلى ساحة حوكمة الصحة بالقطاع الثالث. أما المبحث الأخير، فخصصناه لتحليل أحدث الكيانات القادمة إلى ساحة حوكمة الصحة العالمية، وهي شراكات الصحة العالمية والتي تضم فواعل القطاعات الثلاث ، ذات بني مؤسسية وتتبع اهتمامات المعارية، والتنافس بينهما حين تحليل كل فاعل، وأدواره والأنشطة التي يلعبها على مستوى صنع سياسة الصحة العالمية.

# المبحث الأول: دور الدول في حوكمة الصحة العالمية

تعد الدولة الفاعل الأقدم والأهم من فواعل حوكمة الصحة العالمية، وذلك للإعتبارات السياسية والتاريخية في مسار تطور مبل حوكمة الصحة، كما رأينا في الفصل الأول، فهي المسؤول الأول عن ضمان صحة مواطنيها، وحمايتهم من الآثار الضارة للأنشطة العامة أو الخاصة داخل حدودها، كما تلعب دورا محوريا في جميع وظائف الحوكمة العالمية. سوف نحاول التركيز في هذا المبحث على الدور التمويلي للدول المانحة في مجال المساعدة التنموية الدولية. وقبل تفصيل ذلك نرى أن نحدد باختصار أهم مؤشرات تصاعد مكانة الصحة العالمية في سياسات الدول الخارجية في وقتنا الحالي. يمكن ملاحظة هذه المكانة المتنامية للصّحة العالمية في أجندة السياسات الخارجية للدول، باعتبارها مكونا مهما في ثلاثة أجندات سياسية عالمية على الأقل وهي: الأجندة الأمنية، والإقتصادية، والسياسية. (1)

ويبرز هذا التوجه مثلا من خلال مبادرة "السياسة الخارجية والصحة العالمية " (FPGHI) المشتركة بين حكومات دول فرنسا والبرازيل وإندونيسيا والنرويج، جنوب إفريقيا وتايلاند سنة 2006، والتي أفرزت "إعلان

<sup>1 -</sup>see: Ilona Kickbusch, "Global health diplomacy: how foreign policy can influence health", **British Medical Journal**, Vol. 342, 2011.

أوسلو الوزاري" لسنة 2007. حيث اعترف الإعلان بالأهمية المتنامية لقضايا الصحة العالمية في أجندة السياسات الخارجية للدول، ووضع مسارا لجعلها اهتماما استراتيجيا في القرن الواحد والعشرين (1).

يمكن أن نميز أساسا من الناحية التحليلية بين فئتين من الدول ذات الأثر الواضح على عمليات حوكمة الصحة العالمية، وهي فئة الدول المانحة، وفئة الدول المتلقية المثقلة بالمشاكل الصحية لسكانها. وهذا لا يعني القول أبدا أن الدول المانحة، في ملجأ من مشاكل الصحة "العالمية"، لكن مع ذلك فالتفاوت بين الأوضاع والقدرات الصحية لهاتين الفئتين من الدول، يبدو واضحا.

## المطلب الأول: الدول المانحة والتوظيف السياسي للمساعدة التنموية

تعد الدول الإثنين والعشرين ( 22) العضوة في لجنة المساعدة التنموية لمنظمة التعاون الإقتصادي والتنمية (OECD-DAC) أكبر جهة دولية مانحة في مجال الصحة العالمية، حيث تسعى إلى توفير مساعدة تنموية عبر العالم من خلال تخصيص نسبة تتراوح بين 0.17 % و 0.89% من نواتجها المحلية الإجمالية، وهو ما وفر فعليا حوالي 129 مليار دولار أمريكي سنة 2010 مثلا، (2) ويجعل منها بالتالي مجموعة مؤهلة للتأثير بقوة في حوكمة الصحة العالمية، سواء بشكل مباشر عن طريق البرامج والمشاريع الموجهة لمساعدة الدول الفقيرة بشكل ثنائي، أو عن طريق القنوات التنظيمية الأخرى التي توفرها هندسة حوكمة الصحة العالمية. (3)

وبالفعل كانت دول اللجنة في مقدمة المانحين بنسبة 27% من إجمالي التمويل المخصص للبرامج الصحية العالمية بملغ قدره 10.9 مليار دولار مقابل 4.7 مليار دولار من قبل المنظمات الدولية في سنة 2007<sup>(4)</sup>. مع ذلك، تجدر الإشارة في هذا الصدد إلى وجود تباين بين توجهات الدول في مجال تمويل المساعدات الصحية. فبينما تفضل بعض الدول تمرير الأموال عن طريق القنوات التنظيمية متعددة الأطراف والشراكات العامة الخاصة العالمية، تميل دول أخرى نحو القنوات الثنائية لتمويل أنشطة المساعدة الصحية عبر دول العالم . ففي مجال تمويل البرامج الرامية لمكافحة داء الإيدز ( AIDS/HIV) نلاحظ أن حكومة المملكة المتحدة مثلا، قد خصصت 80% من إجمالي تمويلها في هذا المجال عبر القنوات ثنائية الأطراف. بينما فضلت الولايات المتحدة تخصيص 80% واليابان 74% وهولندا نسبة 77% من إجمالي إنفاقها في مجال الجهود العالمية لمكافحة الداء عبر كل من برنامج والمائم المتحدة المشترك لمكافحة الإيدز ( WNAIDS)، والصندوق العالمي لمحاربة الإيدز السل والملاريا (GFATM).

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> -David P. Fidler, "Assessing the Foreign Policy and Global Health Initiative: The Meaning of the Oslo Process", briefing paper, Centre on Global Health Security,[viewed on15/04/2012] in:

<sup>&</sup>lt;www.chathamhouse.org.uk >

<sup>2-</sup> إحصائيات مصدرها الموقع الإلكتروني الرسمي للمنظمة:

<sup>&</sup>lt; http://www.oecd.org/document/49/0,3746,en\_2649\_34447\_46582641\_1\_1\_1\_1\_1,00.html >

<sup>&</sup>lt;sup>3</sup> - Carmen Huckel Schneider, op.cit., p. 109.

<sup>4 -</sup> OCDE, "Measuring Aid to health", [viewed on15/04/2012] in: <www.oecd.org/dac/stats/health>

وبشكل عام ، تظهر الدول المانحة التزاما متواصلا بزيادة حجم التمويل الممنوح للمنظمات الدولية والشراكات العامة الخاصة العالمية في مجال الصحة، وهو ما يعطي الإنطباع بثقة الدول المانحة في هذه المنظمات والشراكات كقنوات للتمويل (1).

وتعد الوكالات الحكومية المختصة بالمساعدة التنموية خاصة منها وكالة الولايات المتحدة للتنمية الدولية (USAID)، وزارة التنمية الدولية البريطانية (DFID) أو الوكالة الكندية للتنمية الدولية (CIDA)، أو الوكالة اليابانية للمساعدة الدولية (JICA)، أهم الأدوات التي تستخدمها الدول المانحة لتنفيذ سياساتها الصحية على المستوى العالمي، وهي فواعل ذات أثر كبير في وضع أجندات الصحة العالمية خاصة في الدول متدنية الدخل. (2)

#### \* الدبلوماسية الصحية للولايات المتحدة

تلعب حكومة الولايات المتحدة الأمريكية وبشكل تقليدي، دورا بارزا في جمال حوكمة الصحة العالمية، سواء من خلال مساهمتها في التنظيم الصحي الدولي منذ نشأته منتصف القرن التاسع عشر، أو من خلال سياساتها الخارجية الحالية على غرار برنامج ( Initiative for Health Diplomacy in the Americas) لحكومة الرئيس "و. بوش" " W. Bush " للفترة مابين ( 2001-2007) والمقدر بقيمة 1 مليار دولار، والموجه لدعم وتحسين الحالة الصحية لدول أمريكا الوسطى خاصة، أو الإسهام الكبير في تأسيس الصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل الملاريا سنة 2002 حيث قدمت حكومة الولايات المتحدة 2.2 مليار دولار كإسهام في ميزانيته. وهو النهج الذي عمّقه خلفه الحالي "باراك أوباما" B.Obama الذي رأت حكومته في الدبلوماسية الصحية أداة نافعة لإعادة الولايات المتحدة إلى الأطر متعددة الأطراف بعد الصبغة أحادية الطرف والهجومية التي أبدتما حكومة الرئيس السابق له. حيث يرى مستشار الرئيس لشؤون العلم والتكنولوجيا " هارولد فارميس" Harold

The first بأن استثمار الولايات المتحدة في الصحة العالمية جزء من المصلحة الوطنية. وترجم ذلك من خلال شبكة واسعة من الهيئات والبرامج أهمها مبادرة الصحة العالمية ( GHI) التي تضمنتها وثيقة ( CUSAID شبكة واسعة من الهيئات والبرامج أهمها مبادرة الصحة العالمية الأمن القومي والدبلوماسية والعمل التنموي الصادرة سنة 2010، التي تعتبر الصحة العالمية مكونا جوهريا في " الأمن القومي والدبلوماسية والعمل التنموي الصادرة سنة 2010، التي تعتبر الصحة العالمية مكونا جوهريا في " الأمن القومي والدبلوماسية والعمل التنموي

<sup>2</sup> - Ruairi Brugha and Anthony Zwi, "Global approaches to private sector provision: where is the evidence?", in: Andrew F. Cooper and John J., **Innovation in global health governance: critical cases**, Kirton Ashgate, England, 2009.p.64.

<sup>1 -</sup> Carmen Huckel Schneider, op. cit.p. 110.

<sup>3-</sup> Kelley Lee and Richard Smith P., "What is 'Global Health Diplomacy'? A Conceptual Review", **Global Health Governance**, Volume  $V, N^0$ . I (Fall 2011), p. 5.

وطورت الولايات المتحدة الأمريكية آليات ووجهات نظر نحو الإستجابة لمسائل الصحة العالمية قد لا تتفق بالضرورة مع وجهات النظر لدى باقي الدول المانحة مثل الدول الأوروبية الغنية، أو الدول المتلقية خاصة منها ما أصبح يدعى الآن بالقوى الصاعدة مثل الصين والهند والبرازيل. (1)

فحالة التباعد في وجهات النظر نحو السياسات العالمية بين الولايات المتحدة الأمريكية ودول أوروبا الغربية مثلا، لا تظهر فقط في مجالات التدخل العسكري والإستراتيجيات الكبرى، ولكن أيضا وبشكل متنام في مجالات التعاون والمساعدة الدوليتين بما فيها مجال الصحة العالمية. وهو ما حاولت "كيكبوش" توضيحه من خلال الإشارة إلى حالتين هما ؛ قرار حكومة الولايات المتحدة سنة 1998 بوقف مساهمتها في صندوق الأمم المتحدة للسكان (UNFPA) والتي تقدر بـ 34 مليون دولار بغرض توزيع هذا الحجم من التمويل عبر وكالة المساعدة الدولية (USAID) التي بدورها تقوم بتوزيع التمويل على المنظمات غير الحكومية التي تقبل بالسياسات الأمريكية بخصوص قضية الإجهاض، وكان تسامح الصندوق الأممي مع سياسة "الأسرة ذات الإبن الوحيد" الصينية السبب المباشر لقطع تلك المساهمة. وهو ما دفع بالإتحاد الأوروبي إلى تعويض مساهمة الولايات المتحدة الأمريكية في ميزانية الصندوق. أما الحالة الثانية ، فتخص طلب الولايات المتحدة وضع نظام توزيع جديد لبرامج الصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا ( GFATM)، بدلا من الإعتماد على وكالات الأمم المتحدة والبنك العالمي. وهو ما يخالف وجهات النظر الأوروبية أيضا.

هذه الحالات وغيرها، تعطي الدليل على أن سياسة الحكومة الأمريكية في مجال الصحة العالمية أيضا ترتبط بشكل وثيق أيضا بمصالح شركاتها المتعددة بشكل وثيق أيضا بمصالح شركاتها المتعددة الجنسيات. فعلى سبيل المثال فالولايات المتحدة تمتلك قوانين متشددة تجاه التدخين واستخدام التبغ داخل حدودها مثلا إلا أنها ليست نشطة في دعم إتفاقية الأمم المتحدة الإطارية لمحاربة التبغ، إذ ترفض المصادقة على الإتفاقية إلى حد الآن، كما أنها أكبر داعم لمواقف قطاع الشركات الصيدلانية خلال المفاوضات بشأن اتفاقيات حماية الملكية الفكرية (TRIPS).

من جهة أخرى، تسعى الولايات المتحدة اليوم إلى تغيير مدركات الدول والمنظمات غير الحكومية عن طريق تبني سياسة خارجية ناعمة تشكل الدبلوماسية الصحية إحدى دعائمها كما أشرنا سابقا. ومن أبرز مظاهر هذه السياسة هي خطة الرئيس الأمريكي الطارئة للإغاثة من الإيدز (PEPFAR)، والتي تقع تحت مسؤولية وإدارة وزارة الخارجية منذ سنة 2003 وتسير بالتعاون مع وكالات حكومية أخرى ، مثل وكالة المساعدة الدولية ووزارة الصحة والخدمات الإنسانية. واستفادت حين إطلاقها من 15 مليار دولار على مدى 5 سنوات. كما أن هذه المبادرة تتلقى 77% من النفقات العامة الأمريكية في مجال الصحة العالمية ، وقد اعتمد لها مخصصات مالية قيمته ا 50

-

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> - Ilona Kickbusch, « Influence And Opportunity: Reflections On The U.S. Role In Global Public Health », **Health Affairs**, 21, no.6 (2002):131-141 .p.136.

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> - Ibid.

مليار دولار على مدى الفترة 2009-2014، وهي تشكل بالتالي البرنامج الأهم في الدبلوماسية الصحية الأمريكية . وتعمل المبادرة عن طريق توزيع التمويل لخدمة أهدافها عبر القنوات ثنائية الأطراف أساسا مع الدول المتلقية (أنظر الملحق رقم 2)

مع ذلك فالدور العالمي القيادي والمهيمن للولايات المتحدة يعرف جدلا متناميا حاليا، فالصعوبات المالية التي تشهدها بسبب الأزمة المالية منذ سنة 2008 قد خلقت صعوبات أمام الوفاء بالتزاماتها المالية في مكافحة الإديز مثلا. حيث طلب مسؤولون أمريكيون في أفريل 2010 من عيادات متخصصة في مجال علاج الإيدز بالمضادات الفيروسية تمولها الولايات المتحدة في الخارج وقف استقبال المزيد من المرضى وذلك بسبب التكلفة المتنامية لبرنامج المساعدة الذي تتبعه تلك العيادات. كما أن الطموحات المعلنة لـ"مبادرة الصحة العالمية" ( GHI) تصطدم بمشاكل التنسيق مع الإستراتيجية الكلية للمساعدة الخارجية للولايات المتحدة، والتحديات الداخلية التي رفعها برنامج الرئيس لإصلاح الرعاية الصحية داخليا.

وفي الوقت نفسه، لا يبدو أن أية دولة مانحة كبرى أخرى تقدم نفسها للعب دور قيادي في مجال الصحة العالمية، فدول الإتحاد الأوروبي تعاني من أزمة مالية خانقة، أما اليابان فقد خفضت ميزانية المساعدات التنموية بنسبة 10.7% منذ سنة 2009، أما مجموعة الدول الثمانية الكبار ككل فلم تتمكن من الوفاء حتى بالتزاماتها بخصوص التمويل الإضافي لصالح إفريقيا المقدر بـ 25 مليار دولار والمقر سنة 2005 في قمّة "Gleneagles". (2)

وأصبح هذا الوضع مصدر قلق حقيقي حول مستقبل تمويل المشاريع الصحية الكبرى في العالم. كما يبرز تأثير الدول المانحة الكبرى، وخاصة منها حكومة الولايات المتحدة الأمريكية، بفضل قوتها التمويلية بالتأثير غير المباشر على قرارات وسياسات المنظمات الدولية، من خلال الضغط على الموظفين السامين لمنظمة الصحة العالمية مثلا بخصوص السياسات والبرامج الصحية العالمية الكبرى.

#### المطب الثاني: الدول المتلقية والحلقة المفرغة بين الفقر وتحسين الصحة العامة

يقبع عدد مهم من دول العالم تحت أعباء الأوضاع الصحية السيئة لسكانها، فعلى سبيل المثال استوفت 122 دولة الشروط الموضوعة من قبل الصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا لتكون على لائحتها الخاصة الدول المتلقية للمساعدة (أنظر الملحق رقم 1)، أما التحالف العالمي من أجل اللقاحات والتطعيم ( GAVI) فيدعم 75 دولة عبر العالم. (3)

-

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup>-AVERT, "President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR)", [viewed on 12/01/2012] in:

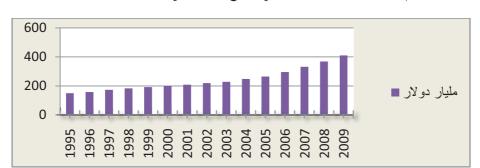
<sup>&</sup>lt; http://www.avert.org/pepfar.htm#contentTable0 >

<sup>2 -</sup>David P. Fidler, "The Challenges of Global Health Governance", Working Paper to the Council on Foreign Relations, , May 2010.p. 20,21.

<sup>3 -</sup> Carmen Huckel Schneider, op.cit., p.111.

ورغم أن الإنفاق على الصحة قد تضاعف مرتين تقريبا من قبل الدول ذات الدحل المتوسط والمتدي خلال أقل من عقدين، إلا أنه باعتبار معدلات النمو السكاني لها، وضعف قدرتها على حشد التمويل الذاتي عن طريق التحصيل الضريبي، والحوكمة السيئة التي تعاني منها، يبقى قطاع الصحة في هذه الدول يرزح تحت العجز المالي، وهو ما يؤثر سلبا على الصحة العامة لسكانها ويشكل عائقا كبيرا بدوره لجهود الرفع من نسب النمو والدفع بالتنمية الإقتصادية إضافة إلى الأضرار الإجتماعية بسبب إرتفاع نسب وفيات الأمهات والأطفال.

لذلك فهذه الفئة من الدول تعتمد بشكل كبير على الإعانات الخارجية لتمويل نظمها الصحية، وتوفير الأدوية والرعاية الأساسية. وهو ما يبقيها في حالة تبعية مستمرة للجهات المانحة والهيئات متعددة الأطراف والشراكات العالمية والمؤسسات الخاصة (تراوحت نسبة الموارد الذاتية الحكومية بين 29% و 40% من إجمالي التمويل الصحى في هذه الدول في الفترة بين (1995-2009). (1)



الشكل رقم (03): تطور التمويل الذاتي لقطاع الصحة في الدول النامية (1995-2009)

المصدر: من إعداد الطالب إعتمادا على التقرير:

Institute for Health Metrics and Evaluation, **Financing Global Health 2011**: **Continued Growth as MDG Deadline Approaches**, (report) (Seattle, WA: IHME, 2011).

إلى حانب ذلك، قدر كل من مشروع الألفية التابع للأمم المتحدة والمفوضية البريطانية لإفريقيا أن حجم التمويل المطلوب لصالح الدول المتلقية ينبغي أن يتضاعف حتى تصبح الأهداف الصحية الثلاثة ، من الأهداف التنموية الإستراتيجية الثمانية للألفية (MDGs) قابلة للتحقيق في سنة 2015، (20) وهذا ما يبين مدى حاجة الدول المتلقية للمزيد من التمويل من طرف الدول المانحة.

من جهة أخرى، يبرز في هذه الفئة دور دول ذات إقتصاديات ناشئة منخرطة كفواعل ناشطة في تمويل البرامج الصحية العالمية، وخاصة منها الصين والهند والبرازيل وجنوب إفريقيا، إلا أنها تبقى دولا تعاني من أعباء

<sup>1 -</sup>Institute for Health Metrics and Evaluation. **Financing Global Health 2011: Continued Growth as MDG Deadline Approaches.** (report) Seattle, WA: IHME, 2011, pp.44,45.

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup>-Ronald labonté and Ted Schrecker, "Globalization and social determinants of health: Promoting health equity in global governance (part 3 of 3)". Globalization and Health, 3. (2007).

<sup>&</sup>lt;a href="http://www.globalizationandhealth.com/content/3/1/7">http://www.globalizationandhealth.com/content/3/1/7</a>

صحية كبيرة وتصنف ضمن الدول المتلقية للمساعدة. فالصين مثلا تلقت لوحدها من قبل الصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا ما قيمته 369 مليون دولار في الفترة الممتدة بين سنتي 2004-2007، لتمويل أربعة مشاريع مختلفة لمكافحة الإيدز بين سكانها. (1) وهو ما جعل "فيدلر" يعتبر أن أحسن إسهام يمكن أن تقدمه هذه الدول للصحة العالمية باعتبار حجم سكانها الهائل هو تحسين الظروف الصحية على المستوى المحلى، وأن مشاكلها الصحية تعوقها من لعب دور ريادي في مجال قيادة السياسات الصحية العالمية (<sup>2)</sup>.

بالمقابل، تمارس هذه الدول دورا معتبرا في مواجهة سياسات الدول الغنية والشركات الكبرى في ميدان حماية الملكية الفكرية وإتاحة الدواء. حيث كانت البرازيل في طليعة الدول النامية إلى جانب المنظمات غير الحكومية في الحملة الدولية لوضع وتوضيح التسهيلات في ميدان حماية الملكية الفكرية في مجال الأدوية الأساسية، والتي أثمرت بدورها إعلان الدوحة الوزاري حول إتفاقية حماية الملكية الفكرية لمنظمة التجارة العالمية والصحة العامة في نوفمبر <sup>(3)</sup>.2001

وينتقد "لورانس غوستين" " Lawrence O. Gostin " سياسات المساعدة الصحية الدولية ويعتبرها غير فعالة، لأنها لا تسهم في تحسين القدرات الإنسانية للجهات التي تتلقاها. فأغلب التمويل يتجه إلى التصدي للحالات الأكثر تأثيرا على عواطف الرأي العام في الدول الغنية، أو الحالات الأكثر وضوحا للعيان، أو آثار الكوارث الإنسانية- مثل كارثة تسونامي جنوب شرق آسيا- أو الأمراض التي تسيطر على مخيلة الجمهور مثل الإيدز، أو الأمراض ذات الإحتمال الكبير للتحول إلى أوبئة عالمية بشكل سريع. بالمقابل يهمل التمويل في الغالب بناء القدرات المحلية للنظم الصحية في الدول المتلقية، أو ما دعاها بـ"دعائم الحاجات الصحية الضرورية للىقاء". <sup>(4)</sup>

ومع ذلك، فالدول المتلقية ليست في منأي من تحمل المسؤولية عن فشل المساعدة الدولية، فالعديد من الدول الفقيرة تخصص نسبة ضئيلة للغاية من ناتجها المحلى الإجمالي لقطاع الصحة، وباقى القطاعات التي يمكن أن تسهم في تحسين الصحة العامة، مقابل الإسراف في الإنفاق العسكري والأمنى، ناهيك عن الفساد والبيروقراطية، وعدم الكفاءة المستشرية في القطاع العمومي لاسيما الصحى منه. فتقديرات البنك الدولي تشير أنه في دول إفريقيا تحت الصحراء بالكاد تتحول نسبة نصف قيمة المساعدات الصحية الدولية إلى خدمات صحية فعلية، حيث

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup>-Lai-Ha Chan, op.cit., p.125

<sup>2 -</sup> David P. Fidler, "The Challenges of Global Health Governance, Council on Foreing Relations", op.cit., p.21.

<sup>3 -</sup>Jan Peter Wogart et al., "AIDS, Access to Medicines, and the Different Roles of the Brazilian and South African Governments in Global Health Governance", Working paper N<sup>0</sup> 86, German Institute of Global and Area Studies, 2008,p. 2.

<sup>4 -</sup> Lawrence O. Gostin, "Meeting the Survival Needs of the World's Least Healthy People A Proposed Model for Global Health Governance", American Medical Association, Vol 298, No. 2, July 11, 2007, p.225.

يستغل التمويل أيضا في الدفع مقابل حدمات وهمية، والأدوية المقلدة أو تجهيزات آتية من السوق غير الشرعية، أو الرشاوي. (1)

## المبحث الثاني: التنظيم الدولي في ميدان حوكمة الصحة العالمية

تعتبر المنظمات الدولية (\*) فواعل ذات أهمية بالغة في حوكمة الشؤون العالمية. فهي تلعب أدوارا حاسمة في صنع ومتابعة إنفاذ القواعد الدولية والقرارات السلطوية العالمية، إلى جانب العمل المكثف على مسائل الحوكمة داخل الدول ونشر نماذج معينة للتسيير عبر العالم. وحسب حولية المنظمات الدولية يوجد هنالك قرابة منظمة دولية حكومية عبر العالم تعنى بالمسائل العالمية أو مسائل ذات مدى إقليمي أو تحت إقليمي (2). كما تبرز أهمية هذه الكيانات في أنها مقدم ومنفذ ضروري للخدمات العامة العالمية والدولية. فهي تقوم بالوظائف الحكومية التقليدية محليا من تخصيص للموارد في شكل خدمات ومنافع عامة دولية وعالمية؛ إعادة توزيع المداخيل؛ و الحفاظ على استقرار النظام العالمي. (3)

و تميل المنظمات الدولية في العادة إلى توسيع مجال نشاطها ليتداخل في قضايا مجالات أخرى، وهو ما يخلق غالبا نوعا من التعدد والتداخل والتكرار في الاختصاصات ومجالات الأنشطة، ينقلب عادة إلى تنافس بينها حول الشرعية والموارد والصلاحيات والمسؤوليات. وهي في الواقع ظاهرة تشمل مختلف مجالات الحوكمة العالمية (4). وهو ما ينطبق على التنظيم الدولي الحكومي في ميدان الصحة العالمية، فهو يتسم بالتعقيد، وتدخل العديد من المنظمات أو الوكالات والأقسام الفرعية منها، من خلال أعمالها القانونية أو السياسية، التنفيذية أو التقنية. مع ذلك ينبغي مع ذلك أن نفرق بين المنظمات من حيث أهمية النشاط الصحي في مجال مهامها، واختصاصاتها، فنجد المنظمات ذات التخصص الصحي مثل منظمة الصحة العالمية، وبرنامج الأمم متحدة لمكافحة الإيدز، كما تختلف في مسألة اهتمامها بالمسائل الصحية عامة أو اقتصار نشاطها على مسائل أو مشكلات صحية، أو ذات آثار صحية محدودة، كما تختلف فيما بينها بشكل كبير في نوع وظائف الحوكمة التي تؤديها في مجال الصحة العالمية.

.

<sup>1 -</sup> ibid.

<sup>\*</sup> نقصد بما في هذا المبحث المنظمات الدولية الحكومية أو الرسمية، دون المنظمات غير الحكومية، أو الشركات متعددة الجنسيات.

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> -Alexander Andreev, "To What Extent are International Organizations (IOs) Autonomous Actors in World Politics?"

<sup>:&</sup>lt; http://www.ucl.ac.uk/opticon1826/archive/issue2/VfPS\_HS\_International\_Organisations.pdf >

<sup>&</sup>lt;sup>3</sup> - Bruno S. Frey & Alois Stutzer, "Strengthening the citizens' role in international organizations", **Review International Organizations**, 1, 2006, [27–43], p.28.

<sup>&</sup>lt;sup>4</sup> - Lars Kohlmorgen, "International Governmental Organizations and Global Health Governance: the Role of the World Health Organization, World Bank and UNAIDS", in: Wolfgang Hein, Sonja Bartsch, Lars Kohlmorgen, (eds.), Global Health Governance and the Fight Against HIV/AIDS, Palgrave Macmillan, New York, 2007.P.126.

# الجدول رقم (04): أهم المنظمات الدولية المؤثرة في حوكمة صحة العالمية

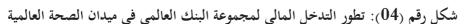
المبادرات الصحية الكبرى	المهمة الأساسية	المنظمة/الوكالة
		الدولية
- الإهداف 4، 5، 6 من أهداف التنمية للألفية:	ترقية احترام حقوق الأنسان حماية	منظمة الأمم المتحدة
- تقليص وفيات الأطفال تحت سن 5 سنوات؛	البيئة، محاربة الأمراض، والحد من	
- تحسين صحة الأمهات؛	الفقر	
- محاربة الإيدز والأمراض الأخرى.		
– الإتفاقية الإطارية لمحاربة التبغ؛	دعم الحصول على أعلى مستوى	منظمة الصحة العالمية
<ul> <li>اللوائح الصحية العالمية؛</li> </ul>	ممكن من الصحة لجميع الناس	
<ul> <li>مبادرة الصحة للحميع؛ الإستراتيجية العالمية للحمية</li> </ul>		
والنشاط البدني و الصحة.		
– إعلان الإلتزام حول الإيدز	تنسيق الإستجابة العالمية تجاه الإيدز	برنامج الأمم المتحدة
– الشراكة الدولية ضد الإيدز في إفريقيا		المشترك للإيدز
– حملة الإيدز العالمية		
- مبادرة المستشفيات الصديقة للأطفال، المدونة الدولية	خدمة الحجات الإقتصادية	صندوق الأمم
لتسويق بدائل حليب الأم1981	والإحتماعية للنساء والأطفال	المتحدة للطفولة
– صندوق القضاء على العنف ضد النساء	الحد من الفقر و العنف و الإيدز	صندوق الأمم المتحدة
	والتفاوت بين الأنواع الإحتماعية	للنساء
	القائمة على الجنس	
- صندوق الأمم المتحدة لتنمية رأس المال UNCDF	الحد من الفقر وحماية البيئة، وترسيخ	برنامج الأمم المتحدة
	الحكم الديمقراطي	للتنمية
- البحث في مجال الصحة البدنية والذهنية للاجئين،	توفير الحماية القانونية والإغاثة	مفوضية الأمم المتحدة
والسياسات حول الإيدز.	العاجلة للاجئين.	·
	رصد الجهود الوطنية في محال تنفيذ	مفوضية الأمم المتحدة
للحق في الصحة	إلتزامات معاهدات حقوق الإنسان	السامية لحقوق
		الإنسان
- السلامة والصحة في العمل والبيئة	ترقية العدالة الإجتماعية ورصد	منظمة العمل الدولية
	الإلتزام بمعاهدات حقوق الإنسان	
	وحقوق العمال	

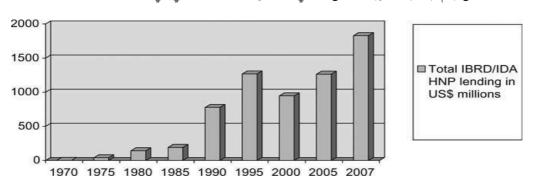
مدونة Codex Alimentarius لمعايير سلامة	ترقية التغذية والإنتاجية الزراعية	منظمة التغذية والزراعة
الأغذية بالشراكة مع برنامج التغذية لمنظمة الصحة	وظروف حياة سكان الأرياف.	
العالمية		
- نظام الإنذار المبكر العالمي من الأمراض الحيوانية	ترقية الرفاهية الحيوانية	المنظمة العالمية للصحة
المتنقلة للبشر.		الحيوانية
- جمعية التنمية الدولية	تقديم القروض والمنح والمشورة للدول	مجموعة البنك العالمي
- البنك الدولي لإعادة الإعمار والتنمية	متوسطة ومتدنية الدخل	
- إتفاقية الملكية الفكرية ذات الأبعاد التجارية	ضمان التدفق السلس والقابل توقعه	منظمة التجارة العالمية
- أجندة الدوحة للتنمية	للتجارة العالمية	
- القواعد والتدابير المتعلقة بالصحة والصحة الحيوانية		
والعوائق التقنية أمام التجارة		

Source :Lawrence O. Gostin, "Global Health Law: Health in a Global Community", O'Neill Institute Papers, Paper 15, Georgetown University, USA, 2008, pp231,232.

#### المطلب الأول: دور بعض المنظمات الدولية ذات الصلة الفرعية بالصحة

أولا – دور البنك العالمي: كما يظهر الجدول أعلاه، غالبا ما يكون لدى المنظمات العاملة في المحال المساعدة على التنمية، مثل مجموعة البنك العالمي مصالح أو أقسام أو برامج تعنى بالمسائل الصحية، ويشتغل البنك في هذا المحال من خلال: 1 – برامج القروض وهبات لصالح العمل الصحي في الدول الفقيرة من خلال شبكة الصحة والتغذية والسكان (HNP)؛ 2 – بالتعاون مع برنامج الأمم المتحدة للتنمية (UNDP). 3 – إضافة إلى العمل على تقوية النظم الصحية والمساعدة التقنية. (1)





Source :Sophie Harman, The World Bank and Health, in: Adrian Kay and Owain David Williams (eds.), **Global Health Governance Crisis**, Institutions and Political Economy, Palgrave Macmillan, UK, 2009, p.231.

تطور عمل البنك العالمي (جمعية التنمية الدولية/البنك الدولي للتعمير والتنمية) منذ بدايات اهتمامه بمحال الصحة العالمية سنة 1974 في إطار سياسات السكان، فبعدما كان دور البنك سلبيا في مرحلة قيادته لبرامج التعديل الهيكلي في سنوات السبعينات والثمانينات من القرن العشرين، ووصفاته التي كانت تحث الدول على تقليص الإنفاق العمومي، بما فيه الإنفاق على قطاع الصحة العمومي، لصالح الخصخصة التدريجية للخدمات الصحية عن طريق دفع مقابل الخدمة الصحية وتطوير نظم التأمين الصحي الخاصة.

لكن البنك تخلى عن هذه السياسات بداية من سنة 1993 وأعلن عن ذلك من خلال تقريره المعنون بالإستثمار في الصحة"؛ ثم الورقتين الإستراتيجيتين له (الصحة والتغذية والسكان) لسنة 1997 وسنة 2007؛ ليستثني بذلك قطاع الصحة من برامجه الإصلاحية ويعترف بضرورة بقاء الدولة كقائدة لتقديم الخدمة والرعاية الصحيّين. وأكثر من ذلك، لعب البنك دورا أساسيا في حث الدول الإفريقية على زيادة الإنفاق العمومي على قطاع الصحة كشرط للحصول على قروض، وهو ما يجعل من البنك العالمي لاعبا أساسيا في حوكمة الصحة العالمية. (1)

## ثانيا- برنامج الأمم المتحدة لمكافحة الإيدز(UNAIDS):

هو برنامج أممي مستقل وذو اختصاص صحي لكنه يتسم بالتخصص. وأنشئ البرنامج عام 1996 ككيان جديد داخل منظومة الأمم المتحدة ومقره جنيف، ويقوم بجمع وتنسيق جهود عشرة وكالات أممية متخصصة في مجال محاربة الإيدز، وبمشاركة محدودة من قبل الفواعل غير الدولاتية (يتكون إضافة إلى الوكالات الأممية العشرة من بعثات 22 دولة من دول الشمال ودول الجنوب وممثلين عن خمس منظمات غير حكومية بما فيها المنظمات الممثلة لمرضى الإيدز والتي لا تمتلك الحق في التصويت في أعمال الأجهزة الحاكمة والتنفيذية).

ويقوم عمل البرنامج على مستوى الدول على ما يدعى برزية (National AIDS councils). ويدعم رؤية البنك العالمي في إنشاء مجالس وطنية للإيدز (National AIDS councils) كشرط مسبق لتلقي قروض ومنح المساعدة، وهي هيئات تتضمن أعضاء من المجتمع المدني، وتطلّع بمهمة توفير التوجيه لصالح الجهود الوطنية لمحاربة الإيدز. ويعاني البرنامج من نقص فادح في الميزانية، وهو ما يؤثر على فعاليته في الأداء، ومن الصعب عليه في الواقع متابعة وتنسيق برامج الوكالات القوية والكبيرة مثل البنك العالمي ومنظمة الصحة العالمية.

<sup>2</sup> - Lars Kohlmorgen," International Governmental Organizations and Global Health Governance : the Role of the World Health Organization, World Bank and UNAIDS", op.cit.,p.136-138.

<sup>1 -</sup> Amit Sengupta, "Global governance of health: a minefield of contradictions and sectional interests", **Indian Journal of Medical Ethics**, Vol. VIII, No 2, April-June, 2011, Pp.86-87

وبالنظر إلى هذا التعدد والتعقد والتداخل بين الإختصاصات ذات الإهتمام الصحي، سواء بشكل أساسي أو ثانوي، سنركز في المطلب الموالي على أدوار كل من منظمة الصحة العالمية كمظلة جامعة للتنسيق في السياسات الصحية العالمية باعتبارها منظمة ذات إختصاص صحى حصري وشامل وعالمي في نفس الوقت.

## المطلب الثاني: منظمة الصحة العالمية، منظمة ذات اهتمام صحى حصري وشامل

أنشئت منظمة الصحة العالمية -ومقرها مدينة جنيف- سنة ١٩٤٨ كوكالة متخصصة من وكالات الأمم المتحدة، خلفا للمكتب الدولي للنظافة العامة ( OIHP)، ومنظمة الصحة لعصبة الأمم ( LNHO). وهو حدث بارز في مجال تطور حوكمة الصحة العالمية (مقارنة بعدم وجود منظمة مماثلة في مجال الحوكمة البيئية العالمية حتى الآن)، فالمنظمة قامت بتحديد واسع لمفهوم الصحة، وتبنت رسالة الدفاع عن أعلى المعايير الصحية الممكنة كحق أساسي من حقوق الإنسان. كما تبنت المنظمة توجهات جديدة نحو توفير المساعدة للدول الفقيرة والنامية، وتطوير استراتيجيات لدعم الحق في الصحة عبر العالم مثل الدفع نحو الإتاحة العالمية للرعاية الصحية الأساسية من خلال "مبادرة الصحة للجميع بحلول سنة 2000" التي انطلقت سنة 1979<sup>(1)</sup>.

تطورت منظمة الصحة العالمية منذ إنشائها لتشكل مع الوقت شبكة بيروقراطية معقدة. وتحوز المنظمة بالفعل عضوية كونية تقريبا (عدد أعضائها 194 دولة)، وتضمن التغطية العالمية لعملها عن طريق ستة مكاتب إقليمية في أفريقيا، والأمريكتين، وجنوب شرق آسيا، والمكتب الإقليمي لأوروبا، والمكتب الإقليمي لشرق المتوسط والمكتب الإقليمي لغرب المحيط الهادئ، إضافة إلى المكاتب القطرية على مستوى الدول (150 مكتبا قطريا).

## أولا - الهياكل والصلاحيات:

حمعية الصحة العالمية : هي أعلى جهاز لاتخاذ القرارات في منظمة الصحة العالمية، وتعقد -1اجتماعاتما عادة في مدينة جنيف في شهر ماي من كل عام، وتحضر اجتماعاتما وفود من جميع الدول الأعضاء. وتقوم جمعية الصحة العالمية بالوظائف الرئيسية التالية: تقرير سياسات المنظمة؛ وتعيِّن المدير العام؛ ومراقبة السياسات المالية التي تتبعها المنظمة؛ كما تقوم باستعراض واعتماد الميزانية البرمجية المقترحة.

2- المجلس التنفيذي: ويتألف من 34 عضواً من ذوي المؤهلات التقنية في مجال الصحة يتم انتخابهم لعهدة مدتما ثلاث سنوات. ويضطلع المحلس بمهام وضع جدول أعمال جمعية الصحة العالمية، واعتماد القرارات لإحالتها عليها. كما يقوم بإنفاذ ما تقرره جمعية الصحة وإنفاذ سياساتها، وإسداء المشورة إليها، والعمل تيسير عملها بشكل عام. وهذه المهام التنفيذية والإدارية أساسا تعطيه تأثيراً قويا داخل المنظمة، حيث تستطيع

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup>-David P. Fidler, "The Challenges of Global Health Governance", op.cit., p.4.

توجيه عملية وضع الأجندة المطروحة أمام المجلس نحو التركيز على قضايا بعينها، وكذا توجيه تنفيذ القرارات على المستوى العملياتي.

3- الأمانة: تتألف من نحو 8000 موظف من الخبراء الصحيين، وفي مجالات أحرى ومن موظفي الدعم، وهم معينون بعقود محدودة الأجل، ويعملون في المقر الرئيسي والمكاتب الإقليمية الستة وفي مقرات المنظمة على مستوى الدول ويسهرون على تصريف الشؤون اليومية لمقر العام والمكاتب الإقليمية (1).

#### ثانيا – الأدوار الأساسية لمنظمة الصحة العالمية:

يحدد دستور المنظمة هدفها الأساسي في المحافظة على أعلى مستوى ممكن من الصحة لجميع الناس، وتوجيه وتنسيق العمل الصحي الدولي ومساعدة الحكومات على تقوية ورفع مستوى خدماتها الصحية (المادة من دستورها)<sup>(2)</sup>. وهي بالتالي تلعب دورين أساسين في مجال حوكمة الصحة العالمية هما دور المنتدى الذي يوفر للفواعل الأخرى منها إطارا للتفاوض والمساومة وتبادل المعلومات، إلى جانب دور الفاعل من خلال الوظائف الأساسية التي تؤديها.

1- دور المنتدى: يعد مجلس الصحة العالمي أعلى جهاز في المنظمة، ولديه بعض الصلاحيات التشريعية وهو بمثابة أهم منتدى لتفاعل الدول حول المسائل الصحية المشتركة. ويقوم نظام عمل المجلس على منح صوت واحد لكل دولة عضو، الشيء الذي سمح للدول النامية خاصة منها الدول الصاعدة اقتصاديا بلعب دور مهم داخل المنظمة والتأثير على سياساتها بالمقارنة مع منظمات أخرى مثل البنك العالمي مثلا. الشيء الذي انعكس جليا من خلال سياسات المنظمة التي كانت تنفق أكثر من نصف ميزانيتها ثنائية السنة على مشاريع تخص الدول النامية فقط منذ سنوات السبعينات من القرن العشرين.

مع ذلك، فاعتماد المنظمة في أكثر من ثلثي ميزانيتها على التمويل الطوعي، أو فوق الميزانية يجعلها في حالة تبعية دائمة للأطراف المانحة، خاصة منها الدول المصنعة الغنية، أو الفواعل الخاصة مثل مؤسسة Gates وهو ما يؤثر على الخيارات الإستراتيجية والتقنية للمنظمة. كما يؤثر على عملها حيث تنأى الدول المانحة الكبرى عن تمويل البرامج التي لا تتفق مع سياساتها، لتفضل العمل عن طريق قنوات أخرى أكثر تأثيرا عليها، مثل البنك العالمي خاصة، وصندوق النقد الدولي ومنظمة التجارة العالمية (3).

<sup>1-</sup> منظمة الصحة العالمية، تصريف الشؤون [تم التصفح يوم 2011/06/07] في : . <a href="http://www.who.int/governance/ar/index.html">http://www.who.int/governance/ar/index.html</a>

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup>-Alexandra Kaasch, "Overlapping and Competing Agencies in Global Health Governance WHO, World Bank, and OECD in the guidance of national health care systems", paper perpared for the ISA RC19 annual avcademic conference, florence, 6-8 september 2007, in: <a href="www.unifi.it/confsp/abstracts/pdf/Kaasch.doc">www.unifi.it/confsp/abstracts/pdf/Kaasch.doc</a> >.

<sup>3</sup>- Amit Sengupta, op.cit., p.89.

2007/2006	2005/2004	2003/2002	
915. 315	880 .111	855. 654	الميزانية النظامية
2 398 126	1 944 000	1 380 .500	المساهمات الطوعية
3 313 .441	2 824. 111	2 236. 154	الجحموع

جدول رقم (05) تطور ميزانية منظمة الصحة العالمية بالمليون دولار أمريكي (2007-2002)

Source: Lars Kohlmorgen, op.cit., p126..

2- دور الفاعل: تؤدي المنظمة هذا الدور من خلال وظائفها الرئيسة التي يحددها دستورها في ثلاثة فئات أساسية هي:

- الوظائف المعيارية: وتتضمن تحضير وصياغة الإتفاقيات الدولية مثل ( FCTC) والتنظيمات أو اللوائح مثل ( IHR)، وكذا التدابير والتوصيات غير الملزمة مثل مدونة سلامة الأغذية المشهورة بر ( Codex Alimentarius)، وتصنيف وتسمية الأمراض وأسباب الوفاة، وتحديد مقاييس تقديم الرعاية الصحية، والأدوية الأساسية للنظم الصحية.

- الوظائف التنسيقية والتوجيهية: وتتضمن مبادراتها وبرامجها طويلة المدى مثل "الصحة للجميع" بعد إعلان ألما أتا لسنة 1978؛ "الفقر والصحة"؛ وبرامج الأدوية الأساسية، والبرامج المتخصصة بأمراض بعينها، والهادفة لمساعدة الدول على تطوير استراتيجيات سياسية تخدم هذه الأهداف وتنفذ القواعد والمقاييس.

- وظائف تقنية وبحثية: تتمحور حول بذل الجهود من أجل القضاء على الأمراض، والتعامل مع حالات الطوارئ<sup>(1)</sup>.

والملاحظ أن منظمة الصحة العالمية ابتعدت في مجال وظائفها المعيارية عن الإنخراط المكثف في صنع الإتفاقيات والمعاهدات الدولية. حيث تعتبر لحد الآن الإتفاقية الإطارية لمكافحة التبغ (FCTC)، واللوائح الصحية الدولية (IHR) الأعمال القانونية الوحيدة للمنظمة التي تأخذ الصبغة الملزمة للدول الأعضاء فيها، ولكن المشكلة الأساسية تكمن دائما في غياب آليات التنفيذ في نصوص هذه الإتفاقيات. كما طورت المنظمة نوعا من قواعد القانون الدولي الناعم قائم على الإستشارة والتوصيات. إضافة إلى أنها تميل إلى التركيز أكثر على توفير المعرفة

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> - Jennifer P. Ruger and Derek Yach, "The Global Role of the World Health Organization", **Global Health Governance**, Volume II, No. 2, Fall 2008/Spring, 2009.p.3.

والخبرة العلمية، والمسائل التقنية التي توجهها المبادئ الأخلاقية الإنسانية التي ترى في الصحة عنصرا مركزيا في كرامة الإنسان ومن أهم أعمال المنظمة في هذا المجال تقرير لجنة المحددات الإجتماعية للصحة (CSDH) سنة 2008. (1)

#### الجدول رقم (06): الصلاحيات المعيارية والأنشطة الميدانية لمنظمة الصحة العالمية

#### مهمة المنظمة الأساسية

- بلوغ أعلى معيار ممكن للصحة لجميع الناس

- تعرف الصحة على أنها حالة اكتمال السلامة الجسدية والذهنية والإجتماعية وليس مجرد الخلو من المرض أو العجز

#### الأنشطة الفعلية:

- -الإتفاقية الإطارية لمنظمة الصحة العالمية حول مراقبة التبغ (2005).
- اللوائح الصحية الدولية (تم تبنيها لأول مرة سنة 1951، وكان آخر تعديل لها سنة 2005).
  - المدونة الدولية حول تسويق بدائل حليب الأم (1981).
  - كتيب الإحصائيات الدولية وتصنيف الأمراض والإصابات وأسباب الوفاة (1957).

#### السلطات المخولة:

المادة 19: تبني القرارات والإتفاقيات الخاصة بالصحة المادة 21: تبني اللوائح والتنظيمات المتعلقة بمقاييس الصحة، التشخيص، والتسمية

المادة 23: نشر التوصيات غير الملزمة ولكنها ذات سلطة العلمية

المادة 63: إلزام الدول بإشعار المنظمة بالقوانين الصحية المهمة.

#### المبادرات الكبرى من طرف المنظمة

- مبادرة الصحة للجميع تمدف إلى تحقيق رعاية صحية متاحة ومنصفة كأولوية للنظم الصحية لجميع الدول.

- شبكة الإنذار والإستجابة العالمية ضد تفشى الأوبئة.

- الإستراتيجية العالمية للحمية، والنشاط البديي والصحة

- (3من 5) وهي مبادرة لتزويد 3 ملايين من بين 5 ملايين شخص حاملين لفيروس الأيدز عبر العالم بالعلاج المضاد للفيروسات مع في آفاق سنة 2005.

Source: Lawrence O. Gostin, "Global Health Law: Health in a Global Community", op.cit.,p.157.

وظلت مسألة تحديد أولوية بعض هذه الوظائف على البعض الآخر موضوعا لنقاش متواصل على مدى العقود الماضية، وتكمن أهمية هذا الجدل في الانعكاسات على مخصصات ميزانية المنظمة لكل من الوظائف الأساسية، والتي تترجم بدورها التوجهات العامة للأجهزة الحاكمة للمنظمة (2). فقد عرفت خلال حياتها أهدافا أساسية موجهة مختلفة، حيث تبنت خلال الفترة م ن الخمسينات والستينات من القرن العشرين مقاربة تركز على النظم مكافحة المرض (مثل برنامج القضاء على الملاريا). أما فترة السبعينات فقد شهدت هيمنة مقاربة تركز على النظم

\_

<sup>-1 -</sup> David P. Fidler, "The Challenges of Global Health Governance", op.cit., p.4.

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> - P. Ruger and Derek Yach, op.cit., pp.3,4.

الصحية والإهتمام بالمحددات الإجتماعية للصحة، وهو ما أدى بالمنظمة إلى تبني مفهوم "الرعاية الصحية الأساسية" كما أقرها إعلان "آلما آتا". أما فترة الثمانينات فقد شهدت التحول الكبير نحو المقاربة الموجهة بالنتائج وتبني مبادئ العقلانية التسييرية (1)، وذلك بتأثير من مؤسسات بريتون وودز، وهو توجه لا يزال قائما إلى اليوم خاصة مع اشتداد الأزمة الإقتصادية العالمية.

أما السيّاسة الحالية للمنظمة، المتبناة منذ سنة 2007 حسب مديرتها العامة الحالية الدكتورة "مارغريت تشان" Margaret Chan؛ فتحدد الوظائف الأساسية حسب الأولوية كالتالي: - توفير القيادة في الشؤون الصحية الحساسة؛ رسم أجندة البحث؛ - وضع المعايير والمقاييس ومراقبة تنفيذها؛ - تقديم خيارات سياسية على الأسس الأخلاقية والأدلة الواقعية؛ - توفير الدعم التقني وبناء القدرة المؤسساتية؛ - وأخيرا رصد وتقييم التوجهات الصحية. هذا التوجه انعكس في توزيع نفقات المنظمة التي شهدت تركيزا على العمل أكثر على المستوى الجهوي ومستوى البلدان (2). وهو تعبير ملموس عن استمرار المنظمة في الإبتعاد عن التركيز على الأبعاد المعيارية العالمية لصالح العمل التقني على مستوى المناطق والدول.

وبالرغم من الإنتقادات الخاصة بضعف نشاطها في المجال المعياري وافتقاد سلطة فرض الإذعان، إلا أن المنظمة تبقى ذات موقع محوري في حوكمة الصحة العالمية كمنسق للعمل الصحي العالمي. وقد أظهرت قدرتها العملياتية بالفعل من خلال استخدام المجلس التنفيذي لسلطتة في تنفيذ التدابير الطارئة، إبان تفشي وباء (SARS) سنة 2003. وهي حالة وصفها "د. فيدلر" بغير المسبوقة، لأن منظمة الصحة العالمية تصرفت كسلطة مستقلة بشكل واضح، من خلال الإصدار المباشر والمستقل لحالات الطوارئ، وتقديم النصائح والتوصيات بخصوص السفر الدولي إلى مناطق بعينها من العالم. (3)

#### المبحث الثالث: دور القطاع الخاص

يثير التدخل المتنامي للقطاع الخاص في هياكل وعمليات الحوكمة العالمية العديد من النقاشات بخصوص التغير الجاري في أشكال السلطة والشرعية في العلاقات الدولية. وقبل التعرض لتحليل دور القطاع الخاص في حوكمة الصحة العالمية، لابد من تحديد المقصود من القطاع الخاص، والذي قد يحيل إلى فئة غير متجانسة من الفواعل. (\*)

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> - Huckel Schneider Carmen, "Legitimacy and Global Governance in Managing Global Public Health". op.cit., pp.36,37,38.

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> - Jennifer P. Ruger and Derek Yach, op.cit., pp.3,4.

<sup>&</sup>lt;sup>3</sup> - Adam Kamradt-Scott, "The WHO and SARS: The Challenge of Innovative Responses to Global Health Security", in: Andrew F. Cooper and John J. Kirton (ed.), **Innovation in global health governance: critical cases**, Ashgate Publishing Group, England, 2009.p.65.

<sup>\*-</sup> لا يوجد مثلا تعريف موحد داخل فروع منظومة الأمم المتحدة عن المقصود من القطاع الخاص.

# المطلب الأول: تحديد فواعل القطاع الخاص في مجال حوكمة الصحة العالمية

يمكن تعريف القطاع الخاص حسب "ج. مارتنز" J. Martens " انطلاقا من ثلاثة عناصر هي:

1 المشاريع الفردية التجارية الساعية للربح، والتي تتراوح بين الشركات الصغرى مرورا بالشركات التعاونية الوطنية الواسعة ووصولا للشركات متعددة الجنسيات؛

2- جمعيات واتحادات الأعمال، سواء الأجهزة التمثيلية للأطراف الأعضاء فيها مثل غرف التجارة، أو منظمات الموظّفين والتجار، وجمعيات الصناعيين وجماعات الأعمال النشطة في المجالات البيئية والاحتماعية؛

3- الجمعيات والمؤسسات الخيرية الإنسانية التابعة للشركات والتي يموِّلها أو يحكمها قطاع الأعمال مباشرة. (1)

وقدم الباحثان بيوز ولي ( Kent Buse and Kelley Lee) قائمة طويلة بالفواعل التي تقع ضمن دائرة هذا التعريف، والتي تؤثر على مجال الصحة العالمية فهي تضم حسب الباحثين:

- 1. الشركات متعددة الجنسيات ذات المصلحة في ميدان الصحة العالمية، مثل شركات الصناعة الصيدلانية، أوالشركات العالمية ذات النشاطات المؤثرة مثل شركات الأغذية أو التبغ والمشروبات.
- 2. الكارتلات العالمية في مجال الصحة، وهدفها الحد من المنافسة، وزيادة الضغط الممارس على عمليات الضبط ووضع السياسات العامة. ومن أمثلتها الكارتل الذي نشأ مابين سنتي 1989- 1999 لتحديد سعر الفيتامينات بين شركات أحرى للصناعة الدوائية.
- 3. إتحادات الأعمال المؤسسة لمتابعة مصالح الشركات وأرباب الأعمال، والتي يمكن أن تكون لها مصالح في ميدان الصحة العالمية، أكثر هذه الأمثلة بروزا هي غرفة التجارة الدولية ( ICC) التي تصنع سياسات القطاع التجاري في العديد من مجالات السياسة (ومنها مجالات الحيطة، والعلم والأخطار، والبيوتكنولوجيا). أو إتحادات أعمال مثل "الفيدرالية الدولية لجمعيات صناع الأدوية" (IFPMA)، أو إتحاد الصناعة العالمية للطب الذاتي (WSMI).
  - 3. جمعيات المهنيين الخواص ذوي الإهتمام بالصحة العالمية من جمعيات الأطباء كجمعية الأطباء الخواص الدولية.
- 4. إضافة إلى فئة واسعة من الجمعيات غير السّاعية للربح في عملها لكنها تؤثر من خلال نشاطها المرتبط بشكل وثيق بقطاع الأعمال، مثل جمعيات تحديد المقاييس في صناعة التبغ أو الكحول ( CORESTA)، أو

61

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> - Jens Martens, "Multistakeholder Partnerships – Future Models of Multilateralism?", Dialogue on Globalization series in the Friedrich-Ebert-Stiftung, Occasional Papers N° 29 / January 2007, p.10.

المنظمة الدولية للمقاييس (ISO)، أو جمعيات غير ساعية للربح من الناحية القانونية وترعى مصالح المرضى نظريا لكنها تخدم مصالح القطاع الخاص والشركات الصيدلانية تحديدا. (1)

# المطلب الثاني: آليات التدخل في حوكمة الصحة العالمية

1- الضبط الذاتي من خلال القواعد والمعايير الخاصة: و يتعلق الضبط الذاتي بالجهود التي تبذلها الشركات وجمعياتها، في مجال وضع وتنفيذ قواعدها وسياساتها الخاصة بالاشتغال في ميدان محدد. ومن أمثلة هذه الجهود القواعد الحاكمة لتصميم، وتصنيف، والتعامل مع نوع معين من السلع والخدمات. يمكن أن تتبنى هذه القواعد شركات بعينها أو تشمل قطاعا صناعيا وتجاريا بأكمله . ويمكن أن تشمل أيضا تلك الجهود القواعد المحددة للعلاقات بين الصانعين داخل القطاع نفسه، أو بين الصانعين والموزعين والموظفين والمستهلكين. وتتراوح مابين جهود الغرفة الدولية للتجارة التي تضع القواعد والمعايير في مجالات مختلفة، مثل التسمية في التجارة والإستثمار، القانون التجاري والبنكي، إضافة إلى فض المنازعات من خلال محكمة التحكيم الدولية الخاصة بحا، وإلى غاية الجهود الجارية لمئات من جمعيات القطاعات الصناعية الممثلة في التحالف الأعمال العالمي لتطوير معايير والمياكترونية.

يمكن لهذه القواعد أن تأخذ شكل التعاقد الرسمي مثل صحائف البيانات الخاصة بالسلامة التي تصدرها الجمعية البيئية والسمية لصناعي الملونات والأصباغ العضوية ( ETAD). أو أن يكون الإلتزام بما غير رسمي مثل القواعد التي تحكم تسمية العقود التجارية، كما يمكن التمييز بين نوعين منها:

- القواعد الهادفة لضبط معايير السوق: من أمثلتها القواعد الضابطة للسوق ذات الآثار الصحية العالمية مثل مدونات الإشهار والسلوك والعلاقات العامة، وصولا إلى المعايير التي تحكم صناعة أجزاء المعدات الطبية. ومن الأمثلة على هذه القواعد أيضا نجد عمل لجنة البنية التحتية العالمية للمعلومات (GIIC) التي حاولت تطوير معايير عالمية للسوق الصحية المعلوماتية-الإلكترونية.
  - ◄ القواعد الهادفة لخلق المعايير ذات الآثار الإجتماعية: أي بيئة المؤسسة الإجتماعية ككل، وتشير إلى تلك الجهود المبذولة من قبل القطاع الخاص لوضع القواعد والمعايير والنظم التي تحث أو تلاحظ بعض الممارسات التي تحم العامة أو المجتمع بغض النظر عن آثارها على اشتغال السوق في حد ذاتها. فالقواعد الإجتماعية تتخذ في العادة لأجل إستجابة لانشغالات المستهلكين؛ أو نشاط المساهمين في الميدان الإجتماعي؛ أو تجنب الضبط الحكومي (مثلما كان الشأن مع مدونة ممارسات تسويق المنتجات الصيدلانية الذي تبنته بعنب الضبط الحكومي (مثلما كان الشأن مع مدونة أمام منظمة الصحة العالمية)؛ كما أنها قد توفر مزايا

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> -- Kent Buse and Kelley Lee, "Business and Global Health Governance", Disscussion Paper N.5, p.8-10, [viewed on :10/01/2012] in :

<sup>&</sup>lt;a href="http://www.odi.org.uk/resources/docs/1997.pdf">http://www.odi.org.uk/resources/docs/1997.pdf</a>

- تنافسية للشركات الرائدة في القطاع نتيجة تميزها عن الشركات التي لا تريد أن تلتزم بمذه القواعد أو غير قادرة على ذلك. يمكن أن تتضمن فئة القواعد هذه:
- ✓ قواعد المسؤولية الإجتماعية للشركات: وهي تشتمل على مجموعة واسعة من المبادرات من قبل الشركات الخاصة لاسيما الشركات متعددة الجنسيات تمدف إلى الإشتغال بطريقة مسؤولة أي آخذة بعين الإعتبار الآثار الإجتماعية لنشاطها، عكس إقتراحات النظريات الليبرالية التي تسند مهمة التعامل مع الآثار الإجتماعية للشركات للدولة وفقط. ومن بين مظاهر هذه الممارسات نجد التقارير الإجتماعية ( Reporting).
- ✓ مدونات قواعد السلوك: وهي عبارة عن إعلان عام لجموعة قواعد ومبادئ تلزم بما الشركات نفسها، وهي تغطي العديد من المسائل التي تؤثر بوضوح على الصحة، أو محددتما مثل مدونات السلوك الخاصة بالصحة والسلامة في أماكن العمل والمستعمرات، الأجور وساعات العمل، التمييز العنصري أو الجندري، سلامة المنتجات، عمليات الإنتاج و الإشهار والتسويق المسؤولة، أو حماية البيئة وحقوق الإنسان. وتتميز أغلب مدونات السلوك في ميدان الصحة بالعالمية، مثل مدونة الممارسات التسويقية التي وضعتها ( IFPMA)، أو المعايير الدولية لتسويق التبغ التي وضعتها كبريات شركات التبغ العالمية. أو الشروط والمعايير التي تضعها الفيدرالية العالمية لقطاع التطبيب الذاتي التي تلتزم جمعيات التجارة بوضع مدوّنات طوعية من الإعلانات تنظم بيع الأدوية المباشر للمستهليكن من دون وصفة طبية. (1)
- ✔ فوائد مدونات قواعد السلوك: بالإضافة إلى حدمة أغراض المسؤولية الإجتماعية للشركات يمكن أن ترفع مدونات السلوك من ربحية الشركات من حلال زيادة حصتها السوقية داخل الصناعة وذلك من خلال: تحسين صورتما لدى المجتمع نتيجة إظهارها الإهتمام بمشاكله، ( الذي يشكل المستهلكين- الزبائن)؛ الإستدجابة لمطالب منظمات المجتمع المدني وهو ما قد يجنبها حملات مقاطعة منتجاتما، أو دفع تعويضات نتيجة خسارتما في المحاكم لدعاوى قد ترفع ضدها؛ تجنب وسائل الضبط الآتية من قبل الدول أو المنظمات الدولية الحكومية، أو على الأقل تأخيرها. لأنه ومن الناحية النظرية على الأقل فالضبط الذاتي من خلال مثل هذه المدونات يعد أقل تكلفة من الضبط الحكومي الرسمي، ومع ذلك تظل الكثير من الشكوك تحوم حول قدرة وفعالية مثل هذه المدونات على الإستجابة لانشغالات الصحة العالمية ، أو أجندتما مادامت هذه المدونات محكومة بمدى نجاعتها في تحقيق حصة سوقية أو ربحية أكبر ، أو تجنيب الشركات المبادرة بما خسارة ثقة زبائنها أو المساهمين فيها.

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> - ibid.

### 2- أنشطة التأثير على مؤسسات حوكمة الصحة العالمية الأخرى:

### -1-2 على المستوى الوطني (الدولة):

تستطيع الشركات تمويل الحملات الإنتخابية للأحزاب والرؤساء، دفع بالأحزاب أو شخصيات إلى الحكم على أمل الإستجابة لمطالبها، ففي الولايات المتحدة مثلا تضاعف حجم تمويل الحملات الإنتخابية خلال عقد إلى غاية سنة 2002. كما قدم قطاع مهنيي الصحة وحده قرابة 53 مليون دولار أمريكي خلال الإنتخابات الفيدرالية للرئاسيات لسنة 2004.

كما تقوم الشركات بشكل روتيني بالضغط لصالح السياسات العامة للحكومة داخل القطاع أو ضدها، حيث قامت جماعات الضغط من قطاع الرعاية الصحية بإنفاق 237 مليون دولار سنة 2000 للتأثير على شيوخ ونواب الكونغرس، وكذا الوكالات التنفيذية الفيدرالية الأخرى على المستوى الوطني. كما ذكرت تقارير صادرة عن منظمة Public Citizen الأمريكية، أن الشركات الصيدلانية الكبرى قامت بإنفاق 141 مليون دولار، وتجنيد وقصد مشروع شخصا في سنة 2003 للضغط على النواب والمسؤولين في كل من الكونغرس والبيت الأبيض لتمرير مشروع قانون "The Medicare Modernization Act"، الذي يخدم أرباح الشركات على حساب دافعي الضرائب على حد قول المنظمة. (2) كما ذكرت تقارير صادرة عن شركات التبغ أنها أنفقت 443 مليون دولار أمريكي لوقف مشروع قانون يضع قيودا ورقابة على التبغ في الولايات المتحدة.

#### 2-2 على مستوى المنظمات الدولية:

تستطيع الشركات التأثير على مستوى مؤسسات صنع السياسة العامة العالمية من خلال:

- تأخير مباشرة بعض الوسائل القانونية الدولية، حيث يتداول أن جمعية IFPMA كانت تقف خلف تأخير انطلاق جهود منظمة الصحة العالمية لوضع مدونة سلوك خاصة بالممارسات التسويقية من خلال الإدعاء أن تنفيذ مدونتها الخاصة يتطلب المزيد من الوقت.
- وقف تبني الوسائل القانونية الدولية. حيث كان قطاع صناعة السكر العالمي مثلا، وعن طريق المنظمة العالمية للبحث في قطاع السكّر، والمنظمة الدولية للسكّر، المعارض الأساسي للمبادئ التوجيهية الدولية في مجال الحمية المقترح من قبل منظمة الصحة العالمية سنة 2003.
  - التأثير على محتوى الوسائل القانونية الدولية، حيث ضغطت شركات التبغ على المستويين الوطني والدولي لإضعاف التدابير التي تتضمنها الإتفاقية الدولية الإطارية لمكافحة التبغ. إضافة إلى الدور الكبير الذي لعبته لجنة

.

<sup>1 -</sup> ibid.

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> - James Love, "Drug Industry and HMOs Deployed an Army of Nearly 1,000 Lobbyists to Push Medicare Bill, Report Finds", in:

<sup>&</sup>lt; www.citizen.org/pressroom/pressroomredirect.cfm?ID=1733> .

مكونة من ممثلين عن 12 شركة متعددة الجنسيات ذات الأصل الأمريكي في ميادين الصناعة الكيميائية، والإعلام والتسلية، والصناعة الصيدلانية للتأثير على مفاوضات تحرير التجارة واتفاقيات حماية الملكية الفكرية منذ سنة والتسلية، والصناعة الصيدلانية للتأثير على مفاوضات تحرير التجارة واتفاقيات حماية الملكية الفكرية منذ سنة والتحدث كان الرئيس التنفيذي لشركة "فايزر" Pfizer "إدموند برات" Edmund Pratt مثلا من بين مستشاري وفد الولايات المتحدة إلى المفاوضات، و لعب دوراكبيرا في صياغة إتفاقية ( TRIPS)، كما نجح في تأخير انتهاء صلاحية حماية براءة الإحتراع لمئة دواء لسنة أو سنتين. (1)

- العمل على التشكيك في مصداقية وصحة الوسائل القانونية الدولية، ومثال ذلك أن جمعية صانعي غذاء الأطفال (IFM)) تدعي أن عددا من قرارات "جمعية الصحة العالمية" الهادفة لتفسير وتحيين بنود "المدونة الدولية لتسويق بدائل حليب الأم" لا تتطابق مع البنود الأصلية للمدونة.
- ضرب شرعية وقدرة المنظمات الدولية المكلفة بوضع الوسائل القانونية الدولية. وهو السلوك الذي تتبعه شركات التبغ مع منظمة الصحة العالمية تحديدا، حيث تقوم الشركات بتنفيذ خطط بقدرات مالية كبيرة لتحويل اهتمام الجماهير عن مسائل الصحة العامة، وإنقاص ميزانية المنظمة المخصصة للبحوث ووضع السياسات، تحريض وكالات الأمم المتحدة الأخرى ضد المنظمة، وإقناع حكومات الدول النامية أن برنامج منظمة الصحة العالمية لمكافحة التبغ يخدم أجندة الدول الغنية وضد مصالحها، تشويه نتائج الدراسات العلمية المهمة، ومنظمة الصحة العالمية لتشويه سمعتها كمؤسسة. (\*)
  - تحدي صلاحيات أجهزة الأمم المتحدة في ميدان وضع المعايير في ميدان محدد مثل جهود قطاع الأغذية لإعاقة قدرة منظمة الصحة العالمية على التعامل مع داء السمنة العالمي من خلال السياسات واللوائح.
  - محاولة التأثير على برامج المنظمات الدولية المتدخلة في حوكمة الصحة العالمية مثل منظمة الصحة العالمية ومنظمة التغذية والزراعة، والتأثير على عمل لجانها التقنية أيضا لأهميتها الكبيرة في وضع المعايير والمقاييس العالمية. (2)

#### 4- الضبط المشترك بين القطاع الخاص والقطاع العام

ويمثل طريقة ثالثة هجينة بين آليات الضبط الحكومية-القانونية التقليدية، وآليات الضبط الذاتية لقطاع الخاص، وقد نشأت في الجزء الأعظم منها بسبب عدم ملاءمة الآليتين كلّا على حدة. ويمكن أن يأخذ الضبط المشترك شكل تدخل حكومي في الضبط الذاتي الممارس من قبل القطاع الخاص، أو بالعكس إدخال للفواعل

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> - Henry Haroutunianv, "Powerful Medicine: A Closer Look at the Pharmaceutical Lobby", **Yale Journal of Medicine and Law**, Vol. II, Issue 1. Fall 2005, p. 24.

<sup>\*-</sup> أظهر تقرير للجنة خبراء تابعة لمنظمة الصحة العالمية سنة 2000 أن قطاع صناعة التبغ العالمي، يتبع استراتيجيات ترمي إلى إضعاف مساعي المنظمة لمكافحة التبغ، وتشمل هذه الإستراتيجيات: ربط علاقات غير سوية مع موظفي المنظمة؛ ممارسة الضغط المالي؛ الإعتماد على وكالات الأمم المتحدة الأخرى للضغط؛ الطعن في مصداقية بحوث المنظمة؛...أنظر:

<sup>-</sup> World Health Organization, **Tobacco industry interference with tobacco control**, WHO Press, Geneva, 2008, pp.2-17.

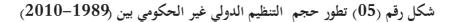
<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> - Kent Buse and Kelley Lee, "Business and Global Health Governance", op.cit.

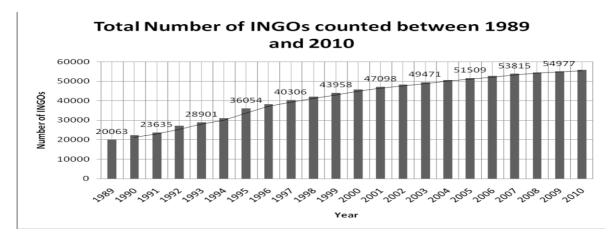
الخاصة في عمليات الحوكمة العامة. كما سمّاها البعض (مثل Detomasi) بالحوكمة التوزيعية أين يشارك جميع المعنيين في عملية تشكيل القواعد ومعايير، ووضع العقوبات ضد منتهكيها.

وهي مثل عمليات الضبط الأحرى، تتخذ صفة الرسمية أو غير الرسمية أيضا. والضبط التشاركي هو محصلة التفاوض بين الجانبين الخاص والعام حول أهداف تنظيمية توجهها النتائج ( results-oriented). وحينها سيقع على عاتق القطاع الخاص مسؤولية تنفيذ النصوص، بينما تكون السلطات العامة في موقع رصد الإلتزام بها، أو في يد القطاع الخاص، كما يمكن أن يترك لطرف ثالث يكون منظمة غير حكومية مهتمة عادة. ومن أشهر الأمثلة على هذا النمط من الضبط آلية "الميثاق العالمي" بين غرفة التجارة الدولية ومنظمة الأمم المتحدة ( The ICC-UN (Global Compact) (1) إضافة إلى ذلك تبرز آلية المشاركة من خلال الشراكات العامة – الخاصة العالمية (GPPPs) بأشكالها الأساسية.

#### المبحث الرابع: دور منظمات المجتمع المدني

أصبحت منظمات المجتمع المدني، وخاصة منها المنظمات غير الحكومية، اليوم جزء هاما من بيئة العمل الدولي وفاعلا في صناعة القرار الجماعي، والتأثير على عمليات صنع القرار في السياسة العامة العالمية. وذلك من خلال وسائل متنوعة مكنتها من إحداث تأثيرات على مجموعة من القضايا العالمية، خاصة بسبب ما أثاره النظام الحوكمي من نقلة نوعية، وحدل في النظام الدولي الحالي من حيث عدم وجود سلطة مركزية قادرة على التنظيم (3).





Source: Mary Kaldor, "Global Civil Society 2012: ten years of 'politics from below", openDemocracy in: <a href="mailto:shift://www.opendemocracy.net"> <a href="http://www.opendemocracy.net"> > <a href="http://www.open

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> - Benedicte Bull and Morten Bøås and Desmond McNeill, "Private Sector Influence in the Multilateral System: A Changing Structure of World Governance?", Global Governance, N.10, 2004, pp. 482-483.

<sup>&</sup>lt;sup>3</sup> - Georgeta Nae & Corina Grigore els, NGO's Engagement in International Public Policy Making, pp.2-3. <a href="http://www.idec.gr/iier/new/3rd0PanhellenicConference/NAE-GRIGORE NGOS ENGAGMENT IN INTERNATIONAL">http://www.idec.gr/iier/new/3rd0PanhellenicConference/NAE-GRIGORE NGOS ENGAGMENT IN INTERNATIONAL</a> PUBLIC20POLICY.pdf >.

وترفع هذه المنظمات في مساعيها للتأثير في عملية صنع القرارات العامة العالمية شعار تحقيق أكبر قدر من المساءلة الديمقراطية في العالم، وتعزيز القواعد والأفكار الجديدة على جدول الأعمال الدولي في مختلف مجالات السياسة، إلى جانب تعزيز المساءلة في الإدارة العالمية. لذلك فإنه من المهم إدراك الأدوار والأساليب المعتمدة من طرف المنظمات غير الحكومية وغيرها من منظمات المتجمع المدني في التأثير والمشاركة في صنع القرارات السياسية العالمية في ميدان الصحة العالمية.

### المطلب الأول: تأثير منظمات المجتمع المدنى في حوكمة الصحة العالمية، الموارد والمظاهر

#### أولا- موارد التأثير:

تتمتع منظمات المجتمع المدني بمجموعة من الخصائص تجعل منها فاعلا مؤثرا في عملية صنع السياسة العامة، ومنها تمتعها عموما بدرجة عالية من الشرعية في أعين الجماهير؛ وتناغمها و تجاوبها الجيد مع الانشغالات الشعبية وحاجات الجماعات الخاصة التي يمكن ألا تمثل مصالحها في السوق، أو أن تدافع الحكومة عنها؛ إضافة إلى اختلاف بنيتها الشبكية الكثيفة والواسعة عن بنية الدولة والشركات. إضافة إلى اشتمال عضويتها على الخبراء التقنيين في المجالات المعنية والناتجة غالبا عن العمل في الأوضاع الصعبة. (1) كما أن المنظمات غير الحكومية تمتلك أفضلية القدرة على الإستخدام الفعال للوسائط؛ تركيز استراتيجي واضح؛ ودرجة عالية من السمعة الطيبة، وهي بمثابة الموارد التي توفر لمنظمات المجتمع المدني قاعدة قوية في العمل الميداني المباشر، والتأثير في المجال العام. (2)

وبالفعل، فقد سجلت منظمات المجتمع المدني تاريخيا حضورا دائما في ميدان تقديم الخدمات الصحية والإغاثة الإنسانية، في إطار مقاربتي الصحة الدولية وترقية الصحة، وذلك من خلال أدوار تكميلية للأدوار الحكومية على مختلف المستويات، خاصة في الدول متدنية ومتوسطة الدخل. وتلعب منظمات المجتمع المدني أدوارا مهمة على مستوى الدول، تؤهلها لتكون فاعلا مهما على المستوى العالمي.

الجدول رقم (07): أدوار المجتمع المدنى في مجال الصحة العامة

أمثلة عن أدوار منظمات الجحتمع المدني	وظائف النظام الصحي
* تقديم الخدمة.	الخدمات الصحية
* تسهيل تفاعل المحتمع مع الخدمات.	
* توزيع الموارد الصحية (مثل الواقيات من البعوض، أو الإسمنت للمراحيض)	
* بناء ودعم أخلاقيات عمال القطاع الصحي.	

<sup>1-</sup> Gayle Allard and Candace Agrella Martinez, "The Influence of Government Policy and NGOs on Capturing Private Investment", A Working Paper Presented to the 7th OECD Global Forum on International Investment, 27-28 march 2008, p.3.

<sup>2 -</sup> Roger Magnusson, "Can NGOs and INGOs be public health policy entrepreneurs?", **diabeties voice**, Vol. 54, N° 3, December 2009, p.36.

* تجميع وتوزيع المعلومات الصحية.	تحسين الصحة وتبادل
* تأسيس الاختيار عمومي الصحي على معلومات ملائمة.	المعلومات
* إجراء البحث الصحي واستخدامه.	
* المساعدة في تغيير المواقف الإجتماعية، وتعبئتها وتنظيمها من أجل الصحة العامة.	
* تمثيل مصالح العامة أو المحتمع في مراحل صنع السياسة.	وضع السياسة
* ترقية العدالة و السياسات المهتمة بالفقراء.	
* التفاوض حول معايير الصحة العامة ومقارباتها.	
* بناء توافقات حول السياسة ونشر المواقف السياسية وزيادة الدعم الشعبي للسياسات.	
* الدفاع عن التفضيلات الإجتماعية في عملية تخصيص الموارد.	تعبئة وتخصيص الموارد
* تعبئة وتنظيم التمويل التشاركي من قبل المجتمعات الأهلية.	
* ترقية تخصيص عادل للموارد ويحمي مصالح الفقراء.	
* بناء محاسبة وشفافية عامة في مجال رفع وتخصيص وتسيير الموارد.	
* متابعة مدى استجابة ونوعية الخدمات الصحية.	متابعة نوعية الرعاية ومدى
* إسماع صوت الجماعات المهمشة، وترقية العدالة في توزيع الخدمة.	استجابتها
* تمثيل حقوق المرضى في نوعية الرعاية، وتوجيه شكاوهم ودعاواهم.	

Source: WHO, Civil Society Initiative, "Strategic alliances The role of civil society in health", Discussion Paper No. 1, CSI/2001/DP1, December 2001, p. 6.

وقد عرف نشاط منظمات المجتمع المدني في ميدان الصحة العالمية منذ الثمانينيات من القرن العشرين نموا ملحوظا من حيث الحجم والنوعية. إذ تقدر بعض الدراسات أن عدد هذه المنظمات العاملة في ميدان الصحة بشكل مباشر بلغ قرابة 3000 منظمة (من مجموع حوالي 59000 منظمة عبر العالم). تساهم في التأثير على السياسات الصحية العامة للدول التي يتواجد بها فئات مهملة صحيا من طرف القطاع العام أو الخاص، من خلال حملات ترفع من الوعي العام بالنقص في الموارد المخصصة للحاجات الصحية لتلك الفئات المتأثرة، وتعبئة موارد مالية لسد تلك الحاجات. أو المطالبة بضبط مناسب لسلوكيات مؤسسات القطاع الخاص المؤثرة سلبا على صحة السكان. (1)

وحسب بارثش Bartsch و كولمورغان Kohlmorgen فإن منظمات المجتمع المدني مهيئة لتلعب دورا بارزا في ميدان الصحة العالمية أكثر من باقى مجالات السياسة العامة العالمية وذلك للأسباب التالية:

- السبب التاريخي: حيث تعتبر المسائل الصحية من أكثر المسائل الإنسانية تقليدية من بين مجالات اهتمام منظمات المجتمع المدني. فحتى أقدم المنظمات غير حكومية في التاريخ الحديث وهي منظمة مناهضة العبودية الدولية (1840)، أو اللجنة الدولية للصليب الأحمر (1846) كان لها دور مهم في العمل الصحى الدولي.

68

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> - Sonja Bartsch and Lars Kohlmorgen, "The Role of Civil Society Organizations in Global Health Governance", Wolfgang Hein, Sonja Bartsch, Lars Kohlmorgen, (eds.), **Global Health Governance and the Fight Against HIV/AIDS**, Palgrave Macmillan, New York, 2007, p.92

- السبب الوظيفي: حيث عرف تدخل منظمات المجتمع المدني تناميا مطردا بسبب مظاهر الفشل التي تسم عمل المنظمات الدولية الحكومية؛ مثل النقص أو التداخل في الصلاحيات والمهام بين مختلف الوكالات والمنظمات؛ عدم التمثيل الديمقراطي؛ نقص الشفافية والمساءلة؛ أو التوزيع غير العقلاني للموارد.
- السبب الأخلاقي: ويرتبط بالعبء الأخلاقي الضخم الذي تولده الكثير من القضايا ذات الصلة بميدان الصحة العالمية، مثل توفير الأدوية الأساسية للفئات الأكثر حرمانا في العالم. و ينظر إلى هذه المنظمات على أنها محرك لحوكمة عالمية أكثر إنسانية، وأكثر تركيزا على التنمية، وبالتالي دعما لمواقف الدول مقابل المصالح الخاصة للقطاع الربحي. (1)

#### ثانيا- مظاهر التدخل في سياسات الصحة العالمية:

يأخذ تدخل منظمات المجتمع المدني في سياسات الصحة العالمية عدة مظاهر أبرزها:

1- إنفتاح المنظمات الدولية الحكومية، وخاصة منظمة الصحة العالمية على منظمات المجتمع المدني. حيث كانت الدافع الأساسي نحو إشراك أوسع وأعمق لمنظمات المجتمع المدني خاصة بسبب نقص الشفافية والمساءلة. إضافة إلى اعترافها أن هذه المنظمات تستطيع لعب دور حاسم في الوقاية من العديد من المشاكل الصحية. حيث تتفاعل مثلا منظمة الصحة العالمية مع سلسلة واسعة من منظمات المجتمع المدني شديدة التنوع تبعا لبنيتها، وبؤرة اهتمامها ومواردها المالية (2).

2- التأثير المتنامي لمنظمات المجتمع المدني على مرحلة وضع الأجندة في صنع السياسات العالمية، سواء من خلال القنوات الرسمية أو غير الرسمية، للضغط على الدول الأعضاء في المنظمات الدولية المتدخلة في حوكمة الصحة العالمية. ومن أبرز الأمثلة على ذلك نجاح المنظمات غير الحكومية في التأثير على الإتفاقية الدولية لتسويق المنتجات البديلة لحليب الأم.

3- إدخال منظمات المجتمع المدني في صنع السياسة الصحية على المستوى العالمي عن طريق آلية التشاور، [التحالف الدولي غير الحكومي ضد التبغ ممثلا في لجنة الإستشارة الإستراتيجية، كما تعاونت منظمة الصحة العالمية في حملات التوعية ضد التبغ].

4-إدخال منظمات المجتمع المدني في آلية الإنذار التي أنشأتها منظمة الصحة العالمية في إطار تنفيذ اللوائح الصحية الدولية المعدلة سنة 2005.

2 - World Health Organization, "WHO's interactions with Civil Society and Nongovernmental Organizations", Review Report, WHO/CSI/2002/WP6., 2002, P.

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> - Sonja Bartsch and Lars Kohlmorgen, "The Role of Civil Society Organizations in Global Health Governance", op.cit.p.93.

5- مأسسة مشاركة منظمات المجتمع المدني في حوكمة الصحة العالمية، من خلال وضع الشريك الكامل ضمن الشراكات العامة – الخاصة العالمية.  $^{(1)}$ 

6- الإنخراط المتنامي لمنظمات المجتمع المدني في ميدان البحث والتطوير الصحيين، عن طريق تحديد أولويات البحث، والمطالبة ببحث علمي أكثر ملاءمة للحاجات الصحية العالمية، ترجمة واستخدام نتائج البحوث، إضافة إلى خلق معارف جديدة في الميادين التي تمتلك فيها هذه المنظمات مزايا نسبية. (2)

### المطلب الثاني: أنواع منظمات المجتمع المدني المنخرطة في حوكمة الصحة العالمية

من الناحية التحليلية، يمكن أن نعثر في الأدبيات التي تعنى بدراسة نشاط منظمات المجتمع المدني على عدة تصنيفات باعتبار معايير التصنيف المختلفة مثل: الحجم؛ ومدى النشاطات؛ والأهداف المتبعة؛ والوضع القانوني؛ ومصادر التمويل. وقد رأينا أن نتبع بهذا الشأن تصنيف "كارمن شنايدر" Carmen Schneider للمنظمات العاملة في ميدان السياسة العالمية للصحة، لما يتصف به من تفصيل وشمول حيث صنفها إلى ثمانية أصناف كالتالى:

- -1 منظمات المجتمع المدني الدولية التي تعنى بترقية الصحة كهدف أساسي وحيد، أو من بين أهدافها الأساسية وذلك من خلال أنشطة الضغط، والمطالبة وحملات رفع الوعي الجماهيري. وتتضمن الأمثلة عن هذه المنظمات ( Oxfam International)، أو الإتحادية الدولية للأبوة المخططة ( IPPF)، منظمة العمل الصحى الدولية (HAI).
- -2 المنظمات التي تنظم وتنفذ عمليات الإغاثة من أضرار الكوارث الطبيعية، والتي تتضمن أعمال الرّعاية الطبية. وتشمل منظمات مثل أطباء بلا حدود ( MSF)، و(Oxfam International)، والصليب الأحمر الدولي و الهلال الأحمر الدولي، أو منظمة (Medicus Mundi International).
- -3 المنظمات المنخرطة في العمل القاعدي ، والتيّ تقوم غالبا بتنفيذ المشاريع وتتفاعل بشكل كبير مع الأفراد (The AIDS Support Organisation) النشطة في أوغندا، أو مثيلتها في تايلاند (the Thai AIDS Treatment Action group).
- -4 المنظمات التي تتصرف كمنسق للأنشطة ، أو كأرضية تبادل بين منظمات أخرى أو التي تدعى المنظمات المظلة ، ومن أمثلتها "منتدى صحة للشعوب" (People's Health Forum).

70

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup>-Caremane H. Schneider, "Legitimacy and Global Governance in Managing Global Public Health", p.42. 2-Hélène Delisle et al, "The role of NGOs in global health research for development", Health Research Policy and Systems. In: < <a href="http://www.health-policy-systems.com/content/3/1/3">http://www.health-policy-systems.com/content/3/1/3</a>>.

- -5- المنظمات غير الحكومية في شكل الجمعيات والمؤسسات الخيرية، أو ( philanthropist foundations ). Bill and التي تقوم بتقديم التمويل الخاص للمشاريع الصحية، ومن أكثر الأمثلة بروزا مؤسسة غايتس ( Rockefeller Foundation). أو مؤسسة روكفيلر العريقة (Rockefeller Foundation).
  - -6- المنظمات التي لا تمثل الصّحة بؤرة تركيزها الأساسية، لكنها تدافع عن القيم والسياسات التي تؤثر على الصحة؛ وتتضمن هذه الفئة المنظمات البيئية مثل ( Greenpeace)، أو المنظمات العاملة في ميدان مكافحة الفقر وآثاره، مثل منظمة ( World Vision)، أو المنظمات النشطة في ميدان حماية وترقية حقوق الإنسان مثل منظمة ( Human Rights Watch)، أو منظمات الشباب التي اعتنت بالصحة الإنجابية والجنسية للمراهقين. ويمثل انخراط مثل هذه المنظمات في العمل الصحية العالمي انعكاسا واضحا لزيادة الوعي بالمحددات السياسية والإقتصادية والإجتماعية والبيئية.
  - -7- المنظمات التي تهدف إلى تمثيل الأشخاص المرضى أو الذين يعانون من ظروف صحية سيئة وكذا الدفاع عن حقوقهم الإجتماعية الإقتصادية، من أبرزها المنظمات التي تدافع عن حقوق المصابين بداء الإيدز، مثل اللجنة الدولية للنساء المصابات بالإيدز (ICW)، أو الشبكة العالمية للمصابين بالإيدز (+GNP).
    - -8 المنظمات غير الحكومية التي تمثل وتدافع عن مصالح المهنيين والعمال في القطاع الصحي، مثل المجلس الدولي للمرضين أو الجمعية الدولية للأطباء من أجل البيئة  $^{(1)}$ .

وعلى ما يتميز به هذا التصنيف من تفصيل وشمول، إلى أنه يتبع معيار مجال اهتمام ونشاط المنظمة، ومع صعوبة تحديد تطابق المعيار بدقة مع ما تقوم به المنظمة، كما أن نشاط منظمات المحتمع المدين تلك قد يتغير الساعا أو انحسارا مع الوقت، سيكون بإمكاننا أن نصنف بعض المنظمات في أكثر من فئة واحدة.

في المطلب الموالي سنحاول أن نحدد أهم أصناف الوظائف التي تؤديها هذه المنظمات في مجال حوكمة الصحة العالمية.

#### المطلب الثالث: وظائف منظمات المجتمع المدنى

على عكس الدول والمنظمات الدولية الحكومية، تعوز منظمات الجتمع المدني كلا من السلطة الإكراهية، والشرعية الديمقراطية، لكنها بالمقابل تمتلك موارد وأفضليات كما ناقشنا سالفا، وتستطيع بفضلها أنها تتدخل في عملية صنع السياسات الصحية العالمية في شتى مراحلها. ابتداء من وضع الأجندة، ثم التفاوض أو أي شكل من

<sup>1 -</sup>Carmen Huckel Schneider, "Legitimacy and Global Governance in Managing Global Public Health", op.cit., pp.100 ,101.

أشكال صنع القواعد، وصولا إلى التنفيذ، ثم الرصد، ثم التعامل مع أشكال الخرق أو عدم الإذعان من قبل الفواعل الأخرى. (1)

وفيما يلي سنفصل عمليات التدخل هذه من خلال تصنيفها إلى وظائف ثلاثة: هي الوظائف السياسية والوظائف العملياتية، ووظائف التمكيين الذاتي:

#### أولا- الوظائف السياسية:

تظهر هذه الوظائف من خلال مجموعة الأنشطة التي تحدث على المستوى العالمي أساسا وتنقسم هذه الوظائف إلى ثلاثة وظائف أساسية هي:

#### 1 - وظيفة تمثيل مصالح الفئات المهمشة والضعيفة:

وذلك من خلال مهام:

\* ربط القضايا: حيث تقوم منظمات المجتمع المدني بلفت الانتباه إلى العلاقة بين المشاكل الصحية والممارسات التسويقية لبعض الشركات المصنعة للأغذية (مثل دور منظمات المجتمع المدني داخل مجموعة العمل التي نصبها مجلس الصحة العالمية للتحضير والتفاوض حول اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ مابين سنتي1999 و 2003 حيث أدلى ممثّلو 144 منظمة ومؤسسة متنوعة من الوكالات الصحية العمومية، والمؤسسات الأكاديمية بتعليقات شفوية أمام فريق منظمة الصحة العالمية المسؤول عن تلك الجلسات فضلا عن ممثلي أهمّ شركات التبغ المتعدّدة الجنسيات وشركات التبغ الوطنية، ومجموعات المزارعين). (2)

\* الحملات السياسية الضاغطة: على الدول والمنظمات الدولية لتبني أداوت قانونية ملزمة مثل الحملة الدولية لإتاحة الأدوية الأساسية لسنة 2001، أو "حملة شبكة العمال الدولية حول أغذية الرضع" (IBFAN)، إلى جانب كل من منظمة الصحة العالمية، ومنظمة UNICEF سنة 1981 ضد السياسات التسويقية للأغذية البديلة لحليب الأم، خاصة منها حملة مقاطعة منتجات شركة Nestlé، أو عمل تحالف الإتفاقية الإطارية (FCA) الذي جمع أكثر من 250 منظمة غير حكومية من أكثر من 90 دولة كرست جهودها لدعم تبني وتنفيذ اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية لمكافحة التبغ (FCTC) لسنة 2003.

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> -Kenneth W. Abbott, "Innovations in Global Health And the Global Governance System", Civil Society Organizations and Global Health Governance, Wall Summer Institute, 2007, in: <a href="http://ssrn.com/abstract=1471362">http://ssrn.com/abstract=1471362</a>>

<sup>-2</sup> إتفاقية منظمة الصحة العالمية بشأن مكافحة التبغ، جلسات استماع بخصوص اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ: [تم التصفح يوم 2012/04/07 > [2012/04/07 > التبغ:

2- نشر المعلومات والمعرفة بخصوص قضايا معينة، مثل نشر دليل أسعار الأدوية المضادة لفيروسات، أو تقرير الفحوة 90/10 في ميدان البحث والتطوير الخاصين بالأمراض المهملة، (1) إلى جانب الدور البارز لمنشورات متخصصة، مثل مجلة The Lancet المتخصصة في ميدان الصحة العامة والعالمية، والتي دأبت الهنوات عدة على إفراد محور منتظم في أعدادها بعنوان "الصحة وحقوق الإنسان" لصالح جمهور متنوع، وهو ما ساعد على توسيع الإعتراف بهذا المجال من البحث، والتنويه بالمضامين الحقوقية للقضايا الصحية. (2)

3- المشاركة المباشرة في عمليات صنع السياسة الصحية العالمية: وتظهر هذه المشاركة من خلال الحضور الدائم في سلسلة المؤتمرات الأممية في شتى القضايا، وخاصة منها ذات التأثير على قضايا الصحة العالمية. إلى جانب ممارسة الصلاحيات المخولة لها في إطار العلاقة الإستشارية مع مختلف وكالات الأمم المتحدة وأجهزتها، خاصة منها منظمة الصحة العالمية وبرنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الإيدز. حيث تمنح منظمة الصحة العالمية وضع العلاقات الرسمية لمنظمات المجتمع المدني التي تلتزم بخطة عمل تعاوني مشترك ومسؤول لمدة 3 سنوات على الأقل، وهو ما يمنح هذه المنظمات الحق في المشاركة في اجتماعات الأجهزة التنفيذية والإدلاء بتصريح أثناءها، وحق تقديم مذكرات للمدير العام، قد توضع على أجندة المجلس التنفيذي إذا حازت موافقة هذا الأخير. أما العلاقات غير الرسمية فتشمل باقي الإتصالات وعلاقات التعاون والعمل المشترك غير الممأسسة بشكل متن (3).

كما تشارك منظمات المجتمع المدني من خلال وضع الشريك في إطار الشراكات العالمية حيث تكون ممثلة بشكل متين، وتتمتع بوضع الشريك الكامل في عمليات صنع سياسات كما سنناقش قي المبحث المتعلق بالشراكات العالمية للصحة.

4- وظيفة الرصد والرقابة على أنشطة الدول، والمنظمات الدولية والقطاع الخاص ، ومن أبرز الأمثلة على هذا الوظيفة، تقرير "Global Health Watch" الذي يصدر كل سنتين وتعده منظمات غير حكومية نشطة في ميدان الصحة العالمية منذ سنة 2005، ويعتبر كرديف غير حكومي للتقرير الصحي العالمي "Report" الصادر عن منظمة الصحة العالمية، ويعنى هذا التقرير برصد نشاط مختلف مؤسسات حوكمة الصحة العالمية، وأوضاع الصحة العالمية.

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> - Sonja Bartsch and Lars Kohlmorgen, op.cit.98.

Sofia Gruskin, "What are health and human rights?", The Lancet, Vol. 363, January 24, 2004. p. 329.
 منظمة الصحة العالمية، الوثائق الأساسية ، المبادئ التي تحكم علاقات بين منظمة الصحة العالمية و المنظمات غير الحكومية،:

<sup>&</sup>lt;a href="http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/AR/principles-ar.pdf">http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/AR/principles-ar.pdf</a>

<sup>4-</sup> من أبرز المنظمات المشاركة في إعداد التقرير حركة صحة الشعوب، و التحالف العالمي من أجل الإنصاف ( Medact الحترية. لمزيد من التفاصيل أنظر:

<sup>-</sup>Global Health Watch, About the GHW, History and Concept:

<sup>&</sup>lt;a href="http://www.ghwatch.org/about">http://www.ghwatch.org/about</a>>

#### ثانيا- الوظائف العملياتية

تتضمن الوظائف العملياتية لمنظمات المجتمع المدي العاملة في ميدان الصحة العالمية نوعين أساسين من الأنشطة باعتبار مصدر التمويل وهي:

1- الأنشطة ذات التمويل الذاتي : حيث تبادر هذه المنظمات إلى إطلاق وإنجاز مشاريع صحية في الدول الفقيرة غالبا، بتمويل منها، ومن أبرز المنظمات النشطة في ميدان إنجاز المشاريع ذات التمويل الذاتي نجد المنظمات غير الحكومية الدولية الكبرى والمعروفة مثل منظمة ( Oxfam International )، ومنظمة أطباء بلا حدود. كما تقوم المنظمات غير الحكومية بتقديم الدعم التقني والمالي للمنظمات الوسيطة على مستوى الدول، مثلما يقوم به التحالف الدولي لمكافحة الإيدز ( The International HIV/AIDS Alliance) الذي يركز جهوده على بناء قدرات منظمات المجتمع المدني المحلي في ميدان وضع وتنفيذ المشاريع المتعلقة بمكافحة الإيدز. كما تأخذ منظمات غير حكومية عديدة على عاتقها توفير المساعدة الطبية والإغاثة الإنسانية في حالات الطوارئ والأزمات وتبرز هنا أيضا منظمات مثل "أطباء بلا حدود"، و "اللجنة الدولية للصليب الأحمر"، وغيرهما. عبر الحكومية دور الوكيل عن طريق التعاقد مع الجهات المانحة، من أحل تقديم الخدمات الصحية الوقائية و/أو غير الحلاجمة.

## ثالثا- وظائف التمكين الذاتي:

وتتكون منظمات المجتمع المدني في هذا الميدان من الأفراد المصابين بأمراض معينة، وتعدف بشكل أساسي إلى تحسين ظروف المعيشية، والدفاع عن حقوقهم الإقتصادية والإجتماعية. ومن أبرز الأمثلة عن هذه الوظائف الدور الكبير لمنظمات الأفراد المصابين بالإيدز في تشكيل الخطاب العام تجاه هذه الفئة. (1)

## المطلب الثالث: تقييم تدخل منظمات المجتمع المدني العالمي

بالرغم من سياسة الإنفتاح الملحوظة التي تبديها المنظمات الدولية في مجال حوكمة الصحة العالمية، وعلى رأسها منظمة الصحة العالمية. فإن مظاهر التوتر بين المنظمة الأممية ومنظمات المجتمع المدني لا تزال قائمة. حيث تنتقد منظمات المجتمع المدني وضع علاقاتها الحالية مع منظمة الصحة العالمية التي ترى أن مجرد إقامة علاقة رسمية معها، والتي لا تمنح صلاحية التصويت في مجلسها التنفيذي يمر عبر عملية طويلة معقدة وبيروقراطية وليس سوى ذات أثر شكلي<sup>(2)</sup>.

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> -- Sonja Bartsch and Lars Kohlmorgen, op.cit.99.

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup>-Kelley Lee, "Civil Society Organizations and the Functions of Global Health Governance: What Role within Intergovernmental Organizations?", **Global Health Governance**, VOL. III, N<sup>O</sup>. 2, Spring 2010, p.4.

وبالفعل فقد رصدت المراجعة الداخلية للعلاقات الرسمية وغير الرسمية، التي أجرتها منظمة الصحة العالمية سنة 2002، عددا من النقائص سواء على مستوى المبادئ الحاكمة، أو ممارسات المنظمة في علاقتها مع المنظمات غير الحكومية من خلال ما يلى:

- عدم التمييز بين المنظمات غير الحكومية ذات الإهتمام العام وتلك المهتمة بالمصالح التجارية.
- تتضمن المبادئ إجراءات مطولة ومرهقة ومعقدة ومفرطة في البيروقراطية لبلوغ وضع العلاقات الرسمية. إضافة إلى ضعف مزايا المشاركة من خلال علاقات غير رسمية.
  - عدم التوازن بين المنظمات غير الحكومية ذات المنشأ الشمالي وبين المنظمات من الجنوبي.
  - عدم متانة العلاقة بين الطرفين وإمكانية فضها من قبل منظمة الصحة العالمية في أي وقت.
- عدم إقرار المبادئ لشروط رسمية بخصوص الإفصاح العام عن المعلومات الأساسية بخصوص الأطراف التي تقف وراء المنظمات غير الحكومية التي تدخل في علاقات معها<sup>(1)</sup>.

تميل الأدبيات حول عمل منظمات المجتمع المدني عموما إلى إبراز دورها الإيجابي، فتعتبر عموما أن تدخلها يضفي على السياسات التنموية الصبغة الديمقراطية من خلال تعبئة وربط وتمثيل مصالح الجماهير على مختلف مستويات إتخاذ القرار، كما أنها توفر عنصر المساءلة، إلى جانب أنه قد يوفر بدائل تنموية ذات قيمة، غير أنه ينبغي الإشارة إلى أن لتدخل منظمات المجتمع المدني في عمليات ومستويات الحوكمة جوانبه السلبية أيضا. فإلى جانب الإنتقادات التقليدية بخصوص أداء و شفافية، مساءلة وبالتالي ديمقراطية مشاركة منظمات المجتمع المدني (أنظر نقد المدرسة النيوليبرالية خاصة كوهين)، ترى "ألكساندراكاش" " Alxandra Kaasch " أن مكمن قوة التأثير الإيجابي لمنظمات المجتمع المدني، أي التأثير على المستوى الخطابي عن طريق التعبئة والمطالبة، ورفع الوعي لدى كل من الجماهير وصناع القرار الوطنيين والعالميين في مجال حوكمة الصحة العالمية، قد يتحول إلى عامل سلبي إذا ما أسس على معطيات وبيانات خاطئة أو مغلوطة.

وتميل منظمات المحتمع المدني خاصة في أنشطتها السياسية إلى اتخاذ مواقف سلبية، وصراعية أحيانا مع بعض وكالات الأمم المتحدة المنخرطة في رسم وتنفيذ السياسة الصحية العالمية، وخاصة منها البنك العالمي. ففي دراسة حول نشاط منظمة "Global Health Watch"، وجدت "كاش" أن تقارير الشبكة غير الحكومية كانت تقييم عمل البنك العالمي بشكل سلبي على الدوام، برغم الجهود والتعلم الذي يبديه البنك في سياساته التنموية

<sup>1 -</sup> Sangeeta Shashikant, "WHO's difficult relationship with public interest constituency, the civil society initiative and the WHO Reform", in :

 $<sup>&</sup>lt; \underline{http://www.medicusmundi.org/en/topics/pnfp-sector-and-global-health-initiatives/thematic-guide/2011-10-13-who-reform-civil-society-relations.pdf}>.$ 

الصحية. وهو ما اعتبرته الباحثة تقييما أحادي التوجه، يحمل في طياته خطر تعبئة الدول والجماهير ضد سياسات المنظمات الدولية الحكومية التي قد تساعد في تحسين أوضاعهم الصحية بالفعل<sup>(1)</sup>.

إضافة إلى ذلك، ترى "أنجي" و"روجر" Nora Y. Ng و Nora Y. Ng التمويل والإهتمام الجماهيري حوكمة الصحة العالمية يشوبها تنافس بين هذه المنظمات في سبيل الحصول على التمويل والإهتمام الجماهيري والإعلامي؛ وهو ما يؤثر على عمليات تصميم البرامج وتنفيذها والتنسيق الداخلي. علاوة على اعتماد هذه المنظمات على مصادر تمويل غير ذاتية أيضا قد يقوض استقلاليتها ويفتح المجال واسعا لتأثير الأطراف الدولاتية والتحارية ومصالحها في أجندتها ونشاطها، وهو ما يتناقض مع سبب وجودها والوظيفة الأصلية التي وجدت من أجلها(2).

أما النقطة الثالثة ذات الأهمية القصوى فتتعلق أساس مشاركة "الحركة الإنسانية العالمية الخاصة" «corporate philanthropy» ممثلة في مؤسسات مثل "مؤسسة روكفيللر" أو "مؤسسة غايتس" ذات القدرة التمويلية الكبيرة والتي لاتخدم علنا سوى أهداف عامة وخيرية، فقد اعتبرت "ك. لي "«. Lee K.» أن الإعتماد على العمل التمويلي لهذه المؤسسات في مجال حوكمة الصحة العالمية يحمل خطر وضع عملية اتخاذ القرار الصحي العالمي وبالتالي صحة وحتى حياة أعداد هائلة من الناس عبر العالم بأيدي فئة قليلة جدا من أناس يتبعون جهات مختلفة ومجهولة في كثير من الأحيان، مقابل إهمال الأهداف الأكثر شعبية (3).

#### المبحث الخامس: شراكات الصحة العالمية

إذا لم تكن الشراكة بين القطاعين الخاص والعمومي بالآلية المستجدة في ميدان حوكمة الصحة على المستوى المحلي، خاصة في الدول المتقدمة بفعل موجة ما يسمى بالتسيير العمومي الجديد (4)، فإن الشراكات (\*) بين القطاعات الثلاثة – الدولاتية العامة والخاصة الساعية للربح، وقطاع المحتمع المدين – والمسماة أيضا بالشراكات العامة – الخاصة العالمية (GPPPs) تمثل أكثر أطر وآليات الحوكمة العالمية المعاصرة حداثة وأكثر مظاهرها تجليا.

<sup>1 -</sup>Alexandra Kaasch, "CSOs in the global discourse on health care systems, The Global Health Watch, Paper prepared for the London Workshop on Civil Society Organisations and Global Health Governance", October 6-7, 2007.p.10.

<sup>2 -</sup> Nora Y. Ng and Jennifer Prah Ruger, op.cit.p.6.

<sup>3 -</sup> Loughlin K. and Berridge V., op.cit.,p.12.

<sup>&</sup>lt;sup>4</sup> -Sherri A. Brown, "Global Public-Private Partnerships for Pharmaceuticals: Operational and Normative Features, Challenges, and Prospects", [viewed on . ] in:

<sup>&</sup>lt;http://www.cpsa-acsp.ca/papers-2006/Brown.pdf>

<sup>\*</sup> استخدم مفهوم الشراكة في مجال التعاون الدولي التنموي في فترة السبعينيات من القرن العشرين لوصف العلاقات المأمولة بين الدول المانحة والدول المستفيدة من المساعدات، ورغم أنه قد يشير أساسا إلى التعاون إلا أنه يرتبط أيضا بفئة متنوعة من النشاطات والعلاقات. لمزيد من التفصيل أنظر:

<sup>-</sup> Kent Buse and Gill Walt, "The World Health Organization and Global Public-Private Health Partnerships:In Search of 'Good' Global Health Governance ",in: Michael R. Reich, **Public-Private Partnerships for Public Health**, Harvard University Press, USA, 2002, p.171

وهي في الوقت الراهن، وابتداء من مؤتمر ريو عن البيئة والتنمية، فهي على قمة آليات منظمة الأمم المتّحدة بمدف الرفع من كفاءة وفعالية برامجها ووكالاتها المتخصصة<sup>(1)</sup>.

#### المطلب الأول: مفهوم شراكات الصحة العالمية وسياق تأسيسها

أولا – مفهوم شراكات الصحة العالمية: هنالك العديد من التعاريف المقدمة للشراكات العالمية، لكنها تتفاوت من حيث الدقة والمدى. فنجد مثلا أن منظمة الأمم المتحدة تعرف الشراكة العالمية بأنها اتفاق طوعي وتعاوي بين فرع أو أكثر من فروع منظومة الأمم المتحدة والدول والفواعل غير الدولاتية، حيث يتفق جميع المشاركين على العمل معا خدمة لغرض مشترك، والاضطلاع بمهمة معينة، وتقاسم المخاطر والمسؤوليات والموارد والقدرات والمكاسب<sup>(2)</sup>. وهو تعريف واسع بحيث يشمل جميع العلاقات التعاونية بين القطاعين العمومي والخاص على المستوى العالمي بغض النظر عن تكافؤ شدة ومدى التأثير بين الشركاء. وعلى نفس المنوال اعتبرت منظمة الصحة العالمية أن مصطلح "الشراكات العامة – الخاصة" يغطي فئة واسعة التنوع من المشاريع التي تشمل تنوعا في الترتيبات بحسب المشاركين فيها، ووضعها القانوني، وطرق حوكمتها وتسييرها، وطرق وضع السياسات فيها، وأخيرا مساهمتها في الأدوار العملياتية (3).

ويعتبر "بيوز ووالت" Buse and Walt أن الشراكات العالمية تعبر عن تحول ملحوظ من نموذج التمثيل العمودي؛ أي العلاقة البيروقراطية التسلسلية بين الدولة وممثليها في المنظمات الدولية؛ إلى نموذج المشاركة الأفقية الذي يتماشى مع المجتمع الشبكي؛ حيث تشكل الدول و منظماتها الرسمية إلى جانب المنظمات غير الحكومية وشبكاتها والشركات العبرقومية علاقات أقل بيروقراطية في إطار مبادرات لتحقيق أهداف صحية محددة.

(4)
ويقترحان تعريف شراكات الصحة العالمية على أنها تلك "العلاقات التعاونية التي تتخطى الحدود القومية بين ثلاثة أطراف على الأقل، وتكون بينها شركة أو اتحاد صناعة معينة طرفا فيها، وذلك بغرض متابعة هدف صحي مشترك، على قاعدة تقسيم عمل مقبول بين الجميع، ومحدد بوضوح." (5)

وتتضمن الشراكات عمليا فئة واسعة من التفاعلات بين الفواعل الشريكة مثل: - صنع القرار المشترك على مستوى الجهاز الحاكم أو فيما يتعلق بالمعايير والمقاييس داخل اللجان التقنية؛ - عمليات المطالبة وحشد التمويل

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> - Judith Richter, "Public-private Partnerships for health Health: A trend with no alternatives", **Development**, 2004, 47(2), (43–48)p.1.

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> - Report of the Secretary-General, "Enhanced cooperation between the United Nations and all relevant partners, in particular the private sector", 10 August 2005,p.4. A/60/214.in:

<sup>&</sup>lt;a href="http://www.unglobalcompact.org/docs/issues\_doc/un\_business\_partnerships/A\_60\_214.pdf">http://www.unglobalcompact.org/docs/issues\_doc/un\_business\_partnerships/A\_60\_214.pdf</a> - Carmen Huckel Schneider, Global Public Health and Innovative Forms of Governance, Paper Prepared for the Sixth Pan-European Conference on International Relations :

<sup>&</sup>lt;a href="http://turin.sgir.eu/uploads/Huckel-SGIRDraftHuckelSchneider.pdf">http://turin.sgir.eu/uploads/Huckel-SGIRDraftHuckelSchneider.pdf</a>>.

<sup>&</sup>lt;sup>4</sup> - Kent Buse and Gill Walt, op.cit.p.170.

<sup>&</sup>lt;sup>5</sup> - Buse, K. and Walt, G., 'Global public-private partnerships: Part 1 - a new development in health?, International Bulletin of the World Health Organisation 78 (5), 2000, [549-61].p.550.

المشتركة؛ - استقبال هبات من قبل القطاع الخاص تخدم الأنشطة أو تساعد في نشر المطبوعات؛ العمل المشترك في مجال المبيعات أو التسويق (1).

الجدول رقم (08): نسبة تمثيل القطاعات الثلاثة في أهم شراكات الصحة العالمية

ممثلو منظمات	مثلو القطاع	ممثلو الدول	عدد أعضاء	
ممثلو منظمات المحتمع المديي	مثلو القطاع الخاص	متدنية	عدد أعضاء الهيئة التنفيذية	إسم الشراكة
ي ر				
		ومتوسطة الدخل		
		الدخل		
(20) 1	(40) 2	(20)1	05	African Comprehensive
				HIV/AIDS
				Partnership
				rannersnip
(0) 0	(14) 1	(0) 0	07	Alliance for Microbicide Development
(0) 0	(44) 4	(0) 0	09	AERAS, Global TB Vaccine
				Foundation
(0) 0	(11) 1	(9) 1	11	European Malaria Vaccine Initiative
(0) 0	(50) 2	(25)1	04	Foundation for Innovative New
(0) 0	(16) 1	(1.0)1	0.6	Diagnostics Global Alliance for the Elimination of
(0) 0	(16) 1	(16)1	06	
(13) 2	(25) 4	(38) 6	16	Lymphatic Filariasi Global Alliance for Improved Nutrition
(18)2	(36) 4	(18) 2	11	Global Alliance for TB Drug
(10)2	(30) 4	(10) 2	11	Development
(6) 1	(12) 2	(29) 5	17	Global Alliance for Vaccines and
(0) 1	(12) 2	(=>) 0	- 1	Immunisations
(13) 3	(4) 1	(30) 8	23	Global Fund to fight AIDS, TB, and
, ,		, ,		Malaria
(8) 1	(15) 2	(0) 0	13	Global Health Council
(0) 0	(31) 4	(31) 4	13	International AIDS Vaccine Initiative
(0) 0	(50) 4	(0) 0	8	Institute for One World Health
(8) 1	(33) 4	(25) 3	12	International Partnership for
		4-2		Microbicides
(0) 0	(40) 4	(0) 0	10	International Trachoma Initiative
(5) 1	(11) 2	(33) 6	18	Mectizan Donation Programme
(0) 0	(7)1	(40) 6	15	Microbicides Development Programme
(0) 0	(33) 2	(0) 0	6	Micronutrient Initiative
(0) 0	(17) 2	(25) 3	12	Medicines for Malaria Venture
(0) 0	(9) 1	(0) 0	11	Pediatric Dengue Vaccine Initiative
(5) 1	(9) 2	(32) 7	12	Roll Back Malaria
(9) 3	(3)1 (24) 4	(41) 13	22 32	Stop TB Vaccine Fund
(16) 1	23%	(7) 1 17%	34	
5/0	23/0	1 / /0		المعدل العام

Source: Kent Buse and Andrew M. Harmer, « Seven habits of highly effective global public private health partnerships: Practice and potential ». Social Science & Medicine. 64 (2007) p.260.

78

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> - Kent Buse and Kelley Lee, Business and Global Health Governance, Disscussion Paper N.5, [viewed on: 12/05/2012]in: <a href="http://www.odi.org.uk/resources/docs/1997.pdf">http://www.odi.org.uk/resources/docs/1997.pdf</a>>

وهو ما يجعل أغلب التعريفات حسب "كارمن شنايدر" تعتبر الشّراكات العالمية فواعل ديناميكية وهجينة، إذ لا يمكن تصنيفها بين الفواعل الحكومية الدولاتية ولا بين الفواعل الخاصة نظرا لامتلاكها خصائص كلا الصنفين. (1) وهو ما سنوضحه أكثر من خلال تحليل البنية المؤسساتية وتوزيع الأدوار بين القطاعات الثلاثة داخل أحد أهم شراكات الصحة العالمية وهو الصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا (GFATM) .

#### ثانيا - سياق تأسيسها:

بالرغم من الحجم المتنامي من الدراسات التي تحتم بمذه الشراكات، إلا أن الأساس المنطقي ومزايا هـ ذا النوع من شبكات الحوكمة، مقارنة بالأشكال المؤسساتية الأخرى تبقى غير محددة بدقة. على العموم تتجه أغلب الدراسات إلى تبنى مقاربة وظيفية تبرز الطلب على حوكمة أكثر فعالية في سياق العولمة، في ظل فشل الدول والمنظمات الدولية في التعامل مع العدد المتزايد من المسائل المعقدة ذات الآثار العبر قومية، وكذا فشل السوق في تحيقيق التوازن بين الطلب والعرض في السلع والخدمات الصحية على المستوى العالمي، وبالخصوص على مستوى الدول الأكثر فقرا (2). فالشراكات إذن، حسب هذه المقاربة تظهر لتؤدي مجموعة من وظائف الحوكمة: فهي تسمح بنشر المعلومات؛ كما تستطيع أن تكون آلية تنفيذ فعالة من خلال التدخل المباشر للأطراف ذات الشأن؛ أو تسهيل توفير السلع العامة العالمية عن طريق وضع المعايير أو تحفيز نشوء الأسواق؛ كما أنها ستكون أداة فعالة في معالجة فجوة المشاركة في مجال الحوكمة العالمية عن طريق التدخل المباشر الأصحاب المصلحة في عملية اتخاذ القرار (<sup>3)</sup>. وبشكل عام، يذهب المختصون إلى أن السياق العام لنشأتها حددته ديناميكية ظاهرة العولمة عموما، و العوامل التالية خاصة:

- 1. التغير الحاصل في بنية الإقتصاد العالمي بفعل العولمة، فتنامي قوة وموارد القطاع الخاص حفزه إلى المطالبة بدور أكبر في صياغة السياسات العامة العالمية، وداخل أجهزة منظمة الأمم المتحدة خاصة.
- 2. التحول الإيديولوجي الذي طرأ خلال التسعينيات من القرن العشرين لدى النخب السياسية والإقتصادية نحو "تغيير" الأسواق بدلا من تبني عقيدة تحريرها الكامل، وهو ما خلق قبولا متزايدا لمفهوم الشراكة بين القطاعات.
  - 3. تزايد القلق بشأن فعالية وكفاءة أجهزة الأمم المتحدة، بسبب ما يشوبها من تشابك للإختصاصات وتنافس بين الوكالات المختلفة، إضافة إلى الأزمة المالية المزمنة التي تعاني منها. (4)

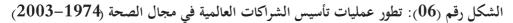
<sup>1 -</sup> Carmen Huckel, Global Public Health and Innovative Forms of Governance, op.cit., p. 102.

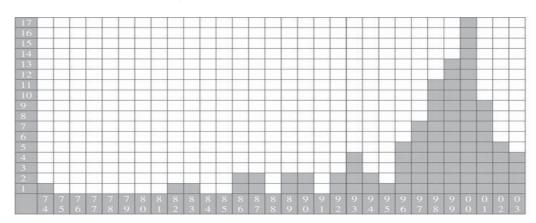
<sup>2 -</sup> Sherri A. Brown, op.cit.

<sup>&</sup>lt;sup>3</sup> - Liliana B. Andonova and Marc A. Levy, op.cit.p19-20. 4 - Buse, K. and Walt, G., "Global public-private partnerships: Part 1 - a new development in health?", International Bulletin of the World Health Organisation 78 (5),2000, pp.551,552.

- 4. دور قيادات داخل المنظمة وعلى رأسهم الأمين العام الأممي "كوفي أنان" Kofi Annan، إلى جانب مارك براون Mark Malloch Brown رئيس برنامج الأمم المتحدة للتنمية، و والسيدة "برونتلاند" Brundtland المديرة التنفيذية السابقة لمنظمة الصحة العالمية. (1)
  - 5. تنامي الوعي بتعدد وتشابك محددات الصحة العامة ، والتأثيرات المتبادلة لنشاط قطاع معين على فعالية وكفاءة القطاعات الأخرى وفواعلها الفرعية، خلق إدراكا قويا بضرورة العمل المشترك بين القطاعات.
- 6. استخدام القطاع الخاص لهذه الشراكات كوسيلة استجابة تجاه للنداءات والضغوط المتنامية من قبل منظمات المحتمع المدني المطالبة بمحاسبة الشركات ومسؤوليتها أمام المحتمع. (2)

يبرز هذا التوجه بالفعل من خلال تأسيس "صندوق الأمم المتحدة للشراكات الدولية" (UNFIP) في يبرز هذا التوجه بالفعل من خلال تأسيس (Global Compact) سنة (3000. كما قام البنك العالمي بالموازاة مع ذلك بتأسيس (Business Partners for Development) سنة (120 والتي ضمت سنة (2001 أكثر من 120 شركة ومنظمة حكومية وغير حكومية، كما أسست منظمة الصحة العالمية منذ سنة (GAVI) العديد من الشراكات من هذا النوع، ففي سنة (1999 أنشئ التحالف العالمي من أجل اللقاحات والتطعيم (GAVI)، وأطلق سنة (2000 المنتدى العالمي للبحث الصحي بدعم من مؤسسة (Rockefeller Foundation) بمشاركة منظمة الصحة العالمية و البنك العالمي مبادرة الشراكات العامة الخاصة من أجل الصحة (IPPH)، والتي ساعدت في تأسيس الصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا (GFATM) سنة 2002.





Source :Buse K. and Harmer M., "Power to the Partners?: The politics of public-private health partnerships?", Development, 47(2), 2004, [49–56], p.50.

-

<sup>1</sup> - Benedicte Bull and Morten Bøås and Desmond McNeill, "Private Sector Influence in the Multilateral System: A Changing Structure of World Governance?", Global Governance ,  $N^{o}$  10 , 2004, pp.484,485.

<sup>2 -</sup> Buse K. and Walt G., "Global public-private partnerships: Part 1 - a new development in health?", op.cit., p.551,552.

<sup>&</sup>lt;sup>3</sup>-Jens Martens, op.cit.p.8.

### المطلب الثاني: أنواع الشراكات في مجال الصحة العالمية

يعتمد الباحثون عدة معايير لتصنيف الشراكات العالمية منها طبيعة الأطراف المشاركة؛ أو الوظائف التي تؤديها؛ أو مستوى المأسسة، المدى الجغرافي أو الزماني للشراكة.

فمن حيث معيار مستوى مأسسة الشراكة فيمكن تحديد الأصناف التالية:

1 - شراكات متدنية المأسسة: وتمثله المبادرات المحدودة الغرض والزمان والأهداف، والمعدومة البناء القانوني والعضوية الرسمية والجهاز الحاكم.

2 - شراكات متوسطة المأسسة: تمثله الشراكات ذات مدى زمني غير محدود، وعضوية محددة بوضوح وذات أمانة خاصة بها، لكنها بدون إطار قانوني، أو بني رسمية لاتخاذ القرار، أو سلطة ميزانية .

3 شراكات عالية المأسسة: مؤسسات دائمة تضم أصحاب المصلحة ذات بناء قانوني خاص، وعضوية رسمية، وأجهزة حاكمة مؤسسة بصرامة، سكريتاريا وسلطة التصرف في ميزانية (Global Fund). (1)

أما "ميتشل وايفر" و"مانينغ" Mitchell-Waever و Manning فقد اقترحا تصنيفا آخر حسب معيار "الشكل التنظيمي"، حيث اعتبارا الشراكات علاقات مؤسساتية، وقدما نمذجة ثلاثية على قاعدة مدى انخراط الفواعل الخاصة في عملية صنع القرارات الإستراتيجية ذات الإهتمام العام:

1- نموذج لجنة النحبة: وهو ما يدعى أيضا بالمجلس أو المؤتمر، أين يتم اتخاذ قرار توافقي بناء على عملية تفاوض، بين شركاء متساوين، ولا تقوم اللجنة بإنفاذ القرارات بل تحث الأعضاء على التأثير في سلوكيات منظماتهم الخاصة، أو التأثير على السياسة العامة من خلال شبكاتها. ومن أمثلة هذا النموذج نجد المجلس العالمي للأعمال حول الإيدز (Global Business Council on HIV/AIDS)، الذي يضم قادة 15 شركة متعددة جنسيات.

2- نموذج المنظمة غير الحكومية: حيث تكون العلاقة بين الأطراف علاقة تفويض حيث يوفر الطرف العام الموارد ومن المادية، أو التنظيمية أو المالية لتمكين الأطراف الخاصة من تنفيذ البرنامج. أي علاقة قائمة على تحويل الموارد ومن أمثلتها "مبادرة الكشف عن الأمراض المتنقلة جنسيا".

3- النموذج شبه الحكومي: حيث تقوم الأطراف الحكومية بإنشاء تنظيم هجين بخصائص عامة وخاصة معا، تخدم المصالح العامة. وتقوم الشركات من هذا النوع بتوفير السلع والخدمات، أو تسمح للقطاع الخاص بالولوج إلى السوق من خلال توفير الظروف الملائمة للقطاع الخاص من أجل تقديم السلع والخدمات العامة. ومن

أمثلة هذا النوع التنظيمي يمكن أن نورد كلا من "مبادرة أدوية من أجل الملاريا" ( MMV)، أو "المبادرة الدولية للتلقيح ضد الإيدز" (AVI). (1)

وباستخدام "المعيار الوظيفي" صنفت وزارة التنمية الدولية البريطانية الشراكات العالمية في ميدان الصحة إلى أربعة أصناف: 1—شراكات البحث والتطوير (وهي الشراكات المنخرطة في اكتشاف وتطوير أساليب تشخيص و أدوية ولقاحات حديدة)؛ 2— الشراكات التقنية الخدمية (دعم إتاحة الخدمات الصحية للجميع من خلال تقديم الهبات مثل الأدوية ، تقديم الخدمات، الدعم التقني)؛ 3— الشراكات المطلبية (الوطنية والدولية والتي تسلط الضوء على الأمراض، وتطالب باستجابة وطنية ودولية أكبر وتعبئة أكبر للموارد)؛ 4— شراكات التمويل: وهي الشراكات التي تقوم بتوفير التمويل لصالح برامج مكافحة أمراض بعينها (3).

وفي الواقع تقع العديد من الشراكات ضمن أكثر من صنف واحد من هذه الأصناف لأنها تباشر وظائف متعددة رغم أن لديها مستوى مأسسة محدد، فعلى سبيل المثال أسس الصندوق العالمي (GFATM) أساسا كشراكة للتمويل، لكنه يمارس عملا لافتا في ميدان المطالبة والتنسيق أيضا. كما أن الوظيفة (أو الوظائف) ومستوى المأسسة قد تتغيران مع مرور الوقت. (3) أما "بيوز" و "والت" فقد قدما تصنيفا مكونا من ثلاثة أنماط بحسب "الأهداف المتابعة" وهي:

1- شراكات إتاحة المنتج (Product-based partnerships): وتشمل أساسا برامج منح الأدوية، برغم أنها قد تقوم بشراء منتجات صحية لصالح القطاع العام في الدول متدنية الدخل (مثل أدوية الأيدز ووسائل الوقاية منه) حيث يثبت وجود طلب غير فعال على هذه المنتجات. وغالبا ما يبادر القطاع الخاص لإطلاق هذه الشراكات بحدف خفض التكاليف وزيادة فرص إتاحة الدواء لصالح الفئات المحتاجة إليه ولا تستطيع اقتناءه.

2- شراكات تطوير المنتجات ( Product- development partnerships): وهي تختلف عن الفئة الأولى من حيث أنها لا تستهدف بلدانا بعينها، كما أنها في الغالب تأتي بمبادرة من القطاع العام، كما أنها لا تمثل في أغلبها استجابة لفشل السوق، أو الطلب غير الفعال وإنها تعبيرا عن فشل السوق في اكتشاف وتطوير هذه المنتجات لأن القطاع الخاص لا يرى فيه ميدان استثمار ذي جدوى. فعلى سبيل المثال، يعد الإستثمار في بحوث تطوير لقاحات لمرض الإيدز منفعة عامة مهمة، ومع ذلك فالقطاع الخاص غير متأكد من أن الإنفاق على البحوث سوف ينتج لقاحا ناجحا. وحتى لو تحقق ذلك فالشركات ليست متأكدة من أن السوق واسعة بالقدر الكافي الذي يبرر التطوير والتسويق. هذا كله إضافة إلى غموض البيئة القانونية والتنظيمية. ويقوم الطرف العام في العادة

82

<sup>1 -</sup> K. Buse and And G. Walt, « Global public-private partnerships: part II - what are the health issues for global governance? ». Bull World Health Organ [online]. 2000, vol.78, n.5, p.700. http://www.scielosp.org/pdf/bwho/v78n5/v78n5a15.pdf

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> - Buse K., « Global Health Partnerships: Mapping a shifting terrain ». London: DFID Health Resource Centre., 2004.:p.

<sup>&</sup>lt;sup>3</sup> - ibid.p.22.

ضمن هذه الشراكات بتحمل مجموعة من الأعباء والمخاطر تتعلق باكتشاف المنتج، وتطويره و/أو تسويقه. كما أن حقوق الملكية الفكرية للمنتج تبقى في يد منظمة الشراكة.

3- الشراكات البنية على النظم/القضايا (The systems / issues-based partnerships)، وهي مجموعة أكثر إنتقائية حيث أسس بعضها بغرض التعامل مع فشل السوق مثل مبادرة التلقيح ضد الملاريا ( Malaria Vaccine إنتقائية حيث أسس بعضها بغرض التعامل مع فشل السوق مثل مبادرة تأمين المستقبل ( Secure the Secure the )، بينما أنشئ البعض الآخر كمكمل لجهود الحكومات مثل مبادرة تأمين المستقبل ( Future partnership)، أو حفز الموارد الخاصة غير الطبية من أجل الرقابة على أمراض معينة، مثل "التحالف العالمي من أجل البحث والرقابة ضد الأمراض المتنقلة"، أو الشراكات ذات الإهتمام بقضية واحدة تسعى لتنسيق مقاربات مختلف الفواعل تجاه مرض واحد، وتقوية مركز مجال اهتمامها في الأجندة الصحية العالمية. ومن أبرز الأمثلة على هذه الشراكات نجد كلا من الشراكة العالمية لوقف الملاريا ( RBM)، ومبادرة وقف السل ( TB

ومن أكبر وأهم شراكات الصحة العالمية نجد:

#### ♦ الصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا (GFATM):

يعود أصل هذا الصندوق إلى مبادرة لمجموعة الدول الثمانية الكبرى 6-B وأمين عام الأمم المتحدة، كوفي أنان، وقد بدأ العمل رسميا منذ جانفي 2002، والغرض الأساسي منه هو تمويل البرامج الوطنية لمكافحة هذه الأمراض، بناء على ذلك قدم الصندوق 5.5 مليار دولار لصالح 132 بلدا، وهو ما يجعله الأداة التمويلية الأهم في العالم المخصصة لمكافحة هذه الأمراض بنسة 66% من الموارد المالية العالمية المخصصة لجهود مكافحة السل، 45% بالنسبة للمالاريا و 20% من المخصصات المالية العالمية لمجابحة داء الإيدز. (2)

ويتبع الصندوق مقاربة أصحاب المصلحة في التسيير، فجهازه الحاكم الأعلى (مجلس الإدارة) يضم ممثلين عن منظمات غير حكومية، وعن القطاع الخاص، وكذا ممثلين عن المتأثرين بهذه الأمراض، إلى جانب حكومات ومنظمات دولية حكومية. فمن (20) عضوا مصوتا، يمثل (80) منهم الدول المانحة، و (70) أعضاء للدول المستفيدة، و (05) ممثلين عن العناصر غير الدولاتية (20 لمنظمات غير الحكومية، و30 للقطاع الخاص). وعلى خلاف برنامج الأمم المتحدة لمكافحة الإيدز (UNAIDS) تمتلك المنظمات غير الحكومية والقطاع الخاص في الصندوق حقا مساويا للحكومات في التصويت في الهيئة التنفيذية. كما يقيم روابط مع عدة شراكات شبيهة ذات الإهتمام المشترك مثل (RBM) و (Stop TB) (UNITAID).

-

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> - Buse, K. And Walt, G. "Global public-private partnerships: part II - what are the health issues for global governance?", **Bulletin of World Health Organization**, vol.78, n.5, 2000, p.700. 2 -ibid.

<sup>&</sup>lt;sup>3</sup> - GFATM, Board, in: < <a href="http://www.theglobalfund.org/en/about/structures/board/">http://www.theglobalfund.org/en/about/structures/board/</a> >.

ولم يكن الصندوق تجسيدا لمقاربة تعدد أصحاب المصحة على المستوى العالمي فحسب، بل وعلى المستوى الدولاتي أيضا، فالصندوق يشترط على الدولة وجود آلية تنسيق قطرية (Country Coordinating Mechanism) تؤطر عملا مشتركا بين الفواعل الدولاتية وغير الدولاتية على مستواها، يؤهلها للإستفادة من حدماته. (1)

وقد ساهم القطاع الخاص- على المستويين الوطني والعالمي- في إنشاء الصندوق وتحديد معالمه منذ البداية، إلا أن الأمل الذي كان معقودا على الشراكة معه على الأقل على مستوى تدفق التمويل لا يزال بعيد التحقيق. إذ لا يتعدى 4.5 % مقابل تمويل عمومي بـ 95.5 % بقيمة 150 مليون دولار %94 أمريكي منها ساهمت بما مؤسسة Gates والتي قدمت أيضا مبلغ 500 مليون دولار أمريكي على مدى فترة (2010-2006). وهو ما جعل المؤسسة خامس أكبر طرف مانح وعضوا قويا داخل الصندوق. (2)

ونظرا لعدم الإتفاق على معايير التعريف والتصنيف، إضافة إلى إنشاء المزيد منها عبر العقدين الأخيرين، يبقى عدد الشراكات العالمية في ميدان الصحة غير محدد بدقة. فقد بلغ حسب "روي فيدوس" سنة 2003 أكثر من 50 شراكة تعمل على نطاق عالمي. بينما حددت قاعدة بيانات الشراكات العامة- الخاصة في ميدان الصحة عددها بحوالي 80 شراكة ذات نطاق عالمي. (3)

#### المطلب الثالث: مصالح الفواعل المنخرطة في الشراكات العالمية للصحة

من خلال النظر إلى شراكات الصحة العالمية كآلية مبتكرة من آليات حوكمة الصحة العالمية تبرز بعض الدوافع لدى كل من الأطراف الحكومية وغير الحكومية للإنخراط في إنشاء هذه الشراكات، والتي غالبا ما يتم التعبير عنها بمنطق المصالح المتبادلة بين مختف الأطراف/الشركاء ذوي الطبيعة المحتلفة.

### أولا- مصالح الفواعل الحكومية

بالنسبة للأمم المتحدة ككل فقد كان إنشاء ومتابعة تسيير هذه الشراكات نتيجة لعدة دوافع أهمها:

- تخفيف الضغوط المالية الكبيرة على المنظمة حيث تتيح هذه الشراكات توفير موارد مالية هامة قادمة من القطاع الخاص، إلى جانب التمويل القادم من الدول الكبرى المانحة، إلى جانب حصولها على المشورة التي تسهم في تأدية مهامها.
  - اقتناع قيادة المنظمة بأن الشراكات هي الطريقة الأحسن للتغلب على عجز الدولة والسوق. وأن من مصلحتها تجربة استراتيجيات وآليات الشراكة التي ستفضى لإنتاج منافع عامة عالمية.
  - الإبقاء على صوت للمنظمة في حوكمة الصحة العالمية بالنظر إلى تنامي قوة وتأثير الشركات العالمية.
    - تشجيع القطاع الصناعي على تبني المبادئ الصحية العالمية (مثل الصحة للجميع)، والإلتزام بما؟

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> - ibid.

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> - Jens Martens, op.cit, p.24.

<sup>&</sup>lt;sup>3</sup> - Carmen Huckel Schneider, Global Public Health and Innovative Forms of Governance, op.cit.

- تسهيل إتاحة وتوزيع الأدوية والخدمات الصحية الأساسية الموجودة؛
- تسريع وتسهيل البحث والتطوير في مجال اللقاحات وأساليب التشخيص والأدوية المضادة للأمراض المهملة، والإسهام في منع وفيات الأحداث، وتفشى الأمراض، والعجز؛
  - تشجيع القطاع الصناعي على تطوير وإنتاج منتجات أكثر صحية ولا تؤذي العمال والبيئة.
    - إدخال الصحة في مجال إهتمام جميع قطاعات التنمية المستدامة.
    - تحسين صورة المنظمة أمام الدول المشككة بدورها، وبدور منظمة الأمم المتحدة<sup>(1)</sup>

### ثانيا- مصالح القطاع الخاص:

تتابع فواعل القطاع الخاص عددا من الأهداف الإستراتجية من خلال الدخول في شراكات الصحة العالمية أهما:

\* تحسيد مصالح القطاع الخاص في حوكمة الصحة العالمية، حيث تعتبر هذه الشراكات بمثابة المنفذ لتأثير على عملية صنع السياسة العامة العالمية في مجال الصحة.

\* النفاذ إلى الأسواق الناشئة أو المساعدة على خلقها (من أهم الشركات التي تتبع هذه الإستراتيجة شركات Unilever ، Dupont ، Unilever ، Dupont ) من خلال استهداف المناطق الفقيرة التي ترى فيها مراكز نمو مستقبلية. وهي إستراتيجية تسويقية واضحة للشركات تأمل من خلالها الحصول على أفضلية في أسواق البلدان المستقبلة للمساعدة عندما تتحسن أوضاعها الإقتصادية.

\* استخدام الشراكات كسبيل لتحقيق مواطنة الشركات وترقية المسؤولية الإجتماعية، وتحسين صورتها أمام الجمهور والمنظمات غير الحكومية والدول ومنظماتها الحكومية. فهي إستراتيجية تتبعها شركات الأدوية مثلا للتملص من الإنتقادات التي تلحقها بسبب تشبثها وصرامتها في ميدان حماية حقوق الملكية الفكرية لمنتجاتها المبتكرة، رغم أنها ستؤثر على إتاحة أدوية أساسية وضرورية لأعداد هائلة من الفقراء عبر العالم. كما أن بعض الشراكات بادرت بها الشركات لتحنب الرخص الإحبارية لتصنيع الأدوية، ومن أمثلتها شراكة برنامج الأمم المتحدة لمكافحة الإيدز مع شركة "Bristol Meyers Squib" والتي كانت مجرد مساعدة في اتجاه واحد بغرض تجنب لجوء حكومة جنوب إفريقيا إلى الترخيص الإحباري لأدوية الإيدز التي تمتلك الشركة حقوق براءة ابتكارها (2).

\* تحقيق بعض العوائد المالية المباشرة الناشئة عن الإعفاءات الضريبية التي تحصل عليها الشركات بفضل الدحول في مثل هذه الشراكات، مقابل تخفيضات في أسعار منتجاتها. (3)

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> - - Kent Buse and Gill Walt, "The World Health Organization and Global Public-Private Health Partnerships:In Search of 'Good' Global Health Governance", op.cit. p.1.80

<sup>2 -</sup> Ibid. pp.176-179.

<sup>3 -</sup> Sherri A. Brown, op.cit.

### المطلب الرابع: تقييم دور الشراكات العالمية في حوكمة الصحة العالمية

#### أولا- إسهامات شراكات الصحة العالمية:

لم تنشأ الشراكات فقط لتقوم بدور التنسيق بين الأطراف والتأثير على سلوكياتها، ولكن أيضا من أجل حكم مجالات مهمة للغاية، فهي تقوم بتطوير المعايير والمقاييس في مجالات كثيرة كانت حكرا على الحكومات الوطنية، أو المنظمات الدولية. كما تشير الأدلة الميدانية إلى أن هذه الشركات ذات أثر معتبر في مجال رفع الوعي، الإلتزام السياسي وحشد الموارد لصالح التعامل مع بعض الأمراض بعينها، وفي تسريع وتيرة البحث والتطوير لمكافحة بعض الأمراض المتنقلة، والدفع نحو تخفيض أسعار السلع الموجهة لعملاء القطاع العام.

وكلها جهود تسهم تصحيح مظاهر فشل السوق من خلال التوليف بين جهود ومهارات وموارد القطاعات الثلاثة. خاصة منها حشد المهارات التسييرية والموارد المادية والإبتكارية وكذا مردودية القطاع الخاص. كما أن بعض المجالات كانت الشراكات فيها ضرورة ملحة مثل مجال البحث والتطوير للأدوية، مثل Merck's وهي شراكات دوائية محضة وجدت الدراسات أنها تعمل على الحد من الأمراض ذات العبء الإقتصادي الأكبر بشكل أسرع وبأقل تكلفة (1).

كما اعتبر "جيفري سايتش" Jeffrey Sachs الرئيس الأسبق للجنة الإقتصاد الجزئي والصحة في منظمة الصحة العالمية، أن الصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا ( GFATM) كان بالفعل الإبتكار الأكثر بخاحا في ميدان المساعدة الخارجية في العقد الماضي، وأنه يسهم بشكل ملحوظ في تحقيق الأهداف الصحية على الأجندة الأممية من أهداف الألفية (2).

### ثانيا - حدود ومشاكل شراكات الصحة العالمية:

هنالك العديد من التحفظات بخصوص عمل الشراكات كشكل من أشكال تنظيم الصحة العالمية، فيرى "بيوز و"والت" أن انتشارها وتوسعها سوف يزيد من تشظي التعاون الدولي في مجال الصحة، ويحمل حطر تقويض جهود الأمم المتحدة وأهدافها الرامية لتحقيق التعاون والإنصاف بين الأمم والدول (3). ففي مجال مكافحة الأيدز والسل مثلا هنالك تداخل لأنشطة العديد من الشراكات فيما بينها، وهذا فضلا عن أنشطة المنظمات الدولية الحكومية ذات الإختصاص. وهو ما يخلق مشكلة التكرار وصعوبة التنسيق في البرامج العالمية الصحية القطاعية، إضافة إلى التنافس على الموارد المالية الشحيحة أصلا.

من جهة أخرى تواجه انتقادات هامة تتعلق بخدمة القطاع الخاص على حساب الأبعاد الأخلاقية والمعيارية التي يفترض أن تخدمها وذلك من خلال العمل كإطار للعلاقات العامة، ومنفذ لتوسيع السوق، تفضيل المقاربة

<sup>1 -</sup>Nora N and Jennifer Phrah Ruger, op.cit., p.6.

<sup>2 -</sup> Owain D. Williams and Simon Rushton, "Are the 'Good Times' Over? Looking to the Future of Global Health Governance", **Global Health Governance**, Vol. V, No. I, FALL 2011, p.11.

<sup>3 -</sup> Kent Buse and Gill Walt, "The World Health Organization and Global Public-Private Health Partnerships:In Search of 'Good' Global Health Governance", op.cit. p.170.

التقنية والبرامج العمودية، كما أن الشركات تف لت من المحاسبة نتيجة نقص إجراءات المساءلة. كما يمكن أن تكون لتلك الشراكات بعض الآثار المقلقة على الحكومات والمنظمات الدولية الحكومية من خلال تقويض التركيز المعياري للقطاع العام وبالتالي سلطتها الأخلاقية (1).

وهو ما يفتح النقاش عريضا حول مدى تناغم أو تضارب القيم المصالح التي يتبناها مختلف الشركاء. فغالبا ما تبرز تساؤلات حول مناعة أهداف المنظمات الدولية العامة والمتمثلة في صحة أفضل لجميع الناس عبر العالم، وأن قيم القطاع الخاص لن تهيمن على هذه الأهداف، وبالتالي المحافظة على مخزونها الأخلاقي. ومن أمثلة عن وجود انحرافلت أن انخراط منظمة الصحة العالمية في التحالف العالمي من أجل اللقاحات والتطعيم ( GAVI ) قد حرق التزام المنظمة بالإنصاف في سعيها نحو تحقيق تطعيم عالمي شامل، كما امتنعت عن نشر المداولات المتعلقة بشأن الرضاعة الطبيعية سنة ( 2000 نتيجة لاعتبار ات تحكمها علاقاتها الجديدة مع القطاع التجاري. ونظرا لضعف مواردها المالية فستكون المنظمة في الغالب في موقف تفاوضي ضعيف من أجل الدخول في شراكات مع شركات الأدوية مثلا (2).

#### هذا إضافة إلى العديد من المشكلات التقنية التي نذكر منها:

- فشل العديد من الشراكات التي تستقبل منظمات غير حكومية مقراتها في قبول عضوية حكومات الدول النامية. إلى جانب فشل العديد من الشركات في تمثيل كل من القطاعين العام والخاص معا على مستوى محالسها التنفيذية.
  - هيمنة الشركات الصيدلانية الكبرى ذات الأصل الشمالي على عضوية القطاع التجاري مقابل عدد محدود من الشركات من قطاعات أحرى أو ذات الأصل الجنوبي من العالم.
  - لم تستطع أغلب الشراكات تطوير آليات فض النزاعات الناشئة وتنفيذ المعايير والمقاييس التي تقوم بوضعها (3).

<sup>1 -</sup> Nora N and Jennifer Phrah Ruger, op.cit., p.6.

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> - Kent Buse and Gill Walt, "The World Health Organization and Global Public-Private Health Partnerships: In Search of 'Good' Global Health Governance", op.cit. p.184.

<sup>&</sup>lt;sup>3</sup>- Augustine D Asante and Anthony B Zwi, Public-private partnerships and global health equity: prospects and challenges, **Indian Journal of Medical Ethics** Vol. IV, No 4, October-December 2007, [176-180],p.178

الفصل الثالث

النزاع المعياري التجاري

في حوكمة الصحة العالمية

بعد أن قمنا في الفصل الثاني بتحليل لأهم الفواعل المتدخلة في حوكمة الصحة العالمية وأنشطتها، سنحاول في هذا الفصل الثالث والأخير أن نعالج كلا من الأسس المعيارية الحاكمة لحوكمة الصحة العالمية والتي تؤطر جهود كل من المنظمات الدولية الحكومية وغير الحكومية، وتحديدا الصحة كحق إنساني عالمي أساسي؛ والصحة كمكون جوهري في مفهوم الأمن الإنساني؛ وكذا المصالح التجارية التي تتصادم مع تلك الأسس وتعيق جهود الفواعل الرامية لتجسيدها. لذلك سيعرض المبحث الأول من خلال ثلاثة مطالب هذه الأسس المعيارية بالتفصيل، ثم نقوم في المبحث الثاني بتحديد أهم المعيقات التي تفرضها المصالح التجارية أمام تكريس تلك الأسس المعيارية، وهي المعيقات المرتبطة بخماية الملكية الفكرية؛ وأخيرا المعيقات المرتبطة بحماية الملكية الفكرية؛ وأخيرا المعيقات المرتبطة بسياسات البحث والتطوير للشركات الصيدلانية.

# المبحث الأول: المكون الصحي في حقوق وأمن الإنسان

يعالج هذا المبحث الأسس المعيارية لحوكمة الصحة العالمية المتمثلة أساسا في الصحة كحق إنساني، ويبدأ بعرض مختلف فروع القانون الدولي المتدخلة في ضبط المسائل الصحية العالمية، ثم ينتقل إلى عرض أهم النصوص القانونية الدولية التي تؤسس للحق في الصحة، ثم محاولة تحديد المضامين العملية الدقيقة له. ويتبع نفس المسار مع مفهوم الأمن الإنساني، والمكون الصحي فيه، أو الأمن الصحي. وذلك بغرض تحديد أهم الجوانب المعيارية التي يمكن أن نفحص من خلالها تأثير المصالح التجارية عليها، وهي الجوانب الحمائية من جهة وجوانب التمكين من جهة ثانية.

#### المطلب الأول: الجسم الحقوقي الدولي في ميدان الصحة

نظرا للأهمية القصوى التي تحظى بما الصحة عند الكائنات الإنسانية، إذ ترتبط بالحياة والموت كلماكان اضطرابها خطيرا، (1) وكما اعترف به مؤخرا مفهوم الأمن الإنساني، كان من المفروض أن تحظى الصحة الإنسانية باهتمام خاص وكبير من قبل القانون الدولي. لكن واقع الأمر يخالف ذلك، فلم تكن منظمة الصحة العالمية - كما ناقشنا في الفصل الثاني - بذاك الثقل المعياري العالمي المأمول فيها حين إنشائها، رغم أن دستورها يمنحها سلطات وصلاحيات مهمة في هذا المجال، تصل إلى تبني إتفاقيات ملزمة للدول الأطراف كما تنص المادة 19 منه، وهو ما يعتبر تقصيرا فادحا من طرف المجتمع الدولي. ويقع النصيب الأكبر من مسؤولية هذا الوضع على عاتق حكومات الدول التي تتردد في تفعيل تلك الصلاحيات التي تحوزها المنظمة، أو منح الموارد الكافية بإتمام هذه المهمة، وتفضيل قيام وكالات أو منظمات دولية أخرى بمعالحة الجوانب القانونية للأنشطة ذات العلاقة بالصحة

ΩΩ

<sup>.</sup> س. 18. ويوليت داغر، "الصحة والأمن الإنساني"، في: فيوليت داغر (محررة)، مرجع سابق، . ص. 18.  $^{-1}$ 

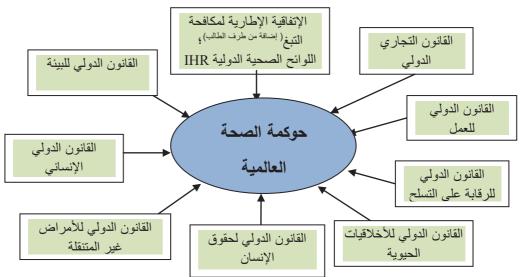
العالمية. هذا إضافة إلى أن فعالية القواعد الدولية واتساقها لا تحظى بالأولوية دائما لدى الدول والفواعل الأخرى المتدخلة. (1)

#### أولاً - مصادر القانون الدولي في مجال الصحة العامة:

يلاحظ بداية أن المواد القانونية الدولية الإتفاقية، على قلّتها، تطغى على ميدان تنظيم الصحة العامة، حيث لا نجد للقانون الدولي العرفي دورا أساسيا. ويمكن استشفاف موضوع حماية وترقية الصحة العامة، في شبكة واسعة من النظم القانونية الدولية التي تتشابك مع جميع مجالات العلاقات الدولية تقريبا.

ويشهد ما يمكن أن ندعوه تجاوزا بالقانون الدولي للصحة نموا متسارعا ليشمل مجالات اهتمام أكثر تنوعا ويشهد ما يمكن أن ندعوه تجاوزا بالقانون الدولي للصحة نموا (duplication)، وعدم الإتساق أحيانا كثيرة. فنجد مثلا أن مضاعفات الثورة في البيوتكنولوجيا، وآثارها على التنوع الحيوي قد تمت معاجلتها في عدة نصوص قانونية دولية، منها اتفاقية برنامج الأمم المتحدة للبيئة؛ بروتوكول التنوع الحيوي والسلامة الحيوية. وينضاف إلى ذلك التدخل المعتبر لمنظمة التجارة العالمية من خلال معايير حماية الملكية الفكرية للمنتجات البيوتكنولوجية. كما أعلنت منظمة اليونيسكو عن احتمال التحضير لأداة عالمية عن "أخلاقيات علوم الأحياء" bioethics تبعا في ذلك لـ"الإعلان العالمي عن "المورثات البشرية وحقوق الإنسان". (2)

الشكل رقم (07): فروع القانون الدولي العام المتدخلة في تنظيم قضايا الصحة العالمية



Source: Lawrence O. Gostin, "Global Health Law: Health in a Global Community", op.cit., P.261.

90

\_

 $<sup>^{1}</sup>$  Allyn Taylor, global governance , "international health law and WHO : looking towards the future" , **Bulletin of the World Health Organization**,  $N^{o}.80$ , (12), 2002, p.978. 2 -ibid.

مع ذلك، وكما ترى "تايلور" فإنه يمكن المحاججة أن التجزؤ وعدم المركزية في عمليتي صنع وتقنين القانون الدولي العام في مجال الصحة ، ينطوي على الأقل على جانب إيجابي يتمثل في التخصص. فالتعقيد والترابط المتناميان للمسائل والمشاكل الصحية العالمية يتطلبان تجاوز مقاربة "أداة واحدة لحالة واحدة". أما اللامركزية فتوفر الظروف، كما تخلق الفرص للتخصص وحركية الإبتكار، ويمكن أن نجد الدليل المادي على ذلك على سبيل المثال، لدى كل من منظمة التغذية والزراعة، والوكالة الدولية للطاقة الذرية فهي منظمتان تملكان خبرة تقنية كبيرة قد تكون موردا معتبرا لتعاون قانوني دولي. (1)

ثانيا - الصحة كحق إنساني: تعمقت العلاقة بين حقوق الإنسان الفردية، والجماعية وبين الصحة العامة مع تطور التعاون الدولي في مجال الصحة وبإنشاء منظمة الصحة العالمية وتبني دستورها سنة 1948، إضافة إلى جملة الحقوق الإنسان الدولية في فترة ما بعد الحرب العالمية الثانية، وبروز ما يدعى اليوم بالحق في الصحة (2) (The Right To Health)، كحق إنساني عالمي، يعرف باسم "حق الجميع في التمتع بأعلى معايير الصحة الجسدية والذهنية الممكن بلوغها".

بالمقابل، ترى "فيوليت داغر" أن هذا الحق في الصحة قد نشأ في الواقع خارج إطار مرحلة تأسيس المنظومة الفكرية لحقوق الإنسان، لكنه تشكل أول مرة في الأوساط النقابية والمهنية التي بدأت تطور برامج مطلبّية في هذا المضمار. وقد ظهرت أولى الإشارات إلى الحق في الصحة في الأدبيات الكلاسيكية الغربية لحقوق الإنسان في ما يسمى تكملة حقوق الإنسان والمواطن سنة 1936، في شرحها للحق في الحياة الذي يشمل حق الأم في الرعاية وحق الطفل في كل ما هو لازم لاستكمال تكوينه الجسدي والروحي (...) وحق الشيوخ والمرضى والعجزة في نظام الحياة الذي يتطلبه ضعفهم، وحق الجميع في الاستفادة من كافة وسائل الحماية التي يحققها العلم على قدم المساواة. (3)

ومن الجدير بالذكر أنه وحتى بعد إنشاء منظمة الأمم المتحدة، (\*) وصدور الإعلان العالمي لحقوق الإنسان سنة 1948، وسلسلة المواد القانونية الدولية الراعية لعدة جوانب من حقوق الإنسان، فقد ظلت الحقوق المدنية والسياسية، مركز اهتمام المجتمع الدولي لمدة طويلة. وضع بدأ منذ التسعينيات من القرن العشرين بالتغير نحو إيلاء

<sup>2</sup> - Fidler D. "Global Health Governance Overview Of The Role International Law In Protecting And Promoting Public Health", op.cit., p.26.

<sup>1 -</sup>ibid.

<sup>3 -</sup> فيوليت داغر (محررة)، حق الصحة من حقوق الإنسان، ط. 1 (سوريا: المؤسسة العربية الأوربية للنشر واللجنة العربية لحقوق الإنسان والأهالي للنشر والتوزيع، 2004)، ص.3.

<sup>\* -</sup> أهملت مسودة الميثاق الأممي لسنة 1944 ذكر الصحة كمجال اهتمام للتعاون الدولي، أو كحق من حقوق الإنسان، لكن جهود وفدي الحكومتين البرازيلية والصينية إلى مؤتمر سان فرانسيسكو في 1945 أثمرت إدارج مفردة "صحة" كموضوع للدراسة من قبل الجمعية العامة، لجعلها إحدى مجالات اهتمام المجلس الإقتصادي والإجتماعي للأمم المتحدة (ECOSOC). واقترحت إنشاء منظمة عالمية للصحة؛ أنظر:

<sup>-</sup>Benjamin Mason Meier, **The Highest Attainable Standard: The World Health Organization, Global Health Governance, and the Contentious Politics of Human Rights**, PhD Thesis, Columbia University, the Graduate School of Arts and Sciences, 2009,pp.8,9.

إهتمام أكبر لهذه الحقوق، مثل الحق في التعليم؛ والمسكن؛ والغذاء، إلى جانب الحق في التمتع بأعلى المعايير الممكن بلوغها من الصحة الجسدية والذهنية. (1)

كما ساهمت كوكبة من الكتاب والباحثين المرموقين في الجامعات الغربية، من خلال زخم من الأدبيات يهدف إلى إعطاء الحق في الصحة تعبيرا ملموسا في المنظومة القانونية الدولية والتأكيد على عدم تجزؤ وتكامل منظومة حقوق الإنسان (2)، وهو ما وجد صداه في إعلان وبرنامج عمل المؤتمر العالمي حول حقوق الإنسان بفينا سنة 1993، الذي اعتبر كلا النوعين من الحقوق حقوقا "عالمية، غير قابلة للتجزئة، مترابطة فيما بينها أو متكاملة، ويعتمد تحقيق بعضها على تحقيق باقي الحقوق". (3)

### أ- الأسس القانونية للحق في الصحة:

لقد تم التطرق إلى الحق في الصحة في مجموعة أدوات حقوقية دولية مختلفة متعددة سنحاول إجمال أهمها:

1-1 الإعلان العالمي للحقوق الإنسان لسنة 1948 الذي تنص المادة 25 منه على أن:

(\*) لكل شخص الحق في مستوى من المعيشة كافٍ للمحافظة على الصحة والرفاهية ، له ولأسرته. وي ثمل ذلك التغذية والملبس والمسكن والعناية الطبية وكذلك الخدمات الاجتماعية اللازمة، كما له الحق في تأمين معيشته في حالات البطالة والمرض والعجز والترمل والشيخوخة ، وغير ذلك من فقدان وسائل العيش نتيجة لظروف خارجة عن إرادته.

(\*\*) للأمومة والطفولة الحق في مساعدة ورعاية خاصتين، وينعم كل الأطفال بنفس الحماية الاجتماعية سواء أكانت ولادتهم ناتجة عن رباط شرعي أو بطريقة غير شرعية. (4)

2-1 دستور منظمة الصحة العالمية (1948): يعترف ويؤسس أن الصحة حق إنساني عالمي من خلال المبدأ الثاني الذي يعتبر " التمتع بأعلى المعايير الممكن بلوغها من الصحة أحد الحقوق الإنسانية الأساسية لكل

<sup>1 -</sup> Paul Hunt, "The human right to the highest attainable standard of health: new opportunities and challenges", **Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene**, 100, Elsevier, 2006. p.604.

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup>- Obijiofo Aginam, **Global health governance: international law and public health in a divided world**, Toronto university press, Toronto, 2005.p.36.

<sup>3 -</sup> D. Fidler, "Global Health Governance Overview Of The Role International Law In Protecting And Promoting Public Health", op.cit., p.27.

<sup>4 -</sup> منظمة الأمم المتحدة، الإعلان العالمي لحقوق الإنسان، في الموقع الرسمي، [تم التصفح يوم2012/09/12] في:

<sup>&</sup>lt;a href="http://www.un.org/ar/documents/udhr">http://www.un.org/ar/documents/udhr</a>

كائن إنساني دون أي تمييز على أساس العرق أو الدين، أو المعتقدات السياسية، أو الظروف الإقتصادية أو الإجتماعية". (1)

2-2- العهد الدولي حول الحقوق الإقتصادية والإجتماعية والثقافية ( 1966): تعتبر هذه الأداة القانونية الدولية من أهم الأطر المعيارية لحوكمة الصحة العالمية، خاصة أنما تضم صراحة الحق في الصحة، كمكون لا ينفصم عن الجسم الكلي لحقوق الإنسان. ونص العهد في (المادة 12، الفقرة 1) منه على أن جميع الدول الأطراف في العهد تعترف بحق الجميع (كل فرد) بالتمتع بأعلى المعايير الممكنة للصحة الجسدية والذهنية"، كما تنص الفقرة الثانية منها، على أن الدول ملزمة بتوفير وتهيئة الشروط الضرورية لتحسيد هذا الحق، والتي تتضمن:

- (أ) العمل على خفض نسبة الوفيات للأطفال، ومن أجل تنمية الطفل الصحية؛
  - (ب) تحسين جميع جوانب الصحة البيئية والصناعية؛
- (ح) الوقاية والعلاج من الأوبئة ( epidemics)، والأمراض المعدية المستوطنة ( endemics)، والأمراض المهنية وباقى الأمراض؛
  - (د) خلق الظروف التي تسمح بضمان جميع الخدمات الطبية، والمتابعة الطبية في حالة المرض". (2)
    - 4-2 الإعلان الأممى حول حقوق الطفل (UNDCR) 1959.
    - 2- 5 الإعلان العالمي الخاص باستئصال الجوع وسوء التغذية1974.
      - -2 الإعلان الخاص بحقوق المعوقين 1975.
      - 7-2 إتفاقية إلغاء جميع أشكال التمييز ضد النساء 1979.
    - -8-2 الإتفاقية حول إلغاء جميع أشكال التمييز العنصري (1965).

كما يمكن أن نجد نصوصا مشابحة في كل من الميثاق الإجتماعي الأوروبي، والميثاق الإفريقي لحقوق الشعوب والإنسان، الإتفاقية الأمريكية لحقوق الإنسان، وبروتوكول سان سالفادور.

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> -D. Fidler, "From International Sanitary of Conventions to Global Health Security", op.cit., p.334.

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> - Hein And Kohlmorgen, "Global Health Governace: Conflicts on Global Social Rights", op.cit., p.8.

<sup>3-</sup> جامعة مينوسوتا الأمريكية، مكتبة حقوق الإنسان العربية، دليل دراسي، الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه، [تم التصفح يوم [2012/11/19]، في:

<sup>&</sup>lt;a href="http://www1.umn.edu/humanrts/arabic/SGrighttohealth.html">http://www1.umn.edu/humanrts/arabic/SGrighttohealth.html</a>

كما نجد إعادة تأكيد الحق في الصحة في جملة من الإعلانات الناتجة عن مبادرات ومؤتمرات عالمية ، مثل إعلان آلما آتا (1978)؛ إعلان فينا (1993)؛ إعلان "ريو" عن البيئة والتنمية (1992)، وإعلان كوبنهاجن حول السياسة الصحية؛ إعلان بكين (1). إلى جانب أكثر من 100 دستور وطني عبر العالم يعترف بالحق في الصحة أو الحقوق المرتبطة بالصحة. (2)

#### ب- غموض مضمون "الحق في الصحة" ومحاولة تحديده

يتضمن الحق في الصحة العديد من العناصر الفرعية، منها حقوق الأطفال، حقوق الأمومة، وإتاحة الأدوية الأساسية. كما يهتم الحق في الصحة ببعض الفئات الأكثر عرضة للخطر، وكذا الفئات الفقيرة، وهو يطالب بنظم صحية فعالة غير مقصية، وذات نوعية جيدة<sup>(3)</sup>.

لكنه وكما لاحظ فريق العمل حول الفجوة في أهداف التنمية للألفية ( The MDG Gap Task Force) فإن أغلب الدساتير وإن كانت تعترف بالحق في الصحة كحق من حقوق الإنسان الواقع على الدولة واجب حمايتها وترقيتها، إلا أن أغلب هذه الدساتير أيضا لا تعترف بشكل خاص بأن إتاحة الأدوية أو التكنولوجيا الأساسية كجزء من إنفاذ هذا الحق. (4)

أما مكمن الغموض الآخر ، فهو عبارة "الممكن بلوغه"، فهي تؤسس لخضوع هذا الحق كغيره من الحقوق الإجتماعية والإقتصادية لمبدأ التحقيق التدريجي، ويجعله بالتالي خاضعا لمدى توفر الدولة على الموارد والقدرات الإقتصادية والبشرية الضرورية لتحقيقه (<sup>5)</sup>. وهو ما اعتبرته لجنة الحقوق الإقتصادية والإحتماعية والثقافية في التعليق العام رقم 14 "العائق الأساسي أمام احترامه وحمايته وإنفاذه وترقيته". (<sup>6)</sup> وحاولت الحد منه من خلال تحليل المفهوم، تجنبا للتأويلات التي قد تفضي إلى التملص من تحقيقيه على أرض الواقع.

وقامت اللحنة نفسها سنة 2000 بمحاولة لوفع هذا الغموض في وثيقة من 20 صفحة حول "أعلى معيار للصحة يمكن بلوغه"، تنص في الفقرة 47 منها، أنه على كل دولة تتكلف بإثبات أنها قد قامت بكل المجهودات الضرورية لاستخدام جميع الموارد المتوافرة لديها بغرض الوفاء بالالتزامات المرتبطة بالحق في الصحة الموضوعة على عاتقها كأولوية. مع التشديد في المقابل على عدم جواز احتجاج أية دولة، وتحت أية ظروف مهما كانت، بعدم

<sup>1 -</sup> Lawrence O. Gostin, "Global Health Law: Health In Global Community", op. cit., pp. 279,280.

<sup>2 -</sup> Paul Hunt, "The human right to the highest attainable standard of health: new opportunities and challenges", op.cit., p.605.

<sup>3 -</sup> Ibid., p.604.

<sup>4 -</sup> Stephen P. Marks, Access to Essential Medicines as acomponent of the right to health, in : Andrew Clapham and Mary Robinson (eds.), Realizing the Right to Health, the Swiss Human Rights Book Series, Z urich, Rüfer& Rub, Switzerland, 2009, p.84.

<sup>5 -</sup> David Fidler, "Global Health Governance Overiew of The Role of International Law In Protecting and Promoting Global Public Health", op.cit., p.27

<sup>6 -</sup> ECOSOC, General Comment 14, The right to the highest attainable standard of health, UN Doc. E/C.12/2000/4, 11 August, 2000.p.

التزامها بالإلتزامات الجوهرية المعلنة في الفقرة 43 التي تفرض على جميع الدول الأطراف في العهد بتوفير" الأدوية الأساسية كما تعرّفها منظمة الصحة الدولية بشكل دوري، وضمان "التوزيع المنصف لجميع المرافق والخدمات والسلع الصحية". (1)

وتقع على عاتق الدول بالأساس، والمنظمات الدولية، كما ينص "التعليق العام رقم 14" المتبنى من قبل اللجنة، ثلاث مسؤوليات أساسية وهي احترام، وحماية وإنفاذ الحق في الصحة، بمعنى أنه يجب عليها:

- الإمتناع عن التدخل السلبي الذي يحد من قدرة الناس على تحقيق هذا الحق وذلك من خلال الإمتناع عن التمييز بين مكونات الشعب في مسألة إتاحة الخدمة الصحية؛
  - حمايتهم من انتهاك حقهم في الصحة من قبل طرف ثالث (الشركات، أرباب العمل، ومخابر البحث...)؛
- المبادرة بنشاط من أجل التحسيد الكامل لهذا الحق من خلال التوفير المادي للخدمات الصحية، ومن خلال التدابير التشريعية والإدارية وغيرها.

كما حددت اللجنة المبادئ الأساسية للحق في الصحة في ثلاثة مبادئ هي:

- 1- الإنصاف وعدم التمييز بين السكان؛
- -2 مشاركة جميع أصحاب الشأن (في صنع السياسات العامة التي تؤثر على الصحة العامة)؛
- -3 المحاسبة: محاسبة الدولة على برامجها وسياساتها وخدماتها الصحية، وضمان آليات متاحة وفعالة وشفافة لرصد وتقييم أداء ومخرجات النظام الصحى.

ودعما لجهودها من أجل الدفع نحو التزام أعضاء المجتمع الدولي بهذا الحق الإنساني، قررت الأمم المتحدة تعيين مقرر خاص (\*) بشأن الحق في الصحة سنة 2002، ( 2002 مقرر خاص (\*) بشأن الحق في الصحة سنة 2002، ( health وذلك بطلب ودعم من طرف حكومة البرازيل، ويقوم هذا المقرر بمساعدة الدول والمنظمات الدولية وغير الحكومية على تحسين وحماية الحق في الصحة، من خلال ترقية و تشجيع الآخرين – على ترقية الحق في الصحة كحق إنساني أساسي، وتوضيح نطاق هذا الحق، وتوضيح السبل الكفيلة والجيدة بالممارسة العملية له. ويقدم هذا

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> - Hein And Kohlmorgen, "global health governace: conflicts on global social rights", op.cit., p.8

<sup>2 -</sup>Lawrance O. Gostin et al., The joint action and learning intiative on national and global responsebility for health, world health report, background paper N°53, (2010), [viewed on :24/01/2012] in : <a href="http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/53JALI.pdf">http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/53JALI.pdf</a>

<sup>\*-</sup> المقرر الأممي الحالي هو السيد "أناند غروفر" Anand Grover رجل قانون حقوقي من جنسية هندية، يشغل المنصب منذ أوت 2008.

المقرر الخاص تقريرا سنويا لكل من الجمعية العامة للأمم المتحدة، ومجلس الأمم المتحدة لحقوق الإنسان يتناول جوانب مختلفة من حالة الحق في الصحة عبر العالم. (1)

لقد أسهمت سلسلة التقارير التي أعدها هؤلاء المقررون الأمميون منذ سنة 2002 أيضا في تحديد أكبر وإثراء لمضمون الحق في الصحة حيث أقرت أنه يغطي كلا من جانبي الرعاية الصحية، والمحددات العميقة – أو الإجتماعية بلغة منظمة الصحة العالمية – كحاجات إنسانية متكونة من عناصر أساسية ومترابطة بينها، كما تقرر أن السلع والخدمات، والوسائل الصحية ينبغي أن تكون "متوفرة"، "متاحة"، و"مقبولة" (حتى من الناحية الثقافية للسكان المنتفعين بما)، و"ذات نوعية جيدة". (2)

### ج- القوة الخطابية للحق في الصحة:

يعد مبدأ "الحق في الصحة" أداة قوية في يدكل من يدافع أو يطالب من أجل تحسين أو حماية الصحة عبر العالم، من منظمات دولية على رأسها عائلة الأمم المتحدة، أو منظمات المحتمع المدني، فهو يمتلك العمق المعياري ودعامة لصناع السياسات الصحية العالمية، حيث يمكن أن توجه اهتمام السياسات نحو المعرضين للأخطار، والأقل حظا عبر العالم، وتحسين مشاركة المحتمعات، وضمان أن التدخلات الصحية تعمل لصالح تقوية النظم الصحية، كما أن الحق في الصحة يمكن أن يعطى للسياسات الوطنية والعالمية المتانة والإستدامة. (3)

كما يمكن أن يخلق نوعا من الرافعة السياسية، وتعاضدا للجهود بين مختلف الجهات المهتمة بمجال حقوق الإنسان عامة، وتلك المهتمة بترقية الحق في الصحة حاصة، وتعد الفيدرالية الدولية لمنظمات الصحة وحقوق الإنسان (IFHHRO) من أبرز أمثلة المنظمات غير الحكومية المنخرطة في هذا المسعى، إذ تدعم حماية وإعمال الحقوق المتصلة بالصحة البشرية، بما فيها الحق في الصحة، وتركز في ذلك على أهمية دور العاملين في مجال الصحة في هذا الشأن . وتعمل على تحفيز التعاون الدولي بين منظمات الصحة وحقوق الإنسان في مختلف البلدان، حيث تشتمل عضويتها على جمعيات الأطباء المهتمين بالعمل في مجال حقوق الإنسان، وجماعات حقوق الإنسان التي ترصد انتهاكات حقوق ذات الصلة بالصحة، أو المنظمات التي تم إنشاؤها خصيصا لتعبئة العاملين في مجال الصحة لحماية حقوق الإنسان.

<sup>1 -</sup> Paul Hunt, "The human right to the highest attainable standard of health: new opportunities and challenges", On cit., p.604

<sup>2-</sup> Lawrance O. Gostin et al., op.cit., p.

<sup>&</sup>lt;sup>3</sup> - Paul Hunt, "The human right to the highest attainable standard of health: new opportunities and challenges", Op.cit., p.604

<sup>4-</sup> International Federation of Health and Human Rights Organisations, Mission & Vision, [viewedon :24/09/2012] in :

<sup>&</sup>lt;a href="http://www.ifhhro.org/about-us/mission-a-vision">http://www.ifhhro.org/about-us/mission-a-vision</a>

# المطلب الثاني: المكون الصحي في أمن الإنسان

إلى جانب أنه يشكل أداة إدراك وتحليل جديدة لموضوع تقليدي من مواضيع العلوم السياسية والعلاقات الدولية، وهو موضوع الأمن، يكتسي مفهوم الأمن الإنساني ( Human Security) اليوم أهمية بالغة في قيادة وتأطير العمل التنموي العالمي، كما يعد أحد أهم الأسس المعيارية لعمل مختلف مؤسسات الحوكمة العالمية في شتى المجالات وعلى رأسها ميدان التنمية. ويرتبط مفهوم الأمن الإنساني بشكل كبير بحقوق الإنسان ويبنى عليه، وهو ما يعطيه طابعه المعياري القوي، فهو حسب الأستاذ "محند برقوق" مقاربة جديدة لكيفية تحقيق الإحساس بالطمأنينة عن طريق تحقيق معادلة صعبة بين الاعتراف بالحقوق وتمكين الإنسان منها، والانتفاع الفعلي بها. فالأمن الإنساني قائم بالأساس على فلسفة ديناميكية لحقوق الإنسان، بربطها بمفاهيم كينونة الإنسان وكرامته وحق الأجيال في البقاء في عالم آمن، إيكولوجي، وصحي. (1)

وسنحاول في هذا المطلب أن نحلل البعد الصحي للأمن الإنساني في أهم المصادر التعريفية للمفهوم وهي تقرير التنمية الإنسانية (RDH) لسنة 1994 الصادر عن برنامج الأمم المتحدة (PDNU)، وفي أعمال لجنة الأمن الإنساني (CHS) وتقريرها الشهير بعنوان " الأمن الإنساني الآن" لعام 2003.

# أولا- الأمن الصحي كبعد من أبعاد الأمن الإنساني: تقري التنمية الإنسانية لسرتي 1997،1994

بالرغم من تعدد التعاريف والجدل حول أهميته النظرية والتطبيقية، إلا أن هنالك شبه إجماع أن تقرير التنمية البشرية، الصّادر عن برنامج الأمم المتحدة للتنمية سنة 1994، كان المصدر الأساس لبناء مفهوم الأمن الإنسان والدفع به إلى الأجندة السياسية والأكاديمية . وعرفه ك"منظور جديد للتنمية والأمن" متمحورا حول الإنسان وحاجاته، وكذلك حماية الإنسان من المخاطر المستعصية أو المزمنة مثل المجاعة ؛ المرض ؛ القهر السياسي ؛ واحتمالات الإنقطاع المفاجئ والضار لحاجات الإنسان اليومية ؛ أو ما يعرف اختصارا به "التحرر من الخوف، والتحرر من الحاجة". كما حدد التقرير أبعاد الأمن الإنساني حسب فلسفة الحاجات الإنسانية في سبعة أبعاد هي: 1- الأمن الاقتصادي؛ 2- الأمن الغذائي؛ 3- الأمن الصحي؛ 4- الأمن البيئي؛ 5-الأمن الفردي (الأمن الشخصي)؛ 6- الأمن المجتمعي؛ 7- الأمن السياسي. (2)

 $<sup>^{-1}</sup>$  عند برقوق، الأمن الإنساني و مفارقات العولمة، [تم التصفح يوم[2012/04/07]، في:

<sup>&</sup>lt;a href="http://www.politics-ar.com/ar/index.php/permalink/3059.html">http://www.politics-ar.com/ar/index.php/permalink/3059.html</a>

واعتبر التقرير بالتالي أن الأمن الصحي بعدٌ من أبعاد الأمن الإنساني الأساسية، وعرّفه على أنه: "ضمان الحد الأدنى من الحماية، والرعاية الصحية من الأمراض، والوقاية منها". (1) وإذا كانت جميع أبعاد الأمن الإنساني الأخرى محددات أساسية للأمن الصحي، وحيث أن الأمن الإنساني يتميز بمجموعة خصائص أساسية، وهي التراكيّ على البعد العالمي؛ والترابط؛ التمحور حول الإنسان؛ والوقاية المبكرة (2). وهو ما يجعل من تحقيق الأمن الصحي ممتنعا في معزل عن تحقيق الأبعاد الأخرى، كما أن الأمن الصحي يشكل دعامة ضرورية لتحقيق الأبعاد الأخرى كلا على حدة، والأمن الإنساني ككل. وهذا ما نجده متسقا إلى حد بعيد مع مقاربة المحددات الإحتماعية للصحة التي تتبناها منظمة الصحة العالمية. (\*)

إن الأمن الصحي، حسب هذا التقرير، يهدف أساسا إلى الحماية من الأمراض المتنقلة كأحد أهم أسباب الوفاة والمراضة في الدول الفقيرة، وأساليب الحياة غير الصحية كأهم سبب لاعتلال الصحة بين سكان الدول الغنية. كما أكد التقرير على أن الأشخاص الأكثر فقرا والنساء والأطفال هي الفئات الأكثر عرضة لأخطار وتحديدات الأمن الصحي عبر العالم<sup>(3)</sup>.

أما تقرير سنة 1997 فقد أكد على أن الصحة "حق إنساني فردي"، و"منفعة عامة" ينبغي أن تكون متاحة للجميع دون تمييز قومي، عرقي، ديني أو على أساس الجنس. وأنه من واجب الدولة ومن مصلحتها أيضا، أن تحمي هذا الحق الأساسي الذي يمثل واجبا أخلاقيا وشرطا عميقا لبقائها. ومع ذلك، يشير التقرير إلى أن موارد وآثار التحديات الصحية المعاصرة تتميز بالتعقيد والإتساع بشكل يجعل من المستحيل على أية دولة منفردة التعامل معها وإدارتما. كما حدد التقرير أهم التهديدات الصحية التي يواجهها الناس عبر العالم في ثلاثة فئات هي:

1- الأوبئة ذات الإنتشار فائق السرعة بسبب تكثف وتعقد وتسارع التدفقات العالمية العابرة للحدود من كل الأنواع، وعبر مختلف المنافذ والوسائل.

\*- المحددات الاجتماعية للصحة هي المحددات والظروف الهيكلية لطريقة المعيشة اليومية المسؤولة عن شق رئيسي من التباينات الصحية بين البلدان وفي داخل كل بلد. وتشمل هذه المحددات طريقة توزيع السلطة، ومستوى الدخل، والسلع والخدمات، وظروف معيشة الناس مثل مدى إتاحة خدمات الرعاية الصحية والمدارس والتعليم لهم، وظروف العمل والترفيه، وحالة الإسكان والبيئة . أي أن المصطلح" المحددات الاجتماعية "اختزال للعوامل الاجتماعية والسياسية والاقتصادية والبيئية والثقافية التي لها عظيم الأثر على الحالة الصحية. أنظر:

<sup>1 -</sup> United Nations Development Programme, The Human Development Report 1994, p.24, [viewed on 14/06/2012] in :< <a href="http://hdr.undp.org/en/media/hdr\_1994\_en\_chap2.pdf">http://hdr.undp.org/en/media/hdr\_1994\_en\_chap2.pdf</a>>
2 - Ibid.

<sup>-</sup> منظمة الصحة العالمية، اللجنة المعنية بالمحددات الاجتماعية للصحة تقرير من الأمانة، المجلس التنفيذي، م ت 9/12، 4 ديسمبر 2008، ص.1.

<sup>&</sup>lt;sup>3</sup> -Ya-Wen Chiu, et al., "The nature of international health security", **Asia Pacific journal of clinical nutrition**, 18(4), 2009, [ 679-683], p.680.

2- أسباب الوفاة والمرض المرتبطة بالفقر : ومن أهمها الأمراض الأكثر فتكا في العالم الإيدز، السل، والملاريا، إلى جانب وفيات الأطفال حديثي الولادة ووفيات الأمهات.

3- البيئات غير الصحية وغير السليمة.

علاوة على ذلك، يعد الأمن الصحي حسب التقرير مدخلا مهما في تحقيق الأمن الإنساني ككل، وذلك لعدة أسباب منها أولا، أن الدول النامية عادة ما تقبل مساعدة الدول المتقدمة حين يتعلق الأمر بالمشاكل الصحية العالقة فيها، لأنها تعتبر من المحالات غير المسيسة ، ولا تثير مخاوف أو حساسية بخصوص سياسات التدخل الدولي في الشؤون الداخلية ؛ أما السبب الثاني ، فيتعلق بسهولة استخدام القضايا لتعبئة الناس في الدول الغنية دعم الأنشطة الصحية الحكومية وغير الحكومية عبر العالم. أما السبب الثالث ، فيتمثل في أن العلاقة بين البعد الصحي للأمن الإنساني والتحديات الأحرى واضحة للعيان وأن العديد من الأدلة متوفرة حول أثر تحسن الشروط الصحية على عوامل المعيشة الأحرى، ونوعية الحياة في الدول النامية. (1)

#### ثانيا- لجنة أمن الإنسان (2003): "صحة أحسن" كشرط ضروري للأمن الإنساني

ترى لجنة أمن الإنسان الأممية (\*) أن الأمن الإنساني "حماية للجوهر الحيوي لجميع الكائنات الإنسانية بطريقة تحسن من الحريات الإنسانية وكمال الإنسان" (<sup>2)</sup>. وأعادت اللجنة على نفس منوال منظمة الصحة العالمية التأكيد على أن الصحة ليست مجرد غياب المرض، و اعتبرت أيضا أن التمتع بحالة الصحة الجيدة ذهنيا، وبدنيا واحتماعيا، شرط أساسي للكرامة والأمن الإنسانيين ، حيث تسمح للناس بتقرير إختياراتهم ومتابعة فرصهم الإحتماعية والتخطيط لمستقبلهم. بالمقابل فإن غياب هذه الحالة الجيدة للصحة تنجر عنه مشكلات إقتصادية حادة على مستويات مختلفة. وعليه فالأمن الصحي، يعد شرطا مسبقا للإستقرار الإحتماعي، مع التركيز على تحديد التهديدات التي تحدق بالأمن الصحي الإنساني، وهي: الأمراض المعدية على الصعيد العالمي؛ والأزمات

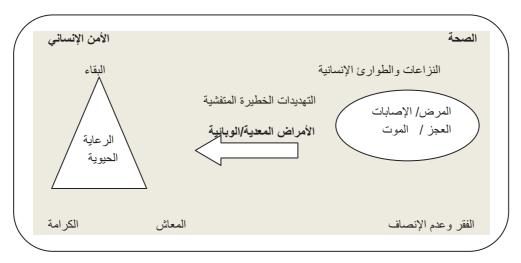
\* - أسس الأمين العام للأمم المتحدة حينها "كوفي أنان" لجنة أمن الإنسان ابتداء من فكرة انطلقت في قمة الأمم المتحدة للألفية سنة 2001 بمبادرة من حكومة اليابان، وتحدف إلى بناء تصور شامل لمنظومة الأمم المتحدة لمختلف المخاطر التي تحدد الأمن الجماعي العالمي في مطلع الألفية الثالثة. وقد ترأسها كل من الباحثة "صاداكو أوغاتا" Sadako Ogata والأستاذ أمارتيا سين" Amartya Sen، وقدمت تقريرها النهائي في ماي 2003 موسع ومحدّث للتحليلات التي طرحها تقرير التنمية الإنسانية لسنة 1994.

 $<sup>1 -</sup> Keizo \ Takemi, \ \textit{et al.}, Global \ Health \ as \ a \ Human \ Security \ Challenge, [viewed on 12/06/2012] \ in: \\ < \underline{\text{http://www.trilateral.org/download/file/annual\_meeting/global\_health\_challenges.pdf} >.$ 

<sup>2-</sup> لجنة أمن الإنسان، أمن الإنسان الآن، حماية الناس وتمكينهم، تقرير نمائي، نيويورك، 2003. ص.4. [تم التصفح يوم 2012/04/24] في: <a href="http://ochaonline.un.org/humansecurity/CHS/finalreport/Arabic/arabic report.pdf">http://ochaonline.un.org/humansecurity/CHS/finalreport/Arabic/arabic report.pdf</a>.

الصحية التي تسببها النزاعات المسلحة وحالات الطوارئ الإنسانية؛ وأخيرا المشكلات الإنسانية الناجمة عن الفقر والتي قد تزعزع استقرار الجماعات الإنسانية إبتداء من الأسر ووصولا إلى الدول والأقاليم.

#### الشكل رقم (08): العلاقة بين الصحة والأمن الإنساني من منظور لجنة الأمن الإنساني (2003)



المصدر: عن لجنة أمن الإنسان، أمن الإنسان الآن، حماية الناس وتمكينهم، (تقرير نهائي)، نيويورك، 2003. ص.97. في: <a href="http://ochaonline.un.org/humansecurity/CHS/finalreport/Arabic/arabic report.pdf">http://ochaonline.un.org/humansecurity/CHS/finalreport/Arabic/arabic report.pdf</a>

#### ثالثا- الأمن الصحى من منظور منظمة الصحة العالمية

يمكن استشفاف تحديد منظمة الصحة العالمية للأمن الصحي من خلال تحليل وثيقتين أساسيتين صادرتين سنة 2007 هما:

1- الورقة الخاصة بيوم الصحة العالمي ( 07أفريل) بعنوان الأمن الصحي الدولي: حيث حددت هذه الوثيقة 6 مسائل صحية ذات أهمية بالغة، وتكون منظور المنظمة للأمن الصحي العالمي، وهي: أ- الأمراض الناشئة من جديد؛ ب- داء الأيذز ؛ ج- التغير البيئي ؛ د- الأزمات الدولية والطوارئ الإنسانية؛ ه- التهديدات الإرهابية الكيميائية، الإشعاعية النووية، والإرهاب البيولوجي؛ ز- وعدم الإستقرار الإقتصادي.

2- تقرير الصحة العالمية 2007 من أجل مستقبل أكثر سلامة: وهو تقرير ركز على مهمّات الرقابة على الأوبئة العابرة للحدود وحماية الصحة العامة العالمية. كما قام بفحص مجموعة من التهديدات المحدقة بالأمن الصحى ضمن إطار اللوائح الصحية الدولية المعدلة سنة 2005. وقد صنّفها التقرير إلى ثلاثة أصناف:

أ- الأسباب البشرية لعدم الأمن الصحي: وتشمل الإستثمار غير الملائم؛ التغيرات غير المتوقعة في السياسات؛ الآثار التي تخلفها النزاعات على الصحة العامة؛ تطور الميكروبات وتفاقم مقاومة المضادات الحيوية؛ تربية الحيوانات الصناعات الغذائية؛

ب- الحوادث المتعلقة بالطقس، والأمراض المعدية؛

- حالات طواريء صحية أخرى مثل الحاودث الكيميائية أو الإشعاعية  $^{(1)}$ .

من الحاسم بنظرنا في مسعى التحليل الذي نحاول أن نقوده هنا، أن نبرز تحديد لجنة الأمن الإنساني لهاربة للتصدي لتهديدات الأمن الصحي بالإستناد على ركيزتين أساسيتين هما الحماية، والتمكين. مع التأكيد على أن تأمين هاتين الركيزتين يتجاوز حدود المقاربة التقليدية القائمة على العلاقات الأفقية بين الحكومات، ويستوجب أيضا قيام برامج عمودية وأنظمة رصد تشارك فيها الأطراف غير الحكومية أيضا. (2)

إن هاتين الركيزتين؛ أي الحماية والتمكين؛ يشترك فيهما مجمل التصورات حول مفهوم الأمن الصحي كما فصلنا أيضا مفهوم الحق في الصحة كما فصّل هو اللجنة الأممية حول الحقوق الإقتصادية والإجتماعية والثقافية في التعليق رقم 14، وكما أكد عليه المقرر الأممي حول الحق في أعلى معيار للصحة ممكن بلوغه، ويمثل أيضا الأرضية المناسبة لتحليل العلاقة بين هذه الأسس المعيارية وبين المصالح التجارية العالمية للقطاع الخاص والدول على حد سواء، وهو ما سيمثل موضوع المبحث الثاني.

#### المبحث الثاني: المصالح التجارية مقابل الحق في الصحة والأمن الصحي

كما أشرنا في الفصل الأول من هذا البحث، يوجد ارتباط وثيق بين نظام التجارة العالمية والصحة العالمية ، وسنحاول في هذا المبحث أن نعالج الآثار الممكنة للمصالح التجارية العالمية على كل من الحق في الصحة والأمن الصحي. يمكن أن نوضح كيف تؤثر المصالح التجارية في تفعيل الأسس المعيارية للصحة العالمية برأينا من خلال تحليل ثلاثة جوانب أساسية في العلاقة بين نظامي التجارة الصحة العالميين نعرضها في المطلب الثلاثة المشكلة لهذا المبحث:

#### المطلب الأول: تحرير التجارة مقابل السلامة والأمن الصحيين

تحمل عملية تحرير وعولمة التجارة في ميدان السلع والخدمات الكثير من الآثار الإيجابية على مجال الصحة العالمية، خاصة على شعوب البلدان الفقيرة، فيكن أن تدفع لصالح تسهيل تدفق السلع والخدمات التي تحسن الصحة مثل الأجهزة الطبية، والأدوية، واللقاحات؛ ونشر التكنولوجيات مثل الطب عن بعد، والتعليم عن بعد للفقراء أو الجماعات البعيدة. كما يمكن أن تحسن من الحالة الصحية للأفراد والمجتمع عن طريق تحسين النمو والدخل. رغم ذلك كله فقواعد التجارة العالمية قد تسمح أيضا ببروز إنعكاسات سلبية على الصحة العالمية، حيث تسمح بالإنتشار العالمي للكثير من المواد المضرة أو المشكوك في سلامتها (3).

<sup>1 -</sup> Ya-Wen Chiu, et al., op.cit. p.680.

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup>- المرجع نفسه.

<sup>3-</sup> Margaret E. Kruk, op.cit., p.3.

في الواقع، صممت قواعد التجارة العالمية منذ نهاية الحرب العالمية الثانية بهدف الحد من العوائق التنظيمية أمام حرية التجارة؛ فهي تستهدف الإجراءات الحمائية مهما كان نوعها، مثل الإجراءات التمييزية للصناعة المحلية على الصناعات الأجنبية في السوق الوطنية، والتي تعتبرها حرقا لمبدأ المنافسة الحرة كأحد أهم مبادئ إقتصاد السوق. ولا تسمح حتى بالإجراءات المفروضة لأغراض الصحة العامة إلا في ظروف استثنائية. لذلك فيمكن أن تحد قواعد التجارة العالمية من قدرة الدول وسيادتها في فرض الإجراءات الحمائية لأغراض السلامة والأمن الصحيين، وهو ما لا يتسق مع مسؤولية الدولة والمجتمع الدولي والفواعل الأخرى في حماية الصحة. (1)

جدول رقم (09): قواعد التجارة العالمية ذات الآثار الصحية

مجال الصحة	المهمة	إتفاقية منظمة التجارة العالمية
-تنص المادة 20 على استثناء يسمح للدول	تحرير التجارة الدولية وزيادة الدخول	الإتفاقية العامة للتعريفات
الأطراف فرض قيود تجارية لحماية الصحة البشريق،	إلى الأسواق من خلال الحد من العوائق	والتجارة (GATT)
والحيوانية والنباتية.	الجمركية وغير الجمركية	
تنظيم حركة السلع التي قد تسبب أمراض أو تحوي	التوفيق بين تدابير الصحية البشرية	تدابير الصحة والصحة النباتية
مواد مسببة للمرض ، أو سموم خطرة على الصحة	والنباتية على المستوى الدولي من أجل	(SPS)
(مثل لحم العجل المعدل جينيا).	حماية صحة البشر والحيوانات والنباتات	
- المادة 31 الترخيص الإجباري في حالة	ضمان حماية فعالة لحقوق الملكية	إتفاقية حقوق الملكية الفكرية
الطوارئ، مثل المضادات الفيروسية لعلاج الإيدز	الفكرية، وخاصة براءات الإختراع	ذات الجوانب التجارية
	والترخيص.	(TRIPS)

Source: Lawrence O. Gostin, "Global Health Law: Health in a Global Community", op.cit., P.261.

إن قواعد التجارة العالمية عموما تتفوق بميزة نسبية مهمة للغاية تتمثل في القدرة والسلطة القانونية الممنوحة لمنظمة التجارة العالمية على فرض قواعدها في حالة المنازعات حول المسائل التي تمس قضايا الصحة العامة، وذلك من خلال إجبار باقي الدول الأطراف على فرض العقوبات التجارية على الدول التي تخرق التزاماتها. في حين قواعد منظمة الصحة العالمية الخاصة مثلا به ( FCTC ) أو اللوائح الصحية الدولية لا تنص على قواعد الإجبار في حالة النزاع، أو إجراءات التنفيذ. (2)

<sup>1 -</sup> Sarah Joseph, Trade and the Right to Health, in : Andrew Clapham and Mary Robinson (eds.), **Realizing the Right to Health**, the Swiss Human Rights Book Series ,Vol.3, Rüfer& Rub, Zurich- Switzerland ,2009. p.364 2 - Amit Sengupta, op.cit., pp.87,88.

وهنالك عدد من الأدبيات في ميدان الصحة العالمية ترى أن هذه القواعد تسمح عمليا لبروز حالات تتفوق فيها المصالح التجارية على المساعي الرامية لحماية صحة الأفراد والصحة العامة، وبالتالي الحد من تمتعهم بحقهم في الصحة وتحدد أمنهم الصحي ومنها:

#### أولا- التساهل في مجال تجارة المواد الخطرة- التبغ نموذجا-

بدأت الأدلة الطبية منذ أكثر من 50 سنة بالتراكم بخصوص الأضرار الجسيمة على صحة الإنسان بسبب تناول التبغ، والتي قد تؤدي إلى إصابات قاتلة، وبالفعل يعد استهلاك التبغ بمختلف أشكاله -خاصة منه تدخين السجائر - أحد أهم الأسباب المؤدية إلى الوفاة عالميا، حيث تضاعف عدد الوفيات بسبب التبغ ثلاث مرات خلال العقد الأخير، كما أنه كان مسؤولا عن 15 % من الوفيات العالمية بين الذكور، و 7% بين الإناث. كما أن التبغ يعتبر أحد أسباب الإصابة لأربعة من الأمراض غير المتنقلة الأكثر فتكا في العالم وهي السرطان، أمراض القلب، السكري والأمراض التنفسية (1). وتقدر منظمة الصحة العالمية أنه يودي كل عام، بحياة ستة (60) ملايين نسمة تقريباً، منهم أكثر من خمسة ملايين ممّن يتعاطونه، أو سبق لهم تعاطيه، وأكثر من 600 ألف من غير المدخنين السلبيين. كما تقدر أنه إذا لم تُتخذ إجراءات عاجلة، أن يزيد عبء الوفيات ليبلغ أكثر من ثمانية ملايين حالة بحلول عام 2030، بحصة 80 % للدول المنخفضة والمتوسطة الدخل (التبغ هو القاتل رقم واحد في الصين ب1.2 مليون وفاة سنويا). (2)

وبالرغم من الجهود الوطنية والدولية بقيادة منظمة الصحة العالمية، والمتوجة بالإتفاقية الإطارية لمكافحة التبغ (FCTC) التي دخلت حيز النفاذ منذ سنة 2005، وجهود منظمات وحملات المجتمع المدني العالمي للحد من استهلاك التبغ، ومكافحة التجارة في منتوجاته ، تقدر بعض الإحصائيات أن قرابة 89 % من سكان العالم هم بدون حماية قانونية شاملة من التعرض للتبغ. فبرغم القيود القانونية الوطنية الآخذة في الإنتشار عالميا بخصوص جوانب الترويج والإشهار خاصة (3)، تبقى تجارة التبغ تجارة مشروعة وطنيا ودوليا، وتستفيد بشكل كبير من المزايا التي أتاحتها عولمة التجارة وتحريرها.

فقد لاحظت دراسة لـ "شالو بك وناير" Chaloupka And Nair سنة 2000 عن انعكاسات اتفاقيات تحرير التجارة على مكافحة التبغ، أن تحرير تجارة التبغ قد فتح أبواب الدول مشرعة للمنافسة بين شركات التبغ،

-

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup>-WORLD LUNG FOUNDATION, New Tobacco Atlas Estimates U.S. \$35 Billion Tobacco Industry Profits and Almost 6 Million Annual Deaths, March 21, 2012, , [viewed on :05/05/2012], in : <a href="http://www.worldlungfoundation.org/ht/display/ReleaseDetails/i/20439/pid/6858">http://www.worldlungfoundation.org/ht/display/ReleaseDetails/i/20439/pid/6858</a> ≥

<sup>2-</sup> منظمة الصحة العالمية، مركز وسائل الإعلام، التبغ، حقائق رئيسية، [تم التصفح يوم 2012/10/27]، في:

<sup>&</sup>lt; http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/ar/index.html >

<sup>&</sup>lt;sup>3</sup> - World Health Organization, "WHO report on the global tobacco epidemic, 2011: warning about the dangers of tobacco", [viewed on :10/05/2012], in :

<sup>&</sup>lt;a href="http://www.who.int/tobacco/global">http://www.who.int/tobacco/global</a> report/2011/qanda/en/index.html>

وهو ما أدى إلى تخفيض أسعاره في الدول المستوردة، وما انجر عنه من تنام ملحوظ لاستخدام هذه المادة القاتلة. (1) كما يحقق القطاع عوائد سنوية عالية، فحسب صحيفة الغارديان البريطانية، أن ستة شركات تبغ عملاقة حققت مبيعات بقيمة تقارب 500 مليار دولار أمريكي، ما أدر عليها أرباحا تقدر بـ 35.1مليار دولار سنة 2010. وهي تعادل مجموع أرباح شركات عملاقة مجتمعة وهي Ricrosoft ، Coca-Cola في نفس السنة. وبعملية حسابية بسيطة يمكن أن نرى كيف تحقق شركات التبغ حوالي 6000 دولار أمريكي كربح مقابل كل حالة وفاة بسبب التبغ. (2)

من الواضح أن مقاومة تحرير تجارة التبغ الدولية تعد دفاعا مهما عن الحق في الصحة والأمن الصحي الإنساني، لكن قواعد التجارة العالمية المعاصرة تضع العديد من العراقيل أمام هذا المسعى. فقد قامت الدول برفع شكاوى إلى منظمة التجارة العالمية بدعوى أن التدابير الرامية للحد من استيراد وتسويق التبغ والتي تتأسس على الإعتبارات الصحية تخرق قواعد التجارة الحرة التي أنشئت المنظمة لرعايتها وترقيتها . وفي أغلب هذه القضايا انحازت منظمة التجارة العالمية وجهازها الخاص بفض المنازعات إلى جهة شركات التبغ والدول التي تدافع عن مصالحها التجارية من تاجرة التبغ، سواء من جانب الدولة المصدرة أو من جانب الدول المستوردة. (3)

ومن أمثلتها الخلاف التجاري الذي تم الفصل فيه تحت مظّلة إتفاقيات "الجات" ( GATT) سنة 1990، حيث تقدمت الولايات المتحدة الأمريكية بدعوى ضد تايلاند لأنها قامت بمنع استيراد السجائر الأمريكية، بحجة أن المواد المضافة فيها يمكن أن تجعلها أخطر على صحة سكانها من السجائر التايلاندية. كما أن فتح السوق الوطنية أمام المنافسة الأجنبية من شأنه أن يرفع من أنشطة الإشهار والترويج لها وخفض أسعارها، وهو ما سيقود في النهاية إلى الرفع من نسبة المدخنين بين مواطنيها. لكن لجنة التحكيم حكمت لصالح الولايات المتحدة، واعتبرت الإجراءات التايلاندية بمثابة معاملة تجارية تمييزية، بما أنها لا تنطبق على الصناعة الوطنية للتبغ. (4)

من الواضح إذن أن قواعد تحرير التجارة الدولية متمثلة في اتفاقيات منظمة التجارة العالمية تتبنى مقاربة سلبية حول الحق الإنساني في أعلى معيار للصحة يمكن بلوغه، فعلى الدول التي تريد أن تتخذ إجراءات وقاية مماثلة أن تثبت أن استثناءات إتفاقيات "الجات" كما تنص عليها المادة 20 تنطبق عليها ؟ أي تثبت أن تلك الإجراءات ضرورية؟ بمعنى أنها أولا — فعالة، وأنه لا توجد أية تدابير بديلة يمكن أن يُعتمد عليها. وثانيا – أن تثبت أن تلك الإجراءات لا تشكل عائقا مقنّعا أمام التجارة الحرة، أو تمييزا متعسفا وغير مبر ر. وعليه، فإن الدول التي

<sup>1 -</sup> E R Shaffer, et al., "International trade agreements: a threat to tobacco control policy", Tobacco Control, Vol. 14, Issue suppl 2, 2005, p.21.

<sup>2 -</sup> WORLD LUNG FOUNDATION, op.cit.

<sup>3 -</sup> E. R. Shaffer, et al., op.cit.p.21.

<sup>4</sup> Sarah Joseph, op.cit., p.364.

قد تفكر في وضع قيود أمام الواردات من التبغ سوف يكون عليها لزاما أن تثبت أن تلك القيود ضرورية للحد من استهلاك التبغ بين مواطنيها، وأنها أقل بدائل الحماية الصحية الممكنة تأثيرا على التجارة. (1)

يمكن القول أخيرا أن جميع إتفاقيات تحرير التجارة الدولية تقريبا تعالج مسألة التبغ كبضاعة عادية ، بغض النظر عن مصادر القلق الصحية الهائلة التي يشكلها. وهي بذلك تخضعها لنفس قواعد تحرير التجارة التي تقدف إلى الوصول إلى الحد الأدنى الممكن من العوائق أمام تدفقها، بما فيها العوائق ذات المبررات الصحية، وهو ما يناقض السياسات الصحية العالمية في هذا الجحال والرامية للحد من أحد أهم الأخطار التي تحوم بحق الناس في أعلى معيار ممكن من الصحة وأمنهم الصحى والإنساني ككل.

#### ثانيا- حرية التجارة مقابل مبدأ الحيطة- الأغذية المعدلة جينيا (\* GMOs) نموذجا-:

تعتبر التكنولوجيا الحيوية التي تطورت بشكل ملحوظ في فترة الثمانينيات من القرن العشرين وسيلة ذات إمكانات هائلة للتغلب على بعض العقبات التي تحول دون زيادة الإنتاج الزراعي، وهي تضيف طرقا مبتكرة لتسريع وتحسين نمو وخصائص النباتات. وقد ظهرت أولى المحاصيل الزراعية المعدلة جينيا الموجهة للتسويق سنة 1996 لتحتل اليوم مساحات شاسعة من الأراضي الصالحة للزراعة في دول رائدة في الزراعة الواسعة. (2)

جدول رقم (10): المساحة التي تحتلها المحاصيل الزراعية المعدلة جينيا في 10 دول الأولى سنة 2008

البلد	المساحة المزروعة بمحاصيل	النسبة إلى المساحة القابلة
	معدلة جينيا (م. ه.)	للزراعة
الولايات المتحدة	57.7	% 34.98
الأمريكية		
الأرجنتين	19.1	% 69.60
البرازيل	15	% 25.59
کندا	7	% 16.85

<sup>1 -</sup> E. R. Shaffer, et al., op. cit., p. 21.

\*- يقصد بحا المواد العضوية التي تعرضت لتغيير في بنيتها الوراثية من خلال التخصيب و/ أو إعادة التصالب. وباستخدام تقنيات الهندسة الوراثية والتي يؤتى بحا من حزيئات مختلفة ، لتخلق مجموعة جديدة من المورثات أو الجينات. وهو ما يعطي المادة العضوية الناتجة مورثات جديدة أو معدّلة. وتتم هندسة النباتات لعدة أغراض منه ا إكسابحا خصائص مرغوبة ؛ مثل مقاومة الأوبئة أو المبيدات الحشرية أو الظروف البيئية القاسية. ولكنها ذات آثار جانية غير معروفة وغير مضمونة، وقد أثار استخدام المواد العضوية المعدلة جينيا جدلا كبيرا بعد عدة حوادث مثل الآثار المدمرة على التربة والنباتات بسبب زراعة القطن الواسعة في مالي مثلا، المرجع:

Debdatta Dobe and Rohini Sen, "Genetically Modified Organism Trade Route and Biosafety-Is It a Failing Synthesis?", **American Journal of Economics and Business Administration**, Vol. 1, N<sup>o</sup> 3, , 2009,p.206. 
<sup>2</sup> -Julian Kinderlerer, The Cartagena Protocol on Biosafety, **collection of biosafety reviews**, Vol. 4, international center for genetic engineering and biotechnology, the italian Ministry for Environment and Territory, Italy, pp.14-16.

% 4.28	6.2	الهند
% 2.74	3.8	الصين
% 87.67	2.6	الباراغواي
% 12.19	1.8	جنوب إفريقيا
% 37.32	0.5	الأوروغواي
% 5.3	0.3	الفيليبين
% 0.21	0.1	استراليا
% 0.74	0.1	اسبانيا

Source :Julian Kinderlerer, The Cartagena Protocol on Biosafety, **collection of biosafety reviews**, Vol. 4, international center for genetic engineering and biotechnology, the italian Ministry for Environment and Territory, Italy, p.16.

رغم أن بروتوكول قرطاجنة بشأن السلامة الحيوية ( 1992، قد اعترف بالمخاطر التي يمكن أن تشتمل 2000، والذي يقع تحت مظلة اتفاقية التنوع الحيوي لسنة 1992، قد اعترف بالمخاطر التي يمكن أن تشتمل عليها الحركة العابرة للمواد المعدلة جينيا للحدود والبيئات المختلفة، وأنما تشدد على وضع وتنفيذ آليات فعالة لتقييم المخاطر على المستوى الوطني قبل أن يتم استيرادها، والإلتزام بمبدأ الحيطة (Precautionary Principle) الذي يرى أنه حين تكون تكاليف اتخاذ الإجراءات منخفضة مقابل ارتفاع قيمة الخطر الذي يلازم عدم اتخاذ اللاجراءات فإن التدابير الوقائية تصبح إلزامية حتى لو لم يتوافر اليقين العلمي. (1) وعندما يتعلق الأمر بتهديد الصحة الإنسانية والعامة يصبح تبني هذا المبدأ في أعلى درجات الضرورة، تماشيا مع ما تنص عليه مضامين مفهوم الحق في الصحة والأمن الصحي، خاصة منها في جانبهما الحمائي. إلاّ أن لمنظمة التجارة العالمية وأجهزتما الخاصة بفض المنازعات تصورا مخالفا بشأن هذه المسألة. وهو ما سنبرزه من خلال عرض حيثيات الخلاف التجاري بين الولايات المتحدة والإتحاد الأوروبي بخصوص التجارة في الأغذية المعدلة جينيا.

لقد برز الخلاف التجاري بين الجهتين حول الإطار التنظيمي (أو القيود) الذي وضعه الإتحاد الأوروبي تجاه الواردات الأمريكية من الأغذية المعدلة جينيا في واجهة المحادثات حول التجارة الدولية في الفترة مابين 2006. وتعد الولايات المتحدة الأمريكية المنتج الأكبر للمواد المعدلة جينيا في العالم، خاصة حبوب الذرة والصويا التي دخلت سلسلة إنتاج الأطعمة بسرعة. وقُدِّرت صادرات الولايات المتحدة من الصويا مثلا بـ 1.5 مليار دولار أمريكي سنة 1998، وهي أكثر بعشر مرات من قيمة المبيعات الأمريكية من لحم العجل التي شهدت تدهورا عقب الخلاف حول لحم العجل المعالج بالهرمونات ، وهي قضية أخرى كانت محل خلاف كبير بين ضفتي الأطلسي خلال سنوات التسعينيات من القرن العشرين. وترى الولايات المتحدة بهذا الخصوص أن الأغذية الناتجة

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> -Aaron Cosbey and Stas Burgiel, The Cartagena Protocol on Biosafety: An analysis of results, An Iisd Briefing Note, International Institute for Sustainable Development, Canada, 2000,[viewed on:12/102012] in: <a href="http://www.iisd.org/pdf/biosafety.pdf">http://www.iisd.org/pdf/biosafety.pdf</a>

عن مواد معدلة وراثيا أو التي تحتوي عليها جزئيا، تعادل تماما في مواصفاتها الأغذية الطبيعية التقليدية، كما أن الإقبال من قبل المستهلكين الأمريكيين على تلك الأغذية مرتفع ومواقفهم تجاهها تتسم باللامبالاة. بينما يختلف الوضع كثيرا في أوروبا عقب الفضائح التي شهدتها بعض الدول الأوروبية بخصوص السلامة الغذائية والصحية للأفراد. (1)

ولم يكن الخلاف بين الولايات المتحدة الأمريكية والإتحاد الأوروبي حول الأغذية والمواد المعدلة جينيا إلا حلقة واحدة من سلسلة من هذا النوع من الخلافات، حيث كانت النظم الأمريكية أكثر تشددا وصرامة بخصوص الأخطار الناجمة عن البحوث العلمية من النظم الأوروبية في هذا الجال في سنوات السبعينات والثمانينات من القرن العشرين، أما الحال فقد انعكست منذ بداية التسعينات من القرن العشرين، حيث قام الحزب الجمهوري في الولايات المتحدة بإيقاف العديد من مشاريع قوانين الحيطة. وقد ساعدها في ذلك غياب أحداث صحية مأساوية مثل مرض البقرة المجنونة، الذي انتشر بقوة في بريطانيا؛ أو فضيحة نقل الدم الملوث بفيروس مأساوية مثل مرض البقرة المجنونة، الذي انتشر بقوة في بريطانيا؛ أو فضيحة نقل الدم الملوث بفيروس مبدأ أساسي في السياسة البيئية للإتحاد الأوروبي، كما أن معاهدة ماستريخت ( 1993) قد أعلنت أن مبدأ الحيطة هو مبدأ أساسي في السياسة البيئية للإتحاد الأوروبي، كما أصبح حجر الزاوية في تشريعاته التي تخص مجال سلامة الأغذية؛ الصحة والبيئة وصحة الإنسان والصحة الحيوانية والنباتية، وفي أثناء ذلك كانت الولايات المتحدة متشككة تجاه هذا المبدأ وسهولة تطبيقه كذريعة للحمائية التجارية.

وبالفعل، أعلنت الولايات المتحدة أنها سترفع دعوى أمام منظمة التجارة العالمية ضد تجميد الإتحاد الأوروبي لتراخيص الإستيراد من الأغذية المعدلة جينيا الذي دخل حيز التنفيذ منذ أكتوبر 1998 معتبرة أن التجميد الأوروبي للواردات من المواد والأغذية المعدلة جينيا غير قانوبي ويخرق قواعد منظمة التجارة العالمية؛ وغير مؤسس علميا حتى يطبق عليه مبدأ الحيطة؛ وأن العديد من الجهات التقنية المختصة ترى أن الأغذية الناتجة عن التكنولوجيا الحيوية لا تمثل أي تهديد للبشر أو البيئة. (2)

ويعتبر جهاز فض المنازعات في منظمة التجارة العالمية أن "مبدأ الحيطة" ليس بعرف دولي، و ليس بمبدأ من مبادئ القانون الدولي العامة؛ وأنه لا يمكن بذلك أن يتفوق على التزامات الإتحاد تحت بنود إتفاقية SPS. وعليه ومن منظور قواعد التجارة العالمية وأجهزتها الحاكمة، فإن الحرص على عدم خرق تلك القواعد، وتحديد السير والتدفق الحسن للتجارة العالمية يتفوق على الحرص على السلامة والأمن الصحيين، كما تلاحظ "سارة جوزيف" أن الإحتجاج بالحق في أعلى معيار ممكن بل وغه من الصحة كان غائبا في كل تلك القضايا المرفوعة، أي أنه لم

<sup>1 -</sup> Christiane Hoehn, "THE TRANSATLANTIC TRADE DISPUTE CONCERNING GENETICALLY MODIFIED ORGANISMS – WTO-CONSISTENCY OF THE EC LABELLING SCHEME" in:

<sup>&</sup>lt;a href="mailto:http://sqdiorg.com/volumes/pdf/15.2">http://sqdiorg.com/volumes/pdf/15.2</a> - 05 hoehn.pdf > 2-Ihid

يكن مأخوذا بعين الإعتبار تماما، ومهملا بشكل روتيني من طرف الدول المتنازعة، فضلا عن أجهزة فض المنازعات في منظمة التجارة العالمية. (1)

#### المطلب الثاني: حماية الملكية الفكرية مقابل إتاحة الأدوية

بشكل عام، يرى دعاة حماية الملكية الفكرية في كل مجالات الإبداع الفكري البشري العملية والفنية، أن هذه الحماية هي بالفعل عامل حاسم في تشجيع البحث والابتكار، وهو ما ينعكس بالتالي من خلال التوصل إلى معارف حديدة، أو تطبيقات حديدة لها خدمة للأهداف التنموية والنفعية للمحتمع (\*)، وبالنسبة لميدان الصناعة الصيدلانية المعتمد على البحث والتطوير، فيرجع اهتمامها مجماية الملكية الفكرية لمنتجاتها مع تعاظم الأهمية الإقتصادية للقطاع، وتعاظم حجم التمويل المخصص لها، خاصة في مرحلة ما بعد الحرب العالمية الأولى، واكتشاف مادة البينيسيلين سنة 1929 وازدياد الطلب عليها عبر العالم، واكتشاف أدوية لكثير من الأمراض المعدية مثل السل ، والبلهارسيا. وتنامت أهمية شركات الصناعة الدوائية على المستوى المحلي في الدول المتقدمة في أوروبا، والولايات المتحدة الأمريكية بداية من سنوات الأربعينات أين بدأت بمطالبة حكوماتها بإدخال إجراءات لحماية منتجاتها من القرصنة أو النسخ بدون ترخيص من الجهة الأصلية المنتحة، ثم لتمتد مطالبها بحماية دولية مع تعاظم نفوذها ابتداء من منتصف الثمانينات تماشيا مع تزايد دورها في دعم الإقتصاديات الوطنية للدول المتقدمة ومنظمات وطنية ودولية للدفاع عن سياستها ومصالحها في السوق - كما رأينا في الفصل الثاني من هذا البحث—ومنظمات وطنية ودولية للدفاع عن سياستها ومصالحها في السوق - كما رأينا في الفصل الثاني من هذا البحث—وقد أمرت الأوروبية سنة 1973 والتي ترمي إلى تشديد الحماية الإختراع الأوروبية سنة 1973 والعالمية (اتفاقيات TRIPS الشهيرة سنة 1995) والتي ترمي إلى تشديد الحماية الفانونية عبر العالم للملكية الفكرية لمنتجاتها وطرق تصنيعها (2).

1 -Sarah Joseph, op. cit.p. 366.

<sup>\*-</sup> على عكس هذا الخطاب السائد الذي يتأسس على مقولة أن الإبتكار بدون حماية قانونية سيواجه لا محالة مشكلة الركبة المجانية، وهو ما يقضي على الحافز لدى المبتكر منذ الوهلة الأولى، وهو ما سنفصله في عنصر لاحق في هذا المبحث؛ يرى باحثون مثل " مير بيريز بوغاتش" (Meir Perez Pugatch)، أنه لا يوجد دليل إقتصادي قوي على أن منح حقوق الملكية الفكرية ينعكس بالفعل بفائدة أو بالعكس حسارة صافية حقيقية للمجتمع، وبالنظر إلى الإحتكارات التي يخلقها في سوق لتلك المنتجات، وأنه من الأفضل في هذه الحالة المبحث عن نظام آخر لمكافأة المبدعين بدل نظام النظام القائم - حماية الملكية الفكرية أو براءات الإختراع - لمزيد من التفصيل أنظر الفصل الثاني من كتابه:

Meir Perez Pugatch, **The International Political Economy of Intellectual Property Rights**, Edward Elgar, Cheltenham, UK, 2004.p.16-43.

<sup>2-</sup> كامران حسين الصالحي، "قواعد حماية منتجات الأدوية ومدى حماية الإستعمالات الجديدة لها في التشريع المقارن والإتفاقيات الدولية"، مجلة الشريعة والقانون، عدد 48، الإمارات العربية المتحدة، أكتوبر 2011، ص ص. 23،24.

#### أولا- الآثار السلبية لحماية الملكية الفكرية على إتاحة الأدوية:

من خلال ما سبق، يمكن أن ندرك أنه و في الوقت الذي سمح فيه التقدم العلمي والتكنولوجي في مختلف الفروع ذات الصلة بالمنتجات الصيدلانية والتي أدت إلى اكتشاف وإنتاج الأدوية واللقاحات الجديدة وما انعكس بضمان حالة صحية واجتماعية أحسن لأعداد هائلة من الناس الذين كانت في متناولهم، فإن إقدام منظمة التجارة العالمية بالمقابل على تبني إتفاقية حقوق الملكية الفكرية ذات الأبعاد التجارية ( TRIPS) والتي تحمي براءات الإختراع (Patents)، حقوق التأليف (Copyrights)، والعلامات التجارية (trademarks)، قد حد بشكل كبير من قدرة أعداد ضخمة من الأفراد في الدول الأكثر فقرا من الحصول على تلك الأدوية الأساسية (خاصة في سياق القاتلات الكبرى" الإيدز، السل والملاريا") بتكلفة وأسعار في متناولهم. (1)

وتنص الإتفاقية التي دخلت حيز التفاذ سنة 2005 على منح مدة نفاذ تصل إلى 20 سنة لبراءات الإختراع عن الأدوية واللقاحات الجديدة ، وستنفيد من براءة الإختراع هذه طبعا للمخابر وشركات تطوير الدواء العامة أو الخاصة على السواء. وبالنظر إلى طابع التركيز العالي في حصص السوق الصناعة الصيدلانية العالمية، وعدم امتلاك قطاع واسع من الدول لقاعدة تكنولوجية وصناعية ملائمة للبحث والتطوير في هذا الجحال كما سنوضح لاحقا، فإن الكثير من الدول وسكانه خاصة منها الأكثر فقرا استكون قدرتهم على استيراد، أو إنتاج أو بيع أدوية مكافئة بتكلفة أسعار أقل من الأدوية المحمية. وهو وضع يعد عائقا أساسيا أمام إتاحة الأدوية باعتبارها أحدى عناصر تمكين الأفراد من التمتع بالحق في الصحة والأمن الصحي وهو ما أكدت عليه لجنة الأمم المتحدة حول إتاحة الأدوية الأساسية. (2)

وقد أثيرت إشكالية العلاقة القائمة بين براءات الاختراع والأدوية بشدة لأول مرة في مجلس اتفاقية حقوق الملكية الفكرية ذات العلاقة بالتجارة في حوان 2001 بطلب من مجموعة دول افريقية وبدعم من عدد من الدول النامية أهمها (البرازيل والهند)، بعد أن استفحلت فيها الأمراض المستعصية، والأوبئة الفتاكة التي ذهب ضحيتها عدد كبير من مواطنيها، إذ تعذر عليها الاعتماد على وعود اتفاقية (TRIPS) لمواجهة تلك المشاكل الصحية. وتأكدت أكثر تلك العلاقة في إعلان الدوحة سنة 2001 والمسمى ( Declaration on TRIPS and Public )

Rajat Khosla And Paul Hunt, HUMAN RIGHTS GUIDELINES FOR PHARMACEUTICAL COMPANIES IN RELATION TO ACCESS TO MEDICINES, [viewed on 12/05/2012], in:

<sup>1-</sup> حسب منظمة الصحة العالمية (سنة 2004) يجوز حوالي ملياران من الناس عبر العالم القدرة على الوصول إلى الأدوية الأساسية، كما أن الرفع من إتاحة الأدوية الموجودة أن ينقذ حياة عشرات ملايين إنسان كل عام، 4 ملايين منهم في أفريقيا وجنوب شرق آسيا. أنظر:

<sup>&</sup>lt;a href="http://www.essex.ac.uk/hrc/research/projects/rth/docs/Final\_pharma\_for\_website.pdf">http://www.essex.ac.uk/hrc/research/projects/rth/docs/Final\_pharma\_for\_website.pdf</a>

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> - Stephen P. Marks, op.cit., p.84.

Health) - الذي نص بضرورة ألا تمنع الإتفاقية الدول الأعضاء من اتخاذ الإجراءات الضرورية لحماية الصحة العامة. (1)

وفي الواقع تسمح بعض المرونات (felxibities) التي أدخلها الإعلان في بنود إتفاقية (TRIPS) للدول متدنية ومتوسطة الدخل من الحد من آثار حماية الملكية الفكرية في ميدان الصحة والأدوية بالخصوص ، عن طريق ثلاث آليات أساسية هي:

1- الترخيص الإجباري ( compulsory licensing ): حيث يسمح للدولة أن تقوم بإصدار ترخيص لصالح مصنع محلى لدواء لا يزال تحت حماية حقوق براءة احتراعه دون إتفاق مسبق مع صاحب براءة الإختراع (على الرغم من وجوب دفع إتاوات مقبولة لصالح صاحب البراءة) ويسمح بذلك في الحالات الصحية العامة الحرجة (أدوية الإيدز) أو على أساس الممارسات المضادة للتنافسية، مثل عدم كفاية الكميات المعروضة أو الأسعار المفرطة في الإرتفاع.

2- الاستيراد الموازي (Parallel importing): وهذا يحدث عندما يستورد بلد ما دواءً من شركة في بلدٍ آخر، بدلا من شرائها مباشرة من الشركة المصنِّعة للحصول عليها بسعر أرخص (بالنظر إلى أن شركات الأدوية تبيع الأدوية بأسعار مختلفة في بلدان مختلفة). (2) إلا أن الإتفاقية لا تسمح بالاستيراد الموازي للأدوية الجنيسة بل للأدوية المحمية ببراءات اختراع والتي تحمل اسما تجاريا، أو تسمح بالاستيراد من دول تنتجها بترخيص اختياري<sup>(3)</sup>. 3- استثناء بولار Bolar Exception: ويسمح للمصنعين باستخدام الأدوية المحمية لإجراء البحوث والتطوير للأدوية الجنيسة، هذا يسمح للمصنع بالبدء في إنتاج وبيع الأدوية مباشرة بعد انتهاء صلاحية براءة الإختراع (بعد 20 عاما).

وقد عارض بشدة الوفد الأمريكي المفاوض في مؤتمر الدوحة إدراج هذه التسهيلات، والسماح بإنتاج الأدوية الجنيسة، خاصة بالنسبة لأدوية الأيدز التي تمتلك الشركات الأمريكية في حجم مبيعاتما حصة الأسد. كما تشن الدول الكبرى المنتجة للأدوية، وشركاتها العملاقة خاصة الأمريكية منها حملة تمديدات متواصلة

<sup>1-</sup> على همال وليلي شيخة، " انعكاسات حماية براءات الاختراع على هيكل قطاع المواد الصيدلانية: حالة المغرب"، أبحاث اقتصادية **وإدارية** ، عدد.7، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير بجامعة محمد خيضر، بسكرة ، جوان 2010 ، ص ص. 25،24.

<sup>2 -</sup> Di McIntyre et al., "Affordability of Drugs In The Context of The World Trade Organisation: The Case of India", p.4, [viewed on 17/10/2012] in:

<sup>&</sup>lt; http://uct-heu.s3.amazonaws.com/5Drug Affordability India CaseStudy.pdf>

<sup>3-</sup> على همال وليلي شيخة، مرجع سابق، ص. 28.

<sup>5</sup> Anil Hira, "The political economy of the global pharmaceutical industry Why the poor lack access to medicine and what might be done about it", International Journal of Development, Vol. 8 No. 2, Emerald Group, Canada, 2009, p.92

بعقوبات تجارية، والشروع في منازعات على مستوى منظمة التجارة العالمية ضد الدول ذات التشريعات الأقل صرامة في ميدان حماية الملكية الفكرية، أو الأكثر حمائية تجاه شركات الدواء، فمنذ مدة غير قصيرة قامت الشركات الصيدلانية الكبيرة بمحاولات لمنع الدول الفقيرة لإنتاج أدوية أقل تكلفة من أجل التعامل مع أزماتها الصحية المزمنة.

ومن أشهرها محاولة جنوب أفريقيا تطوير أدوية أيدز رخيصة. حيث قامت رابطة مصنعي المنتجات الصيدلانية الجنوب إفريقية، وشركات كبرى أخرى، ( 39 شركة دواء عالمية)، عام 1998، برفع دعوى قضائية ضد حكومة جنوب إفريقيا بسبب إصدارها لقوانين جديدة تسمح بالترخيص الإجباري لإنتاج أدوية محمية، إلى جانب المدخول في عمليات إستيراد مواز للأدوية. وقد دعمت كل من حكومة الولايات المتحدة والمفوضية الأوروبية موقف الشركات الكبرى، بتهمة انتهاك قوانين حماية براءات الاختراع والملكية الفكرية العالمية. إلا أنهما تراجعتا في نماية المطاف أمام الحملة الدولية من أجل إتاحة أدوية الإيدز، التي شنها تحالف عالمي للمنظمات غير الحكومية بقيادة منظمة ( Médecins Sans Frontières)، لتنتهي القضية بسحبها من قبل الشركات بعد طلب العديد من الحكومات والبرلمانات الأوروبية. (1)

وعندما قامت الشركة الهندية الرائدة في صناعة الأدوية ( CIPLA)، سنة 2001، بعرض مزيج من الأدوية المضادة للفيروسات لمكافحة الإيدز ب 350 دولار في السنة، مقارنة ب 15,000 دولار من الشركات متعددة الجنسيات، رأت شركات الدواء الكبرى أن أسعارها الاحتكارية تتعرض لخطر شديد. وهو ما دعا مدير شركة اللدواء المتعددة الجنسيات ( GlaxoSmithKline) البريطانية الأصل إلى وصف أصحاب الشركة الهندية بأنهم "قراصنة"، وتبعا لذلك تعرض قانون براءات الاحتراع في الهند لضغوط من الدول الغنية لفترة طويلة حتى الآن. ليتماشى مع قوانين منظمة التجارة العالمية، مما يجعل من الصعب إنتاج البدائل الأرخص للأدوية. وهذا لن يؤثر فقط على الهند، ولكنه يؤثر أيضا في أغلبية واسعة من دول العالم التي تتطلع إلى صناعة الأدوية في الهند. (2)

في مثال آخر حول كيفية استخدام التأثير لصالح فرض رؤية الشركات الصيدلانية الكبرى والدول التي تحمي مصالحاها، ما حدث في تايلاندا عام 1990، حيث كانت الحكومة التايلاندية تعمل على صناعة عدد من الأدوية الجنيسة التي تملك حقوق ملكيتها شركات بما في ذلك دواء لمرض الإيدز. مع ذلك، قام الممثل التحاري للولايات المتحدة بتهديدها برفع رسوم التصدير على صادراتها من الخشب والمجوهرات، والتي كانت تشكل نحو 30% من الجمالي صادرات تايلاند. وقد مورس نوع من الترعيب على الممثل التحاري التايلندي لتتوقف بلاده عن صنع تلك

<sup>1-</sup> Ellen F. M. 't Hoen, TRIPS, Pharmaceutical Patents and Access to Essential Medicines: Seattle, Doha and Beyond, **Chicago Journal of International Law**, 27, 2002, p.44.

<sup>2 -</sup> Kajal Bhardwaj and Hans Löfgren, "EU-India Free Trade Negotiations Threatening Access to Medicines ", [Viewed on :20/10/2012] in:

 $<sup>&</sup>lt; \underline{\text{http://donttradeourlivesaway.wordpress.com/2012/09/28/eu-india-free-trade-negotiations-threatening-access-to-medicines/} \ .$ 

الأدوية. كما هدد وزير التجارة الأمريكي وزير الصحة الكوري الجنوبي على نحو مماثل، لكن هعلى الرغم من تلك التهديدات، واصل حملته من أجل أسعار أرخص للأدوية، فتمت إقالته في وقت لاحق. (1)

كما يجب أن نشير بهذا الصدد إلى أن مشكلة إتاحة الأدوية ليست حكرا على الدول الأكثر فقرا فبسب التفاوت في توزيع الدخل في الدول متوسطة وعالية الدخل نجد أن فئات واسعة أيضا تعيش في هذه الدول لا يمكنها الحصول على الدواء بسبب إرتفاع أسعاره، خاصة منها فئة كبار السن<sup>(2)</sup>.

#### ثانيا – الإقتصاد السياسي للصناعة الدوائية ومبررات حماية الملكية الفكرية:

يتميز قطاع الصناعة الصيدلانية العالمي بمجموعة خصائص تدفع بالشركات العالمية المهيمنة إلى الحرص على قوانين حماية الملكية الفكرية كأهم قضية تدافع عنها في ميدان حوكمة كل من التجارة العالمية والصحة العالمية، ويمكن أن نلخص هذه الخصائص فيما يلى:

#### أ- التكاليف الضخمة في مجال البحث والتطوير:

يعد قطاع الصناعة الصيدلانية أكبر القطاعات الصناعية في فئة التكنولوجيا العالية الكثافة استثمارا في البحث والتطوير وحتى في فترات الأزمات الإقتصادية ، إذ يصل إنفاقها السنوي إلى 120 مليار دولار ، وهو أعلى بخمس مرات من استثمارات قطاعات الدفاع والفضاء ، و 3.75 مرة من الصناعة الكيميائية ، و 2.5 مرة أعلى من استثمارات قطاع البرمجيات ، وحدمات الحاسوب . (3) إذ يستثمر القطاع الصيدلاني الأمريكي مثلا 16% من عائداته في البحث والتطوير ويمتلك 92% براءات إختراع الأدوية الموصوفة في السوق المحلية . (4)

وفي المعدل، يكلف تطوير دواء حديد مابين 10-15 سنة وملايين الدولارت تصل إلى 1.38 مليار دولار حسب ما تروج له تلك الشركات. وحسب إحصائيات القطاع فإن نسبة العناصر الكيميائية المطورة من قبل الشركات الصيدلانية التي تثبت فعاليتها الطبية وسلامتها لتصبح بالتالي أدوية قابلة للتسويق لا تتعدى 100001، وأن قرابة نصف عدد الأدوية الجديدة يفشل في المراحل الأخيرة من التجارب العيادية. وهو ما يشكل خسائر كبيرة تتحملها الشركات.

<sup>1 -</sup> John Madeley, Big Business Poor Peoples; The Impact of Transnational Corporations on the World's Poor, (Zed Books, 1999) pp.

<sup>2 -</sup>Frederick M. Abbott and M.N. Graham Dukes, **Global Pharmaceutical Policy Ensuring Medicines for Tomorrow's World**, Edward Elgar, Cheltenham, UK, 2009, p.265.

<sup>3</sup> -International Federation of Pharmaceutical Manufacturers and Associations , « The Pharmaceutical Industry and Global Health: Facts and Figures »

<sup>4 -</sup>Anil Hira, "The political economy of the global pharmaceutical industry Why the poor lack access to medicine and what might be done about it", **International Journal of Development,** Vol. 8 No. 2, Emerald Group, Canada, 2009.p.84-101.

#### ب- نفقات تسويق عالية:

حيث تعد بيئة الصناعة الدوائية بيئة عالية التنافسية على مستويات ثلاثة هي : المنافسة الشرسة بين الشركات الكبرى؛ والمنافسة مع الشركات المصنعة للأدوية الجنيسة التي تعرض أسعارا أقل بكثير لمنتجاتها بالمقارنة مع المنتجات الأصلية بسبب عدم إستثمارها في البحث والتطوير والتسويق، وما يدعى بالقرصنة الحيوية ( -bio piracy)؛ وأخيرا المنافسة مع قطاعات الطب الأخرى، حيث تسعى شركات الدواء إلى إظهار تفوق المزايا النسبية لمنتجاتها بالمقارنة مع طرق العلاج الأخرى (العمليات الجراحية مثلا). (1)

لذلك فإن الشركات عليها أن توجه اهتمامها نحو الترويج والتسويق لمنتجها، فتفكر مثلا بقاعدة الزبائن التي يكمن أن تعتمد علها في البيع، وأيّ ة وسيلة وإستراتيجية إعلامية قد تفيد للترويج؛ كيف تبين ميزات منتجها بالمقارنة مع المنتجات الأخرى الشبيهة؛ وبكل تأكيد، حشد الدعم والتأييد من قبل الأطباء. ففعالية الدواء لا تكفي لضمان نجاحه في السوق، بل يتطلب الأمر تغيير توجهات الأطباء ورجال الأعمال في مجال الصناعة الصحية، الذين لديهم تحالفات مع المنافسين الآخرين في السوق.

ونتيجة لذلك تحتل سياسات الترويج والإشهار أهمية بالغة في قطاع الصناعة الدوائية . فالشركات المطوّرة تقوم بإنفاق مبالغ ضخمة سنويا في ميدان التسويق، تتفوق نفقات حتى على البحث والتطوير حيث ذكرت منظمة Public Citizen غير الحكومية أن شركات صناعة الدواء أنفقت مثلا سنة 2002 ما يعادل 38% من عوائدها على التسويق مقابل 14% على البحث والتطوير ، كما أن شركتي الم وماكدونالدز .(2)

#### ج- مستوى عال من التركيز:

يعد المستوى العالي من تركيز الحصص السوقية المظهر الأهم في جانب العرض في سوق المنتجات الصيدلانية العالمية؛ وهو ما يوصف في الأدبيات المتخصصة بنوع من إحتكار القلة للسوق، حيث تسيطر حفنة صغيرة من الشركات الصيدلانية الكبرى على السوق العالمية (3). ففي سوق بحجم مئات الملايير من الدولارات (808 مليار دولار أمريكي سنة (2009)(4)، وتضم قرابة (200 شركة كبرى، تسيطر فقط أربعة شركات رائدة على

<sup>1 -</sup> Larry Davidson and Gennadiy Greblov, «The Pharmaceutical industry in the Global Economy », Summer 2005.

<sup>2 -</sup> Richard Harvey Brown and Timothy Recuber, "THE RISE AND HEGEMONY OF THE WESTERN PHARMACEUTICAL INDUSTRY", p.37.[viewed on: 04/04/2012], in:

<sup>&</sup>lt; http://richardharveybrown.com/8pharmaceutical.pdf>

<sup>3 -</sup> Anil Hira, «The political economy of the global pharmaceutical industry Why the poor lack access to medicine and what might be done about it", **International Journal of Development**, Vol. 8 No. 237, Emerald Group, Canada, 2009, p.109.

<sup>4 -</sup>IMAP, Pharmaceuticals & Biotech Industry, Global Report, 2011, p.3.

حوالي 25 % قيمة السوق ككل. ويعود ذلك في حانب منه إلى طبيعة الصناعة ذاتها التي تصنف على أنها من فئة صناعات التكنولوجيا العالية (high-tech).

ب العرض في السوق الصيدلانية العالمية	جدول رقم (11) تركز جان
--------------------------------------	------------------------

حصتها من السوق العالمية	إسم الشركة
%8.70	Pfizer
%6.30	glaxosmithkline
% 5.50	Sanofiaventis
%5	novartis
%74.40	بقية الشركات

Source: The Global Pharmaceutical Industry, International Trade And Contemporary Trends, [viewed on: 04/04/2012], in: < <a href="http://www.duke.edu/web/soc142/team2/firms.html#companies">http://www.duke.edu/web/soc142/team2/firms.html#companies</a>>

ويترافق مع هذا التركيز كثافة عمليات الإندماج والإكتساب بين الشركات، خاصة منها الشركات الكبرى التي تقوم بشكل متكرر ومتواصل بالإندماج وشراء شركات تصنيع الأدوية الجنيسة في البلدان الأقل تقدما؛ فضلا عن عمليات التعاون والإندماج بين الشركات الكبرى، والذي يأخذ شكل المشاريع المشتركة للبحث والتطوير أو التسويق أو منح التراخيص ففي الفترة 2019-2010 سجّل هذا القطاع أكثر من 1000 عملية إندماج واكتساب، بقيمة مالية تفوق 200 مليار دولار أمريكي. ومن أبرز تلك الصفقات صفقة اكتساب شركة Pfizer لشركة Wyeth التي بلغت قيمتها 67.9 مليار دولار. (1)

كما يتميز قطاع الصناعة الصيدلانية العالمية بتركز جغرافي كبير، إذ تقع أغلب المقرات العامة للشركات الأم في شمال الكرة الأرضية، وتحديدا الولايات المتحدة التي تحتكر أكثر من (50%) من عدد الشركات المنتجة، تليها أوروبا بنسبة (28%)، ثم منطقة آسيا والمحيط الهادئ بما نسبته (18.50%).

لقد أدى المستوى العالي من المخاطرة بسبب التكاليف الضخمة والمنافسة الشرسة بين الشركات الكبرى داخل وخارج القطاع الصيدلاني إلى أخذ هذه الصناعة طابع الإحتكارات والمستوى العالي من التركيز كما رأينا، كما أن هذه الخصائص تشكل بالمضبط الأساس المنطقي لحماية الملكية الفكرية ولبراءات الإختراع. كما أنه من جهة أخرى يهفر للشركات المبتكرة الرائدة الفرصة لفرض أسعار إحتكارية عالية.

114

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> - IMAP, "Pharmaceuticals & Biotech Industry Global Report", 2011, p.2. [viewed on 18/07/2012] in : <a href="http://www.imap.com/imap/media/resources/IMAP">http://www.imap.com/imap/media/resources/IMAP</a> PharmaReport 8 272B8752E0FB3.pdf >

<sup>2 -</sup>the global pharmaceutical industry, international trade and contemporary trends, [viewed on 18/07/2012]in:

<sup>&</sup>lt;a href="http://www.duke.edu/web/soc142/team2/firms.html#companies">http://www.duke.edu/web/soc142/team2/firms.html#companies>.

فالحقوق الحصرية التي تعطيها براءات الإختراع في ميدان الإنتاج والبيع هي من جهة، أضمن طريقة لتغطية نفقات البحث والتطوير على المدى الطويل في عالم متعولم يتسم بسرعة وسهولة إنتقال المعلومة والتكنولوجيا، إن نجاة الشركات الصيدلانية المعتمدة على البحث والتطوير رهين الإبقاء على الحماية الدولية الفعالة لتلك الحقوق الحصرية. ومن جهة أخرى تحاجج الشركات ومنظماتها بأن هذا الشكل من الحماية لمنتجاتها يعد الشرط الأول لتحفيز البحث والإبتكار ، وبالتالي إنتاج وفورات حارجية إيجابية ( positive externalities) تتمثل في الأدوية الجديدة التي تحسن حياة الناس، وهذا يعني أن أحسن طريقة في نظرها لخدمة الصحة العالمية تمر عبر حلول سوقية. (1)

#### ثالثا - نظرة نقدية:

وي الشركات الصيدلانية الكبرى إذا أن استثماراتما في مجال البحث والتطوير ستعاني خسائر فادحة إذا المت شركات غيرها ببساطة بنسخ ما تنتجه. ومع ذلك تواجه أطروحة الشركات هذه نقدا لاذعا من قبل المنظمات غير الحكومية النشطة في مجال إتاحة الأدوية، فهي تحاجج أن قدرا كبير من العلوم والبحوث الأساسية التي استفادت منها الشركات الكبرى في تطوير منتجاتما المبتكرة كانت في الواقع تعتمد على التمويل العام من خلال البرامج الجامعية، البحوث المدعومة حكوميا، والبرامج الصحية الأخرى ، وبعبارة من أموال ادفعي الضرائب الذين تعود وتحرمهم من ثمرات تلك الأموال المأخوذة من جيوهم . وإذا كانت هذه الطريقة في خصخصة عوائد واستثمار الحكومية بمكن أن تكون مقبولة إلى حد ما ، بالنظر إلى ما قامت به شركات الأدوية الكبيرة من جهود واستثمارت في تطوير أدوية ساهمت في إنقاذ حياة الملايين من الناس ؛ فإنه ليس مبررا كافيا كما يرى "جيمس لوف" Love في تطوير أدوية ساهمت في إنقاذ حياة الملايين من الناس ؛ فإنه ليس مبررا كافيا كما يرى "جيمس الوف" Love في تشير إلى أن العديد من الأدوية المضادة للفيروسات المستخدمة في علاج فيروس نقص في المقام الأول. حيث يشير إلى أن العديد من الأدوية المضادة للفيروسات المستخدمة في علاج فيروس نقص حقوق الابتكار المملوكة للحكومة لشركات الأدوية بأسعار منخفضة ضامنة بذلك عائدات كبيرة على الاستثمار الشركات مثل بريستول مايز سكويب. وعليه، يعتقد "ج. لوف" بأن شركات الدواء ليست لديها السلطة واقع اليوم بشأن قائمة طويلة من الأمراض ومايقابلها من علاج وأدوية خاصة (...).

<sup>1</sup>-L.C. Moreman and S.L. Van der Laan, "TRIPS and the Pharmaceutical industry: Prescription for profit?", **Critical Perspectives on Accounting**, Elsevier, 17(8), 2006, p.4.

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> James P. Love, "Pharmaceutical Drugs, Intellectual Property Rights and Public Health: A Consumer Perspective from the United States", [viewed on 20/102012] in:<a href="http://www.cptech.org/pharm/bariloche.html">http://www.cptech.org/pharm/bariloche.html</a>>

إن حقيقة موت الآلاف من الناس، في أفريقيا خاصة، لأغم لا يستطيعون تحمل تكاليف الأدوية من شأنما أن تضفي مزيدا من القوة لحجته . من جهة ثانية، هنالك عدة دراسات تشكك في الخطاب الذي تروجه له الشركات حول تكاليف البحث والتطوير (قرابة مليار دولار لكل دواء جديد) ، وذلك كتقنية فعالة في عملية إقناع الآخرين من حكومات، والناس العاديين بمشروعية مطالبها في حقوق الملكية الفكرية. إن الوسيلة الفعالة في هذه التقنية تتمثل في استخدام البيانات والإحصائيات الإقتصادية "العلمية" كدليل لا تطاله الشكوك خاصة في مجتمعات منبهرة بالإحصائيات والأرقام مثل المجتمعات الغربية الرأسمالية. حيث أظهر "دونالد لايت"، و"ريبيكا فاريرتون" Light and Warburton، أن تلك القيمة المعلنة ليست دقيقة، ومتباينة جدا بين كل دواء وآخر، ومبالغ فيها كثيرا، وأن الشركات الصيدلانية لها مصلحة قصوى في المبالغة في التصريح بتكاليف البحث والتطوير إلى الحد الأقصى، ويستعينون بذلك بالباحثين والمراكز المساندة لها، كما يثابر زعماء هذه الصناعة واللوبيات الموالية لها، على التحذير المتواصل من النتائج السلبية التي يمكن أن تصيب ميزانية البحث والتطوير لديها نتيجة لتراجع على التحذير المتواصل من النتائج السلبية التي يمكن أن تصيب ميزانية البحث والتطوير لديها نتيجة لتراجع عوائدها، وهو ما سيؤدي بالتالي إلى الحد من قدرتما على إنتاج أدوية جديدة أساسية في التعامل مع المشاكل الصحية العالمية. وفي الواقع، حسب الباحثين، فإن الواقع عكس ذلك تماما، حيث تضاعف الشركات من ميزانية الصحية والتطوير لديها في حالة تراجع أرباحها، سعيا منها إلى تطوير منتجات جديدة تعود عليها بأرباح أكثر. (1)

ونستطيع القول أنه إذا كانت الغظام العالمي لجماية براءات الإختراع يحد بشكل واضح من إتاحة الوسائل الأساسية لإنقاذ حياة أعداد كبيرة من الناس عبر العالم، حاصة في المناطق الأكثر فقرا منه، وبالتالي الحد من قدرتهم على التمتع الفعلي بحقهم الإنساني في الصحة؛ فإن الشركات الصيدلانية بالمقابل ترى فيها الوسيلة الأنسب لضمان الإستثمار في مجال البحث والتطوير بالنسبة للشركات المصنعة. والتقليل من المخاطر العالية التي يتضمنها القطاع. وهو مع ذلك يضمن أرباحا إحتكارية كبيرة للشركات المطورة للأدوية. وهذا الوضع هو ما قاد الفواعل الأساسية في حوكمة الصحة العالمية إلى تبني مقاربة بديلة، تتمثل في الشراكات بين القطاع الخاص والقطاع العام (مثلما ناقشنا في الفضل الثاني ) من أجل تقاسم المخاطر الناجمة عن البحث والتطوير في نموذج السوق، وتحقيق الإهداف المأمولة في مجال توفير وإتاحة الأدوية اللازمة لصالح الفئات الفقيرة عبر العالم ، إلا أن المحرم على نتائجها لا يزال مبكرا، نظرا لحداثتها ولأن مشاكل إتاحة الأدوية لا تزال جاثمة بثقلها على الوضع الصحى العالمي.

<sup>1 -</sup> see :Donald W. Light and Rebecca Warburton, "Demythologizing the high costs of pharmaceutical research", BioSocieties, 6, 2011, [34–50].

#### المطلب الثاني: سياسات البحث والتطوير للشركات الصيدلانية ومشكلة الأمراض المهملة

#### أولا - الأمراض المهملة، الحالة والأسباب:

تعد الأمراض المدارية المهملة (\*) (Neglected Tropical Diseases)، أو بشكل مختصر الأمراض المهملة أو المنسية، من أكبر تحديات الصحة العالمية المعاصرة، وهي مجموعة من الأمراض المدارية المتوطنة في المناطق الفقيرة من الدول النامية في أفريقيا وآسيا وأمريكا اللاتينية. وهي تسبب مجتمعة عبئا مماثلا لما تسببه الأمراض الثلاثة الكبرى (الأيدز السل والملاريا)، إذ تتسبب هذه الأمراض مجتمعة على المستوى العالمي في 35 ألف حالة وفاة يوميا، وبين نصف مليون ومليون شخص سنوياً (1)، وقد بلغت حصة الدول النامية من إجمالي الوفيات العالمية بسبب هذه الأمراض سببا في 70% من إجمالي الوفيات في هذه الأمراض سببا في 70% من إجمالي الوفيات في هذه البلدان مع حلول سنة 2002. (2) بالمقابل، فإن بعضها قابل للاتقاء أو العلاج بتطبيق تدابير وأدوية متوفرة في الدول المتقدمة. والأهم من ذلك أنما لا تلقى الإهتمام الكافي من طرف الشركات الصيدلانية في معالجتها.

إن العديد من العلاجات المتوفرة اليوم تعود لعقود بعيدة، وغالبا ما تكون محدودة الفعالية بسبب مشاكل مقاومة الأدوية، والسلامة غير كافية. على سبيل المثال، فالأدوية الحالية المضادة لمرض داء كلابية الذنب يقتل الديدان الطفيلية غير الناضجة فقط في المراحل الأولى من العدوى، وغير فعال في الحالات المتقدمة. أما داء شاغاس المدمر الذي يتسبب في 45 ألف وفاة سنويا عبر العالم، وهو المرض الطفيلي الأكثر انتشارا في الدول الفقيرة، هو مصدر قلق عميق في جميع أنحاء أمريكا الجنوبية والوسطى. فهو يحصي مابين 16 و18 مليون شخص مصاب وأكثر من 100 مليون شخص معرضين لخطر الإصابة، وحتى الآن لا يوجد حاليا أي علاج فعال للمرض. وهي نفس حالة الأمراض الأخرى. وباختصار، هناك حاجة ماسة إلى علاجات، بنوعية آمنة، وبأسعار معقولة لعلاج هذه الأمراض.

<sup>\*-</sup> تضم أكثر القوائم تحفظا 13 مرضا مداريا مهملا هي: داء الليشمانيات، داء المثقبيات الأفريقي ، داء المثقبيات الأمريكي، داء البلهارسيات، داء الفيلاريات، داء كلابية الذنب، داء التنينات، الجذام، قرحة بورولي، التراخوما، الكوليرا، الداء العليقي، والبنتا، والزهري المتوطن، الحمى الصفراء، حمى الدنك، التهاب الدماغ الياباني، لمزيد من التفاصيل أنظر: موسوعة ويكيبيديا الحرة، الأمراض المدارية المهملة، [تم التصفح يوم 2012/11/05] في:

<sup>&</sup>lt;a href="http://ar.wikipedia.org/wiki/">http://ar.wikipedia.org/wiki/</a>

<sup>1 -</sup>Joshua Cohen *et al.*, "Development of and Access to Products for Neglected Diseases", **PLoS ONE**, Vol. 5,  $N^{O}$ . 5, May 2010, p.1.

<sup>2 -</sup> Lawrance O. Gostin et al., op.cit.

إن مشكلة الأمراض المهملة تنبع أساسا مما يسمى في الأدبيات الإقتصادية بحالة فشل السوق ( Failures ). فالأسواق بالتعريف هي مكان إلتقاء العارضين (أو الموردين) لسلعة أو خدمة معينة بطالبيها، وحسب مفهوم بسيط لميكانيزم السوق فإن هذه الأخيرة ستقوم بمفردها بتوزيع القيم لتحقق التوازن بين العرض والطلب. مع ذلك، فإننا نجد العديد من الأسواق مثل النقل أو التعليم تشهد حالة من الفشل حينما يتعلق الأمر بخدمة الأعضاء الأقل دخلا من المجتمع. والحالة هذه تنطبق بشكل واضح بخصوص هذه الأمراض، إذ يقابلها نقص في العرض (undersupply)، وبشكل فادح، من المنتجات المضادة لها، خاصة منها الأدوية التي قد تشكل ما يقارب %70% من تكاليف العلاج في الدول النامية. (1)

وبالرغم من أن هذا التفاوت في طريقه نحو التغير، في ظل ظهور الشركات التي تركز على الأسواق الناشئة المتركزة جغرافيا في المناطق الجنوبية من العالم ؟ مثل شركات الدواء البرازياية، والصيرية والهندية، والجنوب إفريقي التي تقوم بالفعل بتطوير وتسويق منتجاتها التي تركز بالفعل على هذه الأمراض المهملة ؟ كما تتعزز قدرة هذه الشركات الناشئة على المنافسة في الأسواق عن طريق التقليل من تكلفة منتجاتها بفضل الحد من نفقات الإشهار، مقابل الشركات الكبرى التي تنفق مبالغ ضخمة تعادل المبالغ المنفقة في التطوير والبحث . مع ذلك، فإن المخاوف من التحول التدريجي لهذه الشركات نحو احتياجات الطبقات الغنية في بلدانها، أو ضرورات النفاذ إلى الأسواق العالمية الكبرى في نصف الكرة الأرضية الشمالي لا تزال تسم بقوة سوق المنتجات الدوائية العالمية، مع بقاء الغالبية الكبرى من الدول الفقيرة بدون قدرات اقتصادية وتكنولوجية تسمح لها بالإعتماد على نفسها وتطوير أدوية تلائم حاجاتها الصحية الملحقة، كل هذه العوامل تعزز من فرص بقاء حالة الأمراض المهملة قائمة، وملقية بآثارها الإنسانية الوخيمة على مئات الملايين من الناس عبر العالم.

إن مشكلة الأمراض المهملة تقع في لب اهتمام مفهوم الحق في الصحة، حيث أن توفير كل الوسائل المتاحة وتمكين الناس من الإنتفاع بها مكون وشرط ضروري للتمتع بأعلى معيار للصحة ممكن بلوغه، مثلما نصت عليه الفقرة 36 من التعليق العام رقم 14 للجنة الأمم المتحدة (CESCR) ، (2) ومع ذلك فإن السبيل إلى خلق الشروط الضرورية للتمكين لهذا الجانب من الحق في الصحة تظل محفوفة بالكثير من العوائق، سيما منها العوائق المتعلقة بالمصالح التحارية للشركات الكبرى المنتجة للأدوية واللقاحات وأدوات التشخيص، وهذا ما سنسعى لتوضيحه في العنصر الموالى.

<sup>1 -</sup> see: Anil Hira," The political economy of the global pharmaceutical industry Why the poor lack access to medicine and what might be done about it", **International Journal of Development**, Vol. 8 No. 2, Emerald Group, Canada, 2009.p.84-101.

<sup>2 -</sup>Paul Hunt *et al.*, "Neglected diseases: a human rights analysis", Special topics in social, economic and behavioural research report series, no. 6, World Health Organization on behalf of the Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases, 2007, p.38.

#### ثانيا- الطلب العالمي موجها أساسيا لهياسات البحث والتطوير في مجال الأدوية:

بشكل مبسط، فإنه الشّركات الصيدلانية لا تقوم بالتركيز على إنتاج الأدوية المضادة لهذه الأمراض، بل تلح الشركات على توجيه سلسلة إنتاجها لتلبية طلبات الطبقات الوسطى والعليا من سكان العام المتقدم. فعلى سبيل المثال ومن بين 1556 دواء جديدا تم الترخيض له في فترة 30 سنة الممتدة بين ( 1975–2004)، كانت حصة الأمراض المنتشرة في المناطق المدارية 21 دواء فقط، بنسبة 1.3%، علما أن هذه الأمراض تمس ما نسبته من سكان العالم. (1) وهذا ما يسهم في ما دعاه المنتدى العالمي من أجل البحث الصحي بالفجوة 10% من مشاكل العالم الصحية تستقطب 10% فقط من الجهود العالمية في ميدان البحث والتطوير.

وعد الولايات المتحدة المستهلك الأول للمنتجات الصيدلانية في العالم وبفارق كبير عن باقي الدول، بحصة تقارب 41.8% من مجموع المبيعات الدوائية في العالم متبوعة بأوروبا به 26.8% كما أن حصة الولايات المتحدة لوحدها من الأدوية الجديدة في الفترة بين 2006-2011 بلغت 56%، مقابل 24% لصالح السوق الأوروبية، و 12% في اليابان (2).

الجدول رقم (12) ترتيب أكبر 10 أسواق للمنتجات الصيدلانية سنة 2011

حجم المبيعات (م.د.)	البلد	الرتبة
322,290	الولايات المتحدة	01
111,642	اليابان	02
66,805	الصين	03
44,916	ألمانيا	04
41,197	فرنسا	05
28,465	البرازيل	06
28,357	إيطاليا	07
22,679	إسبانيا	08
22,294	كندا	09
21,564	المملكة المتحدة	10

Source: The Association of the British Pharmaceutical Industry, Global pharmaceutical industry and market, [viewed on 2010/2012] in:< <a href="http://www.abpi.org.uk/industry-info/knowledge-hub/global-industry/Pages/industry-market-.aspx">http://www.abpi.org.uk/industry-info/knowledge-hub/global-industry/Pages/industry-market-.aspx</a>

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> - Mitchell Murdock, "The Growth of International Pharmaceuticals", **Yale Journal of Medicine and Law**, Vol.VII., no .2, Spring 2011,p.7.

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> - The European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations, The Pharmaceutical Industry in Figures, Key Data 2012, p.4. [viewed on 18/08/2012]in:

<sup>&</sup>lt; http://www.efpia.eu/sites/www.efpia.eu/files/EFPIA%20Figures%202012%20Final.pdf >

إن بنية المبيعات العالمية من المنتجات الصيدلانية هذه ذات دلالة بالغة في موضوع سياسات الشركات الكبرى في ميدان البحث والتطوير، ف شركات الأدوية متعددة الجنسيات تقوم إذن بإهمال الأمراض الشائعة في المناطق المدارية ليس لأن القدرات العلمية لا تسمح بذلك، ولكن لأن الأسواق تنعدم هناك في تلك المناطق، حيث اقتصاديات شركات الأدوية تتسم بالركود. وبالطبع، توجد هناك أسواق بمعنى أن هناك حاجة ، فهنالك الملايين من الناس يموتون كل أسبوع من أمراض يمكن الوقاية منها أو علاجها. لكن شركات الأدوية ترى بأنها لن تحصل على ما يكفي من العوائد على الاستثمارات المتعلقة بالبحوث، لذلك تتساءل لماذا ينبغي عليها أن تكلف نفسها عناء ذلك. وبما أن واجبها تجاه المساهمين، كما يقول ممثلوها، يتطلب منها أن تضع جهودها في محاولة لإيجاد علاجات لأمراض الثراء وطول العمر، كمرض القلب والسرطان والزهايمر. (1)

ويمكن أن نعتمد أيضا على تحليل الاقتصاد السياسي للجوانب التطويرية والتنظيمية للصناعة الدوائية العالمية، لفهم ظاهرة الأمراض المهملة لتي تحد من إمكانية حصول أعداد كبيرة من الناس على الأدوية الضرورية للإبقاء على حياتهم ليس بسبب غلاء أسعارها، ولكن بسبب فشل السوق العالمية للدواء في توفيرها بالكميات المطلوبة. فحالة الأمراض المهملة أيضا، تظهر كيف أن المصالح التجارية للشركات ومنطق الربح والسوق قد تفوقا لعقود ولا يزالان على مفاهيم الحق في الصحة والأمن الصحي، إذ ترك الملايين من الناس يموتون أو يعانون التهميش و العزلة بسبب أمراض يمكن الوقاية منها أو علاجها بسبب غياب المصلحة التجارية للشركات في الإستثمار في البحث والتطوير لصالح هذه الأمراض، وهو ما يمثل تعارضا واضحا مع عنصر التوافر (Availability)

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> - Anil Hira, op.cit., p.87.

## خاتمة

#### خ\_\_\_\_اتمة:

بعد تحليل الشبكة المعقدة لحوكمة الصحة العالمية المعاصرة، من خلال إستكشاف أهم الفواعل الدولاتية، والفواعل غير الدولاتية المتدخلة في عملياتها، وتحديد أهدافها وغاياتها، ومختلف الأدوار، والأنشطة التي تزاولها في عملية صنع السياسات الصحية العالمية، وكذا تحليل أهم أوجه النزاع بين المعايير المؤسسة، والمصالح التجارية التي تتضمنها حوكمة الصحة العالمية توصلنا إلى النتائج التالية:

- 1. أن مجال حوكمة الصحة العالمية يتميز بالحركية الكبيرة، وتدخل فواعل دولاتية وغير دولاتية يصعب حصرها، ينضاف إليها تأسيس عدد كبير ومتنوع من الشر اكات بين القطاعات الثلاثة الدولية الحكومية، وفواعل القطاع الخاص، إلى جانب قطاع منظمات المجتمع المدنى.
- 2. يتميز التنظيم الدولي في ميدان الصحة بالتعقد الكبير والتداخل في اختصاصات العديد من المنظمات الدولية، فرغم أنه يسهم في الإستفادة من جهود وخبرات العديد من المنظمات في التعامل مع القضايا التنموية والإنسانية، إلا أنه قد يؤدي تقويض الجدوى من السياسات المتبعة نتيجة التباعد بين المنطق الموجه الذي يحكم هذه المنظمات. كما أنه يؤدي في كثير من الأحيان إلى إهدار نسبة هامة من الموارد والجهود الرامية للتعامل مع المشكلات الكبرى، نتيجة لغياب التنسيق الكافي بين هذه الوكالات والمنظمات، وأبرز مثال على ذلك هو ميدان مكافحة الأيدز.
- 3. تلعب الدول الكبرى المانحة، عن طريق وكالاتها المتخصصة في المساعدة التنموية الخارجية، دورا كبيرا في توجيه السياسات الصحية العالمية، من خلال توجيه تمويلها عبر القنوات التي تتفق مع التوجهات والمصالح العامة لسياستها الداخلية والخارجية. وهو ما يؤثر بشكل كبير في أداء الفواعل الأخرى خاصة منها منظمة الصحة العالمة.
- 4. تتجه منظمة الصحة العالمية نحو الإبتعاد عن أدوارها المعيارية لصالح أدوار تقنية أكثر، وذلك بالرغم من أن دستورها يعطيها صلاحيات واسعة في مجال وضع الإتفاقيات الدولية وبالتالي ترقية أدوات قانونية ملزمة تترجم المبادئ المعلنة في دستورها ومن أبرزها مبدأ الحق الإنساني في الصحة، ووضع الوسائل الكفيلة بحمايته، والتمكين له. وذلك بتأثير من سياسات الدول المانحة.
- 5. طورت منظمات المجتمع المدني عدة آليات للتأثير في حوكمة الصحة العالمية حيث تقوم بأدوار عملياتية وتقديم الخدمات الصحية خاصة في المناطق الأكثر فقرا ، وفي الحالات الإنسانية . كما تلعب دورا هاما في حملات الضغط والمطالبة الموجهة إلى المنظمات الدولية والدول ، من أجل تبني سياسات صحية مبنية على أساس حق الإنسان في الصحة ، كما أصبحت في موقع الشريك كامل العضوية بفضل مؤسسات الشراكة العالمية .

- 6. تؤثر الفواعل الخاصة الساعية للربح بشكل كبير في عملية صنع السياسات الصحية العالمية، بشكل مباشر وغير مباشر عن طريق عمليات الضبط الذاتي وضع المعايير الخاصة، أو قواعد المسؤولية الإجتماعية، كما تبذل جهودا من غير هوادة للدفاع عن مصالحها الربحية من أجل الحفاظ على بيئة استثمارية ملائمة، وذلك سواء على مستوى الدول أو على مستوى المؤسسات الدولية ذات الصلة، بغض النظر عن الآثار الصحية الخطيرة وذات النطاق العالمي التي يمكن أن تنجر عن سلوكياتها.
  - 7. بالمقابل تحاول كل من المنظمات الدولية ذات الإهتمام الصحي، والمنظمات غير الحكومية التي تدافع عن المصالح الإجتاعية في عمومها أن تدفع بمقاربة معيارية ومبادئ أخلاقية تؤطرها مفاهيم الحق في أعلى معيار ممكن للصحة والأمن الصحى كمكون جوهري لمفهوم الأمن الإنساني.
- 8. بالرغم من الآثار الإيجابية الكبيرة التي تحملها عولمة التجارة على الصحة العالمية كحامل للتقنيات والمبتكرات الجديدة التي تسهم في تحسين الصحة الإنسانية لتشمل شتى أرجاء الكوكب، فإن جوانب من هذه العولمة تحمل بالفعل آثارا صحية سلبية حسيمة أيضا إذ تواصل منظمة التجارة العالمية عن طريق قواعدها الرامية لتفكيك التنظيمات الحمائية بكل أشكالها، بما فيها القواعد المتعلقة بالسلامة الصحية الحد من جهود الدول الرامية إلى وضع معايير سلامة وصحة أعلى مثلما تظهره حالة تجارة المواد الخطرة مثل التبغ، أو تجارة المواد المعدلة جينيا، انطلاقا من تبنيها لمبدأ الحيطة. اللذان يتفقان مع الحق في الحماية من الأحطار الصحية.
- 9. كما أن للضوابط العالمية التي تحكم الملكية الفكرية وبراءات الإختراع، والمتحسدة خاصة في ( TRIPS (TRIPS)، آثارا واسعة المدى على صناعة الدواء المرتكزة على البحث والتطوير، والتي تؤثر بشكل مباشر في المعطيات الصحية العالمية عن طريق التأثير في جانب العرض؛ أي إتاحة الأدوية (توافر، وأسعار الأدوية الأساسية، والضرورية إنقاذ حياة الملايين من الناس). وتحد هذه الضوابط من قدرة الكثير من دول العالم الفقيرة على التعامل مع القضايا الصحية الملحة لسكانها، والتي تتصدر بدورها أجندة تحديات الصحة العالمية.
- 10. وتعمل الشركات متعددة الجنسيات خاصة الشركات الصيدلانية الكبرى بشكل متواصل ، على الحفاظ على الأرباح الكبيرة التي تحققها من سوق الأدوية، ومن أهم هذه وسائلها الدفاع عن الحماية الصارمة لحقوق ملكيتها الفكرية للأدوية الجديدة، ومبررها في ذلك هو تغطيتها لمخاطر الإستثمار العالية التي يتميز بما سوق الدواء العالمية.، رغم أن تلك السياسات تؤدي إلى حرمان الملايين من سكان العالم الفقراء من القدرة على الوصول إلى الدواء والرعاية الصحية ككل.
- 11. تظهر حالة الأمراض المهملة كيف أن المصالح التجارية للشركات ، ومنطق الربح والسوق قد تفوقا لعقود ولا يزالان على مفاهيم الحق في الصحة والأمن الصحى، إذ ترك الملايين من الناس يموتون أو يعانون

التهميش والعزلة بسبب أمراض يمكن الوقاية منها أو علاجها ، سبب غياب الطلب الفعال، أو بعبارة أخرى غياب السوق المربحة.

21. والنتيجة الأساسية التي يكن أن تكون كإجابة على التساؤل الرئيسي الذي انطلق منه هذا البحث هي أن تبني المجتمع الدولي والدول المهيمنة فيه، للسياسات المفرطة في الليبرالية في معالجة القضايا الإجتماعية الحساسة، خاصة منها الصحة ، وتغليبها للإعتبارات المصلحية التجارية؛ كما كان الأمر منذ مرحلة تأسيس التعاون الصحي الدولي في منتصف القرن التاسع عشر؛ قد أضر كثيرا بمساعي منظمة الصحة العالمية ومنظمة الأمم المتحدة عموما الرامية إلى الترجمة العملية للحق في الصحة كغاية نمائية وأساس معياري لعملها ، وفي الوقت الذي يظل فيه القطاع الخاص، سيما منه قطاع شركات البيوتكنولوجيا والمنتجات الصيدلانية في طليعة الفواعل التي يمكن أن تسهم في مواجهة التحديات الأساسية للعمل الصحي العالمي إلا أنه ينبغي تحقيق نوع من التوازن بين المساعي الربحية التي ترمي إليها، والضرورات والغايات الإنسانية. وتبدو مقاربة الشراكات العالمية في مجال الصحة كفواعل وآليات حوكمية واعدة في هذا المسعى، لكنه يحتاج لمزيد من الوقت والدراسة حتى يتسني إصدار حكم على إسهامها في مواجهة التحديات الصحية العالمية.

# الملاحـق

الملحق رقم (1) الدول المستفيدة من مساعدات الصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا (GFATM) سنة 2010

Afghanistan	Albania	Jordan
Bangladesh	Algeria	Kazakhstan
Burkina Faso	Angola	Kyrgyzstan
Burundi	Argentina	Lao
Cameroon	Armenia	Lesotho
		Macedonia (Former Yugoslav
Central African Republic Chad	Azerbaijan Belarus	1.11.1
	Belize	Madagascar Maldives
Congo (Democratic Republic)		
Congo	Benin	Mali
Côte d'Ivoire	Bhutan	Mauritius
Eritrea	Bolivia (Plurinational State)	Mexico
Ethiopia	Bosnia and Herzegovina	Moldova (Republic)
Georgia	Botswana	Mongolia
Guinea	Brazil	Montenegro
Guinea-Bissau	Bulgaria	Morocco
Haiti*	Cambodia	Mozambique
Iran (Islamic Republic)	Cape Verde	Namibia
Iraq	Chile	Nicaragua
Kenya	China	Panama
Korea (Democratic People's Republic)	Colombia	Papua New Guinea
Liberia	Comoros	Paraguay
Malawi	Costa Rica	Peru
Mauritania	Croatia	Philippines
Myanmar	Cuba	Romania
Nepal	Djibouti	Russian Federation
Niger	Dominican Republic	Sao Tome and Principe
Nigeria	Ecuador	Senegal
Pakistan	Egypt	Serbia
Rwanda	El Salvador	South Africa
Sierra Leone	Equatorial Guinea	Suriname
Solomon Islands	Estonia	Swaziland
Somalia	Fiji	Syrian Arab Republic
Sri Lanka	Gabon	Tanzania (United Republic)
Sudan	Gambia	Thailand
Tajikistan	Ghana	Tunisia
Timor-Leste	Guatemala	Turkey
Togo	Guyana	Turkmenistan
Uganda	Honduras	Ukraine
Uzbekistan	India	Viet Nam
Yemen	Indonesia	Zambia
Zimbabwe	Jamaica	
	Santarea	

Source: Olga Bornemisza et al., "Health Aid Governance in Fragile States: The Global Fund Experience", **Global Health Governance**, VOLUME IV, No. 1, FALL 2010.

(PEPFAR) الملحق رقم (2) جدول يوضح الدول ذات الأولوية المستفيدة من خطة الرئيس الأمريكي الطارئة للإغاثة من الإيدز (المبالغ بالمليون دولار أمريكي)

2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	البلد
24.3	51.8	54.9	76.2	93.2	95.1	87.0	بوتسوانا
24.3	44.4	46.6	84.4	120.5	124.8	119.1	كوت ديفو ار
48.1	83.7	123.0	241.8	354.5	346.0	291.3	إثيوبيا
12.1	19.4	21.7	28.4	23.8	20.5	18.2	غوايانا
28.0	51.8	55.6	84.7	100.6	130.5	164.1	هاييتي
92.5	142.9	208.3	368.1	534.8	565.0	548.1	كينيا
37.5	60.2	94.4	162	228.6	252.9	269.1	موزمبيق
24.5	42.5	57.3	91.2	108.9	107.9	102.6	ناميببيا
70.9	110.3	163.6	304.9	447.6	442.3	459.2	نيجيريا
39.2	56.9	72.1	103	123.5	147.6	131.4	رواندا
89.3	148.2	221.5	397.8	590.9	561.3	560.4	جنوب إفريقيا
70.7	108.8	130.0	205.5	313.4	361.2	358.0	تانزانيا
90.8	148.4	169.9	236.6	283.6	287.1	286.3	أو غندا
17.4	27.6	34.1	65.8	88.9	90.0	97.8	فيتنام
81.7	130.1	149.0	216	269.2	271.1	276.7	زامبيا
751.3	1,227.0	1,602.0	2,666.4	3,681.9	3,803.3	3,769.3	المجموع

المصدر: http://www.avert.org/pepfar.htm#contentTable0

#### الملحق رقم(3): أمثلة عن المنظمات غير الحكومية التي تحوز الوضع الاستشاري في منظمة الصحة العالمية

مجال النشاط الأساسي	اسم المنظمة
الصحة العامة العالمية	Family Health International
سياسات البحث الصحي	Global Forum for Health Research
الصحة العامة العالمية	Global Health Council
سياسات التمريض ومصالح الممرضين	International Council of Nurses
حقوق النساء	International Council of Women
سيسات المستشفيات والمرضى	International Hospital Federation
سلامة وصحة الأطفال	International Network on Children's Health, Environment and Safety
الصحة الإنجابية	International Planned Parenthood Federation (IPPF)

حماية البيئة	International Society of Doctors for the Environment
الصحة الإنجابية	International Union against Sexually Transmitted Infections
الوقاية من أمراض الرئة مراقبتها	International Union against Tuberculosis and Lung Disease
تحسين الصحة	International Union for Health Promotion and Education
صحة النساء	International Women's Health Coalition
الصحة العامة العالمية	Medicus Mundi International
التنمية العالمية	OXFAM
الصحة الإنجابية	The Population Council
حقوق الأطفال	The Save the Children Fund
الصحة العامة العالمية	World Federation of Public Health Associations
التنمية العالمية	World Vision International

Source :Carmen Huckel Schneider, "Legitimacy and Global Governance in Managing Global Public Health". dissertation for obtaining the grade of Doctor of Social Sciences, Faculty of Social and Behavioural Sciences, University of Tübingen, Germany, 2009.p.301.

#### الملحق رقم (4) جدول ويضح أهم الفروق بين اللوائح الصحية الدولية القديمة لسنة 1969- واللوائح الجديدة 2005

اللوائح الصحية الدولية 2005	اللوائح الصحية لسنة 1969	مجال التركيز
أي تمديد طارئ للصحة العامة ذي أبعاد عابرة للحدود	أمراض معدية محددة	نوع التهديد
الكشف وإرسال التقارير، و احتواء أي تمديد للصحة	التحكم في تفشي الأمراض في الموانئ	محل تركيز النشاطات
العامة، في الموانئ والحدود وأي مكان آخر يستلزم ذلك	والمطارات والحدود دون إعاقة التجارة	
داخل حدود الدول بغرض منع الإنتشار الدولي، مع التأثير	وحركة السفر الدوليين	
على حركة التجارة والسفر الدوليين بالحد الأدبي		
استصدار قرار لتقييم المخاطر والآثار المحتملة للخطر، الحض	قائمة محدودة من الأمراض ذات الأهمية	تقييم المخاطر
على إشعار منظمة الصحة العالمية، حين تقوم حلية الأزمة	من الناحية التارخية (أهمها الكوليرا،	
بتقدير المخاطر.	الطاعون، والحمى الصفراء)	
استجابات مرنة قائمة على الأدلة مكيفة مع طبيعة الخطر.	تدابير محددة سلفا للرقابة على الصحة	الإستجابة
	العامة في نقاط الدخول	
الإشعارات من وإلى منظمة الصحة العالمية تتم عبر نقاط	تحدد الدول السلطات الملائمة لكل حالة	الإتصالات
الإتصال الوطنية.	بعينها	
القدرة على كشف، و تقييم ووضع تقرير والإستجابة	تدابير الصحة العامة والرقابة على	القدرات المطلوبة على المستوى
لمهددات الصحة العامة في أقل وقت ممكن على المستويين	الأمراض في مداخل الموانئ	الوطني
الوطني والدولي		

Source: Julie E. Fischer And Sarah Kornblet, The International Health Regulations (2005) Surveillance and Response in An Era Of Globalization, Global Health Security Program, Stimson Center, Washington DC, June 2011, p.10.

## الملحق رقم (5): جدول يوضح أهم محتقيات التقارير السنوية للمقرر الأممي الخاص حول الحق في الصحة المقدمة أمام الجمعية العامة للأمم المتحدة

	I
المواضيع	رقم التقرير/ السنة
التمويل الصحي في سياق الحق في الصحة	2012 /A/67/302
الجرائم الجنسية والصحة الإنجابية	2011 /A/66/254
استخدام الأدوية والحق في الصحة	2010 /A/65/255
الموافقة المؤسسة على المعلومة الكافية والحق في الصحة	2009 /A/64/272
المساءلة وحقوق الإنسان كخطوط موجهة للشركات الصيدلانية بخصوص إتاحة الأدوية	2008 /A/63/263
وضع التدخلات الصحية كأولوية واحترام حقوق الإنسان؛ تقديرات الأثر؛ والمياه والصرف الصحي والحق في الصحة	2007 / A/62/214
إتاحة الأدوية والحد من وفيات الأمهات	2006 / A/61/338
هجرة موظفي الصحة المهرة؛ لجنة المحددات الإجتماعية للصحة؛ وتعليم حقوق الإنسان لموظفي الصحة	2005/ A/60/348
الأهداف الصحية من أهداف التنمية للألفية؛ حق الشعوب الأهلية في الصحة؛ الحق في الصحة، نجاة الطفل ومؤشرات	2004/ A/59/422
مؤشرات الحق في الصحة، الممارسات الجيدة لأجل الحق في الصحة؛ الإيدز والحق في الصحة؛ الأمراض المهملة؛ الجذام	2003 /A/58/427
والحق في الصحة؛ بروتوكول اختياري للعهد الدولي للحقوق الإقتصادية الإجتماعية والثقافية	

Source :International Federation of Health and Human Rights Organisations, Reports of the UN Special Rapporteur on the Right to Health, [viewed on :24/09/2012] in :

## الملحق رقم (6): جدول يوضح أهم محتقيات التقارير السنوية للمقرر الأممي الخاص حول الحق في الصحة المقدمة أمام مجلس /لجنة حقوق الإنسان الأممي

# · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	
المواضيع	رقم التقرير/ السنة
الصحة المهنية، خاصة لدى مجموعات السكان الأكثر انكشافا	2012 /A/HRC/20/15
التنمية والحق في الصحة	2011 /A/HRC/17/25
تجريم العلاقات الجنسية المثلية، العمل الجنسي وانتقال الإيدز	2010 /A/HRC/14/20
إتاحة الأدوية، حقوق الملكية الفكرية ذات الأبعاد التجارية (TRIPS واتفاقيات التجارة الحرة)	2009 /A/HRC/11/12
النظم الصحية والحق في أعلى معيار للصحة ممكن بلوغه	2008 / A/HRC/7/11
التقدم المحقق في سبيل بلوغ الأهداف الثلاثة للتفويض الممنوح للمقرر الخاص، والمقاربة على أساس حقوق	2006/ E/CN.4/2006/48
الإنسان للمؤشرات الصحية	
الأشخاص المعاقين ذهنيا	2005/ E/CN.4/2005/51
الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية؛ الإرتباط بين الفقر والصحة؛ الأمراض المهملة؛ والوقاية من العنف	2004/ E/CN.4/2004/49
الأهداف الثلاثة المتضمنة في تفويض المقرر الخاص: ترقية الحق في الصحة كحق إنساني أساسي؛ توضيح معوقات	2003 /E/CN.4/2003/58
ومحتوى الحق في الصحة، وتحديد الممارسات الجيدة لإعمال الحق في الصحة في المستويات المحلية، الوطنية	
والدولية	

Source :International Federation of Health and Human Rights Organisations, Reports of the UN Special Rapporteur on the Right to Health,[viewedon:24/09/2012] in:

<sup>&</sup>lt; http://www.ifhhro.org/information-centre/documents-un-special-rapporteur >

<sup>&</sup>lt;a href="http://www.ifhhro.org/information-centre/documents-un-special-rapporteur">http://www.ifhhro.org/information-centre/documents-un-special-rapporteur</a>

#### الملحق رقم (07) نص التعليق رقم

#### الدورة الثانية والعشرون ( 2000)

### التعليق العام رقم 14: الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه (المادة 12)

1-الصحة حق أساسي من حقوق الإنسان لا غنى عنه من أجل التمتع بحقوق الإنسان الأخرى. ويحق لكل إنسان أن يتمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه ويفضي إلى العيش بكرامة. ويمكن السعي إلى إعمال الحق في الصحة عن طريق نُهُج عديدة ومتكاملة مثل وضع سياسات صحية، أو تنفيذ برامج الصحة التي تضعها منظمة الصحة العالمية، أو اعتماد صكوك قانونية محددة. وعلاوة على ذلك، يشمل الحق في الصحة بعض الجوانب التي يمكن فرضها قانونياً.

2-وحق الإنسان في الصحة مسلم به في العديد من الصكوك الدولية. فالفقرة 1 من المادة 25 من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان تؤكد أن: "لكل شخص الحق في مستوى معيشة يكفي لضمان الصحة له ولأسرته، ويشمل المأكل والملبس والمسكن والرعاية الطبية والخدمات الاجتماعية الضرورية". وينص العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية على أشمل مادة تتعلق بالحق في الصحة في القانون الدولي لحقوق الإنسان. ووفقاً للمادة 112) من العهد، تقر الدول الأطراف "بحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى من الصحة الجسمية والعقلية يمكن بلوغه"، في حين تسرد المادة 12(2)، على سبيل التمثيل، عدداً من "التدابير التي يتعين على الدول الأطراف ... اتخاذها لتأمين الممارسة الكاملة لهذا الحق". وإضافة إلى ذلك، فالحق في الصحة معترف به، في المادة 5(ه) ('4') من الاتفاقية الدولية للقضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة لعام 1979، وفي المادة 24 من اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة لعام 1979، وفي المادة 24 من اتفاقية الأوروبي لعام 1961 بصيغته المنقحة (المادة 11)، والميثاق الأفريقي لحقوق من الإنسان والشعوب لعام 1981 (المادة 16)، والبروتوكول الإضافي للاتفاقية الأمريكية لحقوق الإنسان في مجال الحقوق الإنسان والمتعوب لعام 1981 (المادة 16)، والبروتوكول الإضافي للاتفاقية الأمريكية لحقوق الإنسان في مجال الحقوق الإنسان أعلن عن الحق في الصحة من حانب لحنة حقوق الإنسان في أعلان وبرنامج عمل فيينا لعام 1983، وفي صكوك دولية أخرى.

3-ويرتبط الحق في الصحة ارتباطاً وثيقاً بإعمال حقوق الإنسان الأخرى ويعتمد على ذلك، مثلما يرد في الشرعة الدولية لحقوق الإنسان، بما فيها الحق في المأكل، والمسكن، والعمل، والتعليم، والكرامة الإنسانية، والحياة، وعدم التمييز، والمساواة، وحظر التعذيب، والخصوصية، والوصول إلى المعلومات، وحرية تكوين الجمعيات، والتجمع، والتنقل. فهذه الحقوق والحريات وغيرها هي جوانب لا تتجزأ من الحق في الصحة.

4-وعند صياغة المادة 12 من العهد، لم تعتمد اللجنة الثالثة التابعة للجمعية العامة للأمم المتحدة تعريف الصحة الوارد في ديباجة دستور منظمة الصحة العالمية، الذي يصور مفهوم الصحة على أنه "حالة من اكتمال السلامة بدنياً وعقلياً واجتماعياً، لا مجرد انعدام المرض أو العجز". غير أن الإشارة الواردة في المادة 12(1) من العهد إلى "أعلى مستوى من الصحة الجسمية والعقلية يمكن بلوغه" لا تقتصر على الحق في الرعاية الصحية. وعلى العكس من ذلك، تنطوي خلفية صياغة المادة 21(2) وألفاظها الصريحة على إقرار بأن الحق في الصحة يشمل طائفة عريضة من العوامل الاجتماعية والاقتصادية التي تحيئ الظروف

السانحة للناس بأن يعيشوا حياة صحية، كما تشمل المقومات الأساسية للصحة مثل الغذاء والتغذية، والمسكن، والحصول على مياه الشرب المأمونة والإصحاح الكافي، والعمل في ظروف آمنة وصحية، وبيئة صحية.

5-وتدرك اللحنة أن التمتع الكامل بالحق في الصحة لا يزال هدفاً بعيد المنال لملايين الناس في جميع أنحاء العالم. وعلاوة على ذلك، وفي حالات عديدة، يزداد هذا الهدف ابتعاداً، خاصة لأولئك الذين يعيشون في حالة من الفقر. وتقر اللجنة بالعوائق الهيكلية الهائلة وغيرها من العوائق الناجمة عن عوامل دولية وعوامل أخرى لا قبل للدول بالسيطرة عليها وتحول دون الإعمال التام للمادة 12 في العديد من الدول الأطراف.

6-وبغية المساهمة في تنفيذ الدول الأطراف للعهد والوفاء بالتزاماتها المتعلقة بتقديم التقارير، يركز هذا التعليق العام على المضمون المعياري للمادة 12 (الجزء الأول)، والتزامات الدول الأطراف (الجزء الثاني)، والانتهاكات (الجزء الثالث)، والتنفيذ على الصعيد الوطني (الجزء الرابع)، بينما يتناول الجزء الخامس التزامات الجهات الفاعلة بخلاف الدول الأطراف. وقد أعد هذا التعليق العام في ضوء الخبرة التي اكتسبتها اللجنة من دراستها لتقارير الدول الأطراف على مدى سنوات عديدة.

#### 12 المضمون المعياري للمادة -1

7-تنص الفقرة 1 من المادة 12 على تعريف للحق في الصحة، بينما ترد في الفقرة 2 من المادة 12 أمثلة توضيحية غير شاملة لالتزامات الدول الأطراف.

8-ولا ينبغي فهم الحق في الصحة على أنه الحق في التمتع بصحة حيدة فقط. فالحق في الصحة يشمل حريات وحقوقاً على حد سواء. أما الحريات فتتضمن حق الإنسان في التحكم في صحته وحسده، بما في ذلك حريته الجنسية والإنجابية، والحق في أن يكون في مأمن من التعذيب، ومن معالجته طبياً أو إجراء تجارب طبية عليه بدون رضاه. وأما الحقوق فتشمل الحق في الاستفادة من نظام للحماية الصحية يتيح التكافؤ في الفرص أمام الناس للتمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه.

9-ويراعي مفهوم "أعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه" الوارد في المادة 11(1) كلاً من الشروط الأساسية البيولوجية والاجتماعية الاقتصادية للفرد والموارد المتاحة للدولة. وثمة عدد من الجوانب التي لا يمكن تناولها لها في إطار العلاقة بين الدول والأفراد فحسب؛ وعلى وجه الخصوص، لا تستطيع الدولة أن تكفل الصحة الجيدة، كما لا تستطيع الدول أن توفر الوقاية من كل سبب يمكن أن يؤدي إلى اعتلال صحة الإنسان. وهكذا فإن العوامل الوراثية، وقابلية الفرد للتعرض لاعتلال صحته، وانتهاجه لأساليب حياة غير صحية أو خطرة، قد يكون لها دور هام فيما يتعلق بصحة الفرد. وبالتالي، يجب أن يُفهم الحق في الصحة على أنه الحق في التمتع بمجموعة متنوعة من المرافق والسلع، والخدمات، والظروف الضرورية لبلوغ أعلى مستوى ممكن الصحة.

10-ومنذ اعتماد العهدين الدوليين في عام 1966، تغيرت حالة الصحة في العالم تغيراً جذرياً، وتعرض مفهوم الصحة لتغيرات جوهرية واتسع نطاقه فأدخل في الاعتبار مزيد من مقومات الصحة، مثل توزيع الموارد والفوارق بين الجنسين. كما أن التعريف الأوسع نطاقاً للصحة أصبح يراعي شواغل تتعلق بالحياة الاجتماعية مثل العنف والنزاع المسلَّح. وعلاوة على ذلك، ازداد انتشار أمراض لم تكن معروفة سابقاً مثل فيروس نقص المناعة البشرية ومتلازمة نقص المناعة المكتسب، وغيرهما من الأمراض مثل السرطان، فضلاً عن النمو السريع في عدد سكان العالم، الأمر الذي أوجد عوائق جديدة أمام إعمال الحق في الصحة وهي عوائق ينبغي مراعاتها عند تفسير المادة 12.

11-وتفسر اللجنة الحق في الصحة، وفقاً للتعريف الوارد في المادة 12(1)، على أنه حق شامل لا يقتصر على تقديم الرعاية الصحية المناسبة وفي حينها فحسب، بل يشمل أيضاً المقومات الأساسية للصحة مثل الحصول على مياه الشرب المأمونة والإصحاح المناسب، والإمداد الكافي بالغذاء الآمن والتغذية والمسكن، وظروف صحية للعمل والبيئة، والحصول على التوعية والمعلومات فيما يتصل بالصحة، بما في ذلك ما يتصل منها بالصحة الجنسية والإنجابية. ويتمثل حانب هام آخر في مشاركة السكان في كامل عملية اتخاذ القرارات المرتبطة بالصحة على الصعد المجتمعية والوطنية والدولية.

12-ويشمل الحق في الصحة، بجميع أشكاله وعلى جميع المستويات، العناصر المترابطة والأساسية التالية التي يتوقف تطبيقها الدقيق على الظروف السائدة في دولة طرف محددة:

(أ) التوافر: يجب أن توفر الدولة الطرف القدر الكافي من المرافق العاملة المعنية بالصحة العامة والرعاية الصحية وكذلك من السلع والخدمات والبرامج. ويختلف الطابع المحدد للمرافق والسلع والخدمات وفقاً لعوامل عديدة، من بينها المستوى الإنمائي للدولة الطرف وإن كانت تتضمن المقومات الأساسية للصحة مثل مياه الشرب المأمونة ومرافق الإصحاح الكافية، والمستشفيات، والعيادات، وغيرها من المباني المرتبطة بالصحة، والموظفين الطبيين والمهنيين المدربين الذين يحصلون على مرتبات تنافسية محلياً، والعقاقير الأساسية الذي وضعته منظمة الصحة العالمية (أأ).

(ب) إمكانية الوصول: ينبغي أن يتمتع الجميع، بدون تمييز، بإمكانية الاستفادة من المرافق والسلع والخدمات الصحية، داخل نطاق الولاية القانونية للدولة الطرف. وتتسم إمكانية الوصول بأربعة أبعاد متداخلة هي:

عدم التمييز: يجب أن يتمتع الجميع بإمكانية الاستفادة من المرافق والسلع والخدمات الصحية، ولا سيما أكثر الفئات ضعفاً أو تحميشاً من بين السكان بحكم القانون وبحكم الواقع، دون أي تمييز على أساس أي سبب عن الأسباب المحظورة؟

إمكانية الوصول مادياً: ينبغي أن تكون المرافق والسلع والخدمات الصحية متاحة مادياً وعلى نحو مأمون لجميع فئات السكان، حاصة الفئات الضعيفة أو المهمشة، مثل الأقليات الإثنية والشعوب الأصلية، والنساء، والأطفال، والمراهقين، وكبار السن، والمعوقين والأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز. كما أن إمكانية الوصول تعني ضمنياً أن تكون الخدمات الطبية والمقومات الأساسية للصحة، مثل مياه الشرب المأمونة ومرافق الإصحاح الكافية متاحة ماديا وعلى نحو مأمون للسكان بما في ذلك سكان المناطق الريفية. وتشمل إمكانية الوصول كذلك تمكين المعوقين من الوصول إلى المباني؛

إمكانية الوصول اقتصاديا (القدرة على تحمل النفقات): يجب أن يتمكن الجميع من تحمل نفقات المرافق والسلع والخدمات الصحية. وينبغي أن يقوم سداد قيمة خدمات الرعاية الصحية وخدمات المقومات الأساسية للصحة على مبدأ الإنصاف الذي يكفل القدرة للجميع، بما فيهم الفئات المحرومة اجتماعياً، على دفع تكلفة هذه الخدمات سواء أكانت مقدمة من القطاع الخاص أو من القطاع العام. ويقتضي الإنصاف عدم تحميل الأسر الفقيرة عبء نفقات صحية لا يتناسب مع قدرتما مقارنة بالأسر الأغنى؛

إمكانية الوصول إلى المعلومات: تشمل هذه الإمكانية الحق في التماس المعلومات والأفكار المتعلقة بالمسائل الصحية والحصول عليها ونقلها. غير أنه لا ينبغي لإمكانية الوصول إلى المعلومات أن تؤثر على الحق في الحفاظ على سرية البيانات الصحية الشخصية؟

- (ج) المقبولية: ينبغي أن تراعى في جميع المرافق والسلع والخدمات الصحية المبادئ الأخلاقية الطبية وأن تكون مناسبة تقافياً، أي أن تحترم ثقافة الأفراد، والأقليات، والشعوب، والمحتمعات، وأن تراعي متطلبات الجنسين ودورة الحياة، وأن يتيح تصميمها احترام مبدأ السرية وتحسين الحالة الصحية للأشخاص المعنيين؛
- (د) الجودة: من اللازم أن تكون المرافق والسلع والخدمات الصحية مقبولة ثقافياً، كما ينبغي أن تكون مناسبة علمياً وطبياً وذات نوعية جيدة. ويتطلب ذلك، في جملة أمور، موظفين طبيين ماهرين، وعقاقير ومعدات استشفائية معتمدة علمياً ولم تنته مدة صلاحيتها، ومياه شرب مأمونة، وإصحاحاً مناسباً.



A/PHI/IGWG/1/INF.DOC./1 ۲۰۰۱ كاتون الأول/ ديسمبر الفريق العامل الحكومي الدولي المعني بالصحة العمومية والابتكار والملكية الفكرية البند ٢-١ من جدول الأعمال المؤقت

# استعراض توصيات اللجنة المعنية بحقوق الملكية الفكرية والابتكار والصحة العمومية: استجابة المنظمة

١- قدمت اللجنة المعنية بحقوق الملكية الفكرية والابتكار والصحة العمومية في تقريرها الختامي عدداً من التوصيات لتنظر فيها الدول الأعضاء. أ ووجهت اللجنة أيضاً عدداً آخر من التوصيات إلى المنظمة بصفتها الخاصة. وترد أدناه نبذة عامة عن استجابة الأمانة للإجراءات التي اتخذتها وفقاً لولايتها القائمة في المجالات المشمولة بتوصيات اللجنة. وهذه المعلومات، وإن لم تكن شاملة فإنها تبرز جهود الأمانة في معالجة مضمون التوصيات.

#### الاكتشاف

٢- خلصت اللجنة إلى أن مصلحة جميع البلدان تقتضي تعزيز البحوث التي تتناول الاحتياجات الصحية
 في البلدان النامية وتحديد أهداف قابلة للقياس في هذا الشأن. وفيما يلي بيان التوصيات المحددة بخصوص
 عمل المنظمة في هذا المضمار:

7-0 ينبغي أن تتخذ منظمة الصحة العالمية تدابير الإيجاد طرائق لجعل الوصول السي مكتبات محفوظات المركبات أكثر يسراً من أجل التعرف على مركبات ممكنة لمكافحة الأمراض التي تعانى منها البلدان النامية.

٣- وتتعاون منظمة الصحة العالمية مع دوائر الصناعة على ضمان إتاحة مكتبات المحفوظات لأنشطة التحري عن الأمراض الطفيلية، ولاسيّما في البلدان التي تتوطنها هذه الأمراض. ويجري الآن توسيع شبكة مراكز التحري عن المركبات لكي تشمل المزيد من البلدان النامية، وستحدد حافظة للأدوية المستهدفة الأهداف التي تم التثبت منها عبر مجينات الطفيليات؛ ويجري توسيع نطاق هذه الشبكة لتشمل وسائل التشخيص وأهداف اللقاحات. ويجري الآن تتفيذ برنامج عالمي للتحري عن الأمراض الطفيلية باستخدام شبكة الحاسوب المتاحة. وتواصل المنظمة تعزيز نشاط التعاون بين القطاعين العام والخاص في هذا المجال، وتوفير الدعم لبحوث المصادر غير المقيدة عن طريق الشبكات الأكاديمية.

3- وقد حدد مشروع الأدوية ذات الأولوية بالنسبة لأوروبا وللعالم بعض الثغرات العلاجية التي تستلزم الساق البحث والتطوير. والمنظمة، إذ تعقد اتفاقات بشأن اكتشاف الأدوية وبشأن البحث والتطوير في مجال المنتجات، تعمل عموماً من أجل الحصول على التزامات تعاقدية مناسبة ترمي إلى ضمان توافر أي منتج يصدر (إن اعتبر مأموناً وفعالاً) توافراً واسع النطاق للناس، وبصفة خاصة للقطاع العام في البلدان النامية، وبشروط معقولة.

1 انظر الوثيقة A/PHI/IGWG/1/2.

7-7 ينبغي لمنظمة الصحة العالمية أن تجمع الأكاديميين والشركات الصغيرة والكبيرة العاملة في مجال المستحضرات الصيدلانية والتكنولوجيا الحيوية والحكومات ممثلة في الجهات المانحة للمساعدات أو مجالس البحوث الطبية والمؤسسات والشراكات بين القطاعين العام والخاص والمرضى وتنظيمات المجتمع المدني، في إطار منتدى دائم لإتاحة تبادل أكثر تنظيما للمعلومات ومزيد من التنسيق بين الجهات الفاعلة المختلفة.

٥- وتقوم المنظمة، من خلال عقد اجتماعات رفيعة المستوى، كسلسلة المؤتمرات المعنية بالبحوث الصحية من أجل التنمية، بتعزيز الاستفادة من نتائج البحوث الصحية في صنع القرارات وتنفيذها كشراكات بين أصحاب القرار والمجتمع المدني والباحثين. وتعزز المنظمة أيضاً شبكة السياسات المسندة بالبينات. كما وضعت المنظمة برنامجاً لاكتشاف الأدوية بالاستناد إلى الشبكات والشراكات القائمة بين المجتمع الأكديمي ودوائر الصناعة ومؤسسات البلدان النامية، وذلك لاستنفار الجهود وحشد التمويل في هذا المجال. وتعزز المنظمة أيضاً التفاعل بين المنظمات والشركات من أجل تحقيق التآزر أو تحسينه في مجال تطوير اللقاحات المبتكرة.

7- وتقدم المنظمة الدعم أيضاً من أجل إتاحة النفاذ غير المشروط إلى المؤلفات العلمية في البلدان النامية، ولمواصلة تطوير قاعدة المعرفة الخاصة بالأمراض المعدية المهملة، والتي سيُشرع فيها في عام ٢٠٠٧. كما تقدم المنظمة الدعم المالي والتقني إلى المنتدى العالمي للبحوث الصحية، الذي يعمل على تقليص التفاوت في مجال البحوث الصحية وحشد التمويل لها.

٧- وقد أنشئت مبادرة توفير الأدوية لعلاج الأمراض المهملة في عام ٢٠٠٣ على يد مؤسسات البحوث في البرازيل وفرنسا والهند وكينيا ووزارة الصحة في ماليزيا ومنظمة "أطباء بلا حدود". ومن خلال التعاون مع منظمة الصحة العالمية تنشئ المبادرة شبكات إقليمية نشيطة للعلماء المشاركين في إجراء البحوث الخاصة بأدوية جديدة للأمراض المهملة. وتتعاون المنظمة أيضاً مع التحالف العالمي من أجل تطوير أدوية السل، وهو شراكة بين القطاعين العام والخاص، للعثور على أدوية أفضل وأيسر تكلفة لعلاج السل، ولتسريع نقل الأدوية المرشحة المناسبة عبر قنوات التطوير لتصل إلى المرضى المحتاجين لها.

- وتواصل المنظمة تعاونها مع إدارة البحوث التابعة للاتحاد الأوروبي بشأن مبادرات البحث والتطوير، وذلك من خلال متابعة مشروع الأدوية ذات الأولوية بالنسبة لأوروبا وللعالم.

٨-٢ قد تكون اقِامة ترتبيات لتجميع براءات التكنولوجيات المستخدمة في المراحل الابتدائية من المشاريع أمراً مفيداً في بعض الظروف لتعزيز الابتكارات ذات الأهمية بالنسبة للبلدان النامية. وينبغي لمنظمة الصحة العالمية والمنظمة العالمية الفكرية أن تنظراً في الاضطلاع بدور أكبر في تشجيع ترتبيات من هذا القبيل، وخاصة للتصدي للأمراض التي تؤثر في البلدان النامية على نحو غير متناسب.

P = e وتخطط المنظمة، لعقد مؤتمر مشترك مع المنظمة العالمية الملكية الفكرية البادان النامية بشأن آليات التعاون في مجالات مثل البحث والتطوير الخاصين بالمنتجات الطبيعية. وهي تشجع تجميع البحوث الممولة من القطاع العام لتعزيز الابتكار في البلدان النامية. ومن أمثلة ذلك المشروع الخاص بالبيروكسيد الصناعي، والمشروع الخاص بدواء A = e أمينوكينولينز اللذان ينفذان برعاية مشروع أدوية الملاريا حيث يجري تقاسم المعلومات لاستخدامه ضد داء الليشمانيات.

• ١- وقد أطلقت المنظمة مبادرة لتيسير اكتشاف أدوية ووسائل تشخيص جديدة فيما يخص العدوى بالديدان، وقدمت الدعم لاستكشاف نموذج لتجميع براءات الاختراع للقاح مضاد للمتلازمة الرئوية الحادة الوخيمة (سارس).

### التطوير

11- هناك عدة مسائل رئيسية ينبغي النظر فيها من بين المسائل التي تندرج في مجموعة الأنـشطة التـي تتراوح بين تحقيق الفعالية المثلى للمركب الإرشادي والاستعراض التنظيمي لمأمونية ونجاعة وجودة المركب الجديد. وقد وجهت اللجنة إلى المنظمة التوصية التالية بهذا الشأن.

٣-٣ ينبغي أن تستهل منظمة الصحة العالمية عملية لاستحداث الآليات الكفيلة بضمان استدامة الشراكات القائمة بين القطاعين العام والخاص وفعاليتها باستقطاب مانحين جدد، من الحكومات والقطاع الخاص، ولتعزز أيضاً المشاركة الأوسع نطاقاً من جانب مؤسسات البحوث من البلدان النامية. ...

17- ودعمت المنظمة إنشاء شراكات بين القطاعين العام والخاص، مثل مؤسسة وسائل التشخيص الجديدة المبتكرة، التي طوّرت عدة أدوية للأمراض المدارية. وتدعم المنظمة أيضاً الاكتشاف والبحث والتطوير فيما يخص أدوية ووسائل تشخيص جديدة، بالتعاون مع دوائر الصناعة، كما أصدرت دلائل لاختبار وتقييم وسائل التشخيص. 1

17- ومن خلال تنظيم المنتديات الوزارية مثل المنتدى الوزاري المعني بالبحوث الصحية من أجل مكافحة الأمراض والتتمية (أكرا، ١٥-١٧ حزيران/ يونيو ٢٠٠٦)، تشجع المنظمة الحكومات، ولاسيما حكومات البلدان النامية، على تخصيص نسبة مئوية من ميزانياتها للبحوث الصحية.

7-٤ ينبغي أن تبذل جهود أخرى لتعزيز التجارب السريرية وتوفير البنى الأساسية التنظيمية في البلدان النامية، وبوجه خاص في منطقة أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، ويشمل ذلك تحسين معايير المراجعة الأخلاقية. وعلى منظمة الصحة العالمية أن تضطلع، بالتعاون مع الأطراف المهتمة، بدور في إجراء استكشاف للمبادرات الجديدة التي يمكن اتخاذها لبلوغ هذا المرمى.

15 - وتم إصدار دلائل التجارب السريرية في البلدان النامية. 2 وتدعو المنظمة العلماء من البلدان التي تتوطنها الأمراض إلى المساعدة في رصد الدراسات. كما أنشأت المنظمة في آب/ أغسطس ٢٠٠٥ أمانية البرنامج الدولي لسجلات التجارب السريرية، والتي بدأت في تحديد ورسم خريطة سجلات التجارب السريرية في جميع أنحاء العالم، وأقامت شبكة لتلك السجلات وحددت فرص تطوير سجلات جديدة، مثل السجل الوطني في جميع أنحاء الخاص بالأيدز والعدوى بفيروسه والسل والملاريا في منطقة أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، وسجل التجارب في جنوب أفريقيا. وتتعاون المنظمة مع منظمة الصحة للبلدان الأمريكية على تعزيز تسجيل التجارب السريرية في أمريكا الجنوبية.

Diagnostics for tuberculosis: global demand and market potential. Geneva, World انظر على سبيل المثال، Health Organization 2006.

<sup>2</sup> الوثيقة TDR/PRD/GCP/02.1b.

٥١ - وتسهم المنظمة في أعمال الشراكة بين البلدان الأوروبية والبلدان النامية في مجال التجارب السريرية،
 وتواصل تقديم إرشاداتها للبلدان النامية بشأن الاختبار المسبق لصلاحية الأدوية، وتعمل مع الأفرقة الإقليمية
 من أجل تعزيز القدرة على إجراء التجارب السريرية.

17- والمنظمة عضو في شبكة أخلاقيات البحوث الطبية البيولوجية في أفريقيا، والتي تمولها المفوضية الأوروبية. وبالاستناد إلى دراسة مسحية أجريت في ١٥ بلداً من بلدان غرب ووسط أفريقيا تقترح الآن على بلدان هذا الإقليم الفرعي استراتيجية لمعالجة أهم الاحتياجات التي تم تحديدها، وبصفة خاصة، تعزيز القدرات ومواءمة للوائح تنظيم البحوث الصحية التي تنطوي على مشاركة البشر. وتشارك المنظمة في ثلاثة مشاريع ممولة من قبل الشراكة بين البلدان الأوروبية والبلدان النامية في مجال التجارب السريرية؛ ويرمي اثنان منها إلى تعزيز لجان أخلاقيات البحوث في نيجيريا وغابون، وسيتيح المشروع الثالث وسائل المتعلم عن بعد لأعضاء لجان أخلاقيات البحوث ولسائر أصحاب المصلحة في البحوث الصحية التي تركز على السياق الأفريقي.

1V- وساهمت المنظمة أيضاً في عدد من أنشطة التدريب والمشاورات الإقليمية والمؤتمرات الرامية لتعزيز الاستعراض الأخلاقي للبحوث. كما تشارك في لجنة توجيه المنتدى العالمي المعني بقواعد السلوك البيولوجية للبحوث، وتسهم في تنظيم منتديات سنوية تمنح فرصة المشاركة فيها لما يزيد على ١٠٠ مشارك من البلدان النامية لمناقشة القضايا الأخلاقية المتصلة بعولمة البحوث الطبية. وتعمل المنظمة أيضاً بمثابة أمانة للقمة العالمية للجان الوطنية لقواعد البحوث البيولوجية.

### التسليم

1A - درست اللجنة العوامل المؤثرة في إدخال المنتجات القائمة والجديدة في البلدان النامية، بما في ذلك نظم تسليم المنتجات الصحية واللوائح وتحديد الأسعار والملكية الفكرية وسياسات تعزيز التنافس. وفيما يلي الإجراءات التي تمت توصية المنظمة باتخاذها:

1-17 ... ينبغي لمنظمة الصحة العالمية أن تواصل، بالتعاون مع المنظمة العالمية للملكية الفكرية وجهات أخرى، السعي الإنشاء قاعدة معطيات للمعلومات المتعلقة بالبراءات، بغية إزالة الحواجز التي قد تقوم أمام توافر المعلومات والوصول البيها والتي تنجم عن الشكوك التي تكتنف وضع البراءات في بلد مُنتج معين.

-19 وتوجه استراتيجية المنظمة الدوائية الدعم المقدم إلى الدول الأعضاء فيما يتصل بحقوق الملكية الفكرية والاتفاقات التجارية. 1 وقد أصدرت المنظمة دلائل خاصة بالتعويضات فيما يتعلق باستخدام براءات الاختراع الخاصة بالتكنولوجيات الطبية؛ 2 ويجري الآن إعداد دليل بشأن الترخيص الإلزامي والسماح للحكومات باستخدام براءات الاختراع الطبية. كما عقدت المنظمة حلقات عمل للتدريب وبناء القدرات، مثل حلقات العمل بشأن حقوق الملكية الفكرية والصحة العمومية (بوينس آيريس، آذار / مارس 7.0)؛ وحقوق الملكية الفكرية والحصول على الأدوية (دكا، آذار / مارس 7.0)؛ والإنتاج المحلي للأدوية الأساسية، بما فيها مضادات الفيروسات القهقرية (براز افيل، شباط/ فبر اير 7.0). وتواصل المنظمة مشاركتها النشيطة في

<sup>.</sup> WHO/EDM/2004.2 الوثيقة

<sup>2</sup> الوثيقة WHO/TCM/2005.1 . 2

حلقات العمل الإقليمية التي تعقدها منظمة التجارة العالمية فيما يخص الاتفاق المتعلق بالجوانب التجارية لحقوق الملكية الفكرية (التريبس)، كما تعاونت مع منظمة التجارة العالمية على إعداد وحدة تدريبية بشأن هذا الاتفاق والحصول على الأدوية.

· ٢٠ وتقدم المنظمة دعمها المباشر للبلدان من أجل تيسير استعراض السياسات والأطر القانونية الوطنية بالتركيز على التشريعات الخاصة ببراءات الاختراع المتعلقة بالصحة العمومية وعلى إدراج أوجه المرونة التي ينص عليها اتفاق التريبس في التشريعات المحلية.

71- وبمجرد تطوير منتج ما تتيح المنظمة البينات اللازمة لتوفير المعلومات للسياسات (كما هـو الـشأن في حالة المعالجة التركيبية القائمة على الأرتيميسينين). ومن خلال المشاركة الفعالة في أنـشطة هيئـات مثل الصندوق العالمي لمكافحة الأيدز والسل والملاريا، والتحالف العالمي من أجـل اللقاحات والتمنيع، والمرفق الدولي لشراء الأدوية (UNITAID)، تساعد المنظمة على وضع آليات لتيسير شراء الأدوية والحصول عليها.

### تعزيز الابتكار في البلدان النامية

٢٢- بحثت اللجنة موضوع بناء القدرات في البلدان النامية في مجالات العلم والتكنولوجيا والتنظيم،
 والتجارب السريرية ونقل التكنولوجيا والطب التقليدي (الشعبي) والملكية الفكرية. ومن بين الإجراءات التاية:
 تمت توصية المنظمة باتخاذها الإجراءات التالية:

٣-٥ ينبغي لمنظمة الصحة العالمية والمنظمة العالمية للملكية الفكرية وسائر المنظمات المعنية أن تعمل جنباً إلى جنب من أجل تعزيز التعليم والتدريب فيما يتعلق بإدارة شؤون الملكية الفكرية في مجال الطب البيولوجي، مع المراعاة التامة الاحتياجات البلدان المستفيدة وسياساتها الصحية العمومية.

77 كان من بين المواضيع التي عالجتها حلقة العمل المعنية بالابتكار والتي عقدتها المنظمة (ياوندي، تشرين الثاني/ نوفمبر ٢٠٠٥) موضوع إدارة شؤون الملكية الفكرية. واستهلت المنظمة أيضاً مناقشة مع المنظمة العالمية للملكية الفكرية تناولت سبل معالجة موضوع التدريب وتنظيم الشؤون في مجال الملكية الفكرية فيما يتصل بالمنتجات الطبيعية. وستواصل المنظمة التوسع في إقامة الشبكات والشراكات لتعزيز فعالية العمل ولاعتماد أسلوب متعدد المنظمات لتنفيذ الجاسات الإعلامية والتدريبية المخصصة للموظفين العاملين في مجالات الصحة والتجارة وبراءات الاختراع. وتتعاون المنظمة أيضاً مع عدد آخر من المنظمات على تنفيذ مبادرات بناء القدرات.

٥-٨ أمام منظمة الصحة العالمية دور هام عليها أن تقوم به، بالتعاون مع الأطراف المهتمة، في المساعدة على تعزيز التجارب السريرية والبنية التحتية التنظيمية في البلاان النامية، والسيما في منطقة أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، بما في ذلك تحسين معايير الاستعراض الأخلاقي.

3٢- وساعدت المنظمة على إصدار دلائل الاستعراض الأخلاقي، أوهي تحتفظ بلجنة داخلية للاستعراض الأخلاقي. كما تعزز المنظمة التعاون بين بلدان الشمال والجنوب في مجالات اكتشاف المنتجات وتطويرها وإتاحتها. وتسهم المنظمة إسهاماً نشيطاً مع الشراكة بين البلدان الأوروبية والبلدان النامية في مجال التجارب السريرية بغية المساعدة على بناء القدرات في مجال التجارب السريرية في أفريقيا. ويجري أيضاً تنظيم الدورات في شرقي أوروبا.

### جهد عالمی مستدام

○٢− اتفقت اللجنة على أن هناك حاجة ملحة إلى العمل على إيجاد تمويل أكبر وأكثر استدامة للبحث والتطوير من أجل تلبية الاحتياجات الصحية للبلدان النامية، وزيادة مشاركة الحكومات في هذا الجهد. وللمنظمة، باعتبارها الوكالة الدولية الرئيسية العاملة في مجال الصحة العمومية، دور هام عليها أن تقوم به من أجل بلوغ هذا الهدف.

1-1 ينبغي أن تضع منظمة الصحة العالمية خطة عمل عالمية لتأمين التمويل المعزز والمستدام من أجل تطوير واتاحة المنتجات اللازمة للتصدي للأمراض التي تؤثر في البلدان النامية على نحو غير متناسب.

77- وطلب القرار جص ع٥٩-٢٤ إلى المدير العام أن يدعو الفريق العامل الحكومي إلى الانعقاد لإعداد استراتيجية وخطة عمل عالميتين. وهذه العملية جارية الآن.

٢-١ ينبغي للمنظمة أن تواصل، من منظور الصحة العمومية، رصد أثر حقوق الملكية الفكرية، وسائر العوامل، على تطوير منتجات جديدة وعلى إتاحة الحصول على الأدوية وسائر منتجات الرعاية الصحية في البلدان النامية.

### ٢٧- وتشتمل أنشطة الرصد والتحليل على ما يلي:

- تحديد وضع براءات الاختراع الخاصة بالأدوية الأساسية: مشروع تجريبي يجري تنفيذه الآن بالتعاون مع المنظمة العالمية للملكية الفكرية والمكتب الأوروبي لبراءات الاختراع ومكاتب براءات الاختراع الوطنية من أجل تحليل مدى حماية براءات الاختراع للأدوية الأساسية في البلدان النامية
- تحديد منظور صحي عمومي لفحص براءات اختراع المستحضرات الصيدلانية: أصدرت منظمة الصحة العالمية تكليفاً بإعداد دراسة عن طلبات تسجيل براءات اختراع المستحضرات الصيدلانية بهدف تقييم ممارسات مكاتب براءات الاختراع
- تقييم أثر الاتفاقات التجارية: بالشراكة مع معهد البنك الدولي والمركز الدولي للتجارة والتنمية المستدامة، عقدت المنظمة مشاورة للخبراء (جنيف، ٢٠٠٦) بشأن وضع منهجية لتقييم أثر اتفاق التريبس والتي تؤثر في أسعار الأدوية.

Handbook for good clinical research practice (GCP): guidance for implementation. Geneva, World Health Organization, 2005.

7۸- وبعد تنظيم حلقة عمل تقنية (جنيف، نيسان/ أبريل ٢٠٠٤) تناولت موضوع العلاقة بين اللقاحات وحقوق الملكية الفكرية على وحقوق الملكية الفكرية على البنادان النامية، تجري المنظمة الآن دراسات لتقييم أثر حقوق الملكية الفكرية على تطوير اللقاحات المبتكرة من قِبَل الصانعين المحليين في البرازيل والهند. ويجري الآن تنفيذ مشاريع بناء القدرات في أفريقيا وآسيا وأمريكا اللاتينية.

7-7 ينبغي للمنظمة، بما في ذلك المكاتب الإقليمية التابعة لها، أن تنظر في هذه التوصيات بالتشاور مع الجهات الأخرى، وأن توصي بكيفية المضي قدماً على هذا الصعيد في كل اقليم وكل بلد.

79 نظرت جميع اللجان الإقليمية التابعة للمنظمة في عام 70 في تقرير اللجنة والقرار جميع اللجان الإقليميتان الجنوب شرق آسيا والأمريكتين قرارين يدعوان الدول الأعضاء والمديرين الإقليميين إلى تعزيز العمل على المستوى الإقليمي. أو كان من المقرر أن تتعقد مشاورة إقليمية في إقليم جنوب شرق آسيا قبل دورة الفريق العامل الحكومي الدولي. ويتابع المكتب الإقليميي لأوروبي وبعض دوله الأعضاء.

= = =

<sup>1</sup> انظر الوثيقة A/PHI/IGWG/1/3

# فهرس الجداول والأشكال

### فهرس الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	الرقم
20-19	التمييز بين الصحة العالمية؛ الدولية؛ والعامة، حسب "ج. كوبلان" وزملائه.	01
28	نماذج الحوكمة حسب "د. فيدلر"	02
28	تصنيف "ف. باتبيرغ" لآليات الحوكمة العالمية حسب فئة الفواعل المتدخلة والغرض منها	03
54-53	أهم المنظمات الدولية المؤثرة في حوكمة الصحة العالمية	04
58	تطور ميزانية منظمة الصحة العالمية بالمليون دولار أمريكي (2002-2007)	05
59	الصلاحيات المعيارية والأنشطة الميدانية لمنظمة الصحة العالمية	06
67-68	أدوار المجتمع المدني في مجال الصحة العامة	07
78	نسبة تمثيل القطاعات الثلاثة في أهم شراكات الصحة العالمية	08
102	قواعد التجارة العالمية ذات الآثار الصحية	09
106-105	المساحة التي تحتلها المحاصيل الزراعية المعدلة جينيا في 10 دول الأولى سنة  2008	10
115	تركز جانب العرض في السوق الصيدلانية العالمية	11
120	ترتيب أكبر 10 أسواق للمنتجات الصيدلانية سنة 2011	12

### فهرس الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	الرقم
17	ذيوع استخدام مصطلح الصّحة العالميّة مقابل مصطلح الصّحة الدوليّة ما بين (1900–2010)	01
21	مستويات ومحددات الصحة العالمية	02
50	تطور التمويل الذاتي لقطاع الصحة في الدول النامية (1995-2009)	03
54	تطور التدخل المالي لمجموعة البنك العالمي في ميدان الصحة العالمية	04
66	تطور حجم التنظيم الدولي غير الحكومي بين (1989-2010)	05
80	تطور عمليات تأسيس الشراكات العالمية في مجال الصحة (1974-2003)	06
90	فروع القانون الدولي العام المتدحلة في تنظيم قضايا الصحة العالمية	07
100	العلاقة بين الصحة والأمن الإنساني من منظور لجنة الأمن الإنساني (2003)	08

## قائمة المراجع

### قائمة المراجع

### أولا باللغة العربية:

### أ- الكتب وفصول الكتب:

- 1. داغر فيوليت، الحق في الصحة: محاولة استقراء للمفاهيم في الواقع العربي، في داغر فيوليت، (مشرفة)، حق الصحة من حقوق الإنسان، ط. 1، المؤسسة العربية الأوربية للنشر واللجنة العربية لحقوق الإنسان والأهالي للنشر والتوزيع، سوريا، 2004.
- 2. زياني صالح وبن سعيد مراد، الحوكمة البيئية العالمية قضايا وإشكاليات ، ط. 1، دار قانة ، باتنة الجزائر ، 2010.
- 3. محمود عبد الحي، الصّحة العامة بين البعدين الثقافي والإجتماعي. دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية مصر، 2003.
- 4. المرزوقي منصف، حق الصحة بين الواقع والنظرية، في: داغر فيوليت (مشرفة)، حق الصحة من حقوق الإنسان، ط.1، المؤسسة العربية الأوربية للنشر واللجنة العربية لحقوق الإنسان والأهالي للنشر والتوزيع، سوريا، 2004.

### ب- الدوريات والمجلات المحكمة:

- 1. حايل هيلين، "هل النظام الصحى العالمي محطم؟ التوصل لرؤية محددة"، التمويل والتنمية، ديسمبر 2007.
- 2. همال علي وشيخة ليلى، "انعكاسات حماية براءات الاختراع على هيكل قطاع المواد الصيدلانية: حالة المغرب"، أبحاث اقتصادية وإدارية، عدد.7، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير بجامعة محمد خيضر، بسكرة، جوان 2010.
  - 3. الصالحي كامران حسين ، "قواعد حماية منتجات الأدوية ومدى حماية الإستعمالات الجديدة لها في التشريع المقارن والإتفاقيات الدولية"، مجلة الشريعة والقانون، عدد 48، الإمارات العربية المتحدة، أكتوبر 2011.
- 4. قندلي رمضان، "الحق في الصحة في القانون الجزائري (دراسة تحليلية مقاربة)"، دفاتر السياسة والقانون ، العدد 6، الجزائر ، حانفي 2012.

### ج – التقارير:

1. منظمة الصحة العالمية، اللجنة المعنية بالمحددات الاجتماعية للصحة تقرير من الأمانة، المحلس التنفيذي، م ت 9/12، 4 ديسمبر 2008.

### د - روابط الإنترنت:

1. إتفاقية منظمة الصحة العالمية بشأن مكافحة التبغ، جلسات استماع بخصوص الاتفاقية الإطارية بشأن مكافحة التبغ، [تم التصفح الموقع يوم 2011/01/25]، في:

< http://www.who.int/fctc/about/public hearings/ar/index.html >

2. جامعة مينوسوتا الأمريكية، مكتبة حقوق الإنسان العربية، دليل دراسي، الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه، [تم التصفح يوم 2012/11/19] في:

< http://www1.umn.edu/humanrts/arabic/SGrighttohealth.html>

3. زكرياء الإبراهيمي، ميشيل فوكو: أو المدخل السياسي للصحة (2/1)، الأوان (مجلة إلكترونية)، [تم التصفح يوم 2012/02/22] في:

<a href="http://www.alawan.org">http://www.alawan.org</a>

4. منظمة الصحة العالمية، دستور منظمة الصحة العالمية، ص.1: [تم التصفح يوم 2011/10/17] في: \http://www.who.int/governance/eb/who\_constitution\_ar.pdf

- 5. لجنة أمن الإنسان، أمن الإنسان الآن، حماية الناس وتمكينهم، نيويورك، 2003. [تم التصفح يوم 2012/04/15] < <a href="http://ochaonline.un.org/humansecurity/CHS/finalreport/Arabic/arabic\_report.pdf">http://ochaonline.un.org/humansecurity/CHS/finalreport/Arabic/arabic\_report.pdf</a>>.
- 6. منظمة الأمم المتحدة، الإعلان العالمي لحقوق الإنسان، في الموقع الرسمي، [تم التصفح يوم2012/09/12] في: <a href="http://www.un.org/ar/documents/udhr">http://www.un.org/ar/documents/udhr</a>
  - 7. منظمة الصحة العالمية، الوثائق الأساسية ، المبادئ التي تحكم علاقات بين منظمة الصحة العالمية والمنظمات غير الحكومية، [تم التصفح يوم 2012/02/22] في:

<a href="http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/AR/principles-ar.pdf">http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/AR/principles-ar.pdf</a>

8. منظمة الصحة العالمية، تصريف الشؤون، [تم التصفح يوم2012/02/12] في:

< <a href="http://www.who.int/governance/ar/index.html">http://www.who.int/governance/ar/index.html</a>> .

### ثانيا: المراجع باللغة الإنجليزية

### A- Books and Book Chapters

- 1. Abbott Frederick M. and Dukes Graham, **Global Pharmaceutical Policy: Ensuring Medicines for Tomorrow's World**, Edward Elgar Publishing, Cheltenham -UK, 2009.
- 2. Aginam Obijiofor, Global health governance: international law and public health in a divided world, Toronto university press, Toronto, 2005.
- 3. Bartsch Sonja and Kohlmorgen Lars, "The Role of Civil Society Organizations in Global Health Governance", in: Wolfgang Hein, Sonja Bartsch, Lars Kohlmorgen, (eds.),

- Global Health Governance and the Fight Against HIV/AIDS, Palgrave Macmillan, New York, 2007.
- 4. Beeson Mark, "Global Governance", in: O'Hara, Phillip (ed.), **Encyclopedia of Public Policy: Governance in a Global Age**, Routledge, London, 2009.
- 5. Brugha Ruairi and Zwi Anthony, "Global approaches to private sector provision: where is the evidence?", in: Andrew F. Cooper and John J., **Innovation in global health governance: critical cases**, Kirton Ashgate, England, 2009.
- 6. Bruhl Tanja and Rittberger Volker, "From international to global governance: Actors, collective decision-making, and the United Nations in the world of the twenty-first century". In: Volker Rittberger (eds), **Global governance and the United Nations system**, United Nations University Press, New York, 2001.
- 7. Bull Benedicte and Bøås Morten and McNeill Desmond, "Private Sector Influence in the Multilateral System: A Changing Structure of World Governance?", **Global Governance**, N. 10, 2004.
- 8. Buse Kent *et al*, "Globalisation and health policy: trends and opportunities pp. 251-280" in : Kelley Lee and Suzanne Fustukian (eds.) **Health Policy in a Globalising World**, Cambridge University Press, New York, 2001.
- 9. Buse Kent and Walt Gill, "The World Health Organization and Global Public-Private Health Partnerships:In Search of 'Good' Global Health Governance",in: Michael R. Reich, **Public-Private Partnerships for Public Health**, Harvard University Press, USA, 2002.
- 10. Elbe Stefan, **Security and Global Health**, 1<sup>st</sup> Ed. Polity, Cambridge, UK, 2010.
- 11. Fidler David P, "Health, globalization and governance: an introduction to public health's 'new world order'", in: Kelley Lee and Jeff Collin, (eds.) **Global change and health**, Maidenhead, McGraw Hill, London, 2005.
- 12. Grugel Jean and Piper Nicola, **Critical perspectives on global governance: rights and regulation in governing regimes**, Taylor & Francis, New York, 1<sup>st</sup> ed. 2007.
- 13. Hoffmann Matthew J. and Ba Alice D., **Contending Perspectives on Global Governance Coherence, contestation and world order**, 1<sup>st</sup> ed., Routledge, New York, 2005.
- 14. Harman Sophie, "The World Bank and Health", in: Adrian Kay and Owain David Williams (eds.), Global Health Governance Crisis, Institutions and Political Economy, Palgrave Macmillan, UK, 2009.
- 15. Joseph Sarah, "Trade and the Right to Health", in: Andrew Clapham and Mary Robinson (eds.), **Realizing the Right to Health**, the Swiss Human Rights Book Series, Vol.3, Rüfer& Rub, Zurich- Switzerland, 2009.
- 16. Kamradt-Scott Adam, "The WHO and SARS: The Challenge of Innovative Responses to Global Health Security", in: Andrew F. Cooper and John J. Kirton (ed.), **Innovation in global health governance: critical cases**, Ashgate Publishing Group, England, 2009.
- 17. Kay Adrian and Williams Owain David (eds.), Global Health Governance Crisis, Institutions and Political Economy, Palgrave Macmillan, UK, 2009.
- 18. Kohlmorgen Lars, "International Governmental Organizations and Global Health Governance: the Role of the World Health Organization, World Bank and UNAIDS",in: Wolfgang Hein, Sonja Bartsch, Lars Kohlmorgen,(eds.), Global Health Governance and the Fight Against HIV/AIDS, Palgrave Macmillan, New York, 2007.
- 19. Marks Stephen P., Access to Essential Medicines as acomponent of the right to health, in: Andrew Clapham and Mary Robinson (eds.), **Realizing the Right to Health**, the Swiss Human Rights Book Series, Rüfer& Rub, Zurich- Switzerland, 2009.
- 20. McInnes Colin and Kelley Lee, **Global Health and International Relations,** 1<sup>st</sup>. Ed., Polity, Cambridge, UK., 2012.

- 21. Novick Lloyd and Morrow Cynthia and Glen Mays (eds.), **Public Health Administration: Principles for Population-Based Management**, Jones and Bartlett, London, 2008.
- 22. Pugatch Meir Perez, The International Political Economy of Intellectual Property Rights, Edward Elgar, Cheltenham-UK, 2004.
- 23. Verweij Marcel and Dawson Angus, "The Meaning of 'Public' in 'Public Health' ", in: Marcel Verweij and Angus Dawson (eds.), **Ethics, Prevention, and Public Health**, Oxford University Press Inc., New York, 2007.
- 24. Youd Geremy, Global Health Governance, Polity Press, Cambridge, UK, 2012.
- 25. Zacher Mark W. and Keefe Tania J., **The Politics Of Global Health Governance: United By Contagion**, 1st Ed., Palgrave Macmillan, New York, 2008.
- 26. World Health Organization, **Tobacco industry interference with tobacco control**, WHO Press, Geneva, 2008.

### **B-Journals And Periodics**

- 1- Anil Hira, "The political economy of the global pharmaceutical industry Why the poor lack access to medicine and what might be done about it", **International Journal of Development**, Vol. 8 No. 2, (Canada: Emerald Group, 2009), (84-101).
- 2- Augustine D Asante and Anthony B Zwi, Public-private partnerships and global health equity: prospects and challenges, **Indian Journal of Medical Ethics** Vol. IV, No 4, October-December 2007, [176-180].
- 3- Beaglehole Robert and Bonita Ruth, "What is global health?", **Global Health Action**, 3, 5142, 2010.
- 4- Bozorgmehr Kayvan, "Rethinking the 'global' in global health: a dialectic approach". **Globalization and Health**, 2010 6:19.[1-19].
- 5- Buse Kent and Harmer Andrew M., "Seven habits of highly effective global public private health partnerships: Practice and potential", **Social Science & Medicine.** 64, 2007.
- 6- \_\_\_\_\_, "Power to the Partners?: The politics of public-private health partnerships?", **Development**, 47(2), 2004, [49–56].
- 7- Buse K. and Walt G., "Global public -private partnerships: Part 1 a new development in health?", **Bulletin of the World Health Organisation**, vol.78, n.5, 2000, [549-561]
- 8- \_\_\_\_\_\_, "Global public-private partnerships: part II what are the health issues for global governance?", **Bulletin of World Health Organization**, vol.78, n.5, 2000, p.700.
- 9- Chiu Ya-Wen, *et al.*, "The nature of international health security", **Asia Pacific journal of clinical nutrition**, 18(4), 2009, [679-683].
- 10-Dobe Debdatta and Sen Rohini, "Genetically Modified Organism Trade Route and Biosafety-Is It a Failing Synthesis?", **American Journal of Economics and Business Administration**, Vol. 1, N<sup>o</sup> 3, 2009.
- 11-Dyar Oliver-James and de Costa Ayesha, "What is Global Healt?", **The Journal of Global Health**, Vol. 1, No 1, New York, Spring 2011.
- 12-Dingwerth Klaus and Pattberg Philipp, "Global Governance as a Perspective on World Politics", **Global Governance**, 12, 2006, [185–203].
- 13-Fidler David P., "Architecture amidst Anarchy: Global Health's Quest for Governance", **Global Health Governance**, Volume I, No. 1, January 2007.
- 14-\_\_\_\_\_, "From International Sanitary Conventions to Global Health Security: The New International Health Regulations", **Chinese Journal Of International Law**, Vol. 4, N°. 2, 2005 [pp. 325-392].

- 15-Finkelstein Lawrence S., "What Is Global Governance?", Global Governance, No. 1,1995, [367–372].
- 16-Fried Linda P et al. "Global health is public health", **The Lancet**. Vol. 375 February 13, 2010, [pp: 535-537].
- 17-Frey Bruno S. and Stutzer Alois, "Strengthening the citizens' role in international organizations", **Review International Organizations**, 1, 2006, [27–43]
- 18-Gostin Lawrence O, "Meeting the Survival Needs of the World's Least Healthy People A Proposed Model for Global Health Governance", **American Medical Association**, Vol. 298, No. 2, July 11, 2007.
- 19-Gruskin Sofia, "What are health and human rights?", **The Lancet**, Vol. 363, January 24, 2004.
- 20-Haroutunianv Henry, "Powerful Medicine: A Closer Look at the Pharmaceutical Lobby", **Yale Journal of Medicine and Law**, Vol. II, Issue 1. Fall 2005.
- 21-Hein Wolfgang and Kohlmorgen Lars, "Global Health Governance: Conflicts on Global Social Rights", **Global Social Policy**, vol. 8 N°. 1, April 2008 pp : 80-108.
- 22-Hoen Ellen F. M. 't, "TRIPS, Pharmaceutical Patents and Access to Essential Medicines: Seattle, Doha and Beyond", **Chicago Journal of International Law**, 27, 2002.
- 23-Hunt Paul, "The human right to the highest attainable standard of health: new opportunities and challenges", **Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene**, 100, Elsevier, 2006.
- 24-Kickbusch Ilona, "Influence And Opportunity: Reflections On The U.S. Role In Global Public Health", **Health Affairs**, 21, N°.6, 2002, [131-141].
- 25-Kickbusch Ilona, "Global health diplomacy: how foreign policy can influence health", **British Medical Journal**, Vol. 342, 2011.
- 26-Kinderlerer Julian, The Cartagena Protocol on Biosafety, **collection of biosafety reviews**, Vol. 4, international center for genetic engineering and biotechnology, the italian Ministry for Environment and Territory, Italy.
- 27-Kemp, R., Parto, S. and Gibson, R.B. "Governance for sustainable development: moving from theory to practice", **Int. J. Sustainable Development**, Vol. 8, N<sup>os</sup>. 1/2, 2005.
- 28-Koplan Jeffrey P *et al.* "Towards a common definition of global health", **The Lancet**, 373, 2009. [1995-]1993].
- 29-Lee Kelley and Smith P.Richard, "What is 'Global Healt Diplomacy?' A Conceptual Review", **Global Health Governance**, Volume V, N<sup>0</sup>. I, Fall 2011.
- 30-Lee Kelley, "Civil Society Organizations and the Functions of Global Health Governance: What Role within Intergovernmental Organizations?", **Global Health Governance**, VOLUME III, N<sup>o</sup>. 2, Spring 2010.
- 31-Light Donald W. and Warburton Rebecca, "Demythologizing the high costs of pharmaceutical research, **BioSocieties**", 6, 2011, [34–50].
- 32-Macfarlane Sarah B. and Jacobs Marian and Kaaya E. Phatae, "In the name of global health", **Journal of Public Health Policy** . Vol. 29, N°. 4, Palgrave Macmillan, 2008. [383–401].
- 33-Magnusson Roger, "Can NGOs and INGOs be public health policy entrepreneurs?", **diabeties voice**, Vol. 54, N° 3, December 2009.
- 34-Meier Benjamin Mason and Fox Ashley M., "International obligations through collective rights: Moving from foreign health assistance to global health governance", **Health and Human Rights**, Vol. 12, No 1, 2010.
- 35-- Moreman L.C. and Van der Laan S.L., "TRIPS and the Pharmaceutical industry: Prescription for profit?", **Critical Perspectives on Accounting**, Elsevier, 17(8), 2006.
- 36-Ng Nora Y. and Prah Ruger Jennifer, "Global Health Governance at a Crossroads", Global Health Governance, Volume III, No. 2, Spring 2011,[pp.].

- 37-Patricia J. Garcia, et al., "Global health training is not only a developed-country duty" Journal of Public Health Policy, Vol. 30, 2, Palgrave Macmillan, 2009, [pp. 250–25].
- 38-Ricci James, "global health governace and the state:premature claims of a post-international framework",
- 39-Richter Judith. "Public-private Partnerships for health Health: A trend with no alternatives", Development, 2004, 47(2), [43–48].
- 40-Ruger Jennifer P. and Yach Derek, "The Global Role of the World Health Organization", **Global Health Governance**, Volume II, No. 2, Fall 2008/Spring, 2009.
- 41- Shaffer E R and Brenner J E and Houston T P., "International trade agreements: a threat to tobacco control policy", **Tobacco Control**, Vol. 14, Issue suppl 2, 2005.
- 42- Sengupta Amit, "Global governance of health: a minefield of contradictions and sectional interests", **Indian Journal of Medical Ethics**, Vol. VIII, No 2, April-June 2011. [Pp.67-132].
- 43- Stuckler D., McKee M., "Five metaphors about global-health policy". The Lancet, N. 372, 2008, [95-97].
- 44-Taylor Allyn L., "Global governance, international health law and WHO: looking towards the future", **Bulletin of the World Health Organization**, 80: 2002, [975-980].
- 45-Thomas Caroline, "Global governance, development and human security: exploring the links", **Third World Quarterly**, Vol. 22, No 2, 2001, [pp. 159–175].
- 46-Garcia Patricia J., et al., "Global health training is not only a developed-country duty", Journal of Public Health Policy, Vol. 30, 2, Palgrave Macmillan, 2009, [pp.250–252].
- 47-Williams Owain D. and Rushton Simon, "Are the 'Good Times' Over? Looking to the Future of Global Health Governance", **Global Health Governance**, Vol. V, No. I, Fall 2011.

### **B- Dissertations and Theses**

- 1. -Mason Meier Benjamin, The Highest Attainable Standard: The World Health Organization, Global Health Governance, and the Contentious Politics of Human Rights, Thesis Submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy, Columbia University, the Graduate School of Arts and Sciences, 2009.
- 2. Huckel Schneider Carmen, "Legitimacy and Global Governance in Managing Global Public Health". dissertation for obtaining the grade of Doctor of Social Sciences, Faculty of Social and Behavioural Sciences, University of Tübingen, Germany, 2009.

### **E- Reports:**

- 1- ECOSOC, General Comment 14, The right to the highest attainable standard of health, UN Doc. E/C.12/2000/4, 11 August, 2000.
- 2- The National Intelligence Council and the European Union's Institute for Security Studies, Global Governance 2025: At a Critical Juncture, official report, 09/2010.
- 3- University of Washington, Institute for Health Metrics and Evaluation, Financing Global Health 2011: Continued Growth as MDG Deadline Approaches, (report) Seattle, WA: IHME, 2011.
- 4- World Health Organization, WHO's interactions with Civil Society and Nongovernmental Organizations, Review Report, WHO/CSI/2002/WP6., 2002.
- 5- IMAP, Pharmaceuticals & Biotech Industry, Global Report, 2011.

### **D- Working Papers:**

- 1- Gayle Allard, Candace Agrella Martinez, The Influence of Government Policy and NGOs on Capturing Private Investment, A Working Paper Presented to the 7th OECD Global Forum on International Investment, 27-28 march 2008.
- 2- Dodgson Richard and Lee Kelley and Drager Nick, Global Health Governance A Conceptual Review, Discussion Paper No.1, Department of Health and Development, World Health Organization & London School of Hygiene & Tropical Medicine, Geneva, February 2002.
- 3- Fidler David P., The Challenges of Global Health Governance, Working Paper, the Council on Foreing Relations, , May 2010.
- 4- Fischer Julie E. And Kornblet Sarah, The International Health Regulations (2005)
- 5- Surveillance and Response in An Era Of Globalization, Global Health Security Program, Stimson Center, Washington DC, June 2011
- 6- Gostin Lawrence O., Global Health Law: Health in a Global Community, O'Neill Institute Papers, Paper 15, Georgetown University, USA, 2008.
- 7- Kruk Margaret E., Globalization and Global Health Governance: Implications for Public Health, working paper presented to The Changing Landscape of Global Public Health Conference, Columbia University New York, 24-26 October, 2010.
- 8- Jan Peter Wogart *et al.*, AIDS, Access to Medicines, and the Different Roles of the Brazilian and South African Governments in Global Health Governance, Working paper N<sup>0</sup> 86, German Institute of Global and Area Studies, 2008.
- 9- Martens Jens, "Multistakeholder Partnerships Future Models of Multilateralism?", Dialogue on Globalization, series in the Friedrich-Ebert-Stiftung, Occasional Papers N° 29, January 2007.
- 10-Williams Owain and Rushton Simon, "Global Health Governance as contested space: competing discourses, interests, and actors", European research council ISA annual convention New York, 15.18.2009.
- 11- World Health Organization, Civil Society Initiative, "Strategic alliances The role of civil society in health", Discussion Paper No. 1, CSI/2001/DP1, December 2001.

### F- Internet Links:

- 1. Andreev Alexander, "To What Extent are International Organizations (IOs) Autonomous Actors in World Politics?" in:
- <http://www.ucl.ac.uk/opticon1826/archive/issue2/VfPS\_HS\_International\_Organisations.pdf>
- 2. Abbott Kenneth W., "Innovations in Global Health And the Global Governance System", Civil Society Organizations and Global Health Governance, Wall Summer Institute, 2007, [viewed on ] in:
- <a href="http://ssrn.com/abstract=1471362">http://ssrn.com/abstract=1471362</a>.
- 3. Aberystwyth University, Department of International Politics, Centre for Health and International Relations –"The Transformation of Global Health Governance: Competing Worldviews and Crises", [viewed on ]:
- < http://www.aber.ac.uk/en/media/GHG-Synopsis.pdf >.
- 4. The Association of the British Pharmaceutical Industry, Global pharmaceutical industry and market, [viewed on 2010/2012] in:
- $< \underline{http://www.abpi.org.uk/industry-info/knowledge-hub/global-industry/Pages/industry-market-.aspx} >$

- 5. AVERT, "President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR)", [viewed on ] in: <a href="http://www.avert.org/pepfar.htm#contentTable0">http://www.avert.org/pepfar.htm#contentTable0</a>>
- 6. Biological Medicines Network, in:
- <a href="http://www.whale.to/a/paracelsus.html#INTRODUCINGBIOLOGICALMEDICINE">http://www.whale.to/a/paracelsus.html#INTRODUCINGBIOLOGICALMEDICINE</a>
- 7. Brown Sherri A., "Global Public-Private Partnerships for Pharmaceuticals: Operational and Normative Features, Challenges, and Prospects",[viewed on ]in:
- <http://www.cpsa-acsp.ca/papers-2006/Brown.pdf>
- 8. Buse Kent and Lee Kelley, "Business and Global Health Governance", Disscussion Paper N.5, p. 7. [viewed on ] in :
- < http://www.odi.org.uk/resources/docs/1997.pdf >
- 9. Commission on Global Governance, "Our Global Neighbourhood", Chapter One -- A New World, [viewed on 15 September, 2011] in:
- < http://www.gdrc.org/u-gov/global-neighbourhood/chap1.htm > (accessed on).
- 10. Delisle Hélène et al, "The role of NGOs in global health research for development", Health Research Policy and Systems, [viewed on ] In:
- < http://www.health-policy-systems.com/content/3/1/3 >.
- 11. General Comment 14, The right to the highest attainable standard of health, UN Doc. E/C.12/2000/4, 11 August, 2000, [viewed on ] In:
- <a href="http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/(symbol)/E.C.12.2000.4.En">http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/(symbol)/E.C.12.2000.4.En</a>
- 12. Global Fund to treat AIDS, TB and Malaria, the Board, [viewed on ] in: <a href="http://www.theglobalfund.org/en/about/structures/board/">http://www.theglobalfund.org/en/about/structures/board/</a>>
- 13. Global Health Council, "Epidemiology: Tracking Health Problems Before They Appear" .in:
- < http://www.globalhealth.org/reports/report.php3?id=74>.(accessed on , 2011).
- 14. Global Health Watch, About the GHW, History and Concept, [viewed on ], in: <a href="http://www.ghwatch.org/about">http://www.ghwatch.org/about</a>.
- 15. Fourth International Conference on Health Promotion (the), Jakarta, Indonesia, July 1997, "The Jakarta Declaration on Health Promotion: New Players for a New Era: Leading Health Promotion into the 21st Century", [viewed on] in:
- <a href="http://www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta">http://www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta</a> declaration en.pdf>.
- 16. Fidler David P., "Assessing the Foreign Policy and Global Health Initiative: The Meaning of the Oslo Process", briefing paper, Centre on Global Health Security, [viewed on ] in: < www.chathamhouse.org.uk >
- 17. Fidler David, "Global Health Governance OVERVIEW OF THE ROLE INTERNATIONAL LAW IN PROTECTING AND PROMOTING PUBLIC HEALTH",: [viewed on 15/09/2011].in < http://cgch.lshtm.ac.uk/ghg3.pdf >.
- 18. GFATM, Board, in: < http://www.theglobalfund.org/en/about/structures/board/>
- 19. Biological Medicines Network, [viewed on ], in:
- <a href="http://www.whale.to/a/paracelsus.html#INTRODUCINGBIOLOGICALMEDICINE">http://www.whale.to/a/paracelsus.html#INTRODUCINGBIOLOGICALMEDICINE</a>
- 20. DEFINITIONS OF HEALTH/WELLNESS, in [viewed on ]:
- <a href="http://haroldjr.tripod.com/sitebuildercontent/sitebuilderfiles/definitions\_of\_health.pdf">http://haroldjr.tripod.com/sitebuildercontent/sitebuilderfiles/definitions\_of\_health.pdf</a>
- 21. Harvey Brown Richard and Recuber Timothy, "THE RISE AND HEGEMONY OF THE WESTERN PHARMACEUTICAL INDUSTRY", p.37.[viewed on: 04/04/2012]in: <a href="http://richardharveybrown.com/8pharmaceutical.pdf">http://richardharveybrown.com/8pharmaceutical.pdf</a>
- 22. Cindy Carlson, "Mapping Global Health Partnerships: What they are, what they do and where they operate", [viewed on] in:
- <a href="http://hdrc.dfid.gov.uk/wp-content/uploads/2012/10/Mapping-Global-health-partnerships1.pdf">http://hdrc.dfid.gov.uk/wp-content/uploads/2012/10/Mapping-Global-health-partnerships1.pdf</a>

- 23. Cosbey Aaron and Burgiel Stas, The Cartagena Protocol on Biosafety: An analysis of results, An Iisd Briefing Note, International Institute for Sustainable Development, Canada, 2000, [viewed on:12/102012] in:
  - <a href="http://www.iisd.org/pdf/biosafety.pdf">http://www.iisd.org/pdf/biosafety.pdf</a> >
- 24. DEFINITIONS OF HEALTH/WELLNESS, [viewed on 17/06/2011], in:
  - <a href="http://haroldjr.tripod.com/sitebuildercontent/sitebuilderfiles/definitions">http://haroldjr.tripod.com/sitebuildercontent/sitebuilderfiles/definitions</a> of health.pdf
- 25. Genel Katia, "Le biopouvoir chez Foucault et Agamben", Methodos [En ligne], le 20 janvier 2012, [ viewed on 20/10/2012 , in:
- < http://methodos.revues.org/131; DOI: 10.4000/methodos.131>.
- 26. Grépin Karen, "The rise of Global Health: global health vs. international health", [viewed on: 22/08/2012] in:
- <a href="http://karengrepin.com/2011/01/rise-of-global-health-global-health-vs.html">http://karengrepin.com/2011/01/rise-of-global-health-global-health-vs.html</a>
- 27. International Federation of Health and Human Rights Organisations, Mission & Vision, [viewed on :24/09/2012] in :
- <<u>http://www.ifhhro.org/about-us/mission-a-vision</u>>.
- 28. Isabelle Johnson, "Redefining The Concept of Governance", Canadian International Development Agency, July 1997, [viewed on ] in:
- < www.bvsde.paho.org/texcom/cd050853/johnson.pdf >
- 29. Knill Christoph and Dirk Lehmkuhl, "Private Actors and the State:Internationalization and Changing Patterns of Governance", [viewed on ] in:
- $<\!\!\underline{http://kops.ub.uni-konstanz.de/bitstream/handle/urn:nbn:de:bsz:352-opus-common common common$
- 18562/2002 Governance.pdf?sequence=1>
- 30. May Christian, "Global Democracy, Private Governance and the Ideology of Global Civil Society", Paper prepared for the 6th Pan-European Conference on International Relations, Torino/Italy, 12 15 September, 2007, [viewed on 18/10/2011], in:
- <a href="http://turin.sgir.eu/uploads/May-May global civil society.pdf">http://turin.sgir.eu/uploads/May-May global civil society.pdf</a>
- 31. McIntyre Di et al., "Affordability of Drugs In The Context of The World Trade Organisation: The Case of India", p.4, [viewed on 17/10/2012] in :
- < http://uct-heu.s3.amazonaws.com/5Drug Affordability India CaseStudy.pdf>
- 32. Merriam-Webster dictionary online, [viewed on 17/06/2011], in:
- < http://www.merriam-webster.com/dictionary/health>
- 33. Kaasch Alexandra, "Overlapping and Competing Agencies in Global Health Governance WHO, World Bank, and OECD in the guidance of national health care systems", paper perpared for the ISA RC19 annual avcademic conference, florence, 6-8 september 2007,:
- <www.unifi.it/confsp/abstracts/pdf/Kaasch.doc>
- 34. Mary Kaldor, "Global Civil Society 2012: ten years of 'politics from below", open Democracy, [viewed on ] in :
- <a href="http://www.opendemocracy.net">http://www.opendemocracy.net</a>
- 35. Khosla Rajat And Hunt Paul, "HUMAN RIGHTS GUIDELINES FOR PHARMACEUTICAL COMPANIES IN RELATION TO ACCESS TO MEDICINES", [viewed on 12/05/2012], in:
- <a href="http://www.essex.ac.uk/hrc/research/projects/rth/docs/Final-pharma">http://www.essex.ac.uk/hrc/research/projects/rth/docs/Final-pharma</a> for website.pdf>
- 36. Laura Nolan Khan, Global public health: Evolution and implications, The Lancet Student, 2010, [viewed on ], in :

- 37. labonté Ronald and Schrecker Ted, "Globalization and social determinants of health: Promoting health equity in global governance ", [viewed on ] in: <a href="http://www.globalizationandhealth.com/content/3/1/7">http://www.globalizationandhealth.com/content/3/1/7</a>
- 38. Love James, "Drug Industry and HMOs Deployed an Army of Nearly 1,000 Lobbyists to Push Medicare Bill, Report Finds",[viewed on] in:
- < www.citizen.org/pressroom/pressroomredirect.cfm?ID=1733>.
- 39. ————, Pharmaceutical Drugs, Intellectual Property Rights and Public Health: A Consumer Perspective from the United States, [viewed on 20/102012] in:
- < http://www.cptech.org/pharm/bariloche.html>
- 40. MacLean Sandra J. and MacLean David R. ,"The Political Economy of Global Health Research" [viewed on ]in:
- <a href="http://turin.sgir.eu/uploads/MacLean-maclean-turin.pdf">http://turin.sgir.eu/uploads/MacLean-maclean-turin.pdf</a>
- 41. Müller Philipp Sebastian, "Democratizing Global Governance", [viewed on 27/05/2011] in:
- <a href="http://www.mty.itesm.mx/egap/centros/caep/imagenes/REDIP/democracy-global\_gov.pdf">http://www.mty.itesm.mx/egap/centros/caep/imagenes/REDIP/democracy-global\_gov.pdf</a>
- 42. ——," Politicians of Global Governance", [viewed on2012/01/01 ] in:
- <a href="http://confines.mty.itesm.mx/articulos1/MuellerP.pdf">http://confines.mty.itesm.mx/articulos1/MuellerP.pdf</a>
- 43. OCDE, "Measuring Aid to health",[viewed on15/04/2012] in : <a href="https://www.oecd.org/dac/stats/health">www.oecd.org/dac/stats/health</a>>
- 44. Pattberg Philipp, "The Institutionalisation of Private Governance: Conceptualising an Emerging Trend in Global Environmental Politics".[ viewed on ] In :
- <a href="http://www.glogov.org/images/doc/WP9.pdf">http://www.glogov.org/images/doc/WP9.pdf</a>>.
- 45. Report of the Secretary-General, "Enhanced cooperation between the United Nations and all relevant partners, in particular the private sector", 10 August 2005,p.4. A/60/214, [viewed on ] in:
- < http://www.unglobalcompact.org/docs/issues\_doc/un\_business\_partnerships/A\_60\_214.pdf
- 46. Shashikant Sangeeta, "WHO's difficult relationship with public interest constituency, the civil society initiative and the WHO Reform", viewed on ] in:
- < <u>http://www.medicusmundi.org/en/topics/pnfp-sector-and-global-health-initiatives/thematic-guide/2011-10-13-who-reform-civil-society-relations.pdf</u> >.
- 47. Schneider Carmen Huckel, Global Public Health and Innovative Forms of Governance, Paper Prepared for the Sixth Pan-European Conference on International Relations, [viewed on ]:
- < http://turin.sgir.eu/uploads/Huckel-SGIRDraftHuckelSchneider.pdf >.
- 48. Schoenbach Victor J., "The evolution of epidemiology into a science of the distribution of disease in populations and evaluation of interventions for disease prevention and therapy", [viewed on 04.02.2012] in:
- <a href="http://www.epidemiolog.net/evolving/HistoricalPerspective.pdf">http://www.epidemiolog.net/evolving/HistoricalPerspective.pdf</a>.
- 49. Zacher Mark W. and Keefe Tania J., "The Transformation of Global Health Governance: Utilization and Expansion of Control Strategies Since the 1990s", Paper Presented to Wall Summer Institute for Research, University of Britch Colombia, USA, June 25<sup>th</sup>, 2007, [viewed on 04.02.2012]in:
- <a href="http://www.wsir.pwias.ubc.ca/2007/docs/Zacher%20and%20Keefe,%20Transformation%2">http://www.wsir.pwias.ubc.ca/2007/docs/Zacher%20and%20Keefe,%20Transformation%2</a> 0of%20Global%20Health%20Governance.pdf>
- 50. Takemi Keizo, *et al.*,Global Health as a Human Security Challenge, [viewed on 12/06/2012] in:
- <a href="http://www.trilateral.org/download/file/annual">http://www.trilateral.org/download/file/annual</a> meeting/global health challenges.pdf >

- 51. The Consortium of Universities for Global Health, Background, [viewed on 11/12/12], in:
- <a href="http://www.cugh.org/about/background">http://www.cugh.org/about/background</a>
- 52. The European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations, The Pharmaceutical Industry in Figures, Key Data 2012, p.4. [viewed on 18/08/2012]in: <a href="http://www.efpia.eu/sites/www.efpia.eu/files/EFPIA%20Figures%202012%20Final.pdf">http://www.efpia.eu/sites/www.efpia.eu/files/EFPIA%20Figures%202012%20Final.pdf</a>
- 53. United Nations Development Programme, The Human Development Report 1994, p.24, [viewed on 14/06/2012] in :
- < http://hdr.undp.org/en/media/hdr\_1994\_en\_chap2.pdf>
- 54. World Health Organization, "WHO report on the global tobacco epidemic, 2011: warning about the dangers of tobacco", [viewed on :10/05/2012], in :
- <a href="http://www.who.int/tobacco/global">http://www.who.int/tobacco/global</a> report/2011/qanda/en/index.html>
- 55. WORLD LUNG FOUNDATION, "New Tobacco Atlas Estimates U.S. \$35 Billion Tobacco Industry Profits and Almost 6 Million Annual Deaths", March 21<sup>st</sup> 2012, , [viewed on :05/05/2012], in :
- <a href="http://www.worldlungfoundation.org/ht/display/ReleaseDetails/i/20439/pid/6858">http://www.worldlungfoundation.org/ht/display/ReleaseDetails/i/20439/pid/6858</a>

### فهرس المحتويات

### فهرس المحتويات

الموضوع الصّفحة شكر وعرفان إهداء إهداء ملخص البحث ملخص البحث خطة البحث خطة البحث قائمة المختصرات باللغة الإنجليزية

8 -1	مقدمة
43-10	الفصل الأول: إطار مفاهيمي تحليلي
10	المبحث الأول: : تطور مفهوم الصحة العالمية
10	المطلب الأول: مفهوما الصحة والصحة العامة
10	أولا- مفهوم الصحة
13	ثانيا– نشأة الصحة العامة
14	ثالثا– بعض تعاريف الصحة العامة
15	المطلب الثاني: مفهوم الصحة الدولية
16	المطلب الثالث: من الصحة الدولية إلى الصحة العالمية
21	المبحث الثاني: تحليل مفهوم الحوكمة العالمية
22	المطلب الأول: دلالات مفهوم الحوكمة
23	المطلب الثاني: تجاذبات حول مفهوم الحوكمة العالمية
24	أولا– سياق بروز الحوكمة العالمية كنمط بديل لتسيير الشؤون العالمية
25	ثانيا– مواقف متعددة في تعريف الحوكمة العالمية
31	المبحث الثالث: حوكمة الصحة العالمية التطور التاريخي، والمقاربات السائدة حولها
31	المطلب الأول: من حوكمة الصحة الدولية إلى حوكمة الصحة العالمية
31	أولا– مرحلة القرن التاسع عشر، أو مرحلة المؤتمرات الدولية للصحة (1851-1903)
33	ثانيا– مرحلة النصف الأول من القرن العشرين
33	ثالثا– مرحلة ما بعد الحرب العالمية الثانية والدور المحوري لمنظمة الصحة العالمية
35	المطلب الثاني: معالم حوكمة الصحة العالمية المعاصرة
35	أولا– الآثار الصحية للعولمة
36	ثانيا– التعقد المؤسساتي لحوكمة الصحة العالمية
38	ثالثا– السياسة الصحية العالمية
39	المطلب الثالث: المقاربات السائدة في تحليل حوكمة الصحة العالمية
39	أدلاح القادة الط قطالح ووقا

40	ثانيا– المقاربة الإقتصادية
41	ثالثا–مقاربة حقوق الإنسان
42	رابعا- المقاربة الأمنية لحوكمة الصحة العالمية.
88-45	لفصل الثاني: الفواعل المتدخلة في حوكمة الصحة العالمية وأدوارها
45	لمبحث الأول: دور الدول في حوكمة الصحة العالمية
46	المطلب الأول: الدول المانحة والتوظيف السياسي للمساعدة التنموية
49	المطلب الثاني: الدول المتلقية والحلقة المفرغة بين الفقر وتحسين الصحة العامة
52	لمبحث الثاني: التنظيم الدولي في ميدان حوكمة الصحة العالمية
54	المطلب الأول: دور بعض المنظمات الدولية ذات الصلة الفرعية بالصحة
54	أولا– دور البنك العالمي
55	" ثانيا- برنامج الأمم المتحدة لمكافحة الإيدز (UNAIDS)
56	المطلب الثاني: منظمة الصحة العالمية، منظمة ذات اهتمام صحى حصري وشامل
56	أولا – الهياكل والصلاحيات
57	ثانيا– الأدوار الأساسية لمنظمة الصحة العالمية
60	لمبحث الثالث: دور القطاع الخاص
61	المطلب الأول: تحديد فواعل القطاع الخاص المتدخلة في حوكمة الصحة العالمية
62	المطلب الثاني: آليات التدخل في حوكمة الصحة العالمية
66	ي
67	المطلب الأول: تأثير منظمات المجتمع المدني في حوكمة الصحة العالمية، الموارد والمظاهر
67	أولا– موارد التأثير
69	- ثانيا– مظاهر التدخل في سياسات الصحة العالمية
70	المطلب الثاني: أنواع منظمات المجتمع المدني المنخرطة في حوكمة الصحة العالمية
71	المطلب الثالث: وظائف منظمات المجتمع المديي
72	أولا– الوظائف السياسية
74	تُانيا – الوظائف العملياتية
74	ثالثا- وظائف التمكين الذاتي
74	•
76	لمبحث الخامس: دور شراكات الصحة العالمية
77	المطلب الأول: مفهوم الشراكة في ميدان الصحة العالمية وسياق تأسيسها
77	. معلموم شراكات الصحة العالمية
	ثانيا- سياق تأسيسها
81	المطلب الثاني: أنواع شراكات الصحة العالمية
84	الطلب الثلاث ومراكم الفراعل النخطة في الشاكات

84	أولا– مصالح الفواعل الحكومية
85	ثانيا– مصالح القطاع الخاص
86	المطلب الرابع: تقييم دور شراكات الصحة العالمية
86	أولا– إسهامات شراكات الصحة العالمية
86	ثانيا –حدود ومشاكل شراكات الصحة العالمية
121-89	الفصل الثالث: النزاع المعياري التجاري في حوكمة الصحة العالمية
89	المبحث الأول:المكون الصحي في حقوق وأمن الإنسان
89	المطلب الأول: الجسم الحقوقي الدولي في ميدان الصحة العالمية
90	أولا– مصادر القانون الدولي في مجال الصحة العامة
91	ثانيا- الصحة كحق إنساني
97	المطلب الثاني: المكون الصحي في أمن الإنسان
97	أولا– الأمن الصحي كبعد من أبعاد الأمن الإنساني تقريل التنمية الإنسانية لسرتي 1997،1994
99	ثانيا- لجنة أمن الإنسان (2003): "صحة أحسن" كشرط ضروري للأمن الإنساني
100	ثالثا– الأمن الصحي من منظور منظمة الصحة العالمية
101	المبحث الثاني: المصالح التجارية مقابل الحق في الصحة والأمن الصحي
101	المطلب الأول: تحرير التجارة مقابل السلامة والأمن الصحيين.
103	أولا– التساهل في مجال تجارة المواد الخطرة– التبغ نموذجا–
105	ثانيا– حرية التجارة مقابل مبدأ الحيطة– الأغذية المعدلة جينيا (GMOs) نموذجا–
108	المطلب الثاني: حماية الملكية الفكرية مقابل إتاحة الأدوية
109	أولا– الآثار السلبية لحماية الملكية الفكرية على إتاحة الأدوية
112	ثانيا – الإقتصاد السياسي للصناعة الدوائية ومبررات حماية الملكية الفكرية
115	ثالثا – نظرة نقدية
117	المطلب الثالث: سياسات البحث والتطوير للشركات الصيدلانية ومشكلة الأمراض المهملة
117	أولا– الأمراض المهملة، الحالة والأسباب
118	ثانيا- الطلب العالمي موجها أساسيا لهياسات البحث والتطوير في مجال الأدوية
122	خاتمة
140-126	الملاحق
142	فهرس الجداول والأشكالفهرس الجداول والأشكال
144	قائمة المراجع
156	فهرس المحتوياتفهرس المحتويات